



รายงานโครงการการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข:
กรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในภาคใต้
(Disaster Management of Public Health Sector:
Lesson Learned from the South)

โดย

ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย

รศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา

ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี

อ.ดร.ลัภณา กิจรุ่งโรจน์

อ.เนตรนภา พรหมหมเทพ

นพ.วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์

นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

นพ.ต่อพงศ์ ครองไตรเวทย์

น.ส.ชญาณิชจุ เพ็ชรรัตน์

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจาก
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ดำเนินการโครงการขอขอบคุณองค์การอนามัยโลก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ การจัดการโครงการ และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการ ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี โรงพยาบาลหาดใหญ่ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดนครศรีธรรมราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต และโรงพยาบาลกลาง ที่ได้ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานและแบ่งปันข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ร่วมกันในการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข ขอขอบคุณภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในจังหวัดภูเก็ต นครศรีธรรมราช และสงขลาทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินงาน รวมถึงท่านอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งอาจไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่มีส่วนร่วมทำให้โครงการนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากโครงการนี้แต่ผู้ประสบภัยพิบัติและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าสิ่งที่ได้จากโครงการนี้จะสามารถมีส่วนช่วยให้การจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุขพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อไป

การจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข: กรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในภาคใต้

บทคัดย่อ

ประเทศไทยต้องประสบภัยพิบัติที่มีความรุนแรงมากขึ้นและบ่อยครั้งขึ้น ส่งผลกระทบต่อประชาชนและระบบสาธารณสุขที่มีหน้าที่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชนที่ประสบภัยพิบัติในวงกว้าง การวางระบบการจัดการภัยพิบัติที่ดีจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการลดความสูญเสียและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภัยพิบัติ แต่ยังคงขาดการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อจัดการภัยพิบัติในประเทศไทย โครงการนี้ศึกษาระบบสาธารณสุขใน 3 พื้นที่ของภาคใต้ซึ่งเกิดภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำที่รุนแรงและหลากหลายรูปแบบขึ้นบ่อยครั้ง คือ จังหวัดภูเก็ต นครศรีธรรมราช และสงขลา โดยครอบคลุมการจัดการภัยพิบัติทั้งในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ ขณะเกิดภัยพิบัติ และหลังเกิดภัยพิบัติ ตั้งแต่การป้องกัน การเตรียมรับ การตอบสนอง การบรรเทาผลกระทบ การฟื้นฟู รวมถึงการพัฒนา เพื่อศึกษาประสบการณ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะในการจัดการภัยพิบัติ โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของแต่ละพื้นที่เพื่อพัฒนาให้มีความสามารถในการเก็บ จัดการ วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์ข้อมูลการจัดการภัยพิบัติ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการจัดการภัยพิบัติระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานหลายภาคส่วน เก็บข้อมูลด้วยการทบทวนเอกสาร การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสำรวจด้วยแบบสอบถาม ถึงประสบการณ์ของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และ ผู้ประสบภัย

ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 3 จังหวัดมีพัฒนาการจากการจัดการภัยพิบัติที่เน้นการตอบสนองเชิงตั้งรับภายในขอบเขตของงานบริการทางสาธารณสุขโดยเฉพาะการรักษาพยาบาล ไปสู่การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการภัยพิบัติเชิงรุกกับภาคส่วนต่าง ๆ ให้มีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติครบวงจร เพื่อต่อยอดการพัฒนาและเสริมความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนการจัดการภัยพิบัติทั้งระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด ประเทศ และนานาชาติ โดยระบบสาธารณสุขของจังหวัดภูเก็ตมีจุดเด่นในด้านการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติโดยเฉพาะการพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีผู้นำที่เข้มแข็งโดยเฉพาะหน่วยงานระดับท้องถิ่น มีความร่วมมือกับหน่วยงานวิชาการ และมีการเชื่อมโยงกับนโยบายและทรัพยากรในส่วนกลางและต่างประเทศ ในขณะที่จังหวัดนครศรีธรรมราชมีจุดเด่นในด้านการตอบสนองต่อภัยพิบัติ โดยมีความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะหน่วยงานวิชาการและเครือข่ายภาคประชาสังคมทั้งในและนอกพื้นที่ และจังหวัดสงขลามีจุดเด่นในด้านการป้องกันและบรรเทาผลกระทบจากภัยพิบัติล่วงหน้าโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการจัดการที่เน้นความเป็นชุมชนที่คนในชุมชนพึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง และมีกลไกนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานรัฐและภาคประชาชน อย่างไรก็ตามระบบสาธารณสุขใน 3 พื้นที่ยังมีจุดอ่อนในการจัดการภัยพิบัติ เช่น การสื่อสารความเสี่ยง ระบบข้อมูล และการเตือนภัย และยังขาดประสิทธิภาพในบางด้าน โดยเฉพาะในสถานการณ์ภัยพิบัติ การบริหารจัดการความช่วยเหลือในระดับพื้นที่บางครั้งยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดการประสานการทำงานที่เป็นระบบ ทำให้การช่วยเหลือกระจุกตัว ไม่ทั่วถึง ไม่เป็นธรรม และก่อให้เกิดความขัดแย้งและความแตกแยกในชุมชน รวมถึงยังขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการจัดการการฟื้นฟูในระยะยาวที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาในพื้นที่ ซึ่งจะทำให้การจัดการภัยพิบัติมีความยั่งยืน และขาดการบันทึกและการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบเพื่อถอดบทเรียนเป็นองค์ความรู้ในการพัฒนาการจัดการภัยพิบัติในอนาคต

ข้อเสนอแนะที่ทำนายจากการประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติ ใน 3 พื้นที่ของภาคใต้ครั้งนี้ คือ ระบบสาธารณสุขจำเป็นต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์จาก “การจัดการภัยพิบัติด้านการแพทย์และ

สาธารณสุข” (Medical disaster management) สู่ “การจัดการภัยพิบัติในมิติสุขภาพ” (Health disaster management) ที่เป็นการจัดการเชิงรุกแบบบูรณาการที่เปิดพื้นที่และเชื่อมร้อยทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในทุกระยะของการจัดการภัยพิบัติ โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ที่บุคลากรสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในการร่วมจัดการภัยพิบัติอย่างครบวงจร และให้ระบบสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมป้องกันและเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติกับชุมชน

คำสำคัญ: ประสพการณ์ การจัดการภัยพิบัติ ระบบสาธารณสุข ภาคใต้ ชุมชน

Disaster Management of Public Health Sector: Lesson Learned from the South

Abstract

Thailand, especially the south, more frequently faced natural disaster with more severity which cause loss of life and property of affected population and also have effect on public health system. Development of disaster management system is of paramount importance to minimize such effect, however, no study of public health disaster management in Thailand was found. This project studied 3 southern provinces that have past experience on disaster management namely Phuket, Nakorn Sri Thammarat and Songkhla to learn from their direct experience in order to recommend disaster management for public health sector. The study included disaster prevention, preparedness, response, mitigation, recovery and development during pre-disaster, disaster and post-disaster phases. Methodology used in the study was mixed method, quantitative and qualitative. This study also emphasized on the participation of the participants from public health and relevant organization to build their capacity in disaster-related data collection, management, analysis and utilization and team learning by sharing experience among multi-disciplinary participants. Data collection was carried out by document review, focused group discussion, in-depth interview and questionnaire survey among executive, practitioner and the affected people.

The study found that the 3 provinces had developed from passive disaster management focusing on public health service to active, integrated disaster management with collaboration with relevant organizations at various levels from local, national to international. Phuket had its forte in disaster preparedness especially with capacity building and resource management and collaboration with academic sector. Its strong leaders can also mobilize resource and link to national and international authorities. Nakorn Sri Thammarat had strength in disaster response with multi-sectoral collaboration and civil society participation while Songkhla excelled in community engagement to prevent and mitigate the disaster with its strong community self-sustainable identity and participatory public policy mechanism. However the three settings still had room for development in the area of risk communication, information and early warning system, systematic, effective aid management, long-termed recovery that integrated with community development and knowledge management to improve disaster management in the future.

The challenging recommendation to public health system from the experience of these three settings is; public health system has to shift its paradigm from “medical disaster management” to “health disaster management”. It should be more actively engaged in integrated multi-sectoral disaster management with the multi-disciplinary relevant organization including the civil society. Public health system, its facility and its

human resource have to be inclusive as a part of the community in disaster management especially in prevention and preparedness.

Keywords: experience, disaster management, public health system, southern Thailand, community.

สารบัญ

รายการ	หน้า
หลักการและเหตุผล	1
ทบทวนวรรณกรรม	3
เป้าหมายและวัตถุประสงค์	22
ระเบียบวิธีวิจัย	23
ผลการศึกษา	
หลักการการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข	25
กระบวนการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำของระบบสาธารณสุข	33
ประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ ของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ	
การจัดการในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ	35
กระบวนการจัดการในระยะเมื่อเกิดภัยพิบัติ	49
การจัดการหลังเกิดภัยพิบัติ	66
ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการจัดการภัยพิบัติ	68
ประสบการณ์ของผู้ได้รับผลกระทบต่อการจัดการภัยพิบัติ	
ระบบบริหารจัดการและการช่วยเหลือที่ได้รับ	73
กลไกสำคัญสู่ความสำเร็จของการจัดการภัยพิบัติ	74
ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเอง และการปรับตัวของผู้ประสบภัย	77
สถานการณ์การดูแลสุขภาพระยะฟื้นฟูหลังการเกิดภัยพิบัติ	83
ปัญหา อุปสรรคในการจัดการภัยพิบัติ	
ระยะก่อนเกิดภัย	87
ระยะเกิดภัยพิบัติ	91
ระยะหลังเกิดภัยพิบัติ	96
การสื่อสารสาธารณะ	103
สรุป ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และหัวข้อการทำวิจัยที่ควรทำเพิ่มเติม	
สิ่งท้าทายในการจัดการภัยพิบัติ	113
จุดแข็งระบบสาธารณสุขใน 3 พื้นที่ในการจัดการภัยพิบัติ	113
จุดอ่อนของระบบสาธารณสุขใน 3 พื้นที่ในการจัดการภัยพิบัติ	114
ข้อเสนอแนะจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ	114
ข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ได้รับผลกระทบ	117
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	119
หัวข้อการทำวิจัยที่ควรทำเพิ่มเติม	120
บรรณานุกรม	121

สารบัญ (ต่อ)

รายการ	หน้า
ภาคผนวก	
ภาคผนวก 1 บริบทของพื้นที่	124
ภาคผนวก 2 เครื่องมือในการเก็บข้อมูล	
เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ	
แนวคำถามในการสัมภาษณ์	154
ใบพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วม	160
เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ	
ก่อนเกิดภัยพิบัติ	
แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงาน	161
แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ประสบภัยหรือผู้ได้รับผลกระทบ	173
ขณะเกิดภัยพิบัติ	
แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงาน	182
แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ประสบภัยหรือผู้ได้รับผลกระทบ	188
หลังเกิดภัยพิบัติ	
แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงาน	192
แบบสัมภาษณ์กลุ่มผู้ประสบภัยหรือผู้ได้รับผลกระทบ	194
ภาคผนวก 3 เว็บไซต์โครงการ	195
ภาคผนวก 4 สรุปประชุมโครงการ	197
ภาคผนวก 5 ภาพกิจกรรมการเก็บข้อมูล	223
ภาคผนวก 6 คณะทำงาน	227

สารบัญตาราง

รายการ	หน้า
ตารางที่ 1 สาเหตุต่าง ๆ ของการเกิดน้ำท่วม	3
ตารางที่ 2 ผลกระทบด้านภาวะสุขภาพจากภัยพิบัติน้ำท่วม	5
ตารางที่ 3 สรุปการถอดบทเรียนว่าด้วยการจัดการระบบสุขภาพในช่วงตอบสนองต่อภัยพิบัติ	12
ตารางที่ 4 แนวทางการจัดการศพของผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ	17
ตารางที่ 5 สรุปการถอดบทเรียนว่าด้วยการจัดการระบบสุขภาพในช่วงระยะฟื้นฟู	19
ตารางที่ 6 จำนวนผู้ให้ข้อมูล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย และพื้นที่	33
ตารางที่ 7 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	33
ตารางที่ 8 แผนการจัดการการบริการสุขภาพของชุมชน เมื่อเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	37
ตารางที่ 9 การจัดสรรทรัพยากรด้านกำลังคนด้านสุขภาพ เปรียบเทียบก่อนเกิดภัยพิบัติ และขณะเกิดภัยพิบัติ ของกลุ่มผู้บริหาร	40
ตารางที่ 10 การมีระบบและผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ ขณะเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	40
ตารางที่ 11 คู่มือในการปฏิบัติงานแผนการจัดการด้านสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	41
ตารางที่ 12 การอบรมแผนการจัดการด้านสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	42
ตารางที่ 13 การฝึกซ้อมแผนการจัดการด้านสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	42
ตารางที่ 14 การเข้าร่วมการฝึกซ้อมของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดการด้านสุขภาพตามที่ระบุในแผน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	43
ตารางที่ 15 ระบบการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองต่อภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ	50
ตารางที่ 16 เนื้อหาของข้อมูลข่าวสาร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	57
ตารางที่ 17 การรับรู้การดูแลสุขภาพ และช่องทางการได้รับข้อมูลของผู้ประสพภัย	58
ตารางที่ 18 ระบบการให้ข้อมูลสภาพภูมิอากาศและระดับน้ำแบบเป็นปัจจุบัน (Real time) เปรียบเทียบระหว่างกรณีมีระบบในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติกับการได้รับข้อมูลข่าวสารขณะเกิดภัยพิบัติของกลุ่มผู้บริหาร	66
ตารางที่ 19 ความรู้/การฝึกอบรมที่เคยได้รับ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ กับผู้ประสพภัย	69
ตารางที่ 20 การฝึกอบรมที่ต้องการเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ กับผู้ประสพภัย	71
ตารางที่ 21 ความเพียงพอในการสนับสนุนด้านต่าง ๆ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ ก่อนเกิดภัยพิบัติและขณะเกิดภัยพิบัติ	78

สารบัญตาราง (ต่อ)

รายการ	หน้า
ตารางที่ 22 ระบบการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองต่อภัยพิบัติเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	83
ตารางที่ 23 การดูแลอย่างเป็นธรรมและเหมาะสม ก่อนเกิดภัยพิบัติและขณะเกิดภัยพิบัติเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย	84
ตารางที่ 24 การคำนึงถึงความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม ก่อนเกิดภัยพิบัติและขณะเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย	84
ตารางที่ 25 ข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยง และการนำมาวางแผนและให้ความช่วยเหลือ	86
ตารางที่ 26 การได้รับการแจ้งเตือนให้เตรียมตัว เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย	88
ตารางที่ 27 ช่องทางการสื่อสารขณะเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย	88
ตารางที่ 28 การจัดการการบริการสุขภาพ ขณะเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย	91
ตารางที่ 29 การส่งต่อ เคลื่อนย้าย อพยพ ผู้ป่วย ของกลุ่มผู้ปฏิบัติ เปรียบเทียบระหว่างก่อนเกิดภัยพิบัติ และขณะเกิดภัยพิบัติ	92
ตารางที่ 30 ระบบการจัดการภายในศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	93
ตารางที่ 31 การบริหารจัดการในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราวของชุมชน ของผู้ประสบภัย	93
ตารางที่ 32 ข้อมูลเกี่ยวกับแผนฟื้นฟู	97
ตารางที่ 33 การประสานการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติ	98
ตารางที่ 34 การปฏิบัติงานในด้านการดูแลสุขภาพ ภายหลังการเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	99
ตารางที่ 35 การฟื้นฟูของผู้ประสบภัย	99
ตารางที่ 36 ผู้รับผิดชอบในการรวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผล สรุป และรายงานการปฏิบัติงาน ขณะเกิดภัยพิบัติเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	100
ตารางที่ 37 การบันทึกการปฏิบัติงาน/ผลงานที่ปฏิบัติช่วยเหลือผู้ประสบภัย ก่อนเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบกับการรวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผลสรุปและการรายงานการปฏิบัติงาน ขณะเกิดภัยพิบัติ เพื่อนำมาพัฒนาแผนการฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ ของผู้บริหาร	102

สารบัญแผนภูมิ

รายการ	หน้า
แผนภูมิที่ 1 การมีแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ	36
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัยของแต่ละจังหวัด	
แผนภูมิที่ 2 การมีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	38
แผนภูมิที่ 3 การมีการจัดสรรทรัพยากรการเงิน งบประมาณด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	39
แผนภูมิที่ 4 การมีการจัดสรรทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	39
แผนภูมิที่ 5 การเตรียมสิ่งของที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ เช่น ยา เวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	46
แผนภูมิที่ 6 การประเมินความปลอดภัยของสถานบริการสุขภาพ เพื่อรับมือภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	47
แผนภูมิที่ 7 การปรับปรุงสถานบริการสุขภาพ เพื่อรับมือภัยพิบัติอย่างเหมาะสม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	47
แผนภูมิที่ 8 การปรับระบบการจัดการ คน สิ่งของ เวชภัณฑ์ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	48
แผนภูมิที่ 9 ระบบการจัดการอาสาสมัคร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	49
แผนภูมิที่ 10 ระบบสั่งการเมื่อเกิดภัยพิบัติ (Incident command system) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	50
แผนภูมิที่ 11 การอพยพของผู้ประสพภัย ขณะเกิดภัยพิบัติ	54
แผนภูมิที่ 12 แผนปฏิบัติการในการอพยพ เคลื่อนย้าย คนในชุมชน	55
แผนภูมิที่ 13 แผนปฏิบัติการในการจัดตั้งศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง	55
แผนภูมิที่ 14 แผนปฏิบัติการสำรองในการย้ายศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง	56
แผนภูมิที่ 15 การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร 3 อันดับแรก ของกลุ่มผู้บริหาร	60
แผนภูมิที่ 16 การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร 3 อันดับแรก ของกลุ่มผู้ปฏิบัติ	60
แผนภูมิที่ 17 การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร 3 อันดับแรก ของกลุ่มผู้ประสพภัย	61
แผนภูมิที่ 18 ช่องทางที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนในชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ 5 อันดับแรก ของผู้บริหาร	62
แผนภูมิที่ 19 ช่องทางที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนในชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ 5 อันดับแรก ของผู้ปฏิบัติ	63
แผนภูมิที่ 20 ช่องทางที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนในชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ 5 อันดับแรก ของผู้ประสพภัย	63

สารบัญแผนภูมิ (ต่อ)

รายการ	หน้า
แผนภูมิที่ 21 ระบบการให้ข้อมูลสภาพภูมิอากาศและระดับน้ำแบบเป็นปัจจุบัน (Real time) ก่อนเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ	64
แผนภูมิที่ 22 ระบบการให้ข้อมูลสภาพภูมิอากาศและระดับน้ำแบบเป็นปัจจุบัน (Real time) ขณะเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	65
แผนภูมิที่ 23 การมีส่วนร่วมจากหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ในการจัดการแผนการจัดการด้านสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	72
แผนภูมิที่ 24 ศักยภาพในการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	75
แผนภูมิที่ 25 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการด้านสุขภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	76
แผนภูมิที่ 26 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในการจัดการด้านสุขภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	77
แผนภูมิที่ 27 โอกาสเกิดภัยพิบัติของชุมชน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	80
แผนภูมิที่ 28 การมีข้อมูลพื้นที่เสี่ยงของชุมชน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย	81
แผนภูมิที่ 29 ข้อมูลพื้นฐานที่มีของชุมชน	85
แผนภูมิที่ 30 การรวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผล สรุป และรายงานการปฏิบัติงาน	100

สารบัญรูปภาพ

รายการ	หน้า
รูปที่ 1 โมเดลแมงมุม 8 ขา	28
รูปที่ 2 โมเดล 14 + 1 (ทีมปฏิบัติการ)	29
รูปที่ 3 บ้านแพลงก์ตอน และการเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น	82
รูปที่ 4 ภาพความสัมพันธ์การวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างความรู้จัดการภัยพิบัติกับการสื่อสาร ความเสี่ยง	104
รูปที่ 5 วงจรการจัดการภาวะฉุกเฉิน	107
รูปที่ 6 ผลกระทบของภัยพิบัติสัมพันธ์กับการพัฒนาชุมชน เปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่มีและ ไม่มีการเตรียมการรับมือภัยพิบัติล่วงหน้า	108
รูปที่ 7 การสื่อสารเรื่องการเตรียมการรับมือและป้องกันภัยพิบัติให้มากขึ้น	109
รูปที่ 8 สิ่งที่ต้องคิดถึงในการออกแบบการสื่อสาร	110
รูปที่ 9 การเปลี่ยนกระบวนทัศน์คนในระบบสุขภาพเพื่อร่วมจัดการภัยพิบัติกับชุมชน	111

หลักการและเหตุผล

ในทศวรรษที่ผ่านมาทั่วโลกมีภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรงเกิดขึ้นบ่อยครั้ง สร้างความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินและเกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรงและกว้างขวาง ในอดีตประเทศไทยมีประสบการณ์ในการเผชิญกับภัยธรรมชาติตามฤดูกาล เช่น น้ำท่วม พายุ ในขอบเขตที่จำกัดและอยู่ในภาวะที่จัดการได้ ซึ่งชุมชนได้เรียนรู้และสั่งสมภูมิปัญญาเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่จะสามารถอยู่ร่วมกับความแปรปรวนของธรรมชาติได้เป็นอย่างดี แต่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยโดยเฉพาะในภาคใต้ต้องประสบภัยพิบัติที่มีความรุนแรงมากขึ้นและบ่อยครั้งขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม โดยเฉพาะระบบสาธารณสุขที่มีหน้าที่ต้องดูแลสุขภาพของประชาชนที่ประสบภัยพิบัติก็ได้รับความเสียหายและได้รับผลกระทบเป็นอันมาก

ในภาคใต้ การเกิดธรณีพิบัติภัยคลื่นยักษ์สึนามิเมื่อปลายปี พ.ศ. 2547 การเกิดวาตภัยและอุทกภัยเมื่อปลายปี พ.ศ. 2553 และการเกิดอุทกภัยและดินถล่มเมื่อเดือนมีนาคม ปี พ.ศ. 2554 นับเป็นภัยพิบัติที่มีความรุนแรงมากที่สุดครั้งหนึ่งของประเทศ ถึงแม้ว่าจะมีภัยพิบัติรุนแรงเกิดขึ้นหลายครั้ง แต่มีเพียงข้อมูลความสูญเสียและความเดือดร้อนของประชาชนเท่านั้นที่ได้รับการบันทึกไว้ เช่น ภายหลังการเกิดอุทกภัยในพื้นที่ 10 จังหวัดในภาคใต้ เมื่อปลายปี พ.ศ. 2553 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 64 คน มีประชาชนเดือดร้อนจำนวน 2,084,595 คน ใน 628,998 ครัวเรือน (สภาวิจัยแห่งชาติ, 2554) แต่ข้อมูลความเสียหายที่เกิดขึ้นกับระบบสาธารณสุขและการให้บริการด้านสุขภาพยังไม่ได้รับการบันทึกอย่างเป็นระบบ จากข้อมูลการศึกษานำร่องด้านความเสียหายในสถานบริการสุขภาพพบว่า ในจังหวัดสงขลา จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดนครศรีธรรมราช มีสถานบริการสุขภาพที่ได้รับความเสียหายและมีผลต่อการให้บริการสุขภาพในพื้นที่เขตเมืองอย่างชัดเจนมากที่สุด ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลหลายแห่งในพื้นที่ 3 จังหวัดนี้ ได้เตรียมการรองรับภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบแล้ว แต่เมื่อเกิดภัยพิบัติขึ้น โรงพยาบาลเหล่านี้ก็ยังคงได้รับความเสียหายเป็นอย่างมาก เช่น เมื่อเกิดเหตุการณ์น้ำท่วมในพื้นที่จังหวัดสงขลาเมื่อปลายปี พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ได้รับความเสียหายทั้งในด้านระบบสาธารณูปโภคและครุภัณฑ์ทางการแพทย์คิดเป็นมูลค่ากว่า 35 ล้านบาท ส่วนโรงพยาบาลชุมชน เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี ก็ได้รับความเสียหายเช่นเดียวกันทั้งในด้านครุภัณฑ์ทางการแพทย์และอาคารสถานที่คิดเป็นมูลค่ากว่า 12 ล้านบาท และต้องอพยพเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในไปยังโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงหลายแห่งอย่างโกลาหล ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า โรงพยาบาลท่าศาลาต้องปิดบริการและต้องอพยพเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในไปยังโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ขณะที่ในอำเภอเมืองเองก็มีน้ำท่วมขังเกือบสองสัปดาห์ ทำให้สำนักงานและสถานบริการสาธารณสุขหลายแห่งในพื้นที่อำเภอเมืองได้รับความเสียหาย ส่วนจังหวัดภูเก็ตในเหตุการณ์สึนามิในปี 2547 พบว่า ที่สถานีอนามัยกมลา ตัวอาคาร บ้านพักเจ้าหน้าที่ รถ ได้ถูกคลื่นยักษ์ทำลายเสียหายเป็นมูลค่ากว่าสิบล้านบาท

จากคามสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนและระบบสาธารณสุขในวงกว้าง ทำให้หลายภาคส่วนในสังคมเริ่มคิดหาวิธีจัดการกับภัยพิบัติที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก แต่การหาวิธีหยุดยั้งภัยพิบัติทางธรรมชาติเป็นเรื่องที่ทำได้ยากมาก ดังนั้นการวางระบบการบริหารจัดการภัยพิบัติที่ดีจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการลดความสูญเสียและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภัยพิบัติ การจัดการภัยพิบัติเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องอาศัยข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัยในเชิงลึกที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์จากพื้นที่จริงมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบ

การจัดการภัยพิบัติที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การป้องกัน (prevention) การเตรียมรับ (preparedness) การตอบสนอง (response) การบรรเทาผลกระทบ (mitigation) การฟื้นฟู (recovery) รวมถึงการพัฒนา (development) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังขาดผลการศึกษาในเรื่องการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อจัดการภัยพิบัติในประเทศไทย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการศึกษาประสบการณ์ในการเผชิญภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะระบบสาธารณสุขในพื้นที่ภาคใต้ซึ่งเกิดภัยพิบัติที่รุนแรงและหลากหลายรูปแบบขึ้นบ่อยครั้ง เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปสังเคราะห์ให้กลายเป็นองค์ความรู้ ที่มีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเพื่อลดความสูญเสียในพื้นที่และทำให้เกิดผลกระทบต่อสังคมวงกว้างให้น้อยที่สุด นอกจากนี้องค์ความรู้ที่ได้จะเป็นต้นแบบที่สามารถนำมาจัดการร่วมกับข้อมูลและองค์ความรู้จากพื้นที่อื่น ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อศึกษาเปรียบเทียบและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน จนเกิดการต่อยอดการจัดการภัยพิบัติให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ทบทวนวรรณกรรม

สถานการณ์ภัยพิบัติน้ำท่วม

น้ำท่วมเป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติที่มีแนวโน้มการเกิดเหตุการณ์บ่อยขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในด้านความเสียหายทางเศรษฐกิจและผลกระทบต่อด้านสุขภาพ Du และคณะ (Du, FitzGerald, Clark, & Hou, 2010) ได้สรุปสาเหตุของการเกิดน้ำท่วมไว้ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สาเหตุต่าง ๆ ของการเกิดน้ำท่วม (Du et al., 2010)

สาเหตุ	หัวข้อย่อย	หมายเหตุและตัวอย่าง
หยาดน้ำฟ้า (precipitation)	ฝน	ผลกระทบขึ้นอยู่กับปริมาณและความเร็วของฝน
	หิมะ	มีทั้งผลกระทบในทันที และผลกระทบต่อเนื่องจากหิมะและน้ำแข็งที่ละลาย
ระดับน้ำเพิ่มสูง	น้ำทะเล	ระดับน้ำเพิ่มทันทีจากคลื่นยักษ์ สึนามิ และคลื่นจากพายุ (storm surge)
		ระดับน้ำเพิ่มในระยะยาว เนื่องจากภาวะโลกร้อน
	น้ำจืด	ระดับน้ำเพิ่มขึ้น เนื่องจากเกิดเขื่อนกักกั้นทางน้ำโดยตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจ เช่น การเกิดเหตุดินถล่มกลายเป็นเขื่อนกั้นน้ำ ในเขตแผ่นดินไหว ณ จังหวัดเสฉวน ประเทศจีน (ปี พ.ศ. 2551)
		ระดับน้ำใต้ดินเพิ่มขึ้นสูง เช่น เหตุการณ์โคลนถล่ม (mud flow) ในประเทศอินโดนีเซีย (พ.ศ. 2550)
ความเสียหายด้านโครงสร้าง (Structural failure)	เขื่อนแตก	โครงสร้างที่กักกั้นน้ำพังทลาย ทำให้น้ำที่เก็บกักไว้ทะลักออกมา
	น้ำที่เก็บไว้ถูกแทนที่	เกิดแผ่นดินถล่มไปแทนที่น้ำปริมาณมาก
	แนวกันน้ำทะเลถูกเจาะ (Breaching of sea defenses)	เหตุแนวกันน้ำทะเลแตก ที่เมืองนิวออร์ลีนส์
การระบายน้ำตามธรรมชาติมีประสิทธิภาพลดลง	การป้องกันการดูดซึมน้ำตามธรรมชาติ	การเกิดพื้นที่ชุ่มน้ำ ซึ่งทำให้ดูดซับน้ำฝนลดลง
	การระบายน้ำอุดตัน	การวางแผนโครงสร้างการระบายน้ำโดยไม่เหมาะสม หรือช่องทางระบายน้ำอุดตันเนื่องจากเศษวัสดุหรือขยะ

ผลกระทบด้านสุขภาพจากภัยพิบัติน้ำท่วม

Du และคณะ (Du et al., 2010) ทำการศึกษาผลกระทบของภัยพิบัติน้ำท่วมต่อภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 197 เรื่อง พบว่าผลกระทบด้านภาวะสุขภาพมีทั้งทางตรงคือผลที่เกิดจากการสัมผัสน้ำโดยตรงและทางอ้อมคือผลกระทบที่เกิดจากความเสียหายอันเนื่องมาจากน้ำท่วม และมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำแหน่งและลักษณะทางกายภาพของพื้นที่ที่น้ำท่วม ลักษณะพื้นฐานของประชากร และสิ่งแวดล้อมรวมถึงสิ่งปลูกสร้างต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าผลกระทบของน้ำท่วมในแต่ละครั้งมีความเฉพาะเจาะจงขึ้นอยู่กับพื้นที่และบริบทขณะนั้นด้วย อย่างไรก็ตาม Du และคณะ (Du et al., 2010) ได้สรุปผลกระทบด้านสุขภาพจากภัยพิบัติน้ำท่วมโดยจำแนกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- 1) Immediate-term health impacts คือ ระยะที่เผชิญน้ำท่วม ปัญหาสุขภาพที่พบมีสาเหตุจากการจมน้ำ การบาดเจ็บต่าง ๆ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ สัตว์กัด และความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดจากการอพยพ การขาดแคลนเจ้าหน้าที่สุขภาพ การขาดแคลนยาและเวชภัณฑ์
- 2) Medium-term health impacts คือ ระยะฟื้นฟูจากภัยพิบัติอาจนานเป็นวันหรือหลายสัปดาห์ ในระยะนี้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมักเป็นผลสืบเนื่องจากระยะแรก เช่น บาดแผลติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ พิษจากสารเคมีต่าง ๆ ปัญหาด้านสุขภาพจิต โรคติดต่อ และการขาดอาหาร
- 3) Long-term health impacts เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้ในระยะ reconstruction phase มีระยะเวลาตั้งแต่เป็นเดือนจนถึงหลายปี เช่น โรคเรื้อรังต่าง ๆ ความพิการ ปัญหาด้านสุขภาพจิต และปัญหาที่เกิดจากความยากจน เช่น ภาวะทุพโภชนาการ

โดยรายละเอียดของผลกระทบด้านภาวะสุขภาพจากภัยพิบัติน้ำท่วม เป็นไปตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลกระทบด้านภาวะสุขภาพจากภัยพิบัติน้ำท่วม (Du et al., 2010)

	ทันที		ระยะกลาง		ระยะยาว	
	ผลต่อสุขภาพ	ยุทธศาสตร์	ผลต่อสุขภาพ	ยุทธศาสตร์	ผลต่อสุขภาพ	ยุทธศาสตร์
ผลโดยตรง	จมน้ำ	สร้างความตระหนักให้ประชาชน, กู้ภัย	ผลแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ	การดูแลรักษาทางการแพทย์แต่เนิ่นๆ	สุขภาพจิต (การสูญเสียและภาวะเศร้าโศก)	การสนับสนุนและให้คำปรึกษา
	การบาดเจ็บ ●บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ - โดนเศษซากปรักหักพัง, ดึงถล่ม, รถชน ฯลฯ ●บาดเจ็บจากกระแสไฟฟ้า ●ไฟไหม้ โดนระเบิด	กำหนดมาตรฐานการก่อสร้างอพยพคน สร้างความตระหนักให้ประชาชน	โรคติดเชื้อ - การติดเชื้อที่ผิวหนังและดวงตา การติดเชื้อจากอุจจาระ (fecal - oral infections)	การดูแลรักษาทางการแพทย์แต่เนิ่นๆ	โรคเรื้อรัง	การดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ
	อุณหภูมิร่างกายลดต่ำ hypothermia	การกู้ภัย สร้างความตระหนัก	การปนเปื้อนของสารเคมี การได้รับสารพิษ	จัดการความเสี่ยง การกำจัดสิ่งปนเปื้อน	ความพิการ	การเข้าแทรกแซงแต่เนิ่นๆ การพักฟื้น
	แมลงสัตว์กัดต่อย	กู้ภัย	สุขภาพจิต - อาการซึมเศร้า	สนับสนุนและให้คำปรึกษา		
ผลทางอ้อม	ความเสี่ยงทางสุขอนามัยที่เกิดจากการย้ายถิ่นของผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เด็ก ฯลฯ (เช่น หัวใจวาย, เจ็บป่วย, อาการทรุดลง)	มีบริการสุขภาพที่ปลอดภัย	ความแออัด โรคติดต่อติดเชื้อ แมลงสัตว์กัดต่อย	รับประทานอาหารและดื่มน้ำที่สะอาดกำจัดของเสียอย่างปลอดภัย ดูแลผู้ลี้ภัยโครงการ ฉีดวัคซีน	ภาวะขาดสารอาหาร ความยากจน ทรัพย์สินเสียหาย	การฟื้นฟูทางเศรษฐกิจ โครงการให้ความช่วยเหลือต่างๆ

การจัดการภาวะสุขภาพจากเหตุภัยพิบัติน้ำท่วม

การจัดการภัยพิบัติแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมพร้อม (preparedness) ระยะตอบสนอง (response) และระยะฟื้นฟู (recovery)

การจัดการภาวะสุขภาพจากเหตุภัยพิบัติน้ำท่วมในระยะเตรียมพร้อม

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของภัยพิบัติว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้การทำหน้าที่ของชุมชนนั้น ๆ ไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างปกติจนเกิดผลกระทบต่อประชาชน ทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ซึ่งเกินกว่าความสามารถของท้องถิ่นนั้น ๆ จะรับมือได้เพียงลำพัง จากคำจำกัดความนี้ จะเห็นได้ว่าภัยพิบัติจะรุนแรงมากน้อยเพียงใดเป็นผลจากระดับความอันตราย (Hazard) ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกับความอ่อนแอ (Vulnerability) หรือความไม่พร้อมของชุมชนในการรับมือกับภัยพิบัติ มิใช่เพียงความรุนแรงของอันตรายเท่านั้น เหตุการณ์ที่ส่อเค้าความรุนแรงหากมีการเตรียมรับมือที่ดีความเสียหายที่เกิดขึ้นก็จะไม่กลายเป็นภัยพิบัติ ดังนั้นการวางแผนรับมือ (Planning) ตั้งแต่ก่อนเกิดภัยพิบัติถือเป็นหัวใจสำคัญในการเตรียมพร้อม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาความรุนแรงและจำกัดความเสียหายจากเหตุการณ์ (mitigation) โดยกระบวนการวางแผนเริ่มต้นจากการประเมินความเสี่ยงต่อเหตุภัยพิบัติน้ำท่วมที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน รวมถึงผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนในชุมชน และเตรียมความพร้อมต่างๆ เพื่อลดอัตราการตายและความพิการจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความร่วมมือร่วมใจในการเตรียมความพร้อมต้องเริ่มจากการที่ชุมชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความเสี่ยงต่อภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้นและผลกระทบที่ตามมา (risk recognition) ดังผลการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภัยพิบัติน้ำท่วมกับการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติใน ประชาชนที่อาศัยอยู่ใน Alpine Valley ประเทศอิตาลี ซึ่งเป็นพื้นที่ประสบภัยพิบัติน้ำท่วมบ่อยครั้ง (Miceli, Sotgiu, & Settanni, 2008) โดยพบว่ายิ่งประชาชนรับรู้ความเสี่ยงต่อภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้นสูงก็ยิ่งจะมีการเตรียมพร้อมรับมือสูง และเมื่อพิจารณาผลการศึกษาของ Bethel (Bethel, Foreman, & Burke, 2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติของครัวเรือนที่มีประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้านภาวะสุขภาพ เช่น ผู้ที่สุขภาพไม่แข็งแรง ผู้พิการ ผู้ที่ต้องการการพึ่งพา ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หอบหืด กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ในประเทศอเมริกา โดยใช้แบบสำรวจ Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติใน 3 ประเด็น คือ 1) การเตรียมสิ่งของจำเป็นให้เพียงพอต่อการเผชิญภัยพิบัติเป็นระยะเวลา 3 วัน ประกอบด้วย น้ำ อาหาร อุปกรณ์ที่ให้แสงสว่าง และวิทยุ 2) แผนการอพยพครอบครัวในกรณีที่จำเป็นต้องอพยพโดยระบุเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน และ 3) ยาที่ต้องใช้ประจำ กลับพบว่า มีประชาชนน้อยกว่าร้อยละ 50 ที่มีการจัดเตรียมสิ่งของจำเป็นในการเผชิญเหตุภัยพิบัติ และมีครัวเรือนเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่มีแผนอพยพชัดเจน และยังพบอีกว่าประชาชนที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในระดับแย่ (จากระดับแย่ ดี ดีมาก และดีที่สุด) มีการเตรียมพร้อมเกี่ยวกับสิ่งของที่จำเป็นและแผนการอพยพค่อนข้างน้อยโดยจะให้ความสำคัญกับการเตรียมพร้อมเรื่องยาที่ใช้ประจำมากกว่า

ผู้ประสบภัยในสถานการณ์ภัยพิบัติประกอบด้วยประชากรทุกกลุ่มอายุรวมทั้งประชากรที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงด้านภาวะสุขภาพคือ เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งถือเป็นกลุ่มประชากรที่ต้องการการดูแลอย่างเป็นระบบ จากการศึกษาของ Burke และคณะ (Burke, Iverson, Goodhue, Neches, & Upperman, 2010) ที่ทำการวิเคราะห์ระบบการจัดการภัยพิบัติที่เป็นอยู่ในปัจจุบันพบว่า แม้ประเทศอเมริกาจะมีประชากรเด็กถึงร้อยละ 25 แต่ผู้ที่มีหน้าที่จัดทำแผนการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติและเจ้าหน้าที่สุขภาพต่างมีแนวโน้มที่จะมองข้ามความต้องการการดูแลของเด็ก ดังจะเห็นได้ว่ามีเพียงร้อยละ 13 ของแผนเตรียมพร้อมในระยะ pre-hospital care ที่ระบุชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่ประสบภัย และการขาดการฝึกซ้อมการดูแลผู้ประสบภัยเด็กในการฝึกซ้อมแผนรับมือภัยพิบัติ จึงเป็นเหตุให้เด็กมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ใหญ่เนื่องจากขาดการประสานความร่วมมือที่ดีและการตอบสนองต่อภัยพิบัติที่ต่ำกว่ามาตรฐานดังเช่นตัวอย่างเหตุการณ์ภัยพิบัติที่ประเทศเฮติ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะเพิ่มความพร้อมของแผนเตรียมรับมือภัยพิบัติให้ครอบคลุมการช่วยเหลือเด็กโดย

1. จัดให้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเด็กในทุกระดับของหน่วยบริการสุขภาพ และจัดให้มีการฝึกซ้อมแผนรับมือภัยพิบัติที่ครอบคลุมการดูแลเด็กปีละ 2 ครั้ง อาจใช้วิธีฝึกซ้อมชนิด table-top drill หรือ full-scale disaster scenario โดยมีวัตถุประสงค์ในการฝึกซ้อมแผนเพื่อประเมินความสามารถของทีมสุขภาพในการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการเหตุฉุกเฉิน ฝึกอบรมทีมสุขภาพให้รู้จักบทบาทและหน้าที่รับผิดชอบในเหตุภัยพิบัติ ประเมินความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในเหตุการณ์ภัยพิบัติ และหาจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงทั้งด้านความรู้และทักษะที่จำเป็น
2. การวางแผนช่วยเหลือให้เด็กที่พลัดพรากได้พบกับครอบครัวเร็วที่สุดเพื่อการดูแลที่รวดเร็วและดีที่สุด โดยในปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลยังขาดแผนการเตรียมพร้อมที่ระบุชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับระบบการติดตามครอบครัวหรือผู้ปกครองของเด็ก
3. ในการจัดหาเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติการในหน่วยงานในช่วงเกิดภัยพิบัติ การระบุทัศนคติความสามารถ และการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ดูแลเด็กในช่วงเกิดเหตุภัยพิบัติ มีความจำเป็นมากในการทำความเข้าใจและเตรียมพร้อมรับช่องว่างด้านทรัพยากรมนุษย์ในระหว่างการตอบสนองต่อภัยพิบัติ

นอกจากนี้ควรมีการประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่นั้น ๆ เพื่อวางแผนและเตรียมความพร้อมรับมือในกรณีที่ความต้องการการบริการมากเกินกว่าที่โรงพยาบาลจะสามารถตอบสนองได้เพียงลำพัง

การตอบสนองของชุมชนในพื้นที่เองก็เป็นสิ่งสำคัญ หน่วยงานสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่ควรมีบทบาทในการลดความอ่อนแอของชุมชนและเพิ่มศักยภาพของหน่วยงานให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติได้อย่างเต็มศักยภาพ การศึกษาของ Manley และคณะ (Manley et al., 2006) พบว่าโรงพยาบาลในเขตชนบทของประเทศสหรัฐอเมริกาขาดความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติ โดยข้อจำกัดที่พบคือ ร้อยละ 95 ของโรงพยาบาลมีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยหนักหรือผู้บาดเจ็บได้เพียงครั้งละไม่เกิน 10 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการในสถานการณ์ภัยพิบัติที่มีผู้บาดเจ็บและ

ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมาก ส่งผลให้อัตราตายและพิการอาจเพิ่มสูงขึ้น และพยาบาลส่วนใหญ่ยังรู้สึกว่าการไม่มีความพร้อมที่จะปฏิบัติงานในสถานการณ์ภัยพิบัติที่มีผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมาก นอกจากนี้ Manley และคณะ (Manley et al., 2006) ยังยกตัวอย่างเหตุพายุเฮอริเคนคาทรีน่า เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าโรงพยาบาลในเขตชนบทของอเมริกาขาดความพร้อมในการรับมือภัยพิบัติ เนื่องจากเหตุการณ์ดังกล่าวได้ถูกทำนายการเกิดล่วงหน้าถึง 1 ปี แต่การเตรียมพร้อมก็ยังไม่เพียงพอจนส่งผลให้เกิดความสูญเสียจำนวนมาก ซึ่งสาเหตุของความไม่พร้อมในการรับมือภัยพิบัติทางธรรมชาติครั้งนี้อาจมาจากการที่หน่วยงานมุ่งการเตรียมความพร้อมไปที่การรับมือภัยพิบัติจากมนุษย์สืบเนื่องจากเหตุการณ์ 9/11 เช่น การก่อการร้าย การวางระเบิด ทั้งที่จริงแล้วภัยพิบัติทางธรรมชาติมีโอกาสมากกว่าการก่อการร้าย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่โรงพยาบาลจะต้องประเมินตนเองเกี่ยวกับความพร้อมในการเตรียมรับมือภัยพิบัติที่พบบ่อยในพื้นที่นั้น ๆ โดยจะต้องคำนึงถึงความคุ้มค่า (Cost-effective) ว่าควรทำอะไรให้พร้อมที่สุดภายใต้ศักยภาพในการรองรับความต้องการที่มากขึ้น (Surge capacity) และเงินที่มี (financial stability) และต้องมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนต้องสามารถให้การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานได้ในทุกเหตุการณ์ภัยพิบัติ นอกจากนี้ในการจัดทำนโยบายเกี่ยวกับการจัดการภาวะสุขภาพของประชาชนในเหตุการณ์ภัยพิบัติ ควรประเมินความต้องการที่มากขึ้น hospital surge capacity ที่ต้องการในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข public health emergency และควรพัฒนาเป็น best practice สำหรับการเตรียมพร้อมด้านสุขภาพของท้องถิ่นนั้นๆ และควรจัดให้ชุมชนได้มีการเตรียมความพร้อมโดยการฝึกซ้อมแบบ table-top simulation และที่สำคัญคือควรเปลี่ยนแนวคิดจากการเตรียมพร้อมแต่เพียงในโรงพยาบาลมาเป็นการให้ทุกภาคส่วนในชุมชนและทุกระดับการบริหารมีส่วนร่วม

การจัดการภาวะสุขภาพจากเหตุภัยพิบัติน้ำท่วมในระยะตอบสนอง

โรคที่ต้องเฝ้าระวังในระยะตอบสนองต่อเหตุภัยพิบัติน้ำท่วม

สภาพเหตุการณ์น้ำท่วม และสภาพแวดล้อมภายหลังน้ำท่วม เป็นสภาพที่เชื้อโรคสามารถเพิ่มจำนวนและแพร่กระจายได้โดยง่าย ที่פקชั่วครวที่ตั่งขึ้นให้ผู้อยู่พพได้พักอาศัยอาจมีมาตรฐานความสะอาดและอนามัยต่ำ ทำให้เกิดโรคได้ง่ายเช่นกัน (Baqir et al., 2012) การทบทวนวรรณกรรมได้แสดงให้เห็นว่า เมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติต่าง ๆ กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจะตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และโรคเกี่ยวกับสุขภาพจิต รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

การทบทวนวรรณกรรมในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เรื่องโรคที่พบได้ในช่วงที่เกิดเหตุภัยพิบัติน้ำท่วม (Baqir et al., 2012) พบว่า ในช่วงที่เกิดน้ำท่วมฉับพลัน (Acute phase) โรคที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ โรคท้องร่วง (รวมถึงโรคอหิวาตกโรค) การติดเชื้อบริเวณผิวหนังและที่ตา และโรคฉี่หนู (leptospirosis) ส่วนในช่วงที่เกิดน้ำท่วมขัง (Sub-acute phase) โรคที่ต้องระวัง ได้แก่ โรคมาลาเรีย โรคลิซมาเนียซิส โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และโรคตับอักเสบ

ในช่วงที่เกิดน้ำท่วม ระบบประปาอาจเกิดความเสียหาย และทำให้สิ่งปฏิกูลออกมาปนเปื้อนเพิ่มโอกาสในการได้รับเชื้อจากอุจจาระเข้าทางปาก (fecal-oral route) และทำให้เกิดการระบาดของอหิวาตกโรคได้ ดังเช่นในกรณีของเมืองมันทะเลย์ ประเทศพม่า ในปี พ.ศ. 2547 (Zuckerman, Rombo, & Fisch, 2007) เช่นเดียวกับกรณีหลังเหตุน้ำท่วม กรุงเทพฯ ประเทศไทย ในช่วง

เดือนกรกฎาคมปี 2547 ซึ่งพบการระบาดของโรคท้องร่วงเฉียบพลันรุนแรง (acute diarrhea) โดยตรวจพบเชื้อ *Vibrio cholerae* O1 ในความซุก沓ๆ กันกับเชื้อ enterotoxigenic *Escherichia coli* (ETEC) ดังนั้นในบางกรณี เชื้อทั้งสองอาจส่งผลให้เกิดการระบาดของโรคท้องร่วงไปพร้อมๆ กันได้ (Qadri et al., 2005)

โรคท้องร่วงเป็นโรคที่พบได้บ่อยในหลายประเทศที่ประสบเหตุภัยน้ำท่วม เนื่องจากการปนเปื้อน ของอาหารและน้ำเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในช่วงที่เกิดอุทกภัย และภายหลังเกิดอุทกภัย (Arbaiah et al., 2009) อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่เกิดโรคท้องร่วงเป็นประจำอยู่แล้ว การเกิดน้ำท่วมซ้ำกันหลายๆ ครั้ง ก็อาจไม่ ส่งผลให้เกิดโรคท้องเสียได้มากเท่ากับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ภาวะโลหิตจาง ดังเช่นการศึกษาในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในพื้นที่น้ำท่วมในเขต Bahraich รัฐ Uttar Pradesh ประเทศอินเดีย (Joshi et al., 2011)

จากการทบทวนเอกสารในเรื่องของการควบคุมโรคคอหิวดกโรค และโรคท้องร่วง พบข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรการจัดการการระบาดของโรคติดต่อต่างๆ รวมถึงโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ในช่วงระหว่างและหลังเกิดเหตุภัยพิบัติต่าง ๆ อาทิเช่น ในกรณีน้ำท่วมใหญ่ที่แคว้นยะโฮร์ (Jahore) ประเทศมาเลเซียในปี พ.ศ. 2549-2550 พบการเกิดโรคเดินอาหารอักเสบเฉียบพลัน (acute gastroenteritis) 1,872 ราย จากประชากรพลัดถิ่นทั้งสิ้น 157,018 คน (Arbaiah et al., 2009)

โรคฉี่หนู (leptospirosis) เป็นโรคติดต่อที่พบได้บ่อยในช่วงน้ำท่วมทั่วภูมิภาคเอเชีย- แปซิฟิก (Victoriano et al., 2009) โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์และโอเชียเนีย เนื่องจากมีแหล่งเพาะเชื้อที่หลากหลาย เช่น สัตว์ฟันแทะจำพวกหนู (rodents) ปศุสัตว์ และสัตว์เลี้ยงต่างๆ เช่น วัว หมู และสุนัข และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ แทบทุกชนิด และเชื้อสามารถแพร่ได้ทางน้ำ และมีอัตราการติดต่อสู่คนสูง ขึ้นในช่วงที่ฝนตกหนักและน้ำท่วม ทั้งในพื้นที่ชนบทและในเขต เมือง (Pappas, Papadimitriou, Siozopoulou, Christou, & Akritidis, 2008) โดยอัตราการป่วย (morbidity rate) อัตราป่วยตาย (case fatality rate) และปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโรคฉี่หนู จะต่างกันไปตามบริบทของสถานที่และเหตุการณ์นั้นๆ เช่น ในเหตุการณ์น้ำท่วมกรุงมะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ ภายหลังภัยพิบัติพายุไต้ฝุ่นใน ปี 2552 เกิดการระบาดของโรคฉี่หนูขึ้น มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 471 ราย และเสียชีวิต 51 ราย พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตได้แก่อายุ hemoptysis, anuria, jaundice และการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะล่าช้า (Amilasan et al., 2012) ส่วนในประเทศออสเตรเลีย พบเหตุการณ์ของโรคฉี่หนูเป็นครั้งแรกในช่วงเหตุน้ำท่วมตอนกลางของรัฐควีนส์แลนด์ระหว่างเดือนธันวาคม 2553 - มกราคม 2554 โดยสามารถระบุเชื้อ *Leptospira borgpetersenii* ชนิด serovar Arborea ในผู้ป่วยโรคฉี่หนูจำนวน 7 ราย จากทั้งหมด 9 ราย โดยทุกรายได้สัมผัสกับน้ำท่วมมาแล้วทั้งสิ้น แต่ไม่พบแหล่ง ของการสัมผัสเชื้อร่วม กัน (single exposure source) แต่อย่างใด (Smith, Young, Wilson, & Craig, 2012) นอกจากนี้ ในภูมิภาคอื่นๆ ก็มีการระบาดของโรคฉี่หนูได้เช่นกัน และมีมาตรการให้ยาป้องกันโรค (chemoprophylaxis campaign) ด้วย เช่น ในเดือนมกราคม ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2538 เกิดเหตุน้ำท่วมครั้งร้ายแรงใน ประเทศกายอานา ทวีปอเมริกาใต้ โดยมีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 34 ราย โดยผลการตรวจหาเชื้อด้วย anti-leptospirosis dot enzyme immunoassay ในผู้ป่วย 106 ราย พบว่ามีผลเป็นบวก 52 ราย (ร้อยละ 50) และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 201 ราย พบว่าร้อยละ 89 มีการสัมผัสกับน้ำท่วมโดยตรง หลังจากนั้น

ทางรัฐบาลกายอานาได้จัดโครงการให้ยา doxycycline ป้องกันโรคฉี่หนูเป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยเข้าถึงประชากรกว่า 280,000 คน เพื่อลดการเกิดโรคและลดอัตราการตายจากโรคฉี่หนู (Dechet et al., 2012)

นอกจากนี้ โรคผิวหนังเป็นอีกกลุ่มโรคหนึ่งที่พบได้บ่อยในช่วงน้ำท่วม ในประเทศไทยมีการศึกษาในช่วงน้ำท่วมเดือนตุลาคม พ.ศ. 2549 จำนวน 96 ราย (Vachiramom, Busaracome, Chongtrakool, & Puavilai, 2008) พบว่า โรคที่พบได้บ่อยโรคหนึ่งในช่วงน้ำท่วม คือ โรคผิวหนังอักเสบ (Eczema) ส่วนการติดเชื้อราที่พบได้ค่อนข้างน้อย และมีข้อเสนอแนะให้ใช้ยาที่มีฤทธิ์ลดการอักเสบร่วมกับยาฆ่าเชื้อแบคทีเรียและเชื้อราในการรักษาอาการดังกล่าว

นอกจากโรคติดต่อแล้ว ควรมีการเฝ้าระวังโรคเรื้อรังต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน (Zoraster, 2010) เช่น ในเหตุภัยพิบัติพายุเฮอริเคนคาทรีนาในเมืองนิวออร์ลีนส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ส่งผลกระทบเป็นอันมากต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไตวาย และโรคกลุ่ม metabolic เรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ นอกจากนี้อาหารที่ผู้อพยพได้รับในที่พักพิงชั่วคราวนั้นมักจะไม่มีความหลากหลาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้ที่มีโรคเรื้อรังและไม่มีทุนทรัพย์เพียงพอที่จะย้ายไปพักที่อื่นได้ เช่น

กลุ่มประชากรที่ต้องเฝ้าระวังในการตอบสนองต่อเหตุภัยพิบัติน้ำท่วม

ในระหว่างที่เกิดเหตุภัยพิบัติน้ำท่วม ประชากรกลุ่มต่าง ๆ จะมีศักยภาพในการตอบสนองต่อภัยพิบัติได้ต่างกัน ผู้ที่มีทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมมากจะสามารถเอาตัวรอดได้ดีกว่าผู้ที่มีทรัพยากรดังกล่าวน้อย (Zoraster, 2010)

การสำรวจประชากรในสลัมในเมืองขนาดใหญ่พิเศษ (megacities) ในประเทศอินเดีย (Chatterjee, 2010) พบว่า ผู้คนในสลัม อยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง และมีวิธีการตอบสนองต่อภัยพิบัติน้อย เนื่องจากขาดการดูแลจากทางเทศบาลเมือง ดังนั้นผู้อาศัยในสลัมจึงต้องใช้การตอบสนองเชิงโครงสร้าง (structural means) และเครือข่ายการช่วยเหลือที่มีลักษณะซับซ้อน (complex networks of assistance) ในการตอบสนองและฟื้นตัวจากเหตุภัยพิบัติน้ำท่วม และพบว่าความสามารถในการตอบสนองต่อภัยพิบัตียังมีความแตกต่างกันในผู้อาศัยในสลัมเอง โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และอุปสรรคทางเศรษฐกิจและการเมือง ดังนั้นยุทธศาสตร์การตอบสนองต่อภัยพิบัติน้ำท่วม จะต้อง 1) คิดถึงกลุ่มประชากรชายขอบ (marginal population) มากขึ้น 2) ทราบข้อจำกัดและขอบเขตโครงสร้างทางสังคมทั้งแบบเก่าและแบบใหม่ และ 3) รวมถึงเครือข่ายนวัตกรรมการสนับสนุน เพื่อตอบสนองต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั่วโลก

การทบทวนเอกสารเรื่องประชากรกลุ่มเปราะบางในเมืองนิวออร์ลีนส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา (Zoraster, 2010) พบว่า ในระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ผู้ที่มีรายได้ต่ำจะมีความสามารถในการอพยพ (evacuate) น้อยกว่าผู้มีรายได้สูง เช่น แม้ว่าข้อมูลสำมะโนครัวจะระบุว่าครัวเรือนร้อยละ 90 จะมีรถยนต์เป็นของตนเอง แต่ในกลุ่มผู้ที่เข้าบ้านอยู่จะมีรถยนต์เป็นของตนเองแค่ร้อยละ 77 และในกลุ่มผู้เข้าบ้านที่เป็นชนกลุ่มน้อย เช่น คนผิวสีทุกกลุ่ม จะมีรถยนต์เป็นของตนเองแค่ร้อยละ 65 เท่านั้น ทำให้ผู้ที่อาศัยในเมืองนิวออร์ลีนส์กว่า 100,000 คน ไม่มียานพาหนะขนส่ง นอกจากนี้

ผู้สูงอายุและผู้พิการที่อาศัยอยู่ในสถานรับดูแลก็ไม่สามารถเข้าถึงยานพาหนะในการอพยพเช่นกัน โดยพบว่า เมื่อเกิดเหตุเฮอริเคนคาทริน่า มีสถานรับดูแลผู้สูงอายุแค่ร้อยละ 21 จากทั้งหมดกว่า 280 แห่ง สามารถอพยพคนออกได้ และมีผู้เสียชีวิตภายในสถานรับดูแลฯ ดังกล่าวกว่า 215 ราย โดยการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุรวมกัน เช่น การบาดเจ็บโดยตรง การไม่ได้รับการดูแลสุขภาพ และการจมน้ำ

แนวทางการจัดการระบบสุขภาพระหว่างตอบสนองต่อเหตุภัยพิบัติน้ำท่วม

ในเอกสารวิชาการเกี่ยวกับการตอบสนองทางสาธารณสุขจะเน้นที่วิธีการวางแผนควบคุมโรคระบาด เช่น ในกรณีน้ำท่วมครั้งใหญ่ในรัฐยะโฮร์ (Johore) ประเทศมาเลเซีย การขยายพื้นที่เฝ้าระวังและควบคุมสุขภาพแวดล้อม (routine disease surveillance and environmental control) ให้ครอบคลุมพื้นที่น้ำท่วมและพื้นที่อพยพ รวมถึงการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อ ช่วยให้มีความตระหนักรู้โรค ควบคุมโรคที่พร้อมต่อสถานการณ์ มีความครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมาย และมีประสิทธิภาพ (Arbaiah et al., 2009) ส่วนในการรับมือภัยพิบัติน้ำท่วม เมืองนิวยอร์ก สหัฐอเมริกา มีข้อเสนอแนะว่าการทำแผนที่ (mapping) พื้นที่ที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงอยู่ (เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี) ก็น่าจะมีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อได้เช่นกัน (Zoraster, 2010) อย่างไรก็ตาม ยังมีอีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ ได้แก่ การตอบสนองต่อภัยพิบัติ และจัดการระบบสุขภาพให้สามารถมีผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuum of care) ได้ ซึ่งรายละเอียดในประเด็นดังกล่าวได้รับการสรุปในตารางที่ 3 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 สรุปการถอดบทเรียนว่าด้วยการจัดการระบบสุขภาพในช่วงตอบสนองต่อภัยพิบัติ

แหล่งข้อมูล และสถานที่	ถอดบทเรียน
(Cloutier, Greenwood, Malawski, & Tremblay, 1997) จังหวัด Mannitoba ประเทศ แคนาดา	<i>การจัดการสถานพยาบาลในสภาวะวิกฤต</i> เป็นกรณีศึกษาของการจัดการโรงพยาบาล tertiary hospital ขนาด 600 เตียง ซึ่งใหญ่เป็นอันดับสองของจังหวัด Mannitoba ในประเทศแคนาดา และต้องดำเนินการย้ายผู้ป่วยในช่วงวิกฤตน้ำท่วมครั้งใหญ่ในปี 1997 มีการถอดบทเรียนดังต่อไปนี้ ● โรงพยาบาลได้ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งหมดในระบบสุขภาพ ทำการย้ายผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินไปยังสถานบริการอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียง ยกเลิกการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นเพื่อให้มีเตียงรองรับผู้ป่วยมากขึ้น ส่วนทีมผู้รักษาพยาบาล (clinical teams) ทำการประเมินผู้ป่วยว่ารายใดจะให้ออกจากบ้านได้ (discharge) และรายใดจะตัดสินใจให้ย้ายไปที่อื่น (transfer) ในขณะที่เจ้าหน้าที่อีกส่วนหนึ่งทำการย้ายทรัพย์สินของโรงพยาบาล รวมทั้งเวชระเบียนและบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ไปไว้ในที่ปลอดภัย ● ระบบสุขภาพในพื้นที่เขตเทศบาลดังกล่าวควรมีสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ (tertiary facilities) อย่างน้อยสองแห่งเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ในกรณีที่สถานบริการแห่งหนึ่งต้องปิดไป ซึ่งในเหตุการณ์ดังกล่าว พบว่ามีสถานบริการเพียงแห่งเดียวที่สามารถให้บริการผู้ป่วยต่าง ๆ แบบโรงพยาบาลตติยภูมิได้ และในการย้ายผู้ป่วยต้องทำการย้ายเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ และครุภัณฑ์พิเศษต่าง ๆ ไปด้วย ส่วนในกรณีของผู้ป่วยบางรายที่มีความเสี่ยงต่ำก็มีการย้ายเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ ไปยังโรงพยาบาล ชุมชนแทน ● ในช่วงที่เกิดภัยพิบัติ พบว่าโมเดลการจัดการที่มีผู้นำเพียงคนเดียวนั้นมีประสิทธิภาพ และพบปัญหาจากความหลากหลายของแผนงานทางการแพทย์ ● การตัดสินใจทั้งหมด ทำโดยคาดการณ์และวางแผนรองรับสถานการณ์ที่แย่ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (worst-case scenario) ● ช่วงที่เกิดภัยพิบัติ มีการคาดคะเนต่างๆ และข่าวลือจำนวนมาก การควบคุมข้อมูลข่าวสารจึงทำได้ยากลำบาก ● ทรัพยากร และระบบการบริการต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ ยังไม่มีมาตรฐานตายตัว ซึ่งทำให้เกิดปัญหาเมื่อย้ายเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ ไป ณ สถานพยาบาลอื่น ● ช่วงที่เกิดน้ำท่วม พบว่าผู้คนส่วนใหญ่มีการร่วมมือและช่วยเหลือซึ่ง กัน และกันค่อนข้างดี ทั้งในระดับโรงพยาบาล และในระดับเขตเทศบาล

แหล่งข้อมูล และสถานที่	ถอดบทเรียน
	● การสื่อสารภายในโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอ ทางโรงพยาบาลจึงได้จัดประชุมคณะกรรมการวางแผนรับมือน้ำท่วม (Flood contingency planning committee) ของโรงพยาบาลทุกวันตลอดช่วงที่เกิดเหตุ น้ำท่วม และมีการ โทรศัพท์ปรึกษากับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Manitoba Health) ทุกวัน อย่างไรก็ตาม ทางโรงพยาบาลประสบปัญหา กับเนื้อหาที่สื่อนำเสนอ โดยเฉพาะเนื้อหาที่ "ไม่มีที่ไปที่มา" ● การวางแผนระดับระบบ (macro disaster planning) ก็เป็นสิ่งสำคัญ เช่นเดียวกัน และเนื่องจากทางเทศบาลไม่มีรถพยาบาล (ambulatory bus) และระบบบริการสุขภาพขาดเครื่องช่วยหายใจ (ventilators) และ ตู้อบ (incubators) ที่จำเป็นต่อการย้ายผู้ป่วยกรณีพิเศษมาก ๆ ซึ่งใน กรณีดังกล่าว มีคู่มือการรับมือภัยพิบัติบางเล่มเสนอแนะให้ย้ายผู้ป่วยไป โรงพยาบาลทหารที่อยู่ใกล้สนามบินโดยชั่วคราว ซึ่งอาจเกิดขึ้นจริงหาก สถานการณ์เลวร้ายลง ● ในระหว่างเหตุภัยพิบัติ การจัดการเรื่องธุรการทั่วไป เช่น สวัสดิการและ อภิสิทธิ์ของแพทย์ บัตรจอดรถ การจ่ายเงินเดือน ตารางการทำงาน และ ตำแหน่งของเจ้าหน้าที่ก็ยังคงมีอยู่และต้องได้รับการดูแล ซึ่งทาง คณะกรรมการรับมือภัยพิบัติของโรงพยาบาล (Contingency committee) ต้องมาดูแลในเรื่องดังกล่าวด้วย
(Bureau of Epidemiology, 2011) ช ว ง วิฤตอุทกภัยใน ประเทศไทย ปี 2554	เหตุอุทกภัย และการเสียชีวิตเนื่องจากน้ำท่วมและไฟดูด สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับแจ้งจากหน่วยงาน ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่เริ่มมีน้ำท่วมจนถึงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2554 มีข้อสรุป และการถอดบทเรียนโดยสังเขปดังต่อไปนี้ ● สาเหตุหลักของการเสียชีวิต ทั้งในเขตกรุงเทพและปริมณฑล และในเขตจังหวัด อื่น ได้แก่ การจมน้ำ (ร้อยละ 61 และร้อยละ 87 ตามลำดับ) ● ช่วงตอนท้ายของเหตุอุทกภัย พบว่า เมื่อมวลน้ำเข้าสู่พื้นที่ที่ประชากร อาศัยอยู่ มากขึ้น มีผู้ประสบอุทกภัยมากขึ้น ก็มีผู้เสียชีวิตมากขึ้นด้วย ● จากการเปรียบเทียบสาเหตุการเสียชีวิตในแต่ละเดือน พบว่า สัดส่วนของ การเสียชีวิตจากไฟฟ้าดูดเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 4.2 ในเดือน สิงหาคม เป็นร้อยละ 27.8 ในเดือนพฤศจิกายน โดยผู้เสียชีวิตจากไฟฟ้า ดูดในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลมีสัดส่วนสูงกว่าในจังหวัดอื่น ๆ (ร้อยละ 39 ของการเสียชีวิตทั้งหมด เทียบกับร้อยละ 6 ในจังหวัดอื่น ๆ) ● การเสียชีวิตจากไฟฟ้าดูด พบมากในผู้ชายวัยกลางคนที่อาจมีหน้าที่อยู่เฝ้าบ้าน ขนย้ายสิ่งของหรือตรวจเช็คอุปกรณ์เครื่องใช้ภายในบ้าน สัมผัสอุปกรณ์ เครื่องใช้ไฟฟ้าภายในบ้านขณะที่ยืนแช่น้ำหรือตัวเปียก

แหล่งข้อมูล และสถานที่	ถอดบทเรียน
	● นอกจากนี้ยังพบการถูกไฟฟ้าดูดระหว่างเดือนทางถึง 20.4% อาจเกิดจากการเดินหรือพายเรือไฟใกล้แหล่งกำเนิดไฟฟ้า โดยเฉพาะเสาไฟฟ้ากลางถนน แนวทางการแก้ไข มีดังต่อไปนี้ 1. ควรมีการปรับเปลี่ยนวิธีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน เช่น กลุ่มที่อาศัยอยู่ตามศูนย์อพยพต่างๆ น่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงได้ง่าย 2. ควรเพิ่มการติดป้ายเตือนตามถนนในพื้นที่ที่ไม่ได้ตัดไฟ เพื่อให้คนที่เข้าพื้นที่ระมัดระวังไม่เข้าใกล้เสาไฟฟ้ากลางถนนในระยะ 2 เมตร และไม่สัมผัสสิ่งต่าง ๆ ที่อาจสัมผัสสายไฟบนถนน 3. ให้ตัดสะพานไฟในสถานที่ที่คาดว่าน้ำจะท่วมถึง โดยเฉพาะชั้นล่างของบ้านเรือน
(Watson, Gayer, & Connolly, 2007) บทความปริทรรศน์	<i>การจัดการโรคติดต่อในระยะตอบสนองต่อวิกฤตสุขภาพ</i> ● โดยทั่วไป ประชากรที่ประสบเหตุแต่ไม่ได้ย้ายถิ่นฐาน จะมีปัญหาเรื่องโรคติดต่อน้อยกว่าประชากรที่ไปอาศัยที่ศูนย์อพยพ เนื่องจากปัจจัยหลายด้านโดยเฉพาะเรื่องความแออัด ● การตอบสนองต่อความต้องการของประชากรที่ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ รวมถึงการใช้จ่ายเงินเพื่อมนุษยธรรม จะต้องมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อที่แม่นยำ โดยการประเมินดังกล่าวควรระบุ: 1) โรคประจำถิ่น (endemic disease) และโรคระบาด (epidemic disease) ที่พบได้บ่อยในพื้นที่ 2) สภาพความเป็นอยู่ของประชากรผู้ได้รับผลกระทบ เช่น จำนวน ขนาด พื้นที่ และความหนาแน่นของที่อยู่อาศัย 3) การมีน้ำสะอาด สถานที่ และเครื่องมือใช้ในการขับถ่ายอย่างเพียงพอ 4) สถานะทางโภชนาการ และอัตราการฉีดวัคซีนในกลุ่มประชาชน 5) ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการจัดการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ● โดยทั่วไปแล้ว ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาดในกลุ่มผู้ประสบภัยธรรมชาตินั้นค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับผู้ประสบภัยจากสงครามและความขัดแย้ง เนื่องจากโรคติดต่อนั้นพบได้มากในกลุ่มประชากรพลัดถิ่นที่ไม่สามารถเข้าถึงความต้องการพื้นฐาน เช่น น้ำสะอาด สถานที่ขับถ่าย ที่อยู่ อาศัย และการบริการสุขภาพ พื้นฐาน ดังนั้นจึงต้องหาทางตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวโดยทันที โดยการฟื้นฟูสาธารณูปโภคพื้นฐานต่าง ๆ ให้กลับมาใช้ได้เร็วโดยเร็ว ● ระบบการเฝ้าระวังและเตือนภัยก็เป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน เพื่อตรวจหาโรคที่มักแพร่ระบาดได้เร็ว (เช่น โรคหัด) และความต้องการฉีดวัคซีนและควบคุมพาหะนำโรค ● เพราะฉะนั้น แผนการรับมือภัยพิบัติ นอกจากจะดูเรื่องการบาดเจ็บและการ

แหล่งข้อมูล และสถานที่	ถอดบทเรียน
	จัดการผู้บาดเจ็บและล้มตายจำนวนมากแล้ว ควรพิจารณาถึงความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประชากรผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติที่รอดชีวิตมาได้ด้วย โดยการเฝ้าระวังพื้นที่ประสบภัยนี้เป็นสิ่งจำเป็นในการทำความเข้าใจถึงผลกระทบของภัยธรรมชาติดังกล่าวต่อโรคติดต่อ การเจ็บป่วย และการตาย ● นอกจากนี้ บริการสุขภาพในระยะฉุกเฉิน มักอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรต่าง ๆ ในระดับชาติและนานาชาติ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาด้านการประสานงาน ● การขาดข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเฝ้าระวังช่วงก่อนประสบภัย อาจทำให้เกิดความยุ่งยากในการแยกระหว่างการเกิดโรคระบาด กับอุบัติการณ์ของโรคดังกล่าวที่พบได้เป็นประจำช่วงก่อนภัยพิบัติ (background endemic disease transmission) ● การแปลผลของข้อมูลระบบเฝ้าระวังช่วงหลังเกิดภัยพิบัติ อาจทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากขาดข้อมูลพื้นฐานการเฝ้าระวัง และตัวหารที่แม่นยำ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สำคัญที่สุดในพื้นที่นี้ คือการดำเนินมาตรการควบคุมอย่างรวดเร็ว เมื่อพบโรคที่สามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วในประชากร
(U.S. Department of Health & Human Services, 2012; U.S. Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response, 2012) กรณีศึกษาในสหรัฐฯ	การจัดยาและการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยเอดส์ในระยะตอบสนองต่อภัยพิบัติ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ควรมียาสำรองไว้ให้อยู่ได้ 10-14 วัน อยู่ติดตัวในประเทศสหรัฐฯ รัฐบาลกลางได้จัดแผนงานต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี-ผู้ป่วยเอดส์ในช่วงเหตุภัยพิบัติ เช่นโครงการ Emergency Prescription Assistance Program (EPAP) ซึ่งจัดยาส่งแพทย์และครุภัณฑ์การแพทย์ให้แก่ผู้ประสบภัยพิบัติและไม่มีประกันสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ● โครงการ EPAP จะจัดยาตามสั่งให้แก่ผู้มีสิทธิเข้าร่วมโครงการ โดยจ่ายยาเพียงครั้งเดียวในปริมาณที่มากพอสำหรับการใช้ 30 วัน เพื่อรักษาอาการเฉียบพลัน ทดแทนยาหรืออุปกรณ์การแพทย์ที่สูญหายหรือสูญหายไปโดยตรงเนื่องจากภัยพิบัติ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ● ร้านขายยาหรือห้องยาที่เข้าร่วมโครงการจะเป็นผู้ตรวจสอบสิทธิในการเข้าร่วมโครงการ ● ผู้เข้าร่วมโครงการจะต้องแสดงใบสั่งยา หรือขอใบยาที่ใช้อยู่ปัจจุบัน หรือเอกสารอื่น ๆ เพื่อพิสูจน์การสั่งยา ก่อนจะได้รับยาหรือได้รับอุปกรณ์การแพทย์ เช่น ไม้เท้าช่วยเดิน รถเข็น และอุปกรณ์ฉีดยาเบาหวาน ● ร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการจะจ่ายยาทั่วไป เว้นแต่ได้รับแจ้งว่าเป็นยาที่จำเป็นทางการแพทย์ (Brand medically Necessary - BMN) หรือยาที่ให้จ่ายตามที่เขียน (Dispersed as Written - DaW) ● โครงการ EPAP จะครอบคลุมเฉพาะผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพของเอกชน หรือ

แหล่งข้อมูล และสถานที่	ถอดบทเรียน
	ของนายจ้าง ประกันภาคสาธารณะ หรือประกันบุคคลที่สามอื่น ๆ และอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่โครงการ EPAP มีผลบังคับใช้เท่านั้น ● โครงการ EPAP จะมีผลบังคับใช้ตามประกาศของทางการ โดยรหัสไปรษณีย์ของพื้นที่ที่โครงการนั้นบังคับใช้จะอยู่ในเว็บไซต์ของรัฐ ช่วงก่อนและระหว่างการบังคับใช้ดังกล่าว ● ร้านขายยาหรือห้องยาต่าง ๆ สามารถเข้าร่วมโครงการได้ทั้งก่อนและระหว่างเกิดภัยพิบัติ โดยการโทรศัพท์ติดต่อหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง โดยขั้นตอนการลงทะเบียนจะกินเวลาแค่ 2-3 นาที
(Vernberg et al., 2008) บทความปริทรรศน์ว่าด้วยเรื่องการปฐมพยาบาลจิตใจ (psychological first aid)	● โดยทั่วไป นักจิตวิทยาจะมีบทบาทในการจัดการกับภาวะวิกฤตและเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบกระเทือนจิตใจต่าง ๆ ● อย่างไรก็ตาม นักจิตวิทยาแต่ละรายก็มีประวัติการอบรมและความเชี่ยวชาญในการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตต่างกันไป ● ในกรณีนี้ กระทรวงการทหารผ่านศึก (Department of Veterans Affairs) ได้มีการพัฒนาคู่มือการปฐมพยาบาลจิตใจ (Psychological First Aid Operations Guide - PFA Guide) ขึ้น (http://www.ptsd.va.gov/professional/manuals/psych-first-aid.asp) ● ในคู่มือ PFA Guide ดังกล่าวจะมีรายละเอียดเรื่องการตอบสนองต่อความต้องการเร่งด่วนด้านสุขภาพจิตของเด็ก ผู้ใหญ่ และครอบครัวที่เพิ่งจะผ่านเหตุภัยพิบัติหรือก่อการร้ายมาได้ไม่นาน ● นอกจากนี้ ยังมีรายละเอียดเรื่องการอบรม การดูแลตนเองของนักจิตวิทยา และการวิจัยเพื่อประเมินผลด้วย และได้รับการออกแบบให้นำไปปฏิบัติในภาคสนามได้ ● คู่มือดังกล่าวเป็นความพยายามอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมที่สุด (best practices) โดยมีข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-informed) ที่ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ในการตอบสนองต่อภัยพิบัติในมิติของสุขภาพจิต

ในการจัดการภัยพิบัตินั้นการจัดการศพก็เป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องการระบุตัวตนของผู้เสียชีวิตและการเคารพสิทธิของครอบครัวของผู้เสียชีวิต องค์การอนามัยแพนอเมริกัน (Pan American Health Organization, 2004) ได้กำหนดแนวทางการจัดการกับศพของผู้เสียชีวิตตามตารางที่ 4 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 แนวทางการจัดการศพของผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ภัยพิบัติ (Pan American Health Organization, 2004)

แนวทางการจัดการ
● ควรมีการระบุหน่วยงานภายในคณะกรรมการปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉิน ที่จะเป็นฝ่ายประสานงานทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศพผู้เสียชีวิต ● ระบุ (ภายใน 24 ชั่วโมง) ว่าเหตุภัยพิบัตินั้นมีความร้ายแรงแค่ไหน มีทรัพยากรอะไรอยู่บ้าง และความต้องการที่เร่งด่วนที่สุดคือเรื่องใด ● ให้มีโฆษกอย่างเป็นทางการ 1 คนที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับงานฟื้นฟู การระบุตัวผู้เสียชีวิต และระบุตำแหน่งของผู้เสียชีวิต ● แจกครอบครัวของเหยื่อให้ทราบเรื่องการเสียชีวิตหรือหายสาบสูญของเหยื่อภัยพิบัติอย่างชัดเจนเป็นระบบ และเป็นรายบุคคล ● อำนวยความสะดวกให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงศพของผู้เสียชีวิตได้ และให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่ในการดำเนินการขั้นสุดท้ายกับศพ ● เลือกรีชีฟศพที่จะสามารถขุดศพออกมาได้อีกในภายหลัง ไม่ควรใช้สุสานรวมหรือการฃาปนกิจหมู่ในทุกกรณี ● จัดทำแผนการดูแลสุขภาพจิต และสุขภาพกายของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือเยียวยา เนื่องจากการจัดการศพเป็นจำนวนมากจะส่งผลเป็นอย่างมากต่อสุขภาพของทีมผู้ปฏิบัติหน้าที่ ● การฝังศพในสุสานรวม หรือการฃาปนกิจหมู่ เป็นการกระทำที่ไม่จำเป็น และเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนของครอบครัวของผู้เสียชีวิต ● ควรเน้นว่า การมีศพอยู่ในสภาพแวดล้อมไม่ทำให้ความเสี่ยงในการเกิดโรคระบาดเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด และศพนั้นจะมีโอกาสที่จะทำให้สภาพแวดล้อมปนเปื้อนน้อยกว่าผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ การป้องกันโรค ทำได้โดยการปรับปรุงด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และให้สุขศึกษาแก่ประชาชน ● พยายามอย่าให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ และประชากรทั่วไป เข้าร่วมโครงการฉีดวัคซีนแก่ประชากรหมู่ (mass vaccination) เพื่อป้องกันโรคที่เชื่อว่าอาจติดมาจากศพ ● เคารพความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนาของประชากร และหากไม่ทราบว่ามีผู้เสียชีวิตนับถือศาสนาใด ให้เคารพความเชื่อทางศาสนาของชุมชนที่มีเหตุเสียชีวิตเกิดขึ้น ● การระบุตัวศพผู้เสียชีวิตจำนวนมากนั้นเป็นความท้าทายทางวิชาการที่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ แม้ว่าจะมีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก หากหน่วยงานต่างๆ และผู้มีอำนาจปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนด การไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการทำให้เกิดผลกระทบทางกฎหมายได้ กล่าวคือ ผู้รอดชีวิตอาจยื่นร้องขอค่าสินไหมชดเชยความเสียหายทางวัตถุและจิตใจ

การจัดการภาวะสุขภาพจากเหตุภัยพิบัติน้ำท่วมในระยะฟื้นฟู

ผลกระทบของภัยพิบัติน้ำท่วมต่อระบบสุขภาพ

ในหลายกรณี พื้นที่ที่ประสบเหตุภัยพิบัติน้ำท่วมจะสูญเสียโครงสร้างระบบการแพทย์ และพยาบาลไปด้วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประชากรกลุ่มเปราะบางต่าง ๆ ได้ เช่น ในสหรัฐฯ ภายหลังเกิดเหตุเฮอริเคนคาทรีน่า พบว่ามีคลินิกให้บริการผู้ป่วยโรคเอดส์น้อยลงมาก และคลินิกแต่ละแห่งมีความสามารถในการให้บริการลดลง (Clark et al., 2006; Zoraster, 2010) เช่นเดียวกับคลินิกที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ (Berggren & Curiel, 2006; Curtis, Mills, & Leitner, 2007; Zoraster, 2010)

ผลกระทบของโรค Post-Traumatic Stress Disorder PTSD

ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV โรค PTSD ทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อต่ำลงได้ โดยการศึกษา กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV ในเมืองนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา (Reilly, Clark, Schmidt, Benight, & Kissinger, 2009) ภายหลังเกิดเหตุน้ำท่วมใหญ่จากพายุเฮอริเคนคาทรีน่า 1-2 ปี พบว่า การมีอาการ PTSD ทำให้การคุกคามร่างกายของผู้ติดเชื้อ HIV นั้นร้ายแรงมากขึ้น กล่าวคือ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อ 145 คน มีผู้มีอาการของโรค PTSD ทั้งสิ้นร้อยละ 37.2 โดยผู้ติดเชื้อในกลุ่มดังกล่าวจะพบเชื้อไวรัสในพลาสมา ในระยะ 1 ปีหลังภัยพิบัติ และมีโอกาสที่จำนวน CD4 จะต่ำกว่า 200 ตัว/ลบ.มม. มากกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการของโรค PTSD ทั้งในระยะ 1 และ 2 ปีหลังภัยพิบัติ และยังคงต้องได้รับยาต่างๆ อย่างต่อเนื่องอีกด้วย ดังนั้น ผู้วางแผนภัยพิบัติจึงควรพิจารณาถึงความต้องการที่ปรึกษาและยาของกลุ่มประชากร ผู้ติดเชื้อ HIV ด้วย

ตารางที่ 5 สรุปการถอดบทเรียนว่าด้วยการจัดการระบบสุขภาพในช่วงระยะฟื้นฟู

แหล่งข้อมูล และสถานที่	ถอดบทเรียน
(Leitmann, 2007) อินโดนีเซีย (บทความ ปริทรรศน์)	ผู้เขียนบทความปริทรรศน์ดังกล่าวได้สรุปผลของการถอดบทเรียนเรื่องการฟื้นฟูประเทศอินโดนีเซียภายหลังเหตุการณ์สึนามิ ในช่วง post-disaster ในเรื่องของการฟื้นฟูโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure) ต่าง ๆ (Multi Donor Fund for Aceh and Nias (MDF), 2006) ไว้ดังต่อไปนี้ สิ่งที่ควรทำ ● วางแผนกำหนดเวลาและแนวทางการสร้างบ้านที่อยู่อาศัย ตามหลักความเป็นจริง และพิจารณาเรื่องความต้องการที่พึงพิงฉุกเฉิน ที่พึงพิงช่วงเปลี่ยนผ่าน และที่อยู่อาศัยถาวร ● เลือกหน่วยงานภาคีและกลไกการดำเนินการที่เหมาะสม เพื่อให้ดำเนินการได้โดยรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ● ควบคุมเรื่องผลกระทบต่องานแวดล้อม ในช่วงภัยและฟื้นฟู เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดและผลเสียหายใหญ่โตในภายหลัง สิ่งที่ไม่ควรทำ ● สร้างแต่ที่อยู่อาศัยเพียงอย่างเดียว ควรสร้างชุมชนที่มีระบบสาธารณสุขปกคลุม และมีการเป็นเจ้าของที่ดิน ผ่านกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม ● ละเลยความต้องการด้านการขนส่งและคมนาคม ซึ่งอาจทำให้การให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูนั้นล่าช้าไปด้วย ● ละเลยความสำคัญของการติดตาม ประเมินผล และควบคุมคุณภาพ ซึ่งจำเป็นต่อการจัดการภายหลังเกิดภัยพิบัติ
(Bissell, Lopez, & Burkeholder-Allen, 2001; Xu & Lu, 2012)	วิธีการจัดการโรคติดต่อ และการฟื้นฟูระบบสาธารณสุขในระยะยาว Bissell และคณะ (Bissell et al., 2001) กล่าวว่า งานที่สำคัญที่สุดของระบบการดูแลสุขภาพ คือ จัดตั้งระบบอนามัยพื้นฐาน (basic health services) ให้กลับมาทำหน้าที่ได้เหมือนเดิมโดยเร็วที่สุด โดยทีมงานจัดการภัยพิบัติสามารถดำเนินการได้ดังต่อไปนี้ ● ร้องขอให้องค์กรส่วนท้องถิ่นจัดคลินิกบริการสาธารณสุขมูลฐานเคลื่อนที่ในบริเวณที่บริการทางการแพทย์นั้นเสียหายหรือถูกทำลาย ● หากหน่วยงานจัดการภัยพิบัติจะให้บริการดังกล่าวเอง จะต้องแจ้งให้สมาชิกของทีมทราบว่าตัวเองกำลังทำหน้าที่ในส่วนที่สำคัญที่สุดของการตอบสนองด้านสาธารณสุขภายหลังเกิดเหตุภัยพิบัติ ● ผู้นำทีมจัดการภัยพิบัติ จะต้องปฏิบัติงานร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่นในการประสานงานของตัวเองเข้ากับความต้องการของภาคสาธารณสุขในพื้นที่ Xu และ Lu (Xu & Lu, 2012) ได้ถอดบทเรียนจากเหตุแผ่นดินไหวที่ประเทศจีน ปี 2551 ดังต่อไปนี้

แหล่งข้อมูล และสถานที่	ถอดบทเรียน
	- ในช่วงเริ่มต้นการฟื้นฟู รัฐบาลท้องถิ่นในพื้นที่แผ่นดินไหวได้จัดการลงทะเบียนประชากรและระบบการแจ้งข้อมูล เพื่อแก้ไขปัญหาด้านที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา การดูแลสุขภาพ และการให้เงินบำนาญ และให้การช่วยเหลือและสนับสนุนประชากรที่ได้รับผลกระทบในเรื่องอื่น ๆ - มีการดำเนินงานบริการทางการแพทย์และฟื้นฟูสภาพจิตใจ เป็นสวัสดิการสังคม โดยเน้นไปที่ผู้พิการและผู้ที่ได้รับผลกระทบในระยะยาว - มีการตั้งศูนย์ฟื้นฟูกว่า 20 ศูนย์ นับตั้งแต่เกิดเหตุแผ่นดินไหว ซึ่งช่วยให้ผู้พิการสามารถกลับไปมีชีวิตแบบเดิม และกลับเข้าสู่ชุมชนของตนได้
(Walldorf et al., 2012)	การจัดยาและการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยเอดส์ในระยะฟื้นฟูจากภัยพิบัติ ผู้เขียนได้สรุปแนวทางการประเมินประสิทธิภาพของโครงการ President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) ซึ่งเป็นการฟื้นฟูบริการทางการแพทย์ให้ผู้ป่วย HIV ภายหลังเหตุแผ่นดินไหวในประเทศเฮติ โดยได้ข้อสรุปดังต่อไปนี้ - บทความดังกล่าวมีการบรรยายข้อมูลการให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อ (VCT) บริการฝากครรภ์ (ANC) บริการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก (PMTCT) และบริการยาต้านเชื้อ (ART) ในช่วงก่อนเกิดแผ่นดินไหว เทียบกับช่วงหลังแผ่นดินไหว ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนพฤษภาคม 2553 - ผู้เขียนนิยาม baseline ของการเข้ารับบริการ (enrollment) ของ VCT, PMTCT และ ART ว่าเป็นจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน ในช่วง 15 เดือนก่อนเกิดเหตุแผ่นดินไหว ในขณะที่ค่า baseline ของ ART ได้แก่จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในเดือนธันวาคม 2552 แยกตามความแรงของแผ่นดินไหว - ช่วงหลังเหตุแผ่นดินไหว จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าตรวจหาเชื้อ (VCT) และรับยาต้านเชื้อ (ART) มีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการรับยา ART อย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยเดิมนั้นสูงมาก ดังนั้นการกำหนดยุทธศาสตร์การตอบสนองภัยพิบัติในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคเอดส์ จึงควรพิจารณาเรื่องการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องเสมอ
(Grier, 2010)	จากบทเรียนในการตอบสนองต่อภัยพิบัติต่าง ๆ (เหตุการณ์ 9/11, ภัยพิบัติสึนามิปี 2547, ฯลฯ) ผู้เขียนได้กำหนดแนวทางดำเนินการด้านการเยียวยาจิตใจ เพื่อให้มีการดูแลต่อเนื่อง (continuum of care) ในประเทศเฮติดังต่อไปนี้ ช่วง 0-3 เดือนหลังเกิดเหตุภัยพิบัติ การให้ความช่วยเหลือควรเน้นที่ทางร่างกายมากกว่าจิตใจ (ที่อยู่อาศัย อาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ การรักษาพยาบาล) ส่วนเรื่องของคุณภาพจิตใจ ให้เน้นที่การให้ psychological first aid แก่เหยื่อภัยพิบัติ สอนวิธีการผ่อนคลาย ระบุต้นตอของปัญหาและอาการทาง

แหล่งข้อมูล และสถานที่	ถอดบทเรียน
	จิต และระบุแหล่งทรัพยากรต่างๆ รอบตัว เพื่อลดความคิดเชิงลบและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการกระทบกระเทือนเรื้อรัง (chronic trauma-related illness) ● ช่วง 3-6 เดือนหลังเกิดเหตุภัยพิบัติ ควรให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเริ่มให้บริการ โดยมีแผนการบริการให้แก่ผู้ใหญ่ เด็ก และทั้งครอบครัว มีการประเมินสถานะทางจิตและความชุกของอาการต่าง ๆ และไปพบและสร้างเครือข่ายกับผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และผู้นำด้านการรักษาพยาบาลในพื้นที่ อธิบายรายละเอียดการให้บริการและให้การศึกษาเพื่อเพิ่มการรับรู้ของสาธารณะ (public awareness) ในเรื่องผลกระทบของ trauma เพื่อลด negative stigma ในชุมชน เกี่ยวกับการรับบริการสุขภาพจิต และให้กลุ่มเป้าหมายเข้าหาบริการมากขึ้น ● ช่วง 6-12 เดือนหลังเกิดเหตุภัยพิบัติ ควรมีการให้บริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง และปรับตัวตามความเหมาะสม ควรสนับสนุนให้ประชากรเริ่มหางานทำ ช่วยเรื่องการก่อสร้างฟื้นฟูต่างๆ หรือไปโรงเรียน มีการถอดบทเรียนและอบรมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติครั้งต่อไป และกำหนดนโยบายด้านสุขภาพจิตที่ดำเนินการได้ผลจริง ● ช่วง 12-18 เดือนหลังเกิดเหตุภัยพิบัติ ควรมีการให้บริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง แต่เน้นเรื่องการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ขับเคลื่อนชุมชน และวิธีการรณรงค์ในประเด็นต่าง ๆ อำนวยความสะดวกเรื่องการฟื้นฟูระยะยาว และดำเนินการเรื่องนโยบายด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ● ช่วง 18 เดือนขึ้นไปหลังเกิดเหตุภัยพิบัติ จะมีการดำเนินการต่าง ๆ ต่อไป โดยไม่มีการกำหนดตายตัว เนื่องจากการฟื้นตัวนั้นต้องใช้เวลา และเหยื่อภัยพิบัติบางรายที่ไม่มีอาการป่วยเนื่องมาจาก trauma เลย และบางรายจะฟื้นตัวได้ภายในเวลาหนึ่งปีถึง 18 เดือน ในขณะที่บางรายจะต้องได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและสังคมเป็นเวลานาน ดังนั้นผู้ตอบสนองในประเด็นดังกล่าวจึงต้องเตรียมดำเนินการต่าง ๆ ในระยะยาว

นอกจากนี้ Manley et al (2006) ยังพบว่าเมื่อถามถึงการฝึกอบรมหรือการเพิ่มพูนทักษะที่พยาบาลต้องการมากที่สุดคือ การชำระล้างสารพิษ (decontaminate) และการดูแลผู้ที่ได้รับสารพิษ การรับมือกับสาธารณภัยที่พบบ่อย การประเมินความเสี่ยงต่อการถูกโจมตีด้วยอาวุธชีวภาพ ในขณะที่การฝึกอบรมที่ต้องการน้อยที่สุดคือ การประสานงานกับหน่วยงานสุขภาพท้องถิ่นและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และข้อตกลงการขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลอื่น ๆ

เป้าหมายและวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องการบริหารจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุขที่ดี
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์ ปัญหา และข้อเสนอแนะในการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน 3 พื้นที่ของจังหวัดภาคใต้
3. เพื่อรวบรวมข้อมูลและบททวนองค์ความรู้ด้านการจัดการภัยพิบัติจากเอกสารและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้เพื่อการวางแผนการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่
2. มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการจัดการภัยพิบัติระหว่างบุคลากรและหน่วยงานจากหลายภาคส่วนใน 3 พื้นที่ที่ศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (Qualitative & quantitative study) โดยใช้วิธีการศึกษาแบบการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological research) ซึ่งเหมาะสมกับการแสวงหาข้อเท็จจริงเชิงประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติใน 3 พื้นที่ของภาคใต้ที่มีประสบการณ์ดังกล่าว คือ จังหวัดสงขลา ภูเก็ต และนครศรีธรรมราช ที่เน้นการมีส่วนร่วมโดยการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ให้มีความสามารถในการเก็บข้อมูล จัดการข้อมูล วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์ข้อมูลการจัดการภัยพิบัติของแต่ละพื้นที่ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน คือ

1. ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากงานวิจัย รายงานโครงการ และหนังสือต่างๆ แล้วนำมารวบรวมให้เป็นฐานข้อมูลและเว็บไซต์
2. ออกแบบการศึกษาร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่
3. พัฒนาเครื่องมือและทดสอบการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล
 - 3.1. ระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ ได้แก่ การป้องกันและการเตรียมพร้อม
 - 3.2. ระยะขณะเกิดภัยพิบัติ
 - 3.2.1. ความสูญเสียและผลกระทบ
 - 3.2.2. การตอบสนองและการบรรเทาผลกระทบ
 - 3.3. ระยะหลังเกิดภัยพิบัติ
 - 3.3.1. การฟื้นฟู
 - 3.3.2. การถอดบทเรียนเพื่อเตรียมรับภัยพิบัติในอนาคต
 - 3.4. ปัญหาและข้อเสนอแนะ
4. เก็บข้อมูล 3 พื้นที่ โดยการ
 - 4.1. สัมภาษณ์เชิงลึก
 - 4.2. สนทนากลุ่ม
 - 4.3. การสำรวจ
 - 4.4. การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ

โดยมีผู้ให้ข้อมูลรวมประมาณ 90 คน จากหน่วยงานดังนี้

1) หน่วยงานราชการ

- ระบบสาธารณสุข
 - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - โรงพยาบาลศูนย์
 - โรงพยาบาลทั่วไป
 - โรงพยาบาลชุมชน
 - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
 - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ผู้ว่าราชการจังหวัด
 - สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด
 - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
 - กษาดจังหวัด
 - นายอำเภอ
 - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - หน่วยงานภาคเอกชน
 - สื่อมวลชนท้องถิ่น
 - องค์กรพัฒนาเอกชน
 - ภาคประชาชน
 - ผู้นำชุมชน
 - อาสาสมัครสาธารณสุข
 - ตัวแทนชุมชน
 - คณะทำงานวาระการจัดการภัยพิบัติของภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ
5. วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงเปรียบเทียบ (Descriptive and comparative analysis)
 6. สังเคราะห์องค์ความรู้และเขียนรายงาน
 7. นำเสนอผลการศึกษา
 - 7.1. การประชุมนำเสนอผลการศึกษากับผู้เกี่ยวข้อง
 - 7.2. การสื่อสารสาธารณะ

ผลการศึกษา

การจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุขใน 3 พื้นที่

สาระสำคัญในบทนี้เป็นการวิเคราะห์การจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำของระบบสาธารณสุขใน 3 พื้นที่ คือ ภูเก็ต นครศรีธรรมราช และสงขลา โดยการรวบรวมจากการทบทวนเอกสาร การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสำรวจด้วยแบบสอบถามถึงประสบการณ์ของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย ดังนี้

ตอนที่ 1 หลักการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข

จากการทบทวนเอกสาร การสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ถึงการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำของระบบสาธารณสุข พบว่า ทั้ง 3 จังหวัดมีพัฒนาการของการจัดการภัยพิบัติจากประสบการณ์ที่เคยประสบกับภัยพิบัติที่ผ่านมาหลายครั้งมาระยะหนึ่ง จากการจัดการภัยพิบัติภายในขอบเขตของงานบริการทางสาธารณสุขที่เน้นการตอบสนองเชิงตั้งรับต่อภัยพิบัติโดยเฉพาะการรักษาพยาบาล ไปสู่การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการภัยพิบัติเชิงรุกกับภาคส่วนต่าง ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำรวจ ทหาร มูลนิธิกู้ชีพกู้ภัย สถาบันการศึกษา ศูนย์อุตุนิยมวิทยา สื่อมวลชน เหล่ากาชาด สโมสร องค์กรภาคเอกชน องค์กรพัฒนาภาคประชาสังคม ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และอาสาสมัคร เป็นต้น ให้มีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติครบวงจร ตั้งแต่การป้องกัน การบรรเทาผลกระทบ การเตรียมพร้อม การจัดการตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน การช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ และการฟื้นฟูบูรณะ โดยเริ่มต้นจากการสำรวจต้นทุนเดิมที่มีอยู่ ทั้งคน อุปกรณ์ ทุนทางสังคม และทรัพยากรอื่น ๆ แล้วสร้างเครือข่าย แสวงหาพันธมิตรเพิ่ม เพื่อต่อยอดการพัฒนาและเสริมความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนการจัดการภัยพิบัติทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน โดยแนวทางของแต่ละจังหวัด มีดังนี้

จังหวัดภูเก็ต

จังหวัดภูเก็ตมีภัยพิบัติที่สำคัญ คือ สึนามิ และมีปัญหาน้ำท่วมฉับพลัน (Flash flood) เป็นครั้งคราว โดยหน่วยงานภาคสาธารณสุขของภูเก็ตเริ่มมีการพัฒนาระบบการจัดการภัยพิบัติตั้งแต่หลังเหตุการณ์สึนามิ ปี พ.ศ. 2547 และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ในด้านการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ จังหวัดภูเก็ตมีการติดตั้งระบบเตือนภัยสึนามิในมหาสมุทรอินเดียผ่านระบบสัญญาณดาวเทียมตั้งแต่ปี 2549 มีการติดตั้งหอสัญญาณเตือนภัยทั่วทั้งเกาะ 19 จุด มีการจัดทำแผนที่พื้นที่เสี่ยงภัย มีการประชุมเครือข่ายหลายภาคส่วนเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนชายฝั่งในพื้นที่เสี่ยงเป็นระยะ จากการประเมินสถานการณ์การเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติของภาคสาธารณสุขและชุมชน จังหวัดภูเก็ต (สุรางค์ศรี ศิริมโนชญ์และคณะ, 2551) พบว่า ในด้านนโยบายและแผน ร้อยละ 77.8 ของหน่วยงานที่ศึกษามีการจัดทำแผนเตรียมรับมือภัยพิบัติ แต่การจัดทำแผนดังกล่าวค่อย ๆ ชะลอตัวลงเมื่อเหตุการณ์สึนามิผ่านไป 3-4 ปี อย่างไรก็ตามองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานระดับจังหวัดยังมีการฝึกซ้อมการอพยพหนีภัยสึนามิเป็นประจำทุกปี แต่กิจกรรมดังกล่าวมักเป็นการฝึกซ้อมสาธิตจากภาครัฐโดยขาดความร่วมมือของชุมชนในการวางแผน มีประชาชนเข้าร่วมซ้อมจำนวนจำกัด และกิจกรรมการซ้อมมักอยู่เพียงการเปิดสัญญาณเตือนภัยและการอพยพหนีภัยสึนามิ ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ต้องอพยพหนีภัยจริง เช่น กรณีแผ่นดินไหวที่เกาะสุมาตราเมื่อเดือนเมษายน 2555 มักเกิดความโกลาหลและไม่เป็นไปตามแผน ในด้านการตอบสนองต่อภัยพิบัติ จากปัญหาการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในพื้นที่หลังเหตุการณ์สึนามิที่พบจากการประเมินระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดภูเก็ต: กรณีศึกษาการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ

จากเครื่องบินวันทูโก OG 269 เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2550 พบว่า สถานพยาบาลได้รับแจ้งเหตุหลังเกิดเหตุ 20 นาที จากการท่าอากาศยาน ศูนย์นเรนทรสั่งการและแจ้งเหตุทุกเครือข่ายหลังเกิดเหตุ 28 นาที ผู้ประสบภัยร้อยละ 43.9 ถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยรถพยาบาล การศึกษามีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ควรพัฒนาระบบการสั่งการ ระบบข้อมูลข่าวสาร การประสานงานก่อนนำผู้บาดเจ็บส่งสถานพยาบาล ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสาร การแจ้งเหตุ โดยการใช้ความถี่คลื่นวิทยุกลาง และควรมีการฝึกอบรมและฝึกซ้อมอย่างต่อเนื่อง (สุรางค์ศรี ศิคมโนชญ์ และวิวัฒน์ ศิคมโนชญ์, 2552) ทำให้จังหวัดภูเก็ตได้พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับอุบัติภัยอย่างต่อเนื่องมาทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น จัดหารถฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจาก 25 คันเป็น 115 คัน และใช้เวลาในการออกตอบสนองต่อเหตุการณ์ (Response time) ภายใน 10 นาทีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 82 ในปี 2555 สำหรับการเตรียมความพร้อมของบุคลากรการแพทย์ จังหวัดภูเก็ตริเริ่มการอบรมทีมแพทย์เพื่อช่วยเหลือเหตุการณ์ภัยพิบัติ (Disaster Medical Assistant Team: DMAT) ขึ้นเมื่อปี 2551 โดยมีการพัฒนาทีม DMAT ครอบคลุมทั้งจังหวัดและต่อมาขยายผลการอบรมครอบคลุมจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศโดยมีผู้ผ่านการฝึกอบรมแล้วกว่า 400 คน นอกจากนี้ยังได้มีการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ไว้เป็นการเฉพาะให้แต่ละทีมโดยได้รับการสนับสนุนจากทั้งงบประมาณของรัฐบาลและการบริจาคของภาคเอกชน และการสนับสนุนจากองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น ทำให้สามารถออกช่วยเหลือเหตุการณ์พิบัติภัยที่เกิดขึ้นในประเทศไทยหลายครั้ง เช่น กรณีน้ำท่วมขนาดใหญ่เมื่อปลายปี 2553 กรณีโคลนถล่มที่จังหวัดกระบี่เมื่อต้นปี 2554 และกรณีมหาอุทกภัยที่ภาคกลางเมื่อปลายปี 2554 โดยสามารถช่วยเหลือประชาชนจำนวน 1,104 ราย 640 ราย และ 6,000 รายตามลำดับ และใช้เวลาเตรียมทีมในการออกตอบสนองต่อเหตุการณ์ (Response time) เร็วขึ้นเรื่อย ๆ จาก 19 ชั่วโมง เป็น 6 ชั่วโมง และ 5 ชั่วโมงตามลำดับ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ซึ่งมีบทบาทหลักด้านการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเกิดภัยพิบัติ ได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ ได้แก่

- **ด้านระบบบริหารสั่งการ Command and management** มีการใช้ระบบ Incident Command System (ICS) สำหรับการบริหารสั่งการในภาพรวม และใช้สำหรับการบริหารจัดการภัยพิบัติขนาดใหญ่ด้านการแพทย์ Major Incident Medical Management and Support (MIMMS) โดยมีการฝึกอบรมให้หน่วยงานสาธารณสุขทั้งจังหวัดและอีกหลายจังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งจังหวัดนครศรีธรรมราช และสงขลา

- **ด้านการเตรียมพร้อม Preparedness** ตั้งแต่ การฝึกอบรมและการฝึกซ้อม การรับรองวุฒิ (Personal qualification and certification) การฝึกซ้อมให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีทักษะความชำนาญ การวางแผน การเตรียมพร้อมด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็น การทำข้อตกลงความร่วมมือ (Memo of Understanding: MoU) ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนไว้ล่วงหน้า

- **การเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรเพื่อการบริหารจัดการกรณีฉุกเฉิน Resource management** มีการทำงานเชื่อมโยงกับแผนปฏิบัติการฉุกเฉิน (ปฉณ.) ของประเทศ โดยมีการสนับสนุนทรัพยากรลงไปยังระดับจังหวัด และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมถึงองค์กรระหว่างประเทศ

- **การเตรียมความพร้อมด้านระบบข้อมูลและการสื่อสารเพื่อการบริหารจัดการภัยพิบัติ Communication and information management** มีการเชื่อมต่อข้อมูลและการสื่อสารกับ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศ เช่น คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และ กิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) หน่วยงานวิชาการ เช่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และในระดับ ท้องถิ่น เช่น การพัฒนาเครือข่ายวิทยุสมัครเล่นเพื่อการจัดการภัยพิบัติในชุมชนเสี่ยงภัย

- การเตรียมพร้อมด้านชุมชนในการรับมือภัยพิบัติ Community resilience ได้ คัดเลือกตำบลกลาซึ่งประสบภัยสึนามิและชุมชนมีความพร้อมในการพัฒนาและมีส่วนร่วมเป็นต้นแบบใน การสร้างความเข้มแข็งเพื่อเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ โดยดำเนินการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้อง มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการจัดการภัยพิบัติ สนับสนุนให้มีการจัดทำแผน ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของชุมชน ตามแนวทางจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติโดยอาศัยชุมชนเป็น ฐาน (Community-based disaster risk management : CBDRM) และประสานกับองค์การบริหาร ส่วนตำบลในการจัดตั้งสร้างศูนย์การเรียนรู้ภัยพิบัติประจำตำบลกลาขึ้นเพื่อเป็นแหล่งความรู้เรื่องการ จัดการภัยพิบัติให้แก่ประชาชน และกำลังขยายเครือข่าย “ชุมชนเข้มแข็ง เตรียมพร้อมป้องกันภัย” สู่ ตำบลอื่น ๆ ในจังหวัด โดยร่วมกับสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดภูเก็ต

อย่างไรก็ตามในการขับเคลื่อนระบบการจัดการภัยพิบัติและสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการ จัดการภัยพิบัติดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตได้ใช้ทุนทางสังคมของบุคลากรเป็นหลักแต่ยังไม่มี องค์กรที่จัดตั้งขึ้นเป็นศูนย์ประสานงานและบริหารจัดการเครือข่ายการจัดการภัยพิบัติเป็นการเฉพาะ ซึ่ง จะทำให้การบริหารจัดการภัยพิบัติทั้งก่อน ขณะ และหลังภัยพิบัติมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จังหวัดนครศรีธรรมราช

ที่ผ่านมาจังหวัดนครศรีธรรมราชเกิดภัยพิบัติที่สำคัญ คือ น้ำท่วม น้ำป่าและดินโคลนถล่ม เนื่องจากสภาพภูมิศาสตร์ที่มีเทือกเขาหลวงทอดผ่านกลางพื้นที่ ภาคสาธารณสุขของจังหวัด นครศรีธรรมราช นำโดยโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำงาน ร่วมกับศูนย์ประสานงานจัดการภัยพิบัติภาคพลเมือง มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และภาคีเครือข่ายความ ร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งหน่วยงานรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักวิชาการ สื่อมวลชน ภาคธุรกิจ องค์กรพัฒนาภาคประชาสังคม ผู้นำชุมชน และอาสาสมัคร เป็นต้น ในการดำเนินการจัดการภัยพิบัติใน พื้นที่ โดยร่วมกันดำเนินโครงการจัดการความพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติ (The Cope with Disaster Project) ในการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ภัยพิบัติของจังหวัด โดยแนวทางการขับเคลื่อนเน้นความ ร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการแบ่งเบา แกรับ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ โดยใช้แนวทางการจัดการ ภัยพิบัติแบบมีส่วนร่วม ปฏิบัติการคู่ขนานระดับชุมชน-จังหวัด ด้วยรูปแบบโมเดลแมงมุม 8 ขา และ โมเดล 14+1

โมเดล 1: แฉงมม 8 ขา

หลักคิด: ภัยธรรมชาติสามารถจัดการไม่ให้เป็นภัยพิบัติได้ด้ว้ความร่วมมือของทุกภาค

ส่วนในสังคม

ขาที่ 1. ภาคชุมชน: กลุ่มบุคคลหรือองค์กรชุมชนในพื้นที่เสี่ยงภัยพิบัติหรือประสบภัย

ขาที่ 2. ภาคอาสาสมัคร: องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มบุคคลภาครัฐ เอกชน ประชาชน

ขาที่ 3. ภาควิชาการ: นักวิชาการและสถาบันทางวิชาการ

ขาที่ 4. ภาคสื่อและการสื่อสาร: นักสื่อสาร สื่อสาธารณะระดับชุมชน สื่อทางเลือก สื่อ

กระแสหลัก

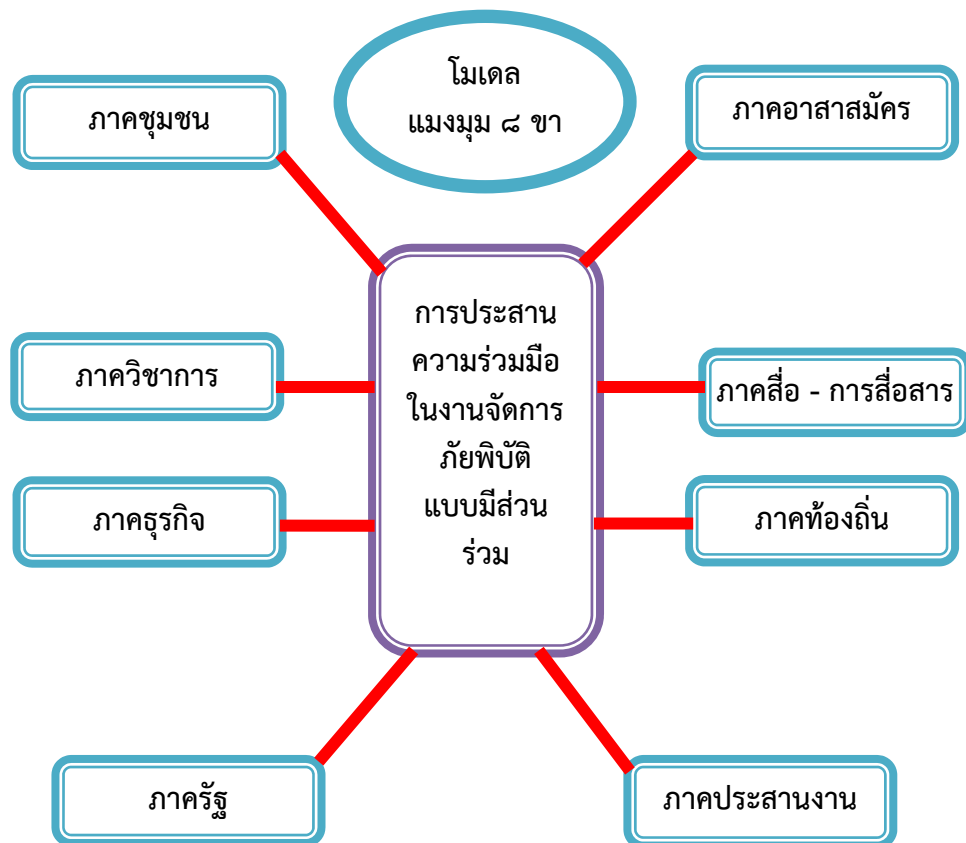
ขาที่ 5. ภาคธุรกิจ: บุคคลหรือองค์กรภาคธุรกิจเอกชนและรัฐ

ขาที่ 6. ภาคท้องถิ่น: บุคคลหรือองค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์กรบริหารส่วน

จังหวัด

ขาที่ 7. ภาครัฐ: บุคคลหรือองค์กรภาครัฐระดับท้องถิ่น จังหวัดและประเทศ

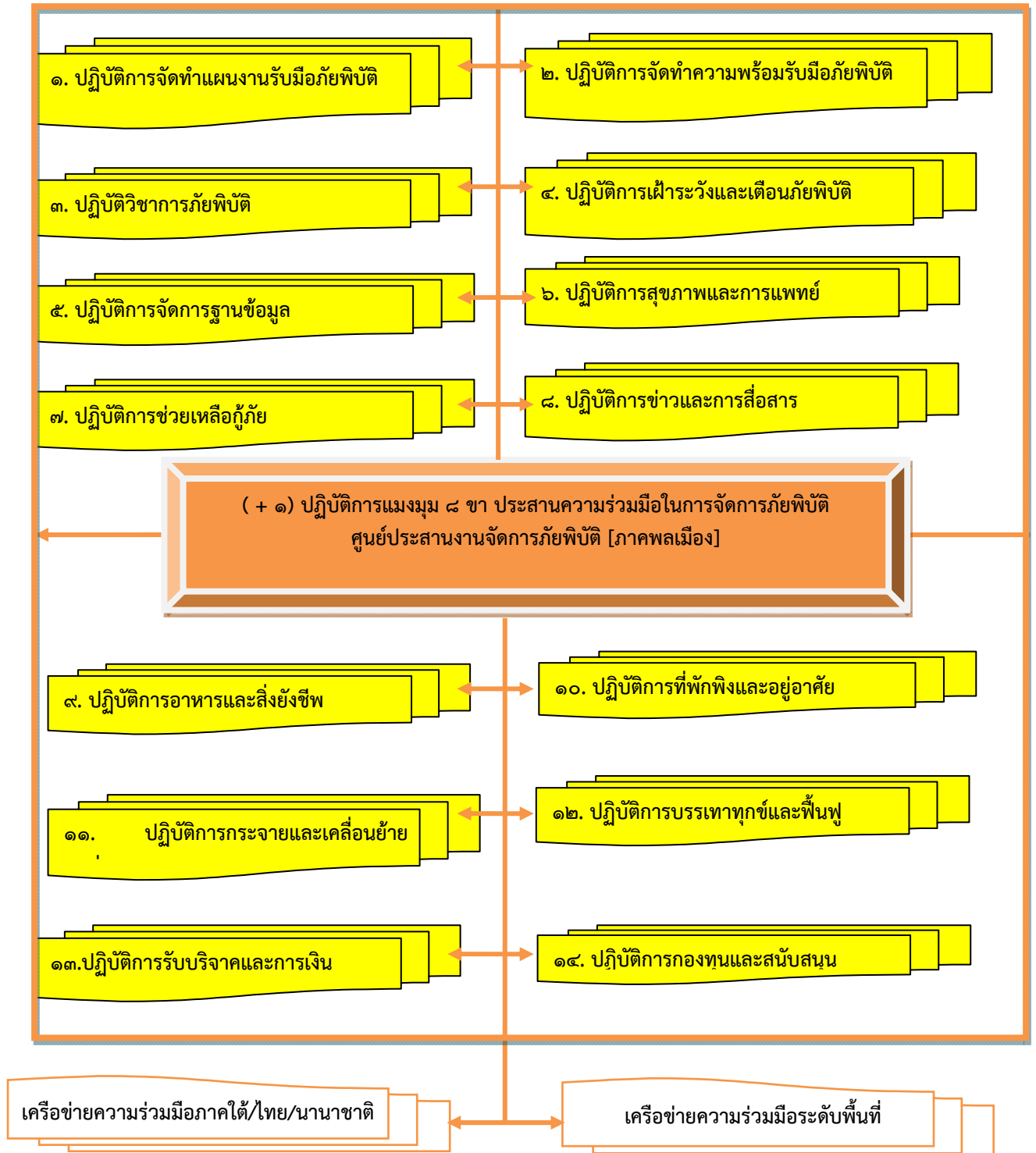
ขาที่ 8. ภาคประสานงาน: บุคคลหรือกลุ่มบุคคล องค์กรด้านการประสานจัดการ



รูปที่ 1 โมเดลแฉงมม 8 ขา

โมเดล 2: 14 + 1 (ทีมปฏิบัติการ)

หลักคิด: ชุมชนในพื้นที่เสี่ยงภัยพิบัติต้องมีความพร้อมและเครื่องมือเพื่อปฏิบัติการรับมือภัยพิบัติ
อย่างพอเพียง



รูปที่ 2 โมเดล 14 + 1 (ทีมปฏิบัติการ)

1. **ปฏิบัติการจัดทำแผนงานรับมือภัยพิบัติ** ศึกษาและพัฒนาระบบงาน กระบวนการ วิธีปฏิบัติการ จัดทำแผนงานรับมือภัยพิบัติในระยะเร่งด่วน ระยะก่อนเกิด ระหว่างเกิด และหลังเกิดภัยพิบัติ

2. **ปฏิบัติการจัดทำความพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติ** ศึกษาและพัฒนาระบบงาน กระบวนการ วิธีปฏิบัติการ นำแผนงานรับมือภัยพิบัติมาปฏิบัติจัดทำเป็นความพร้อม การซักซ้อมแผน และการปฏิบัติ การพัฒนาและปรับปรุงแผน

3. **ปฏิบัติการวิชาการภัยพิบัติ** ศึกษาและพัฒนาวิชาการการจัดการภัยพิบัติ การจัดการ และบริหารความรู้เพื่อใช้เป็นเครื่องมือจัดการภัยพิบัติ

4. **ปฏิบัติการเฝ้าระวังและเตือนภัยพิบัติ** ศึกษาและพัฒนาระบบงาน กระบวนการ วิธีปฏิบัติการเฝ้าระวังและเตือนภัยพิบัติ ติดตามสารสนเทศภัยพิบัติ จัดทำข้อมูลสถานการณ์ภัยพิบัติ เฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยพิบัติ

5. **ปฏิบัติการฐานข้อมูล** จัดเก็บข้อมูลและจัดทำเป็นระบบข้อมูล และบริการข้อมูลเพื่อสนับสนุนการจัดการภัยพิบัติ

6. **ปฏิบัติการสุขภาพและการแพทย์** จัดการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การแพทย์ และสาธารณสุข

7. **ปฏิบัติการช่วยเหลือและการกักกัน** ช่วยเหลือ กักกัน อพยพเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัยออกจากพื้นที่เสี่ยงภัย อำนวยความสะดวก ดูแลความปลอดภัย

8. **ปฏิบัติการข่าวและการสื่อสาร** จัดทำ จัดการระบบการสื่อสาร จัดทำข้อมูลข่าวสาร จัดทำข่าว และรายงานสถานการณ์ภัยพิบัติ

9. **ปฏิบัติการอาหารและสิ่งยังชีพ** จัดการเรื่องความมั่นคงทางอาหาร จัดทำ จัดหาอาหาร น้ำ และสิ่งยังชีพเช่น เครื่องนุ่งห่ม พลังงานฯ

10. **ปฏิบัติการที่พักพิงและอยู่อาศัย** จัดทำ จัดหา จัดระบบที่พักพิง ที่อยู่อาศัยชั่วคราว และสิ่งอำนวยความสะดวกในกรณีอพยพและเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย

11. **ปฏิบัติการกระจายและเคลื่อนย้ายขนส่ง** จัดทำระบบขนส่ง การกระจายความช่วยเหลือด้านอาหาร สิ่งยังชีพ และอื่น ๆ ไปยังพื้นที่ประสบภัย

12. **ปฏิบัติการบรรเทาทุกข์และฟื้นฟู** ช่วยเหลือผู้ประสบภัยในพื้นที่ที่เข้าถึงได้ ยากลำบาก ฟื้นฟูอย่างเร่งด่วนให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

13. **ปฏิบัติการรับบริจาคและการเงิน** รับบริจาคและบริหารสิ่งบริจาคให้เกิดประโยชน์ ในการจัดการภัยพิบัติและช่วยเหลือผู้ประสบภัย

14. **ปฏิบัติการกองทุนและการสนับสนุน** จัดตั้งกองทุน จัดหาแหล่งทุนสนับสนุนการจัดการภัยพิบัติ

+1 **ปฏิบัติการแมวมดม 8** ขาประสานความร่วมมือในการจัดการภัยพิบัติ

จังหวัดนครศรีธรรมราชจัดตั้งศูนย์ประสานงานจัดการภัยพิบัติโดยมีคณะทำงานตามโมเดลแมงมุม 8 ขา ประกอบด้วย ภาคชุมชน ภาคอาสาสมัคร ภาควิชาการ ภาคสื่อและการสื่อสาร ภาคธุรกิจ ภาคท้องถิ่น ภาครัฐ ภาคประสานงานกลุ่มองค์กร ทำหน้าที่เป็นทีมตัดสินใจระดับพื้นที่ แสวงหาความร่วมมือร่วมใจ สนับสนุนให้แต่ละทีมเกิดและเติบโตอย่างเป็นธรรมชาติ พัฒนากลไกและเครื่องมือภัยพิบัติภายใต้โจทย์ “**ไม่มีคนตายในภัยพิบัติ**” ซึ่งกำหนดพื้นที่การเตรียมพร้อมตามสภาพภูมิศาสตร์ของจังหวัดที่มีเทือกเขาหลวงทอดกลาง แบ่งเป็นหมู่บ้านต้นน้ำ กลางน้ำ และลุ่มน้ำ โดยใช้แนวทางการจัดการภัยพิบัติแบบมีส่วนร่วม ปฏิบัติการพร้อมกันตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับจังหวัด

ในด้านปฏิบัติการทางสุขภาพและการแพทย์ ใช้แนวทางของโมเดล 14+1 โดยมีแนวคิดที่ว่าเมื่อเกิดภัยพิบัติ**ชุมชนต้องพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ในเบื้องต้นก่อนที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น** ซึ่งมีการเตรียมพร้อมด้านองค์ความรู้และทักษะที่เหมาะสมสำหรับชุมชนด้านสุขภาพและการแพทย์ โดยเน้นความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยงานด้านสาธารณสุข และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีการเตรียมระบบการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือด้านการแพทย์กรณีเกิดภัยพิบัติ โดยพัฒนาจากระบบการสื่อสารผ่านโทรศัพท์หมายเลข 1669 การอพยพเคลื่อนย้าย การออกหน่วยให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการบรรเทาทุกข์เพื่อดูแลผู้ได้รับผลกระทบ เป็นต้น

จังหวัดสงขลา

จังหวัดสงขลามีความเสี่ยงภัยพิบัติที่สำคัญ คือ น้ำท่วม และดินโคลนถล่ม จังหวัดสงขลามีการพัฒนาและขับเคลื่อนการจัดการภัยพิบัติผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพและสมัชชาปฏิรูปจังหวัดสงขลา และแผนสุขภาพจังหวัดสงขลา ซึ่งปฏิบัติการพร้อมกันตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับจังหวัด โดยมีหลักการที่เน้น**การมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานรัฐและภาคประชาชน** โดยได้บูรณาการแผนการจัดการภัยพิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งภาคส่วนที่มาร่วมกันดำเนินการจัดการภัยพิบัติในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย

- กรมชลประทาน องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดำเนินการขุดลอกคูคลอง
- กรมชลประทาน ร่วมกับชุมชนจัดตั้งคณะกรรมการจัดการน้ำระดับลุ่มน้ำ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการบริหารจัดการน้ำ โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงภัยหรือมีส่วนได้ส่วนเสียในการบริหารจัดการน้ำของชลประทาน
- กรมพาณิชย์นาวี องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กรมป่าไม้ กันแนวเขตคลองและพื้นที่ป่าอนุรักษ์ให้ชัดเจน
- กองทุนสงเคราะห์การทำสวนยาง ส่งเสริมการปลูกยางพาราแบบใช้เมล็ดเพื่อให้มีรากแก้วยึดผิวดิน
- สำนักงานทรัพยากรน้ำภาค 8 กรมทางหลวง หอการค้าจังหวัดสงขลา ผลักดันแผนนโยบายการจัดทำ Motorway ควบคู่ไปกับการทำคลองผันน้ำ เพื่อแบ่งน้ำไปลงทะเลสาบ และแก้ปัญหาน้ำในหน้าแล้ง โดยบูรณาการร่วมกับการขุดลอกทะเลสาบสงขลา

ภาคีเครือข่ายจังหวัดสงขลา ซึ่งประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด สำนักงานทรัพยากรน้ำภาค 8 ศูนย์อู่ศูนย์นิคมวิทยาภาคใต้ฝั่งตะวันออก กรมชลประทาน สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดสงขลา สมาคมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา สมาคมคนพิการทุกประเภทจังหวัดสงขลา โครงการเครือข่ายเมืองในเอเชียเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Asian Cities Climate Change Resilience Network: ACCCRN)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัยท้องถิ่น (สกว.ท้องถิ่น) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สภาองค์กรชุมชน เทศบาล และภาคเอกชน สนับสนุนให้มีศูนย์บริหารจัดการภัยพิบัติระดับลุ่มน้ำทั้ง 4 ลุ่มน้ำของจังหวัดสงขลา ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานของจังหวัดและท้องถิ่น ในช่วงก่อนเกิดภัยพิบัติ โดยได้พัฒนากลไกการจัดการภัยพิบัติระดับหมู่บ้านหรือชุมชน มีการพัฒนาฐานข้อมูลชุมชนของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เป็นข้อมูลเดียวกัน สามารถใช้ได้ทั้งก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุภัยพิบัติ ชุมชนที่เสี่ยงภัยทำแผนรับมือภัยพิบัติก่อนเกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุ หลังเกิดเหตุภัยพิบัติ โดยมีการซ้อมแผนปีละครั้ง พัฒนาระบบเตือนภัยให้ใช้งานได้ตลอดเวลาโดยติดตั้งเครื่องมือเตือนภัยและเครื่องมือสื่อสารในพื้นที่เสี่ยงภัย เช่น การติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อเฝ้าระวังระดับน้ำตั้งแต่ในพื้นที่ต้นน้ำ เป็นต้น

จุดเด่นประการหนึ่งของจังหวัดสงขลา คือ มีการป้องกันภัยพิบัติโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยชุมชนมีการปรับตัวด้วยการปรับปรุงแบบการทำกรเกษตรและวิถีชีวิตที่สามารถรับมือภัยพิบัติได้ มีการจัดทำข้อตกลงการใช้ประโยชน์ที่ดินระดับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ประกอบการภาคเอกชน ร่วมกันปลูกต้นไม้ริมคลอง สร้างวังปลา เขตอภัยทาน หรือพื้นวังน้ำเดิม และจัดทำฝายชะลอน้ำในบริเวณต้นน้ำในคลองสาขาต่าง ๆ เพื่อชะลอการไหลของน้ำ ส่งเสริมให้มีการปลูกไม้ร่วมยาง จัดทำธนาคารต้นไม้ มีกองทุนจัดการภัยพิบัติระดับชุมชนเพื่อการพึ่งตนเองในการรับมือภัยพิบัติ โดยกลุ่มองค์กรการเงิน เช่น กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ เครือข่ายสหกรณ์ กลุ่มอาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมสมทบงบประมาณตามศักยภาพ ซึ่งในโครงการนี้จึงจะเน้นการศึกษาการจัดการภัยพิบัติของภาคสาธารณสุขบริเวณพื้นที่ต้นน้ำ คือ ลุ่มน้ำเทพา-นาทวี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่หน่วยงานภาคสาธารณสุขมีส่วนร่วมกับชุมชนในการจัดการภัยพิบัติอย่างเข้มข้น

ตอนที่ 2 กระบวนการการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำของระบบสาธารณสุข

โครงการได้ศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และสำรวจด้วยแบบสอบถามผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย จำนวน 131 คน โดยมีรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลดังในตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ให้ข้อมูล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย และพื้นที่

พื้นที่	จำนวนผู้บริหาร	จำนวนผู้ปฏิบัติ	จำนวนผู้ประสบภัย	รวม
ภูเก็ต	9	16	21	46
นครศรีธรรมราช	2	12	31	45
สงขลา	6	20	14	40
รวม	17	48	66	131

ตารางที่ 7 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย

ลักษณะส่วนบุคคล	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสบภัย จำนวน (%)
อายุ	47.3 (7.8)*	39.6 (9.4)*	40.9 (12.8)*
เพศ			
- ชาย	17 (100)	19 (40.4)	22 (33.3)
- หญิง	-	28 (59.6)	44 (66.7)
อาชีพ	1. ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/พนักงาน ราชการ 17 (100)	1. ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/พนักงาน ราชการ 33 (71.7) 2. รับจ้าง 7 (15.2) 3. เกษตรกร/เลี้ยง สัตว์/ประมง 5 (10.8) 4. ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว 1 (2.1)	1. เกษตรกร/เลี้ยง สัตว์/ประมง 34 (52.3) 2. รับจ้าง 15 (23.1) 3. ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว 6 (9.2) 4. ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/พนักงาน ราชการ และแม่บ้าน 2 (3.1) 5. นักเรียน/นักศึกษา 1 (1.54)
ตำแหน่ง	1. ปลัดอำเภอ 4 (28.5) 2. ผู้ปฏิบัติงานท้องถิ่น 3 (21.4) 3. สาธารณสุขอำเภอ 3 (21.4)	1. พยาบาล 16 (55.1) 2. ผู้ปฏิบัติงาน ท้องถิ่น 3 (10.3) 3. นักวิชาการ 2 (6.9)	-

ลักษณะส่วนบุคคล	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสพภัย จำนวน (%)
	4. แพทย์ 2 (14.2) 5. ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล 1 (7.1)	4. รองสารวัตร ปราบปราม 1 (3.4) 5. ปลัดอำเภอ 1 (3.4)	
หน้าที่รับผิดชอบ	1. อำนวยการ 9 (69.2) 2. งานความมั่นคง 2 (15.3) 3. หน่วยสนับสนุน 1 (7.6) 4. หัวหน้าในการ บริหารอำเภอ 1 (7.6)	1. หน่วยปฏิบัติงาน 32 (78) 2. หน่วยสนับสนุน 7 (17) 3. อำนวยการ 2 (4.8)	-
หน้าที่รับผิดชอบใน ครอบครัว	-	-	1. ทำงานหารรายได้ 30 (50) 2. แม่บ้าน 13 (21.7) 3. ผู้นำครอบครัว 12 (20) 4. เจ้าของบ้าน 4 (6.7) 5. ศึกษา/เรียนหนังสือ 1 (1.7)
เหตุการณ์ภัยพิบัติที่เคย ประสบ	1. น้ำท่วมภาคใต้ 13 (54.2) 2. สึนามิ 7 (29.2) 3. เครื่องบินตก 2 (8.3) 4. น้ำท่วมภาคกลาง 1 (4.2) 5. แผ่นดินไหว 1 (4.2)	1. น้ำท่วมภาคใต้ 32 (49.2) 2. สึนามิ 13 (20) 3. ดินโคลนถล่ม 11 (9.2) 4. แผ่นดินไหว 6 (2.1) 5. น้ำท่วมภาคกลาง, เครื่องบินตก, (แผ่น ดินไหว, สึนามิ, ดิน โคลนถล่ม) 1 (1.5)	1. น้ำท่วม ภาคใต้ 37 (48.1) 2. ดินโคลนถล่ม 21 (27.3) 3. สึนามิ 15 (19.5) 4. แผ่นดินไหว 4 (5.2)

*Mean (SD)

โดยรายงานบทนี้แบ่งข้อมูลประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำตามกลุ่มของผู้ให้ข้อมูล เป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ ส่วนที่ 1 ประสบการณ์ของกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของกลุ่มผู้ประสบภัย โดยในแต่ละส่วนจะมีการเปรียบเทียบประสบการณ์ของอีกกลุ่มหนึ่งในบางประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ ของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ

พบว่าประเด็นที่น่าสนใจแยกตามระยะของการจัดการภัยพิบัติดังนี้

1. การจัดการในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ

1.1. มีการวางแผนรับภัยพิบัติที่ชัดเจน

ผู้ให้ข้อมูลที่ทำงานในพื้นที่ที่ประสบภัยสึนามิในจังหวัดภูเก็ตสะท้อนประสบการณ์ที่ผ่านมาว่า กระบวนการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำมีพัฒนาการที่ดีและเห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น จากเดิมที่ไม่มีการวางแผนการจัดการร่วมกัน มีเฉพาะแผนรับมือเหตุหมู่ซึ่งเป็นแผนเฉพาะในโรงพยาบาลหรือเฉพาะหน่วยงานองค์กรแต่ละฝ่าย ทำให้การทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ไม่เป็นระบบ และขาดการเตรียมการที่ชัดเจน หลังเกิดสึนามิทุกฝ่ายมีการเรียนรู้และเตรียมแผนรับการจัดการภัยพิบัติมา จนถึงปัจจุบันที่มีแผนเตรียมความพร้อมรองรับการจัดการภัยพิบัติที่ชัดเจน ทุกฝ่ายโดยเฉพาะกลุ่มผู้บริหารให้ความสำคัญในการวางแผนและเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติในระยะก่อนเกิดเหตุภัยพิบัติ โดยมีการจัดทำแผนและซ้อมแผน ดังตัวอย่างที่สะท้อนจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติที่ให้ข้อมูลดังนี้

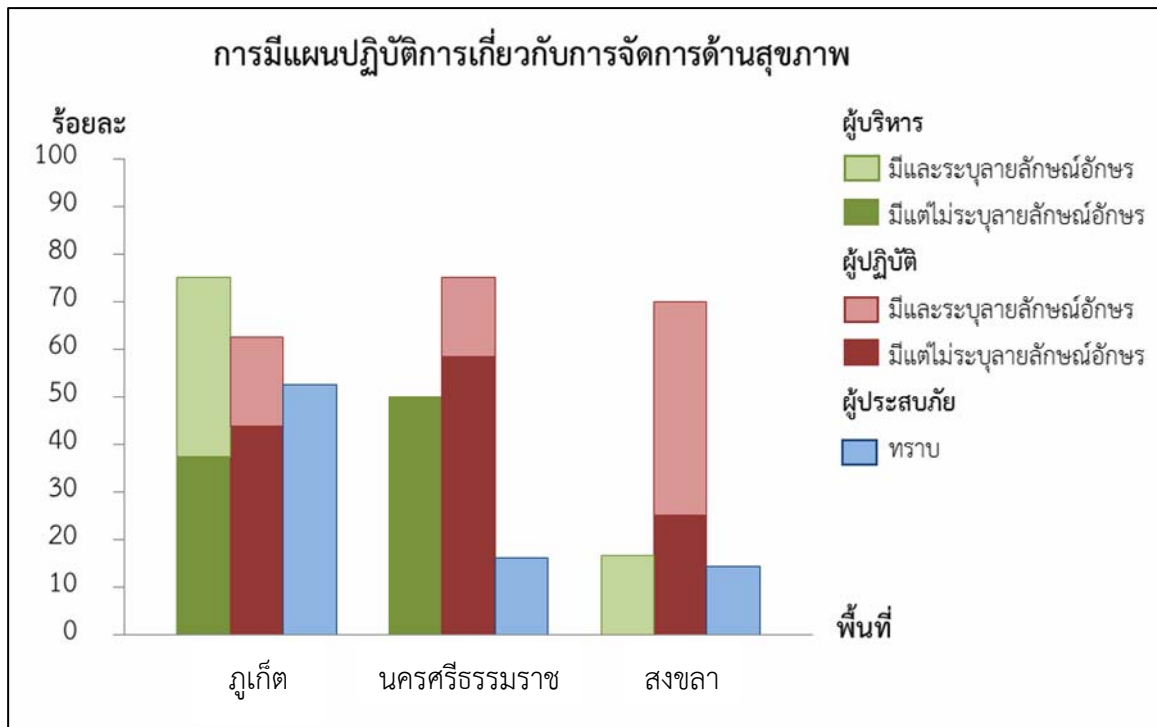
ผู้ให้ข้อมูลในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ระบุถึงการจัดทำแผนที่เป็นลายลักษณ์อักษร ว่า แผนในระดับอำเภอส่วนใหญ่ที่จัดทำขึ้นมักเขียนล้อตามแผนของจังหวัดหรือประเทศ แต่ปรับเนื้อหาให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ ในขณะที่แผนในระดับตำบลมีทำงานเป็นทีมในการจัดทำแผนที่ชัดเจน เช่น

“...มีหลักการเหตุผล สถานการณ์ปกติ สถานการณ์เมื่อเกิดภัย แผนการฟื้นฟู ประมาณนี้ครับ จริงแล้วหาเนื้อหาสาระในแผนจริง ๆ ไม่ได้ ลอกตาม ๆ กันมาจากของจังหวัด ของประเทศ พอมาเป็นของอำเภอก็เอาข้อมูลพื้นที่เขียนเข้าไป เช่น พื้นที่ไหนเสี่ยงภัย พื้นที่อพยพ พื้นที่เสี่ยงภัย ตรงไหนน้ำท่วม ตรงไหนดินถล่ม หมู่ไหนตำบลไหนเสี่ยงภัยสึนามิ...” (ผู้แทนอำเภอ)

“...เกี่ยวกับการจัดทำแผน การป้องกัน หรือว่าการเตรียมความพร้อมในการจัดการภัยพิบัติ ทาง อบต. กะไม่ได้ทำเฉพาะผม ทำเป็นคณะ ทานปลัด ถึงแก่จะเป็นตัวจักรสำคัญในการสั่งการ หรือว่าบริหาร ตลอดจนท่านรองนายก ทำกันเป็นทีม ทำเป็นทีม คือว่าระดับสั่งการจากผม นายกเป็นคนสั่งการรองนายก และปลัด ทำเป็นลำดับขั้นตอน จนถึงผู้ปฏิบัติ...” (ผู้แทนอบต.)

อย่างไรก็ตาม บางแห่งอาจมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมจากประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติการเป็นอย่างดี จึงไม่ได้เปิดดูแผน ดังคำพูดที่ว่า

“...แผนนี้ไม่มีใครเปิดอ่านหรอกครับ แต่เรามีการเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัย เราเตรียมคน เตรียมอุปกรณ์ เตรียมถุงยังชีพ...” (ผู้แทนอบต.)



แผนภูมิที่ 1 การมีแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัยของแต่ละจังหวัด

โดยรายละเอียดของแผนการจัดการการบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ เมื่อเกิดภัยพิบัติ ของแต่ละจังหวัดมีดังนี้

ตารางที่ 8 แผนการจัดการการบริการสุขภาพ เมื่อเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย

ภูเก็ต

แผนการจัดการ การบริการสุขภาพ	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติ		ผู้ประสบภัย	
	มี และ ระบุนาย ลักษณะ อักษร จำนวน (%)	มี แต่ไม่ ระบุนาย ลักษณะ อักษร จำนวน (%)	มี และ ระบุนาย ลักษณะ อักษร จำนวน (%)	มี แต่ไม่ ระบุนาย ลักษณะ อักษร จำนวน (%)	ทราบ จำนวน (%)	ไม่ทราบ จำนวน (%)
การส่งต่อ เคลื่อนย้าย อพยพ	3 (33.3, 30)	5 (55.6,41.7)	7 (43.8, 70)	7 (43.8,58.3)	10 (52.6, 100)	9 (47.4, 100)
การป้องกันและเฝ้าระวัง การบาดเจ็บ	-	7 (77.8,58.3)	5 (31.2, 100)	5 (31.2,41.7)	9 (50,100)	9 (50,100)
การป้องกันและเฝ้าระวัง โรคติดต่อ	5 (55.6,41.7)	3 (33.3, 30)	7 (43.8,58.3)	7 (43.8, 70)	14 (73.7, 100)	5 (26.3, 100)
การจัดการศพ	-	3 (33.3,27.3)	4 (25, 100)	8 (50, 72.7)	10 (52.6, 100)	9 (47.4, 100)

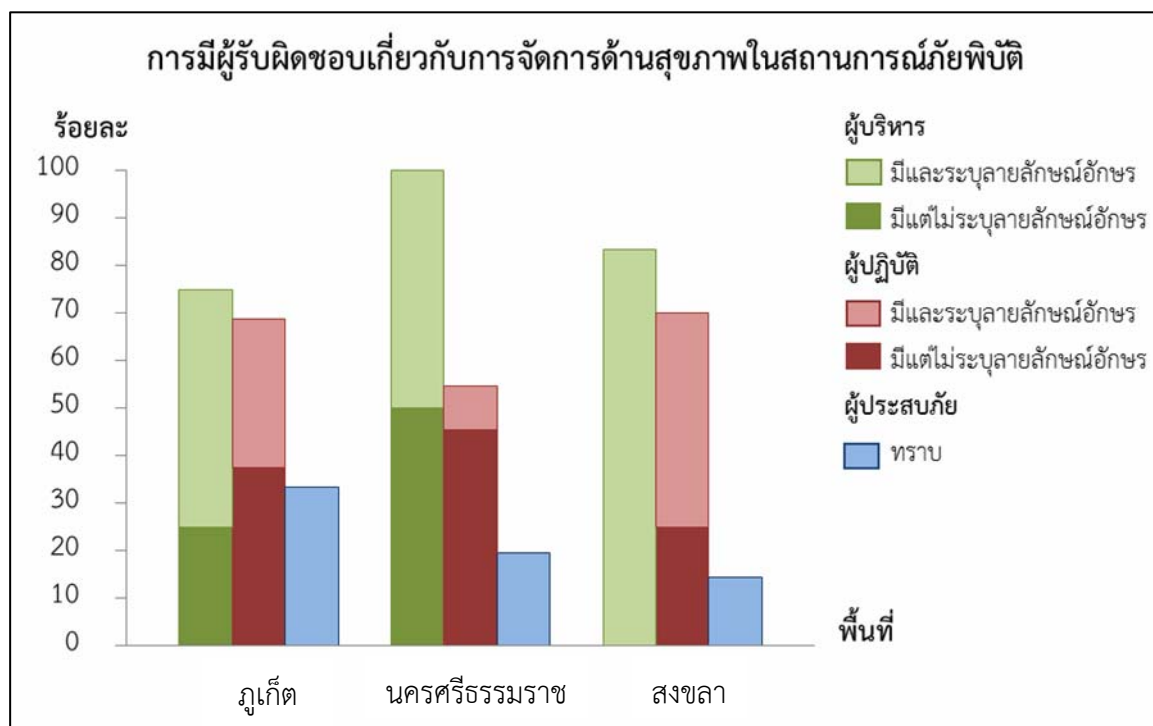
นครศรีธรรมราช

แผนการจัดการบริการ สุขภาพของชุมชน	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติ		ผู้ประสบภัย	
	มี และ ระบุนาย ลักษณะ อักษร จำนวน (%)	มี แต่ไม่ ระบุนาย ลักษณะ อักษร จำนวน (%)	มี และ ระบุนาย ลักษณะ อักษร จำนวน (%)	มี แต่ไม่ ระบุนาย ลักษณะ อักษร จำนวน (%)	ทราบ จำนวน (%)	ไม่ทราบ จำนวน (%)
การส่งต่อ เคลื่อนย้าย อพยพ	-	2 (100, 40)	6 (50, 100)	3 (25, 60)	11 (35.5, 100)	20 (34.5, 100)
การป้องกันและเฝ้าระวัง การบาดเจ็บ	-	1 (50, 20)	2 (18.2, 100)	4 (36.4, 80)	15 (48.4, 100)	16 (51.6, 100)
การป้องกันและเฝ้าระวัง โรคติดต่อ	-	1 (50, 33.3)	6 (50, 100)	2 (16.7,66.7)	19 (61.3, 100)	12 (38.7, 100)
การจัดการศพ	-	-	2 (16.7, 100)	3 (25, 100)	2 (6.5, 100)	29 (93.5, 100)

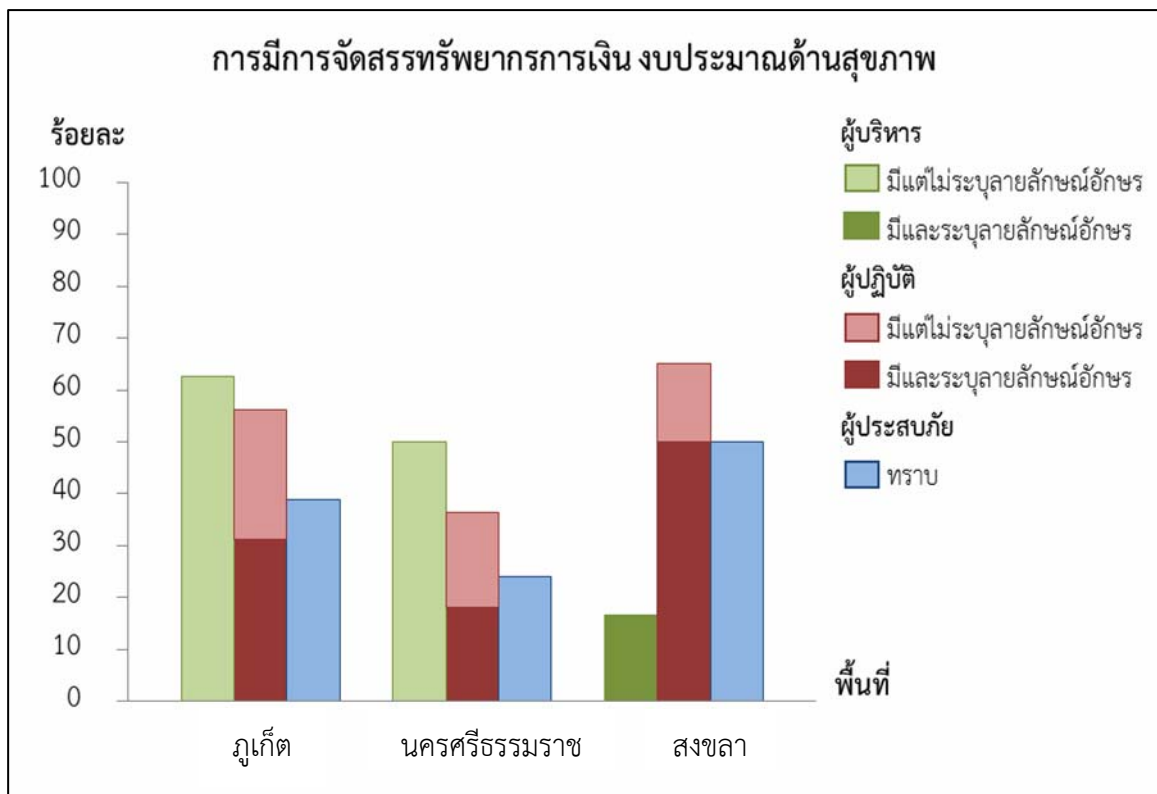
สงขลา

แผนการจัดการบริการ สุขภาพของชุมชน	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติ		ผู้ประสภักย์	
	มี และ ระบุนาย ลักษณะ อักษร จำนวน (%)	มี แต่ไม่ ระบุนาย ลักษณะ อักษร จำนวน (%)	มี และ ระบุนาย ลักษณะ อักษร จำนวน (%)	มี แต่ไม่ ระบุนาย ลักษณะ อักษร จำนวน (%)	ทราบ จำนวน (%)	ไม่ทราบ จำนวน (%)
การส่งต่อ เคลื่อนย้าย อพยพ	1 (16.7, 7.7)	4 (66.7, 50)	12 (60, 92.3)	4 (20, 50)	2 (14.3, 100)	12 (85.7, 100)
การป้องกันและเฝ้าระวัง การบาดเจ็บ	1 (16.7, 14.3)	-	6 (30, 85.7)	7 (35, 100)	10 (71.4, 100)	4 (28.6, 100)
การป้องกันและเฝ้าระวัง โรคติดต่อ	5 (83.3, 31.2)	-	11 (55, 68.8)	6 (30, 100)	11 (78.6, 100)	3 (21.4, 100)
การจัดการศพ	-	4 (66.7, 57.1)	8 (40, 42.9)	3 (15, 42.9)	-	14 (100, 100)

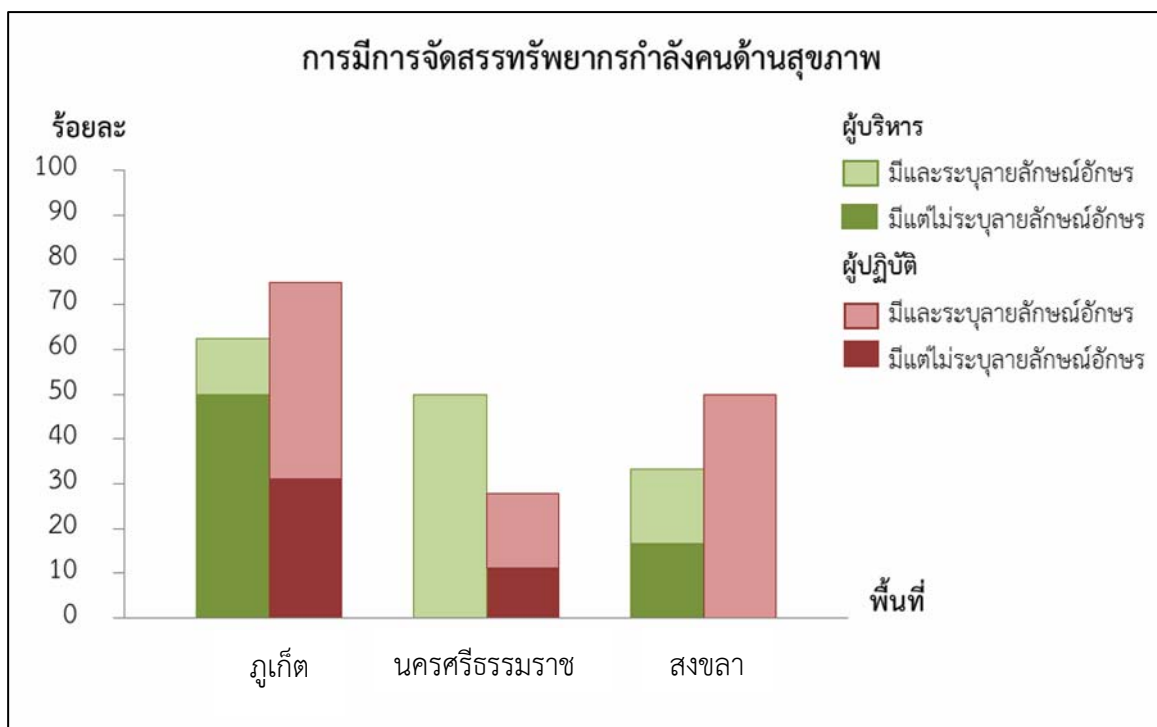
จากการที่ทั้ง 3 พื้นที่มีแผนในการจัดการภัยพิบัติแล้ว เมื่อวิเคราะห์การมอบหมายผู้รับผิดชอบ
มีการจัดสรรทรัพยากรการเงิน งบประมาณ และกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อการจัดการในสถานการณ์ภัย
พิบัติ พบว่า



แผนภูมิที่ 2 การมีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ เปรียบเทียบ
ระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสภักย์



แผนภูมิที่ 3 การมีการจัดสรรทรัพยากรการเงิน งบประมาณด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย



แผนภูมิที่ 4 การมีการจัดสรรทรัพยากรกำลังคนด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการแผนในช่วงก่อนเกิดภัยพิบัติ และการปฏิบัติจริงในขณะเกิดภัยพิบัติ ของกลุ่มผู้บริหาร พบว่าค่อนข้างสอดคล้องกัน

ตารางที่ 9 การจัดสรรทรัพยากรด้านกำลังคนด้านสุขภาพ เปรียบเทียบก่อนเกิดภัยพิบัติ และขณะเกิดภัยพิบัติ ของกลุ่มผู้บริหาร

การจัดสรรทรัพยากรด้านกำลังคนด้านสุขภาพ	ขณะเกิดภัยพิบัติ	
	ใช่ จำนวน (%)	ไม่ใช่ จำนวน (%)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี และระบุรายละเอียดลักษณะอักษร	2 (16.7)	1 (33.3)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี แต่ไม่ระบุรายละเอียดลักษณะอักษร	7 (58.3)	2 (66.7)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ ไม่มี	3 (25)	-

และเมื่อวิเคราะห์ระบบและผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ ขณะเกิดภัยพิบัติ พบว่ามีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 10 การมีระบบและผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ ขณะเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ

ภูเก็ต

ระบบและผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
การจ่ายและสำรองวัสดุทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์	7 (77.8, 31.8)	15 (93.8, 68.2)
ที่พัก ห้องสุขา ห้องอาบน้ำ	7 (77.8, 31.8)	15 (93.8, 68.2)
เครื่องอุปโภคบริโภค เช่น อาหาร น้ำดื่ม เครื่องนุ่งห่ม นมเด็ก	6 (66.7, 28.6)	15 (93.8, 71.4)
เชื้อเพลิง และยานพาหนะ	8 (88.9, 33.3)	16 (100, 66.7)
ไฟฟ้าและน้ำใช้เพียงพอ	4 (44.4, 21.1)	15 (93.8, 78.9)
การจัดการของเสีย ขยะและของติดเชื้อ	5 (55.6, 25)	15 (93.8, 75)

นครศรีธรรมราช

ระบบและผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
การจ่ายและสำรองวัสดุทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์	1 (50, 12.5)	7 (63.6, 87.5)
ที่พัก ห้องสุขา ห้องอาบน้ำ	2 (100, 16.7)	10 (90.9, 83.3)
เครื่องอุปโภคบริโภค เช่น อาหาร น้ำดื่ม เครื่องนุ่งห่ม นมเด็ก	2 (100, 18.2)	9 (81.8, 81.8)
เชื้อเพลิง และยานพาหนะ	2 (100, 22.2)	7 (77.8, 77.8)
ไฟฟ้าและน้ำใช้เพียงพอ	2 (100, 20)	8 (72.7, 80)
การจัดการของเสีย ขยะและของติดเชื้อ	-	6 (66.7, 100)

ระบบและผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
การจ่ายและสำรองวัสดุทางการแพทย์ ยา และเวชภัณฑ์	2 (33.3, 10.5)	17 (85, 89.5)
ที่พัก ห้องสุขา ห้องอาบน้ำ	2 (33.3, 12.5)	14 (70, 87.5)
เครื่องอุปโภคบริโภค เช่น อาหาร น้ำดื่ม เครื่องนุ่งห่ม นมเด็ก	5 (83.3, 22.7)	17 (85, 77.3)
เชื้อเพลิง และยานพาหนะ	2 (33.3, 11.8)	15 (75, 88.2)
ไฟฟ้าและน้ำใช้เพียงพอ	5 (83.3, 27.8)	13 (65, 72.2)
การจัดการของเสีย ขยะและของติดเชื้อ	6 (100, 27.3)	16 (80, 72.7)

1.2. ซ้อมแผนบ้อย ๆ ให้เข้าใจระบบ มีระบบการสั่งการเพื่อลดความโกลาหล

การเตรียมรับมือกับภัยพิบัติในพื้นที่ที่มีระบบที่ชัดเจนมากขึ้น หลังจากได้เรียนรู้ประสบการณ์จากครั้งก่อน และมีระบบการสั่งการ เพื่อแบ่งบทบาทหน้าที่ ลดความวุ่นวายสับสน เพื่อการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่นที่ผู้เกิดเรียนรู้จากสึนามิ

“...วันนั้นที่เกิดสึนามิ ขณะนั้นยังไม่มีใครสั่งการ แต่ว่าเราในฐานะเป็นสื่อเราต้องเริ่มก่อนและ ก็เลยบอกให้คนรู้ แล้วก็โกลาหล.....กว่าที่ทางการจะจัดระบบ นั้นหมายถึงว่า ถ้าเราจะมองก็คือเราไม่ได้เตรียมการอะไรเลยกับสึนามิ แต่มาครั้งนี้ ดูเหมือนเราเข้าใจมากขึ้น...” (ผู้สื่อข่าว)

“...เราก็ไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้น.... แล้วตอนนั้นก็มีคนบอกว่าน้ำท่วม ตอนนั้นเราไม่มีแผน รองรับเรื่องภัยพิบัติ เรามีแต่แผนรับมือเหตุ...มีผู้บาดเจ็บเยอะและก็มีศพก็เยอะมาก.....วุ่นวายมาก...เราไม่มีระบบการจัดการว่าจะช่วยตรงไหน จะแบ่งหน้าที่กันอย่างไร...เราต้องคอยดูแลกลุ่มคนที่เข้ามาช่วยเราอีก และต้องคอยต้อนรับแขกผู้ใหญ่ ซึ่งวุ่นวายต้องคอยหารถ หาที่พักอะไรต่าง ๆ ลำพังตัวเราเองก็แย่ จากการซ้อมแผน ทุกฝ่ายเริ่มเข้าใจ ความวุ่นวายมีบ้างแต่ลดลงหากเทียบกับเมื่อก่อน...” (พยาบาล รพ. ปัตตอง)

“...จะมีการซ้อมเรื่องของการโยกย้าย คนป่วย บาดเจ็บ เขาก็จะมีสอนชาวบ้านเป็นกลุ่มชาวบ้านหมวดไหน ซ้อมหลายครั้ง...” (ผู้ประสบภัย)

โดยแต่ละจังหวัด มีการฝึกซ้อมแผนที่เริ่มจากขั้นตอน การทำคู่มือในการปฏิบัติงาน การอบรม การซ้อมแผน ตามรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 11 คู่มือในการปฏิบัติงานแผนการจัดการด้านสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย

คู่มือในการปฏิบัติงาน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสบภัย จำนวน (%)
คู่มือเรื่องที่ 1	ICS 2 (50)	การรับภาวะฉุกเฉิน 3 (27.2)	การจัดการด้านการแพทย์ และพยาบาล 1 (50)
คู่มือเรื่องที่ 2	ใช้หัวหน้า 1 (25)	การจัดการด้านการแพทย์ และพยาบาล 2 (18.1)	การดูแลบาดแผล 1 (50)
คู่มือเรื่องที่ 3	การซ้อมแผนภัยพิบัติ สึนามิ 1 (25)	ICS 2 (18.1)	-

ตารางที่ 12 การอบรมแผนการจัดการด้านสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ

การอบรมแผนการจัดการด้านสุขภาพ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
อบรมเรื่องที่ 1	การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย 4 (40)	การจัดทำแผนภัยพิบัติ 5 (27.8)
อบรมเรื่องที่ 2	การเตรียมความพร้อมด้าน การแพทย์ 2 (20)	การเตรียมความพร้อมด้าน การแพทย์ 4 (22.2)
อบรมเรื่องที่ 3	การซ้อมแผนภัยพิบัติสึนามิ 1 (10)	การเตรียมตัวเพื่อป้องกัน อุทกภัย 2 (11.1)

ตารางที่ 13 การฝึกซ้อมแผนการจัดการด้านสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย

ภูเก็ต

การฝึกซ้อมแผน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสบภัย จำนวน (%)
การฝึกซ้อมเรื่องที่ 1	การระบาดของโรค 2 (33.3)	การจัดทำและเตรียม แผนรับมือภัยพิบัติ 3 (30)	การดูแลความปลอดภัย, การดูแลบาดแผล, อุบัติเหตุหมู่ 1 (33.3)
การฝึกซ้อมเรื่องที่ 2	การจัดทำและเตรียม แผนรับมือภัยพิบัติ, การจัดระบบการช่วย เหลือด้านการแพทย์, การซ้อมแผนภัยพิบัติ สึนามิ, ซ้อมหนีภัยสึนามิ และดินโคลนถล่ม 1 (16.7)	การอพยพ 2 (20)	-
การฝึกซ้อมเรื่องที่ 3	-	การจัดระบบการช่วย เหลือด้านการแพทย์, การซ้อมแผนภัยพิบัติ สึนามิ, การรับมือภัย พิบัติแผ่นดินไหว, ICS, Moes casuolty, อุบัติเหตุหมู่ 1 (10)	-

นครศรีธรรมราช

การฝึกซ้อมแผน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสบภัย จำนวน (%)
การฝึกซ้อมเรื่องที่ 1	-	การระบาดของโรค 1 (100)	การจัดระบบการช่วยเหลือด้านการแพทย์ 2 (100)
การฝึกซ้อมเรื่องที่ 2	-	-	-
การฝึกซ้อมเรื่องที่ 3	-	-	-

สงขลา

การฝึกซ้อมแผน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสบภัย จำนวน (%)
การฝึกซ้อมเรื่องที่ 1	การเคลื่อนย้าย ผู้ประสบภัย 2 (66.7)	การจัดทำและเตรียม แผนรับมือภัยพิบัติ 4 (36.4)	-
การฝึกซ้อมเรื่องที่ 2	การจัดทำและเตรียม แผนรับมือภัยพิบัติ 1 (33.3)	การซ้อมแผนอุทกภัย 3 (27.3)	-
การฝึกซ้อมเรื่องที่ 3	-	การระบาดของโรค 2 (18.2)	-

ตารางที่ 14 การเข้าร่วมการฝึกซ้อมของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดการด้านสุขภาพตามที่ระบุในแผน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ

ภูเก็ต

การเข้าร่วมการฝึกซ้อมของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบตามที่ระบุในแผน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
ไม่ได้เข้า	2 (22.2, 66.7)	1 (6.7, 33.3)	3 (12.5, 100)
บางหน่วยงานเข้าร่วมฝึกซ้อมแผนเป็นบางครั้ง	4 (44.4, 36.4)	7 (46.7, 63.6)	11 (45.8, 100)
ทุกหน่วยงานเข้าร่วมฝึกซ้อมแผนเป็นบางครั้ง	3 (33.3, 37.5)	5 (33.3, 62.5)	8 (33.3, 100)
ทุกหน่วยงานเข้าร่วมฝึกซ้อมแผนเป็นทุกครั้ง	-	2 (13.3, 100)	2 (8.3, 100)

นครศรีธรรมราช

การเข้าร่วมการฝึกซ้อมของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบตามที่ระบุในแผน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
ไม่ได้เข้า	1 (100, 14.3)	6 (54.5, 85.7)	7 (58.3, 100)
บางหน่วยงานเข้าร่วมฝึกซ้อมแผนเป็นบางครั้ง	-	4 (36.4, 100)	4 (33.3, 100)
ทุกหน่วยงานเข้าร่วมฝึกซ้อมแผนเป็นบางครั้ง	-	-	-
ทุกหน่วยงานเข้าร่วมฝึกซ้อมแผนเป็นทุกครั้ง	-	1 (9.1, 100)	1 (8.3, 100)

สงขลา

การเข้าร่วมการฝึกซ้อมของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบตามที่ระบุในแผน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	รวม จำนวน (%)
ไม่ได้เข้า	1 (16.7, 20)	4 (20, 80)	5 (19.2, 100)
บางหน่วยงานเข้าร่วมฝึกซ้อมแผนเป็นบางครั้ง	1 (16.7, 14.3)	6 (30, 85.7)	7 (26.9, 100)
ทุกหน่วยงานเข้าร่วมฝึกซ้อมแผนเป็นบางครั้ง	-	2 (10, 100)	2 (7.7, 100)
ทุกหน่วยงานเข้าร่วมฝึกซ้อมแผนเป็นทุกครั้ง	4 (66.7, 33.3)	8 (40, 66.7)	12 (46.2, 100)

1.3. เตรียมความพร้อม สํารองปัจจัยสี่ มีพลังงานพอ

ระบบสาธารณสุขทั้ง 3 พื้นที่ มีแผนในการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติทั้งเชิงรับและเชิงรุก คือ ในระดับโรงพยาบาล มีการเตรียมพร้อมภายในโรงพยาบาล เช่น การเตรียมยา เวชภัณฑ์ อาหาร ไฟฟ้า บุคลากร การอพยพผู้ป่วย เป็นต้น และการเตรียมพร้อมภายนอกโรงพยาบาล โดยเชื่อมโยงการทำงาน ในเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น การอพยพเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การส่งต่อ การตั้งหน่วยให้บริการ สุขภาพในพื้นที่ ดังที่ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลให้ข้อมูล

“...เรื่องของยา เราจะต้องทำ ณ ตอนนั้นก็ถือว่าสต็อกเรามีอะไรบ้าง ว่าส่วนใหญ่เราใช้ยาเรื่องของ น้ำกัดเท้า ...เรื่องท้องเสีย อุปกรณ์ทำแผลอะไร...ที่ก็วางแผนเรื่องอุปกรณ์เวชภัณฑ์ยา อะไรพวกนี้ที่จะใช้ ว่าพี่ขาดเหลืออะไรอีกบ้าง ณ ตอนนี ถ้าเราจะสั่งเองได้ไหม หรือเราจะขอไหน ก็ต้องแบ่งกันรับผิดชอบ แต่จังหวัดมีสนับสนุนให้ส่วนหนึ่ง...”

“...พอช่วงหน้าฝน หน้าฝน โภชนาการก็ไปถามพี่เนี่ย น้องสั่งน้ำได้รึยัง พวกไข่ พวกปลากระป๋อง จะต้องเตรียมไว้ ...วางแผนไว้ก่อน ก็จะต้องมีสำรอง โรงครัวจะต้องมีแล้ว ข้าวสาร เส้นบะหมี่ อะไรพวกนี้ ...ในเรื่องของการรักษาสถานที่สำคัญที่เรามีอยู่ เพราะมันเป็นส่วนที่จำเป็น เช่น ไฟได้มัย เรื่องเวชภัณฑ์ ส่วนที่สำคัญมันมีอยู่ 5 อย่าง...”

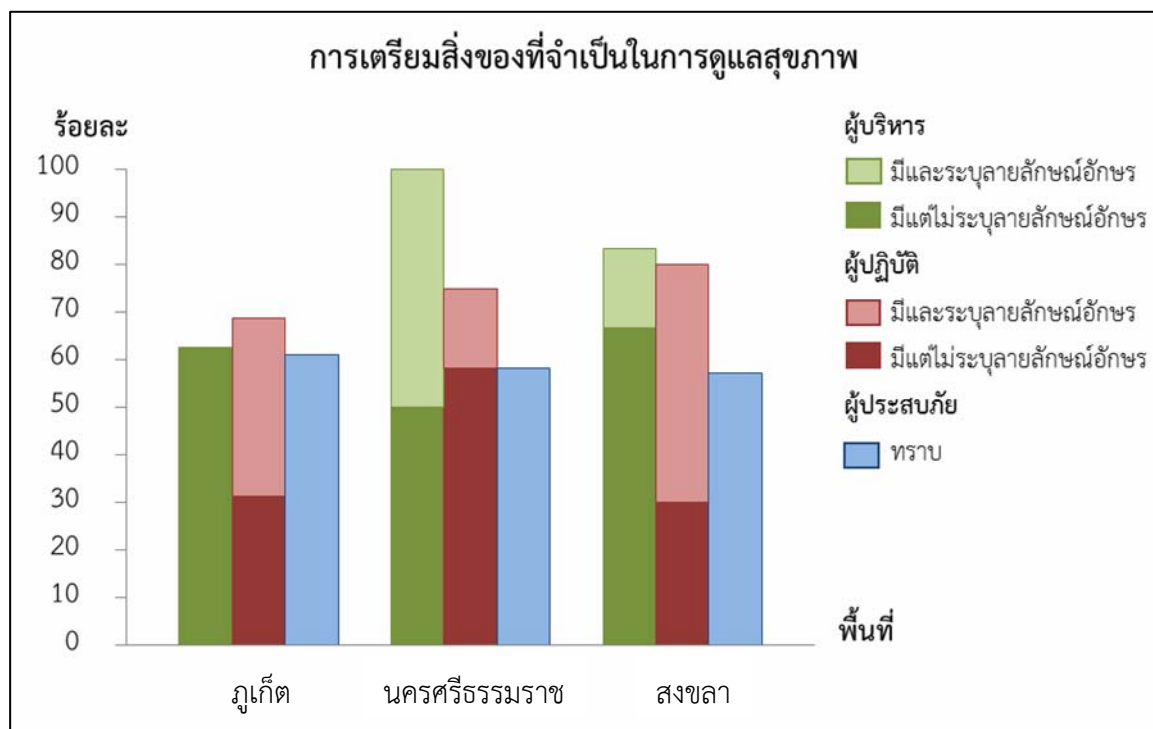
“...ในเรื่องระบบตอนน้ำท่วมที่เราต้องรักษาไว้ก็คือ เรื่องของไฟฟ้า ที่นั่นเป็นแห่งเดียวในอำเภอ ที่ไฟฟ้าไม่ดับ ก็พยายามสูบน้ำออก ต้องพายเรือไปคุทุกชั่วโมง คือจะดูว่าเป็นไงบ้าง...ก่อนหน้าที่จะมีช่วย น้ำท่วม จะติดต่อชลประทานไว้เลย ว่าเราจะขอยืมสำรองเครื่องสูบน้ำไว้ เครื่องสูบน้ำตัวพญานาคมาสูบน้ำ ...แต่นีกำลังคุยกันอยู่ว่าจะซื้อมาเอง...”

“...สะพานไฟอยู่ที่ต่ำ เลยว่าทยอยถ้าช่วงนี้เกิดขึ้น จะถอดมาครั้งหนึ่ง ถอดมอเตอร์ขึ้นมาได้ เราก็ ไปใส่สูง วิธีการเก็บไอตัวดูความชื้นต่าง ๆ ไว้ มันก็จะได้อยู่เหมือนเดิม เราก็สามารถเรียนรู้จากคนใน หน่วยงาน และถอดได้ เพราะว่าพอถึงเวลาช่วงตรงนั้นก็ตาม ถูกตาม พอถามช่างไม่มาล็กที่ ทำยังดี เราก็

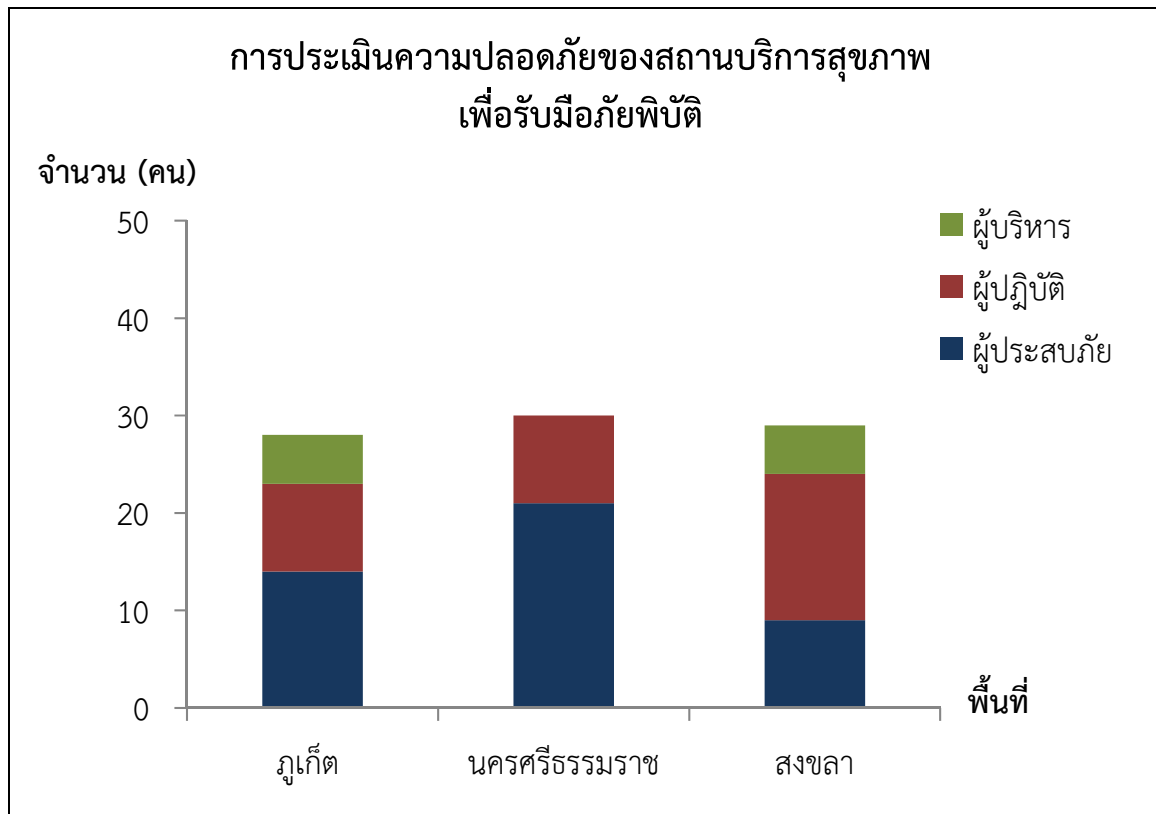
ต้องช่วยตัวเอง เรียนรู้เรื่องถอดมอเตอร์ แล้วมาแกะในส่วนของท่าน อะไอย่างนี้แหละค่ะ ตรงนี้เราก็จะเหลือไว้สักครึ่งหนึ่งที่สามารถใช้งานได้...”

“...เราจะเตรียมแผนสำหรับบุคลากรไว้สองส่วน ส่วนแรกคือเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในบ้านพักแล้ว อีกส่วนหนึ่งคือ เจ้าหน้าที่ที่อยู่ข้างนอกบ้านพัก ส่วนข้างนอกเราก็เตรียมว่าถ้าเขาใกล้ตรงไหนที่เป็นที่ทำงานของรพ.สต. เราก็จะมีรายชื่อว่าใครใกล้ รพ.สต. ตรงไหนก็ไปทำงานตรงนั้น แทนที่จะมารพ. เพราะมาไม่ได้ เขาก็จะได้ไปดูแลชาวบ้านตรงนั้น ...ถ้าเขาร้องขอมาก็จะไปตามนั้น คือเราก็มีเสื้อชูชีพที่ซื้อเตรียมไว้ให้เผื่อคนที่ง้อออกพื้นที่ อีกอันนึงก็คือ รพ.เราท่วม...เราก็จะไปตั้งจุดที่น้ำไม่ท่วม แล้วก็บริการ... ก็จะมีการสำรวจว่าใครไปได้ ก็ set ทีม... ส่วนที่วอร์ดก็จะทำการแบ่งประเภทคนไข้ ว่ามีทั้งหมดกี่คน คนไหนสามารถกลับบ้านได้ ถ้ากลับก็จะอำนวยความสะดวก ก็ติดต่อค่ายทหารให้นำรถมาบริการไปส่ง แต่ต้องดูว่าเขากลับเข้าไปในบ้านได้ไหม มีบางคนเขาอยากกลับบ้านแต่เข้าบ้านไม่ได้ ส่วนคนไข้บางเคส ที่ไม่สามารถอยู่ รพ.ได้ ก็ก็จะนำส่งต่อ รพ.หาดใหญ่ ที่นี้อีกส่วนหนึ่ง เราไม่ได้ส่ง รพ.ใหญ่หมด ส่วนไหนที่เราดูว่าสามารถให้ รพ.ชุมชนดูแลได้ เราก็จะส่ง รพ.ชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็น จะนะ เพราะจะนะเขาไม่ค่อยน้ำท่วม เราจะส่งเป็นชาร์ต เข้าไปให้รพ.ชุมชนว่า เราส่งเขาไปกี่คน เขาก็ดูแลให้ พอน้ำลดก็ทำเป็นชาร์ต กลับมาว่ารับกลับกี่คน ใช้ชาร์ตเดียวกันหมด ในรพ.ชุมชน...”

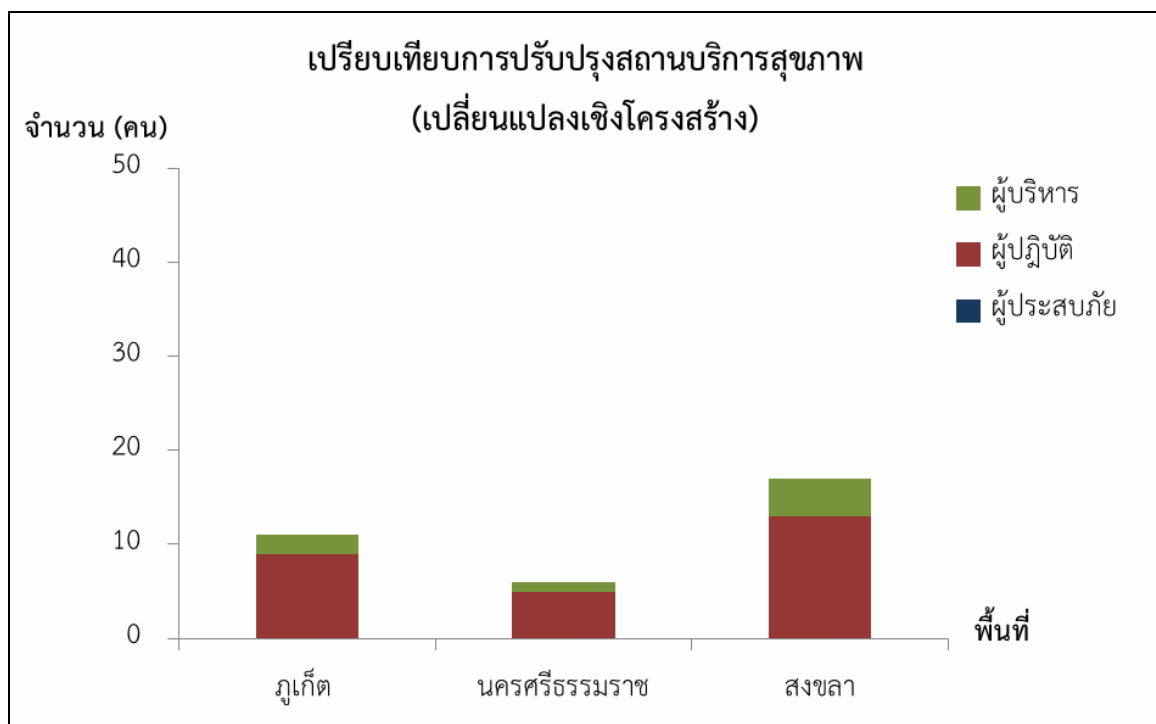
1.4. การเตรียมโครงสร้างสถานบริการ สิ่งของเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และการปรับระบบการจัดการ



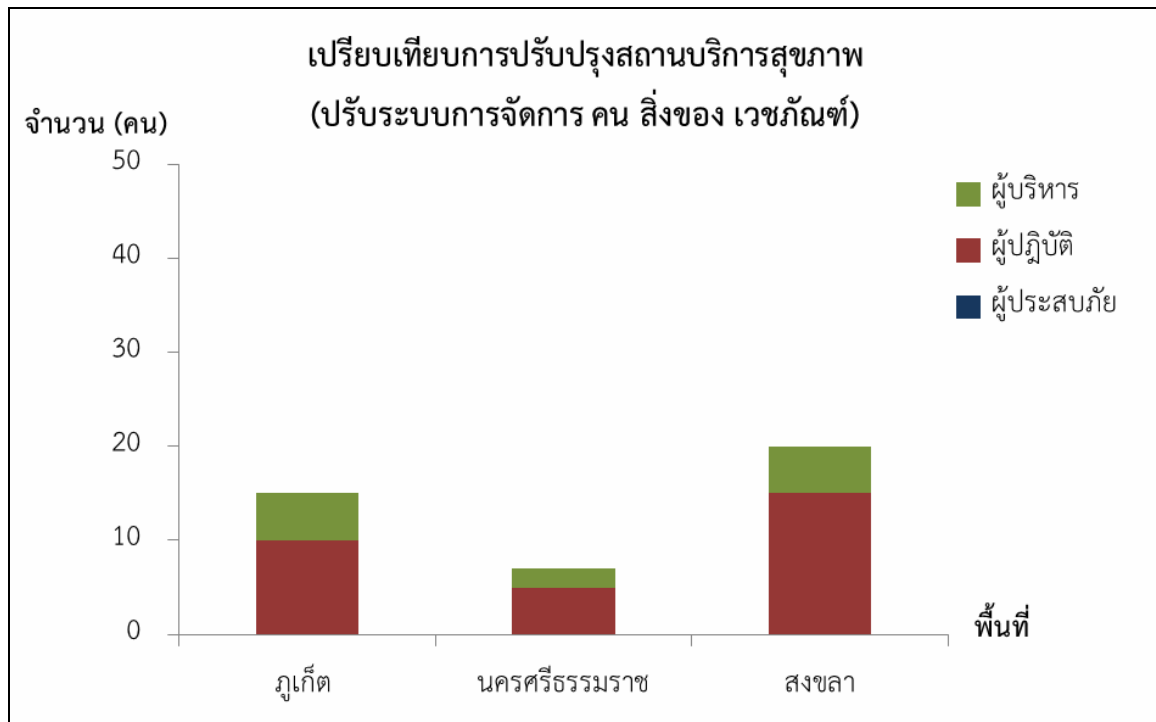
แผนภูมิที่ 5 การเตรียมสิ่งของที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ เช่น ยา เวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสภักย์



แผนภูมิที่ 6 การประเมินความปลอดภัยของสถานบริการสุขภาพ เพื่อรับมือภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย



แผนภูมิที่ 7 การปรับปรุงสถานบริการสุขภาพ เพื่อรับมือภัยพิบัติอย่างเหมาะสม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ



แผนภูมิที่ 8 การปรับระบบการจัดการ คน สิ่งของ เวชภัณฑ์ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และ ผู้ปฏิบัติ

1.5. การแจ้งเตือนและส่งข่าวให้ทันตั้งตัว

การแจ้งเตือนและส่งข่าวในระดับจังหวัดมีการแจ้งเตือนและส่งข่าวผ่านวิทยุสื่อสาร วิทยุกระจายเสียง ใช้ธงสัญญาณ ประกาศของเทศบาล และส่งเจ้าหน้าที่ไปดูด้วยตนเอง ในระดับอำเภอมีการแจ้งเตือนและส่งข่าวผ่านกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หอกระจายเสียง และโทรศัพท์ ส่วนระดับตำบล และหมู่บ้าน มีการแจ้งเตือนและส่งข่าวผ่านโทรศัพท์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม.

“...เราเตรียมวิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ ถ้าโทรศัพท์ใช้ได้ก็โทรศัพท์ ใช้ไม่ได้ก็วิทยุ ส่วนใหญ่วิทยุจะไม่ค่อย work เพราะเราไม่ค่อยได้ใช้กัน มีทุกแห่งแต่เขาไม่ได้ใช้กัน เพราะที่นี่โทรศัพท์ทั่วถึงกว่า...”

“...ก็มีเป็นสัญลักษณ์ เขียว เหลือง แดง ธงก็ใช้ จะติดไว้ตรงสระน้ำ แล้วก็หน้าโรงเรียน เพราะตรงนั้นเป็นจุดอันตรายในอำเภอเอง แล้วก็เทศบาลจะประกาศตลอดเวลา วันก่อนวันที่ 1 ที่น้ำท่วม ท่านนายกประกาศว่าน้ำกำลังจะท่วมที่นี่เขาก็เลยจะไปดูสถานการณ์ที่ต้นน้ำ... อยากให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้านตรงนั้นช่วยดู ท่านนายอำเภอก็จะดูสถานการณ์ที่ต้นน้ำ ทางนั้นบอกว่า ตอนนี้ไม่ไหวแล้วนะ น้ำเยอะมากเลย...” (นคร)

“...ต้องฟังทางอำเภอ ๆ เขาจะเป็นคนประกาศ เทศบาลจะออกเสียงตามสาย แล้วก็ हमจะให้ดูจากพยากรณ์อากาศที่มันเปิดมาในแต่ละวันจะดูย้อนหลังไป 2 วัน เพราะว่าวันน้ำเข้าจริง ๆ ตอนที่กรมอุตุนิยมวิทยาประกาศตอนน้ำมา สถานการณ์จริง ที่ว่าต้นน้ำเขารายงานมา แล้วบางทีมีช่วงว่างก็จะเวียนไปดูว่าน้ำเป็นยังไงบ้าง น้ำที่หลาก ๆ เพราะมันจะดูประมาณครึ่งชม.

ปกติประชุม หัวหน้าส่วน ผู้ใหญ่บ้าน แจ้งหัวหน้า ถ้ามีเหตุการณ์ขึ้นมาหรือว่าจะมีการแจ้งเตือนในพื้นที่นั้นครับ จะมีการเฝ้าระวัง เขาเรียกต้นน้ำ ของผมอยู่ที่แถว.... ก็มีอสม.อยู่ เขาจะโทรเช็ค มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในพื้นที่คอยเช็ค ว่าน้ำเป็นอย่างไร เพราะฉะนั้นถ้าหากน้ำท่วม ที่แถว.... ประมาณไม่เกิน 2-3 ชม. น้ำจะถึง...” (นครศรีธรรมราช)

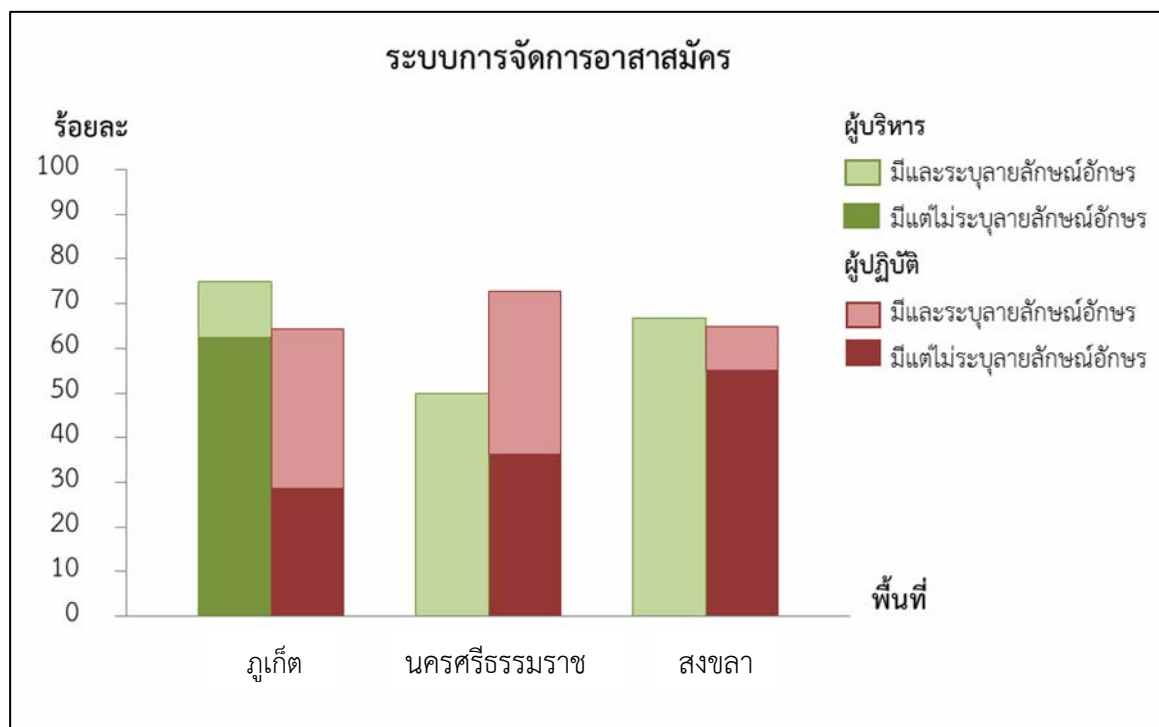
2. กระบวนการจัดการในระยะเมื่อเกิดภัยพิบัติ

จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบว่า กระบวนการจัดการในขณะเกิดภัยพิบัติเป็นการจัดการทั้งที่เป็นและไม่เป็นไปตามแผน ทั้งนี้ขึ้นกับสถานการณ์ความรุนแรงของภัยพิบัติที่เกิดขึ้นและการเตรียมพร้อมของชุมชนในพื้นที่ เช่น

2.1. ระดมสรรพกำลังเข้าช่วยเหลือทุกจุด มีการจัดเวรเจ้าหน้าที่และมีอาสาสมัครมาช่วยเหลือทุกพื้นที่ เช่น

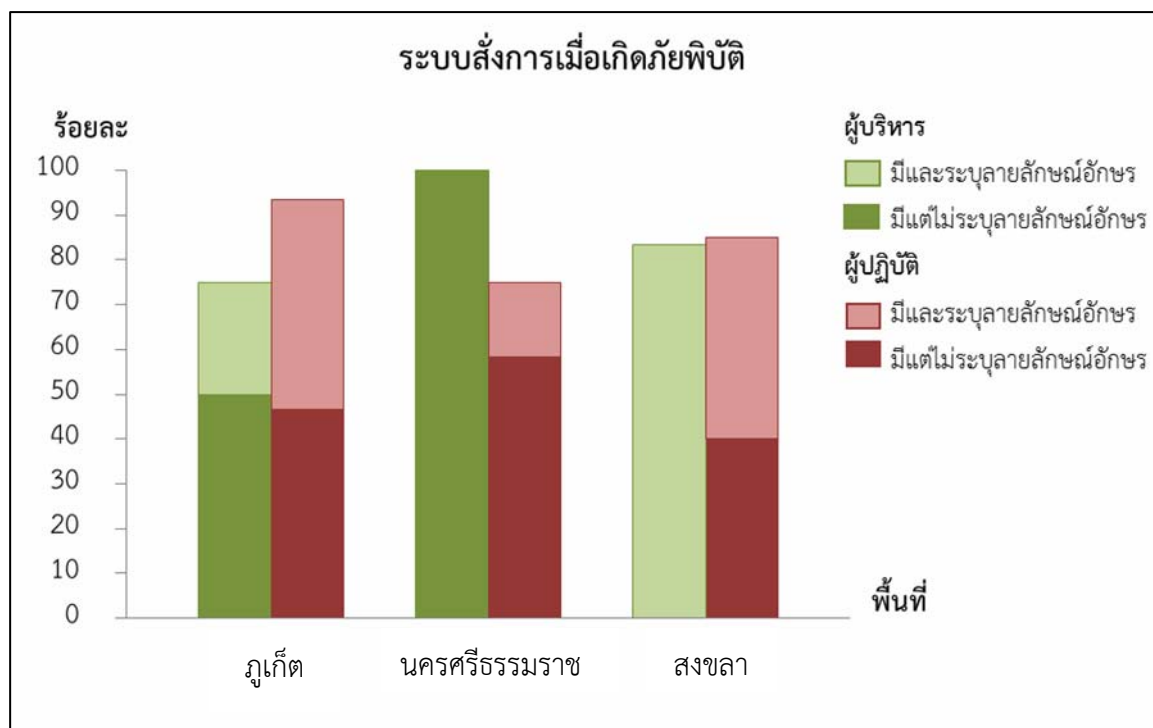
“...พอเกิดเรื่อง อปพร. จะอยู่ทุกจุด ทุกจุดที่เกิดเหตุ ผลที่ออกมาจริง ๆ น้ำท่วมขนาดนี้เราไม่เสียชีวิตสักคนเดียว อปพร. ไปขนมาต่อเดียว ผมจะให้ทำนิทรรศการไว้ ถ้ายูธูปไปได้ในห้องอปพร. กำลังช่วยเหลืออยู่ มีครบหมด...” (นายก อบต.)

“...อปพร. นี่เป็นอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่เป็นผู้ประสานภัยด้วย เป็นคนในพื้นที่ ทำสวนอยู่ที่นี่ แต่เขา มาสละเวลา...อปพร. จะอยู่ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และที่เกิดเหตุ จะมีเจ้าหน้าที่ของเราซึ่งเป็นอาสาสมัคร เฝ้าระวัง แจ้งเหตุมาทางศูนย์ ทางนายก ทางปลัด ผม จะอยู่ที่ศูนย์ หลังจากนั้นพอมีเหตุการณ์ขึ้นมาจริง ๆ เราก็จัดชุดก็ออกไปบรรเทาช่วยเหลือ โดยใช้รถฉุกเฉินนะ ในส่วนของบรรเทาก็คือเรื่องของข้าว ปลาอาหารแห้ง ก็ทันนะกับความต้องการของประชาชน แต่จริง ๆ ตามข้อบัญญัตินี้ หมายถึงข้อบัญญัติในงบประมาณรายจ่าย เราได้ตั้งศูนย์อปพร. มานานพอสมควรแล้ว พร้อมตลอด...” (รองนายก อบต.)



แผนภูมิที่ 9 ระบบการจัดการอาสาสมัคร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ

ในการตอบสนองต่อภัยพิบัติ แต่ละพื้นที่มีการใช้ระบบสั่งการเมื่อเกิดภัยพิบัติ (Incident command system) และมีการจัดระบบการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองต่อภัยพิบัติ ดังนี้



แผนภูมิที่ 10 ระบบสั่งการเมื่อเกิดภัยพิบัติ (Incident command system) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ

ตารางที่ 15 ระบบการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองต่อภัยพิบัติเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ

กุเก้ต

ระบบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
การดูแลผู้ประสบภัยอย่างเป็นธรรมและเหมาะสมกับความต้องการ	9 (100, 39.1)	14 (93.3, 60.9)
สถานที่ปฏิบัติงานตั้งอยู่ในที่ที่สามารถปฏิบัติงานได้ และเดินทางไปมาสะดวก	8 (88.9, 38.1)	13 (81.2, 61.9)
ผู้ปฏิบัติงานสามารถเตรียม/จัดการครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้	8 (88.9, 38.1)	13 (61.9, 81.2)
ระบบหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม	8 (88.9, 38.1)	13 (81.2, 61.9)
การดูแลผู้ประสบภัยโดยคำนึงถึงความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม	8 (88.9, 38.1)	13 (86.7, 61.9)
ระบบเรียกกำลังสนับสนุน	8 (88.9, 36.4)	14 (87.5, 63.6)
ระบบการแสดงตนและระบุหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานมีความชัดเจน	7 (77.8, 36.8)	12 (75, 63.2)
การจัดที่พักแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะสำหรับผู้ป่วยและมีการป้องกัน	6 (66.7, 33.3)	12 (80, 66.7)
การดูแลผู้ประสบภัย/ผู้พักพิงที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและ	6 (66.7, 31.6)	13 (86.7, 68.4)

ระบบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ต้องการการดูแลพิเศษ		
ในภาพรวมได้ปฏิบัติงานตามแผนการจัดการเมื่อเกิดภัยพิบัติที่กำหนดไว้	6 (66.7, 30)	14 (87.5, 70)
ผู้รับผิดชอบดูแลความปลอดภัย	5 (55.6, 33.3)	10 (62.5, 66.7)
ระบบและผู้รับผิดชอบในการเยียวยาจิตใจ	5 (55.6, 33.3)	10 (66.7, 66.7)
การประเมินผู้ประสบภัยเกี่ยวกับความเสียหาย ปัญหา และความต้องการตั้งแต่แรกเริ่ม	5 (55.6, 29.4)	12 (75, 70.6)
แพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร ดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง	5 (55.6, 26.3)	14 (93.3, 73.7)
ล่ามแปลภาษา/ภาษามือแปลภาษาให้เมื่อต้องการ	4 (50, 26.7)	11 (73.3, 73.3)
ระบบการลงทะเบียน การคัดกรองผู้ป่วย และการระบุตัวตนของผู้มารับบริการ	4 (44.4, 26.7)	11 (68.8, 73.3)
ผู้ปฏิบัติงานได้รับการดูแลสุขภาพกาย – จิต และสังคม	4 (44.4, 23.5)	12 (81.2, 76.5)
ระบบป้องกันและประเมินความเสี่ยงที่เกิดอันตรายแก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ประสบภัย	3 (33.3, 21.4)	11 (68.8, 78.6)
ระบบการประเมินความเสี่ยง	2 (50, 33.3)	4 (44.4, 66.7)
ระบบการดูแลสัตว์เลี้ยงที่อพยพมาและผู้รับผิดชอบ ในเรื่อง ที่อยู่อาศัย อาหารสัตว์ และการป้องกันอันตรายที่เกิดจากสัตว์	2 (22.2, 33.3)	4 (26.7, 66.7)

นครศรีธรรมราช

ระบบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
แพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร ดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง	2 (100, 22.2)	7 (63.6, 77.8)
การดูแลผู้ประสบภัยอย่างเป็นธรรมและเหมาะสมกับความต้องการ	2 (100, 20)	8 (72.7, 80)
ในภาพรวมได้ปฏิบัติงานตามแผนการจัดการเมื่อเกิดภัยพิบัติที่กำหนดไว้	2 (100, 18.2)	9 (75, 81.9)
ผู้ปฏิบัติงานสามารถเตรียม/จัดการครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้	2 (100, 16.7)	10 (83.3, 83.3)
การดูแลผู้ประสบภัยโดยคำนึงถึงความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม	1 (50, 16.7)	5 (45.5, 83.3)
ระบบหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม	1 (50, 14.3)	6 (66.7, 85.7)
ระบบการแสดงตนและระบุหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานมีความชัดเจน	1 (50, 12.5)	7 (70, 87.5)

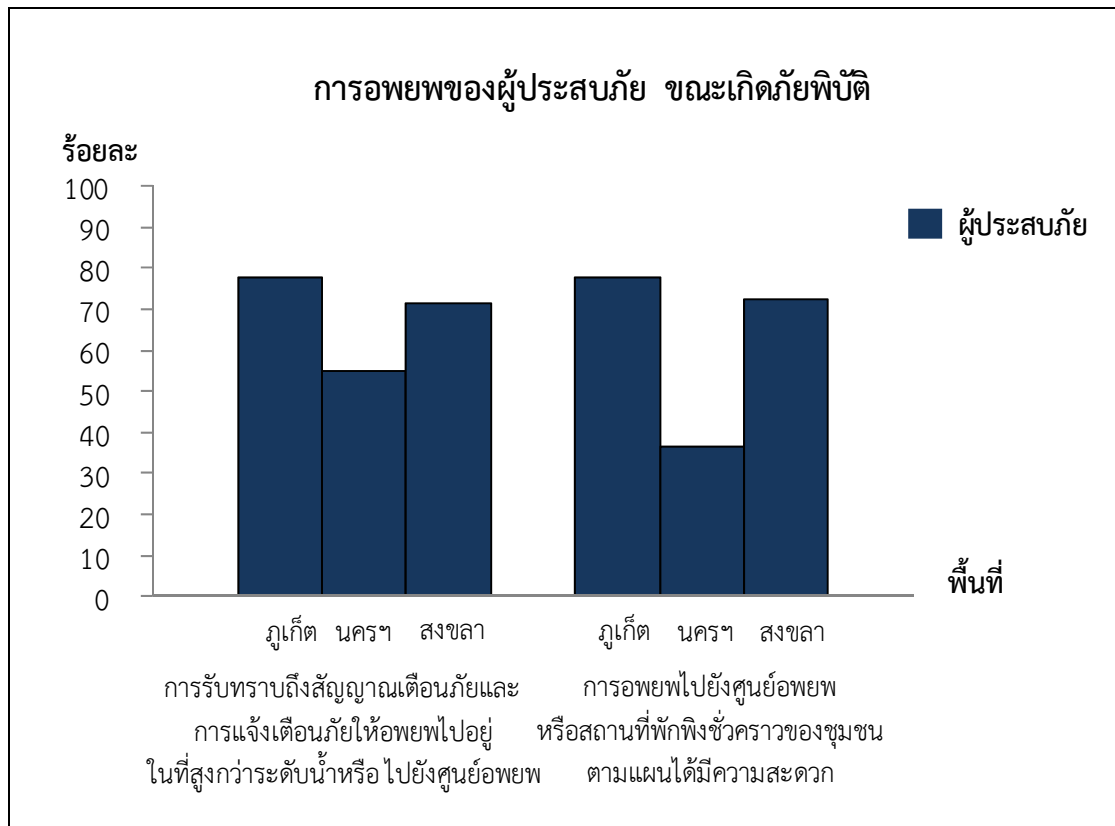
ระบบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ผู้รับผิดชอบดูแลความปลอดภัย	1 (50, 11.1)	8 (80, 88.9)
ระบบเรียกกำลังสนับสนุน	1 (50, 11.1)	8 (80, 88.9)
สถานที่ปฏิบัติงานตั้งอยู่ในที่ที่สามารถปฏิบัติงานได้ และ เดินทางไปมาสะดวก	1 (50, 10)	9 (90, 90)
ผู้ปฏิบัติงานได้รับการดูแลสุขภาพกาย – จิต และสังคม	1 (50, 10)	9 (75, 90)
การประเมินผู้ประสบภัยเกี่ยวกับความเสียหาย ปัญหา และ ความต้องการตั้งแต่แรกเริ่ม	-	9 (81.8, 100)
ระบบป้องกันและประเมินความเสี่ยงที่เกิดอันตรายแก่ ผู้ปฏิบัติงานและผู้ประสบภัย	-	8 (72.7, 100)
การดูแลประสพภัย/ผู้พักพิงที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและ ต้องการการดูแลพิเศษ	-	7 (63.6, 100)
ระบบและผู้รับผิดชอบในการเยียวยาจิตใจ	-	7 (63.6, 100)
ระบบการดูแลสัตว์เลี้ยงที่อพยพมาและผู้รับผิดชอบ ในเรื่อง ที่ อยู่อาศัย อาหารสัตว์ และการป้องกันอันตรายที่เกิดจากสัตว์	-	6 (54.5, 100)
ระบบการลงทะเบียน การคัดกรองผู้ป่วย และการระบุตัวตน ของผู้มารับบริการ	-	5 (55.6, 100)
การจัดที่พักแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะสำหรับผู้ป่วยและมีการ ป้องกัน	-	5 (50, 100)
ล่ามแปลภาษา/ภาษามือแปลภาษาให้เมื่อต้องการ	-	3 (25, 100)
ระบบการประเมินความเสี่ยง	-	3 (60, 100)

สงขลา

ระบบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ผู้รับผิดชอบดูแลความปลอดภัย	6 (100, 37.5)	10 (50, 62.5)
ระบบเรียกกำลังสนับสนุน	6 (100, 31.6)	13 (65, 68.4)
ผู้ปฏิบัติงานได้รับการดูแลสุขภาพกาย – จิต และสังคม	6 (100, 31.6)	13 (65, 68.4)
การดูแลประสพภัย/ผู้พักพิงที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและ ต้องการการดูแลพิเศษ	6 (100, 30)	14 (70, 70)
การประเมินผู้ประสบภัยเกี่ยวกับความเสียหาย ปัญหา และ ความต้องการตั้งแต่แรกเริ่ม	6 (100, 28.6)	15 (75, 71.4)
ผู้ปฏิบัติงานสามารถเตรียม/จัดการครอบครัวให้สามารถดูแล กันเองได้	6 (100, 26.1)	17 (85, 73.9)
ในภาพรวมได้ปฏิบัติงานตามแผนการจัดการเมื่อเกิดภัยพิบัติที่ กำหนดไว้	6 (100, 25)	18 (90, 75)

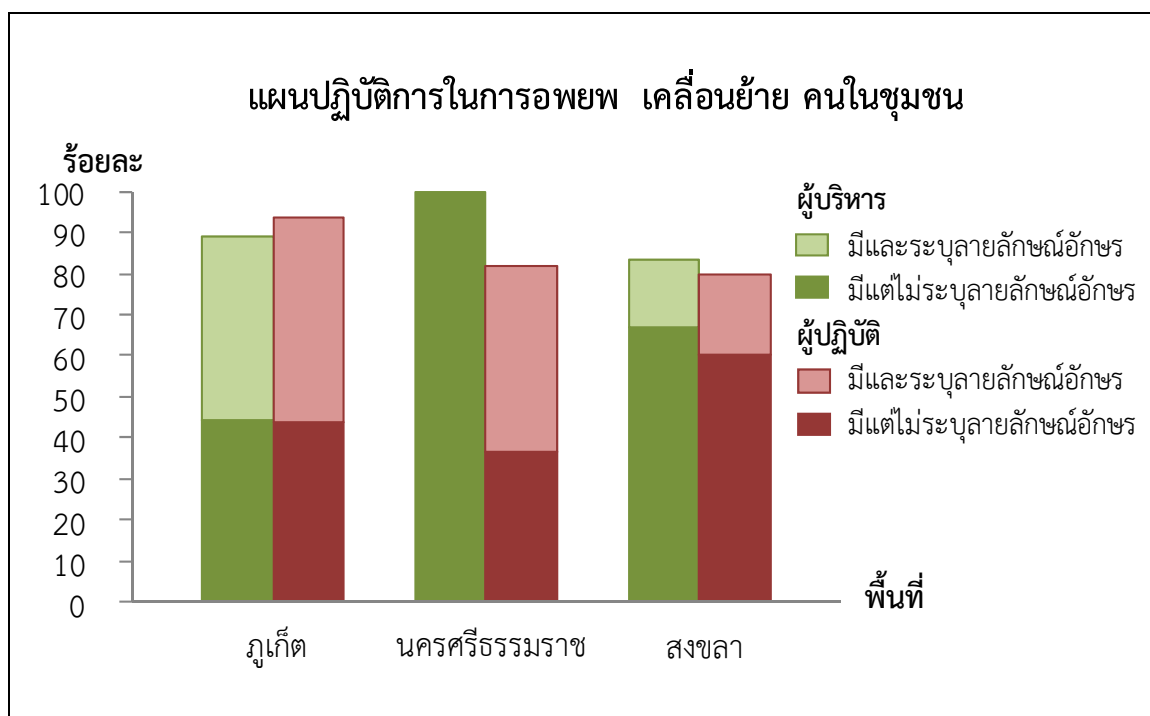
ระบบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ระบบป้องกันและประเมินความเสี่ยงที่เกิดอันตรายแก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ประสพภัย	6 (100, 25)	18 (90, 75)
สถานที่ปฏิบัติงานตั้งอยู่ในที่ที่สามารถปฏิบัติงานได้ และเดินทางไปมาสะดวก	6 (100, 25)	18 (90, 75)
แพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร ดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง	6 (100, 25)	18 (90, 75)
การดูแลผู้ประสพภัยอย่างเป็นธรรมและเหมาะสมกับความต้องการ	6 (100, 24)	19 (95, 76)
ระบบการประเมินความเสี่ยง	5 (83.3, 31.2)	11 (61.1, 68.8)
ระบบการลงทะเบียน การคัดกรองผู้ป่วย และการระบุตัวตนของผู้มารับบริการ	5 (83.3, 26.3)	14 (70, 73.7)
การจัดที่พักแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะสำหรับผู้ป่วยและมีการป้องกัน	5 (83.3, 26.3)	14 (70, 73.7)
ระบบและผู้รับผิดชอบในการเยียวยาด้านจิตใจ	2 (40, 10.5)	17 (85, 89.5)
ระบบหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม	2 (33.3, 16.7)	10 (50, 83.3)
ระบบการแสดงตนและระบุหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานมีความชัดเจน	2 (33.3, 10.5)	17 (85, 89.5)
ระบบการดูแลสัตว์เลี้ยงที่อพยพมาและผู้รับผิดชอบ ในเรื่อง ที่อยู่อาศัย อาหารสัตว์ และการป้องกันอันตรายที่เกิดจากสัตว์	1 (16.7, 14.3)	6 (30, 85.7)
การดูแลผู้ประสพภัยโดยคำนึงถึงความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม	1 (16.7, 5.6)	17 (85, 94.4)
ล่ามแปลภาษา/ภาษามือแปลภาษาให้เมื่อต้องการ	-	8 (40, 100)

ในด้านการอพยพ เคลื่อนย้าย และการตั้งศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง ที่ผ่านมามีปัญหาตั้งแต่ในขั้นตอนการรับรู้สัญญาณเตือนภัยและการแจ้งเตือนภัยให้อพยพไปอยู่ในที่สูงกว่าระดับน้ำหรือไปยังศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราวของชุมชนจนถึงความสะดวกในการอพยพตามแผน

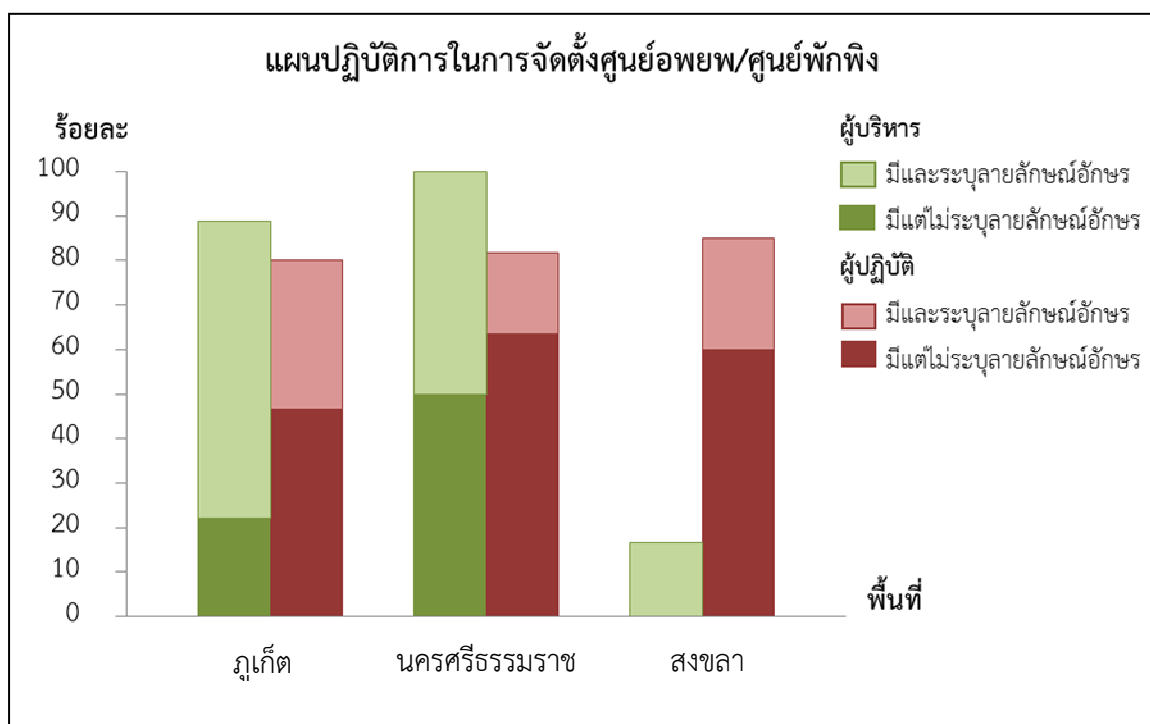


แผนภูมิที่ 11 การอพยพของผู้ประสบภัย ขณะเกิดภัยพิบัติ

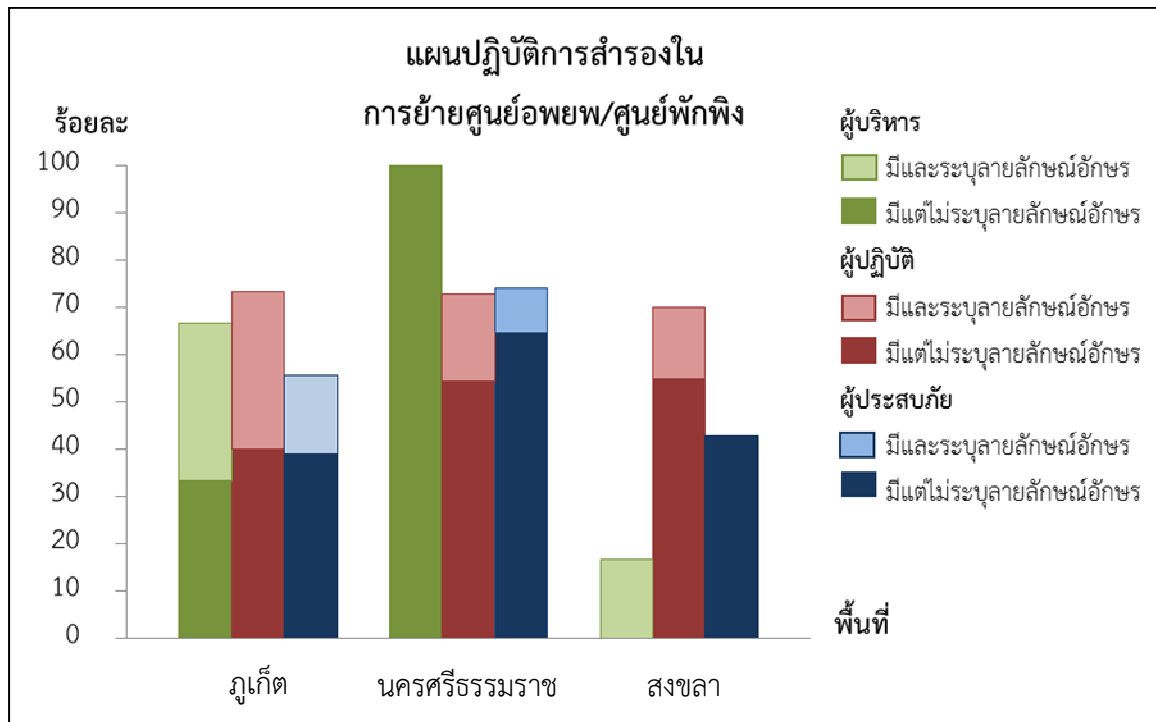
โดยทั้ง 3 พื้นที่ได้มีการเตรียมแผนในการอพยพ เคลื่อนย้าย และแผนในการตั้งศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง รวมถึงแผนปฏิบัติการสำรองในการย้ายศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง ดังนี้



แผนภูมิที่ 12 แผนปฏิบัติการในการอพยพ เคลื่อนย้าย คนในชุมชน



แผนภูมิที่ 13 แผนปฏิบัติการในการจัดตั้งศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง



แผนภูมิที่ 14 แผนปฏิบัติการสำรองในการย้ายศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง

บางพื้นที่มีการตั้งศูนย์อพยพตามสภาพพื้นที่ ดังข้อมูลของอบต. แห่งหนึ่งของจังหวัด นครศรีธรรมราช

“...ศูนย์อพยพเป็นจตุรรม ตั้งหันที่หันใดโดยอัตโนมัติ เพราะเรามีเครือข่ายวิทยุ แล้วเราจะสอนไปทางวิทยุว่า เดี่ยวคุณเอาคนมาไว้ตรงนี้นะ แล้วเราจะอุดหนุนข้าวสารอาหารแห้ง ให้อยู่นี้หุงแกงกินกัน จนกว่าจะกลับบ้านได้ คือเราเป็นศูนย์บัญชาการ ที่เกิดเหตุนี้เป็นที่ลาดชัน เราให้ไปอยู่ที่โรงเรียน...คนของตำบลลอง สองหมู่บ้าน สามหมู่บ้าน ไปอยู่ โรงเรียนหมดนะครับ ช่วงจังหวะเกิดเหตุเพราะที่บ้านอยู่ไม่ได้ อีกอย่างเส้นทางถูกตัดขาดหมด ด้านพื้นราบกะจุดที่อบต.หนึ่งจุด แต่คนไม่มาก อีกจุด ม.9 ที่บ้าน...” (รองนายก อบต.)

“...คือที่นี่เป็นธรรมชาติ พอฝนตกหนักเราจะเอารถเจซีบี รถหกล้อไปช่วยทำทางให้เขา ถึงวันนี้เราขึ้นไปเจอเหตุการณ์หนักพอดี เห็นน้ำมามาก พอเราลงไปกินข้าว ไปอีกที่หนึ่งเพื่อจะไปทำงาน น้ำกะถล่ม คือนั่นเราตั้งศูนย์เลย 7 วันอยู่กันทั้งปัด นายก นอนกินกันที่อบต. อาทิตย์เต็ม ๆ กว่าระบบจะคลี่คลาย...” (รองนายก อบต.)

“...มีตลอดเลย ตลอดเวลา ก็คือเราเอาไป....ส่วนหนึ่ง เพราะเราจะได้อ่างสำหรับเวลามีคนไข้มา ก็จะได้มารับ ...พอวันที่ 2 น้ำเริ่มลง เราก็จะเริ่มเคลียร์พื้นที่ที่เราอยู่ เพื่อที่ว่าเราจะรับคนไข้ ก็ใช้เวลาเคลียร์ 2 วัน ...เช่นถ้าเคลียร์พื้นที่..ก็ย้ายกลับมา ก็เอาคนไข้ลงมา แล้ว ER ก็ย้ายจากเวิร์ดกลับมาลงที่เดิม...”

2.2. ใช้หลายช่องทางการสื่อสารในการส่งข้อมูลข่าวสาร แจ้งเตือนภัย และสั่งการ

ในการเตรียมพร้อมด้านการดูแลสุขภาพก่อนการเกิดภัยพิบัติ พบว่ามีเนื้อหาของข้อมูลข่าวสารที่สื่อสารดังนี้

ตารางที่ 16 เนื้อหาของข้อมูลข่าวสาร เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย
ภูเก็ต

ข้อมูลข่าวสาร	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสบภัย จำนวน (%)
รายชื่อพื้นที่เสี่ยงภัย	7 (77.8, 21.9)	11 (68.8, 34.4)	14 (66.7, 43.8)
วิธีปฏิบัติตนเมื่อมีการเตือนภัย	9 (100, 22)	15 (93.8, 36.6)	17 (81, 41.5)
สภาพภูมิอากาศและระดับน้ำ	3 (33.3, 11.1)	8 (50, 29.6)	16 (76.2, 59.3)
รายชื่อและที่ตั้งหน่วยงานที่สามารถขอความช่วยเหลือ	8 (88.9, 20.5)	14 (87.5, 35.9)	17 (81, 43.6)
ช่องทางการติดต่อสื่อสาร	9 (100, 22.5)	15 (93.8, 37.5)	16 (80, 40)
รายชื่อและที่ตั้งศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง/ศูนย์ช่วยเหลือ	5 (55.6, 13.5)	13 (81.2, 35.1)	19 (90.5, 51.4)
วิธีการเตรียมตัวในการดูแลสุขภาพเมื่อเผชิญภัยพิบัติ	8 (88.9, 22.9)	11 (68.8, 31.4)	16 (76.2, 45.7)

นครศรีธรรมราช

ข้อมูลข่าวสาร	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสบภัย จำนวน (%)
รายชื่อพื้นที่เสี่ยงภัย	2 (100, 5.7)	10 (90.9, 28.6)	23 (74.2, 65.7)
วิธีปฏิบัติตนเมื่อมีการเตือนภัย	1 (50, 2.8)	10 (90.9, 27.8)	25 (80.6, 69.4)
สภาพภูมิอากาศและระดับน้ำ	2 (100, 7.7)	9 (81.8, 34.6)	15 (48.4, 57.7)
รายชื่อและที่ตั้งหน่วยงานที่สามารถขอความช่วยเหลือ	2 (100, 6.9)	10 (90.9, 34.5)	31 (54.8, 58.6)
ช่องทางการติดต่อสื่อสาร	2 (100, 5.9)	10 (90.9, 29.4)	31 (100, 64.7)
รายชื่อและที่ตั้งศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง/ศูนย์ช่วยเหลือ	2 (100, 6.9)	10 (90.9, 34.5)	31 (100, 58.6)
วิธีการเตรียมตัวในการดูแลสุขภาพเมื่อเผชิญภัยพิบัติ	-	7 (63.6, 30.4)	31 (100, 69.6)

สงขลา

ข้อมูลข่าวสาร	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสภัย จำนวน (%)
รายชื่อพื้นที่เสี่ยงภัย	5 (83.3, 22.7)	10 (50, 45.5)	7 (50, 31.8)
วิธีปฏิบัติตนเมื่อมีการเตือนภัย	5 (83.3, 18.5)	16 (80, 59.3)	6 (42.9, 22.2)
สภาพภูมิอากาศและระดับน้ำ	6 (100, 19.4)	14 (70, 45.2)	11 (78.6, 35.5)
รายชื่อและที่ตั้งหน่วยงานที่สามารถขอความช่วยเหลือ	6 (100, 22.2)	14 (70, 51.9)	7 (50, 25.9)
ช่องทางการติดต่อสื่อสาร	5 (83.3, 14.7)	16 (80, 47.1)	13 (92.9, 38.2)
รายชื่อและที่ตั้งศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง/ศูนย์ช่วยเหลือ	5 (83.3, 21.7)	13 (65, 56.5)	5 (35.7, 21.7)
วิธีการเตรียมตัวในการดูแลสุขภาพเมื่อเผชิญภัยพิบัติ	6 (100, 28.6)	14 (70, 66.7)	1 (7.1, 4.8)

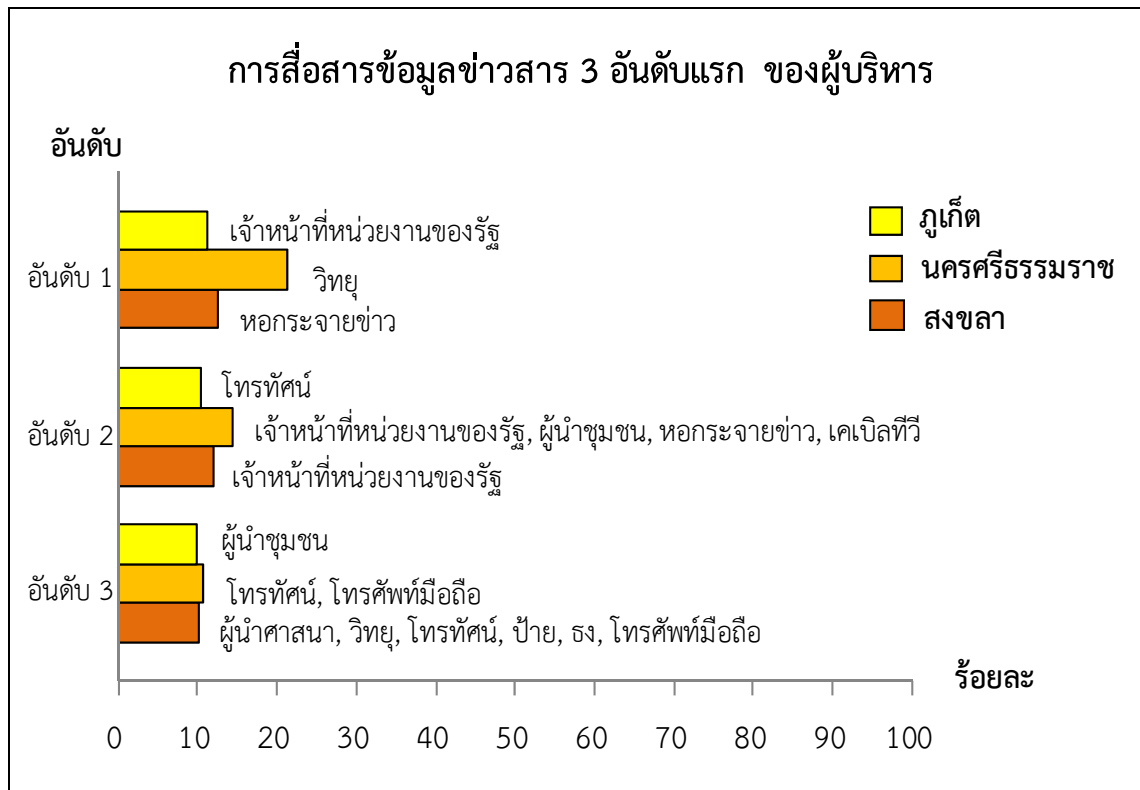
เมื่อวิเคราะห์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ประสภัยพบว่า สื่อโทรทัศน์เป็นช่องทางในการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่สำคัญ และเป็นช่องทางการสื่อสารที่ผู้ประสภัยต้องการใช้มากที่สุด ในขณะที่เมื่อเปรียบเทียบกับช่องทางการสื่อสารที่กลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และต้องการใช้มากที่สุดมีความแตกต่างกัน คือ กลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติมักเลือกสื่อบุคคล เช่น ผู้นำ หรือเจ้าหน้าที่เป็นช่องทางการสื่อสารมากกว่า

ตารางที่ 17 การรับรู้การดูแลสุขภาพ และช่องทางการได้รับมูลของผู้ประสภัย

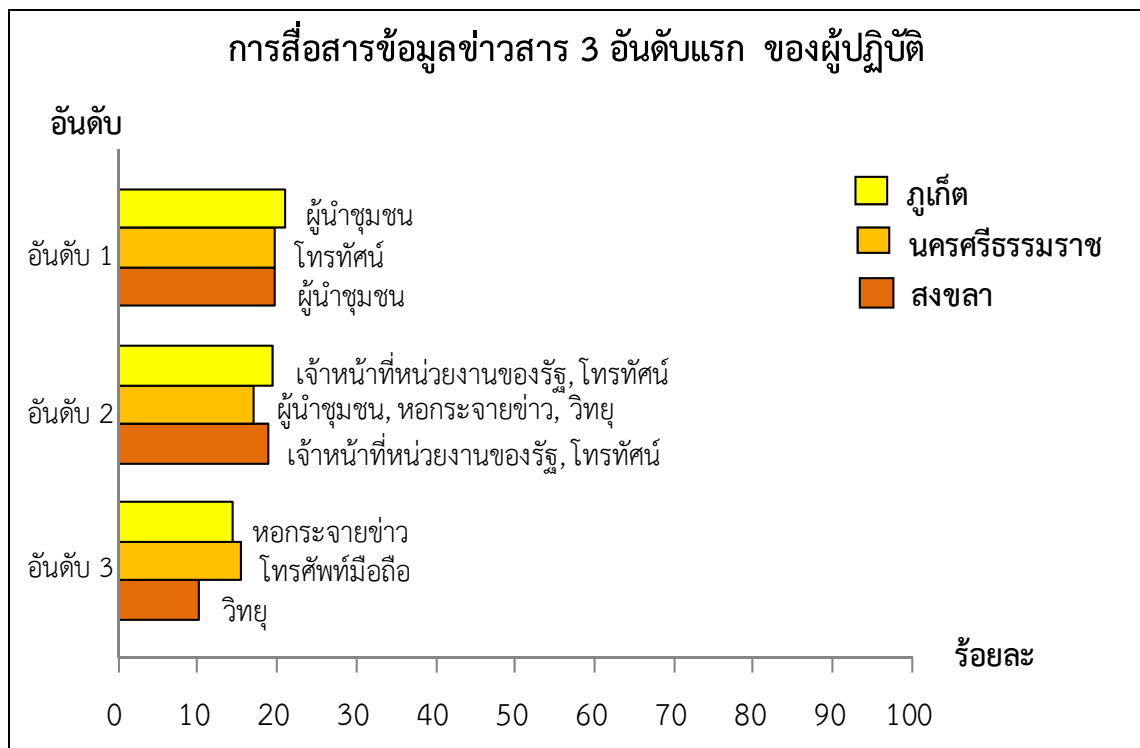
การรับรู้การดูแลสุขภาพ	ช่องทางการได้ข้อมูล		
	อันดับ 1 จำนวน (%)	อันดับ 2 จำนวน (%)	อันดับ 3 จำนวน (%)
แผนการส่งต่อ เคลื่อนย้าย อพยพ ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ			
- ภูเก็ต	การอบรม, วิทยุสื่อสาร, โทรศัพท์มือถือ, องค์การบริหาร ส่วนตำบล 1 (25)	-	-
- นครศรีธรรมราช	-	-	-
- สงขลา	รถแห่ของเทศบาล, โทรทัศน์, 1 (50)	-	-
แนวทางป้องกันและเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (เช่น ไฟดูด จมน้ำ สัตว์ทำร้าย)			
- ภูเก็ต	โทรทัศน์, วารสาร,	-	-

การรับรู้การดูแลสุขภาพ	ช่องทางการได้ข้อมูล		
	อันดับ 1 จำนวน (%)	อันดับ 2 จำนวน (%)	อันดับ 3 จำนวน (%)
	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล 1 (33.3)		
- นครศรีธรรมราช	-	-	-
- สงขลา	โทรทัศน์ 6 (85.7)	วารสาร 1 (14.3)	-
แนวทางป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อ (เช่น ใช้เลือดออก อูจจาระร่วง)			
- ภูเก็ต	โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล 2 (40)	องค์การบริหาร ส่วนตำบล, อินเทอร์เน็ต, รถแท็กซี่ของ เทศบาล 1 (20)	-
- นครศรีธรรมราช	-	-	-
- สงขลา	โทรทัศน์ 3 (75)	วารสาร 1 (25)	-
แนวทางการจัดการศพ (เช่น การจัดเก็บศพ) ของชุมชน			
- ภูเก็ต	-	-	-
- นครศรีธรรมราช	-	-	-
- สงขลา	องค์การบริหาร ส่วนตำบล 1 (100)	-	-
แผนการสั่งการของชุมชน (incident command system)			
- ภูเก็ต	โทรทัศน์ 2 (100)	-	-
- นครศรีธรรมราช	-	-	-
- สงขลา	-	-	-

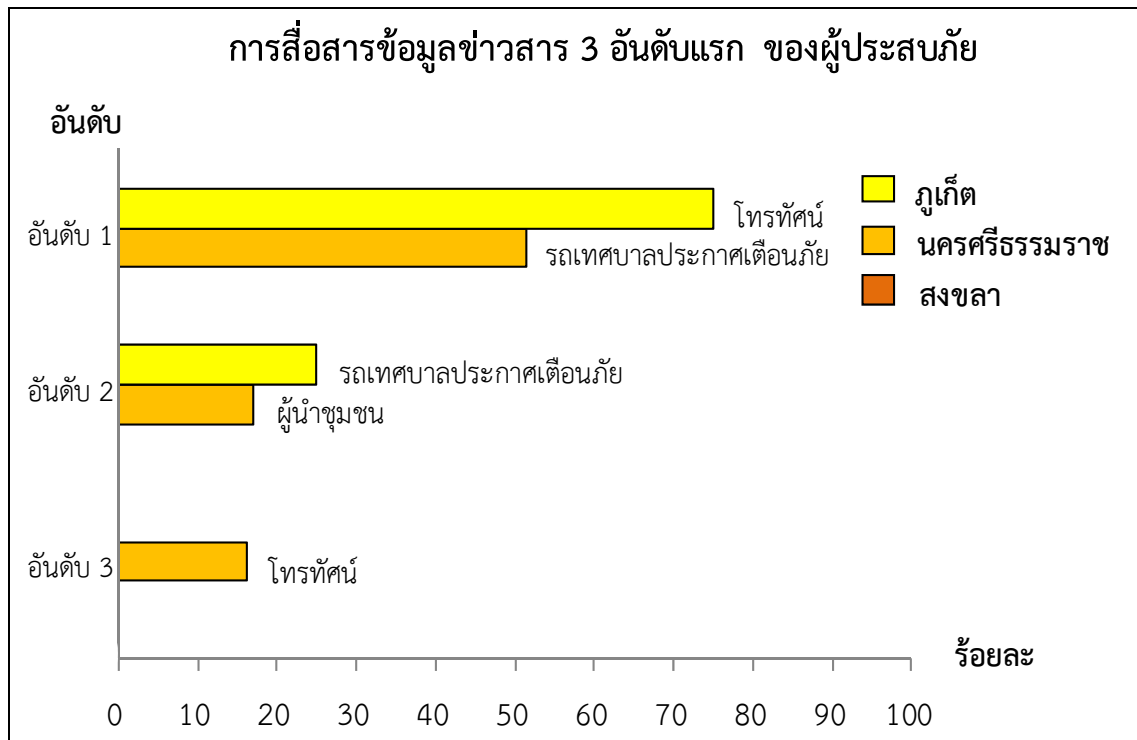
ช่องทางการสื่อสารที่ต้องการใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย โดยใช้วิธีคิดคะแนนเฉลี่ยของอันดับ 1 = 3 คะแนน อันดับ 2 = 2 คะแนน อันดับ 3 = 1 คะแนน เป็นดังนี้



แผนภูมิที่ 15 การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร 3 อันดับแรก ของผู้บริหาร



แผนภูมิที่ 16 การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร 3 อันดับแรก ของผู้ปฏิบัติ



แผนภูมิที่ 17 การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร 3 อันดับแรก ของผู้ประสบภัย

ในขณะที่ในมุมมองของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ เมื่อเกิดภัยพิบัติช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การใช้วิทยุสื่อสารที่มีแม่ข่าย เช่น ศูนย์ อปพร. ดังข้อมูล

“...แผนตรงนั้น สั่งการทางวิทยุหมด และปรับกระบวนการใหม่หมด ...เพราะว่าน้ำท่วมที่ผ่านมา เหตุการณ์ไม่เคยรุนแรงถึงขั้นนี้ เพราะว่านี่ ตั้งแต่คนที่มาอยู่ในตำบลเทพราช คนอายุ 80 ปี 90 ปี เกษะไม่เคยเคยประสบ ไม่เคยพบเห็นมาก่อน ถึงการเตรียมความพร้อมนี้ (ตอนมีน้ำ) ถึงการเตรียมความพร้อมนี้ พอเหตุการณ์เกิดถึง แสดงว่า มันคนละเรื่องกันเลย มันเกิดคาด...” (นายก อบต.)

“...ใช้วิทยุสื่อสาร ไม่ต้องกลัวล้มครับ เนื่องจากเกิดภัยหลายรอบทำให้เราปรับไป ตอนนี้ไม่มีปัญหา เมื่อก่อนเราจะใช้วิทยุสื่อสารน้อย พอเกิดภัยหลาย ๆ ครั้งประสบการณ์บอกว่าวิทยุสื่อสารสำคัญมาก ไม่ต้องกลัวว่าไม่มีคลื่นสัญญาณ มันไม่บ่อยบางเหมือนกับโทรศัพท์มือถือ และสื่อสารรวดเร็วกว่า ช่วงหลังเราเลยมาใช้วิทยุสื่อสารกันเยอะ ถ้าเปรียบเทียบกับปี 53 เพิ่มขึ้นหลายเปอร์เซ็นต์มาก ผมใช้เป็นคลื่นปกครองบ้าง คลื่นของตำรวจบ้าง ของกู้ภัยบ้าง ผมใช้อยู่ 2 คลื่น ... ช่องของตำรวจ ... และของกู้ภัย ช่องของอบต....” (อำเภอ)

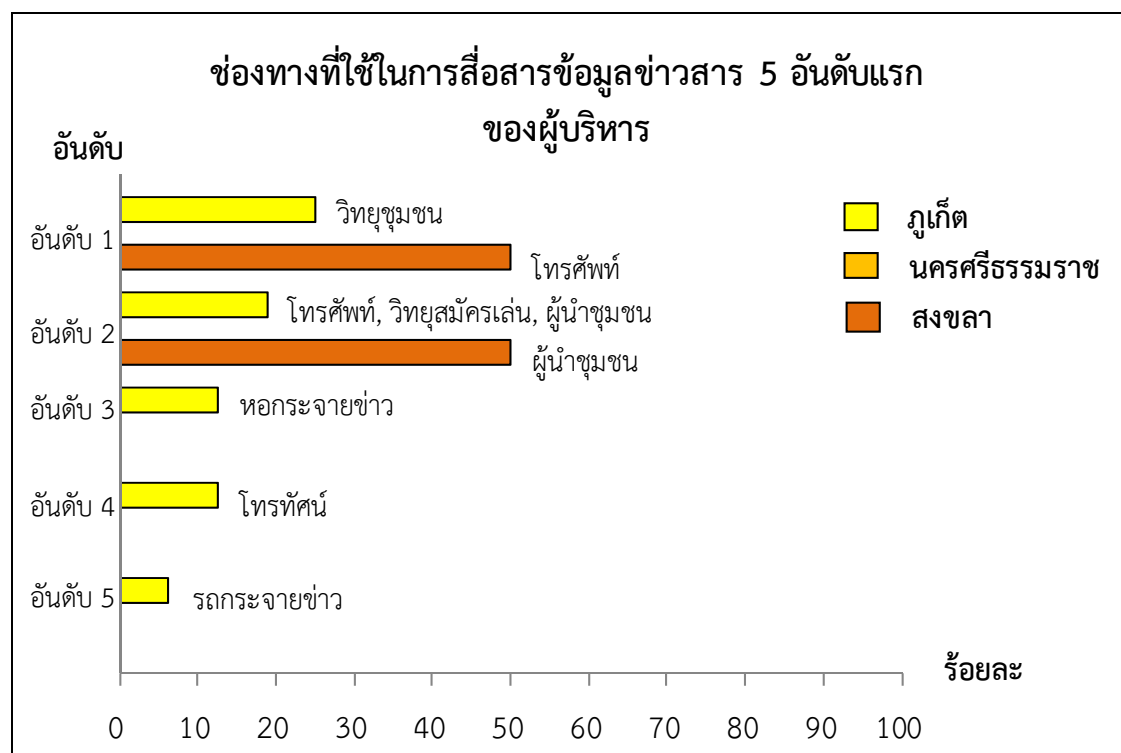
ช่องทางอื่น ๆ ที่ใช้ ได้แก่ หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน หรือบุคคล เช่น

“...ผมก็แจ้งผ่านกำนันผู้ใหญ่บ้าน แจ้งผ่านองค์กรส่วนท้องถิ่นว่านี่เตรียมอพยพนะ คำก็ใช้หอกระจายข่าวบ้าง และให้ข่าวไปทางสถานีวิทยุชุมชนที่เขากระจายเสียงในพื้นที่...” (อำเภอ)

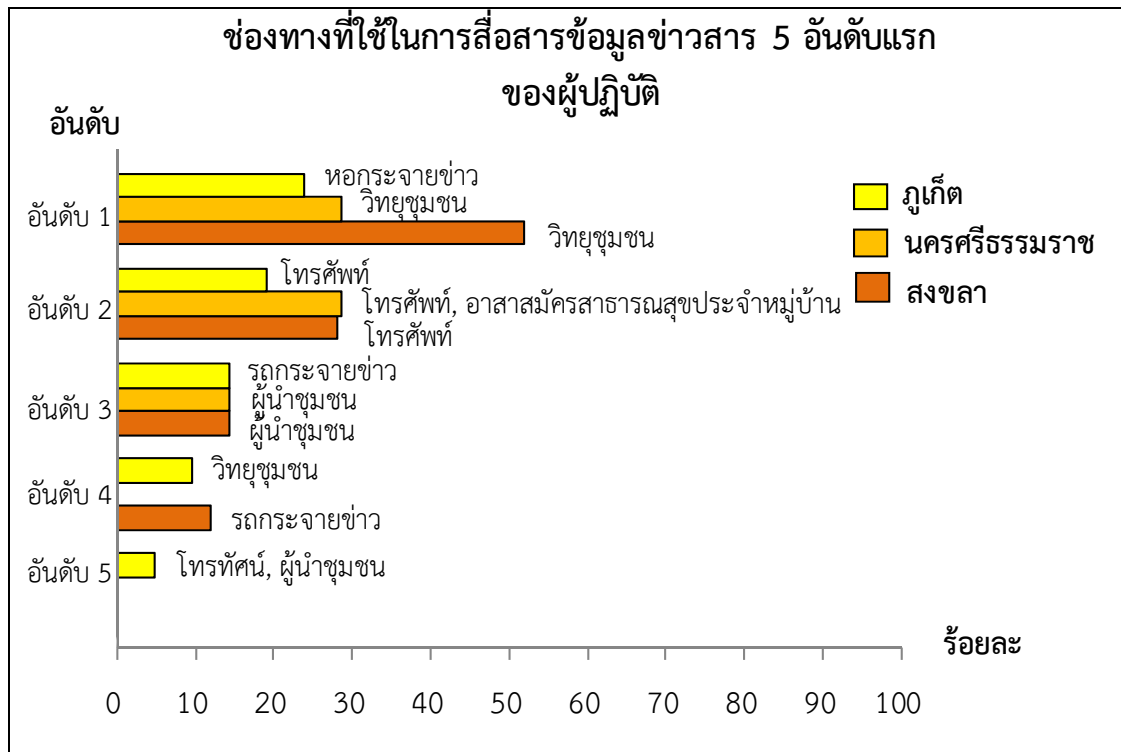
“...รู้ รู้ ครับ คือ เราแจ้งกำนันผู้ใหญ่บ้านเวลามีประชุม อำเภอทำหนังสือแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นครับ พอช่วงเข้าหน้าฝน ช่วงกันยา ตุลาคม เราก็เตือนแล้วว่าเวลาผู้ใหญ่บ้าน ประชุมลูกบ้าน ก็ช่วยแจ้งเรื่องให้เตรียมตัวรับอุทกภัยด้วย เตรียมตัวรับน้ำท่วมด้วย และก็ผมทำงานหลายปี ก็รู้ว่าพื้นที่ไหนเป็นพื้นที่เสี่ยงภัยเป็นพื้นที่ที่ท่วมทุกปีเราก็เตือน เช่น พื้นที่ของสระแก้ว หมู่ที่ 7 ท่วมทุกปี และติดคลองกลาย ชาวบ้านไปตั้งบ้านเรือนที่ริมคลอง ไปเลี้ยงสัตว์อยู่ พอน้ำท่วมจะมีปัญหามีคนติดในคลองทุกปี จุดนั้นจุด

หนึ่ง และยังมี หมู่ 9 หมู่ 8 ตำบลกลาย ท่วมทุกปี หมู่ 13 หมู่ 1 ท่าศาลา หมู่ 1 หมู่ 3 ดอนตะโกท่วมทุกปี ชาวบ้านเขาจะรู้...” (อำเภอ)

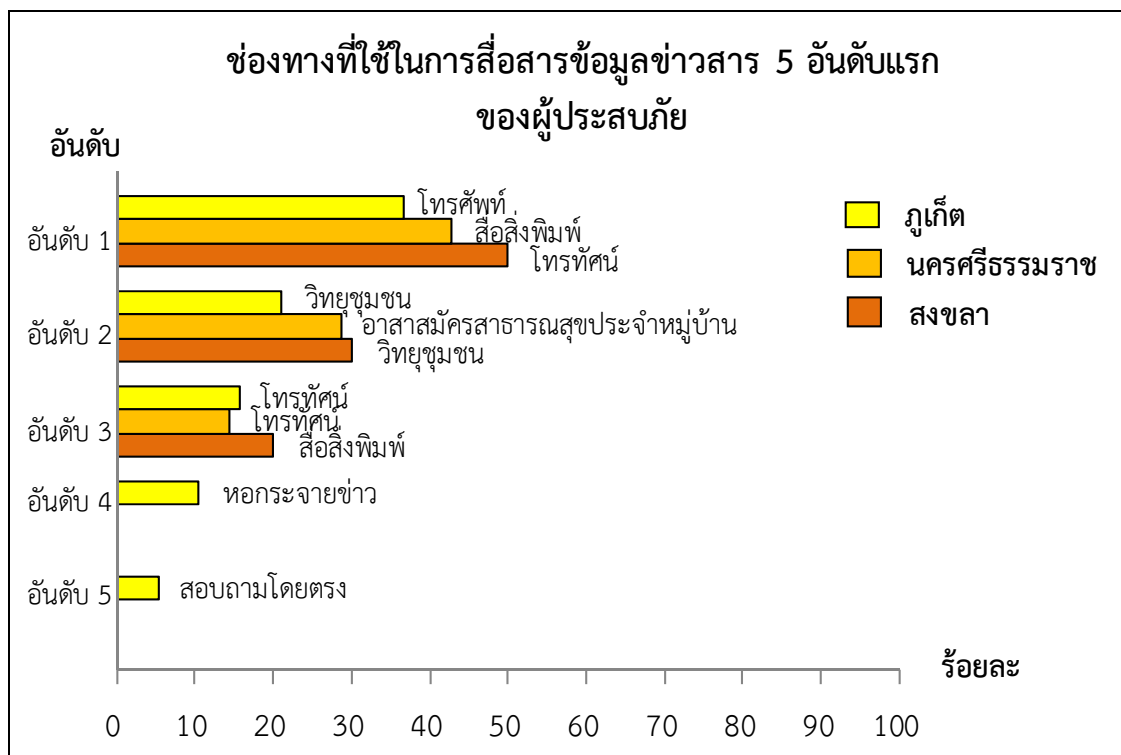
ช่องทางการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนในชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ 5 อันดับแรก เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย



แผนภูมิที่ 18 ช่องทางการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนในชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ 5 อันดับแรกของผู้บริหาร



แผนภูมิที่ 19 ช่องทางที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนในชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ 5 อันดับแรกของผู้ปฏิบัติ



แผนภูมิที่ 20 ช่องทางที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนในชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ 5 อันดับแรกของผู้ประสบภัย

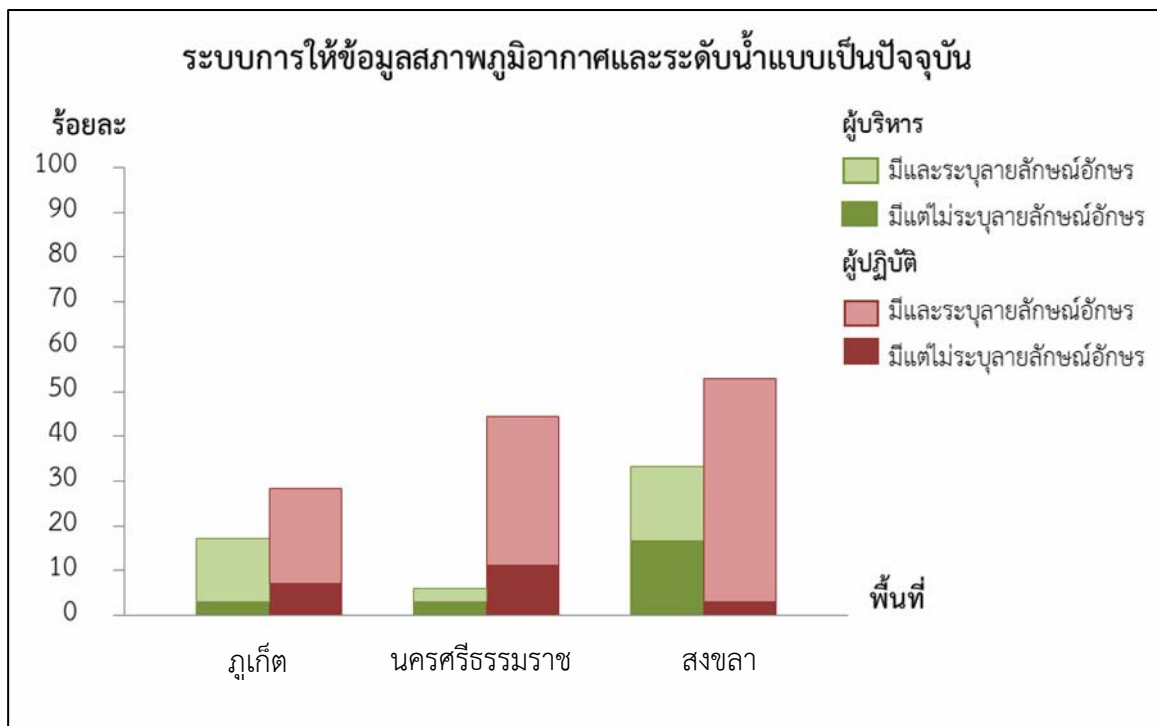
2.3. ปรับแผนทุกวันตามสถานการณ์น้ำ

ในระยะเกิดภัยพิบัติ พบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติจำเป็นต้องปรับแผนตามสถานการณ์ทุกวัน ดังนั้นข้อมูลสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันจึงมีความสำคัญดังเช่น

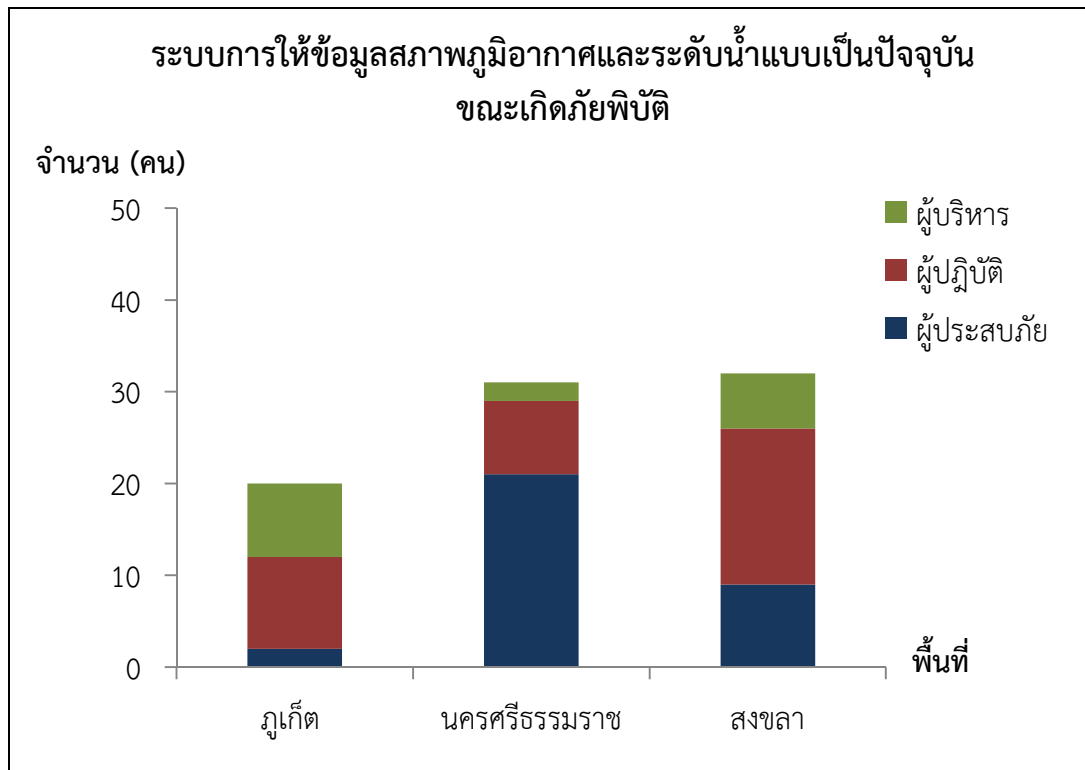
“...ใช้คำสั่งของนายอำเภอครับ เราอยู่ในทีมทำงาน เราประชุมกันทุกวัน ส่วนมากจะเป็นช่วงค่ากลางวันออกไปแก้ปัญหา ช่วงค่ำมาพูดคุยกัน มีสรุป เน้นความเสียหายสิ่งสาธารณประโยชน์ แล้วพูดว่าพรุ่งนี้ใครไปตรงนี้ ตรงนั้น จุดนี้จะแก้ปัญหายังไง แจกถุงยังชีพใหม่ ต้องคิดเผื่อไว้ข้างหน้าว่าจะมีปัญหา กับคนที่น้ำไม่ท่วมหรือเปล่า เค้าจะเอาด้วยหรือเปล่า...” (อำเภอ)

“...ประชุมอย่างนี้ทุกวัน มันดีคือเราได้วางแผนว่าวันนี้ที่เราทำเกิดปัญหายังไงบ้าง เออวันนี้ที่เราวางแผนไว้ เมื่อวานมีคนช่วยงาน ไปได้ไม่ดี...ตอนเรามาประชุมเราต้องพูดเรื่องปัญหาที่เราวางแผนไว้เมื่อวาน วันนี้แหละ เราจะแถลงให้พอ ว่าคนไม่มี พรุ่งนี้เราจะทำยังไงต่อ แต่ว่าสถานการณ์นั้นเราได้แก้ไขไปแล้ว แต่ว่าไม่อยากให้มันเกิดขึ้นมาอีก มีจุดแจ้งระดับน้ำทุกจุด ปรับตัวและแผนแบบอัตโนมัติ...” (รองนายก)

“...เพราะทุกอย่างมันต้องมีปัญหาอยู่แล้ว เพียงแต่ว่าเราประสบการณ์ในแต่ละปี เอาแต่ละครั้งที่เกิดขึ้นมาคุย แล้วโชคดีว่าเรามีการประชุมทุกวัน 5 โมงเย็น ทุกวันตอนเย็นทีมที่จะออกไปไหนต้องรู้ และ 5 โมงเย็นต้องกลับมา ถ้าไม่ออกมาเดี๋ยวต้องโดนตามกลับมาว่าประชุมก่อน จะไปทำอะไรเดี๋ยวค่อยไปทำต่อ ก็จะใช้เวลาครึ่งถึงหนึ่งชม. ...” (นาทวี)



แผนภูมิที่ 21 ระบบการให้ข้อมูลสภาพภูมิอากาศและระดับน้ำแบบเป็นปัจจุบัน (Real time) ก่อนเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ



แผนภูมิที่ 22 ระบบการให้ข้อมูลสภาพภูมิอากาศและระดับน้ำแบบเป็นปัจจุบัน (Real time) ขณะเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย

ตารางที่ 18 ระบบการให้ข้อมูลสภาพภูมิอากาศและระดับน้ำแบบเป็นปัจจุบัน (Real time) เปรียบเทียบระหว่างการมีระบบในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติกับการได้รับข้อมูลข่าวสารขณะเกิดภัยพิบัติ ของกลุ่มผู้บริหาร

ภูเก็ต

การให้ข้อมูลสภาพภูมิอากาศและระดับน้ำแบบเป็นปัจจุบัน (Real time)	ขณะเกิดภัยพิบัติ มีจำนวน (%)	ขณะเกิดภัยพิบัติ ไม่มีจำนวน (%)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี และใช้ประโยชน์ได้	1 (16.7, 100)	-
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี แต่ใช้ประโยชน์ไม่ได้	-	-
ก่อนเกิดภัยพิบัติ ไม่มี	5 (83.3, 83.3)	1 (100, 16.7)

นครศรีธรรมราช

การให้ข้อมูลสภาพภูมิอากาศและระดับน้ำแบบเป็นปัจจุบัน (Real time)	ขณะเกิดภัยพิบัติ มีจำนวน (%)	ขณะเกิดภัยพิบัติ ไม่มีจำนวน (%)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี และใช้ประโยชน์ได้	-	-
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี แต่ใช้ประโยชน์ไม่ได้	-	-
ก่อนเกิดภัยพิบัติ ไม่มี	2 (100, 100)	-

สงขลา

การให้ข้อมูลสภาพภูมิอากาศและระดับน้ำแบบเป็นปัจจุบัน (Real time)	ขณะเกิดภัยพิบัติ มีจำนวน (%)	ขณะเกิดภัยพิบัติ ไม่มีจำนวน (%)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี และใช้ประโยชน์ได้	1 (16.7, 100)	-
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี แต่ใช้ประโยชน์ไม่ได้	1 (16.7, 100)	-
ก่อนเกิดภัยพิบัติ ไม่มี	4 (66.7, 100)	-

3. การจัดการหลังเกิดภัยพิบัติ

หลังจากที่ภัยพิบัติได้เกิดขึ้นแล้วนั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดูแลฟื้นฟูสุขภาพหลังน้ำท่วมในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1. ฟื้นฟูคุณภาพชีวิต

3.1.1. โครงสร้างพื้นฐาน

“...เรามีหน่วยบริการพื้นที่ เรามีทีมออก เรามีทีมต่าง ๆ ที่ประสานได้หมด คืองบประมาณของเขาเขาไม่เยอะ แต่บางพื้นที่น้ำท่วมเยอะ มันก็ชำรุดเยอะ งบประมาณน้อยหมด ก็หมดแล้ว นี่คือปัญหา มันต้องใช้งบส่วนกลางเท่านั้น...”

3.1.2. รักษาพยาบาลเบื้องต้น/ ป้องกันโรค/ ประสานส่งต่อ

“...ก็คือพอวันหนึ่งที่เราเข้าที่รักษาได้แล้ว เราก็จะไป บางทีที่ไปดูแลชาวบ้าน แต่ว่าส่วนใหญ่ตรงนั้นอาจจะไม่ได้มีอะไรมาก อาจจะแค่แจกยาที่องค์การเภสัชให้มาอีกอันหนึ่งเรื่องของการฟื้นฟู เพราะว่าพอเราไปอย่างนี้ได้ เราก็จะรู้ว่าพอแหล่งนี้น้ำเริ่มท่วม น้ำเริ่มลด เราก็จะลงไปเรื่องของการดูแลพวกบ่อน้ำต่าง ๆ อะไรของเขา ก็มีทีมที่เขาดูแลเรื่องชุมชนออก แล้วก็ไปในที่ที่น้ำเริ่มลงแล้ว หรือว่า รพ.สต. เราก็

จะสนับสนุนของให้เขา คลอรีนที่เขาจะเอาไปใส่บ่อน้ำ แล้วเขาทำรายงานเข้ามาว่าวันนี้ได้ใส่ไปแล้ว คลอรีนก็พอ อะไรอย่างนี้แหละค่ะ มันเป็นระบบการฟื้นฟู...”

“...การฟื้นฟู เราก็จะสอบถามเขาด้วยนะค่ะว่า ณ ตอนนี้เป็นยังไงบ้าง สอบถามจาก สสอ. ก็จะมี รพ.สต. ตรงไหนบ้างตอนนี้ที่เขาเริ่มลด แล้วเราจะต้องไปช่วย เราต้องออกไปดูแลเรื่องของน้ำกิน น้ำใช้ ต่าง ๆ น้ำกัดเท้า...”

“...รพ.รับผิดชอบอยู่ก็คืองานเวชปฏิบัติที่เขาจะลงไป แต่ถ้าส่วนใหญ่ที่ของรพ.สต. อีก เราก็จะ ประสานไปว่าเป็นคนนี้ ๆ ที่เรานัดไว้แล้วนี่ อียากเรื่องยา เรื่องอะไร ประมาณนี้ ก็ให้พื้นที่ลงไปดู ก็มียานี้ อาจจะว่ามันเป็นกล่องที่ยาจะหมด ก็จะลงไปดู ก็จะประสานกับ รพ.สต. ในการทำงานเชื่อมโยง วันที่ 3 น้ำเริ่มลง เราก็ลงเลย มีอะไรไปได้เราก็คงจะไปเลย ก็เป็นการส่งข้อมูลต่อให้กับ รพ.สต...”

3.1.3. เยียวยาจิตใจ

“...อันนี้เรื่องของการเยียวยา เช่นว่ามีอยู่คนนึง เขาไม่ได้ตกน้ำนะค่ะ บ้านนี้เขาจะเมาเหล้าสอง สามปีกรรยา แล้วเขาบอกว่าน่าจะเมาแล้วก็หล่นน้ำ ที่นี่ยู่บ้านไม่มีใคร 2 คน ก็อยู่ ๆ ตัวลอย แล้วเราก็ไป เยียวยาอีกคน เพราะว่าบางคนยังรับไม่ได้ ยังหดหู่ บ้านเสียหายไปทั้งหมดจะช่วยเหลือ...”

“...บางคนยังทำใจไม่ได้ ...จะมีทีมเยียวยา...พอเขาเห็นเรา แล้วเราไปดูแลเขา เออเนอะ คนอื่น เขาเสียหายกันหระอ เนี่ยเราก็ไปบ้านโน้นบ้านนี้มา เขาก็โดนกันนะ ไม่เป็นไรหรอก เดียวหลังจากนี้เขาก็ตัด ยางได้ อะไรได้ มันก็คือส่วนหนึ่งที่เราพอจะทำได้อยู่แล้ว เพียงแต่ว่าถ้าหนัก ๆ จัดการอะไรไม่ได้เลยจริง ๆ ก็อาจจะต้องส่งทีมเยียวยาลงไปเพิ่ม...” (นักจิตวิทยาและพยาบาล)

3.1.4. การให้ความรู้เพื่อดูแลสุขภาพตนเอง

ในมิติของการฟื้นฟู พบว่า พยาบาลและทีมสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ประสบภัย หลังน้ำลด โดยเน้นการให้ความรู้เพื่อดูแลตนเองได้

“...ให้งาน สส. เขียนบของการให้ความรู้ ... ใครมีความรู้ที่เราจะให้เขา บางที่เขาสามารถช่วยตัว เขาเองได้ส่วนหนึ่ง ..ทำเป็นเอกสารอะไรต่ออะไร ชาวบ้านจะได้ช่วยกันดูนะ ส่วนหนึ่งในเรื่องความรู้ เรื่อง ของการดูแลเท้าแช่น้ำ การทำความสะอาด ถ้าสมมุติเขาเป็นคนไข้เรื้อรังอยู่ที่บ้าน ก็คือติดต่อใครได้บ้าง แต่ว่าฉลาดนะชาวบ้าน เขาบอกก้านัน บางทีผู้ใหญ่บ้าน ถ้าโทรศัพท์ยังสามารถใช้ได้ก็ไป รพ.สต. ...”

3.1.5. หาทุนและของบริจาค

“...ปัญหามีไว้แก้ แต่อย่างงั้นมันมีปัญหานั้นแหละ บางที่เราสามารถแก้ไขปัญหาวีได้ และผอ.ก็ เข้าไปอินเทอร์เน็ต อีเมลล์น้ำท่วม เนี่ยอุปกรณ์เสียหาย ขอความช่วยเหลือเยอะ ไม่รู้ก็สาย คนโน้น คนนี้โทร เข้ามา เรามีทุกวันการเงินต้องมารายงานว่าเออ ณ ถึงห้าโมงเย็นวันนี้ มีใครโอนเงินเข้ามาแล้วเท่าไร บาง คนเขามาอยู่กรุงเทพเขาก็เห็นว่าน้ำท่วม ประชาสัมพันธ์ทาง อินเทอร์เน็ต เขามีการถ้ามีอะไรช่วยนะ เครื่องซักผ้าเสียหาย กำลังซ่อมอยู่ ยูนิทไฟ ก็มีคนหนึ่งบริจาคยูนิทไฟเลยนะ เป็นคนที่มั่งคั่ง เขาก็ให้มาโอน เงินมาให้...”

“...เราก็มีกาหนดเบอร์โทรศัพท์ไว้ ถ้าใครโทรมาถามเรื่องบริจาค เลขที่บัญชีอะไรก็ติดไว้ทุกจุด เพราะเจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถรับโทรศัพท์แล้วบอกได้ บริจาคโอนเข้าบัญชีนั้น แต่ว่าต้องการพูดสาย พูดสายกับใคร เพราะฉะนั้น หลายแสนที่ได้ ณ ตอนนั้น คือตอนแรกแกบอกว่าแกก็ไม่คิด แล้วคนนึงโทรมา หาแกว่าที่แกโพสต์ในอินเทอร์เน็ตเรื่องน้ำท่วม ออ จริง ๆ แล้วจะไปช่วยก็ ช่วยไม่ได้ อยู่กรุงเทพฯ คือกำลัง ภายช่วยไม่ได้ แต่กำลังทรัพย์ช่วยได้ หมอก็บอก กำลังทรัพย์ยังดีเลย จะใครบริจาคเลขที่บัญชีก็เอาได้เลย ทำให้แกคิดโอเคดี พอเขาบอกว่าเขาอยู่ไกล เห็นใจหมอ น้ำท่วม แต่ว่าไม่รู้จะช่วยเหลือได้ไง ก็ช่วยเรื่องกำลังเงิน ก็แล้วกัน ก็โอเค ได้มาหลายแสน เหมือนกัน...”

3.2. ตัวชี้วัดความสำเร็จในการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ

ความสำเร็จในการจัดการภัยพิบัติตามมุมมองของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องโดยตรงมีความสอดคล้องกับผู้ได้รับผลกระทบ นั่นคือ การไม่มีคนเสียชีวิต และ ชาวบ้านร่วมคิด ร่วมใจ ร่วมแรง สู้กับน้ำได้ ดังข้อมูล

“...ถือว่าประสบความสำเร็จ เพราะว่าเราไม่มีเสียชีวิต เราเสียหายโดยประมาณค่าใช้จ่ายไม่ได้ เขาถล่มลงมาเป็นลูก ๆ เส้นทางถูกตัดขาดหมด อปพร. สามารถส่งคนออกจากพื้นที่เสี่ยงภัยได้ทันทีทันใด แล้วจะมาตั้งศูนย์ ชาวบ้านมาตั้งศูนย์ อปพร. สามสี่จุดในตำบล ที่อบต. นี่ก็จุดหนึ่ง...” (รองนายก)

3.3. ชาวบ้านร่วมคิด ร่วมแรง ร่วมใจ สู้กับน้ำได้

บทเรียนจากน้ำท่วมที่ผ่านมา ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงเกิดการเรียนรู้และมีการปรับตัว โดยเกิดเป็นรูปแบบการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง โดยอาศัยการสนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่นในพื้นที่ จึงมีลักษณะการช่วยเหลือหลากหลายรูปแบบเพื่อการอยู่รอดปลอดภัย เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย ยานพาหนะที่ต้องใช้ในการเดินทางอพยพ ดังข้อมูล

“...เมื่อก่อนเราคิดกันแต่เรา พอมีประสบการณ์ เมื่อปี 54 ชาวบ้านที่ประสบเหตุจะเข้ามาช่วยคิดแล้ว นายกต้องทำพรรคนี้แหละ รองนายกทำพรรคนี้แหละ สั่งไอน้ำมาให้ทีละ แหลงกันแหละ เราเข้าไปช่วยแล้วเกิดเป็นธรรมชาติ เขารวมกลุ่มเขาเอง สมมติมีคนอยู่ 50 คน ผมคำนวณ ถ้าวันละสามมื้อ ใช้ไหม้ กี่อย่าง แล้วจะทำแกงกิน นั่งคุยสรุปปัญหากัน ซึ่งเราจะไปจัดวงเสวนา ผมออกไปจัดวงสองจุด เมื่อปีใหม่นะ...” (รองนายก อบต.)

“...คือว่าถ้ามาโดยปกติ ไม่หนักเท่าใด ถ้ามาเหมือนครั้งที่ผ่านมาสองครั้งนั้นแหละครับ มีนา 54 กับ มกรา 55 ถือว่าบางอย่างเกินความคาดหมาย แต่ว่าทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นกับความตื่นตัวของชาวบ้าน เป็นผู้มีการประสบการณ์โดยตรงประสบเหตุถึงเขาจะมีความตื่นตัว ชาวบ้านในพื้นที่มีบทเรียน เพราะว่ารู้ว่าฝนตกลงมานี่ เขาจะเตรียมตัวแล้ว ...ไ้ไหร่ที่เขาเห็นว่าเขาจะเตรียมตัวเตรียมความพร้อมได้นี้เขาจะดำเนินการประกอบกับ อบต. ซึ่งเป็นหน่วยราชการที่อยู่ใกล้ชิดกับเขาที่สุด เราได้ดำเนินการช่วยชาวบ้านเต็มที่ทุก ๆ ทาง ไม่ว่าด้านข้าวสารอาหารแห้งตามที่ท่านนายกพูดไปแล้ว ในส่วนการช่วยเหลืออพยพผู้คนนะครับ ผู้ประสบภัย ซึ่งทางอบต. มีศูนย์ อปพร. ซึ่งเจ้าหน้าที่ทำงาน 24 ชั่วโมง บอกไปแล้วนะครับ ตรงนี้ถือว่าเป็นกำลังสำคัญช่วยชาวบ้านได้มาก ไม่มีผู้เสียชีวิตเลยสักคนทั้งสองครั้ง...” (ปลัด อบต.)

4. ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการจัดการภัยพิบัติ

ทั้งกลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่มีความเห็นร่วมกันว่า ความสำเร็จที่เกิดขึ้นมาจากปัจจัยสำคัญสองประการ คือ

4.1. ให้ความรู้เป็นลูกโซ่

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่า ความรู้เป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะความรู้ของประชาชนในการช่วยเหลือตนเองอย่างเหมาะสม

“...ให้ความรู้ มันจะ หายใจ หายจน หายเจ็บ พอมีความรู้ถึงนะครับ พอรู้ถึงหายใจ หายใจก็ไม่จน และจะไม่ถูกหลอก ก็คือไม่เจ็บ ต้องเน้นจากความรู้ ผมพยายามตั้งหน่วยงานที่สามารถอธิบายได้ ให้ความรู้ชาวบ้านได้ แม้จะเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ต้องทำ ต้องทำให้ความรู้เขาว่า อย่างน้อยให้เขาเขารักชุมชนนี้พอป็นไหน ไ้ขึ้นคือบ้านเกิด รักถิ่นเกิดพอป็นไหน ขอความรู้อย่างเดียว ไ้ขึ้นนี้ไม่สำคัญเลย...”

“...ให้ความรู้กับชาวบ้าน ... หลังเกิดภัยพิบัติเมื่อปี 54 เราได้ทบทวนศูนย์อพพร.ใหม่ มีการจัดการอบรมทบทวนโดยทางจังหวัดสนับสนุนมา ศูนย์บรรเทาสาธารณภัยของจังหวัดมีการทบทวนให้เราเพิ่มหนึ่งครั้ง หลังจากนั้นทุกอย่างจะกระชับขึ้น อบต. จัดงบประมาณเพื่อให้บรรเทาสาธารณภัยแม่ข่ายของจังหวัดเข้ามาอบรมทบทวน ...เรื่องช่วยเหลือผู้ประสบภัยทุกชนิดของงานบรรเทาสาธารณภัยช่วยเหลือผู้ประสบภัย ฝึกปฏิบัติ ไปที่เกิดเหตุเลย...” (รองนายก)

“...ให้ความรู้ไปที่อาสาสมัคร แล้วจากอาสาสมัครจะถ่ายทอดไปสู่ชาวบ้านนะครับ ว่าน้ำ ระดับนี้แหละอยู่ไม่ได้แล้ว ต้องเคลื่อนย้ายต้องอพยพ พันนั้นหว่านนะ น่าจะตรงประเด็นให้ความรู้เป็นสาระหลักสมาชิก อปพร. พอได้ประสบภัย ได้ช่วยเหลือชาวบ้าน ได้ทบทวน ความรู้จะแน่นขึ้น สมาชิกอปพร. คือลูกหลานของผู้ประสบภัย ซึ่งนี่จะเป็นหน่วยเดียวที่แข็งแกร่งที่สุดในย่านนี้...” (รองนายก)

เมื่อวิเคราะห์ความรู้/การฝึกอบรมที่เคยได้รับและที่ต้องการเพิ่มเติมพบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ กับผู้ประสบภัย ดังรายละเอียดในตารางที่ 19-20

ตารางที่ 19 ความรู้/การฝึกอบรมที่เคยได้รับ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ กับผู้ประสบภัย
กลุ่มผู้บริหาร

ความรู้/การฝึกอบรม	จำนวน	ความถี่ Mean	ครั้งล่าสุด (กี่เดือนถึง ปัจจุบัน) Mean (SD)	สามารถนำไปใช้ (คะแนน 1= น้อยที่สุด - 5= มากที่สุด) Mean (SD)
1. DMAT	1	1	5 (-)	4 (-)
ICS	1	-	1 (-)	4 (-)
การควบคุมป้องกันโรค	1	1	20 (-)	4 (-)
การอพยพประชาชนจากสึนามิ	1	1	3 (-)	3 (-)
การเตรียมความพร้อมในการรับเหตุฉุกเฉิน	1	1	14 (-)	4 (-)
การเข้าช่วยเหลือผู้ประสบภัย	1	-	-	4 (-)
การช่วยชีวิตด้วยการผายปอดปั๊มหัวใจ(CPR)	1	4	32 (-)	4 (-)
อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.)	1	1	32 (-)	3 (-)

กลุ่มผู้ปฏิบัติ

ความรู้/การฝึกอบรม	จำนวน	ความถี่ Mean	ครั้งล่าสุด (กี่เดือนถึง ปัจจุบัน) Mean (SD)	สามารถนำไปใช้ (คะแนน 1=น้อย ที่สุด - 5=มาก ที่สุด) Mean (SD)
1. ICS	3	1	4.7 (1.5)	5 (4-5)
DMAT	3	1	5 (1.4)	5 (5-5)
การอพยพประชาชนจากสึนามิ	3	1	11 (0)	4 (4-4)
2. การเข้าช่วยเหลือผู้ประสบภัย	2	1	-	4 (4-4)
การช่วยชีวิตด้วยการผายปอดปั๊มหัวใจ(CPR)	2	1	7 (-)	4.5 (4-5)
3. การดูแลสุขภาพจิตหลังภัยพิบัติ				
การเตรียมความพร้อมในการรับเหตุฉุกเฉิน	1	1	7 (-)	5 (5-5)
อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.)	1	1	2 (-)	3 (3-3)
ซ้อมแผ่นดินไหว	1	-	-	4 (4-4)
อุบัติเหตุหมู่	1	-	3 (-)	4 (4-4)
	1	2	19 (-)	5 (5-5)

กลุ่มผู้ประสบภัย

ความรู้/การฝึกอบรม	จำนวน	ความถี่ (trtime) Mean	ครั้งล่าสุด (กี่เดือนถึง ปัจจุบัน) Mean (SD)	สามารถ นำไปใช้ (คะแนน 1= น้อยที่สุด - 5= มากที่สุด) Mean (SD)
1. การอบรมเกี่ยวกับสึนามิ	15	1	6 (5.2)	4.1 (0.8)
2. การป้องกันควบคุมโรค	5	1	10.5 (6.5)	4.2 (0.5)
3. การอบรมเกี่ยวกับแผ่นดินไหว	2	1		4 (0)
4. การอบรมเกี่ยวกับน้ำท่วม, ดินถล่ม	2	1	10(0)	4 (0)
5. การดูแลหลังน้ำท่วม	1	-		4 (-)
6. การเตรียมความพร้อมในการรับเหตุฉุกเฉิน	1	1	3(-)	4 (-)
7. การอบรมเกี่ยวกับเรื่องภัยพิบัติ	1	-		4 (0)

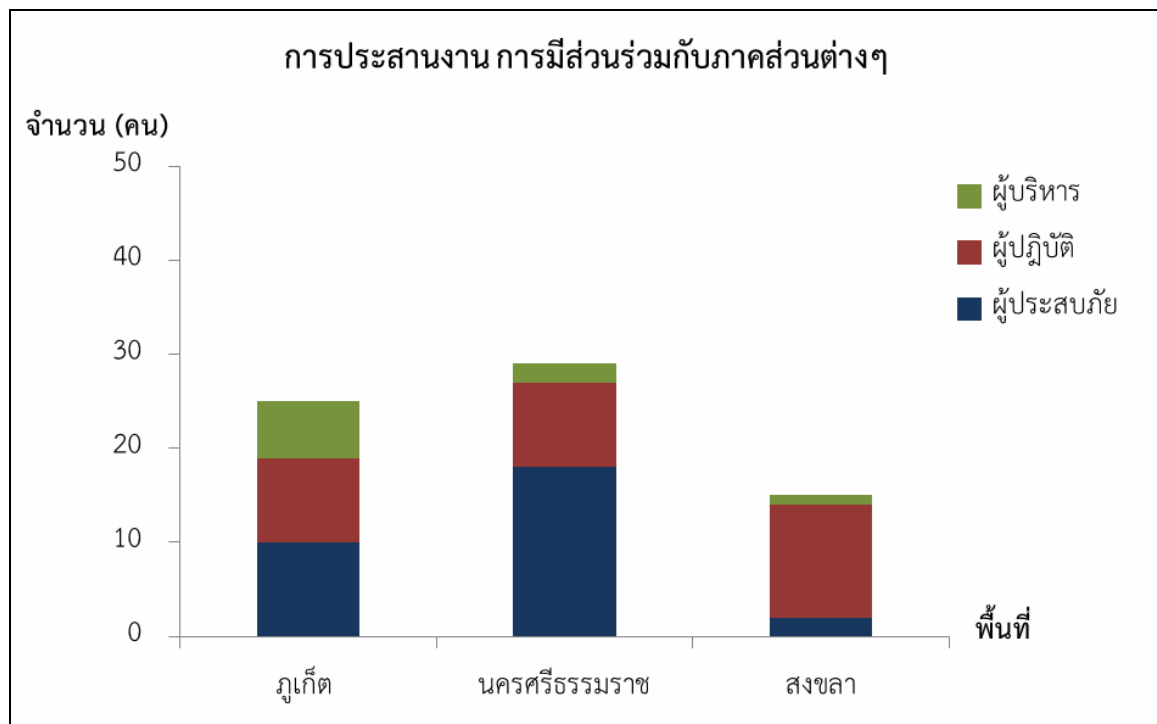
ตารางที่ 20 การฝึกอบรมที่ต้องการเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ กับผู้ประสบภัย (คะแนน 1 = น้อยที่สุด – 5 = มากที่สุด)

การฝึกอบรม	ผู้บริหาร Mean (SD)	ผู้ปฏิบัติ Mean (SD)	ผู้ประสบภัย Mean (SD)
การฝึกอบรมเพิ่มเติมที่ 1	การจัดการสุขาภิบาล เช่น อาหาร น้ำดื่ม ขยะ 3.9 (0.8)	- อุบัติเหตุหมู่ 5 (0) - การเตรียมบุคลากร สุขภาพเพื่อจัดการ เมื่อ เกิดภัยพิบัติ 5 (0)	การรับส่งผู้ทุพพลภาพ 4 (0)
การฝึกอบรมเพิ่มเติมที่ 2	- การเตรียมตัวด้าน สุขภาพเพื่อรับมือภัย พิบัติ 3.8 (1.3) - การป้องกันควบคุม โรคติดต่อ 3.8 (0.9)	การเตรียมตัวด้าน สุขภาพเพื่อรับมือภัย พิบัติ 4.2 (1)	การจัดการสุขาภิบาล เช่น อาหาร น้ำดื่ม ขยะ 3.8 (1.3)
การฝึกอบรมเพิ่มเติมที่ 3	- การช่วยเหลือคนจมน้ำ 3.4 (1.3) - การดูแลบาดแผลหรือ สัตว์มีพิษทำร้าย 3.4 (0.9) - การดูแลด้านสุขภาพจิต 3.4 (1.1)	- การลำเลียงทาง อากาศ 4 (0) - การดูแลสุขภาพจิต 4 (0.9)	การป้องกันควบคุม โรคติดต่อ 3.7 (1.3)
การฝึกอบรมเพิ่มเติมที่ 4	การส่งต่อผู้ป่วย 3.2 (1.1)	- การช่วยเหลือคน จมน้ำ 3.9 (1.1) - การจัดการสุขาภิบาล เช่น อาหาร น้ำดื่ม ขยะ 3.9 (1.2) - การป้องกันควบคุม โรคติดต่อ 3.9 (1.2)	การดูแลสุขภาพจิต 3.5 (1.3)
การฝึกอบรมเพิ่มเติมที่ 5	การช่วยฟื้นชีวิตด้วยการ ผายปอดปั๊มหัวใจ 3.1 (1.1)	- การดูแลบาดแผลหรือ สัตว์มีพิษทำร้าย 3.8 (1.1) - การส่งต่อผู้ป่วย 3.8 (1.1)	การดูแลบาดแผลหรือ สัตว์มีพิษทำร้าย 3.4 (1.4)

4.2. การเตรียมพร้อมที่สอดคล้องประสานกันเป็นเครือข่ายของทุกภาคส่วน

“...เตรียมคนอยู่ตลอดและประสานงานร่วมกัน คนที่จะปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ก็เป็นคนหน่วยกู้ภัย กู้ชีพ เราทำงานประสานกันตลอด...” (อำเภอ)

“...การบริหารจัดการสำเร็จ การช่วยเหลือตัวเองจะไม่แตกเป็นสองฝ่าย กะเหมือนรองนายกฯ ให้ความรู้ เชิญหน่วยงานมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวข้องกับการจัดการเรื่องน้ำ ภัยพิบัติ ลงพื้นที่มาให้ความรู้ เรียกชุมชนมานั่งว่าถ้าเกิดเหตุจะพื้นนี้พื้นนี้หนึ่งสองสาม ลำดับจะอยู่พื้นนี้ จะป้องกันได้ หนึ่ง ชาวลือที่ว่าส่วนโน้นส่วนนี้เอาไปมากไปน้อย เพราะให้เขามาศึกษา ให้เขาได้รู้ระบบว่าระบบการตั้งศูนย์อพยพอยู่พื้นหรือ...”



แผนภูมิที่ 23 การมีส่วนร่วมจากหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดการแผนการจัดการด้านสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์ของผู้ได้รับผลกระทบต่อการจัดการภัยพิบัติ

ผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติของทั้งสามพื้นที่ส่วนใหญ่สะท้อนความรู้สึกและความคิดเห็นต่อระบบการจัดการภัยพิบัติในทางบวก ในประเด็นต่อไปนี้

1. ระบบบริหารจัดการและการช่วยเหลือที่ได้รับ

1.1. การมีระบบการเตรียมการในระยะก่อนการเกิดภัยพิบัติเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ชาวบ้านมีสติ ไม่ตื่นตระหนก และสามารถอพยพเคลื่อนย้ายได้ทันเวลา ดังคำพูดที่ผู้ได้รับผลกระทบกล่าวว่า

“...คนส่วนมากจะตื่นตระหนก ตื่นตระหนกกับเหตุการณ์ที่เกิด ถ้ามีระบบการเตรียมการไว้ก่อน สิ่งเหล่านั้นคิดว่าคงจะไม่เกิด คนจะได้มีสติ ถ้าคนมีสติทุกสิ่งทุกอย่างก็จะได้รับการแก้ไขได้ด้วยดี ตั้งแต่การเคลื่อนย้ายคน...ที่ว่ามีสติไปช่วยเขาออกมาให้ทันเวลา...”

อย่างไรก็ตาม หากเป็นระดับหมู่บ้านเล็ก ๆ ชาวบ้านจะไม่มีแผนเตรียมการที่เป็นระบบ เพราะอาศัยความเป็นเครือญาติและมีบ้านใกล้เคียงกัน การเตรียมการจึงเป็นลักษณะของการช่วยเหลือตามธรรมชาติ ดังคำพูดที่กล่าวว่า

“... ส่วนใหญ่ บ้านอยู่ใกล้เคียงกัน ลักประมาณ 10, 20 เมตร ส่วนใหญ่จะเป็นเครือญาติกัน ทั้งนี้ เขาจะดูแลกันลักษณะเครือญาติ การเตรียมการไม่มีรูปแบบแต่ใช้สัญชาตญาณ เป็นแผนธรรมชาติ...”

1.2. การดูแลช่วยเหลือเฉพาะสำหรับกลุ่มบุคคลที่มีความเปราะบางเป็นพิเศษ

ผู้ได้รับผลกระทบแสดงความคิดเห็นว่าควรมีการนำเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และผู้พิการไปยังที่ปลอดภัย และจัดเตรียมสิ่งของหรือการรับของบริจาคมานั้นควรเป็นอาหารและยาที่เหมาะสมกับกลุ่มบุคคลพิเศษ เช่น กลุ่มทารกควรมีนมผงและผ้ากั้นเปื้อน กลุ่มเด็กเล็กควรมีขนมขบเคี้ยว และมียาสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพา ยา ตัวอย่างเช่น

“...คนแก่ตาหูไม่เห็น เอาซีหลัง พาเดินไปที่ปลอดภัย...”

“...เด็กหรือคนชรา สิ่งของที่เขามารับบริจาค คือ ต้องการให้เขาส่งนมและแพมเพอส มาให้กับเด็ก โดยเฉพาะ นมผงเด็กขาดไม่ได้เลย กินไม่เหมือนกัน ผู้ใหญ่ทนได้ เด็กทนไม่ได้เลย...”

“...เด็กเวลาน้ำมาอาหารหายาก โดยเฉพาะเด็ก ๆ กินนม ขนมขบเคี้ยว เด็กจะงอแง ร้องจะกินนม ควรมีขนมขบเคี้ยวสำหรับเด็ก...”

“...คนในหมู่บ้าน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ยาขาดไม่ได้ 7 วันหมดนัด...”

1.3. การช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอกสะท้อนถึงน้ำใจในการช่วยเหลือ ผู้ได้รับผลกระทบ

รู้สึกประทับใจกับความช่วยเหลือของหน่วยงานภายนอกหลายหน่วยงาน ทั้งในด้านการบริจาคสิ่งของและช่วยทำผนังกันน้ำ เครื่องสูบน้ำ เป็นต้น เช่น

“...มีความชื่นใจตรงที่ว่าหลาย ๆ หน่วยงานข้างนอกที่เกิดเหตุ เขามีความจริงใจที่จะนำของไปให้ บางจุด บางหมู่บ้าน ความภูมิใจกับหน่วยงานทางวลัยลักษณ์ที่เข้าไปช่วยเหลือหลังเกิดเหตุ ทำผนังกันน้ำให้ เพราะป้องกันไม่ให้เกิดสิ่งพัง แต่มหาวลัยลักษณ์ มีน้ำใจจะเข้ามา ช่วยเหลือ เข้าไปถามว่าต้องการอะไรเพื่อแก้ปัญหาให้ตรงจุด...”

“...ขอบคุณวลัยลักษณ์ เข้าไปช่วยของชาวบ้านที่เสีย สิ่งของพัง เครื่องสูบน้ำ วลัยลักษณ์ให้ความช่วยเหลือ ความเสียหาย หรือว่าสิ่งของ เช่น แป้น้ำ เครื่องสูบน้ำ วลัยลักษณ์ไปช่วยเหลือ ขอขอบคุณมาก ...”

“...ทุก ๆ ส่วนเลย มีค่ายทหารที่นี่แล้ว ค่ายสิรินธร คือตอนนี้เขาเคลื่อนย้ายมาค่อนข้างเยอะ กับชุมชนมีภัยต่าง ๆ ก็ทำงานด้วยกันหมด...”

2. กลไกสำคัญสู่ความสำเร็จของการจัดการภัยพิบัติ

ชาวบ้านให้ความเห็นว่ากลไกสำคัญที่จะช่วยให้สามารถจัดการกับภาวะภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำได้ คือ การจัดการด้านภูมิศาสตร์ในพื้นที่ เช่น การขุดลอกคูคลอง และความร่วมมือ ร่วมใจ ของชาวบ้าน และเครือข่าย ดังคำพูดที่ว่า

“...เขาจัดการให้ มีการขุดลอกคลอง ให้น้ำมันไปได้คล่อง ไม่เสมอกับตลิ่ง...”

“...ถ้าว่าชาวบ้านผู้นำร่วมมือกลมเกลียว ไม่แบ่งแยก ทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น การช่วยเหลือจะดีขึ้น... ถ้ามีคนสักกลุ่มพยายามสร้างความกลมเกลียวขึ้นมารวมตัวขึ้นมา ชักชวนว่าต่อไปถ้าน้ำหลากเราต้องทำเป็นนี้ ต้องช่วยกัน สิ่งที่ผ่านมาเป็นบทเรียน...”

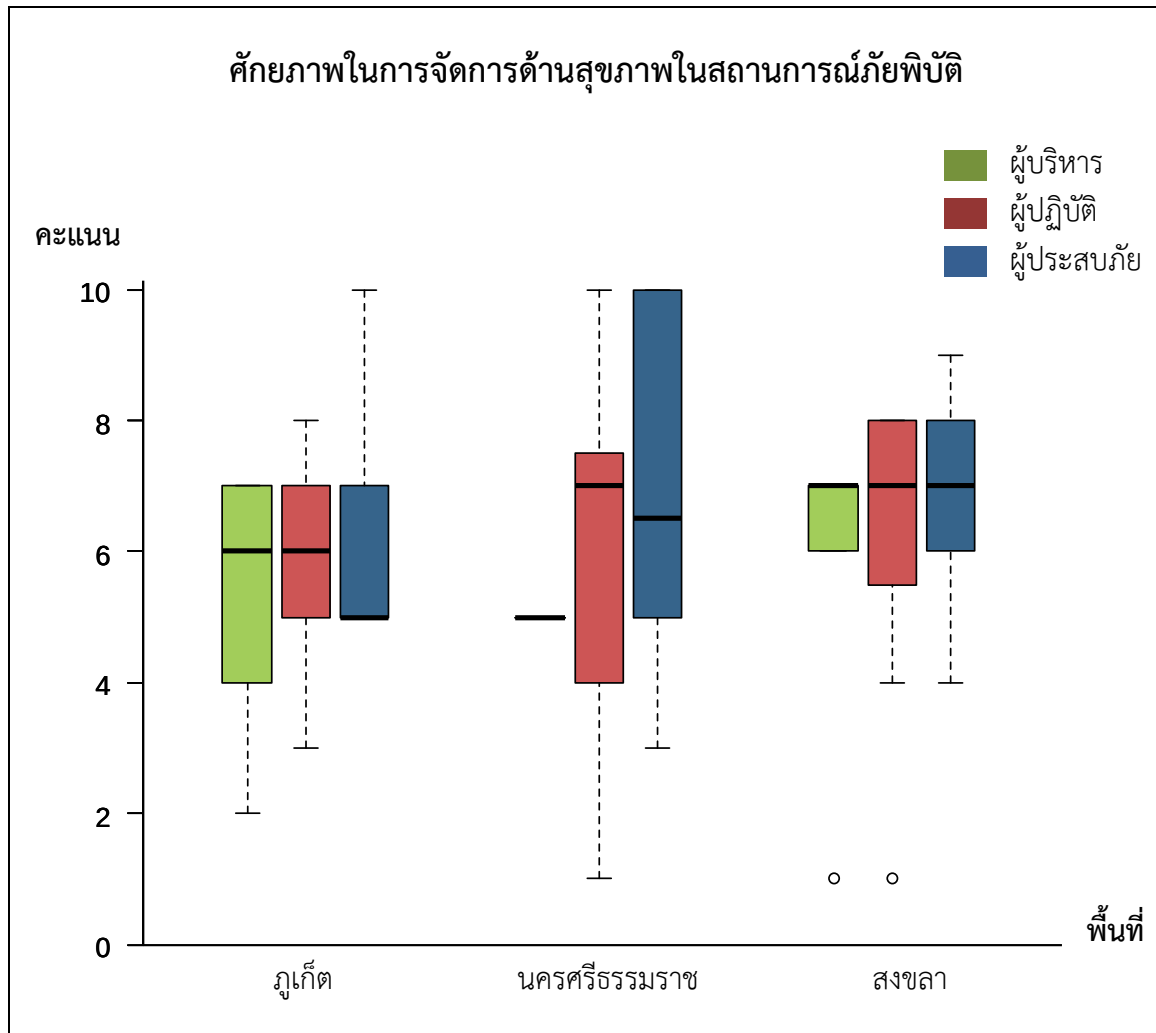
“...ชาวบ้านจุดประกายเองต่อสู้รับมือภัยพิบัติ ด้วยตัวเองชาวบ้านต้องร่วมพลังกันเอง เท่าที่จะขับเคลื่อนในเครือข่าย...”

“...มีความคิดว่าเราต้องทำงานเป็นทีม คือเราต้องอาศัยชุมชนด้วย ไม่ได้อยู่คนเดียว บางอย่างเราทำได้แต่คืออาจจะเหนื่อยมาก อาจจะทำได้ไม่ดี ก็ได้เข้าใจเพิ่มขึ้นในเรื่องการทำงานเป็นทีม...”

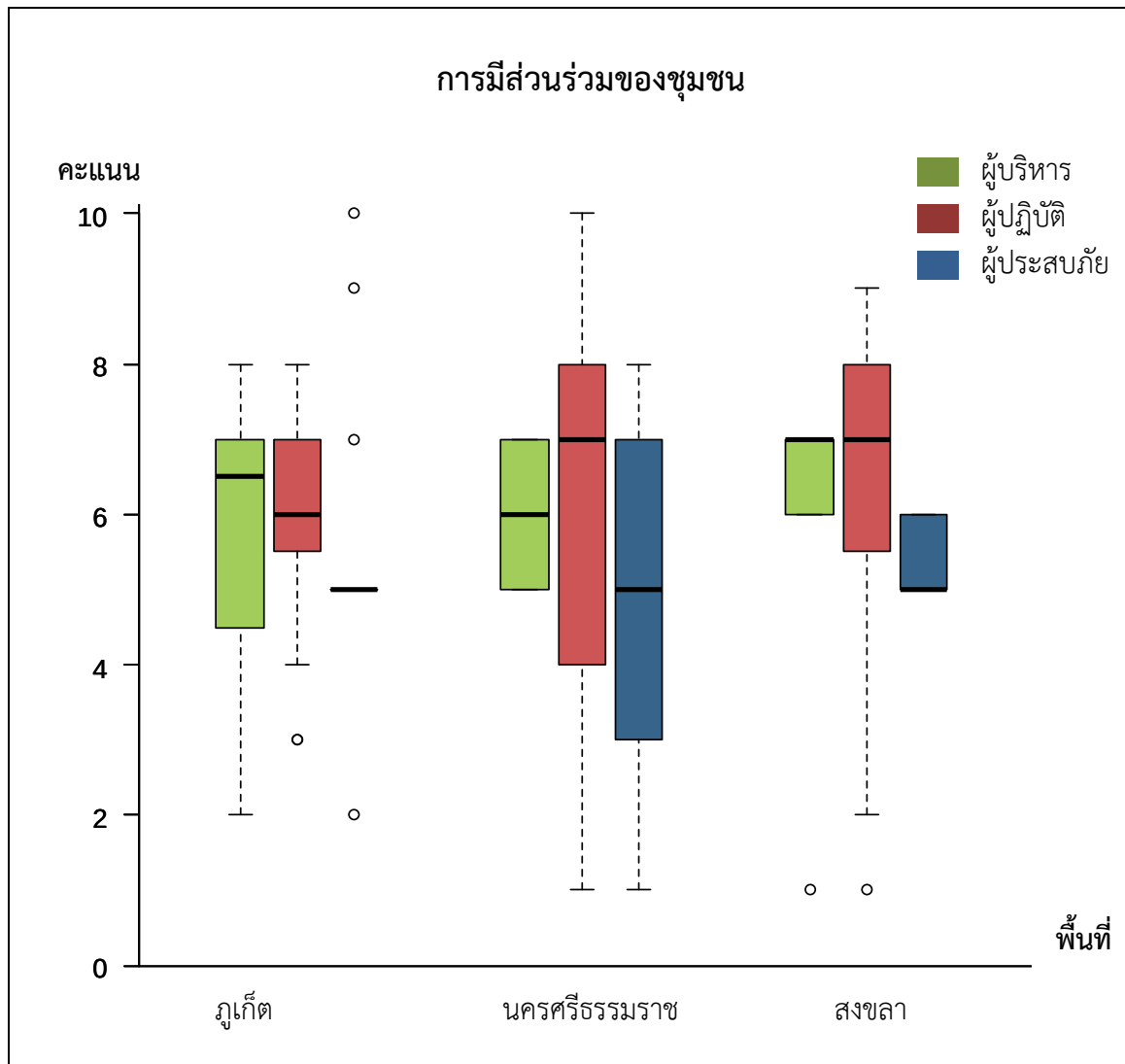
“...ส่วนใหญ่ก็เป็นชาวบ้าน ที่รู้จักคุ้นเคยกับโรงพยาบาลอยู่ มาช่วยอะไรบ้าง ส่วนหนึ่งก็คือพวกราชการด้วย มีอยู่หลายชมรม ชมรมจักรยาน ชมรมผู้บริจาคโลหิตอะไรอย่างนี้ ก็ขอความช่วยเหลือจากกลุ่มนี้พอสมควร...”

“...ในหมู่บ้านเขาจะเชื่อมต่อกัน อย่างบ้านนี้น้ำไม่ท่วม ถ้าบ้านหลังโน้นน้ำท่วม จะช่วย เหลือกันตลอด คนแก่ คนเจ็บป่วย ก็ไปช่วยกันยก รวมด้วยช่วยกัน เป็นระบบของการช่วยเหลือของคนในชุมชน...”

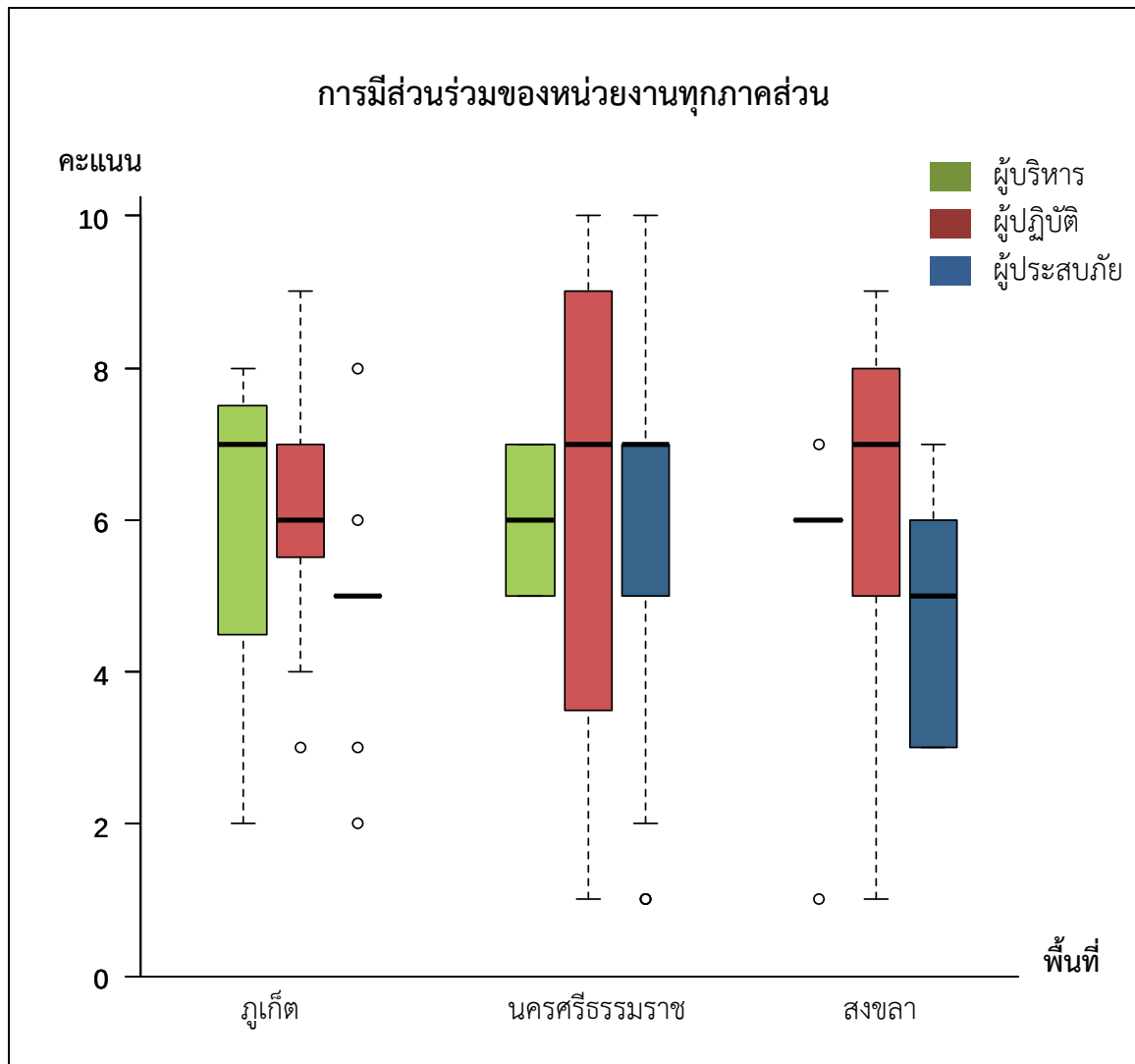
เมื่อให้ประเมินศักยภาพในการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ ส่วนใหญ่เชื่อว่ามีความรู้ระดับสูงพอสมควร และพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในการจัดการด้านสุขภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติสูงพอสมควร



แผนภูมิที่ 24 ศักยภาพในการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย



แผนภูมิที่ 25 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการด้านสุขภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย



แผนภูมิที่ 26 ความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในการจัดการด้านสุขภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย

3. ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเอง และการปรับตัวของผู้ประสบภัย

3.1. ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเอง

3.1.1. ระยะเวลาเกิดภัยพิบัติ

ขาดอาหารและเส้นทางคมนาคม: ต้องหาอาหารเพื่อยังชีพ หรือ รอคอยความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น สำหรับผู้ประสบภัยที่อาศัยอยู่ในบ้านที่ล้อมรอบด้วยน้ำท่วมและประสบปัญหาเรื่องการขาดแคลนอาหารและน้ำดื่มต้องดูแลตนเองและครอบครัวโดยการนำอาหารเท่าที่มีอยู่มาประทังชีวิต ส่วนผู้ที่อาศัยบนพื้นที่สูงและพบปัญหาอุปสรรคในการเดินทางเนื่องจากดินถล่มและมีต้นไม้ล้มทับเส้นทาง จึงต้องรอให้หน่วยงานทางราชการมาช่วยเหลือทางอากาศ ส่วนความช่วยเหลือและการสนับสนุนด้านต่าง ๆ มีบางด้านที่ยังไม่เพียงพอ

“...กรณีของผมติดอยู่ 6 วัน ไม่สามารถไปไหนไม่ได้เลย กินหัวมันต้มกินกล้วยกันตามประสาประทังชีพ สามคนพ่อแม่ลูก...”

“...ทีมช่วยเหลือไม่สามารถทำการได้ มีไม้ล้มทับเส้นทาง เขาสไลด์รู้ตมาทับเส้นทางไว้ มีอุปสรรคมากมาย การช่วยเหลือภาคพื้นดินไม่สามารถเข้าไปได้ มีอย่างเดียวที่ช่วยได้คือเฮลิคอปเตอร์ อยู่บนเขา ถ้าขาดเฮลิคอปเตอร์ ทุกสิ่งทุกอย่างหมด...”

เมื่อเปรียบเทียบกับความเพียงพอในการได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ของผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติของหน่วยงานราชการก็ยังมีบางด้านที่ยังไม่เพียงพอเช่นกัน

ตารางที่ 21 ความเพียงพอในการสนับสนุนด้านต่าง ๆ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ ก่อนเกิดภัยพิบัติและขณะเกิดภัยพิบัติ

ภูเก็ต

ความเพียงพอในการสนับสนุนด้านต่างๆ	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติ	
	ความเพียงพอ ก่อนเกิดภัยพิบัติ จำนวน (%)	ความเพียงพอ ขณะเกิดภัยพิบัติ จำนวน (%)	ความเพียงพอ ก่อนเกิดภัยพิบัติ จำนวน (%)	ความเพียงพอ ขณะเกิดภัยพิบัติ จำนวน (%)
อาหาร	4 (66.7)	3 (33.3)	6 (85.7)	15 (93.8)
น้ำดื่ม	4 (66.7)	3 (33.3)	6 (85.7)	15 (93.8)
ที่พัก	1 (25)	5 (55.6)	3 (50)	15 (93.8)
ยานพาหนะ	-	5 (55.6)	2 (33.3)	15 (93.8)
เชื้อเพลิง	-	5 (55.6)	-	15 (93.8)

นครศรีธรรมราช

ความเพียงพอในการสนับสนุนด้านต่างๆ	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติ	
	ความเพียงพอ ก่อนเกิดภัยพิบัติ จำนวน (%)	ความเพียงพอ ขณะเกิดภัยพิบัติ จำนวน (%)	ความเพียงพอ ก่อนเกิดภัยพิบัติ จำนวน (%)	ความเพียงพอ ก่อนเกิดภัยพิบัติ จำนวน (%)
อาหาร	1 (100)	1 (50)	4 (50)	8 (80)
น้ำดื่ม	1 (100)	1 (50)	4 (50)	8 (80)
ที่พัก	1 (100)	2 (100)	3 (42.9)	7 (70)
ยานพาหนะ	-	2 (100)	1 (16.7)	6 (60)
เชื้อเพลิง	-	2 (100)	-	6 (60)

ความเพียงพอในการสนับสนุนด้านต่างๆ	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติ	
	ความเพียงพอ ก่อนเกิดภัยพิบัติ จำนวน (%)	ความเพียงพอ ขณะเกิดภัยพิบัติ จำนวน (%)	ความเพียงพอ ก่อนเกิดภัยพิบัติ จำนวน (%)	ความเพียงพอ ก่อนเกิดภัยพิบัติ จำนวน (%)
อาหาร	4 (80)	2 (33.3)	10 (58.8)	15 (75)
น้ำดื่ม	4 (80)	2 (33.3)	13 (72.2)	15 (75)
ที่พัก	5 (100)	1 (20)	7 (58.3)	16 (80)
ยานพาหนะ	-	3 (50)	4 (33.3)	14 (70)
เชื้อเพลิง	-	3 (50)	3 (42.9)	14 (70)

3.1.2. ระยะเวลาหลังเกิดภัยพิบัติ

หมวดตัว: เครียด หรือ ทำจิตใจให้เข้มแข็งและพึ่งพากันและกัน หลังเหตุการณ์น้ำลด ผู้ประสบภัยบางคนมีความเครียดจากการสูญเสียทรัพย์สินและสิ่งของต่าง ๆ อย่างไรก็ตามหลายคนพยายามระบายความเครียดด้วยการพูดคุยกับผู้อื่น ทำสมาธิ ทำใจให้เข้มแข็ง แก้ไขปัญหาด้วยตนเองและพึ่งพากันและกัน ดังคำพูดที่ว่า

“...พยายามไปคุยกันกับเพื่อน หลาย ๆ กลุ่ม หลาย ๆ คน หลาย ๆ อาชีพ ปัญหาจะคลี่คลายความเครียดจะหาย...”

“...ให้คุยกับเพื่อนบ้าน เพื่อนบ้านให้ข้อคิด ปลอบใจว่าจะทำหรือต่อไปข้างหน้า หมวดตัวแล้ว จะดำเนินชีวิตแบบไหน หาทางออกให้...”

“...นั่งสมาธิ สิ่งที่เกิดธรรมชาติไม่แน่นอน ไม่แน่นอน เปลี่ยนแปลงไปเรื่อย นั่งสมาธิพื้นจิตใจตัวเองให้เข้มแข็ง...”

“...ทำใจ ทำใจว่าเราเป็นคนจน ตั้งใจให้เข้มแข็ง ช่วยปลอบใจเพื่อน อะไรที่ผ่านมา อย่าคิดมาก สร้างใหม่ ดูแลอย่าให้นายทุนมาตัด ดูแลสิ่งแวดล้อม...”

“...แต่ของผมนต้องช่วยตัวเองก่อน ต้องช่วยตัวเอง สองสามเดือนกว่าอบต.ทำสะพานให้...เราไปไม่ได้...ให้รถเครื่องวิ่งได้ก่อน พอให้ชนผลิตผลทางการเกษตรได้ก่อน...”

“...ถามเพื่อน ไม่พริ้ว มาเอาเสื้อที่เรา ข้าวฟ่างมี เสื้อฟ่างมี ของฟ่างมี เอาของไปให้แม่กิน เสื้อผ้าธรรมดาพื้นที่ชนบทพึ่งพาอาศัยกัน เวลาไม่เกิดเหตุพึ่งพาอาศัยกันอยู่แล้ว...”

3.2. การปรับตัวเพื่อเตรียมรับสถานการณ์ครั้งต่อไป

3.2.1. แนวการเตรียมพร้อมและเผชิญกับสถานการณ์ในแต่ละระยะ

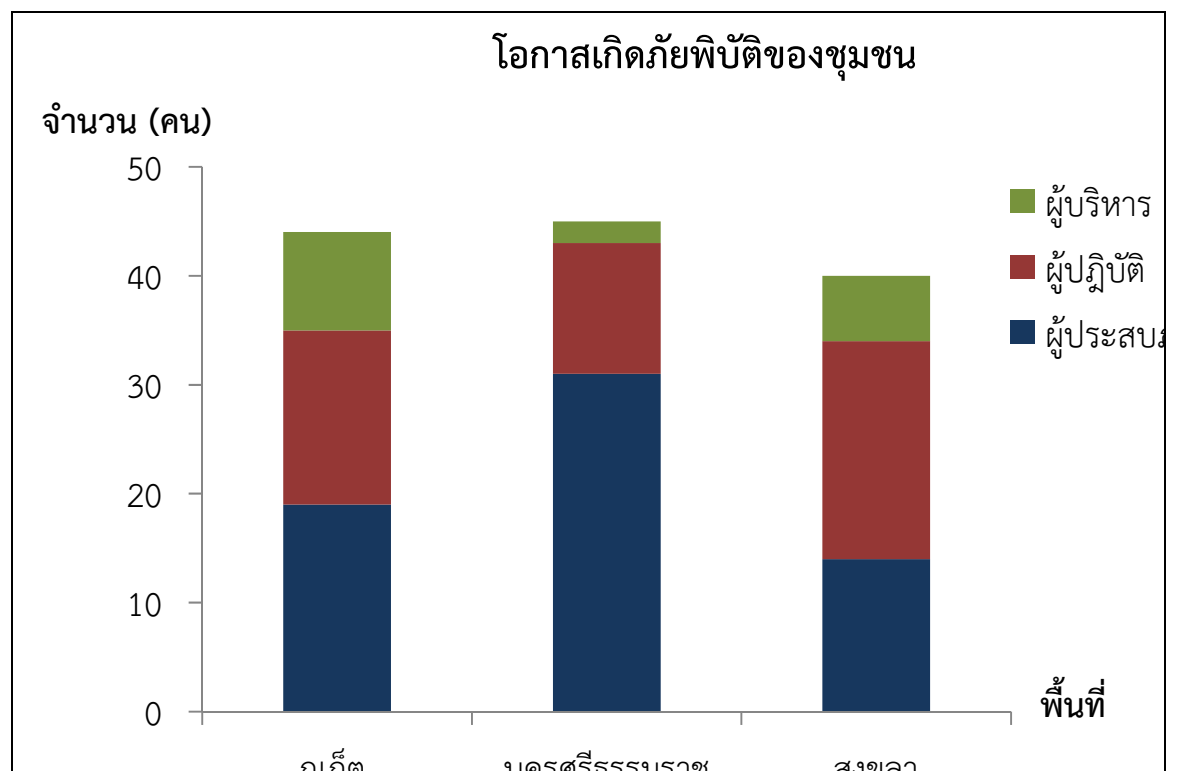
บทเรียนจากประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วมที่ผ่านมา ผู้ประสบภัยได้เสนอแนะให้เตรียมความพร้อมที่จะรับมือสถานการณ์ดังกล่าว โดยการรวมตัวกันสำรวจพื้นที่เสี่ยงภัย โดยเฉพาะบนภูเขาว่ามีสภาพทางภูมิศาสตร์เป็นอย่างไร เมื่อฝนตกหนักจะเฝ้าระวังด้วยการฟังเสียงฝนติดตามพยากรณ์อากาศ พร้อมทั้งเตรียมขนย้ายของไว้ที่สูง เตรียมกักตุนเสบียงอาหาร ของใช้ที่จำเป็น วิทยุสื่อสาร และอพยพไปยังที่ปลอดภัย

“...ถ้าได้ยินเสียงฝน เสียงน้ำเตรียมของที่ต่ำชั้นที่สูง เตรียมใจ ..พอเกิดทำตามที่คิดไว้ในขั้นตอนแรกคือนั่นอย่างนอนพยายามฟังพยากรณ์อากาศ กรมอุตุนิยมวิทยา อย่าคิดว่าไม่มีอะไร ให้คิดว่ารุนแรงไว้ก่อน ให้ทันเหตุการณ์ทันทั่วทั้งที่...”

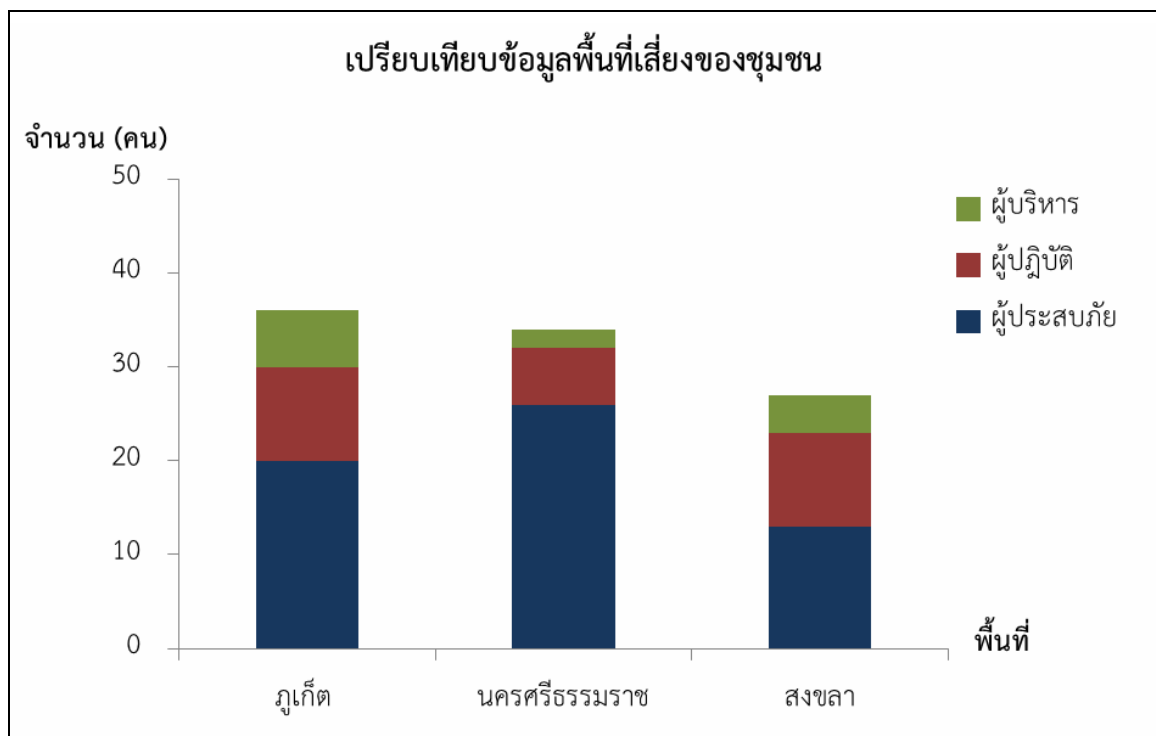
“...เตรียมขนของมีค่า ไปไว้ที่สูง ไฟดับไฟฉาย ของจำเป็นที่ต้องใช้ในครัวเรือน การสื่อสาร ข้าวสารอาหาร...”

“...พีคิดว่าน่าจะรวมตัวคนในหมู่บ้านว่าต้นน้ำอยู่ยังงัย ปลายน้ำอยู่ยังงัย ต้องรวมกลุ่ม รวมสมาชิกประชาชนในหมู่บ้าน..”

“...ต้องเตรียม มีต้นน้ำ กลางน้ำ ต้องใช้ ต้นน้ำกลางน้ำ...ตอนนั้นผมขึ้นไปสำรวจ เกิดฝนตกหนักขนาดนั้น อยู่ไม่ได้แน่นอน ผมเองไปเองขึ้นไปบนเขากับเจ้าหน้าที่ป่าไม้ เขาจะเก็บข้อมูล ว่าจะมีกี่แห่ง ในระหว่างห้วย... น่าจะมีวิทยุเครื่องแดงไว้...”



แผนภูมิที่ 27 โอกาสเกิดภัยพิบัติของชุมชน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย



แผนภูมิที่ 28 การมีข้อมูลพื้นที่เสี่ยงของชุมชน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย

3.2.2. มีวิทยุสื่อสารยามฉุกเฉินทุกพื้นที่

เนื่องจากในหมู่บ้านไม่มีหอกระจายข่าว เมื่อเกิดเหตุน้ำท่วมหลายหน่วยงานต่างมีการรายงานเหตุการณ์พร้อมกัน ทำให้ไม่สามารถทราบข่าวสารที่ชัดเจนได้ อย่างไรก็ตาม ทางหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกในการใช้วิทยุสื่อสาร ทำให้สามารถสื่อสารได้ทั่วถึง

“...ทางมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์สนับสนุน ใช้วิทยุสื่อสาร ของม.วลัยลักษณ์ ตั้งช่อง 44 ติดต่อกับศูนย์ 24 ชั่วโมง เหตุเกิดประสานงานกันได้ทุกเรื่อง แยกแยะไปถึงพื้นที่จริง หลากหลายทุกพื้นที่ ทั่วถึง อยู่ในทุกพื้นที่ คิดว่าเพียงพอในด้านการสื่อสาร...”

ผู้ประสพภัยเสนอแนะให้มีผู้รับผิดชอบในการรายงานข่าวสาร เพื่อลดความสับสน ดังคำพูด

“...จัดระบบ ลูกข่ายรายงานแม่คนเดียว ในหมู่บ้าน แม่ข่ายรายงานมาตามศูนย์...”

“...สื่อสารใช้วิทยุสื่อสารอย่างเดียว สะดวกชัดเจนดี ไม่ติดขัด...”

3.2.3. ใช้วิทยุสื่อสาร และภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อการเตือนภัย

ประชาชนมักใช้การสื่อสารเพื่อการเตือนภัยและขณะเกิดภัยในหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับสภาพพื้นที่ต่าง ๆ กัน บางแห่งไม่มีแผนการเตือนภัย แต่ใช้ความเป็นเพื่อนบ้านใกล้ชิดติดต่อกันและสังเกตการเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติของสัตว์และดอกไม้ เช่น วิทยุสื่อสารและผู้รับผิดชอบประกาศข่าวสาร การออกเสียงตามสาย การติดตามพยากรณ์อากาศ การติดตามข่าวจากวิทยุ นอกจากนี้บางรายอาจมีการสำรวจสภาพพื้นที่จริง การกระจายข่าวของอสม.ทางโทรศัพท์ ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านโดยการสังเกตพฤติกรรมของสัตว์ และการเปลี่ยนแปลงของดอกไม้บางชนิด ดังตัวอย่าง

“...ที่สำคัญคือวิทยุสื่อสาร อุปกรณ์สื่อสารอะไร อยากให้หน่วยงานที่รับผิดชอบตรงนี้ลงมาที่ อบต.เลย มาตั้งไว้เลย อบรมกันได้ แต่อยากให้มีส่วนแม่ก่อนชัดเจนวิทยุซื้อมาส่วนใหญ่ใช้คลื่นตำรวจเนี่ย ครับ เพราะว่าส่วนใหญ่ก็ใช้กันอยู่แล้ว ไม่ยากเลย ...เพราะมูลนิธิก็ฟังตำรวจ อบต.ก็ฟังตำรวจ ไม่ยากครับ ขอให้มีส่วนแม่...”

“...นายบ้าน ผู้ใหญ่บ้านออกเสียงตามสาย ...เปิดไม่หยุด ให้วิทยุบอกว่า น้ำมาภายในหนึ่งชั่วโมง ...เขาประกาศเตือน...ผู้ใหญ่บ้านมีเบอร์ทุกคนกับลูกบ้าน...”

“...อย่างน้ำท่วม เขา (อสม.) จะโทรไปบ้านนั้น ๆ อสม. มีประโยชน์มาก เขาจะโทรศัพท์ประสานกัน บ้านไหนเป็นอะไร ผู้ใหญ่ก็จะรู้ หรือบางที ก็จะมีฟังจากวิทยุคลื่น 99.25 เป็นแม่ข่ายเรื่องน้ำท่วมตลอด อีกอย่าง เราจะโทรไปใกล้ ๆ แลวนั้น ญาติหรือพรรคพวกจะบอกกัน...จะโทรศัพท์หากันมาเรื่อย ๆ ...ไม่มีแผน มันเป็นธรรมชาติ...”

“...ต้องเตรียม มีต้นน้ำ กลางน้ำ...ตอนนั้นผมขึ้นไปสำรวจ เกิดฝนตกหนักขนาดนั้น อยู่ไม่ได้แน่นอน ผมเองไปเองขึ้นไปบนเขากับเจ้าหน้าที่ป่าไม้ เขาจะเก็บข้อมูล ว่าจะมีกี่แห่งในระหว่างห้วย...”

“...คุมดคาบไซ่ ไล่เดือนมันจะขึ้นมา อังอ่างร้อง อย่างที่ว่าน้ำท่วมเยอะ อังอ่างมันจะอยู่ บนยอดมะพร้าว แสดงว่าปีนี้น้ำเยอะ มันจะมีธรรมชาติของมัน ถ้าคุมดคาบไซ่จะเร็วหน่อย...ไล่เดือนมันจะเป็นลักษณะน้ำกำลังจะเอ่อ กำลังจะมา แต่ไม่รู้วาก็ชั่วโมง แต่รู้ว่าน้ำจะท่วมแน่...ถ้าเป็นหอยโข่ง จะวัดความสูงของน้ำ เพราะตัวหอยโข่งจะไปวางไข่ดินแดง มันจะวางไข่เลย น้ำท่วมตลอด รู้จักชุมเห็ดมัย ถ้ามันยังบานไม่หมด ร่วงไม่หมด ให้เตรียมพร้อมไว้เลยว่าน้ำจะมาอีก อันนี้เป็นภูมิปัญญา เขาจะรู้...” (นาทวี)

3.2.4. การ屯อาหาร ยา สิ่งจำเป็นและอพยพ

จากการที่ได้บทเรียนหรือประสบการณ์การได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติน้ำท่วม ผู้ประสบภัยน้ำท่วม เตรียมขนย้ายของไว้ที่สูง เตรียมเสบียงอาหารกักตุน ของใช้ที่จำเป็น วิทยุ การสื่อสาร การรวมคน และการอพยพไปยังที่ปลอดภัย หรือสร้างบ้านเป็นแพลอยน้ำ ดังภาพ



รูปที่ 3 บ้านแพลอยน้ำ และการเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น

“...เตรียมขนของมีค่า ไปไว้ที่สูง ไฟดับไฟฉาย ของจำเป็น ที่ต้องใช้ในครัวเรือน การสื่อสาร ข้าวสารอาหาร...”

“...เขาจะไปบอกหมอ ขอยาเท่านี้ ๆ คนไหนที่เป็นอัมพฤกษ์ เดินกะเผลกเข้าไป ขอยาตุณเอาไว้ก่อน...”

“...เตรียมของที่ปลอดภัยที่จะไปอยู่...”

“...ปีนี้ ไม่อพยพ ไม่ออกจากบ้าน เพราะทำแพแล้ว แพใหญ่ สร้างแพไว้หลังหนึ่ง เตรียมเกลลอนไว้สองร้อยกว่าลูก...”

4. สถานการณ์การดูแลสุขภาพพระยะฟื้นฟูหลังการเกิดภัยพิบัติ

การดูแลสุขภาพพระยะฟื้นฟู พบว่ามีปัญหาสุขภาพหลายด้าน ที่สำคัญมีดังนี้

4.1. ปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องการการดูแลเยียวยา ได้แก่

ภาวะซึมเศร้า ภายหลังเกิดภัยพิบัติ ผู้ประสบภัยมีความกระทบกระเทือนทางจิตใจ หดงำล้งใจ ซึมเศร้าจากการสูญเสียทรัพย์สิน ต้องการให้ม้นักจิตวิทยาช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจ ดังคำพูด

“...มีอยู่คนหนึ่ง ที่หลังทำรั้วคอนกรีต น้ำเข้าบ้าน แกจ้จ้าน น้ำมาแกไปย่นตรัน พอที่หลังฝนมา มาหวาดผวา พอเห็นน้ำหวาดผวา บางคนซึมเศร้า บางคนพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง...”

“...ถ้าเป็นไปได้ยากให้นักจิตวิทยา เข้าไปช่วย จะได้ฟื้นฟู เข้าไปดูคนจิตใจห่อเหี่ยว เป็นก้ำล้งใจ มีไม่เยอะ ในหมู่บ้าน 20 ครัวเรือน สาเหตุหมดบ้านไปทั้งหลัง รถยนต์จมหายไปถึงกัน หดงำล้งใจ นั่งลอยไปเลย เบลอไปเลย ในหมู่บ้านไม่มีใครฆ่าตัวตายเกี่ยวกับกรณีนี้ เพราะเมื่อเห็นคนกลุ่มนั้นผดปคติ ขึ้นมาจะมีเพื่อนบ้านเข้าไปช่วย...”

“...อสม. เข้าไปบำบัด อาการหนักที่สุด นั่งเหม่อลอย เราต้องรีบเข้าไปช่วย รองลงมากระทบกระเทือนใจเล็ก ๆ น้อย ๆ...”

ตารางที่ 22 ระบบการปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองต่อภัยพิบัติเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และ ผู้ปฏิบัติ

ระบบการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงาน	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
การประเมินผู้ประสบภัยเกี่ยวกับความเสียหาย ปัญหา และความ ต้องการตั้งแต่แรกรับ	11 (64.7)	36 (76.6)
ระบบและผู้รับผิดชอบในการเยียวยาด้ำนจิตใจ	7 (43.8)	34 (73.9)

4.2. ปัญหาในการจัดการภัยพิบัติและแนวทางแก้ไขของผู้ประสบภัย

ความไม่เป็นธรรมในการได้รับความช่วยเหลือ ภายหลังน้ำลดพบว่าการให้ความช่วยเหลือ เช่น ของบริจาคไม่ได้กระจายไปยังผู้ประสบภัยอย่างทั่วถึง ทำให้ผู้ประสบภัยบางหมู่บ้านรู้สึกถึงความไม่เป็นธรรมในการจัดการดังกล่าว

“...ของบริจาคไม่ได้แจกทั่วถึงผู้เดือดร้อน ของสุญมาฝากผู้นำไว้ ไม่ได้แจก ของแจกสุญหมด เพื่อนบ้านหรือหมู่บ้านใกล้เคียงเขาช่วยเหลือหมด ที่อื่นเขาช่วยเหลือหมด ฤงยังชีพเขาช่วยเหลือหมด แต่หมู่บ้าน.... ไม่ได้สนใจ...”

“...การจัดการที่ไม่เหมาะสม มีหลาย ๆ อย่าง เริ่มจาก สิ่งรับบริจาค ที่ผ่านมา มีการจัดการอย่างไม่เป็นธรรม เข้าไปในพรรคพวกผู้นำ ถ้าไม่ใช่ทีมงาน ผู้นำจะไม่นำไปให้ ส่งผลกระทบกับคนหลายกลุ่ม ... ไม่ใช่เสมอภาค ไม่ให้ทุกคน...”

ผู้ประสพภัยจึงเสนอแนะให้หน่วยงานรัฐจัดระบบการช่วยเหลือที่เป็นธรรมและเหมาะสม ให้สิ่งของบริจาคได้ไปถึงกลุ่มผู้ประสพภัยโดยตรง

“...อยากให้หน่วยงานรัฐที่เข้าไปจัดระบบใหม่ จัดระบบใหม่ให้กลุ่มนั้นหมดสิ้น ผู้มีจิตศรัทธาเข้าไปหาเป้าหมายโดยตรง นำไปให้เอง ดีกว่านำไปให้กับกลุ่มคนบางคน...”

“...ต่อไปพอเหตุเกิดต้องเข้าไปหาเป้าหมาย เพราะผู้บริจาคนี้เขาต่อไปเหตุเกิดไปหาเองดีกว่าให้บุคคลที่สามเข้าไปฉวยโอกาส...”

ตารางที่ 23 การดูแลอย่างเป็นธรรมและเหมาะสม ก่อนเกิดภัยพิบัติและขณะเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย

การดูแลอย่างเป็นธรรมและเหมาะสม	ขณะเกิดภัยพิบัติ		
	มีการดูแลอย่างเป็นธรรมและเหมาะสม		
	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสพภัย จำนวน (%)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี และระบุรายละเอียดอักษร	8 (47.1)	6 (20.5)	5 (13.5)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี แต่ไม่ระบุรายละเอียดอักษร	8 (47.1)	25 (64.1)	16 (43.2)
ก่อนเกิดภัยพิบัติไม่มี	1 (5.9)	8 (20.5)	16 (43.2)

ตารางที่ 24 การคำนึงถึงความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม ก่อนเกิดภัยพิบัติและขณะเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสพภัย

การคำนึงถึงความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม	ขณะเกิดภัยพิบัติ		
	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสพภัย จำนวน (%)
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	จำนวน (%)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี และระบุรายละเอียดอักษร	1 (10)	3 (8.8)	3 (9.4)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี แต่ไม่ระบุรายละเอียดอักษร	7 (70)	27 (79.4)	20 (62.5)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ ไม่มี	2 (20)	4 (11.8)	9 (28.1)

4.3. เชื่อว่าชุมชนต้องพึ่งตนเองในการจัดการภัยพิบัติ

ผู้ประสพภัยส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าชุมชนต้องพึ่งตนเองในการจัดการภัยพิบัติ โดยขึ้นอยู่กับปัจจัย คือ

มีผู้นำชุมชนที่ดี

ผู้ประสพภัย มีความเชื่อว่า ถ้ามีผู้นำชุมชนที่ดีและมีความร่วมมือกันกับชาวบ้าน ก็สามารถทำให้ชุมชนเจริญได้

“...ถ้าได้ผู้นำดี พาลูกบ้านเจริญ พาถ้าผู้นำแตกแยกกับลูกบ้าน ไม่มีชุมชนไหนเจริญได้ ผู้นำกับลูกบ้านร่วมมือกันจึงจะเป็นจริงได้ ...ให้คนภายนอกมาทำศักยภาพก็จะลดลง เพราะเขาไม่เป็นไรกับ

ชาวบ้าน อยากตั้งผู้นำ สอบคัดเลือก เลือจากชาวบ้าน มีความเกรงใจ สอบรับรู้ดีไหม จะไม่มีการลำเอียง กลุ่มนี้เชื่อว่าชุมชนช่วยเหลือตัวเองได้...”

เตรียมตนเองให้พร้อมก่อนช่วยคนอื่น

“...เริ่มจากตัวเรา ช่วยกันเองก่อนหวังพึ่งคนอื่นช่วย ...ก็มีการเฝ้าระวังกันเอง น้ำจะมาถึงแล้วจะเข้านาทิวแล้ว อย่างผมก็ใช้เรื่องข้อมูลเหมือนกันกับ อสม. ผมก็มอบหมายให้ อสม.เป็นคนแจ้งเตือนคนในพื้นที่ ส่วนใหญ่เราก็แจ้งเตือนหน่วยงานของเราเป็นหลัก ให้เตรียมความรู้...”

มีจิตอาสา ร่วมด้วยช่วยกันเอง

นอกจากนี้ การมีเครือข่ายในชุมชน หรือกลุ่มจิตอาสาสามารถร่วมกันวางแผนและจัดการอย่างเป็นขั้นเป็นตอน ก็เป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ในการจัดการกับภัยพิบัติ ดังคำพูดที่ว่า

“...ผู้นำก็มุมมอง ชาวบ้านที่ไม่เป็นไร จัดตั้งเป็นเครือข่ายกันเอง จิตอาสา ได้แค่ได้ระดับหนึ่งเท่านั้นเอง อย่างผม เอาความรู้ที่ประชุมไปปรับปรุง รวบรวมกับกำลังพลที่มี เข้าไปช่วยเหลือชาวบ้าน อาจจะพอเพียงพอไม่ต้องพึ่งผู้นำมีกลุ่มคนที่จิตอาสา เราเชื่อว่าต้องเตรียมอะไรบ้าง...”

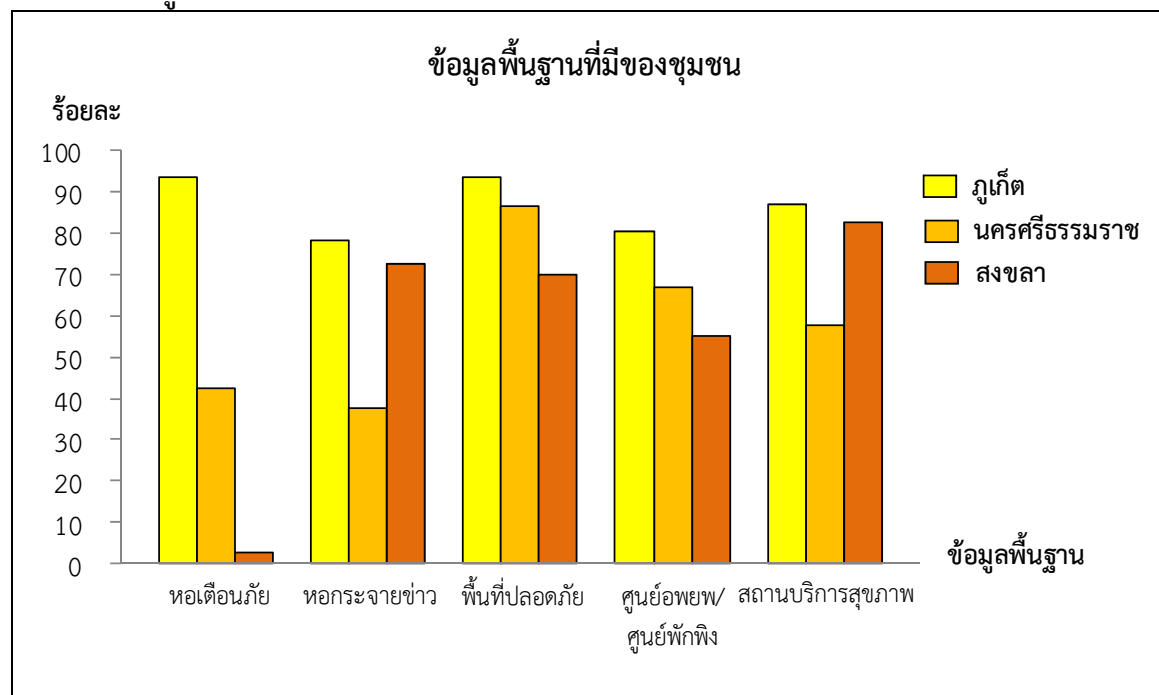
“...การเตรียมขั้นต้นแรก เตรียมกำลังพล หาสมาชิก ประชุมวางแผนการรับมือภัยพิบัติ เมื่อคนพร้อม แบ่งหน้าที่ คนนี้ทำงานอะไร อสม. ทำหน้าที่อะไร ...ทำข้อมูลขึ้นพื้นฐานให้ชัดเจน บ้านหนึ่งมีเด็กกี่คน พิกาก็คน ไม่ว่าหน่วยงานไหนเข้ามาเขาเห็นเลย ไม่ต้องมาถาม ขึ้นป้ายให้ชัด ใครมาถามตอบได้ เป็นแบบแผน หน่วยงานไหนเข้ามาก็เห็นชัดเจน.. ทำสัญลักษณ์ เช่น ปักธง เช่น สีแดงคนพิการ ดีได้หรือไม่.. แล้วแต่จะตกลงกัน จากศาลานี้ก็บ้านเด็กก่อน..วาดแผนที่บ้านตัวเอง วาดแผนที่ถนน ห้วย ลำคลอง บ้านเรือนให้ชัดเจน ในบอร์ด เขียนรายละเอียดลงไปตามจุด ทำแผนไว้เลย...”

นอกจากนี้ ในบางพื้นที่ไม่จำเป็นต้องมีศูนย์อพยพ เพราะอาศัยเครือญาติเป็นศูนย์พึ่งพิงแทนได้

“...เวลาน้ำท่วม ก็ไปนอนบ้านเพื่อน บ้านใครอยู่ใกล้ อยู่สูงก็จะไป เขาอเรียกรเรา...”

“...แถวนั้น น้ำท่วมหมดเลย มีแต่อบต. อย่างเดียวที่ไม่ท่วม คนรอบ ๆ นั้นก็ไปอยู่ที่นั่นหมด ตรงไหนที่พึ่งได้ก็อยู่ไปก่อน เขาไม่ว่าอะไร เขาจะช่วยเหลืออย่างดี...”

มีข้อมูลที่จำเป็นพร้อม



แผนภูมิที่ 29 ข้อมูลพื้นฐานที่มีของชุมชน

ตารางที่ 25 ข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยง และการนำมาวางแผนและให้ความช่วยเหลือ

ข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยง	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติ	
	ใช้ จำนวน (%)	ไม่ใช้ จำนวน (%)	ใช้ จำนวน (%)	ไม่ใช้ จำนวน (%)
เด็ก (อายุต่ำกว่า 12 ปี)				
มีและครบถ้วน	5 (45.5)	-	-	-
มี แต่ไม่ครบถ้วน	6 (54.5)	1 (50)	6 (85.7)	3 (42.9)
ไม่มี	-	1 (50)	1 (14.3)	4 (57.1)
หญิงตั้งครรภ์				
มีและครบถ้วน	5 (45.5)	-	-	-
มี แต่ไม่ครบถ้วน	6 (54.5)	1 (50)	4 (66.7)	3 (42.9)
ไม่มี	-	1 (50)	2 (33.3)	4 (57.1)
ผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี)				
มีและครบถ้วน	5 (45.5)	-	-	-
มี แต่ไม่ครบถ้วน	6 (54.5)	1 (50)	5 (83.3)	3 (42.9)
ไม่มี	-	1 (50)	1 (16.7)	4 (57.1)
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง				
มีและครบถ้วน	5 (45.5)	-	-	-
มี แต่ไม่ครบถ้วน	6 (54.5)	1 (50)	6 (85.7)	3 (42.9)
ไม่มี	-	1 (50)	1 (14.3)	4 (57.1)
ผู้พิการ (ต้องพึ่งพาผู้ดูแล)				
มีและครบถ้วน	5 (45.5)	-	-	1 (14.3)
มี แต่ไม่ครบถ้วน	6 (54.5)	1 (50)	5 (83.3)	2 (28.6)
ไม่มี	-	1 (50)	1 (16.7)	4 (57.1)

ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรคในการจัดการภัยพิบัติ

ปัญหาที่พบในการจัดการภัยพิบัติ ตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลที่มาจากทั้งผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการจัดการเชิงระบบมากกว่าเชิงเทคนิค โดยประสบปัญหาอุปสรรคในมิติด้านต่าง ๆ แยกตามระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ ขณะเกิดภัยพิบัติ หลังเกิดภัยพิบัติดังนี้

ระยะก่อนเกิดภัย

1. ปัญหาการจัดการข้อมูล การสื่อสาร และการเตือนภัย

พบว่า มีปัญหาหลายประการ ดังนี้

1.1. ข้อมูลคนในทะเบียนรายชื่อไม่ตรงกับความเป็นจริงในพื้นที่

“...ในพื้นที่ตัวเอง ต้องรู้ว่าบ้านไหนมีผู้สูงอายุ ก็คน มีผู้พิการก็คน รพ.สต. ต้องรู้ ต้องมีแผนของเค้าเองว่าใครต้องดูแล ตรงนี้ที่กมลา ที่ป่าตองเค้าทำแล้วค่ะ...” (พยาบาล ภูเก็ต)

“...มีบ้านเช่าเกิดขึ้นอีกเยอะเลย ทะเบียนบ้านกับคนที่อยู่จริงไม่เหมือนกัน คนที่มาจากต่างจังหวัดเยอะมาก...” (ผู้สื่อข่าว ภูเก็ต)

1.2. ข้อมูลเตือนภัยไม่ชัดเจน

ก่อนเกิดภัยพิบัติ บางพื้นที่มีปัญหาพบว่า ทางราชการยังไม่สามารถตัดสินใจด้านการให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวดเร็วและชัดเจนทำให้ประชาชนได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ที่ขัดแย้งกัน ร่วมกับการที่มีสัญญาณเตือนภัยไม่ทำงาน ทำให้เจ้าหน้าที่และประชาชนปฏิบัติตนต้องค้นหาความจริงด้วยตนเอง ดังเช่น

“...ข้อมูลเรายังไม่ชัดเจน เนื่องจากว่าระบบการตรวจวัดของเราไม่ดี วันนั้นปรากฏว่า หอาก็ไม่ดังหลายที่ แต่ตอนยกเลิอะดัง...ก็มีข้อมูลที่ขัดแย้งกันอีก ถ้าดูข่าวมากเนี่ย ทางอเมริกาบอกว่าจุดศูนย์กลางอยู่ที่เกาะยาว ตกลงอย่างไรกันแน่ ชาวบ้านเค้ารู้ แต่ว่าของเราไปประโคมข่าวกันเอง ทุกช่องแย่งกันเสนอข่าว...” (ผู้สื่อข่าว ภูเก็ต)

“...การเตือนภัยของประเทศไทยแย่มากเพราะเปิดทีวีก็ไม่มีช้กช่อง...” (พยาบาล ภูเก็ต)

“...ผมว่าเนี่ยคือสภาพปัญหาจริง ๆ ว่าทำอะไร ทาง อบต. ก็ดี ท้องที่ ท้องถิ่นก็ดี รวมทั้งตำรวจ จะรู้รวดเร็วที่สุดว่าเกิดแล้วนะ เพราะเท่าที่ทราบเนี่ย ครั้งที่แล้ว กว่าจะรู้จะกลัวตัดสินใจ อันนี้มันต้องเตือนภัยเนี่ย ผมก็เข้าใจว่าเค้าต้องคิดมาก ว่าถ้าเกิดเตือนแล้วมันไม่ใช่ เนี่ย เค้าก็เซง เหมือนกันที่ตำรวจอยู่ใกล้ที่สุด อยู่หน้าหาดเลย ก็เลยต้องการค่อนข้างจะรวดเร็วนี้ทำอะไร ท้องที่ท้องถิ่น ทำอย่างไร รู้ข้อมูลถูกต้องที่สุด รวดเร็วที่สุด ชัดเจน ... เราจะรอฟังจากศูนย์ภัยพิบัติแห่งชาติ ว่าใครเป็นคนตัดสินใจ จะให้อพยพหรือไม่พยพ เราจะทำอะไร เรากำลังวางแผนว่าจะบอกชาวบ้านอย่างไร...”

ตารางที่ 26 การได้รับการแจ้งเตือนให้เตรียมตัว เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย

การได้รับการแจ้งเตือนให้เตรียมตัว	ไม่มี จำนวน (%)	มี จำนวน (%)	ล่วงหน้า เป็นเวลา (ชั่วโมง)	ล่วงหน้าเป็น เวลา (วัน)
ผู้บริหาร	2 (11.8)	15 (88.2)	1.3 (0.5)*	7 (-)*
ผู้ปฏิบัติ	2 (4.2)	46 (95.8)	3 (1-10)**	1 (1-2)**
ผู้ประสบภัย	20 (32.3)	41 (66.1)	-	-

*Mean (SD) **Median (IQR)

1.3. ช่องทางการสื่อสารขณะเกิดภัยพิบัติ พึ่งเครือข่ายโทรศัพท์ไม่ได้ วิทยุสื่อสารมีไม่พอใช้ พบว่า การใช้วิทยุสื่อสารมีประโยชน์และเป็นวิธีการที่ได้ผล แต่ยังมีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเมื่อต้องใช้ในยามฉุกเฉิน ดังเช่น

“...เรื่องการสื่อสารเป็นอันดับหนึ่ง อย่างน้อยต้องวิทยุติดต่อสื่อสารฉุกเฉินเพราะว่าเวลาเกิดเหตุพอเกิดเหตุ ระบบไฟฟ้าถูกตัดขาดจากภายนอกเลย โทรศัพท์ ติดต่อกันไม่ได้ ที่มีก็น้อย ไม่เพียงพอ ศูนย์วิทยุนี้ จะต้องอยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัย เพราะติดต่อไม่ได้เลย ตามอบต. หรือตามชุมชน...”

“...ตอนนี้ลำบากเรื่องวิทยุสื่อสาร คือต้องไปพึ่งของตำรวจ บางที่ตำรวจเค้าก็ต้องใช้งาน...ถ้ามีอะไรให้แจ้ง ให้ SMS มา...”

ตารางที่ 27 ช่องทางการสื่อสารขณะเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย
ภูเก็ต

ช่องทางการสื่อสารขณะเกิดภัยพิบัติ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสบภัย จำนวน (%)
ช่องทางการสื่อสารอย่างน้อย 2 ช่องทางภายในสถานที่ปฏิบัติงาน	8 (88.9, 33.3)	16 (100, 66.7)	-
ช่องทางการสื่อสารอย่างน้อย 2 ช่องทางภายนอกสถานที่ปฏิบัติงาน	6 (75, 31.6)	13 (81.2, 68.4)	-
เบอร์โทรศัพท์หรือช่องทางติดต่อได้ทันทีทั้งที่	9 (100, 39.1)	14 (87.5, 60.9)	-
ช่องทางการติดต่อสื่อสารภายในและภายนอกศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว อย่างน้อย 2 ทาง	-	-	12 (80, 100)
การติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว	-	-	16 (100, 100)
เมื่อมีปัญหาที่ต้องติดต่อเจ้าหน้าที่ของศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว สามารถติดต่อได้ทันที	-	-	10 (71.4, 100)

นครศรีธรรมราช

ช่องทางการสื่อสารขณะเกิดภัยพิบัติ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสบภัย จำนวน (%)
ช่องทางการสื่อสารอย่างน้อย 2 ช่องทาง ภายในสถานที่ปฏิบัติงาน	1 (50, 14.3)	6 (66.7, 85.7)	-
ช่องทางการสื่อสารอย่างน้อย 2 ช่องทาง ภายนอก สถานที่ปฏิบัติงาน)	1 (50, 25)	3 (60, 75)	-
เบอร์โทรศัพท์หรือช่องทางติดต่อได้ทันทีทั้งที่	2 (100, 15.4)	11 (91.7, 84.6)	-
ช่องทางการติดต่อสื่อสารภายในและ ภายนอกศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิง ชั่วคราว อย่างน้อย 2 ทาง	-	-	25 (89.3, 100)
การติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว	-	-	25 (92.6, 100)
เมื่อมีปัญหาที่ต้องติดต่อเจ้าหน้าที่ของศูนย์ อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว สามารถ ติดต่อได้ทันที	-	-	18 (64.3, 100)

สงขลา

ช่องทางการสื่อสารขณะเกิดภัยพิบัติ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)	ผู้ประสบภัย จำนวน (%)
ช่องทางการสื่อสารอย่างน้อย 2 ช่องทาง ภายในสถานที่ปฏิบัติงาน	6 (100, 26.1)	17 (85, 73.9)	-
ช่องทางการสื่อสารอย่างน้อย 2 ช่องทาง ภายนอกสถานที่ปฏิบัติงาน	5 (100, 25)	15 (78.9, 75)	-
เบอร์โทรศัพท์หรือช่องทางติดต่อได้ทันทีทั้งที่	6 (100, 28.6)	15 (75, 71.4)	-
ช่องทางการติดต่อสื่อสารภายในและ ภายนอกศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิง ชั่วคราว อย่างน้อย 2 ทาง	-	-	8 (57.1, 100)
การติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว	-	-	9 (64.3, 100)
เมื่อมีปัญหาที่ต้องติดต่อเจ้าหน้าที่ของศูนย์ อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว สามารถ ติดต่อได้ทันที	-	-	7 (50, 100)

2. การจัดการเส้นทางอพยพ: เส้นทางจราจรติดขัด ชาวบ้านไม่ได้อพยพไปพื้นที่ที่จัดให้

ภายหลังได้รับแจ้งเตือนภัย พบว่าชาวบ้านมักตื่นตระหนกและสับสนทำให้ไม่ปฏิบัติตามแผน แต่จะใช้วิธีการอพยพออกจากที่เกิดเหตุโดยใชยานพาหนะทำให้เส้นทางจราจรติดขัด เช่น

“...หลักความเป็นจริงนะครับ ชาวบ้านเค้าจะเป็นธรรมชาติ เค้าจะไม่ฟัง ต่อให้มาจากส่วนไหนเค้าจะไม่ฟัง พอเค้าบอกว่าแผ่นดินไหวไม่มีใครอยู่ แล้วถ้าเกิดว่ามันไหวบ่อย... ชาวบ้านก็จะกลัวโดยอัตโนมัติเนี่ยเราจะทำกันอย่างไร ถ้าทางคุณหมอเค้าบอกว่าต้องฟังศูนย์ภัยพิบัติแห่งชาติ แต่จริง ๆ แล้วชาวบ้าน

เค้าไม่ปฏิบัติตามอย่างนั้น...พวกที่อยู่หน้าหาดลองถามเค้าดูว่าไหวแล้วเค้าไม่รอพึ่งใครแล้ว...บางคน เค้าจะไม่พึ่งเหตุผล เค้าจะไม่ดูข้อมูลข่าวสาร หลังจากเกิดเหตุขึ้นมาแล้วจะเป็นอะไรต่อ ก็คือจะหนัก่อน ก็คือเน้นความชั่ว แต่ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของข้อมูล เตรียมตัวที่จะอพยพตรงนั้น...”

“...ของป่าต้องลำบากเรื่องเส้นทางแน่นอน เพราะว่าเวลาหนีขึ้นที่สูงไม่ได้ไปแต่ตัว เอาพาหนะไปด้วยก็จะไปอออยู่ตรงเส้นทางถนนที่จะเข้าเมือง ทำให้การจราจรคับคั่ง และก็วุ่นวาย รถติดจากเดิม...” (พยาบาลป่าตอง)

“...ชาวบ้านไม่ได้อพยพในพื้นที่ที่จัดไว้ให้ ถ้าชาวบ้านไปอพยพไปไกลเมื่อไหร่ ยานพาหนะ ก็วุ่นวายเมื่อนั้น ต้องทำตรงนี้ให้เกิด อปท.ต้องทำกันหนักหน่อย...” (พยาบาล ภูเก็ต)

3. อบรมการเตรียมพร้อมหลายรอบ แต่ยังไม่พร้อม

“...โรงแรมไม่เคยเตรียมศักยภาพตัวเองเลย คุณต้องสร้างศักยภาพ เพื่อให้ความเชื่อมั่นกับนักท่องเที่ยว ประชาชน เวลาเกิดเหตุโรงแรม first aids เค้ารอให้โรงพยาบาลกลางไปรับเค้า ซึ่งไปรับไม่ได้ จุดอพยพ ปัญหาคือคนที่อพยพขึ้นไป มีคนที่เกิดภาวะเครียด อาการแน่นหน้าอก ทรมานหลายต้องการโรงพยาบาล ถามว่าไปตรงนั้นได้มัย ไปไม่ได้ ก็เลยบอกว่า อปท. ทุก อปท.มีสาธารณสุข พื้นที่ทุกพื้นที่มีรพ.สต. ต่างก็ต้องคุยกันถ้าเกิดเหตุ มีใครบ้างต้องดูแลเรื่องข้าวปลาอาหาร ต้องมีจุดหนึ่งที่ดูแล first aid ดูแลเรื่องของจิตใจใครทำ...” (พยาบาล ภูเก็ต)

“...เราไม่ใช่ว่าไม่มีความรับผิดชอบ แต่เราเข้าไปไม่ได้ เค้าบอกว่าภูเก็ตไม่มีโรงพยาบาลที่ไหนรับผิดชอบเลย เมื่อเกิดเหตุแบบนี้ แยกปวดหัว แยกเป็นไข้ เป็นลิบโรงแรมโทรมา เราก็โดนตำ ๆ เค้าเคยอบรมเรื่อง first aids อบรมหลาย ๆ อย่างแต่ไม่ใช่แค่นั้น เค้าไม่ได้ใช้อะไรเลยถ้าเกิดเหตุการณ์จริง ๆ...” (พยาบาล ภูเก็ต)

ระยะเกิดภัยพิบัติ

1. ศักยภาพการดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภัยขั้นต้นของประชาชนยังไม่มีดีพอ

ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่า เนื่องจากขณะเกิดภัยพิบัติการเดินทางเข้าไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยทำได้ลำบาก ควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการปฐมพยาบาลเพื่อช่วยดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยทั้งทางกายและจิต

“...คุณต้องสร้างศักยภาพ เพื่อให้ความเชื่อมั่นกับนักท่องเที่ยว ประชาชน เวลาเกิดเหตุโรงแรม first aids เค้ารอให้โรงพยาบาลไปรับเค้า ซึ่งไปรับไม่ได้ จุดอพยพ ปัญหา คือคนที่อพยพขึ้นไป มีคนที่เกิดภาวะเครียด อาการแน่นหน้าอก ทुरนทुरายต้องการรถพยาบาล ถามว่าไปตรงนั้นได้มั้ย ไปไม่ได้ ก็เลยบอกว่า อปท. ทุก อปท.มีสาธารณสุขฯ พื้นที่ทุกพื้นที่มี รพ.สต.ต่างก็ต้องคุยกันถ้าเกิดเหตุ ต้องมีจุดหนึ่งที่ดูแล first aid ดูแลเรื่องของจิตใจใครทำ เราไม่ใช่ว่าไม่มีความรับผิดชอบ แต่เราเข้าไปไม่ได้ เค้าบอกว่าไม่มีโรงพยาบาลที่ไหนรับผิดชอบเลย เมื่อเกิดเหตุแบบนี้ แยกปวดหัว แยกเป็นไข้ เป็นลิบโรงแรมโทรมา เราก็คิดินด่า ๆ เค้าเคยอบรมเรื่อง first aids อบรมหลาย ๆ อย่าง แต่ไม่ใช่ แค่นั้น เค้าไม่ได้ทำอะไรเลย ถ้าเกิดเหตุการณ์จริง ๆ ...”

2. การอพยพเคลื่อนย้ายทางน้ำมีข้อจำกัดมาก ขาดยานพาหนะและประสบการณ์

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนปัญหาที่พบมากขณะเกิดภัยพิบัติ คือ การเคลื่อนย้ายคนทางน้ำ โดยพบว่า ยังต้องการผู้มีประสบการณ์และเรือที่มีคุณภาพเพื่อการอพยพคนอย่างปลอดภัย ดังข้อมูลที่ว่า

“...มีคนแก่อายุกลางทุ่งนา มีคนป่วย มีคนที่จะเข้าโรงพยาบาลในพื้นที่ที่ท่าศาลา แค่มียคนเดียวเราก็ใช้เวลาเยอะ เพราะว่าบางครั้งทางน้ำที่ไปรับ เรือไม่พร้อม ไม่ใช่ว่าเรือทุกลำจะเข้าไปช่วยพื้นที่นั้นได้ ถ้าน้ำเชี่ยว เรือที่เข้าไปช่วยก็ต้องมีศักยภาพอีกแบบหนึ่ง ถ้าเป็นเรือที่เขาให้ปกติ ลมทุกลำ ให้ข้อคิดกับลูกน้อง กับทีมงานเสมอว่า ในการเข้าไปช่วยคนอื่น ต้องประเมินสถานการณ์ก่อนว่า ช่วยคนแล้วตัวเองต้องรอด ถ้าเสี่ยงไปแล้ว เราตาย ก็ยังไม่ต้องทำ...” (อบต. นคร)

“...ปัญหาใหญ่ตอนน้ำท่วมคือ มันไม่มีเรือในหมู่บ้าน ป้าเป็นอัมพฤกษ์ ไปไหนไม่ได้ คอยแล้วคอยเล่า ก็ไม่มีใครมา ทั้งคืนก็ไม่มีใครมา ตอนเช้าถามว่าทำไมไม่มา เขาบอกเครื่องเรือเสีย ทั้งอำเภอมียเรือลำเดียว...อยากให้ทาง อบต. ให้เรือสักลำ...”

ตารางที่ 28 การจัดการการบริการสุขภาพ ขณะเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ประสบภัย

ภูเก็ต

การจัดการการบริการสุขภาพ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ระบบจัดการผู้ประสบภัยที่เสียชีวิต	5 (55.6, 31.5)	11 (68.8, 68.5)
ระบบส่งต่อผู้ป่วย กรณีต้องย้ายผู้ป่วยไปยังสถานบริการทางการแพทย์แห่งอื่น	7 (77.8, 31.8)	15 (93.8, 68.2)

นครศรีธรรมราช

การจัดการการบริการสุขภาพ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ระบบจัดการผู้ประสบภัยที่เสียชีวิต	-	5 (45.5, 100)
ระบบส่งต่อผู้ป่วย กรณีต้องย้ายผู้ป่วยไปยังสถานบริการทาง การแพทย์แห่งอื่น	2 (100, 16.7)	10 (83.3, 83.3)

สงขลา

การจัดการการบริการสุขภาพ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ระบบจัดการผู้ประสบภัยที่เสียชีวิต	4 (66.7, 25)	12 (60, 75)
ระบบส่งต่อผู้ป่วย กรณีต้องย้ายผู้ป่วยไปยังสถานบริการทาง การแพทย์แห่งอื่น	6 (100, 27.3)	16 (80, 72.7)

ตารางที่ 29 การส่งต่อ เคลื่อนย้าย อพยพ ผู้ป่วย ของกลุ่มผู้ปฏิบัติ เปรียบเทียบระหว่างก่อนเกิดภัยพิบัติ และขณะเกิดภัยพิบัติ

การส่งต่อ เคลื่อนย้าย อพยพผู้ป่วย	ขณะเกิดภัยพิบัติ ใช่ จำนวน (%)	ขณะเกิดภัยพิบัติ ไม่ใช่ จำนวน (%)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี และใช้ประโยชน์ได้	4 (26.7)	-
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี แต่ใช้ประโยชน์ไม่ได้	9 (60)	-
ก่อนเกิดภัยพิบัติ ไม่มี	2 (13.3)	-

3. ขาดระบบจัดการที่ดีในศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง

การจัดตั้งศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดี มิฉะนั้นอาจทำให้เกิดปัญหาตามมา ดังข้อมูล

“...สิ่งหนึ่งเหตุที่เกิดขึ้น เกิดโดยไม่มีใครคาดคิด คาดฝันมาก่อน เป็นเหตุการณ์รุนแรงเกินศักยภาพของท้องถิ่นที่ผมนั่งอยู่บริหารอยู่ตรงนี้จะรับมือได้ เกินศักยภาพจะทำได้ พอเกิดระดับนั้นความไม่เข้าใจคนในพื้นที่ ความไม่เข้าใจในระบบผู้ว่าตั้งเป็นศูนย์อพยพ เขาไม่เคยประสบมาก่อน เขาไม่รู้ว่าการตั้งศูนย์อพยพนี้มันมีวิธีการจัดการบริหารพันธุ์ อย่างเป็นขั้นเป็นตอน ตัวนี้จะมีปัญหามาก เพราะต่างคนต่างใหญ่กันเพ ...ตั้งศูนย์นะครับ คือ ตั้งศูนย์กันเอง แล้วรับบริจาค เอาไปให้แต่พวกเอง ...” (นายก อบต.)

“...ตั้งศูนย์ไม่มีกระบวนการจัดตั้งที่ชัดเจน นี่ก็ได้ตั้งตั้ง จึงมีปัญหา...” (รองนายก อบต.)

“...นั่นแหละครับศูนย์ที่ตั้งขึ้นเอง ไม่ใช่ส่วนราชการตั้ง นั่นแหละคือปัญหา พวกเดือดร้อนก็ไม่ได้รับความช่วยเหลือ เพราะไม่ใช่พรรคพวกเขา เขาพวกฉวยโอกาสนะครับ...” (ปลัด อบต.)

ตารางที่ 30 ระบบการจัดการภายในศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และ ผู้ปฏิบัติ
 ภูเก็ต
 ภูเก็ต

ระบบการจัดการภายในศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ระบบการจำหน่ายผู้ประสบภัยออกจากศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง ตามเวลาที่เหมาะสม	4 (44.4, 25)	12 (75, 75)
ระบบการย้ายศูนย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัย/ศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง เมื่อมีเหตุจำเป็น	7 (77.8, 31.8)	15 (93.8, 68.2)
การแก้ไขปัญหาในการทำงานได้ทันเวลาและทันต่อเหตุการณ์	8 (88.9, 36.4)	14 (87.5, 63.6)

นครศรีธรรมราช

ระบบการจัดการภายในศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ระบบการจำหน่ายผู้ประสบภัยออกจากศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง ตามเวลาที่เหมาะสม	-	8 (72.7, 100)
ระบบการย้ายศูนย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัย/ศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง เมื่อมีเหตุจำเป็น	2 (100, 20)	8 (72.7, 80)
การแก้ไขปัญหาในการทำงานได้ทันเวลาและทันต่อเหตุการณ์	2 (100, 16.7)	10 (83.3, 83.3)

สงขลา

ระบบการจัดการภายในศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ระบบการจำหน่ายผู้ประสบภัยออกจากศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง ตามเวลาที่เหมาะสม	4 (66.7, 21.1)	15 (75, 78.9)
ระบบการย้ายศูนย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัย/ศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง เมื่อมีเหตุจำเป็น	6 (100, 28.6)	15 (75, 71.4)
การแก้ไขปัญหาในการทำงานได้ทันเวลาและทันต่อเหตุการณ์	6 (100, 26.1)	17 (85, 73.9)

ตารางที่ 31 การบริหารจัดการในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราวของชุมชน ของผู้ประสบภัย

การบริหารจัดการ	ภูเก็ต จำนวน (%)	นครศรีธรรมราช จำนวน (%)	สงขลา จำนวน (%)
มีข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน	16 (88.9)	19 (70.4)	8 (57.1)
มีข้อมูลบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน	9 (64.3)	18 (66.7)	7 (50)
การลงทะเบียน	7 (50)	19 (70.4)	8 (57.1)
การคัดกรอง (หมายถึง การตรวจเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและแยกผู้ป่วยตามภาวะสุขภาพหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย)	8 (53.3)	20 (74.1)	8 (57.1)

การบริหารจัดการ	ภูเก็ต จำนวน (%)	นครศรีธรรมราช จำนวน (%)	สงขลา จำนวน (%)
การแยกประเภทบุคคลหรือการระบุตัวบุคคล	7 (53.8)	17 (63)	6 (42.9)
การจัดระเบียบและการอำนวยความสะดวกหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว	9 (60)	18 (66.7)	7 (50)
ข้อมูลบุคคลสำคัญที่ท่านสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้	11 (91.7)	18 (75)	10 (71.4)
การประเมินเกี่ยวกับความเสียหาย ปัญหาและความต้องการ ตั้งแต่แรกรับที่เข้ามาพักอาศัยที่ศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว	10 (71.6)	16 (57.1)	5 (35.7)
มีการแสดงตนและระบุหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจน ว่าเป็นใคร ทำหน้าที่อะไร	12 (80)	17 (63)	3 (21.4)
มีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครดูแลผู้ประสบภัยได้อย่างทั่วถึง	11 (73.3)	21 (75)	7 (50)
มีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครมาให้กำลังใจและสอบถามทุกข์สุขอย่างสม่ำเสมอ	12 (80)	20 (71.4)	8 (57.1)
ระบบการป้องกันและประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย เช่น ไฟฟ้ารั่ว ไฟฟ้าดูด จมน้ำ เป็นต้น	10 (71.6)	19 (67.9)	9 (64.3)
การดูแลเรื่องความปลอดภัย เช่น ควบคุมความรุนแรง การลักขโมย ปล้นชิงทรัพย์ ล้วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น	11 (73.3)	20 (71.4)	7 (50)
ได้รับการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและทันเวลา	11 (73.3)	19 (67.9)	8 (57.1)
ล่ามแปลภาษา หรือล่ามภาษามือแปลภาษา หรือผู้ช่วยเหลือในการแปลภาษาให้เมื่อต้องการ	10 (66.7)	10 (35.7)	7 (50)
การดูแลที่คำนึงถึงความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนาและวัฒนธรรม	11 (73.3)	15 (53.6)	7 (50)
การดูแลอย่างเป็นธรรมและเหมาะสมกับความต้องการ	9 (69.2)	20 (71.4)	8 (57.1)
การพิทักษ์สิทธิ (ปกป้องสิทธิ) ในการให้ข้อมูลหรือเผยแพร่ข้อมูลของท่านสู่สาธารณชน	12 (80)	20 (74.1)	9 (64.3)
การดูแลด้านสุขภาพอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม	13 (86.7)	19 (70.4)	8 (57.1)
ที่พักแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะสำหรับผู้ป่วย และมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค	10 (71.4)	18 (66.7)	7 (50)
แพทย์ พยาบาลและหรืออาสาสมัครคอยดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง	10 (66.7)	17 (63)	8 (57.1)
การจัดการและดูแลผู้ที่เสียชีวิตและครอบครัวผู้	10 (66.7)	16 (59.3)	8 (57.1)

การบริหารจัดการ	ภูเก็ต จำนวน (%)	นครศรีธรรมราช จำนวน (%)	สงขลา จำนวน (%)
เสียชีวิตได้เหมาะสม			
ระบบการช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการย้ายออกจากศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว	12 (75)	18 (66.7)	8 (57.1)

4. ขาดการจัดการการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สิ่งของบริจาคเป็นตัวสร้างปัญหา

ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติพบว่า บางแห่งประสบปัญหาเรื่องการจัดการสิ่งของบริจาค เช่น ถูยั้งชีพ ทำให้ความช่วยเหลือไปไม่ถึงผู้เดือดร้อน หลายฝ่ายให้ข้อมูลว่า ถูยั้งชีพเป็นสัญญาณของความแตกแยก

“...การช่วยเหลือ ไม่ตรงจุดเท่าที่ผ่านมา ไม่ตรงเป้าหมาย เป็นของบริจาค ... ไม่ได้ไปยังกลุ่มเป้าหมายจริง ๆ คนเดือนร้อน 100% หายไป ... ได้สัก 20% เท่านั้นเอง ที่เหลือไม่ทราบไม่รู้หายไปไหน ไม่ได้ไปถึงกลุ่มเป้าหมาย...”

“...ของบริจาค มากองไว้ในอบต. ไม่ได้แจกทั่วถึงผู้เดือดร้อน ของสูญ มาฝากผู้นำไว้ ไม่ได้แจกของแจกสูญหมด...”

ดังนั้น ชาวบ้านจึงเสนอให้มีการจัดการระบบการช่วยเหลือโดยจัดให้ผู้มีจิตศรัทธาเข้าไปบริจาคถึงกลุ่มเป้าหมายโดยตรง เช่น

“...อยากให้หน่วยงานรัฐที่เข้าไปจัดระบบใหม่ จัดระบบใหม่ให้กลุ่มนั้นหมดสิ้นผู้มีจิตศรัทธาเข้าไปหาเป้าหมายโดยตรง นำไปให้เอง ดีกว่านำไปให้กับกลุ่มคนบางคน... เพราะผู้บริจาคนี้นะต่อไปเหตุเกิดไปหาเองดีกว่าให้บุคคลที่สามเข้าไปฉวยโอกาส...”

ในขณะที่บางฝ่ายเสนอให้มีการจัดการการช่วยเหลือแบบมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ

“...ถูยั้งชีพจริง ๆ ถ้าตามความเห็นผม เป็นตัวสร้างสร้างปัญหา เหมือนแก้ปัญหาเฉพาะหน้านิดเดียวเอง นี่ยกตัวอย่าง 54 มีนา เรามีถูยั้งชีพ แต่เมื่อปี 55 เราไม่ทำ อบต. กะไม่ทำ หน่วยงานอื่นก็ไม่ต้องเอามาให้ เราไม่เอา เพราะให้ชาวบ้านทำกันเอง เราส่งวัตถุดิบไปให้ เพราะเขาจะได้มานั่งล้อมวงสนทนา.... กะเราต้องอยู่ที่นี้ละ ให้มานั่งทำเองมากระจายกันเอง สมมุติว่าได้สารมาสอบ เราอีท่ากินตรงนี้หรือว่าเราจะแจกกันคนโล คนโล ให้เขาตัดสินใจเอง แต่ผมจะเข้าไปยื่นแล...ที่จริงควรยกเลิก เสียที ถูยั้งชีพ...” (รองนายกอบต.)

“...ทำไมถูยั้งชีพสร้างปัญหา เหมือนเราเอาตังค์ไปให้ขอทาน กับให้ขอทานทำงาน อะไรดีกว่ามือตึงยังดี ขอทานนั่งอยู่ที่นี่ เราเอาตังค์ไปให้ สมมุติว่าพันหนึ่ง ต่อเช้า แกะนั่งขอทางอยู่ตรงนั้น แต่ถ้าว่าไปตนมือตึงยัง ผมให้ทำงานหนึ่งชิ้น แกะแกะไม่ต้องขอทานแล้ว นี่ผมคิดกลับ อาจจะมองเหมือนแรง แต่ผมว่าไม่ใช่แรง การแจกถูยั้งชีพ เหมือนการทำเอาหน้ากัน อีกอย่างเป็นช่องทางแสวงหาผลประโยชน์ ฉ้อราษฎร์บังหลวงกัน...” (รองนายกอบต.)

5. ในภัยพิบัติยังมีการเมืองมาแทรก ทำให้ขาดการบูรณาการงานในพื้นที่

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลจากยังให้ความเห็นว่าสาเหตุส่วนหนึ่งของปัญหาเชื่อมโยงกับอำนาจทางการเมือง ทำให้งานไม่บูรณาการกัน เช่น

“...บางส่วนผู้นำกลับใช้โอกาสนี้ในการหาผลประโยชน์เสียกัน ทำให้ตัวเองและพรรคพวก เกิดความแตกแยก เป็นกลุ่ม ๆ ...ทำงานกับคนมันลำบาก ไม่ใช่พอน้ำท่วม ตั้งเค้า แล้วจะจ้องแจกถุงยังชีพเพื่อหาเสียงกัน ก็ไม่ถูก บางครั้งหน่วยงานใหญ่ ๆ เช่น อบจ. เราต้องขอร้องว่าอย่าเพิ่งแจก แจกแล้วจะมีปัญหา จะมีปัญหากับผู้ใหญ่บ้าน กับอำเภอ ถ้าสถานการณ์ไม่สุกงอม ชาวบ้านเดือดร้อน...” (ปลัดอำเภอ)

“...มีคนบูรณาการจริง ๆ ยัง ยังไม่บูรณาการเลย ระดับจังหวัดก็ทำอยู่ พอมาถึงอำเภอใหญ่ ในระดับพื้นที่ทั้งหมด ก็ใหญ่สุดที่อำเภอ แต่การประสานเรื่องการที่จะปฏิบัติจริง ๆ ยังไม่เป็น มันจะปฏิบัติแต่ตัวหนังสือ ความเป็นท้องถิ่นเอง ท้องที่ในพื้นที่เล็ก ๆ ของตำบล หมู่บ้าน ก็ยังไม่บูรณาการ คือยังคิดว่ากูใหญ่ ๆ กันหมด แต่ว่าตัว พรบ.ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย มันเป็นตัวกำกับเลยว่าในระดับจังหวัดผู้ว่าใหญ่ อำเภอใหญ่ พอมาถึงพื้นที่ ท้องที่ ท้องถิ่นให้นายกท้องถิ่นใหญ่ ที่นี้กำนันก็อยากจะทำใหญ่เหมือนกัน แต่ว่าผู้ช่วยของอำเภอมันก็คือกำนัน ท้องถิ่นคือนายกอบต.ท้องถิ่นใหญ่ นายกเทศบาลต้องใหญ่มีอำนาจในท้องถิ่น ในตำบลนั้น ตามกฎหมายตัวนั้น แต่เดี๋ยวกำนันไม่เข้าใจ คือไม่บูรณาการกัน...”

“...คือเรื่องอำนาจนะ กลัวว่าจะเสียหน้า อะไรประมาณนี้ เป็นเรื่องของคน แต่บางที่เขาก็เกะกะเขาน่าบูรณาการกันได้ แต่ที่ผมที่ดูเนี่ย จะยากทั้งหมด ในระบบ บริบทยังยากอยู่ แต่ถ้าอยู่ที่อำเภอ ก็ระหว่างท้องที่กับท้องถิ่น ถ้าอำเภอสามารถบูรณาการให้เข้ากันได้ ไปนั่งคุยกันได้ และให้รับบทบาทหน้าที่ของตัวเอง ...เหมือนในท้องที่ ในท้องถิ่น ถามว่า โรงพยาบาลมีทุกแห่ง มีคณะกรรมการที่สอดคล้องกันอยู่ท้องถิ่นกับโรงพยาบาล แล้วก็กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม.อะไรต่าง ๆ มีหน่วยกองกำลังที่ดูแลอยู่ แต่ไม่ได้ทำหลาย ๆ อย่าง รพ.พยายามลงไปในพื้นที่ของผม ซึ่งเป็นพื้นที่ซ้ำซาก รพ.ก็ไม่ได้บอก ว่าจะลงไปตรงนี้แล้วนะ ผมไปเจอ ผมก็มีเรืออยู่ โอเค เอาเรือไป หมอถึงได้ไป เพราะหมอไม่ได้บอกว่าจะลงพื้นที่ ถ้าประสานลงไป แต่ทางนี้ไม่ประสานไป ผมไปเจอ อ้าวหมอ ไปดูคนนั้น ตรงนั้น ผมพาไปได้ พาไปจนถึงจุด นั่นคือปัญหาเรื่องของการบูรณาการ...”

ระยะหลังเกิดภัยพิบัติ

พบว่ามีปัญหาดังนี้

1. มีแผนฟื้นฟู แต่ไม่ได้ใช้

บางแห่งมีแผนแต่ไม่ได้ใช้

“...เรามีแผนแต่ก็ไม่ค่อยได้ใช้แผน คือหลังจากน้ำลด เราก็เรียกประชุมทั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งสาธารณสุขอำเภอ ปศุสัตว์ นายกอบต. มาสรุปความเสียหาย เพื่อการฟื้นฟู แต่ส่วนใหญ่จะเน้นสิ่งสาธารณประโยชน์ และการสำรวจความเสียหายเพื่อให้ความช่วยเหลือแต่ละครัวเรือน ด้านพืช ด้านปศุสัตว์ ด้านการประมง...” (อบต. นคร)

ตารางที่ 32 ข้อมูลเกี่ยวกับแผนฟื้นฟู

ข้อมูลเกี่ยวกับแผนฟื้นฟู	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ	14 (82.4)	31 (68.8)
แผนฟื้นฟูได้รับความเห็นชอบจากทุกภาคส่วนในชุมชนและสามารถนำไปปฏิบัติได้	12 (70.6)	32 (68)
การมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนระยะฟื้นฟูให้ชุมชนกลับสู่ภาวะปกติ	14 (82.4)	29 (61.7)
มีการรายงานหรือแจ้งความก้าวหน้า รวมทั้งการปรับปรุงแผนการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูไปยังหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ และชุมชนที่ได้รับผลกระทบ	14 (82.4)	28 (59.6)
การติดตามและประเมินผลแผนการฟื้นฟูชุมชนอย่างต่อเนื่อง	13 (76.4)	28 (58.3)
รายงานการดำเนินงานตามแผนฟื้นฟูให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ	12 (70.5)	25 (52.1)

2. ขาดการจัดการระบบช่วยเหลือจากภายนอก

ในการจัดการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากน้ำท่วม พบว่าทุกพื้นที่มีปัญหาเหมือนกันในด้านการจัดการระบบช่วยเหลือที่มาจากหน่วยงานภายนอกต่าง ๆ ให้ตรงกับความต้องการในพื้นที่ ดังข้อมูลของ อบต. แห่งหนึ่ง

“...เหตุการณ์ คือไม่มีระบบ คือไม่มีระบบมาจากข้างบนกันที่จะประสานงานกับส่วนท้องถิ่นตรงนี้ ปัญหาพอเขาไม่ได้ประสานกับท้องถิ่นโดยตรง ความละเอียด ความรอบคอบ ความทั่วถึงกะไม่มี ผู้ประสบภัยเท่าที่แล้วมา คนกำลังเดือดร้อนนี้ ต่างฝ่ายใครเอาได้ก็เอา ปัญหาเยอะมาก...”

“...ผมตอบให้ตรงได้เลย ลักษณะเข้ามาช่วยเหลือเหมือนกับว่าต่างคนต่างมา ซึ่งจะไม่ตรงกับความต้องการของชาวบ้านทั้งหมด บางครั้งประสานกับเรานิดเดียว แล้วเขาก็ลุยพื้นที่เลย เรียกว่าไม่มีศูนย์กลางมาถ่ายทอดกันจริง ๆ (ไม่มีศูนย์กระจายงาน) เน้ ๆ กะช่องสามมากี่ลงพื้นที่ พัฒนาที่ดินมา ก็มาอัดในพื้นที่ ชลประทานกะลงพื้นที่มา มารุมอยู่ตรงนั้นทั้งเอกชนและราชการ ขาดการประสานงานกับเรา คือประสานงานแหละ แต่ไม่ละเอียด ถ้าละเอียดจะตรงกับความต้องการของชาวบ้านเรา ขึ้นจะไปสู่การพัฒนาไม่ได้ ทั้งฟื้นฟู ทั้งพัฒนา เราติดที่การบรรเทาอย่างเดียว พอไปฟื้นฟูกับพัฒนาเราจะไม่ช่วยได้มาก เราช่วยเหลือเบื้องต้น ทุกฝ่ายมาคิดแต่ช่วยเหลือเบื้องต้น...” (รองนายก อบต.)

“...ผมมองว่า บางทีผู้ต้องการช่วยเหลือ เขาต้องการพบประชาชน เขาไม่ต้องให้ผ่านใคร เขาต้องการพบนั่นจริง ๆ ครับ เราขวางเขาไม่ได้ เขาต้องการอีไป เราก็ต้องแนะนำให้ไป นำเส้นทางไปให้ กะให้ไปตามความต้องการของเขา มีแบบนั้นด้วย...” (ปลัดอบต.)

ทั้งนี้ มีผู้ให้ข้อมูลบางแห่งไปเปรียบเทียบกับระบบการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในต่างประเทศว่ามีความแตกต่างกันมาก ซึ่งสะท้อนประเด็นปัญหาเชิงระบบ ดังเช่น

“...ผิดกับญี่ปุ่น ที่เราเห็นสึนามิที่ญี่ปุ่น กลับหัวกลับหางกันเลย ของเรานี้พลวัน แต่ของเขาเป็นระเบียบ สรุปว่าผมเปรียบเทียบพินันเห็นภาพชัดมัย ...เทียบกับญี่ปุ่นเห็นภาพ เขาตั้งแถวเป็นระเบียบของเราเหมือนกับให้ทานตามโรงเจ มันดูไม่เรียบร้อย แต่ผมก็ไม่ว่าใครเขา ผมไปยืนแล พอทางเราทำเอง ของเราต้องมีระบบ ทางอบต. ถ้าออกเป็นระบบหมด...”

ตารางที่ 33 การประสานการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และกลุ่มผู้ปฏิบัติ

การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
การมีส่วนร่วมจากหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ ในการทำแผนฟื้นฟู	13 (76.4)	33 (70.2)
ความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน ในด้านการดูแลสุขภาพ การจัดการที่พื้กอาศัย อาหาร สัตว์เลี้ยง ความปลอดภัย สุขาภิบาล และสาธารณูปโภคอย่างทั่วถึง	8 (47.1)	26 (55.3)

3. การช่วยเหลือที่กระจุกไม่กระจาย ไม่เสมอภาคและไม่เป็นธรรม อาจสร้างความขัดแย้งได้

พบว่า ทุกพื้นที่มีปัญหาการช่วยเหลือไม่ทั่วถึง กระจุกไม่กระจาย ไม่เสมอภาคและไม่เป็นธรรม ซึ่งอาจสร้างความขัดแย้งระหว่างชาวบ้านกับหน่วยงานได้ ดังข้อมูล

“...จุดหนึ่งที่ผมสังเกตเมื่อตอนฟื้นฟู เหมือนมีคนมาล้นทะเล็ก ที่บ้านไหน ก็บ้านนั้น แทนที่จะจัดระบบให้ดี ไม่รู้จะมาก็มูลนิธ ก้องครกก็ตาม จะผ่าน อบต. ไม่ใช่วังตรง...ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฝ่ายโยธาต้องเข้าไปมีบทบาทด้วย ในการอนุมัติแบบครั้งต่อไป คุณควรจะมีเกณฑ์...” (ผู้สื่อข่าว ภูเก็ต)

“...อย่างเช่นที่ศรีสุนทรบ้านไร่ ทุกหน่วยงานมาแต่บ้านหลังนั้น ทุกหน่วยงาน เจ้าของบ้านก็รับแล้วรับอีก ซึ่งความเครียดอยู่ที่เจ้าของบ้านคือต้องรู้ และสำรวจชุมชนตนเองว่าเสียหายแค่ไหน การเยียวยาจะทั่วถึง มันไม่ได้ราวแค่บ้านลิพอนอย่างเดียว บ้านเหรียญ อะไรก็ราว แต่จุดสนใจของเค้าก็คือศรีสุนทร บางทีมันอาจไม่สะท้อนที่สุด...” (เจ้าหน้าที่ ภูเก็ต)

“...การจัดการที่ไม่เหมาะสม มีหลาย ๆ อย่างเริ่มจากสิ่งรับบริจาค ที่ผ่านมามีการจัดการอย่างไม่เป็นธรรม เข้าไปในพรรคพวกผู้นำ ถ้าไม่ใช่ทีมงาน ผู้นำจะไม่นำไปให้ ส่งผลกระทบกับคนหลายกลุ่มไม่ใช่เสมอภาค ไม่ให้ทุกคน...”

4. ขาดการฟื้นฟูอย่างเป็นระบบในระยะยาว

การช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นเพียงการช่วยบรรเทาความเดือดร้อนในระยะเวลานั้น ๆ ขาดการช่วยเหลือในลักษณะของการพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน ดังข้อมูล

“... ถ้าละเอียดจะตรงกับความต้องการของชาวบ้านเรา ขึ้นจะไปสู่การพัฒนาไม่ได้ ทั้งฟื้นฟูทั้งพัฒนา เราติดที่การบรรเทาอย่างเดียว พอไปฟื้นฟูกับพัฒนาเราจะไม่ช่วยได้มาก เราช่วยเหลือเบื้องต้นทุกฝ่ายมาคิดแต่ช่วยเหลือเบื้องต้น...”

ตารางที่ 34 การปฏิบัติงานในด้านการดูแลสุขภาพ ภายหลังการเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ

การปฏิบัติงานในด้านการดูแลสุขภาพภายหลังการเกิดภัยพิบัติ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ทำนุประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานในด้านการดูแลสุขภาพ การจัดการที่พัก อาศัย อาหาร สัตว์เลี้ยง ความปลอดภัย สุขาภิบาล และสาธารณูปโภคอย่างทั่วถึง	8 (47.1)	26 (55.3)
ความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในชุมชน ในการดูแลสุขภาพ การจัดการที่พักอาศัย อาหาร สัตว์เลี้ยง ความปลอดภัย สุขาภิบาล และสาธารณูปโภคอย่างทั่วถึง	11 (64.7)	27 (57.4)

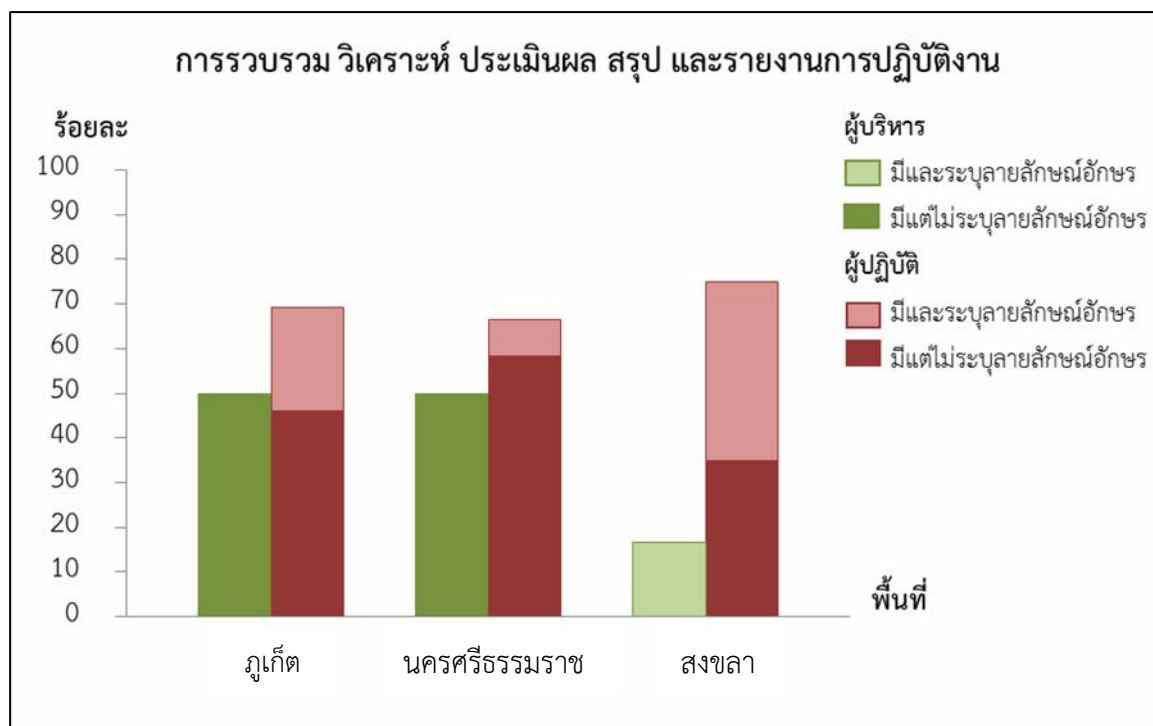
ตารางที่ 35 การฟื้นฟูของผู้ประสบภัย

การฟื้นฟูของผู้ประสบภัย	ใช่ จำนวน (%)
แผนในการจัดการในเรื่องบ้าน ให้ปลอดภัยและแข็งแรงกว่าเดิม	53 (89.8)
การจัดการในเรื่องครอบครัว	55 (94.8)
การช่วยเหลือการจัดการในเรื่องบ้านกับผู้อื่น	50 (89.2)
การมีส่วนร่วมในการวางแผนช่วยเหลือชุมชน	45 (76.2)
การติดตามความสำเร็จของแผนที่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ	44 (77.1)
ความพึงพอใจกับความสำเร็จของแผนการฟื้นฟู	43 (72.8)

5. ขาดการบันทึกและสังเคราะห์บทเรียนจากสิ่งที่ทำ

หลังเกิดภัยพิบัติแต่ละครั้ง พื้นที่ที่มีการประชุมเพื่อสรุปความเสียหายและผลการจัดการ แต่ส่วนใหญ่ยังขาดการบันทึกและรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อนำไปใช้ในการจัดการเกิดภัยพิบัติ ดังข้อมูล

“...ความส่วนใหญ่จะสรุปความเสียหาย ทุคง่าย ๆ เราไม่ได้บันทึกขนาดนั้น ไม่ได้บันทึกว่าเราทำอย่างไร และมีปัญหาอะไร ข้อมูลบางส่วนที่ผมรู้ ถ้าผมย้ายออกไป สิ่งที่เราเรียนรู้ก็จะติดตัวผมไปด้วย ไม่มีเวลาที่จะบันทึก...” (อบต. นคร)



แผนภูมิที่ 30 การรวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผล สรุป และรายงานการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 36 ผู้รับผิดชอบในการรวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผล สรุป และรายงานการปฏิบัติงาน ขณะเกิดภัยพิบัติเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ

ภูเก็ต

การปฏิบัติงานในด้านการดูแลสุขภาพ ภายหลังการเกิดภัยพิบัติ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผล สรุป และรายงานการปฏิบัติงาน	7 (77.8)	14 (87.5)
ผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่สาธารณชนอย่างต่อเนื่อง	7 (77.8)	12 (75)
ผู้รับผิดชอบหลักที่ให้ข้อมูลเมื่อมีผู้มาติดต่อ	9 (100)	14 (87.5)
การบันทึกการปฏิบัติงาน/ผลงานที่ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัย	4 (44.4)	16 (100)

นครศรีธรรมราช

การปฏิบัติงานในด้านการดูแลสุขภาพ ภายหลังการเกิดภัยพิบัติ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผล สรุป และรายงานการปฏิบัติงาน	1 (50)	7 (70)
ผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่สาธารณชนอย่างต่อเนื่อง	1 (50)	8 (72.7)
ผู้รับผิดชอบหลักที่ให้ข้อมูลเมื่อมีผู้มาติดต่อ	-	8 (72.7)

การปฏิบัติงานในด้านการดูแลสุขภาพ ภายหลังการเกิดภัยพิบัติ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
การบันทึกการปฏิบัติงาน/ผลงานที่ปฏิบัติการช่วยเหลือ ผู้ประสบภัย	-	8 (72.7)

สงขลา

การปฏิบัติงานในด้านการดูแลสุขภาพ ภายหลังการเกิดภัยพิบัติ	ผู้บริหาร จำนวน (%)	ผู้ปฏิบัติ จำนวน (%)
ผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผล สรุป และรายงานการปฏิบัติงาน	2 (33.3)	17 (85)
ผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่สาธารณชน อย่างต่อเนื่อง	6 (100)	18 (90)
ผู้รับผิดชอบหลักที่ให้ข้อมูลเมื่อมีผู้มาติดต่อ	6 (100)	15 (75)
การบันทึกการปฏิบัติงาน/ผลงานที่ปฏิบัติการช่วยเหลือ ผู้ประสบภัย	2 (33.3)	7 (35)

ตารางที่ 37 การบันทึกการปฏิบัติงาน/ผลงานที่ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัย ก่อนเกิดภัยพิบัติ เปรียบเทียบกับการรวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผลสรุปและการรายงานการปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติ เพื่อนำมาพัฒนาแผนการฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ ของผู้บริหาร

ภูเก็ต

การบันทึกการปฏิบัติงาน/ ผลงานที่ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัย	ขณะเกิดภัยพิบัติ ใช่ จำนวน (%)	ขณะเกิดภัยพิบัติ ไม่ใช่ จำนวน (%)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี และใช้ประโยชน์ได้	3 (17.6)	-
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี แต่ใช้ประโยชน์ไม่ได้	8 (47.1)	1 (33.3)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ ไม่มี	6 (35.3)	2 (66.7)

นครศรีธรรมราช

การบันทึกการปฏิบัติงาน/ ผลงานที่ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัย	ขณะเกิดภัยพิบัติ ใช่ จำนวน (%)	ขณะเกิดภัยพิบัติ ไม่ใช่ จำนวน (%)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี และใช้ประโยชน์ได้	1 (12.5)	-
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี แต่ใช้ประโยชน์ไม่ได้	6 (75)	1 (20)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ ไม่มี	1 (12.5)	4 (80)

สงขลา

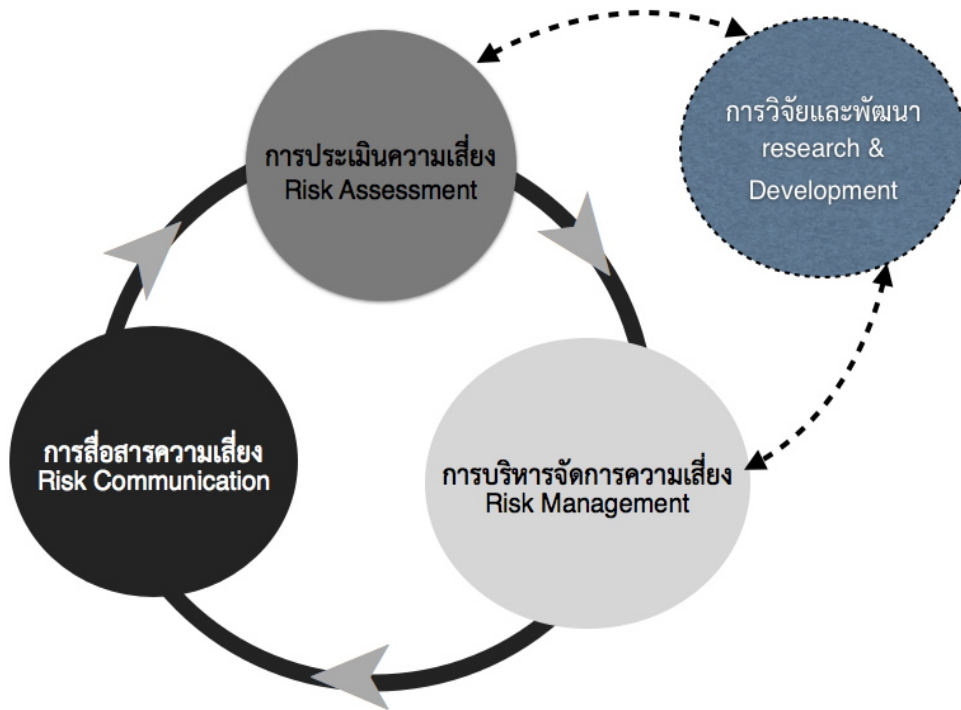
การบันทึกการปฏิบัติงาน/ ผลงานที่ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัย	ขณะเกิดภัยพิบัติ ใช่ จำนวน (%)	ขณะเกิดภัยพิบัติ ไม่ใช่ จำนวน (%)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี และใช้ประโยชน์ได้	5 (55.6)	3 (20)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ มี แต่ใช้ประโยชน์ไม่ได้	2 (22.2)	4 (26.7)
ก่อนเกิดภัยพิบัติ ไม่มี	2 (22.2)	8 (53.3)

การสื่อสารสาธารณะ

การสื่อสารสาธารณะภายใต้โครงการนี้ วางอยู่บนฐานคิดเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันภัยพิบัติ โดยใช้องค์ความรู้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารขับเคลื่อนสังคมไปสู่การเปลี่ยนแปลง หวังผลของการสื่อสารสาธารณะก่อให้เกิดพลังขับเคลื่อนไปกระตุ้น กระตุ้น สร้างความตระหนัก (social awareness) ให้เกิดการมีส่วนร่วมในทุกกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมที่เน้นเรื่องความรู้และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชนเป็นการสื่อสารเพื่อแบ่งปันความเข้าใจ และให้เกิดความรู้เท่าทัน เป็นการสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนได้มีส่วนร่วมพัฒนาความคิดกิจกรรมที่สร้างสรรค์เช่น การเปิดเวทีการสื่อสารของคนในระดับพื้นที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายกลายเป็นพื้นที่สาธารณะ เพื่อให้เกิดการพูดคุยกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประชาชนในแต่ละภูมิภาค อันนำไปสู่การยกระดับทางจิตสำนึกร่วมเพื่อดูแลสังคมและตนเอง

การสื่อสารสาธารณะจึงเป็นเครื่องมือสำคัญเปิดพื้นที่ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสารสนเทศต่างๆ โดยเสรีและเป็นธรรม เป็นการสื่อสารแลกเปลี่ยน “ประเด็นหรือปัญหา” อันนำไปสู่การมีส่วนร่วมคิด ร่วมแสดงออก และร่วมแก้ปัญหา ทั้งนี้ภายใต้เป้าหมาย (goal) และกระบวนการสื่อสาร (process) ที่ต้องออกแบบเฉพาะในแต่ละประเด็นให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อการสร้างพลังเคลื่อนไหวทางสังคมอันนำไปสู่การผลักดันนโยบายสาธารณะในที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายของการสื่อสาร (node and network) อย่างมีส่วนร่วมกับทุกภาคส่วนด้วยแล้ว ยิ่งทำให้เกิดพลังขับเคลื่อนสังคมในเชิงบวก

ส่วนการสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) นั้น เป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบกระบวนการวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk analysis) ที่ประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) คือการที่จะบอกให้ได้ว่าความเสี่ยงนั้นมีมากหรือน้อย ทั้งในแง่ของโอกาสที่จะเกิด และความรุนแรงหากเกิดผลกระทบขึ้น และการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management) คือการพิจารณา เลือกรูปวิธีที่เหมาะสม และดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงที่ไม่แยกขาดระหว่างกัน โดยการสื่อสารความเสี่ยงนั้น เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นแบบปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ได้แก่ ผู้ประเมินความเสี่ยง ผู้บริหารจัดการความเสี่ยง สื่อประเภทต่าง ๆ นักวิชาการ และผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ทั้งนี้ในกระบวนการวิจัยและพัฒนาของโครงการฯ ที่ “สร้างเครื่องมือเพื่อสร้างความรู้” ครอบคลุมการจัดการภัยพิบัติในระยะก่อนเกิดภัยพิบัติ ขณะเกิดภัยพิบัติ และหลังเกิดภัยพิบัติ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพนั้น ก็เป็นกระบวนการสร้างความรู้การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อจัดการภัยพิบัติไปในตัวด้วย



รูปที่ 4 ภาพความสัมพันธ์การวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างความรู้จัดการภัยพิบัติกับการสื่อสารความเสี่ยง

ทั้งนี้ การสื่อสารความเสี่ยงมุ่งประเด็นไปที่ตัวความเสี่ยง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง การมองภาพความเสี่ยง (Risk perception) การอธิบายวิธีการประเมินความเสี่ยง และการตัดสินใจในการบริหารจัดการความเสี่ยง และการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นที่ทุกขั้นตอนของการประเมินความเสี่ยงและการบริหารจัดการความเสี่ยงจะต้องสร้างความเข้าใจแก่ทุกฝ่าย เพื่อนำไปสู่การเพิ่มความมั่นใจและความเชื่อมั่นในความปลอดภัยด้านต่าง ๆ มากขึ้น ส่วนวิธีการสื่อสารความเสี่ยงนั้นต้องมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย มีความต่อเนื่อง และมีเวลาที่เหมาะสมในการนำเสนอข้อมูลด้วย แต่จากการศึกษานี้มีข้อสรุปที่เป็นเอกภาพจากทั้งสามพื้นที่ที่ศึกษา คือ ระบบการเตือนภัยและการสื่อสารความเสี่ยงยังขาดประสิทธิภาพ โดยมีข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลตรงกัน คือ ให้ความสำคัญต่อของ “สาร” ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงภัย และการวางแผนการตอบโต้ภัยดังกล่าวให้ถูกคน ถูกเวลา รวมทั้งปรับวิธีการสื่อสารและเตรียมคน “ในชุมชน” ให้พร้อมเป็นทีมเดียวกัน

ขยายความรู้สู่ปฏิบัติการสื่อสารสาธารณะ

ว่าที่ร้อยตรี กำพล จิตตะนัง หนึ่งในนักวิจัยภาคสนามของพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นเจ้าภาพและผู้ประสานงานจัดฝึกอบรม “นักข่าวอาสา: ปฏิบัติการข่าวและการสื่อสารภัยพิบัติโดยชุมชน” เมื่อวันที่ 11-13 สิงหาคม 2555 ณ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ประสาน 2 เครือข่ายสำคัญ คือ เยาวชนเครือข่ายงดเหล้า และเครือข่ายการจัดการภัยพิบัติภาคใต้จาก 14 จังหวัด ซึ่งมีผู้เข้าร่วมอบรมจำนวนเกือบ 100 คน ประกอบด้วยผู้คนหลากหลาย ทั้งแกนนำเยาวชนของแต่ละจังหวัด ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ป้องกันบรรเทาสาธารณภัย ครูจากหลายโรงเรียน นักจัดรายการวิทยุชุมชน นักจัดรายการวิทยุท้องถิ่น เครือข่ายนักข่าวพลเมืองอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา และยังมีเครือข่ายสื่อมวลชนเข้าร่วมสังเกตการณ์ด้วย อาทิ รายการดีสลัดต้น ณ แดนใต้ รายการทีวีภาคใต้ทางช่อง ThaiPBS รายการ

ระวังภัยของทีวีเนชั่น เป็นต้น โดยมีทีมสื่อสารสาธารณะ ของโครงการการจัดการภัยพิบัติของระบบ สาธารณสุข: กรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในภาคใต้ เป็นวิทยากรกระบวนการหลักในการ ฝึกอบรม

3 วัตถุประสงค์หลักของการฝึกอบรม “นักข่าวอาสาภัยพิบัติ” คือ 1) ขยายมุมมองความรู้เรื่อง การสื่อสารภัยพิบัติ และสามารถวิเคราะห์ความเสี่ยง เพื่อนำไปออกแบบการสื่อสารเพื่อป้องกันภัยพิบัติใน ชุมชนได้ 2) มีทักษะการสื่อสารในชุมชน และ 3) การสร้างและประสานระหว่างกันเป็นเครือข่ายการ สื่อสารระดับชุมชน และเชิงประเด็น

ในการฝึกอบรมนี้ ได้ ดร.สมพร ช่วยอารีย์ จากภาควิชาคณิตศาสตร์และวิทยาการคอมพิวเตอร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี นักวิชาการประจำ เครือข่ายเฝ้าระวังภัยพิบัติลุ่มน้ำปัตตานี (PBwatch) มาอบรมการอ่านแผนที่ลม แผนที่น้ำ แผนที่ ธรณีวิทยา เพื่อให้สามารถอ่านสภาพภูมิอากาศได้ด้วยตนเองและสามารถเชื่อมโยงกับ “พื้นที่เสี่ยง” ของ แต่ละชุมชนได้ รวมทั้งเท่าทันการประกาศเตือนภัยของกรมอุตุนิยมวิทยา กรมทรัพยากรธรรมชาติ และศูนย์ เตือนภัยพิบัติแห่งชาติ เพื่อสามารถเฝ้าระวังและเตรียมการรับมือกับภัยธรรมชาติ นำไปสู่การลด ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้า ไม่ให้เกิดเป็นภัยพิบัติตามมา นอกจากนี้ ยังมีการบันทึกตำแหน่งแห่งที่ การติดต่อสื่อสารของผู้เข้าร่วม – “นักข่าวอาสาชุมชน” ไว้เพื่อเป็น “เครือข่ายเฝ้าระวังภัยพิบัติ 14 จังหวัดภาคใต้” ด้วย

ในงานฝึกอบรมนี้ นางสาวสุภิญญา กลางณรงค์ กรรมการของคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ได้แจ้งความคืบหน้าเรื่อง “หลักเกณฑ์และวิธี ปฏิบัติงานของผู้ประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ ในกรณีเกิดภัยพิบัติ หรือเหตุฉุกเฉิน” ว่าได้ผ่านความเห็นชอบจากบอร์ด กสทช. แล้ว (และผ่านคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2555) และ อยู่ระหว่างการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนผ่านหลายช่องทาง โดยจะมีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น สาธารณะก่อนจะสรุปร่างดังกล่าวอีกครั้ง เพื่อนำไปประกาศในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งคาดว่าจะมีผลบังคับ ใช้ภายในเดือนตุลาคมนี้ โดยมีสาระสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่

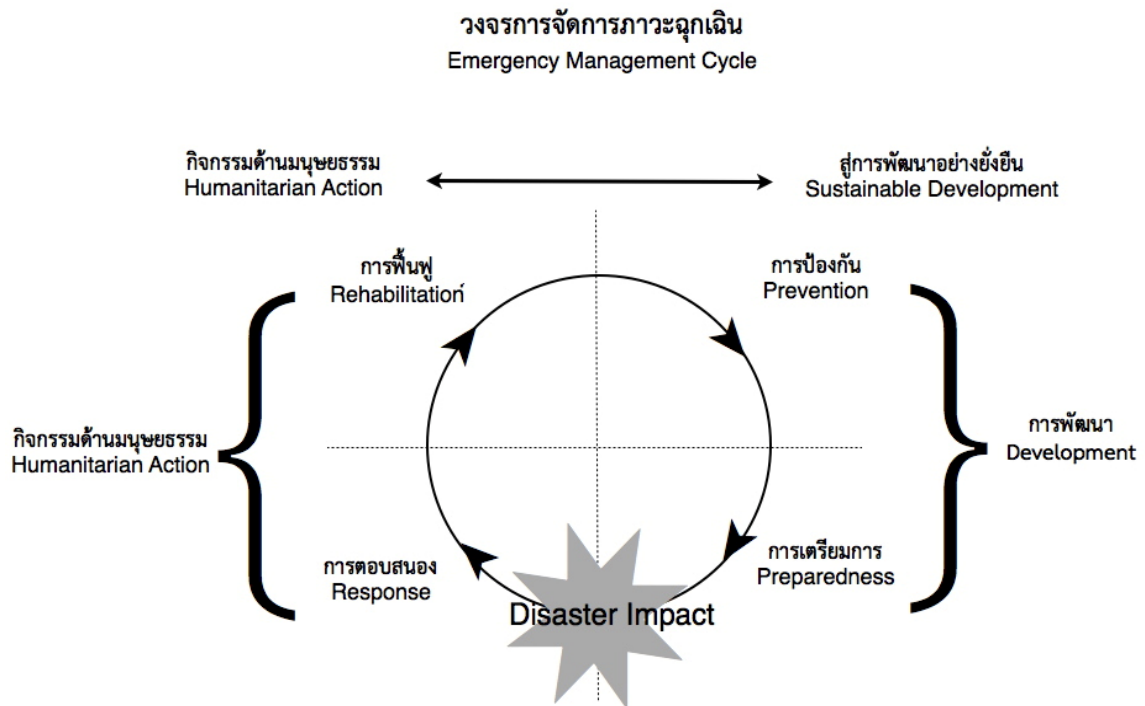
- **ช่วงก่อนเกิดเหตุ** ผู้ประกอบการทุกรายจะต้องแจ้งชื่อผู้ประสานงานเพื่อใช้ในการ ติดต่อ และเตรียมความพร้อมแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ รวมทั้งวิธีการแจ้งเตือนข่าว หรือเตือนภัยในการจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงาน
- **ในขณะที่เกิดเหตุ** ข้อมูลที่ผู้ประกอบการจะเผยแพร่ต้องเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ และไม่ ก่อให้เกิดความตระหนกตกใจแก่ประชาชน ซึ่งผู้อำนวยการสถานีหรือประธาน โทรทัศน์รวมการเฉพาะกิจแห่งประเทศไทย แล้วแต่กรณี สามารถใช้ดุลพินิจในการ ตัดสัญญาณจากผังรายการปกติไปสู่การรายงานแจ้งข่าวหรือเตือนภัยได้
- **ภายหลังเกิดเหตุ** ผู้อำนวยการสถานีจะต้องแจ้งข่าวประกาศยกเลิกสถานการณ์ตาม ข้อมูลหรือคำสั่งจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ และให้ผู้อำนวยการสถานีแจ้งข้อมูลการ ดำเนินการ ในกรณีเกิดภัยพิบัตินั้น

กรรมการกสทช. ระบุอีกว่า การตัดสินใจของผู้อำนวยการสถานี กรณีตัดสัญญาณจากทั้งรายการปกติไปสู่การเตือนภัยตามดุลพินิจนั้น ต้องยึดจากศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติเป็นหลักและร่างประกาศฉบับนี้ มีผลบังคับใช้ต่อวิทยุ โทรทัศน์ ดาวเทียม ตลอดจนเคเบิลทีวีทุกสถานี

ทั้งนี้ ระหว่างการฝึกอบรมได้ขยายผลความรู้จากโครงการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้ตระหนักถึงบทบาทของ “นักข่าวอาสาชุมชน” หรือ “ผู้สื่อสารความเสี่ยง” และสามารถเตรียมการรับมือภัยพิบัติโดยชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น

- จากประสบการณ์การเกิดสึนามิประเทศญี่ปุ่น ปี 2554 และพื้นที่การศึกษา 3 จังหวัดภาคใต้ (สงขลา นครศรีธรรมราช และภูเก็ต) ชุมชนที่มีการทำกิจกรรมเชื่อมโยงกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันในชุมชน มักเป็นชุมชนที่มีการเตรียมรับมือภัยพิบัติได้ดีกว่าชุมชนที่ขาดเครือข่ายชีวิตโดยผู้คนในชุมชนนั้น ๆ

ตัวอย่างเช่นกรณีศึกษาพื้นที่อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ในช่วง 2-3 ปีหลัง ที่ต้องเผชิญทั้งวาตภัยจากมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ช่วงปลายเดือนพฤศจิกายนของทุกปี และต้องรับมือกับน้ำท่วมขังและดินถล่มโดยเฉลี่ย 2-3 ครั้งต่อปี ทั้งยังประเมินว่าในอนาคตอาจมีความถี่ของการเกิดขึ้นได้บ่อยกว่าเดิม ทำให้ผู้นำชุมชนและชาวบ้านชวนกันมาสรุปบทเรียนและถอดประสบการณ์ มองไปรากของปัญหาตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงสภาพพื้นที่จากอดีตถึงปัจจุบัน การเกิดขึ้นของคลองส่งน้ำ ประตูละบายน้ำ การถมที่เข้าไปในสายคลอง การขยายถนน/เกิดถนนใหม่ การขาดการวางผังเมือง รวมทั้งธรรมชาติไม่เหมือนเดิม หลังจากนั้นชาวบ้านร่วมกันวางแผนรับมือภัยพิบัติและสร้างแผนการจัดการของชุมชนขึ้น มีการสร้างเครือข่ายและกลไกการเตือนภัย ภัย และเยียวยา เพื่อช่วยเหลือกันเองในพื้นที่ ส่วนการป้องกันที่กลายเป็นการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนควบคู่กันไปด้วย นำไปสู่การสร้างพื้นที่ชุ่มน้ำ มีการสร้างแก้มลิงในพื้นที่นา โดยเฉพาะตำบลฉาง การร่วมกันอนุรักษ์ป่าต้นน้ำ การริเริ่มปลูกป่าในสวนยาง เป็นต้น

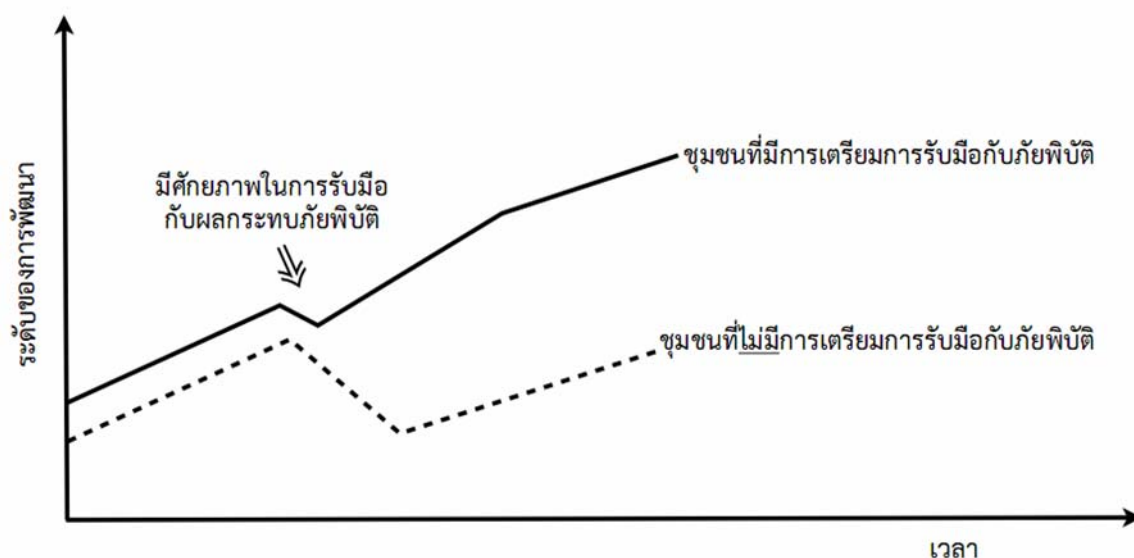


Community Emergency Preparedness: A Manual for Manager and Policy-Makers. (WHO; 1999)

รูปที่ 5 วงจรการจัดการภาวะฉุกเฉิน

- การเตรียมการรับมือภัยพิบัติโดยชุมชนเป็นเรื่องเดียวกับการกำหนดอนาคตและการพัฒนาที่ยั่งยืนของชุมชนนั้น ๆ ซึ่งชุมชนที่มีการเตรียมรับมือภัยพิบัติไว้ล่วงหน้าจะมีศักยภาพในการฟื้นคืนชุมชนได้เร็วและกลับเข้าสู่กระบวนการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนได้มากขึ้น แตกต่างจากชุมชนที่ขาดความรู้ไม่มีการเตรียมรับมือภัยพิบัติมักจะคืนตัวกลับสู่สภาพปกติได้ยาก และมีผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งระบบเศรษฐกิจที่ยากแก่การประเมินค่าได้

ภาพแสดงผลกระทบของภัยพิบัติสัมพันธ์กับการพัฒนา
เปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่มีและไม่มีเตรียมการรับมือภัยพิบัติล่วงหน้า



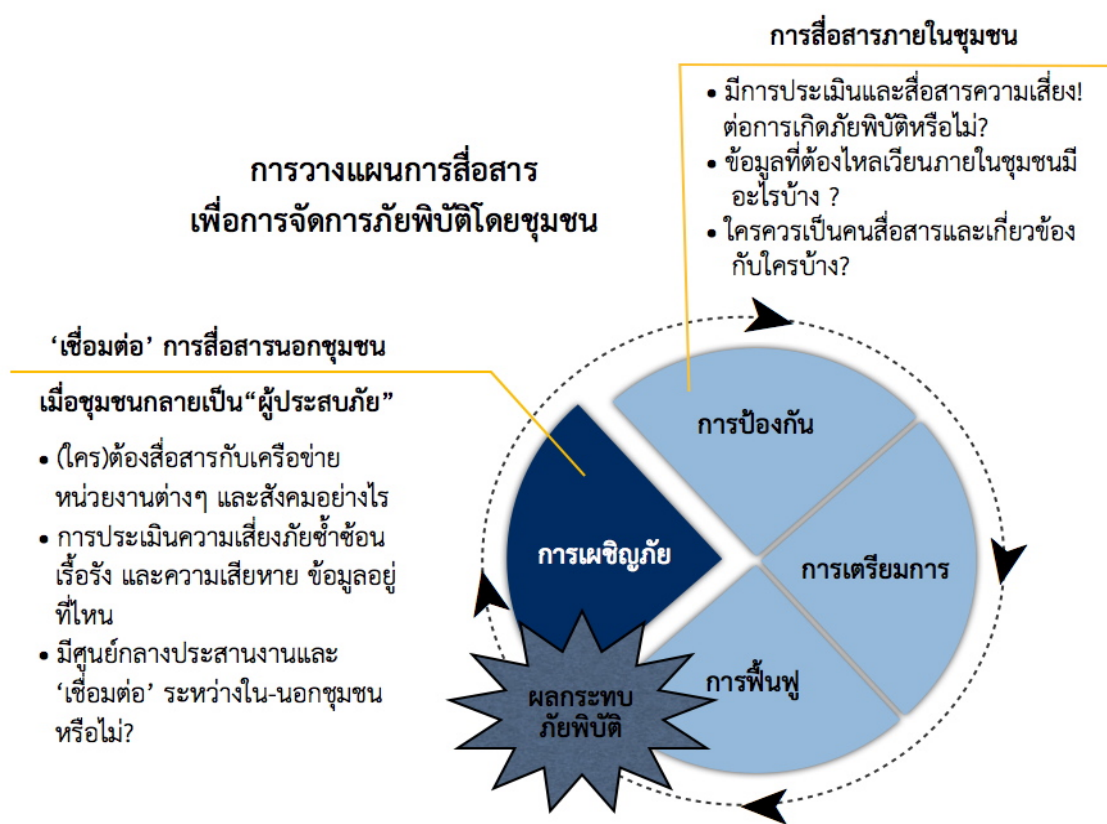
Community Emergency Preparedness: A Manual for Manager and Policy-Makers. (WHO; 1999)

รูปที่ 6 ผลกระทบของภัยพิบัติสัมพันธ์กับการพัฒนาชุมชน เปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่มีและไม่มีเตรียมการรับมือภัยพิบัติล่วงหน้า

- บทบาทของนักข่าวอาสาชุมชนนั้น = ผู้สื่อสารความเสี่ยง คือหัวใจสำคัญเชื่อมโยงการจัดการภัยพิบัติของชุมชนทั้งหมด กล่าวคือ นอกจากจะมีความรู้เบื้องต้น เท่าทันสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศและภัยต่าง ๆ แล้ว ยังต้องรู้ดีกว่าใครคือผู้ประเมินความเสี่ยงภัยนั้น ผู้สื่อสารความเสี่ยงจะเข้าถึงข้อมูลเหล่านั้นได้อย่างไร เพื่อไปเชื่อมโยงกับผู้จัดการ (บริหาร) ความเสี่ยงภัย ทั้งนี้การเตรียมการรับมือภัยพิบัติในทุกภัยจะเป็นจริงและมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีแผนปฏิบัติการร่วมกัน
- บทสนทนาในระหว่างการอบรมพบว่า เครือข่ายเฝ้าระวังภัยพิบัติจำนวนหนึ่งมีการรณรงค์เตือนจากเจ้าหน้าที่ป้องกันบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด (ปภ.จังหวัด) ซึ่งมี “โครงสร้างการเตือนภัย” ที่ต้อง “รอ” การแจ้งเตือนจากกรมอุตุนิยมวิทยา กรมทรัพยากรธรรมชาติและศูนย์เฝ้าระวังภัยพิบัติแห่งชาติอย่าง “เป็นทางการ” ก่อน ทำให้มีช่วงเวลา “น้อย” ในการเตือนประชาชนในพื้นที่เสี่ยงจนชุมชนขาดโอกาสในการเตรียมการรับมือภัยทางธรรมชาติได้อย่างทันทั่วถึง สอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ ผู้เข้าร่วมอบรมคนหนึ่งระบุว่า “ปภ.จังหวัดมักจะเตือนภัยก่อนล่วงหน้าสถานการณ์น้ำท่วม หรือน้ำป่าไหลหลากไม่มากกว่าหนึ่งชั่วโมง ดังนั้นการตัดสินใจของชาวบ้านในพื้นที่เสี่ยงภัยเพื่อขนของหนีก่อน หรือจะอพยพชั่วคราวเป็นเรื่องตัดสินใจลำบากมาก จึงเห็นความสำคัญการจัดการภัยพิบัติที่ชุมชนต้องพึ่งตัวเองให้ได้ก่อนเป็นลำดับแรก” และบางพื้นที่เริ่มหันกลับมาพึ่งพิงภูมิปัญญาชาวบ้านเป็นเครื่องมือ

เผื่อระวังควบคู่กันด้วย

- กระบวนการอบรมได้ชี้ให้เห็นว่า ขณะนี้ในภาพรวมของสังคมไทยทุ้มเทงบประมาณจำนวนมาก รวมทั้งการฝึกอบรมต่าง ๆ ในพื้นที่ ทั้งระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และชุมชน ล้วนเพื่อเป็นการรับมือ “ระหว่าง” เกิดภัยพิบัติเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น นักข่าวอาสาชุมชน หรือผู้สื่อสารความเสี่ยง จะวางแผนการสื่อสารเพื่อจัดการภัยพิบัติ โดยชุมชนอย่างไร เพื่อให้ครอบคลุมระยะก่อนเกิดภัย ที่ต้องเตรียมการป้องกันและรับมือ กับภัยพิบัติล่วงหน้า ระยะระหว่างเกิดภัย ที่เมื่อชุมชนกลายเป็น “ผู้ประสบภัย” จะเชื่อมต่อการสื่อสารภายในและออก “ภายนอก” ชุมชนได้อย่างไร และระยะหลังเกิดภัย พิบัติ ว่ากระบวนการฟื้นฟูชุมชนจะต้องทำอย่างไรบ้าง โดยวางน้ำหนักและความสำคัญ มากยิ่งขึ้น

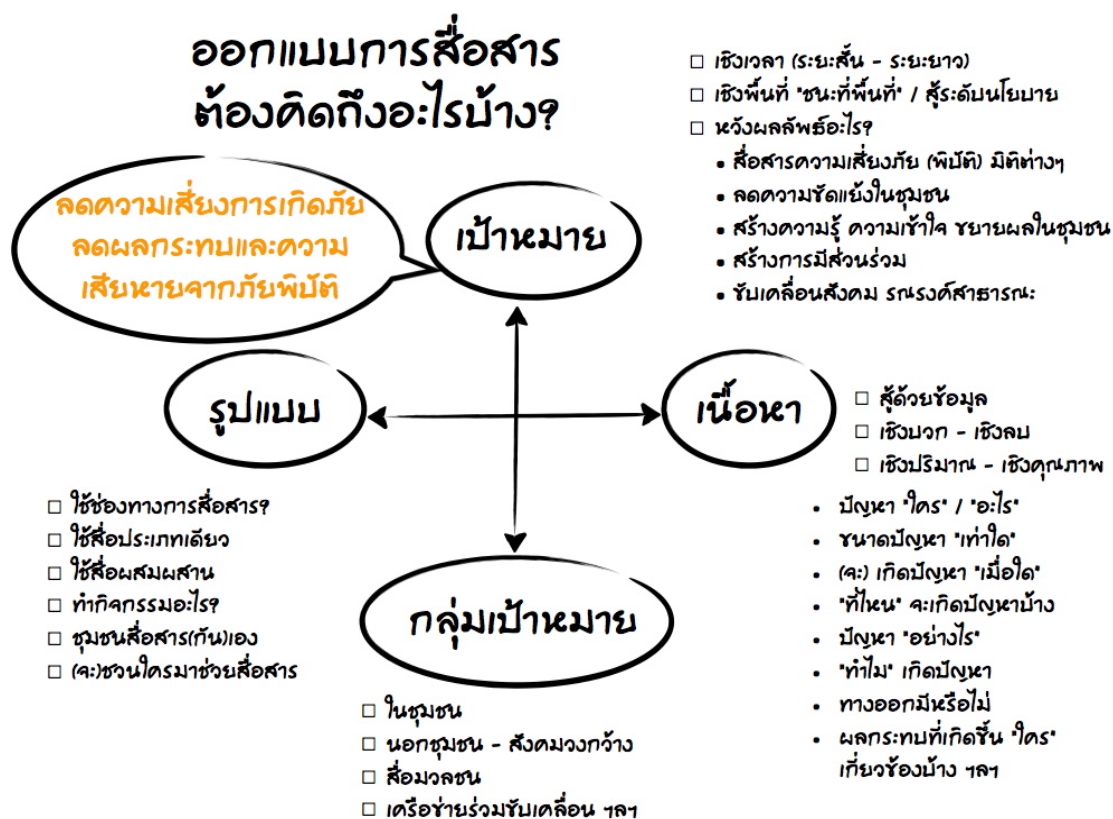


รูปที่ 7 การสื่อสารเรื่องการเตรียมการรับมือและป้องกันภัยพิบัติให้มากขึ้น

- ข้อค้นพบที่น่าสนใจ “นักข่าวอาสาชุมชน” รวมทั้งเครือข่ายจัดการภัยพิบัติฯ ไม่ทราบว่า หน่วยงานทางสาธารณสุขได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติด้วย และผลกระทบต่อระบบสุขภาพดังกล่าวเชื่อมโยงกับตัวเขาอย่างไร ภาพที่จินตาคือ น้ำท่วมก็มีแพทย์อาสาหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ออกมาแจกยารักษาโรค ยาแก้ไอ บางครั้งก็มีหมอหรือพยาบาลมาถามตามบ้านว่าเครียดหรือไม่ อันนี้หมายความว่าชาวบ้านอาจไม่เข้าใจบทบาทของ ทีมจิตวิทยาที่ต้องการลงไปฟื้นฟูภาวะจิตใจของชาวบ้านที่ประสบภัยพิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเป้าหมายของโครงการฯ จนมีข้อสรุปประการหนึ่งว่า “ใน

สถานการณ์ภัยพิบัติ ระบบสุขภาพวางตัวไกลจากชุมชนมาก” “การลงพื้นที่ก็ลงอย่างแยกส่วน ไม่ได้เชื่อมโยงความทุกข์ของชาวบ้าน ออกหน่วยเคลื่อนที่แจกยา ก็ถือว่าจบภาระกิจ” ซึ่งเข้าใจได้ว่าระบบสุขภาพมีวิธีคิดในการให้บริการตั้งรับอยู่ที่หน่วยบริการ เมื่อเกิดเหตุจึง “ต้องรักษาโรงพยาบาลไว้ให้ได้ก่อน เพื่อจะได้รักษาคนอื่นได้” จึงเกิดคำถามสำคัญว่า ระบบสุขภาพจะมีส่วนร่วมในการเตรียมการรับมือภัยพิบัติร่วมกับชุมชนอย่างไร?

- การฝึกอบรมครั้งนี้ได้เพิ่มทักษะให้ “นักข่าวอาสาชุมชน” สามารถออกแบบสื่อและสารได้ และเน้นทักษะการผลิตสื่อที่เชื่อมโยงกันภายในชุมชน คือ หนังสือพิมพ์กำแพง วิทูรชุมชน/ท้องถิ่น และการสื่อสารด้วยคลิปวิดีโอเพื่อสามารถทำ video movement ในชุมชนและเครือข่ายได้ พร้อมกับให้แต่ละเครือข่ายกลับไปทำฐานข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังภัยพิบัติ รวมทั้งระดมสมอง เช่น แหล่งข้อมูลใดบ้างที่เฝ้าระวังและเตือนภัยพิบัติอยู่และน่าเชื่อถือ? ในชุมชนของคุณมี “จุดเสี่ยงภัย” หรือไม่? ที่ไหนบ้าง? “ใคร” คือ คนเฝ้าระวังและเตือนภัยพิบัติในชุมชนของคุณบ้าง? ทราบเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินในสถานการณ์ต่างๆ หรือไม่? มีอะไรบ้าง? ทราบหรือไม่ว่าใครเป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบางที่สุดของชุมชนที่ต้องเตือนภัยเตรียมการอพยพขนย้ายให้เขาเหล่านั้นก่อน? รวมทั้งในชุมชนมีระบบการสื่อสารระหว่างกันหรือไม่? ถ้าระบบล่มจะติดต่อกันอย่างไร? เพื่อให้คำถามนำเหล่านี้ นำไปสู่การสร้างความตระหนักรับรู้บนฐานคิดของ “การสื่อสารความเสี่ยง” นั่นเอง

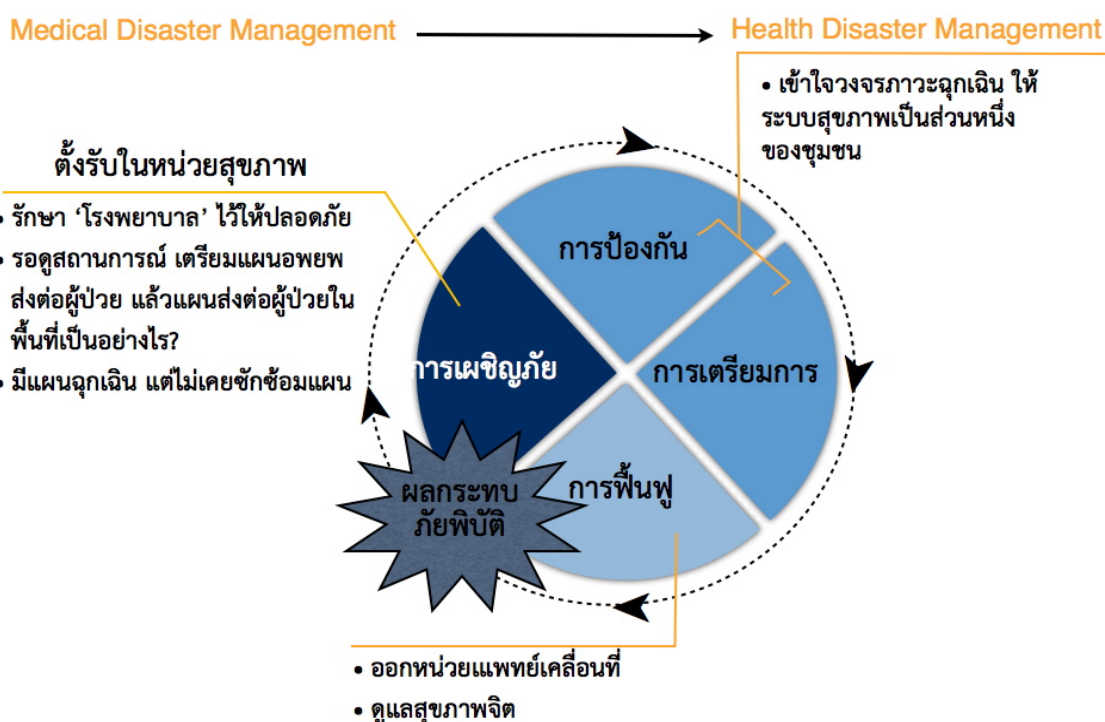


รูปที่ 8 สิ่งที่ต้องคิดถึงในการออกแบบการสื่อสาร

รื้อกระบวนการทัศน์ระบบสุขภาพ 'ตั้งรับ'

ด้วยการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพภายใต้โครงการนี้ ไม่ได้วางใจให้ระบบสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางการจัดการภัยพิบัติในชุมชน ทว่าให้ระบบสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการภัยพิบัติโดยชุมชน ดังที่มีการเสนอผลการศึกษาในบทนี้อย่างเป็นทางการเป็นลำดับก่อนหน้ามาแล้ว และหากกล่าวเฉพาะบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขภายใต้ข้อเสนอเชิงนโยบาย “ควรขยายบทบาทการจัดการภัยพิบัติเป็นการจัดการเชิงบูรณาการที่เปิดพื้นที่ เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และเชื่อมร้อยทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการจัดการภัยพิบัติ โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง” นั้น ผลการศึกษาของโครงการนี้เป็นหลักฐานและเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารกับผู้บริหารระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ที่ท้าทายให้คนในระบบสาธารณสุขจำเป็นต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์จาก “การจัดการภัยพิบัติด้านการแพทย์และสาธารณสุข” (Medical disaster management) สู่ “การจัดการภัยพิบัติในมิติสุขภาพ” (Health disaster management) ที่บุคลากรสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในการ “ร่วม” จัดการภัยพิบัติ ไม่ “ตั้งรับ” รักษาโรงพยาบาลให้ปลอดภัยเพียงอย่างเดียว หรือตอบสนองภัยพิบัติโดยออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ หรือเตรียมตั้งโรงพยาบาลสนามในช่วงเกิดเหตุภัยพิบัติเท่านั้น ทว่าเข้าใจจรรยาบรรณฉุกเฉินอย่างครบวงจร และให้ระบบสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมป้องกันและเตรียมกันรับมือภัยพิบัติกับชุมชน

การเปลี่ยนกระบวนทัศน์คนในระบบสุขภาพเพื่อร่วมจัดการภัยพิบัติกับชุมชน



รูปที่ 9 การเปลี่ยนกระบวนทัศน์คนในระบบสุขภาพเพื่อร่วมจัดการภัยพิบัติกับชุมชน

เช่น เสริมศักยภาพและสร้างแรงจูงใจให้อาสาสมัครสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เข้าร่วมจัดทำแผนจัดการภัยพิบัติระดับชุมชน โดยใช้ข้อมูลในระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในการวางแผนการจัดการภัยพิบัติด้วย เช่น ชุมชนต้องรู้ว่าใครเป็นกลุ่มเปราะบางที่จำเป็นต้องให้

ความสำคัญในการอพยพเคลื่อนย้ายออกจากพื้นที่เสี่ยงภัยเป็นลำดับแรก ๆ เช่น คนพิการ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ฯลฯ เช่น ในพื้นที่อำเภอนาทวี หลังจากมีการสร้างเครื่องช่วยกลไก การเตือนภัย กู้ภัย และเยียวยา เพื่อช่วยเหลือกันเองในพื้นที่แล้ว มีการวางแผนสำหรับกรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องให้ออกซิเจน/เครื่องดูดเสมหะ ก็จะเตรียมตัวและพามาโรงพยาบาลก่อนกรณีผู้พิการให้อพยพไปยังบ้านญาติที่น้ำไม่ท่วมชั่วคราว สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน ผู้ป่วยสามารถแจ้งขอรับยาเพิ่มมากกว่าการนัดปกติเป็นเวลา 2 เดือนได้จากหน่วยบริการ หรือการเตรียมติดสัญลักษณ์ธงแดงในบ้านที่มีคนพิการ ผู้ป่วย หรือเด็กอ่อน เพื่อให้หน่วยกู้ชีพสามารถเข้าไปส่งเสบียงหรือให้ความช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเหล่านี้ได้รวดเร็วมากขึ้น เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะช่วยลดภาระผู้ป่วยไม่ให้เข้าไปแออัดกันในโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉินได้ อีกทั้งระบบสาธารณสุขต้องคิดถึงเรื่อง **การป้องกันสุขภาพในภาวะภัยพิบัติ** ให้มากขึ้น เช่น หากการเสียชีวิตและบาดเจ็บส่วนใหญ่ในภาวะน้ำท่วมมาจากไฟฟ้าดูดและการจมน้ำ ก็ต้องมีการสื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้เกี่ยวข้อง ให้ดูแลเรื่องระบบไฟฟ้าและฝึกสอนการว่ายน้ำและการช่วยชีวิตในน้ำ ทั้งในระดับครัวเรือนและระดับชุมชนเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว เป็นต้น

สรุป ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และหัวข้อการวิจัยที่ควรทำเพิ่มเติม

สาระสำคัญในบทนี้เป็นการสรุป สิ่งท้าทาย จุดอ่อน จุดแข็ง ในภาพรวมของการจัดการภัยพิบัติ จากบทเรียนของระบบสาธารณสุขใน 3 พื้นที่ที่ศึกษา และข้อเสนอแนะที่มาจากผู้ให้ข้อมูลในภาพย่อย และจากการวิเคราะห์สังเคราะห์ของผู้ศึกษาในภาพรวม รวมถึงหัวข้อการวิจัยที่ควรทำเพิ่มเติม

ตอนที่ 1 สิ่งท้าทายในการจัดการภัยพิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษานี้สรุปได้ว่า ระบบสาธารณสุขต้องเผชิญกับประเด็นปัญหาที่ท้าทายในการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำที่สำคัญดังนี้

1. **การเปลี่ยนแปลง** เนื่องจากการคาดการณ์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศของโลก (Global warming and climate change) และการเกิดภัยพิบัติ โดยเฉพาะภัยพิบัติธรรมชาติซึ่งในภาคใต้มักเป็นภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำที่จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ระบบสาธารณสุขจำเป็นต้องสร้างความตระหนักทั้งต่อหน่วยงานสาธารณสุขและประชาชนว่ามนุษย์อาจสามารถป้องกันความเสียหายหรือลดความรุนแรงจากภัยพิบัติส่วนใหญ่ได้ หากได้มีการเตรียมการล่วงหน้าเป็นอย่างดี และหน่วยงานสาธารณสุขจำเป็นต้องสามารถวิเคราะห์สถานการณ์และความเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดจากภัยพิบัติทั้งในภาพกว้าง ในเชิงลึก และในระยะยาว เพื่อการเตรียมพร้อมล่วงหน้า
2. **ความหลากหลาย** ลักษณะพื้นที่ของชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อภัยพิบัติมีความหลากหลาย จึงต้องการการบริหารจัดการภัยพิบัติที่แตกต่างกัน สิ่งสำคัญที่เป็นความท้าทายสำหรับหน่วยงานภาคสาธารณสุข คือ การจัดการภัยพิบัติที่เหมาะสมกับสภาพความเสี่ยงทางภูมิศาสตร์ และสอดคล้องกับบริบททางสังคมของพื้นที่ รวมถึงการดูแลช่วยเหลือที่มีความเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ โดยเฉพาะประชากรกลุ่มพิเศษต่าง ๆ ที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ
3. **ความซับซ้อน** ปัญหาจากภัยพิบัติมีความสลับซับซ้อนและมีพหุลักษณะของเหตุปัจจัยและต้องการจัดการเชิงบูรณาการที่ต้องอาศัยความรู้สหสาขา ทำให้หน่วยงานภาคสาธารณสุขไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจากภัยพิบัติแบบแยกส่วนได้ หน่วยงานภาคสาธารณสุขจำเป็นต้องขยายบทบาทมากกว่าการจัดการเฉพาะในโรงพยาบาล เป็นการจัดการเชิงรุกแบบบูรณาการที่เปิดพื้นที่และเชื่อมร้อยทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในทุกระยะของการจัดการภัยพิบัติ โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง

ตอนที่ 2 จุดแข็งระบบสาธารณสุขใน 3 พื้นที่ในการจัดการภัยพิบัติ

แต่ระบบสาธารณสุขใน 3 พื้นที่นี้ก็มีจุดแข็ง คือ

1. มีแผนและการเชื่อมแผนการจัดการภัยพิบัติ ทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และเชื่อมโยงกับระดับประเทศ รวมทั้งมีการใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมานำมาปรับแผนอย่างต่อเนื่อง
2. มีหน่วยงานและผู้นำที่เข้มแข็งโดยเฉพาะหน่วยงานในพื้นที่ระดับท้องถิ่น โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานวิชาการเป็นผู้ประสานและสนับสนุนในระดับจังหวัด และเชื่อมโยงกับนโยบายและทรัพยากรในส่วนกลางและต่างประเทศ

3. มีบุคลากรที่มีความสามารถ ซึ่งอาจเป็นผลจากการเน้นการพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ และมีการให้ความรู้กับประชาชนหรืออาสาสมัครในชุมชนเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง
4. มีการจัดการที่เน้นเอกลักษณ์ของความเป็นชุมชน คือ คนในชุมชนพึ่งตนเองและพึ่งพากันเอง เช่น ชุมชนในอำเภอนาหว้า จังหวัดสกลา ที่มีรูปแบบการพึ่งตนเองแบบเครือญาติ ไม่ต้องมีศูนย์อพยพ โดยเน้นความอยู่รอด (รู้เร็ว ย้ายทัน) อยู่ได้ (อยู่กับน้ำได้ไม่ลำบาก) และพร้อมสู้ใหม่ (ฟื้นฟูสภาพและเตรียมรับต่อเนื่อง)

ตอนที่ 3 จุดอ่อนของระบบสาธารณสุขใน 3 พื้นที่ในการจัดการภัยพิบัติ

1. ระบบข้อมูล การเตือนภัย และการสื่อสารยังขาดประสิทธิภาพในบางด้าน โดยเฉพาะในสถานการณ์ภัยพิบัติ
2. การบริหารจัดการความช่วยเหลือในระดับพื้นที่ ยังมีที่มีลักษณะแยกส่วน ขาดการประสานการทำงานที่เป็นระบบ ทำให้การช่วยเหลือกระจุกตัว ไม่ทั่วถึง ไม่เป็นธรรม และก่อให้เกิดความขัดแย้งและความแตกแยกในชุมชน
3. ขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการจัดการการฟื้นฟูในระยะยาวที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาในพื้นที่ ซึ่งจะทำให้การจัดการภัยพิบัติมีความยั่งยืน
4. ขาดการบันทึกและการจัดการความรู้ที่เป็นระบบเพื่อถอดบทเรียนเป็นองค์ความรู้ในการพัฒนาการจัดการภัยพิบัติในอนาคต

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติของหน่วยงานในระบบสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีหลายประเด็นดังนี้

1. เตรียมการป้องกันล่วงหน้า

“...ตอนนี้ก็รู้ว่าเดือนนั้นมันจะถึง จะเริ่มยกของขึ้นที่สูงแล้ว พอฝนตกลงมาท่าเดียว ก็เริ่มแล้วระหว่างอำเภอไม่ได้ช่วยเหลือกัน ต่างคนต่างทำ แต่ถ้าว่าโครงการชุดลอกเป็นไปตามระบบชลประทานที่ว่า ก็อาจจะระบายลงไปทะเลได้...”

2. เตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่และครอบครัว

“...พยายามปลูกฝังเจ้าหน้าที่ ที่ต้องเตรียมของตัวเอง และเตรียมความพร้อมให้ครอบครัว...”
(พยาบาลป่าตอง)

“...โรงพยาบาลห้ามเค้าออกไปได้ มันทำไม่ได้ โรงพยาบาลต้องให้ความรู้ ให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล....คนก็อยู่หน่วยฉุกเฉิน เมื่อเวลาเกิดเหตุก็ไปไหนไม่ได้อยู่แล้ว ในขณะที่เดียวกันต้องเตรียมครอบครัวตัวเอง...” (พยาบาลภูเก็ต)

3. เตรียมและใช้ประโยชน์แผนรับภัยพิบัติ

“...ก่อนเกิด แจกเอกสารไปก่อนเลย ดูแลตอนน้ำท่วมต้องทำอะไร ขณะเกิด ก็มีแยกส่วนกัน ฝั่งนั้นก็มีรองนายกอยู่ ฝั่งนี้ก็มีรองนายกอีกคน ก็เป็นเพื่อนกัน ผมก็อยู่ตรงกลาง ทำถ้าวเพื่อนอย่างเดียว หลังเกิด เช่นว่าถ้ามันดูหนัก เราก็ดูแลเยียวยาไป...”

“...ก็ต้องคุยกันบ่อย ๆ อย่างน้อยเป็นนโยบายว่า การบรรเทาร่วมกัน กำกับกับนายกอบต. ต้องมาคุยร่วมกันนะ อะไรประมาณนี้ ต้องกำชับเลย โรงพยาบาลใครต่อใครในตำบล กี่ว่ากัน เพราะมันเป็นอำนาจใหญ่มันอยู่ที่นายกอยู่แล้ว แต่ว่ากำชับเรื่องของการตีผลประโยชน์ของแผน ...”

4. ซ้อมรับภัยพิบัติอย่างจริงจัง

“...มองว่าที่ภูเก็ตตื่นตัวเร็ว คุณหมอไปเรียน ไปอบรม ซ้อมกันมาเรื่อย ๆ ขยายต่อ เป็น DMAT สร้างเครือข่าย ระบบ ICS ของสาธารณสุขชัดเจน สามารถนำหน่วยอื่นได้เลย เตรียม ซ้อม แล้วมีการถอดบทเรียน บทเรียนที่ชัดเจน...” (พยาบาลภูเก็ต)

“...ได้เอาบทเรียนนี้มาสรุปบทเรียน ก็มีการพัฒนาการดีขึ้นว่าจะจัดรับภัยพิบัติอย่างไร ก็มีการฝึกซ้อม ...มีการจัดโซน อพยพ และก็มีมีการฝึกซ้อมทุก ๆ ปี แต่ถามว่าการฝึกซ้อมเหล่านั้น ก็ยังไม่ได้เท่าที่ควร ก็คือว่า เราโชคดีบางส่วน จะให้ดีขึ้นเอาแบบจริงจัง จริง ๆ อะไรแบบนี้...” (พยาบาลภูเก็ต)

5. ควรแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพกับหน่วยงานอื่น ให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้

“...ตอนนี้ผมอยากให้ทุกท้องถิ่นเข้าถึงฐานข้อมูลเหมือนกัน ต้องแจ้งในโรงพยาบาลว่า ตรงนี้เป็นใครนะ เป็นใครนะ จัดการไว้สักชุด เพื่อว่าจะได้ทำงาน เพราะที่โรงพยาบาลจะแจ้งก่อน เราก็จัดบริการร่วมกันได้...”

“...ที่นี้เรื่องน้ำท่วม คนไปรักษาเรื่องโรคเท้าเปื่อยมีบ้างไหม ก็ไม่มีข้อมูลเหมือนกัน หลังน้ำท่วมมีแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งปัญหาหลังน้ำลดน่าจะแจ้ง มันน่าจะรู้ เพราะเรามีระบบหลักประกันสุขภาพ ใช้มาดูแลต่อเนื่อง...”

6. ให้ความรู้แบบบูรณาการ ให้เท่าทันภัยพิบัติ

“...ต่อไปนี้ต้องมีการจัดการให้ความรู้ ว่าภูเก็ตอยู่เส้นละติจูดที่เท่าไร แล้วถ้ามันเกิดเหตุแผ่นดินไหวที่ต่างประเทศขณะนั้นเนี่ยกับจุดที่ตั้งของเรามันจะมีผลกระทบอย่างไร...ไม่ใช่ว่าเปิดหออ รังกันอย่างเดียว ทำให้ประชาชนตื่นตระหนก รังกันอย่างเดียว เพราะนั้นต้องมีการจัดการระบบใหม่ว่า ต้องเตือนภัย ต้องให้ความรู้ประชาชน...ต้องใส่องค์ความรู้ ให้เห็นบริบทว่าภูเก็ตเป็นอย่างไร มันจะเกิดคลื่นยักษ์หรือไม่ ถ้ามันเกิดแผ่นดินไหว ในพื้นที่ของตัวเองจะอย่างไร มันต้องสร้างชุดความรู้อีกชุดหนึ่งแล้ว...” (ผู้สื่อข่าว)

“...ผมทำเป็นสไลด์ปรับมือกับแผ่นดินไหว แล้วก็ออกวิทยุ ไม่อยากให้ตื่นตระหนก ผมไปที่อำเภอทับปุด พอเกิดเหตุการณ์ ผู้ใหญ่บ้านก็เรียกชาวบ้านมาประชุม ทำเป็น PowerPoint ชี้แจงเลยว่าเกิดเหตุการณ์อย่างนี้ แล้วจะอย่างไร เค้าเป็น NGO เค้า เป็นผู้ใหญ่บ้านที่ไวมาก แล้วเจ๋งมาก...” (ผู้สื่อข่าว)

7. ตั้งศูนย์เตือนภัยในจุดเสี่ยงที่เหมาะสม

“...ตอนนี้ในโครงสร้างกรมทรัพยากรน้ำเขามาสร้างศูนย์เตือนภัย ไม่รู้เขาเตือนแบบไหน ในจุดวิกฤตผมไม่มีตั้ง ผมก็พยายามวิเคราะห์ว่าตั้งไว้ที่จุดไหน แต่ผมมองว่าอยู่ในคลองนาทวี คือคนที่ทำงานราชการรู้ไม่จริง ไม่เหมือนคนพื้นที่ เขารู้ว่าชอกตรงนี้น้ำไหล น้ำไม่ไหล ...”

8. มีการเตือนภัยที่เน้นความถูกต้องของสาร มีและใช้ช่องทางการสื่อสารเป็น

ในภัยพิบัติทุกครั้ง ต้องมีการสื่อสารกับประชาชนด้วยข่าวสารที่ชัดเจน ถูกต้อง เชื่อถือได้ เพื่อมิให้ทุกฝ่ายมีความตื่นตระหนก โดยควรมาจากแหล่งเดียวกัน ดังข้อมูล

“...อยากให้มีหน่วยงานกลางที่แถลงออกมาจากศูนย์ภัยพิบัติก่อน ศูนย์ภัยพิบัติไม่ทันวิเคราะห์เลย ข่าวที่วิเคราะห์จบแล้ว ...อยากเสนอให้หน่วยงานว่า เมื่อเกิดภัยพิบัติห้ามให้สัมภาษณ์ให้ประชุมกันให้เสร็จก่อน แล้วให้คนเดียวเท่านั้นที่ออกแถลงการณ์ ให้ออกแบบรวมการเฉพาะกิจ...” (ผู้สื่อข่าว)

“...ฝ่ายของสื่อเค้าควรจะมีแผนของเค้า สื่อเองจะอย่างไร เรื่องการสื่อสารเป็นหัวใจสำคัญเลย เวลาตั้งบ เค้าจะไม่ค่อยให้ความสำคัญตรงนี้ ขออนุญาตประเด็นนี้เป็นเรื่องสำคัญ แล้วก็ติดต่อมาหลายครั้งแล้ว กสทช. ต้องมีแผนรับมือภัยพิบัติ เรื่องการควบคุมการออกข่าว และการกระจายข่าว...” (พยาบาล)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเคยเป็นผู้ประสบภัย ได้เสนอแนะให้มีการปรับปรุงการสื่อสารให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ขณะเกิดภาวะน้ำท่วม พบว่าชาวบ้านไม่สามารถใช้โทรศัพท์ติดต่อกับภายนอกได้ ซึ่งหากมีวิทยุสื่อสารก็สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ คำพูด

“...ตอนเกิดเหตุสัญญาณโทรศัพท์จะติดต่อกับไม่ได้กับภายนอกอยากมีอะไรที่ติดต่อกับคนภายนอกได้ ทำให้เห็นว่รับรู้ว่ามีคนที่ต้องการความช่วยเหลืออยู่ที่นี่...”

“...สิ่งที่ต้องการขณะนั้น น่าจะเป็นว่า... วิทยุสื่อสาร เพราะช่วงนั้นไม่สามารถติดต่อโลกภายนอกได้ ขาดการติดต่อไปเลย ถูกโดดเดี่ยวไปเลย สิ่งที่ต้องการคือ วิทยุสื่อสาร...”

9. ทุกภาคส่วนต้องเห็นพ้องต้องกันเรื่องการอพยพเคลื่อนย้าย

“...เรื่องของการอพยพที่นี่ ถามว่าเมื่อเราจะต้องอพยพด้วยต้องคุยกันว่า รถจะไปทางไหน คนจะไปทางไหน ปัญหา ก็คือ ทั้งคนทั้งรถไปด้วยกัน ตำรวจต้องมาคุยด้านตำรวจ ว่าบทบาทด้านตำรวจ ตำรวจต้องเรียกบุคคลที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขอะไรมาคุยด้วยกัน และก็เห็นพ้องต้องกันคืออยากให้แบบนี้ทุกภาคส่วน อีกประเด็นหนึ่งเวลาอพยพ จะไม่อพยพแต่คนแน่นอน คือ อย่างป่าตองอยากให้สร้างให้ได้ว่าเมื่ออพยพแล้วไม่ต้องขึ้นเขามา ต้องให้รถเข้าออกของรถพยาบาลได้ และที่สำคัญต้องจัดพื้นที่ว่า ถ้าพื้นที่ป่าตองจุดตรงไหนบ้างที่รถจะอยู่ให้ไปจอด ตรงไหนบ้างที่คนจะอยู่...” (พยาบาลภูเก็ต)

“...ผมพามาข้ามคลอง จำเป็นใช้วิธี แยกกันมั่ง หอบกันข้ามคลอง ไม่รู้ว่าตลิ่งอยู่ยังไง ก็ล้ม พอล้มหมดทั้งตะกร้า ทั้งมึงคุด ให้ดีควรเป็นสะพานสลิงค์ หรือแบริง ต้องการตรงนั้น...”

10. ควรกระจายศูนย์พักพิงและจุดพักของ

“...ว่าเราคือวัดภาคใต้ คือสร้างโบสถ์ขึ้นมาใหม่ ต่อไปนี้เราก็จะอาศัยวัดบ้าง แต่วัดบางที่ก็ท่วมหนักบางวัด คือฝั่งนี้มันมีถนนต่อไปสงขลา ไปหาดใหญ่ ฝั่งนั้นก็มีถนนไปเทพา ฝั่งนั้นก็มีสี่หมูบ้าน ถ้าน้ำท่วมฝั่งนั้น ฝั่งนี้ก็ไปไม่ได้ ใครมาก็มีจุดพักไว้ พักคน รถ...”

11. ควรใส่ใจปัญหาสุขภาพของคนเปราะบางเป็นพิเศษ

“...ในเรื่องสุขภาพ คนแก่บ้านผม ถ้าทั้งอำเภอเยอะนะ แต่ในพื้นที่ผม 700 กว่าคน คน 4,000 คน 700 คน ก็เป็นคนแก่เสียส่วนใหญ่ พิจารณามาก แต่ว่าผมไปทำวิจัยไว้เรื่อง คนที่รับบริการเกี่ยวกับโครงการหลักประกันสุขภาพ 60-70 เขาไม่สนใจ แต่ถ้า 70 ขึ้น เริ่มอ่อนแอ อยากเข้าถึงการบริการตรงนั้น...”

12. ควรมีการเยียวยาจิตใจอย่างต่อเนื่อง

“...ตอนนี้โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ก็ประสานกับงานสุขภาพจิต จะลงชุมชน เคื่อก็มีการอบรม อสม. อบรมให้ความรู้และก็ให้ไปกระจายให้ชาวบ้าน...” (เจ้าหน้าที่ สสจ.)

“...ก็จะมีหน่วยงานของจิตเวชเข้าไปอยู่แล้ว จิตเวชเค้าจะมีแผนอยู่แล้วว่าระหว่างเกิดเหตุการณ์จิตเวชเค้าจะออกไป...” (พยาบาลภูเก็ต)

13. ผู้นำท้องถิ่นต้องสร้างความเชื่อมั่นเรื่องความปลอดภัยให้กับประชาชนและเจ้าหน้าที่

“...อปท. ต้องสร้างความเชื่อมั่น สร้างความมั่นใจ ตอนประชุม ผอ.การทำฯ ก็ถามว่าจะทำอย่างไร ก็เลยบอกว่า ที่บันไดเลื่อนที่สนามบิน ก็จัดนิทรรศการเลยว่าภูเก็ตรมีความน่าเชื่อมั่น มีความปลอดภัย...ทำ MOU กับ taxi กับ รถตู้ ที่หากินในพื้นที่นี้เวลาเกิดเหตุการณ์ให้เค้ามาช่วย ตรงนี้เป็น การให้ความเชื่อมั่นกับประชาชน และนักท่องเที่ยว...” (พยาบาลภูเก็ต)

“...ตอนนี้ของป่าตองไม่รู้จะทำยังไงให้เจ้าหน้าที่เชื่อ อาจจะต้องพึ่งโรงพยาบาลเอง เสริมไม่ให้เค้ากลัว พอเริ่มมีแผ่นดินไหวเข้ามาเจ้าหน้าที่เริ่มต้นตระหนก กลายเป็นว่าขาดสติ อปท. เองเค้าจะให้ความมั่นใจกับเราอย่างไร ที่จะมาตรงนี้ safe คือถ้าเราไปคุณเคลียร์ คือเท่าที่ผ่านมา เรามองว่าไม่เห็น safe

ไม่เห็นมีใครช่วยเราเลย ที่จะเคลียร์เส้นทาง อะไรแบบนี้ ความเชื่อมั่นนะค่ะ ทำให้ทุกคนทำงานด้วยความไม่สบายใจ...” (พยาบาลภูเก็ต)

14. มีจัดการการช่วยเหลือที่ดีกว่าการแจกของ

“...ก็มึงบั้งไว้ งงมาเพื่อท่วม 5 วัน ก็แจก แต่ปีนี้ไม่ได้แจก ผมก็ไปหามา พอดีครอบครัวข่าว 3 เพื่อนเกลอไปเป็น สจ. เขาสนิทกับครอบครัวข่าว 3 สรยุทธ ก็ผมขอมา 1,500 ชุด พอได้ 2 หมู่บ้าน การที่มาช่วย โดยการเอาจากองค์กรภายนอก คือเรามีเงื่อนไขอะไรบางอย่างที่บอกว่าตอนนี้เราช่วยตัวเองไม่ได้ เราต้องขอความช่วยเหลือจากคนอื่น ร้านค้าบอกว่าให้เตรียมไว้ ถ้าไม่หนักก็ไม่เอา เพราะคืนได้ เตรียมไว้ที่เขาแล้วบอกปีนี้ไม่ได้แจก เพราะวันเดียว โชคดีไปไม่ได้แจก แจกยังงี้ก็โดนด่า ไม่แจกก็โดนด่า คือจี้ ถ้าได้แบบนี้ มันสุดยอด ถ้าได้ของแจก ยิ่งคนมีความรู้ ยิ่งงก ดูเทศบาลให้เท่านั้น อบต.ให้เท่านี้ รู้จักเป็นการส่วนตัวก็เอาไปให้ โดนด่าอีก...”

15. บันทึก ถอดบทเรียน อย่างจริงจัง

“...เราไม่มีการส่งต่อข้อมูล องค์ความรู้ ไม่ได้ทำเป็นหนังสือเอาไว้ ไม่เคยเขียนเล่าประสบการณ์ให้ใครอ่าน คนอื่นที่มาอยู่แทนเรา เขาก็ไม่รู้วิธีการจัดการ ยังไม่รู้วิธีการช่วยเหลืออย่างริบด่วน อย่างเมื่อปี 54 มีถุงยังชีพเยอะแยะ ความเสียหายบ้านพัง ต้องสร้างบ้าน คนอื่นที่มาอยู่แทนผม ก็จะไม่รู้ว่าถุงยังชีพเป็นแสน ๆ ถุง เขาจัดการอย่างไร เราเอาไปเก็บไว้ที่ไหน เราพาใครมาช่วยในการขนย้าย เราประสานงานอย่างไร ซึ่งบางอย่างเป็นทักษะ แต่ผมอยากให้ทักษะนี้เป็นองค์ความรู้ มีคนทำให้เป็นแบบแผน ถ้ามีคนทำงานตรงนี้ก็จะได้...”

16. ควรกระจายอำนาจและทรัพยากรในการจัดการภัยพิบัติให้ท้องถิ่นจัดการตนเอง

“...เดี๋ยวนี้คนไม่รู้จักท้องถิ่นดีพอ...ก็เดี๋ยวนี้เขาไม่รู้จักใคร หมอไม่รู้จักท้องถิ่นดีพอ เพราะว่าเด็กท้องถิ่นก็ไม่รู้จัก แต่ถ้าทำงานร่วมกันได้ เดี่ยวนี้เขาเรียนรู้กันหมดแล้ว อย่างกลัวเลยเรื่องการกระจาย เขาใช้คำว่ากระจายอำนาจ แต่จริง ๆ มันไม่ได้กระจายอำนาจ อยู่ในส่วนกลางหมดเลย งบประมาณอยู่ที่กระทรวงทั้งหมด...”

“...ผมบอกว่าให้รัฐบาลจริงจังเรื่องการกระจายอำนาจ ส่วนภูมิภาคบางหน่วยงาน ปี 49 บอกให้โอนภาระงานลงมาหมด มันยังไม่แก้กฎหมายเลย... ดินะว่ากระทรวงสาธารณสุขพึ่งพวกเราบ้าง แทนที่จะให้อนามัยมาอยู่ ก็ลงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ก็ยังดีกว่า เพราะมีคณะกรรมการร่วม...”

17. การทำงานในพื้นที่ต้องบูรณาการ แบ่งปัน โดยไม่เห็นแก่ผลประโยชน์

“...คือถ้าตัดเรื่องผลประโยชน์ออก บูรณาการ ประเทศนี้ไม่ต้องทำอะไร คุณมีเท่าไร ผมมีเท่าไร แบ่งปันกัน แล้วมาเฉลี่ยตัวนี้แหละ ลงไปเท่าเทียมหมด... บูรณาการและตัดผลประโยชน์ออก นั่นแหละสำเร็จ ไม่เป็นตัวกูของกู แต่เป็นของเรา ต้องบูหัวมันก่อน หางมันถึงกระดิก ดูระดับกระทรวงลี อยู่ในกระทรวงเดียวกัน มันยังพูดไม่ได้ระหว่างกรม ระหว่างกรมพูดไปได้เลย กรมนี้ น้ำ กรมเกษตร กรมทรัพยากร มันบูรณาการในกระทรวงเดียวกัน...บูรณาการมันมีหลายแบบ บูรณาการตั้งแต่ 4 M การบริหารต้องบูรณาการให้หมด...”

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ได้รับผลกระทบ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากชาวบ้านในพื้นที่ประสบภัย ที่เป็นตัวอย่างของชุมชนที่สามารถพึ่งตนเองได้ ในการรับมือกับภัยพิบัติมีดังนี้

1. ศึกษาหาสาเหตุของปัญหาเพื่อการแก้ไขอย่างยั่งยืน

“...ถ้าพื้นที่นั้นไม่ได้ช่วยเหลือชาวบ้านให้ยั่งยืน เพราะตอนนี้ โครงการอย่างที่เราเกิดดินถล่มนี้ หน่วยงานของรัฐในระดับแม่ข่ายใหญ่ ๆ กรมป่าไม้ก็แล้วแต่ กรมอุทยานก็แล้วแต่ กรมชลประทานก็แล้วแต่ จะต้องมาศึกษาถึง จะต้องมาคิดกันว่า มาศึกษาปัญหาว่าทำไมดินถล่ม เพราะไม้รากลึกมันน้อยลง จะต้องระดมบรรณรักษ์ปลูกป่าแล้วตอนนี้ แต่ตอนนี้ยังเจ็บ ทางผม ผมทำ ผมปลูกกระดุมทุกวัน...”

2. แก้ปัญหารากพิบัติโดยเน้นการปฏิบัติในพื้นที่

จำเป็นต้องทบทวนการทำงานของหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการจัดการภัยพิบัติ

“...ผมว่าต้องมีหน่วยที่รับผิดชอบเรื่องการจัดการภัยพิบัติน้ำท่วมโดยตรง เราไปทำด้วยความจำเป็น เรามีความรู้เกี่ยวกับภัยพิบัติไม่มาก ควรมีคนที่มีความรู้มาจัดการระบบตั้งแต่ต้น มาแก้ปัญหาและสร้างองค์ความรู้ภัยพิบัติโดยตรง ทุกด้าน ทั้งน้ำ พายุ สึนามิ ทั้งเรื่องอัคคีภัย ผมว่า ปก. เจ้าหน้าที่ป้องกันภัยพิบัติอุตสาหกรรมจากกรมการปกครองเพื่อมาทำงานด้านนี้โดยเฉพาะ แต่ปัจจุบัน ปก.ทำงานไม่ได้ ปก.ยังไปลงทำงานธุรการ ไม่ได้เข้ามาจัดการภัยพิบัติโดยตรง คนของ ปก.มี 60-70 คน ตั้งไปอยู่จังหวัดหมด ควรเอาไปอยู่อำเภอละ 2 คน ทุก ๆ อบต.มี ปก.ของอบต.อยู่แล้ว ดังนั้นเจ้าหน้าที่ปก.ที่จังหวัดส่งมา 1-2 คน ทำงานประสานงานกับ ปก.ของอบต.ได้ ของเทศบาล ทำงานกับโรงพยาบาล กับมูลนิธิอาสาสมัครต่าง ๆ ควรจะทำงานเป็นรูปธรรมมากกว่านี้ไม่ใช่ไปเล่นกับหนังสือ เอกสาร เอาสงครามตัวเลขเน้นเรื่องรายงาน ผมว่ามันหลงประเด็น เรื่องของภัยพิบัติเป็นเรื่องของการแก้ปัญหาด้วยการปฏิบัติมากกว่าหนังสือ...”

3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัคร

“...การสร้างอาสาสมัครให้มาก และให้เขามีวิทยะเป็นกลุ่มของเขาจะได้ประสาน เพราะการติดต่อด้านอื่นไม่ได้เลย จึงควรพัฒนาศักยภาพคนในพื้นที่มากขึ้นและสนับสนุนให้มีวิทยะสื่อสารในกลุ่ม...”

4. ปรับวิธีสื่อสาร

“...เมื่อถามว่าตอนเกิดเหตุสิ่งไหนที่จำจำเป็น ผมบอกไปแล้วว่า การสื่อสารคือข้อที่หนึ่ง ข้อสอง การเตรียมความพร้อมของผู้ประสบภัย คือว่า ให้เขาเตรียมความพร้อมว่าเมื่อเกิดเหตุเขาควรมารวมกันที่ไหน อย่าให้มีการแบ่งฝักแบ่งฝ่าย...”

5. ปรับกระบวนการฟื้นฟูให้เป็นระบบและยั่งยืน

ข้อเสนอที่พบตรงกันคือกระบวนการฟื้นฟูที่เป็นระบบและยั่งยืน โดยเสนอให้มีการสร้างจิตสำนึกของคนในพื้นที่ ดังข้อมูล

“...ที่นี่ หลังเกิดเหตุมีระบบฟื้นฟู พัฒนามัย กะไม่ที่ พอวันที่ 1, 2 ปี 55 เราได้ช่วยคราวเดียว หน่วยงานอื่นไม่เข้าเลย นี่เท่าแต่อบต. เอาข่าวสารมาให้ ไอ้อื่นที่เข้ามามารณรงค์ ให้รักต้นไม้ ให้ปลูก จิตสำนึก ว่าดินถล่มเพราะไ้ไ้ไร ไม่มีเลยครับ(เน้นเสียงสูง) ผมมองว่าเป็นจุดบอดสำคัญ ตอนนี้ คนอายุ 100 ปี 90 ปี เขาเพิ่งเคยเห็น เราอาจจะได้เจอครั้งนี้ แล้วจะได้เห็นถึขึ้นเลย แต่ตอนนี้ไม่มีการสร้าง จิตสำนึกขึ้นมาเลย เห็นต้นไม้สักต้นคนในพื้นที่คิดแต่ไอ้โค่น ไซ่ไม่คิดอีปลูก.....คือผมมองความยั่งยืน มันต้องรู้ให้ได้แล้วตอนนี้ เราในฐานะผู้ประสบภัย เรารู้ว่าต้นเหตุมาจากไ้ไ้ไร ไซ่เราไม่ปลูกฝังละ ว่าภัยพิบัตินี้ เราแก้ปัญหาได้ ภายใน 20 ปีเราแก้ปัญหาได้ ภายใน 10 ปีเราแก้ปัญหาได้ เพราะต้นไม้โตเร็วเป็นไม้รากลึกทั้งหมด ชาวบ้านที่นี้ปลูกแต่ยาง ถ้าเราปลูกไม้รากลึก ไซ่เราไม่คิดละว่า แปลงยาง 50 ไร่ เราควรใส่ไม้ รากลึก 50 ต้น จริงไม่ครับ จริงไม่ครับ นี่ผมมองลึกถึงว่า ถ้าเรายังอี้อยู่ที่นี้ ผมพูดพรคนี้กับชาวบ้านวัน แต่ถึเกิดภัยพิบัติแล้วเราไม่อยู่แล้ว กะอีเรื่องหนึ่ง แต่สำหรับคนที่อยู่ต้องรู้ให้ลึก ตอนนี้ทุกหน่วยงานไม่มีใครมาบอก ผมก็ปาว ๆ หาดต้นไม้ต้นไ้ไรว่าไปตามเรื่อง นายกก็คิดเหมือนกัน กะว่ากันแต่เรา...”

ตอนที่ 6 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะหลักจากการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเชิงเทคนิคต่อ 3 พื้นที่ เนื่องจากทั้ง 3 พื้นที่ที่มีพัฒนาการของการจัดการภัยพิบัติมาระยะหนึ่งแล้วและได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกันและกันผ่านกระบวนการการทำงานร่วมกันตลอดโครงการนี้ อีกทั้งข้อเสนอแนะเชิงเทคนิคนั้นมีรายละเอียดที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของพื้นที่และเกินความจำกัดของรูปแบบรายงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่พบจากทั้ง 3 พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการจัดการเชิงระบบไม่ใช่ปัญหาเชิงเทคนิค ดังนั้นข้อเสนอแนะในบทนี้จึงเป็นข้อเสนอแนะในการจัดการภัยพิบัติเชิงระบบสำหรับหน่วยงานภาคสาธารณสุขระดับพื้นที่ในพื้นที่อื่น ๆ เป็นหลัก ส่วนข้อเสนอแนะเชิงเทคนิคในการจัดการภัยพิบัตินั้นสามารถศึกษาได้จากเอกสารคู่มือต่าง ๆ เช่น ของ ICS, MIMS หรือ Sphere handbook หรืออื่น ๆ ที่รวบรวมไว้ใน Website ของโครงการ (www.K4DM.net) โดยข้อเสนอแนะที่สำคัญจากบทเรียนของหน่วยงานภาคสาธารณสุข 3 พื้นที่นี้ คือ หน่วยงานภาคสาธารณสุขจำเป็นต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการจัดการภัยพิบัติ โดยขยายบทบาทการจัดการภัยพิบัติจากเดิมที่เน้นการตั้งรับในโรงพยาบาลโดยเฉพาะการรักษาพยาบาล (Medical disaster management) ไปเป็นการจัดการภัยพิบัติเชิงรุกที่บูรณาการการจัดการสุขภาพแบบองค์รวม (Health disaster management) โดยการ

1. เปิดพื้นที่และเชื่อมร้อยทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนให้มีส่วนร่วม (Inclusive participation) ในทุกระยะของการจัดการภัยพิบัติโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยสนับสนุนและพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการภัยพิบัติแบบชุมชนพึ่งตนเอง
2. ผลักดันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ให้มีวิสัยทัศน์ ถึงสถานการณ์และผลกระทบต่อสุขภาพที่จะเกิดจากภัยพิบัติทั้งในภาพกว้าง ในเชิงลึก และในระยะยาว เพื่อกำหนดนโยบายในการจัดการภัยพิบัติ (Policy advocacy) ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
3. สื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) เพื่อสร้างความตระหนัก (Awareness) ต่อความเสี่ยงในการเกิดภัยพิบัติและการจัดการภัยพิบัติกับหน่วยงานทุกภาคส่วนและประชาชนในพื้นที่
4. ประเมินความเสี่ยงของพื้นที่ทั้งในและนอกหน่วยงานสาธารณสุขอย่างเป็นระบบร่วมกับหน่วยงานทุกภาคส่วนและประชาชน เพื่อจัดทำแผนการจัดการภัยพิบัติ (Risk assessment and management) ตลอดจนคู่มือ การอบรม การฝึกซ้อม เกี่ยวกับระบบเตือนภัย การเคลื่อนย้าย การอพยพไปยังพื้นที่ปลอดภัย และการตอบสนองต่อภัยพิบัติแต่ละกรณี อย่างบูรณาการ รวมถึงการสำรวจและปรับปรุงความแข็งแรงของโครงสร้างพื้นฐาน อาคาร ถนน สะพาน ระบบสาธารณสุขภาค รวมถึงการเตรียมวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ การกู้ภัย การสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ และมีความพร้อมใช้งานในสถานการณ์ภัยพิบัติ
5. ฝึกอบรมให้ความรู้ในการเตรียมพร้อมแก่ประชาชน (Preparedness) โดยเฉพาะทักษะการช่วยชีวิตในภาวะฉุกเฉินและการดูแลสุขภาพในภัยพิบัติ เพื่อให้สามารถช่วยตนเองและผู้อื่นได้ในสถานการณ์ภัยพิบัติที่ความช่วยเหลือจากภายนอกอาจล่าช้า
6. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Capacity building) รวมถึงวางแผนกำลังคนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ให้ความรู้และทักษะที่จะสามารถจัดการภัยพิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเสี่ยงทางภูมิศาสตร์และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รวมถึงการดูแลสุขภาพที่มีความเฉพาะกับประชากรกลุ่มพิเศษต่าง ๆ ที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพ

7. พัฒนาระบบการจัดการอาสาสมัคร ส่งเสริม สนับสนุน ฝึกอบรมอาสาสมัครในการช่วยเหลือในกรณีภัยพิบัติ (Volunteer management) เพื่อดึงทุนของสังคมไทยที่มีอยู่ออกมาเป็นพลังในการจัดการภัยพิบัติ
8. พัฒนาระบบและกลไกการจัดการการช่วยเหลือให้มีประสิทธิภาพ (Effective aid management) ให้ครอบคลุม ความเป็นธรรม และเหมาะสมกับความต้องการของผู้ได้รับผลกระทบทุกคน
9. จัดเวทีสาธารณะเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนความสำเร็จในการจัดการภัยพิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปใช้ในการจัดการภัยพิบัติในอนาคตให้ดียิ่งขึ้น (Knowledge management)
10. ส่งเสริมพัฒนานักวิชาการในการนำความรู้ด้านการจัดการภัยพิบัติไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน และสร้างองค์ความรู้ใหม่จากชุมชน (knowledge translation)

ตอนที่ 7 หัวข้อการทบทวนที่ควรทำเพิ่มเติม

1. แนวโน้มการเกิดภัยพิบัติที่เป็นผลการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศของโลกและผลกระทบต่อสุขภาพเป็นอย่างไร? แนวทางการป้องกัน การเตรียมพร้อม และการจัดการเรื่องนี้ควรจะเป็นอย่างไร?
2. จะมีวิธีพัฒนาการจัดการภัยพิบัติแบบสหสาขาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนให้เกิดขึ้นได้อย่างไร?
3. ทางเลือกของรูปแบบการช่วยเหลือดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มพิเศษต่าง ๆ ที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของไทยมีอะไรบ้าง?
4. หน่วยงานภาคสาธารณสุขจะสามารถมีบทบาทในการจัดการภัยพิบัติเชิงรุกที่บูรณาการการจัดการสุขภาพแบบองค์รวม (Health disaster management) ร่วมกับชุมชนได้อย่างไร?

บรรณานุกรม

- Amilasan, A. S., Ujiie, M., Suzuki, M., Salva, E., Belo, M. C., Koizumi, N., Yoshimatsu, K., et al. (2012). Outbreak of leptospirosis after flood, the Philippines, 2009. *Emerg Infect Dis*, 18(1), 91–4. doi:10.3201/eid1801.101892
- Arbaiah, O., Badrul, H. A. S., Marzukhi, M. I., Yusof, M., Badaruddin, M., & Adam, M. (2009). Outbreak Management During the Worst Flood Disaster of 2006-2007 in Johore, Malaysia. *Malaysian Journal of Community Health*, 15(S), 111–118.
- Baqir, M., Sobani, Z. A., Bhamani, A., Bham, N. S., Abid, S., Farook, J., & Beg, M. A. (2012). Infectious diseases in the aftermath of monsoon flooding in Pakistan. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 2(1), 76–79.
- Berggren, R. E., & Curiel, T. J. (2006). After the storm-health care infrastructure in post-Katrina New Orleans. *N Engl J Med*, 354, 1549–1552.
- Bethel, J. W., Foreman, A. N., & Burke, S. C. (2011). Disaster preparedness among medically vulnerable populations. *American journal of preventive medicine*, 40(2), 139–143. doi:10.1016/j.amepre.2010.10.020
- Bissell, R. A., Lopez, R., & Burkeholder-Allen, K. (2001). Post-Disaster Infectious Disease Management. Toledo Area Disaster Medical Assistance Team. Retrieved from http://mediccom.org/public/tadmat/training/NDMS/inf_disease.pdf
- Bureau of Epidemiology. (2011). *Situation of Death Cases in Thailand Flood Crisis: Updated 11 November 2011* (pp. 754–757). Nonthaburi, Thailand: Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Retrieved from epid.moph.go.th/wesr/file/y54/H54482011-11-272011-12-03.pdf
- Burke, R. V., Iverson, E., Goodhue, C. J., Neches, R., & Upperman, J. S. (2010). Disaster and mass casualty events in the pediatric population. *Seminars in pediatric surgery*, 19(4), 265–270. doi:10.1053/j.sempedsurg.2010.06.003
- Chatterjee, M. (2010). Slum dwellers response to flooding events in the megacities of India. *Mitigation and Adaptation Strategies for Global Change*, 15(4), 337–353.
- Clark, R., Besch, L., Murphy, M., Vick, J., Gurd, C., Broyles, S., & Lincoln, K. (2006). Six month later: The effect of Hurricane Katrina on health care for persons living with HIV/AIDS in New Orleans. *Aids Care*, 18, 59–61.
- Cloutier, R. J., Greenwood, J., Malawski, J. R., & Tremblay, K. P. (1997). Disaster planning: St. Boniface General Hospital, a case study of the flood of the century. *Hosp Q*, 1(2), 36–39.
- Curtis, A., Mills, J. W., & Leitner, M. (2007). Katrina and vulnerability: The geography of stress. *J Health Care Poor Underserved*, 18, 315–330.
- Dechet, A. M., Parsons, M., Rambaran, M., Mohamed-Rambaran, P., Florendo-Cumbermack, A., Persaud, S., Baboolal, S., et al. (2012). Leptospirosis Outbreak

- following Severe Flooding: A Rapid Assessment and Mass Prophylaxis Campaign; Guyana, January–February 2005. *PLoS ONE*, 7(7), e39672. doi:10.1371/journal.pone.0039672
- Du, W., FitzGerald, G. J., Clark, M., & Hou, X.-Y. (2010). Health impacts of floods. *Prehospital and disaster medicine*, 25(3), 265–272.
- Grier, J. R. (2010). Healing Haiti's Invisible Wounds: Mental Health Response to the January Earthquake. Maastricht Graduate School of Governance. Retrieved from http://mgsog.merit.unu.edu/publications/briefs/Healing%20Haiti_s%20Invisible%20Wounds.pdf
- Joshi, P. C., Kaushal, S., Aribam, B. S., Khattri, P., D'Aoust, O., Singh, M. M., Marx, M., et al. (2011). Recurrent floods and prevalence of diarrhea among under five children: observations from Bahraich district, Uttar Pradesh, India. *Glob Health Action*, 4. doi:10.3402/gha.v4i0.6355
- Leitmann, J. (2007). Cities and Calamities: Learning from Post-Disaster Response in Indonesia. *Journal of Urban Health*, 84(Suppl 1), 144–153. doi:10.1007/s11524-007-9182-6
- Manley, W. G., Furbee, P. M., Coben, J. H., Smyth, S. K., Summers, D. E., Althouse, R. C., Kimble, R. L., et al. (2006). Realities of disaster preparedness in rural hospitals. *Disaster management & response: DMR: an official publication of the Emergency Nurses Association*, 4(3), 80–87. doi:10.1016/j.dmr.2006.05.001
- Miceli, R., Sotgiu, I., & Settanni, M. (2008). Disaster preparedness and perception of flood risk: A study in an alpine valley in Italy. *Journal of Environmental Psychology*, 28(2), 164–173. doi:10.1016/j.jenvp.2007.10.006
- Multi Donor Fund for Aceh and Nias (MDF). (2006). *The First Year of Rebuilding Together: Results, Challenges and Opportunities*. Jakarta, Indonesia: World Bank.
- Pan American Health Organization. (2004). *Management of Dead Bodies in Disaster Situations*. Washington, D.C.: PAHO. Retrieved from <http://www.paho.org/english/dd/ped/DeadBodiesBook.pdf>
- Pappas, G., Papadimitriou, P., Siozopoulou, V., Christou, L., & Akritidis, N. (2008). The globalization of leptospirosis: worldwide incidence trends. *Int J Infect Dis*, 12, 351–357.
- Qadri, F., Khan, A. I., Faruque, A. S. G., Begum, Y. A., Chowdhury, F., Nair, G. B., Salam, M. A., et al. (2005). Enterotoxigenic *Escherichia coli* and *Vibrio cholerae* Diarrhea, Bangladesh, 2004. *Emerging Infectious Diseases*, 11(7), 1104–1107.
- Reilly, K. H., Clark, R. A., Schmidt, N., Benight, C. C., & Kissinger, P. (2009). The effect of post-traumatic stress disorder on HIV disease progression following hurricane Katrina. *AIDS Care*, 21(10), 1298–1305.

- Smith, J. K. G., Young, M. M., Wilson, K. L., & Craig, S. B. (2012). Leptospirosis following a major flood in Central Queensland, Australia. *Epidemiology and Infection*, *FirstView Article*, 1–6.
- U.S. Department of Health & Human Services. (2012, February 14). Emergencies and HIV/AIDS. Retrieved August 3, 2012, from <http://aids.gov/hiv-aids-basics/staying-healthy-with-hiv-aids/taking-care-of-yourself/emergency-preparedness/>
- U.S. Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response. (2012). Emergency Prescription Assistance Program (EPAP): Pharmacy Informational Bulletin. U.S. Department of Health & Human Services. Retrieved from <http://www.phe.gov/Preparedness/planning/epap/Documents/epappharmacyinfo.pdf>
- Vachiramon, V., Busaracome, P., Chongtrakool, P., & Puavilai, S. (2008). Skin diseases during floods in Thailand. *J Med Assoc Thai*, *91*(4), 479–84.
- Vernberg, E. M., Steinberg, A. M., Jacobs, A. K., Brymer, M. J., Watson, P. J., Osofsky, J. D., Layne, C. M., et al. (2008). Innovations in disaster mental health: Psychological first aid. *Professional Psychology: Research and Practice*, *39*(4), 381–388.
- Victoriano, A. F. B., Smythe, L. D., Gloriani-Barzaga, N., Cavinta, L. L., Kasai, T., Limpakarnjanarat, K., Ong, B. L., et al. (2009). Leptospirosis in the Asia Pacific region. *BMC Infectious Diseases*, *9*(147).
- Walldorf, J. A., Joseph, P., Valles, J. S., Sabatier, J. F., Marston, B. J., Jean-Charles, K., Louissant, E., et al. (2012). Recovery of HIV service provision post-earthquake. *AIDS*, *26*(11), 1431–1436.
- Watson, J. T., Gayer, M., & Connolly, M. A. (2007). Epidemics after Natural Disasters. *Emerg Infect Dis*, *13*(1), 1–5.
- Xu, J., & Lu, Y. (2012). Meta-synthesis pattern of post-disaster recovery and reconstruction: based on actual investigation on 2008 Wenchuan earthquake. *Natural Hazards*, *60*(2), 199–222. doi:10.1007/s11069-011-0003-6
- Zoraster, R. M. (2010). Vulnerable populations: Hurricane Katrina as a case study. *Prehosp Disaster Med*, *25*(1), 74–78.
- Zuckerman, J. N., Rombo, L., & Fisch, A. (2007). The true burden and risk of cholera: implications for prevention and control. *Lancet Infect Dis*, *7*, 521–30.

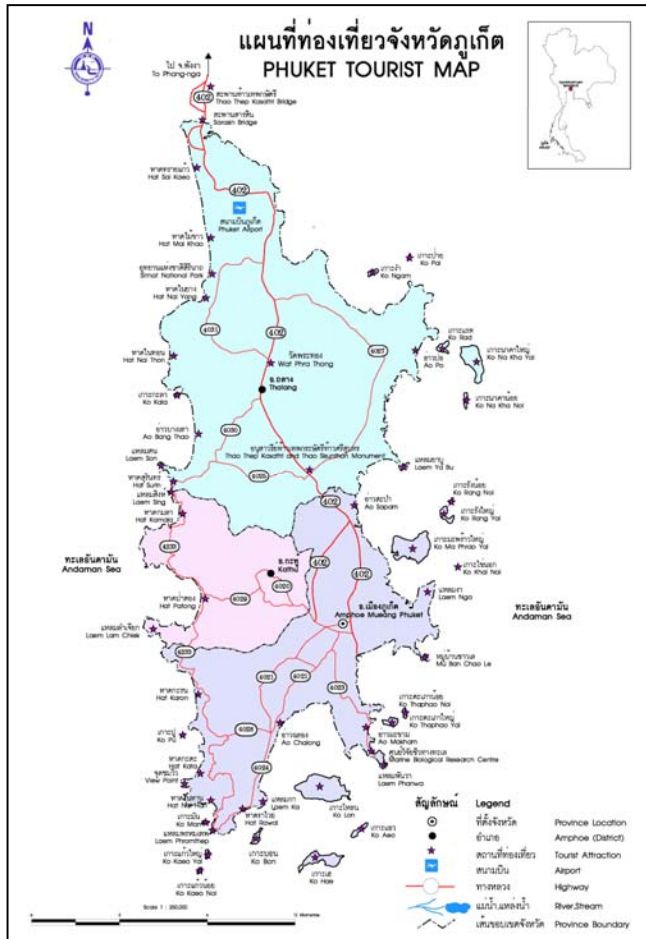
ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

ข้อมูลจังหวัดภูเก็ต

1. สภาพภูมิสังคม

1.1 ลักษณะทางภูมิศาสตร์



ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของจังหวัดภูเก็ต ตั้งอยู่ภาคใต้ ระหว่างละติจูดที่ 7 องศา 45 ลิปดา ถึง 8 องศา 15 ลิปดาเหนือและลองจิจูดที่ 98 องศา 15 ลิปดา ถึง 98 องศา 40 ลิปดาตะวันออก มีลักษณะเป็นเกาะจัดเป็นเกาะที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของประเทศไทย ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของภาคใต้ในทะเลอันดามัน มหาสมุทรอินเดีย มีเกาะบริวาร 32 เกาะ ส่วนกว้างที่สุดของเกาะภูเก็ตเท่ากับ 21.3 กิโลเมตร ส่วนยาวที่สุดของเกาะภูเก็ตเท่ากับ 48.7 กิโลเมตร เฉพาะเกาะภูเก็ตมีพื้นที่ 543.034 ตารางกิโลเมตร ส่วนเกาะบริวารมีพื้นที่ 27 ตารางกิโลเมตร รวมพื้นที่ทั้งหมด 570.034 ตารางกิโลเมตรหรือ 356,271.25 ไร่ ภูเก็ตมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง คือ

ทิศเหนือ ติดต่อกับช่องแคบปากพระ จังหวัดพังงา เชื่อมโดยสะพานสารสินและสะพานเทพกระษัตรี

ทิศใต้ ติดต่อกับ ทะเลอันดามัน

มหาสมุทรอินเดีย

ทิศตะวันตก ติดต่อกับทะเลอันดามัน มหาสมุทรอินเดีย

ทิศตะวันออก ติดต่อกับทะเลอันดามันเขตจังหวัดพังงา

1.2 ลักษณะภูมิอากาศ

ภูมิอากาศของจังหวัดภูเก็ตมีลักษณะเป็นแบบเขตร้อนชื้น อยู่ใ้ในเขตอิทธิพลลมมรสุม ตะวันตกเฉียงใต้และตะวันออกเฉียงเหนือจึงมีอากาศร้อนชื้นตลอดทั้งปี และมีเพียงแค่ 2 ฤดู เท่านั้น คือ ฤดูฝน ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ตั้งแต่เดือนเมษายน-พฤศจิกายน 8) เดือน(และฤดูร้อนซึ่งได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ เริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม-มีนาคม 4)เดือน(ช่วงเดือนพฤศจิกายน-เมษายน เป็นช่วงที่อากาศดีที่สุดไม่มีฝน ท้องฟ้าแจ่มใส

ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม-เมษายน

ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-พฤศจิกายน ได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ในปี 2550 มีฝนตกรวม 181 วัน ลดลงจากปี 2549 จำนวน 7 วัน ปริมาณน้ำฝนรวม 2,396.0 มิลลิเมตร และช่วงเดือนที่มีปริมาณน้ำฝนมากที่สุด ได้แก่ เดือนสิงหาคม ปริมาณน้ำฝน 403.0 มิลลิเมตร ในขณะที่เดือนตุลาคม มีจำนวนวันที่ฝนตกมากที่สุดถึง 27 วัน/เดือน

2. ด้านประชากร

ประชากรและความหนาแน่นของประชากร ประชากรจังหวัดภูเก็ต ณ กันยายน 2554 มีจำนวน 351,909 คน เป็นชาย 166,513 คน หญิง 185,396 คน ความหนาแน่นของประชากร 617 คนต่อตารางกิโลเมตร จำนวนครัวเรือนทั้งหมด 186,848 ครัวเรือน ดังตาราง

ตารางแสดงจำนวนประชากรในจังหวัดภูเก็ต

จังหวัด	ครัวเรือน	ประชากร		รวม
		ชาย	หญิง	
จังหวัดภูเก็ต	186,848	166,513	185,396	351,909
อำเภอเมืองภูเก็ต	19,566	15,614	17,151	32,765
อำเภอกะทู้	4,386	3,099	3,388	6,487
อำเภอถลาง	40,223	35,554	36,841	72,395
เทศบาลตำบลวิชิต	26,367	20,371	22,530	42,901
เทศบาลตำบลราไวย์	11,818	7,260	8,253	15,513
เทศบาลตำบลรัชฎา	23,612	19,921	23,034	42,955
เทศบาลตำบลเทพกระษัตรี	3,331	3,320	3,454	6,774
เทศบาลตำบลเชิงทะเล	2,280	2,753	3,241	5,994
เทศบาลเมืองกะทู้	13,088	10,700	12,573	23,273
เทศบาลตำบลกระรน	6,435	3,817	4,153	7,970
เทศบาลเมืองป่าตอง	13,549	9,471	9,893	19,364
เทศบาลนครภูเก็ต	22,193	34,633	40,885	75,518

ที่มา : ที่ทำการปกครองจังหวัดภูเก็ต, รายงานสรุปจังหวัดภูเก็ต ปี 2555

ประชากรแฝง จำนวนประชากรแฝงที่เป็นชาวไทย จำนวน 103,895 คน คิดเป็นร้อยละ 31.77 ของประชากร ตามทะเบียนราษฎร ประชากรแฝงส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภอเมืองภูเก็ต ร้อยละ 79.01 อำเภอกะทู้ ร้อยละ 24.30 และอำเภอถลาง ร้อยละ 3.92 ส่วนใหญ่เป็นประชากรทั่วไปที่อพยพเข้ามาตามคู่สมรสและกลุ่มแรงงานทุกประเภท

ตารางแสดงจำนวนประชากรแฝงชาวไทยในจังหวัดภูเก็ต ปี พ.ศ.2552

อำเภอ	คนทำงานแรงงาน ทุกประเภท		ประชาชนทั่วไป		นักเรียน/นักศึกษา		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เมือง	27,193	71.18	42,193	80.60	12,701	92.95	82,087	79.01
กะทู้	9,204	24.40	4,544	8.68	194	1.42	13,942	13.42
ถลาง	1,485	3.92	5,612	10.72	769	5.63	7,866	7.75

ที่มา : ที่ทำการปกครองจังหวัดภูเก็ต, รายงานสรุปจังหวัดภูเก็ต ปี 2555

3. ด้านเศรษฐกิจ

3.1. อาชีพ

จากการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานระดับจังหวัด (จปฐ.2) ปี 2554 ประชากรและครัวเรือนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย

ตารางแสดงการประกอบอาชีพของประชาชน

อาชีพ	จำนวนเพศชาย(คน)	จำนวนเพศหญิง(คน)	จำนวนรวม (คน)
ไม่มีอาชีพ	1,292	1,723	3,015
นักเรียน	5,586	5,431	11,017
นักศึกษา	1,218	1,303	2,521
ทำนา	5	1	6
ทำไร่	24	14	38
ทำสวน	926	608	1,534
ประมง	507	120	627
ปศุสัตว์	5	3	8
รับราชการ	1,206	1,137	2,343
รัฐวิสาหกิจ	345	348	693
พนักงานบริษัท	3,103	3,535	6,638
รับจ้างทั่วไป	17,923	16,484	34,407
ค้าขาย	3,510	4,855	8,365
ธุรกิจส่วนตัว	3,835	4,127	7,962
อื่นๆ	3,399	4,680	8,079
รวมทั้งหมด	42,884	44,369	87,253

ที่มา : สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดภูเก็ต

3.2. อาชีพอื่นๆ

การเกษตรกรรม การเกษตรกรรมในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตส่วนใหญ่จะกระจายกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านการทำสวนยางพารา สับปะรด แต่มีประมาณไม่มากนักเนื่องจากภาคอุตสาหกรรม การท่องเที่ยวที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ทำให้เกษตรกรปรับเปลี่ยนมาดำเนินการด้านการท่องเที่ยวแทน

4. สภาพสังคม

4.1. การศึกษา

จังหวัดภูเก็ตมีสถานศึกษาทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในปี พ.ศ. 2554 ทั้งหมด 104 แห่ง แบ่งเป็น ตั้งแต่ระดับอนุบาล ประถมศึกษา มัธยมศึกษา รวม 96 แห่ง ปวช.-ปวส. 6 แห่ง ปริญญาตรี 2 แห่ง

4.2. การสาธารณสุข

ภูเก็ตมีโรงพยาบาลรัฐและเอกชน 7 แห่ง 1,186 เตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 21 แห่ง คลินิกเวชกรรม 100 แห่ง คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง 49 แห่ง คลินิกทันตกรรม 73 แห่ง คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง 1 แห่ง คลินิกแพทย์แผนไทย 7 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบันเพิ่มจาก 47 แห่ง เป็น 300 แห่ง ร้านขายยาแผนโบราณ 12 แห่ง โรงพยาบาลรัฐ 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 503 เตียง โรงพยาบาลกลาง จำนวน 60 เตียง โรงพยาบาลป่าตอง จำนวน 60 เตียง โรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสิริโรจน์ จำนวน 151 เตียง โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต จำนวน 200 เตียง โรงพยาบาลมิชชั่นภูเก็ต จำนวน 83 เตียง และในปี 2554 องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตเปิดให้บริการโรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต จำนวน 129 เตียง

5. ระบบสาธารณูปโภค

5.1. การประปา การบริการประปาในจังหวัดภูเก็ต มีดังนี้

5.1.1. เทศบาลนครภูเก็ต ผลิตน้ำประปาจากแหล่งน้ำดิบในชุมเหมืองร้าง 9 แห่ง ทั้งของ เอกชนและของเทศบาลเอง จำนวน 9 แห่ง ดังนี้

- ชุมน้ำหน้าโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ความจุ 127,000 ลบ.ม. ของ บริษัทโฮยเฮียง
 - ชุมน้ำซอยพะเนียง ความจุ 72,000 ลบ.ม. ของบริษัทโฮยเฮียง
 - ชุมน้ำเทศบาล ความจุ 334,000 ลบ.ม. ของเทศบาลนครภูเก็ต
 - ชุมน้ำเทศบาล ความจุ 334,000 ลบ.ม. ของเทศบาลนครภูเก็ต
 - ชุมน้ำแฝด ความจุ 732,900 ลบ.ม. ของบริษัทเซ่งหวน จำกัด
 - ชุมน้ำริมถนนวิจิตรสงคราม ความจุ 222,000 ลบ.ม. ของคุณบรรลือ ตันติวิท
 - ชุมน้ำบริษัทอนุภาษา อ.กะทู้ ความจุ 2,000,000 ลบ.ม. ของบริษัทอนุภาษา
 - ชุมน้ำคุณคณิต ความจุ 73,000 ลบ.ม. ของคุณคณิต ยงสกุล
 - ชุมน้ำสวนเฉลิมพระเกียรติ ความจุ 100,000 ลบ.ม. ของเทศบาลนครภูเก็ต
 - ชุมน้ำบริษัทอนุภาษา เจ้าฟ้า ความจุ 1,000,000 ลบ.ม. ของบริษัทอนุภาษา
- รวมปริมาณน้ำดิบทั้งสิ้น 4,660,900 ลูกบาศก์เมตร

5.1.2. กองประปา เทศบาลนครภูเก็ต มีแหล่งการผลิตน้ำประปา จำนวน 3 แห่ง คือ

- ระบบการผลิตขุมน้ำเทศบาล กำลังการผลิต 1,680 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน
 - ระบบการผลิตขุมน้ำสวนเฉลิมพระเกียรติ ร.9 กำลังการผลิต 3,600 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน
 - ระบบการผลิต ถนนดำรง กำลังการผลิต 20,880 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน
- รวมอัตรากำลังการผลิตทั้งสิ้น 26,160 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน

5.1.3. การประปาท้องถิ่น จำนวน 5 แห่ง ให้บริการชุมชนและพื้นที่ใกล้เคียง คือ

- การประปาเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี ใช้แหล่งน้ำดิบจากขุมเหมืองบางมะรวน มีกำลังการผลิต 20 ลูกบาศก์ต่อชั่วโมง
- การประปาเทศบาลตำบลเชิงทะเล ใช้แหล่งน้ำดิบจากน้ำตกและเหมืองร้าง มีกำลังการผลิต 20 ลูกบาศก์เมตรต่อชั่วโมง
- การประปาบ้านสะปำ ใช้แหล่งน้ำดิบจากเหมืองร้างมีกำลังการผลิต 20 ลูกบาศก์เมตรต่อชั่วโมง
- การประปาเทศบาลเมืองป่าตอง มีกำลังการผลิต 36,000 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน
- การประปา องค์การบริหารส่วนตำบลเทพกษัตรี องค์การบริหารส่วนตำบลศรีสุนทร องค์การบริหารส่วนตำบลป่าคลอก และองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะแก้ว โดยแต่ละแห่งมีกำลังการผลิต 480 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน

5.1.4. การประปาเอกชน กลุ่มธุรกิจโรงแรมและสนามกอล์ฟขนาดใหญ่ ได้จัดสร้างโรงงานผลิตน้ำแบบเคลื่อนย้ายได้ มีขนาดกำลังผลิต 6,000 ลูกบาศก์เมตรต่อวัน

5.2. การบริการโทรศัพท์ มีศูนย์ให้บริการกระจายอยู่ในพื้นที่ทั้ง 3 อำเภอ มีเลขหมายโทรศัพท์จำนวน 74,282 เลขหมาย มีเลขหมายที่เปิดบริการใช้แล้ว จำนวน 53,988 เลขหมาย และคงเหลือเลขหมายว่าง จำนวน 20,296 เลขหมาย โดยมีชุมสายทั้งหมด 75 ชุมสาย

6. การคมนาคม

จังหวัดภูเก็ตมีเส้นทางคมนาคม 3 ทาง ได้แก่ ทางบก ทางน้ำและทางอากาศ การคมนาคม ทางบก มีทางหลวงหมายเลข 402 เป็นเส้นทางหลัก และมีทางหลวงจังหวัดรอบเกาะ รวมทั้งเส้นทางอื่น ๆ ที่แยกออกจากทางหลวงหมายเลข 402 ไปยังชุมชนและสถานที่ท่องเที่ยวต่าง ๆ สำหรับทางน้ำจังหวัดภูเก็ต มีท่าเรือน้ำลึก 1 แห่ง ได้แก่ ท่าเรือน้ำลึกภูเก็ต อยู่บริเวณอ่าวมะขาม ใช้เป็นท่าเรือเพื่อการขนส่งสินค้าและเพื่อการท่องเที่ยว นอกจากนั้น ยังมีท่าเทียบเรือท่องเที่ยวและเรือขนาดเล็กอีก 14 แห่ง ส่วนทางอากาศ มีสนามบินนานาชาติภูเก็ต ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขนส่งสินค้าและผู้โดยสาร เชื่อมโยงทั้งภายในประเทศและต่าง ซึ่งสามารถรองรับเที่ยวบินได้ 10 เที่ยวบิน/ชั่วโมง รองรับผู้โดยสารได้มากกว่า 29 ล้านคน

7. สถิติการเกิดสาธารณภัยของจังหวัด

7.1. อุทกภัยและดินโคลนถล่ม

ปี พ.ศ.	จำนวนครั้งที่เกิดภัย (ครั้ง)	พื้นที่ประสบภัย (อำเภอ)
2550	10	อำเภอเมืองภูเก็ตและอำเภอถลาง
2551	11	อำเภอเมืองภูเก็ตและอำเภอถลาง
2552	12	อำเภอเมืองภูเก็ตและอำเภอถลาง

(ที่มา : สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดภูเก็ต)

7.2. พายุหมุนเขตร้อน (วาตภัย)

ปี พ.ศ.	จำนวนครั้งที่เกิดภัย (ครั้ง)	พื้นที่ประสบภัย (อำเภอ)
2550	29	อำเภอเมืองภูเก็ตและอำเภอถลาง
2551	9	อำเภอเมืองภูเก็ตและอำเภอถลาง
2552	8	อำเภอเมืองภูเก็ตและอำเภอถลาง

(ที่มา : สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดภูเก็ต)

7.3. ภัยแล้ง

ปี พ.ศ.	จำนวนครั้งที่เกิดภัย (ครั้ง)	พื้นที่ประสบภัย (อำเภอ)
2550	-	-
2551	2	อำเภอถลาง
2552	2	อำเภอถลาง

(ที่มา : สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดภูเก็ต)

7.4. แผ่นดินไหวและอาคารถล่ม

ปี พ.ศ.	จำนวนครั้งที่เกิดภัย (ครั้ง)	จำนวนบ้านเรือน/สถานที่เสียหาย (หลัง)	เสียชีวิต (คน)	บาดเจ็บ (คน)
2550	-	-	-	-
2551	-	-	-	-
2552	-	-	-	-

(ที่มา : สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดภูเก็ต)

7.5. อัคคีภัย

ปี พ.ศ.	จำนวนครั้งที่เกิดภัย (ครั้ง)	พื้นที่ประสบภัย (อำเภอ)
2550	23	อำเภอเมืองภูเก็ตและอำเภอถลาง
2551	20	อำเภอเมืองภูเก็ตและอำเภอถลาง
2552	8	อำเภอเมืองภูเก็ตและอำเภอถลาง

(ที่มา : สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดภูเก็ต)

8. การประเมินความเสี่ยงภัยของจังหวัด

จากสภาพภูมิศาสตร์เป็นของภูเขามีสภาพเป็นเกาะ เป็นภูเขาสลับซับซ้อน ทอดตัวในแนวเหนือใต้ ภูเขาส่วนใหญ่อยู่ทางทิศตะวันตก และที่ราบส่วนใหญ่อยู่บริเวณตอนกลาง ฝั่งตะวันออก และบริเวณชายฝั่งตะวันตกของเกาะ ชายฝั่งด้านตะวันออกมีสภาพเป็นหาดโคลนและป่าชายเลนลักษณะภูมิอากาศ ภูเก็ตมีลักษณะอากาศเป็นเขตร้อนชื้นได้รับอิทธิพลของลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ส่งผลให้มีลักษณะอากาศชุ่มชื้นตลอดปี โดยปรากฏ 2 ฤดู คือ ฤดูฝนและฤดูร้อน และมีสถานที่ที่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น มีการสร้างหมู่บ้านจัดสรร รีสอร์ท และโรงแรมตามบริเวณภูเขาและพื้นที่ลาดชัน มีการบุกรุกทำลายป่าไม้ หนาดิน และปรับพื้นที่ก่อสร้าง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเส้นทางเดินน้ำ นอกจากนี้ผลการสำรวจของกรมทรัพยากรธรณี พบว่า จังหวัดภูเก็ตอยู่ในเขตที่อาจได้รับผลกระทบจากแผ่นดินไหว สามารถก่อให้เกิดความเสียหายในระดับน้อยถึงปานกลาง จึงทำให้จังหวัดภูเก็ตมีความเสี่ยงต่อการเกิดสาธารณภัย ดังนี้

- อุทกภัย และดินโคลนถล่ม
- ภัยจากแผ่นดินไหวและอาคารถล่ม
- ภัยการคมนาคมและขนส่ง
- ภัยจากอัคคีภัย
- ภัยจากคลื่นสึนามิ

9. การประเมินระดับความเสี่ยงของภัยในจังหวัดภูเก็ต

ลำดับ	ภัยและภาวะฉุกเฉิน	โอกาสการเกิด (A)	ความรุนแรง (B)	คะแนนความเสี่ยง (A*B)	ระดับความเสี่ยง
1	อุทกภัย และดินโคลนถล่ม	3	3	9	ปานกลาง
2	แผ่นดินไหวและอาคารถล่ม	3	3	9	ปานกลาง
3	การคมนาคมและขนส่ง	2	3	6	ปานกลาง
4	อัคคีภัย	2	3	6	ปานกลาง
5	สึนามิ	1	5	5	ปานกลาง

จากสถิติแผ่นดินไหวของสำนักแผ่นดินไหว กรมอุตุนิยมวิทยา และกรมทรัพยากรธรณี ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกไหวในจังหวัดภูเก็ต พบว่า ในปี 2555 มีการเกิดแผ่นดินไหวที่บริเวณตอนเหนือของเกาะสุมาตรา

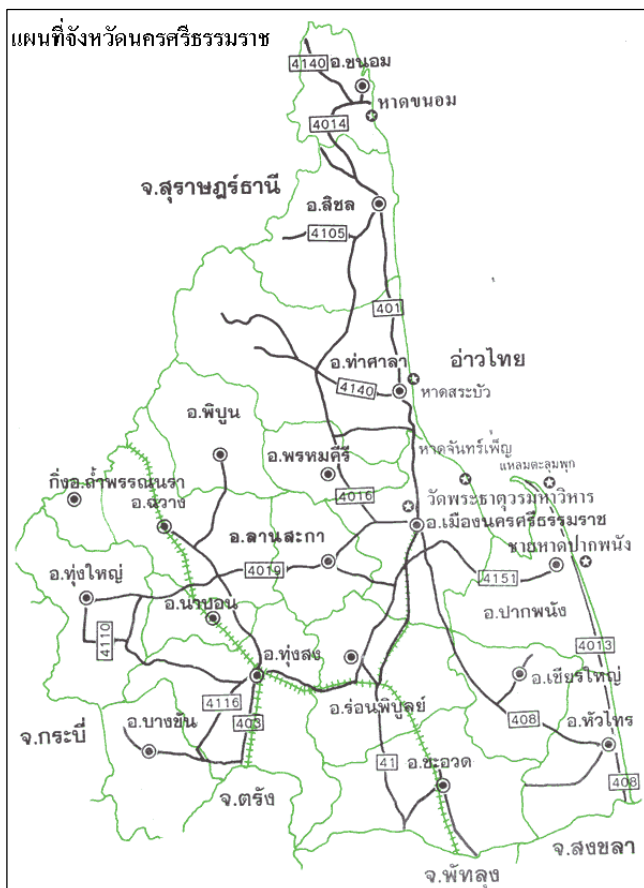
ประเทศอินโดนีเซีย ความลึก 10 กิโลเมตร ขนาด 8.9 ริกเตอร์และมีการประกาศเตือนภัย สึนามิ เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2555

วัน/เดือน/ปี	สถานที่เกิด	ขนาด (ริกเตอร์)	บริเวณที่มีผลกระทบ
28 ธันวาคม 2550	เกาะสุมาตราตอนเหนือ ประเทศอินโดนีเซีย ห่างจาก จ.ภูเก็ต ประมาณ 340 กม.	5.7	รู้สึกสั่นไหวบนตึกสูงของ จ.ภูเก็ต และพังงา
11 เมษายน 2555	บริเวณตอนเหนือของเกาะสุมาตรา ประเทศอินโดนีเซีย ความลึก 10 กิโลเมตร	8.9	รู้แรงสั่นสะเทือนถึงภาคใต้ของไทยรวมถึงกรุงเทพมหานคร
16 เมษายน 2555	มีศูนย์กลางอยู่ที่ ต.ศรีสุนทร อ.ถลาง จ.ภูเก็ต ละติจูด 8.02 องศาเหนือ ลองจิจูด 98.37 องศาตะวันออก ที่ความลึก 10 กิโลเมตร	4.3	ประชาชนในหลายพื้นที่ของ จังหวัดภูเก็ตรับรู้ถึงแรงสั่นสะเทือนได้
20 เมษายน 2555	อ.ถลาง จ.ภูเก็ต	3.3	ประชาชนในหลายพื้นที่ของ จังหวัดภูเก็ตรับรู้ถึงแรงสั่นสะเทือนได้

ข้อมูลจังหวัดนครศรีธรรมราช

1. สภาพภูมิสังคม

1.1. ลักษณะทางภูมิศาสตร์



จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นจังหวัดในประเทศไทย ที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 2 ของภาคใต้ (รองจากสุราษฎร์ธานี) ห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 780 กิโลเมตร จังหวัดที่อยู่ติดกันได้แก่ สงขลา พัทลุง ตรัง กระบี่ และสุราษฎร์ธานี

ตั้งอยู่ประมาณละติจูด 9 องศาเหนือ และลองจิจูด 100 องศาตะวันออก มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดสุราษฎร์ธานีและอ่าวบ้านดอน

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอ่าวไทยเป็นชายฝั่งทะเล มีความยาวตั้งแต่ตอนเหนือของอำเภอขนอมลงไปทางใต้ของอำเภอหัวไทร ประมาณ 225 กิโลเมตร

ทิศตะวันตก ติดต่อกับจังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดกระบี่

ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดนครศรีธรรมราช แตกต่างไปตามลักษณะ ของเทือกเขานครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นเทือกเขาที่มีความยาวตามแนวยาวของคาบสมุทร เป็นผลให้ ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดนครศรีธรรมราช แบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ

1. บริเวณเทือกเขาตอนกลาง ได้แก่ บริเวณเทือกเขานครศรีธรรมราช มีอาณาเขตตั้งแต่ตอนเหนือของ จังหวัดลงไป ถึงตอนใต้สุด
2. บริเวณที่ราบชายฝั่งด้านตะวันออก ได้แก่บริเวณตั้งแต่เทือกเขาตอนกลางไปทางตะวันออกถึงฝั่งทะเลอ่าวไทย
3. บริเวณที่ราบด้านตะวันตก ได้แก่ บริเวณที่ราบระหว่างเทือกเขานครศรีธรรมราชและเทือกเขาบรรทัด

1.2. ลักษณะภูมิอากาศ

จากสภาพที่ตั้งใกล้เส้นศูนย์สูตร มีภูเขาและเป็นคาบสมุทรทั้งสองด้าน กล่าวคือ ด้านตะวันออกเป็นทะเลจีนใต้ มหาสมุทรแปซิฟิก ด้านตะวันตก เป็นทะเลอันดามันมหาสมุทรอินเดีย ทำให้นครศรีธรรมราชได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมจากมหาสมุทรอินเดียและพายุหมุนเขตร้อน จากทะเลจีนใต้ สลับกัน ดังนี้

1.2.1. ลมมรสุม ในแต่ละปีจังหวัดนครศรีธรรมราชจะได้รับอิทธิพลของลมมรสุม ดังนี้

- ลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ลมนี้มีทิศทางพัดผ่านมหาสมุทรอินเดียและทะเลอันดามันเข้าสู่ประเทศไทย บริเวณชายฝั่งตะวันตกจึงมีฝนตกชุก ในส่วนของจังหวัด นครศรีธรรมราช นั้นเนื่องจากมีเทือกเขาทางตะวันตกและตอนกลางเป็นแนวกันทิศทางลม ทำให้ฝนตกไม่มากนัก อิทธิพลของลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้จะอยู่ในช่วงประมาณ เดือน พฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม
- ลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ลมนี้พัดผ่านอ่าวไทยเข้าสู่ภาคใต้ ทำให้เกิดฝนตกชุกในจังหวัดนครศรีธรรมราช เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่ของจังหวัด ตั้งอยู่ในด้านรับลมของเทือกเขา อิทธิพลของลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ จะทำให้ฝนตกมากในช่วงประมาณ เดือน พฤศจิกายน - มกราคม

1.2.2. พายุหมุนเขตร้อน

- พายุดีเปรสชัน เป็นพายุหมุนเขตร้อนที่มีความเร็วสูงสุด ใกล้ศูนย์กลางที่ผิวพื้นไม่ เกิน 34 นอต (63 กิโลเมตรต่อชั่วโมง) ใช้สัญลักษณ์ D
- พายุโซนร้อน เป็นพายุหมุนเขตร้อนที่มีความเร็วลมสูงสุดใกล้ศูนย์กลาง ที่ผิวพื้น ตั้งแต่ระหว่าง 34-63 นอต (63-117 กิโลเมตรต่อชั่วโมง)
- พายุไต้ฝุ่น เป็นพายุหมุนเขตร้อนที่มีความเร็วสูงสุดใกล้ศูนย์กลางที่ผิวพื้น ตั้งแต่ 64 นอต (8 กิโลเมตรต่อชั่วโมง) ขึ้นไป

จังหวัดนครศรีธรรมราช ในช่วงตั้งแต่กลางเดือนตุลาคมเป็นต้นไป จนถึงเดือนพฤศจิกายน มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากพายุหมุนเขตร้อน เพราะในช่วงดังกล่าว พายุมีโอกาสที่จะเคลื่อนเข้าสู่จังหวัดและก่อให้เกิดผลกระทบ โดยตรงมากที่สุด ซึ่งจากข้อมูล ตั้งแต่ พ.ศ 2494-2539 ปรากฏว่าพายุเคลื่อนจากอ่าวไทย และขึ้นฝั่งที่จังหวัดนครศรีธรรมราช 10 ลูก ส่วนใหญ่มีกำลังแรงเป็นพายุดีเปรสชัน แต่เนื่องจากสภาพภูมิประเทศที่มีชายฝั่งทะเลเป็นแนวยาวติดต่อกับอ่าวไทย จังหวัด นครศรีธรรมราชจึงมีโอกาสได้รับผลกระทบจากพายุดีเปรสชันด้วย โดยมีพายุ 2 ลูก จากจำนวนทั้งหมด 10 ลูก เคลื่อนที่ขึ้น ฝั่งขณะมีกำลังแรงขึ้นพายุโซนร้อน ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อจังหวัดทั้งจากกระแสน้ำที่พัดแรงจัด และฝนที่ตกหนักมากจนเกิดอุทกภัยเป็นบริเวณกว้าง พายุ 2 ลูกดังกล่าวได้แก่ พายุโซนร้อน "แฮเรียต" ที่เคลื่อนขึ้นฝั่งบริเวณแหลมตะลุมพุก เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ 2505 นับเป็นภัยธรรมชาติที่รุนแรง ที่สุดที่เคยเกิดขึ้นในจังหวัดนครศรีธรรมราช อีกลูกหนึ่ง คือ พายุโซนร้อน "ฟอร์เรสต์" ที่เคลื่อนขึ้นฝั่งเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ 2535

1.2.3. ลักษณะฤดูกาล มี 2 ฤดู คือ

- ฤดูร้อน อยู่ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน มีอากาศร้อนตลอดฤดูกาล
- ฤดูฝน

- ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - ตุลาคม เป็นช่วงที่รับอิทธิพลมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ แต่เนื่องจากมี เทือกเขานครศรีธรรมราชที่สูงชัน เป็นแนวกั้นทิศทางลม จึงมีฝนตกไม่มากนัก
- ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน - มกราคม เป็นช่วงที่ได้รับอิทธิพลมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือช่วงนี้มีฝนตกหนาแน่น
- ปริมาณน้ำฝน รวมตั้งแต่เดือนมกราคม 2550 ถึงเดือนธันวาคม 2550 วัดได้ 2,598.5 มิลลิเมตร โดยมีปริมาตรสูงสุดวัดได้ 619.5 มิลลิเมตร เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2550 สำหรับปริมาณน้ำฝนต่ำสุดเดือนกุมภาพันธ์ 2550 มีปริมาณ 5.7 มิลลิเมตร ในรอบปี 2550 มีฝนตก จำนวน 178 วัน

1.3. ทรัพยากรธรรมชาติ

ทรัพยากรดิน นครศรีธรรมราชมีเนื้อที่ประมาณ 6.24 ล้านไร่ ดินมีลักษณะแตกต่างกันไปตามเขตพื้นที่ ลักษณะดินส่วนใหญ่เป็นดินตะกอน ซึ่งส่วนหนึ่งจะเป็นพื้นที่เพาะปลูกไม้ยืนต้น ส่วนใหญ่จะเป็นพื้นที่ปลูกยางพารา โดยเฉพาะในเขตอำเภอฉวาง ทุ่งใหญ่ ทุ่งสง และ อำเภอท่าศาลา รองลงมาเป็นพื้นที่ดินเหมาะแก่การทำนาทั่วไป ลักษณะของดิน มีความอุดม สมบูรณ์จากธรรมชาติหลากหลาย

1.3.1. ทรัพยากรป่าไม้

1. ข้อมูลพื้นที่ป่าไม้ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

- 1.1 จังหวัดนครศรีธรรมราช มีพื้นที่ป่าไม้ ทั้งสิ้น 1,867.35 ตารางกิโลเมตร หรือ 1,166,875 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 18.88% ของพื้นที่จังหวัด
- 1.2 พื้นที่ป่าชายเลน 277.89 ตารางกิโลเมตร หรือ 173,681.25 ไร่
- 1.3 พื้นที่ป่าบก จำนวน 1,589.45 ตารางกิโลเมตร หรือ 993,406.25 ไร่
- 1.4 พื้นที่ป่าสงวนแห่งชาติ 69 ป่า เนื้อที่ 1,924,654 ไร่
- 1.5 อุทยานแห่งชาติ จำนวน 5 แห่ง เนื้อที่ 1,028,648 ไร่
- 1.6 เขตห้ามล่าสัตว์ป่า และอนุรักษ์พันธุ์สัตว์ป่า
- 1.7 พื้นที่อนุญาตใช้ทำประโยชน์ จำนวน 172 ราย เนื้อที่ 68,236 ไร่
- 1.8 พื้นที่ป่าชุมชน หมู่บ้านเป้าหมาย 4 หมู่บ้าน ดังนี้
- 1.9 พื้นที่ป่าเศรษฐกิจ ครอบคลุมพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราชทั้งหมด มีจำนวนเกษตรกร 340 ราย เนื้อที่ 2,813.75 ไร่

นอกจากนี้ ยังมี สถานีควบคุมไฟป่าจังหวัดนครศรีธรรมราช โครงการควบคุมไฟป่าในพื้นที่ลุ่มน้ำปากพนังอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และหน่วยจัดการต้นน้ำปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช หน่วยจัดการต้นน้ำคลองกลาย จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

ด้านไฟป่า

- สถานีควบคุมไฟป่าจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ตั้ง ตำบลนาสาร อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
- โครงการควบคุมไฟป่าในพื้นที่ลุ่มน้ำปากพนังอันเนื่องมาจากพระราชดำริ ที่ตั้ง หมู่ 4 ตำบลเค็ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช

ด้านต้นน้ำ

- หน่วยจัดการต้นน้ำปากพั่น จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ตั้ง หมู่ 8 ตำบลหินตก ตำบลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
- หน่วยจัดการต้นน้ำคลองกลาย จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ตั้ง ตำบลกลาย อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. ด้านประชากร

อำเภอ	จำนวนราษฎรรวม	จำนวนบ้าน
อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช	267,021	85,337
อำเภอพรหมคีรี	36,195	10,053
อำเภอลานสกา	40,179	12,637
อำเภอฉวาง	66,243	21,258
อำเภอพิปูน	28,626	9,523
อำเภอเชียรใหญ่	43,786	12,540
อำเภอชะอวด	84,887	24,737
อำเภอท่าศาลา	108,054	28,518
อำเภอทุ่งสง	150,497	49,024
อำเภอนาบอน	26,520	7,850
อำเภอทุ่งใหญ่	70,014	21,111
อำเภอปากพนัง	103,822	28,873
อำเภอร่อนพิบูลย์	80,946	22,530
อำเภอสิชล	85,364	24,828
อำเภอขนอม	28,441	9,067
อำเภอหัวไทร	67,312	18,970
อำเภอบางขัน	43,081	12,685
อำเภอฉ่ำพรรณรา	18,101	5,893
อำเภอจุฬาภรณ์	30,788	8,689
อำเภอพระพรหม	41,461	12,393
อำเภอนบพิตำ	30,941	8,825
อำเภอช้างกลาง	29,847	8,959
อำเภอเฉลิมพระเกียรติ	31,865	8,827
รวม	1,513,991	456,355

3. ด้านเศรษฐกิจ

3.1. รายได้ประชากร

เศรษฐกิจโดยทั่วไปของจังหวัดขึ้นอยู่กับภาคเกษตร อาชีพหลัก คือ ทำสวนยางพารา ทำนา ทำไร่ การปลูกผลไม้ ทำสวนมะพร้าว การประมงและการเลี้ยงสัตว์ จากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี 2549 ประชาชนมีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี เท่ากับ 72,419 บาท เป็นอันดับที่ 11 ของภาคใต้

4. สภาพสังคม

4.1. การศึกษา

มีมหาวิทยาลัยที่เปิดสอน 7 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง สาขาวิทยบริการเฉลิมพระเกียรติ ศูนย์วิทยพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตศรีธรรมโศกราช และมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

เขตพื้นที่การศึกษา	สถานศึกษา		ครูอาจารย์		นักเรียน	
	ของรัฐ	เอกชน	ของรัฐ	เอกชน	ของรัฐ	เอกชน
1	145	5	2,802	1,229	46,370	26,167
2	231	63	3,519	962	56,534	22,700
3	281	33	3,301	479	54,995	13,851
4	158	22	2,568	268	41,980	5,936
รวม	815	171	12,190	2,938	199,879	68,654
รวมรัฐและเอกชน	986		15,128		268,533	

(ที่มา: สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครศรีธรรมราช 1 - 4)

4.1.1. การศึกษานอกระบบ

ปี 2550 มีสถานศึกษาสังกัดสำนักส่งเสริมการศึกษานอกระบบในจังหวัด 4 แห่ง คือ

1. สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช
3. ห้องสมุดประชาชน "เฉลิมราชกุมารี" เขาขุนพนม
4. ห้องสมุดประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราช

สถานศึกษาศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ รวม 23 อำเภอ และห้องสมุดประชาชนอำเภอ 22 แห่ง รวมศูนย์บริการการศึกษาทั้งสิ้น 49 แห่ง จำนวนผู้เข้ารับการศึกษารวม 65,390 คน แยกเป็น ระดับประถม 2,423 คน ระดับ ม.ต้น 11,747 คน ระดับ ม.ปลาย 16,528 คน ระดับ ปวช. 465 คน โครงการรู้หนังสือ 30 คน ฟีกทักษะวิชาชีพ 6,356 คน กลุ่มพัฒนาอาชีพ 5,128 คน พัฒนา

อาชีพด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง 1,804 คน พัฒนาสังคมและชุมชนหลักสู่ตวรรษที่ 5,658 คน พัฒนาทักษะชีวิต 15,251 คน

4.2. ศาสนา

ชาวนครศรีธรรมราชส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธประมาณ 93.57% รองลงมาได้แก่ ศาสนาอิสลาม 5.83% ศาสนาคริสต์ 0.60%

5. สถิติการเกิดสาธารณภัยของจังหวัด

ประเภทภัย	จำนวนครั้ง			
	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2554
อุทกภัย	2	3	3	3
วาตภัย	30	40	32	42
อัคคีภัย	35	60	36	43
ฟ้าผ่า	-	1	4	1
เรือล่ม	2	1	3	-
ภัยแล้ง	-	1	1	-
ดินถล่ม	-	-	-	1
น้ำป่าไหลหลาก	-	-	-	3
คลื่นกัดเซาะชายฝั่ง	-	-	-	1
แผ่นดินทรุดตัว	-	-	1	1
ไฟฟ้า	-	2	-	-

(ที่มา: สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดนครศรีธรรมราช)

ข้อมูลอำเภอท่าศาลา

1. สภาพภูมิสังคม

1.1. ลักษณะทางภูมิประเทศ

ตำบลท่าศาลา เป็นตำบลในเขตการปกครองของอำเภอท่าศาลา ซึ่งประกอบด้วย จำนวน 15 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านตลาดท่าศาลา, หมู่ 2 บ้านเตาหม้อ, หมู่ 3 บ้านท่าสูง, หมู่ 4 บ้านท่าสูงบน, หมู่ 5 บ้านในถุ้ง, หมู่ 6 บ้านสระบัว, หมู่ 7 บ้านหน้าทับ, หมู่ 8 บ้านปากน้ำใหม่, หมู่ 9 บ้านด่านภาษี, หมู่ 10 บ้านป่อนนท, หมู่ 11 บ้านฝายท่า, หมู่ 12- หมู่ 13 บ้านโนไร่, หมู่ 14 บ้านแหลม, หมู่ 15 บ้านบางตง

4. ด้านสังคม

4.1. ระบบสาธารณูปโภค

จำนวนครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ในเขต อบต. 6,482 ครัวเรือน จำนวนบ้านที่มีโทรศัพท์ 1,637 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 25 ของจำนวนหลังคาเรือน

ข้อมูลอำเภอสิทธิชัย

1. สภาพภูมิสังคม

1.1. ลักษณะทางภูมิประเทศ

ที่ตั้งและอาณาเขต

อำเภอสิทธิชัย ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดนครศรีธรรมราช บริเวณ ละติจูด 73 ถึงละติจูด 09 องศาเหนือ และลองจิจูด 698 องศา ห่างจากตัวเมืองนครศรีธรรมราชขึ้นไปทางทิศเหนือตามแนวทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 401 (สายนครศรีธรรมราช-สุราษฎร์ธานี) ประมาณ 70 กิโลเมตร และห่างจากกรุงเทพมหานคร 717 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 703.105 ตารางกิโลเมตร คิดเป็นเนื้อที่ประมาณ 478,400 ไร่ หรือประมาณร้อยละ 7.07 ของพื้นที่ทั้งจังหวัด (จังหวัดนครศรีธรรมราชมีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 9,942.50 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 6,214,064 ไร่)

อำเภอสิทธิชัยตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอชนอม

ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอไทย

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอท่าศาลาและอำเภอนบพิตำ

ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอกาญจนดิษฐ์และอำเภอดอนสัก (จังหวัดสุราษฎร์ธานี)

ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นที่ราบชายฝั่งทะเล ทางด้านทิศตะวันตกของอำเภอเป็นที่ราบสูงและมีป่าไม้มาก (เทือกเขานครศรีธรรมราช) พื้นที่ค่อนข้างลาดต่ำลงมาที่ราบ ตอนกลางเป็นที่ราบลุ่ม ทางด้านทิศตะวันออกจดชายฝั่งทะเลอ่าวไทยตลอด ลักษณะดินอุดมสมบูรณ์เหมาะแก่การเพาะปลูก พื้นที่ส่วนใหญ่ปลูกข้าว ยางพารา กาแฟ สวนผลไม้ มะพร้าว และปาล์ม

มีภูเขาตั้งอยู่ทั่วไป โดยเฉพาะตอนเหนือ ที่สำคัญได้แก่ เขาหัวช้าง เขาหลวง เขาตาดฟ้า เขาญวนเฒ่า เขาใหญ่ แม่น้ำลำคลองที่สำคัญได้แก่ คลองท่าควาย คลองท่าท่น คลองท่าเรือรี คลองท่าเขียว คลองเปลี่ยน

1.2. ลักษณะภูมิอากาศ

อำเภอสิทธิชัยตั้งอยู่ใกล้เส้นศูนย์สูตร มีลักษณะอากาศแบบโซนร้อน แต่โดยเหตุที่พื้นที่อยู่ในคาบสมุทรที่ไม่กว้างขวางนัก จึงได้รับอิทธิพลของมรสุมลมทะเลตลอดปี และปัจจัยที่มีผลต่อลมฟ้าอากาศอีกอย่างหนึ่งคือแนวเทือกเขาสูงตอนกลางและตะวันตกของอำเภอ ในรอบปีจึงได้รับมรสุมดังนี้

- ลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้ฝนตกชุกในเดือนตุลาคม ถึงเดือน มกราคม

- ลมมรสุมตะวันออกเฉียงใต้ แต่เนื่องจากพื้นที่เขตอำเภอสิทธิชัยมีภูเขาสูงกั้นทางลมไว้ จึงทำให้ไม่มีฝนตกชุกเท่าที่ควรในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน

ด้วยอิทธิพลของลมมรสุมทั้งสองชนิดนี้ จึงทำให้พื้นที่อำเภอสิทธิชัยมีฝนตกเกือบตลอดปี มีฤดูกาลเพียง 2 ฤดูกาล คือ ฤดูฝนและฤดูร้อน

ฤดูฝน เริ่มต้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมกราคม ในช่วงนี้จะมีฝนตกหนัก และหนักมากในเดือนพฤศจิกายน มีปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 2,490.9 มิลลิเมตร/ปี ทำให้มีความชุ่มชื้นตลอดปี

ฤดูร้อน เริ่มต้นตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน อุณหภูมิสูงสุดประมาณ 37.7 องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุด 17.1 องศาเซลเซียส อุณหภูมิตลอดปีประมาณ 27.4 องศาเซลเซียส ทำให้มีความอบอุ่นตลอดปี

2. ด้านประชากร

ข้อมูลประชากรกลางปีอำเภอลือชัย (จากทะเบียนราษฎร) จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรทั้งหมด 86,364 คน เป็นเพศชาย 42,947 คน และเพศหญิง 43,417 คน

3. ด้านเศรษฐกิจ

3.1. อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก มีการทำสวนโดยทั่วไป เช่น สวนมะพร้าว ยางพารา สวนผลไม้ และการทำนาที่มีอยู่ทั่วไป รองลงมาได้แก่อาชีพประมง สำหรับราษฎรที่อาศัยอยู่ในที่ราบชายฝั่งทะเลอ่าวไทย ซึ่งการประมงของอำเภอลือชัย ประกอบด้วย เรือประมง อวนลาก และเรืออวนลอยชายฝั่ง

3.2. พาณิชยกรรม ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชนหนาแน่น ย่านตลาดการค้า และตลาดจำหน่ายสินค้า เครื่องใช้ เครื่องอุปโภคบริโภค ซึ่งมีกระจายอยู่ทุกพื้นที่ มีการซื้อขายทุกวันตลอดสัปดาห์ เช่น ตลาด ลือชัย(ตลาดบน) ตลาดปากน้ำ ตลาดต้นเหรียง ตลาดหัวทุ่ง ตลาดเขาฝ้าย ตลาดจันทร์ ตลาดแม่กิมส้อง

ตำบลเทพราช อำเภอลือชัย จังหวัดนครศรีธรรมราช

1. สภาพทั่วไป

1.1. ลักษณะภูมิประเทศ

ตำบลเทพราช เป็นตำบลหนึ่งของอำเภอลือชัย โดยแยกตัวมาจากตำบลเสาเกา ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของอำเภอลือชัย ทิศเหนือ ของจังหวัดนครศรีธรรมราช ห่างจากตัวอำเภอลือชัยประมาณ 14 กิโลเมตร ห่างจากตัวเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช ประมาณ 54 กิโลเมตร และห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 713 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อดังนี้

ทิศเหนือ จดองค์การบริหารส่วนตำบลคลอง บ้านห้วยแก้ว (ต.เขาน้อย)

ทิศใต้ จดองค์การบริหารส่วนตำบลเปลี่ยน อำเภอลือชัย

ทิศตะวันออก จดองค์การบริหารส่วนตำบลเสาเกา อำเภอลือชัย

ทิศตะวันตก จดองค์การบริหารส่วนตำบลเปลี่ยน หมู่ที่ 3 ตำบลนบพิตำ หมู่ที่ 1 ตำบลกรุงชิง

อำเภอท่าศาลา และอำเภอพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ลักษณะภูมิประเทศทั่วไป เป็นที่ราบเชิงภูเขา โดยด้านตะวันตกเป็นภูเขา (เทือกเขานครศรีธรรมราช - เขายวนเฒ่า) แนวเขตติดต่อกับจังหวัดสุราษฎร์ธานี พื้นที่ป่าไม้ เป็นป่าไม้ที่สมบูรณ์และเป็นแหล่งต้นน้ำลำธาร

1.2. ลักษณะภูมิอากาศ

ตำบลเทพราช ตั้งอยู่ในเขตร้อนใกล้เส้นศูนย์สูตร มีลักษณะภูมิอากาศแบบโซนร้อน มีฝนตกชุกเกือบตลอดปี และมีฤดูกาลเพียง 2 ฤดู คือ ฤดูฝนและฤดูร้อน

ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง เดือน มกราคม ในช่วงนี้จะมีฝนตกหนักถึงหนักมาก จึงมีความชุ่มชื้นเพียงพอต่อพื้นที่

ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ถึง เดือน เมษายน ในช่วงเดือนเมษายน จะมีอุณหภูมิสูงสุดประมาณ 40 องศาเซลเซียส

2. ด้านประชากร

จำนวนประชากรมีทั้งหมด 7,538 คน แยกเป็น ชาย 3,735 คน หญิง 3,803 คน ซึ่งมีรายละเอียดจำนวนประชากรแต่ละหมู่บ้านดังนี้

หมู่ที่	จำนวนครอบครัว	จำนวนเพศชาย	จำนวนเพศหญิง	รวม
1	220	400	413	813
2	160	322	348	670
3	121	214	239	453
4	125	242	269	511
5	152	278	246	524
6	105	239	222	461
7	164	313	341	654
8	170	304	298	602
9	120	284	289	573
10	123	151	130	281
11	138	278	315	593
12	79	145	157	302
13	160	301	321	622
14	73	133	131	264
15	99	131	84	215
รวม	2,009	3,735	3,803	7,538

3. ด้านเศรษฐกิจ

3.1. อาชีพ

อาชีพของประชากรในตำบลเทพราช ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำสวนผลไม้ สวนยางพารา สวนกาแฟ เป็นต้น

3.2. พื้นที่ทางการเกษตร รวมประมาณ 11,879 ไร่ แบ่งออกได้ดังนี้

1. พื้นที่ทำนา มีพื้นที่ประมาณ 5,113 ไร่
 2. พื้นที่ไม้ผล - ไม้ยืนต้น ซึ่งได้แก่ มะพร้าว ยางพารา เงาะ ทุเรียน ลำสาต เป็นต้น ซึ่งมีพื้นที่ประมาณ 6,316 ไร่
 3. พื้นที่พืชไร่ ได้แก่ ยาสูบ แตงโม ข้าวโพด มีพื้นที่ประมาณ 450 ไร่
- 3.3. การเลี้ยงสัตว์** นิยมเลี้ยงพันธุ์ไก่เนื้อ รองลงมาคือ การเลี้ยงสุกร

3.4. หน่วยธุรกิจในเขตตำบลเทพราช

- โรงสีข้าว จำนวน 2 แห่ง
- ปั้มน้ำมันขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง
- ร้านค้าเบ็ดเตล็ด จำนวน 50 แห่ง
- ร้านซ่อมยานยนต์ จำนวน 4 แห่ง

4. ด้านสังคม

4.1. การศึกษา โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จำนวน 6 แห่ง

1. โรงเรียนเทพราชพิทยาสรรค์
2. โรงเรียนวัดธารน้ำฉา
3. โรงเรียนบ้านน้ำฉา
4. โรงเรียนบ้านฝ้าย
5. โรงเรียนชุมชนวัดเทพราช
6. โรงเรียนวัดเขายวนเฒ่า

- ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน 6 แห่ง

4.2. สถาบันและองค์กรทางศาสนา

- วัด จำนวน 2 แห่ง
- สำนักสงฆ์ จำนวน 1 แห่ง

4.3. สาธารณสุข

- สถานีอนามัยประจำตำบล มีจำนวน 2 แห่ง คือ

4.4. ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

- ศูนย์บริการประชาชน จำนวน 2 แห่ง คือ

 1. ป้อมตำรวจ หมู่ที่ 9 บ้านเขาคา
 2. ป้อมตำรวจ หมู่ที่ 8 ท่าทอน

4.5. แหล่งน้ำธรรมชาติ

4.5.1. แหล่งน้ำธรรมชาติ มีห้วย, คลอง ดังต่อไปนี้

- | | |
|----------------------------------|--|
| คลองด้วน หมู่ที่ 3 | - ลำห้วยทรายขาว หมู่ที่ 13,4 |
| คลองไทร หมู่ที่ 8 | - ห้วยรากแก้ว หมู่ที่ 3 |
| ห้วยคลองคุด หมู่ที่ 13 | - ห้วยนายเหียม, คลองเปลี่ยน หมู่ที่ 14 |
| ห้วยนายลาด ห้วยทรายขาว หมู่ที่ 4 | - คลองห้วยหิน หมู่ที่ 6 |
| คลองใสอ้อย หมู่ที่ 7 | - คลองต่อเรือ หมู่ที่ 1,2 |

คลองท่าท่น, คลองฝายน

- ห้วยน้ำโพลัง หมู่ที่ 1, 3

ห้วยแห้ง หมู่ที่ 4

- ห้วยวาวโย หมู่ที่ 14

4.5.2. แหล่งน้ำสร้างขึ้นใหม่

ฝายน้ำล้น หมู่ที่ 2 จำนวน 2 แห่ง

ฝายน้ำล้น หมู่ที่ 6 จำนวน 3 แห่ง

ฝายน้ำล้น หมู่ที่ 4 จำนวน 1 แห่ง

4.6. เขตการปกครอง

จำนวนหมู่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลเทพราช มีทั้งหมด 15 หมู่บ้าน

หมู่ที่ 1 (บ้านต่อเรือ) หมู่ที่ 8 (บ้านน้ำฉา)

หมู่ที่ 2 (บ้านเทพราช) หมู่ที่ 9 (บ้านสงวนเขาคา)

หมู่ที่ 3 (บ้านต้นเนียง) หมู่ที่ 10(บ้านฝายนบน)

หมู่ที่ 4 (บ้านเขายวนเฒ่า) หมู่ที่ 11(บ้านสระยุง)

หมู่ที่ 5 (บ้านฝายกลาง) หมู่ที่ 12(บ้านสวนหัวแหวน)

หมู่ที่ 6 (บ้านไสอ้อย) หมู่ที่ 13(บ้านคลองคุด)

หมู่ที่ 7 (บ้านไสแพ) หมู่ที่ 14(บ้านวาวโย)

หมู่ที่ 15(บ้านสามเทพ)

หมายเหตุ หมู่ที่ 4, 5 มีพื้นที่อยู่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติคลองฝายนเป็นบางส่วน

ข้อมูลจังหวัดสงขลา

1. สภาพภูมิสังคม

1.1 ลักษณะทางภูมิศาสตร์



จังหวัดสงขลา ตั้งอยู่ฝั่งตะวันออกของภาคใต้ ระหว่างละติจูดที่ $6^{\circ}17' - 7^{\circ}56'$ เหนือ ลองจิจูดที่ $100^{\circ}01' - 101^{\circ}06'$ ตะวันออก สูงจากระดับน้ำทะเลโดยเฉลี่ย 4 เมตร อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครตามเส้นทางรถไฟ 947 กิโลเมตร และทางหลวงแผ่นดิน 950 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดพัทลุง
ทิศตะวันออก ติดต่อกับ อ่าวไทย
ทิศใต้ ติดต่อกับ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี รัฐเคดาห์ และรัฐเปอร์ลิส ของประเทศมาเลเซีย
ทิศตะวันตก ติดต่อกับ จังหวัดพัทลุง และจังหวัดสตูล

รูปร่าง ทางตอนเหนือเป็นคาบสมุทรแคบและยาวยื่นลงมาทางใต้

เรียกว่า คาบสมุทรสทิงพระ ทางตอนใต้ เป็นแผ่นดินรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า แผ่นดินทั้งสองส่วนนี้เชื่อมต่อกันโดยสะพานติณสูลานนท์ ขนาดพื้นที่ มีพื้นที่ทั้งหมด 7,393.889 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 4,621,181 ไร่ มีขนาดใหญ่เป็นอันดับที่ 27 ของประเทศ และใหญ่เป็นอันดับที่ 3 ของภาคใต้ รองจากจังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดนครศรีธรรมราช

1.2 ภูมิประเทศ

ทิศเหนือ : พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่ม

ทิศ ตะวันออก : พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบริมทะเล

ทิศใต้และทิศตะวันตก : พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขา และที่ราบสูงซึ่งเป็นต้นน้ำลำธารที่สำคัญ

1.3 ภูมิอากาศ

ลักษณะภูมิอากาศ จังหวัดสงขลา มีพื้นที่อยู่ในเขตอิทธิพลของลมมรสุมเมืองร้อน มีลมมรสุมพัดผ่านประจำทุกปีคือลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ เริ่มตั้งแต่กลางเดือนตุลาคม ถึงกลางเดือนมกราคม และลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ เริ่มตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคมถึงกลางเดือนตุลาคม จากอิทธิพลของลมมรสุมดังกล่าว ส่งผลให้เกิดฤดูกาลเพียง 2 ฤดู คือ

ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม

ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนมกราคม

จังหวัดสงขลาในปี 2543 มีปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยรวมตลอดปี 2,417.9 มิลลิเมตร จำนวนวันฝนตก 194 วัน ฝนตกมากที่สุดในช่วงเดือนพฤศจิกายน วัดได้ 878.5 มิลลิเมตร ฝนตกน้อยที่สุดในเดือนกรกฎาคม วัดได้ 25.9 มิลลิเมตร อุณหภูมิเฉลี่ย 27.6 องศาเซลเซียส อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ยทั้งปี 36.1 องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ยทั้งปี 21.9 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์ 78.4%

1.4 ทรัพยากรธรรมชาติ ทรัพยากรธรรมชาติของจังหวัดสงขลาที่สำคัญ ได้แก่

1.4.1 ทรัพยากรดิน ดินส่วนใหญ่เป็นดินทราย และดินทรายปนดินร่วนและดินเหนียวบางส่วน

1.4.2 ทรัพยากรน้ำ มีทั้งแหล่งน้ำผิวดินและแหล่งน้ำใต้ดินแหล่งน้ำผิวดินที่สำคัญ ได้แก่

1) ทะเลสาบสงขลา เป็นแหล่งน้ำธรรมชาติที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของประเทศ มีพื้นที่ส่วนที่เป็นพื้นน้ำประมาณ 1,046.04 ตารางกิโลเมตร หรือ 650,000 ไร่ แบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ

- ทะเลน้อย พื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในเขตจังหวัดพัทลุง และจะมีสภาพเป็นน้ำจืด
- ทะเลหลวง หรือ ทะเลสาบตอนบน เป็นบริเวณที่มีพื้นที่มากที่สุด สภาพน้ำส่วนใหญ่เป็นน้ำกร่อย เป็นที่อยู่อาศัยของสัตว์น้ำนานาชนิด
- ทะเลสาบตอนล่าง มีพื้นที่ตั้งแต่ปากทะเลสาบที่เปิดออกสู่อ่าวไทยลึกเข้าไปยังทะเลหลวง สภาพน้ำเป็นน้ำเค็มและน้ำกร่อย

2) คลองอู่ตะเภา ต้นน้ำเกิดจากเทือกเขาสนกาลาศีรี ในตำบลสำนักแก้ว อำเภอสะเตา ไหลผ่านตำบลต่าง ๆ ในอำเภอสะเตา ผ่านอำเภอหาดใหญ่ลงสู่ทะเลสาบสงขลาที่บ้านคลองบางกล่ำมีความยาวประมาณ 90 กิโลเมตร

3) คลองวาด มีต้นน้ำจากเทือกเขาบรรทัด ในอำเภอหาดใหญ่ ไหลไปลงคลองอู่ตะเภา ความยาวประมาณ 37 กิโลเมตร

4) คลองเทพา มีต้นน้ำจากเทือกเขาสนกาลาศีรี ไหลผ่านอำเภอสะบ้าย้อย และอำเภอเทพา ไปลงอ่าวไทยที่ตำบลเทพา ความยาวประมาณ 80 กิโลเมตร

5) คลองรัตภูมิ ต้นน้ำเกิดจากเทือกเขาบรรทัดและเขาหลวง กั้นเขตแดนระหว่างอำเภอรัตภูมิกับจังหวัดสตูล ไหลผ่านอำเภอรัตภูมิ อำเภอควนเนียง ลงสู่ทะเลสาบสงขลาที่บ้านปากบาง ความยาวประมาณ 45 กิโลเมตร

6) คลองนาทวี ต้นน้ำเกิดจากเทือกเขาสนกาลาศีรีผ่านอำเภอนาทวี อำเภอจะนะ ไหลลงสู่อ่าวไทยที่ปากบางสะกอม ความยาวประมาณ 70 กิโลเมตร

1.4.3 ทรัพยากรป่าไม้ จังหวัดสงขลาได้ประกาศเป็นป่าสงวนแห่งชาติ (ตั้งแต่ พ.ศ. 2507) รวม 41 ป่าเนื้อที่ 1,256,669.25 ไร่ หรือ 27.84% ของเนื้อที่จังหวัด จากการแปลสภาพภาพถ่ายดาวเทียมคงเหลือพื้นที่ป่าอุดมสมบูรณ์ปี 2549 ทั้งจังหวัดเนื้อที่ 483,025.28 ไร่ หรือ 9.98% ของเนื้อที่จังหวัด

(ที่มา : สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดสงขลา)

2. ด้านประชากร

การปกครอง และประชากร จังหวัดสงขลา มีประชากร ในปี 2545 รวมทั้งสิ้น 1,210,921 คน เป็น ผู้ชาย 598,968 คน เป็นหญิง 611,953 คน จำนวนบ้าน 299,590 บ้าน ความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ย 164 คนต่อตาราง กิโลเมตร การปกครองแบ่งออกเป็น 16 อำเภอ 127 ตำบล 982 หมู่บ้าน 19 เทศบาล เป็นเทศบาลนคร 2 เทศบาล เทศบาลเมือง 1 เทศบาล และเทศบาลตำบล 16 เทศบาล มีสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรได้ 8 คน มีสมาชิกสภาจังหวัดได้ 36 คน

3. ด้านเศรษฐกิจ

สภาพเศรษฐกิจของจังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับภาคเกษตรกรรม รองลงมาได้แก่ การพาณิชย์ อุตสาหกรรม การท่องเที่ยว และอื่นๆ ปี 2541 จังหวัดสงขลา มีมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (G.P.P) ณ ราคาตลาด 84,498 ล้านบาท ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสาขาการเกษตร มูลค่า 32,092 ล้านบาท สาขาบริการ 12,704 ล้านบาท สาขาการค้าส่งและค้าปลีก 9,293 ล้านบาท สาขาการธนาคาร การประกันภัย 7,058 ล้านบาท และสาขาอื่นๆ มูลค่า 23,351 ล้านบาท รายได้เฉลี่ยของประชากรในจังหวัด (ปี 2541) เท่ากับ 65,706 บาท/คน/ปี

4. สภาพสังคม

4.1. การศึกษา จังหวัดสงขลา มีสถาบันการศึกษาทุกระดับ ตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงระดับอุดมศึกษา ทั้งที่เป็นของรัฐ และเอกชน โดยจำแนกออกเป็นแต่ละสังกัด ดังนี้

1. กรมสามัญศึกษา มีสถานศึกษา จำนวน 44 แห่ง
2. สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ มีสถานศึกษา จำนวน 481 แห่ง
3. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน มีสถานศึกษา จำนวน 67 แห่ง
4. สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ มีสถานศึกษา จำนวน 1 แห่ง
5. กรมอาชีวศึกษา มีสถานศึกษา จำนวน 9 แห่ง
6. สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล มีสถานศึกษา จำนวน 1 แห่ง
7. กรมการศึกษานอกโรงเรียน มีสถานศึกษา จำนวน 17 ศูนย์
8. กรมการปกครอง มีสถานศึกษา จำนวน 12 แห่ง
9. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีสถานศึกษา จำนวน 9 แห่ง
10. ทบวงมหาวิทยาลัย มีสถานศึกษา จำนวน 3 แห่ง
11. กระทรวงสาธารณสุข มีสถานศึกษา จำนวน 1 แห่ง

(แหล่งข้อมูล : สำนักงานจังหวัดสงขลา, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา)

4.2. การศาสนา ประชากรจังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 64.03 รองลงมา คือ ศาสนา อิสลาม ร้อยละ 32.84 และศาสนาคริสต์ ร้อยละ 2.37 นอกนั้นนับถือศาสนาอื่นๆ อีกร้อยละ 0.76

(แหล่งข้อมูล : สำนักงานจังหวัดสงขลา)

4.3. การสาธารณสุข สถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐและเอกชน

4.3.1. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 19 แห่ง รวมจำนวน 2,069 เตียง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ (รพ.หาดใหญ่) 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (รพ.สงขลา) 1 แห่ง โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาธาราชนรินทร์ 1 แห่ง ศูนย์บำบัดรักษา

ยาเสพติด 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 15 แห่ง และมีหน่วยบริการสาธารณสุขระดับ
ปฐมภูมิ รวม 205 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 29 แห่ง สถานีอนามัย 175 แห่ง

4.3.2. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงอื่น 10 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาล
สงขลานครินทร์ โรงพยาบาลทันตกรรม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลค่าย
เสนานรงค์(กองทัพบก) โรงพยาบาลฐานทัพเรือสงขลา(กองทัพเรือ) โรงพยาบาล
กองบิน 56 (กองทัพอากาศ) และศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล รวม 5 แห่ง

4.3.3. สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน มีโรงพยาบาล 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาล
กรุงเทพหาดใหญ่ โรงพยาบาลศศิครินทร์ โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี โรงพยาบาลมิตรภาพ
สามัคคี และโรงพยาบาลพิทยเวช และคลินิกรวมจำนวน 360 แห่ง คลินิกทันตกรรม
57 แห่ง ร้านขายยา 438 แห่งและสถานบริการเพื่อสุขภาพ 134 แห่ง

(ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา)

5. ระบบสาธารณูปโภค

5.1. การชลประทาน

จังหวัดสงขลา มีโครงการชลประทานที่จัดหาน้ำให้พื้นที่การเกษตรตั้งแต่ 5,000 ไร่ ขึ้นไป
จำนวน 11 โครงการ ได้แก่ โครงการฝายชะมวง โครงการชะมวงขยาย โครงการฝายคลองวาด
โครงการฝายปลักปลิก โครงการพัฒนาลุ่มน้ำคลองหอยโข่งและคลองจำไทร โครงการพัฒนาลุ่มน้ำ
คลองหลา โครงการคลองจะนะ โครงการ ปตร.หาระวะ โครงการฝายระวะ โครงการสูบน้ำทุ่งระโนด
และโครงการกระแสดินธุ์

(ที่มา : โครงการชลประทานสงขลา)

5.2. การประปา

จังหวัดสงขลา เป็นที่ตั้งของสำนักงานประปาเขต 5 และสำนักงานประปาส่วนภูมิภาคอีก 5
แห่ง กำลังการผลิต 7,1100 ลบ.ม./ปี ปริมาณน้ำผลิต 56,867,584 ลบ.ม./ปี ปริมาณน้ำจ่าย
35,450,260 ลบ.ม./ปี ปริมาณน้ำจ่ายเพื่อสาธารณะประโยชน์และรั้วไหล 110,010 ลบ.ม./ปี จำนวน
ผู้ใช้น้ำทั้งสิ้น 102,471 ราย

5.3. โทรศัพท์

จังหวัดสงขลา มีสำนักงานบริการโทรศัพท์ 13 แห่ง ชุมสายโทรศัพท์ 118 แห่ง เลขหมายที่
เปิดให้บริการแล้ว 85,730 เลขหมาย สำรอง 253 เลขหมาย โทรศัพท์สาธารณะ 3,657 เลขหมาย
สำรอง 4,516 เลขหมาย IP Star 252 เลขหมาย Data 154 เลขหมาย Voice&Data 24 เลขหมาย
และจะเพิ่มอีก 300 เลขหมาย จำนวนประชากร: เลขหมาย เท่ากับ 14 : 1

6. สถิติการเกิดสาธารณภัยของจังหวัด

6.1. อัคคีภัย

ปี พ.ศ.	จำนวนครั้งที่เกิดภัย (ครั้ง)	พื้นที่ประสบภัย (อำเภอ)	จำนวนบ้านเรือนเสียหายทั้งหลัง (หลัง)	เสียชีวิต (คน)	บาดเจ็บ (คน)	มูลค่าความเสียหาย (ล้านบาท)
2550	42	10	132	-	-	-
2551	79	16	124	1	-	13,805,207
2552	81	16	88	6	12	7,034,050
2553	69	8	107	1	-	11,495,400
2554	41	13	48	-	-	185,500

6.2. ภัยจากพายุหมุนเขตร้อน

ปี พ.ศ.	จำนวนครั้งที่เกิดภัย (ครั้ง)	พื้นที่ประสบภัย (อำเภอ)	จำนวนบ้านเรือนเสียหายทั้งหลัง (หลัง)	จำนวนบ้านเรือนเสียหายบางส่วน (หลัง)	มูลค่าความเสียหาย (ล้านบาท)
2550	31	11	-	732	-
2551	55	9	3	62	1,063,835
2552	88	14	-	906	655,000
2553	9	8	-	31	359,200
2554	24	12	-	146	1,500,000

6.3. ภัยจากอุทกภัยและดินโคลนถล่ม

ปี พ.ศ.	จำนวนครั้งที่เกิดภัย (ครั้ง)	พื้นที่ประสบภัย (อำเภอ)	จำนวนบ้านเรือนเสียหายทั้งหลัง (หลัง)	เสียชีวิต (คน)	บาดเจ็บ (คน)	มูลค่าความเสียหาย (ล้านบาท)
2550	-	-	-	-	-	-
2551	1	13,714	15	7	3	174,256,084
2552	1	88,566	16	2	1	191,835,289
2553	1	269,233	16	36	1,440	1,521,615,280
2554- ม.ค. 255	3	80,821	16	6	-	157,681,500

6.4. ภัยจากการไฟฟ้าและหมอกควัน

ปี พ.ศ.	จำนวนครั้งที่เกิดภัย (ครั้ง)	จำนวนพื้นที่ประสบภัย (อำเภอ)	จำนวนพื้นที่เสียหาย (ไร่)	มูลค่าความเสียหาย (ล้านบาท)
2550	-	-	-	-
2551	-	-	-	-
2552	1	บางกล่ำ	5	-
2553	-	-	-	-
2554	-	-	-	-

6.5. ภัยจากการก่อวินาศกรรม

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ (ราย)	ทรัพย์สินเสียหาย (ราย)	เสียชีวิต (คน)	บาดเจ็บ (คน)	มูลค่าความเสียหาย (ล้านบาท)
2550	111	7	38	66	1,349,300
2551	14	-	1	13	72,000
2552	10	-	7	3	303,000
2553	20	-	14	6	574,000
2554	6	-	4	2	112,000

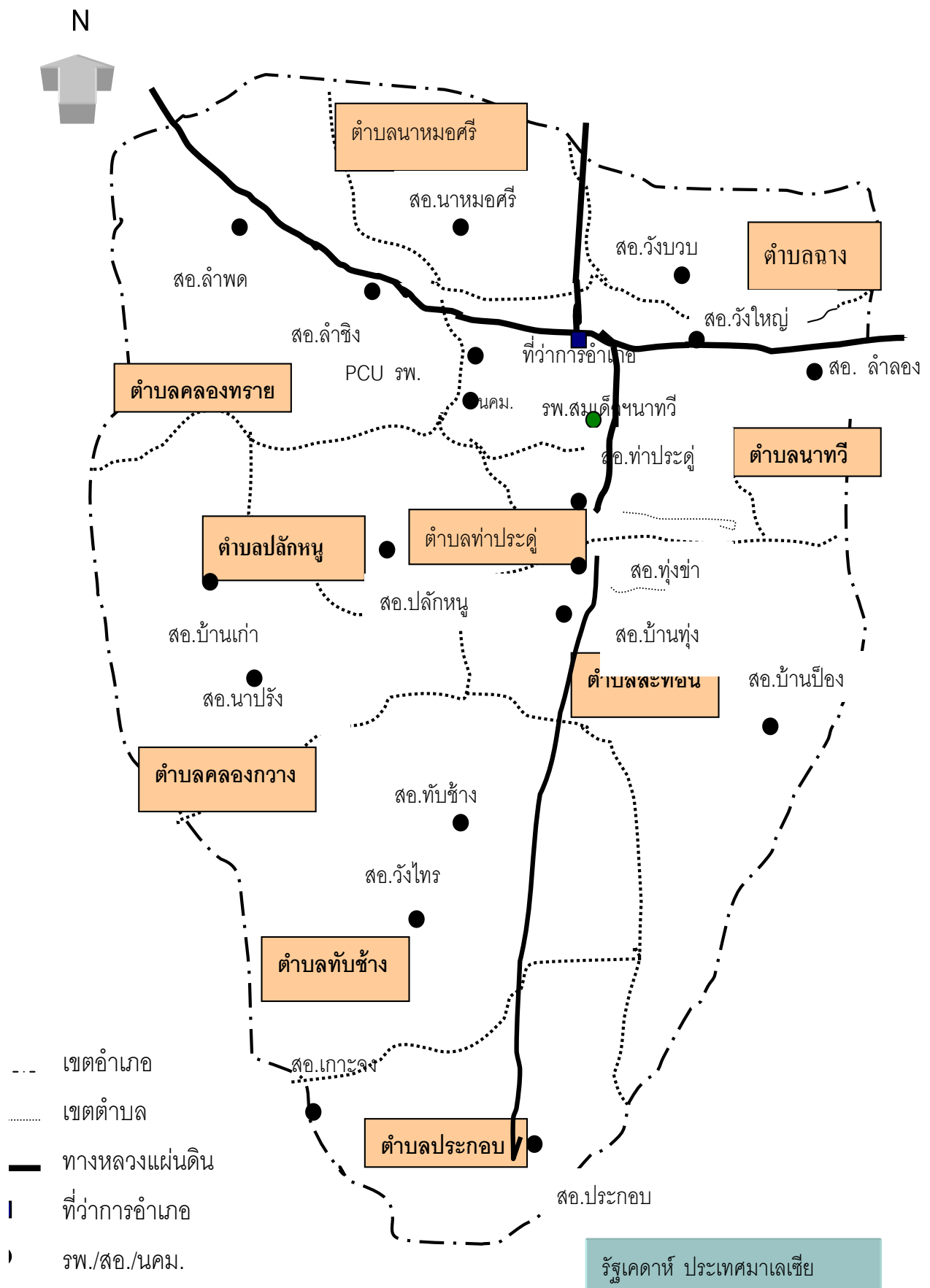
7. การประเมินความเสี่ยงภัยของจังหวัด

จากข้อมูลสถิติการเกิดภัยจากการคมนาคมและขนส่ง อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัยและดินโคลนถล่ม ไฟป่าและหมอกควัน และภัยจากการก่อการร้าย จำนวน(ครั้ง) ซึ่งนับวันยิ่งมีโอกาสเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ประกอบกับลักษณะภูมิศาสตร์ จังหวัดสงขลาทางตอนเหนือเป็นคาบสมุทรแคบและยาวยื่นลงมาทางใต้ เรียกว่า คาบสมุทรสทิงพระกับส่วนที่เป็นแผ่นดินรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าทางตอนใต้ แผ่นดินทั้งสองส่วนเชื่อมต่อกันโดยสะพานติณสูลานนท์ พื้นที่ทางทิศเหนือส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม ทิศตะวันออกเป็นที่ราบริมทะเล ทิศใต้และทิศตะวันตกเป็นภูเขาและที่ราบสูง ซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดต้นน้ำลำธารที่สำคัญ

ลักษณะภูมิอากาศ จังหวัดสงขลาตั้งอยู่ในเขตอิทธิพลของลมมรสุมเมืองร้อน มีมรสุมพัดผ่านเป็นประจำทุกปี เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงกลางเดือนมกราคมเป็นช่วงลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ และเริ่มตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม จะเป็นลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้และมีสถานที่ที่ก่อให้เกิดอันตราย ซึ่งโรงงานอุตสาหกรรม/โรงแรม/อาคารสูง/ห้างสรรพสินค้า/โรงทอผ้า ฯลฯ ทำให้จังหวัดสงขลามีความเสี่ยงต่อการเกิดสาธารณภัย ดังนี้ (เรียงจากความเสี่ยงภัยมากไปน้อยตามลำดับ)

1. ภัยจากการคมนาคมและขนส่ง
2. อัคคีภัย
3. ภัยจากพายุหมุนเขตร้อน
4. ภัยจากอุทกภัยและดินโคลนถล่ม
5. ภัยจากไฟป่าและหมอกควัน
6. ภัยจากการก่อวินาศกรรม

ข้อมูลพื้นฐานอำเภอนาทวี



1. สภาพทั่วไปของอำเภอนาหวี

1.1 ลักษณะทางภูมิศาสตร์

เป็นบริเวณที่ราบเชิงเขา มีภูเขาล้อมรอบทางทิศใต้ ทิศตะวันออก และทิศตะวันตก ทั้ง 3 ด้าน แล้วลาดต่ำไปทางทิศเหนือ พื้นที่ทั้งหมด 747 ตารางกิโลเมตร มีคลองนาหวีไหลผ่าน เป็นพื้นที่ราบประมาณ ร้อยละ 20 นอกจากนั้นเป็นป่าไม้และภูเขาที่ตั้งและอาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดต่อเขตอำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา
ทิศตะวันออก	ติดต่อเขตอำเภอเทพา และอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา
ทิศตะวันตก	ติดต่อเขตอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา
ทิศใต้	ติดต่อรัฐเคดาห์ ประเทศมาเลเซีย

โดยลักษณะภูมิประเทศทั่วไป เป็นที่ราบเชิงภูเขา

1.2 ลักษณะภูมิอากาศ

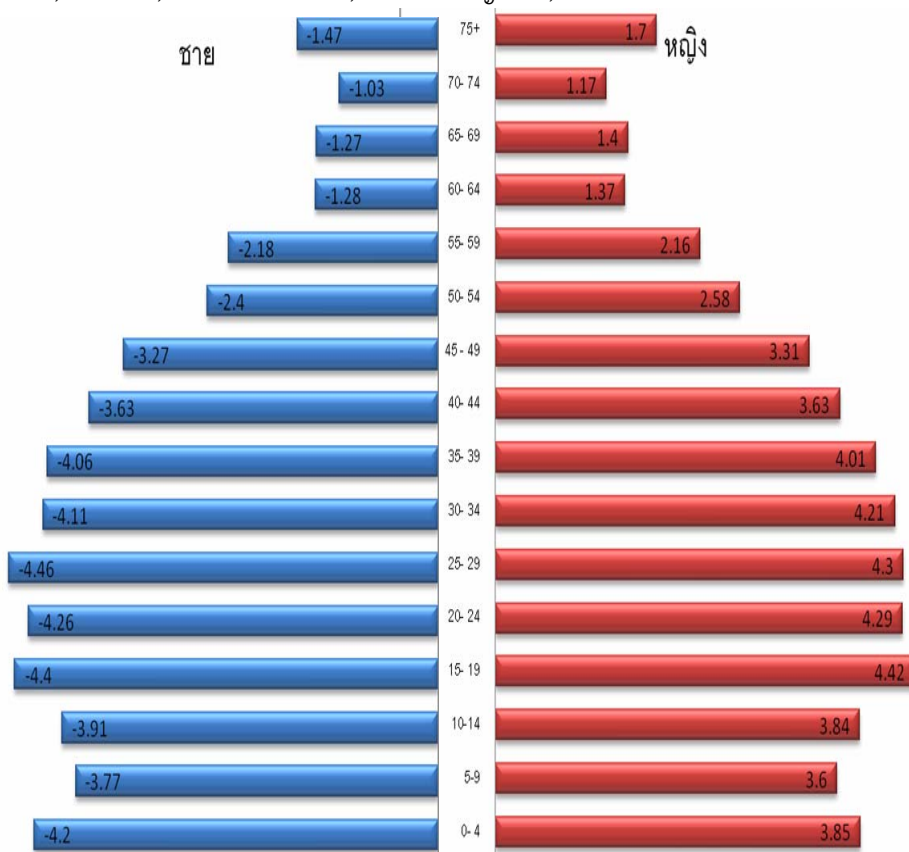
มีสภาพคล้ายคลึงกับอากาศภาคใต้ทั่วไปที่อยู่ในเขตอากาศแบบมรสุมเมืองร้อน แบ่งฤดูกาลออกเป็น 2 ฤดู คือ ฤดูร้อน และฤดูฝน

ฤดูร้อนเริ่มตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม อุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปีประมาณ 27.6 องศาเซลเซียส

ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน – กันยายน และจะตกชุกตั้งแต่เดือน ตุลาคม - มกราคม

2. ด้านประชากร

ประชากร 62,125 64,712 คน ชาย 31,162 คน หญิง 30,963 คน



3. ด้านเศรษฐกิจ

3.1. อาชีพ

3.1.1. อาชีพหลัก ได้แก่

1. สวนยางพารา
2. สวนผลไม้ ลองกอง, ทุเรียน, เงาะ, ขนุน, จำปาตะ
3. ทำนา และการเลี้ยงสัตว์

3.1.2. อาชีพเสริม ได้แก่ เลี้ยงสัตว์ เช่น วัว สุกร แพะ แกะ

4. สภาพทางสังคม

4.1. ศาสนา

ศาสนาพุทธ ร้อยละ 75.12

ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 24.73

ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 0.15

4.2. การศึกษา

โรงเรียนประถมศึกษา (สังกัด สปข.)	3735	โรง
โรงเรียนราชประชานุเคราะห์	1	แห่ง
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ภาครัฐ)	2425	แห่ง
มัธยมศึกษา	32	แห่ง
โรงเรียนขยายโอกาส	2	แห่ง
อาชีว	1	แห่ง

4.3. การสาธารณสุข

4.3.1. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

● สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

○ โรงพยาบาลชุมชน (90 เตียง)	1	แห่ง
○ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	1	แห่ง
○ สถานีอนามัยทั่วไป	12	แห่ง
○ สถานีอนามัยขนาดใหญ่	2	แห่ง
○ รพ.สต.(NODE ปี 52-53)	3	แห่ง
○ ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล ต.นาทวี/~PCU	1	แห่ง
○ หน่วยควบคุมโรคติดต่ออำเภอโดยแมลงที่ 5	1	แห่ง
○ คลินิกแพทย์	8	แห่ง
○ ร้านขายยา	11	แห่ง

● กลุ่มบุคคลที่สนับสนุนงานสาธารณสุข

○ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	1,015	คน
○ อาสาสมัครมาลาเรีย	40	คน
○ ช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน	52	คน
○ แพทย์แผนโบราณ	26	คน
○ ผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้ว	12	คน

- O พี่เลี้ยงเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ภาครัฐ) 48 คน
- O สมาชิกชมรมแพทย์แผนไทย 107 คน

ภาคผนวก 2

ข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงาน)

1. อายุ.....ปี
2. อาชีพ.....
3. ตำแหน่ง.....
4. หน้าที่รับผิดชอบหลักในพื้นที่.....
5. ท่านเคยประสบเหตุการณ์ภัยพิบัติใดบ้าง เมื่อใด และท่านมีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการตามระดับความรับผิดชอบในกลุ่มใดบ้าง
 - 5.1. เหตุการณ์.....
 - 5.1.1. สถานที่เกิดเหตุการณ์.....
 - 5.1.2. พ.ศ.
 - 5.1.3. หน้าที่ความรับผิดชอบ.....
 - 5.1.4. สถานที่ที่รับผิดชอบ.....
 - 5.2. เหตุการณ์.....
 - 5.2.1. สถานที่เกิดเหตุการณ์.....
 - 5.2.2. พ.ศ.
 - 5.2.3. หน้าที่ความรับผิดชอบ.....
 - 5.2.4. สถานที่ที่รับผิดชอบ.....
 - 5.3. เหตุการณ์.....
 - 5.3.1. สถานที่เกิดเหตุการณ์.....
 - 5.3.2. พ.ศ.
 - 5.3.3. หน้าที่ความรับผิดชอบ.....
 - 5.3.4. สถานที่ที่รับผิดชอบ.....

ข้อมูลส่วนบุคคล (ผู้ประสพภัยหรือผู้ได้รับผลกระทบ)

1. อายุ.....ปี
2. อาชีพ.....
3. ชุมชนที่อาศัยอยู่.....
4. หน้าที่รับผิดชอบหลักในพื้นที่.....
5. ท่านเคยประสบเหตุการณ์ภัยพิบัติใดบ้าง เมื่อใด และท่านมีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการตามระดับความรับผิดชอบในกลุ่มใดบ้าง
 - 5.1. เหตุการณ์.....
 - 5.1.1.สถานที่เกิดเหตุการณ์.....
 - 5.1.2.พ.ศ.
 - 5.1.3.หน้าที่ความรับผิดชอบ.....
 - 5.1.4.สถานที่ที่รับผิดชอบ.....
 - 5.2. เหตุการณ์.....
 - 5.2.1.สถานที่เกิดเหตุการณ์.....
 - 5.2.2.พ.ศ.
 - 5.2.3.หน้าที่ความรับผิดชอบ.....
 - 5.2.4.สถานที่ที่รับผิดชอบ.....
 - 5.3. เหตุการณ์.....
 - 5.3.1.สถานที่เกิดเหตุการณ์.....
 - 5.3.2.พ.ศ.
 - 5.3.3.หน้าที่ความรับผิดชอบ.....
 - 5.3.4.สถานที่ที่รับผิดชอบ.....

แนวคำถามการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม
ในโครงการการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข:
กรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในภาคใต้ (จังหวัดสงขลา ภูเก็ตและนครศรีธรรมราช)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมี 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มผู้บริหาร
- 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน
- 3) กลุ่มที่ประสบภัยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบ

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล

- เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการจัดการภัยพิบัติในพื้นที่ หรือได้รับผลกระทบโดยตรงจากภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ
- เป็นผู้ที่ยินดีในการให้ข้อมูล

แนวคำถามสำหรับกลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

1. การเตรียมความพร้อม เพื่อการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ
 - 1.1. จากประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ของท่าน ท่านได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเตรียมความพร้อม เพื่อการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ และได้ปฏิบัติตามแผนเพื่อเตรียมรับภัยพิบัติมากน้อยอย่างไรบ้าง
 - 1.2. การเตรียมรับภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ ควรมีแผนหรือกลยุทธ์ที่เหมือนหรือแตกต่างไปจากภัยพิบัติอื่นๆอย่างไร อะไรที่เป็นองค์ประกอบหลักหรือเป็นส่วนสำคัญในการเตรียมรับภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ
 - 1.3. การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำที่สำคัญที่สุดคือเรื่องใด และมีอะไรที่ทำให้คิดว่าเรื่องดังกล่าวสำคัญที่สุด
2. ลักษณะความเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยต่างๆ ทุกระดับ และช่องทางการสื่อสาร เพื่อการปรับวิธีการหรือปรับตัวตามสถานการณ์
 - 2.1. การทำงานเพื่อจัดการภัยพิบัติต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ท่านคิดว่า ลักษณะความเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยต่างๆ ในพื้นที่ เป็นอย่างไร มีกระบวนการประสานความร่วมมือในลักษณะใดบ้าง และให้ผลลัพธ์อย่างไร
 - 2.2. ท่านได้ใช้ช่องทางการสื่อสารอะไรบ้างเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกัน และมีการปรับวิธีการอย่างไรเพื่อให้ทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง

- 2.3. ปัญหาที่พบในการสื่อสารเพื่อจัดการภัยพิบัติทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิดและหลังเกิด มีอะไรบ้าง และท่านได้มีวิธีการแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร ได้ผลอย่างไร
- 2.4. ตามหน้าที่รับผิดชอบและบทบาทที่ท่านมี ข้อมูลประเภทใดบ้างที่ต้องใช้ ควรใช้ หรือไม่จำเป็นต้องใช้เพื่อการสื่อสารและการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ และท่านคิดว่า การใช้ข้อมูลเพื่อการสื่อสารและจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำที่ปฏิบัติอยู่เป็นอย่างไร
3. ขั้นตอนหรือกระบวนการและปัญหาอุปสรรคในแต่ละขั้นตอนหรือกระบวนการ ทั้งที่แก้ไขได้และไม่ได้ด้วยตนเอง
 - 3.1. กรุณาเล่าขั้นตอนหรือกระบวนการที่ท่านได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำในแต่ละระยะ (ระยะก่อนเกิด ระยะที่เกิด และระยะหลังเกิดภัยพิบัติ) มีแนวปฏิบัติในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนที่ชัดเจนหรือไม่ ในลักษณะใดบ้าง
 - 3.2. ระบบการสั่งการ (ICS) ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ต้องปรับในขั้นตอนใดบ้าง และหากปรับแล้วผลที่คาดว่าจะได้รับ มีส่วนช่วยให้การช่วยเหลือและจัดการภัยพิบัติดีขึ้นอย่างไร
 - 3.3. มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง ในแต่ละขั้นตอนหรือกระบวนการ ที่คิดว่าได้จัดการแก้ไขแล้ว และที่ยากต่อการแก้ไขยังแก้ไขไม่ได้ พร้อมทั้งลักษณะความช่วยเหลือที่ต้องการทั้งจากภายในและนอกพื้นที่
4. กลไกสำคัญที่ใช้และนำไปสู่การเกิดความสำเร็จและประสิทธิผลของการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ
 - 4.1. ท่านมองความสำเร็จในการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำอย่างไร ความสำเร็จดังกล่าวต้องประกอบด้วยอะไรบ้าง
 - 4.2. มีกลไกสำคัญอะไรบ้างที่ท่านใช้และนำไปสู่การเกิดความสำเร็จและประสิทธิผลของการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ
 - 4.3. การจัดทำแผนบูรณาการในการทำงานจากทุกภาคส่วน ควรมียุทธศาสตร์ประกอบที่สำคัญอะไรบ้าง บทเรียนที่ผ่านมาได้นำไปปรับใช้มากน้อยเพียงใด และได้ผลอย่างไร
5. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแผน และความต้องการการสนับสนุนในพื้นที่ เพื่อการจัดการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำในระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ
 - 5.1. ในการดำเนินงานที่ผ่านมา การจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ ท่านคิดว่า การมีส่วนร่วมของทุกคนในพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อเรื่องนี้ เป็นอย่างไร

- 5.2. หากท่านมีโอกาสได้กำหนดนโยบายและแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในระดับชาติ ท่านคิดว่าเรื่องใดบ้างต้องกำหนดเพิ่มเติม และเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก หรือต้องดำเนินการเร่งด่วน เพราะเหตุใด

แนวคำถามสำหรับกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบ

1. ความคิดเห็นต่อระบบบริหารจัดการและการช่วยเหลือที่ได้รับ
 - 1.1. จากการที่ท่านผ่านประสบการณ์ภัยพิบัติมาแล้ว ท่านคิดว่า ความต้องการการดูแลช่วยเหลือเรื่องใดที่สำคัญที่สุดในแต่ละระยะของการเกิดภัยพิบัติ เรื่องดังกล่าวมีความสำคัญต่อการจัดการภัยพิบัติในพื้นที่อย่างไร
 - 1.2. ความต้องการการดูแลเฉพาะกลุ่มที่ท่านเห็นว่าต้องให้การช่วยเหลือเป็นพิเศษ คือกลุ่มใดและในเรื่องอะไรที่แตกต่างไปจากบุคคลทั่วไป (เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็กเล็ก ผู้ป่วย)
 - 1.3. กรุณาให้ความเห็นเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือที่ทุกภาคส่วนได้ดำเนินการ เรื่องใดบ้างที่ท่านเห็นว่าเหมาะสมหรือดีอยู่แล้ว เรื่องใดบ้างที่ต้องมีการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดการจัดการที่เป็นระบบมากขึ้น
2. กลไกสำคัญที่ใช้และนำไปสู่การเกิดความสำเร็จและประสิทธิผลของการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ
 - 2.1. ท่านมองความสำเร็จในการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำอย่างไร ความสำเร็จดังกล่าวต้องประกอบด้วยอะไรบ้าง
 - 2.2. มีกลไกสำคัญอะไรบ้างที่ท่านคิดว่าจะนำไปสู่การเกิดความสำเร็จและประสิทธิผลของการจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ
3. ภาวะสุขภาพกายจิตและการดูแลตนเอง การปรับตัวของผู้ประสบภัยในแต่ละระยะ
 - 3.1. ในฐานะที่ท่านเป็นผู้แทนของผู้ประสบภัยพิบัติ ท่านคิดว่า สถานการณ์ความเครียดที่ต้องเผชิญของผู้ประสบภัยมีอะไรบ้าง และในสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ประสบภัยต้องเรียนรู้วิธีการปรับตัวหรือดูแลตนเองอย่างไรบ้าง
 - 3.2. หากให้ท่านเป็นผู้มีโอกาสนำเสนอหรือให้การศึกษาคนที่ยังไม่ได้ประสบกับภัยพิบัติเพื่อการเตรียมตนเองให้พร้อมที่จะรับมือกับสถานการณ์ ท่านจะให้การแนะนำเรื่องใดบ้างเพื่อปรับตัวหรือเผชิญกับสถานการณ์ในแต่ละระยะได้ และคิดว่าเรื่องใดที่สำคัญต้องทำมากที่สุด
4. ช่องทางการสื่อสาร เพื่อการปรับตัวตามสถานการณ์

- 4.1. ช่องทางการสื่อสารเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของภัยพิบัติในพื้นที่ที่
ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีช่องทางใดบ้าง มีความถี่บ่อยในการสื่อสารมากน้อยเพียงใด มีปัญหาอุปสรรค
หรือไม่ อย่างไร
- 4.2. ข้อมูลที่สื่อสารมาจากแหล่งใดที่สำคัญและส่วนใหญ่คนในพื้นที่ ได้ใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อการ
เตรียมตนเองหรือชุมชนมากน้อยอย่างไร ในลักษณะใดบ้าง
- 4.3. กรุณาเล่าถึงวิธีการต่างๆ ที่ท่านใช้ในการสื่อสารเพื่อการเตือนภัยและการช่วยเหลือเมื่อเกิดภัย
พิบัติ ตามระบบที่ท่านคิดค้นขึ้น ทั้งในและนอกพื้นที่ รวมทั้งผลลัพธ์จากการใช้วิธีการดังกล่าว
5. สถานการณ์การดูแลสุขภาพในระยะฟื้นฟูหลังการเกิดภัยพิบัติ
 - 5.1. ตามประสบการณ์ที่ท่านได้เรียนรู้จากตนเองหรือบุคคลอื่นที่ประสบภัยเช่นเดียวกับท่าน คิดว่า
ปัญหาสุขภาพกายจิตที่ต้องให้การดูแลหรือเยียวยาอย่างต่อเนื่องคือเรื่องใดบ้าง เรียงลำดับจาก
มากที่สุดถึงน้อยที่สุด
 - 5.2. เรื่องใดบ้างที่เป็นผลกระทบจากการจัดการภัยพิบัติที่ไม่เหมาะสม และกรุณาเล่าเรื่องที่เกิดขึ้น
เป็นตัวอย่างเป็นประจักษ์ว่าสถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นได้อย่างไร และจะเสนอแนะแนวทางแก้ไข
อย่างไร
 - 5.3. จากการที่เชื่อว่า ชุมชนต้องพึ่งตนเองในการดูแลและจัดการปัญหาต่างๆจากภัยพิบัติในระยะ
ฟื้นฟู ท่านคิดว่า เรื่องนี้จะเป็นจริงได้อย่างไร และต้องอาศัยการเตรียมหรือสนับสนุนชุมชนใน
ลักษณะอย่างไร
6. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแผน และความต้องการการสนับสนุนในพื้นที่ เพื่อการจัดการจัดการภัย
พิบัติเกี่ยวกับน้ำในระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ
 - 6.1. ในการดำเนินงานที่ผ่านมา การจัดการภัยพิบัติเกี่ยวกับน้ำ ท่านคิดว่า การมีส่วนร่วมของทุกคน
ในพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อเรื่องนี้ เป็นอย่างไร
 - 6.2. หากท่านมีโอกาสดำหนดนโยบายและแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในระดับพื้นที่หรือ
ระดับชาติ ท่านคิดว่าเรื่องใดบ้างต้องกำหนดเพิ่มเติม และเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับ
แรก หรือต้องดำเนินการเร่งด่วน เพราะเหตุใด

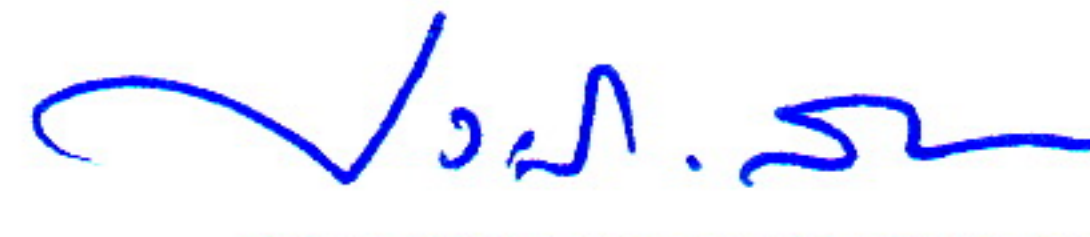
ใบพินัยสิทธิ์ผู้มีส่วนร่วม
คำชี้แจงสำหรับผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติการ/เจ้าหน้าที่/ผู้ประสพภัย

เรียนผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติการ/เจ้าหน้าที่/ผู้ประสพภัยที่เคารพ

ข้าพเจ้ารองศาสตราจารย์ประณีต ส่องวัฒนา และทีม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้
ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข: กรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในภาคใต้
เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องการบริหารจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุขที่ดี และศึกษาประสบการณ์ ปัญหา และ
ข้อเสนอแนะในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน 3 พื้นที่ของจังหวัดภาคใต้ (ภูเก็ต นครศรีธรรมราช และสงขลา)

ในการวิจัยครั้งนี้จึงขอเรียนเชิญท่าน เข้าร่วมในโครงการวิจัยดังกล่าว เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง
และสามารถให้ข้อมูลได้มากที่สุด เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนาองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้เพื่อการวางแผนการจัดการ
ภัยพิบัติของระบบสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะตอบคำถามข้อสงสัยทุกประการของท่าน ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมการศึกษา สำหรับ
ข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยจะนำไปอภิปรายและสรุปผลออกมาเป็นภาพรวมและใช้ในวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น การเข้า
ร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตัดสินใจของท่าน หากท่านไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย หรือในระหว่างที่เข้าร่วมงาน
วิจัยแต่ท่านไม่ประสงค์จะเข้าร่วมต่อไปอีก ท่านสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ หรือมี
คำถามเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ รวมถึงสิทธิของท่าน ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ รองศาสตราจารย์ประณีต ส่องวัฒนา
โทรศัพท์ 081-5429170 และนายแพทย์ ดร. วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย โทร 081-3031376 ได้ตลอดเวลา


..... (ผู้วิจัย)
(นางประณีต ส่องวัฒนา)

ข้าพเจ้าผู้มีนามข้างล่างนี้ได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการและวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของงานวิจัย
จากการอธิบายของผู้วิจัยโดยตรง และตามที่ได้อ่านในรายละเอียดข้างต้น จึงขอลงลายมือชื่อไว้เพื่อเป็นหลักฐานแสดงใน
การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ของข้าพเจ้า

..... (ผู้เข้าร่วมวิจัย)
(.....)

.....พยาน
(.....)

วันที่

แบบสัมภาษณ์การจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการรับรู้และการตอบสนองต่อการจัดการภัยพิบัติด้านสุขภาพ คำตอบของท่านมีความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการภัยพิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

คำจำกัดความ

ภัยพิบัติ หมายถึง สาธารณภัยที่เกิดจากภัยธรรมชาติ ได้แก่ น้ำท่วมหรือสึนามิ

การจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ หมายถึง กระบวนการที่ต่อเนื่องเป็นระบบตั้งแต่การเตรียมการเฝ้าระวัง การประชาสัมพันธ์ การวิเคราะห์ และการใช้ประโยชน์ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อป้องกันความเสียหายจากสาธารณภัย ลดความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพ เตรียมพร้อมรับและตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมถึงการฟื้นฟูสภาพในด้านสุขภาพภายหลังเกิดสาธารณภัย

ชุมชน หมายถึง ขอบเขตพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ เช่น หากท่านปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบระดับจังหวัด ชุมชนจะหมายถึงพื้นที่ทั้งจังหวัด หรือหากท่านปฏิบัติงานในองค์การบริหารส่วนตำบล ชุมชนจะหมายถึงตำบลที่ท่านรับผิดชอบดูแล เป็นต้น สำหรับกลุ่มผู้ประสบภัยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบ ชุมชน หมายถึง ตำบลที่ท่านอยู่

กลุ่มผู้บริหาร หมายถึง ผู้นำระดับสูงขององค์กรภาครัฐในจังหวัด/อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน

กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน หมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน

กรอกข้อมูลรอบที่	[] 1 [] 2	id	[][][]
ประเภทของผู้ให้ข้อมูล 1.ผู้บริหาร 2.ผู้ปฏิบัติงาน 3.ผู้ประสพภัยหรือได้รับผลกระทบ		targetype	[]
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.2555		intdate	[][][][][]/2555
ผู้เก็บข้อมูล		interv	[][]

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี		age	[][]
2. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง		gender	[]
3. อาชีพ.....		occu	[]
4. ตำแหน่ง.....		position	[]
5. หน้าที่รับผิดชอบหลัก/บทบาทในพื้นที่.....		mainduty	[]
6. เหตุการณ์ภัยพิบัติที่ท่านเคยประสบ ได้แก่			
6.1. เหตุการณ์.....		event1	[]
6.1.1. พื้นที่เกิดเหตุการณ์.....		place1	[]
6.1.2. ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ พ.ศ.		time1	[][][][][]
6.1.3. หน้าที่ความรับผิดชอบ.....		duty1	[]
6.1.4. พื้นที่ที่รับผิดชอบ.....		dutplac1	[]
6.2. เหตุการณ์.....		event2	[]
6.2.1. พื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์.....		place2	[]
6.2.2. ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ พ.ศ.		time2	[][][][][]
6.2.3. หน้าที่ความรับผิดชอบ.....		duty2	[]
6.2.4. พื้นที่ที่รับผิดชอบ.....		dutplac2	[]

7. ท่านได้รับการฝึกอบรมการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ มากน้อยเพียงใด

☐ 1. ไม่เคย (ข้ามไปตอบข้อ 8)

☐ 2. เคย

		trdisxp	[]
7.1. ฝึกอบรมเรื่อง.....		trname	[]
7.2. ฝึกอบรมทุก.....ปี		trtime	[]
7.3. ฝึกอบรมครั้งล่าสุด (วัน/เดือน/ปี)		trdate	[][][][][][][][]
7.4. ท่านคิดว่า ความรู้จากการฝึกอบรมที่ผ่านมา สามารถนำไปใช้ได้มากน้อยเพียงใด			
☐ 1. น้อยที่สุด ☐ 2. น้อย ☐ 3. ปานกลาง ☐ 4. มาก ☐ 5. มากที่สุด		adapt	[]

8. ท่านต้องการการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติในเรื่องใดบ้าง โดยกรุณาให้คะแนนแต่ละเรื่องตามความต้องการของท่าน โดย 1 หมายถึง ต้องการฝึกอบรมเรื่องนั้นน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง ต้องการฝึกอบรมเรื่องนั้นมากที่สุด

การฝึกอบรม	1	2	3	4	5		
8.1. การเตรียมตัวด้านสุขภาพเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ						tr1	[]
8.2. การช่วยเหลือคนจมน้ำ						tr2	[]
8.3. การช่วยฟื้นชีวิตด้วยการผายปอดปั๊มหัวใจ						tr3	[]
8.4. การดูแลบาดแผลหรือสัตว์มีพิษทำร้าย						tr4	[]
8.5. การจัดการสุขาภิบาล เช่น อาหาร น้ำดื่ม ขยะ						tr5	[]
8.6. การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ						tr6	[]
8.7. การดูแลด้านสุขภาพจิต						tr7	[]
8.8. การส่งต่อผู้ป่วย						tr8	[]
8.9. อื่นๆ.....						tr [][]	tr##score []
8.10. อื่นๆ.....						tr [][]	tr##score []

12. ชุมชนมีเอกสารรายชื่อและที่อยู่ของประชากรที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพหรือไม่

12.1. วันที่ทำการสำรวจครั้งล่าสุด (วัน/เดือน/ปี)

secitdat [][]/[][]/[][][][]

ประชากรกลุ่มเสี่ยง	1.ไม่มี/ ไม่ได้	2.มี/ได้ แต่ไม่ครบถ้วน	3.มี/ได้ และครบถ้วน
12.2. เด็ก (อายุต่ำกว่า 12 ปี) จำนวน.....คน			
- รายชื่อ	1. ☐	2. ☐	3. ☐
- ที่อยู่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
- การเข้าถึงข้อมูล	1. ☐	2. ☐	3. ☐
12.3. หญิงตั้งครรภ์ จำนวน.....คน			
- รายชื่อ	1. ☐	2. ☐	3. ☐
- ที่อยู่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
- การเข้าถึงข้อมูล	1. ☐	2. ☐	3. ☐
12.4. ผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) จำนวน.....คน			
- รายชื่อ	1. ☐	2. ☐	3. ☐
- ที่อยู่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
- การเข้าถึงข้อมูล	1. ☐	2. ☐	3. ☐
12.5. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง โรคจิตประสาท AIDS วัณโรค ฯลฯ) จำนวน.....คน			
- รายชื่อ	1. ☐	2. ☐	3. ☐
- ที่อยู่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
- การเข้าถึงข้อมูล	1. ☐	2. ☐	3. ☐
12.6. ผู้พิการ (ต้องพึ่งพาผู้ดูแล) จำนวน.....คน			
- รายชื่อ	1. ☐	2. ☐	3. ☐
- ที่อยู่	1. ☐	2. ☐	3. ☐
- การเข้าถึงข้อมูล	1. ☐	2. ☐	3. ☐

childnum [][][][][][]

childnam []

childadr []

chdatacc []

pregnum [][][][][][]

pregnam []

pregaddr []

prdatacc []

eldernum [][][][][][]

eldernam []

elderadr []

elderacc []

patnum [][][][][][]

patname []

pataddr []

patdatac []

defnum [][][][][][]

defname []

defaddr []

defdatac []

13. ท่านมีเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนจากสถานการณ์ภัย

พิบัติ ครั้งล่าสุดเพื่อใช้วางแผนรับมือภัยพิบัติครั้งหน้าหรือไม่

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี แต่ไม่ครบถ้วน ☐ 3. มี และครบถ้วน

heprodoc []

14. ในชุมชนของท่านมีการใช้ช่องทางการสื่อสารใดบ้างในสถานการณ์ภัยพิบัติ

14.1. ช่องทางการสื่อสาร (กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องสี่เหลี่ยมหลัง

ช่องทางการสื่อสารที่ท่านมีการใช้ และเรียงลำดับช่องทางการสื่อสารที่ท่านใช้มากที่สุด 3 ลำดับแรก โดยใส่หมายเลข 1 หลังช่องทางการสื่อสารที่ท่านใช้มากที่สุด และใส่หมายเลขต่อไปตามลำดับ)

14.1.1. เจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐ	☐	.....	medi1	[]	
14.1.2. ผู้นำชุมชน	☐	.....	medi2	[]	
14.1.3. ผู้นำศาสนา	☐	.....	medi3	[]	
14.1.4. หอกระจายข่าว	☐	.....	medi4	[]	
14.1.5. วิทยุ	☐	.....	medi5	[]	
14.1.6. โทรศัพท์	☐	.....	medi6	[]	
14.1.7. เคเบิลทีวี	☐	.....	medi7	[]	
14.1.8. สื่อสิ่งพิมพ์	☐	.....	medi8	[]	
14.1.9. อินเทอร์เน็ต	☐	.....	medi9	[]	
14.1.10. บ้าย, ธง	☐	.....	medi10	[]	
14.1.11. อื่นๆ ระบุ .....	☐	.....	medi11	[]	medio11 []

14.2. ท่านมีการสื่อสารแล้วให้ข้อมูลต่อไปนี้กับชุมชนหรือไม่

14.2.1. การแจ้งรายชื่อพื้นที่เสี่ยงภัยพิบัติ

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

medicon1 []

14.2.2. วิธีปฏิบัติตนเมื่อมีการเตือนภัย

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

medicon2 []

14.2.3. สภาพภูมิอากาศและระดับน้ำ

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

medicon3 []

14.2.4. รายชื่อและที่ตั้งหน่วยงานที่สามารถขอความช่วยเหลือ

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

medicon4 []

14.2.5. ช่องทางการติดต่อสื่อสาร เช่น หมายเลขโทรศัพท์

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

medicon5 []

14.2.6. รายชื่อและที่ตั้งของศูนย์อพยพ

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

medicon6 []

14.2.7. วิธีการเตรียมตัวในการดูแลสุขภาพเมื่อเผชิญภัยพิบัติ

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

medicon7 []

14.2.8. อื่นๆ ระบุ

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

medicon8 [] medoth8 []

15. ชุมชนมีระบบการให้ข้อมูลสภาพภูมิอากาศและระดับน้ำแบบเป็นปัจจุบัน (Real time) แก่หน่วยงานด้านสุขภาพ ขณะกำลังปฏิบัติงานในชุมชน หรือไม่

☐ 1. ไม่มี

rtsituat []

☐ 2. มี แต่ใช้ประโยชน์ไม่ได้

☐ 3. มี และใช้ประโยชน์ได้

แผนปฏิบัติการ การจัดการด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ	1. ไม่มี	2. มี แต่ไม่ระบุเป็น ลายลักษณ์ อักษร	3. มี และระบุเป็น ลายลักษณ์ อักษร		
16. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการด้านการสื่อสาร เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่				pulicinf	[]
17. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับการ จัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัย พิบัติหรือไม่				healplan	[]
18. ชุมชนมีผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการ ด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ หรือไม่				resmanag	[]
19. ชุมชนมีการจัดสรรทรัพยากรการเงิน งบประมาณด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ ภัยพิบัติหรือไม่				resourma	[]
20. ชุมชนมีการจัดสรรทรัพยากรกำลังคน ด้านสุขภาพ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ หรือไม่				hrman	[]
21. ชุมชนมีการเตรียมสิ่งของที่จำเป็นใน การดูแลสุขภาพ เช่น ยา เวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ ในสถานการณ์ภัย พิบัติหรือไม่				prepped	[]

22. ชุมชนมีการประเมินความปลอดภัยของสถานบริการสุขภาพ เพื่อรับมือภัยพิบัติ
หรือไม่ ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี

safeeva []

23. ชุมชนมีการปรับปรุงสถานบริการสุขภาพเพื่อรับมือภัยพิบัติอย่างเหมาะสม
หรือไม่

23.1. การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

strucadj []

23.2. การปรับระบบการจัดการ คน สิ่งของ เวชภัณฑ์

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

medadj []

24. ท่านมีการปรับปรุงแผนการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ โดยใช้ข้อมูลจากรายงาน/ประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในอดีตหรือไม่			
☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี และปรับปรุงเพียงบางส่วน	planadj	[]
☐ 3. มี และปรับปรุงอย่างสมบูรณ์			
25. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการในการส่งต่อ เคลื่อนย้าย อพยพ ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่			
☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	refplan	[]
☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			
26. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการในการป้องกันและเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (เช่น ไฟดูด จมน้ำ สัตว์ทำร้าย) เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่			
☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	safewatc	[]
☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			
27. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อ (เช่น ไข้เลือดออก อหิวาต์) เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่			
☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	diswatc	[]
☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			
28. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการในการจัดการศพ (เช่น การพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล การจัดเก็บศพ) เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่			
☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	corplan	[]
☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			
29. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการในการขอความช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพจากหน่วยงานภายนอกชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ หรือไม่			
☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	asisplan	[]
☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			
30. ชุมชนมีแผนการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ ร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนหรือไม่ (รวมถึงในระดับบุคคล เช่น อสม. ผู้นำชุมชน ฯลฯ)			
☐ 1. ไม่มี	(ข้ามไปตอบข้อ 31)	healco	[]
☐ 2. มี	ระบุเหตุผล.....	healother	[]
31. ชุมชนมีระบบสั่งการเมื่อเกิดภัยพิบัติ (incident command system) หรือไม่			
☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	haveics	[]
☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			

38. ชุมชนมีระบบการสื่อสารข้อมูลสุขภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และคนในชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่

- ☐ 1. ไม่มี ofcomu []
- ☐ 2. มี โปรแกรมช่องทางการสื่อสารที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย
- ลำดับ 1 ofcomu1 []
- ลำดับ 2 ofcomu2 []
- ลำดับ 3 ofcomu3 []
- ลำดับ 4 ofcomu4 []
- ลำดับ 5 ofcomu5 []

39. ชุมชนมีการจัดช่องทางการสื่อสารสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพกับครอบครัวในระหว่างปฏิบัติหน้าที่หรือไม่

- ☐ 1. ไม่มี facomu []
- ☐ 2. มี โปรแกรมช่องทางการสื่อสารที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งหมด โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย
- ลำดับ 1 facomu1 []
- ลำดับ 2 facomu2 []
- ลำดับ 3 facomu3 []
- ลำดับ 4 facomu4 []
- ลำดับ 5 facomu5 []

40. ชุมชนมีหน่วยงาน องค์กร หรือบุคคล ที่สนับสนุนด้านอาหาร น้ำดื่ม ที่พัก ยานพาหนะ พลังงาน (ไฟฟ้า น้ำมัน) ค่าใช้จ่ายให้แก่ผู้ปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติ หรือไม่

- | | | | | | | |
|----------------|-----------------------------------|---|----------|-----|----------|-----|
| 40.1. อาหาร | ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2. มี ระบุ..... | offood | [] | offoodt | [] |
| | | ☐ 1. เพียงพอ ☐ 2.ไม่เพียงพอ | offoods | [] | | |
| 40.2. น้ำดื่ม | ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2. มี ระบุ..... | ofwater | [] | ofwatert | [] |
| | | ☐ 1. เพียงพอ ☐ 2.ไม่เพียงพอ | ofwaters | [] | | |
| 40.3. ที่พัก | ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2. มี ระบุ..... | ofresid | [] | ofresidt | [] |
| | | ☐ 1. เพียงพอ ☐ 2.ไม่เพียงพอ | ofresids | [] | | |
| 40.4. ยานพาหนะ | ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2. มี ระบุ..... | ofvehi | [] | ofvehit | [] |
| | | ☐ 1. เพียงพอ ☐ 2.ไม่เพียงพอ | ofvehis | [] | | |
| 40.5. พลังงาน | ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2. มี ระบุ..... | ofenerg | [] | ofenergt | [] |
| | | ☐ 1. เพียงพอ ☐ 2.ไม่เพียงพอ | ofenergs | [] | | |

40.6. ค่าใช้จ่าย	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี ระบุ.....	ofmoney	[] ofmoneyt []
		☐ 1. เพียงพอ ☐ 2. ไม่เพียงพอ	ofmoneys	[]
41. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการในการอพยพ เคลื่อนย้ายคนในชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่				
	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	evacplan	[]
	☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			
42. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการในการจัดตั้งศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่				
	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	shelplan	[]
	☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			
43. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการสำรองในการย้ายศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่				
	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	reseplan	[]
	☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			
44. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการในการรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เช่น การปล้น การทำร้ายร่างกาย การล่วงละเมิดทางเพศ เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่				
	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	saftplan	[]
	☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			
45. ท่านมีระบบการช่วยเหลือดูแลผู้ประสบภัยอย่างเป็นธรรมและเหมาะสมกับความต้องการในสถานการณ์ภัยพิบัติหรือไม่				
	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	ethiplan	[]
	☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			
46. ชุมชนมีระบบการช่วยเหลือดูแลผู้ประสบภัยโดยคำนึงถึงความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา วัฒนธรรม ในสถานการณ์ภัยพิบัติ หรือไม่				
	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	cultplan	[]
	☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			
47. ชุมชนมีระบบการจัดการอาสาสมัคร (เช่น ขึ้นทะเบียนล่วงหน้า มอบหมายงานดูแลด้านสวัสดิการ) หรือไม่				
	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร	volutman	[]
	☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร			

48. ชุมชนมีแผนปฏิบัติการในการรวบรวม วิเคราะห์ ประเมินผล สรุป และรายงาน

ผลการปฏิบัติงานการจัดการสุขภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่

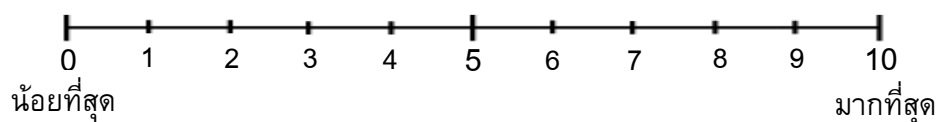
☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร

rseawork []

☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร

49. ในภาพรวม ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ

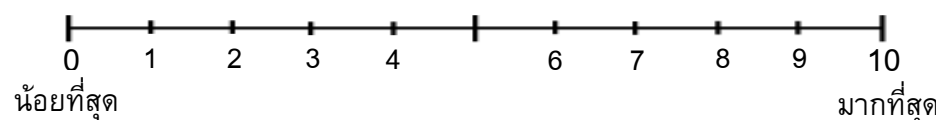
มากน้อยเพียงไร



wscore [][]

50. ท่านมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพใน

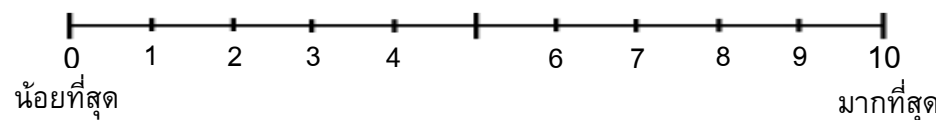
สถานการณ์ภัยพิบัติ มากน้อยเพียงไร



sscore [][]

51. ท่านมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วนในการจัดการ

ด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ มากน้อยเพียงไร



oscore [][]

แบบสัมภาษณ์การจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ

คำชี้แจง: แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสบการณ์การรับรู้และการตอบสนองต่อการจัดการภัยพิบัติด้านสุขภาพ คำตอบของท่านมีความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดการภัยพิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

คำจำกัดความ

ภัยพิบัติ หมายถึง สาธารณภัยที่เกิดจากภัยธรรมชาติ ได้แก่ น้ำท่วมหรือสึนามิ

การจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ หมายถึง กระบวนการที่ต่อเนื่องเป็นระบบตั้งแต่การเตรียมการเฝ้าระวัง การประชาสัมพันธ์ การวิเคราะห์ และการใช้ประโยชน์ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพื่อป้องกันความเสียหายจากสาธารณภัย ลดความรุนแรงและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อภาวะสุขภาพ เตรียมพร้อมรับและตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมถึงการฟื้นฟูสภาพในด้านสุขภาพภายหลังเกิดสาธารณภัย

ชุมชน หมายถึง พื้นที่ตำบลที่ท่านพักอาศัย

แผน หมายถึง แผนปฏิบัติการของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ

(กลุ่มผู้ประสพภัยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบ)

กรอกข้อมูลรอบที่	[] 1 [] 2	id	[][]
ประเภทของผู้ให้ข้อมูล 1.ผู้บริหาร 2.ผู้ปฏิบัติงาน 3.ผู้ประสพภัยหรือได้รับผลกระทบ		targetype	[3]
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.2555		intdate	[][]/[][]/2555
ผู้เก็บข้อมูล		interv	[][]

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี		age	[][]
2. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง		gender	[]
3. อาชีพ.....		occu	[]
4. หน้าที่รับผิดชอบในครอบครัว.....		position	[]
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน		famnum	[][]
6. ท่านมีสมาชิกในครอบครัวที่จัดอยู่ในกลุ่มต่อไปนี้ จำนวนกี่คน			
6.1. เด็ก (อายุต่ำกว่า 12 ปี) จำนวน.....คน		childnum	[][]
6.2. หญิงตั้งครรภ์ จำนวน.....คน		pregnum	[][]
6.3. ผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) จำนวน.....คน		eldernum	[][]
6.4. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง โรคจิตประสาท HIV/AIDS วัณโรค ฯลฯ) จำนวน.....คน		chornum	[][]
6.5. ผู้พิการ (ที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล) จำนวน.....คน		defnum	[][]
7. เหตุการณ์ภัยพิบัติที่ท่านเคยประสบ ได้แก่			
7.1. เหตุการณ์.....		event1	[]
7.1.1. พื้นที่เกิดเหตุการณ์.....		place1	[]
7.1.2. ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ พ.ศ.		time1	[][][][]
7.1.3. หน้าที่ความรับผิดชอบ.....		duty1	[]
7.1.4. พื้นที่ที่รับผิดชอบ.....		dutplac1	[]
7.2. เหตุการณ์.....		event2	[]
7.2.1. พื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์.....		place2	[]
7.2.2. ช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์ พ.ศ.		time2	[][][][]
7.2.3. หน้าที่ความรับผิดชอบ.....		duty2	[]
7.2.4. พื้นที่ที่รับผิดชอบ.....		dutplac2	[]

แบบสัมภาษณ์นี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 การเตรียมพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ

ส่วนที่ 2 การจัดการขณะเกิดภัยพิบัติ

ส่วนที่ 3 การฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ

ส่วนที่ 1 การเตรียมพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ

phase [1]

10. ท่านคิดว่าชุมชนมีโอกาสเกิดภัยพิบัติอีกหรือไม่

☐ 1. ไม่มี☐ 2. มี

dischan []

11. ท่านทราบหรือไม่ว่าที่พักอาศัยของท่านอยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัยพิบัติ

☐ 1. ไม่ทราบ☐ 2. ทราบ

disdoc []

12. ท่านมีข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดจากภัยพิบัติ
ครั้งล่าสุด เพื่อใช้วางแผนรับมือภัยพิบัติครั้งหน้าหรือไม่☐ 1. ไม่มี☐ 2. มี แต่ไม่ครบถ้วน☐ 3. มี และครบถ้วน

heprodoc []

13. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของคนในหมู่บ้าน (บ้านใกล้เคียง) ที่เกิดจากภัยพิบัติครั้งล่าสุด เพื่อใช้วางแผนรับมือภัยพิบัติครั้งหน้าหรือไม่

☐ 1. ไม่มี☐ 2. มี แต่ไม่ครบถ้วน☐ 3. มี และครบถ้วน

helpcum []

14. ท่านมีช่องทางการสื่อสารใดบ้าง

14.1. ช่องทางการสื่อสารที่มี (กรุณาทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องสี่เหลี่ยมหลัง
ช่องทางการสื่อสารที่ท่านมีการใช้ และเรียงลำดับช่องทางการสื่อสารที่ท่านใช้
มากที่สุด 3 ลำดับแรก โดยใส่หมายเลข 1 หลังช่องทางการสื่อสารที่ท่านใช้
มากที่สุด และใส่หมายเลขต่อไปตามลำดับ)

14.1.1. เจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐ

☐

medi1 []

14.1.2. ผู้นำชุมชน

☐

medi2 []

14.1.3. ผู้นำศาสนา

☐

medi3 []

14.1.4. หอกระจายข่าว

☐

medi4 []

14.1.5. วิทยุ

☐

medi5 []

14.1.6. โทรศัพท์

☐

medi6 []

14.1.7. เคเบิลทีวี

☐

medi7 []

14.1.8. สื่อสิ่งพิมพ์

☐

medi8 []

14.1.9. อินเทอร์เน็ต

☐

medi9 []

14.1.10. บ้าย, ธง

☐

medi10 []

14.1.11. โทรศัพท์เคลื่อนที่

☐

medi11 []

14.1.12. อื่นๆ ระบุ

☐

medi12 [] medio12 []

14.2. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องต่อไปนี้บ้างหรือไม่ เพื่อใช้ในการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ

14.2.1. รายชื่อพื้นที่เสี่ยงภัยพิบัติ

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

medicon1 []

14.2.2. วิธีปฏิบัติตนเมื่อมีการเตือนภัย

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

medicon2 []

14.2.3. สภาพภูมิอากาศและระดับน้ำ

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

medicon3 []

14.2.4. รายชื่อและที่ตั้งหน่วยงานที่สามารถขอความช่วยเหลือ

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

medicon4 []

14.2.5. ช่องทางการติดต่อสื่อสาร เช่น หมายเลขโทรศัพท์

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

medicon5 []

14.2.6. รายชื่อและที่ตั้งของศูนย์อพยพ / ศูนย์พักพิง / ศูนย์ช่วยเหลือ

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

medicon6 []

14.2.7. ท่านทราบแผนการอพยพ และเคลื่อนย้ายเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

medicon7 []

14.2.8. ขั้นตอนหรือวิธีการปฏิบัติตนเมื่อต้องการอาศัยในศูนย์อพยพ / ศูนย์พักพิง / ศูนย์ช่วยเหลือ

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

medicon8 []

14.2.9. วิธีการเตรียมตัวในการดูแลสุขภาพเมื่อเผชิญภัยพิบัติ

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

medicon9 []

14.2.10. อื่นๆ ระบุ

☐ 1. ไม่มี

☐ 2. มี

medico10 [] medoth10 []

15. ท่านทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่

15.1.1. หอเตือนภัย ☐ 1. ไม่มี

hallwarn []

☐ 2. มี จำนวน.....แห่ง ใช้ได้.....แห่ง

numhall [][] usehall [][]

ที่ตั้ง.....

15.1.2. หอกระจายข่าว ☐ 1. ไม่มี

broadcast []

☐ 2. มี จำนวน.....แห่ง ใช้ได้.....แห่ง

numbroad [][] usebroad [][]

ที่ตั้ง.....

15.1.3. พื้นที่ปลอดภัย ☐ 1. ไม่มี

safezone []

☐ 2. มี จำนวน.....แห่ง ใช้ได้.....แห่ง

numsafe [][] usesafe [][]

ที่ตั้ง.....

15.1.4. ศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง	☐ 1. ไม่มี	shelter	[]
	☐ 2. มี จำนวน.....แห่ง ใช้ได้.....แห่ง	numshel	[][] useshel [][]
ที่ตั้ง.....			
15.1.5. สถานบริการสุขภาพ	☐ 1. ไม่มี	hosp	[]
	☐ 2. มี จำนวน.....แห่ง ใช้ได้.....แห่ง	numhosp	[][] usehosp [][]
ที่ตั้ง.....			
16. ท่านทราบแผนของชุมชนเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสภาพภูมิอากาศและระดับน้ำแบบเป็นปัจจุบัน (Real time) ขณะประสบเหตุภัยพิบัติ หรือไม่			
☐ 1. ไม่ทราบ	☐ 2. ทราบ ระบุ	rtsituat	[]
17. ท่านทราบแผนการดูแลสุขภาพของชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่			
☐ 1. ไม่ทราบ	☐ 2. ทราบ ระบุ	healplan	[]
18. ท่านทราบชื่อผู้รับผิดชอบ (ที่ระบุในแผน) ที่ดูแลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่			
☐ 1. ไม่ทราบ	☐ 2. ทราบ ระบุ	resmanag	[]
19. ท่านมีการจัดสรรเงินเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่			
☐ 1. ไม่ทราบ	☐ 2. ทราบ ระบุ	resourma	[]
20. ท่านมีการเตรียมสิ่งของที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ เช่น ยา เวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ เพื่อรับมือภัยพิบัติหรือไม่			
☐ 1. ไม่ทราบ	☐ 2. ทราบ ระบุ	prepped	[] prepdata []
21. ท่านมีการประเมินความปลอดภัยของที่พักอาศัย เพื่อรับมือภัยพิบัติหรือไม่			
☐ 1. ไม่ใช่	☐ 2. ใช่	safeeva	[]
22. ท่านมีการปรับปรุงที่พักอาศัยเพื่อรับมือภัยพิบัติอย่างเหมาะสมหรือไม่			
☐ 1. ไม่ใช่	☐ 2. ใช่	improhom	[]
23. ท่านทราบแผนการส่งต่อ เคลื่อนย้าย อพยพ ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่			
☐ 1. ไม่ทราบ	☐ 2. ทราบ	refplan	[]
ระบุช่องทางการได้ข้อมูล		refdata	[]
24. ท่านทราบแนวทางการป้องกันและเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (เช่น ไฟดูด จมน้ำ สัตว์ทำร้าย) เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่			
☐ 1. ไม่ทราบ	☐ 2. ทราบ	safewatc	[]
ระบุช่องทางการได้ข้อมูล		safedata	[]

☐ 2. มี โปรดระบุช่องทางการสื่อสารที่มีใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย

ลำดับ 1	ofcomu1	[]
ลำดับ 2	ofcomu2	[]
ลำดับ 3	ofcomu3	[]
ลำดับ 4	ofcomu4	[]
ลำดับ 5	ofcomu5	[]

33. ท่านมีแผนการเตรียมความพร้อมด้านอาหาร น้ำดื่ม ที่พัก ยานพาหนะ พลังงาน (ไฟฟ้า น้ำมัน) เงิน เมื่อเกิดภัยพิบัติ หรือไม่

33.1. อาหาร	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี	offood	[]
33.2. น้ำดื่ม	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี	ofwater	[]
33.3. ที่พัก	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี	ofresid	[]
33.4. ยานพาหนะ	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี	ofvehi	[]
33.5. พลังงาน (ไฟฟ้า น้ำมัน)	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี	ofenerg	[]
33.6. เงิน	☐ 1. ไม่มี	☐ 2. มี	ofmoney	[]

34. ท่านมีแนวทางสำรองในการย้ายศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร reseplan []

☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร

35. ท่านมีแนวทางในการรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เช่น การปล้น

การทำร้ายร่างกาย การล่วงละเมิดทางเพศ เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร saftplan []

☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร

36. ท่านได้รับการช่วยเหลือดูแลผู้ประสบภัยอย่างเป็นธรรมและเหมาะสมกับความ

ต้องการเมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่

☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร equipaln []

☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร

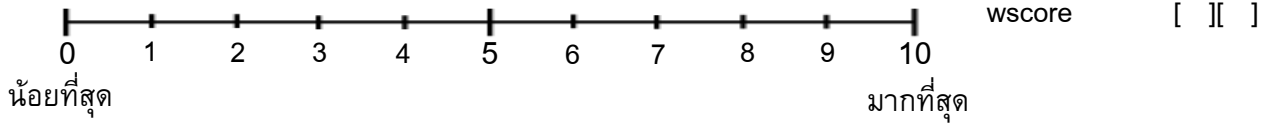
37. ท่านได้รับการช่วยเหลือดูแลโดยคำนึงถึงความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา

ภาษา วัฒนธรรม เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือไม่

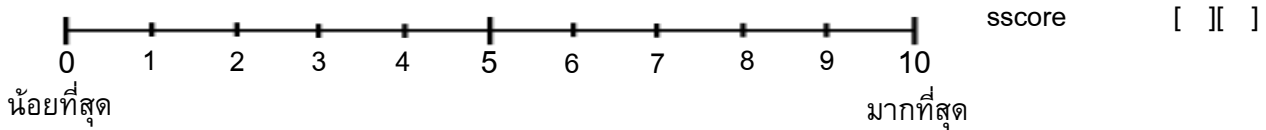
☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี แต่ไม่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษร culplan []

☐ 3. มี และระบุเป็นลายลักษณ์อักษร

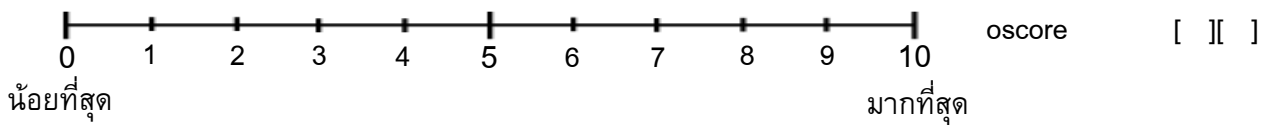
38. ในภาพรวม ท่านคิดว่าท่านมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของท่านและสมาชิก
ในครอบครัวเมื่อเกิดภัยพิบัติมากน้อยเพียงไร



39. ท่านมีความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพเมื่อ
เกิดภัยพิบัติมากน้อยเพียงไร



40. ท่านมีความพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วนในการจัดการ
ภัยพิบัติด้านสุขภาพมากน้อยเพียงไร



ส่วนที่ 2 การจัดการขณะเกิดภัยพิบัติ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบ “ใช่ หรือ ไม่ใช่” ตรงกับข้อความที่ท่านได้มีประสบการณ์การจัดการขณะเกิดภัยพิบัติในพื้นที่ และกรณารับปัญหา อุปสรรค (สาเหตุที่ไม่ได้ทำหรือทำไม่ได้) รวมทั้งข้อเสนอแนะในกรณีที่ตอบว่า “ไม่ใช่”

กรอกข้อมูลรอบที่ [] 1 [] 2
id [] [] []

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	ถ้าตอบไม่ใช่ กรณารับอุปสรรค และข้อเสนอแนะ	targtype [] phase [2]
1. ท่านได้รับการแจ้งเตือนให้เตรียมตัว (stand by) เมื่อเกิดภัยพิบัติหรือเหตุการณ์ฉุกเฉิน (ถ้าใช้กรณาระบุเวลาแจ้งเตือนก่อนเกิด.....ชั่วโมง หรือ.....วัน)					stbstat [] stbtimeh [][] stbtimed [][]
2. ท่านได้แจ้งกลับไปยังศูนย์สั่งการว่าท่านทราบการแจ้งเตือนและได้เตรียมตัวเพื่อดำเนินการต่อไป					sendback []
3. ท่านได้รับการแจ้งให้มารายงานตัว ณ ศูนย์ช่วยเหลือภัยพิบัติของชุมชน					report []
4. ท่านไปรายงานตัว ณ ศูนย์ช่วยเหลือภัยพิบัติของชุมชนได้ทันเวลาตามแผน					doreport []
5. ก่อนการปฏิบัติงาน หัวหน้าศูนย์ช่วยเหลือภัยพิบัติฯ/สถานที่ปฏิบัติงาน สรุปให้ท่านทราบเกี่ยวกับ					
5.1 สถานการณ์ปัจจุบัน					situate []
5.2 บุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน					rperson []
5.3 ขั้นตอนการสั่งการ การประสานงาน การลงทะเบียน การคัดกรอง การแยกประเภทบุคคล					operate []
5.4 ขอบเขตการปฏิบัติงาน					fwork []
5.5 การรับ-การส่งต่อผู้ป่วย/ผู้ประสบภัย/ผู้พักพิง					admref []

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	ถ้าตอบไม่ใช่ กรุณาระบุอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	
6. ท่านทราบข้อมูลเบื้องต้นของประชากรในพื้นที่เพื่อนำมาวางแผน และให้ความช่วยเหลือ ดังนี้ 6.1. จำนวนกลุ่มเสี่ยง (เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการ)					risk []
6.2 ภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ความพิการ					health []
7. สถานที่ที่ท่านปฏิบัติงาน 7.1 ตั้งอยู่ในที่สามารถปฏิบัติงานได้ และเดินทางไปมาสะดวก					place []
7.2 มีระบบการแสดงตนและระบุหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจน ว่าเป็นใคร ทำหน้าที่อะไร					identify []
7.3 มีระบบการลงทะเบียน การคัดกรองผู้ป่วย และการระบุตัวตนของ ผู้มารับบริการได้อย่างชัดเจน					regist []
7.4 มีการประเมินผู้ประสบภัยเกี่ยวกับความเสียหาย ปัญหาและ ความต้องการ ตั้งแต่แรกเริ่ม					victvea []
7.5 มีระบบการป้องกันและประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายแก่ ผู้ปฏิบัติงานและผู้ประสบภัยเช่น ไฟฟ้ารั่ว ไฟฟ้าดูด จมน้ำ เป็นต้น					wsecueva []
7.6 มีระบบการประเมินความเสี่ยงอื่น ๆ ระบุ.....					otheva [] otheva2 []
7.7 มีผู้รับผิดชอบดูแลความปลอดภัย เช่น ควบคุมความรุนแรง การลักขโมย ปล้นชิงทรัพย์ ล้วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น					security []
7.8 มีระบบการหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม					rotateof []
7.9 มีระบบเรียกกำลังสนับสนุน กรณีที่ต้องการบุคลากรมาช่วยงานเพิ่ม					support []

หมายเหตุ ในกรณีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ ให้บันทึกเพิ่มเติมให้บันทึกเพิ่มเติมด้านล่าง

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	ถ้าตอบไม่ใช่ กรุณาระบุอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	
7.10 มีการจัดที่พักแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะสำหรับผู้ป่วย และมี การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค					discontrol []
7.11 มีการดูแลผู้ป่วย/ผู้พักพิงที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและ ต้องการการดูแลพิเศษ เช่น เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้พิการ เป็นต้น					scase []
7.12 มีแพทย์ พยาบาลและ/หรืออาสาสมัครคอยดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ทั่วถึงและต่อเนื่อง					thrser []
7.13 มีระบบและผู้รับผิดชอบในการเยียวยาจิตใจ (psychological first aid)					psyfaid []
7.14 มีล่ามแปลภาษา และ/หรือมีล่ามภาษามือแปลภาษาให้เมื่อ ต้องการ					translat []
7.15 มีการดูแลผู้ป่วยที่คำนึงถึงความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนาและวัฒนธรรม					race []
7.16 ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นธรรมและเหมาะสมกับ ความต้องการ					welltake []
7.17 มีระบบและผู้รับผิดชอบดูแลสัตว์เลี้ยงที่อพยพมาในเรื่องที่ อยู่อาศัย อาหารสัตว์ และการป้องกันอันตรายที่จะเกิดจากสัตว์					pettc []
8. สถานที่ที่ทำงานปฏิบัติงาน <u>มีระบบและผู้รับผิดชอบดูแลเรื่อง</u>					
8.1 การจ่ายและสำรองวัสดุทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์					medoff []
8.2 ที่พัก ห้องสุขา ห้องอาบน้ำ					tltoff []

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	ถ้าตอบไม่ใช่ กรุณาระบุอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	
8.3 เครื่องอุปโภคบริโภค เช่น อาหาร น้ำดื่ม เครื่องนุ่งห่ม รวมถึงนมเด็ก					conoff []
8.4 เชื้อเพลิง และยานพาหนะ					eneoff []
8.5 ไฟฟ้าและน้ำใช้ที่เพียงพอ รวมถึงการจัดการเมื่อไม่มีไฟฟ้าหรือน้ำใช้					eleoff []
8.6 การกำจัดของเสีย ขยะและของติดเชื้อ					gbagoff []
9. สิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้ <u>มีเพียงพอหรือเหมาะสม</u> ต่อการดูแลความเป็นอยู่และสุขภาพผู้ประสบภัย/ผู้พักพิงหรือไม่					
9.1 วัสดุทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์					medsuf []
9.2 ที่พัก ห้องสุขา ห้องอาบน้ำ					tltsuf []
9.3 อาหาร น้ำดื่ม เครื่องนุ่งห่ม รวมถึงนมเด็ก					consuf []
9.4 เชื้อเพลิง และยานพาหนะ					enesuf []
9.5 ไฟฟ้าและน้ำใช้ที่เพียงพอ รวมถึงการจัดการเมื่อไม่มีไฟฟ้าหรือน้ำใช้					elesuf []
9.6 การกำจัดของเสีย ขยะและของติดเชื้อ					gbagsuf []
10. สถานที่ที่ท่านปฏิบัติงานมีช่องทางการสื่อสารอย่างน้อย 2 ช่องทาง เช่น วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ รถสื่อสารดาวเทียม อินเทอร์เน็ต					
10.1 ภายในสถานที่ที่ท่านปฏิบัติงาน					inofchn []
(ถ้าใช่ โปรดระบุ.....)					inofchn2 []
10.2 ภายนอกสถานที่ที่ท่านปฏิบัติงาน					outofchn []
(ถ้าใช่ โปรดระบุ.....)					outofchn3 []

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	ถ้าตอบไม่ใช่ กรุณาระบุอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	
11. เมื่อท่านมีปัญหาที่ต้องประสานงาน ท่านมีเบอร์โทรศัพท์หรือช่องทางติดต่อได้ทันที					telep []
12. ปัญหาในการทำงานของท่าน ได้รับการแก้ไขได้ทันเวลาและทันต่อเหตุการณ์					jintime []
13. ในแต่ละวันของการทำงาน ท่านได้บันทึกการปฏิบัติงาน/ผลงานที่ท่านปฏิบัติกรช่วยเหลือผู้ประสบภัย					recwork []
14. สถานที่ที่ท่านปฏิบัติงาน					
14.1. มีการรับงาน-ส่งงานและการประชุมปรึกษาก่อนการปฏิบัติงานทุกครั้ง					cnferen []
14.2. มีการประชุมสรุปงาน และปรับปรุงวางแผนงานต่อไปอย่างน้อยทุกวัน					adjplan []
14.3. มีผู้รับผิดชอบหลักที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล					analyze []
14.4. มีผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่สาธารณชนอย่างต่อเนื่อง					inf []
14.5. มีผู้รับผิดชอบหลักที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูล เมื่อมีผู้มาติดต่อ เช่น ผู้สื่อข่าว ญาติ เป็นต้น					cinf []
15. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน (real time information) ซึ่งรวมถึง รายงานสภาพอากาศ สภาพน้ำ และควาเสียหาย					situarep []

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	ถ้าตอบไม่ใช่ กรุณาระบุอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	
16. สถานที่ที่ท่านปฏิบัติงาน 16.1 มีระบบการจัดการผู้ประสบภัยที่เสียชีวิต ได้แก่ การบันทึก เก็บรักษาทรัพย์สิน การระบุเอกลักษณ์ศพ การรักษาสภาพศพ สถานที่เก็บรักษาศพ และจำหน่ายศพ					corpse []
16.2 มีระบบการจำหน่ายผู้ประสบภัยออกจากศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิงตามเวลาที่เหมาะสม					sendout []
16.3 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย กรณีที่ต้องย้ายผู้ป่วยไปยังสถานบริการทางการแพทย์แห่งอื่น					refer []
16.4 มีระบบย้ายศูนย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัย/ศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิงเมื่อมีเหตุจำเป็น					move []
17. ในขณะที่ท่านปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบภัย 17.1 ท่านได้รับการดูแลสุขภาพกาย-จิตและสังคม					psytake []
17.2 ท่านสามารถเตรียม/จัดการครอบครัวของท่านให้สามารถดูแลตนเองได้					family []
18. ในภาพรวมท่านได้ปฏิบัติงานตามแผนการจัดการเมื่อเกิดภัยพิบัติที่กำหนดไว้					dowork []

ส่วนที่ 2 การจัดการขณะเกิดภัยพิบัติ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตรงกับข้อความที่ท่านได้มีประสบการณ์

การจัดการขณะเกิดภัยพิบัติในพื้นที่ และกรณาระบอบปัญหาอุปสรรค (สาเหตุที่ไม่ได้ทำหรือทำไม่ได้)

รวมทั้งข้อเสนอแนะในกรณีที่ตอบว่า “ไม่ใช่”

กรอกข้อมูลรอบที่ [] 1 [] 2

id [][]

targetype [3]

phase [2]

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	ถ้าตอบไม่ใช่ กรณาระบอบอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	
1. ท่านได้รับทราบถึงสัญญาณเตือนภัยให้เตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ					stbstat []
2. ท่านรับทราบถึงสัญญาณเตือนภัยและการแจ้งเตือนภัยให้อพยพไปอยู่ในที่สูงกว่าระดับน้ำหรือไปยังศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราวของชุมชนตามแผน					getbeac []
3. ท่านอพยพไปยังศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราวของชุมชนตามแผนได้อย่างสะดวก					move []
4. เมื่อถึงศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว ท่านได้รับแจ้งเกี่ยวกับการบริหารจัดการข้อมูลและการดูแลผู้ประสบภัย ดังต่อไปนี้					
4.1 สถานการณ์ปัจจุบัน					situate []
4.2 บุคคลที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน					rperson []
4.3 การลงทะเบียน					regist []
4.4 การคัดกรอง (หมายถึง การตรวจเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและแยกผู้ป่วยตามภาวะสุขภาพหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย)					filter []
4.5 การแยกประเภทบุคคลหรือการระบุตัวบุคคล					iden []
4.6 การจัดระเบียบและการอำนวยความสะดวกศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว					proced []

หมายเหตุ ในกรณีที่ผู้ถูกสัมภาษณ์ให้ข้อมูลเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ ให้บันทึกเพิ่มเติมให้บันทึกเพิ่มเติมด้านล่าง

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	ถ้าตอบไม่ใช่ กรุณาระบุอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	
4.7 บุคคลสำคัญที่ท่านสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ (ยกตัวอย่าง.....)					conpers []
5. ท่านได้รับการประเมินเกี่ยวกับความเสียหาย ปัญหาและความ ต้องการ ตั้งแต่แรกรับที่เข้ามาพักอาศัยที่ศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิง ชั่วคราว					diseva []
6. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีการแสดงตนและระบุ หน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจน ว่าเป็นใคร ทำหน้าที่อะไร					identify []
7. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีเจ้าหน้าที่หรือ อาสาสมัครดูแลผู้ประสบภัยได้อย่างทั่วถึง					thrser []
8. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร มาให้กำลังใจและสอบถามทุกข์สุขอย่างสม่ำเสมอ					cheerup []
9. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว 9.1 วัสดุ ยาและเวชภัณฑ์ มีความเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพ ผู้ประสบภัย					medsuf []
9.2 ที่พัก ห้องสุขา ห้องอาบน้ำ มีความเพียงพอต่อความเป็นอยู่ ของผู้ประสบภัยและสามารถใช้การได้					tltsuf []
9.3 เครื่องอุปโภคบริโภค เช่น อาหาร น้ำดื่ม เครื่องนุ่งห่ม รวมถึง นมเด็ก มีความเพียงพอต่อความเป็นอยู่ของผู้ประสบภัย					consuf []
9.4 แสงสว่างและน้ำใช้มีความเพียงพอ รวมถึงการจัดการเมื่อไม่มี ไฟฟ้าหรือน้ำใช้					elesuf []
9.5 ระบบการกำจัดของเสีย ขยะและของติดเชื้อ					gbagoff []

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	ถ้าตอบไม่ใช่ กรุณาระบุอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	
10. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีระบบดูแลสัตว์เลี้ยงเรื่องที่อยู่อาศัยของสัตว์ อาหารสัตว์และการป้องกันอันตรายที่จะเกิดจากสัตว์ได้เหมาะสม					pettc []
11. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีระบบการป้องกันและประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย เช่น ไฟฟ้ารั่ว ไฟฟ้าดูด จมน้ำ เป็นต้น					accsecu []
12. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีการดูแลเรื่องความปลอดภัย เช่น ควบคุมความรุนแรง การลักขโมย ปล้นชิงทรัพย์ ล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น					security []
13. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีช่องทางการติดต่อสื่อสารภายในและภายนอกศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว อย่างน้อย 2 ทาง ได้แก่ วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์บ้าน รถสื่อสารดาวเทียม เป็นต้น					contchnl []
14. เมื่อท่านมีปัญหาที่ต้องติดต่อเจ้าหน้าที่ของศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว ท่านสามารถติดต่อได้ทันที					immedct []
15. ในขณะที่พักอาศัยอยู่ ณ ศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว ท่านได้รับการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและทันเวลา					corsol []
16. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีล่ามแปลภาษา หรือมีล่ามภาษามือแปลภาษา หรือผู้ช่วยเหลือในการแปลภาษาให้เมื่อต้องการ					translat []
17. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราวท่านได้รับการดูแล ที่คำนึงถึงความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนาและวัฒนธรรม					race []
18. ท่านได้รับการดูแลอย่างเป็นธรรมและเหมาะสมกับความต้องการ					welltake []

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	ถ้าตอบไม่ใช่ กรุณาระบุอุปสรรคและข้อเสนอแนะ	
19. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว ท่านสามารถติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวของท่านได้					famcont []
20. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีการพิทักษ์สิทธิ (ปกป้องสิทธิ) ในการให้ข้อมูลหรือเผยแพร่ข้อมูลของท่านสู่สาธารณชน					datautho []
21. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราวท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันซึ่งรวมถึง รายงานสภาพอากาศ สภาพน้ำ และความเสี่ยงภัย					situarep []
22. ท่านและ/หรือครอบครัวได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม					cortakec []
23. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีการจัดที่พักแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะสำหรับผู้ป่วย และมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค					patshel []
24. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีแพทย์ พยาบาลและหรืออาสาสมัครคอยดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง					doctakec []
25. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีการจัดการและดูแลผู้ที่เสียชีวิตและครอบครัวผู้ที่เสียชีวิตได้เหมาะสม					victimtc []
26. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีระบบการย้ายศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราวที่สามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสม					move []
27. ในศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว มีระบบการช่วยเหลือเมื่อท่านต้องการย้ายออกจากศูนย์อพยพหรือสถานที่พักพิงชั่วคราว					hmove []

ส่วนที่ 3 การฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตรงกับข้อความที่ท่านได้มีประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในพื้นที่
ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ และกรณารับปัญหา อุปสรรค (สาเหตุที่ไม่ได้ทำหรือทำไม่ได้) รวมทั้งข้อเสนอแนะในกรณีคำตอบว่า “ไม่ใช่”

id [] [] []

targettype []

phase [3]

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	กรณีไม่ใช่ (กรณารับอุปสรรคและให้ข้อเสนอแนะ)	
1. ท่านทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ					afterpln []
2. ท่านมีส่วนร่วมในการรวบรวม และ/หรือวิเคราะห์ข้อมูลผู้ประสบภัย สถานการณ์ เพื่อนำมาพัฒนาแผนการฟื้นฟูทั้งในด้านระบบสาธารณสุข ด้านการดูแลสุขภาพ และด้านโครงสร้างพื้นฐานการบริการแก่ผู้ประสบภัย					catoplan []
3. ภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชนของท่านได้มีส่วนร่วมในการทำแผนฟื้นฟู					joinmpln []
4. ท่านมั่นใจว่าแผนฟื้นฟูได้รับความเห็นชอบจากทุกภาคส่วนในชุมชน อย่างกว้างขวาง และสามารถนำไปปฏิบัติได้					accplan []
5. ท่านประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อลดความ ซ้ำซ้อนของการปฏิบัติงานในด้านการดูแลสุขภาพ การจัดการที่พิกอาศัย อาหาร สัตว์เลี้ยง ความปลอดภัย สุขาภิบาลและสาธารณสุขปลอดภัยอย่าง ทั่วถึง					coeva []
6. ท่านประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในชุมชนในการให้การดูแล สุขภาพ การจัดการที่พิกอาศัย อาหาร สัตว์เลี้ยง ความปลอดภัย สุขาภิบาลและสาธารณสุขปลอดภัยอย่างทั่วถึง					cotc []
7. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนระยะฟื้นฟูให้ชุมชนกลับสู่ภาวะปกติ					devplan []
8. ท่านรายงานหรือแจ้งความก้าวหน้า รวมทั้งการปรับปรุงแผนการ ดำเนินงานด้านการฟื้นฟูไปยังหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกระดับ และ ชุมชนที่ได้รับผลกระทบ					sendadj []

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	กรณีไม่ใช่ (กรุณาระบุอุปสรรคและให้ข้อเสนอแนะ)	
9. ท่านได้ติดตามและประเมินผลแผนการฟื้นฟูชุมชนอย่างต่อเนื่อง					filweva []
10. ท่านรายงานผลการดำเนินงานตามแผนการฟื้นฟูให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ					prresult []

กลุ่มผู้ประสพภัยหรือผู้ได้รับผลกระทบ
กรอกข้อมูลรอบที่ [] 1 [] 2
id [][][]
targtype [3]
phase [3]

ส่วนที่ 3 การฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตรงกับข้อความที่ท่านได้มีประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในพื้นที่
ระยะฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติ และกรณาระบุปัญหา อุปสรรค (สาเหตุที่ไม่ได้ทำหรือทำไม่ได้) รวมทั้งข้อเสนอแนะในกรณีที่ตอบว่า “ไม่ใช่”

ข้อความ	1. ไม่ใช่	2. ใช่	7. ไม่เกี่ยว	กรณีไม่ใช่ (กรณาระบุอุปสรรคและให้ข้อเสนอแนะ)	
1. ท่านมีแผนในการจัดการในเรื่องบ้าน ให้ปลอดภัย และแข็งแรงกว่าเดิม หลังเกิดภัยพิบัติ					resstren []
2. ท่านมีแผนในการจัดการในเรื่องครอบครัวของท่านหลังเกิดภัยพิบัติ					famman []
3. ท่านได้ใช้การจัดการในเรื่องบ้านของท่านไปช่วยเหลือผู้อื่นด้วยหรือไม่ หลังเกิดภัยพิบัติ					helpoth []
4. ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการช่วยเหลือชุมชนหลังเกิดภัยพิบัติ					cohelph []
5. ท่านได้ติดตามความสำเร็จของแผนที่ท่านมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ					sucflw []
6. ท่านมีความพึงพอใจกับความสำเร็จของแผนการฟื้นฟู					satisfi []

ภาคผนวก 3

เว็บไซต์ของโครงการ
(www.K4DM.net)

[หน้าหลัก](#)
[ภัยพิบัติ](#)
[การจัดการภัยพิบัติ](#)
[หน่วยงาน](#)
[งานวิชาการ](#)
[ติดต่อเรา](#)

Online Resource on Disaster

Online Disaster Resource

รับมือน้ำท่วมไม่ยาก



หนังสือ รับมือน้ำท่วมไม่ยาก Easy Guide : How to handle with flood โดย สตีฟสันท์ ทัก Think Beyond "น้ำท่วมแล้วไหนไหนไหน" สำหรับเตรียมพร้อม

[ดาวน์โหลด](#)

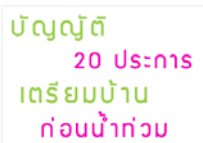
คู่มือรับสถานการณ์น้ำท่วม



หนังสือ คู่มือรับสถานการณ์น้ำท่วม โดย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ "น้ำท่วม : หมดไปสามารถยืนอย่างมั่นคง แต่สุดท้ายต้องเตรียมการรับมือไว้"

[ดาวน์โหลด](#)

บัญชี 20 ประการ เตรียมบ้านก่อนน้ำท่วม



หนังสือ บัญชี 20 ประการ เตรียมบ้านก่อนน้ำท่วม โดย อ.มอญมัย เพชรเกษม "เตรียมบ้านให้พร้อมก่อนน้ำจะมา"

[ดาวน์โหลด](#)

คู่มือประชาชนสำหรับป้องกันโรคที่มากับน้ำท่วม

ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา โลกประสบภัยธรรมชาติเช่น แผ่นดินไหว ดินถล่ม น้ำท่วมหลายครั้ง และมีแนวโน้มที่จะรุนแรงมากขึ้น รวมไปถึงประเทศไทยไม่ประสบกับภัยธรรมชาติแล้วแต่ภัยพิบัติทางธรรมชาติ รวดเร็วและรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะน้ำท่วม ซึ่งน้ำท่วมสร้างความเสียหายทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่จะส่งผลกระทบต่อประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่น้ำท่วมภัย เพื่อประชาชนจะได้สามารถป้องกัน และลดผลกระทบอันไม่พึงประสงค์จากการแพร่ระบาดของโรคได้

Tags: [น้ำท่วม](#) [โรค](#) [ป้องกัน](#)

[ดาวน์โหลด](#)

Search

หนังสือ เมื่อรวมมือฟื้นฟู ภัยไทย...จากภัยพิบัติ "สึนามิ"

ในระหว่างพายุ 3 ปี หลังจากภัยพิบัติสึนามิได้คร่าชีวิตและบาดเจ็บถึง 3 ล้านคน ในปี 2550 ที่สึนามิโจมตีชายฝั่งของประเทศไทยส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ 3 ปีที่ผ่านมา คดีนี้เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ภัยพิบัติครั้งใหญ่ที่สุด จนกระทั่งเกิดและเกิดผลกระทบอย่างต่อเนื่องจากภัยพิบัติ "สึนามิ" ในประเทศไทยส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่จะส่งผลกระทบต่อประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่น้ำท่วมภัย เพื่อประชาชนจะได้สามารถป้องกัน และลดผลกระทบอันไม่พึงประสงค์จากการแพร่ระบาดของโรคได้

Tags: [สึนามิ](#) [ฟื้นฟู](#) [ป้องกัน](#)

[ดาวน์โหลด](#)

ภัยพิบัติ

- น้ำท่วม
- สึนามิ
- แผ่นดินไหว

การจัดการภัยพิบัติ

- การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ
- ศูนย์พิทักษ์
- การช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ
- US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- Citizen Corps
- Emergency Management Australia
- Federal Emergency Management Agency (FEMA)
- The Pan American Health Organization (PAHO)
- Sphere Project
- The United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)
- World Health Organization (WHO)

สถิติ

- Site Counter: 41,367

แหล่งข้อมูลภัยพิบัติ

- Hatyalcityclimate.org
- เครือข่ายน้ำท่วมภัยพิบัติ ศูนย์น้ำท่วม (PWSWatch.NET)
- กรมอุตุนิยมวิทยา พายุ Watch Weather Report System
- สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร (องค์การมหาชน)
- คลังข้อมูลสภาพน้ำ
- ระบบเตือนภัยอุทกภัยของกรมชลประทาน
- กรมชลประทาน ศูนย์ป้องกันภัยอุทกภัย (DDP)
- ศูนย์เฝ้าระวัง ศูนย์ป้องกันภัยอุทกภัย

[ดาวน์โหลด](#)

แหล่งความรู้เกี่ยวกับภัยพิบัติ

- Online Disaster Resource (lite version)
- KADM: Knowledge for Disaster Management
- ศูนย์ประสานงานจัดการความรู้เพื่อรับมือภัยพิบัติ (สทส.)
- Thaiflood.com

งานวิชาการ

- บทบรรณาธิการน้ำท่วมภัยพิบัติ
- สถานการณ์ของระบบข้อมูลและระบบสารสนเทศในการจัดการภัยพิบัติในประเทศไทย
- แนวทางการจัดการภัยพิบัติ
- ศูนย์ประสานงานจัดการความรู้เพื่อรับมือภัยพิบัติ
- พายุภัยพิบัติ 2554 : บทเรียนจากประสบการณ์
- สื่อและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
- บทเรียนจากการลดผลกระทบจากภัยพิบัติ
- บทเรียนจากการลดผลกระทบจากภัยพิบัติ

เว็บไซต์ที่น่าสนใจ

- KADS: Knowledge for Deep South
- Online Security & Safety Resource
- เครือข่ายการจัดการภัยพิบัติจากต่างประเทศ
- ศูนย์ประสานงานป้องกันภัยพิบัติ (VTS)
- การติดตามโครงการป้องกันภัยพิบัติ
- ศูนย์ประสานงานป้องกันภัยพิบัติ



Knowledge for Disaster Management (KADM)

6 ธันวาคม 2554 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดพิธีลงนาม 90110

โทรศัพท์ 08 7394 3889 โทรสาร 0 7442 9754 E-mail: kadm@kadm@gmail.com

เว็บไซต์: KADS.org/kadm

เว็บไซต์การสื่อสารการทำงานภายในโครงการ
(<http://medipe2.psu.ac.th/~disaster/k4dm/>)

โครงการการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข: กรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติภาคใต้

(Disaster Management of Public Health Sector: Lesson Learned from the South)

ปี 2555

- เว็บไซต์ Online Disaster Resource [Link](#)
- โครงการ [.pdf](#)
- ประชุมครั้งที่ 1: ชี้แจงโครงการ
 - เอกสารประกอบการประชุม
 - ทีมวิชาการ
 - ชี้แจงโครงการ [.ppt](#)
 - ตัวอย่างเครื่องมือ
 - ก่อนเกิดภัยพิบัติ [.pdf](#)
 - ขณะเกิดภัยพิบัติ [.doc](#)
 - หลังเกิดภัยพิบัติ [.zip](#)
 - ทีมพื้นที่
 - ภูเก็ต
 - ประสบการณ์และการพัฒนาระบบรองรับภัยพิบัติ จ.ภูเก็ต [.ppt](#)
 - นครศรีธรรมราช
 - โครงการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการรับมือภัยพิบัติ จ.นครศรีธรรมราช [.ppt](#)
 - สรุปโครงการปฏิบัติการสุขภาพและการแพทย์ [.pdf](#)
 - สงขลา
 - การจัดการภัยพิบัติ [.zip](#)
 - การบริหารจัดการสาธารณสุข [.zip](#)
 - สรุปประชุมครั้งที่ 1 [.doc](#)
- ประชุมครั้งที่ 2: นำเสนอโมเดลวิธีการและเครื่องมือในการศึกษา
 - เอกสารประกอบการประชุม
 - โมเดลวิธีการ [.ppt](#)
 - เครื่องมือในการศึกษา [.zip](#)
 - สรุปประชุมครั้งที่ 2 [.doc](#)
- ประชุมครั้งที่ 3: วิธีการและเครื่องมือในการศึกษา
 - เอกสารประกอบการประชุม
 - เครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ [.zip](#)
 - เครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ [.zip](#)
 - สรุปประชุมครั้งที่ 3 [.doc](#)
- ประชุมครั้งที่ 4: การจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
 - เอกสารประกอบการประชุม
 - ประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติจากญี่ปุ่น [.zip](#)
 - การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
 - ข้อมูล [.ppt](#)
 - การจัดการข้อมูล [.ppt](#)
 - การวิเคราะห์ข้อมูล [.ppt](#), [.ppt](#)
 - Workshop การจัดการข้อมูลเชิงปริมาณ
 - EnlData [.ppt](#)

ภาคผนวก 4

สรุปการประชุม
โครงการการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข:
กรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในภาคใต้
(Disaster Management of Public Health Sector: Lesson Learned from the South)
ครั้งที่ 1/2555

วันพฤหัสบดี ที่ 8 มีนาคม 2555 เวลา 9.00-17.00 น.

วันศุกร์ ที่ 9 มีนาคม 2555 เวลา 9.00-14.00 น.

ณ ห้องเรียน 1 ชั้น 6 อาคารบริหารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้เข้าร่วมประชุม

1. ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ.
2. รศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.
3. ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี	คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.
4. ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.
5. อ.เนตรนภา พรหมเทพ	คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.
6. นพ.วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต
7. คุณสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์	โรงพยาบาลถลาง
8. คุณกุสุมา สว่างพันธุ์	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต
9. คุณชลธาร แซ่ตัน	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต
10. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี
11. คุณจินตนา ตัวปาน	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี
12. นพ.ต่อพงศ์ ครองไตรเวทย์	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
13. คุณเพ็ญจันทร์ แซ่หลี	สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดนครศรีธรรมราช
14. ว่าที่ร้อยตรี กำพล จิตตะนัง	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
15. คุณฐิตินบ โกมลนิมิ	ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้
16. คุณชญาธิษฐ์ เพ็ชรรัตน์	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ.
17. คุณจิราพร อวระภาค	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ.
18. คุณอนุกุล ลิมปนศิลป์	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ.
19. คุณอัสมัน ยูนิ	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ.

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องแจ้งให้ที่ประชุมทราบ ขี้แจงโครงการและการบริหารจัดการโครงการ

ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย หัวหน้าโครงการ กล่าวชี้แจงโครงการ และการบริหารจัดการโครงการ
ให้ผู้เข้าร่วมประชุมทราบ

ระเบียบวาระที่ 2 นำเสนอประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติของจังหวัดสงขลา นครศรีธรรมราช และภูเก็ต

จังหวัดนครศรีธรรมราช

นพ.ต่อพงศ์ ครองไตรเวทย์ Field manager จังหวัดนครศรีธรรมราช นำเสนอประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติ โครงการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการรับมือภัยพิบัติ จ.นครศรีธรรมราช ซึ่งร่วมกับศูนย์ประสานงานจัดการภัยพิบัติภาคพลเมือง มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มีการจัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนการเรียนรู้กับชุมชนต้นน้ำ หาดใหญ่ ประยุกต์ให้ชาวบ้านได้ร่วมคิดและแก้ปัญหา จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนฯ ในครั้งที่ 2 ได้จัด สายด่วนสุขภาพ เพื่อให้ความช่วยเหลือทางสุขภาพและการแพทย์แก่ผู้ประสบภัยพิบัติผ่านทางโทรศัพท์ (DOCTOR BY PHONE) ได้รับการสนับสนุนซิมการ์ดจาก AIS

นพ.ต่อพงศ์ ครองไตรเวทย์ ร่วมกับ ว่าที่ร้อยตรี กำพล จิตตะนัง สรุปลงโครงการปฏิบัติการสุขภาพและการแพทย์ มีเครือข่ายการทำงานร่วมกับมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ประกอบด้วยสำนักแพทยศาสตร์ สำนักพยาบาลศาสตร์ และศูนย์ประสานการจัดการภัยพิบัติ ในการจัดการภัยพิบัติแบบมีส่วนร่วม ตามโครงการความพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติ

โจทย์ : ไม่มีคนตายในภัยพิบัติภัยได้

หลักคิด : ภัยธรรมชาติสามารถจัดการไม่ให้ภัยพิบัติได้

แนวทาง : ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนเพื่อร่วมแบ่งเบาแบกรับ, ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ

ยุทธศาสตร์ : ใช้หลักการจัดการภัยพิบัติแบบมีส่วนร่วม

ยุทธวิธี : ใช้ปฏิบัติการคูชนานระดับชุมชน – จังหวัด ตามรูปแบบโมเดลแมงมุม 8 ขา และโมเดล 14+1

จังหวัดสงขลา

นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ Field manager จังหวัดสงขลา นำเสนอประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติ โดยการประชุมแลกเปลี่ยน/ค้นหาประเด็นปัญหา สภาพปัญหา สู่ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการจัดการภัยพิบัติในพื้นที่ เริ่มจากเครือข่ายของชุมชน ในลุ่มน้ำนาทวี เทพาและ จะนะ

การบริหารจัดการสาธารณภัย การเฝ้าระวังและเตือนภัย ทางจังหวัดสงขลา ได้มีการนำภาพจากกล้อง IP Camera สำหรับตรวจสอบระดับน้ำในพื้นที่ลุ่มน้ำอุทกภัยที่ website: <http://hatyaicityclimate.org> ด้านสาธารณสุข มีนโยบาย 4 ด้าน คือ ด้านการตั้งศูนย์ปฏิบัติการ War room ด้านสถานบริการ มีการวิเคราะห์จุดเสี่ยง การป้องกัน สำนองทรัพยากร ปรับระบบบริการ และการส่งต่อผู้ป่วย ด้านดูแลประชาชนในภาวะวิกฤต และด้านฟื้นฟู โดยทางพื้นที่ประสบการณ์ระบบจัดการศพ การเฝ้าระวังโรคที่มากับน้ำท่วม การจัดตั้งระบบเสริม 2 ระบบ คือ ระบบเฝ้าระวังพิเศษและระบบเฝ้าระวังเชิงรุก อนามัยสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำและความปลอดภัยอาหาร

จังหวัดภูเก็ต

นพ.วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์ Field manager จังหวัดภูเก็ต นำเสนอประสบการณ์และการพัฒนาระบบรองรับภัยพิบัติ จังหวัดภูเก็ต บทเรียนจากสึนามิ 2004 ขาดการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติ ในด้านการป้องกัน การเตรียมความพร้อม การตอบสนอง และการฟื้นฟู

การเตรียมความพร้อม

1. Mitigation การทำแผนอพยพ คำเตือน พื้นที่เสี่ยงภัย
2. EMS มี Disaster Medical Assistant Team (DMAT) และการอบรมฝึกซ้อม ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกประเทศ และไปถึงการออกไปช่วยเหลือในการเกิดภัยพิบัติในจังหวัดอื่น เช่น
 - อุทกภัย อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
 - โคลนถล่ม อ.เขาพนม จ.กระบี่
 - มหาอุทกภัย จ.พระนครศรีอยุธยา
3. Community resilience
 - มีกรอบแนวคิดการดำเนินงานที่ชัดเจน
 - มีแนวทางการเตรียมการเพื่อการจัดการภัยพิบัติในอนาคตของชุมชนภูเก็ต โดยการจัดกิจกรรม เช่น สำรวจข้อมูลชุมชน ปรับปรุงข้อมูล/พื้นที่เสี่ยงภัย/แผนที่ปลอดภัย การตั้งกลุ่มองค์กรชุมชนและอาสาสมัคร การฝึกอบรมอาสาสมัคร พัฒนาระบบสารสนเทศ เป็นต้น

ระเบียบวาระที่ 3 นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมการจัดการภัยพิบัติ

หัวหน้าโครงการ นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบ: การวิจัยการจัดการภัยพิบัติในประเทศไทย โดย รศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และทีมทบทวนวรรณกรรม

ในระยะ 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2548-2552 จำนวน 12 เรื่อง พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (จำนวน 10 เรื่อง) ทำการศึกษาในกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคลื่นยักษ์สึนามิและน้ำท่วม (จำนวน 6 เรื่อง) หน่วยงานเน้นวิจัย การเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติในเรื่อง สึนามิและน้ำท่วม (จำนวน 3 เรื่อง) หน่วยงานผู้วิจัยส่วนมากอยู่ในมหาวิทยาลัย (จำนวน 5 เรื่อง) และรองลงมาเป็นหน่วยงานสาธารณสุข (จำนวน 3 เรื่อง)

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ สามารถแบ่งองค์ความรู้การจัดการภัยพิบัติในประเทศไทยได้เป็น 5 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ เป็นประชาชนและครอบครัว เน้นการแสวงหาความรู้เรื่องสุขภาพจิตและผลกระทบหลังเกิดภัยพิบัติ
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เน้นความพร้อมในการปฏิบัติเมื่อเกิดภัยพิบัติจากคลื่นยักษ์สึนามิและน้ำท่วมในเรื่องรองรับผู้บาดเจ็บระดับรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง
3. หน่วยงานสาธารณสุข เน้นการทดสอบการใช้คู่มือรองรับเมื่อเกิดภัยพิบัติจากคลื่นยักษ์สึนามิและน้ำท่วม
4. หน่วยงานท้องถิ่น เน้นการอพยพประชาชนเมื่อมีเมื่อเกิดภัยพิบัติจากคลื่นยักษ์ สึนามิและน้ำท่วม

5. หน่วยงานวิศวะ เน้นการออกแบบพื้นที่เพื่อรองรับภัยพิบัติจากคลื่นยักษ์สึนามิและน้ำท่วม

การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุขเชิงบูรณาการ และยังขาดองค์ความรู้การวิจัยเชิงระบบจากข้อมูลในประเทศไทยมีเพียงการทบทวนการจัดการภัยพิบัติทั่วไปจากต่างประเทศเพียง 1 เรื่อง

ระเบียบวาระที่ 4 นำเสนอแนวทางการศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติและระดมความคิดเห็น

ความต้องการของทีมพื้นที่จากทีมวิชาการ

ทั้ง 3 พื้นที่ มีความต้องการการสร้างและพัฒนา ความรู้และความสามารถให้กับนักวิจัยในพื้นที่ให้สามารถทำงานวิจัยได้เอง อย่างมีประสิทธิภาพ

1. ความรู้การวิจัย

- 1.1. การแก้ไขปัญหา โดยศึกษาว่า ปัญหาเกิดตรงไหน ทำไมถึงเกิดปัญหาและมีแนวทางแก้ไขอย่างไร
- 1.2. ศึกษาในหลายระดับ ตั้งแต่ชุมชน จังหวัด และประเทศ
- 1.3. วงจรการจัดการภัยพิบัติ ตั้งแต่การป้องกัน การเตรียมการ การตอบสนอง และการฟื้นฟู
- 1.4. องค์ประกอบ ในด้านข้อมูล สิ่งอำนวยความสะดวก กำลังคน ความพร้อมของชุมชน การบริการด้านสุขภาพ การดำเนินการและการจัดการ
- 1.5. การปรับตัวเพื่อความอยู่รอด

2. ความสามารถในการวิจัยและการจัดการความรู้

ทีมวิชาการ

ได้สรุปประเด็น คือ จุดต่างของแต่ละพื้นที่ ในการออกแบบการวิจัย โดยสามารถจะจำแนกตามบริบทของแต่ละพื้นที่

สงขลา	ระดับชุมชน
นครศรีธรรมราช	ระดับจังหวัด
ภูเก็ต	ระดับประเทศ

การออกแบบวิธีการศึกษาจากผลการทบทวนวรรณกรรม ประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติของแต่ละจังหวัด เพื่อสร้างโมเดล (Grounded theory) โดยเครื่องมือน่าจะเป็นแบบ Rapid health assessment ซึ่งทางทีมวิชาการจะคุ้ยปรึกษาถึงวิธีการภายในเดือนมีนาคม เพื่อการประชุมครั้งที่ 2 จะมีโมเดลในการในการศึกษาและโมเดลของเครื่องมือที่ใช้มาคุยกับทีมในพื้นที่ ว่า มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่อย่างไร

การสื่อสารสาธารณะ

คุณฐิตินบ โกมลนิมิ จากศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ กล่าวว่า พื้นที่ 3 จังหวัด อาจจะมีจุดร่วมกันในการสื่อสารภัยพิบัติในชุมชน ซึ่งบางเรื่องอาจจะสื่อสารออกภายนอกได้เลย โดยอาจหาทีมมาช่วยเขียนเป็นบทความ โดยการสร้างนิยาม การรับมือภัยพิบัติในชุมชนเป็นอย่างไร เช่น นครศรีธรรมราช อาจมีร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ ในการสร้างเป็นฐานชุมชน และใช้การสื่อสารออกเป็นพื้นที่สาธารณะเพื่อให้คนเข้ามามีส่วนร่วม มีศูนย์ประสานงานเป็นแกนหลัก สงขลา เริ่มจากหน่วยบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน และตัวชุมชนเอง ภูเก็ต การรับมือภัยพิบัติโดยชุมชนมีหลายรูปแบบ สามารถสร้างบทสนทนาสาธารณะออกมาได้เรื่อยๆ ซึ่งตอนนี้มีความรู้อยู่แล้ว

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องอื่น ๆ (ถ้ามี)

การนัดหมายประชุมครั้งต่อไปในวันที่ 10 เมษายน 2555 สถานที่รอการหารือกับผู้เข้าร่วมประชุมอีกครั้งว่าจะเป็นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา หรือจังหวัดนครศรีธรรมราช

ชฎานิษฐ์ เพ็ชรรัตน์ จัดบันทึกการประชุม
ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย ตรวจสอบบันทึกการประชุม

ภาพกิจกรรม



Field manager จังหวัดภูเก็ต นำเสนอประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติของจังหวัด



Field manager จังหวัดนครราชสีมา นำเสนอประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติของจังหวัด

สรุปการประชุม
โครงการการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข:
กรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในภาคใต้
(Disaster Management of Public Health Sector: Lesson Learned from the South)
ครั้งที่ 2/2555

วันอังคาร ที่ 10 เมษายน 2555 เวลา 09:00 -14:00 น.

ณ ห้องเรียน 1 ชั้น 6 อาคารบริหารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 2. รศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 3. ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 4. ดร.ลพณา กิจรุ่งโรจน์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 5. อ.เนตรนภา พรหมเทพ | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 6. คุณสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ | โรงพยาบาลกลาง |
| 7. คุณวราณี ชีแก้ว | โรงพยาบาลกลาง |
| 8. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี |
| 9. คุณจินตนา ดั่งปาน | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี |
| 10. คุณเมธา ราชพงศ์ | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี |
| 11. คุณวราณี มีขวด | โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |
| 12. คุณเพ็ญจันทร์ แซ่หลี่ | สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดนครศรีธรรมราช |
| 13. ว่าที่ร้อยตรี กำพล จิตตะนัง | มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 14. ผศ.ดร.สุดศิริ หิรัญขุนทด | สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 15. คุณจิตินบ โกมลนิมิ | ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ |
| 16. คุณชญาธิษฐ์ เพ็ชรรัตน์ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 17. คุณจิราพร อวระภาค | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 18. คุณอนุกุล ลิมปณศิลป์ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 19. คุณกุลธิรา แซ่โซว | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 20. คุณอัสมัน ยูนิ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |

ระเบียบวาระที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม

ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย หัวหน้าโครงการ กล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม เพื่อนำเสนอโมเดลวิธีการและเครื่องมือในการศึกษา และระดมความคิดและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการพัฒนาวิธีการและเครื่องมือในการศึกษา เพื่อให้ได้วิธีการและเครื่องมือในการศึกษาที่เหมาะสม

ระเบียบวาระที่ 2 นำเสนอโมเดลวิธีการและเครื่องมือในการศึกษา

รศ.ดร.ประณิต ส่งวัฒนา และทีมวิชาการ นำเสนอโมเดลวิธีการและเครื่องมือในการศึกษา โดยโมเดลวิธีการศึกษาเน้นที่ระบบสุขภาพ ใน 3 ระดับ คือ ระดับชุมชน ระดับจังหวัด และระดับชาติ ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ทั้ง 3 จังหวัด โดยศึกษาทั้ง 3 ระยะของภัยพิบัติ คือ ก่อนเกิดภัยพิบัติ ขณะเกิดภัยพิบัติ และหลังเกิดภัยพิบัติ

เครื่องมือในการศึกษา ทางทีมวิชาการได้ทำการศึกษาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ และสร้างเป็นตัวอย่างเครื่องมือทั้งที่เป็นเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ เครื่องมือเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ส่วนเครื่องมือเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มผู้ประสบภัยหรือได้รับผลกระทบ โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมระดมความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงเครื่องมือ แต่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ในที่ประชุม ทางทีมวิชาการจึงจะนำความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุมไปปรับและส่งเวียนถึงผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนเพื่อร่วมระดมความคิดเห็นต่อจากที่ประชุมภายในวันที่ 12 เมษายน 2555 และกำหนดส่งความคิดเห็นเพิ่มเติมกลับมายังทีมวิชาการภายในวันที่ 18 เมษายน 2555

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องอื่นๆ

สรุปการนัดหมาย

1. ส่งไฟล์เครื่องมือ เพื่อร่วมระดมความคิดเห็นต่อเครื่องมือทางอีเมล ภายในวันที่ 12 เมษายน 2555
2. กำหนดส่งความคิดเห็นกลับมายังทีมวิชาการภายในวันที่ 18 เมษายน 2555
3. ทดสอบการใช้เครื่องมือ (Pilot study) เชิงคุณภาพ โดยวิธีการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก และเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม ในวันที่ 24 เมษายน 2555 ในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต
4. ประชุมโครงการครั้งที่ 3 และฝึกการใช้เครื่องมือในวันที่ 27-28 เมษายน 2555 ณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต
5. ทดสอบการใช้เครื่องมือ (Pilot study) เชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม ในวันที่ 30 เมษายน 2555 ในพื้นที่จังหวัดสงขลา

ชฎานิษฐ์ เพ็ชรรัตน์ จัดบันทึกการประชุม
ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย ตรวจสอบบันทึกการประชุม

ภาพกิจกรรม



ทีมวิชาการกลาง นำเสนอโมเดลวิธีการและเครื่องมือในการศึกษา



ผู้เข้าร่วมประชุม ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

สรุปการประชุม
โครงการการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข:
กรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในภาคใต้
(Disaster Management of Public Health Sector: Lesson Learned from the South)
ครั้งที่ 3/2555
วันศุกร์ที่ 27 เมษายน 2555 เวลา 13:30 -17:00 น.
วันเสาร์ที่ 28 เมษายน 2555 เวลา 09:00 -14:00 น.
ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 2. รศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 3. ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 4. นพ.วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต |
| 5. คุณอรชร อัฐทวีลาภ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต |
| 6. คุณกุสุมา สว่างพันธุ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต |
| 7. คุณเมธา ราชพงศ์ | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี |
| 8. คุณถนอม ภิบาลศักดิ์ | โรงพยาบาลหาดใหญ่ |
| 9. คุณพัชรี พร้อมมูล | โรงพยาบาลหาดใหญ่ |
| 10. ผศ.ดร.สุดศิริ หิรัญขุนทด | สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 11. อ.ทิพวรรณ บุญสนอง | สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 12. คุณจิตินบ โกมลณี | ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ |
| 13. คุณชญาธิษฐ์ เพ็ชรรัตน์ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 14. คุณจิราพร อวระภาค | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 15. คุณอนุกุล ลิมนศิลป์ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 16. คุณกุลธิรา แซ่โซว | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 17. คุณอัสมัน ยูนิ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 18. รศ.ดร.พญ.ลักขณา ไทยเครือ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 19. คุณวิมลรัตน์ ขอเจริญ | โรงพยาบาลป่าตอง |
| 20. คุณเสาวนีย์ จิตเกื้อ | โรงพยาบาลป่าตอง |
| 21. คุณหทัยรัตน์ รังสรรค์ | โรงพยาบาลป่าตอง |
| 22. คุณสุภกิจ ราชรักษ์ | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกมลา |
| 23. คุณภัทรพงศ์ เยาว์แสง | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกมลา |
| 24. คุณอนุ ยกทอง | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกมลา |

ระเบียบวาระที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมและความก้าวหน้าโครงการ

ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย หัวหน้าโครงการ กล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมในครั้งนี้ เพื่อนำเสนอผลการทดสอบการใช้เครื่องมือ (Pilot study) เชิงคุณภาพ ระดมความคิดและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการและเครื่องมือในการศึกษา ฝึกการใช้เครื่องมือ เพื่อให้ได้วิธีการและเครื่องมือในการศึกษาที่เหมาะสม และนัดหมาย ชี้แจงการบริหารจัดการในการลงเก็บข้อมูล

ระเบียบวาระที่ 2 นำเสนอผลการทดสอบการใช้เครื่องมือ (Pilot study)

รศ.ดร.ประณิต ส่งวัฒนา และทีมวิชาการ นำเสนอผลการทดสอบการใช้เครื่องมือ (Pilot study) เชิงคุณภาพ เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2555 ที่จังหวัดภูเก็ต ซึ่งได้เก็บข้อมูลจาก 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้บริหารและปฏิบัติงาน ประกอบไปด้วย รองอบต.กมลา รองปลัดตำบลกมลา สาธารณสุขอำเภอกลาง รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิริภูเก็ต พยาบาลโรงพยาบาลป่าตอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกมลา โดยได้ทดสอบการใช้เครื่องมือที่ห้องประชุม สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต
2. กลุ่มผู้ประสพภัย (พื้นที่ตำบลกมลา อำเภอกะทู้) ประกอบด้วย ชาวบ้าน นอกจากนี้มีผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่บางส่วนร่วมให้ข้อมูลด้วย ได้แก่ นายกอบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ เจ้าหน้าที่กู้ภัย อสม. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกมลา โดยได้ทดสอบการใช้เครื่องมือที่ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกมลา ตำบลกมลา อำเภอกะทู้

โดยวิธีการเก็บข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม เป็นการทดสอบการใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussions) เริ่มเก็บข้อมูลโดยการให้ผู้เข้าร่วมแนะนำตัวเพื่อทำความรู้จักและสร้างความสัมพันธ์กัน (Rapport) และเก็บข้อมูลตามแนวคำถาม (Interview guideline) ที่เตรียมไว้

จากการทดสอบการใช้เครื่องมือเชิงคุณภาพ พบว่า แนวคำถามที่ได้เตรียมไว้สามารถใช้ในการเก็บข้อมูลได้เป็นอย่างดี แต่ยังมีข้อมูลบางด้านที่คำถามยังไม่ครอบคลุม จึงจะปรับแก้ไขเพิ่มเติมภายหลังอีกครั้ง

ระเบียบวาระที่ 3 ระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการและเครื่องมือในการศึกษา

ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมระดมความคิดเห็นเพื่อปรับปรุงเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณซึ่งเป็นแบบสอบถามให้สมบูรณ์

ระเบียบวาระที่ 4 ฝึกการใช้เครื่องมือในการศึกษา

เนื่องจากเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจะมีการปรับปรุงอีกครั้งให้สมบูรณ์หลังจากการทดสอบการใช้ที่จังหวัดสงขลาในวันที่ 2 พฤษภาคม 2555 จึงไม่สามารถฝึกการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ในระยะเวลาการประชุมได้ จึงได้ปรับเปลี่ยนเป็นให้นักวิชาการของทีมพื้นที่แต่ละทีมฝึกการใช้เครื่องมือให้นักวิจัยภาคสนามแต่ละทีมภายหลัง

ระเบียบวาระที่ 5 สรุปวิธีการและเครื่องมือในการศึกษา

วิธีการศึกษาเน้นเรื่องการจัดการด้านสุขภาพในสถานการณ์ภัยพิบัติ ใน 3 ระดับ คือ ระดับชุมชน ระดับจังหวัด และระดับชาติ ขึ้นกับบริบทของพื้นที่ทั้ง 3 จังหวัด โดยศึกษาทั้ง 3 ระยะของภัยพิบัติ คือ ก่อนเกิดภัยพิบัติ ขณะเกิดภัยพิบัติ และหลังเกิดภัยพิบัติ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล มี 2 ชนิด คือ เครื่องมือเชิงคุณภาพ และเครื่องมือเชิงปริมาณ เครื่องมือเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ส่วนเครื่องมือเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มผู้ประสพภัย หรือได้รับผลกระทบ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพไม่น้อยกว่า 10 คนต่อจังหวัด และ ในการเก็บข้อมูลเชิงเครื่องมือเชิงปริมาณไม่น้อยกว่า 30 คนต่อจังหวัด

ระเบียบวาระที่ 6 นัดหมายการลงพื้นที่ภาคสนามในการเก็บข้อมูล

ทีมวิชาการ ได้นัดหมายกับทีมพื้นที่จังหวัดสงขลา เพื่อลงพื้นที่ทดสอบการใช้เครื่องมือเชิงปริมาณ ในวันที่ 2 พฤษภาคม 2555 ที่อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี
2. กลุ่มผู้ประสพภัย ณ ชุมชนในอำเภอนาทวี

ระเบียบวาระที่ 7 ชี้แจงการบริหารจัดการในการลงพื้นที่ภาคสนาม

คุณจิราพร อวระภาค เจ้าหน้าที่การเงิน/บัญชี ของโครงการ ชี้แจงการจัดสรรงบประมาณ ล่วงหน้าและวิธีการบริหารจัดการการเงินในการลงเก็บข้อมูลภาคสนาม เพื่อทำความเข้าใจกับทีมพื้นที่ของแต่ละจังหวัด

ระเบียบวาระที่ 8 เรื่องอื่นๆ

นัดหมายประชุมครั้งต่อไป ในวันที่ 16-17 มิถุนายน 2555 ณ อำเภอขนอม จังหวัดนครศรีธรรมราชหลังจากการเก็บข้อมูลบางส่วน เพื่อฝึกการจัดการข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

ชฎานิษฐ์ เพ็ชรรัตน์ จัดบันทึกการประชุม
ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย ตรวจสอบบันทึกการประชุม

ภาพกิจกรรม



ทดสอบการใช้เครื่องมือ (Pilot study) สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (สนทนากลุ่ม)
โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ในระบบสาธารณสุข
เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2555 ณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต



ทดสอบการใช้เครื่องมือ (Pilot study) สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (สนทนากลุ่ม)
โดยการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานและชาวบ้านในพื้นที่
เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2555 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกมลา อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต

ภาพกิจกรรม



ระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการและเครื่องมือในการศึกษา

สรุปการประชุม
โครงการการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข:
กรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในภาคใต้
(Disaster Management of Public Health Sector: Lesson Learned from the South)
ครั้งที่ 4/2555

วันเสาร์ที่ 16 มิถุนายน 2555 เวลา 09:00 - 17:00 น.

วันอาทิตย์ที่ 17 มิถุนายน 2555 เวลา 09:00 - 14:00 น.

ณ ห้องประชุม ชลนภา รีสอร์ท อำเภอนนทบุรี จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 2. รศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 3. ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 4. คุณสุรางค์ศรี ศิริมโนชญ์ | โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต |
| 5. คุณวารุณี ชีแก้ว | โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต |
| 6. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี |
| 7. คุณจินตนา ตัวปาน | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี |
| 8. คุณเมธา ราชพงศ์ | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี |
| 9. นพ.ต่อพงศ์ ครองไตรเวทย์ | โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |
| 10. คุณวรรณดี มีขวด | โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |
| 11. คุณเพ็ญจันทร์ แซ่หลี่ | สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดนครศรีธรรมราช |
| 12. ว่าที่ร้อยตรี กำพล จิตตะนัง | มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 13. ผศ.ดร.สุดศิริ หิรัญขุนทด | สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 14. อ.ทิพวรรณ บุญสนอง | สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 15. อ.อุษา น่วมเพชร | สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 16. คุณฐิตินบ โกมลนิมิ | ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ |
| 17. คุณชญาธิษฐ์ เพ็ชรรัตน์ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 18. คุณจิราพร อวระภาค | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 19. คุณอนุกุล ลิ้มปณิสต์ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 20. คุณกุลธิดา แซ่โซว | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 21. คุณอัสมัน ยูนิ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 22. คุณณิรกาญจน์ ศรีไพบูลย์ | |

ระเบียบวาระที่ 1 ประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติจากญี่ปุ่น

นพ.ต่อพงศ์ ครองไตรเวทย์ Field manager จังหวัดนครศรีธรรมราช นำเสนอประสบการณ์จากการได้รับทุนศึกษาหลักสูตร Volunteer Management for Disaster Resilient Communities in Asian Countries จาก Japan International Cooperation Agency (JICA) การรับมือสาธารณภัยแบ่งเป็น 3 ระยะ

1. เตรียมการ

- การถ่ายทอดบทเรียนจากสาธารณภัยสู่คนรุ่นหลัง
- การสร้างทัศนคติในการรับมือสาธารณภัย
- การเตรียมพร้อมระดับบุคคลและครอบครัว
 - ชักซ้อมทำความเข้าใจกับคนในครอบครัว
 - เตรียมกระเป๋าฉุกเฉิน
- การเตรียมพร้อมระดับชุมชนและหน่วยงาน
 - สร้าง “Kizuna” ในชุมชน
 - การมีแผนการรับมือสาธารณภัยของชุมชน
 - เมื่อเกิดสาธารณภัย หน่วยงานมีแนวทางการเรียนเจ้าหน้าที่กลับไปทำงานชัดเจน

2. ตอบสนอง

- ช่วยตนเอง ครอบครัว และเพื่อนบ้าน
- อาสาสมัคร
 - มีการจัดการอาสาสมัครอย่างเป็นระบบ

3. ระยะเวลาฟื้นฟู

ระเบียบวาระที่ 2 ติดตามความก้าวหน้าของการเก็บข้อมูลและการบริหารจัดการ

หัวหน้าโครงการติดตามความก้าวหน้าของการเก็บข้อมูลและการบริหารจัดการโครงการของแต่ละพื้นที่ ซึ่งทุกพื้นที่เก็บข้อมูลอยู่ในระยะเริ่มต้น

ระเบียบวาระที่ 3 Workshop การจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ทีมภาคสนาม ได้รับความรู้และฝึกการจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ระเบียบวาระที่ 4 Workshop การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ทีมภาคสนาม ได้รับความรู้และฝึกการจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระเบียบวาระที่ 5 เรื่องอื่นๆ

นัดหมายประชุมครั้งต่อไป ในวันที่ 14-15 กรกฎาคม 2555 หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เพื่อนำเสนอผลวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

ชฎานิษฐ์ เพ็ชรรัตน์ จัดบันทึกการประชุม
ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย ตรวจสอบบันทึกการประชุม

ภาพกิจกรรม



ผู้เข้าร่วมประชุม ร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ (ฟังบรรยาย)

ภาพกิจกรรม



ผู้เข้าร่วมประชุม ร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ (ฝึกปฏิบัติ)

สรุปการประชุม
โครงการการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข:
กรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในภาคใต้
(Disaster Management of Public Health Sector: Lesson Learned from the South)
ครั้งที่ 5/2555

วันเสาร์ที่ 14 กรกฎาคม 2555 เวลา 09:00 - 17:00 น.

วันอาทิตย์ที่ 15 กรกฎาคม 2555 เวลา 09:00 - 14:00 น.

ณ ห้องเรียน 1 ชั้น 6 อาคารบริหารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 2. รศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 3. ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 4. ดร.ลัภณา กิจรุ่งโรจน์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 5. นพ.วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์ | สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต |
| 6. คุณสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ | โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต |
| 7. คุณเมธา ราชพงศ์ | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี |
| 8. คุณถนอม ภิบาลศักดิ์ | โรงพยาบาลหาดใหญ่ |
| 9. นพ.ต่อพงศ์ ครองไตรเวทย์ | โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |
| 10. คุณวรรณดี มีขวด | โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |
| 11. คุณเพ็ญจันทร์ แซ่หลี่ | สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดนครศรีธรรมราช |
| 12. ว่าที่ร้อยตรี กำพล จิตตะนัง | มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 13. คุณฐิตินบ โกมลนิมิ | ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ |
| 14. คุณชฎานิชฐ์ เพ็ชรรัตน์ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 15. คุณจิราพร อวระภาค | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 16. คุณอนุกุล ลิมปณศิลป์ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 17. คุณกุลธิรา แซ่โซว | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 18. คุณอัสมัน ยูนิ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 19. คุณณิรกาญจน์ ศรีไพบูลย์ | |

ระเบียบวาระที่ 1 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณภาพรวม 3 พื้นที่
 ทีมภาควิชาแนะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น (เอกสารแนบ 1)

ระเบียบวาระที่ 2 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพภาพรวม 3 พื้นที่
 ทีมภาควิชาแนะนำประสบการณ์ที่ได้จากการลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระเบียบวาระที่ 3 สรุปแนวทางการทำงานในระยะต่อไป

1. กำหนดการการทำงาน
 - วันที่ 31 ก.ค. 55 ทีมภาควิชาเก็บข้อมูลเสร็จ
 - วันที่ 1-5 ส.ค. 55 ทีมภาควิชาจัดการข้อมูลหลังจากที่เก็บข้อมูลเสร็จ
 - วันที่ 6 ส.ค. 55 ทีมภาควิชาส่งข้อมูลให้กับทีมกลางพร้อมกับเอกสาร questionnaire
2. นัดหมายวันประชุมครั้งต่อไป ในวันที่ 9 กันยายน 2555 ณ จังหวัดภูเก็ต เพื่อสรุปการดำเนินงานโครงการและนำเสนอผลการศึกษา

ชญาธิษฐ์ เพ็ชรรัตน์ จัดบันทึกการประชุม
ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย ตรวจสอบบันทึกการประชุม

ภาพกิจกรรม



นพ.ต่อพงศ์ Field manager จังหวัดนครศรีธรรมราช นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น



ทีมภาคสนาม จังหวัดภูเก็ต นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

สรุปการประชุม
โครงการการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข:
กรณีศึกษาประสบการณ์การจัดการภัยพิบัติในภาคใต้
(Disaster Management of Public Health Sector: Lesson Learned from the South)
ครั้งที่ 6/2555
วันอาทิตย์ที่ 9 กันยายน 2555
ณ ห้องกัปตัน ไบท์ลาภูน รีสอร์ท จังหวัดภูเก็ต

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 2. รศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 3. ดร.ลัภณา กิจรุ่งโรจน์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มอ. |
| 4. นพ.วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต |
| 5. คุณกุสุมา สว่างพันธุ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต |
| 6. คุณสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ | โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต |
| 7. คุณวารุณี ชีแก้ว | โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต |
| 8. คุณเมธา ราชพงศ์ | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี |
| 9. นพ.ต่อพงศ์ ครองไทรเวทย์ | โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |
| 10. คุณวรรณดี มีขวด | โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |
| 11. คุณเพ็ญจันทร์ แซ่หลี่ | สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดนครศรีธรรมราช |
| 12. ว่าที่ร้อยตรี กำพล จิตตะนัง | มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 13. คุณฐิตินบ โกมลนิมิ | ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ |
| 14. คุณชญาณิชฐ์ เพ็ชรรัตน์ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 15. คุณจิราพร อวระภาค | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 16. คุณอนุกุล ลิมปณศิลป์ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 17. คุณกุลธิรา แซ่โซว | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 18. คุณอัสมัน ยูนิ | หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ. |
| 19. คุณจรัญ ยุ่งุ่น | สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดสงขลา |
| 20. คุณจันจิรา เมฆะมานัง | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี |
| 21. คุณประยูรธ เอียดเลาะ | โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี |
| 22. คุณนวลนาง ชำนิป็น | โรงพยาบาลกลาง จังหวัดภูเก็ต |
| 23. คุณบุหพันธ์ มรรคาเขต | |
| 24. คุณพงศ์จิรัส มณีฉาย | อบต.เชิงทะเล |
| 25. คุณเสาวนีย์ จิตแก้ว | โรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต |
| 26. คุณวนิชยา ทองแพร | โรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต |
| 27. คุณอรชุน เอมสกุล | เทศบาลตำบลราไวย์ จังหวัดภูเก็ต |
| 28. คุณชินดิษฐ์ ตันติพันธุ์ดี | เทศบาลตำบลเทพกษัตรี จังหวัดภูเก็ต |
| 29. คุณศิริวรรณ อวระภาค | |

1. ผลการศึกษาการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต นครศรีธรรมราช และสงขลา
ที่มภาคสนามนำเสนอผลการศึกษาการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข (เอกสารแนบ 1)

2. ข้อเสนอแนะการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต นครศรีธรรมราช และสงขลา

2.1. จังหวัดภูเก็ต

2.1.1. ความกังวล/ความต้องการ

- คน..ไม่รู้
 - ให้ความรู้ในทุกระดับทั้งผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานและประชาชน
- แผน..นิ่ง
 - มีการประชุมซักซ้อม ประเมินผล ปรับปรุง ติดตาม แผนปฏิบัติงาน ในทุกระดับ
 - มีความชัดเจนของแผนปฏิบัติงาน
 - มีการบูรณาการแผนปฏิบัติงาน
- ข้อมูล
 - ความชัดเจนและเชื่อถือได้ของแหล่งข้อมูล
 - มีหน่วยงานที่ชัดเจนในการให้ข้อมูล
- การอพยพ
 - การจราจรที่สะดวกในการรับ-ส่ง ผู้ป่วย
- การซ้อมแผน
 - ให้ความรู้ ช่อมทั้งคน และอุปกรณ์ เช่น รถพยาบาล และอุปกรณ์การแพทย์

2.2. จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.2.1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

- การเชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยงานท้องถิ่น
- ความร่วมมือของเครือข่าย ในการทำงาน
 - การสื่อสารจากล่างสู่บน (Bottom up)
 - การระบุบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน
- การทำงานตามหลักปฏิบัติ
 - มีคู่มือการทำงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร
- หน่วยงานในระบบสุขภาพต้องทำงานในเชิงรุกมากกว่านี้

2.2.2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในพื้นที่

- การอพยพ
 - เนื่องจากชาวบ้านไม่อพยพเมื่อเกิดภัยพิบัติ จึงต้องทำบ้านให้สามารถเป็น shelter โดยให้มีความปลอดภัย
- ปัญหาถุงยังชีพ
 - จากความไม่ทั่วถึงของการให้ถุงยังชีพ ก่อให้เกิดความขัดแย้ง ต้องให้ชาวบ้านได้เรียนรู้วิธีเตรียมถุงยังชีพ
 - มีศูนย์ประสานงานเกี่ยวกับถุงยังชีพหรือของบริจาคโดยเฉพาะ

2.3. จังหวัดสงขลา

2.3.1. ความกังวล/ความต้องการ

- ความรุนแรงจากภัยธรรมชาติ
- กลัวเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นความคาดหมาย
- ความเสียหายในด้านชีวิตและทรัพย์สิน
- ความต้องการความช่วยเหลือ หากเจ้าหน้าที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้/รับมือไม่ไหว
- ความโกลาหล รุนวาย ซึ่งต่างคนต่างขาดที่พึ่ง
- ขาดเครื่องมือสื่อสาร, อุปกรณ์
- น้ำท่วมขังนานกว่ากติ

2.3.2. การให้ความร่วมมือในเชิงพื้นที่

- ให้ชุมชนมีแผนเรื่องการจัดการภัยพิบัติ
- การสร้างจิตสำนึกให้กับคนในชุมชน

2.3.3. การให้ความร่วมมือในเชิงเครือข่าย

- จัดทำแผนและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
- การสร้างชุมชนตัวอย่าง
- จัดให้มีการเรียนการสอน การให้ความรู้และสรุปบทเรียน
- จัดทำสรุปบทเรียนให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชน

2.3.4. ข้อเสนอแนะ

- สร้างความตระหนักให้กับประชาชน
- แนะนำการปลูกฝังในเด็กและเยาวชน
- มีการซ้อมแผนเหมือนจริง
- มีการเชิญผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกับชุมชน
- สร้างความร่วมมือกับโรงเรียน
- มีการแลกเปลี่ยน พูดคุยความเห็นกับท้องถิ่น, วัด และอาจมีผู้นำศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมในการชักชวน
- ยึดกลุ่มผู้นำในระดับต่างๆของชุมชน เพื่อเป็นตัวแทนทำความเข้าใจในการชักชวนแผน
- เหตุภัยพิบัติที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากธรรมชาติ แต่เกิดจากมนุษย์ ดังนั้นแผนการจัดการจึงไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน วิธีแก้ไขคือ “การใช้กฎหมายบังคับ” เพื่อป้องกันหรือจัดการแทน

ชฎานิษฐ์ เพ็ชรรัตน์ จดบันทึกการประชุม
ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย ตรวจสอบบันทึกการประชุม

ภาพกิจกรรม



หัวหน้าโครงการ ทีมวิชาการ และสื่อสารสาธารณะ นำเสนอผลการศึกษา



ผู้เข้าร่วมประชุม ร่วมรับฟังผลการศึกษา

ภาพกิจกรรม



กิจกรรมกลุ่มเพื่อเสนอข้อเสนอแนะการจัดการภัยพิบัติของระบบสาธารณสุข



ภาพหมู่คณะทำงานของโครงการ

ภาคผนวก 5

กิจกรรมการเก็บข้อมูล



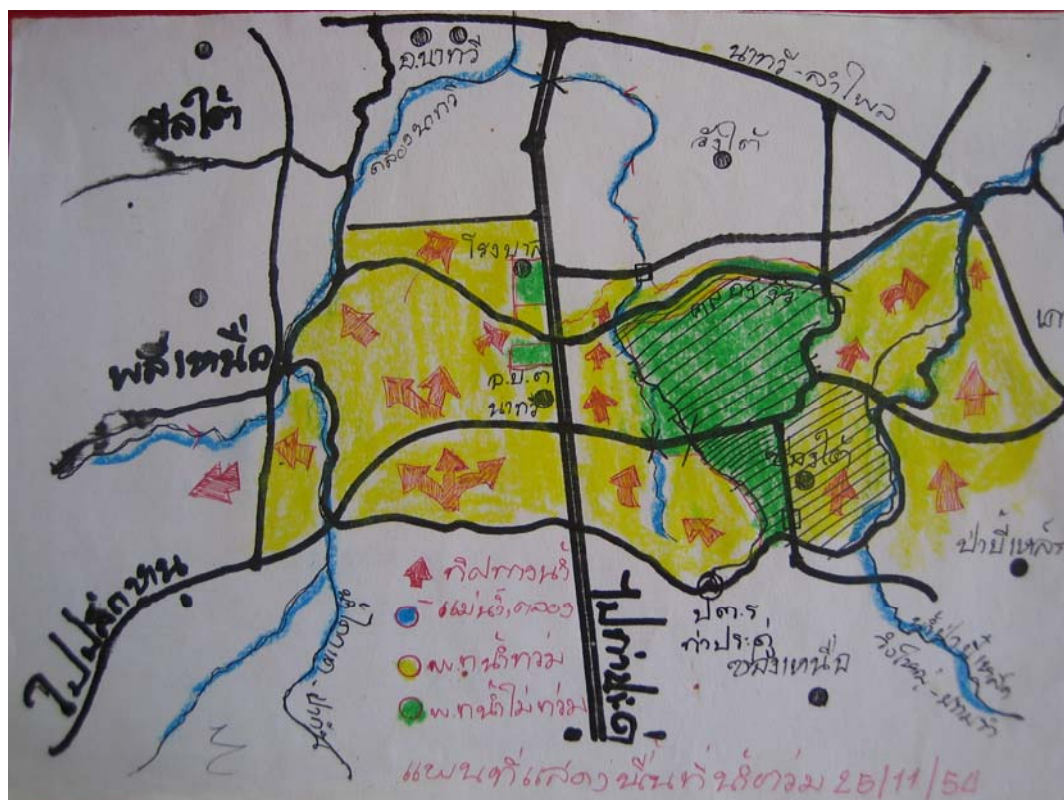
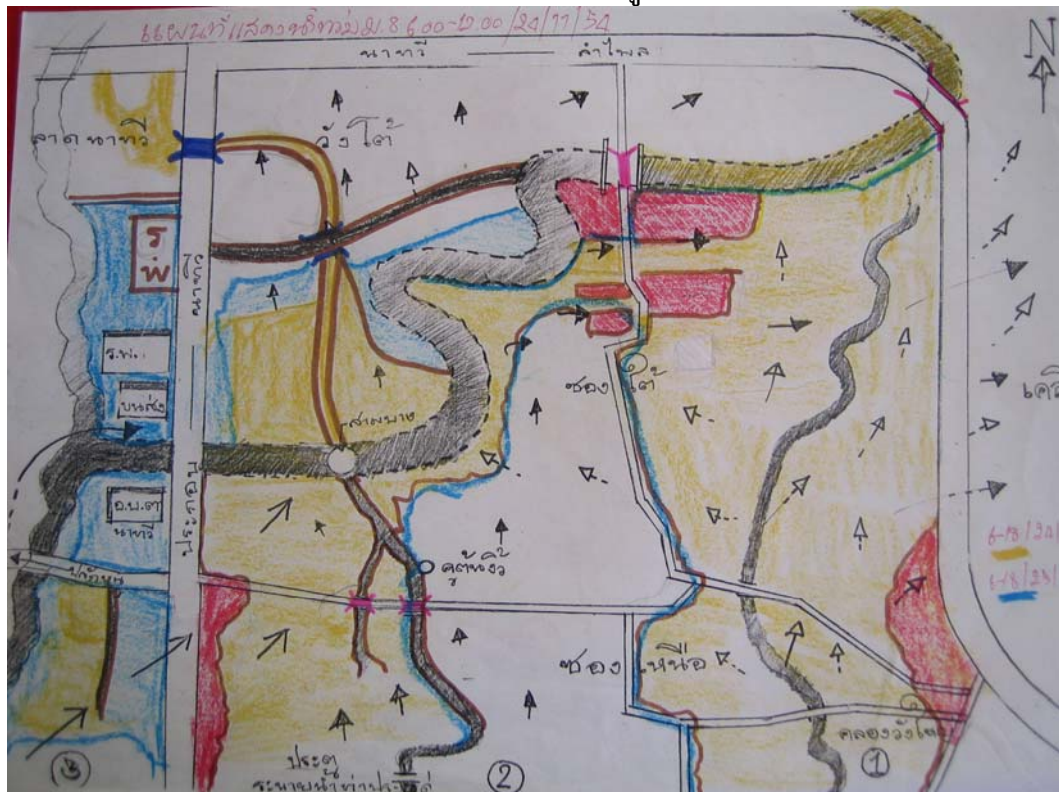
กิจกรรมการเก็บข้อมูล



กิจกรรมการเก็บข้อมูล



กิจกรรมการเก็บข้อมูล



ภาคผนวก 6

คณะทำงาน

1. ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ.
2. รศ.ดร.ประณีต ส่งวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.
3. ผศ.ดร.เนตรนภา คู่พันธ์วี	คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.
4. ดร.ลัภณา กิจรุ่งโรจน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.
5. อ.เนตรนภา พรหมเทพ	คณะพยาบาลศาสตร์ มอ.
6. นพ.วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต
7. คุณสุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์	โรงพยาบาลถลาง
8. คุณกฤษมา สว่างพันธุ์	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต
9. คุณอรชร อัฐวิลาภ	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต
10. นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี
11. คุณจินตนา ต้วงปาน	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี
12. คุณเมธา ราชพงศ์	โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี
13. คุณณอม ภิบาลศักดิ์	โรงพยาบาลหาดใหญ่
14. นพ.ต่อพงศ์ ครองไตรเวทย์	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
15. คุณวรรณ มีชวด	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
16. คุณเพ็ญจันทร์ แซ่หลี่	สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดนครศรีธรรมราช
17. ผศ.ดร.สุดศิริ หิรัญชุมพะ	สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
18. ว่าที่ร้อยตรี กำพล จิตตะนัง	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
19. คุณฐิตินบ โกมลนิมิ	ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้
20. คุณชฎานิษฐ์ เพ็ชรรัตน์	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ.
21. คุณจิราพร อาวะภาค	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ.
22. คุณอนุกุล ลิมนศิลป์	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ.
23. คุณอัสมัน ยูนิ	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ.
24. คุณกุลธิรา แซ่โซว	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มอ.