



รายงานฉบับสมบูรณ์

การศึกษาการจัดการทางการแพทย์

ในการรับมือเหตุรุนแรงจากความไม่สงบทางการเมือง

ในวันที่ 29 สิงหาคม และ 2 กันยายน 2551

โดย นพ.กัมพล อำนวยพัฒน์พล

นพ.อารักษ์ วิบูลผลประเสริฐ

นพ.พงศกร อธิกเสวตพฤทธิ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(พรส.) เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุน

การสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

รายงานฉบับสมบูรณ์

การศึกษาการจัดการทางการแพทย์

ในการรับมือเหตุรุนแรงจากความไม่สงบทางการเมือง

ในวันที่ 29 สิงหาคม และ 2 กันยายน 2551

โดย นพ.กัมพล อำนวยพัฒน์พล

นพ.อารักษ์ วิบูลผลประเสริฐ

นพ.พงศกร อธิกเสวตพฤทธิ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผรส.) เพื่อสำนักงานกองทุนสนับสนุน

การสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้ดำเนินโครงการ

มิใช่ความเห็นของแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ผรส.)

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	1
รายงานการวิจัย	3
ความเป็นมา	3
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
แบบแผนการศึกษา	4
ขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูล	5
ผลการศึกษาส่วนที่ 1	7
รายงานเหตุการณ์ 29 สิงหาคม 2551	7
การประชุมเตรียมแผน 1 กันยายน 2551	8
รายงานเหตุการณ์ 2 กันยายน 2551	9
ผลการศึกษาส่วนที่ 2	13
ข้อจำกัดของการศึกษา	17
บทวิจารณ์	17
1. ระบบการสั่งการกลาง	17
2. ระบบการสั่งการ และการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ	18
3. การกระจายผู้ป่วย	19
4. การติดต่อสื่อสาร	20
5. ความพร้อมของการปฏิบัติการ	20
6. ความปลอดภัย	21
บทสรุป	23
เอกสารอ้างอิง	24
ภาคผนวก	25
แบบสอบถามผู้ปฏิบัติการ	26
ประวัติผู้วิจัย	29

สารบัญตาราง แผนภูมิ และรูปภาพ

แผนภูมิ	หน้า
แผนภูมิที่ 1 แสดง แสดงขั้นตอนการศึกษาวิจัย (Protocol flow chart)	6
ตาราง	
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยจากเหตุการณ์ในวันที่ 29 สิงหาคม 2551	8
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ในวันที่ 2 กันยายน 2551	11
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการจัดการทางการแพทย์ระหว่างวันที่ 29 ส.ค. 51 และ 2 กันยายน 51	12
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการกระจายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลต่างในวันที่ 29 สิงหาคม กับ 2 กันยายน	12
ตารางที่ 5 แสดงลักษณะโดยทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	13
ตารางที่ 6 แสดงผลการตอบแบบสอบถาม	14
ตารางที่ 7 แสดงระดับความมั่นใจต่อตนเองของผู้ปฏิบัติการในการช่วยเหลือผู้ป่วย กรณีที่เกิดจากการปะทะกันและมีการใช้สารเคมี	14
ตารางที่ 8 แสดงระดับความมั่นใจต่อหน่วยงานของผู้ปฏิบัติการในการช่วยเหลือผู้ป่วย กรณีที่เกิดจากการปะทะกันและมีการใช้สารเคมี	15
ตารางที่ 9 แสดงผลการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ	15
ตารางที่ 10 แสดงผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติการ ระหว่างการออกปฏิบัติการ	16
ตารางที่ 11 แสดงผลสำรวจการเข้าร่วมประเมินผลการปฏิบัติการ ภายหลังการออกปฏิบัติการ	16
รูปภาพ	
ภาพที่ 1 แสดงการแบ่งพื้นที่การรับผิดชอบ	9
ภาพที่ 2 แสดงจุดปะทะระหว่างกลุ่มผู้ชุมนุมทั้งสองกลุ่ม	10
ภาพที่ 3 แสดงตำแหน่งของโรงพยาบาลโดยรอบจุดเกิดเหตุ และการกระจายผู้ป่วย (Mapping)	10

บทคัดย่อ

การศึกษาการจัดการทางการแพทย์ในการรับมือเหตุรุนแรงจากความไม่สงบทางการเมือง

ในวันที่ 29 สิงหาคม และ 2 กันยายน 2551

นพ.อารักษ์ วิบูลผลประเสริฐ, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นพ.กัมพล อำนวยพัฒน์พล, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นพ.พงศกร อธิกเสวตพฤทธิ, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

บทนำ ในอดีต ประเทศไทยมีเหตุภัยพิบัติเกิดขึ้นหลายครั้ง ไม่ว่าจะเป็นภัยพิบัติทาง ภัยจากน้ำมือมนุษย์ และโดยเฉพาะภัยพิบัติที่เกิดจากการเมือง (Civil disaster) ที่แม้จะเกิดขึ้นหลายครั้งแต่ก็ยังส่งผลให้ความสูญเสียมากมาย การตอบสนองทางการแพทย์ยังไม่ได้มีการวางแผน ซ้อมแผนอย่างเป็นระบบ

เหตุการณ์ในวันที่ 29 สิงหาคม และ 2 กันยายน 2551 เป็นอีกเหตุการณ์ของความรุนแรงทางการเมือง ที่ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต การศึกษาระบบการจัดการทางการแพทย์ในทั้งสองเหตุการณ์นี้ จึงจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนรับมือเหตุรุนแรงในอนาคต

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบการจัดการทางการแพทย์ ในเหตุการณ์วันที่ 29 และ 2 กันยายน 2551 รวมทั้งความพร้อมของเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินในการออกปฏิบัติหน้าที่

แบบแผนการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) และ After Action Review (AAR)

ผลการศึกษา วันที่ 29 สิงหาคม 2551 เจ้าหน้าที่ตำรวจปะทะกลุ่มผู้ชุมนุม ผู้ป่วย รวม 63 ราย มีการกระจายของผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง มีการใช้แก๊สน้ำตาพร้อมด้วย วันที่ 1 กันยายน 2551 มีการจัดประชุมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมการรับมือ วันที่ 2 กันยายน 2551 เกิดการปะทะกันระหว่างกลุ่มผู้ชุมนุมสองฝ่าย บริเวณถนนราชดำเนินนอก มีผู้บาดเจ็บ 44 คน เสียชีวิต 1 คนมีการกระจายผู้ป่วยไปยังหลายโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียงมากขึ้น

จากเหตุการณ์ทั้งวันที่ 29 สิงหาคม พบว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนของ ระบบการส่งการกลาง ระบบการส่งการ ณ จุดเกิดเหตุ การประสานงาน การติดต่อสื่อสารและการเก็บบันทึกข้อมูล ยังไม่มีความชัดเจน เหตุการณ์ในวันที่ 2 กันยายน ระบบการส่งการกลางยังไม่มีความชัดเจน แต่มีการพัฒนาองค์ประกอบอื่นๆ ทางทางการแพทย์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องขึ้นเป็นอย่างมาก โดยมีศูนย์เฝ้าระวังเป็นศูนย์ติดต่อและประสานงานหลัก

จากแบบสอบถาม จำนวน 19 คน เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบลักษณะของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และทราบโรงพยาบาลปลายทางที่จะนำส่งผู้ป่วยได้ เจ้าหน้าที่ 6(31.6%) คน ทราบพื้นที่รับผิดชอบของตนก่อนออกปฏิบัติการ

ก่อนการออกปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่มีมั่นใจในการรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อยู่ในระดับมากและมากที่สุดคิดเป็น 15.8% และ 36.8% ตามลำดับ รวมทั้งมีความมั่นใจต่อหน่วยงานของตนเองว่ามีความพร้อมในการรับมือกับเหตุการณ์ดังกล่าวอยู่ในระดับมากและมากที่สุด คิดเป็น 52.6% และ 15.8% ตามลำดับ

ขณะออกปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ 89.4% มีการวางแผนร่วมกับหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน 63.1% มีการกำหนดผู้สั่งการ ณ จุดเกิดเหตุ และ 50% ทำการทำการคัดกรอง ณ จุดเกิดเหตุ นอกจากนี้ 50% ของเจ้าหน้าที่ได้รับการป้อนจากแก๊สน้ำตาและได้รับบาดเจ็บ

ภายหลังการออกปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ 18(94.7%) เข้าร่วมการประเมินผลการทำงานภายในหน่วยงานและมี 16(84.2%) คนได้เข้าร่วมการประเมินผลการทำงานระหว่างหน่วยงาน

การวิเคราะห์และวิจารณ์: ระบบการจัดการทางการแพทย์ในการรับมือเหตุรุนแรงจากความไม่สงบทางการเมืองได้มีการพัฒนาในระบบการบริหารจัดการในทางที่ดีขึ้นเนื่องจากการเรียนรู้ สรุป และกำหนดแผนจากเหตุที่เกิดขึ้น จึงเห็นได้ว่าในครั้งต่อมาของเหตุความไม่สงบมีระบบการจัดการทางการแพทย์ที่ดีขึ้นเรื่อยๆและสามารถแก้ไขปัญหาที่คาดว่าจะเกิดได้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความร่วมมือของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่พร้อมจะแก้ไขสถานการณ์ให้เกิดความสงบขึ้น ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ที่หน้าที่เกี่ยวข้องก็ต้องมีความเชี่ยวชาญและหมั่นฝึกฝนทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยในที่เกิดเหตุ เพื่อให้เกิดความพร้อมที่จะรับมือกับภัยพิบัติต่างๆ ทั้งในด้านความรู้ ความชำนาญและสภาพจิตใจ อย่างไรก็ตามการบริหารจัดการระบบการแพทย์ให้ได้ประสิทธิภาพนั้น มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องแต่ปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ ความร่วมมือของทุกฝ่ายในการวางแผนและพร้อมที่จะแก้ไขสถานการณ์ให้เกิดความสงบ

สรุป: การศึกษาการจัดการทางการแพทย์ ในการรับมือเหตุรุนแรงจากความไม่สงบทางการเมือง ในวันที่ 29 สิงหาคม 2551 พบว่าระบบบริหารจัดการทางการแพทย์ไม่มีความชัดเจน ทั้งระบบการสั่งการกลาง ระบบการสั่งการที่จุดเกิดเหตุ การคัดแยกผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ ระบบการสื่อสาร ทั้งนี้หลังจากเกิดเหตุมีการร่วมประชุมสรุปสถานการณ์และวางแผนรับมือ ทำให้เหตุการณ์ต่อมาในวันที่ 2 กันยายน 2551 ระบบบริหารจัดการทางการแพทย์ดีขึ้น มีการทำงานอย่างเป็นระบบและเป็นรูปแบบที่ชัดเจนมากขึ้น การกระจายตัวของผู้ป่วยดีขึ้น ในส่วนเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน พบว่าส่วนมากมีความมั่นใจในการการปฏิบัติงาน มีการวางแผนและคัดกรองผู้ป่วยในที่เกิดเหตุก่อนนำส่งโรงพยาบาล หลังเกิดเหตุมีการสรุปประเมินการทำงานทั้งในและระหว่างองค์กร

รายงานการศึกษา

การศึกษาการจัดการทางการแพทย์ในการรับมือเหตุรุนแรงจากความไม่สงบทางการเมือง

ในวันที่

29 สิงหาคม และ 2 กันยายน 2551

นพ.อารักษ์ วิบูลผลประเสริฐ, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

นพ.กัมพล อำนวยพัฒน์, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, คณะแพทยศาสตร์ธรรมศาสตร์

นพ.พงศกร อธิกวาศ, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ความเป็นมา (Introduction)

ในอดีตประเทศไทยได้เกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติขึ้นหลายครั้ง และนำมาซึ่งความสูญเสียจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติ(สึนามิ พายุไต้ฝุ่น น้ำหลาก ฯลฯ) ภัยจากน้ำมือมนุษย์เอง (ตึกถล่ม ไฟไหม้) และโดยเฉพาะภัยพิบัติที่เกิดจากความไม่สงบทางการเมือง(Civil disaster) จากเหตุการณ์เหล่านี้พบว่า การตอบสนองต่อภัยพิบัติโดยเฉพาะทางการแพทย์ ยังมีส่วนที่ต้องปรับปรุงอยู่เป็นจำนวนมาก

ในส่วนกรุงเทพมหานครนั้น แม้ว่าในอดีตจะปรากฏเหตุภัยพิบัติทางธรรมชาติไม่บ่อยครั้งนัก แต่กลับมีเหตุการณ์ที่จัดได้ว่าเป็นภัยพิบัติจากวิกฤตทางการเมือง (Civil Disaster) เกิดขึ้นหลายครั้ง ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 เหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 เหตุการณ์ พฤษภาคม 2535 เหตุการณ์ระเบิดที่อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิและอีกหลายแห่งในวันที่ 31 ธันวาคม 2549 จนมาถึงเหตุการณ์การปะทะกันที่ทำเนียบรัฐบาลในวันที่ 29 สิงหาคม และที่สะพานมอญวานรสังสรรค์กับถนนราชดำเนินนอก ในวันที่ 2 กันยายน 2551

ในเหตุการณ์เหล่านี้ล้วนเกิดการบาดเจ็บล้มตายขึ้น ดังนั้นการศึกษาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเตรียมรับมือเหตุรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตจึงเป็นสิ่งจำเป็น

การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวันที่ 29 สิงหาคม 2551 ซึ่งมีการใช้แก๊สน้ำตา และ ในวันที่ 2 กันยายน 2551 ซึ่งมีผู้บาดเจ็บถึงขั้นเสียชีวิต โดยจะศึกษาเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ระบบการสื่อสาร ระบบการเข้าไปรับผู้ป่วยของโรงพยาบาล ระบบการกระจายผู้ป่วยไปตามโรงพยาบาลต่างๆ ความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และเตรียมแผนรับมือเหตุรุนแรงทางการเมืองที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาระบบการจัดการทางการแพทย์ เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมืองในหลายแง่มุม โดยใช้เหตุการณ์ในวันที่ 29 สิงหาคม 2551 และ 2 กันยายน 2551 เป็นกรณีศึกษา โดยศึกษาในแง่มุมต่างๆ ดังนี้
 - 1.1. ระบบการสั่งการกลาง (Incident Command System)
 - 1.2. ระบบการสั่งการ ณ จุดเกิดเหตุ (Field Command System)
 - 1.3. การคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (Field triage)
 - 1.4. การกระจายผู้ป่วย (Patients distribution)
 - 1.5. ระบบการสื่อสาร (Communication)
 - 1.6. ความพร้อมของหน่วยปฏิบัติการ
 - 1.7. ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการ (Safety and security)
2. ศึกษาความพร้อมของเจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน เกี่ยวกับการจัดการและการช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในกรณีเหตุรุนแรงทางการเมือง

แบบแผนการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) และ After Action Review (AAR)

ขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูล (Methodology)

โดยการศึกษาภายหลังเหตุการณ์ (After Action Review)

1. ศึกษาสถานการณ์ทั่วไป

- 1.1. ศึกษาข้อมูลของข่าวสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างวันที่ 29 สิงหาคม 2551 ถึง 2 กันยายน 2551 จากสื่อต่างๆ ได้แก่ หนังสือพิมพ์รายวัน อินเทอร์เน็ต เป็นต้น
- 1.2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดการทางการแพทย์ เมื่อเกิดเหตุความไม่สงบทางการเมือง

2. ศึกษาการดำเนินการ และการวางแผนงานระหว่างเกิดเหตุการณ์ในวันที่ 29 สิงหาคม ถึง 2 กันยายน 2551

โดยการศึกษาจากข้อมูลที่มีการบันทึกการประชุม บันทึกเหตุการณ์ และบันทึกการวางแผนในด้านต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

3. การสังเคราะห์ข้อมูล

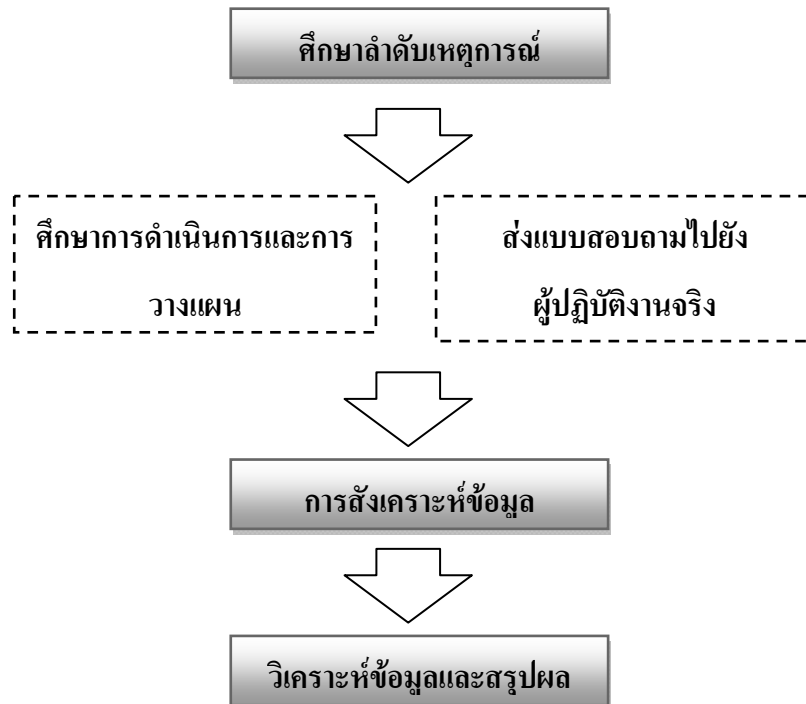
- 3.1. วาดแผนผังบริเวณที่เกิดเหตุ และโรงพยาบาลใกล้เคียง (Mapping)
- 3.2. จัดทำแผนผังแสดงการกระจายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลต่างๆ
- 3.3. ศึกษาจำนวนผู้ป่วยและความรุนแรงที่นำส่งในโรงพยาบาลต่างๆ

4. การศึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

- 4.1. จัดทำแบบสอบถามเพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลทั้งก่อนการปฏิบัติการ ระหว่างการปฏิบัติการ และภายหลังการปฏิบัติการ (ภาคผนวก)
- 4.2. จัดส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานจริงในวันเกิดเหตุโดยใช้ข้อมูลเบื้องต้นจากศูนย์เฝ้าระวัง
- 4.3. รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม

5. วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาวิจัย

แผนภูมิที่ 1 แสดง ขั้นตอนการศึกษาวิจัย (Protocol flow chart)



สถิติที่ใช้วิเคราะห์

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง (Demographic data) แสดงด้วย จำนวน (n) ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าสูงสุด-ต่ำสุด (Min-Max)

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 รายงานเหตุการณ์

เหตุการณ์วันที่ 29 สิงหาคม 2551

ภายหลังศาลมีคำสั่งคุ้มครองฉุกเฉินให้พันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย ออกจากทำเนียบรัฐบาล

ช่วงเช้า-กลางวัน ตำรวจได้มีการปิดล้อมทำเนียบกอดันให้ผู้ชุมนุมสลายการชุมนุม และพยายามเข้าไปปิดหมายศาล จึงทำให้เกิดการปะทะกันและมีผู้บาดเจ็บ (ข้อมูลจากเนื้อหาข่าว)

ระบบการจัดการโดยรวม เนื่องจากการเป็นการปฏิบัติการโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้บัญชาการเหตุการณ์จึงเป็นผู้บังคับบัญชาของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ส่วนการสนับสนุนทางการแพทย์ได้มีการสั่งการให้โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งอยู่ภายใต้สายบังคับบัญชาโดยตรงเตรียมความพร้อม ผู้อำนวยการศูนย์ส่งกลับโรงพยาบาลตำรวจจึงเป็นผู้สั่งการทางการแพทย์โดยตำแหน่ง และได้มีการติดต่อประสานงานกับศูนย์เฮอร์วิน และศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอกำลังสนับสนุนด้านการแพทย์ในกรณีมีเหตุรุนแรง (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์)

ศูนย์เฮอร์วินได้มีการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลในพื้นที่โดยรอบ ส่วนศูนย์เรนทรได้ติดต่อขอหน่วยกู้ชีพจากโรงพยาบาลในปริมณฑลที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์)

ช่วงกลางคืน กลุ่มผู้ชุมนุมมีการเคลื่อนขบวนไปบริเวณหน้ากองบัญชาการตำรวจนครบาล มีการใช้แก๊สน้ำตาเกิดขึ้น และมีผู้ได้รับผลกระทบจากแก๊สน้ำตาจำนวนมาก (ข้อมูลจากข่าว)

ผู้ป่วยบางส่วนเดินทางไปโรงพยาบาลด้วยตัวเอง บางส่วนถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยหน่วยกู้ชีพโดยไม่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันสารเคมี และไม่มีการชะล้างสารเคมี(Decontamination) ก่อนการนำส่งโรงพยาบาล ส่งผลให้มีการปนเปื้อนแก๊สน้ำตาในห้องฉุกเฉินหลายแห่งที่มีผู้ป่วยเข้าไป ได้แก่โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลราชวิถี (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และบันทึกเหตุการณ์)

การปฏิบัติการในครั้งนี้มีหน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์จากหลายแห่งเข้ามาปฏิบัติงานในพื้นที่ แต่ในทางปฏิบัติไม่มีผู้บัญชาการด้านการแพทย์ที่ชัดเจน โดยหน่วยงานหลักที่เข้ามา ได้แก่

- ศูนย์เฮอร์วิน ภายใต้กำกับของสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร (ได้แก่ โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน เป็นต้น)

- ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ได้ตั้งอย่างเป็นทางการ) ซึ่งผู้สั่งการสูงสุดเป็นรัฐมนตรีว่าการสาธารณสุข ในส่วนนี้จะมีโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลนพรัตน์ ราชธานี และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจากปริมณฑล
- โรงเรียนแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (สภากาชาด)
- ศูนย์ส่งกลับโรงพยาบาลตำรวจ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยจากเหตุการณ์ในวันที่ 29 สิงหาคม 2551

ช่วงเช้า-กลางวัน	ช่วงกลางคืน
รพ.วชิระ 15 ราย	รพ.วชิระ 31 ราย
รพ.รามฯ 9 ราย	รพ.รามฯ 5 ราย
รพ.ตำรวจ 1 ราย	รพ.ราชวิถี 1 ราย
รพ.จุฬาฯ 1 ราย	

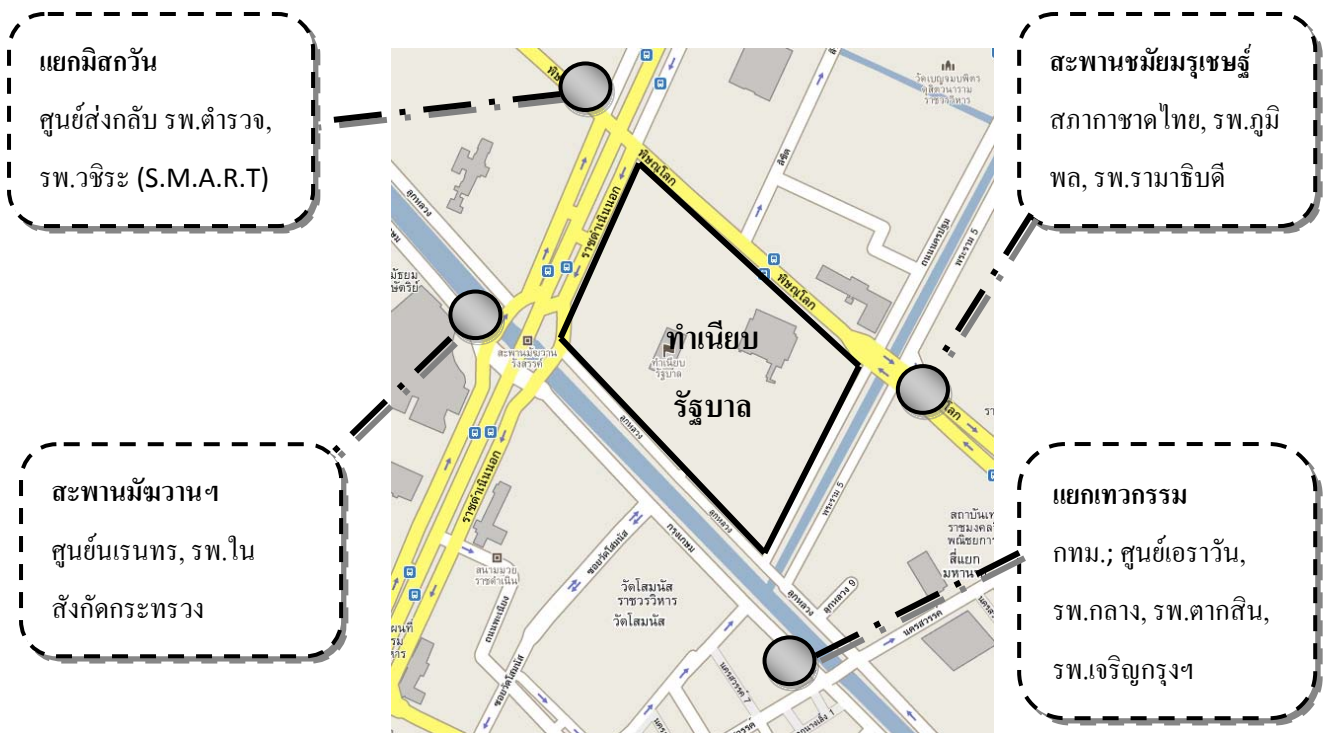
หมายเหตุ ข้อมูลอาจไม่ครบถ้วนเนื่องจากไม่ได้มีการบันทึกที่ชัดเจน

การประชุมวันที่ 1 กันยายน 2551

ภายหลังเกิดเหตุการณ์ในวันที่ 29 สิงหาคม 2551 ได้มีการจัดประชุมหน่วยบริการทางการแพทย์ในกรุงเทพมหานคร โดยศูนย์เอร์วิน และใช้สถานที่ประชุมของโรงพยาบาลกลาง เนื้อหาการประชุมมีดังนี้

1. จัดแบ่งพื้นที่รับผิดชอบเป็นสี่จุดหลัก (ดังภาพที่ 1) ได้แก่
 - สะพานมฆวานรังสรรค์ มีผู้รับผิดชอบคือศูนย์เรนทร พร้อมทั้งโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - แยกมิสกว้น มีผู้รับผิดชอบคือหน่วยกู้ชีพวชิระพยาบาล และศูนย์ส่งกลับโรงพยาบาลตำรวจ
 - สะพานชัยบุรีเชษฐ มีผู้รับผิดชอบคือ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลภูมิพล
 - แยกเทวกรรม มีผู้รับผิดชอบคือ กรุงเทพมหานครโดยศูนย์เอร์วิน โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลเจริญกรุง
2. กำหนดผู้สั่งการ ณ จุดเกิดเหตุ(Field Commander) ในแต่ละจุดประจำการ
3. กำหนดวิธีการสื่อสาร และคลื่นความถี่วิทยุที่ใช้

ภาพที่ 1 แสดงการแบ่งพื้นที่การรับผิดชอบ



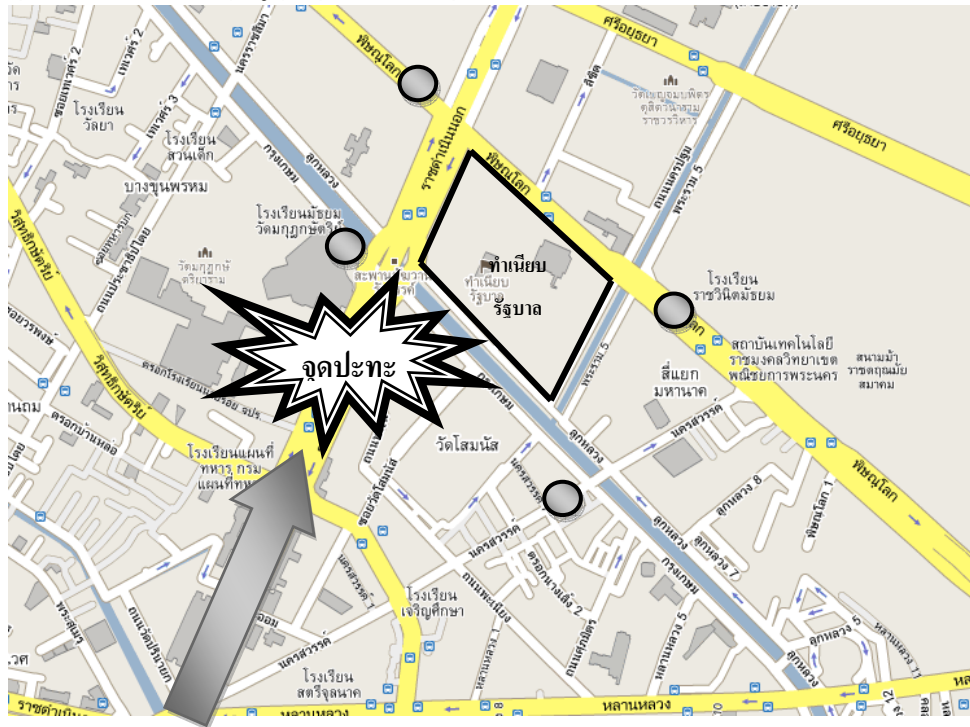
หน่วยงานที่เข้าประชุมในวันที่ 1 กันยายน 2551 แยกตามสังกัดมีดังนี้

- หน่วยงานสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เอราวัณ รพ.กลาง รพ.วชิระ รพ.ตากสิน และรพ.เจริญกรุงประชารักษ์
- หน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: ศูนย์เรนทร รพ.ราชวิถี, รพ.เลิดสิน, รพ.นพรัตน์ราชธานี และรพ.ในเขตปริมณฑล
- หน่วยงานสังกัดกระทรวงกลาโหม : รพ.พระมงกุฎเกล้า รพ.ภูมิพล
- โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย: รพ.รามธิบดี รพ.ศิริราช
- กลุ่ม NGO และมูลนิธิต่างๆ : สภาอากาศไทย มูลนิธิต่างๆ เช่น ปอเต็กตึ๊ง ร่วมกตัญญู เป็นต้น

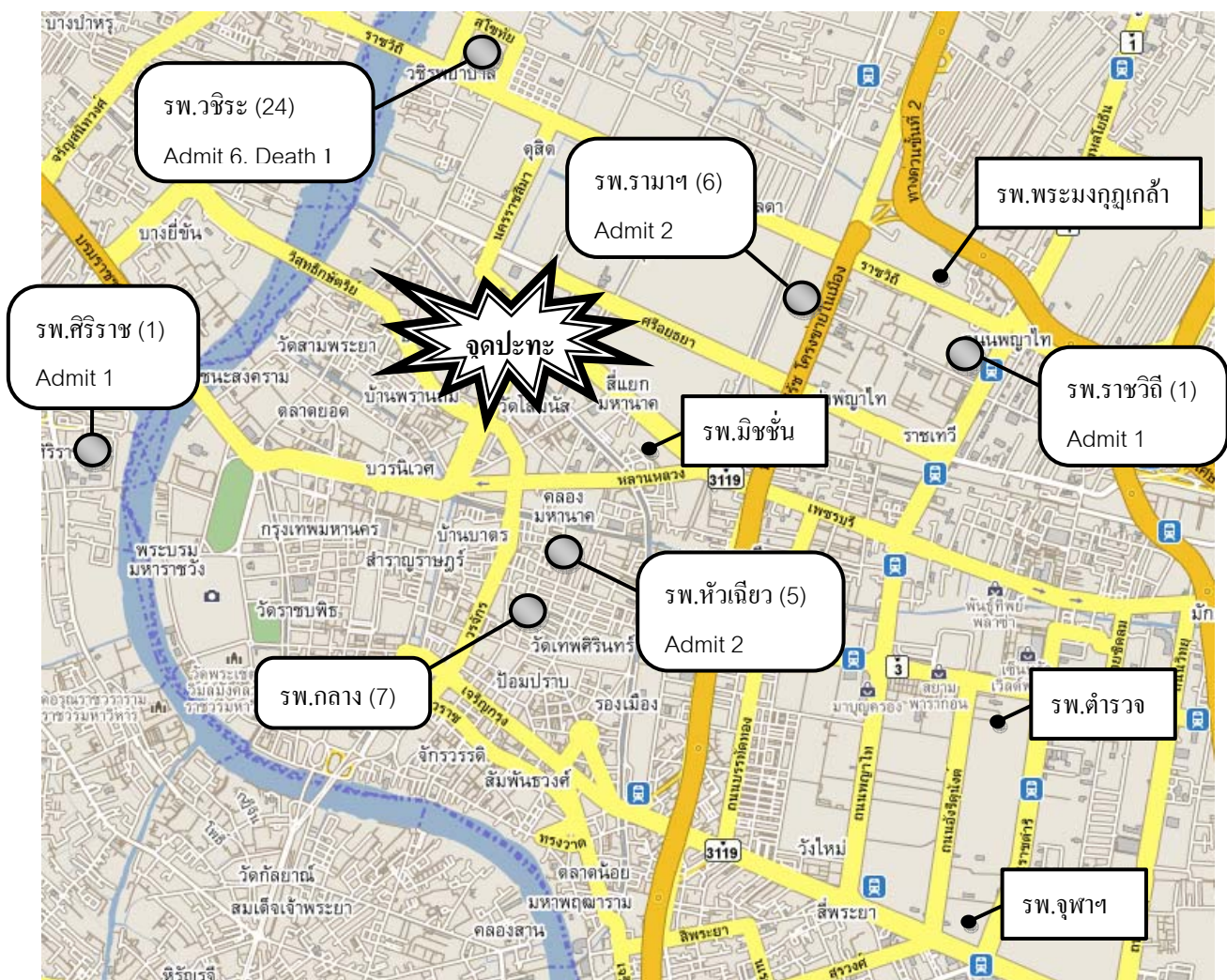
เหตุการณ์วันที่ 2 กันยายน 2551

ช่วงกลางดึกคืนวันที่ 1 ต่อเช้าวันที่ 2 กันยายน 2551: กลุ่ม นปช. เคลื่อนขบวนจากสนามหลวง ฝ่าแนว กั้นของตำรวจ และมุ่งหน้าไปยังทำเนียบรัฐบาลโดยเส้นทางถนนราชดำเนินนอก และเข้าปะทะกับกลุ่ม พันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตยซึ่งตั้งแนวกันอยู่บนถนนราชดำเนินนอก บริเวณก่อนถึงสะพาน มัทวานรังสรรค์

ภาพที่ 2 แสดงจุดปะทะระหว่างกลุ่มผู้ชุมนุมทั้งสองกลุ่ม



ภาพที่ 3 แสดงตำแหน่งของโรงพยาบาลโดยรอบจุดเกิดเหตุ และการกระจายผู้ป่วย (Mapping)



ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ในวันที่ 2 กันยายน 2551

	ผู้ป่วยทั้งหมด	ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล	ผู้ป่วยเสียชีวิต
รพ.วชิระ	24	6	1
รพ.กลาง	7	-	-
รพ.รามธิบดี	6	2	-
รพ.หัวเฉียว	5	2	-
รพ.ราชวิถี	1	1	-
รพ.ศิริราช	1	1	-
รวม	44	12	1

ระบบการจัดการทางการแพทย์ในวันที่ 2 กันยายน 2551

ภายหลังการประชุมร่วมกันวางแผนเตรียมรับมือในวันที่ 1 กันยายน 2551 ตอนกลางวัน เมื่อตกกลางคืนได้เกิดเหตุรุนแรงภายหลังการประชุมเพียงไม่ถึงหนึ่งวัน

เมื่อเกิดเหตุปะทะกันขึ้น ในด้านระบบการสั่งการกลางนั้น ยังไม่ได้มีการกำหนดผู้บัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์ที่ชัดเจน แต่มีการแบ่งพื้นที่และกำหนดผู้บัญชาการ ณ จุดเกิดเหตุไว้ล่วงหน้าแล้ว โดยผู้บัญชาการ ณ จุดพื้นที่ต่างๆ มีการประสานงานกับศูนย์เฝ้าระวังตลอดการปฏิบัติงาน (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์)

ด้านการประสานงานและรวบรวมข้อมูล ได้มีการประสานงานระหว่างหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่และศูนย์เฝ้าระวังตลอดเวลา มีการแจ้งจุดปะทะ แจ้งบริเวณที่อาจมีอันตราย มีการประสานงานให้หน่วยปฏิบัติการตามจุดต่างๆ เคลื่อนย้ายตามสถานการณ์ หน่วยปฏิบัติการและโรงพยาบาลต่างๆ ได้แจ้งจำนวนผู้บาดเจ็บกลับศูนย์เฝ้าระวังเพื่อรวบรวมข้อมูล (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์)

ด้านการติดต่อสื่อสาร มีการใช้คลื่นความถี่วิทยุที่ได้ตกลงกันไว้ก่อน ทำให้การติดต่อสื่อสารทั่วถึงมากขึ้น แม้จะมีความล่าช้าอยู่บ้าง (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสังเกตการ)

โดยรวมแล้วการปฏิบัติการทางการแพทย์ในวันที่ 2 กันยายน 2551 มีข้อเปรียบเทียบกับในวันที่ 29 สิงหาคม 2551 ซึ่งยังไม่ได้มีการเตรียมการรับมือ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการจัดการทางการแพทย์ระหว่างวันที่ 29 ส.ค. 51 และ 2 กันยายน 51

	29 สิงหาคม 2551	2 กันยายน 2551
ระบบการสั่งการกลาง	ไม่ชัดเจน	ไม่ชัดเจน
ระบบการสั่งการ ณ จุดเกิดเหตุ	ไม่ชัดเจน	มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ มีผู้สั่งการ ณ จุดเกิดเหตุ
การประสานงาน	ไม่ชัดเจน	ศูนย์เอราวัณเป็นศูนย์กลางการ ประสานงาน
การติดต่อสื่อสาร	ไม่ชัดเจน สับสน ลำบาก	มีการกำหนดคลื่นวิทยุกลาง ศูนย์เอราวัณเป็นศูนย์กลางการ ติดต่อสื่อสาร
การเก็บข้อมูล และติดตามสถานการณ์	ไม่ชัดเจน	ศูนย์เอราวัณ เป็นศูนย์รวมข้อมูล ข่าวสาร

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการกระจายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลต่างในวันที่ 29 สิงหาคม กับ 2 กันยายน

	29 สิงหาคม	2 กันยายน
รพ. วัชร	46 (74.0%)	24 (55.0%)
รพ.รามาริบดี	14 (22.0%)	6 (13%)
รพ.กลาง	-	7 (15%)
รพ.หัวเฉียว	-	5 (11%)
รพ.ตำรวจ	1 (1.6%)	-
รพ.จุฬาลงกรณ์	1 (1.6%)	-
รพ.ราชวิถี	-	1 (2%)
รพ.ศิริราช	-	1 (2%)
รวม	62	44

ส่วนที่ 2 รายงานการตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 19 คน เป็นชาย 17(89.5%) คน หญิง 2 (10.5%) คน และอาชีพแพทย์ 1 (5.3%) คน พยาบาล 1 (5.3%) คน และเจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน 17 (89.5%) คน (ตารางที่ 5) อายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถามเป็น 34(25-48) ปี

ตารางที่ 5 แสดงลักษณะโดยทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	17 (89.50%)
หญิง	2 (10.50%)
อาชีพ	
แพทย์	1 (5.25%)
พยาบาล	1 (5.25%)
เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน	17 (89.50%)

ระยะก่อนออกปฏิบัติการ (ตารางที่ 6)

จากผลการตอบแบบสอบถามพบว่า เจ้าหน้าที่ที่ออกปฏิบัติการทุกคนรับทราบมาก่อนว่า เหตุการณ์ที่ต้องเข้าไปปฏิบัติหน้าที่เป็นเหตุการณ์อะไร และรู้ว่าจะสามารถนำผู้ป่วยไปส่งที่โรงพยาบาลใดได้บ้าง เจ้าหน้าที่จำนวน 18 คน (94.7%) ทราบเส้นทางในการเข้าถึงจุดเกิดเหตุและเส้นทางที่จะลำเลียงไปส่งโรงพยาบาลปลายทาง เจ้าหน้าที่ 16 คน (84.2%) ทราบก่อนว่าอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองมีอะไรบ้าง นอกจากนี้มีเจ้าหน้าที่จำนวน 6 คน (31.6%) ที่ทราบจุดปฏิบัติการของตนเองก่อนออกปฏิบัติการ

ตารางที่ 6 แสดงผลการตอบแบบสอบถาม

	จำนวนผู้ตอบ	จำนวนผู้ที่ทราบ
ประเภทของเหตุการณ์	19	19 (100.0%)
ความรุนแรงของเหตุการณ์	19	17 (89.5%)
จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะได้รับ	18	9 (50.0%)
เส้นทางลำเลียงผู้ป่วยไปโรงพยาบาล	19	18 (94.7%)
โรงพยาบาลที่จะนำส่ง	19	19 (100.0%)
ผู้สั่งการให้ออกปฏิบัติการ	16	15 (93.8%)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	15	8 (53.3%)
ศูนย์เอร์วัน	15	4 (26.7%)
ศูนย์เรนทร	15	3 (20.0%)
ทราบจุดปฏิบัติการก่อนออกปฏิบัติการ	19	6 (31.6%)
อันตรายที่อาจเกิดกับผู้ปฏิบัติการ	19	16 (84.2%)

ก่อนการออกปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ได้ประเมินแล้วว่าตนเองมีมั่นใจในการรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดจากการชุมนุมของคนหมู่มากและมีการใช้สารเคมี อยู่ในระดับมากและมากที่สุดคิดเป็น 15.8% และ 36.8% ตามลำดับ (ตารางที่ 7) รวมทั้งมีความมั่นใจต่อหน่วยงานของตนเองว่ามีความพร้อมในการรับมือกับเหตุการณ์ดังกล่าวอยู่ในระดับ มากและมากที่สุด คิดเป็น 52.6% และ 15.8% ตามลำดับ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 แสดงระดับความมั่นใจต่อตนเองของผู้ปฏิบัติการในการช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีที่เกิดจากการปะทะ และมีการใช้สารเคมี

ระดับความมั่นใจ	ก่อนออกปฏิบัติการ	หลังออกปฏิบัติการ
มากที่สุด	36.8%	42.2%
มาก	15.8%	42.1%
ปานกลาง	31.6%	10.5%
น้อย	5.3%	5.3%
น้อยที่สุด	10.5%	0%

ตารางที่ 8 แสดงระดับความมั่นใจต่อหน่วยงานของผู้ปฏิบัติการในการช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีที่เกิดจากการปะทะกันและมีการใช้สารเคมี

ระดับความมั่นใจ	ก่อนออกปฏิบัติการ	หลังออกปฏิบัติการ
มากที่สุด	15.8%	47.4%
มาก	52.6%	47.4%
ปานกลาง	21.0%	5.2%
น้อย	0%	0%
น้อยที่สุด	10.6%	0%

ระหว่างการออกปฏิบัติการ

ในด้านการปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่จำนวน 17 คน (89.5%) ได้มีการร่วมปรึกษาและวางแผนการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุกับหน่วยปฏิบัติการอื่นๆ ที่รับผิดชอบในพื้นที่เดียวกัน มีจำนวน 12 คน (63.5%) ทราบว่ามีการกำหนดผู้สั่งการประจำจุดเกิดเหตุ และมีจำนวน 9 คน (50.0%) ได้ทำการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (Field triage) (ตารางที่ 9) จำนวนผู้ป่วยที่แต่ละหน่วยปฏิบัติการได้รับมีค่ามัธยฐาน (median) 3 (1-7) คน

ตารางที่ 9 แสดงผลการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ

การจัดการ ณ จุดเกิดเหตุ	จำนวนผู้ที่ทราบ
มีการวางแผนร่วมกันหน่วยปฏิบัติการอื่น ที่ประจำจุดเดียวกัน	17 (89.4%)
มีการกำหนดผู้สั่งการ ณ จุดเกิดเหตุ	12 (63.2%)
มีการทำการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ	9 (50.0%)

ด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างออกปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่จำนวน 11 คน (57.9%) ได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายขณะออกปฏิบัติการ โดยแยกเป็น อาการระคายเคืองตาและผิวหนังจำนวน 8 คน (72.7%), ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ 1 คน (9.1%) และ จำนวน 2 คน (18.2%) ไม่ระบุอาการ นอกจากนี้พบว่า มีเจ้าหน้าที่จำนวน 8 คน (50.0%) ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 แสดงผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติการ ระหว่างการออกปฏิบัติการ

ผลกระทบ	จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบ
ด้านร่างกาย	11 (57.9%)
ระคายเคืองตาและผิวหนัง	8 (72.7%)
พักผ่อนน้อย	1 (9.1%)
ไม่ระบุ	2 (18.2%)
ด้านจิตใจ	8 (50.0%)

ระยะภายหลังการออกปฏิบัติการ

จากแบบสอบถาม พบว่าภายหลังการออกปฏิบัติการ มีเจ้าหน้าที่จำนวน 18 คน (94.7%) ได้เข้าร่วมการประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานของตนเอง และมี 16 คน (84.2%) ได้เข้าร่วมการประเมินผลการปฏิบัติการระหว่างหน่วยงาน ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงผลสำรวจการเข้าร่วมประเมินผลการปฏิบัติการ ภายหลังการออกปฏิบัติการ

การประเมินผล	จำนวนผู้ที่เข้าร่วม
ภายในองค์กรของตน	18 (94.7%)
ระหว่างองค์กร	16 (84.2%)

นอกจากนี้ พบว่าภายหลังการออกปฏิบัติการในครั้งนี้ หากมีเหตุการณ์ลักษณะเดียวกันเกิดขึ้นอีกในอนาคต เจ้าหน้าที่ที่ถึงหนึ่งมีความมั่นใจตัวเองที่จะออกปฏิบัติการ โดยแบ่งเป็นมั่นใจมาก 42.1% และมั่นใจมากที่สุด 42.2% ในขณะที่ความมั่นใจต่อหน่วยปฏิบัติการของตนที่จะรับมือกับเหตุการณ์ลักษณะนี้ในอนาคตนั้น อยู่ในระดับมากและมากที่สุดเท่ากันคือ 47.4%

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ข้อมูลที่ได้เกือบทั้งหมดมาจากการสัมภาษณ์ และการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากช่วงที่ศึกษาเป็นช่วงเริ่มต้นของเหตุการณ์ ข้อมูลที่มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรมีอยู่น้อยมากและไม่ครบถ้วน อาจทำให้ความน่าเชื่อถือของข้อมูลลดลง
2. ข้อมูลหลายแหล่งมีความคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะในเรื่องจำนวนผู้ป่วย, หน่วยปฏิบัติการที่นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล, โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย โดยเฉพาะในวันที่ 29 สิงหาคม 2551 ซึ่งเป็นวันแรกที่เกิดเหตุรุนแรง มีความสับสนมากทำให้การบันทึกข้อมูลขาดหายจำนวนมาก
3. ภายหลังจากเหตุรุนแรงทั้งสองวันนี้ ยังมีเหตุรุนแรงทางการเมืองที่มีขนาดใหญ่กว่าตามมาอีกหลายครั้ง โดยเฉพาะเหตุการณ์เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2551 ทำให้ข้อมูลของวันที่ 29 สิงหาคม และ 2 กันยายน ถูกลดความสำคัญลง ยกแก่การติดตามข้อมูล
4. แบบสอบถามที่ได้รับกลับมามีจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ที่ออกปฏิบัติการในวันเกิดเหตุดังกล่าว ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้มาจากเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เท่านั้น
5. หน่วยงานที่ออกปฏิบัติการ มาจากหลายต้นสังกัด ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนในการติดตามข้อมูล

บทวิจารณ์

เหตุการณ์รุนแรงในวันที่ 29 สิงหาคม 2551 ซึ่งต่อเนื่องไปจนถึงในวันที่ 2 กันยายน 2551 นั้นทำให้เห็นถึงความพร้อมทางด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในการรับมือกับสถานการณ์ที่มีปะทะกันระหว่างการชุมนุมของกลุ่มคนจำนวนมาก ในด้านต่างๆ ดังนี้

ระบบการจัดการทางการแพทย์

1. ระบบการสั่งการกลาง (Incident command system)

หากอ้างอิงตามหลักการของ Incident command system(1-5) ในสถานการณ์ภัยพิบัติแล้ว ผู้บัญชาการเหตุการณ์จะเป็นผู้กำหนดผู้บัญชาการทางการแพทย์ซึ่งเป็นหน่วยสนับสนุน แต่จากเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นในทั้งสองวันนี้ พบว่าไม่มีผู้บัญชาการกลางทางการแพทย์ที่ชัดเจน โดยในวันที่ 29 สิงหาคม นั้น เป็นปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ทำให้ผู้บัญชาการเหตุการณ์ใหญ่จึงเป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจ

และได้มีแจ้งให้โรงพยาบาลตำรวจเตรียมความพร้อม ซึ่งในส่วนนี้โรงพยาบาลตำรวจเพียงแห่งเดียวไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่อาจมีผู้บาดเจ็บจำนวนมากได้ จึงได้ประสานงานขอการสนับสนุนจากศูนย์เอราวัณ และศูนย์เรนทรอีกทอดหนึ่ง ส่งผลให้มีหน่วยงานจากหลายต้นสังกัดเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก

แม้ว่าข้อดีคือได้มีการร่วมมือกันของหลายหน่วยงานทำให้มีทีมปฏิบัติการมากขึ้น แต่ในทางกลับกัน เมื่อไม่มีผู้บัญชาการที่ชัดเจน หน่วยปฏิบัติการที่มาจากสายการบังคับบัญชาที่แตกต่างกัน จึงต่างคนต่างทำงานขาดการประสานงานที่ดี ทำให้เกิดความสับสนมากขึ้น (1)

ในวันที่ 2 กันยายน ภายหลังมีการประชุมวางแผนแบ่งหน้าที่แล้ว พบว่ายังคงไม่มีการกำหนดผู้บัญชาการทางการแพทย์ที่ชัดเจน ทีมผู้วิจัยเห็นว่าสาเหตุที่ยังไม่มีผู้บัญชาการเหตุการณ์ทางการแพทย์ที่ชัดเจนนั้นมีหลายปัจจัยเช่น

1. ไม่เคยมีการเตรียมความพร้อมทางด้านการแพทย์ เพื่อรับมือเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดจากความไม่สงบทางการเมืองอย่างเป็นรูปธรรมมาก่อน
2. ในขณะนั้น พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน(6) และพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย(7) เพิ่งได้รับการประกาศใช้ ยังไม่ได้มีรายละเอียด ข้อกำหนด หรือแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน รวมทั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินยังอยู่ในระหว่างก่อตั้งยังไม่แล้วเสร็จ

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะไม่มีผู้บัญชาการเหตุการณ์ที่ชัดเจน และหน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์มาจากหลายหน่วยงานที่ต่างกัน แต่ก็สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองท่ามกลางความสับสน โดยไม่ได้มีการเกี่ยงความรับผิดชอบให้เห็นชัดเจน ในส่วนนี้ทีมผู้วิจัยเห็นว่าเป็นจุดแข็งของทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ในของไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องต้องรักษาไว้ และจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาระบบการจัดการทางการแพทย์ต่อไปในอนาคต

2. การสั่งการและการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (Field command system and Field triage)

ด้านการสั่งการ ณ จุดเกิดเหตุ (Field command system) ในเหตุการณ์วันที่ 29 สิงหาคม ยังไม่ชัดเจน เมื่อมีการประชุมกันแล้วทำให้ในวันที่ 2 กันยายน มีการระบุผู้บัญชาการ ณ จุดเกิดเหตุของแต่ละพื้นที่ ทำให้การสั่งการ ณ จุดเกิดเหตุมีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น อย่างไรก็ตาม มีการกำหนดผู้บัญชาการ ณ จุดเกิดเหตุเพียงคนเดียวเท่านั้นในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ หากเหตุการณ์มีความยืดเยื้อ (ซึ่งเป็น

ลักษณะทั่วไปของการชุมนุมทางการเมือง) จะทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ จึงจำเป็นต้องกำหนดผู้ที่จะมา สลับเปลี่ยนกันทำหน้าที่เป็นช่วงๆ

ในแง่การคัดแยก ณ จุดเกิดเหตุ นั้น จุดประสงค์หลักก็เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีจำนวนสถานพยาบาลและศักยภาพของ สถานพยาบาลมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งก็รวมถึงการจัดการกระจายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมี ประสิทธิภาพ เช่น ผู้ป่วยหนักไปโรงพยาบาลใหญ่ที่มีศักยภาพเพียงพอ ผู้ป่วยเบากระจายไปยังโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพพอๆ ลงมา ไม่ไปกระจุกตัวอยู่โรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่ง(2)

จากผลการสำรวจพบว่า มีเพียง 50% ของเจ้าหน้าที่ที่ได้ทำการคัดกรอง ณ จุดเกิดเหตุ และ ไม่ได้มีการประสานงานเพื่อนำผู้ป่วยกระจายส่งโรงพยาบาลตามความหนักเบาของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะทำให้ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บหนักได้รับการดูแลรักษาและถูกนำส่งโรงพยาบาลล่าช้า รวมทั้งมีการกระจายตัวของผู้ป่วยที่ ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยที่บาดเจ็บหนักได้รับการรักษาไม่เต็มที่ เนื่องจากโรงพยาบาลต้องแบ่งทรัพยากรส่วน หนึ่งไปดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไม่รุนแรงที่ถูกนำส่งโรงพยาบาลเดียวกันซึ่งมีปริมาณมากกว่า

เนื่องจากสถานที่เกิดเหตุเป็นใจกลางกรุงเทพมหานคร หากดูตามแผนผังที่ตั้งของ โรงพยาบาลโดยรอบจุดเกิดเหตุแล้ว จะพบว่าโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียงทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยทุกระดับ ทำให้การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเลยโดยไม่คัดแยกจึงทำได้เร็วกว่า ซึ่ง อาจเป็นสาเหตุให้หน่วยปฏิบัติการไม่ได้ทำการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม การ กระจายผู้ป่วยที่เหมาะสมไม่ไปกระจุกอยู่ที่โรงพยาบาลแห่งเดียวยังมีความสำคัญอยู่มาก ดังจะเห็นได้จาก เหตุการณ์วันที่ 7 ตุลาคม 2551 ซึ่งตามมาในภายหลัง

3. การกระจายผู้ป่วย (Patient Distribution)

จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยที่ถูกนำส่งในแต่ละโรงพยาบาลนั้น พบว่าในวันแรกผู้ป่วยส่วน ใหญ่ไปกระจุกตัวอยู่ที่โรงพยาบาลเดียวที่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุด ในขณะที่วันที่ 2 กันยายน 2551 แม้ว่า โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดยังคงรับจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดอยู่ แต่สัดส่วนการกระจายตัวของผู้ป่วยเป็นไป ในทางที่ดีขึ้นดังในตารางที่ 4 ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการประชุมเตรียมการรับมือ มีการวางแผนล่วงหน้า มี การติดต่อประสานงานขณะเกิดเหตุระหว่างหน่วยปฏิบัติการ ศูนย์ประสานงาน และ โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย ทำให้สามารถกระจายผู้ป่วยได้มากขึ้น

จากการศึกษาหนึ่งในประเทศอิสราเอล(8)ซึ่งมีการก่อการร้ายบ่อยครั้ง พบว่าเมื่อเกิดเหตุก่อ การร้ายขึ้น แม้ว่าจะมีการวางแผนการกระจายผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าแล้ว โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุยังคง

ได้รับผู้ป่วยจำนวนมาก จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่บาดเจ็บไม่มากจะเดินทางไปยังโรงพยาบาลด้วยตนเอง โดยไม่ได้อาศัยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(8) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ในประเทศไทยในทั้งสองวันที่ผ่านมาแล้ว สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไปกระจุกตัวอยู่ที่โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดนั้นมีสองสาเหตุหลัก ประการแรกคือการที่มีการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุไม่ดีเท่าที่ควร และประการที่สองคือการที่ผู้ป่วยบางส่วนเดินทางไปยังโรงพยาบาลเองโดยไม่อาศัยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประเด็นหลังนี้ทำให้การจัดระบบการคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และระบบการจัดการต่างๆ ไม่สามารถจัดการกระจายผู้ป่วยได้ทั้งหมด ดังนั้นโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุที่สุดยังคงต้องเตรียมแผนรับมือกับจำนวนผู้ป่วยปริมาณมาก แม้ว่าจะมีการวางแผนไว้ล่วงหน้าอย่างดีแล้วก็ตาม นอกจากนี้ในส่วนข้อมูลพฤติกรรมการเดินทางไปสถานพยาบาลด้วยตัวเองของผู้ป่วยนั้น ยังจำเป็นต้องได้รับการศึกษาเพิ่มเติมอีกมากเพื่อนำมาพัฒนาการวางแผนต่อไป

4. การติดต่อสื่อสาร (Communication)

การติดต่อสื่อสารในวันที่ 29 สิงหาคม ซึ่งเป็นวันแรกที่เกิดเหตุรุนแรงนั้น มีความสับสนและไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีหลายหน่วยงานเข้ามาทำงานโดยที่ไม่มีการกำหนดช่องทางการสื่อสารกลางมาก่อน ทำให้แต่ละหน่วยปฏิบัติการได้แต่สื่อสารกับหน่วยในต้นสังกัดของตนเท่านั้น การประสานงานระหว่างหน่วยงานเป็นไปด้วยความยากลำบาก แตกต่างกับในวันที่ 2 กันยายน ซึ่งมีการกำหนดช่องทางการสื่อสาร, คลื่นวิทยุกลาง และตัวแทนแต่ละหน่วยงานที่ทำหน้าที่ติดต่อสื่อสาร ทำให้เกิดการประสานงานขึ้น

คลื่นวิทยุสื่อสารกลางที่ถูกกำหนดขึ้นนั้น เป็นคลื่นชั่วคราวยังไม่ได้มีการกำหนดเป็นการถาวร ซึ่งในอนาคตการวางแผนการรับมือภัยพิบัติล่วงหน้า ควรมีการกำหนดคลื่นวิทยุหรือช่องทางการติดต่อสื่อสารกลางที่ถาวรมากขึ้น เพื่อใช้ติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์ ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ

5. ความพร้อมของหน่วยปฏิบัติการ

เนื่องจากแบบสอบถามไม่ได้ระบุวันที่ ส่วนนี้จึงเป็นการสรุปวิเคราะห์ผลโดยรวมของทั้งสองวัน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ก่อนออกปฏิบัติการ ระหว่างออกปฏิบัติการ และภายหลังออกปฏิบัติการ

ระยะก่อนออกปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์แล้ว ทั้งในส่วนของประเภท ความรุนแรงของเหตุการณ์ และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจาก เหตุนี้มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อทุกแขนงและมีการติดตามเหตุการณ์อย่างใกล้ชิด โดยมีการรายงานความถี่หน้าและสถานการณ์อยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้บริเวณที่เกิดเหตุเป็นบริเวณที่ไม่กว้างมาก รวมทั้งเป็นพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลตั้งอยู่โดยรอบทำให้ทราบเส้นทางในการลำเลียงผู้ป่วย และทราบโรงพยาบาลปลายทางที่จะนำส่งค่อนข้างดีอยู่แล้ว

ระหว่างการออกปฏิบัติการพบว่า 31.6% ของเจ้าหน้าที่ที่ทราบว่าตนเองต้องปฏิบัติและ
ประจำการ ณ ตำแหน่งใด และ 63.15% ทราบว่ามีการกำหนดผู้บัญชาการย่อย ณ จุดเกิดเหตุ การที่เจ้าหน้าที่
ขาดข้อมูลดังกล่าวอาจจะทำงานซ้ำซ้อนกัน และเกิดความสับสนในการทำงานได้

ภายหลังจากการออกปฏิบัติการพบว่าเจ้าหน้าที่ถึง 94.7% ได้เข้าร่วมการประเมินและ
อภิปรายผลการทำงานภายในหน่วยงาน และมีเจ้าหน้าที่ถึง 84.2% ได้เข้าร่วมการประเมินระหว่างหน่วยงาน
ซึ่งการร่วมประเมินดังกล่าวสามารถใช้หาจุดบกพร่องเพื่อใช้ในการวางแผนปฏิบัติการต่อไปได้

อย่างไรก็ตามผลผู้ตอบแบบสอบถามนี้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลตติย
ภูมิ ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งในการออกปฏิบัติการ ผลการศึกษาที่ได้อาจไม่สะท้อนภาพโดยรวมทั้งหมด ซึ่งมี
โรงพยาบาลและหน่วยงานหลายระดับเข้าร่วมปฏิบัติการ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลอำเภอ มูลนิธิ
ต่างๆ เป็นต้น

6. ความปลอดภัย (Safety and Security)

จากการสัมภาษณ์พบว่าเมื่อเกิดเหตุรุนแรง หน่วยปฏิบัติการบางหน่วยอยู่ในพื้นที่ที่มีการ
ปะทะซึ่งถือเป็นพื้นที่อันตราย แม้บุคคลทั่วไปอาจมองว่าเป็นการทำหน้าที่ด้วยความเสียสละ แต่โดย
หลักการของหน่วยกู้ชีพแล้ว หน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์จะต้องอยู่ในพื้นที่ที่นอกซึ่งมีอันตรายน้อย และ
เป็นหน่วยสนับสนุนเท่านั้น เพราะไม่ได้ถูกฝึกมาให้รับมือกับสถานการณ์รุนแรงหรือเสี่ยงอันตราย
นอกจากนี้หากมีอันตรายเกิดขึ้นกับหน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์แล้ว จะส่งผลให้กำลังคนที่จะช่วยเหลือ
ผู้ป่วยลดลง ทั้งยังเป็นการเพิ่มภาระให้กับหน่วยปฏิบัติการอื่นๆ อีก

การเข้าไปลำเลียงผู้ป่วยออกจากพื้นที่อันตรายนั้น จำเป็นต้องใช้บุคลากรที่ได้รับการฝึก
พิเศษเป็นอย่างดีสำหรับสถานการณ์อันตรายโดยเฉพาะ (Tactical Emergency Medical Support/TEMS) หรือ
หากเป็นในภาวะสงคราม ก็จะเป็นหน้าที่ของทหารเสนารักษ์ เป็นต้น (2, 4, 5)

ต่อมาเมื่อมีการใช้แก๊สน้ำตาซึ่งเป็นสารเคมี พบว่าหน่วยปฏิบัติการเกือบทั้งหมดขาดทั้ง
ความรู้และอุปกรณ์ในการป้องกันตัวจากสารเคมี ทำหน่วยปฏิบัติการให้ได้รับผลกระทบจากแก๊สน้ำตาไป
ด้วย (57.2% มีอาการระคายเคืองตาและผิวหนัง) อาการเหล่านี้ย่อมส่งผลอย่างยิ่งต่อความสามารถในการ
ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะคนขับรถ หากมีอาการระคายเคืองมากอาจเกิดอันตรายระหว่างการขับรถได้โดยง่าย
นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการชำระล้างสารเคมีได้ถูกนำส่งโรงพยาบาล และเกิดการปนเปื้อนแก๊สน้ำตาใน
ห้องฉุกเฉินเกือบทุกแห่งที่มีการนำส่งผู้ป่วย

ภายหลังการปฏิบัติการ 68.4% ของเจ้าหน้าที่ ประเมินว่าตนเองมีพร้อมในการรับมือกับ
เหตุการณ์อุบัติภัยหมู่ที่มีการใช้สารพิษ และ 78.4% ประเมินว่าหน่วยงานของตนเองมีความพร้อมในการ
รับมือกับเหตุการณ์ดังกล่าว จากการศึกษาในอดีตพบว่า 50.0% ของหน่วยปฏิบัติการมีการปนเปื้อนสารพิษ
ขณะที่ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยแม้ว่าจะมีการเตรียมการและสำรวจความพร้อมก่อนล่วงหน้า (9)

ความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้หน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์ ทีมผู้วิจัยมีความเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าปฏิบัติการในพื้นที่ควรได้รับการฝึกอบรมเบื้องต้นเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยในสถานการณ์เสี่ยงภัย เช่น การอบรม Basic Disaster Life Support เป็นต้น โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจจัดทำโปรแกรมการฝึกอบรมขึ้นมา และเจ้าหน้าที่ที่จะไปปฏิบัติงานในจุดที่เกิดเหตุควรต้องผ่านการอบรมหลักสูตรนี้ก่อนการปฏิบัติงานจริงทุกคน นอกจากนี้ก่อนออกปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ต้องได้รับข้อมูลสถานการณ์เบื้องต้นในพื้นที่อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะข้อควรระวังและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

ผลกระทบทางด้านจิตใจ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญมาก ทั้งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและตัวเจ้าหน้าที่เอง(1, 3) จากผลการสำรวจพบว่า 50.0% ของเจ้าหน้าที่เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวลเรื่องอันตรายจากวัตถุระเบิด กังวลความปลอดภัยของตนเองและเพื่อนร่วมงาน ภาพเหตุการณ์ที่ยังจำได้ติดตา หรือผลจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นต้น เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุการณ์ในลักษณะเดิมและต้องออกปฏิบัติการอีกครั้ง แต่ในปัจจุบันแผนการรับมือภัยพิบัติ หรืออุบัติภัยหมู่ ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้

ในส่วนนี้ ทีมผู้วิจัยมีความเห็นว่ามีหลายปัจจัยที่สามารถลดผลกระทบดังกล่าวลงได้ ไม่ว่าจะเป็นการซักซ้อมแผนเป็นประจำเพื่อเพิ่มความชำนาญและความมั่นใจ การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันภัยที่เหมาะสมและเพียงพอ การมีส่วนร่วมของหน่วยรักษาความปลอดภัยอื่นๆ เช่น ตำรวจ ทหาร หน่วยกู้ภัย เป็นต้น รวมไปถึงการจัดเวรผลัดเปลี่ยนตามเวลาที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อให้บุคลากรได้พักผ่อน ลดความเครียด ความกังวลลง

ประเด็นสุดท้ายในเรื่องความปลอดภัยคือ **การรักษาภาพลักษณ์ความเป็นกลาง**ของหน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์ รวมไปถึงหน่วยงานทางการแพทย์ต่างๆ เนื่องจากในระหว่างเกิดการปะทะกันนั้นพบว่าหน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์ที่สังกัดฝ่ายตำรวจ ได้ตกเป็นเป้าโจมตีของฝ่ายตรงข้ามไปด้วย ดังนั้นการรักษาภาพลักษณ์ความเป็นกลางไม่ฝักใฝ่ฝ่ายใดจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งในความเห็นของทีมผู้วิจัยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องนี้ไม่ได้มีเพียงหน่วยงานทางการแพทย์ที่ต้องรักษามาตรฐานและความเป็นกลางเท่านั้น จะรวมไปถึงสื่อมวลชน และฝ่ายต่างๆ ที่อาจมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายการเมือง ตำรวจ ทหาร หรือประชาชนทั่วไปที่อาจเข้าร่วมการชุมนุม งานนี้จึงเป็นโจทย์ใหญ่สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

บทสรุป

การศึกษานี้เริ่มต้นเมื่อเกิดเหตุรุนแรงทางการเมืองในวันแรกๆ ซึ่งต่อมาได้มีเหตุการณ์รุนแรงอีกหลายครั้งตามมา ระบบการจัดการทางการแพทย์ในแต่ละครั้งได้รับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง พัฒนามากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในช่วงหลังเมื่อมีการตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นทางการ ทำให้มีเจ้าภาพที่เห็นได้ชัดเป็นรูปธรรมมากขึ้น กลุ่มผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การศึกษานี้จะเป็นประโยชน์กับผู้ที่จะศึกษาในส่วน of เหตุการณ์รุนแรงอื่นๆ ที่ต่อเนื่องตามมาภายหลัง

การจัดการทางการแพทย์เมื่อเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติในประเทศไทยนั้น ยังมีประเด็นที่ต้องการการพัฒนาอีกมากเริ่มตั้งแต่การวางแผนรับมือรวมไปถึงการซ้อมแผน โดยที่ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ของการรับมือภัยพิบัติอย่างรอบด้าน ไม่เว้นแม้แต่ความปลอดภัยและผลกระทบทางจิตใจของหน่วยปฏิบัติการ การศึกษานี้เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของการพัฒนาระบบการจัดการทางการแพทย์ เพื่อรับมือเหตุรุนแรงทางการเมือง รวมไปถึงภัยพิบัติอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ในแต่ละประเด็นปัญหาที่พบในการศึกษานี้ยังจำเป็นต้องได้รับการศึกษาค้นคว้าและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในเชิงลึกเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาวางแผนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Schultz CH, Koenig KL, Noji EK. Disaster Preparedness. In: Marx JA, editor. Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice. 6 ed: Mosby Elsevier; 2006. p. 3010.
2. Schwartz R, McManus JG. **Tactical** Emergency Medical Support and Urban Search and Rescue. In: Marx JA, editor. Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice; 2006. p. 3000.
3. Noji EK, Kelen GD. Disaster Medical Service. In: Tintinalli JE, editor. Emergency Medicine a Comprehensive Study Guide: McGraw-Hill; 2004. p. 27.
4. Operation. In: Bledsoe BE, Porter RS, Cherry RA, editors. Essentials of Paramedic Care. 2 ed: Pearson Education Inc.; 2007. p. 1973-884.
5. Bogucki MS, Heck JJ. Operational EMS. In: Brennan JA, Krohmer JR, editors. Principles of EMS Systems. 3 ed: Jones and Bartlett Publishers; 2005. p. 246-67.
6. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 2551.
7. พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. (2550).
8. Bloch YH, Schwartz D, Pinkert M, Blumenfeld A, Avinoam S, Hevion G, et al. Distribution of casualties in a mass-casualty incident with three local hospitals in the periphery of a densely populated area: lessons learned from the medical management of a terrorist attack. Prehosp Disaster Med. 2007 May-Jun;22(3):186-92.
9. Phelps S. Mission failure: emergency medical services response to chemical, biological, radiological, nuclear, and explosive events. Prehosp Disaster Med. 2007 Jul-Aug;22(4):293-6.

ภาคผนวก

แบบสอบถามระบบการจัดการภัยพิบัติสืบเนื่องจากเหตุการณ์ 2 กันยายน 2551

รายละเอียดผู้ตอบแบบสอบถาม กรุณาใส่เครื่องหมาย / ในช่องว่าง

เพศ () ชาย () หญิง

อายุ.....ปี

อาชีพ () แพทย์ () พยาบาล () ผู้ช่วยพยาบาล () เจ้าหน้าที่กู้ชีพ
 () อื่นๆ (ระบุ).....

สังกัด

กรุณาตอบแบบสอบถาม

1. ท่านทราบหรือไม่ว่า หน่วยงานใดเป็นผู้สั่งการให้หน่วยงานของท่านออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ

() ทราบ, โปรดระบุ..... () ไม่ทราบ

2. หน่วยปฏิบัติการของท่าน ได้รับมอบหมายให้ประจำการ ที่

() สะพานชัยมงคล () แยกเทวกรรม () แยกมิสกวัน
 () สะพานมอญ () อื่นๆ(ระบุ).....

3. ก่อน การปฏิบัติงานท่านทราบข้อมูลดังต่อไปนี้หรือไม่?

3.1 ประเภทของเหตุ () ทราบ () ไม่ทราบ

3.2 ความรุนแรงของเหตุการณ์ () ทราบ () ไม่ทราบ

3.3 จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะได้รับบาดเจ็บ () ทราบ () ไม่ทราบ

3.4 เส้นทางลำเลียงผู้ป่วย จากจุดเกิดเหตุ () ทราบ () ไม่ทราบ

ไปโรงพยาบาลต่างๆ ที่อยู่ใกล้เคียง

3.5 โรงพยาบาลใกล้เคียงที่ท่านคาดว่าจะนำส่งผู้ป่วย () ทราบ () ไม่ทราบ

3.6 อันตรายที่อาจเกิดกับท่าน () ทราบ () ไม่ทราบ

3.7 ก่อนการปฏิบัติการ ท่านคิดว่า ตัวท่านมีความพร้อมและมีความรู้มากน้อยเพียงใด เกี่ยวกับ

การจัดการจัดการภัยพิบัติที่เกิดจากการชุมนุมของคนจำนวนมาก (Mass gathering)

() มากที่สุด () มาก () ปานกลาง () น้อย () น้อยที่สุด

4. ก่อนการปฏิบัติการ ท่านคิดว่าหน่วยงานของท่าน มีความพร้อมในการรับมือกรณีเหตุการณ์ใช้สารเคมี มากน้อยเพียงใด

() มากที่สุด () มาก () ปานกลาง () น้อย () น้อยที่สุด

5. โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ร่วมปฏิบัติงาน ณ ที่เกิดเหตุเดียวกับท่าน ประกอบด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() สภากาชาด () ร.พ.รามาริบดี () ร.พ. ตำรวจ () ร.พ. พระมงกุฎเกล้า
() ร.พ. เลิดสิน () ร.พ. กลาง () ร.พ. ดากสิน () ร.พ. เจริญกรุงประชารักษ์
() วชิรพยาบาล () มูลนิธิร่วมกตัญญู () มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง
() อื่นๆระบุ.....

6. มีการวางแผนงานร่วมกันระหว่างสถาบันต่างๆ ที่จุดปฏิบัติการของท่าน () มี () ไม่มี

7. ณ จุดปฏิบัติการของท่านมีผู้สั่งการประจำจุด (Field commander) () มี () ไม่มี

8. จุดปฏิบัติการของท่าน มีระบบคัดกรอง ณ ที่เกิดเหตุก่อนนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล () มี () ไม่มี

9. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุทั้งหมด.....ราย

10. ท่านนำส่งผู้ป่วยสู่

โรงพยาบาล.....จำนวน.....คน

โรงพยาบาล.....จำนวน.....คน

โรงพยาบาล.....จำนวน.....คน

โรงพยาบาล.....จำนวน.....คน

โรงพยาบาล.....จำนวน.....คน

11. ผลกระทบที่ท่านได้รับ ระหว่างการปฏิบัติงานครั้งนี้

() ด้านร่างกาย, ระบุ.....

() ด้านจิตใจ, ระบุ

12. หลังเหตุการณ์ ภายในหน่วยงานของท่านมีการสรุปและประเมินผลการปฏิบัติการ

() มี () ไม่มี

13. หลังเหตุการณ์ หน่วยงานของท่านมีการสรุปและประเมินผลการปฏิบัติการ ร่วมกับหน่วยงานอื่น

() มี () ไม่มี

14. หลังจากเหตุการณ์ที่ท่านคิดว่าท่านได้เรียนรู้เกี่ยวกับการรับมือเกี่ยวกับภัยพิบัติที่เกิดจากการชุมนุมของคนจำนวนมาก (Mass gathering) มากน้อยเพียงใด มีความรู้ และพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ในรูปแบบเดิม

() มากที่สุด () มาก () ปานกลาง () น้อย () น้อยที่สุด

15. หากมีเหตุการณ์เช่นนี้ในอนาคต ท่านคิดว่า ตัวท่านมีความพร้อมรับมือมากน้อยเพียงใด

() มากที่สุด () มาก () ปานกลาง () น้อย () น้อยที่สุด

16. ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติผู้นิพนธ์

ชื่อ	นายแพทย์กัมพล อำนวยพัฒน์พล	
วัน เดือน ปี เกิด	29 เมษายน 2517	
ประวัติการศึกษา		
ระดับการศึกษา	ปีการศึกษา	สถานศึกษา
คณะเทคนิคการแพทย์	2540	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
แพทยศาสตรบัณฑิต	2540-2546	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ประวัติการทำงาน		
2547 – 2548	อาจารย์แพทย์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2548 – 2550	แพทย์ประจำบ้าน	ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2551-ปัจจุบัน	อาจารย์แพทย์	โครงการจัดตั้งภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 31419		

ประวัติผู้สมัคร

ชื่อ นายแพทย์ อารักษ์ วิบุลผลประเสริฐ

วันเดือนปีเกิด 29 กรกฎาคม 2523

วุฒิการศึกษา ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต

ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	ปีการศึกษา	สถานศึกษา
ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต	2540-2546	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
วุฒิปัตริเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	2548-2551	ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติการทำงาน

2546-2547	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จ.สระแก้ว
2547-2548	โรงพยาบาลคลองหาด อ.คลองหาด จ.สระแก้ว
2548-2551	แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาธิบดี
2551-ปัจจุบัน	อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 29155

ประวัติผู้สมัคร

ชื่อ นายแพทย์พงศกร อธิกเสวตพฤทธิ

วันเดือนปีเกิด 23 มีนาคม 2525

ประวัติการศึกษา

ระดับการศึกษา	ปีการศึกษา	สถานศึกษา
ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต	2542-2548	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
วุฒิปดรเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	2548-2551	ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติการทำงาน

2548-2551	แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาธิบดี
2551-ปัจจุบัน	อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ 32060