



บทที่ 1.

บทนำ

## ความเป็นมาและสภาพปัญหา

เมื่อสามปีที่แล้วมา วารสาร Public Administration Review ได้พิมพ์ฉบับพิเศษ (Special Issue 1985) เสนอบทความเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Management) โดยเฉพาะในบทความแรกของฉบับพิเศษดังกล่าว Petak กล่าวว่าการจัดการภาวะฉุกเฉินเป็นอาณัติวิเคราะหหนึ่งที่ท้าทายนักรัฐประศาสนศาสตร์ ถึงแม้ว่า ได้มีความพยายามที่จะลดความเสี่ยงและอัตราการตายจากภัยพิบัติอันเกิดจากการกระทำของมนุษย์หรือจากธรรมชาติ แต่ก็ดูเหมือนว่าหน่วยงานของรัฐและผู้กำหนดนโยบายก็ยังขาดความตื่นตัวที่จะเตรียมพร้อมรับมือกับภัยพิบัติที่นับวันจะรุนแรงขึ้น เนื่องจากพัฒนาการทางเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมนี้เป็นไปอย่างรวดเร็ว (1985 : 3-6)

การจัดการภาวะฉุกเฉินเป็นกระบวนการพัฒนาและปฏิบัติตามนโยบาย เพื่อลดการเสี่ยงภัยและลดอัตราการตายจากภัยพิบัติจากอุบัติเหตุ อุบัติเหตุหมู่ และจากวินาศภัยหรือมหันตภัย ซึ่งอาจเกิดจากการกระทำของมนุษย์หรือจากภัยธรรมชาติ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ตั้งใจให้เกิด หรือเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด การจัดการภาวะฉุกเฉินเกี่ยวข้องกับกำกับการป้องกันหลีกเลี่ยงภัย (mitigation) การเตรียมพร้อมเพื่อรับสถานการณ์ (preparedness) การตอบสนองเหตุการณ์ภัยพิบัติ (response) และการฟื้นฟูบูรณะ (recovery) ในสหรัฐอเมริกา ก่อนที่จะมีการวางแผนนโยบาย จัดทำแผนและจัดตั้งองค์กรกลางในระดับสหพันธรัฐ คือ สำนักบริหารภาวะฉุกเฉินสหรัฐ (FEMA-Federal Emergency Management Agency) ได้สำเร็จเมื่อ พ.ศ. 2522 ก็ต้องใช้เวลากว่า 20 ปี โดยก่อนหน้านี้ ทรัพยากรและการดำเนินงานด้านนี้กระจายอยู่ตามหน่วยงานต่าง ๆ มากมาย ทั้ง

ในระดับสหพันธรัฐ มลรัฐ ท้องถิ่นตลอดจนองค์การอาสาสมัครและภาคเอกชน ถึงกระนั้นก็ตามในปัจจุบันแม้สำนักบริหารภาวะฉุกเฉินสหรัฐได้รับมอบหมายภารกิจในการวางแผนและประสานงานเพื่อพิทักษ์ชีวิตและทรัพย์สินในภาวะฉุกเฉินทั้งยามสงบและยามสงคราม (ด้านพลเรือน) แต่ในทางปฏิบัติองค์กรแห่งนี้ต้องร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ มากมาย ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติตามแผน (Giuffrida, 1985:2) ดังนั้น Petak จึงกล่าวว่า นักรัฐประศาสนศาสตร์ในฐานะเป็นผู้จัดการภาวะฉุกเฉินจำเป็นต้องแสวงหาความรู้เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทั้งระบบ พยายามใช้ประโยชน์จากนักวิชาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญแขนงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสร้างความร่วมมือประสานงานกับผู้ชำนาญการและผู้ปฏิบัติเหล่านี้ โดยอาศัยกรอบและแนวทางที่ตอบสนองความต้องการของแต่ละกลุ่ม และสร้างความเข้าใจอันดีร่วมกัน (1985 : 7) ซึ่งประสบการณ์ในสหรัฐก็พอจะยืนยันได้ว่าไม่ใช่เรื่องง่ายนัก เพราะภัยพิบัติไม่ใช่เรื่องปกติสามัญ ทำให้เกิดความประมาทและไม่ได้ให้ความสำคัญเร่งด่วนในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และจัดสรรทรัพยากร เพื่อเตรียมพร้อมรับสถานการณ์

ในต่างประเทศ ภัยพิบัติขนาดใหญ่จากธรรมชาติที่เรียกว่า มหันตภัยหรือวินาศภัยอาจเกิดบ่อยครั้ง แต่ละครั้งสร้างความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สินเป็นจำนวนมาก ในกรณีของสหรัฐ โดยเฉลี่ยแต่ละปีมีน้ำท่วมซึ่งสร้างความเสียหายคิดเป็นมูลค่าถึง 2 - 3 พันล้านเหรียญ มีผู้เสียชีวิตเพราะพายุทอร์นาโดประมาณ 100 คน ไฟไหม้ปีละ 6,000 คน นอกจากนี้ยังมีภัยที่อาจเกิดขึ้นจากเขื่อนทั่วประเทศ 9,000 แห่ง ซึ่งอาจพังลงได้ทุกขณะ มีการขนส่งพัสดุอันตรายประมาณ 4 พันล้านตัน โดยระบบขนส่งต่าง ๆ มี 32 มลรัฐ ซึ่งเสี่ยงต่อแผ่นดินไหว และเมืองขนาดใหญ่ 22 แห่ง ซึ่งเสี่ยงกับอันตรายจากพายุเฮอริเคน ในประเทศไทย ภัยอันตรายจากธรรมชาติยังมีไม่มากนัก ครั้งที่สำคัญที่สุดในช่วงอายุนี้ได้แก่วาตภัยที่แหลมตะลุมพุก จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2505 ซึ่งมีผู้เสียชีวิตถึงประมาณ 800 คน และอุทกภัยในพื้นที่จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย เมื่อ 22 พฤศจิกายน 2531 ซึ่งขณะนี้มีรายงานตัวเลขการเสียชีวิตที่แน่นอนถึง 371 คน สูญหาย 2 คน บาดเจ็บ 2,022 คน และกำลังค้นหาและช่วยเหลือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน คาดว่าอาจมีผู้เสียชีวิตถึง 1,000 คน

และทรัพย์สินเสียหายนับหมื่นล้านบาท (ไทยรัฐ, 30 ธันวาคม 2531 : 10,22) แต่ก็ไม่ใช่เรื่องที่จะละเลยเพราะภัยอันตรายดังกล่าวอาจเกิดได้โดยมิคาดคิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งภัยพิบัติจากพายุไต้ฝุ่นน้ำท่วม และแผ่นดินไหว นอกเหนือจากภัยอันเกิดจากการพัฒนาทางเทคโนโลยี เช่น เครื่องบินตก ไฟไหม้ ภัยทางเคมี หรือกัมมันตภาพรังสี ฯลฯ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา อัตราการตายจากสาเหตุอุบัติเหตุ (accidents) การเป็นพิษ (poisons) และพลวเหตุ (violences) สูงสุดเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ และครองความเป็นหนึ่งตลอดมาและนับวันจะรุนแรงยิ่งขึ้น (ปูน ปิยะศิลป์, 2527 : 11) โดยในปี พ.ศ. 2518 คนไทยต้องตายเพราะอุบัติเหตุในอัตรา 16 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มสูงขึ้นเป็น 33 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2524 และใน พ.ศ. 2526 มีผู้ประสบอุบัติเหตุเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศถึง 1,968,993 ราย ประมาณร้อยละ 10 ของจำนวนดังกล่าวได้รับบาดเจ็บสาหัส และตายถึง 31,069 ราย ตัวเลขดังกล่าว ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจิตร บุษยะโทตระ ยังคิดว่าต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เพราะผู้ประสบภัยอุบัติเหตุบนถนนจำนวนไม่น้อยที่ไม่แจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจ กับระบุว่าธนาคารโลกประมาณว่าประเทศไทยต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากอุบัติเหตุทางถนนอย่างเดียวในปี 2525 กว่า 8,000 ล้านบาท หรือร้อยละ 1 พ.ศ. ของผลิตภัณฑ์ประชาชาติ (GNP) ไม่นับรวมความสูญเสียโอกาสของผู้ตาย และพิการอีกด้วย ซึ่งผู้พิจารณาดังกล่าวเป็นภาระแก่รัฐบาล และสังคมอย่างมาก (2527 : 22-23)

บริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน (EMS-Emergency Medical Service) เป็นส่วนหนึ่งของระบบการจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมพร้อมเพื่อรับสถานการณ์ และตอบสนองเหตุการณ์ภัยพิบัติ ขณะเดียวกันบุคลากรและหน่วยงานทางการแพทย์ก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดและกาหนดนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันหลีกเลี่ยงภัยและการฟื้นฟูบูรณะซึ่งประเทศไทยถึงแม้ความตื่นตัวในด้านนี้ยังมีไม่มากนัก แต่ในรอบสิบปีเศษมานี้ได้มีการพัฒนาคุณภาพความพร้อม การจัดบริการเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินคือสำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี ได้จัดทำแผนเตรียมพร้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2520 ขึ้น และเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2521 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้จัดตั้งศูนย์ประสานงานการค้นหาและช่วยเหลือทางอากาศและทางทะเลแห่งชาติขึ้น เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2522 มีประกาศใช้พระราชบัญญัติป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน พ.ศ. 2522 เมื่อวันที่ 18-22 สิงหาคม 2523 กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ชมรมแพทย์อุบัติเหตุ และสำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ได้ร่วมกันจัดการสัมมนาระดับชาติเรื่อง แนวทางการวางแผนแห่งชาติเพื่อรับวินาศภัย และต่อมาก็ได้มีการประชุมวิชาการประจำปีของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 20-23 ธันวาคม 2526 โดยใช้ชื่อว่า "อุบัติเหตุในชุมชน" ซึ่งรวมถึงอุบัติเหตุต่าง ๆ และภัยพิบัติจากธรรมชาติ กับกล่าวถึงบริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินด้วย ต่อมา เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2527 สำนักงานเลขาธิการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทยประกาศใช้แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2527 เมื่อวันที่ 27-28 พฤศจิกายน 2529 กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง "การประสานงานในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล" เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน 2530 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก จัดการประชุมเพื่อพัฒนารูปแบบ "แผนรับอุบัติเหตุ กลุ่มชนในโรงพยาบาล" ในปี พ.ศ. 2531 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำแผนเตรียมการภาวะฉุกเฉินคือ แผนปฏิบัติการการป้องกันและบรรเทาภัยชายแดนด้านกัมพูชาด้านการแพทย์ และสาธารณสุข พ.ศ. 2531-2532 และแผนจัดบริการสาธารณสุขสำหรับภาวะฉุกเฉินชายแดน และร่างแผนรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉินทางทะเล

รัฐบาลได้กำหนดมาตรการทางกฎหมายหลายฉบับเพื่อสร้างความปลอดภัยและการป้องกันอุบัติเหตุ อาทิ ประกาศของคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 เรื่อง การคุ้มครองแรงงานกับมีประกาศกระทรวงมหาดไทยอีกหลายฉบับ กำหนดมาตรฐานการสร้างความปลอดภัยในการทำงาน พ.ร.บ. โรงงาน พ.ศ. 2512 พ.ร.บ. ควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522 พ.ร.บ. แร่ พ.ศ. 2510 พ.ร.บ. วัตถุมีพิษ พ.ศ.



2510 พรบ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2518 พรบ. สาธารณสุข พ.ศ. 2488 พรบ. ป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน พ.ศ. 2522 ฯลฯ สำหรับกฎหมายฉบับสุดท้าย กำหนดให้มีคณะกรรมการป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งชาติ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน อธิบดีกรมการปกครอง เป็นกรรมการและเลขาธิการ มีอำนาจหน้าที่ครอบคลุมการดำเนินงานเกี่ยวกับ สาธารณภัย คือ อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ตลอดจนภัยอื่น ๆ อันมีมาเป็นสาธารณะ ไม่ว่าจะเกิดจากธรรมชาติหรือมีผู้ทำให้เกิดขึ้น นอกจากนี้ รัฐบาลยังได้บรรจุแผน ป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติเป็นครั้งแรกในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2524-2529) โดยกำหนดนโยบายและแผนหลักไว้อย่างแน่นอนเพื่อลด อุบัติภัยในชาติให้น้อยลงโดยเร็ว ขณะเดียวกันได้จัดตั้งหน่วยงานกลางในสำนัก นายกรัฐมนตรี โดยมติของคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2526 ชื่อว่า "คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ" โดยมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน รอง นายกรัฐมนตรีเป็นรองประธาน เจ้าหน้าที่ระดับปลัดกระทรวงและอธิบดีที่เกี่ยวข้อง เป็นกรรมการ เพื่อดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุโดยเฉพาะ กับมีประกาศระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2526 เพื่อให้หน่วยงานนี้มีลักษณะถาวร

ขอให้สังเกตว่าภารกิจของ กปอ. เกี่ยวข้องกับการป้องกันอุบัติเหตุเป็น สำคัญ ไม่ได้ครอบคลุมการจัดการภาวะฉุกเฉินทั้งระบบ นอกจากนี้ แม้ว่าตาม โครงสร้างการบริหารของ กปอ. กล่าวถึงการจัดตั้งศูนย์ฝึกและบริการฉุกเฉิน แต่ในทางปฏิบัติก็เกี่ยวข้องกับการประชาสัมพันธ์เป็นสำคัญขณะเดียวกัน แม้ในแผน พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 กล่าวถึงกิจกรรมสาธารณสุขในการ ป้องกันอุบัติเหตุชุมชน และมีการจัดตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการเพื่อจัด ทำแผนงานที่ชัดเจน แต่ก็ไม่ได้มีผลในทางปฏิบัติ นายแพทย์ฉลาด ธิรพัฒน์ (2529 : 14) ตั้งข้อสังเกตว่าเฉพาะในกรุงเทพมหานคร มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ อุบัติภัยถึง 75 หน่วยงาน ภายใต้การบังคับบัญชาของ 12 กระทรวง

กรมตำรวจเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่มีภารกิจและบทบาทเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับภารกิจการ บรรเทาสาธารณภัยโดยตรง เช่น กองบังคับการตำรวจดับเพลิง ศูนย์ส่งกลับ โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีการหน้าที่ในการช่วยเหลือชีวิตผู้ประสบภัยนิบัติทุกชนิด

ด้วยการให้การปฐมพยาบาลด้วยหลักวิชาการและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ณ จุดเกิดเหตุ แล้วลำเลียงผู้เจ็บป่วยส่งไปรักษาอย่างต่อเนื่องยังโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วด้วย ยานพาหนะทั้งทางบก (รถพยาบาล) ทางน้ำ (เรือ) และทางอากาศ (เฮลิคอปเตอร์และเครื่องบิน) ศูนย์ส่งกลับ จัดตั้งขึ้นตามพระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนราชการกรมตำรวจ กระทรวงมหาดไทยฉบับที่ 8 พ.ศ. 2522 แม้ศูนย์ส่งกลับ โรงพยาบาลตำรวจ จะเป็นหน่วยงานภาครัฐเพียงหน่วยเดียวในประเทศไทยที่มีภารกิจ และหน้าที่โดยตรงตามกฎหมายในการช่วยเหลือชีวิตมนุษย์ที่ประสบอุบัติเหตุก็ตามในทางปฏิบัติก็ประสบปัญหาข้อขัดข้องหลายประการ เช่น ขาดแคลนกำลังพลและอุปกรณ์ เป็นเหตุให้สถานภาพกำลังพลและอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ไม่สอดคล้องกับภารกิจด้านอุบัติเหตุที่จะต้องปฏิบัติ ซึ่งนับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในด้านนโยบายก็ไม่มีข้อกำหนดแนวนโยบายที่ชัดเจนและแน่นอน ไม่มีแผนการดำเนินงานทั้งระยะสั้นและระยะยาว ขาดการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การรับทราบเหตุการณ์จากตำรวจในพื้นที่เกิดอุบัติเหตุเป็นไปอย่างล่าช้า เนื่องจากไม่มีการกำหนดการรับ-ส่ง สื่อสารในระบบเดียวกัน เมื่อมีภาวะฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุร้ายแรงเกิดขึ้นหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต่างเข้าดำเนินการเป็นเอกเทศเฉพาะหน่วย ไม่มีการประสานการปฏิบัติร่วมกันอย่างมีแบบแผนและอย่างเป็นระบบ จึงเป็นเหตุให้ภาวะฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุที่ร้ายแรงเกิดขึ้นแต่ครั้งต้องมีผู้เสียชีวิตและพิการเป็นจำนวนมาก

ดังนั้น หากไม่มีการปรับปรุงแก้ไขหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุให้มีระบบที่ดี อัตราการตายและพิการของผู้ประสบอุบัติเหตุยังคงต้องสูงอยู่ตลอดไปและมีแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ และการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ย่อมมีผลกระทบกระเทือนต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

### วัตถุประสงค์

(1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของนโยบาย แผนงานและการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งศูนย์ส่งกลับโรงพยาบาลตำรวจ

(2) ศึกษาองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย แผนและการดำเนินงานตามนโยบายและแผน

(3) ศึกษาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหามาให้บริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินและจัดการภาวะฉุกเฉิน เพื่อที่จะลดการเสียชีวิต และอัตราการตายจากอุบัติเหตุหมู่ และมหันตภัย

### ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้จำกัดเฉพาะการให้บริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน เฉพาะในกรณีวินาศภัยหรือมหันตภัยและอุบัติเหตุหมู่ โดยมุ่งเน้นอาณาบริเวณกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทั้งนี้จะพิจารณาศูนย์ส่งกลับ โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพสูงเป็นพิเศษ แต่จะไม่ละเลยหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องและการศึกษาระบบรวมยอดการจัดการภาวะฉุกเฉินทั้งระบบ

### คำนิยามศัพท์

อุบัติเหตุ หรือ อุบัติเหตุ (Accident) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ พุทธศักราช 2526 ให้คำนิยามว่า "เป็นภัยที่เกิดจากอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการจราจรทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ หรืออันเนื่องมาจากการทำงาน และอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในบ้านและที่สาธารณะ

ส่วนศาสตราจารย์นายแพทย์วิจิตร บุญยะโทตระ (2530, 7) ให้ความหมายว่า "หมายถึงเหตุการณ์ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน โดยไม่ตั้งใจให้เกิด เป็นผลให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน เป็นอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ และอาจทำให้สูญเสียชีวิตได้ด้วย" ซึ่งใกล้เคียงกับความหมายของ "อุบัติเหตุ" ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานว่า "เหตุที่เกิดขึ้นโดยมิได้ทันคิดหรือคาดหวังมาก่อน

ขณะเดียวกัน ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจิตร บุญยะโทตระ ให้ความนิยามว่า อุบัติเหตุ หมายถึง "เหตุการณ์ที่อุบัติขึ้นซึ่งอาจเป็นได้ทั้งเหตุดีและเหตุร้าย แต่ตามศัพท์ภาษาอังกฤษ ศาสตราจารย์นายแพทย์วิจิตร บุญยะโทตระ แปล accident ว่า "อุบัติเหตุ" และ incident ว่า "อุบัติเหตุ"

อย่างไรก็ตาม ศัพท์ทั้งสองคำยังใช้สับสนอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุข และแพทย์ส่วนใหญ่ยังใช้คำว่า "อุบัติเหตุ" (accident) โดยมีกรวมสาเหตุการตายจากอุบัติเหตุ (accident) การเป็นพิษ (poison) และพลวเหตุ (violences) ด้วยกันเป็นสาเหตุการตายสูงสุดมาตั้งแต่ พ.ศ. 2513

นายแพทย์ปูน ปิยะศิลป์ (2527, 11-12) อธิบายว่า "อุบัติเหตุ" อาจแบ่งได้เป็น 4 ชนิดคือ

1. อุบัติเหตุในบ้าน (Home Accidents) หมายถึง เหตุที่เกิดขึ้นในครอบครัว อาจเกิดขึ้นได้ทั้งนอกบ้าน และในบ้าน เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก หีบยาผิด ของมีคมบาด ตกจากที่สูง จมน้ำ และสัตว์กัดต่อย

2. อุบัติเหตุจากการทำงาน (Occupational Accidents) หมายถึง เหตุที่เกิดขึ้นจากการทำงาน หรืออาชีพ เช่น จากโรงงานอุตสาหกรรมทั้งขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ ช่างนาได้รับอุบัติเหตุจากสัตว์ หรือเครื่องมือที่ใช้ทำงานจากการก่อสร้าง การทำเหมืองแร่

3. อุบัติเหตุจากการจราจร (Traffic Accident) แบ่งเป็น

3.1 อุบัติเหตุจราจรทางบก

3.2 อุบัติเหตุจราจรทางรถไฟ เช่น รถไฟตกราง รถไฟชนกัน

3.3 อุบัติเหตุทางน้ำ



3.4 อุบัติเหตุทางอากาศ เช่น เครื่องบินตก ขณะอยู่บนอากาศ หรือขณะขึ้น หรือลง

4. ภัยพิบัติจากธรรมชาติ (Natural Disasters) เช่น น้ำท่วม พายุหมุน ไฟไหม้ แผ่นดินถล่ม แผ่นดินไหว คลื่นใต้น้ำจากทะเล และภูเขาไฟระเบิด เป็นต้น

ขอให้สังเกตว่า สามข้อแรกเป็นอุบัติเหตุซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อชีวิต และทรัพย์สินขนาดใหญ่ หรืออุบัติเหตุหมู่ (mass casualties) ได้ เช่น อุบัติเหตุจากการจราจรชนิดต่าง ๆ และอุบัติเหตุดังกล่าวอาจเกิดจากการกระทำของมนุษย์เป็นสำคัญ หรือจากธรรมชาติก็ได้ สำหรับข้อสี่มักเป็นมหันตภัย (Disaster, Catastrophe) ซึ่งอาจเรียกว่าสาธารณภัย หรือวินาศภัย ก็ได้

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ อนันต์ ตัฒมชยกุล (2527 : 96-97) ระบุสาเหตุของวินาศภัย หรือมหันตภัยว่า เกิดจากธรรมชาติ ซึ่งในประเทศไทย มักได้แก่พายุ และน้ำท่วม กับภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ หรือสัมพันธ์กับมนุษย์

1. เนื่องจากมีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีมากขึ้น เช่น เครื่องบินตก โรงงานระเบิด

2. เกิดจากการขัดแย้งกัน ได้แก่

2.1 ภัยอันเกิดจากการขัดผลประโยชน์กัน ทำให้ทำลายล้างกัน

2.2 ภัยอันเกิดจากความขัดแย้งทางการเมือง อันทำให้เกิดการก่อการร้าย การก่อวินาศกรรม การบ่อนทำลาย สงครามทั้งในแบบ และนอกแบบ

2.3 ภัยอันเกิดจากความขัดแย้งด้านศรัทธา ความเชื่อถือ ความเลื่อมใส เช่น ความขัดแย้งทางศาสนา

2.4 ภัยอันเกิดจากความต้องการให้อยู่ดีกินดี ทำให้เกิดการขัดแย้งกัน การเอาวัดเอาเปรียบกัน

## การจัดการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Management)

Petak (1985 : 3) ให้ความหมายว่า กระบวนการพัฒนา และดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันหลักเสี่ยงภัย (mitigation) การเตรียมตัว (preparedness) การตอบสนองเหตุการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้น (response) และการฟื้นฟูบูรณะ (recovery)

1. การป้องกันหลักเสี่ยงภัย (mitigation) เป็นการตัดสินใจว่าจะทำอย่างไร เมื่อเกิดภาวะเสี่ยงภัยต่อสุขภาพอนามัย ความปลอดภัย และสวัสดิการของสังคม และการดำเนินงานเพื่อลดการเสี่ยงดังกล่าวลง
2. การเตรียมพร้อมเพื่อรับสถานการณ์ (preparedness) เป็นการจัดทำแผนเพื่อรับสถานการณ์ การฝึกอบรมผู้พบเหตุการณ์เพื่อช่วยชีวิต และลดอันตรายจากอุบัติเหตุ หรือมหันตภัยรวมตลอดจนการกำหนดทรัพยากรที่จำเป็น และข้อตกลงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่มีหน้าที่โดยตรง และอื่น ๆ
3. การตอบสนองเหตุการณ์ภัยพิบัติ (response) เป็นการให้บริการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อลดอันตรายที่เกิดจากภัยพิบัติดังกล่าวให้น้อยลง รวมทั้งการนำปัญหาที่เผชิญมาพิจารณาหาแนวทางแก้ไข ปรับปรุงป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำซ้อนขึ้นได้อีก
4. การฟื้นฟูบูรณะ (recovery) เป็นการเสริมความมั่นคง การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ประสบเคราะห์กรรม กลับสู่การมีสภาพชีวิตตามปกติโดยเร็วที่สุด ผู้เชี่ยวชาญในสาขานี้ยอมรับขั้นตอนทั้งสี่ ซึ่ง National Governor's Association ของสหรัฐอเมริกา ได้ริเริ่มขึ้น (1979, 1982 : Giuffrida, 1983) และได้กลายเป็นรูปแบบของการจัดการฉุกเฉินรวมยอด (CEM) และระบบประสานการจัดการฉุกเฉิน (IEMS) ของสำนักงานบริหารภาวะฉุกเฉินสหรัฐ

## บริการการแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Medical Services)

นายแพทย์ กำธร สุขพันธ์โพษขราม (2527 : 77-86) อธิบายว่า บริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินประกอบด้วย

1. การช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ และการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1.1 Communication การติดต่อสื่อสารเมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นก็ ต้องมีการสื่อสารจากผู้ประสบเหตุไปยังหน่วยงานที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมีการแบ่งเขตรับผิดชอบ มีรถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ พร้อมออกไปให้ความช่วยเหลือ

1.2 Resuscitation การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุโดย เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการปฐมพยาบาล และการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต (EMT Emergency Medical Technician)

1.3 Stabilization การช่วยเหลือขั้นต่อไป เช่น การให้น้ำเกลือกรณีผู้ป่วยเสียโลหิตมาก เข้าเฝือกชั่วคราวในกรณีกระดูกหัก ซึ่งอาจต้องใช้ในการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ทำได้เฉพาะหน้า

1.4 Transportation การลำเลียงผู้ป่วย การลำเลียงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันการเกิด Secondary injury เช่น อาจใช้รถพยาบาลหรือเฮลิคอปเตอร์

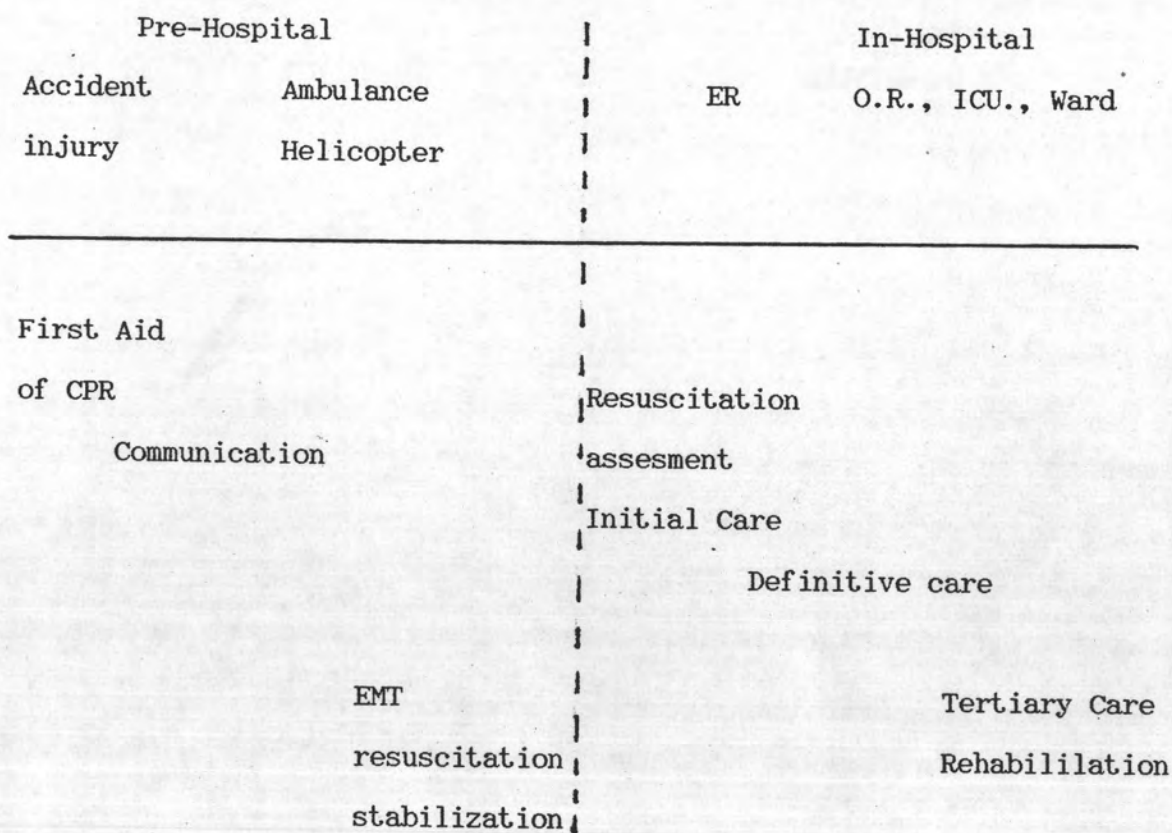
2. การช่วยเหลือผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital care)

2.1 Emergency Room Service ห้องปฐมพยาบาลที่ทันสมัย และได้มาตรฐาน จะต้องจัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้เป็นระเบียบ เมื่อผู้ป่วยมาถึง จะต้องพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือได้ทันที เช่น สามารถให้ Resuscitate, Stabilize อีกครั้ง เช่น ให้น้ำเกลือ สามารถ Assesment ได้ทันที เพราะผู้ป่วยบางรายอาจได้รับบาดเจ็บหลายระบบ เช่น ทั้งที่สมอง และช่องท้อง เป็นต้น ดังนั้นใน Emergency Room ต้องมีเครื่องมือพร้อม เช่น สามารถ X-Ray ได้ เพื่อจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง และทำผ่าตัดได้ทันที

2.2 Intensive Care เมื่อเสร็จจาก Resuscitation หรือ หลังผ่าตัด สิ่งที่ต้องปรับปรุงให้พร้อม คือ Intensive Care ซึ่งเครื่องมือต้องทันสมัย เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมเป็นพิเศษ

2.3 Traumatic ward เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลจาก Intensive Care Unit แล้ว หรือจากห้องปฐมพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องเข้าไปอยู่ในตึกผู้ป่วย การมี Traumatic Ward โดยเฉพาะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามแผนภาพที่ 1-1 ดังนี้

แผนภาพที่ 1-1 ขั้นตอนของบริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน





การเตรียมพร้อม และการตอบสนองทางการแพทย์เพื่อรับสถานการณ์ฉุกเฉิน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ หลายแห่ง แม้ในสหรัฐอเมริกาซึ่งต้องใช้เวลากว่า 20 ปี ในการจัดทำบริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินได้สำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (กัาชร สุขพันธ์ไพฑาราม 2527 : 81) ยิ่งในกรณีวินาศภัย หรือมหันตภัยยิ่งมีความยากลำบาก เพราะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่เกิดขึ้นบ่อย ๆ ขาดความเคยชิน หรือการเตรียมตัวรับสถานการณ์ โดยการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาเองก็มีน้อยคน (ยกเว้นแพทยทหาร) ที่มีประสบการณ์ และพร้อมที่จะให้บริการดังกล่าว (Tierney, 1985 : 77-)

อย่างไรก็ตาม การเตรียมพร้อม และการตอบสนองทางการแพทย์เพื่อรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ทั้งในกรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุหมู่ หรือวินาศภัย ก็เป็นสิ่งจำเป็น เพราะองค์ประกอบเวลา การปฐมพยาบาล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ความพร้อมของโรงพยาบาล และคณะแพทย์ มีส่วนสำคัญยิ่งต่อการลดอัตราการตาย ทุกขั้นตอนของบริการทางการแพทย์ ในภาวะฉุกเฉินจะต้องกระทำอย่างถูกต้อง และรวดเร็ว เนื่องจากเวลาที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุนั้นมีจำกัด (บางคนเรียกว่าเวลาทอง "golden period" ดู กัาชร สุขพันธ์ไพฑาราม 2527 : 85)

#### ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวความคิดในการวิจัย

การจัดการภาวะฉุกเฉินเป็นแขนงวิชาใหม่ จึงมีผลงานวิจัยที่เด่น ๆ ไม่มากนัก แต่ในระยะหลังได้มีการจัดตั้งหน่วยงานวิจัยในมหาวิทยาลัยหลายแห่ง ซึ่งก็ได้รับทุนอุดหนุนเพื่อทำวิจัยจากมูลนิธิวิทยาศาสตร์แห่งชาติ และจากแหล่งทุนอื่นในประเทศ มหาวิทยาลัยมหิดลได้จัดตั้งศูนย์วิจัยพัฒนานโยบาย ซึ่งก็มีผลงานวิจัย และจัดสัมมนาหลายครั้ง

ผลงานวิจัยที่เด่นที่สุด ได้แก่ ศูนย์วิจัยของสมาคมผู้ว่าการแห่งชาติ (National Governors' Association Center for Policy Research, 1980) ซึ่งพัฒนารูปแบบ "การจัดการภาวะฉุกเฉินรวบยอด" จน

กลายเป็นวัตถุประสงค์ระยะยาวของสำนักบริหารภาวะฉุกเฉินแห่งสหรัฐ และผลงานของ Louis O. Giuffrida ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานดังกล่าว (1983) สร้างกรอบของระบบประสานการจัดการภาวะฉุกเฉิน (IEMS) เป็นกลยุทธ์ หรือวิธีการดำเนินงานในปัจจุบัน โดยเริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2527<sup>1</sup>

โดยสรุป-กรอบ (IEMS) มุ่งสร้างระบบประสานการจัดการภาวะฉุกเฉินทุกชนิดและทุกสถานการณ์ โดยกำหนดภารกิจหน้าที่ขององค์การทั้งในระดับสหรัฐ มลรัฐ และท้องถิ่น ตลอดจนภาพเอกชนในสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต กรอบดังกล่าวระบุส่วนประกอบของระบบได้แก่ การเตรียมตัวพร้อมรับสถานการณ์ เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการตอบสนอง เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และ กิจกรรมบูรณะฟื้นฟู ให้กลับสู่สภาพเดิม องค์ประกอบทั้งสี่มีความสัมพันธ์กัน และมีความสำคัญเหมือนกันหมด ทั้งนี้เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งสำนักบริหารภาวะฉุกเฉินแห่งสหรัฐให้เป็นหน่วยนำหรือจุดติดต่อเพียงแห่งเดียว กับเพื่อใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการเตรียมตัวพร้อมรับสถานการณ์ และการตอบสนอง (ต่อมาเพิ่มการป้องกันหลักเสี่ยง และ การบูรณะฟื้นฟู) โดยใช้แผนและกิจกรรมที่เหมือนกัน (Mc Loughlin, 1985 : 171-172)

---

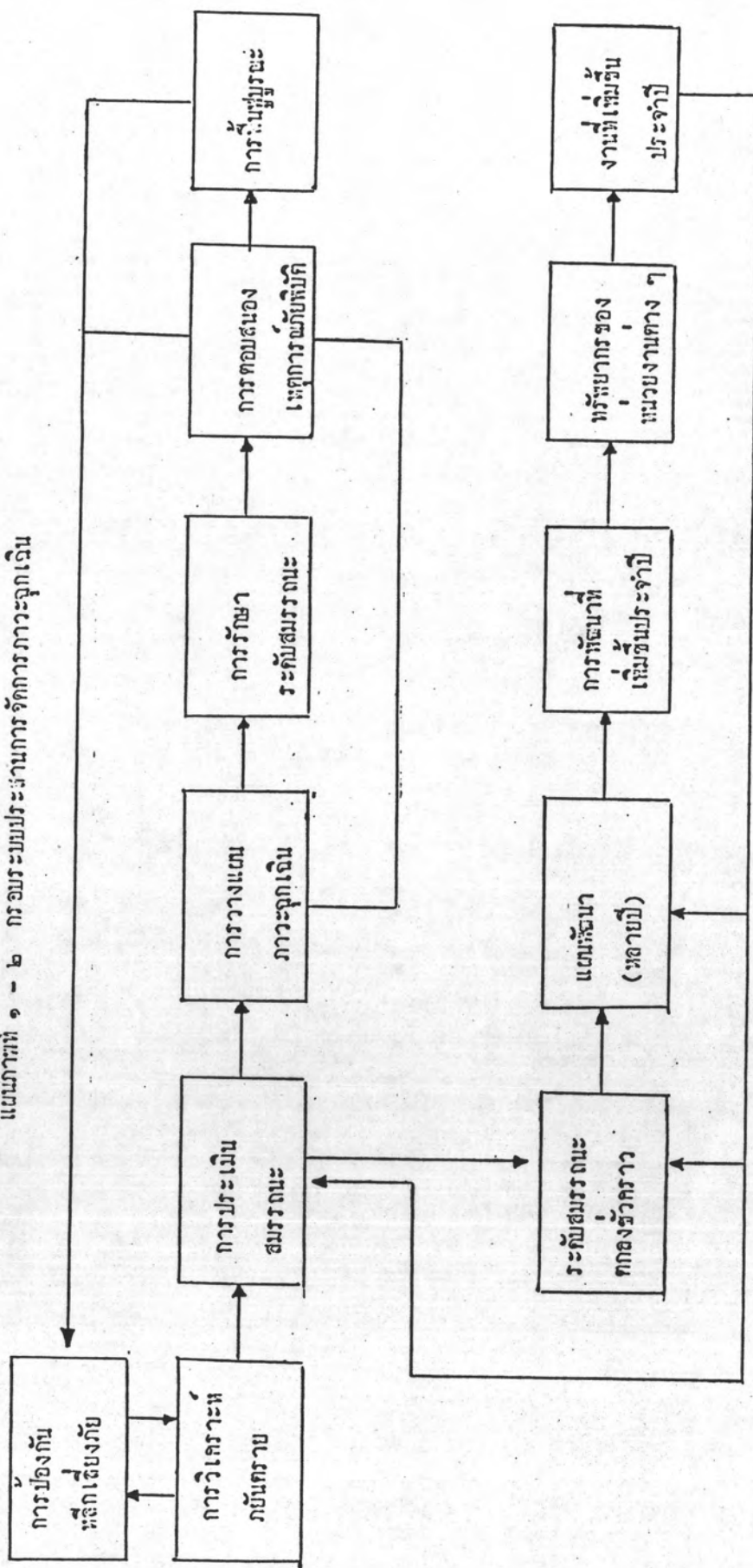
<sup>1</sup>FEMA ได้จัดพิมพ์หนังสือคู่มือ และเอกสารหลายเล่ม อาทิ IEMS Process Overview, CPG 1-100, September 1983; IEMS Hazard Analysis for Emergency Management, CPG 1-101, September 1983; IEMS Capability Assesment and Standards for State and Local Government, CPG 1-102, November 1983; IEMS Multiyear Development Planning, CPG 1-103 January 1984; Disaster Operations-A Handbook for Local Governments CPG 1-6 July 1981.

ระบบ IEMS มีหลายส่วน ได้แก่ การวิเคราะห์ภัยอันตราย (Hazard Analysis) เพื่อทราบว่าภัยอันตรายใดที่อาจเกิดขึ้น จนเกิดความเสียหายต่อชีวิต และทรัพย์สินจะเกิดขึ้นเวลาใด และที่ใด จะมีผลเสียหายเพียงใด การประเมินสมรรถนะ (Capability Assessment) หรือทรัพยากรที่อาจนำมาใช้ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อสนับสนุนภารกิจการจัดการภาวะฉุกเฉินของหน่วยงานระดับต่าง ๆ ซึ่งสำนักบริหารภาวะฉุกเฉินสหรัฐเสนอแนะไว้ประกอบด้วย หน่วยงานจัดการภาวะฉุกเฉิน การวางแผนปฏิบัติการ การจัดการทรัพยากร การอำนวยความสะดวก และควบคุม การติดต่อสื่อสาร การเตือนภัย การประชาสัมพันธ์ การดำเนินงานต่อเนืองของหน่วยงานของรัฐ การป้องกันเคหะ การอพยพ มาตรการป้องกันบริการสนับสนุน การรายงาน การฝึกอบรม และการศึกษา และการเชื่อมเตรียมพร้อม การวางแผนภาวะฉุกเฉิน (Emergency Planning) โดยกำหนดเป้าหมายกิจกรรม ทรัพยากร และผู้รับผิดชอบ การรักษาระดับสมรรถนะ (Capability Maintenance) โดยการบำรุงรักษาพาหนะ วัสดุ อุปกรณ์ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรให้พร้อมรับสถานการณ์ การตอบสนองสถานการณ์ฉุกเฉิน (Emergency Response) เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน รัฐบาลต้องตอบสนองต่อภาวะดังกล่าวเพื่อลดความสูญเสียในชีวิต และทรัพย์สิน หากมีการเตรียมพร้อมที่ดีย่อมดีกว่ามิได้มีการเตรียมการ การฟื้นฟูบูรณะ (Recovery Effort) ทั้งเรื่องการรักษาชีวิต และทรัพย์สินนั้นในระยะสั้นจะต้องมุ่งเน้นการกลับสู่การมีชีวิต เช่น มนุษย์ปกติ และในระยะยาวจะมุ่งการกลับสู่การมีชีวิตในชุมชนตามปกติ ระดับสมรรถนะที่ตกลงชั่วคราว (Capability Short-fall) การตกชั่วคราวของระดับสมรรถนะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (current Capability) แสดงถึงช่องว่างที่เป็นภาวะวิกฤตที่ทุกชุมชนต้องจัดให้เหมาะสม และเพียงพอในแผนงานการจัดการภาวะฉุกเฉินแผนพัฒนาหลายปี (Multi-Year Development Plan) ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับสมรรถนะที่ตกลงชั่วคราว แต่ละชุมชนควรเตรียมแผนพัฒนาหลายปี เพื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น แผนดังกล่าวควรครอบคลุมระยะเวลา 5 ปี เพื่อโครงการพัฒนาระยะยาวสามารถถูกกำหนดได้สมบูรณ์ถูกต้อง และมีเงินทุนสนับสนุนได้เพียงพอ การพัฒนาที่เพิ่มขึ้นประจำปี (Annual Development Increment) กับแผนพัฒนาหลายปี ซึ่งเป็นกรอบการเพิ่มสมรรถนะ การกำหนด

รายละเอียดที่จะดำเนินการในแต่ละปี บางคราวสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอาจมากขึ้น หรือน้อยลงในแต่ละปี จึงควรปรับปรุงแผนพัฒนา-หลายปีด้วยการตัดสินใจจากรายการที่เพิ่มขึ้นประจำปี ทรัพยากรของหน่วยต่าง ๆ (Federal, State, and Local Resources) รัฐบาลจะจัดสรรเงินทุนการพัฒนาสมรรถนะด้านต่าง ๆ กิจกรรมบางอย่างระดับท้องถิ่นช่วยตนเองได้ บางอย่างต้องรับการสนับสนุนจากรัฐบาลระดับสหรัฐ และมลรัฐ ระดับสหรัฐจะเป็นผู้กำหนดนโยบาย วิธีการดำเนินการ เงินช่วยเหลือสนับสนุนด้านเทคนิค และบุคลากร เพื่อช่วยเหลือระดับมลรัฐ และระดับท้องถิ่น งานที่เพิ่มขึ้นประจำปี (Annual Work increment) หากโครงการ และกิจกรรมที่เกี่ยวกับการปรับปรุงสมรรถนะสำเร็จจะสะท้อนไปสู่การประเมินสมรรถนะ และทรัพยากรที่เพิ่มขึ้นก็จะทำให้แผนปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้เป็นแผนที่ทันต่อเหตุการณ์ กรอบของระบบประสานการจัดการภาวะฉุกเฉิน ตามแผนภาพ 1-2 ดังนี้



แผนภาพที่ ๑ - ๒ กรอบระบบปริมาณการจัดการภาวะฉุกเฉิน



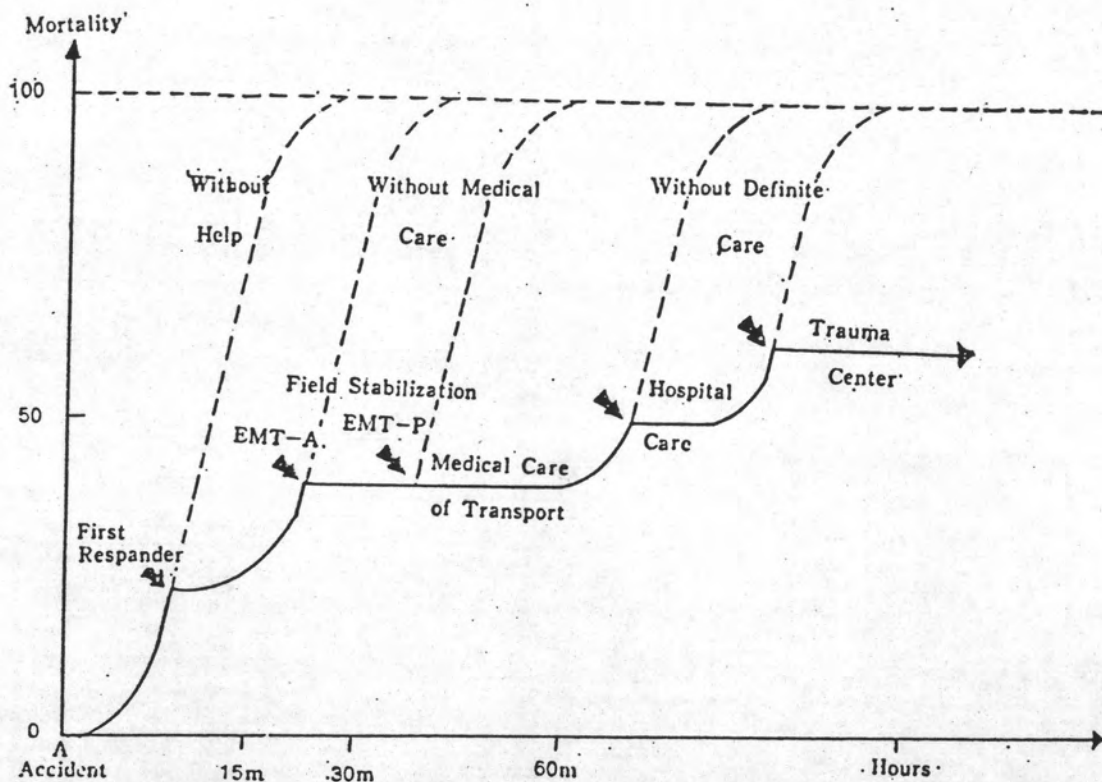
ที่มา : David Mc. Loughlin (1985 : 170)

การจัดการบริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Medical Services) เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการเตรียมตัวพร้อมรับสถานการณ์ (Preparedness) และการสนองตอบ (response) ในยามภัยพิบัติ แต่แพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลก็เกี่ยวข้องกับส่วนประกอบอื่นของระบบ IEMS จึงควรมีส่วนเข้าไปร่วมวางแผนในทุกขั้นตอนด้วย และเหนือสิ่งอื่นใดแผนเตรียมพร้อมบริการทางการแพทย์จะต้องเป็นส่วนหนึ่งของแผนรวบรวมข้อมูลในทุกระดับ แม้ในขณะการฝึกซ้อมร่วมบุคลากรทางการแพทย์ก็ควรเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยอย่างเต็มที่ (Tierney, 1985 : 83) ทั้งนี้ เนื่องจากบริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการตายหรือการช่วยชีวิตผู้ประสบภัยอันตรายโดยตรง ซึ่งก็เป็นวัตถุประสงค์หลักของการจัดการภาวะฉุกเฉิน

"ระบบ" การให้บริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินได้พัฒนาจากความตระหนักถึง ความไร้ประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตผู้ประสบอุบัติเหตุทางจราจร ในช่วงทศวรรษที่ 60 ในสหรัฐอเมริกา (EMSSA-Emergency Medical Service System Act) เมื่อปี 2526 กำหนดเงินอุดหนุนแก่ชุมชน และองค์กร ที่ทำการวางแผน และกิจกรรมต่าง ๆ ที่กระจัดกระจายกับมุงยระดับการให้บริการให้มีคุณภาพเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ยังพยายามสร้าง "เขต" การให้บริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรอันจำกัด ซึ่งก็สอดคล้องกับลักษณะการให้บริการแบบอเมริกัน ซึ่งเน้นความเป็นท้องถิ่น (localism) การขาดมาตรฐานเดียวกัน (lack of Standardization) การมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากมาย (Unit diversity) และกระจัดกระจาย (fragmentation) (Drabek, 1985 : 85-86) ซึ่งก็ไม่น่าแตกต่างจากสถานการณ์ในประเทศไทยมากนัก

ขอบเขตของการให้บริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินครอบคลุมการดูแลรักษาผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทุกขั้นตอน ตั้งแต่ก่อนเข้าโรงพยาบาล เริ่มจากการตอบสนองเมื่อรับทราบเหตุโดยการปฐมพยาบาล และรักษาพยาบาลขั้นต้น การลำเลียงขนส่งผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉิน และการรักษาพยาบาลต่อจนถึงขั้นบูรณะฟื้นฟู (ดูแผนภาพ 1-1)

แผนภาพที่ 1-3 แสดงให้เห็นว่าการช่วยเหลือต่าง ๆ ถ้าสามารถทำได้รวดเร็ว  
 ก็นั้นจะสามารถลด Mortality ลงได้



ที่มา : กำธร สุขพันธ์ไพฑาราม (2527 : 83)

ในทางปฏิบัติ กระบวนการปฏิบัติงานเริ่มจากขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนส่งโรงพยาบาล ซึ่งในประเทศยังไม่ได้กระทำอย่างจริงจัง (กำธร, 2527 : 77) ทำให้อัตราการตายยังคงสูงอยู่เพราะยังให้การช่วยเหลือที่ถูกต้องรวดเร็วเท่าใด ก็ยังมีโอกาสรอดตายเพิ่มขึ้น เพราะช่วงเวลาช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุนั้นมีอยู่จำกัด (แผนภาพที่ 1 - 3) แต่การปฏิบัติดังกล่าวมีบุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากมาย จำเป็นต้องมีการวางแผน และร่วมมือประสานกันเป็นอย่างดี (Drabeck, 1985 : 88, 91) เมื่อเกิดภัยพิบัติขึ้น ผู้ประสบเหตุการณ์ซึ่งมักเป็นประชาชนจะเป็นผู้แจ้งเหตุให้ตำรวจ หรือตำรวจดับเพลิงได้ทราบ ในบางกรณีก็จำเป็น มีการค้นหาและกู้ภัย (Search and rescue operation) ประชาชน ตำรวจ ตำรวจดับเพลิง อาสาสมัคร ตลอดจนเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น จะเข้ามาเกี่ยวข้อง และที่สำคัญต้องมีการปฐมพยาบาลช่วยชีวิตผู้ป่วยด้วย ซึ่งก็จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมทำการช่วยชีวิตโดยทันที ขณะเดียวกันก็จำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างจุดเกิดเหตุ โรงพยาบาล (เพื่อเตรียมการรับผู้ป่วยรักษาอย่างต่อเนื่อง) และรพพยาบาลที่มีบุคลากรพร้อม (มหาวิทยาลัยมหิดล 2530 : 26) ซึ่งจำเป็นมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีอุบัติเหตุเกิดขึ้นหลายแห่งในเวลาเดียวกัน (Multiple accidents) ในสหราชอาณาจักรมีสำนักงานกลางสำหรับการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับอุบัติเหตุโดยเฉพาะ เป็นหน่วยกระจายข่าว และมีรพพยาบาลพร้อม อุปกรณ์ครบครัน พร้อมทั้งจะออกไปปฏิบัติงานทันทีที่ได้รับแจ้งเหตุ แต่ในประเทศไทยมีหน่วยงานหลายหน่วย แต่ยังขาดการประสานและขาดระบบข้อมูลข่าวสารที่ดี (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530 : 28) ซึ่งก็เป็นผลให้การกระจายคนไข้ยังไม่เหมาะสม โรงพยาบาลไม่ได้ข้อมูลเพื่อไว้ใช้ในการเตรียมแผนรับ แม้จะมีการวางแผนประสานการปฏิบัติ แต่ก็มักไม่ทราบกันทั่วไป เพราะเป็นสิ่งที่ปกปิดกัน (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530 : 25)

ประเด็นที่มีการกล่าวถึงกันมาก คือบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งอาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถ และทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งนอกจากมีความเชี่ยวชาญการปฐมพยาบาลแล้ว ยังควรมีความสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตต่าง ๆ ได้ รวมตลอดถึงการรักษาพยาบาลขั้นต้น เช่น การเข้าเฟือกชั่วคราว หรือการให้น้ำเกลือ เป็นต้น และที่สำคัญยิ่งคือเจ้าหน้าที่ต้องมี



ความรู้ และวิธีการลำเลียงคนไข้ที่ถูกวิธี เพื่อป้องกันมิให้เกิด Secondary injury

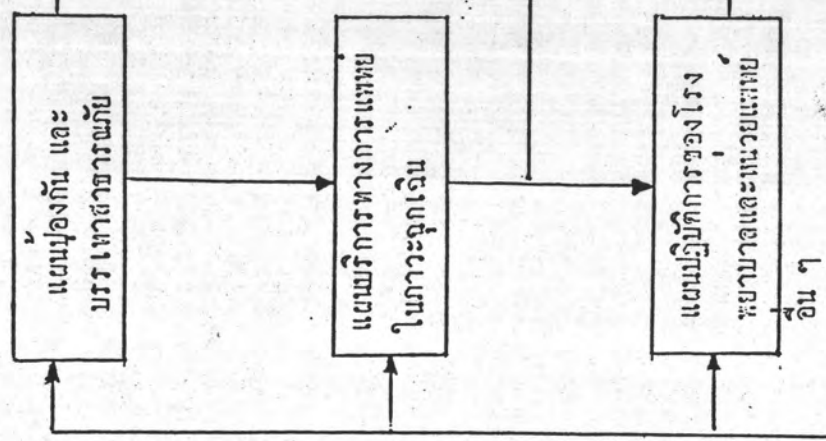
Tierney เสนอทัศนะว่าประสิทธิผลของการบริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินนั้น ไม่เพียงแต่การใช้เวลาสนองตอบเหตุการณ์ในระยะสั้น และการลำเลียงผู้ป่วยไปรักษาพยาบาลในสถานที่ที่เหมาะสมเท่านั้น การกระจายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่ง เพื่อไม่ให้ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งแออัดเกินไป การจำแนกผู้ป่วยที่ไม่สาหัสไปรักษาพยาบาลที่อื่นที่เหมาะสม ตลอดจนการใช้รถพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะกรณีที่สำคัญก็เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ (1981 : 81) ซึ่งจากการศึกษาภิกษุณี 6 กรณีในสหรัฐ Drabek สรุปว่า ปัญหาที่สำคัญที่สุด ที่ทำให้การจัดการภาวะฉุกเฉินไม่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลเท่าที่ควร คือ การติดต่อสื่อสาร แต่ถ้าวินิจฉัยอย่างถี่ถ้วนแล้ว ปัญหานี้ก็คือปัญหาการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (1985 : 88) แต่การติดต่อสื่อสาร และความร่วมมือก็เป็นรูปแบบหนึ่งของการประสานงาน (Rogers, 1982)

ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการประสานงานในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล เมื่อปี 2529 ได้ระบุปัญหาการขาดความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเห็นว่าการประสานงานจำเป็นที่จะต้องมีการประสานความคิด และการปฏิบัติของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ประหลักษ์ ศกุนตนาถ, 2529 : 1)

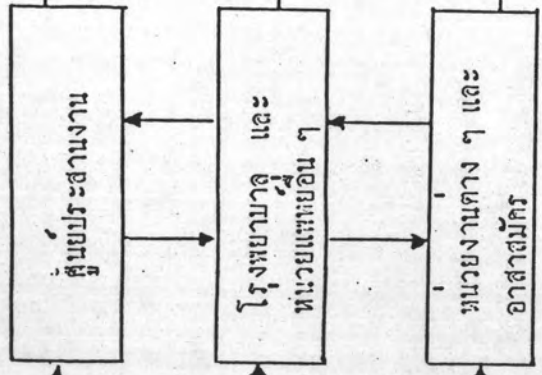
แนวความคิดในการวิจัยที่รวบรวมมาเพื่อใช้เป็นกรอบพิจารณาเกี่ยวกับประสิทธิภาพ และประสิทธิผล การจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวางแผน การดำเนินการ องค์กรและทรัพยากร การประเมินผล ตลอดจนปัญหาและข้อขัดข้องต่าง ๆ ตามแผนภาพที่ 1 - 4 กรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งในเรื่องประสิทธิภาพจะศึกษาเกี่ยวกับการวัดอัตราการตาย (Mortality Rate) ที่ลดลง ซึ่งอัตราการตายลดลงก็เพราะมีการให้การปฐมพยาบาลช่วยชีวิตรวดเร็ว การขนส่งผู้ป่วยรักษาต่อที่โรงพยาบาลรวดเร็ว และถูกต้อง สำหรับในเรื่องประสิทธิผลจะศึกษาถึงค่าใช้จ่ายในการลงทุนที่ต่ำ แต่การใช้ทรัพยากรได้รับประโยชน์สูงสุด

แผนภาพที่ ๑ - ๕ กรอบความคิดในการศึกษา

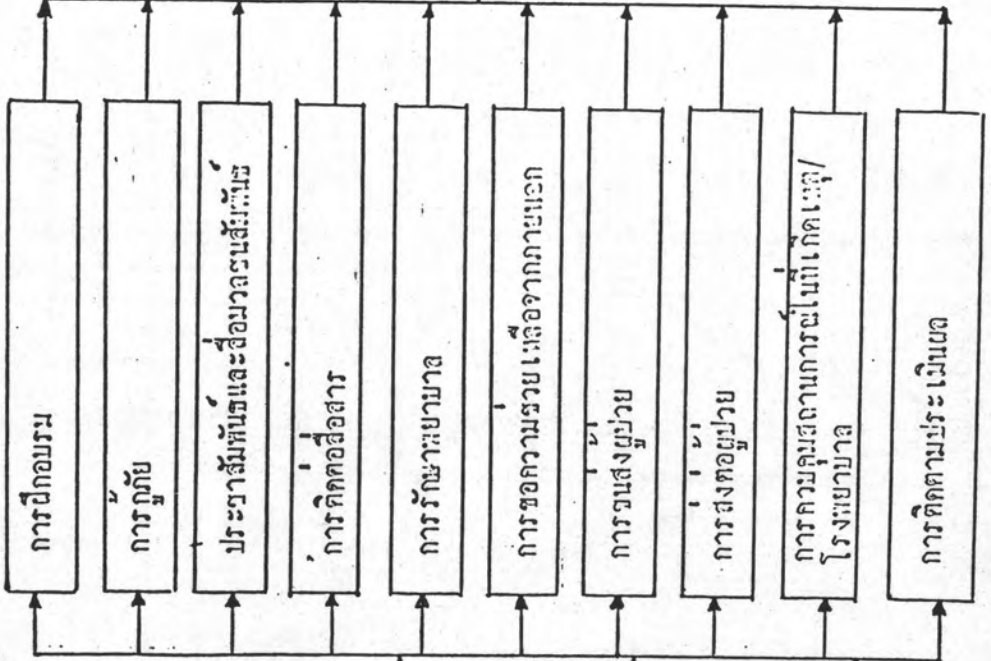
การวางแผน



การปฏิบัติตามแผน



กระบวนการ



### สมมุติฐาน

การจัดการภาวะฉุกเฉิน เป็นสาขาที่ใหม่ที่สุดสาขาหนึ่งทางรัฐประศาสนศาสตร์ และไม่เคยมีการศึกษาอย่างจริงจังมาก่อนในประเทศไทย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงเป็นความพยายามครั้งแรกและมีลักษณะเป็นการวิจัยนำ (exploratory research) เพื่อประโยชน์ในการศึกษาในโอกาสต่อไปสมมุติฐานครั้งนี้มีลักษณะชั่วคราวว่า "ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินขึ้นอยู่กับ การกำหนดนโยบาย และแผนที่ชัดเจน การประสานงาน และความร่วมมือ ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง"

### ระเบียบวิธีวิจัย

ในการศึกษาวิจัย "การจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์" จะปฏิบัติตามขั้นตอนของระเบียบวิธีวิจัย และจะดำเนินการศึกษาวิจัย โดยใช้กรณีศึกษา (Case studies) จากเหตุการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสิบปีที่ผ่านมาในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล หรือโดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) ด้วยการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ เอกสาร สิ่งตีพิมพ์ กฎหมาย ระเบียบ คำสั่ง และตารางตัวเลขต่าง ๆ นอกจากนี้ จะดำเนินการรวบรวมข้อมูลภาคสนาม (Field Study) ด้วยการสัมภาษณ์ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการบริหาร

ผู้ศึกษาวิจัยได้คัดเลือกกรณีศึกษา (Case Study) ที่สำคัญเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในรอบ 10 ปี (ตั้งแต่ พ.ศ. 2523-2532) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ประมาณ 10 กรณีศึกษา ดังนี้

#### กรณีศึกษาที่ 1 : ระเบิดที่คลังแสงกรมสรรพาวุธทหารบก

- เหตุเกิดเมื่อเวลา 10.25 น. วันอาทิตย์ที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2523

- สถานที่เกิดเหตุ โรงงานผลิตจรวดสำหรับใช้ต่อสู้อากาศยาน กรมสรรพาวุธทหารบก ถนนทหาร แขวงบางซื่อ เขตกรุงเทพมหานคร
- มีผู้บาดเจ็บ 410 คน เสียชีวิต 44 คน

กรณีศึกษาที่ 2 : ระเบิดที่สนามมวยลุมพินี

- เหตุเกิดเมื่อเวลา 20.15 น. วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2525
- สถานที่เกิดเหตุ ภายในสนามมวยลุมพินี ถนนพระราม 4 กรุงเทพมหานคร
- มีผู้บาดเจ็บกว่า 50 คน เสียชีวิต 5 คน

กรณีศึกษาที่ 3 : ตึก 4 ชั้นพังถล่ม

- เหตุเกิดเมื่อเวลา 12.55 น. วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2526
- สถานที่เกิดเหตุ โรงงานทำตุ๊กตาซึ่งเป็นอาคารตึก 4 ชั้น เลขที่ 15/46 หมู่ 4 ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
- มีผู้บาดเจ็บ 47 คน เสียชีวิต 34 คน

กรณีศึกษาที่ 4 : ถังแก๊สระเบิดเป็นเหตุให้ตึกพังถล่ม 15 คูหา

- เหตุเกิดเมื่อเวลา 13.15 น. วันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2527
- สถานที่เกิดเหตุ ตึกห้องแถวสองชั้นหน้าสภ.อ.เมือง ปทุมธานี ถนนพิกษ์สันติ เขตเทศบาลเมืองปทุมธานี
- มีผู้บาดเจ็บ 45 คน เสียชีวิต 5 คน



กรณีศึกษาที่ 5 : เพลิงไหม้โรงแรมเกรซ

- เหตุเกิดเมื่อเวลา 04.00 น. วันที่ 26 กันยายน พ.ศ.2528
- สถานที่เกิดเหตุ โรงแรมเกรซ ซอยนานาเหนือ ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร
- มีผู้บาดเจ็บ 15 คน เสียชีวิต 4 คน

กรณีศึกษาที่ 6 : รถไฟพุ่งถล่มสถานีรถไฟหัวลำโพง

- เหตุเกิดเมื่อเวลา 08.45 น. วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2529
- สถานที่เกิดเหตุ สถานีรถไฟหัวลำโพง ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
- มีผู้บาดเจ็บ 10 คน เสียชีวิต 5 คน

กรณีศึกษาที่ 7 : เพลิงไหม้ห้างสรรพสินค้า "บิ๊กเบิ้ล"

- เหตุเกิดเมื่อเวลา 01.00 น. วันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2530
- สถานที่เกิดเหตุ อาคารมหาทุนพลาซ่าสูง 18 ชั้น (ห้างสรรพสินค้าบิ๊กเบิ้ล) เลขที่ 888 ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
- มีผู้บาดเจ็บ 2 คน ไม่มีผู้เสียชีวิต

กรณีศึกษาที่ 8 : เพลิงไหม้โรงแรมเฟิสท์

- เหตุเกิดเมื่อเวลา 03.30 น. วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2531
- สถานที่เกิดเหตุ โรงแรมเฟิสท์ สูง 9 ชั้น ถนนเพชรบุรี แขวงเพชรบุรี เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร
- มีผู้บาดเจ็บ 83 คน เสียชีวิต 13 คน

กรณีศึกษาที่ 9 : เครื่องบินโดยสารสายการบินเวียดนามประสบอุบัติเหตุตกใน  
น่านฟ้าประเทศไทย

- เหตุเกิดเมื่อเวลา 113.7 น. วันที่ 9 กันยายน พ.ศ.2531
- สถานที่เกิดเหตุ บริเวณทุ่งนาใกล้หมู่บ้านเสมาฟ้าครามนคร หมู่ที่ 6 ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จุดเกิดเหตุอยู่ทางด้านทิศตะวันออกเฉียงเหนือของสนามบินดอนเมือง ห่างจากสนามบินดอนเมืองประมาณ 5-6 กิโลเมตร
- มีผู้บาดเจ็บ 6 คน เสียชีวิต 75 คน

กรณีศึกษาที่ 10 : ตึก 3 ชั้นพังถล่มหลังโรงภาพยนตร์เอเชนส์

- เหตุเกิดเมื่อเวลา 21.30 น. วันที่ 11 กันยายน พ.ศ.2531
- สถานที่เกิดเหตุ ตึก 3 ชั้น หลังโรงภาพยนตร์เอเชนส์ ซอยเพชรบุรี 9 ถนนเพชรบุรี ญาไท กรุงเทพมหานคร
- มีผู้บาดเจ็บ 14 คน เสียชีวิต 3 คน

เค้าโครงการเสนอรายงานผลการวิจัย

การวิจัยนี้จะแบ่งเป็น 5 บท คือ

บทที่ 1 บทนำ

กล่าวถึงความเป็นมา และสภาพปัญหาของเรื่องที่ศึกษา วัตถุประสงค์ การศึกษา ขอบเขตการศึกษา กรอบแนวความคิดในการวิจัย สมมุติฐานของการวิจัย นิยามความหมายของศัพท์สำคัญ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

บทที่ 2 การจัดการบริการทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน

กล่าวถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการบริหารทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน เช่น ศูนย์ส่งกลับ โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร กองงานต่าง ๆ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเอกชน ตลอดจนองค์การอาสาสมัคร ฯลฯ เป็นต้น โดยจะกล่าวถึงประวัติความเป็นมาของหน่วยงาน องค์การ นโยบาย แผน บุคลากร อุปกรณ์ กลไก การประสานงาน ฯลฯ

### บทที่ 3 กรณีศึกษา

จะคัดเลือกกรณีศึกษา (Case Study) ที่สำคัญเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในรอบ 10 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมาตร 10 กรณีศึกษา

### บทที่ 4 บทวิเคราะห์

จะมุ่งเน้นวิเคราะห์ถึงสาเหตุของภาวะฉุกเฉินการจัดการภาวะฉุกเฉินของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนถึงปัญหาข้อขัดข้องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

### บทที่ 5 สรุป และข้อเสนอแนะ

กล่าวสรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ เพื่อให้ผู้สนใจเกี่ยวกับเรื่องภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ได้ทราบถึงปัญหาข้อขัดข้องในการจัดการ และหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการด้านการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประโยชน์ต่อหน่วยงานที่ศึกษา
  - 1.1 ทราบสาเหตุของปัญหา และสามารถเสนอแนะแนวทางการดำเนินการที่เหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์
  - 1.2 ได้ข้อมูลสำหรับกำหนดแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์
2. ประโยชน์ทางวิชาการ
  - 2.1 เป็นการเชื่อมโยงแนวคิดกรอบการศึกษาเกี่ยวกับขั้นตอนของ Emergency management กับองค์การภาครัฐ
  - 2.2 เป็นบทพิสูจน์เชิงประจักษ์ถึงความสำคัญของการกำหนดนโยบายแผนการและการประสานงานในหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน