

## Original Article

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# การเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ทางด้านสาธารณสุข ในสถานการณ์ ความไม่สงบชายแดนภาคใต้ : กรณีศึกษาของ โรงพยาบาลยะลา

ประชา ชยาภัม

โรงพยาบาลยะลา

**บทคัดย่อ**

เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ คือจังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส ตั้งแต่ วันที่ 4 มกราคม พ.ศ.2547 เป็นต้นมา เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำของมนุษย์ เป็นระยะเวลาเกือบ 5 ปี การประเมินสถานการณ์นี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative study) โดยใช้รูปแบบด้านพรรณนา (descriptive) โดยประมวลข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง เวชระเบียน และรายงานประจำปีในช่วงปี 2547-2551 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาลยะลา ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตั้งแต่ มกราคม 2547 ถึง ธันวาคม 2551 มีผู้บาดเจ็บรวม 5,186 ราย เสียชีวิต 2,430 ราย จังหวัดนราธิวาส มีจำนวนผู้บาดเจ็บมากที่สุดคือ 2,422 ราย และจังหวัดยะลา มีจำนวน 1,350 ราย โดยมีผู้เสียชีวิตรวม 571 ราย เหตุการณ์ความไม่สงบนี้ทำให้มีจำนวนผู้บาดเจ็บล้มตายใน 3 จังหวัดเพิ่มขึ้นจากปี 2547 เป็นลำดับและสูงสุดในปี 2550 เป็นผู้บาดเจ็บ 1,579 ราย ผู้เสียชีวิต 642 ราย แต่ได้ลดลงในปี 2551 เป็น 943 รายและ 376 ราย ตามลำดับ ในประสบการณ์จากโรงพยาบาลยะลา มีการประกาศใช้แผนอุบัติเหตุหมู่ 118 ครั้ง พบว่าการบาดเจ็บโดยส่วนใหญ่เกิดจากอาวุธปืน ร้อยละ 49.34 และระเบิด ร้อยละ 23.21 ทั้งนี้ในเครือข่าย 3 จังหวัดนั้น มีจำนวนเตียงรองรับสถานการณ์ทั้งสิ้น 2,547 เตียง เมื่อจำแนกการบาดเจ็บตามส่วนต่างๆของร่างกายในโรงพยาบาลยะลา พบว่าส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ รองลงมาได้แก่บริเวณท้อง ด้านหลัง กระดูกสันหลัง กระดูกเชิงกราน มีการพัฒนาการเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยจำนวนมาก ได้วิเคราะห์ถึงประเภทต่างๆของเหตุการณ์ การเตรียมความพร้อมสำหรับเหตุการณ์นั้น ๆ โดยเฉพาะการบัญชาการ การระดมบุคลากร แนวทางปฏิบัติผู้ป่วยทางศัลยกรรมในภาวะผู้ป่วยจำนวนมากเหล่านี้ และแนวทางการช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ในภาวะวิกฤติ ในพื้นที่เขตจังหวัดยะลา

**คำสำคัญ:**

สถานการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้, อุบัติภัย, การเตรียมความพร้อมทางด้านสาธารณสุข, แนวทางปฏิบัติผู้ป่วยทางศัลยกรรม

**บทนำ**

จากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม พ.ศ.

2547 เป็นต้นมา ส่งผลให้เกิดความรุนแรงมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลโครงการสุขภาพสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล

คำนวณจากข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการ สำนักงานตำรวจแห่งชาติส่วนหน้า จังหวัดยะลา<sup>(1)</sup> พบว่าในปี 2547 ผู้เสียชีวิตเป็นทหาร 26 คน ตำรวจ 64 คน ประชาชน 299 คน จำนวนผู้บาดเจ็บเป็นทหาร 58 คน ตำรวจ 183 คน ประชาชน 360 คน ในปี 2548 ผู้เสียชีวิตเป็นทหาร 18 คน ตำรวจ 37 คน ประชาชน 509 คน จำนวนผู้บาดเจ็บเป็นทหาร 123 คน ตำรวจ 130 คน ประชาชน 850 คน ในปี 2549 จำนวนผู้เสียชีวิตเป็นทหาร 30 คน ตำรวจ 46 คน ประชาชน 670 คน และจำนวนผู้บาดเจ็บเป็นทหาร 156 คน ตำรวจ 135 คน ประชาชน 906 คน ในปี 2550 ผู้เสียชีวิตเป็นทหาร 83 คน ตำรวจ 46 คน ประชาชน 888 คน ผู้บาดเจ็บเป็นทหาร 347 คน ตำรวจ 200 คน ประชาชน 1,297 คน ซึ่งทั้งหมดของการเสียชีวิตและความรุนแรงที่เกิดขึ้น เกิดจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ประมาณ 2,475 ครั้ง เมื่อวิเคราะห์จากข้อมูลแล้วพบว่าแนวโน้มความรุนแรงมากขึ้น โดยทั้งนี้การเสียชีวิตและการบาดเจ็บ เป็นประชาชนจำนวนมาก ซึ่งรูปแบบการก่อความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้มีทั้งการวางระเบิดและเผาทำลายสถานที่ต่างๆ ทั้งของราชการและเอกชน การชุมนุม การก่อการจลาจล รวมไปถึงการทำร้ายเจ้าหน้าที่ของรัฐ และประชาชนผู้บริสุทธิ์ ทำให้ส่งผลต่อความเสียหายทั้งทางตรงและทางอ้อม และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการบริการสุขภาพ ในพื้นที่เป็นอย่างมาก ทั้งระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ<sup>(2)</sup>

สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น ถือเป็นภัยพิบัติรูปแบบหนึ่ง ซึ่งในความหมายของภัยพิบัติ ตามคำจำกัดความของ The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) หมายถึงถึงภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นทันทีทันใดตามธรรมชาติหรือมนุษย์ทำขึ้นทำให้สภาวะแวดล้อมของการรักษาพยาบาลประสบความยุ่งเหยิงและต้องการการบริการที่เป็นระบบอย่างมาก<sup>(3)</sup> ในทางปฏิบัติภัยพิบัติเป็นปรากฏการณ์ที่เกินขีดความสามารถของการตอบสนอง สภาวะการปรกติหรือทรัพยากรที่มีอยู่ ภัยพิบัติมีหลาย

รูปแบบอาจแบ่งได้เป็นสองประเภทใหญ่ๆ คือ ภัยพิบัติที่เกิดจากธรรมชาติ ได้แก่ แผ่นดินไหว น้ำท่วม ไฟป่า ภูเขาไฟระเบิด คลื่นยักษ์ พายุ โรคระบาด ฯลฯ มนุษย์ไม่สามารถที่จะหยุดยั้งไม่ให้ภัยธรรมชาติเหล่านี้เกิดขึ้นได้แต่สามารถที่จะลดความรุนแรงได้บ้าง ดังนั้น การสร้างระบบเตือนภัย การเตรียมความพร้อมและการชักซ้อมการอพยพภัยพิบัติที่เกิดจากธรรมชาติ สามารถลดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินลงได้ ส่วนภัยพิบัติที่เกิดจากมนุษย์ได้แก่สงคราม การสู้รบ การใช้อาวุธประหัตประหารและโดยเฉพาะตั้งแต่ ค.ศ. 1960 เป็นต้นมาลัทธิการก่อการร้ายเป็นตัวทำลายล้างที่ก่อให้เกิดความเสียหายมากที่สุด<sup>(4)</sup> ดังนั้นการเตรียมพร้อมในการกระจายการรักษาพยาบาล (distribution) การคัดกรองผู้ป่วย (triage) ที่เหมาะสมภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดจะเป็นตัวลดความเสียหายต่อชีวิตได้ เมื่อวิเคราะห์ถึงการจำแนกของภัยพิบัติแล้วจะพบว่า สถานการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้เป็นภัยพิบัติประเภทหนึ่งซึ่งส่งผลต่อความเสียหาย และผลกระทบต่าง ๆ ที่ตามมาอีกมากมาย

โรงพยาบาลยะลาได้มีการพัฒนาการเตรียมความพร้อม ในการรับผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับการบาดเจ็บ (trauma) จากเหตุความไม่สงบในครั้งนี้ มีการประกาศใช้แผนปฏิบัติการ 118 ครั้ง มีการเตรียมความพร้อมสำหรับเหตุการณ์นั้น ๆ โดยเฉพาะการบัญชาการ การระดมบุคลากร ตลอดจนแนวทางปฏิบัติผู้ช่วยศัลยกรรม ในสถานการณ์ภาวะผู้ป่วยจำนวนมาก ตลอดจนแนวทาง การช่วยเหลือจากหน่วยงานภายนอก เช่น โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ในสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้กรณีศึกษาของโรงพยาบาลศูนย์ยะลา จึงได้ศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ของโรงพยาบาลศูนย์ยะลาที่ได้ดำเนินการในปัจจุบัน

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative research) แบบพรรณนา เก็บข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากเอกสาร เวชระเบียน รายงานประจำปี ประมวลข้อมูลจำนวน และลักษณะผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต มาตรการการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข การวางแผนทางจำแนกอุบัติเหตุหมู่ การบาดเจ็บตามส่วนต่างๆ ของร่างกายตลอดจนการประชาสัมพันธ์ในภาวะวิกฤติการประสานงาน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย โดยมีระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551

### ผลการศึกษา

การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในช่วงมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 พบว่ามีจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บทั้งสิ้น 5,186 ราย และเสียชีวิตจำนวน 2,430 ราย เมื่อจำแนกข้อมูลจำนวนผู้บาดเจ็บตามรายจังหวัดพบว่าจังหวัดนราธิวาส มีจำนวนผู้บาดเจ็บมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่ม 3 จังหวัด จำนวนผู้บาดเจ็บ 2,422 ราย (46.70%) รองลงมาจังหวัด

ปัตตานีจำนวนผู้บาดเจ็บ 1,414 ราย (27.27%) และจังหวัดยะลาจำนวนผู้บาดเจ็บ 1,350 ราย (26.03%) และจำนวนผู้เสียชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่ม 3 จังหวัดชายแดนใต้พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตที่จังหวัดนราธิวาสมากที่สุดจำนวน 985 ราย (40.53%) รองลงมาจังหวัดปัตตานี จำนวน 874 ราย (35.97%) จังหวัดยะลาจำนวน 571 (23.50%) ดังตารางที่ 1

และเมื่อเปรียบเทียบกับรายปี ตั้งแต่ปี 2547 ถึงปี 2551 พบว่าในปี 2547 มีจำนวนผู้บาดเจ็บ 614 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 428 ราย แล้วเพิ่มขึ้นเป็นลำดับจนสูงสุดในปี 2550 มีผู้บาดเจ็บ 1,579 ราย ผู้เสียชีวิต 642 ราย ตลอดในปี 2551 จำนวนผู้บาดเจ็บ 943 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต 376 ราย จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการบาดเจ็บและการเสียชีวิต มีปริมาณเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2547 ถึงปี 2550 และในปี 2551 จำนวนผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง ดังรูปที่ 1

### ลักษณะของอุบัติเหตุ

เมื่อจำแนกตามลักษณะเหตุร้ายที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในเฉพาะในพื้นที่เขตจังหวัดยะลาในช่วงเดือน มกราคม 2547 - ธันวาคม 2551 พบว่าโดยส่วนใหญ่เกิดจากลักษณะเหตุร้าย โดนยิงด้วยอาวุธปืน จำนวน 710 ครั้ง (49.34%) รองลง

ตารางที่ 1 ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในช่วงเดือน มกราคม 2547 - พฤศจิกายน 2551

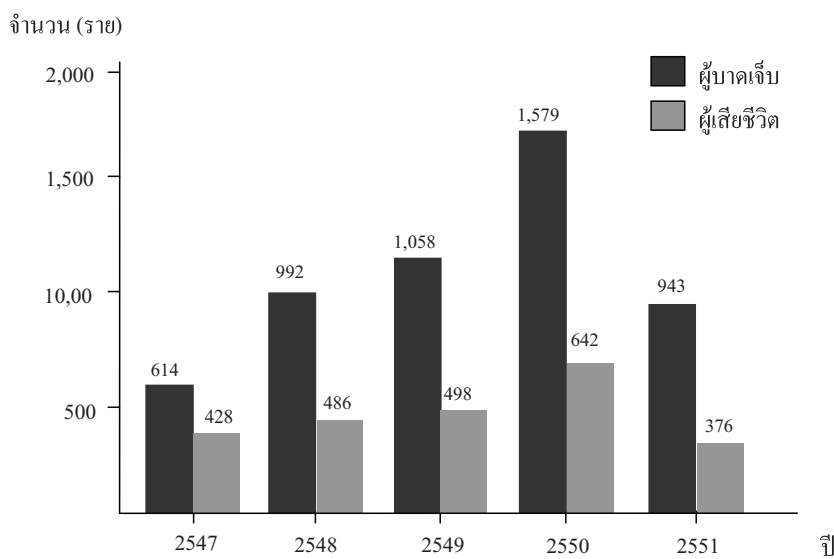
จังหวัด	ยะลา						ปัตตานี						นราธิวาส		รวม 3 จังหวัด	
	บาดเจ็บ			เสียชีวิต			บาดเจ็บ			เสียชีวิต			บาดเจ็บ	เสียชีวิต	บาดเจ็บ	เสียชีวิต
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	รวม	รวม	รวม	รวม
ม.ก. - ธ.ค. 47	129	15	144	102	2	104	135	17	152	149	2	151	318	173	614	428
ม.ก. - ธ.ค. 48	198	60	258	94	2	96	167	11	178	138	5	143	556	247	992	486
ม.ก. - ธ.ค. 49	185	71	256	135	12	147	249	37	286	176	6	182	516	169	1,058	498
1ม.ค.50 - ธ.ค. 50	309	122	431	110	22	132	351	86	437	210	22	232	711	278	1,579	642
ม.ค.51 - ธ.ค. 51	190	71	261	83	9	92	320	41	361	156	10	166	321	118	943	376
รวม	1,011	339	1,350	524	47	571	1,222	192	1,414	829	45	874	2,422	985	5,186	2,430

มาจากการโดนวางระเบิด จำนวน 334 ครั้ง (23.21%) และการลอบวางเพลิง จำนวน 206 ครั้ง (14.32%) ตามลำดับดังตารางที่ 2 และเมื่อวิเคราะห์ตามรายปี พบว่าลักษณะเหตุร้ายจากการวางระเบิดมีแนวโน้มเพิ่มจากปี 2547 สูงตามลำดับ โดยปี 2547 จำนวน 28 ครั้ง ปี 2548 จำนวน 67 ครั้ง ปี 2549 จำนวน 80 ครั้ง และในปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 108 ครั้ง และเริ่มลดลงในปี 2551 เป็นจำนวน 51 ครั้ง (ตารางที่ 2) ซึ่งลักษณะ

เหตุร้ายจากการวางระเบิดจะส่งผลกระทบต่อความเสียหายและการบาดเจ็บ การเสียชีวิตที่รุนแรงมากกว่าตารางที่ 2

### การเตรียมพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข

โรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องเตรียมความพร้อมต่อการรองรับ



รูปที่ 1 ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตระหว่างปี 2547-2551

ตารางที่ 2 ลักษณะเหตุร้ายที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นใน จังหวัดยะลาในช่วงเดือน มกราคม 2547 - ธันวาคม 2551

	จังหวัดยะลา							
	วางระเบิด (ครั้ง)	โดนยิงด้วย อาวุธปืน (ราย)	โดนทำร้ายด้วย อาวุธมีคม (ราย)	ลอบ วางเพลิง (ราย)	ขว้างขวด บรรจุน้ำมัน (ราย)	ปล้นปืน (ราย)	อื่น ๆ (ราย)	รวม (ราย)
ม.ค. 47 - ธ.ค. 47	28	95	24	53	9	0	11	220
ม.ค. 48 - ธ.ค. 48	67	157	12	55	6	9	47	353
ม.ค. 49 - ธ.ค. 49	80	186	4	53	6	0	19	348
ม.ค. 50 - 31 ธ.ค. 50	108	146	0	42	0	0	39	335
ม.ค. 51 - ธ.ค. 51	51	126	0	3	0	0	12	192
<b>รวม</b>	<b>334</b>	<b>710</b>	<b>40</b>	<b>206</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>128</b>	<b>1,439</b>
(%)	(23.21)	(49.34)	(2.78)	(14.32)	(1.45)	(8.90)		

สถานการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้น พื้นที่เสี่ยงภัยต่อการเกิดเหตุรุนแรง จะเป็น 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีโรงพยาบาลในพื้นที่ดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลยะลา มีขนาดจำนวนเตียง 452 เตียง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพจังหวัดยะลา 1 แห่ง มีขนาดจำนวนเตียง 50 เตียง

โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง ได้แก่

- โรงพยาบาลปัตตานี 355 เตียง
- โรงพยาบาลเบตง 170 เตียง
- โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 320 เตียง
- โรงพยาบาลสุไหงโกลอก 260 เตียง

โรงพยาบาลชุมชน 30 แห่ง แล่งละ 30 เตียง

โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดยะลา 1 แห่ง 30 เตียง

**รวม 2,547 เตียง**

ในส่วนของการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ในสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้กรณีศึกษาของโรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลศูนย์ยะลาเป็นโรงพยาบาลขนาด 452 เตียง ในเครือข่ายสาธารณสุข เขต 18 มีจำนวนหอผู้ป่วยทั้งหมด 18 หอ และเป็นหอผู้ป่วยหนัก 4 หอ จำนวนห้องผ่าตัดใหญ่ 10 ห้อง และกำลังปรับปรุงเพิ่มเติมอีก 4 ห้อง นอกจากนี้มีเครื่องเอกซเรย์ จำนวน 4 เครื่อง เป็น Portable x-ray 2 เครื่อง เครื่อง CT scan 1 เครื่อง เครื่อง Selective angiogram จำนวน 1 เครื่อง และเครื่อง C-arm Fluoroscope จำนวน 2 เครื่อง นอกจากนี้โรงพยาบาลยะลา เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ศูนย์ผ่าตัดหัวใจ ศูนย์อุบัติเหตุและสถาบันผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทขั้นคลินิก

บุคลากรในส่วนของบุคลากรมีจำนวนแพทย์ 42 คน แพทย์ใช้ทุน 14 คน ทันตแพทย์ 6 คน เภสัชกร 23 คน พยาบาล 528 คน ข้าราชการตำแหน่งอื่น ๆ 113 คน ลูกจ้างประจำ 156 คน ลูกจ้างชั่วคราว 661 คน รวมจำนวนบุคลากรทั้งหมด 1,543 คน ในส่วนของอัตรา

กำลังแพทย์ศัลยกรรม มีอัตรากำลังดังต่อไปนี้ ศัลยแพทย์ทั่วไป จำนวน 3 คน (โดยรวมแพทย์ทหารช่วยราชการ 1 คน) ประสาทศัลยแพทย์ จำนวน 2 คน ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ จำนวน 2 คน ศัลยแพทย์ตกแต่ง จำนวน 1 คน ศัลยแพทย์ทรวงอก จำนวน 1 คน ศัลยแพทย์กระดูกและข้อ จำนวน 3 คน (รวมแพทย์ทหารช่วยราชการ 1 คน) จักษุแพทย์ จำนวน 3 คน โสต-ศอ-นาลิก จำนวน 3 คน วิสัญญีแพทย์ จำนวน 2 คน

### การจัดทำแผนเตรียมพร้อมและการซ้อมแผน

โรงพยาบาลมีการจัดทำแผนอุบัติเหตุหมู่ และมีการซ้อมแผนอย่างต่อเนื่องพร้อมกัน จัดทำคู่มือรับอุบัติเหตุหมู่ ตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน 5 ปี (ปี 2547-ปี 2551) โดยแต่ละปีจะเน้นกิจกรรมการดำเนินงานที่แตกต่างกันไป ดังต่อไปนี้

ปี 2547 จัดทำแผนอุบัติเหตุหมู่จากอุบัติจราจร และมีการซ้อมแผนเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2547 โดยเน้นความพร้อมของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ ในโรงพยาบาลยะลาและการบัญชาการเมื่อเกิดเหตุ และจัดพิมพ์คู่มือรับอุบัติเหตุหมู่ฉบับที่ 1 จากนั้นในปี 2548 จัดทำแผนอุบัติเหตุหมู่จากการลอบวางระเบิด และมีการซ้อมแผนเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2548 โดยเน้นการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ทหาร ฝ่ายปกครอง บรรเทาสาธารณภัย เทศบาล อาสาสมัคร กู้ภัย ฯลฯ และเน้นการกั้นบริเวณ การบัญชาการนอกโรงพยาบาลในระดับจังหวัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ การติดต่อสื่อสารและการเรียกกระดมพล โดยมีการแบ่งชนิดของเหตุการณ์แบ่งตามกิจกรรม (activity) ดังนี้

- 1) Inactive เหตุการณ์สงบแล้วไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่เข้าช่วยเหลือ
- 2) Active Non-contaminating ให้กั้นบริเวณ 2 วง วงในเข้าได้เฉพาะผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น
- 3) Active Contaminating ให้กั้นบริเวณ 3 วง เช่น

กรณี Dirty Bomb, Biological or Chemical Bomb และมีการจัดทำคู่มือรับอุบัติเหตุเหตุหมู ฌบับที่ 2.3 เพื่อการเผยแพร่

จากนั้นในปี 2549 จัดทำแผนอุบัติเหตุเหตุหมูจาก การก่อความไม่สงบพร้อมกันหลายจุด โดยประสานงานใน พื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส และช้อมแผน เมื่อวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2549 เน้นเรื่องการส่งต่อผู้-ป่วยในกรณีการคมนาคมถูกตัดขาด มีการเคลื่อนย้าย ทางอากาศ การช่วยเหลือจากภายนอก คือจากพื้นที่ หนาดใหญ่ และสภากาชาดไทย การบัญชาการในระดับ ภูมิภาค โดยมีผู้ตรวจการสาธารณสุขเป็นผู้บัญชาการ การปิดล้อมโรงพยาบาล และการถูกโจมตีโดยอาวุธเคมี และจัดคู่มือรับอุบัติเหตุเหตุหมู ฌบับที่ 4

ปี 2550 จัดทำแผนอุบัติเหตุในที่ทำงาน และ ดำเนินการช้อมแผนเมื่อวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2550 โดยการจำลองสถานการณ์การทะเลาะวิวาทและจลาจล การลอบวางระเบิดในที่ทำงาน เน้นเรื่องการย้ายสถานที่ทำงานของห้องฉุกเฉิน การติดสติ๊กเกอร์สิ่งของที่ จะต้องเคลื่อนย้าย การจัดการจราจร และดำเนินการจัด

ทำคู่มือรับอุบัติเหตุเหตุหมู ฌบับที่ 5 ปี 2551 ดำเนินการ ช้อมแผนอุบัติเหตุเหตุหมูร่วมกับอาสาสมัครมูลนิธิเจ้าแม่ ล้มกอเหนี่ยว เจ้าแม่ทับทิม และฮีลาอาเมียร์ ในจังหวัดยะลา เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2551 โดยมีเจ้าหน้าที่จาก โรงพยาบาลบันนังสตาเข้าร่วมสังเกตการณ์ รูปแบบ การดำเนินการลักษณะการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Work shop) และ EMS Rally โดยกำหนดให้อาสาสมัครเหล่านี้ ได้ทำการคัดกรองอย่างถูกวิธี โดยเน้นเรื่องความ ปลอดภัยของผู้ที่ไปช่วยผู้อื่น

สรุปการดำเนินการในช่วงระยะเวลา 5 ปี (ปี 2547 - ปี 2551) ในภาพรวมมีการเปิดแผนเผชิญเหตุแล้ว เป็นจำนวน 77 ครั้ง เป็นแผนใหญ่ 22 ครั้ง แผนเล็ก 55 ครั้ง (รวมอุบัติเหตุจราจร 2 ครั้ง) และไม่ได้เปิดแผน แต่มีการกั้นบริเวณ เนื่องจากมีประชาชนมุงดูจำนวนมาก เจ้าหน้าที่ต้องร่วมประสานงานด้วยกัน จำนวน 118 ครั้ง

#### การบาดเจ็บตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

จากตารางที่ 3 อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุด คือ ศีรษะ (head) พบว่าในปี 2547 จำนวนผู้บาดเจ็บที่

ตารางที่ 3 ผู้บาดเจ็บที่ได้รับการบาดเจ็บตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ในโรงพยาบาล ปี 2547 - ปี 2551 (ราย)

อวัยวะ	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551
ศีรษะ (head)	18	63	55	128	111
ลำคอ (neck)	0	4	3	17	17
คอหอย (thorax)	2	7	12	52	26
ท้อง ท้องน้อย หลัง กระดูกสันหลัง (abdomen, back, spine, pelvis)	3	20	21	69	65
ไหล่และต้นแขน (shoulder upper arm)	0	17	10	28	40
ข้อศอกและท่อนแขน (elbow and forearm)	4	12	8	40	20
มือและข้อมือ (wrist and hand)	3	15	9	25	29
สะโพกและต้นขา (hip and thigh)	3	14	13	43	35
หัวเข่าและเท้า (knee and lower leg)	4	18	12	41	52
ข้อเท้าและเท้า (ankle and foot)	5	8	7	25	24
จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์	38	153	122	369	275

บริเวณศีรษะ มีจำนวน 18 ราย ในปี 2548 จำนวน 63 ราย ปี 2549 จำนวน 55 ราย ปี 2550 จำนวน 128 ราย และปี 2551 จำนวน 111 ราย พบว่าการบาดเจ็บที่บริเวณศีรษะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น รองลงมาได้แก่ บริเวณท้อง บริเวณด้านหลัง กระดูกสันหลัง และกระดูกเชิงกราน โดยในปี 2547 พบผู้บาดเจ็บบริเวณดังกล่าว จำนวน 3 ราย ปี 2548 จำนวน 20 ราย ปี 2549 จำนวน 21 ราย ปี 2550 จำนวน 69 ราย และในปี 2551 จำนวน 65 ราย (ตารางที่ 3)

แนวทางจำแนกอุบัติเหตุหมู่และการเตรียมพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขสามารถจำแนกตามชนิดและขนาดของเหตุการณ์ได้เป็นประเภทโดยกำหนดในระยะเวลา 5 ปี มีการเกิดอุบัติเหตุหมู่รวม 118 ครั้ง และขนาดของแผนทั้งในโรงพยาบาลและแผนงานโดยรวมตามสถานการณ์ได้ ตามแนวทาง คือ

**เกณฑ์การจำแนกชนิดและขนาดของเหตุการณ์แบ่งตาม Scale**

1. เหตุการณ์ขนาดเล็ก สามารถดูแลรักษาได้ในเวร โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือ
2. เหตุการณ์ขนาดกลาง  
แผนเล็ก ต้องระดมกำลังคนจากหอผู้ป่วยอื่น

มาช่วย

แผนใหญ่ ต้องระดมคนที่ไม่ได้อยู่เวรมาช่วย

3. เหตุการณ์ขนาดใหญ่ ต้องขอความช่วยเหลือจากภายนอก เครือข่ายในเขต และเครือข่ายระดับประเทศ คือ (ตารางที่ 4)

**ลักษณะเหตุที่เกิดขึ้นและการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ**

**การก่อเหตุและบุคคลเป้าหมาย**

● เหตุจากสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนภาคใต้ มีทั้งชายและหญิง โดยมากไม่มีอาวุธป้องกันตัว และมักถูกยิงด้วย อาวุธปืนสั้น ในสถานที่ที่เปลี่ยว โดยผู้กระทำที่เป็นชายบางครั้งผู้กระทำมักใส่เสื้อผ้าหลายชั้นเพื่อสะดวกในการหลบหนี และเคยมีผู้พบเห็นผู้กระทำที่เป็นผู้หญิงและชายที่ปลอมเป็นหญิง ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ บุคคลเป้าหมายมักจะมีกิจวัตรที่ทำงานเป็นประจำ โดยมากมักเป็นระเบิดและอาวุธปืนสงคราม การก่อเหตุจังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี ส่วนใหญ่การก่อเหตุอยู่ในเขตอำเภอเมือง ส่วนจังหวัดนราธิวาสมักเป็นอำเภอรอบนอก

**ลักษณะอาวุธที่ก่อเหตุ**

● ลักษณะหัวกระสุนอาวุธปืนสงครามมี 2 ขนาด คือ ขนาด .223 (ใช้กับปืน M16, HK33) และขนาด .30 (ใช้กับปืน AK) และชนิดของหัวกระสุนปืนพกที่พบเป็น

**ตารางที่ 4** เกณฑ์การจำแนกอุบัติเหตุหมู่ตามชนิด และขนาดของเหตุการณ์และแผนงานเตรียมพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข การประกาศใช้แผนเผชิญเหตุ

ขนาดเหตุการณ์	ขนาดแผน		จำนวนผู้บาดเจ็บ	จำนวนผู้บาดเจ็บหนัก	ระยะเวลา
เล็ก	แผนเล็ก	ในเวลา	< 30	> 3	< 1 hr
		นอกเวลา	< 15		
กลาง	แผนใหญ่	ในเวลา	> 30	> 6	< 4 hr
		นอกเวลา	< 15		
ใหญ่	แผนภาค		> 50	> 10	> 4 hr
	แผนประเทศ		> 100	> 20	> 8 hr

กระสุนปืนที่ใช้กันทั่วไปในตลาดคือ ขนาด 9 มม. ,38, .357, .45 มีขนาด .44 อยู่เพียง 1 ราย มีทั้งชนิดหัวกลมเคลือบทองแดง หัวรู (หัวระเบิด) หัวตะกั่วล้วน (ลูกซ้อม) ระเบิดที่ใช้เป็นแบบแสวงเครื่องทั้งหมด เป็นชนิดแรงดันต่ำไม่พบระเบิดที่ผลิตจากโรงงานเลย และชิ้นส่วนระเบิดที่พบในผู้ป่วยใช้วัสดุต่างๆ เช่น เหล็กเส้นตัด หัวตะปูที่ตัดเองส่วนแหลมไปทำเรือใบ ซ้อโซ่เป็นต้น บางครั้งมีการใช้อุปกรณ์บังคับทิศทางในบางลูก

### การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ

- การคัดกรองผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ กระทำโดยอาสาสมัคร ไม่ได้คัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยตามความรีบด่วนตามหลักวิชาการ และการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลใช้ยานพาหนะ ที่ไม่ได้รับการออกแบบเป็นพิเศษ และจำนวนผู้บาดเจ็บยังไม่เคยมีจำนวนมากถึงขนาดต้องขอความช่วยเหลือจากภายนอก

### ระบบข้อมูล

- ไม่มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ มาจนกระทั่งเดือนมกราคม พ.ศ. 2551 จึงเริ่มมีการเก็บตัวอย่างเป็นระบบมากขึ้น VIS (violence injury surveillance) โดยยืนยันข้อมูลจากหลายแหล่ง โดย VIS สามารถทำนายแนวโน้มของช่วงเวลาการก่อเหตุ การวนเวียนไปก่อเหตุในสถานที่ต่าง ๆ ได้ในกรณีที่เกิดขึ้นเป็นประจำ และ VIS ไม่สามารถทำนายกรณีปฏิบัติการครั้งใหญ่ ๆ ได้

ในระยะ 5 ปี ที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีจำนวนผู้ป่วยเป็นจำนวนมากจนต้องขอความช่วยเหลือจากภายนอกจังหวัด และระยะเวลาของการประกาศใช้แผนเผชิญเหตุไม่เคยเกิน 4 ชั่วโมง ดังนั้นการส่งกำลังบำรุงและการวางแผนรับมือจึงยังอยู่ในกรอบจำกัด ทั้งนี้มีการคัดกรองผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุโดยอาสาสมัครในการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลใช้ยานพาหนะที่ไม่ใช่เป็นรถพยาบาล และไม่ได้มีอุปกรณ์การช่วยชีวิตพร้อมมูลตามเกณฑ์ของรถพยาบาลฉุกเฉิน

**แผนงานระบบรับภัยพิบัติของโรงพยาบาล** แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุและ

หลังเกิดเหตุการณ์

### ก่อนเกิดเหตุ<sup>(3)</sup>

เตรียมวางระบบเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานด้านภาวะฉุกเฉิน คือ ระบบรายงานการสร้างเครือข่ายวิทยุและนามเรียกขาน การระดมพลโดยใช้ระบบตามแบบ Domino ทั้งบุคคลและหน่วยงาน การแยกสิ่งของที่ควรเคลื่อนย้ายด้วยการใช้สติ๊กเกอร์สี กำหนดภารกิจของบุคลากรโดยใช้ job action sheet หรือ card จัดระบบการลงทะเบียนและระบบงานสำหรับอาสาสมัคร

หากอยู่ในระยะประเมินสถานการณ์นั้นได้กำหนดขั้นตอนของการควบคุมดูแลรายงาน และสั่งการด้านมาตรการเตรียมความพร้อมของบุคลากรการบริการทางการแพทย์ การรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล การประชาสัมพันธ์ การบันทึกประมวลเหตุการณ์การประสานงานกับศูนย์เรนทร ตลอดจนการดำเนินการตามขั้นตอนการประกาศใช้แผนอุบัติเหตุหมู่ในกรณีที่มีความจำเป็น ทั้งนี้หัวหน้า Emergency Response-ER และผู้ตรวจการฝ่ายพยาบาลเป็นผู้ควบคุมกำกับ

### ระหว่างเกิดเหตุ

ในระยะนี้มีการตัดสินใจใช้แผนตามระดับที่เหมาะสม (ตารางที่ 4) โดยระบุลำดับขั้นของการสั่งการ (hierarchy of command) ในระบบการสั่งการ (incident command system) การควบคุมสั่งการบุคลากรด้านบริการรักษาพยาบาล และหน่วยรักษาความปลอดภัยวางระบบการแยกผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล คือ ณ จุดที่รถพยาบาลนำส่งผู้ป่วย ตลอดจนเตรียมหอบุคลากร จัดหาหอบุคลากรฉุกเฉิน และเครื่องช่วยหายใจ เตรียมยาเวชภัณฑ์ และประสานงานกับหน่วยงานของกาชาด ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ใกล้เคียงกัน เพื่อรับบริจาคเลือด ทั้งนี้มีการคัดกรองระดับตติยภูมิโดยศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ พร้อมทั้งจัดเตรียมการตรวจเยี่ยมของผู้บริหารระดับสูงในระดับจังหวัด กระทรวงต่าง ๆ และประเทศ<sup>(4)</sup>

ส่วนการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในระยะนี้เน้นทั้งระดับผู้ปฏิบัติการ ผู้บริหารระดับสูง ประชาชนและ



สื่อมวลชน การประชาสัมพันธ์ทั้งญาติผู้ป่วยและสื่อมวลชนในระยะแรกเน้นความรวดเร็วของการรายงานและจำนวนมากกว่าความถูกต้อง และปรับด้านความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารในเวลาต่อมา

ในระยะนี้ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติด้านการรักษาพยาบาลในขณะประกาศแผนเผชิญเหตุ<sup>(5)</sup> คือ

1. ทำ X-ray เท้าที่จำเป็นที่มีผลในการให้การรักษาทันทีเท่านั้น เช่น การทำ Chest X-ray กรณี Hemo-pneumothorax ไม่ทำ X-Ray Fx femur ในขณะที่ใช้แผนเผชิญเหตุ แต่ให้ทำหลังจากประกาศเลิกแผนแล้ว
2. ใช้หลักปฏิบัติในห้องฉุกเฉินตามแนวทาง ATLS (Advance Traumatic Life Support)
3. ไม่ทำ ER thoracotomy ในขณะใช้แผนเผชิญเหตุ
4. ผู้ป่วยที่ยังพอช่วยได้และ hemodynamically unstable ให้ส่งห้องผ่าตัดทันที
5. FAST สามารถใช้วินิจฉัยเลือดออกในช่องท้องได้
6. CT scans ให้ใช้ถ่ายแต่ศีรษะสมองเท่านั้น
7. ให้ใช้เลือดในกรณีจำเป็นเท่านั้น
8. ให้กระจายผู้ป่วย
9. การจัดองค์ประกอบยี่ดหุ่ย่น และประเมินบ่อย ๆ เพื่อค้นหาการบาดเจ็บที่ซ่อนเร้น
10. ผู้ป่วยจากระเบิดต้องล้างแผล debridement บ่อย ๆ และไม่เย็บปิดแผลในเบื้องต้น
11. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้เคลื่อนย้ายทางเดียวและไม่ย้อนศร
12. การนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดให้ทำตามความเร่งด่วนดังนี้

ก. ผู้ป่วย Hemodynamically unstable ที่ต้องการการการผ่าตัดเพื่อห้ามเลือด

ข. ผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณลำตัวที่ Hemodynamically stable ที่อาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิต

ค. บาดเจ็บศีรษะสมองที่มีก้อนเลือดขยายตัวและอาการแย่ลงโดยสมองไม่ถูกทำลายมาก

ง. บาดเจ็บหลอดเลือดและกระดูก

จ. บาดแผลที่ต้องการการ Debridement และล้างอย่างมา

### หลังเกิดเหตุ

ในระยะนี้เป็นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ซึ่งเตรียมกระบวนการในการเยียวยาการตรวจเยี่ยมของผู้บริหารระดับสูง การเก็บหลักฐานทางนิติวิทยาศาสตร์ การชันสูตรพลิกศพ การออกใบรับรองแพทย์ การเป็นพยานในศพ การบริหารจัดการด้านค่าใช้จ่ายการเงิน การคลัง และรายได้

### การประสานงาน<sup>(6,7)</sup>

เมื่อเกิดเหตุอุบัติภัย มีการประสานงานกับหน่วยงานปฏิบัติการในภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งทหาร ตำรวจ และหน่วยงานสาธารณสุขในและนอกสังกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สภากาชาดไทย กรมแพทย์ทหารบก รวมทั้งหน่วยงานอาสาสมัครเช่นมูลนิธิเอกชนต่าง ๆ ในการนี้ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อขอความช่วยเหลือในเครือข่ายตามหลักการคือ แนวทางปฏิบัติในการขอความช่วยเหลือจากภาคใหญ่

### แนวทางปฏิบัติในการขอความช่วยเหลือจากภาคใหญ่

เมื่อมีผู้บาดเจ็บในคราวเดียวกันเกิน 50 ราย เมื่อมีผู้บาดเจ็บหนักในคราวเดียวกันเกิน 10 ราย ระยะเวลากการปฏิบัติการนานเกิน 4 ชั่วโมง โดยให้ผู้บัญชาการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดนั้น ๆ ขอความช่วยเหลือไปยังห้องฉุกเฉินโดยโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือ ภาควิชาศัลยศาสตร์ เพื่อส่งทีมแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นชุดเคลื่อนที่เข้ามาในพื้นที่ที่ร้องขอและโรงพยาบาลที่ร้องขอเตรียมห้องผ่าตัด ตลอดจนอุปกรณ์ยาและเวชภัณฑ์ สนับสนุนการปฏิบัติงาน โรงพยาบาลที่ร้องขอเป็นผู้จัดหาที่พักอาศัยและอาหารให้ตามอัธยาศัย ทั้งนี้คณะแพทยศาสตร์เป็นศูนย์กลางของ

การรับสมัครบุคลากรอาสาสมัครต่อเนื่องจากโรงพยาบาลข้างเคียง เช่น หาดใหญ่ สงขลา นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ฯลฯ ตลอดจนประสานงานกับโรงพยาบาลหาดใหญ่ให้จัดหาทรัพยากรบริการในพื้นที่อย่างเพียงพอ ทั้งนี้รวมถึงการประสานไปยังภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่ ๑๒ ที่ว่าการอำเภอหาดใหญ่ เพื่อจัดเตรียมเลือดโดยขอให้จัดเตรียม

เลือด PRC Gr O Low titer จำนวน ๒๐ U

และเลือด Gr อื่น หรือ Blood Component อื่น ๆ ตามที่ร้องขอ โดยให้โรงพยาบาลของโรงพยาบาลหาดใหญ่ซึ่งจัดเตรียมไว้ให้เป็นผู้นำส่งพื้นที่ที่ร้องขอ

#### **แนวทางปฏิบัติในการขอความช่วยเหลือจากสภากาชาดไทย**

เมื่อมีผู้บาดเจ็บในคราวเดียวกันเกิน 100 ราย หรือเมื่อมีผู้บาดเจ็บหนักในคราวเดียวกันเกิน 20 ราย หรือระยะเวลาการปฏิบัติการนานเกิน 8 ชั่วโมง ให้ผู้บัญชาการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดนั้น ๆ ขอความช่วยเหลือไปยังผู้ประสานงานในพื้นที่ของสภากาชาดไทย คือ นายกเหล่ากาชาดจังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส สงขลา เพื่อขอความช่วยเหลือไปยังศูนย์ประสานงานสภากาชาดไทย สำนักบริหารสภากาชาดไทย ประสานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เตรียมบุคลากรลงมาช่วยในพื้นที่ประสานกองทัพ เตรียมยานพาหนะสำนักงานบรรเทาทุกข์เตรียมสิ่งของบรรเทาทุกข์เข้าพื้นที่ โรงพยาบาลที่ร้องขอเตรียมห้องผ่าตัด อุปกรณ์ยาและเวชภัณฑ์ สนับสนุนการปฏิบัติงาน กาศาชาดจังหวัดที่ร้องขอเป็นผู้จัดหายานพาหนะที่พักอาศัยและอาหารให้ตามอัธยาศัย

#### **แนวทางปฏิบัติของกรมแพทย์ทหารบกส่วนหน้า**

เนื่องจากในพื้นที่ทุรกันดาร มีแพทย์ทหารปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่จำนวนหนึ่ง ในกรณีการเกิดเหตุการณ์ไม่สงบ แพทย์ทหารเหล่านั้นทำหน้าที่ต่าง ๆ เหล่านี้คือ คัดกรองผู้ป่วยในพื้นที่ ส่งส่งแพทย์ไปยังโรงพยาบาล ศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อผ่าตัดรักษาผู้ป่วย ประสานงานการติดต่อการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศคุ้ม-

กันระหว่างเดินทาง เมื่อมีผู้บาดเจ็บในคราวเดียวกันเกิน 100 ราย หรือเมื่อมีผู้บาดเจ็บหนักในคราวเดียวกันเกิน 20 ราย หรือระยะเวลาการปฏิบัติการนานเกิน 8 ชั่วโมง กรมแพทย์ทหารบกจัดชุดเคลื่อนที่เร็วในชั้นต้นจำนวน 2 ชุด จาก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้ภายใน 6-12 ชั่วโมง ทั้งนี้ให้ผู้บัญชาการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดนั้น ๆ ขอความช่วยเหลือไปยังหน่วยเฉพาะกิจกรมแพทย์ทหารบกส่วนหน้า ชุดเคลื่อนที่เร็ว ประกอบด้วยกำลังพลจำนวน 9 นาย เป็น ค่ายแพทย์ทั่วไป ค่ายแพทย์กระดูก วิทยาลัยแพทย์ วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด นายทหารพยาบาล นายสิบพยาบาล

#### **แนวทางปฏิบัติในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ**

เมื่อมีผู้ป่วยต้องการลำเลียงทางอากาศ ให้โรงพยาบาลต้นทางทำการรักษาผู้ป่วยในเบื้องต้นเพื่อช่วยชีวิตก่อน และติดต่อประสานงานด้วยโทรศัพท์ (และโทรสาร ถ้ามีเวลาพอ) ไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่จะรับ กองส่งบำรุงทางอากาศกองทัพภาค 4 ส่วนหน้า การติดต่อประสานการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ สำหรับกองทัพอากาศ กองทัพเรือ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และเอกชน ให้ยึดถือข้อปฏิบัติแบบเดียวกันเมื่อได้ทำข้อตกลง (Transfer Agreement) ร่วมกันแล้ว

#### **วิจารณ์**

วิกฤติในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เกิดจากการสร้างสถานการณ์ความไม่สงบอย่างต่อเนื่องมายาวนาน เหตุการณ์ดังกล่าวเป็นภาวะวิกฤติที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกระดับ ทั้งการถูกทำร้าย การบาดเจ็บ การตาย ความเครียด ความหวาดกลัว จากกรณีศึกษาในพื้นที่ไม่ว่า กรณีตากใบ กรณีกรือเซะและเหตุการณ์ยิงรายวัน รวมถึงการวางระเบิดที่มีแนวโน้มต่อการบาดเจ็บและการเสียชีวิตมากขึ้นและพบว่าส่งผลกระทบต่อการบินตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ที่พบส่วนใหญ่คือการบาดเจ็บที่ศีรษะ (head injury) การบาดเจ็บจากแรงกระแทก (blunt trauma) และ

ศัลยกรรมกระดูก (orthopedic) ทำให้ความต้องการจำนวนแพทย์ในพื้นที่มีจำนวนมาก แต่ในสภาพความเป็นจริง จากข้อมูล GIS พบว่าจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในจังหวัดยะลา มีเพียงร้อยละ 35.00 รวมถึงความต้องการแพทย์เฉพาะทางบางสาขาที่มีความจำเป็นสูงในสถานการณ์ความรุนแรงเช่นศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ที่มีผู้บาดเจ็บจากเหตุความรุนแรงและการถูกทำร้าย ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่าเมื่ออัตราศัลยแพทย์ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ควรจะเป็น<sup>(2)</sup>

ลักษณะเหตุร้ายจากข้อมูลการศึกษา ปี 2547-2551 เมื่อวิเคราะห์แล้วพบว่ามีการโดนยิงด้วยอาวุธปืน การโดนวางระเบิด ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง 10 ปี นับตั้งแต่ปี 2536-2547 ที่เก็บข้อมูลโดยคณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ<sup>(8)</sup> พบว่ามีอัตราเพิ่มสูงขึ้นถึง 26 เท่า ด้วยเหตุดังกล่าวบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขต้องตระหนักถึงการเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับต่อสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนภาคใต้ ที่พร้อมในการให้บริการในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) ควบคู่กับระบบบริการที่มีความปลอดภัย (Safety Medical Service)

กรณีศึกษาโรงพยาบาลยะลา มีการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขและการเตรียมการด้านระบบบริการในภาวะฉุกเฉิน ด้านบุคลากรและมีการจัดทำแผนอุบัติเหตุหมู่ มีการซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ และคณะ<sup>(2)</sup> ศึกษา ระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติพบว่าการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม โดยให้มีความสมดุลระหว่าง “บริการรวดเร็ว (emergency) ที่ดีที่สุดและปลอดภัย (safety) ที่สุด” เป็นสิ่งสำคัญ รวมถึงการพัฒนาคุณภาพ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ จากแผนงานระบบรับภัยพิบัติของโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น

3 ส่วน คือ ก่อนเกิดเหตุการณ์ / ระหว่างเกิดเหตุการณ์ / หลังเกิดเหตุการณ์ โดยก่อนเกิดเหตุการณ์ มีการเตรียมวางระบบเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานด้านภาวะฉุกเฉิน การประเมินสถานการณ์ กำหนดขั้นตอนการควบคุมดูแล การรายงานและสั่งการ ด้านมาตรการเตรียมความพร้อมของบุคลากรการบริการทางการแพทย์ การรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาล การประชาสัมพันธ์ การบันทึกประมวลเหตุการณ์ การประสานงานกับศูนย์นเรนทร ตลอดจนการดำเนินการตามขั้นตอนการประกาศใช้แผนอุบัติเหตุหมู่ ในกรณีที่มีความจำเป็น การระบุลำดับขั้นตอนการสั่งการ (hierarchy of command) และในระบบการสั่งการ (incident command system) ในทางปฏิบัติพบว่าควรกำหนดตัวบุคคลที่เป็นที่รู้จักและประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ในการสั่งการ มีการบังคับบัญชาเป็นไปตามลำดับขั้นตอนเพื่อกระจายการควบคุมกำกับ “Unicommand but expansion of control” โดยผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน ไม่ควรเป็นผู้บัญชาแผนเผชิญเหตุ ควรมีการกำหนดหน้าที่ที่ชัดเจน (job description) ทำเป็นคู่มือ ควรมีการบันทึกกิจกรรมที่ได้ทำลงไป และมีการสรุปทุกครั้งหลังเสร็จภารกิจเพื่อเป็นบทเรียนรู้<sup>(9)</sup> ตลอดจนการสร้างระบบการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งกรณีโรงพยาบาลยะลาจะอยู่ภายใต้สถานการณ์ภาวะฉุกเฉินจากเหตุการณ์ไม่สงบความรุนแรง ในกรณีการศึกษาของวิระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์<sup>(10)</sup> มีการพัฒนาคุณภาพ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น มีการสร้างระบบการพัฒนา โดยมีกรอบการดำเนินงานคือ 1) การจากระบบการประเมินผลการรักษา (Identifying Problem) ผู้ป่วยอุบัติเหตุตามความรุนแรง 2) การทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยและข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาล (Understanding cause) 3) Suggesting solution โดยการสร้างเกณฑ์มาตรฐานและ เกณฑ์ชี้วัดการปฏิบัติ 4) การบรรจุเกณฑ์มาตรฐานและเกณฑ์ชี้วัดเข้าในกระบวนการรักษาพยาบาลพร้อมทั้งดำเนินการแก้ไข ปัญหาในระบบ 5) ดำเนินการประเมินผล (Evaluation)

จากผลการดำเนินการของโรงพยาบาลขอนแก่นนี้ พบว่าคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยดีขึ้น preventable death rate ลดลงจากร้อยละ 3.2 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 1.3 ใน พ.ศ. 2543 และพบว่าข้อผิดพลาดในการรักษาพยาบาลลดลงจาก 407 จุด เป็น 156 จุด ตลอดจนข้อผิดพลาดที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลดลงจาก 296 จุด เป็น 88 จุดตามลำดับ ซึ่งการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและจริงจังจะช่วยให้คุณภาพการรักษาผู้ป่วยดีขึ้น อัตราการเสียชีวิตที่ไม่สมควรและข้อผิดพลาดในการรักษาลดลง

โรงพยาบาลยะลา มีการจัดทำแผนอุบัติเหตุเหตุหมุ่ และการซ้อมแผนมาอย่างต่อเนื่อง จัดทำคู่มือรับอุบัติเหตุเหตุหมุ่ ตลอดระยะเวลาการดำเนินงาน 5 ปี (ปี 2547-2551) โดยในแต่ละปีมีการจำลองสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุเหตุจรรยาจร การลอบวางระเบิด การก่อความไม่สงบ อุบัติเหตุในที่ทำงาน และการซ้อมแผนร่วมกับหน่วยงานอาสาสมัครต่าง ๆ การจัดทำคู่มือเป็นสิ่งจำเป็นเสมือนเป็นแนวทางการปฏิบัติของทุกคนให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้มีการจัดทำคู่มือแนวทาง ปฏิบัติ Guidelines for Essential Trauma Care ในปี 2004<sup>(11)</sup> และวางระบบ Pre- Hospital Trauma Care System<sup>(12)</sup> กำหนดกรอบเพื่อการพัฒนากระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยมืองค์ประกอบสำคัญ 6 ประเด็น คือ 1)การพัฒนาบุคลากร 2) พัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลอุบัติเหตุ (performance improvement) 3) Trauma Team and Organization of the Initial Resuscitable 4) การตรวจสอบและรับรองคุณภาพของงานบริการผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บ 5) การบูรณาการระบบงานในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บ 6) ปฏิสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับการบาดเจ็บ

### เอกสารอ้างอิง

1. รายงานพิเศษ. ปัญหา 3 จังหวัดภาคใต้ “ประชาชน” ตกเป็นเหยื่อสูงสุดรองจากทหาร ตำรวจ. มติชนสุดสัปดาห์ฉบับวันที่ 12-18 ธันวาคม 2551. ปีที่ 29 ฉบับที่ 140. หน้า 101.
2. สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, พงษ์เทพ สุธีรัฐฉิม, วรสิทธิ์ ศรีศรีวิชัย, เมตตา ภูนิง. ระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต. เอกสารประกอบการสัมมนาการจัดการความรู้ เพื่อสันติสุขภาวะพื้นที่ภาคใต้; 7-8 พฤศจิกายน 2550; ณ ห้องจูปีเตอร์ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.
3. Medical College of Georgia, University of Texas, University of Georgia. Basic disaster life support provider manual version 2.6. United States of America: University of Texas; 2007.
4. Margaret T. The hospital emergency incident command system. [serial online] 2008 [cited 2008 Oct 20]. Available from: URL: <http://www.heics.com/heics98apdf>
5. Seth I. Civilian application: Surgical clinics of North America surgical response to disaster. United States of America: Saunders; 2006.
6. ประชา ชัยกัม. เตรียมโรงพยาบาลรับสาธารณภัย ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้. จุลสารพัฒนานักบริหารสาธารณสุข 2550;3:13-32.
7. ศิริชัย วงศ์วัฒนไพบูลย์. อุบัติภัยและพิบัติภัย:ระบาควิทยาและการเตรียมความพร้อม (Disaster: epidemiology and preparedness)เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาควิทยาแห่งชาติ ครั้งที่18. 25 พฤษภาคม 2548; โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค; 2548.
8. ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. แผ่นดินจินตนาการ. กรุงเทพมหานคร: มติชน; 2551.
9. Edward BL. Civilian preparedness and counter-terrorism: conventional weapons: Surgical clinics of North America surgical response to disaster. United States of America: Saunder; 2006.
10. วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, วิชาชาติบัญญัติชัย. การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 3:352-62.
11. World Health Organization (WHO). Guidelines for essential trauma care China: World Health Organization; 2004.
12. World Health Organization (WHO). Pre hospital trauma care system. France: World Health Organization; 2005.

**Abstract    Medical Response to Deep South Violence: Case Study of Yala Hospital**

**Pracha Chayapum**

Surgery Department, Yala Hospital

*Journal of Health Science* **2008; 17:SVII2112-24.**

Deep South Violence is an ongoing man-made disaster through the last 5 years since January 4, 2004. This situation analysis on medical response to the violence in Yala Hospital during 2004-2008 employing quantitative technique in a descriptive study based on secondary data retrieved from related documents, medical records and public health annual reports assessed by descriptive statistics.

It was reported that, in all, casualties included 5,186 injured cases and 2,430 fatal victims within the three southern provinces of Yala, Pattani and Narathiwat. The heaviest casualties was reported in Narathiwat Province whereby 2,422 cases sustained injuries. On the contrary, Yala Province had the lowest impact with 1,350 injured cases and 571 deaths. The violence escalated from 2004 to 2007 in terms of casualties yet it began to show a decline in 2008. During which the maximum number of 1,579 injuries, 642 deaths in 2007 went down to 943 injuries and 376 deaths respectively in 2008.

In Yala Hospital, 118 mass casualty medical responses were declared during the study period. Within this province most injuries were caused by guns (49.34%) and explosives (23.21%). In a preparedness plan 2,547 beds in the three provinces were ready for such weapons threats. In Yala Hospital alone most victims sustained head injuries, followed by injuries on abdomen, backs, spines and pelvises. Various guidelines were developed for these very specific conditions in the hospital such as, classifications of traumatic events, hospital command system, personnel recruitments; surgical guidelines; network collaborations, including Prince of Songkla Hospital, Thai Red Cross Society and King Mongkutkloa Hospital; and public relations during crisis.

**Key words:** Deep South Violence, medical response, disaster, surgical guideline