

Man-made Disaster กับการแพทย์ บทเรียนจากการขัดแย้งทางการเมือง เมษายน-พฤษภาคม 2553

ศ.อภ.อนันต์ ตันนุขยกุล*

สาธารณภัยเป็นเหตุให้เกิดการทำลายคนและทรัพย์สินหรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งชุมชนในเขตถูกทำลายไม่สามารถจะช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องได้รับการช่วยเหลือจากภายนอกเขตชุมชนนั้น⁽¹⁾ ขนาดของสาธารณภัยจึงแปรไปตามขนาดและศักยภาพ การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา ของชุมชนนั้น สาธารณภัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ภัยธรรมชาติ และภัยจากการกระทำของมนุษย์ ในปัจจุบันธรรมชาติถูกทำลายไปมากจากการกระทำของมนุษย์เพื่อเอาประโยชน์จากธรรมชาติ โดยไม่สนใจว่า ผลที่เกิดจากการกระทำดังกล่าวเป็นผลต่อเนื่อง ทำให้สิ่งแวดล้อมถูกทำลาย ภัยธรรมชาตินับวันจึงจะรุนแรง และมีลักษณะแปรปรวนแปลกใหม่ เช่น การที่มีโคลนถล่ม แผ่นดินยุบ สึนามิ โรคระบาดในคน ลัทธิและพิษ ฯลฯ ภัยธรรมชาติมีการทำลายตรงไปตรงมาตามสาเหตุของมันและขึ้นอยู่กับ การเตรียมพร้อมของมนุษย์เพื่อป้องกันและบรรเทาภัยดังกล่าว^(1-6, 8-13, 15-21)

ภัยจากการกระทำจากมนุษย์ ถ้าจะลองจำแนกดูก็พอจะแยกได้ 2 กลุ่ม คือ

ก. ภัยที่มนุษย์ได้รับภัยจากการกระทำของตนเองจะตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ได้ ภัยกลุ่มนี้ใน ICD 10 จัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่าอุบัติเหตุ หรือบาดเจ็บจากการไม่ตั้งใจให้เกิด เช่นรถไฟชนกัน รถโดยสารตกเขา

ข. กลุ่มที่มนุษย์ทำกันเองจงใจทำกลุ่มนี้ประกอบด้วย

1. เป็นการกระทำของผู้คนจำนวนน้อย ในขอบเขตที่จำกัด เป็นการฉวยโอกาสของผู้ประสงค์ร้าย เพื่อประโยชน์ส่วนตน เช่น การขโมย ปล้น ทำร้ายกัน การแพร่กระจายการกระทำดังกล่าว สังคมนั้นจะจัดการได้ให้สงบลง แต่การชุมนุมต่อต้านทางการเมืองนั้น วิธีการดังกล่าวจะมีแฝงอยู่และใช้เป็นเป็นข้อมูล และปัจจัยให้ขยายการชุมนุมเปิดวงกว้างขึ้นได้โดยผู้นำชุมนุม จะวางแผนไว้เพื่อเปิดวงชุมนุมกว้างขึ้นก็มีการพบเห็นในข่าวบ่อยๆ เพื่อโยนความผิดให้แก่ฝ่ายปรปักษ์ และปลุกระดม

2. การตัดแย้งในด้านความคิด, การเมืองการปกครอง, เชื้อชาติ, ศาสนา, ความเชื่อถือศรัทธา และผลประโยชน์ ทำให้ออกมารวมกลุ่มกัน เราเรียกกง่าย ๆ ว่า Crowds พฤติกรรมของคนที่รวมกลุ่มกันมี 2 ลักษณะ: คือ⁽⁷⁾

*ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

1.) กลุ่ม Audients กลุ่มผู้ฟังหรือกลุ่มสงบ เรียกร้อย อหิงสา จะเกิดในระยะต้นๆ ถ้าไม่มีการกระตุ้น ปลุกเร้า การจับกลุ่มกันก็จะแผ่สลายต่อไปได้ เราจะพบได้ 2 กรณี คือ

1.1 เกิดเฉพาะเรื่อง (Casual) เช่นการไปโรงเรียน เข้าเรียนซึ่งมีกฎเกณฑ์บังคับเฉพาะ การฟังเทศน์ ฟังธรรม งานประเพณีประจำปี งานเทศกาล การประชุมกรรมการ, งานอบรม เป็นต้น

1.2 จงใจให้เกิดขึ้น (Intentional) ประกอบด้วย

(1) การสนุกสนาน รื่นเริง นันทนาการ ดูกีฬา

(2) การโฆษณา จัดงานแสดงสินค้า ขายของถูก ตลาดนัด งานท่องเที่ยว นิทรรศการสินค้า

2.) กลุ่มที่มีการเคลื่อนไหว (Mobs) จะพบลักษณะและพฤติกรรม เกิดได้ดังนี้

2.1 เรียกร้องมากขึ้น ต้องการมากขึ้น มีจุดประสงค์เพิ่มขึ้นจากเดิม ขยายข้อเรียกร้องมากขึ้น มีข้อแม้มากขึ้น (Expressive)

2.2 มีการบุกยึดสถานที่, ถนน, สร้างเขตเฉพาะของตนมากขึ้น การบุกยึดสถานที่ (Acquisitive) อาจมีการยึดสมบัติจากสถานที่แห่งนั้นเป็นของตน เข้าข่ายการปล้นสะดมเกิดขึ้น

3.) ก่อความรุนแรง ก้าวร้าวรุนแรงทำลาย (Aggressive) ประกอบด้วยพฤติกรรม

3.1 การใช้กฎหมาย (Lynching) ใช้อำนาจบาตรใหญ่ บุกเข้าทำลายทรัพย์สิน ชูเชิญกรรโชก กระทำกันตามอำเภอใจ ไม่เกรงกลัวกฎหมายและผู้รักษากฎหมาย มีการยกพวกไปปิดล้อม บริเวณต่างๆ เรียกร้องให้เกิดประโยชน์ ตามที่กลุ่มต้องการ

3.2 ก่อความวุ่นวาย (Riots) ทำลายข้าวของ ปิดกั้น เส้นทางจราจร ทำร้ายฝ่ายตรงข้าม

3.3 การก่อการร้าย (Terrorization) วางระเบิด ใช้อาวุธสงคราม เผาอาคาร ลอบยิงบุคคลสำคัญ

4.) เมื่อความรุนแรงมากขึ้นสู้ไม่ได้ ก็เกิดการหนีภัย (Escape) การหนี จะมี 2 รูปแบบคือ

4.1 หนีแบบกระเจิดกระเจิง พบในกลุ่มชนที่ไม่ได้ฝึกซ้อมและเตรียมแผน

4.2 หนีอย่างมีแผน เตรียมพร้อมจะเกิดขึ้น 2 กรณี คือ

(1) การหนีของระดับผู้นำ มักเตรียมแผนของโล่มนุษย์และเข้าหาจุดหรือทางที่ปลอดภัยที่สุด

(2) การหนีของผู้เข้าร่วมชุมนุม มักจะไปตามการนำของแกนนำการชุมนุม

การขัดแย้งในความคิดด้านการเมือง การปกครอง เชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อถือศรัทธาและผลประโยชน์ มักจะเกิดการต่อสู้และทำร้ายฝ่ายปรปักษ์ อาจจะเป็นรูปของการยกกำลังปะทะระหว่าง

ประเทศหรือกลุ่มประทัดประหารเรียกว่า “การสู้รบ” ถ้ามีการประกาศว่าจะต่อสู้กันเรียก “สงคราม” และการซ่อนเร้นการกระทำโดยวิธีต่างๆ โดยไม่แสดงออกมาเรียก “สงครามนอกรูปแบบ” “การก่อการร้าย” “การก่อวินาศกรรม” มีการทำลายกันทุกวิถีทาง สงครามอีกประเภทหนึ่ง คือ การกลั่นแกล้งทางเศรษฐกิจ การปลุกระดมต่อต้านฝ่ายตรงข้าม โดยไม่ใช้อาวุธหรือการข่มขู่ว่าจะใช้อาวุธ อาจเรียก “สงครามเย็น” การขัดแย้งในด้านการเมือง ถ้าเกิดในสภาเรียกว่า “การเมืองในสภา” เป็นแบบแผนของระบบการเมือง แต่ระหว่างรัฐบาลกับกลุ่มคนที่ไม่เห็นด้วยจะแสดงออกด้วยการประท้วงชุมนุม ในถนนบางคนตั้งชื่อว่า “การเมืองข้างถนน” การขยายขอบเขตของ “การเมืองข้างถนน” จึงมีรูปแบบของการชุมนุมแบบสันติ (Audience) มาเป็น Mob โดยยอมให้ฝ่ายรัฐบาลกระทำ เช่น กรณีที่ “คานธี” ทำในอินเดียจนเป็นที่ศรัทธาของชาวโลก ในความอหิงสาของท่าน ระหว่างถูกทำร้าย (ปราบ) จากทางการ อาจมีการตอบโต้โดยวิธีต่างๆ ก็ย่อมเกิดขึ้นได้จากผู้ชุมนุมเป็นการป้องกันตัว แต่ถ้าเจตนาการชุมนุมออกมาในด้านล้มล้างปฏิบัติ ล้มล้างให้ได้โดยมีอาวุธสงครามเข้าอยู่ในขบวนการชุมนุม การปลุกระดมด้านความคิด ส่งเสริมความห้าวหาญทึบเทิ้มจนก้าวร้าว และแฝงการใช้อาวุธทำลายฝ่ายที่ไม่ใช่พวกของตน เป็นการขยายผลให้การชุมนุมขยายตัวมากขึ้น เป็นการ “ปฏิวัติ” “ปฏิรูป” และ “กบฏ” การชุมนุมต้องใช้เงินจัดสวัสดิ์ การให้ผู้ชุมนุมอันได้แก่ บัณฑิต ซึ่งมิใช่ “ส่งกำลังบำรุง” “ท่อน้ำเลี้ยง” เพื่อให้ผู้ชุมนุมคงชีวิตในระหว่างชุมนุม โดยไม่ผิดจากชีวิตประจำวันมากนัก การสนับสนุนให้คนเพิ่มขึ้นและร่วมชุมนุมมาก และนานขึ้น ด้วยอุดมการณ์ร่วมทั้งความศรัทธาในผู้นำแต่ด้วยของกำนัล, อามิสสินจ้าง, ผลประโยชน์อื่นใด มีบทบาทสำคัญในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามขบวนการชุมนุมย่อมเกิดความเครียดทั้งผู้ชุมนุมและฝ่ายตรงข้ามเหมือนกัน ยิ่งขบวนการชุมนุมมีการเคลื่อนไหว เคลื่อนขบวน ออกจากการเป็น Audience จะมีลักษณะ 2 แบบ ในสถานการณ์ต่างๆ คือ

1. สถานการณ์รุกรุก จากการชุมนุมอย่างสงบ “อหิงสา” ที่เคลื่อนไหวด้วยความคิด คำพูด (ที่เพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ) การร้องรำทำเพลง มีขบวนการแฝง คือ ให้ตีม็อบไม้อัน มีการก่อกวนฝ่ายตรงข้ามด้วย แสง สี เสียง และป่วนให้เกิดการทะเลาะวิวาท ทำให้ขบวนการชุมนุมเริ่มมีการเคลื่อนไหวมากขึ้นเร็วและแรงขึ้น มีการเพิ่มพลังการเคลื่อนไหวในรูปแบบของการเรียกร้องมากขึ้น ข้อแค้นมากขึ้น (Expressive) ใช้กฎหมาย (Lynchings) ความก้าวร้าวบ้าคลั่ง รุกรานเพิ่มขึ้น (Aggressive) โดยเริ่มจะมีการทำลาย โดยเริ่มจากคนเดียวและขยายออกไปในกลุ่มชุมนุม อาจจะมีเริ่มทุบรถ เผารถ เผา ยาง แสดงมีอาวุธป้องกันตัว เช่น อาวุธไม้ไฟ กำแพงยางรถ ประทัดยักษ์ และมีการใช้อาวุธสงคราม เริ่มมีคนเจ็บคนตาย เมื่อฝ่ายปราบปรามของกลุ่มชุมนุมตอบโต้ กลุ่มชุมนุมเริ่มขยายการทำลายเผาอาคาร เผารถมากคัน วางระเบิด ทำลายทรัพย์สิน (Terrorizations) มีการจลาจล (Riot) ปล้นสะดม ขโมยของ (Acquisitive) บางครั้งมีความบ้าคลั่ง ซ้ำคนโดยไม่มีสติ ไม่เลือกข้าง จะมีอารมณ์ซำรุนแรง เสริมฤทธิ์ด้วยสุราที่ตีให้ลดความยับยั้งคิดของความเป็นมนุษย์จนหมด การปลุกระดมให้รุนแรงอาจมีรางวัล ล่อใจ การจลาจลที่เพิ่มขึ้นขีดสุด การข่มขืนจะแฝงมา ตามจิตที่วิปริตที่เกิดขึ้น⁽⁷⁾

2. สถานการณ์ถอย เมื่อฝ่ายตรงข้ามได้เปรียบกระชับพื้นที่ได้มากขึ้น ผู้ชุมนุมที่อยู่สงบภายในวงล้อม เริ่มสำเนียงภัย จะเกิดการหนีเกิดขึ้น ซึ่งพบได้ 2 แบบ คือ⁽⁷⁻¹¹⁾

ก. การหนีอย่างมีแบบแผน ผู้นำชุมนุมจะมีแบบแผนเอาตัวรอด โดยการปลุกระดมมากขึ้น ชักชวน เด็ก สตรี คนชรา มาล้อมล้อมป้องกันการปราศรัย เป็นโล่มนุษย์ พวกคนจะหนีไปอย่างมีขั้นตอน เมื่อภัยใกล้มากขึ้นก็มีการยอมจำนนแบบมีเงื่อนไข (ยอมเข้าหาภัย ใจดีสู้เสือ) ยอมให้จับแต่โดยดี

ข. การหนีอย่างไร้รูปแบบ หรือหนีแบบไร้แผน ส่วนมากจะอยู่ใกล้กับจุดอันตราย หนีอย่างกระเจิดกระเจิงจนได้รับบาดเจ็บมากขึ้นจากการเบียดเสียดเหยียบย่ำคนล้มเพื่อเอาตัวรอด

พฤติกรรมของการชุมนุมคัดค้าน ต่อด้านทางด้านการเมือง จะมีลักษณะดังนี้⁽⁷⁻¹¹⁾

1. มีน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ทำอะไรเหมือนกัน เช่น ชูกำปั้น ตะโกนคำขวัญ ร้องเพลงปลุกใจ โห่ร้องต้อนรับคำปราศรัย ตบไม้ตบมือหรือมีอุปกรณ์ส่งเสียง เช่น มือตบ เท้าตบ หัวใจตบ

2. มีความรุนแรงในการแสดงออก ขาดเหตุผล แสดงพลังและมีการกระทำผิดปกติ จากคนเรียบร้อยมาเป็นคนก้าวร้าว ทั้งแกนนำและผู้ร่วมชุมนุม เปลี่ยนจากคนเงียบเฉยกลายเป็นคนก้าวร้าว พุดจาฉาดฉาน

3. ขาดเหตุผล ไม่ยั้งคิด ทวีความรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ โดยอธิบายเหตุผลไม่ได้

ขบวนการทางจิตของผู้ชุมนุม จะพบได้ เช่นกัน มี 3 แบบรวมกัน

1. การชักจูงให้คล้อยตามผู้นำชุมนุมง่ายขึ้น ระยะเวลาสั้นขึ้น เห็นภาพชัดขึ้นการคล้อยตามก็จะง่ายมากขึ้นชัดเจน การคล้อยก็จะมีมากขึ้น

2. การเร่งเร้าให้คล้อยตามได้มากขึ้น สร้างความเชื่อได้ง่ายขึ้น ระยะเวลาสั้นวันขบวนการดังกล่าวจะง่ายมากขึ้น

3. อารมณ์ร่วมระบอบกว้างขวางกระจายออกไปยิ่งในกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงในอาชีพ ภาษา หมู่เหล่า จะแพร่กระจายได้เร็วขึ้น และขยายวงมากขึ้น ขณะเดียวกัน ถ้าเกิดอารมณ์ต่อต้านก็จะขยายการต่อต้านมากขึ้น

พฤติกรรมดังกล่าวทั้ง 2 ลักษณะดังกล่าว เกิดขึ้นได้ในกลุ่มที่ขัดแย้งความคิดทั้ง 2 ฝ่ายและเกิดขึ้นกับทุกอาชีพ ไม่ว่าจะ แพทย์ หรือสมณะ รวมทั้งผู้รักษากฎหมายหรือฝ่ายตรงข้ามกับผู้ชุมนุม ดังที่พบในเห็นจากข่าวรายงานจากสื่อสารมวลชน ทั้งโทรทัศน์, หนังสือพิมพ์ และผู้เข้าสังเกตการณ์ ดังที่เกิดขึ้นกับเหตุการณ์ การชุมนุมของ “กลุ่มเสื้อแดง” เป็นตัวอย่างการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วง เมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2553 มีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้น 8 ครั้ง คือ⁽¹²⁾

1. 9 เมษายน 2553 การชุมนุมที่สถานีดาวเทียมไทยคม ลาดหลุมแก้ว
2. 10 เมษายน 2553 ถนนดินสอ สีแยกคอวัว ราชดำเนิน
3. 22 เมษายน 2553 ยิงระเบิดที่ศาลาแดง ถนนสีลม
4. 28 เมษายน 2553 มีการยิงอาวุธสงครามที่อนุสรณ์สถาน ดอนเมือง

5. 30 เมษายน 2553 ผู้ชุมนุมเข้าตรวจค้นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
6. 13 พฤษภาคม 2553 มีการใช้อาวุธสงครามที่ศาลาแดง สีแยกวิทยุ
7. 14 พฤษภาคม 2553 มีการเริ่มกระชกพื้นที่ มีการปะทะกันใช้อาวุธสงคราม เผาซากศพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในหลายจุดที่สวนลุมพินี สีแยกวิทยุ แยกดินแดง ถนนราชปรารภ และอีกหลายแห่ง
8. 19-20 พฤษภาคม 2553 “การขอพื้นที่คืน” เกิดขึ้นที่ราชประสงค์ วัดปทุมวนาราม ดินแดง อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ มีการใช้วางระเบิด เผาอาคารกันใหญ่หลายแห่ง ที่ราชประสงค์และต่างจังหวัด การขอพื้นที่คืนสำเร็จ แกนนำมอบตัวที่สำนักงานตำรวจแห่งชาติหลายคน และหลบหนีกันหลายคน เหตุการณ์ทำท่าสงบ แต่ก็มีกรอกวนเผาสถานที่ราชการหลายแห่งที่ต่างจังหวัด ในเวลาต่อมาพร้อมการเคลื่อนไหวต่อเนื่อง

ภาพและข่าวจากสื่อมวลชนทุกประเภททั้งในและต่างประเทศที่รายงานมาอย่างต่อเนื่องมาร่วม 40 วัน ในการชุมนุมของ “คนเสื้อแดง” ช่วงเดือน เมษายน 2552 – พฤษภาคม 2553 มีการใช้อาวุธสงครามเกิดขึ้นมากมายต่อเนื่องเป็นระยะๆ ผู้สื่อข่าวต่างก็บันทึกภาพ รายงานเหตุการณ์อย่างใกล้ชิด รวมทั้งต้องสูญเสียชีวิตของนักข่าว ผู้ชุมนุม ผู้เข้าช่วยเหลือ ผู้บาดเจ็บ ทั้งแพทย์ พยาบาล หน่วยกู้ชีพอาสาสมัคร หน่วยส่งกำลังบำรุง ฯลฯ ขณะเดียวกัน แพทย์เองก็มีแนวคิดที่สนับสนุนต่อต้านคัดค้านการชุมนุม เช่น เดียวกันผู้ต้องขังอยู่ในเหตุการณ์อย่างตั้งใจเข้าชุมนุมหรือเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บไข้ได้ป่วย แต่ไม่ตั้งใจชุมนุมย่อมมีความคิดเห็น การกระทำต่างๆ ย่อมจะรับได้ระดับหนึ่ง แต่การใช้อาวุธเข้าปะทะประหารกันนั้น เป็นเรื่องที่แพทย์ โรงพยาบาลจะต้องรับภาระ ในการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บไม่ว่าจะเป็นฝ่ายไหน ก็ให้การดูแลรักษาตามหน้าที่ ตามจรรยาบรรณของแพทย์ เป็นสากลและวิธีการ ขององค์การกาชาดสากล ในช่วงวันที่ 25 เมษายน – พฤษภาคม 2553 นั้น ช่วงเวลาในสถานการณ์ 40 วัน ที่มีการชุมนุมทางการเมืองมีการกล่าวหาว่า “คนเสื้อแดง” กับ “กองกำลังทหาร” ที่ใช้อาวุธเข้าปะทะประหาร ใครผิดใครถูกก็ว่ากันไปตามเหตุผล แต่เกิดมีคนบาดเจ็บด้วยอาวุธสงครามที่เกิดขึ้นกับทหาร, ผู้ชุมนุม, ผู้ติดตาม เหตุการณ์อย่างใกล้ชิด ผู้อยู่ในเหตุการณ์ ในขณะที่ต่อสู้กัน ก็อยู่ในสถานภาพที่มีโอกาสได้รับบาดเจ็บเช่นกัน ภาพที่คนเข้าไปช่วยเหลือผู้บาดเจ็บระหว่างมีการใช้อาวุธสงคราม ประกอบด้วย^(8, 9, 12-22)

1. ผู้อยู่ในเหตุการณ์ คือ ผู้ที่ไม่ได้รับบาดเจ็บ หรือบาดเจ็บเล็กน้อย จะเป็นกลุ่มแรกที่เข้าช่วยเหลือ ในสถานการณ์อันตรายอย่างยิ่ง (จากการยิง, ระเบิด)^(8, 9, 12-20) การพาผู้บาดเจ็บออกจากที่เกิดเหตุโดยเร็ว โดยที่คนช่วยต้องปลอดภัยด้วย ภาพที่ได้จากสื่อในกรณียิงปะทะกันที่สีแยกคอกวัวในเวลาภาคคืน (10 เมษายน 2553) ภาพทหารลากผู้บาดเจ็บ โดยดึงแขน 2 ข้าง ลากไปกับพื้นถนน ถูกคนดึงว่าทำไมถูกต้องนั้น ความจริงแล้ว การช่วยแบบนี้ เป็นพื้นฐานของการพาผู้บาดเจ็บ ออกมาโดยวิธีลากกับพื้นที่ปลอดภัยมากที่สุด ดีที่สุดในขณะนั้น (โดยไม่ขวางทางปืน) อีกกรณีหนึ่ง ผู้ถูกยิงเข้าที่ศีรษะ วันที่ 13 พฤษภาคม 2553 เวลา 19.30 น. แต่ยังคงที่ยังไม่มีการระบุ นอกจากข่าวที่ว่ามีคนโผล่มาจากอาคารสูงชั้น 6 หรือ ชั้น 7 แต่ไม่มีการระบุอาคารใด เป็นข้อมูลที่คลุมเครือ หลังจากถูกยิง ผู้บาดเจ็บพุ่งลงไปกับพื้น

2. กลุ่มกู้ชีพหรือกลุ่มกู้ (ให้พัน) ภัย จะปะปนเข้าไปในกลุ่มคอยให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ถ้าเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงเป็นอันตรายต่อทุกคน การพาผู้บาดเจ็บหนีออกจากที่เกิดเหตุด้วยมือเปล่า เป็นหัวใจของการทำงานช่วยชีวิต ภาพของการหอบหิ้วอย่างทุลักทุเลก็พบมากกว่าการเคลื่อนย้ายมือเปล่า ที่ถูกวิธีการเคลื่อนย้ายที่ป้องกันการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังน้อยมากในการหามผู้หมดสติ การช่วยหามหรือหิ้วปีก พบบ้าง ขณะเดียวกันการใช้เปลสนามเข้าเคลื่อนย้าย ก็เห็นประปรายแต่เก้งก้าง เมื่อได้นำผู้บาดเจ็บขึ้นเปล (มักจะไม่วาง เรื่องคอหัก) ไม่ได้มัดตรึงผู้ป่วย ก็แข่งกันยกหามและวิ่ง แขนขาผู้บาดเจ็บห้อยร่อนแรงเป็นส่วนประกอบที่พบได้ในโทรทัศน์ข่าว การบ่มหัวใจในผู้บาดเจ็บที่หัวใจพบว่าไม่มีคนรอดตายจากวิธีนี้แต่เป็นภาพที่ได้รับความสนใจจากมือกล้องหรือตากล้องและนักข่าวว่า “เราจะช่วยเต็มที่” เมื่อขึ้นรถพยาบาลได้ ก็ช่วยกันวิ่งส่งกันตามกันรถไประยะหนึ่งเสร็จแล้วออกหาผู้บาดเจ็บต่อไป เป็นภาพที่พบตลอดเวลาในโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์ที่รายงานข่าวอย่างใกล้ชิด

3. การเคลื่อนย้ายและส่งต่อ เมื่อได้ผู้บาดเจ็บขึ้นรถพยาบาล (อาจมีรถกระบะและรถจักรยานยนต์ โดยนั่งประกบหลังคนเจ็บ) ตามแผนที่กำกับดูแลของศูนย์เอราวัณของกรุงเทพมหานคร^(5, 6, 13, 14) ร่วมกับศูนย์เรนทรของกระทรวงสาธารณสุขจะนำไปยังโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เป็นโรงพยาบาลด่านหน้า ในเขตกรุงเทพมหานครมีการชักซ้อมการทำงานของโรงพยาบาลทั่วกรุงเทพมหานคร ทุกโรงพยาบาลมีแผนรับมือเหตุกลุ่มชน จากที่เกิดโดยมนุษย์ทำครั้งนี้ มีการแจ้งแผนให้แก่ศูนย์ทั้ง 2 ถึงแผนดังกล่าวรวมทั้งการส่งต่อ เมื่อจำนวนผู้บาดเจ็บล้นจากโรงพยาบาลด่านหน้า ก็จะส่งต่อโรงพยาบาลที่อยู่ไกลออกไป การจัดกลุ่มผู้บาดเจ็บเข้าโรงพยาบาลที่มีศักยภาพต่างๆ (field triage)^(9, 13-20) ไม่มี เพราะขาด field commander ขั้นตอนการป้องกันภัยของผู้เข้าช่วยเหลือในสนามหรือพื้นที่เกิดเหตุไม่ชัดเจน แต่อาศัยเครื่องแบบหน่วยกู้ชีพ กู้ (ให้พัน) ภัย และแอบอ้างเอาเครื่องหมายกาชาดเป็นเกราะกำบังตน นับเป็นการช่วยตนเองของผู้ปฏิบัติงานในสนามของหน่วยกู้ชีพ กู้ภัย และรถพยาบาล ได้เป็นอย่างดีและเป็นไปตามแผนได้ค่อนข้างดี

4. การรักษาผู้ป่วยที่เกิดในขณะผู้ชุมนุม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

4.1 กลุ่มเจ็บไขได้ป่วยระหว่างชุมนุม ฝ่ายการชุมนุมได้จัดตั้งหน่วยพยาบาลขึ้นช่วยเหลือผู้ชุมนุม ซึ่งมีทั้งผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ เป็นพยาบาลทั้งอาสาสมัคร มีแพทย์ประจำ แต่จุดที่จัดบริการช่วยเหลือไม่ชัดเจนนัก ผู้เข้าชุมนุมที่คุ้นเคยกรุงเทพมหานครก็จะไปตามโรงพยาบาลต่างๆ ใช้สิทธิ “30 บาท” ก็เป็นจำนวนพอสมควร

4.2 กลุ่มที่บาดเจ็บ ตามแผนที่ชักซ้อมกันไว้ ศูนย์เอราวัณในฐานะเป็นเจ้าของท้องที่ ศูนย์เอราวัณ เป็นศูนย์ประสานงานตามอำนาจการปกครองท้องถิ่น^(5, 6, 12, 14) ซึ่งโรงพยาบาลวชิระเป็นแม่ข่ายวิชาการ ทางการแพทย์ของกรุงเทพมหานคร และของศูนย์เอราวัณเสริมอยู่ ทั้งนี้ ศูนย์เรนทรของกระทรวงสาธารณสุข ให้ความร่วมมือประสานกันเป็นอย่างดีรวมทั้งโรงพยาบาลทุกแห่งในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลได้ให้การร่วมมือประสานงานเป็นอย่างดีเยี่ยม

ภาพการช่วยเหลือรักษา เป็นไปตามเกณฑ์ของสาขาระงับ ซึ่งแตกต่างไปจากการช่วยผู้บาดเจ็บ ในภาวะปกติ ยิ่งเป็นภาวะของการขัดแย้งด้านความคิดการเมือง ซึ่งมีกระบวนการทางจิตของผู้ชุมนุม และแนวร่วม ฝ่ายประท้วง และผู้ติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด (นักข่าว, ผู้ที่รับข่าว) จึงเกิดทั้งชอบและไม่ชอบ ไม่เว้นแต่แพทย์เองที่เราพบว่ามีความคิด อารมณ์ร่วมเช่นนี้ขึ้นได้⁽⁶⁾ ภาพการกระทำที่หลายคนนำมาวิพากษ์วิจารณ์นั้น บอกพื้นฐานความรู้การวิเคราะห์ข้อมูล ที่มีอยู่ได้ถึถ้วน และรู้จริงแค่ไหน การกระทำของโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้บาดเจ็บโดยเฉพาะบุคคลสำคัญนั้น ส่วนใหญ่จะแสดงว่าโรงพยาบาลได้ให้การรักษาเต็มที่ แม้จะขัดกฎเกณฑ์มาตรฐาน รักษาจากภาวะปกติไปก็ตาม การคิดว่าโรงพยาบาลแห่งนี้ เป็นฝ่ายตรงข้ามของผู้ชุมนุมก็เป็นเรื่องปกติที่ผู้ชุมนุมได้ปฏิบัติต่อโรงพยาบาลแห่งนี้ และคิดไปความรู้สึก ในขณะนั้น ในฐานะที่โรงพยาบาลต้องอยู่ในบริเวณที่มีเหตุการณ์วิกฤต เช่น โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี แผนงานของโรงพยาบาล ต้องวางไว้หลายแผน เช่น^(1,4,8,9,12,15-20)

1. แผนการรับผู้ป่วยจำนวนมากที่ประดังเข้ามา (Mass casualty plan)
2. แผนอพยพเมื่อเหตุการณ์วิกฤตอยู่ใกล้โรงพยาบาล หรือติดกับโรงพยาบาล (Evacuation plan)
3. แผนรักษาความปลอดภัย สถานที่ บุคคล และกลุ่มผู้บาดเจ็บที่มีความขัดแย้งอย่างรุนแรง (Security plan)
4. แผนการทำงานด้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ นอกเหนือไปซึ่งปกติแล้ว บุคลากรแพทย์มักจะตื่นมาช่วยกันจากการชุมนุม เมื่อทราบข่าว จนบริเวณที่รับผู้บาดเจ็บเต็มไปด้วยบุคลากรของโรงพยาบาล จนเหลือพื้นที่ให้ผู้ป่วย น้อยกว่า ภาวะปกติประจำวัน (Action and further continuing plan)
5. แผนใช้อุปกรณ์บริโภค สำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลและผู้ป่วยในระยะต่อเนื่องเมื่อถูกปิดล้อม (3-7 วัน)
6. แผนตรวจพิสูจน์บุคคล
7. (สุดท้าย) แผนการเก็บขยะ กำจัดขยะ ที่เพิ่มขึ้น

Mass casualty plan ในสากล^(9, 17, 20) นอกจากแผนต่างๆ ดังกล่าวแล้ว แนวทางการรักษา จะกำหนดให้ผู้บาดเจ็บจำนวนหนึ่ง อยู่ในกลุ่ม M หรือสีดำ (ของต่างประเทศใช้สีเทา) โดยมีข้อบ่งชี้ว่า เมื่อให้การช่วยเหลือรักษา ผู้บาดเจ็บในภาวะที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก แต่ มีเงื่อนไขในความจำกัดของห้องผ่าตัด, เวชภัณฑ์, เลือด, เวลาแต่ต้องช่วยผู้บาดเจ็บให้มากที่สุด ตายน้อยที่สุด พิการน้อยที่สุด การเลือกสรรผู้ป่วยเพื่อการรักษาในเวลานี้ มีแนวคิดในการเปรียบเทียบระหว่าง ผู้บาดเจ็บที่รุนแรง จะใช้เวลาในการผ่าตัดมากใช้เลือดระหว่างผ่าตัดมาก ผลการผ่าตัดได้ผู้ป่วยที่นอนแช่แข็ง เป็นพิษ ผัก เป็นภาวะของการดูแลของญาติและการรักษาต่อเนื่อง กับผู้บาดเจ็บอีกหลายคนที่มีความเร่งด่วน อีกหลายคนใช้เวลาน้อยกว่าใช้เวชภัณฑ์น้อยกว่า ใช้เลือดน้อยกว่า แต่รอดเป็นปกติได้ นอกจากนี้แผลและขั้นตอนการผ่าตัดจึงถูกกำหนดไว้ในแผนการเตรียมพร้อมเพื่อรักษาผู้บาดเจ็บต่างๆ จึงต้องกำหนดขึ้นเริ่มตั้งแต่ ผู้ป่วยมาถึงห้อง

อุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยกำหนดให้คัลยแพทย์อาวุโส “เป็นผู้คัดกรองผู้ป่วย (Triage)” เพื่อรักษาให้รอดตายมากที่สุด พิจารณาน้อยที่สุด ในปัจจุบัน การบาดเจ็บ ภาวะปกติจะฝึกให้พยาบาลทำให้ Triage กันซึ่งได้ผลระดับหนึ่ง จากการทบทวนงาน (Audit) ใน ผู้ป่วยที่ Resuscitate ที่ฐาน Resuscitate (โดยมากใช้สีแดง เป็นสัญลักษณ์) พบว่านำผู้บาดเจ็บเข้าฐานโดยไม่จำเป็น Resuscitate ในภาวะปกติประมาณร้อยละ 20-30 และนำผู้บาดเจ็บหนักเข้าห้องเปล หรือ ฐานสำหรับผู้ป่วยอาการปานกลาง (สีเหลือง) ประมาณร้อยละ 30 การคัดกรองว่าเป็นผู้ถึงแก่กรรม “ไม่มี” แต่กรณี 14 ตุลาคม 2516 ทีมคัลยแพทย์ศิริราชถูกปรมาจารย์ทางคัลยศาสตร์ตำหนักที่นำผู้บาดเจ็บถูกยิงเข้าศีรษะ สมองทะลัก เข้าห้องผ่าตัด ท่านให้แนวคิดถึงข้อดีและข้อเสียดังกล่าว ในการทำงานระหว่างมี Mass casualty จากประสบการณ์ของท่านที่ได้ผ่านสมรภูมิและผ่าตัดสมองมาแล้วอย่างโชกโชก ท่านได้ก่อตั้งประสาทคัลยศาสตร์ ในโรงเรียนแพทย์และคัลยศาสตร์อุบัติเหตุ ขึ้นในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2513 และมีคัลยแพทย์ด้านนี้ เกิดในโรงเรียนแพทย์เป็นครั้งแรกในประเทศไทย

ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการชุมนุม เมษายน - พฤษภาคม 2553 ระบบการข่าว ข้อมูลการข่าวลวง ลึก เข้าถึงห้องผ่าตัด แต่ไม่เข้าใจในขบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุกลุ่มชนถูกวิจารณ์ขึ้น รวมทั้งเกิดขบวนการสร้างการแพทย์ฉุกเฉินที่เน้นการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่เกิดเหตุ และสิ้นสุดที่ห้องฉุกเฉิน (พยายามตัดหรือคงคำอุบัติเหตุไว้ท้ายห้องฉุกเฉิน)⁽¹⁴⁾ แล้วมีการส่งต่อเข้าสู่สายผู้ชำนาญวิชาชีพต่างๆ ช่องว่างจุดนี้เกิดขึ้นและนับวันจะถ่างออกไป และสำคัญที่สุดคือ การรับผู้ป่วยหนักไว้ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 10-15) ของผู้บาดเจ็บทั้งหมด ขาดการต่อเนื่องโดยมีปัจจัยของเตียง ห้องผ่าตัด และคัลยแพทย์ การดูแลหลังผ่าตัด การฟื้นฟูบูรณะเป็นตัวแปร คงไม่แปลกใจที่โรงพยาบาลใหญ่ๆ ภูมิภาค ต้องมีเตียงรักษาตามระเบียบ คัลยแพทย์ที่รับงานเพิ่มอีก 2-3 เท่าตัว เพราะการส่งต่อการแพทย์ประเทศไทยพยายามพัฒนาให้คล้ายอเมริกา แต่ประเพณี วัฒนธรรมระบบการทำงานของแพทย์ ค่าตอบแทนแพทย์ยังใช้แบบไทยๆ สังคมยังเข้าใจว่า “ทุกโรงพยาบาลมีศักยภาพการรักษาเท่ากัน” “แพทย์คือบุคคลที่ให้การรักษาได้ทุกโรค” “โรงพยาบาลขาดเครื่องมือ เป็นเรื่องสำคัญของการรักษา” “เหตุที่ผู้บาดเจ็บตายก็เพราะทนพิษบาดแผลไม่ไหว” ยังพบเห็นในปัจจุบัน แพทย์อุบัติเหตุ งานหนักถูกมองข้ามและค่าตอบแทนน้อย ต้องใช้เวลาฝึกต่อเนื่อง จากแพทยศาสตร์บัณฑิต แพทย์ใช้ทุน แพทย์สาขาวิชาต่อเนื่องอีกรวมไปแล้ว 13 ปี และฝึกทักษะในตำแหน่งอีก 3-4 ปี ก็ยังทำงานไม่คล่องแคล่วทันการต่อวงจรอุบาทว์ ของการบาดเจ็บ ยิ่งในสภาวะสาธารณภัย ยิ่งหนักไปอีก Lion hearts, Eagle eyes, Women hands เป็นคาถาที่ต้องท่องไว้ทุกวัน ของคัลยแพทย์ด้านอุบัติเหตุที่กำลังแผ่ลงทุกวัน ขณะเดียวกันจำนวนผู้บาดเจ็บยังไม่ลดลงเท่าที่ควรตั้งแต่ พ.ศ. 2512

Reference

1. WHO: Emergency preparedness and response (Part I) and World health day theme and queral consideration (Part II) WHO program for emergency prepared and response. 1988-1989, 1990-1991.

2. Yasuhiro Yamamoto: Introduction in further aspects of disaster medicine. Proceeding of the Second Asian-Pacific Conference of Disaster Medicine (2 APCDM). Ciba, Japan 1992 Sept 10-13.
3. Tashifumi Otsuka. Preface in Further aspects of disaster medicine. Proceeding of the second Asia - Pacific Conference of Disaster Medicine (2 APDM) Ciba Japan 1991 Sept 10-13.
4. พ.อ.รัชชชัย กาญจนรินทร์ : Disaster life support ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 16: การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ 7 แบบ สหสาขา สมาคมแพทย์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย ประยุทธ์ ศิริพงษ์ ทวีวงศ์ จุลกมนตรี เรวัต ชุณหสวัณกุล อนันต์ ตัณมุขกุล บ.ก. N.P. Press กทม. 2553: 190-207
5. พ.ร.บ. ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550.
6. พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551
7. อุดม ลักษณะวิจารณ์ จิตวิทยาากลุ่มชน รายงานการสัมมนาระดับชาติ เรื่องแนวทางการวางแผนแห่งชาติเพื่อรับวินาศภัย กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ชมรมแพทย์อุบัติเหตุ กทม. 18-22 สิงหาคม 2523: 130-21
8. อนันต์ ตัณมุขกุล: อุบัติเหตุ และสาธารณภัย ในด้านจิตวิทยาในการดูแลผู้บาดเจ็บ ที่ไม่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 3 อนันต์ ตัณมุขกุล และคณะ บก. เอ็นพี เพลส กทม. 2552: 249-64.
9. อนันต์ ตัณมุขกุล: อุบัติเหตุหมู่หรือกลุ่มชน ในการดูแลผู้บาดเจ็บที่ไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 3 อนันต์ ตัณมุขกุล และคณะ บก. เอ็นพี เพลส กทม. 2552: 225-48.
10. อรพรรณ ทองแดง: เอกสารการบรรยายเรื่อง จิตวิทยาและพฤติกรรม ของบุคคลและกลุ่มชนในขณะที่เกิดวินาศภัย การอบรมการทำแผนป้องกันและบรรเทาอัคคีภัยในโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2524
11. Mc Gonagalus LC Psychological aspects of disaster ASPH 1964; 51:635-43
12. อุบล ยี่เฮง การเผชิญภัยพิบัติ ถอดบทเรียน: กรณีความไม่สงบทางการเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร
- 12 มี.ค. - 22 พ.ค. 2553 Emergency medicine การประชุมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 12: ประหยัด ปลอดภัย ไร้รอยต่อ สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ร่วมกับศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” โรงพยาบาลราชวิถี ระพีพร ไรจน์แสงเรือง, อุบล ยี่เฮง จักรี ก้วจำกัด บก. N.P. Press กทม. 2553: 38-47
13. สำนักส่งเสริม การป้องกันสาธารณภัย: คู่มือแนวทางการดำเนินงานชุมชนเข้มแข็ง เตรียมพร้อมป้องกันภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2551
14. ชาตรี เจริญชีวะกุล แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติประจำปี 2553-54 การประชุมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 12: ประหยัด ไร้รอยต่อ สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย ร่วมกับศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” โรงพยาบาลราชวิถี ระพีพร ไรจน์แสงเรือง อุบลยี่เฮง จักรี ก้วจำกัด บก. N.P. Press กทม. 2553: 7-13
15. Noj: EK Disaster medical service in Emergency Medicine; a comprehensive study guide 5th ed. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapezynoti Edition, Me ground Hill 2001: 22 -31
16. American College of Surgeons; Committee on Trauma : Resources for optimal care of the injury patients: Pre hospital trauma care. Mass casualties 1999; 13-17, 87-91
17. Esfman AB, Whalsh JC, Field T Triage. In Trauma 3rd ed. Faliciano DV, More EE, Math KL Eat. Appleton & Lange, Comecticul 1996: 69-84.
18. Kram WM, Bahme CW: Mass Casualties and mass evacuation; in Fire engineering book 2 video Ann skill Rublishins Co. 1992: 474-8
19. Henry MC, Stapleton ER. Director and triage in EMT prehospital case. Biblis MB Edit. WB Saunder Co. Philladelphia 1992: 717-53.
20. New York State Department of Health. EMS program: Operation Update Number 27-41, Management kits for MCI field response, Albany, New York 1988.
21. Committee on Knouma, America college of surgeons: Resource for optimalcare of the injured patient: Quality improvement. Chicago; 1993: 77-95.
22. สมาคมแพทย์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย รายงานผลการตรวจเยี่ยมศูนย์อุบัติเหตุ ประจำปี 2550 โดยการสนับสนุนจากสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บ้านหนังสือโกสินทร์ กทม. 2550