

แนวทางการเตรียมความพร้อม โรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก
ในการตอบโต้ภัยพิบัติ ในพื้นที่กองทัพอากาศที่ 3

เอกสารวิจัยส่วนบุคคล



โดย

พันเอก สุรย์ สอนปาน
ประจำมณฑลทหารบกที่ 39

วิทยาลัยการทัพบก

กันยายน 2568

บทคัดย่อ

ผู้วิจัย พันเอก สุรย์ สอนปาน
เรื่อง แนวทางการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก
ในการตอบโต้ภัยพิบัติ ในพื้นที่กองทัพบกภาคที่ 3
วันที่ ๑ กันยายน 2568 **จำนวนคำ :** 12,487 **จำนวนหน้า :** 37
คำสำคัญ ภัยพิบัติ, โรงพยาบาลสนามระดับ 1, การเตรียมความพร้อม
ชั้นความลับ ไม่มีชั้นความลับ

งานวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ในการรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติที่ทวีความถี่และรุนแรงมากขึ้น โดยเจาะจงพื้นที่ปฏิบัติการของกองทัพบกภาคที่ 3 ประเด็นศึกษาครอบคลุม (1) บทบาทของกองทัพบกในการบรรเทาสาธารณภัย (2) การประเมินความเสี่ยงในพื้นที่ภัยพิบัติ (3) รูปแบบการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล และ (4) การพัฒนาขีดความสามารถทางการแพทย์ ทั้งด้านบุคลากร ยุทโธปกรณ์ และระบบบัญชาการควบคุม ผลการวิจัยชี้ว่า พื้นที่กองทัพบกภาคที่ 3 ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศหลากหลาย ส่งผลให้เกิดภัยพิบัติได้บ่อยครั้ง เช่น น้ำท่วมฉับพลัน น้ำป่าไหลหลาก ดินโคลนถล่ม และอาจมีความเสี่ยงจากภัยรูปแบบใหม่ อาทิ โรคระบาดอุบัติใหม่ สภาพดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ซึ่งเป็นหน่วยแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น มีความสำคัญในการคัดแยกผู้บาดเจ็บ การให้การรักษาเบื้องต้น รวมถึงการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น

อย่างไรก็ดี ปัญหาที่พบหลักๆ ได้แก่ การขาดบุคลากรการแพทย์เฉพาะทาง การขาดงบประมาณและยุทโธปกรณ์ที่ทันสมัย และการขาดกลไกบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานพลเรือนกับหน่วยทหาร แนวทางพัฒนาที่เสนอ ได้แก่ (1) พัฒนาศักยภาพกำลังพลและทีมแพทย์ทหารให้มีมาตรฐานสอดคล้องกับ WHO FMT Type 1 หรือ NATO Role 1 (2) เสริมระบบสื่อสารและการประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่นและกระทรวงสาธารณสุข (3) จัดทำแผนงบประมาณเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลสนาม และ (4) ฝึกอบรมและซักซ้อมแผนปฏิบัติการร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้โรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก เป็น “ด่านหน้า” ที่สามารถตอบสนองต่อภัยพิบัติได้ทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

ABSTRACT

AUTHOR: Colonel Soon Sornpan

TITLE: Guidelines for Enhancing the Preparedness of Royal Thai Army Level-1 Field Hospitals in Disaster Response within the Third Army Area

DATE: 9 September, 2025 **WORD COUNT :** 12,487 **PAGES :** 37

KEY TERMS: Disaster, Level 1 Field Hospital, Preparedness

CLASSIFICATION: Unclassified

This research aims to develop guidelines for preparing the Thai Army's Level 1 field hospitals under the Third Army Area to address escalating disaster frequencies and intensities. It focuses on four issues: (1) the Army's role in disaster relief, (2) risk assessment in disaster-prone areas, (3) field hospital establishment compliant with international standards, and (4) enhancing medical capabilities in personnel, equipment, and command systems. Findings indicate the Third Army Area's varied terrain particularly mountainous regions with multiple waterways—heightens risk of frequent disasters such as flash floods, landslides, and potential emerging threats like new infectious diseases. In such contexts, Level 1 field hospitals are vital in triaging casualties, providing initial treatment, and ensuring systematic patient referral to higher-level facilities.

Nevertheless, major challenges include a shortage of specialized medical personnel, insufficient budgets and modern equipment, and weak data integration between civilian and military agencies. Recommended improvements encompass (1) upgrading military medical teams to WHO FMT Type 1 or NATO Role 1 standards, (2) strengthening communication and coordination with local authorities and the Ministry of Public Health, (3) dedicating budgets for field hospitals, and (4) continuous joint training and drills. These measures ensure Level 1 field hospitals serve as critical frontline responders in emergencies.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บัญชาการวิทยาลัยการทัพบก และคณาจารย์ ผู้บังคับบัญชา คณะอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้มีส่วนสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ให้คำชี้แนะ แนะนำแนวคิด หลักการ และวิธีการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนจนถึงการสรุปผลการวิจัย ท่านได้สละเวลาให้คำปรึกษาทั้งในด้านวิชาการและการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ภัยพิบัติ ทำให้ข้าพเจ้าได้สั่งสมองค์ความรู้และนำมาประยุกต์ใช้ได้ อย่างเป็นรูปธรรม

ขอขอบคุณ พันเอกสมัย ขำพันธ์ ซึ่งเป็นผู้ให้คำปรึกษาและสนับสนุนแนวคิด ตลอดการดำเนินงานวิจัย ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ข้อมูล คำแนะนำ ตลอดจนเอื้ออำนวย ทรัพยากรในการศึกษาและดำเนินการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วง และหน่วยงานในพื้นที่ กองทัพภาคที่ 3 ได้แก่ โรงพยาบาลทหาร, โรงพยาบาลภาคสนาม, ศูนย์บรรเทาสาธารณภัย และหน่วยงานพลเรือนที่เกี่ยวข้อง ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการสาธารณภัย และหน่วยงาน ภาคส่วนต่าง ๆ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการสัมภาษณ์และรวบรวมข้อมูล ซึ่งให้ความ ร่วมมือในการให้ข้อมูล ทั้งด้านเอกสารและประสบการณ์ตรง ตลอดจนช่วยอำนวยความสะดวกในการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้ข้อมูลการวิจัยมีความรอบด้านและเชื่อถือได้ ตลอดจน เพื่อนร่วมงานทุกคนที่ได้ให้กำลังใจและความช่วยเหลือในทุกขั้นตอนของงานวิจัยนี้ สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าหวังว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อกองทัพบก หน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้สนใจในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถรับมือและ ตอบสนองต่อภัยพิบัติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
วิธีการศึกษา	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7

บทที่ 2 บทแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	9
โครงสร้าง / การกิจของโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ในกองทัพบก	12
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17

บทที่ 3 บทวิเคราะห์

ผลการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย	20
บทสรุปการวิเคราะห์	27

บทที่ 4 บทอภิปรายผล

28

บทที่ 5 บทสรุป

สรุปผลวิจัย	34
ข้อเสนอแนะการวิจัย	35

เอกสารอ้างอิง

ภาคผนวก การวิเคราะห์ SWOT Analysis

ประวัติย่อผู้วิจัย

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติทางธรรมชาติหลายรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากอุทกภัยที่ได้รับผลจากอิทธิพลของลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ซึ่งพัดผ่านในช่วงฤดูฝน ส่งผลให้เกิดปริมาณน้ำฝนที่หนาแน่นและต่อเนื่อง โดยในพื้นที่ภาคเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่เขตรับผิดชอบของกองทัพอากาศที่ 3 ประกอบด้วยภูมิประเทศที่หลากหลายและตั้งอยู่ใกล้เขตภูเขาและมีลำน้ำสาขาจำนวนมาก ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อภัยธรรมชาติ

สถานการณ์ดังกล่าวทำให้เกิดดินโคลนถล่ม น้ำป่าไหลหลาก และน้ำท่วมฉับพลัน² ซึ่งสร้างความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน รวมถึงโครงสร้างพื้นฐานสำคัญ เช่น สะพานและถนน ซึ่งการเตรียมการเพื่อรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะการบรรเทาสาธารณภัย การค้นหาผู้ประสบภัย, ภัย, การรักษาพยาบาล และการส่งกลับ ที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติ มีความจำเป็นจะต้องมีการเตรียมการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

โรงพยาบาลสนามที่ใช้ในการกิจของสหประชาชาติและกองทัพ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ โดยโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ให้บริการทางการแพทย์เบื้องต้น มีแพทย์ที่สามารถให้การรักษาด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน การกู้ชีพเบื้องต้น และเตรียมการส่งต่อผู้ป่วยไปยังระดับถัดไปตามขีดความสามารถ³ โรงพยาบาลสนามระดับ 2 มีศักยภาพสูงขึ้น สามารถให้การรักษายาบาลที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการผ่าตัดฉุกเฉิน เช่น การผ่าตัดเพื่อรักษาชีวิต และการควบคุมการตกเลือด มีห้องผู้ป่วยวิกฤต และห้องปฏิบัติการแปลผลเลือดและเอกซเรย์ โรงพยาบาลสนามระดับ 3 เป็นโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและขีดความสามารถมากขึ้น มีบริการแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ โรงพยาบาลสนามระดับ 4 จัดตั้งในพื้นที่นอกเขตพื้นที่ประสบภัย⁴ และเป็นที่พักพิงและทำกายภาพบำบัดเพื่อให้กลับมาใกล้เคียงสภาวะปกติ

ข้อมูลขององค์การอุตุนิยมวิทยาโลกพบว่าภัยพิบัติที่เกิดขึ้นในช่วงปีหลัง ๆ เช่น ปรากฏการณ์ Rain Bomb คือ สภาพฝนตกหนักเฉียบพลันในพื้นที่จำกัด สามารถทำให้เกิดน้ำท่วมฉับพลันในระยะเวลาสั้นเพียง 2 ถึง 3 ชั่วโมง เช่นในพื้นที่จังหวัดพะเยา หรือภาวะ Atmospheric River คือ แม่น้ำในชั้นบรรยากาศที่นำพาความชื้นจำนวนมากจากมหาสมุทรทำให้เกิดอุทกภัยในพื้นที่ทะเลทราย เช่นที่ประเทศคูเวต ในปี 2567 ที่ผ่านมา ปรากฏการณ์

เหล่านี้มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

จากสภาพแวดล้อมในเหตุการณ์ที่กล่าวมานี้ส่งผลให้พื้นที่ประสบภัยมีโอกาสเกิดภัยพิบัติได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว ถือได้ว่า เป็นภัยคุกคามใหม่จำเป็นต้องมีการปรับหลักนิยมในการตอบโต้ภัยพิบัติ จากเดิมที่วางระดับการปฏิบัติการไว้ที่ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผ่านการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามระดับที่ 2 จึงควรมีการปรับปรุงและพัฒนาให้สามารถตอบโต้ภัยพิบัติได้ทุกพื้นที่ในความรับผิดชอบ โดยผ่านทางโรงพยาบาลทุกแห่งของกองทัพบก โดยการตั้งโรงพยาบาลสนามระดับที่ 1

ในประเทศไทยช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ในปี พ.ศ. 2554 ถือเป็นตัวอย่างสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ในพื้นที่ภัยพิบัติ มีปัญหาความล่าช้าในการดำเนินการทุกๆ มิติ เช่น เรื่องของระบบการวางแผน การส่งกำลัง บุคลากรและยุทโธปกรณ์ รวมถึง ระบบการสั่งการที่ไม่มีเอกภาพ ขาดการประสานงานที่ดี การตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินในพื้นที่ประสบภัยยังขาดความครบถ้วน ทั้งในมิติของการวางแผน การจัดการส่งกำลังบำรุง และการขาดบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะทางด้านการแพทย์ฉุกเฉิน⁵ ซึ่งส่งผลให้การช่วยเหลือประชาชนล่าช้า ทำให้ชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนเสียหายเป็นจำนวนมาก

กองทัพบกมีหน้าที่ในการปฏิบัติการทางทหารนอกเหนือจากสงคราม(Military Operations Other Than War) จึงมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการด้าน การให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมและการบรรเทาภัยพิบัติ หรือ HADR (Humanitarian Assistance and Disaster Relief) โดยเป็นหน่วยงานที่สามารถจัดตั้งได้อย่างรวดเร็วและมีความสามารถในการเคลื่อนย้ายไปยังพื้นที่ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างทันที ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550² ได้กำหนดบทบาทให้กระทรวงกลาโหมเป็นส่วนราชการที่ให้การสนับสนุนทรัพยากร เช่น บุคลากร ยานพาหนะ และอุปกรณ์⁵ ที่มีอยู่แก่หน่วยงานที่มีความรับผิดชอบหลักในการบรรเทาสาธารณภัย คือ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย โดยให้หน่วยทหารที่มีที่ตั้งในพื้นที่เป็นผู้ให้การสนับสนุนกำลังพลและยุทโธปกรณ์ทันทีที่มีการร้องขอ² การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสนามจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สามารถบริหารจัดการต่อภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันการณ์ตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งการเตรียมความพร้อมนี้รวมถึงการฝึกอบรมบุคลากร การเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการวางแผนการปฏิบัติงานบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องตามยุทธศาสตร์ชาติ¹⁰

ในปี พ.ศ. 2567 กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยรายงานว่า มีสถานการณ์อุทกภัยในพื้นที่ภาคเหนือ รวม 37 อำเภอ 156 ตำบล 940 หมู่บ้าน ประชาชนได้รับผลกระทบ 21,824ครัวเรือน ต้องย้ายออกจากพื้นที่ เกิดเหตุดินโคลนถล่มในจังหวัดเชียงใหม่และเชียงราย ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บ 136 รายและมีผู้เสียชีวิตสะสมรวม 22 ราย

ข้อมูลจากรายงานการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงาน ของศูนย์บรรเทาสาธารณภัยที่เกี่ยวข้อง ปัญหาที่พบ คือการขาดระบบบริหารจัดการ แผนปฏิบัติงาน รวมถึงบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการแพทย์ไม่เพียงพอ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการตอบโต้ภัยพิบัติ การขาดแคลนอุปกรณ์ทันสมัย และการขาดการประสานงานที่เป็นระบบระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ภัยพิบัติ ที่ต้นเหตุการณ และเหมาะสม ซึ่งปัญหาเหล่านี้ทำให้การปฏิบัติการในการตอบโต้ในสถานการณ์ภัยพิบัติขาดประสิทธิภาพ

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยมีความสนใจในการวิจัยแนวทางการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ในการตอบโต้ภัยพิบัติ ในพื้นที่กองทัพภาคที่ 3 ขึ้นเพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงและพัฒนาหน่วยให้มีประสิทธิภาพ ในการลดความสูญเสียดังกล่าว **โรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก** ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในภารกิจ ช่วยเหลือประชาชน ของกองทัพบก โดยโรงพยาบาลสนามประเภทนี้สามารถให้บริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน การช่วยชีวิตฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน และการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย ไปยังโรงพยาบาลสนามระดับสูงกว่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ แนวคิดนี้สอดคล้องกับมาตรฐาน Foreign Medical Teams (FMT) ขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁷ รวมถึงหลักนิยมของ NATO ที่ระบุถึงการแบ่งระดับขีดความสามารถทางการแพทย์ (Role 1–4)⁸ นอกจากนี้ ยังต้องคำนึงถึงการทำงานร่วมกันของภาคพลเรือนและหน่วยงานอื่น ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งแนวทางการบูรณาการ ดังกล่าวได้รับการส่งเสริมภายใต้ “Oslo Guidelines” ของสำนักงานเพื่อการประสานงานด้านมนุษยธรรมแห่งสหประชาชาติ (OCHA)⁹

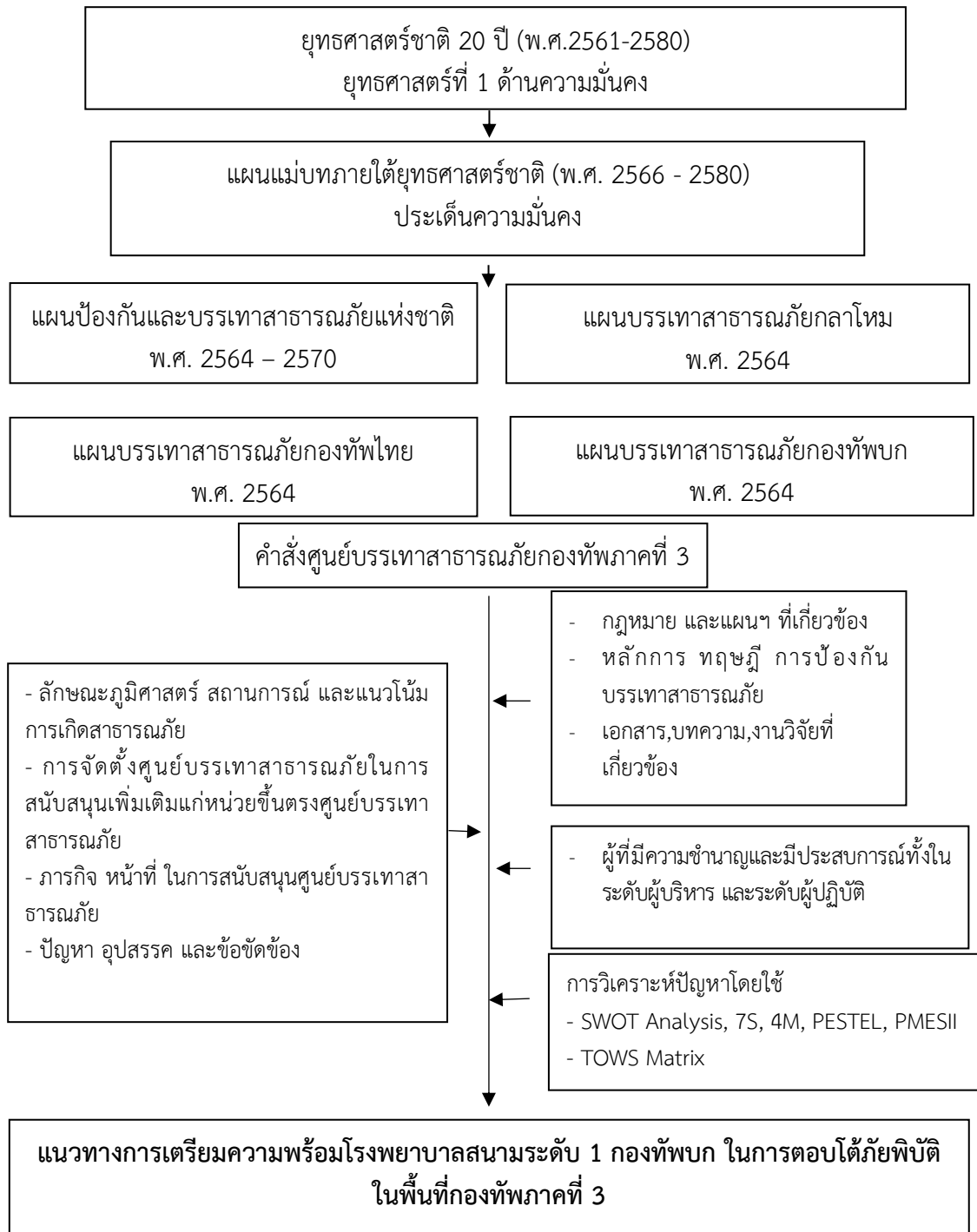
ดังนั้น หากกองทัพบกไทยสามารถยกระดับศักยภาพของโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากลได้ ย่อมจะช่วยลดความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน และตอบสนองต่อสถานการณ์ภัยพิบัติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมถึงเป็นต้นแบบให้กับหน่วยงานอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ในการตอบโต้ภัยพิบัติ ในพื้นที่กองทัพบกภาคที่ 3
2. เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยของปัญหาที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ในการตอบโต้ภัยพิบัติ ในพื้นที่กองทัพบกภาคที่ 3
3. เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ในการตอบโต้ภัยพิบัติ ที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้จะใช้กรอบแนวคิดการจัดการภัยพิบัติ การบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน และการพัฒนามาตรฐานสากลด้านการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยอ้างอิงโมเดลวงจรภัยพิบัติ (Prevention–Preparedness–Response–Recovery)¹ และเทียบเคียงกับแนวทางการปฏิบัติของ WHO, UN และ NATO เพื่อให้สามารถจัดทำแนวทางการดำเนินงานและพัฒนาการเตรียมความพร้อมที่มีประสิทธิภาพสูงสุด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย

ใช้รูปแบบวิจัยเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Research) ตามแนวทางของวิทยาลัยการทัพบก ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประกอบด้วยการศึกษาเอกสารและนโยบาย เช่น พระราชบัญญัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550², แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564–2570² มาตรฐานสากล WHO³, NATO⁸, OCHA²

2. ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแนวทางการการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ในการตอบโต้ภัยพิบัติในการรับมือภัยพิบัติธรรมชาติในพื้นที่กองทัพอากาศที่ 3 ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ด้านความมั่นคง ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กองทัพบก

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแนวคิด เอกสาร คำสั่ง และนโยบายต่างๆใช้เอกสารศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ จากรายงาน การทบทวนหลังการปฏิบัติ (After Action Review) ของศูนย์บรรเทาสาธารณภัย ข้อมูลสถิติการเกิดภัยพิบัติ การวิเคราะห์ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ มีการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมโดยใช้แนวคิด, หลักในการจัดหน่วย และโครงสร้างองค์กร เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สภาพภายในและภายนอก เพื่อหาจุดแข็งและจุดอ่อน ขององค์กรและวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกตามแนวคิด โดยใช้การวิเคราะห์แบบ PMESII, PESTEL, 7S, SWOT Analysis, TOWS Matrix เพื่อหาโอกาสและอุปสรรค ที่จะปรับโครงสร้าง เพื่อให้เป็นแนวทางเชิงกลยุทธ์ในการปรับโครงสร้าง

5. ขั้นตอนการดำเนินการ

กิจกรรม	พ.ย. 67	ธ.ค. 67	ม.ค. 68	ก.พ. 68	มี.ค. 68	เม.ย. 68	พ.ค. 68	มิ.ย. 68
1. เลือกเรื่องและกำหนดหัวข้อการวิจัย	↔							
2. สอบการนำเสนอโครงร่างการวิจัย		↔						
3. ศึกษาและค้นคว้าที่มาของปัญหา			↔					
4. วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล					↔			
5. สรุปผลการวิจัย						↔		
6. นำเสนอผลการวิจัย							↔	
7. จัดทำรูปเล่ม								↔

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำข้อมูลด้านปัจจัยสภาพแวดล้อมไปใช้ในการพัฒนาการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ในการตอบโต้ภัยพิบัติ ในพื้นที่กองทัพอากาศที่ 3 ให้มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อนำข้อมูลด้านปัจจัยสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อแนวทางการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ในการตอบโต้ภัยพิบัติ ในพื้นที่กองทัพอากาศที่ 3 ไปปรับปรุงพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ
3. เพื่อนำรูปแบบและแนวทางไปพัฒนาในการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ในการตอบโต้ภัยพิบัติ ให้มีประสิทธิภาพและเป็นรูปแบบให้กับส่วนราชการอื่นต่อไป

บทที่ 2

บทแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภัยพิบัติเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในด้านความถี่และความรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่กองทัพอากาศที่ 3 ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศที่หลากหลาย ประกอบด้วยพื้นที่ภูเขาสูงและลำน้ำสาขาจำนวนมาก จึงมีความเสี่ยงสูงต่อเหตุการณ์น้ำท่วมฉับพลัน น้ำป่าไหลหลาก และดินโคลนถล่ม สถานการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างต่อโครงสร้างพื้นฐาน เศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของประชาชน การตอบโต้ภัยพิบัติจึงเป็นภารกิจสำคัญที่ทุกหน่วยงานต้องตระหนัก โดยเฉพาะระบบสุขภาพและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นหัวใจหลักในการลดผลกระทบจากภัยพิบัติได้อย่างทันที่

โรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก มีความสำคัญในฐานะเป็นหน่วยแพทย์ขั้นต้นที่สามารถให้บริการด้านสุขภาพในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างคล่องตัว ในบริบทของกองทัพบก โรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานของกองทัพทั้งในภาวะปกติและในสถานการณ์ภัยพิบัติหรือเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก จึงต้องอาศัยแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภัยพิบัติ ระบบสุขภาพฉุกเฉิน การบูรณาการทรัพยากร ตลอดจนการประยุกต์ใช้มาตรฐานขององค์การสหประชาชาติ (UN) และองค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อให้การตอบสนองมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสถานการณ์จริง

1. หลักการ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1.1 แนวคิดการเตรียมความพร้อมในบริบทภัยพิบัติและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1.1.1 วงจรการจัดการภัยพิบัติ (Disaster Management Cycle) ในทางสากลแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

- 1) การป้องกัน (Prevention) การลดโอกาสหรือความรุนแรงของภัยพิบัติผ่านการวางแผนเชิงพื้นที่และมาตรการต่าง ๆ เช่น การสร้างเขื่อน ระบบเตือนภัยล่วงหน้า
- 2) การเตรียมความพร้อม (Preparedness) การพัฒนาศักยภาพและทรัพยากรเพื่อรับมือสถานการณ์ เช่น การจัดทำแผนฉุกเฉิน การฝึกอบรมและซักซ้อม การสำรองเวชภัณฑ์
- 3) การตอบสนอง (Response) การปฏิบัติการฉุกเฉินในระยะสั้นเพื่อช่วยเหลือชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน เช่น การกู้ชีพ การค้นหาและกู้ภัย (Search and Rescue)
- 4) การฟื้นฟู (Recovery) การดำเนินงานหลังภัยพิบัติเพื่อให้ชุมชนสามารถกลับสู่สภาวะปกติหรือดีกว่าเดิม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

สำหรับประเทศไทย กฎหมายหลักที่เกี่ยวข้องคือ พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550¹ ที่กำหนดบทบาทของทุกภาคส่วนในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยนอกจากนี้ยังมี แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564 – 2570² กำหนดให้หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานความมั่นคงบูรณาการทรัพยากรร่วมกันเพื่อเตรียมพร้อมรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ กฎหมายฉบับนี้ยังให้ความสำคัญกับบทบาทของกองทัพในการสนับสนุนการช่วยเหลือเมื่อเกิดภัยพิบัติ ผ่านกระทรวงกลาโหมและกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการระดมทรัพยากรและบุคลากรเข้าร่วมปฏิบัติงานในพื้นที่เกิดเหตุ จากภัยพิบัติในระดับพื้นที่และระดับประเทศ และกำหนดกรอบยุทธศาสตร์ในการลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย การเตรียมพร้อมตอบสนอง รวมถึงการฟื้นฟูและเยียวยาผลกระทบหลังเกิดภัย โดยให้ความสำคัญกับระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System) การประสานระหว่างหน่วยงานพลเรือนและฝ่ายความมั่นคง ตลอดจนการบูรณาการหน่วยแพทย์ทหารและภาคพลเรือน

1.1.2 กรอบเซนได (Sendai Framework for Disaster Risk Reduction)¹⁴

เป็นกรอบการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลเป็นกรอบแนวทางที่ได้รับการรับรองในที่ประชุม UN มีหลักการสำคัญในการพัฒนาความต้านทาน (Resilience) ของชุมชนและประเทศ โดยส่งเสริมการประสานงานข้ามภาคส่วน การวิเคราะห์ความเสี่ยง การลงทุนในมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยง และการเตรียมความพร้อมในการตอบสนอง เพื่อเสริมสร้างความสามารถของรัฐและประชาคมโลกในการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติและส่งเสริมแนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืน การเสริมสร้างความสามารถในการรับมือ และการฟื้นฟูที่ดียิ่งขึ้น (Build Back Better)

1.2 ทฤษฎีการจัดการระบบสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Health System Management)

ระบบสุขภาพฉุกเฉินมีเป้าหมายหลักในการลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตของผู้ประสบภัย โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

1.2.1 การประเมินสถานการณ์ (Situation Assessment) เก็บข้อมูลภาคสนามเพื่อประเมินจำนวนผู้บาดเจ็บ ประเภทการบาดเจ็บ และทรัพยากรที่จำเป็น

1.2.2 การคัดแยกผู้ป่วย (Triage System) จัดลำดับความสำคัญของการรักษาพยาบาลในภาวะที่ทรัพยากรจำกัด เพื่อให้ผู้ป่วยหนักได้รับการดูแลก่อน

1.2.3 การส่งกลับผู้ป่วย (Medical Evacuation - MEDEVAC) ระบบการลำเลียงผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลหลักต้องมีความปลอดภัย รวดเร็ว และเหมาะสมกับพื้นที่ เช่น ใช้อากาศยานหรือยานพาหนะทางบก

1.2.4 การประสานงาน (Interagency Coordination) บูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย หน่วยกู้ภัย และองค์กรเอกชน เพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵

1.3 แนวคิดโรงพยาบาลสนามและบทบาทการแพทย์ทหาร

โรงพยาบาลสนามถูกพัฒนาขึ้นเพื่อรองรับสถานการณ์วิกฤตที่จำนวนผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยมีมากกว่าที่โรงพยาบาลปกติจะรองรับได้ในระยะสั้น หรือกรณีที่โครงสร้างพื้นฐานได้รับความเสียหาย จากแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดประเภทของ “ทีมแพทย์ฉุกเฉินจากต่างประเทศ” (Foreign Medical Teams) ตามระดับขีดความสามารถในการดูแลรักษา ได้แก่ Type 1 – บริการผู้ป่วยนอก, Type 2 – มีศักยภาพผ่าตัดและนอนรักษาตัวได้, และ Type 3 – เป็นโรงพยาบาลสนามที่มีขีดความสามารถเทียบเท่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ³

ขณะที่องค์การสนธิสัญญาแอตแลนติกเหนือ (NATO) ได้กำหนด “Allied Medical Publication 8.1 (AMedP-8.1): Medical Support Doctrine” โดยจำแนก “Role 1 – Role 4” เพื่อให้เกิดมาตรฐานร่วมด้านการแพทย์ทหาร “United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA)” ได้จัดทำ “Oslo Guidelines” เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ในการใช้ทรัพยากรทหารและการป้องกันพลเรือนในงานบรรเทาสาธารณภัย⁵

สำหรับกองทัพไทย มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ผ่านการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามตามแนวคิดของ UN และ WHO โดยเฉพาะโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ซึ่งมีหน้าที่ดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นในพื้นที่เกิดเหตุ และสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ หรือโรงพยาบาลสนามที่มีขีดความสามารถสูงกว่า

1.4 แนวคิดการจัดการความเสี่ยงและการเตรียมพร้อม

การจัดการความเสี่ยง ในงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย มุ่งเน้นการเพิ่มการเตรียมพร้อม และเพิ่มขีดความสามารถ ของหน่วยงาน โดยมีกระบวนการตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การวางแผนเชิงป้องกัน การเก็บสำรองวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ไปจนถึงการฝึกซ้อมแผนและการบูรณาการข้อมูลร่วมกันในระดับหน่วยงานต่าง ๆ โดย พิจารณาทั้งด้านกำลังพล บุคลากรการแพทย์ ยุทโธปกรณ์และระบบส่งกำลังบำรุง ตลอดจนการวางระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่มีความชัดเจนและคล่องตัว รวมถึงกำหนดบทบาทและความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยแพทย์ทหารกับหน่วยงานพลเรือน เพื่อให้สามารถเข้าเสริมพื้นที่ที่ขาดโครงสร้างพื้นฐานได้โดยรวดเร็ว

1.5 แนวคิดการใช้กำลังพลทหารร่วมกับพลเรือน

การบูรณาการกำลังพลและทรัพยากรระหว่างทหารกับพลเรือน เป็นแนวคิดสำคัญในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ โดยเฉพาะในบริบทขององค์การสหประชาชาติที่ได้ ออก “Oslo Guidelines” เพื่อกำหนดขอบเขตการใช้ทรัพยากรทหารและพลเรือนร่วมกัน กองทัพบกจึงต้องประสานงานร่วมกับหน่วยงานพลเรือนในทุกกระดับ (เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย หน่วยงานปกครองท้องถิ่น) เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการตอบสนองและลดการซ้ำซ้อน

1.6 แนวคิดด้านความมั่นคงสุขภาพ

"ความมั่นคงสุขภาพ" คือความสามารถของระบบสุขภาพในการพร้อมรับมือและฟื้นตัวจากภัยพิบัติหรือการระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็วและยั่งยืน มีบทบาทสำคัญในการลดผลกระทบจากภัยพิบัติ โดยมุ่งเน้นการสร้าง ความมั่นคงในระบบสุขภาพผ่านการเตรียมความพร้อม การตอบสนอง และการฟื้นฟู แนวคิดนี้ยังรวมถึงการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคที่อาจเกิดขึ้นจากภัยพิบัติ เช่น น้ำท่วม เป็นต้นเหตุของการแพร่เชื้อโรคน้ำกัดทำ อหิวาตกโรค ซึ่งต้องเน้นการตรวจคัดกรอง เฝ้าระวัง และควบคุมโรคได้ทันทั่วถึงที่นำไปสู่ การระบาดของโรคติดเชื้อในชุมชน

1.7 แนวคิดการบูรณาการทรัพยากรและการบริหารจัดการ

การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามจำเป็นต้องอาศัยการจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งบุคลากร วัสดุอุปกรณ์การแพทย์ ยานพาหนะ ตลอดจนระบบสื่อสารใน ภาวะฉุกเฉิน หลักการสำคัญ ได้แก่

1.7.1 การบูรณาการบุคลากร อบรมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สนับสนุน ให้มีทักษะ การแพทย์ฉุกเฉินและความรู้ด้านภัยพิบัติ

1.7.2 การจัดหาอุปกรณ์ วางแผนสำรองเครื่องมือแพทย์ ยารักษาโรค เวชภัณฑ์พื้นฐาน ให้เพียงพอและเหมาะสมกับลักษณะพื้นที่

1.7.3 การจัดตั้งระบบสื่อสาร ใช้อุปกรณ์สื่อสารพกพา วิทยุสื่อสาร และโครงข่าย สำรองในกรณีโครงข่ายหลักใช้งานไม่ได้

2. โครงสร้าง / ภารกิจของโรงพยาบาลสนามระดับ 1

2.1 โครงสร้างของโรงพยาบาลสนามระดับ 1 UN

โรงพยาบาลสนามระดับ 1 (Role 1 หรือ Level 1 Field Hospital) เป็นหน่วยแพทย์ เบื้องต้นที่มีความคล่องตัวสูง สามารถติดตั้งและถอนตัวในพื้นที่สนามได้อย่างรวดเร็ว โดย สามารถแยกออกเป็น 2 หน่วย เพื่อให้บริการในสองพื้นที่ เช่น ภายในค่าย และระหว่าง ปฏิบัติการลาดตระเวน หากจำเป็นต้องให้บริการมากกว่าสองพื้นที่ ควรมีการปรับขีด ความสามารถโดยการทำบันทึกความเข้าใจ (MOU) เพื่อให้สามารถให้บริการทางการแพทย์ อย่างมีประสิทธิภาพในทุกพื้นที่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ สถานพยาบาลระดับ 1 อาจได้รับการเสริมขีดความสามารถด้วยโมดูลเพิ่มเติม เช่น การดูแล ทันตกรรมเบื้องต้น ห้องปฏิบัติการพื้นฐาน การแพทย์ป้องกัน หน่วยศัลยกรรมเฉพาะกิจ และทีมลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ (AMET) ซึ่งเมื่อได้รับการเสริมเหล่านี้แล้ว จะเรียกว่า สถานพยาบาลระดับ 1+¹¹

โครงสร้างภายในของกองทัพบกที่เกี่ยวข้องกับการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม ประกอบด้วยหน่วยงานสายแพทย์และสายพลาธิการที่สนับสนุนด้านกำลังพลและ ยุทธโธปกรณ์ทางการแพทย์ โดยมีกำลังหลักคือ **กรมแพทย์ทหารบก**¹⁶ ซึ่งดูแลโรงพยาบาล ทหารบกประจำการทั่วประเทศ (เช่น โรงพยาบาลประจำมณฑลทหารบก และโรงพยาบาล ในสังกัดกรมแพทย์ฯ อื่น ๆ) ในยามปกติ โรงพยาบาลเหล่านี้ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ กำลังพลและครอบครัวตลอดจนประชาชนทั่วไปตามภารกิจการช่วยเหลือประชาชนของ กองทัพบก และในยามเกิดเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลทหารเหล่านี้สามารถขยายขีด ความสามารถออกไปเป็นโรงพยาบาลสนามชั่วคราวหรือจัดทีมแพทย์สนามเคลื่อนที่ไปยัง พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบได้อย่างรวดเร็ว

การเปรียบเทียบกับมาตรฐานโรงพยาบาลสนามของ UN และแนวทาง การจัดตั้งในสถานการณ์ฉุกเฉิน เมื่อเปรียบเทียบโครงสร้างและการดำเนินงานโรงพยาบาล สนามของกองทัพบกกับมาตรฐานสากลของ UN/WHO จะพบทั้งส่วนที่สอดคล้องและส่วนที่ เป็นความท้าทาย ในแง่ของความสอดคล้อง กองทัพบกมีการจัดแบ่งระดับการบริการทาง แพทย์ใกล้เคียงกับหลักการสากล กล่าวคือ มีหน่วยแพทย์ขั้นต้นในระดับหน่วยรบ (เทียบได้ กับ Role 1 หรือโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ในมาตรฐานสากล) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ทั่วไป และเจ้าหน้าที่ประจำการตามหน่วยทหารต่าง ๆ สามารถให้การรักษายาบาลเบื้องต้นและ ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานแก่กำลังพลได้ และสามารถขยายการบริการสู่ประชาชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ หากสถานการณ์รุนแรงขึ้น กองทัพบกก็มีโรงพยาบาลทหารประจำภูมิภาค (เช่น โรงพยาบาล ค่ายหรือโรงพยาบาลในสังกัดกรมแพทย์ทหารบก) ที่ทำหน้าที่คล้ายโรงพยาบาลสนามระดับ 2 คือรองรับผู้ป่วยในจำนวนมากขึ้นและทำหัตถการทางศัลยกรรมพื้นฐานได้ และในบาง กรณีที่จำเป็น กองทัพบกอาจจัดทีมแพทย์เฉพาะทางเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มขีดความสามารถการ รักษาให้เทียบเท่าระดับ 3 ร่วมกับโรงพยาบาลพลเรือนขนาดใหญ่ (เช่น การส่งผู้ป่วยหนักไป ยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่าหรือโรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข)

อย่างไรก็ตาม ในแง่ของความท้าทายและจุดที่ยังแตกต่างจากมาตรฐาน UN¹¹ การดำเนินงานโรงพยาบาลสนามของกองทัพบกยังเผชิญปัญหาและข้อจำกัดบางประการ เมื่อเทียบกับเกณฑ์สากล ประการแรก คือเรื่อง **ความพร้อมของทรัพยากรและการยังชีพ ตนเอง** ของหน่วยแพทย์สนาม กองทัพบกส่วนใหญ่ปฏิบัติการกิจในราชอาณาจักรไทยซึ่ง ส่วนใหญ่สามารถใช้ทรัพยากรพื้นที่หรือโครงสร้างพื้นฐานเดิมมาดัดแปลงเป็นโรงพยาบาล สนาม (เช่น กรณีปรับอาคารหน่วยทหารเป็นโรงพยาบาลสนามในสถานการณ์โควิด) ทำให้ การเตรียมระบบยังชีพตนเอง เช่น เต็นท์โรงพยาบาลสนามแบบโมดูลาร์, ระบบผลิตไฟฟ้า และน้ำสะอาดสำรอง, ระบบกำจัดของเสียเคลื่อนที่ ฯลฯ อาจไม่ได้ถูกจัดเก็บสำรองไว้อย่าง เต็มรูปแบบเทียบเท่ามาตรฐานที่ UN กำหนดสำหรับการส่งกำลังไปปฏิบัติการกิจในพื้นที่

ทุรกันดารระยะยาว หากกองทัพบกไทยต้องนำกำลังหน่วยแพทย์สนามไปปฏิบัติการกิจนอกประเทศหรือต่างพื้นที่ที่ไม่มีโครงสร้างพื้นฐานสนับสนุน อาจจำเป็นต้องมีการเตรียมการด้านโลจิสติกส์เพิ่มเติมมากกว่าปัจจุบัน เช่น การจัดหาโรงพยาบาลสนามชนิดเต็นท์หรือชนิดตู้คอนเทนเนอร์ที่มีระบบยังชีพครบถ้วนตามมาตรฐานสากล เป็นต้น

ประการที่สอง คือ **ขีดความสามารถเฉพาะทางและมาตรฐานบุคลากร** เมื่อเทียบกับเกณฑ์ของ UN¹² ที่กำหนดให้บุคลากรทุกคนต้องผ่านการตรวจสอบและมีทักษะตามข้อกำหนด อย่างเช่น มีความรู้ภาษาอังกฤษเพียงพอสำหรับการสื่อสารในการกิจระหว่างประเทศ และผ่านการอบรมมาตรฐานการแพทย์สนามสากล สำหรับการปฏิบัติในประเทศ นั้น บุคลากรทางการแพทย์ของกองทัพบกส่วนใหญ่มีความเชี่ยวชาญในงานทั่วไปอยู่แล้ว แต่ปัญหาที่พบได้คือจำนวนบุคลากรเฉพาะทางบางสาขาที่จำกัด เช่น แพทย์ศัลยกรรมเฉพาะทางหรือวิสัญญีแพทย์ ที่อาจมีไม่เพียงพอในการจัดทีมผ่าตัดสนามหลายทีมพร้อมกันในสถานการณ์ภัยพิบัติขนาดใหญ่ งานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับการจัดการโรงพยาบาลสนามช่วงโควิด-19 พบว่าปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือภาวะผู้นำและความร่วมมือของทีมงาน ขณะที่**ปัญหาสำคัญคือการขาดแคลนบุคลากรในบางสาขาและประสบการณ์ที่จำกัดของเจ้าหน้าที่** ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงาน สะท้อนถึงกองทัพบกเช่นกันว่า หากต้องขยายการดูแลรักษาพยาบาลออกไปมาก ๆ การเสริมสร้างกำลังคนและทักษะเฉพาะทางให้เพียงพอตามมาตรฐานสากลยังเป็นความท้าทายที่ต้องวางแผนล่วงหน้า

ทั้งนี้ ขีดความสามารถดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของ NATO Allied Medical Publication 8.1 (AMedP-8.1) ซึ่งให้แนวทางการจัดตั้งและขีดความสามารถของหน่วยแพทย์สนามเบื้องต้น⁵ อีกทั้งยังสัมพันธ์กับแนวทางที่กำหนดโดย UN OCHA ในการใช้กองกำลังทหารเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการด้านมนุษยธรรมในพื้นที่ภัยพิบัติ⁵

บุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรในโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ประกอบด้วยแพทย์อย่างน้อย 2 คน พยาบาล 4-6 คน และเจ้าหน้าที่สนับสนุน 3 คน โดยทุกคนต้องมีทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและความรู้ด้านการตอบสนองต่อภัยพิบัติ

ทรัพยากรและอุปกรณ์

โรงพยาบาลสนามระดับ 1 ใช้อุปกรณ์ที่สามารถขนส่งและติดตั้งได้ง่าย เช่น เต็นท์สนาม เครื่องมือแพทย์พื้นฐาน ชุดปฐมพยาบาล ยารักษาโรค และอุปกรณ์ช่วยชีวิตเบื้องต้น ซึ่งเพียงพอสำหรับการดำเนินงานต่อเนื่องได้อย่างน้อย 60 วัน

2.2 การกิจของโรงพยาบาลสนามระดับ 1

2.2.1 การดูแลสุขภาพเบื้องต้นและฉุกเฉิน (Primary and Emergency Healthcare)

ปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บเล็กน้อย จัดการผู้ป่วยทั่วไป เช่น การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น การให้ยาพื้นฐาน

2.2.2 การลำเลียงผู้ป่วย (Medical Evacuation)

เตรียมผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ประสานงานด้านการขนส่ง เช่น รถพยาบาล เรือหรืออากาศยาน (HEMS)

2.2.3 การประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่น (Interagency Coordination)

ติดต่อสื่อสารกับหน่วยกู้ภัย กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานท้องถิ่น จัดระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System) ร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

2.2.4 การป้องกันโรคและให้คำปรึกษา (Disease Prevention and Counseling)

ให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันโรคติดต่อและโรคระบาด คัดกรองและเฝ้าระวังโรคที่อาจแพร่ระบาดในช่วงภัยพิบัติ

2.3 สรุปขีดความสามารถพื้นฐาน ของโรงพยาบาลสนามระดับ 1

2.3.1 การตรวจรักษาทั่วไป และการดูแลอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเล็กน้อย เพื่อให้สามารถกลับไปปฏิบัติหน้าที่ได้

2.3.2 การลำเลียงผู้บาดเจ็บจากจุดเกิดเหตุ และการคัดแยกผู้ป่วยเบื้องต้น

2.3.3 มีระบบช่วยชีวิตเบื้องต้น (Basic Life Support) และอุปกรณ์จำเป็น เช่น เครื่องวัดสัญญาณชีพ ชุดปฐมพยาบาล เพื่อการเตรียมผู้บาดเจ็บเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสนามระดับ 2 หรือโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถมากกว่า เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการเกินขีดความสามารถ

2.3.4 รองรับผู้ป่วยนอกได้ประมาณ 100 รายต่อวัน ขึ้นอยู่กับสภาพพื้นที่และจำนวนบุคลากร

2.3.5 สามารถพักค้างคืนผู้ป่วยในระดับสังเกตอาการได้ประมาณ 5-8 เตียง ระยะเวลาไม่เกิน 48 ชั่วโมง

2.3.6 สามารถเก็บเวชภัณฑ์และสิ่งจำเป็นได้ 60 วัน

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

1) กองทัพบก

โรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก อยู่ในโครงสร้างของกองทัพบกทำหน้าที่สนับสนุนการแพทย์ฉุกเฉินและบรรเทาภัยพิบัติในพื้นที่รับผิดชอบ มีการทำงานร่วมกับชุดปฏิบัติการพิเศษทางการแพทย์ (SMOT) หรือชุดแพทย์เผชิญเหตุ (MERT) ในการเข้าถึงพื้นที่เสี่ยงหรือยากต่อการเข้าถึง

2) กระทรวงสาธารณสุข

ร่วมมือกันในการวางแผนปรับใช้มาตรฐานทางการแพทย์เดียวกัน เช่น ระบบส่งต่อผู้ป่วย การบริหารเวชภัณฑ์ แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินและการระบาดของโรค

3) หน่วยงานและองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs)

สนับสนุนด้านบุคลากร จัดหาอุปกรณ์ หรือร่วมให้บริการในจุดพักพิงชั่วคราวร่วมกัน ประเมินความต้องการของชุมชน นำไปสู่การวางแผนช่วยเหลือที่ตรงจุด

3. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาโรงพยาบาลสนาม

1) การพัฒนาแนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในประเทศไทย

งานวิจัยของ พันเอก สมัย ขำพันธ์ “การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมทางการแพทย์ในการบรรเทาภัยพิบัติอย่างมีประสิทธิภาพของกองทัพบก”⁶ เน้นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพด้านบุคลากร การบริหารจัดการทรัพยากร และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ยกตัวอย่างการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีทักษะ “Triage” และ “Basic Life Support” รวมถึงการฝึกประสานงานในสถานการณ์จำลอง

2) แนวทางการจัดการของชุดปฏิบัติการพิเศษทางการแพทย์ (SMOT)

เอกสารของ SMOT ระบุโครงสร้างและการปฏิบัติการของชุดแพทย์เคลื่อนที่เร็วในกองทัพบก เช่น การจัดทีมย่อย (ทีม A, ทีม B) สามารถเข้าไปในพื้นที่ทุรกันดาร บูรณาการอุปกรณ์สื่อสารและการป้องกันตนเองในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง และการทำงานประสานกับโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก เพื่อรับผู้บาดเจ็บหนักและส่งต่อออกนอกพื้นที่

3.2 มาตรฐานสากลและแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลสนาม

1) มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO)(Classification and

*Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters (2013)*⁷)

กำหนดประเภทของโรงพยาบาลสนาม (Type 1, Type 2, Type 3) ตามขีดความสามารถในการรักษาและการผ่าตัด โดย Type 1 ให้บริการผู้ป่วยนอกและการรักษาเบื้องต้น (สอดคล้องกับโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ในบริบทกองทัพบก)

2) คู่มือการสนับสนุนทางการแพทย์ในการรักษาสันติภาพของ

สหประชาชาติ (*Medical Support Manual for United Nations Peacekeeping Operations (2nd Edition, 2019)*⁸)

ระบุหลักเกณฑ์ในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในสถานการณ์ความขัดแย้งหรือภัยพิบัติ เน้นการเตรียมระบบส่งกลับผู้ป่วย (MEDEVAC) โลจิสติกส์ด้านการแพทย์ การสนับสนุนเวชภัณฑ์ และการอบรมบุคลากร

3) มาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนามของ UN

(UN Manual on Healthcare Quality and Patient Safety¹³)

กำหนดมาตรฐานด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น การระบุตัวตนผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อ การเตรียมการด้านความปลอดภัยในการผ่าตัด งานวิจัยโดย Burkle และ Redmond⁷ ยังได้กล่าวถึงการวัดคุณภาพมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ในสถานการณ์มนุษยธรรม ซึ่งสอดคล้องกับหลักการขององค์การสหประชาชาติ

3.3 บทเรียนจากเหตุการณ์ภัยพิบัติในประเทศไทย

1) การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามช่วง COVID-19

ระหว่างการระบาดของ COVID-19 มีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในหลายพื้นที่ของประเทศไทยบทเรียนสำคัญคือการประสานงานระดับชาติ-ท้องถิ่น การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) การบริหารจัดการทรัพยากรบุคลากร และการจัดระบบสื่อสารที่ชัดเจน

2) การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในเหตุการณ์น้ำท่วมภาคเหนือ

โรงพยาบาลสนามของกองทัพบกในพื้นที่กองทัพภาคที่ 3 มีบทบาทสำคัญ ในการช่วยชีวิตและปฐมพยาบาลฉุกเฉิน การทำงานแบบบูรณาการกับหน่วยงานท้องถิ่นและกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ทำให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างรวดเร็วและลดความสูญเสีย โดยการทบทวนหลังการปฏิบัติ ได้ผลสรุปสำหรับการเตรียมการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในระยะต่าง ๆ ของการจัดการภัยพิบัติ ดังนี้

ระยะก่อนเกิดเหตุ

- Prehospital เตรียมอุปกรณ์การแพทย์ เช่น ชุดปฐมพยาบาล เครื่องช่วยหายใจ พร้อมฝึกซ้อมแผนอพยพและเตรียมรถพยาบาลให้พร้อม

- Stabilizing ฝึกอบรมบุคลากรในการรักษาเบื้องต้น และตั้งจุดปฐมพยาบาลในพื้นที่เสี่ยง

- Evacuation เตรียมอุปกรณ์สำหรับส่งกลับ เช่น เตียงเคลื่อนที่ และฝึกซ้อมการอพยพทางอากาศ

ระยะเกิดเหตุ

- Prehospital จัดตั้งทีมแพทย์พร้อมเข้าถึงพื้นที่ทันที เช่น ทีมแพทย์เคลื่อนที่เร็วสำหรับภาวะฉุกเฉิน

- Stabilizing เตรียมที่รักษาพยาบาลชั่วคราวในพื้นที่เพื่อดูแลผู้บาดเจ็บก่อนส่งต่อ

- Evacuation เตรียมจุดส่งต่อด้วยรถหรือเครื่องบินกรณีส่งกลับผู้ป่วยหนัก เช่น จากพื้นที่ห่างไกลหรือที่ได้รับผลกระทบหนัก

ระยะฟื้นฟู

- Prehospital ประเมินและจัดหาอุปกรณ์ใหม่ทดแทนอุปกรณ์ที่เสียหาย
- Stabilizing จัดโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและชุมชน
- Evacuation ประเมินและปรับปรุงแผนการส่งกลับ เช่น การสรุปผลหลัง

เหตุการณ์และวางแผนพัฒนาเพิ่มเติม

การเปรียบเทียบระหว่างการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามของกองทัพไทยกับมาตรฐาน UN/WHO พบว่ากองทัพมีโครงสร้างพื้นฐานและภารกิจที่สนับสนุนการแพทย์สนามอยู่แล้วและสอดคล้องในหลายด้าน¹⁵ (เช่น การมีหน่วยแพทย์ขั้นต้นและการสนับสนุนทรัพยากรทางการแพทย์ในยามวิกฤต) อย่างไรก็ตาม ยังมีจุดที่ควรพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้บรรลุตามเกณฑ์มาตรฐานสากล ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มศักยภาพด้านทรัพยากรเคลื่อนที่และการยังชีพตนเองของโรงพยาบาลสนาม การพัฒนาบุคลากรเฉพาะทางและทักษะภาษา/วิชาชีพสำหรับภารกิจระหว่างประเทศ ตลอดจนการปรับปรุงแผนการฝึกซ้อมและประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ อย่างเป็นระบบ ทั้งหมดนี้จะช่วยให้การเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามของกองทัพมีความแข็งแกร่งและทันต่อสถานการณ์ สอดคล้องกับมาตรฐานที่องค์การสหประชาชาติกำหนดไว้มากยิ่งขึ้น ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความมั่นคงด้านสาธารณสุขและความปลอดภัยของประชาชนในยามวิกฤต

บทที่ 3

บทวิเคราะห์

ในการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ของกองทัพบกไทยสำหรับรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติและการกักกันโรคตามแนวทางและมาตรฐานสากล โดยเฉพาะมาตรฐานขององค์การสหประชาชาติ (UN) องค์การอนามัยโลก (WHO) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลในบทนี้จึงเชื่อมโยงแนวคิด ทฤษฎี ตลอดจนกรอบการบริหารจัดการภัยพิบัติต่าง ๆ ที่ได้กล่าวถึงแล้วในบทก่อนหน้านี้ มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ของการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม โดยอาศัยเครื่องมือวิเคราะห์ได้แก่ SWOT, 7S สำหรับปัจจัยภายใน และ PESTEL, PMESII สำหรับปัจจัยภายนอก จากนั้นจึงสังเคราะห์ผลเป็นแนวทางการพัฒนาเชิงกลยุทธ์ด้วย TOWS Matrix เพื่อให้ได้ข้อเสนอในการปรับปรุงการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้

1. สภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนาม (วัตถุประสงค์ข้อที่ 1)

สภาพแวดล้อมภายใน จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในของกองทัพบกโดยใช้กรอบ 7S พบว่ากองทัพบกมี **จุดแข็ง** หลายประการ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีวินัยและผ่านการฝึกอบรมมาอย่างเข้มงวด ตลอดจนมีโครงสร้างการบังคับบัญชาที่ชัดเจน และเป็นระบบ ซึ่งเอื้อให้การสั่งการและประสานงานในภาวะวิกฤตเป็นไปอย่างรวดเร็ว ในด้านยุทธศาสตร์และโครงสร้างองค์กร มีการวางแผนและสายการบังคับบัญชาที่แน่นอนภายในกองทัพบกเพื่อรองรับภารกิจโรงพยาบาลสนาม โดยสอดคล้องกับกรอบกฎหมายและนโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้อง เช่น **พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550** ซึ่งกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานรัฐในทุกกระยะของการจัดการภัยพิบัติ พร้อมโครงสร้างศูนย์บรรเทาสาธารณภัยที่บูรณาการทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบ และ **แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564–2570** ที่เป็นกรอบนโยบายมุ่งจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัยแบบบูรณาการ โดยเชื่อมโยงกับกรอบสากลอย่างกรอบเซนได (Sendai Framework) และกำหนดยุทธศาสตร์การลดความเสี่ยงและการจัดการภัยพิบัติฉุกเฉินไว้อย่างชัดเจน ปัจจัยด้านบุคลากร (Staff) ของกองทัพบกมีความแข็งแกร่งในแง่ระเบียบวินัยและความสามารถในการปฏิบัติงานฉุกเฉิน แต่ยังมีช่องว่างในด้านความ

เชี่ยวชาญเฉพาะทางบางสาขาและการฝึกอบรมตามมาตรฐานสากลอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ระบบงาน (Systems) ภายใน เช่น ระบบควบคุมคุณภาพการแพทย์ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System – ICS) และระบบส่งกลับผู้ป่วย ยังอยู่ระหว่างการพัฒนาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านทรัพยากร พบว่ากองทัพบกยังมี **จุดอ่อน** ที่สำคัญ ได้แก่ การขาดแคลนกำลังพลแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางบางสาขา ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในภาวะภัยพิบัติ การจัดสรรงบประมาณที่จำกัดส่งผลให้การจัดหาเครื่องมือแพทย์สนามขึ้นสูงและเวชภัณฑ์บางประเภทไม่เพียงพอต่อความต้องการ ตลอดจนช่องว่างในการบูรณาการระหว่างหน่วยงานทหารกับหน่วยงานพลเรือนอื่น ๆ ซึ่งเกิดจากความแตกต่างด้านสายการบังคับบัญชาและวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นสภาพแวดล้อมภายในที่มีผลโดยตรงต่อระดับความพร้อมของโรงพยาบาลสนามกองทัพบกในการตอบโต้ภัยพิบัติ

สภาพแวดล้อมภายนอก การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกโดยใช้กรอบ PESTEL และ PMESII แสดงให้เห็นว่ากองทัพบกดำเนินงานภายใต้บริบทที่มีทั้งโอกาสและอุปสรรคจากภายนอกองค์กร โครงสร้างทางการเมืองและนโยบายรัฐถือเป็น **โอกาส** ที่เอื้ออำนวย เช่น รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความมั่นคงด้านการบรรเทาภัยพิบัติผ่านกฎหมายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง (ดังที่กล่าวถึงในพระราชบัญญัติฯ 2550 และแผนฯ 2564–2570 ข้างต้น) นอกจากนี้ ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ก็เป็นโอกาสสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และการฝึกซ้อมกับองค์การระหว่างประเทศ เช่น WHO, UN OCHA หรือนาโต้ (NATO) ซึ่งเอื้อให้กองทัพบกสามารถพัฒนาขีดความสามารถในการตอบสนองภาวะภัยพิบัติได้ดียิ่งขึ้น

ด้านสังคม ประชาชนคาดหวังให้ภาครัฐและกองทัพเข้าช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง ซึ่งเป็นแรงกดดันให้ต้องพัฒนาระบบบริการแพทย์สนามให้มีประสิทธิภาพสูงสุดอยู่เสมอ

ส่วนปัจจัยด้านเทคโนโลยี มีความก้าวหน้าของเครื่องมือแพทย์เคลื่อนที่ ระบบสื่อสารและเซ็นเซอร์ต่าง ๆ ที่สามารถนำมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและการค้นหาภัยได้ หากกองทัพบกได้รับการสนับสนุนงบประมาณและนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้ก็จะยกระดับการตอบสนองได้มากขึ้น ในทางกลับกัน **อุปสรรค** สำคัญจากภายนอกคือ ลักษณะของภัยพิบัติที่ทวีความซับซ้อนและเกิดขึ้นฉับพลันบ่อยครั้งมากขึ้น เช่น อุทกภัยฉับพลัน ดินโคลนถล่ม โรคอุบัติใหม่ รวมถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ซึ่งเพิ่มความถี่และความรุนแรงของเหตุการณ์ภัยพิบัติให้ยากต่อการคาดการณ์และรับมือ

นอกจากนี้ ข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและข้อมูลข่าวสารในพื้นที่เกิดภัยพิบัติยังเป็นอุปสรรค ได้แก่ การที่ระบบคมนาคมและไฟฟ้าอาจถูกตัดขาดเมื่อเกิดภัยในพื้นที่ห่างไกล ตลอดจนปัญหาการสื่อสารเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานความมั่นคงและหน่วยงานพลเรือนที่บางครั้งยังล่าช้าหรือขาดประสิทธิภาพ ปัจจัยภายนอกเหล่านี้ส่งผลให้การเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามต้องเผชิญกับความท้าทายในการปรับตัวอยู่เสมอ

เปรียบเทียบขีดความสามารถกับมาตรฐานสากล เมื่อพิจารณาขีดความสามารถของโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ของกองทัพบกเทียบกับมาตรฐานสากล พบว่าปัจจุบันโรงพยาบาลสนามระดับ 1 มีขีดความสามารถให้บริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานในภาวะฉุกเฉินและให้การรักษายาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยนอกเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการจัดประเภททีมแพทย์ฉุกเฉินขององค์การอนามัยโลก (WHO Emergency Medical Teams Classification) ระดับ Type 1 ที่ให้บริการเป็นคลินิกเคลื่อนที่พื้นฐานในพื้นที่ภัยพิบัติ ขณะที่มาตรฐานสากลสำหรับภาวะภัยพิบัติรุนแรงมักต้องการขีดความสามารถในระดับที่สูงขึ้น เช่น โรงพยาบาลสนามประเภท Type 2 ตามเกณฑ์ของ WHO หรือระดับ Role 2 ตามมาตรฐานของ NATO ซึ่งสามารถรองรับผู้ป่วยในและมีศักยภาพในการผ่าตัดฉุกเฉินและการดูแลผู้ป่วยหนักเบื้องต้นได้ มาตรฐานเหล่านี้เป็นเกณฑ์ขั้นต่ำสำหรับทีมแพทย์ฉุกเฉินจากต่างประเทศที่เข้าช่วยเหลือภัยพิบัติขนาดใหญ่ ตามที่ WHO ได้กำหนดไว้ในปี พ.ศ. 2556

ดังนั้น หากเปรียบเทียบกันแล้ว โรงพยาบาลสนามของกองทัพบกในปัจจุบันยังอยู่ในระดับพื้นฐานและควรได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้นเพื่อให้เทียบเท่ามาตรฐานสากลดังกล่าว นอกจากนี้ องค์การสหประชาชาติและองค์การระหว่างประเทศอื่น ๆ ยังมีกรอบมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น **แนวทางของ UN OCHA (Oslo Guidelines)** ที่กำหนดหลักการใช้ทรัพยากรและกำลังทหารในงานบรรเทาภัยพิบัติให้สอดคล้องกับหลักมนุษยธรรม และคู่มือสนับสนุนทางการแพทย์ของสหประชาชาติสำหรับปฏิบัติการรักษาสันติภาพ (UN Medical Support Manual) ซึ่งกำหนดแนวทางการจัดตั้งและบริหารโรงพยาบาลสนามในภารกิจของ UN ไว้อย่างละเอียด กองทัพบกไทยจึงจำเป็นต้องพิจารณาปรับปรุงขีดความสามารถและกระบวนการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลสนามให้สอดคล้องกับมาตรฐานและแนวทางเหล่านี้ เพื่อให้การตอบสนองภัยพิบัติมีประสิทธิภาพทัดเทียมระดับสากล

2. สาเหตุของปัญหาที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนาม (วัตถุประสงค์ข้อที่ 2)

จากการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกข้างต้น สามารถสรุปสาเหตุของปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพพบได้ดังนี้

2.1 การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง กองทัพพบยังมีจำนวนแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางไม่เพียงพอ โดยเฉพาะสาขาที่จำเป็นในภาวะภัยพิบัติ เช่น แพทย์ฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่เวชศาสตร์ภัยพิบัติ ส่งผลให้ขีดความสามารถในการรักษาผู้ป่วยหนักหรือทำหัตถการขั้นสูงในสนามมีจำกัด ปัญหานี้เกิดจากทั้งข้อจำกัดด้านกำลังพลที่มีอยู่และการแข่งขันกับภาคสาธารณสุขพลเรือนในการดึงดูดผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมงานในกองทัพ

2.2 ข้อจำกัดด้านยุทธโศปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ งบประมาณที่จัดสรรให้การจัดตั้งโรงพยาบาลสนามมีจำกัด ทำให้การจัดหาเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย ตลอดจนเวชภัณฑ์และยาที่สำรองไว้เผชิญเหตุ มีไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานที่ควรจะเป็น แม้จะได้รับการสนับสนุนงบจากภาครัฐแต่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการในสถานการณ์วิกฤตขนาดใหญ่ ส่งผลให้เมื่อเกิดภัยพิบัติรุนแรง กองทัพพบอาจขาดแคลนเครื่องมือหรือเวชภัณฑ์บางอย่างในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งกระทบต่อประสิทธิผลของการช่วยชีวิตผู้ประสบภัย

2.3 การบูรณาการและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ยังไม่ต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีกฎหมายและแผนระดับชาติรองรับการทำงานร่วมกัน แต่ในการปฏิบัติจริงยังพบปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการประสานงานระหว่างกองทัพพบกับหน่วยงานพลเรือนอื่น ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานปกครองท้องถิ่น ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างด้านโครงสร้างการสั่งการ (สายการบังคับบัญชาทหารกับพลเรือน) รวมถึงวัฒนธรรมองค์กรที่ต่างกัน ก่อให้เกิดความล่าช้าและช่องว่างในการดำเนินงานร่วมกันในบางกรณี นอกจากนี้ การฝึกซ้อมร่วมระหว่างหน่วยแพทย์ทหารกับหน่วยงานอื่น ๆ ยังเกิดขึ้นไม่บ่อยและไม่ต่อเนื่องเพียงพอ ทำให้การเรียนรู้และแก้ไขข้อบกพร่องในการทำงานร่วมกันไม่ได้รับการปรับปรุงอย่างเต็มที่ตามที่ควรจะเป็น

2.4 ข้อจำกัดด้านการสื่อสารและระบบข้อมูลในภาวะฉุกเฉิน เมื่อเกิดภัยพิบัติใหญ่ โดยเฉพาะในพื้นที่ทุรกันดารหรือพื้นที่ห่างไกล ระบบสื่อสารโทรคมนาคมพื้นฐานมักเสียหายหรือขัดข้อง การติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่กับศูนย์บัญชาการหรือโรงพยาบาลหลักเป็นไปด้วยความล่าช้า กองทัพพบเองยังไม่มีระบบสื่อสารทางทหารที่ครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ภัยพิบัติ และการใช้งานเทคโนโลยีการสื่อสารทางดาวเทียมหรือเครือข่ายสำรองยังมีจำกัด ปัญหานี้ทำให้การประสานงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยและการส่งต่อข้อมูลสถานการณ์มีความล่าช้าและไม่ทันการณ์

สาเหตุของปัญหาข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนภายในที่ต้องได้รับการแก้ไข และ ภัยคุกคามภายนอกที่ต้องวางแผนรับมืออย่างเหมาะสม โดยงานวิจัยในประเทศไทยก่อนหน้านี้ (สมัย ขำพันธ์, 2563) ก็ได้ชี้ให้เห็นประเด็นทำนองเดียวกันว่า แม้กองทัพบกจะมีศักยภาพพื้นฐานในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามเพื่อบรรเทาภัยพิบัติ แต่หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา การขาดแคลนบุคลากร เครื่องมือ และการฝึกซ้อมร่วมดังกล่าว ก็จะไม่สามารถช่วยเหลือ ประชาชนได้อย่างทันทั่วถึงเท่าที่ควร

นอกจากนี้ การขาดการประเมินประสิทธิภาพการตอบสนองด้านการแพทย์ด้วย ตัวชี้วัดเทียบกับมาตรฐานสากล ยังเป็นช่องว่างที่ทำให้ยากต่อการระบุจุดที่ต้องพัฒนาอย่าง เฉพาะเจาะจง ตามที่ Burkle และ Redmond (2015) ได้เสนอว่าการตอบสนองด้านสุขภาพ ในภาวะมนุษยธรรมจำเป็นต้องมีเกณฑ์มาตรฐาน Humanitarian Health Standards สำหรับใช้ประเมินคุณภาพการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

3. แนวทางการพัฒนาและปรับปรุงการเตรียมความพร้อมที่สอดคล้องกับ มาตรฐานสากล (วัตถุประสงค์ข้อที่ 3)

เพื่อแก้ไขปัญหายุกระดับความพร้อมของโรงพยาบาลสนามกองทัพบกไทย ให้ สอดคล้องกับมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ จำเป็นต้องกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาอย่างเป็น ระบบ บนพื้นฐานของการใช้จุดแข็งให้เกิดประโยชน์สูงสุด ลดจุดอ่อนภายในองค์กร และ ตอบสนองต่อโอกาส-อุปสรรคภายนอกได้อย่างเหมาะสม แนวทางหนึ่งคือการประยุกต์ TOWS Matrix ซึ่งสอดแทรกมุมมองเชิงยุทธศาสตร์ 4 ด้าน ได้แก่ กลยุทธ์เชิงรุก (SO), เชิง แก้ไข/ปรับปรุง (WO), เชิงป้องกัน (ST) และเชิงรับ (WT) โดยมุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากจุด แข็งและโอกาสให้มากที่สุด ขณะเดียวกันก็ลดผลกระทบจากจุดอ่อนและอุปสรรคให้น้อย ที่สุด แนวทางการพัฒนาที่ได้จากการสังเคราะห์มีดังนี้

3.1 กลยุทธ์เชิงรุก (SO) – เสริมสร้างความร่วมมือระดับสากลและการฝึกร่วม ระหว่างหน่วย ใช้จุดแข็งด้านวินัยของบุคลากรและโครงสร้างคำสั่งที่เข้มแข็งของกองทัพบก ผสานกับโอกาสจากความร่วมมือกับองค์การระหว่างประเทศ เช่น สหประชาชาติ (UN OCHA) และองค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อรับการถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และ ทรัพยากรสนับสนุนเพิ่มเติมในการจัดการภัยพิบัติ โดยผลักดันให้มีการจัด การฝึกร่วม (Joint Exercise) ระหว่างกองทัพบก หน่วยแพทย์ทหาร กับกระทรวงสาธารณสุข และ หน่วยงานพลเรือนอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง เสมือนการซ้อมสถานการณ์จริง ซึ่งจะช่วยเพิ่มพูน ศักยภาพในการตอบสนองสถานการณ์ภัยพิบัติร่วมกัน

นอกจากนี้ ควรดำเนินการ **ยกระดับมาตรฐานของโรงพยาบาลสนาม** ให้สูงขึ้นจากระดับปัจจุบัน อาทิ การพัฒนาโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ให้มีขีดความสามารถเข้าใกล้มาตรฐานของทีมแพทย์ฉุกเฉินชนิด Type 2 ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งหมายถึงการเพิ่มศักยภาพด้านการผ่าตัดฉุกเฉินและดูแลผู้ป่วยในสนามให้ได้ มาตรการเหล่านี้จะทำให้การปฏิบัติงานของโรงพยาบาลสนามไทยได้รับการยอมรับและเชื่อมโยงอยู่ในระบบมาตรฐานสากล สามารถขอรับการสนับสนุนหรือบูรณาการกับความช่วยเหลือจากต่างประเทศได้อย่างราบรื่นเมื่อเกิดภัยพิบัติขนาดใหญ่

3.2 กลยุทธ์เชิงแก้ไข/ปรับปรุง (WO) – แก้ไขจุดอ่อนภายในโดยอาศัยความร่วมมือและทรัพยากรภายนอก ปรับปรุงกลไกการบริหารจัดการภายในที่เป็นจุดอ่อน โดยเฉพาะการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากร ให้มีความคล่องตัวและเพียงพอสำหรับภารกิจโรงพยาบาลสนาม อาจใช้วิธี **จัดทำความร่วมมือ (MOU)** กับหน่วยงานหรือองค์กรระหว่างประเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ได้มาซึ่งการสนับสนุนทางเทคนิค อุปกรณ์ หรือทุนทรัพย์จากภายนอกมาชดเชยข้อจำกัดด้านงบประมาณภายในประเทศ นอกจากนี้ ควร **ปรับปรุงระบบการบูรณาการระหว่างเหล่าทัพและหน่วยงานพลเรือน** ให้มีความเป็นเอกภาพมากขึ้น ลดความซ้ำซ้อนหรือความขัดแย้งในหน้าที่ระหว่างหน่วยงาน โดยอาจจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานถาวรร่วมกันระหว่างกระทรวงกลาโหม (กรมแพทย์ทหารบก) กับกระทรวงสาธารณสุขและกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เพื่อวางแผนและทบทวนการเตรียมพร้อมด้านแพทย์สนามร่วมกันเป็นระยะ รวมถึงปรับปรุง **วิธีปฏิบัติงานมาตรฐาน (SOP)** ในการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล (เช่น แนวทางของ WHO และ NATO) มากยิ่งขึ้น กลยุทธ์เชิงแก้ไขนี้จะช่วยลดช่องว่างข้อบกพร่องภายในองค์กรและเสริมความแข็งแกร่งให้กับระบบการแพทย์สนามโดยรวมได้

3.3 กลยุทธ์เชิงป้องกัน (ST) – เตรียมพร้อมรับมือภัยคุกคามด้วยความเด็ดขาดและระบบที่เป็นมาตรฐาน ประยุกต์ใช้วินัยทหารและความเด็ดขาดในการตัดสินใจของผู้บังคับบัญชาให้เกิดประโยชน์สูงสุดในยามเผชิญภัยพิบัติฉับพลันที่มีความไม่แน่นอนสูง เช่น เหตุแผ่นดินไหวหรืออุทกภัยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยเสริมด้วยการนำระบบบัญชาการเหตุการณ์แบบสากล (ICS) มาใช้งานจริงจังกองทัพบก ควบคู่กับการจัดตั้ง **หน่วยตอบสนองฉุกเฉินพิเศษ (Rapid Response Team)** ภายในโรงพยาบาลสนามหรือหน่วยแพทย์ทหาร ที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่และทรัพยากรที่พร้อมเคลื่อนที่ได้ทันทีไปยังพื้นที่เกิดภัย หน่วยนี้ควรมีการติดตั้งเครื่องมือสื่อสารและระบบบริหารจัดการสถานการณ์ตามมาตรฐาน ICS เพื่อให้สามารถปฏิบัติการร่วมกับหน่วยอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้น ควรเตรียมมาตรการป้องกันผลกระทบจากภัยคุกคามระยะยาว เช่น จัดทำแผนเผชิญเหตุสำหรับเหตุการณ์ภัยพิบัติรูปแบบต่าง ๆ ล่วงหน้า (contingency plans) และ ทบทวนปรับปรุงแผนเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศและปัจจัยเสี่ยงใหม่ ๆ เพื่อประเมินความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมเชิงรุกอยู่เสมอ

3.4 กลยุทธ์เชิงรับ (WT) – ลดผลกระทบจากจุดอ่อนและภัยคุกคามด้วย มาตรการรองรับเฉพาะหน้า ลงทุนพัฒนาและติดตั้ง เทคโนโลยีการสื่อสารในพื้นที่ห่างไกล เพื่อแก้ปัญหาการติดต่อสื่อสารเมื่อโครงข่ายปกติใช้การไม่ได้ เช่น ระบบวิทยุสื่อสารความถี่ พิเศษ ระบบสื่อสารผ่านดาวเทียม หรืออินเทอร์เน็ตลูกเจินบนเครือข่ายดาวเทียม ที่หน่วย แพทย์สนามสามารถใช้งานได้ทันทีก่อนที่โครงสร้างพื้นฐานปกติจะถูกฟื้นฟู มาตรการนี้จะ ช่วยให้การสั่งการและการประสานงานไม่หยุดชะงักแม้อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร นอกจากนี้ ควร จัดหา แหล่งงบประมาณฉุกเฉินสำรอง ไว้ใช้งานในยามเกิดภัยพิบัติขนาดใหญ่ เช่น การ จัดตั้งกองทุนหมุนเวียนเพื่อการบรรเทาภัยพิบัติของกองทัพ หรือการทำความตกลงกับ องค์การระหว่างประเทศเพื่อขอรับความช่วยเหลือทางการเงินและทรัพยากรเมื่อเกิดเหตุ จำเป็น ซึ่งจะช่วยแบ่งเบาภาระงบประมาณของกองทัพและทำให้มีทรัพยากรพร้อมใช้อย่าง ทันทีทั้งที่ในสถานการณ์วิกฤต

นอกจากกลยุทธ์ตามกรอบ TOWS Matrix ข้างต้นแล้ว ยังมี ข้อเสนอเพิ่มเติม ที่ควร ดำเนินควบคู่กันเพื่อเสริมความแข็งแกร่งในการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสนาม ได้แก่ (1) **การพัฒนาและฝึกอบรมบุคลากรอย่างต่อเนื่อง** จัดให้มีหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติม ให้กับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในด้านการแพทย์ภัยพิบัติ การจัดการภาวะ ฉุกเฉินขนาดใหญ่ และการเรียนรู้มาตรฐานสากลใหม่ ๆ อยู่เสมอ เช่น การส่งบุคลากรไปร่วม อบรมหรือดูงานกับองค์การอนามัยโลกหรือคณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ เพื่อ ยกระดับความรู้และทักษะให้ทันสมัย (2) **การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยี** ลงทุนเสริมสร้างระบบสาธารณูปโภคพื้นฐานในพื้นที่ตั้งหน่วยแพทย์สนาม รวมถึงจัดหา อุปกรณ์การแพทย์กลางแจ้งเพิ่มเติม เช่น โรงพยาบาลสนามแบบเต็นท์ที่มีระบบควบคุม สภาพแวดล้อมภายใน, เครื่องกำเนิดไฟฟ้าและระบบผลิตน้ำสะอาดเคลื่อนที่, ยานพาหนะ ลำเลียงผู้ป่วยทางการแพทย์ (ambulance) ที่เหมาะสมกับภูมิประเทศต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อ เพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานภาคสนาม และ (3) **การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ กับภาคพลเรือนและนานาชาติ** ทำบันทึกความเข้าใจหรือข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างกองทัพกับหน่วยงานทั้งในประเทศ (เช่น กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิกุ๊กกั๊ก) และ องค์การระหว่างประเทศที่ทำงานด้านมนุษยธรรมและการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อวางกรอบการ ช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันเมื่อเกิดภัยพิบัติ การมีเครือข่ายความร่วมมือที่ชัดเจนและ

เป็นทางการนี้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความรวดเร็วในการระดมทรัพยากรและการตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น เมื่อดำเนินการตามแนวทางพัฒนาและปรับปรุงดังที่เสนอมา ไม่ว่าจะเป็นการแก้ไขปัญหภายใน การสร้างความร่วมมือภายนอก หรือการยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงาน กองทัพบกไทยก็จะสามารถเสริมสร้างความพร้อมของโรงพยาบาลสนามได้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านกำลังพล ทรัพยากร ระบบบริหารจัดการ และการประสานงานข้ามหน่วยงาน ซึ่งผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ โรงพยาบาลสนามของกองทัพบกจะมีขีดความสามารถในการตอบสนองต่อเหตุภัยพิบัติได้อย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลักการบรรเทาสาธารณภัยในระดับสากล อีกทั้งยังสร้างความเชื่อมั่นแก่ประชาชนผู้ประสบภัยและประชาคมระหว่างประเทศว่าการช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินของไทยเป็นไปตามมาตรฐานที่ทั่วโลกยอมรับ สามารถผนึกกำลังเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือมนุษยธรรมในเวทีนานาชาติได้อย่างเต็มภาคภูมิ

บทสรุปการวิเคราะห์

จากการวิเคราะห์บทที่ 3 ของเอกสารงานวิจัย พบประเด็นสำคัญในการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ของกองทัพบกไทย ดังนี้

งานวิจัยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาแนวทางที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล โดยใช้กรอบการวิเคราะห์เชิงกลยุทธ์ทั้งภายใน (SWOT, 7S, 8M) และภายนอก (PESTEL, PMESII) เพื่อประเมินศักยภาพของโรงพยาบาลสนาม กองทัพบกมีจุดแข็งด้านโครงสร้างการบังคับบัญชาที่ชัดเจน วินัยของบุคลากร และความสามารถในการตอบสนองฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ยังมีจุดอ่อนสำคัญ เช่น การขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง งบประมาณจำกัด เครื่องมือแพทย์ไม่เพียงพอ และความไม่ต่อเนื่องของการฝึกซ้อมร่วมกับหน่วยงานภายนอก

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ โอกาสจากนโยบายภาครัฐที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในการตอบสนองภัยพิบัติ และความร่วมมือระหว่างประเทศกับหน่วยงาน เช่น WHO, UN, NATO ขณะที่ภัยคุกคาม เช่น ภัยพิบัติที่รุนแรงฉับพลัน และความท้าทายด้านสื่อสารในพื้นที่ห่างไกล ยังคงเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ แนวทางการพัฒนาที่สังเคราะห์จาก TOWS Matrix เสนอ 4 กลยุทธ์ คือ เชิงรุก (SO) เสริมสร้างความร่วมมือและฝึกซ้อม, เชิงแก้ไข (WO) ลงทุนเทคโนโลยีและพัฒนาบุคลากร, เชิงป้องกัน (ST) ปรับใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และจัดตั้ง Rapid Response Team, และเชิงรับ (WT) จัดหาเทคโนโลยีสื่อสารสำรองและแหล่งงบประมาณฉุกเฉิน

ท้ายที่สุด หากดำเนินการตามแนวทางที่เสนอ จะทำให้โรงพยาบาลสนามระดับ 1 ของกองทัพบกไทยมีขีดความสามารถเทียบเท่ามาตรฐาน Type 1 ของ WHO และ Role 1 ของ NATO และพร้อมขยายสู่ระดับสูงขึ้นได้ในอนาคต

บทที่ 4

บทอภิปรายผล

1. บทนำ

การวิจัยในครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ของกองทัพบกไทยในการตอบสนองต่อภัยพิบัติ โดยเฉพาะในพื้นที่กองทัพภาคที่ 3 แนวทางนี้ได้รับการวิเคราะห์ภายใต้กรอบแนวคิดของวงจรการจัดการภัยพิบัติ (Disaster Management Cycle) ที่ครอบคลุมทุกขั้นตอนตั้งแต่การป้องกัน การเตรียมความพร้อม การตอบสนอง และการฟื้นฟู ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับนโยบายและมาตรฐานทั้งในระดับประเทศและระดับสากล นอกจากนี้ยังมีการเปรียบเทียบผลการวิจัยกับมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) การปฏิบัติงานตามแนวทางของ NATO รวมถึงแนวทางของ UN OCHA ซึ่งล้วนแล้วแต่เน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทหารและพลเรือนในการลดผลกระทบจากภัยพิบัติ^{3 4 5}

ในบริบทของประเทศไทย การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ถือเป็นกลไกสำคัญที่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยการดำเนินงานในครั้งนี้ได้มีการสังเกตและวิเคราะห์ความสามารถในการจัดการบริการทางการแพทย์เบื้องต้น การประสานงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร ตลอดจนการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ภายใต้ข้อจำกัดของบุคลากรและอุปกรณ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

2. การเปรียบเทียบผลการวิจัยกับแนวคิด ทฤษฎี และมาตรฐานสากล

2.1 ความสอดคล้องกับมาตรฐาน WHO และแนวทาง FMT

ผลการวิจัยพบว่าโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ของกองทัพบกไทยมีลักษณะการให้บริการที่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของทีมแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ภัยพิบัติ (Emergency Medical Teams: EMTs) ตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไว้ โดยเฉพาะในเรื่องการให้บริการแบบเบื้องต้น (Outpatient Care) ซึ่งเป็นลักษณะที่มีความคล้ายคลึงกับ FMT Type 1 อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลสนามของกองทัพบกไทยมีการเตรียมความพร้อมและความสามารถในการขยายขีดความสามารถเพิ่มเติมในบางส่วน เช่น การมีเครื่องมือผ่าตัดขนาดเล็กเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยในช่วงวิกฤต ซึ่งถือเป็นการพัฒนาที่เหนือกว่ามาตรฐาน FMT Type 1 ทั่วไป³

การปรับใช้แนวทางของ WHO นั้น ช่วยให้การให้บริการในสถานการณ์ฉุกเฉินมีมาตรฐานที่สามารถประเมินและตรวจสอบคุณภาพการให้บริการได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งส่งผลให้เกิดความมั่นใจในความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการดำเนินงานทางการแพทย์ในช่วงวิกฤต นอกจากนี้ แนวทางนี้ยังช่วยให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีกรอบการประเมินและพัฒนาศักยภาพของทีมแพทย์อย่างต่อเนื่อง^{3,2}

2.2 การเปรียบเทียบกับมาตรฐาน NATO และแนวทาง Role 1

จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย พบว่าโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ของกองทัพบกไทยสามารถจัดวางระบบการให้บริการทางการแพทย์ในระดับ Role 1+ ได้ โดยมีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ NATO ที่ระบุว่า Role 1 ควรมีการให้บริการตรวจคัดกรอง การรักษาเบื้องต้นและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปยังหน่วยงานที่มีความสามารถสูงขึ้น⁴ แม้ว่ามาตรฐานของ NATO จะกำหนดความสามารถในการให้บริการที่สูงขึ้นในกรณีของสถานการณ์รุนแรง แต่การจัดวางแนวทางของกองทัพบกไทยในปัจจุบันก็สามารถตอบสนองต่อภัยพิบัติในระดับพื้นที่ได้อย่างรวดเร็วและมีความเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของการตอบสนองแบบ “Response” และ “Early Recovery” ซึ่งมีความสำคัญในการลดระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพหลังเหตุการณ์ภัยพิบัติ⁴

2.3 การประสานงานกับแนวทางของ UN OCHA และการบูรณาการความร่วมมือ

อีกหนึ่งประเด็นที่สำคัญในการอภิปรายผลคือการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทหารและพลเรือน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) ในเรื่อง “Oslo Guidelines” ที่เน้นการใช้งานทรัพยากรของทั้งทหารและพลเรือนร่วมกันในการบรรเทาภัยพิบัติ⁵ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการบูรณาการดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การตอบสนองต่อภัยพิบัติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ ทั้งนี้การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการประสานงานระหว่างหน่วยงานจะต้องมีการพัฒนาระบบสื่อสารที่มีความเสถียรและครอบคลุมเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูล⁵

การนำแนวทางของ UN Medical Support Manual มาใช้ร่วมกับแนวทางภายในของกองทัพบกไทย ยังช่วยส่งเสริมให้เกิดการบูรณาการทรัพยากรและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดการกับภัยพิบัติที่มีความซับซ้อนและต้องการการตอบสนองในเวลาที่เหมาะสม⁶

3. การเชื่อมโยงกับผลงานวิจัยและงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง

3.1 การเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ “สมัย ข้าพันธ์”

งานวิจัยของ สมัย ข้าพันธ์ (2563) ได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพด้านบุคลากร การบริหารจัดการทรัพยากร และการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในสถานการณ์ภัยพิบัติ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับข้อค้นพบดังกล่าว โดยเฉพาะในประเด็นการจัดการและการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อเพิ่มทักษะและความพร้อมในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน⁶ ทั้งนี้ ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดทำระบบบันทึกข้อมูลและการติดตามผลการดำเนินงานเพื่อให้สามารถประเมินคุณภาพและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับงานวิจัยของสมัย ข้าพันธ์⁶

3.2 การประเมินคุณภาพการตอบสนองในสถานการณ์มนุษยธรรม

การศึกษาของ Burkle และ Redmond (2015) ได้เสนอแนวทางการวัดคุณภาพของการตอบสนองทางสุขภาพในภาวะภัยพิบัติ โดยมุ่งเน้นที่การกำหนดมาตรฐานและการประเมินผลการดำเนินงานในระดับมนุษยธรรม⁷ ในผลการวิจัยพบว่าการตอบสนองของโรงพยาบาลสนามระดับ 1 นั้นสามารถวัดและประเมินคุณภาพการให้บริการผ่านตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความรวดเร็วในการตอบสนอง การจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ และการบูรณาการกับหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการนำเอาแนวทางของ Burkle และ Redmond มาใช้เป็นกรอบในการประเมินคุณภาพการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ⁷

3.3 แนวทางการพัฒนาระบบการบริหารจัดการและการประสานงาน

จากผลการวิจัยยังพบว่ามีข้อจำกัดในด้านการบริหารจัดการและการประสานงาน โดยเฉพาะในเรื่องของการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อภัยพิบัติ ข้อจำกัดเหล่านี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่เผยให้เห็นปัญหาคล้ายคลึงในหลายประเทศที่ประสบปัญหาด้านทรัพยากร² นอกจากนี้ยังมีความท้าทายในเรื่องของการสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานทหารและพลเรือน เนื่องจากมีความแตกต่างในด้านระบบการสื่อสารและวัฒนธรรมองค์กรที่ต่างกัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นประเด็นที่ต้องได้รับการแก้ไขผ่านแนวทางการพัฒนาและการปรับปรุงระบบบริหารจัดการภายในองค์กร²

4. ประเด็นข้อจำกัดและความท้าทาย

4.1 ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าหน่วยงานในกองทัพกไทยยังคงเผชิญกับข้อจำกัดในด้านบุคลากรและทรัพยากรทางการแพทย์ แม้จะมีการเตรียมงบประมาณฉุกเฉินในบางส่วน แต่ในทางปฏิบัติยังคงพบปัญหาการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่เพียงพอสำหรับสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนและรุนแรง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่การจัดหาทรัพยากรและอุปกรณ์ทันสมัยเป็นสิ่งท้าทายที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง^{6 2}

4.2 ปัญหาด้านการประสานงานและการสื่อสาร

หนึ่งในประเด็นที่พบในผลการวิจัยคือความไม่สอดคล้องกันของระบบสื่อสารระหว่างหน่วยงานทหารและพลเรือน ซึ่งส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรับส่งข้อมูลและการตัดสินใจในสถานการณ์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างในโครงสร้างการบริหารจัดการและวัฒนธรรมองค์กรระหว่างหน่วยงานที่ต้องได้รับการปรับปรุงและพัฒนาให้มีความสอดคล้องและสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵

4.3 ความท้าทายในการฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะ

การฝึกอบรมและการพัฒนาทักษะของบุคลากรเป็นประเด็นสำคัญที่พบว่าเป็นข้อจำกัดในระบบการตอบสนองภัยพิบัติ การหมุนเวียนของบุคลากรในกองทัพกไทยส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในกระบวนการฝึกอบรมและการเก็บข้อมูล ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมที่มีความสม่ำเสมอและเป็นระบบ ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติงานในทุกสถานการณ์ฉุกเฉิน⁶

4.4 อุปสรรคทางเทคโนโลยีและระบบข้อมูล

การจัดการและการประสานงานในสถานการณ์ภัยพิบัติต้องอาศัยเทคโนโลยีและระบบข้อมูลที่ทันสมัย แต่ในหลายพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภัยพิบัติกลับพบว่ามีข้อจำกัดในเรื่องของระบบสื่อสารและเทคโนโลยีที่ใช้ในการรับส่งข้อมูล ทำให้เกิดปัญหาในการวางแผนและการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ² แนวทางในการแก้ไขปัญหานี้ควรเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดตั้งศูนย์กลางข้อมูลที่สามารถรวบรวมและประมวลผลข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

5. แนวทางการพัฒนาต่อไป

5.1 การเสริมสร้างความสามารถด้านบุคลากรและทรัพยากร

เพื่อแก้ไขข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากร จำเป็นต้องมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมและการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะการฝึกอบรมในด้าน Triage, Basic Life Support และการบริหารจัดการเหตุการณ์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ควรมีการจัดตั้งระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง⁶

5.2 การพัฒนาระบบการประสานงานและการสื่อสาร

การปรับปรุงระบบการสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงานทหารและพลเรือนถือเป็นสิ่งจำเป็นในสถานการณ์ภัยพิบัติ แนวทางที่เสนอควรรวมถึงการพัฒนา ระบบสื่อสารที่มีความเสถียรและครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมถึงการสร้างศูนย์กลางข้อมูลที่สามารถรวบรวมและประมวลผลข้อมูลจากทุกหน่วยงานได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ นอกจากนี้ควรมีการจัดทำความเข้าใจร่วมกันผ่านการฝึกอบรมแบบบูรณาการ (Joint Exercise) ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อสร้างความเข้าใจในระบบการทำงานร่วมกันและลดความแตกต่างในวัฒนธรรมองค์กร^{5 8}

5.3 การพัฒนามาตรฐานและการยกระดับความสามารถ

เพื่อให้โรงพยาบาลสนามระดับ 1 ของกองทัพไทยสามารถรองรับภัยพิบัติที่มีความรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาขีดความสามารถให้สอดคล้องกับมาตรฐานระดับ Type 2 ของ WHO หรือ Role 2 ของ NATO ซึ่งจะช่วยให้สามารถให้บริการทั้งในด้านการรักษาผู้ป่วยในและการผ่าตัดฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวทางนี้ควรมีการวางแผนระยะยาวที่ครอบคลุมทั้งด้านการลงทุนในทรัพยากรทางการแพทย์ การพัฒนาระบบบริหารจัดการและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อภัยพิบัติในอนาคตได้อย่างยั่งยืน^{4 7}

5.4 การส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศและภาคส่วนต่าง ๆ

แนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพควรเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ หน่วยงานทหารและภาคเอกชน รวมถึงการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับหน่วยงานในต่างประเทศที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการตอบสนองภัยพิบัติ แนวทางการจัดทำบันทึกความเข้าใจร่วม (Memorandum of Understanding: MOU) กับองค์กรระหว่างประเทศและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะช่วยเสริมสร้างฐานข้อมูลและความรู้ที่สามารถนำมาพัฒนาระบบการตอบสนองภัยพิบัติในระดับประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{5 10}

5.5 การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อรองรับการรับส่งข้อมูลในช่วงวิกฤตเป็นอีกหนึ่งแนวทางที่สำคัญ ควรมีการลงทุนในระบบเครือข่ายและเทคโนโลยีการสื่อสารที่สามารถทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีข้อจำกัดด้านสัญญาณและโครงสร้างพื้นฐานที่ไม่สมบูรณ์ แนวทางนี้จะช่วยให้การรวบรวมข้อมูล การประสานงาน และการตัดสินใจในสถานการณ์ฉุกเฉินเป็นไปอย่างรวดเร็วและแม่นยำ ส่งผลให้เกิดการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในเวลาที่จำกัด²

6. บทสรุป

จากการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย พบว่าแนวทางการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสนามระดับ 1 ของกองทัพบกไทยในบริบทการตอบโต้อุปสรรคภัยพิบัติมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและมาตรฐานสากลในหลายด้าน โดยเฉพาะในแง่ของการให้บริการทางการแพทย์เบื้องต้นตามแนวทางของ WHO และการจัดการทรัพยากรในลักษณะที่สามารถรองรับการตอบสนองในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

ทั้งนี้ ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดที่สำคัญในการจัดสรรบุคลากร ทรัพยากรทางการแพทย์ และระบบการสื่อสารที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงเพิ่มเติม การบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทหารและพลเรือนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การตอบสนองต่อภัยพิบัติมีความเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ UN OCHA และแนวคิด Oslo Guidelines การมีระบบประสานงานที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความล่าช้าในการรับส่งข้อมูลและการตัดสินใจในช่วงเวลาที่วิกฤต อีกทั้งยังเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนในการรับมือกับภัยพิบัติ

ในส่วนของการพัฒนาต่อไป จำเป็นต้องมีการยกระดับมาตรฐานการให้บริการและขีดความสามารถของโรงพยาบาลสนามให้สอดคล้องกับมาตรฐานระดับ Type 2 หรือ Role 2 ซึ่งจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความรุนแรงมากขึ้น การจัดทำแผนการพัฒนาในระยะยาวที่ครอบคลุมทั้งด้านการลงทุนในทรัพยากร การฝึกอบรมบุคลากร และการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ จะเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบตอบสนองภัยพิบัติที่มีความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า แนวทางการพัฒนาที่นำเสนอในงานวิจัยนี้ ยืนยันถึงความน่าเชื่อถือและความสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติและมาตรฐานสากล ทั้งนี้ การดำเนินงานในอนาคตควรเน้นการแก้ไขข้อจำกัดที่พบในด้านทรัพยากร บุคลากร การสื่อสาร และระบบการประสานงาน โดยการนำแนวทางใหม่ ๆ ที่ได้รับการพัฒนาจากประสบการณ์ภายในประเทศ และแลกเปลี่ยนความรู้กับองค์กรระหว่างประเทศมาใช้ร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้มแข็งและยกระดับการตอบสนองต่อภัยพิบัติในอนาคตให้ดียิ่งขึ้น

บทที่ 5

บทสรุป

1. บทสรุปประเด็นสำคัญ

ผลการศึกษาที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก เพื่อรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติและเหตุฉุกเฉินรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งมีแนวโน้มทวีความรุนแรงและเกิดขึ้นถี่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอุทกภัย วาตภัย ดินโคลนถล่ม หรือโรคระบาดอุบัติใหม่ ทั้งนี้ โรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก เปรียบเสมือน “ด่านหน้า” ที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น ช่วยลดภาระของโรงพยาบาลประจำในพื้นที่ และยังสนับสนุนการรักษาพยาบาลในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ¹

เมื่อพิจารณาบริบทของพระราชบัญญัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 ที่มุ่งลดความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนให้มากที่สุด² ประกอบกับแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564–2570 ที่กำหนดให้มีการบูรณาการทุกภาคส่วน ตั้งแต่การป้องกัน เตรียมพร้อม ตอบสนอง และฟื้นฟู จึงตอกย้ำถึงความจำเป็นในการพัฒนาโรงพยาบาลสนามอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านยุทธศาสตร์ นโยบาย และแนวทางปฏิบัติจริงในภาคสนาม สอดคล้องกับมาตรฐานสากลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่กำหนดขีดความสามารถของ Foreign Medical Teams (FMT) Type 1 ในการดูแลผู้ป่วยนอกและปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐาน³ รวมถึงหลักนิยมของ NATO (Role 1–4)⁴ ที่เน้นให้หน่วยแพทย์เบื้องต้นต้องตอบสนองภายใน “Golden Hour” เพื่อลดโอกาสการเสียชีวิตและความพิการของผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน ด้านแนวทางของ OCHA⁵ ยังระบุถึงความสำคัญในการใช้ทรัพยากรทางการทหารอย่างโปร่งใสและสอดคล้องกับหลักมนุษยธรรม ดังนั้น การนำมาตรฐานเหล่านี้มาเทียบเคียงและปรับใช้กับกองทัพบกไทย ช่วยส่งเสริมให้โรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก มีศักยภาพและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น

อีกทั้ง การวิจัยของ สมัย ขำพันธ์⁶ ย้ำว่าบุคลากรทางการแพทย์และการบูรณาการกับหน่วยงานพลเรือนเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้การตอบสนองภัยพิบัติรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ขณะที่ Burkle และ Redmond⁷ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยทางการแพทย์ในสถานการณ์ด้านมนุษยธรรม ซึ่งสอดคล้องกับคู่มือ Medical Support Manual ของสหประชาชาติ⁸ และแนวทางการจัดหมวดหมู่และมาตรฐานขั้นต่ำของ FMT ที่เสนอโดย Norton และคณะ⁹

โดยสรุปแล้ว สามารถกล่าวได้ว่าการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก จำเป็นต้องอาศัยหลักการสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) ปรับตัวให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล (2) เสริมสร้างความพร้อมของบุคลากรและทรัพยากร (3) พัฒนาระบบสื่อสารและ การบูรณาการ กับหน่วยงานภายนอก และ (4) เตรียมกลไกประเมินความเสี่ยงและวางแผนรองรับภัยพิบัติล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ

2. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1.1 กำหนดโครงสร้างหน่วยงานกลางหรือคณะกรรมการร่วม

จัดตั้งคณะกรรมการหรือศูนย์ประสานงานระดับชาติ ที่ประกอบด้วย ผู้แทนจากกองทัพบก กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดนโยบายด้านงบประมาณและมาตรฐานโรงพยาบาล สนามระดับ 1 กองทัพบก ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผลักดันให้มีการ “บันทึกความ เข้าใจ” (MOU) ระหว่างกองทัพกับหน่วยงานพลเรือนในการกำหนดขอบเขตการทำงาน บทบาท ภารกิจ ตลอดจนสิทธิและหน้าที่ของแต่ละฝ่าย เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการปฏิบัติ

2.1.2 นโยบายงบประมาณเฉพาะด้านแพทย์ฉุกเฉินสนาม

จัดสรรงบประมาณสำหรับโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ในพระราชบัญญัติ งบประมาณประจำปี หรือผ่านงบกลางด้านฉุกเฉิน/ภัยพิบัติ โดยให้ความสำคัญกับการจัดซื้อ อุปกรณ์จำเป็น เช่น ชุดผ่าตัดเล็ก เครื่องกระตุกหัวใจ (AED) ชุดเวชภัณฑ์ฉุกเฉิน ฯลฯ วางแผนพัฒนา “กองทุนฉุกเฉินการแพทย์ทหาร” ที่เปิดโอกาสให้ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนมีส่วนร่วมสมทบทุน ในยามที่เกิดเหตุการณ์วิกฤต

2.1.3 มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย

รับรองมาตรฐานโรงพยาบาลสนาม (Accreditation) ด้วยการอ้างอิง คู่มือสากล เช่น WHO FMT หรือ UN Medical Support Manual เพื่อให้ทุกฝ่ายมี เป้าหมายคุณภาพชัดเจน เชื่อมโยงสู่การรับรองโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ในอนาคต เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาลปกติ

2.2 ข้อเสนอแนะเชิงบริหารจัดการ

2.2.1 จัดตั้งกลุ่มงานหรือคณะทำงานส่วนกลางในกองทัพบก

กำหนดให้กรมแพทย์ทหารบกเป็นแกนหลัก มีคณะทำงานย่อยด้านต่าง ๆ

เช่น ด้านเวชภัณฑ์ ด้านโลจิสติกส์ ด้านสื่อสาร ด้านฝึกอบรม ฯลฯ เพื่อพัฒนาแนวทางการร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และจัดทำตารางหมุนเวียนบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล) ให้สามารถเรียกใช้งานได้ทันทีในกรณีฉุกเฉิน

2.2.2 เพิ่มประสิทธิภาพการฝึกอบรมและซักซ้อม

พัฒนาหลักสูตรอบรมเฉพาะทางด้าน “การแพทย์ฉุกเฉินสนาม” ให้บุคลากรมีความรู้เรื่อง Triage System, Basic Life Support, Telemedicine ตลอดจนความปลอดภัยในพื้นที่เสี่ยง จัดการฝึกซ้อม เป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง โดยเชิญหน่วยงานพลเรือนมาร่วม เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและลดความสับสนเมื่อเกิดเหตุจริง

2.2.3 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบข้อมูลและการสื่อสาร

ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหรือระบบ Telemedicine เพื่อเชื่อมโยงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลหลักให้ให้คำปรึกษาทางไกลได้ ปรับปรุงระบบสื่อสาร (วิทยุสื่อสาร ดาวเทียมเคลื่อนที่) ให้ครอบคลุมพื้นที่ทุรกันดารและทดสอบการใช้งานเป็นระยะ

2.3 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.3.1 จัดทำมาตรฐานปฏิบัติการ ที่ชัดเจน

ควรกำหนดรายละเอียดวิธีติดตั้งและรื้อถอนโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก ขั้นตอนการคัดแยกผู้ป่วย แนวทางสื่อสารกับหน่วยกู้ภัย และเส้นทางส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และจัดทำ “Checklist” ตรวจสอบความพร้อมก่อนออกปฏิบัติการ เช่น ตรวจสอบยาและเวชภัณฑ์ เต็นท์ เตียงสนาม ระบบไฟฟ้า-ประปา ฯลฯ

2.3.2 สร้างเครือข่ายอาสาสมัครและแพทย์ประจำพื้นที่

จัดตั้งทีมแพทย์สนามระดับตำบลหรือหมู่บ้าน ร่วมมือกับ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านแรกในพื้นที่ห่างไกล ก่อนที่โรงพยาบาลสนามหลักจะเดินทางเข้ามาถึง วางแผนประสานงานกับโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือเอกชน เพื่อสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยในกรณีเร่งด่วนหรือมีผู้ป่วยหนักเกินศักยภาพโรงพยาบาลสนาม

2.3.3 วางระบบประเมินหลังปฏิบัติการ

ทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นภารกิจ ให้จัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานอย่างละเอียด วิเคราะห์จุดอ่อนและช่องว่างในระบบ รวมถึงความล่าช้าและปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ จัดเก็บข้อมูลเชิงสถิติ เช่น เวลาตอบสนอง อัตราการรอดชีวิต ความพึงพอใจของผู้ป่วย เพื่อใช้วางแผนปรับปรุงในครั้งถัดไป

3. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต

3.1 ศึกษาเปรียบเทียบกับกองทัพในประเทศเพื่อนบ้าน วิเคราะห์โครงสร้าง การจัดกำลังพล และแนวทางฝึกของกองทัพเพื่อนบ้านในอาเซียน เพื่อหา “Best Practices” นำมาปรับใช้ในบริบทไทย

3.2 ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ คำนวณต้นทุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก เทียบกับการลดอัตราการตาย-เจ็บ และความเสียหายทางเศรษฐกิจ ว่ามีความคุ้มค่ามากน้อยเพียงใด

3.3 พัฒนาระบบการรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากบุคลากรในกองทัพมีการหมุนเวียน ต้องศึกษาวิธีเก็บสะสมองค์ความรู้ (Knowledge Management) และฝึกอบรมคนรุ่นใหม่ให้สืบทอดประสบการณ์จากรุ่นก่อนอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 วิเคราะห์การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ การใช้ AI ช่วยวินิจฉัยโรคขั้นต้นในสนาม รวมถึง การนำแอปพลิเคชันมือถือมาติดตามอาการผู้ป่วย การใช้โดรนส่งยา

4. บทสรุป

การพัฒนาและปรับปรุงการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก เป็นภารกิจสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพราะนอกจากจะรองรับภารกิจด้านความมั่นคงแล้ว ยังเป็นการปกป้องชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนเมื่อเผชิญภัยพิบัติในรูปแบบต่าง ๆ การดำเนินการที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การมีโครงสร้างสั่งการเข้มแข็ง บุคลากรที่มีระเบียบวินัย และยุทธโศภณธรรมที่พร้อม เป็นรากฐานที่ดีของกองทัพบก ทว่า ยังต้องการการบูรณาการเชิงลึกมากขึ้นกับภาคพลเรือน รวมถึงการเพิ่มงบประมาณเฉพาะด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพียงพอ

ข้อเสนอแนะที่สรุปได้ คือ ควรมีการจัดตั้งกลไกระดับนโยบาย ร่วมมือกับหน่วยงานพลเรือนอย่างใกล้ชิด ใช้มาตรฐานสากลของ WHO / NATO / UN เป็นกรอบอ้างอิง พัฒนาแผนฝึกอบรมหมุนเวียนบุคลากร สร้างระบบข้อมูลดิจิทัล และวางมาตรการประเมินหลังปฏิบัติงานสม่ำเสมอ หากกองทัพบกสามารถขับเคลื่อนกลยุทธ์เหล่านี้ได้ครบถ้วน โรงพยาบาลสนามระดับ 1 กองทัพบก จะเป็น “กำลังสำคัญ” ในการดูแลและช่วยเหลือชีวิตผู้ประสบภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลาที่ สมดังเจตนารมณ์ที่ ระบุไว้ในพระราชบัญญัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550¹ และแนวทางที่ปรากฏในแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564–2570² ตลอดจนสอดคล้องกับมาตรฐานสากล ช่วยยกระดับศักยภาพทางการแพทย์สนามของกองทัพบกไทยให้ก้าวทันภัยพิบัติในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 46ก (6 พฤศจิกายน 2550).
2. คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564–2570. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย; 2565.
3. **World Health Organization.** Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters. Geneva: WHO; 2013.
4. **North Atlantic Treaty Organization (NATO).** AMedP-8.1: Documentation Relative to Initial Medical Treatment and Evacuation. Edition B, Version 1. Brussels: NATO Standardization Office; 2023
5. **United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA).** Guidelines on the Use of Foreign Military and Civil Defence Assets in Disaster Relief – Oslo Guidelines. Revision 1.1. New York: United Nations; 2007.
6. สมัย ขำพันธ์. การพัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมทางการแพทย์ในการบรรเทาภัยพิบัติอย่างมีประสิทธิภาพของกองทัพบก [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการทัพบก; 2563.
7. **Burkle FM Jr, Redmond A.** Measuring the quality of humanitarian health response: mapping the humanitarian health standards. Prehosp Disaster Med. 2015;30(2):112–6.
8. **Department of Peace Operations, United Nations.** Medical Support Manual for United Nations Peacekeeping Operations. 2nd ed. New York: United Nations; 2019.

9. Norton I, von Schreeb J, Herard P, Aitken P, Lajolo C, Deijen M. Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden-onset disasters. *Bull World Health Organ.* 2013;91(10):718-718A. doi: 10.2471/BLT.13.124034.
10. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2561.
11. United Nations. *Medical Support Manual for United Nations Field Missions*. 4th ed. New York: United Nations; 2024.
12. United Nations. Field Level II Hospital with AMET: Generic Statement of Unit Requirements for Level II Hospital + Aeromedical Evacuation Team (AMET). United Nations Department of Peace Operations; 2023.
13. United Nations. UN manual on healthcare quality and patient safety level 1+2 and 3 medical facilities. Geneva: United Nations; 2019.
14. UNISDR. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2015.
15. United Nations. *Medical Support Manual for United Nations Peacekeeping Operations*. 2nd ed. New York: United Nations; 1999.
16. กรมแพทยทหารบก. ศูนย์บรรเทาสาธารณภัย กรมแพทยทหารบก (ร่าง ศบว.พบ. 67). กรุงเทพฯ: กรมแพทยทหารบก; 2567.

ภาคผนวก

SWOT ทั้ง 4 ด้านเชื่อมโยงกับกรอบวิเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์

จุดแข็ง (Strengths)

ข้อ รายการ	กรอบวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้อง
1 บุคลากรทางการแพทย์มีวินัยและผ่านการฝึกอบรมภาวะฉุกเฉิน	7S (Staff), 4M (Man), PMESII (Social)
2 โครงสร้างการบังคับบัญชาและระบบประสานงานชัดเจน	7S (Structure), PMESII (Institutional), 4M (Management)
3 มีแผนยุทธศาสตร์และโครงสร้างที่สอดคล้องกับกฎหมายและนโยบาย	PESTEL (Political, Legal), PMESII (Political), 7S (Strategy)
4 ระบบ ICS และระบบควบคุมคุณภาพเริ่มพัฒนา	PESTEL (Technological), 7S (System), 4M (Method)
5 ความเข้มแข็งด้านวินัยและความสามารถของบุคลากร	7S (Staff), 4M (Man), PMESII (Social)

จุดอ่อน (Weaknesses)

ข้อ รายการ	กรอบวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้อง
1 ขาดแพทย์เฉพาะทาง	7S (Staff), 4M (Man)
2 งบประมาณจำกัด	PESTEL (Economic), PMESII (Economic), 4M (Money)
3 ช่องว่างการบูรณาการกับพลเรือน	PMESII (Institutional, Social), 7S (Shared Values)
4 การฝึกอบรมไม่ต่อเนื่อง	7S (Skill), 4M (Man, Method), PMESII (Social)
5 ระบบส่งกลับยังไม่สมบูรณ์	7S (System), PESTEL (Technological), 4M (Method)
6 ขีดความสามารถยังอยู่ระดับพื้นฐาน (WHO Type 1)	7S (Skill, System), PMESII (Military), 4M (Machine)

โอกาส (Opportunities)

ข้อ รายการ

- 1 นโยบายรัฐเอื้อการพัฒนาขีดความสามารถ
- 2 ความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย
- 3 การสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ
- 4 ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี
- 5 ความต้องการจากสังคม

กรอบวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้อง

PESTEL (Political, Legal),
PMESII (Political)

PMESII (International, Social),
PESTEL (Political)

PESTEL (Political,
Technological), PMESII
(International)

PESTEL (Technological), 4M
(Machine)

PMESII (Social), PESTEL (Social)

อุปสรรค/ภัยคุกคาม (Threats)

ข้อ รายการ

- 1 ลักษณะภัยพิบัติที่รุนแรงและซับซ้อน
- 2 ผลกระทบจาก Climate Change
- 3 โครงสร้างพื้นฐานเข้าไม่ถึง
- 4 ปัญหาการสื่อสารหน่วยงาน
- 5 มาตรฐานสากลสูงกว่าศักยภาพปัจจุบัน

กรอบวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้อง

PMESII (Environmental),
PESTEL (Environmental)

PESTEL (Environmental),
PMESII (Environmental)

PMESII (Infrastructure), PESTEL
(Technological, Environmental)

PMESII (Institutional,
Information), 7S (System), 4M
(Method)

7S (Skill, Strategy), PMESII
(Military), PESTEL (Legal)

พ