



รายงานวิจัย

การสังเคราะห์ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

**The synthesis of Health system under The Violence Crisis in
Southern Border Provinces Area**

อรสา	กนกวงศ์
สุวัฒน์	วิริยพงษ์สุกิจ
สุกัญญา	โลจนาภิวัดน์
วรสิทธิ์	ศรศรีวิชัย
สาวิตรี	ลัมชัยอรุณเรือง

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

กรกฎาคม พ.ศ.2553

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การสังเคราะห์ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นประมวลข้อค้นพบจาก โครงการวิจัยย่อยในชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 3 เรื่อง คือ 1) การสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบสุขภาพ 2) การจัดการสุขภาพของประชาชน และ 3) การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสังเคราะห์ระบบสุขภาพ และค้นหาแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี 9 เดือน ผลการวิจัยพบว่า

สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ทำให้ความสมดุลในการดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่เสียไป จึงกระทบต่อปัญหาสุขภาพทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา) ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบทำให้เกิดการสูญเสียพ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน ขาดเสาหลักของครอบครัว ขาดผู้นำในชุมชน และความมั่นคงทางจิตใจลดลง ประชาชนมีความเครียดนอนไม่หลับ บางรายเป็นทุกข์ที่ไม่เจียงหาย ทำมาหากินลำบาก เนื่องจากไม่มีความปลอดภัยในการเดินทาง ประชาชนเกิดความระแวง ระมัดระวังตัวมากกว่าปกติ นอกจากนี้มีผู้พิการ หญิงหม้าย และเด็กกำพร้าเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยโรคเรื้อรังดูแลตนเองได้น้อยลง

การจัดการสุขภาพของภาคประชาชน ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) การพูดคุยกับคนในครอบครัว การรวมกลุ่มช่วยเหลือกัน การดูแลตนเองที่เจ็บป่วยเล็กน้อยยังคงใช้ภูมิปัญญาในท้องถิ่น ก่อนไปรับบริการที่คลินิกเอกชนและสถานบริการภาครัฐ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการเดินทางเวลากลางคืน การเดินทางคนเดียว และระมัดระวัง ระแวงในการสื่อสารกับคนแปลกหน้า ส่วนกลุ่มวัยรุ่นใช้การพูดคุยกับคนที่ไว้ใจ และผ่อนคลายความเครียดด้วยการหากิจกรรมอย่างอื่นเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อช่วยผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี ฟังเพลง อ่านหนังสือบันเทิง

การบริการสุขภาพภาครัฐ มีการให้บริการในสถานบริการเป็นหลัก ซึ่งพบว่าสามารถให้การบริการด้านส่งเสริมสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กและการบริการตามบริบทและวิถีมุสลิมได้ดีขึ้น ส่วนการบริการสุขภาพเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหมู่บ้านปฏิบัติได้น้อยลง การบริการสุขภาพในชุมชนจึงได้อาศัย อสม. ผู้ช่วยในการดำเนินงาน สำหรับการเยี่ยมบ้านมีแนวโน้มดูแลได้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น ส่วนการบริการฉุกเฉินและส่งต่อยังไม่สามารถให้บริการช่วยชีวิต ณ จุดเกิดเหตุได้เต็มประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน มีดังนี้

ด้านนโยบาย ควรสนับสนุนให้บุตรหลานของคนในพื้นที่ได้รับการศึกษาต่อ โดยการให้ทุนการศึกษาและกลับมาใช้ทุนในพื้นที่ มีนโยบายเสริมหลักสูตรสายสามัญในโรงเรียนปอเนาะ ซึ่งต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมอิสลาม ส่งเสริมให้เยาวชนเข้าใจและเข้าถึงหลักคำสอนทางศาสนาที่ตนเองนับถือ และพัฒนาการจัดการเครือข่ายในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ด้านการปฏิบัติงานในพื้นที่ ควรพัฒนาระบบการติดตามและประเมินโครงการในพื้นที่ได้รับอย่างเป็นระบบ รวมทั้งควบคุมกำกับให้เกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้ พัฒนาทักษะการสื่อสารด้าน

สุขภาพและการใช้ภาษาถิ่นให้บุคลากร พัฒนาเครือข่ายประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองให้เข้มแข็งมากขึ้น

ด้านการพัฒนาองค์ความรู้ ควรศึกษาทบทวนนโยบายค่าตอบแทนและการกำหนดมาตรฐานการประเมินคุณภาพงานที่ใช้ในพื้นที่จังหวัดชายแดน ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตและการศึกษาของเยาวชนในพื้นที่ ถอดบทเรียนโครงการพัฒนางานที่ดีเด่นในพื้นที่เพื่อเป็นตัวอย่างสำหรับการต่อยอดทำงานแก่หน่วยงานอื่นๆ และสนับสนุนการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาและต่อยอดการดำเนินงานในพื้นที่ให้มากขึ้น

คำนำ

รายงานการสังเคราะห์ฉบับนี้ เป็นการสังเคราะห์ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ 3 เรื่อง คือ การสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบสุขภาพ การจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบและการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อสะท้อนภาพสถานการณ์ความไม่สงบ ที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการสุขภาพของภาคประชาชน และการบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ และนำเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพรัฐให้ตอบสนองการจัดการสุขภาพของภาคประชาชน รวมทั้งให้ทิศทางการพัฒนาองค์ความรู้ในพื้นที่

หวังว่ารายงานฉบับนี้ คงเป็นประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจสุขภาวะและการจัดการสุขภาวะของประชาชน และการบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งสามารถนำข้อเสนอไปต่อยอดการพัฒนางานในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการสังเคราะห์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และความช่วยเหลือจากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพ (สจรส.ม.อ.) ในการประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ นักวิชาการ นักวิจัย และแหล่งทุน รวมทั้งได้รับความร่วมมือในการทบทวนความคิดและเวลาของนักวิจัยทุกคน

ขอขอบคุณ เจ้าของข้อมูล เจ้าของผลงาน ที่ได้อ้างอิงในงานฉบับนี้ และขอขอบพระคุณที่มนักวิจัยทุกคน ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ชี้แนะในการปรับปรุงแก้ไขรายงานให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

หากมีประโยชน์อันใดที่เกิดจากรายงานนี้ คณะผู้วิจัย ขอมอบแด่บุพการี ครูอาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ผู้ที่อยู่ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ และขออุทิศความดีแด่ผู้สูญเสียและผู้จากโลกนี้เนื่องจากสถานการณ์ ขอให้พื้นที่พหุวัฒนธรรมมีแต่ความสมานฉันท์ เกิดสันติ ความสงบสุข สันติภาพ

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2553

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
คำนำ	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพและแผนภูมิ	ซ
ที่มาและการดำเนินการวิจัย	1
ที่มา นิยามศัพท์ และกรอบคิดการวิจัย	1
วิธีดำเนินการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่	9
การกระจายของเหตุการณ์	10
การบาดเจ็บและเสียชีวิต	15
ปัจจัยด้านบุคคลของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต	17
ผลกระทบต่อระบบการบริการสุขภาพ	19
การจัดการสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่	24
สุขภาวะ: กาย จิต สังคม และปัญญา	24
การจัดการสุขภาวะในพื้นที่	26
เงื่อนไขที่ส่งผลต่อสุขภาวะของประชาชน	32
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	34
การบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่	36
ผลกระทบของสถานการณ์ต่อการบริการสุขภาพของภาครัฐ	36
ปัจจัยในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่	40
ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	44
การพัฒนาองค์ความรู้ระบบสุขภาพในพื้นที่	46
องค์ความรู้ กรอบแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยและโครงการสุขภาพ	46
รูปแบบวิธีการวิจัยและโครงการพัฒนา	49
ข้อค้นพบการพัฒนาองค์ความรู้	50
ข้อเสนอเพื่อพัฒนาองค์ความรู้	51
ระบบสุขภาพและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาสุขภาวะ	52
ระบบสุขภาพในสถานการณ์ความไม่สงบ	52
ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาสุขภาวะ	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
หลักคิดและบทเรียนจากนักวิจัย	56
หลักคิดการวิจัยแบบสหสาขา/ชุดโครงการ	56
บทเรียนจากกระบวนการวิจัย	56
ปัญหาการดำเนินการวิจัย	59
บรรณานุกรม	60
ภาคผนวก	61
- Manuscript การจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้	62
- Manuscript สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้	72
- Manuscript การสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้	81

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนเหตุการณ์รายอำเภอ	10
ตารางที่ 2 จำนวนเหตุการณ์ตามลักษณะสถานที่เกิดเหตุ (ICD-10 place of occurrence code)	10
ตารางที่ 3 จำนวนและอัตรา (/แสนประชากร/เดือน) ของการบาดเจ็บและเสียชีวิต และอัตราป่วย ตาย (%) ตามจังหวัดที่เกิดเหตุเรียงตามอัตราการบาดเจ็บ เสียชีวิตและอัตราป่วยตาย	15
ตารางที่ 4 จำนวนและอัตรา (/แสนประชากร/เดือน) ของการบาดเจ็บและเสียชีวิต และอัตราป่วย ตาย (%) ตามอำเภอที่เกิดเหตุ เรียงตามอัตราการบาดเจ็บ เสียชีวิต และ อัตราป่วยตาย 10 อันดับแรก	16
ตารางที่ 5 ลักษณะของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต	17
ตารางที่ 6 จำนวนของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต และอัตราป่วยตาย (%) สูงสุด 5 อันดับแรก ตามโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา	20
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของสาเหตุภายนอก 10 อันดับแรก	21
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของการวินิจฉัยสุดท้าย 10 อันดับแรก	21
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของการดูแลขณะนำส่งจากจุดเกิดเหตุ	22
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของการดูแลขณะส่งต่อ	22
ตารางที่ 11 ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เฉลี่ย	23

สารบัญภาพและแผนภูมิ

	หน้า
ภาพที่ 1	กรอบคิดการสังเคราะห์ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้
ภาพที่ 2	ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้
แผนภูมิที่ 1	Spot Map แสดงจำนวนเหตุการณ์ตามพื้นที่เกิดเหตุการณ์ (GIS Point map)
แผนภูมิที่ 2	จำนวนเหตุการณ์จำแนกตามจังหวัดและเวลาที่เกิดเหตุการณ์
แผนภูมิที่ 3	จำนวนเหตุการณ์จำแนกตามจังหวัดและวันใน 1 สัปดาห์ที่เกิดเหตุการณ์
แผนภูมิที่ 4	จำนวนเหตุการณ์จำแนกตามจังหวัดและวันที่เกิดเหตุการณ์
แผนภูมิที่ 5	จำนวนเหตุการณ์รายเดือนเปรียบเทียบกับจำนวนเหตุการณ์ความไม่สงบ ทุกประเภททั้งที่มีและไม่มีผู้บาดเจ็บตั้งแต่เดือนมกราคม 2547
แผนภูมิที่ 6	จำนวนเหตุการณ์รายเดือนเปรียบเทียบกับจำนวนเฉลี่ยรายเดือน ของเหตุการณ์ความไม่สงบทุกประเภททั้งที่มีและไม่มีผู้บาดเจ็บ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2547
แผนภูมิที่ 7	จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ตามจังหวัดที่เกิดเหตุ เรียงลำดับ ตามจำนวนผู้บาดเจ็บ
แผนภูมิที่ 8	จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ตามอำเภอที่เกิดเหตุ เรียงลำดับ ตามจำนวนผู้บาดเจ็บ
แผนภูมิที่ 9	ลักษณะของผู้บาดเจ็บจำแนกตามกลุ่ม อายุ ศาสนา และเพศ (Pyramid plot)
แผนภูมิที่ 10	จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต แยกตามอาชีพ เรียงลำดับตามจำนวนผู้บาดเจ็บ

ที่มาและการดำเนินการวิจัย

รายงานการสังเคราะห์ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ฉบับนี้ เป็นหนึ่งในชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้รับทุนสนับสนุนจาก 2 แหล่ง คือ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส.ภาคใต้ มอ.) ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2551- 31 ธันวาคม 2551 และทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ระหว่าง ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2552 – 30 เมษายน 2553 นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือในการติดต่อประสานและบริหารงบประมาณโครงการจาก สวรส.ภาคใต้ มอ. ภายใต้ชื่อใหม่ คือ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ (สจรส.มอ.) งานวิจัยชุดนี้จึงมีระยะเวลาดำเนินงาน 1 ปี 9 เดือน วัตถุประสงค์ของชุดโครงการวิจัยนี้ มี 4 ข้อ คือ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐ ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อศึกษาการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้
3. เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบสุขภาพในพื้นที่ สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากเอกสารงานวิจัย งานวิจัย โครงการ และผลงานวิชาการด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547-2550
4. เพื่อสังเคราะห์ระบบสุขภาพและค้นหาแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพของพื้นที่ สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ความรู้ในรายงานวิจัยฉบับนี้ จึงเป็นผลรวมที่ได้จากการดำเนินการวิจัย ผลการวิจัยของทีมนักวิจัยในพื้นที่ 3 ฉบับ ประสบการณ์ตรงของนักวิจัย และการทบทวนเอกสารงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นในเวทีเรียนรู้ระหว่างทีมนักวิจัยในพื้นที่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และทีมที่ปรึกษา

ที่มา นิยามศัพท์ และกรอบคิดการวิจัย

ที่มาของการวิจัย

ตั้งแต่ พ.ศ.2547 ที่เกิดสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้ส่งผลกระทบต่อประชาชนต่อชีวิตร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สิน ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ (ประณีต, 2548) โดยมีเหตุการณ์ความรุนแรง 6,320 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 2,128 คน บาดเจ็บ 3,476 คน (ข้อมูลเมื่อ 31 มี.ค. 50 จาก: <http://medipe2.psu.ac.th/~securitysafety>) เหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนโดยตรง เช่น มีหญิงหม้าย จำนวน 691 คน มีเด็กกำพร้าจำนวน 1,291 คน (ศอ.บต. 2550) ทำให้ประชาชนและเจ้าหน้าที่สุขภาพภาครัฐมีปัญหาทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจที่ต้องการการเยียวยาและให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนจากภาครัฐ โจทย์สำคัญในการแก้ปัญหา ระบบสุขภาพในพื้นที่ให้สัมฤทธิ์ผล จึงต้องปรับกระบวนการทัศน์ในการจัดการด้านสุขภาพใหม่ โดยมีฐานคิดว่าสุขภาพคือ สุขภาวะทั้งกาย จิต สังคมและ ปัญญา และมองปัญหาสุขภาพมากกว่าการบริการสาธารณสุข โดยต้องมองคนทั้งหมดไม่ใช่เน้นเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งต้องอาศัยฐานรากของระบบ

สาธารณสุขที่เอื้ออาทร ความช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ เป็นตัวช่วยในระบบสุขภาพ และต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการจัดบริการสุขภาพชุมชน รวมทั้งสร้างระบบการดูแลตนเองของชุมชน โดยยึดหลักการเข้าใจ เข้าถึง และร่วมพัฒนาตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เพื่อให้เกิดสันติภาพในชุมชนที่มีพื้นที่พหุวัฒนธรรม (สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ [สวรส.ภาคใต้ มอ.], 2550)

นับตั้งแต่ ปี 2547 ที่ อมร และคณะ (2548) ได้ศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้นใน 3 จังหวัดภาคใต้ พบว่า ประชาชนมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคต่างๆ มากขึ้น และเหตุการณ์ความไม่สงบส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะการบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ เพราะแม้จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลไม่เพิ่มขึ้นแต่ความรุนแรงของโรคมีมากขึ้น และบุคลากรสาธารณสุขมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและครอบครัว และมีการโยกย้ายจากชนบทเข้าสู่เมือง จากเมืองในพื้นที่เสี่ยงไปสู่จังหวัดอื่นๆ (อมร และคณะ, 2548) ภายหลังจากปี 2547 เป็นต้นมา หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนได้ร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา การพัฒนาการบริการสุขภาพ การเยียวยาให้แก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ แต่ก็ไม่ได้มีการสำรวจและการทบทวนผลงานด้านสุขภาพที่ผ่านมาอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ก็ไม่ได้มีการศึกษาวิจัยการจัดบริการสุขภาพภาครัฐ การจัดการสุขภาพของภาคประชาชนในบริบทของสถานการณ์ความไม่สงบของช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้ไม่สามารถเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่อย่างรอบด้าน ซึ่งมีผลให้ไม่สามารถเข้าใจและเข้าถึงความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของประชาชน และการจัดบริการสุขภาพภาครัฐ จึงยากต่อการนำผลงานดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ได้ เนื่องจากสถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ดังนั้น ทีมนักวิจัยร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงมีความสนใจร่วมกันในการค้นหาความรู้และความจริงเกี่ยวกับสุขภาพและการจัดการระบบสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ในทุกมิติทั้งด้านกาย จิต สังคม และปัญญาของทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ เพื่อต้องการทำความเข้าใจสถานการณ์ทั้งด้านกว้างและลึก และนำข้อค้นพบที่ได้จากการสังเคราะห์มาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ สถานการณ์ความไม่สงบ และสามารถให้ความช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ให้ได้รับประโยชน์สูงสุด

นิยามศัพท์การวิจัย

สุขภาพ หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา) ที่มีความเป็นพลวัตร และส่งผลต่อการดำรงชีพของประชาชน

การบริการสุขภาพภาครัฐ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งให้บริการแก่ประชาชนใน 4 ภารกิจหลัก ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งนโยบายพิเศษในพื้นที่ ได้แก่ การเยียวยา การบริการฉุกเฉินและส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งระบบความปลอดภัย ในการวิจัยครั้งนี้ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย สำหรับหน่วยบริการระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ คือ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

การจัดการสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง กระบวนการหรือกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำ หรือกลุ่มบุคคลร่วมกันกระทำ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองหรือสุขภาพชุมชนให้เกิดภาวะสมดุลย์หรือความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ปัญญา) ในการดำรงชีพของตนเองหรือชุมชน

สถานการณ์ความไม่สงบ หมายถึง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 จนถึงปัจจุบัน คือ การปล้น การยิง การลอบวางระเบิด การฟัน การลอบวางเพลิง การต่อสู้ปะทะกัน การข่มขู่ การต่อสู้ทำร้ายกันอย่างรุนแรง ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา คือ อำเภอเทพา จะนะ นาทวี และสะบ้าย้อย ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนหลายด้าน ได้แก่ ชีวิต ทรัพย์สิน จิตใจ จิตวิญญาณ (ปัญญา) วิธีการดำเนินชีวิตและการทำงาน สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้ง ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี

ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วย การจัดการสุขภาพภาคประชาชน การบริการสุขภาพภาครัฐ และสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชน

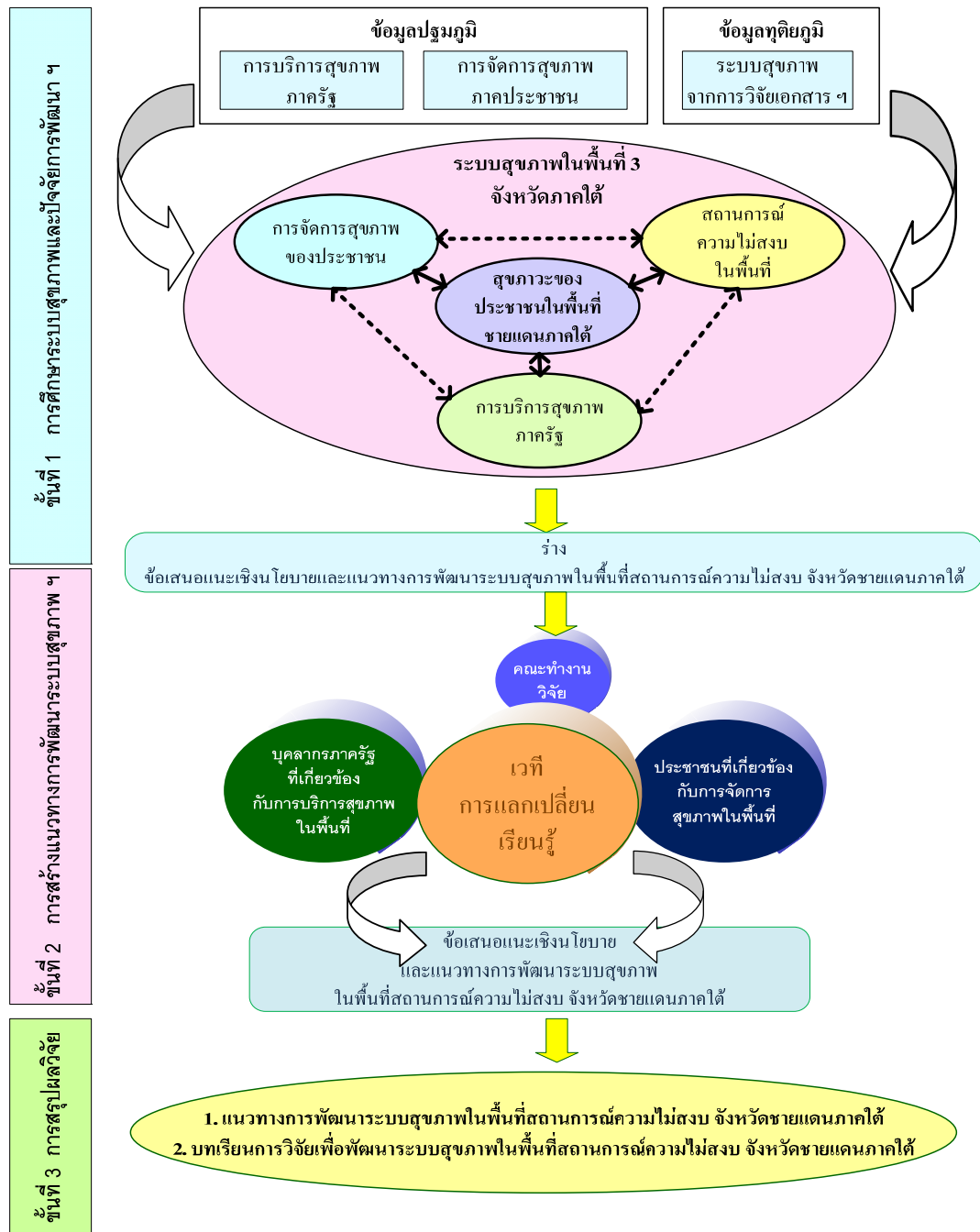
งานวิจัย โครงการ ผลงานวิชาการด้านสุขภาพ หมายถึง เอกสารรายงานผลการศึกษาวิจัย วิทยานิพนธ์ โครงการ ผลงานวิชาการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบ ที่ตีพิมพ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น บทความย่อ บทความ หรือรายงานฉบับสมบูรณ์ ทั้งที่ได้หรือไม่ได้รับการเผยแพร่สู่สาธารณชน ที่ได้ศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ.2547-2550

กรอบคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการผสมผสานการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและการจัดการความรู้ของพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัย และการบริการสุขภาพภาครัฐและการจัดการสุขภาพของภาคประชาชนในพื้นที่ โดยศึกษาข้อมูลปฐมภูมิจากบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพในพื้นที่ และทุติยภูมิจากเอกสารงานวิจัย โครงการ และผลงานวิชาการด้านสุขภาพในพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ แนวคิดเชิงทฤษฎีในการสังเคราะห์ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เชื่อว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะ (well-being) ที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (จิตวิญญาณ) ที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างองค์รวมและเป็นพลวัตร สุขภาวะจึงมีหลายมิติตั้งแต่คน ครอบครัว ชุมชน และสังคม นอกจากนี้สุขภาวะของคน ครอบครัว ชุมชน และสังคม จะขึ้นอยู่กับปัจจัยกำหนดสุขภาพ คือ 1) ปัจจัยบุคคล ได้แก่ วิธีชีวิต พฤติกรรม ความเชื่อ พันธุกรรม จิตวิญญาณ 2) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กายภาพ/ชีวภาพ เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม/ศาสนา ประชากร การศึกษา ภูมิปัญญาท้องถิ่น/ทุนทางสังคม ความมั่นคงปลอดภัย การขนส่ง นโยบายสาธารณะ และ 3) ระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ความเท่าเทียม ความครอบคลุม คุณภาพ และประสิทธิภาพของการจัดการบริการสุขภาพในพื้นที่

ดังนั้น การวิจัยชุดโครงการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ครั้งนี้ จึงกำหนดกรอบแนวคิดการดำเนินวิจัย ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบคิดการสังเคราะห์ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้



วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ การศึกษาระบบสุขภาพและปัจจัยการพัฒนา การสร้างแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ และการสรุปผลการวิจัย วิธีการดำเนินงาน มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาระบบสุขภาพและปัจจัยการพัฒนา มี 2 กิจกรรมหลัก คือ

1.1 การสร้างทีมและเป้าหมายร่วมในการวิจัย จุดเริ่มต้นวิจัยนี้เกิดจากแนวคิดของ ผศ. ดร.ภก.พงศ์เทพ สุธีรัฐ ฐานผู้อำนวยการ สวรส.ภาคใต้ มอ. ที่ต้องการค้นหาความรู้เชิงระบบเกี่ยวกับ

การบริการสุขภาพของรัฐ และการดูแลสุขภาพของประชาชนภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเริ่มจากการสร้างเวทีในการแลกเปลี่ยนแนวคิดเพื่อพัฒนาโครงการวิจัยร่วม เจ้าหน้าที่สุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้และที่ปรึกษางานวิจัย เมื่อได้แนวคิดในการดำเนินวิจัยเบื้องต้น จึงประสานให้ อ.อรสา กนกวงศ์ ซึ่งได้ร่วมเป็นที่ปรึกษางานวิจัยในพื้นที่เป็นผู้พัฒนาและจัดการชุดโครงการเมื่อเดือน เมษายน 2551

นักวิจัยชุดโครงการนี้จึงเกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่เป็นเครือข่ายการทำงานกับ สวรส. ภาคใต้ มอ. เป้าหมายเบื้องต้นจากเวทีการพัฒนางานวิจัย คือ ต้องการค้นหาความรู้โดยภาพรวมของ ภาวะสุขภาพของประชาชนทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สถานการณ์การบริการสุขภาพ ภาครัฐทั้ง 4 มิติ คือ ด้านการรักษา การควบคุมและป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ และการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยศึกษาข้อมูลปฐมภูมิในพื้นที่และ ข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสาร คำถามเชิงการจัดการโครงการ คือ วิจัยชุดนี้จะดำเนินการให้สำเร็จได้อย่างไร เพราะคำถามการวิจัยเป็นปัญหาสุขภาพเชิงระบบที่ซับซ้อน จึงต้องการผู้มีความรู้ความเข้าใจ สถานการณ์และการดำเนินงานต่างๆ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และนักวิจัยต้องสามารถเข้าถึง ประชาชนและเก็บข้อมูลในพื้นที่ได้ เพราะสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีเบื้องลึก ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาจากสาเหตุหลายประการ จึงมีความเสี่ยงในการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ การ เก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล การสร้างทีมนักวิจัยโครงการ จึงจำเป็นต้องมี 2 ทีมหลัก คือ

1) ทีมนักวิจัยโครงการในพื้นที่ มี 3 ทีม คือ ทีมของ ญญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์ และคณะวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ทีมของนายสะแลแม อาแวนิ และคณะสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์ และสาธารณสุข และทีมของนางสาวนิจนา หัสमान และคณะชมรมพยาบาลชุมชนชนภาคใต้ ซึ่งทีม พยาบาลชุมชนมีภาระงานประจำมาก ต่อมาจึงเหลือสมาชิกทีมวิจัย 3 คน คือ นางสาวรำภาภรณ์ หอม ตีบ นางสาวเสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล และนายกิตติชัย บุญศรี หน้าที่ของทีมวิจัยในพื้นที่ คือ พัฒนา โครงการวิจัยย่อย 1 โครงการ/ทีม เพื่อตอบคำถามการวิจัย เก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลของโครงการ ย่อย ร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลและความรู้ที่ได้จากการวิจัย ให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาระบบ สุขภาพ และสรุปบทเรียนในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

2) ทีมที่ปรึกษาและสังเคราะห์งานวิจัยภาพรวม คือ อาจารย์อรสา กนกวงศ์ นพ.สุวัฒน์ วิริย พงษ์สุกิจ ผศ.ดร.สุกัญญา โลจนาภิวัฒน์ นพ.ดร.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย และ ผศ.ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณ เรือง หน้าที่ทีมที่ปรึกษาและสังเคราะห์งานวิจัยภาพรวม คือ ให้คำปรึกษาทีมนักวิจัยในพื้นที่สังเคราะห์ ความรู้จากงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลและความรู้ที่ได้จากการวิจัย ร่วมสังเคราะห์ภาพรวมระบบสุขภาพ 3 จังหวัดชายแดนใต้ จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนว ทางการพัฒนาในประเด็นการบริการสุขภาพภาครัฐ ภาคประชาชน การพัฒนางานวิจัยในอนาคต และ สรุปบทเรียนในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ภายหลังได้รับการอนุมัติโครงการจาก สวรส. ผู้จัดการโครงการได้จัดประชุมเพื่อทบทวน เป้าหมาย และวางกรอบการดำเนินการวิจัยร่วมกันอีกครั้ง เพื่อกำหนดกิจกรรม เวลา และผู้รับผิดชอบไว้ ในแผนปฏิบัติงาน กิจกรรมหลักของการจัดการโครงการวิจัย คือ การประชุมทีมที่ปรึกษาและสังเคราะห์ ภาพรวม การพัฒนาศักยภาพนักวิจัยในพื้นที่ การดำเนินการวิจัยโครงการย่อยในพื้นที่ และการจัดเวที

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมวิจัยในพื้นที่ ทีมที่ปรึกษา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ กิจกรรมหลักการสร้างทีมและเป้าหมายการวิจัยครั้งนี้ คือ การประชุมทีมที่ปรึกษาและทีมวิจัยในพื้นที่เพื่อสร้างกรอบคิดของการวิจัย และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมวิจัยในพื้นที่และทีมที่ปรึกษา รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยในพื้นที่ให้มีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยมากขึ้น โดยการฝึกอบรมการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และการเขียนบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ให้แก่ทีมนักวิจัยในพื้นที่

การจัดเวทีดังกล่าวทำให้ทีมนักวิจัยในพื้นที่และทีมที่ปรึกษา เข้าใจบริบทและข้อจำกัดในการทำงาน เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และให้กำลังใจให้แก่กันและกัน ทำให้การทำงานเป็นทีมและเครือข่ายเข้มแข็งขึ้น นอกจากนี้ทีมวิจัยในพื้นที่ได้ปรับการสร้างเครื่องมือและประเด็นการเก็บข้อมูลของตนเองให้สอดคล้องและครอบคลุมคำถามการวิจัยของชุดโครงการมากขึ้น รวมทั้งทำให้นักวิจัยที่มีประสบการณ์น้อยหรือยังไม่ชำนาญในการวิจัย มีความมั่นใจ มีกำลังใจ

1.2 การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยการบริการสุขภาพภาครัฐ และการจัดการสุขภาพของภาคประชาชนในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ 3 โครงการย่อย คือ

1) การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทีมวิจัย คือ ภาว.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์ และคณะวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

การวิจัยนี้ ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามและการประชุมกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในสถานบริการสาธารณสุขทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และ ตติยภูมิ ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 254 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติ 1,518 คน ส่วนการประชุมกลุ่มจัดโดยเชิญตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา คือ อ.เทพา อ.สะบ้าย้อย อ.จะนะ และ อ.นาทวี มาให้ข้อมูล ระยะเวลาดำเนินงาน พฤษภาคม – ธันวาคม 2551

2) การศึกษาการจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยนายสะแลแม อาแวนิ และคณะจากสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข

การวิจัยนี้ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ การจัดการสุขภาพของประชาชน และเงื่อนไขของการจัดการสุขภาพตนเองทั้งในระดับปัจเจก ครอบครัว และชุมชน ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยชาวบ้านไทยพุทธและไทยมุสลิม จาก 2 หมู่บ้านในตำบลคลองใหม่ อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ได้แก่ ชาวบ้านทั่วไป ชาวบ้านได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ ผู้นำศาสนา/ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/กลุ่มแม่บ้าน หมู่บ้านละ 18 คน การเก็บข้อมูลใช้การสังเกต

สัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม และใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสรุปประเด็น (Thematic Analysis) ระหว่างสิงหาคม 2551 - มกราคม 2553

3) การสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยนางสาวรวิภาภรณ์ หอมดีป นางสาวเสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล และนายกิตติชัย บุญศรี ระยะเวลาดำเนินงาน สิงหาคม 2551 - มกราคม 2553

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเอกสาร ใช้วิธีการสังเคราะห์เชิงคุณภาพ (Qualitative synthesis) วัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เอกสารงานวิจัย โครงการ และผลงานวิชาการด้านสุขภาพ และสังเคราะห์ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะจากงานวิจัย โครงการ ผลงานวิชาการด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 - 2551 ของพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ เพื่อสร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานวิจัย วิทยานิพนธ์ โครงการที่มีการสรุปผล และผลงานวิชาการ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ ตั้งแต่ พ.ศ.2547-2551 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มี 2 ลักษณะ คือ รายงานวิจัย และวิทยานิพนธ์ ใช้ทั้งที่ได้รับการตีพิมพ์ และไม่ตีพิมพ์ รวมทั้งบทความย่อยต่างๆ โดยไม่ได้พิจารณาคุณภาพงานวิจัย ส่วนเอกสารโครงการต้องเป็นโครงการและผลงานวิชาการที่มีการสรุปผล จำนวนเอกสารที่นำมาสังเคราะห์เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาครั้งนี้ เป็นงานวิจัย 101 เรื่อง โครงการ 5 โครงการ

ในระหว่างการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยการบริการสุขภาพภาครัฐ และการจัดการสุขภาพของภาคประชาชนในพื้นที่ และการสังเคราะห์องค์ความรู้จากเอกสาร ได้มีจัดเวทีนำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้น 4 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ความคิดเห็นที่มีต่อผลการวิจัย และเสนอแนวทางการการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบคำถามตามกรอบการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์ สังเคราะห์ผลการวิจัยของโครงการย่อยทั้ง 3 ฉบับ การศึกษาเอกสารเพิ่มเติม ร่วมกับการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมที่ปรึกษา ทีมวิจัยในพื้นที่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยมี 3 ขั้นตอน คือ

2.1 จัดเวทีคืนข้อมูลแก่เจ้าของข้อมูลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อนำเสนอผลการวิจัยแก่เจ้าของข้อมูล ทำให้เกิดการตรวจสอบผลการวิจัย การให้ข้อมูลเพิ่มเติม และให้ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ

2.2 จัดประชุมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทีมวิจัยภายหลังการจัดเวทีคืนข้อมูล โดยทีมที่ปรึกษาประมวลข้อมูลและสังเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด นำเข้าเวทีทีมวิจัยในพื้นที่และทีมที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบข้อมูล และร่วมกันสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายหรือแนวทางการพัฒนาในประเด็นการบริการสุขภาพภาครัฐภาคประชาชนในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมทั้งการพัฒนากำหนดงานวิจัยในอนาคต

2.3 นำเสนอผลการสังเคราะห์ภาพรวมและแนวทางการพัฒนาแก่ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นและความเป็นไปได้ในการนำข้อเสนอที่ได้จากการสังเคราะห์ไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ รวมทั้งตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูลผลการศึกษาให้ถูกต้องและชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้

ขั้นตอนที่ 3 การสรุปผลการวิจัย ทีมที่ปรึกษาซึ่งทำหน้าที่สังเคราะห์ภาพรวมรวบรวมข้อคิดเห็นจากเวทีนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้บริหารมาสรุปและนำเข้าประชุมร่วมกันถอดบทเรียนของทีมงานวิจัย เพื่อสรุปกระบวนการการดำเนินงานวิจัย และผลลัพธ์ของการวิจัยทั้งด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่ และประสบการณ์การดำเนินการวิจัยของคณะทำงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานการณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐและประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาการให้บริการด้านสุขภาพได้ตรงต่อความต้องการของประชาชน
2. ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้
3. ทีมวิจัยมีความสามารถในการดำเนินการวิจัยมากขึ้น

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย*

จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความแตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทยหลายประการตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ทั้งด้านเศรษฐกิจที่ด้อยกว่า การศึกษาขั้นพื้นฐานสายสามัญที่ต่ำกว่า การเมืองการปกครองที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนส่วนใหญ่ในพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและศาสนา นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างจากภาคอื่นๆ ของประเทศ นอกจากโรคที่เกิดจากธรรมชาติแล้วยังมีปัญหาสุขภาพที่เป็นผลจากปัจจัยทางสังคมและความเป็นธรรมทางสุขภาพ เช่น ความยากจนและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งปัญหาโรคติดต่อ ความรุนแรง อนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้มีรากจากปัจจัยต่างๆ ข้างต้นและกำลังถูกทับถมด้วยสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

นับตั้งแต่เหตุการณ์ปล้นปืนจากค่ายทหารในจังหวัดนราธิวาสเมื่อต้นปี 2547 เป็นต้นมา ปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ไม่ว่าจะเป็นการวางระเบิดและเผาทำลายสถานที่ต่างๆ ทั้งของราชการและเอกชน การชุมนุม การก่อการจลาจล รวมไปถึงการทำร้ายเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชนผู้บริสุทธิ์รายวัน นับวันจะทวีความรุนแรงและขยายพื้นที่ลุกลามมากขึ้นเรื่อยๆ จนอาจถือได้ว่าเป็นวิกฤตการณ์ที่ร้ายแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ของจังหวัดชายแดนภาคใต้ ข้อมูลจากศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ (ศวชต.) ซึ่งเชื่อมโยงข้อมูลเหตุการณ์ความไม่สงบและผู้ได้รับผลกระทบจากหลายแหล่งข้อมูล เช่น กองบัญชาการตำรวจภูธรภาค 9 กรมแพทย์ทหารบก ระบบฐานข้อมูลข่าวจังหวัดชายแดนภาคใต้ เครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2552 มีจำนวนเหตุการณ์ความไม่สงบรวมทั้งสิ้น 10,287 ครั้ง ผู้ได้รับบาดเจ็บรวม 10,885 คน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 3,098 คน มีผู้พิการ 386 คน มีหญิงหม้าย 1,471 คน และมีเด็กกำพร้า 2,140 คน (personal communication, เมตตา ภูนิช ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้, 2553)

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violence-related Injury Surveillance-VIS) ซึ่งเป็นข้อมูลของผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากเหตุการณ์ที่มีสาเหตุจากความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ทุกราย ที่มารับการรักษาหรือชันสูตรพลิกศพที่โรงพยาบาลของรัฐจำนวน 47 แห่งของจังหวัดสงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ตั้งแต่เริ่มจัดตั้งขึ้นในเดือนมกราคม 2550 จนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2552 พบว่ามีเหตุการณ์ความรุนแรงจำนวน 2,478 ครั้ง มีจำนวนผู้บาดเจ็บ 5,561 ราย อัตราการบาดเจ็บ 4.6 ต่อแสนประชากรต่อเดือน มีจำนวนผู้เสียชีวิต 1,390 คน อัตราตาย 1.2 ต่อแสนประชากรต่อเดือน อัตราป่วยตาย (case fatality rate-CFR) ร้อยละ 25 มีจำนวนผู้ได้รับผลกระทบในครอบครัวของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตรวม 4,400 คน (รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

* อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รองผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)

(VIS) ประจำเดือน มกราคม 2550 - ธันวาคม 2552 <http://www.deepsouthvis.org> access on 1 เมษายน 2553)

การกระจายของเหตุการณ์

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเหตุการณ์พบการกระจายของเหตุการณ์ตามจังหวัดและอำเภอ ดังตารางที่ 1 และ 2 และแผนภูมิที่ 1 โดยมีเหตุการณ์เกิดขึ้นสูงสุดที่จังหวัดปัตตานี รองลงไปที่จังหวัดนราธิวาส ยะลา และสงขลาตามลำดับ (ตารางที่ 1) เหตุการณ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นบนถนน (ตารางที่ 2) และมีเหตุการณ์เกิดขึ้นทุกอำเภอของพื้นที่แต่มีการกระจุกตัวมากอยู่ในบางพื้นที่ (แผนภูมิที่ 1)

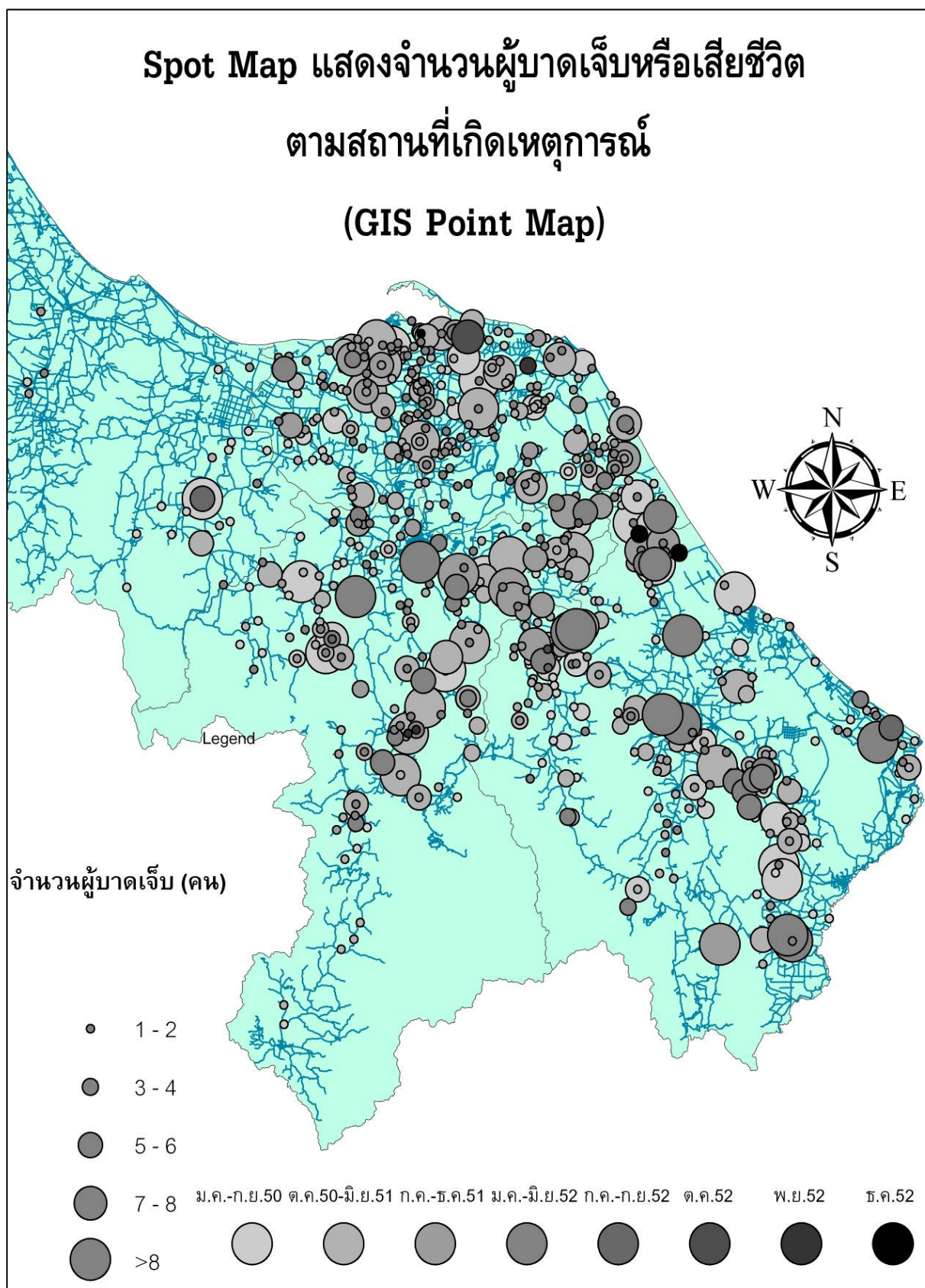
ตารางที่ 1 จำนวนเหตุการณ์รายอำเภอ

จำนวนเหตุการณ์								
อันดับ	ปัตตานี	860	นราธิวาส	769	ยะลา	764	สงขลา	75
1.	ยะรัง	140	ระแงะ	165	เมืองยะลา	200	สะบ้าย้อย	30
2.	สายบุรี	139	รือเสาะ	163	บันนังสตา	172	เทพา	17
3.	หนองจิก	118	บาเจาะ	76	รามัน	148	นาทวี	14
4.	เมืองปัตตานี	117	ศรีสาคร	62	ยะหา	122	จะนะ	7
5.	โคกโพธิ์	78	เมืองนราธิวาส	59	ธารโต	46	หาดใหญ่	6
6.	ยะหริ่ง	62	เจาะไอร้อง	55	กรงปินัง	38	เมืองสงขลา	1
7.	มายอ	62	สุไหงปาดี	47	กาบัง	20		
8.	ปะนาเระ	47	จะแนะ	45	เบตง	18		
9.	กะพ้อ	32	ตากใบ	40				
10.	ทุ่งยางแดง	29	สุไหงโก-ลก	22				
11.	ไม้แก่น	24	ยี่งอ	17				
12.	แม่ลาน	12	แว้ง	14				
13.			สุคีริน	4				

หมายเหตุ: ไม่ระบุจังหวัด 10 เหตุการณ์

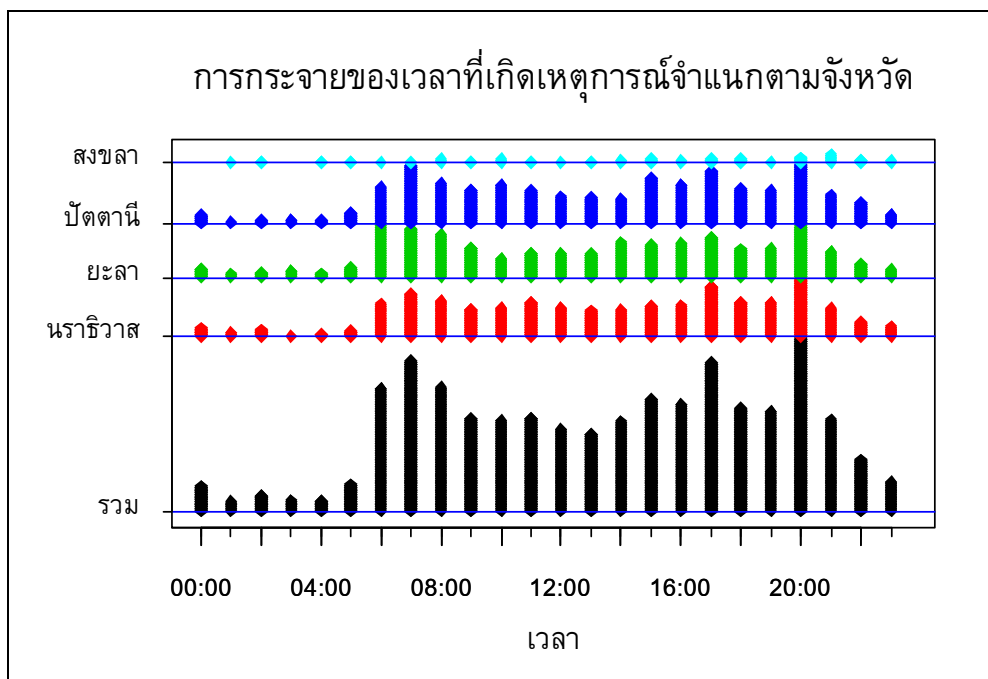
ตารางที่ 2 จำนวนเหตุการณ์ตามลักษณะสถานที่เกิดเหตุ (ICD-10 place of occurrence code)

อันดับ	ลักษณะสถานที่เกิดเหตุ	จำนวนเหตุการณ์	(%)
1.	ถนนหรือทางหลวง	1,487	60
2.	บ้าน ที่อยู่อาศัยส่วนตัว	297	12
3.	สถานที่ค้าขายสินค้าและบริการ	236	9.5
4.	สถานที่อื่นๆ	147	5.9
5.	นา ไร่ สวน	139	5.6
6.	สถานศึกษา หรือ สถานที่สาธารณะ	70	2.8
7.	สนามกีฬาสาธารณะ	20	0.8
8.	สถานที่ก่อสร้าง หรือ โรงงาน	12	0.5
9.	หอพัก ที่อยู่อาศัยของหน่วยงาน ค่ายทหาร	10	0.4
10.	ไม่ระบุ	60	2.4

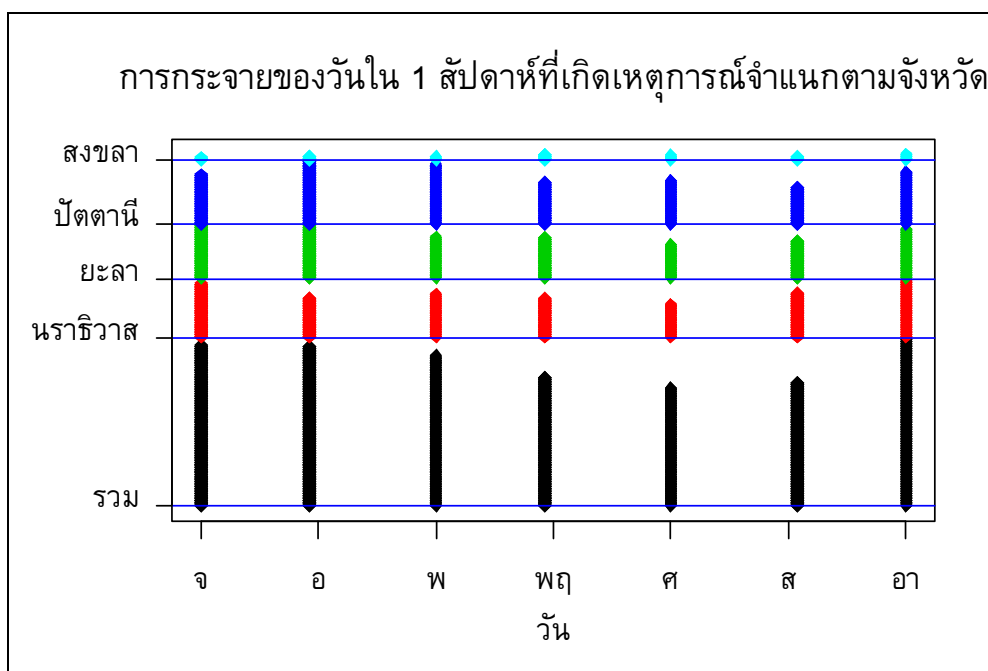


แผนภูมิที่ 1 Spot Map แสดงจำนวนเหตุการณ์ตามพื้นที่เกิดเหตุการณ์ (GIS Point map)

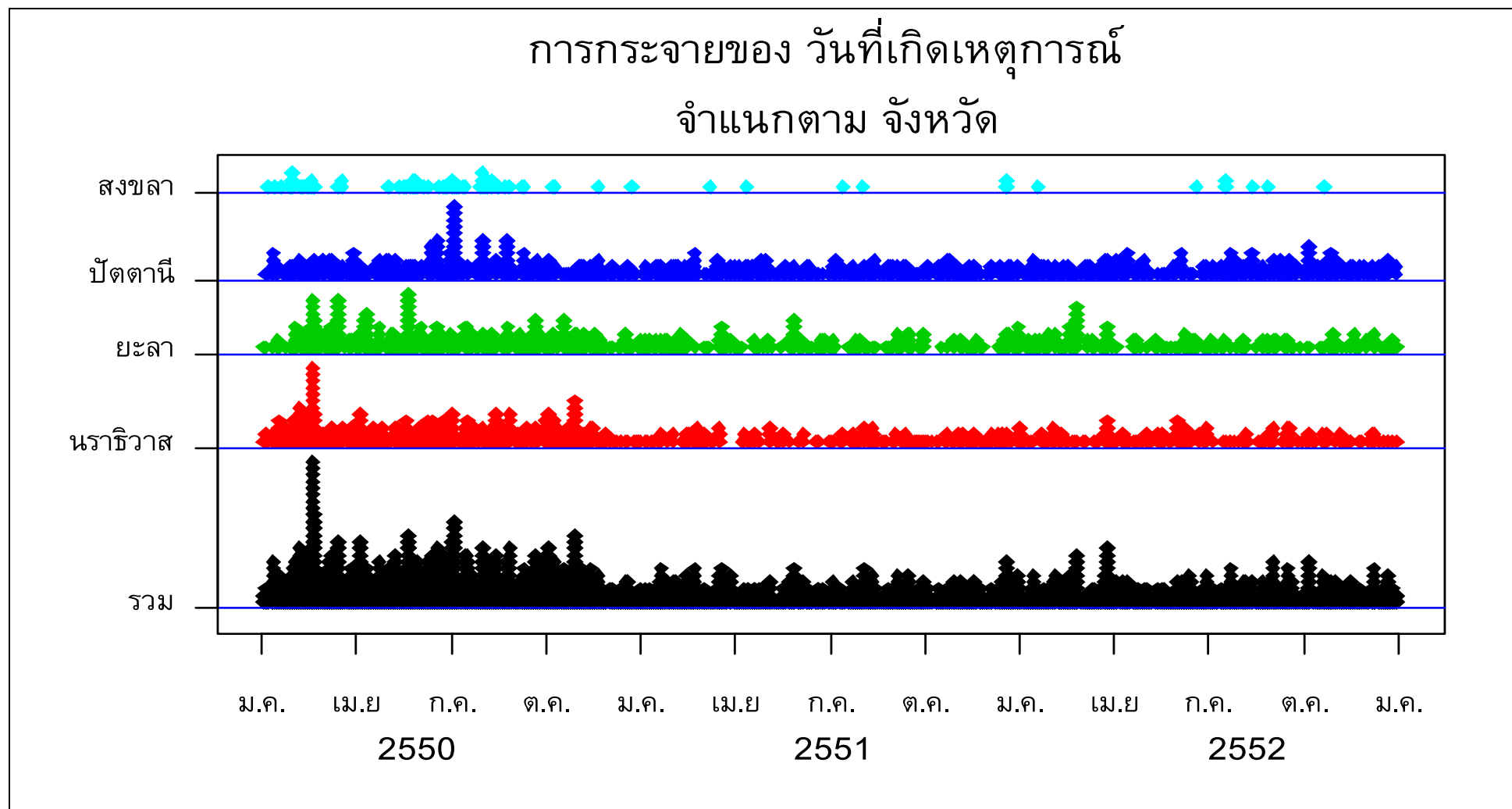
และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเหตุการณ์พบการกระจายของเหตุการณ์ตามเวลาดังแผนภูมิที่ 2 ถึงแผนภูมิที่ 6 พบว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นสูงสุดในช่วงหัวค่ำเวลา 20 นาฬิกาและช่วงเช้าเวลา 6-9 นาฬิกา และเกิดเหตุการณ์น้อยมากในช่วงเที่ยงคืนถึง 6 นาฬิกา (แผนภูมิที่ 2) และมีแนวโน้มของจำนวนเหตุการณ์ลดลงตั้งแต่ปลายปี 2551 (แผนภูมิที่ 5)



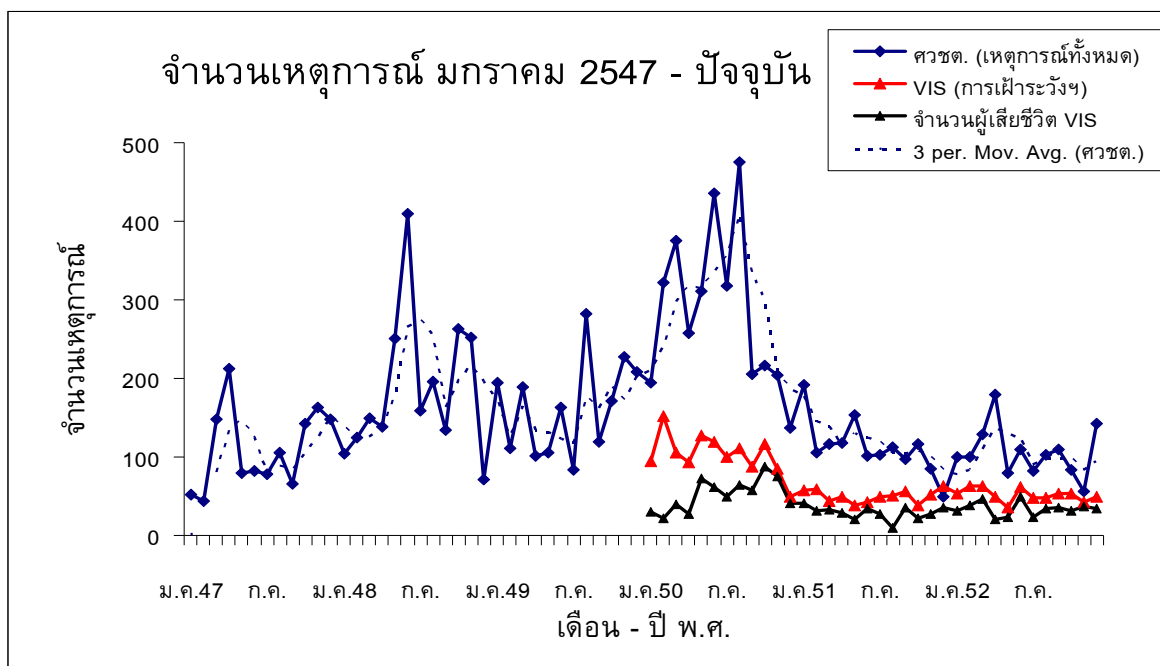
แผนภูมิที่ 2 จำนวนเหตุการณ์จำแนกตามจังหวัดและเวลาที่เกิดเหตุการณ์ (1 จุดแทน 1 เหตุการณ์)



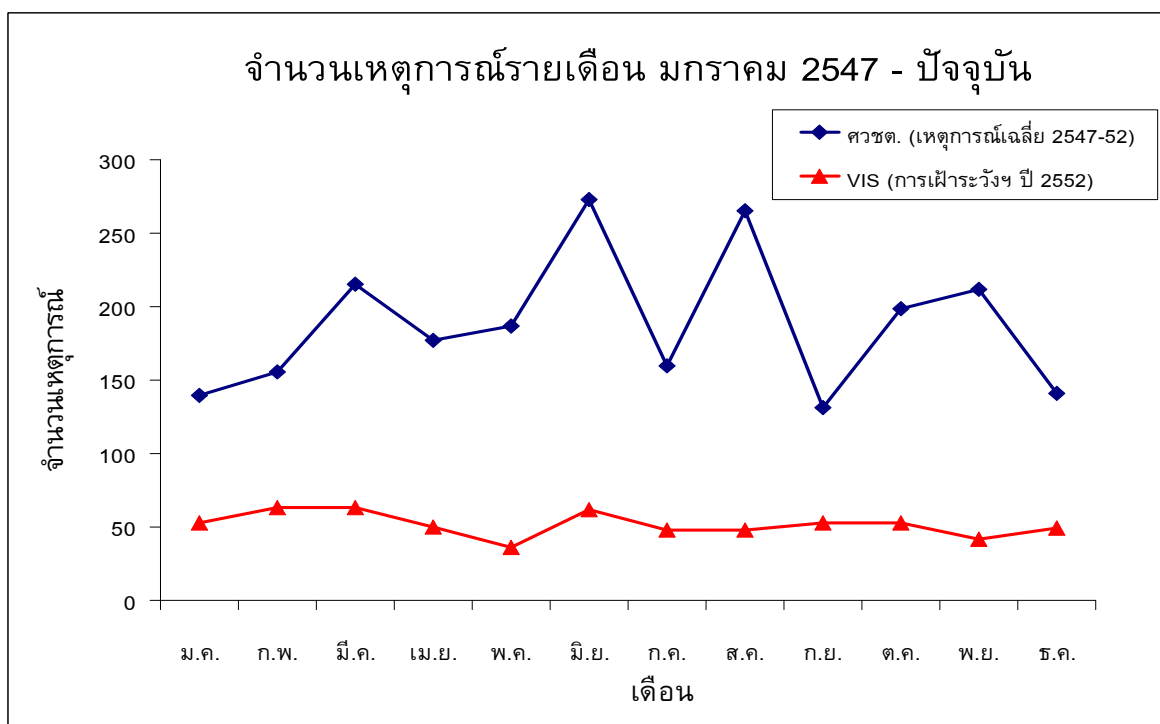
แผนภูมิที่ 3 จำนวนเหตุการณ์จำแนกตามจังหวัดและวันใน 1 สัปดาห์ที่เกิดเหตุการณ์



แผนภูมิที่ 4 จำนวนเหตุการณ์จำแนกตามจังหวัดและวันที่ที่เกิดเหตุการณ์ (1 จุดแทน 1 เหตุการณ์)



แผนภูมิที่ 5 จำนวนเหตุการณ์รายเดือนเปรียบเทียบกับจำนวนเหตุการณ์ความไม่สงบทุกประเภททั้งที่มีและไม่มีความรุนแรงตั้งแต่เดือนมกราคม 2547



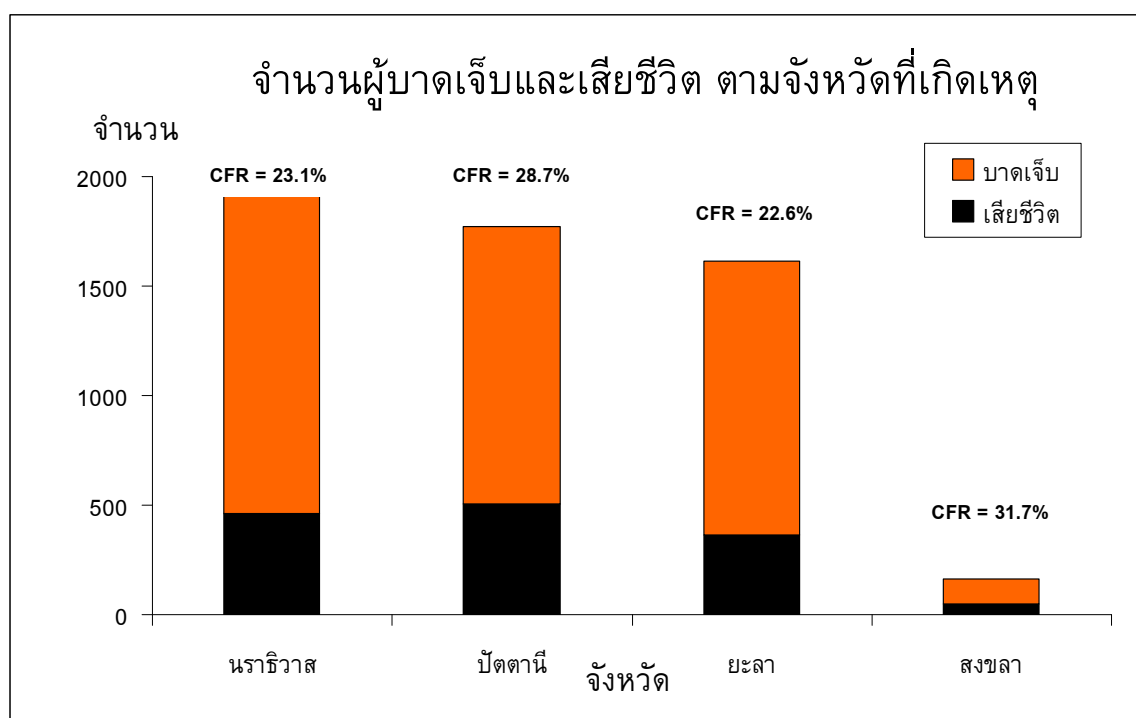
แผนภูมิที่ 6 จำนวนเหตุการณ์รายเดือนเปรียบเทียบกับจำนวนเฉลี่ยรายเดือนของเหตุการณ์ความไม่สงบทุกประเภททั้งที่มีและไม่มีความรุนแรงตั้งแต่เดือนมกราคม 2547

การบาดเจ็บและเสียชีวิต

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตพบการกระจายตามสถานที่ ดังตารางที่ 3 ตารางที่ 4 และแผนภูมิที่ 7 ถึงแผนภูมิที่ 8 โดยจังหวัดยะลามีอัตราการบาดเจ็บและอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด โดยจังหวัดปัตตานีมีอัตราการเสียชีวิตสูงเท่ากับจังหวัดยะลา (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและอัตรา (/แสนประชากร/เดือน) ของการบาดเจ็บและเสียชีวิต และอัตราป่วยตาย (%) ตามจังหวัดที่เกิดเหตุ เรียงตามอัตราการบาดเจ็บ เสียชีวิต และอัตราป่วยตาย

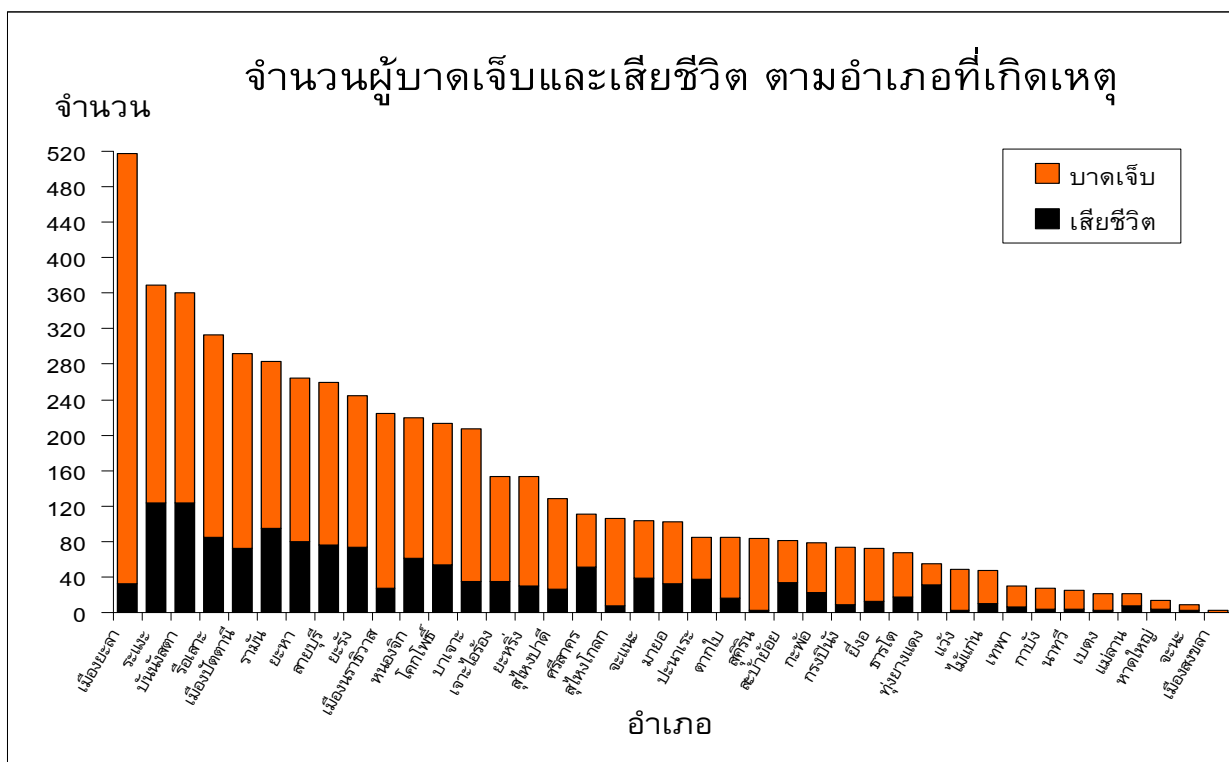
จังหวัด	บาดเจ็บ		ตาย		ป่วยตาย
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	อัตรา (%)
สงขลา	161	0.4	51	0.1	31.7
สตูล	-	-	-	-	-
ปัตตานี	1,770	7.8	508	2.2	28.7
ยะลา	1,613	9.7	365	2.2	22.6
นราธิวาส	2,007	8	464	1.8	23.1
ไม่ระบุ	10	-	2	-	20
รวม	5,561	4.6	1,390	1.2	25



แผนภูมิที่ 7 จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ตามจังหวัดที่เกิดเหตุ เรียงลำดับตามจำนวนผู้บาดเจ็บ

ตารางที่ 4 จำนวนและอัตรา (/แสนประชากร/เดือน) ของการบาดเจ็บและเสียชีวิต และอัตราป่วยตาย (%) ตามอำเภอที่เกิดเหตุ เรียงตามอัตราการบาดเจ็บ เสียชีวิต และอัตราป่วยตาย 10 อันดับแรก

อันดับ	บาดเจ็บ			ตาย			ป่วยตาย	
	อำเภอ	จำนวน	อัตรา	อำเภอ	จำนวน	อัตรา	อำเภอ	อัตรา (%)
1	บันนังสตา	360	19.7	บันนังสตา	124	6.8	ทุ่งยางแดง	56.4
2	ยะหา	264	15	ศรีสาคร	51	4.9	ศรีสาคร	45.9
3	กะพ้อ	79	14.4	ยะหา	80	4.5	ปะนาเระ	44.7
4	รือเสาะ	313	13.8	ทุ่งยางแดง	31	4.5	สะบ้าย้อย	42
5	บาเจาะ	207	12.3	กะพ้อ	23	4.2	แม่ลาน	38.1
6	ระแงะ	369	12.2	ระแงะ	124	4.1	จะแนะ	37.5
7	ไม้แก่น	48	12.1	รือเสาะ	85	3.8	บันนังสตา	34.4
8	เจาะไอร้อง	154	11.7	จะแนะ	39	3.6	ระแงะ	33.6
9	สายบุรี	259	11.7	สายบุรี	76	3.4	รามัน	33.6
10	สุคิริน	84	10.8	รามัน	95	3.3	จะนะ	33.3



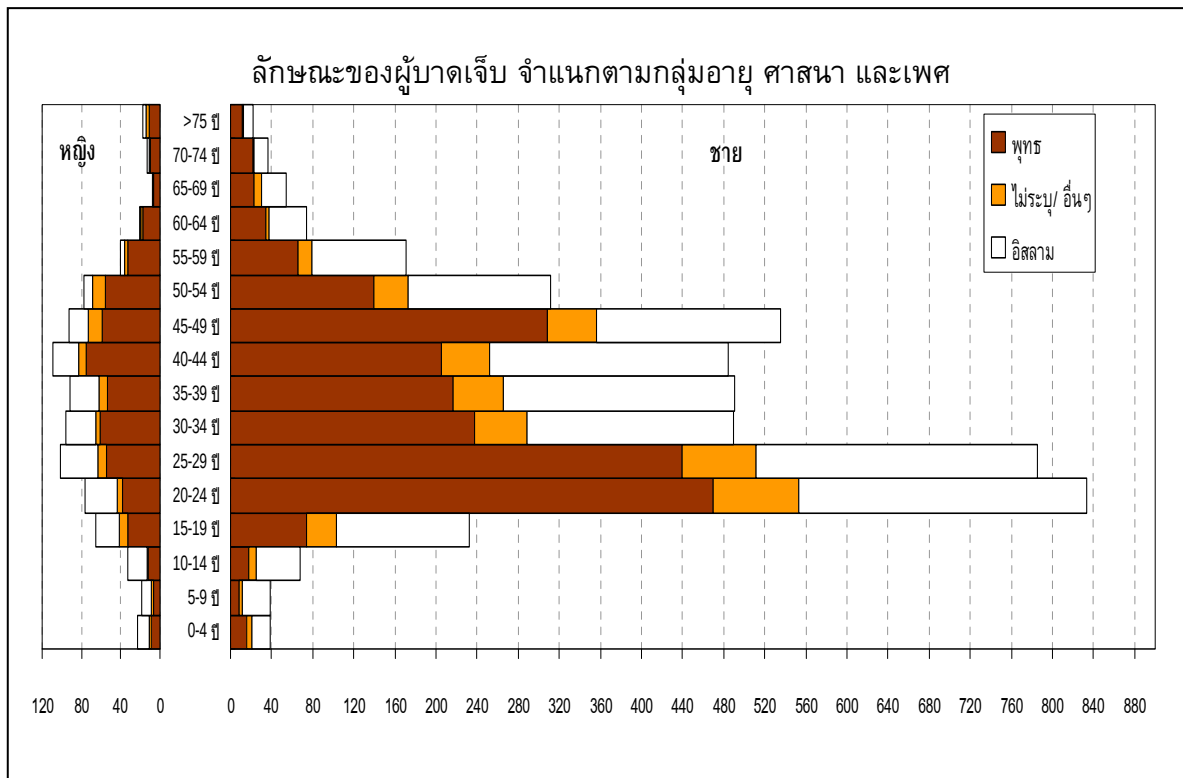
แผนภูมิที่ 8 จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ตามอำเภอที่เกิดเหตุ เรียงลำดับตามจำนวนผู้บาดเจ็บ

ปัจจัยด้านบุคคลของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต

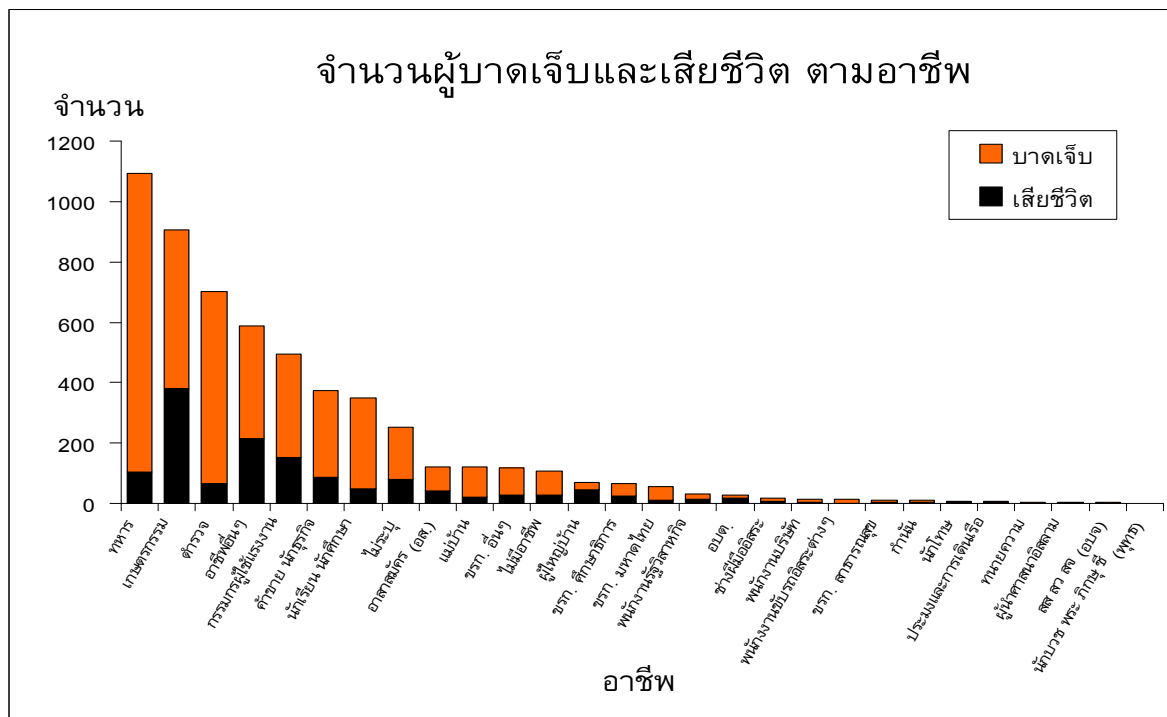
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตพบการกระจายตามปัจจัยด้านบุคคลดังตารางที่ 5 และแผนภูมิที่ 9 และ 10 โดยผู้ชายช่วงอายุ 45-59 ปี ศาสนาพุทธ มีอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตสูงที่สุด (ตารางที่ 5 และแผนภูมิที่ 9) และอาชีพที่มีจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุด คือ ทหาร เกษตรกร และตำรวจ ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ลักษณะของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต

	ผู้บาดเจ็บ			ผู้เสียชีวิต		
	จำนวน	(%)	อัตรา/แสนประชากร	จำนวน	(%)	อัตรา/แสนประชากร
อายุ มีฐาน (Median) = 33 ปี พิสัยควอไทล์ (Inter Quartile Range-IQR) = 24-45 ปี						
0-14 ปี	221	(4)	1.2	33	(2.4)	0.2
15-29 ปี	2,094	(37.7)	12.7	373	(26.8)	2.3
30-44 ปี	1,763	(31.7)	12.7	486	(35)	3.5
45-59 ปี	1,227	(22.1)	15.6	408	(29.4)	5.2
>= 60 ปี	245	(4.4)	3.8	86	(6.2)	1.4
ไม่ระบุ	11	(0.2)	-	4	(0.3)	-
เพศ						
ชาย	4,673	(84)	14.8	1,250	(89.9)	4
หญิง	888	(16)	2.8	140	(10.1)	0.4
ศาสนา						
พุทธ	2,835	(51)	21.2	439	(31.6)	3.3
อิสลาม	2,182	(39.2)	4.2	800	(57.6)	1.5
คริสต์	11	(0.2)	-	3	(0.2)	-
ไม่ระบุ	533	(9.6)	-	148	(10.6)	-



แผนภูมิที่ 9 ลักษณะของผู้บาดเจ็บจำแนกตามกลุ่มอายุ ศาสนา และเพศ (Pyramid plot)



แผนภูมิที่ 10 จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต แยกตามอาชีพ เรียงลำดับตามจำนวนผู้บาดเจ็บ

ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขด้วย เหตุการณ์ตั้งแต่ มกราคม 2547 ถึง เดือนมกราคม 2553 มีสถานื่อนามัยถูกวางเพลิงหรือระเบิด 28 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขถูกทำร้ายบาดเจ็บ จำนวน 46 คน ในจำนวนนี้มีเสียชีวิต 26 คน และมีเจ้าหน้าที่ขอย้ายออกจากพื้นที่จำนวนมาก (personal communication นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) การศึกษาผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้ต่อการจัดระบบบริการสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปี 2547 ถึง 2548 (อมร รอดคล้ายและคณะ, 2548) พบว่าในระดับสถานื่อนามัยในด้านผู้ให้บริการมีจำนวนบุคลากรเฉลี่ยต่อสถานื่อนามัยมีแนวโน้มลดลงจาก 3.42 คน ในปี 2545 เป็น 3.26 คน ในปี 2547 มีการเปลี่ยนแปลงด้านการให้บริการ ได้แก่ การเปลี่ยนช่วงเวลาการให้บริการสั้นลง ร้อยละ 35.6 และมีผู้รับบริการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับโรงพยาบาลพบว่าการให้บริการด้านกิจกรรมเชิงรุกลดลง โดยการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ และการป้องกันโรคลดลงถึงร้อยละ 70 การเยี่ยมบ้าน การลงพื้นที่ และการนิเทศติดตามลดลง ร้อยละ 60 ส่วนการให้บริการรักษาพยาบาลมีผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก โดยข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ระหว่างปี 2550-2552 (รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (VIS) ประจำปี เดือน มกราคม 2550 - ธันวาคม 2552 <http://www.deepsouthvis.org> access on 1 เมษายน 2553) พบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บเข้ารับการรักษำจำแนกตามโรงพยาบาลดังตารางที่ 6 และการบาดเจ็บจำแนกตามสาเหตุภายนอก (ICD-10 external cause of injury) และการวินิจฉัยสุดท้าย (Final ICD-10 code diagnosis) ดังตารางที่ 7 และ 8 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต และอัตราป่วยตาย (%) สูงสุด 5 อันดับแรก ตามโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

อันดับ	รพ.	จำนวน บาดเจ็บ	รพ.	จำนวน ตาย	รพ.	อัตรา ป่วยตาย (%)
โรงพยาบาลศูนย์/มหาวิทยาลัย (รวมบาดเจ็บ 1,288 ราย เสียชีวิต 58 ราย อัตราป่วยตาย 4.5 %)						
1.	ยะลา	1,030	ยะลา	44	หาดใหญ่	10
2.	สงขลานครินทร์	208	สงขลานครินทร์	9	ยะลา, สงขลานครินทร์	4.3
3.	หาดใหญ่	50	หาดใหญ่	5		
โรงพยาบาลทั่วไป (รวมบาดเจ็บ 1,615 ราย เสียชีวิต 90 ราย อัตราป่วยตาย 5.6 %)						
1.	ปัตตานี	694	นราธิวาส	51	เบตง	15
2.	นราธิวาส	680	ปัตตานี	31	นราธิวาส	7.5
3.	สุโขทัย-ลก	214	สุโขทัย-ลก	5	ปัตตานี	4.5
	เบตง	20	เบตง	3	สุโขทัย-ลก	2.3
	สงขลา	7				
โรงพยาบาลชุมชน (รวมบาดเจ็บ 3,220 ราย เสียชีวิต 260 ราย อัตราป่วยตาย 8.1 %)						
1.	ระนอง	239	ปะนาเระ	24	จะนะ	40
2.	ร้อยเอ็ด	228	ยะหา,โคกโพธิ์	22	ปะนาเระ	30
3.	สายบุรี	212				
4.	บันนังสตา	202	ร้อยเอ็ด	18	มายอ	18.2
5.	ยะหา	201	สายบุรี	16	ทุ่งยางแดง	17.6
					จะแนะ	13.6

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของสาเหตุภายนอก 10 อันดับแรก

อันดับ	สาเหตุภายนอก (ICD-10 external cause of injury)	บาดเจ็บ		ตาย		ป่วยตาย อัตรา (%)
		จำนวน	%	จำนวน	%	
1.	ถูกทำร้ายโดยอาวุธปืนอื่นที่ไม่ระบุ (X95)	2,247	40.4	1,068	76.8	47.5
2.	ถูกทำร้ายโดยวัตถุระเบิด (X96)	2,174	39.1	117	8.4	5.4
3.	ปฏิบัติการหรือการแทรกแซงทางกฎหมาย (Y35)	734	13.2	91	6.5	12.6
4.	การทำสงคราม (Y36)	102	1.8	20	1.4	19.6
5.	ถูกทำร้ายโดยปืนสั้น (X93)	100	1.8	43	3.1	43
6.	ถูกทำร้ายโดยปืนยาว ปืนใหญ่ (Y09)	60	1.1	9	0.6	15
7.	ถูกทำร้ายโดยการใช้วัตถุมีคม (X94)	37	0.7	20	1.4	54.1
8.	ถูกทำร้ายโดยใช้กำลังกาย (X99)	26	0.5	13	0.9	50
9.	ถูกทำร้ายโดยใช้วัตถุไม่มีคม (Y04)	16	0.3	-	-	-
10.	การถูกระเบิดโดยไม่อาจจะระบุเจตนา (Y00)	14	0.3	-	-	-

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของการวินิจฉัยสุดท้าย 10 อันดับแรก

อันดับ	การวินิจฉัยสุดท้าย (Final ICD-10 code diagnosis)	บาดเจ็บ		ตาย		ป่วยตาย อัตรา (%)
		จำนวน	%	จำนวน	%	
1.	บาดแผลเปิดบริเวณศีรษะ (S01)	484	8.3	100	10.4	20.7
2.	บาดแผลเปิดบริเวณทรวงอก (S21)	294	5.0	138	14.3	46.9
3.	บาดเจ็บบริเวณขาส่วนล่าง (S81)	289	4.9	23	2.4	8
4.	การบาดเจ็บอื่นๆ และที่ไม่สามารถระบุได้ของศีรษะ (S09)	260	4.5	8	0.8	3.1
5.	บาดเจ็บต้นบริเวณศีรษะ (S00)	244	4.2	16	1.7	6.6
6.	บาดแผลอื่นๆ บริเวณช่องท้อง หลังส่วนล่าง และกระดูกเชิงกราน (S31)	209	3.6	64	6.6	30.6
7.	หุ้จากแรงระเบิด (T70)	207	3.5	-	-	-
8.	บาดแผลเปิดบริเวณสะโพกและต้นขา (S71)	197	3.4	22	2.3	11.2
9.	การบาดเจ็บอื่นๆ และที่ไม่สามารถระบุได้ของอวัยวะในทรวงอก (S27)	193	3.3	75	7.8	38.9
10.	บาดแผลเปิดบริเวณไหล่และแขนส่วนบน (S41)	181	3.1	31	3.2	17.1

ในด้านการนำส่งผู้บาดเจ็บจากจุดเกิดเหตุพบว่า ในผู้บาดเจ็บจำนวน 5,561 ราย มีผู้เสียชีวิตในที่เกิดเหตุจำนวน 964 ราย เสียชีวิตขณะนำส่ง 14 ราย มาโรงพยาบาลเอง 848 ราย หน่วย EMS นำส่ง 343 ราย หน่วยกู้ชีพอื่นๆ 75 ราย ทหารนำส่ง 646 ราย ตำรวจนำส่ง 498 ราย ญาติ/ชาวบ้านนำส่ง 507 ราย อื่นๆ 1,352 ราย ไม่ระบุ 314 ราย และมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล 30 นาที (IQR = 15-60 นาที) โดยมีคุณภาพของการดูแลขณะนำส่งจากจุดเกิดเหตุดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของการดูแลขณะนำส่งจากจุดเกิดเหตุ

การดูแลขณะนำส่ง	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		ไม่มี	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
การหายใจ	128	8	36	2.2	1,440	89.8
การห้ามเลือด	325	13.4	127	5.2	1,976	81.4
C-Spine Collar	37	3.6	8	0.8	984	95.6
Splint / Slab	75	4.8	26	1.7	1,458	93.5
IV fluid	75	4.1	8	0.4	1,728	95.4

ในผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล มีที่ต้องส่งตัวไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลอื่นจำนวน 1,527 ราย (1,713 ครั้ง) โดยพาหนะในการส่งต่อเป็นรถพยาบาล 1,671 ครั้ง ไม่ใช้รถพยาบาล 29 ครั้ง ไม่ระบุ 13 ครั้ง มีผู้ดูแลส่งต่อเป็นแพทย์ 22 ครั้ง พยาบาล 992 ครั้ง ไม่มีผู้ดูแล 6 ครั้ง อื่นๆ 651 ครั้ง และมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการการส่งต่อ 50 นาที (IQR = 30-67 นาที) โดยมีคุณภาพของการดูแลขณะส่งต่อดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของการดูแลขณะส่งต่อ

การดูแลขณะนำส่ง	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		ไม่มี	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
การหายใจ	623	93.4	18	2.7	26	3.9
การห้ามเลือด	1228	95.9	32	2.5	20	1.6
C-Spine Collar	47	42.7	6	5.5	57	51.8
Splint / Slab	442	82.9	11	2	80	15
IV fluid	1041	93.1	17	1.5	60	5.4

ในผู้บาดเจ็บที่มารักษาโรงพยาบาลทั้งหมดจำนวน 4,583 ราย มีสถานะขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น หาย 224 ราย ดีขึ้น 2,460 ราย ไม่ดีขึ้น 180 ราย ตาย 412 ราย และไม่มีข้อมูล 1,307 ราย รวม ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลเกือบ 14,000 วันนอน และคิดเป็นค่าใช้จ่ายทางการแพทย์รวม เกือบ 32 ล้านบาทดังรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เฉลี่ย

	ค่ามัธยฐาน (IQR)	รวม
การรักษา* (วัน)	1 (1-3)	13,921
ค่าใช้จ่าย** (บาท)	1,112 (241.50-4,542.50)	31,650,098

*ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก **คิดจากข้อมูลของ 3,832 ราย (68.9%)

ตลอด 6 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ส่งผลกระทบต่อ สุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมาก ทั้งด้านสุขภาพกายที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บเสียชีวิตและยัง ก่อให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพจิต อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะการ จัดบริการเชิงรุก และทำให้เกิดคำถามว่า การบริการสุขภาพภาครัฐและการจัดการสุขภาพของประชาชน จะมีการปรับตัวอย่างไรเพื่อรับสถานการณ์และผลกระทบดังกล่าว

การจัดการสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่

อรสา กนกวงศ์*

สุกัญญา โลจนาภิวัฒน์**

นับตั้งแต่ มกราคม 2547 ถึงพฤษภาคม 2553 รวมเวลา 6 ปี ประชาชนทั่วไปที่ไม่มีตำแหน่งทางราชการเป็นกลุ่มเหยื่อความรุนแรงที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุด คือ ประมาณ 4,403 คน รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่ฝ่ายทหาร ประมาณ 1,433 คน และอันดับ 3 คือ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ประมาณ 966 คน (ศรีสมภพ, 2553) สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อโดยตรงครอบครัวของผู้สูญเสียและญาติ และส่งผลโดยอ้อมต่อประชาชนที่อาศัยในชุมชนที่เกิดเหตุการณ์ รวมทั้งประชาชนคนไทยทั่วประเทศ การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทุกคนในพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นชาวไทยพุทธ ชาวไทยมุสลิม คนร้ายที่ก่อความไม่สงบ และคนดีคนกล้าของแผ่นดิน เพราะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นท่ามกลางเสียงปืน ระเบิด และเสียงร้องไห้ ไม่มีใครสามารถบอกได้ว่าใครเป็นใคร สิ่งที่เกิดขึ้นคือทุกคนต้องอยู่ด้วยความระแวง ระมัดระวังภัยที่อาจเกิดขึ้นด้วยตนเองทุกนาทีที่อาศัยในพื้นที่ สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของคนในพื้นที่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การสังเคราะห์งานเขียนฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประมวลข้อค้นพบจากโครงการย่อยภายใต้โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และบทความวิชาการจากศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (<http://www.deepsouthwatch.org/category/article>) โดยหวังว่าความรู้เหล่านี้จะทำให้คนในสังคมเข้าใจสุขภาวะและวิธีการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือหรือการดูแลสุขภาพของผู้คนในพื้นที่ได้สอดคล้องความต้องการและบริบททางสังคมและวัฒนธรรมมากขึ้น

สุขภาวะ: กาย จิต สังคม และปัญญา

จากการประมวลข้อค้นพบการสังเคราะห์งานวิจัย และโครงการด้านสุขภาพในพื้นที่ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ (วิภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) และผลการศึกษาการจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้(สะแลแม และคณะ, 2553) ได้สะท้อนภาพสุขภาพในมิติกาย จิต สังคม และปัญญา ในสถานการณ์ความไม่สงบ ดังนี้

1. สุขภาพกาย ชาวบ้านในชุมชนทั้งไทยพุทธและมุสลิมส่วนใหญ่ยังคงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ผลจากสถานการณ์ความสงบทำให้มีผู้พิการที่เกิดจากเหตุการณ์ นอกจากนี้ชาวบ้านยังมีความลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ บางส่วนมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ส่วนหนึ่งเกิดจากความเครียด นอนไม่หลับ เนื่องจากความวิตกกังวลและต้องพึ่งพายานอนหลับ รวมทั้งมีโรคระบาดเกิดขึ้นระหว่างสิงหาคม 2551- ตุลาคม 2552 ได้แก่ โรคชินคุนคุนยา

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. สุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่เกิดจากสถานการณ์ความไม่สงบโดยตรงจึงพบมากที่สุดและได้รับความสนใจจากสังคมมากเช่นกัน กลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ได้แก่ หญิงหม้ายและครอบครัวที่มีการสูญเสีย พบว่า มีความเครียดจากการสูญเสีย ความรู้สึกไม่ปลอดภัย รายได้ที่ไม่เพียงพอ ภาวะการเลี้ยงดูครอบครัว มีอาการซึมเศร้า หวาดระแวง ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีแรง หหมดกำลังใจ เหมือนคนขาดที่พึ่ง (พรทิพย์, 2548; จำพงศ์, 2550; มารีนี, 2550 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) สำหรับเด็กในครอบครัวที่มีการสูญเสีย พบว่า เด็ก มีความเครียด เก็บกด ไม่เชื่อฟัง ก้าวร้าว หวาดผวาในตอนกลางคืน (รุสนานี, 2550 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553)

สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้ผลกระทบโดยตรง คือ กลุ่มประชาชนทั่วไปพบว่า มีความเครียดระดับปกติถึงปานกลาง เนื่องจากการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงจากเดิม กล่าวคือ ชาวบ้านรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ทำให้ต้องระวังตัวมากขึ้นในการเดินทางเข้าออกหมู่บ้าน ส่วนใหญ่จึงเดินทางในเวลากลางวันหรือต้องเปลี่ยนเส้นทางบ่อยๆ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจึงส่งผลต่อการประกอบอาชีพ เพราะไม่กล้าออกกรีดยางในเวลากลางคืน และนำผลผลิตทางการเกษตรออกจำหน่ายในตลาดลำบาก ทำให้ชาวบ้านขาดรายได้ นอกจากนี้พบว่าชาวบ้านต้องใช้ชีวิตอย่างหวาดระแวง ระมัดระวังตัวมากขึ้นหลายเท่าตัว พบว่าชาวบ้านในชุมชนไทยพุทธส่วนใหญ่จะปิดประตูบ้านไว้ตลอดเวลา ไม่พูดคุยและพบปะกับคนที่ไม่รู้จัก ไม่คุยริมถนน และหากจะพบปะพูดคุยกันก็จะหาสถานที่ที่มีความปลอดภัย เช่น ภายในวัด เป็นต้น (สะแลม และคณะ, 2553; อรุมา, 2549 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553)

สำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งเป็นประชาชนอีกกลุ่มหนึ่งที่อาศัยในพื้นที่และได้รับผลกระทบเช่นกัน พบว่า ผลการวิจัยประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พยาบาลให้ความหมายการปฏิบัติหน้าที่เป็นชีวิตที่มีแต่อันตรายเสมือนปฏิบัติงานในสงคราม เป็นหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลที่ต้องยืนหยัดให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย เป็นความภูมิใจที่ได้ทำงานท้าทาย เป็นการปฏิบัติงานด้วยความหวาดระแวงในสถานการณ์ที่ขัดแย้งและไม่แน่นอน ความรู้สึก เครียด เสียใจ สลดใจ และหดหู่ กลัวความไม่ปลอดภัย ความพิการและสูญเสียชีวิต ผลกระทบการดำเนินชีวิต การใช้ชีวิตส่วนตัวเกี่ยวกับการกินอยู่ลำบากขึ้น ไม่สะดวก แออัด และไม่เป็นส่วนตัวในการใช้ชีวิตในโรงพยาบาล การเดินทางมาปฏิบัติงานลำบาก งานหนักมากขึ้น เผชิญความเสี่ยงในการส่งต่อผู้ป่วยในเวลากลางคืน การเผชิญความเสี่ยงในการออกรับผู้ป่วย ณ.จุดเกิดเหตุ และการชันสูตรในเวลากลางคืน (สุนีย์, 2550 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่า เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีการประเมินความเครียดต่อเหตุการณ์ความไม่สงบว่าเป็นอันตรายต่อตนเองมากกว่าคุกคามและทำลาย ซึ่งเหตุการณ์ที่ประเมินว่าเป็นอันตราย 3 อันดับแรก คือ การส่งต่อผู้ป่วยในเวลากลางคืน การวางระเบิดในที่ต่างๆ และการที่ตำรวจ ทหาร ครูและข้าราชการถูกฆ่า เหตุการณ์ที่เป็นภาวะคุกคามคือ เหตุการณ์เกี่ยวกับข่าวที่เป็นอันตรายซึ่งเป็นเอกสารแผ่นปลิว หรือการกระทำของผู้ก่อความไม่สงบที่เจตนาทำลายทรัพย์สินของรัฐและประชาชน ส่วนเหตุการณ์ทำลาย คือ เป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันตัวเอง การดำเนินการของรัฐเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ เช่น การประกาศใช้กฎอัยการศึก การให้ทหาร ตำรวจกระจายในพื้นที่ต่าง และการแต่งกายคล้ายคลึงกับประชาชนทั่วไป (บุญยราศรี, 2548 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการประเมินความเครียดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาบัง จังหวัดยะลา และ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสละบาย้อย จังหวัดสงขลา พบว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทั้งสองแห่งประเมินความเครียดต่อเหตุการณ์ความไม่สงบว่าเป็นอันตรายต่อตนเองมากกว่าคุกคามและทำลาย เหตุการณ์ที่เป็นอันตราย ได้แก่ การวางระเบิดในที่ต่างๆ การลอบวางเพลิงสถานีนามัยและโรงพยาบาล การบุกโจมตีหน่วยบริการประชาชน ส่วนเหตุการณ์ที่เป็นภาวะคุกคาม ได้แก่ การมีข่าว/แผ่นปลิววางระเบิดและวางเพลิง การที่ตำรวจ ครู ทหาร ข้าราชการถูกทำร้าย การยิงนักข่าว นักการเมืองท้องถิ่น พ่อค้า และประชาชน การเผารถยนต์ของทางราชการ เผาทำลายสวนยาง สวนผลไม้ การประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นความทำลาย ได้แก่ การนัดพบปะสังสรรค์ การจัดงานเลี้ยงฉลองต่างๆ การจัดงานบุญประเพณี ในหมู่บ้าน/ชุมชน การที่ตำรวจทหาร กระจายตามพื้นที่ต่างๆ ส่วนเหตุการณ์ที่ประเมินว่าไม่เครียดได้แก่ การแต่งกายที่คล้ายคลึงกับประชาชน การได้รับคำตอบแทนในพื้นที่เสี่ยงภัย การปรับลดเวลาให้บริการของสถานบริการ (สุริยะ, 2551 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และผู้บริหารการพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (พัชรี, 2550; นงนุชและคณะ, 2551 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553)

3. สุขภาพสังคม จากสถานการณ์ความไม่สงบทำให้สภาพสังคมในพื้นที่เปลี่ยนแปลงไปในชุมชนที่ได้รับผลกระทบโดยตรง เช่น ชุมชนไทยพุทธ พบว่า โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมคือ มีคนแก่และหญิงหม้ายมากขึ้น มีการย้ายถิ่นออกนอกพื้นที่ ผู้ใหญ่ออกไปทำงานนอกพื้นที่ส่วนนักเรียนไปโรงเรียนในตัวเมือง นอกจากนี้พบว่า มีกำลังทหารเข้ามาประจำการในวัด ซึ่งมีความสัมพันธ์อันดีกับคนในชุมชนและเป็นที่พึ่งพาได้ยามเดือดร้อน เช่น การขอใช้รถทหารเพื่อไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลยามจำเป็น อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์ที่บีบคั้นดังกล่าว มีผลให้เกิดความสามัคคีการรวมกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือกันเองโดยผ่านกิจกรรมการออกกำลังกาย และกิจกรรมอื่น ๆ สำหรับชุมชนไทยมุสลิม โครงสร้างประชากรไม่เปลี่ยนแปลง วิถีความเป็นอยู่ในชุมชนดูเหมือนจะไม่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตที่ผ่านมา มีเพียงการรับรู้ที่สังคมภายนอกไม่ปลอดภัย ต้องระมัดระวังตัวมากในการเดินทางเข้าออกพื้นที่ (สะแลแม และคณะ, 2553) มีข้อสังเกตของสุภัทร (2552) พบว่า แม้รัฐบาลจะทุ่มงบประมาณมหาศาล แต่คนในพื้นที่รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

4. สุขภาพปัญญา จากผลการศึกษาของสะแลแม และคณะ (2553) พบว่า ชุมชนไทยพุทธมีการเรียนรู้เพื่อการพึ่งพาตนเอง เช่น การรวมกลุ่มออกกำลังกาย การพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานของชุมชน (ศสมช.) และรวมกลุ่มเพื่อการตัดสินใจแก้ปัญหาารวมกัน สำหรับชุมชนไทยมุสลิม พบว่า ปัญหาเศรษฐกิจที่มีก่อนเกิดสถานการณ์ยังคงมีอยู่ และการไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษา มีผลให้วัยรุ่นไม่ได้ศึกษาต่อ เมื่อเรียนจบจากโรงเรียนดาดิคา ซึ่งทำให้วัยรุ่นมีโอกาสถูกชักจูงนำไปในทางที่ไม่ชอบ เช่น การติดยาเสพติด ลักขโมย เพื่อให้ได้เงินมาใช้จ่าย

การจัดการสุขภาวะในพื้นที่

จากการประมวลข้อค้นพบการสังเคราะห์งานวิจัยและโครงการด้านสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจากเอกสารงานวิจัยและโครงการ ระหว่าง พ.ศ.2547 - 2551 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ (รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) ส่วนผลการศึกษาการจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัด

ชายแดนภาคใต้ จากการวิจัยเชิงคุณภาพ (สะแลแม และคณะ, 2553) ได้สะท้อนภาพการจัดการสุขภาพตามวิถีชาวบ้านในพื้นที่ให้ชัดเจนขึ้น ข้อค้นพบของงานวิจัยทั้ง 2 ฉบับที่สอดคล้องกัน คือ ประชาชนทั้งไทยพุทธและมุสลิมในชนบทส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพตนเองตามความรู้และความเชื่อที่บอกเล่ากันในชุมชน โดยมีศาสนาวัฒนธรรมและประเพณีเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและจิตวิญญาณ เมื่อชาวบ้านดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นไม่หายหรือมีเหตุฉุกเฉิน เช่น เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้รับอุบัติเหตุ และเจ็บครรภ์คลอด จึงจะไปรับบริการสุขภาพที่สถานบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน ส่วนหญิงมีครรภ์มุสลิมยังนิยมไปรับบริการจากโต๊ะบีแด (การแพทย์และผดุงครรภ์แผนโบราณ) เนื่องด้วยวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาและครอบครัว ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการสุขภาพของชาวบ้านในสถานการณ์ความไม่สงบ คือ ระยะทางและช่วงเวลากลางคืน เพราะการเดินทางระยะทางไกลๆหรือในเวลากลางคืน ชาวบ้านเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายระหว่างการเดินทางได้ หากจำเป็นต้องเดินทางไกลจะพยายามไปเป็นกลุ่มและใช้รถยนต์เป็นพาหนะ

เมื่อพิจารณาการจัดการสุขภาพของชาวบ้าน สามารถแบ่งกลุ่มการจัดการสุขภาพตามปัญหาสุขภาพที่พบ ได้ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพทั่วไป

1.1 เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดหัว ตัวร้อน อาการเจ็บป่วยไม่มาก ชาวบ้านในชนบททั้งไทยพุทธและมุสลิมนิยมซื้อยาในหมู่บ้านจากร้านค้า กองทุน หรือไปรับยาจากสถานีอนามัยมารับประทาน บางรายรักษาตนเองตามความเชื่อและคำบอกเล่าของคนในหมู่บ้าน ถ้าไม่หายจึงไปพบแพทย์ที่คลินิก หรือสถานบริการของรัฐได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัดในตัวเมือง การตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพ เดิมขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละครอบครัว โดยพบว่าชาวบ้านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีนิยมไปที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ส่วนชาวบ้านฐานะปานกลางและไม่ดีนิยมไปรับบริการของภาครัฐ แต่เมื่อมีสถานการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นในพื้นที่ ชาวบ้านส่วนใหญ่มีความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการเดินทาง ระยะทางจึงเป็นปัจจัยเพิ่มที่ส่งผลต่อการจัดการสุขภาพของชาวบ้าน

1.2 เมื่อป่วยหนักหรือฉุกเฉิน ได้แก่ เจ็บครรภ์คลอด ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง หอบตอนกลางคืน มีผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ ชาวบ้านจะไปรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพของรัฐที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาล การตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพของชาวบ้านขึ้นอยู่กับความรุนแรงและช่วงเวลาของการเจ็บป่วย พบว่า ช่วงกลางวันชาวบ้านที่อาศัยอยู่ใกล้สถานีอนามัย บางรายไปรับบริการที่สถานีอนามัย แต่บางรายเหมารถเพื่อนบ้านไปยังโรงพยาบาลในตัวเมือง ถ้าเป็นช่วงกลางคืนชาวบ้านจะเช่าเหมารถยนต์ของเพื่อนบ้านไปรับบริการที่โรงพยาบาลในตัวเมือง หากเหมารถไม่ได้จะขอใช้รถยนต์ของทหารที่ฐานในหมู่บ้าน ซึ่งอาจเป็นรถกระบะหรือรถกันกระสุน แต่ถ้าเป็นเวลากลางคืนชาวบ้านจะขอให้ทหารนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเป็นหลัก

สำหรับการฝากครรภ์และคลอดบุตร พบว่า แม้สถานการณ์ความไม่สงบทำให้มีปัญหาในการเดินทางไปรับบริการฝากครรภ์ หญิงมีครรภ์ไปรับบริการฝากครรภ์ไม่ครบตามมาตรฐานการฝากครรภ์ 4 ครั้งได้ แต่ผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพของสะแลแมและคณะ (2553) พบว่า ปัจจุบันหญิงมีครรภ์ในชุมชนทั้งไทยพุทธและมุสลิม มีแนวโน้มไปฝากครรภ์ที่สถานีอนามัยและไปคลอดที่โรงพยาบาลมากขึ้น

เนื่องจากมั่นใจในความสะอาด ความปลอดภัยของการบริการของสถานบริการของรัฐ การคลอດกับโตะบีแด (ผดุงครรภ์โบราณ) จึงมีน้อยลง เนื่องจากโตะบีแดส่วนใหญ่มีอายุน้อยและขาดประสบการณ์ อย่างไรก็ตามหญิงหลังคลอดยังนิยมให้โตะบีแดมาช่วยนวดหลังคลอดที่บ้าน และหญิงตั้งครรภ์มุสลิมยังมีความเชื่อและพิธีกรรมตามวิถีมุสลิมในทุกะยะของการตั้งครรภ์ โดยระยะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์แรกมีการทำพิธีแนแน ซึ่งเชื่อว่าเป็นการปลดปล่อยสิ่งที่ไม่ดีทำให้มารดาและทารกปลอดภัย ระยะคลอดมีการอ่านคาถาทาน้ำมันเพื่อให้มารดาคลอดง่าย และระยะหลังคลอดมีการอาบน้ำอยู่ไฟและทำพิธีรื้อเตาไฟเพื่อทำให้ง่ายร่างกายสะอาด (วันดาและพัทธีเยห์, 2550, อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553)

ปัจจัยสำคัญของการคลอดที่บ้านกับโตะบีแดในหญิงตั้งครรภ์มุสลิม คือ หญิงมีครรภ์มีความศรัทธาโตะบีแด และมีความลำบากหรือไม่สะดวกในการเดินทางไปโรงพยาบาล (เพ็ญพิไลและคณะ, 2550; มัลย์, มปป. อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) ครอบครัวมีบทบาทในการตัดสินใจเลือกสถานที่คลอด การคลอดที่บ้านทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลใกล้ชิดจากญาติพี่น้องและสามี ครอบครัวจึงมีความพึงพอใจ อบอุ่นใจ มั่นใจในการดูแลของโตะบีแดทั้งระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด (มัลย์, มปป. อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) ส่วนปัจจัยเสริมในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม คือ ความมั่นใจในความสะอาด ปลอดภัยในการดูแล การรับแจ้งเกิดทันทีภายหลังการคลอด การให้โตะบีแดไปทำพิธีกรรมในโรงพยาบาล ผลการวิจัยจึงสะท้อนว่า แม้การบริการทางการแพทย์จะมีคุณภาพ แต่การบริการที่คำนึงถึงบริบทและวิถีมุสลิมในงานอนามัยแม่และเด็กก็เป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไปรับบริการในสถานบริการภาครัฐมากขึ้น

1.3 การป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นกลุ่มแกนหลักในการรวมกลุ่มคนในหมู่บ้าน และช่วยงานบริการสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ทั้งด้านการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ บทบาทการบริการสุขภาพเชิงรุกที่ อสม. ดำเนินการอยู่ เช่น การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การให้คำแนะนำกรณีเกิดโรคระบาดชิคุนกุนยา เป็นต้น ดังนั้นหมู่บ้านที่มี อสม. เข้มแข็ง จึงเป็นปัจจัยเอื้อให้ชาวบ้านสามารถพึ่งพาช่วยเหลือดูแลสุขภาพกันและกันได้มากขึ้น โดยพบว่ามีการรวมกลุ่มกันในหมู่บ้านทำให้ชาวบ้านรู้สึกปลอดภัยจากเหตุการณ์ เพราะการรวมกลุ่มทำให้มีการร่วมแรงร่วมใจฟื้นฟูศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อเป็นแหล่งความรู้และวัสดุการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของคนในชุมชน มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายเพื่อคลายเครียด การจัดกลุ่มเฝ้าระวังและป้องกันตัวเองเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่น่าไว้วางใจ มีการรวมกลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อมการเดินทางไปนอกหมู่บ้าน การรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งของกลุ่มหรือส่วนรวมจึงเป็นวิธีหนึ่งที่ชาวบ้านใช้ในการจัดการสุขภาพของคนในชุมชน

กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ คือ อสม. สามารถดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกายและการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง (สุจินต์, 2551 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) ด้านการฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิต พบว่า อสม. มีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตให้แก่คนในพื้นที่ โดยเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เคยเป็นผู้แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง มีความเชื่อเจตคติในระดับสูง มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมากในทุก

กิจกรรม รูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมของ อสม.เป็นรูปแบบการให้การปรึกษา (วินีกาญจน์, 2548 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) ทั้งนี้ อสม.มีความคิดเห็นว่าตนเองสามารถทำงานในบทบาทการมีภาวะผู้นำทางด้านสุขภาพ การเป็นผู้ประสานงานได้ตามปกติ แต่มีบางงานที่ทำต่อได้บ้าง ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวการให้สุศึกษา งานโภชนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่นการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและแก้ไขภาวะสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค งานที่ไม่ได้ทำมานาน ได้แก่ การจัดหาน้ำสะอาด และสุขภาพาลเบื้องต้น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดหายาที่จำเป็นไว้ในหมู่บ้าน การทันตกรรม สาธารณสุขและไม่มีงานที่ทำต่อไม่ได้ (จรัส, 2549 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) ดังนั้น อสม.จึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยทำหน้าที่เป็นกำลังเสริมในการดูแลหรือประสานงานด้านการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพแก่คนในพื้นที่ได้

2. การจัดการความเครียดหรือปัญหาสุขภาพจิตและอารมณ์ ส่วนใหญ่ใช้การปรับใจหรือวิธีคิดเชิงบวกด้วยตนเอง การหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อให้มีสติในการแก้ปัญหา พูดคุยกับคนในครอบครัวและญาติ หลีกเลี้ยงการพูดคุยกับคนแปลกหน้า และรวมกลุ่มกันเพื่อความปลอดภัยในการเดินทาง หากไม่สามารถช่วยเหลือเยียวยาจิตใจตนเองได้จึงไปรับบริการสุขภาพของภาครัฐและเอกชน สิ่งสำคัญ คือ บุคคลที่ได้รับผลกระทบทั้งไทยพุทธและมุสลิมมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ และเป็นแหล่งรวมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน แม้ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบจะใช้วิธีการในการจัดการความเครียดคล้ายคลึงกัน แต่พบว่าความสามารถในการจัดการความเครียดของผู้ได้รับผลกระทบมีความแตกต่างกันตามความรุนแรงของปัญหา ระดับการศึกษา อายุ และกลุ่มอาชีพดังนี้

2.1 กลุ่มหญิงหม้ายและผู้สูญเสียบุคคลในครอบครัว เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจึงมีปัญหสุขภาพจิตมากที่สุด พบว่า ผลการวิจัยมากกว่าครึ่งในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงที่สูญเสียคู่ครอง (สามีภรรยา) หรือบุตรอย่างทันทีทันใด เป็นภาวะที่คุกคามความรู้สึกอย่างมาก บุคคลกลุ่มนี้จะมีภาวะเศร้าโศกอย่างรุนแรงซึ่งเป็นความทุกข์ที่ไม่จางหาย จึงเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาภาวะสุขภาพ การจัดการและการเผชิญความเครียด รวมทั้งได้รับการเยียวยาจากภาครัฐอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ.2548 - 2551 ประเด็นสำคัญจากงานวิจัยที่พบ คือ หญิงหม้าย มีวิธีการเผชิญปัญหา 2 ลักษณะ คือ แบบมุ่งแก้ปัญหาโดยการกล้าเผชิญปัญหามากกว่าการวางแผนแก้ไขปัญหา และการจัดการกับอารมณ์โดยการควบคุมตนเอง แสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา การถอยห่าง การประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม และการหลีกหนีปัญหาตามลำดับ (พรทิพย์, 2548 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูญเสียบุคคลในครอบครัว พบว่า มีวิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้หลักศาสนาเข้ามาช่วยในการแก้ปัญหาามากที่สุด ส่วนพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การทำความเข้าใจตนเองว่าเป็นคนมีนิสัยอย่างไร การวางแผนการทำงานล่วงหน้า การผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสม ความสามารถในการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และการสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจตรงกับตนเอง (มารีนี, 2550 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553)

อย่างไรก็ตาม พ.ศ.2551 พบว่า ผู้สูญเสียบุคคลในครอบครัวมีพลังอำนาจในการเยียวยาจิตใจตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านความสามารถในการเผชิญและแก้ไขปัญหา ด้านการเป็นผู้นำ ส่วนด้านความสามารถอยู่ในเหตุการณ์ความไม่สงบโดยไม่ทุกข์อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้พลังอำนาจในการเยียวยาจิตใจตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อังคณา, 2551 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และ กิตติชัย, 2553) นอกจากนี้หญิงหม้ายที่เข้าร่วมในกิจกรรมชมรมหญิงหม้ายมีค่าเฉลี่ยของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่โดยรวม การเป็นมารดา การเป็นผู้นำครอบครัว มากกว่าหญิงหม้ายที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (อรุโณทัย, 2551 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และ กิตติชัย, 2553)

ดังนั้นโดยสรุปจึงพบว่า แม้หญิงหม้ายและผู้สูญเสียบุคคลในครอบครัวจะได้รับการดูแลจิตใจและการเยียวยาจากภาครัฐมาอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มดูแลตนเองได้มากขึ้น แต่ยังพบว่าหญิงหม้ายไม่มีประสิทธิภาพในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ผู้นำครอบครัว (อรุโณทัย, 2551 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และ กิตติชัย, 2553) ดังนั้นบุคคลกลุ่มนี้จึงยังต้องการการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการเยียวยาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อบุคคลกลุ่มนี้มีพลังอำนาจในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงยิ่งขึ้น

2.2 กลุ่มประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปกติถึงปานกลาง ส่วนใหญ่มีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง รองลงมา คือ การปรึกษาคู่สมรส/คู่รัก ส่วนการไปพบจิตแพทย์มีน้อยที่สุด (นิตย และ สุรพันธ์, 2548 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และ กิตติชัย, 2553) ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดเป็นแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยร้อยละ 45 ใช้วิธีพูดคุยกับคนอื่นเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน และใช้วิธีการค้นหาความไม่สบายใจจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ส่วนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ ร้อยละ 66.7 ใช้วิธีการไม่สนใจรายละเอียดของการเกิดสถานการณ์ความไม่ปลอดภัย รองลงมาใช้วิธีการขอพรจากอัลเลาะห์หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ (คอลีเยาะ, 2549 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และ กิตติชัย, 2553) นอกจากนี้ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้มีการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับมาก (ชมพูนุท, 2550 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และ กิตติชัย, 2553) ส่วนพุทธศาสนิกชนในสามจังหวัด มีพลังศรัทธาในหลวงปู่ทวดวัดช้างให้อยู่ในระดับมาก เนื่องจากเป็นศักดิ์สิทธิ์ที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และหากมีหลวงปู่ทวดวัดช้างให้ห้อยคอจะทำให้มีความมั่นใจในความปลอดภัยจากการถูกลอบทำร้ายทั้งชีวิตและทรัพย์สินจากเหตุการณ์ความไม่สงบ การจัดการอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขของคนในชุมชน จึงมีลักษณะใช้ประเพณีวัฒนธรรมความเชื่อ กีฬา กฎ กติกาของสังคม และหลักคำสอนทางศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวให้เกิดสันติสุขภายในตนและชุมชน

จะเห็นได้ว่า แม้กลุ่มประชาชนทั่วไปมีปัญหาสุขภาพจิตระดับปกติถึงปานกลาง แต่ก็ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น ข้อค้นพบที่สำคัญ คือ ประชาชนส่วนใหญ่จัดการความเครียดด้วยตนเอง โดยการพูดคุยระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจ ในที่นี้ คือ คู่รักหรือคู่สมรส และใช้หลักคำสอนทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยว รวมทั้งนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำเนินชีวิต

2.3 กลุ่มข้าราชการในอาชีพต่าง ๆ ได้แก่ นักเรียน ครู ตำรวจ ทหาร และพยาบาล พบว่า

วัยรุ่นมีการจัดการความเครียดโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยวัยรุ่นใช้การพูดคุยกับบุคคลอื่นและบุคคลในครอบครัว เช่น เพื่อน พ่อ แม่ ญาติพี่น้องของตนเองอย่างเปิดเผยมากที่สุด เพื่อเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดในช่วงที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ ลดความถี่ของสถานการณ์โดยการหลีกเลี่ยงไปทำกิจกรรมอย่างอื่นเพื่อช่วยผ่อนคลาย เช่น ดูทีวี ฟังเพลง อ่านหนังสือบันเทิง และเมื่อรู้สึกเครียดจากสถานการณ์จะผ่อนคลายความเครียดด้วยการพักผ่อนมากที่สุด (รอฮานี,วันดี, และจินตนา, 2548; อรอุมา, 2549 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) ส่วนครูสามารถดูแลตนเองและมีความหยุนตัวในระดับดี (เสวตาภรณ์, 2550; สยาภรณ์, 2551 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) ครูที่มีประสบการณ์อารมณ์ซึมเศร้า มีการจัดการด้วยวิธีการผสมผสาน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการปรับความคิด ครูมากกว่าร้อยละ 90 ใช้วิธีการค้นหาสิ่งดีๆ ที่เกิดจากเหตุการณ์ การทำใจยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น การให้กำลังใจตนเองว่าเหตุการณ์จะสงบ 2) การจัดการด้วยการผ่อนคลายครูมากกว่าร้อยละ 90 ผ่อนคลายด้วยการปฏิบัติตามหลักศาสนา 3) การจัดการโดยการหาแหล่งสนับสนุน ครูมากกว่าร้อยละ 90 ใช้การจัดการโดยการพูดคุยระบายกับคนอื่น (อัษฎาพร, 2550 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) นอกจากนี้ครูยังมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในระดับดี (นฤตม, 2550 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553)

กลุ่มทหารและตำรวจ ไม่มีงานวิจัยที่สะท้อนภาพการจัดการความเครียด แต่มีงานวิจัยที่ให้ภาพว่า ทหารและตำรวจมีการรับรู้พลังอำนาจในปฏิบัติหน้าที่โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้พลังอำนาจด้านการรับรู้ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง การรับรู้เป้าหมายและความหมายในชีวิต การรับรู้การพัฒนาตนเอง การรับรู้ความสามารถที่ควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ (สมยศ, 2550 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) สำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพผลงานวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่สถานอนามัยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาเกือบทุกครั้ง กล่าวคือ ใช้การมีสติรู้เท่าทันความรู้สึกนึกคิดสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม การพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน และร่วมคิดหาแนวทางปฏิบัติงานที่ปลอดภัยเมื่อมีสถานการณ์ไม่ปลอดภัย สำหรับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ที่ใช้บ่อย คือ คิดว่าสักวันเหตุการณ์คงจะดีขึ้นอาจจะช้าหรือเร็วไม่อาจกำหนดได้ ให้กำลังใจตนเองว่าเราไม่เบียดเบียนใคร/เราไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ไม่สงบคงไม่มีใครคิดทำร้าย และใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (บุญยราศรี, 2548 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการเผชิญความเครียดของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาบัง จังหวัดยะลา และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาที่ใช้บ่อยครั้งมากที่สุด คือ การให้ความสำคัญและร่วมคิดร่วมปฏิบัติหาแนวทางที่ปลอดภัย และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้อารมณ์ที่ใช้บ่อยครั้งมากที่สุดคือ ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ (สุริยะ, 2551 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) เมื่อพิจารณาในมิติของคุณภาพชีวิตแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง วิธีสร้างความสุขในการทำงานของหัวหน้าหอ/หัวหน้างาน คือ การอยู่กันแบบพี่น้องหรือคนในครอบครัวเดียวกันมีการดูแลให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ใช้หลักเอาใจเขามาใส่ใจเรา มีการยืดหยุ่น มีการชื่นชมเมื่อทำความดี รับรู้การมีคุณค่าในตัวเอง มีกิจกรรมคลายเครียดโดยออกกำลังกาย เกี่ยวกับครอบครัว เสริมสวย ร้องเพลง ซ้อมของ บางส่วนใช้หลักศาสนาในการดำเนินชีวิต

ปฏิบัติงานร่วมกันด้วยความความเอื้ออาทรและการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้บริหารการพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ความเครียดระดับปานกลาง และมีการปรับตัวต่อความเครียดระดับปานกลางทุกด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553)

จากข้อค้นพบการจัดการปัญหาสุขภาพของประชาชนกลุ่มข้าราชการอาชีพต่างๆ และได้กัวยุ่นในพื้นที่ พบว่า ครูมีทักษะในการเผชิญความเครียดได้ดี เนื่องจากมีความหยุนตัวและการดูแลตนเองที่ดี อย่างไรก็ตามมีครูบางส่วนมีภาวะซึมเศร้าจึงจำเป็นต้องติดตามช่วยเหลือให้การดูแล แต่กลุ่มที่น่าสนใจศึกษาให้และการดูแลเป็นพิเศษ คือ กลุ่มเด็กนักเรียนหรือวัยรุ่น เพราะผลการศึกษาพบว่า นักเรียนหรือวัยรุ่นมีการจัดการความเครียดได้ในระดับปานกลางเท่านั้น สำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ดูแลสุขทุกข์และสุขภาพของชาวบ้าน มีข้อมูลสะท้อนให้เห็นชัดเจนว่า บุคคลกลุ่มนี้มีทักษะในการจัดการความเครียดของตนเอง และพร้อมที่จะปฏิบัติงานเพื่อดูแลชาวบ้านทั่วไปในพื้นที่ ข้อสังเกตที่สำคัญ คือ บุคคลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ใช้ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและแก้ปัญหาด้านอารมณ์ได้ ยกเว้นกลุ่มวัยรุ่น ใช้การพูดคุยกับคนเขาไว้ใจ และผ่อนคลายความเครียดด้วยการหาสิ่งบันเทิงมาเบี่ยงเบนความสนใจของตนเอง

3. การจัดการปัญหาความปลอดภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบ ชาวบ้านมีวิธีการจัดการปัญหาความปลอดภัยของชาวบ้าน และบุคคลกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ มีดังนี้

3.1 เดินทางให้น้อยที่สุดและเปลี่ยนเส้นทางในการเดินทางออกนอกพื้นที่ ไม่เดินทางคนเดียว หากต้องการออกนอกพื้นที่จะนัดกันเป็นกลุ่ม โดยเลือกเดินทางในเวลากลางวันกลับบ้านก่อนตะวันตกดิน การเดินทางกลางคืนเมื่อเจ็บป่วยจะใช้รถฉุกเฉิน โดยขอความช่วยเหลือหรือเหมารถจากเพื่อนบ้านหรือขอใช้รถยนต์จากทหารที่ฐานทหารในชุมชน

3.2 การดำเนินชีวิตและการติดต่อสื่อสารในพื้นที่ต้องอยู่อย่างระแวง ระมัด ระวังตัว ทุกนาที่ส่วนใหญ่ชาวบ้านจึงอยู่ที่บ้านและปิดหน้าต่าง ส่วนบ้านที่อยู่ติดถนนใหญ่จะปิดประตูบ้านไว้ตลอดเวลา หากมีเสียงรถหรือคนมาหาหรือมาเยี่ยมต้องเรียกให้บอกชื่อ ถ้าเป็นเสียงคนรู้จักจึงจะเปิดประตู การไปธุระนอกบ้านน้อยลง เพราะไม่กล้าออกโดยลำพังเหมือนแต่ก่อน จึงซื้ออาหารสดจากรถเร่แทนการออกไปซื้อที่ตลาด การจัดงานต่างๆ จะจัดที่วัดในช่วงเวลากลางวัน เพราะการจัดงานตอนกลางคืนและที่บ้านไม่ปลอดภัย

3.3 เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องปรับตัวในการแสดงบทบาท ระมัดระวังตัวมากขึ้น การสังเกตสิ่งผิดปกติ หลีกเลี้ยงการใส่แบบฟอร์มของเจ้าหน้าที่

เงื่อนไขที่ส่งผลต่อสุขภาวะของประชาชน

1. การมีนโยบายพิเศษทำให้ชาวบ้านสามารถจัดการในการดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น แต่พบว่ายังมีบางประเด็นที่ต้องปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการของคนในพื้นที่ ดังนี้

1.1 ด้านการเยียวยา มิติการเยียวยาของภาครัฐที่ได้ดำเนินการช่วยเยียวยาจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์มี 3 ด้าน คือ ด้านจิตใจ ภาวะเศรษฐกิจ และการให้ความรู้เรื่องกฎหมาย การเยียวยาจิตใจแก่กลุ่มผู้สูญเสียบุคคลที่รัฐบาลได้ดำเนินการผ่านมาน่าจะมีส่วนช่วยให้ครอบครัวผู้สูญเสียสามารถดูแลจิตใจตนเองได้มากขึ้น เพราะมีงานวิจัยในปี 2551 พบว่า ผู้สูญเสียบุคคลมีพลังอำนาจในการเยียวยาจิตใจตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (อังคณา, 2551 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาและอุปสรรคการเยี่ยมเยียนครอบครัวเพื่อ

เยียวาด้านจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบ พบว่า ผู้รับบริการไม่สะดวกในการเดินทางไปพบทีมเยี่ยมยังจุดนัดพบ เช่น สถานีอนามัย ด้านผู้ให้บริการได้รับงบประมาณมาล่าช้า ทีมงานมีเวลาในการเยี่ยมไม่ตรงกัน ไม่สามารถประสานงานการไปเยี่ยมครอบครัวได้ ผู้รับบริการไม่ได้ใช้ข้อมูลอยู่ตามฐานข้อมูลเครือข่ายระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violence-related Injury Surveillance [VIS]) การสื่อสารไม่เข้าใจเนื่องจากใช้ภาษาต่างกัน ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากครอบครัวผู้ประสบเหตุการณ์ ยานพาหนะไม่พร้อม เข้าพื้นที่ไม่ได้เพราะเป็นพื้นที่อันตราย กระบวนการเยียวาที่มีอยู่จึงไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม ไม่สามารถให้บริการนอกเวลาได้ และประชาชนเข้าถึงบริการได้น้อย คือ 1,256 ราย จาก 2,336 ราย

นอกจากนี้พบว่า สมรรถนะของนักจิตวิทยาตามมุมมองนักจิตวิทยาและพี่เลี้ยงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนผู้ได้รับผลกระทบมองว่าผู้ให้บริการเพียงพอและสามารถให้บริการได้ แต่ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า มีศูนย์เยียวาฟื้นฟู (กิจกรรม และคณะ, 2551 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553) ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจในการเข้าถึงการเยียวาของภาครัฐ แม้ผู้นำชุมชนจะมีความเต็มใจในการช่วยเหลือต่างๆ ที่มีความกลัวอยู่บ้าง แต่การไม่เข้าใจขั้นตอนส่งผลให้ผู้ได้รับผลกระทบเกิดความขัดแย้งและไม่เข้าใจผู้นำ ประชาชนจึงไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควรเนื่องจากไม่ทราบเงื่อนไขและขั้นตอน และนโยบายยกเลิกการใช้เงินทดแทน 25% และการเยี่ยมเยียวาเฉพาะผู้เกิดสถานการณ์ที่เสียชีวิตในพื้นที่เท่านั้นส่งผลต่อการทำงานที่ยากลำบากและทำให้เกิดช่องว่างระหว่างประชาชนกับภาครัฐขึ้น (นารี, 2551; โรสนานีย์ และคณะ, 2551 อ้างตาม รำภาภรณ์, เสาวคนธ์ และกิตติชัย, 2553)

ด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้ได้รับผลกระทบ พบว่า แม้ภาครัฐจะมีการจัดโครงการเสริมอาชีพให้แก่ครอบครัวมาอย่างต่อเนื่อง แต่วิธีการดำเนินโครงการก็เป็นแบบราชการ คือ เป็นโครงการที่ส่งมาจากส่วนกลางซึ่งมีกรอบกิจกรรมไว้แล้ว และส่วนใหญ่เป็นโครงการจัดอบรมพร้อมส่งมอบเงินให้ชาวบ้านไปนำเป็นทุนตั้งต้นในการประกอบอาชีพ แต่ไม่มีพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาระหว่างการดำเนินโครงการโครงการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ และไม่มีติดตามงานอย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่จึงไม่ได้ตอบสนองต่อความต้องการของชาวบ้าน ทำให้ชาวบ้านเกิดความรู้สึกว่าโครงการที่ได้รับการส่งเสริมอาชีพเพิ่มภาระในการเลี้ยงชีพมากขึ้น (ข้อมูลจากการจัดเวทีครั้งที่ 1, 18 ม.ค. 53)

1.2 การบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม การพัฒนาระบบบริการตามวิถีมุสลิมสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างดี โดยเฉพาะการปรับบริการสุขภาพที่คำนึงถึงความเชื่อทางวัฒนธรรมและประเพณีของสตรีตั้งครมมุสลิม ทำให้มีการเข้าไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐมากขึ้น ประเด็นที่ต้องปรับปรุงเพิ่มเติม คือ การร่วมมือหรือผสมผสานการให้บริการอนามัยแม่และเด็กกับโต๊ะบีแดในชุมชน

1.3 การพัฒนาระบบส่งต่อและฉุกเฉิน ประชาชนยังไม่นิยมและเข้าไม่ถึงการบริการด้านนี้มากนัก เนื่องจากชาวบ้านบางส่วนไม่ทราบขั้นตอนการขอใช้บริการ และบางส่วนกลัวถูกทำร้ายระหว่างการเดินทางไปโรงพยาบาล ชาวบ้านจึงจัดการระบบการส่งต่อของตนเองโดยการเช่าเหมารถยนต์เพื่อนบ้านเพื่อส่งต่อผู้ป่วยด้วยตนเอง

1.4 นโยบายด้านความปลอดภัย พบว่า ทหารยังเป็นที่พึ่งทางใจชุมชนไทยพุทธ ชาวบ้านไทยพุทธยังมีความต้องการให้มีทหารอยู่ในหมู่บ้านเพื่อความอุ่นใจ และขอความช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินเวลากลางคืน และขออย่าเล็กๆ น้อยๆ เมื่อจำเป็น

2. การบริการสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่น้อยลง เพราะเจ้าหน้าที่เข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ได้น้อย ส่งผลให้ชาวบ้านไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉพาะเมื่อเกิดโรคระบาด หรือโรคที่ไม่เคยเกิดขึ้นในชุมชน เช่น เมื่อป่วยด้วยโรคชิคุนคุนยา ไข้หวัด 2009 ชาวบ้านไม่ทราบว่าจะดูแลตนเองอย่างไร เพราะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องนี้จากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ส่วนใหญ่จึงดูแลตนเองตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้านและ อสม.

ดังนั้น อสม. จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นปัจจัยเสริมงานเชิงรุกในพื้นที่ จนมีคำกล่าวเปรียบเปรยว่า “อสม.คือ อนามัยสั่งมา” ซึ่งมีผลการศึกษาวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ยินดีและมีความคิดว่าตนเองสามารถทำงานตามบทบาท อสม. ได้ทุกงาน อย่างไรก็ตามมี อสม. บางส่วนได้สะท้อนว่าขอให้เจ้าหน้าที่ภาครัฐเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการงานบริการเชิงรุก และให้ อสม. มีบทบาทเป็นผู้ประสานงานและเสริมความรู้เบื้องต้นในการดูแลสุขภาพคนในพื้นที่เท่านั้น (ข้อมูลจากการจัดเวทีครั้งที่ 1, 18 มกราคม 2553) ดังนั้นการค้นหารูปแบบหรือกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สุขภาพและ อสม. ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จึงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเร่งด่วน เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้ อสม. และเจ้าหน้าที่สุขภาพในพื้นที่ต่อไป

3. ชุมชนที่เข้มแข็งทำให้ชาวบ้านมีการจัดการสุขภาพได้ดี พบว่าการรวมกลุ่มกันของชาวบ้านจะช่วยลดความเครียด และทำให้ชาวบ้านสามารถเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิตในสถานการณ์ความไม่สงบได้มากขึ้น

4. ศาสนสถานเป็นศูนย์รวมกิจกรรมและการสื่อสารในชุมชน ในชุมชนไทยพุทธวัดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมต่างๆ ภายหลังเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบชาวบ้านมักมาพบปะทำกิจกรรมที่วัดอย่างสม่ำเสมอ เพราะได้มาฟังเทศน์ ออกกำลังกาย และพูดคุยกับคนอื่น ๆ ส่วนในชุมชนไทยมุสลิมมัสยิดเป็นศูนย์รวมกิจกรรม จิตใจ และจิตวิญญาณ แม้ในพื้นที่ยังไม่มีเหตุการณ์ความรุนแรง การปฏิบัติกิจทางศาสนาในพื้นที่ยังคงดำเนินการได้เหมือนปกติ และบางแห่งได้ประสานงานกับผู้นำศาสนาเพื่อสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในมัสยิดด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนสามารถ “พึ่งตนเอง” ได้อย่างยั่งยืน โดย

1.1 ส่งเสริมการรวมกลุ่มในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้านซึ่งอาจมีหลากหลายรูปแบบ ขึ้นกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน

1.2 ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพและการประกอบอาชีพตามความต้องการของชาวบ้าน กล่าวคือ การจัดสรรงบประมาณต้องสอดคล้องกับความต้องการของชาวบ้าน เมื่อให้สนับสนุนกิจกรรมหรือโครงการใดๆ แล้ว ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างกัลยาณมิตร และแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีคิดและความรู้ในการดำเนินกิจกรรมของชาวบ้าน รวมทั้งคอยให้ความช่วยเหลือหรือเป็นที่ปรึกษาแก่ชาวบ้าน

1.3 ควรสร้างเครือข่ายพี่เลี้ยงหรือช่องทางการขอคำปรึกษาในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มองค์กรชุมชนอย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญ คือ เจ้าหน้าที่ภาครัฐต้องปรับวิธีการดำเนินงานในชุมชน โดยใช้หลักการเข้าใจ เข้าถึง แล้วจึงพัฒนาอย่างจริงจังและจริงใจ

1.4 ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการเยียวยา เพื่อให้สามารถเยียวยาตนเองได้ โดยมีเครือข่ายช่วยเหลือเยียวยากันเองในชุมชน

2. ควรพัฒนาศักยภาพของกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มผู้นำชาวบ้านที่สำคัญในการดำเนินงานสุขภาพในชุมชนภายใต้สถานการณ์ เพื่อ อสม. ให้มีความรู้ความเข้าใจระบบการบริการตามนโยบายพิเศษ และมีความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือแก่เพื่อนบ้าน

3. ควรมีระบบการพัฒนาและดูแลสุขภาพจิต รวมทั้งการศึกษาของเยาวชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างจริงจัง เนื่องจากมีการศึกษาและพัฒนาสุขภาพจิตในกลุ่มเยาวชน 3 จังหวัดมีน้อย ซึ่งผลการวิจัยพบว่าเยาวชนวัยรุ่นได้รับผลกระทบจากสถานการณ์มาก บางรายเป็นโรค Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) และเยาวชนส่วนใหญ่มีความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดได้ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ปัญหายาเสพติดในพื้นที่มีมาก

4. ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมในสถานการณ์ความไม่สงบ เนื่องจากชาวบ้านไม่กล้าไปออกกำลังกายนอกบ้าน เพราะกลัวไม่ปลอดภัย

5. ควรมีนโยบายสนับสนุนให้ชาวบ้านเข้าถึงหลักคำสอนทางศาสนาที่ตนเองนับถือ เพื่อเป็นแหล่งพึ่งพิงด้านจิตใจของชาวบ้าน

โดยสรุป สุขภาพของคนในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ คือ สภาวะที่เป็นวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน วิถีชีวิตที่ถูกกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบได้ส่งผลต่อทุกมิติของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพราะสถานการณ์ความไม่สงบได้ก่อให้เกิดความทุกข์ ความเศร้า โศก ภาวะซึมเศร้าแก่ผู้เสียบุคคลในครอบครัว และมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะเมื่อต้องมีการเดินทาง ผลพวงที่ตามมาคือ ทำมาหากินลำบาก ขาดรายได้ และสังคมเกิดความระแวงกันและกัน ชาวบ้านจึงต้องปรับใจและปรับวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปตามสถานการณ์ โดยค้นหาวិธีการผ่อนคลายและการพึ่งตนเอง วิธีการใช้กันในภาคประชาชน คือ การรวมกลุ่ม การนำหลักคำสอนทางศาสนามาใช้การแก้ปัญหา การหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ซึ่งผลการดำเนินงานของภาครัฐที่ผ่านมาสามารถช่วยให้คนในพื้นที่สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น เนื่องจากมีการดำเนินงานเชิงนโยบายมาถูกทาง แต่การนำนโยบายมาสู่การปฏิบัติในพื้นที่ยังมีหลายประเด็นที่ต้องปรับปรุง ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาสุขภาวะ และการจัดการสุขภาวะของภาคประชาชน จึงยังคงต้องการให้ภาครัฐหรือผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนนำไปพิจารณา เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมต่อไป

การบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่

สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ*

วิกฤตในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เริ่มมีความรุนแรงมากขึ้นตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ.2547 เป็นภาวะวิกฤติที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกระดับอย่างรุนแรง ผลกระทบเกิดขึ้นในทุกภาคส่วน ในมิติการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในอดีตคงไม่มีความแตกต่างกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่อื่น หากแต่ภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ต้นปี 2547 ส่งผลกระทบโดยตรงต่อวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่ของจังหวัด ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และพื้นที่บางส่วนของจังหวัดสงขลาโดยถ้วนทั่ว มีการสูญเสียทั้งชีวิต ทรัพย์สิน ทรัพยากรและคุณค่าความงามทางสังคม ไม่ยกเว้นแม้หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

การสังเคราะห์งานเขียนฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประมวลข้อค้นพบจากโครงการย่อยภายในชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยหวังว่างานเขียนเหล่านี้ จะทำให้เข้าใจรายละเอียดของการจัดบริการสุขภาพภาครัฐภายใต้ภาวะวิกฤติ รวมทั้งความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐ เพื่อสร้างความเข้าใจในส่วนผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และประชาชน ผู้รับบริการ นำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ การสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในพื้นที่เป็นประการสำคัญ

ผลกระทบของสถานการณ์ต่อการบริการสุขภาพภาครัฐ

จากการประมวลข้อค้นพบการสังเคราะห์งานวิจัยและโครงการด้านสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ และจากเอกสารงานวิจัยและโครงการ ระหว่าง พ.ศ.2547 – 2552 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยการจัดระบบบริการสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในเบื้องต้น รวมถึงผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน เช่น การศึกษาวิจัยในโครงการการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปี 2547 ถึง 2548 (อมร และคณะ, 2548) พบว่า การให้บริการด้านสาธารณสุขระดับสถานีอนามัยจำนวน 253 แห่ง มีการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 35.6 สำหรับบริการด้านต่างๆ ในระดับโรงพยาบาลพบว่า มีการให้บริการลดลงโดยเฉพาะกิจกรรมเชิงรุกในด้านการรักษา การตรวจโรคลดลง ร้อยละ 25 ด้านทันตกรรมลดลง ร้อยละ 50 ที่น่าตกใจคือ เรื่องพื้นฐานด้านสุขภาพของประชาชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ และการป้องกันโรค ลดลงถึงร้อยละ 70 รวมทั้งกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การลงพื้นที่ลดลงร้อยละ 60 ส่วนการรักษาพยาบาลในสถานบริการแบบตั้งรับพบการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย **อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้**

ส่วนผลการศึกษาการจัดการสุขภาพของภาครัฐในสถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ (ปาริฉัตรและคณะ, 2553) ได้สะท้อนภาพการจัดบริการสุขภาพภาครัฐได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งพบว่าการจัดบริการสุขภาพที่สามารถปฏิบัติงานได้มาก **เป็นการบริการ**

* ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

ในสถานบริการเป็นหลัก ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การบริการดูแลหญิงมีครรภ์ตามระยะเวลาที่กำหนด การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การบริการตรวจสุขภาพเด็ก และด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน เช่น การบริการอนามัยแม่และเด็กที่สอดคล้องกับหลักศาสนา มีการนำดุ้ดงครรภ์โบราณ (โตะบีแด) มาร่วมในระบบบริการตั้งแต่รอคลอด การคลอด และหลังคลอด รวมทั้งการดูแลเด็กปฐมวัยในด้านโครงสร้าง เช่น มีมุมอาชานในห้องคลอดและตึกหลังคลอด นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาสุขภาพบพวถิชุมชน โดยใช้กลยุทธ์ “ศาสนานำการพัฒนา” โดยเฉพาะมัสยิดและสถาบันศึกษาปอเนาะ (รายงานประจำปีศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้, 2551) ซึ่งเป็นศูนย์รวมด้านวิถีชีวิตของคนไทยมุสลิม โดยนำการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนําร่องในศาสนสถาน เน้น “ความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของความศรัทธา” ซึ่งจัดเป็นกิจกรรมนำทางก่อนที่จะเกิดกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพด้านอื่นๆ ในชุมชน เช่นเดียวกับด้านบริการรักษาพยาบาล จากผลการศึกษาในภาพรวม (ปาริฉัตรและคณะ, 2553) พบว่า สามารถปฏิบัติงานได้ดีในสถานบริการเป็นหลัก โดยมี 3 กิจกรรมที่ทำได้ดี คือ 1) กิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยได้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคการแนะนำการปฏิบัติตัวและวิธีการชํายาแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน และ 3) การให้บริการผู้ป่วยได้รวดเร็ว ลักษณะกิจกรรมทั้ง 3 ข้อสามารถปฏิบัติงานได้มาก อาจเป็นเพราะโดยปกติการรักษาพยาบาลในสถานบริการของสถานบริการสาธารณสุขมีการพัฒนาที่เด่นชัด มีผลต่อความศรัทธาของชาวบ้าน เมื่อมีความศรัทธาเกิดขึ้นงานอื่นๆ ก็ตามมาได้ไม่ยาก ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งจึงมุ่งเน้นการจัดระบบบริการของโรงพยาบาลให้ตอบสนองความต้องการของชาวบ้านมากที่สุด (ยูซุฟ และสุภัทร, 2551)

สำหรับการจัดบริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ คือ **เป็นการบริการเชิงรุกที่ต้องลงไปในพื้นที่** ทั้งด้านป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ การบริการฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุกิจกรรมที่เกี่ยวกับการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพผู้พิการอย่างต่อเนื่อง การบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกและความต่อเนื่องในการเฝ้าระวัง (ปาริฉัตรและคณะ, 2553) สอดคล้องกับการวิจัยเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (พงศ์เทพและคณะ, 2548) พบว่า สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนี้ ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ในเชิงรุก ออกเยี่ยมเยียนประชาชนตามหมู่บ้านได้ ทำให้ระบบการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคได้รับผลกระทบอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะกิจกรรมการออกหน่วยเยี่ยมบ้าน หรือลงปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในชุมชน การให้บริการทันตกรรมโรงเรียน ต้องยุติลง เหลือเพียงการตั้งรับในสถานพยาบาล

ส่วนประเด็นควบคุมและป้องกันโรค พบว่า มีอุบัติการณ์ของโรคติดต่อที่ต้องใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรคในเชิงรุกมากขึ้น จากสรุปรายงานประจำปี 2550 ของสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 12 พบว่า ปัญหาความไม่สงบที่เกิดขึ้นใน 4 จังหวัดชายแดนใต้ ตั้งแต่ พ.ศ.2547 เป็นต้นมา พบมีการระบาดของโรคมาลาเรียในพื้นที่นี้มากขึ้น ในปี 2550 พบผู้ป่วยทั้งหมด 12,478 ราย จังหวัดยะลามีผู้ป่วย 6,494 ราย สูงที่สุดในประเทศอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน รองลงมา คือ สงขลา 4,140 ราย นราธิวาส 1,312 ราย ตามลำดับ

สำหรับงานด้านฟื้นฟูสภาพ พบว่า การฟื้นฟูสภาพทางกายยังเพิ่งเริ่มต้นพัฒนา สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากบุคลากรที่ให้บริการโดยตรง เช่น นักกายภาพบำบัด ยังมีอัตราที่น้อยมาก กล่าวคือ มีความ

ขาดแคลนนักกายภาพบำบัดถึง ร้อยละ 83 (39 แห่ง) (รายงานประจำปีศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดชายแดนภาคใต้, 2551) สอดคล้องกับรายงานการสำรวจข้อมูลนักกายภาพบำบัดใน 3 จังหวัด ชายแดนภาคใต้และการคาดการณ์ในอนาคต (สุวิทย์และคณะ, 2546) พบมีอัตราส่วนที่น้อยกว่า ระดับประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างในขณะเดียวกันสถานการณ์ที่เกิดขึ้นสร้างความไม่มั่นใจ ความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยของบุคลากร ยิ่งในลักษณะงานที่ต้องให้บริการในเชิงรุก ประจวบกับข้อเท็จจริง ประการหนึ่ง คือ บุคลากรที่สามารถทำงานอยู่ได้ในพื้นที่ได้นั้น ส่วนใหญ่ต้องเป็นคนในพื้นที่ มีภูมิสำเนา และเข้าใจบริบทของสังคมที่มีความจำเพาะ อีกทั้งสถาบันการศึกษาในภาคใต้ตอนล่างที่ผลิตบัณฑิตเพิ่ง เปิดรับผลิตนักศึกษา สิ่งต่างๆ เหล่านี้สอดคล้องกับสภาพความขาดแคลนบุคลากรและการพัฒนางานใน ส่วนนี้ยังมีการพัฒนาค่อนข้างช้า

อีกมิติหนึ่งในการฟื้นฟูสุขภาพ คือ *การเยียวยา* สืบเนื่องจากการเยียวยาได้มีการดำเนินงานโดย คณะกรรมการนโยบายและอำนวยการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบใน จังหวัดชายแดนภาคใต้ (กยต.) โดยได้มีการเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจมีการแต่งตั้งคณะกรรมการชุด ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการเยียวยา ซึ่งในเบื้องต้นมุ่งเน้นการให้การช่วยเหลือใน ลักษณะเงินชดเชยและสิ่งของ อีกทั้งมีนักจิตวิทยาที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จัดจ้างใน ตำแหน่งพนักงานราชการครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำหน้าที่หลักในการ เยียวยาด้านจิตใจในขณะที่เกิดเหตุการณ์ การเยี่ยมบ้านครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความ ไม่สงบ พบว่าในช่วงแรกของการทำงาน เป็นการปรับตัวและหารูปแบบการทำงานที่เหมาะสมในพื้นที่ มี การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์การทำงานซึ่งกันและกัน (รายงานประจำปีศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้, 2551) สอดคล้องกับการ ประเมินโครงการจัดตั้งศูนย์เยียวยาฟื้นฟูสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลจังหวัดชายแดนใต้ (จงกรมและ คณะ, 2551 อ้างตามรำภาภรณ์และคณะ, 2553) ที่พบว่ากระบวนการเข้าถึงบริการ และความครอบคลุม ผู้รับบริการเข้าถึงได้น้อย รวมทั้งนักจิตวิทยายังไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม โดยในปี 2549 มี ความครอบคลุมเพียง 69 เปอร์เซนต์ (เมตตา, Personal communication, 2553) เนื่องจากกรม สุขภาพจิตอยู่ระหว่างการพัฒนานักจิตวิทยา เพื่อเพิ่มสมรรถนะทำให้นักจิตวิทยาไปอบรมบ่อยครั้ง ประกอบกับนักจิตวิทยาส่วนใหญ่ไม่มีที่พักในโรงพยาบาล จึงไม่สามารถให้การปฐมพยาบาลจิตใจในราย ที่ได้รับผลกระทบที่มาในช่วงนอกเวลาราชการได้ งานในส่วนนี้มีการพัฒนาอย่างเห็นได้ชัดในระยะต่อมา โดยมีผลการประเมินกิจกรรมการเยี่ยมครอบครัวในโครงการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจจาก สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้พบว่า ด้านกระบวนการในเรื่องความครอบคลุมและการ เข้าถึงบริการ ครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่ได้รับการเยี่ยม อาจเป็นเพราะทีมเยี่ยมปรับเปลี่ยน รูปแบบการเยี่ยมครอบครัวในกรณีพื้นที่สีแดงจากที่บ้าน เป็นที่สถานีนามัยไกลบ้าน มัสยิดไกลบ้าน (จงกรมและคณะ, 2551 อ้างตามรำภาภรณ์และคณะ, 2553) ทำให้ความครอบคลุมเพิ่มเป็น 80 เปอร์เซนต์ ในปี 2552 (เมตตา, PERSONAL COMMUNICATION 2553)

สำหรับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ โดยเฉพาะการให้บริการช่วยชีวิตฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ไม่สามารถทำได้เต็มประสิทธิภาพ เนื่องด้วยสถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้มีความไม่แน่นอน กรณีศึกษาไม่ว่าจะเป็น กรณีตากใบ กรณีกรือเซะ และเหตุการณ์ยิงรายวัน รวมถึงการวางระเบิดที่มี

แนวโน้มต่อการบาดเจ็บและชีวิตรุนแรงขึ้นตามลำดับ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขตระหนักถึงการเตรียมความพร้อมทั้งในส่วนการบริการในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) ควบคู่กับระบบบริการที่มีความปลอดภัย (Safety Medical Service) จากรายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความร้อนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ตั้งแต่มกราคม 2550 ถึง ธันวาคม 2552 (www.deepsouth.org) พบว่า การนำส่งจากจุดเกิดเหตุมีผู้บาดเจ็บจำนวน 5,561 ราย เสียชีวิตในที่เกิดเหตุ 964 ราย เสียชีวิตระหว่างนำส่ง 14 ราย มาโรงพยาบาลเอง 848 ราย ทหารนำส่ง 646 ราย ญาติและชาวบ้านนำส่ง 507 ราย ตำรวจนำส่ง 498 ราย และหน่วย EMS นำส่งเพียง 343 รายตามลำดับ จึงมีความจำเป็นที่ต้องสร้างเครือข่ายและระบบการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

อีกส่วนหนึ่งที่เป็นรูปธรรมคือ **การจัดตั้งศูนย์ประสานระบบส่งต่อ** ระดับเขต ระดับจังหวัด ในโครงการพัฒนาระบบส่งต่อเขต 18 และ 19 ซึ่งเป็น โครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติงบประมาณ 3.2 ล้านบาทเศษ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนส่ง ระหว่างส่ง และหลังส่งต่อ เกิดเครือข่ายของระบบส่งต่อ มีเครือข่ายของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สามารถให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยศูนย์ประสานงานส่งต่อระดับเขตจัดตั้งที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา (สัปดาห์และคณะ. 2550) โดยสามารถจัดหาเตียงรับผู้ป่วยส่งต่อ ตามระบบปกติ และกรณีส่งต่อตามปกติไม่ได้ สามารถจัดหาเตียงภายใน 1 ชั่วโมง และได้ประสานสถาบันประสาท/โรงพยาบาลเอกชน ในการแก้ไขปัญหา ซึ่ง รพ.เอกชนได้ส่งแพทย์สัลยกรรมประสาทมาทำการผ่าตัดที่ รพ.หาดใหญ่ มีการจัดตั้งเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยดำเนินการจัดทำทำเนียบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไว้สำหรับประสานการส่งต่อแก่ ทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายเขต 18, 19 นอกจากนี้ ได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องและจัด reference conference ประเด็นสำคัญและมีการจัดประชุมเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับการเกิดอุบัติเหตุและการเคลื่อนย้ายลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ใน 14 จังหวัดภาคใต้

สำหรับ **กิจกรรมการรณรงค์บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก** ซึ่งเป็นการทำงานในเชิงรุกและต้องใช้ความเข้าใจในบริบทของสังคมพบว่า มีปัญหาในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ โดยสตรีส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง มีความอายและกลัวเจ็บ ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยทางด้านความเชื่อทางศาสนา อีกทั้งบริบทที่เป็นความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก คือ สตรีมุสลิมแต่งงานและมีบุตรเมื่ออายุน้อย (อายุต่ำกว่า 20 ปี) บางพื้นที่มีอัตราการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณอยู่ในเกณฑ์สูงซึ่งจะไม่มีการตรวจหลังคลอด มีความพยายามปรับเปลี่ยนรูปแบบ เช่น การให้เจ้าหน้าที่ตรวจภายในกับหญิงตั้งครรภ์ หรือหญิงหลังคลอดจะต้องเป็นเจ้าหน้าที่ผู้หญิง และกรณีผู้รับการตรวจนับถือศาสนาอิสลาม เจ้าหน้าที่ก็ควรนับถือศาสนาอิสลามเช่นกัน หรือการให้ผู้ที่เคยผ่านการตรวจมะเร็งปากมดลูกไปชักจูง หรือชวนเพื่อนสนิทหรือญาติให้มารับการตรวจ ซึ่งเป็นกลยุทธ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกของเครือข่ายมะเร็ง อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี (ยูซูฟและสุภัทร, 2551)

ในประเด็นงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในจังหวัดชายแดนภาคใต้ก่อนมีเหตุการณ์วิกฤติ ตั้งแต่ปี 2543-2546 ทุกตัวชี้วัดมีแนวโน้มดีขึ้น เช่น อัตราการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ มีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้น มารดาคลอดที่

บ้านลดลง คลอดกับผดุงครรภ์โบราณลดลง อย่างไรก็ตามสถานการณ์เหตุการณ์ตายของมารดายังคงสูงสุดของประเทศ (สรุปผลงานปีงบประมาณ 2546, กลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย) ส่วนใหญ่เนื่องจากตกเลือดหลังคลอด และพบว่าหญิงชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ยังนิยมไปฝากครรภ์และคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดทางศาสนาวัฒนธรรมที่ไม่สะดวกต่อการใช้บริการในสถานบริการของรัฐ ขณะเดียวกันในสถานบริการเองก็มีปัญหาในเรื่องประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่และการขาดเครื่องมืออุปกรณ์และศักยภาพในการส่งต่อ โครงการศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพอนามัยแม่และทารกในชาวไทยมุสลิม 5 จังหวัดชายแดนใต้ จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหา โดยการสร้างสัมพันธความร่วมมือกับผดุงครรภ์โบราณ พบว่ามีองค์ความรู้หลายอย่างของผดุงครรภ์โบราณที่สามารถนำมาส่งเสริมพัฒนาในการดูแลร่วมกันได้ เช่น การนวดก่อนและหลังคลอด การดูแลสุขภาพอนามัยระยะก่อนและหลังคลอดรวมทั้งการเลี้ยงดูเด็ก สอดคล้องกับผลการศึกษาความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม อำเภอทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี พบว่าหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่มีการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยการใช้บริการในระบบสาธารณสุขควบคู่กับการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน โดยมีความเชื่อว่า การทำพิธีแน่งในหญิงตั้งครรภ์ ครรภ์แรก เป็นการปลดปล่อยสิ่งที่ไม่ดีทำให้มารดาและทารกปลอดภัย ในระยะคลอดมีการอ่านคาถา ทาน้ำมันเพื่อให้มารดาคลอดง่าย และระยะหลังคลอดมีการอาบน้ำอยู่ไฟ และทำพิธีรื้อเตาไฟทำให้ร่างกายสะอาด (วันดาและพิทยะห์, 2550 อ้างตามรำภาภรณ์และคณะ, 2553)

ช่วงที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบในปี พ.ศ.2547-2550 พบว่า บางตัวชีวิตมีแนวโน้มแย่ลง ได้แก่ การฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณลดลงในภาพรวมสามจังหวัด แต่ผลการศึกษาเฉพาะในจังหวัดปัตตานี พบว่า การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณสูงขึ้น การตายของมารดาทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจกล่าวได้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพในงานอนามัยแม่และเด็กมีสภาพปัญหาเดิมของพื้นที่ แต่ก็อยู่ในความสนใจของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่รวมถึงในระดับนโยบาย ทำให้มีการพัฒนาการบริการในหลายส่วน ผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบทำให้การทำงานในเชิงรุกได้ลดลง สอดคล้องกับการศึกษา การตัดสินใจคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณ ในเขตอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี (ศรวัลย์, 2550 อ้างตามรำภาภรณ์และคณะ, 2553) ซึ่งพบอัตราการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์เริ่มมีแนวโน้มลดลง การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณมีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามได้มีความพยายามพัฒนาและแก้ปัญหาโดยการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตมุสลิม และพบว่ารูปแบบที่เหมาะสม ได้แก่ การจัดมุมพิธีประกอบทางศาสนาอิสลามแก่ทารกเกิดใหม่ การอนุญาตให้สามี/ญาติเฝ้าห้องคลอด/ห้องคลอด ให้รกแก่ญาตินำกลับไปฝัง การให้เกียรติบัตรพร้อมภาพถ่ายพ่อแม่ลูกแก่หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่โรงพยาบาล (ซุลกิฟลี, 2551 อ้างตามรำภาภรณ์และคณะ, 2553)

ปัจจัยในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่

ผลจากการศึกษาการจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปาริฉัตรและคณะ, 2553) บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ โครงสร้างและนโยบาย ระบบการรักษาความปลอดภัย ระบบการทำงานเครือข่าย และระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการจัดบริการในภาวะวิกฤติ

เรื่องโครงสร้างและนโยบายที่สำคัญ ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สต.) ที่ตั้งขึ้นตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ 1092/2549 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2549 ศบ.สต.ในฐานะหน่วยงานสาธารณสุขส่วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการประสาน เชื่อมโยงผลักดัน และร่วมรับผิดชอบภารกิจในการที่จะบรรเทาความเดือดร้อนของคนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบไม่เฉพาะแค่ “คนของหน่วยสาธารณสุข” เท่านั้น แต่รวมถึง “ทุกคน” ที่อยู่ในพื้นที่ เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมบนมิติของความหลากหลายแห่งพหุวัฒนธรรมของพื้นที่ โดยภารกิจหลัก คือ การผลักดันให้เกิดการจัดระบบบริการสาธารณสุข รองรับภาวะวิกฤตภายใต้แนวคิดการอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข ให้มีความสำคัญในการปรับกระบวนการพัฒนาสุขภาพให้เชื่อมโยง และสอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน โดยใช้กลยุทธ์ศาสนานำการพัฒนาเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนบนวิถีชีวิตของคนไทยในพื้นที่ ในการพัฒนาศูนย์รวมให้เป็นต้นแบบในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะมัสยิด และสถาบันศึกษาปอเนาะ วัด เพื่อเสริมสร้างและเสริมแรงหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ให้เกิดความคล่องตัว สามารถพัฒนาปรับปรุงและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงสนับสนุนดูแลและสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน และเครือข่ายชุมชนด้านสุขภาพในพื้นที่ต่อไป (รายงานประจำปีศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้, 2551)

นโยบายที่เห็นเป็นรูปธรรมอีกส่วนหนึ่ง คือ การกระจายกำลังคนในพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขได้แก้ปัญหาระยะสั้นตั้งแต่เริ่มมีเหตุการณ์ความไม่สงบ โดยรับเด็กในพื้นที่เข้าเรียนต่อในหลักสูตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ตั้งแต่ปีการศึกษา 2548 เป็นต้นมา ซึ่งรับปีละประมาณ 200 คน เป็นเวลา 4 ปี ทำให้ภาพรวมของผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยในปี 2549 - 2552 มีค่าเฉลี่ยเจ้าหน้าที่ต่อสถานีอนามัย 3.2, 3.45, 3.6 คนต่อแห่งตามลำดับ และมีแรงจูงใจสำคัญ คือ การบรรจุเป็นข้าราชการ เป็นการสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากร ส่งผลให้บุคลากรปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านกำลังคนที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ นโยบายการผลิตพยาบาล 3,000 คน กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย โดยศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ได้รับนโยบายให้ดำเนินโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มฯ ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 24 เมษายน 2550 เพื่อผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มจำนวน 3,000 คน ในระหว่างปีการศึกษา 2550 -2554 โดยมุ่งหวังที่จะแก้ปัญหาความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ และเพื่อเป็นการเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และให้ประชาชนเกิดความรักความผูกพันในผืนแผ่นดินไทยด้วยการให้โอกาสด้านการศึกษาในเยาวชนที่มีภูมิสำเนาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการคัดเลือกบุคลากรในพื้นที่เข้าโครงการ จำนวน 3,000 คน เพื่อเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (4 ปี) ในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 25 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งได้เข้าศึกษาตามหลักสูตรตั้งแต่มิถุนายน 2550 และจะจบการศึกษากลับมาปฏิบัติงานในพื้นที่ปี 2554 ทั้งนี้บุคลากรทั้ง 3,000 คน จะต้องได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีตำแหน่งการบรรจุเป็นข้าราชการรองรับทั้ง 3,000 ตำแหน่ง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ต้องตรึงไว้เพื่อปฏิบัติงานประจำในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นการเฉพาะ (รายงานประจำปีศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้, 2551)

สำหรับระบบการรักษาความปลอดภัย พบว่า ศบ.สต. เป็นเจ้าภาพหลักในการประสานและสนับสนุนให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จัดระบบความปลอดภัยในสถานบริการมาตั้งแต่ต้นปี 2551 ภายใต้วิสัยทัศน์ “บริการดีที่สุที่สุด ปลอดภัยที่สุที่สุด” เพื่อสร้างความรู้สึกลปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงไม่ถูกปิดกั้นจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น โดยได้พัฒนาเสริมศักยภาพให้บุคลากรในพื้นที่ ให้มีความพร้อมเตรียมรับสถานการณ์ในรูปแบบต่างๆ เช่น ฝึกอบรม เรื่อง การดูแลความปลอดภัยพื้นฐานส่วนบุคคลและองค์กร การเจรจาต่อรองและการบริหารจัดการความเสี่ยง (Crisis Management) สำหรับผู้บริหารใน 5 จังหวัด มีการจัดทำแผนเผชิญเหตุรองรับสถานการณ์ (Incident Action Plan) ทุกระดับ โดยเน้นการปฏิบัติจริงในเหตุการณ์ต่างๆ เช่น รถโดนระเบิด พบวัตถุต้องสงสัย โทรศัพท์ข่มขู่ เพื่อเป็นการทบทวนการเรียนรู้ได้จัดให้ จึงมีการนำเสนอบทเรียนของสถานบริการต่างๆ ที่ผ่านมาในลักษณะของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมสังเคราะห์โดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น การปรับปรุงการสื่อสาร การจัดทำแผนเผชิญเหตุ ทั้งนี้เพื่อสร้างความอุ่นใจหรือ “มั่นใจ” มากขึ้นควบคู่กับการจัดทีมงานผู้เชี่ยวชาญออกเยี่ยมพื้นที่ และให้ข้อเสนอแนะโดยทีมวิทยากรจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า, ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข กองพลรบพิเศษที่ 1 จ.ลพบุรี กรมยุทธการทหาร กองบัญชาการทหารสูงสุด โรงพยาบาลอานันทมหิดล และโรงพยาบาลค่ายภานุรังษี ลงเยี่ยมสถานบริการในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง โดยได้ให้คำแนะนำแก่พื้นที่ ในการผนวกแผนเผชิญเหตุและแผนอุบัติเหตุหมู่ การประสานแผนการดูแลความปลอดภัยในสถานบริการ ร่วมกับหน่วยงานภายนอกทั้งหน่วยทหาร ตำรวจ และฝ่ายปกครอง รวมถึงการกำหนดพื้นที่หวงห้ามและพื้นที่ที่ต้องเพิ่มมาตรการความปลอดภัย (รายงานประจำปีศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้, 2552)

สำหรับหน่วยบริการในพื้นที่ ได้จัดระบบความปลอดภัยให้ความมั่นใจแก่บุคลากรมากขึ้น เช่น การปรับปรุงด้านกายภาพ ได้แก่ การปรับพื้นที่ให้รื้อรอบสถานบริการโล่ง สามารถมองเห็นง่าย สะดวกต่อการดูแล การติดระบบกล้องวงจรปิด การจัดระบบทางเข้าออกจากเข้าออกเป็นการเข้าออกประตูเดียว การปรับระบบงานด้านการเตรียมบุคลากรของสถานบริการ โดยการฝึกอบรมพัฒนาทักษะการป้องกันตัวและการใช้อาวุธปืนให้กับยามทุกคน จัดให้มีบริการรถรับ - ส่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ซึ่งช่วยลดความหวุ่นวิตกขณะเดินทางได้มาก

อย่างไรก็ตามพบว่า การที่มีเหตุการณ์ดำรงมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้บุคลากรส่วนหนึ่งรู้สึกชินและล้า การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉินถูกลดทอนความเข้มข้นลง การทำเข้าใจในองค์กรโดยเฉพาะสำหรับบุคลากรใหม่ ยังขาดความตระหนักในเรื่องนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการสุขภาพของภาครัฐในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปาริณตและคณะ, 2553) พบว่า การรู้จักและการใช้งานคู่มือเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

เรื่อง ระบบการทำงานเครือข่าย พบว่า เป็นปัจจัยสำคัญในการจัดบริการในภาวะวิกฤติ การทำงานโดยการมีส่วนร่วมกับองค์กรและเครือข่ายต่างๆ ในพื้นที่ ขึ้นอยู่กับลักษณะของงานหรือกิจกรรมนั้นๆ ตัวอย่างการควบคุมและป้องกันโรค มีการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยง การติดตามหญิงหลังคลอดโดยผดุงครรภ์โบราณ สอดคล้องกับการสร้างเครือข่ายที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ของสถานเอนกามัยตำบลบางตาขาว อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ที่ได้ใช้กระบวนการพัฒนานวัตกรรมสร้างแกนนำเครือข่าย “ผู้หญิงถึงผู้หญิง” การดูแลกลุ่มหญิง

ตั้งครุฑและครอบครว้ตลอดระยะเวลาของการตั้งครุฑไปจนถึงหลังคลอดโดยมีการปฏิบัติงานเชิงรุก แทนเจ้าหน้าที่ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน และการเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการเรียนรู้และพัฒนาไปสู่การพึ่งตนเองในเรื่องสุขภาพ (ยูซูฟ และสุภัทร, 2551)

เครือข่ายที่มีการกล่าวถึงมากที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นตัวอย่างของการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการดูแลสุขภาพประชาชนโดยชุมชนเอง มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในพื้นที่ให้สามารถปฏิบัติงานเชิงรุก ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องในด้านสุขภาพ เรียกว่า “Super อสม.” เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชน มากขึ้น เช่น อนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ โรคติดต่อ ยาเสพติด การเฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบ เป็นต้น

เรื่องระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ปัจจัยสนับสนุนสำคัญ คือ ระบบสื่อสารคมนาคม เชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารและเข้าถึงได้ง่ายตลอดเวลา (ปาริฉัตร และคณะ, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ได้สนับสนุนการจัดระบบเครือข่ายการสื่อสาร โดยให้มีระบบ Repeater และสนับสนุนวิทยุสื่อสารให้ทุกสถานบริการใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลาทุกแห่ง (รายงานประจำปีศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้, 2552) ส่วนการเตรียมบุคลากรและทรัพยากรสำหรับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างเพียงพอ มีตัวอย่างของการจัดบริการการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดยะลา มีการจัดทำแผนสำรองรับอุบัติเหตุหมู่ ปรับตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และวางแผนรับสาธารณสุขภายนอกโรงพยาบาล หรือการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุกลุ่มชน โดยให้วางระบบดังนี้ 1) รพ.แนวหน้าหรือสถานอนามัย เป็นสถานบริการที่อยู่ในที่เกิดเหตุรับภารกิจเพื่อช่วยชีวิตในภาวะวิกฤต ต้องมีเจ้าหน้าที่กู้ชีพและรถพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วย รพ.แนวกลางและแนวหลังต่อไป 2) รพ.แนวกลาง ได้แก่ รพ.ที่อยู่ใกล้เคียงกับที่เกิดเหตุรับภารกิจต่อเนื่องจาก รพ.แนวหน้า ได้แก่ รพ.ชุมชน และรพ.เอกชนที่อยู่ใกล้ 3) รพ.แนวหลังในพื้นที่จังหวัดยะลา คือ รพ.ศูนย์ยะลาที่มีขีดความสามารถในการรักษาผู้ป่วยหนักได้ดี ส่วนนอกพื้นที่ คือ รพ.ศูนย์หาดใหญ่ และ รพ.สงขลานครินทร์ (สรรพงษ์, 2548 อ้างตามรำภาภรณ์และคณะ, 2553)

สำหรับปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุขในด้านบุคลากรสาธารณสุข จำนวนบุคลากรทั้งเชิงปริมาณที่เพียงพอและคุณภาพที่เหมาะสมเป็นหัวใจของการจัดบริการ การศึกษาการจัดการสุขภาพของภาครัฐในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปาริฉัตร และคณะ, 2553) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า รัฐมีการจัดสรรจำนวนบุคลากรเพียงพอตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ อีกทั้งได้รับโอกาสและสิทธิพิเศษจากทางราชการเกี่ยวกับ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน รวมถึงมีการสร้างขวัญกำลังใจด้วยเงินค่าเสี่ยงภัยในจำนวนเงินที่เหมาะสม แต่ได้สะท้อนว่าค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษมีความไม่ยุติธรรมในแต่ละวิชาชีพซึ่งมีผลต่อขวัญกำลังใจ รวมทั้งการจัดการสวัสดิการเพื่อความปลอดภัยที่ยังไม่เพียงพอ เช่น บ้านพัก รถรับ-ส่ง สอดคล้องกับการศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ในการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้ เรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ไม่เหมาะสม (อมรและคณะ, 2548)

ส่วนปัจจัยด้านการเงิน เรื่องงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรเป็นปัจจัยสำคัญ พบว่า กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีบทบาทร่วมกันมากที่สุด เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม ทั้งเรื่องค่าตอบแทนพิเศษ พื้นที่เสี่ยงภัย และงบประมาณดำเนินการการแก้ปัญหา

ด้านภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลมาตั้งแต่เกิดเหตุการณ์เมื่อปี 2547 จากการวิเคราะห์รายรับของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สุวัฒน์และคณะ, 2550) พบว่า ภาพรวมใน 4 จังหวัดที่เกิดเหตุการณ์ มีรายรับเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2547 – ปี 2550 คือ 2,881.88, 3,542.96, 3,777.61, 4,026.52 ล้านบาท ตามลำดับโดยรวมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.43

อย่างไรก็ตามเรื่องการบริหารงบประมาณ การวางแผนกิจกรรม โครงการและการใช้งบประมาณที่ได้รับอย่างคุ้มค่ายังเป็นประเด็นที่ถูกตั้งคำถามจากผู้ปฏิบัติงาน ผลการศึกษากิจการสุขภาพของภาครัฐในสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปาริฉัตรและคณะ, 2553) พบว่า ในหัวข้อนี้มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเห็นด้วยระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. ควรศึกษาทบทวนนโยบายที่ใช้ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้อย่างจริงจัง โดยเฉพาะนโยบายเรื่องค่าตอบแทนในสาขาวิชาชีพต่างๆ และสวัสดิการที่เหมาะสม ภาครัฐควรมีการทบทวนเพื่อเร่งสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากเป็นประเด็นสำคัญที่มีการเสนอมาตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปี 2551 ซึ่งถือว่ายังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในพื้นที่ที่มีความพึงพอใจได้

2. ควรมีการประเมินติดตามผลการบริหารงบประมาณที่ได้รับ ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ สืบเนื่องจากผลการวิจัยทำให้ได้ข้อสังเกตว่า งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรน่าจะมีความเหมาะสม แต่ประเด็นที่ควรได้รับการสนใจจากระดับผู้บริหาร คือ การบริหารงบประมาณที่ได้รับ รวมถึงการควบคุมกำกับให้เกิดความโปร่งใส

3. ควรศึกษาวิธีการสร้างขวัญกำลังใจให้คนในพื้นที่ที่อยู่ปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง และนำมาปฏิบัติอย่างจริงจัง ข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ บุคลากรสาธารณสุขยังคงปฏิบัติงานในพื้นที่ เนื่องจากเป็นคนในพื้นที่ มีแรงจูงใจจากสวัสดิการและค่าตอบแทนที่เหมาะสม และต้องการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ ส่วนเหตุผลที่จะย้ายออกจากพื้นที่ชายแดนใต้ คือ สถานการณ์ความรุนแรงมากขึ้นและต่อเนื่อง การศึกษาต่อของตนเอง และการศึกษาของบุตร ตามลำดับ ดังนั้นการดูแลให้คนกลุ่มนี้อยู่ได้นาน หรือตลอดไปน่าจะเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่าการเชิญชวนให้คนนอกพื้นที่เข้ามาปฏิบัติงานในพื้นที่

4. ควรพัฒนาและสร้างเครือข่าย อสม. เพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากในปัจจุบัน อสม. มีส่วนช่วยให้กิจกรรมต่างๆ ของการบริการสุขภาพดำเนินการต่อไปได้ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ และเป็นบุคคลที่เชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับภาครัฐได้เป็นอย่างดีเพราะเป็นคนในชุมชน เช่น โครงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต้นแบบ อาสาสมัครสาธารณสุข On Call (สามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล หรือพื้นที่สีแดง)

5. ควรพัฒนาเครือข่ายการเยียวยา สร้างการเชื่อมโยงสู่ภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม โดยเฉพาะภาคประชาสังคม เพื่อทำให้เกิดความยั่งยืนในอนาคต

6. ควรมีนโยบายส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาในพื้นที่ มีการพัฒนาหลักสูตรที่ตอบสนองความต้องการการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ

7. ควรมีการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่เกี่ยวกับการสื่อสารในชุมชน หรือ การสื่อสารด้านสุขภาพ และการใช้ภาษาถิ่น อาจจัดทำเป็นกรอบมรรยาธะสั้น หรือ หลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง

8. ควรศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่จังหวัด
ชายแดนใต้ให้สอดคล้องตามบริบทและวิถีชุมชน

การพัฒนางองค์ความรู้ระบบสุขภาพในพื้นที่

สวาทิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง*

จากการศึกษาทบทวนองค์ความรู้ระบบสุขภาพจากงานวิจัย โครงการและผลงานวิชาการด้านสุขภาพต่างๆ ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547- 2551 (รำภาภรณ์และคณะ, 2553) การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปาริฉัตรและคณะ, 2553) และการจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (สะแลแมและคณะ, 2553) ในชุดโครงการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีข้อค้นพบ องค์ความรู้ที่ใช้ในการทำงานวิจัยในสถานการณ์ความไม่สงบ รวมทั้งข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้ต่อไป ผู้วิจัยได้สังเคราะห์กระบวนการพัฒนางองค์ความรู้ในของการทำงานวิจัยที่ผ่านมา ในประเด็นองค์ความรู้ กรอบแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยและโครงการ รูปแบบวิธีการวิจัย และข้อค้นพบและความท้าทาย เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางองค์ความรู้ด้านนี้ต่อไป

องค์ความรู้ กรอบแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยและโครงการสุขภาพ

การดำเนินงานวิจัย โครงการและผลงานวิชาการด้านสุขภาพต่างๆ ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547- 2551 เป็นงานวิจัยจำนวน 113 เรื่อง โครงการจำนวน 8 เรื่อง (รำภาภรณ์และคณะ, 2553) พบการนำองค์ความรู้เชิงแนวคิด ทฤษฎีของผู้รู้หลากหลายมาใช้ในการวิจัย รวมถึงการพัฒนาและบูรณาการกรอบแนวคิดขึ้นใหม่ที่เหมาะสมกับการวิจัยหรือการทำโครงการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การจัดการสุขภาพของประชาชน ระบบสุขภาพ การจัดบริการสุขภาพ การสร้างสุขภาพ ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพ การจัดการสุขภาพของประชาชน ด้านจิตวิทยา สุขภาพจิต ความเครียด การปรับตัว การเสริมสร้างพลังอำนาจ การเยียวยา นักวิจัยและผู้ปฏิบัติโครงการที่เกี่ยวข้องเลือกใช้แนวคิด ทฤษฎีต่างๆ ดังนี้

1.1 แนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy & Andrews, 1999, อ้างตาม รำภาภรณ์ และคณะ, 2553) ใช้ในการวิจัยเรื่องเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของหญิงม่ายในการทำหน้าที่มารดา การทำหน้าที่ผู้นำครอบครัว พฤติกรรมแสดงความรู้สึก ทศนคติ สอดคล้องกับการกระทำเมื่อต้องเผชิญกับความสูญเสียเพื่อรักษาสมดุลด้านกาย จิต อารมณ์และสังคม

1.2 แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของฮอว์กส (Hawks, 1992, อ้างตาม รำภาภรณ์และคณะ, 2553) ใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับการรับการสร้างพลังพยาบาลและพลังอำนาจในการเยียวยาจิตใจตนเองของผู้สูญเสีย

1.3 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993, อ้างตาม รำภาภรณ์และคณะ, 2553) กล่าวถึง กระบวนการที่บุคคลมีการแสวงหา เพื่อให้ได้มาซึ่งพลังอำนาจหรือศักยภาพในตนเอง และจากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับภาระหน้าที่ของตำรวจด้านงานป้องกันและปราบปราม งานสืบสวน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

งานสอบสวน ทำให้ได้ข้อสรุปกระบวนการแสวงหาให้ได้มาซึ่งพลังอำนาจหรือศักยภาพในตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. การค้นพบสภาพการณ์จริง 2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3. การตัดสินใจและเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมที่มีคุณภาพ (กองพัฒนาป้องกันและควบคุมอาชญากรรม, 2549; กองวิจัยและพัฒนา, 2544; พระราชกฤษฎีกา, 2547)

1.4 แนวคิดของฮิลล์ และสมิธ (Hill & Smith, 1985, อ้างตาม รำภาภรณ์และคณะ, 2553) ครอบคลุมการดูแลด้านจิตใจ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ และผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยการดูแลตนเองด้านจิตใจประกอบด้วย 7 ด้าน คือ 1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง 2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ 4. การเผชิญปัญหา 5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม 6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (กรมสุขภาพจิต, 2548; กลุ่มงานความมั่นคงจังหวัดสงขลา, 2550; บุญยราศรี, 2549; บุญหา, 2550; วิทยา, 2549; สุรชาติ, 2547; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2547)

แนวคิดของ ฮิลล์และสมิธ (Hill & Smith, 1990, อ้างตาม รำภาภรณ์และคณะ, 2553) และผลการทบทวนวรรณกรรมหลายฉบับสรุปเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจขณะปฏิบัติงานในสถานการณ์ความไม่สงบ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง 2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ 4. การเผชิญภาวะวิกฤติ 5. การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และ 6. การดูแลสุขภาพทั่วไป (กรมสุขภาพจิต, 2548; จินห์จุฑา, 2541; ศรีสมภพ, 2551; ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ (ศวชต.), 2551; รติวรรณ, 2550)

แนวคิดของ ฮิลล์และสมิธ (Hill & Smith, 1990, อ้างตาม รำภาภรณ์และคณะ, 2553) และแนวคิดปัญหาทางจิตใจในผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องปัญหาทางจิตใจในผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัว ใช้ในการวิจัยเรื่องปัญหาด้านจิตใจในผู้สูญเสีย

1.5 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดในลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984, อ้างตาม รำภาภรณ์และคณะ, 2553) และแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2535)

1.6 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของเซลเย (Selye, 1978, อ้างตาม รำภาภรณ์และคณะ, 2553) ปฏิบัติการตอบสนองด้านจิตอารมณ์และสังคม ศึกษา

1.7 แนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984, อ้างตาม รำภาภรณ์และคณะ, 2553)

1.8 แนวคิดการตอบสนองต่อเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตของโฮล์มและเรห์ (Holme & Rahe, 1967, อ้างตาม รำภาภรณ์และคณะ, 2553)

1.9 แนวคิดพฤติกรรมจัดการความเครียดของเพนเตอร์ เมอร์ตาฟ และพาร์สัน พฤติกรรมจัดการความเครียดมี 3 ลักษณะ คือ 1) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด 2) การเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด 3) การสร้างเงื่อนไขเพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นทางสรีรวิทยาที่เกิดจากความเครียด

1.10 แนวคิดความหมายความเครียดของโฮล์มและเรย์ และผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพัฒนาการวัยรุ่น และเหตุการณ์ความไม่สงบของวัยรุ่นในอำเภอสะบ้าย้อย ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดได้ 3 ประการ คือ 1. ด้านการเรียน 2. ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม 3. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันทั่วไปและเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ได้

1.11 แนวคิดภาระผู้ดูแล (caregiver burden) ของมอนต์โกเมอรี (Montgomery, 2006, อ้างตาม รำภาภรณ์และคณะ, 2553) กล่าวถึงภาระเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกต่อผลกระทบที่เกิดจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เป็นผลกระทบต่อบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบ่งภาระของผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้าน คือ 1. ภาระเชิงประณัย 2. ภาระเชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วย 3. ภาระเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียดผู้วิจัยศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

1.12 แนวคิดความสุขตามมิติของสุขภาพจิต ของอภิชัยและคณะ (2547) ให้ความสำคัญองค์ประกอบ 4 ประการ คือ 1. สภาวะสุขภาพทางจิต 2. สมรรถภาพทางจิต 3. คุณภาพของจิตใจ 4. สิ่งสนับสนุน และศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความสุขของประชาชน

1.13 ทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman Systems Model) (Neuman, 2002, อ้างตาม รำภาภรณ์และคณะ, 2553) ทฤษฎีระบบของนิวแมน มีจุดเน้นที่สำคัญ 2 ส่วน คือ สิ่งรบกวนรอบครวั (stressor) และการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนรอบครวั (reaction)

1.14 แนวคิดการบริหารงานตามกระบวนการบริหารของโรบบินส์และดิเซนโซ (Robbins & Dezenzo, 2001, อ้างตาม รำภาภรณ์และคณะ, 2553) ใช้ในการวิจัยเรื่องการบริหารงานกับการจัดการกับความเครียดของผู้บริหารทางการพยาบาลในพื้นที่ความไม่สงบ

1.15 การจัดการสุขภาพภาคประชาชน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ประสบภัยโดยตรงและผู้ได้รับผลกระทบในกรอบวัฒนธรรมท้องถิ่นเดิมและวิถีชีวิตทั้งก่อนหน้าเกิดเหตุการณ์และปัจจุบัน

2 ระบบสุขภาพ การจัดการบริการสุขภาพ การสร้างสุขภาพ แนวคิดที่นำมาใช้เป็นกรอบในการศึกษา มีดังนี้

2.1 แนวคิดการสร้างสุขภาพ 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข (กองสุขศึกษา, 2548) และผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ สรุปเป็นกรอบแนวคิดการสร้างสุขภาพ 6 อ. เน้นการสร้างสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมในมิติทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ประกอบด้วยพฤติกรรมสร้างสุขภาพ 6 ด้าน คือ 1. การออกกำลังกาย 2. การบริโภคอาหาร 3. การจัดการกับอารมณ์ 4. การป้องกันโรค (อโรคยา) 5. การดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม 6. การลดอบายมุข (สมจิต, วัลลา และรวมพร, 2543)

2.2 การส่งเสริมสุขภาพวัดตามตัวชี้วัดงานส่งเสริมสุขภาพ อาทิ ตัวชี้วัดสุขภาพงานอนามัยแม่และเด็ก

2.3 การฟื้นฟูสภาพโดยใช้แนวคิดการฟื้นฟูสภาพจิตใจและการเยียวยาในรูปแบบต่างๆ เช่น การเยี่ยมบ้าน การจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ โครงการเสียงสะท้อนจากหัวใจที่บาดเจ็บ เป็นต้น

2.4 ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีการจัดระบบและกระบวนการการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน เฉพาะพื้นที่ความไม่สงบและระบบ EMS

2.5 ระบบส่งต่อ จัดรูปแบบการส่งต่อที่ไม่เหมือนปกติแต่ทำให้เกิดผลดีมีความรวดเร็วและปลอดภัย ได้แก่ การส่งต่อที่หลากหลาย

2.6 การพัฒนาบุคลากร เนื่องด้วยความเสี่ยง การสูญเสีย และความต้องการบุคลากรที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเพียงพอ จึงจำเป็นต้องพัฒนาทั้งบุคลากรที่มีอยู่ด้วยการจัดฝึกอบรม และการผลิตเพิ่มแพทย์ พยาบาลจำนวนมาก เช่น หลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โครงการผลิตพยาบาลสาขาขาดแคลน 3,000 คน เป็นต้น

รูปแบบวิธีการวิจัยและโครงการสุขภาพ

นอกจากแนวคิด ทฤษฎีที่ชัดเจนดังกล่าวข้างต้น นักวิจัยหลายคนได้พัฒนาและบูรณาการความรู้ต่าง ๆ สภาพพื้นที่ ปรากฏการณ์และกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย สร้างตัวแปรขึ้นเพื่อศึกษาหาคำตอบต่อคำถามวิจัย หรือการพัฒนาด้านสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพ พบว่า งานวิจัยในช่วงเวลาที่มีเหตุการณ์ มักจะมีคำหรือข้อความแสดงความเกี่ยวข้องหรือเชื่อมโยงกับสถานการณ์ความไม่สงบ โดยในระยะแรกความเชื่อมโยงดังกล่าวพบได้ในส่วนของความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา หรือส่วนคำนำในรายงานวิจัยฉบับลงวารสารวิชาการ ต่อมาจึงระบุไว้ที่ชื่อเรื่องวิจัย คำที่ใช้ เช่น ...ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีเพียงจำนวนน้อยที่ระบุชัดเจนว่า...ในสถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเรื่องสถานการณ์

รูปแบบการวิจัย ที่ผ่านมานักวิจัยส่วนใหญ่ใช้รูปแบบวิธีวิจัยแบบไม่ทดลองหรือเชิงพรรณนา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาสภาพการณ์ ภาวะการณ์ ข้อเท็จจริงเบื้องต้น และบางเรื่องที่นักวิจัยศึกษาถึงถึงเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในเหตุการณ์ ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ มีจำนวนน้อยเรื่อง วัตถุประสงค์วิจัยเพื่อรวบรวมความรู้ ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์เท่านั้น มิได้นำไปต่อยอดเป็นโครงการพัฒนา หรือมิได้มีการวิจัยทดลองเพื่อหาวิธีแก้ปัญหาหรือการพัฒนาการดูแลสุขภาพของประชาชนหรือการบริการภาครัฐ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวิจัย งานวิจัยในระยะแรกส่วนใหญ่กล่าวอ้างอิงชื่อ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่สาระที่เป็นเหตุเป็นผลเป็นที่มาของการทำวิจัยแท้จริง และช่องว่างของความรู้ (knowledge gap) ที่นำไปต้องทำวิจัย นักวิจัยกล่าวไว้น้อย ที่ปรากฏในรายงานมักสรุปเพียงว่า "...ในสถานการณ์ความไม่สงบ...นักวิจัยจึงสนใจศึกษา..." งานวิจัยระยะต่อมา นักวิจัยวิเคราะห์สถานการณ์และนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องหรือตัวแปรที่ศึกษามากขึ้นทั้งข้อมูลเชิงแนวคิด ทฤษฎี ข้อมูลจากผลการวิจัยและข้อมูลเชิงประจักษ์ แม้ว่าข้อมูลจากผลการวิจัยที่เกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษานั้นไม่ค่อยตรงกันนักเพราะสถานการณ์ต่างกันและการทบทวนวรรณคดีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังอยู่ในวงแคบนักวิจัยก็ได้พยายามนำเสนอ

คำถามวิจัย ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของประชาชนในประเด็นต่างๆ เช่น สุขภาพจิต ความเครียด การจัดการสุขภาพ การสร้างพลังอำนาจเพื่อดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพทั่วไป ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (จิต/ความเครียด) ส่วนคำถามวิจัยที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ การจัดการบริการสุขภาพ ผู้จัดการบริการสุขภาพ ประเด็นคำถามจะเกี่ยวกับ การจัดการบริการสุขภาพโดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อ ระบบ EMS

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นต้น นอกจากนี้เป็นคำถามวิจัยอื่นๆ คล้ายหรือเหมือนกับในพื้นที่ปกติทั่วไป

การทบทวนวรรณคดีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การทำวิจัยสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความไม่สงบหรือในพื้นที่ที่มีความไม่สงบ นักวิจัยเสนอผลการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษาโดยมิได้วิเคราะห์ความเกี่ยวข้องของตัวแปรกับสถานการณ์ความไม่สงบในเชิงวิชาการ โดยเฉพาะในระยะแรก (พ.ศ.2547-2548) อย่างไรก็ตามยังไม่ปรากฏผลการทบทวนอย่างจริงจังและเสนอผลการทบทวนเรื่องภาวะสุขภาพ การจัดการสุขภาพ ระบบสุขภาพ การจัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ความไม่สงบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เลือกเฉพาะเจาะจงเป็นประชาชนกลุ่มที่ได้รับผลโดยตรงหรือกลุ่มที่ได้รับผลกระทบ และประชาชนทั่วไปในพื้นที่ มีเพียงส่วนน้อยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ

เครื่องมือวิจัย ส่วนใหญ่นักวิจัยสร้างขึ้นหรือพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎี กรอบแนวคิดในการวิจัย ทุกเครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น แบบวัดสุขภาพจิต

การวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นส่วนใหญ่ มีการใช้สถิติอ้างอิงบ้างเป็นส่วนน้อย การนำเสนอรายงานส่วนใหญ่นำเสนอในรูปแบบรายงานฉบับสมบูรณ์ ซึ่งส่วนท้ายของรายงานนักวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อจากการติดตาม วิเคราะห์รายงานวิจัยและรายงานโครงการดังกล่าวไม่พบการนำข้อเสนอแนะจากงานวิจัยขึ้นก่อนมาประกอบการตัดสินใจหรือใช้ประโยชน์อ้างอิงในการจัดทำโครงการพัฒนาสุขภาพโครงการเยียวยาหรือการทำวิจัยครั้งต่อไปทั้งที่เป็นกลุ่มเดิมหรือต่างกลุ่มทั้งนี้อาจจะเนื่องจากข้อเสนอแนะส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นนามธรรม ขาดความเชื่อมโยงระหว่างผลการวิจัยกับสถานการณ์อย่างมีเหตุผล

ส่วนโครงการที่นำไปปฏิบัติในพื้นที่ ที่ปรากฏเด่นชัดและค่อนข้างต่อเนื่องและประชาชนส่วนใหญ่กล่าวถึง คือ โครงการเยียวยาจากหลายหน่วยงาน ลักษณะการดำเนินงานเป็นการให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านจิตใจ สิ่งของ เงินช่วยเหลือและอื่นๆ

ข้อค้นพบการพัฒนาองค์ความรู้

ข้อค้นพบ พบว่า งานวิจัยและโครงการต่างๆ ในการจัดการสุขภาพของภาคประชาชน และการบริการสุขภาพภาครัฐ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงหม้าย ผู้สูญเสีย และประชาชนทั่วไป แต่การศึกษาในกลุ่มบุคลากร เยาวชน และเจ้าหน้าที่มีน้อย การวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยพื้นฐาน ไม่มีการศึกษาเชิงระบบ ขาดการวิจัยประเมินผล และการวิจัยต่อยอดองค์ความรู้ที่มีอยู่ ผลการวิจัยจึงเป็นความรู้เชิงประจักษ์ที่ไม่สามารถนำมาเชื่อมโยงสู่การพัฒนาคุณภาพและความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของภาคประชาชนในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นอกจากนี้การศึกษาบางส่วนอ้างอิงแนวคิดทฤษฎียังไม่เหมาะสม และมีความลำบากในการสืบค้นข้อมูลเนื่องจากไม่มีการรวบรวมและพัฒนาระบบฐานข้อมูล

ข้อเสนอการพัฒนางานองค์ความรู้

เนื่องจากยังขาดความรู้หลายเรื่องและเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ การจัดทำโครงการที่มีผลประโยชน์โดยตรงกับผู้ที่ได้รับผลกระทบ ประชาชนและบุคลากร จึงควรพัฒนางานองค์ความรู้ด้านเนื้อหาและระเบียบวิธีวิจัย

การพัฒนางานองค์ความรู้ด้านเนื้อหา องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยและการจัดโครงการสุขภาพต่างๆ เช่น โครงการเฝ้าระวัง ส่วนใหญ่เกี่ยวกับสุขภาพจิตและที่เกี่ยวข้อง การจัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ฉุกเฉิน ความรู้ที่ได้เป็นความรู้พื้นฐาน ดังนั้น ควรวิจัยเพื่อพัฒนางานองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบ การจัดการสุขภาพ การจัดการบริการสุขภาพอย่างองค์รวม ผสมผสานและต่อเนื่อง ในสถานการณ์ความไม่สงบ การพัฒนาระบบสุขภาพในสถานการณ์ความไม่สงบ การเฝ้าระวัง ฐานข้อมูลสุขภาพและสถานการณ์ความไม่สงบรวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องและการจัดการฐานข้อมูล การสร้างความเข้มแข็ง การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองให้มีขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่และประชาชน การพัฒนาหลักสูตรด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ความไม่สงบ

การพัฒนางานองค์ความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยบางแบบช่วยค้นหาหรือพิสูจน์องค์ความรู้ที่มีอยู่แล้ว แต่วิจัยบางแบบช่วยสร้างองค์ความรู้ใหม่ องค์ความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติหรือแนวทางการแก้ปัญหา ผลงานวิจัยที่ใช้ในการสังเคราะห์ในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยพื้นฐาน ซึ่งทำให้ได้ความรู้พื้นฐานมากพอสมควร แต่ยังต้องการความรู้ที่เฉพาะสำหรับการพัฒนาสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นจึงควรพัฒนางานองค์ความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยได้แก่การทำวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่วิธีวิจัยแบบอื่นทำไม่ได้ การวิจัยพิสูจน์เชิงเหตุและผล การวิจัยประเมินผลทั้งนี้โดยคำนึงถึงบริบทด้านพฤติกรรมและสถานการณ์ความไม่สงบ

การพัฒนาระบบฐานข้อมูล โดยจัดทำระบบฐานข้อมูลสุขภาพ การบริการสุขภาพ สถานการณ์ความไม่สงบ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ให้ถูกต้องทันสมัย เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท) และพยาบาล เป็นต้น สามารถเข้าถึงข้อมูลและนำไปใช้ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว

ระบบสุขภาพและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาสุขภาพ

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ที่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ถูกทำร้าย โดยการข่มขู่ ฟัน ยิง เผา ระเบิด และการทำลายทรัพย์สินของชาวบ้านและภาครัฐที่ไม่มีมูลเหตุขัดแย้งส่วนตัว เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นการเปลี่ยนบริบทการดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่อย่างมาก การเปลี่ยนแปลงของบริบทดังกล่าวจึงส่งต่อสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ทุกมิติ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อบริการสุขภาพของภาครัฐอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นระบบการบริการสุขภาพภาครัฐ การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนจึงเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน การสังเคราะห์ระบบสุขภาพในสถานการณ์ความไม่สงบครั้งนี้ จึงเป็นการสรุปปรากฏการณ์หรือความเชื่อมโยงของระบบที่เกิดขึ้น และให้ข้อเสนอแนะแนวทางเพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

ระบบสุขภาพในสถานการณ์ความไม่สงบ

สถานการณ์ความไม่สงบ สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่เกิดขึ้นตั้งแต่ มกราคม 2547 มีการข่มขู่ ลอบทำร้ายประชาชนโดยการฟัน ยิง ระเบิด และเผา คนในชุมชน และมีการทำลายทรัพย์สินของประชาชนและของสาธารณะ ปรากฏการณ์นี้ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนทุกมิติตั้งแต่สุขภาพกาย จิต สังคม และปัญญา (จิตวิญญาณ) และเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการสุขภาพของภาครัฐ เนื่องจากประชาชนกลัวการเดินทางโดยเฉพาะตอนกลางคืนหรือการเดินทางคนเดียวเป็นอันตรายที่อาจถูกทำร้ายได้ ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ก็ต้องลดระยะเวลาการทำงานเชิงรุกในชุมชนเนื่องจากกลัวความไม่ปลอดภัยเช่นกัน

สุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ สถานการณ์ความไม่สงบทำให้ประชาชนซึ่งอาจเป็นพ่อ แม่ พี่น้อง เพื่อนของใครคนหนึ่งในพื้นที่ถูกทำร้าย บาดเจ็บ เสียชีวิต บ้างรายพิการ กลายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลจากญาติ ครอบครัวที่ประสบเหตุการณ์โดยตรงจากการสูญเสียสามี ลูก หรือพี่น้องจึงมีความเครียดสูง นอนไม่หลับ หวาดระแวง มีภาวะซึมเศร้าและมีความรู้สึกว่าเป็นทุกข์ที่ไม่จบหาย ระยะแรกของสถานการณ์ความไม่สงบจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของคนในพื้นที่โดยตรงทันทีที่เกิดเหตุการณ์ เมื่อเกิดเหตุการณ์บ่อยขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางสังคมของชุมชน เพราะประชาชนรู้สึกไม่ปลอดภัยในการเดินทาง และมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากการเดินทางไปทำมาหากินลำบาก ส่วนใหญ่จึงมีความระแวง ระมัดระวังในการเดินทางและคนแปลกหน้ามากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีความหวงห้าม ผู้พิการ เด็กกำพร้าเพิ่มขึ้น สถานการณ์ความไม่สงบจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางปัญญา (จิตวิญญาณ) ของคนในพื้นที่ด้วย เนื่องจากการสูญเสียชีวิตที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นเพศชายและผู้นำชุมชน ทำให้ขาดเสาหลักของครอบครัว ขาดผู้นำชุมชนจึงย่อมส่งผลความมั่นคงของจิตใจของคนในพื้นที่ รวมทั้งยังทำให้ขาดอิสรภาพในการดำเนินชีวิตอย่างปกติ ไม่สามารถแสวงหาความรู้และการเรียนรู้ได้อย่างอิสระ เพราะเกรงความปลอดภัยในการเดินทาง

ผลการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ประชาชนในพื้นที่ได้พยายามดูแลสุขภาพตนเองและมีวิธีการจัดการการดูแลสุขภาพของตนเองได้ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ให้ไปสู่ภาวะสมดุลย์ของตนเองมากขึ้น และการบริการสุขภาพภาครัฐก็ได้ปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพใหม่ให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนี้

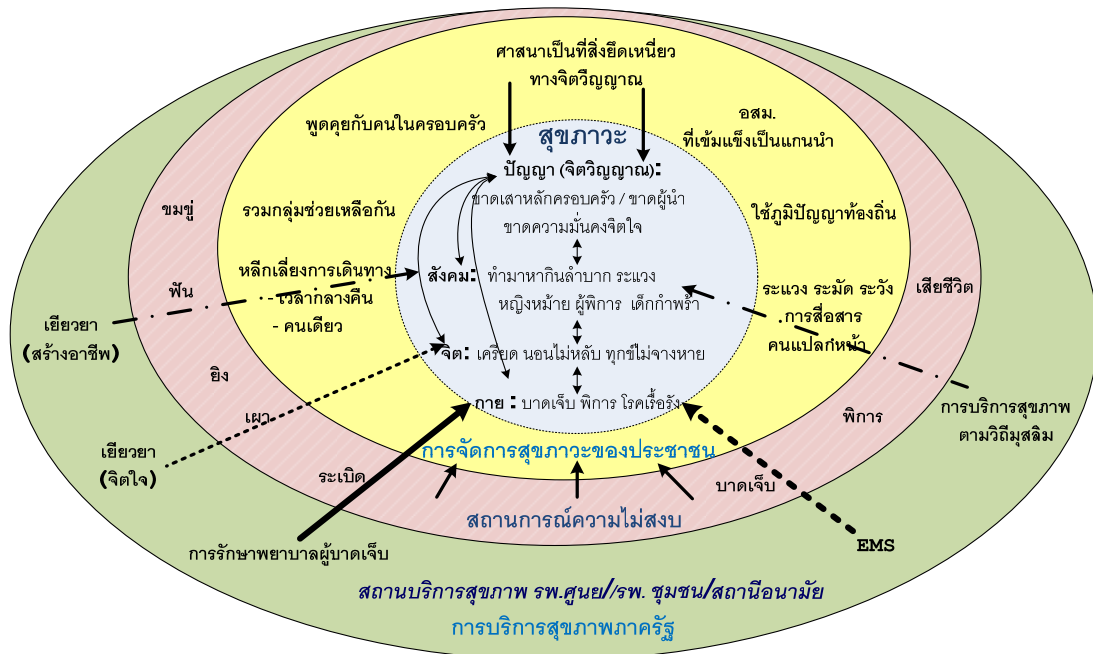
การจัดการสุขภาพของประชาชน

ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่มีการจัดการสุขภาพดูแลสุขภาพ เพื่อความอยู่รอดของตนเองและชุมชน วิธีการที่ใช้ในการดูแลตนเอง พบว่า ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ การจัดการความเครียดของตนเองมักใช้การพูดคุยกับคนในครอบครัวเพื่อปรับทุกข์ร่วมกัน ส่วนกลุ่มวัยรุ่นใช้การพูดคุยกับคนที่ไว้ใจ และผ่อนคลายความเครียดด้วยการหาสิ่งบันเทิงมาเบี่ยงเบนความสนใจ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยยังคงใช้ภูมิปัญญาในท้องถิ่นดูแลตนเองเบื้องต้น แล้วจึงไปรับบริการที่คลินิกเอกชน และสถานบริการภาครัฐ เช่น สถานีอนามัยใกล้บ้าน โรงพยาบาลชุมชน กรณีฉุกเฉินจากการเจ็บป่วยทั่วไป เช่น การเจ็บครรภ์คลอด หอบ และได้รับอุบัติเหตุเวลากลางคืน ประชาชนจะใช้การรวมกลุ่มและเช่าเหมารถเพื่อนำไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยไม่ใช้รถของการบริการฉุกเฉิน เนื่องจากกลัวถูกทำร้ายระหว่างเดินทาง นอกจากนี้ยังมีการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันอีกหลายรูปแบบ เช่น รวมกลุ่มกันเดินทางไปเมื่อต้องเดินทางไปนอกชุมชน รวมกลุ่มกันดูแลออกกำลังกายที่วัด ซึ่งมี อสม. เป็นแกนนำสำคัญที่ช่วยในการรวมกลุ่มได้อย่างดี การจัดการความปลอดภัยของตนเองทำโดยหลีกเลี่ยงการเดินทางเวลากลางคืน การเดินทางคนเดียว และระมัดระวัง ระแวดระวังในการสื่อสารกับคนแปลกหน้า

ข้อสังเกตจากการสังเคราะห์งานครั้งนี้พบว่า ประชาชนที่ใช้หลักศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ สามารถทำให้ตนเองมีภาวะสมดุลทั้งทางสังคม จิต และกายได้ โดยไม่ได้กลัวการเดินทาง ซึ่งประชาชนได้สะท้อนว่า ทุกครั้งเมื่อมีความทุกข์ก็จะนึกถึงหลักคำสอนทางศาสนาทำให้สบายใจและดำรงชีวิตได้

การบริการสุขภาพภาครัฐ การบริการสุขภาพภาครัฐภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบได้มีการปรับปรุงการบริการสุขภาพ เพื่อดูแลปัญหาสุขภาพทางกาย จิต และสังคมของประชาชนในพื้นที่ให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง พบว่า ภาครัฐสามารถให้การรักษายาบาลผู้บาดเจ็บทางกายได้ดี เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความชำนาญในการดูแลสุขภาพกายเป็นทุนเดิมอยู่ และมีการพัฒนาการบริการฉุกเฉินและส่งต่ออย่างเป็นระบบที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น แต่พบว่าการบริการฉุกเฉินและส่งต่อ ณ จุดเกิดเหตุยังไม่สามารถให้บริการช่วยชีวิตได้เต็มประสิทธิภาพ ส่วนการดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน พบว่า ภาครัฐมีการเฝ้าระวังด้านจิตใจและการสร้างอาชีพ โดยกระบวนการเฝ้าระวังจิตใจผู้ได้รับผลกระทบมีแนวโน้มดูแลได้ครอบคลุมมากขึ้น แต่การเฝ้าระวังโดยการสร้างอาชีพยังเข้าถึงความต้องการของประชาชนได้น้อย เนื่องจากไม่มีความต่อเนื่องและการสร้างอาชีพยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน นอกจากนี้ยังพบว่าภาครัฐได้พยายามปรับการบริการสุขภาพเพื่อความต้องการด้านสังคมและจิตวิญญาณของประชาชนในพื้นที่มากขึ้น กล่าวคือ มีการให้บริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม แต่ก็ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุม เพราะมีเพียงสถานบริการบางแห่งที่สามารถให้การดูแลสุขภาพตามวิถีมุสลิมได้ ปัญหาการบริการสุขภาพของภาครัฐอีกประการหนึ่ง คือ เจ้าหน้าที่ทำงานเชิงรุกได้น้อยลงจึงมีการให้บริการในสถานบริการเป็นหลัก ส่วนการเดินทางไปปฏิบัติงานในพื้นที่หรือหมู่บ้าน เช่น การเยี่ยมบ้านผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหมู่บ้านทำได้น้อยลง เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพต้องอาศัย อสม. เป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมการบริการสุขภาพต่างๆ ในชุมชน

โดยสรุป สถานการณ์ความไม่สงบได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของคนในพื้นที่เป็นวงกว้างเพราะมีการเสียสมดุลย์ของสุขภาพทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และปัญญา และทุกระดับตั้งแต่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ปัญหาสุขภาพหรือสุขภาวะที่เกิดจากสถานการณ์ความไม่สงบจึงเป็นปัญหาที่ยิ่งใหญ่ เกินกว่าที่เจ้าหน้าที่สุขภาพจะทำงานแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่โดยลำพังได้ การบริการสุขภาพภาครัฐที่สามารถให้บริการได้ในระดับดีถึงดีมาก คือ การช่วยเหลือและดูแลรักษาชีวิต (ร่างกายและจิตใจ) ของประชาชนที่ประสบเหตุการณ์ ส่วนการดูแลปัญหาสุขภาพด้านสังคมและจิตวิญญาณของประชาชนดูเหมือนจะเป็นเรื่องใหม่สำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพภาครัฐ โดยเฉพาะการดูแลด้านจิตวิญญาณยังไม่มีรูปแบบการบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงดูเหมือนว่าคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ไม่แตกต่างจากเดิม แม้ว่าภาครัฐจะทุ่มเทงบประมาณในการพัฒนาสุขภาวะของประชาชนอย่างมาก ดังนั้นความเชื่อมโยงของสถานการณ์ความไม่สงบ สุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ การจัดการสุขภาวะของประชาชน และการบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาสุขภาวะ

ข้อเสนอแนะจากการสังเคราะห์งานครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านนโยบาย

1.1 ควรสนับสนุนให้บุตรหลานของคนในพื้นที่ได้รับการศึกษาต่อ โดยการให้ทุนการศึกษา และกลับมาใช้ทุนในพื้นที่

1.2 มีนโยบายเสริมหลักสูตรสายสามัญในโรงเรียนปอเนาะ ซึ่งต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมอิสลามอย่างจริงจัง

1.3 ส่งเสริมให้เยาวชนเข้าใจและเข้าถึงหลักคำสอนทางศาสนาที่ตนเองนับถือ โดยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวด้วย

1.4 พัฒนาการจัดบริการเครือข่ายในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาและสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ได้แก่ เครือข่าย อสม. เครือข่ายการเฝ้าระวัง เครือข่าย EMS เครือข่ายแม่และเด็ก เครือข่ายการศึกษาของเยาวชนให้เข้มแข็ง และเครือข่ายนักวิชาการ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของ เจ้าหน้าที่สุขภาพ และ อสม. ให้มีความพร้อมในการให้บริการสุขภาพ

2. ด้านการปฏิบัติงานในพื้นที่

2.1 พัฒนาระบบการติดตามและประเมินโครงการในพื้นที่ได้รับอย่างเป็นระบบ รวมทั้งควบคุมกำกับให้เกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้

2.2 พัฒนาทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพและการใช้ภาษาถิ่นให้บุคลากร

2.3 พัฒนาเครือข่ายประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองให้เข้มแข็งมากขึ้น

3. ด้านการพัฒนาองค์ความรู้

3.1 ควรศึกษาทบทวนนโยบายค่าตอบแทนและมาตรฐานการประเมินคุณภาพของสถานบริการ

3.2 ผู้บริหารควรมีนโยบายพัฒนาศักยภาพนักวิจัยหรือนักปฏิบัติการในพื้นที่ ให้สามารถใช้ความรู้และผลการวิจัยมาใช้ในการดำเนินงาน

3.3 สนับสนุนการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยประเมินผล เพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือระบบสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ให้สามารถตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง

3.4 ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดสุขภาพจิตสำหรับสถานการณ์ความไม่สงบหรือวิกฤตต่างๆ เพื่อให้สามารถนำมาใช้วัดสุขภาพจิตของผู้ที่อยู่ในภาวะนี้ได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผลการสังเคราะห์ นักวิจัยใช้แบบวัดสุขภาพจิตซึ่งพัฒนาขึ้นมาเพื่อวัดสุขภาพจิตของคนทั่วไป มาวัดภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ความไม่สงบซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ผลการวัดมีความผิดพลาดได้

3.5 ควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพในกลุ่มของทหาร ตำรวจ ผู้นำชุมชน จากการสังเคราะห์พบว่า คนกลุ่มนี้เป็นเป้าหมายของกลุ่มก่อความไม่สงบ นอกจากนี้ควรศึกษาในกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงอื่น เช่น กลุ่มเด็ก หรือผู้พิการ ที่เกิดจากสถานการณ์ ซึ่งยังมีการศึกษาน้อยอยู่

3.6 ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต และการศึกษาของเยาวชนในพื้นที่ เช่น การวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดสุขภาพจิตสำหรับสถานการณ์ความไม่สงบหรือวิกฤตต่างๆ เพื่อให้สามารถนำมาใช้วัดสุขภาพจิตของผู้ที่อยู่ในภาวะนี้ได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผลการสังเคราะห์ นักวิจัยใช้แบบวัดสุขภาพจิตซึ่งพัฒนาขึ้นมาเพื่อวัดสุขภาพจิตของคนทั่วไป มาวัดภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ความไม่สงบซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ผลการวัดมีความผิดพลาดได้

3.7 ถอดบทเรียนโครงการพัฒนางานที่ดีเด่นในพื้นที่เพื่อเป็นตัวอย่างสำหรับการต่อยอดทำงานแก่หน่วยงานอื่นๆ

3.8 สนับสนุนการจัดการระบบฐานข้อมูลของระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ

หลักคิดและบทเรียนจากนักวิจัย

บทเรียนการวิจัยครั้งนี้ เป็นการบันทึกประสบการณ์การดำเนินงานวิจัยแบบชุดโครงการ ที่เกิดจากการเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้ผู้สนใจเข้าใจหลักคิดการดำเนินงานของทีมวิจัยซึ่งเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพ ประโยชน์และอุปสรรคของการดำเนินงานแบบเครือข่ายและชุดโครงการ

หลักคิดการวิจัยแบบสหสาขา/ชุดโครงการ

1. ทุกคนในทีมต้องเข้าใจเป้าหมายและคำถามการวิจัยของชุดโครงการ มีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินการและแผนของโครงการ
2. ควรมีผู้จัดการโครงการ ทำหน้าที่ประสานงาน ติดตามและกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด รายงานความก้าวหน้าต่อแหล่งทุน และตั้งประเด็นให้ทีมนักวิจัยได้คิดวิเคราะห์ผลการวิจัยของทีม ให้กำลังใจ และช่วยเหลือการดำเนินงาน เพื่อให้ทีมสามารถดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ
3. สมาชิกทีมควรมีพื้นความรู้ในประเด็นที่ศึกษาวิจัยที่หลากหลาย เพื่อให้การจัดเวทีแลกเปลี่ยนได้มุมมองที่หลากหลายในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บได้
4. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นประจำ โดยทุกคนต้องพร้อมเปิดใจรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกในทีมทุกด้าน ร่วมกันหาแนวทางการแก้ปัญหาในการดำเนินงานของทีม ตั้งแต่การสร้างกรอบคิดเพื่อตอบคำถามการวิจัยหลัก การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการจัดทำรายงาน รวมทั้งเป็นโอกาสในการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
5. มีการสรุปผลการวิจัยและบทเรียนการดำเนินงานร่วมกัน

บทเรียนจากกระบวนการวิจัย

ผลจากการสะท้อนความรู้สึจากเวทีเรียนรู้ที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินงานชุดโครงการโดยใช้หลักคิดข้างต้น และมี “เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน” เป็นประจำ ทำให้นักวิจัยและทีมที่ปรึกษาเข้าใจบริบทและข้อจำกัดของการดำเนินการวิจัยของกันและกัน เรียนรู้การดำเนินงานแบบองค์รวม การทำงานเป็นทีมและเครือข่าย รวมทั้งพร้อมที่จะให้กำลังใจ ให้ความรู้แก่กันและกัน เพื่อให้การวิจัยของชุดโครงการนี้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ นักวิจัยในพื้นที่และที่ปรึกษาได้แสดงความคิดเห็นต่อประสบการณ์ครั้งนี้ไว้ดังนี้

ประเด็นที่ทีมนักวิจัยในพื้นที่ได้เรียนรู้ คือ

1. เรียนรู้การทำงานเป็นทีมและเครือข่าย

“การที่ได้มาเรียนรู้ครั้งนี้ เหมือนกับเป็นด้านใหม่ของตัวเอง ที่หลุดออกมาจากการเรียนและงานประจำที่ทำอยู่ ทำให้ได้เห็นและได้เรียนรู้อะไรเพิ่มเติมทั้งในเรื่องของการทำงานเป็นทีม ซึ่งเรามาจากโครงการเดียวกันแต่แตกออกไป การที่เราได้พูดคุย เหมือนกับการที่เราได้มาต่อข้อมูล ทำให้เห็นภาพในสิ่งที่เรากำลังจะเดินไปด้วยกัน จะเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้น นอกจากภาพของการทำงานแล้ว ยังเห็นภาพที่กว่าจะได้ออกมาเป็นงานทั้งในกลุ่มเพื่อนและกลุ่มของเรา ว่าเรามีปัญหาอุปสรรคอย่างไร ได้เรียนรู้ร่วมกัน ได้เรียนรู้ที่จะเห็นใจกัน เข้าใจในสิ่งที่เรากำลังจะเดินไปด้วยกัน และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่ง

สำหรับตัวเองมองว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องที่มีคุณค่ามากในการทำงานที่จะทำให้จะไปทำงานในระดับพื้นที่ได้จะต้องมีตรนี้ นี่เป็นสิ่งที่ประทับใจ” (นักวิจัยการทบทวนเอกสาร 2, 6 ก.ย. 52)

“...เราทำงานแบบ learning by doing และได้เรียนรู้ทีมงาน ได้มีเครือข่ายเชิงวิชาการ” (นักวิจัยเชิงปริมาณ 1, 6 ก.ย. 52)

“ถ้าเรามีทีมช่วยกัน มันไม่ยาก เมื่อก่อนตัวเองไม่ค่อยอยากจะทำอะไรแบบนี้เพราะรู้สึกว่ามันยาก มันเกินตัว แต่โครงการนี้มีทีมที่ปรึกษา ทีมวิจัยทุกคนช่วยกันคิด ช่วยกันทำ เป้าหมายคิดว่าธรรมาเสร์จ” (นักวิจัยเชิงปริมาณ 2, 6 ก.ย. 52)

2. ทำให้นักวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับการวิจัยมากขึ้น มีกำลังใจ ความมั่นใจ และความสุขในการทำวิจัย เนื่องจากนักวิจัยได้รับประสบการณ์ตรงจากการวิจัย ทำให้มีความชำนาญมากขึ้น เนื่องจากมีโอกาสได้รับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้จากคณะที่วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษา ทำให้นักวิจัยเพิ่มทักษะและความมั่นใจในการศึกษาปัญหาในพื้นที่มากขึ้น

“แต่ก่อนเคยเรียนวิจัยก็ไม่เข้าใจเท่าตอนนี้ ได้ทำไปแล้ว มาคุยกันแบบนี้ทำให้เข้าใจขึ้นเยอะ ดีใจที่ได้ทำต่อครับ” (นักวิจัยเชิงคุณภาพ 1, 14 มิ.ย. 52)

“ที่ผ่านมาไม่เคยทำตรงนี้ รู้สึกดีใจมากที่ได้มาทำ ซึ่งทีมงานทุกคนมีความพร้อม สิ่งที่ได้รับคือ หนึ่งมีความรู้...เวทีของ สวรส. ทำให้เรามีความรู้มากขึ้น ถัดมาคือ...ข้อเสนอแนะจากอาจารย์ทำให้ผมมีพื้นที่แข็งขึ้น และดีใจที่ได้เจอทีมวิจัยบ่อยๆ เช่น ไปเจออะไรมาบ้าง จะได้มาปรึกษากัน... เวทีนี้ทำให้เราได้ปรึกษาหลายๆ คน” (นักวิจัยเชิงคุณภาพ 1, 6 ก.ย. 52)

“ที่ผ่านมาผมจะอยู่แต่ในสำนักงาน ไม่ค่อยได้มาทำอะไรแบบนี้ ที่ผ่านมาทำงานวิจัยระดับสถานบริการที่ทำอยู่ สิ่งที่ได้ไม่สามารถเสนอได้ร้อยเปอร์เซ็นต์ เนื่องจากกระทบกระเทือนหลายส่วน แต่เวทีนี้ อะไรที่ได้มาเราพูดได้หมด มีคนนั่งฟังเรา ทำให้งานวิจัยที่ออกมา สามารถดำเนินการได้ตามที่ตั้งใจไว้ และสามารถนำมาแก้ไขปัญหาในพื้นที่... เวทีนี้ทุกคนมีความตั้งใจ ทั้งอาจารย์ และผู้ร่วมวิจัยทุกท่านมีความตั้งใจ มาพร้อมหน้าพร้อมตากันทุกครั้ง รู้สึกภูมิใจที่ได้มาร่วมงาน” (นักวิจัยเชิงคุณภาพ 2, 6 ก.ย. 52)

“เวทีนี้ส่วนหนึ่งเข้าใจว่าสิ่งที่อาจารย์อยากให้ได้รับ คือ การเรียนรู้และได้งาน โดยเฉพาะงานต้องออก มีความรู้สึก ถ้าเป็นเวทีอื่นๆ ให้มาสังเคราะห์คงไม่รับ ต้องระดับ ดร. เวทีการนำเสนอแบบนี้ทำให้เราต้องอยู่ (ฟัง) กับตัวเอง เราจะเห็นที่มอื่น ๆ ว่าไปถึงไหน ทำให้รู้ว่าเราอยู่ระดับไหน ต้องเดินต่ออย่างไร ต้องขยันมากขึ้น เหนือสิ่งอื่นใดคือ เรียนรู้ที่มากขึ้น เช่น งานวิจัยเชิงคุณภาพที่ห่างหายไปนาน ก็ได้มาฟังอาจารย์ ได้มาทบทวนความรู้ ในเชิงปริมาณก็เช่นกัน ทำให้ได้ทบทวนไปด้วย” (นักวิจัยการทบทวนเอกสาร 1, 6 ก.ย. 52)

“..หลายๆ ครั้ง รู้สึกอยากถอดใจ แต่ไม่ยอมอ้างภาระงานประจำที่มีอยู่ แต่ก็เป็นสิ่งที่เราทำไม่ได้ อีกส่วนหนึ่งคือการที่เรามีโอกาสพูดคุย มีอาจารย์ที่คอยประคับประคอง สนับสนุน เวลาที่เรามีปัญหาอาจารย์จะให้กำลังใจ ทำให้เรารู้สึกไม่ท้อ เช่นวันนี้ก่อนมาก็สัญญากันว่าจะบอกอาจารย์ดีมีว่าเราจะถอยแล้วนะแต่พอแล้วทุกครั้งเราพบว่า เราจะได้กำลังใจเสมอ ๆ และได้โอกาสที่จะเรียนรู้ดีขึ้นและทำงานให้ดีขึ้น” (นักวิจัยการทบทวนเอกสาร 2, 6 ก.ย. 52)

“ขอขอบคุณ สวรรส มากที่ให้โอกาส ขอขอบคุณอาจารย์ทุกท่านที่ให้คำแนะนำ จริง ๆ แล้วโครงการนี้มองว่า ผู้ร่วมวิจัยไม่เครียดทุกครั้งที่มาจะได้ยินเสียงหัวเราะของพี่...และของทุกคนตลอด...สุดท้ายได้เอาผลงานไปพัฒนาพื้นที่ของเราเองดีใจมากที่ได้มาทำ โอกาสหน้าถ้า สวรรส. มีทุนวิจัยอีกก็ยินดี” (นักวิจัยเชิงปริมาณ 1, 6 ก.ย. 52)

“ขอบคุณทีม สวรรส. ทีมอาจารย์ ผมเป็นนักวิจัยหน้าใหม่มากๆ ไม่เคยทำโครงการวิจัยใหญ่ๆ แบบนี้เลย ที่ผ่านเป็นสารนิพนธ์ในการเรียนธรรมดา นี่เป็นโครงการแรกที่ได้เข้ามามีส่วนร่วม และทำให้ทราบว่าการทำงานใหญ่ๆ ถ้าเรามีทีมช่วยกัน มันไม่ยาก เมื่อก่อนตัวเองไม่ค่อยอยากจะทำอะไรแบบนี้ เพราะรู้สึกว่ามันยาก มันเกินตัว แต่โครงการนี้มีทีมที่ปรึกษา ทีมวิจัยทุกคนช่วยกันคิดช่วยกันทำ เป้าหมายคิดว่าธันวาคมสำเร็จ อยากให้กำลังใจทุกทีมส่วนของผมเองรู้สึกว่ายากมาทุกครั้ง..เพราะจะได้แลกเปลี่ยนมุมมอง”(นักวิจัยเชิงปริมาณ 2, 6 ก.ย. 52)

3.มีมุมมองในการวิจัยและปฏิบัติงานแบบองค์รวม กล่าวคือ มองเห็นความเชื่อมโยงของข้อมูล ผลงานวิจัย หรือระบบย่อยๆ ในชุมชน ที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพของคนในชุมชน

“สิ่งที่ได้รับคือ ...สองมีมุมมองแบบองค์รวมจากหลายๆ จุด ไม่ว่าจะเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ... และจากเอกสารที่ได้รับ ทำให้เรามองภาพรวมในชุมชนว่า ชุมชนจะเชื่อมโยงกับระบบที่ตอบสนองปัญหาของชุมชน จะสู้อย่างไร ทำให้มองออกมากขึ้น จากเดิมที่มีแต่ระบบกระทรวงสาธารณสุขที่จะผลักดันแก้ปัญหาชุมชน พอมาถึงวันนี้มองเห็นว่ามันเชื่อมโยงกับผลงานวิจัยทุกชิ้น กับการที่เราไปรับรู้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของชาวบ้าน พอมีช่องทางที่จะผลักดัน ไม่ว่าจะเป็นนโยบายสาธารณะ ทำให้มีมุมมองที่กว้างขึ้นในการที่จะแก้ปัญหา ซึ่งเมื่อก่อนมองปัญหาเป็นจุด ๆ แต่ตอนนี้มีมุมมองที่กว้างขึ้น ว่าปัญหาแต่ละจุดมีส่วนละเอียดที่ประกอบด้วยอะไรบ้าง ทำให้การทำงานเชิงวิชาการด้านสาธารณสุขมีมุมมองที่กว้างขึ้นโดยอัตโนมัติ โดยที่เราไม่ต้องไปเข้าคอร์สอบรมพิเศษ แต่อาศัยเวทีอย่างนี้” (นักวิจัยเชิงคุณภาพ 1, 14 มิ.ย. 52)

สำหรับประเด็นที่ทีมที่ปรึกษาได้เรียนรู้ คือ

1. คุณค่าการให้กำลังใจกันและกันในการทำงาน

“ความงามของงานวิจัยชิ้นนี้คือความหลากหลาย เนื้อหาที่ได้มาอยากให้มีการย้อนกลับไปจะทำให้เราเห็นภาพเรื่องสุขภาพของจังหวัดชายแดนภาคใต้ชัดขึ้น และเราได้มองจากหลายๆมุมความหลากหลายทำให้แต่ละคนได้เรียนรู้จากเพื่อนๆในกลุ่ม นี่เป็นความสวยงามของงานวิจัยชิ้นนี้ ...สุดท้ายเวลาที่มีการสังเคราะห์ออกมา จะทำให้คนอื่นได้ประโยชน์จากงานที่เราลงแรงไปด้วย ผม enjoy และรู้สึกดีมาก ที่ได้เข้ามาร่วมกับทีมวิจัยนี้” (ที่ปรึกษา 1, 6 ก.ย 52)

“...เพราะฉะนั้นเวทีนี้อยากให้เป็เวทีที่มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ได้ข่าวจากอาจารย์...เหมือนกันว่าทีมวิจัย...จะออก ก็เลยบอกว่าอย่าออกให้เอาข้อมูลมานั่งดูกัน ถ้าติดขัดงิเรามีทีมที่จะช่วยกันทำงาน ถ้าเหนื่อยมากก็ช่วยกันทำ เราไม่ทิ้งกัน เราจะสู้เป้าหมายร่วมกัน ขอขอบคุณมากๆ” (ที่ปรึกษา 3, 6 ก.ย 52)

“ดีใจที่มีวันนี้เกิดขึ้น เป็นเรื่องวิจัยที่ปกติเราจะรู้แผนอยู่แล้ว มีอะไรก็พูดคุยกันได้ อยากทำตรงนี้ให้มันเกิด เพราะว่าคนในพื้นที่ควรที่จะมีสิทธิที่จะทำอะไรเพื่อตัวเอง คิดว่าตรงนี้เป็นารเริ่มต้นที่ดี อยากบอกทุกคนว่าเราเป็นเพื่อนกัน มีอะไรก็พูดคุยกัน บอกกัน จะได้ช่วยเหลือกัน ยินดีที่ทุกคน

ช่วยกันมาหลาย ๆ รอบ ขอให้เดินทางปลอดภัยๆรอบรอบ มีชีวิตอยู่ อย่างมีความสุข ปลอดภัยๆทุกวัน” ” (ที่ปรึกษา 4, 6 ก.ย 52)

2. การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนวิธีคิด/วัฒนธรรมในการปฏิบัติงานให้แก่กันและกัน

“ในมุมมองของมุสลิม มุสลิมบอกว่าถ้าใครสอน และคนที่ถูกสอนนำความรู้ที่เราคิดให้นำไปใช้ แม้เราตายไป ถ้าเขายังนำความรู้ที่เราถ่ายทอดไปใช้ เราจะได้บุญในโลกว่า การนำผลงานไปใช้ต่อจะทำให้เราได้บุญเรื่อย ๆ” (นักวิจัยเชิงคุณภาพ 1, 6 ก.ย. 52)

“โดยลักษณะการทำงานแบบนี้...ผมก็ได้เรียนรู้จากทีมพื้นที่...มันตอบโจทย์อะไรบางอย่างได้ บางโจทย์ตั้งคำถามไว้ในใจแล้ว แต่ไม่กล้าลงพื้นที่ เราแค่แวบๆ ผ่านมา...แต่เมื่อมีทีมมา support ทำให้สมมติฐานบางอย่าง เรามั่นใจมากขึ้น ส่วนใหญ่เราจะเป็นอะไรที่ มองเห็นอะไรน่าสนใจ เราก็จะเชียร์หาคนทำ เมื่อก็ผมก็เชียร์ต่อว่าถ้ามีหมู่บ้านที่มีคนมุสลิมเขาสนใจที่จะมีวิธีการ การจัดการ การดูแลในภาวะฉุกเฉินช่วยกันทำอะไรได้เอง ผมว่ามันจะเป็นนวัตกรรม เป็นรูปแบบการจัดการในพื้นที่ และเรียนรู้กันได้ และถ้าเป็นคนมุสลิม เป็นคนส่วนใหญ่ และทำได้ภายในหมู่บ้าน หมู่บ้านอื่นก็จะตาม” (ที่ปรึกษา 2, 6 ก.ย 52)

3. ได้พัฒนาตนเอง

“สิ่งที่ผมคิดว่าได้มากกว่างานวิจัยนั่นก็คือ การพัฒนาการของพวกเราเอง อาจารย์ก็ได้พัฒนา ผมก็ได้พัฒนาตัวเองด้วย เช่นเดียวกันคนอื่น ๆ ก็ได้พัฒนา สิ่งเหล่านี้ไม่มีเขียนในตำรา แต่ได้มาจากการทำจริง ทำไปสักพัก มาคุยกันมีการแนะนำจากคนนั้นคนนี้” (ที่ปรึกษา 2, 6 ก.ย 52)

“โดยส่วนตัวตัวเองก็พัฒนา ก็จะมีการถาม ถามอาจารย์... เรื่องของสถิติก็จะถาม เพราะเป็นเวทีเรียนรู้ เราก็ได้เรียนรู้ด้วย” (ที่ปรึกษา 3, 6 ก.ย 52)

ปัญหาการดำเนินการวิจัย

1. นักวิจัยส่วนหนึ่งขาดประสบการณ์ เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพทำให้ต้องมีการเก็บข้อมูลหลายครั้ง และบางครั้งเมื่อมีเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ นักวิจัยไม่กล้าลงพื้นที่จึงไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ตามแผนที่กำหนดไว้ และนักวิจัยยังมีประสบการณ์น้อยในการสังเคราะห์

2. การใช้ระยะเวลาในการศึกษา สรุปรโครงการเป็นเวลานาน อาจทำให้ข้อมูลบางส่วนมีการเปลี่ยนแปลงไปจากช่วงเวลาที่ได้ศึกษา

3. การกำหนดประเด็นการวิจัยค่อนข้างกว้าง และการสังเคราะห์องค์ความรู้มีจุดอ่อนในระเบียบวิธีการวิจัย เนื่องจากไม่ได้ประเมินคุณภาพของงานวิจัยแต่ละฉบับที่นำมาสังเคราะห์

บรรณานุกรม

- ปาริฉัตร อุทัยพันธ์และคณะ. การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้. เอกสารอัดสำเนา, 2553.
- พงศ์เทพ สุธีรภูมิ และคณะ. วิกฤตของระบบสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้.สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2548.
- ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (บรรณาธิการ). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม.สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2551.
- รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ตั้งแต่เดือนมกราคม 2550 ถึง ธันวาคม 2552. เข้าถึงได้ใน www.deepsouth.org
- รายงานประจำปีศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้. เอกสารอัดสำเนา, 2551.
- รายงานประจำปีศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้. เอกสารอัดสำเนา, 2552.
- รายงานประจำปีศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้. เอกสารอัดสำเนา, 2551.
- ร่ำภาภรณ์ หอมตیب, เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล และกิตติชัย บุญศรี. การสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้. เอกสารอัดสำเนา, 2553.
- ศรีสมภพ จิตรภรณ์ศรี. สรุปหกปีไฟใต้: พลวัตการก่อความไม่สงบกับการสร้างจิตตรมของการก่อความรุนแรง.เข้าถึงได้ใน <http://www.deepsouthwatch.org/node/728#attachments>
- สะแลแม อาแวนิ และคณะ. การจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. เอกสารอัดสำเนา, 2553.
- สุภัทร ฮาสุวรรณ. เยียวยาไฟใต้: ข้อเสนอเพื่อการก้าวข้ามจากเชิงปริมาณสู่คุณภาพ. เอกสารประกอบการบรรยายทางวิชาการ เวที 5 ปี ไฟใต้ : ความรู้: ความสับสน...แล้วไงต่อ? เมื่อ 18 มกราคม 2552. เข้าถึงได้ใน <http://www.deepsouthwatch.org/documents/08-510118.pdf>
- สุวิทย์ อริยชัยกุล และ คณะ. สถานภาพกำลังคนทางกายภาพบำบัดในปี พ.ศ.2546. รายงานการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546
- สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ. โครงการการศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในจังหวัดชายแดนใต้. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2550
- อมร รอดคล้าย และคณะ. การจัดระบบบริการในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2548.
- Personal communication, เมตตา ภูนิง ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้, 2553

ภาคผนวก

การจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

สะแลแม อาแวนิ* มูฮาหมัดโยฮัน วารัม** รอซาลี สารีเต๊ะ *** มูฮัมมัดเฟาซี ลาเต๊ะ ****
อับดุลดอลละ จะปะเกีย *****

บทคัดย่อ

สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ส่งผลกระทบต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ เพื่อศึกษาการจัดการสุขภาพ และเงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นประชาชนใน ๒ หมู่บ้านไทยพุทธ และไทยมุสลิม ตำบลคลองใหม่ อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี หมู่บ้านละ ๑๘ คน ระหว่าง เดือนสิงหาคม ๒๕๕๑ - มิถุนายน ๒๕๕๓ โดยใช้การสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และการสรุปประเด็น พบว่า ประชาชนทั้ง ๒ หมู่บ้านยังเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไข้หวัด สถานการณ์ความไม่สงบทำให้การทำมาหากินลำบาก และเครียดจากความไม่ปลอดภัย ในหมู่บ้านไทยพุทธมีการสูญเสียคนในครอบครัวและมีภาวะซึมเศร้าเจ็บป่วยเล็กน้อยซื้อยารับประทานเอง ป่วยหนักหรือฉุกเฉินเหมารถยนต์ของเพื่อนบ้านไปโรงพยาบาล ประชาชนไทยพุทธขอใช้รถทหารเวลากลางคืน หมู่บ้านไทยมุสลิมมีการรวมกลุ่มไม่ชัดเจน และดูแลตนเองตามความเชื่อเดิม หมู่บ้านไทยพุทธมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำกิจกรรม เงื่อนไขต่อการจัดการสุขภาพ คือ ความปลอดภัยในการเดินทาง การสูญเสียผู้นำครอบครัวและแกนนำหมู่บ้าน สัมพันธภาพระหว่างประชาชนพุทธกับมุสลิม การปฏิบัติงานเชิงรุก การศึกษาของเยาวชนไทยมุสลิม การมีทหารประจำการในพื้นที่ และการใช้ ศาสนสถานเป็นศูนย์รวมในการทำกิจกรรมและการสื่อสาร

คำสำคัญ : การจัดการสุขภาพของประชาชน สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมายอ อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี

**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม้แก่น อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี

***สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

****สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะรัง อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี

*****องค์การบริหารส่วนตำบลเขาตูม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี

แหล่งทุนสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Abstract; Self-care Management in Community under the Violence Crisis in Southern Thai Border Provinces

Salaemae Awaeni * Muhamadyohan Waram ** Rozalee Saredea ***

Muhammadfaozi Lateh**** Abdultoleh Chapakiya *****

Unrest provinces under management affected the health of local people. This qualitative research aimed to explain self-care management of people and conditions affecting public health management of local unrest southern provinces. Key informants were people from two villages, Thai Buddhists and Thai Muslims of Tambon Klongmai, Yarang District, Pattani Province, 18 persons per village. Collecting data during August 2551 - June 2553 by the observation, indepth interview. focus groups. Data were analyzed by content analysis. The study showed that people had hypertention, diabetes millitus, and common cold, unrest and the livelihood difficulties and stress of insecurity. Thai Buddhist loss there family and got depression. They borrowed neighbor's car to the hospital when they had illness or emergency. If they had sick at nigh, they went to hospital by military vehicle. Thai Muslim had self care by the same faith. Thai Buddhist had health volunteers to lead activities. But this was not clear in Thai Muslims. The health conditions that effect to self-care managenet of people wrer; the safety on the travel, loss of leaders, family and village leaders, the relationship between Buddhist and Muslim people, aggressive operations, education of young Thai Muslim, the military Station, and a center for religious activities and health communication .

Keyword: selfcare management, local people, the violence crisis in Southern Thai border provinces

ภูมิหลังและเหตุผล

สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี ๒๕๔๗ จนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในระยะยาว และมีผลต่อการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล ซึ่งการศึกษาวิจัยในโครงการการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปี ๒๕๔๗ ถึง ๒๕๔๘ พบว่า การให้บริการด้านสาธารณสุขในระดับสถานีนามัยจำนวน ๒๕๓ แห่ง มีการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ ๓๕.๖๐ ในด้านผู้ให้บริการ พบว่า จำนวน

บุคลากรเฉลี่ยต่อสถานีนามัยในระดับสถานีนามัยมีแนวโน้มลดลงจากจำนวนเฉลี่ย ๓.๔๒ คน ในปี ๒๕๔๕ เป็น ๓.๒๖ คนในปี ๒๕๔๗ และอาจจะมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ สำหรับบริการด้านต่าง ๆ พบว่ามีการให้บริการลดลง โดยเฉพาะกิจกรรมเชิงรุกในด้านการรักษา การตรวจโรคลดลง ร้อยละ ๒๕ ในด้านทันตกรรมลดลง ร้อยละ ๕๐ การส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ และการป้องกันโรคลดลงถึงร้อยละ ๗๐ รวมทั้งกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การลงพื้นที่ลดลง ร้อยละ ๖๐^๑ และในปี ๒๕๕๐ จังหวัดปัตตานีพบมารดาเสียชีวิตเนื่องจากการคลอด จำนวน

๔ ราย จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า หญิงตั้งครรภ์ปวดท้องคลอดตอนเวลากลางคืน ไม่กล้าที่จะเดินทางไปรับบริการคลอดที่โรงพยาบาล ต้องรอจนสว่าง ซึ่งเป็นเหตุให้ความช่วยเหลือไม่ทัน ส่งผลให้มารดาคลอดบุตรเสียชีวิต^๓

คณะผู้วิจัย เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ มีความคุ้นเคยกับสภาพพื้นที่เป็นอย่างดี ได้เห็นความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพของประชาชนที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ และการจัดการสุขภาพของประชาชนในภาวะวิกฤติ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่อง การจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการให้บริการด้านสุขภาพ และใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายของภาครัฐที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ปลอดภัยจากปัญหาสุขภาพในภาวะวิกฤติที่เป็นอยู่

ระเบียบการศึกษา

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ เลือกตำบลพื้นที่ศึกษา เป็นตำบลที่มีผู้ได้รับผลกระทบอยู่ในระดับสูงและมีประชากรนับถือทั้งศาสนาพุทธและอิสลาม นักวิจัยคุ้นเคย เดินทางสะดวก และมีความปลอดภัย พื้นที่ศึกษาเป็นชุมชนไทยมุสลิมและไทยพุทธ ๒ หมู่บ้าน ในอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ผู้ให้ข้อมูล จากหมู่บ้านไทยพุทธ จำนวน ๑๘ คน ประกอบด้วย พระประจำวัด ๒ รูป อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ๔ คน ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน ๓ คน และตัวแทนกลุ่มเกษตรกร ๓ คน ผู้ได้รับผลกระทบ ๔ คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ๑ คน แกนนำหมู่บ้าน ๑ คน ส่วนผู้ให้ข้อมูลหมู่บ้านไทยมุสลิม จำนวน ๒๐ คน

ประกอบด้วย ผู้นำศาสนา ๒ คน อสม. ๕ คน ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน ๓ คน และตัวแทนกลุ่มเกษตรกร ๓ คน ผู้นำชุมชน ๒ คน ผู้สูงอายุ ๒ คน ปราชญ์ ๑ คน วัยรุ่น ๒ คน การเก็บข้อมูลใช้การสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และการสรุปประเด็น

ผลการศึกษา

บริบทของหมู่บ้านที่ศึกษา พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม ที่นา แหล่งน้ำธรรมชาติและมีลำคลองล้อมรอบตำบล ส่งผลให้พื้นที่เกิดอุทกภัยเกือบทุกปีในช่วงฤดูฝน การเดินทางของประชาชนส่วนใหญ่ใช้รถยนต์และจักรยานยนต์ส่วนตัว ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ ๔๐ ของประชากรนับถือศาสนาพุทธ สภาพสังคมในตำบลเป็นสังคมชนบท ครอบครัวยุคใหม่จึงเป็นครอบครัวขยาย มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ มีการช่วยเหลือเกื้อกูล ใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย มีมัสยิดวัด ร้านน้ำชา เป็นแหล่งพบปะพูดคุย ประชาชนมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ค้าขาย รับราชการ รายได้ประมาณ ๔,๐๐๐-๘,๐๐๐ บาทต่อเดือน ประชากรวัยทำงาน ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา และเรียนในสถาบันสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ) รวมทั้งมีการสอนความรู้ด้านศาสนาอิสลามตามมัสยิดทุกวันศุกร์

วิถีชีวิตก่อนเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ พ.ศ.๒๕๒๔ ตำบลคลองไหมเป็นพื้นที่สีแดง เนื่องจากสมัยนั้นมีขบวนการโจรก่อการร้าย (ขจก.) แทรกซึมอยู่ในพื้นที่ของตำบลทั้ง ๒ หมู่บ้าน จึงมีเหตุการณ์การปิดสวนยางเรียกค่าไถ่ การทำร้ายเจ้าหน้าที่ทางราชการบ้าง แต่ก็ไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของชาวบ้านมากนัก ชาวบ้านได้มีการฝึกให้เป็น ทสพช. เพื่อป้องกันตนเอง มีการจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่ม

ต่างๆ มีร้านศูนย์สาริตซึ่งเป็นเครือข่ายของกลุ่มออมทรัพย์ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ แต่มีเกิดเหตุการณ์สัตว์เลี้ยง วัว ควาย เป็ดไก่ โดนขโมย ชาวไทยพุทธและไทยมุสลิมไปมาหาสู่และช่วยเหลืองานประเพณีซึ่งกันและกัน มีการลงแขกทำนา ไปร่วมงานแต่งงาน หาทุนสร้างมัสยิดและโรงเรียนตาดีกา การเดินทางไปมาหาหากินต่างหมู่บ้านมีความสะดวก และสามารถไปรับบริการที่สถานีนอนมาลัยของตำบลอย่างปลอดภัย เจ้าหน้าที่อนามัยไปมาในหมู่บ้านบ่อยครั้ง ชาวบ้านก็ออกไปรับบริการที่สถานีนอนมาลัยตำบลและโรงพยาบาลยะรังได้ปกติ โดยเล่าถึงวิถีชีวิตในอดีตให้ฟังว่า

“แต่ก่อนเป็นเพื่อนกันหมด...แต่งงานก็ไป...แต่ก่อน..ไปก็ดีทั้งนั้น” ... “เวลามะแมมาบอกว่าจะจัดกิจกรรมขึ้นบ้านใหม่ เราก็จะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มก็ได้ เป็นตัวแทนก็ได้ ไปช่วยถ้าเป็นงานของอิสลาม ไทยพุทธก็รวมตัวกันส่งตัวแทนไปช่วย แต่เวลางานของคนไทยพุทธคนมุสลิมมา ก็ต้องจัดเตรียมอาหารที่เฉพาะมุสลิมกินได้ไว้ มีแม่ครัวต่างหากของมุสลิม มีฮาลาล” (ถว, ไทยพุทธ)

แต่เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้กำนันหลายคนถูกยิงจนเสียชีวิต ประมาณกลางเดือนสิงหาคม พ.ศ.๒๕๔๗ เป็นช่วงเริ่มเกิดเหตุการณ์ใหม่ๆ ชาวบ้านยังกล้าออกไปนอกพื้นที่ ต่อมาหลังจากเหตุการณ์เกิดขึ้น ๒ ปีกว่า ทำให้ประชาชนในพื้นที่เสียชีวิต ๙ ราย และบาดเจ็บสาหัส ๓ ราย สถานการณ์ความไม่สงบจึงมีผลต่อวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และวิธีการจัดการหรือการดูแลสุขภาพของชาวบ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ภาวะสุขภาพ ช่วงสถานการณ์ความไม่สงบ ประชาชนไทยพุทธและมุสลิมส่วนใหญ่ยังเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน

และไข้หวัด ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพของคนในหมู่บ้านมาตั้งแต่ก่อนเกิดสถานการณ์ และมีการระบาดของโรคซิคุนคุนยา ส่วนปัญหาสุขภาพที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ความไม่สงบโดยตรงคือ ความเครียดจากความหวาดกลัว ความปลอดภัยในชีวิต และการสูญเสียคนในครอบครัวและแกนนำหลักของหมู่บ้าน การทำมาหากินลำบากเนื่องจากไม่ปลอดภัยในการเดินทาง สำหรับการจัดการสุขภาพของชุมชนไทยพุทธและมุสลิมมีทั้งความเหมือนและแตกต่างกันดังนี้

การจัดการสุขภาพในชุมชนไทยพุทธ

๑. ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย เมื่อปวดหัว ตัวร้อน เจ็บป่วยไม่มากชาวบ้านมักหายารับประทานจากร้านค้าสวัสดิการในหมู่บ้าน หากในร้านค้าไม่มียาหรือบางครั้งครอบครัวที่มีฐานะดีก็มักจะไปรับบริการที่คลินิกในเมือง เนื่องจากความสะดวก รวดเร็ว บางครั้งก็ไปรับยาที่ฐานที่ตั้งของทหารในหมู่บ้าน ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่นิยมไปรับบริการที่ สอ. เนื่องจากกลัวเรื่องความปลอดภัยในการเดินทาง และระยะไกล ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “ถ้าเจ็บป่วยก็ไปซื้อยาที่ร้านยา ยะลา แล้วไปโรงพยาบาล แต่ว่าป่วยเล็กๆน้อยๆ ปวดหัวตัวร้อน มันก็พอทนได้..แต่ถ้ามียากินก็หายได้ ..” (ถว, ไทยพุทธ)

๒. ไปรับบริการที่โรงพยาบาล เมื่อป่วยหนักหรือฉุกเฉิน ฝากครรภ์ และคลอดบุตร

๒.๑ ป่วยหนักหรือฉุกเฉิน ชาวบ้านจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยหารถยนต์ของเพื่อนบ้านในหมู่บ้านไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการหารถครั้งละ ๔๐๐-๗๐๐ บาท/เที่ยว หากหารถไม่ได้ ก็ขอใช้รถยนต์ของทหารที่ฐานในหมู่บ้าน ถ้าเป็นเวลากลางคืนชาวบ้านจะขอให้ทหารนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเท่านั้น ชาวบ้านเล่าว่า “จะออกไป

ข้างนอกพื้นที่ ไม่มีรถ มีความลำบาก ต้องเช่ารถออกไปเป็นทีม รวมทั้งเวลาเจ็บไข้ได้ป่วย มักชอบไปหาหมอที่โรงพยาบาล หรือคลินิกที่จังหวัดยะลาโดยจะเช่าเหมารถคนในพื้นที่ในอัตราที่ยวละ ๗๐๐ บาท” (ด, ไทยพุทธ)

๒.๒ การฝากครรภ์ และคลอดบุตร ชาวบ้านทุกคนนิยมฝากครรภ์ครบตามกำหนด และคลอดที่โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการเยี่ยมหลังคลอดที่บ้าน ส่วนการรับบริการฉีดวัคซีนในเด็ก ชาวบ้านมักไปรับบริการที่สถานีอนามัยของตำบลข้างเคียง เพราะใกล้กว่า สะดวกกว่า

๓. รวมกลุ่มเพื่อสร้างเสริมสุขภาพโดยมี อสม. เป็นแกนนำ ก่อนการเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ มีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำที่ลานวัด ภายหลังการเกิดสถานการณ์ความไม่สงบก็ยังคงมีการออกกำลังกายอยู่ แต่มีสมาชิกหลายกลุ่มอายุมาร่วมกิจกรรมมากขึ้น จึงมีการจัดเวทีการสนทนาของชาวบ้านทุกเพศทุกวัย ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้คลายเครียด และเกิดแนวคิดที่จะจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานของชุมชนขึ้นที่วัด เพื่อเป็นแหล่งรวมยาสามัญที่ชาวบ้านสามารถมาขอใช้บริการได้ (ศสมช.) นอกจากนี้ชาวบ้านที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการเยี่ยมยาของโรงพยาบาล มีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนขึ้นในชุมชน ชาวบ้านเล่าว่า “เงินสนับสนุนการทำงานของ อสม. ปีละ ๑๐,๐๐๐ บาท ก็ได้สะสมปีต่อปี ๒ ปีแล้ว อสม. ช่วยกัน เกือบเสร็จแล้ว...ช่วยคนสูงอายุ” (พย, ไทยพุทธ) และ “มีผู้สูงอายุในชุมชน อยากให้มีการออกกำลังกาย เขาก็ให้เขียนโครงการให้ตั้งชื่อกลุ่มดอกไม้หลากสี” (ถว, ไทยพุทธ)

๔. ออกกำลังกาย ฟังเทศน์ เพื่อคลายเครียด การออกกำลังกายไปวัดฟังเทศน์และ

ปรับทุกข์กับพระ ปรับทุกข์กับเพื่อนบ้านที่ไว้ใจได้หรือคนในครอบครัว พูดคุยกับคนที่เข้าใจ เห็นใจ รับฟังให้ระบายความรู้สึก ระบายความทุกข์ในใจ ผู้ให้ข้อมูลพูดว่า “ออกกำลังกายที่วัดคะ ตอนบ่ายทุกวัน เปิดดนตรีเต็น อาราบิก (แอโรบิก) ไม่แน่นอน...สุดแล้วแต่บางวันไม่ว่ากับผู้สูงอายุมีประมาณ ๒๐ คน มีสมาชิกชมรมชื่อชมรมดอกไม้หลากสี มีจริงมีทุกวัน โดยเน้นกิจกรรมการออกกำลังกายในทุกกลุ่มอายุ” (ด, ไทยพุทธ)

๕. รับบริการการดูแลจากภาครัฐตามนโยบายของรัฐในสถานการณ์ความไม่สงบ

๕.๑ การเยี่ยมยา เนื่องจากผู้ได้รับผลกระทบมีเพียงในหมู่บ้านไทยพุทธ และการได้รับเยี่ยมยาต้องมีคุณสมบัติและขั้นตอนต่างๆ ตามที่ทางราชการกำหนด การเยี่ยมยาที่เป็นทางการจะเป็นการช่วยเหลือ โดยมีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมเยียนที่บ้าน นำไปเข้าค่ายบำบัดจิต จัดตั้งกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบ สอนเสริมอาชีพ ในระยะแรกๆ มีการพบปะเป็นประจำทุกเดือน หลังจากนั้นประมาณ ๑ ปี มีกิจกรรมลดลง และมีการจ่ายค่าช่วยเหลือล่าช้า การเยี่ยมเยียนของเจ้าหน้าที่ไม่สม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามชาวบ้านยังมีกิจกรรมการเยี่ยมยาระหว่างเพื่อนบ้านด้วยกันเองอยู่ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “ก็ไปตามนัด...มีกิจกรรมของชมรม จัดกิจกรรมคลายเครียด...จะมีกรรมการดูแลแล้วไปเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ” (ปย, ไทยพุทธ) และ “ผู้ว่าฯ มา เขาฝากเงิน หลังจากนั้นเพื่อน ๆ อสม. เคยมา อิสลามก็เคยมาที่บ้าน จังหวัดก็มีข่าวสาร เงินนั้นแสนหนึ่ง หลังจากนั้นหกพัน... เขาส่งเสียจนอายุ ๒๕ ปี เขาให้ปีละหมื่น เขต ๒ ให้ปีละ ๑๐,๐๐๐ ที่จังหวัดเขาบอกให้เดือนละ ๑,๕๐๐ ปีนี้ ๑๗,๐๐๐ ปีที่แล้ว...ปีนี่ยัง หลังเกิดเหตุนาน ๒ ปี ฟังได้เงินนี้” (ด, ไทยพุทธ)

๕.๒ ระบบการส่งต่อฉุกเฉิน (EMS) ชาวบ้านไม่นิยมใช้รถฉุกเฉินของสถานีนามัยเนื่องจากกลัวถูกทำร้ายระหว่างการเดินทางไปโรงพยาบาล ชาวบ้านจึงช่วยเหลือตนเองโดยเหมารถยนต์ของเพื่อนบ้านในหมู่บ้านไปโรงพยาบาล หากเกิดฉุกเฉินตอนกลางคืนจะขอช่วยเหลือรถยนต์ของทหารที่ตั้งฐานในหมู่บ้านได้ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “ระบบส่งต่อเมื่อเกิดฉุกเฉิน ที่นี้ไม่มีใครสมัคร หมู่บ้านอื่นน่าจะมี... ก็ยังใช้รถในหมู่บ้านแบบเดิมๆ ได้” (พย, ไทยพุทธ)

การจัดการสุขภาวะในชุมชนไทยมุสลิม

๑. ดูแลสุขภาพตนเองตามความเชื่อในหมู่บ้าน ชาวบ้านยังคงมีความเชื่อและมีการดูแลสุขภาพตนเองตามความเชื่อเดิม ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “คนที่อาการหนัก เขามาแนะนำไปฉีดยา ให้ยา กิน แต่ส่วนมากชาวบ้านไปเอง ชาวบ้านกินน้ำมะพร้าวอ่อน ฉีดยาไม่หาย จึงเลือกใช้สมุนไพรกันทั้งหมู่บ้าน คนแรกกินหายก็บอกกันต่อๆ” (รล, ไทยมุสลิม) และ “ก็มีที่ไปหาหมอทำอายุตาวา (น้ำมัน) ส่วนใหญ่เป็นโรคทางจิต แต่ก็เป็นส่วนน้อย ไม่มาก” (อช, ไทยมุสลิม)

๒. ใช้บริการของสถานีนามัย ยังเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วยเมื่อดูแลตนเองไม่ได้ผล เมื่อเจ็บป่วยมากเกินความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองชาวบ้านจะไปรักษาที่สถานีนามัยเนื่องจากสะดวกอยู่ใกล้บ้าน และประทับใจในการบริการ หากอาการหนักก็จะไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลระยะรัง การบริการเชิงรับที่สถานบริการมีมาก เพราะสถานีนามัยตั้งอยู่ในพื้นที่ทำให้ชาวบ้านนิยมมารับบริการที่สถานีนามัยเป็นลำดับแรก ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “ภาพรวม...คนที่นี่ก็จะไปอนามัยก่อน...แต่ก่อนยังไ้ก็ยังเหมือนเดิม” (น, ไทยมุสลิม) และ “ชาวบ้านจะมี

(ยา) ไว้ที่บ้านอยู่แล้ว....เขาจะเตรียมตัวอยู่แล้ว...” (ม, ไทยมุสลิม)

๓. ผสมผสานการดูแลสุขภาพแบบสมัยใหม่และดั้งเดิม คือ การฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลแต่ต้องการการดูแลจากโตะบีแด ปัจจุบันคนในชุมชนนิยมไปฝากครรภ์ที่สถานีนามัยและไปคลอดที่โรงพยาบาลเนื่องจากความสะดวกและความปลอดภัย ความนิยมคลอดกับโตะบีแดน้อยลงเนื่องจากโตะบีแดเป็นคนรุ่นใหม่ ขาดประสบการณ์ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “ฝากหมอต้าแย แต่วันนี้ไม่มีการคลอดกับหมอต้าแยแล้ว ส่วนคนที่ไม่เคยคลอด คลอดยาก จึงไปโรงพยาบาลระยะรัง” (รมล, ไทยมุสลิม)

๔. ใช้มัสยิดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมและจิตใจ เนื่องจากในพื้นที่ยังไม่มีเหตุการณ์ความรุนแรง การปฏิบัติกิจทางศาสนาในพื้นที่ยังคงดำเนินการได้เหมือนปกติ ชาวบ้านเล่าว่า “ผู้นำมีการบอกกล่าว ประกาศ ชี้แจงเรื่องต่างๆ ที่มัสยิด หากเราไม่ไปเราก็จะ 모르...” (ลต, ไทยมุสลิม)

๕. ปรับเปลี่ยนการเดินทางออกนอกพื้นที่ เพื่อความปลอดภัย แม้ว่าพื้นที่ไม่มีเหตุการณ์ความรุนแรง แต่เพื่อความปลอดภัยในชีวิต ชาวบ้านมีการปรับเปลี่ยนการเดินทางโดยเดินทางเป็นกลุ่ม เดินทางในเวลากลางวัน และขอช่วยหรือเหมารถเพื่อน แต่ในกรณีฉุกเฉิน เช่น เจ็บป่วย ปวดท้องคลอด มีความจำเป็นต้องออกเดินทางในเวลากลางคืน ก็ยังกล้าออกเดินทาง ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า “ก็ต้องบริหารเรื่องเวลา...อย่าเดินทางไปช่วงกลางคืน...ให้ไปช่วงเวลากลางวัน อาจจะไปหลังอิชอ...๒...๓...หุ้มก็ไม่ได้แล้ว แต่ถ้ามีความจำเป็นก็ต้องรอให้สว่าง...วันพรุ่งนี้ ถ้าเราจะไปพรุ่งนี้...เราก็ต้องเตรียมตัวก่อน...ต้องเจาะจงเวลา....ให้เป็นเวลา.....ปกติ..หลังมักริบ...หลังอิชอก็ไป...” (น,

ไทยมุสลิม) สำหรับแกนนำชุมชนที่ไปประชุมกับหน่วยงานภาครัฐ จะระมัดระวังความปลอดภัยในการเดินทางด้วยการไปหลายคน หรือเปลี่ยนคนอื่นไป ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลแล้วว่า “ถ้าตัวเองมีความจำเป็นต้องเดินทางไปพบกับคนอื่น ก็ให้มีคน ๒-๓ คน ตามหลัง ถ้าไม่จำเป็นก็ให้คนอื่นไปแทน หรือวันไหนรู้สึกไม่สบายใจ ก็จะทำให้คนอื่นไปแทน ย้ายเป้าหมาย” (ผช, ไทยมุสลิม)

๖. อสม. ช่วยงานบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน อสม. มีบทบาทในการให้บริการเชิงรุก เช่น การคัดกรอง การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การให้คำแนะนำ เนื่องจากเจ้าหน้าที่เดินทางเข้าพื้นที่ไม่สะดวกเหมือนในอดีต

เงื่อนไขที่ส่งผลต่อการจัดการสุขภาวะของชาวบ้าน

๑. ความไม่สะดวกและกลัวในการเดินทาง สถานการณ์ความไม่สงบทำให้ชาวบ้านทั้งสองชุมชนมีความกลัวในการเดินทาง การเดินทางจึงจำเป็นปรับวิธีการ โดยลดการเดินทาง นัดกันไปเป็นกลุ่ม และเดินทางในช่วงกลางวัน ระมัดระวังตัวเสมอขณะขับรถจักรยานยนต์ ชาวบ้านเล่าว่า “รายได้ลดลง เวลาเปลี่ยนไป เวลาที่ทำน้อยลง กรีดยางดี ๑ ดี ๓ มาตัดตอนเช้า แล้วรายได้ก็ไม่มี” (ถว.และ รย, ไทยพุทธ), “แต่ก่อนยังขายของแถวยะลา ตอนนี้ไม่ได้ไปขาย ไม่หาญไป หาไม่รถ” (พ, ไทยมุสลิม) และ “พอ ๕-๖ โมงเย็นก็ไม่ออกแล้ว ออกไปแค่ถึงป้อมยามที่มีตำรวจเท่านั้น” (ม, ไทยมุสลิม)

๒. เกิดการว่างงานและขาดรายได้ แม้ภาครัฐจะมีการส่งเสริมอาชีพในพื้นที่มากขึ้น แต่หลายโครงการยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของชาวบ้าน ชาวบ้านเล่าว่า “โครงการพนม ก็เลี้ยงกบ ปลัดอำเภอประจำตำบลเป็นเจ้าของ...

เขาให้มาก็รับ....เดี๋ยวนี้เงินไม่มีให้ลูก...ให้เปิดกินหมดเลย” (พยและถว, ไทยพุทธ)

๓. เกิดการสูญเสียของบุคคลที่เป็นแกนหลักในหมู่บ้าน ทำให้ผู้นำชุมชนและผู้นำที่ทำงานกับภาครัฐต้องระวังตัวเป็นพิเศษ เมื่อจะเดินทางต้องระวังตัวว่าคนปกติ ทำให้กระทบต่อวิถีชีวิตของคนอื่นในหมู่บ้านด้วย ชาวบ้านเล่าว่า “ตั้งแต่...โดนยิง ชาวบ้านขาดอาชีพ ไม่มีอาชีพเสริม เมื่อก่อนผลผลิตในสวนก็มีออกสู่ตลาดประจำ มะนาวที่ขายอยู่ในตลาดยะรังไปจากตำบลคลองใหม่” (ถว, ไทยพุทธ)

๔. การทำลายความสัมพันธ์ที่ดีของวิถีชีวิตชาวไทยพุทธกับมุสลิมในอดีต ในอดีตชาวไทยพุทธและไทยมุสลิมไปมาหาสู่เสมอช่วยเหลืองานประเพณีกันและกัน มีการลงแขกทำนา ไปร่วมงานแต่งงาน หาทุนสร้างมัสยิดและโรงเรียนตาดีกา การเดินทางไปทำมาหากินต่างหมู่บ้านได้ตามสะดวก ชาวบ้านเล่าว่า “เวลามีงานแต่งงาน จัดกิจกรรมขึ้นบ้านใหม่ เราก็จะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มก็ได้ เป็นตัวแทนก็ได้ไปช่วย ถ้าเป็นงานของอิสลาม ไทยพุทธก็รวมตัวกันส่งตัวแทนไปช่วย แต่เวลางานของคนไทยพุทธ คนมุสลิมมา ก็ต้องจัดเตรียมอาหารที่เฉพาะมุสลิมกินได้ไว้ มีแม่ครัวต่างหากของมุสลิม เวลาเป็นไทยพุทธไปช่วยมุสลิมก็กินได้ทุกอย่าง” (ถว, ไทยพุทธ) และ “แต่ก่อนเป็นเพื่อนกันหมด...แต่งงานก็ไป...แต่ก่อน..ไป...ก็ดีขึ้นทั้งนั้น” (พย, ไทยพุทธ)

๕. เจ้าหน้าที่เข้าไปปฏิบัติงานเชิงรุกในพื้นที่ได้น้อย ส่งผลให้ชาวบ้านไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉพาะเมื่อเกิดโรคระบาดหรือโรคที่ไม่เคยเกิดขึ้นในชุมชน

๖. ศาสนสถานเป็นศูนย์รวมกิจกรรมและการสื่อสารในชุมชน ในชุมชนไทยพุทธวัดเป็นศูนย์รวม กิจกรรมต่าง ๆ ภายหลังเกิด

เหตุการณ์ความไม่สงบชาวบ้านมักมาพบปะทำกิจกรรมที่วัดอย่างสม่ำเสมอ เพราะได้มาฟังเทศน์ ออกกำลังกาย และพูดคุยกับคนอื่น ๆ ส่วนชุมชนไทยมุสลิมมัวยึดยังคงเป็นศูนย์รวมจิตใจเหมือนในอดีต

๗. เกิดการรวมกลุ่มช่วยเหลือและดูแลกันและกันมากขึ้น การรวมกลุ่มของชาวบ้านทำให้ชาวบ้าน สามารถพึ่งพาช่วยเหลือดูแลสุขภาพกันและกันได้มากขึ้น และทำให้ชาวบ้านรู้สึกปลอดภัยจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

๘. ทหารยังเป็นที่พึ่งทางใจในชุมชนไทยพุทธ ชาวบ้านไทยพุทธยังมีความต้องการให้มีทหารอยู่ในหมู่บ้านเพื่อความอุ่นใจ และขอความช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินเวลากลางคืน และขอยาเล็กๆ น้อยๆ เมื่อจำเป็น ชาวบ้านเล่าว่า “ทหารบริการจ่ายยา รักษาพยาบาล.... มีคนมาเอากันเยอะ....ก็ไม่กล้าไปอนามัย ส่วนมากมาขอยากัน” (บพ, ไทยพุทธ) และ “กรณีถ้าเจ็บป่วยในช่วงเวลากลางคืน ชาวบ้านต้องอดทนหรือต้องรอให้สว่างก่อน หรือให้ฟ้าสว่าง หากกรณีที่ฉุกเฉินจริงๆ แล้ว ถึงจะขอช่วยหน่วยทหารให้ความช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยนำส่ง” (ถว, ไทยพุทธ)

๙. ชาวบ้านเข้าไปไม่ถึงข่าวสารนโยบายของภาครัฐ ชาวบ้านในพื้นที่เข้าไปไม่ถึงข้อมูลข่าวสาร นโยบาย ทั้งนโยบาย EMS และการเยียวยา สถานีอนามัยเพิ่งได้รับรถส่งต่อ EMS เมื่อเดือน กันยายน ๒๕๕๒

ข้อเสนอแนะ ควรให้การสนับสนุนภาคประชาชนให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมเวทีการเรียนรู้ในชุมชน สร้างความเข้าใจที่ดีในชุมชนให้ผู้นำศาสนามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฐมนิเทศ ควรสร้างเครือข่ายการทำงานแบบบูรณาการกับบุคคล

หรือหน่วยงานอื่น ควรมีการวิจัยประเมินผลการเยียวยาที่มีอยู่ในปัจจุบัน วิจัยเพื่อการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความไม่สงบ และวิจัยเพื่อการพัฒนาการศึกษาให้กับเยาวชนมุสลิม

วิจารณ์

ประชาชนทั้งในชุมชนไทยพุทธและไทยมุสลิม มีการจัดการสุขภาพด้วยการพึ่งพาตนเองก่อน เช่น เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะหาซื้อยารับประทานเอง หรือดูแลตนเองตามความเชื่อ การดูแลสุขภาพเกินความสามารถ มีอาการป่วยหนัก หรือมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น การปวดท้องคลอด คนในชุมชนก็จะไปพึ่งพาระบบบริการการแพทย์ คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ใกล้บ้านที่ไม่ต้องเสี่ยงต่ออันตรายในขณะเดินทางไปรับบริการ โดยการเดินทางจะเหมาะสมเพื่อนบ้านไปและถ้าไม่จำเป็นจะไม่เดินทางตอนกลางคืน เนื่องจากเป็นเวลาที่เสี่ยงต่ออันตราย และหากจำเป็นต้องเดินทางในเวลากลางคืนคนในชุมชนไทยพุทธจะใช้รถกันกระสุนของทหารในการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในการรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำเดือน มกราคม ๒๕๕๐-ธันวาคม ๒๕๕๑ ที่พบว่า สถานที่เกิดเหตุความไม่สงบส่วนใหญ่เกิดบนถนนหรือทางหลวง ร้อยละ ๕๙.๘๐ และจากการระมัดระวังไม่เดินทางตอนกลางคืน มีผลให้เหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในช่วงกลางคืนมีน้อย

ความยากลำบากในการเดินทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนไทยพุทธมีผลให้เกิดการรวมกลุ่มกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ เช่น เกิดกลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดอกไม้หลากหลายกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กองทุนหญิงหม้าย และ

การเยียวยาผู้พิการ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของภาคประชาชนที่มีต่อภาครัฐในการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ เช่น การเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคประชาชน ประชาสังคม และองค์กรภาครัฐในการเยียวยา เสริมสร้างสันติภาพ และให้ความช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรมแก่ผู้ได้รับผลกระทบ ส่งเสริมให้มีกองทุนสำหรับการประกอบอาชีพ การออมและสร้างสวัสดิการให้แก่ผู้หญิงในครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบ เป็นต้น (ข้อเสนอของภาคประชาชนเพื่อให้ภาครัฐดำเนินการในเวทีประชุมของคณะกรรมการนโยบายและอำนาจการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ เมื่อวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๒)

เงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพพบว่ามีความเกี่ยวข้องกัน กล่าวคือ จากสถานการณ์ความไม่สงบทำให้การเดินทางเข้าออกพื้นที่ไม่สะดวก เนื่องจากความไม่ปลอดภัยในชีวิต การเสียชีวิตคนในครอบครัว และแกนนำชุมชน ส่งผลให้การประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ทำได้ได้น้อยลง และเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ และเมื่อพิจารณาจะพบว่าการขาดรายได้มีผลให้เกิดการว่างงาน อีกทั้งเด็กเยาวชนไม่ได้รับการศึกษาอันนำไปสู่ปัญหายาเสพติดและอื่นๆ ได้ตามมา จากปัญหาที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันนี้ย่อมส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางกาย เนื่องจากขาดปัจจัยสี่ในการดำเนินชีวิต มีความเครียดในจิตใจและมีผลให้เกิดสังคมที่ขาดความปลอดภัย และสอดคล้องกับงานวิจัยการศึกษา^{๑, ๒, ๕} ที่สำรวจข้อมูลความเครียดในกลุ่มผู้สูญเสียคนในครอบครัวจากเหตุการณ์ความไม่สงบนับได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต และมีผลกระทบต่อหญิงหม้ายอย่างมาก นอกจากนี้การเป็นญาติสายตรงกับผู้เสียชีวิตซึ่งจากลักษณะสัมพันธ์ภาพดังกล่าว หากผู้ที่

เสียชีวิตมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันกันมาก ผลกระทบทางจิตใจต่อผู้สูญเสียก็จะมาก และนักวิจัยให้เหตุผลว่า เนื่องจากสังคมไทยมักยกย่องสามีให้เป็นผู้นำครอบครัว และไม่ได้เตรียมพร้อมมาก่อน จำเป็นต้องรับผิดชอบเป็นผู้นำครอบครัว การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ผู้นำครอบครัวจึงไม่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ สถานการณ์ความไม่สงบส่งผลให้ความสัมพันธ์ของคนต่างหมู่บ้านเห็นห่าง เนื่องจากขาดการไปมาหาสู่กัน แต่ทั้งสองชุมชนยังมีศาสนสถานเป็นศูนย์รวมกิจกรรมและการสื่อสารด้านสุขภาพ และในชุมชนไทยพุทธที่มีผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบพบว่า ทหารที่ประจำการอยู่ในพื้นที่เป็นที่พึ่งของคนในชุมชนทุกเรื่อง และประชาชนต้องปรับตัวที่จะพึ่งพาตนเองมากขึ้น เห็นได้จากการรวมกลุ่มเพื่อดูแลสุขภาพการจัดตั้ง ศสมช. เนื่องจากบริการเชิงรุกของการบริการสาธารณสุขมีน้อยลง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความต้องการพัฒนาศักยภาพทั้งความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ข้อยุติ

การจัดการสุขภาพของประชาชนในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชนในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประชาชนทั้งในชุมชนไทยพุทธและไทยมุสลิมยังคงมีการจัดการสุขภาพด้วยการพึ่งพาตนเองก่อน แต่เมื่อการดูแลสุขภาพเกินความสามารถมีอาการป่วยหนัก หรือมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน คนในชุมชนก็จะไปพึ่งพาระบบบริการการแพทย์คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ใกล้บ้านที่ไม่ต้องเสี่ยงต่ออันตรายในขณะเดินทางไปรับบริการ โดยการเดินทางจะเหมาะสมเพื่อนบ้านไป และถ้าไม่จำเป็นจะไม่เดินทางตอนกลางคืน

เนื่องจากเป็นเวลาที่เสี่ยงต่ออันตราย และหากจำเป็นต้องเดินทางในเวลากลางคืนคนในชุมชนไทยพุทธจะใช้รถกันกระสุนของทหารในการเดินทาง และเงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ การเดินทางเข้าออกพื้นที่ไม่สะดวก เนื่องจากความไม่ปลอดภัยในชีวิต การสูญเสียคนในครอบครัว และแกนนำชุมชน ส่งผลให้การประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ทำได้น้อยลง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อ.อรสา กนกวงศ์ ผศ.ดร.สุกัญญา โลจนากิวัฒน์ ผศ.ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย และ นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ขอขอบคุณหัวหน้าสถานีอนามัยตำบลคลองใหม่ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานในระดับพื้นที่ สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ที่ได้สนับสนุนให้ทีมวิจัยได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขผู้สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

๑. พรทิพย์ พันธน์รา. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิงหม้ายที่สามีเสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้: กรณีศึกษาหญิงหม้ายที่อยู่ในศูนย์รอตันบาตู จังหวัด

นราธิวาส.(พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ สงขลา : มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ; ๒๕๔๘.

๒. มารีนี สแลม. ปัญหาจิตใจและการดูแลตนเองด้านจิตใจในผู้สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบภาคใต้ : กรณีศึกษาอำเภอเกาะป้อ จังหวัดปัตตานี.(พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ สงขลา : มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ; ๒๕๕๐.
๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. รายงานสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๐; ๒๕๕๐.
๔. อมร รอดคล้าย และคณะ. การจัดระบบบริการในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ๒๕๔๘.
๕. อรุณทัย พูลเทพ. การปรับตัวของหญิงหม้ายที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมในกิจกรรมชมรมหญิงหม้าย. (พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ๒๕๕๑.

**สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐ
ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้**

**The Situation and Correlation Factors on Health Care Provision of Government under The
Violence Crisis in Southern Thai Border Provinces**

ปาริฉัตร อุทัยพันธ์* ชัยณรงค์ ชูทอง* อัญชลี พงศ์เกษตร* ขวัญจิต พงศ์รัตนมาน*
และสุทน มานะสุวรรณ*

บทคัดย่อ:

สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขทุกระดับของสถานบริการ เป็นผู้บริหาร ๒๕๔ คน ผู้ปฏิบัติ ๑,๕๑๘ คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม - ธันวาคม ๒๕๕๑ โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าความเชื่อมั่น .๘๔ และใช้การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์เนื้อหาแบบสอบถามได้คืน ร้อยละ ๖๘.๓ ผลการศึกษาพบว่า การให้บริการสุขภาพในสถานบริการสามารถปฏิบัติได้มากทั้งด้านการส่งเสริมและการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน แต่การบริการเชิงรุกในพื้นที่ปฏิบัติได้น้อยในทุกด้าน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการ คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ โครงสร้างและนโยบาย ระบบการทำงานเครือข่าย และ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ข้อเสนอแนะการจัดบริการสุขภาพที่สำคัญ คือการสนับสนุนค่าตอบแทนการปฏิบัติงานที่เป็นธรรม การกระจายทรัพยากรบุคคลและงบประมาณที่เหมาะสม จัดสรรบุคลากรขาดแคลน เช่น แพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกให้เพียงพอ ควรสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพกับองค์กรส่วนท้องถิ่น กระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น และพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต้นแบบ

คำสำคัญ: การจัดบริการสุขภาพภาครัฐ สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้

Abstract:

The continuity of southern provinces unrest affects the health services. This study is a quantitative research aims to study the circumstances and factors related to public health care service in the southern border provinces. The samples were health care professionals from all levels of health services including 254 health executives and 1,548 health personnels. Data collecting was performed in the period of May – December 2008 using focus group discussion and questionnaire validated for content validity by experts .

The questionnaire's reliability was .84. Percent, mean, standard deviation, correlation coefficient and content analysis were used in data analysis. The questionnaire's return rate was 68.3%. This study was found that in office health care service (health promotion or health care service according to the community way and context) was highly rated. However the proactive services in the area were low in every means. The factors which related to health service were budget management, structure and policies, network system, emergency service system and referral system. Suggestions for health service in this area were continuing incentive fee for the health personnels in the area but should be reviewed for the justice in each professions. The human resource and the budget should be appropriately distributed, especially the allocation of physicians and clinical psychologists. The network of local healthcare organization should be established. The communities participation should be encouraged and a prototype of health volunteers network should be developed.

Keyword: health care provision of government, the violence crisis in southern Thai border provinces

* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

แหล่งทุนสนับสนุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ภูมิหลังและเหตุผล

สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๔๗ จนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในและนอกสถานบริการพบว่า มีปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น แม้จำนวนผู้ป่วยคงเดิมแต่มีอาการรุนแรง บุคลากรสาธารณสุขเกิดความวิตกกังวล และการโยกย้ายของบุคลากรบางสายวิชาชีพ^(๖) นอกจากนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้ยังเป็นปัญหาเนื่องจากการบริการในเชิงรุกเข้าถึงครอบครัวและชุมชนไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่กำหนด ขาดระบบการดูแลทางด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง รวมทั้งระบบการบริการภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อยังด้อยประสิทธิภาพ สำหรับปัจจัยนำเข้าที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐประกอบด้วย

การบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินการคลังสุขภาพ^(๔) ปัจจัยดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับการจัดระดับของการบริการสุขภาพของภาครัฐ ประเทศไทยแบ่งระดับของบริการสุขภาพไว้ ๓ ระดับ คือ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐทุกระดับมีภารกิจหลักตามมาตรฐานการบริการของสถานบริการสาธารณสุข ๔ ด้าน คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ^(๕) ซึ่งแต่ละระดับจะมีขอบเขตความรับผิดชอบงานในภารกิจหลักแตกต่างกัน และทำงานประสานเชื่อมโยงกันด้วยระบบการส่งต่อเพื่อให้การใช้ทรัพยากรของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสามารถให้บริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั้งด้าน

กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสอดคล้องกับบริบท และสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่ จากภูมิหลังและเหตุผลข้างต้น ทำให้ทีมผู้วิจัยทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยศึกษาสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพใน ๗ มิติ ดังนี้ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรักษาพยาบาล การเฝ้าระวังทางร่างกายและจิตใจ การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน และศึกษาปัจจัยนำเข้า ๓ ด้านที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการสุขภาพ ดังนี้ ด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย โครงสร้างและนโยบาย ระบบการรักษาความปลอดภัย ระบบการทำงาน เครือข่าย และ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ด้านทรัพยากรสาธารณสุข ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ ด้านการเงิน ประกอบด้วย งบประมาณที่ได้รับจัดสรร และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ คือ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ ๔ อำเภอ ในจังหวัดสงขลา (เทพา จะนะ นาทวี และสะบ้าย้อย) จำนวน ๓,๖๙๙ คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการแบ่งสัดส่วนตามจังหวัด และทำการสุ่มอย่างง่าย ประกอบด้วยผู้บริหาร ๒๕๔ คน และ ผู้ปฏิบัติ ๑, ๕๑๘ คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความ

ตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าความเชื่อมั่น .๘๔ และใช้การสนทนากลุ่มบุคลากรสาธารณสุขจากสาขาวิชาชีพ จำนวน ๙ คน ๑ ครั้ง เก็บข้อมูลระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง ธันวาคม ๒๕๕๑ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ร้อยละ ๙๒.๒ พักอาศัยที่พักของตนเอง ร้อยละ ๗๐.๓ ลักษณะของการเกิดสถานการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน คือ ยิง ร้อยละ ๔๑.๓ พยาบาลระดับผู้บริหาร มีอายุเฉลี่ยสูงสุด คือ ๔๑.๘ ปี และ เจ้าพนักงานผู้ปฏิบัติการ มีอายุเฉลี่ยต่ำสุด คือ ๒๘.๖ ปี ระดับผู้บริหารและระดับผู้ปฏิบัติการใน ๓ วิชาชีพแรกที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ดังนี้ ระดับผู้บริหาร ๗๑,๖๖๗ ๕๒,๗๗๐ และ ๔๔,๖๖๗ บาท และระดับผู้ปฏิบัติการ ๖๓,๓๑๐ ๕๗,๔๕๒ และ ๓๗,๓๐๘ บาท ตามลำดับ สำหรับ เจ้าพนักงานมีรายได้เฉลี่ยต่ำสุด คือ ๑๑,๘๐๓ บาท

สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

พบว่าการจัดบริการสุขภาพที่สามารถปฏิบัติงานได้มาก คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ และด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน สำหรับการจัดบริการสุขภาพในด้านป้องกันและควบคุมโรค ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านรักษาพยาบาล ด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และด้านการเฝ้าระวังทางร่างกายและจิตใจ สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ดังตาราง ๑

ตารางที่ ๑

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การทำงานเชิงรุกทำได้น้อยลง เนื่องจากลงพื้นที่ไม่ได้ จึงต้องมีการวางแผนและสร้างเครือข่ายในชุมชน ดังคำกล่าว

“การทำงานเชิงรุกที่ด้อยประสิทธิภาพ เช่น การเยี่ยมหลังคลอด เมื่อเกิดเหตุการณ์ก็ไม่สามารถออกได้ ต้องปรับเปลี่ยนเป็นการใช้โทรศัพท์ติดตาม ให้ อสม. ช่วยดูให้แทน” (นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติงาน ณ สถานีอนามัย)

“ศักยภาพในการทำงานน้อยลง ไม่สามารถออกรับผู้ป่วยที่เกิดเหตุได้ ทางจังหวัดเองก็ปรับโดยการจัดให้มีเครือข่ายมอไซค์มาส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาล” (เจ้าพนักงานสาธารณสุข ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลชุมชน)

“ที่ สอ. เน้นการส่งเสริมสุขภาพ สร้างมากกว่าซ่อม การสร้างศักยภาพ อสม. ให้ถูกต้อง...การทำงานเชิงรุก ออกชุมชนบางครั้งก็ต้องออกเอง แต่ก่อนออกควรมีการวางแผน...” (นักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติงาน ณ สถานีอนามัย)

ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับการจัดบริการสุขภาพ

กรณีพิจารณาในภาพรวมของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ พบว่าปัจจัยทั้ง ๓ ด้าน ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยทั้ง ๘ เรื่อง ดังนี้

๑) โครงสร้างและนโยบาย ๒) ระบบการรักษาความปลอดภัย ๓) ระบบการทำงานเครือข่าย ๔) ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ๕) บุคลากรสาธารณสุข ๖) ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ๗) งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร และ ๘) การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในมิติต่าง ๆ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๐๑ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพระดับปานกลางในหลายมิติ คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ โครงสร้างและนโยบาย ระบบการทำงานเครือข่าย และ ระบบการบริการฉุกเฉิน และการส่งต่อ

ตารางที่ ๒

กรณีจำแนกตามระดับของสถานบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ มีความเห็นสอดคล้องกัน คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และโครงสร้างและนโยบาย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพ ในขณะที่ระดับตติยภูมิมีความเห็นว่าปัจจัยด้านระบบการทำงานเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพ และระดับผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุข มีความเห็นว่าปัจจัยด้านโครงสร้างและนโยบาย ระบบการทำงานเครือข่าย และระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ มีความสัมพันธ์ระดับมากกับการจัดบริการสุขภาพ สำหรับระดับผู้ปฏิบัติ มีความเห็นว่าปัจจัยด้านการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพ

ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพ คือ การสนับสนุนค่าตอบแทนในแต่ละวิชาชีพมีความแตกต่างกันมาก ภาครัฐควรมีนโยบายสนับสนุนค่าตอบแทนการปฏิบัติงานต่อไปแต่ให้ทบทุนในแต่ละวิชาชีพให้มีความยุติธรรม ควรมีการกระจายทรัพยากรบุคคล และงบประมาณที่เหมาะสม จัดสรรบุคลากรขาดแคลน เช่น แพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกให้เพียงพอ และ

การให้บริการเชิงรุกไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่ ขาดแคลนเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ปัญหาการสื่อสารในชุมชน และการใช้ภาษาถิ่น ดังนั้นควรสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพกับองค์กรส่วนท้องถิ่น กระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น และพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต้นแบบ ดังคำกล่าว

“...การมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ญาติ ในสถานการณ์แบบนี้ การพึ่งพาเจ้าหน้าที่อย่างเดียวไม่เพียงพอ การใช้กลยุทธ์ที่สอดคล้องกับชุมชน จึงเป็นทางออกที่ดี...และให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งมีการเตรียมบุคลากรเพื่อรองรับการทำงานในพื้นที่พิเศษ” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน)

วิจารณ์

การจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

ด้านส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมเห็นว่าสามารถปฏิบัติงานได้มาก สอดคล้องกับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่เข้าร่วมประชุมกลุ่ม ที่กล่าวไว้ว่า “ที่สถานื่อนามัยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ สร้างมากกว่าซ่อม ที่สถานื่อนามัยมีเหตุการณ์ตลอด แต่ก็ยังออกชุมชนได้ หากมีการวางแผนที่ดี” สำหรับกิจกรรมการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง อาจเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นทำให้ขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ และ ผู้ปฏิบัติงาน ณ ปัจจุบัน ก็ไม่สามารถออกเยี่ยมเยียนประชาชนได้บ่อยเหมือนในอดีต จึงมีการปรับกิจกรรมตั้งรับในสถานบริการแทน^(๖) สำหรับบริการตามบริบทและวิถีชุมชน สามารถปฏิบัติงานได้มาก อาจเนื่องจากปัจจุบันบุคลากรสาธารณสุข

เริ่มให้ความสำคัญในการนำบริบทและวิถีชุมชนมาบูรณาการกับการจัดบริการสุขภาพ เช่น การดูแลครรภ์และการทำคลอด ทั้งในส่วนที่ภาครัฐจัดบริการ และการใช้วิถีชุมชนในพิธีกรรมต่างๆ เช่น การทำพิธีแนง การแต่งท้องในขณะตั้งครรภ์ การบีบนิ้วหลังคลอด การอยู่ไฟ ถึงแม้ปัจจุบันการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขมากขึ้น แต่ความต้องการของบางพื้นที่ก็ยังต้องการผดุงครรภ์โบราณในการบีบนิ้วหลังคลอด^(๗) ดังนั้นถ้าภาครัฐให้การส่งเสริมสุขภาพหลังคลอดที่ผสมผสานการแพทย์แผนไทย แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่นจะทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนมากขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

ปัจจัยการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพในหลายมิติ อาจเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เห็นว่าการจัดการจัดบริการสุขภาพส่วนใหญ่ต้องใช้งบประมาณสนับสนุนดังนั้นการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับให้เกิดประโยชน์สูงสุดและครอบคลุมในทุกกิจกรรมจะทำให้กิจกรรมดังกล่าวเกิดความคุ้มค่า สำหรับปัจจัยระบบการทำงานเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพในสถานบริการทุกระดับ โดยเฉพาะระดับตติยภูมิระบบการทำงานเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพในทุกมิติและมีความสัมพันธ์ในระดับมาก ด้วยสถานบริการระดับตติยภูมิมีการจัดบริการสุขภาพที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเป็นแหล่งรวมบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญ มียา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และมีศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์เพื่ออำนวยความสะดวกในสถานการณ์ฉุกเฉิน ต้องประสานความร่วมมือกับ

หลายภาคส่วน เพื่อจัดบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุด สำหรับปัจจัยเรื่องโครงสร้างและนโยบายมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพ ด้วยบุคลากรในพื้นที่ที่มีความเห็นว่ นโยบายการเสริมขวัญกำลังใจด้วยค่าตอบแทน การปฏิบัติงาน การกระจายกำลังคนในพื้นที่ และการจัดโครงสร้างขององค์กรให้สะดวกต่อการปฏิบัติงาน เป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญสนับสนุนให้การจัดบริการสุขภาพหลายมิติสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนปัจจัยเรื่องระบบความปลอดภัย จะเห็นว่มีความสัมพันธ์กับมิติการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และมิติการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ เนื่องด้วย การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อเป้าหมายสำคัญต้องคำนึงถึงความรวดเร็ว ถูกต้อง และ ปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและตนเอง ซึ่งต้องอาศัยการประเมินทั้งภาวะคุกคามชีวิต การบาดเจ็บเพิ่ม และสถานการณ์ในพื้นที่เกิดเหตุ เพื่อสามารถบริการ ณ จุดเกิดเหตุให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และในมิติการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ พบว่าลักษณะการเยียวยาได้มีการดำเนินงานโดยคณะกรรมการนโยบายและอำนวยการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กยต.) ซึ่งมีการเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ มีการช่วยเหลือทั้งเงินสดเชยและสิ่งของ มีนักจิตวิทยาในการเยียวยาด้านจิตใจในขณะที่เกิดเหตุการณ์ และมีกิจกรรมการเยี่ยมครอบครัว ทีมเยี่ยมต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการเยี่ยมต้องมีการประเมินความปลอดภัยในการลงพื้นที่โดยเฉพาะพื้นที่สีแดงเปลี่ยนจากที่บ้าน เป็นที่สถานื่อนามัยใกล้บ้าน หรือมัสยิดใกล้บ้าน^(๑)

ข้อยุติ

การจัดบริการสุขภาพของภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในทุกมิติ ยังคงสามารถปฏิบัติงานได้ด้วยการวางแผนงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรม ซึ่งมีปัจจัยสำคัญที่เป็นกลไกการขับเคลื่อน คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ โครงสร้างและนโยบาย ระบบการทำงานเครือข่าย และ ระบบการบริการฉุกเฉิน และการส่งต่อ ซึ่งภาครัฐควรมีการประเมินหรือ ทบทวนนโยบายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะนโยบายในการสร้างเสริมขวัญกำลังใจแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ การบริหารงบประมาณที่ได้รับ และควรมีกลไกการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพในชุมชน

ตารางที่ ๑ แสดงค่าเฉลี่ยสูงสุด และต่ำสุดความสามารถปฏิบัติงานในการจัดบริการสุขภาพแต่ละมิติ

การจัดบริการสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ปฏิบัติงานได้
ด้านส่งเสริมสุขภาพ	๓.๖๒	.๘๐	มาก
๑. การบริการดูแลหญิงมีครรภ์ตามระยะเวลาที่กำหนด	๓.๗๗	.๘๗	มาก
๒. การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	๓.๒๔	๑.๐๑	ปานกลาง
ด้านป้องกันและควบคุมโรค	๓.๔๗	.๗๙	ปานกลาง
๓. การให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคจากสาเหตุต่างๆ	๓.๕๖	.๘๓	มาก
๔. การบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	๓.๓๗	๑.๐๐	ปานกลาง
ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย	๓.๒๗	.๘๗	ปานกลาง
๕. การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรังในการดำรงชีพ	๓.๓๖	.๘๘	ปานกลาง
๖. การเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพผู้พิการอย่างต่อเนื่อง	๓.๑๘	.๙๘	ปานกลาง
ด้านรักษาพยาบาล	๓.๓๙	.๗๐	ปานกลาง
๗. ให้บริการผู้ป่วยได้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ	๓.๖๙	.๙๓	มาก
๘. ให้บริการผู้พิการที่บ้านอย่างต่อเนื่อง	๓.๑๑	.๙๗	ปานกลาง
การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	๓.๓๗	.๘๐	ปานกลาง
๙. ความรวดเร็วของการส่งต่อผู้ป่วย	๓.๔๗	.๘๘	ปานกลาง
๑๐. การส่งต่อกลับผู้ป่วยไปสถานบริการเดิม	๓.๑๓	.๘๖	ปานกลาง
การเฝ้าระวังทั้งร่างกายและจิตใจ	๓.๔๑	.๘๕	ปานกลาง
๑๑. การให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพของสถานบริการ	๓.๔๕	.๙๒	ปานกลาง
๑๒. ความต่อเนื่องในการเฝ้าระวัง	๓.๓๗	.๙๔	ปานกลาง
การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน	๓.๕๔	.๗๗	มาก
๑๓. การบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงหลักศาสนา	๓.๗๔	.๘๖	มาก
๑๔. การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดที่ผสมผสานการแพทย์แผนไทย แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การอยู่ไฟ นวดเต้านม ประคบสมุนไพร	๓.๓๑	๑.๐๑	ปานกลาง

ตารางที่ ๒ แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับการจัดบริการสุขภาพ (ภาพรวม)

การ จัดบริการ สุขภาพ	ปัจจัย							
	A๑	A๒	A๓	A๔	A๕	A๖	A๗	A๘
B๑	.๒๙๑	.๒๕๘	.๒๗๖	.๒๕๔	.๒๗๗	.๒๓๕	.๒๒๙	.๓๓๔
B๒	.๓๐๒	.๒๔๘	.๒๗๖	.๒๓๑	.๒๓๕	.๒๐๐	.๑๘๙	.๓๓๒
B๓	.๓๑๕	.๒๘๒	.๓๓๖	.๒๗๕	.๒๕๖	.๒๓๖	.๒๒๕	.๓๑๕
B๔	.๓๑๕	.๒๙๗	.๓๑๒	.๓๒๕	.๒๙๒	.๒๗๑	.๒๒๒	.๓๓๑
B๕	.๓๓๑	.๓๕๗	.๓๑๖	.๓๘๔	.๓๒๐	.๓๘๐	.๓๐๓	.๒๘๖
B๖	.๓๗๗	.๓๑๖	.๓๑๔	.๓๑๓	.๒๗๘	.๓๒๖	.๒๙๒	.๓๙๕
B๗	.๓๐๓	.๒๖๒	.๓๒๑	.๒๙๕	.๒๒๖	.๒๖๔	.๒๕๖	.๓๒๕

$P < .๐๐๑$ A๑ โครงสร้างและนโยบาย A๒ ระบบการรักษาความปลอดภัย A๓ ระบบการทำงาน
เครือข่าย A๔ การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ A๕ บุคลากรสาธารณสุข A๖ ยา/เวชภัณฑ์และ
เทคโนโลยีทางการแพทย์ A๗ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร A๘ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
B๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ B๒ ด้านป้องกันและควบคุมโรค B๓ ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย
B๔ ด้านรักษาพยาบาล B๕ การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ B๖ การเฝ้าระวังทางร่างกายและจิตใจ
B๗ การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณ นายแพทย์อมร รอดคล้าย
นายแพทย์รอร่ารี ปัตยะบุตร และผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรุณา
ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง ผู้ช่วย
ศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา โลจนาภิวัฒน์ และ
นายแพทย์วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย ที่กรุณาให้
คำแนะนำการวิจัย นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์
สุกิจ อาจารย์อรสา กนกวงศ์ ที่ปรึกษา
โครงการวิจัย และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

๑. จงกรม ทองจันทร์. การประเมิน
โครงการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังฟื้นฟูสุขภาพจิต
ประจำโรงพยาบาลจังหวัดชายแดนใต้.โครงการ
การดูแลเฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจจาก
สถานการณ์ความไม่สงบใน ๔ จังหวัดชายแดน
ใต้.กรมสุขภาพจิต.กระทรวงสาธารณสุข;
๒๕๕๑.

๒. จิตติมา อรุณรัตน์. จิตอาสา เพื่อ
การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้าน ภายใต้

สถานการณ์สี่เลือด. [online]. ๒๕๕๒. [๑๘
มีนาคม ๒๕๕๒]; Available from: URL:
<http://gotoknow.org/blog/jittimaa/152292>

๓. ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ.
บรรณาธิการ. การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่
สอดคล้องกับวิถีมุสลิม.สถาบันวิจัยระบบ
สุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;
๒๕๕๑. หน้า ๓๖-๗.

๔. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ. ระบบ
บริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ :
ปัญหาและข้อเสนอในภาพรวม. สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๙.

๕. อนันต์ ถันทอง. อ้างถึงใน (ประมวล
ชุดวิชาการสาธารณสุข ๑. มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช; ๒๕๓๒ หน้า ๑๐๑-๒). ๒๕๔๒.

๖. อมร รอดคล้าย และคณะ. การ
จัดระบบบริการในภาวะวิกฤติ ๓ จังหวัด
ชายแดนใต้.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ๒๕๔๘.

**การสังเคราะห์องค์ความรู้
ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้**

**Synthesis of Health System Knowledge
under the Violence Crisis in Southern Thai Border Provinces**

ร่ำภาภรณ์ หอมตึบ* เสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล** กิตติชัย บุญศรี**

บทคัดย่อ

สถานการณ์ความไม่สงบส่งผลต่อระบบสุขภาพในพื้นที่ ทำให้มีการศึกษาและพัฒนาโครงการ แต่ขาดการสังเคราะห์และนำมาใช้ประโยชน์ การศึกษานี้เพื่อสังเคราะห์ข้อค้นพบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การจัดการสุขภาพภาคประชาชน การบริการสุขภาพภาครัฐ และข้อเสนอแนะจากงานวิจัย ๑๐๓ เรื่อง โครงการ ๑๐ โครงการ ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๗-๒๕๕๑ โดยใช้การสังเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่า หญิงหม้าย และผู้สูญเสียมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและสังคมอยู่ในระดับสูง มีการเผชิญปัญหาโดยใช้หลักศาสนาเป็นที่พึ่ง แต่ไม่สามารถปรับตัวในบทบาทผู้นำครอบครัวได้ ประชาชนมีความเครียดเล็กน้อยถึงปกติ การจัดการความเครียดใช้วิธีคิดเชิงบวก พูดคุยกับคนในครอบครัว ยึดหลักศาสนาเป็นที่พึ่ง กลุ่มวัยรุ่นที่ครอบครัวได้รับผลกระทบจะมีปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรมก้าวร้าว ใช้กิจกรรมอื่นๆ เพื่อผ่อนคลาย ความเครียด การบริการสุขภาพภาครัฐ ทั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ และการเยียวยา มีความชัดเจน แต่บุคลากรไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน การประชาสัมพันธ์โครงการไม่ครอบคลุมทำให้ ประชาชนเข้าถึงบริการได้น้อย ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยและโครงการที่สังเคราะห์เสนอให้มีการนำ ผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติ และการศึกษาเชิงลึกหรือวิจัยในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัย พื้นฐาน ข้อเสนอจากการวิจัยครั้งนี้ควรวิจัยเชิงพัฒนาและวิจัยประเมินผล เพื่อแก้ปัญหาทั้งการจัดการ สุขภาพภาคประชาชนและการบริการสุขภาพภาครัฐ ควรมีการศึกษาในทุกกลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข เยาวชน ผู้พิการ และจัดทำฐานข้อมูลเพื่อเป็นการต่อยอดองค์ความรู้

คำสำคัญ การสังเคราะห์องค์ความรู้ ระบบสุขภาพ สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

* โรงพยาบาลหาดใหญ่ **โรงพยาบาลปัตตานี
แหล่งทุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Abstract:

Unrest affecting the health system in the area. Therefore, education and development. But the lack of synthesis and adoption benefits. This study was to synthesize the findings about the health status, public health sector management, public Health, and recommendations from research on 103 projects and 10 projects from the year 2547-2551. The synthesis of quality found that people with little stress to normal, stress management using positive thinking, talk to thier family. Religious principles is dependable. The young who are affected will have aggressive behavior. They relieved stress by doing other activities. Widow and loss of mental health and social problems was high. The problems faced by the doctrine but the inability of leadership roles in family. Public Health. System-wide emergency medical services and referral. And the remedy is clear, but people are unsure of work The program does not cover the public relations people have less access to services. Recommendations from the research project and present the application of research to practice. And in-depth study or research in other samples. Most research is basic research should develop research and evaluation research. To solve the health sector management and public health services public. Should be educated in all groups of health personnel disabled youth to prepare a database building knowledge.

Keywords: knowledge synthesis, health system unrest southern provinces

ภูมิหลังและเหตุผล

เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ตั้งแต่ มกราคม ๒๕๔๗ ถึง มกราคม ๒๕๕๓ รวมหกปี จากฐานข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (Deep South Watch) ซึ่งให้เห็ว่ามีเหตุการณ์ความไม่สงบรวม ๙,๔๔๖ ครั้งมีผู้เสียชีวิต ๔,๑๐๐ ราย บาดเจ็บ ๖,๕๐๙ ราย รวมเหยื่อของเหตุการณ์ความไม่สงบทั้งตายและบาดเจ็บเป็นจำนวน ๑๐,๖๐๙ ราย^๑ เหตุการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน เกิดการบั่นทอนสายสัมพันธ์และความไว้วางใจในสังคมพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งจะส่งผลทางสังคมในระยะยาว เป็นจุดวิกฤต ส่งผลทั้งในเรื่องของการดูแลสุขภาพ การแพทย์ การรักษาพยาบาลการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเองใน

ชุมชน สวัสดิการชุมชน การให้ความรู้กับบุตรหลาน การดูแลสุขภาพสงบสุขในชุมชน ตลอดจนการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชน^๒

จากการทบทวนฐานข้อมูลต่างๆ พบว่านักวิจัยและนักวิชาการสนใจศึกษาและให้ความสำคัญเรื่องปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความไม่สงบ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพได้องค์ความรู้ที่หลากหลายในพื้นที่ แต่ไม่พบว่ามี การสังเคราะห์องค์ความรู้เหล่านั้น ทำให้ยากต่อการนำไปใช้ประโยชน์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาองค์ความรู้ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อสังเคราะห์ข้อค้นพบ และข้อเสนอแนะจากงานวิจัย โครงการเกี่ยวกับระบบสุขภาพระหว่าง พ.ศ.๒๕๔๗-๒๕๕๑

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative synthesis) กลุ่มตัวอย่างเป็นวัสดุที่ศึกษาจากเอกสารงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑๐๓ เรื่องและโครงการ ๑๐ โครงการ สืบค้นข้อมูลจากห้องสมุดของมหาวิทยาลัยและสถาบันต่างๆ ๑๒ แหล่ง สืบค้นข้อมูลงานวิจัย วิทยานิพนธ์ทางอิเล็กทรอนิกส์ ๑๕ แหล่ง ข้อมูลจากเอกสารการประชุมวิชาการและวารสาร ๘ แหล่ง โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก คือ ทุกงานที่ดีพิมพ์และไม่ตีพิมพ์ ในปี พ.ศ.๒๕๔๗-๒๕๕๑ ที่เป็นงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ ทั้งงานที่อ้างถึงความไม่สงบในชื่อเรื่อง ความเป็นมา และเนื้อหา หรือส่วนใดส่วนหนึ่งที่มีการอ้างถึง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนักวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบคิดการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะงานวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) คือ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ข้อค้นพบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยและโครงการ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการบริการสุขภาพภาครัฐร้อยละ ๕๑.๓๓ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ร้อยละ ๗๐.๘๗ และมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อเท็จจริง ร้อยละ ๙๖.๑๒ เพื่อพัฒนาและการประเมินผล ร้อยละ ๑.๙๔ เท่ากัน ผลการสังเคราะห์สามารถสรุปประเด็นได้ดังนี้

๑. ภาวะสุขภาพและการจัดการสุขภาพ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่สนใจศึกษาปัญหา

สุขภาพจิต ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบเป็น 2 กลุ่ม คือ

๑.๑ กลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ได้แก่ หญิงหม้ายซึ่งสามีเสียชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบ และกลุ่มผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัว มีปัญหาภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ความเครียดด้านจิต อารมณ์ และสังคมอยู่ในระดับสูง ท้อแท้ สิ้นหวัง หดท้อใจ ซึมเศร้า หวาดกลัว การปรับตัวด้านบทบาทผู้นำครอบครัว ไม่มีประสิทธิภาพ^{๑๒,๑๓,๑๔,๓๗} การจัดการสุขภาพ มี ๓ ลักษณะ ได้แก่ ๑) การเยียวยาจิตใจตนเอง พบว่าผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ มีพลังอำนาจเยียวยาจิตใจตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่ด้านความสามารถอยู่ในเหตุการณ์ความไม่สงบโดยไม่ทุกข์อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น^{๒๒} ๒) การดูแลตนเอง งานวิจัยชี้ให้เห็นว่า หญิงหม้ายมีวิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้หลักศาสนาเข้ามาช่วยในการแก้ปัญหา มากที่สุด ส่วนพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การทำความเข้าใจตนเองว่าเป็นคนมีนิสัยอย่างไร การวางแผนการทำงานล่วงหน้า การผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสม ความสามารถในการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และการสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจตรงกับตนเอง^{๑๓, ๑๗} ส่วนการจัดการกับอารมณ์ ใช้วิธีการคิดเชิงบวก^{๑๒, ๓๗} มีรายงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า หญิงหม้ายที่เข้าร่วมในกิจกรรมชมรมหญิงหม้ายมีค่าเฉลี่ยของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่โดยรวม การเป็นมารดา การเป็นผู้นำครอบครัว มากกว่าหญิงหม้ายที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรม^{๒๔}

๑.๒ ภาวะสุขภาพของผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยอ้อมพบว่า ประชาชนทั่วไปมีภาวะเครียดและสุขภาพจิตในระดับที่มีปัญหาปกติถึงปัญหาเล็กน้อย^{๑๔,๑๗,๒๐} การจัดการสุขภาพ พบว่า ใช้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้าน การพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ ด้านการบริหารเวลาอย่างมี ประสิทธิภาพ ด้านการพัฒนาและการดำรงรักษา ระบบการสนับสนุนทางสังคม ด้านการปฏิบัติ กิจกรรมทางศาสนา และใช้การจัดการความเครียด ด้วยตนเองมากกว่าการไปพบจิตแพทย์ที่ โรงพยาบาล ระดับการจัดการความเครียดอยู่ใน ระดับปานกลาง โดยการใช้การเพิ่มความต้านทานต่อ ความเครียดมากที่สุดด้วยการใช้หลักศาสนาเป็น เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ^{๑๕} นอกจากนี้มีการจัดการ สุขภาพโดยใช้การเผชิญความเครียด ใน ๒ ลักษณะ ได้แก่ มุ่งแก้ปัญหา โดยใช้วิธีการพูดคุยกับคนอื่น และมุ่งแก้อารมณ์ โดยใช้วิธีการการไม่สนใจ รายละเอียดของการเกิดความไม่สงบปลอดภัย^{๑๕} และยังพบว่าประชาชนไทยพุทธมีความเชื่อใน อภินิหารของหลวงปู่ทวดวัดช้างให้และเป็นการกำลังใจ อยู่ในระดับมาก หากมีหลวงปู่ทวดห้อยคออยู่ มีความมั่นใจในความปลอดภัย ส่วนการจัดการ ความเครียดของประชาชนไทยมุสลิมใช้การ เผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา รองลงมาใช้ วิธีการขอพรจากอัลเลาะห์^{๑๕}

ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยอ้อมที่ระบุกลุ่ม เฉพาะมีการศึกษาในกลุ่มครูมากที่สุด และ พบว่า ครูได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ใน ด้านความปลอดภัยในการเดินทาง ชีวิตและ ทรัพย์สิน ด้านจิตใจคือกังวล วิตกกังวล ไม่กล้า ออกนอกบ้าน มีประสบการณ์อารมณ์ซึมเศร้า รับรู้ความรู้สึกเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ แต่ อย่างไรก็ตามพบว่ามีความสุขภาพจิตเท่ากับคน ทั่วไป^{๑๕} แต่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้าน สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม^{๑๖} ส่วน วัยรุ่นมีความเครียด ระดับปานกลาง^{๑๗} นักเรียน มีอาการของโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง

(Post Traumatic Disorder: PTSD) บุตรของผู้ ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัว มีภาวะเครียดทาง อารมณ์และจิตใจสูง เก็บกด ไม่เชื่อฟัง ก้าวร้าว ^{๑๘} การจัดการความเครียดในวัยรุ่นและนักเรียน พบว่า การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด โดยการพูดคุยกับบุคคลอื่น และบุคคลในครอบครัว ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ โดยการ หลีกเลียงไปทำกิจกรรมอย่างอื่นเพื่อช่วยผ่อนคลาย ด้านการสร้างเงื่อนไขเพื่อหลีกเลี่ยงการกระตุ้นทาง สรีระที่เกิดจากความเครียด โดยเมื่อรู้สึกเครียดจาก สถานการณ์ผ่อนคลายความเครียดด้วยการพักผ่อน ^{๑๙}

นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยอ้อมมี ลักษณะการจัดการสุขภาพโดยบุคคลหรือองค์กร อื่น ซึ่งผลการวิจัยที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ ระยะตั้งครรภ์คลอด และหลังคลอดนั้น พบว่า หญิง ตั้งครรภ์ในพื้นที่มีการจัดการสุขภาพ โดยผดุง ครรภ์โบราณ และครอบครัว มีการคลอดที่บ้านกับ ผดุงครรภ์โบราณ ครอบครัวมีบทบาทในการ ตัดสินใจเลือกสถานที่คลอด ได้รับการดูแลใกล้ชิด จากญาติพี่น้อง สามีย่างใกล้ชิด ฟังพอใจ อบอุ่นใจ มั่นใจในการดูแลของผดุงครรภ์โบราณ ที่ให้การดูแล ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์ไม่สะดวกในการเดินทางไป โรงพยาบาล ^{๒๐,๓๐}

๒.บริการสุขภาพภาครัฐ ผล การสืบค้นงานวิจัย โครงการ ส่วนใหญ่เป็น การศึกษาการจัดบริการสุขภาพได้แก่การ เยียวยา และระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการส่ง ต่อ ประเด็นบุคลากรเป็นการศึกษาการผลิต สมรรถนะ และภาวะสุขภาพของบุคลากร

๒.๑ การเยียวยา พบว่ามีระบบการ เยียวยาที่ค่อนข้างชัดเจนโดยเฉพาะการเตรียม องค์กรประกอบที่เป็นปัจจัยนำเข้า แต่ยังมีปัญหา

ในเรื่องของการเข้าถึง กลุ่มเป้าหมายและความไม่มั่นใจในการปฏิบัติของบุคลากร มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยนำเข้า พบว่ามีศูนย์เชี่ยวชาญฟื้นฟูสุขภาพจิตประจำในโรงพยาบาลผู้ให้บริการเพียงพอ (ตามมุมมองผู้รับบริการ) มีการจัดทำฐานข้อมูลแบบรายงานเฝ้าระวังด้านจิตใจ แบบรายงานการเยี่ยมบ้าน มีการพัฒนาบุคลากร โดยอบรมแพทย์หลักสูตรการเฝ้าระวังด้านจิตใจ อบรมพยาบาล/นักจิตวิทยาหลักสูตรการพยาบาลด้านจิตใจในภาวะวิกฤต อบรมพยาบาลหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยจิตใจ ผู้ได้รับผลกระทบ อบรมอาสาสมัครสาธารณสุข หลักสูตรการปฐมพยาบาลด้านจิตใจ ผู้ได้รับผลกระทบ จัดจ้างนักจิตวิทยาประจำโรงพยาบาลจำนวน ๓๕ แห่ง เสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายระดับตำบล พัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ยะลาและหาดใหญ่ เพื่อเป็นศูนย์ส่งต่อผู้ได้รับผลกระทบ แต่พบว่าทีมงานด้านสุขภาพจิตมีจำนวนน้อยการลงพื้นที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นรายวัน ส่วนสมรรถนะของนักจิตวิทยาอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ทีมงานขาดความรู้ความชำนาญในด้านจิตเวชและงานด้านสุขภาพจิต ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันในเรื่องของรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูญเสียและผู้ที่ได้รับผลกระทบยังคงคลาดเคลื่อน โดยเฉพาะฐานข้อมูลผู้ที่ได้รับผลกระทบนอกพื้นที่รับผิดชอบหรือผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณมาลาช้า ผู้รับบริการไม่ทราบว่ามีศูนย์ฟื้นฟูเยียวยา ความไม่พร้อมของยานพาหนะ^{๓๙}

กระบวนการ พบว่า กิจกรรมที่ใช้ในการเยียวยาส่วนใหญ่ คือ การเยี่ยมบ้าน การบำบัด การจัดตั้งทีมภาคีเครือข่ายในการเยียวยาจิตใจ ผู้ได้รับผลกระทบและครอบครัวส่วนใหญ่มีการช่วยเหลือตนเองโดยใช้แหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และคิดถึงครอบครัวที่มีชีวิตอยู่ รวมถึงการช่วยเหลือจากชุมชน ด้านผู้รับบริการไม่ทราบว่าผู้

เยี่ยมเป็นใคร ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในการเข้าถึงการเยียวยาของภาครัฐ ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งและไม่เข้าใจในตัวของผู้นำ ส่วนผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม ไม่สามารถให้บริการนอกเวลาได้ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้น้อย ส่วนการช่วยเหลือของภาครัฐพบว่าเจ้าหน้าที่พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือทั้งด้านจิตใจและด้านการเงิน แต่การรับรู้ของประชาชนนั้นไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควร เนื่องจากไม่ทราบเงื่อนไขและขั้นตอน นอกจากนี้พบว่ากระบวนการเยียวยาส่วนใหญ่จะเน้นในขั้นตอนการดูแลหลังเกิดเหตุ มากกว่าการดูแลในระยะวิกฤตฉุกเฉิน การดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง ผลลัพธ์การเยียวยา งานวิจัยไม่ได้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์สุดท้ายของการเยียวยา ส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลกระบวนการเยียวยา และความพึงพอใจ^{๓๙}

๒.๒ ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ จากการทบทวนมีผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ามีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีกระบวนการการปฏิบัติงานการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูง แต่ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมีการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย จำนวนผู้รับบริการที่ต้องส่งต่อมากขึ้น ผู้ร่วมเดินทางการส่งต่อยังมีความกลัว ความรู้สึกไม่ปลอดภัย การดำเนินงานของพยาบาลผู้รับผิดชอบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนในสามจังหวัดอยู่ในระดับปานกลาง^{๔๐}

๒.๓ บุคลากรภาครัฐ กระบวนการผลิตและการพัฒนาบุคลากร ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า เริ่มมีมุมมองในการเน้นหลักสูตรที่มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ภายใต้บริบทด้านศาสนา วัฒนธรรม เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ

กำหนดหลักสูตรและกำหนดคุณสมบัติของบัณฑิตที่ชุมชนต้องการ งานวิจัยและโครงการไม่ครอบคลุมการผลิตบุคลากรในทีมสหวิชาชีพอื่นๆ^{๔๑,๔๒}

๒.๒ สมรรถนะและความสามารถ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าพยาบาลระดับปฏิบัติการมีอุปนิสัยการรวมพลังอย่างสร้างสรรค์ และการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง^{๔๓} พยาบาลระดับบริหารได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วย มีการนิเทศการพยาบาลบนพื้นฐานหลักพรหมวิหาร ๔ แต่สมรรถนะและความสามารถของพยาบาลระดับปฏิบัติการอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความสามารถในการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบ การปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือบุคคลในช่วงวิกฤตทางอารมณ์จากเหตุการณ์ความไม่สงบ และการป้องกันความรุนแรงในสถานที่ทำงาน การพยาบาล สาธารณภัยจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ส่วนพยาบาลระดับบริหารมีการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่พยาบาลประจำการอยู่ในระดับปานกลาง^{๔๔} นอกจากนี้พบว่าไม่มีวิจัยหรือโครงการที่ดำเนินการเพื่อการแก้ไขปัญหเกี่ยวกับสมรรถนะและความสามารถของบุคลากร การศึกษาไม่ครอบคลุมสมรรถนะและความสามารถกลุ่มบุคลากรอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ

๒.๓ ภาวะสุขภาพบุคลากร ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากลุ่มหัวหน้าพยาบาลมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง หัวหน้าพยาบาลมีการปรับตัวต่อความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิต ทั้งของแพทย์และหัวหน้าพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาภาวะสุขภาพบุคลากรไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม และเป็นการศึกษาบางส่วนของภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ไม่มีวิจัยหรือโครงการที่ดำเนินการเพื่อการแก้ไขปัญหภาวะสุขภาพของบุคลากร

๓. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย จากการสืบค้นงานวิจัยในส่วนของการเสนอแนะ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าข้อเสนอแนะจากงานวิจัยมีลักษณะคล้ายคลึงกันดังนี้ ๑) ส่วนใหญ่เป็นการเสนอแนะให้ผู้อื่นนำไปสู่การปฏิบัติ และพบว่าข้อเสนอแนะดังกล่าวไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติ ๒) ข้อเสนอแนะมีลักษณะซ้ำๆกัน บางข้อเสนอแนะมีการดำเนินการไปแล้วแต่ก็มีการนำมาเป็นข้อเสนอแนะอีก ๓) ข้อเสนอแนะมาจากความรู้สึกของนักวิจัย มากกว่าที่จะได้มาจากการวิจัยและการอภิปรายผล ๔) ข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ขาดความชัดเจนเป็นรูปธรรมนำไปปฏิบัติได้ยาก ๕) ข้อเสนอแนะเชิงวิจัยส่วนมาก มักจะเสนอแนะ ให้ขยายไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น พื้นที่อื่น หรือทำให้ครอบคลุมพื้นที่อื่นๆ และให้กว้างขึ้น นอกจากนี้ส่วนใหญ่มักจะเสนอแนะให้ทำวิจัยในเชิงลึกในคำถามวิจัยเดิม

อภิปรายผล

ลักษณะผลงาน พบว่าผลงานส่วนใหญ่เป็นงานวิจัย ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นในสองปีหลังสอดคล้องกับข้อสรุปของสภาที่ปรึกษาเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้^{๔๕} ที่สรุปว่า ในรอบสี่ปีที่ผ่านมา มีงานการศึกษาวิจัยอยู่มากมายที่เกี่ยวกับปัญหาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้และทั้งนี้เนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นดำเนินมาอย่างต่อเนื่องจากการทบทวนความรุนแรงในรอบ ๕ ปี จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ยังมีความไม่แน่นอนอยู่ ถึงแม้จะมีแนวโน้มเหตุการณ์ที่ลดลงในปี๒๕๕๑^{๔๖} ด้วยเหตุนี้ปัญหาวิจัยด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความไม่สงบจึงเป็นที่สนใจของนักวิจัย และมีการสนับสนุนทุนวิจัยจากหลายแหล่งทุน รวมทั้งสามารถทำให้งานวิจัยนั้นเป็นที่สนใจและมีคุณค่าในสายตาของบุคคลและองค์กรต่างๆ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่างานวิจัยส่วนใหญ่อ้างถึงสถานการณ์ความไม่สงบในส่วนที่

เป็นบทนำ แต่ในเนื้อหาหรือการอภิปรายผลมักไม่ได้กล่าวถึงหรือเชื่อมโยงกับสถานการณ์ประเด็นส่วนใหญ่เป็นบริการภาครัฐมากที่สุดแสดงให้เห็นว่า นักวิจัย ให้ความสำคัญกับบริการภาครัฐ จากผลการสังเคราะห์พบว่า นักวิจัยส่วนใหญ่สังกัดโรงพยาบาลชุมชนและเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนเป็นบริการระดับทุติยภูมิ และกิจกรรมบริการของพยาบาลส่วนใหญ่มักให้บริการแบบตั้งรับในโรงพยาบาล ซึ่งมีความสนใจบริการภาครัฐมากกว่า เนื่องจากอาจจะเป็นปัญหาที่อยู่ใกล้ตัว และมองเห็นชัดเจน และมีสถิติที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหา ส่วนประเภทของงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นเชิงปริมาณ อาจเป็นได้ว่า นักวิจัยส่วนใหญ่มีปัญหาอุปสรรคในเรื่องของระยะเวลา ไม่ว่าจะเป็นทั้งนักวิจัยที่อยู่ในสถานะเป็นนักศึกษาซึ่งมีข้อจำกัดในระยะเวลาของการศึกษาหรือนักวิจัยในหน่วยงาน ที่มีภาระงานประจำมาก การวิจัยเชิงปริมาณใช้เวลาในการศึกษาไม่มากเหมือนกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ให้ความสำคัญแก่ข้อมูลด้านความรู้สึก โลกทัศน์ ความหมายและวัฒนธรรม เน้นการเข้าไปสัมผัสกับข้อมูลหรือปรากฏการณ์โดยตรง^{๓๓} หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ของการวิจัยเกือบทั้งหมดมุ่งศึกษา เพื่อหาคำตอบ ความรู้ รองลงมาได้แก่ เพื่อพัฒนาและประเมินผลโครงการเท่านั้น แสดงให้เห็นว่ามีองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพในสถานการณ์ความไม่สงบ อยู่มาพอสมควร แต่การนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาขึ้นเกิดค่อนข้างน้อย

ข้อค้นพบ ประเด็น สุขภาพภาคประชาชน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงซึ่งเป็นหญิงหม้ายที่สามีเสียชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบ และกลุ่มผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัว มีปัญหาภาวะ

สุขภาพด้านจิตใจ ความเครียดและอารมณ์อยู่ในระดับสูง มีความทุกข์จากการที่ต้องรับภาระแทนผู้จากไป ท้อแท้ สิ้นหวัง การปรับตัวด้านบทบาทผู้นำครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ กังวลในเรื่องเกี่ยวกับบุตรและอนาคตของบุตร งานวิจัยสอดคล้องกันเนื่องจากเป็นความเครียดที่เกิดจากสิ่งเร้า คือการสูญเสียสามีจากเหตุการณ์ความไม่สงบนับได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต และมีผลกระทบต่อหญิงหม้ายอย่างมาก นอกจากนี้การเป็นญาติสายตรงกับผู้เสียชีวิต ซึ่งจากลักษณะสัมพันธภาพดังกล่าว หากผู้ที่เสียชีวิตมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันกันมาก ผลกระทบทางจิตใจต่อผู้สูญเสียก็จะมาก และเนื่องจากสังคมไทยมักยกย่องสามีให้เป็นผู้นำครอบครัว และไม่ได้เตรียมพร้อมมาก่อน จำเป็นต้องรับผิดชอบเป็นผู้นำครอบครัว^{๓๔} แต่อย่างไรก็ตาม มีผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยส่วนใหญ่ และต่างจากกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยอ้อมที่ระบุกลุ่มเฉพาะพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังคินันท์^{๓๕} ได้สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย พบว่าระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง และงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยอ้อมที่เป็นประชาชนทั่วไปมีปัญหาสุขภาพจิตเล็กน้อยถึงปกติเนื่องจากประชาชนเผชิญกับเหตุการณ์ความไม่สงบมาเป็นระยะเวลานาน จนเกิดความเคยชิน มีผลให้เกิดการปรับตัว^{๑๘ ๑๙ ๒๐}

๒.๒ การจัดการสุขภาพ

ผลการวิจัยส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นถึงการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในทุกกลุ่มของผู้ที่

ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม และผลการวิจัยมีความสอดคล้องกัน ในเรื่องการดูแลตนเอง การจัดการความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่พลังอำนาจในการเยียวยาจิตใจตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งการศึกษาพลังอำนาจในการเยียวยาจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบนี้ได้ทำการศึกษาในปี ๒๕๕๑ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ได้รับผลกระทบอาจได้รับการเยียวยาบ้างแล้วจากภาครัฐ การเยียวยาโดยชุมชน หรืออาจมาจากบุคลิกภาพ และความพร้อมทางจิตใจนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้ผ่านเหตุการณ์มาระยะหนึ่งแล้วอาจส่งผลให้เกิดการปรับตัวได้ดีขึ้น ^{๒๒}

๓. บริการภาครัฐข้อค้นพบที่น่าสนใจเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ความไม่สงบได้แก่ ๑) การฟื้นฟูสภาพและการเยียวยา ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้ได้รับผลกระทบและครอบครัวส่วนใหญ่มีการช่วยเหลือตนเองโดยใช้แหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและคิดถึงครอบครัวที่มีชีวิตอยู่ รวมถึงการช่วยเหลือจากชุมชน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าระบบการเยียวยาส่วนมากให้ความสนใจในการพัฒนาปัจจัยนำเข้าโดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากรโดยการอบรมหลักสูตรต่างๆ แต่ผลการประเมินเป็นที่น่าสนใจว่ายังมีปัญหาเกี่ยวกับศักยภาพในการเยียวยาอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดกระบวนการการดูแลช่วยเหลือตนเอง ๒) ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ จากการทบทวน มีผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการมีการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย ผู้ร่วมเดินทางการส่งต่อยังมีความกลัว ความรู้สึกไม่ปลอดภัยซึ่งเป็นจุดอ่อน ของการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินมีความเสี่ยงในการเข้าช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากการชุมนุมยิงจากระเบิด ๒) เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ทักษะ และ อุปกรณ์เครื่องมือสำหรับใช้ปฏิบัติการช่วยเหลือ ผู้บาดเจ็บ ซึ่งมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการที่บุคลากรต้องเรียนรู้การป้องกันตัวและมีระบบความปลอดภัยสำหรับทีม ^{๓๖}

ข้อสรุป

งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยพื้นฐานควรวิจัยเชิงพัฒนาและวิจัยประเมินผล เพื่อแก้ปัญหาทั้งการจัดการสุขภาพภาคประชาชน และการบริการสุขภาพภาครัฐ ควรมีการศึกษาในทุกกลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งเยาวชน ผู้พิการ ซึ่งได้รับผลกระทบและมีผลต่อการดำรงชีวิตในระยะยาว จากการทบทวนพบว่ายังมีการศึกษาในกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อย ที่สำคัญควรมีการจัดทำฐานข้อมูลองค์ความรู้ในพื้นที่เพื่อเป็นการต่อยอดองค์ความรู้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนทุนวิจัย คณะอาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง อาจารย์อรสา กนกวงศ์ ผศ.ดร.สุกัญญา โลจนาภิวัฒน์ นพ.ดร.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ และเจ้าของผลงานวิจัยและโครงการทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

๑. ศรีสมภาพ จิตรภิรมย์ศรี. (๒๕๕๓). สรุปหกปีไฟใต้: พลวัตก่อความไม่สงบกับการสร้างจินตกรรมของการก่อความรุนแรง คั่นเมื่อ คั่นเมื่อ ๑๐ เมษายน ๒๕๕๓, จาก <http://www.deepsouthwatch.org.th>
๒. คณะทำงานวาระทางสังคม สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (๒๕๕๓). ปัญหาภาคใต้ ข้อเสนอเชิง

- ระบบเพื่อสันติภาพถาวร คั่นเมื่อ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒.
จาก <http://www.midnightuniv.org>.
๓. สภาที่ปรึกษาเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้. (๒๕๕๑). สภาพปัญหาและแนวทางแก้ไขสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. ยะลา: ห้างหุ้นส่วนจำกัดยะลาการพิมพ์.
 ๔. สุวิมล ว่องวานิช. (๒๕๔๕). เคล็ดลับการทำวิจัยในชั้นเรียน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรไทย
 ๕. นงลักษณ์ วิรัชชัย. (๒๕๔๒). การวิเคราะห์อภิमान. กรุงเทพฯ: นิชนแอตเวอร์ไทซ์กรุ๊ป.
 ๖. สัญชัย แฝงนคร. ทศนคติของข้าราชการฝ่ายปกครองต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)) .คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; ๒๕๕๐.
 ๗. ปิยะวัฒน์ ขวัญศรี. ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานสอบสวนในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้(ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)) คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม ยะลา: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; ๒๕๔๗.
 ๘. สุวัฒนา ค่านคร, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, ณรงค์ ทิพย์วัลย์, ผกามาศ นกแก้ว, สมบัติ โยธาทิพย์, สายัณห์ อินทรภักดี และคณะ. ความคิดเห็นของเยาวชนในพื้นที่ที่มีต่อการแก้ปัญหาสถานการณ์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ .ยะลา: วิทยาลัยการสาธารณสุข ยะลา.๒๕๔๘
 ๙. จำรูญ ก้องศิริวงศ์. ทศนคติของเยาวชนต่อนโยบายรัฐบาลในการแก้ปัญหาความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้: กรณีศึกษาเยาวชนที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยเทคนิคยะลา (ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนสังคม)) คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม ยะลา:สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์;๒๕๔๘.
 ๑๐. นรินทร์เกียรติ ลีวคุณูปการณ. การสำรวจทัศนคติของประชาชนในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อการพัฒนางานหรือโครงการต่างๆ ของรัฐบาล (รอบ 12 เดือน). ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา;๒๕๔๙.
 ๑๑. รุ่งลาวัณย์ จันทรัตน และเกสรี ลัดเลีย. การศึกษาทัศนะของประชาชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรม. ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา;๒๕๔๘.
 ๑๒. พรทิพย์ พันธุ์นรา. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิงหม้ายที่สามมีเสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้: กรณีศึกษาหญิงหม้ายที่อยู่ในศูนย์รอดันบาตูดุ จังหวัดนราธิวาส. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)) คณะพยาบาลศาสตร์ สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ๒๕๔๘.
 ๑๓. มารีณี สแลม. ปัญหาจิตใจและการดูแลตนเองด้านจิตใจในผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบภาคใต้: กรณีศึกษาอำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิต

- เวช)) คณะพยาบาลศาสตร์.สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์:๒๕๕๐.
๑๔. รุสนานี้ แวหามะ. (๒๕๕๐).วิถีชีวิตครอบครัวที่สูญเสียหัวหน้าครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบในตำบลไทรทอง .เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ พยาบาลกับระบบสุขภาพท่ามกลางวิกฤตสังคมไทยวันที่ ๑๘-๑๙ มีนาคม ๒๕๕๒. ณ โรงแรมอมารีแอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร:โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง จำกัด;๒๕๕๑.๑๗๖ หน้า.
๑๕. วัฒนะ พรหมเพชร และสุวิมล นราองอาจ.ภาวะสุขภาพจิตของครูในเขตพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา นครินทร์เวชสาร๒๕๕๒:๑๕:๖๓๖-๖๕๘.
๑๖. สรวงสุดา เจริญวงศ์.คุณภาพชีวิตของครูในภาวะเหตุการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ วิทยานราธิวาส: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์:๒๕๕๑.
๑๗. อรุมา อุดมเศรษฐ์. ความเครียดและการจัดการความเครียดของวัยรุ่นในสถานศึกษาต่อสถานการณ์ความไม่สงบอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)) .คณะพยาบาลศาสตร์ .สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์:๒๕๔๘.
๑๘. นิตย์ ทองเพชรศรี, สุพันธ์ ปราบกริ และ สุริ ชาติรัตน์. ภาวะเครียดและความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิต ของประชาชนใน ๔ จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อสถานการณ์ความไม่สงบ. สงขลา: ศูนย์สุขภาพจิตที่๑๒:๒๕๔๘.
๑๙. สรวงสุดา เจริญวงศ์, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ และมุสลิม โต๊ะกานี. ความเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดนราธิวาส . สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: ๒๕๔๘.
๒๐. นิรวา แซ่ศรีแดง, อารีย์ อ่องสว่าง, กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง และนงลักษณ์ ลิ้มทวีกุล. ภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในจังหวัดนราธิวาสที่สืบเนื่องมาจากสถานการณ์ความไม่สงบใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารวิชาการเขต ๑๒:๒๕๕๐:๑๘:๓๗-๔๔.
๒๑. รอฮานี เจ๊ะอาแซ, วันดี สุทธรังษี และวีณา คันฉ่อง. ความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ๒๕๕๑.
๒๒. อังคณา วังทอง. การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลและพลังอำนาจในการเยียวยาจิตใจตนเองของผู้สูญเสียบุคคลในครอบครัว จากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)) คณะพยาบาลศาสตร์ .สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: ๒๕๕๑.
๒๓. เสวตาภรณ์ เพชรบุญวรรณโณ. การดูแลตนเองด้านจิตใจของข้าราชการครูที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบใน ภาคใต้ กรณีศึกษา อำเภอสะบ้าย้อยจังหวัดสงขลา (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและ

- จิตเวช)). คณะพยาบาลศาสตร์.สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์:๒๕๕๐.
๒๔. สมยศ ชายเกตุ. การเสริมสร้างพลังอำนาจของตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่: เหตุการณ์ความไม่สงบภาคใต้: กรณีศึกษาจังหวัดยะลา (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์ . สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ๒๕๕๐.
๒๕. คอลีเยาะ ดันหยงมัสยามา และคณะ. การประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดต่อสถานการณ์ความไม่สงบของประชาชนในตำบลดุซงญอ จังหวัดนราธิวาส(พยาบาลศาสตรบัณฑิต(ต่อเนื่อง).คณะพยาบาลศาสตร์. นราธิวาส: มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์:๒๕๔๙.
๒๖. อำร บัญจันทร์เพชร. พลังศรัทธาของพุทธศาสนิกชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีต่อหลวงปู่ทวด วัดช้างให้ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา) คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. ยะลา:มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา:๒๕๔๙.
๒๗. ชมพูนุท ศรีพงศ์. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส). ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา:๒๕๕๐.
๒๘. อรุณทัย พูลเทพ . การปรับตัวของหญิงหม้ายที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมในกิจกรรมชมรมหญิงม่าย. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)). คณะพยาบาลศาสตร์. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์:๒๕๕๑.
๒๙. มัลย์ อิสโร.การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณของหญิงมุสลิมตำบลปากล่อ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานีเอกสารประกอบการประชุมสุขภาวะและระบบบริการได้มุมมองผ่านงานวิจัยเชิงคุณภาพวันที่ ๑๘-๑๙ มีนาคม ๒๕๕๑ ณ โรงแรมซี เอส.ปัตตานี: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย;๒๕๕๑
๓๐. วันดา แวอุมา และพัทธียะห์ แวะหะมะ. ความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์มุสลิมอำเภอทุ่งยางแดงจังหวัดปัตตานี. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลกับระบบสุขภาพท่ามกลางวิกฤตสังคมไทยวันที่ ๑๘-๑๙ มีนาคม ๒๕๕๒. ณ โรงแรมอมารีแอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง จำกัด; ๒๕๕๑.๑๗/๖ หน้า.
๓๑. วินีกาญจน์ คงสุวรรณ. การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนและอาสาสมัครในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในจังหวัดนราธิวาส. นราธิวาส: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส. ๒๕๔๘.
๓๒. นิวัติ ไชยแสง. การจัดการการอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขและการสนับสนุนจากภาครัฐ:กรณีศึกษาชุมชนตำบลทรายขาว อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี (ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนสังคม)) คณะพัฒนสังคมและสิ่งแวดล้อม. ยะลา : มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา: ๒๕๕๑.

๓๓. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: ๒๕๓๑ .
๓๔. Polit, D. F., & Hungler, B.P. Nursing research principle and method. Philadelphia : Lippincot publisher: ๑๙๙๙.pgs.
๓๕. อังคินันท์ อินทรกำแหง. การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย (๒๕๕๑). ค้นเมื่อ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๒ จ าก <http://bsris.swu.ac.th/filenews/115.pdf>.
๓๖. อัจจิมา พรธนา. (๒๕๕๒). ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรง VIS กับ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ชายแดนใต้, ค้นเมื่อ ๑๒ ธันวาคม ๒๕๕๒ จาก <http://www.medipe2.psu.ac.th>
๓๗. จ่านง แก้วนาวิ . (๒๕๕๐). ความทุกข์ที่ไม่จางหายของหญิงหม้ายที่สูญเสียผู้นำครอบครัวจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ พยาบาลกับระบบสุขภาพท่ามกลางวิกฤตสังคมไทยวันที่ ๑๘-๑๙ มีนาคม ๒๕๕๒. ณ โรงแรมอมารีแอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพมหานคร: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้งจำกัด;๒๕๕๑. หน้า ๑๗๖
๓๘. เบญจพร ปัญญาียง และสุลินดา จันทรเสนา. (๒๕๕๑). ปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, ๑๗ (๑), ๑-๑๑
๓๙. จงกรม ทองจันทร์, นิมิตตตรา แว, อัจฉรา จันเพ็ชร, วราภรณ์ ศิวดำรงพงศ์ และ นันทรัตน์ บุญประเสริฐ. (๒๕๕๑). รายงานวิจัยการประเมินโครงการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังยาเสพติดสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้. ยะลา : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา.
๔๐. นงนุช บุญยัง, กฤตยา แดงสุวรรณ, กัลยา สิทธิบุศย์ และเรณูกา มะแซะ. (๒๕๕๐). รายงานวิจัยการรับรู้และความคาดหวังของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดนราธิวาส. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
๔๑. หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล. (๒๕๔๘). รายงานวิจัยโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้.
๔๒. สุนีย์ นำพิพัฒน์. (๒๕๕๑). ความคิดเห็นและการเตรียมการของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนต่อการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
๔๓. สุนันทา เศรษฐวัชรานิช. (๒๕๔๘). การเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ระหว่างเผชิญ

เหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัด
ชายแดนภาคใต้ . สารนิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขล
นครินทร์, สงขลา.

๔๔. ศุภวรรณ ทองแดง. (๒๕๕๐). การ
ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคล
ในช่วงวิกฤตทางอารมณ์จากเหตุการณ์
ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดน
ภาคใต้. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขล
นครินทร์, สงขลา.

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละงานวิจัยและโครงการจำแนกตามปี พ.ศ.และประเด็นหลัก

ปี พ.ศ.	ประเด็นหลัก ภาคประชาชน จำนวน(ร้อยละ)	บริการภาครัฐ จำนวน(ร้อยละ)	สถานการณ์ความ ไม่สงบจำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน(ร้อยละ)
๒๕๔๗	๑ (๐.๘๘)	๒ (๑.๗๗)	๐ (๐)	๓ (๒.๖๕)
๒๕๔๘	๕ (๔.๔๒)	๙ (๗.๙๖)	๒ (๑.๗๗)	๑๖ (๑๕.๐๔)
๒๕๔๙	๕ (๔.๔๒)	๒ (๑.๗๗)	๑ (๐.๘๘)	๘ (๗.๐๘)
๒๕๕๐	๑๗ (๑๕.๐๔)	๒๕ (๒๒.๑๒)	๕ (๔.๔๙)	๔๗ (๔๑.๕๙)
๒๕๕๑	๑๘ (๑๕.๙๓)	๒๐ (๑๗.๗๐)	๑ (๐.๘๘)	๓๙ (๓๓.๖๓)
รวม	๔๖ (๔๐.๗๑)	๕๘ (๕๑.๓๓)	๙ (๗.๙๖)	๑๑๓ (๑๐๐.๐๐)

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละงานวิจัยจำแนกตามประเภทของวิจัยและประเด็นหลัก

ประเด็นหลัก ประเภทของการวิจัย	ภาคประชาชน จำนวน(ร้อยละ)	บริการภาครัฐ จำนวน(ร้อยละ)	สถานการณ์ ความไม่สงบ จำนวน(ร้อยละ)	รวม จำนวน(ร้อยละ)
เชิงคุณภาพ	๑๑ (๑๐.๖๘)	๑๔ (๑๓.๕๙)	๑(๐.๙๗)	๒๖ (๒๕.๒๔)
เชิงปริมาณ	๓๓ (๓๑.๐๗)	๓๒ (๓๑.๐๗)	๘(๗.๗๗)	๗๓(๗๐.๘๗)
เชิง ปริมาณ และ คุณภาพ	๑ (๐.๙๗)	๒ (๑.๙๔)	๐(๐)	๓(๒.๙๑)
ไม่ระบุ	๐ (๐.๐๐)	๑ (๐.๙๗)	๐(๐)	๑(๐.๙๗)
รวม	๔๕ (๔๓.๖๙)	๔๗ (๔๗.๕๗)	๙(๘.๗๔)	๑๐๑(๑๐๐)

ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประเด็นหลัก

ประเด็นหลัก วัตถุประสงค์	ภาคประชาชน จำนวน(ร้อยละ)	บริการภาครัฐ จำนวน(ร้อยละ)	สถานการณ์ ความไม่สงบ จำนวน(ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
เพื่อศึกษาองค์ความรู้	๔๕(๔๓.๖๙)	๔๕(๔๓.๖๙)	๙(๘.๗๔)	๙๙(๙๖.๑๒)
เพื่อพัฒนา	๐ (๐.๐๐)	๒(๑.๙๔)	๐ (๐.๐๐)	๒(๑.๙๔)
เพื่อประเมินผลโครงการ	๐ (๐.๐๐)	๒(๑.๙๔)	๐ (๐.๐๐)	๒(๑.๙๔)
รวม	๔๕(๔๓.๖๙)	๔๗(๔๗.๕๗)	๙(๘.๗๔)	๑๐๑(๑๐๐)