

การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

**Healthcare system during violent crisis
in the three southern border provinces, Thailand**

โดย

นพ.อมร รอดคล้าย

นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ

และคณะ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มิถุนายน 2548

คำนำ

โครงการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้ดำเนินการในช่วงกลางปี 2547 และสิ้นสุดลงในช่วงต้นปี 2548 การดำเนินการได้รับความร่วมมือ หนุนช่วย จากผู้ปฏิบัติงานสุขภาพในพื้นที่ นักวิชาการและอาจารย์อาวุโส ท่ามกลางความยุ่งยากของภาวะวิกฤตที่มีความรุนแรงอย่างต่อเนื่องต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนและผู้ปฏิบัติงาน ความรุนแรงยังคงเกิดต่อเนื่องและยังไม่มีทีท่าว่าจะสิ้นสุด แต่ผลของการเกื้อหนุนกันทางวิชาการจนงานชิ้นนี้เกิดขึ้น ทำให้คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความเสียสละเป็นอย่างยิ่งของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และตระหนักถึงภารกิจทางวิชาการในภาวะวิกฤต ที่ควรจะได้มีการสนับสนุนให้นักวิชาการในพื้นที่ได้สร้างองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับสภาวะการณ์และเป็นเครื่องมือในการพัฒนาบริการสุขภาพที่จะก่อเกิดสุขภาวะแก่ประชาชนและผู้ปฏิบัติงาน งานชิ้นนี้มีข้ออ่อนด้อยและบกพร่องเชิงวิชาการมากมาย กระผมในฐานะผู้ประสานโครงการวิจัยขออภัยไว้ สำหรับคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากงานชิ้นนี้ขอมอบแก่ผู้ที่เสียสละเพื่อบริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างไม่ทอดทิ้ง แม้ว่าภาวะวิกฤตจะได้มาสิดิตและคุกคามอยู่ทุกวันนี้

นายแพทย์อมร รอดคล้าย

บทคัดย่อ

เหตุการณ์ก่อการร้าย 4 มกราคม 2547 โดยเริ่มจากการปล้นปืนค่ายทหารในจังหวัดนราธิวาส เป็นจุดเริ่มต้นของความรุนแรง เกิดผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ในจังหวัด นราธิวาส ปัตตานี ยะลา และบางอำเภอของจังหวัดสงขลา ความรุนแรงยังคงมีต่อเนื่อง จนเกิดเหตุการณ์ 28 เมษายน 2547 และตากใบ 25 ตุลาคม 2547 ภาวะความรุนแรงไม่เพียงส่งผลกระทบต่อประชาชน ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้สนับสนุนให้ดำเนินการโครงการศึกษาปัญหาดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพ
2. เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาในภาวะวิกฤตปัจจุบันและรูปแบบบริการสุขภาพในอนาคต

โครงการนำวิธีการศึกษา ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพมาใช้ และนำกระบวนการพัฒนา มาใช้ทดสอบสำหรับประเด็นสำคัญที่ได้จากข้อมูลของการศึกษา และสร้างกลไกที่จะนำไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษา

1. เกิดผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท และปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยหนัก
2. บริการผู้ป่วยนอกในระดับสถานีอนามัยลดลง ในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยในมีจำนวนใกล้เคียงเดิมแต่ความรุนแรงของโรคมากขึ้น
3. บุคลากรสุขภาพ เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์และความปลอดภัย ในชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและครอบครัว
4. เกิดการโยกย้ายของบุคลากรจากชนบทเข้าสู่เมือง จากเมืองในพื้นที่เสี่ยงสู่จังหวัดอื่น

แนวทางในการแก้ปัญหาระยะสั้น

การแก้ปัญหาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การปรับปรุงระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการ สร้างระบบสนับสนุนในภาวะวิกฤต ทั้งด้านการปรึกษา การส่งต่อและจัดบุคลากรเสริม

แนวทางในการแก้ปัญหาระยะยาว

การสร้างและดำรงไว้ซึ่งภาวะสันติ การเปิดโอกาสให้คนในพื้นที่โดยเฉพาะในชนบทได้มีการศึกษาทางด้านบริการสุขภาพและสาธารณสุขมากขึ้น สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรในปัจจุบัน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการจัดบริการสุขภาพ และระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม

การพัฒนา

1. การพัฒนาCrisis Forum เพื่อข้อมูลที่ถูกต้อง – เกิดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และสื่อสารข้อมูล
2. การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อทางการแพทย์ – มีความร่วมมือและความพยายามแต่ยังมี ปัญหาโครงสร้างและกรอบการดำเนินงานที่แตกต่างกัน
3. การพัฒนาองค์ความรู้การจัดการบริการในภาวะวิกฤต - เกิดคู่มือความปลอดภัยสถานพยาบาลและ บทเรียนสำหรับนำไปปรับใช้
4. การพัฒนาหลักสูตรต่อเนื่องสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยยังคงปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งขยาย สถาบันสมทบฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านไปสู่โรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดน ในการพัฒนาได้ พัฒนาเนื้อหา การแพทย์กับวิถีมุสลิม (Muslim & Medicine) เพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้ สำหรับ บุคลากรสุขภาพ
5. เสนอข้อมูลเพื่อการพัฒนา หลักสูตรแพทยศาสตรใหม่ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และการศึกษา ต่อเนื่องของวิชาชีพต่างๆ : คณะแพทย์อยู่ในกระบวนการพัฒนาและจัดการเรียนการสอนใหม่ สำหรับ 3 จังหวัด คณะพยาบาลศาสตร์พัฒนาอาจารย์และเตรียมเปิดหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ

Abstract

Healthcare system during violent crisis in the three southern border provinces, Thailand

Dr. Amorn Rodklai, Dr. Suwat Wiriyaongsukit, Dr. Supat Hasuwannakit, *et al*

Background: The series of violent attacks after the stealing more than 100 guns from an Army camp in Narathiwat on January 4, 2004 have progressive enormously ruined lives and properties of residents in Narathiwat, Pattani, Yala, and some regions of Songkhla province. The prolonged wave of violence in the southernmost provinces of Thailand, including the clashes between security forces and suspected Muslim rebels on April 28, 2004, and the Tak Bai protest on October 25, 2004, also inevitably affects morale among health care personnel and overall healthcare system in the region.

Objectives:

1. To identify current status and problems of healthcare system
2. To design possible solutions for crisis relief and long-term healthcare service in the future

Method:

Integration among qualitative and quantitative study design, and developmental process was used to test possibilities and create the actions to improve healthcare services.

Results:

1. Healthcare services, particular primary care, in rural area and referral system had been affected.
2. Outpatient cases in primary care units were decreasing while those in hospitals were increasing. The number of in-patient cases was stable, but more critical of disease severity was found.
3. Health personnel had been under great stress, and fear of their own and their families' insecure lives and properties.
4. A shortage of health personnel due to moving out of the crisis regions was discovered.

Proposed solutions:

Short-term solving

Boost the morale of health personnel by provide security in life and property, offer special incentives, and establish a supportive system in crisis situation. The support should include improvement of consultation and referral system, and increasing workforce.

Long-term solving

Create and maintain peaceful environment. Provide the residents further educational opportunities to study in healthcare service and public health. Support continuing education in health professional. Integrate community cooperation into healthcare system. Offer adequate wage and other incentives.

Development

1. Develop Crisis Forum, which is a stage for sharing accurate information and communication.
2. Develop consultation and referral system. Although there were cooperation and attempt; structure and process need to be tackled.
3. Develop expertise of healthcare service in crisis situation; such as guidelines of secure workplace
4. Develop in-service training curriculum for continuing education in Family medicine by extend residency training institutes to community hospitals in the three southern border provinces, and integrate “Muslim and Medicine” perspective into learning contents.
5. Propose information to Prince of Songkhla university for new medical and nurse curriculum development, which will be used particularly in the three southernmost provinces.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	i
บทคัดย่อ	ii
สารบัญ	vi
บทนำ	1
ภาคที่ 1 โครงการที่ไม่เหมือนโครงการวิจัย	2-10
บทที่ 1 ความเป็นมา	
1. ก่อนเกิดโครงการ	3
2. กรอบแนวคิดและวิธีการศึกษา	5
3. โครงการศึกษาวิจัยการจัดการระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	7
4. ความไม่เข้าใจต่อกัน เชื้อร้ายเติมไฟความรุนแรง	9
ภาคที่ 2 ผลกระทบระบบบริการสุขภาพ	11-60
บทที่ 2 สถานการณ์ไฟใต้ กับผลกระทบต่อระบบสุขภาพ 3 จังหวัดชายแดนใต้	12
บทที่ 3 รายงานการศึกษาผลกระทบต่อบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้	20
บทที่ 4 การศึกษาผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพของบุคลากร ในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	32
บทที่ 5 ทศนะต่อการดับไฟใต้	54
ภาคที่ 3 การพัฒนา	61-148
บทที่ 6 การประชุมแลกเปลี่ยนเพื่อการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องในการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติบริการสุขภาพ	62
บทที่ 7 ระบบการส่งต่อในสภาวะวิกฤติ	68
บทที่ 8 1. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	72
2. การแพทย์กับวิถีมุสลิม	93
บทที่ 9 1. การพัฒนาระบบความปลอดภัยของสถานพยาบาล	102
2. บทเรียนจาก 4 โรงพยาบาลชุมชนในสถานการณ์ไฟใต้	133
บทที่ 10 สถานการณ์กำลังคนสาธารณสุขใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	143
ภาคที่ 4 บทสรุป	149-152

บทนำ

โครงการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ โดยเริ่มดำเนินการช่วงหลังจากเหตุการณ์ก่อการร้าย ต้นปี 2547 และสิ้นสุดลงในเดือนพฤษภาคม 2548 โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพ
2. เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาในภาวะวิกฤตปัจจุบันและรูปแบบบริการสุขภาพในอนาคต

การวิจัยประกอบด้วย 2 กระบวนการหลัก คือ การวิจัยเชิงพรรณนา และการพัฒนากิจกรรมที่จะช่วยในการจัดบริการสุขภาพ

ในรายงานฉบับนี้ได้เรียบเรียงเป็น 4 ภาค

ภาคที่ 1 กล่าวถึงที่มา กรอบแนวคิด และโครงการ

ภาคที่ 2 ประกอบด้วยบทความที่กล่าวถึงผลกระทบและแนวทางการแก้ปัญหา การศึกษาผลกระทบการจัดบริการสุขภาพ และการศึกษาผลกระทบต่อบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพ

ภาคที่ 3 เป็นภาคที่รวบรวมกิจกรรม และรายงานการพัฒนาในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูล การพัฒนาคู่มือความปลอดภัย การพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ การพัฒนาระบบส่งต่อ การนำข้อมูลไปใช้เพื่อผลักดันให้เกิดการแก้ปัญหา

ภาคที่ 4 เป็นบทสรุป โดยพยายามให้ครอบคลุมจากผลการศึกษาผลกระทบ แนวทางแก้ไข และการพัฒนาต่าง ๆ

การศึกษารั้วนี้มีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่มหลักที่ประสานการวิจัยอยู่นอกพื้นที่ นักวิชาการที่สนใจทั้งในพื้นที่และต่างพื้นที่ ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ท้ายสุดด้วยเหตุของผลจากเหตุการณ์หรือความจำเป็นบางประการ ทีมนักวิชาการที่เป็นแกนสำคัญในการเก็บข้อมูลและศึกษาวิจัยในพื้นที่ ได้ย้ายจากพื้นที่ อย่างไรก็ตามคุณค่าจากสิ่งที่มีงานได้ทำเพื่อสร้างกิจกรรมวิชาการในภาวะวิกฤตก็ยังคงมีคุณค่าสำหรับผู้ที่จะใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษาและพัฒนาให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ดีต่อไป

ภาคที่ 1

โครงการที่ไม่เหมือนโครงการวิจัย

บทที่ 1 ความเป็นมา

น.พ. อมร รอดคล้าย

1. ก่อนเกิดโครงการ

4 มกราคม 2547 หลังจากมีการบุกปล้นปืนเผาโรงเรียนหลายจุดในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และบางอำเภอของเขตจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นที่มาของข้อพิพาทได้ เพราะในความรุนแรงที่เกิดขึ้นตามมาทั้งการลอบทำร้าย การข่มขู่ ก็ไม่ได้เป็นเรื่องของปืนไฟแต่อย่างใด เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ภาวะคุกคามดังกล่าวแม้ว่าไม่ใช่เหตุการณ์ที่รุนแรงเช่นในอิรัก หรืออัฟกานิสถาน แต่เป็นความรุนแรงแบบใหม่ที่ยากคาดเดาและแทรกซึมเข้าสู่ชุมชนทั้งเมืองและชนบท

ช่วงเดือน มกราคม-มีนาคม 2547 ในแวดวงผู้ให้บริการสุขภาพเริ่มตระหนักว่า ภาวะคุกคามดังกล่าวใกล้ตัวและชาวต่าง ๆ ที่ออกมา นอกจากจะจุดดิ่งขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่แล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่อไปสู่อุปสรรคบุคลากรทางสาธารณสุขในช่วงเดือนเมษายน 2547 เพราะหากไม่มีคนรุ่นใหม่เข้ามาเติมคนรุ่นเก่า ซึ่งจะโยกย้ายออกไปตามปกติและโยกย้ายออกไปจากภาวะ กดดันและคุกคามของเหตุการณ์ คนที่เหลือยังปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งจะเผชิญภาวะวิกฤตมากยิ่งขึ้นทั้งจากภาระงานและเหตุการณ์

ประมาณต้นเดือนกุมภาพันธ์ ในแวดวงนักวิชาการของสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์(สวรส.ภาคใต้) ได้มีการพูดคุยกันว่า ภาวะที่เกิดขึ้นน่าจะได้มีการศึกษาวิจัยในแง่มุมต่าง ๆ คิดกันว่าน่าจะได้มีการประชุมร่วมกับบุคลากรในพื้นที่เพื่อจะได้คำถามการวิจัยที่สำคัญ แต่เหตุการณ์ช่วง กุมภาพันธ์ - มีนาคม ดูเหมือนยิ่งรุนแรงขึ้น มีความเห็นจากพื้นที่ว่าอย่าเข้าไปเลย ถ้าจะประชุมก็จัดที่หาดใหญ่ น่าจะดี ซึ่งในช่วงต่อมาสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ ก็ได้มีการจัดประชุมต่อเนื่องมาอีกหลายครั้ง ในช่วงเดือนมีนาคม, กรกฎาคม, สิงหาคม และพฤศจิกายน เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนและติดตามปัญหาต่าง ๆ ทั้งเพื่อรับทราบ ให้กำลังใจ และเป็นทางผ่านของการเชื่อมโยงสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และมิตรผู้ปฏิบัติงานนอกพื้นที่ อย่างไรก็ตามในภาวะที่คุกรุ่น ผู้ปฏิบัติงานในชนบทโดยเฉพาะแพทย์ชนบท ได้มีการสื่อสารถึงกัน ทำให้ทราบถึงภาวะอันคุกคามทั้งต่อชีวิตความปลอดภัยและต่อการปฏิบัติงานและภาวะอันคุกคามต่อระบบบริการสุขภาพ ในช่วงเดียวกันนั้นมีการลงไปเยี่ยมเยียนรับทราบปัญหาของผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะหลังเกิดเหตุการณ์ทำร้ายบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ในมิติของผู้ปฏิบัติงาน อาจารย์หมอธาดา ยิบอินซอย คุณหมอสุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ คุณหมอสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ และผม ได้มีโอกาสแวะไปเยี่ยมเยียนที่ ๆ นื่อง ๆ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่โรงพยาบาลรามัน เมื่อ วันที่ 4 มีนาคม 2547 นอกจากการไปให้กำลังใจแล้ว ก็เป็นจุดเริ่มที่ได้นำข้อเสนอและข้อคิดเห็นจากการทบทวนเอกสารวิชาการลองปรับเป็นประเด็นที่แลกเปลี่ยนกัน ซึ่งได้นำมาใช้เป็นประเด็นการศึกษาในช่วงต่อมา แต่สิ่งสำคัญที่ได้รับในการเดินทางไปครั้งนั้นคือ การประมวลผลเหตุการณ์ผลกระทบ และข้อเสนอต่าง ๆ ที่นำไปเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขผ่านกลไกสำคัญคือชมรมแพทย์ชนบทและอาจารย์แพทย์ที่มีบทบาทในแวดวงสาธารณสุข ทั้งเรื่องความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และการจัดสรรบุคลากร โดยการประมวลข้อมูลที่ได้รับจัดทำเป็นข้อสรุปและข้อเสนอ

ถึงช่วงเมษายน 2547 แม้ว่าจาก สวรส.ภาคใต้ จะได้จัดประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูล รับทราบปัญหาต่าง ๆ กับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในปัญหาทางด้านสาธารณสุข และสัญญาณ

เรื่องการจัดสรรบุคลากรสุขภาพ เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ภาวะความเครียดจากความรุนแรงยังคงอยู่ ผู้อำนวยการ สวรส.ภาคใต้(อาจารย์พงศ์เทพ) ยังคงมีความสนใจอยากให้มีการศึกษาวิจัย ? และได้เตรียมร่างโครงการรวมทั้งหาทุนบุคคลต่าง ๆ ด้วยข้อจำกัดของผม เมื่อถูกถามก็เห็นใจเดียวที่นำไปสู่การศึกษาวิจัย คือ เป็นเรื่องที่เราจะได้มีการศึกษาวิจัย แต่ไม่ได้มีทีมงานหรือใคร ๆ ที่มีความพร้อมในการดำเนินการในรูปแบบของการศึกษาวิจัยได้อย่างจริงจัง จนเมื่อเกิดเหตุการณ์ 28 เมษายน 2547 เหตุการณ์การล้อมปราบและความรุนแรงที่มีการสังหารหมู่ ผู้ก่อเหตุการณ์กว่า 100 คน ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และ อ.สะบ้าย้อยของจังหวัดสงขลา หลังเหตุการณ์ดังกล่าวได้มีการแถลงการณ์ของกลุ่ม พุโล ผ่าน Website ของเขา นอกจากประณามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ยังระบุถึงการจัดการศึกษาและการบริการสาธารณสุข การจัดหยูกยาและการรักษาโรคให้ประชาชนเป็นเพียงเครื่องมืออันหนึ่งที่รัฐบาลไทยใช้ในการครอบงำ

สำหรับผมเองรู้สึกต่อเหตุการณ์ดังกล่าวในด้านที่เป็นความรุนแรงเป็นภาวะที่ขาดสันติภาพ เราคงยากที่จะทำอะไร ในพื้นที่ที่มีความขัดแย้งซึ่งไม่สามารถจำแนกได้ว่าสิ่งใดถูกผิด จากมุมมองสองด้านที่ต่างกันอย่างสุดขั้ว จนถึงกับใช้กำลังและความรุนแรงเข้ากระทำต่อกัน การทบทวนเบื้องต้นในมุมมองของการบริหารทรัพยากรบุคคลที่ผมทบทวนไว้ คิดว่าต้องเก็บเข้ากรุไป เพราะคิดว่าเราจะทำไปทำไมให้เราต้องมีบุคคลซึ่งต้องเข้าไปอยู่ในพื้นที่เสี่ยง อันหาความแน่นอนไม่ได้ของเหตุการณ์รุนแรง มีเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ เริ่มขอย้าย เริ่มย้ายครอบครัวออกจากพื้นที่ ผมปะหน้าอาจารย์พงศ์เทพ แม้อาจารย์จะยังอยากให้เราทำโครงการต่อ แต่ผมดูเหมือนว่าจะหมดความอยากที่จะทำเสียแล้ว เพราะมันเปลี่ยนจากสิ่งที่ควรจะเป็นเราจะทำไปเพื่ออะไร เวลาช่วงเมษายน - พฤษภาคม 2547 ดูเหมือนว่าจะเยียววาลต่าง ๆ ได้บ้าง เหมือนกับวลีที่ว่า "เวลาสามารถรักษาปัญหาใจ" โครงการที่อาจารย์พงศ์เทพ เตรียมไว้ ของประมาณไว้ เริ่มมีความเป็นไปได้ เมื่อผมมีโอกาสพบปะพูดคุยกับพี่ ๆ น้อง ๆ ที่ยังคงจะต้องอยู่ในพื้นที่ ความเป็นคนพื้นที่ ภารกิจ ที่เขายังต้องทำงานบริการสุขภาพ แม้จะมีผลกระทบหลากหลาย แต่เขายังต้องดำรงอยู่ คุณหมอสมนึก ศิริสุวรรณ โรงพยาบาลยะลา สนใจที่จะศึกษาผลกระทบในเชิงระบาดวิทยา ทีมงานของวิทยาลัยการสาธารณสุขยะลา คุณปฐมมาศ อาจารย์พยาบาล ทันตแพทย์และเภสัชกรที่เป็นอาจารย์ สนใจอยากทราบความเป็นไปของบุคลากรสาขาต่าง ๆ ดูเหมือนว่าโครงการของ อาจารย์พงศ์เทพ เป็นโครงการที่เอื้อที่จะสนับสนุนให้แวดวงวิชาการระดับพื้นที่ภายใต้สถานการณ์วิกฤต เกิดขึ้นมาได้ ผม คุณหมอสุวัฒน์และคุณหมอสุภัทได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนจากอาจารย์ธาดา และอาจารย์พงศ์เทพ ที่ให้ดำเนินการต่อเนื่อง ด้วยเงื่อนไขที่ผมได้ปรับโครงการเป็นโครงการซึ่งหละหลวมในเชิงวิชาการ และมีจุดมุ่งหมายที่จะใช้เป็นกลไกในการแก้ปัญหาเท่าที่ทำได้ แม้ว่าการพูดคุยจะไม่ได้บอกความคาดหวัง ผมก็ตระหนักถึงความคาดหวังจาก สวรส.ภาคใต้และอาจารย์ธาดา แต่ก็ยืนยันว่าไม่สามารถที่จะทำได้ เพราะคงจะเป็นเพียงแต่ได้ทำเท่าที่ทำได้ โครงการได้มีการลงนามสัญญากันอย่างหลวม ๆ ประมาณเดือนพฤษภาคม 2547 โดยเริ่มไปล่วงหน้าโดยการสนับสนุนของ สวรส.ภาคใต้ และเมื่อเริ่มก็จะใกล้เล็ก เพราะตั้งใจว่าโครงการจะสิ้นสุดพฤศจิกายน 2547 หลาย ๆ คนที่อ่านถึงตอนนี้หรือรับทราบโครงการอยู่บ้างและตระหนักในการวิจัยอันมีแบบแผนคงไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่ดำเนินการในโครงการนี้ แต่ด้วยข้อจำกัดของผมเองเป็นด้านหลัก คงจะให้คำจำกัดความที่ทำให้ตนเองพอใจได้ขึ้นมาบ้างว่า **ผมทำในสิ่งที่เป็นการเริ่มต้นของการเดินต่อ** การเดินต่อถูกดำเนินการมาแล้วจากพี่ ๆ น้อง ๆ และทีมงานในพื้นที่ ในเชิงงานวิจัยมีหลาย ๆ ชิ้นที่จะปรากฏต่อไปนี้เป็นเชื้อไฟในใจเราที่สำคัญ ในเชิงวิชาการที่พวกเขาได้

สร้างขึ้นภายใต้สถานการณ์อันยุ่งยากนี้ สิ่งที่ผมตระหนักด้วยตนเองคือเราต่างแสวงหาความรู้ แสวงหาคำตอบ และหนทางไปสู่สิ่งที่ดี เงื่อนไขและโอกาสจะเป็นกลไกสำคัญ โครงการนี้เป็นเงื่อนไขและโอกาส การดำเนินการโครงการไม่ใช่เป็นการวิจัยและพัฒนาที่สมบูรณ์แบบ แต่โครงการมีการวิจัย โครงการนำความรู้ในการศึกษาวิจัยไปแก้ปัญหาและดำเนินการพัฒนาเท่าที่ทำได้ โครงการอาจสิ้นสุดลงในเงื่อนไขเวลาที่กำหนด แต่สิ่งที่ดำเนินการสืบเนื่องต่อไปและงานวิจัยอื่นๆจะเกิดต่อเนื่องทั้งจากผลสืบเนื่องของโครงการและโครงการอื่นๆ บุคคลและองค์ความรู้เล็กๆน้อยๆที่ปรากฏขึ้นในชุมชนอาจเปล่งประกายและลุกโชนขึ้นหากมีความร่วมมือร่วมใจ และการสนับสนุน อันตระหนักถึงภาระอันหนักอึ้งของผู้ปฏิบัติงาน ตระหนักถึงความซับซ้อนของชีวิต บุคคล ครอบครัวและชุมชน

ความไม่สมบูรณ์ทั้งหมดของโครงการ ผมขอรับไว้ด้วยความเต็มใจ เพราะตระหนักว่าความไม่สมบูรณ์แบบดังกล่าวทำให้รายงานฉบับนี้เกิดขึ้น การทำความเข้าใจปัญหาความพยายามแก้ปัญหาหลาย ๆ อย่างได้เกิดขึ้น หากต้องการจะทำงานวิจัยอันสมบูรณ์และเป็นรายงานวิชาการอันสละสลวยแต่นำไปสู่ภาระอันกดดันผู้ปฏิบัติงานผมคงจะรู้สึกดีอันใดเลย กับงานที่ไม่สมบูรณ์ชิ้นนี้ ความรู้สึกที่ดีต่อกันของ คุณหมอสุวัฒน์, คุณหมอสุภัทร อาจารย์ธาดา, อาจารย์พงศ์เทพ, คุณหมอสมนึก และทีมงาน, คุณปฐมมาศและทีมงาน ที่ร่วมกันทำงานวิชาการเพื่อผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ นับเป็นสิ่งสำคัญที่ผมตระหนักถึงการตัดสินใจที่ถูกต้องที่รับโครงการนี้มาดำเนินการ

2. กรอบแนวคิดและวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีกระบวนการที่แตกต่างไปจากฐานความคิดและการวิจัยแบบเดิม ในภาพรวมการศึกษาดำเนินการไปควบคู่กับความพยายามแก้ปัญหาบางประการที่ได้รับรู้ในระหว่างการศึกษา และในระหว่างการพัฒนา ก็จะมีกระบวนการศึกษาเพื่อหาทางเลือกทางออกหรือทำความเข้าใจสิ่งที่ดำเนินการเหล่านั้น ทิศทางของสิ่งที่พัฒนาและศึกษา ยังคงเกาะติดอยู่กับภาวะวิกฤตของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่ข้อสรุปที่ได้ในแต่ละช่วงก็เป็นเพียงส่วนประกอบอันหนึ่งภายใต้เงื่อนไขเวลานั้นๆ แขนงย่อยๆ ของการศึกษาก็พัฒนาไปตามเงื่อนไขที่เป็นไปได้ของสถานการณ์ ในท้ายที่สุดของโครงการซึ่งได้กำหนดไว้ในปลายปี 2547 ข้อสรุปที่จะนำเสนอ จึงเป็นเพียงข้อสรุปและข้อเสนอ ภายใต้เงื่อนไขของสถานการณ์ที่ยังคงมีพลวัตรต่อไปไม่ขาดสาย

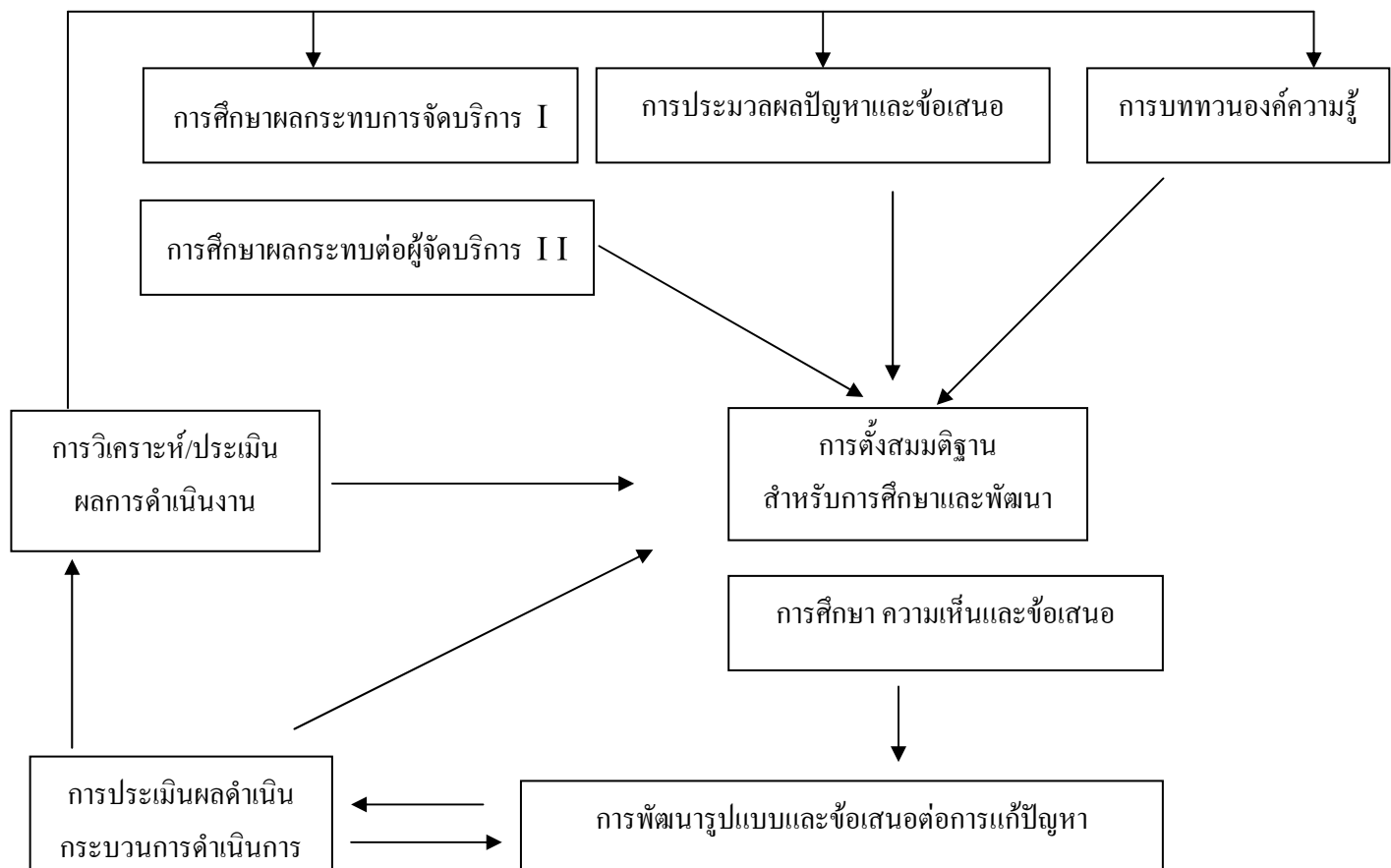
ลักษณะการศึกษาเป็นอย่างไร

1. การศึกษาแม้ว่าจะเริ่มจากประเด็นของผลกระทบต่อบริการสุขภาพ แต่จะเชื่อมโยงสู่องค์กรและบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันในระบบ
2. การศึกษาผลของปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ
3. ให้ความยอมรับต่อความรู้โดยรวมมากกว่ารายละเอียดที่ต้องการความชัดเจน
4. สนใจกลุ่มก้อนของตัวแปร ไม่จำกัดเฉพาะตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง
5. บูรณาการเงื่อนไขเวลาและความผันแปรต่าง ๆ
6. ความขัดแย้งเกิดจากการเปรียบเทียบมากกว่าการลงลึกในรายละเอียด
7. ข้อเสนอแนะและ Model ที่พัฒนา เป็นเพียงสิ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจ ไม่ได้เป็นการพิสูจน์หรือเป็นองค์ความรู้ที่กระจ่างชัด
8. ประสิทธิภาพของการศึกษาและพัฒนาจะเกิดขึ้นในลักษณะของปฏิสัมพันธ์

9. นำไปสู่การเรียนรู้และการศึกษาระหว่างดำเนินการ

10. นำไปสู่การปฏิบัติโดยมุ่งผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์

กรอบแนวคิดการศึกษา



ปรับจาก : Nitayarumpong S and Mercicenneir P, 1992 ใน Health systems research : a clearer methodology for more effective action ; Daniel Grodos and Pierre Mercenneir. 2000, p 50

3. โครงการศึกษาวิจัยการจัดการระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3

จังหวัดชายแดนภาคใต้

ผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ที่ปรึกษาโครงการ ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะผู้วิจัย	นพ.อมร รอดคล้าย	โรงพยาบาลหาดใหญ่
	นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ	โรงพยาบาลจะนะ
	นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	โรงพยาบาลเทพา

หลักการและเหตุผล

วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2547 ตอนกลางดึก มีคนร้ายซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นชาย ลอบวางเพลิงเผาโรงเรียนรัฐบาล 20 แห่งในจังหวัดนราธิวาส แล้วโยดะปูตัดต้นไม้ขวางถนนป้องกันการติดตาม ก่อนที่จะนำกำลังพร้อมอาวุธราว 100 คนบุกเข้าไปตัดกัญญาแจ ปล้นปืนเอ็ม 16 จำนวนกว่า 300 กระบอก จากค่ายทหารกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ที่อำเภอเจาะไอร้อง เชือดคอทหารไทยพุทธระดับจ่านายสิบเสียชีวิตไป 4 คน พลทหารมุสลิมทุกคนถูกมัดมือ แต่ไม่ได้รับอันตรายถึงชีวิต โดยทางการไม่สามารถหาปืนที่ถูกปล้นไปและจับตัวผู้กระทำความผิดไม่ได้ ต่อจากนั้นได้มีการทำร้ายพระเถร ตำรวจ และประชาชน ทั้งไทยพุทธ และไทยมุสลิม ด้วยการเชือดคอ มัดพันและใช้ปืนยิงเสียชีวิตไปกว่า 30 คน มีการประกาศกฎอัยการศึกและสงทหารตำรวจเข้าไปเต็มพื้นที่ แต่ไม่สามารถป้องกันเหตุร้ายซึ่งเกิดขึ้นเกือบทุกวัน ส่วนอาวุธร้ายแรงที่ถูกปล้นไปจากค่ายทหารนราธิวาสนั้น มีข่าวลือที่ยืนยันไม่ได้ว่าได้ส่งไปขายให้พวกอาจะห์แบ่งแยกดินแดนในเกาะสุมาตรา ของอินโดนีเซีย ซึ่งได้เงินมาจากการขายน้ำมันเถื่อนให้คนไทย (ที่มา : หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ)

จากเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้เกิดผลภาวะวิกฤติทางสุขภาพอย่างรุนแรง ทั้งภาวะทางกาย จิตสังคม และภาวะทางจิตวิญญาณ ของประชาชนทุกระดับ ทุกภาคส่วนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และพื้นที่บางส่วนของจังหวัดสงขลาเช่น อ.เทพา อ.สะบ้าย้อย ซึ่งมีอาณาเขตติดกัน จากข้อมูลเบื้องต้น พบว่าภาวะวิกฤติเช่นนี้เป็นภาวะคุกคามต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมาก บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ มีการปรับการให้บริการสุขภาพในหลายแนวทางหลายพื้นที่เช่น งดการออกพื้นที่ การงดให้บริการบางงาน การร่นระยะเวลาการให้บริการ เป็นต้น ขณะเดียวกันภาวะเช่นนี้ยังมีผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานมีการขอย้าย ลาออก และจะเป็นปัญหาเรื่องกำลังคน ประสิทธิภาพของการให้บริการ และอีกหลายเรื่องตามมา

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ จึงได้เสนอให้มีการศึกษาเรื่องการจัดการระบบบริการสุขภาพ ในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหา อันจะนำไปสู่การปรับการจัดการระบบสุขภาพของสังคมภายใต้วิกฤติปัจจุบันและในอนาคต

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหามารจัดการระบบบริการสุขภาพ ในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดการระบบบริการสุขภาพ ในประเด็น ด้านบริการ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ

2. เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาในภาวะวิกฤติปัจจุบันและรูปแบบการบริการสุขภาพ ในอนาคตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

วิธีการดำเนินการ

1. ศึกษาผลกระทบของภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อบริการสุขภาพ
- 1.1 ศึกษาผลกระทบของภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อการรับบริการสุขภาพของประชาชน

แนวทางการศึกษา

- การศึกษาจากข้อมูล สถิติต่างๆ
 - การสัมภาษณ์ ตอบแบบสอบถาม การประชุมกลุ่ม ประชาชนผู้รับบริการ
- 1.2 ศึกษาผลกระทบของภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อการจัดบริการสุขภาพ
- เช่น ผลกระทบต่อการจัดกิจกรรมบริการ ผลกระทบต่อบุคลากร ผลกระทบต่อการบริหารจัดการ

แนวทางการศึกษา

- การศึกษาจากข้อมูล สถิติต่างๆ
 - การสัมภาษณ์ ตอบแบบสอบถาม การประชุมกลุ่ม ผู้ให้บริการกลุ่มต่างๆ
2. การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จังหวัดชายแดนภาคใต้
 - 2.1 การศึกษาเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อบริการสุขภาพในระยะสั้นและระยะยาว

แนวทางการศึกษา

- การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์
 - การประชุมกลุ่ม ระดมสมอง
 - การวิเคราะห์ปัญหาต่างๆในการจัดระบบบริการ
 - การสังเคราะห์ และสรุปทางเลือกในการแก้ปัญหา
- 2.2. การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ระยะที่ 1(การศึกษาความเป็นไปได้และการเตรียมการ)

แนวทางการศึกษา และดำเนินการ

- ก. การศึกษาวิจัยเพื่อบริหารทรัพยากรบุคคล ในด้านการจัดสรรและทำนุบำรุงรักษาทรัพยากรบุคคล
- ข. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนการสอนทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างครบวงจรในพื้นที่
- ค. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับพื้นที่
- ง.
3. การประชุมนำเสนอผลการศึกษาเพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายและการปฏิบัติ
4. การพัฒนางานวิจัยระยะที่ 1 ของการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จังหวัดชายแดนภาคใต้ไปสู่การปฏิบัติการและประเมินผล

ระยะเวลา มีนาคม 2547- กันยายน 2547 (ได้มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มระยะเวลาเป็น จาก พฤษภาคม 2547- พฤษภาคม2548)

โครงการนี้ปรับจากโครงการของผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4. ความไม่เข้าใจต่อกัน เชื่อร้ายเดิมไฟความรุนแรง

ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้ดำเนินการรอบใหม่ ตั้งแต่ 4 มกราคม 2547 ผลกระทบในเบื้องต้นคาดว่าจะ เป็นผลกระทบสั้นทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ และสำหรับบริการสุขภาพปัญหาเดิม ที่คงอยู่ น่าจะไม่ได้มีเหตุการณ์เป็นตัวเร่งที่มากนัก เพราะในอดีตที่ผ่านมาเหตุการณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นวนเวียนเป็น วงจรของความสัมพันธ์ของการอยู่ร่วมกันในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จนกระทั่งหลังเหตุการณ์ 28 เมษายน 2547 เริ่มมีข้อสงสัยต่อปัญหาที่เกิดขึ้นเปลี่ยนไป

ธีรยุทธ⁽¹⁾ มีข้อสังเกตเกี่ยวกับลักษณะการก่อความรุนแรงในภาคใต้มีดังนี้คือ

- 1.) เหตุการณ์การเผาโรงเรียน ปล้นอาวุธ ในวันที่ 4 มกราคม 2547 และเหตุการณ์ต่อๆ มา คือ เป็นการประกาศตัวคัดค้านรัฐและสะสมกำลังครั้งใหม่
- 2.) เหตุการณ์ 28 เมษายน 2547 ขยายมาเป็นการต่อสู้เชิงสัญลักษณ์ เพื่อสร้างอุดมการณ์ของการเสียสละเพื่อศาสนา
- 3.) การกระทำของกลุ่มดังกล่าวมีแนวโน้ม หวังผลสร้างจิตสำนึกอิสลามหรืออิสลามสากล ในหมู่คนมุสลิมโดยไม่คำนึงการสร้างแนวร่วม

ธีรยุทธ ยังมองว่าจะเป็นการขยายปฏิบัติการเพื่อหวังผลเชิงสัญลักษณ์ เพื่อขยายให้เป็นความขัดแย้งทาง ศาสนาระหว่างพุทธ อิสลาม ชาติพันธุ์ไทย-มลายู ที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามความรุนแรงยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ารัฐจะใช้กลไกและกระบวนการหลากหลาย ทั้ง ที่อาจจะได้รับการยอมรับหรือไม่เห็นด้วยจากคนในพื้นที่ แต่ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มสร้าง ภาพใหม่ที่ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะหลังเหตุการณ์สังหารผู้พิพากษาศาล จังหวัดปัตตานี ในวันที่ 17 กันยายน 2547 ได้สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการที่ปฏิบัติการนำตนเองไปสู่การก่อการร้ายสากล โดยหวังผลที่ตอบสนองต่อ ความเชื่อและความคิดของตน พวกเขาไปไกลเกิน ความขัดแย้งระหว่างชาติไทย-มลายู เป็นความขัดแย้ง ระหว่างกระบวนการของเขากับจักรวรรดินิยมอเมริกาและพันธมิตร หากรัฐบาลไทยและคนในรัฐไทยถูกตีความ ว่าเป็นพันธมิตรกับฝ่ายตรงข้าม การก่อความรุนแรงต่อพันธมิตรจึงกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการตอบโต้ วิธีคิดและวิธีการของการก่อการร้าย จะทำให้เขาถอยห่างไปจากแนวร่วมและประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ แต่ การควบคุมป้องกันการก่อการร้ายสมัยใหม่ก็ยุ่งยากและซับซ้อนขึ้น ด้วยเทคโนโลยีการก่อการร้ายที่ทันสมัยขึ้น การอยู่ร่วมกัน การพยายามสร้างระบบสังคม ระบบเศรษฐกิจ และระบบสุขภาพ โดยความร่วมมือของคนส่วน ใหญ่ยังคงจะได้รับผลกระทบต่อเนื่องในระยะยาว เกินกว่าการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ เพราะการก่อการร้าย กลายเป็นการก่อการร้ายต่อโลก และผู้ก่อการร้ายมีชีวิตเพื่อการก่อการร้ายมากกว่าอุดมการณ์แบบเดิม ซึ่งเป็น เพียงชาติพันธุ์หรือศาสนา

¹ ธีรยุทธ บุญมี ทิศทางประเทศไทยเมื่อโลกหยุดค้อมหัวให้ตะวันตก หน้า 17

ข้อเสนอเดิม ๆ เพื่อแก้ปัญหาในด้านต่าง ๆ โดยอิงกรอบความคิดเรื่องศาสนา สังคม และวัฒนธรรม แม้ว่าจะยังจำเป็นในการสร้าง สังคมสมานฉันท์ในระยะยาวของเราเอง แต่การตระหนักถึงการสร้างระบบหรือ บริการสาธารณะสุขที่มีความยืดหยุ่นและพร้อมต่อการดำเนินการภายใต้ภาวะคุกคามของการก่อการร้าย จึงเป็น วิถีทางสำคัญของการดำรงอยู่อย่างมีภูมิคุ้มกันทางพหุสมคฺว

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี 2547 ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และบางส่วนของจังหวัด สงขลา โดยเฉพาะการลอบสังหารตำรวจ ทหาร และประชาชน ทำให้เกิดภาวะคุกคามต่อการจัดบริการ สุขภาพอย่างต่อเนื่อง ความพยายามแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ตอบสนองต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตรง เช่นการเพิ่มค่า เสี่ยงภัยและมาตรการป้องกันต่าง ๆ การผ่อนคลายเงื่อนไขการปฏิบัติราชการเวลาทำงาน เครื่องแบบ การจัด ที่พักอาคารสถานที่ การอำนวยความสะดวก ดูเหมือนว่าจะพอปะทั้งวิถีชีวิตการทำงานของบริการสาธารณสุขชน ได้พอสมควร โดยหวังว่าเมื่อสถานการณ์ความรุนแรงสงบลงจะสามารถฟื้นฟูบริการต่าง ๆ กลับมา แต่เมื่อ 17 กันยายน 2547 เหตุการณ์ลอบสังหารผู้พิพากษาและต้นเดือนตุลาคม 2547 การลอบสังหารนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในเขตเทศบาลเมืองปัตตานีย่านใจกลางเมืองและมหาวิทยาลัย และการเกิดกรณี ตากใบ 25 ตุลาคม 2547 ได้ทำให้ความวิตกกังวลต่อภาวะคุกคามของผู้ให้บริการสาธารณสุขทวีความรุนแรงขึ้น ความคิดโยกย้ายครอบครัวและตนเองออกจากพื้นที่ โดยเฉพาะผู้มีภูมิลำเนาต่างถิ่นหรือแม้แต่คนในพื้นที่ก็มี การมองหาและดำเนินการโยกย้าย ภาวะคุกคามที่เปลี่ยนไป จากความขัดแย้งในเรื่อง ชนชาติและศาสนาหรือ ภาวะความไม่เป็นธรรมที่ประชาชนได้รับ เปลี่ยนไปสู่การดำเนินการของกระบวนการก่อการร้าย ที่อุดมการณ์ และภารกิจของการก่อการร้ายอาจเป็นวิถีหลักของกระบวนการที่แทรกซึมอยู่บนความขัดแย้งเรื่องชนชาติและ ศาสนาหรือการแบ่งแยกดินแดน

โครงการศึกษาวิจัยการจัดการระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงเป็น การพยายามดำเนินการภายใต้ เงื่อนไข โอกาส และความเป็นไปได้ ที่ทีมงานในพื้นที่จะได้ร่วมกันแสวงหา หนทางแก้ปัญหา ด้วยกระบวนการที่มีการดำเนินการทางวิชาการสนับสนุนอยู่บ้าง

ภาคที่ 2

ผลกระทบระบบบริการสุขภาพ

บทที่ 2

สถานการณ์ไฟใต้ กับผลกระทบต่อระบบสุขภาพ 3 จังหวัดชายแดนใต้

น.พ. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ

ชาวควรวสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้คือ ปัตตานี ยะลา นราธิวาสนั้น เริ่มต้นมาตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2547 เป็นต้นมา และจนถึงทุกวันนี้ความไม่สงบรายวันไม่ว่า การขู่วางระเบิด การทำร้ายผู้คนทั้งประชาชนและเจ้าหน้าที่ถึงชีวิต ชาวสื่อสารพัดไม่รู้ว่าจริงหรือเท็จ การจู่โจมหรือการหายสาบสูญของผู้คนในชุมชน สิ่งเหล่านี้ได้เป็นปรากฏการณ์รายวันไปแล้ว ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของประชาชนทุกคนเป็นอย่างมาก รวมถึงผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพนั้นก็มีความรุนแรงและน่าเป็นห่วงไม่น้อย

สถานการณ์ในวันนี้ที่แตกต่าง

สถานการณ์ไฟใต้ในวันนี้ มีความแตกต่างจากสถานการณ์ความรุนแรงในอดีตอย่างเด่นชัด กล่าวคือในอดีตแม้จะมีสถานการณ์ความรุนแรงและกระแสการก่อความไม่สงบเพื่อการแบ่งแยกดินแดนอยู่เนืองๆ แต่ก็ได้สร้างความหวาดกลัวให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนมากนัก เพราะคนในพื้นที่ล้วนทราบดีว่าเหตุการณ์จะเกิดขึ้นทุกปีในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ และกรกฎาคม-สิงหาคม ซึ่งเชื่อว่าสัมพันธ์กับกระบวนการการของบประมาณ เหตุการณ์เกิดเป็นช่วงสั้นๆ เพียง 1-2 วันก็จะสงบลง มักจะรู้ว่าใครเป็นผู้ก่อเหตุ รู้ว่าเขามียุทธวิธีอย่างไร มักใช้วัยรุ่นชายก่อเหตุ มีกลุ่มเป้าหมายและสถานที่การก่อเหตุที่ชัดเจนเช่น บัอมตำรวจ โรงเรียน สถานีรถไฟ มักไม่ได้หวังเป้าหมายถึงชีวิต ทำให้เกิดความหวาดกลัวเพียงระยะสั้น วิถีชีวิตของผู้คนไม่ได้เปลี่ยนแปลงไป

แต่ในครั้งนี้ นับตั้งแต่สถานการณ์ไฟใต้ได้เริ่มปะทุเมื่อ วันที่ 4 มกราคม 2547 เป็นต้นมา แม้จะเกิดเหตุในช่วงเวลาเดิม แต่เหตุการณ์ได้เกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน ไม่รู้ว่าใครเป็นผู้กระทำ แต่เชื่อว่าเป็นการผสมโรงของหลายกลุ่ม ไม่ใช่เพียงกองกำลังติดอาวุธตามป่าเขาเช่นเดิมนั้น มุ่งเน้นเอาชีวิตไม่ว่าคนในเครื่องแบบ พระ หรือประชาชน โดยฉวยโอกาสในทุกสถานที่ ทุกเวลาที่มีโอกาส ไม่มียุทธวิธีที่แน่นอน แม้วิธีการหลักยังเป็นการใช้กลุ่มวัยรุ่นชาย ที่อาจติดยาหรือว่างงาน มีคดีอาชญากรรมติดตัว ไข่มอเตอร์ไซด์ก่อเหตุ ซึ่งคนเหล่านี้ไม่ได้มีสำนึกชั่วดี ขอเพียงมีโอกาสเท่านั้น ดังนั้นความหวาดกลัวจึงแผ่ขยายออกไปทุกที่ทั้ง 3 จังหวัด วิธีการดำรงชีวิตของผู้คนนั้นเปลี่ยนไปอย่างมาก กลางวันเป็นของเรา กลางคืนเป็นของเขา ในเมืองหลังพระอาทิตย์ตกดินแทบไม่มีผู้คน คนตัดยางยังต้องรอพระอาทิตย์ทอแสงรำไรจึงกล้าออกไปตัดยาง สถานการณ์ความรุนแรงไม่มีแนวโน้มที่จะสงบ จับผู้ต้องหาได้บ้างก็เพียงปลาซิวปลาสร้อย ซึ่งยังไม่อาจสร้างเชื่อมั่นให้กับประชาชนได้

สถานการณ์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ยังมีความน่าเป็นห่วงสูง ความหวาดหวั่นของผู้คนในพื้นที่ทั้งชาวบ้านและข้าราชการไม่ต่างกัน กรณีการขโมยระเบิดไดนาไมท์และปุ๋ยยูเรียซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นระเบิดได้นั้น แม้จะยังไม่ได้มีการนำไปใช้ แต่เพียงแค่มีการขโมยหายไปก็เพิ่มความหวุ่นไหวเชิงจิตวิทยาในความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สินได้อย่างมากมาย ชาวสื่อการวางระเบิดตามแหล่งชุมชน ห้างสรรพสินค้ามีไม่เว้นแต่ละวัน

มาตรการความปลอดภัยในโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย

โรงพยาบาลหรือสถานีนอนามัยในพื้นที่ได้มีการปรับตัวเพื่อแก้ปัญหาความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินหลายประการ อาทิ

- มีการจัดเวรยามเพิ่มขึ้น มีการเดินตรวจจุดเสี่ยง ควบคุมการเข้าออก เช่นที่โรงพยาบาลรามัน จ.ยะลา จ้างยามเพิ่มจากเวรละ 1 คนเป็น 2 คน ที่โรงพยาบาลกาบัง จ.ยะลาจัดจ้างยามเพิ่มขึ้นจากที่ไม่เคยมี แต่มาปฏิบัติงานได้ไม่กี่วันก็ลาออกกันหมด
- มีการจัดรถรับส่งเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะผู้ที่มาขึ้นเวร และจัดหาที่พักเพิ่มเติมแก่เจ้าหน้าที่ เพราะห้ามกลับบ้านหรือเดินทางมาจากบ้านในยามวิกาล เพื่อให้พักผ่อนหลังลงเวรบายหรือพักก่อนขึ้นเวรดึก
- อนุญาตให้เปลี่ยนเครื่องแต่งกายเจ้าหน้าที่จากชุดฟอร์มในการปฏิบัติงานเป็นชุดบ้านทั่วไปได้ ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้กับเกือบทุกโรงพยาบาลชุมชน
- หากมีความจำเป็นต้องออกปฏิบัติงานในชุมชน ต้องใช้รถยนต์ของโรงพยาบาลเท่านั้น ห้ามใช้รถมอเตอร์ไซด์ หรือแม้แต่การออกไปซื้อข้าวเย็นรับประทาน ก็ต้องออกไปก่อนมืด หากเวรยังไม่มืดแล้วไม่ได้ไปซื้อก็ต้องยอมอดข้าว เพื่อความปลอดภัย
- เพิ่มแสงสว่างตามจุดหรือมุมมืดในโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย
- บางพื้นที่จัดให้มี อสม.มาปฏิบัติงานบนสถานีนอนามัยคู่กับเจ้าหน้าที่นอนามัยเพื่อความอุ่นใจ ซึ่งในประเด็นนี้ ทาง สสจ.ยะลาได้ทำเรื่องเสนอขอของบประมาณเพื่อจ้าง อสม.มาปฏิบัติงานบนสถานีนอนามัยทุกแห่งในจังหวัด แต่กระทรวงสาธารณสุขก็เก็บเข้าลิ้นชักไปโดยไม่มีการปรึกษาหารือกับพื้นที่เลย

อย่างไรก็ตาม โอกาสของความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินก็ยังมีอยู่ดี โดยเฉพาะสถานีนอนามัยที่มักไม่มีรั้ว เมื่อผู้หลักผู้ใหญ่ของกระทรวงลงมาให้กำลังใจ เวลาขอรั้วไปแล้วเสียหาย เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ก็ทำอะไรไม่ได้ นอกจากปลอบใจตัวเองว่า “ไม่มีรั้วก็ตีเหมือนกัน เวลาเกิดเหตุร้ายจะได้วิ่งหนีได้ทุกทิศทุกทาง มิเช่นนั้นก็จะเหลือทางออกเพียงทางเดียวซึ่งคงจะแย่ ”

ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

นอกจากนี้สถานการณ์ไฟใต้ในครั้งนี้ ยังได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพทั้งโรงพยาบาลทุกระดับและสถานีนอนามัยในพื้นที่เป็นอย่างมาก อาทิ

- สถานีนอนามัยในพื้นที่ห่างไกลหลายแห่งต้องปิดบริการเพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ เพราะไม่มีใครที่สามารถรับรองความปลอดภัยของใครได้ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลต้องรับภาระในการให้บริการแทนสถานีนอนามัยมากขึ้น ทั้งงานรักษาพยาบาลและงานส่งเสริมสุขภาพเช่น การวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์ การฉีดวัคซีนแก่เด็ก
- กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การลงปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน การติดตามผู้ป่วย การออกให้บริการทันตกรรมโรงเรียน การรณรงค์ต่างๆต้องยุติลงทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและสถานีนอนามัย เหลือแต่เพียงการตั้งรับบนสถานพยาบาล

- ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมในการมารับบริการทั้งที่โรงพยาบาล สถานีนามัย หรือคลินิก พบว่าหลัง 18.00 น. แพบจะไม่มีผู้มารับบริการเลย
- การปฏิบัติงานชั้นสูตรพลิกศพในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงมากขึ้นมาก ส่วนมากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะเป็นผู้รับความเสี่ยงนี้ไปทั้งหมดแทนแพทย์ประจำ
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเดิมเคยมีกิจกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอ นั้น ไม่กล้าไปออกกำลังกาย ทำให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทำได้ยากขึ้น
- การส่งต่อผู้ป่วยในยามวิกาลมีความเสี่ยงและความไม่สบายใจมากขึ้น อาจต้องมีการเปลี่ยนเส้นทางการวิ่งไปเส้นอ้อมที่เป็นทางสายหลักแทนเส้นทางปกติในบางโรงพยาบาล
- การที่โรงพยาบาลออกปฏิบัติงานในชุมชนลดลงหรือแทบไม่ได้เลย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลหรือสถานีนามัยกับชุมชนที่เคยแน่นแฟ้น เกิดอึดอัดอย่างเข้าอกเข้าใจ ลดน้อยลง ส่งผลต่อการทำงานร่วมกันในระยะยาว รวมทั้งเพิ่มโอกาสของความขัดแย้ง และความไม่เข้าใจกันจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นด้วย

ขวัญผวา คนขอย้าย

ปัญหากำลังคนเป็นปัญหาหลักที่ได้รับผลกระทบอย่างมากต่อกรณีสถานการณ์ไฟใต้ครั้งนี้ กล่าวคือ โดยพื้นฐาน 3 จังหวัดชายแดนใต้มีปัญหาเรื้อรังของการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในทุกวิชาชีพอยู่แล้ว สถานการณ์ครั้งนี้ยิ่งซ้ำเติมความรุนแรงให้มากขึ้น เจ้าหน้าที่หลายคนตัดสินใจขอย้ายออกจากพื้นที่ตามแนวทางของรัฐบาลที่ยินดีให้ข้าราชการที่ไม่สมควรปฏิบัติงานในพื้นที่ย้ายออกได้ ในจังหวัดยะลาแห่งเดียวมีข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขขอย้ายออกอย่างน้อย 64 คน บุคลากรใหม่ที่ขอย้ายเข้าพื้นที่มาทดแทนคงไม่มีบุคคลที่ยังคงต้องอยู่ในพื้นที่ต่อไปไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตามยังขาดขวัญกำลังใจ ซึ่งแก้ไม่ได้ด้วยการแะมาให้กำลังใจไม่กี่ชั่วโมงแล้วก็เดินทางจากไป การช่วยเหลือดูแลอย่างเป็นรูปธรรมจากผู้ใหญ่ในกระทรวงนั้นยังน้อยมาก นอกจากความเสี่ยงในชีวิตก็สูงขึ้นมากแล้ว เมื่อบุคลากรร่วมวิชาชีพย้ายออกไป งานก็จะหนักขึ้น คนที่เหลืออยู่ก็ถือว่าโชคร้ายต้องแบกรับภาระไป แต่คนที่จะได้รับผลกระทบมากที่สุดก็คือประชาชน

ดังนั้น โจทย์ใหญ่ก็คือ การจะรักษาให้บุคลากรทุกวิชาชีพยังคงปฏิบัติงานในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นระดับโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนามัยให้สามารถปฏิบัติงานอย่างมีขวัญกำลังใจได้อย่างไร มีการดูแลจากผู้หลักผู้ใหญ่ มีการตอบแทนความเสียสละของวิชาชีพกลุ่มนี้ได้เหมาะสม เพื่อให้เขาสามารถอยู่ในพื้นที่ได้นานที่สุด เพราะการสรรหาบุคลากรคนใหม่ให้ยอมย้ายเข้ามาปฏิบัติงานในพื้นที่นั้นยากมาก แต่ก็ต้องพยายาม เพื่อแบ่งเบาภาระงานของคนที่ยังเหลืออยู่ ดังนั้นการรักษาคนที่มืออยู่ให้อยู่ปฏิบัติงานอย่างมีขวัญกำลังใจ จึงควรเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่จะส่งผลบวกต่อระบบบริการสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

แพทย์ ขาดแคลนซ้ำซากหนักกว่าเดิม

สำหรับวิชาชีพแพทย์นั้น เดิมก็มีปัญหาความขาดแคลนเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว เมื่อเกิดสถานการณ์ขึ้น ทำให้แพทย์ขอย้าย ลาออก หรือไปเรียนต่อเฉพาะทางมากขึ้น เช่นกรณีของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดยะลา 5 แห่งนั้น มีการขอออกจากพื้นที่ 10 คน จากแพทย์ที่มีอยู่ 19 คน หรือมีแพทย์ขอย้ายออกจากพื้นที่ถึง 53% ดังแสดงในตาราง

โรงพยาบาลชุมชน ใน จ.ยะลา	ขนาดเตียง	ประชากร รับผิดชอบ	จำนวนแพทย์ ปัจจุบัน	จำนวน ที่ขอย้าย	คงเหลือ
รามัน	60	77,707	6	5	1
บันนังสตา	30	49,965	4	3	1
ยะหา	30	46,050	5	2	3
ธารโต	30	18,289	2	0	2
กาบัง	30	15,070	2	0	2
รวม	180	206,444	19	10	9

ซึ่งแน่นอนว่า แพทย์ใหม่ที่จะขอย้ายเข้ามานั้นไม่มีแน่ หรือแพทย์ใช้ทุนจบใหม่ที่จะส่วนใหญ่ตรอบแล้ว รอบเล่าต้องถูกบังคับบรรจุในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่นั่นก็ยังไม่เห็นแรงจูงใจใดที่จะทำให้อยู่ช่วยเหลือสังคมต่อไปหลังจบการเพิ่มพูนทักษะ นอกจากมีอุดมการณ์อันแรงกล้า แพทย์ตำรวจหรือแพทย์ทหารนั้นช่วยได้เพียงการดูแลทางจิตวิทยามวลชนมากกว่าการดูแลโรคภัยไข้เจ็บ มาสร้างภาพแล้วก็รีบกลับไป สถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่แย่ที่สุดในประเทศไทยอยู่แล้วย่อมแย่ลงไปอีกอย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่นั่น ควรได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบตั้งแต่เมื่อ 5 ปีที่แล้ว แล้ววันนี้จะได้เริ่มเห็นผล ถึงวันนี้ยังไม่ได้เริ่มอย่างเป็นระบบ เริ่มวันนี้ก็คงไม่มีคำว่าสายเกินไป แม้จะสายมามากแล้ว โดยมีแนวทางที่สำคัญได้แก่

- การเปิดช่องทางให้คนในพื้นที่ได้มีโอกาสเข้าศึกษาในคณะแพทยศาสตร์ เพื่อกลับมาเป็นแพทย์ของชุมชน
- การจัดค่าตอบแทนให้เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญที่แตกต่างจากจังหวัดอื่น เพื่อชดเชยกับการสูญเสียโอกาสทางสังคม ความเสียสละ หรือความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน
- เพิ่มแรงจูงใจ เช่น การให้ priority ในการศึกษาเป็นแพทย์เฉพาะทางก่อน ความก้าวหน้าในระบบราชการ สวัสดิการบ้านพัก หรือ โรงเรียนของลูก เป็นต้น
- เนื่องจากเป็นพื้นที่ขาดแคลน การจัดตาม GIS อย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการแก้ปัญหา ควรได้รับโควตาบุคลากรพิเศษเพิ่มจากระบบ GIS ด้วย
- ควรมีคณะทำงานที่ติดตามการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ที่เกาะติดปัญหา และกระตุ้นให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง

มาตรการระยะสั้นในการแก้ปัญหาล้างคนของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามในหนังสือการกำหนดค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ลงวันที่ 19 มีนาคม 2547 โดยได้กำหนดค่าตอบแทนและแรงจูงใจ ดังนี้

1. ให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส และโรงพยาบาลชุมชนอื่นได้แก่ โรงพยาบาลหนองจิกและโรงพยาบาลโคกโพธิ์ ซึ่งไม่ได้เงินกันดาร ได้รับค่าตอบแทนในพื้นที่เสี่ยงนี้ โดยให้แพทย์ ทันตแพทย์ ได้คนละ 10,000 บาท เภสัชกร 5,000 บาท

พยาบาลวิชาชีพ 1,000 บาท โดยจ่ายจากเงินบำรุง ซึ่งเทียบเท่ากับโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่กันดารเสี่ยงภัยระดับ 1

2. ให้เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทุกแห่งคนละ 2,000 บาท โดยจ่ายจากเงินบำรุง
3. ให้ค่าตอบแทนแก่ลูกจ้างชั่วคราวของทุกหน่วยงาน คนละ 1,000 บาท โดยจ่ายจากเงินบำรุง
4. ได้อายุราชการทวี ตามเงื่อนไขในพื้นที่กัญฉัยการศึกษา
5. ทางรัฐบาลจะช่วยเหลือในกรณีเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการก่อความไม่สงบ โดยใช้งบประมาณจากสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลเป็นเงินรายละ 100,000 บาท

ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่ได้รับค่าตอบแทนปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงภัยกันดารระดับ 1 และ 2 อยู่แล้วนั้น ไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆเพิ่มเติม

และสำหรับการออกมาตรการจูงใจให้แพทย์จบใหม่ใช้ทุนในปี 1 ให้มีแรงจูงใจในการเลือกฝึกเพิ่มพูนทักษะใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการเสริมนอกจากการได้รับเงินเพิ่มเติมคนละ 10,000 บาท ดังนี้

1. ให้มีสิทธิในการเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่จะปฏิบัติงานใช้ทุนปีที่ 2 ได้ก่อนคนอื่น
2. จะให้โอกาสในการโยกย้ายได้เป็นกรณีพิเศษ หากใช้ทุนครบแล้ว
3. จะได้รับโอกาสในการรับทุนโควตาศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทางก่อนคนอื่น

มาตรการเหล่านี้ช่วยให้แพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ที่ครบรอบแล้วรอบแล้วมีความรู้สึกที่ดีขึ้นบ้าง เพื่อชดเชยกับความเสี่ยงของการทำงานใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ จนมีแพทย์จบใหม่ทั้งที่สมัครใจและจำใจไปฝึกเพิ่มพูนทักษะจำนวน 20 คน จากโควตา 39 ตำแหน่ง หรือคิดเป็น 51.3 % ของจำนวนที่ควรจะได้รับ ดังแสดงในตาราง

จังหวัด	จำนวน รพศ/รพท.	จำนวน รพช.	โควตา Intern ที่ ได้รับ จัดสรร	มี Intern เลือกมาใช้ ทุน	ร้อยละของ โควตา (%)
ปัตตานี	1	11	8	4	50.0
ยะลา	2	5	19	15	78.9
นราธิวาส	2	10	12	1	8.3
รวม	5	26	39	20	51.3

ความขาดแคลนของแพทย์เฉพาะทางของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ก็มีความรุนแรงมาก เช่น แพทย์ศัลยกรรมสมองและแพทย์ออร์โธปิดิกมีเพียงคนเดียวในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนในการส่งแพทย์จากกรุงเทพมหานครมาช่วยงานบริการ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง งานที่หนักเกินกำลังคือปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้แพทย์อยู่ในระบบไม่ไหว ไม่ใช่เงินน้อย ส่วนการแก้ปัญหาในระยะยาวนั้น ยังไม่เห็นข้อเสนอใดๆจากทางกระทรวงสาธารณสุข

บุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพ คือหัวใจของการดำรงระบบสุขภาพที่มีคุณภาพที่จะเป็นที่พึ่งของประชาชนได้ ดังนั้น การแก้ปัญหาอย่างรอบด้าน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ด้วยทิศทางที่ถูกต้องชัดเจน จะทำให้พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีโอกาสพัฒนา เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะให้ทัดเทียมกับพื้นที่อื่นๆในสังคมไทย

ข้อเสนอเร่งด่วนจากพื้นที่ เพื่อการแก้ปัญหาในระยะสั้น

1. มีข้อเสนอให้มีการจัด ทีมแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลอาสาสมัครที่มีจิตใจอาสาในการช่วยเหลือระบบสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ขึ้นมา เพื่อรองรับการขาดแคลนบุคลากร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ และต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ยังคงปฏิบัติหน้าที่อยู่

โดยหลักการเบื้องต้นของทีมอาสา คือ รวบรวมรายชื่อผู้ที่อาสาพร้อมจะลงไปช่วยปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ และเงื่อนไขเฉพาะบุคคลนั้นๆ มีองค์กรหนึ่งเป็นองค์กรประสานระหว่างทีมอาสากับการขอสนับสนุนบุคลากรสุขภาพมาจากพื้นที่ มีกองทุนค่าตอบแทนที่เหมาะสมสำหรับอาสาสมัครที่ลงไปปฏิบัติงาน หากการจัดการอยู่ในลักษณะองค์กรการกุศลหรือมูลนิธิ (คล้ายกับองค์กร แพทย์ไร้พรมแดน) น่าจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการจัดการในรูปแบบองค์กรภาครัฐ

2. ค่าตอบแทนต่างๆที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้รับปากไว้ว่าจะจัดการให้ เพื่อตอบแทนกับการทำงานในท่ามกลางความเสี่ยงในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไปอีก 10,000 บาทนั้น ทำให้เงินเพิ่มพิเศษของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจังหวัดกับโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่กันดารระดับหนึ่งได้เงินเพิ่มเท่ากัน ไม่มีช่วงชั้นแห่งความต่าง ทั้งๆที่การทำงานในโรงพยาบาลชุมชนนั้นเสี่ยงมากกว่ามาก ส่งผลให้บุคลากรเหล่านี้ทำท่าจะไหลออกจากโรงพยาบาลชุมชนไปอยู่โรงพยาบาลในตัวจังหวัด เพราะมีรายได้เท่าๆกัน

ในความเป็นจริงทุกพื้นที่ล้วนเสี่ยงภัย ดังนั้นหากเพิ่มเติมในทุกโรงพยาบาลอีก 10,000 บาท ซึ่งจะยังคงรักษาช่วงชั้นของความต่างอยู่เท่าเดิมแล้ว น่าจะเป็นทางออกที่ดีที่สุด สิ่งเหล่านี้อยู่ในวิสัยที่ทางกระทรวงสาธารณสุขสามารถบริหารจัดการได้ หากเห็นและเข้าใจกับสิ่งนี้ มิเช่นนั้นใครจะอยากทำงานในโรงพยาบาลชุมชน

3. สิ่งหนึ่งที่เกิดในพื้นที่คือ ความหวั่นไหวจากความปลอดภัยในการทำงาน ไม่มีใครรับรองความปลอดภัยได้หมด หลายกิจกรรมต้องยอมรับความเสี่ยง เช่น การส่งต่อผู้ป่วยในยามกลางคืน การออกให้บริการทันตกรรมโรงเรียนในพื้นที่ไม่ห่างไกลนัก การปฏิบัติงานในสถานเอนกมัย เป็นต้น จะไม่ออกไปปฏิบัติภารกิจเลยก็คงเป็นไปไม่ได้ ดังนั้นการมีกองทุนประกันชีวิตแก่ผู้ปฏิบัติงานน่าจะเป็นสิ่งที่ลงตัวที่สุด หากเสียชีวิตจากความไม่สงบในขณะทำงานควรได้รับเงินประกันชีวิต 1,000,000 บาท เพื่อให้ครอบครัวอยู่ต่อไปได้ เงินเพียงคนละ 100,000 บาทตามที่กระทรวงออกกฎเกณฑ์ไว้นั้น น้อยเกินไป ชีวิตราคาถูกเช่นนี้ทำให้รู้สึกการดูแลจากกระทรวงสาธารณสุขนั้นน้อยเกินไป
4. เงินหรือค่าตอบแทน ไม่ใช่กลไกที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้คนทำงานคงอยู่ทำงานในสถานการณ์เช่นนี้ได้ สิ่งสำคัญที่สุดคือบรรยากาศการทำงานในโรงพยาบาลที่มีความเป็นพี่เป็นน้อง มีคนทำงานที่เพียงพอ

ไม่เหนี่ยวนำกันทั่วทั้ง มีระบบการดูแลซึ่งกันและกัน มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่เข้าใจปัญหาและมีจิตใจกว้างพร้อมช่วยเหลือโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอคมัย การมีความปลอดภัยในที่ทำงาน มีความเพียงพอของบ้านพัก และมีการยกย่องเชิดชูเห็นความสำคัญของบุคลากรที่ทำงานในพื้นที่นี้ สิ่งเหล่านี้คือหัวใจของการดำรงระบบการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ให้ได้ในท่ามกลางวิกฤตความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

5. สำหรับการสนับสนุนให้เกิดระบบความปลอดภัยของสถานพยาบาลในทุกๆระดับนั้น ควรที่ทางกระทรวงสาธารณสุขจะให้ความสำคัญอย่างยิ่งยวด ตามสภาพจริงของปัญหาด้านความปลอดภัยในสถานบริการระดับต่างๆ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของพื้นที่ในการร่วมพิจารณา เช่น
 - ป้อมยาม รั้ว
 - ระบบแสงสว่าง เช่น เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง หม้อแปลงไฟฟ้า
 - บ้านพัก เป็นต้น
6. มหาวิทยาลัย, กระทรวงสาธารณสุข และสโมสรนักศึกษาควรสนับสนุนให้แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลจบใหม่หรือนักศึกษาที่ใกล้จบได้เดินทางไปเยี่ยมโรงพยาบาลในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยประสานกับแพทย์รุ่นพี่ในพื้นที่ด้านความปลอดภัย ทั้งนี้เพื่อให้กำลังใจและศึกษาการทำงานท่ามกลางความยากลำบากของรุ่นพี่ไว้เป็นตัวอย่างในอนาคต ลดความวิตกกังวลสร้างความคุ้นเคยหากต้องไปปฏิบัติงานในพื้นที่ในอนาคต

อีกหลายข้อเสนอที่ยังไร้การสนอง

ความเห็นอื่นๆต่อสถานการณ์ใต้ที่ยังมีความรุนแรงต่อเนื่องที่สำคัญ ได้แก่

- ควรมีการจัดการประชุมหลายฝ่ายที่สนใจแก้ปัญหาสาธารณสุขอันสืบเนื่องมาจากการฉีกรัฐธรรมนูญ ลักษณะ การประชุมแบบ lateral meeting หรือการประชุมในแนวราบในลักษณะประชาคมผู้ที่สนใจที่ร่วมด้วยช่วยกัน ซึ่งจะจัดข้อจำกัดขององค์กรให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างคล่องตัวได้มากกว่า ให้เกิดข้อตกลงร่วมกัน (commitment) ที่แต่ละองค์กรจะรับไปผลักดันดำเนินการต่อไป

โดยองค์กรที่ควรเชิญเข้าร่วมการประชุมได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ ทันตแพทย์ เภสัชศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สวรส. สปสช. สสส. สกว. มูลนิธิแพทย์ชนบท ชมรมแพทย์ชนบท ตัวแทนวิชาชีพต่างๆในพื้นที่ องค์กรชุมชนในพื้นที่ ตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อหารือแนวทางและบทบาทของแต่ละองค์กรในการแก้ปัญหาสุขภาพของ 3 จังหวัดชายแดนใต้ในระยะยาว

- ความรู้สึกของพี่น้องมุสลิมที่รู้สึกเหมือนเป็นพี่น้องกันไม่ว่าจะอยู่ในประเทศใด เป็นความรู้สึกที่รัฐบาลไทยอาจไม่เข้าใจ ทำให้การส่งทหารไทยไปช่วยอเมริกาเร่งประเทศและประชาชนชาวอิรัก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ค่อยดีต่อการให้ความร่วมมือกับรัฐบาล หากเป็นไปได้ ควรมีการแสดงท่าทีต่อรัฐบาลให้ยุติการส่งทหารไทยไปอิรัก เพื่อลดเงื่อนไขทุกเงื่อนไขที่เป็นไปได้ในการเสริมความรุนแรงและความขัดแย้งในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

บทสรุป

สถานการณ์ไฟใต้ที่รุนแรงมากกว่า 4 เดือนและยังไม่มีที่ท่าว่าจะสงบลงนั้น กระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้มีการทำแผนการสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนใต้โดยตรงประเด็น อีกทั้งไม่ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในการร่วมเสนอแนวทางการแก้ปัญหา หรือในการร่วมตัดสินใจโครงการใดควรให้ความสำคัญก่อน หากยังไม่มี การสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ยังเหลืออยู่พื้นที่อาจจะหมดแรง หวาดกลัว และบางส่วนที่มีที่ไปก็ขอย้ายออกหมด ซึ่งคนที่ไม่รู้จะย้ายไปไหนก็คือประชาชนคนไทยใน 3 จังหวัดชายแดนใต้นั่นเอง

สุขภาพที่ย่ำแย่จากการไม่สันติในชุมชนนั้นก็หนักหนามากแล้ว อย่าให้พี่น้องคนไทยใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ต้องเป็นทุกข์มากขึ้นจากความด้อยคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขเลย เพียงเพราะการจัดการที่ไม่เข้าใจปัญหาและไม่ลงมือแก้ปัญหาอย่างจริงจัง

ในความเป็นจริงนั้น ความเป็นผู้ให้ ผู้บำบัดทุกข์ รักษาความป่วยไข้อย่างไม่หวังผลตอบแทนของกระทรวงสาธารณสุขนั้น อาจเป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่สุดเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้สังคมแห่งความหวาดระแวงใน 3 จังหวัดชายแดนใต้นั้นค่อยๆ กลับคืนมาสู่ความเป็นได้สันติสุขอีกครั้งหนึ่งด้วย

ขอให้กำลังใจสำหรับบุคลากรทางสุขภาพทุกท่านในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ให้มีกำลังใจกำลังกายในการสู้รบนักรบในท่ามกลางเมฆหมอกที่ยังไม่จางลงง่ายๆ เพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนที่ดีที่สุดเท่าที่ทำได้ ภายใต้ข้อจำกัดมากมาย ซึ่งนี่คือบทพิสูจน์ว่า “ เพชรเม็ดงามของสังคมไทยนั้นหาได้จากพื้นที่ที่ไกลสุดกู่ กลางป่าเขาเสมอ ”

บทที่ 3

รายงานการศึกษาผลกระทบต่อการบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ3 จังหวัดชายแดนใต้

พ.ญ.สมนึก ศิริสุวรรณ, นางแจ่มจันทร์ กิมาคม, นายวินัย อักษรแก้วและ นายวิศิษฐ์ อักษรแก้ว

บทนำ

จากเหตุการณ์ลอบเผาโรงเรียนหลายสิบแห่ง และปล้นปืนจากค่ายทหารที่จังหวัดนราธิวาสตั้งแต่ต้นเดือนมกราคม 2547 ตลอดจนความไม่สงบเรียบร้อย ซึ่งมีการลอบฆ่า ทำร้ายร่างกาย ทั้งพระภิกษุ สามเณร ประชาชน ตำรวจและทหารเป็นรายวัน ซึ่งจากข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม - มิถุนายน 2547 มีเหตุการณ์ร้ายเกิดขึ้นในจังหวัดนราธิวาส 221 ครั้ง จังหวัดปัตตานี 150 ครั้ง และจังหวัดยะลา 79 ครั้ง มีรายงานผู้เสียชีวิตรวม 151 ราย บาดเจ็บรวม 171 ราย เป็นผู้เสียชีวิตในจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา จำนวน 75 ราย 43 ราย และ 33 ราย ตามลำดับ และเป็นผู้บาดเจ็บอีกจำนวน 101 ราย 37 ราย และ 33 ราย ตามลำดับ(จากหนังสือพิมพ์เดลินิวส์ ฉบับวันที่ 30 สิงหาคม 2547 หน้า 2) ก่อให้เกิดเป็นภาวะวิกฤติต่อสุขภาพอย่างรุนแรง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โรงพยาบาลจำนวนมากต้องประสบกับปัญหาความขาดแคลนบุคลากร เนื่องจากการมีการขอย้าย หรือลาออกจากพื้นที่ ในขณะที่สถานบริการระดับตำบล หลายแห่งไม่สามารถเปิดให้บริการได้อย่างปกติ ส่งผลกระทบต่อประชาชน ทั้งที่เจ็บป่วย และที่ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามปกติ เพื่อให้สามารถมีการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและเป็นระบบ จึงควรมีการศึกษา เพื่อประเมินสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งในด้านระบบบริการสุขภาพ ผลต่อการรับบริการและผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน อันจะนำไปสู่แนวทางการปรับแก้ปัญหาดการระบบบริการสุขภาพของสังคมภายใต้วิกฤติปัจจุบันและในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาด้านการจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อศึกษาผลกระทบด้านการรับบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ของประชาชน
3. เพื่อศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
2. ประชาชนได้รับบริการสุขภาพภาครัฐที่มีคุณภาพและครอบคลุมมากขึ้น

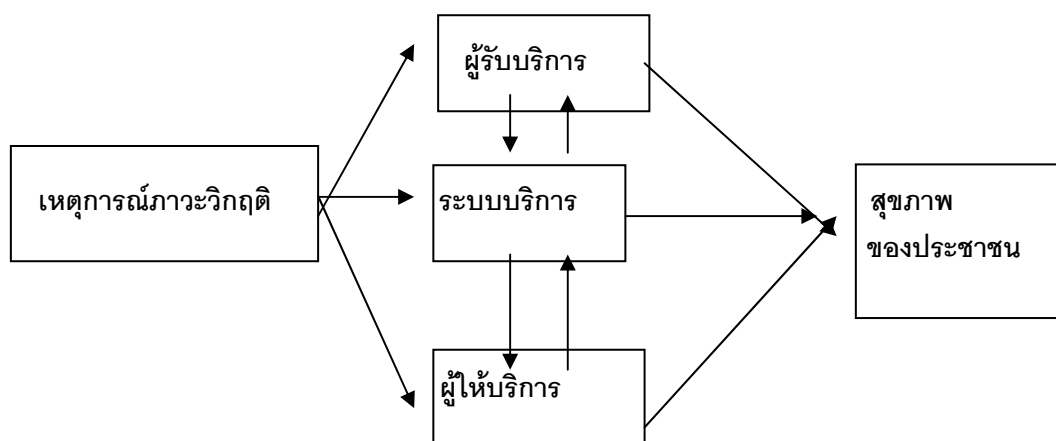
นิยามศัพท์

1. จังหวัดชายแดนภาคใต้ หมายถึง จังหวัดปัตตานี ยะลา และจังหวัดนราธิวาส
2. เหตุการณ์ภาวะวิกฤติ หมายถึง เหตุการณ์ความไม่สงบในเขตพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่มีการปล้นปืนจากค่ายทหารที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2547 เป็นต้นมา ซึ่งจะมีเหตุการณ์ฆ่าและทำร้าย วาง

ระเบิดเจ้าหน้าที่ตำรวจ ทหาร ประชาชนเป็นรายวัน อีกทั้งเผาทำลายสถานที่ราชการ
ต่างๆ

3. ระบบบริการ หมายถึง ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของภาครัฐ ซึ่ง
ให้บริการในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล
ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งระบบบริการใน
ระดับโรงพยาบาลในการศึกษาค้างนี้ มี
 - 1.1 ด้านการรักษาพยาบาล
 - 1.2 ด้านบริการทันตกรรม
 - 1.3 ด้านการส่งเสริมสุขภาพและความคุมโรค
 - 1.4 ด้านการเยี่ยมบ้าน
 - 1.5 ด้านการนิเทศติดตาม
 - 1.6 ด้านการสนับสนุนบุคลากรแก่เครือข่าย
4. ผู้ให้บริการ หมายถึง ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระบบ
บริการของภาครัฐในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยจำนวนบุคลากรในที่นี้
หมายถึงเฉพาะข้าราชการ พนักงานของรัฐและลูกจ้างประจำ
5. ผู้รับบริการ หมายถึง ประชาชนที่เข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากระบบ
บริการของภาครัฐ ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและ
การรับบริการทางการแพทย์อื่นๆ ทั้งที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
6. ผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง ผลกระทบเฉพาะในด้านการเจ็บป่วยทั้ง
ทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลให้ประชาชนต้องเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งในการศึกษา
ครั้งนี้จะประเมินการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน
โรคหัวใจขาดเลือด หอบหืด และภาวะเครียด
7. เครือข่ายบริการ หมายถึง โรงพยาบาลและสถานอนามัยในเขตพื้นที่เดียวกัน

กรอบแนวคิดในการศึกษา



วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา และเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytic Epidemiological Study) เก็บข้อมูลจากระบบรายงาน และโดยการใช้แบบสอบถาม ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน – กันยายน 2547

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

1. การศึกษาสถานการณ์และปัญหาด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ ทำการศึกษาเฉพาะระบบบริการสุขภาพภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งระดับจังหวัด (โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง) ระดับอำเภอ (โรงพยาบาลอำเภอ 26 แห่ง) และระดับตำบล (สถานีอนามัยจำนวน 323 แห่ง)
2. การศึกษาผลกระทบด้านการรับบริการสุขภาพระดับต่างๆ เป็นการศึกษาการรับบริการของประชาชนทั้งด้านรักษาพยาบาล ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งที่มาใช้บริการเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

3. การศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน เป็นการศึกษาสถานการณ์โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และโรคที่เกิดจากความเครียด เฉพาะที่ประชาชนต้องเข้ารับบริการในระดับโรงพยาบาล ซึ่งในที่นี้จะศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
 - 4.1 เก็บข้อมูลสถานการณ์และปัญหาด้านการจัดระบบบริการสุขภาพด้วยแบบสอบถาม
 - 4.2 เก็บข้อมูลผลกระทบด้านการรับบริการสุขภาพ จากรายงาน 0110 รง.5 จากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ เปรียบเทียบตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 - 2547 (ตุลาคม – มิถุนายน)
 - 4.3 เก็บข้อมูลผลกระทบด้านสุขภาพ จากรายงาน 504 , 505 ของโรงพยาบาลศูนย์
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t – test ที่ขอบเขตความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 26 แห่ง และสถานอนามัยจำนวน 323 แห่ง (ตารางที่ 1) พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 100.0, 75.0, 61.5 ตามลำดับ ในขณะที่ระดับสถานอนามัย (สอ.) ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 78.3

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

จังหวัด	รพศ./รพท.	รพช.	สอ.
นราธิวาส	2	10	112
ปัตตานี	1	11	130
ยะลา	2	5	81
รวม	5	26	323

จากการศึกษาผลกระทบต่อบริการของสถานบริการทุกระดับ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ครั้งนี้ พบว่า ในระดับสถานอนามัย จำนวน 253 แห่งที่ตอบแบบสอบถาม มีสถานอนามัย 90 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 35.6 ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านบริการในช่วงที่เกิดภาวะวิกฤติ โดยในจังหวัดนราธิวาส

ปัตตานี และจังหวัดยะลามีสถานีนอนามัยที่เปลี่ยนแปลงด้านบริการ คิดเป็นร้อยละ 59.3, 19.5 และ 43.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของสถานีนอนามัยที่มีการเปลี่ยนแปลงบริการ

จังหวัด	สอ.ทั้งหมด	สอ.ที่เปลี่ยนแปลงบริการ	ร้อยละ
นราธิวาส	59	35	59.3
ปัตตานี	123	24	19.5
ยะลา	71	31	43.7
รวม	253	90	35.6

ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงบริการที่เกิดขึ้นในระดับสถานีนอนามัย มีตั้งแต่เปลี่ยนบริการนอกเวลาจากวันปกติเป็นเสาร์อาทิตย์ เปิดบริการช่วงระยะเวลาสั้นขึ้น เช่น ระยะเวลา 9.00 น.-16.00 น. (หรือ 15.00 น., 15.30 น.ในบางแห่ง) จัดระบบหมุนเวียนในการให้บริการ หรือใช้ระบบโซน ซึ่งจะต้องปิดการให้บริการเป็นบางวันเฉพาะในเขตพื้นที่เสี่ยงภัยสูง หรือมีการก่อความไม่สงบเกิดขึ้นบ่อยๆ นอกจากนั้น ในการแต่งกายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ แต่งกายชุดปกติแทนชุดปฏิบัติการ เป็นต้น

สำหรับบริการต่างๆ ในระดับโรงพยาบาล พบว่า บริการด้านการรักษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 25.0 ของโรงพยาบาลทั้งหมด โดยโรงพยาบาลในจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 28.6, 12.5 และ 40.0 ตามลำดับ ด้านบริการทันตกรรม ของโรงพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 50.0 บริการเยี่ยมบ้านมีการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 60.0 และบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพควบคุมโรค มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.0 (ตารางที่ 3) ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบางพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคได้ทันต่อเวลา ก่อให้เกิดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคในระยะเวลาสั้น ๆ โดยเฉพาะการระบาดของโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 3 แสดงร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงบริการด้านต่างๆ

จังหวัด	การรักษา	ทันตกรรม	ส่งเสริมควบคุมโรค	เยี่ยมบ้าน
นราธิวาส	28.6	42.9	71.4	71.4
ปัตตานี	12.5	25.0	62.5	75.0
ยะลา	40.0	100.0	80.0	80.0
รวม	25.0	50.0	70.0	60.0

นอกจากบริการซึ่งให้กับผู้ป่วยแล้ว โรงพยาบาลต้องให้การสนับสนุนด้านบุคลากรแก่เครือข่าย และการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานของเครือข่ายด้วย ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า การนิเทศติดตามเครือข่ายของโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 60.0 โดยในจังหวัดปัตตานีมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 37.5 ในขณะที่จังหวัดนราธิวาส และยะลา มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 71.4 และ 80.0 ตามลำดับ สำหรับ

การสนับสนุนบุคลากรในเครือข่าย พบว่า โรงพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีการเปลี่ยนแปลงการสนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 55.0 โดยในจังหวัดปัตตานีมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 37.5 ในขณะที่จังหวัดนราธิวาส และยะลา มีการเปลี่ยนแปลงด้านการสนับสนุนบุคลากรในเครือข่าย คิดเป็นร้อยละ 57.1 และ 80.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

สำหรับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปในระดับโรงพยาบาล พบว่า ด้านการรักษาพยาบาลที่ดั่งรับไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก เช่น เปลี่ยนเวลาในการให้บริการให้เร็วขึ้นเป็นระหว่าง 8.00 น. - 16.00 น. หรือมีการแต่งกายชุดปกติแทนชุดฟอร์มในการปฏิบัติงาน เป็นต้น แต่ในด้านการรักษาพยาบาลเชิงรุกที่ต้องไปติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ เช่น การเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) หรือการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในชุมชน การนิเทศติดตาม การสนับสนุนบุคลากรให้กับเครือข่าย จะมีการเปลี่ยนแปลง ไม่มากนักน้อย ในแต่ละโรงพยาบาล นอกจากนั้น ผลกระทบส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นกับทางโรงพยาบาล คือ การที่หลายแห่งมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสถานบริการระดับสถานีอนามัยไม่สามารถให้บริการได้อย่างเต็มที่นั่นเอง

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงบริการด้านต่างๆ (ต่อ)

จังหวัด	การนิเทศติดตาม	การสนับสนุนบุคลากร
นราธิวาส	71.4	57.1
ปัตตานี	37.5	37.5
ยะลา	80.0	80.0
รวม	60.0	55.0

สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานตามสถานีอนามัยมีแนวโน้มลดลง โดยปีงบประมาณ 2545 มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติงานในสถานีอนามัยเฉลี่ยแห่งละ 3.42 คน ในขณะที่ปี 2546 มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเฉลี่ยแห่งละ 3.46 และในปี 2547 มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยลดลงเหลือเฉลี่ยเพียงแห่งละ 3.26 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและค่าเฉลี่ยจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัย

จังหวัด	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547
นราธิวาส	211	212	210
ปัตตานี	422	431	393
ยะลา	231	232	222
รวม	864	875	825
เฉลี่ยต่อ สอ.	3.42	3.46	3.26

เมื่อพิจารณาบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาล พบว่า ในภาพรวมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้บริการในระดับโรงพยาบาลไม่ลดลง โดยในปีงบประมาณ 2545 มีบุคลากรปฏิบัติงานรวม 3,412 คน ในขณะที่ปี 2546 และปี 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 3,511 คน และ 3,522 คน ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัดยะลามีรายงานบุคลากรลดลงเล็กน้อย โดยลดจากจำนวน 1,415 คน ในปี 2546 เป็นจำนวน 1,392 คน ในปี 2547 (ตารางที่ 6) ซึ่งแม้ในภาพรวมพบว่าบุคลากรในระดับโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล พบว่า มีลักษณะการย้ายของบุคลากรระหว่างโรงพยาบาลภายในพื้นที่ และยังได้รับการจัดสรรบุคลากรเพิ่มในช่วงระยะเวลาดังกล่าวด้วย

สำหรับด้านขวัญและกำลังใจของบุคลากรทุกระดับ พบว่า มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาก บางแห่งเจ้าหน้าที่ไม่กล้าออกปฏิบัติงานตามปกติ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระดับสถานีนอนามัย และต้องเดินทางไปกลับในการปฏิบัติงานทุกวัน

ตารางที่ 6 แสดงแนวโน้มจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทุกระดับ

จังหวัด	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547
นราธิวาส	1,490	1,507	1,526
ปัตตานี	562	589	604
ยะลา	1,360	1,415	1,392
รวม	3,412	3,511	3,522

เมื่อพิจารณาด้านการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในระดับต่างๆ พบว่า จำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทุกระดับ ในปีงบประมาณ 2546 มีจำนวนรวม 1,641,589 ครั้ง เฉลี่ยเดือนละ 136,799 ครั้ง ในขณะที่ในปีงบประมาณ 2547 ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยลดลง โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกรวม 1,198,499 ครั้ง เฉลี่ยเดือนละ 133,166 ครั้ง (ตารางที่ 7)

สำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทุกระดับ ในปีงบประมาณ 2546 พบว่า มีผู้ป่วยในเข้ารับบริการทั้งสิ้นรวม 118,419 ราย คิดเป็นผู้ป่วยในเฉลี่ยเดือนละ 9,868 ราย ในขณะที่ผู้ป่วยใน

ปีงบประมาณ 2547 มีแนวโน้มลดลง เช่นเดียวกัน โดยมีผู้ป่วยในทั้งสิ้น 81,828 ราย คิดเป็นผู้ป่วยในเฉลี่ยเดือนละ 9,092 ราย (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทุกระดับ

จังหวัด	ปี 2546	ปี 2547 (ต.ค.46-มิ.ย.47)
นราธิวาส	643,767	457,517
ปัตตานี	285,324	197,146
ยะลา	712,498	543,836
รวม	1,641,589	1,198,499
เฉลี่ยต่อเดือน	136,799	133,166

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนผู้ป่วยใน(คน)ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทุกระดับ

จังหวัด	ปี 2546	ปี 2547 (ต.ค.46-มิ.ย.47)
นราธิวาส	56,872	38,855
ปัตตานี	20,279	13,471
ยะลา	41,268	29,502
รวม	118,419	81,828
เฉลี่ยต่อเดือน	9,868	9,092

เมื่อพิจารณาเฉพาะช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน ของปีงบประมาณ 2546 เปรียบเทียบกับระยะเวลาเดียวกันของปีงบประมาณ 2547 ซึ่งเป็นช่วงตั้งแต่มีเหตุการณ์วิกฤติเกิดขึ้น โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 31 แห่ง พบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในโรงพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เพิ่มขึ้นจาก จำนวน 1,129,004 ครั้ง หรือเฉลี่ยเดือนละ 188,167 ครั้ง เป็นจำนวนรวม 1,278,017 ครั้ง หรือเฉลี่ย 213,003 ครั้งต่อเดือน และจังหวัดนราธิวาสมีแนวโน้มของการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ในขณะที่จังหวัดปัตตานี และจังหวัดยะลามีผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกลดลงเล็กน้อย ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t test , $P > 0.05$) (ตารางที่ 9) สำหรับการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน ปี 2547 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงระยะเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยในลดลงจาก 85,795 ราย หรือเฉลี่ยเดือนละ 14,299 ราย ในปี 2546 เป็น 85,133 ราย หรือเฉลี่ยเดือนละ 14,189 ราย ในปี 2547 นอกจากนั้น จังหวัดนราธิวาสพบมีแนวโน้มของการเข้ารับบริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น ในขณะที่จังหวัดปัตตานี และจังหวัดยะลามีผู้มารับบริการเป็นผู้ป่วยในลดลง เช่นเดียวกับลักษณะของผู้ป่วยนอก ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t test, $P > 0.05$) (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยนอก(ครั้ง) ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล

จังหวัด	จำนวน รพ.(แห่ง)	ปี 2546 (ม.ค.-มิ.ย.)	ปี 2547 (ม.ค.-มิ.ย.)
นราธิวาส	12	356,871	524,528
ปัตตานี	12	342,763	324,844
ยะลา	7	429,370	428,645
รวม	31	1,129,004	1,278,017
เฉลี่ยต่อเดือน		188,167	213,003
mean		36,419.4	41,226.3
S.D.		41,131.9	44,781.1

Paired t test , P > 0.05

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยใน(คน)ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล

จังหวัด	จำนวน รพ.(แห่ง)	ปี 2546 (ม.ค.-มิ.ย.)	ปี 2547 (ม.ค.-มิ.ย.)
นราธิวาส	12	31,584	34,457
ปัตตานี	12	27,764	26,781
ยะลา	7	26,447	23,892
รวม	31	85,795	85,133
เฉลี่ยต่อเดือน		14,299	14,189
mean		2,767.5	2,746.2
S.D.		3,008.1	2,969.9

Paired t test , P > 0.05

สำหรับบริการในระดับสถานีนอนาัย ซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด พบว่า ผู้รับบริการด้านต่างๆ ในสถานีนอนาัยในปีงบประมาณ 2546 มีจำนวนรวม 878,005 ครั้ง เฉลี่ยจำนวน 289 ครั้งต่อสถานีนอนาัยต่อเดือน ในขณะที่ปีงบประมาณ 2547 มีผู้มารับบริการทั้งสิ้น 565,881 ครั้ง คิดเป็นเฉลี่ย 248 ครั้งต่อสถานีนอนาัยต่อเดือน ซึ่งลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2546 (ตารางที่ 11)

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในระดับสถานีนอนาัยช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน ปี 2547 กับช่วงเวลาเดียวกันในปี 2546 พบว่า จำนวนผู้มารับบริการปี 2547 ทั้งสิ้น 491,349 ครั้ง คิดเป็นเฉลี่ยเดือนละ 81,891 ครั้ง ซึ่งลดลงจากจำนวน 552,422 ครั้ง หรือเฉลี่ยเดือนละ 92,070 ครั้ง ในปี 2546 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนผู้ป่วยนอก(ครั้ง)ที่เข้ารับบริการในสถานีนอนามัย

จังหวัด	ปี 2546	ปี 2547 (ต.ค.46-มิ.ย.47)
นราธิวาส	170,267	116,840
ปัตตานี	408,440	265,296
ยะลา	299,298	183,745
รวม	878,005	565,881
เฉลี่ยต่อสอ.ต่อเดือน	289	248

ตารางที่ 12 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยนอก (ครั้ง)ที่เข้ารับบริการในสถานีนอนามัย

จังหวัด	จำนวนเครือข่าย	ปี 2546 (ม.ค.-มิ.ย.)	ปี 2547 (ม.ค.-มิ.ย.)
นราธิวาส	12	168,528	141,165
ปัตตานี	12	238,621	233,603
ยะลา	7	145,273	116,581
รวม	31	552,422	491,349
เฉลี่ยต่อเดือน		92,070	81,891
mean		17,820.1	15,930.4
S.D		10,912.2	10,299.7

Paired t test, P = 0.002

สำหรับผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นศึกษาจากโรคหรือกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล โดยเลือกทำการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า การป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางประเภทมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และหอบหืด เป็นต้น ในขณะที่กลุ่มอาการที่มีภาวะเครียด จนถึงกับต้องนอนโรงพยาบาลไม่พบว่าเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในในช่วงเกิดภาวะวิกฤติ

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547*
1. Neurotic ,stress-related and somatoform disorders (ราย)	32	30	21
เฉลี่ยเดือนละ (ราย)	2.6	2.5	2.3
2. Hypertensive diseases (ราย)	906	910	904
เฉลี่ยเดือนละ (ราย)	75.5	75.8	100.4
3. Ischaemic heart diseases (ราย)	476	470	414
เฉลี่ยเดือนละ (ราย)	39.7	39.2	46.0
4. Diabetes mellitus (ราย)	813	877	768
เฉลี่ยเดือนละ (ราย)	67.7	73.1	85.3
5. Asthma and acute severe asthma	295	277	235
เฉลี่ยเดือนละ (ราย)	24.6	23.1	26.1

หมายเหตุ ปี 2547 เป็นข้อมูลถึงเดือนมิถุนายน 2547

สำหรับกลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับภาวะเครียด (Neurotic, Stress-related and somatoform disorders, F40 – F48) ในรายงานผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ (21 กลุ่มโรค) อยู่ในกลุ่มโรคภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม (Mental and behavioral disorders) พบว่าระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2547 มีรายงานผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ทั้งสิ้น 3,974 ครั้ง เฉลี่ยเดือนละ 662 ครั้ง (S.D=151.9) เพิ่มจากช่วงระยะเดียวกันของปี 2546 ซึ่งมีรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น 6,985 ครั้ง เฉลี่ยเดือนละ 3,565 ครั้ง (S.D=65.3) และแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t test, $P>0.05$) (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยนอกโรคภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม

เดือน	ปี 2546 (ครั้ง)	ปี 2547 (ครั้ง)
มกราคม	669	580
กุมภาพันธ์	654	654
มีนาคม	625	614
เมษายน	520	549
พฤษภาคม	756	613
มิถุนายน	521	964
รวม	3,565	3,974
เฉลี่ยต่อเดือน(S.D)	594.1 (65.3)	662.3 (151.9)

Paired t test, $P > 0.05$

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาผลกระทบต่อการบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ครั้งนี้ เป็น การศึกษาาระบบระบาดวิทยาเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytic Epidemiological Study) ของผลกระทบจากภาวะวิกฤติต่อการให้บริการในสถานบริการทุกระดับของภาครัฐ ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 26 แห่ง และสถานีนอนาถ 323 แห่ง และศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนที่ต้องเข้ารับบริการทั้งการเจ็บป่วยด้าน ร่างกายและจิตใจ เก็บข้อมูลจากระบบรายงานและโดยการใช้แบบสอบถาม และได้รับความร่วมมือใน การตอบแบบสอบถามในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนาถ คิดเป็นร้อยละ 100.0, 75.0, 61.5, และร้อยละ 78.3 ตามลำดับ

ผลการศึกษา พบว่า ในระดับสถานีนอนาถจำนวน 253 แห่งที่ตอบแบบสอบถามมีการ เปลี่ยนแปลงด้านการให้บริการในภาวะวิกฤติ ร้อยละ 35.6 โดยในจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และจังหวัด ยะลา มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 59.3, 19.5 และ 43.7 ตามลำดับ ซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการระดับสถานีนอนาถลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 17,820.1 ครั้งในปี 2546 และ 15,930.4 ครั้ง ในปี 2547 (Paired t test, $P=0.002$) นอกจากนั้น ในด้านของผู้ให้บริการ พบว่า จำนวนบุคลากร เฉลี่ยต่อสถานีนอนาถในระดับสถานีนอนาถมีแนวโน้มลดลง โดยลดจากจำนวนเฉลี่ย 3.42 คน ในปี 2545 เป็น 3.26 คน ในปี 2547

สำหรับบริการด้านต่างๆ ในระดับโรงพยาบาล พบว่า บริการด้านการรักษา ด้านทันตกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการเยี่ยมบ้าน มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 25.0, 50.0, 70.0 และร้อยละ 60.0 ตามลำดับ นอกจากนั้น ในการนิเทศติดตาม การสนับสนุนบุคลากรแก่ เครือข่าย พบมีการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 60.0 และ 55.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกัน เนื่องจากการรักษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลง เฉพาะการรักษาเชิงรุกในพื้นที่ ส่วนการรักษาพยาบาลในสถาน บริการแบบตั้งรับเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ส่งผลให้จำนวนผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พบว่า ไม่แตกต่างกัน

เมื่อศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และหอบหืดเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะเครียด (Neurotic, Stress-related and somatoform disorders) ซึ่งถูกรายงานในกลุ่มภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t test, $P>0.05$)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในครั้งนี้ ส่งผล โดยตรงต่อการบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด คือ บริการระดับสถานีนอนาถในขณะที่บริการใน ระดับโรงพยาบาลได้รับผลกระทบเล็กน้อย โดยเฉพาะในด้านการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคติดต่อ ในบางพื้นที่ การเยี่ยมบ้าน และการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) สำหรับผลกระทบ ด้านสุขภาพ ซึ่งพบมีแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นนั้น ควรมีการศึกษาในเชิงลึกถึง ผลกระทบของภาวะวิกฤติ โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดขึ้นต่อผลการรักษาโรคเรื้อรัง

บทที่ 4

การศึกษาผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพของบุคลากร ในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

นพ. อมร รอดคล้าย, นางสุวรรณี เนตรศรีทอง, นางปฐมามาศ โชติบัณฑิต, ญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์, ญ.อรุณทัย เตอรามันห์, ญ.เบญจวรรณ พุณณานิวัฒน์กุล, ทพ.ญ.สลิลา กากำแหง

บทนำ

พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ตั้งอยู่ตอนใต้สุดของประเทศ มีพื้นที่รวม 6.79 ล้านไร่ หรือ 10,936 ตารางกิโลเมตร ประชากรประมาณ 1.78 ล้านคน พื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่พิเศษตามประกาศของรัฐบาล คือมีลักษณะพิเศษในด้านการดำรงชีวิตของประชาชน ทั้งด้านเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา ขนบธรรมเนียม ประเพณี สังคม และวัฒนธรรม ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม ใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นสังคมมุสลิมที่มีวัฒนธรรมและ มีวิถีชีวิตที่แตกต่างทั้งการใช้ชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ ซึ่งจากความแตกต่างทำให้เป็นเงื่อนไขที่กลุ่มชนวนการก่อการร้ายนำมาอ้างเพื่อปลุกกระแสให้เกิดการต่อต้านอำนาจรัฐและการก่อความไม่สงบในรูปแบบต่าง ๆ มาโดยตลอด

จากเหตุการณ์เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ.2547 ประมาณ 1.00 น. มีคนร้ายประมาณ 50 คน พร้อมอาวุธได้บุกเข้าปล้นอาวุธในกองพันพัฒนาที่ 4 ค่ายกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ตำบลมะรือโบ ออก อำเภोजะเอยีร์ จังหวัดนราธิวาส ทหารยศจำสิบเอก 4 นายถูกสังหารในการปล้น ระยะเวลาที่ไล่เลี่ยกับการปล้นอาวุธ คือช่วงเวลาประมาณ 01.30 - 02.45 น. ปรากฏว่ามีโรงเรียนจำนวน 20 แห่งในจังหวัดนราธิวาสถูกลอบวางเพลิง ในวันเดียวกันนั้นในเขตจังหวัดนราธิวาสก็มีการวางระเบิดทั้งระเบิดจริงและระเบิดปลอม รวมทั้งสิ้น 7 จุด และในเขตจังหวัดยะลามีการเผายางรถยนต์เป็นหย่อม ๆ ตามถนนและเส้นทางต่าง ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ ในวันถัดมาคือวันที่ 5 มกราคม มีการวางระเบิดหลายจุดในจังหวัดปัตตานี แต่ที่รุนแรงคือระเบิดที่ซุกซ่อนเอาไว้ในรถจักรยานยนต์ หน้าบริษัทพิธานพาณิชย์ปัตตานี ระเบิดได้เกิดระเบิดขึ้นขณะเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญกำลังจะทำการเก็บกู้ เป็นเหตุให้เจ้าหน้าที่ 2 นายเสียชีวิต และบาดเจ็บอีก 1 นาย

หลังจากนั้นได้มีการยิงถล่มโรงพักและติดตามมาด้วยการสังหารเจ้าหน้าที่ทหาร ตำรวจ หรือแม้แต่พระสงฆ์ อย่างกว้างขวางและต่อเนื่องในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังผลให้มีคนเสียชีวิตไปมากกว่า 100 คน ในระยะเวลาระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน

สถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ปะทุมาตั้งแต่ต้นปี 2547 ได้มาถึงขั้นรุนแรงในวันที่ 28 เมษายน เมื่อปรากฏว่ามีกลุ่มบุคคลมากกว่า 100 คนได้บุกเข้าโจมตีฐานที่มั่นและป้อมค่ายของกองกำลังฝ่ายรัฐบาลทั้งทหารและตำรวจ 11 จุดใน 10 อำเภอ ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้คือ ปัตตานี ยะลา และสงขลา การปะทะกันระหว่างกองกำลัง 2 ฝ่ายทำให้ฝ่ายผู้ก่อการเสียชีวิต 108 คน บาดเจ็บ 4 คน ถูกจับ 17 คน ฝ่ายเจ้าหน้าที่เสียชีวิต 5 คน บาดเจ็บ 21 คน ที่สำคัญคือเหตุการณ์ที่มีสยิด กรือเซะ จังหวัดปัตตานี ซึ่งมีฝ่ายผู้ก่อการเสียชีวิตถึง 32 คน (คอยลิน อันวาร์และสุลต่าน กากูญนูนดี. **ไฟใต้ใครจุด** 2547) เหตุการณ์ครั้งนี้กลายเป็นข่าวสะเทือนขวัญของประชาชนคนไทยเป็นอย่างยิ่งหลังจากนั้นยังมีการลอบทำร้ายเจ้าหน้าที่ของรัฐและประชาชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งก่อให้เกิดความหวาดกลัว ไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ส่งผลให้วิถีการ

ดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่เปลี่ยนไปอย่างมาก สถานการณ์ความรุนแรงไม่มีแนวโน้มที่จะสงบ จับผู้ต้องหาได้น้อยมากไม่สามารถขยายผลได้ชัดเจน ซึ่งยังไม่อาจสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนได้

จากสถานการณ์ข้างต้นดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก มีสถานีนามัยในพื้นที่ห่างไกลหลายแห่งต้องปิดบริการเพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนต้องยุติลงทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและสถานีนามัย เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลต้องรับภาระในการให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและงานส่งเสริมสุขภาพ แทนสถานีนามัยมากขึ้น บุคลากรทางสาธารณสุขหลายคนตัดสินใจย้ายออกจากพื้นที่ตามแนวทางของรัฐบาลที่ยินดีให้ข้าราชการที่ไม่สมัครใจปฏิบัติงานในพื้นที่ย้ายออกได้ ในจังหวัดยะลาแห่งเดียวมีข้าราชการกระทรวง สาธารณสุข ขอย้ายจำนวน 64 คน บุคลากรที่ยังคงต้องอยู่ในพื้นที่ต่อไป ขาดขวัญและกำลังใจ มีความเสี่ยงในชีวิตสูงขึ้น ภาระงานมากขึ้น

จากสาเหตุดังกล่าวคณะผู้วิจัยสนใจศึกษาผลกระทบต่อผู้ให้บริการการจัดบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยศึกษาเก็บข้อมูลในบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในด้านผลกระทบและความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการจัดบริการสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพและการหาแนวทางในการแก้ปัญหาการจัดบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาผลกระทบในการทำงานของบุคลากรสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพ
3. เพื่อหาแนวทางการจัดบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ

กลุ่มศึกษาและวิธีการ

เอกสารชุดนี้เรียบเรียงจากการศึกษาหลักใน 3 กลุ่มคือ

1. แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และใน อ.จะนะ อ.เทพา และ อ.สะบ้าย้อย ของ จ.สงขลา โดย น.พ. อมร รอดคล้าย
2. ทันตแพทย์และเภสัชกรใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในหน่วยงานสาธารณสุขโดย ภญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์, ภญ.อรุณทิพย์ เดอรามันห์, ภญ.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล, ทพ.ญ.สลิล กากำแห่งวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
3. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

โดย นางสาวรณิ เนตรศรีทอง นางปฐมา มาศ โชติบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

การศึกษาทั้ง 3 ชุด เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ได้ศึกษาโดยการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม สอบถามความคิดเห็น เป็นเครื่องมือและตอบโดยสมัครใจ

ผลการศึกษา

ภูมิสำเนา

ภูมิสำเนาของบุคลากรสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่เป็นคนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยพยาบาลมีอัตราสูงสุด ร้อยละ 88.9 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 88.7 สำหรับเภสัชกร แพทย์ และทันตแพทย์มีใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 71.9 , 66.7 และ 65.6 ตามลำดับ ตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละภูมิสำเนาของบุคลากรสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ตอบแบบสอบถาม

	3 จังหวัดชายแดนภาคใต้		จังหวัดอื่น ๆ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์*	40	66.7	19	31.7
ทันตแพทย์	30	65.2	16	34.8
เภสัชกร	46	71.9	18	28.1
พยาบาล	192	88.9	24	11.1
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	211	88.7	27	11.3

- * แพทย์ไม่ตอบ 1 ราย จังหวัดอื่น ๆ รวมสงขลา 6 ราย

อายุ

อายุของบุคลากรสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25 – 35 ปี มีเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งกลุ่มอายุ มากกว่า 35 ปี สูงสุดคือร้อยละ 47.5 สำหรับ ทันตแพทย์ เภสัชกร แพทย์และพยาบาล มีสัดส่วนอายุ 25 – 35 ปี ร้อยละ 87.7, 75.0, 66.7 และ 53.2 ตามลำดับ ตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ อายุของบุคลากรสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ตอบแบบ สอบถาม

	ต่ำกว่า 25 ปี		25 – 35 ปี		มากกว่า 35 ปี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	8	13.3	40	66.7	12	20
ทันตแพทย์	4	8.7	40	87.7	2	4.3
เภสัชกร	8	12.5	48	75.0	8	12.5
พยาบาล	38	17.6	115	93.2	63	29.2
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	21	8.8	104	43.7	113	47.5

เพศ

บุคลากรสุขภาพกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร มีอัตราส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง เล็กน้อย คือ 1.2:1, 1.7:1 และ 1.7:1 ตามลำดับ แต่สำหรับกลุ่มพยาบาลส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 94.9 เป็นเพศหญิง และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละเพศของบุคลากรสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ตอบแบบสอบถาม

สาขาวิชาชีพ	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	32	53.3	27	45.0	60	100
ทันตแพทย์	29	63.0	17	37.0	46	100
เภสัชกร	40	62.5	24	37.5	54	100
พยาบาล	205	94.9	11	5.1	216	100
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	101	42.4	137	57.6	238	100

สถานภาพสมรส

แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ส่วนใหญ่เป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 71.7, 82.6 และ 67.2 ตามลำดับ สำหรับ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีสถานภาพสมรสสูงสุด ร้อยละ 74.8 และพยาบาลรองลงมา ร้อยละ 61.1 ตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของสถานภาพสมรสของบุคลากรสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

สาขาวิชาชีพ	สมรส		โสด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แพทย์	17	28.3	43	71.7
ทันตแพทย์	8	17.4	38	82.6
เภสัชกร	21	32.8	43	67.2
พยาบาล	132	61.1	82	38.0 หมายถึง/หย่า 2 (0.9)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	178	74.8	56	23.5 หมายถึง/หย่า 4 (1.7)

ผลกระทบของสถานการณ์

ผลกระทบของสถานการณ์มีผลต่อกลุ่มวิชาชีพทุกกลุ่มโดยเฉพาะในเรื่องความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลุ่มพยาบาลมีมากที่สุดร้อยละ 97.7 รองลงมาคือ เภสัชกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแพทย์ร้อยละ 90.6, 89.9 และ 86.7 ตามลำดับ สำหรับทันตแพทย์น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 84.8 แต่ก็ยังถือว่าสูงมาก สำหรับ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นกลุ่มเฉพาะในชนบท

กลุ่มแพทย์จะมีผลกระทบอันเกิดจากความไม่สบายใจของบุคคลในครอบครัวสูงสุดคือร้อยละ 93.3 รองลงมาคือ พยาบาล ร้อยละ 88.9 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 80.3

ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเกิดกับทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลมีผลกระทบสูงสุด ร้อยละ 80.6 รองลงมาคือ เภสัชกร และแพทย์ ร้อยละ 75 และ 70 ตามลำดับ

สำหรับผลกระทบทางเศรษฐกิจมีพอสมควร โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์มีผลกระทบสูงสุด รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาล ร้อยละ 31.7 , 26.1 และ 25.9 ตามลำดับ

คำถามในชุดนี้มีคำถามถึงผลกระทบต่อการจัดบริการ โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งถามกลุ่มที่ปฏิบัติงานในชนบท ทันทแพทย์และเภสัชกรถามทั้งในเมืองและชนบทแต่ไม่มีคำถามเรื่องผลกระทบการจัดบริการชุดนี้ และส่วนใหญ่ทันตแพทย์และเภสัชกรจะปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเป็นหลัก แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเห็นว่าเหตุการณ์มีผลกระทบต่อการจัดบริการในสถานพยาบาลใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 28.3 , 31.5 และ 31.1 ตามลำดับ สำหรับการจัดการนอกสถานพยาบาล แพทย์เห็นว่ามีผลกระทบสูงสุด คือร้อยละ 71.7 รองลงมาคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาล ร้อยละ 62.2 และ 50.9 ตาราง 5

ตาราง 5 ร้อยละของบุคลากรสุขภาพที่มีต่อผลกระทบในด้านต่าง ๆ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
(จำนวน)	60	46	64	216	238
ความรู้สึกไม่ปลอดภัย	86.7	84.8	90.6	97.7	89.9
ความไม่สบายใจของบุคคลในครอบครัว	93.3	78.3	75.0	88.9	80.3
การดำเนินชีวิตประจำวัน	70.0	69.6	79.0	80.6	68.5
ฐานทางเศรษฐกิจ	31.7	21.7	15.6	25.9	26.1
การจัดบริการในสถานพยาบาล	28.3	-	-	31.5	31.1
การจัดบริการนอกสถานพยาบาล	71.7	-	-	50.9	62.2

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ทันตแพทย์ และเภสัชกรไม่มีชุดคำถามนี้

ความเห็นความเห็นต่อการจัดการด้านความปลอดภัยและการจัดสรรค่าตอบแทน

กลุ่มแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งผู้ถูกถามปฏิบัติงานในชนบททั้งหมดมีความเห็นว่าการจัดการด้านความปลอดภัยยังไม่เพียงพอ โดยกลุ่มแพทย์มีสูงถึงร้อยละ 85 รองลงมาคือพยาบาลร้อยละ 75.5 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 67.6 อย่างไรก็ตาม เภสัชกร และทันตแพทย์ เกินครึ่งก็เห็นว่าไม่เพียงพอ

ความเห็นต่อการจัดสรรค่าตอบแทน เนื่องจากแบบสอบถามดำเนินการในช่วงกลางปี 2547 ซึ่งระบบค่าตอบแทนยังไม่ลงตัว ในขณะนั้นแพทย์ร้อยละ 90.0 และพยาบาลร้อยละ 89.3 เห็นว่าการจัดสรรค่าตอบแทนต้องปรับปรุง สำหรับทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเภสัชกร เห็นว่าต้องปรับปรุงร้อยละ 78.3 , 66.4 และ 60.9 ตามลำดับ ตาราง 6

ตาราง 6 ความเห็นของบุคลากรสุขภาพต่อมาตรการที่รัฐดำเนินการให้บุคลากรใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
(จำนวน)	60	46	64	216	238
การจัดการด้านความปลอดภัยยังไม่เพียงพอ	85.0	52.2	64.1	75.5	67.6
การจัดสรรค่าตอบแทนต้องปรับปรุง	90.0	78.3	60.9	89.3	66.4

ความเห็นต่อมาตรการและการจูงใจ

ความเห็นต่อมาตรการและการจูงใจให้บุคลากรสุขภาพมาปฏิบัติงานหรือสนับสนุนการยังคงสามารถปฏิบัติงานต่อเนื่อง พบว่าระดับความเห็นด้วยมากที่สุดของบุคลากรแต่ละสาขา ลำดับต่าง ๆ อยู่ในแนวเดียวกัน แต่มีความจำเพาะแตกต่างกัน ตาราง 7

ตาราง 7 ร้อยละของบุคลากรที่เห็นด้วยมากที่สุด และลำดับที่สำหรับความเห็นในแต่ละกลุ่มบุคลากรสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ ของมาตรการและการจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

	แพทย์	พยาบาล	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
จำนวน (ลำดับ)	60	216	238
1. ระบบจัดสรรบุคลากรสอดคล้องกับประชาชน	86.7 (5)	20.8 (10)	273 (11)
2. งบประมาณเหมาะสมกับพื้นที่	88.3 (4)	36.1 (8)	39.5 (8)
3. มีการจัดบุคลากรเสริมในภาวะวิกฤต	75.0 (7)	34.7 (9)	28.0 (10)
4. การจัดสรรรายรับให้สอดคล้องกับความเสี่ยงภัย/อันตราย	91.7 (2)	36.1 (8)	29.6 (9)
5. การโยกย้าย สับเปลี่ยน หรือศึกษาต่อเหมาะสม	88.3 (4)	48.6 (7)	46.2 (7)
6. เปิดโอกาสการศึกษาต่อทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่นักเรียนในพื้นที่	90 (3)	62.0 (1)	71.8 (1)
7. สนับสนุนและจัดสรรทุนเพื่อการศึกษาต่อเนื่อง	75 (7)	-	-
8. (แพทย์) มีระบบฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในพื้นที่ในสาขาหลัก	-	50.5 (6)	62.6 (4)
9. จัดให้มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญสนับสนุนการจัดบริการการให้คำปรึกษา และการรับส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ	91.7 (2)	58.3 (2)	62.2 (5)
10. บุตรหลานและครอบครัว ของบุคลากรมีโอกาสทางการศึกษา และการงานที่เหมาะสม	93.3 (1)	56.5 (4)	71.0 (2)
11. นำสถานพยาบาลไม่ผู้การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากชุมชนและร่วมมือร่วมกับชุมชนในการบริการสุขภาพแก่ประชาชน	91.7 (2)	53.7 (5)	63.4 (3)

- ทันตแพทย์ และเภสัชกร ไม่มีชุดคำถามชุดนี้

ลำดับที่ตามลำดับความเห็นด้วยของแพทย์ 5 ลำดับ แรก คือ

1. บุตรหลานและครอบครัวของบุคลากรมีโอกาสทางการศึกษาและการทำงานที่เหมาะสม
2. นำสถานพยาบาลไปสู่การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากชุมชนและร่วมมือร่วมใจกับชุมชนในการบริการสุขภาพแก่ประชาชน
- 2(3). จัดให้มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญสนับสนุนการจัดบริการ การให้คำปรึกษาและการรับส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพและเป็นกัลยาณมิตร
- 2(4). การจัดสรรรายรับให้สอดคล้องกับความเสี่ยงภัยและกันดาร
- 3(5). สนับสนุนและจัดสรรทุนเพื่อการศึกษาต่อเนื่อง (สนับสนุนบุคลากรด้านพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับคุณวุฒิและความสามารถโดยการสนับสนุนทุนการศึกษาต่อเนื่อง การจัดฝึกอบรมระหว่างปฏิบัติงาน (คำถามเต็ม)

พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีลำดับหนึ่งของการเห็นด้วยมากที่สุด เป็นข้อเดียวกันคือ

1. สนับสนุนและจัดสรรทุนเพื่อการศึกษาต่อเนื่อง
- สำหรับพยาบาลลำดับถัดมาคือ**
2. จัดให้มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญสนับสนุนการจัดบริการ การให้คำปรึกษา และการรับส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพและเป็นกัลยาณมิตร
 3. เปิดโอกาสการศึกษาต่อทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่นักเรียนในพื้นที่
 4. บุตรหลานและครอบครัวของบุคลากรมีโอกาสทางการศึกษาและการทำงานที่เหมาะสม
 5. นำสถานพยาบาลไปสู่การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมจากชุมชน และร่วมมือร่วมใจกับชุมชนในการบริการสุขภาพแก่ประชาชน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลำดับที่ 2 – 5 คือ

2. บุตรหลานและครอบครัวของบุคลากรมีโอกาสทางการศึกษาและการทำงานที่เหมาะสม
3. นำสถานพยาบาลไปสู่การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมจากชุมชนและร่วมมือร่วมใจกับชุมชนในการบริการสุขภาพแก่ประชาชน
4. การจัดทำแผนงบประมาณและบุคลากรสอดคล้องกับสถานการณ์
5. จัดให้มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญสนับสนุนการจัดบริการ การให้คำปรึกษาและการรับส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพและเป็นกัลยาณมิตร

ผลการศึกษาโดยการสำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ของแพทย์ ในโรงพยาบาล ชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และ อำเภอจะนะ, อำเภอเทพา, อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลาผลการศึกษาด้วยแบบสอบถามปลายเปิด

ก. ความเห็นเกี่ยวกับค่าตอบแทน

- ทำไมแพทย์ต้องลาออกเพิ่มขึ้นทุกปี

ตอบ เพราะค่าตอบแทนที่ได้น้อยเมื่อเทียบกับค่าตอบแทนจากโรงพยาบาลเอกชน, การทำงานประจำที่ทำน้อยทำมาก ได้ค่าตอบแทนเท่าเดิม แต่เอกชนยิ่งทำงานมากยิ่งได้ค่าตอบแทนมาก การทำงานราชการที่ต้องทำงานด้านรักษา, บริหาร, ส่งเสริม ในขณะที่เอกชนรักษาอย่างเดียวและเสี่ยงต่อการฟ้องร้องมากขึ้นทุกปี

แก้ไขอย่างไร

*เพิ่มเงินเดือนแพทย์ให้เหมาะสม

*เพิ่มเงินกันดารในพื้นที่เสี่ยงภัยที่ไม่ใช่เมือง

*ในจังหวัดปัตตานี โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ได้เงินเวรแบบเหมาจ่าย ซึ่งน้อยกว่าการอยู่เวรจริง และไม่เหมือนจังหวัดอื่นๆ ที่แพทย์อยู่เวรก็ได้ค่าตอบแทนตามที่อยู่เวรจริง เช่น ในโรงพยาบาลที่มีแพทย์ 4-6 คน ได้ค่าเวร 16,000 บาท ซึ่งอยู่เวร 6-8 วัน ต่อเดือน ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอื่นถ้าอยู่เวร 7 วันก็ได้ค่าตอบแทนมากกว่า 22,000-23,000 บาท ซึ่งต่างกันมาก เพราะฉะนั้นควรให้ค่าตอบแทนตามที่ได้ทำงานจริง

- รัฐบาลควรที่ส่วนผลักดันให้เกิดค่าตอบแทนและเงินเดือน ที่เป็นรูปธรรมและเหมาะสมมากกว่าที่เป็นอยู่ ขณะนี้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในเขต 3 จังหวัดชายแดนไม่ได้เงินค่าเสี่ยงภัยเลย (ไม่นับรวมเงินกันดาร ประเภท ก,ข ซึ่งควรจะได้อยู่แล้วตามพื้นที่กันดารนั้น ๆ)
- เพิ่มเงินพิเศษที่ทางรัฐจัดให้ ควรเป็นเงินจากส่วนกลางทั้งหมด หากให้เป็นเงินของทางโรงพยาบาลเอง บางโรงพยาบาลไม่สามารถจัดบในส่วนนี้ได้ ทำให้พนักงานของโรงพยาบาลยังไม่ได้รับเงิน
- เงินรายได้ที่เพิ่มขึ้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของสวัสดิการซึ่งกระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาจัดสรรให้นานแล้ว ดังนั้นจึงไม่ได้ทำให้เกิดขวัญหรือกำลังใจที่ดีขึ้นมากนักโดยปกติ บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์, พยาบาล, ฯลฯ) ให้บริการตามหน้าที่ และจรรยาบรรณในวิชาชีพอยู่แล้ว ไม่ว่าสถานการณ์จะดีหรือร้าย ไม่ได้ทำให้การบริการผู้ป่วยแย่ลง แต่ขวัญกำลังใจ, สวัสดิการ, ความปลอดภัยในชีวิตประจำวันต่างหาก ที่เจ้าหน้าที่ต้องการ (แต่ไม่ใช่การที่ผู้หลักผู้ใหญ่มาเยี่ยมทำให้แพทย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ไปต้อนรับทำให้เพิ่มภาระงานให้กับแพทย์ประจำโรงพยาบาล)
- การตอบแทนให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงของก่อน-ขณะเกิดเหตุการณ์ ความไม่สงบ
- เพิ่มค่าเบี้ยกันดาร

- ควรเพิ่มค่าเสี่ยงภัยให้แก่โรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากมีความเสี่ยงไม่แตกต่างจากใน ตัวเมือง โดยเฉพาะการเลือกโรงพยาบาลชุมชน แบบใหม่ ปี 2 สามารถเลือกลงโรงพยาบาลชุมชนใหม่ได้ ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ไม่มีแรงจูงใจ ให้สมัครเลย ยกเว้นเงินประกันชีวิต ซึ่งแทบไม่มีประโยชน์สำหรับชีวิตแพทย์ที่จะมาอยู่ (ไม่มีอะไรดีกว่าโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอื่นเลย)
- เงินเดือนต่อเดือนแพทย์รวมน้อยกว่าหรือเท่ากับจังหวัดอื่น (โรงพยาบาลชุมชนซึ่งข้าพเจ้าเคยอยู่มาหลายโรงพยาบาลแล้ว ทำให้ขาดแรงจูงใจ และความอยากจะอยู่ในดินแดนนี้ต่อไป
- ควรปรับปรุงพื้นที่เขตกันดารและเสี่ยงภัยในอดีตเสียใหม่ เนื่องจากในปัจจุบันบางพื้นที่ความกันดาร หรือสีของพื้นที่มันเปลี่ยนไปแล้ว
- การเพิ่มค่าตอบแทนสำหรับข้าราชการ พนักงานของรัฐ ลูกจ้างประจำ ควรเท่าเทียมกัน ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมถึงค่าตอบแทนอื่น ๆ ในบางพื้นที่ ยังมีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมอีกมาก การเพิ่มไปเรื่อย ๆ ไม่มีใครแก้ปัญหา การให้เท่าที่ควรจะให้ เทียมกัน เสริมสร้างความปลอดภัย เป็นสิ่งที่ควรจะทำมากกว่า ความเท่าเทียมกันก็มีความจำเป็น ซึ่งความแตกต่างทำให้เห็นถึงข้อได้เปรียบเสียเปรียบ ทำให้เห็นว่าปัญหายังแก้ไม่ถูกจุดและไม่สมควร
- เรื่องของค่าเสี่ยงภัยของโรงพยาบาลชุมชน ไม่มี แต่โรงพยาบาลศูนย์กลับมีทีเดียว คิดว่าโรงพยาบาลชุมชนเสี่ยงกว่าโรงพยาบาลศูนย์มาก

ข. ความเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและชีวิตความเป็นอยู่

- คุณรู้ไหมว่ามีปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยมากแค่ไหนในผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ว่าจะเป็นด้านศัลยกรรมทั่วไป, ศัลยกรรมกระดูกและข้อ, ศัลยกรรมระบบประสาท เพราะมีแพทย์น้อยไม่เพียงพอ จะส่งต่อผู้ป่วยก็ไม่รับ
- ความปลอดภัย ในการชันสูตรนอกสถานที่ยังไม่ชัดเจน เคยเจอสถานการณ์ เจ้าหน้าที่งานตำรวจ มาเร่งให้ออกไปชันสูตร นอกพื้นที่ ทั้งที่ยังไม่มีมาตรฐานความปลอดภัยชัดเจน
- ผู้บริหารควรมีส่วนผลักดันให้เกิดขวัญและกำลังใจในการทำงานมากกว่านี้ ไม่ใช่เกิดเหตุการณ์แล้วมาเยี่ยมเยียน,ควรหมั่นมาเยี่ยมเยียนตามผู้ปฏิบัติงานที่จะได้รับข้อมูลมากกว่าที่เป็นอยู่
- ประชาชนในเขตพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดน ยังอยากจะทำงานต่อ รู้สึกว่าถ้าเราเข้าใจในวัฒนธรรมของมุสลิม ศาสนาพุทธ ปัญหาเรื่องทำงานก็ไม่น่าจะเกิดขึ้น
- ถ้าทุกคนคิดจะหนีสถานการณ์ได้ แล้วใครจะช่วยดูแลการเจ็บป่วยของประชาชนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้
- ส่วนกลาง โดยเฉพาะข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชนบ้าง ไม่ใช่ให้ความสำคัญกับแค่โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์
- สิ่งสำคัญที่สุดในการปฏิบัติงานในภาวะวิกฤติ ต้องเป็นกำลังใจและความตั้งใจจริง ของผู้ปฏิบัติงานเป็นหลักสำคัญ เพราะหากใจอยู่กับงานทุกอย่างย่อมทำได้โดยไม่มีปัญหา

นอกจากใจไม่อยู่กับงานหรือองค์กร ย่อมกระวนกระวายเพิ่มมากขึ้น ถ้าปกติมันเอง ดังนั้น การแก้ไขคือ เป็นการปลุกจิตสำนึกผู้ปฏิบัติงานในองค์กรด้วย

- งดการออกชั้นสูตรข้างนอกโรงพยาบาล กรณีกลางคืนในทุกรณี กลางวันกรณีสัมพันธ์กับเหตุการณ์ไม่สงบ
- ระบบความไม่ปลอดภัย ทางโรงพยาบาลชุมชน ต้องดูแลเองไม่มีหน่วยงาน เช่น ตำรวจ ทหาร เข้ามาช่วย
- ส่งเสริมการศึกษาในชุมชนมุสลิม อย่างจริงจัง เนื่องจาก คนที่มีการศึกษาส่วนกลางและพูดไทยได้ มักจะไม่ค่อยมีปัญหา
- ควรให้สิทธิพิเศษแก่ผู้ที่ทำงานอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่น สิทธิในการสมัครเรียน การเป็นข้าราชการ และสิทธิการประกันชีวิต
- คนที่อยู่ในพื้นที่อยู่แล้วย่อมดีกว่าคนที่ไปแล้วหรือกำลังจะมา อ ย่ารอให้คนที่อยู่ย้ายออกหรืออยู่ไม่ได้ ควรทำให้คนกลุ่มนั้นอยู่ต่อเพราะคนที่กำลังจะเข้ามาอยู่ในใหม่นั้นไม่ทราบว่าเขาจะอยู่ได้หรือไม่ หรือนานเท่าใด เพราะอะไร
- ควรมองคนในพื้นที่ 3 จังหวัด เป็นลักษณะวัฒนธรรมที่แตกต่างจากจังหวัดอื่น คนที่จะเข้าใจ ก็ต้องเป็นคนที่มาจากพื้นที่เดียวกัน หรือถ้าหาไม่ได้จึงควรทำอะไรก็ได้ให้คนที่อยู่เดิมมีกำลังใจ ให้สมกับการเสียสละของพวกเขาเหล่านั้น มิใช่มาตรฐานเดียวกันไปหมดทั้งประเทศ คนในเมืองใหญ่เขาไม่รู้สึกรอกว่า 3 จังหวัดภาคใต้เป็นอย่างไร
- รัฐบาลหวังในการทำงานของแพทย์สูงเกินจริง โรงพยาบาลส่งเสริมคุณภาพเนื่องจาก ให้กำลังคนและงานประมาณมาจำกัด เฉพาะงานบริการ ก็ทำได้ไม่พอแล้ว (ต่างจังหวัด คนไข้ 80-100 คน/ วัน / คน)
- ต้องเพิ่มคนให้เพียงพอ
- สนับสนุนองค์ความรู้ให้เพียงพอ
- เหตุการณ์ใน 3จังหวัดชายแดนภาคใต้ช่วงนี้ยังคุกรุ่นและคิดว่าทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ รัฐบาลพยายามสร้างภาพว่าเหตุการณ์เริ่มคลี่คลาย แต่จริง ๆ แล้วทุกคนที่นี้รู้ดีว่าไม่เป็นเช่นนั้น การให้บุคลากรในโรงพยาบาลเริ่มออกหน่วยเคลื่อนที่เข้าไปตามชุมชนต่าง ๆ ในขณะนั้น ถือว่าไม่เหมาะสมอย่างมาก เพราะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทำให้บุคลากรรู้สึกไม่ปลอดภัย และไม่มั่นคง ซึ่งนำไปสู่การโยกย้ายหรือลาออกตามมา ทำให้ขาดแคลนบุคลากร
- เป็นการยากที่จะให้เกิดการปฏิบัติงานอย่างปกติสุข เนื่องจากสภาพสังคมในพื้นที่ยังมี อิทธิพลและอคติ การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และมีความเชื่อที่ผิด ๆ ของชาวบ้าน ใครไม่เปิดใจรับบริการสาธารณสุขที่ถูกวิธี และมีการข่มขู่เจ้าหน้าที่

ค. ความเห็นอื่น ๆ

- แพทย์ขาดแคลน, พยาบาลขาดแคลน (ถ้าต้องการเพิ่มต้องจ้างด้วยเงินบำรุงเอง) ทำให้การทำงานไม่สามารถจะพุงไว้ซึ่งประสิทธิภาพได้ ชาวบ้านก็ร้องเรียนบ่อยว่ารอนาน, ไหนจะต้องดำเนินนโยบายต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวง ซึ่งมีมากและเข้ามาบ่อย ๆ ทำให้ไม่ต้องแบกรับงานมาทำนอกและบ่อย ๆ เข้าก็รู้สึกล้าและท้อ ไม่สามารถทำได้ ทั้ง ๆ ที่รักและ

อยากอยู่กับประชาชนในโรงพยาบาลชุมชน จึงอยากให้ทางราชการรีบหาวิธีแก้ไข ปัญหาขาดแคลนแพทย์ และเพิ่มสวัสดิการ และค่าตอบแทน โดยเร่งด่วน ก่อนที่แพทย์หลายๆ คนจะลาออกเมื่อมีทางเลือกอื่นที่ดีกว่า

- ในทางปฏิบัติ ราชการย่อมจะทำได้ในเรื่องของเงินและคน
- แพทย์ที่ส่งมาจากส่วนกลางมักมาช่วยราชการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป แต่ปัญหาภาระงานเกิน/ขาดบุคลากรอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน เพราะฉะนั้นแพทย์ที่มาช่วยจึงไม่ได้ แก้ปัญหาแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนที่ลาออก
- อยากให้พิจารณากรณีแพทย์ต้องออกไปชั้นสูตรคนนอกสถานที่ เพราะในสถานการณ์ร้าย/วิกฤติ น่าจะอนุมัติให้นำมาชั้นสูตรในโรงพยาบาลได้
- ด้านการให้บริการ
 - *ตอนนี้มีแต่เชิงรับไม่สามารถออกไปสู่หมู่บ้าน/ชุมชนได้มากนัก มีความเสี่ยงในเรื่องความปลอดภัย
 - *ประชาชนยังป่วยเหมือนเดิม ยังไม่เห็นความก้าวหน้าของระบบ 30 บาท
 - *ควรสนับสนุนให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากกว่า เป็นเรื่อง 30 บาท ประชาชนป่วยเล็กน้อยก็มาโรงพยาบาล
- ต้องการความยุติธรรม ปฏิบัติเหมือนและเท่าเทียมกัน
- จัดสรรทุนตามความต้องการของแพทย์
- การจัดสรรบุคลากร ควรให้เท่าเทียมกันในทุกจังหวัด ตามอัตราส่วนประชากร ไม่ใช่เน้นแต่เฉพาะในเขต กรุงเทพฯ- ปริมณฑล
- ส่งเสริมเด็กในพื้นที่ที่มีความสามารถที่จะศึกษาต่อด้านการแพทย์ ไม่ควรที่จะสนับสนุนเด็กที่ไม่มีความสามารถ ให้เรียนด้านการแพทย์ เพราะจะมีผลทำให้การทำงานขาดประสิทธิภาพ
- ควรที่จะเน้นการปฏิบัติจริง ไม่ใช่มีแต่ข่าวออกมา
- ควรที่จะสนับสนุนให้ทุนแพทย์ไปศึกษาต่อ ในสาขาที่ขาดแคลนอย่างเพียงพอ ควรเน้นบุคลากรที่ทำงานอยู่ และคนในพื้นที่
- ควรมีการแก้ปัญหา เกี่ยวกับเรื่อง สาธารณูปโภคพื้นฐาน, การศึกษา, สาธารณสุข, ยาเสพติด
- สนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอ
- การแก้ปัญหาภาคใต้ โดยใช้การประณีตประนอม ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อสถานการณ์อย่างแน่นอน ควรใช้ความเด็ดขาดและความรุนแรงในการสงบเหตุการณ์ดีกว่า
- ควรให้นักการเมือง เช่น คุณสุชาติรัตน์ มาตรวจเยี่ยม โรงพยาบาลชุมชน ใน 3 จังหวัดภาคใต้บ้าง จะได้เห็นความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลชุมชน และถ้ามาตรวจเยี่ยมอยากให้นั่งทั้งวัน ไม่ใช่มา 15 นาที ก็กลับ ซึ่งมันไม่เห็นภาพทั้งหมดที่เกิดขึ้นจริง และเวลามากก็อยากให้มานั่งแบบคนธรรมดา ไม่ใช่มีผู้ติดตาม

ผลการศึกษาโดยการสำรวจความคิดเห็นด้วยแบบสอบถามพยาบาลด้วยแบบสอบถามปลายเปิด

เหตุผลในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจและผลกระทบในการทำงาน

จากการสอบถามเหตุผลประกอบความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจและผลกระทบในการทำงานด้านต่าง ๆ ด้วยคำถามเปิด มีผู้ตอบแบบสอบถามแสดงเหตุผล ดังนี้

1) เหตุผลประกอบความคิดเห็นที่เห็นว่ามาตรการด้านความปลอดภัยที่ราชการดำเนินให้ยังไม่เพียงพอ ควรปรับปรุง ดังนี้ (คน)

1. ควรมีมาตรการรักษาความปลอดภัยที่เข้มงวดเพิ่มขึ้น เช่น ให้ทหาร, ตำรวจ มาตรวจบริเวณพื้นที่โรงพยาบาลด้วย โดยเฉพาะเวลากลางคืน (10) เพิ่มอัตรากำลังเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย โดยเฉพาะเวลากลางคืน (10)
2. จัดให้มีสวัสดิการด้านความปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่ เช่น (5) การจัดบริการรถรับ-ส่ง, การจัดที่พักในโรงพยาบาลให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ต้องอยู่เวร
3. รัฐบาลควรมีมาตรการขึ้นเงินเดือนและเข้มงวดแก่ผู้ก่อความไม่สงบ (14)
4. มีมาตรการตรวจสอบประชาชน 2 สัญชาติ (ไทย-มาเลเซีย) (1)
5. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารให้สามารถติดต่อได้ทุกพื้นที่ (1)

2) เหตุผลประกอบความคิดเห็นที่เห็นว่าการจัดสรรเงินตอบแทนบุคลากรในพื้นที่เสี่ยงภัยไม่เหมาะสม ควรปรับปรุงดังนี้

1. ควรจัดสวัสดิการค่าเสี่ยงภัยเพิ่มขึ้น และให้มีความเท่าเทียม และทั่วถึงกันในแต่ละวิชาชีพ ไม่ควรให้แตกต่างกันมาก ปัจจุบันแพทย์ได้ 10,000 บาท/เดือน, พยาบาลได้ 1,000 บาท/เดือน เพราะทุกคนต่างก็ทำงานในพื้นที่เสี่ยงภัยเท่ากัน (31)
2. ควรจัดสรรเงินได้ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกลางคืน และลงปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า (10)
3. ควรแยก เงินเบี้ยเลี้ยงกันดาร ออกจากเงินเสี่ยงภัย ไม่ใช่ได้อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้เดิมพยาบาลได้ค่ากันดารอยู่แล้ว และมาตัดให้ได้ค่าเสี่ยงภัย เพียงอย่างเดียว ควรได้ทั้ง 2 อย่าง (7)
4. การจัดสรรเงินล่าช้ามาก ควรได้รับเดือนต่อเดือน (11)
5. ควรพิจารณาให้ขึ้นพิเศษแก่เจ้าหน้าที่ทุกคน

ข้อเสนอแนะ แนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมและการสร้างขวัญกำลังใจ

จากการสอบถามโดยคำถามเปิดให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอ

แนะแนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมและการสร้างขวัญกำลังใจ ภายใต้สถานการณ์ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีผู้ร่วมแสดงความคิดเห็น ดังนี้

แนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมภายใต้สถานการณ์

1. เน้นการให้บริการเชิงรับมากกว่าเชิงรุก (20)
2. ให้บริการนอกพื้นที่เฉพาะกรณีที่เป็น นอกเวลาราชการ รับเฉพาะกรณีฉุกเฉิน (2)
3. เน้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง ให้ประชาชนมีส่วนร่วม (12)
4. ให้ อสม. ผู้นำชุมชน ช่วยปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข โดยมีค่าตอบแทน (1)

5. เจ้าหน้าที่เข้าถึงชุมชน เป็นกันเอง ให้บริการที่เท่าเทียมกัน เข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น (3)
6. เจ้าหน้าที่แต่งกายไม่ให้แตกต่างกับประชาชน (3)
7. กำหนดจำนวน ญาติเยี่ยมผู้ป่วยและกำหนดเวลาเยี่ยมอย่างชัดเจน (3)
8. การส่งต่อผู้ป่วยควรให้เจ้าหน้าที่ร่วมเดินทางไปด้วยอย่างน้อย 2 คน (1)
9. อนุญาตให้เจ้าหน้าที่อยู่เวรต่อเนื่องได้ เช่น เช้า-บ่าย, บ่าย-ดึก (4) เพื่อลดความเสี่ยงในการเดินทาง
10. เพิ่มอัตรากำลังบุคลากรให้เพียงพอทุกวิชาและทุกเวร (21)

แนวทางการสร้างขวัญกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่

1. ควรพิจารณาจัดสรรเงิน ค่าตอบแทน, ค่าเสี่ยงภัยเพิ่มขึ้น อย่างเป็นธรรมและให้ เท่าเทียมกัน ทุกวิชาชีพ (98)
2. ควรมีประกันชีวิต (3) กรณีเจ้าหน้าที่เสียชีวิต ควรได้รับเงินช่วยเหลือและสนับสนุนการศึกษา ต่อของบุตร
3. การเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทน ควรเบิกจ่ายให้เร็วเดือนต่อเดือน (34)
4. ควรมีการจัดสวัสดิการแก่เจ้าหน้าที่ เช่น จัดบริการรถรับ-ส่ง และควรได้รับความคุ้มครองขณะเดินทางไป-กลับ เวลามาทปฏิบัติงาน (17)
5. ควรมีการจัดระบบรักษาความปลอดภัยที่เหมาะสม (30) เช่น มีเจ้าหน้าที่เฝ้าเวรอย่าง ต่อเนื่อง , มีสัญญาณฉุกเฉินแจ้งภัย
6. มีสวัสดิการที่พัก ให้แก่เจ้าหน้าที่อยู่เวรยาม (9) และมีอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เนื่องจากไม่ปลอดภัยในการเดินทางออกไปซื้ออาหาร
7. อนุญาตให้พยาบาลอยู่เวรต่อเนื่องได้ เช่น เช้า-บ่าย , บ่าย-ดึก (3) เพื่อลดความเสี่ยงในการเดินทางยามวิกาล
8. ผู้บริหารควรมีความยุติธรรม (7) ผู้บริหารระดับสูง ควรได้รับทราบปัญหาและมีการเยี่ยมผู้ปฏิบัติ (5)
9. ควรมีการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่อง หรือประชุมวิชาการต่าง ๆ อย่างทั่วถึง (4) เพื่อเพิ่มทักษะ และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน
10. ควรบรรจุพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวเป็นข้าราชการ (1)

ผลการศึกษาโดยการสำรวจความคิดเห็นด้วยแบบสอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยแบบสอบถามปลายเปิด

เหตุผลในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงและผลกระทบในการทำงาน

จากการสอบถามเหตุผลประกอบความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงและผลกระทบในการทำงานด้านต่าง ๆ ด้วยคำถามเปิด มีผู้ตอบแบบสอบถามแสดงเหตุผล ดังนี้

เหตุผลประกอบความคิดเห็นที่เห็นว่ามาตรการด้านความปลอดภัยที่ราชการดำเนินให้ยังไม่เพียงพอ ควรปรับปรุง ดังนี้ (คน)

- 1) ควรจัดให้มีกำลังรักษาความปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเหมือนกับหน่วยงานอื่น (17)
- 2) ควรมีการกำหนดมาตรการรักษาความปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ชัดเจนและปฏิบัติอย่างจริงจัง(6)
- 3) ควรมีการรวมตัวของหน่วยงานหรือชุมชนเจ้าหน้าที่ให้ลงปฏิบัติงานใน ชุมชนเป็น ทีม(11)
- 4) ควรมีการประสานให้ชุมชนมีส่วนร่วมและประชาสัมพันธ์ให้ทราบก่อนลง พื้นที่(8)
- 5) เน้นการให้บริการสุขภาพภายในสถานีนอามัยแบบตั้งรับให้มากกว่าออกปฏิบัติ งานใน ชุมชน(21)
- 6) ควรปรับการแต่งกายให้กลมกลืนกับชาวบ้าน (7)
- 7) จัดรถรับส่งคัมครอง(2)
- 8) ปรับปรุงบ้านพักและรั้วให้มั่นคงแข็งแรง(3)

เหตุผลประกอบความคิดเห็นที่เห็นว่าการจัดสรรเงินตอบแทนบุคลากรในพื้นที่เสี่ยง ภัยไม่เหมาะสม ควรปรับปรุงดังนี้

- 1) ควรพิจารณาเงินเสี่ยงภัยและค่าตอบแทนให้เหมาะสมตามสภาพการเสี่ยงภัยในการ ปฏิบัติงาน(33)
- 2) ควรมีการเพิ่มเงินเสี่ยงภัยและเบี้ยเลี้ยง(25)
- 3) เงินเสี่ยงภัย สวัสดิการต่าง ๆ ควรได้รับรวดเร็วและเป็นรายเดือน(22)
- 4) ควรเพิ่มวงเงินประกันชีวิต(1)
- 5) ควรมีความชัดเจนในการให้เงินค่าตอบแทนและแจ้งให้ทราบเพราะที่รออยู่ไม่แน่ใจว่าจะได้ หรือไม่(2)

ข้อเสนอแนะ แนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมและการสร้างขวัญกำลังใจ

จากการสอบถามโดยคำถามเปิดให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเสนอ

แนะแนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมและการสร้างขวัญกำลังใจ ภายใต้สถานการณ์ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีผู้ ร่วมแสดงความคิดเห็น ดังนี้ (คน)

แนวทางการจัดบริการที่เหมาะสมภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน

- 1) ควรสนับสนุนให้บุคลากรในพื้นที่เข้ารับการปฏิบัติงานในพื้นที่ตนเอง (7)
- 2) สนับสนุนให้มีบุคลากรประจำอย่างเพียงพออย่างน้อย 3 คน/1 สถานีนอามัย และควรลดสัดส่วน จาก 1: 1250 เป็น 1:800 (35)
- 3) การจัดประชุมควรจะมีรูปแบบที่ไม่ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเดินทางออกจากสถานีนอามัย(1)
- 4) การปฏิบัติงานในพื้นที่อาจจะต้องปฏิบัติงานเป็นทีมมีการรวมตัวของสถานีนอามัยใกล้เคียงหรือกับ โรงพยาบาล(17)
- 5) พัฒนาระบบข้อมูลและรายงานไม่ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องมาเสียเวลากับข้อมูลมากเกินไป(7)

- 6) การทำงานตามนโยบายที่ไม่เหมาะสมกับพื้นที่ทำให้สูญเสียกำลังคน ควรให้แต่ละพื้นที่ทำงานตามปัญหาและข้อมูลของพื้นที่นั้นๆ (7)
- 7) ควรเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้นเป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการประชาชน(6)
- 8) ควรให้แต่ละสถานีอนามัยพิจารณาปรับเปลี่ยนเวลาให้บริการตามความเหมาะสมและประกาศให้ชุมชนทราบ(12)
- 9) พัฒนา อสม.และสนับสนุนงบประมาณในการจ่ายค่าตอบแทนจะช่วยแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากร (7)
- 10) ควรมีการนิเทศติดตามและให้การช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาระดับพื้นที่บริการ (5)
- 11) ควรปรับลดการทำงานในเชิงรุกในช่วงเวลาที่ไม่มีความปลอดภัย ให้นั้นการตั้งรับแต่ให้พัฒนาคุณภาพงานบริการให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (28)

แนวทางการสร้างขวัญกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่

- 1) ควรมีมาตรการด้านความปลอดภัยให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติงานในพื้นที่ให้ชัดเจน และมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง (15)
- 2) ควรสนับสนุนยานพาหนะให้เหมาะสมและเพียงพอกับทุกสถานีอนามัย(12)
- 3) ควรพิจารณาค่าตอบแทน ค่าเสี่ยงภัยให้เหมาะสมไม่ให้เหลื่อมล้ำกันมากเกินไประหว่างเจ้าหน้าที่ทุกระดับ คนที่ทำงานในชุมชนกลับได้ค่าตอบแทนน้อยที่สุด(25)
- 4) ความรวดเร็วของการเบิกจ่ายเงินทุกประเภทควรมีความรวดเร็ว(8)
- 5) อยากให้ผู้บริหารระดับสูงคอยดูแลเอาใจใส่สอบถามเยี่ยมเยียนให้กำลังใจเจ้าหน้าที่ระดับสถานีอนามัยเมื่อผลงานไม่ได้ตามเป้า ควรรีบให้ความช่วยเหลือแทนการตำหนิ(21)
- 6) ควรให้เจ้าหน้าที่มีโอกาสพัฒนาตนเองสามารถปรับตำแหน่งได้ตามวุฒิที่ได้รับในตำแหน่งที่ครองอยู่ไม่ต้องไปหาตำแหน่งจากหน่วยงานอื่น ทำให้คนที่ศึกษาต่อต้องออกจากพื้นที่ (13)
- 7) ควรให้เจ้าหน้าที่ได้มีโอกาสบรรจุเป็นข้าราชการ หรือตำแหน่งอื่นที่เท่ากันไม่ใช่แค่เป็นลูกจ้าง(2)
- 8) ควรพิจารณาได้รับสิทธิพิเศษในการลาศึกษาต่อ(3)
- 9) การพิจารณาความดีความชอบให้เป็นกรณีพิเศษและมีเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจน(14)
- 10) ควรพิจารณาให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยพื้นที่เสี่ยงภัยที่มีผลการปฏิบัติงานดีได้รับการยกย่องเชิดชูเกียรติ(3)
- 11) ควรยกเลิกการประเมินตามมาตรการที่ 3 5% เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอและก่อให้เกิดความเครียด(9)
- 12) ควรมีการจัดงานเลี้ยงพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นนำเสนอผลงานร่วมกัน(2)
- 13) การจัดสรรงบประมาณเวชภัณฑ์ผ่าน cup หรือโรงพยาบาลควรให้ได้รับความเหมาะสมและรวดเร็ว(4)
- 14) จัดให้มีการศึกษาดูงานของเจ้าหน้าที่ระดับสถานีอนามัย(3)

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

- 1) อยากให้มีการออกแบบสอบถามความเป็นอยู่และปัญหาจากสถานีอนามัยอย่างต่อเนื่อง
- 2) ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจจะเป็นเกราะป้องกันภัยให้

อภิปรายผล

รายงานการศึกษามลกระทบต่อบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นผลรวมจากรายงานการศึกษาหลายชิ้น คือการศึกษาแพทย์ที่ปฏิบัติงานในชนบท 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และรวมอำเภอเทพา อำเภอจะนะและอำเภอสบไย้อย ของจังหวัดสงขลา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติงานชนบทของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนเภสัชกรและทันตแพทย์ เป็นบุคลากรซึ่งปฏิบัติงานทั้งในอำเภอเมืองและต่างอำเภอ อย่างไรก็ตามการศึกษาแต่ละชุดที่นำมารวมนั้นมีความคิดในการศึกษาในกรอบเดียวกัน ข้อมูลส่วนสำคัญหลัก ๆ จึงนำมาประมวลเข้าด้วยกัน อย่างไรก็ตามอาจจะมีการเหลื่อมของเวลาเก็บข้อมูลอยู่บ้าง แต่ก็อยู่ในช่วงมิถุนายน – สิงหาคม 2547 ที่สำคัญคือการตอบแบบสอบถามเป็นความสมัครใจ ในการพิจารณาข้อมูลผู้อ่านพึงตระหนักว่าข้อมูลและความเห็นอาจจะไม่ใช่ภาพที่ถูกต้องทั้งหมด แต่ก็เชื่อว่าเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญในการนำไปพิจารณาเพื่อแก้ปัญหาหรือปรับปรุงพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อบุคลากรและประชาชนผู้รับบริการต่อไป

ภูมิสำเนาของบุคลากรสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามในกลุ่มบุคลากรสุขภาพทุกกลุ่มภูมิสำเนาของบุคลากรอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะพยาบาลร้อยละ 88.9 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 88.7 เภสัชกรร้อยละ 71.9 แพทย์ร้อยละ 66.7 และทันตแพทย์ร้อยละ 65.6 สัดส่วนที่สูงเกินครึ่งและในบางกลุ่มสูงเกือบร้อยละ 90 ทำให้พอจะอุ่นใจถึงโอกาสที่บุคลากรทางด้านบริการสุขภาพจะยังคงอยู่เพื่อปฏิบัติงานในพื้นที่ท่ามกลางสถานการณ์ความรุนแรงที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่และโดยเฉพาะนอกเขตเป็นคนในชนบท ภูมิสำเนาของบุคลากรมีผลต่อการคงอยู่ของบุคลากรโดยเฉพาะในชนบท^(1,2) แพทย์ที่มีภูมิสำเนาในชนบทจะอยู่ในชนบทได้มากกว่าผู้มาจากเขตเมือง สถานการณ์ความรุนแรงได้กดดันให้มีการโยกย้ายของบุคลากร ความหวังที่สำคัญจึงหวังว่าจากข้อมูลที่แสดงถึงภูมิสำเนาของบุคลากรซึ่งเป็นผู้มีปมหลังหรือบ้านเกิดใน 3 จังหวัดชายแดนจะแสดงผลที่แท้จริงในระยะยาวว่าเราจะเป็นกำลังสำคัญในการค้ำจุนระบบสุขภาพของ 3 จังหวัดต่อไป

อายุของบุคลากรสุขภาพ

อายุของบุคลากรทุกกลุ่ม ยกเว้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในช่วง 25 – 35 ปี โดยเฉพาะพยาบาลกลุ่มอายุนี้อยู่สูงถึงร้อยละ 93.2 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ร้อยละ 47.5 อายุมากกว่า 35 ปี หากพิจารณาจากอายุ ก็สะท้อนอายุการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา การสนับสนุนการปฏิบัติงานในชนบทเริ่มจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มาศึกษาแล้วมอบหมายให้กลับไปทำงานในชนบทสำหรับแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่นๆ การให้ความสำคัญของการทำงานในชนบทเพิ่งเริ่มและโดยเฉพาะพยาบาลเริ่มจริงจังมากขึ้นหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(คู่มือหลักประกัน) ที่ได้มีการกำหนดเงื่อนไขของบุคลากรในการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิต่าง ๆ เงื่อนไขของกลุ่มอายุจึงเป็นสัดส่วนดังที่ปรากฏ อย่างไรก็ตามกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร ข้อมูลเรื่องอายุไม่สามารถจะช่วยพยากรณ์ได้เนื่องจากในระบบการจัดสรรบุคลากรแบบใช้ทุน เมื่อหมดพันธะการชดใช้ทุน การสูญเสียของบุคลากรก็วยัง

อยู่อย่างต่อเนื่อง ยกเว้นเภสัชกร ซึ่งจะหมดระบบการชดใช้ทุน เนื่องจากมีจำนวนที่ค่อนข้างเพียงพอแล้ว หากมีการสูญเสียจากการลาออก ก็สามารถรับทดแทน แต่หากเป็นการโยกย้ายออกจากพื้นที่ก็ยังคงมีปัญหาเช่นกันในการศึกษาถึงอายุของบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์จะพบว่าอายุของบุคลากรที่ดำรงอยู่ในชนบทจะน้อยลง³ ซึ่งน่าจะมีผลจากการที่แพทย์โยกย้ายออกด้วยเหตุผลต่าง ๆ โดยเฉพาะการลาศึกษาต่อและทำงานต่อในเมืองใหญ่ความพยายามในการให้โอกาสนักเรียนในพื้นที่⁽⁴⁾ และการพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติ⁽⁵⁾ จะเป็นกลไกสำคัญในการปรับปรุงฐานอายุของบุคลากรให้ปฏิบัติในพื้นที่ได้เช่นเดียวกับความสำเร็จกรณีของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เพศของบุคลากรสุขภาพ

จากอดีตบุคลากรสุขภาพยกเว้นพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ในปัจจุบันอัตราส่วนของเพศหญิงสูงขึ้น⁽³⁾ แม้ว่าจะยังคงน้อยกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับภาพรวมของประเทศที่บุคลากรรุ่นใหม่ มีเพศหญิงเพิ่มขึ้น และในพื้นที่บุคลากรส่วนใหญ่เป็นบุคลากรอายุน้อย แต่การที่มีบุคลากรกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร มีจำนวนเพศหญิงมากขึ้น ก็อ่อนไหวต่อการโยกย้ายของบุคลากรกลุ่มนี้ออกจากพื้นที่ชนบทสู่ตัวเมือง หากเป็นคนใน 3 จังหวัด หรือย้ายออกจากพื้นที่ 3 จังหวัด ไปยังจังหวัดอื่นหากมีภูมิลำเนาจากที่อื่น ๆ

สถานภาพสมรส

แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ส่วนใหญ่เป็นโสด การเป็นโสดอาจเอื้อต่อการเข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบทหรือเสี่ยงภัย แต่ในขณะเดียวกันหากขาดสิ่งยึดเหนี่ยว เช่น ครอบครัวที่อยู่ในชุมชน อาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงโอกาสที่จะสูญเสียบุคลากรเหล่านี้ไปได้ง่ายเมื่อหมดพันธะใช้ทุน ในขณะที่กลุ่มพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส หากว่าครอบครัวหรือคู่สมรสเป็นคนในพื้นที่หรือมีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทจะเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ยึดเหนี่ยวเอาไว้ให้ทำงานต่อไปในพื้นที่

ความเห็นต่อมาตรการของด้านความปลอดภัยและการจัดสรรค่าตอบแทน

ในช่วงกลางของปี 2547 ซึ่งเป็นช่วงเก็บข้อมูล ทุกกลุ่มวิชาชีพสุขภาพมีความเห็นเกินร้อยละ 50 ว่าการจัดการด้านความปลอดภัยไม่เพียงพอ โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์และพยาบาลมีถึงร้อยละ 85 และร้อยละ 75.5 ช่วงปลายปี 2547 หลังกรณียิงผู้พิพากษา และกรณีตากใบ สถานการณ์ความไม่ปลอดภัยยิ่งรุนแรงขึ้น แต่กรณีตากใบก็ได้เป็นตัวเร่งให้ตรวจสอบมาตรการต่าง ๆ ของรัฐ ทั้งเรื่องความปลอดภัยและค่าตอบแทน โดยเฉพาะข้อสังเกตของนายกรัฐมนตรีต่อความล่าช้าต่าง ๆ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขตื่นตัวและเร่งดำเนินการมาตรการทั้งด้านความปลอดภัย และมาตรการการคลังเรื่องค่าตอบแทน (มติกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 10/2547) ในช่วงที่มีการเก็บข้อมูลมาตรการเรื่องการจัดสรรค่าตอบแทนส่วนใหญ่เห็นว่าต้องปรับปรุงแพทย์และพยาบาลเห็นว่าควรปรับปรุงถึงร้อยละ 90 ในชุดคำถามปลายเปิด ความเห็นเรื่องการปรับปรุงที่สำคัญประกอบด้วยแหล่งที่มาของเงินซึ่งควรมาจากเงินงบประมาณเพราะการใช้เงินบำรุงของสถานพยาบาลกระทบต่อการบริหารจัดการบริการสุขภาพ เช่นการจัดหายาและเวชภัณฑ์ หรือค่าตอบแทนนอกเวลา หากใช้เงินบำรุงและมีภาวะเป็นหนี้ยิ่งเกิดภาวะเครียดซ้ำซ้อน ทั้งจากการบริหารการเงินและปัญหาความไม่ปลอดภัยจากสถานการณ์ การจำแนกเรื่องภาวะกันดารและเสี่ยงภัยควรเป็นคนละส่วนกัน ในบางพื้นที่อาจเสี่ยงภัยแต่ไม่

กันดาร บางพื้นที่กันดารแต่ไม่เสี่ยงภัย (ซึ่งมีน้อย) ซึ่งควรคำนวณค่าตอบแทนให้กับบางพื้นที่ทั้ง 2 กรณี ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งของค่าตอบแทนคือ ความครอบคลุมของการจัดสรรให้กับทุกวิชาชีพอย่างเป็นธรรม เหมาะสมกับลักษณะงานและความขาดแคลน สิ่งนี้อาจจะเป็นเรื่องยากและที่ยากกว่านั้นคือ มีความเห็นว่าการจัดสรรควรตอบสนองได้ทันเวลา และสอดคล้องกับสถานการณ์ ความทันเวลาและทันเหตุการณ์ เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงประสิทธิภาพในการบรรเทาและแก้ปัญหา เมื่อกลไกที่ควรมีบทบาทในการแก้ปัญหาไม่สามารถดำเนินการอย่างทันเวลาและทันเหตุการณ์ด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม และสิ่งสำคัญคือกลไกเหล่านั้นไม่ได้ประสบปัญหา หรือต้องตกอยู่ในสถานการณ์ความรุนแรงและถูกกดดันจากปัญหาความไม่ปลอดภัย กลไกทางการเงิน (6.7.8) ซึ่งพอจะมีประสิทธิภาพหากทำได้ทันเหตุการณ์จึงไม่สามารถแสดงประสิทธิภาพได้ บุคลากรกลุ่มหนึ่งจึงตื่นตระหนกเพื่อไปให้พ้นจากภาวะวิกฤตและความรุนแรงต่าง ๆ เกิดผลกระทบเป็นลูกโซ่ ทำให้เกิดความขาดแคลนซ้ำซ้อนขึ้นอีกในช่วงปลายปี 2547 ช่วงงาเริ่มจะไหม้ก่อนถั่วจะสุก มาตรการทางการเงินและความปลอดภัยเริ่มได้รับการตอบสนองและเกิดผลสัมฤทธิ์ แต่ความเรื้อรังของปัญหาความรุนแรงยังคงส่งผลต่อเนื่องทั้งปัญหาความรุนแรงเองและกลไกการแก้ปัญหาไม่สามารถสอดคล้องกับสถานการณ์จริง

ช่วงแรกของการเก็บข้อมูล ข้อมูลเบื้องต้นได้ถูกนำเสนอให้ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขทราบผ่านชมรมแพทย์ชนบท เสนอให้ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ทราบผ่านการประชุมแลกเปลี่ยน (Crisis Forum) มาตรการหลากหลายสอดคล้องกับข้อเสนอ แต่กลไกราชการส่วนกลางที่ยังห่างไกลจากปัญหาดูเหมือนจะอดรู้โอกาสต่อไป

ความเห็นต่อผลกระทบในด้านต่าง ๆ ของบุคลากรสุขภาพ

ความรู้สึกไม่ปลอดภัย

บุคลากรสุขภาพทุกกลุ่มมีความรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยในอัตราที่ค่อนข้างสูงเกินร้อยละ 80 และกลุ่มพยาบาลสูงถึงร้อยละ 97.7 สำหรับพยาบาลน่าจะมาจากสองส่วนที่สำคัญคือ เพศของพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและลักษณะงานซึ่งต้องทำงานเป็นผลัดในเวร บ่าย ดึก รวมทั้งกลุ่มที่ปฏิบัติงานในช่วงกลางวันก็ต้องพบกับผู้คนที่หลากหลาย และในกลุ่มที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพเชิงรุก ต้องออกปฏิบัติงานนอกสถานพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานในชุมชนจริง ๆ แม้จะมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยร้อยละ 89.9 แต่ก็ยังน้อยกว่าพยาบาลและเภสัชกร น่าจะเป็นผลจากการเป็นผู้มีภูมิลำเนาในพื้นที่และรู้จักชุมชนจึงเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์มากกว่า แต่อย่างไรก็ตามความรู้สึกไม่ปลอดภัยจากการศึกษาครั้งนี้เป็นช่วงกลางปี 2547 หลังจากนั้นสถานการณ์ยังคงรุนแรงและต่อเนื่อง ปัญหานี้จะยังคงกลัดกร่อนความรู้สึกของบุคลากรต่อไปตราบเท่าที่สันติยังไม่กลับมามีอย่างแท้จริง

ความไม่สบายใจของบุคคลในครอบครัว

ปัญหาของกลุ่มแพทย์มีลักษณะที่น่าสนใจเพราะผลกระทบของกลุ่มแพทย์มาจากความไม่สบายใจของบุคคลในครอบครัวสูงที่สุดถึงร้อยละ 93.3 ซึ่งสูงกว่าความรู้สึกของตนเองต่อความไม่ปลอดภัย มีการศึกษาหลายชิ้นที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ และบ่งชี้ว่าครอบครัวส่วนสำคัญต่อการดำรงอยู่ของแพทย์ในชนบท (9,10) และยังมีปัญหาความรุนแรงกลุ่มแพทย์ซึ่งแม้ว่าจะมีความตั้งใจปฏิบัติงานในพื้นที่ แต่อาจจะถูกกดดันและหากมีปัญหาในการโยกย้ายก็น่าจะนำมาซึ่งการลาออกจากระบบราชการ กลุ่มพยาบาลมีความไม่สบายใจของบุคคลในครอบครัวรองลงมาที่มีน้อยกว่าแพทย์ ทั้ง ๆ ที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อาจสืบเนื่องจากภูมิลำเนาและลักษณะวิชาชีพที่ทำงานในลักษณะส่วนหนึ่งของทีม ความอ่อนไหวในฐานะเป็นผู้นำทีมและความรับผิดชอบน้อยกว่าแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อายุและภูมิลำเนา น่าจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยลดความรู้สึกไม่สบายใจ ของ

บุคคลในครอบครัวแต่ด้วยลักษณะการทำงานในพื้นที่ความไม่สบายใจของบุคคลในครอบครัวจึงยังคงสูงถึงร้อยละ 80.3 สำหรับทันตแพทย์และเภสัชกรในการศึกษาเลือกประชากรจากทั้งกลุ่มปฏิบัติงานในเมืองและชนบท ข้อมูลจึงอาจไม่ชัดเจนถึงผลกระทบในด้านนี้

การดำเนินชีวิตประจำวัน

ทุกกลุ่มได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 70-80 แต่ผลกระทบทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง อาจจะมีบ้างสำหรับแพทย์ที่มีคลินิกประกอบเวชปฏิบัติส่วนตัวนอกเวลาราชการ แต่ในแง่ของรายรับจากการปฏิบัติราชการ มีการสนับสนุนค่าตอบแทนต่าง ๆ เพิ่ม

การจัดบริการสุขภาพ

ประมาณ 1 ใน 3 ของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเห็นว่ามีความกระทบ ส่วนการจัดบริการนอกสถานพยาบาลเกินครึ่งที่เห็นว่าได้รับผลกระทบ (รายละเอียดในการศึกษาผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพของ พ.ญ. สมนึก ศิริสุวรรณ และคณะ)

มาตรการและสิ่งจูงใจในการปฏิบัติงาน

แพทย์มีความเห็นในลำดับที่ 1 ถึงร้อยละ 93.3 ที่เห็นด้วยมากที่สุดว่าการที่บุตรหลานและครอบครัวของบุคลากรมีโอกาสทางการศึกษาและการทำงานที่เหมาะสมในพื้นที่จะเป็นสิ่งเกื้อหนุนให้เขาทำงานได้อย่างต่อเนื่อง ในการศึกษาหลายชั้นพบว่าโอกาสทางการศึกษาและการทำงานของบุตร ธิดา และภรรยา เป็นสิ่งที่ขวางกั้นการทำงานระยะยาวของแพทย์ในชนบท (9) ในภาวะที่มีความรุนแรงทั้งในพื้นที่ และคุกคามต่อความปลอดภัยสาธารณะ หากมีปัญหาลูกหลานผู้ครอบครัว จึงเป็นประเด็นที่อ่อนไหวต่อการดำรงอยู่ของแพทย์สำหรับความเห็นด้วยมากที่สุดของกลุ่มแพทย์ในลำดับที่ 2 มี 3 เรื่อง โดยได้คะแนนเท่ากันคือร้อยละ 91.7 คือการจัดสรรรายรับให้สอดคล้องกับความเสี่ยงภัย / ก้นดาร์ * จัดให้มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ สนับสนุนการจัดบริการและให้คำปรึกษาและการรับส่งต่อ * การนำสถานพยาบาลไปสู่การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน สำหรับลำดับที่ 3 การเปิดโอกาสการศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์ และสาธารณสุขแก่บุคลากรแก่บุคลากรในพื้นที่โดยเห็นด้วยมากที่สุดถึงร้อยละ 90 ซึ่งเป็นร้อยละที่สูง แต่อยู่ในลำดับหลัง ต่างจากกลุ่มพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเห็นด้วยมากที่สุด เป็นลำดับแรกต่อการเปิดโอกาสทางการศึกษา การเปิดโอกาสทางการศึกษาให้บุคลากรสาขาต่าง ๆ เป็นกลไกสำคัญในการแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรในชุมชน โดยเฉพาะพยาบาลเป็นกลุ่มสำคัญซึ่งหากมีการศึกษาต่อเนื่องทางด้านเวชปฏิบัติจะเป็นกลุ่มบุคลากรที่ช่วยทดแทนและแพทย์ซึ่งขาดแคลนสามารถปรับบทบาทในการสนับสนุนการจัดบริการและให้คำปรึกษาได้ (5,11,12,13,14)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ ส่วนใหญ่เข้าสู่วัยที่มีครอบครัว การให้ความสำคัญถึงโอกาสทางการศึกษาและการทำงานแก่บุตรหลานและครอบครัวก็ตามมาเป็นอันดับ 2 ข้อแตกต่างจากพยาบาลว่าจะมาจากฐานอายุที่แตกต่างกันอยู่บ้าง แต่โอกาสของคนในครอบครัวจะเป็นปัจจัยสำคัญของการคงอยู่ของบุคลากรสุขภาพ (9,10) พยาบาลให้ความสำคัญกับการจัดให้มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญสนับสนุนการจัดบริการให้คำปรึกษาและการรับส่งต่อ เป็นลำดับสอง เช่นเดียวกับแพทย์ ในการศึกษาการดำรงอยู่ของแพทย์ในชนบท ที่ปรึกษาและการรับส่งต่ออย่างเป็นทางการเป็นกัลยามิตร เป็นกลไกสำคัญที่จะค้ำจุนระบบสุขภาพ และเป็นความต้องการ

สำคัญของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในชนบท⁽¹⁵⁾ และที่สำคัญคือการนำสถานพยาบาลไปสู่การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน^(8,17)

สรุป

ภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งตัวประชาชนและผู้ให้บริการในภาคส่วนต่าง ๆ บุคลากรสุขภาพก็ได้รับผลกระทบอย่างกว้างขวางเช่นกัน โดยเฉพาะความรู้สึกไม่ปลอดภัยทั้งของตนเองและครอบครัว ผลกระทบยังส่งผลต่อเนื่องไปสู่การจัดบริการสุขภาพ ทั้งการบริการภายในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล ส่วนที่อาจช่วยบรรเทาผลกระทบที่จะส่งผลไปสู่การสูญเสียบุคลากรสุขภาพออกจากพื้นที่ได้บ้างก็คือบุคลากรสุขภาพในปัจจุบันส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

การดำเนินการแก้ปัญหาทั้งด้านความปลอดภัยและมาตรการทางการเงินการคลังในช่วงเวลาที่ศึกษาบุคลากรส่วนใหญ่เห็นว่าไม่เพียงพอ

ความเห็นต่อการจูงใจและเกื้อหนุนให้บุคลากรสามารถทำงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่องแตกต่างกันไปในกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ แต่ที่สำคัญคือ การเปิดโอกาสการศึกษาต่อเนื่องให้บุคลากรในพื้นที่ การสร้างโอกาสทางการศึกษาและอาชีพให้บุตรหลานและครอบครัว การมีระบบการให้ค่าปรึกษาและการส่งต่ออย่างเป็นกัลยาณมิตร และที่สำคัญคือการนำสถานพยาบาลไปสู่การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

อย่างไรก็ตามมาตรการทางความปลอดภัยในระยะสั้นและสั้นดีในระยะยาวจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสู่สภาวะของบุคลากรและประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. Easterbrook M, Godwin M, Wilson R, Hodgetts G, Brown G, Pong R, Najgebauer E. Rural background and clinical rural rotation during medical training: effect of practice location. CMAJ. 1999 Apr 20; 160 (B) : 1159-63.
2. Laven G, Wilkinson D. Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence ? A systematic review. Aust J Rural Health. 2003 Dec; 11 (6) : 277-84.
3. Thaksaphon Thamarangsi. Human Resources for Health (HRH):What can we learn from National census 1990-2000.
4. Fryer, G.E., Miyorhi, T.J., Stine, C., Krugman, R.D. (1993). Colorado's decentralized medical education to increase the number of graduates practicing primary care in rural areas. Brief communications, Academic Medicine (Brief Communications), 68, 310-311.
5. Redman BK. How to bring primary care back to patients. I am Health Policy. 1993 May -Jun ; 3 (3) : 42-5.
6. <http://www.med.und.nodak.edu/depts/rural//research/personal>
7. Forti EM, Martin KE, Jones RL, Herman IM. Factors influencing retention of rural Pennsylvania family physician. I Am Board Fam Pract. 1995 Nov-Dec; 8(6) ; 496-9.
8. MacDonald C.A. and Associates. (2001). Rural on Call Remuneration Program evaluation Rural Physician Action Plan Coordination Committee. Retrieved December 12, 2001, from <http://www.rpap.ab.ca/publications/evaluation.htm>.
9. Alexander C. Why doctors would stay in rural practice in the New England health area of New South Wales. Aust J Rural Health. 1998 Aug; 6 (3) : 136-9.
10. Scommon DL, William SD, Li LB. Understanding physicians' decisions to practice in rural areas as basis for developing recruitment and retention strategies. Ambul care Mar. 1994 ; 5 (2) 83 : 85-100.
11. Jenkins M, Torrisi D. Community partnership primary care case study: Abbotsford Community Health Center. Nurse Pract. Forum 1997 Mar ; 8 (1) : 21-7.
12. Shi L, Samuels ME, Konrad TR, Ricketts TC, Stoskopf CH, Richter DL. The determinants of utilization of non-physician provider in rural community and migrants health centers. J Rural Health. 1993 Winter; 9 (1) : 27-39.
13. Lutz S. Practitioners are filling in for scarce physicians. Med Health C. 1991 May 13 ; 21 (19) : 24-9, 28-30.
14. Voltmann JD. Jamestown Medical Clinic System JAMA. 1975 Oct 20 ; 234 (3) : 303-4
15. Shi L, Samuels ME, Ricketts TC, Konrad TR. A rural-urban Comparative study of non-physician providers in community and migrant health centers Public Health Rep. 1994 Nov - Dec ; 109 (6) : 809 - 15.

15. Wilkinson, D., Symon, B., Newbury, J., & Marley, J.E. (2001). Positive impact of rural academic family practices on rural medical recruitment and retention in South Australia. *Australian Journal of Rural Health*, 9. 29-33.
16. T.B. Rourke, MD, CCFP(EM), MCLSC, FCFP Filomena Incitti, MD, CCFP Leslie L. Rourke, MD, FCFP, MCLSC MaryAnn Kennard, MLS. Keeping family physicians in rural practice solutions favored by rural physicians and family medicine residents. *Jour Can Fam Physician* 2003;49:1142-1149.
17. Schmitz HH, Rural Health Care needs and solutions. *Health Prog.* 1992 May ; 73(41) : 38-41 , 72.

บทที่ 5

ทัศนะต่อการดับไฟได้

น.พ. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ

ผมพยายามนั่งคิดหลังจากได้แลกเปลี่ยนกับหลายๆคน ในเรื่องปัญหาความรุนแรงและความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ จึงได้ลองปะติดปะต่อความคิดที่ไม่ชัดเจน คงไม่ใช่ข้อสรุปสุดท้าย หรือข้อเสนอที่ดีที่สุด อาจมีหลายความเห็นที่ยังไม่ชัดและอาจขาดหลักฐานยืนยัน แต่ นี่คือการเห็น ณ.วันนี้

ทำไมเหตุการณ์จึงเกิดขึ้นมาได้

ปรากฏการณ์ในอดีตที่สุ่มเชื้อเพลิงไว้รอการจุดปะทุ

1. เชื้อของการแบ่งแยกดินแดน ความรู้สึกไม่เป็นธรรมที่รัฐไทยกระทำต่อคนมุสลิม นั้น เป็นกระแสที่มีอยู่จริงในพื้นที่มาหลายร้อยปี คนพื้นเมืองที่นี่ ส่วนใหญ่เป็นคนมาเลย์ พูดยาวิ นับถือศาสนาอิสลาม มีวิถีชีวิตที่เข้มงวดแบบมุสลิม มีประวัติศาสตร์แห่งชนชาติที่มีตัวตน แม้ว่ารัฐไทยจะพยายามกลืนทางวัฒนธรรม แต่ก็ได้ผลไม่มากนัก นั่นคือมีเชื้ออยู่เก่าแล้ว ที่รอการลุกโชนเมื่อมีจังหวะ หรือสบหนึ่งเมื่อโอกาสไม่มี
2. ทิศทางการพัฒนาประเทศแบบตะวันตก ที่ขัดแย้งโดยสิ้นเชิงกับวิถีมุสลิม ที่เห็นเด่นชัดมากก็เช่น การที่หน้ามัสยิด มีทั้งคาราโอเกะ คาเฟ่ และร้านขายเหล้า ทั้งที่จากคนไทยพุทธเป็นเจ้าของและคนมุสลิม เป็นเจ้าของก็มีบ้าง หรือการพัฒนาทั้งหมดที่เน้นไปที่โรงงาน อุตสาหกรรม ถนน ไฟฟ้า โทรศัพท์ ซึ่งส่งผลในเชิงการพัฒนาความกินดีอยู่ดีของคนในพื้นที่น้อยมาก วิถีเกษตรกรรม วิถีประมงพื้นบ้าน วิถีอุตสาหกรรมในครัวเรือน การค้าขายในชุมชน ไม่ได้ได้รับการเอาใจใส่ จนมีการเปรียบเทียบกับความเป็นอยู่ที่ดีกว่าในประเทศมาเลเซียที่อยู่เพียงแค่น้ำแฉกแดน คนมุสลิมที่เข้มงวดในวิถีแห่งอิสลาม ย่อมเห็นถึงความเสื่อมของศาสนาและวัฒนธรรมชุมชน จากการพัฒนาแบบรัฐไทย
3. กระบวนการจัดการศึกษาแบบตะวันตก ที่เน้นการเรียนรู้เพื่อการประกอบอาชีพ ในขณะที่การจัดการศึกษาแบบวิถีมุสลิมคือโรงเรียนปอเนาะ และโรงเรียนตาดีกา ถูกละเลยอย่างมาก มีสภาพเสื่อมโทรม ผู้บริหารโรงเรียนต้องดิ้นรนกันเอง เมื่อขาดการสนับสนุน การจัดการศึกษาที่ออกมาจึงมีคุณภาพที่ไม่ดี แม้การจัดการศึกษาแบบปอเนาะจะมีคุณภาพน้อย แต่ก็ได้รับความนิยมอย่างสูงจากคนในพื้นที่ เพราะโรงเรียนไทยสอนแต่วิชาความรู้เพื่ออาชีพ ไม่ได้สอนวิถีชีวิตที่ต้องทำตามหลักธรรมในอัลกุรอาน ไม่ได้สอนให้เข้าใจในความเป็นมุสลิม อีกทั้งโรงเรียนไทยยังไม่เอื้อให้เกิดการปฏิบัติตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม ความรู้สึกที่รัฐทอดทิ้งปอเนาะหรือต้องการกลืนปอเนาะ เป็นความรู้สึกฝังใจที่คนมุสลิมส่วนใหญ่รู้สึกถึงความไม่เป็นธรรม

แต่ในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา มีเงื่อนไขหลายประการที่ทำให้ความรุนแรงของกลุ่มอุดมการณ์ขยายตัวได้อาทิ

- การปราบปรามกลุ่มผู้ค้าผู้เสพยาเสพติดและผู้มีอิทธิพล ซึ่งมีการจู่โจมหรือทำให้หายสาบสูญไปจำนวนหนึ่ง ปรากฏการณ์การจู่โจมนั้นเป็นที่รับรู้กันในชุมชน หลายคนไม่ชัดเจนว่าเป็นผู้ค้ายา ทำให้เกิด

ความรู้สึกไม่เป็นธรรมต่อการกระทำของรัฐ หนึ่งในคนถูกอุ้มหายไปจากหมู่บ้านนั้น ความรับรู้ว่าคุณอำนาจรัฐรังแกก็ครอบคลุมไปทั้งหมู่บ้านนั้นและหมู่บ้านข้างเคียง

- การปราบปรามผู้มีอิทธิพลนั้น ส่วนหนึ่งผู้เป็นบารมีชนในชุมชน ซึ่งแม้จะมีอิทธิพลในทางลบด้วยก็มีบ้างในบางคน แต่บารมีชนก็คือผู้ดูแลความสงบในสังคมนั้นๆ ด้วยอำนาจบารมี เมื่อเขาถูกทางการจับตามอง ลงบัญชีดำ แฉงเตือนให้จำกัดบทบาทลงไม่ให้แสดงบทบาทเป็นผู้มีบารมี ส่งผลให้กลไกชุมชนเดิมที่มีผู้ใหญ่ในหมู่บ้านหรือในชุมชนที่สามารถควบคุมพฤติกรรมของวัยรุ่นหรือมิจฉาชีพ รวมทั้งกลุ่มต่างๆ ในสังคมให้เกิดความสมดุลงั้นหมดไป ดังนั้นเมื่อไม่มีกลไกนี้ และกลไกอำนาจรัฐโดยตำรวจเข้าไม่ถึงชุมชน ส่งผลให้กลุ่มวัยรุ่นว่างงานเป็นผีไม่มีนาย การถูกชักจูงเข้าสู่ขบวนการจึงเป็นไปได้โดยง่าย การข่าวที่ทราบได้ง่ายจากการคุยกับบารมีชนคนนี้ ก็ขาดไปเพราะเครือข่ายที่เคยมีนั้นถูกจำกัดลงไปด้วยอำนาจรัฐเอง
- การยกเลิก ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอบต.) ส่งผลที่สำคัญอย่างน้อย 2 ประการคือ
 - การยุบ ศอบต. ทำให้หน่วยทหารที่เป็นหน่วยหลักที่ทำการคุมพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และกลไกการปฏิบัติการจิตวิทยามวลชนและระบบกลไกการข่าวที่มีอยู่นั้นถูกยกเลิกไป กลไกตำรวจที่เข้ามาสวมแทนนั้นไม่สามารถทำงานทดแทนได้จริง เพราะตำรวจต้องให้คุณให้โทษภารกิจมากมาย ไม่เกาะติดพื้นที่ การข่าวเป็นการข่าวแบบเลี้ยงโจรให้จับโจร ดังนั้นช่องว่างที่เกิดขึ้นจึงใหญ่มาก ส่งผลใน 2 ปี กลุ่มอุดมการณ์สามารถสร้างเครือข่ายสร้างขบวนการได้
 - การยุบ ศอบต. ทำให้ผลประโยชน์หลายประการที่คนที่เกี่ยวข้องกับองค์กรนี้ได้หมดลงไป ไม่เฉพาะตำรวจทหาร แต่รวมถึงนักการเมือง ผู้รับเหมา หรือแม้แต่กลุ่มขบวนการเอง เมื่อผลประโยชน์ถูกตัดไป การก่อวินเพื่อสร้างสถานการณ์โดยกลุ่มต่างๆ จึงเกิดการผสมโรงขึ้น จนแยกไม่ออกกว่าเป็นฝีมือใคร แต่ส่งผลให้รัฐต้องทุ่มงบประมาณลงมากอีกก้อนใหญ่
- การใช้กำลังตำรวจ ทหาร ในการตรวจค้น จับกุม ทั้งผู้คน บ้านเรือน ปอเนาะ อย่างเกินขอบเขต โดยมีการแยกแยะคนผิดจริงกับผู้ต้องสงสัยไม่ขาด ทำให้มีการจับผิดตัว ค้นผิดบ้าน ใช้หลักการสงสัยจับไว้ก่อน สงสัยค้นไว้ก่อน ซึ่งใช้ไม่ได้ในพื้นที่นี้ เพราะเท่ากับเป็นการทำลายมวลชนฝ่ายเราให้หมดศรัทธาในอำนาจรัฐไทย
- ทศนคติของข้าราชการและผู้กุมอำนาจรัฐที่มีความเห็นในเชิงแบ่งแยก มองอย่างเหมารวมว่ามุสลิมมีปัญหา การไม่แยกแยะ มองอย่างเหมารวม ปฏิบัติอย่างมีอคติ ทำให้เหตุการณ์ที่ตากใบรุนแรงจนมีเสียชีวิตจำนวนมาก การกวาดจับคนที่อยู่นอก ซึ่งอาจต้องสงสัย จนมีผู้ถูกจับกว่า 1,300 คนนั้นเป็นหนึ่งในกระทำให้แบบไม่แยกแยะ
- การนำกำลังตำรวจจากภายนอกพื้นที่ ที่ไม่เข้าใจวัฒนธรรมมุสลิมมาปฏิบัติการในพื้นที่ เมื่อสถานการณ์กว้างขวางขึ้น กำลังในพื้นที่ไม่เพียงพอ การนำกำลังตำรวจ ทหารจากภาคกลางภาคอีสานลงมาปฏิบัติการในพื้นที่ ทั้งๆที่มีความเข้าใจวัฒนธรรม วิถีชีวิต และวิถีคิดของคนในพื้นที่น้อยมาก พูดและฟังภาษายาววิ้งไม่ได้ การทำความเข้าใจด้วยการสื่อสารทำได้น้อย กลายเป็นภาพของการกดขี่ด้วยอำนาจของกำลังและอาวุธ สร้างบรรยากาศแห่งความเจ็บปวดจากความหวาดกลัวและหวาดระแวงมากกว่าความเจียมสงบอย่างมีสันติสุข และยังเมื่อมีปฏิบัติการใดๆ เช่น ตรวจค้นหาอาวุธ

ในชุมชนแล้ว ความไม่เข้าใจก็ยิ่งสูงขึ้น จนนำไปสู่ความรู้สึกว่าถูกคนพุทธกดขี่ ไม่ได้รับความเป็นธรรมจากรัฐไทย

- กระแสมุสลิมสากล โดยเฉพาะต่อกรณีที่รัฐไทยให้การสนับสนุนสหรัฐอเมริกาในการทำสงครามอธรรม เช่นฆ่าชาวมุสลิมในอิรัก เพราะชาวมุสลิมทั่วโลกนั้นเป็นพี่น้องกัน และเขาเห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่รัฐไทยต้องไปตามกันทำตามที่อเมริกาขอ
- การพยายามเข้ามามีอิทธิพลของอเมริกาในคาบสมุทรมลายูและอินโดนีเซียโดยใช้กระแสการก่อการร้ายสากลในการเข้ามามีอิทธิพลในภูมิภาค หลายคนเชื่อว่า มีบางส่วนที่เป็นการสร้างสถานการณ์จาก CIA. ของสหรัฐอเมริกา เพราะหากมีความวุ่นวายก็จะสามารถใช้อ้างเป็นเงื่อนไขในการให้การสนับสนุนรัฐไทยในการจัดการกับปัญหานี้ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการก่อการร้ายสากล โดยเฉพาะการเข้ามามีอิทธิพลของ การดักฟังสัญญาณโทรศัพท์ ซึ่งเชื่อว่ามีศูนย์การปฏิบัติการที่ค่ายเสนาณรงค์ อำเภอลาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
- ข้อเท็จจริงกรณีเหตุการณ์ที่ตากใบ มีปรากฏการณ์ที่ยังมีคำถามตัวโต กล่าวคือ มีความพยายามในการยุติการชุมนุม โดยที่นายศิวะ แสงมณี และคณะได้รับไฟเขียวให้พาผู้ต้องหาไปขอประกันตัวที่ศาลนราธิวาส เชื่อว่าเมื่อได้ประกันตัวแล้วจะมีการยุติการชุมนุม ใครสั่งให้พาผู้ต้องหาไปประกันตัว แต่กลับมาการสั่งให้มีการสลายการชุมนุมด้วยความรุนแรง ทั้งๆที่แค่เพียง 1 ชั่วโมงทุกอย่างมีโอกาสที่จะจบโดยสงบ ประเด็นที่น่าสงสัยมากคือ ใครสั่งสลายการชุมนุม คนนี้คงต้องใหญ่มาก ใหญ่กว่าคนที่ตัดสินใจให้พาไปประกันตัว

วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน

1. สิ่งที่รัฐพยายามรักษาผืนแผ่นดินไทยไว้ ไม่ให้ถูกแบ่งแยกดินแดนนั้น หากจะรักษาประเทศไทยให้ได้ ต้องรักษาความรู้สึกที่อยากจะเป็นคนไทยของคนใน 3 จังหวัดให้ได้ ไม่ว่าเขาจะเป็นเชื้อชาติใด ไม่ใช่การรักษาผืนดิน รักษาอาณาเขต หรืออำนาจรูปแบบแข็งตัว เพราะถึงจะมีทหารเต็มพื้นที่ สงทหารลงไปอีก 5 เท่า สิบเท่า ก็อาจรักษาได้เพียงแนวเขต แต่จิตใจของผู้คนที่เคยรู้สึกว่าจะมีความสุขบนผืนแผ่นดินไทย เป็นส่วนหนึ่งของแผ่นดินไทย ไม่คิดจะเป็นอื่นนั้น อาจจะหมดใจที่จะเป็นคนไทยต่อไปก็ได้
2. ดังนั้น สงครามนอกรอบแบบนี้ เป้าหมายหลักคือสงครามการแย่งชิงมวลชน ไม่ใช่สงครามปราบปรามโจรก่อการร้าย เน้นนอนว่าสิ่งที่ผู้ก่อการร้ายใช้ความรุนแรงต่อเจ้าหน้าที่รัฐนั้น เพื่อบ่อนทำลายความมั่นคงทำลายอำนาจรัฐ แต่เพียงแค่นั้นไม่ก่อให้เกิดการแบ่งแยกดินแดนได้

การตอบโต้ด้วยความรุนแรงของรัฐนั้นจะเป็นตัวขยายปฏิกิริยาของสถานการณ์ให้ขยายตัวเป็นร้อยเป็นพันเท่า เมื่อมีการใช้ความรุนแรงจากอำนาจรัฐเข้าจัดการกับปัญหา ผู้บริสุทธิ์ไม่เกี่ยวข้องย่อมถูกสงสัย ถูกจับสอบสวน มีการปฏิบัติการทางทหารที่ไม่ให้เกียรติชุมชนซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่นการตรวจค้นชุมชน การตรวจค้นปอเนาะ มีการสลายการชุมนุมด้วยความรุนแรงไม่ว่ารุนแรงมากน้อยก็ตาม มีการทำประชาสัมพันธ์ในวิทยุบังคับฟังรายการได้สดที่สุดที่เนื้อหาขวาทกขอบ มีการเฝ้าสังเกตในทางลับต่อบุคคลจำนวนมาก ซึ่งคนที่ถูกเฝ้ามองเขารู้ บรรยายภาคแห่งรัฐตำรวจได้เข้าครอบงำ 3 จังหวัด ไม่มีใครอยากพูดอยากแสดงความเห็น เพราะไม่อยากแหลมออกมาให้ผิดสังเกตแม้ว่าจะปรารถนาดี

ทั้งหมดนี้ทำให้มวลชนที่เดิมไม่ได้เข้าข้างฝ่ายใด หลายพื้นที่อยู่ฝ่ายรัฐไทยด้วยซ้ำ เกิดความรู้สึกที่ไม่เป็นธรรมและเอนเอียงไปในทางแบ่งแยกดินแดน ในปัจจุบันนี้ ยิ่งรัฐบาลส่งทหารตำรวจเข้าไปมาก ใช้กฎอัยการศึกที่เข้มงวด ตรวจจับสอบสวนกว้างขวาง ก็ยิ่งทำให้สูญเสียมวลชน นั่นคือความเป็นรัฐไทยใน 3 จังหวัดนั้นหมดความชอบธรรมในการปกครองลงไปทุกที ทั้งๆที่สถานการณ์การก่อการร้ายนั้น ไม่มากมายขนาดที่จะสิ้นคลอนรัฐไทยได้ แต่กรอบการแก้ปัญหาของรัฐไทยเองที่กำลังบั่นทอนความชอบธรรมและอำนาจอธิปไตยของตนเอง

3. การปฏิบัติการของฝ่ายตรงข้ามในลักษณะที่ยั่วให้เกิดความรุนแรงเช่นกรณีมัสยิดกรือเซะ หรือ กรณีตากใบ นั้นจะยังมีอีก เพราะเป็นวิธีการที่ได้ผล ในการทำให้รัฐไทยใช้การปราบหนักและปราบอย่างกว้างขวาง เข้าจัดการกับปัญหา ทำให้เกิดการขยายตัวของความเกลียดชังรัฐไทย เกิดความรู้สึกที่ไม่ได้รับความเป็นธรรม และเกิดปัจเจกชนที่มีความคับแค้น จนก่อปฏิบัติการเองโดยที่ไม่มีผู้สั่งการ ทั้งนี้ในหลายกรณีที่มีการทำร้ายเจ้าหน้าที่ จะเห็นได้ว่า มือปืนนั้นเป็นมือปืนมือใหม่ ยิ่งไม่แม่น เน้นการยิงที่ลำตัวซึ่งเป็นเป้าใหญ่ ใช้อาวุธปืนสั้น ในขณะที่มืออาชีพนั้นมักใช้อาวุธสงคราม ยิ่งที่ศีรษะหรือที่สำคัญและถูกยิงมักเสียชีวิต
4. เหตุการณ์การยิงกันที่กรือเซะและจุดปะทะอื่นๆรวม 10 จุด ในวันที่ 28 เมษายน 2547 นั้น ยังพอจะเป็นเหตุการณ์ที่อธิบายถึงความจำเป็นในการใช้ความรุนแรงเข้าปราบปรามกลุ่มก่อการได้ เพราะกลุ่มก่อการมีอาวุธ และมีเจตนาชัดเจนในการก่อความไม่สงบ แม้คำอธิบายนั้นยังรู้สึกว่าเป็นธรรมนักก็ตาม

แต่เหตุการณ์กรณีการสลายการชุมนุมที่ตากใบ จนมีการเสียชีวิตของผู้คนบริสุทธิ์จำนวนมาก โดยเฉพาะคนที่มาดูแลเหตุการณ์และการหายสาบสูญของคนอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ชัดเจนว่าตายหรือไม่ รวมทั้งภาพเหตุการณ์ในรูปแบบ VCD ทั้งจากช่างภาพไทย และช่างภาพมาเลเซีย ที่มีการเผยแพร่ได้เป็นอย่างดี กว้างขวางในพื้นที่ ทำให้ผู้คนส่วนใหญ่ได้เห็นภาพการกระทำที่รุนแรงของตำรวจทหาร ที่ซ้อมเตะต่อยผู้ชุมนุมเหมือนจะเอาให้ตายด้วยความแค้น ซึ่งไม่ต่างจากกรณีเหตุการณ์ 6 ตุลา 2519 หรือช่วงพฤษภาทมิฬในปี 2535 ทำให้เกิดความเคียดแค้นชิงชังตำรวจ ทหาร และผู้ที่เป็นตัวแทนอำนาจอธิปไตยในหัวใจของคนมุสลิมจำนวนมาก รู้สึกถึงการถูกรัฐบาลหักหลังว่ากำลังนำผู้ต้องหาไปประกันตัว อีกเพียงชั่วโม่งเดียวก็จะสลายตัว แต่กลับถูกปราบปรามอย่างรุนแรงเหมือนไม่ใช่คนไทย การขอย้ายตนเองของแม่ทัพภาคที่ 4 การชดเชยเงินแก่ญาติผู้เสียชีวิต การตั้งคณะกรรมการสอบสวน และคำขอโทษจากนายกรัฐมนตรี ถ้ามีนั้นก็ไม่สามารถเยียวยาบาดแผลนี้ได้

5. นับตั้งแต่เหตุการณ์ไม่สงบที่มีมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะตั้งแต่เหตุการณ์ปล้นปืน เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2547 นั้น กลุ่มที่มีอิทธิพลทางความคิดในการสร้างความสมานฉันท์และความปรองดองในพื้นที่นั้นไม่มีให้เห็นเป็นตัวเป็นตน ที่จะเป็นหน่ออ่อนแห่งความหวังในการแก้ปัญหาจากกลไกภาคประชาสังคมได้เลย
 - จุฬาราชมนตรีนั้นไม่ได้รับการยอมรับจากพื้นที่ที่เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว ทั้งยังออกมาแสดงทัศนคติในเชิงสนับสนุนการใช้ความรุนแรงเข้าปราบปรามผู้ก่อความไม่สงบในกรณีเหตุการณ์ตากใบ ก็ยิ่งทำให้สถาบันนี้ สูญเสียความยอมรับจากพื้นที่ และถูกมองว่ากลายเป็นเครื่องมือของรัฐบาลไปแล้ว
 - กลุ่มนักการเมืองมุสลิมในพื้นที่ก็ทำตนเป็นฝ่ายอำนาจอธิปไตย ไม่แสดงบทบาทที่จะเป็นปากเสียงแทนชาวบ้าน ไม่มีข้อเสนอที่เป็นทางออกที่เป็นความหวังได้ ส่วนใหญ่มักลอยตัวและเล่นบทไปตามน้ำเท่านั้น

- กลุ่มผู้นำศาสนา กรรมการอิสลามระดับต่าง ๆ นั้น ถูกรัฐชักนำเข้าสู่กระบวนการแก้ปัญหาแบบรัฐ และควบคุมการแสดงออก จนกลายเป็นภาพของผู้ใกล้ชิดรัฐ เป็นกลุ่มที่ไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง และไม่มีความชอบธรรมมากพอในการแสดงบทบาทในฐานะผู้นำทางสังคมที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในพื้นที่ในการนำสันติสุขมาสู่พื้นที่ได้
- ครูสอนศาสนา ได้ะอิหม่ามในชุมชน ที่ส่วนหนึ่งยังเป็นผู้ที่ศรัทธาในคำสอนที่ถูกตั้ง ใฝ่สันติ สอนวิถีแห่งการเป็นมุสลิมที่ดี ได้ถูกเหมาโหลโดยกระบวนการทางการเมืองและการทหารไปแล้ว เป็นผู้ต้องสงสัย เป็นผู้ที่ต้องกดขี่เป็นพิเศษ ทำให้กลุ่มคนกลุ่มนี้ ซึ่งมีอิทธิพลทางความคิดกับผู้คนในชุมชนอย่างมาก ทั้งในฐานะสมาชิกผู้ทรงภูมิความรู้ในชุมชน และในฐานะผู้นำธรรมชาติที่เป็นกลางและอยู่ไกลอำนาจรัฐซึ่งชาวบ้านยังยอมรับว่ายังเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณนั้น (ต่างจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. ซึ่งชาวบ้านไม่ได้ให้ความเคารพนับถือมากนัก เพราะเป็นส่วนหนึ่งของอำนาจรัฐไปแล้ว ที่แยกจากนั้น หลายคนถูกรัฐไทยหลอหลอมให้เบนไปจากวิถีมุสลิมที่ดีไปแล้ว เช่นกินเหล้า ร้องคาราโอเกะ เสริฟเหล้าให้นาย ร่วมงานรื่นเริงในยามวิกาล รวมทั้ง การเป็นสายให้กับฝ่ายปกครอง) ได้ถูกกระบวนการเหมาโหลให้กลายเป็นผู้ต้องสงสัย ในการสอนผู้คนให้กระด้างกระเดื่องต่อรัฐ และถูกเพ่งเล็งจนไม่สามารถแสดงออกได้แม้แต่ในทางสันติหรือการแสดงออกเพื่อการสร้างความสมานฉันท์

ดังนั้น จึงเป็นการยากที่จะเกิดการแก้ปัญหาจากภาคประชาชน เพราะขาดแกนนำที่ได้รับการยอมรับในการเป็นศูนย์รวมจิตใจของผู้คนในการแก้ไขสถานการณ์ จึงเหลือแต่มาตรการแก้ปัญหาจากภาครัฐเป็นหลัก ทำให้สถานการณ์นั้นน่าเป็นห่วงยิ่งในระยะยาว

6. การทุ่มงบประมาณของรัฐบาลนับหมื่นล้านบาทที่ลงมายังพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ แต่ให้มาอย่างเร่งรีบ ทำให้มีปัญหาตามมามาก เช่น งบที่ให้มาประโยชน์ส่วนใหญ่ยังคงตกกลับผู้รับเหมามากกว่าประชาชน ตกกับบบขั้วถูกกำลังใจคำตอบแทนของข้าราชการ งบที่ให้มาไม่ว่าผ่านหน่วยราชการหรือผ่านตรงสู่ชุมชนหรือกลุ่มชาวบ้าน (อย่างไรเสียก็ต้องผ่านกลุ่มข้าราชการในการส่งผ่านงบประมาณสู่ชุมชน) มีการหักค่าหัวคิว ทั้งนายพลวงหักและนายบ้านหักอีกทอดหนึ่ง งบที่ลงไปไม่ทำให้ชาวบ้านรู้สึกว่าเขาได้อะไรเลย

ทางออกของปัญหา

คงไม่มีใครที่หาทางออกในท่ามกลางปมปัญหาที่ทับซ้อนอย่างแน่นหนาโดยไม่มีความเจ็บปวดได้และรับประกันความสำเร็จได้ ทางออกนั้นต้องมีเป้าหมายเพื่อที่จะสร้างสันติสุขในชุมชน 3 จังหวัดชายแดนใต้ให้ได้ นำความสมานฉันท์และการอยู่ร่วมกันของชนทุกเชื้อชาติศาสนากลับคืนมาสู่แผ่นดินตรงนั้น โดยเลือกหนทางที่เจ็บปวดน้อยที่สุด สร้างความปรองดองในพื้นที่ได้มากที่สุด และมีโอกาสแห่งความสำเร็จมากที่สุด

ก้าวที่สำคัญของการสร้างสันติสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นั้น ได้แก่

1. สิ่งที่น่าเป็นห่วงที่สุดในสังคมนอกจากการที่ประชาชนถูกทำร้ายรายวันในขณะนี้ก็คือ “ ความรู้สึกสะใจของผู้คนในสังคม รู้สึกว่าสาสมแล้ว ต้องแก้แค้นเอาให้หนัก จะได้หลาบจำ คนอื่นไม่กล้าเอาเยี่ยงอย่าง ต้องใช้ไม้แข็ง ตาต่อตา ฟันต่อฟัน แม้ว่าบางครั้งคนที่ไม่เกี่ยวข้องจะติดร่างแหไปบ้าง แต่เพื่อรักษาบ้านเมืองและปราบคนคิดร้ายให้อยู่หมัดก็ถือว่าเป็นความผิดพลาดที่ยอมรับได้ ” ความคิด

เช่นนี้เริ่มเข้ามาครองส่วนแบ่งในใจของผู้คนในสังคมมากขึ้นทุกวัน นี่คือสัญญาณอันตรายของไฟสงครามที่จะตามมาอย่างแน่นอน

“ ความรุนแรงไม่อาจแก้ไขได้ด้วยการตอบโต้ด้วยความรุนแรง ” นี่คือพื้นฐานแนวคิดแบบสันติวิธี เพราะความตายจากทั้ง 2 ฝ่ายจะนำมาซึ่งการขยายตัวของความเกลียดชังในสังคม ความระแวงระหว่างเชื้อชาติศาสนา และสูญเสียความรู้สึกที่เป็นชุมชนเดียวกันที่เคยอยู่ร่วมกันอย่างสงบไป ในท่ามกลางความสละใจของคนไทยหลายคนและความต้องการให้รัฐบาลปราบให้หนักนั้น คนที่หัวน้าวและหนักใจที่สุดก็คือคนในพื้นที่ชายแดนใต้แน่นอน

ดังนั้นหนทางแห่งสันติภาพในการแก้ปัญหาไฟใต้ นั้น ต้องลดเงื่อนไขที่จะสามารถนำไปขยายความขัดแย้งระหว่างศาสนาให้เหลือน้อยที่สุด และต้องเร่งสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง(right understanding) ของผู้คนในสังคม ให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจในความทุกข์ร่วมกัน ไม่ว่าความสูญเสียจะเกิดขึ้นกับฝ่ายใด ต้องไม่ซ้ำเติมให้เกิดเงื่อนไขของความรุนแรงด้วยการมีความเห็นความเข้าใจที่ถูกต้องต่อสถานการณ์ ไม่โกรธเกลียด เคียดแค้นหรือสละใจ แต่เห็นอกเห็นใจ เข้าใจในความทุกข์ของผู้คนที่นั่นไม่ว่าเขาจะอยู่ฝ่ายใด

ซึ่งปัจจุบัน รัฐบาลยังทำสิ่งเหล่านี้้น้อยมาก การพัฒนาระดำนนั้นเป็นรูปแบบหนึ่งที่ช่วยได้ แต่น่าเสียดายว่า คุณค่าแห่งนกระดำนนั้นได้ถูกทำให้เน้นเชิงปริมาณและเสียโอกาสในการสร้าง right understanding ให้กับผู้คนในสังคมไปอย่างน่าเสียดาย

2. เมื่อสร้างความเห็นที่ถูกต้องกับคนในสังคมแล้ว การทำงานในพื้นที่ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ต้องเข้าใจพันธกิจว่า แก้ปัญหาไฟใต้ต้องมุ่งรักษามวลชน ต้องแยกแยะผู้ที่กระทำผิด ด้วยการข่าวที่มีประสิทธิภาพ ไม่หว่านแห ไม่จับมั่ว ไม่ปฏิบัติการใดๆที่อาจนำไปสู่การสร้างเงื่อนไขได้
3. การถอนกำลังตำรวจ ทหารที่ถูกส่งเข้าไปในพื้นที่ ให้เหลือในจำนวนที่เหมาะสม ซึ่งก็คือกำลังปกติในพื้นที่ และกำลังเสริมอีกส่วนหนึ่งเพื่อช่วยดูแลสถานที่ราชการสำคัญๆ ความจริงการถอนกำลังนั้นอาจไม่จำเป็นก็ได้ หากกำลังตำรวจทหารในพื้นที่นั้นเข้าไปอยู่ในพื้นที่เฉยๆ โดยไม่สร้างเงื่อนไขใดๆ แต่ในความเป็นจริงนั้น การมีทหารตำรวจในพื้นที่จำนวนมาก มักจะเป็นต้นเหตุในการสร้างเงื่อนไขยังมีมากก็สร้างเงื่อนไขในการทำให้เกิดความรู้สึกที่ถูกกดขี่ ไม่ได้รับความเป็นธรรมจากอำนาจรัฐไทยมากขึ้น ดังนั้นการถอนกำลังทหารตำรวจ ให้เหลือเท่าที่จำเป็นนั้น จึงน่าจะเป็นทางเลือกที่จำเป็น

แต่การถอนกำลังทหารนั้นต้องทำควบคู่กับการสถาปนากลไกทางสังคมในการดูแลชุมชนและความปลอดภัยของสถานที่ราชการในชุมชนกันเองด้วย พื้นที่ใดที่เข้มแข็งก็ถอนก่อน พื้นที่ใดที่สถานการณ์สับสนก็อาจค่อยๆทยอยถอนออกไป เป็นต้น

4. รัฐต้องยอมรับความแตกต่างทางวัฒนธรรม ยอมรับความหลากหลายในวิถีชุมชน และยอมรับการสร้างสังคมมุสลิมที่สันติสุข เช่น
 - รัฐต้องไม่ไปปรับเปลี่ยนควบคุมหลักสูตรปอเนาะ แต่สนับสนุนให้ปอเนาะเป็นตัวของตัวเอง
 - รัฐต้องจัด zoning สถานบันเทิงและร้านขายสุรา ไม่ให้กระจายไปทุกหย่อมหญ้า ซึ่งขัดแย้งกับการสร้างสังคมในวิถีมุสลิม

- รัฐต้องยอมรับและส่งเสริมการใช้ภาษาชาติในการสื่อสาร โดยเฉพาะในสถานที่ราชการ โดยเฉพาะสถานีตำรวจ ศาล ที่ว่าการอำเภอ สำนักงานที่ดิน เพราะการสื่อสารที่ไม่เข้าใจทำให้เกิดปัญหาตามมาอีกมาก
 - รัฐต้องส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชน ด้วยการส่งเสริมอุตสาหกรรมในครอบครัว สนับสนุนการมีงานทำของเยาวชน ด้วยทางเลือกของอาชีพที่หลากหลาย ไม่เฉพาะแต่เข้าโรงงานเท่านั้น รวมทั้งดำเนินการให้คนไทยใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ สามารถเข้าเมืองไปทำงานในมาเลเซียได้อย่างถูกกฎหมาย
 - รัฐต้องสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในชุมชน นั้นแปลว่า การสร้างเขื่อนสายบุรี การขุดลอกในท่ที่สะบ้าย้อย การจัดการกับเรือปลากะตักและฉลามฉลามในทะเล ล้วนต้องการการมีส่วนร่วมในการหาคำตอบที่เหมาะสมร่วมกัน
5. สำหรับ เขตปกครองตนเองภายใต้รัฐไทยนั้น ยังเป็นข้อเสนอที่มีความน่าสนใจ ต้องรีบทำการศึกษาแง่มุมต่างๆของการเป็นเขตปกครองตนเองให้ละเอียดต่อไป

ภาคที่ 3

การพัฒนา

บทที่ 6

การประชุมแลกเปลี่ยนเพื่อการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องในการแก้ไขปัญหา ภาวะวิกฤตบริการสุขภาพ

นพ. อมร รอดคล้าย

บทนำ

เมื่อเกิดภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในช่วงที่เป็นช่องว่างของการแก้ปัญหา ผลกระทบเบื้องต้นที่แวดวงผู้ให้บริการสุขภาพรับรู้ได้คือความวิตกกังวลถึงภาวะขาดแคลนบุคลากรที่มีความอ่อนไหวทุกรอบของการจัดสรรแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ประมาณเดือนมีนาคม – เมษายน ยิ่งความรุนแรงเด่นชัดขึ้นในสื่อสารมวลชนต่าง ๆ กลุ่มบุคลากรใหม่ก็ยิ่งหวาดหวั่นและหลีกเลี่ยงที่จะมาปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานเดิมก็วิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารถึงกันในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเป็นเหมือนการปรับทุกข์กันโดยไม่สามารถสื่อสารไปยังผู้มีบทบาทในการแก้ไขปัญหา หรือผู้ที่สามารถสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินงานบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทุกข์กลายเป็นเรื่องบ้านทอนกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ หลาย ๆ ครั้ง ผู้บริหารในพื้นที่ถ่ายทอดปัญหาโดยมีข้อจำกัดเรื่องสายการบังคับบัญชา ถ่ายทอดปัญหาด้วยความกังวลถึงตำแหน่งหน้าที่ของตนว่าจะได้รับผลกระทบ ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญจึงดูเหมือนจะล่าช้าและไม่ตรงกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ในภาวะที่การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้มีส่วนในการแก้ปัญหาและสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพยังมีช่องว่างอยู่ หลังจากการพบปะแลกเปลี่ยนกันที่โรงพยาบาลรามัน ระหว่างทีมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนกลุ่มหนึ่งกับอาจารย์ธาดา อิบอินซอย และคณะผู้วิจัย เมื่อมีนาคม 2547 (ก่อนเริ่มโครงการวิจัย) ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญจากพื้นที่ เติบโตเต็มความไม่รู้จัก และข้อมูลที่ขาดหายไปของผู้ไปเยี่ยมเยียน และไม่ใช่ว่าเพียงเติมเต็ม ยังนำไปสู่ความเข้าใจต่อกันในฐานะเพื่อนร่วมวิชาชีพ ที่จะมุ่งหาทางช่วยเหลือและเกื้อกูลต่อกัน อาจารย์ธาดา อิบอินซอย เสนอในเวลาต่อมาว่าเราควรจัดให้มี Forum เพื่อจะสามารถเป็นที่รวมกันของผู้เกี่ยวข้อง นำเสนอสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น นำเสนอแนวทางแก้ไข นำไปสู่การแก้ไขปัญหาของผู้เกี่ยวข้องหรือนำไปสู่ข้อเสนอเพื่อการแก้ไขปัญหา ที่จะถูกส่งผ่านไปยังผู้มีบทบาทหน้าที่โดยตรง และที่สำคัญเป็นเวทีที่จะสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องระหว่างกัน แทนการแก้ปัญหาแบบเดิมซึ่งเกิดข้อขัดแย้งจากความรู้ที่ไม่ถูกต้องของผู้เกี่ยวข้อง

การประชุมแลกเปลี่ยน

ในช่วงปี 2547 จากจุดเริ่มของโครงการถึงสิ้นปี มีการประชุมระดมสมอง และเวทีแลกเปลี่ยนเพื่อการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องในการแก้ปัญหาภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้โดยสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ 4 ครั้ง ไม่รวมการประชุมเพื่อพัฒนากลไกในการแก้ปัญหาคาดบริการอื่น ๆ และการนำเสนอผลเบื้องต้นอีกหลายครั้ง

1. การระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตความไม่สงบในภาคใต้ 24 มีนาคม 2547
2. การแก้ไขปัญหาขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในชนบท กรณี 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 9 กรกฎาคม 2547

3. การจัดระบบส่งต่อในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 25 สิงหาคม 2547
4. การจัดบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 27 ตุลาคม 2547

สถานที่

ห้องประชุมคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และห้องประชุมสำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผู้เข้าร่วมประชุม

ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ จากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตัวแทนจาก คณะแพทยศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และทีมนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมจะเปลี่ยนแปลงไปตามประเด็นจำเพาะ แต่ก็มีกรณีเชิญผู้เข้าร่วมเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

สรุปสาระสำคัญ

1. การระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤตจากความไม่สงบในภาคใต้

การประชุมครั้งนั้นนอกจากจะได้เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้บอกเล่าเหตุการณ์และปัญหาผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในพื้นที่แล้ว ยังได้รับทราบปัญหาทั้งปัญหาความปลอดภัย การขาดแคลนบุคลากร ปัญหาการจัดบริการ ปัญหาการส่งต่อ และปัญหาเรื่องค่าตอบแทน ในขณะเดียวกันยังได้รับทราบข้อเสนอแนะแนวทางต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา ผลจากการประชุมครั้งนี้และจากการเยี่ยมชมโรงพยาบาลรามาธิบดีก่อนหน้านี้ ซึ่งได้มีการแลกเปลี่ยนกับทีม โรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัด คุณหมอสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ได้นำมาเรียบเรียงเป็นบทความ “สถานการณ์ไฟใต้กับผลกระทบต่อระบบสุขภาพ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้” (หน้า.12-19 ในรายงานฉบับนี้ ตีพิมพ์ในวารสารโรงพยาบาลชุมชน ปีที่ 5 ฉบับที่ 5 มีนาคม – เมษายน 2547 หน้า 9-16)

2. การแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในชนบท กรณี 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

การแลกเปลี่ยนครั้งนี้ ได้เชิญคุณหมอสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่งศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาขาดแคลนบุคลากรมาอย่างต่อเนื่องมาเป็นวิทยากร เมื่อแรกทบทวนคุณหมอปฏิเสธ โดยบอกว่าหากไม่มีสันติภาพ คุณหมอยังไม่เห็นว่าจะแก้ปัญหาได้อย่างไร แต่เมื่อเรียนคุณหมอไปว่า พวกเราซึ่งต้องปฏิบัติงานในพื้นที่ยังคงต้องปฏิบัติงานต่อไป หากมีผู้ให้ความช่วยเหลือ ให้ข้อมูลเพื่อการแลกเปลี่ยนทั้งผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารและสถาบันการศึกษา จะได้เชื่อมโยงเพื่อนำไปสู่การหาทางออกที่เป็นไปได้ในการแก้ไข

ปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาวตามศักยภาพของแต่ละองค์กร คุณหมอสุวิทย์ ได้ตกลงที่จะมาโดยชวนคุณหมอกษพล ธรรมรังสี ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของบุคลากรสาธารณสุขในปัจจุบันมาด้วย และคุณหมอยังได้ขอให้จัดโปรแกรมเวรเยี่ยมเยียนน้อง ๆ โดยพักค้างคืนที่โรงพยาบาลยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ในคืนก่อนที่จะย้อนกลับมาประชุมที่หาดใหญ่ ในการประชุมรอบนั้นนอกจากตัวแทนจากโรงพยาบาลต่าง ๆ และนักวิชาการจะเข้าร่วมแล้ว ตัวแทนของคณะต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพได้เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนอย่างกว้างขวาง

ผลการประชุมนำไปสู่ข้อเสนอแนวความคิดการมีบุคลากรอาสาสมัครเข้าไปเสริมการทำงานในภาวะวิกฤตในลักษณะขององค์กรแพทย์ไร้พรมแดน (Medicine San Fronteir) หรือการสนับสนุนผ่านกลไกของกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัย การพัฒนาหลักสูตรทางด้านบริการสุขภาพสำหรับคนในพื้นที่ แนวคิดเรื่องการเยี่ยมเยียนของคณะอาจารย์จากคณะต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพไปเยี่ยมเยียนศิษย์เก่าซึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งเพื่อเป็นกำลังใจและเพื่อเปิดโอกาสในการรับทราบปัญหาของแต่ละวิชาชีพ รวมทั้งการเปิดโอกาสสำหรับการจัดให้มีการฝึกงานของนักศึกษาในพื้นที่ โดยเฉพาะนักศึกษาที่สนใจจะได้รับทราบและเรียนรู้ การมีนักศึกษาฝึกงานแม้ว่าจะมีความเสี่ยงแต่สถานที่ฝึกก็ยินดีที่จะดูแล และหากมีความเสี่ยงสูงสถานที่ฝึกก็จะหลีกเลี่ยงการรับฝึกและให้ข้อมูล โดยมีประเด็นสำคัญว่าหากทุกคนเห็นว่าเสี่ยงและไม่ยอมเข้าไป ทีมงานที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ก็จะแบกรับภาระไม่ไหวและนำไปสู่วงจรที่ทุกคนเริ่มหนีออกจากปัญหา ผู้ที่ยังอยู่ปฏิบัติงานก็จะยิ่งเผชิญปัญหาไม่สิ้นสุดทั้งภาระงานและปัญหาความปลอดภัย

3. การจัดระบบส่งต่อในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ก่อนเริ่มประชุมทางโครงการศึกษาการจัดบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้นำเสนอข้อมูลเบื้องต้นเรื่องผลกระทบการจัดบริการสุขภาพ ผลกระทบต่อบุคลากร และข้อมูลจากกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สนับสนุนการมีเครือข่ายในการให้คำปรึกษาและรับส่งต่อ การสนับสนุนการจัดการศึกษาต่อเนื่องจากนั้น รศ.นพ. สมธ พิรุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้นำเสนอเรื่องศูนย์รับส่งต่อโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ซึ่งตั้งเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2547 เพื่อให้การดำเนินการด้านระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามแนวทางการดำเนินการด้านคุณภาพและสอดคล้องกับภารกิจสำคัญของโรงพยาบาล คือ เป็น Referral Center เพราะโรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและครุภัณฑ์ ที่ผ่านมาการส่งต่อผู้ป่วยไม่ได้รับความสะดวก ขาดการเตรียมการรับผู้ป่วย และบางครั้งเตียงไม่ว่างทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ การมีศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยจะได้เป็นกลไกในการแก้ปัญหาดังกล่าว ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีการให้ข้อมูลและความเห็นในหลายประเด็น โดยเฉพาะปัญหาความขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญใน 3 จังหวัด ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จะทำให้มีการส่งต่อมายังโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และโรงพยาบาลหาดใหญ่มากขึ้น ทางโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้นำเสนอข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ทีมงานที่ทำหน้าที่รับส่งต่อของแต่ละจังหวัด และปัญหากรณีเตียงไม่พอ ได้ขอให้โรงพยาบาลหาดใหญ่รับส่งต่อ ซึ่งโรงพยาบาลหาดใหญ่ก็ยังมีข้อจำกัดเรื่องผู้เชี่ยวชาญบางสาขาและปัญหาการขาดเครื่องช่วยหายใจ

ที่ประชุมได้เสนอให้มีการจัดตั้ง ศูนย์ประสานการรับส่งต่อในระดับเขต โดยในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขใช้กลไกของศูนย์นเรนทร ที่มีอยู่ทุกจังหวัด โทร 1669 ประสานกับศูนย์รับ – ส่ง ต่อผู้ป่วย ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ รวมทั้งนำเสนอแนวทางการแก้ปัญหาขาดแคลนเครื่องช่วยหายใจ การนำเทคโนโลยีกลุ่ม Telemedicine มาสนับสนุนการรักษาและการปรึกษาเพื่อลดการส่งต่อ

การได้มาแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันของผู้เกี่ยวข้องกับการส่งต่อ ทำให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการดำเนินการและข้อจำกัดต่าง ๆ มากขึ้น การสื่อสารข้อมูลระหว่างกันในการส่งต่อจึงอาจเป็นประเด็นสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้การส่งต่อมีปัญหาหรือลงมาจากข้อจำกัดเรื่องการขาดแคลนบุคลากรและเครื่องมือ

หลังการประชุมครั้งนี้ได้มีการแลกเปลี่ยนกันอีกหลายครั้งในส่วนของผู้เกี่ยวข้องกับการส่งต่อ แต่ระบบก็ยังไม่ได้ถูกจัดตั้งร่วมกัน ยังคงเป็นระบบของกระทรวงสาธารณสุข และระบบของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อย่างไรก็ตามการได้พบปะแลกเปลี่ยนกันของผู้รับผิดชอบการรับส่งต่อแต่ละทีม ก็ทำให้ความเข้าใจต่อกันมีมากขึ้น

4. การจัดการบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัด ชายแดนภาคใต้

ก่อนการประชุมครั้งนี้ในวันที่ 25 ตุลาคม 2547 ได้เกิดกรณีตากใบซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ร่วมชุมนุมเป็นจำนวนมาก

จากเดิมการประชุมเป็นการแลกเปลี่ยนหนทางการแก้ปัญหาการจัดการบริการสุขภาพ การจัดการบริการในชุมชน การบริการเชิงรุกต่าง ๆ ทางด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคเปลี่ยนเป็นนำไปสู่การจัดการอย่างไรให้ปลอดภัย การคิดเรื่องระบบส่งต่อในระดับภาคแทนการคิดเฉพาะโรงพยาบาลใด โรงพยาบาลหนึ่งเพราะเหตุการณ์คุกคามต่อบุคลากรมากขึ้น มีการโยกย้ายออกจากพื้นที่มากขึ้นแม้แต่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ข้อเสนอเรื่องค่าตอบแทน เรื่องมาตรการความปลอดภัย เรื่องสวัสดิการต่าง ๆ ที่เรียกร้องไปยังกระทรวงสาธารณสุขก็ยังคงต้องติดตาม

อย่างไรก็ตามการประชุมครั้งนี้นำไปสู่แนวคิดการพัฒนาระบบความปลอดภัยของสถานพยาบาล โดยโครงการวิจัยร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพภาคใต้ ได้ประสานกับองค์กรแพทย์ไร้พรมแดนเพื่อพัฒนาระบบ รวมทั้งศึกษาและเรียบเรียงเอกสารเพื่อใช้ในการอบรมและจัดประชุม ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เมื่อ 26 ธันวาคม 2547

พลังของการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง

การประชุมได้ทำให้ผู้อยู่นอกพื้นที่ได้เปิดโลกทัศน์ของตนเองจากข้อมูลคลุมเครือมาเป็นข้อมูลตรงจากผู้อยู่ในพื้นที่ ผู้อยู่ในพื้นที่บางท่านรู้สึกน้อยใจต่อการต้องมาเสนอปัญหาซ้ำซากเพราะหลายคนได้เสนอปัญหาไปแล้วกับผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข แต่สิ่งสำคัญของการมาเสนอปัญหาในระดับผู้ปฏิบัติงานทางวิชาการ สถาบันการศึกษา ก็คืออาจมีผู้ที่สามารถนำสิ่งที่รับรู้ ไปดำเนินการในส่วนที่แต่ละคนแต่ละองค์กรเกี่ยวข้อง แล้วนำไปสู่การแก้ปัญหาในระดับปฏิบัติได้ แม้ว่ากลไกนี้จะไม่ใช่อะไรเป็นทางการของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ต่อมาปัญหาความปลอดภัย นำไปสู่การพัฒนาระบบความปลอดภัยสถานพยาบาลโดยไม่ต้องรอการสั่งการใดๆ การแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรและปัญหาค่าตอบแทน ถูกส่งผ่านกลไกสื่อมวลชน กลไกชมรมแพทย์ชนบทและองค์กรสุขภาพต่าง ๆ โดยเพิ่มเติมข้อมูลจากการศึกษาวิจัยเบื้องต้นเพื่อให้เห็นภาพของปัญหาอย่างเป็นระบบมากขึ้น

ที่สำคัญที่สุดคือการได้มีเวทีระดับผู้ปฏิบัติงาน ในแวดวงต่าง ๆ ของระบบสุขภาพ ซึ่งต่างก็มีพลังของตนเองในการบรรเทา ในการหนุนช่วย และอย่างน้อยที่สุดก็เป็นกำลังใจต่อกัน

ปัญหาของปัญหา

สิ่งที่น่าสนใจประการหนึ่งคือ ตลอดปี 2547 กลไกของกระทรวงสาธารณสุขในระดับภาคหรือตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข คือผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้มาร่วมประชุมเองเลย (ยกเว้นการเชิญเป็นส่วนตัวของอาจารย์ธาดา เรื่องระบบส่งต่อในกลุ่มย่อย) มีบางครั้งมอบให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นตัวแทน การแสวงหาข้อมูลของส่วนกลางดูเหมือนจะเชื่อและให้ความสำคัญของข้อมูลในแนวตั้งมากกว่าแนวราบ การเชื่อมั่นและให้ความสำคัญในการได้รับตำแหน่งสูงขึ้น จากความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหาอย่างจริงจัง เพื่อประโยชน์ของทีมงานและประชาชน ส่งผลให้กลไกต่าง ๆ ที่จะช่วยแก้ปัญหา เช่น การแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากร การแก้ปัญหาระบบส่งต่อ การแก้ปัญหาความปลอดภัย ขวัญกำลังใจและค่าตอบแทน การแก้ปัญหาระบบบริการสุขภาพ ฯลฯ ถูกบดบังด้วยการลอยตัวเหนือปัญหาของผู้บริหารระดับกลาง ซึ่งควรจะหนุนช่วยในการแก้ปัญหอย่างจริงจัง เป็นการรื้อรับคำสั่งหรือสนองตอบต่อความเห็นของส่วนกลาง ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต้องเผชิญวิกฤตจนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของตนเอง นับเป็นปัญหาที่สำคัญของปัญหาที่เกิดจากวิกฤต 3 จังหวัด

ที่ปลายอุโมงค์มีแสงสว่าง

พลาณภาพของการมาร่วมกัน การสื่อสารข้อมูลระหว่างกันของกัลยาณมิตรผู้ให้บริการสุขภาพกลับเกิดผลอย่างต่อเนื่อง โดยปราศจากการปนเปื้อนของการใช้วิถีแห่งอำนาจแบบเดิม อาจารย์แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และนักวิชาการ ได้ส่งผ่านความรู้ ความคิดไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งนำไปสู่การรับทราบข้อมูลของคณะแพทยศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุข และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง การรับทราบข้อมูลนำไปสู่การผลักดันกลไกของแต่ละองค์กร ให้เข้ามามีส่วนในการแก้ปัญหามาตามเงื่อนไขของแต่ละองค์กรหรือบุคคลจะสามารถดำเนินการได้ ยิ่งข้อมูลยิ่งชัดเจนและกระจ่างชัด การแก้ปัญหาก็จะยิ่งเกิดผลอย่างจริงจังขึ้น

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์พัฒนาระบบรับส่งต่อและนำเสนอ ในการประชุม 25 สิงหาคม 2547 อย่างเป็นระบบ และเห็นความหวังอันเป็นที่พึงพิงได้ของพี่น้องผู้ให้บริการสุขภาพและประชาชน

คณะพยาบาลศาสตร์ พัฒนาหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อการศึกษาต่อเนื่องของพยาบาล โดยเน้นหลักสูตรในวัน ศุกร์ - เสาร์ - อาทิตย์ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นกลุ่มต้น ๆ ที่จะมีโอกาสมาศึกษาหลักสูตร ในวันศุกร์-เสาร์- อาทิตย์ ข้อมูลจากการวิจัยได้บ่งชี้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่มีภูมิลำเนาใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เขาส่วนใหญ่ไม่สามารถย้ายออกนอกพื้นที่ และยากที่จะเข้ามาเรียนในวันราชการ การแปรวิกฤตเป็นโอกาสประการหนึ่งคือ ในภาวะวิกฤตหากเขาได้เพิ่มพูนวิชาการ ได้หลีกออกจากชีวิตประจำวันในพื้นที่ น่าจะเป็นกลไกที่ช่วยสนับสนุนให้เวลาทีรอการแก้ปัญหาวิกฤต ไม่เป็นเพียงเวลาที่ว่างเปล่าและรอวันผุกร่อนตนเองของผู้ปฏิบัติงาน ข้อเสนอจากโครงการวิจัย ครอบคลุมทุกวิชาชีพ แต่กลุ่มพยาบาลมีเงื่อนไขและโอกาสที่สามารถดำเนินการได้อย่างทันการณ์

คณะแพทยศาสตร์ มีโครงการผลิตแพทย์เพิ่มโดยใช้ฐานการผลิตแพทย์กลุ่มใหม่นี้ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามนโยบายของรัฐบาล โดยใช้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานีเป็นศูนย์กลาง และจัดการเรียนการสอนชั้นพรีคลินิก โดยการหนุนช่วยจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ และจะใช้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นฐานสำหรับ

การเรียนการสอนชั้นคลินิก และการเรียนรู้การทำงานในชุมชน แนวคิดเรื่องการรับนักเรียนจาก 3 จังหวัด โดย
ลงลึกไปถึงการกระจายให้มาจากอำเภอต่าง ๆ จากชนบท ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการนำเข้าและรักษาบุคลากร
กลุ่มนี้ไว้ในระยะยาว ถูกลำมาเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ จนเกิดกระบวนการรับนักเรียนมาเข้าสู่โครงการ

**การประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้องต่อกันของกัลยาณมิตรจึงมีพลวัตรและเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ
ของการพัฒนา**

บทที่ 7

ระบบการส่งต่อในสภาวะวิกฤต

น.พ. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ

1. ปัญหาในระบบส่งต่อที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ปัญหาในการส่งต่อที่มีปัญหามากนั้นคือปัญหาผู้ป่วยในระยะวิกฤต ทั้งอันเนื่องมาจากสถานการณ์ไฟใต้หรือสถานการณ์ปกติก็ตาม โดยปัญหาที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆที่มีปัญหาในการส่งต่อได้แก่

- การไม่มีแพทย์ในสาขาขาดแคลน เช่น Neuro-surgery , Orthopedist เป็นต้น ปัญหาการขาดแคลนแพทย์กลุ่มนี้มีมายาวนาน และไม่มีแนวโน้มที่ความขาดแคลนจะดีขึ้น เช่น ปัจจุบันในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีแพทย์ Orthopedic เพียง 2 ท่าน และมี Neuro-surgeon เพียง 2 ท่านที่ประจำที่ รพศ.ยะลา

โดยเฉพาะปัญหาการขาดแคลน Neuro-surgeon นั้นมีความขาดแคลนสูงในโรงพยาบาลของภาครัฐ แต่หากนับรวมถึงโรงพยาบาลเอกชนในตัวเมืองหาดใหญ่แล้ว มีจำนวนที่มากพอ ซึ่งหมายความว่าต้องการการบริหารจัดการทรัพยากรทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมกันในการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด Neuro-surgeon ส่วนใหญ่ยินดีมาผ่าสมองให้ในโรงพยาบาลของรัฐ โดยได้ค่าตอบแทนตามสมควร แต่สิ่งที่เขาต้องการควบคู่กันคือ คนที่จะรับดูแลหลังการผ่าตัดต่อไป

- การมีเครื่องช่วยหายใจไม่เพียงพอ สำหรับ case refer ที่ต้องใส่ endotracheal tube ทำให้เมื่อไม่มีเครื่องช่วยหายใจ ก็มีการปฏิเสธการรับ refer โดยมักไม่ได้เข้าใจความยุ่งยากของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในรายนั้นๆ ปัญหาดังกล่าวมีมานาน แต่ไม่ได้รับการแก้ไขโดยภาพรวม ในปัจจุบันโรงพยาบาลสุโขทัยมีเครื่องช่วยหายใจของตนเอง หากมี case ก็พาเครื่องไปด้วย เมื่อใช้เสร็จก็ขอคืนมาสำรองที่โรงพยาบาล เรื่องดังกล่าว หากมีการบริหารจัดการในโรงพยาบาลใหญ่ ร่วมกับการจัดการงบลงทุนในภาครัฐแล้ว น่าจะอยู่ในวิสัยที่จัดการแก้ปัญหาได้

- การไม่มีเตียงว่างในแผนกนั้นๆที่จะรับผู้ป่วยไว้ดูแลรักษา แม้ว่าจะมีเตียงว่างในแผนกอื่นก็ตาม ซึ่งมักจะเป็นปัญหาในกรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งต่อมายังโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ส่วนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้นไม่มีปัญหา เพราะเป็นระบบเสริมแปลได้หากเตียงเต็ม

- ผู้ป่วยที่มี Multiple Trauma หรือ Multiple Systemic Involvement ที่มีพยาธิสภาพในหลายระบบบ่อยครั้งที่แพทย์ผู้ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ต้องประสานภายในกับแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาด้วยตนเอง ซึ่งทำให้เสียเวลาในการส่งต่อมาก ทั้งๆที่การประสานภายในควรเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ที่ ER ของโรงพยาบาลที่รับ refer

ดังนั้น ด้วยความไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ทำให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ต้องใช้เวลามากในการโทรประสานเพื่อส่งต่อผู้ป่วย จากโรงพยาบาลแรกที่ไม่รับด้วยข้อจำกัดบางอย่าง ไปสู่โรงพยาบาลแห่งที่ 2 ที่มีเหตุผลที่ไม่รับต่างออกไป บางครั้งต้องโทรศัพท์ถึงโรงพยาบาลที่ 5 -6 จึงมีการตอบรับ จึงจะสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปได้ ท่ามกลางความไม่เข้าใจของญาติว่า

ทำไมโรงพยาบาลถึงส่งเข้ามา และเมื่อมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ทำให้ได้รับการดูแลต่อโดยแพทย์เฉพาะทางที่ล่าช้าเกินไปอย่างไม่ควรจะเป็น

2. แนวคิดในการแก้ปัญหา

เพื่อลดความกดดันของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จึงควรที่จะกำหนดให้มี ศูนย์ประสานการรับส่งต่อ ภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งรับผิดชอบ 6 จังหวัดคือ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา พัทลุง สตูล เพื่อเป็นศูนย์ประสานที่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องของสถานการณ์ด้านเตียง แพทย์ เครื่องมือ ในแต่ละรพ.ที่มีศักยภาพที่จะรับผู้ป่วยได้ เพื่อให้ "แพทย์" ในรพ.ชุมชนหรือรพ.ระดับทุติยภูมิ ได้ข้อมูลว่าจะสามารถติดต่อโดยตรงในกรณีฉุกเฉินกับโรงพยาบาลใดที่จะเสียเวลาในการโทรส่งต่อน้อยที่สุด ในอนาคตศูนย์นี้จะขยายหน้าที่ จนไปถึงแก้ปัญหา การส่งต่อส่งกลับด้วย

โดยมีพันธกิจ คือ

1. เน้นระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในขั้นแรก
2. ในระยะเริ่มต้น ควรเริ่มโดยรวมน้อย 3 จังหวัดภาคใต้ ตอนล่าง และสงขลา
3. สร้างความยอมรับจากแต่ละรพ.ที่รับการส่งต่อ
4. หาทางแก้ปัญหาคาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง โดยประสานการใช้ทรัพยากรจากโรงพยาบาลเอกชน
5. สร้างองค์กรที่สามารถแก้ปัญหา โดยพึ่งระบบการเป็นมิตร (Informal) และระบบราชการ (formal) ควบคู่กัน

ภารกิจ

(ในระยะแรกเน้น อุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน)

1. ประสานการดำเนินการระบบส่งต่อใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และภาคใต้ตอนล่าง
2. ประสานข้อมูลการรับ-ส่งต่อ และการส่งกลับ
3. แก้ปัญหาการส่งต่อ และดำเนินการรับส่งต่อ ภายใต้ข้อกำหนดของคณะกรรมการศูนย์ประสานการรับส่งต่อ

องค์กรหลักประสานการรับส่งต่อ

เนื่องจากทุกจังหวัดในขณะนี้ได้มีระบบการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ณ.จุดเกิดเหตุ หรือ 1669 อยู่แล้ว ดังนั้น น่าจะสามารถใช้ความพร้อมของระบบ 1669 ให้รับภารกิจนี้เพิ่มเติมด้วย อันจะทำให้การทำหน้าที่ต่อยอดจากบทบาทของ 1669 ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

สำหรับการจัดวางระบบนั้น มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. 1669 โรงพยาบาลหาดใหญ่ พัฒนาเป็นศูนย์ประสานการรับส่งต่อ ภาคใต้ตอนล่าง มีหน้าที่ในการประสานข้อมูลภายในจังหวัดสงขลา และประสานขอข้อมูลจาก 1669 ของแต่ละจังหวัด เพื่อเป็นศูนย์ประสานงานกลางของทุกจังหวัดในภาคใต้ตอนล่าง
2. 1669 โรงพยาบาลยะลา ปัตตานี นราธิวาส สุโขทัย เบตง (สตูล พัทลุง) เป็นผู้ประสานภายในจังหวัด แล้วแจ้งรายงานให้กับ 1669 ของโรงพยาบาลหาดใหญ่

แนวทางการดำเนินงานของศูนย์ประสานการรับส่งต่อ (1669 หาดใหญ่)

1. จัดตั้งทีมงานรับส่งข้อมูล ตลอด 24 ชั่วโมง พร้อมอุปกรณ์สื่อสารประจำศูนย์ 1669 (โดยจะกำหนดเบอร์โทรศัพท์ใหม่)
2. ทุกเช้า - เย็น ศูนย์ประสานการรับส่งต่อ จะโทรติดตามจากศูนย์ประสานในแต่ละจังหวัด แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ Neuro-surgery, Ortho, เติ่ง Admit, Ventilator
3. ทุกเช้า - เย็น ศูนย์ประสานการรับส่งต่อดำเนินการเช่นเดียวกับ 2 กับ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลเอกชนที่ร่วมโครงการ
4. โรงพยาบาลต่างๆ เมื่อประสงค์จะส่งต่อสามารถโทรศัพท์ขอข้อมูล ความพร้อมสถานพยาบาลจากศูนย์ประสานการรับส่งต่อ(หาดใหญ่)ได้ หากติดต่อสถานพยาบาลที่ได้รับข้อมูลแล้วยังมีปัญหา ให้แจ้งกลับศูนย์ประสาน จะเป็นตัวกลางดำเนินการแทน
5. ศูนย์ประสานจะดำเนินการแก้ปัญหาภายใต้คณะกรรมการระดับเขต โดยข้อกำหนดให้ผู้รับผิดชอบและสถานพยาบาล รับดูแลเบื้องต้น ภายใต้แนวคิดรับไว้แล้วจัดการให้

กลไกการดำเนินการ

- แกนนำ** 1.ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
2. คณะกรรมการดำเนินการ จากแกนนำของทีมต่าง ๆ โดยกำหนดให้มีผู้ทำหน้าที่ซึ่งมีอำนาจตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้
- ทีม** ประกอบด้วยตัวแทนจาก 1669 ของแต่ละจังหวัด (หัวหน้าศูนย์และเลข)

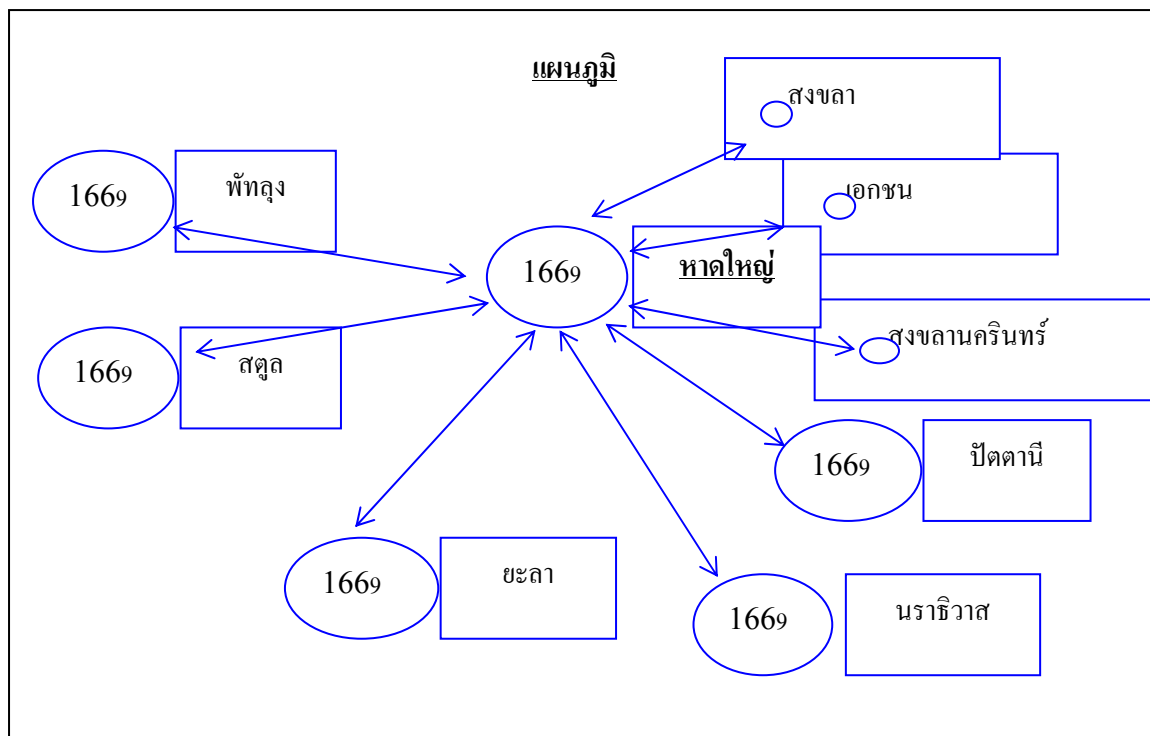
องค์กรที่จะมีส่วนร่วม ในเบื้องต้น

รพ. สงขลานครินทร์,รพ.หาดใหญ่, รพ.เอกชน, รพ.สงขลา, รพ.ยะลา, รพ.ปัตตานี, รพ. นราธิวาส, รพ.เบตง, รพ.สุไหงโก-ลก (รพ.พัทลุง, รพ.สตูล),
รพ. ชุมชนในจังหวัดต่าง ๆ

บทสรุป

การมีศูนย์ประสานงานกลางเพื่อการส่งต่อนั้น จะสามารถช่วยให้เกิดความราบรื่นลงตัวในการส่งต่อผู้ป่วยได้มากขึ้น และจะทำให้มีระบบการเก็บข้อมูลการส่งต่อได้อย่างสมบูรณ์มากขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์และวางระบบที่มั่นคงต่อไป

3. กระบวนการเชื่อมประสาน



ผู้เข้าร่วมการหารือ ณ ห้องอาจารย์ธาดา ยิบอินซอย วันที่ 7 กันยายน 2547

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. นพ.มด.สมชาย จักรพันธ์ | ผู้ตรวจราชการเขต 12 |
| 2. ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. นพ.อมร รอดคล้าย | หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ |
| 4. นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา |
| 5. นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา |

บทที่ 8

1. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล

หลักการและเหตุผล

เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงภัยประสบกับภาวะตึงเครียดและต้องการย้ายออกจากพื้นที่เป็นจำนวนมาก เพื่อให้สอดคล้องกับการที่ต้องการให้แพทย์ยังคงอยู่ในพื้นที่และมีโอกาสได้รับการศึกษาต่อเนื่องร่วมด้วยในขณะเดียวกัน สำนักงานโครงการศึกษาเพื่อการจัดการระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้จึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมทั้งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ร่วมกับคณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยแห่งชาติลาว มหาวิทยาลัยมาสทริชต์ เนเธอร์แลนด์ และราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป สหราชอาณาจักร ได้ดำเนินการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทยและประเทศลาว เพื่อประกาศนียบัตร หรือปริญญาชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติครอบครัวขึ้น ซึ่งคาดว่าจะแล้วเสร็จในปีพ.ศ. 2548

จากโครงการดังกล่าวข้างต้น สำนักงานโครงการวิจัย กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่จึงได้จัดทำโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมขึ้นเพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ตามความต้องการของผู้เรียนมากที่สุด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนทางไกล (Distance learning) ที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนมากที่สุด โดยผู้เรียนสามารถศึกษาต่อเนื่องและได้รับประกาศนียบัตร หรือ ปริญญาชั้นสูงได้โดยไม่ต้องละทิ้งงานประจำในโรงพยาบาลชุมชน (In service learning)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการด้านการเรียนการสอนแบบทางไกล ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการจัดหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
3. เพื่อให้มีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนแบบทางไกล(Distance learning)และการเรียนในขณะปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลชุมชน(In service learning) ให้เกิดขึ้นต่อไป

คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการ

แพทย์ที่ประจำอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนมาแล้วอย่างน้อย 1 ปีในจังหวัดสงขลา ปัตตานี ยะลา และ นราธิวาส

รายละเอียดโครงการ

ทั้งนี้โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จะดำเนินการเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะแรก: การเตรียมแผนงานโดยการสำรวจความต้องการของความรู้และทักษะหรือเหตุการณ์ที่แพทย์โรงพยาบาลชุมชนเห็นว่าควรมีเพิ่มเติม

ระยะที่สอง : การพัฒนาหลักสูตร โดยนำผลวิเคราะห์การสำรวจจากโครงการระยะแรกมาพัฒนารายละเอียดหลักสูตร รวมทั้งจัดเตรียมชุดเครื่องมือสำหรับการฝึกอบรม

ระยะที่สาม : การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นระยะเวลา 2 วัน ในวันเสาร์ และอาทิตย์ โดยมีการบรรยายเนื้อหาความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัว และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงในเวชปฏิบัติของตนเองกับกลุ่ม และร่วมกันหาแนวทางที่ปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ต่างๆ พอเป็นสังเขป ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องแบบทางไกล (Distance learning) และการเรียนในขณะปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลชุมชน (In service learning) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรต่อไป

ระยะที่ 4: การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อนำไปพัฒนาหลักสูตรที่ใช้ได้จริง

เครื่องมือ

1. แบบสอบถามความคิดเห็น/ความต้องการการศึกษาเพิ่มเติมของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จากAUNP Thammasat Project แบบสอบถามนี้ได้ใช้กับแพทย์โรงพยาบาลชุมชนและสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทจำนวน 30 ท่าน เมื่อเดือนสิงหาคม 2547 เพื่อทดสอบความเที่ยง (reliability)
2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้คำถามปลายเปิด
3. การอภิปรายรายกลุ่ม

สถานที่อบรม

ณ ห้อง 4201 ชั้น 2 อาคารศูนย์แพทยศาสตรชั้นคลินิก โรงพยาบาลหาดใหญ่

งบประมาณ

จากสำนักงานโครงการศึกษาเพื่อการจัดการระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ระยะเวลาการวิจัย

1 กันยายน 2547 -31 พฤศจิกายน 2547

การประเมินผล

1. จากแบบสอบถามแบบสอบถามความคิดเห็น/ความต้องการการศึกษาเพิ่มเติมของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน
2. จากการอภิปรายกลุ่มย่อยถึงรูปแบบที่เหมาะสมในการจัดหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

3. ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนในเบื้องต้น
4. เมื่อสิ้นสุดโครงการสามารถมีหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนรองรับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น/ความต้องการการศึกษาต่อเนื่องเพิ่มเติมเพื่อเป็นพื้นฐานในการจัดหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องที่เหมาะสมกับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป
2. เพื่อเป็นการริเริ่มให้มีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนแบบทางไกล(Distance learning)และการเรียนในขณะปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลชุมชน (In service learning) .ให้เกิดขึ้น
3. แพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนได้ทราบหลักการและความสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัวในเบื้องต้นเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติต่อไป

ผู้รับผิดชอบโครงการ

พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล วว เวชศาสตร์ครอบครัว

ผลการดำเนินการ

ระยะที่ 1: ระยะเตรียมแผนงาน

จากการสำรวจความต้องการความรู้ และทักษะหรือหัตถการของแพทย์โรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น/ความต้องการการศึกษาเพิ่มเติมของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลชุมชนให้กับแพทย์ประจำทุกคนทุกโรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดภาคใต้รวมทั้ง อ.จะนะ, อ.เทพา, อ.สะบ้าย้อย ของจังหวัดสงขลาซึ่งเป็นพื้นที่รอยต่อที่เป็นพื้นที่เสี่ยงภัย ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 -31 2548 จำนวน 28 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 5 ฉบับรวมทั้งสิ้น 140 ฉบับ ได้รับการตอบกลับจำนวน 29 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 20.7 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความต้องการด้านการเรียนการสอนแบบทางไกล ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.เพศ

เพศ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชาย	18	62
หญิง	11	38
รวม	29	100

2.อายุ

อายุ(ปี)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
21-30	19	65
31-40	8	28
41-50	2	7
มากกว่า 50	0	0

3.สถานภาพ

สถานภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โสด	18	62
สมรส	11	38

4. ภูมิลำเนา (จังหวัดที่เกิด เจริญเติบโต ศึกษา หรืออาศัยอยู่นานที่สุด)

ภูมิลำเนา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ปัตตานี	3	10
ยะลา	2	7
นราธิวาส	14	48
สงขลา	4	14
ภาคใต้จังหวัดอื่นๆ	2	7
ภาคอื่นๆ	4	15

ภาคใต้จังหวัดอื่นๆ ได้แก่ นครศรีธรรมราช

ภาคอื่นๆ ได้แก่ กาญจนบุรี, ปทุมธานี, ระยอง, ประจวบคีรีขันธ์

5. จังหวัดของโรงพยาบาลชุมชนที่กำลังปฏิบัติงานอยู่

จังหวัด	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ปัตตานี	5	17.2
ยะลา	5	17.2
นราธิวาส	14	48.3
สงขลา	5	17.2

6. จำนวนปีที่ได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนปัจจุบัน

จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ใช้ทุนปีที่ 1-2	12	43
พ้นช่วงใช้ทุนปีที่ 3-5	7	25
มากกว่า 5 ปี	5	18
มากกว่า 10 ปี	4	14

7. ความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนปัจจุบันต่อไป

ความตั้งใจปฏิบัติงาน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต้องการอยู่ต่อไป	20	74
ไม่ต้องการ	4	15
จำเป็นต้องอยู่	3	11

8. ประสบการณ์ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นมาก่อน

ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นมาก่อน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เคย	20	69
ไม่เคย	9	31

9.จังหวัดที่เคยปฏิบัติงานมาก่อนหน้านี้

จังหวัด	จำนวน(คน)	ร้อยละ
3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	14	70
ภาคใต้	3	15
อื่นๆ	3	15

จังหวัดอื่นๆ ได้แก่ สกลนคร, อุดรธานี, กาญจนบุรี

10.ความรู้สึกในการปรับตัวให้อยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชน อย่างมีความสุข

ปรับตัวให้อยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ได้อย่างสบาย	19	68
ได้ปานกลาง	8	29
ได้ยาก	1	3

11.คุณวุฒิหลังปริญญา

คุณวุฒิหลังปริญญา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
วุฒิปดฺร.	3	25.0
อนุมติบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว	7	58.3
อนุมติบัตรอื่นๆ	1	8.3
ปริญญาโท/เอก	1	8.3
นอกรวิชาแพทย	0	0

ว. ได้แก่ กุมารเวชศาสตร์, เวชศาสตร์ครอบครัว, อายุรศาสตร์

อ. อื่นๆ ได้แก่ เวชศาสตร์ป้องกันคลินิก

ปริญญาโท/เอก ได้แก่ Public Health

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62 และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 (ร้อยละ 65) สถานภาพโสด (ร้อยละ 62) โดยส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสอบถามมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนราธิวาส (ร้อยละ 48) และส่วนใหญ่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดนราธิวาส (ร้อยละ 48.3) และพบว่าส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุนในปีที่ 1-2 (ร้อยละ 43) รองลงมาเป็นแพทย์ที่พ้นช่วงใช้ทุนปีที่ 3-5 (ร้อยละ 25) คุณวุฒิหลังปริญญาถ้าได้รับส่วนใหญ่จะเป็นด้านอนุมติบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว

ในด้านความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนปัจจุบันต่อไปพบว่าร้อยละ 74 ต้องการที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเดิมต่อไป และร้อยละ 69 เคยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นมาก่อน และโดยภาพรวมพบว่าแพทย์รู้สึกว่าจะสามารถปรับตัวให้อยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชนได้อย่างมีความสุข

ส่วนที่ 2 ความสนใจรูปแบบการศึกษาต่อเนื่องในแบบต่างๆตามลำดับมากไปหาน้อย (1-4)

รูปแบบการเรียน	อันดับ 1	%	อันดับ 2	%	อันดับ 3	%	อันดับ 4	%
เรียนในคณะแพทย์	11	47.8	0	0.0	3	13.0	9	39.1
เรียนในขณะทำงาน	12	57.1	3	14.3	5	23.8	1	4.8
อบรมระยะสั้น 1-3 เดือน	3	17.6	6	35.3	8	47.1	0	0.0
เรียนด้วยตัวเอง	4	22.2	7	38.9	2	11.1	5	27.8

พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีความสนใจรูปแบบการศึกษาต่อเนื่องโดยการเรียนในขณะทำงานมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 57.1 รองลงมาเป็น การอบรมระยะสั้น 1-3 เดือน (47.1) การเรียนในคณะแพทย์ (ร้อยละ 39.1) และการเรียนด้วยตนเอง (38.9)

ส่วนที่ 3 สิ่งที่ยากให้มีในโรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ความสามารถ

จากการสำรวจโดยใช้คำถามปลายเปิดพบว่าแพทย์ประจำที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดภาคใต้รวมทั้ง อ.จะนะ, อ.เทพา, อ.สะบ้าย้อย ของจังหวัดสงขลามีความต้องการให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถและระบบในด้านต่างๆสรุปได้ดังนี้

ความรู้ ความสามารถ ทักษะ

1. ความรู้ความสามารถในประเด็นทางสังคมศาสตร์ เพื่อเข้าใจชุมชนและผู้ป่วย
2. ทักษะความรู้, ทัศนคติทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
3. การวิจัยศึกษาโรคในท้องถิ่น เพื่อป้องกันควบคุมโรคได้ดี

การจัดประชุมสัมมนา

1. มีการจัดทำ Case conference ทุกสัปดาห์ มีการทบทวนโรคที่พบบ่อยในชุมชน
2. มีการทำ Conference ร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง
3. การประชุมสัญจร ค้นหาปัญหาในแต่ละพื้นที่และมีการประชุมเพื่อหาข้อสรุป

การศึกษาต่อเนื่อง

1. เปิดโอกาสให้มีการไปประชุมวิชาการด้านการแพทย์ และการฝึกอบรมระยะสั้น
2. มีแหล่งค้นคว้าข้อมูลที่สะดวกเช่น ห้องสมุด Electronic, Internet ตลอด 24 ชั่วโมง
3. มีสื่อวิชาการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
4. มีจัดการสอนเรื่อง การ ultrasound พื้นฐาน

ระบบการศึกษา

1. มีระบบการศึกษาที่เป็นกันเองระหว่าง รพ.ชุมชน กับ รพ.จังหวัด

การบริการ

1. การบริการที่เข้าถึงชุมชน โดยเน้นในด้าน Health Prevention and Promotion ออกหน่วยเคลื่อนที่มากกว่าการตั้งบริการในโรงพยาบาล
2. มีแพทย์พี่เลี้ยงหรือแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยใน รพ.ชุมชน

ส่วนที่ 4 ความรู้ที่ต้องการ หรือเห็นว่าจำเป็น /ที่ แพทย์โรงพยาบาลชุมชนควรมีเพิ่มเติมลำดับตามความสำคัญ

ประเด็นความรู้	มาก	ร้อยละ	ปานกลาง	ร้อยละ	น้อย	ร้อยละ
1. การดูแลสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ผสมผสานความรู้ทางการแพทย์ กับ สังคมวิทยา มนุษยวิทยา และจิตวิทยา (Integrated Care)	23	82	4	14	1	4
2. ทฤษฎีการติดต่อสื่อสารในสังคมทุกระดับ (Communication)	19	68	8	28	1	4
3. การดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่ได้ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative)	16	57	12	43	0	0
4. กฎหมายและจริยธรรมร่วมสมัยสำหรับแพทย์ (Contemporary medical laws and ethics)	18	64	7	25	3	11
5. การดูแลสุขภาพชุมชน(Community health)	19	68	8	28	1	4
6. การดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในระดับปฐมภูมิ และ ทุติยภูมิที่มีเทคโนโลยีจำกัด โดยองค์ความรู้ทางอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวช และสูตินรีเวช รวมทั้งโรคตา หู คอ จมูก (Common health problems / diseases)	23	82	5	18	0	0
7. ความรู้ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health economics)	8	29	18	64	2	7
8. เวชปฏิบัติบนหลักฐานการแพทย์ (Evidence-based Medicine)	18	64	9	32	1	4
9. ความรู้ด้านการบริหารจัดการ และการเป็นผู้นำ (Organizational management and leadership)	18	64	9	32	1	4
10.ความรู้ทางระบาดวิทยา และการทำวิจัย (Epidemiology and research)	12	43	12	43	4	14

ความรู้ที่ต้องการ หรือเห็นว่าจำเป็น /ที่ แพทย์โรงพยาบาลชุมชนควรมีเพิ่มเติมลำดับตามความสำคัญมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่

1. การดูแลสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ผสมผสานความรู้ทางการแพทย์ กับ สังคมวิทยา มนุษยวิทยา และจิตวิทยา (Integrated Care) และ การดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในระดับปฐมภูมิ และ ทุติยภูมิที่มีเทคโนโลยีจำกัด โดยองค์ความรู้ทางอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวช และสูตินรีเวช รวมทั้งโรคตา หู คอ จมูก (Common health problems / diseases) (ร้อยละ 82)
2. ทฤษฎีการติดต่อสื่อสารในสังคมทุกระดับ(Communication)และการดูแลสุขภาพชุมชน(Community health) (ร้อยละ 68)

3. กฎหมายและจริยธรรมร่วมสมัยสำหรับแพทย์ (Contemporary medical laws and ethics) , เวชปฏิบัติ
บนหลักฐานการแพทย์ (Evidence-based Medicine) , ความรู้ด้านการบริหารจัดการ และการเป็น
ผู้นำ (Organizational management and leadership) (ร้อยละ 64)

ส่วนที่ 5 ส่วนของทักษะ หรือเหตุการณ์ที่ต้องการ/จำเป็นที่แพทย์โรงพยาบาลชุมชนควรมี เพิ่มเติมลำดับตาม
ความสำคัญ

ทักษะ	มาก	ร้อยละ	ปาน กลาง	ร้อยละ	น้อย	ร้อยละ
1.ทักษะการดูแลสุขภาพโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care)	21	75	7	25	0	0
2.ทักษะการสื่อสาร (Communication skills)	21	72	6	21	2	7
3.ทักษะทางสังคมและจิตวิทยา ได้แก่ การให้การปรึกษา การเปลี่ยนพฤติกรรม (Psychosocial skills eg. Counseling, Behavior modification)	20	71	7	25	1	4
4.ทักษะทางระบาดวิทยา เช่นการควบคุมโรค (Epidemiology skills)	13	46	14	50	1	4
5.ทักษะการส่งเสริมสุขภาพชุมชน (Community health promotion)	22	79	5	18	1	4
6.ทักษะทางการแพทย์ ได้แก่ ทางศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม กุมารและอายุรกรรม (Medical and surgical procedural skills)	17	60	10	34	1	4
7.ทักษะการเงินการคลัง เช่น การคิดต้นทุน (Monetary and financial skills)	6	21	19	68	3	11
8.ทักษะการค้นหาลักษณะพื้นฐานทางการแพทย์ (Evidence-based practice)	16	57	11	39	1	4
9.ทักษะการบริหารจัดการ (Managerial skills, conflict management, Time management, Negotiation, Leadership skills etc.)	17	61	9	32	2	7
10.ทักษะการสืบค้นข้อมูลและการทำวิจัย (Research skill)	13	46.4	13	46.4	2	7.1

ทักษะ หรือเหตุการณ์ที่ต้องการ/จำเป็นที่แพทย์โรงพยาบาลชุมชนควรมี เพิ่มเติมลำดับตาม
ความสำคัญมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่

1. ทักษะการส่งเสริมสุขภาพชุมชน (Community health promotion) (ร้อยละ 79)
2. ทักษะการดูแลสุขภาพโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) (ร้อยละ 75)
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skills) (ร้อยละ 72)

ส่วนที่ 6 ความสนใจร่วมกิจกรรมลักษณะการฝึกอบรมในสถานที่ปฏิบัติงาน (In-service training) โดยใช้สื่อทางไกลและ เข้าไปฝึกกับครูผู้สอน

การเข้าร่วมกิจกรรม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สนใจ	11	38
ไม่สนใจ	18	62

ด้านความสนใจร่วมกิจกรรมลักษณะการฝึกอบรมในสถานที่ปฏิบัติงาน (In-service training) โดยใช้สื่อทางไกลและ เข้าไปฝึกกับครูผู้สอน พบว่า มีผู้ที่สนใจคิดจะเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 38

ระยะที่ 2: การพัฒนาหลักสูตรเบื้องต้น

หลังจากได้ข้อมูลสำรวจเบื้องต้นดังกล่าว ได้มีการนำข้อมูลเป็นพื้นฐานในการจัดหลักสูตรเบื้องต้น ซึ่งจากการสำรวจในระยะแรกพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีความสนใจรูปแบบการศึกษาต่อเนื่องโดยการเรียนในขณะทำงานมากที่สุด (ร้อยละ 57.1) รองลงมาเป็น การอบรมระยะสั้น 1-3 เดือน (47.1) การพัฒนาหลักสูตรจึงมุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนที่ไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน โดยมุ่งเน้นเนื้อหาความรู้ที่เป็น Holistic and Integrated care, Community Health รวมทั้งทักษะ Patient-centered care ซึ่งเป็นเนื้อหาความรู้และทักษะของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่สำคัญ ประกอบกับสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคใต้ จึงได้มีการจัดเนื้อหาหลักสูตรที่มีความสำคัญเร่งด่วน สำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ขึ้นด้วยได้แก่ Islamic Health และ War and Medicine

จากข้อมูลดังกล่าวได้พัฒนาเป็นการจัด Workshop ระยะสั้น ในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ขึ้นในวันที่ 13 และ 14 ตุลาคม 2547 โดยนอกเหนือจากแพทย์ใน 3 จังหวัดภาคใต้ได้เชิญแพทย์ที่สนใจทั่วไปจากโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลาและพัทลุงซึ่งเป็นจังหวัดใกล้เคียง เข้าร่วมอภิปรายด้วย ดังรายละเอียดในกำหนดการประชุม

รายนามวิทยากรในการประชุม

	ชื่อ-สกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน
1	พญ.สายพิน หัตถิรัตน์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
2	พญ.ธัญญรัตน์ อนันทยสินทวี	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
3	นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ	โรงพยาบาลจะนะ จ.สงขลา
4	นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	โรงพยาบาลเทพา จ.สงขลา
5	พญ. หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล	โรงพยาบาลหาดใหญ่

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

โครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องเวชศาสตร์ครอบครัว

สำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

วันที่ 13- 14 พฤศจิกายน 2547

ณ ห้อง 4201 อาคารศูนย์แพทยศาสตรชั้นคลินิก โรงพยาบาลหาดใหญ่

ลำดับ	ชื่อ-สกุล		สถานที่ปฏิบัติงาน
จ.นราธิวาส			
1	พญ.กนกพร	พลาณกุลวงศ์	โรงพยาบาลตากใบ จ.นราธิวาส
2	นพ.สถาพร	สินเจริญกิจ	โรงพยาบาลแว้ง จ.นราธิวาส
จ.พัทลุง			
1	พญ.กรกช	ศรีเกื้อ	โรงพยาบาลปากพะยูน จ. พัทลุง
จ.สงขลา			
1	พญ.อภิญา	ชไมเชอร์	โรงพยาบาลควนเนียง จ.สงขลา
2	นพ.คณาวุฒิ	นิธิกุล	โรงพยาบาลควนเนียง จ.สงขลา
3	นพ.สุกิจ	นำสวัสดิ์ชัยกุล	โรงพยาบาลคลองหอยโข่ง จ.สงขลา
4	พญ.กนกกาญจน์	แผ่ผล	โรงพยาบาลเทพา จ.สงขลา
5	นพ.อาคเนย์	สุขอยู่	โรงพยาบาลศิครินทร์หาดใหญ่ สงขลา
6	นพ.บัญชา	แดงเนียม	โรงพยาบาลศิครินทร์หาดใหญ่ สงขลา
7	รท.สันติพงษ์	นิติสุข	โรงพยาบาลฐานทัพเรือสงขลา จ.สงขลา
8	นต. พร	ประสงค์ทรัพย์	รพ. ทหารเรือสงขลา
9	รท. จำเนียร	แสงจันทร์	รพ. ทหารเรือสงขลา
10	รต.บุญรัง	นวลยิ้ม	รพ. ทหารเรือสงขลา
11	นต.ขจร	ประสงค์ทรัพย์	รพ. ทหารเรือสงขลา

12	นพ.กอบประเสริฐ	ตย์คานนท์	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
13	นพ. สืบพงศ์	ลานทอง	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
14	Extern สันทรรศ	นุ่นดำ	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
15	นพ. อมร	รอดคล้าย	โรงพยาบาลหาดใหญ่
16	นพ.วีรพัฒน์	เงาธรรมทรรศน์	โรงพยาบาลหาดใหญ่
17	นพ.ธาดา	ทัศนกุล	โรงพยาบาลหาดใหญ่
18	นพ.พนพัฒน์	โตเจริญวานิชย์	โรงพยาบาลหาดใหญ่
19	พญ.พรหมศิริ	อำไพ	โรงพยาบาลหาดใหญ่
20	พญ.หทัยทิพย์	ธรรมวิริยะกุล	โรงพยาบาลหาดใหญ่
21	พญ.พัชรี	บุญรอดชู	โรงพยาบาลหาดใหญ่
22	นพ.พิพัฒน์	พิพัฒน์รัตนเสรี	โรงพยาบาลหาดใหญ่
23	พญ.กรทองแก้ว	ร่วมสงฆ์	โรงพยาบาลหาดใหญ่

กำหนดการประชุม

โครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาหลักสูตรการศึกษาดูแลเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว
สำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
ณ ห้อง 4201 ชั้น 2 อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลหาดใหญ่

วันเสาร์ที่ 13 พฤศจิกายน 2547

08.30-9.00 น.	ลงทะเบียน
9.00-10.30 น.	Principle of family medicine I โดย พญ.สายพิน หัตถ์ธีรัตน์
10.30-10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.45-12.00 น.	Role and tasks of the family physicians โดย พญ.สายพิน หัตถ์ธีรัตน์ นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ และคณะอาจารย์จากคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว รพ.หาดใหญ่
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.30 น.	Principle of family medicine II โดย พญ.สายพิน หัตถ์ธีรัตน์
14.30-14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
14.45-16.30 น.	Family medicine in special situation (Islamic Health) โดย พญ.สายพิน หัตถ์ธีรัตน์

วันอาทิตย์ที่ 14 พฤศจิกายน 2547

08.00-08.30 น.	ทบทวน
08.30-09.30 น.	Home Care โดย พญ.สายพิน หัตถ์ธีรัตน์
09.30-09.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
09.45-10.45 น.	Rural Health โดย นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณสุข พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล และนพ.กอบประเสริฐ ตยัคคานนท์
10.45-12.00 น.	Model of in-service training for rural doctor in Thailand
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 น.	เดินทางกลับโดยสวัสดิภาพ

ระยะที่ 3: การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ

รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง

จากการดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นระยะเวลา 2 วัน ในวันเสาร์และอาทิตย์ที่ 13-14 พฤศจิกายน 2547 เพื่อให้ผู้ที่สนใจและต้องการเข้าร่วมโครงการได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องแบบทางไกล (Distance learning) และการเรียนในขณะปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลชุมชน (In service learning) เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรโดยมีการบรรยายเนื้อหาความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเวชศาสตร์ครอบครัวโดยมีการเก็บข้อมูลโดยการทำ อภิปรายรายกลุ่มถึงรูปแบบที่เหมาะสมในการจัดหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ผลสรุปดังนี้

การจัดการเรียนการสอน :

สถานที่: ควรจัดในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ โดยโรงพยาบาลหาดใหญ่ กลุ่มงานเวชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบ และอาจมีการนำโรงพยาบาลจังหวัดมาเป็นแม่ข่าย เพื่อเกิดการเรียนรู้ครบทุกหน่วยของแพทย์เฉพาะทาง

ผู้สอน: มี เครือข่ายของอาจารย์ ซึ่งอาจเกิดจากการประสานงานระหว่างมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กับโรงพยาบาลหาดใหญ่

ความถี่ในการประชุม: ควรมีการประชุมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยอาจจะมีการเชิญอาจารย์หรือหน่วยงานราชการเข้าร่วมด้วยโดยเนื้อหาควรมีทั้งด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์ และจิตวิทยาและ มีการหมุนเวียนตามโรงพยาบาลชุมชนบ้างตามความเหมาะสม โดยใช้ case based conference, ควรเน้นให้มีความรู้ด้านการทำวิจัย เช่น ในเรื่องของระบาดวิทยา สามารถประยุกต์ใช้เป็นรูปธรรมในชุมชนได้ และเกิดองค์ความรู้ในการดูแลคนไข้ และมีการส่งการบ้านทาง E-mail

คุณสมบัติหลังการศึกษา: มีความเห็นว่าจะได้เน้นว่าจะต้องได้วุฒิใดๆ อย่างน้อยน่าจะทำ Continue Education ก่อน เพราะจะได้สามารถควบคุมได้ สามารถปรับเปลี่ยนเนื้อหาตามเดือน ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ในพื้นที่ภาคใต้ต้องการศึกษาถึง Islamic Health เป็นต้น จะต้องมีความยืดหยุ่นในหลักสูตรการศึกษา แพทย์ในชนบทจะต้องมีการหมุนเวียนกันตลอดเวลา หลักสูตรนี้น่าจะทำให้เกิดความคิดในการมองชุมชน เห็นปัญหาของชุมชนได้ชัดเจนขึ้น

ในระยะต่อไปจึงพัฒนาให้หลัง ศึกษาจบหลักสูตรมีการมอบวุฒิบัตรซึ่งในการจัดทำ Board อาจเป็นเรื่องยากในระยะแรก และการได้รับวุฒิปดนั้นจะต้องมีการทำ Paper อย่างน้อย 1 ชุดร่วมด้วย

ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน

หัวข้อการบรรยาย : Principle of family medicine โดย พญ.สายพิน หัตถิรัตน์

1.สิ่งที่คิดว่าประทับใจและคิดว่าดีแล้ว

- “เข้าใจง่ายเปิดแนวความคิดที่ดีต่อ Family medicine”
- “การนำเสนอ,เนื้อหากระชับ, ยกตัวอย่าง และคำอธิบายชัดเจน ทำให้เห็นภาพของ family medicine ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ให้เข้าใจมากขึ้น”
- “แนวคิด”

2.สิ่งที่ควรปรับปรุงและข้อเสนอแนะ

- “อยากให้เวลามากกว่านี้จะได้ทำอย่างละเอียด”

หัวข้อการบรรยาย : War and Medicine โดย พญ.สายพิน หัตถิรัตน์

1.สิ่งที่คิดว่าประทับใจและคิดว่าดีแล้ว

- “สงครามเกิดได้ทุกๆ ที่”
- “การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นแนวทางร่วมกันในการวางแผนการรองรับทางสาธารณสุขใน สถานการณ์ สงคราม”
- “การค้นคว้าข้อมูล และ หัวข้อน่าสนใจมาก”
- “ดี ได้ฟังและเรียนรู้เรื่องที่ไม่เคยได้เรียนมาก่อน”
- “เป็นภาพกว้าง”

2.สิ่งที่ควรปรับปรุงและข้อเสนอแนะ

-“อยากให้พูดหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในสถานการณ์วิกฤติ/การปรับตัว/แนวคิด
อย่างไรในการทำงานของบุคลากร อาจจะเป็นบุคลากรขององค์กรสหประชาชาติหรือของบุคลากรที่เป็นคนใน
พื้นที่เสี่ยงภัยนั้นว่าปรับตัวอย่างไรให้สามารถทำงานอยู่ในสถานการณ์เลวร้าย โดยที่ตัวเองยังคงมีความเข้มแข็ง
ทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อจะเป็นที่พึ่งให้ผู้อื่นได้อีก”

- “คนที่บรรยายยังไม่มีประสบการณ์และคุณสมบัติในหัวข้อบรรยายพอ”
- “เนื้อหาบางอันที่เป็นสงครามยังไม่ชัดเจนถึงสิ่งที่ต้องการสื่อและให้ทราบ”
- “ลงลึกตัวอย่างจากกรณีศึกษาสัก 1 กรณี”

หัวข้อการบรรยาย : Role and tasks of the family physicians โดย นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

1.สิ่งที่คิดว่าประทับใจและคิดว่าดีแล้ว

- “มองเห็นบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในcommunityว่าอะไรบ้างที่ปฏิบัติได้จริง”
- “รูปภาพของการพัฒนาโรงพยาบาลที่ได้ทำ ทำให้เห็นได้ชัดเจนว่า รพ.เทพาพัฒนาอย่างไร ซึ่งดีกว่า
การนำเสนอทางทฤษฎี เพราะภาพอธิบายได้ชัดเจนกว่าคำพูด”
- “หัวข้อ”
- “มีรูปธรรมดี”

2. สิ่งที่ควรปรับปรุงและข้อเสนอแนะ

-“ไม่มี”

หัวข้อการบรรยาย : Islamic Health โดย พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี

1. สิ่งที่คิดว่าประทับใจและคิดว่าดีแล้ว

-“เข้าใจถึงแนวความคิดของคนมุสลิม”

-“ประทับใจการค้นคว้าข้อมูลที่สมบูรณ์ แม้ว่าจะไม่เคยมาอยู่ในพื้นที่หรือคุ้นเคยกับพื้นที่ที่เป็นมุสลิม”

-“หัวข้อ”

-“ดี เนื้อหาเกี่ยวกับบทบัญญัติของมุสลิม ทำให้เข้าใจสิ่งที่ถูกต้อง เพราะปัจจุบันสิ่งที่รู้ ได้เฉพาะจากการรับฟังความเชื่อของคนในพื้นที่”

-“ขยันหาความรู้, ทำความเข้าใจเนื้อหาดีมาก ทั้งๆ ที่ไม่เคยอยู่ในพื้นที่ที่มุสลิมเป็นประชากรหลัก”

2. สิ่งที่ควรปรับปรุงและข้อเสนอแนะ

-“คนบรรยายยังไม่มีประสบการณ์จึงทำให้สร้างความเชื่อถือได้น้อย”

-“น่าจะมีแพทย์ไทยพุทธสักคนที่ศึกษาหลักสูตร Islamic Health ในสังคมไทยโดยตรงสักคน”

หัวข้อการบรรยาย : Home Care โดย พญ.สายพิน หัตถิรัตน์

1. สิ่งที่คิดว่าประทับใจและคิดว่าดีแล้ว

-“ดีมาก เห็นภาพพจน์”

-“หัวข้อ”

-“การนำภาพของ Case ผู้ป่วยจริงมานำเสนอ ทำให้เห็นภาพของ Home Care ชัดเจนมากขึ้น”

-“ทำให้เห็นคุณค่าของการทำ Home Care เปรียบเทียบกับการตั้งรับเฉพาะโรงพยาบาล”

-“มุมมองของปัญหา”

2. สิ่งที่ควรปรับปรุงและข้อเสนอแนะ

-“อยากฟังให้ละเอียดมากกว่านี้”

หัวข้อการบรรยาย : Rural Health โดย นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ

1. สิ่งที่คิดว่าประทับใจและคิดว่าดีแล้ว

-“พูดได้ดีมาก บอกถึงการเข้าถึงชุมชนได้ดี ร่วมกับประยุกต์ความรู้ทุกๆด้านมาใช้ในการดูแล Rural Health”

-“หัวข้อแปลกใหม่ดี”

-“ดี ฟังแล้วเข้าใจ Rural Health มากขึ้น”

2. สิ่งที่ควรปรับปรุงและข้อเสนอแนะ

-“ตัวหนังสือต่อ Slide มากเกินไป ทำให้ไม่น่าสนใจ ไม่น่าอ่าน ดูแล้วอึดอัด”

หัวข้อการบรรยาย : Model of in-service training for rural doctor in Thailand

โดย พญ.หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล

1. สิ่ง que คิดว่าประทับใจและคิดว่าดีแล้ว

-“จิตย่ดีมามาก และน่ารักคิด”

-“เหตุผลของการมีหัวข้อนี้”

2. สิ่ง que ควรปรับปรุงและข้อเสนอแนะ

-“ควรตั้งประเด็นแลกเปลี่ยนให้ชัดเจน และแลกเปลี่ยนประเด็น จะได้สรุปได้ชัดเจนขึ้น

-“ข้อสรุปไม่รู้ว่าจะเป็นภาพพจน์หรือไม่ เพราะประชุมกันในกลุ่มเล็กๆ ไม่มีอำนาจตัดสินใจให้เกิดการประชุมใหญ่ๆ ได้”

ภาพรวมของการจัดประชุมครั้งนี้

1. สิ่ง que คิดว่าประทับใจและคิดว่าดีแล้ว

-“ดีมากครับ ไม่ต้องสนใจว่ามีคนเรียนมากน้อย ขอให้อึดและต่อเนื่อง”

-“หัวข้อน่าสนใจมาก ได้เข้าแล้วคุ้มมาก ดีใจที่ได้เข้าร่วมประชุม”

2. สิ่ง que ควรปรับปรุงและข้อเสนอแนะ

-“จัดให้ต่อเนื่อง Snowball effect: จากเล็กกล้งไปเรื่อยจะใหญ่ขึ้นเอง”

-“น่าจะมี Certificate รับรองว่าได้ผ่านการอบรมจากไบเซ็นชื่อ อาจเป็น อ.สายพินเป็นผู้รับรอง อาจจะส่งย้อนหลังไปให้จะดีมาก เพราะมีกันไม่มากแต่ดีมาก”

ระยะที่ 4: การติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนาหลักสูตรที่นำไปใช้ได้จริง

จากผลการดำเนินการโครงการในระยะต่างๆ ที่ผ่านมามีสามารถนำมาใช้ประกอบการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนได้ ใน3 ประเด็นดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนในหัวข้อ Islamic Health

จากการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่า หัวข้อ Islamic Health เป็นหัวข้อการเรียนรู้ใหม่ที่ได้รับ ความสนใจมาก และพบว่าเป็นความรู้ที่ยังไม่เคยนำมาบรรจุในการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทยโครงการ ร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ซึ่งจะต้องไปปฏิบัติงานในพื้นที่ ภาคใต้ที่มีชุมชนมุสลิมอาศัยอยู่ร่วมด้วย ซึ่ง เนื้อหาการบรรยายในหัวข้อดังกล่าวจะมีประโยชน์ในการประยุกต์ใช้ให้เข้ากับวิถีชีวิตประจำวันของชุมชนมุสลิม ได้ดียิ่งขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ร่วมประชุมที่ว่า

“เนื้อหาเกี่ยวกับบทบัญญัติของมุสลิม ทำให้เข้าใจสิ่งที่ถูกต้อง เพราะปัจจุบันสิ่งที่รู้ ได้เฉพาะจากการ รับฟังความเชื่อของคนในพื้นที่”

“ทำให้เข้าใจถึงแนวความคิดของคนมุสลิม”

ดังนั้นจึงได้มีการนำหัวข้อดังกล่าว เป็น เนื้อหาส่วนหนึ่ง ในรายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 โครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทโรงพยาบาลหาดใหญ่ในเวลาต่อมา

2. การพัฒนาให้เกิดการศึกษาต่อเนื่องในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวใน 3 จังหวัดภาคใต้โดยมีโรงพยาบาลสมทบเป็นสถานที่ปฏิบัติงาน

ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้ทำให้เกิดมีผู้ที่เข้าใจและเห็นภาพพจน์ของเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้เข้าร่วมประชุมที่ว่า

“การนำเสนอ, เนื้อหากระชับ, ยกตัวอย่าง และคำอธิบายชัดเจน ทำให้เห็นภาพของ family medicine ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ให้เข้าใจมากขึ้น”

“เข้าใจง่ายเปิดแนวความคิดที่ดีต่อ Family medicine”

หลังสิ้นสุดการประชุมมีผู้สนใจหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องเวชศาสตร์ครอบครัว จากโรงพยาบาลหรือเสาะ จังหวัดปัตตานีและโรงพยาบาล ตากใบจังหวัดนราธิวาส ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาโดยการพยายามพัฒนาและเสนอให้โรงพยาบาลตากใบ โรงพยาบาลรามันและโรงพยาบาล ยะหริ่ง เป็น โรงพยาบาลสมทบเพื่อเป็นสถานที่ปฏิบัติงานและอยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพิ่มขึ้นอีก 3 แห่ง ซึ่งจากเดิมมีเพียง 3 แห่งในภาคใต้ คือในจังหวัดสงขลาเท่านั้น

3. การพัฒนาให้เกิดหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องแบบทางไกล(Distance Learning) และการเรียนในขณะปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลชุมชน (In service learning) ให้เกิดขึ้นในระยะยาว

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจโดยแบบสอบถามและการประชุมเชิงปฏิบัติการได้ถูกนำมา

ผนวกเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาให้เกิดหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องแบบทางไกล(Distance Learning) และการเรียนในขณะปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลชุมชน (In service learning) ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ร่วมกับคณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ มหาวิทยาลัยแห่งชาติลาว มหาวิทยาลัยมาสทริชต์ เนเธอร์แลนด์ และราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป สหราชอาณาจักร ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทยและประเทศลาว เพื่อประกาศนียบัตร หรือปริญญาชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติครอบครัวขึ้น โดยในเขตภาคใต้จะประกอบด้วยคณะทำงานจากเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลหาดใหญ่และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาล ถ้ำพรรณรายังจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งโครงการดังกล่าวคาดว่าจะแล้วเสร็จในปีพ.ศ.2548 ซึ่งจะเป็นการสานต่อให้มีการเกิดหลักสูตรการศึกษาเวชศาสตร์ครอบครัวที่เหมาะสมต่อไป

สรุปผลการวิจัย

จากการดำเนินงานโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาหลักสูตรศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ตั้งแต่ วันที่ 1 กันยายน 2547- 31 พฤศจิกายน 2547 โดยการแบ่งการวิจัยเป็น 4 ระยะ คือระยะเตรียมงาน ระยะพัฒนาหลักสูตรเบื้องต้น ระยะการปฏิบัติฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และระยะสุดท้ายการติดตามและประเมินผลเพื่อนำไปพัฒนาหลักสูตรที่ใช้ได้จริง สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ระยะเตรียมงานได้มีการสำรวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น/ความต้องการการศึกษาเพิ่มเติมของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลชุมชนให้กับแพทย์ประจำทุกคนทุกโรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดภาคใต้รวมทั้ง อ.จะนะ, อ.เทพา, อ.สะบ้าย้อย ของจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นพื้นที่รอยต่อที่เป็นพื้นที่เสี่ยงภัย ในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 -31 2548 จำนวน 28 โรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 5 ฉบับรวมทั้งสิ้น 140 ฉบับ และได้รับการตอบกลับจำนวน 29 ฉบับ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62 และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 (ร้อยละ 65) สถานภาพโสด (ร้อยละ 62) และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนราธิวาส (ร้อยละ 48) กำลังปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดนราธิวาส (ร้อยละ 48.3) ด้านประสบการณ์การทำงานพบว่าส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุนในปีที่ 1-2 (ร้อยละ 43) รองลงมาเป็นแพทย์ที่พ้นช่วงใช้ทุนปีที่ 3-5 (ร้อยละ 25) และคุณสมบัติหลังปริญญาถ้าได้รับส่วนใหญ่จะเป็นด้านอนุนิติเวชศาสตร์ครอบครัว

ในด้านความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนพบว่าร้อยละ 74 ต้องการที่จะปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเดิมและร้อยละ 69 เคยมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นมาก่อน โดยภาพรวมพบว่าแพทย์รู้สึกสามารถปรับตัวให้อยู่ในโรงพยาบาลและในชุมชนได้อย่างมีความสุข ในด้านการศึกษาต่อเนื่องพบว่าแพทย์ส่วนใหญ่มีความสนใจรูปแบบการศึกษาต่อเนื่องโดยการเรียนในขณะทำงานมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 57.1

ความรู้ที่ต้องการ หรือเห็นว่าจำเป็น /ที่ แพทย์โรงพยาบาลชุมชนควรมีเพิ่มเติมลำดับตามความสำคัญมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่

1. การดูแลสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ผสมผสานความรู้ทางการแพทย์ กับ สังคมวิทยา มนุษยวิทยา และจิตวิทยา (Integrated Care) และ การดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิที่มีเทคโนโลยีจำกัด โดยองค์ความรู้ทางอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวช และสูติรีเวช รวมทั้งโรคตา หู คอ จมูก (Common health problems / diseases) (ร้อยละ 82)
2. ทักษะการติดต่อสื่อสารในสังคมทุกระดับ (Communication) และการดูแลสุขภาพชุมชน (Community health) (ร้อยละ 68)
3. กฎหมายและจริยธรรมร่วมสมัยสำหรับแพทย์ (Contemporary medical laws and ethics) , เวชปฏิบัติบนหลักฐานการแพทย์ (Evidence-based Medicine) , ความรู้ด้านการบริหารจัดการ และการเป็นผู้นำ (Organizational management and leadership) (ร้อยละ 64)

ทักษะ หรือเหตุการณ์ที่ต้องการ/จำเป็นที่แพทย์โรงพยาบาลชุมชนควรมี เพิ่มเติมลำดับตาม

ความสำคัญมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่

1. ทักษะการส่งเสริมสุขภาพชุมชน (Community health promotion) (ร้อยละ 79)
2. ทักษะการดูแลสุขภาพโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) (ร้อยละ 75)
3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skills) (ร้อยละ 72)

ด้านความสนใจร่วมกิจกรรมลักษณะการฝึกอบรมในสถานที่ปฏิบัติงาน (In-service training) โดยใช้สื่อทางไกลและ เข้าไปฝึกกับครูผู้สอน พบว่า มีผู้ที่สนใจคิดจะเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 38

ระยะพัฒนาหลักสูตรเบื้องต้น หลังจากเสร็จสิ้นระยะเตรียมงานได้พัฒนาข้อมูลการวิจัยเป็นการจัด Workshop ระยะสั้น ในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์ขึ้นในวันที่ 13 และ 14 ตุลาคม 2547 ซึ่งเนื้อหาการเรียนการสอนพยายามจัดโดยการอิงการเรียนการสอนในขณะทำงานของผู้เรียนและนำเนื้อหาที่จำเป็นต่อเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดภาคใต้ในปัจจุบันมาผนวกร่วมด้วยคือ Islamic Health และ War and Medicine

ระยะการปฏิบัติฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

พบว่า การดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้รับการตอบรับอย่างดี และเป็นที่พอใจของผู้เข้าประชุมส่วนใหญ่

และจากการอภิปรายกลุ่มในด้านการรูปแบบจัดการเรียนการสอนที่อาจเป็นไปได้ พบว่าในด้านสถานที่เห็นควรจัดในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ โดยโรงพยาบาลหาดใหญ่ กลุ่มงานเวชกรรมเป็นผู้รับผิดชอบ ผู้สอนควรมีเครือข่ายของอาจารย์ ซึ่งเกิดจากการประสานงานระหว่างมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์กับโรงพยาบาลหาดใหญ่ และควรมีการประชุมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีการหมุนเวียนตามโรงพยาบาลชุมชนเป็นระยะโดยอาจจะมีการเชิญอาจารย์หรือหน่วยงานราชการเข้าร่วมด้วย คุณวุฒิหลังการศึกษาในระยะแรกอาจเป็นเพียงการเก็บหน่วยกิตเพื่อให้เกิดการเรียนการสอนต่อเนื่องและพัฒนาให้ได้เป็นวุฒิบัตรในเวลาต่อมา

ระยะการติดตามและประเมินผลเพื่อนำไปพัฒนาหลักสูตรที่ใช้ได้จริง

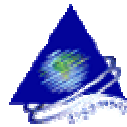
หลังจากได้มีการติดตามประเมินผลโครงการดังกล่าวแล้ว ได้มีการพัฒนาให้เกิดหลักสูตรต่างๆในเบื้องต้นเกิดขึ้นได้แก่การพัฒนาหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนในหัวข้อ Islamic Health ,การพัฒนาให้เกิดการศึกษาต่อเนื่องในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวใน 3 จังหวัดภาคใต้โดยมีโรงพยาบาลสมทบเป็นสถานที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส และการพัฒนาให้เกิดหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องแบบทางไกล (Distance Learning) และการเรียนในขณะปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลชุมชน (In service learning) ให้เกิดขึ้นในระยะยาวโดยประสานงานกับโครงการ AUNP Thammasat Project ซึ่งคาดว่าจะมีการนำมาทดลองใช้ได้จริงในปี 2548 ต่อไป

บทที่ 8

การแพทย์กับวิถีมุสลิม (Muslim & Medicine)

เอกสารประกอบ

โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์
ในโรงพยาบาลชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้



สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มีนาคม 2548

การแพทย์กับวิถีมุสลิม

พ.ญ. ัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

หลักการดูแลคนไข้มุสลิม

ศาสนาอิสลามเป็นศาสนาที่สำคัญศาสนาหนึ่งของโลก และเป็นศาสนาที่มีผู้นับถือมากทีสุดเป็นอันดับสอง ผู้นับถือศาสนานี้จึงมีปรากฏอยู่ทั่วโลก ทุกเชื้อชาติ ทุกภาษา ในประเทศไทยเราศาสนาอิสลามเป็นศาสนาหนึ่งที่มีผู้นับถือมากทีสุด โดยเฉพาะประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพราะฉะนั้นถ้าบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรม ประเพณีของคนมุสลิม จะส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมุสลิม รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยดีขึ้น

อิสลามและมุสลิม

คำว่าอิสลาม มาจากรากศัพท์ภาษาอาหรับว่า “อัลละมะ” มีความหมายว่า “หนทางทางสู่ความสงบสันติ” ส่วนผู้นับถือศาสนาอิสลามเรียกว่า มุสลิม แปลว่าผู้อยอมมอบตนต่อพระประสงค์ของอัลลอฮ์ หรือผู้ไถ่หาสันติ เพราะฉะนั้นศาสนาอิสลามมีความหมายถึง ความสงบสุข สันติ และการยอมรับต่อสภาวะของพระผู้เป็นเจ้านั่นเอง

กฎหมายอิสลาม (Sacred Law)

กฎหมายอิสลามเป็นสิ่งที่กำหนดวิถีชีวิตของคนมุสลิมตั้งแต่เกิดจนตาย เป็นรากฐานความเชื่อและหลักปฏิบัติของคนมุสลิม โดยกฎหมายอิสลามมีที่มาจากหลักฐานทางศาสนาที่สำคัญ 4 ประการคือ

1. คัมภีร์อัลกุรอาน (Qu'm) เป็นโองการของพระอัลลอฮ์ที่ทรงประทานมาให้กับท่านศาสดามุฮัมมัด คัมภีร์อัลกุรอานถือว่าเป็นที่มาของกฎหมายอิสลามอันดับแรกที่สำคัญที่สุด
2. อัล-ฮะดีษ คือข้อบัญญัติจากการกระทำต่างๆ รวมทั้งคำพูด ตลอดจนถึงการวินิจฉัยข้อกฎหมายบางเรื่องบางอย่าง รวมทั้งการดำเนินตามวิถีทางความเป็นอยู่ทุกอิริยาบถของท่านศาสดามุฮัมมัดซึ่งได้มีการจดบันทึกและจดจำโดยผู้ใกล้ชิด และบรรดาสาวกทั้งหลาย เรียกว่า “ซุนนะฮ์”
3. อัล-อิญมาอ์ คือความเห็นร่วมกันของปวงปราชญ์มุสลิม ซึ่งเป็นความเห็นเกี่ยวกับปัญหากฎหมายอิสลาม ในกรณีที่ไม่มีข้อบัญญัติกำหนดไว้ในคัมภีร์อัลกุรอานหรืออัล-ฮะดีษ
4. อัล-กียาส คือการเปรียบเทียบโดยอาศัยเหตุผลที่ต่อเนื่องด้วยหลักการแห่งกฎหมายอิสลามทั้ง 3 ประการดังกล่าวข้างต้น แต่ยังไม่เพียงพอแก่ความต้องการของคนมุสลิม จึงจำเป็นต้องหันไปหาวิธีการใช้เหตุผล โดยอาศัยการเปรียบเทียบกับตัวบทกฎหมายที่ใกล้เคียง และไม่ขัดกับหลักการอันเป็นที่มาของกฎหมายอิสลามทั้ง 3 ข้อ

หลักปฏิบัติ 5 ประการ

หลักปฏิบัติ หรือที่ชาวมุสลิมเรียกว่า “รูกุนอิสลาม” คำว่ารูกุนแปลว่า หลักการ ส่วนคำว่าอิสลามหมายถึง

หนทางสู่ความสงบสันติ เพราะฉะนั้น รุคุนอิสลามแล้วว่า หลักปฏิบัติเพื่อสร้างความสงบสันติในสังคม ซึ่งหลักปฏิบัติที่สำคัญนั้นมี 5 ประการ คือ

1. การปฏิญาณตน (Shahadah)

มุสลิมทุกคนต้องกล่าวคำปฏิญาณตนว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และมุฮัมมัด เป็นศาสนทูตของอัลลอฮ์” (“There is no deity save God, and Muhammad is the Messenger of God”)

2. การละหมาด (Namaz)

การละหมาดคือ การแสดงความเคารพต่อองค์พระอัลลอฮ์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นศาสนกิจที่มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นผู้หญิงหรือผู้ชาย และจะต้องปฏิบัติตั้งแต่บรรลุนิติภาวะจนวันสุดท้ายของชีวิต

ในการทำละหมาด มุสลิมจากทุกมุมโลกจะต้องหันหน้าไปทางนครมักกะฮ์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย โดยมุสลิมในประเทศไทยจะหันหน้าไปทางทิศตะวันตก ส่วนสถานที่ที่ทำละหมาด จะปฏิบัติที่ไหนก็ได้ ขอให้เป็นที่สะอาด ไม่จำเป็นต้องเป็นสุเหร่าหรือมัสยิด

3. การถือศีลอด (Sawm)

4. การจ่ายซะกาต (Zakat)

คือการบริจาคทาน ซึ่งในศาสนาอิสลามถือว่าเป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญรองลงมาจากการละหมาด

5. การประกอบพิธีฮัจญ์ (Hajj)

ความเป็นมนุษย์ในมุมมองของอิสลาม (The human condition)

ชาวมุสลิมมีความเชื่อว่า มนุษย์เมื่อแรกเกิดคือสิ่งประเสริฐและสมบูรณ์ที่สุดที่องค์พระอัลลอฮ์ทรงสร้าง และประทานมาให้ เพราะฉะนั้นการกระทำใดๆก็ตามที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติต่อมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ถือว่าเป็นข้อห้ามและเป็นบาปในศาสนาอิสลาม เช่น การลัก, การฆ่าตัด, การสังหารกรรมความงาม รวมถึงการดื่มเครื่องดื่ม หรือการใช้จ่ายที่มีผลต่อสติสัมปชัญญะ เช่น แอลกอฮอล์, หรือสารเสพติดต่างๆ

ดังนั้นแพทย์ควรหลีกเลี่ยงการให้ยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือสารที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทกับผู้ป่วยมุสลิม

สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and Disease: an Islamic framework)

เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมานั้น ย่อมมีวิถีคิด และการแสดงออกต่อความเจ็บป่วยไม่เหมือนกัน สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิดและการแสดงออก คือวัฒนธรรม ประเพณี รวมถึงความเชื่อทางศาสนาของบุคคลนั้นๆ โดยเฉพาะในสังคมอิสลามที่ความเชื่อและหลักปฏิบัติทางศาสนามีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนมุสลิมเป็นอย่างมาก เพราะฉะนั้นถ้าบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในหลักความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนมุสลิม จะทำให้การดูแลรักษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างหมอและผู้ป่วยมุสลิมดีขึ้น

Health, disease, and the human heart

ศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่า พระอัลลอฮ์สร้างมนุษย์ขึ้นมาประกอบด้วยส่วน 2 ส่วน คือ

1. ร่างกาย (Corpus)
2. จิตวิญญาณ (Qalb)

ซึ่งจิตวิญญาณนี้เองที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์โลกอื่นๆ ดังนั้นคนมุสลิมจึงให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณที่อยู่ภายในมากกว่าร่างกายภายนอก โดยคนมุสลิมมีความเชื่อว่าถ้าจิตใจของคนนั้นบริสุทธิ์ และยึดถือในแนวทางของพระอัลลอฮ์ ย่อมส่งผลให้ร่างกายของคนนั้นแข็งแรงปราศจากโรคตามไปด้วย แต่ถ้าจิตใจของคนนั้นไม่ยึดถือ ไม่ศรัทธาในพระอัลลอฮ์ ไม่ปฏิบัติตัวตามหลักปฏิบัติของศาสนา (sacred law) ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตามมา

เพราะฉะนั้นในความคิดของคนมุสลิมปัญหาทางด้านจิตใจต่างๆ เช่น โรควิตกกังวล (anxiety disorder), โรคซึมเศร้า (depression) ไม่ได้มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitter) ตามทฤษฎีความเชื่อทางการแพทย์ปัจจุบัน แต่มีสาเหตุมาจากการขาดความเชื่อมั่น ความศรัทธาในพระเจ้า และวิถีทางของศาสนา เพราะฉะนั้นการรักษาจึงไม่ได้อยู่ที่การให้ยาอย่างเดียว แต่เป็นการสอนเพื่อน้อมนำให้จิตใจของคนนั้นกลับมาอยู่ในวิถีทางที่ถูกต้องของหลักศาสนาอิสลามนั่นเอง

ในเรื่องของความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย คนมุสลิมเชื่อว่า การเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่พระอัลลอฮ์ทรงกำหนดมา เพื่อเป็นบททดสอบว่า จิตใจของคนนั้นมีความยึดมั่นในวิถีทางของมุสลิมมากเพียงใด ถ้าคนนั้นมีความอดทน และยึดมั่นต่อองค์พระอัลลอฮ์ จนกระทั่งสามารถผ่านพ้นความเจ็บป่วยนั้นไปได้ ก็เปรียบเสมือนเป็นการชำระล้างบาปจากตัวของคนนั้น

เพราะฉะนั้น การมีสุขภาพดี (Health) ในความหมายของคนมุสลิมคือ การศรัทธาในพระเจ้าและดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาอิสลามนั่นเอง

ประเพณีการเกิด

หลังจากที่เด็กคลอดและเช็ดตัวทำความสะอาดแล้ว บิดาหรือผู้มีความรู้ทางศาสนาจะกล่าวคำว่า อะซาน (Adhan) ที่ข้างหูขวา และ คำว่า อิคมะฮ์ (Iqamah) ที่ข้างหูซ้ายของเด็ก ซึ่งคำว่า อะซาน (Adhan) และ คำว่า อิคมะฮ์ (Iqamah) เป็นคำสรุปของคำปฏิญาณตนของคนมุสลิมที่ว่า “ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ และพระมุฮัมมัดคือศาสนทูตของอัลลอฮ์” เพราะฉะนั้นการกล่าวคำว่า อะซานและอิคมะฮ์ มีความหมายถึงการชี้แนะให้เด็กคนนั้นมีจิตใจที่ศรัทธาต่อพระอัลลอฮ์ และดำรงตนอยู่ในวิถีทางของพระเจ้า

จะเห็นว่าการแพทย์ปัจจุบัน ที่ให้มารดาคลอดบุตรที่โรงพยาบาล และไม่อนุญาตให้บิดาหรือญาติเข้ามาในห้องคลอด อาจจะเป็นการขัดต่อประเพณีของชาวมุสลิม เพราะฉะนั้นทางโรงพยาบาลอาจจะจัดสถานที่ให้บิดาหรือญาติเพื่อความสะดวกในการทำพิธีอะซาน

การเข้าสู่นิต (Circumcision)

การเข้าสู่นิตหรือการขลิบปลายหนังหุ้มอวัยวะเพศ เป็นสิ่งจำเป็นต้องทำในชายชาวมุสลิมทุกคน เพราะศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับความสะอาดของร่างกาย การที่มีน้ำปัสสาวะค้างอยู่ในอวัยวะเพศ หรือหยดตามเสื้อผ้า ถือว่าเป็นสิ่งสกปรกและผิดหลักศาสนา

แต่ถ้ามี contraindication ในการทำ เช่น bleeding disorder สามารถที่จะเลื่อนการทำ circumcision ได้ แต่ควรจะต้องอธิบายให้ญาติเด็กเข้าใจ ส่วนภาวะ hypospadias ควรจะปรึกษาศัลยแพทย์ก่อนทำ หลังจากทำ circumcision แล้ว ควรแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการดูแลแผลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น wound infection, meatal stenosis

การให้นมบุตร (breast feeding)

ศาสนาอิสลามสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะการให้นมบุตรนั้นเปรียบเสมือนการชำระล้างบาปที่ได้เคยกระทำความผิด แต่ในสภาพของ ward คนไข้รวมในปัจจุบันที่ไม่มีมิติจิต ทำให้ผู้ป่วยมุสลิมไม่สามารถให้นมบุตรได้ เพราะว่าศาสนาอิสลามมีข้อห้ามไม่ให้ผู้หญิงเปิดเผยร่างกายต่อหน้าผู้อื่นที่มีใช้สามีสองของตนเอง ซึ่งสาเหตุนี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องอยู่โรงพยาบาลนานๆ นอกจากนี้คนมุสลิมยังมีความเชื่อว่า colostrum เป็นสิ่งที่เป็นอันตรายและไม่มีประโยชน์กับเด็ก เพราะฉะนั้นบุคลากรทางการแพทย์ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว เกินกว่า 6 เดือนโดยไม่ให้อาหารเสริมทำให้เด็กมีปัญหาภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency anemia) ได้

การเลี้ยงดูบุตร

ศาสนาอิสลามถือว่า เด็กมีสิทธิที่จะเกิด, เติบโต สมควรจะได้รับ การดูแล, การสั่งสอน และได้รับความรักจาก บิดา มารดา เพราะฉะนั้น การทำทารุณกรรมต่อเด็ก ไม่ว่าจะเป็นทางร่างกาย (physical abuse) หรือการล่วงละเมิดทางเพศ (sexual abuse) แม้กระทั่งการปล่อยปละละเลยไม่เลี้ยงดูบุตร ถือว่าผิดหลักทางศาสนา และบิดามารดาไม่มีสิทธิในการปกครองเลี้ยงดูเด็กคนนั้นอีกต่อไป

บิดา มารดาสามารถลงโทษบุตรได้ตามสมควร แต่ห้ามตีบุตรบริเวณหน้า, คอ, ท้อง หรือ หลัง ตามหลักศาสนาอิสลาม จะส่งเสริมให้เด็กคิดอย่างมีเหตุผล ถึงแม้บิดามารดาจะมีอำนาจในการปกครองบุตรของตน แต่ต้องเคารพความคิดเห็นของบุตรของตนด้วย เพราะฉะนั้นการให้คำปรึกษากับเด็ก โดยเฉพาะวัยรุ่น แพทย์ต้องให้คำปรึกษา และแนะนำโดยพยายามให้เด็กคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่ควรใช้วิธีบังคับหรือขู่ให้เด็กกลัว

Marriage and sex

ศาสนาอิสลามสนับสนุนการแต่งงานและการมีบุตรเพื่อสืบทอดเผ่าพันธุ์ เพราะฉะนั้นการมีเพศสัมพันธ์ไม่ใช่สิ่งผิด แต่จะต้องเป็นเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องตามประเพณีเท่านั้น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน, หรือการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีใช้คู่สมรสของตนถือเป็นสิ่งผิด

ถึงแม้ประเพณีของศาสนาอิสลามจะถือว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ดีงาม แต่คนมุสลิมถือว่าเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องส่วนตัวระหว่างสามีและภรรยาเท่านั้น เพราะฉะนั้นการพูดเรื่องเพศกับบุคคลภายนอก แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ

Menstruation

การมีรอบเดือนถือว่าเป็นข้อห้ามในการประกอบศาสนกิจต่างๆ เช่น การละหมาด, การถือศีลอด, การประกอบพิธีฮัจจ์ หรือแม้แต่การมีเพศสัมพันธ์ จะเห็นว่าการมีรอบเดือนสำหรับผู้หญิงมุสลิมเป็นอุปสรรคในการประกอบพิธีทางศาสนาและการแสวงบุญต่างๆ เพราะฉะนั้นผู้หญิงมุสลิมจึงลงเลที่จะมาปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับปัญหาทางนรีเวช เนื่องจากการตรวจภายในมักจะทำให้เกิด traumatic bleeding แพทย์ควรจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า เลือดที่ออกจากการตรวจภายในไม่ใช่ประจำเดือน ผู้ป่วยสามารถที่จะประกอบศาสนกิจได้ตามปกติ

การคุมกำเนิด (Contraception)

ศาสนาอิสลามยกย่องการแต่งงาน และการให้กำเนิดบุตร เพราะฉะนั้นจึงไม่สนับสนุนการคุมกำเนิด แต่ไม่ได้ถือเป็นข้อห้าม ถ้าการคุมกำเนิดนั้นไม่ได้ทำลาย reproductive organ อย่างถาวร

การผสมเทียม (Assisted conception)

การผสมเทียมสามารถทำได้ แต่ต้องใช้เชื้อสุจิและไข่ของคู่สมรสเท่านั้น

การทำแท้ง (Abortion)

ศาสนาอิสลามเชื่อว่า พระเจ้าประทานชีวิตและจิตวิญญาณ (foetal ensoulment) ให้กับเด็กในครรภ์ หลังจากปฏิสนธิได้ 120 วัน เพราะฉะนั้นการทำแท้ง (abortion) หรือการจงใจทำลายทารกในครรภ์ เปรียบเสมือนการทำลายชีวิตมนุษย์ เป็นบาปและเป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม ยกเว้นแต่ว่าการตั้งครรภ์นั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตของมารดา

การทำ genetic counseling หรือ prenatal screening สามารถทำได้แต่ต้องทำก่อน foetal ensoulment

การถือศีลอด

การถือศีลอดเป็น 1 ในหลักปฏิบัติ 5 ข้อของชาวมุสลิม หมายถึง การละเว้นจากการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม รวมถึงการแสดงออกทางชู้สาว (intimate relationship) และการรักษาอวัยวะเพศให้พ้นจากการทำชั่ว ทั้งด้านกายกรรม, วาจกรรม, และมโนกรรม ตั้งแต่รุ่งสางจนกระทั่งพระอาทิตย์ตก

ในรอบปีหนึ่งๆ มุสลิมทุกคนทั้งชายหญิง ทุกฐานะจะต้องถือศีลอดคนละ 1 เดือน คือเดือนที่ 9 ของฮิจเราะห์ศักราช ซึ่งเรียกว่าเดือน “รอมฎอน” (Ramadan)

เหตุผลในการถือศีลอด

1. เป็นการแสดงความเคารพสักการะต่อองค์พระอัลลอฮ์
2. เป็นการฝึกความอดทนและความมีระเบียบวินัยในตนเอง
3. ทำให้คนที่มีความรู้รอบรู้เข้าใจถึงความหิวและความทุกข์ทรมานของคนยากจน
4. เพื่อให้เกิดความสามัคคีและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชาวมุสลิม

ข้อยกเว้นในการถือศีลอด

1. เด็กผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 9 ขวบ และ เด็กผู้ชายที่อายุน้อยกว่า 15 ขวบ

2. คนปัญญาอ่อน (mental retardation)
3. frail elderly
4. ผู้ที่เจ็บป่วยทั้ง acute illness และ chronic illness
5. ผู้ที่ต้องเดินทางไกลจากที่อยู่ของตนเองมากกว่า 50 ไมล์
6. ผู้หญิงที่มีประจำเดือน, ตั้งครรภ์, และให้นมบุตร

การใช้ยาขณะถือศีลอด (medical use)

1. ให้ทานยามื้อแรกก่อนการถือศีลอด และทานยามื้อต่อมาหลังจากพระอาทิตย์ตก
2. เปลี่ยนยาที่ออกฤทธิ์สั้น (short-acting) เป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาว (long-acting)
3. parenteral fluid หรือ nutrition ต่างๆเช่น กลูโคส, วิตามิน ถือว่าเป็นข้อห้ามถึงแม้ว่าจะให้ทางอื่นที่ไม่ใช่ GI tract
4. การบริหารยาทาง IV, IM, SC, transdermal หรือแม้แต่ sublingual สามารถให้ได้
5. การใช้ยา inhaler ต่างๆถือว่าเป็นข้อห้าม

ผลกระทบต่างๆต่อภาวะสุขภาพขณะถือศีลอด

1. มีการเปลี่ยนแปลงของ circadian rhythm และ sleep/wake cycle
2. mild dehydration
3. การหลั่งกรด และ เอนไซม์ pepsin ในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น
4. improve psychological well-being

การถือศีลอดในผู้ป่วยเบาหวาน

ห้ามถือศีลอดในผู้ป่วยเบาหวานต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยการฉีด insulin
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดีในช่วงก่อนเดือนรอมฎอน
3. มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเช่น myocardial infarction, severe hypertension
4. มีภาวะ acute หรือ chronic infection
5. ผู้ที่ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
6. เคยมีภาวะ hypo หรือ hyperglycemia เกิน 2 ครั้งขึ้นไป

ข้อปฏิบัติของผู้ป่วยเบาหวานขณะถือศีลอด

1. เปลี่ยนยาจาก long-acting มาเป็น short-acting
2. เปลี่ยนยาตอนเช้าและกลางวันเป็นมื้อกลางคืนแทน
3. ตรวจสอบระดับน้ำตาลและคีโตนเป็นระยะ
4. ทานอาหารมื้อเช้าง่อนพระอาทิตย์ขึ้นเป็นมื้อหลัก
5. ถ้ามีอาการของน้ำตาลสูงเกินหรือต่ำเกินให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

การประกอบพิธีฮัจญ์ (Hajj)

หมายถึงการเดินทางไปประกอบศาสนากิจ ณ อัลกะอ์บะฮ์ ในนครมักกะฮ์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย เป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญในศาสนาอิสลาม เนื่องจากชาวมุสลิมถือว่า หินอัลกะอ์บะฮ์ ในนครมักกะฮ์ เป็นศาสนสถาน

แห่งแรกและเป็นสถานที่เกิดของพระมุฮัมมัด ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชาวมุสลิม

นอกจากนี้การเดินทางไปแสวงบุญที่นครมักกะฮ์ยังเป็นการฝึกความอดทนและความเข้มแข็งของจิตวิญญาณ เพราะเป็นการเดินทางในทะเลทรายที่ร้อนและแห้งแล้ง ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพราะฉะนั้นผู้ที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์จะต้องมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพ (Health risks)

อันตรายจากแสงแดดและความร้อน (Heat and sun)

- Sunburn
- Heat exhaustion and heat stroke โดยเฉพาะในเด็ก, คนแก่, และผู้ป่วยเบาหวาน
- การสูญเสียน้ำและเกลือแร่ไปจากการระบายความร้อน

ข้อควรปฏิบัติเพื่อลดการเกิด heat exhaustion และ heat stroke

1. หลีกเลี่ยงการอยู่กลางแจ้งเป็นเวลานานๆ
2. หลีกเลี่ยงการเดินทางเวลากลางวัน
3. ดื่มน้ำและเกลือแร่มากๆ
4. ใส่รองเท้าที่กันความร้อนจากพื้นทราย หลีกเลี่ยงการเดินเท้าเปล่า

โรคติดเชื้อต่างๆ (Infectious disease)

พบว่ามีภาวะระบาดของโรคติดเชื้อ Neisseria meningitidis ในชาวมุสลิมที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ เพราะฉะนั้นชาวมุสลิมทุกคนที่จะเดินทางไปแสวงบุญจะต้องได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ Neisseria meningitidis ก่อนการเดินทาง 5-7 วัน

นอกจากนี้ยังพบมีภาวะระบาดของโรคที่ติดต่อทาง feco-oral route ต่างๆ เช่น hepatitis A, typhoid จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยฉีดวัคซีนป้องกันโรคเหล่านี้ก่อนการเดินทาง

ในระหว่างการประกอบพิธีฮัจญ์ มีประเพณีการโกนศีรษะ ซึ่งการใช้ใบมีดเดียวกันทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และ hepatitis B จึงควรแนะนำให้ใช้ใบมีดใหม่ทุกครั้ง

Menstruation

ผู้หญิงที่มีรอบเดือนไม่สามารถเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ได้ การใช้ combine oral contraceptive pill หรือ daily progesterone เพื่อเลื่อนการมีรอบเดือนสามารถทำได้

End of life issue

ชาวมุสลิมเชื่อว่าโลกมีอยู่ 4 โลก

1. โลกในครรภ์มารดา (Life before conception)
2. โลกมนุษย์ (Life on earth)
3. โลกในหลุมฝังศพ (The intermediate realm)
4. วันพิพากษา (Judgement day)
5. โลกบนสวรรค์หรือในนรก (The Garden and the Fire)

ชาวมุสลิมไม่ได้คิดว่าความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว หรือเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง แต่เป็นเหมือนการรอเวลาที่จะกลับไปอยู่กับพระอัลลอฮ์บนสวรรค์ เพราะฉะนั้นเมื่อจำเป็นต้องบอกข่าวร้ายกับชาวมุสลิมควรจะให้ข้อมูลอย่างถูกต้องตามความเป็นจริง ไม่ควรปิดบัง

ถึงแม้ชาวมุสลิมจะเห็นว่าความตายเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ แต่การฆ่าตัวตาย หรือ การจงใจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น (euthanasia) เป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม

The final illness

ในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต จะมีญาติพี่น้องมาเยี่ยม เพื่อสวดมนต์และทำละหมาดให้กับผู้ป่วย เพราะฉะนั้นผู้ป่วยมุสลิมจึงปรารถนาที่จะอยู่ที่บ้านมากกว่าที่โรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต จะต้องหันหน้าศพไปยังนครมักกะฮ์ และชำระล้างทำความสะอาดศพ หลังจากนั้นจะห่อศพด้วยผ้าขาวเพื่อนำไปทำพิธีทางศาสนา และฝังโดยเร็วที่สุด

Postmortem examination and organ transplant

คนมุสลิมมีความเชื่อว่า ร่างกายของคนที่ตายไปแล้ว มีความรู้สึกเจ็บปวดเหมือนคนเป็น จึงต้องปฏิบัติต่อร่างกายของคนตาย ด้วยความเคารพเหมือนปฏิบัติต่อคนเป็น เพราะฉะนั้นการผ่าศพ (autopsy) จึงเป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม ยกเว้นในรายที่ต้องชันสูตรพลิกศพ (forensic purpose)

ส่วนการบริจาคอวัยวะ (organ transplant) ขณะนี้ไม่ถือเป็นข้อห้ามในศาสนาอิสลาม

บรรณานุกรม

1. Kamyar M., Hedayat and Roya Pirzadeh. Issue in Islamic Biomedical Ethics: A Primer for the Pediatrician. Pediatrics. 2001;108:965-971
2. A R Gatrad, A Sceikh. Medical ethics and Islam: principles and practice. Arch Dis Child. 2001;84:72-75
3. Aziz Sheikh, Abdul Rashid Gatrad. Oxon, UK: Radcliffe Medical Press Ltd; 2001

บทที่ 9

1. การพัฒนาระบบความปลอดภัยของสถานพยาบาล

สนใจรายละเอียดดูที่

<http://medipe.psu.ac.th/~vorasith/SouthPeace/security/resource.htm>.

There is no way to peace. Peace is the way. -A.J. Muste

การพัฒนาระบบความปลอดภัยของสถานพยาบาล

บทนำ

จากข้อมูลการศึกษาผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ และผลกระทบต่อบุคลากร พบว่ามีความพยายามแก้ปัญหาด้วยวิธีการหลากหลายทั้งการลดบริการเชิงรุกนอกสถานพยาบาลทั้งการเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนเวลาของการจัดบริการ ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องจากความวิตกกังวลต่อภัยของความรุนแรงที่บางครั้งจุดมุ่งหมายของผู้ก่อการ เริ่มใกล้ตัวผู้ให้บริการสุขภาพทั้ง จะโดยตั้งใจหรือไม่ก็ตาม ในช่วงต้นของวิกฤต คือ มกราคม – มีนาคม 2547 แนวคิดเรื่องการเพิ่มบุคลากรเข้าไปช่วยทำงานเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนอาจเป็นสิ่งที่พอเป็นไปได้ แต่หลังจากความรุนแรงทวีขึ้นจนเกิดเหตุการณ์ กรือเซะ 28 เมษายน 2547 และลูกกลามจนเกิดเหตุการณ์ตากใบ 25 ตุลาคม 2547 ความรุนแรงดูเหมือนยิ่งใกล้สถานพยาบาลมากขึ้นและเกิดเหตุต่อสถานพยาบาลหลายแห่งแม้ว่าจะไม่รุนแรงเหมือนเกิดกับโรงเรียนหรือสถานีดารวจ แนวคิดการเพิ่มบุคลากรเริ่มยุ่งยากมากขึ้น แม้จะยังมีเงื่อนไขที่ดีที่ว่าในปัจจุบันบุคลากรทางด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ การโยกย้ายออกจากพื้นที่อาจบั่นทอนขวัญและกำลังใจของผู้ยังคงปฏิบัติงานอยู่ แต่การแก้ปัญหาโดยการเพิ่มค่าตอบแทน เพิ่มความเอาใจใส่ต่อความปลอดภัยของสถานพยาบาลทั้งการติดกล้องวงจรปิด การทำรั้ว การจัดบ้านพัก ฯลฯ ก็พอจะบรรเทาปัญหาเฉพาะหน้าส่วนหนึ่งไปได้ อย่างไรก็ตามความรุนแรงกลับพัฒนาไปสู่ภาวะใหม่ ที่เชื้อของการก่อการร้ายได้เติบโตขึ้น เติบโตจากวิถีของความขัดแย้งเดิมซึ่งคนในพื้นที่ทั้งไทยพุทธ – มุสลิม สามารถรู้และหลีกเลี่ยงได้ ไปสู่ภาวะความเสี่ยงของการก่อการร้ายโดยไม่ได้คำนึงถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบใด ๆ ซึ่งเป็นผู้บริสุทธิ์ไม่ได้เกี่ยวข้องกับความขัดแย้ง

ในภาวะการณ์ที่เชื้อแห่งการก่อการร้ายทั้งหลอกหลอนและพร้อมจะเกิดเหตุทั้งบนท้องถนน ในตลาด สถานที่ราชการและที่อื่น ๆ อันยากจะคาดเดา การดำรงอยู่และประกอบวิชาชีพหรือมีวิถีชีวิตให้อยู่รอดปลอดภัยกลายเป็นสิ่งสำคัญของผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่ สำหรับทหาร ตำรวจและฝ่ายปกครอง มีอาวุธ มีเสื้อเกราะ มีวิชาชีพที่จะต้องต่อสู้ระหว่างกันกับผู้ก่อการร้าย แต่บุคลากรทางด้านบริการสุขภาพ มีเป้าประสงค์เพื่อสร้างซ่อมสุขภาพของผู้คน กลับเริ่มตกอยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิตตนและหน่วยงาน แต่การอยู่ในป่ากู่ ให้เสมือนลี้ภัย ก็ยังคงเป็นภาระกิจสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องทำและขณะเดียวกันก็ต้องเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ที่อาจจะเกิดต่อหน่วยงาน การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จึงเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ดำรงวิชาชีพอย่างเต็มภาคภูมิ บนวิธีการอันพึงนำความปลอดภัยสู่ตนเอง ทีมงานผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ในภาวะเสี่ยงภัย การจะเรียกร้องใด ๆ ต่อผู้อยู่ไกล เป็นสิ่งที่ห่างตัวและอาจจะดูเลือนลอย [การพึ่งพาตนเองและพึ่งพาอาศัยกันโดยตระหนักถึงวิถีแห่งความปลอดภัยในชีวิต](#) จึงเป็นที่มาของการพัฒนา

การประเมินตนเองและสถานการณ์

นพ. สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

การบริหารจัดการความเสี่ยงจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความปลอดภัย ทางกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ของเจ้าหน้าที่ .ผู้ป่วย ญาติ ประชาชน ตลอดจนความปลอดภัย /จากอันตรายขององค์กร สิ่งแวดล้อมและชุมชน การเตรียมความพร้อม การประเมิน การทบทวน จะช่วยให้องค์กรมีทิศทางและพร้อมรับมือกับสถานการณ์ได้ทันทั่วทั้ง

จากการประชุมกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ นักวิชาการ ผู้บริหารใน 3จังหวัดชายแดนภาคใต้เมื่อ 26 ธันวาคม 2548 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี มีข้อสรุปว่าควรจะมีการประเมินและเตรียมความพร้อมในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1.ประเด็นเรื่องเตรียมสถานที่ทำงานด้านโครงสร้าง ตัวอาคาร

- ควรจะมีสัญญาณฉุกเฉิน เตือนให้รับทราบเหตุการณ์ และน่าจะแยกเสียงเฉพาะ กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ให้เจ้าหน้าที่ทราบเมื่อเกิดเหตุ
- ต้องมีการเตรียมเจ้าหน้าที่ในการรับทราบการใช้เสียงในแต่ละกรณีของเหตุการณ์
- รั้วของโรงพยาบาล ด้านหน้า ค่อนข้างมืดซิด แต่รอบๆ ด้านข้างโดยรอบของโรงพยาบาล น่าจะมีการวางหลอดหมายรอบขอบรั้ว (งบประมาณไม่เอื้อ ต้องใช้เงินบำรุงโรงพยาบาลร่วมด้วย)
- กระถางต้นไม้ ที่วางอยู่บริเวณอาคารให้ออกห่าง
- สถานที่เข้าออกควรมีประตูเดียว
- ตั้งด้านใกล้บริเวณโรงพยาบาล
- ติดตั้งกล้องที่วิ้งจระปิด เช่น รั้ว ลานจอดรถ มีผลต่อการย้อนกลับไปดูเหตุการณ์ และสามารถช่วงเฝ้าระวัง เตือนความตระหนักในการดูแลความปลอดภัยด้านอื่นๆ ด้วย และต้องติดตั้งแบบสูงในระยะทางไกล ควรติดตั้งเป็นระบบ แลนด์ เชื่อมเห็นภาพ ครอบคลุม
- บริเวณพื้นที่จอดรถ ไม่ติดชิดเขตตัวอาคาร
- ปรับเวรยาม เป็นคู่แดง ให้เวรยามเวียนดูทุกจุด/ ดูที่วิ้งจระปิด
- ไม่ควรทำบอร์ดป้ายชื่อของบุคลากร

2.ประเด็น สํารองวัสดุ/อุปกรณ์

- เตรียมวัสดุ การแพทย์/อุปกรณ์ต่างๆ ให้เตรียมไว้อย่างน้อย 2 เท่า
- น้ำมันเชื้อเพลิง
- รถ /ยานพาหนะ เตรียม /ตรวจเช็คสภาพ ให้พร้อมเสมอ
- เตรียม ตรวจเช็ค เครื่องดับเพลิงทุกจุด
- ยามเป็นคนกว้างขวาง/รู้จักพื้นที่ดี

- เตรียมน้ำดื่ม / ประปา / ระบบไฟฟ้า แก๊ส ต้องเตรียมการไฟสำรอง ที่ต้องมีประสิทธิภาพ นอกจาก เครื่องปั่นไฟ แล้ว ต้อง มีทั้ง ไฟฉาย หรือแบตเตอรี่ (อุปกรณ์ต้องมีการวอร์มเครื่อง เพื่อทำการทดสอบเครื่องเตรียมพร้อมกับการใช้งาน)
- ระบบสื่อสาร /วิทยุ/โทรศัพท์ ปัญหา คือ สัญญาณหายเป็นช่วงๆ น่าจะให้โทรศัพท์ มือถือ ติดตัวด้วย
- มีทางเลือกการสื่อสารไว้หลายทาง
- ผู้ใช้/ เจ้าหน้าที่ เตรียมให้ใช้ระบบการสื่อสารให้พร้อม เช่น Fax วิทยุ
- แจ้งให้เจ้าหน้าที่ ทราบระบบการติดต่อสื่อสาร ให้ทั่วถึง
- ทักษะของเจ้าหน้าที่ และการประสานงาน

3. ประเด็น เตรียมบ้านพัก และครอบครัว

- รั้วบริเวณบ้านพัก ประตูบ้านให้แข็งแรง ไม่เปิดประตูทิ้งไว้
- ไฟส่องสว่างเพียงพอ
- การจำกัดบุคคลเข้าออก
- จุดใกล้ทางคมนาคม จุดล่อแหลม ต้องระวังเป็นพิเศษ
- มีสัญลักษณ์ /สัญญาณ เคาะประตู ให้รู้กันภายในครอบครัว ว่าควรเปิดประตูให้ เช่น มีช่องดู คนนอกได้ กล้องวิดีโอ
- ทำความเข้าใจกับครอบครัวเรื่องเหตุการณ์ / การเดินทาง
- รับส่งครอบครัว มีอาวุธ ประจำตัว
- อยู่เวร ควบ บ่าย-ดึก สำหรับเจ้าหน้าที่ที่อยู่นอกโรงพยาบาลหรือเตรียมที่พักไว้เป็นการเฉพาะ
- การติดต่อสื่อสารภายใน
- ให้คนนอก หรือคนใน เฝ้าดูรอบโรงพยาบาล เพื่อดูจุดบกพร่อง
- เตรียม อาหาร น้ำดื่ม กักตุนไว้ในบ้าน ประมาณ 2-3 วัน
- สร้างมาตรการป้องกันในครอบครัว (ซ้อมแผน /สร้างสถานการณ์)
- เจ้าหน้าที่ที่น่าจะมีบ้านพักสำรองต่างจังหวัด/อาคารสำรอง
- เตรียมระบบไฟ เช่นแบตเตอรี่สำรอง

4. ที่บ้าน (รวมถึงสมาชิกในครอบครัว)

- ระบบอื่น ๆ แบบเดียวกับ รพ.
- ควรมีการขึ้นทะเบียนคนในบ้าน มีระเบียบบ้านพัก
- ระบบการเข้าออกของคน และรถ กำหนดมาตรการเข้าออก
- ฝึกอบรมสมาชิกในครอบครัว ถึงแนวทางและการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน/ทำคู่มือ เช่น ไฟไหม้ ผู้บุกรุก /คนแปลกหน้า ถูกขู่ทำร้าย เช่น ต้องรู้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อฉุกเฉิน
- ระบบสวัสดิการ และสร้างขวัญกำลังใจ เช่น จัดรถรับ-ส่ง บุตรหลานของ จนท. รพ.ไป โรงเรียน แทนที่จะขี่มอเตอร์ไซด์ไปส่ง

5. ประเด็น สถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

สมมติเหตุการณ์ไข้หวัดระบาด

- ต้องมีการซ้อมแผน (มีแนวทางปฏิบัติ บทบาทหน้าที่ของทุกคนที่ต้องทำอะไร)
- ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ

รับโทรศัพท์

- คนรับไม่ควรตกใจ ควรเตรียม ตั้งสติให้ได้ และมีการซ้อม โดยฝึกเจ้าหน้าที่ให้รับข้อมูลในด้าน ลักษณะของเหตุที่เกิดขึ้น เรื่องเวลา คือที่ไหนเมื่อไร
- มี procedures ในการรับข้อมูล บริเวณรับโทรศัพท์
- ลำดับขั้นรายงานหลังจากได้ข้อมูล
- มีแนวทางการรับสถานการณ์ แต่ละเหตุการณ์
- เตรียมซ้อมรับสถานการณ์จำลอง/ สอนให้เจ้าหน้าที่ ฝึกใช้แนวทาง
- แนวทางปะไว้บริเวณข้างโทรศัพท์ ซึ่งเป็นแนวทางที่ไม่ละเอียด ใช้ได้ง่าย อ่านสะดวก สั้น กระชับ แล้วเข้าใจง่าย
- การใช้ code เมื่อเกิดเหตุการณ์
- มีอาสาสมัคร ประมาณ 1 คน ตรวจสอบดูสิ่งต้องสงสัยเมื่อเกิดเหตุ
- เมื่อเกิดเหตุการณ์เตรียม อุปกรณ์/ คนให้พร้อม
- โทรศัพท์ควรเป็นแบบโซวเบอร์ได้

วางแผน เสี่ยงมากในระดับอำเภอ เพราะเจ้าหน้าที่ไม่ค่อยอยู่ เช่นบ้านพัก สอ./ มีสิ่งก่อสร้างค่อนข้างมาก

ก่อมือ อาจมีโอกาสถูกเรียกไปตั้งหน่วย

- เตรียมความพร้อมยานพาหนะ
- ให้โรงพยาบาลเตรียมกำลัง / เจ้าหน้าที่ให้พร้อม
- ประเมินสถานการณ์เกิดมือ มีเทคนิคการวิเคราะห์มือ
- เมื่อเกิดมือ เจ้าหน้าที่จะอย่างไร มีแนวทางปฏิบัติ เมื่อได้รับการแจ้งข่าว ต้องมีการเช็คข่าว ยังไม่ต้องออกพื้นที่ไปก่อน สอบถามผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ซึ่งอาจจะมียู่ ต้องตรวจสอบข่าวจากคนในพื้นที่ให้ได้ความชัดเจน ยังไม่จำเป็นไม่ควรออกนอกพื้นที่อันตรายสูง
- ผู้ที่ออกนอกพื้นที่ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชนสูง และมีจิตวิทยาสูง เตรียมความพร้อมให้มากต่อการออกพื้นที่
- รถ/ยานพาหนะ ที่จะออกนอกพื้นที่ต้องมีความพร้อมใช้งาน

ถูกจับเป็นตัวประกัน

- ตั้งสติ ไม่ตกใจ
- ไม่กระทำการกระตุ้น / ทำทนาย/ ก้าวร้าว พุดจาไม่สุภาพ

- สังเกต / หาช่องทางที่เป็นประโยชน์ต่อการเอาชีวิตรอดของเรา
- รักษาความเป็นกลาง ไม่อยู่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง
- รักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง กินอาหาร เพื่อเตรียมแรงต่อสู้ได้
- มองเชิงบวก รักษาทัศนคติที่ดีเอาไว้ ขณะถูกคุมตัว สร้างสัมพันธภาพ กับฝ่ายตรงข้าม (เป็นมิตร) ไม่พุดคุยเรื่องล่อแหลม
- จ้างลงสถานการณ์ฝึกรื้อถอน
- พยายามป้องกันไม่ให้ถูกจับเป็นตัวประกัน

6. ประเด็นการเดินทาง /ขนย้ายผู้ป่วย

- ไม่ใช้รถมอเตอร์ไซด์คนเดียว
- ไม่เดินทางตรงเวลาเดียวกันทุกวัน
- ไม่เดินทางคนเดียว
- พยายามไม่มีเรื่องกับใครในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนไข้ของโรงพยาบาล
- จัดรับส่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และเดินทางเป็นกลุ่ม เช่น รถตู้ 12 ที่นั่ง
- การจอดรถรับส่ง ควรเปลี่ยนสถานที่รับส่งบ้าง เช่น ช่วงเวลาเสี่ยง สถานที่เสี่ยง
- มีหน่วยคุ้มครอง เจ้าหน้าที่ เช่น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย (เส้นทางเปลี่ยว)
- ขณะเดินทางควรระวัง (ว่ามีใครตามหรือไม่ / ดูกระจกหลัง)
- ถ้าไม่รู้สี่กั๊กปลอดภัย ให้ประสานขอกำลังคุ้มกัน เป็นช่วงๆ
- ไม่ควรลงพื้นที่ถ้าสถานการณ์ไม่ดี
- ถ้ารู้สี่กั๊กถูกตามให้เข้าชุมชน
- ก่อนออกโรงพยาบาล เตรียมยานพาหนะ ยางอะไหล่ น้ำมันให้พร้อม (ให้ทำเป็น check list) ก่อนออกเดินทาง
- เส้นทางคมนาคมต้องระวังเรือใบ ต้องอ้อมเส้นทางที่เสี่ยง มีวิทยุสื่อสารบนรถ refer ที่ติดต่อได้ทั้ง รพ.และตำรวจ เครือข่ายและระบบการสื่อสาร ซึ่งควรใช้มากกว่าหนึ่งช่องทาง เช่น วิทยุมือถือ เสียงตามสาย ควรมีระบบที่กระจายเสียงตามสายได้โดยตรง เช่น จาก ER สามารถกระจายเสียงตามสายได้เลย ไม่ต้องผ่าน operator อาจมีการแจ้งรหัสที่เหมาะสม ที่สำคัญคือการจัดระบบการสื่อสารภายในซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นที่ /แต่ละโรงพยาบาล

ตัวอย่างของแบบประเมินที่เป็นลักษณะของ checklist ซึ่งประยุกต์จาก Threat Advisory System Response(TASR) Guideline [ASIS] โดยมีหลักการสำคัญคือ

1. ต้องมีการประเมินสถานการณ์ โดยใช้ข้อมูลจากส่วนต่างๆ เพื่อกำหนดระดับของสถานการณ์ ซึ่งกำหนดเป็น 5 ระดับ 4 กลุ่ม คือ
 - 1.1 สีเขียว(ข) เหตุการณ์ปกติ (กลุ่มที่ 1)
 - 1.2 สีน้ำเงิน(นง) เหตุการณ์ผิดปกติเล็กน้อย (กลุ่มที่ 1)
 - 1.3 สีเหลือง(ล) เหตุการณ์ผิดปกติเล็กน้อยและมีแนวโน้มว่าจะรุนแรงขึ้น (กลุ่มที่ 2)
 - 1.4 สีส้ม(ส) เหตุการณ์ผิดปกติปานกลาง (กลุ่มที่ 3)
 - 1.5 สีแดง(ด) เหตุการณ์ผิดปกติมาก เตรียมการสำหรับการอพยพ (กลุ่มที่ 4)
2. แต่ละกลุ่มจะมี 3 องค์ประกอบ คือ
 - 2.1 การตอบสนองภาวะฉุกเฉิน และการดำเนินงานในภาวะวิกฤติ
 - 2.2 การป้องกันบุคคลากร
 - 2.3 การป้องกันกายภาพ
3. กำหนดผู้รับผิดชอบการประเมินในภาพรวมขององค์กร
4. กำหนดระยะเวลา ความถี่ของการประเมิน ในลักษณะยืดหยุ่นที่สอดคล้องกับสถานการณ์
5. กำหนดแนวทาง เตรียมความพร้อมด้านต่างๆ รวมถึงการแก้ไขปัญหาที่พบจากการประเมิน

สิ่งที่สำคัญที่สุด จนท.และผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องประเมินสถานการณ์ร่วมกัน

ระดับ 1			
ระดับความคุกคาม สีเขียว/น้ำเงิน			

ระดับความ คุกคาม			ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
การตอบสนองภาวะฉุกเฉิน - การดำเนินงานในภาวะวิกฤต					
1	ข	นาง	จัดทำ/พัฒนาแผนการดำเนินงานในภาวะวิกฤต(องค์กรควรพัฒนาแผนโดยครอบคลุมหัวข้อ การเตรียมพร้อม การป้องกัน การตอบสนอง การกู้ การทดสอบแผนและฝึกอบรม รวมถึงการประเมินผลและดูแลต่อเนื่อง)		
2	ข	นาง	ตั้งทีมจัดการเหตุวิกฤต และทีมรับผิดชอบด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ทีมตอบสนองเหตุฉุกเฉิน, ทีมกู้ภัยพิบัติ ฯลฯ และฝึกอบรมให้ตรงตามบทบาทหน้าที่ในแต่ละระดับความคุกคาม		
3	ข	นาง	เตรียมปฏิบัติตามแผนดำเนินงานในภาวะวิกฤตและแผนสำรอง ให้เหมาะสมกับระดับความคุกคามในปัจจุบัน		
4	ข	นาง	ทบทวน และตรวจยืนยันกระบวนการสำหรับการเตรียมพร้อมในระดับความคุกคามที่สูงขึ้น		
5	ข	นาง	จัดตั้งศูนย์กลางการบัญชาการตอบสนองภาวะวิกฤต เพื่อดำเนินการตามแผนสำรอง ตอบสนอง และกู้วิกฤต ตรวจสอบยืนยันว่าอุปกรณ์สื่อสารพร้อมใช้งาน ทั้งวิทยุ โทรศัพท์มือถือ และอินเทอร์เน็ต		
6	ข	นาง	เตรียมความพร้อมรับมือเหตุทุกภัย หรือผลความเสียหายอื่น ที่สืบเนื่องจากระเบิดหรือเหตุร้ายในทำนองเดียวกัน		
7	ข	นาง	ทำอันดับรายชื่อบุคคลที่จะเป็นผู้สั่งการในภาวะวิกฤต		
8	ข	นาง	หากเป็นไปได้ ให้ติดตามที่อยู่ของบุคลากรที่ไปอบรมหรือลาพักผ่อนกลับมา		
9	ข	นาง	ทบทวนงบประมาณสนับสนุนมาตรการด้านความปลอดภัยที่จำเป็นเพื่อสำหรับกรณีที่ดินทุนอาจสูงขึ้นเนื่องจากภาวะวิกฤต		
10	ข	นาง	พัฒนาแบบฝึกหัดสำหรับซักซ้อมกระบวนการ ขั้นตอนปฏิบัติต่าง ๆ ที่เหมาะสม		
11	ข	นาง	วางแผนสำหรับสถานที่ทำงานทดแทนหลังการอพยพออกจากที่ทำงานเดิม รวมทั้งการเตรียมอาหารแห้ง ถูนอน ยา น้ำดื่ม และสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับคนที่ต้องอยู่ในสถานที่ที่ได้จัดเตรียมไว้ เตรียมสำเนาเอกสาร เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นขององค์กร(การเงิน, งานบุคคล, กฎหมาย ฯลฯ) การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ สำหรับสถานที่ทำงานทดแทนนั้น		
12	ข	นาง	จัดเก็บเอกสารสำคัญในที่ปลอดภัย เช่น เอกสารการเงิน งานบุคคล กฎหมาย เป็นต้น		

ระดับความ คุกคาม			ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
13	ข	นง	ฝึกซ้อมขั้นตอนปฏิบัติในการอพยพคนออกจากอาคารในภาวะฉุกเฉินให้เจ้าหน้าที่ทุกคน เพื่อให้เกิดความพร้อมกรณีเกิดเหตุการณ์จริง		
14	ข	นง	สร้างความเข้าใจ และความร่วมมือระหว่างหน่วยงานท้องถิ่น เช่นที่ว่าการอำเภอ สถานีตำรวจภูธร เทศบาล อบต. หน่วยดับเพลิง กำหนดวิธีการติดต่อสื่อสารหลัก และวิธีสำรอง จัดทำรายชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่ประสานงานหลักให้ไว้แก่องค์กรที่จะทำหน้าที่ตอบสนองเหตุฉุกเฉิน ยืนยันให้แน่ใจว่าหน่วยงานท้องถิ่นเข้าใจโครงสร้างทางกายภาพ และกระบวนการทำงานขององค์กร กำหนดสถานที่สำหรับยานพาหนะที่ใช้ในการตอบสนองเหตุฉุกเฉิน		
15	ข	นง	เชิญหน่วยดับเพลิงท้องถิ่น ตำรวจ และฝ่ายปกครอง ร่วมฝึกซ้อมกับทีมตอบสนองต่อเหตุวิกฤต และทีมที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ		
16	ข	นง	ทำงานร่วมกับทีมฉุกเฉิน(อาจรวมมูลนิธิ หน่วยกู้ภัยต่าง ๆ) ที่ทำหน้าที่เข้าถึงที่เกิดเหตุชุดแรก เพื่อเตรียมพื้นที่ประเมินแยกประเภทผู้ป่วย และแผนสำรอง ตรวจสอบให้แน่ใจว่าหน่วยกู้ภัยที่จะเข้าถึงจุดเกิดเหตุชุดแรก ผ่านการอบรมการปฐมพยาบาล		
17	ข	นง	พัฒนาความสัมพันธ์กับสื่อมวลชน และยุทธศาสตร์การสื่อสาร รวมทั้งการจัดสถานที่สำหรับสื่อมวลชน การฝึกบุคลากรเพื่อทำหน้าที่เกี่ยวกับสื่อ		
18	ข	นง	จัดหาผู้ให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต สำหรับกรณีที่เกิดเหตุร้ายแรงขึ้น		
19	ข	นง	ตั้งสายด่วนรับวิกฤต เพื่อรับโทรศัพท์และให้ข้อมูลแก่บุคคล สมาชิกครอบครัว และผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์วิกฤต		
20	ข	นง	จัดให้มีการติดตามข่าวจากโทรทัศน์ วิทยุ และรายงานข่าวอื่น ๆ เป็นระยะ ๆ โดยจัดไว้ในศูนย์กลางการบัญชาการ		
21	ข	นง	พัฒนา "canned message" (ข้อความที่มีบันทึกไว้ล่วงหน้าพร้อมเผยแพร่ในเหตุฉุกเฉิน) ที่ผ่านการพิจารณาโดยผู้บังคับการแล้ว ซึ่งสามารถกระจายไปยังผู้ปฏิบัติในการประกาศภาวะการเตรียมพร้อมระดับต่าง ๆ ระบุให้ชัดเจนว่า จะใช้ข้อความเมื่อใด โดยใคร และกระจายอย่างไร		
22	ข	นง	วางแผนการสื่อสารสำรองในกรณีที่สายโทรศัพท์ที่ใช้การไม่ได้ พิจารณาความพร้อมของการสื่อสารผ่านดาวเทียม ถ้าโทรศัพท์มือถือใช้ไม่ได้		
23	ข	นง	จัดให้มีสายโทรศัพท์พิเศษไว้ใช้สำหรับกรณีฉุกเฉินโดยแยกต่างหากจากผู้ชุมสายของอาคาร และจัดให้มีวิธีการสื่อสารสำรองไว้ด้วย		
24	ข	นง	ประเมินระดับความคุกคามที่มีต่อระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ จัดให้มีการจัดการความเสี่ยงของข้อมูลและสารสนเทศ		

ระดับความ คุกคาม			ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
25	ข	นาง	ทบทวนและตรวจสอบยืนยันแผนตอบสนองด้านความปลอดภัยของระบบ ข้อมูลและสารสนเทศ ถ้ามีอยู่เดิมแล้ว		
26	ข	นาง	ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ เกี่ยวกับความปลอดภัยของระบบข้อมูลและสารสนเทศ		
27	ข	นาง	วางแผนและเตรียมการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่สำคัญ ทั้งเครือข่าย ระบบ และเทคโนโลยีสารสนเทศอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็น ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ เพื่อไม่ให้ เกิดการขาดตอนในการติดต่อเครือข่ายในภาวะวิกฤต		

การป้องกันบุคลากร					
28	ข	นาง	สำเนาเอกสารขั้นตอนปฏิบัติในภาวะฉุกเฉินและแนวทางการดำเนินการของ องค์กรที่สำคัญให้กับเจ้าหน้าที่ระดับสูง ผู้ขายสินค้า		
29	ข	นาง	พัฒนาการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในสถานที่ทำงานทดแทน เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ที่สำคัญหรือมีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทบาทหน้าที่ที่ไม่ได้ปฏิบัติอยู่เป็นประจำในภาวะปกติ		
30	ข	นาง	พัฒนากระบวนการและการฝึกอบรมสำหรับภาวะฉุกเฉินสำหรับเจ้าหน้าที่ที่มี ความจำเป็นพิเศษ(เช่นมีความพิการ)		
31	ข	นาง	ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ทุกคนเพื่อเพิ่มความระแวดระวังในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว และ เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการวางแผนด้านความปลอดภัยสำหรับ ครอบครัว จัดเตรียมการฝึกอบรมและเอกสารแนวทางสำหรับแผนการหลบภัย ในสถานที่(shelter in place)		
32	ข	นาง	ถ้ามีระบบควบคุมการผ่านเข้าออก/ตรวจจับการบุกรุก เช่น กล้องวงจรปิด สัญญาณเตือนภัย กุญแจล็อก ไฟส่องสว่าง คีย์การ์ด ฯลฯ อยู่แล้ว ให้ ตรวจสอบยืนยันว่าอุปกรณ์อยู่ในสภาพดี พร้อมใช้งานหรือไม่ ถ้าไม่ ให้ ซ่อมแซมให้เรียบร้อย		
33	ข	นาง	ทบทวนและตรวจสอบการฝึกอบรมพื้นฐานแก่บุคลากรเกี่ยวกับการรับมือเหตุ ฉุกเฉินว่าเหมาะสมกับสถานการณ์ภาวะคุกคามในปัจจุบัน		
34	ข	นาง	ทันเหตุการณ์ปัจจุบัน ติดตามรายงานข่าวโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์		
35	ข	นาง	เตรียมแผนสำรองในกรณีขาดแคลนน้ำ พลังงานความร้อน การปรับอากาศ และไฟฟ้า		
การป้องกันทางกายภาพ					
36	ข	นาง	ทบทวนและยืนยันการเตรียมเจ้าหน้าที่เสริม/สำรอง เพื่อสนับสนุนงานด้าน ระบบความปลอดภัยและการดำเนินงานต่าง ๆ ขององค์กร		

ระดับความ คุกคาม			ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
37	ข	นง	เตรียมการ และทบทวนการประเมินความเสี่ยงของ อาคารสถานที่ ทรัพย์สิน และบุคลากร		
38	ข	นง	ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในเรื่องการตอบสนองที่เหมาะสม และเป็นที่ยอมรับ ในกรณีที่เกิดความวุ่นวาย การชู้วาระเบิด การเดินขบวน การประท้วงต่าง ๆ		
39	ข	นง	จัดให้มีกุญแจกลางที่เปิดได้ทุกประตู(master key) ของอาคาร สำหรับเจ้าหน้าที่ที่เหมาะสม		
40	ข	นง	ตรวจสอบประวัติของลูกจ้างของบริษัทคู่สัญญาที่มาทำงานเต็มเวลาในองค์กร		
41	ข	นง	จัดให้มีการทดสอบการเจาะระบบควบคุมการผ่านเข้าออก/ตรวจจับการบุกรุก		
42	ข	นง	ติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อเฝ้าระวังเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ที่อยู่ด้านนอก หรือ ใกล้ ๆ อาคาร		
43	ข	นง	พัฒนาระบบการตรวจสอบสิ่งของที่เจ้าหน้าที่ บริษัทคู่สัญญา หรือแขก นำเข้าไปในอาคาร		
44	ข	นง	พัฒนาแผน และพิจารณาการใช้ยานพาหนะสำหรับระบบความปลอดภัย ทั้ง ชนิดแสดงตัวและไม่แสดงตัว		
45	ข	นง	ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในเรื่องที่จำเป็นเฉพาะอย่างขององค์กร เช่น เทคนิคการตรวจยานพาหนะ แผนจำกัดการเข้าถึงยานพาหนะเป็นต้น		
46	ข	นง	ติดตั้งสัญญาณเตือนภัยจากเคาน์เตอร์พนักงานต้อนรับ และ/หรือ บัอมยามที่อยู่ไกลออกไป สำนักงานของผู้บริหาร และจุดผ่านเข้าออกที่สำคัญ ซึ่งจะส่งไปยังศูนย์บัญชาการกลาง		
47	ข	นง	ติดตั้งสิ่งกีดขวางไม่ให้ยานยนต์สามารถขับฝ่าทะเลาะประตูทางเข้าอาคารได้ ซึ่งอาจใช้การวางกระถางต้นไม้ขนาดใหญ่ หรือ แท่งคอนกรีต ฯลฯ ความเหมาะสม		
48	ข	นง	ให้เจ้าหน้าที่เรียนรู้วิธีการปิดไฟฟ้า แก๊ส และน้ำ และให้แน่ใจว่ามีการเตรียมขั้นตอนวิธีปฏิบัติในการปิดระบบฉุกเฉินดังกล่าว ให้สามารถรับมือกรณีการใช้พิษสารเคมีทั้งภายใน และภายนอกได้		
49	ข	นง	จัดเตรียมสถานที่ปลอดภัยในอาคาร ซึ่งมีระบบความอบอุ่น การระบายอากาศ การปรับอากาศ และกรองอากาศ แยกเป็นของตนเอง และพร้อมสำหรับเจ้าหน้าที่ ในกรณีที่ระบบดังกล่าวถูกปิด		

ระดับความ คุกคาม			ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
50	ข	นง	หาแหล่งพลังงานไฟฟ้าสำรอง และตรวจยืนยันว่าใช้การได้จริง เตรียมการให้ มั่นใจได้ว่าจะมีน้ำมันดีเซลพอสำหรับการปั่นไฟฉุกเฉินได้ในระยะยาว		
51	ข	นง	จัดหาหรือทบทวนแผนที่ แปลน แผนผังอาคารสถานที่ โดยเก็บรักษาไว้ใน สถานที่ปลอดภัยเพื่อไว้ใช้อ้างอิงอย่างถูกต้อง		
52	ข	นง	หาสถานที่เก็บสิ่งของสำคัญสำรองไว้ ในกรณีที่มีวัตถุดิบตรายอยู่ใน หรือ ใกล้ ตัวอาคาร		
53	ข	นง	ทางเข้าและทางออกควรมีทางเดียว และติดตั้งสัญญาณฉุกเฉินไว้		
54	ข	นง	จัดสถานที่ให้เป็นการเฉพาะสำหรับการรับจดหมาย และพัสดุไปรษณีย์		
55	ข	นง	จัดทำแผนสำหรับศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินในอาคารสำรองที่เตรียมไว้ เพื่อใช้สั่ง การปฏิบัติการตอบสนองและกู้สถานการณ์หลังการอพยพฉุกเฉินขององค์กร จัดเตรียมและตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์สื่อสาร เช่น วิทยุ โทรศัพท์เคลื่อนที่ และอินเทอร์เน็ต		
56	ข	นง	ตรวจสอบให้แน่ใจว่าทางออกฉุกเฉินที่มีอยู่ไม่ถูกปิดกั้น หรือมีสิ่งกีดขวาง จัด ให้มีการตรวจตราเป็นประจำว่าสามารถใช้การได้ดี		
57	ข	นง	สำรวจพื้นที่รอบ ๆ เพื่อพิจารณากิจกรรมที่อาจเพิ่มระดับความเสี่ยงด้านความ ปลอดภัย เช่น สนามบิน สถานที่ราชการ โรงงานอุตสาหกรรม ระบบท่อ ลำเลียง ฯลฯ		
ระดับ 2 ระดับความคุกคาม สีเหลือง					
ระดับความ คุกคาม			ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
การตอบสนองภาวะฉุกเฉิน - การดำเนินงานในภาวะวิกฤต					
1	ล		ตรวจสอบให้มั่นใจว่าเอกสารแผนฉุกเฉิน แผนดำเนินงาน/กู้สถานการณ์ เป็น ปัจจุบัน เช่น รายการติดต่อ กระบวนการแจ้งข่าว ทบทวนและตรวจสอบ ยืนยันแผนการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรในกรณีฉุกเฉินในด้านความถูกต้อง ของชื่อและหมายเลขต่าง ๆ		
2	ล		ซักซ้อมแบบฝึกหัดกระบวนการ ขั้นตอนต่าง ๆ ตามความเหมาะสม		
3	ล		ให้เจ้าหน้าที่ที่จัดการเหตุวิกฤตและทีมตอบสนองเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ ร่วมกัน ทบทวนแผนฉุกเฉิน แผนดำเนินงาน/กู้สถานการณ์ ยืนยันบทบาทหน้าที่ความ รับผิดชอบ		

ระดับความ คุกคาม		ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
4	ล	ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินให้เหมาะสมกับข้อมูลสถานการณ์ภาวะคุกคามในปัจจุบัน		
5	ล	ตรวจสอบยืนยันว่ามีโทรศัพท์เคลื่อนที่และวิทยุติดตามตัวพร้อมที่จะแจกจ่ายให้สมาชิกทีมจัดการเหตุวิกฤตและทีมตอบสนองเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ พิจารณาความจำเป็นในการส่งข้อความ SMS ของ โทรศัพท์เคลื่อนที่		
6	ล	ตรวจสอบยืนยันเครื่องมือ อุปกรณ์ รายชื่อและขั้นตอนการติดต่อสื่อสารในศูนย์กลางการบัญชาการ		
7	ล	ตรวจสอบยืนยันหมายเลขติดต่อและทำความเข้าใจร่วมกันกับหน่วยงานท้องถิ่นนอกองค์กร เช่น ที่ว่าการอำเภอ สถานีตำรวจ ดับเพลิง เป็นต้น		
8	ล	ติดตามตรวจสอบข่าวสารสถานการณ์ภาวะคุกคาม ทั้งจากหน่วยงานท้องถิ่น ส่วนกลาง และหน่วยงานด้านความมั่นคงปลอดภัย		
9	ล	ทบทวนรายชื่อของบุคคลที่ควรได้รับการแจ้งเตือนโดยอัตโนมัติจากระบบ ตรวจสอบความปลอดภัย เช่น ระบบตรวจสอบการบุกรุกในระบบเครือข่ายสารสนเทศ		
10	ล	กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักด้านความปลอดภัยมากขึ้น ในแง่ที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือกับองค์กร		
11	ล	ทบทวนแผนกู้สถานการณ์เพื่อให้มั่นใจว่าเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน		
12	ล	ตรวจสอบรายการตรวจสอบ(checklists) แกนนำ/ผู้ประสานงาน ทะเบียนคุมอุปกรณ์ระบบสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน		
การป้องกันบุคลากร				
13	ล	ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในสถานที่ทำงานทดแทนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ที่สำคัญหรือมีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทหน้าที่ที่ไม่ได้ปฏิบัติอยู่เป็นประจำในภาวะปกติ		
14	ล	เน้นย้ำ ให้ความสำคัญของการรู้ข้อมูลการปฏิบัติงาน การกลับเข้าทำงาน และที่อยู่ปัจจุบันของเจ้าหน้าที่ทุกคนมากขึ้น		
15	ล	เตรียมตัวรับเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการแสดงความคิดเห็นเรื่องการป้องกันสิ่งคุกคามของเจ้าหน้าที่		
16	ล	ตรวจสอบให้มั่นใจว่าข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัยได้ถูกสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทั่วทั้งองค์กรโดยได้รับความเห็นชอบจากผู้นาองค์กร		
การป้องกันทางกายภาพ				
17	ล	ตรวจสอบให้มั่นใจว่าช่องทางและขั้นตอนการสื่อสารเปิดกว้างให้เข้าถึงได้ และมั่นคงยั่งยืน เชื่อถือได้ และมีระบบการสื่อสารอื่น ๆ สำรองไว้		

ระดับความ คุกคาม		ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
18	ล	ทบทวนมาตรการรับสถานการณ์ภาวะคุกคามเป็นระยะ ๆ ให้มีความเป็นปัจจุบัน เนื่องจากสถานการณ์อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว		
19	ล	ตรวจสอบสิ่งของที่เจ้าหน้าที่ บริษัทคู่สัญญา หรือแขกนำเข้าไปในอาคาร		
20	ล	ใช้มาตรการด้านความปลอดภัยพิเศษใด ๆ ที่ใช้เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรม		
21	ล	ทบทวนและตรวจสอบการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยเรื่องการตรวจสอบยานพาหนะ		
22	ล	รักษาระดับความระแวดระวัง และตื่นตัวต่อกิจกรรม เหตุการณ์ และพฤติกรรมที่ผิดปกติเป็นพิเศษ		
23	ล	สรุปรายงานประจำวันแก่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัย		
24	ล	ตรวจสอบระบบความปลอดภัย		
25	ล	ติดตามข่าวจากสื่อต่าง ๆ และรายงานจากหน่วยงานฉุกเฉินและหน่วยงานรักษากฎหมาย		
26	ล	ปิดทางเข้าออกหน่วยงานในช่วงนอกเวลาทำการ จำกัดการเข้าออกตามความเหมาะสม		
27	ล	ดูแลบริเวณนอกตัวอาคารไม่ให้มีวัสดุ สิ่งของที่อาจใช้ในการซ่อน พรางตัวได้		
28	ล	จัดให้มีเจ้าหน้าที่ดูแลบริเวณรับส่งสินค้า		
29	ล	ตรวจสอบยืนยันใบขับขี่ของคนขับรถขนส่งสินค้า ใบรับส่งของ เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขนส่ง		
30	ล	ตรวจสอบสินค้าที่ส่งมา(cargo) ตามความจำเป็น		
31	ล	พิจารณาเพิ่มการตรวจสอบสิ่งของ พัสดุที่ส่งมายังองค์กร		
32	ล	จัดการการเก็บบันทึกกำหนดการเดินทางของทีมจัดการเหตุวิกฤตและทีมตอบสนองเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ อย่างเหมาะสม		
33	ล	เก็บบันทึกและทบทวนประเมินความเสี่ยงและความปลอดภัยของกำหนดการเดินทางของผู้บริหารระดับสูงกับเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัย		
34	ล	ตรวจสอบยืนยันสัญญาณเตือนภัย อุปกรณ์ควบคุมการเข้าออก อุปกรณ์ตรวจจับการบุกรุก และระบบพื้นฐานของอาคารให้เหมาะสมกับสถานการณ์ภาวะคุกคาม		
35	ล	ตรวจสอบการจัดเก็บเครื่องมืออุปกรณ์นอกสถานที่		
ระดับ 3 ระดับความคุกคาม สีส้ม				

ระดับความ คุกคาม	ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
ระดับความ คุกคาม	ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
การตอบสนองภาวะฉุกเฉิน - การดำเนินงานในภาวะวิกฤต			
1	ส ใช้แผนฉุกเฉินและแผนสำรองตามความจำเป็น		
2	ส เพิ่มความถี่ของการติดตามข่าวสถานการณ์ภาวะคุกคาม		
3	ส จำกัดการเดินทางและการลาพักของเจ้าหน้าที่ที่จัดการเหตุวิกฤตและทีมตอบสนองเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ		
4	ส ให้เจ้าหน้าที่ที่จัดการเหตุวิกฤตและทีมตอบสนองเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ ร่วมกันทบทวนข้อมูลที่มีความจำเพาะมากขึ้น เช่น จากหน่วยงานรักษากฎหมาย สื่อ หรือแหล่งข่าวอื่น ๆ เพื่อประเมินผลกระทบที่อาจเป็นไปได้ต่อองค์กร		
5	ส ให้โทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์สื่อสารอื่น ๆ แก่เจ้าหน้าที่ที่จัดการเหตุวิกฤตและทีมตอบสนองเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ		
6	ส ตรวจสอบสถานที่ทำงานทดแทน และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลด้านการกู้สถานการณ์ว่าสามารถทำงานได้ตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย		
7	ส ตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์สำรองว่ามีการเตรียมพร้อม ดูแลรักษา เพียงพอที่จะสนับสนุนปฏิบัติการกู้สถานการณ์		
8	ส เพิ่มระดับความตื่นตัวและเตรียมพร้อมของเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยของระบบสารสนเทศให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานในภาวะวิกฤตขององค์กร		
9	ส เตรียมจัดการเชื่อมต่อกับภายนอกทางอินเทอร์เน็ตสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ไม่จำเป็น		
การป้องกันสำหรับบุคลากร			
10	ส ให้เจ้าหน้าที่ที่มีความระแวดระวังและรายงานเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยเมื่อพบเหตุการณ์ วัตถุ บุคคล ยานพาหนะแปลกปลอม ที่น่าสงสัยโดยทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัตถุ และยานพาหนะที่ไม่มีเจ้าของ		
12	ส ให้เจ้าหน้าที่รายงานคำถามจากสื่อต่าง ๆ แก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายประชาสัมพันธ์ขององค์กร		
13	ส ทบทวนและตรวจยืนยันวิธีเดินทางสำรองอื่น ๆ ที่เป็นไปได้ในกรณีที่การคมนาคมหลักไม่สามารถใช้ได้		
14	ส ปรึกษาเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเดินทางออกนอกพื้นที่		
การป้องกันทางกายภาพ			

ระดับความ คุกคาม	ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
16	ส ทบทวนแผนในการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงเส้นทาง หรือข้อขัดข้องในระบบ การคมนาคมขนส่ง ปกป้องเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เกี่ยวกับการควบคุมการใช้ และการผ่านเข้าออก ถนนสาธารณะที่อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการคุกคาม		
17	ส ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ด้านอาคารสถานที่เกี่ยวกับมาตรการรักษาความปลอดภัยสำหรับแขกผู้มาใช้บริการ		
18	ส เตรียมการสำหรับการอพยพ การปิดบริการ และการรักษาความปลอดภัย สำหรับทุกหน่วยงานย่อยในองค์กร		
19	ส เพิ่มการตรวจตรารักษาความปลอดภัยทั้งภายในและภายนอก พิจารณา ความจำเป็นในการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ และขยายช่วงเวลากฎปฏิบัติหน้าที่		
20	ส มอบหมายให้มีเจ้าหน้าที่ในศูนย์กลางการบัญชาการ ที่คอยเฝ้าระวัง เหตุการณ์ด้วยกล้องวงจรปิดตลอดเวลา		
21	ส เพิ่มความระแวดระวัง และการเฝ้าระวังตรวจตราของทุกอาคาร		
22	ส ประเมินความจำเป็นในการใช้เครื่องหมายแสดงตนพิเศษของเจ้าหน้าที่ ใช้ บัตรประจำตัวที่ติดรูปถ่ายซึ่งออกให้โดยหน่วยงานในการตรวจสอบบุคคล ควรมีการแลกบัตรการเข้าออกอาคารทุกครั้ง		
23	ส ประเมินการตรวจสอบยานพาหนะ เช่น ให้มีการตรวจได้ทั้งองรถ ได้หลังคา และในกระโปรงท้าย		
24	ส ตรวจสอบยานพาหนะทุกคันที่จอดอย่างผิดระเบียบทั้งภายในและรอบอาคาร ตรวจสอบคนขับและให้ย้ายรถในทันที หากไม่พบคนขับให้ลากรถออกไป		
25	ส ประสานกับฝ่ายอาคารสถานที่และเพิ่มการตรวจสอบภายในและรอบ ๆ อาคารเพื่อให้มั่นใจว่าอุปกรณ์ และระบบฉุกเฉินต่าง ๆ เช่น เครื่องปั่นไฟ ระบบไฟฉุกเฉิน สัญญาณอัคคีภัย รั้วอยู่ในสภาพสมบูรณ์		
26	ส เตรียมจำกัดการเข้าออกให้เหลือเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่จำเป็น		
27	ส จำกัดการใช้ถนนและที่จอดรถตามความเหมาะสม		
28	ส เพิ่มการตรวจสอบระบบพื้นฐานของอาคาร เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา ก๊าซให้ สามารถปิด-เปิดระบบในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว เตรียมสถานการณ์ที่ ต้องมีการปิด-เปิดระบบเหล่านี้		
29	ส ตรวจสอบ รักษาความปลอดภัยห้องที่ไม่มีคนอยู่ประจำ เช่น ห้องประชุม ห้องสมุด ห้องเก็บของ		
30	ส พิจารณาการจำกัดการเข้าถึงพื้นที่สำคัญของเจ้าหน้าที่จากหน่วยงาน ภายนอก เช่น พนักงานของบริษัททำความสะอาด		

ระดับความ คุกคาม	ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
31	ส	เพิ่มไฟส่องสว่าง ตัดแต่งต้นไม้ เพื่อให้สามารถมองเห็นทั่วทั้งบริเวณของ หน่วยงานได้โดยสะดวก	
32	ส	ตรวจสอบยืนยันรายการการขนส่งและซ่อมบำรุงของร้านค้าต่าง ๆ	
33	ส	หากจำเป็น ให้เพิ่มการตรวจสอบจดหมายและพัสดุที่ส่งเข้ามาทั้งหมดระวัง จดหมายและพัสดุที่ไม่มีชื่อที่อยู่ของผู้ส่ง หรือมีรอยเปื้อน/ผงแป่ง	
34	ส	ตรวจสอบสินค้าที่มาส่งทุกชนิด	
35	ส	งดการมาเยี่ยมชม ดูงาน ที่ไม่จำเป็น	
36	ส	จัดเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์กลางการบัญชาการในช่วงเวลาปกติ ทบทวนรายชื่อ และทดสอบการเรียกเจ้าหน้าที่เข้าประจำการ ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน	

ระดับ 4 ระดับความคุกคาม สีแดง

ระดับความ คุกคาม	ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
การตอบสนองภาวะฉุกเฉิน - การดำเนินงานในภาวะวิกฤต			
1	ด	ให้เจ้าหน้าที่ทีมจัดการเหตุวิกฤตและทีมตอบสนองเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ ร่วมกัน จัดการใช้แผนฉุกเฉินรับสถานการณ์และ/หรือแผนดำเนินงาน/กู้สถานการณ์ เพื่อรับภาวะคุกคามที่มีผลกระทบต่อบุคลากร บุคลากร	
2	ด	เปิดศูนย์กลางการบัญชาการโดยมีเจ้าหน้าที่ประจำตลอด 24 ชั่วโมงโดยไม่ เว้นวันหยุด	
3	ด	แจ้งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเรื่องการอพยพบุคลากรและปิดองค์กร	
4	ด	เตรียมปิดอาคาร ดูแลรักษาทรัพย์สิน ปิดอุปกรณ์และระบบต่าง ๆ ในกรณีมี การอพยพ หากจำเป็น ให้เตรียมมอบหมายเจ้าหน้าที่ให้ทำหน้าที่ดูแลสถานที่ เดิม กำหนดชั้นวิธีการ และเวลาการเปิดทำงานใหม่อีกครั้ง	
5	ด	เตรียมและดูแลรักษาช่องทางการติดต่อสื่อสารไว้ใช้เป็นพิเศษล่วงหน้าในกรณี ฉุกเฉิน เช่น โทรศัพท์ โทรสาร อินเทอร์เน็ต	
6	ด	เตรียมการอพยพเจ้าหน้าที่และสิ่งของที่จำเป็นสำหรับปฏิบัติการกู้ สถานการณ์	
7	ด	เตรียมการอพยพด้วยมือ(manual evacuation) ระบบคอมพิวเตอร์และ อุปกรณ์สนับสนุนที่สำคัญไปยังสถานที่ทำงานทดแทน	
8	ด	จำกัดการเข้าถึงอาคาร อุปกรณ์ ระบบไว้สำหรับบุคลากรที่จำเป็นเท่านั้น	
การป้องกันบุคลากร			

ระดับความ คุกคาม	ข้อพิจารณา และมาตรการที่อาจต้องดำเนินการ	ทำแล้ว/ ยัง	หมายเหตุ
9	ด	แนะนำให้บุคลากรสลับสับเปลี่ยนเส้นทางการเดินทางมาทำงาน	
10	ด	ให้บุคลากรที่ไม่จำเป็นงดมาทำงานโดยไม่ถือเป็นวันลา ใช้ระเบียบการลาที่ยืดหยุ่น	
11	ด	เตือนให้เจ้าหน้าที่รายงานคำถามจากสื่อต่าง ๆ แก่เจ้าหน้าที่ฝ่ายประชาสัมพันธ์ขององค์กร	
12	ด	งดการเดินทางไปในพื้นที่ที่ถูกโจมตีหรือเป็นเป้าหมายการคุกคาม	
13	ด	งดการเข้าร่วมการประชุมสัมมนาที่ไม่จำเป็น หรือจัดนอกสถานที่	
14	ด	เสริมความระแวดระวังด้านความปลอดภัยต่อสิ่งรอบตัวตลอดเวลาเพื่อหลีกเลี่ยงการตกเป็นเหยื่อของการถูกโจมตี	
15	ด	ตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ฉุกเฉินให้เพียงพอและจัดเก็บอย่างเป็นระเบียบ	
16	ด	เติมน้ำมันในยานพาหนะต่าง ๆ ให้เต็มอยู่เสมอ	
17	ด	หลีกเลี่ยงการส่งข้อมูลข่าวสารที่ไม่สำคัญ	
18	ด	จัดหาผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ตั้งสายด่วนรับภาวะวิกฤตถ้าเหมาะสม	
การป้องกันทางกายภาพ			
19	ด	ใช้แผนรองรับการเปลี่ยนเส้นทางหรือข้อจำกัดของการคมนาคมขนส่ง	
20	ด	จัดเจ้าหน้าที่เพื่อเตรียมรับความต้องการที่สำคัญต่าง ๆ ในภาวะฉุกเฉิน	
21	ด	เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย การลาดตระเวน ให้เห็นอย่างชัดเจน	
22	ด	สลับสับเปลี่ยนการใช้วิธีตรวจตราที่จุดผ่านเข้าออก	
23	ด	เสริมการตรวจตราทุกอาคารและระบบการควบคุมการผ่านเข้าออก/การตรวจจับการบุกรุก เช่น กล้องวงจรปิด สัญญาณเตือนภัย กุญแจล็อก ไฟส่องสว่าง คีย์การ์ด ตรวจสอบระบบเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ	
24	ด	เตรียมการให้ความช่วยเหลือในการอพยพและขั้นตอนฉุกเฉินต่าง ๆ ให้ความร่วมมือ ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยขององค์กร	
25	ด	จำกัดทางเข้าออกให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่เป็นต่อการปฏิบัติงาน	
26	ด	ตรวจสอบอาคาร/ห้องว่างปิด หรือ ล็อกพื้นที่ที่ไม่จำเป็น	
27	ด	เตรียมตัวปิดหน่วยงาน อุปกรณ์ในกรณีมีการอพยพและประสานกับเจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัย หากจำเป็นให้ตัดการเชื่อมต่อของระบบเครือข่ายสารสนเทศขององค์กรกับอินเทอร์เน็ต	
28	ด	ยืนยันสถานะ ความพอเพียงของอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เก็บรักษาไว้นอกสถานที่	
29	ด	งดหรือเลื่อนงานจ้างเหมาที่ไม่จำเป็นทั้งหมดหรือตรวจสอบการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของบริษัทที่จ้างอย่างต่อเนื่อง	

ภาคผนวก

ตัวอย่างของเอกสาร คู่มือการปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล สามารถจัดทำเป็นภาพพลิก
สติกเกอร์ ให้เห็นเด่นชัด ณ.จุดปฏิบัติงาน(file คู่มือ risk)

ภาคผนวก

ตัวอย่างของเอกสารคู่มือการปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล สามารถจัดทำเป็น
ภาพพลิก สติกเกอร์ ให้เห็นเด่นชัด ณ.จุดปฏิบัติงาน

คู่มือการปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล

โรงพยาบาล.....

อำเภอ.....

จังหวัด.....

โทร
โทร
โทร

แนวทางการปฏิบัติตนในภาวะฉุกเฉิน
เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน โปรดแจ้ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล xxxx หรือ xxxxxxxx
แพทย์เวร โทร xxx หรือ xxx

- ตั้งสติให้ได้ อย่าตื่นตกใจเสียขวัญ
- ให้ระลึกเสมอว่าจะมีความสับสนวุ่นวายเกิดขึ้นระหว่างเกิดเหตุ
- เมื่อมีเหตุฉุกเฉินต่างๆในโรงพยาบาล แจ้งเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยเข้าประจำการจนกว่าสถานการณ์จะเข้าสู่สภาวะปกติ
- ขณะเกิดเหตุควรใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารเท่าที่จำเป็นเท่านั้น
- ให้อยู่ประจำหน้าที่ตามที่กำหนดจนกว่าสถานการณ์จะปกติ

แนวทางการปฏิบัติตนในภาวะฉุกเฉิน

เมื่อเห็น หรือได้กลิ่น หรือสงสัยว่าจะมีเพลิงไหม้ โปรด

- เคลื่อนย้ายคน- ออกจากจุดอันตราย
- แจ้งเตือนภัยแก่ หัวหน้าหน่วยงาน หรือ หัวหน้าเวร หรือ แพทย์เวร
- แจ้งมีเพลิงไหม้

บอกสถานที่เกิดเหตุและเพลิงไหม้จะไรอยู่ รุนแรงแค่ไหน

- ควบคุมเพลิง -ปิดประตูหน้าต่างทุกบานที่อยู่ระหว่างตัวท่านกับเพลิงไหม้
- เพื่อป้องกันควันไฟ

-ปิด O₂ (ออกซิเจน) และเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิด

- ดับไฟ -ถ้าปลอดภัยพอที่จะทำ หรือมีความสามารถและเครื่องมือเพียงพอ

เพลิงไหม้

เมื่อมีการเตือนแจ้งเหตุเพลิงไหม้เกิดขึ้น

อาคารผู้ป่วย

- จัดเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วย เข้าประจำการตามหน้าที่
- ลำเลียงผู้ป่วยไปยังจุดที่กำหนดไว้ตามแผนรับอัคคีภัย

อาคารที่ไม่มีผู้ป่วย

- ให้อพยพออกจากอาคาร และแจ้งเหตุเพลิงไหม้ทันที

สถานการณ์เพลิงไหม้เข้าสู่สภาวะปกติ

สถานการณ์เข้าสู่สภาวะปกติ โดยต้องมีการประกาศอย่างเป็นทางการของ

- หน่วยดับเพลิง
- ผู้บริหารแผนรับอัคคีภัยของโรงพยาบาล

สัญญาณแจ้งเหตุเพลิงไหม้/สถานการณ์เข้าสู่สภาวะปกติ

ประเมินความรุนแรงและผลกระทบจากระบบสาธารณูปโภค ที่จำเป็นขัดข้อง

กรณีสถานการณ์ไม่รุนแรงและไม่มีผลกระทบต่อชีวิต

-ให้แจ้งแผนกซ่อมบำรุงหรือหัวหน้าแผนกที่รับผิดชอบ

กรณีสถานการณ์รุนแรงมากและมีผลกระทบต่อชีวิต

-โทรศัพท์ แจ้งเหตุฉุกเฉิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โทร xxx หรือ xxxxxxxx

แพทย์เวร โทร xxx หรือ xxx

-ขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานข้างเคียง

-น้ำ เทศบาล.... โทร xxxxxx

-ไฟฟ้า การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค xxx โทร xxxxxxxx

-ก๊าซ งานซ่อมบำรุง ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

-ถ้าระบบติดต่อสื่อสารขัดข้องให้ติดต่อโดยตรงต่อผู้รับผิดชอบระบบสื่อสารของ

โรงพยาบาลหรือองค์การโทรศัพท์ส่วนภูมิภาค โทร xxxxxxxx

ระบบสาธารณูปโภคที่จำเป็นขัดข้อง

ถ้าพบเห็น ได้กลิ่นหรือสงสัยว่าจะมีการรั่วของสารอันตราย

1.การเคลื่อนย้ายคน

-ทำการเคลื่อนย้ายทันที ถ้าสามารถทำได้

-ให้จำกัดการกระจายสารอันตราย

เช่น การปิดประตูระหว่างตัวท่านกับสารอันตราย

เพื่อป้องกันการกระจายของสารอันตราย

2.เตือนภัย

-โทรแจ้งเหตุฉุกเฉิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โทร xxx หรือ xxxxxxxx

แพทย์เวร โทร xxx หรือ xxx

-ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสถานที่เกิดเหตุและชนิดของสารอันตราย

-ขอความช่วยเหลือไปยังแผนกฉุกเฉิน กรณีที่มีผู้เจ็บป่วยจากการได้รับสารอันตราย

3.ควบคุมการกระจายของสารอันตราย

-อย่าสัมผัสกับสารนั้นๆ

-ปิดประตูเพื่อป้องกันการกระจายของสารอันตราย

เคลื่อนย้ายผู้คนไปยังที่ปลอดภัยก่อนและห้ามคนเข้าบริเวณดังกล่าว

กรณีสารอันตรายรั่ว

ผู้ก่อเหตุไม่สงบในโรงพยาบาล

- ให้เผชิญสถานการณ์ด้วยความสุขุมเยือกเย็น ถ้าต้องเผชิญหน้าให้สงบสติอารมณ์ให้ดีที่สุด
- หลีกเลียงจากผู้ก่อเหตุไม่สงบเพื่อความปลอดภัยของตนเอง
- แจ้งและขอความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- ถ้าต้องพูดหรือเคลื่อนไหว ให้ใช้ภาษาท่าทางที่นุ่มนวล และไม่ก้าวร้าว
- เคลื่อนย้ายคนออกจากบริเวณที่มีเหตุ

โทรแจ้งเหตุฉุกเฉิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โทร xxx หรือ xxxxx

แพทย์เวร โทร xxx หรือ xxx

แจ้งสถานที่เกิดเหตุ - เลขที่ห้องผู้ป่วย

- หอผู้ป่วย

- อาคาร

- ถ้ามีเหตุการณ์รุนแรง เช่น มีการทำร้ายร่างกาย ให้โทรศัพท์แจ้งตำรวจ สภอ....

โทร xxxxxxxx

- รายงานเกี่ยวกับเหตุการณ์, สถานที่เกิดเหตุให้ชัดเจน และรีบขอความช่วยเหลือด่วน

- กันผู้คนที่มุงดูออกจากบริเวณที่เกิดเหตุ

กรณีที่มีผู้ก่อเหตุไม่สงบในโรงพยาบาล

ผู้ก่อเหตุไม่สงบในโรงพยาบาล

- 1.แจ้งหน่วยรักษาความปลอดภัย รายงานเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดเหตุ
- 2.แจ้งเจ้าหน้าที่ให้อยู่เฝ้าดูสถานการณ์
- 3.ถ้าเป็นเหตุอาชญากรรมให้แจ้งตำรวจ สภอ.xxx โทร (xxx) xxxxxx, xxxxxx
รายงานเกี่ยวกับเหตุการณ์และสถานที่เกิดเหตุให้ชัดเจน
Operator จะประสานงานตำรวจเพื่อรับรายงานข้อมูลเพิ่มเติม
Operator จะแจ้งหน่วยรักษาความปลอดภัยและผู้อำนวยการโรงพยาบาล

กรณีมีผู้บุกรุก

- 1.ผู้มาเยี่ยมผู้ป่วยจะได้รับการต้อนรับในฐานะผู้ใช้บริการของโรงพยาบาล แต่ถ้าเป็นผู้มาเยี่ยมที่สร้างความไม่สงบเรียบร้อย จะถูกขอให้ออกจากโรงพยาบาล
- 2.ผู้ที่มาโฆษณาขายสินค้า ต้องได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อน
- 3.แจ้งหน่วยรักษาความปลอดภัย เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับเหตุรบกวนจากผู้บุกรุก

กรณีผู้สื่อข่าวที่ไม่ได้รับอนุญาต

- ไม่ควรให้ข้อมูลใดๆ หรือ ชวนคุย
- แจ้งให้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- แจ้งผู้อำนวยการ (หรือผู้ที่รับมอบหมายจากผู้อำนวยการ) ทันทีที่มีเหตุการณ์น่าสงสัย มีผู้บุกรุกหรือมีนักข่าวที่ไม่ได้รับอนุญาตเข้ามา

กรณีมีเหตุการณ์ที่น่าสงสัย

ถ้าเผชิญหน้ากับคนร้าย

ให้ปฏิบัติตามคำสั่งของคนร้ายอย่าแสดงตนเป็นวีรบุรุษ ให้คำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองเป็นอันดับแรก

สังเกตและจดจำรูปพรรณของคนร้ายดังนี้

- ลักษณะรูปร่าง และการแต่งตัว
- บุคลิกลักษณะพิเศษ ถ้ามี
- สิ่งของที่ถูกนำไป , อาวุธที่คนร้ายใช้
- เส้นทาง , พาหนะที่คนร้ายใช้หลบหนี

โทรศัพท์แจ้งเหตุฉุกเฉิน & และปฏิบัติดังนี้

บอกเล่ารายละเอียดของเหตุการณ์ สถานที่เกิดเหตุที่ชัดเจน เพื่อที่

- ฝ่ายบริหารงานทั่วไป หรือ หัวหน้าเวร จะประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ

สภอ.... โทร xxxxxxxx

- ประสานหน่วยงานรักษาความปลอดภัยและผู้อำนวยการแนะนำให้ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์รออยู่ก่อน

- ไม่ควรแตะต้องสิ่งของใดๆ ในที่เกิดเหตุ

การปล้นจี้

การขู่วางระเบิด

ตั้งสติให้ดีและอย่าโวยวายให้คิดว่าเป็นเรื่องจริงไว้ก่อน

1.บันทึกคำพูดที่ขู่ไว้โดยละเอียด ได้แก่

-ระเบิดจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่

-วางระเบิดไว้ที่ใด

-ระเบิดมีลักษณะเช่นไร

-ระเบิดชนิดอะไร

-อะไรจะทำให้เกิดระเบิดขึ้น

-เหตุผลในการขู่วางระเบิด

2.แจ้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล โทร xxx หรือ xxxxxxx

แพทย์ เวร โทร xxx หรือ xxx บอกว่ามีการขู่วางระเบิด

-บอกชื่อ และที่อยู่ของท่าน

-สถานที่ที่ขู่วางระเบิดและเวลาที่ถูกกำหนดให้ระเบิดทำงาน

-อย่าใช้สัญญาณเตือนอัคคีภัย

3.เก็บรวบรวมข้อมูลตามรายละเอียดหน้าถัดไป

การขู่วางระเบิด หรือ พบวัตถุต้องสงสัย (1)

วัตถุที่ต้องสงสัย ถ้าพบวัตถุต้องสงสัยว่าเป็นระเบิด อย่าแตะต้อง

- 1.อพยพผู้คนที่ออกจากบริเวณที่เป็นอันตราย
- 2.โทรศัพท์แจ้ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โทร xxx หรือ xxx
แพทย์เวร โทร xxx , xxx หรือ xxx และรายงานสถานที่พบเห็น
 - กั้นบริเวณและปิดทางเข้าออก
 - อย่าใช้สัญญาณเตือนอัคคีภัย
 - กรณีที่มีการขู่วางระเบิดให้สังเกตน้ำเสียงดังต่อไปนี้

-

เสียงของผู้โทรศัพท์แจ้ง

สำเนียง (ระบุ)	อาการ (ราบเรียบ , มีอารมณ์ ฯลฯ)
สิ่งขัดขวาง (ระบุ)	ท่านจำเสียงได้หรือไม่
การออกเสียง (ดัง , ค่อย , นุ่ม ฯลฯ)	ถ้าจำได้ ท่านคิดว่าเป็นใคร
ถ้อยคำ (ชัดเจน , อู้อี้)	คำพูด (เร็ว , ช้า)
เป็นบุคคลที่คุ้นเคยในพื้นที่หรือไม่	

-เสียงที่อยู่เบื้องหลัง

เสียงบนท้องถนน	เสียงดนตรี
เสียงภายในบ้าน	เสียงเครื่องจักรกล
เสียงอากาศยาน	อื่นๆ
เสียงพูดคุย	

การขู่วางระเบิด หรือ พบวัตถุต้องสงสัย (2)

-ลักษณะคำขู่

พูดไม่ติดขัด

ตะกุกตะกัก

ฉุนเฉียว

เป็นเสียงบันทึกเทปไว้

เป็นการอ่านข้อความโดยผู้ขู่

ใช้วาจาหยาบคาย

อื่นๆ

-อื่นๆ

เพศของผู้ที่โทรศัพท์มาขู่

อายุ (ประมาณ)

วันที่

เวลา

ระยะเวลาในการพูด

หมายเลขโทรศัพท์ที่ท่านใช้อยู่

การขู่วางระเบิด หรือ พบวัตถุต้องสงสัย (3)

2. บทเรียนจาก 4 โรงพยาบาลชุมชนในสถานการณ์ไฟใต้

นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ

บทนำ

นับตั้งแต่เหตุการณ์ปล้นปืนที่จังหวัดนราธิวาสในวันที่ 4 มกราคม 2547 เป็นต้นมา ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นของของความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้อย่างเป็นทางการ จนถึงเหตุการณ์ความรุนแรงในวันที่ 28 เมษายน 2547 ที่มีการรวมตัวของกลุ่มผู้ก่อเหตุบุกทำลายสถานที่ราชการ 10 จุด นำมาสู่การตอบโต้อย่างรุนแรงจากภาครัฐไม่ว่าที่มัสยิดกรือเซะหรือที่อำเภอสะบ้าย้อย และนำมาสู่การเสียชีวิตของผู้ก่อการถึง 106 ศพ เหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นเรื่อยมาโดยมีการทำร้ายทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชนรายวัน จนถึงเหตุการณ์การชุมนุมหน้าสถานีตำรวจอรรถอำเภอดากใบในวันที่ 25 ตุลาคม 2547 ซึ่งมีการสลายการชุมนุม และเกิดกรณีการเสียชีวิตจากการควบคุมตัวขณะขนย้ายผู้ชุมนุม จนทำให้มีผู้เสียชีวิตรวมถึง 85 คน

ถึงทุกวันนี้เหตุการณ์ความไม่สงบได้ทวีความรุนแรงขึ้น รวมทั้งขยายตัวมาสู่ 5 อำเภอชายแดนของจังหวัดสงขลา และสร้างความหวุ่นวิตกให้กับทุกคนในพื้นที่ สำหรับโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่นั้น ต่างก็มีการปรับตัวและวางมาตรการในการดูแลขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่และจัดระบบการทำงานเพื่อความปลอดภัยในหลากหลายรูปแบบตามเงื่อนไขและบริบทของพื้นที่และโรงพยาบาลนั้นๆ

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้และสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ ได้จัดให้มีการสัมมนาเพื่อแสวงหาบทเรียนและรูปแบบการเตรียมความพร้อมในด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาลชุมชนจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งได้จัดสัมมนาขึ้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีในวันที่ 26 ธันวาคม 2547 โดยมีการนำเสนอบทเรียนจากโรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน 4 โรงพยาบาลชุมชนคือโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา โรงพยาบาลกะพ้อ จังหวัดปัตตานี โรงพยาบาลตากใบและโรงพยาบาลกรือเซะจังหวัดนราธิวาส ซึ่งมีบทเรียนที่แตกต่างกันตามบริบทและสถานการณ์ในพื้นที่ที่น่าสนใจยิ่ง และเป็นบทเรียนที่มีค่าคงจะได้นำเสนอเป็นรายโรงพยาบาลดังต่อไปนี้

1. บทเรียนจากโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

โดย นพ.รชชาติ ปัตยบุตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามัน

โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ตั้งอยู่ใจกลางของจังหวัดยะลา ห่างจากตัวเมืองยะลา 30 กิโลเมตร ถือเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีระดับของการพัฒนาสูงที่สุดในจังหวัดยะลา มีการจัดบริการด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมมุสลิมได้อย่างลงตัว ดูแลประชากรจำนวน 16 ตำบล 82 หมู่บ้าน รวมประชากรประมาณ 82,000 คน เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาอิสลาม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยางสวนผลไม้ มีสถานีนอนม้ายในพื้นที่ยังมีจำนวน 16 แห่ง ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2548 โรงพยาบาลรามันมีบุคลากรทั้งสิ้น 212 คน เป็นแพทย์ 6 คน ทันตแพทย์ 2 คน เภสัชกร 4 คน และพยาบาล 71 คน

นพ.รชชาติ ปัตยบุตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามัน ได้นำเสนอบทเรียนที่เป็นประสบการณ์ตรงหลายกรณีที่น่าสนใจของโรงพยาบาลรามันต่อกรณีความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดย นพ.รชชาติเล่าว่า

จากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ อำเภอรามันเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นบ่อยครั้ง และถี่ขึ้นเรื่อยๆ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีความเครียดมาก จากเหตุการณ์ภายนอกที่ร่ายรอบโรงพยาบาล

ดังนั้นสิ่งแรกและสิ่งสำคัญที่ต้องทำในสถานการณ์ความไม่สงบที่มีการลอบทำร้ายลอบยิงหรือวางระเบิดรายวันก็คือ การดูแลขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญมาก เป็นประเด็นชี้ขาดของคุณภาพงานในองค์กรในสถานการณ์วิกฤต โดยทางโรงพยาบาลรามันได้ค่อยๆ เก็บตกประเด็นด้านความปลอดภัยและขวัญกำลังใจมาตลอด

อีกทั้งความเครียดจากงานภายในโรงพยาบาลก็มีมากขึ้น เนื่องจากภาระงานของโรงพยาบาลในทุกจุดบริการเพิ่มมากขึ้น จากที่สถานีนามายต้องปิดบ่อยครั้ง อีกทั้งผู้ป่วยก็ไม่กล้าที่จะไปใช้บริการที่คลินิกในช่วงเย็นหรือค่ำ ทำให้มีคนไข้มารับบริการที่โรงพยาบาลในตอนกลางวันมากขึ้น

สำหรับเรื่องเจ้าหน้าที่ขอย้าย มีอยู่ทุกที่ ที่อำเภอรามันนั้นก็มาก เนื่องจาก ภาระงานที่เพิ่มขึ้นมากทำให้ย้ายออกมากขึ้น สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาล ย่ำแย่มากขึ้น ที่ผ่านมามีเงินถูกใช้ไปในการพัฒนาคุณภาพมาก และหยุดการพัฒนาไม่ได้ เนื่องจากถ้าหยุดจะทำให้เจ้าหน้าที่ล่าและเรียกพลกลับมาคืนมาได้ยากมาก โจทย์ที่สำคัญก็คือ จะรักษาระบบคุณภาพให้ก้าวเดินต่อไปได้อย่างไรในท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบที่บ้านทอนจิตใจในการทำงานลงไปทุกวัน

จากเหตุการณ์ต่างๆ รายวันและการแก้ปัญหาแบบที่เป็นอยู่นั้น สถานการณ์จะไม่มีวันสิ้นสุด ความไม่สงบจะเกิดไปเรื่อย ๆ และทวีความรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นในโรงพยาบาลจึงมีมาตรการรองรับเหตุการณ์ความไม่สงบ เสริมความปลอดภัยในโรงพยาบาลให้มากที่สุดเท่าที่เราจะทำได้ กล่าวคือ

1. **มีการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และให้มีการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลโดยเจ้าหน้าที่ทุกคน** โดยทางโรงพยาบาลได้ติดตามข่าวสารข้อมูลอย่างใกล้ชิด และผู้ใดพบกับเหตุการณ์สำคัญ ต้องนำมาทบทวนระบบ พิจารณาจุดแข็ง จุดอ่อน และนำไปสู่การวางระบบที่สมบูรณ์กว่าเดิม ใช้ข้อมูลจากบันทึกเหตุการณ์ของเวรตรวจการนอกเวลาราชการเพื่อทราบสถานการณ์ นอกเหนือจากรายงานตรวจการพยาบาล รวมทั้งจัดให้มีบันทึกรายงานการตรวจรอบ ๆ ของโรงพยาบาล และมีระบบการรายงานเหตุการณ์ที่สำคัญแก่ผู้เกี่ยวข้อง มีการเรียนรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในและรอบ ๆ โรงพยาบาล อีกทั้งยังมีระบบข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ในทุก ๆ ส่วน เพื่อช่วยเติมเต็มมาตรการต่างๆ และนอกจากนั้นก็ยังมีข้อเสนอแนะจากผู้นำท้องถิ่น ผู้นำทางศาสนา ซึ่งสำคัญมากและเป็นประโยชน์มาก
2. **การปรับปรุงด้านกายภาพเพื่อความปลอดภัย** อันได้แก่
 - การปรับพื้นที่ให้รั้วรอบโรงพยาบาลนั้นโล่ง สามารถมองเห็นง่าย สะดวกต่อการดูแล
 - การจัดระบบทางเข้าออกจากเข้าออกสองทางให้เหลือเพียงประตูเดียว
 - กำหนดเขตพื้นที่เฉพาะที่ห้ามบุคคลภายนอกเข้ามาโดยไม่ได้รับอนุญาต เช่น เขตบ้านพัก อาคารบริหารของโรงพยาบาล
 - มีการติดตั้งกล้องวงจรปิดในจุดสำคัญของโรงพยาบาล ซึ่งมีประโยชน์มาก ในเบื้องต้นพบว่า ปัญหารถมอเตอร์ไซด์หายไม่พบอีกเลยหลังติดกล้องวงจรปิด

- มีการติดตั้งแสงสว่างให้เพียงพอในทุกจุดของโรงพยาบาล แม้ในพื้นที่รอบนอกอาคาร เรียกได้ว่า “ สว่างไสวทั่วทั้งโรงพยาบาล ”
 - ปรับปรุงระบบโทรศัพท์ให้มีประสิทธิภาพ เดิมโรงพยาบาลใช้ระบบโทรศัพท์ผ่านตู้สาขา ซึ่งไม่คล่องตัวในสถานการณ์แบบนี้ เนื่องจากเสียเวลาในการต่อหมายเลขภายในและเสียบ่อย จึงมีการเพิ่มหมายเลขโทรศัพท์สายนอกเพิ่มเติมให้สามารถต่อตรงโดยไม่เข้าระบบตู้สาขาด้วย
 - เพิ่มระบบตู้สาขาโทรศัพท์อีก 24 จุด เพื่อติดตั้งสำหรับติดต่อโดยตรงกับบ้านพักเจ้าหน้าที่ แพลตพยาบาล ทุกห้อง ทุกหลัง
 - ได้ติดตั้งวิทยุสื่อสารประจำรถยนต์ทุกคน ปรับปรุงระบบแม่ข่ายและเสาอากาศวิทยุสื่อสาร ยอมลงทุน จัดซื้อวิทยุสื่อสารภายในเพิ่มแก่หน่วยงานสำคัญ เช่น ยาม ศูนย์แปล พนักงานขับรถ ห้องฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยใน
 - จัดให้มีแม่กระทั้งขบวน ชะแลง ในรถฉุกเฉิน Ambulance ของโรงพยาบาล
3. **ด้านการเตรียมบุคลากรและการปรับระบบงานของโรงพยาบาล** เช่น
- มีการฝึกอบรมการป้องกันตัว การใช้อาวุธปืน ให้กับยามทุกคน
 - จัดให้มีบริการรถรับ-ส่ง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ระหว่างตัวเมืองยะลาและรามัน และทุกกรณีที่มีการทำงานให้กับทางราชการ ซึ่งช่วยลดความหวั่นวิตกขณะเดินทางได้มาก
 - คนชั้นเวรป่วยไม่อนุญาตให้กลับบ้านหลังลงเวร ต้องให้พักที่โรงพยาบาล ไม่ให้กลับบ้านเองโดยพลการ ยามจะไม่อนุญาตให้ออกนอกโรงพยาบาล หากมีกิจธุระจำเป็น จะให้รถโรงพยาบาล ไปส่งถึงบ้าน
 - จัดให้มียามดูแลความปลอดภัยตลอด 24 ชม. โดยเพิ่มกำลังคนของเวรยาม จาก 3 คนเป็น 7คน หมุนเวียนปฏิบัติงานเวรละ 2 คน
 - กำหนดจุดอันตรายในโรงพยาบาล 4 จุด เพื่อให้มีการเฝ้าระวังดูแล และตรวจการณ์อย่างรอบคอบ
 - การจัดระบบรับบัตร เข้า – ออก โรงพยาบาลสำหรับรถทุกคนที่ผ่านเข้ามาในโรงพยาบาล
 - มีการสรุปเหตุการณ์ประจำวันต่อผู้บังคับ มีระบบเฝ้าตรวจการณ์นอกเวลาราชการ
 - เพิ่มเจ้าหน้าที่เวรแปลในเวรป่วย เพื่อให้มีอัตรากำลังผู้ชาย ณ จุดบริเวณให้บริการของห้องเวชระเบียน และห้องฉุกเฉิน เพราะในอดีตมักมีแต่เจ้าหน้าที่ผู้หญิงในจุดนี้
 - เลื่อนเวลาทำงานของโรงพยาบาลจาก 8.00 -16.00 น. เป็น 8.30-16.00 น. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ไม่ต้องเดินทางมาแต่เช้า ซึ่งวันไหนต่อความปลอดภัยมากกว่าในช่วงสาย
 - ประสานตำรวจ ทหารในพื้นที่ เพื่อดูแลความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และเส้นทางคมนาคมในจุดเสี่ยงหากมีความจำเป็น
 - มีการเตรียมสำรองอาหารในโรงครัวให้เพียงพอแก่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สำหรับ 2-3 วัน
4. **การสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่โรงพยาบาลในระยะยาว** โดยพยายามไม่ไปสร้างให้เกิดเงื่อนไขหรือความไม่พอใจของชุมชนต่องานบริการของโรงพยาบาล เมื่อชุมชนศรัทธาและเห็นว่าโรงพยาบาลรามันเป็นหน่วยงานที่พวกเขาต้องช่วยกันปกป้อง และช่วยดูแลเจ้าหน้าที่ทุกคนแล้ว เมื่อนั้นความอุ่นใจในการทำงานจะตามมาในที่สุด ดังนั้นโรงพยาบาลรามันจึงจัดให้มี

- การสร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนให้มีจิตบริการ (service mind) ที่เต็มใจให้บริการดูญาติมิตร
ทุกจุดบริการต้องให้บริการอย่างมีคุณภาพมาตรฐานด้วยรอยยิ้ม ทุกคนต้องช่วยกันสร้างศรัทธาให้กับชุมชน
- การจัดบริการของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของชุมชนมุสลิม ซึ่งทางโรงพยาบาลสามารถให้ความ
สำคัญในการปรับระบบบริการในลักษณะนี้มาก่อนที่จะมีสถานการณ์แล้ว
- จัด exit nurse หรือพยาบาลประชาสัมพันธ์ ดูแลผู้รับบริการในโรงพยาบาล ให้ทั่วถึง คอยดูแลปัญหาของ
ผู้รับบริการ โดยยึดหลักการที่ว่า “ ปัญหาทุกปัญหาต้องทิ้งไว้ในโรงพยาบาล อย่าให้เอากลับไปที่บ้าน ” เพราะ
จะทำให้เกิดความเสี่ยงกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ต้องสร้างและให้บริการให้เกิดความประทับใจ ให้กับ
ผู้รับบริการทั้ง 82,000 คน

โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา นับเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดระบบการเตรียมความพร้อมในการ
ป้องกันความเสี่ยงจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ค่อนข้างสมบูรณ์ที่สุด แต่นั่นหมายความว่า
ต้นทุนของการวางระบบและเตรียมความพร้อมนั้นก็ต้นทุนที่สูงมาก ไม่เฉพาะงบประมาณในครั้งแรกเท่านั้น แต่
รวมถึงงบประมาณในการบำรุงรักษาระบบในระยะยาวด้วย ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มจำนวนบุคลากรที่เป็นยาม เวนเปเลหรือ exit
nurse ค่าไฟฟ้าที่สว่างไสว ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงในการส่งเจ้าหน้าที่ ค่าใช้จ่ายในการติดตั้งระบบสื่อสาร กล้องวงจรปิด
รั้ว หรือการปรับปรุงภูมิสถาปัตย์เป็นต้น ซึ่งล้วนแต่ใช้งบประมาณของโรงพยาบาลเองเป็นส่วนมาก

ดังนั้นควรที่ทางกระทรวงสาธารณสุขจะได้ลงมาศึกษาเพื่อสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมแก่โรงพยาบาลต่างๆ
ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เพิ่มขึ้น เพราะงบประมาณของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นนั้นไม่ควรเป็นภาระของโรงพยาบาล
นั้นๆแต่เพียงฝ่ายเดียว อีกทั้งโรงพยาบาลขนาดเล็กอีกหลายแห่งที่ขาดแคลนเงินบำรุง หากไม่ได้รับการสนับสนุนจาก
ส่วนกลางอย่างเป็นระบบแล้ว ก็ยากที่จะสามารถจัดระบบความพร้อมในการป้องกันความเสี่ยงต่อสถานการณ์ความ
ไม่สงบในลักษณะเดียวกับโรงพยาบาลรามันได้

2. บทเรียนจากโรงพยาบาลกะพ้อ จังหวัดปัตตานี

โดย นพ.เดชา แซ่หลี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกะพ้อ

โรงพยาบาลกะพ้อ จังหวัดปัตตานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ตั้งอยู่ตอนล่างของจังหวัดปัตตานี
ติดกับจังหวัดยะลาและนราธิวาส ดูแลประชากร 3 ตำบล 27 หมู่บ้าน ประชากรจำนวน 15,000 คน เกือบทั้งหมด
นับถือศาสนาอิสลาม เป็นอำเภอขนาดเล็กที่ผู้คนมีวิถีชีวิตที่พึ่งพาอำเภอสายบุรีที่อยู่ห่างออกไปเพียง 15 กิโลเมตร
ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยาง มีสถานีนอมาภัยในพื้นที่จำนวน 6 แห่ง ณ.เดือนกุมภาพันธ์ 2548
โรงพยาบาลกะพ้อมีบุคลากรทั้งสิ้น 60 คน เป็นแพทย์ 2 คน ทันตแพทย์ 1 คน เภสัชกร 2 คน และพยาบาล 28 คน

นพ.เดชา แซ่หลี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกะพ้อ ได้นำเสนอบทเรียนที่เป็นประสบการณ์ตรง
หลายกรณีที่น่าสนใจของโรงพยาบาลกะพ้อต่อกรณีความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่

1. การออกไปชันสูตรศพ กรณีมีผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ โดยตำรวจ
ยืนยันว่าต้องการให้หมอต้องออกไปชันสูตรศพ ซึ่งเมื่อถึงที่เกิดเหตุ คุณหมอเดชาซึ่งไปชันสูตรศพเองพบว่า
ไม่มีใครตามเข้าไปเลย มีศพ 1 ศพที่เลือดแห้งแล้ว ก็เลยเรียกให้ทหาร ตำรวจมาช่วย ณ.เวลานั้นได้เริ่มรู้สึกถึง

ความไม่ปลอดภัย รุ่งขึ้นปรากฏว่าเกิดเหตุระเบิดใกล้ที่ชั้นสุตรศพน้นมาก เชื่อว่าเกิดจากการวางระเบิดเอาไว้ใกล้ๆ เพื่อทำร้ายเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปชั้นสุตรศพ

อีกเหตุการณ์คือ กรณีที่ตำรวจให้ไปชั้นสุตรศพอีก โดยแจ้งว่าเป็นกรณีพิเศษ มีปัญหาแนหากแพทย์ไม่ออกไปเพราะเป็นกรณีที่ชาวบ้านข้องใจ เมื่อออกไปดู ที่ถนนคนแน่นมาก ไม่สามารถเอารถเข้าไปได้ จนต้องเดินเข้าไป พอไปถึงตำรวจไม่สามารถกันชาวบ้านได้ ชาวบ้านดีใจโบล้อมเข้ามา ในขณะนั้นรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยมาก จึงขอให้ทางตำรวจเคลื่อนย้ายศพไปชั้นสุตรศพที่โรงพยาบาล

ในความเป็นจริงแล้ว แม้ว่าทางกระทรวงจะมีคำแนะนำว่า หากไม่ปลอดภัยไม่ต้องไปชั้นสุตรศพ แต่ในสถานการณ์จริงก็ยากที่จะปฏิเสธได้ ดังนั้นการเตรียมความพร้อม ไหวพริบและการประสานงานกับทางตำรวจจึงมีความสำคัญมากเพื่อลดโอกาสของความเสี่ยงให้เหลือน้อยที่สุด

2. **ในเรื่องของการวางระเบิดในโรงพยาบาล** ตอนเช้ามีตของวันหนึ่ง ได้มีวัยรุ่นเข้ามาในโรงพยาบาล เข้ามาทางประตู ยามได้เห็น วัยรุ่นวิ่งออกไป จากนั้นมียามบอกว่ามีถุงวางไว้ที่บ่อยามวางไว้นาน 2 ชั่วโมงแล้ว นพ.เดชาในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลและยามจึงเดินเข้าไปดู ยามบอกว่าในถุงมีสายไฟ ดูแปลกผิดปกติ จึงตามตำรวจมาดู ตำรวจนึกงงๆว่าน่าจะเป็นการขู่ จึงเชิญดู พบว่าเป็นของจริง และได้ไปหา ยารมถาล้อมกันไว้ หน่วยกู้ระเบิดจึงนำออกไปและทำลาย สรุปว่าเป็นการข่มขู่ทำให้เข้าใจว่าเป็นระเบิด

แต่จากบทเรียนในครั้งนั้น ทั้งฝ่ายโรงพยาบาลและตำรวจต่างก็ประมาทมากที่เข้าไปเชี่ยๆดู เพราะหากเป็นระเบิดจริงแล้วอาจจะเบิดตูมขึ้นมาก็ได้ ซึ่งจะเกิดความสูญเสียอย่างมาก ดังนั้นเมื่อพบวัตถุต้องสงสัย ควรยึดหลักปลอดภัยไว้ก่อน ให้ผู้เชี่ยวชาญมาดำเนินการเก็บกู้

3. **กรณีการข่มขู่ทางโทรศัพท์** โดยในคืนวันศุกร์วันหนึ่ง ได้มีโทรศัพท์ข่มขู่มาว่าคืนนี้ หมอกับพยาบาลตายแน่ ทางโรงพยาบาลจึงได้ติดต่อกับทหารตำรวจเจ้าหน้าที่เพื่อขอกำลังคุ้มกัน และเรียกระดมเจ้าหน้าที่ทุกคนในบ้านพักมานอนรวมกันที่บนตึก มีทหารตำรวจคุ้มกันเป็นจุด ๆ แต่ก็ไม่ได้เกิดเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้น ต่อมาคืนวันเสาร์ ก็มีการโทรขู่อีกว่าจะทำจริง หมอกับยามตายแน่ ต่อมาการขู่ครั้งที่สามนั้นตำรวจเป็นคนรับสายเอง แต่ไม่มีใครพูด และมีข่าวปล่อยลือออกมาว่า กลุ่มโจรจะมีการบุกยึดโรงพักด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคนจึงถูกระดมมานอนรวมกันบนโรงพยาบาล พยายามเลือกหาห้องที่ปลอดภัยมีหน้าต่างน้อยที่สุดเพื่อให้อปลอดภัยจากระสุนมากที่สุด แต่ก็แทบไม่มีห้องเช่นนั้น ได้มีการติดต่อดำรวจ ทหาร ให้มาช่วยดูแล เขาเองก็ส่งกำลังมาได้ไม่กี่คน เพราะกำลังที่จะดูแลโรงพักและอำเภอก็ยังไม่พอ ต้องเกลี้ยกำลังคนกัน และตำรวจเองก็กลัวว่าจะเป็นกรทุลงที่โรงพยาบาลเพื่อให้กำลังที่โรงพักมีน้อยจะได้โจมตีโรงพักได้ง่ายขึ้น ในวันนั้นไม่มีอะไรเกิดขึ้นแต่ก็ทำให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยอย่างยิ่ง

นอกจากนี้ในวันนั้น แพทย์พยาบาลก็ยังได้บอกกล่าวสถานการณ์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ คนไข้คนใดที่พอไหวก็ให้กลับบ้านได้ ที่หนักยังควรต้องนอนโรงพยาบาลก็ส่งต่อไปนอนโรงพยาบาลสายบุรี เพื่อความปลอดภัย

ต่อมาทางโรงพยาบาลได้ติดต่อกับองค์การโทรศัพท์ เรื่องขอหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถแสดงหมายเลขโทรเข้าได้ (โซวเบอร์) เพื่อให้ทราบหมายเลขโทรศัพท์ที่โทรเข้ามาข่มขู่ แต่องค์การโทรศัพท์จัดหาให้ไม่ได้ จึงได้นำหมายเลขโทรศัพท์ของโรงพยาบาลมาต่อกับโทรศัพท์มือถือทำให้โซวเบอร์ได้ จากนั้นก็มี

โทรศัพท์เข้ามาอีก เป็นหมายเลขตู้สาธารณะของโรงพยาบาลบ้าง มือถือบ้างก็แจ้งทางตำรวจให้ไปจัดการ ได้ตรงเป่ามากขึ้น

หลังจากนั้นก็มีการคุยทบทวนกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลว่า ที่ผ่านมามีอะไรผิดปกติเกิดขึ้นที่โรงพยาบาลบ้าง หรือมีเหตุการณ์ใดที่ทำให้คนในพื้นที่ไม่พอใจหรือไม่ ซึ่งทุกคนก็ยืนยันว่าไม่มีปัญหาอะไร ความสัมพันธ์กับชุมชนยังดีมาก เมื่อได้มีการพูดคุยกันไป ก็พบว่าเหตุการณ์หนึ่งแปลกๆ กล่าวคือ มีคนไข้วัยรุ่นคนหนึ่งกินยาเข้าไปเป็นจำนวนมาก เพื่อนๆ ซึ่งเป็นวัยรุ่นอีก 4-5 คน ตามมาส่งผู้ป่วย ระหว่างให้การดูแลที่ห้องฉุกเฉิน หมอก็ได้บอกให้เพื่อนนั้นออกไปรอข้างนอก ซึ่งเขาก็ทำตาม แต่ต่างคนต่างแยกย้ายกันไป เหมือนเดินสำรวจโรงพยาบาล ไปที่ยามบ้าง ดูบอร์ดบุคลากรบ้าง เป็นต้น

4. **การข่มขู่เจ้าหน้าที่** ได้มีการเขียนชื่อยามเพื่อเป็นการข่มขู่ที่หน้าตู้ไปรษณีย์ ว่าตายแน่ ยามคนนั้นจึงได้ตัดสินใจลาออก เมื่อเป็นอย่างนั้นก็ต้องหาคนมาเป็นยามแทนซึ่งหายากมาก ครั้นจะไปขอล้างจาก อส. หรือ ตำรวจทหาร ซึ่งทางเขาก็หนักมากกันอยู่แล้ว ไม่สามารถช่วยเหลือได้ จึงได้ระงับการลาออกของยาม และได้ให้เขาไปพักผ่อนก่อน 1-2 สัปดาห์ และให้มาประจำยามบนตึกแทนป้อมยาม หลังจากนั้นเรื่องก็เงียบไป

อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการเคลื่อนไหวของโจรก่อการร้ายสูงมาก กลุ่มโจรได้บุกยึดโรงพยาบาลและที่ว่าการอำเภอมาแล้วในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพื่อประกาศศักดาว่า สามารถยึดศูนย์กลางอำนาจรัฐในอำเภอได้ แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลกะพ้อมีจุดแข็งที่สำคัญยิ่งอย่างน้อย 3 ประการที่ทำให้สถานการณ์ความไม่สงบนั้นมีผลกระทบต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มากเท่ากับความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ

- 1 ที่ผ่านมาระยะเวลาหนึ่งโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ที่ดีเยี่ยมกับชุมชน แม้เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่ก็ได้รับความศรัทธาจากชุมชน ทำให้ไม่มีเงื่อนไขสำหรับฝ่ายตรงข้ามในการโจมตีการทำงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและโรงพยาบาล
- 2 เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลกะพ้อส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ ทำให้แม้จะมีความหวั่นไหว แต่ก็มีกรขอขย้ายออกก็ไม่มากนัก และอยู่ในวิสัยที่พูดคุยขอร้องให้ร่วมแรงทำงานกันต่อไปได้
- 3 ผู้นำองค์กรทั้งในระดับโรงพยาบาลคือผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด มีความเข้าใจในบทบาทในฐานะผู้นำในสภาวะวิกฤต ที่ต้องนิ่ง ไม่คิดสละเรือเอาตัวรอด มีความเสียสละ ปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจ ทำให้เป็นศูนย์รวมจิตใจของทุกคนในองค์กรให้สามารถประคับประคองกันเองในช่วงสถานการณ์วิกฤตไปได้

3. บทเรียนจากโรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส

โดย นพ.สมชาย ศรีสมบัณฑิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากใบ

โรงพยาบาลตากใบ จังหวัดนราธิวาส เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ตั้งอยู่ตอนล่างสุดของจังหวัดนราธิวาส ติดชายแดนมาเลเซีย ดูแลประชากรจำนวน 8 ตำบล รวม 63,200 คน เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาอิสลาม เป็นอำเภอชายแดนขนาดกลางที่ผู้คนมีส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยางและค้าขาย มีสถานีนามัยในพื้นที่จำนวน

11 แห่ง ณ.เดือนกุมภาพันธ์ 2548 โรงพยาบาลตากใบมีบุคลากรทั้งสิ้น 107 คน เป็นแพทย์ 4 คน ทันตแพทย์ 1 คน เภสัชกร 3 คน และพยาบาล 36 คน

นพ.สมชาย ศรีสมบัณฑิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากใบ ได้นำเสนอบทเรียนที่เป็นประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ดังนี้

จากเหตุการณ์การชุมนุมประท้วงที่หน้าสถานีตำรวจภูธรอำเภอตากใบในวันที่ 25 ตุลาคม 2547 เพื่อเรียกร้องให้มีการปล่อยตัวผู้ตรวจรักษาความปลอดภัยหมู่บ้านที่ถูกจับในข้อหาหนีไปให้กับผู้ก่อการร้าย จนนำมาสู่การสลายการชุมนุมในวันเดียวกันนั้น นับเป็นเหตุการณ์ที่หนักที่สุดสำหรับอำเภอตากใบ นับตั้งแต่มีเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้มาตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2547 ที่มีการปล้นปืนในค่ายทหารที่จังหวัดนราธิวาส

ในวันนั้น ได้เริ่มมีการชุมนุมในช่วงเช้า แต่ที่โรงพยาบาลไม่มีใครทราบสถานการณ์ จนเวลาประมาณ 11 นาฬิกา แพทย์เวรได้รับแจ้งมาว่าเหตุการณ์ไม่ค่อยดี ในขณะที่ผู้อำนวยการไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาล จึงตัดสินใจว่า ถ้ามีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นให้ปิดโรงพยาบาล และได้โทรศัพท์ติดต่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อรับทราบและขออนุญาต

เมื่อทราบว่าเหตุการณ์ไม่ค่อยดี โรงพยาบาลตากใบจึงได้ประสานไปที่โรงพยาบาลต่างๆในจังหวัดนราธิวาส เพื่อขอความช่วยเหลือและเตรียมรถพยาบาลในการรับผู้บาดเจ็บ ซึ่งได้รับความร่วมมือดีมากทั้งจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ประมาณ 15.00 น. ปลัดอำเภอได้ประสานมาที่โรงพยาบาลว่ากำลังสลายฝูงชน ขอให้โรงพยาบาลเตรียมพร้อม มีคนไข้ได้รับบาดเจ็บสาหัสคือ ตำรวจหญิงที่ทรงอก ได้ใส่ ICD เพื่อระบายเลือดออกจากช่องปอด แล้วส่งต่อโรงพยาบาลนราธิวาสได้อย่างปลอดภัย ผู้บาดเจ็บอื่นๆก็ทยอยเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลตากใบ สถานการณ์พอเอื้ออยู่ มีคนไข้ 21 ราย รับไว้ในโรงพยาบาล 3 ราย แม้อยอดผู้ป่วยไม่มาก แต่ความวุ่นวายจากญาติและเจ้าหน้าที่ของรัฐมีมากทีเดียว

บทเรียนที่สำคัญในเหตุการณ์ครั้งนั้น ได้แก่

1. ในวันนั้นร้านค้าในตลาดทุกร้านปิดหมด ปัญหาคือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทั้งที่ขึ้นเวรและอยู่ในเขตบ้านพัก รวมทั้งเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลอื่นที่มารอรับ Refer ไม่มีอาหารเย็นรับประทาน ต้องทนหิวแต่ที่มิในโรงพยาบาลแทนข้าวเย็น วันนั้นจึงเป็นบทเรียนที่สำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลต้องมีการกักตุนอาหารแห้งไว้ในยามฉุกเฉินเสมอ
2. ขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่นั้นสำคัญมาก ในวันนั้นทุกคนเสียขวัญมาก ไม่มีใครคิดว่าในอำเภอตากใบจะเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ ในวันนั้นผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ไปพาครอบครัวไปพักผ่อนในอำเภอหาดใหญ่ เมื่อทราบข่าวและประเมินว่าสถานการณ์ไม่น่าไว้วางใจ จึงตัดสินใจรีบกลับมาที่โรงพยาบาล แม้ในวันนั้นตำรวจที่สนิมสนมจะแจ้งมาว่าอาจไม่ปลอดภัย ระหว่างทางเสี่ยงต่อการถูกปิดกั้นทางหรืออาจมีการโยยเรือใบไว้ที่ถนนก็ได้ แต่ด้วยความเข้าใจในสถานการณ์และภาวะผู้นำของผู้บริหารโรงพยาบาล จึงตัดสินใจว่าอย่างไรก็ต้องกลับโรงพยาบาลให้ได้ จึงประสานทางตำรวจเพื่อทราบสถานการณ์เป็นระยะ เพื่อเลือกเส้นทางที่น่าจะปลอดภัยที่สุด ในวันนั้นหากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากใบไม่กลับโรงพยาบาลแล้วหลายปัญหาที่ยากที่จะคลี่คลายไปได้ด้วยดีได้ นพ.สมชายกล่าวว่า “ถ้าไม่เข้าไป คงจะแย่ เพราะว่าเสียขวัญกันหมด ”

3. การสนับสนุนความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลข้างเคียง ไม่ว่ารถส่งต่อ การประสานเพื่อเตรียมรับผู้ป่วยฉุกเฉิน กำลังใจที่ได้รับจากทางโทรศัพท์ที่มาจากชาวคราวนั้นก็ช่วยให้ความรู้สึในการทำงานในยามวิกฤตดีขึ้นอย่างมาก ส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาลข้างเคียงและเพื่อนแพทย์ในชมรมแพทย์ชนบท
4. ในช่วงกลางคืน มีผู้สื่อข่าว มาเติมโรงพยาบาล แต่ละคนจะขอข้อมูลมากมาย วุ่นวายมาก ทางโรงพยาบาลตากใบจึงแก้ปัญหาโดยประสานกับทาง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และแจ้งกับนักข่าวว่า โรงพยาบาลไม่มีสิทธิให้ข่าว ให้โทรศัพท์หรือติดต่อสัมภาษณ์จาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น ซึ่งก็สามารถลดความกดดันในการให้ข่าวและความวุ่นวายอันเนื่องมาจากผู้สื่อข่าวได้มาก
5. หลังจากเหตุการณ์สลายการชุมนุม ได้มีข่าวลือว่ามีคนตายมากจากการสลายการชุมนุม เพื่อต้องการทำให้เกิดความแตกแยกระหว่างไทยพุทธกับไทยมุสลิมให้มากขึ้น แม้กระทั่งในโรงพยาบาล มีการปล่อยข่าวลือเยอะมาก ต้องพยายามเช็กข่าวลือ เพื่อให้ทราบความจริง มิเช่นนั้นโรงพยาบาลก็จะเป็นแหล่งแพร่ข่าวลือที่เป็นเท็จไปด้วย
6. กรรมการสิทธิมนุษยชนได้ลงมาเยี่ยมผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตากใบ โดยไม่มีการประสานมาล่วงหน้า ซึ่งโชคดีที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาลทำให้สามารถประสานงานและจัดการดูแลได้อย่างเหมาะสม แต่สิ่งหนึ่งที่เห็นชัดเจนก็คือ เมื่อกรรมการสิทธิได้ไปซักถามข้อมูลจากคนไข้ นั้น เขาได้ให้ข้อมูลกรรมการสิทธิเพียงครั้งหนึ่งเท่านั้น เพราะยังไม่ไวใจคนแปลกหน้า คนส่วนใหญ่ไม่รู้ว่กรรมการสิทธิคือใคร ต่างจากข้อมูลที่บอกกับหมอ ซึ่งละเอียดและเป็นข้อมูลจริงมากกว่า
7. หลังจากเหตุการณ์การสลายม็อบ มีเจ้าหน้าที่ผู้ใหญ่จากหลากหลายทบวงกรมมาเยอะมาก มาเยี่ยมบ้าง มาขอข้อมูลบ้าง โทรศัพท์ที่เข้ามาสอบถามก็เยอะมาก จนไม่รู้ว่ใครเป็นตำรวจจริงตัวปลอม

ในสถานการณ์วิกฤตเช่นกรณีของการชุมนุมที่อำเภอตากใบนั้น โรงพยาบาลในบทบาทแนวหลังควรเน้นการตั้งรับในที่ตั้ง เตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยผู้บาดเจ็บทุกคนที่ถูกส่งเข้ามาให้ดีที่สุดตามแนวของแผนการรับมือเหตุเหตุ ในยามวิกฤตนอกจากมีผู้อำนวยการเป็นผู้สั่งการแล้ว ยังควรมีผู้ที่ดูแลรับผิดชอบจัดการข้อมูลผู้บาดเจ็บที่มารับบริการในโรงพยาบาล มีผู้ประสานงานกับหน่วยงานภายนอกที่เข้ามา มีการดูแลขวัญกำลังใจซึ่งกันและกัน และขอกำลังใจสนับสนุนจากหน่วยงานข้างเคียงตามความเหมาะสม

4. บทเรียนจากโรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส

โดย นพ.อดุลย์ เรืองมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรือเสาะ

โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งห่างออกมาจากตัวอำเภอออกมา อยู่โดดเดี่ยวล้อมรอบด้วยสวนยางไม่มีบ้านคนในละแวกใกล้เคียงเลย ดูแลประชากรจำนวน 9 ตำบล 71 หมู่บ้าน รวมประชากรประมาณ 64,000 คน เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาอิสลาม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยาง มีสถานีอนามัยในพื้นที่จำนวน 15 แห่ง ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2548 โรงพยาบาลรือเสาะมีบุคลากรทั้งสิ้น 121 คน เป็นแพทย์ 5 คน ทันตแพทย์ 2 คน เภสัชกร 4 คน และพยาบาล 42 คน

นพ. อดุลย์ เรืองมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรือเสาะ ได้นำเสนอบทเรียนที่เป็นประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ดังนี้

ที่ รพ.รือเสาะ นั้นมีเหตุการณ์ไม่สงบเกิดขึ้น 2 ครั้ง โดยครั้งแรกนั้นมีผู้ก่อการร้ายยิงปืนจากถนนเข้ามาในโรงพยาบาลบริเวณป้อมยาม ปรากฏว่า ยามของโรงพยาบาลนั้นถูกยิงบาดเจ็บ หลังจากเหตุการณ์ในครั้งนั้น เจ้าหน้าที่ฝ่ายความมั่นคงก็ตัดสินใจนำกำลังเข้ามาดูแลความปลอดภัยในโรงพยาบาล นำกระสอบทรายมาถ่วงเสริมที่ป้อมยามจนเป็นเหมือนบังเกอร์ ฝ่ายความมั่นคงได้อนุมัติให้มีปืนกรณีอยู่เวรยามได้

เหตุการณ์ครั้งที่ 2 เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2547 มีการนำศพชาวบ้านศพหนึ่งที่ถูกยิงเสียชีวิตห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 3 กิโลเมตรมาชันสูตรที่โรงพยาบาล อีกครั้งช่วงโง้งถล่มมาขณะกำลังตรวจกำลังถอยรถตำรวจเพื่อไปล้างคราบเลือดจากศพนั้น ก็มีการยิงปืนมาจากสวนยางข้างโรงพยาบาล ยิงถูกหลังคาป้อมยามและต้นสนที่ป้อมยามหักเป็นแถว เป็นการยิงแนวระนาบ จึงสั่งให้ปิดไฟ และทุกคนหมอบ ตอนเช้าตรวจดู พบว่าเป็นกระสุนปืน M16 นับได้ 25 นัด ที่นี้ไม่มีการชูปะทะพ้อ แต่ลงมือเลย ผลจากเหตุการณ์ครั้งนี้ ทำให้เจ้าหน้าที่ขอย้ายกันระนาว โชคดีไม่โดนคนไม่มีผู้บาดเจ็บ แต่โดนจิตใจของเจ้าหน้าที่ทุกคนจนขวัญกระเจิง

องค์กรแพทย์ไร้พรมแดนได้เคยเข้ามาเยี่ยมดูสถานการณ์และโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ เขาตั้งข้อสังเกตว่า หลักการทางการแพทย์แล้ว เราเป็นกลาง เราจะดูแลรักษาพยาบาลทุกคนให้ดีที่สุด ไม่สนใจว่าเป็นฝ่ายไหน เขาจึงแนะนำว่า ใครก็ตามที่เข้าเขตรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล ต้องตรวจและปลดอาวุธทั้งหมด โดยไม่เข้าข้างใคร ทั้งนี้ นี่คือการที่เป็นสากล แต่สำหรับในกรณีความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ นั้น เราคงต้องลองคุยกันดู เพราะเราเป็นข้าราชการ จึงถูกเหมารวมไปแล้วว่าคือฝ่ายอำนาจรัฐที่อยู่ตรงข้ามกับกลุ่มผู้ก่อการไปแล้ว ซึ่งต่างจากองค์กรแพทย์ไร้พรมแดน ที่เป็นคนกลางๆจริงที่เข้าไปจัดตั้งโรงพยาบาลสนามในพื้นที่สู้รบของอีก 2 ฝ่ายที่ตนไม่เกี่ยวข้อง

ดังนั้นโรงพยาบาลคงต้องตัดสินใจเองว่า โรงพยาบาลจะเป็นเขตปลอดอาวุธ มีบังเกอร์หรือป้อมยามข้างหน้าได้ แต่เข้าไปแล้ว ห้ามมีอาวุธปืน และมีป้ายบอกว่าเป็นเขตปลอดอาวุธ หรือว่าในบางพื้นที่ ถ้ามีทหาร/ตำรวจเข้ามาอยู่ด้วย เจ้าหน้าที่จะรู้สึกอุ่นใจและปลอดภัยมากขึ้น แต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน ดังนั้นทุกฝ่ายในโรงพยาบาลคงต้องหารือกันให้ชัด ผู้อำนวยการอย่าตัดสินใจเองตามลำพัง

แต่สำหรับกรณีของโรงพยาบาลรือเสาะนั้น ทางกองอำนวยการเสริมสร้างสันติสุข จังหวัดชายแดนใต้ (กอ.สสส.จชต.) มีความเห็นว่า สำหรับที่ตั้งของโรงพยาบาลรือเสาะนั้น มีความโดดเดี่ยวสูงมาก และเสี่ยงต่อการก่อการร้ายอย่างยิ่ง ดังนั้นทาง กอ.สสส.จชต.จึงได้ส่งกำลังทหารเข้ามาควบคุมพื้นที่ทั้งในและรอบโรงพยาบาลทั้งหมด มีการตั้งฐานปืนกลและบังเกอร์ในพื้นที่โรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลไม่มีสิทธิเลือกว่าจะรับหรือไม่รับ ฝ่ายทหารได้ตัดสินใจส่งกำลังมาประจำเพื่อความมั่นคงโดยไม่มีสิทธิปฏิเสธ

ช่วงแรก ๆ ที่มีทหารมาอยู่ก็มีคนคัดค้าน แต่เราพบว่าทหารมาอยู่นั้นในที่สุดทำให้เรารู้สึกดี เขาตรวจตราละเอียดมากทุกซอกทุกมุม หากเปรียบเทียบระหว่างตำรวจและทหารแล้ว ความเข้มแข็งและวินัยของทหารดีกว่ามาก ตำรวจมาเฝ้าก็เหมือนมาดูทีวี แต่ทหารไม่ใช่ เขาอยู่ที่หน้าบังเกอร์สายตามองสายไปมาอย่างระแวดระวัง ในปัจจุบันนั้นการมีทหารตั้งฐานในโรงพยาบาลนั้น ทำให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนั้นมีความอุ่นใจขึ้น เป็นบวกมากกว่าลบ นับเป็นตัวอย่างที่ชัดที่สุดที่มีหน่วยกำลังไปตั้งฐานคุ้มกันโรงพยาบาล

บทสรุปของทั้ง 4 บทเรียน

จากบทเรียนของทั้ง 4 โรงพยาบาลชุมชนในท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นั้น หัวใจของทุกโรงพยาบาลไม่เฉพาะ 4 แห่งนี้ คือการรักษาขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกวิชาชีพให้ดีที่สุด เพราะหากขาดขวัญกำลังใจแล้ว กำลังคนในระบบสาธารณสุขในพื้นที่ก็จะทยอยกันย้ายออกนอกพื้นที่เสี่ยง ซึ่งแน่นอนว่าในสถานการณ์เช่นนี้ยากที่จะมีวิชาชีพใดย้ายเข้ามาทดแทนคนที่ย้ายออกไป หากย้ายออกจำนวนมาก กำลังคนที่เหลือน้อยลงย่อมต้องรับภาระงานที่หนักขึ้น ไหนจะความเครียดจากสถานการณ์ความไม่สงบ อีกทั้งยังต้องรับภาระงานที่หนักขึ้นจากผู้รับบริการที่มากขึ้นและเพื่อนร่วมงานที่ลดน้อยลง สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่วงจรแห่งความล่มสลายของคุณภาพมาตรฐานในระบบสุขภาพในพื้นที่ เพราะในภาวะเช่นนั้น การย้ายออกจากพื้นที่จะตามมาเป็นลูกโซ่ เป็นวงจรที่ยากจะหยุดได้

ดังนั้นการตัดวงจรการโยกย้ายด้วยการวางระบบการดูแลกันเองในโรงพยาบาล การสร้างขวัญกำลังใจ การเสริมสร้างคุณค่าในการความเสียสละทำงานในสถานการณ์ที่ยากลำบาก เพื่อรอวันที่สถานการณ์จะดีขึ้น ย่อมเป็นภารกิจหลักที่สำคัญยิ่งของทุกโรงพยาบาลในการสร้างไว้ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของอำเภอนั้น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิยะ กิจถาวร จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานีได้ให้ความเห็นที่น่าสนใจยิ่งในวงสัมมนาว่า หลักการสำคัญในวันนี้สำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลแล้วมีเพียง 2 ข้อคือ “ ให้พึ่งตนเอง และให้พึ่งกันเอง ” ประคับประคององค์กรและงานบริการในช่วงเวลาวิกฤตไปให้ได้อีกสัก 2 ปี เป็นอย่างน้อย เชื่อว่าสถานการณ์จะดีขึ้น เพราะการต่อสู้เพื่อแบ่งแยกดินแดนด้วยความรุนแรงเช่นนี้นั้น ในประวัติศาสตร์ของโลกแล้ว ล้วนแต่พ่ายแพ้ เพราะประชาชนทุกฝ่ายในที่สุดจะไม่เห็นด้วย นอกเสียจากว่าขบวนการดังกล่าวจะหันกลับมาต่อสู้ในวิถีทางทางการเมืองด้วยสันติวิธีเท่านั้น

บทเรียนจาก 4 โรงพยาบาลชุมชนในสถานการณ์ไฟใต้ในท่ามกลางสถานการณ์ที่ยังมีการวางระเบิดหรือยิงรายวันเช่นนี้ ยังคงมีความเคลื่อนไหวในการแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหาของทุกโรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และ 5 ชายแดนของจังหวัดสงขลาต่อไป บทเรียนที่น่าเสนอนี้จึงเป็นเพียงบทแรกๆ ในอีกหลายบทที่ควรค่าแก่การบันทึก เพื่อให้ความทุ่มเทและเสียสละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกวิชาชีพในพื้นที่นี้ได้รับการกล่าวขาน และเป็นบทเรียนที่หาได้ยากซึ่งควรค่าแก่การเรียนรู้สำหรับวงการสาธารณสุขในอนาคต

บทที่ 10

สถานการณ์กำลังคนสาธารณสุขใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

บทนำ

สืบเนื่องจากภาวะเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้นปี 2547 จนถึงปัจจุบันและยังไม่สามารถคาดหมายได้ว่าจะเข้าสู่สภาวะปกติได้เมื่อใด ผมได้รับมอบหมายจากทีมงานให้ลองประมวลสถานการณ์ด้านกำลังคนที่ทำงานทางด้านสุขภาพว่าได้รับผลกระทบในเชิงปริมาณ เช่น มีการโยกย้ายออกจากพื้นที่ มีการจัดการเพื่อให้มีกำลังทดแทนอย่างไร เป็นต้น กล่าวโดยรวมคงเป็นลักษณะของการจัดการด้านกำลังคนต่อภาวะวิกฤตินี้แน่นอน

อยากจะเริ่มด้วยการสรุปเหตุการณ์ภาพรวมก่อน โดยจากสถิติของการก่อการร้ายตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2547 ถึงวันที่ 9 เมษายน 2548 พบว่า มีเหตุการณ์ก่อการร้ายทั้งสิ้น 1,356 เหตุการณ์ จำแนกเป็นลักษณะเหตุการณ์ต่างๆ ดังนี้คือ การยิงด้วยอาวุธปืน ร้อยละ 48.45 การลอบวางเพลิง ร้อยละ 25.95 นอกนั้นเป็นการขว้างด้วยขวดน้ำมัน การตัดต้นยางพารา การวางระเบิด การทำร้ายด้วยอาวุธมีคม การปล้นปืน และการถูกตีด้วยอาวุธและของแข็ง จากเหตุการณ์ดังกล่าว พบว่า มีผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวน 957 ราย บาดเจ็บจนเสียชีวิต 524 ราย

ที่ใกล้ชิดของผู้ที่ทำงานในพื้นที่พบว่า จำนวนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด มีเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อเจ้าหน้าที่และสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 6 เหตุการณ์ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขถูกยิงเสียชีวิตขณะเดินทางไปปฏิบัติงาน 5 ราย เป็นข้าราชการโรงพยาบาลมายอ จ.ปัตตานี 1 ราย ลูกจ้างโรงพยาบาลปะนาเระ จ.ปัตตานี 1 ราย ลูกจ้างโรงพยาบาลระแงะ จ.นราธิวาส 1 ราย ลูกจ้างโรงพยาบาลรามัน จ.ยะลา 1 ราย และลูกจ้างโรงพยาบาลกะพ้อ จ.ปัตตานี 1 ราย รวมทั้งเจ้าหน้าที่หน่วยมาลาเรีย จ.นราธิวาส ถูกยิงในพื้นที่ อ.สายบุรี จ.ปัตตานี ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 1 ราย นอกนั้นเป็นการเผาบ้านพักสถานีอนามัย ต.หนองแรต อ.ยะหริ่ง และ ต.ลางา อ.มายอ จ.ปัตตานี และการยิงป้อมยามโรงพยาบาลรือเสาะ จ.นราธิวาส (ไม่นับรวมเหตุการณ์บริเวณกรือเซะ ที่สถานีอนามัยได้รับลูกหลงจากอาวุธปืนบางส่วน)

เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างในทุกระบบ ทั้งกรณีความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของบุคคลและครอบครัว ผลกระทบต่อเสถียรภาพทางเศรษฐกิจในทุกระดับโดยเฉพาะในระดับพื้นที่และระดับภูมิภาค ที่ทำให้ระดับรายได้ทางการค้าและการท่องเที่ยวลดลง ผลกระทบต่อภาพลักษณ์ทางการเมืองต่อการแก้ไขปัญหา และผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ *ประการสำคัญกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขอย่างชัดเจน ทั้งในด้านความพร้อมในการบริการที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข กระทบต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรสาธารณสุขที่มีสภาพการณ์ของความขาดแคลนอยู่เดิมให้ทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นทั้งในระยะสั้น และคาดว่าจะส่งผลในระยะยาว เนื่องจากอยู่ในภาวะหวั่นวิตกต่อความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นทั้งในขณะปฏิบัติงาน และในระหว่างการเดินทางจากภูมิลำเนาไปยังสถานบริการ*

ข้อมูลกำลังคนด้านสาธารณสุขใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกำลังคนตามมาตรฐาน GIS (Geographical Information System) ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดสรรบุคลากร จำแนกรายจังหวัด เฉพาะ 4 กลุ่มวิชาชีพคือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูล GIS และจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง

จังหวัดยะลา			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	217	75	34.56
2. ทันตแพทย์	58	21	36.20
3. เภสัชกร	47	48	102.18
4. พยาบาล	970	969	99.90

จังหวัดปัตตานี			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	85	75	88.24
2. ทันตแพทย์	57	29	50.88
3. เภสัชกร	72	52	72.22
4. พยาบาล	786	766	97.45

จังหวัดนราธิวาส			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	107	75	70.09
2. ทันตแพทย์	58	21	36.21
3. เภสัชกร	55	45	81.82
4. พยาบาล	790	730	92.41

ข้อมูลรวม 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	409	225	55.01
2. ทันตแพทย์	173	71	41.04
3. เภสัชกร	174	145	83.33
4. พยาบาล	2,546	2,465	96.82

จากฐานข้อมูล GIS ในภาพรวม 4 วิชาชีพต่ำกว่าเกณฑ์ เมื่อจำแนกรายวิชาชีพพบว่า ในกลุ่มวิชาชีพ แพทย์ (55.01%) ทันตแพทย์(41.04%) มีความขาดแคลนค่อนข้างสูง ในขณะที่วิชาชีพพยาบาลและเภสัชกรอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยที่ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย ถ้าวัดถึงรายละเอียดในรายจังหวัดพบข้อมูลที่น่าสนใจว่า จังหวัดยะลามีจำนวนแพทย์ต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด(34.56%) โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางบางสาขาที่มีความจำเป็นสูงในสถานการณ์ความรุนแรง เช่น ศัลยกรรมทั่วไป (มีจริง 1) ศัลยกรรมกระดูก (มีจริง 1) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินซึ่งมีผู้บาดเจ็บทั้งจากการถูกทำร้ายของฝ่ายตรงข้าม หรือกรณีการปะทะกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในรูปแบบต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในกรณีรายวัน และกรณีการชุมนุมประท้วงเป็นครั้งคราว หรืออาจจะไม่มีกรณีอื่นๆที่ไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้

จากการสำรวจเปรียบเทียบข้อมูลการสูญเสียและการรับเข้าในปี 2547 และ 2548 เพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์ทางด้านกำลังคนตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลจำนวนบุคลากรเปรียบเทียบปี 2547 และ 2548 ในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลชุมชนรวมจังหวัดยะลา โรงพยาบาลชุมชนรวมจังหวัดปัตตานี และโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดนราธิวาส

แบบสำรวจจำนวนบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข 3 จังหวัดชายแดนใต้

ข้อมูล ณ 29 เมษายน 2548

ข้อมูลรวมโรงพยาบาลศูนย์ยะลา

สายงาน	จำนวน ที่ควรมี (GIS)	ปี 2547 (คน) (ณ ก.ย.47)	ข้อมูลสูญเสียปี 2548 (คน)						ข้อมูลรับเข้าปี 2548 (คน)				รวม คงเหลือ
			ย้าย/ โอน	ลาออก	เกษียณ	ลา ศึกษา	ตาย	รวม	ย้าย เข้า	กลับ จาก ศึกษา	บรรจุ ใหม่	รวม	
1.แพทย์	151	53	12	3	-	-	-	15	-	6	9	15	53
2.ทันตแพทย์	27	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
3.เภสัชกร	25	25	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	23
4.พยาบาลวิชาชีพ	645	542	11	2	1	4	-	18	1	5	-	6	530
5.พยาบาลเทคนิค													
6.เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	106	147	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	147

ข้อมูลรวมโรงพยาบาลชุมชน จ.ยะลา

สายงาน	จำนวน ที่ควรมี (GIS)	ปี 2547 (คน) (ณ ก.ย.47)	ข้อมูลสูญเสียปี 2548 (คน)						ข้อมูลรับเข้าปี 2548 (คน)				รวม คงเหลือ
			ย้าย/ โอน	ลาออก	เกษียณ	ลา ศึกษา	ตาย	รวม	ย้าย เข้า	กลับ จาก ศึกษา	บรรจุ ใหม่	รวม	
1.แพทย์	41	16	5	1	-	-	-	6	1	-	-	1	11
2.ทันตแพทย์	24	8	2	-	-	-	-	2	-	-	6	6	12
3.เภสัชกร	21	19	1	-	-	-	-	1	1	-	1	2	20
4.พยาบาลวิชาชีพ	255	255	-	-	-	-	-	0	-	-	-	0	255
5.พยาบาลเทคนิค													
6.เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	152	138	3	-	-	-	-	3	-	-	-	0	135

ข้อมูลรวมโรงพยาบาลชุมชน จ.ปัตตานี

สายงาน	จำนวนที่ ควรมี GIS	ปี 2547 (คน) (ณ ก.ย.47)	ข้อมูลปี 2548 (คน)						ข้อมูลปี 2548				รวม คงเหลือ
			ย้าย/ โอน	ลาออก	เกษียณ	ลา ศึกษา	ตาย	รวม	ย้าย เข้า	กลับจาก ศึกษา	บรรจุ ใหม่	รวม	
1. แพทย์	47	47	4	-	-	5	-	9	7	-	9	16	54
2. ทันตแพทย์	33	24	1	-	-	2	-	3	1	-	3	4	25
3. เภสัชกร	48	38	-	-	-	1	-	1	1	-	-	1	38
4. พยาบาลวิชาชีพ	556	358	3	-	-	2	-	5	1	-	17	18	371
5. พยาบาลเทคนิค		109	-	-	-	19	-	19	-	26	4	30	120
6. เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	-	186	2	-	-	8	1	11	1	6	13	20	195

ข้อมูลรวมโรงพยาบาลทั่วไป จ.นราธิวาส

สายงาน	จำนวนที่ ควรมี GIS	ปี 2547 (คน) (ณ ก.ย.47)	ข้อมูลปี 2548 (คน)						ข้อมูลปี 2548				รวม คงเหลือ
			ย้าย/ โอน	ลาออก	เกษียณ	ลา ศึกษา	ตาย	รวม	ย้าย เข้า	กลับจาก ศึกษา	บรรจุ ใหม่	รวม	
1. แพทย์	48	32	-	-	-	6	-	6	-	-	6	6	32
2. ทันตแพทย์	19	6	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	5
3. เภสัชกร	18	15	-	-	-	1	-	1	-	1	-	1	15
4. พยาบาลวิชาชีพ	250	238	-	-	1	2	-	3	-	-	5	5	240
5. พยาบาลเทคนิค		133	-	-	-	20	1	21	-	1	1	12	124
6. เจ้าหน้าที่อื่น ๆ	-	84	-	-	-	3	-	3	-	1	6	7	88

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลจำนวนบุคลากรเมื่อปี 2547 กับปี 2548 พบว่า การสูญเสียและการทดแทนอยู่ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่การสูญเสียเป็นการลาศึกษาต่อ กรณีย้าย โอน ลาออก มีเล็กน้อย ในขณะที่เกี่ยวกับการทดแทนเป็นการบรรจุใหม่และการกลับจากการศึกษาต่อมากที่สุด อย่างไรก็ตามยังคงต้องติดตามข้อมูลในส่วนของการกลับจากการศึกษาต่อ โดยเฉพาะกรณีแพทย์เฉพาะทางที่ส่วนใหญ่จะจบการศึกษาประมาณเดือนมิถุนายน 2548 เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะลาออก เช่น กรณีแพทย์อายุรกรรมทุนโรงพยาบาลรามาที่เพิ่งยื่นหนังสือลาออกเมื่อต้นเดือนพฤษภาคมที่ผ่านมา

อาจกล่าวได้ว่า อัตรากำลังคน ผู้ที่ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีสภาพปัญหาความขาดแคลนในบางสาขาวิชาชีพอยู่ในขั้นรุนแรงมาก่อนหน้านี้ สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น เป็นภาวะคุกคามที่กระตุ้นให้เกิดภาวะการหนีหลอกลวงของผู้ทำงานออกจากพื้นที่ การคาดการณ์และความวิตกกังวลต่างๆทำให้มีการประเมินและพยายามหาทางลดการสูญเสีย ความพยายามจะรักษาคณเดิมให้อยู่ในพื้นที่ รวมถึงการจัดกำลังคนทดแทน จากข้อมูล

ดังกล่าวถึงข้างต้น สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า “ดีกว่าที่คาด” มีเหตุผลที่พอประมวลได้ดังนี้

1. มาตรการทางการเงิน โดยเฉพาะค่าตอบแทนพิเศษแก่นุคลากรสาขาขาดแคลนในอัตราต่อเดือน ดังนี้ สาขาแพทย์ /ทันตแพทย์ เดือนละ 10,000 บาท/คน เกษัชกร เดือนละ 5,000 บาท/คน และพยาบาลวิชาชีพ เดือนละ 1,000 บาท/คน ทั้งในหน่วยงานที่เป็นพื้นที่ปกติและพื้นที่เสี่ยงภัยทุกันดารเดิม ซึ่งเบิกจ่ายจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากส่วนกลาง รวมทั้งเบิกจ่ายค่าตอบแทนพิเศษได้อีกจากเงินบำรุงของสถานบริการนั้นๆ ในอัตราที่สูงขึ้นโดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการระดับจังหวัด ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้สึกได้อะไรบางอย่างชดเชยกับสิ่งที่สูญเสียโอกาสบางอย่างไป
2. มาตรการการจัดการ เป็นที่น่ายินดีว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ปรับตัวและให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เช่นการจัดสรรงบประมาณเพื่อความปลอดภัยและมั่นคง ได้แก่ บ้านพัก รั้ว กล้องวงจรปิด รถยนต์รับส่งพนักงาน เป็นต้น รวมถึงครุภัณฑ์ที่มีความจำเป็นในภาวะวิกฤติ
3. การบรรจุนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นข้าราชการเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับสิทธิแตกต่างจากนักเรียนทุนในจังหวัดอื่นๆ (ลูกจ้างชั่วคราว) โดยมีเงื่อนไขให้ปฏิบัติในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 4 ปี อีกทั้งทำให้รุ่นพี่ๆ ที่อยู่เดิม
4. การให้โอกาสได้รับเงื่อนไขบางอย่างและการศึกษาต่อเนื่องกรณีพิเศษ เช่นกรณีแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 (Intern) มีโอกาสเลือกสถานที่ปฏิบัติงานจริงในปีที่ 2 ก่อนแพทย์ทั่วไปในพื้นที่อื่นๆ กรณีการจัดหาทุนและศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทางก่อนคนอื่น เป็นต้น
5. บุคลากรส่วนใหญ่ที่จะยังคงปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดเป็นคนในพื้นที่ ความรู้สึกผูกพัน ความห่วงใย ญาติพี่น้อง สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญและเป็นแรงเหวี่ยงให้อยู่ต่อไป
6. กรณีแพทย์ เป็นช่วงจังหวะที่ดีที่มีแพทย์ชนบทโควตาใน 3 จังหวัดจบมาทำงานในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา รวมถึง 11 คน ถึงแม้จะไม่มีพันธะในเรื่องเวลาการชดเชยพื้นที่แน่นอน แต่ก็สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้บ้าง

อุปสรรคยังไม่สิ้น การกิจที่สานต่อ

“สิ่งที่ทำอยู่ มีทางทำให้ดีกว่านี้ได้ไหม”

“What we are doing can be done better?”

ท่ามกลางภาวะวิกฤติ การแก้ปัญหาที่ผ่านมาดูเหมือนจะเริ่มถูกทาง ปัญหา 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นปัญหาที่สลับซับซ้อนและเรื้อรัง การแก้ปัญหากำลังคนสาธารณสุขด้วยมาตรการต่างๆ ทั้ง ค่าตอบแทน สิทธิพิเศษ งบประมาณสนับสนุนความปลอดภัย การผลิตแพทย์เพิ่มใน 3 จังหวัด ฯลฯ เป็นจุดเริ่มต้นของการตั้งใจแก้ปัญหาปัญหากำลังคนด้านสาธารณสุขมีมาช้านานเช่นเดียวกับส่วนอื่นๆ การแก้ปัญหาโดยการมองแบบเสียใจ คงจะหมดสมัยและไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ข้อเสนอในการแก้ปัญหากำลังคนเพิ่มเติม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ปฏิบัติงานอยู่บนหลักการ 2 อย่าง คือการมองปัญหาอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ และ มองพื้นที่ 3 จังหวัดเป็นพื้นที่เฉพาะ ที่ต้องให้เกณฑ์แตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ โดยมีแนวทางในการแก้ปัญหาดังนี้

1. การแก้ปัญหากล้าคน โดยเปิดโอกาสให้คนในพื้นที่โดยเฉพาะในชนบท ได้มีโอกาสในวิชาชีพสายสุขภาพมากขึ้น ขณะเดียวกันควรสนับสนุนบุคลากรเดิมในการศึกษาต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้กล้าคนให้เพียงพอและยกระดับความรู้ความสามารถในการจัดบริการโดยรวม
2. การจัดระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม ครอบคลุมสหวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุขต้องวางแผนและมองไปอนาคตสำหรับพื้นที่เสี่ยงภัย เพื่อคงไว้ให้ผู้ปฏิบัติงานและเป็นแรงจูงใจสำหรับคนใหม่ที่เข้ามาทดแทน
3. การจัดสรรกล้าคนควรมีการ Top up นอกเหนือเกณฑ์ GIS ตามหลักการพื้นที่เฉพาะ
4. ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับกล้าคนด้านสุขภาพ เช่นมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิชาการในพื้นที่ ตัวแทนวิชาชีพ องค์กรชุมชน ควรร่วมกันจัดการแบบพันธมิตร (Partnership) ในลักษณะร่วมด้วยช่วยกัน กำหนดบทบาทของแต่ละองค์กรในการแก้ปัญหาในระยะยาว

บทส่งท้าย

ในฐานะเป็นเพื่อนร่วมวิชาชีพ ต้องขอแสดงความชื่นชมกับพี่ๆ เพื่อนๆ น้องๆ ชาวสาธารณสุขทุกท่าน พวกเราได้แสดงออกถึงหัวใจของการดูแลผู้คนในสังคม โดยไม่เลือกว่าใครจะอยู่ฝ่ายใด ความรับผิดชอบ ภาระหน้าที่และบทบาทที่ผ่านมา เป็นที่เด่นชัด สถานบริการทุกระดับยังไม่มีคำว่า ปิดบริการ ฟ้องประชาชนที่ประสบปัญหา ทุกข์ยากมากกว่าพวกเรา ยังให้ความศรัทธา ความเชื่อมั่น และความไว้วางใจ ขอเป็นกำลังใจให้ทุกท่าน ให้มีจิตใจมุ่งมั่นแน่วแน่ เหมือนอย่างทีหลวงวิจิตรวาทการ ได้กล่าวถึงชีวิตไว้ว่า

“...ชีวิตคือการต่อสู้ ศัตรูคือยากำลัง อุปสรรคคือหนทางแห่งความสำเร็จอันดี บุคคลที่ไม่เคยมีศัตรูจะเป็นผู้ที่เข้มแข็งไม่ได้ ชีวิตที่ไม่เคยประสบการต่อสู้ย่อมเป็นชีวิตที่อ่อนแอ งานที่สำเร็จราบรื่นโดยไม่มีอุปสรรค ย่อมเป็นงานที่ไม่หนักแน่นถาวร”

บทสรุป

ภาวะความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และบางอำเภอของจังหวัดสงขลา ยังคงดำเนินมาต่อเนื่องจนปัจจุบัน (กลางปี 2548) สิ่งที่เตือนเร่ว่า ภาวะการณ์ได้กลับกลายเป็นปัญหาเรื้อรังเกิดจากเหตุการณ์ความรุนแรงหลายครั้งโดยเฉพาะเหตุการณ์ 28 เมษายน 2547 ที่กรีซและกรณี ตากใบ 25 ตุลาคม 2547 เมื่อต่างฝ่ายได้ก่อเหตุของความรุนแรงต่อกัน ผู้คนรอบข้างของทั้ง 2 ฝ่ายย่อมเกิดความเคียดแค้นไม่พอใจต่อกัน ความขัดแย้งในเชิงศาสนาวัฒนธรรมหรือแม้แต่การแบ่งแยกดินแดน ก็อาจเจือไปด้วยการมุ่งก่อการร้ายเพื่อขัดแย้งความเคียดแค้นต่อกัน เจือปนจากความไม่พอใจจากการกดขี่เข้มงวดเปลี่ยนไปเป็นการก่อการร้ายอันเป็นเครื่องมือสำคัญของฝ่ายที่ไม่ได้มีอำนาจ ภาวะความรุนแรงไม่เพียงส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในวงกว้าง ยังส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามในภาวะการณ์ที่เกิดขึ้น การศึกษาการจัดการบริการสุขภาพก็ค้นพบเงื่อนไขอันบรรเทาไม่ให้อาการการเจ็บป่วยและการจัดการบริการสุขภาพเลวร้ายลงเกินไป จากคุณภาพของการที่รัฐได้เปิดโอกาสในคนในพื้นที่ได้มีโอกาสศึกษาเล่าเรียนทางด้านวิชาชีพสุขภาพ และกลับไปเป็นแกนสำคัญในการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน ผลจากความรุนแรงทำให้การจัดการบริการสุขภาพในพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ห่างไกลลดน้อยลง แต่ลูกหลานของชาว 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงเป็นแกนหลักที่สำคัญเพื่อให้บริการแก่ประชาชนในบ้านเกิดเมืองนอนของเขา

การศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพพบว่า

1. เหตุการณ์ความรุนแรงได้ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพในวงกว้าง โดยเฉพาะการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ชนบทมีการปรับเปลี่ยนเวลาการจัดบริการ ปรับลดกิจกรรม งดหรือหลีกเลี่ยงการออกปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยง แนวโน้มระยะยาวอาจเกิดปัญหาความครอบคลุมของการบริการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรค สำหรับสถานพยาบาลระดับ โรงพยาบาลมีปัญหาจากการส่งต่อผู้ป่วยหนักระหว่างสถานพยาบาล ทั้งสืบเนื่องจากความขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางบางสาขาและปัญหาความไม่ปลอดภัยในระหว่างการส่งต่อ
2. บริการแบบผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลปฐมภูมิ กลุ่มสถานื่อนามัยลดลง ในขณะที่บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะไม่เพิ่มขึ้นแต่มีแนวโน้มความรุนแรงของโรคมามากขึ้น
3. ปัญหาที่คุกคามต่อบุคลากรสุขภาพมากที่สุดคือ ความรู้สึกวิตกกังวลต่อสถานการณ์ความปลอดภัยทั้งในชีวิตการปฏิบัติงานและชีวิตส่วนตัว หลายครั้งเกิดเหตุต่อผู้ร่วมงานและญาติมิตรหลายครั้งเกิดเหตุคุกคามต่อสถานพยาบาล อย่างไรก็ตามปัญหาที่คุกคามต่อบุคลากรมากกว่าก็คือความรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยของบุคคลในครอบครัว สามี ภรรยา และบุตรธิดา ตลอดจนพ่อแม่ พี่น้องและญาติมิตร บุคลากรที่เป็นผู้มีภูมิลำเนาจากต่างถิ่นได้รับผลกระทบในด้านนี้สูงจนมีการขอย้ายออกจากพื้นที่
4. มีการโยกย้ายของบุคลากร แม้ว่าการโยกย้ายจะได้รับการทดแทนจากการจัดสรรบุคลากรเพิ่มเติม แต่บุคลากรในพื้นที่เองก็มีการโยกย้ายในลักษณะการโยกย้ายจากพื้นที่ชนบท พื้นที่เสี่ยงเข้าสู่เขตเมือง การย้ายจากพื้นที่เสี่ยงหรือในเขตเมืองของบุคลากรจากภูมิลำเนาอื่นสู่จังหวัดอื่น

อย่างไรก็ตามจุดสำคัญที่ได้ลดเงื่อนไขการสูญเสียบุคลากรโดยรวมได้คือภูมิภานาของบุคลากรบุคลากรในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นผู้มีภูมิภานาใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ สำหรับกลุ่มที่อาจจะยังมีปัญหาการสูญเสียคือกรณีของกลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญบางสาขา ทั้งด้วยเหตุของการขาดแคลนอยู่ก่อนแล้ว และจากเหตุการณ์ความรุนแรงได้ส่งผลกระทบต่อจนผลักดันให้เกิดมีการโยกย้ายออกจากพื้นที่

แนวทางในการแก้ปัญหาระยะสั้น

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา มีกระบวนการหลายประการที่ได้ช่วยแก้ปัญหาโดยเฉพาะการปรับปรุงระบบค่าตอบแทน อย่างไรก็ตามการแก้ปัญหาจากการศึกษามีข้อเสนอหลายประการที่สำคัญประกอบด้วย

1. การแก้ปัญหาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน โดยเฉพาะประเด็นที่คุกคามต่อการจัดบริการสุขภาพ
2. การปรับปรุงระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการต่างๆอย่างครอบคลุม และเป็นธรรมกับผู้ปฏิบัติงานทุกกลุ่ม
3. การสร้างระบบสนับสนุนในภาวะวิกฤต เช่น การสร้างระบบให้คำปรึกษาและรับส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการจัดบุคลากรเสริมอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่เกิดเหตุการณ์รุนแรง

แนวทางในการแก้ปัญหาระยะยาว

1. การดำเนินการใด ๆ ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ด้วยสันติวิธี และการธำรงรักษาสันติภาพที่ได้มาไว้ จึงจะเป็นเครื่องมือและกลไกที่นำไปสู่การแก้ปัญหาความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนในพื้นที่ และนำมาซึ่งความสันติสุขอันจะเป็นเครื่องมือให้ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพและครอบครัวของเขาดำรงอยู่ในพื้นที่เพื่อจัดบริการสุขภาพอันก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชน
2. การแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากร โดยเปิดโอกาสให้คนในพื้นที่โดยเฉพาะคนในชนบทได้มีโอกาสทางการศึกษาวิชาชีพด้านบริการสุขภาพและสาธารณสุขมากขึ้น สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรซึ่งอยู่ในพื้นที่ปัจจุบัน นอกจากจะเป็นการเพิ่มกำลังคนให้เพียงพอและยกระดับความรู้ความสามารถความเชี่ยวชาญ ยังจะเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพที่พึ่งตนเองได้ของท้องถิ่นในระยะยาว
3. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการพัฒนากลไกให้หน่วยบริการเป็นสถานพยาบาลที่ชุมชนมีความเป็นเจ้าของ ร่วมลงทุน ลงแรง และร่วมพัฒนา ภายใต้บริบทและวิถีทางที่แตกต่างกัน ในด้านภาษา ศาสนา และวัฒนธรรม จะเป็นอีกกลไกหนึ่งที่จะปกป้องและหนุนช่วยให้สถานพยาบาลสามารถจัดบริการสุขภาพอันเป็นที่ยอมรับของชุมชน
4. ระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม ยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่รัฐจะต้องวางแผนในระยะยาว สำหรับพื้นที่เสี่ยงภัยและก้นดาร์ เพื่อรักษาผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ไว้และจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานรุ่นใหม่ ๆ เข้ามาปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป

การพัฒนา

1. การประชุมแลกเปลี่ยนเพื่อการสื่อสารข้อมูลที่ต้องการในการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตบริการสุขภาพที่ได้ดำเนินการต่อเนื่องในปี 2547 ได้ก่อให้เกิดคุณูปการสำคัญในการสื่อสารข้อมูลถึงกันของบุคลากรในพื้นที่ และจากพื้นที่ข้างเคียง ซึ่งมีสถานพยาบาล สถาบันการศึกษาที่สามารถจะใช้ศักยภาพในการสนับสนุนหรือแบ่งเบา

ปัญหาและภาระที่เกิดขึ้น การแลกเปลี่ยนข้อมูลและความเห็น ได้ทำให้เกิดการส่งผ่านข้อมูลไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง และที่สำคัญคือ ข้อมูลที่สื่อสารกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไปถึงคณาจารย์และนักวิชาการสาขาต่าง ๆ ได้เกิดพลังในการนำไปพัฒนาภายใต้เงื่อนไขของแต่ละวิชาชีพ

2. การพัฒนาระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อทางการแพทย์

ในกลุ่มแพทย์มีอาจารย์และผู้เชี่ยวชาญที่มีจิตใจอาสา ได้อาสาเป็นผู้ให้คำปรึกษาและรับส่งต่อผู้ป่วย ทางโครงการได้จัดพิมพ์รายนามอาจารย์ พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่ และ e-mail address เผยแพร่ไปยังสถานพยาบาลต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม การใช้ประโยชน์ยังคงจำกัดวงอยู่ในหมู่ผู้รู้จักคุ้นเคยกัน แต่ก้สะท้อนถึงเงื่อนไขและความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบดังกล่าวต่อไป

สำหรับการพัฒนาระบบส่งต่อ แม้ว่าจะมีความร่วมมือและความพยายาม แต่ยังมีปัญหาของโครงสร้างการจัดบริการสาธารณสุขระหว่างกระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ และองค์กรด้านสุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งกรอบแนวคิดของแต่ละองค์กรที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะการพยายามสร้างกรอบการดำเนินงานที่เป็นอุปสรรคในการรับส่งต่อ (สร้างดาวกันคนละดวง) และการหลงลืมภารกิจของการเป็นหน่วยงานของรัฐที่จะต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ประชาชน ไม่ใช่การจัดบริการเพื่อกำไรของหน่วยงาน อย่างไรก็ตามการได้สื่อสารและแลกเปลี่ยนกันได้ช่วยให้เกิดความเข้าใจอันดีต่อกันมากขึ้น โดยเฉพาะความเข้าใจต่อกันของผู้ปฏิบัติงานในระบบส่งต่อผู้ป่วย

3. การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อความปลอดภัยในการจัดบริการภายใต้ภาวะวิกฤต

ความปลอดภัย เป็นประเด็นที่กลายมาเป็นสิ่งที่สำคัญแต่กลางปี 2547 จากเดิมที่มีความวิตกเรื่องการปรับเปลี่ยนและลดบริการบางด้าน ที่อาจจะมีผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาว มาเป็นการพยายามที่จะดำรงบริการสุขภาพไว้เท่าที่เป็นไปได้ ตามสมควรแก่ศักยภาพที่มีอยู่และผู้ปฏิบัติงานสามารถเกิดความปลอดภัยพอสมควรในสถานการณ์ที่รุนแรง การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องความปลอดภัยเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีความพร้อมที่จะรับสถานการณ์ทั้งในชีวิตประจำวันและในการปฏิบัติงาน จึงได้เกิดการพัฒนาคู่มือความปลอดภัยของสถานพยาบาลและบทเรียน โดยผ่านการแปล ทบทวนเอกสารและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการของนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งต่อมาทางโครงการได้เรียบเรียงและเผยแพร่ให้สถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้นำไปเป็นตัวอย่างเบื้องต้นที่จะปรับใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละสถานพยาบาลต่อไป

4. การพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

จากการศึกษาข้อมูลความเห็นของอาจารย์แพทย์และแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในชนบท มีความเห็นถึงความเป็นไปได้ในการจัดการศึกษาต่อเนื่องในสาขาต่าง ๆ ทางด้านการแพทย์ โดยใช้ศักยภาพของสถานพยาบาลในพื้นที่ และมีผู้สนใจที่จะศึกษา อย่างไรก็ตามสถาบันการศึกษายังไม่ได้มีการดำเนินการอย่างจริงจัง ทางโครงการจึงได้นำแนวคิดมาพัฒนาหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยยังคงปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยได้ศึกษาและทดสอบหลักสูตรระยะสั้น ๆ จากนั้นได้ทบทวนโรงพยาบาลชุมชนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นสถาบันสมทบในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน โดยตัวโครงการได้เปิดกว้างไม่เพียงกลุ่มที่จะศึกษาเต็มรูปแบบของแพทย์ประจำบ้านแต่ยังครอบคลุมแพทย์ที่สนใจเพื่อการพัฒนาความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน ในการพัฒนาครั้งนี้ได้ขยายเนื้อหาให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยได้พัฒนาเนื้อหาการแพทย์กับวิถีมุสลิม (Muslim & Medicine) และหลังจากได้ใช้ในการเรียนการสอนของแพทย์หลังปริญญาและนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ของศูนย์แพทยศาสตรศึกษา

ชั้นคลินิก โรงพยาบาลใหญ่แล้ว ได้รับการประเมินและตอบรับที่ดี ทางโครงการจึงเตรียมที่จะนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ของบุคลากรสุขภาพที่จะได้เรียนรู้เพื่อนำไปปรับใช้ในเหมาะสมกับพื้นที่ต่อไป

5. การนำเสนอข้อมูลเพื่อการพัฒนาทางด้านการศึกษา

โครงการได้นำเสนอข้อมูลแก่สาขาวิชาต่าง ๆ โดยเฉพาะประเด็นสำคัญเรื่องภูมิปัญญาของบุคลากรสุขภาพและความต้องการการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรในพื้นที่

หลักสูตรแพทยศาสตร์ใหม่สำหรับจังหวัดชายแดนภาคใต้ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้อยู่ในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรและการพัฒนากระบวนการจัดการเรียนการสอนที่จะใช้ฐานเป็นโรงพยาบาลใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ขณะนี้ได้มีการรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 และเริ่มการเรียนการสอนแล้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้เริ่มโครงการเปิดหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่องให้กับพยาบาล ในหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญเพื่อเป็นการศึกษาต่อเนื่องให้กับบุคลากรในภาคใต้ตอนล่าง โดยเฉพาะ 3 จังหวัดชายแดน ขณะนี้ได้พัฒนาอาจารย์และเตรียมสถานที่ฝึกแล้ว การพัฒนาพยาบาลเวชปฏิบัติจะเป็นรากฐานสำคัญอีกด้านหนึ่งของการสร้างบุคลากรสุขภาพให้ครอบคลุมและมีคุณภาพในการจัดบริการแก่ประชาชนในพื้นที่

โครงการได้ดำเนินมาและยุติลงด้วยเงื่อนไขของระยะเวลาของโครงการ แต่ความพยายามในการแก้ปัญหาและการพัฒนาต่าง ๆ ของผู้เกี่ยวข้องยังคงดำเนินการต่อไป ความพยายามนำสันติวิธีมาใช้และความร่วมมือร่วมใจกันของผู้ให้บริการสุขภาพ จะช่วยคำจูงใจสังคมเราพัฒนาไปสู่สังคมที่ประชาชนและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งครอบครัวมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

มีบทเพลงเก่า ๆ ในช่วงที่ประเทศเรามีความไม่สงบในขอบเขตทั่วประเทศเมื่อ 2 – 3 ทศวรรษก่อน อาจจะพอเป็นเชื้อของความมานะพยายามของเรา

“มาเกิดมาหนุ่มสาวคนเราร้อน
อย่าเกี้ยวอนกับผู้ที่หลับใหล
อย่าเกี้ยวอนกับผู้ที่อยู่ไกล
อย่าท้อใจรอไฟบรรลัยกัลป์
มาเกิดมาหนุ่มสาวคนอยากเห็น
มาร่วมเป็นคนสร้างหนทางใหม่
มาร่วมเป็นเพื่อผู้จะเดินทางไกล
มาร่วมใจเป็นหมู่อยู่รวมพลัง”