



รายงานวิจัย การจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบใน พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

โดย

สะแลแม อาแวนิ Salaemae Awaeni
มูฮาหมัดโยฮัน วารัม Muhamadyohan Waram
รอซาลี สารีเดะ Rozalee Saredea
มูฮัมหมัดฟาซี ลาเต๊ะ Muhammadfaozi Lateh
อับดุลตอลละ จะปะกียา Abdultoleh Chapakiya

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข

มิถุนายน 2553

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ และสนับสนุนงบประมาณโดยสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส.ภาคใต้ มอ.)

ขอขอบคุณ ทีมอาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง ผศ.ดร.สุกัญญา โลจนาภิวัฒน์ อ. อรสา กนกวงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ ดร.นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ที่ได้ส่งเสริมชี้แนะและเติมเต็มความรู้แก่ทีมวิจัยทั้งหมด ทำให้ได้รับความสำเร็จในการดำเนินงานวิจัย

ทีมวิจัยขอขอบคุณ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บ้านโคกหญ้าคา และบ้านกาแลสะนอ ตำบลคลองใหม่ อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ที่ให้ความร่วมช่วยเหลือทีมวิจัยในการจัดเก็บข้อมูลในเชิงลึก และคุณแวลียัส อีบู หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลคลองใหม่ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานในระดับพื้นที่ ทำให้ทีมวิจัยได้ดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ได้ตามวัตถุประสงค์

ขอขอบคุณ ทีมงานจัดเก็บข้อมูล และประมวลข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ทุกท่าน

ขอขอบคุณ สมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ที่ได้สนับสนุนให้ทีมวิจัยได้รับการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้

สะแลแม อาแวนิ และคณะ

มิถุนายน 2553

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การจัดการสุขภาพของประชาชนในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน 2) เงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยชาวบ้านไทยพุทธและไทยมุสลิม จาก 2 หมู่บ้านในตำบลคลองใหม่ อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ได้แก่ ชาวบ้านทั่วไป ชาวบ้านที่ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ ผู้นำศาสนา/ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/กลุ่มแม่บ้าน หมู่บ้านละ 18 คน การเก็บข้อมูลใช้การสังเกต สัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม และใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสรุปประเด็น (Thematic Analysis) ระหว่างเดือนสิงหาคม 2551-มกราคม 2553

ผลการศึกษา พบว่า

ภาวะสุขภาพในช่วงสถานการณ์ความไม่สงบ ชาวบ้านไทยพุทธและมุสลิมส่วนใหญ่ยังเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไข้หวัด ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพของคนในหมู่บ้านมาตั้งแต่ก่อนเกิดสถานการณ์ และมีการระบาดของโรคชิคุนกุนยา ส่วนปัญหาสุขภาพที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ความไม่สงบโดยตรง คือ โรคเครียดจากความหวาดกลัวความปลอดภัยในชีวิต และการสูญเสียคนในครอบครัว และทำมาหากินลำบากเนื่องจากไม่ปลอดภัยในการเดินทาง

การจัดการสุขภาพ พบว่า เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ชาวบ้านไทยพุทธและมุสลิม นิยมซื้อยากินเองจากร้านค้าในหมู่บ้าน ส่วนชาวบ้านที่มีฐานะดีมักไปคลินิก ชาวบ้านไทยมุสลิมนิยมใช้บริการสุขภาพที่สถานอนามัยของตำบลเป็นอันดับแรก ส่วนชาวบ้านไทยพุทธไปใช้บริการน้อย เนื่องจากความไม่ปลอดภัยในการเดินทาง เมื่อป่วยหนักหรือฉุกเฉิน ชาวบ้านไทยพุทธจะขอเช่าเหมารถยนต์ของเพื่อนบ้านไปส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ในช่วงกลางคืนชาวบ้านไทยพุทธจะติดต่อขอช่วยทหาร ส่วนชุมชนไทยมุสลิมมีการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างจากเดิม เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในหมู่บ้านไทยพุทธ มี อสม. เป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ส่วนหมู่บ้านไทยมุสลิมยังไม่มีการรวมกลุ่มในการดูแลสุขภาพเชิงการป้องกันที่ชัดเจน และมีการดูแลตนเองตามความเชื่อ

เงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพของชาวบ้าน คือ ความไม่สะดวกและกลัวในการเดินทาง การว่างงานและขาดรายได้ การสูญเสียของบุคคลที่เป็นแกนหลักในหมู่บ้าน ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างชาวไทยพุทธกับมุสลิม เจ้าหน้าที่เข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ได้น้อย ศาสนสถานเป็นศูนย์รวมกิจกรรมและการสื่อสาร การรวมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทหารยังเป็นที่พึ่งทางใจของชาวบ้านไทยพุทธ การศึกษาของเยาวชนไทยมุสลิม

ข้อเสนอแนะ ควรให้การสนับสนุนภาคประชาชนให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมเวทีการเรียนรู้ในชุมชน ควรสร้างความเข้าใจที่ดีในชุมชน โดยให้ผู้นำศาสนามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ควรสร้างเครือข่ายการทำงานแบบบูรณาการกับบุคคลหรือหน่วยงานอื่น ควรมีการวิจัยประเมินผลการเฝ้าระวังที่มีอยู่ในปัจจุบันวิจัยเพื่อการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความไม่สงบ และวิจัยเพื่อการพัฒนาการศึกษาให้กับเยาวชนมุสลิม

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ง
สารบัญภาพประกอบ	จ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
คำถามวิจัย	2
กรอบแนวคิดในการวิจัย	2
นิยามศัพท์	3
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
การจัดการสุขภาพ	5
1.1 แนวคิดสุขภาพองค์รวม	5
1.2 ระบบสุขภาพ	7
นโยบายด้านการบริการสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ	8
2.1 นโยบายการเยียวยา	8
2.2 การพัฒนาระบบส่งต่อและฉุกเฉิน	13
2.3 การพัฒนาระบบความปลอดภัย	14
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
พื้นที่ศึกษา	19
ผู้ให้ข้อมูล	19
เครื่องมือวิจัย	19
การดำเนินงานวิจัย	20
การวิเคราะห์	20

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
บริบทของแหล่งศึกษา : ตำบลคลองใหม่	21
วิถีชีวิตก่อนเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ	23
สถานการณ์ความไม่สงบ ตำบลคลองใหม่	25
สุขภาวะในสถานการณ์ความไม่สงบ	27
สุขภาวะในชุมชนไทยพุทธ	27
สุขภาวะที่เป็นผลกระทบมาจากสถานการณ์ความไม่สงบ	27
การจัดการสุขภาพในชุมชนไทยพุทธ	30
สุขภาวะในชุมชนไทยมุสลิม	33
สุขภาวะภายหลังสถานการณ์ความไม่สงบ	33
การจัดการสุขภาพในชุมชนไทยมุสลิม	34
เงื่อนไขที่ส่งผลต่อการจัดการสุขภาพของชาวบ้าน	38
สิ่งที่ชาวบ้านปรารถนาในอนาคต	42
บทที่ 5 สรุปผล การอภิปราย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	43
อภิปรายผล	44
ข้อเสนอแนะ	46
บรรณานุกรม	48
ภาคผนวก	50
ประวัตินักวิจัย	53

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนประชากรตำบลคลองใหม่ จำแนกรายหมู่บ้าน	22
ตารางที่ 2 จำนวน อสม.ในแต่ละหมู่บ้าน ตำบลคลองใหม่	23
ตารางที่ 3 สถิติการเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ อำเภอยะรัง	26

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 สถานการณ์ความไม่สงบกับการจัดการสุขภาพของภาคประชาชน	3
ภาพที่ 2 ระบบสุขภาพ: ความเชื่อมโยงและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ	7
ภาพที่ 3 แผนที่ตำบลคลองใหม่ อำเภอยะรัง	21
ภาพที่ 4 จุดเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ ตำบลคลองใหม่	26

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คนไทยย่อมมีสิทธิขั้นพื้นฐานตามเจตนารมณ์ของกฎหมายแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ซึ่งได้กำหนดว่า คนไทยทุกคนต้องได้รับโอกาสและมีความเสมอภาคในการเข้าถึงภาวะสุขภาพ และการบริการด้านสุขภาพที่ดีโดยไม่คำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และนอกจากนี้แผนพัฒนางาน บริการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาบริการ สาธารณสุขขั้นพื้นฐานให้ประชาชนทุกคนได้รับการบริการอย่างครอบคลุมในทุกด้าน เพื่อจะนำประชาชนให้อยู่ดีกินดี มีความสุข

28 เมษายน 2547 เป็นวันที่ได้จารึกในประวัติศาสตร์ไทยว่า ได้มีเหตุการณ์ที่ประชาชนไม่เคยคิดมาก่อน เป็นวันของการเริ่มสถานการณ์ความรุนแรงในภาคใต้ที่ปะทุมาขึ้นแตกหัก เมื่อปรากฏว่ามีกลุ่มบุคคลมากกว่า 100 คน ได้บุกเข้าปะทะกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายรัฐบาลทั้งทหารและตำรวจ 11 จุดใน 10 อำเภอ ของ 3 จังหวัดชายแดนใต้ คือ สงขลา ปัตตานี และยะลา ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตทั้งฝ่ายเจ้าหน้าที่และฝ่ายผู้ก่อการเป็นจำนวนมาก และกลายเป็นประเด็นวิพากษ์วิจารณ์ไปทั่วโลก ซึ่งเหตุการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน เกิดการบั่นทอนสายสัมพันธ์และความไว้วางใจในสังคมพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งจะส่งผลทางสังคมในระยะยาว และมีผลต่อการดูแลสุขภาพ และการรักษาพยาบาล ดังเช่นการศึกษาวิจัยในโครงการการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปี 2547 ถึง 2548 ของ นพ.อมร รอดคล้ายและคณะ พบว่าการให้บริการด้านสาธารณสุขในระดับสถานีอนามัยจำนวน 253 แห่ง มีการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 35.6 ในด้านผู้ให้บริการ พบว่า จำนวนบุคลากรเฉลี่ยต่อสถานีอนามัยในระดับสถานีอนามัยมีแนวโน้มลดลงจากจำนวนเฉลี่ย 3.42 คน ในปี 2545 เป็น 3.26 คนในปี 2547 และอาจจะมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ สำหรับบริการด้านต่างๆ พบว่ามีการให้บริการลดลง โดยเฉพาะกิจกรรมเชิงรุกในด้านการรักษา การตรวจโรคลดลง ร้อยละ 25 ในด้านทันตกรรมลดลง ร้อยละ 50 การส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ และการป้องกันโรคลดลงถึงร้อยละ 70 รวมทั้งกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การลงพื้นที่ลดลงร้อยละ 60 (อมร รอดคล้าย และคณะ, 2547) และในปี 2550 จังหวัดปัตตานี พบมารดาเสียชีวิตเนื่องจากการคลอด จำนวน 4 ราย จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า หญิงตั้งครรภ์ปวดท้อง คลอดตอนเวลากลางคืน ไม่กล้าที่จะเดินทางไปรับบริการคลอดที่โรงพยาบาล ต้องรอจนสว่าง ซึ่งเป็นเหตุให้ความช่วยเหลือไม่ทัน ส่งผลให้มารดาคลอดบุตรเสียชีวิต (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, 2550)

คณะผู้วิจัย ในนามสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข เป็นองค์กรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีความคุ้นเคยกับสภาพพื้นที่เป็นอย่างดี และให้ความช่วยเหลือประชาชนทางด้านสุขภาพในพื้นที่มายาวนาน ได้เห็นความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพของประชาชนที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์

ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้และการจัดการสุขภาพของประชาชนในภาวะวิกฤต คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการให้บริการด้านสุขภาพ และใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายของภาครัฐที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ปลอดภัยจากปัญหาสุขภาพในสภาวะวิกฤตที่เป็นอยู่

วัตถุประสงค์การวิจัย

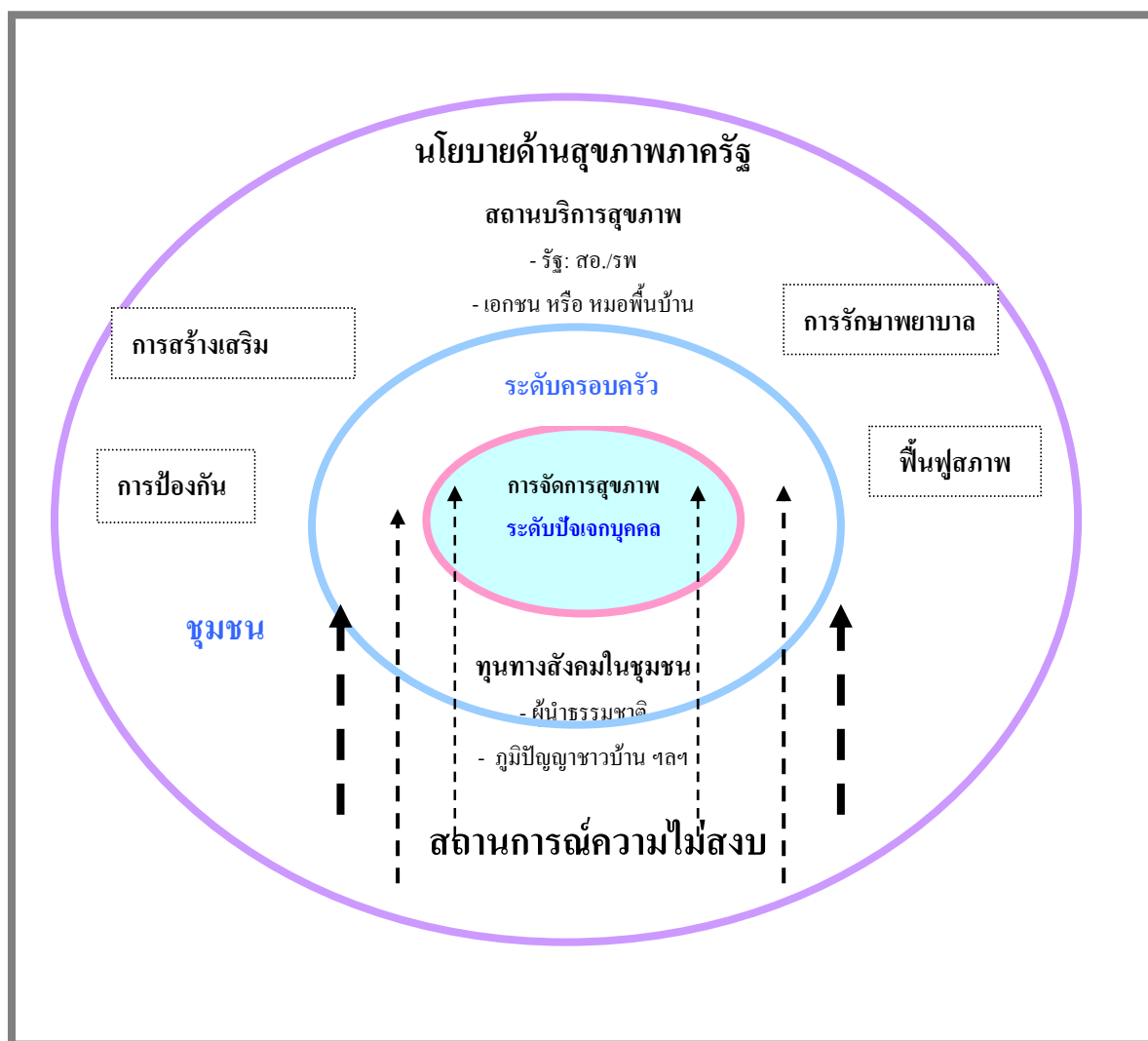
1. เพื่อศึกษาการจัดการสุขภาพของประชาชนในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อศึกษาเงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

คำถามวิจัย

1. การจัดการสุขภาพสุขภาพของประชาชนในระดับปัจเจกบุคคล และครอบครัวในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นอย่างไร
2. เงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้มีอะไรบ้าง และเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ และนโยบายด้านสุขภาพภาครัฐ มีผลกระทบต่องานวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งส่งผลให้ภาคประชาชนใช้ทุนทางสังคมของแต่ละของตนเองในการจัดการสุขภาพ 4 มิติ คือ การสร้างเสริม การป้องกัน การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 สถานการณ์ความไม่สงบกับการจัดการสุขภาพของภาคประชาชน

นิยามศัพท์

สุขภาพ หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา) ที่มี ความเป็นพลวัตร และส่งผลต่อการดำรงชีพของประชาชน

การจัดการสุขภาพ หมายถึง กระบวนการหรือกิจกรรมต่างๆที่บุคคลกระทำ หรือกลุ่มบุคคลร่วมกัน กระทำ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองหรือสุขภาพชุมชนให้เกิดภาวะสมดุลหรือความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ปัญญา) ในการดำรงชีพของตนเองหรือชุมชน

สถานการณ์ความไม่สงบ หมายถึง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 จนถึง ปัจจุบัน คือ การปล้น การยิง การลอบวางระเบิด การฟัน การลอบวางเพลิง การต่อสู้ปะทะกัน การข่มขู่ การต่อสู้ทำร้ายกันอย่างรุนแรง ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา คือ อำเภอเทพา จะ

นะ นาทวี และสະบ้ำย้อย ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนหลายด้าน ได้แก่ ชีวิต ทรัพย์สิน จิตใจ จิตวิญญาณ (ปัญญา) วิธีการดำเนินชีวิตและการทำงาน สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้ง ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่สามารถผลการวิจัยไปใช้พัฒนาการบริการด้านสุขภาพ ที่ตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่มากขึ้น
2. หน่วยงานสามารถนำผลการวิจัยไปกำหนดนโยบาย เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดชายแดนภาคใต้
3. สามารถใช้เป็นแบบอย่างการจัดการสุขภาพของประชาชนให้กับพื้นที่ที่เกิดสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดชายแดนภาคใต้อื่น ๆ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ทีมผู้วิจัยได้ทบทวนและรวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย

1. การจัดการสุขภาพ
 - 1.1 แนวคิดสุขภาพองค์รวม
 - 1.2 ระบบสุขภาพ
2. นโยบายด้านการบริการสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ
 - 2.1 นโยบายการเยียวยา
 - 2.2 การพัฒนาระบบส่งต่อและฉุกเฉิน
 - 2.3 การพัฒนาระบบความปลอดภัย
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การจัดการสุขภาพ

1.1 แนวคิดสุขภาพและสุขภาพองค์รวม

ความหมายของสุขภาพ องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ คือ สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม มิได้หมายถึงเฉพาะการไม่พิการและไม่เป็นโรคเท่านั้น และในเดือนพฤษภาคม 2541 ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก ได้เพิ่มคำว่า “spiritual well-being (สภาวะทางจิตวิญญาณ)” เข้าไปในความหมายของสุขภาพด้วย (<http://krusart.rru.ac.th/e-Learning/titimavadee/> , ค้นเมื่อ 27 ม.ค.53) สุขภาพดี ประกอบด้วย สุขภาพทางกาย (Physical health) สุขภาพทางจิต (Mental Health) การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี (Social well-being) สภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being)

สุขภาพทางกาย หมายถึง สภาพที่ดีทางร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดีมีความแข็งแรง สมบูรณ์ ทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย

1. ร่างกายมีความสมบูรณ์และแข็งแรง
2. ระบบต่างๆ และอวัยวะทุกส่วนทำงานเป็นปกติและมีประสิทธิภาพ
3. ความเจริญเติบโตของร่างกายปกติ และมีความสัมพันธ์กับการเจริญด้านอื่น ๆ
4. ร่างกายมีความแข็งแรง สามารถทำงานได้นานๆ ไม่เหนื่อยเร็ว และมีประสิทธิภาพ
5. การนอนหลับพักผ่อนเป็นไปตามปกติ เมื่อตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึกสดชื่น คื่นสู่สภาพปกติ
6. พันมีความคงทนแข็งแรง หู ตา มีสภาพดี สามารถมองเห็นและได้ยินได้ดี

7. ผิวหนังสะอาดเกลี้ยงเกลา สดชื่น เปล่งปลั่ง
8. ทรวดทรงดี ได้สัดส่วน
9. ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ

สุขภาพจิต หมายถึงสภาพจิตที่ดี สามารถควบคุมอารมณ์ ทำจิตใจให้เบิกบาน แจ่มใส ไม่มีความคับข้องใจหรือเกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ซึ่งสามารถช่วยให้ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคมได้อย่างมีความสุข สุขภาพจิตที่ดีย่อมมีผลต่อสุขภาพทางกายด้วย ลักษณะของสุขภาพจิตที่ดีประกอบด้วย

1. สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี
2. มีความกระตือรือร้น ไม่เหนื่อยหน่ายท้อแท้ และหมดหวัง
3. มีอารมณ์มั่นคง ควบคุมอารมณ์ได้ดี มีอารมณ์ขันบ้างพอสมควร ไม่เครียดเกินไป
4. มองโลกในแง่ดีเสมอ
5. มีความตั้งใจและมีสมาธิในงานที่กำลังทำอยู่
6. รู้จักตนเองและเข้าใจบุคคลอื่นได้ดี
7. มีความเชื่อมั่นในตนเองอย่างมีเหตุผล
8. สามารถแสดงออกอย่างเหมาะสมเมื่อประสบความล้มเหลว
9. สามารถตัดสินใจได้รวดเร็ว ถูกต้อง และไม่ผิดพลาด
10. มีความปรารถนาและยินดี เมื่อบุคคลอื่นมีความสุข ความสำเร็จ และมีความปรารถนา

ป้องกันผู้อื่นให้มีความปลอดภัย

สุขภาพสังคม หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและทางจิตที่สมบูรณ์ จึงสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมแห่งตนได้อย่างดี และมีความสุข

สุขภาพทางจิตวิญญาณ หมายถึง ภาวะที่ร่างกายว่างจากตัวตนหรือความเห็นแก่ตัว ช่วยให้เกิดความสุข ต็มตำและปลื้มปิติเมื่อทำความดี

สุขภาพองค์รวม คำว่า องค์รวม (holistic) หมายถึง ความเป็นจริงหรือความสมบูรณ์ทั้งหมดของสรรพสิ่ง การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นการพิจารณาที่ผลลัพธ์สุดท้าย คือ สุขภาพดีทั้งกาย จิต และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ผู้ดำเนินการต้องมีวิสัยทัศน์ และปัญญาที่เข้าใจองค์ประกอบ เหล่านั้น ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ สภาพสังคม วัฒนธรรม (สำเร็จและรุจิรา, 2545) สุขภาพองค์รวม จึงหมายถึง การดูแลสุขภาพที่ได้พิจารณาภาวะสุขภาพแบบแยกส่วนเฉพาะตัวโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยเท่านั้น จึงต้องพิจารณาปัญหาสุขภาพโดยรวมในมิติความเป็นมนุษย์ ความเป็นปัจเจกบุคคล และจิตวิญญาณร่วมกับมิติทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ร่วมกับมิติด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เข้ามาคำนึงถึงไปพร้อมๆ กับบริการสุขภาพแบบผสมผสาน 4 มิติ (สงศรี และคณะ, 2544)

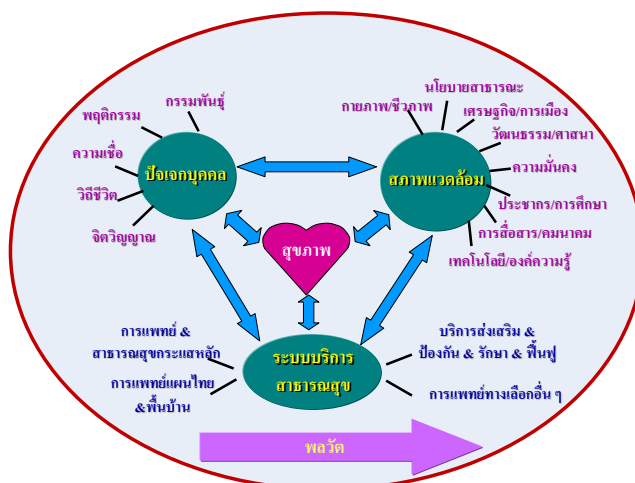
“สุขภาพ” แบบองค์รวม หมายถึง สภาวะที่สมดุลของกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยภายในได้แก่ เพศ อายุ ภูมิคุ้มกัน ความเชื่อ

พฤติกรรมสุขภาพ 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม- วัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อ ระบบการเมือง และระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นหากต้องการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมจึงต้องพิจารณา สิ่งต่อไปนี้

1. องค์รวมเกิดจากพิจารณาปัจจัยองค์ประกอบที่กระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้าน ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม
2. องค์รวมเป็นมุมมองการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงทั้งด้านการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ
3. องค์รวมมีลักษณะเชื่อมความสัมพันธ์ของบริการในแต่ละระดับ และเชื่อมกับระบบอื่น ที่เกี่ยวข้องในระบบบริการสุขภาพ เช่น การประสานกันระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การเชื่อมต่อการแพทย์ทางเลือก การเชื่อมต่อกับบริการสังคมสงเคราะห์ และบริการสังคมอื่นๆ (กรมสนับสนุนบริการ, 2549) เพื่อตอบสนองเป้าหมายสุดท้ายของระบบบริการสุขภาพ คือ ประสิทธิภาพ คุณภาพ และความเสมอภาค (พงษ์พิสุทธ์, 2547)

ด้วยเหตุนี้การจัดบริการอย่างเป็นองค์รวมจึงมีความหมายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแนวคิด“องค์รวม” ที่หมายถึงการดูแลแบบเชื่อมมิติของความเป็น “คน” ในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงจิตวิญญาณโดยอาศัยความสัมพันธ์แบบเข้าอกเข้าใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการและสร้างให้เกิดเงื่อนไขของการประสานเชื่อมโยงสร้างความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องซึ่งเป็นผลให้เข้าใจความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนแต่ละคนต้องเข้าใจถึงเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพที่เป็นคุณภาพที่พอดีกับชีวิตของประชาชนแต่ละคน (กรมสนับสนุนบริการ, 2549)

1.2. ระบบสุขภาพ เป็นระบบใหญ่ที่ครอบคลุม ระบบสาธารณสุขและระบบบริการทางการแพทย์ ระบบสุขภาพมีความเชื่อมโยงและเป็นพลวัตกับสุขภาพ โดยมีตัวปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ได้แก่ ปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ระบบสุขภาพ: ความเชื่อมโยงและพลวัตเกี่ยวกับสุขภาพ (อำพล, 2546)

โดยสรุประบบสุขภาพจึงมีมิติที่เกี่ยวข้องทั้งระดับปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ โดยปัจเจกบุคคลจะครอบคลุม ในเรื่องของพันธุกรรม พฤติกรรม ความเชื่อ จิตวิญญาณ โรค/พยาธิสภาพ และภาวะสุขภาพ ในระดับของระบบบริการสุขภาพ อาจมองในมิติของการจัดบริการ ได้แก่ เรื่องของประเภทหรือระดับของบริการ ได้แก่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ การแพทย์ทางเลือก ระบบการส่งต่อ ความเสมอภาค ความครอบคลุม ประสิทธิภาพ คุณภาพ บุคลากร การบริหารจัดการ ส่วนในระดับของสิ่งแวดล้อมอาจมองในมิติด้าน กายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ศาสนา วิถีชีวิต ประชากร การศึกษา การสื่อสาร การคมนาคม เทคโนโลยี ความมั่นคง และทุนทางสังคม

2. นโยบายด้านการบริการสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ

2.1 นโยบายการเยียวยา

รัฐบาลได้มีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเยียวยาผู้ที่ประสบภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (อ้างใน ปาริฉัตร และคณะ, 2552) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

นายวัฒนา เมืองสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กล่าวไว้เมื่อ 11 พฤศจิกายน 2548 ว่าจากมติคณะรัฐมนตรีได้ให้ความสำคัญในการเยียวยาผู้พิการ โดยให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หามาตรการดูแลและเยียวยาผู้พิการ อันเนื่องจากเหตุการณ์ไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ นอกเหนือจากผู้พิการปกติทั่วไปในพื้นที่ จากการรวบรวมข้อมูลผู้ได้รับบาดเจ็บและพิการจากเหตุการณ์ไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ จนถึง เดือนพฤศจิกายน 2548 พบว่ามีผู้พิการ ทั้งหมด 459 คน เป็นผู้พิการใน จังหวัดยะลา 33 คน จังหวัดนราธิวาส 185 คน จังหวัดปัตตานี 241 คน โดยผู้มีสภาพพิการและอยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล 431 คน และผู้พิการที่ออกจากโรงพยาบาลแล้ว 28 คน โดยกระทรวงฯ ให้การช่วยเหลือจ่ายเงินให้รายละ 200,000 บาทแล้ว และยังจ่ายเบี้ยยังชีพรายเดือน เดือนละ 1,000-3,000 บาท ตามลักษณะความพิการ ส่วนกองสลากฯ ให้การช่วยเหลือรายละ 50,000 บาท นอกจากนี้กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ กำลังช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่สงบในภาคใต้ ได้รับบาดเจ็บจนพิการ เป็นกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยความพิการต่างๆ เพื่อให้สามารถเคลื่อนไหว และอยู่ในสังคมได้ เช่น รถเข็น ขาเทียม รวมทั้งยังส่งเสริมด้านการประกอบอาชีพของผู้พิการเหล่านี้ ให้สามารถทำงานได้เหมือนเดิม อย่างไรก็ตาม วันที่ 12-13 พฤศจิกายน 2548 นีตนาได้ให้นายวัลลภ พลอยทับทิม ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ลงไปยังพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อดูแลเด็กกำพร้าจากเหตุการณ์ไม่สงบที่มีจำนวนมากขึ้นด้วย

ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดชายแดนภาคใต้ (2550) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ไว้ดังนี้ การดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จัดตั้งศูนย์ประสานงานเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบประจำอำเภอ ณ โรงพยาบาลจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 37 แห่ง เพื่อเป็นศูนย์ในเรื่อง

การเยียวยาและการติดตามสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ โดยได้มีการพัฒนาบุคลากรประจำศูนย์ฯ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องการดูแลเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบ การพยาบาลด้านจิตใจในภาวะวิกฤต นอกจากนี้ ได้มีการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ในเรื่องการปฐมพยาบาลด้านจิตใจเบื้องต้น เพื่อทีมสหสาขา ในการให้บริการผู้ได้รับผลกระทบ ที่ศูนย์ประสานงาน เยียวยาจิตใจ ฯ

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2551) ได้จัดทำโครงการพัฒนา ยุทธศาสตร์และกลไกจำเพาะด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของประเทศในการ แก้ไขปัญหาความไม่สงบในจังหวัด ชายแดนภาคใต้ เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ให้สอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนใน ภูมิภาคนี้ ศบ.สต. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขเขต 18, 19 ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ ศูนย์วิชาการจากกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมบูรณาการกระบวนการคิดและดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้การ แก้ไขปัญหาและการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ มีความเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการ ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้รอบ 12 เดือน (มกราคม-ธันวาคม 2550) เกี่ยวกับการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ สรุปได้คือ มีการจัดจ้างนักจิตวิทยา แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องการดูแลเยียวยาจิตใจ ผู้ได้รับผลกระทบ การพยาบาลด้านจิตใจในภาวะวิกฤต

จินดา กุลยเทพย์ (2551) ได้เสนอข้อมูลเกี่ยวกับการเยียวยาไว้ดังนี้ การดำเนินการให้ความ ช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การก่อความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ของรัฐบาล จากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เริ่มทวีความรุนแรงขึ้นมาจากเหตุการณ์ การปล้นอาวุธปืนเป็นจำนวนมากของทางราชการเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2547 ที่ค่ายกองพันทหารพัฒนา อำเภोजะเอยีร์ จังหวัดนราธิวาส และตามมาอีกหลาย ๆ เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิตเป็นร้อยศพ ทำให้ สถานการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นรายวันและสร้างความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินเป็นจำนวนมากซึ่งความ รุนแรงยังคงปรากฏมาจนถึงปัจจุบัน การช่วยเหลือเยียวยาจากหน่วยงานต่างๆ ใช้งบประมาณไปแล้วทั้งสิ้น ประมาณ 700 ล้านบาท แต่ทางราชการก็มิได้นิ่งนอนใจ แต่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความ ช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงหลักมนุษยธรรม โดยกำหนดเป็นนโยบาย สำคัญ ด้วยเป้าหมายที่ต้องการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบและครอบครัวอย่างเร่งด่วนและพอเพียงให้ สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขและมั่นคง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบมาถึง 4 อำเภอของจังหวัด สงขลาด้วย คือ อำเภอจะนะ เทพา นาทวี และสะบ้าย้อย การช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ ได้มีการ บริหารจัดการอย่างเป็นระบบ มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพบนพื้นฐานของข้อมูลความจริงที่สมบูรณ์และ ความจริงใจในการแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดความสมานฉันท์จะเห็นได้จากที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และสร้าง กลไกการบริหารจัดการ รวมทั้งได้มีการมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และมีการ ประสานความร่วมมือกันอย่างเป็นระบบ มีคณะอนุกรรมการและคณะทำงานต่าง ๆ เช่น

คณะอนุกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ คณะอนุกรรมการติดตาม เร่งรัดการให้ความช่วยเหลือเยียวยา คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อประสานการติดตามผู้สูญหายกับองค์กรต่างๆ และคณะอนุกรรมการเยียวยา ด้านจิตใจกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีคณะทำงานจัดทำฐานข้อมูลการเยียวยา และ คณะทำงานพิจารณาหลักเกณฑ์ในการแต่งตั้งโยกย้ายเจ้าหน้าที่ของรัฐรวมทั้งมาตรการจูงใจและช่วยเหลือ ทายาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบฯ อีกด้วย สำหรับ หลักเกณฑ์และขั้นตอนการดำเนินการให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ มี 4 ด้านด้วยกัน ได้แก่ 1) การให้ความช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติราชการประจำในพื้นที่หรือประชาชนที่ อยู่ในพื้นที่ (รวมถึงประชาชนที่มีภูมิลำเนาหรือถิ่นที่อยู่ในพื้นที่) 2) การให้ความช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ ได้รับผลกระทบซึ่งเดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เป็นการชั่วคราว 3) การให้ความช่วยเหลือเยียวยา ผู้ประกอบการรายย่อย ขนาดกลางและรายใหญ่ และ 4) การให้ความช่วยเหลือเยียวยากรณีพิเศษอื่นๆ ซึ่ง คณะอนุกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ฯ ได้จัดทำรายละเอียดการดำเนินการตามหลักเกณฑ์การให้ความ ช่วยเหลือเยียวยาเพื่อให้เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรี

สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดสงขลา (2551) ได้เสนอข้อมูลเกี่ยวกับการเยียวยาไว้ดังนี้ การ ดำเนินงานตามนโยบายและแผนการช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของรัฐบาล จากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นรายวันในพื้นที่จังหวัดชายแดน ภาคใต้ และสร้างความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินไปเป็นจำนวนมากนั้น จากการรวบรวมสถิติของผู้ที่ได้รับ ผลกระทบ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2545 – เดือนกรกฎาคม 2549 รวมทั้งสิ้น 4,483 เหตุการณ์ มีผู้เสียหาย 4,063 คน มีผู้เสียชีวิต 1,198 คน ได้รับบาดเจ็บ 1,917 คน ไม่ระบุความเสียหาย 596 คน และพลอดภัย 352 คน การช่วยเหลือเยียวยาจากหน่วยงานต่างๆ ใช้งบประมาณไปแล้วทั้งสิ้น 628,371,781 บาท (กรม ประชาสัมพันธ์, 2550) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ รัฐบาลมิได้นิ่งนอนใจแต่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบและครอบครัวอย่างเร่งด่วน โดยคำนึงถึงหลักการด้านมนุษยธรรม เป็นที่ตั้ง จึงได้กำหนดเป็นนโยบายสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้เดือดร้อนให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่าง ปกติสุขและมั่นคง รัฐบาลได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและสร้างกลไก การบริหารจัดการ รวมทั้ง มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพและมีความจริงใจในการแก้ไขปัญหา โดยหวังว่าจะส่งผลให้เกิดความสมานฉันท์ได้ในที่สุด มีการประสานความร่วมมือกันอย่างเป็นระบบ โดยคณะกรรมการนโยบายและอำนวยการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจาก สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กยต.) ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการรวม 4 คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ในการให้ความช่วยเหลือเยียวยาฯ คณะอนุกรรมการติดตาม เร่งรัด การให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อประสานการติดตามผู้สูญหายและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ เฉพาะกรณี และคณะอนุกรรมการโครงการดูแลเยียวยาผู้ได้รับ ผลกระทบด้านจิตใจใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ สำหรับคณะอนุกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ในการให้ ความช่วยเหลือเยียวยา ได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นอีก 2 คณะเพื่อให้ทำงานได้รวดเร็วยิ่งขึ้น คือ คณะทำงาน จัดทำฐานข้อมูลการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ และคณะทำงานพิจารณาหลักเกณฑ์ในการแต่งตั้งโยกย้าย

เจ้าหน้าที่ของรัฐ รวมทั้งมาตรการจูงใจและช่วยเหลือทายาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ได้รับผลกระทบ และ คณะอนุกรรมการโครงการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แต่งตั้งคณะทำงานโครงการ ดูแลจิตใจเด็กและสตรีผู้สูญเสียที่ได้รับผลกระทบ ขึ้นอีก 1 คณะ ทุกคณะต่างก็ลงพื้นที่ปฏิบัติงานด้วยความ เสียสละ ท่วมเท เพื่อที่จะนำความสันติสุขกลับคืนมาสู่ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงาน ตามนโยบายและแผนการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ ในภาพรวม พบว่าผู้ได้รับผลกระทบ ฯ และประชาชน ทั่วไปในพื้นที่ 4 จังหวัดต่างมีความเห็นทำนองเดียวกันว่าเป็นนโยบายที่ดี ซึ่งช่วยบรรเทาความเดือดร้อน ได้ทั้งทางด้านวัตถุและจิตใจ ทำให้รู้สึกว่ารัฐบาลและสังคมไม่ทอดทิ้ง ส่งผลให้เกิดความมั่นคงและอบอุ่นทาง ใจ ตลอดจนมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือกับรัฐบาลมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเห็นว่านโยบายนี้ควรจะต้อง ดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไปจนกว่าสถานการณ์ความไม่สงบจะหมดไป

ผลการประชุมคณะกรรมการนโยบายและอำนวยการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจาก สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ โดยมีนายสาทิตย์ วงศ์หนองเตย รัฐมนตรีประจำสำนัก นายกฯ เป็นประธานการประชุม เมื่อ 18 มีนาคม 2552 สรุปว่า การช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจาก สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ อาทิ กรณี ผู้เสียชีวิต ทูพลภาพ บาดเจ็บ ทรัพย์สินและ พืชผลเสียหาย ตามหลักกรรมติคณะรัฐมนตรี ตั้งวันที่ 1 มิ.ย.2548 - มี.ค.2552 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 1,069,666,309 บาท และในส่วนของแผนงาน/โครงการของคณะอนุกรรมการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 944,444,159 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 2,012,110,468 บาท นอกจากนี้ ที่ประชุมได้เห็นชอบให้นำเสนอ คณะรัฐมนตรีพิจารณาอนุมัติ กรอบงบประมาณ รายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2552 (งบกลาง) รายการ เงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจาก สถานการณ์ความไม่สงบ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ภายใต้คณะกรรมการฯ สำหรับให้การช่วยเหลือ ระหว่างเดือน มี.ค. - ก.ย. 2552 วงเงินอีก 400,000,000 บาท และได้อนุมัติงบประมาณ งบกลางรายการเงิน สำรองจ่าย เพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจาก สถานการณ์ความไม่สงบฯ ซึ่งอยู่นอกเหนือหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือ ตามมติครม.เมื่อวันที่ 31 พ.ค. 2548 จำนวน 19 ราย เช่น กรณีเจ้าหน้าที่เสียชีวิต ขณะปฏิบัติหน้าที่แล้วเกิดอุบัติเหตุ หรือการฝึก ยุทธวิธี เป็นต้น และอนุมัติงบประมาณโครงการส่งเสริมการประกอบอาชีพเกษตรและการส่งเสริมการพัฒนา อาชีพ เพื่อให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯตามที่คณะอนุกรรมการฯ ซึ่งมี ผอ.ศอ.บต. เป็นผู้ เสนอ เพื่อดำรงความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ ในพื้นที่สามจังหวัด ได้แก่ จังหวัด สงขลา ปัตตานี และ ยะลา จำนวน 19 โครงการ เช่น โครงการส่งเสริมอาชีพเลี้ยงปลาทาบิคม โครงการเลี้ยงไก่ โครงการเลี้ยงโค เป็นต้น และเห็นชอบให้มีการติดตามเพื่อให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะครอบครัว เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ที่ย้ายกลับภูมิลำเนา เช่น จ.บุรีรัมย์ จ.สกลนคร และ ให้ความช่วยเหลือ เยียวยาเด็กกำพร้าและสตรีหม้ายที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งมีปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เป็นประธาน รับผิดชอบพิจารณาดำเนินการให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน มีมติ เห็นชอบให้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการด้านต่าง ๆ ภายใต้ กยต. เพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ ได้รับผลกระทบตามแผนงานโครงการ จำนวน 8 คณะประกอบด้วย 1) คณะอนุกรรมการพิจารณา

หลักเกณฑ์และอำนาจการให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 2) คณะอนุกรรมการโครงการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 3) คณะอนุกรรมการประชาสัมพันธ์การให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 4) คณะอนุกรรมการบูรณาการการให้ความช่วยเหลือเยียวยาเด็กกำพร้า และสตรีหม้ายที่ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ 5) คณะอนุกรรมการจัดทำฐานข้อมูลการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ 6) คณะอนุกรรมการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการกระทำของเจ้าหน้าที่รัฐในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ 7) คณะอนุกรรมการช่วยเหลือเยาวยานักเรียนนักศึกษา ครู และบุคลากรทางการศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ 8) คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อประสานการติดตามผู้สูญหายและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความ ไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้

ข้อเสนอของภาคประชาชนเพื่อให้ภาครัฐดำเนินการในเวทีประชุมของคณะกรรมการนโยบายและอำนาจการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือ กยต. เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2552 โดยมีนายสาทิพย์ วงศ์หนองเตย รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นประธานการประชุม มีทั้งหมด 17 ข้อ ดังนี้

1) ปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ด้านการเยียวยาให้เกิดความเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ เท่าทัน/สอดคล้องกับสภาพปัญหาจริง ให้ผู้ได้รับผลกระทบเข้าถึงการช่วยเหลือเยียวยาได้โดยง่าย สะดวก รวดเร็ว และคำนึงหลักมนุษยธรรม/ประโยชน์สูงสุดของผู้ได้รับผลกระทบเป็นสำคัญ (รวดเร็ว ทั่วถึง เสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ) ผู้ได้รับผลกระทบที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถลงความเห็นว่าตายด้วยเรื่องสถานการณ์หรือเรื่องส่วนตัว ภายในระยะเวลา 6 เดือน ให้สันนิษฐานว่าตายจากสถานการณ์ และเยียวยาครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบตามสิทธิ ครอบครัวที่ไม่ได้รับการเยียวยาจากรัฐ ให้รัฐแสวงหาแนวทางหรือช่องทางอื่นในการให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยเฉพาะทุนการศึกษาสำหรับเด็ก โดยให้กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นผู้ดูแล

2) ออกนโยบาย กฎหมาย ระเบียบ หลักเกณฑ์ ที่ให้การช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้กฎหมายพิเศษของรัฐ เช่น ผู้ที่ถูกควบคุมตัวจากการใช้กฎอัยการศึก พ.ร.ก.บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน และในระหว่างฝ่าฝืนตามกฎหมายอาญา ฯลฯ

3) ส่งเสริมให้แกนนำผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบ (พุทธ-มุสลิม) เข้าไปมีส่วนร่วมหรือเป็นตัวแทนในกลไกรัฐ ในระดับการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านการเยียวยาหรือการพัฒนาใดๆ ต่อผู้หญิงและครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบ ทั้งในระดับชาติและในระดับพื้นที่ เช่น เป็นกรรมการ กยต. เป็นต้น

4) ส่งเสริมให้องค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายเปิดช่องทางในการรับฟังปัญหาและความต้องการจากกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่อง

5) ให้การเยียวยาและส่งเสริมบทบาทของผู้หญิงและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและศาสนา

6) ส่งเสริมให้มีกองทุนสำหรับการประกอบอาชีพ การออม และสร้างสวัสดิการให้แก่ผู้หญิงในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบเพื่อบรรเทาปัญหาด้านเศรษฐกิจและสร้างความยั่งยืน/ การพึ่งพาตัวเองในอาชีพ และรายได้ในระยะยาว

7) ส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้ได้รับกระทบโดยคำนึงถึงความถนัด ศักยภาพความสามารถและสภาพที่เหมาะสมกับความเป็นเพศหญิง (เพศสภาพ) และความเป็นแม่

8) แยกนำผู้ได้รับผลกระทบ ที่อาสาเป็นนักพัฒนา ผู้เยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ คนอื่นๆ ควรจัดหาค่าตอบแทนหรือสวัสดิการที่เหมาะสมในการดูแลบุคคลเหล่านี้

9) จัดให้มีระบบ/กลไกการเชื่อมประสาน ติดตาม และส่งต่อ (refer) ระหว่างองค์กรภาครัฐ, องค์กรภาคเอกชน/ประชาสังคม และกลุ่ม/องค์กรผู้หญิง เพื่อให้การช่วยเหลือเยียวยา และการหนุนเสริมผู้ได้รับผลกระทบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

10) จัดให้มีโทรศัพท์สายด่วน เพื่อให้ข้อมูล หรือให้คำปรึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ด้านการเยียวยา เมื่อได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความรุนแรง รวมทั้งจัดให้มีช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงโดยสะดวก ง่าย สองภาษา (มลายู/ไทย) และไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อให้ผู้ได้รับผลกระทบสามารถขอรับการปรึกษาต่างๆ ได้

11) ภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้การสนับสนุนกระบวนการชุมชนบำบัด เพื่อเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงอย่างครบวงจร (ข้อเสนอจาก กอส.)

12) ส่งเสริมให้เกิดอาสาสมัครในระดับประชาชนต่างวัฒนธรรมที่ช่วยเหลือเกื้อกูล ครอบครัว ผู้ได้รับผลกระทบ และให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนที่เสริมสร้างความสมานฉันท์ให้เกิดขึ้นในระดับชุมชน สังคม และประเทศ เช่น ให้มีครอบครัวอุปถัมภ์ นักศึกษาอาสาต่างวัฒนธรรม เป็นต้น

13) เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคประชาชน ประชาสังคม และองค์กรภาครัฐ ในการเยียวยา เสริมสร้างสันติภาพและให้ความช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรมแก่ผู้ได้รับผลกระทบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

14) จัดกิจกรรมให้มีการรับฟังความเห็นและแลกเปลี่ยนระหว่างแกนนำ/กลุ่มผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบ กับองค์กรภาครัฐ และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง รวมทั้งยกระดับข้อเสนอจากเวที ให้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อภาครัฐและสาธารณะ

15) ประสานความร่วมมือกับนักวิชาการ เพื่อให้เกิดงานวิจัย หรืองานสร้างสรรค์ ที่ศึกษาปัญหาความต้องการและพัฒนาส่งเสริมศักยภาพผู้หญิงและครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบ

16) ส่งเสริมให้ผู้ได้รับผลกระทบจัดตั้งกลุ่ม และสร้างความเข้มแข็งในกลุ่มและเครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนงานเยียวยาและงานพัฒนาอื่น ๆ

17) ให้รัฐเป็นเจ้าภาพจัดเวทีแลกเปลี่ยน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในงานด้านการเฝ้าระวังและ
บทบาทการทำงาน ทั้งของภาครัฐและของภาคประชาชน โดยเฉพาะภาคประชาชนที่ทำงานในประเด็นด้าน
การปกป้องสิทธิและเฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบจากคดีความมั่นคง

2.2 การพัฒนาระบบส่งต่อและฉุกเฉิน

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ
สุขภาพไทย ไว้ดังนี้ (อ้างใน ปาณินทร และคณะ, 2552) ยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพและ
การแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข มีแนวทางการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการเร่งรัดพัฒนางาน
สุขภาพชุมชน และขยายระบบบริการปฐมภูมิเชิงรุกที่มีคุณภาพมาตรฐานและเป็นที่ศรัทธาเชื่อถือในชุมชน
รวมทั้งมีการพัฒนาระบบการรับส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล และสร้างระบบ
การแพทย์ฉุกเฉินและการแพทย์ดัดยภูมิให้มีคุณภาพและมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และยุทธศาสตร์
การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการ
เฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ
รวมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติและความรุนแรงที่แพร่ระบาดทั่วไปแนวทางการพัฒนา เพื่อ
พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพรองรับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น และเตรียมความพร้อมด้าน
การแพทย์และการสาธารณสุขทุกระดับ ให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติทั้งจากธรรมชาติและวินาศภัยที่มนุษย์
อาจก่อขึ้น

ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (2550) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาระบบ
บริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ดังนี้ มีการจัดตั้งศูนย์ส่งต่อระดับเขต อยู่ที่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยสามารถ
จัดหาเตียงรับผู้ป่วยส่งต่อ ตามระบบปกติ และกรณีส่งต่อตามปกติไม่ได้ สามารถจัดหาเตียงภายใน 1
ชั่วโมง และได้ประสานสถาบันประสาท/โรงพยาบาลเอกชน ในการแก้ไขปัญหา ซึ่งรพ.เอกชนได้ส่งแพทย์
ศัลยกรรมประสาทมาทำการผ่าตัดที่ รพ.หาดใหญ่ มีการจัดตั้งเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยดำเนินการ
จัดทำทำเนียบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไว้สำหรับประสานการส่งต่อแก่ ทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายเขต 18, 19
นอกจากนี้ ได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องและจัด reference conference case ประเด็นสำคัญ
และมีการจัดประชุมเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับการเกิดอุบัติเหตุและการเคลื่อนย้ายลำเลียงผู้ป่วยทาง
อากาศ ใน 14 จังหวัดภาคใต้

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2551) ได้จัดทำโครงการพัฒนา
ยุทธศาสตร์และกลไกจำเพาะด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของประเทศในการ
แก้ปัญหาค่าความไม่สงบในจังหวัด ชายแดนภาคใต้ เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนา
และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ให้สอดคล้องกับประเด็น วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนในภูมิภาคนี้
ศบ.สต. ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขเขต 18, 19 ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์วิชาการ
จากกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมบูรณาการกระบวนการคิดและดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้การแก้ไขปัญหาและ
การพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ มีความเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีประเด็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งได้
จากการวิเคราะห์ร่วมกัน คือ ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาโรคติดต่อ ได้แก่

มาลาเรีย วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ รวมทั้งปัญหาและภาวะคุกคามที่เกิดจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งนี้ ได้กำหนดเป็นวาระการแก้ไขปัญหาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ ภายใต้วิสัยทัศน์ “ประชาชนมีสุขภาพดี ภายใต้การพัฒนาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน จังหวัดชายแดนภาคใต้” โดยมีพันธกิจ “การบูรณาการการพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้ภาวะวิกฤตให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน” โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้

- 1) ยุทธศาสตร์การบูรณาการการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพภาครัฐให้เป็นเอกภาพ
- 2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมโดยใช้วิถีชุมชน
- 3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้ภาวะวิกฤต ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้รอบ 12 เดือน (มกราคม-ธันวาคม) 2550 เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ สรุปได้ดังนี้ ได้มีการตรวจสอบความพร้อมของสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยรับส่งต่อทุกวันโดยสามารถจัดหาเตียงรับผู้ป่วยกรณีส่งต่อตามปกติไม่ได้ ภายใน 1 ชั่วโมง โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไว้สำหรับประสานการส่งต่อแก่ทุกโรงพยาบาล

2.3 การพัฒนาระบบความปลอดภัย

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง การแก้ไขปัญหามุ่งเน้นที่จะแก้ปัญหาทั้ง 3 ระดับ ทั้งสถานการณ์ที่ปรากฏผิวหน้า เช่น เหตุร้ายปัญหาความยากจนยาเสพติด เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติไม่เป็นธรรม ส่วนปัญหาในทางลึกที่เกี่ยวกับช่องว่างทางทัศนคติของเจ้าหน้าที่ของรัฐและของประชาชนนั้นรัฐบาลได้กำหนดนโยบายความมั่นคงแห่งชาติเกี่ยวกับจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นนโยบายสำคัญที่จะเชื่อมและลดช่องว่างของสังคมให้แคบและให้หมดไป (อ้างใน ปาริฉัตร และคณะ, 2552)

นโยบายความมั่นคงแห่งชาติเกี่ยวกับจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามที่สภาความมั่นคงแห่งชาติ และคณะรัฐมนตรี ได้กำหนดขึ้นเมื่อ 7 กันยายน 2542 โดยที่นโยบายนี้ได้เปิดมิติใหม่ ให้เป็นนโยบายที่ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การเริ่มคิดด้วยการรับฟังและทำงานร่วมกับประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีทั้ง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ผู้นำศาสนา สื่อมวลชนมุสลิม ฯลฯ ข้อสรุปที่ทุกฝ่ายเห็นร่วมกันเป็นนโยบายฯ มีสาระสำคัญ คือ

- 1) การเห็นคุณค่าความหลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นปัญญาของสังคมที่จะเป็น ต้นทุนของสังคมที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาต่างๆ และสร้างความสามัคคีรวมทั้งให้เกิดความมั่นคง
- 2) กำหนดจุดยืนให้ชัดและมั่นใจว่า พี่น้องมุสลิมสามารถดำเนินวิถีชีวิตมุสลิมในสังคมไทยอย่างภาคภูมิใจมีเกียรติมีศักดิ์ศรีภายใต้รัฐธรรมนูญเช่นคนไทย
- 3) เชื่อมโยงศักยภาพของสังคมมุสลิมให้สามารถปรับตัวเดินหน้าไปพร้อมกับสังคมโดยรวมและเชื่อมสัมพันธ์กับโลกมุสลิมที่จะร่วมกันสร้างสรรค์ความสงบสันติ
- 4) การให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับเยาวชน ปัญญาชนมุสลิม และทุกส่วนในสังคมที่จะต้องเป็นผู้ปกครองและนำสังคม ระเบียบกฎเกณฑ์ใด ๆ ที่ขัดแย้งไม่เป็นธรรมหรือไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตต้อง

ปรับปรุงแก้ไขรวม ทั้งการสร้างความเป็นธรรมแก่ประชาชน ส่งเสริมการศึกษาทั้งทางโลก ทางธรรมการ สร้างโอกาสให้การดำเนินวิถีชีวิตที่จะมีงานทำ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และจัดการอย่างจริงจังกับการแก้ปัญหา ยาเสพติด โดยสร้างภูมิคุ้มกันสังคมโดยให้มีชุมชนที่เข้มแข็งและการประสานร่วมมือแก้ปัญหาให้สังคมมีความ สงบร่มเย็นมีความสามัคคี มีความสุขเช่นเดียวกับสังคมอื่น ๆ ในชาติ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อมร รอดคล้าย, สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ได้ทำวิจัยเรื่อง การจัดระบบบริการ สุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (<http://library.hsri.or.th/abs/res/hs1226t.doc>, ค้นเมื่อ 27 ม.ค.53) ผลการศึกษา พบว่า

1. เกิดผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท และ ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลกรณีผู้ป่วยหนัก

2. บริการผู้ป่วยนอกในระดับสถานเฝ้าระวังลดลง ในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยในมี จำนวนใกล้เคียงเดิมแต่ความรุนแรงของโรคมารู้นขึ้น

3. บุคลากรสุขภาพ เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์และความปลอดภัย ในชีวิตและทรัพย์สินของ ตนเองและครอบครัว

4. เกิดการโยกย้ายของบุคลากรจากชนบทเข้าสู่เมือง จากเมืองในพื้นที่เสี่ยงสูงจังหวัดอื่น

แนวทางในการแก้ปัญหาระยะสั้น การแก้ปัญหาลดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การปรับปรุง ระบบคำตอบแทนและสวัสดิการ สร้างระบบสนับสนุนในภาวะวิกฤติ ทั้งด้านการปรึกษา การส่งต่อและจัด บุคลากรเสริม ส่วนแนวทางในการแก้ปัญหาระยะยาว การสร้างและดำรงไว้ซึ่งภาวะสันติ การเปิดโอกาสให้ คนในพื้นที่โดยเฉพาะในชนบทได้มีศึกษาทางด้านบริการสุขภาพและสาธารณสุขมากขึ้น สนับสนุน การศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรในปัจจุบัน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการจัดบริการสุขภาพ และ ระบบคำตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม

อรรคพล ศตะภูริ ได้สรุปผลการศึกษาเรื่องการช่วยเหลือเยียวยาสตรีหม้ายและเด็กกำพร้าเนื่องจาก สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส) (http://www.m-society.go.th/document/edoc/edoc_962.doc, ค้นเมื่อ 28 ม.ค.53) ผลการศึกษา พบว่า

มิติด้านสังคม สตรีหม้ายและเด็กกำพร้ายังสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติไม่ได้รับผลกระทบที่ จะบั่นทอนการดำเนินชีวิตในถิ่นที่อยู่อาศัยมากนัก หากแต่ยังได้รับความเอาใจใส่ ดูแลช่วยเหลือกันเพิ่ม มากขึ้น ซึ่งทำให้สตรีหม้าย ยังยืนยันในการอยู่อาศัยในภูมิลำเนาเดิม ถึงแม้สถานการณ์ความไม่สงบยัง ดำรงอยู่ ส่วนหนึ่งก็เพราะยังมีเครือญาติ ทรัพย์สิน อาชีพ และความรักในถิ่นที่อยู่

มิติด้านเศรษฐกิจ พบว่า สตรีหม้ายและเด็กกำพร้ามีรายได้ลดลง เพราะต้องสูญเสีย หัวหน้าครอบครัว ซึ่งเป็นเสาหลักในการหารายได้สู่ครอบครัว บางครั้งจึงจำเป็นต้องขอรับการสงเคราะห์ ช่วยเหลือจากทางราชการ โดยเฉพาะเบี้ยยังชีพรายเดือนที่ช่วยเหลือแก่เด็กกำพร้า จนกว่าจะจบปริญญา ตรี หรือเลิกการศึกษาไปก่อนจบปริญญาตรีก็ตาม

มิติด้านสุขภาพ พบว่า สุขภาพทางกายของสตรีหม้ายและเด็กกำพร้า ไม่เป็นปัญหาในการดำรงชีวิต แต่สุขภาพทางจิตใจคงต้องได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากทางราชการที่เกี่ยวข้องเป็นระยะด้วย

มิติด้านการศึกษา พบว่า สตรีหม้ายต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านนี้ด้วยวิชาความรู้ที่สามารถนำไปประกอบอาชีพหรือแนะนำสั่งสอนผู้อื่นต่อไปได้ และยังต้องการจัดที่ทัศนศึกษาต่างพื้นที่ และแลกเปลี่ยนมุมมองของชีวิตกับสตรีในภูมิภาคอื่น ส่วนเด็กกำพร้าต้องการทุนการศึกษาเพื่อสนับสนุนการศึกษาได้อย่างที่เคยวางแผนไว้ในขณะที่บิดายังมีชีวิตอยู่

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (http://www.hiso.or.th/hiso/news_hiso/fileUpload/819TT461-1.doc, ค้นเมื่อ 28 ม.ค.2553) กล่าวว่า จากการปฏิบัติงานและการวิจัยของนักวิชาการ พบว่า การส่งเสริมฟื้นฟู วิถีวัฒนธรรมท้องถิ่นและวิถีมลายูมุสลิมสามารถระดมการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นในการสร้างสันติสุขภาวะได้มาก ทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล จนถึงการจัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันเอง สวัสดิการชุมชน และจากงานวิจัยได้เสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในภาคใต้ในมิติต่างๆ และมีข้อเสนอรวม 3 ด้าน กล่าวคือ

1. ข้อเสนอเชิงนโยบายมิติสุขภาพ ระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิมและท้องถิ่นมลายู 4 ข้อ คือ 1) การจัดโครงสร้างบริหารจัดการในพื้นที่หรือกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นศูนย์อำนาจการเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และควรได้รับการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางอย่างพอเพียง 2) จัดตั้งศูนย์ประสานการเยียวยาระดับเขต จัดทำทำเนียบและฐานข้อมูลกลางเพื่อการเยียวยา และเพื่อการติดตามผู้ได้รับผลกระทบและประเมินผลการเยียวยา และจัดตั้ง one stop service center ด้านการเยียวยาในระดับอำเภอ 3) ส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน สร้างเครือข่ายนักสันติสุขภาวะ อาสาสมัครดูแลสุขภาพในชุมชน 4) จัดตั้งเครือข่ายการจัดการความรู้ เป็นฐานข้อมูลกลางเพื่อการพัฒนา รวมทั้งการทำงานร่วมกับสื่อมวลชนเพื่อจัดการข้อมูลข่าวสารเพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้เกิดขึ้นในสังคมไทย

2. ข้อเสนอเชิงนโยบายมิติวัฒนธรรม ในการฟื้นฟูความสัมพันธ์ในชุมชน ร่วมกันแก้ไขปัญหาปากท้อง เสนอให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ทรัพยากรท้องถิ่นในทุกระดับ และสร้างรูปแบบการสื่อสารสาธารณะบนฐานของความรู้ที่สังเคราะห์จากความเป็นจริงในพื้นที่ และครอบคลุมมิติชีวิตในด้านต่างๆ ทั้งในแง่มุมมองของความสูญเสีย ความเป็นธรรม แนวทางในการฟื้นฟูเยียวยา หรือมิติในด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ มิติทางประวัติศาสตร์ มิติทางวัฒนธรรม ปัญหาทางด้านทรัพยากร เป็นต้น รวมถึงควรให้ความสำคัญกับประเด็นความเป็นธรรม

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายมิติการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการปรับกระบวนการทัศนอิสลามเพื่อการพัฒนา เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ปัญหาความรุนแรงจะเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างสันติสุขที่ยั่งยืน สภาชุรอ จะเป็นจุดหนึ่งที่พื้นที่ศักยภาพของชุมชนมุสลิมขึ้นมา จัดตั้งองค์กรที่ดูแล “กองทุนชะกาต” หรือ “บัยตุลมาล” เพื่อจ่ายแจกให้แก่ผู้ยากจนอย่างเป็นกิจจะลักษณะจะทำให้สภาพชีวิตความเป็นอยู่และความสัมพันธ์ของคนในสังคมดีขึ้น ให้ชุมชนสามารถจัดการเรียนการสอนหลักสูตรทางศาสนาขึ้นเอง ทั้งนี้ต้องสามารถเชื่อมต่อกับสถาบันการศึกษาในระดับสูงได้ การบูรณาการการศึกษาสามัญ

กับศาสนาในโรงเรียนประถมศึกษาควรเป็นเอกภาพ อาจจะจัดตั้งหน่วยงานดูแลเฉพาะ เช่น ฝ่ายส่งเสริมการศึกษา และความพร้อมของบุคลากร ที่สำคัญคือต้องรักษาโรงเรียนตาดีกาไว้ให้กับชุมชน ควรเปิดโอกาสให้ชาวบ้านสามารถเข้าถึงการใช้ฐานทรัพยากร มีส่วนร่วมในการตัดสินใจจัดการทรัพยากรท้องถิ่นในทุกระดับ และแก้ไขพระราชบัญญัติประมงแห่งชาติ พุทธศักราช 2490 ตามข้อเสนอของสมาพันธ์ชาวประมงพื้นบ้านภาคใต้ ยกเลิกเรือที่ใช้เครื่องมืออวนรุน อวนลาก ที่ทำลายความอุดมสมบูรณ์ของทะเลขยายเขตประมงพื้นบ้าน จาก 3,000 เมตร เป็น 5,400 เมตร ยกเลิกโครงการแปลงสินทรัพย์เป็นทุนธนาคารอาหารทะเล (Sea Food bank) สนับสนุนการออกพระราชบัญญัติป่าชุมชน เพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ทำกินทับซ้อนกับพื้นที่เขตป่าสงวน หรือเขตอนุรักษ์อุทยานแห่งชาติ รวมทั้งสนับสนุนการจัดการความรู้ของชุมชนท้องถิ่น การวิจัยท้องถิ่น การจัดทำคลังความรู้ของชุมชนท้องถิ่น

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการสุขภาพของประชาชนในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ และศึกษาเงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีวิธีการวิจัยดังนี้

พื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่แบบเจาะจง โดยกำหนดหลักเกณฑ์การเลือกตำบลที่เป็นพื้นที่ในการศึกษา คือ

1. เป็นตำบลที่นักวิจัยคุ้นเคย เดินทางสะดวก และมีความปลอดภัย
2. เป็นตำบลที่มีผู้ได้รับผลกระทบอยู่ในระดับสูง
3. เป็นตำบลที่มีประชากรนับถือทั้งศาสนาพุทธและอิสลาม

ผลการเลือกพื้นที่ศึกษาระดับตำบล คือ ตำบลคลองไหม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ใน 2 คือ หมู่ 6 บ้านโคกหญ้าคา เป็นชุมชนไทยมุสลิมและไทยพุทธ และหมู่ที่ 3 บ้านกาแลสะนอ เป็นชุมชนไทยมุสลิม

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยชาวบ้านจาก 2 หมู่บ้าน ในตำบลคลองไหม ดังนี้

1. หมู่บ้านไทยพุทธมี 18 คน ประกอบด้วย พระประจำวัด 2 รูป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4 คน ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน 3 คน และตัวแทนกลุ่มเกษตรกร 3 คน ผู้ได้รับผลกระทบ 4 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน แกนนำหมู่บ้าน 1 คน
2. หมู่บ้านไทยมุสลิมมี 20 คน ประกอบด้วย ผู้นำศาสนา 2 คน อสม. 5 คน ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน 3 คน และตัวแทนกลุ่มเกษตรกร 3 คน ผู้นำชุมชน 2 คน ผู้สูงอายุ 2 คน ปราชญ์ 1 คน วัยรุ่น 2 คน

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ นักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีเครื่องมือช่วยในการเก็บข้อมูล คือ เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป แนวคำถามในการเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลบริบทของพื้นที่ คือ การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ นโยบายภาครัฐ และการจัดการสุขภาพของภาคประชาชน แนวคำถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 3 ท่าน และมี

การนำไปทดลองใช้ในการทำสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลทั้งสองหมู่บ้าน มีการปรับปรุงแนวคำถามก่อนการนำไปใช้จริง

การดำเนินการวิจัย

ทีมวิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประสานงานหัวหน้าสถานีอนามัยตำบลคลองใหม่ โดยชี้แจงโครงการ และขอความร่วมมือในการระบุตัวบุคคลผู้ให้ข้อมูล เช่น กลุ่มผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน แกนนำ อสม. ในหมู่บ้านไทยพุทธมุสลิม และหมู่บ้านไทยมุสลิม รวมทั้งช่วยประสานและนัดหมาย

2. การเก็บข้อมูล ทีมวิจัยมีการเตรียมตัวและเก็บข้อมูล ดังนี้

2.1 ประชุมทีมวิจัยเพื่อกำหนดประเด็นและซักซ้อมวิธีการเก็บข้อมูลทุกครั้งก่อนเข้าพื้นที่

2.2 การเก็บข้อมูล ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกต การบันทึกภาคสนาม และข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารโดย

1) การสนทนากลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจบริบทและวิถีชีวิตของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น ทั้งในชุมชนไทยพุทธและมุสลิม พื้นที่ละ 3 ครั้ง

2) การสัมภาษณ์เจาะลึกกรณีที่ต้องการข้อมูลเชิงลึกของผู้ให้ข้อมูล ที่ได้จากการสังเกตและสนทนากลุ่ม จำนวน 5 คน ในชุมชนไทยพุทธและมุสลิม จำนวน 8 คน

3) การสังเกต ผู้วิจัยจะไปพร้อมกับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึก

4) การบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยได้จดบันทึกคำสำคัญแล้ว นำมาเขียนรายละเอียดในภายหลัง

5) การบันทึกเสียง ทีมวิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียงขณะทำสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึก

6) ภายหลังการทำสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึกจะทำการถอดเทปเสียงคำต่อคำ

3. ตรวจสอบข้อมูลภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า ดังนี้

3.1 ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) ใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลหลายวิธีทั้งการสังเกต การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก ในการเก็บข้อมูลประเด็นเดียวกัน

3.2 ด้านแหล่งข้อมูลที่ต่างกัน (Data triangulation) ในข้อมูลประเด็นเดียวกัน ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน

3.3 ด้านผู้วิจัย (Researcher triangulation) นักวิจัยได้นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ได้มานำเสนอในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมวิจัยร่วมกับที่ปรึกษา 6 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และ การสรุปประเด็น (Thematic Analysis)

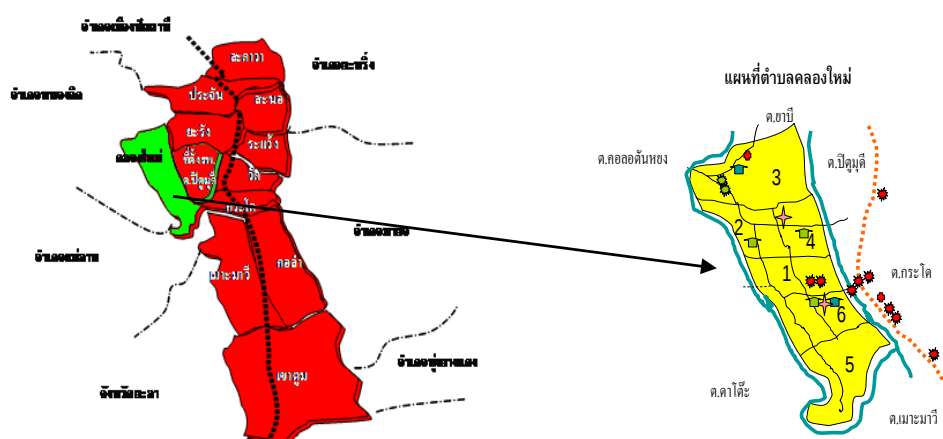
บทที่ 4

ผลการศึกษา

บริบทของแหล่งศึกษา : ตำบลคลองใหม่

ตำบลคลองใหม่ เป็นตำบลหนึ่งใน 12 ตำบลของอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี บริหารงานโดย องค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่ สำนักงานองค์การบริหารส่วนตำบลคลองใหม่ตั้งอยู่หมู่ที่ 1 ตำบลคลองใหม่ ห่างจากที่ว่าการอำเภอไปทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ ประมาณ 5 กิโลเมตร ตำบลคลองใหม่มีพื้นที่ทั้งหมด 9.40 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 5,875 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อกับตำบลใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดกับ	ตำบลยะรัง อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี
ทิศใต้	ติดกับ	ตำบลตาโต๊ะ อำเภอมะนัง จังหวัดปัตตานี
ทิศตะวันออก	ติดกับ	ตำบลปิตุมุดี อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี
ทิศตะวันตก	ติดกับ	ตำบลคลองตันหยง อำเภอนงะจิก จังหวัดปัตตานี



ภาพที่ 3 แผนที่ตำบลคลองใหม่ อำเภอยะรัง

สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบ ทิศใต้ของตำบลเป็นสวนไม้ผล ยางพารา และบ้านเรือนของประชาชนส่วนใหญ่ตั้งริมถนนที่เชื่อมกันระหว่างหมู่บ้าน ส่วนทิศเหนือเป็นที่ราบลุ่ม มีที่นา แหล่งน้ำธรรมชาติและมีลำคลองล้อมรอบตำบล ที่สำคัญคือ มีแม่น้ำปัตตานีอยู่ทางทิศตะวันออกของตำบลซึ่งไหลผ่านหมู่ที่ 6 และหมู่ที่ 4 มีคลองชลประทานที่ส่งน้ำไหลหมู่ที่ 6, 4 และ 3 และมีคลองชลประทานอีกสายหนึ่งไหลผ่านหมู่ที่ 5, 1 และ 3 ทำให้มีสายน้ำไหลผ่านโดยรอบทั้ง 6 หมู่บ้าน ส่งผลให้พื้นที่เกิดอุทกภัยเกือบทุกปีในช่วงฤดูฝน การเดินทางของประชาชนส่วนใหญ่ใช้รถยนต์และจักรยานยนต์ส่วนตัว นอกจากนี้มีรถจักรยานยนต์รับจ้างในหมู่บ้าน ถนนในหมู่บ้านเป็นคอนกรีตเชื่อมระหว่างหมู่บ้าน ยกเว้นหมู่ 3 เป็น

ถนนลาดยางซึ่งยังสร้างไม่เสร็จอีก 1.5 กิโลเมตร ส่วนเส้นทางออกไปยังถนนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทาง

ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 91.06 ของประชากรทั้งตำบล ยกเว้นหมู่ที่ 6 บ้านโคกหญ้าคา มีประชาชนประมาณร้อยละ 40 ของประชากรในหมู่ที่ 6 นับถือศาสนาพุทธ สภาพสังคมในตำบลเป็นสังคมชนบท ครอบครัวส่วนใหญ่จึงเป็นครอบครัวขยาย มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ มีการช่วยเหลือเกื้อกูล ใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย มีมัสยิด วัด ร้านน้ำชา เป็นแหล่งพบปะพูดคุย ประชาชนมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ค่าขาย รับราชการ รายได้ประมาณ 4,000 - 8,000 บาทต่อเดือน ประชากรวัยทำงาน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และเรียนในสถาบันสอนศาสนาอิสลาม (ปอเนาะ) รวมทั้งมีการสอนความรู้ด้านศาสนาอิสลามตามมัสยิดทุกวันศุกร์ จำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน มีดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน ตำบลคลองใหม่

หมู่ที่/บ้าน	จำนวนหลังคาเรือน	ประชากรทั้งหมด	ชาย	หญิง
ม.1 บ้านกอตระนอ	101	756	380	376
ม.2 บ้านบinya	157	836	405	431
ม.3 บ้านกาแลสะนอ	159	1,214	616	598
ม.4 บ้านสูงบารู	42	276	139	137
ม.5 บ้านโฉลง	170	957	448	509
ม.6 บ้านโคกหญ้าคา	132	537	255	282
รวม	761	4,576	2,243	2,333

ที่มา : ข้อมูลตามทะเบียนราษฎร ปี 2550

การศึกษาของชาวบ้าน ตำบลคลองใหม่มีโรงเรียนสังกัดพื้นที่เขตการศึกษา 3 แห่ง คือ โรงเรียนชุมชนบ้านกาแลสะนอ ตั้งอยู่ ม.3โรงเรียนชุมชนบ้านบinya ตั้งอยู่ ม.4 และโรงเรียนชุมชนบ้านโคกหญ้าคา ตั้งอยู่ ม.6 มีโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม ในหมู่ที่ 2, 4, และ 6 การศึกษาในหมู่บ้านไทยพุทธนั้นเด็กเยาวชนส่วนใหญ่เรียนหนังสือนอกพื้นที่ในอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานีและยะลา โดยมีรถรับส่งนักเรียนไปเช้า เย็นกลับ ทำให้โรงเรียนในหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นนักเรียนไทยมุสลิม มีเยาวชนไทยพุทธเรียนอยู่เพียง 3 คน

ส่วนหมู่บ้านไทยมุสลิม เด็กและเยาวชนส่วนใหญ่เรียนสามัญในวันจันทร์ถึงศุกร์ และศึกษาศาสนาที่โรงเรียนตาดีกาในวันเสาร์-อาทิตย์ เมื่อจบประถมศึกษา ป.6 นิยมเรียนต่อที่โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในตำบล ซึ่งมีอยู่ 3 แห่ง การศึกษาของชาวบ้านส่วนใหญ่จบการศึกษา ชั้น ป.4 ในหมู่บ้านจะมีการเรียนการสอนศาสนาแก่คนทั่วไป อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

การบริการสุขภาพในตำบล การบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพของชุมชน มีสถานีนอนามัย ตำบลคลองใหม่ 1 แห่ง ตั้งอยู่หมู่ที่ 3 บนถนนสายจากปากทางเข้า บ้านบาซาเอ - บ้านกาแลสะนอ ระยะทาง 3.5 กิโลเมตร เริ่มก่อสร้างเมื่อ พ.ศ.2515 บนพื้นที่ 2 งาน 82.9 ตารางวา ต่อมาปี พ.ศ.2541 ได้รับงบประมาณทดแทนจากกระทรวงสาธารณสุขในการก่อสร้างอาคารแบบใหม่ เริ่มเปิดให้บริการเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2542 การดูแลสุขภาพของประชาชน บางส่วนยังมีการคลอດกับผดุงครรภ์โบราณและการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น หมอกระดูก มีการใช้สมุนไพร จำนวน อสม.ในแต่ละหมู่บ้าน มีดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวน อสม. ในแต่ละหมู่บ้าน ตำบลคลองใหม่

หมู่ที่/บ้าน	จำนวน อสม. (คน)
ม.1 บ้านกอตอระนอ	6
ม.2 บ้านบิทยา	7
ม.3 บ้านกาแลสะนอ	8
ม.4 บ้านสูงาบารู	5
ม.5 บ้านโฉลง	8
ม.6 บ้านโคกหญ้าคา	7
รวม	41

วิถีชีวิตก่อนเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ

พ.ศ.2524 ช่วงก่อนกำนันมะกูวิง ตำบลคลองใหม่เป็นพื้นที่สีแดง เนื่องจากสมัยนั้นมีขบวนการโจรก่อการร้าย (ขก.) แทรกซึมอยู่ในพื้นที่ของตำบลทั้ง 2 หมู่บ้าน จึงมีเหตุการณ์การปิดสวนยางเรียกค่าไถ่ การทำร้ายเจ้าหน้าที่ทางราชการบ้าง แต่ก็ไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของชาวบ้านมากนัก ชาวบ้านได้มีการฝึกให้เป็น ทสพช. และเป็นสมาชิก อพป. เพื่อป้องกันตนเอง นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มยุวเกษตร มีร้านศูนย์สาริตซึ่งเป็นเครือข่ายของในกลุ่มออมทรัพย์ แต่ยังไม่เป็นที่นิยมของชุมชนเพราะชาวบ้านยังเกรงใจร้านค้าในหมู่บ้าน

เมื่อมาปลายปี พ.ศ.2542 ทางพัฒนาชุมชนได้งบประมาณจัดสร้างอาคารให้ 1 หลัง ในหมู่บ้าน อพป. สมัยนั้น จึงสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ การประกอบอาชีพ สามารถเดินทางสะดวก เนื่องจากไม่มีเหตุการณ์การทำร้ายชาวบ้าน แต่มีเกิดเหตุการณ์สัตว์เลื้อย วัว ควาย เป็ดไก่ โดนขโมย ผูกไว้ข้างนอกบ้านก็จะโดนขโมย

ก่อน พ.ศ.2546 สมัยกำนันมะกูวิง ชาวบ้านสามารถนำสัตว์เลื้อย วัว ควายมาผูกไว้ที่บ้านโดยไม่หาย และการถูกขโมยสัตว์เลื้อยลดลง ช่วงนี้เป็นช่วงที่ชาวบ้านอยู่กันอย่างสงบมาหลายปี ชาวไทยพุทธและไทยมุสลิมไปมาหาสู่เสมอ ช่วยเหลืองานประเพณีซึ่งกันและกัน มีการลงแขกทำนา ไปร่วมงานแต่งงาน หาทุนสร้างมัสยิดและโรงเรียนตาดีกา การเดินทางไปทำมาหากินต่างหมู่บ้านได้ตามสะดวก และสามารถไปรับ

บริการที่สถานอนามัยของตำบลอย่างปลอดภัย เจ้าหน้าที่อนามัยไปมาในหมู่บ้านบ่อย ชาวบ้านก็ออกไปรับบริการที่สถานอนามัยตำบลคลองใหม่และโรงพยาบาลยะรังได้ปกติ ผู้ปกครองก็สามารถไปส่งนักเรียนไปโรงเรียนได้สะดวก พระที่จำวัดที่หมู่ที่ 6 วัดโคกหญ้าคาก็สามารถออกบิณฑบาตในพื้นที่ได้ ชาวบ้านจึงมีชีวิตอย่างสบาย โดยเล่าถึงวิถีชีวิตในอดีตให้ฟังว่า

“ปี 2524-25 คือมันเป็นพื้นที่ที่ว่าสมัยโน้น ขก.มันไม่มีขบวนการเหมือนแบบนั้น...ที่จะยิงชาวบ้าน ตัดคอชาวบ้านมันไม่มี... แต่ว่ามีปิดสวนยางเรียกค่าไถ่ ยิ่งเจ้าหน้าที่ เลยก...ทางราชการก็ให้ฝึกชาวบ้าน เป็นสมาชิก อพป.ก็ได้เกิดกลุ่มออมทรัพย์ขึ้นมา” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“แต่ก่อนเป็นเพื่อนกันหมด...แต่งงานก็ไป...แต่ก่อน..ไปก็ดีทั้งนั้น” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)
“เวลามีกงานแต่งงาน เช่น รู้จักกับนายมะแอ... มะแอมาบอก..ว่าจะจัดกิจกรรมขึ้นบ้านใหม่ เราก็จะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มก็ได้ เป็นตัวแทนก็ได้ ไปช่วย ถ้าเป็นงานของอิสลาม ไทยพุทธก็รวมตัวกันส่งตัวแทนไปช่วย แต่เวลางานของคนไทยพุทธคนมุสลิมมา ก็ต้องจัดเตรียมอาหารที่เฉพาะมุสลิมกินได้ไว้ มีแม่ครัวต่างหากของมุสลิม เวลาเป็นไทยพุทธไปช่วยมุสลิม..กิน..ก็กินได้ทุกอย่าง คือ ถ้าเชิญมุสลิมมาร่วมต้องทำให้ถูกต้องหลักการ คือ มีแม่ครัวอิสลาม มีฮาลาล” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“งานแต่งงาน....งานหาเงินเข้ามัสยิด...งานหาเงินสร้างโรงเรียนตาดีกา...เขาขอให้ไทยพุทธไปด้วยแล้วเขาขอให้มัสยิดยาวไป...แล้วตั้นเงิน...ตั้นทองไปด้วย...คือสนุกสนาน...สมัยก่อน...กำนันมะกุวิง...เป็นมุสลิมครับ แกจะมาช่วงพ่อของสุทรินทร์แกสนิทมาก...พอเห็นรถกำนันจอดหน้าบ้านพ่อสุทรินทร์เดี๋ยวลูกน้องก็มาจอด...ก็มาจอดกันเต็ม...เขาก็มา....กินอาหาร” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“ไปเรียนประตูปอร์ก็ไปส่งได้สะดวก...ยะรัง ก็จบเป็นครู เป็นตำรวจ ก็จากที่นั่น จากประตูปอร์ จากเบญจมาชฐาศิษย์ สมัยนั้นเขาชอบไปเรียนปัตตานี” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“อยู่สบาย... แล้วก็..จะไปทำอะไร ทำนา ไม่ต้องระแวงระวัง” (รย, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“กร๊าดยาง... คำขาย.....คำใช้จ่ายตอนนั้น...รู้สึกที่คำใช้จ่ายตอนนั้นไม่สูงเหมือนตอนนั้น.....ตอนนั้น คำใช้จ่ายต่ำกว่า...เมื่อก่อนนะ” (พย, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“เก็บผักเก็บอะไร...เอาไปขายได้ที่ตลาด ออกปรีก็จะเข็นรถลงไป หรือไม่ก็พาไปรถเมล์ รถโดยสาร ไปขายที่ยะลา” (พย., สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“บางคนตี 1 ก็ไปแล้ว.....แล้วหลังจากนั้นก็..ยังไปขายของที่ตลาด...ยะลาทัน..เพราะมีรถบริการ..คือพ่อของนายสุทรินทร์.....เป็นผู้ขับรถไปส่งแม่คำ....นำสินค้าเกษตรของชุมชนออกสู่ตลาด...ไปนัดทั้งคนไทยพุทธ..ไทยมุสลิม..เขตแถวหมู่บ้านกอดอรานอ..นี่..แกบริการแบบนี้ทุกวัน..ทุกวัน..” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

กลางปี 2546 เป็นช่วงเริ่มเกิดเหตุการณ์ใหม่ๆ ชาวบ้านเล่าว่า ที่จริงแล้วสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่นี้เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อเช้าของวันที่ 16 กรกฎาคม 2546 **สถานการณ์นี้เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ถูกนับ** เมื่อพ่อ กับลูกสาว (ม.4) และป้านั่งรถจักรยานยนต์ เพื่อไปซื้อของที่ตลาดนัด ขากลับจากตลาด สองพ่อลูกและป้าถูกยิง ทำให้ผู้เป็นพ่อเสียชีวิตทันทีที่เกิดเหตุ ส่วนเด็กหญิงได้รับบาดเจ็บและพิการจนกระทั่งทุก

วันนี้ ส่วนป่าปลอดภัย แม้ผ่านมา 5 ปีแล้ว ความเจ็บปวดและอาการหวาดผวาก็ยังคงมีอยู่กับครอบครัว ป่าของเด็กหญิงที่รอดชีวิตจากเหตุการณ์ยังจำเหตุการณ์วันเกิดเหตุได้อย่างแจ่มชัด และเล่าให้ฟังว่า

“ไปตลาดนัดกัน 3 คน..บ้านี้หลัง....นี้ (ชี้ไปยังเด็กสาวพิการที่เดินไม่ได้) นิ่งหน้า...ตัวเล็ก...ม. 4 แล้วแหละ โดนมาแล้ว 5 ปี ก่อนเหตุการณ์ใหม่ๆ ปี 2546 เดือน กรกฎาคม 2546 เกิดตอนขาถีบจากตลาด โดนที่หัวสะพานแต่งชุดตะเภา ขั้วประคบ ขั้วรถคันเดียว ยิงมาจากข้างหน้า ยิงสวนข้างหน้า ตัด โดนน้อง โดนที่ได้รวมม มันทะลุหลังตรงกลางกระดูกไขสันหลังนอนโรงพยาบาลคีนึง...เดินไม่ได้...พูดจาได้...กินได้” (บพ, สัมภาษณ์, 10 ต.ค.52)

การสูญเสียที่เป็นเสาหลักของครอบครัวไป นอกจากความพิการที่ได้รับแล้ว ครอบครัวยังต้องเสียทรัพย์สินเงินทอง และอนาคตของเด็กผู้หญิงต้องดับลงเพราะไปเรียนไม่ได้ มีเพียงแม่และป้าเป็นผู้ดูแลและช่วยเหลือ โดยการแสวงหาหมอและแหล่งรักษาความพิการที่ลูกได้รับตั้งแต่ภาคใต้ ภาคกลาง จนถึงภาคอีสาน จากเหตุการณ์วันนั้นจนถึงวันนี้เด็กหญิงคนนี้เดินได้บ้างแล้ว แต่ก็มีอาการพิการที่ต้องดูแลและเฝ้าระวังตนเองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

หลังจากเกิดเหตุการณ์ครั้งนี้ใหม่ๆ ชาวบ้านยังกล้าออกไปนอกพื้นที่ เมื่อเจ็บป่วยก็ยังไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกแพทย์ได้ด้วยตนเอง จนเมื่อเกิดเหตุการณ์ปล้นปืน ปี 2547 สถานการณ์ความไม่สงบจึงเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส และรวมมาถึง 4 อำเภอ ในจังหวัดสงขลา คือ อำเภอเทพา อำเภอจะนะ อำเภอนาทวี และอำเภอสะบ้าย้อย

สถานการณ์ความไม่สงบ ตำบลคลองใหม่

นับตั้งแต่ มกราคม 2547 ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ที่ภาครัฐกำหนดจนถึงปัจจุบัน อำเภอยะรังเป็นอำเภออันดับต้นๆ ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบมากที่สุดอำเภอหนึ่งของจังหวัดปัตตานี จากการรายงานของศูนย์เฝ้าระวังระดับอำเภอ พบว่า พื้นที่ไทยพุทธมีสถานการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นมากกว่าพื้นที่ไทยมุสลิม ตำบลคลองใหม่มีผู้เสียชีวิตเป็นอันดับ 3 (ร้อยละ 33.81) ของอำเภอยะรัง รองลงมาจากตำบลเกาะมาวี (ร้อยละ 42.63) และตำบลกล่อ (ร้อยละ 36.75) ทั้ง 3 ตำบลมีหมู่บ้านชาวไทยพุทธอยู่ด้วย ในตำบลคลองใหม่ มีผู้บาดเจ็บ เสียชีวิตและทรัพย์สิน 28 ราย เป็นไทยพุทธ 19 ราย (ร้อยละ 67.86) เป็นไทยมุสลิม 9 ราย (ร้อยละ 32.14) หมู่บ้านที่มีผู้ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ หมู่ที่ 6 บ้านโคกหญ้าคา มี 14 ราย (ร้อยละ 50.00) รองลงมาเป็นหมู่ที่ 5 บ้านโกล้ง มี 8 ราย ร้อยละ 28.57 ส่วนหมู่ที่ 2 บ้านบิโนยา และ 3 บ้านกาแลสะนอ ไม่มีผู้ได้รับผลกระทบ (งานเฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบ โรงพยาบาลยะรัง, ธันวาคม 2552) สถิติการเกิดสถานการณ์ความไม่สงบในอำเภอยะรัง มีดังนี้

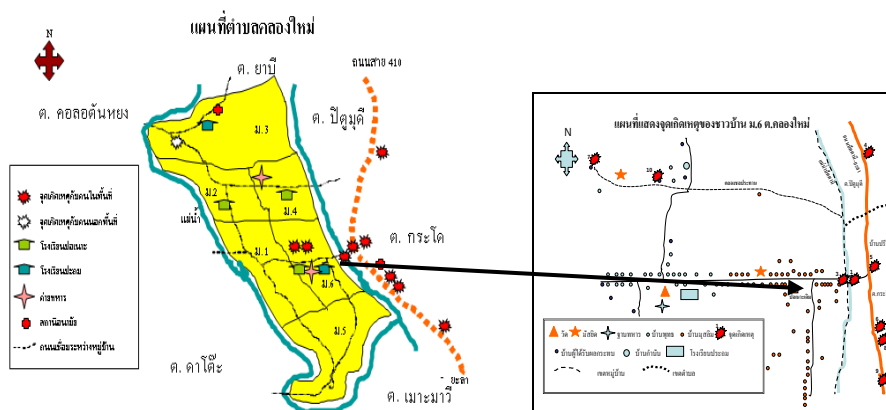
ตารางที่ 3 สถิติการเกิดสถานการณ์ความไม่สงบในอำเภอยะรัง

ลำดับที่	ตำบล	บาดเจ็บ	เสียชีวิต	รวม	อิสลาม	พุทธ	หมายเหตุ
1.	ยะรัง	6	5	11	5	6	
2.	ประจัน	5	3	8	8	0	
3.	เมะมาวี	10	19	29	21	8	
4.	สะนอ	0	2	2	2	0	
5.	ปิตุมดี	3	8	11	11	0	
6.	สะดาวา	0	1	1	1	0	
7.	เขาดูม	5	11	16	9	7	
8.	กระโด	0	5	5	5	0	
9.	ระแว้ง	1	1	2	2	0	
10.	วัด	4	8	12	1	11	
11.	กอลำ	11	14	25	12	13	
12.	คลองใหม่	7	16	23	10	13	ม. 2, 3 ไม่มีผู้ได้รับผลกระทบ
	รวม	52	95	147	89	58	

ที่มา : งานเฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบ โรงพยาบาลยะรัง

จุดเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ ตำบลคลองใหม่

สถานการณ์ความไม่สงบในตำบลคลองใหม่ จนถึง พ.ศ. 2552 มีผู้ได้รับผลกระทบทั้ง 23 ราย พบว่าไม่มีข้อมูลรายงานสถานที่เกิดเหตุการณ์ ร้อยละ 39.29 รองลงมาเป็นบริเวณถนนสายทางหลวงหมายเลข 401 บัตตานี-ยะลา ร้อยละ 25 เกิดในหมู่บ้านของผู้ได้รับผลกระทบ ร้อยละ 14.29 และเกิดบริเวณถนนเลียบริมคลองชลประทาน และที่บ้านของผู้ได้รับผลกระทบ ร้อยละ 10.71 จุดที่เกิดสถานการณ์ความไม่สงบ ตำบลคลองใหม่ จึงมีดังภาพที่ 3



ภาพที่ 4 จุดเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ ตำบลคลองใหม่

ดังนั้น หากย้อนเวลาไป เมื่อกลางปี 2546 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มเกิดใหม่ ๆ ชาวบ้านยังกล้าออกไปนอกพื้นที่ เมื่อเจ็บป่วยก็ยังไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกแพทย์ได้ด้วยตนเอง แต่หลังจากเหตุการณ์เกิดขึ้น 2 ปี มีการสูญเสียและบาดเจ็บมากขึ้น สถานการณ์ความไม่สงบจึงมีผลต่อวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และวิธีการจัดการหรือการดูแลสุขภาพของชาวบ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

“หลังจากมีเหตุการณ์เกิดขึ้นใหม่ ๆ ในช่วงปี 2547 นั้น ชาวบ้านยังกล้าที่จะออกนอกบ้านหรือขับรถออกไปนอกพื้นที่เอง รวมทั้งเวลาเจ็บป่วยจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือคลินิกหมอเอง หลังจากเหตุการณ์เกิดขึ้น 2 ปี ตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมาทำให้ชาวบ้านไม่กล้าออกนอกพื้นที่เลย เนื่องจากในพื้นที่โคกหญ้าคานั้น มีเหตุการณ์ความไม่สงบ ที่ทำให้มีประชาชนเสียชีวิตถึง 9 ราย และบาดเจ็บสาหัส 3 ราย โดยคนแรกที่เสียชีวิต เป็นตำรวจเสียชีวิตประมาณปลายปี 2547 ซึ่งรวมแล้วรวมชาวบ้านในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบที่รุนแรง จำนวน 12 คน” (ถว, สนทนากลุ่ม, 4 สค.51)

สุขภาวะในสถานการณ์ความไม่สงบ

สถานการณ์ความไม่สงบส่งผลวิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และวิธีการจัดการหรือการดูแลสุขภาพของชาวบ้านทั้งในชุมชนไทยพุทธและมุสลิม คือ ต้องอยู่กันอย่างระมัดระวังตัวเรื่องความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง การทำมาหาเลี้ยงชีพลำบากมากขึ้น แต่ในชุมชนไทยพุทธที่หมู่ที่ 6 บ้านโคกหญ้าคา มีการสูญเสียชีวิตและบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบจำนวน 23 ราย จึงพบว่าชาวบ้านมีความเครียด และผู้รับผลกระทบบางรายภาวะซึมเศร้า ส่วนในชุมชนไทยมุสลิมไม่มีการสูญเสียชีวิต สุขภาวะของชาวบ้านที่เป็นผลกระทบมาจากสถานการณ์มีความแตกต่างกันไปตามบริบท สังคมและวัฒนธรรมประจำพื้นที่ ดังนี้

สุขภาวะในชุมชนไทยพุทธ

ช่วงเดือนสิงหาคม 2551 – พฤศจิกายน 2552 ในหมู่ที่ 6 บ้านโคกหญ้าคา มีการระบาดของโรคชิคุนกุนยา จึงพบว่าชาวบ้านส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคชิคุนกุนยา จึงมีอาการปวดข้อ คันผิวน้ำ ปวดเอวส่วนปัญหาสุขภาพเดิมของคนส่วนใหญ่ในพื้นที่ คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขหวัด

“ส่วนใหญ่จะป่วยเป็นโรคความดันสูงเบาหวาน และโรคไขหวัด...หลังจากถูกขายถูกทำร้ายเสียชีวิต แม่รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ เครียดอยู่ตลอดเวลา” (รย, สนทนากลุ่ม, 4 สค.51)

“ปวดเข่า คันผิวน้ำ ปวดเอวจากการทำงาน ปวดกล้ามเนื้อ” (อช, สนทนากลุ่ม, 8 มค.53)

“เขาเป็นชิคุนกุนยา ต้องยีน เมื่อยขา เป็นกันทุกคนเลย หมดคำรักษาหลายพันแล้ว ไปรักษา กลับมาก็ไม่หาย” (พย, สนทนากลุ่ม, 30 สค.52)

สุขภาวะที่เป็นผลกระทบมาจากสถานการณ์ความไม่สงบ คือ

1. โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลง มีอัตราการเกิดต่ำ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและผู้หญิง เป็นแม่หม้ายถึง 10 คน ส่วนผู้ชายวัยแรงงานส่วนหนึ่งถูกทำร้าย ผู้ชายมี 9 คนจากที่มีทั้งหมด 18 คนในชุมชนไทยพุทธ บางส่วนจึงไปทำงานนอกพื้นที่เนื่องจากมีความกลัวในการเดินทางในชุมชน เด็กเยาวชนที่เรียนใน

โรงเรียนวัดโคกหญ้าคา เพียง 3 คน อีกประมาณ 10 ไปเรียนในเมืองยะลา บางครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ จึงย้ายออกนอกพื้นที่ เพื่อไปตั้งหลักใหม่ จากจำนวนหลังคาเรือน 70 หลังคาเรือน มีคนอยู่จริงเพียง 50 หลังคาเรือนเท่านั้น

“หมู่บ้านเรามีผู้ชาย 9 คน แม่หม้ายเยอะ มีหลายอาชีพ ตำรวจ นักการ” (ถว+พย, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“ไม่มี หาไม่เด็ก เด็กวัยรุ่นไม่ค่อยมีที่โรงเรียนนี้ มีเด็กเรียนแค่ 3 คน นอกนั้นเป็นคนอื่น เด็กที่นี้จะไปเรียนแถวยะลาประมาณ 10 คน” (พย, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

“เมื่อก่อนเกิดมีประมาณ.. เท่า ๆ นี้แหละ ที่หายไปก็มี 2 บ้านเอง ออกจากพื้นที่ไปเลย ออกไปทั้งบ้าน แต่ทะเบียนยังอยู่นะ แต่บางคนไปประกอบอาชีพต่างถิ่น” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“มีผู้สูงอายุเยอะคะ ผู้ชายผู้สูงอายุเยอะคะ” (พย, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“คนท้องในหมู่บ้าน มีประมาณ 2 คน ปีหนึ่ง ๆ ก็น้อย...ส่วนใหญ่คุมกำเนิดกัน” (พย, สัมภาษณ์, 8 ส.ค. 52)

“ คนไทยพุทธเขาไม่มีลูก....มีก็น้อย ตั้งแต่ยายมีชัย วีระไวทยะ เป็นรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข 40 กว่าปีแล้วเขามีนโยบายว่าให้คุมกำเนิด นโยบายหญิงก็ได้ ชายก็ดี สอง...พอ สองก็หยุดไม่ให้เกิดแล้ว ที่นี้พอ สองคนแล้วส่งไปเรียนหนังสือ ก็มีแค่ หนึ่ง คนแล้วก็ไปเรียนอยู่ข้างนอกอยู่อีก ก็ไม่มีแล้วลูกไม่ได้อยู่ด้วย ลูกออกไปทำงานข้างนอก ” (พย, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“แกต้องเดินทางไปมา ออกทุกวัน...แกเลยกลัว ก็ย้ายออกนอกพื้นที่” (ด, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“... ที่นี้พ่อของ...ก็อยู่ที่บ้านคนเดียว...อีกคนจำ...แกปลุกบ้านไว้เรียบริบร้อย...แกก็ย้ายออกจากพื้นที่ บ้านก็ยังสวยอยู่เรียบริบร้อย...” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

2. สุขภาพจิตไม่ดี: กลัว มีความระแวง ระมัดระวังตัว ทุกหน้าที่ ชาวบ้านส่วนใหญ่จะปิดหน้าต่าง และบ้านที่อยู่ติดถนนใหญ่มักปิดประตูบ้านไว้ตลอดเวลา หากมีเสียงรถหรือคนมาหาหรือคนเยี่ยมก็ต้องเรียกให้บอกชื่อ ซึ่งถ้าจำเสียงได้ว่าเป็นคนรู้จักจึงจะเปิดประตู ส่วนใหญ่ชาวบ้านจึงมักอยู่ที่บ้านและลดการเดินทางให้น้อยลง เพื่อความปลอดภัย ไม่กล้าออกไปทำธุระนอกบ้านโดยลำพังเหมือนแต่ก่อน เช่น การซื้ออาหารสดจากรถแทนการออกไปซื้อที่ตลาด การจัดงานต่าง ๆ จะจัดที่วัดในช่วงเวลากลางวันเพราะการจัดงานตอนกลางคืนและที่บ้านไม่ปลอดภัย นอกจากนี้ยังไม่กล้าออกไปช่วยเหลือคนประสบเหตุเหมือนเมื่ออดีตก่อนเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ

“กลางวันอยู่ในบ้านตลอด นอนอยู่ในบ้าน ปิดประตูหน้าต่างปิด นอนเปิดพัดลม” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“6 โมงก็มืดแล้วเข้าบ้าน บางคนก็ทุ้มตั้งแต่มีไม่กี่คนที่ทำอย่างนั้น คือ เมื่อก่อนเกิดเหตุการณ์ นอนกลางวันได้ต้นไม้ได้ อยู่นอกบ้าน ปลุกเปลยวน เดียวนี้นอนไม่ได้แล้ว” (ถว, สนทนากลุ่ม 18 ต.ค.52)

“...วันนั้นไปคุยมณโณไง คุยนานไม่ได้ สักพักหนึ่งมีคนขับรถมาดู 3 ครั้ง ผมก็สะกิด เข้าไปคุยข้างใน ดีกว่า เวลาผมจะเข้าหมู่บ้าน อย่างพี่...พยายามเข้าในวัดเลย อยู่ข้างใน เพราะว่าเขาเพ่งเล็ง” (หน, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“อยากจะไป พอเกิดเหตุการณ์รถจะออกก็ไม่มี พอจะไปก็ไม่มีรถจะไปกับอะไร รถเครื่องไม่กล้าขี่ไป เพราะใจก็ไม่กล้าขี่แล้ว” (ด, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“ปิดหน้าต่างด้วยส่วนใหญ่บ้านที่อยู่ติดถนนใหญ่” (รย, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“เวลาเพื่อนโดนทำร้าย คนอื่นไม่ได้ช่วย ไม่ได้ช่วย ไม่ค่อยกล้าออก” (ผย, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“เมื่อก่อนถ้ามีใครเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ เจ็บป่วย ก็จะจัดพิธีที่วัด 1 ทุ่ม 2 ทุ่มนั่งคุยต่อแล้วก็ค่อยกลับ แต่พอเกิดเหตุการณ์ก็ทำให้เร็วขึ้น ทำตอน 4 โมงเย็น พอ 5 ครึ่ง 6 โมงเย็นก็กลับบ้าน” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“พอ 5-6 โมงเย็นก็ไม่ออกแล้ว ออกไปแค่ถึงป้อมยามที่มีตำรวจเท่านั้น” (ม, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

3. มีความเครียดสูงขึ้น/บางรายมีภาวะซึมเศร้า ชาวบ้านส่วนใหญ่มีความเครียดค่อนข้างมาก จากการสูญเสียหรือการบาดเจ็บบุคคลในครอบครัว และการทำมาหากินลำบาก ทำให้ชาวบ้านบางรายที่สูญเสียสามีหรือลูกมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เมื่อมีเหตุการณ์ความรุนแรงมากขึ้น พระสงฆ์จึงงดออกบิณฑบาต และไม่มีพระจำพรรษาที่วัด ทางราชการจึงได้ส่งพระจากนอกพื้นที่มาประจำวัด

“มีความเครียดในด้านเศรษฐกิจ/สังคม ไม่กล้าออกไปไหน...ชาวบ้านไม่กล้าเดินทางไปไหน” (ด, สัมภาษณ์, 4 ส.ค.51)

“ครอบครัวแก....ยังงั้น...ลูกก็โดนยิง...ลูกสะใภ้ก็โดนยิง....เขาก็ประกอบอาชีพไม่ได้ มันเสียกำลังใจนะ” (ผย, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“ทุกวันนี้พระก็ได้รับผลกระทบมากไม่สามารถบิณฑบาตได้เลย ไม่กล้าออกไปข้างนอก ซึ่งพระองค์นี้เคยจำวัดในเขตอำเภอเมืองปัตตานีโดยชาวบ้านจะนำอาหารมาถวายพระที่วัดแทน” (ผย, สัมภาษณ์, 4 ส.ค. 52)

“พระรูปก่อนกลับปัตตานีหมดแล้ว ตอนนี้ก็มีพระใหม่ จากกองงานส่งมา จากอีสาน กาญจนบุรี บ้านเรา 2 รูป” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

4. ทำมาหากินลำบาก ก่อนเกิดเหตุการณ์ชาวบ้านสามารถไปเก็บเกี่ยวผลผลิตได้ทุกที่ทุกเวลา แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ ชาวบ้านไม่สามารถกรีดยางเวลากลางคืนหรือเก็บผลผลิตตอนรุ่งเช้าได้ เพราะกลัวและกังวลเรื่องความปลอดภัยในชีวิตของตนเอง โดยเฉพาะครอบครัวที่ประสบเหตุการณ์ คนที่ไม่มียานพาหนะ สามีเสียชีวิต และภายหลังการสูญเสียลูกสุนทร สุกใส เจ้าของรถที่ท่าอาชีวะขับมารับส่งชาวบ้านจาก หมู่ที่ 6 ไปขายสินค้าหรือผลผลิตของหมู่บ้านที่ตลาดยะลา เนื่องจากรถของลูกสุนทรเป็นพาหนะหลักที่ชาวบ้านอาศัยเดินทางไปทำมาหากินระหว่างหมู่บ้านและตัวเมืองยะลา ชาวบ้านจึงเปรียบเทียบเหตุการณ์นี้ว่า เป็นการเสียเส้นเลือดใหญ่ของโคกหญ้าคา เพราะทำให้การเดินทาง การทำมาหากิน นำ

อาหารและรายได้ของคนในหมู่บ้านลำบากขึ้นเท่าตัว ชาวบ้านจึงต้องอาศัยการจับจ่ายซื้อของอาหารจากรถเร่ในหมู่บ้าน แต่รถเร่ขายอาหารบางรายก็ถูกห้ามไม่ให้ทำอาชีพขายอาหารในหมู่บ้านโดยชาวบ้านเล่าให้ฟังว่า

“เศรษฐกิจก็ได้อดน้อยลง เมื่อก่อนไปกรีดยางที่อื่น กล้าที่จะซื้อมอเตอร์ไซด์ไปตอนเช้าได้” (พย, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

“แต่ก่อนยังขายของแถวยะลา ตอนนี้อยู่ไม่ได้ไปขาย ไม่หาญไป หาไม่รถ” (พย, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

“พ่อของแกก็เป็นคนช่วยในหมู่บ้านแบบนี้ แต่ว่าเขาก็โดนยิง” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“พ่อของ... คือนายสุนทร ก่อนนั้นเป็นพรส.ที่เป็นตัวหลักในการในหมู่บ้าน โดนยิงเสียชีวิต แกเป็นเส้นเลือดใหญ่ของโคกหญ้าคาเลย ...ที่ได้ชื่อเป็นเส้นเลือดใหญ่ เพราะว่าแกมีรถกระบะ 2 คันนะ ไปช่วยคนจนในหมู่บ้าน นะ...อันที่ 1 แกรับ-ส่งนักเรียน...นายวิชญ์ขับรถ ลูกหลานของของชาวบ้านที่ไปเรียนหนังสือที่ยะลา ไปเรียนหนังสือตอน 7 โมง แกมีอีกคันหนึ่งรับส่งแม่ค้า ตอนตี 5 ถึง 5 ครั้ง ที่นี้ชาวบ้านในโคกหญ้าคาถึงอาหารการกินต้องอาศัยรถแก จะไปรถแม่ค้าตี 5 ไม่ทันก็จะไปกับกับรถนักเรียนตอน 7 โมง ที่นี้ 2 คนนี้โดนยิง ทำให้การไปมาก็ลำบาก อันดั้นแรกก็เด็กนักเรียนก็ไม่มีรถส่งไปโรงเรียน อันดั้นที่ 2 ชาวบ้านที่จะส่งผลิตผลทางการเกษตร นะครับ ...เมื่อก่อนในหมู่บ้านมีรถนายสุนทรอยู่ ก็ผลิตผลในเรือกสวนไร่นาก็มีออกสู่ตลาดประจำ มะนาวที่ขายอยู่ในตลาดยะรังไปจากตำบลคลองไหม” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“รถคันอื่นนะแบบว่าคนมุสลิมด้วยกันยังโดนขู่เลย มาทำแป็บๆ ก็หาย แกสนิทกับคนไทยพุทธ แกว่ามาได้เขาไม่ให้มา ขายไม่ได้กลัว นั้นแหละที่มาตัดเส้นเลือดใหญ่” (รย+ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“คือไปแล้วได้กลับหรือเปล่า ถ้าได้กลับนั้นโชคดี คือศาสนาพุทธ ถือว่า ถึงที่มันก็ไป ทำยังงี้ได้ ที่ตัดยางถ้าไม่ตัดก็เอาจะเอาอะไรกิน ไม่ใช่อย่างเดียว ผลหมากรากไม้ก็ขายไม่ได้เลย ไม่มีรถราออกไปข้างนอกหลังจากคุณสุนทรเสียชีวิต” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“อย่างอื่นเหมือนเดิมแต่รายได้ลดลง ยังทำเหมือนเดิม เวลาเปลี่ยนไป เวลาที่ทำน้อยลง กรีดยางตี 1 ตี 3 มาตัดตอนเช้า แล้วรายได้อย่างอื่นก็ไม่มี” (พย, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

การจัดการสุขภาพในชุมชนไทยพุทธ

1. **ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย** เมื่อปวดหัว ตัวร้อน เจ็บป่วยไม่มาก ชาวบ้านมักหายารับประทานจากร้านค้าสวัสดิการในหมู่บ้าน หากในร้านค้าไม่มียาหรือบางครั้งรอบครัวที่มีฐานะดีก็มักจะไปรับบริการที่คลินิกในเมือง เนื่องจากความสะดวก รวดเร็ว บางครั้งก็ไปรับยาที่ฐานที่ตั้งของทหารในหมู่บ้าน ซึ่งอยู่ในบริเวณวัดของหมู่ที่ 6 มาตั้งแต่ พ.ศ.2547 ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่นิยมไปรับบริการที่ สอ. เนื่องจากกลัวเรื่องความปลอดภัยในการเดินทาง และระยะไกล โดยชาวบ้านเล่าให้ฟังว่า

“มียาที่เป็นยากองทุนหมู่บ้าน มีพารา แก้อิ่ว ทิฟฟี่ มียาที่ไปรับจากอนามัย ใช้ตอนเจ็บป่วยเล็กน้อย แต่ถ้าเป็นหนักจะไปอนามัย” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“ถ้าเจ็บป่วยก็ไปซื้อยาที่ร้านยาละ แล้วไปโรงพยาบาล แต่ว่าป่วยเล็กๆ น้อยๆ ปวดหัวตัวร้อน มันก็พอทนได้..แต่ถ้ามียากินก็หายได้ แต่ถ้ามีกองทุนยาอยู่ก็บอกว่า....ถ้ามียาของกองทุนยามาจำหน่ายในชุมชนในช่วงนั้น” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“ไปโรงพยาบาลระยะรอนานประมาณ 4 ชั่วโมง จึงตัดสินใจไปคลินิกที่ยะลา บางทีไปโรงพยาบาลแม่ลาน เพราะไม่ต้องรอนาน” (ด, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

“ทหารบริการจ่ายยา รักษาพยาบาล.... มีคนมาเอากันเยอะ....ก็ไม่กล้าไปอนามัย ส่วนมากมาขอยาค้น” (บพ, สัมภาษณ์, 10 ต.ค.52)

2. ไปรับบริการที่โรงพยาบาล เมื่อป่วยหนักหรือฉุกเฉิน ฝากครรภ์ และคลอดบุตร

2.1 ป่วยหนักหรือฉุกเฉิน ชาวบ้านจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยหารถยนต์ของเพื่อนบ้านในหมู่บ้านไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการหารถครั้งละ 400 – 700 บาท/เที่ยว หากหารถไม่ได้ ก็ขอใช้รถยนต์ของทหารที่ฐานในหมู่บ้าน ซึ่งอาจเป็นรถกระบะหรือรถกันกระสุน ทั้งนี้ถ้าเป็นเวลากลางคืนชาวบ้านจะขอให้ทหารนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเท่านั้น ชาวบ้านเล่าว่า

“จะออกไปข้างนอกพื้นที่ ไม่มีรถ มีความลำบาก ต้องเช่ารถออกไปเป็นทีม รวมทั้งเวลาเจ็บไข้ได้ป่วย มักชอบไปหาหมอที่โรงพยาบาล หรือคลินิกที่จังหวัดยะลา โดยจะเช่าหารถคนในพื้นที่ ในอัตราเที่ยวละ 700 บาท” (ด, สัมภาษณ์, 4 ส.ค.51)

“ที่นี้ถ้ากลางคืนยังต้องเช่ารถ 400 บาทไปโรงพยาบาล” (ด, สัมภาษณ์, 29 ส.ค.52)

2.2 การฝากครรภ์ และคลอดบุตร ชาวบ้านทุกคนนิยมฝากครรภ์ครบตามกำหนด และคลอดที่โรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการเยี่ยมหลังคลอดที่บ้าน ส่วนรับบริการฉีดวัคซีนในเด็ก ชาวบ้านมักไปรับบริการที่สถานีอนามัยกระโด ซึ่งเป็นสถานีอนามัยของตำบลข้างเคียง เพราะใกล้กว่าสะดวกกว่า โดยชาวบ้านได้กล่าวว่า

“คนที่สองคลอดที่ยะลา ศูนย์แม่และเด็ก คนที่สามคลอดที่โรงพยาบาลปัตตานี...หลังจากคลอด 6 เดือน โรงพยาบาลปัตตานี โทรถามว่ายังให้กินนมแม่อยู่อีกไหม ตอบว่ากินนมแม่อยู่ก็แค่นั้น...เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้ง 3 คนเลย...ตรวจมะเร็งปากมดลูกคะ...ตรวจวัดความดัน เบาหวานที่โรงพยาบาลทุกเดือน” (พ, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

“ไปโรงพยาบาลสะดวกกว่าไปอนามัย...ไปฉีดวัคซีนลูกที่สถานีอนามัยตำบลกระโด เพราะใกล้กว่าบริการดี...ไปโรงพยาบาลมันช้านะ ชี้เกียจไปนั่งคอย” (พ, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

“แต่ในสมัยนั้น...มันก็ลำบาก เวลาไปสถานีอนามัยเพราะเจ้าหน้าที่ก็น้อย ไปแต่ไม่เจอหมอ...ไปธุระ” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

3. รวมกลุ่มเพื่อสร้างเสริมสุขภาพโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นแกนนำ ก่อนการเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ หมู่บ้านนี้มีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำที่ลานวัด ภายหลัง

การเกิดสถานการณ์ความไม่สงบก็ยังคงมีการออกกำลังกายอยู่ แต่มีสมาชิกหลายกลุ่มอายุมาร่วมกิจกรรมมากขึ้น จึงมีการจัดเวทีการสนทนาของชาวบ้านทุกเพศทุกวัย ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้คลายเครียด และมีเกิดแนวคิดที่จะจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานของชุมชนขึ้นที่วัด เพื่อเป็นแหล่งรวมยาสามัญที่ชาวบ้านสามารถมาขอใช้บริการได้ (ศสมช.) นอกจากนี้ชาวบ้านที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการเยียวยาของโรงพยาบาล มีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนขึ้นในชุมชน ดังคำกล่าว

“กลุ่มผู้สูงอายุจะตั้งกลุ่มขึ้นมาเอง โดยไปรับการตรวจ อบรมที่โรงพยาบาลประจำทุกเดือน กิจกรรมของในหมู่บ้านคือตรวจคัดกรอง เยี่ยมบ้าน” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ส.ค.52)

“ออกกำลังกายที่วัดคะ ตอนบ่ายทุกวัน เปิดดนตรีเต้น อาราบิก (แอโรบิก) ไม่แน่นอน...สุดแล้วแต่บางวันไม่ว่าง ผู้สูงอายุมีประมาณ 20 คน มีสมาชิกชมรมซื้อชมรมดอกไม้หลากสี มีจริงมีทุกวัน โดยเน้นกิจกรรมการออกกำลังกายในทุกกลุ่มอายุ” (ด, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

4. ออกกำลังกาย ฟังเทศน์ เพื่อคลายเครียด การออกกำลังกายไปวัดฟังเทศน์และปรับทุกข์กับพระ ปรับทุกข์กับเพื่อนบ้านที่ไว้ใจได้หรือคนในครอบครัว พูดคุยกับคนที่เข้าใจ เห็นใจ รับฟังให้ระบายความรู้สึก ระบายความทุกข์ในใจ บางรายใช้วิธีกินเหล้าให้เมา เพื่อให้นอนหลับทำให้ลดความเครียดในช่วงเวลานั้น

“ก็ไปตามนัด...มีกิจกรรมของชมรม จัดกิจกรรมคลายเครียด....จะมีกรรมการดูแลแล้วไปเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ” (ปย, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

5. รับบริการการดูแลจากภาครัฐตามนโยบายของรัฐในสถานการณ์ความไม่สงบ

5.1 การเยียวยา เนื่องจากผู้ได้รับผลกระทบมีเพียงในหมู่บ้านไทยพุทธ และการได้รับเยียวยาต้องมีคุณสมบัติและขั้นตอนต่างๆ ตามที่ทางราชการกำหนด การเยียวยาที่เป็นทางการจะเป็นการช่วยเหลือโดยมีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมเยียนที่บ้าน นำไปเข้าค่ายบำบัดจิต จัดตั้งกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบ สอนเสริมอาชีพในระยะแรก ๆ มีการพบปะเป็นประจำทุกเดือน หลังจากนั้นประมาณ 1 ปี มีกิจกรรมลดลง และมีการจ่ายค่าช่วยเหลือล่าช้า การเยี่ยมเยียนของเจ้าหน้าที่ไม่สม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามชาวบ้านยังมีกิจกรรมการเยียวยาระหว่างเพื่อนบ้านด้วยกันเองอยู่ โดยชาวบ้านกล่าวว่า

“ก็ไปตามนัด...มีกิจกรรมของชมรม จัดกิจกรรมคลายเครียด....จะมีกรรมการดูแลแล้วไปเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ” (ปย, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“ผู้ว่าฯ มา เขาฝากเงิน หลังจากนั้นเพื่อน ๆ อสม.เคยมา อิสลามก็เคยมาที่บ้าน จังหวัดก็มีข้าวสาร เงินนั้นแสนหนึ่ง หลังจากนั้นหกพัน... เขาส่งเสียจนอายุ 25 ปี เขาให้ปีละหมื่น เขต 2 ให้ปีละ 10,000 ที่จังหวัดเขาบอกให้เดือนละ 1,500 ปีนี้ 17,000 ปีที่แล้ว...ปีนี้ยัง หลังเกิดเหตุนาน 2 ปี ฟังได้เงินนี้” (ด, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

“มีปัญหา เขาไม่ให้ค่าเล่าเรียนพยาบาลที่กรุงเทพฯ ส่วนค่าเล่าเรียนระดับประถม มัธยมได้ บางเดือนก็ไม่ได้ เขาบอกว่ารัฐบาลยังไม่มีเงิน....ได้แบบสะสมเรื่อย ๆ” (ด, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“มีผู้ได้รับผลกระทบ แม่หม้าย...เวลาไปเยี่ยมก็มีหมอม มีอนามัย มีปลัด มีเจ้าหน้าที่เยี่ยมยา” (ปย, สนทนากลุ่ม, 18 ส.ค.52)

5.2 ระบบการส่งต่อฉุกเฉิน (EMS) ชาวบ้านไม่นิยมใช้รถฉุกเฉินของสถานอนามัย เนื่องจากกลัวถูกทำร้ายระหว่างการเดินทางไปโรงพยาบาล ชาวบ้านจึงช่วยเหลือตนเองโดยเหมารถยนต์ของเพื่อนบ้านในหมู่บ้านไปโรงพยาบาล หากเกิดฉุกเฉินตอนกลางคืนจะขอช่วยเหลือรถยนต์ของทหารที่ตั้งฐานในหมู่บ้านได้ ดังนั้นเมื่อมีการจัดอบรมอาสาสมัครของระบบส่งต่อที่ภาครัฐจัดให้ชาวบ้าน จึงไม่มีชาวบ้านไปรับการอบรม ชาวบ้านเล่าว่า

“ไปโรงพยาบาล โดยรถยนต์เป็นของเพื่อนบ้าน...เราก็ก็นั่งไม่รู้สึกละเลย” (ปต, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

“ถ้ากลางคืนยังต้องเช่ารถ 400 ไปโรงพยาบาล...วันก่อนไปโรงพยาบาลตอนกลางคืน 3 คน ขอช่วยรถทหาร....คุณตาเป็นลม ไม่รู้สึกตัว” (ด, สนทนากลุ่ม, 29 ส.ค.52)

“เรียกรถทหาร เขาไปส่ง แต่ชาวบ้านไม่กล้า ไม่ต้องเสียค่าอะไร...แม้ฉันไม่ออก กลางคืน ก็หลายบ้านที่เขาขอช่วยทหาร....ถ้ามีทหารเราจะกล้าจะ....รถกระบะ” (บพ, สัมภาษณ์, 10 ต.ค.52)

“ระบบส่งต่อเมื่อเกิดฉุกเฉิน ที่นี้ไม่มีใครสมัคร หมู่บ้านอื่นน่าจะมี... ก็ยังใช้รถในหมู่บ้านแบบเดิมๆ ได้” (พย, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

สุขภาวะในชุมชนไทยมุสลิม

หมู่บ้านชุมชนไทยมุสลิมไม่มีเหตุการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ ชาวบ้านส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด อัมพฤต และมีโรคระบาดชิคุนกุนยาเช่นเดียวกับหมู่ที่ 6 บ้านโคกหญ้าคา ส่วนเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ความไม่สงบ พบว่ามีการใช้เส้นทางในหมู่บ้านเป็นทางผ่านของการสร้างสถานการณ์ และผู้สร้างสถานการณ์ถูกจับในพื้นที่ 1 ราย นอกจากนี้มีเหตุการณ์เผาโรงเรียน ระเบิดรถครุฑที่มาสอนจนได้รับบาดเจ็บ ดังคำกล่าว

“แต่มีคนนอกผ่านไม่รู้มาจากไหน....หนีตำรวจ..โดนยิง....มากับรถ 2 คนมาเอารถของคนในหมู่บ้านที่ศาลากุญแจไว้ที่รถพอดี...เขาก็เอาไป....แต่ก็ถูกจับที่ยาบี...” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“หนึ่ง...คือไม่มีเหตุการณ์เกิดกับคนที่นี่... อยู่ปกติได้...เหมือนเดิม...ไม่ได้กระทบอะไรพวกเรา...พอผ่านหมู่บ้านเราก็ก็นั่นใจ....หมู่บ้านเขา...ไม่มั่นใจเลย..บอกจริงๆ เลย...ไม่มั่นใจ เราไม่รู้คนที่นี่เป็นยังไง” (น, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“อีกอย่างก็...เหตุการณ์เผาโรงเรียน....หมดทั้งหลังแล้วก็สร้างใหม่....แล้วก็ระเบิดรถครุฑที่มาสอนก่อนถึงโรงเรียน...แต่ไม่มีใครเสียชีวิต....แค่บาดเจ็บ” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ระเบิดรถครุฑที่หมู่ที่ 2 ก่อนถึงฐานตำรวจ ตชด.ปัจจุบัน ที่โค้งถนนที่ถม...ครูมาสอนที่ระหว่างทางบาดเจ็บ 3 คน ที่มาพร้อมกับรถทหาร” (น, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“คนส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหอบ และก้อัมพฤตมือและเท้า” (อช, สนทนากลุ่ม, 5 ส.ค.51)

สุขภาวะภายหลังสถานการณ์ความไม่สงบ มีดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต คือ ปรับเปลี่ยนเวลาทำการเกษตร ผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักทำเกษตรกรรมสวนยางพารา ทำนา ทำสวนผลไม้ เดิมสามารถเก็บเกี่ยวผลผลิตได้ทุกโอกาสทุกสถานที่ภายหลังเกิดเหตุการณ์ชาวบ้านกลัวและกังวลเรื่องความปลอดภัยในชีวิตของตนเอง ส่วนวัยรุ่นจะไปทำงานที่ประเทศมาเลเซีย รายรับไม่เพียงพอ ลูกหลานไม่ได้เรียน ไปทำงานมาเลย์ ผลจากการดำรงชีวิตด้วยอาชีพเกษตรกรรม พบว่า วัยรุ่นเมื่อจบ ม.6 พ่อแม่ไม่มีเงินส่งลูกเรียน และเดินทางไปทำงานมาเลเซีย เพื่อรับจ้างเมื่อเกิดเหตุการณ์ การทำมาหากินยังคงเหมือนเดิม เพียงแต่ปรับเวลาออกกรีดยาง เมื่อสว่างเพื่อความปลอดภัยของชีวิต ดังคำกล่าว

“คนละเล็ก..ละน้อย..เท่านั้น แค่นั้นละ 2..3..ไร่เอง ได้ 500..700 บาท” (3.สัมภาษณ์, 28 ต.ค. 52)

“ก็ออกกรีดยาง...ก่อนนั้น...ออกเข้าตรู...แต่ตอนนี้...ก็ออกเข้าให้พ่อสว่างหน่อย” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“พอยู่พอกิน....พอจบ ม.6 ยังไม่เป็นไร...แต่ถ้าจะต่อให้สูงผู้ปกครองก็ไม่มีเงินพอที่จะส่ง...ก็ต้องไปทำงาน...ไปมาเลย์บ้าง...กรีดยางบ้าง.....พุดง่าย ๆ ก็คือขาดรายได้...ทำให้ไม่สามารถส่งลูกเรียนต่อ” (ม, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“การประกอบอาชีพรายได้เสริม....เพราะไม่ค่อยมีงานให้ทำ...นอกจากกรีดยาง...ไม่พอใช้บางคนก็เป็นลูกจ้างเขา...มีบางคนที่มีเงินเหลือ...วัยรุ่นก็ออกไปทำงานมาเลย์.....ทำนาที่ทำเอาไวพอกิน...ไม่ได้ไว้ขาย” (น, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

2. วัยรุ่นไม่ได้ศึกษาต่อ ก่อให้วัยรุ่นไปทางที่ไม่ชอบ พบว่า ปัญหายาเสพติดในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ก่อนมีเหตุการณ์ความไม่สงบ คือ เมื่อจบจากโรงเรียนดัดกา และไม่ได้เรียนต่อส่งผลให้เด็กว่างงาน และมีโอกาสถูกชักนำไปในทางที่ไม่ถูกต้องได้ง่าย ดังคำกล่าว

“ในภาพรวมนะ ยาเสพติดมีทุกจังหวัด ที่นี้มีถึงขั้นจับได้ ถ้าขั้นธรรมดาให้เขาเลิก แต่ถ้าขั้นรุนแรงก็จะส่งบำบัด ที่ผ่านมามี 3 ราย ก็ไปเข้าโครงการยาล้านนันทารัฐ” (ผช, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“เมื่อก่อนขโมยสายไฟ ไปขาย” (จสน, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“หายแต่หายไม่หมด มีระบาดทั้งหมู่บ้าน ที่บ้านเป็นกันหมด” (ผช, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“ถ้าเป็นประเด็นไฟใต้ละ ผมว่าวัยรุ่นมีปัญหาจริงๆ เด็กไม่มีปัญหาอะไร แต่ผู้ปกครองไม่ผลักดันลูกให้ได้เรียนต่อ เมื่อเด็กว่างงานแล้ว ใครจ้างก็เอา ไม่ใช่เขาไม่มีทุน แต่พ่อแม่ไม่ให้ความสำคัญหลังๆ รู้สึกก็สายเสียแล้ว วันนี้โอกาสสำหรับเด็กสำคัญมาก ในหมู่บ้านก็เช่นนี้แหละ ถ้ามีคนหนึ่งไม่เรียนต่อก็จะลามไปคนอื่น ๆ ตามมา จริง ๆ เขาไม่ได้คิดว่าทำอะไรแล้วจะกระทบคนอื่นอย่างไร แต่ขอให้ได้มีเงินใช้” (ผช, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“ปัญหาอยู่ที่ว่างงาน แยกแยะดีชั่วไม่ได้ ให้บาทสองบาทก็ทำ” (ม, สนทนากลุ่ม, 8 ม.ค.53)

3. การย้ายถิ่นไม่มี มีเพียงทหารเข้ามาในพื้นที่ โครงสร้างประชากรไม่มีการเปลี่ยนแปลง เด็กส่วนใหญ่ยังคงเรียนในโรงเรียนที่ตั้งในหมู่บ้าน 2 ผู้ชายวัยทำงานบางส่วนออกไปทำงานนอกพื้นที่ แต่ก็กลับมาเยี่ยมญาติ เช่น ที่เคยทำมาในอดีต แต่พบว่า มีเพียงทหารเป็นกลุ่มคนที่เข้ามาในพื้นที่ ในลักษณะเข้ามาช่วยเหลือ ลาดตระเวน ออกหน่วยจ่ายยา แนะนำอาชีพ ร่วมกิจกรรมในชุมชน ช่วยฝึก พรส. ตั้งค่ายทหารในพื้นที่ ดังคำกล่าว

“คนที่นี่ส่วนใหญ่ทำงานในพื้นที่....ไม่มีใครทำงานนอกพื้นที่เท่าไรมีบ้างไปมาเลย...ไปทำงาน...ไม่ค่อยกลับบ้านถ้ากลับก็วันรายอ...โน่น” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ก็เข้ามาลาดตระเวน มีข่าวแจ้งก็ใช้ช่วงหลังละหมาดวันศุกร์หน้ามัสยิด” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“มาฝึก พรส.” (ผช, สัมภาษณ์, 28 ต.ค.52)

“เริ่มมาลาดตระเวนปี 2547...ช่วยเหลืออื่นก็เวลาขออะไรก็ได้....ขอรางวัลเวลาแข่งกีฬาก็ได้สนับสนุนมาให้” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“มียามาแจกจ่าย....ออกหน่วยพยาบาลทหารเวลามีนงานใหญ่ในหมู่บ้านทุกครั้ง ที่คนเยอะ...มัสยิด...ที่งานของโรงเรียน...มา...มาบ่อย” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ช่วยเหลือชาวบ้านที่ยากจน...แจกของวันถือศีลอด..เผื่อเวรยามอนามัย 2 คน...กลางคืน...ที่โรงเรียน 2 คน” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

การจัดการสุขภาวะในชุมชนไทยมุสลิม

1. ดูแลสุขภาพตนเองตามความเชื่อในหมู่บ้าน ชาวบ้านยังคงมีความเชื่อและมีการดูแลตนเองตามความเชื่อ ดังคำกล่าว

“คนที่อาการหนัก เขามาแนะนำไปฉีดยา ให้ยากิน แต่ส่วนมากชาวบ้านไปเอง ชาวบ้านกินน้ำมะพร้าวอ่อน ฉีดยาไม่หาย จึงเลือกใช้สมุนไพรกันทั้งหมู่บ้าน คนแรกกินหายก็บอกกันต่อๆ” (รล, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“ไม่ได้ไปรักษา อาศัยอดทน ปล่อยแล้วหายเอง ให้ลูก ๆ หลานรดให้ วัน ๆ ผมเลี้ยงวัว 2-3 ตัว ซึ่งได้ไปหาหญ้าในนา โดยจะนั่งปล่อยให้ตัวหากัด เพื่อต้องการให้มันดูดเลือดออก เข้า-เย็น” (ผศ, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“ก็มีที่ไปหาหมอทำอายุตาวา (น้ำมันต์) ส่วนใหญ่เป็นโรคทางจิต แต่ก็เป็นส่วนน้อย ไม่มาก” (อช, สัมภาษณ์, 5 ส.ค.51)

“ก็ไปอนามัยก่อน...แต่ก็มีทางไสยศาสตร์...ก็มี...เช่น ก้อนอ (โดนคุณไสย) มี 1...2...รายเอง.....แต่คนภายนอกจะมา...ก็หมอนี้ก็ดังเหมือนกัน หมอกระดูกก็มี...เวลาระดุกหัก...หมอแนะเงาะ....ดูเวลาของหาย..ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย.....” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ก็มีที่รักษาโดยใช้กู้อ่าน แต่ก็แก่แล้ว จำไม่ค่อยได้ เด็กที่เรียนไม่ได้ ของหาย เมื่อก่อนของหายที่โรงเรียนก็ทำให้...ก็ได้คืนของที่หาย” (น, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ซื้อยากิน เป็นยาชุดในหมู่บ้าน กินแล้วก็ไม่หาย อมน้ำเกลือบ้าง” (ลต, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“ซื้อจากร้านในหมู่บ้าน กินพอให้อยู่ได้ 4-5 สิบบาท” (บง, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“ปวดหัวเล็กน้อย ก็เขากินยาแก้ปวดเองแล้ว” (รล, สัมภาษณ์, 22 ส.ค.52)

“แต่ชาวบ้านจะมี (ยา) ไว้ที่บ้านอยู่แล้ว....เขาจะเตรียมตัวอยู่แล้ว...” (ม, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“มีร้านขายยาพารา...ในหมู่บ้าน...ร้านเซาเซ” (น, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ในหมู่บ้านไม่ขาย (ยาสมุนไพร)...แต่บางทีก็มีคนนอกเข้ามาขาย...จ่ายแบบผ่อนก็มีบ้างนานๆครั้ง มีไม่กี่คนที่ใช้ นอกนั้นก็เป็นที่ฟี่ ส่วนใหญ่ยาซื้อมาจากกระแจะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็มั่นใจว่าปลอดภัย ...ก็เขาบอกต่อๆ กันมา...ว่ายาที่นั่นดี....ก็ซื้อมาลอง” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ก่อนป่วยหนัก ปวดขาแล้วไปรักษาหมอบ้าน ไปหลายที่ ก่อนหน้านั้นโดนงูกัด ตอนแรกไม่ปวดพออายุ 60 รู้สึกปวดก็ไปโรงพยาบาลยะรังหลังเก่า (ห้องคลอด) หมอบอกว่าเป็นโรคเก๊าท์ หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์ก็หายกลับบ้าน ไม่กี่เดือนต่อมาก็เป็นอีกมีไข้ร่วมด้วย มีอยู่วันหนึ่งข้างๆ เติงมีคนไทยพุทธคนหนึ่งมาจากโคกหญ้าคามาดูพ่อแล้วบอกว่าเป็นผีปู่เห็นด้วยว่าคงจะใช้ เขาบอกว่าถ้าหายออกจากโรงพยาบาลเมื่อไหร่ให้ไปหาแกที่บ้าน ก็ไปหาที่บ้านคนไทยพุทธ ไปที่บ้านคนไทย พุทธเอากฤษแล้ววางที่ขาแล้วเอาหญ้าคามาวัด พร้อมยกมือประกอบบอกว่ามีพิษแค่นี้ (ประมาณ 3 นิ้ว) มาครบ 3 วัน เขาบอกว่าพิษไม่มีแล้ว พร้อมเอามือดั้นให้ดูประกอบ หลังจากนั้นก็กินมือฆัต (คล้ายสะเดาเคราะห์) ก็ดีง จากนั้นก็แปะยาสมุนไพรพันด้วยผ้าแล้วทำเผือกด้วยไม้ไผ่ มีการอ่านดูอาร์ (เปาเมนต์) ก็ส่วนใหญ่มาแล้วได้ผล หายมาเยอะมากเต็มไปหมด คนที่หายก็มากินมือฆัต” (อช, สัมภาษณ์, 6 ก.ค.51)

“ปวดท้องก็เอายอดใบฝรั่ง เห็นคนข้างบ้านเขาทำ แล้วฝากสลามให้หนืออียาส (ILYAS) ผู้ดูแลต้นไม้ แล้วนึกในใจขอให้หายจากโรคนี้ ถ้าปวดฟันก็เอาดอกอะไรไม่รู้สีเหลืองอุดฟันแล้วจะหาย” (ปต, สัมภาษณ์, 6 ส.ค.51)

กลัวลูกเป็นอันตรายจากการฉีดวัคซีน อสม.จะเป็นคนดูแลให้พ่อแม่พาเด็กไปฉีดวัคซีน แต่ยังพบว่ามีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ดังคำกล่าว

“ที่ผ่านมามีข่าวว่าคนพาลูกไปรับวัคซีน อายุ 6 ขวบกว่า ฉีดวัคซีน 2 เข็ม กลับมาเดินไม่ได้” (ผช, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

2. ใช้บริการของสถานอนามัย สอ. ยังคงเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วยเมื่อดูแลตนเองไม่ได้ผล เมื่อเจ็บป่วยมากเกินความสามารถในการดูแลตนเองชาวบ้านจะไปรักษาที่สถานอนามัย เนื่องจากสะดวกอยู่ใกล้บ้าน และประทับใจในการบริการ หากอาการหนักก็จะไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลยะรัง การบริการเชิงรับที่

สถานบริการมีมาก เพราะสถานื่อนามัยตั้งอยู่ในพื้นที่ ทำให้ชาวบ้านนิยมมารับบริการที่สถานื่อนามัยเป็นลำดับแรก

“ภาพรวม...คนที่นี้ก็จะไปอนามัยก่อน...แต่ก่อนยังงี้ก็ยังเหมือนเดิม” (น, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

ชาวบ้านจะไปใช้บริการที่สถานื่อนามัยก่อน หากอาการมากเกินไปก็จะไปรับบริการที่โรงพยาบาล ยะรัง เนื่องจากประทับใจกับการให้บริการแม้จะมีเหตุการณ์ความไม่สงบ ชาวบ้านก็ยังไปใช้บริการตามที่ประทับใจในเรื่องการบริการ ซึ่งอสม. และชาวบ้านได้กล่าวว่า

“แต่ละคนจะตรวจที่อนามัยก่อน ถ้าหนักจะส่งต่อ รพ.ยะรัง หมอกระดุกก่อน แล้วก็ค่อยพาไป รพ.ยะรัง ถ้าป่วยโรคทั่วๆ ไปจะไปสถานื่อนามัยก่อน แล้วค่อยไป รพ.ยะรัง ถ้าไม่ดีขึ้น ส่วนใหญ่มีบัตรทองกันทุกคน การบริการก็ดูแลดีทั้ง สถานื่อนามัย รพ.ยะรังและปัตตานี” (ปต, สนทนากลุ่ม, 5 ส.ค.51)

“จะตรวจเช็คที่อนามัยก่อน ถ้าหมอที่อนามัยแนะนำให้ไปที่ รพ.ก็ไป” (อช, สนทนากลุ่ม, 5 ส.ค.51)

“พูดก็ดีเพราะ รู้สึกดี พอใจกับการรับบริการที่นี้” (วบด, สัมภาษณ์, 22 ส.ค.52)

3. ผสมผสานการดูแลสุขภาพแบบสมัยใหม่และดั้งเดิม คือ การฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลแต่ต้องการการดูแลจากโตะบีแด ปัจจุบันคนในชุมชนนิยมไปฝากครรภ์ที่สถานื่อนามัยและไปคลอดที่โรงพยาบาล เนื่องจากความสะอาดและความปลอดภัย ความนิยมคลอดกับโตะบีแดน้อยลงเนื่องจากโตะบีแดเป็นคนรุ่นใหม่ ขาดประสบการณ์ ดังคำกล่าว

“กะ...และ ชาวบ้าน เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ก็ไปสถานื่อนามัยก่อนเลย เนื่องจากมีอาการแพ้ท้อง” (ชอร, สัมภาษณ์, 22 ส.ค.52)

“เพราะว่าอยากรู้ ชาวบ้านอยากรู้ว่าท้องจริงหรือเปล่า จากอาการอาเจียน ปวดหัว ไปตรวจปัสสาวะก็รู้สึกสบายใจไปที่สถานื่อนามัย สะอาด ไม่เหมือนโตะบีแด ไม่รู้ทำอะไรดูก็ไม่ค่อยสะอาด” (ชอร, สัมภาษณ์, 22 ส.ค.52)

“ถ้ากลางวันก็จะไปอนามัยก่อน แต่คนอื่นก็มีที่ไปหาหมอตำแยก็มีบ้าง ยังมีหมอตำแยในหมู่บ้านแต่ก็แก่แล้ว กะไม่ค่อยรับบริการ (โตะบีแด)” (ยวช, สัมภาษณ์, 22 ส.ค.52)

“ฝากหมอตำแย แต่วันนี้ไม่มีการคลอดกับหมอตำแยแล้ว ส่วนคนที่ไม่เคยคลอด คลอดยาก จึงไปโรงพยาบาลยะรัง” (รมล, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“ใช่ สมัยนี้หมอตำแยเป็นคนสาว ๆ ขาดประสบการณ์ในการทำคลอด วันนี้เขาคลอดที่โรงพยาบาลทุกคน ถ้าคลอดกับหมอตำแยจะทำทะเบียนยาก” (รมล, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

4. ใช้มัสยิดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมและจิตใจ เนื่องจากในพื้นที่ยังไม่มีเหตุการณ์ความรุนแรง การปฏิบัติกิจทางศาสนาในพื้นที่ยังคงดำเนินการได้เหมือนปกติ ดังคำกล่าวที่แสดงถึงกิจกรรมในมัสยิดที่ไม่เปลี่ยนแปลง ดังนี้

“ผู้นำมีการบอกกล่าว ประกาศ ชี้แจงเรื่องต่าง ๆ ที่มีมัสยิด หากเราไม่ไปเราก็จะไม่รู้ เราเองก็อยู่อย่างนี้ ไม่มีกิจกรรมที่จะไปเกี่ยวหน้าคนอื่น” (ลต, สัมภาษณ์, 22 ส.ค.52)

“อีหม่อมพุดในวันศุกร์ เดือนพ่อแม่ให้ร่วมมือชวนกันแก้ปัญหา (ยาเสพติด) นี้” (ผช, สัมภาษณ์, 21 ส.ค. 52)

“การสื่อสาร...แจ้งข่าวของคนหมู่บ้านนี้ใช้ที่มีสติ...วันศุกร์” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

5. ปรับเปลี่ยนการเดินทางออกนอกพื้นที่ เพื่อความปลอดภัย แม้ว่าพื้นที่ไม่มีเหตุการณ์ความรุนแรง แต่เพื่อความปลอดภัยในชีวิต ชาวบ้านมีการปรับเปลี่ยนการเดินทาง โดยเดินทางเป็นกลุ่ม เดินทางในเวลากลางวัน และขอช่วยหรือเหมารถเพื่อน แต่ในกรณีฉุกเฉิน เช่น เจ็บป่วย ปวดท้องคลอด มีความจำเป็นต้องออกเดินทางในเวลากลางคืน ก็ยังกล้าออกเดินทาง ดังคำกล่าว

“ก็...ไปมาสะดวก...แต่ต้องปรับเปลี่ยนเวลา...เหมือนที่บ้านถ้าจะไปนราธิวาส...ตอนก่อน 6 โมงเย็น ก็ยังออกได้ แต่เดี๋ยวนี้ 4...5. โมงเย็นก็ต้องถึงนราธิวาสแล้ว...เวลา....เราจะทำแบบตามสบาย...ไม่ได้แล้ว” (น, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“เป็นช่วง....ถ้าภายในหมู่บ้านไม่เป็นไร..แต่ถ้าข้างนอกหมู่บ้าน..ไม่ได้จะไปมาในหมู่บ้านนั้นไม่เป็นไร...ออกนอกเขตของพวกเราไม่ได้...” (อช, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“เพราะข้างนอกหมู่บ้านเรา...ไม่รู้จะเป็นยังไง...เราไม่มั่นใจ” (อช, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ก็ต้องบริหารเรื่องเวลา...อย่าเดินทางไปช่วงกลางคืน...ให้ไปช่วงเวลากลางวัน อา..จะไปหลังอีซอ... 2...3...ทุ่มก็ได้แล้ว แต่ถ้ามีความจำเป็นก็ต้องรอให้สว่าง...วันพรุ่งนี้ ถ้าเราจะไปพรุ่งนี้...เราก็ต้องเตรียมตัวก่อน...ต้องเจาะจงเวลา...ให้เป็นเวลา.....ปกติ..หลังม็กริบ...หลังอีซอกี่ไป...” (น, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ส่วนใหญ่ไปกันเป็นครอบครัว...ก็เป็นส่วนตัว...ครอบครัวใครเขาก็ไปกันครอบครัว...ไปะรัง ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ออกไป ถ้าไม่มีงาน... ไม่มีอะไร...ไม่จำเป็นก็ไม่ออกไป” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“พอ...5... โมง..6. โมงเย็นก็ไม่ออกไปแล้ว...ออกไปถึงป้อมยาม...ที่มีตำรวจ...ก็ไม่ออกไปแล้ว” (ม, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“จำเป็นเราก็ไม่คิดอะไรแล้ว...ตี 2 ตี 3 เรากี่ไป....” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ถ้าป่วยไม่สบายถือว่าจำเป็น...เราก็ต้องออกไป...คนจะคลอด...ก็จะไป” (น, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ก็ใช้บริการรถเหมา...ชาวบ้านถ้าใครไม่สบายขอเหมารถก็มีบริการให้ตลอด” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ถ้าคนที่เราชวนเป็นญาติ....ก็ใส่น้ำมันอย่างเดียว” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“ก็ไปกันเป็นครอบครัว....หากไปเยี่ยมคนป่วย...ไปร่วมงาน...ก็ยังใช้วิธีการ“กือเราะ” ชวนกันไปหลายคน...ก็ไปกันก็เหมือนเดิม” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

“กลางคืนก็ออกไปได้ ไม่มีปัญหา ก็ออกไปทางที่ทางที่เข้านั้น ทางที่มีทหารตั้งด่าน แต่ที่ด่านนั้นมีตำรวจและทหารปนกัน ถ้าถึงด่านตรวจบอกว่ามาจากหมู่ที่ 3 ทหารก็ปล่อยให้ไปได้ไม่มีปัญหา ไปกับรถยนต์ ชาวบ้านที่มีรถกันส่วนใหญ่สามารถขอช่วยกันได้ อยู่แบบช่วยเหลือกัน” (ปต, สนทนากลุ่ม, 5 ส.ค.51)

ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ไม่เคยไปโรงพยาบาลช่วงกลางคืน แต่ก็มีครั้งหนึ่งที่พี่สะใภ้จะคลอดก็พาไปโรงพยาบาลเลย

6. อสม.ช่วยงานบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชน อสม.มีบทบาทในการให้บริการเชิงรุก เช่น การคัดกรอง การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การให้คำแนะนำ เนื่องจากเจ้าหน้าที่เดินทางเข้าพื้นที่ไม่สะดวกเหมือนในอดีต ดังคำกล่าว

“ถ้าตัวเองมีความจำเป็นต้องเดินทางไปพบกับคนอื่น ก็ให้มีคน 2-3 คน ตามหลัง ถ้าไม่จำเป็นก็ให้คนอื่นไปแทน หรือวันไหนรู้สึกไม่สบายใจ ก็จะทำให้คนอื่นไปแทน ย้ายเป้าหมาย” (ผช, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“แต่ถ้ามีตำแหน่งนั้น ฝ่ายตรงข้าม...เขาจะเน้น 70-80 % เพราะเรามีการติดต่อกับทหาร ตำรวจ ข้าราชการ” (ผช, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

เงื่อนไขที่ส่งผลต่อการจัดการสุขภาวะของชาวบ้าน

1. ความไม่สะดวกและกลัวในการเดินทาง สถานการณ์ความไม่สงบทำให้ชาวบ้านทั้งสองชุมชนมีความกลัวในการเดินทาง การเดินทางจึงจำเป็นปรับวิธีการ โดยลดการเดินทาง นัดกันไปเป็นกลุ่ม และเดินทางในช่วงกลางวัน ระวังตัวสวมหมวกกันน็อกจักรยานยนต์

“รายได้ลดลง เวลาเปลี่ยนไป เวลาที่ทำน้อยลง กรีดยางตี 1 ตี 3 มาตัดตอนเช้า แล้วรายได้ก็ไม่มี” (ถว+รย, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“แต่ก่อนยังขายของแถวยะลา ตอนนั้นไม่ได้ไปขาย ไม่หาญไป หาไม่รถ” (พ, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

“พอ 5-6 โมงเย็นก็ไม่ได้ไปแล้ว ออกไปแค่ถึงป้อมยามที่มีตำรวจเท่านั้น” (ม, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

2. เกิดการว่างงานและขาดรายได้ แม้ภาครัฐจะมีการส่งเสริมอาชีพในพื้นที่มากขึ้น แต่หลายโครงการยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของชาวบ้าน

“มีโครงการเศรษฐกิจพอเพียง ส่วนมากเลี้ยงปลาในบ่อพลาสติก พันธุ์ผัก ในชุมชนมุสลิมก็ทำเหมือนกัน..ไปดูงานที่ศูนย์พัฒนาที่หน้าค่ายสิรินธร” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“ทางการเขารับผิดชอบค่าใช้จ่ายทุกอย่างขุดยกร่อง พันธุ์ ปุ๋ย โดยไปดูตัวอย่างที่ จ.นราธิวาส แล้วไปดูงานที่ จ.สุราษฎร์ธานี จ.กระบี่ เพราะกระบี่มีปาล์มน้ำมันเยอะ มีโรงสกัดน้ำมันขนาดเล็ก” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“เฉพาะไทยพุทธไม่มีใครทำ แล้วก็เสนอให้ปลูกปาล์มเกษตร โดยให้คนที่มีความรู้ไปปลูกปาล์ม ส่วนคนที่ปลูกยางก็ปลูกเอง” (รย, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“โครงการพนม ก็เลี้ยงกบ ปลัดอำเภอประจำตำบลเป็นเจ้าของ...เขาให้มาก็รับ....เดี๋ยวนี้เงินไม่มีให้ลูก...ให้เปิดกินหมดเลย” (พย+ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

3. เกิดการสูญเสียของบุคคลที่เป็นแกนหลักในหมู่บ้าน ทำให้ผู้นำชุมชนที่เฝ้าอำนวยความสะดวกแก่คนในหมู่บ้าน และผู้นำที่ทำงานกับภาครัฐต้องระวังตัวเป็นพิเศษ คนในชุมชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับภาครัฐ เมื่อจะเดินทางต้องระวังตัวกว่าคนปกติ ทำให้กระทบต่อวิถีชีวิตของคนอื่นในหมู่บ้านด้วย ดังคำกล่าว

“ส่วนมากจะตรวจวัดความดัน เวลาที่มีการเรียนที่มีสยิด อสม.จะประกาศว่า วันนี้จะมีการตรวจวัดความดัน” (จสน, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“มีการรณรงค์ทำความสะอาดชุมชน ทำลายแหล่งเพาะยุง ในคนท้องก็จะแนะนำให้ไปฝากท้องที่อนามัย เด็กเล็ก จะแนะนำให้ดื่มนมแม่ ทุกเดือนจะมีการส่งรายงานแก่อนามัย และสิ้นเดือนเราจะมีการสรุปการดำเนินงาน” (จสน, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“พ่อของแกก็เป็นคนช่วยในหมู่บ้านแบบนี้ แต่ว่าเขาก็โดนยิง” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“ตั้งแต่นายสุนทรโดนยิง ชาวบ้านโคกหญ้าคา ขาดอาชีพ ขาดการประกอบอาชีพ ไม่มีอาชีพเสริม เมื่อก่อนผลผลิตในสวนก็มีออกสู่ตลาดประจำ มะนาวที่ขายอยู่ในตลาดยะรังไปจากตำบลคลองใหม่” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

4. การทำลายความสัมพันธ์ที่ดีของวิถีชีวิตชาวไทยพุทธกับมุสลิมในอดีต ในอดีตชาวไทยพุทธและไทยมุสลิมไปมาหาสู่เสมอ ช่วยเหลืองานประเพณีกันและกัน มีการลงแขกทำนา ไปร่วมงานแต่งงาน หาทุนสร้างมัสยิดและโรงเรียนตาดีกา การเดินทางไปทำมาหากินต่างหมู่บ้านได้ตามสะดวก

“แต่ก่อนเป็นเพื่อนกันหมด...แต่งงานก็ไป...แต่ก่อน..ไป..ก็กินกันทั้งนั้น” (พย, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“เวลามีงานแต่งงาน เช่น รู้จักกับนายมะแอ... มะแอมาบอก..ว่าจะจัดกิจกรรมขึ้นบ้านใหม่ เราก็จะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มก็ได้ เป็นตัวแทนก็ได้ ไปช่วย ถ้าเป็นงานของอิสลาม ไทยพุทธก็รวมตัวกันส่งตัวแทนไปช่วย แต่เวลางานของคนไทยพุทธคนมุสลิมมา ก็ต้องจัดเตรียมอาหารที่เฉพาะมุสลิมกินได้ไว้ มีแม่ครัวต่างหากของมุสลิม เวลาเป็นไทยพุทธไปช่วยมุสลิม..กิน..ก็กินได้ทุกอย่าง คือ ถ้าเชิญมุสลิมมาร่วมต้องทำให้ถูกต้องตามหลักการ คือ มีแม่ครัวอิสลาม มีฮาลาล” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“งานแต่งงาน....งานหาเงินเข้ามัสยิด...งานหาเงินสร้างโรงเรียนตาดีกา...เขาขอให้ไทยพุทธไปด้วย....แล้วเขาขอให้มัสยิดไปด้วย...แล้วได้เงิน...ต้นทองไปด้วย...คือสนุกสนาน...สมัยก่อน...กำนันมะกุ๊ว...เป็นมุสลิมครับ แกจะมาช่วงพ่อของสุทินันท์....แกสนิทมาก...พอเห็นรถกำนันจอดหน้าบ้านพ่อสุทินันท์....เดี๋ยวลูกน้องก็มาจอด...ก็มาจอดกันเต็ม...เขาก็มา....กินอาหาร” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“อยู่สบาย... แล้วก็..จะไปทำไร่ ทำนา ไม่ต้องระแวงระวัง” (ต, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“เวลามีงานแต่งงาน จัดกิจกรรมขึ้นบ้านใหม่ เราก็จะมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มก็ได้ เป็นตัวแทนก็ได้ ไปช่วย ถ้าเป็นงานของอิสลาม ไทยพุทธก็รวมตัวกันส่งตัวแทนไปช่วย แต่เวลางานของคนไทยพุทธ คนมุสลิมมา ก็ต้องจัดเตรียมอาหารที่เฉพาะมุสลิมกินได้ไว้ มีแม่ครัวต่างหากของมุสลิม เวลาเป็นไทยพุทธไปช่วยมุสลิมก็กินได้ทุกอย่าง” (ถว, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

5. เจ้าหน้าที่เข้าไปปฏิบัติงานเชิงรุกในพื้นที่ได้น้อย ส่งผลให้ชาวบ้านไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉพาะเมื่อเกิดโรคระบาด หรือโรคที่ไม่เคยเกิดขึ้นในชุมชน เช่น เมื่อป่วยด้วยโรคระบาด โรคซิคุนคุนยา ไข้หวัด 2009 และพยายามรักษาด้วยการดูแลตนเอง และต้องการความรู้ในการดูแลตนเอง ดังคำกล่าว

“คนกังวลโรคใหม่ ผมเคยถามชาวบ้าน เขาบอกว่าไม่รู้ว่าการของโรคใหม่เป็นไง โรคมาถึงจังหวัดเราหรือยัง” (วอ, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“การเยี่ยมบ้านนั้น เราอยากจะลง แต่บางที่ชาวบ้านบอก ไม่ต้องมาบ่อยก็ได้” (วอ, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“พอเกิดเหตุการณ์มันกระทบ...การดูแลให้วัคซีน ก็กระทบเหมือนกัน....บังเอิญวันนั้นไปคุยมรณไน วก สักพักหนึ่งมีคนขับรถมาดู 3 ครั้ง...ผมไม่รู้จัก” (หสอ, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“ยังไม่มีนะ ที่มีก็ทราบจากที่ประชุมผู้ใหญ่บ้าน ที่อำเภอ ผมก็กลับมาบอกกับชาวบ้าน วันนี้โรคไขหวัดใหม่ 2009 มาติดตามแล้ว” (ผช, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“ปวดข้อตื้อน้ำมะพร้าว ตื้อน้ำอวดลม สไปรซ์ กินลูกแมงลัก ตื้อน้ำละลายซีต้า (ฮาดีฮาบู)” (รล, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“ปวดฟันซ้อยากิน เป็นยาชุดในหมู่บ้าน กินแล้วก็ไม่หาย อมน้ำเกลือบ้าง” (รล, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“อยากให้มีคนมาสอนเรื่องสุขภาพ การดูแลสุขภาพคนแก่ชรา เด็กๆ เวลาไม่สบาย ก็เป็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ชาวบ้านจะได้ดูแลตนเองเวลาเจ็บเล็กน้อย” (บง, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

6. ศาสนสถานเป็นศูนย์รวมกิจกรรมและการสื่อสารในชุมชน ในชุมชนไทยพุทธวัดเป็นศูนย์รวมกิจกรรมต่างๆ ภายหลังเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบชาวบ้านมักมาพบปะทำกิจกรรมที่วัดอย่างสม่ำเสมอ เพราะได้มาฟังเทศน์ ออกกำลังกาย และพูดคุยกับคนอื่น ๆ ส่วนในชุมชนไทยมุสลิมมัสนับถือ

“ต้องเลี้ยงพระทุกวัน...เป็นเวลาที่ทุกบ้านต้องทำอาหารไปส่งวัด” (พ, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.52)

“มีผู้สูงอายุในชุมชน อยากให้มีการออกกำลังกาย เขาก็ให้เขียนโครงการให้ตั้งชื่อกลุ่มดอกไม้หลากสี” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“ผู้นำมีการบอกกล่าวประกาศชี้แจงเรื่องต่าง ๆ ที่มีสยิดหากเราไม่ไปเราก็จะไม่รู้ เราเองก็อยู่อย่างนี้” (ลต, สัมภาษณ์, 22 ส.ค. 52)

“การสื่อสาร แจ้งข่าวของคนหมู่บ้านนี้ใช้ที่มีสยิดในวันศุกร์” (ชกน, สนทนากลุ่ม, 28 ต.ค.52)

7. เกิดการรวมกลุ่มช่วยเหลือและดูแลกันและกันมากขึ้น การรวมกลุ่มของชาวบ้าน ทำให้ชาวบ้านสามารถพึ่งพาช่วยเหลือดูแลสุขภาพกันและกันได้มากขึ้น และทำให้ชาวบ้านรู้สึกปลอดภัยจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่มกันสร้าง สสมช. เพื่อเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือดูแลแก่คนในชุมชน รวมกลุ่มออกกำลังกายเพื่อคลายเครียด การป้องกันตัวเองเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่น่าไว้วางใจ การเตรียมความพร้อมในการเดินทางไปยังนอกหมู่บ้านสู่โรงพยาบาลหรือตลาด ชาวบ้านต้องนำอาหารมาถวายพระที่วัด ซึ่งแกนนำหมู่บ้านได้ให้ข้อมูลและนักวิจัยสังเกตพบว่า

“เงินสนับสนุนการทำงานของสสม.ปีละ 10,000 บาท ก็ได้สะสมปีต่อปี 2 ปีแล้ว สสม.ช่วยกัน เกือบเสร็จแล้ว...ช่วยคนสูงอายุ” (พย, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“มีผู้สูงอายุในชุมชน อยากให้มีการออกกำลังกาย เขาก็ให้เขียนโครงการให้ตั้งชื่อกลุ่มดอกไม้หลากสี” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“การป้องกันตนที่ดี ก็อย่าคุยข้างถนน....ดูซ้ายดูขวา มองกระจกข้างดูหลัง ดูต่อนั่งมาผู้ขายขับรถ นั่งซ้อนท้ายมา ใส่ชุดหนังสือดำ หรือใส่เสื้อยาวๆ เหมือนตะวันออกกลาง ถ้านั่งมอเตอร์ไซด์ซ้อนท้าย ต้องระวังแล้ว คือมือจะดึงอาวุธออกมาได้ หรือเอามือมาวางไว้ที่เข็มขัด” (ถว, สนทนากลุ่ม, 18 ต.ค.52)

“ออกไปข้างนอกพื้นที่ ไม่มีรถ ลำบาก ต้องเช่ารถออกไปเป็นทีม โดยจะเช่าเหมารถคนในพื้นที่ในอัตราเหี่ยวละ 700 บาท” (ปย, 4 ส.ค.51)

8. ทหารยังเป็นที่พึ่งทางใจในชุมชนไทยพุทธ ชาวบ้านไทยพุทธยังมีความต้องการให้มีทหารอยู่ในหมู่บ้านเพื่อความอุ่นใจ และขอความช่วยเหลือกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินเวลากลางคืน และขออย่าเล็ก ๆ น้อยๆ เมื่อจำเป็น

“ทหารบริการจ่ายยา รักษาพยาบาล.... มีคนมาเอากันเยอะ....ก็ไม่กล้าไปนอนมัย ส่วนมากมาขอยากัน” (บพ, สัมภาษณ์, 10 ต.ค.52)

“กรณีถ้าเจ็บป่วยในช่วงเวลากลางคืน ชาวบ้านต้องอดทนหรือต้องรอให้สว่างก่อน หรือให้ฟ้าสาง หากกรณีฉุกเฉินจริงๆ แล้ว ถึงจะขอช่วยหน่วยทหารให้ความช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยนำส่ง” (ถว, สนทนากลุ่ม, 4 ส.ค.51)

9. ชาวบ้านเข้าไม่ถึงข่าวสารนโยบายของภาครัฐ ชาวบ้านในพื้นที่เข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารนโยบาย ทั้งนโยบาย EMS และการเยียวยา เนื่องจากไม่มีผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง และสถานีอนามัยเพิ่งได้รับรถส่งต่อ EMS เมื่อเดือน กันยายน 2552

“...ถ้าบอกว่าจะไปนอนมัยมันอยู่ไกลไป...ส่วนมากเขาจะช่วยตัวเอง...ไปคลินิก...ไปโรงพยาบาลบ้างถ้าเป็นชีวิตที่บ้าน” (พ, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

“ครั้งหนึ่งเคยไปโรงพยาบาลยะรังเลย เจ้าหน้าที่ก็ถามว่าทำไมไม่ไปนอนมัยก่อน...ก็เลยตอบไปว่าหมอนอนมัยไม่อยู่ นอนมัยปิด” (ปต, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

“ถ้าทั้งอาเจียน ทั้งถ่ายเหลว เป็นอุจจาระร่วง ก็ต้องรีบพาไปเลย...ถ้าอยู่ที่บ้านจะช่วยอะไรผู้ป่วยได้ ยาก็ไม่มี นอนมัยก็ปิดไม่มีหมอนอยู่ ยังไงก็ต้องพาไปที่โน้นก่อน ...พรั่งนี้ค่อยมาเอาหนังสือส่งตัวจากที่หมอนอนมัยนี้” (ปต, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

“ไปโรงพยาบาลโดยรถยนต์ ไม่ใช้รถตัวเอง...เป็นรถยนต์ของการโรจนอนมัยนี้แหละ ตอนก่อนก็ตอนลูกจะคลอด เราก็ก็นั่ง...” (ปต, สัมภาษณ์, 8 ส.ค.51)

“ไม่มี ไม่เคยมีเหตุการณ์ แต่มีเกิดนอกชุมชน จึงมีความไม่ปลอดภัยเมื่อเราไปพบนายอำเภอ ปลัด ไปประชุมที่อำเภอ” (ผช, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“โชคดีที่ว่า สอ.คลองไหมได้มาคันหนึ่ง กำลังคิดอยู่ว่าจะบริการที่นี้ ช่วยแบ่งเบาภาระเขา เพราะอย่างน้อยเดือนหนึ่งผู้ป่วยเรื้อรัง....ที่ต้องเน้นหนัก คือผู้ป่วยฉุกเฉิน” (หนส, สนทนากลุ่ม, 30 ส.ค.52)

สิ่งที่ชาวบ้านปรารถนาในอนาคต คือ

1. ความสงบสุขในพื้นที่ สามารถดำเนินชีวิตและ เดินทางไปไหนมาไหนได้ตามปกติ ซึ่งชาวบ้านได้กล่าวไว้ว่า

“ยายขอภาวนาให้สถานการณ์มีความสงบสุขเพื่อให้สามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้ตามปกติ” (ด, สทนากลุ่ม, 18 ส.ค.51)

2. ความสัมพันธ์อันดีระหว่างชาวบ้านชุมชนไทยพุทธและชุมชนไทยมุสลิม เพราะเดิมชาวบ้านไทยพุทธจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับไทยมุสลิม แต่ปัจจุบันรู้สึกระแวงกันและกันบ้าง แม้จะเข้าใจว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องเฉพาะกลุ่มไม่ได้หมายถึงคนมุสลิมไม่ดีก็ตาม และอยากให้เพื่อนมุสลิมสามารถเข้าวัดได้เหมือนในอดีต โดยชาวบ้านได้กล่าวว่า

“...ก็ไม่เหมือนทุกคน มันต่างกัน พฤติกรรมต่างกัน อยู่ที่ตัวบุคคล ไม่ใช่จะเหมารวมหมด อยากให้เป็นเหมือนแต่ก่อน คนมุสลิมก็เข้าวัดได้” (พย, สทนากลุ่ม, 18 ส.ค.51)

3. ความรู้เพิ่มเติมในการดูแลตนเอง โดยการจัดให้มีการสอนให้ความรู้แขนงต่าง ๆ ในการดูแลช่วยเหลือตนเอง ตามที่ชาวบ้านได้กล่าวว่า

“...อยากให้มีคนมาสอนเรื่องสุขภาพ...การดูแลสุขภาพคนแก่ชรา เด็กๆ เวลาไม่สบาย” (บง, สัมภาษณ์, 21 ส.ค.52)

“...อยากได้ความรู้รักษาที่เกี่ยวโรคผิวหนัง เนื่องจากรักษาแล้วหลายครั้ง มันไม่หายสักที ไปหาหมอก็บอกว่าไม่มียา” (ลต, สัมภาษณ์, 22 ส.ค.52)

4. ให้มีหน่วยงานเข้าไปรับผิดชอบดูแลเด็กเยาวชนที่ไม่ได้เรียนในหมู่บ้าน หากเยาวชนได้รับการศึกษาจะทำให้เยาวชนมองโลกได้กว้างขึ้น ซึ่งชาวบ้านได้กล่าวว่า

“คนที่เรียน อนาคตจะมั่นคง แล้วก็ดีหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด ถ้าไม่มีการศึกษาชีวิตเรื่อยเปื่อยอยู่ตามกระแส ตามประสาวัยรุ่น ชีวรถชิง แข่งรถ เสพยา ถ้าจะให้ผมแนะนำก็แนะนำว่า การเรียนอยากจะทำให้บังคับทุกคนได้เรียน ไม่ว่าจะมียาได้หรือไม่มี รายได้ ไม่ว่าจะเป็นคนที่มีการเรียนต่ำอยากให้เรียน...เรียนไปกว่ามีวุฒิไปทำงานได้ สมมติว่าคนนี้จบ ป.ตรี แล้วยังไม่มียานทำ คนนี้คือว่าเป็นคนฉลาดคิดหางานเองได้ มีงาน ดีนรรทางที่ดี คนที่ไม่มีการศึกษาเขาจะมองโลกแคบ เอาแต่ไปมาเลย์ มันไม่มั่นคง เจริญประเทศเพื่อนบ้าน กลับมาบ้านเราก็ดกงานอยู่ดี” (ม, สทนากลุ่ม, 8 ม.ค.53)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา 1) การจัดการสุขภาพของประชาชนในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน 2) เงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ชาวบ้านไทยพุทธและไทยมุสลิม จาก 2 หมู่บ้านในตำบลคลองใหม่ อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ได้แก่ ชาวบ้านทั่วไป ชาวบ้านได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ ผู้นำศาสนา/ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/ กลุ่มแม่บ้าน หมู่บ้านละ 18 คน การเก็บข้อมูลใช้การสังเกต สัมภาษณ์ เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม และใช้วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการสรุปประเด็น (Thematic Analysis) ระหว่างเดือนสิงหาคม 2552 – มกราคม 2553

สรุปผลการวิจัย

สถานการณ์ความไม่สงบของตำบลคลองใหม่ พบว่า เกิดขึ้นในชุมชนไทยพุทธ คือ หมู่ 6 บ้านโคกหญ้าคา มีผู้เสียชีวิต 9 ราย และบาดเจ็บสาหัส 3 ราย ส่วนชุมชนไทยมุสลิม คือ หมู่ 3 บ้านกาแลสะโน ไม่มีผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในพื้นที่ ผลการศึกษากิจการสุขภาพภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบสรุปได้ดังนี้

1. สภาวะสุขภาพ ทางด้านร่างกาย พบว่า ชาวบ้านของชุมชนทั้งไทยพุทธและมุสลิมส่วนใหญ่ ยังคงเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไข้หวัด ขณะมีเหตุการณ์ชาวบ้านทั้งสองเจ็บป่วยด้วยโรคชิคุนกุนยา และมีความอยากลำบากในการดูแลรักษาตนเอง ทางด้านจิตใจ พบว่า มีภาวะเครียดจากการใช้ชีวิตที่ไม่ปลอดภัย และสำหรับชุมชนไทยพุทธ ภาวะเครียดยังพบว่ามีสาเหตุจากการสูญเสียคนในครอบครัวร่วมด้วย

2. การจัดการสุขภาพ พบว่า

2.1 การเจ็บป่วยเล็กน้อย ชาวบ้านในชุมชนไทยพุทธและไทยมุสลิมนิยมซื้อยาจากร้านค้าในชุมชน ไทยพุทธที่มีฐานะดีจะไปรักษาศูนย์เพราะความสะดวก รวดเร็ว ไม่นิยมไปรักษาที่สถานีนามัยเนื่องจากอยู่ไกลบ้านและมีความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยขณะเดินทาง ไทยมุสลิมนิยมใช้บริการที่สถานีนามัยของตำบล เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ และยังพบว่ามีอาการดูแลตนเองตามความเชื่อ

2.2 การป่วยหนักหรือฉุกเฉิน พบว่า ชาวบ้านไทยพุทธจะพึ่งตนเองด้วยการเช่ารถยนต์ของเพื่อนบ้าน หากไม่ได้จะใช้รถทหารที่มาตั้งฐานประจำการอยู่ในพื้นที่ และหากเหตุการณ์เกิดขึ้นในช่วงกลางวัน จะเลือกใช้รถกันกระสุนของทหารเท่านั้น สำหรับชาวบ้านไทยมุสลิม เมื่อป่วยหนักหรือฉุกเฉินจะขอความช่วยเหลือหรือเช่ารถยนต์จากเพื่อนบ้านเช่นเดียวกัน ทั้งกลางวันและกลางคืน

2.3 การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ทั้งชุมชนไทยพุทธและไทยมุสลิม ชาวบ้านเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และมีปัญหาความเครียดที่คล้ายคลึงกัน และเนื่องจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพไม่สามารถเข้าพื้นที่ เนื่องจากความไม่ปลอดภัย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงมี อสม.เป็นแกนนำในการดูแล ในชุมชนไทยพุทธ พบว่า มีกิจกรรมและการรวมกลุ่มเพื่อการดูแลสุขภาพกันเอง เช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การตั้งกองทุนหญิงหม้าย การเฝ้าระวังผู้พิการ ส่วนในชุมชนไทยมุสลิมยังไม่มี การรวมกลุ่มในลักษณะดังกล่าว

2.4 อนามัยแม่และเด็ก พบว่า ในชุมชนไทยพุทธ หญิงมีครรภ์ทุกคนฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาล ส่วนการฉีดวัคซีนในเด็กจะไปใช้บริการสถานอนามัยตำบลข้างเคียงซึ่งอยู่ใกล้ ในชุมชนไทยมุสลิม หญิงมีครรภ์จะไปฝากครรภ์โบราณ (โต๊ะบีแด) ร่วมด้วย เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือในยามฉุกเฉิน และให้การดูแลในช่วงก่อนคลอดและหลังคลอด ส่วนการฉีดวัคซีนในเด็กชาวบ้านมีความตระหนักรู้

3. เงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพ พบว่า มีดังนี้

3.1 ความไม่ปลอดภัยในการเดินทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเดินทางเข้า ออกนอกพื้นที่ และช่วงเวลายามวิกาล

3.2 การว่างงานและการขาดรายได้ จากปัญหาความไม่ปลอดภัยในพื้นที่ที่มีผลให้การหารายได้ จากอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรมไม่ได้เต็มที่ อีกทั้งการสูญเสียผู้นำครอบครัวจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ และการขาดรายได้มีผลให้เกิดการว่างงาน เนื่องจากไม่สามารถส่งลูกเรียนต่อ ต้องออกจากโรงเรียนและไม่มียานรองรับในพื้นที่

3.3 การสูญเสียบุคคลที่เป็นแกนนำหลักของหมู่บ้าน พบว่า การสูญเสียผู้นำของหมู่บ้านที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน มีผลให้การจัดการของชุมชนในทุกด้านรวมทั้งการจัดการด้านสุขภาพได้รับผลกระทบไปด้วย

3.4 ความสัมพันธ์ในวิถีชีวิตของคนไทยพุทธและไทยมุสลิม จากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นมีผลให้การไปมาหาสู่และการรวมกิจกรรมดังที่มีในอดีตหายไป

3.5 เจ้าหน้าที่ไม่กล้าเข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ จากสถานการณ์ความไม่สงบส่งผลให้เจ้าหน้าที่ไม่กล้าเข้าไปปฏิบัติงานในพื้นที่ การดำเนินงานใช้วิธีการประสานความร่วมมือกับ อสม.ในพื้นที่

3.6 การใช้ศาสนสถานเป็นศูนย์รวมกิจกรรมและการสื่อสารด้านสุขภาพ พบว่า ในพื้นที่ใช้ศาสนสถานทั้งวัด และมัสยิด ในการจัดกิจกรรมหมู่บ้านและใช้ในการสื่อสารข่าวสารด้านสุขภาพ

3.7 การรวมกลุ่ม เพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ พบว่า ชุมชนไทยพุทธที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบ มีการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพเช่น การรวมกลุ่มออกกำลังกาย การจัดตั้ง ศสมช.

3.8 ทหารเป็นที่พึ่งของชุมชนไทยพุทธ พบว่า ในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบ ทหารที่มาประจำการอยู่ในพื้นที่ให้การช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านแก่คนในชุมชน ทั้งการเดินทาง การช่วยเหลือด้านอาชีพ การให้บริการยา และการรักษาความปลอดภัย

อภิปรายผล

สภาวะสุขภาพ

ชาวบ้านในชุมชนพุทธและไทยมุสลิม ยังมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคชิคุนกุนยา เหมือนชุมชนอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับผลกระทบ แต่ที่พบว่ามีภาวะเครียดจากการใช้ชีวิตที่ไม่ปลอดภัยต้องระมัดระวังตัวในการเดินทางออกนอกพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นมากในช่วงต้นปี 2550 และมีผลให้เกิดนโยบายการควบคุมและลดความรุนแรงให้ลดลงโดยใช้มาตรการทางการทหารเป็นหลัก รัฐมีการระดมกำลังทหารและตำรวจเข้าไปในพื้นที่มากขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าครอบครัวที่มีการสูญเสียหัวหน้าครอบครัว และมีผลให้เกิดนโยบาย การเยียวยา โดยกระทรวงสาธารณสุข มีงานเยียวยาสุขภาพจิตเกิดขึ้นในโรงพยาบาล รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ เช่น การส่งเสริมการประกอบอาชีพเกษตรและการส่งเสริมการพัฒนาอาชีพ เพื่อให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบของ คอบต. เป็นต้น (สุภัทร, 2552 ; สำนักงานประชาสัมพันธ์ จังหวัดสงขลา, 2551)

การจัดการสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า ชาวบ้านทั้งในชุมชนไทยพุทธและไทยมุสลิม มีการจัดการสุขภาพด้วยการพึ่งพาตนเองก่อน เช่น เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยก็จะหาซื้อยารับประทานเอง หรือดูแลตนเองตามความเชื่อ แต่เมื่อการดูแลสุขภาพเกิดความสามารถ มีอาการป่วยหนัก หรือมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น การปวดท้องคลอด คนในชุมชนก็จะไปพึ่งพาระบบบริการการแพทย์ คือ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ใกล้บ้านที่ไม่ต้องเสี่ยงต่ออันตรายในขณะเดินทางไปรับบริการ โดยการเดินทางจะเหมารถเพื่อนบ้านไปและถ้าไม่จำเป็นจะไม่เดินทางตอนกลางคืน เนื่องจากเป็นเวลาที่เสี่ยงต่ออันตราย และหากจำเป็นต้องเดินทางในเวลา กลางคืนคนในชุมชนไทยพุทธจะใช้รถกับกระสุนของทหารในการเดินทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในการรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำเดือน มกราคม 2550-ธันวาคม 2551 ที่พบว่า สถานที่เกิดเหตุความไม่สงบส่วนใหญ่จะเกิดบนถนนหรือทางหลวง ร้อยละ 59.80 และจากการระมัดระวังไม่เดินทางตอนกลางคืน มีผลให้เหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในช่วงกลางคืนมีน้อย

จากความยากลำบากในการเดินทางโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนไทยพุทธมีผลให้เกิดการร่วมกลุ่มกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ เช่น เกิดกลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กองทุนหญิงหม้าย และการเยียวยาผู้พิการ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของภาคประชาชนที่มีต่อภาครัฐในการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ เช่น การเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคประชาชน ประชาสังคม และองค์กรภาครัฐในการเยียวยา เสริมสร้างสันติภาพ และให้ความช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรมแก่ผู้ได้รับผลกระทบ ส่งเสริมให้มีกองทุนสำหรับการประกอบอาชีพ การออมและสร้างสวัสดิการให้แก่ผู้หญิงในครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบ เป็นต้น (ข้อเสนอของภาคประชาชนเพื่อให้ภาครัฐดำเนินการในเวทีประชุมของคณะกรรมการนโยบายและอำนาจการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2552) นอกจากนี้ยังต้องการพัฒนา ศสมช. เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพกันเอง ซึ่งแกนนำ อสม.ในพื้นที่ยังต้องการพัฒนาศักยภาพเพื่อการทำบทบาทหน้าที่การดูแลสุขภาพจากการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถให้บริการเชิง

รุกได้เหมือนอดีต เนื่องจากสาเหตุความไม่ปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัย การจัดระบบบริการสุขภาพ ในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของ อมรและคณะ ที่พบว่า บุคลากรสุขภาพเกิดความวิตกกังวลต่อ สถานการณ์และความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของตนเองและครอบครัวและมีการโยกย้ายของบุคลากร ออกนอกพื้นที่

เงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพ

เงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพ พบว่า มีความเกี่ยวข้องกัน กล่าวคือ จากสถานการณ์ความไม่สงบทำให้การเดินทางเข้าออกพื้นที่ไม่สะดวก เนื่องจากความไม่ปลอดภัยในชีวิต การเสียชีวิตคนใน ครอบครัวและแกนนำชุมชน ส่งผลให้การประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ทำได้ได้น้อยลง และเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ อันดับแรกคือการว่างงาน รองลงมา คือ ปัญหายาเสพติด และปัญหาเหตุการณ์ความไม่สงบ ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจะพบว่า การขาดรายได้มีผลให้เกิดการว่างงาน อีกทั้งเด็กเยาวชนไม่ได้รับการศึกษาอันนำไปสู่ปัญหาเสพติดและอื่น ๆ ได้ตามมา จากปัญหาที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันนี้ย่อมส่งผลต่อ สุขภาพทั้งทางกาย เนื่องจากขาดปัจจัยสี่ในการดำเนินชีวิต มีความเครียดในจิตใจและมีผลให้เกิดสังคมที่ ขาดความปลอดภัย สอดคล้องกับงานวิจัยการศึกษาของ พรทิพย์(2548) ;จำนง (2550);มารีนี(2550) ; อรุณทัย (2551) ที่สำรวจข้อมูลความเครียดในกลุ่มผู้สูญเสียคนในครอบครัวที่เกิดจากสิ่งเร้า คือการ สูญเสียสมาชิกจากเหตุการณ์ความไม่สงบนับได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต และมีผลกระทบต่อหญิงหม้าย อย่างมาก นอกจากนี้การเป็นญาติสายตรงกับผู้เสียชีวิตซึ่งจากลักษณะสัมพันธ์ภาพดังกล่าว หากผู้ที่ เสียชีวิตมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันกันมาก ผลกระทบทางจิตใจต่อผู้สูญเสียก็จะมาก และ นักวิจัยให้ เหตุผลว่า เนื่องจากสังคมไทยมักยกย่องสามีให้เป็นผู้นำครอบครัว และไม่ได้เตรียมพร้อมมาก่อน จำเป็นต้องรับผิดชอบเป็นผู้นำครอบครัว การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ด้านผู้นำครอบครัวจึงไม่มี ประสิทธิภาพ

เพื่อการดำรงชีวิตภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ จำเป็นที่ชาวบ้านต้องปรับตัวที่จะพึ่งพาตนเอง มากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากการรวมกลุ่มเพื่อดูแลสุขภาพการจัดตั้ง ศสมช. เนื่องจากบริการเชิงรุกของการ บริการสาธารณสุขมีน้อยลง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นถึงความต้องการพัฒนาศักยภาพทั้ง ความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของแกนนำ อสม.

นอกจากนี้ ในสถานการณ์ความไม่สงบ ยังส่งผลให้ความสัมพันธ์ของคนต่างหมู่บ้านเห็นห่าง เนื่องจากขาดการไปมาหาสู่กัน แต่พบว่า ทั้งสองชุมชนยังมีศาสนสถานเป็นศูนย์รวมกิจกรรมและการสื่อสาร ด้านสุขภาพ และในชุมชนไทยพุทธที่มีผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ พบว่า ทหารที่ ประจำการอยู่ในพื้นที่เป็นที่พึ่งของคนในชุมชนทุกเรื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการสุขภาพ

1. ควรให้การสนับสนุนภาคประชาชนให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมเวทีการเรียนรู้ในชุมชน
2. ควรสร้างความเข้าใจที่ดีในชุมชน โดยให้ผู้นำศาสนามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ควรสร้างเครือข่ายการทำงานแบบบูรณาการกับบุคคลหรือหน่วยงานอื่น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย

1. ควรมีการวิจัยประเมินผลการเฝ้าระวังที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน
2. ควรมีการวิจัยเพื่อการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความไม่สงบ
3. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาการศึกษาให้กับเยาวชนมุสลิม

บรรณานุกรม

- จินดา กุลยเทพย์. 2551. การดำเนินการให้ความช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การก่อความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. สำนักงานประชาสัมพันธ์ จังหวัดสงขลา.
- ปาริฉัตร อุทัยพันธ์และคณะ. 2553. รายงานวิจัยศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พงศ์เทพ สุธีรัฐภูมิและคณะ. 2548. วิกฤตของระบบสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พงศ์เทพ สุธีรัฐภูมิ. 2549. ระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พงศ์เทพ สุธีรัฐภูมิ อมร รอดคล้าย สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ สุวัฒน์ ฮาสวรรณกิจ. 2550. “วิกฤตของระบบสาธารณสุขในพื้นที่ภาคใต้”. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 1(2) ก.ค.-ก.ย. 145-155.
- วัฒนา เมืองสุข. 2552. ช่วยผู้พิการจากเหตุการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. ค้นเมื่อ 1 ส.ค.2552, จาก http://www.m-society.go.th/news_detail.php?newsid=831.
- สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2551. โครงการพัฒนายุทธศาสตร์และกลไกจำเพาะด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของประเทศในการแก้ปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้.
- สังศรี และคณะ. 2544. มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สภาที่ปรึกษาเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้. 2551. สภาพปัญหาและแนวทางแก้ไขสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. ยะลา : ห้างหุ้นส่วนจำกัดยะลาการพิมพ์.
- สาทิพย์ วงศ์หนองเตย. 2552. ติดตามการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบ ณ จังหวัดปัตตานี. ค้นเมื่อ 1 กันยายน 2552, จาก <http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9520000092859>.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2552. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554)**. ค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2552, จาก <http://www.idd.go.th/Thai-html/05022007/PDF/PDF01/index.htm>.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. 2550. **รายงานสรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2550**.

อมร รอดคล้าย และคณะ. 2548. **การจัดระบบบริการในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้**. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อรุณทัย พูลเทพ. 2551. การปรับตัวของหญิงหม้ายที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมในกิจกรรมชมรมหญิงหม้าย. (พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ สงขลา :มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ;2551.

อัญชลี อินทนนท์และคณะ. 2548. **บทบาท ภาระงาน และปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน**. สถาบันพระบรมราชชนก.กระทรวงสาธารณสุข.

อำพล จินดาวัฒนะ. 2546. “กระบวนการทัศน์ใหม่ในการสร้างเสริมสุขภาพ”. วารสารการศึกษาพยาบาล. ปีที่ 14 (ฉบับที่ 3), 2-13.

อำพล จินดาวัฒนะ. 2551. **งานป้องกันควบคุมโรคในมุมมองของเครือข่ายพันธมิตร**. ค้นเมื่อ 10 เมษายน 2552, จาก http://old.kmddc.go.th/kmcms/UserFiles/File/2551/12-02-51/12_02_%2051_0830_1000/GH201_203_Plenary/Dr.aumpon.ppt#, 1.

ภาคผนวก

แนวคำถาม : การจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ประเด็น	คำถามหลัก	คำถามรอง	คำถามเจาะลึก
1. สถานการณ์การจัดการสุขภาพของประชาชนในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน	1.1 ภาวะสุขภาพของประชาชนปัจจุบันเป็นอย่างไร	1.1.1 การเจ็บป่วยของคนที่เป็นอะไรบ้าง	1.1.1.1 เขาจัดการได้หรือไม่ อย่างไร
		1.1.2 คนที่เฝ้าเขาดูแลสุขภาพกันอย่างไร	1.1.2.1 ผลเป็นอย่างไร
	1.2 การดูแลสุขภาพหรือการจัดการสุขภาพของตนเป็นอย่างไร	1.2.1 เมื่อเจ็บป่วยหรือยามทุกข์ยากลำบากทำอย่างไรบ้าง	1.2.1.1 ไปรับบริการที่ไหน
			1.2.1.2 รับบริการแล้วเป็นอย่างไรบ้าง พอใจหรือไม่อย่างไร
	1.3 ในเมื่อไม่เคยเจ็บไข้ไม่สบาย ขอถามว่าท่านได้ปฏิบัติตัวอย่างไรบ้าง	1.3.1 วิธีการส่งเสริมสุขภาพของท่านทำอย่างไร	1.3.1.1 ท่านปฏิบัติเช่นนั้นได้รับความรู้จากใคร ที่ไหน
		1.3.2 กิจกรรมประจำวันเป็นอย่างไร	1.3.2.1 ทำไมจึงทำเช่นนั้น
2. อะไรบ้างที่เป็นเงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนในสถานการณ์ความไม่สงบ	2.1 นโยบายพิเศษของภาครัฐมีผลต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนอย่างไร 1) นโยบายการเยียวยา 2) การบริการส่งต่อและฉุกเฉิน 3) การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน เช่น กรณีแม่เด็ก (ชุมชนมุสลิม)	2.1.1 คนที่ได้รับ การช่วยเหลือจากรัฐเมื่อยามเจ็บป่วยอย่างไรบ้าง	2.1.1.1 ให้ความช่วยเหลืออย่างไร 2.1.1.2 ผลเป็นอย่างไรบ้าง

ประเด็น	คำถามหลัก	คำถามรอง	คำถามเจาะลึก
	โรคเรื้อรัง		
	2.2 มีเงื่อนไขอะไรหรือข้อจำกัดอะไรที่มีผลต่อการจัดการสุขภาพของประชาชนที่นี่	2.2.1 ทำไมจึงเป็นเช่นนั้นได้	2.2.1.1 จะมีวิธีการอย่างไรที่จะขจัดปัญหาเหล่านั้นได้
	2.3 ปัญหาในการจัดการสุขภาพของคนที่นี่ มีอะไรบ้าง	2.3.1 ทำไมจึงเป็นเช่นนั้นได้	2.3.1.1 ปัญหานั้นเป็นมาเมื่อไรแล้ว 2.3.1.2 คิดว่าจะมีวิธีการอย่างไรเพื่อแก้ไขปัญหานั้นได้

แนวคำถามเพิ่มเติม :

1. ความเป็นอยู่ก่อนเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบเป็นอย่างไร (เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การคมนาคม การสื่อสาร การศึกษา และการดูแลสุขภาพ)
2. เหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นเมื่อไร และมีลักษณะอย่างไร จุดเกิดเหตุอยู่ที่ไหน สภาพทางกายภาพของจุดเกิดเหตุการณ์เป็นอย่างไร
3. ความเป็นอยู่หลังเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบเป็นอย่างไร
 - เหตุปัจจัยของ การย้ายถิ่นของคนในพื้นที่เป็นอย่างไร มีผลอย่างไร โครงสร้างประชากร
 - เหตุปัจจัยของสังคม ความสัมพันธ์และบทบาทของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ (ทหาร/ผู้นำศาสนา/สอ./ครู ในชุมชน) เป็นอย่างไร
 - กระบวนการ การจัดการ การปรับตัวเป็นอย่างไร เช่น การรวมกลุ่ม ความรู้สึก (ระแวง ระมัดระวัง)
 - ผลของการจัดการ ต่อด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ

เหตุปัจจัยเอื้อ/อุปสรรค /อุปสรรค นโยบาย (การเยียวยา EMS)

แนวทางการสังเกต :

1. บริบทของหมู่บ้าน และลักษณะรอบ ๆ บ้านของผู้ให้ข้อมูล
2. สถานที่เกิดกิจกรรมการจัดการสุขภาพของประชาชน
3. แบบแผนพฤติกรรมจัดการสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพของประชาชน
4. การทำงานร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของประชาชน
5. กิจกรรมการจัดการสุขภาพที่เกิดขึ้นโดยประชาชน
6. สัมพันธภาพระหว่างผู้เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพภาคประชาชน

ประวัตินักวิจัย

1. นายสะแลแม อาแวห์

วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปริญญาโทศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (ศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี

2. นายมุฮัมมัดโยฮัน วารัม

วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี

3. นายรอซาลี สะรีเดะ

วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต (วิทยาศาสตร์สุขภาพ) ปริญญาโทศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการจัดการมนุษย์และสิ่งแวดล้อม) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองปัตตานี

4. นายมุฮัมมัดเฟาซี ลาเต๊ะ

วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัย์สุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี

5. นายอับดุลतोละ จะปะกียา

วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สุขศึกษา) สถาบันราชภัฏจังหวัดยะลา
ตำแหน่ง	นักบริหารงานสาธารณสุข 6
สถานที่ปฏิบัติงาน	องค์การบริหารส่วนตำบลเขาตูม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี