

รายงานผลการดำเนินงาน
โครงการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ
จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล ปีที่ 2

โดย

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส.ภาคใต้ มอ.)

เมษายน 2552



ห้องสมุดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานผลการดำเนินงาน
โครงการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ
จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล ปีที่ 2

โดย

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส.ภาคใต้ มอ.)

เลขหมู่ NA 546 ก125 2552
เลขทะเบียน ห3 1685
วันที่ 16 ส.ย. 2553

เมษายน 2552

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ก
บทที่ 1 ความนำ	1
บทที่ 2 การดำเนินงานและผลการดำเนินงาน	10
ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาบริการเพื่อการพึ่งตนเอง การส่งเสริมป้องกัน และการควบคุมโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและสอดคล้องกับวิถีชุมชน	10
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีศักยภาพด้านบริการปฐมภูมิ ทั้งความสามารถและขวัญกำลังใจ	24
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนากลไกจำเพาะเพื่อสนับสนุนการบริการพื้นฐานและบริการเชิงรุกด้านปฐมภูมิ	27
บทที่ 3 สรุปผลการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล ปีที่ 2	32
บทที่ 4 การสังเคราะห์โครงการนวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่พหุวัฒนธรรม	36
ภาคผนวก	67
ภาคผนวกที่ 1 ร่างวาระนโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้	68

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
โครงการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ
จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล ปีที่ 2

ความนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นปีที่ 2 ทั้งนี้เนื่องจากเดิมพื้นที่ดังกล่าว เป็นพื้นที่ที่ประชาชนเข้าไม่ถึง บริการสุขภาพ สาเหตุสำคัญเป็นเพราะความแตกต่างของวิถีชีวิตมลายูกับระบบบริการของรัฐที่ไม่ สอดคล้องกันนัก แม้ว่าในระยะต่อมาปัญหาบบบริการสุขภาพในพื้นที่จะมีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อมีนโยบาย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่เมื่อเกิดวิกฤตความรุนแรงตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 เป็นต้นมา สถานการณ์ ความรุนแรงไม่มีแนวโน้มที่จะดีขึ้นนับวันยิ่งเลวร้ายซ้ำเติมปัญหาการได้รับบริการสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่มากยิ่งขึ้น ตัวอย่างชัดเจน อาทิเช่น การควบคุมโรคชุกชุมกว่า ที่ไม่สามารถควบคุมได้ สาเหตุ สำคัญคือการไม่สามารถทำงานเชิงรุกเข้าไปในพื้นที่บางพื้นที่ เป็นต้น

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับแนวทางการพึ่งพาตนเองของ ประชาชน การส่งเสริมป้องกัน และการควบคุมโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับวิถี ชุมชน เป็นแนวทางที่สำคัญที่จะช่วยป้องกัน และเยียวยาความทุกข์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการพึ่งพาตนเอง การส่งเสริมป้องกัน และการควบคุมโรค โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน ในยุทธศาสตร์นี้มีโครงการรองรับ ดังนี้

- โครงการสร้างนวัตกรรมบริการสุขภาพในบริบทของพหุวัฒนธรรม ประกอบด้วย กิจกรรมการค้นหานวัตกรรมที่เป็น Best practices และการสนับสนุนให้หน่วยบริการ พัฒนานวัตกรรมที่สอดคล้องกับพื้นที่
- โครงการสร้างเสริมสันติสุขภาวะ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ การเยียวยาสังคมโดย กระบวนการสุนทรียสนทนาและการพัฒนาสุขภาวะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้ ประเด็นการจัดการสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษา

2. พัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีศักยภาพด้านบริการปฐมภูมิ ทั้งความสามารถด้านบริการและ ขวัญกำลังใจ ในยุทธศาสตร์นี้มีโครงการรองรับ ดังนี้

- โครงการสนับสนุนกระบวนการสร้างความเข้าใจ การแพทย์และสุขภาพในวิถีมุสลิมแก่นักศึกษาพยาบาล 3,000 คน โดยใช้การอบรมและศึกษาดูงานให้กับอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาล 25 แห่ง
- โครงการพัฒนาบุคลากรสายสาธารณสุข โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในประเด็น การแพทย์ในพื้นที่พหุวัฒนธรรมให้แก่กลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และหมออนามัย

- โครงการอาสาสมัครพันธุ์ใหม่ โดยสนับสนุนให้ อสม. ทำโครงการวิจัยและพัฒนา

3. พัฒนากลไกจำเพาะเพื่อสนับสนุนบริการพื้นฐาน และบริการเชิงรุกด้านปฐมภูมิภายใต้หลักของการบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Medicine) และวิถีแห่งสันติ ประกอบด้วย 2 โครงการ

- โครงการพัฒนา ติดตาม นโยบายการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการลงพื้นที่เยี่ยมเยียนสถานพยาบาลในพื้นที่ การจัดประชุมร่วมเพื่อแก้ปัญหาในระดับนโยบายร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
- โครงการพัฒนากลไกทางวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม โดยสนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนาให้กับกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และ กลุ่มหมออนามัย

ผลการดำเนินงานจำแนกตามยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์พัฒนาบริการสุขภาพเพื่อการพึ่งพาตนเอง การส่งเสริมป้องกัน และการควบคุมโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน มีผลการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

1.1 ได้ Best practices จากการดำเนินโครงการต่อเนื่อง 5 โครงการ ได้แก่

- (1) โครงการการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิม โรงพยาบาลจะนะ จ.นราธิวาส
- (2) โครงการขยายเครือข่ายมัสยิดสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลตากใบ จ.นราธิวาส
- (3) โครงการรณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม สถานีอนามัยตำบลโคกเคียน จ.นราธิวาส
- (4) การพัฒนางานบริการอนามัยแม่และเด็กตามหลักศาสนาอิสลาม สถานีอนามัยบ้านโกลง จ.ยะลา
- (5) โครงการเครือข่ายครอบครัว ชุมชน ห่วงใย ใส่ใจผู้ป่วยเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลควนโดน จ.สตูล

ทั้ง 5 พื้นที่กำลังพัฒนาเป็นศูนย์เรียนรู้ โดยเฉพาะโรงพยาบาลจะนะ จ.นราธิวาส ได้พัฒนาเป็นโรงพยาบาลต้นแบบในงานบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมและวิถีชีวิตชุมชน ภายใต้ชื่อโรงพยาบาลวิถีอิสลาม (Rumah Sakit Musra Ebadah) และมีการจัดทำเอกสารและวิดิทัศน์เพื่อการเผยแพร่และขยายผลต่อไป

1.2 ได้นวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนโดยการสนับสนุนการจัดทำโครงการทั้งสิ้น 39 โครงการ (คัดจากจำนวนโครงการที่เสนอจากพื้นที่รวม 91 โครงการ) โดยแบ่งเป็นโครงการเพื่อพัฒนาบุคลากรสายสาธารณสุขจำนวน 3 โครงการ โครงการพัฒนาบทบาทกลุ่มอาสาสมัคร จำนวน 1 โครงการ โครงการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชน จำนวน 35 โครงการ โดยเป็นนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการงานอนามัยแม่และเด็ก การจัดการโรคเรื้อรัง และการแพทย์วิถีมุสลิม นอกจากนี้ยังพบว่า จากกระบวนการพัฒนาและกระบวนการติดตามโครงการ ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เข้ามา

มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดทำโครงการ อาทิเช่น มีระบบคิดเรื่องสุขภาพดีขึ้น มีระบบคิดเชิงเหตุผลมากขึ้น มีทักษะในการจัดการโครงการมากขึ้น และมีการจัดการความรู้อีกมากขึ้น

1.3 การเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดขึ้น ได้มีการผลิตสื่อ VCD เอกสารวิชาการ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้นวัตกรรมสุขภาพชุมชนในพื้นที่ ตลอดจนองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ พหุวัฒนธรรม ดังนี้

- 1) หนังสือ การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน เป็นเอกสารรวบรวมองค์ความรู้ในการดูแล และแก้ไขปัญาสุขภาพที่บูรณาการระหว่างอิสลามและสุขภาพ ในช่วงเดือนรอมฎอน ซึ่งเอกสารดังกล่าวได้ผ่านกระบวนการจัดเวทีแลกเปลี่ยน ตรวจสอบความครอบคลุม สมบูรณ์ และความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้มีการเผยแพร่ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่
- 2) หนังสือ การแพทย์และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม เป็นเอกสารที่รวบรวมความรู้พื้นฐานของศาสนาอิสลาม และการแพทย์ตามวิถีมุสลิม ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพต้องเรียนรู้และเข้าใจ เพื่อให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ สอดคล้องและมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งเอกสารดังกล่าวได้ผ่านการทบทวน ตรวจสอบจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิ โดย สวรส.ภาคใต้ มอ. ได้เผยแพร่เอกสารดังกล่าวให้ผู้ที่สนใจทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม
- 3) หนังสือ อิสลามวิถีแห่งชีวิต เป็นเอกสารที่นำเสนอข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับอิสลาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและขยายทัศนคติ มุมมองของมุสลิมและชนต่างศาสนา ต่อศาสนาอิสลาม เพื่อให้สมาชิกในสังคมมีความรู้ มีข้อมูลที่ต้องการ และมีความสามารถในการเลือกแนวทางที่เป็นประโยชน์สูงสุด สำหรับตนเองและสังคม อันจะนำไปสู่การอยู่ร่วมกันอย่างสันติ เอกสารชุดนี้เป็นฉบับปรับปรุงใหม่ โดยสรุปย่อหนังสือ อิสลามวิถีแห่งชีวิต ฉบับเดิม เพื่อให้ผู้อ่านที่นับถือทั้งศาสนาอิสลาม และต่างศาสนาได้ศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น
- 4) หนังสือ การจัดการบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม 4 ช่วงวัย : วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และการดูแลสุขภาพระยะสุดท้าย เป็นเอกสารที่รวบรวมบทความในการจัดการบริการสุขภาพวิถีมุสลิม ใน 4 ช่วงวัย คือ วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา ซึ่งได้อ้างอิงถึงบทบัญญัติของอิสลาม ทั้งอัลกุรอาน หะดีษ และข้อวินิจฉัยของบรรดาผู้รู้ (อุลามาย) ร่วมสมัย
- 5) การจัดทำวีดิทัศน์ เรื่อง “การเยียวยาสังคมพหุวัฒนธรรม” เป็นวีดิทัศน์ที่ได้ถ่ายทอดกิจกรรมการจัดกระบวนการสุนทรียสนทนาในพื้นที่ เพื่อเผยแพร่รูปแบบการเยียวยาสังคม โดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา อันจะนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป
- 6) การจัดทำวีดิทัศน์ เรื่อง โรงพยาบาลต้นแบบในงานบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมและวิถีชีวิตชุมชน ในพื้นที่โรงพยาบาลจะนะ จ.นราธิวาส ภายใต้ชื่อ โรงพยาบาลวิถีอิสลาม (Rumah Sakit Musra Ebadah) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้บริการด้วยวิถีมุสลิมและวิถีชุมชน ในเรื่องอนามัยแม่และเด็ก (การอาซาน การทำสุนัตเด็กผู้หญิงหลังคลอด การตั้ง

ชื่อมุสลิม) การเฝ้าผู้ป่วยตามวิถีมุสลิม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การปฏิบัติศาสนกิจ ในขณะป่วย รวมถึงการให้บริการแพทย์แผนไทยโดยการนวดแบบลังกาสุกะ ซึ่งวิถีทัศน์ นี้จะนำไปสู่การขยายผลองค์ความรู้งานบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมเพื่อให้ โรงพยาบาลที่สนใจในพื้นที่นำไปปรับใช้เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิต ของคนในพื้นที่

1.4 ชุมชน 46 ชุมชน เกิดกระบวนการสุนทรียสนทนาโดยใช้หลักศาสนธรรมบำบัดเป็นประเด็น สำคัญในการสร้างการเยียวยาสังคมให้ชุมชนกลับมาคิดถึงเรื่องสุขภาวะ เป็นการเปิดพื้นที่ให้คนในชุมชน ได้มีโอกาสพูดคุย รับฟัง ปัญหาในชุมชนอย่างเปิดใจ อันจะเป็นการกระชับความสัมพันธ์ ความเอื้ออาทร และหาทางออก เพื่อนำไปสู่ความสมานฉันท์ในชุมชนอีกครั้ง

1.5 เกิดสมัชชาสุขภาพการเยียวยาสังคมพหุวัฒนธรรมในชายแดนใต้ และข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อสุขภาวะในพื้นที่พหุวัฒนธรรมชายแดนภาคใต้ โดยมีการนำเสนอต่อผู้บริหารจากหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป นอกจากนี้ยังได้นำข้อเสนอดังกล่าวเข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2551 เมื่อวันที่ 11-13 ธันวาคม 2551 ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ และ ได้ผ่านการพิจารณาเป็นมติจากสมาชิกสมัชชา สุขภาพแห่งชาติแล้ว ขณะนี้กำลังอยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อส่งต่อให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเพื่อให้ความเห็นชอบ กำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติ และผลักดันไปสู่ การปฏิบัติต่อไป

1.6 เกิดชุดความรู้เรื่องกระบวนการเยียวยาสังคมด้วยหลักศาสนธรรมบำบัด โดยใช้เทคนิค สุนทรียสนทนา และมีการจัดทำวีดิทัศน์ เรื่อง “การเยียวยาสังคมพหุวัฒนธรรม” เพื่อการเผยแพร่ชุด ความรู้ไปยังหน่วยงาน ภาควิชา เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

1.7 เกิดการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพใน 7 ชุมชน โดยมีการลงนาม บันทึกความร่วมมือในการจัดการสุขภาพของชุมชน เป็นความร่วมมือระหว่างโรงเรียนอิสลามศึกษาอิสลาม สถาบันศึกษาปอเนาะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยตกลงที่จะ แก้ปัญหาสุขภาพในเบื้องต้นเป็นเรื่องการจัดการขยะและการจัดการน้ำ นอกจากนี้ทั้ง 7 ชุมชน กำลัง พัฒนาให้เกิดกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในชุมชนตามแนวคิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์สุขภาพให้มีศักยภาพด้านบริการปฐมภูมิ ทั้งความสามารถ และขวัญกำลังใจ

2.1 ได้หลักสูตรการฝึกอบรมเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขวิถีมุสลิม เป็นหลักสูตรที่เน้นให้ บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจการแพทย์และสาธารณสุขวิถีมุสลิมเพื่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ เป็นหลักสูตรที่ใช้การอบรม การศึกษาดูงานโรงพยาบาลในพื้นที่ และใช้กระบวนการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ เป็นหลักสูตรระยะสั้น ใช้เวลา 5 วัน

2.2 ทำให้อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีที่ผ่านหลักสูตรการแพทย์และสาธารณสุขวิถี มุสลิม เป็นอาจารย์ที่มีความรู้ ความเข้าใจในการแพทย์และสาธารณสุขในวิถีมุสลิม และสามารถนำ

ความรู้ไปปรับหลักสูตรการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อการจัดการกำลังคนในชายแดนภาคใต้ ให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับพื้นที่พหุวัฒนธรรม

2.3 ทำให้บุคลากรสายสาธารณสุขในพื้นที่ มีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หมออนามัย เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่

2.4 เกิดการพัฒนาบทบาทใหม่ และนวัตกรรมของกลุ่มอาสาสมัครในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีการออกแบบระบบการเก็บข้อมูลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.พันธุ์ใหม่) นอกจากนี้เครือข่ายอาสาสมัครในพื้นที่ได้ร่วมกันวางแผนการพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ เช่น ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการพูด การนำเสนอ และยังได้ข้อเสนอในเรื่องสวัสดิการของกลุ่มอสม. ในพื้นที่เพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน โดยแกนนำในแต่ละพื้นที่รับไปพัฒนาโครงการเพื่อการดำเนินการต่อไป

3. ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกจำเพาะเพื่อสนับสนุนการบริการพื้นฐานและบริการเชิงรุกด้านปฐมภูมิ

3.1 เกิดความร่วมมือระหว่าง คณะกรรมการอิสลาม 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ วิทยาลัยอิสลามปัตตานี ยะลา และ นราธิวาส สมาคมยุวมุสลิมแห่งประเทศไทย และสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อการรณรงค์และควบคุมการบริโภคยาสูบในบริเวณมัสยิด โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม และสถาบันการศึกษาปอเนาะ ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

3.2 จากการพบปะเยี่ยมเยียนสถานพยาบาลในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รับฟังข้อคิดเห็น รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สปสช. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการแก้ปัญหาการรักษาความปลอดภัย ระบบส่งต่อการเยียวยา การชันสูตรพลิกศพ งานอนามัยแม่และเด็ก และข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ รวมถึงการจัดการวัคซีน การใช้ computer ในการวางแผน และการปรับปรุง software/hardware การบริหารจัดการกับโครงการพยาบาล 3,000 คน และปัญหาด้านวิชาการของแพทย์ พยาบาล เภสัช ของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน

3.3 เกิดคณะทำงานการบูรณาการงานด้านระบบสุขภาพระดับพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยมีตัวหลักที่สำคัญได้แก่

- ศ.นพ.ชาดา ยิบอินซอย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ กระทรวงสาธารณสุข
- คุณดวงพร เสงบุญพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- อ.กรรณิการ์ บรรเทิงจิตร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)

- สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส.ภาคใต้ มอ.)
- ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.)

โดยจะเน้นการทำงานที่มีความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งคนในชุมชนเอง เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้กำหนดนโยบาย ในเบื้องต้นจะเน้นงานอนามัยแม่และเด็ก และปัญหาเร่งด่วนที่เกิดจากสถานการณ์

3.4 เกิดเครือข่ายตามวิชาชีพในพื้นที่ชายแดนใต้ ได้แก่ เครือข่ายแพทย์ เครือข่ายทันตแพทย์ เครือข่ายเภสัชกร เครือข่ายพยาบาล และ เครือข่ายหมออนามัย แต่ละเครือข่ายได้รับการสนับสนุนให้จัดทำโครงการวิจัยและพัฒนาบทบาทตามวิชาชีพ เพื่อการพัฒนาศักยภาพเชิงวิชาการและการจัดการความรู้ นอกจากนี้ผลที่ได้จากการรวมกลุ่มกันทำโครงการทำให้เกิดการประสานงาน ติดต่อกันตลอดเวลา เกิดการดูแลซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจกันในการทำงานท่ามกลางวิกฤตความรุนแรง

ผลการดำเนินการในเรื่องเครือข่าย

การดำเนินงานโครงการตามยุทธศาสตร์ มีกิจกรรมหลายส่วน แต่ละกิจกรรมก่อให้เกิดเครือข่ายที่เป็นกลไกพันธมิตรที่มีจุดหมายเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และมีความต้องการที่จะพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกัน ดังต่อไปนี้

4.1 เครือข่ายการดำเนินงานการพัฒนาวัฒนธรรมสุขภาพชุมชน ในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล ประกอบด้วย

1) เครือข่ายนักวิชาการจากหลายหน่วยงาน ได้แก่

- คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- โรงพยาบาลหาดใหญ่
- โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลเทพา โรงพยาบาลกะป้อ โรงพยาบาลไม้แก่น และโรงพยาบาลรามัน
- ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
- ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศบ.สค.)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล

2) เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานการบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ห้าจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย รวมถึงเครือข่าย อสม.ในพื้นที่

4.2 เครือข่ายการดำเนินการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ประกอบด้วย

- 1) เครือข่ายโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม สถาบันการศึกษาปอเนาะในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 7 แห่ง ได้แก่
- โรงเรียนมามะวิทยา ด.ป่าบอน อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี

- โรงเรียนอัลอัคลีกิลอิสลามียะห์ ด.ปะนาเระ อ.ปะนาเระ จ.ปัตตานี
- โรงเรียนลูกมานูลฮากิม ด.บาโระ อ.ยะหา จ.ยะลา
- สถาบันศึกษาปอเนาะอิสลามศาสน์ดาร์สซาลาม ด.ตาเซะ อ.เมือง จ.ยะลา
- โรงเรียนแสงธรรมวิทยา ด.เกาะรอ อ.รามัน จ.ยะลา
- สถาบันศึกษาปอเนาะอัลฟุรกอน ด.ปะลุกาสาเมาะ อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส
- สถาบันศึกษาปอเนาะสุบลิสซาลาม ด.กาลิซา อ.ระแงะ จ.นราธิวาส

2) เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีนอามัย ใน 7 พื้นที่

3) เครือข่ายนักวิจัย นักวิชาการ ได้แก่

- คณะศิลปศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา
- คณะการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย จ.สงขลา
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน
- สำนักบริหารยุทธศาสตร์และบูรณาการการศึกษาที่ 12

4.3 เครือข่ายแกนนำชุมชนใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เข้าอบรมศาสนธรรมบำบัดโดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา และการฝึกทักษะการพูดในที่ชุมชน และได้จัดกิจกรรมสุนทรียสนทนาในชุมชนในพื้นที่ จำนวน 20 โครงการ รวมพื้นที่ 46 ชุมชน

4.4 เครือข่ายนักวิชาการ/กระบวนการ ด้านกระบวนการสุนทรียสนทนา และการจัดทำนโยบายเพื่อการเยียวยาสังคม ได้แก่

- คณะรัฐศาสตร์ และวิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สถาบันอิสลามและอาหรับศึกษา มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
- คณะศิลปศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา
- กระบวนการสุนทรียสนทนา สถาบันขวัญเมือง มูลนิธิสังคมวิวัฒน์

4.5 เครือข่ายบุคลากรสายสุขภาพ 5 วิชาชีพ ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ วิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และหมออนามัย

4.6 เครือข่าย อสม. ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

4.7 เครือข่ายอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ที่จัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อการจัดการกำลังคนในชายแดนภาคใต้

ผลการดำเนินงานในการผลักดันเชิงนโยบาย

5.1 การบรรจุร่างข้อเสนอนโยบายระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมชายแดนภาคใต้เข้าเป็นระเบียบวาระเพื่อนำเสนอในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2551 เมื่อวันที่ 11-13 ธันวาคม 2551 ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มและเครือข่ายต่างๆ โดยมีตัวแทนเครือข่าย ประชาคมสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ ภาคการเมือง ภาควิชาการและวิชาชีพกว่า 1,500 คน เข้าร่วม ร่างข้อเสนอดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว

และจะนำไปสู่การพิจารณาของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย แล้วส่งต่อให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเพื่อให้ความเห็นชอบ กำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติ และผลักดันไปสู่การปฏิบัติต่อไป

5.2 จากการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน ใน 7 พื้นที่ ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ระหว่างโรงเรียน สถาบันปอเนาะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางพื้นที่ เช่น ด.ป่าบอน อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี และ ด.ปะนาเระ อ.ปะนาเระ จ.ปัตตานี เห็นความสำคัญของการจัดการสุขภาพในประเด็นการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วม และได้บรรจุเข้าสู่แผนการดำเนินงานขององค์กร

5.3 เกิดการผลักดันให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นใน 7 พื้นที่ ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อเสนอแนะเพื่อการดำเนินการต่อไป

1. ควรพัฒนาโครงการนวัตกรรมระบบสุขภาพชุมชนที่เป็น Best practices เป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับพื้นที่อื่น และควรพัฒนาให้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข
2. ขณะนี้โรงพยาบาลจะแนะ จ.นราธิวาส ได้พัฒนาเป็นโรงพยาบาลต้นแบบในงานบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมและวิถีชีวิตชุมชน ภายใต้ชื่อ โรงพยาบาลวิถีอิสลาม (Rumah Sakit Musra Ebadah) น่าจะมีการศึกษาต่อในประเด็นการขยายผลในเชิงนโยบาย และเชิงการจัดการ โดยเฉพาะเรื่องความคุ้มค่าและค่าใช้จ่ายต่อหัวที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรจะต้องหรืออาจจะต้องปรับหากต้องการให้โรงพยาบาลอื่นมีงานบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมและวิถีชีวิตชุมชน
3. ควรมีการคัดเลือกนวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่เกิดขึ้น ทำการพัฒนาต่อโดยควรเน้นประเด็นการสร้างร่วมมือกับภาคีในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชนโดยเฉพาะผู้นำศาสนาทั้งอิสลามและพุทธ สถาบันการศึกษาทั้งโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาและสถาบันปอเนาะ
4. ควรเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นสื่อ VCD หนังสือ เอกสารวิชาการ ให้กับสื่อมวลชนและ สื่อสาธารณะอื่นเพิ่มขึ้น และบางประเด็นอาจจัดทำเป็นหลักสูตรการอบรมให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
5. กระบวนการสุนทรียสนทนาโดยใช้หลักศาสนธรรมบำบัดเป็นประเด็นสำคัญในการสร้างการเยียวยาสังคมให้ชุมชนกลับมาคิดถึงเรื่องสุขภาวะ ควรจะมีการเชื่อมประสานให้ คอบด. รับผิดชอบในการขยายการดำเนินงานให้เต็มพื้นที่
6. ควรประสานงานกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดให้มีสมัชชาสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในชายแดนใต้อย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาและติดตามข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสุขภาวะในพื้นที่พหุวัฒนธรรมชายแดนภาคใต้
7. ควรมีการติดตาม ประเมินผลการจัดการสุขภาพใน 7 ชุมชน ที่มีการลงนามบันทึกความร่วมมือในการจัดการสุขภาพระหว่างโรงเรียนสอนศาสนาอิสลาม สถาบันศึกษาปอเนาะ องค์กรปกครอง

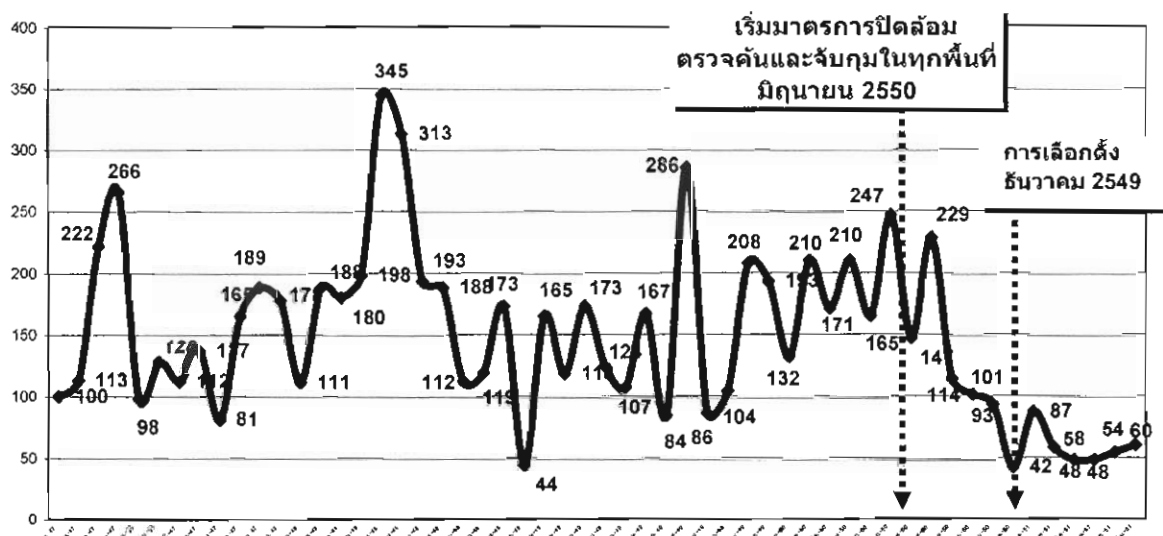
ส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยอาจจะใช้การประเมินผลช่วยสนับสนุนกระบวนการในพื้นที่ให้เกิดแผนสุขภาพของชุมชนที่ชัดเจนมากขึ้น

8. ควรประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ให้ประยุกต์หลักสูตรการฝึกอบรมเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขวิถีมุสลิม เข้าไปในการเรียนการสอนปกติด้วย
9. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังคงเป็นกลไกสำคัญในพื้นที่ที่จะทำงานเชิงรุก ควรมีการพัฒนาบทบาทใหม่ และนวัตกรรมของกลุ่มอาสาสมัครในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้มีความชัดเจนมากขึ้น
10. คณะทำงานการบูรณาการงานด้านระบบสุขภาพระดับพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ซึ่งมี ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย เป็นตัวหลักในการดำเนินการ ยังคงเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมประสานพื้นที่ซึ่งเป็นฝ่ายปฏิบัติกับส่วนกลางซึ่งเป็นฝ่ายนโยบาย จึงควรสนับสนุนให้เกิดการขยายผลมากขึ้น
11. เครือข่ายตามวิชาชีพในพื้นที่ชายแดนใต้ ที่เกิดขึ้นจากโครงการได้แก่ เครือข่ายแพทย์ เครือข่ายทันตแพทย์ เครือข่ายเภสัชกร เครือข่ายพยาบาล และ เครือข่ายหมออนามัย พบว่ายังมีข้อจำกัดในการรวมกลุ่ม และการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ควรจะมีโครงการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการทำงานร่วมกัน โดยเบื้องต้นควรเป็นโครงการวิจัยและพัฒนาในขอบเขตวิชาชีพของตนเอง

บทที่ 1 ความนำ

พื้นที่พหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้ประกอบด้วยจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล หรือที่เรียกกันว่าพื้นที่พิเศษเป็นพื้นที่ที่มีความแตกต่างกับพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทย กล่าวคือ เป็นพื้นที่ที่มีการผสมผสานวัฒนธรรม ความเชื่อ ที่ได้รับอิทธิพลมาจากศาสนาและวัฒนธรรมดั้งเดิม ดังเช่นสุกรี และคณะ (2551) กล่าวว่าคนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่มีความรู้สึกในเรื่องความแตกต่างทางชาติพันธุ์และศาสนาในอดีต รวมถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ ความเชื่อ ว่ามีการเลือกปฏิบัติของรัฐได้ถูกสร้างให้เป็นเงื่อนไขความขัดแย้งในปัจจุบัน ทำให้คนจำนวนมากในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความยุติธรรมในกระบวนการทางการเมืองและการบริหารราชการในระดับท้องถิ่น โดยความรู้สึกดังกล่าวกลายเป็นบริบทหรือเงื่อนไขที่ทำให้เกิดความรุนแรงในพื้นที่ และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ไม่สามารถบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์ นอกจากนี้สมเกียรติ บุญชู (2551) กล่าวว่า รากเหง้าของปัญหาที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรม เนื่องจากคนไทยมุสลิม เชื่อสายมลายูรู้สึกว่ารัฐและสังคมไทยไม่เข้าใจและปฏิบัติต่อพวกเขาในฐานะที่ไม่ทัดเทียมกับคนส่วนอื่นของประเทศ โดยประเทศจีนซึ่งเป็นประเทศที่มีจำนวนประชากรชาวมุสลิมสูงถึง 1,300 ล้านคน มีนโยบายและการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับชาวมุสลิมในจีนโดยใช้แนวคิดในเรื่องวิถีอิสลามมาปรับใช้ ซึ่งรัฐบาลเข้าใจหลักของการอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขตามหลักของอิสลาม และไม่นำประเด็นทางศาสนาปะปนกับการทำผิดกฎหมาย การก่อการร้ายหรือการแบ่งแยกดินแดน และยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของโตะอิหม่าม เพื่อให้เป็นผู้ขยายผลหลักศาสนาที่ถูกต้องให้แก่คนมุสลิมต่อไป ประเทศจีนใช้หลักสำคัญทางการสอนศาสนาจะมีอยู่ 2 ส่วน ส่วนแรก คือ การสอนให้ปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์ให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุขในโลก ส่วนที่สอง สอนให้ครองตนอยู่ในหลักคำสอนทางศาสนา

ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม พ.ศ.2547 สร้างความเสียหายเกิดขึ้นทั้งในแง่ของชีวิต ทรัพย์สิน และสภาพจิตใจของคนทั้งประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 60 เดือน (มกราคม 2547 – กุมภาพันธ์ 2552) มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น 8,546 ครั้ง เมื่อเปรียบเทียบตัวเลขสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในแต่ละปี โดยในปี พ.ศ.2547 มีจำนวน 1,850 ครั้ง ปี พ.ศ.2548 จำนวน 2,297 ครั้ง ปี พ.ศ.2549 จำนวน 1,815 ครั้ง ปี พ.ศ.2550 มีจำนวน 1,861 ครั้ง ปี พ.ศ.2551 มีจำนวน 607 ครั้ง และปี พ.ศ.2552 (ม.ค – ก.พ) มีจำนวน 116 ครั้ง จากสถิติพบว่าปี พ.ศ.2548 เป็นปีที่เกิดเหตุการณ์มากที่สุด โดยเฉลี่ยประมาณ 6.29 ครั้งต่อวัน รองลงมาคือปี พ.ศ.2550 จำนวน 5.09 ครั้งต่อวัน ส่วนปีอื่นๆ ประมาณ 4-5 ครั้งต่อวัน ที่น่าสนใจคือในปี พ.ศ.2551 เหตุการณ์ความรุนแรงลดลงเหลือเพียง 1.66 ครั้ง ต่อวัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากความสำเร็จส่วนหนึ่งของนโยบายทางการทหารที่เรียกว่า “การปิดล้อม ตรวจค้นและจับกุม” ผู้ต้องสงสัยในคดีการก่อความไม่สงบที่เริ่มดำเนินการนับตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2550 ดังภาพที่ 1-1

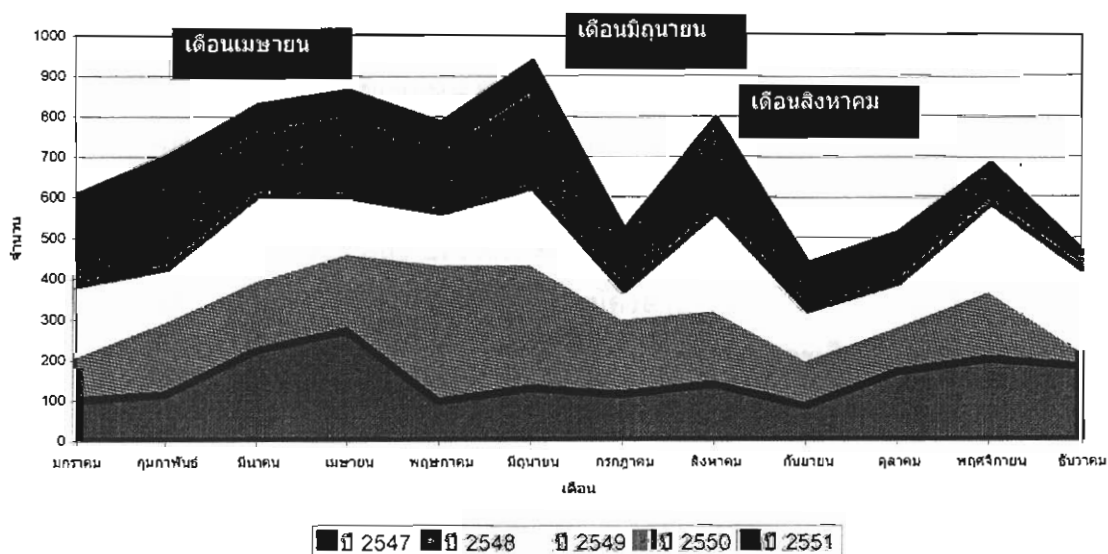


ภาพที่ 1-1 สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดยะลา นราธิวาส ปัตตานี และ 4 อำเภอของสงขลา ในรอบ 54 เดือน (มกราคม 2547 – มิถุนายน 2551)

ที่มา สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ในรอบ 4 ปี 6 เดือน: ดูเหมือนจะลดลง แต่ดูอีกทีก็เหมือนจะยังแรงอยู่. 2551

จากภาพ ลักษณะแบบแผนการก่อการร้ายที่เป็นคลื่นสูงต่ำในแต่ละช่วงเวลาของปี ใน 12 เดือน พบว่า เดือนมิถุนายนเป็นเดือนที่ยอดรวมของการก่อความรุนแรงสูงที่สุดถึง 931 ครั้ง รองลงมา คือ เดือนเมษายน มีเหตุการณ์ 860 ครั้ง อันดับสาม คือ เดือนมีนาคม เกิดเหตุการณ์ 825 ครั้ง และลำดับสี่ คือ เดือนสิงหาคมเกิดเหตุการณ์ 791 ครั้ง โดยเหตุการณ์ความความไม่สงบมักเกิดมากในช่วงครึ่งปีแรก ดังแสดงในภาพที่ 1-2

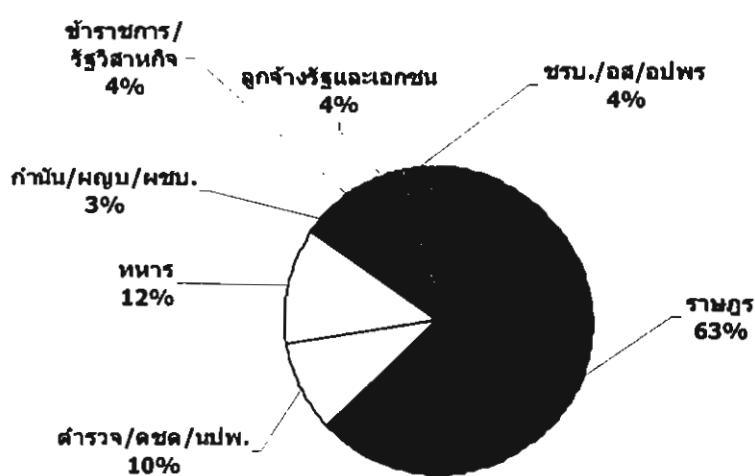
แผนภูมิแสดงจำนวนเหตุการณ์ความไม่สงบจำแนกเป็นรายเดือน ในรอบ 54 เดือน (มกราคม 2547- 30 มิถุนายน 2551)



ภาพที่ 1-2 แผนภูมิแสดงจำนวนเหตุการณ์ความไม่สงบจำแนกเป็นรายเดือนในรอบ 54 เดือน (มกราคม 2547 – มิถุนายน 2551)

ที่มา สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ในรอบ 4 ปี 6 เดือน : ดูเหมือนจะลดลง แต่ดูอีกทีก็เหมือนจะยังแรงอยู่. 2551

เหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทุกครั้งจะก่อให้เกิดความเสียหายทั้งชีวิตและทรัพย์สิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทุกชีวิตที่สูญเสียไป ย่อมส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้ง ความเครียด ความหวาดกลัว รวมทั้งต้องตกอยู่ในภาวะขาดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน สถิติของเหยื่อที่เกิดจากเหตุการณ์ความไม่สงบ พบว่าร้อยละ 63 เป็นราษฎรหรือพลเรือนที่ประกอบอาชีพปกติ รองลงมา คือ ร้อยละ 12 เป็นทหาร ลำดับต่อมา คือ ร้อยละ 10 เป็นตำรวจ ที่เหลือ คือ ราษฎรอาสาสมัคร ชรบ. ข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ และกำนันผู้ใหญ่บ้าน ดังภาพที่ 1-3 โดยการที่เป้าหมายส่วนใหญ่เป็นราษฎร หรือพลเรือน พบว่าเป็นการสะท้อนให้เห็นยุทธวิธีของการก่อเหตุที่เป็นสงครามแบบใหม่ ซึ่งมุ่งสร้างความหวาดกลัวและความเกลียดชังในหมู่ประชาชน



ภาพที่ 1-3 สัดส่วนผู้ตายและบาดเจ็บแยกตามภูมิหลัง : มกราคม 2547-มิถุนายน 2551

ที่มา สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ในรอบ 4 ปี 6 เดือน : ดูเหมือนจะลดลง แต่ดูอีกทีก็เหมือนจะยังแรงอยู่. 2551

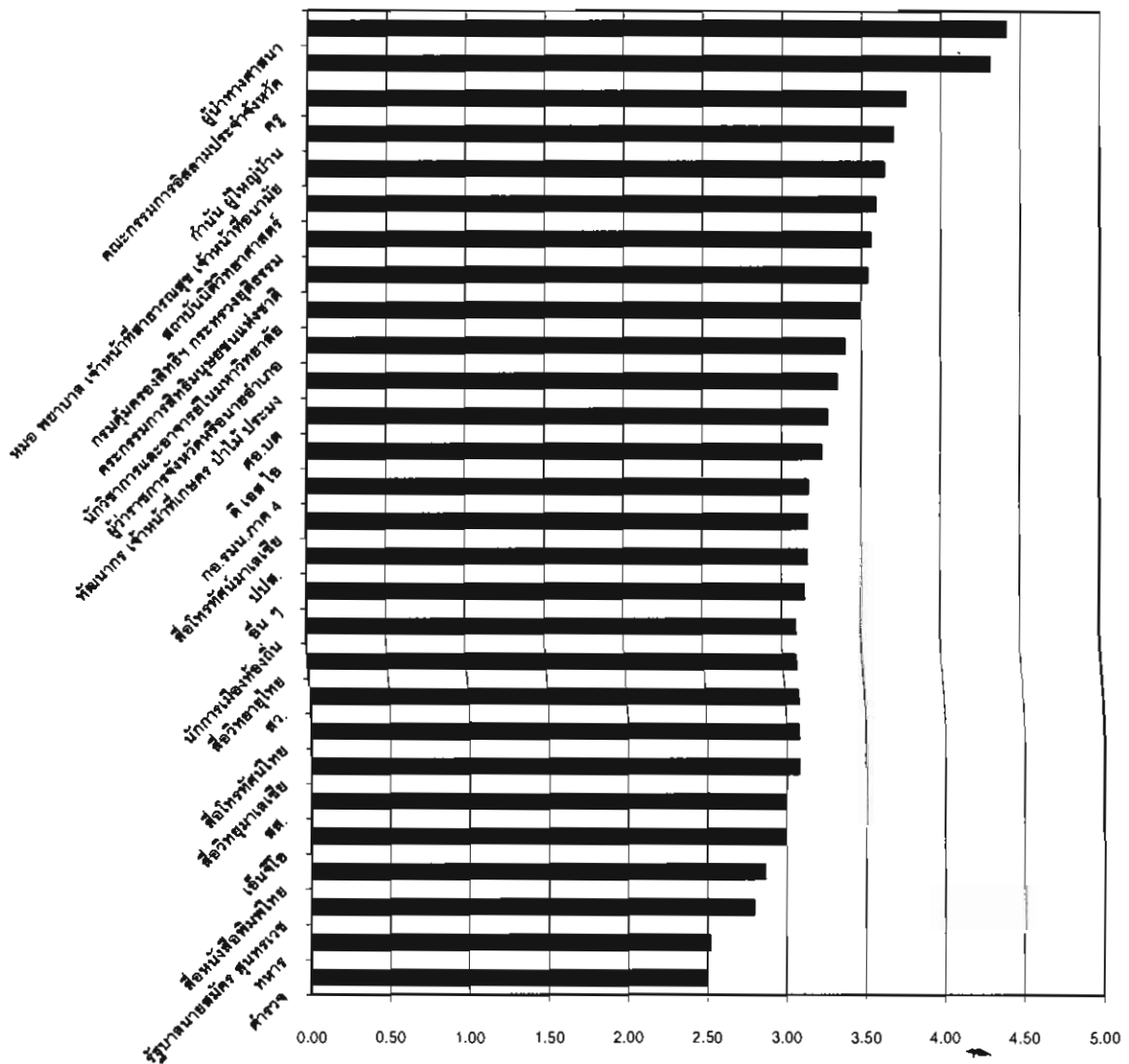
หน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จากรายงานการศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยนพ.สุวัฒน์ และคณะ. (2550) พบว่าตั้งแต่เกิดเหตุการณ์เมื่อปี พ.ศ.2547 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2550 สถานือนามัยของกระทรวงสาธารณสุข ถูกเผา วางเพลิง และระเบิดจำนวน 12 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขถูกทำร้ายบาดเจ็บ จำนวน 23 คน เสียชีวิต 12 คน มีอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. ซึ่งเป็นกำลังภาคประชาชนที่สำคัญในการเชื่อมต่อกับชุมชน ถูกทำร้ายบาดเจ็บ 9 คนและเสียชีวิตสูงถึง 29 คน ความเสียหายดังกล่าวส่งผลให้กลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นองค์กรที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนงานในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นบทบาท ในการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง การรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการรักษาพยาบาล เกิดความวิตกกังวลว่าการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ที่ถูกมองว่าเป็นการทำงานให้กับทางราชการ จะเป็นเป้าต่อการถูกทำร้ายได้ นอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์ที่รุนแรง และสร้างความวิตกกังวลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลบันนังสตา จ.ยะลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นบ่อยครั้ง โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ เข้ามารับบริการเฉลี่ย 2-3 ราย/วัน เป็นพื้นที่ที่สถานือนามัยถูกเผาในวันเดียวกัน (4 เมษายน 2550)

จำนวน 5 แห่ง จากทั้งหมด 10 แห่ง เหตุการณ์แย่งชิงศพในโรงพยาบาล เหตุการณ์ยามในโรงพยาบาล รือเสาะ จ.นราธิวาส ถูกลอบยิงที่ป้อมยามของโรงพยาบาล และมีการยิงรถตำรวจที่อยู่ในโรงพยาบาล เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ระบบบริการต่างๆ ด้านสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนการให้บริการ การทำงานของเจ้าหน้าที่ เช่น

- การยืดหยุ่นเวลาในการปฏิบัติหน้าที่
- การจัดเวรจ่ายต่อเวรตึกให้แก่เจ้าหน้าที่ที่พักอยู่นอกโรงพยาบาล
- การติดตั้งกล้องวงจรปิดตามจุดสำคัญต่างๆ
- การติดบัตรเฝ้าไข้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันตัวผู้ป่วย
- มีวิทยุมือถือสำหรับสื่อสารในทุกจุดที่สำคัญ
- จัดให้มีเสื้อกันกระสุนแก่เจ้าหน้าที่รับส่งผู้ป่วย
- ปรับรูปแบบของป้อมยามโรงพยาบาลให้เป็นบังเกอร์

และนอกจากนี้ช่วงปี พ.ศ.2547 – 2549 กระทรวงสาธารณสุขยังได้สนับสนุนงบประมาณส่วนใหญ่ในโครงการพัฒนาด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของทางราชการ และความปลอดภัยจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมาจากงบประมาณของทุกจังหวัดให้ใน 5 จังหวัด (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล) เพื่อพัฒนาด้านความปลอดภัย โดยคณะกรรมการบริหารด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุขได้อนุมัติงบประมาณจำนวนประมาณ 100 ล้านบาท เช่น โทรศัพท์วงจรปิด อาคารพักแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ อาคารผู้ป่วย ร้วโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามัย รถกระบะบรรทุกสำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รถตู้ 12 ที่นั่ง รถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต

แม้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขจะได้รับผลกระทบดังตัวเลขที่กล่าวมาแล้วนั้น แต่ในขณะเดียวกันมีรายงานจากการสำรวจความคิดเห็นประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ.2551 โดยทีมของศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้และนักวิจัยของคณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี พบว่า ความไว้วางใจการทำงานของบุคคล หรือหน่วยงานต่างๆ ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐและผู้นำท้องถิ่น กลุ่มบุคคลและองค์กรที่ถูกถามมีประมาณ 27 องค์กร คำตอบที่สะท้อนออกมาเป็นการประเมินความรู้สึกเชื่อมั่นไว้วางใจของประชาชนที่มีต่อรัฐและการดำเนินนโยบายรัฐในการแก้ปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ อันเป็นการวัดผลกระทบทางนโยบาย (policy impacts) ได้อย่างชัดเจน ผลการประเมินค่าความไว้วางใจ (จากคะแนนเต็ม 5) ปรากฏว่าองค์กรและกลุ่มที่ถูกประเมินความไว้วางใจสูงสุด คือ “ผู้นำทางศาสนาและคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด” (คะแนนเฉลี่ย 4.41 และ 4.31) อันดับต่อมา คือ ครู (คะแนนเฉลี่ย 3.78) จากนั้นผู้ใหญ่บ้านเป็นอันดับต่อมา (คะแนนเฉลี่ย 3.78) และความไว้วางใจในหมอ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นอันดับถัดมา (คะแนนเฉลี่ย 3.64) ในทางกลับกันการประเมินความไว้วางใจที่ได้รับคะแนนต่ำสุด คือ “ตำรวจ และทหาร” (คะแนนเฉลี่ย 2.51 และ 2.52) ลำดับถัดมา คือ รัฐบาล (คะแนนเฉลี่ย 2.79) และสื่อมวลชน (คะแนนเฉลี่ย 2.86) ตามลำดับ และลำดับอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 1-1



ตารางที่ 1-1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อถือที่ประชาชนมีต่อบุคคลและสถาบัน
ที่มา สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี พ.ศ. 2551: การทหารนำการเมืองที่
สืบสน, 2551

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าหน่วยงานที่ใกล้ชิดประชาชนและไม่ใช้อำนาจ เช่น ครู
สาธารณสุข และกำนัน ผู้ใหญ่บ้านได้รับการยอมรับและไว้วางใจเป็นอันดับต้นๆ ในขณะที่หน่วยงาน
ของผู้นำทางศาสนาได้รับการยอมรับสูงสุด ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่า การแก้ไขปัญหาความรุนแรงในพื้นที่พหุ
วัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านงานบริการสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ
ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม

นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ และคณะ (2550) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพใน
จังหวัดชายแดนใต้ พบผลการศึกษาดังนี้

1. ระบบมาตรฐานความปลอดภัยของสถานบริการ

สถานบริการมีการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านความปลอดภัย ซึ่งมีหลักการสำคัญ คือ การปรับระบบความปลอดภัยจาก soft target ไปเป็น hard target การสร้างภูมิคุ้มกันให้กับหน่วยบริการ โดยมีชุมชนเป็นเกราะกำบัง และการวางตัวเป็นกลาง

2. การบริการในภาวะฉุกเฉินและระบบส่งต่อ

มีการพัฒนาศูนย์ประสานงานส่งต่อในระดับเขต จังหวัด และเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังคงขาดคุณภาพของการดูแลส่งต่อจากจุดเกิดเหตุมายังสถานบริการ นอกจากนี้บุคลากรมีความกังวลเรื่องความปลอดภัยระหว่างการส่งต่อ

3. ด้านระบบการเงิน การคลัง งบประมาณ

มีการสนับสนุนงบประมาณ ทั้งในส่วนการดำเนินการ การลงทุน ค่าตอบแทนให้สถานบริการในพื้นที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยภาพรวมมีสภาพการเงินเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

4. ด้านระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ

สภาพความขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ยังคงดำรงอยู่ ถึงแม้จำนวนบุคลากรภาพรวมมากกว่าเกณฑ์เฉลี่ยประเทศเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ โดยมีความขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในสาขาศัลยศาสตร์มากที่สุด

จากผลการศึกษาดังกล่าว ได้มีข้อเสนอแนะเชิงมาตรการเพื่อการแก้ไขปัญหา โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

มาตรการระยะสั้น ได้แก่

1. รัฐต้องเร่งสร้างสันติภาพ เป็นความหวังประการแรกและสำคัญที่สุด ขณะเดียวกันจะต้องอาศัยระบบสาธารณสุขที่มีฐานรากของ ความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์ เป็นตัวช่วยในการขับเคลื่อนสันติภาพให้เกิดขึ้นในชุมชนให้ได้

2. รัฐควรสนับสนุนให้สถานพยาบาลมีระบบรักษาความปลอดภัยในระดับที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้ให้และผู้รับบริการ และควรพัฒนาหลักสูตรการจัดการบริการในภาวะวิกฤต (Health Service & Security) โดยการรวบรวมองค์ความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริง ในขณะเดียวกันควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Knowledge Sharing) ทั้งในส่วนสถานบริการและหน่วยงานภายนอก เพื่อสังเคราะห์บทเรียน หารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (Context based) และการสร้างเครือข่ายการทำงานด้านความปลอดภัยเพื่อหาทางออกกับสถานการณ์ต่างๆในพื้นที่

3. การสร้างระบบสนับสนุนในภาวะวิกฤตทั้งด้านการปรึกษา การส่งต่อ และจัดบุคลากรเสริม

4. การปรับระบบบริการที่เหมาะสมตามสถานการณ์ความรุนแรง เช่น การให้บริการในภาวะฉุกเฉินให้มีความสมดุลระหว่าง Emergency medical service และ Safety medical service และการปรับระบบบริการเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยงโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ

5. รัฐต้องมีมาตรการการรักษาบุคลากรให้คงอยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยมีข้อเสนอดังนี้

- ปัญหาบุคลากรขาดแคลนเป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนชนบท รัฐควรจะต้องมีนโยบาย มาตรการกำลังคนในชนบทให้ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทั้งการ

คัดเลือกคน (recruitment) และ จำนวนบุคลากรที่เหมาะสม โดยไม่ใช่เฉพาะเกณฑ์ GIS เป็นเกณฑ์กำหนดกำลังคน

- การสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรในทุกกลุ่มด้วยความเหมาะสม เป็นธรรม โดยมีมาตรการจูงใจทั้ง financial และ non-financial ดังนี้
 - มาตรการสร้างกลยุธมิตร ทั้งจากส่วนกลาง ในพื้นที่ และในหน่วยงานเอง ซึ่งพบว่าเป็นมาตรการสำคัญที่สุดที่จะทำให้บุคลากรมีความหวังที่จะอยู่ปฏิบัติงานได้
 - มาตรการด้านสวัสดิการ เช่น สวัสดิการที่พัก การจัดรถรับส่ง จัดหาที่เรียนให้บุตรหลาน เป็นต้น
 - มาตรการทางการเงิน การกระจาย จัดสรรงบประมาณไปชนบทมากขึ้น แรงจูงใจด้านการเงินที่เป็นธรรม ซึ่งต้องแตกต่างจากพื้นที่กัณฑ์อื่น
 - มาตรการด้านสัญญาการใช้ทุน ควบคู่กับการพัฒนาโดยให้โอกาสในการศึกษาต่อเนื่อง ให้สามารถเรียนทางไกลหรือ on the job training ได้ โดยไม่ต้องลาเรียน
 - มาตรการด้านการศึกษา ปฏิรูปหลักสูตร กระจายสถานศึกษา ปรับปริมาณการผลิต รับนักศึกษาชนบท
 - มาตรการด้านสังคม ให้ความก้าวหน้า มีเกียรติ ครอบครัวยอมรับ การมอบรางวัลในการปฏิบัติหน้าที่

6. รัฐควรสนับสนุนการศึกษาวิจัย การจัดการความรู้และพัฒนาาระบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความรุนแรง อันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการหาคำตอบ การตัดสินใจ และหาทางออกให้กับทุกภาคส่วนในพื้นที่

มาตรการระยะยาว ได้แก่

1. การสร้างสันติภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม โดยยึดหลัก การเข้าถึง เข้าใจ และร่วมพัฒนา ตามพระราชดำริของพระเจ้าอยู่หัว
2. สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการจัดบริการสุขภาพ
3. การสร้างระบบการดูแลตนเองของชุมชน
4. การสร้างหลักสูตรการแพทย์และการสาธารณสุขในวิถีมุสลิม
5. การแก้ปัญหาให้มองให้ไปถึงสุขภาพมากกว่าการบริการสาธารณสุข มองคนทั้งหมดไม่ใช่เน้นเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์
6. การเพิ่มประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพ
7. การจัดการด้านบุคลากร
 - การเปิดโอกาสให้คนในพื้นที่ โดยเฉพาะในชนบทมีการศึกษาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้น
 - สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรในปัจจุบัน
 - จัดระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม

8. การประเมินผลกิจกรรม โครงการ ยุทธศาสตร์ อย่างเป็นระบบ โดยใช้ฐานจากสถาบัน วิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่

จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้การพัฒนาบบบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติในพื้นที่พิเศษของ 5 จังหวัดชายแดนใต้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาระบบบริการ สุขภาพไว้ในระดับที่ดูแลประชาชนในพื้นที่ในท่ามกลางสถานการณ์วิกฤตได้ จึงได้ดำเนินโครงการ ดังกล่าวขึ้นมา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบูรณาการโครงการภายใต้งบประมาณเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดการพัฒนาบริการปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษต่อเนื่องปีที่ 2
2. เพื่อพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับแนวทางการพึ่งพาตนเองของ ประชาชน การส่งเสริมป้องกัน และการควบคุมโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับวิถี ชุมชน

ยุทธศาสตร์บริการปฐมภูมิและความสอดคล้องกับคณะกรรมการ

1. พัฒนาบริการสุขภาพเพื่อการพึ่งพาตนเอง การส่งเสริมป้องกัน และการควบคุมโรค โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน
2. พัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีศักยภาพด้านบริการปฐมภูมิ ทั้งความสามารถด้านบริการและ ขวัญกำลังใจ
3. พัฒนากลไกจำเพาะเพื่อสนับสนุนบริการพื้นฐาน และบริการเชิงรุกด้านปฐมภูมิภายใต้หลัก ของการบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Medicine) และวิถีแห่งสันติ

กรอบแนวทางการดำเนินโครงการและกิจกรรมที่สำคัญ ปีที่ 2 ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : การพัฒนาบริการเพื่อการพึ่งตนเอง การส่งเสริมป้องกัน และการควบคุมโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน

1.1 โครงการสร้างนวัตกรรมบริการสุขภาพในบริบทของพหุวัฒนธรรม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม

- กิจกรรมที่ 1) การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ พัฒนาต่อยอดนวัตกรรมสุขภาพชุมชน
- กิจกรรมที่ 2) การสร้างช่องทางการเรียนรู้นวัตกรรม
- กิจกรรมที่ 3) การสนับสนุนโครงการพัฒนานวัตกรรม
- กิจกรรมที่ 4) การสร้างกระแสสุขภาพ

1.2 โครงการสร้างเสริมสันติสุขภาวะ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

- กิจกรรมที่ 1) การเยียวยาสังคม
- กิจกรรมที่ 2) การพัฒนาสุขภาวะของสถานศึกษาโดยกระบวนการจัดการสิ่งแวดล้อม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : การพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีศักยภาพด้านบริการปฐมภูมิ ทั้งด้านความสามารถและขวัญกำลังใจ ประกอบด้วย 3 โครงการ คือ

- 2.1 โครงการสนับสนุนกระบวนการสร้างความเข้าใจ การแพทย์และสุขภาพในวิถีมุสลิมแก่นักศึกษาพยาบาล
- 2.2 โครงการพัฒนาบุคลากรสายสาธารณสุข
- 2.3 โครงการอาสาสมัครพันธุ์ใหม่

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : การพัฒนากลไกจำเพาะเพื่อสนับสนุนบริการพื้นฐานและบริการเชิงรุกด้านปฐมภูมิ ประกอบด้วย 2 โครงการ

- 3.1 โครงการพัฒนา ติดตาม นโยบายการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

กิจกรรมที่ 1) การติดตามสถานการณ์ในพื้นที่

กิจกรรมที่ 2) การวิเคราะห์แนวทาง และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 3) การจัดการประชุมร่วมกับผู้กำหนดนโยบายทั้งในพื้นที่และส่วนกลาง

- 3.2 โครงการพัฒนากลไกทางวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

กิจกรรมที่ 1) จัดตั้งและพัฒนาบทบาทกลุ่มแกนนำแต่ละวิชาชีพ

กิจกรรมที่ 2) การพัฒนาบทบาทในแต่ละวิชาชีพ

กิจกรรมที่ 3) สนับสนุนกิจกรรมตามโครงการของแต่ละวิชาชีพ

บทที่ 2

การดำเนินงานและผลการดำเนินงาน

การดำเนินโครงการ

มีกิจกรรมที่สำคัญตามยุทธศาสตร์ ต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาบริการเพื่อการพึ่งตนเอง การส่งเสริมป้องกัน และการควบคุมโรค โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและสอดคล้องกับวิถีชุมชน

1.1 โครงการสร้างนวัตกรรมบริการสุขภาพในบริบทของพหุวัฒนธรรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1) การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ พัฒนาต่อยอดนวัตกรรมสุขภาพชุมชน ใน 3 ประเด็น

กิจกรรมที่ 2) การสร้างช่องทางการเรียนรู้วัฒนธรรมสุขภาพชุมชน

กิจกรรมที่ 3) การสนับสนุนโครงการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชน

โดยได้มีการดำเนินงานตามกิจกรรม ดังนี้

1. การวิเคราะห์ สังเคราะห์ พัฒนาต่อยอดนวัตกรรมสุขภาพชุมชน ใน 3 ประเด็น ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การอนามัยแม่และเด็ก และการดูแลผู้ป่วยวิถีมุสลิม โดยการคัดเลือกพื้นที่กรณีศึกษาตัวอย่าง (Best Practice) เพื่อจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้วัฒนธรรมสุขภาพชุมชนในแต่ละประเด็น มีกระบวนการดำเนินงานและผลการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 การคัดเลือกโครงการกรณีศึกษาตัวอย่างเพื่อจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้วัฒนธรรมสุขภาพชุมชน โดยผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ ประกอบด้วย ภก.ยุซุฟ นิมะ นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ นพ.รอซาลี ปัตยบุตร นพ.เดชา แซ่หลี นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ และ ดร.สุดารัตน์ ชีระวร ซึ่งมีโครงการที่ผ่านการคัดเลือก จำนวน 5 โครงการ ได้แก่

(1) โครงการการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิม โรงพยาบาลจะนะ จ.นราธิวาส

(2) โครงการขยายเครือข่ายมัสยิดสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลตากใบ

จ.นราธิวาส

(3) โครงการรณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม สถานีอนามัยตำบลโคกเคียน จ.นราธิวาส

(4) การพัฒนางานบริการอนามัยแม่และเด็กตามหลักศาสนาอิสลามสถานีอนามัยบ้านโหลง จ.ยะลา

(5) โครงการเครือข่ายครอบครัว ชุมชน ห่วงใย ใส่ใจผู้ป่วยเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลควนโดน จ.สตูล

1.2 การประชุมปรึกษาหารือแนวทางการดำเนินงานโครงการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพในบริบทของพหุวัฒนธรรม เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2551 ณ โรงแรมเซาท์เทิร์นวิว จ.ปัตตานี โดยให้

โครงการที่ผ่านการคัดเลือกทั้ง 5 โครงการ มานำเสนอโครงการและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการพัฒนาโครงการนวัตกรรมสุขภาพในชุมชน และนำไปสู่การจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ในพื้นที่

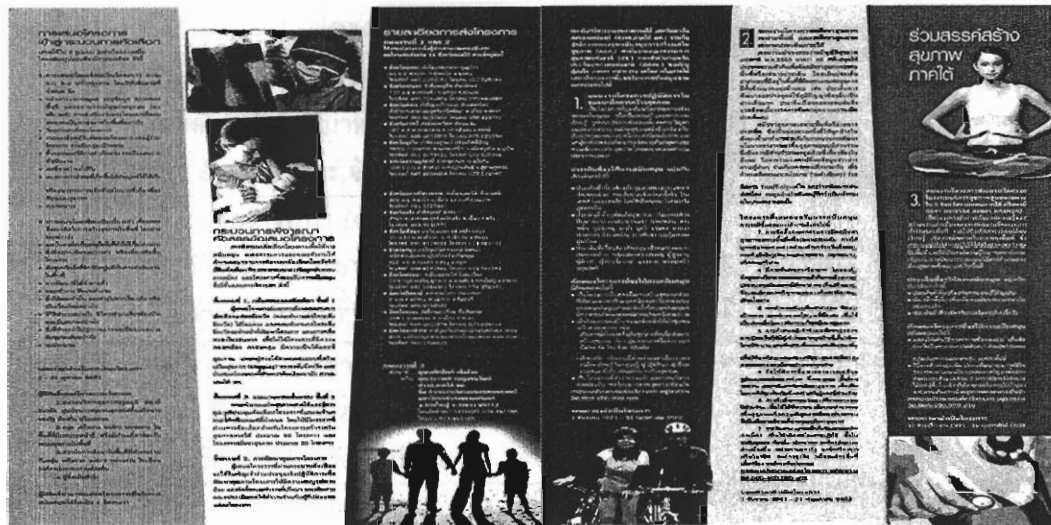


1.3 การพัฒนาและให้การสนับสนุนโครงการนวัตกรรมสุขภาพชุมชนทั้ง 5 โครงการ โดย สวรส.ภาคใต้ มอ. ได้จัดกระบวนการพัฒนาโครงการนวัตกรรมสุขภาพชุมชน เมื่อวันที่ 11-13 พฤศจิกายน 2551 และได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ ซึ่งผลจากการดำเนินงานโครงการที่สำคัญ คือ เกิดการบูรณาการวิถีมุสลิมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลจะนะ จ.นราธิวาส และได้มีการจัดทำวิดิทัศน์โรงพยาบาลต้นแบบในงานบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมและวิถีชีวิตชุมชน ภายใต้ชื่อ โรงพยาบาลวิถีอิสลาม (Rumah Sakit Musra Ebadah) เพื่อการเผยแพร่และขยายผลต่อไป



2. การสนับสนุนโครงการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชน

2.1. สวรส.ภาคใต้ มอ. ได้ประชาสัมพันธ์ให้มีการส่งโครงการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชนในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อขอรับการสนับสนุน โดยจัดทำแผ่นพับและเผยแพร่ไปยังภาคีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยมีโครงการที่ส่งเพื่อขอรับการสนับสนุนรวมทั้งสิ้น 91 โครงการ ผ่านการพิจารณาเบื้องต้น จำนวน 43 โครงการ และเมื่อผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้วิจัยและพัฒนาโครงการ คงเหลือโครงการที่ได้รับการสนับสนุนทั้งสิ้น 39 โครงการ โดยแบ่งเป็นโครงการเพื่อพัฒนาบุคลากรสายสาธารณสุขจำนวน 3 โครงการ โครงการพัฒนาบทบาทกลุ่มอาสาสมัครจำนวน 1 โครงการ โครงการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชน จำนวน 35 โครงการ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2-1



ตารางที่ 2-1 โครงการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่ได้รับการสนับสนุน จำนวน 39 โครงการ

ลำดับ	ประเด็น	โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	หน่วยงาน
1.	พยาบาล	สถานสายใยเครือข่ายพยาบาลเพื่อการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม	อัสนาร์ โต๊ะพา	สถานีอนามัยบึงดระบัง อ.มายอ จ.ปัตตานี
2.	อสม.	จัดทำสมุดจัดเก็บข้อมูลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (พันธุ์ใหม่) แบบมีส่วนร่วม จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี พ.ศ. 2552	อนนท์ รักดี	ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนชายแดนภาคใต้ จังหวัดยะลา
3.	ทันตแพทย์	โครงการบูรณาการองค์ความรู้บทบาทนิติศาสตร์อิสลามกับการส่งเสริมทันตสุขภาพ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (กรณีศึกษาใน 6 อำเภอ)	ทพญ.โนรีด้า แวญโซ๊ะ	โรงพยาบาลบาเจาะ จ.นราธิวาส
4.	เภสัชกร	ความเชื่อด้านพฤติกรรมกรรมการกินอาหารที่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายของประชาชนใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้	ภก.มามู ตาห์รี	โรงพยาบาลสุโงโก-ลก จ.นราธิวาส
5.	โรคเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ	โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทของท้องถิ่น สถานีอนามัยไอสะเตียตำบลบูกิต อำเภोजะเอย์ จ.นราธิวาส	ซูฮัยนี หะยีกาเล็ง	สถานีอนามัยไอสะเตีย ต.บูกิต อ.เจ๊ะไอร้อง จ.นราธิวาส
6.	วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน	การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอเจ๊ะไอร้อง จ.นราธิวาส	ดัม บุนรอด	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเจ๊ะไอร้อง จ.นราธิวาส
7.	อนามัยแม่และเด็ก	สร้างแรงจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ และคลอดในสถานบริการสาธารณสุข อำเภอเจ๊ะไอร้อง จ.นราธิวาส	สตีปาตีเมาะ ดือเระ	สถานีอนามัยบีแหมุดอ อ.เจ๊ะไอร้อง จ.นราธิวาส
8.	โรคเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ	โครงการ กลุ่มผู้ป่วยชุมชนอาสา ดูแลโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน สถานีอนามัยบ้านอุบิ-สถานีอนามัยตำบลลาละ อำเภอริโอสะ จ.นราธิวาส	เปายี เจ๊ะสื่อแด	สถานีอนามัยตำบลลาละ อ.ริโอสะ จ.นราธิวาส

ลำดับ	ประเด็น	โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	หน่วยงาน
9.	โรคเรื้อรัง/ ผู้สูงอายุ	สร้างเครือข่ายให้เข้าถึง แก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวานสถานีนามัยตำบลบดง อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส	อาซัน สะมะแอ	สถานีนามัยตำบลบดง อ.รือเสาะ จ.นราธิวาส
10.	วิถีมุสลิม/วิถี ชุมชน	โครงการสร้างผู้นำ (ศาสนา,ชุมชน) สุขภาพสถานีนามัยยือราแป ตำบลสุวาริ อ.รือเสาะ จังหวัดนราธิวาส	อดุลราชัก คือราแม	สถานีนามัยยือราแป ต.สุวาริ อ.รือเสาะ จ. นราธิวาส
11.	อนามัยแม่ และเด็ก	โครงการสร้างเครือข่ายการค้นหาค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ สถานีนามัย ตำบลบดง อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส	รัตติยา เสียงอ่อน	สถานีนามัยตำบลบดง อ.รือเสาะ จ.นราธิวาส
12.	อนามัยแม่ และเด็ก	โครงการภูมิปัญญาผดุงครรภ์กระตุ้นฝากครรภ์ครั้งแรก สถานีนามัยบ้านมะนังปันยัง อ.รือเสาะ จ.นราธิวาส	อาหะมะ เจ๊ะโซ๊ะ	สถานีนามัยบ้านมะนังปัน ยัง อ.รือเสาะ จ.นราธิวาส
13.	โรคเรื้อรัง/ ผู้สูงอายุ	รวมพลังชุมชนใส่ใจผู้สูงอายุ ปิงบประมาณ 2552 ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลตรัง อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี	รอกีเยาะ มะหะมะ	ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบล ตรัง อ.มายอ จ.ปัตตานี
14.	โรคเรื้อรัง/ ผู้สูงอายุ	รวมพลังเครือข่ายจิตอาสาสู่การจัดการโรคความดันโลหิตสูง ต.เกาะจัน อ.มายอ จ.ปัตตานี	วัชรา วาเหิง	ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบล เกาะจัน อ.มายอ จ.ปัตตานี
15.	วิถีมุสลิม/วิถี ชุมชน	ศาสนสถาน(มัสยิด)ศูนย์ส่งเสริมดูแลสุขภาพ (Health care center)"	เจ๊ะฟารีดี๊ะ อับดุลสมัด	โรงพยาบาลมายอ อ.มายอ จ.ปัตตานี
16.	โรคเรื้อรัง/ ผู้สูงอายุ	สุขภาพที่ดีกว่า เพื่อชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยยางยืด	อาซฮา หะยีสะมาแอ	โรงพยาบาลกะพ้อ อ.กะพ้อ จ.ปัตตานี
17.	โรคเรื้อรัง/ ผู้สูงอายุ	รณรงค์และเสริมสร้างปัจจัยที่เอื้อต่อการสร้างภูมิคุ้มกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบองค์รวม	มุฮัมมัดยูสรีย์ อิจิ	สถานีนามัยบ้านสามยอด อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี
18.	โรคเรื้อรัง/ ผู้สูงอายุ	เสริมสร้างเครือข่ายชุมชนดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี	อดินันต์ เจ๊ะมะ	ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบล ยามู อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี
19.	โรคเรื้อรัง/ ผู้สูงอายุ	ตามติดกระตุ้นเตือนเหมือนญาติมิตร พิชิตเบาหวาน: นวัตกรรมกระบวนการ กรณีเรียนรู้ชุมชนบ้านไต้ ชุมชนกาหยิ ชุมชนโรงภาษีเก่า ตำบลตะลุบัน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี	ปัทมา นิย	โรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชสายบุรี จ.ปัตตานี
20.	วิถีมุสลิม/วิถี ชุมชน	สร้างเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วตำบลต้นแบบ โรงพยาบาลจะนะ อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา	รวีสร่า แก้วกระเศรษฐ	โรงพยาบาลจะนะ อ.จะนะ จ.สงขลา
21.	อนามัยแม่ และเด็ก	การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และเด็ก 0-6 ปี เพื่อสุขภาพดี ชีวีแข็งแรง สถานีนามัยบ้านโคกอัน ตำบลท่าเรือ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี	สุไฮมี เจ๊ะดาโอ๊ะ	สถานีนามัยบ้านโคกอัน ต.ท่าเรือ อ.โคกโพธิ์ จ. ปัตตานี
22.	อนามัยแม่ และเด็ก	โครงการเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการในเด็กแรกเกิด – 5 ปี โดยชุมชนมีส่วนร่วม สถานีนามัยตำบลประกอบ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา	สุวดี จันกระจำง	สถานีนามัยตำบล ประกอบ อ.นาทวี จ.สงขลา

ลำดับ	ประเด็น	โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	หน่วยงาน
23.	อนามัยแม่และเด็ก	การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแรก - 5 ปี ตำบลพังยาง อำเภอรโนด จังหวัดสงขลา	ทัศนิกา สุขจันทร์	โรงพยาบาลระโนด จ.สงขลา
24.	อนามัยแม่และเด็ก	โครงการพัฒนาเครือข่ายสายใยรักแห่งครอบครัวในชุมชนตำบลท่าแพ อำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล ปี 2552	กรรณิการ์ แซ่เอี้ยว	โรงพยาบาลท่าแพ อ.ท่าแพ จ.สตูล
25.	อนามัยแม่และเด็ก	โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เหมาะสมกับวัยเด็กอายุแรกเกิด-72 เดือน โดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดสตูล 2551	สุรีย์ คงแก้ว	องค์การบริหารส่วนตำบลกำแพง อ.ละงู จ.สตูล
26.	โรคเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ	อาสาสมัคร พัทักษ์เต้านม	ศิริพร หมาดวิล	สถานีนอนามัยดาเนาะแฉะ อ.เบตง จ.ยะลา
27.	อนามัยแม่และเด็ก	รักษ์ห่วงใยใส่ใจแม่ลูกตำบลบาโงย อำเภอรามัน จังหวัดยะลา	ประพันธ์ สีสุข	สถานีนอนามัยตำบลบาโงย อ.รามัน จ.ยะลา
28.	โรคเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ	โครงการ อสม.คู่ชี และโต๊ะอิหม่ามคนดี ช่วยบอกวิธีพิชิตโรคเบาหวาน - ความดัน	นุชรี แอหลุย	เทศบาลตำบลปริก อ.สะเตา จ.สงขลา
29.	โรคเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ	หัวใจดวงน้อยคอยดูแลผู้ป่วย ความดัน - เบาหวาน	รอปิยะ โต๊ะหิม	ชุมชนตลาดไต้บ้านปริก อ.สะเตา จ.สงขลา
30.	วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน	เอดส์ : การติตราบาปในมิติวัฒนธรรมสุขภาพมุสลิม กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี	อูสมาน แวหะยี	ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบางปู อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี
31.	วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน	การจัดการความรู้ด้านภูมิปัญญาผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชนบ้านร่ม อ.เมือง จ.ยะลา	จงกรม ทองจันทร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
32.	วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน	ชุมชนรวมพลังจัดไข้มาลาเรีย	ชาชียะ มามะ	สถานีนอนามัยปูแล ต.บาไร่ อ.ยะหา จ.ยะลา
33.	วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน	ถุงนี้เพื่อน้อง	รัตนชนก ไตรวรรณ	สถานีนอนามัยสะพานไม้แก่น อ.จะนะ จ.สงขลา
34.	วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน	แต่งงานง่าย ชินา(ผิตประเวณี) ยาก	มะแอณ ราโอบ	มูลนิธิเพื่อการศึกษาและพัฒนาสังคม จ.สงขลา
35.	วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน (best practice)	โรงพยาบาลต้นแบบในงานบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมและวิถีชีวิตชุมชน	เพ็ญกานต์ เด่นดารา	โรงพยาบาลจะนะ อ.จะนะ จ.นราธิวาส
36.	วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน (best practice)	มัสยิดส่งเสริมสุขภาพ	จิราวรรณ พรหมเพชร	โรงพยาบาลตากใบ อ.ตากใบ จ.นราธิวาส
37.	อนามัยแม่และเด็ก (best practice)	ศูนย์การเรียนรู้ บุษาดันหยงคลินิก " หนูน้อยยังรออยู่ " สถานีนอนามัยตำบลโคกเคียน อำเภอเมืองนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส	โรฮานี อามะ	สถานีนอนามัยตำบลโคกเคียน อ.เมือง จ.นราธิวาส

ลำดับ	ประเด็น	โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	หน่วยงาน
38.	วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน (best practice)	โรงเรียนพ่อแม่ในสถานีนามัย ตามหลักอิสลาม	ปัทมา รติปาน	สถานีนามัยบ้านโคง อ.ยะหา จ.ยะลา
39.	วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน (best practice)	คลังความรู้สู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในวิถีชุมชน โดย กระบวนการ KM อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล	ธิดา เหมือนพะวงศ์	ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลควนโดน อ.ควนโดน จ.สตูล

2.2. การจัดกระบวนการพัฒนาโครงการนวัตกรรมสุขภาพชุมชน ที่ผ่านการพิจารณา สวรส.ภาคใต้ มอ. ได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การแพทย์วิถีมุสลิมและการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ในวันที่ 11-13 พฤศจิกายน 2551 ณ โรงแรมเชาท์เทิร์นวิว ปัตตานี อ.เมือง จ.ปัตตานี เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบโครงการที่ผ่านการคัดเลือก จำนวน 39 โครงการ และพัฒนาโครงการนวัตกรรมสุขภาพชุมชน ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และนำไปปรับใช้กับคนในพื้นที่ได้ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ให้ข้อเสนอแนะ และเป็นที่ปรึกษาเพื่อปรับและพัฒนาโครงการ ดังรายนามต่อไปนี้

- นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ โรงพยาบาลจะนะ จ.สงขลา
- นพ.รอซาลี บัดยบุตร โรงพยาบาลรามัน จ.ยะลา
- นพ.เดชา แซ่หลี โรงพยาบาลกะพ้อ จ.ปัตตานี
- นพ.ซุลกิฟลี ยูโซ๊ะ โรงพยาบาลไม้แก่น จ.ปัตตานี
- ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มอ.
- ดร.สุดาร์ตน์ ชีระวร ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
- อ.กุลหัต หงษ์ขยางกูร คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์
- ผศ.ดร.กิตติกร นิลมานัด คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์
- รตท.(ญ)นวลดา อาภาคัพพะกุล คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์
- ภญ.สุนิสา เสียงสกุลไทย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี



2.3. การติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพชุมชน ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดย สวรส.ภาคใต้ มอ. ร่วมกับที่ปรึกษาโครงการ และนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ ดังรายนามต่อไปนี้ ได้ติดตามผลการดำเนินงานโดยการจัดเวทีนำเสนอผลการดำเนินงาน และลงพื้นที่ที่มีการดำเนินโครงการเพื่อติดตามโครงการอย่างใกล้ชิด

- ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ สวรส.ภาคใต้ มอ.
- รตท.(ญ)นวลดา อาภาคัพพะกุล คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์

- นพ.เดชา	แซ่หลี่	โรงพยาบาลกะป้อ จ.ปัตตานี
- นพ.ซุลกิฟลี	ยูโซ๊ะ	โรงพยาบาลไม้แก่น จ.ปัตตานี
- คุณชญาดา	ยังอภัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
- คุณพิรพรรณ	ชีวัยยะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
- คุณดวงกมล	ศิริลักษณ์นทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา
- คุณฮามีเนาะ	สุตวิไล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา
- คุณมนทิตรา	บาราสัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

กิจกรรมการติดตามการดำเนินโครงการ สรุปได้ดังนี้

2.3.1. การติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพชุมชน จังหวัดปัตตานี จำนวน 9 โครงการ เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2552 ณ ห้องพญาอินทรี โรงแรมเชาห์เทิร์นวิว ปัตตานี อ.เมือง จ.ปัตตานี และได้ลงพื้นที่ติดตามโครงการเสริมสร้างเครือข่ายชุมชนดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี โดยมีคุณอดิศักดิ์ เจ๊ะมะ ผู้รับผิดชอบโครงการร่วมลงพื้นที่ในครั้งนี้ด้วย



2.3.2. การติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพชุมชน จังหวัดนราธิวาส จำนวน 8 โครงการ เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2552 ณ โรงแรมอิมพีเรียล อ.เมือง จ.นราธิวาส และได้ลงพื้นที่ติดตามโครงการศูนย์การเรียนรู้ บุหงาดันหยงคลินิก “หนูน้อยยังรออยู่” สถานีอนามัยตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส โดยมีคุณโรฮานี อามะ ผู้รับผิดชอบโครงการ และคุณพิรพรรณ ชีวัยยะร่วมลงพื้นที่ในครั้งนี้ด้วย



2.3.3. การติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพชุมชน จังหวัดยะลา จำนวน 5 โครงการ เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2552 ณ ห้องสัททอง ชั้น

2 สำนักผู้ตรวจราชการประจำเขตตรวจราชการที่ 12 ยะลา อ.เมือง จ.ยะลา และลงพื้นที่ติดตามโครงการโรงเรียนพ่อแม่ในสถานีนามัย ตามหลักอิสลาม สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติบ้านโฉลง ม.1 ต.ปูลอง อ.กรงปินัง จ.ยะลา โดยมีคุณปัทมา รติปาน ผู้รับผิดชอบโครงการ และคุณดวงกมล ศิริลักษณ์านนท์ ร่วมลงพื้นที่ในครั้งนี้ด้วย



2.3.4. การติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพชุมชน จังหวัดสงขลา และสตูล จำนวน 7 โครงการ เมื่อวันอังคารที่ 10 มีนาคม 2552 ณ ห้องมลิวรรณ โรงแรมโกลเด้นท์คราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา และลงพื้นที่ติดตามโครงการถุนี้เพื่อน้อง สถานีนามัย สะพานไม้แก่น อ.จะนะ จ.สงขลา โดยมีคุณรัตน์ชนก ไตรวรรณ ผู้รับผิดชอบโครงการร่วมลงพื้นที่ในครั้งนี้ด้วย



2.4. การจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และสังเคราะห์โครงการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพชุมชน ในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล เมื่อวันที่ 23-24 มีนาคม 2552 ณ โรงแรมเชาท์เทิร์นวิว ปัตตานี อ.เมือง จ.ปัตตานี เพื่อสรุปผลการดำเนินงานโครงการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพชุมชนที่ได้รับการสนับสนุน โดยการจัดเวทีเพื่อให้นักวิจัยได้นำเสนอผลการดำเนินงานโครงการ และมีผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นที่ปรึกษาโครงการเข้าร่วมรับฟังการนำเสนอ วิพากษ์ผลการดำเนินงาน และให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้นักวิจัยนำผลการวิจัยไปปรับใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในชุมชนต่อไป นอกจากนี้การจัดการประชุมดังกล่าว ยังได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจุดประกายให้เกิดการพัฒนาโครงการวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง



กิจกรรมที่ 4) การสร้างกระแสสุขภาพ เป็นการจัดทำสื่อ VCD เอกสารวิชาการ เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้วัฒนธรรมสุขภาพชุมชนในพื้นที่ ตลอดจนองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ดังนี้

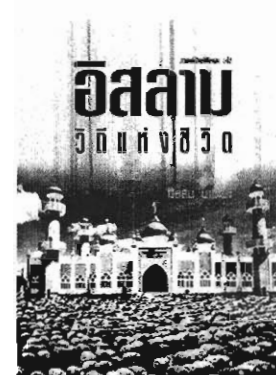
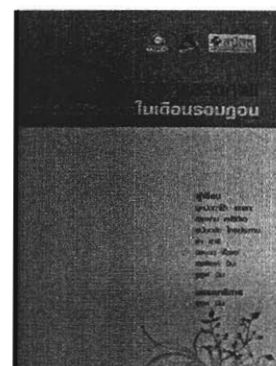
1. การจัดทำเอกสารวิชาการ หนังสือ เพื่อการเผยแพร่ และสร้างช่องทางการเรียนรู้วัฒนธรรมสุขภาพชุมชนให้แก่บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ที่สนใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. หนังสือ การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน เป็นเอกสารรวบรวมองค์ความรู้ในการดูแล และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่บูรณาการระหว่างอิสลามและสุขภาพในช่วงเดือนรอมฎอน ซึ่งเอกสารดังกล่าวได้ผ่านการบวนการจัดเวทีแลกเปลี่ยน ตรวจสอบความครอบคลุม สมบูรณ์ และ ความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้มีการเผยแพร่ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

2. หนังสือ การแพทย์และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม เป็นเอกสารที่รวบรวมความรู้พื้นฐานของศาสนาอิสลาม และการแพทย์ตามวิถีมุสลิม ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพต้องเรียนรู้และเข้าใจ เพื่อให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ สอดคล้องและมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งเอกสารดังกล่าวได้ผ่านการทบทวน ตรวจสอบจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิ โดย สวรส.ภาคใต้ มอ. ได้เผยแพร่เอกสารดังกล่าวให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม และนอกจากนี้ยังได้นำไปเผยแพร่ในงานประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การแพทย์วิถีมุสลิมและการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม เมื่อวันที่ 11 - 13 พฤศจิกายน 2551 ณ โรงแรมเซาท์เทิร์นวิว อ.เมือง จ.ปัตตานี

3. หนังสือ อิสลามวิถีแห่งชีวิต เป็นเอกสารที่นำเสนอข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับอิสลาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและขยายทัศนคติ มุมมองของมุสลิมและชนต่างศาสนา ต่อศาสนาอิสลาม เพื่อให้สมาชิกในสังคมมีความรู้ มีข้อมูลที่ถูกต้อง และมีความสามารถในการเลือกแนวทางที่เป็นประโยชน์สูงสุด สำหรับตนเองและสังคม อันจะนำไปสู่การอยู่ร่วมกันอย่างสันติ เอกสารชุดนี้เป็นฉบับปรับปรุงใหม่ โดยสรุปย่อหนังสือ อิสลามวิถีแห่งชีวิต ฉบับเดิม เพื่อให้ผู้อ่านที่นับถือทั้งศาสนาอิสลาม และต่างศาสนาได้ศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น

4. หนังสือ การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม 4 ช่วงวัย : วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นเอกสารที่รวบรวมบทความในการจัดบริการสุขภาพวิถีมุสลิม ใน 4 ช่วงวัย คือ วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และ วัยชรา ซึ่งได้อ้างอิงถึงบทบัญญัติของอิสลาม ทั้งอัลกุรอาน หะดีษ และข้อวินิจฉัยของบรรดาผู้รู้ (อุลามาย) ร่วมสมัย ในการนำเสนอบูรณาการกับการจัดบริการสุขภาพในแต่ละช่วงวัย บทความดังกล่าวเป็นเอกสารที่ใช้ในการอบรม



การจัดบริการสุขภาพตามวิถี
มุสลิม 4 ช่วงวัย :
วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

พหุวัฒนธรรม : ศาสตร์
สุขภาพ ใน
พหุวัฒนธรรม

เรื่อง "การแพทย์และสาธารณสุขในวิถีมุสลิม" เมื่อวันที่ 12-16 มกราคม 2552 ซึ่งได้จัดขึ้นเพื่อให้อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีมีความรู้ ความเข้าใจในการแพทย์และสาธารณสุขในวิถีมุสลิม และสามารถนำความรู้ไปปรับหลักสูตรการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อการจัดการกำลังคนในชายแดนภาคใต้

2. การจัดทำสื่อวีซีดี

- การจัดทำวีดิทัศน์ เรื่อง "การเยียวยาสังคมพหุวัฒนธรรม" เป็นวีดิทัศน์ที่ได้ถ่ายทอดกิจกรรมการจัดกระบวนการสุนทรียสนทนาในพื้นที่ เพื่อเผยแพร่รูปแบบการเยียวยาสังคม โดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา อันจะนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

- การจัดทำวีดิทัศน์ เรื่อง โรงพยาบาลต้นแบบในงานบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมและวิถีชีวิตชุมชน ในพื้นที่โรงพยาบาลจะนะ จ.นราธิวาส ภายใต้ชื่อ โรงพยาบาลวิถีอิสลาม (Rumah Sakit Musra Ebadah) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้บริการด้วยวิถีมุสลิมและวิถีชุมชน ในเรื่องอนามัยแม่และเด็ก (การอาซาน การทำสูดเด็กผู้หญิงหลังคลอด การตั้งชื่อมุสลิม) การเฝ้าผู้ป่วยตามวิถีมุสลิม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การปฏิบัติศาสนกิจในขณะป่วย รวมถึงการให้บริการแพทย์แผนไทยโดยการนวดแบบลังกาสุกะ ซึ่งวีดิทัศน์นี้จะนำไปสู่การขยายผลองค์ความรู้งานบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมเพื่อให้โรงพยาบาลที่สนใจในพื้นที่นำไปปรับใช้เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของคนในพื้นที่

1.2 โครงการสร้างเสริมสันติสุขภาวะ มีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

กิจกรรมที่ 1) การเยียวยาสังคม

1. การประชุมเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายภาคีภาคประชาสังคมและนักวิชาการในพื้นที่ เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2551 ณ อาคารบริหารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยที่ประชุมมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดการอบรมกระบวนการสุนทรียสนทนา และฝึกทักษะการพูดในที่ชุมชน เพื่อให้เกิดการเยียวยาในพื้นที่



2. การพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายในชุมชน โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "การเยียวยาสังคมพหุวัฒนธรรมจังหวัดชายแดนภาคใต้" เมื่อวันที่ 7-11 สิงหาคม 2551 ณ โรงแรมโกลเด้นท์ คราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา การประชุมดังกล่าวเป็นการอบรมศาสนธรรมบำบัดโดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา และการฝึกทักษะการพูดในที่ชุมชน เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำเครือข่ายในชุมชนให้รู้จักการฟังอย่างมีสติ ไม่มีอคติ และสามารถนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ไปจัดกิจกรรมสุนทรียสนทนาในชุมชน ซึ่งมีแกนนำเครือข่ายชุมชนใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้เข้าร่วมการอบรม จำนวน 51

คน



3. การสนับสนุนกิจกรรมสุนทรียสนทนาในชุมชน โดยแกนนำเครือข่ายชุมชนที่เข้ารับการอบรมกระบวนการสุนทรียสนทนา ได้นำประสบการณ์จากการอบรมไปขยายผล โดยการจัดกิจกรรมสุนทรียสนทนาในพื้นที่ จำนวน 20 โครงการ รวมพื้นที่ 46 ชุมชน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2-2

ตารางที่ 2-2 กิจกรรมสุนทรียสนทนา 46 ชุมชน

ลำดับ	โครงการ	ผู้รับผิดชอบ	ชุมชน / พื้นที่
1	กิจกรรมสุนทรียสนทนา	อุสิน มุสอ	ม.3 ต.กาบัง อ.กาบัง จ.ยะลา
2	โครงการสุนทรียสนทนา สมานชุมชน ต.ปูลอง	สิตะ เปาะอิตตาโอ	ม.4 ต.ปูลอง อ.กรงปินัง จ.ยะลา
3	ฟื้นฟูจิตใจใช้หลักศาสนา	ตาเล๊ะ มณีหย้า	ม.1 ต.บาโร๊ะ อ.ยะหา จ.ยะลา
4	ชุมชนเทศบาลนครยะลา	แอเสาะ แวดอเลาะ	ต.สะเตง อ.เมือง จ.ยะลา (กลุ่มเยาวชน)
5	เยียวยาปัญหาภาคใต้	เจริญ ขาวทอง	ม.2 ต.ตลิ่งชัน อ.บันนังสตา จ.ยะลา
6	รวมพลังสาขา เพื่อการเยียวยาสังคมชายแดนใต้	คอลัฟ ตัวนบูละ	มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา
7	สุนทรียสนทนา เสริมสร้างสุขภาพกายและใจ	แสนดี บุรพเกียรติรักษ์	แกนนำเยาวชน 4 หมู่ ต.เมาะมาวี อ.ยะรัง จ.ปัตตานี
8	แม่้วยสดใสไม่ซีดทุกกลุ่มวัย นำพาเมืองไทยสู่ความแข็งแรง	ธรรมศักดิ์ มุสตาฟา	หญิงมีครรภ์และสามีใน 4 หมู่บ้าน
9	มุมมองของผู้นำชุมชนกับปัญหาสุขภาพกาย/ใจ	ธรรมศักดิ์ มุสตาฟา	ผู้นำชุมชนใน ต.เมาะมาวี อ.ยะรัง จ.ปัตตานี
10	โครงการอบรมเยียวยาสุขภาพจิตกลุ่มเยาวชน	วันเพ็ญ เจาะเาะ	11 หมู่บ้าน ต.บานา อ.เมือง จ.ปัตตานี
11	โครงการอบรมเยียวยาสุขภาพจิตกลุ่มเยาวชน	วีณา หะยีแวสะแลม	9 หมู่บ้าน ต.ตะลุโบะ อ.เมือง จ.ปัตตานี
12	โครงการอดีตภาพ โดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา	อัยมัดมุฮัมมัดยูนุสอับดุล	ชุมชนเขตเทศบาลเมืองนราธิวาส 15 ชุมชน (มัสยิด)
13	โครงการอดีตภาพ โดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา	มะฮูเส็น มะสุย	พื้นที่เขตเจาะไอร้อง 8 ชุมชน อ.เจาะไอร้อง จ.นราธิวาส
14	โครงการอดีตภาพ โดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา	อิสมาแอ หะยีโยเซ๊ะ	พื้นที่เขตตำบลกะลุวอ 5 ชุมชน อ.เมือง จ.นราธิวาส
15	ศาสนากับการเยียวยา	จรัญญา รังสรรค์	เจ้าหน้าที่ รพ.ทุ่งหว้า อ.ละงู จ.สตูล
16	สุนทรียสนทนา ตำบลทุ่งนุ้ย	วรวิทย์ นาหาผล	สตรีมุสลิมบริเวณมัสยิด ต.ทุ่งนุ้ย จ.สตูล
17	สุนทรียสนทนา โรงพยาบาลควนโดน	คอเหลด นาฮับผล	ผู้นำชุมชนใน 10 หมู่บ้าน
18	การเยียวยาชุมชนให้เกิดสันติสุขภาวะ	ประพงศ์ อินทรรัตน์	ชุมชนบายพาท/หัวทาง/ท่าด่าน/คลองขุด/ศาลากันตง
19	เยียวยาสังคมใน 5 จังหวัดภาคใต้	พงศ์จักรกฤษณ์ สิทธิบุศย์	คนในชุมชนที่นับถือพุทธ คริสต์ อิสลาม
20	เยียวยาสังคมชุมชนขำลิ่ง ต.พิเทน อ.ทุ่งยางแดง	สกรี ฮามี	ชุมชนยะกัง 2

4. การติดตามกิจกรรมสุนทรียสนทนาในชุมชนที่ได้รับการสนับสนุน สวรส.ภาคใต้ มอ. ได้ติดตามกระบวนการเยียวยาสังคม และได้เข้าร่วมกระบวนการ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่ โดยพบว่า แกนนำเครือข่ายในชุมชนได้นำกระบวนการสุนทรียสนทนาที่ได้เรียนรู้ ไปขยายผลในพื้นที่ และมีคนในชุมชนให้ความสนใจและเข้าร่วมกระบวนการ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้คนในชุมชนได้มีโอกาสพูดคุย รับฟัง ปัญหาในชุมชนอย่างเปิดใจ อันจะเป็นการกระชับความสัมพันธ์ ความเอื้ออาทร และนำไปสู่ความสมานฉันท์ในชุมชน



5. การจัดเวทีสมัชชาสุขภาพการเยียวยาสังคมพหุวัฒนธรรมในชายแดนใต้ เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2551 ณ โรงแรมเซาท์เทิร์นวิว จ.ปัตตานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชุมชนที่จัดกระบวนการสุนทรียสนทนาในพื้นที่ได้ร่วมนำเสนอ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการเยียวยาสังคมในพื้นที่ รวมทั้งร่วมจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายการขับเคลื่อนเพื่อสันติสุขจากกระบวนการสานเสวนาเพื่อการเยียวยาสังคม และข้อเสนอนโยบายระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมชายแดนภาคใต้ และนำเสนอต่อผู้บริหารจากหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป โดยผู้เข้าร่วมเวที ประกอบด้วย

- คุณนิพนธ์ บุญญามณี สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคประชาธิปัตย์
- นพ.แวมาฮาดี แวดาโอ๊ะ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคเพื่อแผ่นดิน
- อ.กรรณิการ์ บรรเทิงจิตร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.)
- นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยอิสลามยะลา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี และมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
- เครือข่ายภาคประชาสังคมในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้



6. การจัดทำร่างข้อเสนอนโยบายระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมชายแดนภาคใต้ที่ผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพการเยียวยาสังคมพหุวัฒนธรรมในชายแดนใต้ เข้าสู่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้ง

ที่ 1 พ.ศ.2551 เมื่อวันที่ 11-13 ธันวาคม 2551 ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มและเครือข่ายต่างๆ โดยมีตัวแทนเครือข่าย ประชาคมสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ ภาคการเมือง ภาควิชาการและวิชาชีพกว่า 1,500 คน เข้าร่วม ร่างข้อเสนอดังกล่าว (ภาคผนวกที่ 1) ได้ผ่านการพิจารณาจากสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว และจะนำไปสู่การพิจารณาของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย แล้วส่งต่อให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเพื่อให้ความเห็นชอบ กำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติ และผลักดันไปสู่การปฏิบัติต่อไป

7. การจัดทำวิทัศน์ เรื่อง “การเยียวยาสังคมพหุวัฒนธรรม” เป็นวิทัศน์ที่ได้ถ่ายทอดกิจกรรมการจัดกระบวนการสุนทรียสนทนาในพื้นที่ เพื่อเผยแพร่รูปแบบการเยียวยาสังคม โดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา อันจะนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

กิจกรรมที่ 2) การพัฒนาสุขภาวะของสถานศึกษาโดยกระบวนการจัดการสิ่งแวดล้อม มีการดำเนินงาน ดังนี้

1. การประชุมเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาวะของสถานศึกษาร่วมกับนักวิชาการในพื้นที่ เมื่อวันที่ 19 กันยายน และวันที่ 10 ตุลาคม 2551 โดย ดร.สุกรี หลังปูเต๊ะ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา รับเป็นผู้ดำเนินงาน และจัดตั้งทีมนักวิจัยในพื้นที่ เพื่อจัดทำโครงการวิจัยเรื่อง “การศึกษาและพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดยะลา บัตตานี และนราธิวาส” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผลักดันให้เกิดแผนชุมชนในการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมด้านขยะและน้ำอย่างมีส่วนร่วม ระหว่างโรงเรียน ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีนอามัย โดยมีรายนามทีมนักวิจัย ดังนี้

1. ดร.สุกรี	หลังปูเต๊ะ	มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา	หัวหน้าโครงการ
2. ผศ.ดร.ปาริชาติ	วิสุทธิสมาจาร	คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม มอ.	นักวิจัย
3. นายมะเสาวดี	ไสสากา	มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา	นักวิจัย
4. นายมุฮัมมัดรยานี	บากา	สำนักผู้ตรวจราชการฯ ที่ 12 ยะลา	นักวิจัย
5. นายสุวิทย์	หมาดอะดำ	มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา	นักวิจัย

ทั้งนี้ จากการประชุม ทีมนักวิจัยมีข้อเสนอให้มีการนำโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม สถาบันการศึกษาปอเนาะ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องใน 7 พื้นที่นำร่อง ดังรายนามต่อไปนี้ ไปศึกษาดูงานด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำสิ่งดีๆ จากการดูงานเพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมในพื้นที่

1. โรงเรียนนวมะวิทยา ต.ป่าบอน อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี
2. โรงเรียนอัลอิลลิกอิสลามียะห์ ต.ปะนาเระ อ.ปะนาเระ จ.ปัตตานี
3. โรงเรียนลูกมานูฮากิม ต.บาโระ อ.ยะหา จ.ยะลา
4. สถาบันศึกษาปอเนาะอิสลามศาสน์ดาร์สสาลาม ต.ตาเซะ อ.เมือง จ.ยะลา
5. โรงเรียนแสงธรรมวิทยา ต.เกาะรอ อ.รามัน จ.ยะลา
6. สถาบันศึกษาปอเนาะอัลฟุรกอน ต.ปะลุกาสาเมาะ อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส
7. สถาบันศึกษาปอเนาะสุบูลิสสาลาม ต.กาลิซา อ.ระแงะ จ.นราธิวาส

2. การประชุมและศึกษาดูงานเพื่อดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง “การศึกษาและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชนในพื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ในวันที่ 21-22 ตุลาคม 2551 โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน สถาบันปอเนาะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ กิจกรรมดังกล่าวเป็นการศึกษาดูงาน ในเรื่องขยะฐาน ศูนย์ และศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง ณ เทศบาลตำบลปริก อ.สะเตาะ จ.สงขลา และศึกษาการจัดการสิ่งแวดล้อมและปรับปรุงภูมิทัศน์ ณ สวนสายน้ำ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา รวมทั้งได้จัดเวทีเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งดีๆ ที่แต่ละพื้นที่ได้มีการดำเนินการอยู่ เพื่อเป็นการจุดประกายทางความคิดและนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ไปปรับใช้ในพื้นที่ โดยเครือข่ายความร่วมมือระหว่างจังหวัด ปอเนาะ และผู้นำในพื้นที่



3. การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปผลการดำเนินงานโครงการ การศึกษาและพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส เมื่อวันที่ 19 และ 24-25 มีนาคม 2552 โดยผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงเรียน สถาบันปอเนาะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้ง 7 พื้นที่ การประชุมดังกล่าวเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมนักวิจัยและพื้นที่ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ คือ รศท.(ญ)นวลจิต อาภาศัพท์กุล จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และ อ.จเร สุวรรณชาติ จากคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย จ.สงขลา ร่วมรับฟังความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวแผนงาน/แผนโครงการของแต่ละพื้นที่ที่จะปฏิบัติการร่วมกับภาคีทุกภาคส่วน ทั้งนี้ อ.จเร สุวรรณชาติ ได้ร่วมให้ความรู้และเสนอรูปแบบการจัดการในเรื่องภูมิทัศน์ การวางผังภายในสถานศึกษา ทั้งรูปแบบของ อาคารเรียน ที่พัก ห้องน้ำ รวมไปถึงสภาพแวดล้อมภายในโรงเรียนทั้งหมดให้ถูกต้องตามหลักสุขลักษณะ และหลักการวางผังสถานศึกษา

4. การลงพื้นที่เยี่ยมเยียนโรงเรียนและสถาบันศึกษาปอเนาะที่เข้าร่วมโครงการการศึกษาและพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ทั้ง 7 พื้นที่ ระหว่างวันที่ 16-18 เมษายน 2552 มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามและประเมินผลปฏิบัติการสุขภาพชุมชนทั้ง 7 พื้นที่ใน 7 อำเภอของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วันที่ 16 เมษายน 2552 จำนวน 2 แห่ง คือ โรงเรียนมามะวิทยา ต.ป่าบอน อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี และโรงเรียนลูกมานูฮากิม ต.บาโระ อ.ยะหา จ.ยะลา

วันที่ 17 เมษายน 2552 จำนวน 3 แห่ง คือ สถาบันศึกษาปอเนาะอิสลามศาสน์ดาร์ลุสลาม ต.ดาเซะ อ.เมือง จ.ยะลา โรงเรียนแสงธรรมวิทยา ต.เกาะรอ อ.รามัน จ.ยะลา และสถาบันศึกษาปอเนาะอัล-ฟุรกอน ต.ปะลุกาสาเมาะ อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส

วันที่ 18 เมษายน 2552 จำนวน 2 แห่ง คือ สถาบันศึกษาปอเนาะสุบลลิสลาม ต.กาลีซา อ.ระแงะ จ.นราธิวาส และโรงเรียนอัลอัสลามมียะห์ ต.ปะนาระ อ.ปะนาระ จ.ปัตตานี



5. เวทีความร่วมมือการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2552 ณ โรงแรมเซาท์เทิร์นวิว อ.เมือง จ.ปัตตานี เป็นเวทีที่จัดขึ้นเพื่อให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนผลการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพชุมชน โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ พร้อมทั้งได้จัดให้มีการลงนามบันทึกความร่วมมือในการจัดการสุขภาพของชุมชนในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ระหว่างโรงเรียน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาบุคลากรสุขภาพให้มีศักยภาพด้านบริการปฐมภูมิ ทั้งความสามารถและขวัญกำลังใจ

2.1 โครงการสนับสนุนกระบวนการสร้างความเข้าใจ การแพทย์วิถีมุสลิมแก่นักศึกษาพยาบาล

2.1.1 การประชุมที่มคณะทำงานเพื่อร่างหลักสูตรอบรมและศึกษาดูงานแก่อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีทั้ง 25 แห่ง ในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ในวันที่ 23 ตุลาคม 2551 โดยที่ประชุมมีข้อเสนอให้หลักสูตรการอบรมเน้นการให้คณาจารย์มีความรู้ความเข้าใจการแพทย์และสาธารณสุข พร้อมทั้งได้รับประสบการณ์ตรงจากการศึกษาดูงานโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยได้กำหนดช่วงเวลาการอบรมดูงาน ในวันที่ 12-16 มกราคม 2552 รวมระยะเวลาในการจัดหลักสูตร 5 วัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2-3 หลักสูตรการอบรมการแพทย์และสาธารณสุขในวิถีมุสลิม

สาระวิชา	ขอบข่ายของเนื้อหา	วิทยากร
1. ความเป็นมาการผลิต พยาบาล 3000 คน	1.1 ปัญหาที่แท้จริงของการเกิดโครงการ 1.2 ทศนคติของการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข 1.3 ความเข้าใจต่อสถานการณ์ความไม่สงบ 1.4 การนำมโนทัศน์ที่ได้จากการอบรมและศึกษาดู งานไปปรับใช้ในการเรียนการสอน	นพ.อมร รอดคล้าย นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ อ.มาริสา หะสาเมาะ
2. วัฒนธรรมอิสลาม มุสลิม และมลายู	2.1 ประวัติการเผยแผ่อิสลามในภูมิภาคแห่งนี้ 2.2 ลักษณะ เชื้อชาติ อัตลักษณ์ของคนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ 2.3 ความแตกต่างระหว่างอิสลาม มุสลิม มลายู	อ.ไฟค็อล หะยืออวัง ดร.สุกรี หลังปู่โต๊ะ อ.มัสลัน มาหะมะ อ.อนัส แสงอารี
3. แนวทางการจัดบริการ สุขภาพตามวิถีอิสลาม	3.1 หลักการการจัดบริการสุขภาพ/ส่งเสริมสุขภาพ ตามบทบัญญัติอิสลาม 3.2 การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม ช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ วัยชรา และเสียชีวิต 3.3 รูปแบบการให้บริการสุขภาพตามวิถีมุสลิมตั้งแต่ เกิดจนเสียชีวิต กรณีศึกษา โรงพยาบาลรามัน	นพ.อนันตไชย ไทยประทาน คุณรอซิดี เลิศอริยะพงษ์กุล นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ นพ.มาหะมะ เมาะมูลา นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ นพ.ชุลกิฟลี ยูโซ๊ะ นพ.รอซาลี ปัตถะบุตร
4. ศึกษาวิเคราะห์ในการ จัดบริการจริงในพื้นที่	4.1 เรียนรู้การปฏิบัติจริง การจัดบริการสุขภาพตาม วิถีมุสลิม ณ โรงพยาบาลรามัน โรงพยาบาลไม้แก่น 4.2 ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหาใน การจัดบริการสุขภาพวิถีมุสลิม	- จ.ยะลา : รพ.รามัน - จ.ปัตตานี:รพ.ไม้แก่น
5. การปรับปรุง/พัฒนาการ จัดการเรียนการสอนสำหรับ นักศึกษาพยาบาล	5.1 สิ่งที่ได้รับจากการศึกษาดูงาน เพื่อปรับการสอน สำหรับนักศึกษาพยาบาล	ภก.ยุซุฟ นิมะ นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ อ.นิมัตตุรา แว

2.1.2 การอบรมและศึกษาดูงาน เรื่อง “การแพทย์และสาธารณสุขในวิถีมุสลิม” ระหว่างวันที่ 12-16 มกราคม 2552 ณ ห้องเกษมสันต์ โรงแรมโกลเด้นคราวน์ พลาซ่า อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีมีความรู้ ความเข้าใจในการแพทย์และสาธารณสุขในวิถีมุสลิม และสามารถนำความรู้ไปปรับหลักสูตรการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อการจัดการกำลังคนในชายแดนภาคใต้ ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับพื้นที่พัฒนาธรรม



2.1.3 การจัดทำเอกสารวิชาการ เรื่อง การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม 4 ช่วงวัย ประกอบด้วยช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชราจนถึงเสียชีวิต โดยเป็นการรวบรวมบทบัญญัติเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิมที่ครอบคลุมการให้บริการที่สอดคล้องตามวิถีมุสลิมตั้งแต่เกิด จนถึงเสียชีวิต

2.2 โครงการพัฒนาบุคลากรสายสาธารณสุข

2.2.1 การพัฒนาบุคลากรสายสาธารณสุขให้มี ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการให้บริการสาธารณสุขที่สอดคล้อง กับบริบทในพื้นที่พหุวัฒนธรรม โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การแพทย์วิถีมุสลิมและการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่พหุ วัฒนธรรม พร้อมทั้งให้มีการพัฒนาโครงการ เมื่อวันที่ 11-13 พฤศจิกายน 2551 ณ โรงแรมเชาท์เทิร์นวิว จ.ปัตตานี ซึ่ง ผู้เข้าร่วมการประชุม ประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หมออนามัย เจ้าหน้าที่จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่



2.3 โครงการอาสาสมัครพันธุ์ใหม่

1. การหาแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาบทบาทของกลุ่มอาสาสมัครในพื้นที่จังหวัด ชายแดนภาคใต้ โดยการจัดประชุมร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนใต้ เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2551 ณ โรงแรมเชาท์เทิร์นวิว จ.ปัตตานี ผลการประชุมสรุปได้ว่า เครือข่ายอาสาสมัครในพื้นที่มีความต้องการพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ เช่น ความรู้ความเข้าใจด้าน สุขภาพ ทักษะการพูด การนำเสนอ และมีความต้องการให้มีความชัดเจนในเรื่องสวัสดิการของกลุ่ม อสม. ในพื้นที่ เพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน โดยแกนนำในแต่ละพื้นที่รับไปพัฒนาโครงการเพื่อ นำเสนอ สรรส.ภาคใต้ มอ. ต่อไป

2. สรรส.ภาคใต้ มอ. สนับสนุนการดำเนินโครงการจัดทำ สมุดจัดเก็บข้อมูลสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม. พันธุ์ใหม่) แบบมีส่วนร่วม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี พ.ศ.2552 โดย ผู้รับผิดชอบโครงการ คือ นายอนนท์ รักดี ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนา สุขภาพภาคประชาชนชายแดนภาคใต้ จังหวัดยะลา



3. การติดตามผลการดำเนินงานโครงการจัดทำสมุดจัดเก็บข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.พันธุ์ใหม่) แบบมีส่วนร่วม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี พ.ศ.2552 ใน วันที่ 9 มีนาคม 2552 ณ ห้องพญาอินทรี โรงแรมเชาท์เทิร์นวิว ปัตตานี อ.เมือง จ.ปัตตานี โดยมี ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะและวิพากษ์ผลการดำเนินงาน ประกอบด้วยรศ.ดร.(ญ) นวลดา อาภาศัพท์ภะกุล ผศ.ดร. พงศ์เทพ สุธีรัฐวิ และ ภก.ประเวศ หิมิตเสน

4. การจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และสังเคราะห์โครงการพัฒนานวัตกรรม ระบบบริการสุขภาพชุมชน ในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล เมื่อวันที่ 23-

24 มีนาคม 2552 ณ โรงแรมเซาท์เทิร์นวิว ปัตตานี อ.เมือง จ.ปัตตานี เพื่อสรุปผลการดำเนินงานโครงการ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นที่ปรึกษาโครงการร่วมรับฟังการนำเสนอและวิพากษ์ผลการดำเนินงาน พร้อมให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้วิจัยนำผลการวิจัยไปปรับใช้เพื่อการพัฒนาบทบาทของ อสม.ต่อไป

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนากลไกเฉพาะเพื่อสนับสนุนการบริการพื้นฐานและบริการเชิงรุกด้านปฐมภูมิ

3.1 โครงการพัฒนา ติดตาม นโยบายการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1) การติดตามสถานการณ์ในพื้นที่

กิจกรรมที่ 2) การวิเคราะห์แนวทาง และข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการแก้ปัญหา

โดยได้ดำเนินงาน ดังนี้

1. การประชุม เรื่อง การรณรงค์และควบคุมการบริโภคยาสูบในบริเวณมัสยิด โรงเรียน ราษฎร์สอนศาสนาอิสลาม และสถาบันการศึกษาปอเนาะ ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เมื่อวันที่ 8 และ 12 สิงหาคม 2551 ณ โรงแรม ซีเอส ปัตตานี อ.เมือง จ.ปัตตานี เป็นการประชุมเพื่อการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้หลักการศาสนาอิสลามเป็นยุทธวิธีในการดำเนินงาน เพื่อลดการสูบบุหรี่ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมการประชุม ประกอบด้วย คณะกรรมการอิสลาม 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ วิทยาลัยอิสลามปัตตานี ยะลา และ นราธิวาส สมาคมยุวมุสลิมแห่งประเทศไทย และสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข

2. การพบปะเยี่ยมเยียนพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ : อำเภอเบตง อำเภอธารโต จังหวัดยะลา เมื่อวันที่ 14-15 สิงหาคม 2551 โดยได้ลงพื้นที่โรงพยาบาลเบตง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบตงสถานีนอนามัยตำบลตะเนาะแมเราะ โรงพยาบาลธารโต และสถานีนอนามัยบ้านแหร์ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รับฟังข้อคิดเห็น รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ในประเด็นการรักษาความปลอดภัย ระบบส่งต่อ การเยียวยา การชันสูตรพลิกศพ และข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

3. การพบปะเยี่ยมเยียนพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ : อำเภอดากใบ จังหวัดนราธิวาส เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2551 โดยได้ลงพื้นที่สถานีนอนามัยศาลาใหม่ และโรงพยาบาลดากใบ และให้พื้นที่ใกล้เคียงเข้าร่วมสมทบ ประกอบด้วย แก้ว สุคีริน และสุโขทัย เพื่อรับทราบปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ การดำเนินงาน ในด้านความปลอดภัยในงานและในการเดินทาง ความครอบคลุมของงานโดยเฉพาะอนามัยแม่และเด็ก วัคซีน งานของ NCD รวมถึงงานด้านการส่งต่อและการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

4. การพบปะเยี่ยมเยียนพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ : อำเภอกรงปินัง และอำเภอเมือง จังหวัดยะลา เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2552 โดยได้ลงพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกรงปินัง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา และให้พื้นที่ใกล้เคียงเข้าร่วมสมทบ ประกอบด้วย อำเภอรามัน

อำเภอเยหา อำเภอกาบัง และอำเภอธารโด เพื่อรับทราบปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ การดำเนินงานของสถานอนามัย ในด้านความปลอดภัยในงานและในการเดินทาง ความครอบคลุมของงาน โดยเฉพาะอนามัยแม่และเด็ก วัคซีน งานโรคไม่ติดต่อ HT/DM/Stroke รวมถึงงานด้านการส่งต่อและการทำงานร่วมกับ รพช. พร้อมทั้งรับทราบการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะการดำเนินงานของโรงพยาบาลในด้านการส่งต่อ การใช้ computer ในการวางแผน และการปรับปรุง software/hardware การบริหารจัดการกับโครงการพยาบาล 3,000 คน และปัญหาด้านวิชาการของแพทย์ พยาบาล เภสัช ของกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน

กิจกรรมที่ 3) การจัดการประชุมร่วมกับผู้กำหนดนโยบายทั้งในพื้นที่และส่วนกลาง

1. การประชุมเพื่อหาแนวทางและแผนการดำเนินงาน เพื่อแก้ปัญหาระบบสุขภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เมื่อวันที่ 18-19 ตุลาคม 2551 ณ โรงแรมหาดแก้ว รีสอร์ท อ.สิงหนคร จ.สงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันหาแนวทางการบูรณาการงานด้านระบบสุขภาพระดับพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยผู้เข้าร่วมการประชุมประกอบด้วย



- ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ กระทรวงสาธารณสุข
- คุณดวงพร เสงบุญพันธ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- อ.กรรณิการ์ บรรเทิงจิตร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- นพ.สุเทพ วัชรปียานันท์ ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)
- สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส.ภาคใต้ มอ.)
- ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.)
- โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่

ที่ประชุมมีข้อเสนอว่า ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ตั้งแต่การดูแลสุขภาพของหญิงทั้งก่อน ระหว่าง และหลังตั้งครรภ์ให้มีการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย พร้อมทั้งมีบุตรที่สมบูรณ์แข็งแรงและได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข และต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งคนในชุมชนเอง เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้กำหนดนโยบาย ที่ประชุมจึงมีความเห็นร่วม ให้มีการจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ งานวิจัย โครงการ กิจกรรมต่างๆ ตลอดจนบุคลากร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้เห็นสถานการณ์ ความเชื่อมโยง และสรุปภาพรวมของปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ตลอดจนแผนงานที่ตอบสนองต่อปัญหาอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง และเหมาะสม โดยสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ รับเป็นหน่วยงานในการดำเนินการจัดการประชุมดังกล่าว ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2552

2. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ร่วมกับ ดร.รุ่ง แก้วแดง ในวันศุกร์ที่ 7 พฤศจิกายน 2551 ณ มูลนิธิสุข-แก้ว แก้วแดง ตำบลลำพะยา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เป็นการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดำเนินงาน ในประเด็นบทบาทของสตรี และเยี่ยมเยียนองค์กรในพื้นที่เพื่อติดตามสถานการณ์กิจกรรม และหาแนวทางการทำงานร่วมกันในพื้นที่



3.2 โครงการพัฒนากลไกทางวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

กิจกรรมที่ 1) จัดตั้งและพัฒนามาตรฐานกลุ่มแกนนำแต่ละวิชาชีพ

กิจกรรมที่ 2) การพัฒนามาตรฐานในแต่ละวิชาชีพ

กิจกรรมที่ 3) สนับสนุนกิจกรรมตามโครงการของแต่ละวิชาชีพ

โดยได้ดำเนินงาน ดังนี้

1. การจัดประชุมปรึกษาหารือแนวทางการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายสุขภาพด้านการบริการปฐมภูมิตามวิถีพหุวัฒนธรรม เมื่อวันที่ 10-11 กันยายน 2551 ณ โรงแรมซี เอส บัตตานี จ.ปัตตานี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการรวมกลุ่มของบุคลากรสาธารณสุข และเกิดการพัฒนาโครงการในแต่ละวิชาชีพ โดยผู้เข้าร่วมการประชุมประกอบด้วย คณะทำงานโครงการ นักวิชาการ และตัวแทนแกนนำในวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และหมออนามัย



2. กลุ่มวิชาชีพสาธารณสุขในสาขาแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และหมออนามัย ได้จัดการประชุมปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางการพัฒนามาตรฐานในแต่ละวิชาชีพ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพหุวัฒนธรรม ดังนี้

2.1 การประชุมปรึกษาหารือแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาชีพแพทย์ เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2551 ณ โรงแรมซี เอส บัตตานี จังหวัดปัตตานี โดยกลุ่มวิชาชีพแพทย์ให้ความสำคัญกับบทบาทของวิชาชีพในการพัฒนาระบบสุขภาพเป็นวิถีมุสลิมให้มีขึ้นในโรงพยาบาล และการจัดตั้งเครือข่ายแพทย์ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม และพัฒนาโครงการวิจัย เรื่อง การจัดทำคู่มือ "แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวิถีมุสลิม สำหรับแพทย์"

2.2 การประชุมปรึกษาหารือแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาชีพทันตแพทย์ เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2551 ณ โรงแรมเซาท์เทิร์นวิว จังหวัดปัตตานี โดยกลุ่มวิชาชีพทันตแพทย์ให้ความสำคัญกับบทบาทของวิชาชีพในการนำหลักคำสอนตามหลักศาสนาอิสลามเรื่องการดูแลสุขภาพในช่องปาก เชื่อมโยงกับการปฏิบัติศาสนกิจในชีวิตรประจำวัน พร้อมทั้งนำเสนอปัญหาฟันผุในเด็กที่สูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ และร่วมหาแนวทางแก้ไขต่อไป ซึ่งจากการรวมกลุ่ม



ปรึกษาหารือกัน กลุ่มวิชาชีพทันตแพทย์ได้ดำเนินการพัฒนาโครงการวิจัย เรื่อง การบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีนิติศาสตร์อิสลามกับการส่งเสริมทันตสุขภาพ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (กรณีศึกษาใน 6 อำเภอ)

2.3 การประชุมปรึกษาหารือแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาชีพเภสัชกร เมื่อวันที่ 10-11 กันยายน 2551 ณ โรงแรมเซาท์เทิรน์วิว จังหวัดปัตตานี โดยกลุ่มวิชาชีพเภสัชกรให้ความสำคัญกับบทบาทของวิชาชีพในการติดตามพฤติกรรมกรรมการกินยาของผู้ป่วยในพื้นที่ที่ไม่ปฏิบัติตามหลักการ เนื่องจากขัดต่อทัศนคติและความเชื่อที่มีอยู่ในพื้นที่ ซึ่งทำให้ผลการรักษาล้มเหลว จึงได้พัฒนาโครงการวิจัย เรื่อง ความเชื่อด้านพฤติกรรมกรรมการกินอาหารที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาของประชาชนใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้

2.4 การประชุมปรึกษาหารือแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาชีพพยาบาล เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2551 ณ โรงแรมเซาท์เทิรน์วิว จังหวัดปัตตานี โดยกลุ่มวิชาชีพพยาบาลให้ความสำคัญกับบทบาทของวิชาชีพในการปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นที่ส่งผลให้เกิดความเครียดทั้งจากพยาบาลเอง ผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมจากสถานการณ์ความไม่สงบ โดยพยายามส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของมนุษย์ จึงได้พัฒนาโครงการวิจัย เรื่อง สถานสายใยเครือข่ายพยาบาลเพื่อการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

2.5 การประชุมปรึกษาหารือแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรวิชาชีพหมออนามัย เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2551 ณ ห้องประชุม สวรส.ภาคใต้ มอ. โดยกลุ่มวิชาชีพหมออนามัยให้ความสำคัญกับบทบาทของวิชาชีพในการส่งเสริมให้ชุมชนมีการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามสุขอนามัย โดยเน้นการส่งเสริมให้ความรู้ในโรงเรียนคาตีกา ซึ่งเป็นโรงเรียนสอนศาสนาที่สอนในวันเสาร์-อาทิตย์ ทำให้เกิดการพัฒนาโครงการวิจัย เรื่อง สุขภาพดี เริ่มที่ฟิรดูอิน (คาตีกา)

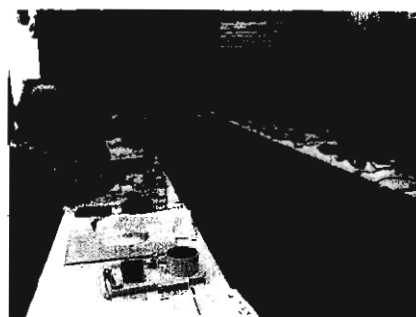
3. สวรส.ภาคใต้ มอ. ได้จัดกระบวนการพัฒนาผู้รับผิดชอบโครงการ ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การแพทย์วิถีมุสลิมและการจัดการสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม เมื่อวันที่ 11-13 พฤศจิกายน 2551 ณ โรงแรมเซาท์เทิรน์วิว จ.ปัตตานี เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบโครงการ และพัฒนาโครงการให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ และเป็นที่ปรึกษาโครงการ แต่เนื่องจากกลุ่มวิชาชีพแพทย์ และหมออนามัย ไม่มีความพร้อมในการดำเนินการ ดังนั้นจึงคงเหลือโครงการเพื่อพัฒนามาบทบาทของแต่ละวิชาชีพที่ได้รับการสนับสนุน จำนวน 3 โครงการ ประกอบด้วย วิชาชีพทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 2-4



ตารางที่ 2-4 โครงการกลุ่มวิชาชีพสายสาธารณสุข

ลำดับที่	วิชาชีพ	โครงการ	ผู้รับผิดชอบ
1	ทันตแพทย์	โครงการบูรณาการองค์ความรู้ทฤษฎีศาสนาสานสัมพันธ์กับการส่งเสริมทันตสุขภาพ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (กรณีศึกษาใน 6 อำเภอ)	ทพญ.ไนรีดำ แวยูโซ๊ะ
2	เภสัช	ความเชื่อด้านพฤติกรรมกรรมการกินอาหารที่มีอิทธิพลต่อการใช้จ่ายของประชาชนใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้	ภก.มามู ดาห์รี
3	พยาบาล	สถานสลายโยเครือข่ายพยาบาลเพื่อการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม	อัสณัฐ โต๊ะฟา

4. การติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาบุคลากรสายสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุน จำนวน 3 โครงการ เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2552 ณ ห้องพญาอินทรี โรงแรมเชาท์เทิร์นวิว ปัตตานี อ.เมือง จ.ปัตตานี โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะและวิพากษ์ผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย รศท.(ญ) นวลดา อาภาคัพพะกุล ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ และ ภก.ประเวศ หมีดเส้น



5. การจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และสังเคราะห์โครงการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพชุมชน ในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล เมื่อวันที่ 23-24 มีนาคม 2552 ณ โรงแรมเชาท์เทิร์นวิว ปัตตานี อ.เมือง จ.ปัตตานี เพื่อสรุปผลการดำเนินโครงการ โดยการจัดประชุมในครั้งนี้ มีผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นที่ปรึกษาโครงการ ร่วมรับฟังการนำเสนอและวิพากษ์ผลการดำเนินงาน พร้อมให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้วิจัยนำผลการวิจัยไปปรับให้สอดคล้องกับการทำงานในแต่ละวิชาชีพต่อไป

บทที่ 3

สรุปผลการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล ปีที่ 2

โครงการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล ปีที่ 2 เป็นความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส.ภาคใต้ มอ.) โดยมีกลไกการประสาน คือ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา

การดำเนินงานโครงการที่ผ่านมาทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดชุดความรู้เชิงวิชาการ เกิดเครือข่ายการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคนักวิชาการ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในงานบริการสุขภาพ และภาคประชาสังคม ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และก่อให้เกิดการผลักดันเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

1. ชุดความรู้ในมิติเชิงวิชาการ เกี่ยวกับการบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ มีดังนี้

- 1.1 หนังสือ การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีลอดในเดือนรอมฎอน เป็นเอกสารรวบรวมองค์ความรู้ในการดูแล และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่บูรณาการระหว่างอิสลามและสุขภาพในช่วงเดือนรอมฎอน ซึ่งเอกสารดังกล่าวได้ผ่านกระบวนการจัดเวทีแลกเปลี่ยน ตรวจสอบความครอบคลุม สมบูรณ์ และความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ และได้มีการเผยแพร่ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่
- 1.2 หนังสือ การแพทย์และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม เป็นเอกสารที่รวบรวมความรู้พื้นฐานของศาสนาอิสลาม และการแพทย์ตามวิถีมุสลิม ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพต้องเรียนรู้และเข้าใจ เพื่อให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ สอดคล้องและมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งเอกสารดังกล่าวได้ผ่านการทบทวน ตรวจสอบจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิ โดย สวรส.ภาคใต้ มอ. ได้เผยแพร่เอกสารดังกล่าวให้ผู้สนใจทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม
- 1.3 หนังสือ อิสลามวิถีแห่งชีวิต เป็นเอกสารที่นำเสนอข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับอิสลาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและขยายทัศนคติ มุมมองของมุสลิมและชนต่างศาสนา ต่อศาสนาอิสลาม เพื่อให้สมาชิกในสังคมมีความรู้ มีข้อมูลที่ถูกต้อง และมีความสามารถในการเลือกแนวทางที่เป็นประโยชน์สูงสุด สำหรับตนเองและสังคม อันจะนำไปสู่การอยู่ร่วมกันอย่างสันติ เอกสารชุดนี้เป็นฉบับปรับปรุงใหม่ โดยสรุปย่อหนังสือ อิสลามวิถีแห่งชีวิต ฉบับเดิม เพื่อให้ผู้อ่านที่นับถือทั้งศาสนาอิสลาม และต่างศาสนาได้ศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น
- 1.4 หนังสือ การจัดการบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม 4 ช่วงวัย : วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นเอกสารที่รวบรวมบทความในการจัดการบริการสุขภาพวิถีมุสลิม ใน 4 ช่วง

วัย คือ วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา ซึ่งได้อ้างอิงถึงบทบัญญัติของอิสลาม ทั้งอัลกุรอาน หะดีษ และข้อวินิจฉัยของบรรดาผู้รู้ (อุลามาอฺ) ร่วมสมัย ในการนำเสนอบูรณาการกับการ จัดบริการสุขภาพในแต่ละช่วงวัย

- 1.5 กระบวนการ กลไก ในการบูรณาการการทำงานอย่างมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของ ชุมชน ระหว่าง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียนเอกชนสอน ศาสนาอิสลาม และสถาบันปอเนาะในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการจัดการปัญหาสุขภาพ ในประเด็น การจัดการขยะ การจัดการน้ำดื่ม การจัดการสุขอนามัยห้องส้วมและการจัดการหอพักสำหรับ นักเรียน
- 1.6 หลักสูตรการอบรมและศึกษาดูงาน เรื่อง “การแพทย์และสาธารณสุขในวิถีมุสลิม” ซึ่งได้ พัฒนาขึ้นเพื่อให้อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีมีความรู้ ความเข้าใจในการแพทย์และ สาธารณสุขในวิถีมุสลิม พร้อมทั้งได้รับประสบการณ์ตรงจากการศึกษาดูงานโรงพยาบาลใน พื้นที่ สามารถนำความรู้ไปปรับหลักสูตรการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลในโครงการ ผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อการจัดการกำลังคนในชายแดนภาคใต้ ให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับพื้นที่พหุวัฒนธรรมเน้นการให้คณาจารย์มีความรู้ความเข้าใจการแพทย์และ สาธารณสุข
- 1.7 วิถีทัศน์ เรื่อง “การเยียวยาสังคมพหุวัฒนธรรม” เป็นวิถีทัศน์ที่ได้ถ่ายทอดกิจกรรมการจัด กระบวนการสุนทรียสนทนาในพื้นที่ เพื่อเผยแพร่รูปแบบการเยียวยาสังคม โดยใช้ กระบวนการสุนทรียสนทนา อันจะนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป
- 1.8 การจัดทำวิถีทัศน์ เรื่อง โรงพยาบาลต้นแบบในงานบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมและวิถี ชีวิตชุมชน ในพื้นที่โรงพยาบาลจะนะ จ.นราธิวาส ภายใต้ชื่อ โรงพยาบาลวิถีอิสลาม (Rumah Sakit Musra Ebadah) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการให้บริการด้วยวิถีมุสลิมและวิถี ชุมชน ในเรื่องอนามัยแม่และเด็ก (การอาซาน การทำสุนัตเด็กผู้หญิงหลังคลอด การตั้งชื่อ มุสลิม) การเฝ้าผู้ป่วยตามวิถีมุสลิม การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การปฏิบัติศาสนกิจในขณะ ป่วย รวมถึงการให้บริการแพทย์แผนไทยโดยการนวดแบบลังกาสุกะ ซึ่งวิถีทัศน์นี้จะนำไปสู่ การขยายผลองค์ความรู้งานบริการสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมเพื่อให้โรงพยาบาลที่สนใจใน พื้นที่นำไปปรับใช้เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของคนในพื้นที่

2. เครือข่ายการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคนักวิชาการ และกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องในงานบริการสุขภาพ ทั้ง 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

เนื่องจากการดำเนินงานโครงการตามยุทธศาสตร์ มีกิจกรรมหลายส่วน แต่ละกิจกรรมก่อให้เกิด เครือข่ายที่เป็นกลไกพันธมิตรที่มีจุดหมายเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และมีความต้องการที่จะพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกัน ดังต่อไปนี้

- 2.1 เครือข่ายการดำเนินงานการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชน ในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล ประกอบด้วย

2.1.1 เครือข่ายนักวิชาการจากหลายหน่วยงาน ได้แก่

- คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา
- โรงพยาบาลหาดใหญ่
- โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลเทพา
โรงพยาบาลกะป้อ โรงพยาบาลไม้แก่น และโรงพยาบาลรามัน
- ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
- ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (สบ.สด.)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล

2.1.2 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานการบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ห้าจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย รวมถึงเครือข่าย อสม.ในพื้นที่

2.2 เครือข่ายการดำเนินการการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน ในพื้นที่จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ประกอบด้วย

2.2.1 เครือข่ายโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม สถาบันการศึกษาปอเนาะในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 7 แห่ง ได้แก่

- โรงเรียนมามะวิทยา ด.ป่าบอน อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี
- โรงเรียนอัลอัสลิกลอิสลามียะห์ ด.ปะนาเระ อ.ปะนาเระ จ.ปัตตานี
- โรงเรียนลูกมานูลฮากีม ด.บาโงะ อ.ยะหา จ.ยะลา
- สถาบันศึกษาปอเนาะอิสลามศาสน์ดาร์ุสสาลาม ด.ดาเซะ อ.เมือง จ.ยะลา
- โรงเรียนแสงธรรมวิทยา ด.เกะรอ อ.รามัน จ.ยะลา
- สถาบันศึกษาปอเนาะอัลฟุรกอน ด.ปะลุกาสาเมาะ อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส
- สถาบันศึกษาปอเนาะสุบูลิสสาลาม ด.กาลิซา อ.ระแงะ จ.นราธิวาส

2.2.2 เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีอนามัย ใน 7 พื้นที่

2.2.3 เครือข่ายนักวิจัย นักวิชาการ ได้แก่

- คณะศิลปศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา
- คณะการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย จ.สงขลา
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน
- สำนักบริหารยุทธศาสตร์และบูรณาการการศึกษาที่ 12

2.3 เครือข่ายแกนนำชุมชนใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่เข้าอบรมศาสนธรรมบำบัดโดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา และการฝึกทักษะการพูดในที่ชุมชน และได้จัดกิจกรรมสุนทรียสนทนาในชุมชนในพื้นที่ จำนวน 20 โครงการ รวมพื้นที่ 46 ชุมชน

2.4 เครือข่ายนักวิชาการ/กระบวนกร ด้านกระบวนการสุนทรียสนทนา และการจัดทำนโยบายเพื่อการเยียวยาสังคม ได้แก่

- คณะรัฐศาสตร์ และวิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- สถาบันอิสลามและอาหรับศึกษา มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
- คณะศิลปศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา

- กระบวนการ ด้านกระบวนการสุนทรียสนทนาสถาบันขวัญเมือง มูลนิธิสังคมวิวัฒน์

- 2.5 เครือข่ายบุคลากรสายสุขภาพ 5 วิชาชีพ ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เกษษกร พยาบาล และหมออนามัย
- 2.6 เครือข่าย อสม. ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้
- 2.7 เครือข่ายอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ที่จัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อการจัดการกำลังคนในชายแดนภาคใต้

3. การผลักดันเชิงนโยบาย

- 3.1 การบรรจุร่างข้อเสนอนโยบายระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมชายแดนภาคใต้เข้าเป็นระเบียบวาระเพื่อนำเสนอในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2551 เมื่อวันที่ 11-13 ธันวาคม 2551 ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มและเครือข่ายต่างๆ โดยมีตัวแทนเครือข่าย ประชาคมสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ ภาคการเมือง ภาควิชาการและวิชาชีพกว่า 1,500 คน เข้าร่วม ร่างข้อเสนอดังกล่าว ได้ผ่านการพิจารณาจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้ว และจะนำไปสู่การพิจารณาของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เพื่อพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย แล้วส่งต่อไปให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเพื่อให้ความเห็นชอบ กำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติ และผลักดันไปสู่การปฏิบัติต่อไป
- 3.2 จากการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของชุมชน ใน 7 พื้นที่ ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ระหว่างโรงเรียน สถาบันปอเนาะ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางพื้นที่ เช่น ด.ป่าบอน อ.โคกโพธิ์ จ.ปัตตานี และ ด.ปะนาเระ อ.ปะนาเระ จ.ปัตตานี เห็นความสำคัญของการจัดการสุขภาพในประเด็นการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วม และได้บรรจุเข้าสู่แผนการดำเนินงานขององค์กร
- 3.3 เกิดการผลักดันให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นใน 7 พื้นที่ ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

4. ความต่อเนื่องการดำเนินงานโครงการ

- 4.1 มีโครงการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลันราธิวาส สงขลา และสตูล ต่อเนื่องเป็นปีที่ 3

บทที่ 4

การสังเคราะห์โครงการนวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จากเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 เป็นต้นมา มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัด ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา ส่วนอีก 12 อำเภอของจังหวัดสงขลาและจังหวัดสตูล ได้รับผลกระทบน้อยมาก ทั้ง 5 จังหวัดที่กล่าวมาเป็นพื้นที่ที่มีการผสมผสานวัฒนธรรม ความเชื่อ ที่ได้รับอิทธิพลมาจากศาสนาและวัฒนธรรมดั้งเดิม แต่ก็มีคามเหมือนในความต่างและความต่างในความเหมือน โดยที่ก่อนเกิดเหตุการณ์ไม่สงบทุกวัฒนธรรมสามารถอยู่ร่วมกันได้

ด้านสุขภาพอนามัย ส่งผลต่อการให้บริการและการไปรับบริการของประชาชนโดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล ซึ่งพึ่งพาการรักษาจากสถานอนามัยเป็นหลัก ผลของความรุนแรงทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขขอย้ายออกนอกพื้นที่เป็นจำนวนมาก และด้วยผลของความไม่สงบที่ยากจะคาดเดา ทำให้หลายพื้นที่จำกัดเวลาการบริการหรือปิดสถานบริการที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งแน่นอนย่อมส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มแม่และเด็ก และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง การควบคุมโรคเมื่อเกิดมีโรคติดต่อในพื้นที่ ดังนั้นเพื่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการทำงาน ประกอบกับนโยบายสาธารณสุขที่เน้นการบริการปฐมภูมิ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส.ภาคใต้ มอ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงร่วมกันจัดให้มีโครงการโครงการนวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมิภายใต้พหุวัฒนธรรม โดยคาดหวังว่า จะทำให้เกิดสิ่งดีๆ ที่ทำให้สุขภาพของประชาชนในพื้นที่นี้ซึ่งต่อมามีชื่อว่า “พื้นที่พิเศษ” ได้มี สุขภาวะที่ดีทั้ง กาย จิต สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณ โดยมีวัตถุประสงค์หลักดังนี้

1. ใช้นวัตกรรมที่เกิดจากกระบวนการค้นหาเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกันอันนำไปสู่การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและการสร้างการมีส่วนร่วมของสังคม
2. พัฒนากลไกในการสนับสนุนกระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับเงื่อนไขในระดับพื้นที่
3. สร้างกระแสการแข่งขันในการสร้างนวัตกรรมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมพัฒนาเครือข่ายการจัดการความรู้ในกระบวนการพัฒนาระบบปฐมภูมิ

โครงการนวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมินี้ ได้รับการสนับสนุนในระยะที่ 1 จากสำนักงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งพบว่าการเรียนรู้ที่ดี จึงได้มีการสนับสนุนให้มีความต่อเนื่องในระยะที่ 2 โดยเป็นความร่วมมือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด สวรส.ภาคใต้ มอ. และ สปสช. โดยมีระยะเวลาทำงานประมาณ 4 เดือน (ธันวาคม 2551-มีนาคม 2552)

โครงการที่เสนอขอรับการสนับสนุนนี้ทั้งสิ้น 91 โครงการ และผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 39 โครงการ ในจำนวนนี้มี 4 โครงการที่เป็นโครงการเฉพาะวิชาชีพ และอีก 35 โครงการ

ประกอบด้วย โครงการด้านอนามัยแม่และเด็ก 12 โครงการ โรคเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ 10 โครงการ วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน 10 โครงการ โดยทุกโครงการจะต้องผ่านขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพโครงการอีกครั้ง ทั้งนี้ เพื่อให้โครงการที่ได้รับการสนับสนุนมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

บทสรุปการดำเนินงาน

ในการสังเคราะห์ โครงการต่างๆ ที่ได้รับการสนับสนุน ทั้งสิ้น 39 โครงการ จำแนกตามลักษณะโครงการ แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปัญหาอนามัยแม่และเด็ก โรคเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน และวิชาชีพ พบดังนี้

1. เป็นโครงการที่เป็นกิจกรรม 33 โครงการ และมีโครงการที่นำเสนอในรูปแบบกึ่งวิจัย 6 โครงการ (กึ่งวิจัย ประกอบด้วยกลุ่มวิชาชีพ 3 โครงการ และจากกลุ่มบริการปฐมภูมิ 3 โครงการ)
2. การนำเสนอที่มาของโครงการ ส่วนใหญ่เป็นโครงการที่มองจากปัญหางานประจำและความสนใจของตนเองมากกว่าการมองปัญหาและความเป็นจริงของพื้นที่ มีผลให้การวางแผนการดำเนินงานเป็นกรอบที่เกิดจากผู้ดำเนินงานมากกว่าการเกิดจากความต้องการของชุมชน และมีผู้ดำเนินงานเป็นผู้ดำเนินงานทั้งหมด การนำเสนอที่มาของปัญหาหรือความสำคัญของโครงการจึงขาดการวิเคราะห์ประเด็นที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างแท้จริง
3. การกำหนดวัตถุประสงค์ สืบเนื่องมาจากการมองประเด็นปัญหามาจากการมองปัญหางานประจำที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายหรือตัวชี้วัดมากกว่าการมองปัญหาจากกลุ่มที่แท้จริง ทำให้การตั้ง/กำหนดวัตถุประสงค์มุ่งที่จะจัดกิจกรรมประชุม ให้ความรู้ เพิ่มศักยภาพ สร้างเครือข่าย หรือเพื่อเพิ่มอัตรา/จำนวนผู้มารับบริการในตัวชี้วัดที่งานประจำยังไม่บรรลุเป้าหมาย
4. การกำหนดกิจกรรม เป็นกิจกรรมที่กำหนดโดยผู้ดำเนินงานเอง ซึ่งบางกิจกรรมไม่ได้ตอบสนองการแก้ไขปัญหา ขาดความสอดคล้องในการดำเนินงาน บางกิจกรรมควรเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหา เช่น กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายการเสวนากลุ่มเพื่อค้นหาปัญหา แต่กิจกรรมดังกล่าวกลับเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดโดยผู้ดำเนินงาน ซึ่งเห็นได้จากการกระบวนการที่ผู้ดำเนินงานเป็นผู้ให้ข้อมูลและชี้ให้กลุ่มเป้าหมายที่อาจมีมากกว่า 1 กลุ่มทราบว่า สิ่งที่ผู้ดำเนินงานให้ข้อมูล คือ ปัญหาและการแก้ไขปัญหาได้ถูกกำหนดกิจกรรมไว้แล้ว ทำให้การมองปัญหาแคบลง กิจกรรมบางกิจกรรมจึงไม่ตอบสนองการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง
5. การประเมินผล ส่วนใหญ่ไม่มีความชัดเจน ในการวัดผลแต่ละกิจกรรมขาดความเชื่อมโยงของตัวชี้วัดหรือการประเมินที่ไม่สามารถบอกได้ว่า ผลของโครงการที่ดำเนินอยู่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อการแก้ไขปัญหา ในบางโครงการพยายามที่จะปรับให้เป็นงานวิจัย แต่เนื่องจากกรอบแนวคิดไม่ชัดเจน กระบวนการดำเนินงานไม่ชัดเจน ทำให้ผลที่ได้รับไม่สามารถตอบโจทย์งานวิจัยได้ คือ ขาดการวางแผนก่อนการดำเนินงานจึงทำให้เกิดจุดอ่อนในการดำเนินงานและไม่สามารถปรับเป็นงานวิจัยได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ
6. การนำเสนอผลการดำเนินงาน ส่วนใหญ่เป็นการนำเสนอการทำกิจกรรมแต่ยังขาดผลของการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม โดยส่วนใหญ่จะบอกถึงบทบาทของตนเองมากกว่าบทบาทของกลุ่มเป้าหมายและสิ่งที่ชุมชน/กลุ่มเป้าหมายหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับภายหลังจากการสิ้นสุดของโครงการ

7. ทุกโครงการประสบปัญหาระยะเวลาการทำงานสั้นและไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบตามที่ขอรับการสนับสนุน การที่เป็นเช่นนี้ผู้ดำเนินงานให้เหตุผลว่าตนเองและทีมงานมีงานประจำจึงไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทั้งนี้เพราะผู้ดำเนินงานมองปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาของตนเอง การกำหนดปัญหาและกิจกรรมมองที่ตนเองมากกว่าการมองการแก้ไขปัญหาโดยภาคีร่วม ขาดการนำเอาบริบทของชุมชนและทุนทางสังคมมาใช้ในการดำเนินงาน

8. ขาดการติดต่อกับที่ปรึกษาโครงการ เนื่องจากทาง สวรส ภาคใต้ มอ. ได้กำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดำเนินงานและมีผู้ทรงคุณวุฒิในระดับพื้นที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำตั้งแต่เริ่มการปรับปรุงโครงการแต่พบว่า เกือบทุกโครงการไม่ได้ติดต่อกับที่ปรึกษาโครงการ ทำให้ผลการดำเนินงานด้อยคุณภาพ

9. ขาดการกำหนดบทบาทของที่ปรึกษา ในการดำเนินงานควรมีการติดตามผลโดยที่ปรึกษาเพื่อติดตามว่า กิจกรรมดำเนินไปอย่างไรมีปัญหาอะไรหรือไม่

10. ผู้ดำเนินงานยังขาดการค้นคว้าเพิ่มเติมในเชิงวิชาการ การนำเสนอที่เน้นเฉพาะผลการดำเนินงานในบางประเด็นไม่สามารถอธิบายในเชิงวิชาการได้ ซึ่งหากได้นำเอาฐานความรู้เชิงวิชาการมาร่วมในการจัดวางกรอบแนวคิดและอธิบายกระบวนการที่เกิดขึ้นก็จะทำให้ผลงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ควรต้องเป็นนักวิชาการ นักยุทธศาสตร์และนักวางแผน โดยการวิเคราะห์สถานการณ์จุดอ่อนจุดแข็งของพื้นที่ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2. ต้องเข้าใจ เข้าถึง ปัญหา

3. การผสมผสานด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น และปลูกฝังแนวคิดในการทำเพื่อชุมชน

4. การขยายแนวคิดไปยังกลุ่มอื่นๆ เพื่อจะได้แก้ไขปัญหาด้อย่างครอบคลุม

5. การวางกรอบแนวคิด กระบวนการ ตัวชี้วัด ไม่ชัดเจน

6. การสื่อสารกับที่ปรึกษาน้อยมาก

7. ความมีศรัทธาในงานที่ทำ มีสติและความวิริยะอุสาหะ รวมทั้งต้องมีจริยธรรมด้วย

8. ประเด็นจริยธรรมเป็นประเด็นที่ทาง สสจ. อาจจะต้องมีการดำเนินงานเพราะหลายๆโครงการล่อแหลมต่อจริยธรรม และ สิทธิส่วนบุคคล

9. นวัตกรรมต้องแยกจากงานประจำ และต้องมาจากปัญหาชุมชนจึงจะมีความยั่งยืน

ข้อคิดเห็นจากการติดตามประเมินผล

1. ความเข้าใจในปัญหา ความชัดเจนของปัญหา และการคิดที่ติดกรอบงานประจำ ประเด็นการทำโครงการไม่ได้เริ่มที่ปัญหาที่ชุมชนประสบอยู่ แต่เป็นปัญหาของผู้ดำเนินงาน ดังนั้น กรอบการทำกิจกรรมจึงถูกกำหนดและเป็นไปตามแนวคิดของผู้ดำเนินงาน

2. ความไม่สัมพันธ์กันระหว่าง ความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ กระบวนการ/กิจกรรม ผลลัพธ์ และผลกระทบ เนื่องจากขาดการวางกรอบแนวคิด และข้อมูลเชิงวิชาการ

3. ขาดศักยภาพในเชิงการอธิบายกระบวนการ นำเสนอเฉพาะกิจกรรมซึ่งไม่สามารถอธิบายเหตุและผลของกิจกรรมได้อย่างชัดเจน
4. ขาดการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ส่วนใหญ่ในการประมาณการ การพูดคุยที่ไม่มีกรอบคำถาม
5. แบบเก็บข้อมูลในเชิงวิจัย ยังไม่สามารถอธิบายผลลัพธ์ได้
6. การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์แบบหลวมๆ
7. ไม่มีการกำหนดบทบาทและความแตกต่างของแกนนำ และเครือข่ายที่ชัดเจน ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดโครงการจึงไม่มีการกิจที่ชัดเจนทำให้ขาดความต่อเนื่องและขาดความยั่งยืน
8. หากจะมีการสนับสนุนโครงการต่อไป จะต้องประเมินศักยภาพของผู้ดำเนินงานและทีมรวมทั้งผลงานที่ผ่านมาด้วย
9. ขาดการเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ไม่สามารถอธิบายข้อมูลในเชิงประจักษ์ของกลุ่มได้ ไม่สามารถอธิบายเหตุผล ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ไม่มีข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย ในบางครั้งการจัดกิจกรรมการให้คำปรึกษาไม่มีเนื้อหาในสิ่งที่บรรยาย ทำให้ไม่สามารถประเมินผลตามหลักวิชาการได้

สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น

1. ความพยายามในการให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของสมาชิกในชุมชน
2. บนความหวาดระแวงและความท้อแท้กับเหตุการณ์ก็ยังมีคนอีกกลุ่มหนึ่งที่พยายามทำให้เกิดความรู้สึกเป็นมิตรในวัฒนธรรมที่แตกต่าง
3. ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง : การพึ่งพาตนเองในการแก้ปัญหา มากกว่าการรอการช่วยเหลือเพิ่มเติม ศรัทธาและศักยภาพ
4. ศรัทธาต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

ข้อเสนอแนะ

1. นำโครงการทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยคณะกรรมการ/ผู้ทรงคุณวุฒิและพี่เลี้ยงแต่ละจังหวัด เพื่อคัดเลือกและร่วมวางแผนในการดำเนินโครงการต่อยอด
2. จัดกระบวนการติดตามประเมินผลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ กำหนดบทบาทผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมพี่เลี้ยงในการติดตามรายงาน อย่างน้อยเดือนละครั้งในโครงการระยะสั้น และ 2 เดือนต่อครั้งในโครงการระยะยาว
3. อบรมกระบวนการเขียนรายงาน การสร้างแบบสอบถาม การสร้างสื่อ การประเมินผลโครงการ
4. ประเมินศักยภาพของชุมชนและผู้ดำเนินงาน ก่อนดำเนินงาน
5. มีคณะกรรมการจริยธรรมแต่ละจังหวัดโดยโครงการควรต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมก่อนส่งมาขอรับการพิจารณาทั้งนี้เพื่อเปิดการปกป้องสิทธิทั้งผู้ดำเนินงานและกลุ่มเป้าหมาย ลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการได้
6. ลดโครงการที่อิงงานประจำ เช่น โรคความดัน/เบาหวาน อนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากที่ผ่านมา มีการสนับสนุนเป็นจำนวนมากแล้ว ควรให้พื้นที่มองปัญหาที่พบและต้องการแก้ไขอื่น ๆ เช่น

ปัญหาอุจจาระร่วงที่ยังเป็นปัญหาสำคัญและเป็นปัญหาซ้ำซาก การค้นหาเด็กที่มีปัญหาความพิการ ร่างกาย/ปัญญา

7. การจัดการความรู้หรือนวัตกรรมที่เกิดขึ้นไปสู่ความยั่งยืนที่แท้จริง โดยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงทั้งในกลุ่มประชาชน ผู้ปฏิบัติงานและผู้ดูแลนโยบายในชุมชน โดยการจัดเก็บข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อกระตุ้นความตระหนักของชุมชน รวบรวมนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละจังหวัดและนำไปสู่การพัฒนา แผนสุขภาพชุมชนและแผนสุขภาพจังหวัด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระบวนการคัดกรองและการพัฒนาศักยภาพ กระบวนการคัดกรองโครงการที่ดำเนินอยู่ยังขาดความเข้มข้นและต่อเนื่อง กระบวนการที่ผ่านมา คือ การเปิดให้ส่งหัวข้อและแนวคิด จากนั้นมีคณะทำงานที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิร่วมพิจารณาและมีกระบวนการพัฒนาเพื่อเพิ่มมูลค่าทางวิชาการและคุณภาพของโครงการ แต่กระบวนการดังกล่าวใช้เวลาเพียง 1 วัน ซึ่งอาจจะไม่ได้ผลเท่าที่ควรโดยเฉพาะที่ผ่านมากกระบวนการพัฒนายังขาดประสิทธิภาพ กล่าวคือ

1.1 เจ้าของโครงการขาดพื้นฐานในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริง โครงการจึงย่ำวนเวียนเฉพาะบางกลุ่ม บางโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น กรณีที่ยังต้องการศึกษาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ควรได้วิเคราะห์ผลกระทบอื่นๆ นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจจะต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์อื่นๆ ด้วย การศึกษาในเชิงเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข ควรได้นำมาศึกษาด้วยเพื่อเพิ่มความตระหนักทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการ

1.2 การเตรียมข้อมูลทั้งด้านผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ขอรับการสนับสนุน ซึ่งกระบวนการในการร่วมกันให้ข้อเสนอแนะโดยกลุ่มเป็นสิ่งที่ดีเพราะเกิดชุมชนแห่งการเรียนรู้ แต่ผู้ทรงคุณวุฒิควรต้องศึกษาโครงการก่อนการชี้แนะ ดังนั้น ในเชิงการบริหารจัดการ ก่อนการประชุมควรต้องส่งเอกสารให้ผู้ทรงคุณหรือที่ปรึกษาโครงการศึกษาและเตรียมตัวก่อน

2. การวางแผนการติดตาม ต้องมีการกำหนดแผนการติดตามที่ชัดเจน ซึ่งเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง สวรส.ภาคใต้ มอ. หรือแหล่งทุน ที่ปรึกษาโครงการ ที่อาจจะต้องลงไปในพื้นที่เพื่อติดตามเป็นระยะๆ โดยเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ขอรับการสนับสนุน และแหล่งทุน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและคุณภาพของผลงานที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นการสื่อสารเชิงบวก

3 การพัฒนาศักยภาพด้านการเขียนและวิเคราะห์ ซึ่ง สวรส.ภาคใต้ มอ. และ สสจ. นั้นๆ จะต้องร่วมมือกันในการดำเนินงาน

4 การเลือกโครงการ Best practice ควรมีข้อกำหนดว่า จะมีแนวทางอะไร เพื่อให้เกิดความโปร่งใส และเป็นที่ยอมรับ เป็นแบบแผนที่สามารถเป็นตัวอย่างให้พื้นที่อื่นนำไปต่อยอดได้ เป็นการจัดการความรู้ให้มีประสิทธิภาพและนำไปใช้ได้มากขึ้น

5. ควรมีการทบทวนกระบวนการทำงานในคณะทำงาน และผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกันในการวางแผนเพื่อการสนับสนุนในระยะต่อไป

รายงานการสังเคราะห์โครงการนวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่พหุวัฒนธรรม

ความเป็นมาของการดำเนินงาน

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สวรส.ภาคใต้ มอ.) เป็นหน่วยงานอิสระที่ดำเนินงานภายใต้ความร่วมมือของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มาตั้งแต่ พ.ศ.2543 โดยมุ่งเน้นที่การสร้างคามยั่งยืนด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนใน 14 จังหวัดภาคใต้ และเน้นการมีส่วนร่วมของพื้นที่ ชุมชน และประชาชน หลายๆ โครงการจึงมุ่งที่ฐานของพื้นที่เป็นหลัก และได้รับการสนับสนุนทั้งจากภาครัฐ ท้องถิ่น และองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ในการผลักดันงานเชิงนโยบายเพื่อประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่ แต่งานดังกล่าวจะประสบความสำเร็จไม่ได้หากไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติในพื้นที่และเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งแหล่งพึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนในชนบท คือ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งรัฐได้พยายามสร้างและปลูกสำนึกให้กับประชาชนในการใช้บริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ทั้งนี้เนื่องจากในพื้นที่ชนบทซึ่งยังมีประชาชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร้อยละ 80 และมีแนวโน้มว่าจะมากขึ้นเนื่องจากผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจที่ทำให้เกิดการเลิกจ้างแรงงานแรงงานส่วนใหญ่โดยเฉพาะแรงงานไร้ฝีมือจึงกลับภูมิลำเนาเดิม และน่าจะมีแนวโน้มใช้บริการสาธารณสุขในพื้นที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นสวัสดิการที่มีรัฐเป็นผู้รับผิดชอบ

ภาคใต้เป็นภาคที่มีการอยู่ร่วมกันแบบพหุวัฒนธรรมมาเป็นเวลานาน ทั้งนี้เพราะประชาชนในพื้นที่ประกอบด้วย ชาวไทยท้องถิ่น ชาวมลายูดั้งเดิม ชาวจีน และชนพื้นเมืองชาไก หรือเงาะป่า ซึ่งสามารถอยู่ร่วมกันอย่างพี่น้องเพื่อนร่วมสังคมมาจนกระทั่งในปี 2545 จึงเริ่มเกิดปัญหาที่รุนแรงมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อระบบ “ทุนทางสังคม” ที่แต่เดิมมีดีมีงาม แต่ปัจจุบันอาจจะลดลงบ้าง

แนวคิดในการจัดโครงการนวัตกรรมก่อกำเนิดขึ้นเมื่อปี 2550 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพแก่ประชาชนในภาคใต้ ทั้ง 14 จังหวัด โดยเน้นที่การแก้ปัญหาแก่ประชาชนในท้องถิ่นหรือที่เรียกว่าระดับ “รากหญ้า” มีการสร้างกระแสของความตระหนักให้เกิดในชุมชนโดยผ่านองค์กรในชุมชน และสถานีอนามัยในท้องถิ่น ซึ่งในการดำเนินงานได้รับการตอบรับจากท้องถิ่นเป็นอย่างดี

โครงการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นความร่วมมือระหว่าง สวรส.ภาคใต้ มอ. และสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) เพื่อดำเนินโครงการคัดเลือกนวัตกรรมในโครงการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ และบริหารจัดการโครงการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพปฐมภูมิพื้นที่ภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ใช้นวัตกรรมที่เกิดจากกระบวนการค้นหาเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ร่วมกันอันนำไปสู่การให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและการสร้างการมีส่วนร่วมของสังคม
2. พัฒนากลไกในการสนับสนุนกระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับเงื่อนไขในระดับพื้นที่
3. สร้างกระแสการแข่งขันในการสร้างนวัตกรรมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมพัฒนาเครือข่ายการจัดการความรู้ในกระบวนการพัฒนาระบบปฐมภูมิ

ผลจากการดำเนินงานในปีแรก ทำให้เห็นถึงความจำเป็นและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากยังมีผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา หากไม่มีความต่อเนื่องอาจจะทำให้การดำเนินงานบางประเด็นต้องยุติลง ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง คือ ประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่า หากมีความร่วมมือกับหลายๆ ฝ่าย ทั้งในท้องถิ่น ชุมชน นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงานและพื้นที่ได้รับประโยชน์โดยตรง นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม ทางตรง หมายถึง การที่ผู้ดำเนินงานซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขได้มีโอกาสทำงานร่วมกับชุมชนและองค์กรส่วนท้องถิ่นอย่างจริงจังมากกว่าการมองปัญหาหรือตัวชี้วัดในระบบงานประจำ นอกจากนี้ยังส่งผลถึงการพัฒนาคณะและผู้บริหารในเชิงวิชาการ

จากผลการประเมินในการสนับสนุนโครงการ ในปี 2550 พบว่า การวางแผนในเกิดความต่อเนื่องของโครงการมีดังนี้

1. มีโครงการต่อเนื่องเกี่ยวกับงานบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย และภาคประชาสังคมในพื้นที่ ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพื่อดำเนินโครงการพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่พิเศษ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล จำนวน 55 โครงการ

2. ได้มีการดำเนินการเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการเยียวยาสังคม เพื่อสร้างความสมานฉันท์ในพื้นที่ ด้วยการดำเนินโครงการเยียวยาสังคมสู่ความสมานฉันท์ ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นโครงการที่คัดเลือกผู้นำชุมชน 10 ชุมชนต้นแบบ มาเข้าร่วมสานเสวนาเพื่อให้คนในชุมชนได้ร่วมพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แล้วนำกรอบแนวคิดเรื่องการสมานฉันท์ไปใช้และจัดกระบวนการภายในชุมชนของตนเอง อันจะนำไปสู่การคิดแก้ปัญหาาร่วมกันของคนในชุมชน ซึ่งต่อไปจะเป็นแผนการเยียวยาของชุมชนโดยคนในชุมชนเอง

3. การผลักดันให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรสุขภาพในสายทหาร กลุ่มแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติและเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐาน (อสม.) ให้มีความเข้าใจและเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม โดยจัดให้มีการอบรมกลุ่มผู้ปฏิบัติงานดังกล่าว ในเวทีการจัดสัมมนาเรื่อง "อุดมคติและความเป็นจริง...เครือข่ายบริการสุขภาพในความไม่สงบ"

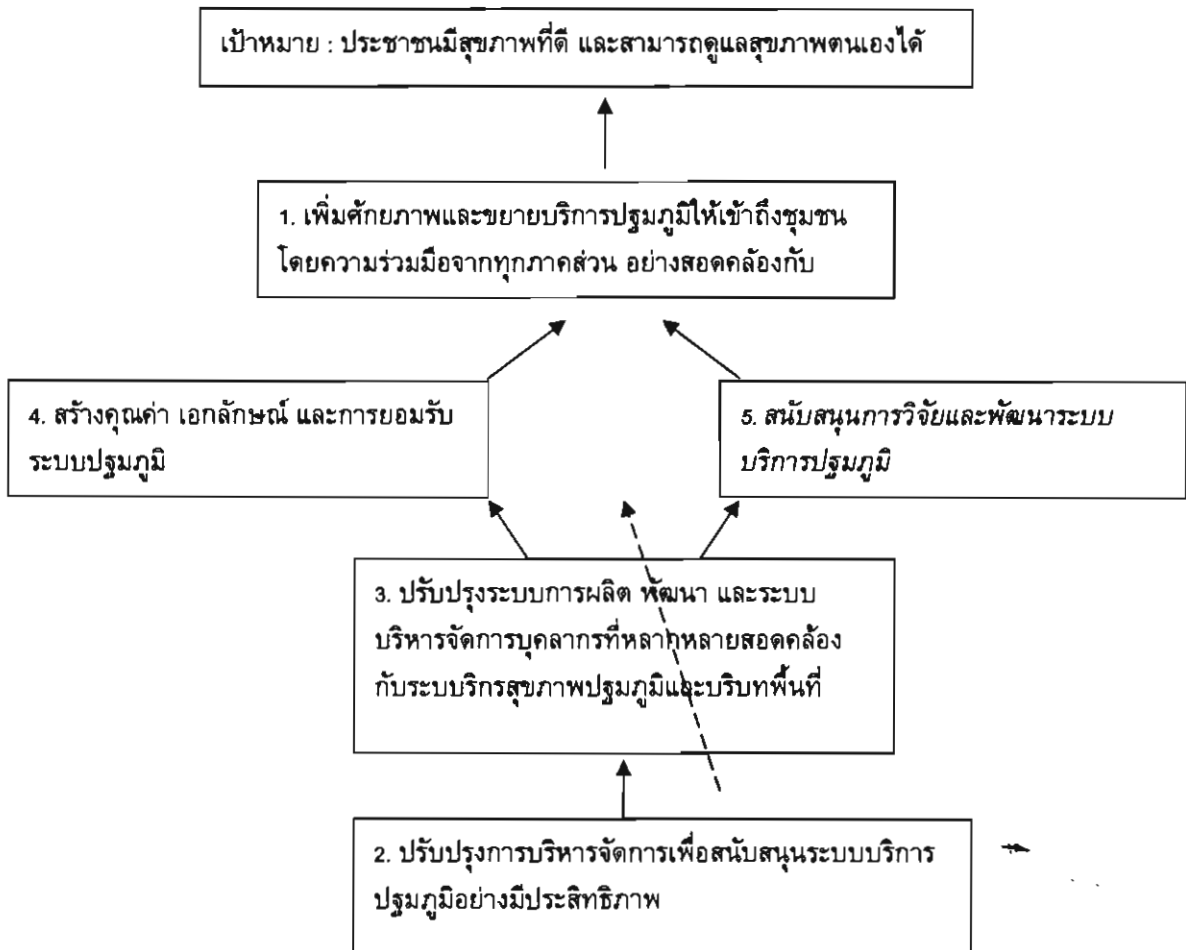
ในการจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยในระยะที่ 1 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสู่ระบบสุขภาพชุมชน ที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายวิชาชีพ จัดทำวิสัยทัศน์และพันธกิจ ดังนี้

วิสัยทัศน์ กำหนดว่า "ระบบบริการปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่ครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐาน สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคม"

พันธกิจ ดังนี้

เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพมาตรฐาน ที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม"

ยุทธศาสตร์ ที่กำหนดระหว่าง พ.ศ.2550-2554 มีดังนี้



แผนภูมิที่ 4-1 ยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2550-2554

จากแนวคิดดังกล่าวนำมาสู่การจัดทำโครงการเพื่อพัฒนาระบบบริการในระดับปฐมภูมิให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างแท้จริงและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งการจัดการด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีทุนทางสังคมเป็นดั่งตั้ง การทำงานที่เกิดขึ้นจากโครงการคาดหวังว่าจะเกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์กรวิชาการ สปสข กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งเชิงวิชาการและร่วมให้ทุนสนับสนุนบางส่วน และในที่สุดท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน สามารถดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง

สถานการณ์สุขภาพของ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

จากวิกฤตความรุนแรงที่เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2547 เป็นต้นมา มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นอย่างมาก และที่สำคัญ จาก

การศึกษาของ อมร รอดคล้าย และคณะ (2548) พบว่า การให้บริการด้านสาธารณสุขในระดับสถานีนานามัยจำนวน 253 แห่ง มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 35.6 ในด้านผู้ให้บริการพบว่า มีการลดลงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานีนานามัยเฉลี่ย 3.4 คน และมีแนวโน้มว่าจะลดลงเรื่อยๆ ส่วนด้านบริการของโรงพยาบาลในพื้นที่ก็ลดลงเช่นกันโดยเฉพาะการจัดบริการเชิงรุก โดยเฉพาะบริการที่จำเป็น คือ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคลดลงมากกว่าร้อยละ 70 ของกิจกรรมที่เคยปฏิบัติ ผลกระทบจากเหตุการณ์ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ดังกล่าวมีมากขึ้น โดยภาคใต้ยังมีปัญหานี้ในระดับสูงเมื่อเทียบกับปัญหาดังกล่าวทั่วประเทศ ทั้งนี้อาจเนื่องจากไม่สามารถไปรับบริการได้ตามปกติ

จากรายงานสถานการณ์โลกเรื่องการป้องกันโรคเรื้อรัง : การลงทุนที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า จากการสำรวจใน 53 ประเทศเอเชียแปซิฟิก และอีก 9 ประเทศขนาดเล็กที่ยังไม่เป็นประเทศเต็มตัว รวมทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างเช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ พบว่า เอเชียแปซิฟิก เป็นภูมิภาคที่มีปัญหาโรคเรื้อรังที่สูงที่สุด ทั้งนี้ จากการสำรวจพบว่า ในปี 2549 โรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่รุนแรงและสถานการณ์มีแนวโน้มที่จะแย่ลงไปมากขึ้นในอนาคต คาดว่าในปี 2558 จะมีผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นถึง 17% และเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังถึง 41 ล้านคนทั่วโลก จากการเสียชีวิตทั้งหมดประมาณ 64 ล้านคน ทั้งนี้จีนเป็นประเทศที่จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวานในอีก 10 ปีข้างหน้าสูงถึง 5.58 แสนล้านดอลลาร์สหรัฐฯ เจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย กล่าวอีกว่า จากสภาวะปัญหาดังกล่าว องค์การอนามัยโลกได้ร่วมมือกับคณะกรรมการการเศรษฐกิจและสังคมสำหรับภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกแห่งสหประชาชาติหรือยูเนสแคป เข้ามาร่วมมือในการทำงาน โดยตั้งเป้าหมายที่จะลดการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังให้ได้ 2% หรือประมาณ 11 ล้านคนที่ภายใน 10 ปี โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี รวมทั้งป้องกันการเสียชีวิตในประเทศยากจนและประเทศกำลังพัฒนาในภูมิภาคนี้ให้ได้ถึง 80% ในส่วนของประเทศไทย ในปี 2545 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังประมาณ 59% หรือประมาณ 245,000 ราย จากการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรในประเทศไทยในปี 2545 ทั้งหมดประมาณ 419,000 ราย และจากการคาดการณ์พบว่า สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินของคนไทยชายและหญิงอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ใน พ.ศ.2549 และใน พ.ศ.2558 คาดว่าใน พ.ศ.2549 ชายไทยมีภาวะน้ำหนักเกิน 34% และหญิง 47% ในอีก 10 ปีข้างหน้าชายจะเพิ่มเป็น 35% และหญิงจะเพิ่มเป็น 57%.(thitipath khruthram ไทยรัฐ-14 กุมภาพันธ์ 2549 สุขภาพ/การแพทย์ น.พ.สมชาย พิระปรกรณ์ เจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย)

รายงานสาเหตุการป่วยของประเทศในกลุ่มผู้ป่วยใน พ.ศ.2550 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบเป็นอันดับ 3 ของประเทศ โดยมีอัตราป่วย 778.1 ต่อพันประชากร และในภาคใต้ก็อยู่ในอันดับ 3 ของระดับภาค และสูงกว่าอัตราทั้งประเทศ คือ 885.7 ต่อแสนประชากร (<http://bps.ops.moph.go.th/tenill-in50.xls> ที่มา : สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2550 กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์) และอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดและหัวใจเป็นอันดับ 3 ของประเทศ แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงจากปี 2548 = 29.2 2549 24.4 และ 2550 =24.3 ต่อแสนประชากร โดยภาครัฐได้ให้ความสำคัญและจัดให้มีการส่งเสริมทั้งในระบบการคัดกรอง ระบบการเฝ้าระวัง และระบบการดูแลที่พยายามลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขณะเดียวกัน พบว่า มีผู้ป่วย

โรคเบาหวานเป็นอันดับ 6 ของโรคที่เป็นสาเหตุการป่วย 10 อันดับทั่วประเทศ ในอัตรา 650.4 ต่อแสนประชากร ซึ่งพบเป็นอันดับ 6 ของภาคใต้เช่นกัน ในอัตรา 611.7 ต่อแสนประชากร

จังหวัดสงขลา เป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับที่ 1 ของภาคใต้ตอนล่างและมีขนาดใหญ่เป็นอันดับที่ 3 ของ 14 จังหวัดภาคใต้ มีอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ในอัตรา 8.1 (2548) 6.6 (2549) และ 7.2 (2550) (<http://ncd.ddc.moph.go.th/ncd%20web1/Cncd/data/bureau/database-bureau/table01.xls>) โดยมีอัตราป่วย ในปี 2548 เท่ากับ 500.17 ต่อแสนประชากร ปี 2549 เท่ากับ 770.16 ต่อแสนประชากร และ 2550 คือ 584.01 ต่อแสนประชากร นอกจากโรคความดันเบาหวานแล้ว ยังมีปัญหาอื่นๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ในอัตรา 1098.9 (ncd.moph.go.th/ncd%20web1/Cncd/data/bureau/database-bureau/table14.xls) กลุ่มอาการของโรคดังกล่าวมีผลต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ ในการดูแล ถึงแม้ลักษณะของสังคมไทยจะเป็นสังคมที่เคารพและดูแลผู้อาวุโส แต่ด้วยปัญหาเศรษฐกิจและลักษณะความเป็นครอบครัวใหญ่ได้เปลี่ยนรูปแบบไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น

ข้อมูลของจังหวัดอื่นๆ ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบดังนี้

ตารางที่ 4-1 อัตราการป่วยผู้ป่วยนอก โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ต่อแสนประชากร

จังหวัด	พ.ศ.2549		พ.ศ.2550		พ.ศ.2551	
	เบาหวาน/ ต่อมไร้ท่อ	ความดัน โลหิตสูง	เบาหวาน	ความดัน โลหิตสูง	เบาหวาน	ความดัน โลหิตสูง
สตูล	-	-	-	-	12,365*	19,504**
สงขลา	11,377.7	18,349.6**	14075.8*	22798.7**	-	-
ปัตตานี	-	-	-	-	13,019.3*	23,094.5**
ยะลา	531.8*	601.7	1629.5*	682.1	2177.0*	678.4
นราธิวาส	3,825.91	16,124.71	5971.36*	14692.17**	-	-

หมายเหตุ ข้อมูลที่มีเครื่องหมาย * เป็นข้อมูล ICD10 ที่รวมทุกกลุ่มโรค E00- E90

** เป็นข้อมูล ICD10 ที่รวมทุกกลุ่มโรค I00- E99

แหล่งข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และ นราธิวาส

จากสถิติอัตราการตายของมารดาและทารก พบว่า อัตราการตายของมารดาต่อแสนประชากร ในปี 2548 ในระดับประเทศ คือ 12.2 ต่อแสนประชากร ในขณะที่ในภาคใต้ ในปี 2549 พบในอัตรา 11.7 ต่อแสนประชากร ส่วนอัตราการตายของทารก พบว่า มีอัตรา 7.6 (2548) และ 7.4 (2549) ต่อการเกิดมีชีพพันคน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 อัตราการตายของมารดาและทารก

จังหวัด	พ.ศ.2549		พ.ศ.2550		พ.ศ.2551	
	ทารกต่อการ เกิดพัน ประชากร	มารดาต่อ แสน ประชากร	ทารกต่อการ เกิดพัน ประชากร	มารดาต่อ แสน ประชากร	ทารกต่อการ เกิดพัน ประชากร	มารดาต่อ แสน ประชากร
สตูล	9.80	65.27	6.18	0.00	-	
สงขลา	5.8	33.26	5.76	33.06	-	-
ปัตตานี	11.39	33.99	12.12	49.40	11.80	44.35
ยะลา	8.76	49.83	9.01	39.43	8.20	12.89
นราธิวาส	11.96	35.96	9.63	76.61	9.32	54.38

แหล่งข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และ นราธิวาส

ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการด้านระบบบริการส่งผลถึงปัญหาสุขภาพแก่ประชาชนที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งการค้นหากลุ่มเสี่ยงและการเฝ้าระวังโรค ที่ต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน ระบบบริการและตัวผู้ป่วย จึงเกิดมีโครงการพัฒนานวัตกรรมในระบบบริการสุขภาพชุมชนเฉพาะใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ครั้งแรกในปี 2550 ให้การสนับสนุนผู้ที่สนใจในการจัดทำนวัตกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เน้นชุมชน มีส่วนร่วม โดยมีผู้สนใจการดำเนินงานทั้งสิ้น 55 โครงการ กลุ่มผู้เสนอขอรับการสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงนักวิชาการที่ทำงานเกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ เมื่อเสร็จสิ้นโครงการระยะที่ 1 แล้ว มีการเสนอข้อสรุปซึ่งต่อมาทาง สปสช. และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการต่อยอดการดำเนินงาน

ในการให้การสนับสนุนนวัตกรรมระบบบริการปฐมภูมิพื้นที่พิเศษ ในปีที่ 2 ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่พิเศษ ได้แก่ สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ภายใต้โครงการนวัตกรรมบริการปฐมภูมิ ซึ่งบางโครงการเป็นโครงการต่อเนื่องจากระยะแรก

แนวทางในการสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ

กระบวนการดำเนินงานของ สวรส. ภาคใต้ มอ.

स्วรส.ภาคใต้ มอ. มีบทบาทในการร่วมพัฒนาศักยภาพของผู้เสนอขอรับการสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพของผู้ดำเนินโครงการ ภายหลังจากมีการประกาศรับโครงการโดยเน้นที่พื้นที่พิเศษ ในการดำเนินงานโครงการในระดับปฐมภูมิโดยไม่มีการจำกัดคุณลักษณะของผู้เสนอโครงการ ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนาโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระบบสุขภาพในระดับปฐมภูมิโดยมีโครงการที่เสนอขอเข้ารับการสนับสนุน จำนวนทั้งสิ้น 91 โครงการ

และผ่านการพิจารณาระดับพื้นฐานจากคณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 39 โครงการ โดยมีแนวทางในการพิจารณา คือ

- ต้องเป็นโครงการในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส
- เป็นโครงการ/งานวิจัยที่ดำเนินงานในพื้นที่ระดับปฐมภูมิ
- เป็นโครงการในกลุ่ม โรคเรื้อรัง อนามัยแม่และเด็ก และการดูแลผู้ป่วยตามวิถีมุสลิม

กระบวนการในการดำเนินงานนวัตกรรมปฐมภูมิภายใต้พหุวัฒนธรรม มีฐานคิดว่า การที่จะสร้างสุขภาวะในชุมชนในทุกระดับสิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ ปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการ โดยปัญหาสุขภาพจะมีความยั่งยืนได้ต้องเป็นสิ่งที่ผู้เผชิญปัญหาและผู้เกี่ยวข้องเผชิญอยู่ซึ่งหมายถึงชุมชนต้องตระหนักในเรื่องการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพ มุ่งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชนในชุมชน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นแกนนำในการขับเคลื่อน หากเป็นเช่นนี้จะเกิดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน เพราะการมีส่วนร่วมเป็นบทสะท้อนของการสร้างความรู้สึกร่วมเพื่อ อาหารต่อกันระหว่างคนในชุมชน

ผลการดำเนินงาน

โครงการที่ส่งมาเพื่อขอการสนับสนุนมีทั้งสิ้น 91 โครงการ และได้รับการสนับสนุน 35 โครงการ จำแนกตามรายจังหวัด ดังนี้

ตารางที่ 4-3 จำนวนโครงการที่ขอรับการสนับสนุนในปี 2551

จังหวัด	จำนวน (โครงการที่เสนอ)	จำนวน (โครงการที่ได้รับ)
สตูล	5	3
สงขลา	20	7
ปัตตานี	18	9
ยะลา	17	5
นราธิวาส	31	11

หมายเหตุ โครงการในกลุ่มวิชาชีพได้รับการสนับสนุน 4 โครงการ

ตารางที่ 4-4 ลักษณะของโครงการที่ขอรับการสนับสนุนในปี 2551

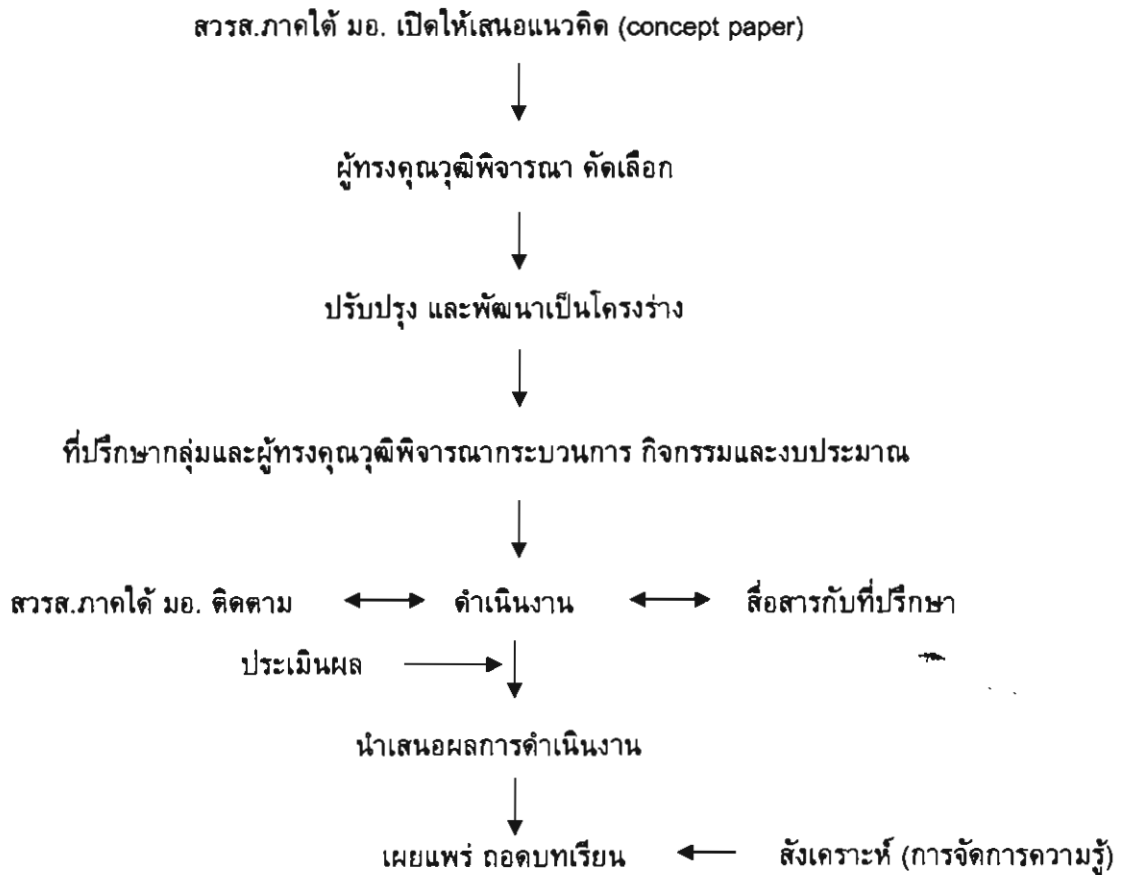
ลักษณะโครงการ	จำนวน (โครงการที่เสนอ)	จำนวน (โครงการที่ได้รับ)
อนามัยแม่และเด็ก	16	12
วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน	43	13
โรคเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ	32	10
วิชาชีพ	6	4

โดยมีจำนวนการขอรับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งสิ้น 5 โครงการ

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มวิชาชีพอีก 4 โครงการ คือ วิชาชีพทันตแพทย์ พยาบาล เกษษกร และ อสม. ดังนั้นรวมทั้งสิ้น 39 โครงการ

กระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ขอรับการสนับสนุน

แนวคิดในการสนับสนุนโครงการเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่พหุวัฒนธรรม โดยกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ขอรับการสนับสนุนเป็นบุคลากรของรัฐที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมาย โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจะเข้าสู่กระบวนการพัฒนา ดังนี้



แผนภูมิที่ 4-2 กระบวนการพัฒนาโครงการเพื่อการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ

บทสรุปการดำเนินงาน

ในการสังเคราะห์ โครงการต่างๆ ที่ได้รับการสนับสนุน ทั้งสิ้น 39 โครงการ จำแนกตามลักษณะโครงการ แบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก โรคเรื้อรัง/ผู้สูงอายุ วิถีมุสลิม/วิถีชุมชน และวิชาชีพ พบดังนี้

1. เป็นโครงการที่เป็นกิจกรรม 33 โครงการ และมีโครงการที่นำเสนอในรูปกึ่งวิจัย 6 โครงการ (กึ่งวิจัย ประกอบด้วยกลุ่มวิชาชีพ 3 โครงการ และจากกลุ่มบริการปฐมภูมิ 3 โครงการ)

2. การนำเสนอที่มาของโครงการ ส่วนใหญ่เป็นโครงการที่มองจากปัญหางานประจำและความสนใจของคนเองมากกว่าการมองปัญหาและความเป็นจริงของพื้นที่ มีผลให้การวางแผนการดำเนินงานเป็นกรอบที่เกิดจากผู้ดำเนินงานมากกว่าการเกิดจากความต้องการของชุมชน และมีผู้ดำเนินงานเป็นผู้ดำเนินงานทั้งหมด การนำเสนอที่มาของปัญหาหรือความสำคัญของโครงการจึงขาดการวิเคราะห์ประเด็นที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหายอย่างแท้จริง

3. การกำหนดวัตถุประสงค์ สืบเนื่องมาจากการมองประเด็นปัญหามาจากการมองปัญหางานประจำที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายหรือตัวชี้วัดมากกว่าการมองปัญหาจากกลุ่มที่แท้จริง ทำให้การตั้ง/กำหนดวัตถุประสงค์มุ่งที่จะจัดกิจกรรมประชุม ให้ความรู้ เพิ่มศักยภาพ สร้างเครือข่าย หรือเพื่อเพิ่มอัตรา/จำนวนผู้มารับบริการในตัวชี้วัดที่งานประจำยังไม่บรรลุเป้าหมาย

4. การกำหนดกิจกรรม เป็นกิจกรรมที่กำหนดโดยผู้ดำเนินงานเอง ซึ่งบางกิจกรรมไม่ได้ตอบสนองการแก้ไขปัญห ขาดความสอดคล้องในการดำเนินงาน บางกิจกรรมควรเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การแก้ไขปัญห เช่น กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายการเสวนากลุ่มเพื่อค้นหาปัญหา แต่กิจกรรมดังกล่าวกลับเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดโดยผู้ดำเนินงาน ซึ่งเห็นได้จากการกระบวนการที่ผู้ดำเนินงานเป็นผู้ให้ข้อมูลและชี้ให้กลุ่มเป้าหมายที่อาจมีมากกว่า 1 กลุ่ม ทราบว่า สิ่งที่ผู้ดำเนินงานให้ข้อมูลคือปัญหาและการแก้ไขปัญหได้ถูกกำหนดกิจกรรมไว้แล้ว ทำให้การมองปัญหาแคบลง กิจกรรมบางกิจกรรมจึงไม่ตอบสนองการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

5. การประเมินผล ส่วนใหญ่ไม่มีความชัดเจนในการวัดผลแต่ละกิจกรรม ขาดความเชื่อมโยงของตัวชี้วัดหรือการประเมินที่ไม่สามารถบอกได้ว่า ผลของโครงการที่ดำเนินอยู่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อการแก้ไขปัญห ในบางโครงการพยายามที่จะปรับให้เป็นงานวิจัย แต่เนื่องจากกรอบแนวคิดไม่ชัดเจน กระบวนการดำเนินงานไม่ชัดเจน ทำให้ผลที่ได้รับไม่สามารถตอบเจตนาวิจัยได้ คือ ขาดการวางแผนก่อนการดำเนินงานจึงทำให้เกิดจุดอ่อนในการดำเนินงานและไม่สามารถปรับเป็นงานวิจัยได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

6. การนำเสนอผลการดำเนินงาน ส่วนใหญ่เป็นการนำเสนอการทำกิจกรรมแต่ยังขาดผลของการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม โดยส่วนใหญ่จะบอกถึงบทบาทของตนเองมากกว่าบทบาทของกลุ่มเป้าหมาย และสิ่งที่ชุมชน/กลุ่มเป้าหมายหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับภายหลังจากการสิ้นสุดของโครงการ

7. ทุกโครงการประสบปัญหาระยะเวลาการทำงานสั้นและไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบตามที่ขอรับการสนับสนุน การที่เป็นเช่นนี้ผู้ดำเนินงานให้เหตุผลว่าตนเองและทีมงานมีงานประจำจึงไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทั้งนี้เพราะผู้ดำเนินงานมองปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาของตนเอง การกำหนดปัญหาและกิจกรรมมองที่ตนเองมากกว่าการมองการแก้ไขปัญหโดยภาคีร่วม ขาดการนำเอาบริบทของชุมชนและทุนทางสังคมมาใช้ในการดำเนินงาน

8. ขาดการติดต่อกับที่ปรึกษาโครงการ เนื่องจากทาง สวรส.ภาคใต้ มอ. มีการกำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดำเนินงานและมีผู้ทรงคุณวุฒิในระดับพื้นที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำตั้งแต่เริ่มการปรับปรุงโครงการ แต่พบว่า เกือบทุกโครงการไม่ได้ติดต่อกับที่ปรึกษาโครงการ ทำให้ผลการดำเนินงานด้อยคุณภาพ

9. ขาดการกำหนดบทบาทของที่ปรึกษา ในการดำเนินงานควรมีการติดตามผลโดยที่ปรึกษาเพื่อติดตามว่า กิจกรรมดำเนินไปอย่างไรมีปัญหอะไรหรือไม่

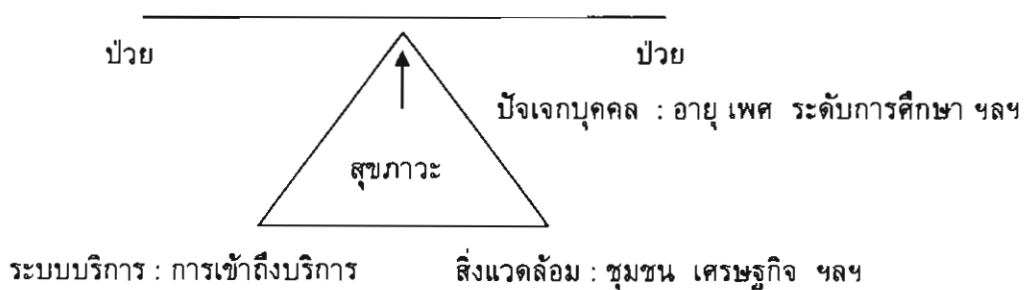
10. ผู้ดำเนินงานยังขาดการค้นคว้าเพิ่มเติมในเชิงวิชาการ การนำเสนอที่เน้นเฉพาะผลการดำเนินงานในบางประเด็นไม่สามารถอธิบายในเชิงวิชาการได้ ซึ่งหากได้นำเอาฐานความรู้เชิงวิชาการมาร่วมในการจัดวางกรอบแนวคิดและอธิบายกระบวนการที่เกิดขึ้นก็จะทำให้ผลงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทสังเคราะห์

จากปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่พิเศษจะพบว่า ปัญหาอนามัยแม่และเด็กโดยเฉพาะการดูแลให้สตรีที่ตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบการดูแลตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ อย่างน้อย 12 สัปดาห์ จนถึงการคลอด รวมทั้งการเข้าสู่ระบบคัดกรองโรคมะเร็งในสตรี ได้แก่ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เช่นเดียวกับปัญหาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นปัญหาที่ถูกนำมาเป็นปัญหาในการจัดทำโครงการนวัตกรรมของระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งหากพิจารณาให้ถ่องแท้แล้ว ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่เกิดจากการผลของการทำงานประจำในพื้นที่ หากนำข้อมูลในระดับอำเภอมามาพิจารณาจะพบว่า ในบางพื้นที่ปัญหาความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานหรือการฝากครรภ์ไม่ใช่เป็นปัญหาหลักของพื้นที่ ยกตัวอย่างเช่น ในจังหวัดปัตตานี พบว่า อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นปัญหาน้อยกว่าการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจ (รายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี : 2549) แต่เนื่องจากตัวชี้วัดที่กำหนดจะเป็นเรื่องการเพิ่มจำนวนกลุ่มเสี่ยงให้เข้าสู่ระบบการคัดกรองได้ตามเป้าหมาย ด้วยเหตุนี้จึงทำให้โครงการส่วนใหญ่เน้นที่โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน รวมทั้งอัตราการฝากครรภ์ก่อน ตั้งครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ และข้อมูลจากรายงานสาธารณสุขใน 5 จังหวัดเป้าหมาย คือ โรคอุจจาระร่วง โรกระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นซ้ำๆ และยังอยู่ในลำดับต้นๆ ของการสรุปรายงานประจำปี

เนื่องจากผู้ดำเนินงานโครงการ ยังขาดข้อมูลที่จะนำเสนอถึงความสำคัญในการเลือกทำโครงการโรคเรื้อรังมากกว่าโรคทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาในพื้นที่ เพราะจากสถิติผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของทั้ง 5 จังหวัด ยังพบว่า การมารับการรักษาด้วยโรกระบบทางเดินหายใจมีมากที่สุด ส่วนผู้ป่วยในกรณีเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานก็ไม่ได้อยู่ในอันดับต้นๆ ซึ่งใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้นี้พบว่า อยู่ในอันดับที่ 3-5 ของโรคที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาล ผู้ดำเนินงานยังขาดการเชื่อมโยงถึงปัญหาโรคแทรกซ้อน การพยายามให้คำอธิบายถึงการป้องกันโรค การเก็บข้อมูลในเรื่องค่าใช้จ่าย ค่าเสียโอกาสในระยะยาวที่รัฐและผู้ป่วย/ญาติต้องเสียไปในการดูแลหากมีความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการพยายามที่จะป้องกันหรือคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญในงานป้องกันมากกว่าการรอให้มีอาการแล้วเข้ารับการรักษา

อย่างไรก็ตามที่ผ่านมการแก้ปัญหาอาจจะไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยระบบการทำงานปกติ ซึ่งสวรส.ภาคใต้ มอ. ตระหนักในเรื่องนี้ จึงได้จัดให้มีการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการ โดยมีแนวคิดดังนี้



แผนภูมิที่ 4-3 สมดุลสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า หากพิจารณาองค์ประกอบของการเกิดปัญหาด้านสุขภาวะ จะพบว่าทุกปัญหา เริ่มต้นจากแนวคิดดังภาพ ทั้งนี้เพราะ หากเกิดความสุขขององค์ประกอบ รูปสามเหลี่ยมนี้ก็จะคงสภาพอยู่ได้ แต่เมื่อส่วนใดส่วนหนึ่งขาดสมดุลก็จะทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นได้

ข้อมูลที่ได้รับจากผู้ดำเนินงานมีทั้งสิ้น 37 โครงการ จากจำนวนโครงการที่ได้รับการสนับสนุน 39 โครงการ โดยผู้ดำเนินงานโครงการส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของรัฐ รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ อบต. อายุเฉลี่ย 34 ปี มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับปริญญาตรีมากที่สุด ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนนี้เป็นครั้งแรก กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยหัวหน้าโครงการฯ มีทั้งการประชุมกิจกรรมเพื่อการเตรียมการและไม่มีการประชุมเตรียมการในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ด้านการมอบหมายงานให้ผู้ร่วมงานคนอื่นๆ รับผิดชอบกิจกรรม พบว่า ส่วนใหญ่มีการมอบหมายกิจกรรม และมีการทำกิจกรรมครบตามที่วางแผนไว้

การจัดกิจกรรม พบว่า ด้านการประชาสัมพันธ์โครงการมีการติดป้ายประกาศเรื่องโครงการฯ ส่วนการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อวิทยุท้องถิ่นมีน้อยมาก ที่มีการประชาสัมพันธ์มากที่สุด คือ การประชาสัมพันธ์ผ่านเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ก็มีการประชาสัมพันธ์ผ่าน อสม และผู้นำชุมชน ส่วนจำนวนผู้เข้าร่วมในกิจกรรมเฉลี่ย คือ 600 คน โดยมีผู้ร่วมงานน้อยสุด 13 คน และมากที่สุด 4,111 คน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่จัด พบว่า กรณีที่เป็นการจัดกิจกรรมที่มุ่งให้ความรู้จะมีกลุ่มประชาชนเข้าร่วมจากหมู่บ้านและพื้นที่ศึกษา

องค์ความรู้ที่ได้จากการดำเนินงาน

ดังที่กล่าวแล้วว่า การดำเนินงานโครงการฯ มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาการพัฒนาระบบบริการในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในภาวะการณ์ความรุนแรงปัจจุบัน

หากจะกล่าวถึงวัตถุประสงค์ของโครงการฯ คือ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการจัดระบบบริการสุขภาพในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และเกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานทำให้ประชาชนในชุมชนและกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ระบบการดูแลมีการวางแผนและการจัดกิจกรรมโดยเน้นที่ปัญหาสุขภาวะที่พบในชุมชนนั้นๆ มากกว่าการรับนโยบายจากส่วนกลางที่อาจจะไม่เข้าใจบริบทความจำเพาะของชุมชน ต้นทุนทางสังคมของชุมชนที่แตกต่างกัน ภาวะเศรษฐกิจในชุมชน การจัดสาธารณูปโภคเพื่อรองรับปัญหาสุขภาวะ ซึ่งประกอบด้วยปัญหาเศรษฐกิจ สังคม ระบบการจัดการในชุมชนและความเป็นปัจเจกบุคคล อย่างไรก็ตามต้องสอดคล้องกับนโยบายหลักและนโยบายพื้นที่ การกระตุ้นให้เกิดความยั่งยืนโดยผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วมได้รับการยอมรับว่าสามารถนำไปสู่นโยบายสาธารณะในชุมชนได้ และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการมองปัญหาโดยบุคลากรสาธารณสุขที่มองเฉพาะตัวชีวิตที่รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนด

จากการศึกษาวัตถุประสงค์ของโครงการ พบดังนี้

1. โครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน) และผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้

โรคเรื้อรัง(ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน)

- ลดระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

- ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ยกกระตือรือร้นการทำงานของ อสม. โต๊ะอิหม่าม ผู้นำศาสนาในชุมชน และเพื่อให้เกิดเป็น ศูนย์กลางการดูแล สร้างเครือข่ายแกนนำ
- เพื่อให้ความรู้ในการจัดการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
- ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง
- การคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานโดยชุมชน อย่างต่อเนื่อง
- การสร้างสื่อให้ความรู้ ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน

ผู้สูงอายุ

- แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่แบบพหุวัฒนธรรม
- เครือข่ายความร่วมมือในชุมชนของผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ สามารถพึ่งพาตนเองได้
- เครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- การส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยยั่งยืน

กิจกรรมที่จัดเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย

- การจัดประชุม เพื่อให้คำชี้แจงและค้นหาปัญหา
- การให้ความรู้ทั้งในรูปแบบของการสอน ประชุมเชิงปฏิบัติการและการดูงาน
- การสร้างสื่อ /ประชาสัมพันธ์
- ทดลองกิจกรรม เช่น เยี่ยมบ้าน เป็นต้น
- การเสวนากลุ่ม

การประเมินผล

- การประเมินความพึงพอใจ
- ระดับน้ำตาลในเลือด
- ระดับความดันโลหิต

2. โครงการที่เกี่ยวข้องกับอนามัยแม่และเด็ก

สุขภาพปากและฟัน

- ส่งเสริมทันตสุขภาพในบ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดการบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อทันตสุขภาพ

การฝากครรภ์

- การกระตุ้นให้มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
- สร้างเครือข่ายส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กเครือข่ายเฝ้าระวังสุขภาพอนามัยหญิง ตั้งครรภ์ และเด็ก 0-6 ปี
- การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการตรวจครรภ์
- ส่งเสริมการคลอดที่โรงพยาบาล
- สามีมีส่วนร่วมในการในเรื่องการฝากครรภ์และการคลอด ลดการคลอดที่บ้าน
- การสร้างโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักศาสนาอิสลาม

- หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองและการเลี้ยงลูก
เด็ก

- การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้เหมาะสมกับวัย และพัฒนาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการ
- ลดปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะทุพโภชนาการโดย อสม.
ผู้นำชุมชน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อบต

- การส่งเสริมให้คนในชุมชนรัก และเข้าใจเด็กที่มีปัญหาด้านจิตเวช สมอง
- การช่วยเหลือของเล่นเด็ก/เสื้อผ้าเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ

การประเมินผล

- การเข้าร่วมกิจกรรม
- ความรู้
- ความพึงพอใจ

3. โครงการที่เกี่ยวข้องกับวิถีมุสลิม/วิถีชุมชน

- การนำหลักศาสนามาใช้ในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน
- การส่งเสริมสุขภาพในมัสยิด
- การยอมรับผู้ป่วยโรคเอดส์ในมัสยิด
- การสร้างทีมสอบสวนโรคเร็ว โดยความร่วมมือ อบต
- แผนสุขภาพชุมชนที่มีมัสยิดเป็นศูนย์กลาง
- โรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม

มะเร็ง เนื่องจากการเสนอหัวข้อที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง พบว่า วัตถุประสงค์ของโครงการมุ่งเน้น
ที่การมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่าเน้นที่การจัดการโรคหรือการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงจัดรวมเอา
โรคมะเร็งอยู่ในกลุ่มนี้

- ลดอัตราการเกิดโรคมะเร็ง โดยเพิ่มอัตราการคัดกรอง
- ให้ความรู้
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- บทบาทของคนในครอบครัว เน้นผู้นำศาสนาและสามี

การประเมินผล

- ไม่ชัดเจน

4. กลุ่มวิชาชีพ (พยาบาล ทันตแพทย์ เกษัชกร และ อสม.)

- ความเชื่อในเรื่องอาหารและการไม่รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
- การจัดทำคู่มือ อสม เพื่อลดการซ้ำซ้อนของการทำงาน
- การส่งเสริมทันตสาธารณสุขใน 3 จังหวัดชายแดน
- การให้บริการโดยหัวใจมนุษย์

การประเมินผล

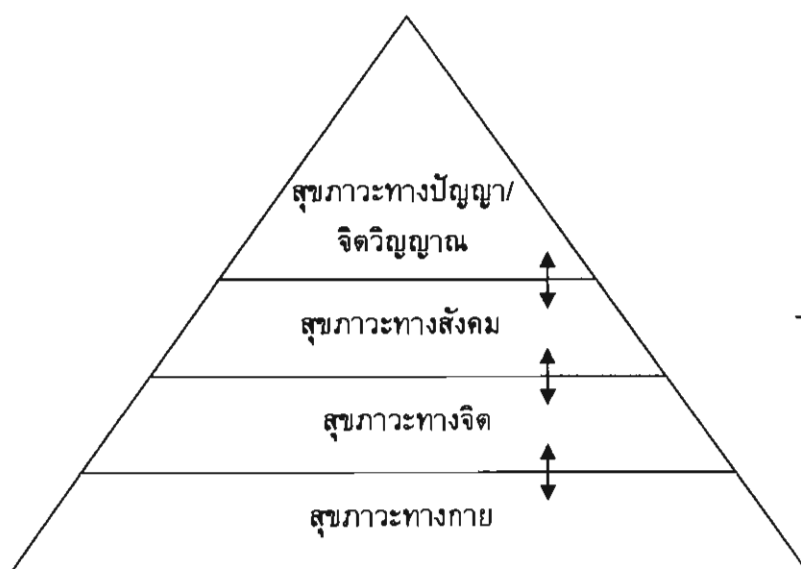
- ไม่ชัดเจน

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า โครงการที่ได้รับความสนับสนุนมีความหลากหลาย ทั้งนี้เนื่องจาก การที่ สวรส.ภาคใต้ มอ. และ สปสช. ไม่ได้กำหนดขอบเขตของหัวข้อ ด้วยเจตนารมณ์ที่จะให้แต่ละพื้นที่ ที่มีบริบทต่างกันได้มองลงไปที่ปัญหาในพื้นที่มากกว่าการมองปัญหาจากภาพรวมของประเทศ ซึ่งเป็นสิ่ง ที่ดีสำหรับการพัฒนางานตามศักยภาพของพื้นที่ จากการติดตามการดำเนินงาน พบว่า

1. แต่ละกลุ่มที่ขอรับการสนับสนุนมีต้นทุนทางสังคมที่แตกต่างกัน
2. พื้นฐานด้านแนวคิด กระบวนการคิดมีความแตกต่างกัน
3. ความคาดหวังในการสำเร็จ/บรรลุเป้าประสงค์แตกต่างกัน
4. ศักยภาพในการบริหารจัดการแตกต่างกัน

องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากโครงการที่ได้รับการสนับสนุน

การมองปัญหาสุขภาพตามแนวทางปัจจุบันที่พยายามนำเรื่องสุขภาพแบบองค์รวม อัน ประกอบด้วย กาย จิต สังคม/เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณหรือปัญญา เป็นฐานคิดในการมองปัญหาความ เชื่อมโยงของสุขภาพในปัจจุบัน



แผนภูมิที่ 4-4 แผนผังสุขภาพ

สิ่งที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นจากโครงการที่ได้รับการสนับสนุน คือ การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน ในชุมชน โดยให้ความสำคัญในระดับปฐมภูมิเป็นหลักเนื่องจากเป็นหน่วยที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด และเป็นเสมือนเพื่อนร่วมทางที่สำคัญ ที่ผ่านมายุคทุกยุคทุกสมัย หน่วยงานปฐมภูมิหรืออนามัยเป็น หน่วยงานที่ควรได้รับความสำคัญจากกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด แต่ที่ผ่านมาไม่ใช่เป็นเช่นนั้น เนื่องจากประชาชนมีโอกาสนในการเลือกใช้บริการตามแต่ความเชื่อของตนเอง หน่วยงานปฐมภูมิจึง กลายเป็นหน่วยที่ทำตามความต้องการตามเป้าประสงค์และตัวชี้วัดของทุกหน่วยงานในกระทรวง สาธารณสุข และเมื่อการดูแลสุขภาพถูกเปลี่ยนความหมายจากการที่ให้ประชาชนทุกคนตระหนักและ

รับผิดชอบสุขภาพของตนเอง คนในครอบครัว และคนในชุมชน การอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่นลดลง มาเป็นการเน้นการรักษาเฉพาะทาง ทำให้เพิ่มความต้องการในการรักษาแผนปัจจุบันมากขึ้น ต้องการการดูแลเฉพาะโรคมากขึ้น ทั้งๆ ที่โรบบางโรคสามารถหายหรือดีขึ้นโดยการดูแลสุขภาพพื้นฐาน ซึ่งต่อมาทำให้เกิดการเพิ่มต้นทุนในการรักษาพยาบาลแต่กลับลดต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และจุดแข็งของชุมชนให้น้อยลง การพยายามส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและการมองปัญหาสุขภาพของชุมชนจึงน่าจะเป็นคำตอบที่ยั่งยืนกว่า เป็นการเพิ่มต้นทุนทางสังคมขณะเดียวกันก็ลดต้นทุนในการบำบัดรักษาในโรบบางโรคที่ไม่รุนแรง

จากแผนภูมิจะสามารถอธิบายจากข้อเขียนของ ศ.นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ดังนี้

สุขภาพ หรือสุขภาพะ หมายถึง วิธีชีวิตทั้งหมดไม่คับแคบ มีดังนี้ แบบปัจจุบันที่ลดทอนเรื่องสุขภาพลงเหลือแค่เทคนิคและเน้นที่โรคภาพ มากกว่า สุขภาพ เมื่อคับแคบก็ตีบตัน โดยคำว่า สุขภาพ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก *Health is complete physical mental social and spiritual well-being.....* การมองภาพของสุขภาพดังกล่าวได้รวมเอาจิตวิญญาณ (ด้านปัญญา) เข้าไว้ด้วยตั้งแต่แรก

ในการวางรากฐานของการดำเนินโครงการก็มีเป้าหมายที่จะให้ทุกโครงการได้มองเห็นสุขภาพหรือสุขภาพะของประชาชนอย่างครบถ้วนเช่นกัน ทั้งนี้มีคำอธิบายในเรื่องดังกล่าว ดังนี้

สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางกาย ย่อมหมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุปัทวันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ กาย ในที่นี้หมายถึง กายภาพด้วย

สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใจที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาพะที่สมบูรณ์ทางจิตใจไม่ดี

สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการสังคม

สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) หมายถึง สุขภาพะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น สุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขอันประณีตและล้ำลึก

จากแนวคิดด้านสุขภาพะที่นำมาเป็นฐานคิดในการจัดทำโครงการเพื่อให้เกิดความครอบคลุมปัญหาในการดำเนินงานที่พบว่า ในบางโครงการที่ขอรับการสนับสนุนยังขาดความครอบคลุม สรุปได้ดังนี้

1. ด้านความรู้/แนวคิด

ทุกโครงการมีฐานเริ่มต้นจากปัญหาที่ตนเองพบ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีที่มองเห็นปัญหาจากการปฏิบัติงานและคิดว่าควรได้รับการแก้ไขซึ่งในระบบปกติอาจจะไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากขาดทุนสนับสนุนหรือขาดโอกาสในการดำเนินงาน โครงการนวัตกรรมฯ นี้ น่าจะเป็นทางออกที่สำคัญที่

ช่วยแก้ปัญหาได้ และด้วยกระบวนการที่ สวรส.ภาคใต้ มอ. และ สปสช. ดำเนินการ คือ การพัฒนาและปรับแนวคิดให้เข้าสู่กรอบความเป็นไปได้ของโครงการ โดยการจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบโครงการ และมีที่ปรึกษาโครงการให้ข้อชี้แนะในปรับปรุงโครงร่างวิจัย ทำให้โอกาสในการสำเร็จเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับทราบการดำเนินงานและร่วมติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ เกิดการประสานงานร่วมกันในพื้นที่มากขึ้น เพราะเป้าหมายหลัก คือ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และเพิ่มความตระหนักของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการที่เหมาะสมกับพื้นที่รวมทั้งการสร้าง ความเข้าใจในชุมชนในช่วงวิกฤติที่ทุกคนเกิดความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน การดำเนินงานที่ใช้การสาธารณสุขนำนั้นน่าจะได้ผลดีในเชิงสมานฉันท์ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับโลกเป็นที่ยอมรับว่า บุคลากรทางการแพทย์ไม่ใช่เป้าหมายของปัญหา

การพยายามที่จะทำงานเชิงรุกในทุกโครงการที่น่าเสนอเป็นสิ่งที่ดี เช่น การพยายามสื่อสารกับผู้นำศาสนาให้มาเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน ทั้งนี้หากมองในบทบาทของผู้นำศาสนาทุกศาสนาถือว่าเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ปราชญ์ โด่ปะบิแด โด่ปะหมอ และผู้นำทางธรรมชาติ ที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ แนวคิดในชุมชน นอกจากนี้ยังพยายามที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุข เช่น อบต. ครู ญาติ หรือแม้แต่เด็กๆ ในชุมชน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดภาพการทำงานร่วมกันของคนในชุมชน แต่อาจจะยังไม่ตอบคำถามในเรื่องความยั่งยืนของการดำเนินงาน จึงมักมีคำถามว่า หากลดการสนับสนุนโครงการหรือทาง สวรส.ภาคใต้ มอ. และ สปสช. ไม่สามารถสนับสนุนได้ จะมีความยั่งยืนหรือดำเนินงานต่อไปได้อย่างไร เพราะเป้าหมายของ สวรส.ภาคใต้ มอ. และ สปสช. คือ การเกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหาสุขภาพระยะยาว การต่อยอดการทำงาน หลักการ หรือนโยบายที่เป็นตัวเชื่อมโยงและประกันการได้รับการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน จิตอาสาที่เกิดในโครงการจะเป็นจิตอาสาที่ยั่งยืนได้อย่างไร

ความร่วมมือที่เกิดขึ้นในขณะที่มีการดำเนินงานเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งน่าจะบอกทิศทางที่ดี แต่เนื่องจากไม่ได้นำเสนอข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์และข้อเท็จจริงว่าก่อนที่จะมีการดำเนินงานนั้นชุมชนเป็นอย่างไรในด้านความสัมพันธ์ แต่นำเสนอเฉพาะสถิติปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งบางพื้นที่ก็ไม่ได้นำข้อมูลในพื้นที่มาเป็นองค์ประกอบในการนำเสนอ แต่เป็นข้อมูลที่ได้จากจังหวัด และเป็นข้อมูลนามธรรม

การนำเอากระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้เป็นเพียงองค์ประกอบของการดำเนินงานมากกว่าการใช้เป็นหลักหรือจุดตั้งต้นในการแก้ไขปัญหาของชุมชน เพราะจากการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนในหลายโครงการไม่ได้ตรงกับปัญหาของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นเพียงส่วนหนึ่งและไม่ได้รับความสำคัญ ดังนั้นผู้ที่ไม่นำเอากระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการดำเนินงานควรจะต้องเข้าใจกระบวนการ วัตถุประสงค์ และการนำผลจากกระบวนการนี้ไปใช้ เพราะเราไม่อาจคาดเดาได้ว่า คนในชุมชนคิดอย่างไร ใครที่เป็นผู้นำอย่างแท้จริง และเขาต้องการ/คาดหวังอะไร

หากพิจารณาจากการสรุปวัตถุประสงค์ของทุกโครงการ จะพบว่า ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การลดปัญหาและการเพิ่มประสิทธิภาพหรือผลงานประจำเป็นหลัก เช่น การลดอัตราเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน การส่งเสริมสุขภาพปากและฟัน เป็นต้น

ถึงแม้องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน อาจจะเป็นความรู้เชิงวิชาการที่ไม่แตกต่างไปจากองค์ความรู้ในเรื่องชุมชนมากนัก แต่สิ่งที่ได้ คือ ความพยายามที่จะคิดทำงาน และแก้ปัญหาที่ตนเองประสบ ส่วนกระบวนการในการแก้ไขปัญหาอาจจะยังไม่ครบถ้วน ขาดประสบการณ์ เนื่องจากกรอบแนวคิดเดิมไม่ชัดเจนทำให้แนวทางการดำเนินงานก็ยังไม่สามารถตอบปัญหาในการแก้ไขปัญหาอย่างแท้จริง

2. กิจกรรม/การดำเนินงาน/กระบวนการ

การกำหนดกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการกำหนดกิจกรรมไว้ก่อนโดยผู้ดำเนินงาน เช่น การประชุมแบบมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแท้ที่จริง ก่อนที่จะได้ข้อสรุปถึงปัญหาและเสนอขอรับทุนสนับสนุน ผู้ดำเนินงานต้องมีข้อมูลนี้อยู่แล้ว แต่สิ่งที่นำเสนอมักเป็นข้อมูลสถิติที่บางโครงการเกี่ยวข้องกับปัญหาของชุมชนและบางโครงการสถิติไม่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาที่แท้จริง การประชุมเสวนาเพื่อค้นหาปัญหาจึงไม่เกิดประโยชน์ ทั้งนี้เพราะการประชุมดังกล่าวได้ถูกกำหนดหัวข้อหรือกิจกรรมไว้ก่อนแล้ว

นอกจากนี้กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดเลือก/เชิญเข้ามาเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือร่วมคิดร่วมทำ ก็ไม่มีข้อกำหนดว่าเป็นใคร จำนวนเท่าไร แต่เสนอภาพรวมว่า เป็นกลุ่มชุมชนที่มีองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน คือ ผู้นำชุมชน ผู้แทน อบต. นายก อบต. หรือนายกเทศมนตรี รวมทั้งการพยายามหาความเชื่อมโยงด้านจิตวิญญาณหรือปัญญา โดยการนำเอากลุ่มผู้นำศาสนา และปราชญ์ในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน แต่สิ่งที่ผู้ดำเนินงานขาดการวิเคราะห์ คือ บุคคลเหล่านั้นมองปัญหาด้านสุขภาวะอย่างไร การให้ข้อมูลและมุมมองโดยผู้ดำเนินงานอาจจะเป็นวิธีการแก้ไขประเด็นหนึ่ง แต่หากกลุ่มที่เข้ามาเกี่ยวข้องเป็นเพียง “ผู้เข้าร่วม” และเดินเรื่องตามกลไกของผู้ดำเนินงานหลักคือหัวหน้าโครงการ ก็จะไม่เห็นบทบาทของตนเองว่า ควรมีส่วนร่วมในระดับใด และจะช่วยให้สุขภาวะทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของคนในชุมชนดีขึ้นได้อย่างไร ถึงแม้บางโครงการจะมีความพยายามในการจัดตั้งให้มีสยิดเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ก็ตาม แต่การกำหนดบทบาทที่ไม่ชัดเจนทำให้การใช้พื้นที่มีสยิดในการเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ไม่ชัดเจน ชุมชนหรือกรรมการมีสยิด ตลอดจนหน่วยงานอื่นๆ ไม่ได้ทำบทบาทของตนเองตามภาระกิจ แต่ทำตามข้อกำหนดในโครงการ ทำให้ไม่เห็นความยั่งยืนของโครงการ หรือแม้แต่บางโครงการพยายามให้เด็กมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โต๊ะอิหม่ามเป็นผู้ช่วยให้ข้อมูลและดูแล แต่แท้ที่จริงแล้วคงต้องกลับมามองว่า ทั้งเด็ก โต๊ะอิหม่าม เข้าใจในปัญหาและความสำคัญของตนเองมากน้อยเพียงใดตนเองมีบทบาทที่จะลดปัญหาสุขภาพและโรคต่างๆ ได้อย่างไร

ในการดำเนินงาน บทบาทการทำงานยังเป็นของผู้ที่ได้รับทุนเป็นส่วนใหญ่ โดยจะเป็นทั้งผู้เขียนบท (กิจกรรม) เป็นผู้นำกิจกรรม คือ เป็นทั้งวิทยากร ผู้จัด ผู้ประเมิน (บางโครงการไม่มีการประเมิน) เบ็ดเสร็จในคนเดียว ซึ่งหากมองหาความสมบูรณ์คงเป็นไปได้ยาก และไม่สามารถดำเนินงานทุกกิจกรรมเสร็จสิ้นตามวันและเวลาที่กำหนด

การขาดการประเมินสถานการณ์อย่างแท้จริงทำให้หลายโครงการไม่สามารถตอบโจทย์ที่ตนเองตั้งไว้ได้จึงทำให้หลายโครงการขาดสิ่งที่น่าสนใจไป เช่น การเสริมสร้างเครือข่ายชุมชนดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตำบลยามู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี หรือโครงการชุมชนรวมพลังจัดไข้มาลาเรีย ก็ตาม

นอกจากนี้ โครงการส่วนใหญ่ยังขาดการประสานงานกับอาจารย์/ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับมอบหมายให้เป็นที่ปรึกษา การจัดกระบวนการทัศน์โดย สวรส.ภาคใต้ มอ. และ สปสช. เพื่อให้งานดังกล่าวมีความ

ครอบคลุมมากขึ้นไม่ได้ถูกนำมามีส่วนร่วมในการชี้แนะระหว่างการทำงาน ดังนั้นเมื่อเสร็จสิ้นโครงการฯ ทำให้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ หรือพัฒนาศักยภาพของผู้ดำเนินงานอย่างแท้จริง เพราะจำนวนกิจกรรมที่เกิดขึ้นมากมาย หากไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ก็น่าจะมีประโยชน์ใดๆ เท่ากับการพยายามวางกรอบแนวคิดและเจาะลึกถึงกิจกรรมนั้นๆ ในเชิงปริมาณและคุณภาพ

ในแต่ละโครงการยังไม่ได้อธิบายถึงกระบวนการ/กลไกที่นำไปสู่ สิ่งที่ผู้ดำเนินงานคาดว่าจะเป็
 “ความสำเร็จ” ว่าในแต่ละกิจกรรมได้ใช้กระบวนการอะไรบ้าง เพราะน่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ชุมชนที่เป้าหมายและชุมชนอื่นได้เรียนรู้ถึงการเกิดความร่วมมือหรือความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

3. การประเมินผล

การประเมินผลโครงการ ทั้งจากกลุ่มผู้ดำเนินงานเอง กลุ่มเป้าหมายของโครงการ และผู้เกี่ยวข้อง พบว่า มีน้อยมาก เพราะหลายๆ โครงการมุ่งเฉพาะการทำกิจกรรมที่ตนเองวางแผนไว้ แต่ลืมที่จะตอบคำถามว่า “ทำแล้วมีการเปลี่ยนแปลงอะไร” “อะไรเป็นตัววัดความสำเร็จ : ความรู้ ความพึงพอใจเท่านั้นหรือ” การวัดการเปลี่ยนแปลงบางประการที่ต้องการการทิ้งช่วงเวลา เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลที่ต้องใช้เวลาในการตรวจสอบ ติดตามว่า สิ่งที่ผู้ดำเนินงานต้องการให้เกิดนั้นเกิดขึ้นจากการทำกิจกรรมหรือจากองค์ประกอบอื่น ความยั่งยืนของการดำเนินงานที่หลายฝ่ายถามหา ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน

ในการประเมินผล มีกลุ่มที่จัดให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเกือบทุกโครงการมีการบรรจุอยู่ด้วย อาจจะต้องถามว่า ความรู้ที่ผู้ดำเนินการให้กับกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง มีความแตกต่างอย่างไรกับความรู้ที่เคยได้รับจากสถานพยาบาลที่เขาเหล่านั้นไปรับบริการ การสร้างกิจกรรมใหม่ๆ จะช่วยให้ อสม. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือมีความรู้เพิ่มขึ้นจริงหรือ เพราะการประเมินผลความรู้ทันทีที่ให้ความรู้เป็นสิ่งที่ต้องระวัง เพราะส่วนใหญ่มักมีความรู้เปลี่ยนแปลงไป อาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงซึ่งแบบสอบถามไม่มีการนำเสนอว่ามีมาตรฐาน หรือมีการทดสอบความน่าเชื่อถือได้หรือไม่

4. นวัตกรรมที่เกิดขึ้น

คำถามนี้อาจเป็นคำถามที่ต้องการคำตอบที่เด่นชัด หากพิจารณาคำว่า “นวัตกรรม” หรือ “innovation” เป็นคำที่ใช้แพร่หลายในประเทศไทยมาประมาณ 10 ปี มีความหมายว่า การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ การปรับปรุงใหม่ (modernization, alteration) ซึ่งอาจไม่ใช่สิ่งใหม่สุด แต่เป็นการพัฒนา/ปรับปรุงสิ่งเก่าๆ ที่เป็นปัญหาให้นำไปสู่สิ่งใหม่ซึ่งแล้วแต่วัตถุประสงค์ในการใช้งาน แต่ในบางโครงการไม่สามารถชี้ให้เห็นความแตกต่างของการทำงานประจำกับกิจกรรมในโครงการ เช่น กิจกรรมการให้ความรู้ การเยี่ยมบ้านโดย อสม. เป็นต้น เพราะหากพิจารณาถึงบทบาทของรัฐในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน บทบาทการให้สุขศึกษา ก็เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์อยู่แล้ว ขณะเดียวกัน อสม. ก็มีส่วนในการเชื่อมงานในชุมชนที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถเจาะลึกได้ และ อสม. ก็ได้รับการอบรมในบทบาทของตนเองอยู่เดิม

สิ่งที่ผู้ดำเนินงานหลายฝ่ายพยายามเน้น คือ การมีผู้นำทางศาสนา เด็ก สามี ญาติ อบต. เข้ามาร่วมเป็นเครือข่าย หรือแกนนำในการทำงาน แต่กระบวนการในการสร้างเครือข่ายไม่ชัดเจนจึงดู

เหมือนการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเพียงการเติมเต็มองค์ประกอบที่หายไปของโครงการเท่านั้น หากมีการกำหนดบทบาทและติดตามประเมินศักยภาพอย่างมีระบบก็จะทำให้เห็นว่า แนวคิดในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน หรือทุกหน่วยของชุมชนให้ความสำคัญในบทบาทที่ตนเองได้รับ และมีความต่อเนื่อง มีความภาคภูมิใจเกิดขึ้น รวมทั้งมีความยั่งยืนโดยได้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนสุขภาพชุมชนที่ อบต. ยอมรับและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ก็ถือว่าเป็นนวัตกรรมได้ และเป็นนวัตกรรมประเภทการปรับปรุงใหม่

โครงการที่ได้รับการยอมรับว่า เป็นโครงการครบวงจรและเป็นการแสดงให้เห็นพลังการทำงานของทั้งโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ และคนในชุมชน คือ โครงการโรงพยาบาลต้นแบบในงานบริการตามวิถีมุสลิมและวิถีชุมชน โรงพยาบาลจะแนะ ซึ่งมีการพัฒนาต่อยอดอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากเป็นนโยบายของผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยมีการปรับปรุงการบริการที่ยึดแนวทางมุสลิมทั้งในเรื่องการกล่าวคำขอพรจากพระเจ้าเมื่อพบกันของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นการบอกถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การจัดให้มีการทำสัหฺนัตหฺญูญโดยเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและโต๊ะบิแด การสวดดูอา การละหมาดในโรงพยาบาล และการให้ความรู้โดยแพทย์มุสลิมในการละหมาดวันศุกร์ในห้องละหมาดของโรงพยาบาล อาจกล่าวได้ว่าเป็นการจำลองวิถีชีวิตของชาวมุสลิมมาผสมผสานไว้ในการดูแลผู้มารับบริการและญาติ รวมทั้งในวิถีชุมชนผ่านตัวแทน คือ โต๊ะบิแดที่เป็นส่วนหนึ่งของผู้นำทางจิตวิญญาณ แต่สิ่งที่ต้องระวัง คือ ยังมีวัฒนธรรมอื่นที่มาขอรับบริการที่โรงพยาบาลจะแนะ คือ คนต่างศาสนาที่ยังอาศัยอยู่ในพื้นที่หรือเจ้าหน้าที่ที่มีความเชื่อในศาสนาที่แตกต่างที่อาจจะยังต้องการมีตัวตนอยู่ในชุมชนด้วยถึงแม้จะเป็นชนกลุ่มน้อยก็ตาม ทั้งนี้คงต้องพิจารณาย้อนกลับไปถึงการมีศักดิ์ศรีและภูมิใจในตนเองของบุคคลต่างวัฒนธรรมด้วย ดังนั้นอาจจะต้องมีแนวทางในกรณีที่มีคนต่างวัฒนธรรมเข้ามาขอรับบริการที่จะทำให้เขาเหล่านั้นไม่รู้สึกละแวกแยกแยะและเลือกปฏิบัติ เพราะประเทศไทยยังเป็นประเทศที่มีลักษณะเป็นพหุวัฒนธรรม สิ่งที่โครงการนี้จะต้องมอง คือ ความเชื่อ และความแตกต่างกันในเรื่องการตีความในบทบัญญัติของศาสนา ไม่ว่าจะเป็น หะดิษ หรือบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน ที่ยังต้องมีการยอมรับและเป็นสากล เช่น การอาบน้ำละหมาด (ใช้ทราย หรืออื่นๆ แทนน้ำ) ในภาวะการเจ็บป่วย เป็นต้น

แนวคิดในการทำให้เกิดความผูกพันในชุมชนโดยส่งเสริมให้เด็กได้มีส่วนร่วมในการดูแลคนในครอบครัว คนในชุมชน เป็นแนวทางที่ดีที่พยายามส่งเสริมวัฒนธรรมชนบท เด็กๆ รู้สึกตระหนักในหน้าที่ที่จะต้องดูแลผู้ใหญ่ในชุมชนเพราะผู้ใหญ่เหล่านั้นที่อาจจะป่วยหรือไม่ก็ตามเป็นส่วนหนึ่งของการอยู่รอดของชุมชน การถ่ายทอดทางวัฒนธรรมที่อาจจะส่งผ่านจากรุ่นสู่รุ่นจะยังคงอยู่ ความกตัญญูต่อผู้ใหญ่เป็นสิ่งที่ชุมชนต้องรักษาและเป็นตัวแทนของความสามัคคีที่น่าจะมีการสืบทอด แต่สิ่งที่ขาดไปจากการดำเนินงาน คือ เด็กๆ หรือคนในชุมชนเหล่านั้นมองเห็นสิ่งที่เขากระทำอย่างไร การมาร่วมโครงการแล้วเกิดสิ่งที่ดีอะไรต่อตนเองและชุมชน และวัฒนธรรมเหล่านั้นจะสืบทอดหรือส่งต่อความคิดไปยังเด็กคนอื่นๆ ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการอย่างไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้น่าจะเป็นส่วนในการช่วยเยียวยาความรู้สึกโดดเดี่ยวในสังคมได้เป็นอย่างดี

มีแนวคิดในการร่วมมือในชุมชนเพื่อป้องกันโรคมาลาเรีย ซึ่งเป็นปัญหาในจังหวัดยะลาซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของมาลาเรียอย่างมากและมีการแพร่ระบาดมากทุกๆ ปี การพยายามใช้พลังชุมชนให้มองปัญหาของตนเองและช่วยกันแก้ไขเป็นสิ่งที่น่าจะบอกถึงความเข้มแข็งในชุมชนที่มีอยู่เพียงแต่รอการกระตุ้นหรือแรงผลักดัน ซึ่งผู้ดำเนินงานยังไม่ได้อธิบายกระบวนการของความร่วมมือ ชุมชนนี้อาจจะ

เป็นชุมชนที่มีทุนทางสังคมที่ดีอยู่เดิมในขณะที่ชุมชนอื่นมีด้อยกว่า กระบวนการทางชุมชนแห่งนี้เป็นสิ่งที่น่าจะเป็นตัวอย่างให้แก่หลายชุมชน ที่สามารถดูแลกันได้เมื่อภาครัฐยังเป็นผู้แก้ไขปัญหาไม่ถูกใจหรือความต้องการของชุมชน สิ่งที่รัฐต้องดำเนินงาน คือ การสนับสนุนให้เกิดชุมชนเช่นนี้ต่อไป แต่รัฐจะต้องไม่เข้าไปจัดการเอง รัฐอาจเป็นเพียงผู้ดูห่างๆ และคอยสนับสนุนกิจกรรมอันเป็นในทิศทางบวกต่อไป

ในการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก สิ่งที่เป็นปัญหางานประจำ คือ การฝากครรภ์ล่าช้าทำให้ ไม่บรรลุดัชนีชี้วัดที่กำหนดไว้ การพยายามหากระบวนการให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบการดูแลได้เร็วขึ้นทำให้ หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีโอกาสได้รับการดูแล คัดกรองความผิดปกติได้เร็วขึ้นและหากมีปัญหาก็สามารถวางแผนการแก้ไขได้ทันทั่วทั้งที่ ซึ่งคนที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจถูกชี้ว่า คือ สามี เครือญาติ ผู้นำศาสนา และโศภิธิต การทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ตื่นตัวและเข้าขอบเขตบาทของตนเองที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพที่ดี จึงถูกนำมาเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะช่วยให้งานอนามัยแม่และเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งทำให้ชุมชนได้มองเห็นชัดขึ้นว่า สามีควรต้องมีส่วนร่วมในการดูแล โดยภาพรวม น่าจะทำให้สามีมีความตระหนักในบทบาทของตนเอง และเป็นไปตามข้อปฏิบัติทางศาสนาในบทบาทของสามี แต่สิ่งที่ผู้ดำเนินงานต้องคิดถึง คือ สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นในชุมชนและเป็นแบบแผนของการปฏิบัติ ได้อย่างไร ภายหลังสิ้นสุดโครงการ โครงการโรงเรียนพ่อแม่ฯ ก็เป็นอีกโครงการที่สามารถเชื่อมต่อแนวคิดได้ และอาจจะนำไปประยุกต์ให้เกิดความยั่งยืนได้

การสร้างสื่อโดยชุมชนมีส่วนร่วมเป็นสิ่งที่ดี เพราะเป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างสื่อที่ใช้ภาษาและความเข้าใจของชุมชน การสื่อสารเรื่องโรคอาจจะเข้าใจง่ายกว่าการสร้างสื่อโดยนักวิชาการ และมีการแทรกบทสวดขอพรที่จะทำให้ผู้อ่านเกิดความปิติ แต่สิ่งดังกล่าวยังไม่ถึงขั้นพิสูจน์ว่าได้ผลจริงหรือไม่ และเป็นที่ยอมรับในทางวิชาการทั้งทางศาสนาและการแพทย์ การได้เครื่องมือนี้เป็นเพียงการเริ่มต้นที่ต้องการการทดลองพิสูจน์ เช่นเดียวกับโครงการการจัดการความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่พยายามถอดบทเรียนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้ง 2 กลุ่ม มาเป็นต้นแบบการปฏิบัติตน ทั้งการออกกำลังกาย การใช้สมุนไพรมาช่วยในการดูแลสุขภาพ การเผยแพร่ความรู้ดังกล่าวควรต้องมีการพิสูจน์ในเชิงวิชาการโดยเฉพาะผลการใช้สมุนไพร การปฏิบัติตนของคนต้นแบบจำเป็นต้องศึกษาพฤติกรรมอย่างละเอียด มิฉะนั้นอาจจะทำให้เกิดการแปลพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนำไปสู่การปฏิบัติในผู้อื่นที่ไม่ได้ผล การมองแต่ข้อดีเป็นสิ่งที่ดี แต่ต้องมองให้บรรลุถึงจุดด้อยที่ซ่อนเร้นอยู่ด้วย ก่อนการขยายผลจึงต้องมีการตรวจสอบและพิสูจน์ทั้งในเชิงวิชาการแพทย์ สังคมศาสตร์การแพทย์และมานุษยวิทยา โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

ความพยายามที่จะเชื่อมโยงบทบัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอานและข้อปฏิบัติในละหมาด ประเด็นสุขภาพอนามัย การล้างมือ และการทำความสะอาดพื้น เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยการค้นหาข้อปฏิบัติตามหลักศาสนาเป็นแนวทางให้ความรู้แก่ชุมชน ซึ่งควรจะต้องมีการทดลองปฏิบัติการยอมรับโดยผู้รู้ทางศาสนาและต้องประเมินผลด้วย ทั้งนี้เพราะบริบทของพื้นที่มีความแตกต่างกัน

5. สิ่งที่ต้องพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน

การพัฒนาให้เกิดความยั่งยืน มองได้ 2 ประเด็น คือ

5.1 ความยั่งยืนของโครงการ ความต่อเนื่อง

5.2 ความยั่งยืนของศักยภาพผู้ดำเนินงานและชุมชน

5.1.ความยั่งยืนของโครงการและความต่อเนื่อง

การจัดให้มีโครงการพัฒนานวัตกรรมระบบบริการสุขภาพชุมชนในพื้นที่พิเศษ (5 จังหวัดชายแดนภาคใต้) สิ่งที่เป็นความคาดหวัง คือ การเกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดี และได้แบบแผนในการดำเนินงานของโครงการที่ประสบผลสำเร็จได้เป็นต้นแบบแก่ชุมชนอื่น โดยเริ่มจากการดำเนินโครงการที่กระตุ้นให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของสุขภาพและปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งมองถึงองค์ประกอบของปัญหา และผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โครงการที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เน้นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อาจจะต้องให้ความสำคัญในเชิงการป้องกัน และเจาะลึกถึงค่าใช้จ่าย พฤติกรรม ความเชื่อ ศรัทธาในเรื่องสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ปัจจุบันพบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีเพิ่มมากขึ้นอย่างไม่เคยมีมาก่อน ซึ่งนับเป็นตัวเลขในระดับของโรคระบาดเลยทีเดียว ด้วยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานราว 230 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าในอนาคตจะเพิ่มขึ้นแตะที่ 350 ล้านคนในปี 2578 หลักฐานที่ปรากฏว่าการจัดการระดับน้ำตาลในเส้นเลือดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะมีผลให้เกิดผลกระทบอันสืบเนื่องมาจากโรคเบาหวาน เช่น การสูญเสียการมองเห็น เนื้อตาย ไตวาย หัวใจล้มเหลว และความเสียหายในระบบประสาท ทั้งนี้โรคเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับ 4 ของการเกิดโรคร้ายที่เป็นอันตรายถึงชีวิตทั่วโลก ทั้งนี้การรักษาโรคที่เกิดจากผลกระทบของการเป็นโรคเบาหวานมีค่าใช้จ่ายในการรักษามากที่สุดในประเทศที่ 2.86 แสนล้านดอลลาร์ต่อปี (กลุ่มพันธมิตรผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวานทั่วโลกเรียกร้องให้จัดการโรคเบาหวานอย่างเต็มที่ เพื่อป้องกันการสูญเสียและภาระค่าใช้จ่ายสูง : Asianet Press Release – จันทร์ที่ 18 กันยายน 2006) ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เป็นเบาหวานที่ถูกตัดขา 40,000 คนต่อปี ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดขา รักษาและดูแลแผลในโรงพยาบาลสำหรับผู้เป็นเบาหวาน และมีผลที่เท่าซึ่งจำเป็นต้องตัดขา จะเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1 ล้านบาท

จากสถิติ ของสถานื่อนามัยพญาแมน มีผู้ป่วยเหล่านี้ เพิ่มขึ้นทุกปี โดย ในปี 2548 สถานื่อนามัยพญาแมน มีผู้ป่วย โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อยู่ในความดูแล 103 และ 287 คน คิดเป็นค่าใช้จ่ายค่าเวชภัณฑ์ที่ต้องจ่ายให้กับผู้ป่วยในกลุ่มโรคดังกล่าว เป็นเงิน 173,414.40 บาท ในปีงบประมาณ 2549 ผู้ป่วยดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 113 และ 344 คนตามลำดับ และมีค่าใช้จ่ายด้านเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้นเป็น 181,314.40 บาท ทั้งนี้ มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากอาการแทรกซ้อนของโรคดังกล่าว ทั้งเกิดความพิการ และเสียชีวิต ในทุกๆ ปี โดยในปี 2548 มีผู้ป่วยในเขตตำบลพญาแมน เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าว ถึง จำนวน 8 ราย ซึ่งเกิดจากขั้นตอนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว ตลอดจนคนในชุมชนเองไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กมล มั่นอัน สถานื่อนามัย : สถานื่อนามัยตำบลพญาแมน อุดรดิตถ์ นวัตกรรมบริการปฐมภูมิในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง)

อย่างไรก็ตาม หากจะมีการสนับสนุนการต่อยอดของโครงการที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ควรต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์ และนำเสนอข้อมูลเชิงประจักษ์ก่อนการขอรับการสนับสนุน ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าจะมีข้อมูลเหล่านี้มากพอที่จะชี้แนะและนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่แท้จริง และมองเป้าหมายที่สุขภาพะทั้งกาย จิต สังคม และปัญญาหรือจิตวิญญาณ นำไปสู่การเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในชุมชน ครอบครัว (สิ่งแวดล้อม) ตัวผู้ป่วย (ปัจเจกบุคคล) และระบบบริการที่เปลี่ยนจากเชิงรับเป็นเชิงรุก มากกว่าการตอบคำถามเชิงจำนวน/รายงานสถิติแก่ภาครัฐ เพราะบทเรียนที่ได้ทราบจากเวทีการนำเสนอจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่มากนัก

5.2.ความยั่งยืนของศักยภาพผู้ดำเนินงานและชุมชน

จากความพยายามที่ เจ้าหน้าที่ สสจ. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และสถานีนามัยที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 5 จังหวัด ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งจากการประเมินพบว่า ผู้ดำเนินงานทั้ง 37 ราย คิดว่า ตนเองมีประสบการณ์มากขึ้น ได้มีโอกาสเรียนรู้มากขึ้นในเชิงวิชาการ จากที่ได้รับการสนับสนุน ทำให้บางรายมองว่า **"ตนเองตัวเล็กลง"** เพราะคุ้นชินกับการทำงานในโรงพยาบาล แต่เมื่อออกไปในพื้นที่/ชุมชนจะทำให้เข้าใจบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนมากขึ้น

ในการดำเนินงานนี้ไม่ได้นำเอาบทบาทของชุมชนเข้ามามีส่วนในการคิดมากนัก ส่วนใหญ่ชุมชนเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งเท่านั้น แต่ก็มีหลายโครงการที่พยายามให้คนในชุมชนร่วมรับรู้และแก้ไข เช่น โครงการของเด็กในตำบลสะพานไม้แก่น ตำบลประกอบ จังหวัดสงขลา และตำบลโคกเคียน จังหวัดนราธิวาส แต่สิ่งที่ผู้ดำเนินงานต้องทำต่อไป คือ **"ทำอย่างไรให้มีความร่วมมืออย่างนี้ต่อไป หากไม่ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากองค์กรภายนอก"**

ส่วนโครงการที่แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือของชุมชนโดยเจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้ให้ข้อมูล ผู้ร่วมจัดเชิงวิชาการ เช่น โครงการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วตำบลต้นแบบ โรงพยาบาลจะนะ และโครงการแก้ไขปัญหาไข้มาลาเรีย แต่เมื่อปัญหาเหล่านี้ได้รับการแก้ไขแล้ว ควรทำอย่างไรต่อ เพราะปัญหาเก่าอาจกลับมาอีกในภายหน้า บทเรียนการสร้างความร่วมมือจะทำให้เกิดความต่อเนื่องหรือความตระหนักของชุมชนได้อย่างไร โดยเฉพาะปัจจุบันวิถีชุมชนเริ่มเปลี่ยนไป ความทันสมัยเข้ามาในชุมชนแล้วชุมชนจะดำรงสิ่งดีๆ ได้อย่างไร ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดำเนินงานควรต้องพิจารณา

โดยภาพรวม ผู้ดำเนินงานส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์การทำงานมากพอสมควร แต่อาจจะมีข้อด้อยในเรื่องกระบวนการเขียน และการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอาจจะให้การสนับสนุนได้

ข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ควรต้องเป็นนักวิชาการ นักยุทธศาสตร์และนักวางแผน โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ จุดอ่อนจุดแข็งของพื้นที่ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. ต้องเข้าใจ เข้าถึง ปัญหา
3. การผสมผสานด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น และปลูกฝังแนวคิดในการทำเพื่อชุมชน
4. การขยายแนวคิดไปยังกลุ่มอื่นๆ เพื่อจะได้แก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างครอบคลุม
5. การวางกรอบแนวคิด กระบวนการ ตัวชี้วัด ไม่ชัดเจน
6. การสื่อสารกับที่ปรึกษาน้อยมาก
7. ความมีศรัทธาในงานที่ทำ มีสติและความวิริยะอุตสาหะ รวมทั้งต้องมีจริยธรรมด้วย
8. ประเด็นจริยธรรมเป็นประเด็นที่ทาง สสจ. อาจจะต้องมีการดำเนินงานเพราะหลายๆ โครงการล่อแหลมต่อจริยธรรม และสิทธิส่วนบุคคล
9. นวัตกรรมต้องแยกจากงานประจำ และต้องมาจากปัญหาชุมชนจึงจะมีความยั่งยืน

ข้อคิดเห็นจากการติดตามประเมินผล

1. ความเข้าใจในปัญหา ความชัดเจนของปัญหา และการคิดที่ติดกรอบงานประจำ ประเด็นการทำโครงการไม่ได้เริ่มที่ปัญหาที่ชุมชนประสบอยู่ แต่เป็นปัญหาของผู้ดำเนินงาน ดังนั้น กรอบการทำกิจกรรมจึงถูกกำหนดและเป็นไปตามแนวคิดของผู้ดำเนินงาน
2. ความไม่สัมพันธ์กันระหว่างความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ กระบวนการ/กิจกรรม ผลลัพธ์ และผลกระทบ เนื่องจากขาดการวางกรอบแนวคิด และข้อมูลเชิงวิชาการ
3. ขาดศักยภาพในเชิงการอธิบายกระบวนการ นำเสนอเฉพาะกิจกรรมซึ่งไม่สามารถอธิบายเหตุและผลของกิจกรรมได้อย่างชัดเจน
4. ขาดการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ส่วนใหญ่ในการประมาณการ การพูดคุยที่ไม่มีกรอบคำถาม
5. แบบเก็บข้อมูลในเชิงวิจัย ยังไม่สามารถอธิบายผลลัพธ์ได้
6. การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์แบบหลวมๆ
7. ไม่มีการกำหนดบทบาทและความแตกต่างของแกนนำ และเครือข่ายที่ชัดเจน ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดโครงการจึงไม่มีการกิจที่ชัดเจนทำให้ขาดความต่อเนื่องและขาดความยั่งยืน
8. หากจะมีการสนับสนุนโครงการต่อไป จะต้องประเมินศักยภาพของผู้ดำเนินงานและทีมงานทั้งผลงานที่ผ่านมาด้วย
9. ขาดการเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ไม่สามารถอธิบายข้อมูลในเชิงประจักษ์ของกลุ่มได้ ไม่สามารถอธิบายเหตุผล ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ไม่มีข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมาย ในบางครั้งการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ก็ไม่มีเนื้อหาในสิ่งที่บรรยาย ทำให้ไม่สามารถประเมินผลตามหลักวิชาการได้

สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น

1. ความพยายามในการให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของสมาชิกในชุมชน
2. บนความหวาดระแวงและความท้อแท้กับเหตุการณ์ก็ยังมีคนอีกกลุ่มหนึ่งที่พยายามทำให้เกิดความรู้สึกเป็นมิตรในวัฒนธรรมที่แตกต่าง
3. ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง : การพึ่งพาตนเองในการแก้ปัญหา มากกว่าการรอการช่วยเหลือเพิ่มศักดิ์ศรีและศักยภาพ
4. ศรัทธาต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

การจัดการความรู้

ความพยายามของโครงการที่จะนำไปสู่การจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพ ยังไม่ประสบผลสำเร็จนัก เนื่องจากความรู้ที่ได้ ณ โครงการทั้ง 39 โครงการ ยังเป็นความรู้ในระดับ ความรู้ที่ฝังในตัวคน (tacit knowledge) ความรู้ที่ได้หรือที่เรียกว่า นวัตกรรมที่ดำเนินงานอยู่ยังขาดการทำให้ความรู้นี้เกิดเป็นความรู้ที่ชัดแจ้ง เพื่อการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมที่แท้จริง (explicit) นายแพทย์วิจารณ์ พานิช ได้กล่าวถึงการจัดการความรู้ว่า

การจัดการความรู้ สำหรับนักปฏิบัติ ซึ่งก็คือ ผู้ดำเนินโครงการ ว่าเป็นเครื่องมือเพื่อการบรรลุเป้าหมายอย่างน้อย 4 ประการ เพื่อบรรลุเป้าหมาย คือ 1) งาน 2) การพัฒนาดน 3)การพัฒนาองค์กร เป็นองค์การการเรียนรู้ และ 4) ความเป็นชุมชน เป็นหมู่คณะ ความเอื้ออาทรระหว่างกันในที่ทำงาน

เนื่องจากความไม่ชัดเจนของกิจกรรมและกระบวนการดำเนินงาน แต่ละโครงการจึงบรรลุเป้าหมายบางส่วนเท่านั้น สิ่งที่คาดหวัง นั่นคือ “นวัตกรรม” ยังขาดความโดดเด่นของผลลัพธ์

แต่หากจะมีคำถามว่า ที่ผ่านมามีเกิดการเรียนรู้อะไรสำหรับผู้ดำเนินงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องบ้าง ก็อาจจะกล่าวได้ว่า เกิดการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน การส่งเสริมศักยภาพเชิงวิชาการให้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่ยังขาดการจัดการนำความรู้จากการปฏิบัติของตนมาถอดบทเรียนและตรวจสอบ ซึ่งนักวิชาการในพื้นที่และหน่วยงานในพื้นที่จะต้องดำเนินงานต่อ การจัดหมวดหมู่ของความรู้ จากโครงการทั้ง 39 โครงการจะเห็นภาพของ การเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข ดังนี้

1. ความเป็นชุมชนที่แต่ละชุมชนมีบริบทที่แตกต่างกันถึงแม้ส่วนใหญ่จะเป็นชุมชนมุสลิมที่คาดว่าจะมีวิถีชีวิตไม่แตกต่างกัน แต่ด้วยพื้นฐานทางวัฒนธรรมบางประการก็ยังพบที่มีความแตกต่างกัน แต่ในภาพรวมของการปฏิบัติทางศาสนกิจก็ยังคงมีความแตกต่างกันบ้าง และควรได้นำมาสังเคราะห์เพื่อหาแนวทางที่เป็นแนวทางเดียวกัน แต่หากพิจารณาถึงข้อปฏิบัติที่เป็นทางเลือกในการปฏิบัติและไม่ก่อให้เกิดปัญหา ก็อาจจะเป็นทางเลือกอีกทาง เช่น การอาบน้ำละหมาด การจัดการให้ความรู้หรือประเภทของสื่อที่ควรมีมัสยิด เป็นต้น

2. ความเป็นสุข สิ่งนี้จะเป็นผลที่หลายฝ่ายต้องการให้เกิด ความเป็นสุขและการอยู่ร่วมกันในความแตกต่างของลัทธิ ความเชื่อ และศาสนา ภาพดังกล่าวพอจะมองเห็นได้ในหลายพื้นที่ เช่น การศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนเมืองยะลา ที่มีการอยู่ร่วมกันระหว่างไทยพุทธและไทยมุสลิม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดำเนินโครงการที่เป็นไทยพุทธ แต่ช่วยส่งเสริมพัฒนามัสยิด เป็นต้น

3. การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ สิ่งนี้ยังเห็นไม่มากในโครงการที่นำเสนอ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นที่นำไปสู่การเกิดความรู้ที่ชัดเจน ส่วนมากเป็นเพียงกิจกรรมที่ไม่มีการวัดผลที่ชัดเจน ผู้ดำเนินงานยังไม่สามารถสื่อสารถึงกระบวนการ ความรู้ที่ได้ ให้เป็นรูปธรรม

4. เกิดการส่งเสริมพลัง สิ่งนี้ยังพบน้อยเนื่องจาก สิ่งที่เกิดขึ้นผู้ดำเนินงานวางแผนไว้และดำเนินงานตามแผนที่ตนเองวางแผนไว้ ขาดการนำเอาพลังประชาชนและผลการจัดเวที ที่ส่วนใหญ่มีกระบวนการนี้มาใช้ให้เกิดประโยชน์

ข้อเสนอแนะ

1. นำโครงการทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยคณะกรรมการ/ผู้ทรงคุณวุฒิและพี่เลี้ยงแต่ละจังหวัด เพื่อคัดเลือกและร่วมวางแผนในการดำเนินโครงการต่อยอด

2. จัดกระบวนการติดตามประเมินผลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ กำหนดบทบาทผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมพี่เลี้ยงในการติดตามรายงาน อย่างน้อยเดือนละครั้งในโครงการระยะสั้น และ 2 เดือนต่อครั้งในโครงการระยะยาว

3. อบรมกระบวนการเขียนรายงาน การสร้างแบบสอบถาม การสร้างสื่อ การประเมินผลโครงการ

4. ประเมินศักยภาพของชุมชนและผู้ดำเนินงาน ก่อนดำเนินงาน

5. มีคณะกรรมการจริยธรรมแต่ละจังหวัดโดยโครงการควรต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมก่อนส่งมาขอรับการพิจารณาทั้งนี้เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิทั้งผู้ดำเนินงานและกลุ่มเป้าหมาย ลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการได้

6. ลดโครงการที่อิงงานประจำ เช่น โรคความดัน/เบาหวาน อนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากที่ผ่านมา มีการสนับสนุนเป็นจำนวนมากแล้ว ควรให้พื้นที่มองปัญหาที่พบและต้องรับการแก้ไขอื่นๆ เช่น ปัญหาอุจจาระร่วงที่ยังเป็นปัญหาสำคัญและเป็นปัญหาซ้ำซาก การค้นหาเด็กที่มีปัญหาความพิการ ร่างกาย/ปัญญา

7. การจัดการความรู้หรือนวัตกรรมที่เกิดขึ้นไปสู่ความยั่งยืนที่แท้จริง โดยการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงทั้งในกลุ่มประชาชน ผู้ปฏิบัติงานและผู้ดูแลนโยบายในชุมชน โดยการจัดเก็บข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อกระตุ้นความตระหนักของชุมชน รวบรวมนวัตกรรมที่เกิดขึ้นในแต่ละจังหวัดและนำไปสู่การพัฒนาแผนสุขภาพชุมชนและแผนสุขภาพจังหวัด

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1

นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมัชชาสุขภาพ ครั้งที่หนึ่ง

ได้พิจารณารายงานเรื่อง นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ห่วงใย ในวิกฤตการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนในพื้นที่ และประชาชนทั่วประเทศ

เข้าใจ ว่าสภาพปัญหาในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เกิดจากโครงสร้างการบริหารจัดการ ระบบความยุติธรรม ระบบการศึกษา ระบบเศรษฐกิจ และระบบสังคม ประเพณีวัฒนธรรม ที่ไม่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีการดำเนินชีวิตของคนในพื้นที่

รับทราบ กรอบยุทธศาสตร์และแนวทางการทำงานของศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้

จึงมีมติดังต่อไปนี้

1. เห็นชอบกับข้อเสนอแนวทางการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามภาคผนวกแนบท้ายมตินี้
2. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 - 2.1 นำเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการผลักดันข้อเสนอเพิ่มแนวทางการพัฒนาสุขภาพกาย สุขภาพจิต ระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งด้านการบริหารจัดการ บุคลากร การศึกษา เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เพื่อให้รัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติ
 - 2.2 เผยแพร่ ประสาน สนับสนุนและผลักดันให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรวิชาการ องค์กรวิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในทุกภาคส่วน ทุกระดับ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ปฏิบัติตามข้อเสนอแนวทางการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัด ชายแดนภาคใต้ ดังกล่าว
 - 2.3 ติดตามการดำเนินงานและงบประมาณ ตามข้อเสนอแนวทางการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อรายงานความคืบหน้าต่อสมัชชาสุขภาพทุกปี

3. ขอให้ภาคีสมาชิกสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ

- 3.1 ร่วมกันผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มแกนนำ และผู้นำชุมชน นำข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ไปปฏิบัติในพื้นที่
- 3.2 เผยแพร่และสร้างกระบวนการให้ประชาชนทุกคน หน่วยงานทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ได้รับรู้ เข้าใจ เห็นใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อประชาชนในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ เพื่อสร้างความเห็นร่วมและให้การสนับสนุนต่อนโยบายดังกล่าว

ภาคผนวกแนบมติ

ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เครือข่ายรัฐศาสตร์รัฐประศาสนศาสตร์ภาคใต้ ได้ร่วมกันพัฒนานโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนากระบวนสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม เพื่อเสนอต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 และมีข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้สำหรับพิจารณาต่อไปดำเนินงานในด้านต่างๆ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ข้อเสนอในการจัดรูปแบบการปกครองส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นแบบใหม่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้

- 1.1 ตราพระราชบัญญัติจัดตั้ง “ทบวงการบริหารการพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้” (Southern Border Provinces Development Administration Bureau--SBPDAB) ในฐานะเทียบเท่ากระทรวง แต่เป็นการปกครองส่วนภูมิภาคและการบริหารงานส่วนท้องถิ่นแบบพิเศษ โดยมีรัฐมนตรีทบวงเป็นผู้ดูแลนโยบาย ส่วนในระดับข้าราชการประจำจะมีปลัดทบวง รองปลัดทบวง และผู้อำนวยการเขตทำหน้าที่ดูแลในแต่ละพื้นที่ในฐานะข้าราชการส่วนภูมิภาคแบบพิเศษควบคู่ไปกับองค์กรปกครองท้องถิ่นในทุกระดับสำหรับเป็นองค์กรประสานงานการบริหารและการปกครองจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในลักษณะคล้ายกับศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) เพื่อเป็นองค์กรหลักที่มีอำนาจหน้าที่ในการอำนวยการ และการแก้ปัญหา นโยบายในการบริหารในจังหวัดภาคใต้ และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนที่รวมพลังภาคประชาสังคม ภาคท้องถิ่น และภาครัฐเข้าด้วยกัน
- 1.2 จัดให้มี “สมัชชาประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้” (Chamber of Southern Border Provinces-CSBP) หรือสภาประชาชนพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเป็นองค์กรตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ ในลักษณะสภาที่ปรึกษาและกลั่นกรองนโยบายโดยการคัดเลือกหรือเลือกตั้งจากกลุ่มหรือตัวแทนภาคประชาชนที่หลากหลาย ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนาทุกศาสนา ผู้รู้ทางการศึกษา และวัฒนธรรม กลุ่มอาชีพสาขาต่างๆ รวมทั้งฝ่ายปกครองท้องถิ่น เป็นผู้ประสานนโยบายและแผนที่ผ่านกระบวนการจัดทำแผนชุมชน อำนวยความยุติธรรม รวมทั้งดูแลตรวจสอบบุคลากรและงบประมาณที่นำลงไปสู่จังหวัด อำเภอ และหน่วยการปกครองท้องถิ่นในทุกระดับ
- 1.3 ให้มีองค์กรปกครองท้องถิ่นในระดับตำบลและเทศบาลเหมือนรูปแบบเดิม ที่มาจากการเลือกตั้งโดยประชาชนในท้องถิ่น มีอำนาจในการเก็บภาษีและบริหารงบประมาณการคลัง ส่วนท้องถิ่นเดิมที่มีอำนาจในการออกข้อบัญญัติ รวมทั้งเพิ่มอำนาจในการจัดการท้องถิ่นในเรื่องทางศีลธรรม วัฒนธรรมและประเพณีให้มากขึ้น เช่น การกำหนดเขตปลอดอบายมุข ดำรงศีลธรรม ประกาศห้ามเยาวชนออกนอกบ้านในยามวิกาลวันแต่มีผู้ปกครองอยู่ด้วย

- 1.4 ในระดับพื้นที่ ควรมีองค์กรสภาผู้รู้ทางศาสนาหรือปราชญ์ชาวบ้านในระดับตำบล โดยการกำหนดนโยบายระดับท้องถิ่นจะต้องได้รับการรับรองจากสภาผู้รู้ทางศาสนา และประชาชนสมาชิกสภานี้ได้มาจากการเสนอชื่อและการเลือกสรรจากคณะกรรมการชุมชนผู้นำศาสนา องค์กรภาคประชาชนและสถาบันการศึกษาในท้องถิ่น สภาผู้รู้ทางศาสนาเป็นที่ปรึกษาในกิจการศาสนาและศีลธรรมของสังคมขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น สมาชิกที่มาจากการคัดสรรนี้ควรเป็นกรรมการโดยตำแหน่งขององค์กรปกครองท้องถิ่นด้วยจำนวนหนึ่งในสามของสมาชิกสภาท้องถิ่นเพื่อให้มีอำนาจในการยับยั้งในกรณีที่มีผู้นำท้องถิ่นกระทำความผิดในทางนโยบายและเกิดการทุจริตประพฤติดมิชอบ
- 1.5 พัฒนาระบบกฎหมายอิสลามและกฎหมายตามประเพณี หรือระบบยุติธรรมทางเลือก ระบบยุติธรรมชุมชน โดยการประสานกับองค์กรสันติยุติธรรมสร้างความชอบธรรมในอำนาจการเมืองการปกครอง (Legitimate political authority) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจต่ออำนาจของกฎหมาย
- 1.6 ส่วนการปกครองและการบริหารในระดับหมู่บ้านและชุมชนจะต้องปลอดภัยและมั่นคงด้วย โดยกระทรวงยุติธรรมรับผิดชอบในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ยุติธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อให้สามารถอำนวยความสะดวกให้เกิดการใช้กฎหมายอิสลามที่เกี่ยวกับครอบครัวและมรดก
- 1.7 มีระบบการจัดการความมั่นคงของหมู่บ้านและชุมชนแบบบูรณาการตามพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ.2551 ตามโครงสร้างใหม่ของกฎหมายฉบับนี้ผู้ใหญ่บ้านมีอายุการดำรงตำแหน่งจนถึงเกษียณอายุ 60 ปี ควรมีการปรับปรุงการทำงานของคณะกรรมการหมู่บ้านให้มีความมั่นคงและมีส่วนร่วมมากขึ้น เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาในระดับฐานราก
- 1.8 เชื่อมโยงระบบย่อยที่ประกอบด้วยระบบผู้นำ ระบบการปกครองท้องถิ่น ระบบยุติธรรม ระบบการศึกษา ระบบราชการ ระบบการพัฒนาเศรษฐกิจ ระบบวัฒนธรรม ระบบการจัดการความขัดแย้ง และความมั่นคงในชุมชน รวมทั้งระบบสวัสดิการสังคมบนฐานของชุมชน

2. ข้อเสนอแนะนโยบายด้านการปฏิรูประบบความยุติธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

- 2.1 จัดตั้ง “คณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์” เป็นองค์กรที่มีลักษณะสำคัญ คือ
 - 1) เป็น “องค์กรอิสระ” ที่มีความอิสระอย่างแท้จริง ขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี หรือ คอ.บด.
 - 2) เป็นองค์กรที่ประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ
 - 3) เป็นองค์กรที่ประชาชนสามารถไว้วางใจ เข้าถึงได้ง่าย และใช้ภาษาถิ่นได้
 - 4) เป็นองค์กรที่มีเครือข่ายเชื่อมโยงกับองค์กรทางศาสนาในชุมชน เช่น วัด มัสยิดและคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด เป็นต้น
- 2.2 จัดตั้ง “ศาลแผนกคดีครอบครัวและมรดกมุสลิม” เป็นแผนกหนึ่งในศาลยุติธรรม โดยมีลักษณะสำคัญ คือ
 - 1) มีความเป็นอิสระในการดำเนินการต่างๆ ทางคดีตามที่กฎหมายอิสลามบัญญัติอย่างสมบูรณ์

- 2) กำหนดให้ “ศาลแผนกคดีครอบครัวและมรดกมุสลิม” มี 2 ชั้น คือ ศาลชั้นต้น กับศาลชั้นฎีกา
- 3) ให้ดาโต๊ะยุติธรรมเป็นผู้มีอำนาจแต่ฝ่ายเดียวในการชี้ขาดตัดสินคดีในศาลแผนกคดีครอบครัวและมรดกมุสลิม
- 4) ปรับปรุงแก้ไข “หลักกฎหมายอิสลาม” ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยจัดทำ (ร่างกฎหมายใหม่) เป็น “หลักกฎหมายสารบัญญัติอิสลาม” และ “หลักกฎหมายวิธีสบัญญัติอิสลาม” และควรกำหนดกรอบแนวทาง คือ
 - 4.1) ให้เป็นหลักกฎหมายอิสลามว่าด้วยเรื่องครอบครัวและมรดก และบทบัญญัติลักษณะอื่นที่เกี่ยวข้องด้วยเท่าที่จะทำให้มุสลิมดำเนินการในทางศาลได้โดยมิต้องฝ่าฝืนหลักกฎหมายอิสลาม
 - 4.2) ให้ยึดถือหลักศาสนาบัญญัติตามแนวทาง (มัซฮับ) ซาฟีอี เป็นสำคัญในการจัดทำหลักกฎหมาย “หลักกฎหมายสารบัญญัติอิสลาม” และ “หลักกฎหมายวิธีสบัญญัติอิสลาม”
- 5) ให้คดีที่โจทก์และจำเลยเป็นมุสลิม และคดีที่จำเลยฝ่ายเดียวเป็นมุสลิมอยู่ภายใต้อำนาจของ ศาลแผนกคดีครอบครัวและมรดกมุสลิมด้วย
- 2.3 ให้มีบทบัญญัติเรื่องทนายความ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ช่วยดาโต๊ะยุติธรรม และการประนีประนอมไกล่เกลี่ย บรรจุอยู่ในหลักกฎหมายวิธีสบัญญัติด้วย
- 2.4 ให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางกฎหมายอิสลาม ในระดับปริญญาโท และ ปริญญาเอกมากขึ้น
- 2.5 ให้มีการจัดตั้งศูนย์นิติวิทยาศาสตร์อย่างน้อย 1 ศูนย์ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้หรือพื้นที่ใกล้เคียง

3. ข้อเสนอแนะนโยบายด้านการศึกษา

- 3.1 ปรับโครงสร้างการบริหารการศึกษาในพื้นที่ โดยให้มีหน่วยงานระดับอำเภอและระดับจังหวัด เพื่อทำหน้าที่ดูแลและการจัดการศึกษาของโรงเรียนเอกชนสอนศาสนา และให้บุคคลในพื้นที่ที่เข้าใจศาสนาอิสลามและมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการศึกษาในพื้นที่เป็นอย่างดีเป็นหัวหน้าหน่วยงาน
- 3.2 ให้พิจารณาเพิ่มเงินอุดหนุนแก่โรงเรียนดาดิคาและสถาบันศึกษาปอเนาะที่ขึ้นทะเบียนโดยคำนวณเงินอุดหนุนเป็นรายหัว
- 3.3 จัดตั้งกองทุนกัฎีมที่ปราศจากดอกเบี้ยสำหรับโรงเรียนดาดิคา และสถาบันศึกษาปอเนาะ และจัดให้มีกองทุนเพื่อการศึกษาที่ปราศจากดอกเบี้ยในระดับบัณฑิตศึกษา
- 3.4 ให้โรงเรียนทุกโรงเรียนจัดตารางการเรียนการสอนที่เอื้อให้เด็กได้ปฏิบัติศาสนกิจของตนเองอย่างเป็นรูปธรรม
- 3.5 เปิดโอกาสให้โรงเรียนที่อยู่ในพื้นที่สามารถกำหนดวันศุกร์และวันเสาร์หรือวันสำคัญทางศาสนาอื่นๆ เป็นวันหยุดเรียนประจำสัปดาห์ของโรงเรียน ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต

และวัฒนธรรมของท้องถิ่น และเป็นจุดเริ่มต้นของการยอมรับความหลากหลายทางวัฒนธรรม

- 3.6 ให้บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับสันติศึกษา วิธีชีวิตท้องถิ่นและศาสนาเปรียบเทียบในหลักสูตรแกนกลาง
- 3.7 สนับสนุนให้มีโรงเรียนพิเศษหรือห้องเรียนพิเศษในโรงเรียนเพื่อจัดการศึกษาให้แก่เด็กพิเศษในพื้นที่

4. ข้อเสนอนโยบายด้านเศรษฐกิจ

- 4.1 ให้มีการจัดตั้งสภาเศรษฐกิจชายแดนได้ เพื่อเสนอแนะนโยบายทางด้านเศรษฐกิจให้กับรัฐบาลและหน่วยงานของรัฐ
- 4.2 บัญญัติกฎหมายให้มีองค์กรหรือสถาบันจัดการทรัพยากรที่เป็นอิสระ ที่มีส่วนร่วมจากหลายฝ่ายทั้งในระดับประเทศและในระดับท้องถิ่น ตัวแทนองค์กรประมงพื้นบ้าน ตัวแทนองค์กรประมงพาณิชย์ เพื่อทำหน้าที่ควบคุมให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย ออกนโยบายและมาตรการในการจัดการทรัพยากรในทะเล
- 4.3 ให้ออกกฎ ระเบียบคุ้มครองผู้บริโภคอาหารฮาลาล และจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์อาหารฮาลาลในพื้นที่เพื่อเรียกความเชื่อมั่นและมาตรฐานของอาหารฮาลาลในประเทศไทย และต้องบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคมุสลิมในประเทศไทยให้ได้รับการคุ้มครองบริโภคอาหารฮาลาลตามหลักการของอิสลาม โดยหากมีการปลอมแปลงและปนเปื้อนในอาหารฮาลาลจะต้องมีการรับผิดชอบโดยผู้ประกอบการในทางกฎหมาย
- 4.4 บัญญัติกฎหมายให้สหกรณ์อิสลามเป็นประเภทหนึ่งของรูปแบบสหกรณ์และให้สามารถทำธุรกรรมทางการเงินได้หลายประเภทมากขึ้นเพื่อรองรับความต้องการของประชาชนในพื้นที่
- 4.5 ให้รัฐจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดเก็บผลิตผลทางการเกษตรและประมง เช่น ตู้ฉาง ห้องเย็น และอื่นๆ ที่จำเป็น

5. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการปฏิรูปสังคม ประเพณี วัฒนธรรม

- 5.1 ให้กระทรวงมหาดไทยร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคได้จัดระเบียบสังคมให้สอดคล้องตามหลักการศาสนา โดยกำหนดให้เป็นพื้นที่ปลอดยาเสพติดและแหล่งอบายมุข
- 5.2 กำหนดให้วันรายออีดิลฟิตรี (วันตรุษละศีลอด ตรงกับวันที่ 1 เดือนเชาวาลตามปฏิทินอิสลาม) วันรายออีดิลอฎฎฮา (วันตรุษเชือดสัตว์พลีเนื่องในพิธีฮัจย์ ซึ่งตรงกับวันที่ 10 เดือนชุล ฮิจญะฮ์ตามปฏิทินอิสลาม) และวันขึ้นปีใหม่ของอิสลามเป็นวันหยุดราชการในพื้นที่ 5 จังหวัด ชายแดนภาคได้
- 5.3 ให้วันศุกร์หรือวันใดวันหนึ่งในหนึ่งสัปดาห์เป็นวันงดเว้นจากการซื้อขายสุรา และให้สถาบันเทิดทูนบริการ ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคได้ ทั้งนี้ให้เป็นไปโดยความสมัครใจ และสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

- 5.4 ให้กระทรวงหรือหน่วยงานต้นสังกัดอนุญาตอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรให้มุสลิมได้รับการยกเว้นในการเข้าร่วมพิธีกรรม หรือกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับศาสนาอื่น ตามความเหมาะสมของบริบทในพื้นที่นั้นๆ
- 5.5 ให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เสริมสร้างสถาบันครอบครัวให้เข้มแข็ง โดยจัดให้มีหลักสูตรเพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิตคู่ และเข้าใจถึงสิทธิของสามีภรรยา การอบรมเลี้ยงดูบุตรตามหลักการศาสนา กองทุนครอบครัว รวมถึงการตรวจสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว
- 5.6 ให้กรมประชาสัมพันธ์ร่วมกับกระทรวงวัฒนธรรมจัดให้มีรายการโทรทัศน์ วิทยู สำหรับการเสริมสร้างสถาบันครอบครัวเป็นการเฉพาะ
- 5.7 ให้รัฐออกกฎหมายอนุญาตให้มีกองทุนประกันภัยที่สอดคล้องกับหลักการศาสนา และจัดให้มีกองทุนชะกาต (กองทุนที่เป็นเงินหรือทรัพย์สินอย่างอื่นที่ศาสนาอิสลามกำหนดให้มุสลิมร่วมจ่ายในอัตราที่กำหนดเมื่อครบรอบปี) เป็นสวัสดิการสังคมโดยมีกฎหมายรองรับ
- 5.8 ให้กระทรวงวัฒนธรรมจัดให้มีสถาบันพัฒนาผู้นำศาสนาในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้
- 5.9 ให้มีศูนย์วัฒนธรรมและภาษามลายูปัตตานี ซึ่งครอบคลุมสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีหน้าที่ ส่งเสริม สนับสนุนให้มีการใช้ภาษามลายูปัตตานี ตลอดจนมีการตรวจสอบการใช้ภาษามลายูปัตตานีให้มีความถูกต้อง
- 5.10 ให้มีการจัดทำแผนแม่บทการพัฒนาสื่อมวลชนในท้องถิ่น โดยเน้นเรื่องเนื้อหา การใช้ภาษามลายูปัตตานี และการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น รวมทั้งการใช้สื่อมวลชนเพื่อให้มีการสื่อสารความจริงที่น่าเชื่อถือ

6. ข้อเสนอแนะนโยบายด้านสุขภาพ การแพทย์ สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

- 6.1 ให้รัฐมีการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของทุกศาสนา ที่สอดคล้องกับพหุวัฒนธรรมของประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะ
- 6.2 ให้รัฐมีการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ศาสนา วัฒนธรรมและวิถีชีวิต โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่
- 6.3 ให้กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบบริหารงานสาธารณสุข เช่น การกำหนดนโยบาย และการวางแผน ระบบบริหารทรัพยากรบุคคล และระบบการสนับสนุนอื่นๆ เช่น ระบบรักษาความปลอดภัย ระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่สอดคล้องกับบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม
- 6.4 ให้รัฐสร้างหลักประกัน สร้างกลไกความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพะ เพื่อให้การบริการพื้นฐานด้านสุขภาพที่ต้องอาศัยโครงสร้างและกลไกของรัฐ เช่น การเฝ้าระวัง การควบคุมโรค การตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพ การนิเทศติดตามประเมินผล การวิจัยและ

พัฒนา ยังคงดำเนินการได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ สอดคล้องกับบริบททางสังคม และมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพ สร้างการมีส่วนร่วม ให้พื้นที่สามารถร่วมดำเนินการได้ในระยะยาว
