

รายงานวิจัย
ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐ
ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้
The Study of Situation and Correlation Factors on Health Care Provision
of Government under The Violence Crisis in
Southern Thai Border Provinces

ปาริฉัตร อุทัยพันธ์
ชัยณรงค์ ชูทอง
อัญชลี พงศ์เกษตร
ขวัญจิต พงศ์รัตนามาน
สุทนต์ มานะสุวรรณ
Parichat Utaipan
Chainarong Chootong
Anchalee Pongkaset
Kwanjit Pongrattanaman
Suthon Manasuwan

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ในชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ธันวาคม พ.ศ. 2552

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง	ศึกษาศถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่ สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้
ชื่อผู้วิจัย	ปาริฉัตร อุทัยพันธ์ ชัยณรงค์ ชูทอง อัญชลี พงศ์เกษร ขวัญจิต พงศ์รัตนมาน และ สุทน มานะสุวรรณ
ปีที่วิจัย	2552

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ
จัดบริการสุขภาพ และปัญหาข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ
จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำการศึกษาข้อมูล โดยการจัดประชุมกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขจากสาขา
วิชาชีพ และทำการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐ กับบุคลากรสาธารณสุขใน
พื้นที่ คือ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอ ในจังหวัดสงขลา (เทพา จะนะ นาทวี และสะบ้าย้อย)
ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงาน ทั้งระดับปฐม
ภูมิ ทศตภูมิ และตติยภูมิ แบ่งเป็น ผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 254 คน ผู้ปฏิบัติ 1518
คน ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นชนิดปลายปิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และปลายเปิด ตรวจสอบความตรง
เชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .84 เก็บข้อมูลระหว่าง เดือน พฤษภาคม -
ธันวาคม 2551 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งแบบสอบถามได้กลับคืน ร้อยละ 68.3

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ร้อยละ
92.2 พักอาศัยที่พักของตนเอง ร้อยละ 70.3 ลักษณะของการเกิดสถานการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน 3
อันดับแรก คือ ยิง ร้อยละ 41.3 ระเบิด ร้อยละ 28.2 และข่มขู่ ร้อยละ 25.9 พยาบาลระดับผู้บริหาร มีอายุ
เฉลี่ยสูงสุด คือ 41.8 ปี และ เจ้าพนักงานผู้ปฏิบัติการ มีอายุเฉลี่ยต่ำสุด คือ 28.6 ปี ระดับผู้บริหารและระดับผู้
ปฏิบัติการใน 3 วิชาชีพแรกที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ดังนี้ ระดับ
ผู้บริหาร 71,667 52,770 และ 44,667 บาท และระดับผู้ปฏิบัติการ 63,310 57,452 และ 37,308 บาท
ตามลำดับ สำหรับ เจ้าพนักงานมีรายได้เฉลี่ยต่ำสุด คือ 11,803 บาท

ปัจจัยในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

บุคลากรสาธารณสุขเห็นด้วยในระดับปานกลางกับปัจจัยในการจัดบริการสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน คือ การ
บริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน โดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ มีการ
เตรียมการด้านวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม เช่น วงจรปิด ($\bar{X}=3.68$
S.D.=.88) นโยบายของภาครัฐด้านการสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรส่งผล ให้บุคลากรปฏิบัติงานมี
ประสิทธิภาพมากขึ้น ($\bar{X}=3.60$ S.D.= 1.26) และ มีระบบสื่อสารคมนาคมเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารเข้าถึงได้
ง่ายตลอดเวลา ($\bar{X}=3.55$ S.D.=.88) ซึ่งมีความเห็นด้วยระดับมาก สำหรับ หัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ

นโยบายของภาครัฐในพื้นที่ที่มีความยุติธรรมให้ความสำคัญแก่บุคลากรเสมอภาคเท่าเทียมกัน ($\bar{X} = 2.92$ S.D.= 1.04) มีความเห็นด้วยระดับปานกลาง

การจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

การจัดบริการสุขภาพที่สามารถปฏิบัติงานได้มาก คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ และ ด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน โดยกิจกรรม 3 อันดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การบริการดูแลหญิงมีครรภ์ตามระยะเวลาที่กำหนด ($\bar{X} = 3.77$ S.D.= .87) การบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงหลักศาสนา ($\bar{X} = 3.74$ S.D.=.86) และ ให้บริการผู้ป่วยได้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 3.69$ S.D.=.93) สำหรับ การจัดบริการสุขภาพ ในด้านป้องกันและควบคุมโรค ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย ด้านรักษาพยาบาล ด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และ ด้านการเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง และกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การให้บริการผู้พิการที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 3.11$ S.D.=.97)

ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับการจัดบริการสุขภาพ พบว่าปัจจัยทาง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ระดับต่ำถึงปานกลางกับการจัดบริการสุขภาพ กรณีจำแนกตามระดับของสถานบริการสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ มีความเห็นสอดคล้องกัน คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และ ยาเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นปัจจัยลำดับแรกๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพ สำหรับปัจจัยรองลงมาคือ ระบบการทำงานเครือข่าย ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ในขณะที่ระดับตติยภูมิ มีความเห็นว่าปัจจัยที่สำคัญอันดับแรกในการจัดบริการสุขภาพทุกมิติ คือ ระบบการทำงานเครือข่าย สำหรับปัจจัยรองลงมาคือ ระบบการรักษาความปลอดภัยและบุคลากรสาธารณสุข และ ระดับผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุข มีความเห็นว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างและนโยบาย ระบบการทำงานเครือข่าย ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และ บุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ระดับมากกับการจัดบริการสุขภาพ สำหรับระดับผู้ปฏิบัติ มีความเห็นว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบการทำงานเครือข่าย เป็นปัจจัยลำดับแรกๆ ที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดบริการสุขภาพ สำหรับปัจจัยรองลงมา คือ ระบบการรักษาความปลอดภัย

ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพ

ที่สำคัญคือ การสนับสนุนค่าตอบแทนในแต่ละวิชาชีพมีความแตกต่างกันมาก ภาครัฐควรมีนโยบายสนับสนุนค่าตอบแทนการปฏิบัติงานต่อไปแต่ให้ทบทุนในแต่ละวิชาชีพให้มีความยุติธรรม ควรมีการกระจายทรัพยากรบุคคล และงบประมาณที่เหมาะสม จัดสรรบุคลากรขาดแคลน เช่น แพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกให้เพียงพอ การให้บริการเชิงรุกไม่สามารถปฏิบัติงานได้เต็มที่ ขาดแคลนเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ปัญหาการสื่อสารในชุมชน และการใช้ภาษาถิ่น ดังนั้นควรสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพกับองค์กรส่วนท้องถิ่น กระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น และพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต้นแบบ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ด้วยได้รับการแนะนำและกรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยจาก นพ.อมร รอดคล้าย ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่สงขลา นพ.รอชารี ปัตยะบุตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ สลโกสุม และได้รับการพิจารณาตามหลักจริยธรรมพร้อมการแนะนำในการวิจัยจาก อาจารย์สุวัฒนา ค่านคร ประธานกรรมการจริยธรรม อาจารย์ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ กรรมการจริยธรรม และอาจารย์เบญจวรรณ ถนอมขยวาช กรรมการจริยธรรม จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา โลงนาภวัฒน์ และ นพ.วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย ที่ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางในการดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณ นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทพา จังหวัดสงขลา และอาจารย์อรสา กนกวงศ์ ที่ปรึกษาโครงการวิจัยที่ให้คำปรึกษาและแนะนำพร้อมทั้งให้กำลังใจตลอดการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ อาจารย์สุวัฒนา ค่านคร ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา และอาจารย์ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ ที่ให้โอกาสและกรุณาให้คำแนะนำในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้มีได้เอ่ยนามถึง แต่ได้มีส่วนช่วยเหลือให้งานวิจัยเล่มนี้สำเร็จไปได้

ขอขอบพระคุณผู้ให้การสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ให้การสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัย จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ต่อไป

ปาริฉัตร อุทัยพันธ์และทีมผู้วิจัย

ธันวาคม 2552

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย	1
1.2 คำถามการวิจัย	2
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	2
1.4 ขอบเขตการวิจัย	2
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	3
1.6 สมมติฐานการวิจัย	4
1.7 นิยามศัพท์	4
1.8 ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ	5
2.1.1 ความหมายของการจัดบริการสุขภาพ	5
2.1.2 การจัดบริการสุขภาพของภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์	6
ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้	
2.1.3 องค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพ	22
2.2 สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้	24
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	27
3.1 วิธีการวิจัย	27
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	28
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	32
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	36
4.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคล	37
4.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข	41
และการเงิน	
4.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ	46
4.4 การทดสอบสมมติฐานปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข	50
และการเงินที่มีความสัมพันธ์กับจัดบริการสุขภาพ	
4.5 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐภายใต้สถานการณ์	80
ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้	
4.6 ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในการประชุมกลุ่ม	81
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	86
5.1 สรุปการวิจัย	86
5.2 อภิปรายผล	96
5.3 ข้อเสนอแนะ	103
บรรณานุกรม	104
ภาคผนวก	108
ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	109
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม	113
ภาคผนวก ค หนังสือขอความอนุเคราะห์ประเมินโครงการวิจัย	116
ตามคำขอการรับรองเชิงจริยธรรมในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน	
ภาคผนวก ง แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐ	118
ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้	
ภาคผนวก จ รายชื่อคณะกรรมการจริยธรรมในการตรวจสอบงานวิจัย	128
ภาคผนวก ฉ รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	130
ประวัติทีมผู้วิจัย	132

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2.1	วิเคราะห์องค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพ ตามแนวคิดขององค์การ นักวิชาการและงานวิจัย	22
ตารางที่ 3.1	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้	31
ตารางที่ 3.2	จำนวนสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้	31
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคล	37
ตารางที่ 4.2	อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง	40
ตารางที่ 4.3	รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง	41
ตารางที่ 4.4	ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน	41
ตารางที่ 4.5	ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถปฏิบัติงานในการจัดบริการสุขภาพ	46
ตารางที่ 4.6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับการจัดบริการสุขภาพ (ภาพรวม)	50
ตารางที่ 4.7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข	52
ตารางที่ 4.8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านป้องกันและควบคุมโรคจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข	53
ตารางที่ 4.9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข	54
ตารางที่ 4.10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านรักษาพยาบาลจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข	55
ตารางที่ 4.11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข	56

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ57	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ	
จำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข	
ตารางที่ 4.13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ58	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน	
จำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข	
ตารางที่ 4.14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ59	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านส่งเสริมสุขภาพจำแนกตาม	
บุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร	
ตารางที่ 4.15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ60	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านป้องกันและควบคุมโรคจำแนกตาม	
บุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร	
ตารางที่ 4.16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ61	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายจำแนกตาม	
บุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร	
ตารางที่ 4.17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ62	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านการรักษาพยาบาลจำแนกตามบุคลากร	
สาธารณสุขระดับผู้บริหาร	
ตารางที่ 4.18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ63	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	
จำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร	
ตารางที่ 4.19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ64	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ	
จำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร	
ตารางที่ 4.20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ65	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน	
จำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร	
ตารางที่ 4.21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ66	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านส่งเสริมสุขภาพจำแนกตาม	
บุคลากรสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติการ	

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ68	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านป้องกันและควบคุมโรค	
จำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติการ	
ตารางที่ 4.23 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ70	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายจำแนกตามบุคลากร	
สาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติการ	
ตารางที่ 4.24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ72	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านการรักษาพยาบาลจำแนกตามบุคลากร	
สาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติการ	
ตารางที่ 4.25 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ74	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อจำแนก	
ตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติการ	
ตารางที่ 4.26 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ76	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านการเฝ้าระวังทางร่างกายและจิตใจ	
จำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติการ	
ตารางที่ 4.27 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ78	
ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน	
จำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติการ	

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
ภาพที่ 2.1 แผนภาพวิธีการวิจัย.....	28

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ระบบบริการสุขภาพ (Health care system) อันประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การบริหารจัดการทรัพยากร การเงินการคลังสุขภาพ 2) การจัดบริการสุขภาพ และ 3) สมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (การสาธารณสุขไทย 2548-2550) มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการจัดระดับหรือประเภทของการบริการสุขภาพของภาครัฐที่ให้บริการแก่ประชาชน ประเทศไทยแบ่งระดับของบริการสุขภาพไว้ 3 ระดับ คือ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) โดยสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการกิจหลักตามมาตรฐานการบริการของสถานบริการสาธารณสุข 4 ด้าน คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งแต่ละระดับจะมีขอบเขตความรับผิดชอบงานในการกิจหลักแตกต่างกัน และทำงานประสานเชื่อมโยงกันด้วยระบบการส่งต่อ เพื่อให้การใช้ทรัพยากรของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้บริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งสอดคล้องกับบริบท และสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่

จากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2547 จนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อประชาชนหลายด้าน ทั้งต่อชีวิตร่างกาย จิตใจ ทรัพย์สิน ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ (ประณีต ส่งวัฒนา, 2548) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการบริการระดับปฐมภูมิ และปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลก็มีแนวโน้มสูงขึ้น แม้ผู้ป่วยในจะมีจำนวนใกล้เคียงเดิม แต่พบว่ามี ความรุนแรงของโรคมากขึ้น และบุคลากรสาธารณสุขเกิดความวิตกกังวล รวมทั้งเกิดปัญหาการโยกย้ายของบุคลากรบางสาขาวิชาชีพ (อมร รอดคล้าย และคณะ, 2548) การขาดแคลนพยาบาลส่งผลกระทบต่อคนไข้ที่จะต้องเผชิญกับความเสี่ยงสูง (กฤษดา แสงวงดี, 2549) ทั้งนี้ การศึกษาของ ชาญวิทย์ ทระเทพ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2548) ได้กล่าวเกี่ยวกับ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้ยังเป็นปัญหาใหญ่ การบริการในเชิงรุกเข้าถึงครอบครัวและชุมชนยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ระบบการดูแลทางด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง รวมทั้งระบบการบริการภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อยังด้อยประสิทธิภาพ เหตุสำคัญของปัญหานอกจากจะเป็นเรื่องระบบบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสมแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และปัญหาด้านต่างๆ ของประเทศ

จากความเป็นมาของปัญหาข้างต้น และสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีแนวโน้มทวีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้วิจัย และคณะของผู้วิจัยในฐานะบุคลากรด้านสาธารณสุขและปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนใต้ สนใจศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่

สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุงระบบการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 การจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นอย่างไร

1.2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้มีอะไรบ้าง

1.2.3 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 ศึกษาการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

1.3.2 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

1.3.3 ศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

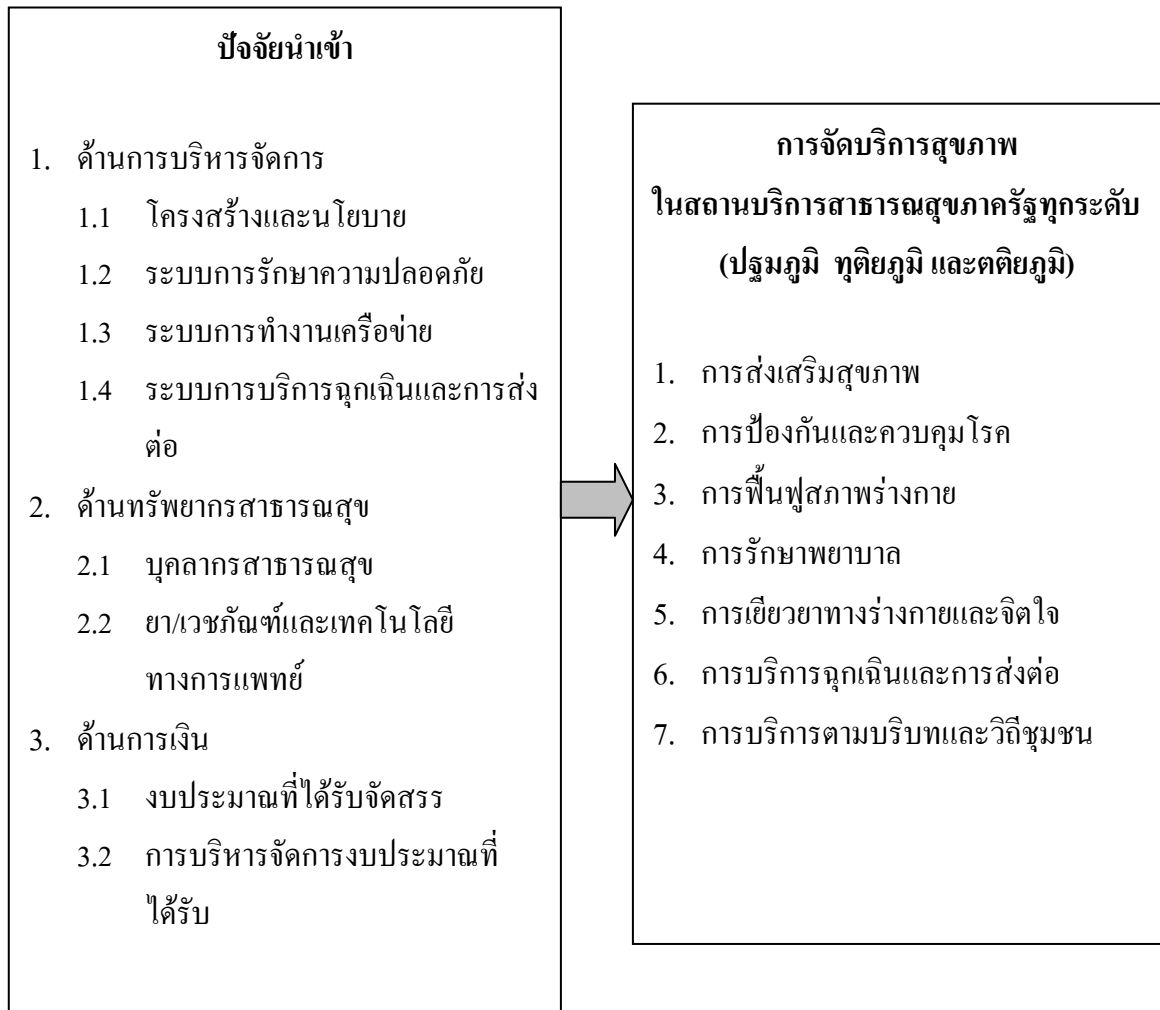
1.4.1 เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเก็บข้อมูลจากการสอบถาม และการประชุมกลุ่มกับบุคลากรสาธารณสุขสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา คือ เทพา สะบ้าย้อย จะนะ และ นาทวี ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม – ธันวาคม 2551

1.4.2 ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

- 1) การจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้
- 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้
- 3) ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เอกสาร ดำรงงานวิจัย ผู้วิจัยจึงนำเสนอกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.6 สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 นโยบายรัฐบาลมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมมติฐานที่ 2 ระบบการรักษาความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมมติฐานที่ 3 ระบบการทำงานแบบเครือข่ายมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมมติฐานที่ 4 ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมมติฐานที่ 5 บุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมมติฐานที่ 6 ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมมติฐานที่ 7 งบประมาณที่ได้รับจัดสรรมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมมติฐานที่ 8 การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

1.7 นิยามศัพท์

1.7.1 การจัดบริการสุขภาพ หมายถึง การจัดบริการต่างๆ ดังนี้ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ การเชี่ยวชาญทางร่างกายและจิตใจ และการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน

1.7.2 จังหวัดชายแดนใต้ หมายถึง พื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา คือ เทพา สะบ้าย้อย จะนะ และ นาทวี

1.7.3 สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ หมายถึง สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2547 จนถึง ปัจจุบัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านทรัพย์สิน ร่างกาย จิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบถึงสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนางานต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ

2.1.1 ความหมายของการจัดบริการสุขภาพ

2.1.2 การจัดบริการสุขภาพของภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

2.1.3 องค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพ

2.2 สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ

2.1.1 ความหมายของการจัดบริการสุขภาพ

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2550 ให้ความหมายการจัดบริการสุขภาพไว้ คือ การบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

ชาญวิทย์ เทพเทพและคณะ. (2548: 26) กล่าวว่าไว้ว่าบริการสุขภาพประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

อนันต์ ถิ่นทอง.(2542:38 อ้างถึงใน ประมวลชุดวิชาการสาธารณสุข 1มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2532:101-102) ได้กล่าวถึงระบบบริการสุขภาพ ไว้ว่า การบริการสุขภาพ มีองค์ประกอบด้วยกัน 4 ด้าน ดังนี้ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(2547) ได้รายงานไว้ว่า การบริการสุขภาพ หมายถึง การบริการต่าง ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ รวมถึงการบริการสาธารณสุขด้วย การบริการสาธารณสุข หมายถึง การจัดการให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย

Ottawa Charter for Health Promotion.WHO, Geneva.(1986) ได้ให้ความหมายของ ระบบสุขภาพ (Health System) ไว้ดังนี้ ระบบทั้งหมดที่สัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ ระบบสุขภาพมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล

ครอบครัว นโยบายต่างๆที่มีผลกระทบต่อสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งระบบบริการด้านสุขภาพด้วย

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยได้สรุปความหมายของการจัดการบริการสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ประเด็น ดังต่อไปนี้ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู สภาพ โดยการจัดการบริการสุขภาพดังกล่าวต้องมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านการ บริหารจัดการ นโยบายภาครัฐ

2.1.2 การจัดการบริการสุขภาพของภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

1) การสร้างเสริมสุขภาพ

Ottawa Charter for Health Promotion.WHO, Geneva.(1986) ได้ให้ความหมายของ การสร้างเสริม สุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถคนในการควบคุมดูแล พัฒนาสุขภาพ ของตนเองให้ดีขึ้น

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ.(2548) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนี้ไม่สามารถ ปฏิบัติงานได้ในเชิงรุกออกเยี่ยมเยียนประชาชนตามหมู่บ้านได้ ทำให้ระบบการส่งเสริมสุขภาพและการ ป้องกันโรคได้รับผลกระทบอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะกิจกรรมการออกหน่วยเยี่ยมบ้าน หรือลงปฏิบัติงาน ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน การให้บริการทันตกรรมโรงเรียน ต้องยุติลง เหลือเพียงการตั้งรับ ในสถานพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุข โดย นายวิทยา แก้วภราดัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายสุรเชษฐ์ แวอาแซ ผู้ช่วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์ ปลัดกระทรวง สาธารณสุข นายแพทย์สมยศ ดีรัศมี อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และนายแพทย์มานิต ชีระตันติกานนท์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา สมาคมสถาบันศึกษาปอเนาะ 5 จังหวัด ภาคใต้และคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เห็นความสำคัญเรื่องการ เสริมสร้างสุขภาพที่ดี โดยการได้จัดกิจกรรมพัฒนาสถาบันปอเนาะทั้ง 391 แห่ง ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้สะอาด น่าอยู่ มีสิ่งแวดล้อมดี เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้นำศาสนา เพื่อเป็น แกนนำและต้นแบบสร้างสุขภาพที่ดีในชุมชน และเห็นว่าการให้ความรู้ อบรมโต๊ะครูและผู้นำนักเรียน จาก สถาบันศึกษาปอเนาะใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 391 แห่ง ในโครงการสถาบันปอเนาะน่าอยู่และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก 5 จังหวัดภาคใต้ รวม 400 คน เรื่องการใช้ยาที่ถูกวิธี สามารถดูแลเบื้องต้นแก่นักเรียนในสถาบันศึกษาปอเนาะที่เจ็บป่วย ตลอดจนฝึกให้ผู้นำนักเรียนได้มีการดูแลความสะอาดในสถาบัน ศึกษาปอเนาะ เพื่อเป็นแบบอย่างให้ชุมชนได้นำไปปฏิบัติต่อไป (สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

จากสรุปผลงานปีงบประมาณ 2546 ของกลุ่มงานการแพทย์พื้นบ้านไทย ในโครงการศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพอนามัยมารดาและทารกในชาวไทยมุสลิม 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการมารดาและทารกตายในชาวไทยมุสลิม 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้ โดยในระยะแรกนี้ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลมารดาและทารกใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และศึกษาองค์ความรู้ผดุงครรภ์โบราณในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด ผลการดำเนินงานในเบื้องต้น ทำให้ทราบสถานการณ์เหตุการณ์ตายของมารดาส่วนใหญ่เนื่องจากตกเลือดหลังคลอด และพบว่าหญิงชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ยังนิยมไปฝากครรภ์และคลอดกับผดุงครรภ์โบราณเนื่องจากยังมีข้อจำกัดทางศาสนา วัฒนธรรมที่ไม่สะดวกต่อการใช้บริการในสถานบริการของรัฐ ขณะเดียวกันในสถานบริการเองก็มีปัญหาในเรื่องประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่และการขาดเครื่องมืออุปกรณ์ และศักยภาพในการส่งต่อ ซึ่งได้มีโรงพยาบาลหลายแห่งได้พยายามหาแนวทางแก้ไขโดยการสร้างสัมพันธความร่วมมือกับผดุงครรภ์โบราณ ซึ่งสามารถแก้ปัญหาได้ในระดับหนึ่ง สำหรับองค์ความรู้หมอดำแยซึ่งเรียกว่าโตะบีแด นั้น พบว่ามีองค์ความรู้หลายอย่างที่สามารนำมาส่งเสริมพัฒนาในการดูแลร่วมกันได้ เช่นการนวดก่อนและหลังคลอด การดูแลสุขภาพอนามัยระยะก่อนและหลังคลอดรวมทั้งการเลี้ยงดูเด็ก (เข้าถึงได้ใน http://www.dtam.moph.go.th/indigenous/visdom/report46_indigenous.doc เมื่อ 20 มิถุนายน 2552)

2) การป้องกันและควบคุมโรค

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย ไว้ดังนี้ ยุทธศาสตร์การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ รวมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติและความรุนแรงที่แพร่ระบาดทั่วไป มีแนวทางการพัฒนา เพื่อสร้างเสริมศักยภาพระบบการเฝ้าระวัง การควบคุมป้องกัน การรักษาพยาบาลโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านสุขภาพ

นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้สัมภาษณ์ภายหลังเปิดประชุมความร่วมมือสาธารณสุขชายแดนไทย-มาเลเซีย ครั้งที่ 21 (21st Thailand-Malaysia Border Health Goodwill Committee Meeting 2008) วันที่ 23-25 มิถุนายน 2551 ที่โรงแรมเวียงอินท์ จังหวัดเชียงราย ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ประเทศไทย กับ 4 รัฐประเทศมาเลเซีย เน้นความร่วมมือ 4 ด้าน ดังนี้ 1) การป้องกันและควบคุมโรค โดยเฉพาะโรคมาลาเรีย (ซึ่งจังหวัดยะลามีผู้ป่วยสูงอันดับ 1 ในประเทศในปี 2550) ใช้เลือดออก อุจจาระร่วง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอดส์ในแม่และเด็ก 2) การควบคุมความปลอดภัยอาหารและยา 3) การจัดบริการสาธารณสุขตามแนวชายแดนร่วมกัน และ 4) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งทำให้ประชาชนทั้ง 2 ประเทศได้รับการดูแลสุขภาพดียิ่งขึ้น เนื่องจากประชาชน

ในจังหวัดชายแดนใต้บางส่วนเดินทางไปประกอบอาชีพในประเทศมาเลเซีย และชาวมาเลเซียก็มักเดินทางมาท่องเที่ยวและประกอบกิจการในจังหวัดชายแดนใต้เช่นกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย ทั้งนี้ ปัญหาความไม่สงบที่เกิดขึ้นใน 4 จังหวัดชายแดนใต้ ตั้งแต่ พ.ศ.2547 เป็นต้นมา ทำให้ไทยมีข้อจำกัดในการดำเนินการควบคุมแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะการควบคุมโรคติดต่อบางโรค เช่น โรคที่เกิดจากยุง ได้แก่ โรคมาลาเรีย พบมีการระบาดในพื้นที่นี้มากขึ้น ในปี 2550 พบผู้ป่วยทั้งหมด 12,478 ราย ไม่มีเสียชีวิต จังหวัดยะลาเป็นผู้ป่วย 6,494 ราย สูงที่สุดในประเทศอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน รองลงมา คือ สงขลา 4,140 ราย นราธิวาส 1,312 ราย ส่วนโรคไข้เลือดออก พบผู้ป่วย 5,000 กว่าราย ที่สงขลามากที่สุด 2,400 ราย นราธิวาส 1,519 ราย ยะลา 780 ราย สำหรับโรคอุจจาระร่วง ที่เกิดจากการรับประทานอาหารและน้ำที่มีเชื้อปนเปื้อน ในปี 2550 ที่ 4 จังหวัดพบผู้ป่วยเกือบ 50,000 ราย ไม่มีเสียชีวิต มากที่สุดที่สงขลา 23,153 ราย รองลงมาคือ นราธิวาส 9,942 ราย ซึ่งหลังจากมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้ง 2 ประเทศ มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารการระบาดของโรค ช่วยให้การควบคุมป้องกันโรคสามารถดำเนินการได้ง่ายขึ้นและรวดเร็ว โดยใช้งบประมาณในระบบปกติ ส่วนอาหารและยาจะต้องร่วมมือกันเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะปัญหาขาดยาปลอม ขาดกมาตรฐาน อาหารตกมาตรฐาน ซึ่งหากตรวจพบสามารถจัดการได้อย่างรวดเร็ว (สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

นายแพทย์มงคล ณ สงขลา ให้แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคไว้ เมื่อ ตรวจเยี่ยม 3 จังหวัดชายแดนใต้ ติดตามสถานการณ์โรค 2009 ดังนี้แม้ว่าใน 3 จังหวัดภาคใต้จะมีความไม่สงบในพื้นที่ ทำให้คนในชุมชนให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยในชีวิตมากกว่าการป้องกันตัวจากโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ แต่ก็ไม่อยากให้ประชาชนประมาท เพราะแม้แต่ในช่วงสงคราม ซึ่งเกิดการระบาดของสเปนหุฬาก็มีคนตายจากโรคระบาดมากกว่าสงคราม จึงไม่อยากให้เกิดปัญหาขึ้นก่อนแล้วค่อยแก้ทีหลัง เพราะอาจทำให้ไม่สามารถรับมือได้ และจากการลงพื้นที่ภาคใต้ที่ทำให้พบว่า ผู้นำชุมชนในทุกระดับมีความเข้มแข็งมีความตระหนัก ช่วยกันป้องกันตัวเองได้ส่วนหนึ่งแล้ว แต่ยังต้องดำเนินการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ประชาชนทุกคนควรต้องมีความรู้ในเรื่องการป้องกันตนเองโดยการล้างมือบ่อยๆ และสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่ชุมชน รวมทั้งสามารถล้างมือในน้ำเปล่าและสบู่โดยไม่จำเป็นต้องใช้เจลล้างมือ โดยจะต้องส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง ทั้งที่โรงเรียน มัสยิด ซึ่งตามหลักศาสนาอิสลาม เน้นในเรื่องการทำความสะอาดอยู่แล้ว จึงไม่น่าเป็นห่วงมากนัก ซึ่งชุมชนในปัตตานีถือว่ามีความเข้มแข็งในการแก้ปัญหา (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2552)

3) การรักษาพยาบาล

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ 2550 - 2554) เป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียง ได้มีการกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพ คือ การมีระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข

สมนึก ศิริสุวรรณและคณะ.(2548) ศึกษาผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภายใต้ เป็นการศึกษาาระบาดวิทยาเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytic Epidemiological Study) ของผลกระทบจากภาวะวิกฤติต่อการให้บริการในสถานบริการทุกระดับของภาครัฐ ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 26 แห่ง และสถานีอนามัย 323 แห่ง เก็บข้อมูลจากระบบรายงานและโดยการใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า ในระดับสถานีอนามัยมีการเปลี่ยนด้านการให้บริการในภาวะวิกฤติ ร้อยละ 35.6 โดยในจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และจังหวัดยะลา มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 59.3, 19.5 และ 43.7 ตามลำดับ ซึ่งส่งผลให้ผู้รับบริการระดับสถานีอนามัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 17,820.1 ครั้งในปี 2546 และ 15,930.4 ครั้งในปี 2547 (Paired t test, $P=0.002$) นอกจากนี้ ในด้านของผู้ให้บริการ พบว่า จำนวนบุคลากรเฉลี่ยต่อสถานีอนามัยในระดับสถานีอนามัยมีแนวโน้มลดลง โดยลดจากจำนวนเฉลี่ย 3.42 คน ในปี 2545 เป็น 3.26 คน ในปี 2547 สำหรับบริการด้านต่างๆ ในระดับโรงพยาบาล พบว่า บริการด้านการรักษา ด้านทันตกรรม ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการเยี่ยมบ้าน ในการนิเทศติดตาม การสนับสนุนบุคลากรแก่เครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 25.0, 50.0, 70.0 ,60.0, 60.0 และร้อยละ 55.0 ตามลำดับ ส่งผลให้จำนวนผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้น ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เช่นเดียวกันเมื่อศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และหอบหืดเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเข้ารับบริการ เป็นผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Paired t test, $P>0.05$) จะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในครั้งนี้ ส่งผลโดยตรงต่อการบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด คือ บริการระดับสถานีอนามัยในขณะที่บริการในระดับโรงพยาบาลได้รับผลกระทบน้อยกว่า

อมร รอดคล้ายและคณะ.(2548) ได้ศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยทำการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ 3 จังหวัด คือยะลานราธิวาส และปัตตานี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพ และ เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาในภาวะวิกฤติปัจจุบันและรูปแบบบริการสุขภาพในอนาคต ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท การรักษาพยาบาล การบริการผู้ป่วยในระดับสถานีอนามัยลดลง ในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยในมีจำนวนใกล้เคียงเดิมแต่ความรุนแรงของโรคมากขึ้น

4) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ.(2548) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นทำให้ ขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ

ผู้ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนี้ก็ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ในเชิงรุกออกเยี่ยมเยียนประชาชนตามหมู่บ้านได้ โดยเฉพาะกิจกรรมการออกหน่วยเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ขณะที่ชาวบ้านโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังบางประเภทอาทิ ความดัน เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด หอบหืด มีแนวโน้มมากขึ้น ส่วนหนึ่งเนื่องจากผู้ป่วยซึ่งเคยมีกิจกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น เดินออกกำลังกายนอกบ้าน ก็ต้องเก็บตัวอยู่ในบ้าน ซึ่งภาวะดังกล่าว นอกจากจะทำให้การดูแลสุขภาพทำได้ยากขึ้นแล้ว บางรายยังก่อให้เกิดความเครียดและมีผลโดยตรงกับผู้ป่วย

จิตติมา อรุณรัตน์.(2550) ได้กล่าวถึงโครงการจิตอาสาเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้าน ของโรงพยาบาลหนองจิก ภายใต้บริบทที่เหมาะสมกับพื้นที่ทีมงานจิตอาสา ได้ดูแลผู้ป่วยที่เรื้อรังในพื้นที่ภายใต้สถานการณ์ที่ไม่ปกติ ทุกวันนี้ ผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในตึกผู้ป่วยใน รวมทั้งผู้ป่วยที่มีความพิการอันเนื่องมาจากสถานการณ์ได้ เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ทีมสุขภาพ ของโรงพยาบาลหนองจิก ได้วางแผนในโครงการนี้ แผนงาน โครงการได้เริ่มต้น เมื่อปลาย ปี 2549 โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาระบบ และการติดตามระบบอย่างต่อเนื่องดังนี้ 1. มีการวางแผนการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มการพยาบาล โดยมีการปรับเปลี่ยนระบบงานจากการจัดการระบบ แบบ Functional Team เป็น Case Management มีการมอบหมายพยาบาลเจ้าของ Case เป็น Case Manager เพื่อการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร่วมกับทีมสุขภาพ 2.มีการจัดการระบบการค้นหาปัญหา แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การประสานงานกับทีมสุขภาพ 3. การพัฒนาระบบการบันทึกเพื่อการดูแลต่อเนื่องเป็นรายกรณี เพื่อความต่อเนื่องของการดูแล 4. การสรรหาจิตอาสาเพื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีกลุ่มเป้าหมายของทีมงานจิตอาสา เป็น ญาติผู้ป่วย คนใกล้บ้าน ผู้ใกล้ชิดที่สามารถดูแลผู้ป่วย โดยไม่ต้องเดินทางไกล มีความภาคภูมิใจในการที่เป็นผู้ดูแล และมีความรักผู้ป่วยอย่างจริงใจ 5. จัดอบรม ให้ความรู้กับทีมงานจิตอาสา ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในโรคที่เกี่ยวข้อง การฟื้นฟูสภาพ ด้วยแพทย์ทางเลือก การใช้ยา และการนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ฯลฯ 6. การบันทึกเพื่อการรายงาน การปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีติดตามผู้ป่วย การติดตามระบบ โดยพยาบาลเจ้าของ Case เพื่อนำสู่การวางแผน และการจัดการระบบเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สำหรับการ Empowerment ทีมงานจิตอาสา มีดังนี้ 1. การจัดให้ทีมงานจิตอาสาได้มีโอกาสฝึกอบรม ศึกษาความรู้ในความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งจากโรงพยาบาล และองค์กรภายนอก 2. ระบบค่าตอบแทน เป็นค่าพาหนะ และค่าอาหาร เมื่อมีการรายงานผล 3. การจัดเวที นำเสนอความก้าวหน้าของ การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเป็นประสบการณ์ แลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลผู้ป่วยรายอื่นๆ ผลลัพธ์จากการติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมงานจิตอาสา พบว่า 1. ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการ อันเนื่องมาจากสถานการณ์ได้ ที่มีพื้นที่ห่างไกล สถานบริการได้รับการดูแลด้วยการวางแผนอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยทีมงานจิตอาสา และพยาบาล เจ้าของ Case 2. การมารับการรักษาพยาบาล ด้วยภาวะแทรกซ้อน ลดน้อยลง 3. ลดความพิการ ที่จะเพิ่มมากขึ้น 4. ชุมชนมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบสุขภาพของประชากรในชุมชน 5. การเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพของชุมชน 6. ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรัง ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ ด้วยความเท่าเทียม และคำนึงถึงศักดิ์ศรี และคุณค่าของความเป็นมนุษย์ แม้ในยามวิกฤตของพื้นที่และโอกาส

ในการพัฒนาโครงการ ฯ คือ 1. ขยายผล ของการดำเนินโครงการให้ครอบคลุมทุกตำบล ในเขตความรับผิดชอบ 2. การจัดตั้งชมรม หรือเครือข่าย ของทีมงานจิตอาสา เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3. การคงไว้ซึ่งระบบ และ ความยั่งยืน ของโครงการ

บุญสม ศิริบำรุงสุข.(2552) ได้กล่าวเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการไว้ดังนี้ ขณะนี้ผู้พิการในประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นมาก โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่ง ไรภยไข้เจ็บ รวมถึงได้รับอันตราย บาดเจ็บ และพิการ โดยเฉพาะในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น ทำให้ทหาร ตำรวจ ข้าราชการตลอดจนประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ได้รับผลกระทบ โดยบรรดาผู้พิการเหล่านี้ต่างต้องการที่จะได้รับการส่งเสริมศักยภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเท่าเทียมเป็นจำนวนมาก และพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมีพระประสงค์ให้พัฒนาศูนย์กลางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการขึ้นในภาคใต้ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาด้านการแพทย์ที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนภาคใต้

5) การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย ไว้ดังนี้ ยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข มีแนวทางการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการเร่งรัดพัฒนางานสุขภาพชุมชน และขยายระบบบริการปฐมภูมิเชิงรุกที่มีคุณภาพมาตรฐานและเป็นที่ศรัทธาเชื่อถือในชุมชน รวมทั้งมีการพัฒนาระบบการรับส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล และสร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการแพทย์ดัดจริตให้มีคุณภาพและมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ และยุทธศาสตร์การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ รวมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติและความรุนแรงที่แพร่ระบาดทั่วไปแนวทางการพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพรองรับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น และเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทุกระดับ ให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติทั้งจากธรรมชาติและวินาศภัยที่มนุษย์อาจก่อขึ้น

ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดชายแดนภาคใต้.(2550) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ดังนี้ มีการจัดตั้งศูนย์ส่งต่อระดับเขต อยู่ที่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยสามารถจัดหาเตียงรับผู้ป่วยส่งต่อ ตามระบบปกติ และกรณีส่งต่อตามปกติไม่ได้ สามารถจัดหาเตียงภายใน 1 ชั่วโมง และได้ประสานสถาบันประสาท/โรงพยาบาลเอกชน ในการแก้ไขปัญหา ซึ่งรพ.เอกชน ได้ส่งแพทย์ ศัลยกรรมประสาทมาทำการผ่าตัดที่ รพ. หาดใหญ่ มีการจัดตั้งเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยดำเนินการจัดทำทำเนียบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไว้สำหรับประสานการส่งต่อแก่ ทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายเขต18,19 นอกจากนี้ ได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องและจัด reference conference case ประเด็นสำคัญและมี

การจัดประชุมเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับการเกิดอุบัติเหตุและการเคลื่อนย้ายลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ใน 14 จังหวัดภาคใต้

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.(2551) ได้จัดทำโครงการพัฒนา ยุทธศาสตร์และกลไกจำเพาะด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของประเทศในการ แก้ไขปัญหาความไม่สงบในจังหวัด ชายแดนภาคใต้ เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ให้สอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนใน ภูมิภาคนี้ ศบ.สต. ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขเขต 18, 19 ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ ศูนย์วิชาการจากกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมบูรณาการกระบวนการคิดและดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้การ แก้ไขปัญหาและการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ มีความเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีประเด็น ปัญหาที่สำคัญ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ร่วมกัน คือ ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาโรคติดต่อ ได้แก่ มาลาเรีย วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ รวมทั้งปัญหาและภาวะ คุกคามที่เกิดจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งนี้ ได้กำหนดเป็นวาระการแก้ไข ปัญหาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ ภายใต้วิสัยทัศน์ “ประชาชนมีสุขภาพดี ภายใต้การพัฒนาระบบสุขภาพ ที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน จังหวัดชายแดนภาคใต้” โดยมีพันธกิจ “การบูรณาการการพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้ ภาวะวิกฤตให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน” โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์การบูรณาการการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพภาครัฐให้เป็น เอกภาพ 2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมโดยใช้วิถีชุมชน 3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ สุขภาพภายใต้ภาวะวิกฤต ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้รอบ 12 เดือน (มกราคม-ธันวาคม) 2550 เกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ สรุปได้ดังนี้ ได้มีการ ตรวจสอบความพร้อมของสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยรับส่งต่อทุกวันโดยสามารถจัดหาเตียงรับผู้ป่วยกรณีส่ง ต่อตามปกติไม่ได้ ภายใน 1 ชั่วโมง โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไว้สำหรับประสานการส่งต่อแก่ทุกโรงพยาบาล

อมร รอดคล้ายและคณะ.(2548 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยทำการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ 3 จังหวัด คือ ยะลา นราธิวาส และปัตตานี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพ และ เพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาในภาวะวิกฤตปัจจุบันและรูปแบบบริการสุขภาพในอนาคต ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดบริการ ปฐมภูมิในพื้นที่ชนบท และมีปัญหาในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยอาการหนักระหว่างสถานพยาบาล

6) การเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ

การเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นการทำให้ สุขภาพกาย (Physical Health) มีสภาพที่ดี กล่าวคือ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน และ

สุขภาพจิต (Mental Health) มีสภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายที่ดีด้วย ดังที่ John Lock ได้กล่าวไว้ว่า “A Sound mind is in a sound body” คือ “จิตใจที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์”

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

จินดา กุลยเทพย์.(2551) ได้เสนอข้อมูลเกี่ยวกับการเยียวยาไว้ดังนี้ การดำเนินการให้ความช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การก่อความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ของรัฐบาล จากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เริ่มทวีความรุนแรงขึ้นมาจากเหตุการณ์การปล้นอาวุธปืนเป็นจำนวนมากของทางราชการเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2547 ที่ค่ายกองพันทหารพัฒนา อำเภोजะเอยีร์ จังหวัดนราธิวาส และตามมาอีกหลายๆ เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิตเป็นร้อยศพ ทำให้สถานการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นรายวันและสร้างความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินเป็นจำนวนมากซึ่งความรุนแรงยังคงปรากฏมาจนถึงปัจจุบัน การช่วยเหลือเยียวยาจากหน่วยงานต่าง ๆ ใช้งบประมาณไปแล้วทั้งสิ้นประมาณ 700 ล้านบาท แต่ทางราชการก็มิได้นิ่งนอนใจ แต่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงหลักมนุษยธรรม โดยกำหนดเป็นนโยบายสำคัญ ด้วยเป้าหมายที่ต้องการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบและครอบครัวอย่างเร่งด่วนและพอเพียงให้สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขและมั่นคง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบมาถึง 4 อำเภอของจังหวัดสงขลาด้วยคือ อำเภอยะนะ เทพานาทวี และสะบ้าย้อย การช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ ได้มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ มีความ

คล่องตัว มีประสิทธิภาพบนพื้นฐานของข้อมูลความจริงที่สมบูรณ์และความจริงใจในการแก้ปัญหาเพื่อให้เกิดความสมานฉันท์จะเห็นได้จากที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และสร้างกลไกการบริหารจัดการ รวมทั้งได้มีการมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนานโยบายไปสู่การปฏิบัติ และมีการประสานความร่วมมือกันอย่างเป็นระบบ มีคณะกรรมการและคณะทำงานต่างๆ เช่น คณะกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ คณะกรรมการติดตาม เร่งรัดการให้ความช่วยเหลือเยียวยา คณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อประสานการติดตามผู้สูญหายกับองค์กรต่างๆ และคณะกรรมการเยียวยาด้านจิตใจกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีคณะทำงานจัดทำฐานข้อมูลการเยียวยา และคณะทำงานพิจารณาหลักเกณฑ์ในการแต่งตั้งโยกย้ายเจ้าหน้าที่ของรัฐรวมทั้งมาตรการจูงใจและช่วยเหลือทายาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบ ฯ อีกด้วย สำหรับหลักเกณฑ์และขั้นตอนการดำเนินการให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ มี 4 ด้านด้วยกัน ได้แก่ 1) การให้ความช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติราชการประจำในพื้นที่หรือประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ (รวมถึงประชาชนที่มีภูมิลำเนาหรือถิ่นที่อยู่นอกพื้นที่) 2) การให้ความช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ได้รับผลกระทบซึ่งเดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เป็นการชั่วคราว 3) การให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ประกอบการรายย่อย ขนาดกลางและรายใหญ่ และ 4) การให้ความช่วยเหลือเยียวยากรณีพิเศษอื่น ๆ ซึ่งคณะกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ฯ ได้จัดทำรายละเอียดการดำเนินการตามหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือเยียวยาเพื่อให้เป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรี

สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดสงขลา.(2551) ได้เสนอข้อมูลเกี่ยวกับการเยียวยาไว้ดังนี้ การดำเนินงานตามนโยบายและแผนการช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของรัฐบาลจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นรายวันในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และสร้างความสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินไปเป็นจำนวนมากนั้น จากการรวบรวมสถิติของผู้ที่ได้รับผลกระทบ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2545 – เดือนกรกฎาคม 2549 รวมทั้งสิ้น 4,483 เหตุการณ์ มีผู้เสียหาย 4,063 คน มีผู้เสียชีวิต 1,198 คน ได้รับบาดเจ็บ 1,917 คน ไม่ระบุความเสียหาย 596 คน และพลอดภัย 352 คน การช่วยเหลือเยียวยาจากหน่วยงานต่าง ๆ ใช้งบประมาณไปแล้วทั้งสิ้น 628,371,781 บาท (กรมประชาสัมพันธ์, 2550) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ รัฐบาลมิได้นิ่งนอนใจแต่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบและครอบครัวอย่างเร่งด่วน โดยคำนึงถึงหลักการด้านมนุษยธรรมเป็นที่ตั้ง จึงได้กำหนดเป็นนโยบายสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้เดือดร้อนให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมั่นคง รัฐบาลได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและสร้างกลไก การบริหารจัดการ รวมทั้งมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนานโยบายไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพและมีความจริงใจในการแก้ไขปัญหา โดยหวังว่าจะส่งผลให้เกิดความสมานฉันท์ได้ในที่สุด มีการประสานความร่วมมือกันอย่างเป็นระบบ โดยคณะกรรมการนโยบายและอำนวยการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กยต.) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการรวม 4 คณะ ได้แก่ คณะกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ในการให้ความช่วยเหลือเยียวยา ฯ คณะกรรมการติดตาม เร่งรัดการให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ คณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อประสานการติดตามผู้สูญ

หายและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ เฉพาะกรณี และคณะกรรมการโครงการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ สำหรับคณะกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์ในการให้ความช่วยเหลือเยียวยา ได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นอีก 2 คณะเพื่อให้ทำงานได้รวดเร็วยิ่งขึ้น คือ คณะทำงานจัดทำฐานข้อมูลการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ และคณะทำงานพิจารณาหลักเกณฑ์ในการแต่งตั้งโยกย้ายเจ้าหน้าที่ของรัฐ รวมทั้งมาตรการจูงใจและช่วยเหลือทายาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ได้รับผลกระทบ และคณะกรรมการโครงการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แต่งตั้งคณะทำงานโครงการดูแลจิตใจเด็กและสตรีผู้สูญเสียที่ได้รับผลกระทบ ขึ้นอีก 1 คณะ ทุกคณะต่างก็ลงพื้นที่ปฏิบัติงานด้วยความเสียสละ ท่วมเท เพื่อที่จะนำความสันติสุขกลับคืนมาสู่ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งจากการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายและแผนการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ ในภาพรวม พบว่าผู้ได้รับผลกระทบฯ และประชาชนทั่วไปในพื้นที่ 4 จังหวัดต่างมีความเห็นทำนองเดียวกันว่าเป็นนโยบายที่ดี ซึ่งช่วยบรรเทาความเดือดร้อน ได้ทั้งทางด้านวัตถุและจิตใจ ทำให้รู้สึกว่ารัฐบาลและสังคมไม่ทอดทิ้ง ส่งผลให้เกิดความมั่นคงและอบอุ่นทางใจ ตลอดจนมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือกับรัฐบาลมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเห็นว่านโยบายนี้ควรจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไปจนกว่าสถานการณ์ความไม่สงบจะหมดไป

ผลการประชุมคณะกรรมการนโยบายและอำนวยการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ โดยมีนายสาทิตย์ วงศ์หนองเตย รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นประธานการประชุม เมื่อ 18 มีนาคม 2552 สรุปว่า การช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ อาทิ กรณี ผู้เสียชีวิต ทุพพลภาพ บาดเจ็บ ทรัพย์สินและพืชผลเสียหายตามหลักกรรมติคณะรัฐมนตรี ตั้งวันที่ 1 มิ.ย. 2548 - มี.ค. 2552 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 1,069,666,309 บาท และในส่วนของแผนงาน/โครงการของคณะกรรมการ/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 944,444,159 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 2,012,110,468 บาท นอกจากนี้ ที่ประชุมได้เห็นชอบให้นำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาอนุมัติ กรอบงบประมาณ รายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2552 (งบกลาง) รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการช่วยเหลือเยียวยา ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ภายใต้คณะกรรมการฯ สำหรับการช่วยเหลือ ระหว่างเดือน มี.ค. - ก.ย. 2552 วงเงินอีก 400,000,000 บาท และได้อนุมัติงบประมาณ งบกลางรายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบฯ ซึ่งอยู่นอกเหนือหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือ ตามมติครม.เมื่อวันที่ 31 พ.ค. 2548 จำนวน 19 ราย เช่น กรณีเจ้าหน้าที่เสียชีวิต ขณะปฏิบัติหน้าที่แล้วเกิดอุบัติเหตุ หรือการฝึกยุทธวิธี เป็นต้น และอนุมัติงบประมาณโครงการส่งเสริมการประกอบอาชีพเกษตรและการส่งเสริมการพัฒนาอาชีพ เพื่อให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯตามที่คณะกรรมการฯ ซึ่งมี ผอ.ศอ.บต. เป็นผู้เสนอ เพื่อดำรงความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ ในพื้นที่สามจังหวัด ได้แก่ จังหวัด สงขลา ปัตตานี และ ยะลา จำนวน 19 โครงการ เช่น โครงการส่งเสริมอาชีพเลี้ยงปลาทาบิคม โครงการเลี้ยงไก่ โครงการเลี้ยงโค เป็นต้น และเห็นชอบให้มีการติดตามเพื่อให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะครอบครัวเจ้าหน้าที่ที่

ปฏิบัติงานในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ที่ย้ายกลับภูมิลำเนา เช่น จ.บุรีรัมย์ จ.สกลนคร และให้ความช่วยเหลือ เยียวยาเด็กกำพร้าและสตรีหม้ายที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งมีปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นประธาน รับผิดชอบไปพิจารณาดำเนินการให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน มีมติเห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการด้านต่างๆ ภายใต้ กยต. เพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือเยียวายูได้รับผลกระทบตามแผนงานโครงการ จำนวน 8 คณะประกอบด้วย 1) คณะอนุกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์และอำนาจการให้ความช่วยเหลือเยียวายูได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 2) คณะอนุกรรมการโครงการดูแลเยียวายูได้รับผลกระทบด้านจิตใจ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 3) คณะอนุกรรมการประชาสัมพันธ์การให้ความช่วยเหลือเยียวายูได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 4) คณะอนุกรรมการบูรณาการการให้ความช่วยเหลือเยียวายูเด็กกำพร้า และสตรีหม้ายที่ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 5) คณะอนุกรรมการจัดทำฐานข้อมูลการเยียวายูได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 6) คณะอนุกรรมการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการกระทำของเจ้าหน้าที่รัฐในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ 7) คณะอนุกรรมการช่วยเหลือเยียวายูนักเรียน นักศึกษา ครู และบุคลากรทางการศึกษาที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 8) คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อประสานการติดตามผู้สูญหายและเยียวายูได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อเสนอของภาคประชาชนเพื่อให้ภาครัฐดำเนินการในเวทีประชุมของคณะกรรมการนโยบายและอำนาจการเยียวายูได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือ กยต. เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม 2552 โดยมี นายสาทิตย์ วงศ์หนองเตย รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นประธานการประชุม มีทั้งหมด 17 ข้อ ดังนี้

1) ปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ หลักเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ด้านการเยียวายูให้เกิดความเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ เท่าทัน/สอดคล้องกับสภาพปัญหาจริง ให้ผู้ได้รับผลกระทบเข้าถึงการช่วยเหลือเยียวายูได้โดยง่าย สะดวก รวดเร็ว และคำนึงถึงหลักมนุษยธรรม/ประโยชน์สูงสุดของผู้ได้รับผลกระทบเป็นสำคัญ (รวดเร็ว ทั่วถึง เสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ) ผู้ได้รับผลกระทบที่เจ้าหน้าที่ไม่สามารถลงความเห็นว่ายตายด้วยเรื่องสถานการณ์หรือเรื่องส่วนตัว ภายในระยะเวลา 6 เดือน ให้สันนิษฐานว่ายตายจากสถานการณ์ และเยียวายูครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบตามสิทธิ ครอบครัวที่ไม่ได้รับการเยียวายูจากรัฐ ให้รัฐแสวงหาแนวทางหรือช่องทางอื่นในการให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยเฉพาะทุนการศึกษาสำหรับเด็ก โดยให้กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นผู้ดูแล

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

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

4) ส่งเสริมให้องค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายเปิดช่องทางการรับฟังปัญหาและความต้องการจากกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่อง

5) ให้การเยียวยาและส่งเสริมบทบาทของผู้หญิงและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและศาสนา

6) ส่งเสริมให้มีกองทุนสำหรับการประกอบอาชีพ การออม และสร้างสวัสดิการให้แก่ผู้หญิงในครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบเพื่อบรรเทาปัญหาด้านเศรษฐกิจและสร้างที่ยั่งยืน/ การพึ่งพาตัวเองในอาชีพและรายได้ในระยะยาว

7) ส่งเสริมอาชีพให้แก่ผู้ได้รับผลกระทบโดยคำนึงถึงความถนัด ศักยภาพความสามารถและสภาพที่เหมาะสมกับความเป็นเพศหญิง (เพศสภาพ) และความเป็นแม่

8) แกนนำผู้ได้รับผลกระทบ ที่อาจมาเป็นนักพัฒนา ผู้เยียวยาผู้ได้รับผลกระทบฯ คนอื่นๆ ควรจัดหาค่าตอบแทนหรือสวัสดิการที่เหมาะสมในการดูแลบุคคลเหล่านี้

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

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

11) ภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้การสนับสนุนกระบวนการชุมชนบำบัด เพื่อเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงอย่างครบวงจร (ข้อเสนอจาก กอศ.)

12) ส่งเสริมให้เกิดอาสาสมัครในระดับประชาชนต่างวัฒนธรรมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบ และให้มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนที่เสริมสร้างความสมานฉันท์ให้เกิดขึ้นในระดับชุมชน สังคม และประเทศ เช่น ให้มีครอบครัวอุปถัมภ์, นักศึกษาอาสาต่างวัฒนธรรม เป็นต้น

13) เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคประชาชน ประชาสังคม และองค์กรภาครัฐในการเยียวยา เสริมสร้างสันติภาพและให้ความช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรมแก่ผู้ได้รับผลกระทบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

14) จัดกิจกรรมให้มีการรับฟังความเห็นและแลกเปลี่ยนระหว่างแกนนำ/กลุ่มผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบกับองค์กรภาครัฐ และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง รวมทั้งยกระดับข้อเสนอจากเวที ให้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อภาครัฐและสาธารณะ

15) ประสานความร่วมมือกับนักวิชาการ เพื่อให้เกิดงานวิจัย หรืองานสร้างสรรค์ ที่ศึกษาปัญหาความต้องการและพัฒนาส่งเสริมศักยภาพผู้หญิงและครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบ

16) ส่งเสริมให้ผู้ได้รับผลกระทบจัดตั้งกลุ่ม และสร้างความเข้มแข็งในกลุ่มและเครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนงานเยียวยาและงานพัฒนาอื่นๆ

17) ให้รัฐเป็นเจ้าภาพจัดเวทีแลกเปลี่ยน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในงานด้านการเยียวยาและบทบาทการทำงาน ทั้งของภาครัฐและของภาคประชาชน โดยเฉพาะภาคประชาชนที่ทำงานในประเด็นด้านการปกป้องสิทธิและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากคดีความมั่นคง

ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพ จังหวัดชายแดนภาคใต้.(2550) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ไว้ดังนี้ การดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จัดตั้งศูนย์ประสานงานเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบประจำอำเภอ ณ โรงพยาบาลจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 37 แห่ง เพื่อเป็นศูนย์ในเรื่องการเยียวยาและการติดตามสิทธิประโยชน์ต่างๆ โดยได้มีการพัฒนานุเคราะห์ประจำศูนย์ฯ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องการดูแลเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบ การพยาบาลด้านจิตใจในภาวะวิกฤต นอกจากนี้ ได้มีการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ในเรื่องการปฐมพยาบาลด้านจิตใจเบื้องต้น เพื่อทีมสหสาขา ในการให้บริการผู้ได้รับผลกระทบ ที่ศูนย์ประสานงานเยียวยาจิตใจ ฯ

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.(2551) ได้จัดทำโครงการพัฒนายุทธศาสตร์และกลไกเฉพาะด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของประเทศในการแก้ปัญหาความไม่สงบในจังหวัด ชายแดนภาคใต้ เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ให้สอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนในภูมิภาคนี้ สบ.สศ. ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขเขต 18, 19 ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์วิชาการจากกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมบูรณาการกระบวนการคิดและดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในพื้นที่ มีความเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้รอบ 12 เดือน (มกราคม-ธันวาคม 2550) เกี่ยวกับการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ สรุปไว้ดังนี้ได้มีการจัดจ้างนักจิตวิทยา แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องการดูแลเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบ การพยาบาลด้านจิตใจในภาวะวิกฤต

จกรม ทอจันทร.(2551: บทคัดย่อ) ได้ทำการประเมินโครงการจัดตั้งศูนย์เยียวยาฟื้นฟูสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลจังหวัดชายแดนใต้ เป็นการประเมินเชิงระบบ โดยการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ กับกลุ่มตัวอย่างเป็นนักจิตวิทยา จำนวน 12 คน พยาบาลวิชาชีพจำนวน 11 คน ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบจำนวน 29 คน ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบประเมินสมรรถนะนักจิตวิทยา

พบว่า ด้านปัจจัยนำเข้า โครงสร้างทางกายภาพของศูนย์เชี่ยวชาญจากการตรวจเยี่ยม 11 แห่ง พบว่า มีเพียง 6 แห่งที่มีห้องทำงานชัดเจน ส่วนที่เหลืออยู่ระหว่างการพัฒนา สมรรถนะของนักจิตวิทยา ในมุมมองของผู้ได้รับผลกระทบมองว่า เพียงพอ และสามารถให้บริการผู้ได้รับผลกระทบได้ ซึ่งที่ผ่านผู้ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า มีศูนย์เชี่ยวชาญฟื้นฟูสุขภาพจิต ที่ทำหน้าที่เชี่ยวชาญจิตใจ แต่ทราบว่า มีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งไม่ทราบตำแหน่ง มาถามว่าเป็นอย่างไรบ้าง มาหาที่ให้นั่ง สำหรับมุมมองของนักจิตวิทยา มองว่าศักยภาพของตนเองที่ได้รับการพัฒนาจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 เพียงพอในการให้บริการ เพราะจากการประเมินสุขภาพจิตของผู้ที่ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในขั้นวิกฤติ ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 และทำหน้าที่ที่เปลี่ยนนักจิตวิทยา มองว่านักจิตวิทยามีศักยภาพเพียงพอในการให้บริการซึ่งการประเมินสมรรถนะที่นักจิตวิทยาประเมินตนเอง และพยาบาลที่เปลี่ยนประเมินไม่แตกต่างกัน ด้านกระบวนการ คือการเข้าถึงบริการ และความครอบคลุม พบว่า ผู้รับบริการเข้าถึงได้น้อย รวมทั้งจิตวิทยายังไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากกรมสุขภาพจิตอยู่ระหว่างการพัฒนานักจิตวิทยาเพื่อเพิ่มสมรรถนะ ทำให้นักจิตวิทยาไปอบรมบ่อยครั้งประกอบกับนักจิตวิทยาส่วนใหญ่ไม่มีที่พักในโรงพยาบาล จึงไม่สามารถให้การปฐมพยาบาลจิตใจในรายที่ได้รับผลกระทบที่มาในช่วงนอกเวลาราชการได้ ด้านผลลัพธ์ คือความพึงพอใจของผู้ได้รับผลกระทบต่อบริการของศูนย์เชี่ยวชาญฟื้นฟูสุขภาพจิต พบว่า ผู้ได้รับผลกระทบที่ให้ข้อมูลทุกคนพึงพอใจแม้ไม่ทราบว่าผู้ให้บริการเป็นใคร

7) การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน

กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และให้ความสำคัญกับการพัฒนาสถาน โดยใช้ยุทธศาสตร์ “หลักศาสนานำการพัฒนา” ปลุกฝังจิตสำนึกในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านทางศาสนสถานและผู้นำศาสนา โดยจัดทำโครงการพัฒนาศาสนสถาน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อให้ผู้นำศาสนาเป็นแกนนำและต้นแบบการสร้างสุขภาพดีในชุมชน พบว่าได้ผลดีมาก ประชาชนมีความพึงพอใจ (สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) ได้กำหนด 1) ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ โดยส่งเสริมการบริโภคที่ปลอดภัย ใช้สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และวัฒนธรรมในการเสริมสร้างสุขภาวะที่ดี โดยส่งเสริมการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น องค์ความรู้ที่มีอยู่และองค์ความรู้ใหม่ มาพัฒนา สนับสนุนให้คนไทยลด ละ เลิกพฤติกรรมสุ่มเสี่ยงทางสุขภาพ ควบคู่กับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามช่วงวัย 2) ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ โดยการเสริมสร้างให้สังคมไทยอยู่เย็นเป็นสุขมีสุขภาพดี ด้วยวิถีปฏิบัติตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงต้องอาศัย ชุมชนที่เข้มแข็ง ในการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชน การพัฒนาจำเป็นต้องสร้างประชาคมสุขภาพของชุมชนเพื่อใช้ประโยชน์จากความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการสร้างความมั่นคงทางอาหาร โดยการใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ทดแทนการใช้สารเคมีและเพื่อความปลอดภัยของอาหาร ควบคู่กับการเสริมสร้างให้ชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ

และเฝ้าระวังสุขภาพของชุมชน ทั้งโรคอุบัติใหม่ โรคระบาดซ้ำ การมีสุขอนามัยที่ดีและสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ปลอดภัย

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย ไว้ดังนี้ ยุทธศาสตร์การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล เน้นการพัฒนาศักยภาพเพื่อการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพด้วยการส่งเสริมสมุนไพร การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความปลอดภัย แนวทางการพัฒนา 1) เพื่อเร่งรัดการพัฒนาสมุนไพรให้สามารถใช้ได้อย่างได้ผลและพอเพียงทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ เพื่อการพึ่งตนเองได้ 2) ส่งเสริมการบูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3) ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบสุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง โดยสร้างศูนย์การเรียนรู้ การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก สร้างสวนสมุนไพรและไม้หอม สร้างศูนย์บำบัดผู้ป่วยเรื้อรังสำหรับชุมชน และณรงค์ให้ประชาชนบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ 4) สร้างทางเลือกที่หลากหลายในการเฝ้าระวังรักษาโรค เพื่อลดการใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและมีราคาแพง ด้วยการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนด้วยสมุนไพร การรับประทานอาหารสุขภาพที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และการพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยได้สรุปการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ไว้ดังนี้

1) การสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมประเด็น ดังนี้ การดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกเพศ ทุกวัย รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ ให้นมบุตร และการดูแลอนามัยช่องปากของเด็กเล็ก เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ

2) การป้องกันและควบคุมโรค ครอบคลุมประเด็น ดังนี้ การควบคุมอัตราการป่วยและตายจากโรคระบาดในพื้นที่ การให้บริการวัคซีนพื้นฐานป้องกันโรคอย่างครอบคลุมและครบถ้วน การบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก การเฝ้าระวังพฤติกรรมโดยค้นหาปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรคที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ และการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคจากสาเหตุต่างๆ

3) การรักษาพยาบาล ครอบคลุมประเด็น ดังนี้ การให้บริการผู้ป่วยได้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ และรวดเร็ว รวมทั้งการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ให้บริการผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมการรักษาให้บริการผู้ป่วยสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การแนะนำการปฏิบัติตัว และวิธีการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

4) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ครอบคลุมประเด็น ดังนี้การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ และการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการอย่างต่อเนื่องให้สามารถดำรงชีพได้อย่างปกติสุข

5) การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ครอบคลุมประเด็น ดังนี้ การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อที่สะดวก รวดเร็ว และมีความปลอดภัยในการบริการช่วยชีวิตฉุกเฉินในที่เกิดเหตุการณั้รวมทั้งการส่งต่อกลับผู้ป่วยไปสถานบริการเดิม

6) การเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมประเด็น ดังนี้ การให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพแก่ผู้ป่วย และมีขั้นตอนในการเยียวยา ที่รวดเร็ว มีความต่อเนื่องต่อเนื่อง และเสมอภาค

7) การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน ครอบคลุมประเด็น ดังนี้ การส่งเสริมประชาชนให้ดำรงชีวิตบนพื้นฐานการใช้ทรัพยากรในชุมชนในด้านการบริโภค การดูแลสุขภาพ การรักษา ป้องกันโรค การดูแลสุขภาพหลังคลอดที่ผสมผสานการแพทย์แผนไทย แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การอยู่ไฟ นวดเต้านม ประคบสมุนไพร การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพเรื่องอาหารจากทรัพยากรในท้องถิ่น การแนะนำการดูแลสุขภาพและการกินยาขณะถือศีลอด การบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงหลักศาสนา

โดยการจัดบริการสุขภาพดังกล่าวต้องมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยสำคัญต่างๆ ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ เช่น โครงสร้างและนโยบาย ระบบการรักษาความปลอดภัย ระบบการทำงานเครือข่าย ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข และปัจจัยด้านการเงิน

2.1.3 องค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพ

ตารางที่ 2.1 วิเคราะห์องค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพ ตามแนวคิดขององค์กร นักวิชาการและงานวิจัย

[illegible]

[illegible]

จากตารางที่ 2.1 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ โดยใช้ข้อมูลตามแนวคิดขององค์การ นักวิชาการและงานวิจัย ที่เห็นสอดคล้องกันตั้งแต่ 2 แหล่งข้อมูลขึ้นไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย โครงสร้างและนโยบาย ระบบการรักษาความปลอดภัย ระบบการทำงานเครือข่าย และระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ
2. ด้านทรัพยากรสาธารณสุข ประกอบด้วย บุคลากรด้านสาธารณสุข และ ยา/เวชภัณฑ์และ เทคโนโลยีทางการแพทย์
3. ด้านการเงิน ประกอบด้วย การจัดสรรงบประมาณที่ได้รับ และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ

2.2 สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

2.2.1 สภาพปัญหาของการก่อการร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้

สุวรรณิ เนตรศรีทอง และปฐมามาศ โชติบัณ.(2548) ได้กล่าวไว้ว่า การเกิดเหตุร้ายในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นเพียงปรากฏการณ์และพฤติกรรมของสังคมที่แสดงออกด้านการใช้ความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ แม้ทุกรัฐบาลที่ผ่านมา จนรัฐบาลปัจจุบันได้พยายามอย่างจริงจังและต่อเนื่องเพื่อทำให้สถานการณ์เรียบร้อยสงบสุขร่มเย็น แต่สถานการณ์ก็มักจะเกิดขึ้นอีกหลักจากสงบแล้วก็เกิดเหตุร้ายวนเวียนเช่นนี้มาเป็นเวลานาน จึงมิใช่เพียงเข้าใจว่าถ้าไปจับคนร้ายที่ก่อเหตุมาลงโทษให้ได้ หรือจัดการกับเจ้าหน้าที่ที่ไปสร้างความไม่เป็นธรรมด้วยการจัดการย้ายหรือลงโทษ แล้วสถานการณ์ก็คงจะดีขึ้นเพราะปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นเรื่องละเอียดอ่อนและลึก จะต้องสร้างความเข้าใจอย่างถ่องแท้กับสถานการณ์อย่างจริงจังด้วยการมองปัจจัยเกี่ยวเนื่องทุก ๆ ด้าน ดังนี้

1) ด้านสังคมจิตวิทยา

ความไม่เข้าใจกันระหว่างประชาชนกับข้าราชการในพื้นที่ที่มีกลุ่มผู้ไม่หวังดีพยายามสร้างสถานการณ์ให้เกิดการแบ่งแยกช่วงชิง เพื่อสร้างประโยชน์รวมทั้งความไม่เข้าใจกันระหว่างข้าราชการกับประชาชน ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาและแก้ไขปัญหาดัง ๆ เพราะไม่ได้รับความร่วมมืออย่างเต็มที่ ซึ่งบางส่วน (แนวร่วมเครือญาติ) จะให้ความร่วมมือกับกลุ่ม ขบวนการโจรก่อการร้าย จากการสำรวจที่ผ่านมา ยังมีความหวาดระแวงกัน หวาดระแวงว่าจะสูญเสียเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม หวาดระแวงว่าจะไม่ได้รับความเป็นธรรม จากทางราชการ

2) ด้านการศึกษา

จากสภาพปัญหาการว่างงานความยากจนและสภาพแวดล้อมทางสังคมส่งผลต่อการศึกษาของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะการขาดประสบการณ์ความรู้และทักษะการประกอบอาชีพ ปัญหาการศึกษามีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและด้านอื่น ๆ และยังมีผลเกื้อกูล ต่อการดำเนินการของกลุ่มโจรก่อการร้าย

หรือกลุ่มผู้ไม่หวังดี จากการสำรวจข้อมูลของกลุ่มโจรก่อการร้ายที่เข้ามาสมัครเป็นผู้ร่วมพัฒนาชาติไทย ร้อยละ 79 เรียนจบไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

3) ด้านยาเสพติด

ปัจจุบันลักษณะลอบค้าขนย้ายและการแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดยะลามีมากขึ้น โดยเฉพาะการแพร่ระบาดในกลุ่มวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา การว่างงานที่อัตราเฉลี่ยสูงรวมทั้งขาดความเอาใจใส่ ความอบอุ่นจากผู้ปกครอง บิดา มารดา จากเหตุร้ายที่เกิดขึ้นหลายครั้งในพื้นที่จังหวัดยะลาที่มีการจ้างงานผู้ติด ยาเสพติดเป็นผู้ดำเนินการ

4) ด้านเศรษฐกิจ

จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นพื้นที่ที่มีศักยภาพในการพัฒนาเศรษฐกิจค่อนข้างสูง แต่จากการ ดำเนินการที่ผ่านมาไม่ได้ส่งผลให้ภาคเศรษฐกิจของจังหวัดชายแดนภาคใต้เติบโตเท่าที่ควร การพัฒนา ดำเนินการอย่างจำกัดอยู่บนรากฐานผลิตสาขาเดิม เพียงแต่ปรับประสิทธิภาพการผลิตและการเพิ่มตลาดขึ้น เท่านั้น การขยายการผลิตไปสู่สาขาอื่นๆ เป็นไปอย่างเชื่องช้า ซึ่งหลายฝ่ายได้อ้างเหตุที่สำคัญคือ ความไม่ สงบที่มีอยู่ในพื้นที่และทำเลที่ตั้งที่อยู่ห่างไกลศูนย์กลางอำนาจทางการเมืองและเศรษฐกิจ ทำให้เกิดความ ลังเลของทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ในการตกลงใจลงทุนการพัฒนาที่ล่าช้าดังกล่าวได้ส่งผลกระทบ โดยตรงคือ ไม่สามารถรองรับการเจริญเติบโตทางสังคมและประชากรแรงงานในพื้นที่ และได้ส่งผล ทางอ้อมกับปัญหาอื่น ๆ ตามมาเป็นลูกโซ่ เช่น อาชญากรรม ยาเสพติด ปัญหาความไม่พอใจของประชาชน ต่ออำนาจรัฐที่เห็นว่ารัฐไม่จริงจังต่อการแก้ปัญหาปากท้องของประชาชน

5) ด้านการขาดเอกภาพในการดำเนินงาน

โดยที่ปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้มี ลักษณะซับซ้อนและเกี่ยวพันกันเป็นลูกโซ่ ในแง่ตัว เจ้าหน้าที่ระบบการศึกษา ระบบการพัฒนาและการป้องกันและปราบปราม ฯลฯ การแก้ปัญหาเฉพาะจุดใด จุดหนึ่งหรือต่างคนต่างทำไม่สามารถลดทอนปัญหาได้อย่างมีพลัง

ปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้อาจวิเคราะห์ให้ได้เป็น 3 ระดับ คือ

- 1) ปัญหาระดับผิวหน้าของสังคมที่ปรากฏเห็นเช่น ความยากจนปัญหายาเสพติด การก่อเหตุร้าย อาชญากรรมต่าง ๆ ปัญหาการศึกษา เจ้าหน้าที่ของรัฐบางคนปฏิบัติไม่เป็นธรรม ฯลฯ ปัญหาเช่นนี้ปรากฏอยู่ในทั่วไปทุกภาคของประเทศ
- 2) ปัญหาระดับโครงสร้างสังคมเป็นระดับลึกลงไปจากผิวหน้าของสังคม จังหวัดชายแดนภาคใต้มี ความแตกต่างทางโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมในการบริหารประเทศ โครงสร้างมีลักษณะรวมศูนย์ ส่วนกลาง ระเบียบกฎหมายไม่สามารถยืดหยุ่น ทำให้ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรมของประชาชน ฯลฯ
- 3) ปัญหาระดับวัฒนธรรม เป็นการมองที่ลึกลงไปอีกชั้นหนึ่ง ในความหมายวัฒนธรรมที่กว้าง มากกว่าเช่น การแต่งกาย การพูด การใช้ภาษา แต่รวมทั้งหมดของการดำเนินวิถีชีวิต ที่ผ่านการหล่อหลอม ทางสังคมมีอิทธิพลต่อความเชื่อ และที่มาจากประสบการณ์จากการเรียนการสอนทั้งเจ้าหน้าที่รัฐที่ส่งไป

ทำงานก็อาจมีการรับรู้และมีทัศนคติ มีความเข้าใจหรือมีประสบการณ์ที่อาจเข้าใจพี่น้องมุสลิมในทางใดทางหนึ่ง ทั้งหมดนี้เป็นปัญหาในส่วนที่ลึกลงไปที่สังคมเป็นอยู่

ปัญหาทั้ง 3 ระดับนี้ มีสะสมมานานจนกล่าวว่าเป็นปัญหาทางประวัติศาสตร์ และความเป็นมาทางสังคม การเมือง การปกครอง ที่ต่อเนื่องเกิดเป็นช่องว่างที่ลึกอยู่ในสังคมจากอดีตจนถึงปัจจุบัน

2.2.2 นโยบายความมั่นคงจังหวัดชายแดนภาคใต้

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง การแก้ไขปัญหามุ่งเน้นที่จะแก้ปัญหาทั้ง 3 ระดับ ทั้งสถานการณ์ที่ปรากฏผิวหน้าเช่น เหตุร้ายปัญหาความยากจนยาเสพติด เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติไม่เป็นธรรม ส่วนปัญหาในทางลึกที่เกี่ยวกับช่องว่างทางทัศนคติของเจ้าหน้าที่ของรัฐและของประชาชนนั้นรัฐบาลได้กำหนดนโยบายความมั่นคงแห่งชาติเกี่ยวกับจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นนโยบายสำคัญที่จะเชื่อมและลดช่องว่างของสังคมให้แคบและให้หมดไป

นโยบายความมั่นคงแห่งชาติเกี่ยวกับจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตามที่สภาความมั่นคงแห่งชาติ และคณะรัฐมนตรี ได้กำหนดขึ้นเมื่อ 7 กันยายน 2542 โดยที่นโยบายนี้ได้เปิดมิติใหม่ ให้เป็นนโยบายที่ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การเริ่มคิดด้วยการรับฟังและทำงานร่วมกับประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีทั้ง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ผู้นำศาสนา สื่อมวลชนมุสลิม ฯลฯ ข้อสรุปที่ทุกฝ่ายเห็นร่วมกันเป็นนโยบาย 4 มีสาระสำคัญ คือ

- 1) การเห็นคุณค่าความหลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นปัญญาของสังคมที่จะเป็น ต้นทุนของสังคมที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาต่างๆ และสร้างความสามัคคีรวมทั้งให้เกิดความมั่นคง
- 2) กำหนดจุดยืนให้ชัดและมั่นใจว่า พี่น้องมุสลิมสามารถดำเนินวิถีชีวิตมุสลิมในสังคมไทยอย่างภาคภูมิใจมีเกียรติมีศักดิ์ศรีภายใต้รัฐธรรมนูญเช่นคนไทย
- 3) เชื่อมโยงศักยภาพของสังคมมุสลิมให้สามารถปรับตัวเดินหน้าไปพร้อมกับสังคมโดยรวม และเชื่อมสัมพันธ์กับโลกมุสลิมที่จะร่วมกันสร้างสรรค์ความสงบสันติ
- 4) การให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับเยาวชน ปัญญาชนมุสลิม และทุกส่วนในสังคมที่จะต้องเป็นผู้ปกครองและนำสังคม ระเบียบกฎเกณฑ์ใด ๆ ที่ขัดแย้งไม่เป็นธรรมหรือไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตต้องปรับปรุงแก้ไขรวม ทั้งการสร้างความเป็นธรรมแก่ประชาชน ส่งเสริมการศึกษาทั้งทางโลก ทางธรรมการสร้างโอกาสให้การดำเนินวิถีชีวิตที่จะมีงานทำ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และจัดการอย่างจริงจังกับการแก้ปัญหา ยาเสพติด โดยสร้างภูมิคุ้มกันสังคมโดยให้มีชุมชนที่เข้มแข็งและการประสานร่วมมือแก้ปัญหาให้สังคมมีความสงบร่มเย็นมีความสามัคคี มีความสุขเช่นเดียวกับสังคมอื่น ๆ ในชาติ

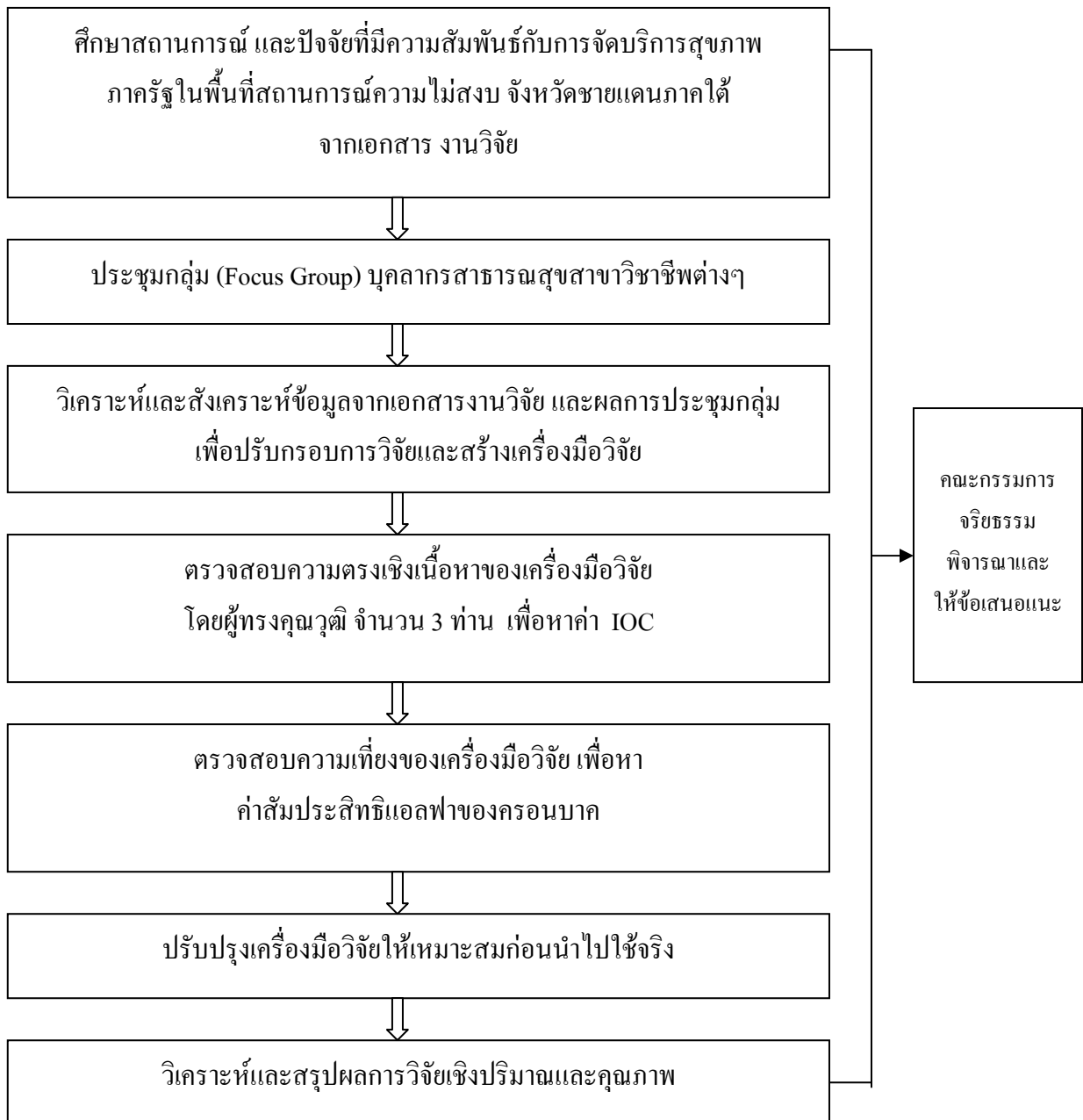
บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ มีรายละเอียด ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 วิธีการวิจัย

- 1) ศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่ สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ จากเอกสาร และงานวิจัย
- 2) ศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่ สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ จากการประชุมกลุ่ม (Focus Group) กับบุคลากร สาธารณสุขสาขาวิชาชีพต่างๆ
- 3) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารงานวิจัย และผลการประชุมกลุ่มเพื่อปรับกรอบการ วิจัยและสร้างเครื่องมือวิจัย
- 4) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาค่า IOC
- 5) ปรับปรุงเครื่องมือวิจัยตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
- 6) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยโดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ ใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
- 7) ปรับปรุงเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง
- 8) วิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ



ภาพที่ 2.1 แผนภาพวิธีการวิจัย

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสถานบริการสาธารณสุขทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และ ตติยภูมิ ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 254 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติ จำนวน 1,518 คน การคำนวณประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง และการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการ ดังนี้

3.2.1 สถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ แบ่งการคำนวณประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง และการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้บริหาร คือ หัวหน้าสถานีนามัย จำนวน 114 คน คิดจาก

1.1) หัวหน้าสถานีนามัย จากสถานีนามัยที่ได้รับผลกระทบ ตั้งแต่ปี 2547-2550 จำนวน 12 แห่ง และสถานีนามัยระดับ PCU มี 23 แห่ง กลุ่มศึกษาเป็นประชากรทั้งหมด รวม 35 คน

1.2) หัวหน้าสถานีนามัยทั่วไป มีประชากร จำนวน 371 คน ใช้เกณฑ์ 15 % ของประชากร

N = 100 คน กลุ่มตัวอย่าง ใช้ 15-30%

N = 1000 คน กลุ่มตัวอย่าง ใช้ 10-15%

N = 10000 คน กลุ่มตัวอย่าง ใช้ 5-10%

N = 100000คน กลุ่มตัวอย่าง ใช้ 1-5%

N หมายถึง จำนวนประชากร

คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 56 คน สำหรับวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธี ดังนี้

1.2.1 แบ่งสัดส่วนหัวหน้าสถานีนามัยแต่ละจังหวัด

1.2.2 สุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากสถานีนามัย

2) กลุ่มผู้ปฏิบัติ คือ เจ้าหน้าที่ประจำสถานีนามัย จำนวน 295 คน คิดจาก

2.1) ประชากรทั้งหมดของเจ้าหน้าที่สถานีนามัยที่ได้รับผลกระทบ 70 คน และเจ้าหน้าที่สถานีนามัยระดับ PCU จำนวน 108 คน รวมเป็น 178 คน

2.2) เจ้าหน้าที่สถานีนามัยทั่วไป มีประชากร จำนวน 1,173 คน ใช้เกณฑ์ 10% ของประชากร คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 117 คน สำหรับวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธี ดังนี้

2.2.1 แบ่งสัดส่วนเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนามัยแต่ละจังหวัด

2.2.2 สุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากสถานีนามัย

3.2.2 สถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ แบ่งการคำนวณประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง และการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้บริหาร มีจำนวน 210 คน กลุ่มศึกษาใช้ประชากรทั้งหมด คิดจาก

1.1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหน้างานพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ หัวหน้างานเภสัชกรรมและหัวหน้างานทันตกรรม จำนวน 35 แห่ง แห่งละ 4 คน รวมเป็น 140 คน

1.2) หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญ และหัวหน้าหน่วยบริการฉุกเฉินและ

1.3) การส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 35 แห่ง แห่งละ 2 คน รวมเป็น 70 คน

2) กลุ่มผู้ปฏิบัติ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,153 คน โดยคิดจาก

2.1) กลุ่มบุคลากรที่มีจำนวนน้อย ได้แก่

2.1.1) บุคลากรที่มีบทบาทในการรักษา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ศึกษาจากประชากรทั้งหมด ซึ่งจำนวนประชากรแต่ละประเภท มีดังนี้ แพทย์ จำนวน 308 คน ทันตแพทย์ จำนวน 61 คน เภสัชกร จำนวน 147 คน

2.1.2) บุคลากรในการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่หน่วยบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และเจ้าหน้าที่ศูนย์เชี่ยวชาญจังหวัด ศึกษาจากประชากรทั้งหมด จำนวนประชากรแต่ละประเภท มีดังนี้ เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข จำนวน 107 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม จำนวน 156 คน เจ้าหน้าที่หน่วยบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ จำนวน 78 คน และเจ้าหน้าที่ศูนย์เชี่ยวชาญจังหวัด จำนวน 56 คน

2.2) กลุ่มบุคลากรที่มีจำนวนมาก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ มีประชากรจำนวน 2,395 คน (ไม่นับหัวหน้าพยาบาล) ใช้เกณฑ์ 10 % ของประชากร คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 240 คน สำหรับการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี Multistage Sampling ดังนี้

2.2.1) แบ่งสัดส่วนพยาบาลแต่ละจังหวัด

2.2.2) แบ่งสัดส่วนพยาบาลในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด

2.2.3) สุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากโรงพยาบาลชุมชน

2.2.4) คุณสมบัติพยาบาล มีดังนี้

- มีประสบการณ์ทำงานในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และ
- เป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแผนกบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน

3.2.3 บุคลากรสาธารณสุขสาขาวิชาชีพต่างๆ ในการประชุมกลุ่ม (Focus Group) จำนวน 12 คน ทำการเลือกแบบเจาะจง โดยมีคุณลักษณะดังนี้

1) ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

2) เคยได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ ทั้งทางตรงและทางอ้อมหรือมีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ

3) เป็นบุคคลที่ยินดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยที่มีต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ตารางที่ 3.1 จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

วิชาชีพ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	จะนะ	เทพา	สะบ้าย้อย	นาทวี	รวม (คน)
แพทย์	107	75	97	7	6	8	8	308
ทันตแพทย์	35	24	26	4	3	1	3	96
เภสัชกร	59	49	55	6	4	5	4	182
พยาบาลวิชาชีพ	484	867	842	70	48	48	71	2,430
จพ.สาธารณสุข	227	43	138	6	1	4	1	420
จพ.ทันตสาธารณสุข	42	17	30	6	4	3	5	107
จพ.เภสัชกรรม	37	54	50	5	3	2	5	156

อ้างอิงจาก

1. อังสนา สุวรรณรัตน์ บุคลากรการเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา รายงาน ณ 26 มีนาคม 2551
2. มนัสวี อุดลยรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ รายงาน ณ 21 เมษายน 2551
3. <http://mail.google.com/mail/?ui=1&attid=0.1&disp=vah&view=att&th=11897...10/3/2551>
4. <http://mail.google.com/mail/?ui=1&attid=0.3&disp=inline&view=att&th=118...11/3/2551>

ตารางที่ 3.2 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

สถานบริการสาธารณสุข	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	จะนะ	เทพา	สะบ้าย้อย	นาทวี	รวม (แห่ง)
สถานีนอมนัยทั่วไป	122	80	107	19	11	15	17	371
สถานีนอมนัยระดับ PCU	6	3	10	1	3	-	-	23
โรงพยาบาลชุมชน	11	5	10	1	1	1	1	30
โรงพยาบาลจังหวัด/ทั่วไป	1	2	2	-	-	-	-	5

อ้างอิงจาก

1. มนัสวี อุดลยรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ รายงาน ณ 21 เมษายน 2551
2. <http://www.ylo.moph.go.th/report/it/so/so.htm> 6/3/2551
3. <http://mail.google.com/mail/?ui=1&attid=0.1&disp=vah&view=att&th=11897...10/3/2551>
4. <http://mail.google.com/mail/?ui=1&attid=0.3&disp=inline&view=att&th=118...11/3/2551>

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 1 ชุด ดังนี้

3.3.1 การสร้างเครื่องมือ

1) ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวิจัยโดยศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการสนทนากลุ่ม (focus group) บุคลากรสาธารณสุขสาขาวิชาชีพต่างๆ ในพื้นที่

2) ภายหลังจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยและการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาสร้างแบบสอบถาม “ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้” ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคล

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการบริหารจัดการ จำนวน 24 ข้อ
2. ด้านทรัพยากรสาธารณสุข จำนวน 11 ข้อ
3. ด้านการเงิน จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งระดับการเห็นด้วยกับข้อความเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ใช้หลักเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ตอนที่ 3 การจัดบริการสุขภาพในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่

1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ
2. ด้านป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 5 ข้อ
3. ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย จำนวน 5 ข้อ
4. ด้านรักษาพยาบาล จำนวน 7 ข้อ
5. ด้านบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ จำนวน 7 ข้อ
6. ด้านเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ จำนวน 4 ข้อ
7. ด้านบริการตามบริบทและวิถีชุมชน จำนวน 4 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ คือ ไม่สามารถปฏิบัติได้ ปฏิบัติงานได้น้อย ปฏิบัติงานได้ปานกลาง ปฏิบัติงานได้มาก ปฏิบัติงานได้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้
- 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติงานได้น้อย
- 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติงานได้ปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติงานได้มาก
- 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติงานได้มากที่สุด

การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ใช้หลักเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ปฏิบัติงานได้น้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ปฏิบัติงานได้ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ปฏิบัติงานได้มาก

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ปฏิบัติงานได้มากที่สุด

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ คำถามปลายเปิดเพื่อแสดงความคิดเห็น

3.3.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (ด้านการวัดและประเมิน และด้านการจัดบริการสุขภาพ) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ด้วยสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IOC	หมายถึง ดัชนีความสอดคล้องในความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	$\sum R$	หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

สำหรับเกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้

ให้คะแนน + 1	หมายถึง แน่ใจว่าสอดคล้อง
ให้คะแนน 0	หมายถึง ไม่แน่ใจว่าสอดคล้อง
ให้คะแนน - 1	หมายถึง แน่ใจว่าไม่สอดคล้อง

กำหนดเกณฑ์ IOC ดังนี้ ค่า IOC ที่น้อยกว่า 0.5 แสดงว่าควรปรับปรุงเนื้อหา

2) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ณ สถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดยะลา ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient ซึ่งมีค่าเท่ากับ .84 และปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง ด้วยสูตร

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ	α	หมายถึง ความเที่ยง
	n	หมายถึง จำนวนข้อ
	S_i^2	หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_t^2	หมายถึง ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.4.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมประชุมกลุ่มจากผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ส่งถึงบุคลากรสาธารณสุขสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมประชุม

3.4.2 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการพิจารณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ส่งถึงผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ทางไปรษณีย์ และขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญส่งกลับทางไปรษณีย์

3.4.3 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจความถูกต้องของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้

3.4.4 ผู้วิจัยนำหนังสือขอเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าสถานีนามัย เพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูล

3.4.5 หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยและทีมวิจัยลงพื้นที่ใน จังหวัดยะลา ปัตตานี และ นราธิวาส เพื่อส่งแบบสอบถามให้ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหน่วยบริการฉุกเฉินและการส่งต่อของโรงพยาบาล หัวหน้าสถานีนามัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแต่ละแห่ง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะตัวอย่าง จำนวนของตัวอย่าง และขอความกรุณาในการรวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนัดวันมารับแบบสอบถามคืน หลังได้รับแบบสอบถาม ภายใน 2 สัปดาห์ สำหรับจังหวัดสงขลาผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ และขอความกรุณารวบรวมแบบสอบถามส่งกลับทางไปรษณีย์ หลังได้รับ ภายใน 2 สัปดาห์ ดังนี้

- 1) กรณีแพทย์ ให้หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคน
- 2) กรณีทันตแพทย์และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ให้หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคน
- 3) กรณีเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ให้หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคน
- 4) กรณีพยาบาลวิชาชีพ ให้หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง ใช้ตามบัญชีรายชื่อที่ผู้วิจัยระบุ
- 5) กรณีผู้ปฏิบัติงานสถานีนามัย ให้หัวหน้าสถานีนามัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกคน

3.4.6 ผู้วิจัยนำเทปบันทึกการประชุมกลุ่มมาถอดข้อมูล และนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาตรวจความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และวิเคราะห์เนื้อหา

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐ ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้
3. ศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดมีดังนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคล
- 4.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน
- 4.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ
- 4.4 การทดสอบสมมติฐานปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน ที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพ

โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2541)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
มากกว่า 0.9	หมายถึง สัมพันธ์ในระดับมากที่สุด
$0.71 \leq r \leq 0.90$ หรือ $-0.71 \leq r \leq -0.90$	หมายถึง สัมพันธ์ในระดับมาก
$0.31 \leq r \leq 0.70$ หรือ $-0.31 \leq r \leq -0.70$	หมายถึง สัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$-0.3 \leq r \leq 0.3$	หมายถึง สัมพันธ์ในระดับต่ำ
0.00	หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน
เครื่องหมาย + แสดงว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก	
เครื่องหมาย - แสดงว่ามีความสัมพันธ์ทางลบ	

- 4.5 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

- 4.6 ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในการประชุมกลุ่ม

4.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคล

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคล

หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ (n=1208)		
1.1 ชาย	244	20.2
1.2 หญิง	964	79.8
2. สถานภาพสมรส (n=1210)		
2.1 โสด	505	41.7
2.2 สมรส	664	54.9
2.3 หม้าย/หย่าร้าง	37	3.1
2.4 อื่นๆ	4	0.3
3. ระดับการศึกษา n=1201		
3.1 ต่ำกว่าปริญญาตรี	377	31.4
3.2 ปริญญาตรี	713	59.4
3.3 ปริญญาโท	53	4.4
3.4 อื่นๆ	58	4.8
4. ตำแหน่ง		
4.1 แพทย์บริหาร	13	1.1
4.2 แพทย์ปฏิบัติการ	61	5.0
4.3 ทันตแพทย์บริหาร	9	0.7
4.4 ทันตแพทย์ปฏิบัติการ	31	2.6
4.5 เกษตรกรบริหาร	13	1.1
4.6 เกษตรกรปฏิบัติการ	63	5.2
4.7 พยาบาลบริหาร	73	6.0
4.8 พยาบาลปฏิบัติการ	258	21.3
4.9 นักวิชาการสาธารณสุขบริหาร	11	0.9
4.10 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	63	5.2
4.11 อื่นๆบริหาร	103	8.5
4.12 อื่นๆปฏิบัติการ (จพ.สาธารณสุข จพ.เกษตรกรรม จพ.ทันตสาธารณสุข)	513	42.4

จากตาราง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 79.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.9 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 59.4 เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 42.4 พยาบาลปฏิบัติการ ร้อยละ 21.3

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคล (ต่อ)

หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
5. ระดับสถานบริการ (n=1210)		
5.1 ตติยภูมิ	129	10.7
5.2 ทติยภูมิ	511	42.2
5.3 ปฐมภูมิ	570	47.1
6. ภูมิลำเนา (n=1208)		
6.1 ในพื้นที่ 3 จังหวัด 4 อำเภอ	1114	92.2
6.2 นอกพื้นที่ 3 จังหวัด 4 อำเภอ	94	7.8
7. ลักษณะที่พักอาศัย (n=1213)		
7.1 ที่พักตนเอง	853	70.3
7.2 ที่พักหน่วยงาน	312	25.7
7.3 อื่นๆ	48	4.0
8. สภาพการพักอาศัย (n=1213)		
8.1 พักคนเดียว	103	8.5
8.2 พักกับผู้อื่น	170	14.0
8.3 พักกับครอบครัว	934	77.0
8.4 อื่นๆ	6	0.5
9. มาตรฐานรับรองคุณภาพสถานบริการที่ใช้ (n=1119)		
9.1 HA	662	59.2
9.2 HCA	146	13.0
9.3 HPHA	127	11.3
9.4 อื่นๆ	184	16.4

จากตาราง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสถานบริการ ระดับปฐมภูมิ ร้อยละ 47.1 มีภูมิลำเนาในพื้นที่ 3 จังหวัด ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอ(จะนะ สะบ้าย้อย เทพา และนาทวี) ร้อยละ 92.2 ที่พักอาศัยที่พักของตนเอง ร้อยละ 70.3 โดยพักกับครอบครัว ร้อยละ 77.0 มาตรฐานรับรองคุณภาพสถานบริการที่ใช้ คือ HA (Hospital Accreditation) ร้อยละ 59.2 ผลการประเมินคุณภาพสถานบริการผ่าน ร้อยละ 71.8

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคล (ต่อ)

หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
10. การประเมินคุณภาพสถานบริการ (n=1156)		
10.1 ผ่าน	830	71.8
10.2 ไม่ผ่าน	155	13.4
10.3 อื่นๆ	171	14.8
11. นโยบายพิเศษในพื้นที่ของท่าน (n=1218)		
11.1 สนับสนุนค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงภัย	877	72.0
11.2 สนับสนุนค่าตอบแทนพิเศษบุคลากรสาขาวิชาชีพขาดแคลนในพื้นที่เสี่ยงภัย	518	42.5
11.3 จัดสรรงบประมาณเพื่อความปลอดภัยและมั่นคง	238	19.5
11.4 รับบุคลากรทางการแพทย์นอกพื้นที่มาปฏิบัติงานราชการ ณ สถานบริการแบบชั่วคราว	168	13.8
11.5 ให้ทุนนักเรียนของกระทรวงสาธารณสุขบรรจุเป็นข้าราชการในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้	267	21.9
11.6 มีการผลิตพยาบาลวิชาชีพ 3,000 อัตรา เพื่อบรรจุเข้าทำงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้	661	54.3
11.7 มีการผลิตแพทย์เพิ่มโดยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อบรรจุเข้าทำงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้	176	14.4
11.8 มีการผลิตเวชกรฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความรุนแรงชายแดนใต้	44	3.6
11.9 เพิ่มค่าชดเชยแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่กรณีประสบเหตุจากสถานการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน	139	11.4
11.10 ใ้บุคลากรในพื้นที่ไปอบรมและพัฒนาศักยภาพเพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ชายแดนใต้	169	13.9
11.11 อื่นๆ	1	0.1
12. การเกิดสถานการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน (n=1196)		
12.1 ไม่มี	538	45.0
12.2 มี	658	55.0
1) กับตนเอง	(33)	(2.8)
2) มีกับเพื่อนร่วมงาน	(326)	(27.3)
3) มีกับสถานที่ปฏิบัติงาน	(111)	(9.3)
4) อื่นๆ	(188)	(15.7)

หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
13. ลักษณะสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน (n=1218)		
13.1 ช่มชู้	315	25.9
13.2 ยิง	503	41.3
13.3 เผาทำลาย	268	22.0
13.4 ระเบิด	343	28.2
13.5 อื่นๆ	85	7.0

จากตาราง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายพิเศษที่มีใช้ในพื้นที่ 3 อันดับแรก คือ สนับสนุนค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงภัย ร้อยละ 72 มีการผลิตพยาบาลวิชาชีพ 3,000 อัตรา เพื่อบรรจุเข้าทำงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ร้อยละ 54.3 และสนับสนุนค่าตอบแทนพิเศษบุคลากรสาขาวิชาชีพขาดแคลนในพื้นที่เสี่ยงภัย ร้อยละ 42.2 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.0 ให้ข้อมูลว่ามีการเกิดสถานการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน และเป็นการเกิดสถานการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงานกับเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 27.3 ลักษณะสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน 3 อันดับแรก คือ ยิง ร้อยละ 41.3 ระเบิด ร้อยละ 28.2 และช่มชู้ ร้อยละ 25.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.2 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

ตำแหน่ง	ผู้บริหาร	ผู้ปฏิบัติการ
แพทย์	39 ปี	30.8 ปี
ทันตแพทย์	33.5 ปี	31.3 ปี
เภสัชกร	38.6 ปี	32.3 ปี
พยาบาล	41.8 ปี	35.7 ปี
นักวิชาการสาธารณสุข	41.3 ปี	32.6 ปี
อื่นๆ(เจ้าพนักงานที่ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข เช่น จพ.สาธารณสุข จพ.เภสัชกรรม จพ.ทันตสาธารณสุข)	41.1 ปี	28.6 ปี

จากตาราง พบว่า ระดับผู้บริหาร พยาบาลมีอายุเฉลี่ยสูงสุด คือ 41.8 ปี รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข 41.3 ปี และ เจ้าพนักงานที่ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข 41.1 ปี ตามลำดับ และพบว่า ทันตแพทย์ มีอายุเฉลี่ยต่ำสุด คือ 33.5 ปี ระดับผู้ปฏิบัติการ พยาบาลมีอายุเฉลี่ยสูงสุด คือ 35.7 ปี รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข 32.6 ปี เภสัชกร 32.3 ปี ตามลำดับ และพบว่า เจ้าพนักงานที่ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข มีอายุเฉลี่ยต่ำสุด คือ 28.6 ปี

ตารางที่ 4.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง

ตำแหน่ง	ผู้บริหาร	ผู้ปฏิบัติการ
แพทย์	71,667 บาท	63,310 บาท
ทันตแพทย์	52,770 บาท	57,452 บาท
เภสัชกร	44,667 บาท	37,308 บาท
พยาบาล	31,554 บาท	21,579 บาท
นักวิชาการสาธารณสุข	20,000 บาท	16,680 บาท
อื่นๆ(เจ้าพนักงานที่ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข เช่น จพ.สาธารณสุข จพ.เภสัชกรรม จพ.ทันตสาธารณสุข)	21,222 บาท	11,803 บาท

จากตาราง พบว่า ระดับผู้บริหารและระดับผู้ปฏิบัติการ 3 วิชาชีพแรกที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร มีรายได้ดังนี้ ระดับผู้บริหาร 71,667 52,770 และ 44,667 บาท ตามลำดับ และระดับผู้ปฏิบัติการ 63,310 57,452 และ 37,308 บาท ตามลำดับ สำหรับ นักวิชาการสาธารณสุขระดับผู้บริหาร มีรายได้เฉลี่ยต่ำสุด คือ 20,000 บาท และ เจ้าพนักงานที่ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข มีรายได้เฉลี่ยต่ำสุด คือ 11,803 บาท

4.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุขและการเงิน

ตารางที่ 4.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	ความคิดเห็น
1. ด้านการบริหารจัดการ			
โครงสร้างและนโยบาย			
1. นโยบายของภาครัฐด้านการกระจายกำลังคนในพื้นที่ส่งผลให้บุคลากรปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น	3.50	.90	ปานกลาง
2. นโยบายของภาครัฐด้านการสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรส่งผลให้บุคลากรปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น	3.60	1.26	มาก
3. นโยบายของภาครัฐมีความครอบคลุมทุกด้านในการสนับสนุนให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ	3.23	.83	ปานกลาง
4. นโยบายของภาครัฐในพื้นที่ที่มีความยุติธรรมให้ความสำคัญแก่บุคลากรเสมอภาคเท่าเทียมกัน	2.92	1.04	ปานกลาง
5. นโยบายของภาครัฐในพื้นที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง	3.13	.79	ปานกลาง
6. โครงสร้างองค์กรเน้นการสื่อสารทั้งในแนวราบและแนวดิ่งสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.22	.83	ปานกลาง
7. นโยบายขององค์กรสามารถนำไปกำหนดเป็นแผนปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจน	3.27	.79	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.27	.67	ปานกลาง

จากตาราง พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ เรื่องโครงสร้างและนโยบาย กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.27$ S.D.=.67) และ ประเด็นเรื่องนโยบายของภาครัฐด้านการสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรส่งผลให้บุคลากรปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ($\bar{X}=3.60$ S.D.= 1.26)กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมาก สำหรับนโยบายของภาครัฐในพื้นที่ที่มีความยุติธรรมให้ความสำคัญแก่บุคลากรเสมอภาคเท่าเทียมกัน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.92$ S.D.=. 1.04)

ตารางที่ 4.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน (ต่อ)

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	ความคิดเห็น
1. ด้านการบริหารจัดการ			
ระบบการรักษาความปลอดภัย			
8. ผู้ป่วย และญาติได้รับการดูแลจากสถานบริการให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	3.60	.80	มาก
9. เจ้าหน้าที่ของสถานบริการได้รับการดูแลจากหน่วยงานให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย	3.42	.85	ปานกลาง
10. มีการเตรียมการด้านบุคคลเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม	3.44	.84	ปานกลาง
11. มีการเตรียมการด้านวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม เช่น วงจรปิด	3.68	.88	มาก
12. มีการเตรียมการด้านโครงสร้าง ตัวอาคารเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม	3.32	.84	ปานกลาง
13. มีการฝึกอบรม ด้านการประเมินสถานการณ์และความรุนแรงให้แก่บุคลากร	3.29	.90	ปานกลาง
14. มีการฝึกอบรม ด้านการเผชิญเหตุและ การเจรจาต่อรอง ในสถานการณ์ฉุกเฉินให้แก่บุคลากร	3.08	1.00	ปานกลาง
15. มีการจัดทำคู่มือเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยแจกจ่ายให้ทั่วถึง	3.04	1.00	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.36	.69	ปานกลาง

จากตาราง พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ เรื่องระบบการรักษาความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.36$ S.D.=.66) ในประเด็นมีการเตรียมการด้านวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม เช่น วงจรปิด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ($\bar{X}= 3.68$ S.D.= .88) กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมาก สำหรับประเด็นมีการจัดทำคู่มือเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยแจกจ่ายให้ทั่วถึงมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยระดับปานกลาง($\bar{X}=3.04$ S.D.= 1.00)

ตารางที่ 4.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน (ต่อ)

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	ความคิดเห็น
1. ด้านการบริหารจัดการ			
ระบบการทำงานเครือข่าย			
16. มีส่วนร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพ	3.40	.82	ปานกลาง
17. มีการระดมสมองจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อหาแนวทางจัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ฉุกเฉิน	3.19	.84	ปานกลาง
18. มีการจัดตั้งศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์เพื่ออำนวยความสะดวกในสถานการณ์ฉุกเฉิน	3.21	.89	ปานกลาง
19. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดบริการสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆในสถานการณ์ฉุกเฉินระหว่างสถานบริการ	3.13	.91	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.23	.73	ปานกลาง
การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ			
20. มีระบบสื่อสารคมนาคมเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารเข้าถึงได้ง่ายตลอดเวลา	3.55	.88	มาก
21. มีศูนย์ประสานการรับส่งต่อผู้ป่วยของเขตพื้นที่ชายแดนได้	3.54	.84	มาก
22. มีข้อมูลทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อของทุกเครือข่ายบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.47	.79	ปานกลาง
23. มีการเตรียมบุคลากรสำหรับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างเพียงพอ	3.42	.84	ปานกลาง
24. มีการเตรียมทรัพยากรสำหรับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างเพียงพอ	3.41	.85	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.48	.70	ปานกลาง

จากตาราง พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นดังนี้

เรื่องระบบการทำงานเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.23$ S.D.= .73) และ ประเด็นการมีส่วนร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.40$ S.D.= .82) เห็นด้วยระดับปานกลาง สำหรับมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดบริการสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆในสถานการณ์ฉุกเฉินระหว่างสถานบริการ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.13$ S.D.= .91) เห็นด้วยระดับปานกลาง

เรื่องการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.48$ S.D.= .70) และ ประเด็นมีระบบสื่อสารคมนาคมเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารเข้าถึงได้ง่ายตลอดเวลา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.55$ S.D.= .88) เห็นด้วยระดับมาก สำหรับมีการเตรียมทรัพยากรสำหรับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างเพียงพอ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.41$ S.D.= .85) เห็นด้วยระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน (ต่อ)

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	ความคิดเห็น
2. ด้านทรัพยากรสาธารณสุข			
บุคลากรสาธารณสุข			
25. มีการจัดสรรจำนวนบุคลากรเพียงพอตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ	3.23	.97	ปานกลาง
26. มีการสร้างขวัญกำลังใจด้วยค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษที่มีความยุติธรรมตามบทบาทหน้าที่	3.09	1.12	ปานกลาง
27. มีการสร้างขวัญกำลังใจด้วยเงินค่าเสี่ยงภัยในจำนวนเงินที่เหมาะสม	3.06	1.34	ปานกลาง
28. มีการจัดสวัสดิการเพื่อความปลอดภัยอย่างเพียงพอ เช่น บ้านพัก รถรับ-ส่ง	3.02	1.10	ปานกลาง
29. ได้รับโอกาสและสิทธิพิเศษจากทางราชการเกี่ยวกับความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	3.15	1.04	ปานกลาง
30. มีการขยายโอกาสทางการศึกษาต่อเนื่องในพื้นที่เพื่อการพัฒนางานตามสาขาวิชาชีพ	3.22	1.03	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.13	.86	ปานกลาง

จากตาราง พบว่า ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข เรื่องบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.13$ S.D.= .86) และในประเด็นมีการจัดสรรจำนวนบุคลากรเพียงพอตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.23$ S.D.= .97) เห็นด้วยในระดับปานกลาง สำหรับประเด็นมีการจัดสวัสดิการเพื่อความปลอดภัยอย่างเพียงพอ เช่น บ้านพัก รถรับ-ส่ง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.02$ S.D.= 1.10) เห็นด้วยในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน (ต่อ)

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	ความคิดเห็น
2. ด้านทรัพยากรสาธารณสุข			
ยาเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์			
31. มีการวางแผนเพื่อการจัดหาและเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์	3.47	.79	ปานกลาง
32. ยาและเวชภัณฑ์มีปริมาณที่เพียงพอพร้อมให้การสนับสนุนการบริการ	3.52	.80	มาก
33. สามารถจัดหาและเวชภัณฑ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว	3.46	.82	ปานกลาง
34. ยาช่วยชีวิตมีสำรองในปริมาณเพียงพอตลอดเวลา	3.38	.92	ปานกลาง
35. มีการนำอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงมาช่วยให้คุณภาพการบริการดีขึ้น	3.19	.94	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.40	.73	ปานกลาง

จากตาราง พบว่า ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข เรื่องยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.40$ S.D.= .73) และในประเด็นยาและเวชภัณฑ์มีปริมาณที่เพียงพอพร้อมให้การสนับสนุนการบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.52$ S.D.= .80) เห็นด้วยในระดับมาก สำหรับประเด็นมีการนำอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงมาช่วยให้คุณภาพการบริการดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.19$ S.D.= .94) เห็นด้วยในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน (ต่อ)

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	ความคิดเห็น
3. ด้านการเงิน			
งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร			
36. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากภาครัฐมีความเพียงพอ	3.10	.93	ปานกลาง
37. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากภาครัฐมีความยุติธรรมในแต่ละระดับสถานบริการ	3.07	.93	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.08	.88	ปานกลาง
การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ			
38. มีการวางแผนกิจกรรม โครงการและการใช้งบประมาณที่ได้รับอย่างคุ้มค่า	3.38	.82	ปานกลาง
39. งบประมาณที่ใช้ในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลถึงประชาชนโดยตรง	3.40	.91	ปานกลาง
40. งบประมาณที่ใช้ในกิจกรรมการป้องกันโรค ส่งผลถึงประชาชนโดยตรง	3.44	.88	ปานกลาง
41. งบประมาณที่ใช้ในกิจกรรมการรักษาพยาบาล ส่งผลถึงประชาชนโดยตรง	3.51	.88	มาก
42. งบประมาณที่ใช้ในกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลถึงประชาชนโดยตรง	3.41	.87	ปานกลาง
43. มีการประเมินผลการดำเนินงานทุกกิจกรรมโครงการและการใช้งบประมาณ	3.43	.88	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.43	.77	ปานกลาง

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยในระดับปานกลางต่อปัจจัยด้านการเงิน เรื่องงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ($\bar{X}=3.08$ S.D.= .88) และ เรื่องการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ($\bar{X}=3.43$ S.D.= .77) และในประเด็นงบประมาณที่ใช้ในกิจกรรมการรักษาพยาบาล ส่งผลถึงประชาชนโดยตรง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.51$ S.D.= .88) เห็นด้วยระดับมาก สำหรับประเด็นมีการวางแผนกิจกรรมโครงการและการใช้งบประมาณที่ได้รับอย่างคุ้มค่า มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.38$ S.D.= .82) เห็นด้วยระดับปานกลาง

4.3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4.5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถปฏิบัติงานในการจัดบริการสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ความสามารถ ปฏิบัติงานได้
ด้านส่งเสริมสุขภาพ			
1. การบริการดูแลหญิงมีครรภ์ตามระยะเวลาที่กำหนด	3.77	.87	มาก
2. การบริการดูแลหญิงหลังคลอดตามระยะเวลาที่กำหนด	3.64	.93	มาก
3. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	3.76	.91	มาก
4. การบริการตรวจสุขภาพเด็ก	3.73	.93	มาก
5. การบริการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก	3.57	.96	มาก
6. การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	3.24	1.01	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.62	.80	มาก
ด้านป้องกันและควบคุมโรค			
7. การควบคุมอัตราการป่วยและตายจากโรคระบาดในพื้นที่	3.48	.93	ปานกลาง
8. การให้บริการวัคซีนพื้นฐานป้องกันโรคอย่างครอบคลุมและครบถ้วน	3.52	.96	มาก
9. การบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	3.37	1.00	ปานกลาง
10. การเฝ้าระวังพฤติกรรมโดยค้นหาปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรคที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ	3.42	.86	ปานกลาง
11. การให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคจากสาเหตุต่างๆ	3.56	.83	มาก
ค่าเฉลี่ย	3.47	.79	ปานกลาง
ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย			
12. การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรังในการดำรงชีพ	3.36	.88	ปานกลาง
13. การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้พิการในการดำรงชีพ	3.28	.91	ปานกลาง
14. การเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง	3.25	.98	ปานกลาง
15. การเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพผู้พิการอย่างต่อเนื่อง	3.18	.98	ปานกลาง
16. การเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง	3.27	1.00	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.27	.87	ปานกลาง

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสามารถปฏิบัติงานได้ในแต่ละด้านได้ดังนี้

ด้านส่งเสริมสุขภาพ สามารถปฏิบัติงานได้มาก ($\bar{X}=3.60$ S.D.= .80) โดย 3 อันดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การบริการดูแลหญิงมีครรภ์ตามระยะเวลาที่กำหนด ($\bar{X}=3.77$ S.D.= .87) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($\bar{X}=3.76$ S.D.= .91) การบริการตรวจสุขภาพเด็ก ($\bar{X}=3.73$ S.D.= .93) ตามลำดับ ซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้มาก และ การบริการดูแลสุขภาพที่บ้านมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.24$ S.D.= 1.01) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

ด้านป้องกันและควบคุมโรค สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X}=3.47$ S.D.= .79) โดย 3 อันดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคจากสาเหตุต่างๆสามารถปฏิบัติงานได้มาก ($\bar{X}=3.56$ S.D.= .83) การให้บริการวัคซีนพื้นฐานป้องกันโรคอย่างครอบคลุมและครบถ้วน สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X}=3.52$ S.D.= .96) และการควบคุมอัตราการป่วยและตายจากโรคระบาดในพื้นที่สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X}=3.48$ S.D.= .93) ตามลำดับ สำหรับการบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.37$ S.D.= 1.00) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X}=3.27$ S.D.= .87) ซึ่งประเด็นการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรังในการดำรงชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.36$ S.D.= .88) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง และ การเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพผู้พิการอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.18$ S.D.= .98) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

ตารางที่ 4.5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถปฏิบัติงานในการจัดบริการสุขภาพ (ต่อ)

การจัดบริการสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ความสามารถปฏิบัติงานได้
ด้านรักษาพยาบาล			
17. ให้บริการผู้ป่วยได้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ	3.69	.93	มาก
18. ให้บริการผู้ป่วยได้รวดเร็ว	3.61	.79	มาก
19. ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านอย่างต่อเนื่อง	3.19	.95	ปานกลาง
20. ให้บริการผู้พิการที่บ้านอย่างต่อเนื่อง	3.11	.97	ปานกลาง
21. ให้บริการผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมการรักษา	3.14	.98	ปานกลาง
22. ให้บริการผู้ป่วยสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง	3.32	.92	ปานกลาง
23. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การแนะนำการปฏิบัติตัว และวิธีการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน	3.68	.84	มาก
ค่าเฉลี่ย	3.39	.70	ปานกลาง
การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ			
24. ความรวดเร็วในการบริการช่วยชีวิตฉุกเฉินในที่เกิดเหตุการณ์	3.44	1.49	ปานกลาง
25. ความปลอดภัยในการบริการช่วยชีวิตฉุกเฉินในที่เกิดเหตุการณ์	3.31	.92	ปานกลาง
26. ความสะดวกในการบริการช่วยชีวิตฉุกเฉินในที่เกิดเหตุการณ์	3.30	.93	ปานกลาง
27. ความรวดเร็วของการส่งต่อผู้ป่วย	3.47	.88	ปานกลาง
28. ความปลอดภัยของการส่งต่อผู้ป่วย	3.39	.89	ปานกลาง
29. ความสะดวกของการส่งต่อผู้ป่วย	3.37	.92	ปานกลาง
30. การส่งต่อกลับผู้ป่วยไปสถานบริการเดิม	3.13	.86	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.37	.80	ปานกลาง

การจัดบริการสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ความสามารถปฏิบัติงานได้
การเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ			
31. การให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพของสถานบริการ	3.45	.92	ปานกลาง
32. ความรวดเร็วในการเยียวยา	3.40	.91	ปานกลาง
33. ความต่อเนื่องในการเยียวยา	3.37	.94	ปานกลาง
34. ความเสมอภาคในการเยียวยา	3.43	.93	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.41	.85	ปานกลาง

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสามารถปฏิบัติงานได้ในแต่ละด้านได้ดังนี้

ด้านรักษาพยาบาล สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X}=3.37$ S.D.= .70) โดย 3 อันดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ให้บริการผู้ป่วยได้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ($\bar{X}=3.69$ S.D.= .93) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การแนะนำการปฏิบัติตัว และวิธีการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ($\bar{X}=3.68$ S.D.= .84) ให้บริการผู้ป่วยได้รวดเร็ว ($\bar{X}=3.61$ S.D.= .79) ตามลำดับ ซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้มาก และ ให้บริการผู้พิการที่บ้านอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.11$ S.D.= .97) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X}=3.37$ S.D.= .80) โดย 3 อันดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรวดเร็วของการส่งต่อผู้ป่วย ($\bar{X}=3.47$ S.D.= .88) ความรวดเร็วในการบริการช่วยชีวิตฉุกเฉินในที่เกิดเหตุฉุกเฉิน ($\bar{X}=3.44$ S.D.= 1.49) และความปลอดภัยของการส่งต่อผู้ป่วย ($\bar{X}=3.39$ S.D.= .89) ตามลำดับ สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง สำหรับการส่งต่อกลับผู้ป่วยไปสถานบริการเดิมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.13$ S.D.= .86) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

การเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X}=3.41$ S.D.= .85) ซึ่งประเด็นการให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพของสถานบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.45$ S.D.= .92) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง และ ความต่อเนื่องในการเยียวยา มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.37$ S.D.= .94) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

ตารางที่ 4.5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถปฏิบัติงานในการจัดบริการสุขภาพ (ต่อ)

การจัดบริการสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ความสามารถปฏิบัติงานได้
การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน			
35. การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดที่ผสมผสานการแพทย์แผนไทย แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การอยู่ไฟ นวดเต้านม ประคบสมุนไพร	3.31	1.01	ปานกลาง
36. การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพเรื่องอาหารจากทรัพยากรในท้องถิ่น	3.43	.91	ปานกลาง
37. การแนะนำการดูแลสุขภาพและการกินยาขณะถือศีลอด	3.66	.87	มาก
38. การบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงหลักศาสนา	3.74	.86	มาก
ค่าเฉลี่ย	3.54	.77	มาก

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนสามารถปฏิบัติงานได้มาก ($\bar{X}=3.54$ S.D.= .77) ซึ่งประเด็นการบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงหลักศาสนา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.74$ S.D.= .86) สามารถปฏิบัติงานได้มาก และ การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดที่ผสมผสานการแพทย์แผนไทย แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การอยู่ไฟ นวดเต้านม ประคบสมุนไพร มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.31$ S.D.= 1.01) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

4.4 การทดสอบสมมติฐานปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินที่มีความสัมพันธ์กับจัดบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับการจัดบริการสุขภาพ (ภาพรวม)

ปัจจัย	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7
A1	1.00														
A2	.455**	1.00													
A3	.488**	.627**	1.00												
A4	.432**	.576**	.541**	1.00											
A5	.525**	.556**	.511**	.535**	1.00										
A6	.381**	.502**	.479**	.532**	.582**	1.00									
A7	.436**	.430**	.385**	.417**	.543**	.526**	1.00								
A8	.430**	.439**	.411**	.434**	.430**	.412**	.482**	1.00							
B1	.291**	.258**	.276**	.254**	.277**	.235**	.229**	.334**	1.00						
B2	.302**	.248**	.276**	.231**	.235**	.200**	.189**	.332**	.710**	1.00					
B3	.315**	.282**	.336**	.275**	.256**	.236**	.225**	.315**	.625**	.675**	1.00				
B4	.315**	.297**	.312**	.325**	.292**	.271**	.222**	.331**	.591**	.628**	.695**	1.00			
B5	.331**	.357**	.316**	.384**	.320**	.380**	.303**	.286**	.525**	.480**	.524**	.563**	1.00		
B6	.377**	.316**	.314**	.313**	.278**	.326**	.292**	.395**	.534**	.515**	.511**	.564**	.524**	1.00	
B7	.303**	.262**	.321**	.295**	.226**	.264**	.256**	.325**	.551**	.521**	.547**	.551**	.488**	.560**	1.00

**P< .001

A1 โครงสร้างและนโยบาย A2 ระบบการรักษาความปลอดภัย A3 ระบบการทำงานเครือข่าย A4 การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ A5 บุคลากรสาธารณสุข

A6 ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ A7 งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร A8 การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ B1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ B2 ด้านป้องกันและควบคุมโรค

B3 ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย B4 ด้านรักษาพยาบาล B5 การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ B6 การเชี่ยวชาญทางร่างกายและจิตใจ B7 การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน

จากตาราง พบว่า ปัจจัยทุกข้อ ดังนี้ 1) โครงสร้างและนโยบาย 2) ระบบการรักษาความปลอดภัย 3) ระบบการทำงานเครือข่าย 4) ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ 5) บุคลากรสาธารณสุข 6) ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ 7) งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร และ 8) การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลาง ดังนี้

ด้านส่งเสริมสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.334) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง สำหรับโครงสร้างและนโยบาย (.291) และบุคลากรสาธารณสุข (.277) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ด้านป้องกันและควบคุมโรค ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านป้องกันและควบคุมโรคสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.332) และโครงสร้างและนโยบาย (.302) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และ ระบบการทำงานเครือข่าย (.276) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ระบบการทำงานเครือข่าย (.336) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง สำหรับ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ และโครงสร้างและนโยบาย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากัน คือ .315 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และระบบการรักษาความปลอดภัย (.282) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ด้านรักษาพยาบาล ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านรักษาพยาบาลสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และโครงสร้างและนโยบาย เท่ากับ .331 .325 และ .315 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบการรักษาความปลอดภัย เท่ากับ .384 .380 และ .357 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ด้านการเฝ้าระวังทั้งร่างกายและจิตใจ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการเฝ้าระวังทั้งร่างกายและจิตใจ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ โครงสร้างและนโยบาย และ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ เท่ากับ .395 .377 และ .326 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน สูงสุด 3 อันดับแรก คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ระบบการทำงานเครือข่าย และ โครงสร้างและนโยบาย เท่ากับ .325 .321 และ .303 ตามลำดับ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
	.291**	.258**	.276**	.254**	.277**	.235**	.229**	.334**
ด้านส่งเสริมสุขภาพ								
1) ระดับปฐมภูมิ	.313**	.278**	.270**	.306**	.316**	.310**	.291**	.282**
2) ระดับทุติยภูมิ	.240**	.275**	.223**	.262**	.258**	.290**	.236**	.331**
3) ระดับตติยภูมิ	.210*	.407**	.499**	.309**	.262**	.225*	.129	.249**

*P< .01 **P< .001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านส่งเสริมสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ระบบการทำงานเครือข่าย (.499) และ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.407) ในระดับตติยภูมิ และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับในระดับทุติยภูมิ (.331) ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และมีรายละเอียดดังนี้

ระดับปฐมภูมิ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โครงสร้างและนโยบาย ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ บุคลากรสาธารณสุข และ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระบบการรักษาความปลอดภัย ระบบการทำงานเครือข่าย และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร

ระดับทุติยภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ระดับตติยภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ระบบการรักษาความปลอดภัย ระบบการทำงานเครือข่ายมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านป้องกันและควบคุมโรคจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
	.302**	.248**	.276**	.231**	.235**	200**	.189**	.332**
ด้านป้องกันและควบคุมโรค						.		
1) ระดับปฐมภูมิ	.153**	.248**	.242**	.225**	.213**	.250**	.220**	.269**
2) ระดับทุติยภูมิ	.203**	.281**	.249**	.274**	.242**	.277**	.220**	.321**
3) ระดับตติยภูมิ	.341**	.386**	.461**	.328**	.306**	.174	.103	.317**

*P< .01 **P< .001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการจัดบริการสุขภาพด้านป้องกันและควบคุมโรคสูงสุด 3 อันดับแรก ซึ่งจัดอยู่ในระดับตติยภูมิ คือ ระบบการทำงานเครือข่าย (.461) ระบบการรักษาความปลอดภัย (.386) และ โครงสร้างและนโยบาย (.331) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และมีรายละเอียดดังนี้

ระดับปฐมภูมิ พบว่า ปัจจัยทุกข้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านป้องกันและควบคุมโรคระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับทุติยภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านป้องกันและควบคุมโรคระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ระดับตติยภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านป้องกันและควบคุมโรคระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.9 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
	.315**	.282**	.336**	.275**	.256**	.236**	.225**	.315**
ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย								
1) ระดับปฐมภูมิ	.157**	.296**	.276**	.282**	.249**	.316**	.267**	.182**
2) ระดับทุติยภูมิ	.261**	.330**	.367**	.350**	.364**	.302**	.242**	.345**
3) ระดับตติยภูมิ	.330**	.387**	.432**	.276**	.298**	.213*	.169	.378**

*P< .01 **P< .001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายสูงสุด 3 อันดับแรก ซึ่งจัดอยู่ในระดับตติยภูมิ คือ ระบบการทำงานเครือข่าย (.432) ระบบการรักษาความปลอดภัย (.387) และ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.378) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และมีรายละเอียดดังนี้

ระดับปฐมภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ระดับทุติยภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย โครงสร้างและนโยบายและงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ระดับตติยภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ บุคลากรสาธารณสุข และยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ และ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.10 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านรักษาพยาบาลจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
	.315**	.297**	.312**	.325**	.292**	.271**	.222**	.331**
ด้านรักษาพยาบาล								
1) ระดับปฐมภูมิ	.243**	.316**	.284**	.358**	.296**	.313**	.222**	.192**
2) ระดับทุติยภูมิ	.247**	.322**	.281**	.351**	.250**	.338**	.242**	.389**
3) ระดับตติยภูมิ	.347**	.391**	.526**	.367**	.462**	.322**	.245**	.366**

*P< .01 **P< .001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านรักษาพยาบาลสูงสุด 3 อันดับแรก ซึ่งจัดอยู่ในระดับตติยภูมิ คือ ระบบการทำงานเครือข่าย (.526) บุคลากรสาธารณสุข (.462) และ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.391) ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และมีรายละเอียดดังนี้

ระดับปฐมภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านรักษาพยาบาลระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ระบบการรักษาความปลอดภัย ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ระดับทุติยภูมิ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านรักษาพยาบาลระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระบบการรักษาความปลอดภัย ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โครงสร้างและนโยบาย ระบบการทำงานเครือข่าย บุคลากรสาธารณสุข และ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร

ระดับตติยภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านรักษาพยาบาลระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ตารางที่ 4.11 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
	.331**	.357**	.316**	.384**	.320**	.380**	.303**	.286**
ด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ								
1) ระดับปฐมภูมิ	.192**	.340**	.350**	.373**	.311**	.374**	.282**	.156**
2) ระดับทุติยภูมิ	.337**	.362**	.258**	.414**	.338**	.416**	.365**	.423**
3) ระดับตติยภูมิ	.217*	.408**	.426**	.303**	.300**	.299**	.204*	.347**

*P< .01 **P< .001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ระบบการทำงานเครือข่ายในระดับตติยภูมิ (.426) และ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับในระดับทุติยภูมิ (.423) และ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในระดับทุติยภูมิ (.416) ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และมีรายละเอียดดังนี้

ระดับปฐมภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย โครงสร้างและนโยบาย งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร และ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ระดับทุติยภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ระบบทำงานเครือข่ายมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ระดับตติยภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย โครงสร้างและนโยบาย ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ตารางที่ 4.12 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
	.377**	.316**	.314**	.313**	.278**	.326**	.292**	.395**
การเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ								
1) ระดับปฐมภูมิ	.237**	.278**	.317**	.325**	.269**	.333**	.346**	.364**
2) ระดับทุติยภูมิ	.241**	.326**	.260**	.305**	.256**	.340**	.253**	.416**
3) ระดับตติยภูมิ	.373**	.493**	.515**	.354**	.391**	.367**	.227*	.395**

*P<.01 **P<.001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ระบบการทำงานเครือข่าย (.515) และ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.493) ในระดับตติยภูมิ และ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับในระดับทุติยภูมิ (.416) ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และมีรายละเอียดดังนี้

ระดับปฐมภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย โครงสร้างและนโยบาย ระบบการรักษาความปลอดภัย และบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ระดับทุติยภูมิ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระบบการรักษาความปลอดภัย ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โครงสร้างและนโยบาย ระบบการทำงานเครือข่าย บุคลากรสาธารณสุข และ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร

ระดับตติยภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย งบประมาณที่ได้รับ การจัดสรรมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ตารางที่ 4.13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
	.303**	.262**	.321**	.295**	.226**	.264**	.256**	.325**
การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน								
1) ระดับปฐมภูมิ	.186**	.245**	.326**	.295**	.192**	.251**	.284**	.279**
2) ระดับทุติยภูมิ	.269**	.286**	.278**	.335**	.251**	.361**	.249**	.306**
3) ระดับตติยภูมิ	.177	.386**	.448**	.298**	.218**	.205*	.217*	.358**

*P< .01 **P< .001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ระบบการทำงานเครือข่าย (.448) และ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.386) ในระดับตติยภูมิ และ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับทุติยภูมิ (.361) ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และมีรายละเอียดดังนี้

ระดับปฐมภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ระบบการทำงานเครือข่ายมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ระดับทุติยภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ระดับตติยภูมิ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ระบบการรักษาความปลอดภัย ระบบการทำงานเครือข่าย และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.14 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
ด้านส่งเสริมสุขภาพ								
1) แพทย์	.431	.395	-.136	.724*	.603	.302	.645*	.773*
2) ทันตแพทย์	.835*	.048	.835*	-.182	.641	.320	.179	.568
3) เภสัชกร	.289	.438	.235	.454	.547	.134	.209	.424
4) พยาบาล	.039	.162	.194	.057	.099	.210	.144	.195
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.000	.239	.000	.494	.000	.000	.399	.408

* $P < .01$

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านส่งเสริมสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มทันตแพทย์ ได้แก่ โครงสร้างและนโยบาย และ ระบบการทำงานเครือข่าย ของกลุ่มทันตแพทย์ มีค่าเท่ากับ คือ (.835) กลุ่มแพทย์ ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.773) และ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.724) มีความสัมพันธ์ระดับมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ตามลำดับ สำหรับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรของกลุ่มแพทย์ (.645) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 4.15 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านป้องกันและควบคุมโรคจำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
ด้านป้องกันและควบคุมโรค								
1) แพทย์	.365	.158	-.147	.525	.667*	.192	.587*	.568*
2) ทันตแพทย์	.773*	.246	.773*	-.187	.640	.562	.149	.562
3) เภสัชกร	.479	.692*	.000	.443	.559	.000	.346	.674*
4) พยาบาล	.213	.060	.311*	.060	.173	.138	.040	.152
5) นักวิชาการสาธารณสุข	-.700*	-.202	-.533	-.023	-.361	-.361	-.318	.000

*P< .01

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านป้องกันและควบคุมโรคสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มทันตแพทย์ ได้แก่ โครงสร้างและนโยบาย และ ระบบการทำงานเครือข่าย มีค่าเท่ากับ คือ (.773) มีความสัมพันธ์ระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 กลุ่มเภสัชกร ได้แก่ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.692) และ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.674) และกลุ่มแพทย์ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข (.667) ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ตามลำดับ สำหรับ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร (.587) และ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับของกลุ่มแพทย์ (.568) และกลุ่มพยาบาล ได้แก่ ระบบการทำงานเครือข่าย (.311) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข พบว่าโครงสร้างและนโยบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านป้องกันและควบคุมโรคระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 4.16 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายจำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย								
1) แพทย์	.415	.365	-.064	.356	.714*	.083	.538	.556*
2) ทันตแพทย์	.775*	.289	.775*	.100	.600	.555	.280	.305
3) เภสัชกร	-.108	-.078	-.293	.601	-.093	-.234	.209	.337
4) พยาบาล	.325*	.275*	.485*	.188	.336*	.179	.208	.107
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.083	.289	.124	.671*	.043	.043	.381	.451

*P< .01

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มทันตแพทย์ ได้แก่ โครงสร้างและนโยบาย และ ระบบการทำงานเครือข่าย มีค่าเท่ากับ คือ (.775) กลุ่มแพทย์ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข (.714) ซึ่งความสัมพันธ์ระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.671) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ตามลำดับ สำหรับการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับของกลุ่มแพทย์ (.556) และ กลุ่มพยาบาล ได้แก่ ระบบการทำงานเครือข่าย (.485) บุคลากรสาธารณสุข (.336) และ โครงสร้างและนโยบาย (.325) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 4.17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านการรักษาพยาบาลจำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
ด้านรักษาพยาบาล								
1) แพทย์	.361	.239	-.286	.661*	.447	.309	.454	.571
2) ทันตแพทย์	.688*	.144	.688*	-.156	.750*	.381	.350	.693*
3) เภสัชกร	.000	.000	-.354	.443	.000	-.443	.000	.201
4) พยาบาล	.280*	.289*	.400*	.349*	.278*	.231	.051	.201
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.391	.782*	.188	.781**	-.140	-.140	.196	.000

*P< .01 **P< .001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านการรักษาพยาบาลสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.782) ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.781) มีความสัมพันธ์ระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .001 ตามลำดับ กลุ่มทันตแพทย์ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข (.750) มีความสัมพันธ์ระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สำหรับ กลุ่มทันตแพทย์ ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.693) โครงสร้างและนโยบาย และ ระบบการทำงานเครือข่ายของกลุ่มทันตแพทย์ มีค่าเท่ากัน คือ (.688) และ กลุ่มพยาบาล ได้แก่ ระบบการทำงานเครือข่าย (.400) และการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.349) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ตารางที่ 4.18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อจำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ								
1) แพทย์	.845*	.447	.267	.707*	1.000**	.577*	.728*	.535
2) ทันตแพทย์	.651	.207	.651	.045	.539	.473	.449	.249
3) เภสัชกร	.510	.368	.230	.629*	.452	-.052	.143	.773*
4) พยาบาล	.322*	.444*	.313*	.417*	.299*	.238*	.343*	.242*
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.386	.601	.069	.828*	-.239	-.239	.334	.000

*P< .01 **P< .001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มแพทย์ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข (1.000) ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และ โครงสร้างและนโยบาย (.845) กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.828) ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ตามลำดับ สำหรับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คือ กลุ่มเภสัชกร ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.773) กลุ่มแพทย์ ได้แก่

งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร (.728) และ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.707) สำหรับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คือ กลุ่มเภสัชกร ได้แก่ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.629) กลุ่มแพทย์ ได้แก่ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.577) และกลุ่มพยาบาล พบว่าปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ได้แก่ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.444) ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.417) งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร (.343) โครงสร้างและนโยบาย (.322) และ ระบบการทำงานเครือข่าย (.313) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.19 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ จำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
การเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ								
1) แพทย์	.098	.775*	.000	.000	.316	.111	.140	.000
2) ทันตแพทย์	.763*	-.052	.763*	-.449	.539	.199	-.126	.648
3) เภสัชกร	.671*	.485	-.303	.449	.500	-.449	.188	.431
4) พยาบาล	.145	.416*	.310*	.282*	.201	.271*	.186	.272*
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.000	.239	.000	.494	.000	.000	.399	.408

* $P < .01$

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มทันตแพทย์ ได้แก่ โครงสร้างและนโยบาย และ ระบบการทำงานเครือข่าย มีค่าเท่ากับ คือ (.763) กลุ่มแพทย์ ได้แก่ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.775) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ กลุ่มเภสัชกร ได้แก่ โครงสร้างและนโยบาย (.671) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คือ กลุ่มพยาบาล ได้แก่ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.416) และ ระบบการทำงานเครือข่าย (.310)

ตารางที่ 4.20 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน จำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน								
1) แพทย์	-.293	.258	.000	.000	.060	.111	.140	.000
2) ทันตแพทย์	.688*	.144	.688*	-.156	.750*	.381	.350	.693*
3) เภสัชกร	.261	.188	-.606*	.449	.500	-.069	.188	-.185
4) พยาบาล	.203	.224	.303*	.090	.192	.150	.105	.243*
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.198	.686*	.481	.481	-.219	-.219	-.143	.460

*P< .01

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มทันตแพทย์ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข (.750) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.693) โครงสร้างและนโยบาย และ ระบบการทำงานเครือข่าย มีค่าเท่ากัน คือ (.688) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คือ กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ ระบบการรักษาความปลอดภัยของ (.686) และ กลุ่มพยาบาล ได้แก่ ระบบการทำงานเครือข่าย ของ (.303) ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 คือ กลุ่มเภสัชกร ได้แก่ ระบบการทำงานเครือข่าย ของ (.606)

ตารางที่ 4.21 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านส่งเสริมสุขภาพจำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติการ

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
ด้านส่งเสริมสุขภาพ								
1) แพทย์	.490**	.570**	.502**	.319*	.607**	.296*	.366**	.675**
2) ทันตแพทย์	.238	.380	.142	.383*	.324	.267	.359	.285
3) เภสัชกร	.102	.147	.097	.202	.272	.343*	.170	.275
4) พยาบาล	.274**	.230**	.267**	.167*	.249**	.163*	.146*	.183**
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.501**	.489**	.624**	.506**	.477**	.641**	.329*	.629**
6) เจ้าหน้าที่งาน	.331**	.248**	.281**	.284**	.291**	.249**	.265**	.328**

*P<.01 **P<.001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านส่งเสริมสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มแพทย์ ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.675) กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.641) และ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.629) มีความสัมพันธ์ทางบวกกระดัดปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และรายละเอียดตามกลุ่มวิชาชีพมีดังนี้

กลุ่มแพทย์ ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกระดัดต่ำ

กลุ่มทันตแพทย์ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกระดัดปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มเกษตรกร พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มพยาบาล พบว่า ปัจจัยทุกข้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพพระดัตถ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยทุกข้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพพระดัตถ์ปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มเจ้าพนักงาน พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพพระดัตถ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย โครงสร้างและนโยบาย และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.22 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านป้องกันและควบคุมโรค จำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติการ

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
ด้านป้องกันและควบคุมโรค								
1) แพทย์	.379**	.620**	.382**	.448**	.508**	.473**	.386**	.643**
2) ทันตแพทย์	-.098	.467*	.275	.387*	.297	-.085	-.059	.187
3) เภสัชกร	.291*	.319*	.211	.246	.153	.297*	.092	.428**
4) พยาบาล	.211**	.246**	.272**	.141*	.239**	.119	.219**	.251**
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.232	.415**	.439**	.440**	.089	.279*	.244	.685**
6) เจ้าหน้าที่งาน	.246**	.220**	.269**	.265**	.260**	.259**	.220**	.311**

*P<.01 **P<.001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านป้องกันและควบคุมโรคสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.685) กลุ่มแพทย์ ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.675) และ โครงสร้างและนโยบาย (.620) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ รายละเอียดตามกลุ่มวิชาชีพมีดังนี้

กลุ่มแพทย์ ปัจจัยทุกข้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านป้องกันและควบคุมโรคระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มทันตแพทย์ พบว่า มีทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านป้องกันและควบคุมโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ บุคลากรสาธารณสุข ระบบการทำงานเครือข่าย และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านป้องกันและควบคุมโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โครงสร้างและนโยบาย ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร สำหรับระบบการรักษาความปลอดภัย และระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านป้องกันและควบคุมโรคระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มเกษตรกร พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านป้องกันและควบคุมโรคอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระบบการทำงานเครือข่าย ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ บุคลากรสาธารณสุข และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร สำหรับการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ และระบบการรักษาความปลอดภัย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มพยาบาล พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านป้องกันและควบคุมโรคระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านป้องกันและควบคุมโรคระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระบบการรักษาความปลอดภัย ระบบการทำงานเครือข่าย ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ

กลุ่มเจ้าพนักงาน พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านป้องกันและควบคุมโรคระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.23 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายจำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติการ

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย								
1) แพทย์	.420**	.462**	.519**	.550**	.339*	.425**	.246	.415**
2) ทันตแพทย์	-.132	.335	.253	.384*	.265	-.179	-.034	.103
3) เภสัชกร	.301*	.141	.165	.078	.054	.293*	.076	.407**
4) พยาบาล	.195**	.225**	.390**	.242**	.238**	.207**	.250**	.292**
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.225	.362**	.375**	.289**	.168	.517**	.278*	.299*
6) เจ้าหน้าที่งาน	.273**	.312**	.306**	.294**	.304**	.283**	.263**	.316**

*P<.01 **P<.001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มแพทย์ ได้แก่ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.550) และ ระบบการทำงานเครือข่าย (.519) กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.517) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และรายละเอียดตามกลุ่มวิชาชีพมีดังนี้

กลุ่มแพทย์ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มทันตแพทย์ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโครงสร้างและนโยบาย ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มเกษตรกร พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโครงสร้างและนโยบาย และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มพยาบาล พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ระบบทำงานเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การบริหารจัดการ งบประมาณที่ได้รับ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระบบการทำงานเครือข่าย และระบบการรักษาความปลอดภัย

กลุ่มเจ้าพนักงาน ปัจจัยทุกข้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.24 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านการรักษาพยาบาลจำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติการ

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
ด้านการรักษาพยาบาล								
1) แพทย์	.447**	.422**	.371**	.391**	.379**	.378**	.400**	.541**
2) ทันตแพทย์	-.067	.261	.312	.377	.229	.004	-.040	.168
3) เภสัชกร	.263*	.185	.139	.129	.135	.247	.030	.551**
4) พยาบาล	.323**	.335**	.332**	.215**	.266**	.251**	.254**	.275**
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.254*	.304*	.440**	.426**	.181	.501**	.155	.494**
6) เจ้าหน้าที่งาน	.286**	.300**	.314**	.377**	.353**	.320**	.281**	.319**

*P < .01 **P < .001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านการรักษาพยาบาลสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มเภสัชกร ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.551) กลุ่มแพทย์ ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.541) และ กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.501) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และรายละเอียดตามกลุ่มวิชาชีพมีดังนี้

กลุ่มแพทย์ พบว่า ปัจจัยทุกข้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านรักษาพยาบาลระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มทันตแพทย์ ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านรักษาพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่โครงสร้างและนโยบาย และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มเภสัชกร พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านรักษาพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และโครงสร้างและนโยบายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มพยาบาล ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านรักษาพยาบาลระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโครงสร้างและนโยบาย ระบบการรักษาความปลอดภัย และ ระบบทำงานเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านรักษาพยาบาลระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโครงสร้างและนโยบายมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มเจ้าพนักงาน ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านรักษาพยาบาลระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโครงสร้างและนโยบาย และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.25 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อจำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับปฏิบัติการ

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ								
1) แพทย์	.419**	.552**	.403**	.487**	.536**	.600**	.454**	.589**
2) ทันตแพทย์	-.049	.289	.200	.311	.347	.091	.069	.029
3) เภสัชกร	.216	.134	.034	.216	.215	.441**	.216	.397**
4) พยาบาล	.304**	.331**	.354**	.276**	.277**	.362**	.347**	.292**
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.409**	.387**	.584**	.617**	.418**	.606**	.292*	.461**
6) เจ้าหน้าที่งาน	.206**	.381**	.330**	.400**	.327**	.365**	.290**	.259**

*P < .01 **P < .001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.617) และ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.606) และกลุ่มแพทย์ ได้แก่ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.600) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และรายละเอียดตามกลุ่มวิชาชีพมีดังนี้

กลุ่มแพทย์ พบว่าปัจจัยทุกข้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มทันตแพทย์ ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่โครงสร้างและนโยบายมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มเภสัชกร พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มพยาบาล พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ บุคลากรสาธารณสุข และระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มเจ้าพนักงาน พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโครงสร้างและนโยบาย งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.26 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินกับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจจำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับปฏิบัติการ

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
การเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ								
1) แพทย์	.354**	.414**	.289*	.362**	.390**	.305*	.177	.482**
2) ทันตแพทย์	-.053	.164	.125	.144	.087	.097	-.037	.141
3) เภสัชกร	.382**	.284*	.273*	.215	.263*	.428**	.130	.479**
4) พยาบาล	.183**	.288**	.329**	.199**	.204**	.348**	.322**	.402**
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.451**	.585**	.665**	.645**	.322*	.448**	.401**	.744**
6) เจ้าหน้าที่งาน	.277**	.312**	.321**	.365**	.309**	.339**	.339**	.384**

*P < .01 **P < .001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.744) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมาก สำหรับระบบการทำงานเครือข่าย (.665) และระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.645) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยทุกข้อ ในกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุขจะมีค่าสูงสุดเมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่น และรายละเอียดตามกลุ่มวิชาชีพมีดังนี้

กลุ่มแพทย์ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระบบการทำงานเครือข่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มทันตแพทย์ ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่โครงสร้างและนโยบายงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มเภสัชกร พบว่า การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และโครงสร้างและนโยบาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการเชี่ยวชาญทางร่างกายและจิตใจระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับระบบการรักษาความปลอดภัย ระบบการทำงานเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่เหลือมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มพยาบาล พบว่า การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบการทำงานเครือข่าย และงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่เหลือมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการเชี่ยวชาญทางร่างกายและจิตใจระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มเจ้าพนักงาน ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการเชี่ยวชาญทางร่างกายและจิตใจระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย โครงสร้างและนโยบาย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4.27 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนจำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้ปฏิบัติการ

การจัดบริการสุขภาพ	ปัจจัย							
	ด้านการบริหารจัดการ				ด้านทรัพยากรสาธารณสุข		ด้านการเงิน	
	โครงสร้างและนโยบาย	ระบบการรักษาความปลอดภัย	ระบบการทำงานเครือข่าย	ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ	บุคลากรสาธารณสุข	ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์	งบประมาณที่ได้รับจัดสรร	การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ
การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน								
1) แพทย์	.394**	.338*	.462**	.291*	.317**	.170	.306*	.439**
2) ทันตแพทย์	-.044	.137	.178	.120	.149	-.006	.247	.048
3) เภสัชกร	.347**	.325*	.367**	.412**	.303*	.445**	.078	.373**
4) พยาบาล	.182**	.194**	.289**	.193**	.209**	.302**	.266**	.241**
5) นักวิชาการสาธารณสุข	.319*	.403**	.570**	.541**	.243	.349**	.359**	.667**
6) เจ้าหน้าที่งาน	.270**	.269**	.317**	.335**	.234**	.276**	.292**	.338**

*P < .01 **P < .001

จากตาราง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนตามกลุ่มสูงสุด 3 อันดับแรก มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.667) ระบบการทำงานเครือข่าย (.570) และระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.541) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ และรายละเอียดตามกลุ่มวิชาชีพมีดังนี้

กลุ่มแพทย์ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระบบการทำงานเครือข่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มทันตแพทย์ ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และโครงสร้างและนโยบายมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มเกษตรกร พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มพยาบาล พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มเจ้าพนักงาน พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และ ระบบการทำงานเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.5 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

- 1) ปัญหา/อุปสรรคของนโยบายภาครัฐ และความต้องการให้มียุทธศาสตร์สนับสนุนการปฏิบัติงานอะไรบ้าง
 - 1.1) ปัญหา/อุปสรรคของนโยบายภาครัฐ
 - การสนับสนุนค่าตอบแทนมีความแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ ร้อยละ 63
 - 1.2) ความต้องการให้มียุทธศาสตร์สนับสนุนการปฏิบัติงาน
 - ควรทบทวนค่าตอบแทนในแต่ละวิชาชีพ ร้อยละ 59
 - ควรกระจายทรัพยากร คน และงบประมาณที่เหมาะสม ร้อยละ 48
 - ควรจัดสรรบุคลากรขาดแคลน เช่น แพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก ให้มีจำนวนที่เหมาะสม ร้อยละ 42
 - ควรมีการพิจารณาสิทธิพิเศษ เช่น การเพิ่มกรอบอัตราค่าจ้างในพื้นที่ การลดภาษี ร้อยละ 36
 - ควรสนับสนุนด้านโครงสร้างและความปลอดภัย เช่น การดูแลระหว่างเดินทาง ชุดคุ้มครองขณะออกปฏิบัติงาน ร้อยละ 17
 - ควรติดตามประเมินนโยบายที่จัดสรรในพื้นที่อย่างเคร่งครัด และต่อเนื่อง ร้อยละ 12
 - ควรส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องให้ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ โดยจัดการศึกษาในพื้นที่เพื่อบุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้โดยไม่ต้องออกนอกพื้นที่ ร้อยละ 10
- 2) ปัญหา/อุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ และ แนวทางการจัดบริการสุขภาพอย่างไรบ้าง
 - 2.1) ปัญหา/อุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพ
 - ปัญหาต่อการให้บริการเชิงรุก ไม่สามารถดำเนินการได้ทั้งในการเดินทาง และขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 69
 - ขาดแคลนกำลังคนในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 65
 - ขาดแคลนเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ร้อยละ 38
 - ปัญหาการสื่อสารในชุมชน และการใช้ภาษาถิ่น ร้อยละ 32
 - 2.2) แนวทางการจัดบริการสุขภาพ
 - ปรับเปลี่ยนการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกเป็นเน้นการจัดบริการในสถานบริการ แต่บางงานก็ยังต้องให้ความสำคัญในการลงพื้นที่ เช่น การป้องกันและควบคุมโรค งานเฝ้าระวัง ร้อยละ 65
 - สร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพกับองค์กรส่วนท้องถิ่น และกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ร้อยละ 52
 - พัฒนาและสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร้อยละ 48
 - สร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของประชาชน ร้อยละ 41
 - มีชุดคุ้มครองในขณะออกหน่วยให้บริการเชิงรุก ร้อยละ 39

- สร้างขวัญ กำลังใจในการปฏิบัติงานให้มีความเสมอภาคโดยอาจพิจารณาตามภาระงาน ร้อยละ 25
 - พัฒนาบุคลากรในองค์กร เช่น การอบรมระยะสั้น และการศึกษาต่อเนื่องให้ตรงสาขาวิชาชีพ ร้อยละ 22
 - กำหนดภาระงานให้ชัดเจน ร้อยละ 18
 - จัดระบบความปลอดภัยให้แก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในด้านต่างๆ เช่น เตรียมความพร้อม โครงสร้างพื้นฐาน อาคาร สถานที่ เป็นต้น ร้อยละ 13
- 3) เหตุผลที่ยังอยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ หรือจะย้ายออกจากพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้
- 3.1) อยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ เนื่องจาก
- เป็นคนในพื้นที่ ร้อยละ 79
 - ศรัทธาและค่าตอบแทน ร้อยละ 54
 - ต้องการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ ร้อยละ 33
- 3.2) ย้ายออกนอกพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ เนื่องจาก
- ความรุนแรงมากขึ้นและต่อเนื่อง ร้อยละ 32
 - การศึกษาต่อของตนเอง ร้อยละ 27
 - การศึกษาของบุตร ร้อยละ 19

4.6 ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในการประชุมกลุ่ม

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลในการประชุมกลุ่มแต่ละราย

การศึกษารั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 9 คน มีนามสมมติว่า Man 1 ถึง Man 9 เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ จึงจำเป็นต้องทราบประวัติเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Man 1 นับถือศาสนาอิสลาม ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ด้านการบริหาร โรงพยาบาล การรักษาพยาบาล และมีการจัดบริการสุขภาพภายในโรงพยาบาลอิงตามบริบทพื้นที่และวิถีชุมชน ทั้งวิถีมุสลิม และวิถีพุทธ

Man 2 นับถือศาสนาอิสลาม ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีประสบการณ์ด้านเภสัชกรรม และงานประกันคุณภาพของโรงพยาบาล

Man 3 นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัด มีประสบการณ์ด้านการพยาบาล และงานประกันคุณภาพของโรงพยาบาล

Man 4 นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ด้านเภสัชกรรม และการทำงานเครือข่ายของชมรมเจ้าพนักงานเภสัชกรรมของจังหวัด และของประเทศ

Man 5 นับถือศาสนาอิสลาม ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน มีประสบการณ์ด้าน

การบริการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินทั้งในสถานบริการ และ ณ จุดเกิดเหตุ การประสานการส่งต่อผู้ป่วย

Man 6 นับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติงานในสถานอนามัย มีประสบการณ์ด้านการบริหาร การรักษาพยาบาล การปฏิบัติงานในชุมชน

Man 7 นับถือศาสนาอิสลาม ปฏิบัติงานในสถานอนามัย มีประสบการณ์ด้านการบริหาร การรักษาพยาบาล การปฏิบัติงานในชุมชน

Man 8 นับถือศาสนาอิสลาม ปฏิบัติงานในสถานอนามัย มีประสบการณ์ด้านการบริหาร การรักษาพยาบาล การปฏิบัติงานในชุมชน และมีประวัติเผชิญสถานการณ์ความไม่สงบทั้งในและนอกสถานที่ปฏิบัติงาน และมีความสนิทสนมกับเพื่อนร่วมงานที่ประสบกับเหตุการณ์ความรุนแรง

Man 9 นับถือศาสนาอิสลาม ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีประสบการณ์ด้านการบริหาร การปฏิบัติงานในชุมชน และมีการเยี่ยมบ้านพบปะประชาชนอยู่เสมอ

ประเด็นที่ 1 : นิยามของคำว่า “สถานการณ์ความไม่สงบ/วิกฤตชายแดนใต้”

สถานการณ์ความไม่สงบเป็นภาพรวมของสถานการณ์ที่มีผลกระทบทั้งทางระยะสั้นและระยะยาว โดยผลกระทบในระยะสั้นเป็นผลทางด้านจิตใจซึ่งถือเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด และผลกระทบในระยะยาวคือผลต่อโครงสร้างการทำงาน การดำเนินชีวิต ความเชื่อ ประเพณี ทั้งผลต่อบุคคลและชุมชน ดังคำกล่าว

“ในความคิดสถานการณ์ความไม่สงบคือสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการทำงาน ชีวิตและทรัพย์สิน”

(Man 2)

“ผมว่าที่สำคัญเป็นส่วนของผลกระทบ ซึ่งจะมีทั้งในส่วนของบุคคล และ โครงสร้างทางกายภาพ ความเชื่อ ประเพณี การที่มีคนแปลกหน้าเข้ามา เช่น ตำรวจ ทหาร รวมทั้งผลกระทบต่องานในพื้นที่”

(Man 1)

“ความไม่สงบเป็นเรื่องที่ควรมองในภาพรวมที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต สังคมในพื้นที่ โดยเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิต จิตใจในการทำงาน”

(Man 4)

“เป็นภาวะที่กระทบต่อการดำเนินชีวิต ทั้งกลุ่มเล็ก ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน และรวมทั้งก่อให้เกิดความตึงเครียดในการทำงาน”

(Man 7)

“เป็นเหตุการณ์ที่ต่างจากภาวะปกติ ซึ่งในแง่ลบก็จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่นการจัดเวรพยาบาล ซึ่งแต่ก่อนก็มีเวร เข้า บ่าย ดึก ชัดเจน แต่ตอนนี้การจัดเวรต้องคำนึงถึงความปลอดภัยด้วย ต้องจัดเวรบ่ายควบดึก ออกเวรเช้าเลยเพื่อความปลอดภัย ส่งผลกระทบกับครอบครัว ทำให้มีเวลาให้ครอบครัวน้อยลง การดูแลคนไข้เองก็ต้องมีการหาข้อมูลภาคพื้นดินก่อน ถ้ามีเหตุการณ์หรือออกไปไม่ได้ก็ต้องใช้การส่งต่อผู้ป่วย คือต้องปรับทั้งการดำเนินชีวิตและการทำงาน”

(Man 3)

ประเด็นที่ 2 : สถานการณ์ความไม่สงบกับการจัดบริการสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ความไม่สงบต้องมีการปรับการให้บริการทั้งในเรื่องของเวลาในการให้บริการ รูปแบบการให้บริการ บุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถให้บริการเชิงรุกในมิติของการส่งเสริม การฟื้นฟู ได้เต็มที่ ต้องอาศัยบุคคลในชุมชนอย่าง อสม และองค์กรส่วนท้องถิ่น หรือเทคโนโลยี อย่างเช่น โทรศัพท์ มาใช้ในการให้บริการหรือติดตามปัญหาสุขภาพมากขึ้น ซึ่งตรงนี้บางส่วนทำให้งานขาดศักยภาพ เนื่องจากเครื่องมือเหล่านี้ขาดองค์ความรู้ที่เพียงพอ การทำงานบางครั้งจึงเป็นการทำงานตามเป้าหมาย กรอกข้อมูลตามแผนแต่ไม่ได้ข้อเท็จจริง การทำงานเชิงรุกเลยเป็นปัญหา ส่วนบุคลากรสาธารณสุขเน้นการทำงานเชิงรับในหน่วยบริการแต่ก็ต้องมีการปรับตัวทั้งในส่วนของระยะเวลาในการทำงานและรูปแบบ ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ดังคำกล่าว

“สำหรับสถานการณ์ความไม่สงบที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพ เช่น การออกไปทำงาน แต่ก่อนจะเริ่มงาน 8 โมง เลิกงาน 4 โมง ไปทำงานมีชาวบ้านมารอแล้ว เพราะเค้ารู้ว่าหมอมาเร็ว แต่ปัจจุบันเราต้องปรับเวลาการทำงาน สอ.เปิดสายหน่อยเป็น 9 โมง เลิกสามโมงครึ่ง ชาวบ้านเริ่มบ่นว่าทำไมหมอมาช้าจัง เราก็ต้องอาศัยองค์กรท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้านในการประชาสัมพันธ์ ชี้แจงให้เข้าใจ หรือการทำงานเชิงรุกที่ค่อยประสิทธิภาพลง เช่นการเยี่ยมหลังคลอด คนไข้ผัดนัด เมื่อเกิดเหตุการณ์ก็ไม่สามารถออกไปได้ ต้องปรับเปลี่ยนเป็นการใช้โทรศัพท์ติดตาม ให้ อสม.ช่วยเหลือแทน”

(Man 7)

“ศักยภาพในการทำงานน้อยลง ไม่สามารถออกรับผู้ป่วยที่เกิดเหตุได้ ทางจังหวัดเองก็ปรับโดยการจัดให้มีเครือข่ายมอไซค์มาส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ในอำเภอรามันมีประมาณ 10 คน เค้าสามารถเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้มากกว่ารพ.บาล ซึ่งเป็นการปรับตัวในสถานการณ์แบบนี้ ตอนนี้กำลังอยู่ในการพัฒนาอบรม โดย สสจ. แต่ก็ไม่สามารถรับได้ในทุก Case หากมีอาการหนัก เราก็ต้องออกเอง ซึ่งบางครั้งเวลามีเหตุการณ์ก็เกิดความขัดแย้งขึ้นบ้าง เช่นก่อนออกเราต้องตรวจสอบเส้นทางว่ามีการเคลียร์เรียบร้อยแล้ว ตำรวจบอกเรียบร้อยแล้ว แต่พอออกจริงกำลังยังกัน เคยมีครั้งหนึ่งต้องกระโดดออกจากรถไปหลบในคูน้ำข้างทาง”

(Man 5)

“ที่ สอ.เน้นการส่งเสริมสุขภาพ สร้างมากกว่าซ่อม การสร้างศักยภาพ อสม. ให้ถูกต้อง และให้ อสม.ช่วยคัดกรองคนไข้ ตรวจวัดความดัน แต่การทำงานต้องทำด้วยความจริง อย่าคิดแค่กรอกข้อมูลตามเป้า การทำงานเชิงรุก ออกชุมชนบางครั้งก็ต้องออกเอง แต่ก่อนออกควรมีการวางแผน และมีผู้ร่วมออกกับเราด้วย ที่ สอ. มีเหตุการณ์ตลอด แต่ก็ยังออกไปได้ หากมีการวางแผนที่ดี”

(Man 8)

ประเด็นที่ 3 : การให้บริการสุขภาพที่ควรจะเป็น

การจัดบริการสุขภาพที่ควรจะเป็นควรสอดคล้องกับรูปแบบของกระทรวงสาธารณสุข คือ มีมิติ 4 ด้านทั้งในส่วนของการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู แต่ควรเพิ่มประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. เน้นให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น ให้เห็นว่าการจัดบริการสุขภาพเป็นเรื่องของตนเอง ไม่ใช่บุคลากรการแพทย์หรือกระทรวงสาธารณสุข
2. จัดบริการให้สอดคล้องกับทฤษฎีสุขภาพคือให้สามารถอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางสังคม ภาย จิต และวิญญาณ
3. จัดบริการให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยเฉพาะเรื่องของความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม
4. จัดบริการตามศักยภาพของสถานการณ์ในแต่ละระดับ ทั้งการจัดสรรเจ้าหน้าที่ และลักษณะการให้บริการ โดยเน้นการให้ส่งต่อในแต่ละระดับสถานบริการ
5. มีการเตรียมบุคลากรเพื่อรองรับการทำงานในพื้นที่พิเศษ เช่น เรื่องของการสื่อสารทั้งภาษาไทย ภาษามลายู การทำงานฉุกเฉิน การลงภาคสนามเป็นต้น ดังคำกล่าว

“มองว่าการจัดบริการสุขภาพ ปัจจุบันเป็นการที่รัฐจัดให้มากกว่า ซึ่งบางครั้งอาจไม่ตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นควรปรับการจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนด้วย”

(Man 4)

“ผมว่าเพิ่มเติมการจัดบริการสุขภาพควรเน้นเรื่องความสอดคล้องกับทฤษฎีสุขภาพ แต่เดิมเป็นการรักษาให้หายจากโรคที่เป็น แต่ปัจจุบันเน้นให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางสังคม ภาย จิต สอดคล้องกับวิถีชุมชน เช่น ชุมชนพุทธ ชุมชนมุสลิม ที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นพรจากพระเจ้าที่ต้องดูแลให้เป็น วิถีมุสลิมในปัจจุบันโดนตัดตอนจากการให้บริการสุขภาพ เช่นการทำละหมาดที่โรงพยาบาลทำไม่ได้ คนไข้ใกล้ตายก็ไม่สามารถทำพิธีทางศาสนา หรือขอพรได้ เนื่องจากวิธีการรักษาของเราเน้นแบบตะวันตก เน้นโรคเพียงอย่างเดียว ไม่คำนึงถึงจิตวิญญาณ การจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนจะช่วยลดความขัดแย้งและการฟ้องร้องลงได้

การจัดบริการสุขภาพในความไม่สงบไม่สามารถจัดบริการตามนโยบายส่วนกลางได้ เช่นการออก PCU ที่กำหนดเป็นมาตรฐานเดียวกันต้องมีแพทย์ออกด้วย แต่ในพื้นที่จริงไม่สามารถออกปฏิบัติงานได้

ศักยภาพการให้บริการในแต่ละระดับไม่เหมือนกันขึ้นกับลักษณะงาน เจ้าหน้าที่แต่ละกลุ่มอยู่ในภาวะกดดันหรือไม่ เช่นการระบุว่าใครเป็นแนวร่วม และการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ญาติ ในสถานการณ์แบบนี้ การพึ่งพาเจ้าหน้าที่อย่างเดียวไม่เพียงพอ การใช้กลยุทธ์ที่สอดคล้องกับชุมชน จึงเป็นทางออกที่ดี เช่นในเดือนรอมฎอน ซึ่งเป็นช่วงที่ฝึกความอดทน ก็ควรมีการบูรณาการให้สอดคล้องกับชุมชนและให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งมีการเตรียมบุคลากรเพื่อรองรับการทำงานในพื้นที่พิเศษ”

(Man 1)

“การจัดบริการสุขภาพควรครอบคลุมตามที่พูดมา แต่ตามข้อกำหนดรูปแบบมานั้น ควรมีการปรับให้สอดคล้องกับชุมชน โดยการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ชุมชนดูแลตนเองในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ อาจ

มีการเสียเงินบ้าง แต่ก็ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีส่วนร่วม รวมทั้งสอดคล้องกับหลักศาสนา อย่างเคยออกหน่วยแล้วมีคนแก่ที่อาการหนักแต่ไม่ไปรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากไม่สามารถหามาได้ จึงไม่ยอมไป อันนี้เป็นวิถีชีวิตเก่า การจัดบริการที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชุมชนจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควร เราควรทำอย่างไรให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ตรงนี้ อย่างน้อยแต่ HA สถานบริการที่ดีต้องเข้าถึงชีวิต”

(Man 2)

ประเด็นที่ 4 : การจัดบริการสุขภาพกับมาตรฐานการรักษาพยาบาล

มาตรฐานสถานพยาบาลหรือมาตรฐานการให้บริการเป็นเรื่องสำคัญ แต่ควรมีการปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่และสถานการณ์ที่เป็นอยู่ เนื่องจากมีลักษณะเฉพาะ ตัวชี้วัดบางอย่างที่ใช้อยู่ไม่สอดคล้องกับพื้นที่ เช่นเรื่องอัตราส่วนพยาบาลต่อประชาชน หรือการต้องให้หมอออก PCU เหล่านี้เป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำได้จริงในทางปฏิบัติ ดังคำกล่าว

“ถ้ามองในแง่การทำงานต่อเนื่องควรมีการปรับมาตรฐาน สบซซ คิดงานใหม่มาเรื่อยๆ ทำให้คนทำงานถูกกดดัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งฝ่ายบริหารที่ถูกกดดันมาก เช่นในเรื่องการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตรงนี้เป็นเรื่องใหม่ บุคลากรขาดความเข้าใจ อีกทั้งการทำงานบางอย่างเสี่ยงต่อการถูกกล่าวหา หรืออาจถูกมองว่าเป็นแนวร่วมเสียเอง ดังนั้นผมว่าการทำงานมาตรฐานควรมีการปรับหรือทบทวนเกณฑ์เสียใหม่”

(Man 1)

“มาตรฐานอย่าง HA มีความจำเป็น แต่กิจกรรมทุกกิจกรรมนั้นมันมีทั้งผลดีและผลเสีย ยิ่งในภาวะที่บุคลากรมีจำกัด อีกทั้งแพทย์บางส่วนยังต้องแบ่งตัวไปทำงานบริหารหรือเป็น ผอ งานประจำก็ไม่สามารถทำได้เต็มที่ ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องปลูกผักซี การทำมาตรฐานจึงควรยึดถือธรรมชาติ ความจริง ไม่ฝืนมัน”

(Man 4)

“เห็นด้วยว่ามาตรฐานยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องมี แต่คิดว่ามาตรฐานที่กำหนดมาควรมีการปรับในพื้นที่ 3 จังหวัด 4 อำเภอ โดยควรรวมเอาโรงพยาบาลในพื้นที่มาคุยกัน เช่นเดียวกับ สอ อาจแบ่งเป็น สอ 3 ระดับก็ได้ นำมาทำ Workshop รวมกันเพื่อปรับเปลี่ยนนโยบายบางข้อ มีการนำไปทดลองใช้ และมีการปรับเปลี่ยนไปด้วย”

(Man 2)

“มาตรฐานมีมากมายเหลือเกินทั้ง HA QA สถานพยาบาล การทำงานต้องทำเยอะ อีกทั้งการนิเทศเองก็เป็นปัญหา บางครั้งผู้ตรวจพร้อมให้ตรวจแต่ผู้นิเทศฯ ไม่พร้อมเนื่องจากมีปัญหาด้านความปลอดภัย พอเราอ่อนล้าที่จะทำ ผู้นิเทศก็พยายามจะมาตรวจให้ได้”

(Man 3)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องศึกษาศถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้
3. ศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

สรุปผล

5.1 ข้อมูลทั่วไป

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.9 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 59.4 มีตำแหน่งเจ้าพนักงานทางด้านสาธารณสุขในระดับปฏิบัติการ(เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข) ร้อยละ 42.4 พยาบาลปฏิบัติการ ร้อยละ 21.3 ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในพื้นที่ 3 จังหวัด ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา (จะนะ สะบ้าย้อย เทพา และนาทวี) ร้อยละ 92.2 พักอาศัยที่พักของตนเอง ร้อยละ 70.3 โดยพักกับครอบครัว ร้อยละ 77.0 มาตรฐานรับรองคุณภาพสถานบริการที่ใช้ คือ HA (Hospital Accreditation) ร้อยละ 59.2 ผลการประเมินคุณภาพสถานบริการผ่าน ร้อยละ 71.8 นโยบายพิเศษที่มีใช้ในพื้นที่ 3 อันดับแรก คือ นโยบายสนับสนุนค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงภัย นโยบายส่งเสริมการผลิตพยาบาลวิชาชีพ 3,000 อัตรา เพื่อบรรจุเข้าทำงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ และนโยบายสนับสนุนค่าตอบแทนพิเศษบุคลากรสาขาวิชาชีพขาดแคลนในพื้นที่เสี่ยงภัย และส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ามีการเกิดสถานการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 55.0 ลักษณะสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน 3 อันดับแรก คือ ยิง ร้อยละ 41.3 ระเบิด ร้อยละ 28.2 และข่มขู่ ร้อยละ 25.9 ตามลำดับ ตำแหน่งในระดับผู้บริหาร พบว่าพยาบาลมีอายุเฉลี่ยสูงสุด คือ 41.8 ปี รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข 41.3 ปี และ เจ้าพนักงานที่ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข 41.1 ปี ตามลำดับ และพบว่า ทันตแพทย์ มีอายุเฉลี่ยต่ำสุด คือ 33.5 ปี ตำแหน่งในระดับผู้ปฏิบัติการ พบว่า พยาบาลมีอายุเฉลี่ยสูงสุด คือ 35.7 ปี รองลงมา คือ นักวิชาการสาธารณสุข 32.6 ปี เภสัชกร 32.3 ปี ตามลำดับ สำหรับ เจ้าพนักงานที่ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข มีอายุเฉลี่ยต่ำสุด คือ 28.6 ปี ระดับผู้บริหารและระดับผู้ปฏิบัติการใน 3 วิชาชีพแรกที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด คือ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร มีรายได้ดังนี้ ระดับผู้บริหาร 71,667 52,770 และ 44,667 บาท ตามลำดับ และระดับผู้ปฏิบัติการ 63,310 57,452 และ 37,308 บาท ตามลำดับ สำหรับ นักวิชาการสาธารณสุขระดับผู้บริหาร มี

รายได้เฉลี่ยต่ำสุด คือ 20,000 บาท และ เจ้าพนักงานที่ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข มีรายได้เฉลี่ยต่ำสุด คือ 11,803 บาท

5.2 การจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

5.2.1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุขและการเงิน

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยระดับปานกลาง ดังนี้

เรื่องโครงสร้างและนโยบาย กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.27$ S.D.=.67) และ หัวข้อนโยบายของภาครัฐด้านการสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรส่งผลให้บุคลากรปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ($\bar{X}=3.60$ S.D.= 1.26) เห็นด้วยระดับมาก สำหรับหัวข้อนโยบายของภาครัฐในพื้นที่ที่มีความยุติธรรมให้ความสำคัญแก่บุคลากรเสมอภาคเท่าเทียมกัน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=2.92$ S.D.=.1.04) เห็นด้วยระดับปานกลาง

เรื่องระบบการรักษาความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.36$ S.D.=.66) และหัวข้อมีการเตรียมการด้านวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม เช่น วงจรปิด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ($\bar{X}=3.68$ S.D.= .88) เห็นด้วยระดับมาก สำหรับหัวข้อมีการจัดทำคู่มือเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยแจกจ่ายให้ทั่วถึงมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.04$ S.D.= 1.00) เห็นด้วยระดับปานกลาง

เรื่องระบบการทำงานเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.23$ S.D.= .73) และหัวข้อการมีส่วนร่วมขององค์กรส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.40$ S.D.= .82) เห็นด้วยระดับปานกลาง หัวข้อมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดบริการสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ในสถานการณ์ฉุกเฉินระหว่างสถานบริการ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.13$ S.D.= .91) เห็นด้วยระดับปานกลาง

เรื่องระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.48$ S.D.= .70) และ หัวข้อมีระบบสื่อสารคมนาคมเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารเข้าถึงได้ง่ายตลอดเวลา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.55$ S.D.= .88) เห็นด้วยระดับมาก สำหรับหัวข้อมีการเตรียมทรัพยากรสำหรับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างเพียงพอ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.41$ S.D.= .85) เห็นด้วยระดับปานกลาง

ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยระดับปานกลาง ดังนี้

เรื่องบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.13$ S.D.= .86) และหัวข้อมีการจัดสรรจำนวนบุคลากรเพียงพอตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.23$ S.D.= .97) เห็นด้วยระดับปานกลาง สำหรับหัวข้อมีการจัดสวัสดิการเพื่อความปลอดภัยอย่างเพียงพอ เช่น บ้านพัก รถรับ-ส่ง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.02$ S.D.= 1.10) เห็นด้วยระดับปานกลาง

เรื่องยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.40$ S.D.= .73) และหัวข้อยาและเวชภัณฑ์มีปริมาณที่เพียงพอพร้อมให้การสนับสนุนการบริการ มี

ค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.52$ S.D.= .80) เห็นด้วยระดับมาก สำหรับหัวข้อมีการนำอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงมาช่วยให้คุณภาพการบริการดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.19$ S.D.= .94) เห็นด้วยระดับปานกลาง

ปัจจัยด้านการเงิน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยในระดับปานกลาง ดังนี้

เรื่องงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ($\bar{X}=3.08$ S.D.= .88) และ เรื่องการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ($\bar{X}=3.4$ S.D.= .77) กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยระดับปานกลาง และหัวข้องบประมาณที่ใช้ในกิจกรรมการรักษาพยาบาล ส่งผลถึงประชาชนโดยตรง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.51$ S.D.= .88) เห็นด้วยระดับมาก สำหรับหัวข้อมีการวางแผนกิจกรรม โครงการและการใช้งบประมาณที่ได้รับอย่างคุ้มค่า มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.38$ S.D.= .82) เห็นด้วยระดับปานกลาง

5.2.2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสามารถปฏิบัติงานได้ในแต่ละด้านได้ดังนี้

ด้านส่งเสริมสุขภาพ สามารถปฏิบัติงานได้มาก ($\bar{X}=3.60$ S.D.= .80) โดย 3 อันดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การบริการดูแลหญิงมีครรภ์ตามระยะเวลาที่กำหนด ($\bar{X}=3.77$ S.D.= .87) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($\bar{X}=3.76$ S.D.= .91) การบริการตรวจสุขภาพเด็ก ($\bar{X}=3.73$ S.D.= .93) ตามลำดับ ซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้มาก และ การบริการดูแลสุขภาพที่บ้านมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.24$ S.D.= 1.01) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

ด้านป้องกันและควบคุมโรค สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X}=3.47$ S.D.= .79) โดย 3 อันดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคจากสาเหตุต่างๆ สามารถปฏิบัติงานได้มาก ($\bar{X}=3.56$ S.D.= .83) สำหรับการให้บริการวัคซีนพื้นฐานป้องกันโรคอย่างครอบคลุมและครบถ้วน ($\bar{X}=3.52$ S.D.= .96) และการควบคุมอัตราการป่วยและตายจากโรคระบาดในพื้นที่ ($\bar{X}=3.48$ S.D.= .93) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง และการบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.37$ S.D.= 1.00) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X}=3.27$ S.D.= .87) ซึ่งการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรังในการดำรงชีพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.36$ S.D.= .88) และ การเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพผู้พิการอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.18$ S.D.= .98) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

ด้านรักษาพยาบาล สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X}=3.37$ S.D.= .70) โดย 3 อันดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ให้บริการผู้ป่วยได้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ ($\bar{X}=3.69$ S.D.= .93) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคการแนะนำการปฏิบัติตัวและวิธีการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ($\bar{X}=3.68$ S.D.= .84) และการให้บริการผู้ป่วยได้รวดเร็ว ($\bar{X}=3.61$ S.D.= .79) สามารถปฏิบัติงานได้มาก สำหรับการให้บริการผู้พิการที่บ้านอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.11$ S.D.= .97) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X}=3.37$ S.D.= .80) โดย 3 อันดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความรวดเร็วของการส่งต่อผู้ป่วย ($\bar{X}=3.47$ S.D.= .88) ความรวดเร็วในการบริการช่วยชีวิตฉุกเฉินในที่เกิดเหตุการณ์ ($\bar{X}=3.44$ S.D.= 1.49) และความปลอดภัยของการส่งต่อผู้ป่วย ($\bar{X}=3.39$ S.D.= .89) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง สำหรับการส่งต่อกลับผู้ป่วยไปสถานบริการเดิมมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.13$ S.D.= .86) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

การเยี่ยมยาทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X}=3.41$ S.D.= .85) โดยที่หัวข้อการให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพของสถานบริการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.45$ S.D.= .92) และหัวข้อความต่อเนื่องในการเยี่ยมยา มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.37$ S.D.= .94) ซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน สามารถปฏิบัติงานได้มาก ($\bar{X}=3.54$ S.D.= .77) ซึ่งหัวข้อการบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงหลักศาสนา มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.74$ S.D.= .86) สามารถปฏิบัติงานได้มาก และการส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดที่ผสมผสานการแพทย์แผนไทย แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การอยู่ไฟ นวดเต้านม ประคบสมุนไพร มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.31$ S.D.= 1.01) สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง

5.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

5.3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ในภาพรวม

พบว่า ปัจจัยทุกข้อ ดังนี้ 1) โครงสร้างและนโยบาย 2) ระบบการรักษาความปลอดภัย 3) ระบบการทำงานเครือข่าย 4) ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ 5) บุคลากรสาธารณสุข 6) ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ 7) งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร และ 8) การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนี้

ด้านส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับด้านส่งเสริมสุขภาพสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.334) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง สำหรับโครงสร้างและนโยบาย (.291) และบุคลากรสาธารณสุข (.277) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ตามลำดับ

ด้านป้องกันและควบคุมโรค ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับด้านป้องกันและควบคุมโรคสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.332) และโครงสร้างและนโยบาย (.302) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง สำหรับระบบการทำงานเครือข่าย (.276) มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ตามลำดับ

ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ระบบการทำงานเครือข่าย (.336) สำหรับ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ และ

โครงสร้างและนโยบาย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากัน คือ (.315) และ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.282)

ด้านการรักษาพยาบาล ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการรักษาพยาบาล สูงสุด 3 อันดับแรก คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และ โครงสร้างและนโยบาย (.331 .325 และ .315) ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ยา/เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบการรักษาความปลอดภัย (.384 .380 และ .357) ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ด้านการเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ โครงสร้างและนโยบาย และยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.395 .377 และ .326) ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ระบบการทำงานเครือข่าย และโครงสร้างและนโยบาย (.325 .321 และ .303) ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

5.3.2 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับการจัดบริการสุขภาพ จำแนกตามระดับของสถานบริการสาธารณสุข

ระดับปฐมภูมิ

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.374) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.373) กับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.364) กับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ สำหรับปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.358) กับด้านการรักษาพยาบาล ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการทำงานเครือข่าย (.350) กับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร (.346) กับด้านเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ระดับตติยภูมิ

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ(.423) กับการจัดบริการสุขภาพด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.416) กับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.416) กับการจัดบริการสุขภาพด้านการเฝ้าระวังทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ

ระดับตติยภูมิ

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการทำงานเครือข่าย กับการจัดบริการสุขภาพด้านรักษาพยาบาล ด้านการเฝ้าระวังทางร่างกายจิตใจ และด้านส่งเสริมสุขภาพ (.526 .515 และ .499) ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.493) กับการเฝ้าระวังทางร่างกายและจิตใจ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ บุคลากรสาธารณสุข (.462) กับการรักษาพยาบาล และ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการทำงานเครือข่าย (.461) กับการส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

5.3.3 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับการจัดบริการสุขภาพจำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร

กลุ่มแพทย์

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ บุคลากรสาธารณสุข (1.000) และ โครงสร้างและนโยบาย (.845) กับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.775) กับการเฝ้าระวังทางร่างกายและจิตใจ สำหรับปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.773) กับการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร (.728) กับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.724) กับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

กลุ่มทันตแพทย์

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ โครงสร้างและนโยบาย และ ระบบการทำงานเครือข่าย มีค่าเท่ากับ คือ (.835) กับด้านส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ โครงสร้างและนโยบาย และ ระบบการทำงานเครือข่าย มีค่าเท่ากับ คือ (.775) กับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย และ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ โครงสร้างและนโยบาย และ ระบบการทำงานเครือข่าย มีค่าเท่ากับ คือ (.773) กับ ด้านป้องกันและควบคุมโรค สำหรับปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ โครงสร้างและนโยบาย และ ระบบการทำงานเครือข่าย มีค่าเท่ากับ คือ (.763) กับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ บุคลากรสาธารณสุข กับด้านการรักษาพยาบาล และ ด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน มีค่าเท่ากับ คือ (.750) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

กลุ่มเภสัชกร

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.773) กับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.692) และ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.674) กับด้านป้องกันและควบคุม สำหรับปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ โครงสร้างและนโยบาย (.671) กับ ด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

กลุ่มพยาบาล

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการทำงานเครือข่าย (.485) กับด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบความปลอดภัย (.444) และ ระบบบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.417) กับด้านการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ สำหรับปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการทำงานเครือข่าย (.400) กับ ด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.828) กับ ด้านการ

บริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการรักษาความปลอดภัย (.782) และระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.781) กับด้านรักษาพยาบาล ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สำหรับปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.671) กับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

5.3.4 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน กับการจัดบริการสุขภาพ จำแนกตามบุคลากรสาธารณสุขระดับปฏิบัติการ

กลุ่มแพทย์

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ กับ ด้านส่งเสริมสุขภาพ และ ด้านป้องกันและควบคุมโรค มีค่าเท่ากับ คือ (.675) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ โครงสร้างและนโยบาย (.620) กับ ด้านป้องกันและควบคุมโรค และ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.600) กับ ด้านการบริการฉุกเฉินและการส่ง สำหรับปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.550) กับ ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.541) กับ ด้านรักษาพยาบาล และ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการทำงานเครือข่าย (.519) กับ ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

กลุ่มทันตแพทย์

ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบความปลอดภัย (.467) กับ ด้านป้องกันและควบคุมโรค ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่ง กับ ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย และ ด้านส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ (.384 และ .383) ตามลำดับ

กลุ่มเภสัชกร

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.551) กับด้านรักษาพยาบาล และ ด้านการเฝ้าระวังทางร่างกายและจิตใจ มีค่าเท่ากับ (.551 และ .479 ตามลำดับ) และปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.445) กับ ด้านการบริการตามบริบทและวิถี

ชุมชน สำหรับปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ กับ ด้านการบริการฉุกเฉินและการส่ง และด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ มีค่าเท่ากับ (.441 และ .428 ตามลำดับ) และ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.428) กับ ด้านป้องกันและควบคุมโรค ซึ่ง ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

กลุ่มพยาบาล

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.402) กับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการทำงานเครือข่าย (.390) กับ ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย และ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.362) กับ ด้านการบริการฉุกเฉินและการส่ง สำหรับปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการทำงานเครือข่าย (.354) กับ ด้านการบริการฉุกเฉินและการส่ง และ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การงบประมาณที่ได้รับจัดสรร (.347) กับ ด้านการบริการฉุกเฉินและการส่ง ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.744) กับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ ด้านป้องกันและควบคุมโรค และ ด้านการบริการตามบริบทและวิถีชุมชน (.744 .685 และ .667) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับมาก ระดับปานกลาง และ ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการทำงานเครือข่าย (.665) และ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.645) กับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ และ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ (.641) กับ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

กลุ่มเจ้าพนักงาน

ปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (.400) กับ ด้านการบริการฉุกเฉินและการส่ง ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ (.384) กับด้านการเยียวยาทางร่างกายและจิตใจ และ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบความปลอดภัย (.381) กับ ด้านการบริการฉุกเฉินและการส่ง สำหรับปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพ

ในด้านต่างๆ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ (377) กับ ด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

5.4 ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

1) ปัญหา/อุปสรรคของนโยบายภาครัฐ และความต้องการให้มียุทธศาสตร์สนับสนุนการปฏิบัติงาน

ปัญหา/อุปสรรคของนโยบายภาครัฐ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการสนับสนุนค่าตอบแทนในแต่ละวิชาชีพมีความแตกต่างกันมาก

ความต้องการให้มียุทธศาสตร์สนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ ต้องการให้ภาครัฐมีนโยบายสนับสนุนค่าตอบแทนการปฏิบัติงานต่อไปแต่ให้ทบทุนในแต่ละวิชาชีพ ควรมีการกระจายทรัพยากรบุคคล และงบประมาณที่เหมาะสม จัดสรรบุคลากรขาดแคลน เช่น แพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกให้เพียงพอ ควรมีการพิจารณาสิทธิพิเศษให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เช่น การเพิ่มกรอบอัตราค่าจ้างราชการในพื้นที่ มีการปรับลดการชำระภาษี ควรสนับสนุนด้านโครงสร้างและความปลอดภัยตลอดไป เช่น การดูแลระหว่างเดินทาง ชุดคุ้มครองขณะออกปฏิบัติงาน ควรติดตามประเมินนโยบายที่จัดสรรในพื้นที่อย่างเคร่งครัด และต่อเนื่อง และควรส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องให้ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ โดยจัดการศึกษาในพื้นที่เพื่อบุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้โดยไม่ต้องออกนอกพื้นที่

2) ปัญหา/อุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ และแนวทางการจัดบริการสุขภาพ

ปัญหา/อุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาต่อการให้บริการเชิงรุกในการเดินทางและขณะปฏิบัติงาน ขาดแคลนกำลังคนในการปฏิบัติงาน ขาดแคลนเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และปัญหาการสื่อสารในชุมชน และ การใช้ภาษาถิ่น

แนวทางการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานโดยเน้นการจัดบริการในสถานบริการ แต่บางงานก็ยังคงให้ความสำคัญในการลงพื้นที่ เช่น การป้องกันและควบคุมโรค งานเยียวยา สร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพกับองค์กรส่วนท้องถิ่น กระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น พัฒนาและสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของประชาชน สร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้มีความเสมอภาคโดยอาจพิจารณาตามภาระงาน พัฒนาบุคลากรในองค์กร เช่น การอบรมระยะสั้น และการศึกษาต่อเนื่องให้ตรงสาขาวิชาชีพ กำหนดภาระงานให้ชัดเจน และ จัดระบบความปลอดภัยให้แก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ในด้านต่างๆ เช่น เตรียมความพร้อมโครงสร้างพื้นฐาน อาคาร สถานที่

3) เหตุผลที่ยังอยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนใต้ หรือจะย้ายออกจากพื้นที่ชายแดนใต้

บุคลากรสาธารณสุขที่ยังปฏิบัติงานเนื่องจากเป็นคนในพื้นที่ และมีแรงจูงใจจากสวัสดิการและค่าตอบแทน อีกทั้งยังต้องการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ สำหรับเหตุผลที่จะย้ายออกจากพื้นที่ชายแดนได้ กรณีที่สถานการณ์ความรุนแรงมากขึ้นและต่อเนื่อง การศึกษาต่อของตนเอง และการศึกษาของบุตร

อภิปรายผล

1. การจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

ด้านส่งเสริมสุขภาพ จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าสามารถปฏิบัติงานได้มาก ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่เข้าร่วมประชุมกลุ่ม ที่กล่าวไว้ว่า “ที่สถานีอนามัยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ สร้างมากกว่าซ่อม การสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้ถูกต้อง และให้อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยงาน... การทำงานเชิงรุก ออกชุมชนบางครั้งก็ต้องออกเอง แต่ก่อนออกควรมีการวางแผน และมีผู้ร่วมออกกับเราด้วย ที่สถานีอนามัยมีเหตุการณ์ตลอด แต่ก็ยังออกได้ หากมีการวางแผนที่ดี” (Man 8) สำหรับกิจกรรมการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลางซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.24$ S.D.= 1.01) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นทำให้ ขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานอยู่ในขณะนี้ก็ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ในเชิงรุกออกเยี่ยมเยียนประชาชนตามหมู่บ้านได้ โดยเฉพาะกิจกรรมการออกหน่วยเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2548) และสอดคล้องกับ การศึกษาบทบาท ภาระงาน และปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าภาคใต้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการบริการหลักในศูนย์สุขภาพชุมชน และทำให้เวลาในการออกไปปฏิบัติงานชุมชนมีสัดส่วนที่น้อยลง (อัญชลี อินทนนท์และคณะ, 2548)

ด้านป้องกันและควบคุมโรค จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง และกิจกรรมการบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลางซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.37$ S.D.= 1.00) สอดคล้องข้อความที่กล่าวไว้ในการแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม ดังนี้ จากข้อมูล ปี 2542 พบว่าหญิงเป็นมะเร็งปากมดลูกบ่งชี้ที่สูงสุดในภาคใต้ และมีการคาดการณ์ว่าใน 10 ปีข้างหน้า การเป็นมะเร็งปากมดลูกก็ยิ่งจะเพิ่มขึ้น เป็นการสังเคราะห์ความรู้จากปัญหาสุขภาพกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ พบว่ามีปัญหาในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ โดยสตรีส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง มีความอายและกลัวเจ็บ ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยทางด้านความเชื่อทางศาสนา อีกทั้งบริบทที่เป็นความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก คือ สตรีมุสลิมแต่งงานและมีบุตรเมื่ออายุน้อย (อายุต่ำกว่า 20 ปี) บางพื้นที่มีอัตราการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณอยู่ในเกณฑ์สูง ซึ่งจะไม่มีการตรวจหลังคลอด ดังนั้นภาครัฐควรมีการณรงค์ให้ความรู้ ปรับทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการสร้างความตระหนักให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกโดยให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน วิถีมุสลิม เช่น การให้เจ้าหน้าที่ตรวจภายในกับหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงหลังคลอด จะต้องเป็นเจ้าหน้าที่ผู้หญิงและกรณีผู้รับการตรวจนับถือศาสนาอิสลาม เจ้าหน้าที่ก็ควรนับถือศาสนาอิสลามเช่นกัน หรือการให้ผู้ที่เคยผ่านการตรวจมะเร็งปากมดลูกไปชักจูงหรือชวนเพื่อนสนิทหรือญาติให้มารับการ

ตรวจ ซึ่งเป็นกลยุทธ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก ของเครือข่ายมะเร็งอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551:36-37)

ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง และกิจกรรมการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพผู้พิการอย่างต่อเนื่องสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลางซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.18$ S.D.= 98) ซึ่งสอดคล้องกับด้านการส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรมการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เช่นกัน

ด้านรักษาพยาบาล จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ในขณะที่ 3 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยได้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคการแนะนำการปฏิบัติตัวและวิธีการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน และ 3) การให้บริการผู้ป่วยได้รวดเร็วสามารถปฏิบัติงานได้มาก การที่กิจกรรมทั้ง 3 ข้อสามารถปฏิบัติงานได้มากอาจเป็นเพราะโดยปกติภารกิจของสถานบริการสาธารณสุขที่จับต้องได้และมีผลต่อความศรัทธาของชาวบ้าน คือ การบริการรักษาพยาบาลเมื่อมีความศรัทธาเกิดขึ้นงานอื่นๆ ก็ตามมาได้ไม่ยาก ดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งจึงมุ่งเน้นการจัดระบบบริการของโรงพยาบาลให้ตอบสนองความต้องการของชาวบ้านมากที่สุด (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551: 102)

สำหรับการให้บริการผู้พิการที่บ้านอย่างต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับด้านการส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรมการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด และสอดคล้องกับด้านฟื้นฟูสภาพร่างกายในกิจกรรมการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพผู้พิการอย่างต่อเนื่องสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลางซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เช่นกัน ในขณะที่ผลการประเมินกิจกรรมการเยี่ยมครอบครัวในโครงการดูแลเฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ พบว่าด้านกระบวนการในเรื่องความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่ได้รับการเยี่ยม อาจเป็นเพราะทีมเยี่ยมปรับเปลี่ยนรูปแบบการเยี่ยมครอบครัวในกรณีพื้นที่สีแดงจากที่บ้าน เป็นที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน มัสยิดใกล้บ้าน (จงกรม ทองจันทร์ และคณะ, 2551:46)

การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลางในทุกจังหวัดในขณะนี้มีระบบการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุการณ์อยู่แล้ว แต่ด้วยสถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้มีความไม่แน่นอนจึงอาจทำให้ความสะดวกในการให้บริการช่วยชีวิตฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุการณ์ไม่สามารถทำได้เต็มประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่เข้าร่วมประชุมกลุ่ม ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา กล่าวไว้ดังนี้ “ศักยภาพในการทำงานน้อยลง ไม่สามารถออกมารับผู้ป่วยที่เกิดเหตุได้ ทางจังหวัดเองก็ปรับโดยการจัดให้มีเครือข่ายหมอไซค์มาส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาล หากมีอาการหนัก เราก็ต้องออกเอง ซึ่งบางครั้งเวลาเกิดเหตุก็เกิดความขัดแย้งขึ้นบ้าง เช่นก่อนออกเราต้องตรวจสอบเส้นทางว่ามีการเคลียร์เรียบร้อยแล้วหรือยัง ดำรวจบอกเรียบร้อยแล้วแต่พอออกจริงกำลังยั้งกัน เคยมีครั้งหนึ่งต้องกระโดดออกจากรถไปหลบในคูน้ำข้างทาง” (Man 5)

การเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง สำหรับความต่อเนื่องในการเยียวยาสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลางและมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.37$ S.D.= 94) สืบเนื่องจากการเยียวยาได้มีการดำเนินงานโดยคณะกรรมการนโยบายและอำนวยการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กยต.) ซึ่งมีการเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจมีการแต่งตั้งคณะกรรมการชุดต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการเยียวยา ซึ่งในเบื้องต้นอาจมุ่งเน้นการให้การช่วยเหลือในลักษณะเงินชดเชยและสิ่งของ และมีนักจิตวิทยาในการเยียวยา ด้านจิตใจในขณะที่เกิดเหตุการณ์ สำหรับการเยียวยาในระยะต่อไปหรือระยะยาวก็จำเป็นต้องมีการวางแผนดำเนินงาน ซึ่งบุคลากรด้านสาธารณสุขอาจต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าสามารถปฏิบัติงานได้มาก ซึ่งกิจกรรมการบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงหลักศาสนาสามารถปฏิบัติงานได้มากและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.74$ S.D.= .86) ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่เข้าร่วมประชุมกลุ่ม ที่กล่าวไว้ว่า “การจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน เช่น ชุมชนพุทธ ชุมชนมุสลิม ที่เชื่อว่าสุขภาพเป็นพรจากพระเจ้าที่ต้องดูแลให้เป็น วิถีมุสลิมในปัจจุบันโดนตัดตอนจากการให้บริการสุขภาพ เช่นการทำละหมาดที่โรงพยาบาลทำไม่ได้ คนไข้ใกล้ตายก็ไม่สามารถทำพิธีทางศาสนา หรือขอพรได้ เนื่องจากวิธีการรักษาของเราเน้นแบบตะวันตก เน้นโรคเพียงอย่างเดียว ไม่คำนึงถึงจิตวิญญาณ การจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชุมชนจะช่วยลดความขัดแย้งและการฟ้องร้องลงได้” (Man 1) และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดที่ผสมผสานการแพทย์แผนไทย แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การอยู่ไฟ นวดเต้านม ประคบสมุนไพร มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.31$ S.D.= 1.01) ซึ่งสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง อาจเนื่องจากบทบาทหลักของผดุงครรภ์โบราณ (โตะบีแค) ทั้งในอดีตและปัจจุบันได้แก่ การดูแลครรภ์และการทำคลอด ซึ่งรวมถึงพิธีกรรมในการฝากครรภ์ เช่น การทำพิธีแนง การแต่งท้อง ในขณะที่ตั้งครรภ์ การบีบนวดหลังคลอด การอยู่ไฟ บทบาทรองได้แก่ การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค ฯลฯ ทั้งนี้พิธีกรรมต่างๆ ในปัจจุบันไม่เข้มข้นเหมือนในอดีต ถึงแม้ปัจจุบันการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขมากขึ้น แต่ความต้องการของบางพื้นที่ก็ยังต้องการผดุงครรภ์โบราณในการบีบนวดหลังคลอดก็ยังมีอยู่ (ยูซูฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551: 25) ดังนั้นถ้าภาครัฐให้การส่งเสริมสุขภาพหลังคลอดที่ผสมผสานการแพทย์แผนไทย แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยการนำผดุงครรภ์โบราณของชุมชนมามีส่วนร่วมในกิจกรรมจะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าถึงการบริการตามบริบทและวิถีชุมชนมากขึ้น

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ปัจจัยทุกข้อ ได้แก่ 1) โครงสร้างและนโยบาย 2) ระบบการรักษาความปลอดภัย 3) ระบบการทำงานเครือข่าย 4) ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ 5) บุคลากรสาธารณสุข 6) ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ 7) งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร และ 8) การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆของภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดน

ภาคีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งถ้าสรุปในภาพรวมทุกระดับสถานบริการสาธารณสุข และทุกสาขาวิชาชีพจะมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยพบว่า ปัจจัยการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ ส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เห็นว่าการจัดบริการสุขภาพจำเป็นต้องใช้งบประมาณในทุกกิจกรรมการจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดคือการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับให้เกิดประโยชน์มากที่สุดและครอบคลุมในทุกกิจกรรมการให้บริการสุขภาพเพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข พบว่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำถึงปานกลางเช่นกัน แต่พบว่า ปัจจัยระบบการทำงานเครือข่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการจัดบริการสุขภาพทุกด้านในระดับตติยภูมิ และเป็นปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดในการจัดบริการสุขภาพทุกด้าน อาจสืบเนื่องจาก สถานบริการในระดับตติยภูมิมีการจัดบริการสุขภาพที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เป็นแหล่งรวมบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละด้าน มียา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และมีศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์เพื่ออำนวยความสะดวกในสถานการณ์ฉุกเฉิน และเป็นแหล่งที่มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดบริการสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือกับหลายภาคส่วน ได้แก่ สถานบริการระดับต่างๆ ท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน เพื่อจัดบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุด สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการจัดบริการสุขภาพส่วนใหญ่ ในสถานบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ และทุติยภูมิที่มีค่าสูงในอันดับรองลงมา ดังนี้ สถานบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ คือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบความปลอดภัย ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารงบประมาณที่ได้รับ และ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ บุคลากรสาธารณสุข อาจเนื่องจาก ในสถานบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิมีการจัดบริการสุขภาพที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในแต่ละด้าน การจัดกิจกรรมบริการให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต้องอาศัยการบริหารงบประมาณที่ได้รับให้เกิดประโยชน์สูงสุดภายใต้มาตรฐานความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในสถานการณ์ความไม่สงบ การเตรียมการด้านวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ อาคารสถานที่ และบุคลากรเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง ในขณะที่ สถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ คือปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารงบประมาณที่ได้รับ และ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ อาจเนื่องจาก ในสถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ มีการจัดบริการสุขภาพในหลายมิติการบริหารงบประมาณที่ได้รับให้เกิดความคุ้มค่าผลประโยชน์สูงสุดจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพ การใช้ยา/เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยเป็นสิ่งจำเป็นกับทุกระดับสถานบริการ สำหรับสถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิมีความจำเป็นเช่นกันในการให้บริการแก่ประชาชน หรือเพื่อช่วยบรรเทาอาการที่รุนแรงในผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น

และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพจำแนกตามสาขาวิชาชีพมีรายละเอียด ดังนี้

ระดับผู้บริหาร พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ ในระดับ มาก โดยเฉพาะในกลุ่มทันตแพทย์ กลุ่มแพทย์ และกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ โครงสร้างและนโยบาย ระบบการทำงานเครือข่าย ระบบความปลอดภัย และระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ บุคลากรสาธารณสุข และปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารงบประมาณที่ได้รับ อาจเนื่องจาก ผู้บริหารส่วนใหญ่ในสถานบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ มักจะเป็นแพทย์ และทันตแพทย์ สำหรับระดับปฐมภูมิเป็นนักวิชาการสาธารณสุข มองเห็นว่าการจัดบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพต้องอาศัยทั้งโครงสร้างการทำงาน นโยบายที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง การทำงานที่ต้องอาศัยพลังความร่วมมือหลายส่วน ได้แก่ ท้องถิ่น ชุมชน และประชาชน ภายใต้การดำเนินงานที่เน้นการจัดบริการด้วยใจจากบุคลากรสาธารณสุขที่มาตรฐานด้านความปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการผู้ป่วย และญาติ การดำเนินงานภายใต้การบริหารจัดการงบประมาณที่ชัดเจน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ

ระดับผู้ปฏิบัติการ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการสุขภาพในด้านต่างๆ ในระดับปานกลางถึงมาก โดยเฉพาะในกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มแพทย์ กลุ่มเภสัชกร และพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านการเงิน หัวข้อ การบริหารงบประมาณที่ได้รับ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ หัวข้อ ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ระบบการทำงานเครือข่าย และโครงสร้างและนโยบาย และปัจจัยด้านทรัพยากรสาธารณสุข หัวข้อ ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ อาจเนื่องจาก กลุ่มผู้ปฏิบัติการมีบทบาทหน้าที่ในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติจริง จึงเห็นว่าการจัดบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการบริหารงบประมาณที่ได้รับให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อให้เกิดผลครอบคลุมกับทุกกิจกรรม โดยเฉพาะระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อซึ่งถือเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่จะต้องพร้อมให้บริการตลอดเวลา รวมไปถึงการมียา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เพียงพอและมีคุณภาพในการให้บริการ สำหรับระบบการทำงานเครือข่ายต้องอาศัยพลังความร่วมมือจากหลายส่วนและการมีปฏิสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการซึ่งเอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ง่ายและรวดเร็ว เกิดการช่วยเหลือกันขึ้นในพื้นที่

3. ปัญหาและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

1) ปัญหา/อุปสรรคของนโยบายภาครัฐ และความต้องการให้มีนโยบายสนับสนุนการปฏิบัติงาน

1.1) ปัญหา/อุปสรรคของนโยบายภาครัฐ ได้แก่ การสนับสนุนค่าตอบแทนในแต่ละวิชาชีพมีความแตกต่างกันมาก ซึ่งสอดคล้องกับ ความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ในการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้ เรื่องค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ไม่เหมาะสม (อมร รอดคล้าย และคณะ ,2548)

1.2) ความต้องการให้มึนโยบายสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้แก่ ต้องการให้ภาครัฐมีนโยบายสนับสนุนค่าตอบแทนการปฏิบัติงานต่อไปแต่ให้ทบทุนในแต่ละวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวทางในการแก้ปัญหาทั้งระยะสั้น และระยะยาว ในการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ควรปรับปรุงระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม (อมร รอดคล้ายและคณะ,2548)

2) ปัญหา/อุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ และแนวทางการจัดบริการสุขภาพ

2.1) ปัญหา/อุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพ ในประเด็น

2.1.1) ปัญหาในการให้บริการเชิงรุกในการเดินทางและขณะปฏิบัติงาน สอดคล้องกับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่เข้าร่วมประชุมกลุ่ม ที่กล่าวไว้ว่า “สำหรับสถานการณ์ความไม่สงบที่ส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพ เช่น การออกไปทำงาน แต่ก่อนจะเริ่มงาน 8 โมง เลิกงาน 4 โมง ไปทำงานมีชาวบ้านมารอแล้ว เพราะเค้ารู้ว่าหมอมาเร็ว แต่ปัจจุบันเราต้องปรับเวลาการทำงาน สอ.เปิดสายหน่อยเป็น 9 โมง เลิกสามโมงครึ่ง ชาวบ้านเริ่มบ่นว่าทำไมหมอมาช้าจัง” (Man 7)

2.1.2) ขาดแคลนกำลังคนในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นทำให้ ขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2548)

2.1.3) ปัญหาการสื่อสารในชุมชนการใช้ภาษาถิ่น สอดคล้องกับการแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิมที่ได้เสนอเรื่องสื่อสารด้วยภาษาวิ ว์ดังนี้ การสื่อสารกับประชาชนชาวมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้ด้วยภาษาวิซึ่งเป็นภาษาถิ่นนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยเข้าใจภาษาไทย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการควรต้องพยายามเรียนรู้หรือหัดพูดภาษาถิ่นเนื่องจากเรามีหน้าที่ต้องให้บริการสุขภาพแก่ชาวบ้านอีกทั้งเป็นการสร้างความศรัทธาจากประชาชน (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ,2551: 103) และสอดคล้องกับ ปัญหา อุปสรรคในกิจกรรมการเยี่ยมชมครอบครัวในโครงการดูแลเยี่ยมยาผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ ด้านผู้ให้บริการในเรื่องภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร บางแห่งใช้ภาษาถิ่น เช่น ภาษาวิทำให้สื่อสารกันไม่เข้าใจ (จงกรม ทองจันทร์และคณะ,2551:48)

2.2) แนวทางการจัดบริการสุขภาพ ในประเด็น

2.2.1) การสร้างเครือข่ายการให้บริการสุขภาพกับองค์กรส่วนท้องถิ่นกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่เข้าร่วมประชุมกลุ่ม ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ที่กล่าวไว้ว่า “การจัดบริการสุขภาพควรมีการปรับให้สอดคล้องกับชุมชน โดยการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ชุมชนดูแลตนเองในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ อาจมีการเสียเงินบ้าง แต่ก็ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีส่วนร่วม รวมทั้งสอดคล้องกับหลักศาสนา”(Man 2) และ “ต้องอาศัยองค์กรท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้านในการประชาสัมพันธ์ ชี้แจงให้เข้าใจ หรือการทำงานเชิงรุกที่ด้อยประสิทธิภาพลง เช่นการเยี่ยมหลังคลอด คนไข้ผิคนัด เมื่อเกิดเหตุการณ์ก็ไม่สามารถออกได้ ต้อง

ปรับเปลี่ยนเป็นการใช้โทรศัพท์ติดตาม ให้ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ช่วยดูให้แทน” (Man 7) และ “ศักยภาพในการทำงานน้อยลง ไม่สามารถออกรับผู้ป่วยที่เกิดเหตุได้ ทางจังหวัดเองก็ปรับโดยการจัดให้มีเครือข่ายหมอไซค์มาส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่เข้าถึงจุดเกิดเหตุได้มากกว่าโรงพยาบาล ตอนนี้กำลังอยู่ในการพัฒนาอบรม โดย สสจ. แต่ก็ไม่สามารถรับได้ในทุก Case หากมีอาการหนัก เราก็ต้องออกเอง” (Man 5) และ “ ในสถานการณ์แบบนี้ การพึ่งพาเจ้าหน้าที่อย่างเดียวไม่เพียงพอ การใช้กลยุทธ์ที่สอดคล้องกับชุมชน จึงเป็นทางออกที่ดี เช่นในเดือนรอมฎอน ซึ่งเป็นช่วงที่ฝึกความอดทน ก็ควรมีการบูรณาการให้สอดคล้องกับชุมชนและให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม รวมทั้งมีการเตรียมบุคลากรเพื่อรองรับการทำงานในพื้นที่พิเศษ” (Man 1) และสอดคล้องกับ การสร้างเครือข่ายที่เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ของสถานีนามัยตำบลบางตาอา อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานีที่ได้ใช้กระบวนการพัฒนานวัตกรรมสร้างแกนนำเครือข่าย “ผู้หญิงถึงผู้หญิง” ในการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอดโดยมีการปฏิบัติงานเชิงรุกแทนเจ้าหน้าที่ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและการเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการเรียนรู้และพัฒนาไปสู่การพึ่งตนเองในเรื่องสุขภาพ (ยูซูฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551: 31)

2.2.2) พัฒนาและสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่เข้าร่วมประชุมกลุ่ม ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ที่กล่าวไว้ว่า “ที่สถานีนามัยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ สร้างมากกว่าซ่อม การสร้างศักยภาพ อสม. ให้ถูกต้อง และให้ อสม.ช่วยคัดกรองคนไข้ ตรวจวัดความดัน แต่การทำงานต้องทำด้วยความจริง อย่าคิดแค่กรอกข้อมูลตามเป้า การทำงานเชิงรุก ออกชุมชนบางครั้งก็ต้องออกเอง แต่ก่อนออกควรมีการวางแผน และมีผู้ร่วมออกกับเราด้วย ที่สถานีนามัยมีเหตุการณ์ตลอด แต่ก็ยังออกได้ หากมีการวางแผนที่ดี” (Man 8) และ “ศักยภาพการให้บริการในแต่ละระดับไม่เหมือนกันขึ้นกับลักษณะงาน เจ้าหน้าที่แต่ละกลุ่มอยู่ในภาวะกดดันหรือไม่ เช่นการระบุว่าใครเป็นแนวร่วม และการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาศักยภาพของ อสม. และ ญาติ” (Man 1)

2.2.3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรในองค์กร สอดคล้องกับข้อเสนอแนะในการประเมินกิจกรรมการเยี่ยมชมครอบครัวในโครงการดูแลเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ ในเชิงวิชาการ ควรมีการฝึกอบรม และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการทำงานในชุมชนให้กับนักจิตวิทยา เช่น การทำงานเชิงรุก การนำนวัตกรรมหรือทางเลือกใหม่ๆ มาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของงาน เช่น นำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ (knowledge management) การประกวดแนวปฏิบัติที่ดี (Good practice) เป็นต้น (จกรม ทองจันทร์ และคณะ, 2551:49) และแนวทางในการแก้ปัญหาระยะยาว ในการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ในประเด็นการสนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ (อมร รอดคล้าย และคณะ, 2548)

ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรศึกษาทบทวนนโยบายที่ใช้ในพื้นที่จังหวัดชายแดนได้อย่างจริงจัง โดยเฉพาะนโยบายเรื่องค่าตอบแทนในสาขาวิชาชีพต่างๆ และสวัสดิการที่เหมาะสม ภาครัฐควรมีการทบทวนเพื่อเร่งสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานเนื่องจากเป็นประเด็นสำคัญที่มีการเสนอมาตั้งแต่ปี 2548 จากการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (อมร รอดคล้ายและคณะ, 2548) จนถึงปี 2551 ซึ่งถือว่ายังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในพื้นที่ที่มีความพึงพอใจได้
- 2) ควรประเมินติดตามการบริหารงบประมาณที่ได้รับในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับสืบเนื่องจากผลการวิจัยทำให้ได้ข้อสังเกตว่างบประมาณที่ได้รับการจัดสรรน่าจะมีความเหมาะสม แต่ประเด็นที่ควรได้รับการสนใจจากระดับผู้บริหาร คือ การบริหารงบประมาณที่ได้รับ
- 3) ควรศึกษาวิธีการสร้างขวัญกำลังใจให้คนในพื้นที่อยู่ปฏิบัติงานตลอดไป และนำมาปฏิบัติอย่างจริงจัง เนื่องจาก บุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ ดังนั้นการดูแลให้คนกลุ่มนี้อยู่ได้นาน หรือตลอดไปน่าจะเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่าการเชิญชวนให้คนนอกพื้นที่เข้ามาปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้
- 4) ควรพัฒนาและสร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากในปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุขได้มีส่วนช่วยให้กิจกรรมต่างๆ ในการจัดบริการสุขภาพดำเนินการต่อไปได้ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ และเป็นบุคคลที่เชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับภาครัฐได้เป็นอย่างดีเพราะเป็นคนในชุมชน เช่น โครงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต้นแบบ อาสาสมัครสาธารณสุข On Call (สามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล หรือพื้นที่สีแดง)
- 5) ควรมีนโยบายส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาในพื้นที่พัฒนาหลักสูตรที่ตอบสนองความต้องการในการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ
- 6) ควรมีการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่เกี่ยวกับการสื่อสารในชุมชน หรือ การสื่อสารด้านสุขภาพ และการใช้ภาษาถิ่น อาจจัดทำเป็นกรอบระยะสั้น หรือ หลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง
- 7) ควรศึกษาและพัฒนา รูปแบบการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้โดยเครือข่ายความร่วมมือของชุมชน
- 8) ควรศึกษาและพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ตามบริบทและวิถีชุมชน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กิตติพร เนาว์สุวรรณและคณะ. (2550). **ปัจจัยที่มีผลต่ออุปนิสัยเชิงรุกของหัวหน้าสถานีนามัยในจังหวัดนราธิวาส**. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.
- กฤษดา แสงดี. (2549). **โครงการวิจัยสุขภาพและชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- จงกรม ทองจันทร์. (2551). **การประเมินโครงการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังยาพิษพิษสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลจังหวัดชายแดนใต้**. โครงการการดูแลเฝ้าระวังผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 4 จังหวัดชายแดนใต้. กรมสุขภาพจิต.กระทรวงสาธารณสุข.
- จินดา กุลเทพย์. (2551). **การดำเนินการให้ความช่วยเหลือเฝ้าระวังแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การก่อความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้**. สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดสงขลา.
- ชาญวิทย์ ทรัพย์และคณะ. (2548). **สถานการณ์การจัดบริการสาธารณสุข โครงสร้าง รูปแบบ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2541). **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 8. ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตรการพิมพ์.
- ประณีต ส่งวัฒนาและคณะ. (2548). **ความเป็นไปได้ในการขยายบทบาทของคณะพยาบาลศาสตร์ในการผลิตและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้**. สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้.
- ปาริฉัตร อุทัยพันธ์และคณะ. (2548). **ผลกระทบต่อการจัดการบริการสุขภาพและแนวทางการแก้ปัญหาในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้ของทันตแพทย์และเภสัชกร**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พงศ์เทพ สุธีรัฐและคณะ. (2548). **วิกฤติของระบบสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้**. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พงศ์เทพ สุธีรัฐ. (2549). **ระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้**. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พินิจ ฟ้าอำนวยผลและคณะ. (2550). **ระบบบริการสุขภาพไทย**. รายงานการสาธารณสุขไทย 2548-2550.
- ภรณ์อนงค์ กุลเกล้า. (2549). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดปทุมธานี**. มหาวิทยาลัยปทุมธานี.
- ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551:36-37). **บรรณาธิการ. การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม**. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- วันทนา ถิ่นกาญจน์. (2552). **วิถีสุขภาพภูมิปัญญาท้องถิ่นภาคใต้ การดูแลตนเองแบบผสมผสานผู้ป่วยเบาหวาน**. สปสช.เขตพื้นที่สงขลา.

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2551). โครงการพัฒนายุทธศาสตร์และกลไก
จำเพาะด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของประเทศในการแก้ปัญหาความ
ไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้.

สมนึก ศิริสุวรรณและคณะ.(2548). ผลกระทบต่อบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ. (2549). ระบบบริการสาธารณสุขกับการประกันสุขภาพ : ปัญหาและข้อเสนอ
ในภาพรวม. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุวรรณณี เนตรศรีทอง และปฐมามาศ โชติบัณ.(2548). การศึกษาการจัดบริการสุขภาพและกำลังขวัญของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนามัย ในเขตพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ. (2548). ไฟใต้ : บทเรียนการแพทย์การสาธารณสุขเพื่อสันติภาพ. โรงพยาบาลเทพา.

อัญชลี อินทนนท์และคณะ. (2548). บทบาท ภาระงาน และปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข
ในศูนย์สุขภาพชุมชน.สถาบันพระบรมราชชนก.กระทรวงสาธารณสุข.

อนันต์ ถันทอง. (2542). อ้างถึงใน ประมวลชุดวิชาการสาธารณสุข 1. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532:
101-102.

อมร รอดคล้าย และคณะ. (2548). การจัดระบบบริการในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนใต้. สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

World Health Organization (WHO) Geneva. (1998). **Health Promotion Glossary**. Ottawa Charter for
Health Promotion.

จิตติมา อรุณรัตน์. (2550). จิตอาสา เพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้าน ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 เข้าถึง
ได้ใน <http://gotoknow.org/blog/jittimaa/152292> เมื่อ 18 มี.ค.52

บุญสม ศิริบำรุงสุข. (2552). ม.อ.หวังพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ ตั้ง“สถานวิจัยวิศวกรรมฟื้นฟู” เข้าถึงได้ใน
<http://www.ee-part.com/news/5314> เมื่อ 18 ก.ย.52

บทความ.รัฐบาลทุ่มงบ 400 ล้าน เยียวยาไฟใต้ เข้าถึงได้ใน

<http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/policy/> เมื่อ 18 มี.ค.52

พิพัฒน์ ยิ่งเสรี. (2551). การประชุม สาธารณสุข 4 จังหวัดชายแดนใต้ประชุมร่วม 4 รัฐมาเลเซีย จัดโรคตาม
ชายแดน. เข้าถึงได้ใน

http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=16369 เมื่อ 23 มิ.ย. 51

มงคล ณ สงขลา. (2552). บทเสวนาในการติดตามสถานการณ์หวัด 2009 ณ จังหวัดปัตตานี เข้าถึงได้ใน
<http://www.thaihealth.or.th/node/11005> เมื่อ 17 ก.ย.52

วัฒนา เมืองสุข. (2548). ช่วยผู้พิการจากเหตุการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. กล่าวไว้เมื่อ 11 พฤศจิกายน 2548 เข้าถึงได้ใน http://www.m-society.go.th/news_detail.php?newsid=831 เมื่อ 1 ส.ค.52

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554). เข้าถึงได้ใน <http://www.ddd.go.th/Thai-html/05022007/PDF/PDF01/index.htm> เมื่อ 20 ก.ค.52

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2548). การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. เข้าถึงได้ใน http://www.isranews.org/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=542&Itemid=47 เมื่อ 2 ก.ค. 52

สาทิตย์ วงศ์หนองเตย. (2552). ติดตามการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบ ณ จังหวัดปัตตานี. เข้าถึงได้ใน <http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9520000092859> เมื่อ 1 ก.ย. 52

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๘๓/๓.๓/

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

๕๑ ถนนเทศบาล ๑ ตำบลสะเตง

อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ตุลาคม ๒๕๕๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผศ.ดร.สุนันท์ ศลโกสุม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างการวิจัย

จำนวน ๑ ชุด

๒. เครื่องมือการวิจัย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ดำเนินการวิจัย เรื่องการศึกษาศถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาคีรัฐภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ในการนี้ ทางผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มากด้วยความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการดำเนินการวิจัยและเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเครื่องมือวิจัยต่อไป และขอความกรุณาท่านตอบกลับ ภายในวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๑ ส่งถึง ญญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์ กลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ๕๕๐๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม

โทร. ๐-๙๓๒๑-๒๘๖๓ ต่อ ๑๒๑, ๑๒๓

โทรสาร ๐-๙๓๒๑-๓๒๓๔

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๘๓/๓.๓/

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

๕๑ ถนนเทศบาล ๑ ตำบลสะเตง

อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ตุลาคม ๒๕๕๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่สงขลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างการวิจัย

จำนวน ๑ ชุด

๒. เครื่องมือการวิจัย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ดำเนินการวิจัย เรื่องการศึกษาศถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาคีรัฐภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ในการนี้ ทางผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ด้านการจัดบริการสุขภาพ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเครื่องมือวิจัยต่อไป และขอความกรุณาท่านตอบกลับ ภายในวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๑ ส่งถึง ญ. ปาริฉัตร อุทัยพันธ์ กลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเวชกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ๕๕๐๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเวชกรรม

โทร. ๐-๙๓๒๑-๒๘๖๓ ต่อ ๑๒๑, ๑๒๓

โทรสาร ๐-๙๓๒๑-๓๒๓๔

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๘๓/๓.๓/

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

๕๑ ถนนเทศบาล ๑ ตำบลสะเตง

อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ตุลาคม ๒๕๕๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างการวิจัย

จำนวน ๑ ชุด

๒. เครื่องมือการวิจัย

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ดำเนินการวิจัย เรื่องการศึกษาศาถนการณัและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครฐภายไต้สถานการณัความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ในการนี้ ทางผู้วิจัยเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มากด้วยความรู้ความสามารถและประสบการณ์ด้านการจัดบริการสุขภาพ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเครื่องมือวิจัยต่อไป และขอความกรุณาท่านตอบกลับ ภายในวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๑ ส่งถึง ญญ. ปาริฉัตร อุทัยพันธ์ กลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ๕๕๐๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม

โทร. ๐-๙๓๒๑-๒๘๖๓ ต่อ ๑๒๑, ๑๒๓

โทรสาร ๐-๙๓๒๑-๓๒๓๔

ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๘๓/๓.๓/

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

๕๑ ถนนเทศบาล ๑ ตำบลสะเตง

อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

พฤศจิกายน ๒๕๕๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสอบถาม จำนวน ชุด
๒.เอกสารกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ได้รับทุนสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัย เรื่อง การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

ในการนี้ ทางวิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัยเรื่องดังกล่าวโดยใช้แบบสอบถามจากท่านและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของท่าน ข้อมูลที่ได้จะทำการสรุปผลในภาพรวมโดยไม่อ้างอิงเป็นรายบุคคล และขอความอนุเคราะห์ในการรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับ ภายในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๑ ส่งถึง ญญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์

กลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ๕๕๐๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม

โทร. ๐-๙๓๒๑-๒๕๖๓ ต่อ ๑๒๑, ๑๒๓

โทรสาร ๐-๙๓๒๑-๓๒๓๔

(ญญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์ ๐๘-๑๓๒๘-๘๓๔๐)

ที่ สธ ๐๒๐๓.๐๘๓/๓.๓/

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

๕๑ ถนนเทศบาล ๑ ตำบลสะเตง

อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

พฤศจิกายน ๒๕๕๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม

เรียน หัวหน้าสถานีนอนมัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสอบถาม จำนวน ชุด
๒.เอกสารกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ได้รับทุนสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัย เรื่อง การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อใช้ข้อมูลเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

ในการนี้ ทางวิทยาลัย ขอบความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลงานวิจัยเรื่องดังกล่าวโดยใช้แบบสอบถามจากท่านและบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของท่าน ข้อมูลที่ได้จะทำการสรุปผลในภาพรวมโดยไม่อ้างอิงเป็นรายบุคคล และขอบความอนุเคราะห์ในการรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับ ภายในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๑ สังกัด ญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์

กลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ๕๕๐๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม

โทร. ๐-๙๓๒๑-๒๕๖๓ ต่อ ๑๒๑, ๑๒๓

โทรสาร ๐-๙๓๒๑-๓๒๓๔

(ญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์ ๐๘-๑๓๒๘-๘๓๔)

ภาคผนวก ค

หนังสือขอความอนุเคราะห์ประเมินโครงการวิจัยตามคำขอการรับรอง
เชิงจริยธรรมในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเกสัขกรรม

ที่ ๓.๓ /

วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประเมินโครงการวิจัยตามคำขอการรับรองเชิงจริยธรรมในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน

เรียน ประธานกรรมการจริยธรรม

ด้วยข้าพเจ้า นางปาริฉัตร อุทัยพันธ์และคณะวิจัย จัดทำโครงการวิจัยเรื่องการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยจากสถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และวิทยาลัยการสาธารณสุขสุสิรินธร จังหวัดยะลา เพื่อให้การดำเนินโครงการวิจัยดังกล่าวถูกต้องตามหลักจริยธรรม ผู้วิจัยจึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินโครงการวิจัยให้ถูกต้องตามหลักจริยธรรม ซึ่งผู้วิจัยได้แนบเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้

๑. คำขอการรับรองเชิงจริยธรรมในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน
๒. แบบประเมิน โครงการวิจัยตามคำขอการรับรองเชิงจริยธรรมในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน
๓. โครงการวิจัย
๔. แบบคำถามประชุมกลุ่มและคำชี้แจงสำหรับผู้ประชุมกลุ่ม
๕. รายชื่อผู้ประชุมกลุ่ม
๖. หนังสือเชิญประชุมกลุ่ม
๗. หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
๘. แบบสอบถาม

ในการนี้ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากท่านในการประเมินโครงการวิจัยตามคำขอการรับรองเชิงจริยธรรมในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในเอกสารหมายเลข ๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

นางปาริฉัตร อุทัยพันธ์

เกสัขกรชำนาญการพิเศษ

ภาคผนวก ง

**แบบสอบถาม ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐ
ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้**

แบบสอบถาม

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐ ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคลและองค์กร
 - ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน
 - ตอนที่ 3 การจัดบริการสุขภาพ
 - ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น
3. ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้ คือ บุคลากรทางสาธารณสุขของภาครัฐที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้
4. ข้อมูลจากท่านเป็นสิ่งมีค่าอย่างยิ่งในการนำเสนอต่อผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาด้านการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะทำการสรุปผลในภาพรวมโดยไม่อ้างอิงเป็นรายบุคคล ดังนั้นขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดตอบแบบสอบถามทุกรายการตรงตามความคิดเห็นหรือดุลยพินิจของท่าน

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านได้กรุณาตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

ภญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์และคณะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยจาก

สถาบันการจัดการระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับบุคคลและองค์กร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () และเติมข้อความในช่องว่าง ซึ่งตรงกับลักษณะเฉพาะของท่านตามความเป็นจริงให้ครบถ้วน

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ ปี.....เดือน

3. สถานภาพการสมรส

() โสด

() สมรส

() หม้าย/หย่าร้าง

() อื่นๆ ระบุ.....

4. ระดับการศึกษา

() คำว่าปริญญาตรี

() ปริญญาตรี

() ปริญญาโท

() อื่นๆ ระบุ.....

5. ตำแหน่ง

() แพทย์

() ผู้บริหาร

() ผู้ปฏิบัติ

() ทันตแพทย์

() ผู้บริหาร

() ผู้ปฏิบัติ

() เกษตรกร

() ผู้บริหาร

() ผู้ปฏิบัติ

() พยาบาล

() ผู้บริหาร

() ผู้ปฏิบัติ

() นักวิชาการสาธารณสุข

() ผู้บริหาร

() ผู้ปฏิบัติ

() อื่นๆ ระบุ.....

() ผู้บริหาร

() ผู้ปฏิบัติ

6. ระดับสถานที่ปฏิบัติงานให้บริการ

() ตติยภูมิ (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป)

() ทติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน)

() ปฐมภูมิ (ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย)

7. ภูมิภาค

() ในพื้นที่ 3 จังหวัด ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอ(จะนะ สะบ้าย้อย เทพา และนาทวี)

() นอกพื้นที่ 3 จังหวัด ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอ(จะนะ สะบ้าย้อย เทพาและนาทวี)

8. ลักษณะที่พักอาศัย

() ที่พักตนเอง

() ที่พักหน่วยงาน

() อื่นๆ ระบุ.....

9. สภาพการพักอาศัย

() พักคนเดียว

() พักกับผู้อื่น

() พักกับครอบครัว

() อื่นๆ ระบุ.....

10. รายได้ทั้งหมดเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

11. มาตรฐานรับรองคุณภาพสถานบริการที่ใช้

() HA (Hospital Accreditation)

- () HCA (Health Centre Accreditation)
 () HPHA (Health Promoting Hospital + Hospital Accreditation)
 () อื่นๆ ระบุ.....

12. การประเมินคุณภาพสถานบริการ

- () ผ่าน () ไม่ผ่าน () อื่นๆ ระบุ.....

13. นโยบายพิเศษในพื้นที่ของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () สนับสนุนค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงภัย
 () สนับสนุนค่าตอบแทนพิเศษบุคลากรสาขาวิชาชีพขาดแคลนในพื้นที่เสี่ยงภัย
 () จัดสรรงบประมาณเพื่อความปลอดภัยและมั่นคง
 () รับบุคลากรทางการแพทย์นอกพื้นที่มาปฏิบัติราชการ ณ สถานบริการ แบบชั่วคราว
 () ให้ทุนนักเรียนของกระทรวงสาธารณสุขบรรจุเป็นข้าราชการในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้
 () มีการผลิตพยาบาลวิชาชีพ 3,000 อัตรา เพื่อบรรจุเข้าทำงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้
 () มีการผลิตแพทย์เพิ่มโดยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อบรรจุเข้าทำงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้
 () มีการผลิตเวชกรฉุกเฉินรองรับสถานการณ์ความรุนแรงชายแดนใต้
 () เพิ่มค่าชดเชยแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่กรณีประสบเหตุจากสถานการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน
 () ให้บุคลากรในพื้นที่ไปอบรมและพัฒนาศักยภาพเพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ชายแดนใต้
 () อื่นๆ ระบุ.....

14. การเกิดสถานการณ์ความรุนแรงขณะปฏิบัติงาน

- () ไม่มี () มี () 1. กับตนเอง
 () 2. กับผู้ร่วมงาน
 () 3. กับสถานที่ปฏิบัติงาน
 () 4. อื่นๆ ระบุ.....

15. ถ้ามีสถานการณ์รุนแรงลักษณะของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน คือ

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ข่มขู่
 () ยิง
 () เผาทำลาย
 () ระเบิด
 () อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงิน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ ที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

โดยระดับความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

- | | | |
|---|---------|--------------------|
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วยมาก |
| 3 | หมายถึง | เห็นด้วยปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | เห็นด้วยน้อย |
| 1 | หมายถึง | เห็นด้วยน้อยที่สุด |

หัวข้อเรื่อง	ความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ด้านการบริหารจัดการ					
โครงสร้างและนโยบาย					
1. นโยบายของภาครัฐด้านการกระจายกำลังคนในพื้นที่ส่งผลให้บุคลากรปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น					
2. นโยบายของภาครัฐด้านการสร้างขวัญกำลังใจแก่บุคลากรส่งผลให้บุคลากรปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น					
3. นโยบายของภาครัฐมีความครอบคลุมทุกด้านในการสนับสนุนให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ					
4. นโยบายของภาครัฐในพื้นที่ที่มีความยุติธรรมให้ความสำคัญแก่บุคลากรเสมอภาคเท่าเทียมกัน					
5. นโยบายของภาครัฐในพื้นที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง					
6. โครงสร้างองค์กรเน้นการสื่อสารทั้งในแนวราบและแนวดิ่งสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
7. นโยบายองค์กรสามารถนำไปกำหนดเป็นแผนปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจน					
ระบบการรักษาความปลอดภัย					
8. ผู้ป่วย และญาติได้รับการดูแลจากสถานบริการให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย					
9. เจ้าหน้าที่ของสถานบริการได้รับการดูแลจากหน่วยงานให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย					
10. มีการเตรียมการด้านบุคคลเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม					
11. มีการเตรียมการด้านวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม เช่น วงจรปิด					

หัวข้อเรื่อง	ความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
12. มีการเตรียมการด้านโครงสร้าง ตัวอาคารเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสม					
13. มีการฝึกอบรม ด้านการประเมินสถานการณ์และความรุนแรงให้แก่บุคลากร					
14. มีการฝึกอบรม ด้านการเผชิญเหตุและ การเจรจาต่อรอง ในสถานการณ์ฉุกเฉินให้แก่บุคลากร					
15. มีการจัดทำคู่มือเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยแจกจ่ายให้ทั่วถึง					
ระบบการทำงานเครือข่าย					
16. มีส่วนร่วมกับองค์กรส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสุขภาพ					
17. มีการระดมสมองจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อหาแนวทางจัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ฉุกเฉิน					
18. มีการจัดตั้งศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์เพื่ออำนวยความสะดวกในสถานการณ์ฉุกเฉิน					
19. มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดบริการสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆในสถานการณ์ฉุกเฉินระหว่างสถานบริการ					
การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ					
20. มีระบบสื่อสารคมนาคมเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารเข้าถึงได้ง่ายตลอดเวลา					
21. มีศูนย์ประสานการรับส่งต่อผู้ป่วยของเขตพื้นที่ชายแดนได้					
22. มีข้อมูลทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อของทุกเครือข่ายบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
23. มีการเตรียมบุคลากรสำหรับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างเพียงพอ					
24. มีการเตรียมทรัพยากรสำหรับการบริการฉุกเฉินและการส่งต่ออย่างเพียงพอ					
2. ด้านทรัพยากรสาธารณสุข					
บุคลากรสาธารณสุข					
25. มีการจัดสรรจำนวนบุคลากรเพียงพอตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย					
26. มีการสร้างขวัญกำลังใจด้วยค่าตอบแทนเพิ่มพิเศษที่มีความยุติธรรมตามบทบาทหน้าที่					
27. มีการสร้างขวัญกำลังใจด้วยเงินค่าเสี่ยงภัยในจำนวนเงินที่เหมาะสม					
28. มีการจัดสวัสดิการเพื่อความปลอดภัยอย่างเพียงพอ เช่น บ้านพัก รถรับ-ส่ง					
29. ได้รับโอกาสและสิทธิพิเศษจากทางราชการเกี่ยวกับความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน					

หัวข้อเรื่อง	ความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
30. มีการขยายโอกาสทางการศึกษาต่อเนื่องในพื้นที่เพื่อการพัฒนาตามสาขาวิชาชีพ					
ยวเวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์					
31. มีการวางแผนเพื่อการจัดหาและเวชภัณฑ์อย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์					
32. ยาและเวชภัณฑ์มีปริมาณที่เพียงพอพร้อมให้การสนับสนุนการบริการ					
33. สามารถจัดหาและเวชภัณฑ์ในสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว					
34. ยาช่วยชีวิตมีสำรองในปริมาณเพียงพอตลอดเวลา					
35. มีการนำอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงมาช่วยให้คุณภาพการบริการดีขึ้น					
3. ด้านการเงิน					
งบประมาณที่ได้รับการจัดสรร					
36. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากภาครัฐมีความเพียงพอ					
37. งบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากภาครัฐมีความยุติธรรมในแต่ละระดับสถานบริการ					
การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ					
38. มีการวางแผนกิจกรรม โครงการและการใช้งบประมาณที่ได้รับอย่างคุ้มค่า					
39. งบประมาณที่ใช้ในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลถึงประชาชนโดยตรง					
40. งบประมาณที่ใช้ในกิจกรรมการป้องกันโรค ส่งผลถึงประชาชนโดยตรง					
41. งบประมาณที่ใช้ในกิจกรรมการรักษาพยาบาล ส่งผลถึงประชาชนโดยตรง					
42. งบประมาณที่ใช้ในกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพ ส่งผลถึงประชาชนโดยตรง					
43. มีการประเมินผลการดำเนินงานทุกกิจกรรมโครงการและการใช้งบประมาณ					

ตอนที่ 3 การจัดบริการสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วพิจารณาว่าท่านมีการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพในแต่ละข้ออย่างไร แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติงานของท่านมากที่สุด

- 5 หมายถึง สามารถปฏิบัติงานได้มากที่สุด
 4 หมายถึง สามารถปฏิบัติงานได้มาก
 3 หมายถึง สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง
 2 หมายถึง สามารถปฏิบัติงานได้น้อย
 1 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติงานได้

การจัดบริการสุขภาพ	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
ด้านส่งเสริมสุขภาพ					
1. การบริการดูแลหญิงมีครรภ์ตามระยะเวลาที่กำหนด					
2. การบริการดูแลหญิงหลังคลอดตามระยะเวลาที่กำหนด					
3. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					
4. การบริการตรวจสุขภาพเด็ก					
5. การบริการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก					
6. การบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน					
ด้านป้องกันและควบคุมโรค					
7. การควบคุมอัตราการป่วยและตายจากโรคระบาดในพื้นที่					
8. การให้บริการวัคซีนพื้นฐานป้องกันโรคอย่างครอบคลุมและครบถ้วน					
9. การบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก					
10. การเฝ้าระวังพฤติกรรมโดยค้นหาปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรคที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ					
11. การให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคจากสาเหตุต่างๆ					
ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย					
12. การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรังในการดำรงชีพ					
13. การดูแลฟื้นฟูสภาพผู้พิการในการดำรงชีพ					
14. การเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง					
15. การเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพผู้พิการอย่างต่อเนื่อง					
16. การเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง					

การจัดบริการสุขภาพ	ระดับความถี่เห็น				
	5	4	3	2	1
ด้านรักษาพยาบาล					
17. ให้บริการผู้ป่วยได้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ					
18. ให้บริการผู้ป่วยได้รวดเร็ว					
19. ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านอย่างต่อเนื่อง					
20. ให้บริการผู้ป่วยที่บาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง					
21. ให้บริการผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรมการรักษา					
22. ให้บริการผู้ป่วยสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง					
23. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การแนะนำการปฏิบัติตัว และวิธีการใช้ยาแก่ผู้ป่วยอย่างครบถ้วน					
การบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ					
24. ความรวดเร็วในการบริการช่วยชีวิตฉุกเฉินในที่เกิดเหตุการณ์					
25. ความปลอดภัยในการบริการช่วยชีวิตฉุกเฉินในที่เกิดเหตุการณ์					
26. ความสะดวกในการบริการช่วยชีวิตฉุกเฉินในที่เกิดเหตุการณ์					
27. ความรวดเร็วของการส่งต่อผู้ป่วย					
28. ความปลอดภัยของการส่งต่อผู้ป่วย					
29. ความสะดวกของการส่งต่อผู้ป่วย					
30. การส่งต่อกลับผู้ป่วยไปสถานบริการเดิม					
การเยี่ยมยาทั้งร่างกายและจิตใจ					
31. การให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพของสถานบริการ					
32. ความรวดเร็วในการเยี่ยมยา					
33. ความต่อเนื่องในการเยี่ยมยา					
34. ความเสมอภาคในการเยี่ยมยา					
การบริการตามบริบทและวิถีชุมชน					
35. การส่งเสริมสุขภาพหญิงหลังคลอดที่ผสมผสานการแพทย์แผนไทย แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การอยู่ไฟ นวดแผนโบราณ ประคบสมุนไพร					
36. การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพเรื่องอาหารจากทรัพยากรในท้องถิ่น					
37. การแนะนำการดูแลสุขภาพและการกินยาขณะถือศีลอด					
38. การบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงหลักศาสนา					

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็น

4.1 ท่านคิดว่านโยบายภาครัฐด้านสาธารณสุขที่ผ่านมามีปัญหา/อุปสรรคอย่างไร และต้องการให้มียุทธศาสตร์สนับสนุนการปฏิบัติงานอะไรบ้าง

.....

4.2 ท่านคิดว่าปัญหา/อุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพในสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้เป็นอย่างไร และจะมีแนวทางการจัดบริการสุขภาพอย่างไรบ้าง

.....

4.3 เหตุผลใดที่ทำให้ท่านยังอยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนใต้ หรือจะย้ายออกจากพื้นที่ชายแดนใต้

.....

ภาคผนวก จ

รายชื่อคณะกรรมการจริยธรรมในการตรวจสอบงานวิจัย

รายชื่อคณะกรรมการจริยธรรมในการตรวจสอบงานวิจัย

1. อาจารย์สุวัฒนา คำนคร
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ประธานกรรมการจริยธรรม ตามคำสั่งจังหวัดยะลาที่ 3278/2551
2. อาจารย์ไพบุลย์ ชาวสาวศรีเจริญ
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
กรรมการจริยธรรม ตามคำสั่งจังหวัดยะลาที่ 3278/2551
3. อาจารย์เบญจวรรณ ถนอมชยวัช
รองผู้อำนวยการฝ่ายคุณภาพการศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
กรรมการจริยธรรม ตามคำสั่งจังหวัดยะลาที่ 3278/2551

ภาคผนวก ฉ
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นพ.อมร รอดคล้าย

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่สงขลา
สถานที่ทำงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่สงขลา

2. นพ.รอชาрі ปัตยะบุตร

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ สลโกสุม

ตำแหน่ง ข้าราชการบำนาญมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
อาจารย์พิเศษมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
สถานที่ทำงาน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีเกสัชศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปริญญาตรีบริหารธุรกิจบัณฑิต (สาขาการตลาด) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปริญญาโทเกสัชศาสตรมหาบัณฑิต (เกสัชศาสตรสังคมและการบริหาร) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตำแหน่ง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเภสัชกรรม
สถานที่ปฏิบัติงาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินทร จังหวัดยะลา

วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีเกศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปริญญาโทเกศาสตรมหาบัณฑิต (เกศาสตรสังคมและการบริหาร) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตำแหน่ง	เกศกรชำนาญการ อาจารย์ประจำกลุ่มงานหลักสูตรเทคนิคเกศกรรม
สถานที่ปฏิบัติงาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) เกียรตินิยมอันดับสอง มหาวิทยาลัยมหิดล ปริญญาตรีเกษตรศาสตรบัณฑิต (การจัดการการผลิตพืช) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช M.Sc. (Environmental Toxicology, Technology and Management) สถาบันเทคโนโลยีแห่งเอเชีย
ตำแหน่ง	วิทยากรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต
สถานที่ปฏิบัติงาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ประวัติทีมผู้วิจัย (ต่อ)

4. นางสาววัณจิต พงศ์รัตนมาน

วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วุฒิปัตร สาขาทันตกรรมทั่วไป
ตำแหน่ง	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานหลักสูตรทันตสาธารณสุข
สถานที่ปฏิบัติงาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

5. นายสุทนต์ มานะสุวรรณ

วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรีสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล ปริญญาโทศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
ตำแหน่ง	วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
สถานที่ปฏิบัติงาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา