

รายงานการศึกษาการพัฒนากระบวนการสุขภาพในจังหวัดชายแดนใต้
Health Care System Development during Violence Crisis in the Deep South,
Thailand

นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ
นายแพทย์อมร รอดคล้าย
นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ
นายแพทย์วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย
ดร.เมตตา ภูนิง

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ตุลาคม 2550

คำนำ

โครงการการศึกษาการพัฒนากระบวนการสุขภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ดำเนินการในช่วงปลายปี 2549 และสิ้นสุดลงในเดือนสิงหาคม 2550 การดำเนินงานได้รับความเมตตา จากอาจารย์นักวิชาการอาวุโส ได้รับการหนุนช่วยจากกัลยาณมิตร และที่ขาดเสียมิได้คือผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ท่ามกลางสถานการณ์ที่นับวันยังมีความรุนแรงปกคลุมพร้อมไปกับความหวาดกลัว ผลของการศึกษาในรายงานชิ้นนี้ ทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความเสี่ยสละของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และตระหนักถึงการกิจทางวิชาการที่ควรสนองและหาทางออกให้กับวิกฤติที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยอยากเห็นองค์ความรู้ที่เหมาะสม เหมาะกับบริบทของผู้อยู่อาศัยในด้ามขวานทองเล่มนี้ การกิจของระบบบริการสุขภาพที่ดูเหมือนจะเป็นความหวังในการนำไปสู่สันติภาพ ซึ่งเชื่อว่า จะก่อให้เกิดสุขภาวะแก่ประชาชนและผู้ปฏิบัติงาน

งานชิ้นนี้มีข้อบกพร่องในเชิงวิชาการ และอาจจะอ่อนด้อยในเชิงการวิจัย กระผมในฐานะผู้ประสานโครงการนี้ ขอน้อมรับไว้ สำหรับคุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้น ขอมอบแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ผู้เสี่ยสละที่จรรโลงไว้ซึ่งเกียรติยศ ศักดิ์ศรี เพื่อบริการสุขภาพแก่พี่น้องประชาชนอย่างไม่ทอดย

นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. บทคัดย่อ	4
2. บทนำ	8
3. ระบบมาตรฐานความปลอดภัยของสถานบริการ	12
4. การบริการในภาวะฉุกเฉินและระบบส่งต่อ	42
5. ด้านระบบการเงิน การคลัง งบประมาณ	61
6. ระบบบริหารทรัพยากรบุคคลและการสร้างแรงจูงใจ	66
7. บรรณานุกรม	80
8. ภาคผนวก	85

บทคัดย่อ

วิกฤตในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เริ่มมีความรุนแรงมากขึ้นตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 เป็นภาวะวิกฤติที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกระดับ อย่างรุนแรง ผลกระทบเกิดขึ้นในทุกภาคส่วนของจังหวัด ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และพื้นที่บางส่วนของจังหวัดสงขลา จากข้อมูลเบื้องต้น พบว่าภาวะวิกฤติเช่นนี้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะการจัดบริการในพื้นที่ชนบท บริการผู้ป่วยนอกในระดับสถานีนามียลดลง ในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบปัญหาในระบบบริการส่งต่อระหว่างสถานบริการกรณีผู้ป่วยหนัก บุคลากรเกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์และความปลอดภัย เกิดการโยกย้ายของบุคลากรจากชนบทสู่เมือง และจากเมืองในพื้นที่เสี่ยงสูงสู่จังหวัดอื่น

วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางในการแก้ปัญหา อันจะนำไปสู่การปรับการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพภายใต้วิกฤติทั้งในปัจจุบันและในอนาคต อีกทั้งเป็นการทดลองใช้ต้นแบบการจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ควบคู่กับการแก้ปัญหา

ผลการศึกษาใน 4 ประเด็น

- ระบบมาตรฐานความปลอดภัยของสถานบริการ

สถานบริการมีการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านความปลอดภัย ซึ่งมีหลักการสำคัญคือ การปรับระบบความปลอดภัยจาก soft target ไปเป็น hard target การสร้างภูมิคุ้มกันให้กับหน่วยบริการ โดยมีชุมชนเป็นเกราะกำบัง และการวางตัวเป็นกลาง

- การบริการในภาวะฉุกเฉินและระบบส่งต่อ

มีการพัฒนาศูนย์ประสานงานส่งต่อในระดับเขต จังหวัด และเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังคงขาดคุณภาพของการดูแลส่งต่อจากจุดเกิดเหตุมายังสถานบริการ นอกจากนี้บุคลากรมีความกังวลเรื่องความปลอดภัยระหว่างการส่งต่อ

- ด้านระบบการเงิน การคลัง งบประมาณ

มีการสนับสนุนงบประมาณ ทั้งในส่วนการดำเนินการ การลงทุน ค่าตอบแทนให้สถานบริการในพื้นที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โดยภาพรวมมีสภาพการเงินเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

- ด้านระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ

สภาพความขาดแคลนบุคลากรในพื้นที่ยังคงดำรงอยู่ ถึงแม้จำนวนบุคลากรภาพรวมมากกว่าเกณฑ์เฉลี่ยประเทศเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ โดยมีความขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในสาขาศัลยกรรมมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

- การจัดเวทีแลกเปลี่ยนในลักษณะ “การจัดการความรู้” หรือ Action research เพิ่มเติมในประเด็นที่เป็นจุดอ่อน และได้รับผลกระทบค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในระดับสถานี

อนามัย เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงาน และหาแนวทางการพัฒนา การป้องกัน การแจ้งเตือน ให้
 เหมาะกับบริบทของพื้นที่

- ควรจะมีการประเมินผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทั้งในระดับปัจเจก
 องค์กร จากสถาบันวิชาการในพื้นที่ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับและผู้ให้บริการ
- ผลักดันให้มีทำวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการส่งต่อ จากภาคส่วนต่างๆในพื้นที่ทั้งจาก
 จุดเกิดเหตุ และระหว่างสถานบริการ
- การวิจัยและประเมินผลระบบบริการฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบ เพื่อ
 พัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม โดยให้มีความสมดุลระหว่าง “บริการรวดเร็ว(Emergency
)ดีที่สุด” และ “ปลอดภัย(Safety)ที่สุด”
- การพัฒนารูปแบบ โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาคใน
 การจัดการระบบการเงินเพื่อให้มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่าง
 ทันทีทันที่
- ควรมีเจ้าภาพ และกลไกในการติดตามข้อมูลทรัพยากรบุคคลในพื้นที่อย่างใกล้ชิด
 และต่อเนื่อง ทั้งในประเด็นความต้องการ ความขาดแคลน การผลิต การศึกษาต่อเนื่อง เช่น กรณี
 แพทย์เฉพาะทาง นักกายภาพบำบัด เป็นต้น รวมทั้งการแรงจูงใจ ค่าตอบแทน ขวัญกำลังใจ เพื่อ
 รักษาสถานภาพกำลังคน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบบริการสุขภาพ

Abstract

Health Care System Development during Violence Crisis in the Deep South, Thailand

Suwat Wiriyaongsukit MD, MPH, Amorn Rodklai, MD, MPH, Supat Hasuwannakit, MD, Pongthep sutheeravut PhD, Metta Kuning PhD, Vorasith Sornsrivichai, MD

Background: Series of violence have ruined lives and properties of residents in Pattani, Yala, Narathiwat and some districts of Songkhla provinces since January, 2004. From the beginning, the violence inevitably has affected health care services, particularly primary health care in rural area. Outpatient in primary care units were decreasing while those in hospitals were increasing. Health personnel had been under enormous fear and stress of insecure living and working environment. Shortage of health personnel due to moving out of the crisis area was observed.

Objectives: To identify strategy and develop model for immediate intervention and long term health care system that appropriate to the southern violence crisis context.

Results:

- Security of health care facility and personnel:

Health practitioner and academia had developed security management package using the concept of neutrality and strengthening protection to harden soft target and immunizing with good and impartial health services which increase community acceptance to soften threat.

- Emergency medical care and referral system:

Regional and provincial referral center and expert consultation network were set up. However quality improvements in some area e.g. transfer from place of occurrence to health care facility are still needed. In addition to health personnel were worry about security during refer.

- Financing management:

Budget was increasing, mainly in operation, incentive and investment while expense was also increasing. Overall balance is slightly increasing.

- Human resource management:

Although number of overall health personnel is above the country's average, shortage of some particular fields e.g. surgery is still a big problem due to increased workload from crisis.

Recommendations:

- Knowledge management to consolidate lesson learned and action research of secure working environment should be conducted, particularly in primary care units.
- Organizational and personal security management system should be evaluated from expert in this field.
- Participatory action research to develop appropriate referral system should be conducted with all stakeholder.
- Evaluation, research and development of emergency medical service in the Deep South violence context, which take a balance between emergency and safety, should be conducted.
- Central and local administrative structure especially in budgeting and financing should be adapted to be flexible, effective and timely in emergency situation.

Responsible body and mechanism of human resource management including monitoring accurate information, recruitment, capacity building, morale and incentive should be developed; to ensure adequate and effective workforce of the health care system.

บทนำ

วิกฤตในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เริ่มมีความรุนแรงมากขึ้นตั้งแต่ 4 มกราคม พ.ศ. 2547 มีคนร้ายซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นชาย ลอบวางเพลิงเผาโรงเรียนรัฐบาล 20 แห่งในจังหวัดนราธิวาส ก่อนที่จะนำกำลังพร้อมอาวุธราว 100 คนบุกปล้นปืนจากค่ายทหารกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ต่อจากนั้นก็ได้มีการสร้างสถานการณ์ความไม่สงบอย่างต่อเนื่องยาวนาน ข้อมูลเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาสและสงขลา ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงกลางเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 มีจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงทั้งสิ้นรวม 8,521 ครั้ง มีผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวน 6,037 คน ในจำนวนนี้มีผู้บาดเจ็บแล้วเสียชีวิตรวม 2,027 คน

จากเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น เป็นภาวะวิกฤติที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกระดับ อย่างรุนแรง ผลกระทบเกิดขึ้นในทุกภาคส่วนของจังหวัด ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และพื้นที่บางส่วนของจังหวัดสงขลา เช่น อ.เทพา อ.สะบ้าย้อย อ.จะนะ อ.นาทวี ซึ่งมีอาณาเขตติดกัน จากข้อมูลเบื้องต้น พบว่าภาวะวิกฤติเช่นนี้นอกจากจะเกิด การทำร้าย การบาดเจ็บ การตาย ความเครียด ความหวาดกลัว แล้ว ยังนำไปสู่ภาวะการขาดความเชื่อมั่นในหน่วยงานรัฐ ทำให้ประชาชนอยู่ในภาวะขาดความไว้วางใจในแรงสนับสนุนของสังคม ขาดการรวมกลุ่มเพื่อการแก้ปัญหา นอกจากนี้ วิกฤตในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังส่งผลกระทบทั้งภายในและนอกประเทศในหลายๆด้าน เช่น เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การศึกษา เป็นต้น หากเป็นเช่นนี้ต่อไป อาจจะนำไปสู่การขาดความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ความเร่งด่วนของการสร้างและการฟื้นฟู สุขภาวะในวิถีชีวิตของคนได้ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ภาคีทุกภาคส่วนต้องร่วมกันแก้ปัญหา

จากการศึกษาวิจัยในโครงการการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปี 2547 ถึง 2548 ของ นพ.อมร รอดคล้ายและคณะ พบว่าการให้บริการด้านสาธารณสุขในระดับสถานีอนามัยจำนวน 253 แห่ง มีการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 35.6 ในด้านผู้ให้บริการ พบว่า จำนวนบุคลากรเฉลี่ยต่อสถานีอนามัยในระดับสถานีอนามัยมีแนวโน้มลดลงจากจำนวนเฉลี่ย 3.42 คน ในปี 2545 เป็น 3.26 คนในปี 2547 และอาจจะมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ

สำหรับบริการด้านต่างๆ ในระดับโรงพยาบาล พบว่ามีการให้บริการลดลง โดยเฉพาะกิจกรรมเชิงรุกในด้านการรักษา การตรวจโรคลดลง ร้อยละ 25 ในด้านทันตกรรมลดลง ร้อยละ 50 ที่น่าตกใจคือเรื่องพื้นฐานด้านสุขภาวะของประชาชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ และการป้องกันโรค ลดลงถึงร้อยละ 70 รวมทั้งกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การลงพื้นที่ลดลงร้อยละ 60 ส่วนการรักษาพยาบาลในสถานบริการแบบตั้งรับพบการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เหล่านี้ส่งผลให้จำนวนผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในแตกต่างกัน

เมื่อศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และหอบหืด เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้น

ในขณะที่กลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะเครียด (Neurotic, Stress-related and somatoform disorders) ซึ่งถูก รายงานในกลุ่มภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างจาก สมัยก่อนที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการป่วยทั่วไป เห็นได้ชัดว่าหลังจากเหตุการณ์ความไม่สงบกลับส่งผลให้ ประชาชนเกิดโรคเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่ม สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่ผ่านมาหลายปี

บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ มีการปรับการให้บริการสุขภาพในหลาย แนวทางหลายพื้นที่เนื่องจากปัญหาความปลอดภัย เช่น งดการออกพื้นที่ การงดให้บริการบางงาน การร่น ระยะเวลาการให้บริการ เป็นต้น ขณะเดียวกันภาวะเช่นนี้ยังมีผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของ ผู้ปฏิบัติงาน มีการขอย้าย ลาออก มากขึ้นเรื่อยๆ และปัญหาเรื่องกำลังคนจะเป็นปัญหาที่รุนแรงมากขึ้น รวมถึงปัญหาประสิทธิภาพของการให้บริการ และอีกหลายเรื่องตามมาและในที่สุด จะกระทบต่อระบบ สุขภาพของประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สถาบันวิจัย ระบบสุขภาพ ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงร่วมกันทำการศึกษาและพัฒนาระบบดังกล่าวให้มี ความชัดเจน เป็นรูปธรรม และสามารถนำไปเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปใช้ปฏิบัติได้ โดยมี วัตถุประสงค์หลัก เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางในการแก้ปัญหา อันจะนำไปสู่การปรับการบริหาร จัดการระบบบริการสุขภาพภายใต้วิกฤติทั้งในปัจจุบันและในอนาคต อีกทั้งเป็นการทดลองใช้ต้นแบบการ จัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ควบคู่กับการแก้ปัญหา เพื่อทดสอบและปรับปรุงระบบบริการ สุขภาพในภาวะวิกฤติความรุนแรงให้มีความเหมาะสม และนำเสนอต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจ เพื่อพัฒนาระบบ สนับสนุนการตัดสินใจและนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ที่มีวิกฤติความรุนแรงในระยะต่อไป

การศึกษาที่อยู่บนพื้นฐานการแก้ปัญหาและพัฒนา

หลังจากได้รับมอบหมายจาก อ.พงศ์เทพ และนพ.อมร ให้ผมช่วยรับผิดชอบโครงการนี้ต่อเนื่องจาก โครงการแรก ก็ยากจะปฏิเสธ เพราะการลงไปสัมผัสกับเพื่อนร่วมวิชาชีพและชาวบ้านในพื้นที่ในช่วงปี 2547 ถึง 2548 พร้อมกัลยาณมิตรอีกหลายท่าน เช่น นพ.สุเทพ วัชรปียานันท์ นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ภก. ประเวศ หมัดเส็น รวมถึงอาจารย์ผู้ใหญ่ ศจ.นพ. ธาดา ยิบอินซอย และ ศจ.นพ. วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ ที่ ได้ให้กำลังใจ ให้ข้อเสนอแนะ จึงได้ตัดสินใจที่จะรับทำโดยเต็มกำลัง โดยอยู่บนพื้นฐานของการพัฒนางาน ควบคู่ไปกับกระบวนการศึกษา และอาจจะเป็นโอกาสในการหาทางออกให้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เปลี่ยนไปในแต่ละช่วงเวลา

จากการศึกษาของ นพ. อมร รอดคล้ายและคณะมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับ กลไกในการทำงาน ในพื้นที่ ควรมีโครงสร้างทีมทำงานเฉพาะ ที่เกาะติดสถานการณ์ ทำหน้าที่เป็น Head&Brain &Body โดยมี

องค์ประกอบหลักเป็นคนในพื้นที่และจากส่วนกลาง เพื่อสร้างช่องทางการเชื่อมต่อ การสื่อสาร กับผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย และควรพัฒนาให้เกิด Crisis Forum เป็นเวทีร่วมคิด แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การติดตามการแก้ปัญหา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ทำงานในพื้นที่ได้สะท้อนความต้องการผ่านเวทีต่างๆ ในหลายโอกาส จนกระทั่งเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เกิดมิติใหม่ในการทำงานร่วมกัน

องค์กรที่มีชีวิต จิตวิญญาณ : จังหวะก้าวสำคัญของทีมงาน

หลังจากมีรัฐบาลชุดใหม่ กระทรวงสาธารณสุขโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งที่ 963/2549 ลงวันที่ 27 ตุลาคม 2549 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายด้านสุขภาพ ในนโยบายข้อที่ 2 พัฒนายุทธศาสตร์และกลไกเฉพาะด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของประเทศในการแก้ปัญหาค่าความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นับเป็นนโยบายสำคัญที่จะเป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ด้วยการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ รวมทั้งการพัฒนากลไกสำคัญในการผลักดันงานด้านสาธารณสุข

องค์ประกอบของคณะกรรมการคำสั่งชุดนี้ มี 14 คน มีศาสตราจารย์นายแพทย์ธาดา ยิบอินซอย เป็นประธาน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข(น.พ.สุวัจน์ เทียรทอง)เป็นรองประธาน และ มีน.พ.สุเทพ วัชรปียานันท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา เป็นกรรมการและเลขานุการ ตัวแทนจากหน่วยบริการในพื้นที่ ผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ ผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ และผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นกรรมการ ซึ่งคณะกรรมการ ชุดนี้ ได้เชื่อมโยงการทำงานกับศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้(ศอ.บต.)

ความสำคัญของนโยบายข้อที่ 2 ตามคำสั่งของกระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดองค์กรสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อให้การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเกิดผลเป็นรูปธรรม จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือ ศบ.สท. (The Southernmost Health Development Administrative Center) โดยมีสำนักงานและศูนย์บัญชาการอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งนี้เพื่อการอำนวยการ สั่งการและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเบ็ดเสร็จ โดยให้มีการเชื่อมโยงนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขไปสู่การกำหนดนโยบายของ ศอ.บต. เพื่อใช้ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในลักษณะสาธารณสุขกับความมั่นคงให้เป็นประเด็นสำคัญในการแก้ปัญหาค่าความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และนำนโยบายการดำเนินงานของ ศอ.บต. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งกรอบทิศทางงานของคณะกรรมการคณะที่ 2 แปลงไปสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และทันต่อเหตุการณ์

ศบ.สท.ได้กำหนดกรอบแนวทางในการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในระยะเวลา 1 ปี (ปีงบประมาณ 2550) ไว้ 5 ประเด็น ดังนี้

- กลไกเฉพาะในการสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์

- ยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัย
- ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพและความเข้มแข็งชุมชน
- ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- ยุทธศาสตร์ด้านการเฝ้าระวังด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ผู้พิการ และประชาชน

ในการศึกษาครั้งนี้ได้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ข้างต้นดังกล่าว และมีความเห็นต่อยอดที่จะดำเนินงานวิชาการ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- ระบบมาตรฐานความปลอดภัยของสถานบริการ
- การบริการในภาวะฉุกเฉินและระบบส่งต่อ
- ด้านระบบการเงิน การคลัง งบประมาณ
- ด้านระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ

ระบบมาตรฐานความปลอดภัยของสถานบริการ

เริ่มต้นจากการทบทวนวรรณกรรม ทบทวนเอกสาร และการลงไปสัมผัสในเหตุการณ์จริง ที่มากกว่าการรับรู้เฉพาะเอกสารทางวิชาการ คณะผู้ศึกษาจึงได้ตัดสินใจที่ลงพื้นที่ โรงพยาบาลรามัน จ.ยะลา โรงพยาบาลรือเสาะ จ.นราธิวาส โรงพยาบาลไม้แก่น โรงพยาบาลกระพ้อ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี จ.ปัตตานี ในช่วงวันที่ 2-5 กรกฎาคม 2549 เติมเต็มให้กับงานวิชาการ และเป็นฐานของปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่ประสบกับความทุกข์ยาก อันเป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานด้วยความเป็นกัลยาณมิตร

นับตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา สถานบริการในพื้นที่ต้องปรับตัวตามสถานการณ์โดยการพึ่งตนเอง และต้องพึ่งพากันเอง ตัวอย่างเช่น

- สถานีอนามัยยืดหยุ่นเวลาปฏิบัติงาน นัดหมายการเดินทางเป็นหมู่คณะ บางพื้นที่จัดให้มี อสม. มาปฏิบัติงานบนสถานีอนามัยอยู่กับเจ้าหน้าที่อนามัยเพื่อความอุ่นใจ บางพื้นที่มีลูกจ้างชั่วคราวที่ได้รับสนับสนุนจาก กอ.สสส.จชต.(ในขณะนั้น) มาปฏิบัติงาน
- โรงพยาบาลกระพ้อ ถูกข่มขู่ทางโทรศัพท์หลายครั้ง มีแนวทางการเฝ้าระวังเหตุการณ์ การจัดทำแผนรองรับสถานการณ์และประสานงานกับฝ่ายปกครองเป็นระยะๆ
- โรงพยาบาลรามัน มีการปรับปรุงระบบความปลอดภัย โดยติดตั้งวงจรปิด เพิ่มแสงสว่าง สร้างรั้ว เพิ่มระบบวิทยุ โทรศัพท์ กำหนดจุดอันตรายโดยเฉพาะทางเข้าออก ในส่วนของการดูแลบุคลากร โรงพยาบาลจัดรถรับส่ง เพิ่มยาม ให้ยามฝึกยิงปืน เพิ่มเวรเปล ห้องพักเวร และมีการสำรองอาหาร
- โรงพยาบาลรือเสาะ หลังจากยามของโรงพยาบาลถูกยิงที่ป้อมยาม และการยิงรถตำรวจในรพ. กอ.สสส.จชต.ได้ส่งกำลังคุ้มครองประจำใน รพ. ป้อมยามกลายเป็นบังเกอร์ ทำให้อุ่นใจขึ้นบ้าง

จากเอกสารสรุปรายงานการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้นำเสนอต่อ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขปี 2549 พบว่าในช่วงปี 2547-2549 กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนงบประมาณส่วนใหญ่ในโครงการพัฒนาด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของทางราชการ และความปลอดภัย จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมาจากงบประมาณของทุกจังหวัดให้ใน 5 จังหวัด (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล) เพื่อพัฒนาด้านความปลอดภัย โดยคณะกรรมการบริหารด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข ได้อนุมัติงบประมาณ จำนวนประมาณ 100 ล้านบาท เช่น โทรศัพท์วงจรปิด อาคารพักแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ อาคารผู้ป่วย รั้วโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย รถกระบะบรรทุกสำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รถตู้ 12 ที่นั่ง รถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต อีกทั้งได้รับงบประมาณบางส่วนจากกองอำนวยการเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กอ.สสส.จชต. ในขณะนั้น)

คณะผู้ศึกษาในโครงการศึกษาและพัฒนาระบบบริการสุขภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (อมรและคณะ, 2548) ได้ระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการ ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติในพื้นที่ สร้างองค์

ความรู้ ผลิตภัณฑ์และคู่มือการพัฒนาระบบความปลอดภัยของสถานพยาบาล โดยมีเนื้อหาหลักให้สถานบริการแต่ละระดับ มีการประเมินตนเอง ตระหนักและเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ เพราะมองว่าการบริหารจัดการความเสี่ยงจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความปลอดภัย ทางกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ของ เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ ประชาชน ตลอดจนความปลอดภัย จากอันตรายขององค์กร สิ่งแวดล้อมและชุมชน การเตรียมความพร้อม การประเมิน การทบทวน จะช่วยให้องค์กรมีทิศทางและพร้อมรับมือกับสถานการณ์ได้ทันทั่วทั้งที่

คณะผู้วิจัยได้เสนอตัวอย่างของแบบประเมินเป็นลักษณะของ checklist การตรวจสอบสิ่งที่ควรจะต้องเตรียม ซึ่งประยุกต์จาก Threat Advisory System Response (TASR) Guideline [ASIS] โดยมีหลักการสำคัญ คือ

1. ต้องมีการประเมินสถานการณ์ โดยใช้ข้อมูลจากส่วนต่างๆเพื่อกำหนดระดับของสถานการณ์ ซึ่งกำหนดเป็น 5 ระดับ 4 กลุ่ม คือ
 - สีเขียว(ข) เหตุการณ์ปกติ (กลุ่มที่ 1)
 - สีน้ำเงิน(นง) เหตุการณ์ผิดปกติเล็กน้อย (กลุ่มที่ 1)
 - สีเหลือง(ล) เหตุการณ์ผิดปกติเล็กน้อยและมีแนวโน้มว่าจะรุนแรงขึ้น (กลุ่มที่ 2)
 - สีส้ม(ส) เหตุการณ์ผิดปกติปานกลาง (กลุ่มที่ 3)
 - สีแดง(ค) เหตุการณ์ผิดปกติมาก เตรียมการสำหรับการอพยพ (กลุ่มที่ 4)
2. แต่ละกลุ่มจะมี 3 องค์ประกอบ คือ
 - การตอบสนองภาวะฉุกเฉิน และการดำเนินงานในภาวะวิกฤติ
 - การป้องกันบุคคลากร
 - การป้องกันกายภาพ
3. กำหนดผู้รับผิดชอบในการประเมินในภาพรวมขององค์กร
4. กำหนดระยะเวลา ความถี่ของการประเมิน ในลักษณะยืดหยุ่นที่สอดคล้องกับสถานการณ์
5. กำหนดแนวทางเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ รวมถึงการแก้ไขปัญหาที่พบจากการประเมิน

สิ่งที่ได้รับรู้และสะท้อนจากผู้ปฏิบัติในพื้นที่ พบว่าการทำงานด้านความปลอดภัยของสถานบริการในระดับต่างๆ มีความตื่นตัว และพยายามชวนช่วยเหลืตัวเองตามกำลังที่ตัวเองมีอยู่ หลายแห่งมีความโดดเด่นในแง่แนวคิดและรูปแบบการรักษาความปลอดภัยในบริบทของตัวเอง อย่างไรก็ตามมักอยู่ในลักษณะต่างคนต่างทำ จึงเกิดคำถามจากพื้นที่ว่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันน่าจะช่วยให้เกิดการถ่ายทอดแนวคิด การนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ต่างๆ รวมถึงการเติมความรู้พื้นฐานในด้านความปลอดภัย การเชิญผู้รู้ มีประสบการณ์จากสถาบันการศึกษา หน่วยงานอื่นๆ มาช่วยสะท้อนมุมมอง

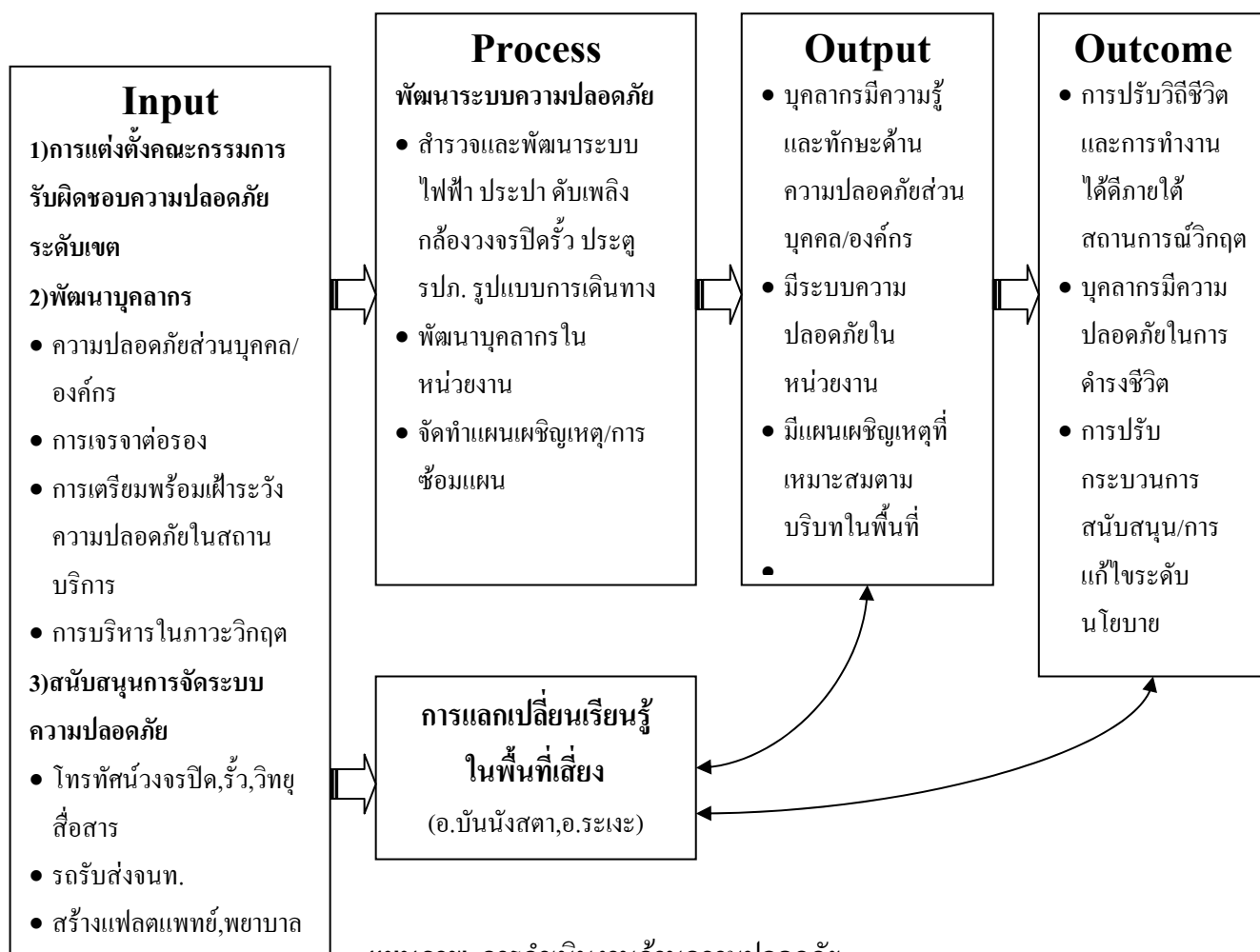
ความเห็น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ จึงเป็นที่มาของการพบปะพูดคุยในลักษณะ
การจัดการความรู้ **Knowledge Management**

ความปลอดภัยสถานบริการ : พัฒนางานบนพื้นฐานการจัดการความรู้

**การจัดการความรู้ การดูแลความปลอดภัยในสถานบริการสาธารณสุข 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้
วัตถุประสงค์**

- 1) เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุข ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีความรู้และทักษะในการจัดการ
ด้านความปลอดภัยจากภัยคุกคาม ทั้งตนเอง ครอบครัวและสถานบริการ
- 2) เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่องค์ความรู้ เพื่อความปลอดภัยแก่บุคลากร
สาธารณสุข และสถานบริการ ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้
- 3) บุคลากรสาธารณสุข ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีความปลอดภัยและสามารถปฏิบัติงาน
แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการดำเนินงาน



ผลการดำเนินงาน

1) **ด้านการพัฒนาบุคลากร** การฝึกอบรม(Training) เพิ่มทักษะพื้นฐานในเรื่อง การดูแลความปลอดภัยพื้นฐานส่วนบุคคลและองค์กรใน 5 จังหวัด 5 รุ่น เช่น การประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ , การสังเกตวัตถุต้องสงสัย สิ่งผิดปกติ สิ่งบ่งชี้ในการก่อความไม่สงบ , ความรู้เกี่ยวกับระเบิดเบื้องต้น, การแจ้งเตือน ในการก่อเหตุและการประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ , การป้องกันตัวส่วนบุคคล โดยทีมวิทยากรจาก กอ.รมน., พตท.และภาคเอกชน ดำเนินการอบรมแล้วเสร็จ เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ผู้เข้าร่วมอบรม ประมาณ 1,000 คน

สำหรับบุคลากรที่ดูแลความปลอดภัย จัดหลักสูตรเข้มข้นเชิงปฏิบัติการ เช่น การตรวจยานพาหนะ การตรวจวัตถุเบื้องต้น การต่อสู้ป้องกันตัว การใช้อาวุธประจำกาย เป็นต้น เมื่อวันที่ 28-29 มีนาคม 2550

จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเจรจาต่อรอง โดยทีมวิทยากร จากกรมสุขภาพจิตและศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข เช่น การวิเคราะห์ปัญหาความขัดแย้ง , กิจกรรมการเรียนรู้ตนเองและผู้อื่น เทคนิคและกระบวนการเจรจาเพื่อการฟื้นฟูความสัมพันธ์ , การเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง ,การวิเคราะห์ผลประโยชน์ความต้องการ การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการแก้ไขจุดเสี่ยงในงานบริการสาธารณสุข ดำเนินการฝึกอบรม เมื่อวันที่ 22-24 มีนาคม 2550 มีบุคลากรสาธารณสุขจาก 5 จังหวัดในระดับ สสจ. , รพศ. , รพท. และ รพช. เข้าร่วมอบรม ประมาณ 150 คน

อบรมการจัดทำแผนเผชิญเหตุ โดยวิทยากรจาก รพ.พระมงกุฎเกล้า และศูนย์เรนทร เมื่อเดือนธันวาคม 2549 และการบริหารจัดการความเสี่ยง(Crisis Management) สำหรับผู้บริหาร โดยเน้นการฝึกปฏิบัติ การซ้อมแผนบนโต๊ะ Table Top Discussion เมื่อเดือน พฤษภาคม 2550

ประเมินผลจากผู้เข้าอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยโดยรวม พบว่า บุคลากรสาธารณสุขใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีความตื่นตัวและสนใจการเรียนรู้กลวิธี และแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยจากภัยคุกคาม ทั้งตนเอง ครอบครัวและและหน่วยบริการ

2) **การพัฒนาระบบความปลอดภัย** ในปี 2550 เน้นการจัดระบบความปลอดภัยในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา รวมทั้งหมด 37 อำเภอ ในส่วนของจังหวัดสตูลและอีก 12 อำเภอในจังหวัดสงขลา จัดให้เป็นพื้นที่ในการเฝ้าระวัง โดยมีผลการดำเนินงานดังนี้

- มีข้อมูลพื้นฐานด้านความปลอดภัยและใช้ในการวางแผน การสนับสนุนงบประมาณในหน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข(ในพื้นที่ 3 จังหวัด และ 4 อำเภอ ของ จ.สงขลา) เช่น ระบบวงจรปิด , ไฟฟ้าสำรอง ระบบการสื่อสาร , สัญญาณเตือนแจ้งเหตุ , ระบบอักษิภัย , รั้วและประตู , รถส่งต่อ , ระบบประปา , บุคลากรด้านการรักษาความปลอดภัย

- หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด/อำเภอ และสถานบริการทุกแห่ง(ในพื้นที่ 3 จังหวัด และ 4 อำเภอ ของ จ.สงขลา) มีการจัดระบบความปลอดภัยในองค์กร เช่น การติดตั้งโทรทัศน์วงจรปิด,การ

สร้างรั้ว,วิทยุสื่อสาร,รถปิกอัพ,การจัดรถมารับส่งเจ้าหน้าที่ในการเดินทางมาปฏิบัติงาน,การสร้างแฟลตแพทย์/พยาบาลเพิ่มเติม

- มีแผนเผชิญเหตุและมีการซ้อมแผนในระดับจังหวัด/อำเภอและหน่วยบริการทุกแห่ง(ในพื้นที่ 3 จังหวัด และ 4 อำเภอ ของ จ.สงขลา) เน้นการปฏิบัติจริง ในเหตุการณ์ต่างๆ เช่น รถโดนเรือใบ , พบวัตถุต้องสงสัย,โทรศัพท์ข่มขู่ , วางเพลิง , การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ , วิทยุรบกวนในหน่วยงาน , ขโมยของ , ยิงเข้ามาในหน่วยงาน , จนท.สงสัยว่าถูกประทุษร้าย , การชันสูตรศพ ผู้ต้องสงสัยบาดเจ็บ , ใบปลิวโจมดี เตือนสถานบริการ , จับเป็นตัวประกัน เป็นต้น

- มีการนำแผนไปปฏิบัติ ในสถานการณ์ภัยคุกคามต่างๆ

3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพื้นที่ ทั้งในเวทีการประชุมและในพื้นที่เสี่ยง

- ในเวทีการประชุมมีการนำเสนอบทเรียน การดำเนินงานของสถานบริการต่างๆ ที่ผ่านมา ในลักษณะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมสังเคราะห์โดยวิทยากร ผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น การปรับปรุงการสื่อสาร การจัดทำแผนเผชิญเหตุ โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์การจัดระบบความปลอดภัย ส่วนบุคคลและองค์กร ของพื้นที่

- ออกเยี่ยมพื้นที่และให้ข้อเสนอแนะจากทีมวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ จากวิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 19-21 มีนาคม 2550 ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และสงขลา และวันที่ 10 พฤษภาคม 2550 ในจังหวัดนราธิวาส โดยได้ตรวจเยี่ยมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา , สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส , รพ.ปัตตานี, ร.พ.กะพ้อ , รพ.สมเด็จพระยุพราชสายบุรี , รพ.ศูนย์ยะลา , รพ.บันนังสตา , รพ.รามัน , รพ.นราธิวาสราชนครินทร์, รพ. ตากใบ และรพ.สะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้ปฏิบัติในพื้นที่มีความตื่นตัวกับการดูแลความปลอดภัยอยู่ในเกณฑ์ดี

ประเด็นที่ได้รับข้อเสนอแนะจากวิทยากร คือการผนวกแผนเผชิญเหตุและแผนอุบัติเหตุน้ำ การประสานแผนการดูแลความปลอดภัยของสถานบริการร่วมกับหน่วยงานภายนอก ไม่ว่าจะเป็นหน่วยทหาร ตำรวจ ฝ่ายปกครอง การกำหนดพื้นที่หวงห้าม พื้นที่ที่ต้องเพิ่มมาตรการความปลอดภัย

ประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากวิทยากรและบุคลากรทั้งภาครัฐและองค์กรชุมชนในพื้นที่ ในเรื่องการแจ้งเตือนเหตุล่วงหน้าแก่บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งได้รับข้อมูลล่าช้า ทั้งนี้ เพื่อให้มีระบบติดตามข้อมูลข่าวสารและวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนำมาปรับแผนระบบความปลอดภัยให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ที่เกิดขึ้น เสนอให้มีกลไกการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น

- จัดตั้งศูนย์เครือข่ายเตือนภัยและแจ้งข่าวสารของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ
- จัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาสถานบริการสาธารณสุขเพื่อทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและที่ปรึกษาในการแจ้งข่าวและสร้างความร่วมมือจากชุมชน

ประสิทธิภาพของการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป

จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่เสี่ยงในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส พบว่า ประสิทธิภาพของการดำเนินงานเชิงรุกด้านสุขภาพในพื้นที่ลดลง แต่ในส่วนความตื่นตัวและการเฝ้าระวัง เหตุของบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยบริการในพื้นที่ในการสร้างระบบความปลอดภัยมีมากขึ้น ทั้งนี้ เกิดจากการนำความรู้ด้านการจัดระบบความปลอดภัยไปประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตโดยมีการปรับระบบและวิธีการบนพื้นฐานของประสบการณ์ส่วนบุคคลและหน่วยบริการเพื่อให้รู้เท่าทันกับบริบทของเหตุการณ์ในพื้นที่ ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยและสามารถปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ท่ามกลางสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เช่น

- โรงพยาบาลบันนังสตา จ.ยะลา เป็นโรงพยาบาลซึ่งอยู่ในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบ เกิดขึ้นบ่อยครั้ง มีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ เข้ามารับบริการเฉลี่ย 2-3 ราย/วัน ในบางครั้งมีเหตุการณ์ที่มีผู้มารับบริการจำนวนมากในคราวเดียวกัน เช่น กรณีระเบิดและยิงซักรถทหารพราน กรณีการแย่งชิงศพในโรงพยาบาล และกรณีอื่นๆที่กระทบต่อการดำรงชีวิตของคนในพื้นที่ เช่น กรณีกลุ่มผู้ชุมนุมปิดถนนสายยะลา-เบตง จึงได้มีการทบทวนสถานการณ์และจัดระบบการจัดการ รวมทั้งปรับรูปแบบการบริการให้สามารถรองรับกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยโรงพยาบาลได้ดำเนินงานระบบความปลอดภัยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ดังนี้

1.ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่

- กั้นรั้วลวดหนามบนกำแพง รอบโรงพยาบาล
- จัดให้มีไฟแสงสว่างรอบรั้วโรงพยาบาล
- กั้นโซนบ้านพักกับบริเวณการให้บริการของโรงพยาบาลให้แยกกันชัดเจน
- จัดระบบการจอดรถยนต์/รถจักรยานยนต์ ให้เป็นสัดส่วน
- จัดระบบสำรองอาหารกรณีฉุกเฉิน
- จัดหาน้ำประปาสำรองเพิ่มเติม
- จัดระบบโทรทัศน์วงจรปิดในจุดสำคัญ เช่น ป้อมยาม ห้องฉุกเฉิน ภายในตึกผู้ป่วย คลังเวชภัณฑ์
- มีระบบวิทยุสื่อสารให้สามารถรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล

2.ด้านการพัฒนาระบบบริการ

- มีการนำข้อมูล VIS มาใช้ในการปรับการซ่อมแผนเผชิญเหตุซึ่งเดิมซ่อมเฉพาะช่วงเช้า แต่จากข้อมูล VIS พบว่า เหตุการณ์ส่วนใหญ่เกิดช่วงบ่าย จึงจัดให้มีการซ่อมแผนเผชิญเหตุเพิ่มขึ้นในช่วงบ่ายเพื่อให้เข้ากับสถานการณ์จริง

- ด้านการชันสูตรพลิกศพ ได้ปรับเวลาในการชันสูตรให้เร็วขึ้น และประสานกับตำรวจในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไม่ให้เกิดการกระทบ กระทั่งหรือขัดแย้งกับญาติผู้ป่วย
- จัดทีมเชี่ยวชาญจิตใจ ไว้ที่ ER ในกรณีเกิดเหตุการณ์ จะมีทีมเชี่ยวชาญ ซึ่งมีนักจิตวิทยา มาช่วยใกล้เคียง และอธิบายญาติในกรณีเกิดเหตุการณ์
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อำเภอบันนังสตา มีสถานีนอนมัย ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นในพื้นที่ พบว่า ถูกเผาในวันเดียวกัน (4 เมษายน 2550) จำนวน 5 แห่ง จากทั้งหมด 10 แห่ง เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ได้มีการปรับสภาพการทำงาน เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้มารับบริการและให้พร้อมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยหลังจากถูกเผาได้จัดหาสถานที่บริการอื่นทดแทนอาคารที่ถูกเผา เช่น บ้านพัก อาคารสำนักงานบางส่วนที่ยังใช้การได้ เช่น ห้องเก็บของ รวมทั้ง มีการสำรองข้อมูลที่สำคัญของสถานีนอนมัยไว้ที่ระดับอำเภอเป็นประจำทุกเดือน มีการติดตั้งเหล็กคัตหน้าต่าง รวมทั้ง มีการจัดเวรยาม ชรบ. มาดูแลความปลอดภัยมากขึ้น
- โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส อยู่ในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นบ่อยครั้ง เช่นกัน จึงมีการปรับระบบการให้บริการเพื่อไม่ให้กระทบแก่ผู้บริการและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่
 - การจัดเวรย้ายต่อเวรคืนให้แก่เจ้าหน้าที่ที่พักอยู่นอกโรงพยาบาล
 - การติดตั้งกล้องวงจรปิดตามจุดสำคัญต่างๆ
 - การติดบัตรเข้าใช้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันตัวผู้ป่วย
 - รถ refer ของโรงพยาบาล ติดเหล็กหุ้มล้อ(เพื่อป้องกันตะปูเรือใบ) จำนวน 3 คัน
 - มีวิทยุมือถือสำหรับสื่อสารในทุกจุดที่สำคัญ
 - จัดให้มีเสื้อกันกระสุนแก่เจ้าหน้าที่รับส่งผู้ป่วย

เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นเปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา การเฝ้าติดตามสถานการณ์ โดยเฉพาะที่มีผลกระทบกับการทำงานของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ถูกหือขยักขึ้นมา ระหว่างการศึกษา ทีมงานจึงไม่ลังเลที่จะเจาะลึกในการศึกษาเชิงคุณภาพ ดังเช่นกรณีการเผาและระเบิดสถานีนอนมัย ซึ่งถือเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับชาวบ้านมากที่สุด

ถอดบทเรียน เหตุเหา-ระเบิดสถานีนอนามัยจากเหตุการณ์ไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้

นับตั้งแต่การปะทุของเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้จนเวลาล่วงเลยเกือบ 4 ปี แล้วนั้น ในพื้นที่ 5 จังหวัดภาคใต้ จนถึงสิ้นเดือนสิงหาคม 2550 สถานีนอนามัยของกระทรวงสาธารณสุข ถูกเหา วางเพลิง ระเบิด 12 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขถูกทำร้ายบาดเจ็บ จำนวน 23 คน เสียชีวิต 12 คน นอกจากนี้ มีอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม.ซึ่งเป็นกำลังภาคประชาชนที่สำคัญในการเชื่อมต่อกับชุมชน ถูกทำร้าย บาดเจ็บ 9 คน เสียชีวิต 29 คน

สถานการณ์การเกิดเหตุเหาและระเบิดกับสถานีนอนามัยทั้ง 12 แห่งดังแสดงในตารางที่ 1

วันที่	สถานี อนามัย	อำเภอ	จังหวัด	ลักษณะการก่อเหตุ					ข่มขู่
				เหาวอด	เผาไม่วอด	ระเบิด	ยิง จนท.		
11มิย.48	ดอนรัก	หนองจิก	ปัตตานี			#			
7ธค.49	ปานัน	มายอ	ปัตตานี	#					
19ธค.49	ฆอรรอราแม	ยะหา	ยะลา	#					
9มค.50	โตะแน	กะพ้อ	ปัตตานี	#					
21มีค.50	บูกิตจือแร	รือเสาะ	นราธิวาส	#					
4เมย.50	ทำนบ	บันนังสตา	ยะลา		#				
4เมย.50	ดลิ่งชัน	บันนังสตา	ยะลา		#				
4เมย.50	ทรายแก้ว	บันนังสตา	ยะลา	#					
4เมย.50	บือซู	บันนังสตา	ยะลา	#					
4เมย.50	บาเจาะ	บันนังสตา	ยะลา		#				
31พค.50	บาโงสะโต	ระแงะ	นราธิวาส						#
31พค.50	เจ๊ะเก	ระแงะ	นราธิวาส						#
7 มิย.50	บันนังดาลำ	สายบุรี	ปัตตานี		#				
7 มิย.50	จราโก	สายบุรี	ปัตตานี	#					
8 สค.50	ประจัน	ยะรัง	ปัตตานี					#	

ตาราง 1 แสดงสถานการณ์การเกิดเหตุเหาและระเบิดกับสถานีนอนามัยทั้ง 12 แห่ง

ข้อมูลเหตุการณ์เฉพาะแห่ง

● สถานีอนามัยดอนรัก อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี

สถานีอนามัยดอนรัก อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน ประชากร 4,991 คน เป็นมุสลิม 80% มีเจ้าหน้าที่ 3 คน เป็นพุทธ 2 คน มุสลิม 1 คน เป็นสถานีอนามัยแห่งแรกและแห่งเดียวที่ประสบเหตุการณ์วางระเบิดในเขตสถานีอนามัย โดยในเวลา 2 นาฬิกาของวันที่ 11 มิถุนายน 2548 มีการวางเพลิงเผาบ้านพักของสถานีอนามัยซึ่งอยู่ด้านหลังสถานีอนามัย เพลิงเผาบ้านพักทอดทิ้งหลัง และฝ่ายผู้ก่อความไม่สงบได้ฝังระเบิดถึงดับเพลิงไว้ที่บริเวณป้ายชื่อสถานีอนามัย เพื่อหวังกระเบิดในช่วงเช้าทำร้ายเจ้าหน้าที่ตำรวจทหารที่จะมาตรวจที่เกิดเหตุ แต่มีคนไปพบว่ามีถังแดงๆ โผล่เหนือดินที่กลบไม่ดี จึงตามตำรวจชุดเก็บกู้มาตรวจสอบและตัดสินใจกู้ทำลายระเบิดด้วยการทำให้ระเบิด ทำให้สถานีอนามัยได้รับความเสียหายโดยไม่มีผู้รับบาดเจ็บ หลังจากนั้น ชาวบ้านได้เข้ามาช่วยปิดกวาดซ่อมแซมร่วมกับทางสาธารณสุขและเปิดให้บริการตามปกติในอีกประมาณ 1 เดือนหลังเหตุการณ์



เหตุระเบิดสถานี

อนามัยดอนรัก

จ.ปัตตานี

11 มิ.ย. 48

- สถานีอนามัยป่านัน อำเภอมายอ จังหวัดปัตตานี

สถานีอนามัยป่านันเป็นสถานีอนามัยขนาดเล็กอาคารชั้นเดียวที่รับผิดชอบ 2 หมู่บ้าน 1,610 คน เป็นมุสลิม 100% มีเจ้าหน้าที่ 2 คน เป็นมุสลิมทั้ง 2 คน เขตรับผิดชอบเป็นหมู่บ้านที่กั้นดงและยากจนที่สุดแห่งหนึ่งอำเภอ ตั้งอยู่ในพื้นที่สีแดงของอำเภอ ถูกเผาในช่วงใกล้รุ่งของวันที่ 7 ธันวาคม 2549 ชาวบ้านเห็นและคิดจะมาช่วยดับไฟ แต่ถูกห้ามว่าอย่าไปยุ่ง หลังจากเผาแล้ว สถานีอนามัยได้หยุดให้บริการ โดยเจ้าหน้าที่ย้ายไปให้บริการที่ศูนย์ข้อมูลประจำหมู่บ้านแทนจนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีการสร้างทดแทน



เหตุการณ์เผาสถานีอนามัยป่านัน จ.ปัตตานี 7 ธ.ค.49

- **สถานีนามัยมอรรอราแม อำเภอยะหา จังหวัดยะลา**

สถานีนามัยมอรรอราแม ตั้งอยู่ในอำเภอปะแต จังหวัดยะลา (อำเภอที่มีเหตุขิงรดตู้สายเบตง-หาดใหญ่) เหตุการณ์เผาสถานีนามัยเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2549 เวลาประมาณ 20.00 น. โดยคนร้ายได้จุดไฟเผาสถานีนามัยชั้นล่างหวังให้ไฟลามขึ้นไปถึงชั้นสอง แต่ด้วยอาคารที่เป็นปูน จึงเผาเฉพาะชั้นล่าง มีการขโมยเอาทรัพย์สิน คอมพิวเตอร์ วัสดุการแพทย์ เครื่องมือแพทย์เช่นชุดเย็บแผลทำแผล เครื่องวัดความดัน ยา และวิทยุสื่อสารไปด้วย โดยในวันนั้นศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ห่างไป 500 เมตรก็ถูกเผาอดเช่นกัน หลังเกิดเหตุการณ์สถานีนามัยได้หยุดบริการเจ้าหน้าที่ย้ายไปรวมกันให้บริการที่สถานีนามัยปะแตซึ่งอยู่ห่างออกไป 10 กิโลเมตรแทน โดยในตัวสถานีนามัยมอรรอราแมมีกองกำลังสันติสุขเข้าไปประจำการบนสถานีนามัย และมีเสนารักษ์ให้บริการการรักษาโรคแก่ประชาชน

เหตุการณ์เผาสถานีนามัยมอรรอราแม อ.ยะหา จ.ยะลา

19 ธ.ค. 49



- **สถานีนามัยโตะแน อำเภอกะป้อ จังหวัดปัตตานี**

สถานีนามัยโตะแน ตั้งอยู่ในตำบลตะโล๊ะคือรามัน อำเภอกะป้อ จังหวัดปัตตานี รับผิดชอบ 3 หมู่บ้าน ประชากร 1,270 คน เป็นหมู่บ้านมุสลิม 100% มีเจ้าหน้าที่ 2 คน เป็นมุสลิม ทั้ง 2 คน เหตุเกิดเวลา 12.20 น. ของวันที่ 9 มกราคม 2550 ขณะเสร็จจากการให้บริการผู้ป่วยคนสุดท้าย ในขณะนั้นมีแต่หัวหน้าสถานีนามัยผู้หญิงที่ยังอยู่บนสถานีนามัย เจ้าหน้าที่ที่เหลือนั้นเดินทางไปทานข้าวและละหมาด ผู้ก่อความไม่สงบ 3 คนปิดหน้าเดินเข้ามาบนสถานีนามัย ชักปืนให้ดูแล้วไล่ให้ลงจากสถานีนามัย มีการรื้อเอกสารมากองรวมกัน ราคาน้ำมันและจุดไฟเผา เจ้าหน้าที่สถานีนามัยที่ไปทานข้าวทราบข่าวจึงรีบมาจับอาวุธของสถานีนามัยออกจากใต้ถุนสถานีนามัย ไฟเผาอนามัยจนวอด หลังถูกเผาสถานีนามัยปิดบริการ ย้ายไปจัดบริการที่สถานีนามัยตะโล๊ะคือรามัน ซึ่งเป็นสถานีนามัยหลักของตำบลแทน

ในช่วงเวลาดังกล่าว มีเหตุการณ์ชุมนุมกดดันเจ้าหน้าที่ให้มีการปล่อยตัวผู้ต้องหาในพื้นที่อำเภอกะป้อ การชุมนุมกดดันยืดเยื้อ ส่งผลให้ฝ่ายผู้ก่อความไม่สงบก่อเหตุกดดันกับ soft target ในพื้นที่ด้วยการเผาศูนย์เด็กเล็กและสถานีนามัย

เหตุการณ์เผาสถานีนามัยโตะแน อ.กะป้อ จ.ปัตตานี 9 ม.ค.50



- **สถานีอนามัยบูกิตจือแร อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส**

สถานีอนามัยบูกิตจือแร รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน ประชากร 4,311 คน เป็นชุมชนมุสลิม 100% มีเจ้าหน้าที่ 3 คน เป็นมุสลิมทั้ง 3 คน เหตุการณ์เผาสถานีอนามัยเกิดในช่วงประมาณ 10.00 น. ของวันที่ 21 ธันวาคม 2550 โดยในขณะนั้นมีหัวหน้าสถานีอนามัยอยู่ประจำบนสถานีอนามัยคนเดียวกับ อสม. ผู้ก่อความไม่สงบสวมชุดปิดหน้าเกือบ 10 คน ได้เข้ามาบนสถานีอนามัย ถือปืนมาให้ดูแล้วไล่ลงจากสถานีอนามัย แล้วลงมือรื้อค้นเอกสารมากองเพื่อเป็นเชื้อไฟในการวางเพลิง เจ้าหน้าที่ที่หนีขึ้นได้ว่าลิ้มเหยียกุญแจรถยนต์ส่วนตัวไปด้วย จึงขอทางผู้ก่อความไม่สงบขึ้นไปหยิบกุญแจรถ ซึ่งก็อนุญาตให้ขึ้นไปหยิบได้ แล้วขับรถออกมาที่บ้านของ อสม. ไฟลามในอาคารจนเสียหายทั้งหมด หลังจากถูกเผา สถานีอนามัยปิดบริการ และให้ประชาชนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลรือเสาะแทน เพราะสถานีอนามัยอยู่ห่างจากโรงพยาบาลเพียง 6 กิโลเมตร จากการวิเคราะห์เหตุการณ์ในพื้นที่ การเผาสถานีอนามัยในครั้งนี้เนื่องจากฝ่ายกำลังมีการปิดล้อมจับกุมในตำบลมะรือโบออกซึ่งอยู่ข้างเคียง จึงเชื่อว่าเป็นการตอบโต้จากฝ่ายผู้ก่อความไม่สงบ

สถานีอนามัยบูกิตจือแร เป็นสถานีอนามัยที่ถูกวางเพลิงเผาบ้านพักเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัยมาแล้วครั้งหนึ่งเมื่อเดือนธันวาคม 2549 แต่ไฟลามไม่มาก เป็นสถานีอนามัยเดียวที่เกิดเหตุการณ์เผาซ้ำเป็นครั้งที่ 2

เหตุการณ์เผาสถานีอนามัยบูกิตจือแร อ.รือเสาะ จ.นราธิวาส 21 มี.ค. 50



● **กรณีเฝ้า 5 สถานือนามัยของอำเภอบ้านนังस्ताในวันเดียว**

สำหรับสถานือนามัยในอำเภอบ้านนังสตา นั้น มีทั้งหมด 10 แห่งถูกเฝ้าไปแล้ว 5 แห่งในวันที่ 4 เมษายน 2550 โดยในวันดังกล่าวมีการเฝ้าสถานที่ราชการของอำเภอบ้านนังสตา มากกว่า 15 แห่ง ทั้งโรงเรียน ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) รวมทั้งสถานือนามัยด้วย

ก่อนที่จะมีการเฝ้าสถานือนามัยนั้น มีสัญญาณเตือนในลักษณะการข่มขู่กับสถานือนามัยมาก่อนหน้าบ้างแล้ว เช่น ในพื้นที่ของสถานือนามัยทรายแก้ว ได้มีใบปลิวสีแดง พิมพ์ออกมาว่าใครที่มีวิทยุสื่อสารจะไม่รับรองความปลอดภัย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ของสถานือนามัยที่เคยพกพาวิทยุสื่อสารประจำตัวจึงไม่ค่อยกล้าที่จะพกพาเครื่องวิทยุดังกล่าว หรือบริเวณสถานือนามัยปือลอง ก็มีข้อความให้ไทยพุทธย้ายถิ่นที่อยู่ ไม่เช่นนั้นไม่รับรองความปลอดภัย

สำหรับสถานือนามัยทั้ง 5 แห่งที่ถูกเฝ้า มีความเสียหายเกิดกับวัสดุครุภัณฑ์ทั้งสิ้นประมาณ 1.8 ล้านบาท และตัวอาคารสิ่งก่อสร้างประมาณ 1.3 ล้านบาท รวมประมาณทั้งสิ้น 3.1 ล้านบาท โดยความเสียหายได้แสดงในตารางข้างล่างนี้

ชื่อสถานือนามัย	ความเสียหาย	การเปิดบริการหลังถูกเฝ้า
บาเจาะ	เฝ้าบ้านพักทอดทั้งหลัง และรื้อคันข้าวของ พร้อมขโมยเอาคอมพิวเตอร์ เครื่องมือแพทย์และเวชภัณฑ์ไปจำนวนหนึ่ง	สามารถเปิดบริการเต็มรูปแบบได้หลังซ่อมแซม
ปือชู	เฝ้าทอดเกือบทั้งหลัง ชั้นบนได้รับความเสียหายทั้งหมด	ใช้ห้องพัสดุชั้นล่างของสถานือนามัยให้บริการ
ทรายแก้ว	เฝ้าทอดทั้งหลัง	ใช้บ้านพักเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ
ตลิ่งชัน	วางเพลิงแต่ไม่ได้รับความเสียหาย มีการรื้อคันข้าวของ	สามารถเปิดบริการเต็มรูปแบบได้หลังซ่อมแซม
ทำนบ	เฝ้าทอดชั้นล่าง แต่ชั้นสองไม่ได้รับความเสียหายมากนัก	ใช้พื้นที่ชั้นสองในการให้บริการ

ตาราง 2. แสดงความเสียหายจากกรณีสถานือนามัย 5 แห่งใน อ.บ้านนังस्ता ถูกเฝ้า

คุณอำนาจ สุบรรณน้อย หรือที่ชาวบ้านบ้านนังस्ताเรียกว่า “หมอนวย ” สาธารณสุขอำเภอบ้านนังस्ताได้ประเมินสถานการณ์หลังสถานือนามัยทั้ง 5 แห่งถูกเฝ้า และเห็นว่า “ ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่รู้อิโหน่อิเหน่ เราไม่ควรลงโทษชาวบ้านหรือสมน้ำหน้าชาวบ้าน เราควรรีบเปิดบริการให้เร็วที่สุด ที่ที่ต้องซ่อมแซมก็ต้องประกาศให้ชาวบ้านรู้ว่า เราจะเปิดบริการวันไหน ขวนชาวบ้าน อสม.มาช่วยเก็บกวาด

ซ่อมแซม ให้เขารู้สึกว่า สถานือนามัยเป็นของเขา เจ้าหน้าที่ที่มีความตั้งใจที่จะให้บริการ เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันในระยะยาว ”

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกือบทุกคนมีความเห็นตรงกันว่า หากปิดสถานือนามัยชาวบ้านจะเดือดร้อนมาก ไหนจะเรื่องเจ็บป่วยทั่วไปหรือทำแผลเล็กน้อยก็ต้องเดินทางไกลไปต่อกียาวเหยียดที่โรงพยาบาล เรื่องสิทธิบัตรที่จะต่ออายุ เรื่องวัคซีนฝากท้อง การปิดสถานือนามัยจึงเป็นเพียงการแก้ปัญหาในมุมมองด้านเดียวเรื่องความปลอดภัยเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม ก็เชื่อว่าที่บ้นนังสตาจะปล่อยให้เจ้าหน้าที่เข้าไปเสี่ยงทำงานโดยไม่มีระบบความปลอดภัย สาธารณสุขอำเภอจะมีหมายเลขโทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่ทุกคน ดังนั้นข่าวสารที่ได้รับจากทั้งทางการและชาวบ้านจะสื่อสารไปยังเจ้าหน้าที่ หากไม่ปลอดภัยก็ให้งดเข้าพื้นที่ แต่ก็โชคดีว่าในพื้นที่จะมีเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนที่จบใหม่เป็นคนในตำบลนั้นๆประจำสถานือนามัยอยู่ด้วย หากเจ้าหน้าที่ที่พักข้างนอกไม่ได้เข้าพื้นที่ น้องคนนี้ก็ให้บริการได้ โดยในวันแรกที่น้องเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเข้าพื้นที่ เจ้าหน้าที่สถานือนามัยคนเก่าก็จะพาน้องใหม่ไปฝากกับชาวบ้านว่า เจ้าหน้าที่ใหม่ก็เป็นลูกหลานของเขาเอง ต้องช่วยกันดูแล ให้น้องอุ่นใจ การจัดคนลงตรงตามภูมิตำแน่งระดับตำบล ทำให้สถานือนามัยไม่ต้องปิดบริการแม้ในสถานการณ์ที่เจ้าหน้าที่ที่พักในตัวตลาดเข้าไปปฏิบัติงานไม่ได้

หลังจากเผาสถานือนามัยถูกเผา พบว่า ผู้ป่วยโดยรวมของสถานือนามัยลดลงไปถึง 40-50 % ทั้งนี้เนื่องจากความหวาดกลัว แต่ในระยะเวลานี้ ผู้ป่วยคงกลับมาใช้บริการเช่นเดิม



ภาพความเสียหายสถานือนามัยบือขู

วันที่ 4 เมษายน 2550



ภาพความเสียหายสถานือนามัยตลิ่งชัน

วันที่ 4 เมษายน 2550



ภาพความเสียหายสถานือนามัยทรายแก้ว

วันที่ 4 เมษายน 2550



ภาพความเสียหายสถานีอนามัยตำบล
วันที่ 4 เมษายน 2550



ภาพความเสียหายสถานีอนามัยบะเจาะ
(เพื่อบ้านพัก รื้อคันสถานีอนามัย) วันที่ 4 เมษายน 2550



ภาพแสดงที่ตั้งและความเสียหายของสถานีอนามัย 5 แห่ง จาก 10 แห่ง
ในอำเภอบันนังสตา ที่ถูกเผาในวันที่ 4 เมษายน 2550

- กรณีเผา 2 สถานีอนามัยในตำบลมะนังดาลำ อำเภอสาบบุรี

ในวันที่ 7 มิถุนายน 2550 มีเหตุการณ์เผาสถานที่ราชการในตำบลมะนังดาลำ อำเภอสาบบุรี จังหวัดปัตตานี ในช่วงเวลา 3.00-7.00 น. อันได้แก่ โรงเรียนประถม 2 แห่ง ที่ทำการ องค์การบริหารส่วนตำบล และสถานีอนามัยที่มีอยู่ทั้ง 2 แห่ง โดยกลุ่มผู้ก่อความไม่สงบสร้างสถานการณ์ด้วยการเผาสถานที่ราชการทุกแห่งในคืนเดียว เพื่อแสดงศักยภาพของฝ่ายผู้ก่อความไม่สงบ

สถานีอนามัยมะนังดาลำ เป็นสถานีอนามัยหลักของตำบลมะนังดาลำ รับผิดชอบ 3 หมู่บ้าน ประชากร 4,530 คน เป็นมุสลิม 100% โดยเวลาประมาณ 3.00 น. ผู้ก่อความสงบได้ลอบวางเพลิงเผาสถานีอนามัย เวชภัณฑ์ ฐานข้อมูล และทรัพย์สินในชั้นสองของสถานีอนามัยเสียหายทั้งหมด แต่ยังสามารถใช้ตัวอาคารชั้นล่างในการจัดบริการต่อไปได้

สถานีอนามัยจระโก เป็นสถานีอนามัยอีกแห่งหนึ่งในตำบลมะนังดาลำ ตั้งอยู่ลึกจากถนนใหญ่ และอยู่ในที่เปลี่ยว ประชากรในพื้นที่เป็นมุสลิม 100%เช่นกัน ได้ถูกลอบวางเพลิงในช่วงเวลาเดียวกัน เพลิงเผาตัวอาคารเสียหายทั้งหลัง หลังจากนั้นทางสถานีอนามัยก็ต้องปิดบริการ โดยให้ผู้รับบริการไปใช้บริการรวมกันที่สถานีอนามัยมะนังดาลำซึ่งเป็นสถานีอนามัยหลักแทน



ภาพความเสียหายของสถานีนามัยจระโก



ภาพความเสียหายของสถานีนามัยมะนั่งดาล่า

- **กรณีการชุมนุมให้ปิดสถานีนามัย 2 แห่งในตำบลบางสะโต อำเภอร่องเงาะ**

ในตำบลบางสะโต อำเภอร่องเงาะ จังหวัดนราธิวาส ซึ่งเป็นตำบลสีแดง มีสถานีนามัยตั้งอยู่ 2 แห่งคือ สถานีนามัยบางสะโตและสถานีนามัยเจ๊ะเก ได้ถูกกลุ่มผู้ก่อความไม่สงบทำการชุมนุมให้ปิดบริการของสถานีนามัย

โดยที่สถานีนามัยเจ๊ะเก มีใบปลิวกระจายในพื้นที่รวมทั้งพื้นที่ร้านค้าที่สถานีนามัยว่า “ไม่ต้องการเจ้าหน้าที่กาแฟ หรือไทยพุทธ ” ที่โรงเรียนก็มีการพนสิดำในลักษณะเดียวกัน และอีก 2 วัน ครูในพื้นที่ก็ถูกยิงเสียชีวิต ที่สถานีนามัยบางสะโต มีการพนสิดำเปรยสีแดงที่ถนนและป้ายชื่อสถานีนามัยว่า “ประเทศของกู กูจะเอาคืน ” “แผ่นดินกูต้องการ มึงออกไป ”

ผลของการชุมนุมในครั้งนั้น ทำให้ทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่องเงาะกำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกทั้งหมด และให้ชาวบ้านไปใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือเสาแทน หลังจากเวลาผ่านไปเป็นสัปดาห์ ไม่มีใครกล้าไปปลบข้อความที่พนไว้ จนในที่สุดผู้นำชุมชนและชาวบ้านจึงมาช่วยกันขัดและลบเอาสีที่พนออก และขอให้เจ้าหน้าที่เข้าไปให้บริการเช่นเดิม แต่ขอเฉพาะเจ้าหน้าที่มุสลิม เพราะแม้จะรับรองความปลอดภัยในหมู่บ้านได้ แต่ก็ไม่สามารถรับรองความปลอดภัยให้เจ้าหน้าที่ไทยพุทธในระหว่างการเดินทางได้

หลังการเปิดให้บริการแล้ว แต่สถานีนามัยก็ยังปิดตัวบ่อยครั้งขึ้นจากสถานการณ์ที่ไม่สงบ ทำให้เจ้าหน้าที่แม้จะเป็นมุสลิม แต่ก็ไม่กล้าเข้าพื้นที่ อย่างไรก็ตามยังดีที่มีลูกจ้างที่เป็น อสม.4,500 บาท ทำให้สามารถให้ข้อมูลข่าวสารกับชาวบ้านได้ว่าวันนี้เจ้าหน้าที่เข้ามาไม่ได้ หรืออย่าหาสามัญประจำบ้านเบื้องต้น แก่ผู้ป่วยก่อนได้

ภาพเหตุข่มขู่สถานีอนามัยบาโงสะโต
อำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส



สถานการณ์ข่มขู่สถานีอนามัยเจ๊ะเก
อำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส



● **บทเรียนการยิงเจ้าหน้าที่อนามัยบนสถานีอนามัยประจัน อำเภอยะรัง**

ในวันที่ 8 ตุลาคม 2550 เวลา 12.45 น. กองกำลังผู้ก่อความไม่สงบ (RKK) ได้บุกขึ้นไปยังสถานีอนามัยประจัน ใช้อาวุธสงครามยิงเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่กำลังรับประทานอาหารกลางวัน โดยเจ้าหน้าที่ไทยพุทธ 2 คน คือ นางอัจฉลา สกนธวุฒิ หัวหน้าสถานีอนามัยและ นายเบญพัฒน์ แซ่ตัน นักวิชาการสาธารณสุข ได้ถูกยิงเสียชีวิต ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกคนหนึ่งเป็นมุสลิมถูกไล่ลงจากตัวอาคาร หลังจากยิงผู้ก่อเหตุได้รีอเอกสารมากองรวมกันเพื่อจุดไปเผาสถานีอนามัย แต่ปรากฏว่าชาวบ้านมาช่วยกันดับไว้ทันทั้งที่

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ต่อการก่อเหตุยิงเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบนสถานีอนามัยเป็นครั้งแรกนั้น เชื่อว่าเป็นการตอบโต้ต่อฝ่ายกำลังที่ปิดยุทธการปิดล้อม ตรวจค้น จับกุมในพื้นที่อำเภอยะรัง ส่งผลให้ฝ่ายผู้ก่อความไม่สงบจึงพยายามตอบโต้โดยเลือกเป้าหมายที่อ่อนแอที่สุด นั่นคือสถานีอนามัย และเลือกสถานีอนามัยที่มีเจ้าหน้าที่ไทยพุทธอยู่ เพื่อหวังสร้างความแตกแยกเสียความรู้สึกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย

หลังเหตุการณ์ สถานีอนามัยทั้ง 15 แห่งปิดบริการไป 1 วัน หลังจากนั้นทั้ง 14 สถานีอนามัยได้ให้บริการตามปกติ ยกเว้นสถานีอนามัยประจันที่ยังปิดบริการต่อเนื่อง ในปัจจุบันคือเดือนกันยายน 2550 สถานีอนามัยมีลวดหนามกระสอบทรายกั้นล้อมเสริมแนวรั้วอีกชั้น มีทหารประจำการที่ชั้นล่างของสถานีอนามัย ส่วนชั้นบนยังเป็นที่ทำการของสาธารณสุข โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากทุกสถานีอนามัยหมุนเวียนไปให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน อย่างไรก็ตามเนื่องจากมีทหารประจำอยู่ทำให้มีผู้รับบริการน้อยมาก ส่วนใหญ่ไปใช้บริการโรงพยาบาลยะรังแทนซึ่งอยู่ห่างไปไม่เกิน 10 กิโลเมตร

.....ขอสดุดี ไว้อาลัย ให้กับ.....

อัจฉลา สกนธวุฒิ และ เบญพัฒน์ แซ่ตัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำสถานีอนามัยประจัน อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี

เสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบ

ขณะปฏิบัติงานบนสถานีอนามัย เมื่อ 8 สิงหาคม 2550 เวลา 12.45 น.



เบญพัฒน์ แซ่ตัน
นักวิชาการสาธารณสุข 5



อัจฉลา สกนธวุฒิ
เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 7

วิเคราะห์ปรากฏการณ์เผา/ระเบิดสถานีอนามัย

จากการจัดเวทีเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียนจากสถานีอนามัยที่ประสบเหตุเผาหรือระเบิดสถานีอนามัย ในวันที่ 9-10 สิงหาคม 2550 ที่จังหวัดสงขลา โดยมีสถานีอนามัยที่ประสบเหตุเผา/ระเบิดเข้าร่วมการ สัมมนาถอดบทเรียนครบทั้ง 12 แห่ง คือ

- จังหวัดปัตตานี (5 แห่ง)
 - สอ.คอนรัก อ.หนองจิก - สอ.จราโก อ.สายบุรี
 - สอ.ป่านัน อ.มายอ - สอ.มะนังดาลำ อ.สายบุรี
 - สอ.โต๊ะเน อ.กะพ้อ
- จังหวัดยะลา (6 แห่ง)
 - สอ.บาเจาะ , บือซู , ทราญแก้ว , ตลิ่งชัน , ทำนบ อ.บันนังสตา
 - สอ.ฆอรรอราแม อ.ยะหา
- จังหวัดนราธิวาส (1 แห่ง)
 - สอ.บูเก็ดยือแร อ.รือเสาะ

มีการวิเคราะห์ภาพรวมและสรุปบทเรียนจากการสัมมนาที่สำคัญดังนี้

ความรุนแรงของเหตุการณ์

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับทั้ง 12 สถานีอนามัยนั้น การเผาสถานีอนามัยส่วนใหญ่จะถูกเผาจนเกิดความเสียหายมาก แต่เนื่องจากอาคารส่วนใหญ่ของสถานีอนามัยเป็นปูนแล้ว ความเสียหายส่วนใหญ่จึงเผา วนอยู่ภายในอาคาร โดยอาคารไม่ได้ทรุดตัวลง

ลักษณะการก่อเหตุและผลของการก่อเหตุของสถานีอนามัยทั้ง 12 แห่งได้แสดงดังตาราง

ผลลัพธ์จากการก่อเหตุที่สถานีอนามัย	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
เผาออก	7	58.4	จราโก , โต๊ะเน , ป่านัน , บูเก็ดยือแร , ทราญแก้ว , บือซู , ฆอรรอราแม
เผาไม่ออก	3	25.0	มะนังดาลำ (อดชั้น 2) ทำนบ (อดชั้นล่าง) ตลิ่งชัน (รื้อคั่นและเผา)
ระเบิด	1	8.3	คอนรัก
ทำลายข้าวของ	1	8.3	บาเจาะ (เผาบ้านพัก)

ตาราง 3. แสดงลักษณะการก่อเหตุและผลของการก่อเหตุของสถานีอนามัยทั้ง 12 แห่ง

สัดส่วนการนับถือศาสนาของเจ้าหน้าที่

เนื่องจากพื้นที่ทั้ง 12 แห่งตั้ง หน่วยบริการตั้งอยู่ในชุมชนมุสลิมล้วนเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยกระบวนการนักเรียนทุนที่ส่งคนในพื้นที่ไปเรียนต่อ ทำให้บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่เองที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งถือเป็นจุดแข็งที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ใน 12 สถานีอนามัยที่เกิดขึ้น มีเจ้าหน้าที่ที่นับถือศาสนาพุทธเพียง 3 คนเท่านั้น ดังแสดงในตาราง 4

ศาสนา ที่เจ้าหน้าที่นับถือ	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
มุสลิมล้วน	10	83.3	
พุทธล้วน	0	0	
มุสลิมและพุทธ	2	16.7	คอนรัก (1:2) ดลิ่งชัน (3:1)

ตาราง 4. การนับถือศาสนาของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทั้ง 12 แห่ง

การรักษาความปลอดภัยที่ สอ.

จากสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ ทำให้จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ยังพักอาศัยในบ้านพักของสถานีอนามัยมีน้อยมาก จาก 12 สถานีอนามัยที่เกิดขึ้น มีเพียงหัวหน้าสถานีอนามัยทรายแก้วเท่านั้นที่ยังพักอาศัยในบ้านพักของสถานีอนามัย ระบบการรักษาความปลอดภัยในสถานีอนามัยนั้นในช่วงกลางวันจะมีอสม.ที่จ้างมาจากเงินงบประมาณการจ้างงานในชุมชนของศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้ (สออบต.) ที่เรียกสั้นๆในพื้นที่ว่า “ ลูกจ้าง 4,500 ” สถานีอนามัยละ 2 คนช่วยทำงานและอยู่เป็นเพื่อนเจ้าหน้าที่บนสถานีอนามัย ส่วนใหญ่ลูกจ้างหรือ อสม.กลุ่มนี้มักเป็นผู้หญิง แต่อย่างไรก็ตามก็สามารถช่วยเฝ้าระวังแจ้งเตือนสัญญาณความผิดปกติได้ในระดับหนึ่ง

สำหรับในช่วงกลางคืนนั้น สถานีอนามัยในจังหวัดปัตตานีมีระบบที่วางไว้ในระดับจังหวัดให้มีชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) เป็นผู้ดูแลความปลอดภัยของสถานีอนามัยในพื้นที่ ส่วนจังหวัดอื่นๆไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ส่วน ชรบ.ในแต่ละหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานที่เข้มแข็งหรือไม่เพียงใด ขึ้นกับหลายบริบท แต่ ชรบ.ก็รักชีวิต มีเพียงปืนลูกซองยาว แต่ฝ่ายก่อความไม่สงบนั้น หากเป็นระดับนำใช้อาวุธสงครามเช่น M-16 หรือปืนอาแก เป็นอาวุธ การป้องกันไม่ให้ถูกเผาจึงไม่ง่ายเลย

ข้อมูลแจกแจงการรักษาความปลอดภัยใน 12 สถานีอนามัยได้แสดงดังตารางข้างล่างนี้

การดูแลความปลอดภัยใน สถานีอนามัย	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
มีขรป.เฝ้า	5	41.7	มีเฉพาะปิตตานี : มะนังดาลำ จราโก ปานัน โตะแน คอนรัก(เฝ้ารร.ด้วย)
เจ้าหน้าที่พัก ที่บ้านพักใน สอ.	1	8.3	ทรายแก้ว อ.บันนังสตา
มี อสม.ปฏิบัติงานในเวลา ราชการ	12	100	มี อสม.ลูกจ้าง 4,500 ทุกแห่ง

ตาราง 5. แสดงข้อมูลแจกแจงการรักษาความปลอดภัยใน 12 สถานีอนามัย

การเดินทางไปทำงานของเจ้าหน้าที่

จากการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ Violence-related Injury Surveillance (VIS) ภายใต้มือร่วมของกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยได้เริ่มจัดตั้งระบบและเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2550 เป็นต้นมา ข้อมูลครึ่งปีแรกของปี 2550 พบว่า สำหรับสถานที่ที่เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงนั้น พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งเกิดเหตุบนท้องถนน ส่วนที่เกิดเหตุในร้านค้า ตลาด หรือบ้านพักรวมกันประมาณ 1 ใน 6 ซึ่งสอดคล้องกับช่วงเวลาเกิดเหตุที่มักเกิดในช่วงที่ผู้คนเดินทางไปและกลับจากการทำงานในช่วงเช้าและช่วงเย็น

พบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ยังใช้รถจักรยานยนต์หรือรถประจำทางในการเดินทาง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่าการใช้รถยนต์ สำหรับการเดินทางอย่างไรให้ปลอดภัยนั้น เป็นเรื่องที่แต่ละคนในพื้นที่ต้องชั่งน้ำหนัก บางคนเดินทางไปกลับพร้อมครุที่มีทหารคุ้มกัน บางคนเลือกเดินทางด้วยตนเองแต่ไม่เป็นเวลาที่แน่นอน หรือเลือกเดินทางด้วยรถประจำทางเป็นต้น

จากการที่เจ้าหน้าที่ต้องเดินทางจากบ้านมาทำงาน โดยมีการปรับเปลี่ยนเวลาให้ไม่เป็นเวลาเดียวกัน ส่งผลให้การให้บริการที่สถานีอนามัยทำให้ผู้รับบริการต้องมารอหรือเห็นภาพว่าสถานีอนามัยเปิดช้า อสม.ในพื้นที่ ลูกจ้างของสถานีอนามัยที่เป็นคนพื้นที่ หรือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนใหม่ที่เปิดรับจากคนพื้นที่สามารถเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวได้เป็นอย่างดี

ข้อมูลแสดงการเดินทางของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากบ้านไปยังที่ทำงานในสถานีนามัยนั้น แสดง
ดังตาราง 6

พาหนะที่เจ้าหน้าที่ ใช้เดินทาง	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
รถจักรยานยนต์	5	38.5	มะนังดาลำ จราโก ปำนัน โตะแน บือชู
รถยนต์ส่วนตัว/ รถยนต์ราชการ	3/2 (รวมเป็น 5)	38.5	บูกิด ทำนบ ทราชแก้ว / บาเจาะ คอนรัก
รถประจำทาง	3	23.0	บือชู ทำนบ ตลิ่งชัน

ตาราง 6. แสดงข้อมูลแสดงการเดินทางของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากบ้านไปยังที่ทำงาน

การเปิดให้บริการหลังเหตุการณ์ ณ. เดือนสิงหาคม 2550

การจัดบริการหลังเกิดเหตุเผาหรือระเบิดสถานีนามัยทั้ง 12 แห่ง พบว่าสถานีนามัยที่ยังปิด
บริการมีเพียง 4 แห่งหรือ 1 ใน 3 เท่านั้น ซึ่ง 3 จาก 4 แห่งนี้ เป็นสถานีนามัยขนาดเล็กในตำบลที่มีสถานี
นามัยหลักของตำบลเปิดบริการควบคุมอยู่ด้วย จึงไม่มีปัญหาในการย้ายจุดรับบริการของประชาชน

ยกเว้นที่สถานีนามัยบูกิดจือแร ซึ่งอยู่ใกล้โรงพยาบาล แม้จะให้ชาวบ้านไปรับบริการได้ที่กลุ่ม
งานเวชปฏิบัติรอบครัวโรงพยาบาล แต่ด้วยระบบของโรงพยาบาลที่มีขั้นตอนมาก มีผู้รับบริการมาก การ
รอนานหรือบรรยากาการรับบริการที่มีความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านน้อยกว่าที่สถานีนามัย
ทำให้ชาวบ้านเองไม่สะดวกในการใช้บริการที่โรงพยาบาล ทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือเสาะมี
ความคิดที่จะเช่าอาคารพาณิชย์ในตลาดหรือในชุมชนเพื่อเปิดบริการในอนาคต ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่
ทะลุกรอบการล่าช้าของงบประมาณและไม่มีผู้รับเหมามาก่อสร้างและอำนวยความสะดวกให้ชาวบ้านมารับ
บริการได้เป็นอย่างดี

สำหรับสถานีนามัยที่เสียหายไม่มากก็เปิดให้บริการเต็มรูปแบบที่เดิม สถานีนามัยที่เสียหาย
บางส่วนก็เปิดบริการชั้นล่างบ้าง ชั้นบนบ้าง ยกเว้นที่สถานีนามัยทราชแก้ว อำเภอบันนังสตาที่ตัวสถานี
นามัยถูกเผาหมด เจ้าหน้าที่ได้ใช้บ้านพักหลังสถานีนามัยเปิดบริการแทน และสถานีนามัยปำนัน อำเภอ
มายอ ซึ่งเผาจนวอดเช่นกัน เจ้าหน้าที่ใช้ที่ทำการศูนย์ข้อมูลประจำตำบลจัดการชั่วคราว

ภาพรวมของการจัดบริการหลังเกิดเหตุได้แสดงดังตาราง 7

การจัดบริการ หลังเกิดเหตุการณ์	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ยังปิดบริการ	4	33.3	โต๊ะแน (ให้ใช้บริการที่ สอ.ตะโละคือรามัน) บุญเกิด (ให้ใช้บริการที่ รพ.เรือเสาะ) จราโก (ให้ใช้บริการที่ สองมะนั่งดาล่า) ฆอรอราแม (ให้ใช้บริการที่ สอ.ปะแต)
เปิดเต็มรูปแบบ	3	25.0	คอนรัก , ตลิ่งชัน , บาเจาะ
เปิดบริการบางส่วน	5	41.7	ทรายแก้ว(ใช้บ้านพัก) บือซู(ห้องพัสดุ) ทำนบ(ใช้ชั้น2) มะนั่งดาล่า(ใช้ชั้นล่าง) ปำนัน (ใช้ศูนย์เรียนรู้ชุมชน)

ตาราง 7. แสดงการจัดบริการหลังเกิดเหตุ

บริบทความรุนแรงต่อสถานที่ราชการอื่นๆ

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสถานที่ราชการอื่นๆ ในลักษณะการเผาหรือระเบิดจะสามารถสะท้อนความรุนแรงในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี หากมีเพียงสถานีอนามัยในพื้นที่เกิดเหตุ อาจสะท้อนถึงการไม่ยอมรับของประชาชนต่อการบริการสาธารณสุขที่ได้รับ แต่หากสถานที่ราชการอื่นๆ โดยเผาด้วย ย่อมบ่งบอกถึงบริบทความรุนแรงของการก่อการในพื้นที่ โอกาสที่สถานีอนามัยก็หนีไม่พ้นในการตกเป็นเป้าหมายก็มีมากเช่นกัน

บริบทความรุนแรงต่อสถานที่ราชการอื่นๆ ในพื้นที่ได้แสดงดังตาราง

เหตุการณ์	จำนวนพื้นที่ ที่เกิดเหตุ	ร้อยละของจำนวน สถานที่ที่เกิดเหตุใน 12 พื้นที่ศึกษา	หมายเหตุ
โรงเรียนถูกเผามาแล้ว	11/12	91.7	พื้นที่ สอ.โต๊ะแน โรงเรียนที่มี 1 แห่งยังไม่ถูกเผา
อบต.ถูกเผามาแล้ว	3/9	33.3	เสียหายเล็กน้อย:ตาเนาะปูเต๊ะ,มะนั่งดาล่า เผาอด : บาเจาะ
ศูนย์เด็กเล็กถูกเผามาแล้ว	2/12	16.7	โต๊ะแน , ฆอรอราแม

ตาราง 8. แสดงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับสถานที่ราชการอื่นๆ ในพื้นที่

จำนวนครั้งการก่อเหตุกับ สอ.นั้นๆ

จำนวนการเกิดเหตุที่เกิดขึ้นกับสถานือนามัยนั้นๆ เป็นประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจที่สามารถแสดงถึงภัยคุกคามต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ว่ามีความปลอดภัยเพียงใด โดยจากการรวบรวมข้อมูลพบว่าใน 12 สถานือนามัย มีเพียงสถานือนามัยบ้านบูเก๊ะจือแรที่มีเหตุการณ์การก่อเหตุโดยตรงกับสถานือนามัยเป็นครั้งที่ 2 (ไม่นับกรณีการลักขโมยในยามวิกาล เนื่องจากยากที่จะพิสูจน์ว่าเกิดจากกลุ่มผู้ก่อความไม่สงบหรือไม่) เพราะหากเกิดเหตุซ้ำๆ แสดงว่า การทำงานในพื้นที่ย่อมมีความเสี่ยงสูงมากกว่าการเกิดเหตุเพียงครั้งเดียว

ข้อมูลจำนวนครั้งที่ประสบเหตุการณ์ก่อความไม่สงบได้แสดงดังตาราง

การเกิดเหตุการณ์กับ สถานือนามัยนั้น	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ครั้งแรก	11		-
สองครั้ง	1		บูเก๊ะจือแร (รค.49เพาบ้านพัก,21มีค.50 เพา สถานือนามัย)

ตาราง 9 แสดงจำนวนครั้งที่ประสบเหตุการณ์ก่อความไม่สงบได้

นวัตกรรมเด่นด้านการปรับระบบการทำงานเพื่อความปลอดภัยของสถานือนามัย

1. ระบบการจัดการข้อมูลเพื่อลดผลกระทบการเฝ้าสถานือนามัย บทเรียนจากบันนังสตา

สำหรับสถานือนามัยต่างๆที่บันนังสตา มีการ Back up ข้อมูลของแต่ละสถานือนามัย เพื่อป้องกันข้อมูลถูกทำลายจากการเฝ้าหรือขโมยเครื่องคอมพิวเตอร์มาตั้งแต่เดือน มกราคม 2550 เป็นต้นมา โดยทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้กำหนดแนวปฏิบัติในการจัดการข้อมูลบริการด้วยโปรแกรม HCIS และข้อมูลการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ โดยทุกสถานือนามัยจะมี notebook และทำการเก็บข้อมูลไว้ใน notebook เมื่อเลิกปฏิบัติงานก็ให้พาลับบ้าน และขณะนี้กำลังหางบประมาณจัดหา External hard drive เพื่อ Back up ข้อมูล ซึ่งกรณีที่สถานือนามัยถูกเฝ้าในวันที่ 4 เมษายน ทำให้ข้อมูลเสียหายไม่มาก

นอกจากนี้ยังได้กำหนดแนวปฏิบัติให้ทุกสถานือนามัยส่งข้อมูลมา backup ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกเดือน อีกทั้งมีการวางระบบการป้องกันกรณีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอถูกเฝ้าด้วย โดย

ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะใช้ harddisk แบบพกพาถ่ายข้อมูลที่ได้รับจากสถานีนามัยพกกลับบ้านทุกครั้ง ดังนั้นหากข้อมูลเสียหายก็เสียหายในลักษณะที่ไม่เกิน 1 เดือนเท่านั้น

2. ระบบการสื่อสารระหว่างสถานีนามัยในพื้นที่ บทเรียนจากระยะ

การทำงานของสำนักงานสาธารณสุขระยะแอ มีการพัฒนา website www.sasuk-rangae.org มาใช้ในการสื่อสารระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับสถานีนามัย โดยสถานีนามัยทุกแห่งจะมี internet IPSTAR ใช้ในการติดต่อ เพื่อการสื่อสารข้อมูลจากตัวอำเภอสู่สถานีนามัยในตำบล และเพื่อการส่งรายงานจากสถานีนามัยสู่ตัวอำเภอได้อย่างทันเวลา ลดการเดินทางระหว่างสถานีนามัย และสามารถควบคุมกำกับการส่งรายงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ จะขึ้นอักษรตัวแดงเพื่อแจ้งเตือนให้กับพื้นที่ทราบและถอนกำลังออกจากสถานีนามัยได้ทันที

3. พัฒนาศักยภาพ อสม.สู่การดูแลสุขภาพประชาชน บทเรียนจากทุกพื้นที่

โดยภาพรวมในขณะนี้ที่สถานการณ์ความไม่สงบมีมาอย่างต่อเนื่องกว่า 4 ปี องค์กรภาคประชาชนองค์กรเดียวที่ยังมีตัวตนจริงในชุมชนก็มีแต่เพียง อสม.เท่านั้นที่ยังทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง อสม.วันนี้คือความหวังที่ยิ่งใหญ่ในการทำงานในชุมชน ทั้งการติดตามผู้ป่วย การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง การรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดมากมายของกระทรวง รวมทั้งการรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วย สถานีนามัยในพื้นที่ทุกแห่งจึงเน้นการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการปฏิบัติงานแทนเจ้าหน้าที่

อย่างไรก็ตาม ด้วยความรุนแรงที่ไม่รู้ใครเป็นใครในพื้นที่ การทำงานกับภาคสาธารณสุขกับทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. นั้น ก็มีปัญหามาอุปสรรคจากสถานการณ์เช่นกัน อสม.สามารถช่วยเจ้าหน้าที่ทำงานได้ลดลง เนื่องจากการขาดการมาประชุม อสม. โดยสม่ำเสมอ เพราะไม่กล้าออกมาประชุมเนื่องจากกลัวว่าจะเป็นการทำงานให้ทางราชการ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภัยกับตัว อสม. คนนั้นได้ สำหรับความตั้งใจของ อสม.นั้นยังเต็มร้อย แต่ก็มีเหมือนกันที่กลุ่มแนวร่วมมาคุยห้ามปรามไม่ให้ อสม.ทำงาน

ดังนั้น ในบางพื้นที่การจัดการประชุมพูดคุยกับ อสม.จึงไม่สามารถจัดการแบบเอกรีกแบบเดิมๆ ได้ ต้องชวนมาเป็นกลุ่มเล็ก ซึ่งทางอสม.จะออกมาพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในลักษณะที่เสมือนมารับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานีนามัย หรือในบางพื้นที่เมื่อมีการเชิญประชุม อสม. อสม.จะไม่เข้าร่วมเดอไรซ์ค์ต่างคนต่างมาเหมือนเช่นเดิม แต่จะนัดหมายมาพร้อมกันเป็นกันรลกระบะ เพื่อความอุ่นใจ

สำหรับการทำงานในชุมชนที่ต้องมีการสอบถามชื่อหรือการจัดทำทะเบียนต่างๆเช่น การจดชื่อนามสกุลของประชาชนที่มีรับบริการหรือจดหมายเลขบัตรประชาชน จะไม่ได้รับความร่วมมือ เนื่องจากประชาชนหวาดกลัวว่าจะมีการนำข้อมูลไปใช้ในเรื่องอื่น

สำหรับเจ้าหน้าที่ของสถานีนามัยต้องปรับตัวด้วยการมาทำงานสายหรือทำงานไม่เป็นเวลา บางครั้งต้องกลับกับครู ซึ่งมีทหารไปปรับครูเพื่อที่จะกลับบ้านเวลา 14.30 น. ทำให้ปัญหาการมารับบริการที่

สถานีนอนามัยมีความขัดข้องมาก ทาง อสม.จึงเป็นเสมือนผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ที่ดีที่สุด ที่คอยชี้แจง จำยาสามัญประจำบ้าน หรือช่วยอธิบายในเรื่องการรับบริการในเวลาที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานการณ์ไม่สงบ

จากการสัมภาษณ์และการลงพื้นที่เยี่ยมชมการทำงานของสถานีนอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนในหลายโอกาส พบว่ามียุทธศาสตร์เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานการณ์ไม่สงบ ที่สำคัญดังนี้

1. การปรับระบบความปลอดภัยในสถานีนอนามัยจาก soft target ไปเป็น hard target

การปรับระบบความปลอดภัยในสถานบริการจากการเป่าที่ง่าย (soft target) ให้เป็นเป้าหมายที่ยากขึ้น (hard target) นั้น มีกลยุทธ์หลักๆอยู่ 2 กลยุทธ์คือ

● **การปรับเชิงโครงสร้าง**

การวางโครงสร้างความปลอดภัยเช่นรั้วรอบขอบชิด กล้องวงจรปิด แสงสว่างที่เพียงพอในยามค่ำคืน การจัดระเบียบที่จอดรถให้ห่างจากตัวอาคาร หรือการเดินทางโดยรถยนต์หรือรถกระบะแทนรถจักรยานยนต์เป็นต้น แม้ว่าการมีอุปกรณ์เหล่านี้ครบถ้วนย่อมดีกว่าการไม่มีอุปกรณ์เหล่านี้ แต่ก็ต้องใช้งบประมาณในการปรับปรุงสูง อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่มักมีข้อสรุปที่ตรงกันว่า “ หากตกเป็นเป้าหมายของฝ่ายก่อความไม่สงบแล้ว ก็ยากที่จะป้องกันได้ ”

สืบเนื่องจากเจ้าหน้าที่ของสถานีนอนามัยประจันถูกยิงเสียชีวิตบนสถานีนอนามัย จึงได้มีการวิเคราะห์และเสนอให้สร้างเครื่องมือเพื่อขอความช่วยเหลือในกรณีที่เกิดสัปดาห์จะมีภัยมาถึงตัว โดยการติดตั้งกริ่งสัญญาณบนสถานีนอนามัย และหันลำโพงเสียงไปทางชุมชน ซึ่งใช้งบประมาณประมาณ 6,000 บาท เมื่อมีคนแปลกหน้าที่มีท่าทางมีพิรุณเข้ามา ให้กดสัญญาณเสียง เชื่อว่าด้วยเสียงขอความช่วยเหลือที่ดังรวมกับการปิดประตูและหลบหลีกให้ไกลที่สุด จะทำให้กลุ่มผู้ก่อความไม่สงบตัดสินใจไม่เสี่ยงล่าถอยไป

● **การปรับเชิงระบบ** ซึ่งเป็นการป้องกันเหตุที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะระบบการสื่อสารอันได้แก่

- การหาข่าวเพื่อจะได้ทราบเหตุล่วงหน้าว่ามีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นในเขตอำเภอบ้าง โดย นพ.ราชาลิปัตยะบุตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามัน แนะนำว่า ทุกสถานบริการในพื้นที่เสี่ยงจะต้องรู้ทุกเหตุการณ์ที่ทางตำรวจหรือหน่วยกำลังรู้ โดยการจูนคลื่นเพื่อฟังคลื่นวิทยุของตำรวจอยู่เป็นประจำ ดังนั้นอย่างน้อยควรมีวิทยุที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 เครื่องที่เปิดคลื่นของทางตำรวจไว้ตลอดเวลา เพื่อจะแจ้งเหตุให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนในสถานีนอนามัยได้ทราบทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในอำเภอและอำเภอใกล้เคียง และจะทำให้สามารถวางแผนการเตรียมรับ

สถานการณ์ หรือรู้สภาวะการณ์ในช่วงเวลานั้นได้ดีขึ้น เช่น การเปลี่ยนเส้นทางเดินทางกลับเพราะทราบข่าวว่ามีการวางระเบิดหรือตัดต้นไม้ระหว่างเส้นทางเป็นต้น

- **การจัดระบบวิทยุสื่อสาร** ทุกสถานีนามัยต้องมีการติดตั้งวิทยุสื่อสารให้สามารถติดต่อแจ้งข่าวถึงกันได้ และมีการกำหนดวิธีปฏิบัติให้มีการเช็กคลื่นวิทยุสื่อสารให้ตรงกันเพื่อการใช้งานทุกวัน เพราะบ่อยครั้งที่ระบบโทรศัพท์ถูกตัดในขณะมีสถานการณ์

หลักการที่สำคัญของการวางระบบความปลอดภัยนั้น เพื่อการป้องกันแม้จะไม่ได้ผลทั้งหมด แต่ก็เพื่อให้เราในฐานะหน่วยบริการในยามสงครามเป็น hard target หรือเป้าหมายที่ยาก อันจะช่วยให้โอกาสในการเกิดเหตุในสถานีนามัยให้น้อยที่สุด

2. การสร้างภูมิคุ้มกันให้กับสถานีนามัย โดยมีชุมชนเป็นเกราะกำบัง

ทุนเดิมที่สถานีนามัยเป็นที่พึ่งของชุมชนมาช้านาน ทำให้เป็นภูมิคุ้มกันที่สำคัญยิ่งของเจ้าหน้าที่อนามัยให้สามารถทำงานในพื้นที่สีแดงได้ อย่างไรก็ตามทุกคนโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ใหม่ก็ยังคงต้องช่วยกันรักษาและเพิ่มพูนทุนทางสังคมของความเชื่อถือศรัทธาต่อการทำงานดูแลทุกข์สุขด้านสุขภาพต่อชาวบ้านให้เพิ่มมากขึ้น

- การสร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนให้มีจิตบริการ (service mind) ที่เต็มใจให้บริการดูแลญาติมิตร ทุกจุดบริการต้องให้บริการอย่างมีคุณภาพมาตรฐานด้วยรอยยิ้ม ทุกคนต้องช่วยกันสร้างศรัทธาให้กับชุมชน
- การจัดบริการให้สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของชุมชนมุสลิม ซึ่งส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยได้ให้ความสำคัญในการปรับระบบบริการในลักษณะนี้มาก่อนที่จะมีสถานการณ์แล้ว เช่น การดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก โดยทำงานร่วมกับผดุงครรภ์โบราณ(โตะบีตัน)

ความศรัทธาของชุมชนต่อการทำงานของสถานีนามัย เป็นภูมิคุ้มกันของสถานีนามัยที่สำคัญที่สุด เป็นเสมือน “ รั้วที่มีชีวิต ” คือ ชาวบ้านทุกคน ที่คอยดูแลซึ่งกันและกัน พร้อมกับบอกข่าวต่าง ๆ ให้ได้ทราบ ซึ่งจะทำให้อุ่นใจพอสมควรเกี่ยวกับการทำงานในชุมชนในท่ามกลางสถานการณ์ไฟใต้เช่นนี้

3. การวางตัวเป็นกลางของสถานีนามัย

จากการเปิดยุทธการเชิงรุกด้านการทหารของหน่วยงานด้านความมั่นคง ภายใต้การกำกับของกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในภาค 4 (กอ.รมน.ภาค 4) และกองบัญชาการผสมพลเรือน ตำรวจ ทหาร (พตท.) โดยมองมิติความมั่นคงเป็นมิติหลัก กำลังมีส่วนบั่นทอน "จุดแข็ง" ของบุคลากรทางการแพทย์ลง โดยเฉพาะหลักการเรื่อง "ความเป็นกลางของสาธารณสุข" ซึ่งอาจส่งผลให้ "คนสาธารณสุข" ตกเป็นเป้าของความรุนแรงอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อนได้ในอนาคต

กรณีศึกษาที่ชัดเจนที่กระทบต่อความเป็นกลางของสาธารณสุข ได้แก่รูปแบบตัวอย่าง 3 ประการ เช่น

กรณีทหารมักเข้าไปตั้งค่ายในสถานือนามัย เนื่องจากมีความพร้อมในเรื่องน้ำ-ไฟ ซึ่งที่ผ่านมานักหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ก็พยายามคัดค้านมาตลอด แต่ทหารบางหน่วยจะใช้วิธีเข้าไปตั้งแคมป์ช่วงเย็นวันศุกร์ซึ่งเจ้าหน้าที่กลับบ้าน พอถึงเช้าวันจันทร์ เมื่อเจ้าหน้าที่กลับมา ก็ไม่สามารถห้ามปรามอะไรได้แล้ว ทั้งนี้ กรณีดังกล่าวเมื่อทหารถอนกำลังออกไปก็มีความเสี่ยงที่สถานือนามัยจะถูกเผา เช่น

ที่สถานือนามัยจระโก ในอำเภอสาขบุรี จังหวัดปัตตานี

เมื่อทหารหรือชุด.มาตั้งค่ายในสถานือนามัย การพูดคุยกันกับเจ้าหน้าที่อนามัยก็เป็นเรื่องปกติ ซึ่งแม้จะเป็นการหักทลายกันธรรมดา แต่หากว่ามีคนในหมู่บ้านถูกจับหลังการคุยกันกับหน่วยทหาร ภาพที่ออกมาทำให้ชาวบ้านเข้าใจว่าเจ้าหน้าที่อนามัยแอบให้ข้อมูลกับทหารได้

กรณีเจ้าหน้าที่ฝ่ายความมั่นคงมาขอข้อมูลประชากรในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลและสถานือนามัย เพราะสถานพยาบาลทุกแห่งจะมี “แผนที่เดินดิน” ในพื้นที่รับผิดชอบของตน ไม่ว่าจะเป็นระดับตำบล อำเภอ หรือจังหวัด มีเลขที่บ้าน สถานที่ตั้ง และประวัติของบุคคลในบ้านทุกคน กรณีนี้หน่วยสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความอดัดใจในแนวทางปฏิบัติ ซึ่งต้องใช้ศิลปะในการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายความมั่นคงให้เข้าใจในเหตุผลของแต่ละฝ่าย

กรณีเจ้าหน้าที่รัฐปะทะกับกลุ่มก่อความไม่สงบ และฝ่ายคนร้ายถูกยิงได้รับบาดเจ็บ ก็เข้ามารักษาตัวที่อนามัย แต่เจ้าหน้าที่รัฐพยายามจะให้เจ้าหน้าที่อนามัย หรือแพทย์ พยาบาล แจ้งความกับตำรวจ ทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขตกอยู่ในสถานะไม่ปลอดภัย เช่นเหตุการณ์จริงที่มีแนวร่วมก่อความไม่สงบถูกยิงที่ข้อเท้า กระสุนฝังใน จึงเข้ามารักษาที่สถานือนามัย แต่เจ้าหน้าที่เห็นว่าอาการหนัก ก็แนะนำว่าจะส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ ผู้บาดเจ็บก็ถามทันทีว่า ถ้าส่งตัวไปจะถูกจับหรือไม่ เจ้าหน้าที่อนามัยตอบว่าหมอกองไม่แจ้งตำรวจ แต่ทว่าเมื่อส่งตัวไปจริงๆ ผู้บาดเจ็บรายนี้ก็กลับถูกตำรวจจับกุมหลังทำแผลเสร็จที่หน้าห้องยาวันรุ่งขึ้นญาติของเขาจึงบุกไปที่สถานือนามัย และข่มขู่ว่า ถ้าช่วยให้ผู้บาดเจ็บออกมาจากคุกไม่ได้ จะต้องตาย

ความเป็นกลาง เส้นบางๆที่หลายฝ่ายยังไม่เข้าใจ นี่คือการยากลำบากของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์การสาธารณสุขในพื้นที่สีแดงว่าจะอยู่ในพื้นที่อย่างไรให้ปลอดภัยและทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้มากที่สุด เพราะแม้หลายครั้งจะพยายามรักษาความเป็นกลางอย่างเต็มที่ แต่กลับถูกตีความจากหน่วยงานรัฐด้วยพื้นฐานความคิดที่แตกต่าง เหล่านี้คือความเจ็บปวดของบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกิดจากความเข้าใจคลาดเคลื่อนของผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน

การทำความเข้าใจในทุกระดับ ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการน่าจะเป็นหนทางที่ดีที่สุดที่จะทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถทำงานได้ในพื้นที่อย่างปลอดภัยขึ้นกว่าเดิม ลดเงื่อนไขการนำสาธารณสุขมาเป็นเป้าลงไปที่ซ้ำที่สุดและน้อยที่สุด ความเป็นกลาง จึงยังเป็นเส้นบางๆที่ต้องมีการทำความเข้าใจกับทุกฝ่ายอย่างเร่งด่วน

2. การบริการในภาวะฉุกเฉินและระบบส่งต่อ

กรณีศึกษาไม่ว่าจะเป็น กรณีตากใบ กรณีกรือเซะ และเหตุการณ์ยิ่งรายวัน รวมถึงการวางระเบิดที่มีแนวโน้มต่อการบาดเจ็บและชีวิตมากขึ้นตามลำดับ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขตระหนักถึงการเตรียมความพร้อมทั้งในส่วนการบริการในภาวะฉุกเฉิน(Emergency Medical Service) ควบคู่กับระบบบริการที่มีความปลอดภัย (Safety Medical Service) ในปี 2548 กองอำนวยการเสริมสร้างสันติสุข จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้สนับสนุนงบประมาณใน โครงการพัฒนาขีดความสามารถในการบริการช่วยชีวิตกรณีฉุกเฉิน เพื่อพัฒนาศักยภาพงานบริการด้านการวินิจฉัย รักษาพยาบาล และการช่วยชีวิตกรณีฉุกเฉิน สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สำหรับจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ประเภทครุภัณฑ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุข ประมาณ 19 ล้านบาท

ในปี 2549 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ได้รับการสนับสนุนรพพยาบาลฉุกเฉิน จากกระทรวงสาธารณสุขในขณะเดียวกันมีการเตรียมการในเรื่องศูนย์ประสานระบบส่งต่อระดับเขต ระดับจังหวัด ในโครงการพัฒนาระบบส่งต่อเขต 18 และ 19 ซึ่งเป็น โครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ3.2 ล้านบาทพิเศษ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนส่ง ระหว่างส่ง และหลังส่งต่อ เกิดเครือข่ายของระบบส่งต่อมีเครือข่ายของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สามารถให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยศูนย์ประสานงานส่งต่อระดับเขตจัดตั้งที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา ดำเนินงานเต็มรูปแบบตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549

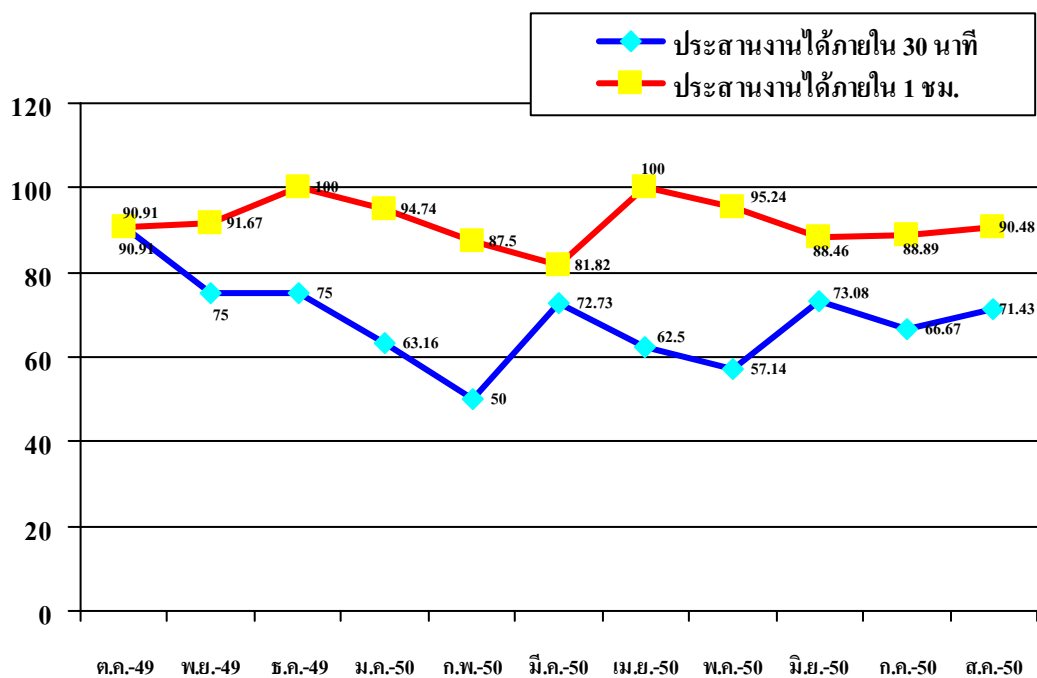
ผลการดำเนินงาน

จากการที่มีศูนย์ประสานงานระบบส่งต่อ เขต 18,19 นั้น ผลการตรวจสอบความพร้อมของสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยรับส่งต่อ ในระหว่างเดือนตุลาคม 2549 – เดือนสิงหาคม 2550 พบว่าสามารถประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยได้ภายใน 1 ชั่วโมงเป็นจำนวน 153 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.62 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รายงาน โดยภาพรวมสามารถประสานงานภายใน 1 ชม.เกินร้อยละ 90 แม้บางช่วงที่พบว่าลดลงบ้างแต่มีค่าต่ำสุดที่ 81.82 เท่านั้น ซึ่งก็ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 **

เมื่อพิจารณาการประสานงานส่งต่อภายในระยะเวลา 30 นาที พบว่าสามารถประสานงานส่งต่อผู้ป่วยได้เป็นจำนวน 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.26 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รายงาน ภาพรวมส่วนใหญ่มีค่าเกินร้อยละ 60 และมีค่าต่ำสุดในเดือนกุมภาพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด ดังตาราง 10

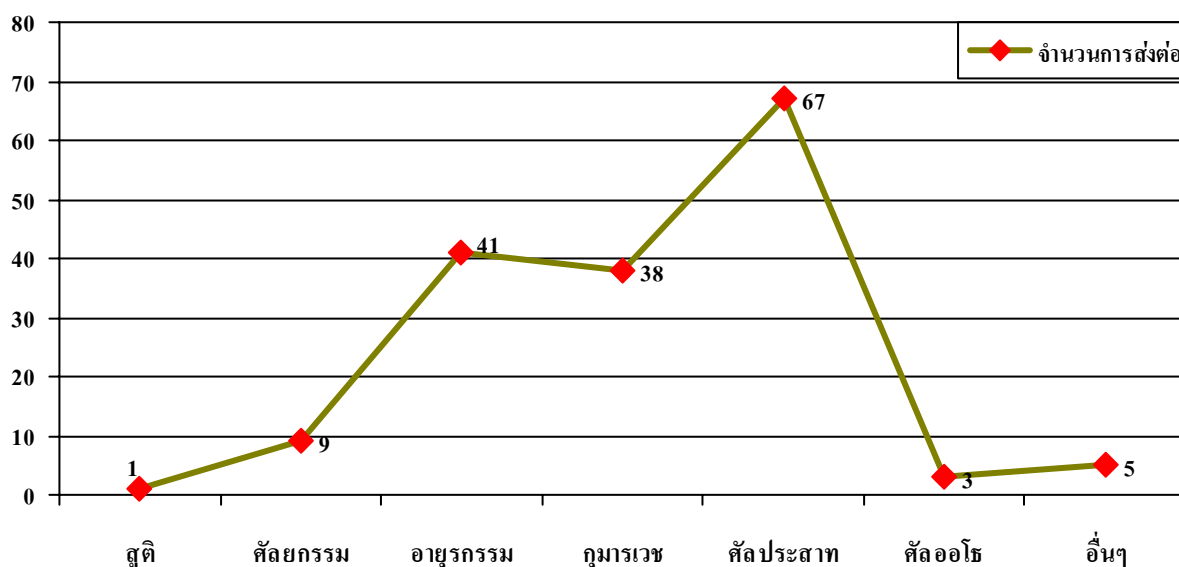
ตาราง 10. แสดงการดำเนินการประสานการส่งต่อของศูนย์ประสานระบบส่งต่อ

เดือน	จำนวนผู้ป่วยที่ รับการ ประสาน (ราย)	ระยะเวลาการประสาน การส่งต่อ			
		$\leq$ 1 ชั่วโมง (ราย)	คิดเป็น (ร้อยละ)	$\leq$ 30 นาที (ราย)	คิดเป็น (ร้อยละ)
ตุลาคม 2549	11	10	90.91	10	90.91
พฤศจิกายน 2549	12	11	91.67	9	75.00
ธันวาคม 2549	4	4	100	3	75.00
มกราคม 2550	19	18	94.74	12	63.16
กุมภาพันธ์ 2550	8	7	87.50	4	50.00
มีนาคม 2550	11	9	81.82	8	72.73
เมษายน 2550	16	16	100	10	62.50
พฤษภาคม 2550	21	20	95.24	12	57.14
มิถุนายน 2550	26	23	88.46	19	73.08
กรกฎาคม 2550	18	16	88.89	12	66.67
สิงหาคม 2550	21	19	90.48	15	71.43



แผนภูมิที่ 1 แสดงการดำเนินการประสานการส่งต่อของศูนย์ประสานระบบส่งต่อ(ต.ค. 49- ส.ค.50)

จำนวนครั้งของการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยมายังสาขาต่าง ๆ พบว่าสาขาที่มีการประสานงานมากที่สุดได้แก่ สาขาศัลยกรรม-ประสาท คิดเป็น 67 ครั้ง รองลงมาเป็นอายุรกรรม 41 ครั้งและกุมารเวชศาสตร์เป็นจำนวน 38 ครั้ง ตามลำดับ มีผู้ป่วยส่งต่อที่สาขาต่าง ๆ ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยมายังสาขาต่าง ๆ

พิจารณาจำนวนครั้งของการส่งต่อจำแนกตามสาเหตุ พบว่าสาเหตุอันดับแรก ได้แก่ ปัญหาไม่มีแพทย์หรือครบ refer จำนวน 60 ครั้ง ตามด้วยปัญหาไม่มีเตียง และ ไม่มี respirator เท่ากับ 21 และ 19 ตามลำดับ แต่ยังมีปัญหาอื่น ๆ ที่น่าสนใจ คือ กรณีที่แพทย์ติดผ่าตัด และ กรณีที่ติดต่อแพทย์ไม่ได้ มีถึง 8 ครั้งและ 7 ครั้งตามลำดับ

ตาราง 11. แสดงจำนวนสาเหตุการส่งต่อ

เขตพื้นที่	ไม่มีแพทย์/จ รับ refer	ไม่มี respirator	ไม่มี pipe line	ไม่มี เตียง	ติดต่อแพทย์ ไม่ได้	แพทย์ติด ผ่าตัด/ติดธุระ	อื่นๆ
เขต 18	5	10	0	7			12
เขต 19	53	9	6	14	7	7	28
นอกเขต	2					1	4
รวม	60	19	6	21	7	8	44

นอกจากนี้ ศูนย์ประสานงานระบบส่งต่อ ได้จัดตั้งเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยดำเนินการจัดทำทำเนียบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไว้สำหรับประสานการส่งต่อแก่ ทุกโรงพยาบาล ในเครือข่ายเขต 18,19 ตลอดจนมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องเช่น จัดประชุมพยาบาลประจำศูนย์ระบบส่งต่อ ในเครือข่ายเขต 18,19 จัด reference conference case ในประเด็นสำคัญ เป็นระยะ และจัดประชุมเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเกิดอุบัติเหตุและการเคลื่อนย้ายลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศใน 14 จังหวัดภาคใต้ เป็นต้น

คณะผู้ศึกษายังได้วิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นของคุณภาพการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ และระหว่างนำส่งผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความไม่สงบ ซึ่งได้จากข้อมูล VIS (Violence-related Injury Surveillance) โดยมีภาพรวมการวิเคราะห์ระหว่างเดือน มกราคม - สิงหาคม 2550 พบว่ามีการรายงานจากโรงพยาบาลในเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violence-related Injury Surveillance - VIS) จำนวน 47 แห่ง ว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีสาเหตุจากความไม่สงบ 1,659 ราย คิดเป็นอัตราการบาดเจ็บ 4.8 ต่อแสนประชากรต่อเดือน มีจำนวนผู้เสียชีวิต 370 ราย คิดเป็นอัตราตาย 1.1 ต่อแสนประชากรต่อเดือน และมีอัตราป่วยตาย (case fatality rate-CFR) ร้อยละ 22.3 ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12. จำนวนผู้บาดเจ็บเสียชีวิต (/เดือน) อัตราป่วยตาย (%) จำแนกจังหวัด เดือนมกราคม-สิงหาคม

จังหวัด	บาดเจ็บ	อัตรบาดเจ็บ	เสียชีวิต	อัตราตาย	อัตราป่วยตาย
สงขลา	120	0.8	36	0.2	30
สตูล	0	0	0	0	0
ปัตตานี	418	6.8	93	1.5	22.2
ยะลา	498	11	90	2	18.1
นราธิวาส	614	8.9	149	2.1	24.3
ไม่ระบุ	9	NA	2	NA	22.2
รวมทั้งหมด	1,659	4.8	370	1.1	22.3

การรักษาพยาบาล

รูปแบบการไปโรงพยาบาล

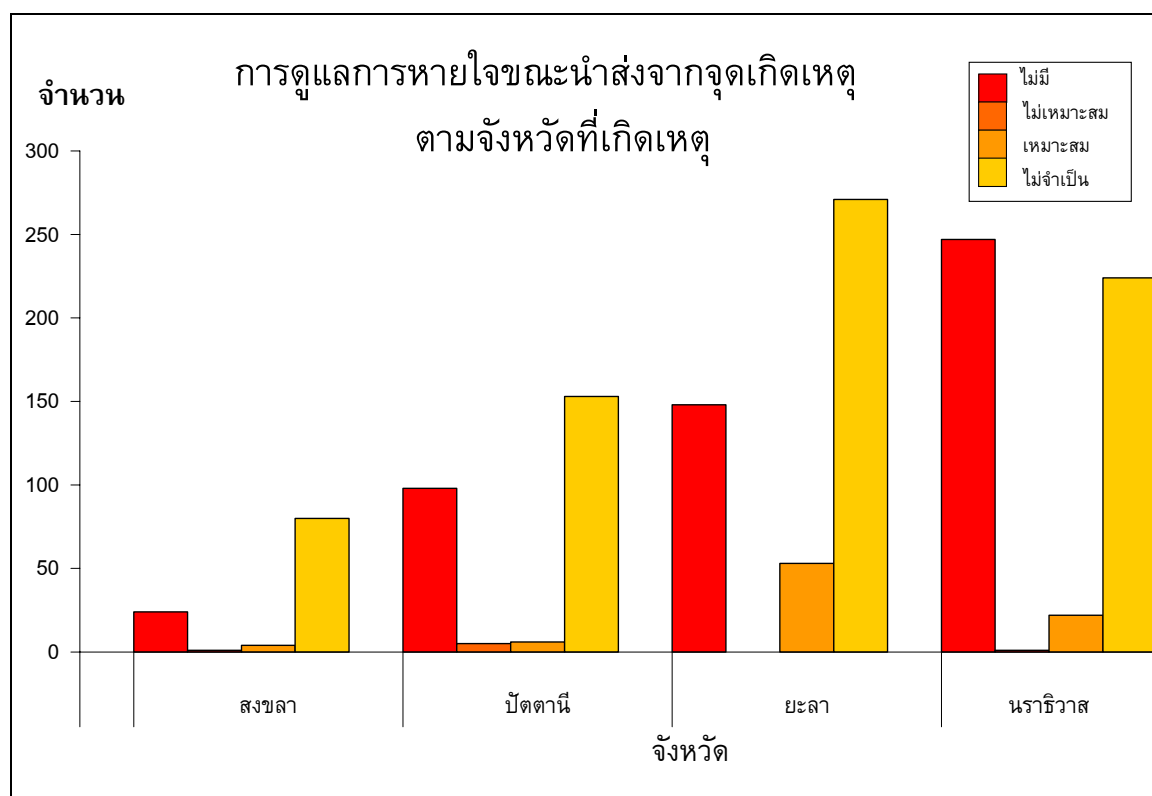
ในผู้บาดเจ็บจำนวน 1,659 ราย มีผู้เสียชีวิตในที่เกิดเหตุจำนวน 232 ราย มาโรงพยาบาลเอง 326 ราย หน่วย EMS นำส่ง 117 ราย อื่นๆ 836 ราย และไม่ระบุ 148 ราย โดยโรงพยาบาลที่รับผู้บาดเจ็บมีการประเมินคุณภาพจากจุดเกิดเหตุในด้านต่างๆ โดยมีผลการประเมินคุณภาพโดยผู้นำส่งทุกประเภทดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13. ผลการประเมินคุณภาพจากจุดเกิดเหตุ เดือนมกราคม-สิงหาคม

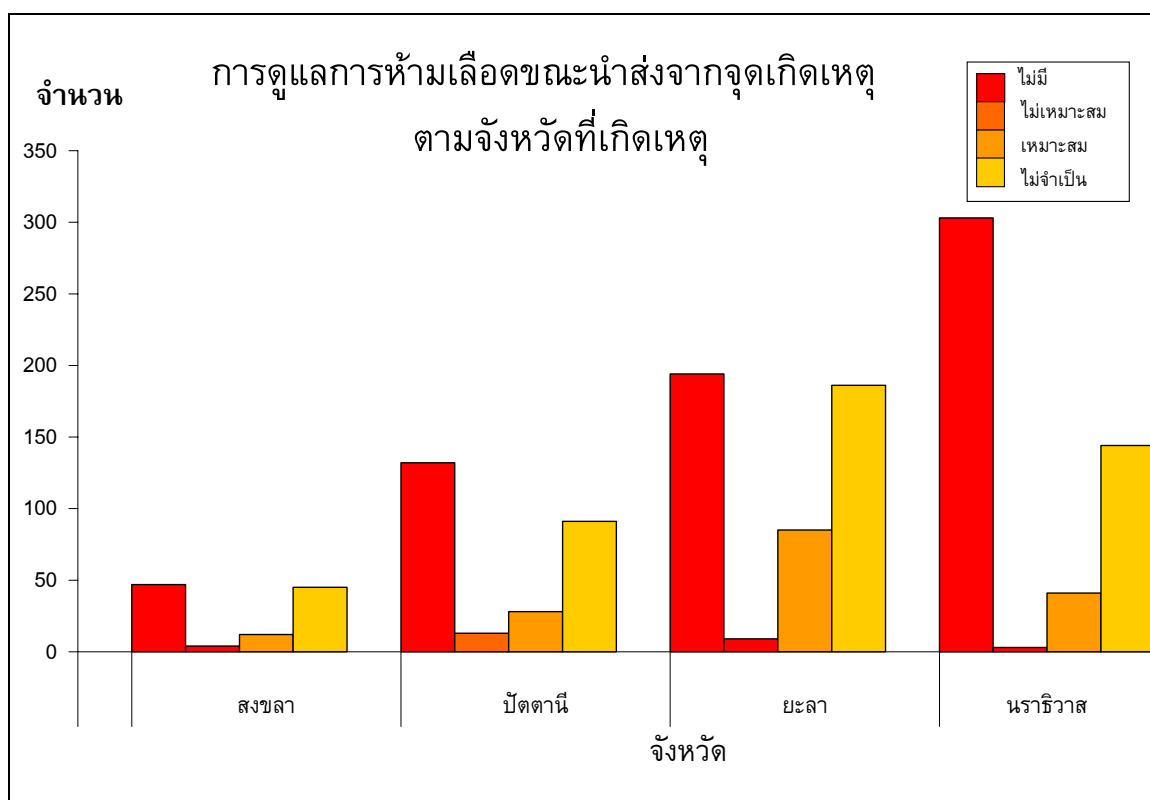
การดูแลขณะนำส่ง	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		ไม่มี	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
การหายใจ	85	13.9	7	1.1	519	84.9
การห้ามเลือด	167	19	29	3.3	681	77.3
C-Spine Collar	26	5.7	-	-	430	94.3
Splint / Slab	57	9.5	6	1	536	89.5
IV fluid	88	12.7	5	0.7	599	86.6

ผลการประเมินคุณภาพการดูแลขณะนำส่งจากจุดเกิดเหตุในแต่ละด้าน พบว่าโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสม และไม่มีการดูแลมากกว่า 80 % โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ C-Spine Collar มีอัตราคุณภาพที่ยอมรับได้เพียง 5.7 %

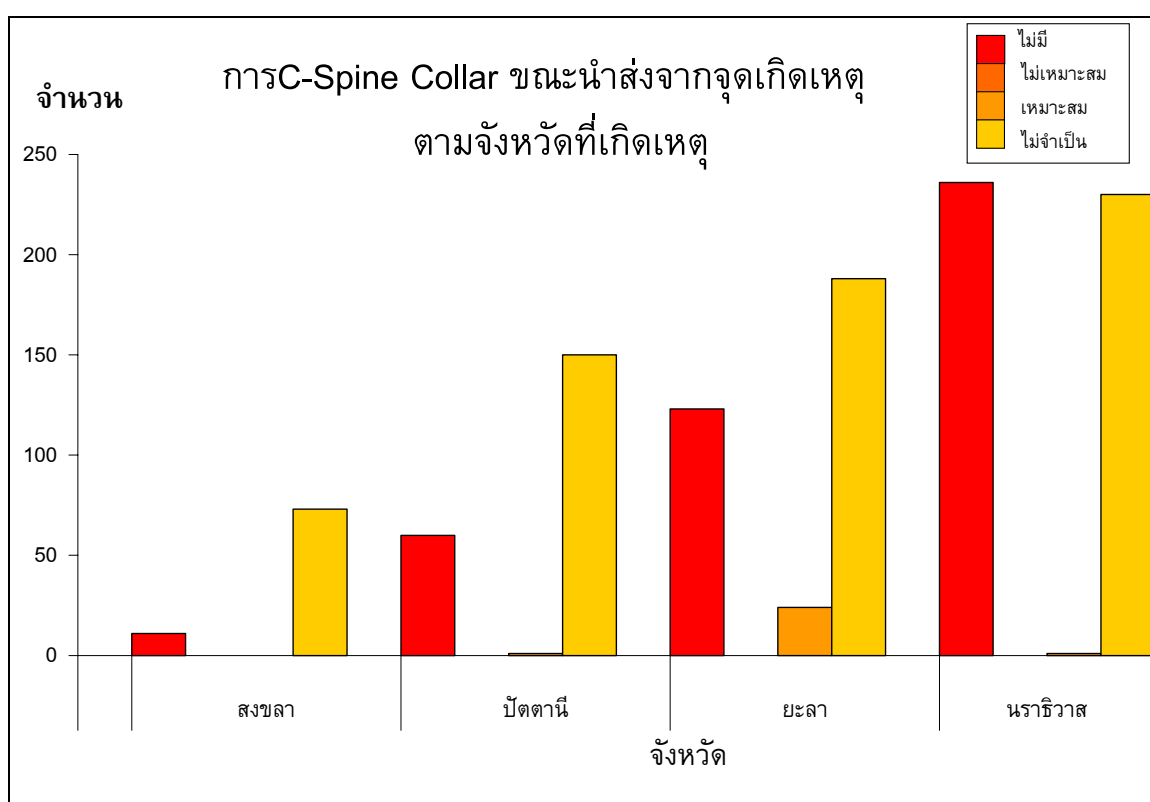
สำหรับการประเมินคุณภาพสามารถแยกผลการประเมินคุณภาพแต่ละด้าน จำแนกรายจังหวัด แสดงในแผนภูมิที่ 3 ถึงแผนภูมิที่ 5



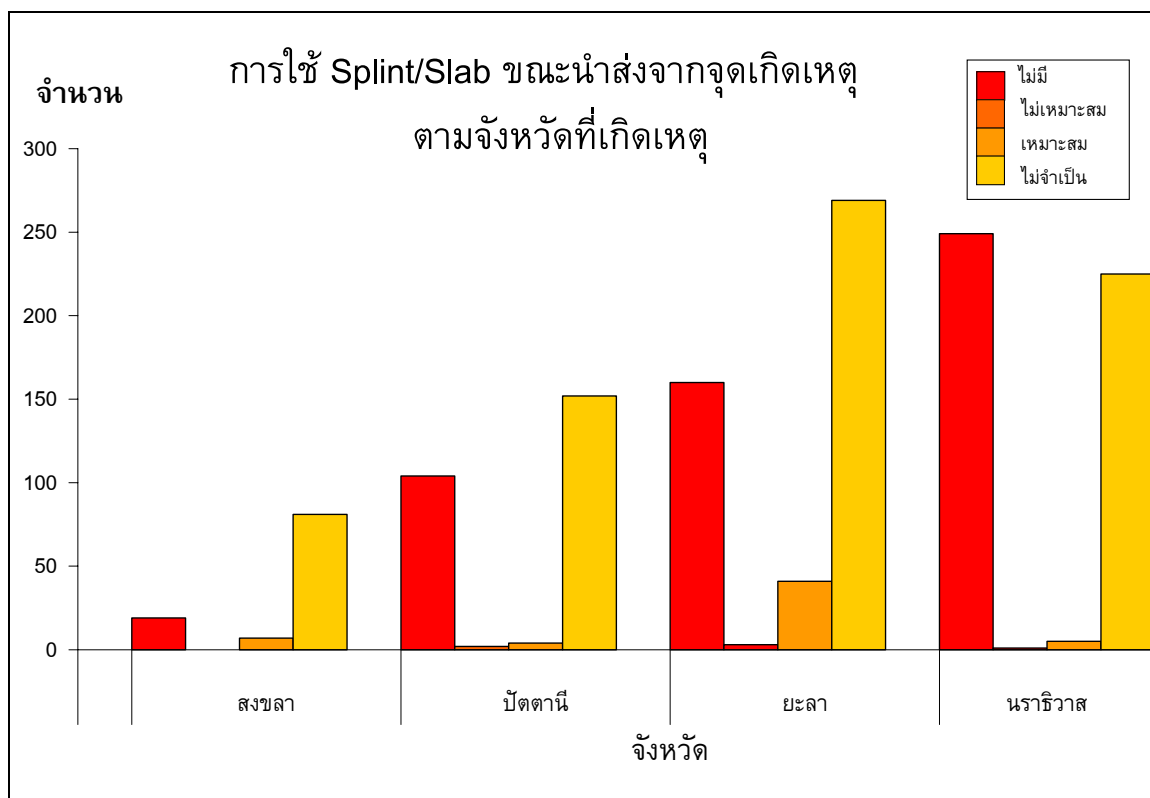
แผนภูมิที่ 3. การดูแลหายใจจากจุดเกิดเหตุ จำแนกจังหวัด เดือนมกราคม-สิงหาคม



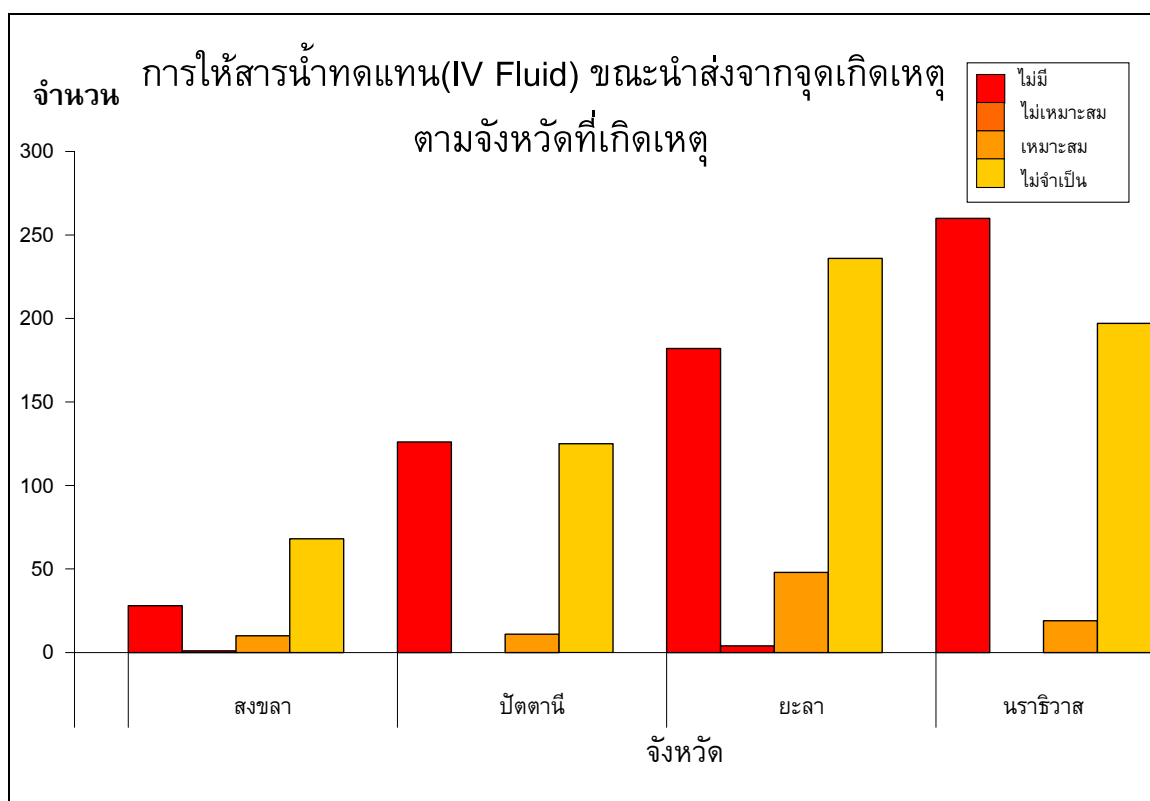
แผนภูมิที่4 การห้ามเลือดจากจุดเกิดเหตุ จำแนกจังหวัด เดือนมกราคม-สิงหาคม



แผนภูมิที่5. C-Spine Collar จากจุดเกิดเหตุ จำแนกจังหวัด เดือนมกราคม-สิงหาคม



แผนภูมิที่6. Splint / Slab จากจุดเกิดเหตุ จำแนกจังหวัด เดือนมกราคม-สิงหาคม



แผนภูมิที่7. การให้สารน้ำทดแทน จากจุดเกิดเหตุ จำแนกจังหวัด เดือนมกราคม-สิงหาคม

จากจุดเกิดเหตุโดยหน่วย EMS

สำหรับการดูแลผู้บาดเจ็บจากจุดเกิดเหตุโดยหน่วย EMS ผลการประเมินคุณภาพการดูแลขณะนำส่งในแต่ละด้าน แสดงใน ตารางที่ 14

ตาราง 14. จำนวนและร้อยละของการดูแลขณะนำส่งจากจุดเกิดเหตุโดยหน่วย EMS เดือนมกราคม-สิงหาคม

การดูแลขณะนำส่ง	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		ไม่มี	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
การหายใจ	3	13.6	-	-	19	86.4
การห้ามเลือด	1	18.9	5	9.4	38	71.7
C-Spine Collar	-	-	-	-	19	100
Splint / Slab	1	4.2	-	-	23	95.8
IV fluid	1	3.2	-	-	30	96.8

ผลการประเมินคุณภาพการดูแลขณะนำส่งจากจุดเกิดเหตุโดยหน่วย EMS ในแต่ละด้าน พบว่าโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสม และไม่มีการดูแล โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ C-Spine Collar พบว่าไม่มีการใช้เลย

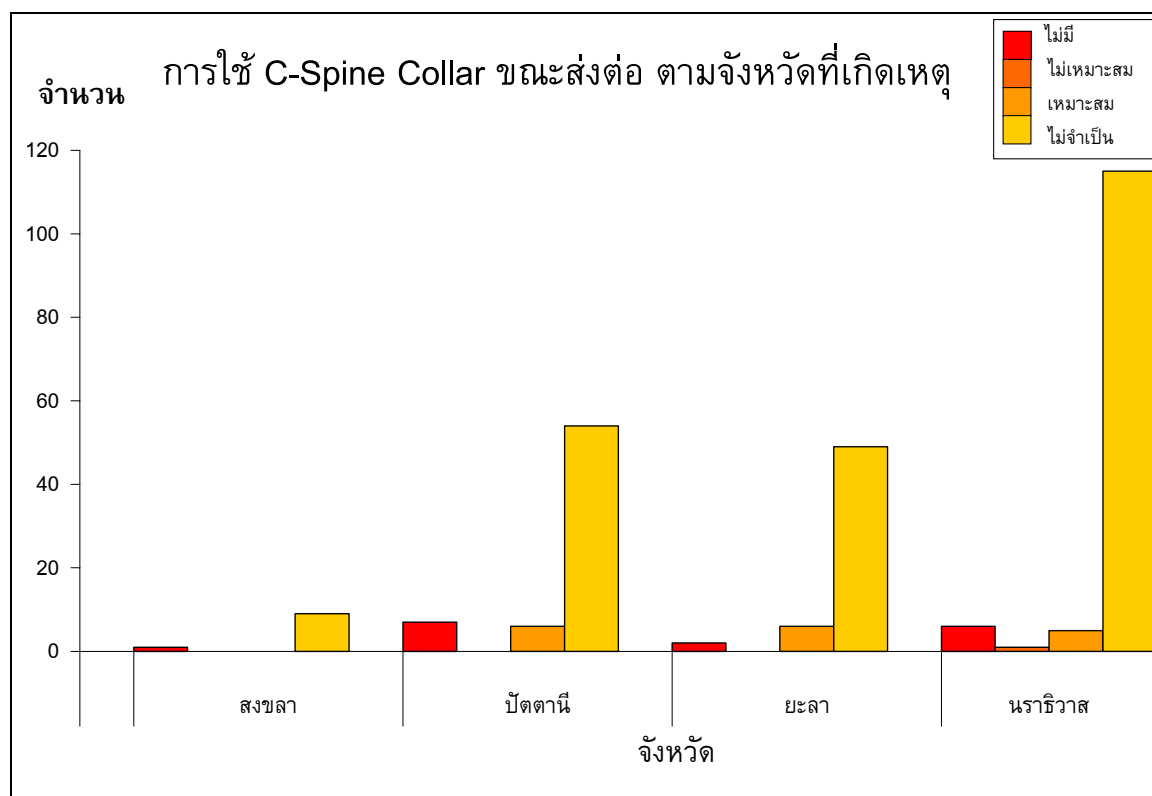
ระหว่างโรงพยาบาล

ในผู้บาดเจ็บจำนวน 1,659 ราย มีผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลจำนวน 385 ราย (421 ครั้ง) ในจำนวนนี้มีผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อ 1 ครั้งจำนวน 350 ราย ผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อ 2 ครั้งจำนวน 34 ราย และผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อ 3 ครั้งจำนวน 1 ราย โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยมีการประเมินคุณภาพการดูแลส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในด้านต่างๆ 5 ด้าน โดยมีผลการประเมินดังแสดงใน ตาราง 15.

ตาราง 15. ผลการดูแลคุณภาพขณะนำส่งผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล

การดูแลขณะนำส่ง	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		ไม่มี	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
การหายใจ	156	94.5	1	0.6	8	4.8
การห้ามเลือด	271	95.8	7	2.5	5	1.8
C-Spine Collar	17	50	1	2.9	16	47.1
Splint / Slab	96	85	3	2.7	14	12.4
IV fluid	250	95.4	3	1.1	9	3.4

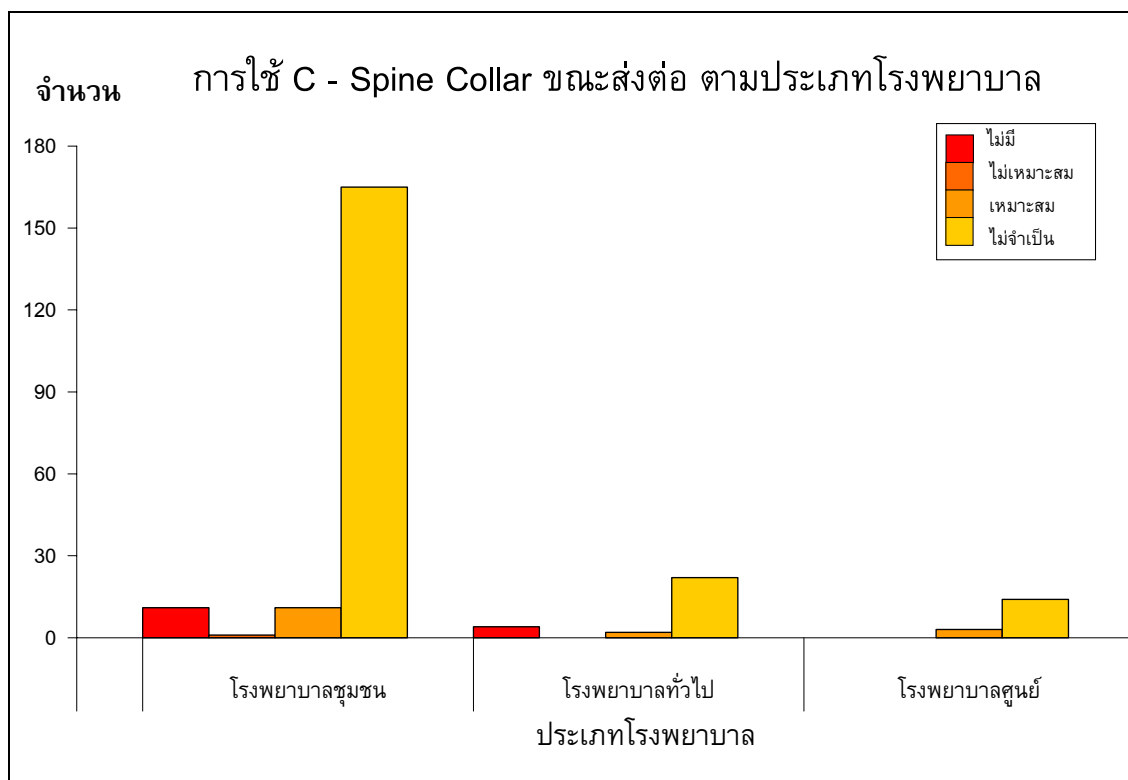
ผลการประเมินคุณภาพการดูแลขณะนำส่งจากจุดเกิดเหตุโดยหน่วย EMS ในแต่ละด้าน พบว่าโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ยกเว้นเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ C-Spine Collar พบว่าได้คุณภาพประมาณ 50 % โดยสามารถจำแนกผลการประเมินคุณภาพในประเด็นการใช้ C-Spine Collar ดูแลขณะส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล จำแนกรายจังหวัด แสดงในแผนภูมิที่ 8.



แผนภูมิที่ 8. C-Spine Collar ระหว่างโรงพยาบาล จำแนกจังหวัด เดือนมกราคม-สิงหาคม

การประเมินคุณภาพการดูแลขณะส่งต่อสามารถแยกประเภทของโรงพยาบาล ตามโรงพยาบาลต้นทาง

ผลการประเมินคุณภาพการดูแลขณะส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในการใช้ C-Spine Collar จำแนกประเภทของโรงพยาบาลต้นทาง แสดงในแผนภูมิที่ 9.



แผนภูมิที่9. การดูแล C-Spine Collar ขณะส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล
ต้นทาง เดือนมกราคม-สิงหาคม

โดยภาพรวมคุณภาพการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ และระหว่างนำส่งผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อต้องร่วมกันหารูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในบริบทของการทำงานท่ามกลางความเสี่ยง การสนับสนุนเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ยึดหลัก บริการที่ดีที่สุด ปลอดภัยที่สุด เป็นสิ่งท้าทายสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และผู้กำหนดนโยบายอย่างเร่งด่วน

การส่งต่อผู้ป่วย ถึงจะเสี่ยง ด้วยหน้าที่รับผิดชอบ.....ก็ต้องทำ

การศึกษาของ นงนุช บุญยัง และคณะ เมื่อปี 2550 ในเรื่อง ประสิทธิภาพของพยาบาลโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมาในการส่งต่อผู้ป่วย ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่างๆ จากการเดินทางโดยเฉพาะเวลากลางคืน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อการทำงานของพยาบาลในการส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเจ็บป่วย รวมทั้งผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ไปยังโรงพยาบาลปลายทางมีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาปัจจุบันมีศักยภาพที่จำกัด โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่ผู้รับบริการในพื้นที่ที่มีภาวะการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บโดยเฉพาะการบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบที่นับวันจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรง หลายระบบ การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจึงเป็นสิ่งจำเป็นหลังจากให้การรักษายาบาลเบื้องต้นจนผู้ป่วยพ้นภาวะ

วิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องจากผู้เชี่ยวชาญหรืออุปกรณ์ที่ทันสมัย จะเห็นได้จากในปี 2549 มีการส่งต่อผู้ป่วยถึง 20,975 ราย แยกเป็นการส่งต่อภายในจังหวัด 17,467 ภายนอกจังหวัด 3,508 ราย¹ การส่งต่อผู้ป่วยเป็นกิจกรรมสำคัญที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้จึงมีความจำเป็นและเป็นกิจกรรมเร่งด่วนที่สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อีกทั้งการส่งต่อในจังหวัด นครราชสีมาต้องการการประสานงานที่ซับซ้อนจากผู้ที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย นอกจากนั้นเส้นทางการส่งต่อในพื้นที่สามจังหวัดภาคใต้เป็นเส้นทางที่มีความเสี่ยงสูงมากจากความไม่ปลอดภัยบนท้องถนน ความเสี่ยงจากการถูกลอบทำร้ายจากผู้ก่อการร้าย ทั้งช่วงขณะส่งต่อและเมื่อเสร็จสิ้นการส่งต่อหรือการเดินทางกลับ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการส่งต่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือปัจจัยแวดล้อมที่นอกเหนือจากการเจ็บป่วยธรรมดาทั่วไปในยามปกติ จึงทำให้สนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การส่งต่อผู้บาดเจ็บภายใต้เหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ส่งต่อผู้บาดเจ็บภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา

ประชากร คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 15 ราย โดยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ. 2547 – 2549 และปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลภายในจังหวัดนครราชสีมาอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 แนวคำถามหลักเกี่ยวกับประสบการณ์การส่งต่อผู้ป่วยจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1) ลักษณะของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน เส้นทางการส่งต่อและลักษณะความเสี่ยงในพื้นที่ 2) การรับรู้และความรู้สึกทางบวกและทางลบ ของพยาบาลเมื่อได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ส่งต่อ 3) ลักษณะสภาพการผู้ป่วยที่ส่งต่อ 4) ช่วงเวลาในการส่งต่อ เวลาที่ใช้ในการเดินทางไป-กลับ 5) สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการเดินทางเพื่อส่งต่อ 6) การประสานงานกับโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 7) ประเภทของยานพาหนะในการส่งต่อ 8) กิจกรรมการพยาบาลขณะส่งต่อ 9) ความรู้สึกทางบวกและทางลบ ประสบการณ์ของพยาบาลต่อการส่งต่อระหว่างเดินทางกลับ และ เมื่อเดินทางกลับถึงโรงพยาบาลจากการส่งต่อผู้ป่วย 10) แนวโน้มของการพัฒนาการดูแลแก้ไขปัญหาในการส่งต่อ โดยที่พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมีส่วนร่วม

เริ่มจากการประสานงานกับงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครราชสีมาชนครินทร์ ซึ่งเป็นศูนย์ส่งต่อจังหวัดนครราชสีมา เพื่อขอทราบรายชื่อพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ และทราบลักษณะเหตุการณ์ สถานที่ที่เกิดความไม่สงบ

ทั้งในอำเภอเมืองนราธิวาสและอำเภอใกล้เคียง เพื่อขอสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล (in-depth interview) ตามแนวทางข้อคำถามที่กำหนดจำนวน 15 ราย อย่างน้อยรายละ 2 ครั้ง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามหลักการ thematic analysis

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย อายุเฉลี่ย 32 ปี ($SD = 3.071$) ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ร้อยละ 73.3 เป็นไทยพุทธร้อยละ 66.7 เป็นไทยอิสลามร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาเดิมในจังหวัดนราธิวาสร้อยละ 86.7 และมีประสบการณ์การทำงานที่ โรงพยาบาลในจังหวัดนราธิวาสเฉลี่ย 9.33 ปี ($SD = 3.66$) มีประสบการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ. 2547-2549 เฉลี่ย 89.40 ครั้ง ($SD = 43.05$) เฉลี่ย 29.80 ครั้ง/ปี (ตาราง 16)

ตาราง 16 จำนวน ร้อยละ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($N=15$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	Min	Max	$\bar{X}$	SD
1. อายุ	15		28	38	32	3.07
2. ประสบการณ์การทำงานใน จังหวัดนราธิวาส	15		4	15	9.33	3.66
3. จำนวนผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูล ในการพยาบาลขณะส่งต่อ ในปี 2547-2549	15		36	210	89.40	43.05
4. จำนวนผู้ป่วยที่ผู้ให้ข้อมูล ในการพยาบาลขณะส่ง ต่อเฉลี่ย/ปี	15		12	70	29.80	14.34
5. ศาสนา						
พุทธ	10	66.7				
อิสลาม	5	33.3				
6. สถานภาพ						
โสด	4	26.7				
สมรส	11	73.3				

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	Min	Max	$\bar{X}$	SD
7. ภูมิสำเนา						
นราธิวาส	13	86.7				
ต่างจังหวัด	2	13.3				

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพของพยาบาลโรงพยาบาลในจังหวัดนราธิวาสในการส่งต่อผู้ป่วยภายใต้ สถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ซึ่งสามารถสรุปประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ได้ 5 ประเด็นหลักดังนี้

1. รูปแบบการส่งต่อที่หลากหลาย (ระยะทางที่ส่งต่อไม่สำคัญเท่ากับความปลอดภัย) การส่งต่อผู้รับบริการของโรงพยาบาลในเขตจังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 4 ลักษณะ ดังนี้ 1) การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลชุมชนอื่น ซึ่งเป็นระยะทางประมาณ 30 – 100 กิโลเมตร และใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 30 นาที หรือ 1 ชั่วโมง 2) การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชน กับโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัด และหรือโรงพยาบาลยะลาซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ในเขต 18 เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายมีระยะทางระหว่างโรงพยาบาลประมาณ 150-200 กิโลเมตร และใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 1.30 ชั่วโมง 3) การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัดนราธิวาส กับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงเรียนแพทย์แห่งเดียวในภาคใต้ซึ่งเป็นระยะทางประมาณ 200-260 กิโลเมตร และใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 2.30 - 3.00 ชั่วโมง และ 4) การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนราธิวาส กับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์โดยตรงซึ่งเป็นระยะทางมากกว่า 200-260 กิโลเมตร และใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 2.30 – 3.00 ชั่วโมง

2. ความไม่ปลอดภัยในการส่งต่อ ความไม่ปลอดภัยในการส่งต่อเกิดได้หลายลักษณะ ขึ้นกับลักษณะทางภูมิศาสตร์ เหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และช่วงเวลาในการส่งต่อ โดยเฉพาะเวลากลางคืน ความไม่ปลอดภัยหรือความเสี่ยงอันเนื่องจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ เส้นทาง การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับเขตที่อยู่อาศัย เป็นเส้นทางคดเคี้ยว ข้างทางเป็นเหวลึก บางจุดเป็นหน้าผา มีบ้านคนอาศัยอยู่ห่างไกลกันมาก ถนนบางช่วงมีโค กระบือ สุนัข เดินบนท้องถนน หรือชาวบ้านไม่ให้ความสนใจในการให้ทางแก่รถพยาบาลส่งต่อ เป็นต้น สำหรับเหตุการณ์ความไม่สงบมีส่วนเกี่ยวข้องต่อการส่งต่อหลายประการ เช่น ทำให้มีผู้รับบริการที่ต้องส่งต่อจำนวนเพิ่มขึ้น ภัยคุกคามบนท้องถนนอันเนื่องจากการลดรถบรรทุกหรือรถโดยสารไม่สามารถขับต่อไปได้เกิดถี่มากขึ้น และการดักรับทำร้ายผู้ขับรถยนต์ระหว่างทางมีเพิ่มขึ้น ส่วนช่วงเวลากลางคืนเป็นความไม่ปลอดภัยอันเนื่องจากสองสาเหตุดังกล่าวรวมกันได้แก่ การส่งต่อผู้รับบริการในเวลากลางคืนผ่านทางเส้นทางที่เกิดความไม่สงบทำให้ผู้ที่ร่วมเดินทางในการส่งต่อเกิดรู้สึกไม่ปลอดภัยทั้งก่อน ขณะ และหลังการส่งต่อ

3. ความรู้สึกกลัวมากต่อการส่งต่อ พยาบาลผู้ส่งต่อผู้ป่วยเกิดความกลัวอย่างมากต่อการได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ส่งต่อผู้รับบริการที่ป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง หรือบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุ จากโรงพยาบาลในยามวิกาลโดยเฉพาะในช่วงของการเกิดความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การต้องเป็นผู้ส่งต่อทำให้พยาบาลรู้สึกกลัวอย่างมากเริ่มจากกลัวความไม่ปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากรถพยาบาลถูกตะปูเรือใบ การดักรั้วทำร้ายระหว่างทาง ทั้งช่วงไปและกลับจากส่งต่อหรือกลัวว่าอาจเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ระหว่างทางได้ กลัวว่าหากเกิดเหตุระหว่างทางจะไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ และกลัวการถูกลอบ

ทำร้ายจนเสียชีวิต เป็นต้น

4. ถึงจะเสี่ยง... แต่เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลที่ต้องทำ (ส่งต่อ) การส่งต่อผู้รับบริการในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ในขณะนี้ เป็นกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่เกิดบ่อยและยอมรับว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์เนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทีมส่งต่อซึ่งนำโดยพยาบาลวิชาชีพ 1 หรือ 2 คนรับรู้ว่า เป็นความรับผิดชอบโดยตรงของพยาบาล ในการตัดสินใจให้การดูแลรักษาและการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ตลอดเส้นทางส่งต่อ ไม่ว่ามีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นระหว่างการส่งต่อพยาบาลจะต้องดูแลให้ผู้รับบริการปลอดภัยขณะส่งต่อ และอยู่ในสภาพที่ปลอดภัยเมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทางที่ส่งต่อ

5. ควรกำหนดข้อตกลงเพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการส่งต่อใหม่ ก่อนเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ การส่งต่อเป็นลักษณะการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งโรงพยาบาลอาจมีข้อจำกัดเรื่องเครื่องมือ อุปกรณ์ และแพทย์ผู้ดูแล และการส่งต่อสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง แต่เมื่อมีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 ปีติดต่อกันตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - ปัจจุบัน ควรมีข้อตกลงในการส่งต่อผู้รับบริการ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในชีวิตของผู้รับบริการและผู้ส่งต่อ เช่น การพิจารณาลักษณะของผู้รับบริการ และเวลาที่เหมาะสมในการส่งต่อ การประสานงานกับโรงพยาบาลที่ส่งต่อ การประสานงานกับหน่วยงานทางราชการอื่นๆ การมีหลักประกันชีวิตให้ทีมส่งต่อทุกคน ความพร้อมของอุปกรณ์บนรถพยาบาล และการพิจารณาค่าตอบแทนในการส่งต่อที่เหมาะสม

วิจารณ์

ความไม่ปลอดภัยในการส่งต่อเป็นความรู้สึกคุกคามต่อชีวิตของทีมผู้ส่งต่อซึ่งประกอบด้วยพยาบาล พนักงานขับรถ ผู้ป่วย และญาติ ประเด็นความไม่ปลอดภัยในการส่งต่อทางภาคพื้นในจังหวัดนราธิวาสซึ่งเป็นหนึ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้แตกต่างจากประเด็นความไม่ปลอดภัยในสภาวะปกติทั่วไป ซึ่งได้แก่ การคาดเข็มขัดนิรภัย หรืออุปกรณ์ผูกยึดอื่นๆ ขณะรถเคลื่อนที่ รวมทั้งความไม่ปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ และการป้องกันการติดเชื้อ ความไม่ปลอดภัยในการส่งต่อในเขตพื้นที่สามจังหวัดภาคใต้ อาจเกิดได้จากสาเหตุหลัก 2 ประการ ดังนี้ จากสภาพทางด้านภูมิประเทศและสภาพสถานการณ์ความไม่สงบของบ้านเมืองโดยเฉพาะเหตุการณ์ของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้จากสภาพทางด้านภูมิ

ประเทศของจังหวัด เส้นทางการส่งต่อเป็นหุบเขาที่คดเคี้ยว ข้างทางเป็นป่าทึบ และถนนระหว่างอำเภอต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นถนน 2 ช่องทาง ความไม่ปลอดภัยบนถนนจึงอาจเกิดจากอุบัติเหตุจากการมีสิ่งกีดขวางการจราจร เช่น จากต้นไม้หักโค่นล้มอยู่บนท้องถนนหรือบางเส้นทางมีสัตว์เลี้ยงนอนหรือเดินอยู่บนถนน สภาพความเสี่ยงของผิวนถนน นอกจากนั้นในเขตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งตกอยู่ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบมักมีการก่อการร้ายเกิดขึ้นบ่อยครั้งโดยไม่อาจคาดเดา เช่น มีการวางระเบิด การโรยตะปูเรือใบ การดักรั้วยิง หรือการลอบทำร้ายร่างกายด้วยวิธีอื่นๆ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของความไม่ปลอดภัยในการส่งต่อ อีกทั้งจำนวนการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นสืบเนื่องจากจำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บอันเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบที่มีจำนวนมากกว่า 300 รายต่อปี ตั้งแต่ปี 2547-2549² นอกจากนั้นจากอุบัติการณ์การทำร้ายร่างกายของผู้เคราะห์ร้ายอันเนื่องจากความไม่สงบซึ่งได้แก่ ประชาชนทั่วไป พระสงฆ์ ครู โดยไม่เลือกเพศและวัย ผู้เคราะห์ร้ายเหล่านี้ถือว่าเป็นประชาชนผู้บริสุทธิ์และไม่มีทักษะทางด้านการรบหรือสงครามทำให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้ส่งต่อเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการส่งต่อได้เพราะอาจเป็นเป้าหมายของการโดนลอบทำร้ายระหว่างการส่งต่อได้ตลอดเวลาของการส่งต่อทั้งขณะเดินทางไปและกลับโรงพยาบาล

ความรู้สึกกลัวมากในการส่งต่อเป็นความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรายงานเหมือนกันหมดเมื่อได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ส่งต่อผู้รับบริการ เนื่องจากการส่งต่อส่วนหนึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลากลางคืน เส้นทางระหว่างโรงพยาบาลอยู่ในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงจากการก่อการร้าย การลอบทำร้ายเจ้าหน้าที่และประชาชน โดยการวางระเบิด การลอบดักรั้วยิง การโรยตะปูเรือใบ และการสร้างสิ่งกีดขวางบนผิวนถนนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ เป็นต้น อีกทั้งพยาบาลส่งต่อส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยประมาณ 32 ปี และมีครอบครัวหากประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดอันตรายหรือโดนทำร้ายทั้งตั้งใจหรือโดนลูกหลง เช่น ถูกยิง ถูกระเบิดจะทำให้มีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวได้ นอกจากนั้นเมื่อเปรียบเทียบพยาบาลส่งต่อของภูมิภาคอื่นทั่วประเทศกับพยาบาลที่รับผิดชอบในการส่งต่อในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พยาบาลที่รับผิดชอบในการส่งต่อในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีโอกาสสูงมากที่จะเผชิญกับอันตรายต่างๆ ในหลายรูปแบบอันเนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบซึ่งไม่มีใครสามารถบอกได้ล่วงหน้าอย่างชัดเจนว่าจะเกิดเมื่อไหร่ เกิดอย่างไร กลุ่มผู้ก่อความไม่สงบเป็นใคร และจากเหตุการณ์ที่ผ่านมาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังไม่มีการใดประกาศหรือกำหนดหลักประกันที่อย่างชัดเจนซึ่งเป็นที่ยอมรับทั้งฝ่ายราชการและกลุ่มที่ก่อความไม่สงบว่าพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อผู้ป่วยจะเป็นกลุ่มที่ได้รับการยกเว้นจากการโดนลอบทำร้าย ดังนั้นความรู้สึกกลัวมากเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตจากการส่งต่อจึงเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เหมาะสม³

ถึงจะเสี่ยง...แต่เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลที่ต้องทำ(ส่งต่อ) อภิปรายได้ว่า เหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นที่ยอมรับของประชาชนทุกกลุ่มอาชีพ รวมทั้งพยาบาลผู้ส่งต่อในพื้นที่ว่าเป็นเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินอย่างมาก โดยไม่มีใครสามารถคาดการณ์ได้ว่าเหตุการณ์เหล่านี้ จะเกิดขึ้นกับแต่ละคนเมื่อไหร่ พยาบาลวิชาชีพผู้ส่ง

ต่อซึ่งเป็นปัจเจกบุคคลและต้องปฏิบัติตามตามบทบาทหน้าที่ที่สามารถรับรู้ได้ถึงความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ แต่เนื่องจากเป็นข้อกำหนด บทบาทอย่างหนึ่งที่จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้าทีมและเป็นผู้ให้การดูแลในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทั้งสภาวะการณบ้านเมืองปกติและในทุกๆ เหตุการณ์ไปยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษาพยาบาลสูงกว่า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุที่ได้รับ⁴ ซึ่งเป็นข้อกำหนดสากลว่าด้วยการดูแลฉุกเฉิน (the Emergency Medical Treatment and Active Labor Act : EMTALA) เหมือนกันทั่วโลกสำหรับพยาบาลประจำหน่วยฉุกเฉิน⁵ อีกประการหนึ่ง การรับรู้ว่าการส่งต่อในยามวิกาลในขณะนี้ส่วนใหญ่เป็นการส่งต่อด้วยรถพยาบาลวิ่งไปบนเส้นทางต่างๆ เป็นหลักมากกว่าด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศโดยเครื่องบินปีกหมุน(เฮลิคอปเตอร์) เป็นต้น ซึ่งมีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะในยามวิกาลแต่ต้องออกปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลของตนเองไปยังโรงพยาบาลปลายทาง เนื่องจากการส่งต่อเป็นความรับผิดชอบในหน้าที่ของพยาบาล⁶⁻⁷ และวิชาชีพพยาบาลมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง⁸ รวมทั้งกองการพยาบาลหรือสำนักงานการพยาบาลในปัจจุบันได้กำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างการส่งต่อ⁹ จึงเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในการตัดสินใจออกให้การดูแลของพยาบาล ทางเลือกในการตัดสินใจล้วนเป็นทางเลือกที่ไม่พึงประสงค์ทำให้เกิดประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม เกิดความคับข้องใจและการตัดสินใจโดยใช้เหตุผลทางจริยธรรมเป็นกระบวนการที่ยุ่ยากซับซ้อน ซึ่งการที่พยาบาลจะสามารถตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์เป็นสำคัญ¹⁰ และหากพยาบาลตัดสินใจไม่ไปส่งต่อ อาจทำให้เกิดผลเสียเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ พยาบาลจำเป็นต้องร่วมส่งต่อผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมเร็วที่สุด

การกำหนดข้อตกลงในการส่งต่อใหม่จากข้อกำหนดบทบาทหน้าที่และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยเดิมซึ่งตัวแทนโรงพยาบาลในเครือข่ายเขต 18 ร่วมกันกำหนดข้อตกลงในการส่งต่อภายในเครือข่ายขึ้น ซึ่งเป็นข้อตกลงที่ไม่มีรายละเอียดเพียงพอในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ หรือไม่สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้¹¹ ปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวทางในการส่งต่อภายในจังหวัด โดยมีการจัดทำมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยแต่ละสาขา เช่น มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูติกรรม และจักษุ ซึ่งเนื้อหาของมาตรฐานครอบคลุม การรักษาพยาบาลเบื้องต้นก่อนส่งต่อ การดูแลระบบหายใจ ระบบไหลเวียน การประสานงานกับญาติ และโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ การเตรียมเอกสารในการส่งต่อเช่น บส. 08 ที่กำหนด และข้อบ่งชี้ในการนำส่งโดยรถพยาบาลภายใต้การดูแลของพยาบาล¹² การปฏิบัติตามข้อกำหนดเดิมดังกล่าวในพื้นที่ของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ในขณะนี้ ดูเหมือนว่าเป็นแนวทางที่อาจเกิดความเสี่ยงสูงสำหรับผู้ส่งต่อได้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจึงเสนอแนะแนวทางปฏิบัติใหม่ที่สามารถช่วยลดอัตราการเกิดความเสี่ยงในการปฏิบัติหน้าที่หรือข้อตกลงใหม่ในเชิงนโยบายของการส่งต่อที่สามารถเพิ่มความปลอดภัยในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น การปรับเวลาการส่งต่อส่วนใหญ่ให้เป็นช่วงกลางวัน การเปิดโอกาสให้ญาติส่งต่อผู้รับบริการได้ด้วยตนเองในรายที่มีอาการไม่หนักไม่ต้องการดูแลขณะส่งต่อมากนัก การลดเวลาในการรอ

สังเกตอาการของผู้รับบริการและความรวดเร็วในการตัดสินใจของแพทย์ในการส่งผู้รับบริการไปในเวลา กลางวันเป็นต้น การส่งต่อผู้รับบริการในช่วงกลางวันอาจช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่างๆ ระหว่างการส่งต่อได้เนื่องจากการคัดชมทำร้ายจากกลุ่มผู้ก่อการร้ายมีโอกาสดังขึ้นได้น้อยกว่าหรือหากเกิด เหตุการณ์ลอบทำร้ายขึ้นโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ เป็นไปได้อย่างสะดวก รวดเร็วกว่าช่วงเวลากลางคืน อีกทั้งพยาบาลที่ส่งต่อสามารถสังเกตความผิดปกติของสภาพแวดล้อม ระหว่างทางได้ชัดเจนกว่าช่วงกลางวัน ทำให้การป้องกันตัวเป็นไปได้ดีกว่ากลางวัน รวมทั้งการสังเกต อาการของผู้รับบริการที่จะส่งต่อเพื่อให้การพยาบาลขณะส่งต่อ จากเกณฑ์ที่กำหนดไว้เดิม 5 ประการ สำหรับผู้รับบริการที่ควรจะได้รับ การส่งต่อ⁴ ควรได้รับการทบทวนเกณฑ์นี้ใหม่ ยกเว้นเกณฑ์เดิมที่ระบุได้ ว่าอาการและอาการแสดงของผู้รับบริการในขณะนั้นต้องให้การช่วยเหลือดูแลแบบเร่งด่วน (urgency) ซึ่ง ต่างจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือซับซ้อน¹³ ดังนั้นการกำหนดคุณลักษณะใหม่ที่เป็นระเบียบและแบบประเมิณ คุณลักษณะของผู้รับบริการเพื่อการส่งต่ออาจช่วยให้การตัดสินใจส่งต่อดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและมี ความเหมาะสมในการส่งต่อมากขึ้น ป้องกันการร้องเรียนจากญาติ

นอกจากนั้นการปรับปรุงคุณภาพและจำนวนอุปกรณ์ในการติดต่อสื่อสารเพื่อการนำส่งที่มี ประสิทธิภาพซึ่งหมายถึงอุปกรณ์ในการติดต่อสื่อสารที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ได้แก่ โทรศัพท์ วิทยุสื่อสาร และโทรศัพท์มือถือ สำหรับในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การใช้อุปกรณ์เหล่านั้นยังมี ข้อจำกัดเนื่องจากสภาพทางภูมิศาสตร์ที่เป็นภูเขาและป่าทึบทำให้ขณะส่งต่อสัญญาณอาจไม่ชัดเจน หรือไม่ มีสัญญาณในบางจุดเนื่องจากเป็นจุดอับคลื่นหรือจากการตัดสัญญาณโทรศัพท์มือถือกรณีเกิดการวางระเบิด เพื่อป้องกันการใช้โทรศัพท์มือถือเป็นตัวจุดชนวนระเบิด ทำให้เกิดความล่าช้าหรือไม่สามารถติดต่อสื่อสาร ได้ การพัฒนาและการจัดเตรียมอุปกรณ์สื่อสารที่มีประสิทธิภาพสูง และจำนวนเพียงพอประจำรพพยาบาล ที่ใช้ส่งต่อจึงควรเป็นข้อกำหนดพื้นฐานที่จำเป็นอย่างยิ่ง¹⁴

การประสานงานกับโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ ลักษณะการประสานงานเพื่อการส่งต่อโดยทั่วไปเป็น การประสานงานระหว่างแพทย์ของโรงพยาบาลที่จะส่งและรับส่งต่อผู้ป่วยเป็นการประสานในขั้นต้น เพื่อตกลงร่วมกันและให้ความเห็นชอบในหลักการเพื่อรับส่งผู้รับบริการแต่ละรายรวมทั้งอาการของ ผู้รับบริการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับแล้วการทางโทรศัพท์ ส่วนรายละเอียดและขั้นตอนในการส่งต่อและ รับผู้ป่วยโดยตรง ตลอดจนการบันทึกกิจกรรมการส่งต่อเป็นหน้าที่ของพยาบาลส่งต่อ^{12,5} เรื่องหลักที่สำคัญ ในการประสานงานได้แก่ การกำหนดข้อตกลงและแนวทางของการส่งต่อที่ชัดเจนไว้ล่วงหน้า ครอบคลุม ทั้งในระยะก่อน ระหว่าง และภายหลังส่งต่อ^{15, 16} หากข้อตกลงดังกล่าวได้ประสานอย่างชัดเจน ปัญหา ต่างๆ เช่น ความล่าช้าในการส่งต่อ อุปสรรคของการติดต่อสื่อสาร ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลผู้ส่งต่อ และพยาบาลผู้รับจะเกิดขึ้นน้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งต่อทุกคนทุก ระดับได้รับทราบแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ แนวทางปฏิบัติระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้และหรือโรงพยาบาลสังกัด

โรงเรียนแพทย์ภาคใต้ จะทำให้การส่งต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้ความเสี่ยงอันเนื่องมาจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น

การพิจารณาคำตอบแทนในการส่งต่อจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การพิจารณาคำตอบแทนในการส่งต่อจากหลายๆ โรงพยาบาลมีหลักการที่เหมือนกันกล่าวคือ การยี้ระยะทางและระยะเวลาในการส่งต่อเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตามในแนวทางปฏิบัติเรื่องอัตราค่าตอบแทนมีความแตกต่างกันภายในจังหวัดเดียวกันขึ้นกับนโยบายของแต่ละโรงพยาบาลเนื่องจากใช้เงินบำรุงโรงพยาบาลเป็นค่าตอบแทน ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งรับรู้ว่าค่าตอบแทนจากการส่งต่อไม่เหมาะสมกับความเสี่ยงจากอันตรายต่างๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาระหว่างเดินทางไปและกลับจากการส่งต่อ โดยเฉพาะการส่งต่อในยามวิกาลซึ่งมีความเสี่ยงสูงมากแนวทางการบริหารค่าตอบแทนจึงเป็นประเด็นที่ผู้บริหารทางการแพทย์ควรนำไปพิจารณาปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมในลำดับต่อไป

สรุป

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงในเรื่องความปลอดภัยของพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการส่งต่อผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงมีข้อเสนอแนะผู้บริหารทางการแพทย์ควรนำประสบการณ์ของพยาบาลผู้ส่งต่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารระดับกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความมั่นใจเรื่องความปลอดภัยในการส่งต่อให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และมีมาตรการการบริหารจัดการเพื่อลดความกลัว ส่งเสริมขวัญและกำลังใจในการส่งต่อและลดโอกาสการส่งต่อโดยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งที่แผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยในร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นตามเกณฑ์สมรรถนะที่สำนักงานพยาบาลกำหนด ตลอดจนการประมาณการในเรื่องงบประมาณเพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร และจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นในการให้บริการภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วน

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ส่งต่อจังหวัดนราธิวาส . รายงานสรุปยอดการส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดนราธิวาสประจำปี พ.ศ. 2549.
2. เครือข่ายโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. ผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน. ม.ป.ท.; 2549.
3. ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และ คณะ. พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพมหานคร: ซีระฟิล์มและไอเทกซ์; 2541.
4. สุดาพรรณ ชัยจิรา. การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน การพยาบาลฉุกเฉินและอุบัติเหตุหมู่. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์; 2546: 35-42.
5. Lazear, S. Air and Ground Transport Sheehy's Emergency Nursing : principles and

practice. 5 th ed. St. Louis : Mosby; 2003: 99-114.

6. นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์, วิทยา ชาติบัญญัติชัย, สุดาวดี หอมจู, วัชรรา ศรีหาราช และ หทัยรัตน์ เทเวลา.

คู่มือการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น. ม.ป.ท.; 2546.

7. ศูนย์ประสานระบบส่งต่อเขต 16, 18, 19 โรงพยาบาลหาดใหญ่. **เอกสารการประกการประชุมการวางแผนพัฒนาระบบส่งต่อเขต 16, 18, 19** วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2549. โรงพยาบาลหาดใหญ่ 2549.

8. สภาการพยาบาล. **ขอบเขตการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์.** 2546.

สืบค้น วันที่ 19 กันยายน 2548 <http://www.tnc.or.th/knowledge/know01.html>

9. คารณี จามจุรี. (2542) **มาตรฐานการพยาบาลการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.** ใน กฤษดา แสงวดี, ชีรพร สติธองกูร, สุวิภา นิตยงกูร, เรวดี ศิรินคร และ มณฑกานต์ ตระกูลดิษฐ์. (บรรณาธิการ), **การพัฒนาการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์; 2542: 69-96.**

10. Fry, S. T. & Johnstone, M. **Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making** 2 nd ed. MA: BlacKwell Publishing Company; 2002.

11. โรงพยาบาลเครือข่ายกลุ่ม 18. **สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายกลุ่ม 18 พ.ศ. 2548.**

12. นันทิยา รัตนสกุล, กฤตยา แดงสุวรรณ และ ชฎาพร ฟองสุวรรณ. **รายงานการวิจัยการสร้างมาตรฐานการพยาบาลการส่งต่อผู้ป่วยคัดลอกกรรมทั่วไปจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดนราธิวาส.** นราธิวาส: กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์; 2548.

13. Richardson, D. **Triage.** In Peter C., George, J., Anne-Maree K, Lindsay, M., Anthony, F.T. B, & John, H. eds. **Textbook Emergency medical systems Textbook of Adult Emergency Medicine** 2 nd edition in ameron : Churchill Livingstone, 2004; 702-705.

14. โรงพยาบาลยะลา. **แผนทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับเหตุฉุกเฉินและภัยพิบัติในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้.** อัดสำเนา; 2548.

15. ประเสริฐ วศินานุกร. **การดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินและปัญหาที่พบบ่อย.** ตำราเวชศาสตร์ฉุกเฉิน บรรณาธิการ นครชัย เผื่อนปฐม, เมธิณี ไหมแพง และ ก่อพงศ์ รุกขพันธ์. กรุงเทพฯ: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์; 2545; 13-28.

16. Lilja, G. P., **Emergency Medical Services.** In Gabor D. Kelen; Stapczynski, J.S., eds. **Prehospital Care Emergency Medicine : a comprehensive study guide** Judith E. Tintinalli. American College of Emergency Physicians. New York: McGraw-Hill, 2004; 1-5.

ด้านระบบการเงิน การคลัง งบประมาณ

เป็นส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการแก้ไขปัญหามากที่สุด โดยมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมทั้งในส่วนของการตอบแทนพิเศษ งบประมาณดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ การเงิน-การคลังของสถานบริการสาธารณสุขใน 4 จังหวัดชายแดนใต้ ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยมีรายละเอียดที่น่าสนใจดังนี้

1. รายรับ จากตาราง 17 พบว่า ภาพรวมใน 4 จังหวัดฯ พบว่ามีรายรับ เพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2546 – ปี 2550 (ข้อมูลปี 2550 เป็นข้อมูลถึงเดือนมิถุนายน 2550 บวกการประมาณการถึงเดือนกันยายน 2550 รวมเป็นทั้งปี) โดยรวมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.43 หากพิจารณารายจังหวัดพบว่าทุกจังหวัดมีรายรับ เพิ่มขึ้นโดย 5 อำเภอในจังหวัดสงขลาเพิ่มมากที่สุด ร้อยละ 18.05 เนื่องจากโครงการประกันสุขภาพฯ เพิ่มงบประมาณค่าตอบแทนด้านบุคลากร (เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายและค่าตอบแทนเสี่ยงภัยในพื้นที่พิเศษ) ให้แก่สถานบริการใน 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ยกเว้นอำเภอสะเดา(เดิมจ่ายด้วยเงินบำรุงของสถานบริการ) ในปี 2549-2550 ส่วนจังหวัดปัตตานีเพิ่มน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4.91

ตาราง 17. แสดงรายรับงบประมาณ ในปี 2546 – 2550 (ข้อมูลปี 2550 เป็นข้อมูลประมาณการทั้งปี)

ปีงบประมาณ	ปัตตานี		ยะลา		นราธิวาส		สงขลา 5 อำเภอ		รวม 4 จังหวัด	
	รายรับ (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (%)	รายรับ (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (%)	รายรับ (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (%)	รายรับ (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (%)	รายรับ (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (%)
2546	832.03		844.87		776.1		154.17		2,607.17	
2547	926.33	11.33	890.37	5.39	886.36	14.21	178.82	15.99	2,881.88	10.54
2548	991.19	7.00	985.76	10.71	1,138.48	28.44	290.46	62.43	3,542.96	22.94
2549	1,001.23	1.01	1,138.03	15.45	1,308.31	14.92	331.04	13.97	3,777.61	6.62
2550	1068.827	6.75	1219.787	7.18	1,339.48	2.38	398.3733	20.34	4,026.52	6.59
รวม	4,819.61	4.91	5,078.82	7.38	5,448.73	10.34	1,352.86	18.05	16,836.14	8.43

2. รายจ่าย จากตาราง 18 พบว่าภาพรวมใน 4 จังหวัด มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นทุกปี (ข้อมูลปี 2550 เป็นข้อมูลถึงเดือนมิถุนายน 2550 บวกการประมาณการถึงเดือนกันยายน 2550 รวมเป็นทั้งปี) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.3 หากพิจารณารายจังหวัดพบว่าทุกจังหวัดมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นโดย 5 อำเภอในจังหวัดสงขลาเพิ่มมากที่สุด ร้อยละ 18.68 ส่วนจังหวัดปัตตานีเพิ่มน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 5.39

ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับช่วงปีแรกของเหตุการณ์ความไม่สงบพบว่า ในปี 2546- ปี 2547 มีรายจ่ายเพิ่มสูงขึ้นมากในจังหวัด คือ จ.ปัตตานี (ร้อยละ16.8) , จ.ยะลา (ร้อยละ11.5) และนราธิวาส (ร้อยละ32.02) เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2548 – ปี 2550 ส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเป็นค่าใช้จ่ายในด้านระบบความปลอดภัย

ของสถานบริการ เช่น การก่อสร้างรั้ว , ระบบโทรทัศน์วงจรปิด และการปรับค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและเวรยามที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น

ตาราง 18. แสดงรายจ่ายงบประมาณ ในปี 2546 – 2550 (ข้อมูลปี 2550 เป็นข้อมูลประมาณการทั้งปี)

ปีงบประมาณ	ปัตตานี		ยะลา		นราธิวาส		สงขลา 5 อำเภอ		4 จังหวัด	
	รายจ่าย (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	รายจ่าย (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	รายจ่าย (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	รายจ่าย (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	รายจ่าย (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)
2546	801.68		791.70		718.62		122.40		2,434.40	
2547	931.41	16.18	882.78	11.50	948.69	32.02	158.47	29.47	2,921.35	20.00
2548	959.31	3.00	967.85	9.64	1,083.37	14.20	278.13	75.51	3,288.66	12.57
2549	963.53	0.44	1,110.66	14.76	1,076.45	- 0.64	308.01	10.74	3,458.65	5.17
2550	1,055.59	9.55	1,174.61	5.76	1,169.95	8.69	349.73	13.55	3,749.88	8.42
รวม	4,711.52	5.39	4,927.60	7.77	4,997.08	9.03	1,216.74	18.68	15,852.94	8.30

3. เงินคงเหลือสุทธิ จากตาราง 19พบว่าภาพรวมใน 4 จังหวัด พบว่าแม้รายจ่ายจะเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับสถานการณ์ภัยได้ภาวะวิกฤตไฟใต้ แต่รัฐก็สนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้ภาพรวมของสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งใน 4 จังหวัดมีสถานะเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้น หากเปรียบเทียบปี 2546 -ปี 2550 พบว่าจังหวัดนราธิวาสมีเงินคงเหลือมากที่สุด จำนวน 743.41 ล้านบาทรองลงมา คือจังหวัดปัตตานี จำนวน 374.3 ล้านบาท

ตาราง 19. แสดงเงินคงเหลือสุทธิ ในปี 2546 – มิถุนายน 2550

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	สงขลา 5 อำเภอ	4 จังหวัด
	คงเหลือ (ล้านบาท)	คงเหลือ (ล้านบาท)	คงเหลือ (ล้านบาท)	คงเหลือ (ล้านบาท)	คงเหลือ (ล้านบาท)
2546	171.19	76.41	226.6	73.51	547.71
2547	166.11	84	164.27	93.86	508.24
2548	200.06	101.91	219.38	106.19	627.54
2549	335.48	144.21	435.41	121.77	1036.87
2550	374.3	283.66	743.41	160.99	1562.36

4. งบลงทุน จากตาราง 20 พบว่าภาพรวมใน 4 จังหวัดได้รับงบลงทุนเพิ่มขึ้นทุกจังหวัด หากเปรียบเทียบปี 2546 – ปี 2550 พบว่าภาพรวมทุกจังหวัด มีงบลงทุนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20.88 (จำนวน 688.96 ล้านบาท) และส่วนใหญ่พบว่างบลงทุนทุกจังหวัดเพิ่มมากที่สุดในปี 2546 – ปี 2547 เพิ่มมากที่สุดคือ จังหวัดปัตตานี ร้อยละ 296.60 รองลงมาคือจังหวัดนราธิวาส ร้อยละ 158.74 และจังหวัดยะลาเพิ่ม ร้อยละ 132.60 งบลงทุนส่วนใหญ่ใช้เพื่อรองรับสถานการณ์ภาคใต้ภาวะวิกฤตไฟใต้ ไม่ว่าจะเป็นการจัดหารถ Ambulance การจัดสร้างร้วสถานบริการ การจัดหาเครื่องมือและครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิตผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไฟใต้ การจัดหาที่พักสำหรับเจ้าหน้าที่ และ การจัดหายานพาหนะสำหรับรับ-ส่ง เจ้าหน้าที่ เป็นต้น

ตาราง 20. แสดงงบลงทุน ในปี 2549 – 2550 (งบลงทุนปี 2550 เป็นงบที่ได้รับทั้งปี)

ปีงบประมาณ	ปัตตานี		ยะลา		นราธิวาส		สงขลา 5 อำเภอ		4 จังหวัด	
	งบลงทุน (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	งบลงทุน (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	งบลงทุน (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	งบลงทุน (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	งบลงทุน (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)
2546	12.05		12.21		16.31		5.87		46.44	
2547	47.79	296.60	28.40	132.60	42.20	158.74	12.86	119.08	131.25	182.62
2548	48.15	0.75	32.93	15.95	55.18	30.76	20.98	63.14	157.24	19.80
2549	49.39	2.58	37.16	12.85	55.18	-	21.99	4.81	163.72	4.12
2550	56.46	14.31	41.44	11.52	63.63	15.31	28.78	30.88	190.31	16.24
รวม	213.84	20.77	152.14	19.21	232.50	20.35	90.48	25.32	688.96	20.88

5. การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2549 และ ปี 2550 พบว่าภาพรวมของ 4 จังหวัดได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.56 (จำนวน 490.86 ล้านบาท) และค่าเฉลี่ยรายหัวเพิ่มขึ้นจำนวน 416.08 บาท และหากพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดนราธิวาสได้รับงบประมาณรายหัวมากที่สุด คือ 1,001.42 รองลงมาคือ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และ 4 อำเภอของ จังหวัดสงขลา ได้รับงบประมาณรายหัวจำนวน 994.85, 895.66, 805.47 ตามลำดับ ดังข้อมูลในตาราง 21

ตาราง 21. แสดงรายรับงบประมาณโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสถานบริการสาธารณสุขใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้(ปัตตานี,ยะลา,นราธิวาส และ 5 อำเภอของจังหวัดสงขลา(จะนะ , เทพา , สะบ้าย้อย , นาทวีและสะเดา))ประจำปี 2549 และ ปี 2550

จังหวัด	ปี 2549		ปี 2550		เพิ่มขึ้น/ลดลง	
	จำนวน (ล้านบาท)	เฉลี่ย/ปชก.	จำนวน (ล้านบาท)	เฉลี่ย/ปชก.	จำนวน (ล้านบาท)	เฉลี่ย/ปชก.
ปัตตานี	409.52	711.53	508.42	895.66	98.90	184.13
ยะลา	320.22	754.78	416.02	994.85	95.80	240.07
นราธิวาส	464.63	719.02	640.76	1,001.42	176.13	282.40
4 อำเภอ จังหวัด สงขลา	112.33	389.39	232.36	805.47	490.86	416.08
รวม	1,306.70	675.47	1,797.56	939.02	490.86	263.55

6. ข้อมูลรายรับงบประมาณโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานบริการสาธารณสุขใน 3 จังหวัดและ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลาในปี 2550 เมื่อศึกษาในรายละเอียดของประเภทรายรับ พบว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายชัดเจนในการจัดสรรเงินเพื่อรองรับสถานการณ์ภายใต้ภาวะวิกฤตไฟใต้ในรูปแบบของ Contingency Fund (CF) ได้แก่ เงินเพิ่มค่าตอบแทนกรณีพิเศษสำหรับพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (CF5) ซึ่งเป็นเม็ดเงินที่จ่ายให้แก่เจ้าหน้าที่โดยตรงเพื่อเป็นสวัสดิการและสร้างขวัญ กำลังใจ แก่บุคลากรที่ทำงานในพื้นที่ และจัดสรรเงินให้แก่สถานบริการสาธารณสุขใน 4 จังหวัดคือเงินเพิ่มเติมสำหรับพื้นที่ชายแดนและเสี่ยงภัยกรณีพิเศษ (CF6) โดยงบประมาณที่ได้รับจัดสรรทั้ง CF5 และ CF6 คิดเป็น ร้อยละ 10.12 (181.96 ล้านบาท) ของงบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับ หากพิจารณารายจังหวัดพบว่าจังหวัดยะลาได้รับจัดสรรมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 11.95 (49.70 ล้านบาท) จังหวัดที่ได้รับน้อยที่สุดคือ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลาคิดเป็น ร้อยละ 7.05 (จำนวน 16.38 ล้านบาท) ดังตารางที่ 6

ตาราง 22. แสดงรายรับงบประมาณโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณี CF5 และ CF6 ของสถานบริการสาธารณสุขใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้(ปัตตานี ,ยะลา,นราธิวาส และ 5 อำเภอของจังหวัดสงขลา (จะนะ , เทพา , สะบ้าย้อย , นาทวีและสะเดา))ประจำปี 2550

จังหวัด	CF5	CF6	งบโครงการประกันสุขภาพ	ร้อยละ (CF5+CF6/งบ โครงการประกัน สุขภาพถ้วนหน้า)
ปัตตานี	26.35	24.07	508.54	9.91
ยะลา	28.52	21.18	416.02	11.95
นราธิวาส	26.60	38.84	640.76	10.21
5 อำเภอจังหวัด สงขลา	7.89	8.47	232.36	7.05
รวม	89.37	92.59	1,797.68	10.12

หมายเหตุ

1. CF5 คือ เงินเพิ่มค่าตอบแทนกรณีพิเศษสำหรับพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. CF6 คือ เงินเพิ่มเติมสำหรับพื้นที่ชายแดนและเสี่ยงภัยกรณีพิเศษ

ระบบบริหารทรัพยากรบุคคลและการสร้างแรงจูงใจ

จากการทบทวนเอกสารสรุปการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นำเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเมื่อ เดือน มกราคม 2550 มีรายละเอียดในส่วนการดำเนินการที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ ซึ่งมีมาตรการดูแลสำหรับผู้ปฏิบัติงานใน 4 จังหวัด รายละเอียดรายปีดังนี้

ปี 2547

1. โครงการแพทย์ไทยอาสาช่วยแก้ไขปัญหาชายแดนภาคใต้ จัดทีมแพทย์เฉพาะทาง ด้าน

ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก หมุนเวียนไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลละตามีมละ 1 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนเมษายน – ตุลาคม 2547 (รวม 6 เดือน) ประกอบด้วย แพทย์จากกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวง, กรมการแพทย์) กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี จุฬาลงกรณ์ ธรรมศาสตร์ ศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร และสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

2. การสร้างขวัญกำลังใจให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

2.1. การจัดสรรโควตาผู้สำเร็จใหม่ในปี 2547 ไปปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดเพิ่มมากกว่าทุกปี เช่น จัดสรรพยาบาล จังหวัดปัตตานี เพิ่มจากโควตาเดิม 10 เป็น 19 นรารหัส จาก 7 เป็น 16 และยะลา จาก 18 เป็น 43 เป็นต้น นอกจากนี้ ได้จัดสรรโควตาให้นักเรียนในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้เข้าศึกษาในสายพยาบาล ประจำปีการศึกษา 2547 โดยให้โควตาเพิ่มขึ้น เช่น จังหวัดปัตตานี จำนวน 21 อัตรา (เดิมเคยได้รับประมาณ 10 อัตรา) นรารหัส จำนวน 42 อัตรา (เดิมเคยได้รับประมาณ 7 อัตรา) และยะลา จำนวน 27 อัตรา (เดิมเคยได้รับประมาณ 18 อัตรา)

2.2. ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้จ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานให้แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลปัตตานี โรงพยาบาลโคกโพธิ์ โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลเบตง จังหวัดยะลา โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสุโหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส ที่ยังไม่เคยได้รับค่าตอบแทนในลักษณะเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากร โดยใช้ระเบียบเงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้ผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลดังกล่าว ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ ได้รับค่าตอบแทนในอัตราเดือนละ 10,000 บาท เภสัชกร เดือนละ 5,000 บาท พยาบาลวิชาชีพ เดือนละ 1,000 บาท

2.3. ค่าตอบแทนพิเศษรายเดือน ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2547 ที่กำหนดให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้ได้รับค่าตอบแทนอัตราเดือนละ 2,500 บาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2546 – กันยายน 2547

2.4. การเสนอให้คณะกรรมการแพทย์สภาพิจารณาออกหนังสืออนุญาตการประกอบวิชาชีพเวชกรรมประเภทชั่วคราวเฉพาะพื้นที่ โดยมีแพทย์ที่จบจากต่างประเทศได้รับอนุญาตจำนวน 1 ราย

เพื่อให้ประกอบวิชาชีพที่โรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา จากที่เสนอขออนุญาตจำนวน 3 ราย ทั้งนี้ เนื่องจากแพทย์ 2 รายไม่เคยมีใบประกอบวิชาชีพของประเทศที่จบการศึกษา

2.5. การประกันภัย ได้เข้าอยู่ในโครงการประกันภัยสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเป็นการประจำในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยกรมบัญชีกลางเป็นผู้ประสานการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ดังกล่าวได้รับการคุ้มครองตามสิทธิแล้ว

ปี 2548

1.การดำเนินการด้านขวัญกำลังใจและสิทธิประโยชน์อื่น ตามคณะรัฐมนตรีมีมติ เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2547 ให้ความช่วยเหลือแก่เจ้าหน้าที่ของรัฐที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้ได้รับสิทธิพิเศษเพิ่มเติม ในปี 2548 (ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2548) ดังนี้

1.1. การนับเวลาทวีคูณ

1.2. เงินค่าตอบแทนพิเศษรายเดือน ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2547 ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนพิเศษรายเดือนสำหรับผู้ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส พ.ศ. 2547 และตามมติคณะรัฐมนตรี 5 ตุลาคม 2547 ให้จ่ายค่าตอบแทนนี้ต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2548

1.3. การจ่ายเงินทดแทนให้กับข้าราชการ เจ้าหน้าที่ของรัฐ และลูกจ้างประจำ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีเสียชีวิต ทูพพลภาพถาวร ได้รับเงินทดแทนรายละ 500,000 บาท ตามหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือหรือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ของคณะกรรมการนโยบายและอำนวยการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

1.4. การประกันความเสี่ยงภัย โดยการให้ได้รับเงินชดเชย สำหรับทีมแพทย์อาสา หมุนเวียน และเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ใช่ประจำการในพื้นที่แต่ต้องไปปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นครั้งคราว โดยใช้เงินจากโครงการเพื่อการสาธารณประโยชน์จากรายได้จากการออกฉลากพิเศษ กรณีเสียชีวิต ทูพพลภาพถาวร สูญเสียอวัยวะ 2 ชิ้นได้รับเงินทดแทนรายละ 500,000 บาท

2. โครงการจัดแพทย์อาสาสมัครช่วยปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งได้ดำเนินการต่อเนื่อง จากปี 2547 และเนื่องจากสถานการณ์มีความรุนแรงขึ้นในปี 2548 จึงจัดแพทย์หมุนเวียนเพื่อช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ต่อ ทั้งนี้ ได้จัดแพทย์เฉพาะทางสาขาตามความต้องการของพื้นที่ ซึ่งได้แก่ แพทย์สาขาศัลยกรรม และศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ เข้าไปเสริมหมุนเวียนสับเปลี่ยนทุกสัปดาห์ โดยได้รับความร่วมมือจากทั้งโรงพยาบาลของกองทัพ ของคณะแพทยศาสตร์ และจากกรุงเทพมหานคร ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ได้รับความร่วมมือจากกรมแพทย์ทหารบก จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินในยามวิกฤต โดยใช้ค่ายอิงคยุทธบริหารเป็นฐานบัญชาการ และกระทรวงสาธารณสุขได้ทำความตกลงกับกระทรวงการคลัง เพื่อขอให้แพทย์อาสาดังกล่าวได้รับค่าตอบแทนเป็นกรณีพิเศษ โดยเป็นการขอเพิ่มค่าอัตราตอบแทน ให้กับแพทย์อาสาในอัตราวันละ 2,700 บาท พยาบาลวิชาชีพ

วันละ 1,500 บาท โดยเบิกจากงบประมาณ และได้รับอนุมัติสนับสนุนงบประมาณจำนวน 4.9 ล้านบาท จากงบกลาง ปีงบประมาณ 2548

3. **การบริหารงานบุคคล** กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการขอใช้ตำแหน่งข้าราชการที่ว่าง เพื่อบรรจุนักเรียนทุนที่จบการศึกษาตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา ซึ่งไม่มีตำแหน่งข้าราชการรองรับ และได้จ้างไว้เป็นลูกจ้างชั่วคราวของหน่วยบริการอยู่แล้ว ให้สามารถบรรจุเป็นข้าราชการได้ โดยมีเงื่อนไขต้องปฏิบัติงานในพื้นที่บรรจุติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 ปี จึงจะอนุญาตให้ย้ายได้ โดยในปีงบประมาณ 2548 ได้จัดสรรอัตราว่างเพื่อบรรจูลูกจ้างชั่วคราวที่เป็นนักเรียนทุน จำนวน 137 อัตรา และจัดสรรเพิ่มเติมในรอบที่ 2 อีกจำนวน 30 อัตรา เพื่อบรรจุนักเรียนพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาและบรรจุเมื่อเมษายน 2548

นอกจากนี้ ได้จัดสรรเพิ่มเติมให้อีกจังหวัดละ 10 อัตรา เพื่อรับสมัครพยาบาลวิชาชีพที่เป็นนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งขณะนี้เป็ณลูกจ้างชั่วคราวในพื้นที่อื่น หากมีความประสงค์สมัครไปปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จะได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับการบรรจุทุกคนต้องปฏิบัติงานในจังหวัดนั้น ๆ อย่างน้อย 3 ปี จึงมีสิทธิขอย้าย

การจัดสรรตำแหน่งพนักงานราชการ ได้จัดสรรให้จังหวัดละ 6 ตำแหน่ง เพื่อดำเนินการบรรจุลูกจ้างชั่วคราวสายพยาบาลวิชาชีพที่ จบการศึกษาจากสถาบันการศึกษาอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหน่วยบริการต่าง ๆ ได้จ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราวไว้ปฏิบัติงานอยู่แล้ว แต่ต้องมีอายุการทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปีแล้ว และได้จัดสรรเพิ่มเติมให้อีกจังหวัดละ 12 ตำแหน่ง รวมจังหวัดละ 18 ตำแหน่ง โดยให้ดำเนินการบรรจุลูกจ้างชั่วคราวทั่วไปได้ในสายงานระดับ 3 เพิ่มเติม

4. **การผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขโดยมาตรการพิเศษ** กระทรวงสาธารณสุขได้ประสานกับคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการคัดเลือกนักเรียนจาก 3 จังหวัด ๆ ละ 10 คน เพื่อเข้าศึกษาแพทยศาสตร์ และให้กลับไปทำงานที่ภูมิลำเนาเดิม และจัดทำโครงการพยาบาล 1 ทุน 1 ตำบล เพื่อเปิดโอกาสให้นักเรียนในพื้นที่เข้าเรียนพยาบาล และในหลักสูตรสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขผลิตเอง เพื่อให้ได้เข้าเรียนและกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยเข้าเรียนที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ในจังหวัดยะลา และนราธิวาส ซึ่งเริ่มดำเนินการในปีการศึกษา 2548

5. **การสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ไปปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้** กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดมาตรการพิเศษให้แพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ที่สมัครใจเลือกไปเพิ่มพูนทักษะ ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และเลือกสถานที่ปฏิบัติงานขอใช้ทุนต่อในปีที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ 3 จังหวัด สามารถได้รับสิทธิในการพัฒนาขีดความสามารถสู่ความเป็นเฉพาะทาง โดยการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในสาขาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เมื่อทำงานใช้ทุนในปีที่ 2 แล้ว ซึ่งได้เร็วกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อื่น ที่ต้องปฏิบัติงานครบ 3 ปี

6. **การสร้างและจ้างงานด้านสุขภาพแก่ประชาชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้** กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนการสร้างและจ้างงานด้านสุขภาพแก่ประชาชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 4 โครงการ ในความรับผิดชอบของ 6 กรม ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กรม

พัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้รับอนุมัติให้จ้างงานในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 1,833 คน

7. การประสานความร่วมมือกับกระทรวงกลาโหม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม เพื่อขอสนับสนุนแพทย์อาสาซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทาง สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป ไปช่วยปฏิบัติงานอาสาสมัครระยะยาวประมาณ 1 เดือน ถึง 1 ปี ซึ่งขณะนี้กองทัพบก โดยโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้จัดแพทย์ไปช่วยปฏิบัติงาน และกระทรวงสาธารณสุขได้ทำหนังสือขอ อนุมัติกรมบัญชีกลางเพื่อให้แพทย์ดังกล่าวได้รับค่าตอบแทนเช่นเดียวกับแพทย์อาสา

8. การสร้างขวัญกำลังใจด้านการศึกษา สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่สมัครเข้ารับการฝึกอบรมและได้รับอนุมัติต้นสังกัด เข้าฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในปี การศึกษา 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำหนังสือเพื่อประสานความร่วมมือให้แพทย์สภาดำเนินการ จัดหาสถาบันฝึกอบรมให้กับแพทย์ดังกล่าว สำหรับบุตรของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้สำรวจความต้องการที่จะให้บุตรไปศึกษาต่อยังโรงเรียนต่าง ๆ เพื่อประสานขอ ความร่วมมือและขอสนับสนุนจากกระทรวงศึกษาธิการ

ปี 2549

โครงการส่วนใหญ่ดำเนินงานต่อเนื่องจากปีงบประมาณ 2548 และได้ขยายผลของโครงการ เช่น การผลิตแพทย์เพิ่มร่วมกับมหาวิทยาลัยนราธิวาส การส่งแพทย์จากกรมแพทย์ทหารบก ร่วมปฏิบัติงาน ในพื้นที่ 3 จังหวัดเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามมีบางโครงการมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินการ เช่น โครงการจ้างงานด้านสุขภาพ ซึ่ง กอ.สสส.จชต.ได้ดำเนินงานในภาพรวมของทุกส่วนราชการเอง โดยใน ส่วนที่ทำงานในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นอยู่กับพื้นที่ ในการต่อรองและให้ข้อมูลกับผู้มี อำนาจตัดสินใจในพื้นที่ ซึ่งไม่ได้ข้อมูลที่ชัดเจน

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในโรงพยาบาล เป็นปัญหาขาดแคลนซ้ำซากในพื้นที่ ซึ่งเป็น ปัญหาที่สะสมมาก่อนเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ แต่ในอนาคตรออีกต่อไป ในสถานะที่สถานการณ์จะเพิ่ม ความรุนแรงมากขึ้นนั้น คาดว่าจำนวนบุคลากรที่จะมีความขาดแคลนอย่างรุนแรง

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกำลังคนตามมาตรฐาน GIS (Geographical Information System) ซึ่ง ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดสรรบุคลากร จำแนกรายจังหวัด เฉพาะ 4 กลุ่มวิชาชีพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล สำรวจ ณ วันที่ 1 ก.ค. 2550 ทำให้เห็นภาพการขาดแคลน บุคลากรทางการแพทย์อย่างชัดเจน ตามตาราง 23

ตาราง 23. ข้อมูล GIS และจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง

ข้อมูลรวม 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และ 5 อำเภอ.สงขลา			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	468	258	55.13
2. ทันตแพทย์	204	91	44.61
3. เภสัชกร	202	195	96.53
4. พยาบาล	2,871	2,923	99.72

หมายเหตุ 5 อำเภอของจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย อำเภอ สะบ้าย้อย เทพา จะนะ นาทวีและสะเดา

จากฐานข้อมูล GIS ในภาพรวม 4 วิชาชีพต่ำกว่าเกณฑ์ เมื่อจำแนกรายวิชาชีพพบว่า ในกลุ่มวิชาชีพแพทย์(55.13%) ทันตแพทย์(44.61%) มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานค่อนข้างมาก ในขณะที่วิชาชีพพยาบาลและเภสัชกรอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยที่ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย

อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบค่ามาตรฐานที่จะทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนต้องเปรียบเทียบกับภาพรวมของประเทศด้วย ซึ่งแสดงในตาราง 24

ตาราง 24. แสดงการเปรียบเทียบค่าGIS 3 จังหวัดชายแดนใต้เปรียบเทียบกับภาพรวมของประเทศ

สายงาน	3 จังหวัดชายแดนใต้ % GIS	ภาพรวมทั้งประเทศ % GIS
แพทย์	55.13	55.74
ทันตแพทย์	44.61	41.15
เภสัชกร	96.53	83
พยาบาล	99.72	85

จากการเปรียบเทียบกำลังคนภาพรวมในจังหวัดชายแดนภาคใต้กับระดับประเทศ พบว่า ในทุกวิชาชีพมีสัดส่วนที่มากกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของประเทศ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ และ เภสัชกร 99.72 : 85 และ 96.53 : 83 ตามลำดับ

สาระและประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาควบคู่ไปด้วยกันนอกจากข้อมูล GIS คือประเด็นภาระงานในพื้นที่ โดยเฉพาะสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ภาระงานที่หนักเพิ่มขึ้น การจัดเวร/ผลัดปฏิบัติงานจัดได้ลำบากกว่าสถานการณ์ปกติ เช่น กรณีแพทย์เวรในโรงพยาบาลชุมชน ต้องอยู่เวรนอกเวลาราชการผลัดละ 2 คน การปฏิบัติของพยาบาลกรณีอยู่เวรตึก ต้องเดินทางมาทำงานตั้งแต่เวรบ่าย เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในยามวิกาลระหว่างเดินทาง พยาบาลส่งต่อผู้ป่วยต้องเดินทางไปครั้งละ 2 คน

กรณีเป็นการพิจารณาการรับผิดชอบด้านบริการทางการแพทย์ โดยข้อมูลการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ค่าเฉลี่ยมาตรฐาน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ควรให้บริการผู้ป่วย จำนวน 20 ครั้ง แต่ในภาพเฉลี่ยระดับประเทศต้องให้บริการถึง 50 ครั้ง แต่ในโรงพยาบาลยะลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งเดียวในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ต้องให้บริการสูงถึง 66 ครั้ง เป็นต้น รวมทั้งความเครียด ความวิตกกังวลด้านความปลอดภัย และด้านขวัญกำลังใจกลับเป็นปัญหาเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์อย่างไม่เป็นทางการ ที่ไม่ปรากฏในระบบรายงานข้อมูลบุคลากร ซึ่งได้จากการลงไปพูดคุยในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กแห่งหนึ่ง มีพยาบาลรวม 37 คน หลังจากรับเหตุการณ์ความไม่สงบในโรงพยาบาล มีการแพทย์ประท้วง ในสัปดาห์ต่อมา มีพยาบาลแจ้งความประสงค์ขอย้าย 32 คน ปรากฏว่า อยู่บนโต๊ะหัวหน้าพยาบาล 17 คน อยู่บนโต๊ะผู้อำนวยการ 10 คน และอยู่ในลิ้นชักผู้อำนวยการ 3 คน สุดท้ายได้ย้ายเพียง 2 คน โดยภาพรวมมีข้อมูลพยาบาลวิชาชีพขอย้ายออกจากพื้นที่อย่างน้อย 1 ใน 3 ซึ่งหากสำรวจความต้องการขอย้ายของพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ จะมีสูงกว่านี้

ตาราง 25. แสดง ข้อมูล GIS และจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงแยกรายจังหวัด

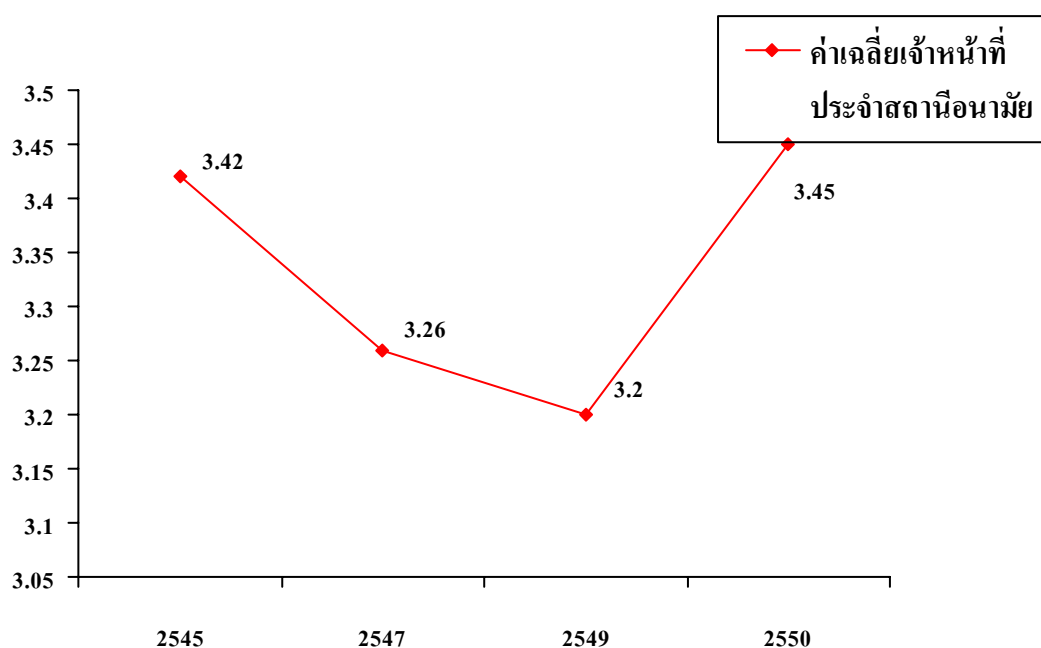
จังหวัดยะลา			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	217	76	35.02
2. ทันตแพทย์	58	21	36.21
3. เภสัชกร	47	66	140.43
4. พยาบาล	970	907	93.51
จังหวัดปัตตานี			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	85	76	89.41
2. ทันตแพทย์	57	33	57.89
3. เภสัชกร	72	54	75.00
4. พยาบาล	786	799	101.65
จังหวัดนราธิวาส			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	107	77	71.96
2. ทันตแพทย์	58	26	44.83
3. เภสัชกร	55	55	100.00
4. พยาบาล	790	956	121.01

จังหวัดสงขลา(เฉพาะ 5 อำเภอ)			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	57	29	50.88
2. ทันตแพทย์	31	11	35.48
3. เภสัชกร	28	20	71.43
4. พยาบาล	325	261	61.85

หมายเหตุ 5 อำเภอของจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย อำเภอ สะบ้าย้อย เทพา จะนะ นาทวีและสะเดา

ถ้าลงลึกรายละเอียดในรายจังหวัด ดังตาราง 25 พบข้อมูลที่น่าสนใจว่า จังหวัดยะลา มีจำนวนแพทย์ต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด (35.02%) รองลงมาเป็นนราธิวาส และ 5 อำเภอในจังหวัดสงขลา โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางบางสาขาที่มีความจำเป็นสูงในสถานการณ์ความรุนแรง เช่น ศัลยกรรมทั่วไป (มีจริง 1) ศัลยกรรมกระดูก (มีจริง 1) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินซึ่งมีผู้บาดเจ็บทั้งจากการถูกทำร้ายของฝ่ายตรงข้าม หรือกรณีการปะทะกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในรูปแบบต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในกรณีรายวัน และกรณีการชุมนุมประท้วงเป็นครั้งคราว หรืออาจจะมิในกรณีอื่นๆที่ไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้

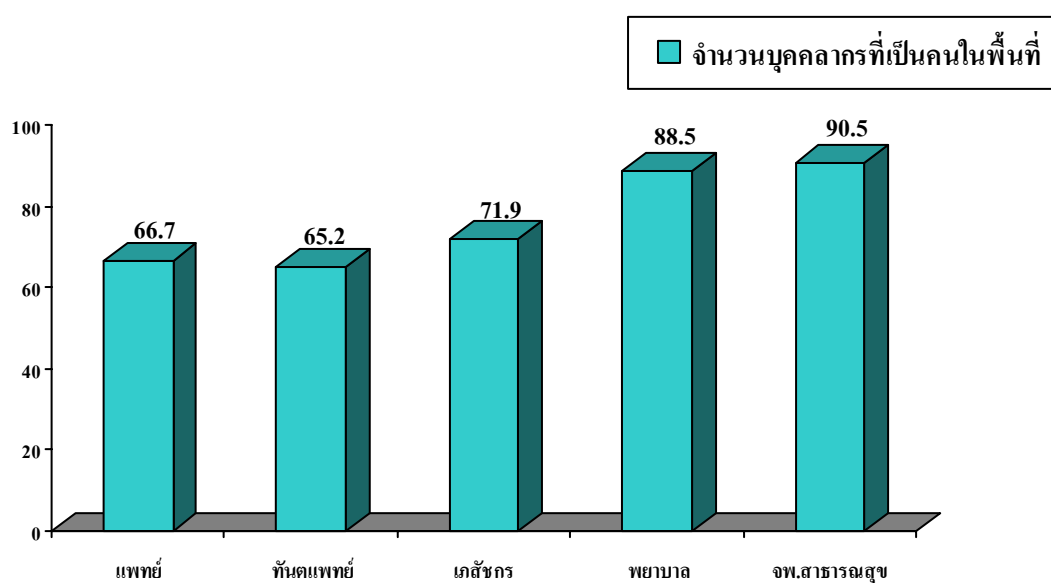
กรณีผู้ให้บริการในระดับสถานีนอมนัย



แผนภูมิที่ 10. แสดงค่าเฉลี่ยเจ้าหน้าที่ในระดับสถานีนอมนัย

กระทรวงสาธารณสุขได้แก้ปัญหาระยะสั้นตั้งแต่เริ่มมีเหตุการณ์ความไม่สงบ โดยรับเด็กในพื้นที่เข้าเรียน ต่อในหลักสูตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ตั้งแต่ปีการศึกษา 2548 เป็นต้นมา ซึ่งรับปีละประมาณ 200 คน เป็นเวลา 4 ปี ทำให้ภาพรวมของผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่ดีขึ้นตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา ปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเจ้าหน้าที่ต่อสถานอนามัย 3.45 คนต่อแห่ง และมีแรงจูงใจสำคัญคือการบรรจุเป็นข้าราชการ

เด็กพื้นที่ : แสงสว่างที่ปลายอุโมงค์



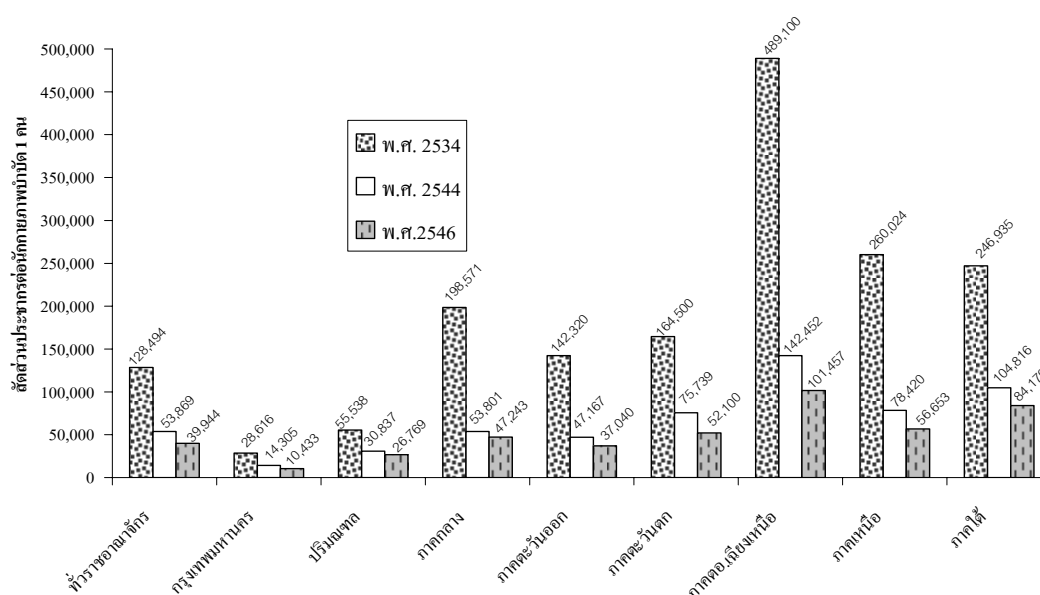
แผนภูมิที่ 11. แสดงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นคนในพื้นที่

เมื่อวิเคราะห์ภูมิฐานะของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่พบว่า เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเป็นบุคลากรที่มีภูมิฐานะในพื้นที่สูงสุดคือร้อยละ 90.9 รองลงมาคือพยาบาล เกษตรกร แพทย์ ร้อยละ 88.9, 71.9 และ 66.7 ตามลำดับ โดยทันตแพทย์น้อยที่สุดร้อยละ 65.2

กายภาพบำบัด : อภิบทพิสูจน์ของความเข้าใจ เข้าถึง พัฒนา

สถานการณ์นักกายภาพบำบัดในภาคใต้

การศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพกำลังคนล่าสุดในปีพ.ศ. 2546 (สุวิทย์ อริยชัยกุล และ ทศพร พิชัยยา, 2546) ได้เปรียบเทียบสัดส่วนประชากรต่อนักกายภาพบำบัด 1 คน ระหว่างปี พ.ศ. 2534, 2544 และ 2546 แสดงให้เห็นดังรูปที่ 1 พบว่าสัดส่วนทุกภาคดีขึ้น แต่ในภาคใต้มีอัตราการลดลงน้อยกว่าภาคอื่นทั้งหมด (ยกเว้นปริมณฑล และภาคกลาง) ในรายงานปีพ.ศ. 2546 ยังระบุอีกว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจาย คือ มีการเพิ่มประชากรในภาคใต้ในอัตราที่มากกว่า แต่การเพิ่มของนักกายภาพบำบัดน้อยกว่า การกระจายตัวของนักกายภาพบำบัดกล่าวโดยทั่วไปแล้วแม้ไม่ได้ยึดติดกับระบบทุนอย่างเช่นวิชาชีพอื่นก็ตาม แต่ภาคใต้โดยเฉพาะตอนล่างที่ไม่มีสถาบันการผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัด ส่งผลกระทบต่อการกระจายด้วย แม้ว่าในปีพ.ศ.2525 จะมีนักเรียนทุนจาก 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เข้าเรียนในมหาวิทยาลัยมหิดล แต่มิได้ช่วยให้การกระจายของนักกายภาพบำบัดดีขึ้นเร็วอย่างเช่นในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ



แผนภูมิที่ 12. แสดงสัดส่วนประชากรต่อนักกายภาพบำบัด 1 คน จำแนกตามภาค ปี พ.ศ. 2534, 2544, 2546

ที่มา: สุวิทย์ อริยชัยกุล และทศพร พิชัยยา (2546) สํารวจเมื่อ พฤษภาคม พ.ศ.2546

ปัจจัยที่ทำให้การกระจายของนักกายภาพบำบัดในภูมิภาคดีกว่าในส่วนกลางไม่ใช่เพราะการเพิ่มของนักกายภาพบำบัดในภาคเอกชนเป็นหลัก เพราะในภูมิภาคการขยายตัวของภาคเอกชนต่ำ นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ไม่ได้เปิดคลินิกส่วนตัวแต่อย่างใด ปัจจัยที่สำคัญเกิดจากการจ้างงานของโรงพยาบาลชุมชน (สุวิทย์ อริยชัยกุล, กิตติกร พรหมจันทร์, และ สุริพร อุทัยกุล, 2544) กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้กำหนดกรอบอัตรากำลังนักกายภาพบำบัดใน รพช. แต่ได้รับแรงกระตุ้นจากรพช.ขอจ้าง

เอง และเรียกร้องให้กระทรวงฯ หากรอบอัตรากำลังให้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) กองสาธารณสุข
ภูมิภาค (ก่อนที่จะปรับเปลี่ยนโครงสร้างบริหารงานกระทรวงฯ) ได้ศึกษาความต้องการนักกายภาพบำบัดใน
จังหวัดอุดรธานี เลย สระแก้ว อุทัยธานี และนครศรีธรรมราช ใน รพช.ทุกระดับ ด้วยการให้แพทย์เขียน
ใบสั่งการรักษา พบว่า มีความต้องการนักกายภาพบำบัดระหว่าง 3 – 12 คน เพื่อทำงานทั้งส่งเสริม ป้องกัน
รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ น่าเสียดายที่ผลการวิจัยไม่ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง การจ้างนัก
กายภาพบำบัดจึงยังคงเป็นลักษณะตามมีตามเกิด จนถึงปัจจุบันบางจังหวัด เช่น เชียงใหม่ ขอนแก่น
อำนาจเจริญ นครราชสีมา รพช.เกือบทุกแห่งมีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงาน 1 – 3 คน

สถานการณ์นักกายภาพบำบัดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

การกระจายนักกายภาพบำบัดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่ในสถานการณ์ที่อันตราย ดังแสดงใน
ตาราง

จังหวัด	จำนวนประชากร ¹		จำนวนนักกายภาพบำบัด ²		สัดส่วนประชากรต่อนัก กายภาพบำบัด 1 คน ³	
	พ.ศ.2546	พ.ศ.2550	พ.ศ.2546	พ.ศ.2550	พ.ศ.2546	พ.ศ.2550
นราธิวาส	699,867	755,097	3	5	233,289	151,019
ปัตตานี	620,347	656,763	1	3	620,347	218,921
ยะลา	440,182	476,163	4	8	110,045	59,520

ตาราง 26. จำนวนนักกายภาพบำบัด และสัดส่วนประชากรต่อนักกายภาพบำบัด 1 คน ในปี
พ.ศ.2546 และ 2550 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ที่มา ¹ สำมะโนประชากรและเคหะปีพ.ศ.2543: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2543).

² การสำรวจของ สุวิทย์ อริยชัยกุล และ ทศพร พิชัยยา (2546) และสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย พ.ศ.2550

³ ใช้สูตรคำนวณ $P_n = P_0 * \{ \text{antiLn}(rt/100) \}$ เมื่อ P_n =จำนวนประชากรปัจจุบัน, P_0 =จำนวน
ประชากรปีฐาน (พ.ศ.2543), r =อัตราเพิ่มของประชากร, t =ระยะเวลาจากปีฐานจนถึงปีที่ต้องการ
ทราบจำนวนประชากร

จะเห็นได้ว่าสัดส่วนประชากรต่อนักกายภาพบำบัด 1 คน ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปีพ.ศ.
2546 มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยสัดส่วนทั้งภาค (ในรูปที่ 1) โดยเฉพาะในจังหวัดปัตตานีที่มีนักเรียนทุนที่สำเร็จ

การศึกษาตั้งแต่ปีพ.ศ.2529 เพียง 1 คน และไม่มีการเพิ่มตำแหน่งและกรอบอัตราค่าจ้างจนถึงปีพ.ศ.2546 ในปีพ.ศ.2550 ไม่สามารถหาสัดส่วนทั้งภาคได้ เนื่องจากจะต้องสำรวจข้อมูลนักกายภาพบำบัดในภาคเอกชน ด้วย จะเห็นได้ว่าเฉพาะยะลาเท่านั้นที่สัดส่วนดีขึ้นและน้อยกว่าสัดส่วนทั้งภาคในปีพ.ศ.2546

ปัญหาการขาดแคลนนักกายภาพบำบัดในจังหวัดปัตตานีเป็นเรื่องที่ต่อสู้นาพอสมควร แม้แต่ได้ยื่นเรื่องถึงผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขก็ตาม แต่ไม่ได้รับการเหลียวแล

การกระจุกตัวของนักกายภาพบำบัดที่มีเฉพาะในโรงพยาบาลระดับทั่วไป/ศูนย์ เป็นปัญหาที่เรื้อรังและไร้การเหลียวแล ด้วยเหตุที่ปัตตานีมีโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) เพียงแห่งเดียว (2 จังหวัดที่เหลือ มี 2 แห่ง เฉพาะที่ยะลาเป็นโรงพยาบาลศูนย์) และเป็น รพท. กลุ่ม 1 กรอบอัตราค่าจ้างนักกายภาพบำบัดจึงจำกัดไม่เกิน 3 ตำแหน่ง การที่ปัตตานีมีนักกายภาพบำบัด 3 คนนั้น ไม่ได้หมายถึงมีนักกายภาพบำบัดเต็มกรอบนักกายภาพบำบัดแต่เดิมที่ปฏิบัติงานใน รพ.ปัตตานี ลาออก มาทำคลินิกส่วนตัว

ยะลาเป็นจังหวัดเดียวในพื้นที่นี้ ที่มีนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) คือที่ รพช.ยะหา สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดอื่นในภาคใต้ก็มีนักกายภาพบำบัดประจำใน รพช. น้อยหรือไม่มี จังหวัดที่มีนักกายภาพบำบัดใน รพช.ปฏิบัติงานมากได้แก่ นครศรีธรรมราช ตรัง พัทลุง แม้กระนั้นก็ตามจังหวัดอื่นๆ ก็จะมีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานในภาคเอกชนมาก เช่น สงขลา ภูเก็ต พังงา

การจ้างและค่าตอบแทน

นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในรพช.ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราว ในรพท/รพช หลายแห่งจ้างนักกายภาพบำบัดมากกว่ากรอบอัตราค่าจ้างที่ทางกระทรวงฯ กำหนด แต่ก็ยังเป็นลูกจ้างชั่วคราวเช่นเดียวกัน ในภาคใต้มีพัฒนาการของการจ้างที่ล่าช้ากว่าภาคอื่น ในภาคอื่นนักกายภาพบำบัดบางคนเมื่อได้เป็นข้าราชการแล้วกลับไปปฏิบัติงานใน รพช. บางคนทำงานใน รพช. ได้ตำแหน่งพนักงานราชการ และที่สำคัญบางคนแม้เป็นลูกจ้างชั่วคราว แต่ได้รับการจ้างที่เงินเดือนสูง

ขณะนี้สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทยได้สำรวจค่าจ้างและค่าตอบแทนลูกจ้างชั่วคราวนักกายภาพบำบัดทั่วประเทศ แม้จะยังไม่สามารถสรุปตัวเลขที่ชัดเจนได้ แต่พบว่าส่วนใหญ่ได้รับค่าจ้าง 9,000 บาท ด้วยการอิงฐานเงินเดือนนักเรียนทุน หรือพนักงานราชการ บางแห่งได้รับเงินเพิ่มช่วยค่าครองชีพ ที่เลียนแบบ เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุผลพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พดส) ของข้าราชการ หรือ เงินเพิ่มช่วยค่าครองชีพ ของพนักงานราชการ แต่นักกายภาพบำบัดใน รพช.ยะหา ซึ่งเป็น รพช.เดียวที่มีนักกายภาพบำบัดในพื้นที่กลับได้เงินเดือนเท่ากับอัตราข้าราชการคือ 7,630 บาท แม้ว่านักกายภาพบำบัดจะได้พยายามยื่นเรื่องเสนอผู้อำนวยการขอขึ้นเงินเดือนให้เทียบเท่ากับวิชาชีพอื่นแล้ว แต่ก็ไม่ได้รับการเหลียวแล การสำรวจยังพบอีกว่านักกายภาพบำบัดหลายคนแม้จะได้เงินเดือนและค่าตอบแทนที่สูง มีความรู้สึกว่าการไม่ได้เป็นข้าราชการเหมือนกับวิชาชีพอื่น หรือได้รับการพิจารณาให้เป็นข้าราชการช้ากว่าวิชาชีพอื่น (ทั้งที่ศึกษาในระยะเวลาเท่าเทียมกัน) เป็นความไม่มั่นคงในหน้าที่การงาน และขาดกำลังใจในการพัฒนางาน จึงเปลี่ยนหรือย้ายที่ทำงานในอัตราที่สูงมาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำโครงการวิจัยและพัฒนางาน ภายภาพบำบัดในศูนย์แพทย์ชุมชน (community medical unit) และได้กำหนดกรอบอัตราเงินเดือนที่ 13,000 – 15,000 บาท เพื่อให้เป็นขวัญและกำลังใจกับนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในชุมชน แต่เนื่องจาก โครงการดังกล่าว สปสช. ไม่ได้กำหนดงบประมาณในส่วนของเงินเดือนให้กับศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์ แพทย์ชุมชนหลายแห่งจึงจ้างด้วยอัตราเงินเดือนที่ต่ำกว่ากรอบ (ไม่ต่ำกว่า 9,000 บาท)

การที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งส่งเสริมนักเรียนทุน และวิชาชีพหลัก 4 สาขา คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ทำให้เกิดการกดขี่แรงงานนักวิชาชีพในสาขาสหวิชาชีพอย่างมาก นับตั้งแต่การ กำหนด พตส. ในอัตราที่ต่ำกว่าวิชาชีพหลัก การไม่ได้เบี่ยงเสี่ยงและเบี่ยงกันดาร การวางกรอบเงินเดือน 9,000 บาท เฉพาะนักเรียนทุนเท่านั้น ทำให้เกิดสำนึกที่เหลื่อมล้ำและฝังลึกในกระทรวงสาธารณสุขมาเป็น เวลานาน สำนึกที่นักกายภาพบำบัดไม่ได้เป็นวิชาชีพสำคัญในการผลักดันงานสาธารณสุข สำนึกของการที่ ไม่ได้เป็นนักเรียนทุน ทั้งที่การทำงานของวิชาชีพกายภาพบำบัดย่อมต้องเสี่ยงภัยพอกัน หรือมากกว่า วิชาชีพหลักบางวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัดที่ทำงานชุมชน จะต้องเดินทางไปเยี่ยมบ้าน ปรับสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อม สอนญาติและผู้ป่วยให้ออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพอย่างเต็มที่ ให้คำแนะนำชุมชนในการ ช่วยเหลือผู้พิการให้ดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิต

วิชาชีพกายภาพบำบัด

กายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพ และต้องมีการควบคุมการประกอบวิชาชีพตาม พระราชบัญญัติวิชาชีพ กายภาพบำบัด พ.ศ.2547 นั่นคือ มีสภาวิชาชีพ คอยควบคุมกำกับการทำงานของนักวิชาชีพ พัฒนามาตรฐาน วิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีนักกายภาพบำบัดที่ขึ้นทะเบียนประมาณ 4,300 คน สภากายภาพบำบัด กำหนดว่านักกายภาพบำบัดทุกคนจะต้องสอบเพื่อขึ้นทะเบียน และเข้าร่วมในการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อรักษา สถานภาพใบประกอบวิชาชีพ (renew license) ทุก 5 ปี ความเข้าใจและการสร้างสำนึกเหลื่อมล้ำของ กระทรวงสาธารณสุขที่มีต่อวิชาชีพกายภาพบำบัดให้เป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพมี มานานแล้ว การสร้างสำนึกเช่นนี้ทำให้วิชาชีพกายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพชายขอบ เพราะสำนึกของการ ฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเรื่องสำคัญรองลงมา วิชาชีพกายภาพบำบัดจึงพยายามแสดงศักยภาพด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษา แม้กระนั้นก็ตามนักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขจึงแสดงบทบาทด้านการรักษามากกว่าบทบาท การขาดกำลังคนที่พอเพียง และแรงจูงใจใน วิชาชีพชายขอบมีมาตลอดการทำงาน

การผลิตนักกายภาพบำบัด

ปัจจุบันมีสถาบันที่ผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัด 12 แห่งทั่วประเทศ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เป็นมหาวิทยาลัยในภาคใต้ 2 แห่งที่รับนักศึกษาได้ 2 รุ่น การผลิตนัก กายภาพบำบัดทั่วประเทศประมาณ 500 – 600 คนต่อปี อัตราการสูญเสียบัณฑิตกายภาพบำบัดประมาณร้อยละ

ละ 45 บัณฑิตส่วนใหญ่หักการทำงานไปประกอบวิชาชีพอื่น เช่น พนักงานขาย (detail) ศึกษาต่อสาขาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ และที่เกี่ยวข้อง ประกอบธุรกิจส่วนตัว นักกายภาพบำบัดที่ขึ้นทะเบียน 4,300 คนนั้นมีที่ยังคงปฏิบัติงานกายภาพบำบัดอยู่เพียง 2,000 คน ด้วยเหตุนี้อัตราการเพิ่มนักกายภาพบำบัดที่ยังคงปฏิบัติงานกายภาพบำบัดประมาณร้อยละ 12 ต่อปี

มีเพียงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียวเท่านั้นที่จัดทำโครงการรับตรงนักศึกษาจากพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มหาวิทยาลัยส่วนใหญ่จะมีนักศึกษาจากพื้นที่นี้น้อยมาก แม้แต่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำหรับมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์นั้นแม้นักศึกษาเขียนแสดงความจำนงมามาก แต่จะต้องพิจารณาในรายละเอียดความต้องการที่ชัดเจนด้วย

ปัญหา

การพิจารณาให้นักกายภาพบำบัดใน รพช. ในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้นั้น จะประสบปัญหาหลายประการดังนี้

1. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการได้เงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหลื่อมล้ำ เช่น กรณีของ รพช.ยะหา การไม่ได้เงินช่วยเหลือ เบี้ยเลี้ยงภัย เบี้ยกันดาร จะทำให้บัณฑิตกายภาพบำบัดไม่ต้องการมาทำงานในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตและทรัพย์สินอย่างยิ่ง การทำงานในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว ทำให้เกิดความไม่มั่นคง ขาดหลักประกัน และรู้สึกต่ำต้อยในวิชาชีพ (ที่มีสภาวิชาชีพ เช่นเดียวกับวิชาชีพอื่น)

2. การให้ปฏิบัติงานด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว สถาบันการผลิตบางแห่งยังผลิตนักกายภาพบำบัดเพื่อไปปฏิบัติงานด้านการรักษาเป็นหลัก ไม่เคยส่งนักศึกษาลงชุมชน นักศึกษาบางคนแม้จะได้เคยทำงานในชุมชนมาก่อนก็ตาม (ในสถาบันที่มีการจัดการเรียนการสอนในชุมชน) แต่เมื่อไปปฏิบัติงาน รพช. มักจะทำงานด้านรักษาเป็นหลัก

3. การผลิตที่ไม่ทันการ มหาวิทยาลัยในภาคใต้ยังไม่ได้แสดงนโยบายที่ชัดเจนในการเข้าร่วมแก้ปัญหา ไม่ได้มีหลักสูตรการเรียนการสอนที่จำเพาะกับบริบทของพื้นที่

4. การผสมผสานระบบการแพทย์พื้นถิ่น กายภาพบำบัดดูเหมือนเป็นเรื่องใหม่ที่เข้ามาในวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ด้วยวัฒนธรรมทางด้านสุขภาพของคนพื้นที่ยังต้องมีการศึกษาและเรียนรู้ให้แน่นชัด

ด้วยเหตุนี้การวางแผนจึงต้องวางอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่พอเพียง ข้อมูลที่ยังขาดได้แก่

1. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่
2. วัฒนธรรมเรื่องสุขภาพของคนในพื้นที่ ระบบการแพทย์ ความเชื่อ วิธีคิดในการแก้ปัญหาสุขภาพ
3. ความรุนแรงและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่บั่นทอนสุขภาพทางกาย

ข้อเสนอแนะ

1. วางแผนการจ้างนักกายภาพบำบัดใน รพช. ควรจ้างด้วยเงินเดือนและค่าตอบแทน ตลอดจนให้สิทธิสวัสดิการเช่นเดียวกับวิชาชีพอื่นอย่างเต็มที่ หากไม่สามารถจ้างได้ทุก รพช. ควรวางระบบเครือข่ายให้ครอบคลุม ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลความเสี่ยงอันตราย และระบาดวิทยาประกอบกัน
2. จัดโครงการนำร่อง ร่วมกับ สปสช. โดยการจ้างนักกายภาพบำบัดให้ปฏิบัติงานในศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อทดลองปฏิบัติงานในชุมชน นักกายภาพบำบัดใน รพช. จะทำงานด้านรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่นักกายภาพบำบัดในศูนย์แพทย์ชุมชน จะทำงานแนวรุกเป็นหลัก และเช่นเดียวกันการพิจารณาค่าตอบแทนให้กับนักกายภาพบำบัดเหล่านี้ควรจะให้เป็นกรณีพิเศษ โครงการร่วมกับ สปสช. จะเป็นโครงการวิจัยและพัฒนาในขณะเดียวกัน แต่เนื่องจาก สปสช. ไม่ได้มีงบประมาณในการจ้างนักกายภาพบำบัด การจ้างจึงต้องใช้งบประมาณพิเศษ
3. จัดอบรมนักกายภาพบำบัดก่อนลงดำเนินงานในพื้นที่
4. โครงการความร่วมมือการผลิตนักกายภาพบำบัดสำหรับพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยในข้อ 2 และ ข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติงานในข้อ 1 มาประกอบการจัดทำ MOU กับสถาบันการผลิต โดยทำเป็นโครงการร่วมสามเสา กระทรวงสาธารณสุข สภากายภาพบำบัด และสถาบันการศึกษา
5. ในกรณีเร่งด่วนอาจทำข้อตกลงร่วมกับสถาบันการผลิตในการจัดหาทุนให้กับนักศึกษาที่ใกล้จะสำเร็จ เช่น นักศึกษาปี 3 และปี 4 หรือหาตำแหน่งให้นักศึกษาได้ไปปฏิบัติงานหลังสำเร็จแล้ว

บรรณานุกรม

- กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข (2542). *โครงการวิเคราะห์ลักษณะงานรังสีและเวชกรรม*
ฟื้นฟู. เอกสารอัดสำเนา, ไม่ปรากฏที่พิมพ์, 2542
- กระทรวงสาธารณสุข (2542). *หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0212/70/2/738 ลงวันที่ 22*
กุมภาพันธ์ 2542 ถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด เรื่อง ตำแหน่งบรรณนักกายภาพบำบัด
ของโรงพยาบาลชุมชน.
- สุวิทย์ อริยชัยกุล, กิตติกร พรหมจันทร์, และ สุริพร อุทัยคุปต์ (2544). *ความต้องการนักกายภาพบำบัด และ*
ทรัพยากรในงานบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารกายภาพบำบัด, ปีที่ 23 ฉบับ
ที่ 1, 21 - 34
- สุวิทย์ อริยชัยกุล และ ทศพร พิชัยยา (2546) *สถานภาพกำลังคนทางกายภาพบำบัดในปี พ.ศ.2546. รายงาน*
การวิจัย คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2543). *รายงานผลเบื้องต้น สำนะโนประชากรและเคหะ ปี*
พ.ศ.2543. <http://www.nso.go.th/pop/prelim.htm>, (ค้นหาเมื่อ 2 เมษายน 2544)

ข้อเสนอแนะจากการพัฒนาควบคู่ไปกับกระบวนการศึกษา

1. ระบบมาตรฐานความปลอดภัยของสถานบริการ

- การจัดเวทีแลกเปลี่ยนในลักษณะ “การจัดการความรู้” หรือ Action research เพิ่มเติมในประเด็นที่เป็นจุดอ่อน และได้รับผลกระทบค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในระดับสถานีนามัย เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงาน และหาแนวทางการพัฒนา การป้องกัน การแจ้งเตือน ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งอยู่บนหลักการพื้นฐาน ยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัย คือ การปรับระบบความปลอดภัยจาก soft target ไปเป็น hard target การสร้างภูมิคุ้มกันให้กับหน่วยบริการ โดยมีชุมชนเป็นเกราะกำบัง และการวางตัวเป็นกลาง
- การติดตามการดำเนินการระบบมาตรฐานความปลอดภัยของสถานบริการในระดับต่างๆ เช่น การซ่อมแผนเผชิญเหตุ การปรับโครงสร้าง เป็นต้น
- ควรจะมีการประเมินผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทั้งในระดับปัจเจก องค์กร จากสถาบันวิชาการในพื้นที่ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับและผู้ให้บริการ

2. การบริการในภาวะฉุกเฉินและระบบส่งต่อ

- ผลักดันให้มีทำวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการส่งต่อ จากภาคส่วนต่างๆในพื้นที่ทั้งจากจุดเกิดเหตุ และระหว่างสถานบริการ
- การพัฒนาศูนย์ส่งต่อในระดับเขต จังหวัดอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม เน้นการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- การวิจัยและประเมินผลระบบบริการฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม โดยให้มีความสมดุลระหว่าง “บริการรวดเร็ว (Emergency) ดีที่สุด” และ “ปลอดภัย(Safety)ที่สุด”

3. ด้านระบบการเงิน การคลัง งบประมาณ

- การพัฒนารูปแบบ โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ในการจัดการระบบการเงินเพื่อให้มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที

4. ด้านระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ

- ควรมีเจ้าภาพ และกลไกในการติดตามข้อมูลทรัพยากรบุคคลในพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทั้งในประเด็นความต้องการ ความขาดแคลน การผลิต การศึกษาต่อเนื่อง เช่น กรณีแพทย์เฉพาะทาง นักกายภาพบำบัด เป็นต้น รวมทั้งการแรงจูงใจ ค่าตอบแทน ขวัญกำลังใจ เพื่อรักษาสถานภาพกำลังคน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบบริการสุขภาพ
- ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบในเชิงนโยบาย ควรใช้ข้อมูลและข้อเท็จจริงในพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญในการตัดสินใจ เช่น กรณีพยาบาล 3,000 คน

ข้อเสนอเชิงโครงสร้างของระบบ

จะต้องมีการพัฒนา โครงสร้าง กลไกการทำงานซึ่งอยู่บนพื้นฐานดังนี้

- มีโครงสร้างทีมงานเฉพาะ เกษะติดสถานการณ์ ทำหน้าที่เป็น Head&Brain &Body โดยมีองค์ประกอบหลักเป็นคนในพื้นที่และจากส่วนกลาง เช่น ศูนย์พัฒนาการบริหารสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ (สบ.สต.) โดยมีบทบาทการอำนวยความสะดวก สั่งการและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเบ็ดเสร็จ
- การพัฒนา Crisis Forum เป็นเวทีร่วมคิด แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การติดตามการแก้ปัญหา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสร้างช่องทางการเชื่อมต่อ การสื่อสาร กับผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย

ข้อเสนอเชิงมาตรการซึ่งแบ่ง 2 ระยะคือ

มาตรการระยะสั้น ได้แก่

- รัฐต้องเร่งสร้างสันติภาพ เป็นความหวังประการแรกและสำคัญที่สุด ขณะเดียวกันจะต้องอาศัยระบบสาธารณสุขที่มีฐานรากของ ความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์ เป็นตัวช่วยในการขับเคลื่อนสันติภาพให้เกิดขึ้นในชุมชนให้ได้
- รัฐควรสนับสนุนให้สถานพยาบาลมีระบบรักษาความปลอดภัยในระดับที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้ให้และผู้รับบริการ และ ควรพัฒนาหลักสูตรการจัดการบริการในภาวะวิกฤต (Health Service & Security) โดยการรวบรวมองค์ความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริง ในขณะเดียวกันควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Knowledge Sharing) ทั้งในส่วนสถานบริการและหน่วยงานภายนอก เพื่อสังเคราะห์บทเรียน หา รูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (Context based) และการสร้างเครือข่ายการทำงานด้านความปลอดภัยเพื่อหาทางออกกับสถานการณ์ต่างๆในพื้นที่
- การสร้างระบบสนับสนุนในภาวะวิกฤตทั้งด้านการปรึกษา การส่งต่อ และจัดบุคลากรเสริม
- การปรับระบบบริการที่เหมาะสมตามสถานการณ์ความรุนแรงเช่น การให้บริการในภาวะฉุกเฉินให้มีความสมดุลระหว่าง Emergency medical service และ Safety medical service และการปรับระบบบริการเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยงโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ

- รัฐต้องมีมาตรการการรักษาบุคลากรให้คงอยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยมีข้อเสนอ ดังนี้
 - ปัญหาบุคลากรขาดแคลนเป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนชนบท รัฐควรจะต้องมีนโยบาย มาตรการ กำลังคนในชนบทให้ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทั้งการคัดเลือกคน (recruitment) และ จำนวนบุคลากรที่เหมาะสม โดยไม่ใช่เฉพาะเกณฑ์ GIS เป็นเกณฑ์กำหนดกำลังคน
 - การสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรในทุกกลุ่มด้วยความเหมาะสม เป็นธรรม โดยมี มาตรการจูงใจทั้ง financial และ non-financial ดังนี้
 - มาตรการสร้างกลยุธมิตร ทั้งจากส่วนกลาง ในพื้นที่ และในหน่วยงานเอง ซึ่งพบว่าเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้บุคลากรมีความหวังที่จะอยู่ปฏิบัติงานได้
 - มาตรการด้านสวัสดิการ เช่น สวัสดิการที่พัก การจัดการรับส่ง จัดหาที่เรียนให้บุตรหลาน เป็นต้น
 - มาตรการทางการเงิน การกระจาย จัดสรรงบประมาณไปชนบทมากขึ้น แรงจูงใจด้านการเงินที่เป็นธรรม ซึ่งต้องแตกต่างจากพื้นที่กันดารอื่น
 - มาตรการด้านสัญญาการใช้ทุน ควบคู่กับการพัฒนาโดยให้โอกาสในการศึกษาต่อเนื่อง ให้สามารถเรียนทางไกลหรือ on the job training ได้ โดยไม่ต้องลาเรียน
 - มาตรการด้านการศึกษา ปฏิรูปหลักสูตร กระจายสถานศึกษา ปรับปริมาณการผลิต รับนักศึกษาชนบท
 - มาตรการด้านสังคม ให้ความก้าวหน้า มีเกียรติ วัฒนธรรมสร้างความยอมรับ การมอบรางวัลในการปฏิบัติหน้าที่
- รัฐควรสนับสนุนการศึกษาวิจัย การจัดการความรู้และพัฒนาระบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความรุนแรง อันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการหาคำตอบ การตัดสินใจ และหาทางออกให้กับทุกภาคส่วนในพื้นที่

ส่วน มาตรการระยะยาว ได้แก่

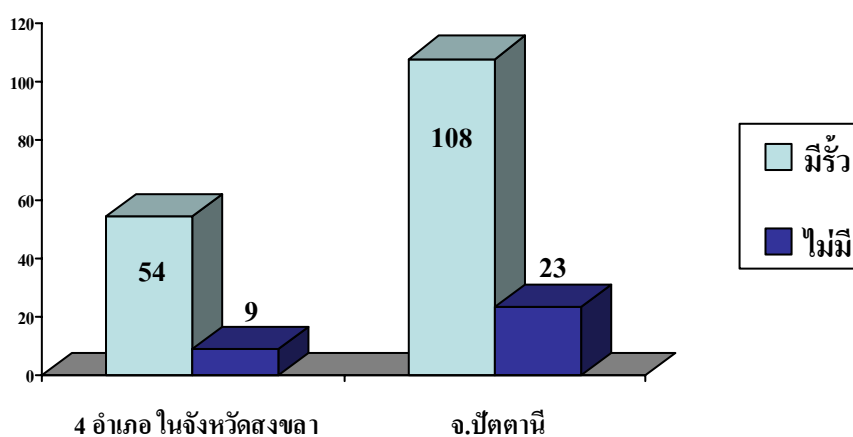
- การสร้างสันติภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม โดยยึดหลัก การเข้าถึง เข้าใจ และร่วมพัฒนาตามพระราชดำริของพระเจ้าอยู่หัว
- สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการจัดบริการสุขภาพ
- การสร้างระบบการดูแลตนเองของชุมชน
- การสร้างหลักสูตรการแพทย์และการสาธารณสุขในวิถีมุสลิม

- การแก้ปัญหาให้มองให้ไปถึงสุขภาพมากกว่าการบริการสาธารณสุข มองคนทั้งหมดไม่ใช่เน้นเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์
- การเพิ่มประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพ
- การจัดการด้านบุคลากร
 - การเปิดโอกาสให้คนในพื้นที่ โดยเฉพาะในชนบทมีการศึกษาทางด้าน
การแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้น
 - สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรในปัจจุบัน
 - จัดระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม
- การประเมินผลกิจกรรม โครงการ ยุทธศาสตร์ อย่างเป็นระบบ โดยใช้ฐานจากสถาบัน
วิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่

ภาคผนวก

สรุปการสำรวจระบบความปลอดภัยในสถานีนอนามัย

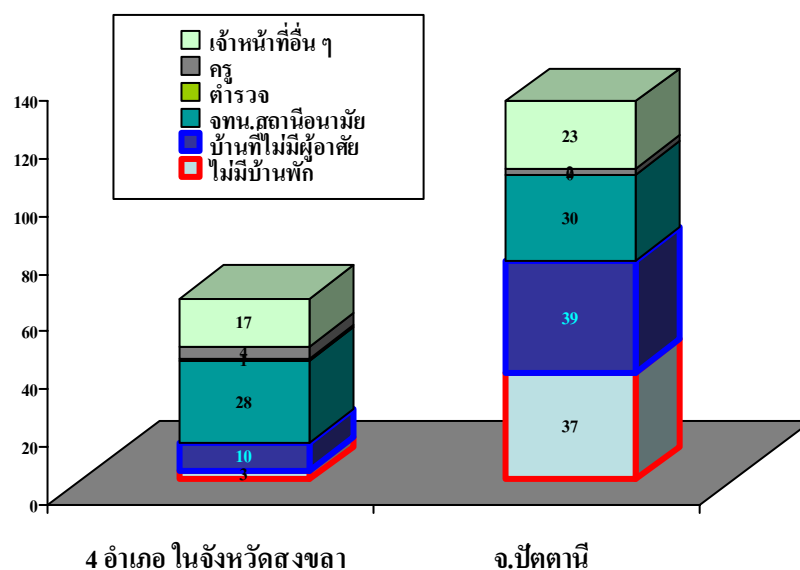
ข้อมูลจากการสำรวจระบบความปลอดภัยในสถานีนอนามัยของจังหวัดปัตตานีและ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา จำนวน 194 แห่ง เป็นสถานีนอนามัย ในจังหวัดสงขลา จำนวน 63 แห่ง และสถานีนอนามัยในจังหวัดปัตตานี 131 แห่ง ทำการสำรวจข้อมูลในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่ 1 -28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 มีผลการสำรวจดังนี้

ด้านสถานที่

กราฟแสดง จำนวนสถานีนอนามัยที่มีรั้วรอบสถานีนอนามัย

สถานีนอนามัยที่ยังไม่มีรั้วรอบสถานีนอนามัย ในจังหวัดปัตตานี มี 23 แห่ง เป็นสถานีนอนามัยใน อ.ทุ่งยางแดง 1 แห่ง , อ.แม่ลาน 1 แห่ง , อ.ปะนาเระ 3 แห่ง , อ.หนองจิก 5 แห่ง , อ.ยะรัง 3 แห่ง , อ.มายอ 3 แห่ง , อ.กะพ้อ 1 แห่ง และ อ.สายบุรี 6 แห่ง ส่วน 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา มี 9 แห่ง เป็นสอ.ใน อ.จะนะ 2 แห่ง , อ.เทพา 2 แห่ง , อ.นาทวี 3 แห่ง , อ.สะบ้าย้อย 2 แห่ง

การพักอาศัยในบ้านพักสถานีนอนามัย

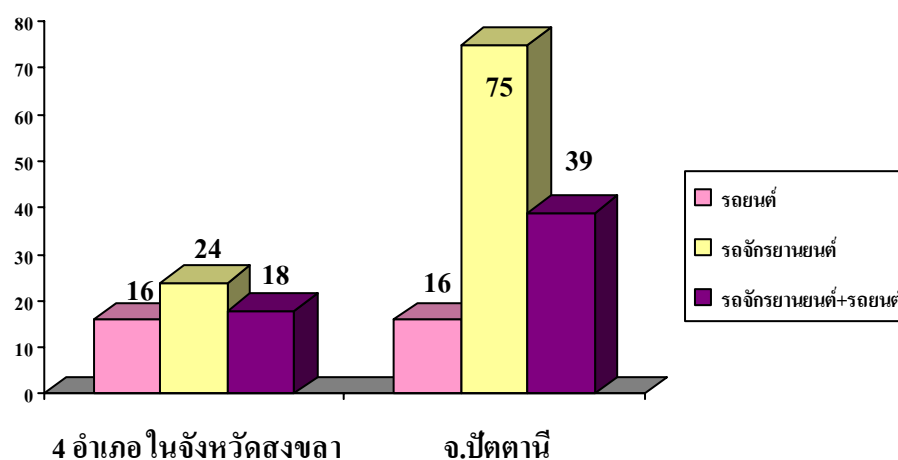


กราฟแสดง จำนวนการพักอาศัยในบ้านพัก

การพักอาศัยในบ้านพักสถานีนอนามัยพบว่า บ้านพักสถานีนอนามัยจังหวัดปัตตานี การพักอาศัยและไม่พักอาศัยในบ้านพักมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน มีทั้งเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยและเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่น การพักอาศัย ในจังหวัดสงขลาบ้านพักของสถานีนอนามัยส่วนใหญ่จะมีเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานอื่นพักอาศัยอยู่

ลักษณะการเดินทาง

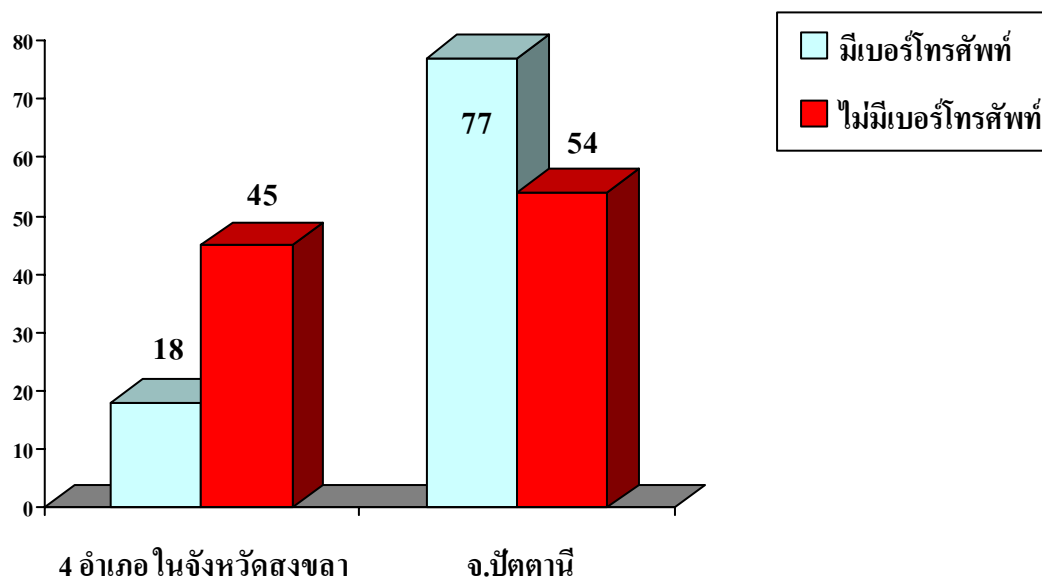
เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยทั้งจังหวัดสงขลาและจังหวัดปัตตานีมีลักษณะการเดินทางแบบต่างคนต่างเดินทาง ไม่มีกำลังทหารตำรวจคุ้มครองยกเว้น ในอ.หนองจิกและ อ.ยะรัง ที่มีกำลังทหารคุ้มครอง ยานพาหนะที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์



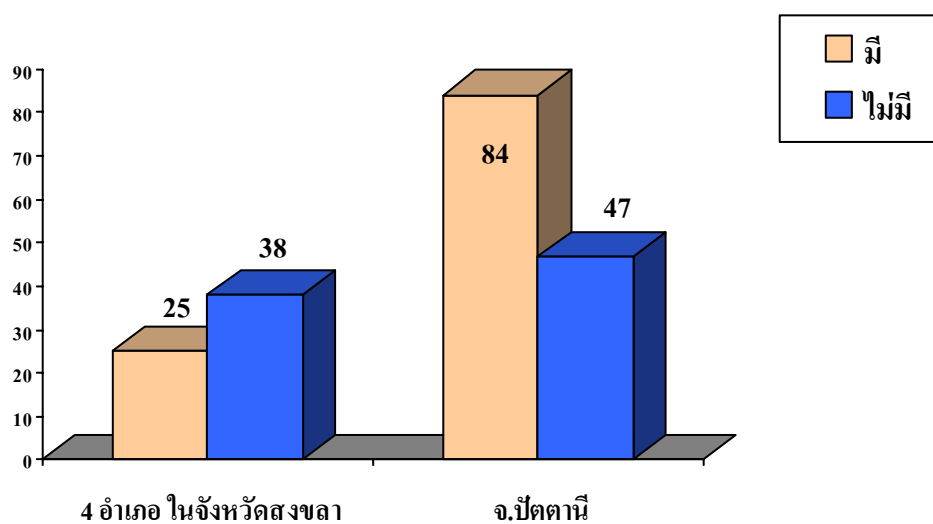
กราฟแสดง จำนวนยานพาหนะที่ใช้เดินทาง

ระบบการสื่อสาร

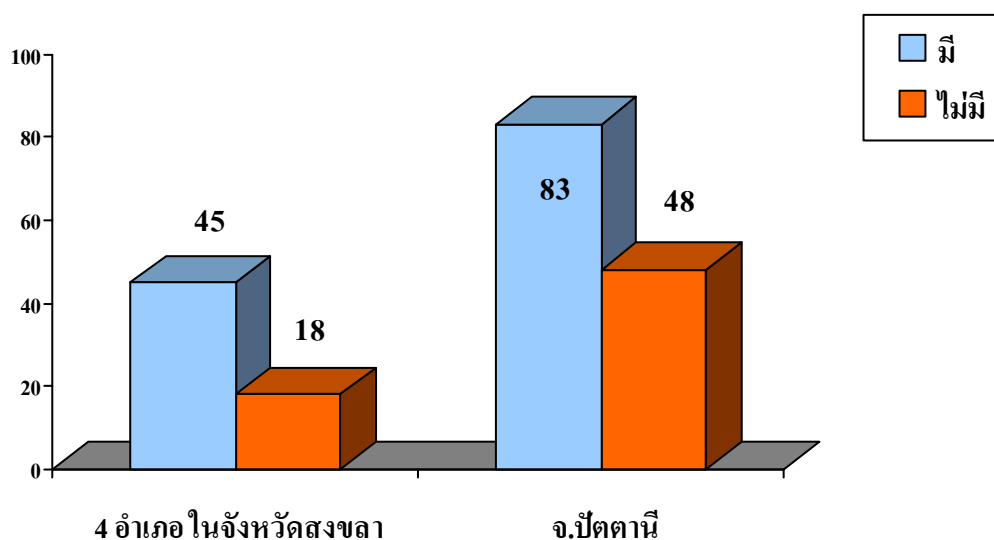
สถานีนามัยส่วนใหญ่ในปัตตานีไม่มีเบอร์โทรศัพท์ของสถานีนามัย แต่จะมีระบบวิทยุและระบบการสื่อสาร (Walky Talky)ใช้ในการสื่อสาร ส่วนในจังหวัดสงขลาสถานีนามัยส่วนใหญ่จะมีเบอร์โทรศัพท์และใช้ระบบการสื่อสาร (Walky Talky) ด้วย



กราฟแสดง จำนวน ระบบการสื่อสาร(เบอร์โทรศัพท์ภายนอก)

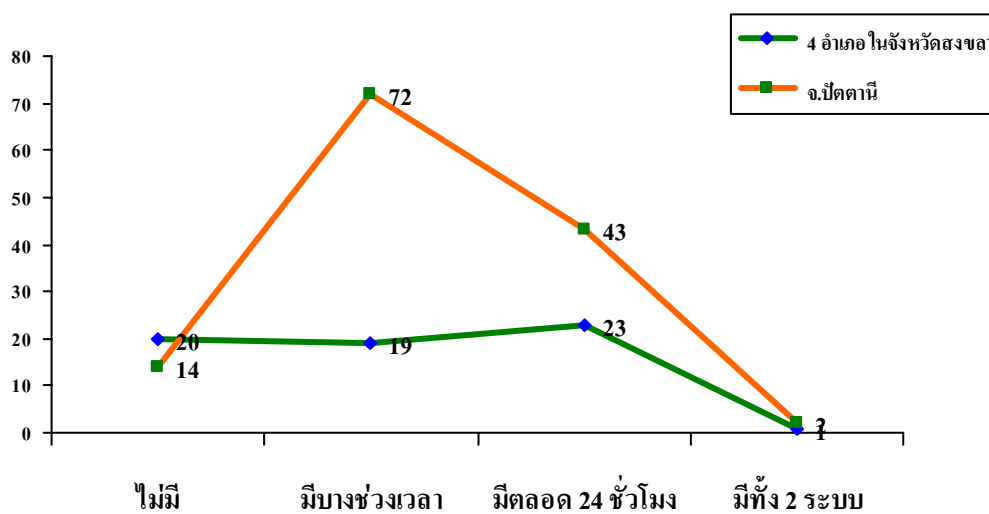


กราฟแสดง จำนวนระบบการสื่อสาร (วิทยุสื่อสาร)



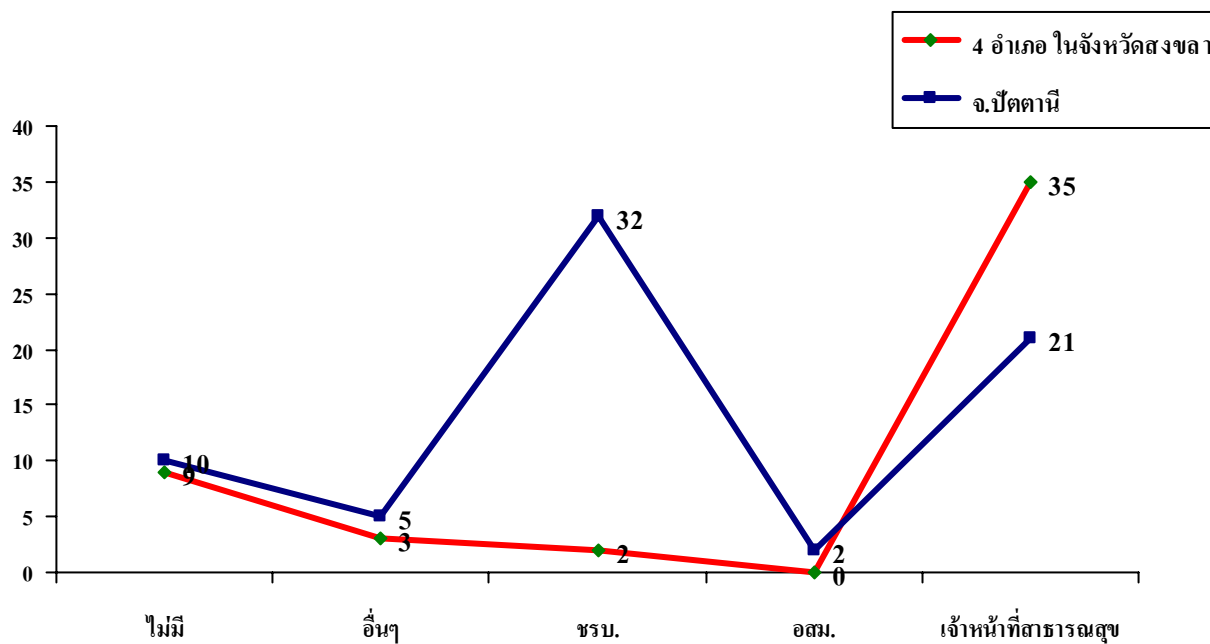
กราฟแสดง จำนวนระบบการสื่อสาร (Walky Talky)

ลักษณะการปฏิบัติเวรยาม



กราฟแสดง ลักษณะการเข้าเวรยามของสถานีอนามัย

การเข้าเวรยามของสถานีอนามัย ในจังหวัดปัตตานีส่วนใหญ่จะเข้าเวรเป็นช่วงเวลา รองลงมา คือ การเข้าเวรตลอด 24 ชม. มี 14 แห่งที่ไม่มีเวรยาม ส่วนในจังหวัดสงขลาจะมีการเข้าเวรยาม 24 ชม. , ไม่มีเวรยามและ เข้าเวรเป็นบางช่วงเวลา มีจำนวนไม่แตกต่างกัน



กราฟแสดง จำนวนผู้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติเวรยาม

เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติเวรยามในสถานีนามัย ในจังหวัดปัตตานีส่วนใหญ่จะเป็น ขรบ.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนในจังหวัดสงขลาจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ปฏิบัติเวรยาม