

วิกฤตของระบบสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดชายแดนภาคใต้

พงศ์เทพ สุธีระวุฒิ*

อมร รอดคล้าย†

สุวัฒน์ วิริยะพงศ์สุกิจ‡

สุภัทกร ฮาสุวรรณกิจ§

บทคัดย่อ

วิกฤตความรุนแรงของสถานการณ์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรงทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องเริ่มเดือนมีนาคม 2547 ถึงมีนาคม 2550 โดยใช้การสอบถามและการสัมภาษณ์ รวมถึงการสนทนากลุ่มและจัดเวทีระดมสมอง ใช้วิธีการประชุมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 จนถึงเดือนสิงหาคม 2549 มีการก่อเหตุความรุนแรงรวมทั้งสิ้น 5,460 ครั้ง มีผู้เสียชีวิตรวม 1,730 คน มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 2,513 คน ในจำนวนนี้เป็นบุคลากรสาธารณสุข 22 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 31 คน และแนวโน้มของเหตุการณ์จะมีความรุนแรงมากขึ้น โรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่ต้องปรับตัวตามสถานการณ์ บุคลากรต้องระวังตัวมากขึ้นโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การงดสวมเครื่องแบบ ปรับเวลาทำงาน ลดงานบริการเชิงรุกโดยเฉพาะงานสร้างเสริมสุขภาพและงานป้องกันโรค ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อในระยะยาวคือ จะมีการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มระบบรักษาความปลอดภัย การสำรองอาหาร บางพื้นที่จัด อสม.มาปฏิบัติงานคู่กับเจ้าหน้าที่อนามัยเพื่อความอุ่นใจ มีการดูแลขวัญกำลังใจซึ่งกันและกัน สิ่งยึดโยงให้บุคลากรยังคงอยู่ปฏิบัติงานต่อไปได้คือศรัทธาจากชุมชนและการเป็นคนในพื้นที่

ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ไม่ได้เปลี่ยนแปลง แต่ปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานีอนามัยลดลง มีการคลอดที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับเข้าเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร พบว่าการสูญเสียและทดแทนใกล้เคียงกัน และยังคงขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางบางสาขา โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพกำลังจะเป็นปัญหามากขึ้นหากเหตุการณ์มีความรุนแรงมากขึ้น

มาตรการแก้ปัญหาในระยะสั้น คือ การแก้ปัญหาความปลอดภัยในชีวิต การสร้างระบบสนับสนุนด้านการให้คำปรึกษา การส่งต่อ จัดบุคลากรเสริม และการรักษาบุคลากรให้คงอยู่ ส่วนมาตรการระยะยาวคือการเร่งสร้างสันติภาพในพื้นที่ สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ สร้างระบบการดูแลตนเองของชุมชน สร้างหลักสูตรการแพทย์ในวิถีมุสลิม การเพิ่มประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้กลไกการทำงานเพื่อการแก้ปัญหาควรจะต้องมีโครงสร้างทีมทำงานเฉพาะ เกาะติดสถานการณ์ สร้างช่องทางการเชื่อมต่อ การพัฒนาระบบร่วมคิด ระบบข้อมูลข่าวสาร การติดตามการแก้ปัญหาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ และต้องศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความรุนแรง

คำสำคัญ:

ภาวะวิกฤต, ระบบบริการสาธารณสุข, จังหวัดชายแดนภาคใต้

*สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, †สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่จังหวัดสงขลา
‡โรงพยาบาลเทพา, §โรงพยาบาลจะนะ

**Abstract****Health System during Crisis in Restive Southern Provinces of Thailand
Pongthep Suthravut*, Amorn Rodklai†, Suwat Wiriyapongsookit‡, Supat Hasuwannakit§**

*South-Health Systems Research Institute, †South Branch of National Health Security Office, ‡Thepha Hospital, Songkhla Province, §Chana Hospital, Songkhla Province

The violence in the Southern provinces in Thailand took a toll on physical, psycho-social and spiritual health. Data collection began from March 2004 to March 2007 using questionnaires, face to face interview including group seminars and brainstorming sessions. It was found that the frequency of chaotic events occurred 5,460 times during January 2003 to August 2006. About 1,730 have been killed and 2,513 injured. These victims included 22 health workers and 31 health volunteers.

In the prime of the violence, every single hospital has prepared itself to be ready to cope with those crises. Health workers, for example, suddenly changed their behaviors substantially such as adjusting their work schedules, not wearing uniform, taking more precautions, decreasing or avoiding their proactive roles in field works, particularly health promotion and health prevention. These were remarkable changes in health care roles which would have long term serious effects on the community health. In addition, security in hospitals has been tightened while stocks of food became critically necessary. Some local health offices rearranged their teams by having village health volunteers working closely with their health officers. These actions could boost their morale and ensure their safety. Community faith in them and being natives inspired health workers to remain in their posts.

It was interesting that the number of cases of out-patient and in-patient departments had not changed much but the number of patients visiting local health offices clearly decreased. Nevertheless, the number of patients in labor departments increased and the chronic disease cases increased as well. Besides, the number of cases with psychosis or having mental problems sharply increased. Eventhough, the turn over and replacement of health workers became even but the lack of medical specialists in some areas remained. Number of registered nurses would become the major concern in the near future if the violence is not restrained.

The crisis dictates requirements on short-term measures to focus on security, life protection, creating the supporting systems about counseling, referring, transferring and maintaining the systems. In the long run, measures include peace restoration, then, create health participatory system of people in communities, self-care system and enhance effectiveness of health system. It should be concerned about the opportunity to build Muslim medical curriculum and agenda. Having a specific team work to monitor the situation closely, connecting and communicating with the government and developing the participatory management of data system and solving the problem may gradually decrease the violence. In addition, research and development on the consequences of the health system of the restive southern provinces are required in order to cope with the drastic change.

Key words:

crisis, health system, southern provinces

บทนำ

ภาวะวิกฤตความรุนแรงของสถานการณ์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นอกจากจะเกิดการทำร้าย การบาดเจ็บ การตาย ความเครียด ความหวาดกลัวแล้ว ขณะนี้สถานการณ์กำลังนำไปสู่ภาวะการขาดความเชื่อมั่นในหน่วยงานรัฐ ทำให้ประชาชนอยู่ในภาวะขาดความไว้วางใจซึ่งกันและกันอย่างรุนแรง และยังส่งผลกระทบต่อภายในและนอกประเทศในอีกหลายด้าน เช่น เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การศึกษา หากเป็นเช่นนี้ต่อไปอาจจะนำไปสู่การแบ่งแยกทางสังคมได้โดยยังไม่ทันที่จะแบ่งแยกดินแดน

ความเชื่อเดิมและเป็นคติศาสนาที่ว่า สถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จะมีความปลอดภัยจากการปองร้ายของกระบวนกรก่อการร้าย อาจจะไม่เป็นจริงในวิกฤตที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ หลังจากมีเหตุการณ์เผาสถานีอนามัย ลอบยิง และการชู้วาระเปิดโรงพยาบาลหลายครั้งในหลายแห่ง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทวีความรุนแรงขึ้นทุกขณะ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสียชีวิตและบาดเจ็บหลายราย ขวัญและกำลังใจของบุคลากรด้านสาธารณสุขถูกบั่นทอนลงทุกครั้งที่มีสถานการณ์เลวร้าย ด้วยความกลัว ความเครียด ไม่มั่นใจในปลอดภัยของตนเองและครอบครัว

ท่ามกลางความสับสน ไม่รู้สาเหตุ ทำให้เกิดหวาดระแวง นำไปสู่ความไม่ไว้วางใจต่อทหาร ตำรวจ ชุมชน และที่สำคัญคือเกิดความไม่ไว้วางใจในเพื่อนร่วมงาน ไม่กล้าพูดคุยกันในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในชุมชน และยังไม่มีเวทีที่เปิดโอกาสให้ทุกคนได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน ยิ่งสร้างความอึดอัดมากขึ้น หากเป็นเช่นนี้ต่อไปจะยิ่งกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขและสุขภาพของชุมชนจนยากจะเยียวยา ความเร่งด่วนของการสร้างและการฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณในวิถีชีวิตของคนใต้ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ภาคีทุกภาคส่วนต้องร่วมกันแก้ปัญหา

การศึกษานี้พรรณนาให้เห็นสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ อันส่งผลกระทบต่อสุขภาพชุมชน ระบบบริการสาธารณสุข และมุ่งสังเคราะห์แนวทางในการแก้ปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณานี้ เป็นการศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2547-มกราคม 2550 โดยข้อมูลเชิงปริมาณรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ความรุนแรงอย่างต่อเนื่องจากศูนย์เฝ้าระวังเชิงองค์ความรู้สถานการณ์ภาคใต้ (Intellectual Deep South Watch) และศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศวชต.) ซึ่งข้อมูลมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลาเนื่องจากเหตุการณ์รุนแรงขึ้นและเกิดทุกวัน สำหรับข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพชุมชนและต่อระบบบริการสาธารณสุข ใช้การสำรวจโดยส่งแบบสอบถามไปยังผู้บริหารโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา) ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 27 แห่ง และหน่วยบริการสาธารณสุขอื่น ๆ 2 แห่ง ระหว่างกรกฎาคม - กันยายน 2547 ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสนทนากลุ่ม 3 ครั้งในกลุ่มผู้บริหารหน่วยงานสถานพยาบาลของภาครัฐ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จำนวน 12-15 คนในแต่ละครั้ง การสนทนากลุ่ม 1 ครั้งในกลุ่มพยาบาล 12 คนจากโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ ระหว่างกันยายน-ธันวาคม 2547

นอกจากนี้ ข้อมูลที่สำคัญได้จากการประชุมระดมสมองและการกำหนดแผนการทำงานของเครือข่ายคณะทำงานด้านสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่และนักวิชาการของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นกลุ่มที่ติดตามเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2547 และมีการประชุมทุกเดือนต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้กลุ่มวิเคราะห์ในที่ประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคลากร



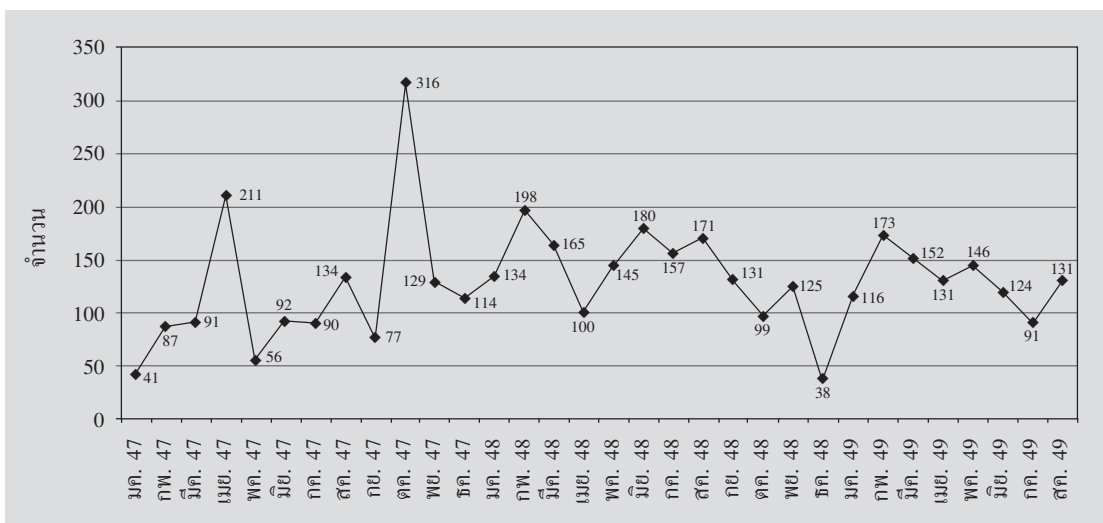
สาธารณสุขและนักวิชาการในพื้นที่

ผลการศึกษา

1. ภาพรวม: แนวโน้มสถานการณ์มีความรุนแรงมากขึ้น⁽¹⁾

ข้อมูลเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาสและสงขลาในช่วงระยะเวลา 32 เดือน นับตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2549 การก่อเหตุความรุนแรงรวมทั้งสิ้น 5,460 ครั้ง นราธิวาสมีสถิติสูงสุด 2,074 ครั้ง รองลงมาคือ ปัตตานี 1,656 ครั้ง และยะลา 1,412 ครั้ง ส่วนสงขลามีรายงาน 318 ครั้ง

การก่อเหตุความรุนแรงดังกล่าวมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้คนเป็นจำนวนมาก ในช่วงเวลา 32 เดือนดังกล่าว มีผู้เสียชีวิตรวม 1,730 คน มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 2,513 คน โดยภาพรวม มีจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตทั้งหมดประมาณ 4,243 คน ดังรายละเอียดในรูปที่ 1



แหล่งข้อมูล: ศูนย์เฝ้าระวังเชิงองค์ความรู้สถานการณ์ภาคใต้

รูปที่ 1 จำนวนผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต ตั้งแต่ มกราคม 2547 ถึง สิงหาคม 2549

นอกจากนี้ ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้⁽²⁾ ได้รวบรวมจำนวนผู้ที่ได้ผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์พบว่ามี 5,381 คน รายละเอียดดังตารางที่ 1

จากข้อมูลของคณะกรรมการเครือข่ายชมรมแพทย์ชนบท⁽³⁾ พบว่า ณ เดือนสิงหาคม 2549 มีบุคลากรสาธารณสุขถูกทำร้าย จำนวน 22 คน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขถูกทำร้าย 31 คน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ (รวมทุกกรณี เสียชีวิต บาดเจ็บ ปลอดภัย หรือทรัพย์สินเสียหาย)

พ.ศ.	ผู้ที่ได้รับผลกระทบ			รวม
	ศาสนาพุทธ	ศาสนาอิสลาม	ไม่ระบุศาสนา	
2545	6	13	1	20
2546	35	36	0	71
2547	869	435	44	1,348
2548	1,087	893	23	2,003
2549	1,114	689	42	1,845
2550	69	25	0	94
รวม	3,180	2,091	110	5,381

หมายเหตุ: รายงาน ณ วันที่ 20 มกราคม 2550

ตารางที่ 2 บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขที่ถูกทำร้ายในสถานการณ์ความรุนแรงชายแดนภาคใต้
หน่วย : คน

พื้นที่	บุคลากรสาธารณสุข		อาสาสมัครสาธารณสุข	
	บาดเจ็บ	เสียชีวิต	บาดเจ็บ	เสียชีวิต
ปัตตานี	5	4	3	9
ยะลา	4	1	1	3
นราธิวาส	4	2	4	11
5 อำเภอใน จ.สงขลา	2	0	0	0
รวม	15	7	8	23

หมายเหตุ: รายงาน ณ เดือนสิงหาคม 2549

2. การปรับตัวของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ⁽⁴⁾

สิ่งที่สะท้อนจากบุคลากรสาธารณสุขในหลายต่อหลายครั้งในการสนทนากลุ่ม คือ การเรียกหาความจริงใจในการแก้ไขปัญหา และระบบความช่วยเหลือที่ชัดเจนตรงกับความต้องการของคนในพื้นที่ จากหน่วยงานส่วนกลางโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ขณะนี้โรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่ต้องปรับตัวตามสถานการณ์โดยตัวเองและต้องพึ่งพาตนเอง แม้ว่าจะมีความช่วยเหลือจากกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นบ้างแล้ว ตัวอย่างเช่น

- โรงพยาบาลปานาเระ ปรับเวลาทำงานเป็น 8.00-16.00 น. บุคลากรไม่สวมเครื่องแบบ และด



ออกพื้นที่

- โรงพยาบาลมายอ ยืดหยุ่นเวลาทำงานตามสถานการณ์ ออกพื้นที่น้อยลง ใช้ลูกจ้างในพื้นที่ปฏิบัติงานบางอย่างแทน เพิ่มระบบรักษาความปลอดภัย เช่น ติดตั้งกล้องวงจรปิด ติดสติ๊กเกอร์จักรยานยนต์บุคลากร เพิ่มระบบป้องกันเพลิง
- โรงพยาบาลแม่ลาน เนื่องจากชุมชนรู้จักกันหมด การสวมเครื่องแบบหรือไม่จึงไม่ได้ช่วยอะไรมากนัก แต่จะพยายามระวังตัวเอง โดยเฉพาะการไม่พูดคุยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์
- โรงพยาบาลกระพ้อ ถูกข่มขู่ทางโทรศัพท์หลายครั้ง พยายามหลีกเลี่ยงการชันสูตรศพแต่ทำได้ยาก เพราะต้องให้ความร่วมมือกับตำรวจ เชื่อว่าผู้ก่อความไม่สงบคือคนในหมู่บ้านและส่วนใหญ่แนวร่วมเป็นเด็กเยาวชนที่เรียบร้อย สิ่งยึดโยงให้บุคลากรยังอยู่ปฏิบัติงานต่อไปได้คือศรัทธาจากชุมชนและการเป็นคนพื้นที่
- โรงพยาบาลรามัน มีการปรับปรุงระบบความปลอดภัย โดยติดตั้งวงจรปิด เพิ่มแสงสว่าง สร้างรั้ว เพิ่มระบบวิทยุ โทรศัพท์ กำหนดจุดอันตรายโดยเฉพาะทางเข้าออก ในส่วนของการดูแลบุคลากร โรงพยาบาลจัดรถรับส่ง เพิ่มยาม ให้ยามฝึกยิงปืน เพิ่มเวรเปล ห้องพักเวร และมีการสำรองอาหาร ปัญหาตามมาคือเกิดค่าใช้จ่ายในการเก็บและถนอมอาหารในระยะยาว ขณะเดียวกันโรงพยาบาลพยายามสร้างภูมิคุ้มกันระยะยาว ด้วยการปรับในเรื่องจิตวิญญาณในการบริการ (service mind) และ exit nurse
- โรงพยาบาลเรือเสาะ หลังจากยามของโรงพยาบาลถูกยิงที่ป้อมยามและการยิงรถตำรวจในโรงพยาบาล กองอำนาจการเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ส่งกำลังคุ้มครองประจำในโรงพยาบาลปรับป้อมยามกลายเป็นบังเกอร์ ทำให้อุ่นใจขึ้นบ้าง แต่อย่างไรก็ตามก็ต้องช่วยตนเองมากขึ้น
- โรงพยาบาลตากใบ เหตุการณ์สลายมีอบตากใบทำให้บุคลากรเสียชีวิตอย่างมาก และเสนอขอปิดโรงพยาบาล แต่ก็ไม่สามารถทำได้เพราะชุมชนยังต้องพึ่งโรงพยาบาล
- บางพื้นที่จัดให้มี อสม.มาปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยคู่กับเจ้าหน้าที่อนามัยเพื่อความอุ่นใจ

3. ผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้ศึกษาผลกระทบสาธารณสุขในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้⁽⁴⁾ โดยรวบรวมปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุข จากข้อมูลสถิติการให้บริการของสถานพยาบาลทุกระดับ พบว่า

- ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ไม่ได้เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ปริมาณผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่สถานีอนามัยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สาเหตุเนื่องจากในระดับสถานีอนามัยมีการเปลี่ยนแปลงเวลาและประเภทของการให้บริการ การส่งต่อ (refer case) อยู่ในระดับปกติ ที่น่าสนใจคือ มีการมาคลอดที่โรงพยาบาล และผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับเข้าเป็นผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด
- ปัญหาการปรับลดกิจกรรม โดยรวมสถานพยาบาลของรัฐมีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค	ลดลงร้อยละ 70.0
การเยี่ยมบ้าน	ลดลงร้อยละ 60.0
การนิเทศติดตาม	ลดลงร้อยละ 60.0
การสนับสนุนบุคลากรแก่เครือข่าย	ลดลงร้อยละ 55.0
ด้านทันตกรรม	ลดลงร้อยละ 50.0
บริการด้านการรักษา	ลดลงร้อยละ 25.0

จากข้อมูลดังกล่าว ส่วนใหญ่เป็นการลดกิจกรรมและงดการออกพื้นที่ ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะยาว คือ จะมีการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างสุขภาพ เพราะการลงปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน การติดตามผู้ป่วย การออกให้บริการทันตกรรมโรงเรียน การรณรงค์ต่าง ๆ ต้องยุติลงทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและสถานีนอชมัย เหลือแต่เพียงการบริการที่รับในสถานพยาบาล

การปฏิบัติงานชั้นสูตรพลิกศัพในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงมากขึ้นมาก ส่วนมากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะเป็นผู้รับความเสี่ยงนี้ไปทั้งหมดแทนแพทย์ประจำ

การส่งต่อผู้ป่วยในยามวิกาลมีความเสี่ยงและความไม่สบายใจมากขึ้น อาจต้องมีการเปลี่ยนเส้นทางไปเป็นทางอ้อมแทนที่จะใช้เส้นทางสายหลักตามปกติในบางโรงพยาบาล

การที่โรงพยาบาลออกปฏิบัติงานในชุมชนลดลงหรือแทบไม่ได้เลย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลหรือสถานีนอชมัยกับชุมชนที่เคยแน่นแฟ้นเกือบถึงขั้นเข้าออกเข้าใจลดน้อยลง ส่งผลต่อการทำงานร่วมกันในระยะยาว รวมทั้งเพิ่มโอกาสของความขัดแย้งและความไม่เข้าใจกันจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นด้วย

● ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมในการมารับบริการทั้งที่โรงพยาบาล สถานีนอชมัย หรือคลินิก พบว่าหลัง 18.00 น. แทบจะไม่มีผู้มารับบริการ ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเดิมเคยมีกิจกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอ นั้น ไม่กล้าไปออกกำลังกาย ทำให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทำได้ยากขึ้น

● ผลการศึกษาเรื่องปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในโรงพยาบาล⁽⁵⁾ เป็นปัญหาขาดแคลนซ้ำซากในพื้นที่ ในปี 2549 ตัวเลขจำนวนบุคลากรดีกว่าที่คาดว่าจะขาดแคลนอย่างรุนแรง โดยพบว่าการสูญเสียและทดแทนใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่สูญเสียจากการลาศึกษาต่อ ส่วนการทดแทนเป็นการบรรจุใหม่รวมถึงการกลับจากศึกษาต่อมากที่สุด และปัจจัยหนุนเสริมสำคัญที่ทำให้มีบุคลากรยังอยู่เนื่องมาจากการบุคลากรส่วนหนึ่งเป็นคนพื้นที่ และความผูกพันในกลุ่ม ตัวเลขการขาดแคลนขณะนี้ถือว่าไม่ต่างจากปกติซึ่งขาดแคลนอยู่แล้ว และขาดแคลนมากกว่าปกติคือแพทย์เฉพาะทางบางสาขาเท่านั้น (ตารางที่ 3)

สำหรับจำนวนบุคลากรที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด คือบุคลากรในระดับสถานีนอชมัยที่มีแนวโน้มลดลงจากจำนวนเฉลี่ย 3.42 คน ในปี 2545 เป็น 3.26 คน ในปี 2547 และบุคลากรในวิทยาลัยสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาล มีการลาออกมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ระหว่างการตัดสินใจที่จะออกจากพื้นที่แต่ยังไม่แสดงความจำนงยังมีอีกจำนวนมากโดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาล อย่างไรก็ตามโอกาสที่จะขาดแคลนบุคลากรในทุกกลุ่มขึ้นกับระดับความรุนแรงของสถานการณ์ การเตรียมการแก้ปัญหาบุคลากรจึงเป็นสิ่งจำเป็น



ตารางที่ 3 บุคลากรสาธารณสุขจำแนกตามความต้องการด้านพื้นที่ปฏิบัติการ

หน่วย : คน

ตำแหน่ง	ความต้องการพื้นที่ปฏิบัติการของบุคลากร			
	อยู่ที่เดิม	ลาศึกษาต่อ	ขอย้ายไป	คงเหลือ
นราธิวาส				
แพทย์	72	5	2	63
ทันตแพทย์	23	2	1	20
เภสัชกร	51	1	2	48
พยาบาลวิชาชีพ	786	5	30	751
ยะลา				
แพทย์	80	13	8	59
ทันตแพทย์	16	—	5	11
เภสัชกร	42	1	5	36
พยาบาลวิชาชีพ	737			737
ปัตตานี				
แพทย์	101	16	1	84
ทันตแพทย์	41	—	—	41
เภสัชกร	67	2	2	63
พยาบาลวิชาชีพ	243	3	1	239

หมายเหตุ: 1) ข้อมูลจากเอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพคณะที่ 2 ครั้งที่ 1/2549

2)

2.1 ไม่มีผู้ลาออกจากราชการ

2.2 มีแพทย์ขอโอนไปปฏิบัติราชการหน่วยอื่น 2 ราย ในจังหวัดนราธิวาสเท่านั้น

4. ข้อเสนอต่อการแก้ปัญหาาระบบสาธารณสุขอันเนื่องมาจากวิกฤตความรุนแรง

มาตรการระยะสั้น

○ รัฐต้องเร่งรัดลดสถานการณ์คุกคาม เป็นความหวังประการแรกและสำคัญที่สุด ขณะเดียวกันจะต้องอาศัยระบบสาธารณสุขที่มีฐานรากของความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์ เป็นตัวช่วยในการขับเคลื่อนสันติภาพให้เกิดขึ้นในชุมชนให้ได้

○ การแก้ปัญหาความปลอดภัยในชีวิต นอกจากจะหวังพึ่งการคุ้มครองจากทหาร ตำรวจ รัฐควรสนับสนุนให้สถานพยาบาลมีระบบรักษาความปลอดภัยในระดับที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้ให้และผู้รับบริการ และควรพัฒนาหลักสูตรการจัดการบริการในภาวะวิกฤต (crisis management) รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร โดยเฉพาะการสร้างคู่มือและการอบรมเรื่องระบบความปลอดภัย

- การสร้างระบบสนับสนุนในภาวะวิกฤตทั้งด้านการปรึกษา การส่งต่อ และจัดบุคลากรเสริม
- การปรับระบบบริการตามสถานการณ์ความรุนแรงเช่น การลดความถี่ในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางโรค
- การรักษาบุคลากรให้คงอยู่ โดยมีข้อเสนอจากพื้นที่ดังนี้
 - ปัญหาบุคลากรขาดแคลนเป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนชนบท รัฐควรจะต้องมีนโยบาย และมาตรการด้านกำลังคนในชนบทให้ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทั้งการคัดเลือกคน (recruitment) และการกำหนดกำลังคนที่ไม่ใช้เกณฑ์ทางภูมิศาสตร์ (GIS) เท่านั้น
 - การสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรทุกกลุ่มด้วยความเหมาะสม เป็นธรรมชาติ โดยมีมาตรการจูงใจดังนี้
 - มาตรการสร้างกัลยาณมิตรทั้งจากส่วนกลาง ในพื้นที่ และในหน่วยงานเอง ซึ่งพบว่าเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้บุคลากรมีความหวังที่จะอยู่ปฏิบัติงานได้ แต่ที่ผ่านมามาตรการนี้ถูกละเลย
 - มาตรการด้านสวัสดิการ เช่น สวัสดิการที่พักในโรงพยาบาล การจัดรถรับส่ง จัดหาที่เรียนให้บุตรหลาน
 - มาตรการทางการเงิน การกระจาย/จัดสรรงบประมาณไปชนบทมากขึ้น แรงจูงใจด้านการเงินที่เป็นธรรมชาติต้องแตกต่างจากพื้นที่กัณฑ์อื่น และควรศึกษาตัวเลขที่เหมาะสมต่อทุกวิชาชีพโดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาล
 - มาตรการด้านสัญญาการใช้ทุน ควบคู่กับการพัฒนาโดยให้โอกาสในการศึกษาต่อเนื่องให้สามารถเรียนทางไกลหรือฝึกฝนในระหว่างปฏิบัติงาน (on the job training) ได้ โดยไม่ต้องลาเรียน
 - มาตรการด้านการศึกษา ปฏิรูปหลักสูตร กระจายสถานศึกษา ปรับปริมาณการผลิต รับนักศึกษาชนบท
 - มาตรการด้านสังคม ให้ความก้าวหน้า มีเกียรติ วัฒนธรรมสร้างค่านิยมรับ การมอบรางวัลในการปฏิบัติหน้าที่
 - มาตรการด้านการบริหารจัดการ เช่น การปรับปรุงเกณฑ์การประเมินผล การบรรจุนักเรียนทุนกระทรวงสาธารณสุขเป็นข้าราชการ

มาตรการระยะยาว

- การสร้างสันติภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม โดยยึดหลักการเข้าถึง เข้าใจ และร่วมพัฒนา ตามพระราชดำรัสของพระเจ้าอยู่หัว
- สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการจัดการบริการสุขภาพ
- การสร้างระบบการดูแลตนเองของชุมชน
- การสร้างหลักสูตรการแพทย์ในวิถีมุสลิม
- การแก้ปัญหาให้มองไปถึงสุขภาพมากกว่าการบริการสาธารณสุขมองคนทั้งหมดไม่ใช่เน้นเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์
- การเพิ่มประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพ
- การจัดการด้านบุคลากร



มากขึ้น

- เปิดโอกาสให้คนในพื้นที่โดยเฉพาะในชนบท มีการศึกษาทางด้านกายภาพและสาธารณสุข
- สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรในปัจจุบัน
- จัดระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม
- เปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ที่จับจากต่างประเทศเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข

ของรัฐ

5. ข้อเสนอกลไกการทำงานเพื่อการแก้ปัญหาในระบบสาธารณสุขอันเนื่องมาจากวิกฤตความรุนแรง

- ต้องมีโครงสร้างทีมทำงานเฉพาะ ที่เกาะติดสถานการณ์ ทำหน้าที่เป็น Head & Brain & Body โดยมีองค์ประกอบหลักเป็นคนในพื้นที่และจากส่วนกลาง
- สร้างช่องทางการเชื่อมต่อ การสื่อสารกับผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย
- การพัฒนา Crisis Forum เป็นเวทีร่วมคิด แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การติดตามการแก้ปัญหา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง
- ทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความรุนแรง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสถานการณ์มีแนวโน้มที่จะรุนแรงมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพโดยรวม ขณะที่ทำการศึกษาวิจัย สถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและรวดเร็ว ทั้งสถานการณ์ในพื้นที่และนโยบายการแก้ปัญหาของรัฐ ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องใช้ข้อมูลทั้งจากการเก็บข้อมูลเองและจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มาประกอบการวิเคราะห์ผลการศึกษา ซึ่งทำให้ทราบว่าระบบการจัดการข้อมูลข่าวสารการแก้ปัญหาวิกฤตความรุนแรงของหน่วยงานในพื้นที่ ยังมีปัญหาอยู่มาก ทั้งการขาดการรวบรวมข้อมูล ขาดแหล่งข้อมูลความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้

นอกจากนี้ แนวคิดในการแก้ปัญหาทั้งเรื่องสถานการณ์ความรุนแรงและการบริการสาธารณสุข มักเป็นแนวคิดหรือเป็นนโยบายจากส่วนกลาง ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรในพื้นที่ที่มีความเข้าใจและมีแนวทางการแก้ปัญหาของตนเอง

การแก้ปัญหาวิกฤตความรุนแรงจึงควรรีให้ความสำคัญกับการจัดการระบบข้อมูลและการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่ให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี. 32 เดือนแห่งความรุนแรงจังหวัดชายแดนภาคใต้. ปัตตานี: ศูนย์เฝ้าระวังเชิงองค์ความรู้สถานการณ์ภาคใต้; 2549.
2. เมตตา ภูนิง. รายงานสถานการณ์ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. ปัตตานี: ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้; 2550.

3. สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ. รายงานสถานการณ์เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้: เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานแผนงานระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม. 30 พฤศจิกายน 2549 ณ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
4. อมร รอดคล้าย, สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ. การจัดการระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2548.
5. สุวัฒน์ วิริยพงศ์สุกิจ. รายงานสถานการณ์บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้ : เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายสุขภาพคณะที่ 2 ครั้งที่ 2/2550 11 มกราคม 2550; ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา; 2550.
6. พงศ์เทพ สุธีรัฐฉวี. ระบบสาธารณสุขในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.