

สาธารณสุขระหว่างเขาควาย
กรณีศึกษาจากสถานการณ์ไฟใต้
Dilemma in Health: Case study
from deep-south violent crisis
of Thailand

สาธารณสุขหว่างเขาควาย
กรณีศึกษาจากสถานการณ์ไฟใต้
Dilemma in Health: Case study
from deep-south violent crisis
of Thailand

นพ. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ
โรงพยาบาลจะนะ สงขลา

บทคัดย่อ

บทความนี้นำเสนอสถานการณ์ของการบริการสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในช่วงเวลา 12 ปี ของสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ 4 มกราคม 2547 จนถึงปัจจุบันซึ่งยังไม่มีที่ท่าว่าจะยุตินั้น ระบบสาธารณสุขได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่องในหลายรูปแบบ นอกจากความสูญเสียต่อชีวิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งอาคารสถานที่แล้ว ยังมีความขัดแย้งในสภาวะ “หว่างเขาควาย” (dilemma) ที่อยู่ตรงกลางระหว่าง

รัฐและประชาชน สถานะนี้ทำให้ในบางสถานการณ์เกิดภาวะบีบคั้นต้องเลือกที่จะยืนระหว่างจริยธรรมแห่งวิชาชีพที่ต้องเป็นกลาง กับการทำหน้าที่ในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ถูกคาดหวังว่าต้องเข้าข้างรัฐไทย ข้อเสนอสำหรับสถานการณ์นี้คือ จำเป็นที่ทุกฝ่ายจะต้องให้การยอมรับต่อการทำหน้าที่ของวิชาชีพสุขภาพอย่างเป็นกลาง บุคลากรในระบบสุขภาพในพื้นที่ชายแดนใต้จะต้องพัฒนาบทบาทการแพทย์ในฐานะที่เป็นสะพานสู่สันติภาพในการเยียวยาและดูแลทุกฝ่ายโดยไม่แบ่งแยก อันจะเป็นต้นทุนของการสร้างสันติमानฉันทิในระยะยาว

คำสำคัญ: สาธารณสุข ความไม่สงบชายแดนใต้ การปรับตัวของโรงพยาบาล ภาวะระหว่างเขาควาย การแพทย์เพื่อสันติภาพ

Abstract

This article presents a dilemma situation of health care providers in Southern unrest of Thailand. Since the conflict erupted since 4 January 2004 which still going on, the health care system and its staffs have been constantly affected by the violent conflict through this decade. Besides losing lives and properties, a conflict situation also puts people in health care system in a somewhat dilemma situation because of their position straddle between the state and people – straddle between professional ethics and being governmental servants as they are expected to be with the Thai state. Alternative recommendations for this situation, on one hand is, it is necessary for all parties to acknowledge and respect an imparity position of health care providers. On the other hand, health care providers should improve their roles and capacity to become

more proactive as a peace-builder through their healing services with impartiality, in hope to gradually cultivate social capital to leverage peace and reconciliation in the long term.

Keywords: health care, insurgency in the Deep South, Hospital's adjustment, Dilemma, Health as a bridge to peace

บทนำ

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้เกิดความรุนแรงเรื้อรังมาแล้ว 12 ปีเศษ และยังมีแนวโน้มของความรุนแรงต่อไปอีก ภาคสาธารณสุขในพื้นที่ต่างก็ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในระดับหนึ่ง สูญเสียชีวิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในขณะปฏิบัติงานและขณะเดินทาง หรืออยู่ที่บ้าน มีความเสียหายต่ออาคารสถานที่ เช่น การวางระเบิด การวางเพลิง การยิง การข่มขู่ด้วยการพนสี การส่งจดหมาย การใช้ใบปลิว เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ภาคสาธารณสุขก็มีการปรับตัวอย่างต่อเนื่องเพราะเจ้าหน้าที่ยังต้องทำงานให้ได้และอยู่ให้ได้ในท่ามกลางความไม่สงบที่เรื้อรัง ได้มีการปรับระบบทั้งในส่วนของการมาตรการความปลอดภัย การวางระบบการดูแลผู้ป่วยและชุมชนในสถานการณ์ที่เข้าพื้นที่ได้ยากขึ้น การเปิดหน้างานการเยียวยาจิตใจผู้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบ การปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับวิถีมุสลิม การวางระบบการจัดการฐานข้อมูล เป็นต้น ทั้งนี้ก็เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของภาคสาธารณสุขที่มีมากพอควรแล้วให้มีมากขึ้นไปอีก ภูมิคุ้มกันที่เกิดจากศรัทธาของชุมชนและการปกป้องจากชุมชนคือหัวใจหลักของความปลอดภัย แต่การทำงานในสถานการณ์ความขัดแย้งถึงตายที่เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการตั้งรับผลพวงของความรุนแรง การปรับตัวในแง่วัฒนธรรมนั้นยังไม่เพียงพอ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนสภาพปัญหา ผลกระทบ และการปรับตัวของระบบบริการสาธารณสุขในสถานการณ์ไฟใต้ และถอดบทเรียนการทำงานในสถานการณ์ความขัดแย้งที่ยืดเยื้อและทำทายนี้นี้ ว่าระบบบริการสาธารณสุขได้เรียนรู้อะไรที่จะช่วยปกป้องบุคลากรให้มีความปลอดภัย และในขณะเดียวกันก็สามารถทำให้งานด้านสุขภาพเอื้อต่อการสร้างสันติภาพได้ด้วยการถอดบทเรียนนี้รวบรวมประสบการณ์เชิงประจักษ์และการสังเคราะห์ของผู้ศึกษาที่ได้รับรู้รับฟังจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่มาตลอด 12 ปีของความรุนแรง เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจพลวัตของระบบสุขภาพในสถานการณ์ชายแดนใต้ โดยจำกัดการศึกษาเฉพาะระบบบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยไม่รวมถึงระบบบริการภาคเอกชน และกระทรวงอื่นๆ ที่มีการจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยจะขออนุญาตศัพท์ที่จะใช้ต่อจากนี้ในบทความ ดังนี้ หนึ่ง เมื่อกล่าวถึง “จังหวัดชายแดนภาคใต้” หมายถึง จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา อันได้แก่ อำเภอยะนะ นาทวี เทพา และสะบ้าย้อย สอง “สถานบริการสาธารณสุข” หมายถึง โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สาม “ฝ่ายความมั่นคง” หมายถึง ฝ่ายทหาร ตำรวจ และฝ่ายปกครองของรัฐไทย และสุดท้าย “ฝ่ายขบวนการ” หมายถึง ฝ่ายกองกำลังและกลุ่มสนับสนุนของขบวนการชาตินิยมมลายู - ปาตานี ที่ใช้กำลังอาวุธเข้าต่อสู้กับรัฐไทย

ในส่วนต่อจากนี้จะแบ่งการนำเสนอออกเป็นสี่ส่วน ได้แก่ ส่วนแรก สถานการณ์ของระบบบริการสาธารณสุขและความรุนแรงที่เกิดขึ้นและกระทบต่อระบบสาธารณสุข ส่วนที่สอง การเตรียมตั้งรับและการปรับตัวของระบบสาธารณสุขในสถานการณ์ไฟใต้ ส่วนที่สาม การทำงานในภาวะ “หว่างเขาคาวาย (dilemma)” จากประเด็นความภักดีเชิงซ้อน (dual loyalty) ที่บุคลากร

สาธารณสุขต้องเผชิญในฐานะเจ้าหน้าที่รัฐที่ถูกคาดหวังให้หนุนเสริมปฏิบัติการของประเทศไทยในการปราบปรามฝ่ายขบวนการ และในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องให้ความคุ้มครองผู้ป่วย และส่วนสุดท้าย นำเสนอประเด็นเพื่อพิจารณาในเชิงปฏิบัติและเชิงนโยบายต่อสาธารณสุขชนและคู่ขัดแย้งทุกฝ่าย เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ความไม่สงบ

1. สถานการณ์ระบบบริการสาธารณสุขและความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้

จังหวัดชายแดนภาคใต้มีจำนวนประชากรและสัดส่วนของการนับถือศาสนา และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ดังแสดงในตาราง (สำนักงานเขตตรวจราชการที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

จังหวัด	จำนวนอำเภอ (อำเภอ)	ประชากร (คน)	สัดส่วนการนับถือศาสนาอิสลาม (%)	จำนวนรพช./รพท. (แห่ง)	จำนวนรพช. (แห่ง)	จำนวนรพ.สต. (แห่ง)
ปัตตานี	12	694,451	87.6	1	11	129
ยะลา	8	518,558	79.6	2	6	81
นราธิวาส	13	783,192	89.1	2	11	111
4 อำเภอจ.สงขลา	4	326,148	70.8	0	4	62
รวม	37	2,322,349	83.9	5	32	383

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากร สัดส่วนการนับถือศาสนาอิสลามและสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ทั้งนี้หลังเกิดเหตุการณ์ มีการสร้างโรงพยาบาลใหม่เพิ่มขึ้นเพียงแห่งเดียว คือ โรงพยาบาลกรงปินัง จังหวัดยะลา ขนาด 30 เตียง ซึ่งเปิดให้บริการเมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2554 (โรงพยาบาลกรงปินัง, 2559)

สำหรับจำนวนบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่นั้น จากข้อมูลเปรียบเทียบ จำนวนบุคลากรใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เปรียบเทียบ ณ ปี 2547 (อรรถดคล้าย, สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, และคณะ, 2548) และ ปี 2559 (ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้, 2559) พบว่า โดยภาพรวมการเพิ่มจำนวนของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างปี 2547 ถึง 2559 มีสัดส่วนการเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า โดยในส่วนของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นั้น เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป

จำนวนบุคลากรใน 3 จังหวัด	ปัตตานี		ยะลา		นราธิวาส		รวม		จำนวนเท่าที่เพิ่มขึ้น
	2547	2559	2547	2559	2547	2559	2547	2559	
แพทย์	75	172	75	166	75	184	225	522	2.32
ทันตแพทย์	29	65	21	67	21	52	71	184	2.59
เภสัชกร	52	95	48	90	45	110	145	295	2.03
พยาบาล	766	1,822	969	1,545	730	1,993	2,465	5,360	2.17

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบจำนวนบุคลากรใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เปรียบเทียบ ณ ปี 2547 และ 2559

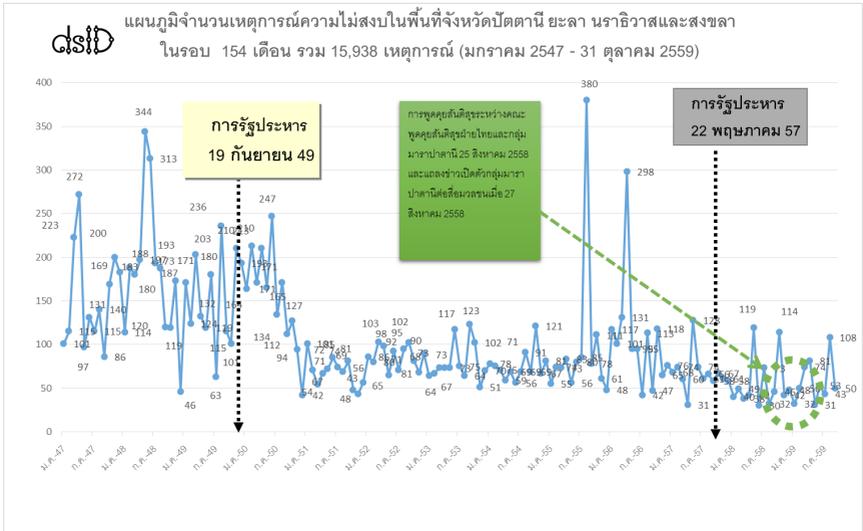
สำหรับการเพิ่มขึ้นในกลุ่มพยาบาลนั้น มีการเพิ่มอย่างก้าวกระโดดจากนโยบายการผลิตพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนใต้ โดยการผลิตพยาบาลจำนวน 3,000 คน ในปี 2550 และสำเร็จการศึกษาเข้าสู่ระบบในปี 2554 (สำนักสารนิเทศ, 2550) ส่งผลให้จำนวน

พยาบาลในพื้นที่เพิ่มขึ้นเท่าตัว ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกือบทุกแห่งมีพยาบาลประจำการ ซึ่งส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยของประชาชน

ในส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ มีการก่อตั้งมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ในปี 2548 และเปิดรับนักศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตรุ่นแรกในปี 2550 จำนวน 16 คน ต่อมาในปี 2551 - 2559 รับตรงจำนวน 24 คน (คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 2559) และในปีการศึกษา 2560 ได้เพิ่มจำนวนรับตรงเป็น 36 คน (เอนท์ตรง, 2559) ด้วยแนวคิดสำคัญเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนแพทย์จากไฟใต้ และมุ่งเน้นหลักสูตรที่การผลิตแพทย์ในพื้นที่พหุวัฒนธรรม ซึ่งก็จะสามารถเพิ่มโอกาสการเรียนรู้ของคนที่พื้นที่และอาจจะเพิ่มอัตราการคงอยู่ (retention) ให้นานขึ้น

นอกจากนี้ ในปี 2551 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดนักจิตวิทยาจำนวน 74 คน เข้าประจำการในศูนย์เยียวยาและฟื้นฟูจิตใจประจำโรงพยาบาลทั้ง 37 แห่ง เพื่อเยียวยาต้านจิตใจแก่ผู้ได้รับผลกระทบและติดตามอย่างต่อเนื่อง และระบบการเยียวยาจิตใจก็ยังคงดำรงอยู่จนถึงปัจจุบัน (เพชรดาว โตะะมีนา, 2558)

ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ (Deep South Watch) สรุปลสถานการณ์ความรุนแรงนับตั้งแต่ 4 มกราคม 2547 จนถึง 31 ตุลาคม 2559 มีเหตุการณ์ทั้งสิ้น 15,938 เหตุการณ์ มีจำนวนผู้บาดเจ็บเสียชีวิตทั้งสิ้น 19,182 ราย เป็นผู้เสียชีวิต 6,770 ราย ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทั้งสิ้น 12,412 ราย (ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, 2559) ทั้งนี้ลักษณะของความรุนแรงปรากฏตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงความถี่จำนวนครั้งของเหตุการณ์ความไม่สงบขยายแดนได้รายเดือนตลอด 154 เดือน

จากแผนภูมิจะเห็นแนวโน้มของความรุนแรงสามารถแบ่งช่วงได้ 2 ช่วงคือ

ช่วงปี 2547 - 2550 เป็นช่วงที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นจำนวนมาก ทั้งนี้ เหตุการณ์ที่นับนั้นรวมถึงการตัดต้นไม้ขวางถนน การเผาตู้โทรศัพท์สาธารณะ การโปรยระเบิด เป็นต้น ทำให้มีจำนวนครั้งที่มาก ส่วนการก่อเหตุที่หวังผลต่อชีวิตนั้นจะใช้การยิงด้วยอาวุธปืนเป็นส่วนมาก

ช่วงปี 2551 - 2557 เป็นช่วงที่สถานการณ์เริ่มเบาบางลง เหตุการณ์ก่อเหตุเล็กๆ น้อยๆ เริ่มหายไป จะเน้นการก่อเหตุที่หวังผลต่อชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงมาใช้ระเบิดมากขึ้น แม้จะมีจำนวนครั้งน้อยลง แต่จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตไม่ลดลง

ช่วงปี 2558 - 2559 เป็นสถานการณ์ที่ต้องเฝ้าจับตามอง เพราะแม้มีแนวโน้มจำนวนการก่อเหตุที่ต่ำ แต่การก่อเหตุแต่ละครั้งมีความรุนแรงสูง เป็นช่วงเวลาที่มีการพูดคุยเพื่อสันติภาพระหว่างรัฐไทยกับฝ่ายขบวนการ โดยมีกลุ่มมาราปาตานีเป็นองค์กรผู้แทนอย่างเปิดเผย และมีแนวโน้มของการก่อเหตุที่อาจจะเพิ่มขึ้นทั้งในเชิงปริมาณและเชิงความรุนแรงของการก่อเหตุได้

รูปแบบความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับระบบสาธารณสุข อาจจำแนกออกเป็น 9 รูปแบบ ได้แก่

1. การยิงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระหว่างปฏิบัติงาน การยิงเจ้าหน้าที่ระหว่างปฏิบัติงานที่ส่งผลสะท้อนมากที่สุดคือ กรณีการบุกขึ้นไปยิงเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยประจัน บ้านบราโอ ตำบลประจัน อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ในวันที่ 8 ตุลาคม 2550 เวลา 12.45 น. โดยกองกำลังฝ่ายขบวนการได้บุกขึ้นไปบนสถานีอนามัย ใช้อาวุธสงครามยิงเจ้าหน้าที่ระหว่างรับประทานอาหารกลางวัน โดยเจ้าหน้าที่ไทยพุทธ 2 คน คือ หัวหน้าสถานีอนามัยและนักวิชาการสาธารณสุข ได้ถูกยิงเสียชีวิต ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกคนที่เป็นมุสลิมถูกไล่ลงจากตัวอาคาร ผู้ก่อเหตุยังได้รีอเอกสารมากองรวมกันเพื่อจุดไฟเผาสถานีอนามัย แต่ชาวบ้านมาช่วยกันดับไว้ทัน หลังเหตุการณ์สถานีอนามัยทั้ง 15 แห่งของอำเภอยะรังปิดบริการไป 1 วัน (สำนักสารนิเทศ, 2550) หลังจากนั้นทั้ง 14 สถานีอนามัยได้ให้บริการตามปกติ ยกเว้นสถานีอนามัยประจันที่ยังปิดต่อไปอีกระยะ และเมื่อเปิดทำการก็มีลวดหนามกระสอบทรายกั้นล้อมเสริมแนวรั้วอีกชั้น มีทหารประจำการที่ชั้นล่างของสถานีอนามัย ส่วนชั้นบนยังเป็นที่ทำการของสาธารณสุข โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากทุกสถานีอนามัยหมุนเวียนไปให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน อย่างไรก็ตามเนื่องจากมีทหารประจำอยู่ทำให้มีผู้รับบริการน้อยมาก ส่วนใหญ่ไปใช้บริการโรงพยาบาลยะรังแทนซึ่งอยู่ห่างไปไม่เกิน 10 กิโลเมตร

เหตุการณ์อื่นที่มีการทำร้ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระหว่างการปฏิบัติงาน ได้แก่ การยิงยามที่ป้อมยามของโรงพยาบาลหรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส ได้รับบาดเจ็บ ในปี 2547 (อมร รอดคล้าย และคณะ, 2548) และการยิงยามในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ป้อมยามโรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา เสียชีวิตในปี 2548 (ฐานข้อมูลข่าวจังหวัดชายแดนภาคใต้, 2548) เป็นต้น

2. การทำร้ายเจ้าหน้าที่นอกช่วงเวลาปฏิบัติงาน เหตุการณ์ครั้งสำคัญที่มีการยิงนักศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ที่มาฝึกงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา บริเวณตลาดนัดบ้านลากอใกล้กับโรงพยาบาลยะหา เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2557 เวลา 15.00 น. ในขณะออกมาซื้อของ ส่งผลให้นักศึกษาไทยพุทธเสียชีวิต 2 คน (ผู้จัดการ online, 2557) ผลกระทบที่ตามมาคือ หลายมหาวิทยาลัยและวิทยาลัยพยาบาลในพื้นที่ชายแดนใต้ ต้องงดส่งนักศึกษาลงฝึกงานในพื้นที่ชายแดนใต้ โดยส่งมาฝึกงานในพื้นที่จังหวัดสงขลา พัทลุง สตูล และตรังแทนการฝึกในพื้นที่ชายแดนภาคใต้

3. การบุกเข้าไปในโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นฐานในการโจมตี เหตุการณ์เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ในวันคล้ายวันสถาปนาครบ 56 ปี ของขบวนการบีอาร์เอ็น ในวันที่ 13 มีนาคม 2559 เวลา 16.40 น. ได้มีกองกำลังติดอาวุธบุกเข้ามาทางด้านหลังโรงพยาบาลซึ่งติดกับเทือกเขาตะเว โดยได้เข้ายึดอาคารโรงพยาบาลเพื่อชุมนุมโจมตีฐานปฏิบัติการของกองร้อยทหารพรานที่ 4816 โดยกองกำลังฝ่ายตรงข้ามได้บอกให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไปรวมกันที่ห้องฉุกเฉินและหมอบลง มีพยาบาล 1 คนที่ถูกมัดด้วยเชือก แต่มัดไม่แน่นจึงแก้เชือกหลุดได้เอง แล้วลงมารวมกับเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ ที่ห้องฉุกเฉิน การยึดโรงพยาบาลครั้งนี้ไม่มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้รับบาดเจ็บ ส่วนทหารบาดเจ็บไป 8 นาย ฝ่ายขบวนการฯ ได้ล่าถอยไปในหนึ่งชั่วโมง (ไทยรัฐ online, 2559) โรงพยาบาลปิดบริการผู้ป่วยนอก 1 วัน (ยกเว้นห้องฉุกเฉินที่ยังเปิดบริการ)

เพื่อให้ทางตำรวจเก็บหลักฐาน ก่อนที่จะเปิดดำเนินการตามปกติ เหตุการณ์ดังกล่าวได้รับการประณามอย่างกว้างขวาง และนับเป็นกรณีแรกและกรณีเดียวที่มีการยึดโรงพยาบาลเพื่อใช้โจมตีค่ายทหาร

4. การวางระเบิดในสถานบริการ การวางระเบิดสถานบริการสาธารณสุข ครั้งแรกเกิดขึ้นที่สถานีอนามัยดอนรัก อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี โดยในเวลา 02.00 น. ของวันที่ 11 มิถุนายน 2548 มีการวางเพลิงเผาบ้านพักของสถานีอนามัย เพลิงเผาบ้านพักทอดทิ้งหลัง และฝ่ายผู้ก่อความไม่สงบได้ฝังระเบิดถึงดับเพลิงไว้ที่บริเวณป้ายชื่อสถานีอนามัย เพื่อหวังก่ระเบิดเป็น second bomb ในช่วงเช้า แต่มีคนไปพบว่ามีถึงแดงๆ โผล่เหนือดินที่กลบไม่ตี จึงตามตำรวจชุดเก็บกู้มาตรวจสอบและตัดสินใจกู้ทำลายระเบิดด้วยการทำให้ระเบิดทำให้สถานีอนามัยได้รับความเสียหายโดยไม่มีผู้ได้รับบาดเจ็บ (ผู้จัดการ online, 2548) หลังจากนั้น ชาวบ้านได้เข้ามาช่วยซ่อมแซมและเปิดให้บริการตามปกติ ในอีก 1 เดือนต่อมา

การวางระเบิดหน้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2555 โดยคนร้ายลอบวางระเบิดคาร์บอมบ์หน้าสำนักงานฯ เป็นเหตุให้มีประชาชนเสียชีวิต 1 ราย และได้รับบาดเจ็บอีก 8 ราย ขณะเกิดเหตุพบร่องรอยผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานีจอดอยู่ในที่เกิดเหตุ จึงเชื่อว่าเป้าหมายการโจมตีคือรองผู้ว่าราชการจังหวัด

การระเบิดในโรงพยาบาลครั้งสำคัญที่สุดคือ การระเบิดในที่จอดรถภายในรั้วของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เมื่อเวลา 9.30 น. ของวันที่ 28 พฤษภาคม 2557 ส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บ 10 ราย อากาศสาหัส 3 ราย และมีรถจักรยานยนต์เสียหายจำนวนมาก (สำนักสารนิเทศ, 2557) ทั้งนี้การวางระเบิดที่มุ่งเป้าสังหารเจ้าหน้าที่ฝ่ายความมั่นคงที่มานั่งตรวจการณ์เป็นประจำบริเวณ

ศาลาหน้าโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ตรงกับที่จอดรถผู้รับบริการ คนร้ายจึงนำรถมอเตอร์ไซค์ไปจอดไว้ในโรงพยาบาลและรอจุดชนวนเมื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจมานั่งที่ศาลา เหตุการณ์ครั้งนี้เป็นครั้งแรกและครั้งเดียวที่มีการวางระเบิดในโรงพยาบาล

5. การเผาอาคารสถานบริการและบ้านพัก สถานีอนามัยโต๊ะแ่น ตำบลตะโล๊ะดีรามัน อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี มีเจ้าหน้าที่ 2 คน เป็นมุสลิม ทั้ง 2 คน เหตุเกิดเวลา 12.20 น. ของวันที่ 9 มกราคม 2550 (สำนักสารสนเทศ, 2550) ผู้ก่อความไม่สงบ 3 คน ปิดหน้าเดินขึ้นมาบนสถานีอนามัย ชักปืนให้เจ้าหน้าที่ดูแล้วไล่ให้ลงจากสถานีอนามัย มีการรื้อเอกสารมากองเพื่อจุดไฟเผา เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่ไปทานข้าวกลับมา นึกได้ว่าลืมกุญแจรถไว้บนสถานีอนามัย จึงเดินไปขออนุญาตผู้ก่อเหตุขอไปหยิบกุญแจก่อน ซึ่งก็ได้รับอนุญาตแล้วรีบมาขับเอารถของสถานีอนามัยออกไป ก่อนที่ไฟจะถูกจุดและเผาสถานีอนามัยจนวอด สถานีอนามัยแห่งนี้ได้ปิดบริการเป็นการถาวร โดยให้ชาวบ้านไปใช้บริการที่สถานีอนามัยตะโล๊ะดีรามัน ซึ่งเป็นสถานีอนามัยหลักของตำบลแทน

นอกจากนี้สถานีอนามัยในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ซึ่งมีทั้งหมด 10 แห่ง ได้ถูกเผา 5 แห่งในคืนเดียว ในวันที่ 4 เมษายน 2550 ซึ่งมีการเผาสถานที่ราชการของอำเภอบันนังสตามากกว่า 15 แห่ง ทั้งนี้ก่อนที่จะมีการเผาสถานีอนามัยนั้น ได้มีสัญญาณเตือนในลักษณะการข่มขู่สถานีอนามัยมาก่อนหน้าบ้างแล้ว เช่น ในพื้นที่ของสถานีอนามัยทรายแก้ว ได้มีใบปลิวสีแดง พิมพ์ว่าใครที่มีวิทยุสื่อสารจะไม่รับรองความปลอดภัย หรือบริเวณสถานีอนามัยปีอลอง ก็มีข้อความให้ไทยพุทธย้ายถิ่นที่อยู่ ไม่เช่นนั้นจะไม่รับรองความปลอดภัย คุณอำนาจ สุบรรณน้อย สาธารณสุขอำเภอบันนังสตา ได้กล่าวหลังสถานีอนามัยทั้ง 5 แห่งถูกเผาว่า “ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่รู้อิโหนอิเหน่ เราไม่ควรลงโทษหรือสมน้ำหน้าชาวบ้าน ควรรีบเปิดบริการให้เร็วที่สุด ชวนชาวบ้าน อสม. มาช่วย

เก็บกวาดซ่อมแซม ให้เขารู้สึกว่าเป็นสถานีนามัยของเขา เพื่อเป็นภูมิคุ้มกันในระยะยาว” (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551)

การวางเพลิงเผา รพ.สต. หรือสถานีนามัยครั้งสุดท้าย เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2557 โดยมีการลอบวางเพลิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาวอ อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส ชาวบ้านเห็นแสงเพลิงจึงมาช่วยกันดับ ทำให้มีความเสียหายเล็กน้อย

6. การขโมยรถส่งต่อผู้ป่วยไปทำคาร์บอมบ์ ทั้งนี้เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2559 คนร้ายได้ขโมยรถพยาบาลของศูนย์สุขภาพชุมชนปะกาสะรัง อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี นำชุดระเบิดก่อนใช้เป็นคาร์บอมบ์หน้าโรงแรมเซาท์เทิร์นวิว จังหวัดปัตตานี ส่งผลให้มีเสียชีวิต 1 ราย บาดเจ็บ 36 ราย ทรัพย์สินเสียหายเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้รถคันดังกล่าวซึ่งปกติจะจอดที่บริเวณใต้สะพานหมู่ที่ 1 ตำบลปะกาสะรัง เช้าวันเกิดเหตุ รถได้หายไปและถูกนำไปใช้ก่อเหตุดังกล่าว (ผู้จัดการ online, 2559) นับเป็นกรณีแรกและกรณีเดียวที่รถของภาคสาธารณสุขถูกนำไปใช้เป็นคาร์บอมบ์

7. การยิงเข้ามาในสถานบริการสาธารณสุข มีหลายโรงพยาบาลที่ถูกยิงเข้าไปในโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส ถูกยิงจากปายางด้านข้างโรงพยาบาลมุ่งเป้าตำรวจที่กำลังล้างคราบเลือดที่รถตำรวจนำส่งศพมาชั้นสุตร โรงพยาบาลจะนะ จังหวัดสงขลา ซึ่งมีการยิงตำรวจระหว่างหลบหนีผ่านหน้าโรงพยาบาลเห็นยามโรงพยาบาลวิ่งออกไปดูเหตุการณ์จึงยิงใส่ยาม ส่งผลให้รถยางแบนและกระจกแตก

8. การพนัสนิยายหรืออาคารเพื่อชุมชน เช่น กรณีของสถานีนามัยเจ๊ะเก ตำบลบาโงสะโต อำเภอรอแวง จังหวัดนราธิวาส ได้มีใบปลิวกระจายในพื้นที่รวมทั้งพนัสนิยายที่โรงเรียนและสถานีนามัยว่า “ไม่ต้อง गएเจ้าหน้าทีไทยพุทธ”

อีก 2 วันครูในพื้นที่ก็ถูกยิงเสียชีวิต และที่สถานีอนามัยบาโงสะโต มีการพนัสีสเปรย์สีแดงที่ถนนและที่ป้ายชื่อสถานีอนามัยว่า “ประเทศของกู กูจะเอาคืน” “แผ่นดินกู กูต้องการ มึงออกไป” ผลของการชุมนุมในครั้งนั้น ทำให้ทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอถอนกำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกทั้งหมด โดยให้ชาวบ้านไปใช้บริการที่โรงพยาบาลรือเสาะแทน หลังจากเวลาผ่านไปเป็นสัปดาห์ ผู้นำชุมชนและชาวบ้านจึงมาช่วยกันขัดสีที่พื้นออกและขอให้เจ้าหน้าที่เข้าไปทำงานเช่นเดิม แต่ขอเฉพาะเจ้าหน้าที่มุสลิม เพราะแม้จะรับรองความปลอดภัยในหมู่บ้านได้ แต่ก็ไม่สามารถรับรองความปลอดภัยให้เจ้าหน้าที่ไทยพุทธในระหว่างการเดินทางได้ (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2550)

9. การชักธงชาติไทยลงจากเสาธง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปือระ ตำบลบาเราะใต้ อำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส พยาบาลวิชาชีพที่นั่นเล่าให้ฟังว่า “เจ้าหน้าที่เพิ่งเข้ามาหยุดไปลิโอบในเช้าวันหนึ่งในเดือนมกราคม 2556 ที่โรงเรียนบ้านตันหยง แล้วกลับออกมา ก็เกิดเหตุยิงครูชูลี เจริญชล ในโรงเรียน ที่นี้ อบต. ถูกเผา โรงเรียนก็ถูกเผา ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคยเกิดเหตุการณ์ถอดธงชาติออกจากเสาในตอนกลางคืน และพนัสีที่ป้ายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่นี้เป็นตำบลสีแดง แต่ที่ทุกคนยังทำงานและยังอยู่ได้เพราะ “เรารักในหน้าที่ของเราและชาวบ้านก็รักและต้องการพวกเรา”

จากทั้งเก้ารูปแบบความรุนแรงที่ปรากฏต่อระบบสาธารณสุข เป็นปฏิบัติการที่สร้างผลกระทบทั้งต่อชีวิต สถานที่ และการจัดบริการของระบบสาธารณสุข อย่างไรก็ตามทางฝ่ายขบวนการก็ได้รับความเสียหายในเชิงภาพลักษณ์ สูญเสียความชอบธรรมและเสียมวลชนไปไม่น้อย

2. การเตรียมตัวรับและการปรับตัวของระบบสาธารณสุข เพื่อรับมือกับสถานการณ์ความรุนแรง

กระทรวงสาธารณสุขและสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้มีการวางระบบการตั้งรับเพิ่มเติมจากระบบปกติ ซึ่งเป็นสิ่งที่แต่ละแห่งค่อยๆ เพิ่มเติมสร้างระบบขึ้นมา ซึ่งสามารถประมวลได้ดังนี้

1. ระบบการดูแลความปลอดภัย ทุกโรงพยาบาลมีการติดตั้งระบบกล้องวงจรปิด ปรับปรุงรั้วให้รัดกุม ให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ มีการแบ่งเขตโรงพยาบาลกับเขตบ้านพัก จัดระบบยามและเพิ่มจำนวนยาม บางพื้นที่มีการฝึกอาวุธให้กับยามหรือปรับเปลี่ยนยามจากไทยพุทธเป็นมุสลิม รวมทั้งการจัดให้มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุ เช่น กรณีพบกล่องต้องสงสัย รวมทั้งแผนรองรับอัคคีภัย เป็นต้น ในส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น บางแห่งมีการติดกล้องวงจรปิด มีการวางระบบการ back up ข้อมูลเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจากการถูกเผา การงดใช้บ้านพักสถานีอนามัยโดยมาพักรวมกันในพื้นที่ที่ปลอดภัยแทน

2. ระบบการสำรองสาธารณูปโภคและอาหาร ทุกโรงพยาบาลจะมีการวางระบบการสำรองไฟฟ้าด้วยการบำรุงรักษาเครื่องปั่นไฟให้ใช้ได้และติดทันทีด้วยระบบอัตโนมัติเมื่อไฟฟ้าดับ อย่างน้อยให้มีน้ำมันสำหรับปั่นไฟให้ได้ทั้งคืนเพื่อรอซื้อน้ำมันใส่เพิ่มเติมในเช้าวันรุ่งขึ้น การสำรองอาหารและน้ำดื่มมาใช้สำหรับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่กรณีที่มีการปะทะ การใช้ระบบสื่อสารทางวิทยุในกรณีที่ถูกระงับสัญญาณโทรศัพท์ การวางระบบคลังเลือดเพื่อการสำรองเลือดที่เพียงพอรองรับสถานการณ์ เป็นต้น

3. ระบบการจัดการข้อมูลความรุนแรงและการแจ้งเตือน เมื่อปี 2550 กระทรวงสาธารณสุขได้วางระบบการเฝ้าระวังสถานการณ์ความไม่สงบ (VIS) ขึ้นเพื่อรวบรวมฐานข้อมูลผู้บาดเจ็บเสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบ การส่งต่อและผลของการรักษา และเพื่อการเยียวยา อย่างไรก็ตามระบบดังกล่าวได้ยุติลงเนื่องจากขาดการส่งข้อมูลตามระบบ โดยไปใช้ฐานข้อมูลในการเยียวยาจากองค์กรวิชาการ เช่น ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ (ศวชต.) แทน

4. ระบบการเยียวยาผู้ประสบเหตุความไม่สงบ ศูนย์เยียวยาฟื้นฟูสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลทั้ง 37 แห่ง ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้มีการวางระบบงานเยียวยาจิตใจขึ้นมา ซึ่งในบางโรงพยาบาลก็ได้ทำการดูแลเยียวยาจิตใจรวมถึงผู้สูญเสียที่อยู่ในฝ่ายตรงข้ามรัฐไทยด้วย ตามหลักการของการทำหน้าที่ของวิชาชีพสุขภาพที่ไม่มีการแบ่งแยกฝักฝ่าย ดูแลทุกคนทุกฝ่ายเหมือนกัน

5. ระบบการจัดบริการที่สร้างภูมิคุ้มกันแก่สถานบริการ นายแพทย์ รอชาติ ปัตตบุตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามัน ได้กล่าวสรุปชัดเจนว่า “ไม่มีระบบความปลอดภัยใดที่ดีไปกว่าการที่ชุมชนเป็นเกราะคุ้มภัยให้โรงพยาบาล” ดังนั้นการจัดบริการดูแลความเจ็บป่วยที่ประทับใจ สอดคล้องกับบริบทชุมชนจึงมีความสำคัญมาก ต้องให้มีข้อร้องเรียนที่น้อยที่สุด หากมีปัญหาความไม่เข้าใจให้รีบแก้ไขโดยเร็ว รวมทั้งจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทมุสลิม เพื่อคงระดับของความเชื่อมั่นศรัทธาในระดับที่สูง ให้เกราะชุมชนเป็นภูมิคุ้มกันที่แข็งแกร่งไปตลอด (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2550)

6. การปรับระบบการทำงานในชุมชน เนื่องจากหลายพื้นที่เป็นพื้นที่สีแดง อำนาจรัฐนั้นเบาบางเพียงเมื่อรถหุ้มเกราะลาดตระเวนผ่านมา ดังนั้นการลงทำงานในชุมชนในระดับหมู่บ้านในบางพื้นที่จึงมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

งานชุมชนจึงลดลงทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในช่วงแรกของเหตุการณ์ความไม่สงบ พบว่าบริการด้านการรักษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 25.0 ด้านบริการทันตกรรมมีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 50.0 บริการเยี่ยมบ้านมีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 60.0 และบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพควบคุมโรคมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70.0 (อมร รอดคล้าย และคณะ, 2548) อย่างไรก็ตาม การฝึกฝน อสม. ให้ทำหน้าที่แทน หรือการนัดหมายผู้รับบริการมาที่ รพ.สต. แทนการลงไปในชุมชนคือกลวิธีที่ใช้มากที่สุด นอกจากนี้โรงพยาบาลหรือเสายังมีได้พัฒนารูปแบบการจับคู่ระหว่างหมู่บ้านสีแดงและสีไม่แดง (เหลืองหรือเขียว) โดยให้ อสม. จากอีกหมู่บ้านเข้าไปช่วยหมู่บ้านสีแดง การที่ชาวบ้านเข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วยกันเอง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของภาคสาธารณสุขได้พอสมควร

การทำงานเชิงรุกที่ยากลำบากส่งผลต่อการควบคุมโรคระบาด เช่น มีการระบาดของโรคคอตีบในจังหวัดนราธิวาสในรอบวันที่ 21 ตุลาคม 2553 ต่อเนื่องจนถึงวันที่ 26 มีนาคม 2554 มีรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น 10 ราย ใน 5 อำเภอของจังหวัดนราธิวาส เสียชีวิต 4 ราย นับเป็นการระบาดครั้งแรกหลังจากพบโรคครั้งสุดท้ายในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งมีผู้ป่วยเพียง 1 ราย ต่างจากครั้งนี้ที่พบผู้ป่วยมากถึง 10 ราย (อุทิศศักดิ์ หริรัตนกุล และจริยา นราธิปภัทร, 2555)

3. การทำงานบนห้วงเขาควาย (dilemma) จากประเด็นความภักดีเชิงซ้อน (dual loyalty)

การทำงานของบุคลากรสาธารณสุขนั้น มีหลักจรรยาบรรณที่สำคัญคือ การทำหน้าที่ตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพโดยไม่แบ่งฝักฝ่าย ซึ่งต้องดูแลทุกคนทุกฝ่ายอย่างเต็มที่ ทั้งนี้บุคลากรด้านสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้นั้นก็ดำรงในหลักจริยธรรมข้อนี้เสมอมา

ความยากในการทำงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้คือ ความคาดหวังของประเทศไทยโดยเฉพาะฝ่ายความมั่นคงที่มีต่อภาคสาธารณสุข ที่ต้องการให้ภาคสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของปฏิบัติการของประเทศไทยต่อการแก้ปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ แต่จุดยืนของภาคสาธารณสุขคือ การวางตัวที่เป็นกลางในการทำหน้าที่ด้านการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของทุกฝ่ายทุกคน และพยายามเว้นให้มีระยะห่างจากปฏิบัติการของฝ่ายความมั่นคง ซึ่งความภักดีทั้ง 2 ประการนี้ต่างก็ขัดแย้งกัน จึงเกิดเป็นภาวะระหว่างเขาควาย (dilemma) จากความภักดีเชิงซ้อน (dual loyalty)

ประเด็นการพยายามวางตัวให้มีระยะห่างจากฝ่ายความมั่นคง โดยยืนในหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพสุขภาพที่เป็นกลางนั้นมีความสำคัญมาก แต่เมื่อเจ้าหน้าที่ในระบบสาธารณสุขปฏิเสธความต้องการของฝ่ายความมั่นคงบ่อยครั้งย่อมเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อกัน ยิ่งหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นมุสลิมและเป็นเพศชาย ก็อาจถูกต้องสงสัยหรือถูกมองด้วยอคติได้ เนื่องจากถูกสงสัยว่าจะมีใจเอนเอียงไปทางฝ่ายขบวนการหรืออยู่ข้างฝ่ายขบวนการหรือไม่

รูปธรรมประเด็นของการทำงานบนหว่างเขาควายจากความภักดีเชิงซ้อนได้แก่

ก. การขอข้อมูลจากฝ่ายความมั่นคง

ระบบการจัดการข้อมูลของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น จะมีการเก็บประวัติบุคคลใน OPD card และมีการเก็บประวัติครอบครัวเป็นผังครอบครัว ซึ่งบางครั้งฝ่ายความมั่นคงก็จะมาขอข้อมูลผังครอบครัวว่าใครเป็นญาติกับใคร มีลูกเป็นใคร ใครอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ต้องสงสัยบ้าง ทั้งนี้ข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีนั้นคือข้อมูลจริงซึ่งอาจจะมิ

ความแตกต่างจากทะเบียนราษฎร อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าว เป็นประวัติส่วนบุคคลที่ต้องได้รับการพิทักษ์ตามจริยธรรมวิชาชีพ โดยหลักสิทธิผู้ป่วยแล้วไม่สามารถเปิดเผยได้หากไม่ได้รับอนุญาต จากเจ้าของประวัติ ซึ่งเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิเสธ ก็อาจ ถูกมองว่า ไม่ให้ความร่วมมือ เป็นต้น (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ และ วิฐุ พุกขพันธ์, 2558)

ข. การจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ร่วมกับฝ่ายความมั่นคง

หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในพื้นที่ชายแดนใต้มี 2 องค์กรหลัก ในการดำเนินการคือ ฝ่ายความมั่นคงและฝ่ายสาธารณสุข ซึ่งปกติ มีแผนปฏิบัติการที่แยกกัน เพราะมีพื้นที่เป้าหมายและวัตถุประสงค์ ที่ต่างกัน ฝ่ายความมั่นคงเน้นการออกหน่วยในลักษณะงานจิตวิทยามวลชน (หรือเพื่อการหาข่าวด้วย) ในขณะที่ฝ่ายสาธารณสุข ออกหน่วยเพื่อลดการเข้าไม่ถึงบริการ อย่างไรก็ตาม ทางฝ่ายความมั่นคงก็มักจะขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลออกหน่วยแพทย์ร่วมด้วยเสมอ ซึ่งก็เป็นดุลยพินิจในการจัดการในแต่ละโรงพยาบาล เช่น บางครั้งอาจปฏิเสธการเข้าร่วมด้วยเหตุผลว่ามีกำลังคนไม่พอ หรือเข้าร่วมแต่ขอแยกเดินทางไปเองเพราะรู้สึกปลอดภัยกว่ามีรถหุ้มเกราะนำขบวน หรืออาจเข้าร่วมได้อย่างเต็มที่ บางพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่สีแดง เป็นต้น

ทั้งนี้ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของโรงพยาบาลปกติจะไม่มีภารกิจ กำลังคุ้มกันใดๆ จากฝ่ายความมั่นคง แต่จะมีผู้นำชุมชน อสม. และประชาชนในพื้นที่ช่วยประสานและดูแลในเรื่องความปลอดภัยให้แทน

ค. การชันสูตรพลิกศพ

การชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายจะกระทำเมื่อมีการตายผิดปกติใน 5 เหตุ กล่าวคือ ตายจากการถูกผู้อื่นทำให้ตาย ถูกสัตว์ทำให้ตาย อุบัติเหตุ การฆ่าตัวตายและการตายที่ไม่ปรากฏเหตุชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติจริง ด้วยความเชื่อของชุมชนมุสลิม ที่ให้ความเคารพต่อศพเหมือนคนที่ยังไม่เสียชีวิต จึงไม่นิยมการผ่าศพ หรือการสร้างบาดแผลใดๆ เพิ่มเติมให้กับศพ และต้องการนำศพกลับไปประกอบพิธีกรรมให้เร็วที่สุด เมื่อมีศพซึ่งตายผิดปกติ ฝ่ายความมั่นคงมักต้องการให้มีการเก็บหลักฐานกระสุนหรือสะเก็ดระเบิดที่ฝังในร่างกาย หรือต้องการนำส่งศพไปผ่าชันสูตร แต่หากญาติไม่ยอม ทางโรงพยาบาลก็จะทำตามที่ญาติหรือชุมชนประสงค์ ไม่ได้รับการชันสูตรศพอย่างเต็มรูปแบบตามกฎหมาย มีเพียงการลงบาดแผลภายนอกเท่านั้น แล้วมอบศพคืนแก่ญาติเพื่อนำกลับไปประกอบพิธีต่อไป (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2554)

ทั้งนี้หากทางฝ่ายความมั่นคงต้องการให้มีการผ่าศพเพื่อการชันสูตร หรือผ่าเอาหลักฐานในตัวผู้ตายออกมา แนวปฏิบัติที่เป็นอยู่คือ ทางแพทย์ก็มักจะให้ตำรวจ/ทหารไปเจรจากับญาติเอง ได้ผลอย่างไรทางโรงพยาบาลยินดีทำตามผลของการพูดคุย

ง. การจับกุมผู้ต้องสงสัยในสถานพยาบาล

บทเรียนที่สำคัญเกิดขึ้นในปี 2549 เมื่อชายฉกรรจ์คนหนึ่งมาทำแผลที่เท้า บาดแผลเหมือนถูกยิง เกินความสามารถของสถานีนอนามัย (ชื่อในขณะนั้น) จึงส่งต่อมายังโรงพยาบาลจังหวัด ขณะทำแผลที่ห้องฉุกเฉิน มีคนแจ้งตำรวจว่ามีฝ่ายชบวนการถูกยิงมาทำแผล

ทำให้ฝ่ายความมั่นคงเข้ามาจับกุมบนโรงพยาบาล ผลของการจับกุมทำให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต้องออกนอกพื้นที่เพื่อความปลอดภัย เพราะชาวบ้านเข้าใจว่าเจ้าหน้าที่คนนั้นเป็นคนบอกตำรวจ (วิเศษ งามขำ และปรกรณ์ พิงเณตร, 2550)

อีกกรณีหนึ่ง เกิดในโรงพยาบาลระหว่างที่ภรรยาของผู้มีหมายจับมาคลอดบุตร โดยฝ่ายความมั่นคงได้เฝ้าติดตามอยู่แล้ว เมื่อพบว่าสามีผู้มีหมายจับมาเยี่ยมภรรยา ทหารนอกเครื่องแบบจึงแสดงตนจับในตึกผู้ป่วยใน และเชิญตัวไปสถานีตำรวจ ทั้งนี้เป็นการจับกุมที่ไม่ได้มีการขออนุญาตผู้อำนวยการ การกระทำดังกล่าวอาจทำให้ฝ่ายญาติเข้าใจผิดว่า ทางโรงพยาบาลเป็นผู้แจ้งตำรวจ อันจะส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ ทั้งนี้ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลควรเป็นสถานที่ปลอดภัยของทุกคนทุกฝ่าย การจับกุมใดๆ ควรกระทำนอกรั้วโรงพยาบาล

จ. โรงพยาบาลยังไม่เป็นเขตปลอดภัย

ปัจจุบันนี้โรงพยาบาลยังไม่เป็นเขตปลอดภัย เมื่อมีผู้ได้รับบาดเจ็บนำส่งโรงพยาบาล โดยเฉพาะฝ่ายความมั่นคง จะมีอาวุธเต็มพื้นที่ไปหมด หากเป็นฝ่ายกองกำลังของฝ่ายขบวนการหรือชาวบ้านก็อาจจะมียาอาวุธด้วยแต่ไม่ได้พกพาให้เห็นชัดเจน โดยหลักการเรื่องโรงพยาบาลเป็นเขตปลอดภัยจึงยังห่างไกล แม้จะเคยมีความพยายามในการผลักดันอยู่บ้าง แต่ก็ยากมาก เพราะฝ่ายตำรวจทหารเขาก็จะหาว่า “โรงพยาบาลทำเกินไป” “เป็นโรงพยาบาลหลวงหรือเปล่า” ประเด็นนี้จึงเป็นเรื่องระดับนโยบาย เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นพื้นที่ปลอดภัย ปลอดภัยการคุกคามและปลอดภัยตามหลักสากล

- ฉ. การขอใช้สถานที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นที่ตั้งของหน่วยย่อยของฝ่ายความมั่นคง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นสถานที่ที่มีความพร้อมในหลายด้าน ทั้งน้ำ ไฟ โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต มีอาคารสถานที่ที่กว้างขวาง มีรั้วรอบ ตั้งอยู่ริมถนนสายสำคัญในชุมชน และมักมีอาคารบ้านพักที่ไม่มีใครพักเนื่องจากความไม่ปลอดภัย ดังนั้นจึงเป็นหนึ่งในที่หมายในการตั้งฐานปฏิบัติการของหน่วยกำลัง (วิสัยศ งามขำ และคณะ, 2550)

อย่างไรก็ตาม ด้วยหลักการที่ภาคสาธารณสุขควรเป็นกลางดูแลทุกคนโดยไม่แบ่งฝักฝ่าย การที่หน่วยกำลังมาตั้งฐานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ย่อมทำให้ฝ่ายที่คิดต่างไม่กล้าเข้ามาใช้บริการ ทำให้ความเป็นกลางของภาคสาธารณสุขมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะปฏิเสธการให้เข้ามาตั้งฐาน โดยแจ้งว่าพื้นที่ไม่มีสิทธิอนุญาต ต้องขอจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยกเว้นกรณีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งนั้นประสบเหตุ เช่น ถูกวางเพลิง ถูกยิงเข้ามา ฝ่ายความมั่นคงก็อาจเข้ามาดูแลความปลอดภัยให้เป็นการถาวร ซึ่งยากที่จะปฏิเสธ

- ช. การไม่ให้ข้อมูลการเกิดเหตุในพื้นที่แก่ฝ่ายความมั่นคง

ในกรณีที่มีการเกิดเหตุในพื้นที่หรือใกล้กับหน่วยบริการสาธารณสุข เช่น การยิง การวางระเบิด การเผา เป็นต้น เมื่อมีการสอบถามข้อมูลโดยฝ่ายความมั่นคง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ว่าจะเห็นเหตุการณ์หรือไม่ก็ตาม ก็มักจะไม่กล้าให้ข้อมูล และมักใช้สูตรการตอบคำถามเช่นเดียวกับชาวบ้านในพื้นที่คือ “ไม่รู้ ไม่เห็น

“ไม่ได้ยิน” เพราะหากฝ่ายขบวนการทราบว่ เจ้าหน้าที่เป็นคนให้เบาะแสแก่ฝ่ายความมั่นคง ก็มีความเสี่ยงในการทำงานพื้นที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การปฏิเสธการให้ข้อมูลใดๆ ทั้งๆที่เกิดเหตุใกล้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็อาจถูกมองว่า “ไม่จงรักภักดีกับรัฐไทยหรือมีใจเอนเอียงเข้าข้างฝ่ายขบวนการ” ได้

- ข. การไม่เปิดกว้างให้มีการเยียวยาแก่ผู้ประสบเหตุความไม่สงบที่เป็นฝ่ายขบวนการ

เงื่อนไขการเยียวยาของรัฐไทยคือ ต้องได้รับการรับรองสามฝ่าย (ทหาร ตำรวจ ปกครอง) ว่าเป็นผู้ประสบเหตุความไม่สงบที่เป็นผู้โชคร้าย แต่หากผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตเป็นฝ่ายขบวนการหรือเป็นผู้ต้องสงสัยว่าอยู่ในฝ่ายขบวนการจะไม่รับรองสามฝ่าย ซึ่งจะ ทำให้ไม่ได้รับการเยียวยาใดๆ รวมทั้งการเยียวยาทางจิตใจจากภาคสาธารณสุขด้วย

แพทย์หญิงเพชรดาว โต๊ะมีนา ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 ได้ระบุว่า “อุปสรรคที่พบในการทำงานเยียวยาของศูนย์สุขภาพจิตที่ผ่านมา 1) ไม่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง เช่น เด็ก ผู้พิการ ซ่อมทรมาณ ผู้ได้รับผลกระทบนอกพื้นที่ที่ไม่มี 3 ฝ่ายรับรอง” (อารีดำ สาเม้าะ, 2558) จากประสบการณ์ของนักจิตวิทยาในพื้นที่ที่ได้ไปเยี่ยมประเมินสภาวะสุขภาพจิตของครอบครัวฝ่ายขบวนการที่มีความสูญเสียจากการปะทะ พบว่า ไม่ว่าจะครอบครัวจะรับทราบหรือไม่ว่าลูกหรือว่าสามีเข้าร่วมเป็นกองกำลังของฝ่ายขบวนการหรือไม่ก็ตาม ความสูญเสียได้นำมาสู่ความเสียใจ นำมาสู่ปัญหามากมายเพราะขาดผู้นำครอบครัว ครอบครัวส่วนใหญ่ยากจนทำให้คุณภาพชีวิตของคนในครอบครัวลดลง ความเครียดแค้นชิงชัง

ดำรงอยู่ในกลุ่มญาติมิตร ความรู้สึกไม่เป็นธรรมฝังลึกในจิตใจ เป็นเงื่อนไขสำคัญของการเข้าสู่ขบวนการ และในด้านสุขภาพจิต คนในครอบครัวหลายคนโดยเฉพาะเด็กและผู้หญิงมีภาวะเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-traumatic Stress Disorder – PTSD) ซึ่งต้องการการเยียวยาอย่างเป็นระบบ แต่กลไกรัฐในการเยียวยาในปัจจุบันยังละเลยกลุ่มนี้ ด้วยเหตุว่าเป็นกลุ่มคนที่เปราะบางกับรัฐ การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปเยียวยาหรือดูแลบุคคลกลุ่มนี้ อาจถูกมองว่า “ไปดูแลลูกโจรทำไม”

อย่างไรก็ตามด้วยสถานการณ์ที่ยืดเยื้อยาวนาน ความเข้าใจของหน่วยกำลังกับวิถีคิดเรื่องความเป็นกลางของภาคสาธารณสุขนั้นมีความเข้าใจกันมากขึ้นตามลำดับ ประกอบกับแนวทางของฝ่ายความมั่นคงที่เน้น “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” ก็มีส่วนอย่างมากต่อการลดความกดดันต่อภาคสาธารณสุขในประเด็นที่นำเสนอมาข้างต้น

จากสัมมนาในพื้นที่ครั้งหนึ่ง ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ได้ตอบคำถามของผู้เข้าร่วมการสัมมนา ระหว่างหลักสูตรวิชาชีพที่ต้องดูแลทุกฝ่าย กับหลักกฎหมายและระเบียบราชการในฐานะข้าราชการที่ต้องปฏิบัติ หากมีความขัดแย้งกัน ควรจะยึดหลักการใด ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ตอบอย่างไม่ลังเลได้ความว่า หลักวิชาชีพซึ่งเป็นหลักจริยธรรมคือหลักการที่สูงส่งและสำคัญกว่ากฎหมาย เพราะกฎหมายเขียนโดยมนุษย์ เปลี่ยนแปลงได้โดยมนุษย์ แต่หลักจริยธรรมเป็นหลักที่อ้างอิงจากมโนสำนึกและหลักศีลธรรม ดังนั้นหากมีข้อขัดแย้งก็ให้เลือกปฏิบัติตามหลักจริยธรรม จึงจะเป็นการถูกต้อง

4. นำเสนอประเด็นเพื่อพิจารณาในเชิงปฏิบัติและ เชิงนโยบายต่อฝ่ายต่างๆ

ถึงแม้ว่าความเข้าใจต่อบทบาทของภาคสาธารณสุขในการเป็นกลางที่ต้องดูแลทุกฝ่ายให้ดีที่สุด จะได้รับการยอมรับมากขึ้นจากฝ่ายความมั่นคงและการปฏิบัติกรความรุนแรงต่อภาคสาธารณสุขของฝ่ายขบวนการจะมีเหตุการณ์ที่ลดน้อยลง ภาคสาธารณสุขมีข้อเสนอต่อคู่ขัดแย้งทุกฝ่ายที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1) “ขอพื้นที่ปลอดภัยสำหรับพื้นที่สาธารณะในชุมชน ซึ่งหมายรวมถึงโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้ คณะทำงานวาระผู้หญิงชายแดนใต้ ซึ่งได้จัดเดินรณรงค์เพื่อสันติภาพ ในวันที่ 1 กันยายน 2559 ภายใต้ชื่อ “เดินรณรงค์สาธารณะ พื้นที่สาธารณะปลอดภัยต้องอยู่บนโต๊ะพูดคุย” พร้อมกับเผยแพร่ข้อเสนอเชิงนโยบาย “พื้นที่สาธารณะปลอดภัยสำหรับผู้หญิงชายแดนใต้” อันได้แก่ ตลาด ร้านค้า ถนน โรงเรียน มัสยิด วัด พื้นที่จัดงาน ประเพณีทุ่งนา สวนยาง ร้านน้ำชา โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และรวมถึงบ้านพักหรือที่พักอาศัย เพื่อสนับสนุนการพูดคุยสันติสุข/สันติภาพระหว่างรัฐกับมาราปาตานี (MARA PATANI) ที่ได้มีขึ้นในวันที่ 2 กันยายน 2559 ที่ประเทศมาเลเซีย และขอให้นำข้อเรียกร้องดังกล่าวขึ้นโต๊ะเจรจา (โรงเรียนนักข่าวชายแดนใต้, 2559)

การจะได้มาซึ่งพื้นที่ปลอดภัยที่แท้จริง ต้องได้รับการยอมรับและถือปฏิบัติตามข้อตกลงอย่างจริงจังจากทั้ง 2 ฝ่าย คือทั้งฝ่ายรัฐไทยและฝ่ายขบวนการ ซึ่งหมายความว่า การนำประเด็นดังกล่าวขึ้นโต๊ะเจรจาลงจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ และเป็นหมุดหมายแรกที่ประชาชนรวมทั้งภาคสาธารณสุขคาดหวัง ซึ่งควรที่ผู้ทำหน้าที่ดูแลการเจรจาหรือกำกับนโยบายความมั่นคงของรัฐไทย จะดำเนินการเจรจาอย่างจริงจังจนบรรลุข้อตกลงดังกล่าวโดยเร็ว

2) สำหรับฝ่ายความมั่นคงของรัฐไทย ขอให้มีความเข้าใจต่อบทบาทของภาคสาธารณสุขในการดำรงบทบาทหน้าที่ทางวิชาชีพที่ต้องดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของทุกฝ่ายอย่างเท่าเทียมให้ดีที่สุด และขอให้มีการประกาศให้เป็นนโยบายที่จะส่งเสริมการทำหน้าที่ของวิชาชีพสุขภาพดังกล่าวให้สมบูรณ์ เพื่อให้ภาคสาธารณสุขซึ่งเป็นกลไกของรัฐที่ประชาชนยอมรับ และเป็นหน่วยงานตั้งลึกเข้าไปอยู่ในใจกลางพื้นที่ความขัดแย้งถึงระดับตำบลหมู่บ้านให้สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเต็มที่ มีความปลอดภัย สามารถสะสมการยอมรับต่อชุมชนโดยรอบได้อย่างต่อเนื่อง อันจะเป็นภูมิคุ้มกันแก่ภาคสาธารณสุขในระยะยาว

3) การเพิ่มบทบาทการเยียวยาในการช่วยเหลือแก่กลุ่มผู้ประสบเหตุความไม่สงบแก่ฝ่ายตรงข้ามรัฐ ซึ่งฝ่ายสาธารณสุขสามารถช่วยดูแลจิตใจ ดูแลเรื่องความพิการหรือความเจ็บป่วย รวมทั้งดูแลร่วมกับกระทรวงอื่นๆ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของครอบครัวของผู้เห็นต่างที่อยู่ข้างหลังได้ เพื่อลดความเคียดแค้นต่อรัฐไทย ลดบาดแผลทางจิตใจของคนในครอบครัว และลดเงื่อนไขในการก่อความรุนแรงในอนาคต อันจะเป็นต้นทุนของความสมานฉันท์ในระยะยาว ซึ่งนับเป็นอีกบทบาทที่ภาคสาธารณสุขสามารถมีบทบาทที่กว้างกว่าเพียงการรักษาบาดแผลทางกายและทางใจได้ สู่การรักษาบาดแผลทางสังคมตามแนวคิด “Health as a bridge for peace หรือสาธารณสุขคือสะพานสู่สันติภาพ” ได้ (WHO, 2007)

ทั้งนี้ข้อเสนอทั้ง 3 ข้อนี้ เป็นการตั้งประเด็นเบื้องต้นเพื่อการถกแถลงที่จริงจัง และยังต้องการการหารืออย่างเข้มข้นและมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนเพื่อนำไปสู่การพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย (policy recommendation) ที่หวังว่าจะมีโอกาสผลักดันให้เป็นจริงต่อไป

สรุปผลการศึกษา

ภาวะหว่างเขาควาย (dilemma) ที่สร้างความหนักใจให้แก่เจ้าหน้าที่พอสมควร เพราะในหมวกใบหนึ่งก็เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องรักษาทุกคน รักษาความลับผู้ป่วย ตัดสินใจต่อเหตุการณ์บนพื้นฐานเพื่อความปลอดภัยของตนเอง แต่ในอีกมุมหนึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็เป็นเจ้าหน้าที่รัฐที่ต้องให้ความร่วมมือกับฝ่ายความมั่นคงในสภาวะการประกาศกฎอัยการศึกในพื้นที่ ซึ่งบ่อยครั้งที่มีความขัดแย้งกับบทบาทและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ อย่างไรก็ตามประเด็นดังกล่าวได้ผ่านการปะทะสังสรรค์มายาวนานจนเกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นมาก ระหว่างภาคสาธารณสุขและฝ่ายความมั่นคง

ข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญที่สุดของภาคประชาสังคมในพื้นที่ แพบจะมีประเด็นสำคัญประเด็นเดียวในช่วงเวลานี้ คือ “ขอพื้นที่สาธารณะที่ปลอดภัยสำหรับประชาชนได้ใช้ชีวิตที่ปลอดภัยขึ้นมาบ้าง และสถานบริการสาธารณสุขทั้งโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลล้วนอยู่ในข้อเสนอแนะจากภาคประชาชน ที่ต้องการให้รัฐไทยและมาราปาตานีนำประเด็น “พื้นที่ปลอดภัย” ขึ้นโต๊ะเจรจาอย่างจริงจัง

แม้ปัจจุบัน บทบาทของภาคสาธารณสุขยังจำกัดการทำงานอยู่ในพื้นที่ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นที่ปลอดภัย แต่ด้วยต้นทุนที่สูงและบทบาททางการแพทย์ที่สามารถเป็นสะพานเชื่อมสู่สันติภาพได้ (ตามแนวคิด Health as a bridge for peace) เรื่องของการเยียวยาทางจิตใจกลุ่มผู้เห็นต่าง กลุ่มผู้ที่ถูกดำเนินคดี กลุ่มที่ไม่รับรองสามฝ่าย รวมทั้งกลุ่มที่มีการปะทะกับฝ่ายความมั่นคง โดยเน้นไปที่การดูแลครอบครัวและคนที่อยู่ข้างหลัง จะมีส่วนอย่างมากต่อการลดความขัดแย้งร้ายลึกในพื้นที่ชายแดนใต้ และจะเป็นรากฐานของสันติสมานฉันท์ในระยะยาว

บรรณานุกรม

- คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. (2559). ประวัติความเป็นมา. สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2559, จาก <http://med.pnu.ac.th/index.php/2015-04-30-04-46-57>
- ฐานข้อมูลข่าวจังหวัดชายแดนใต้. (2548). ป่วนรายวัน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ลอบยิงดับ 3 ศพ. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2560, จาก http://wbns.oas.psu.ac.th/shownews.php?news_id=18326
- ไทยรัฐ online. (2559). สาวท้องเล่านาที่ระทึก คนร้ายบุกโรงพยาบาลเจาะไอร้อง-จับมัด เสียงปืนรัวไม่หยุด. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2560, จาก <http://www.thairath.co.th/content/590698>
- ผู้จัดการ online. (2557). วสส. ยะลา เรียกนักศึกษาพยาบาลฝึกงานกลับทั้งหมด หลังสังเวท 2 ชีวิต. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2559, จาก <http://www.manager.co.th/south/viewnews.aspx?NewsID=9570000077854>
- ผู้จัดการ online. (2559). พิสูจน์หลักฐานปัตตานีเผยคนร้ายขโมยรถ รพ.สต. ปะกาอะรัง ชูกระเบิดนำก่อเหตุคาร์บอมบ์, สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2559, จาก <http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9590000084861>
- ผู้จัดการ online. (2548). วางบั้ง-เผาบ้านพัก 2 “สถานีอนามัยปัตตานี” เสียหายแล้วกว่า 5 แสน. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2559, จาก <http://www.manager.co.th/South/ViewNews.aspx?NewsID=9480000077933>
- เพชรดาว โตะมีนา. (2558). เริ่มต้นจากความไม่พร้อม จนถึงการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. ใน วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์,

Louisa Chan Boegli, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (บรรณาธิการ), *เหยียวยายในไฟใต้* (หน้า 66 - 74). สงขลา: มูลนิธิเพื่อการเหยียวยายและสร้างความสมานฉันท์ชายแดนใต้.

โรงพยาบาลกรงปินัง. (2559). ประวัติความเป็นมาโรงพยาบาลกรงปินัง. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.kphospital.go.th/1927>

โรงเรียนนักข่าวชายแดนใต้. (2559). พื้นที่ปลอดภัยต้องอยู่บนโต๊ะพูดคุย คณะทำงานผู้หญิงฯ ยี่นวงถกไทย - มารูปาตานี. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.deepsouthwatch.org/dsj/9367>

วิสัยศ งามขำ, และปรกรณ์ พึ่งเนตร. (2550). หมอชายแดนใต้ แม้เสี่ยงก็ไม่ท้อ แต่ขออย่าให้เสียความเป็นกลาง. ใน *วิมลพรรณน ปิตธวัชชัย*. (บรรณาธิการ), *เมื่อฟ้าหม่นเจดีย์หักที่ปักษ์ใต้* (หน้า 233 - 241). กรุงเทพฯ : สถาบันอิศรา สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย

ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้. (2559). ข้อมูลบุคลากรจากโปรแกรม HROPS. [computer program]. สืบค้นเมื่อ 31 ตุลาคม 2559.

ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้. (2559). สรุปสถิติการก่อเหตุความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประจำเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559. ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559.

สำนักงานเขตตรวจราชการที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2559.

สำนักสารนิเทศ. (2550). สธ. เดินเครื่อง ผลิตพยาบาล 3 จังหวัดชายแดนใต้ 3,000 คน เริ่มสมัคร 22 พฤษภาคมนี้. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2560,

จาก http://pr.moph.go.th/iprg/module.php?mod=news_print&idHot_new=5125

สำนักสารนิเทศ. (2550). สธ. เตรียมเลื่อนขึ้นเงินเดือน 2 เจ้าหน้าที่ที่ถูกยิงคานามัย ประจัน. สืบค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2559, จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=7603

สำนักสารนิเทศ. (2550). สธ. ปูนบำเหน็จ 2 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยโต๊ะแนว เรียกขวัญกำลังใจคืน. สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2560, จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=2929

สำนักสารนิเทศ. (2557). สธ. เผยเหตุลอบวางระเบิดที่โรงพยาบาลโคกโพธิ์ เจ็บ 10 ราย สาหัส 3 ราย กำชับโรงพยาบาลทุกแห่งเพิ่มมาตรการ ปลอดภัยสูงสุด. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2559, จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=65658

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, และวิฐุ พฤกษนันท์. (2558). การปรับตัวรับความท้าทาย และหลีกเลี่ยงการเลือกข้าง. ใน วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์, Louisa Chan Boegli, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (บรรณาธิการ), *เหยียวยาวในไฟใต้* (หน้า 56 - 65). สงขลา : มูลนิธิเพื่อการเหยียวยาวและสร้างความสมานฉันท์ชายแดนใต้.

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2550). *โรงเรียนแพทย์ชนบทในสถานการณ์ไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้* (หน้า 146 - 152), กรุงเทพฯ : ชมรมแพทย์ชนบท, ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้, และสำนักข่าวชาวบ้าน.

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2551). ถอดบทเรียนเหตุ เผา-ระเบิดสถานีนอนามัย จากเหตุการณ์ไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2559, จาก <http://medipe2.psu.ac.th/~securitysafety/resource/workshop4/healthcenter.pdf>

สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2554). บทนำ ใน วิถี พุทธชนันต์, และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (บรรณาธิการ), *ชั้นสูตรศพมุสลิม: ประสบการณ์จากมาเลเซีย - สิงคโปร์* (หน้า 1 - 16). สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อมร รอดคล้าย, สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, และคณะ. (2548). *การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤติ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

อารีดำ สาเม้าะ. (2558). Civic Women อบรมอาสาสมัครผู้หญิง เยียววยอย่างมีความรู้. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://www.deep-southwatch.org/dsj/7098>

อุทิศศักดิ์ หริรัตนกุล, และจริยา นราธิปภัทร. (2555). การสอบสวนการระบาดของโรคคอตีบ จังหวัดนราธิวาส เดือนตุลาคม 2553 - มีนาคม 2554 ในรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ปีที่ 43 ฉบับที่ 5 : 10 กุมภาพันธ์ 2555 นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.

เอนทร์ตรง. (2559). รับผิดชอบ 60 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาส ราชนครินทร์. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2559, จาก <http://www.enttrong.com/2789>

WHO. (2007). What is Health as a Bridge for Peace. Retrieved on 10 June 2017, from http://www.who.int/hac/techguidance/hbp/about_what/en/index.html