

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ

ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก

ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

(Situation analysis and study on the factors affecting the
achievement of problem solving of maternal health care
in the 3 southernmost provinces of Thailand)

โดย

นางศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล

เสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๕๘

คำนำ

งานวิจัยฉบับนี้จะไม่สำเร็จได้ หากปราศจากความร่วมมือของผู้ให้ข้อมูลจำนวนมาก จาก ๓ จังหวัดชายแดนใต้ โดยเฉพาะบุคลากรจากส่วนสาธารณสุข ภาควิชาส่วนต่างๆ และประชาชนจังหวัดยะลา ที่ให้ความอนุเคราะห์เพื่อการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่ ทีมวิจัยในพื้นที่ที่เข้มแข็ง ได้แก่ นางทิพวัล คงนวล และคุณภาวณา อำนวยตระกูล จากสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๒ สงขลา นางทณห์ธร พุฒิไพโรจน์ และทีมงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา นางนิรัชรา ลิลละฮ์กุล และนางสาวจามรี สอนบุตร จากวิทยาลัยสาธารณสุขยะลา ผู้ให้ทุนวิจัยได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสองท่าน คือ ศ.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์ หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง ตลอดจนตรวจทานความสมบูรณ์เนื้อหาและนพ.ธีรพล โตพันธานนท์ ผู้ตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ ๑๒ จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

อย่างไรก็ตามหากงานวิจัยชิ้นนี้มีข้อบกพร่องหรือจุดอ่อนประการ ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียวและหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร นักวิจัย นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ ๑๒ ตลอดจนเครือข่ายในและนอกระบบสาธารณสุขและผู้สนใจทั่วไป

ศรวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล

๒๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘

สารบัญ

		หน้า
	คำนำ	ก
	สารบัญ	๗
	บทคัดย่อภาษาไทย	จ
	บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
บทที่ ๑	บทนำ	๑
๑	ที่มาและความสำคัญของปัญหา	๑
๒	วัตถุประสงค์	๒
๓	ประโยชน์ที่จะได้รับ	๒
๔	หน่วยงานผู้ใช้ประโยชน์	๒
๕	ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน	๓
๖	ขอบเขตของการวิจัย	๕
๗	ระยะเวลาในการดำเนินงาน	๕
๘	กรอบแนวคิดในการศึกษา	๖
บทที่ ๒	งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๗
๑	นิยามคำศัพท์	๗
๒	งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๘
๒.๑	ชาวไทยมุสลิมและวัฒนธรรมสามจังหวัดชายแดนใต้	๘
๒.๒	ความเชื่อของมรดาไทยมุสลิม	๙
๒.๓	พฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของชาวไทยมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนใต้	๑๐
๒.๔	ผดุงครรภ์โบราณ หรือโตะบีแด หรือหมอดำแย	๑๒
๒.๕	แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๑๖
๒.๕.๑	เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ	๑๖
๒.๕.๒	PRECEDE Framework	๑๖
๒.๕.๓	Three Delays Model : ความล่าช้าในการเข้ารับบริการ	๑๗
๒.๕.๔	การตายของมารดา ในประเทศที่นับถืออิสลามและประเทศอาหรับ	๑๗
๒.๕.๕	งานอนามัยแม่และเด็ก : กรณีศึกษาบทเรียนในประเทศที่นับถือศาสนาอิสลาม	๑๘
	๑) ประเทศอัฟกานิสถาน	๑๘
	๒) สาธารณรัฐตุรกี	๑๙
	๓) ประเทศบูร์ไน	๒๐
	๔) ประเทศอินเดีย	๒๐
	๕) ประเทศมาเลเซีย	๒๓
	๖) ประเทศจีน	๒๓

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ ๓	วิธีดำเนินการวิจัย	๒๕
	รูปแบบการวิจัย	๒๕
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๒๕
	สถานที่เก็บข้อมูล	๒๗
	ระยะเวลาในการดำเนินงาน	๒๗
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	๒๗
	การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	๒๙
บทที่ ๔	ผลการศึกษา	๓๐
	ส่วนที่ ๑ ผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้	๓๐
	ส่วนที่ ๒ รายงานการตายมารดาและรายงานการประชุม MCH Board	๓๓
	ส่วนที่ ๓ สรุปรายงานการวิเคราะห์สาเหตุการตาย โดยผู้เชี่ยวชาญภาควิชาสูติศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี	๓๓
ส่วนที่ ๔	ผลการรวบรวมข้อมูล : สัมภาษณ์เจาะลึก และสนทนากลุ่ม พื้นที่ ๔ อำเภอ จ.ยะลา	๓๔
	๑. บริบทชุมชนของพื้นที่วิจัย	๓๕
	๒. ผลการศึกษา :-	๔๐
	๒.๑ ผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็ก	๔๐
	๒.๑.๑ ผู้บริหาร คณะกรรมการMCH Board แพทย์ พยาบาล	๔๐
	๒.๑.๒ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/จิตอาสางานอนามัยแม่และเด็ก	๔๘
	๒.๑.๓ ผดุงครรภ์โบราณ “โด้ะปีแด” หรือ “หมอต้าแย”	๕๑
	๒.๒ หญิงตั้งครรภ์	๕๓
	๒.๓ บุคคลอ้างอิงหรือผู้มีอิทธิพลต่อหญิงตั้งครรภ์	๕๖
	ส่วนที่ ๕ การจัดเวทีนำเสนอข้อมูล	๖๐
บทที่ ๕	สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ	๖๒
	เอกสารอ้างอิง (ภาษาไทย)	๖๖
	เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)	๖๘
	ภาคผนวก	๗๐
	• แนวคำถามในการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่ม	๗๑
	• แผนการดำเนินงานภาคสนาม	๗๓
	• ภาพกิจกรรม	๗๖

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
๑	แสดงเกณฑ์การคัดเข้าของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๒๖
๒	อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ จำแนกตามจังหวัด (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐)	๓๐
๓	อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)	๓๐
๔	มารดาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐)	๓๑
๕	การคลอดบุตรน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๗)	๓๑
๖	อัตราส่วนมารดาตาย (เป้าหมายระดับประเทศ ไม่เกินร้อยละ ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)	๓๑
๗	อัตราส่วนการตายปริกำเนิดของทารก (เป้าหมายไม่เกิน ๙ ต่อพันการเกิด)	๓๒
๘	การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ - ๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด	๓๒
๙	การคลอดในสถานบริการสาธารณสุข	๓๒
๑๐	อัตราบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร เทียบเกณฑ์ (สำนักบริหารสาธารณสุข)	๓๖
๑๑	จำนวนนักสุขภาพครอบครัวต่อประชากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ	๓๖
๑๒	ข้อมูลสถิติชีพและสถานะสุขภาพของประชาชนจังหวัดยะลา พ.ศ. ๒๕๕๗	๓๗

สารบัญตารางภาพ

		หน้า
แผนภาพที่ ๑	แสดงรายละเอียด ๗ ขั้นตอนของการศึกษาวิจัย	๒๘

บทคัดย่อ

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ๓ จังหวัดชายแดนใต้เข้าขั้นวิกฤติ อัตราการตายสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศประมาณ ๓ เท่า และสูงกว่าเป้าหมาย MDGs Plus เกือบ ๒ เท่าตัว ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายในเกือบทุกตัวชี้วัด สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ในบริบทของศตวรรษที่ ๒๑ มีเพียงน้อยรายที่น่าจะเป็นเหตุสุดวิสัย หญิงตั้งครรภ์ยังคงฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ ด้วยเพราะวิถีชีวิต ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ แต่ยังไม่เห็นความสำคัญว่าเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพ ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าอนามัยแม่และเด็กทั้งระดับปัจเจก สังคม และระบบบริการสาธารณสุข ยังต้องใช้ความพยายามบริหารจัดการอย่างเข้มแข็งอีกหลายเท่าตัว ผลการศึกษาชี้ข้อค้นพบสำคัญถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็ก ๓ จังหวัดชายแดนใต้ คือ

๑. กำลังคนผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก มีลักษณะ “คนไม่ทันเก่า ใหม่ก็มา” ด้วยเพราะเป็นงานที่ยาก ต้องใช้ทักษะ/ประสบการณ์ค่อนข้างสูงในการประเมินและจัดการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ประกอบกับเครื่องมือและตัวชี้วัดที่มีมาก บางตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ทำให้ภาระงานมาก รวมถึงอัตราการกำเริบตามระบบยังไม่เอื้อ เมื่อมีเจ้าหน้าที่(น้องใหม่)มาปฏิบัติงานจะมีการโอนงานเพื่อตนจะได้ไปรับผิดชอบงานอื่น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของงานอนามัยแม่และเด็ก

๒. ความเชื่อที่ยังคงมีอยู่และเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ คือ ๑) ความเชื่อว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานอาหารมาก รวมถึงไม่ควรรับประทานยาบำรุง ๒) ความเชื่อที่จะคลอดกับหมอผู้หญิง รวมถึงวิถีชีวิต ศาสนาที่ให้คุณค่าสูงมากในเรื่องการให้กำเนิดบุตรและเชื่อว่าการตายเป็นเรื่องของธรรมชาติ แม้ในรายที่หญิงตั้งครรภ์มีโรคมะเร็งสูง ก็ยังต้องการมีลูกเพื่อสืบสกุล ตลอดจนทัศนคติที่คิดว่าการคุมกำเนิดนั้นผิดหลักการของศาสนาอิสลาม

๓. โต๊ะบีแด(ผดบ.) ถือเป็นจุดแข็งของระบบอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ด้วยวิถีชีวิตและศรัทธาต่อโต๊ะบีแด เนื่องจากเป็นผู้อาวุโสที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการผสมผสานกับหลักศาสนา อบอุ่นใจในน้ำคำ น้ำใจที่โต๊ะบีแดดูแลคนไข้ประดุจญาติมิตร และค่าใช้จ่ายถูก ในขณะที่บริการทางการแพทย์ยังมีข้อจำกัด และมีช่องว่าง(Gap)ที่ไม่สามารถเข้าใจเข้าถึงวิถีสถิติได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. **มาตรการระยะเร่งด่วน** ควรจับมือกับโต๊ะบีแด(ผดบ.) เพื่อร่วมฝ่าวิกฤตลดอัตราการตายในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ โดยฟื้นฟูและพัฒนาสมรรถนะ ผดบ. เรื่องประเมินปัจจัยเสี่ยงของหญิงมีครรภ์ การส่งต่อการทำคลอดฉุกเฉินอย่างปลอดภัย มีมาตรการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม เพื่อรักษาคนดี คนเก่ง (บุคลากรสาธารณสุข อสม. และผดบ.) ให้อยู่ในระบบงานอนามัยแม่และเด็ก เร่งสร้างความเข้มแข็งโรงเรียนพ่อแม่เพื่อส่งเสริมบทบาทสามีให้มีทัศนคติที่ดีมีความพร้อมร่วมดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และค้นหาหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เพื่อให้บริการดูแลขณะตั้งครรภ์และให้มีความมั่นใจทุกรายที่คลอดมีสุขภาพดี

๒. **มาตรการระยะกลางและระยะยาว** กรมอนามัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมทบทวนตัวชี้วัดและปรับแนวทาง/กลยุทธ์ขับเคลื่อนนโยบายอนามัยแม่และเด็ก ให้เป็นเครื่องมือที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมและเป็นไปได้ เพื่อเป็นพลังให้เกิดการสร้างวิธีคิดและวิธีทำงานใหม่ที่เหมาะสม สอดคล้องตามสภาพปัญหาในบริบทของพื้นที่ต่อไป มีการวิเคราะห์และสนับสนุนอัตรากำลังในงานอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงสนับสนุนโควตาเรียนสูตินรีแพทย์เป็นกรณีพิเศษในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ และเพิ่มสมรรถนะแก่แพทย์หรือผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ ให้มีความเข้าใจวิถีสถิติอย่างแท้จริง

Abstract

Maternal and child health (MCH) situation in three southernmost provinces has been in a critical stage. MMR was about three times higher than country's targets and almost two times in MDGs Plus target, lower than the performance in almost all indicators. Most deaths due to causes that can be prevented in the context of modern obstetrics. There is only a small detail that seems to be absent. Prenatal care to pregnant women with traditional midwives. The way of life, religion and cultural norms determine the practice of pregnant women. But it is not seen as important as surveillance and health complications. Key factors which affect the success of maternal and child in three southmost provinces are

1. Manpower : Turnover rates are frequent, because it is a difficult task, required high skills and experience. More tools and indicators and some indicators are not consistent with the context in three southmost provinces.

2. Belief : Two believes persists that determines the norms and practices of pregnant women are 1) do not eat more and do not take the medicine 2) seek female personnel's service for delivery. Including lifestyle, religious values are very high in regard to procreation, and that the death is natural. The attitude that contraception is wrong, against the principles of Islam.

3. Traditional Birth Attendants (TBA) : TBA is the strength of maternal and child health in the southmost provinces. Pregnant women are faithful and believe in TBA. While Islam still had limited access to medical services.

Suggestion and Policy Brief

1. Urgent measures : Cooperation with TBA to reduce MMR (Maternal Mortality Rate) in three southmost provinces. Development competency TBA to learn assessment of high risk pregnancy, refer and delivery of emergency cases safely. Appropriate Incentive measures are important. We should also encourage Muslim husbands to have proper attitude and to help woman during pregnancy and childbirth.

2. Medium and long term measures : Department of Health and related agencies should review policy, strategy and tools that is flexible, affordable and possible. Provides analysis and support capacity in maternal and child health. We should put more obstetricians in the three southmost provinces and enhance them and their MCH team to understand the way of truly Muslim.

บทที่ ๑

บทนำ

๑. ที่มาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การป่วยและตายของมารดาและเด็ก ได้ถูกกำหนดให้เป็นเครื่องบ่งชี้สภาวะสุขภาพของประชากรและการพัฒนาประเทศที่สำคัญ รวมถึงการตายของมารดาเป็นตัวบ่งบอกความเป็นอยู่ของผู้หญิง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนความเพียงพอของสถานบริการด้านสุขภาพ ข้อมูลอัตราส่วนการตายมารดาและแนวโน้มไม่เพียงแต่จะบอกถึงปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการคลอด แต่ยังชี้ให้เห็นถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงโดยตรงและสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยอ้อม ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กและหญิงระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดได้อย่างมีนัยยะสำคัญในหลายทศวรรษที่ผ่านมา แต่มีความเห็นเกี่ยวกับข้อมูลอัตราการตายของมารดา (MMR) แตกต่างกันไป ส่วนหนึ่งมาจากความยากในการประมาณการและวิธีการหาค่าตัวชี้วัดนี้ พ.ศ. ๒๕๔๑ กระทรวงสาธารณสุขได้ประมาณของอัตราการตายของมารดาใน พ.ศ. ๒๕๓๘ – พ.ศ. ๒๕๓๙ โดยใช้การศึกษาแบบ RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) ชี้ให้เห็นว่าอัตราการตายของมารดาสูงที่สุดในภาคใต้ ทั้งนี้อัตราการตายของมารดาในภาคใต้โดยประมาณแล้ว คิดเป็น ๒ เท่าของอัตราในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๖ พบว่า อัตราส่วนการตายของมารดา ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่องซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (อัตรา ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต) ทั้งนี้พบสูงสุดใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๘๑, ๖๗.๔๓ และ ๖๓.๙๓ ต่อแสนการเกิดมีชีวิตตามลำดับ ปัญหาสำคัญในงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ การตายของมารดาในขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด สาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่ เกิดจากการตกเลือดระหว่างและหลังคลอด มีภาวะช็อคในขณะตั้งครรภ์ ภาวะติดเชื้อ และภาวะเส้นเลือดอุดตัน นอกจากนี้พบมารดาที่มีภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์สูงสุดที่จังหวัดปัตตานี ร้อยละ ๑๘.๔ รองลงมาได้แก่ จังหวัดนราธิวาส ร้อยละ ๑๗.๒ และจังหวัดยะลา ๑๖.๑ อัตราตายปริกำเนิดของทารกในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง มีแนวโน้มลดลงจากปี ๒๕๕๓ โดยปี ๒๕๕๕ มีอัตรา ๗.๑ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ทารกตายปี ๒๕๕๖ พบสูงสุดในจังหวัด ปัตตานี สงขลา และสตูล อัตรา ๗.๘ , ๗.๒๑ และ ๔.๗๖ ต่อพันการเกิดมีชีวิต ตามลำดับ

นอกจากนี้มารดายังมีปัญหาระบาดอาหาร มีภาวะช็อคในขณะตั้งครรภ์ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ในภาพรวม พบว่า มารดาที่มีภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๑ สูงสุดที่จังหวัดปัตตานี ร้อยละ ๑๘.๔ รองลงมาได้แก่ นราธิวาส ๑๗.๒ และยะลา ๑๖.๑ ตามลำดับ (สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ส่งผลต่อน้ำหนักของทารกแรกคลอด การคลอดก่อนกำหนดและมีความเสี่ยงสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะช็อคหากมีการตกเลือดหลังคลอด รวมไปถึงการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งยังไม่มีความพร้อม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและทางเศรษฐกิจ ในส่วนของทารกแรกคลอดในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ยังมีทารกจำนวนมากที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก (เกณฑ์กำหนดให้ทารกแรกคลอดน้ำหนักต้องไม่ต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม) ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๗.๘ อัตราสูงสุดที่ยะลา ๙.๕ รองลงมาได้แก่ นราธิวาส ๗.๔ และปัตตานี ๖.๗ นอกจากนี้ยังพบปัญหาในเรื่องการตายปริกำเนิด ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ อัตราการตาย

ปริมาณการเกิด สูงสุดที่จังหวัดนราธิวาส ๑๑.๔ รองลงมา ได้แก่ ปัตตานี ๙.๓ และ ยะลา ๗.๓ ตามลำดับ (ธีรพล โตพันธานนท์และคณะ, ๒๕๕๗)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในแผนพัฒนาฉบับที่ ๘ (พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๔) ได้มีการเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เป็นการวางระบบ บริการให้มีการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการและการบริการของสถานพยาบาล เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ มีโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อพัฒนาคุณภาพแม่และเด็ก โครงการเครือข่ายสุขภาพ มารดาและทารกเพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทยในพระอุปถัมภ์ พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นต้นมา อย่างไรก็ตามในภาคใต้ซึ่งเป็นภูมิภาคที่อัตราการตายของมารดาสูงที่สุดในประเทศ การให้บริการด้านสูตินารี ฉุกเฉินโดยรวมแล้วแม้จะเป็นไปตามแนวปฏิบัติของสากลและการทำคลอดส่วนใหญ่ ที่มีดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ ด้านสาธารณสุขซึ่งผ่านการฝึกอบรม ก็ยังพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราโดยรวมของประเทศ และอัตราในจังหวัดอื่นๆ ภาคใต้มีส่วนการทำคลอดที่บ้านมากกว่าภาคอื่นโดยมี หมอตำแยเป็นผู้ทำคลอด และพบว่ายังคงมีปัญหาล่าช้าในการ เข้าถึงการรักษาทางการแพทย์ที่จำเป็น เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินจากการทำคลอดเหล่านี้

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ เขตสุขภาพที่ ๑๒ โดยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศ ให้การแก้ไขปัญหาแม่และเด็ก ถือเป็นหนึ่งในจุดเน้น (high light) ของนโยบายการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ระดับเขต อย่างไรก็ตามมีรายงานอัตราส่วนการตายของมารดาในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ (ตุลาคม ๒๕๕๖ - มิถุนายน ๒๕๕๗) คิดเป็น ๔๑.๓ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดเกือบ ๓ เท่า และพบว่าเกิด จากสาเหตุทางตรง ที่เป็นผลสืบเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลัง คลอด และเกิดจากสาเหตุทางอ้อม ซึ่งหมายถึง การตายจากโรคที่เป็นอยู่เดิม หรือโรคที่เป็นขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงทางสูติกรรมแต่เกี่ยวเนื่องกับผลของการตั้งครรภ์ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาสาธารณสุข ในพื้นที่และเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาวิจัย จึงได้จัดทำโครงการนี้ขึ้น

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่ออธิบายถึงสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในแก้ไขปัญหาทางอนามัย แม่และเด็ก ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๒. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายระดับเขต และกำหนดกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาได้สอดคล้อง กับบริบทและพื้นที่

๓. ประโยชน์ที่จะได้รับ

ข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายบนฐานของ ข้อมูลและความรู้ เพื่อวางยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพในการแก้ไขปัญหา แม่และเด็กที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทและปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่

๔. หน่วยงานผู้ใช้ประโยชน์

ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒ / กรมอนามัย / บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัด ชายแดนใต้ และผู้สนใจทั่วไป

๕. ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed Methods Research : Sequential – Exploratory)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม๑ : ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก (ผู้บริหาร / MCHBoard/แพทย์ พยาบาล อสม. โตะปีแด ผู้บริหารองค์กร และแกนนำเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่นานโยบาย / แนวทางการดำเนินงาน อนามัยแม่และเด็กไปสู่การปฏิบัติ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ,NGO ในพื้นที่)

กลุ่ม๒ : หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์ ได้แก่ มารดาที่มาฝากท้อง และ มารดาหลังคลอด จากบัญชีรายชื่อของรพศ. รพท. รพช. และรพ.สต. ทั้งนี้เพื่อสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์ในการมารับบริการ อนามัยแม่และเด็ก

กลุ่ม๓ : กลุ่มบุคคลอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่ม๒ ได้แก่ สามี บุคคลในครอบครัว ผู้นำศาสนา

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดย การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

- พิจารณาคัดเลือกกลุ่ม ๑ ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อสม. โตะปีแด
- พิจารณาคัดเลือกกลุ่ม ๒ หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์ ได้แก่ มารดาที่มาฝากท้อง มารดาหลังคลอด จากบัญชีรายชื่อของรพศ. รพท. รพช. และรพ.สต.
- พิจารณาคัดเลือกกลุ่ม ๓ กลุ่มบุคคลอ้างอิง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่ม๒ ได้แก่ สามี บุคคลในครอบครัว ผู้นำศาสนา

ประชากร	การศึกษาเชิงคุณภาพ	
	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
กลุ่ม๑ ผู้ปฏิบัติงาน อนามัยแม่และเด็ก	๑.๑ ผู้บริหาร ได้แก่ นพ.สสจ. (สัมภาษณ์)	๒ คน
	๑.๒ คณะกรรมการMCH Board (ตามคำสั่งแต่งตั้งเป็น เวลาไม่น้อยกว่า๑-๓ ปี) ได้แก่ ประธาน/รองประธาน/ เลขานุการ(สัมภาษณ์)	๒ คน
	๑.๓ แพทย์ พยาบาล อสม. โตะปีแด ใน ๓-๔ พื้นที่ แพทย์ พยาบาล - สัมภาษณ์ อสม. โตะปีแด – สนทนากลุ่ม /สัมภาษณ์ หากพบว่า ยังมีประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม	๑-๒ คน* ๔ ประเภท *๓-๔ พื้นที่ = ๑๒-๓๒ คน
	๑.๔ ผู้บริหารองค์กร/แกนนำเครือข่ายนอกกระทรวง สาธารณสุข เช่น อบท. , NGO ในพื้นที่ (สัมภาษณ์)	๑-๒ คน * ๒ หน่วยงาน/ เครือข่าย = ๒-๔ คน
กลุ่ม๒ หญิงตั้งครรภ์ และหรือเคยตั้งครรภ์	มารดาที่มาฝากท้อง มารดาหลังคลอดจากบัญชี รายชื่อของรพศ. รพท. รพช. และรพ.สต.(สนทนากลุ่ม / สัมภาษณ์ หากพบว่ามีประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม)	๒ คน * ๔ รพ. (จากรพศ. รพท. รพช. รพ.สต.) = ๘ - ๑๒ คน
กลุ่ม๓ กลุ่มบุคคล อ้างอิง ที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่ม๒	ได้แก่ สามี บุคคลในครอบครัวผู้นำศาสนา (สนทนากลุ่ม / สัมภาษณ์ หากพบว่ามีประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม)	๒ - ๓ คน * ๓-๔ พื้นที่ = ๖ - ๑๒ คน

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ ดังนี้

1 - ศึกษาสถานการณ์และปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก - ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง - dead case conference Documentary research Dead Case Conference	2 - คัดเลือกจังหวัด ซึ่งทีมงานในพื้นที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย - เรียนรู้ สร้างความคุ้นเคยและทำความเข้าใจพื้นที่ บริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตหลักศาสนา และลักษณะประชากร - ค้นหากลุ่มตัวอย่างที่เป็น Key actors ในงานอนามัยแม่และเด็ก - กลุ่มผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก : แพทย์ พยาบาล อสม. ไต๊ะบีแด - กลุ่มมารดาที่มาฝากท้อง มารดาหลังคลอด - กลุ่มบุคคลอ้างอิง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สามี บุคคลในครอบครัว ผู้นำศาสนา ฯลฯ informal interviews	3 - พัฒนาและสร้างเครื่องมือ “พัฒนาแนวคำถาม/แนวทางสนทนากลุ่ม” - ทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือ 4 - สนทนากลุ่ม : เรียนรู้ข้อเท็จจริง รับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และค้นหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จ - การสังเกต : ปักจี้แวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง - สัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม Focus group , observation In depth interview
5 - ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล - วิเคราะห์ ประมวลผล และสรุปผล	6 จัดเวทีนำเสนอ และรับข้อเสนอแนะเพิ่มเติม (โดยเชิญผู้บริหาร เช่น ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตบริการสุขภาพที่ 12, นพ.สสจ. , ผู้แทนกลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องในงานอนามัยแม่และเด็ก)	7 จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

๑. รวบรวมข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัย วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายงานการประชุมMCH Board และรายงานผลวิเคราะห์การตายมารดาจากข้อมูลทุติยภูมิ(secondary data) เพื่อศึกษาสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กทั้งในระดับประเทศ เขตบริการสุขภาพที่๑๒ และ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ โดยใช้วิธีการ documentary research และศึกษาจากรายงานและเข้าร่วมประชุม dead case conference

๒. คัดเลือกจังหวัด ซึ่งทีมงานในพื้นที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเรียนรู้ สร้างความคุ้นเคยและทำความเข้าใจในบริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตหลักศาสนา คุณลักษณะทางประชากร สภาพความเป็นอยู่ การรับรู้และเข้าถึงบริการการรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการ การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและ/หรือมีปัญหาสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก สภาพการทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการใช้บริการสุขภาพและการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้วิธีการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ (informal interviews)

๓. พัฒนาและสร้างเครื่องมือ “แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง” ซึ่งพัฒนาขึ้นหลังจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ทำการทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือ

๔. สนทนากลุ่ม(focus group discussion) เพื่อรับรู้และเรียนรู้ข้อเท็จจริงในประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ได้แก่ วิถีชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม การรับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สภาพแวดล้อม ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็ก และสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) ประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ใช้การสังเกต (observation) และมีการบันทึกข้อมูลจากการสังเกตในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร่วมการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย สภาพการทำงาน สภาพแวดล้อม และบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก จัดให้กับมารดาที่มาฝากท้อง มารดาหลังคลอด

๕. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ และหากพบว่ามีประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม คณะผู้วิจัยติดต่อขอสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) ประมวลข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผล

๖. จัดเวทีนำเสนอข้อมูล เพื่อร่วมตรวจสอบความถูกต้อง ยืนยันผลการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยเชิญผู้บริหาร เช่น ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒, นพ.สสจ. , ผู้แทนกลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องในงานอนามัยแม่และเด็ก

๖. ขอบเขตของการวิจัย

๖.๑ งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นคนไทยมุสลิม ความเข้าใจในเรื่องบริบท ภาษา วัฒนธรรม หลักการทางศาสนา รวมถึงเงื่อนไขทางด้านระยะเวลาของการวิจัย ปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ เป็นข้อจำกัดสำคัญของผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้

๖.๒ จากข้อจำกัดด้านความไม่ปลอดภัยจากเหตุการณ์ความไม่สงบ ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้คัดเลือกเพียง ๑ ใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และได้ประสานกับผู้บริหาร ได้แก่ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน (ผชช.ว.ของทั้ง ๓ จังหวัด) เพื่อเรียนรู้ข้อมูลทางด้านคุณลักษณะทางประชากร บริบท วัฒนธรรม วิถีชีวิต ซึ่งได้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า คุณลักษณะทางด้านประชากรในพื้นที่ของ ๓ จังหวัดชายแดนใต้มีความใกล้เคียงกัน และมีข้อเสนอให้เลือกจังหวัดยะลา เป็นพื้นที่ตัวอย่างเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้

๖.๓ ผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษางานอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการดูแลหลังคลอดเท่านั้น เนื่องจากเป็นช่วงสำคัญที่สุดและเป็นการดูแลเฝ้าระวังในงานอนามัยแม่และเด็ก

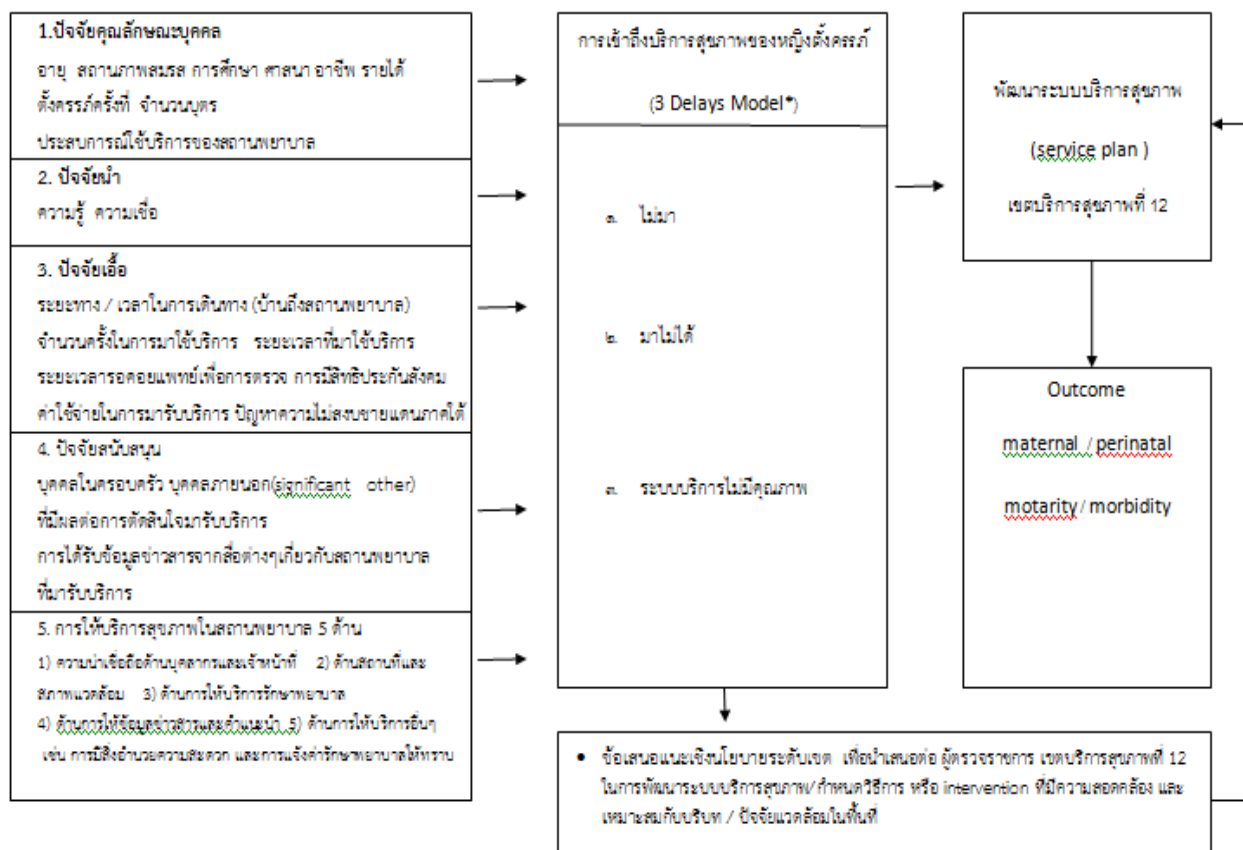
๗. ระยะเวลาในการดำเนินงาน

เมษายน ๒๕๕๗ – พฤษภาคม ๒๕๕๘

แผนการปฏิบัติงาน (Action Plan)

กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินงาน	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๕๗												งบประมาณ (บาท)
		เดือน												
		ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ย.	พ.ย.	ธ.ย.	
๑. รวบรวมข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัย วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	ข้อมูลสถานการณ์ในงานอนามัยแม่และเด็กระดับประเทศ ระดับเขต และ ๓ จังหวัดชายแดนใต้	■	■											๓๕๐,๐๐๐
๒. เรียนรู้ สร้างความคุ้นเคยและทำความเข้าใจในบริบท คุณลักษณะทางประชากร การให้บริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้วิธีการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ	ข้อมูลทางภูมิศาสตร์และประชากร ข้อมูลด้านบุคคล ข้อมูลปัจจัยแวดล้อมด้านสุขภาพ (social determinant)	■	■											
๓. พัฒนาและสร้างเครื่องมือ"แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง" ทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือ	แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง		■	■										
๔. ลงพื้นที่และจัดเวทีศึกษาและเรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยสหภาพกลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเรียนรู้ข้อเท็จจริงในประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ได้แก่ วิถีชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม การรับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สภาพแวดล้อม และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็ก	ข้อเท็จจริงในด้านปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก			■	■	■								
๕. รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลวิเคราะห์ สังเคราะห์และสรุปผลการศึกษา	ข้อมูลที่ใช้ในการตรวจสอบ			■	■	■	■	■						
๖. จัดเวทีนำเสนอและคืนข้อมูล แก่ผู้เกี่ยวข้องในงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก	ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม								■					
๗. จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์	รายงานฉบับสมบูรณ์									■	■	■		

กรอบแนวคิดในการศึกษา (conceptual framework)



*Adapted From Thaddeus and Maine 1994

บทที่ ๒

งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

๑. นิยามศัพท์

๑. งานอนามัยแม่และเด็ก ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญแก่มารดาที่ตั้งครรภ์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลครรภ์ต่อเนื่องมาถึงการคลอดและหลังคลอด เป็นการดูแลสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่มีผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก เพื่อให้มารดามีสุขภาพดีและทารกที่เกิดมาอย่างปลอดภัย โดยผู้วิจัยมุ่งเน้นใช้การตายของมารดา ซึ่งเป็นหนึ่งตัวชี้วัดสำคัญของกลุ่มเป้าหมายแม่และเด็กตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดและเป็นจุดเน้นของนโยบายการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับเขต เป็นประเด็นสำคัญของการศึกษาครั้งนี้

๒. การดูแลฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกขณะมีอายุครรภ์ก่อนหรือระหว่าง สัปดาห์ที่ ๑๒

การประมวลผล

$$= \frac{\text{หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์}}{\text{หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกทั้งหมดในเซตรับผิดชอบ}} \times ๑๐๐$$

๓. การฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามเกณฑ์ ในช่วงเวลาที่กำหนดต่อจำนวนการเกิดมีชีพ ๑๐๐ คน

- ครั้งที่ ๑ ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์
- ครั้งที่ ๒ เมื่ออายุครรภ์ ๑๘ สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ ๒ สัปดาห์)
- ครั้งที่ ๓ เมื่ออายุครรภ์ ๒๖ สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ ๒ สัปดาห์)
- ครั้งที่ ๔ เมื่ออายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ ๒ สัปดาห์)
- ครั้งที่ ๕ เมื่ออายุครรภ์ ๓๘ สัปดาห์ (บวก/ลบ ได้ ๒ สัปดาห์)

การประมวลผล

$$= \frac{\text{จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบริการฝากครรภ์ ๕ ครั้งคุณภาพ}}{\text{จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times ๑๐๐$$

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

๔. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ตามนิยามองค์การอนามัยโลก หมายถึง ความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ในเลือดน้อยกว่า ๑๑ กรัมต่อเดซิลิตร หรือฮีมาโตคริต (hematocrit) น้อยกว่าร้อยละ ๓๓ ตลอดการตั้งครรภ์ (de Benoist et al., 2008 อ้างถึงในมนัสวี เจ๊ะโน๊ะ)

๕. การตายของมารดา (Maternal Death) หมายถึง การตายของสตรีขณะตั้งครรภ์หรือภายใน ๔๒ วัน หลังสิ้นสุดการคลอด โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์หรือชนิดของการตั้งครรภ์ โดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์หรือการบริหารจัดการการคลอด แต่ไม่ใช่สาเหตุจากอุบัติเหตุหรือสาเหตุอื่น ๆ (WHO, ICD-๑๐, ๑๙๙๒)

การตายของมารดาแบ่งเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, ๒๕๕๙)

๑) การตายจากสาเหตุทางตรง (Direct Obstetric Deaths) หมายถึง การตายที่เป็นผลสืบเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด จากขั้นตอนการรักษา การรักษาที่ไม่ถูกต้อง ถูกละเอียดหรือจากเหตุการณ์ที่เป็นผลจากสาเหตุดังกล่าว

๒) การตายจากสาเหตุทางอ้อม (indirect Obstetric Deaths) หมายถึง การตายจากโรคที่เป็นอยู่เดิม หรือโรคที่เป็นขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงทางสูติกรรม แต่เกี่ยวเนื่องกับผลของการตั้งครรภ์

อัตราการตายของมารดา (Maternal Mortality Ratio-MMR)

$$= \frac{\text{จำนวนการตายของมารดา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง}}{\text{จำนวนเกิดมีชีพในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 100,000$$

๖. การตายปริกำเนิดของทารก (Perinatal Mortality Rate) หมายถึง การตายของทารกน้ำหนักอย่างน้อย ๑,๐๐๐ กรัม (หรือเมื่อไม่ทราบน้ำหนักให้ใช้อายุครรภ์ครบ ๒๘ สัปดาห์ หรือมากกว่า หรือความยาวจากศีรษะถึงส้นเท้า ๓๕ เซนติเมตรหรือมากกว่า) บวกจำนวนการตายของทารกที่อายุต่ำกว่า ๗ วัน ต่อทารกเกิดทั้งหมด ๑,๐๐๐ คน)

การคำนวณ

อัตราตายปริกำเนิด

$$= \frac{\text{จำนวนทารกเกิดไว้ชีพ+จำนวนการตายของทารกที่มีอายุต่ำกว่า ๗ วันในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนการเกิดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 1,000$$

๗. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หมายถึง จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด ต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีพที่ได้รับการชั่งน้ำหนักทั้งหมด ๑๐๐ คน

การคำนวณ

อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

$$= \frac{\text{จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมในช่วงเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่ได้รับการชั่งน้ำหนักทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 100$$

๒. งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ ชาวไทยมุสลิมและวัฒนธรรมในสามจังหวัดชายแดนใต้

ชาวไทยมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนใต้ ส่วนใหญ่ใช้ภาษามลายูถิ่นเป็นภาษาในการสื่อสาร มีความเชื่อและหลักปฏิบัติตามศาสนาที่ค่อนข้างเคร่งครัด มีวัฒนธรรมและวิถีชีวิตมลายูที่โดดเด่น ครอบคลุมถึงจารีตประเพณีที่สั่งสมและสืบสานต่อกันมาจนกลายเป็นอัตลักษณ์เฉพาะกลุ่ม วิถีชีวิตความเป็นอยู่แตกต่างจากคนไทยในภาคอื่นๆ อย่างชัดเจน ด้วยหลักศาสนาและเชื้อชาติที่เป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานในการดำเนินชีวิต ชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้จึงมีแนวโน้มกลืนกลายเข้าสู่สังคมมลายูมากกว่าสังคมไทย (อาลี เสือสมิง, ๒๕๕๔ และอัลญาล์ สมุห์เสนีโต; ๒๕๕๖)

วัฒนธรรมสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จากอดีตสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เคยเป็นเมืองที่มีความเจริญทางการค้าและเป็นเมืองท่าที่มีชื่อเสียง มีพ่อค้าจากซีกโลกตะวันตกและซีกโลกตะวันออกจำนวนมากเข้ามาเป็นเวลานาน ส่งผลทำให้เกิดการผสมผสานทางวัฒนธรรมระหว่างกลุ่มชนพื้นเมืองและกลุ่มภายนอก จึงมีความหลากหลายทั้งทางด้านชาติพันธุ์และวัฒนธรรมแบ่งออกได้เป็น วัฒนธรรมศาสนาพุทธ วัฒนธรรมศาสนาพราหมณ์-ฮินดู วัฒนธรรมอิสลามและวัฒนธรรมจีน

วัฒนธรรมสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ในปัจจุบัน ยังมีการผสมผสาน ๓ วัฒนธรรม ๒ ศาสนาหลัก คือ ศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม โครงสร้างของชุมชนมุสลิม เชื่อมโยงเป็นเนื้อเดียวกันกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ระดับชุมชนจะมีความผูกพันกับผู้นำศาสนา มีโต๊ะอิหม่าม โต๊ะบิลา โต๊ะกอเต็บ และกรรมการมัสยิด มีบทบาทหน้าที่ในการสร้างความสัมพันธ์ ปกครอง แนะนำ และการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในชุมชน แต่จะมีวัฒนธรรมแสดงความเป็นอัตลักษณ์ของตนเองออกมาอย่างชัดเจนตามรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต ด้านการประกอบอาชีพและการทำมาหากิน ที่อยู่อาศัย การแต่งกาย อาหารการกิน ขนบธรรมเนียมประเพณีและพิธีกรรม ศิลปะการแสดง การละเล่นพื้นบ้าน และภูมิปัญญาท้องถิ่นประสิทธิ์ (รัตนมณี และคณะ ,๒๕๕๐)

๒.๒ ความเชื่อของมารดาไทยมุสลิม

มารดาไทยมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ส่วนใหญ่ใช้ประสบการณ์และวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ได้สืบทอดต่อกันมาเป็นที่มาของความเชื่อหรือความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง ครอบครัวยุคใหม่โดยเฉพาะแม่หรือญาติสนิทจะมีอิทธิพลในการปฏิบัติตัวต่อหญิงหลังคลอดและทารกมาก ทั้งนี้ทางศาสนาอิสลามเชื่อว่าเป็นเรื่องของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของภรรยาโดยตรง ผู้นำทางสังคมจะมีบทบาทและอิทธิพลต่อการชี้แนะทางสังคมสูงมากไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคลหรือองค์กรทางสังคม ซึ่งล้วนแต่มีผลและอิทธิพลต่อการชี้แนะให้แสดงพฤติกรรมหรือหยุดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้

ความเชื่อในเรื่องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด และการปฏิบัติตนหลังคลอดของมารดาไทยมุสลิม ในสามจังหวัดชายแดนใต้ ยังคงมีอิทธิพลค่อนข้างสูงโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ความเชื่อว่าสรีระครรภ์แรกต้องให้หมอตำแยทำพิธีอุปสักร์ (มือแลงปือโฆะ) และทำลายอาถรรพณ์ (มือตาวาปือโฆะ) จะขจัดอุปสรรคในการตั้งครรภ์และช่วยให้คลอดง่ายในระยะเริ่มต้นครรภ์จนกระทั่งอายุครรภ์ ๕ เดือน

ความเชื่อเรื่องการอยู่ไฟ ยังมีความเชื่อว่ามารดาหลังคลอดต้องอยู่ไฟและส่วนใหญ่มักจะปฏิบัติอยู่แต่จะมีลักษณะของการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป ในกลุ่มหญิงหลังคลอดรุ่นใหม่จะมีลักษณะของการประยุกต์และมักจะไม่เคร่งครัดเต็มรูปแบบมากนัก ส่วนหญิงตั้งครรภ์รุ่นเก่าซึ่งมักอาศัยในครอบครัวขยายจะมีการปฏิบัติการอยู่ไฟตามแบบสมัยเดิมอย่างเคร่งครัดโดยการปฏิบัติแบบสมัยเดิม เช่น ใช้หินผานาบหน้าท้องและนวดหน้าท้องจะทำให้มดลูกเข้าอู่เร็ว อาบน้ำด้วยน้ำต้มสมุนไพรจะทำให้ผิวพรรณสดใส รวมถึงหญิงหลังคลอดก็มักจะไม่ทำงานหนักภายหลังคลอดทันที จะพักผ่อนจนหายดีซึ่งประมาณ ๓ เดือนขึ้นไป จึงจะเริ่มทำงานเพราะเชื่อว่าร่างกายแข็งแรงดีแล้ว

ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ส่วนใหญ่มักจะมีการระมัดระวังในเรื่องอาหารการกิน โดยจะมีทั้งอาหารที่ควรงดหรือเป็นอาหารต้องห้ามและอาหารที่ควรกิน ด้วยเชื่อว่าจะทำให้มดลูกขยายตัว ทารกมีขนาดใหญ่ คลอดยากและมดลูกเข้าอู่ช้า เช่น ห้ามรับประทานเนื้อสัตว์เพราะจะทำให้เด็กในท้องอ้วน คลอดลำบาก หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานอาหารประเภทไข่ หรืออาหารที่มีไขมันมาก เพราะจะทำให้เด็กมีไขมันตัวและคลอดยาก หญิงตั้งครรภ์ควรรับประทานอาหารข้าวกับเกลือ หรืออาหารแห้ง เช่น ปลาเค็ม เนื้อตากแห้ง พริกไทย โดยเชื่อว่า อาหารแห้งจะช่วยให้มดลูกแห้งและเข้าอู่เร็ว ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารเกือบทุกชนิดต่ำกว่าค่า RDA ของคนไทย (RDA หรือ Recommended Dietary Allowances คือ ปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้แต่ละคนได้รับในแต่ละวัน) (วิโรจน์ คงสุวรรณ และคณะ , ๒๕๕๒ ; สุธรรม นันทมงคลชัยและคณะ , ๒๕๕๖)

ความเชื่อและการทำพิธีแนงในสตรีมุสลิมครั้งแรก การมีพิธีแนง เป็นลักษณะความเชื่อของสังคมมุสลิมโดยเฉพาะในพื้นที่ ๓ จังหวัดมิได้เกิดขึ้นกับชาวไทยมุสลิมทุกพื้นที่ เป็นปรากฏการณ์ที่เป็นเฉพาะตัวหรือลักษณะเฉพาะตัวของชุมชนในการดูแลครรภ์ ซึ่งการประกอบพิธีกรรมแนง เป็นพฤติกรรมที่ถูกสังคมกำหนดขึ้นมาช้านานและปฏิบัติสืบทอดกัน ผู้ประกอบพิธีกรรมคือผดุงครรภ์โบราณ(โต๊ะบีแด)หรือผู้เฒ่า ซึ่งเป็นผู้หญิงเท่านั้นที่มีความรู้และเข้าใจในพิธีกรรม โดยมีข้อกำหนดผู้ที่จะเข้าพิธีกรรมนี้มีคุณสมบัติเป็นท้องสาวหรือมีอายุน้อยแล้วแต่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก ประโยชน์ที่ได้รับจากพิธีกรรมแนงจากโต๊ะบีแด ทำให้รู้ว่าเด็กในครรภ์มารดามีสุขภาพดีไหม เช่น เด็กหัวขึ้นหรือลง ถ้าเด็กมีปัญหาก็จะได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไขต่อไป อย่างไรก็ตามพิธีกรรมแนงไม่ถือเป็นพิธีทางศาสนาอิสลามสตรีตั้งครรภ์ครั้งแรกหรือครั้งต่อไปไม่จำเป็นต้องกระทำก็ได้ เพราะไม่พบว่าอิสลามได้บัญญัติให้หญิงมีครรภ์ต้องกระทำไว้เป็นการเฉพาะ

พิธีกรรมแนง หรือพิธีการลูบไล่ครรภ์ เป็นการตรวจครรภ์ตามภูมิปัญญาของโต๊ะบีแด จะกระทำโดยใช้มือเปล่าและความชำนาญเฉพาะตัว จึงทำให้สตรีที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่พอใจและอบอุ่นใจ น้ำคำ น้ำใจ เป็นสิ่งที่สำคัญ การทำพิธีแนงและการทำคลอดของโต๊ะบีแดจึงได้รับการนิยมเพราะค่าใช้จ่ายถูก ไม่ต้องเสียเวลาการเดินทางไปคลอดที่โรงพยาบาล และถ้าโต๊ะบีแดตรวจดูแล้วพบว่าครรภ์มีปัญหาที่ตนเองจะแก้ไขไม่ได้ ก็แนะนำให้ไปคลอดและฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล (ซารีฮา เจ๊ะแน ,๒๕๕๐ ; สุภารัตน์ และคณะ , ๒๕๕๐)

๒.๓ พฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้

สถานการณ์การเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิม ส่วนใหญ่แล้วมีภาวะเจริญพันธุ์อยู่ในระดับสูงมาก และสูงกว่าสตรีที่นับถือศาสนาอื่นๆ ทั้งนี้อาจจะกล่าวได้ว่าด้วยอิทธิพลของศาสนาอิสลามที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์นั้นให้คุณค่าสูงมากในเรื่องการให้กำเนิดบุตร จากความเชื่ออันนี้สะท้อนให้เห็นจากการมีครอบครัวขนาดใหญ่ของผู้ที่นับถือศาสนาดังกล่าว ซึ่งเชื่อว่าสตรีจะต้องสมรสมีบุตรและยกย่องสามีให้อยู่ในฐานะเหนือกว่าและชายมุสลิมมากกว่าร้อยละ ๙๐ จะเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้ตัดสินใจในการกระทำที่เกี่ยวข้องกับภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การไม่ยอมให้ลูกหยัดนมป้องกันโรค การผลการการคุมกำเนิดให้ภรรยา เป็นต้น ผู้ชายจึงมีส่วนร่วมรับผิดชอบหรือแบ่งปันภาระในเรื่องนี้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๒ ; วิโรจน์ คงสุวรรณและคณะ, ๒๕๕๒)

การอนามัยแม่และเด็ก ส่วนใหญ่ชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้ยังคงฝากครรภ์ กับผดุงครรภ์โบราณ หรือโต๊ะบีแด เพื่อทำพิธีกรรมต่างๆ โดยในครรภ์แรกจะทำพิธีแนง ส่วนในครรภ์หลังที่จะทำพิธีการฝากครรภ์ โดยการบอกกล่าวคาถา และตรวจท้อง ขณะเดียวกัน มารดาทุกคนจะฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัย โดยเหตุผลที่ฝากครรภ์ เพราะว่าทางราชการได้กำหนด ให้การฝากครรภ์เป็นเงื่อนไขในการออกใบรับรองการเกิดและสูติบัตรให้ แต่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตระหนัก หรือเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ ว่าเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมสุขภาพ (อัลญาน์ สมุห์เสนีโต ,๒๕๕๖)

การวางแผนครอบครัวในทัศนะของชาวมุสลิม เป็นการสนับสนุนให้คนมีการแต่งงานและอยู่เป็นครอบครัวเพื่อมีบุตรสืบสกุลขยายเผ่าพันธุ์ให้กว้างขวาง ทั้งนี้เพราะศาสนาอิสลามมีจุดประสงค์เพื่อให้คนมีชีวิตตามรูปแบบธรรมชาติที่อัลลอฮ์ ได้สร้างขึ้นไว้กล่าวคือ เน้นให้คนดำเนินชีวิตไปตามกฎที่ไม่ผิดธรรมชาติ ถ้าผู้ใดไม่ปรารถนาที่จะมีครอบครัว ผู้นั้นย่อมประพฤติแยกไปจากกฎธรรมชาติ ด้วยเหตุนี้เขาจึงไม่เป็นที่รักของอัลลอฮ์ได้ ดังนั้นศาสนาอิสลามจึงสนับสนุนให้คนมีครอบครัวอย่างเต็มที่ เพื่อตอบสนองความใคร่ที่เป็นพื้นฐานตามธรรมชาติของมนุษย์ที่องค์อัลลอฮ์ได้กำหนดไว้ สาระสำคัญของการวางแผนครอบครัว เป็นการส่งเสริมให้คู่สมรสที่เพิ่งแต่งงานได้มีโอกาสปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกันก่อนมีลูก การมีครอบครัวมีความเป็นอยู่ดี ลูกมีโอกาสได้รับการศึกษาสูง การที่คู่สมรสสามารถเว้นระยะการมีลูกหรือจำกัดขนาดของครอบครัวได้ การที่คู่สมรสมีโอกาสสร้างฐานะการเงินให้มั่นคงได้ และการที่สุขภาพของมารดาไม่ทรุดโทรม สามารถดูแลครอบครัวได้เต็มที่ (อัลญาน์ สมุห์เสนีโต ,๒๕๕๖)

การคุมกำเนิด อิสลามเป็นระบบความเชื่อและแนวทางการดำเนินชีวิตที่ครอบคลุมการคุมกำเนิด คือ การใช้วิธีคุมกำเนิดถูกมองว่าเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา และบางวิธีเป็นข้อห้ามที่ไม่สามารถกระทำได้ หลักในการคุมกำเนิด คือ ป้องกันการปฏิสนธิ เพราะอิสลามไม่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือใดๆ ที่อาจทำให้บุคคลไม่สามารถกำเนิดได้ ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นหญิงหรือชาย ไม่ว่าการใช้เครื่องมือนั้นปฏิบัติตามการยินยอมของฝ่ายใด หรือของทั้งสามี-ภรรยาก็ตาม วิธีการคุมกำเนิดจึงเข้ามามีบทบาทในการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดของมุสลิมโดยส่วนใหญ่ (จริญ มะลูลิม ๒๕๔๕: ๗๘-๗๙)

หลักในการคุมกำเนิด คือ ป้องกันการปฏิสนธิ จึงมีแนวปฏิบัติ ดังนี้

๑. วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวเป็นที่อนุญาตให้กระทำได้ ที่เป็นที่นิยมในกลุ่มมุสลิม ได้แก่ การนับวัน การหลั่งข้างนอก การใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาสอดทางช่องคลอดเพื่อฆ่าเชื้ออสุจิ เป็นต้น

๒. การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ก็เป็นวิธีที่อนุญาตให้ทำได้

สำหรับวิธีการคุมกำเนิดที่ไม่อนุญาตให้กระทำ ได้แก่ การใส่ห่วงคุมกำเนิด และการทำหมัน

การคุมกำเนิดแบบชั่วคราวชนิดใช้ห่วงคุมกำเนิด ไม่สามารถกระทำในมุสลิมได้นั้น เพราะในการคุมกำเนิดทุกๆ ชนิดนั้นอาจมีการตั้งครรภ์ปรากฏขึ้นได้ ในการใช้ห่วงคุมกำเนิดถ้ามีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นก็จะมีอันตรายต่อการแท้งลูก การคุมกำเนิดแบบชั่วคราวชนิดใช้ห่วงคุมกำเนิดในระหว่างเดือนที่สี่และเดือนที่หก และจะเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์นอกมดลูก การใส่ห่วงคุมกำเนิดจึงไม่อยู่ในข่ายของการป้องกันการปฏิสนธิ แต่อยู่ในข่ายของการรบกวนและทำลายชีวิตที่ปฏิสนธิแล้ว ซึ่งอิสลามไม่อนุญาตให้กระทำและถือเป็นอาชญากรรม

ทัศนคติในการคุมกำเนิดของมุสลิมส่วนใหญ่ จึงคิดว่าการคุมกำเนิดนั้นผิดหลักการของศาสนาอิสลาม แต่ด้วยข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจส่งผลให้เกิดการเลือกวิธีการคุมกำเนิดขึ้น แต่มีจุดประสงค์เพื่อเว้นระยะการมีบุตรมากกว่าไม่ต้องการที่จะมีบุตร ยกเว้นในคนที่มีผลเสียต่อสุขภาพ (วรัญญา จิตบรรพัต, ๒๕๕๕)

หลักการจัดการบริการสุขภาพในช่วงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอด วัฒนธรรมการคลอดของมุสลิมอนุญาตให้ผู้ทำคลอดเป็นเพศหญิงเท่านั้น นอกจากเหตุผลจำเป็นสุดวิสัยและไม่ขัดต่อหลักศาสนาและต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ทางการแพทย์ แต่ยังมีหญิงมุสลิมนิยมคลอดที่บ้านโดยจะเลือกคลอดกับผดุงครรภ์โบราณเพราะรู้สึกอบอุ่น ได้อยู่ใกล้ชิดญาติตลอดระยะเวลาของการคลอด ได้รับการดูแลจากผดุงครรภ์โบราณอย่างเต็มที่เต็มความสามารถ ไม่แสดงอาการรังเกียจ คำนึงถึงความมีศักดิ์ศรีและเห็นคุณค่าในความเป็นบุคคลของมารดาหลังคลอด ให้การดูแลเท่าเทียมกัน มีความเข้าใจในความรู้สึกและความเชื่อแต่ละบุคคล

นอกจากนี้การคลอดที่บ้านยังได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตและหลักศาสนา เช่น มีผู้เฒ่าที่เคารพนับถือในชุมชนมากล่าวอะซานแก่เด็ก (เป็นพิธีการต้อนรับทารกตามหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งเป็นการปลุกฝังความเป็นมุสลิมตั้งแต่เกิด เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะได้เป็นคนที่อยู่ในแนวทางของอัลลอฮ) เด็กไม่ต้องเจาะเลือด ไม่ถูกแยกอยู่ห้องเด็กอ่อน และแม่จะได้รับการดูแลและอยู่ไฟหลังคลอด หรือมีการว่าคาถาเพื่อปิดเป่าสิ่งชั่วร้ายให้ ปลอดภัย ขณะที่การคลอดที่โรงพยาบาลอาจจะได้รับการดูแลที่ไม่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม นั่นคือ การคลอดที่โรงพยาบาลญาติไม่สามารถอยู่ใกล้ชิดได้และบุตรไม่ได้รับเสียงอะซานเมื่อคลอด (มุสลิมห์ โต๊ะกานี และ ศิริพันธ์ ศิริพันธ์, ๒๕๕๓)

การจัดการบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิมช่วงวัยผู้ใหญ่ สำหรับชาวมุสลิมเน้นตัวชีวิตด้านคุณภาพชีวิตที่สำคัญ คือ การมีสุขภาพดีที่เอื้อต่อการประกอบศาสนกิจในโอกาสต่างๆ ทั้งที่เป็นศาสนกิจภาคบังคับและเพิ่มเติมอื่นๆ ประเด็นการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถประกอบศาสนกิจได้ จึงเป็นประเด็นที่สำคัญอย่างยิ่งในการจัดการบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิมช่วงวัยผู้ใหญ่ที่ต้องคำนึงถึง และผู้ให้บริการที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยล่วงหน้าด้วยเพื่อให้เอื้อต่อการประกอบศาสนกิจของผู้ป่วย ศาสนกิจที่สำคัญของชาวมุสลิม ได้แก่

การละหมาดวันละ ๕ เวลา การถือศีลอด การทำฮัจญ์ เป็นต้น โดยเฉพาะขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยที่ทำการละหมาดเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการดูแลทำความสะอาดผู้ป่วยสามารถแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑. ผู้ป่วยที่สามารถทำความสะอาดได้ อาจจะทำด้วยตนเองหรือให้คนอื่นช่วย ก็ให้ทำความสะอาดตามปกติ ก่อนที่จะอาบน้ำละหมาดในแต่ละเวลา

๒. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำความสะอาดได้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเองไม่สามารถจะทำได้ หรือ ไม่มีผู้ที่จะช่วยทำความสะอาด ก็ให้ทำความสะอาดเท่าที่สามารถจะกระทำได้ การละหมาดของเขาก็ใช้ได้ โดยไม่ต้องละหมาดชดใช้อีก

๓. ผู้ป่วยที่มีนะญิส (สิ่งสกปรกที่ต้องชำระให้สะอาดตามหลักนิติบัญญัติอิสลาม) ติดตัว อยู่ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าจะทำความสะอาดแล้วเป็นเหตุสุดวิสัยที่จะขจัดนะญิสเหล่านั้นได้ ต้องแนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดบริเวณดังกล่าวตามปกติหรือตามคำแนะนำของแพทย์และการอาบน้ำละหมาดของเขานั้นไม่เสีย แต่เขาจะต้องอาบน้ำละหมาดหรือตะยัมมุม(การทำความสะอาดร่างกายด้วยฝุ่นแทนน้ำเพื่อเตรียมตัวละหมาด) ทุกครั้งก่อนที่จะละหมาด

ผู้ป่วยตราบใดที่ยังมีสติ ครบเงื่อนไขที่จำเป็นต้องละหมาด และไม่มีอุปสรรคใดๆที่ไม่สามารถทำการละหมาดได้จำเป็นที่จะต้องทำการละหมาดตามความสามารถของเขา ภายใต้การผ่อนปรนตามหลักการของศาสนา ผู้ป่วยทั้งที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือที่บ้านก็ดี บางครั้งไม่อยากจะละหมาดทั้งๆที่รู้ว่าการละหมาดนั้นเป็นบัญญัติสำคัญของศาสนา เพราะมีความกังวลใจว่า หากไม่สามารถปฏิบัติ ตามเงื่อนไขดังกล่าวอย่างถูกต้องสมบูรณ์ เกรงว่าการละหมาดนั้นจะใช้ไม่ได้ ไม่ได้ผลบุญ เพราะเกรงว่า อัลลอฮ์ จะไม่ทรงตอบรับการละหมาดของเขานั้น นับว่าเป็นความเข้าใจผิดต่อหลักการของศาสนาอิสลาม (พงศ์เทพ สุธีรวิทย์ และยูซุฟ นิมะ ,๒๕๕๒)

๒.๔ ผดุงครรภ์โบราณ หรือโตะบีแด หรือหมอดำแย

โตะบีแด เป็นชื่อที่ชาวไทยมุสลิมใช้เรียกผู้ที่เขาศรัทธาในการดูแลเกี่ยวกับมารดาและทารก ซึ่งครอบคลุมการดูแลตั้งแต่ตั้งท้องจนกระทั่งคลอด โตะบีแดจะเป็นผู้ที่ชาวบ้านให้ความศรัทธา เนื่องจากชาวบ้านจะมีมุมมองของการทำคลอดของโตะบีแดว่า เป็นการช่วยเหลือ เป็นการเสียสละ เนื่องจากเป็นการช่วยเหลือโดยที่ไม่หวังสิ่งตอบแทน

โตะบีแด(ภาษามลายูท้องถิ่นของ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้) เป็นบุคคลที่มีความชำนาญในการดูแลสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอด และหญิงหลังคลอด รวมถึงดูแลสุขภาพในกลุ่มเด็กอายุ ๐-๕ ปี โดยใช้องค์ความรู้ ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นให้การดูแลในชุมชน ถือเป็นอาสาสมัครเก่าแก่ประเภทหนึ่งที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านตามธรรมชาติและเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญต่อการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก

ข้อมูลและสถานการณ์ผดุงครรภ์โบราณ ข้อมูลจากทำเนียบผดุงครรภ์โบราณในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ จาก ๑,๒๕๔ คน ลดลงเหลือ ๘๐๙ คน ในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ซึ่งพบว่า จังหวัดนราธิวาสมีผดุงครรภ์โบราณมากที่สุด รองลงมาได้แก่ปัตตานี และยะลา เนื่องจากผดุงครรภ์โบราณส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก กว่าครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง ๕๕ - ๖๙ ปี ความสามารถในการฟังและพูดภาษาไทย มีเพียง ๑ ใน ๕ ที่สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ดี กว่าร้อยละ ๖๐ มีอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม ทำสวนยางพารา ทั้งนี้รายได้จากการทำคลอดถือเป็นเพียงอาชีพเสริมเท่านั้นไม่ต้องการทำคลอด กว่าร้อยละ ๖๐ มีประวัติคนในตระกูลที่เป็นญาติใกล้ชิด เช่น ย่า ยาย ป้า น้า อา และแม่ เคยเป็นผดุงครรภ์โบราณมาก่อน การถ่ายทอดความรู้ของผดุงครรภ์โบราณมิได้มีการสอนอย่างจริงจัง การเรียนรู้จะเป็นไปอย่างไม่เป็นทางการ เริ่มต้นจากการช่วยเหลือผดุงครรภ์โบราณในการทำคลอด ช่วยคลอด ช่วยรับเด็กและอื่นๆ จึงเห็นกระบวนการทำคลอดโดยตลอด ทำให้ส่วนหนึ่งที่แม่จะไม่ได้รับการถ่ายทอดจากผู้ใดแต่เมื่อถึงเวลาจำเป็นก็จะเหมือนมีสิ่งกระตุ้นให้ทำคลอดได้ และในส่วนของผู้ที่สืบทอด

การเป็นผดุงครรภ์โบราณ ประมาณ ๔ ใน ๕ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีทายาทที่คิดว่าจะถ่ายทอดการทำคลอดให้ เนื่องจากในปัจจุบันทายาทรุ่นใหม่ไม่ได้ให้ความสนใจกับการทำคลอด และได้กรุ่นใหม่เริ่มใช้บริการผดุงครรภ์ และคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น (สุดารัตน์ ธีระวร, ๒๕๕๗ , ๒๕๕๗ และ ๒๕๓๕)

ศรัทธาและความเชื่อต่อผดุงครรภ์โบราณ ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้มีความศรัทธา ความเคารพ ความเชื่อต่อผดุงครรภ์โบราณ ทำให้มีอัตลักษณ์ พิธีกรรมการดำรงคงไว้ซึ่งประเพณี วัฒนธรรม ภูมิปัญญาพื้นบ้านคงอยู่ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการผดุงครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น แต่ก็ยังนิยมผดุงครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณควบคู่กันไป ด้วยเหตุผลว่ามีความอบอุ่นใจของครอบครัวและญาติมิตร กังวลภาระค่าใช้จ่ายหากไปคลอดที่โรงพยาบาล รวมถึงเมื่อไปคลอดที่โรงพยาบาลไม่ทันจะได้ตามผดุงครรภ์โบราณมาทำคลอดให้ได้ นอกจากนี้บางรายต้องการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณแต่ผดุงครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อที่จะขอสูติบัตร และถ้าหากคลอดกับผดุงครรภ์โบราณไม่ได้ก็จะสะดวกในการส่งต่อ เนื่องจากมีประวัติที่สถานบริการแล้วไม่เสียเวลาในการที่จะซักประวัติเพื่อทำบัตรผู้ป่วย มีบางรายผดุงครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ เพราะถือเป็นธรรมเนียมปฏิบัติกันมา การคลอดที่บ้านมีผู้เฒ่าที่เคารพนับถือในชุมชนมากล่าวอาชานแก่เด็กได้ เด็กไม่ต้องถูกเจาะเลือด เด็กไม่ถูกแยกอยู่ห้องเด็กอ่อน และแม่จะได้รับการดูแลและอยู่ไฟ (ซารีฮา เจ๊ะแน , ๒๕๕๐ ; ดารณี อ่อนชมจันทร์, ๒๕๕๖)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกคลอดบุตรกับผดุงครรภ์โบราณ

๑. อิทธิพลของเครือข่ายทางสังคม บุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะแม่ของตน แม่สามี พี่สาว และผู้ที่มีประสบการณ์ในการคลอดมาก่อน เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้มีการปฏิบัติตามกันจึงเป็นเรื่องปกติและธรรมเนียมที่หญิงตั้งครรภ์จะคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ

๒. ความเชื่อของชุมชน ถือเป็นการเชื่อถือและยึดมั่นในคำพูด ที่หญิงตั้งครรภ์จะไม่ยอมพูดว่า จะคลอดกับใครอย่างแน่ชัด แม้จะฝากท้องกับโรงพยาบาลแต่นึกถึงผดุงครรภ์โบราณเป็นอันดับแรก หากมีปัญหาจึงจะไปคลอดที่โรงพยาบาลต่อไป

๓. สภาพแวดล้อมในขณะคลอด หญิงตั้งครรภ์รู้สึกอบอุ่นที่คลอดในบ้านของตนเอง มีญาติพี่น้องคอยให้กำลังใจอยู่พร้อมหน้า แต่การคลอดที่โรงพยาบาลผู้คลอดจะรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มั่นใจ วิตกกังวล เพราะโรงพยาบาลไม่อนุญาตให้ญาติเข้าไปในห้องคลอด รวมถึงผู้ให้บริการยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง ในขณะที่ผดุงครรภ์โบราณยึดผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง

๔. ความสะดวกในการรับบริการ การคลอดที่บ้านผดุงครรภ์โบราณมาทำคลอดที่บ้านไม่ต้องเคลื่อนย้าย ไม่มีปัญหาเรื่องการเดินทาง สามารถแต่งกายด้วยชุดปกติของตนเอง ซึ่งเป็นชุดที่อยู่กับบ้าน แลพไม่ต้องถอดผัดงแต่อย่างใด ผู้คลอดไม่รู้สึกระคายกาย ไม่มีกลิ่นใดๆ เพราะเป็นบ้านตนเอง (การคลอดตามแผนปัจจุบันต้องปฏิบัติตามกฎของโรงพยาบาล)

๕. วิธีการให้บริการของผดุงครรภ์โบราณ มีการใช้คาถากำกับการทำให้คลอดง่าย ผู้คลอดจะถือว่าคาถาจะช่วยให้ช่องคลอดขยายขึ้นเองและเชื่อว่าครุหมอลงร่างหมอตำแยมาทำคลอดให้ ในการคลอดใช้น้ำมันมะพร้าวช่วยหล่อลื่นไม่ต้องตัดฝีเย็บ แม้จะมีแผลฉีกขาดก็คิดว่าเป็นแผลเล็กน้อย เมื่อเทียบกับแผลที่เกิดจากการตัดฝีเย็บของหมอที่โรงพยาบาล

๖. ความเชื่อมั่นในประสบการณ์และความสามารถของผดุงครรภ์โบราณ ชาวบ้านเชื่อว่าผดุงครรภ์โบราณมีอายุมาก ย่อมมีประสบการณ์มากกว่าโรงพยาบาลที่อายุน้อยและผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านกระบวนการอบรมจากสาธารณสุขมาแล้ว หากมีปัญหาผดุงครรภ์โบราณก็จะส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล

๗. ค่าใช้จ่ายในการคลอด การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณเสียค่าใช้จ่ายถูกกว่าไปคลอดที่โรงพยาบาลและสามารถพักผ่อนได้ หรือทำให้ฟรีในรายที่จนจริงๆ หากไปคลอดที่โรงพยาบาลยังมีค่าเดินทาง ค่ากิน ค่าใช้จ่ายระหว่างการรอคลอดอีก จึงทำให้ชาวบ้านเลือกที่จะคลอดกับผดุงครรภ์โบราณมากกว่า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงอยู่ของผดุงครรภ์โบราณ

๑. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม พบว่าสาเหตุหลักที่ชาวไทยมุสลิมไม่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจและไม่เคารพวัฒนธรรมท้องถิ่น ความแตกต่างทางศาสนา ระหว่างไทยพุทธและไทยมุสลิม ทำให้เจ้าหน้าที่และชาวบ้านรู้สึกว่าไม่ใช่พวกเดียวกัน แต่การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตนตามศาสนาที่รู้สึกเป็นพวกเดียวกัน รู้สึกไว้น้ำใจเอื้อเฟื้อมากกว่า

๒. ปัจจัยทางด้านระบบบริการของผดุงครรภ์โบราณ ชาวบ้านยอมรับความสามารถของผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่สั่งสมประสบการณ์จากบรรพบุรุษมานาน มีการคัดกรองระหว่างการตั้งครรภ์ การทำคลอดที่ใช้พิธีกรรมและการใช้น้ำมันมะพร้าวแทนการตัดฝีเย็บตลอดจนการดูแลในช่วง ๓ วันแรกหลังคลอด จนออกไป ที่ดูแลด้วยวิธีการตามความคิดความเชื่อ ภูมิปัญญาท้องถิ่น

๓. รูปแบบการบริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน การไปคัดท้องที่บ้านผดุงครรภ์โบราณ การทำคลอดที่บ้าน ผดุงครรภ์โบราณเป็นคนในหมู่บ้านที่รู้จักกันเป็นอย่างดี เป็นความรู้สึกที่คุ้นเคยที่ผู้ตั้งครรภ์รู้สึกไม่แปลกแยกไปจากวิถีชีวิต ไม่ต้องไปในที่ต่างถิ่น ต่างวัฒนธรรมและศาสนา ไม่ต้องปรับตัวกับวัฒนธรรมใหม่ของโรงพยาบาล

ผดุงครรภ์โบราณกับการให้บริการ ผดุงครรภ์โบราณส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ที่เป็นชายในสังคมพบไม่กี่แห่ง เช่น เม็กซิโก กานา ฟิลิปปินส์ ผดุงครรภ์โบราณ มักเป็นชาวบ้านที่คุ้นเคยกับคนไข้ และครอบครัวของคนไข้เป็นอย่างดีจึงได้รับการยอมรับนับถือจากชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างผดุงครรภ์โบราณกับคนไข้ มักเป็นลักษณะกันเอง ไม่เป็นทางการ ช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างเป็นองค์รวม อาจมีความผูกพันในฐานะพ่อแม่ อุปถัมภ์ หรือเป็นญาติ และมักเป็นผู้ชำนาญการประกอบพิธีกรรมต่างๆ และเป็นสุติแพทย์ไปพร้อมๆ กัน ซึ่งจะมีการไปเยี่ยมไข้ ทำคลอดในบรรยากาศที่เชื่อมั่นและไว้วางใจ สวดมนต์ จุดเทียนเผาเครื่องหอม อาบน้ำสมุนไพร สวมเครื่องราง และกินอาหารพิเศษ

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ของผดุงครรภ์โบราณ

ระยะตั้งครรภ์ ผดุงครรภ์โบราณดูแลหญิงมีครรภ์โดยมีการทำพิธีตั้งขึ้นหรือตั้งราด เพื่อแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ผู้นั้นจะทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณคนนั้น ต่อจากนั้นจะตรวจครรภ์เดือนละ ๓ ครั้งจนกว่าจะคลอด ถ้าตรวจพบเด็กอยู่ในท่าผิดปกติก็จะแต่งท้องให้เด็กกลับหัวเข้าอยู่ในท่าปกติ ในช่วงอายุ ๖ – ๘ เดือน ผดุงครรภ์โบราณจะนวดเพื่อให้หญิงมีครรภ์สบายตัวพร้อมทำลายอาถรรพณ์ ในช่วงนี้จะแนะนำการใช้สมุนไพรแรงน่านม แนะนำให้กินอาหารที่เป็นสมุนไพรบำรุงครรภ์ทำให้คลอดง่ายและทำให้ร่างกายสมบูรณ์ รวมทั้งห้ามทำงานหนักกรณีถ้าเป็นท้องแรกเกรงว่าจะทำให้แท้งได้และดูทารกไม่ให้เจ็บป่วย การนวดเพื่อผ่อนคลายและนวดท้องเพื่อให้เด็กอยู่ในท่าปกติ

ระยะคลอด ผดุงครรภ์โบราณจะเน้นการทำความสะอาดบริเวณช่องคลอด ตรวจการเปิดปากมดลูกและทำพิธีตั้งขึ้นหรือยกครูอีกครั้งในช่วงที่ผู้มีครรภ์เริ่มมีอาการเจ็บท้องจะคลอด เพื่อดูว่าปากมดลูกเปิดหรือไม่ ถ้าหากปากมดลูกไม่เปิดก็ต้องรอ ในช่วงรอจะนวดเพื่อคลายความเกร็งและเป็นการให้กำลังใจเตรียมตัวคลอดพร้อมใช้สมุนไพรช่วยลดความเสี่ยงจากการคลอด เช่น เจ็บท้องนานไม่คลอดหรือป้องกันฝีเย็บขาด ถ้าปากมดลูกเปิดแต่บีบแฉะใช้นิ้วคลำในช่องคลอดตรวจหัวเด็ก เมื่อเด็กคลอดออกมาหากพบว่า มีสายสะดือพันคอผดุงครรภ์โบราณจะต้องรีบดันหัวเด็กเข้าหาตัวแม่ให้เร็วเพื่อไม่ให้สายสะดือพันคอเด็กหลังตัดสายสะดือจะใช้ขมิ้นฝนทาที่รอยตัด ส่วนรกที่ตัดจะนำไปใส่หลุมแล้วเอาเกลือโรยบนรูก่อนกลบ

ระยะหลังคลอด ผดุงครรภ์โบราณจะดูแลหญิงหลังคลอด โดยจะดูแลต่อเนื่องครบ ๔๕ วัน หรือ ขึ้นอยู่กับความต้องการของหญิงหลังคลอด โดยต้องวางก๊อรัส (ค่าครู) ก่อนทุกครั้ง ขั้นตอนการดูแลหญิงหลังคลอด ประกอบด้วย ๑) การอาบน้ำหญิงหลังคลอด เป็นการชำระล้างร่างกายมารดาหลังคลอดด้วยน้ำอุ่นผสมสมุนไพรให้สะอาดติดต่อกัน ๓ วัน ๒) การดูแลระยะอยู่ไฟ เป็นการอบอุ่นร่างกาย เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดดีและซ่อมแซมร่างกายให้เป็นปกติโดยเร็ว โดยให้นอนตะแคงบนแคร่ที่ก่อไฟไว้ได้แคร่เพื่อให้ความอบอุ่น โดยการเหยียบนวดทั้งตัวไม่เน้นจุดใดจุดหนึ่ง (นวดหลังคลอด ๓ วัน) ๓) การประคบกระตุ้นเต้านม วิธีนี้จะทำให้ผิวหนังกระชับ หน้าไม่บวม ช่วยกระตุ้นน้ำนม ๔) การนวดหลังคลอด ๕) การนวดยกมดลูก ๖) การนวดเต้านม ๗) การรับประทานอาหารและอาหารแสลง การใช้สมุนไพรสำหรับหญิงหลังคลอด แบ่งได้ ๑) สมุนไพรต้มดื่ม ๒) สมุนไพรต้มอาบ ส่วนทารกโต๊ะบิแดดจะทำพิธีไม่ให้ผีทำร้ายเด็ก โดยนำต้นไม้ที่มีหนามวางบริเวณบ้านหรือใต้ถุนบ้าน และจะดูแลทารกโดยใช้สมุนไพรรักษาสะดือเด็กให้แห้ง ช่วยป้องกันผื่นคัน

อย่างไรก็ตามเมื่อระบบบริการสาธารณสุขมีการดูแลแม่และเด็กครอบคลุมในทุกพื้นที่ อีกทั้งโรงพยาบาลชุมชนต่างปรับตัวแก้ไขปัญหาคความไม่เข้าใจในวัฒนธรรมอิสลาม และสร้างความร่วมมือกับผดุงครรภ์โบราณในการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปคลอดที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าผดุงครรภ์โบราณยังมีบทบาทอื่นที่นอกเหนือจากการเป็นคนทำคลอดในหมู่บ้าน เช่น เป็นผู้รักษาโรคหรืออาการผิดปกติของสตรีและเด็ก รวมทั้งอาการข้อเคล็ด ปวดเมื่อย โดยใช้สมุนไพรและคาถาหรืออ่านคัมภีร์อัลกุรอาน คือ ช่วยดูแลด้านจิตใจของชาวบ้านด้วย (แวอับดุลกอเดร์ เจอะอุบง, ๒๕๕๕ ; ฟาฏีละห์ มาเระ , ๒๕๕๓ ; วิโรจน์ คงสุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๒ ; ดารณี อ่อนชมจันทร์ และคณะ, ๒๕๕๐ ; สุชน พรบัณฑิตปัทมา , ๒๕๕๐)

การสนับสนุนผดุงครรภ์โบราณในบทบาทเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

การอบรมผดุงครรภ์โบราณ ในปี ๒๕๐๒-๒๕๐๗ กรมอนามัย โดยการสนับสนุนขององค์การยูนิเซฟ ได้จัดทำหลักสูตรการอบรมเทคนิคการทำคลอดที่ทันสมัยแก่ผดุงครรภ์โบราณ จำนวน ๑๒,๐๐๐ คน (๒ สัปดาห์) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผดุงครรภ์โบราณผู้ที่เคยทำคลอดมาแล้วและกำลังทำคลอดอยู่ในปัจจุบัน อายุไม่เกิน ๖๐ ปี หู ตา ยังดี สุขภาพทั่วไปแข็งแรง และไม่เป็นโรคบางชนิดซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการทำคลอด วัตถุประสงค์เพื่อให้ผดุงครรภ์โบราณสามารถดูแลก่อนคลอด ทำคลอดในรายปกติ ดูแลมารดาและทารกหลังคลอด โดยให้มารดาและทารกได้รับความสะดวก ปลอดภัย ด้วยวิธีการทำคลอดแผนปัจจุบัน อย่างไรก็ตามหลังการอบรมปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ ๑) ผดุงครรภ์โบราณไม่ยอมเปลี่ยนทัศนคติจากการคลอดแบบโบราณ เช่น การนั่งคลอด การใช้ไม่วกเผาไฟตัดสายสะดือ การใช้ขมิ้นและบัวนํ้าลายลงบนสะดือเพื่อให้สะดือหลุดเร็ว ๒) ผดุงครรภ์โบราณไม่รู้หนังสือ ดูนานึกาไม่เป็น ใช้วิธีการกะเวลา เช่น การต้มเครื่องมือในน้ำเดือด ๒๐ นาที ๓) การบันทึกการทำคลอดต่างๆ ต้องอาศัยลูกหลานทำให้บันทึกไม่ครบถ้วน

นอกจากนี้ได้สนับสนุนงบประมาณเป็นค่าส่งต่อของผดุงครรภ์โบราณ รวมถึงศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ได้ดำเนินการร่วมกับจังหวัดจัดอบรมให้ความรู้ในการส่งต่อเมื่อมีภาวะเสี่ยง อบรมการทำคลอดฉุกเฉินในรายที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร ไม่สะดวกในการที่จะมาคลอดที่โรงพยาบาล ซึ่งหลังจากที่ไม่ได้สนับสนุนงบประมาณ พบว่ามีบางจังหวัดเช่นจังหวัดยะลาได้จัดงบสนับสนุนการส่งต่อให้ระยะหนึ่ง รวมถึงบางโรงพยาบาลที่เห็นความสำคัญก็จะจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งให้เช่นกัน (สุดารัตน์ ธีระวร, ๒๕๕๗)

๒.๕ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๒.๕.๑ เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals – MDGs)

ข้อมูลจากรายงานการติดตามผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ซึ่งได้จัดทำขึ้นทุกๆ ๕ ปี ในประเด็นเป้าหมาย MDG+ ได้แก่ ลดอัตราการตายของมารดาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี ๒๕๔๘-๒๕๕๘ พบว่า ข้อมูลในส่วนของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่ในอัตราส่วนที่สูง โดยในปี ๒๕๕๓ อัตราส่วนสูงที่สุด ๖๔.๐ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต หลังจากนั้นอัตราส่วนลดลงเรื่อยๆ ข้อมูลที่รายงานเป็นข้อมูลที่สูงกว่ารายงานในทะเบียนราษฎร (แต่ใกล้เคียงกับข้อมูลการวิเคราะห์ TDR) เนื่องจากทุกจังหวัดมีนโยบายในการค้นหาการตายจากการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งในและนอกสถานบริการ สาเหตุการตายทางตรงส่วนใหญ่ได้แก่ ตกเลือด หลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์สาเหตุทางอ้อมมีอัตราเพิ่มมากขึ้นสาเหตุที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, ๒๕๕๒)

๒.๕.๒ PRECEDE Framework เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้อย่างยิ่งขึ้น หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง เวลา การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility)

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครู อาจารย์ หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริมอาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆปฏิบัติตาม โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆก็ได้ (กรีนและคณะ Green, et. al. ๑๙๘๐: ๗๑)

๒.๕.๓ Three Delays Model : ความล่าช้าในการเข้ารับบริการ

ผลการศึกษางานวิจัยโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ของสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ร่วมกับวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสถาบันวัฒนธรรมศึกษากัลยาณิวัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ในโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย จ.นราธิวาส ซึ่งเป็นโครงการนำร่องในพื้นที่ อ.กาหลง อ.เชิงคีรี ต.ศรีบรรพต อ.ศรีสาคร จ.นราธิวาส เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่เป้าหมาย พบว่างานด้านอนามัยแม่และเด็กในชุมชน เป็นประเด็นที่มีความเกี่ยวพันอย่างลึกซึ้งกับวัฒนธรรมท้องถิ่น สาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้ ความตระหนักและ ปัญหาความล่าช้าในการตัดสินใจเข้ารับบริการ (Three Delays Model) เกิดใน ๓ ลักษณะ คือ

- ความล่าช้าในการตัดสินใจของสตรีในการเข้ารับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการล่าช้าในการตัดสินใจไปฝากครรภ์

- ความล่าช้าในการเข้าถึงระบบบริการของรัฐในการไปคลอด พบว่าสตรีส่วนหนึ่งยังเลือกที่จะคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ เพราะสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก ค่าใช้จ่ายน้อย นอกจากนี้การที่ระยะทางจากที่อาศัยไปยังโรงพยาบาลก็ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร สภาพพื้นที่หลายส่วนเป็นเขา เส้นทางคดเคี้ยว และมีความไม่ปลอดภัยที่จะเดินทางไปคลอดที่โรงพยาบาลในเวลากลางคืน ทำให้ไปคลอดไม่ทัน

- ความล่าช้าในการได้รับการบริการ ระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับอำเภอไปยังจังหวัด ยังมีปัญหาเนื่องจากสภาพปัญหาความรุนแรงในพื้นที่ ทำให้ไม่ปลอดภัยที่จะส่งต่อในช่วงเย็นและกลางคืน

๒.๕.๔ การตายของมารดาในประเทศที่นับถืออิสลามและประเทศอาหรับ

การเสียชีวิตของมารดาเป็นเรื่องที่โลกให้ความสนใจอย่างเร่งด่วน ข้อมูลตามท้องถื่นการอนามัยโลก,ยูนิเซฟ UNFPA ได้ประมาณการเสียชีวิตของมารดาในปี ๒๐๐๐ ในโลกเป็น ๕๒๙,๐๐๐ โดยที่ตัวเลขประมาณการเสียชีวิตพบว่าเกือบเท่าๆกันระหว่างแอฟริกา(๒๕๑,๐๐๐) และเอเชีย (๒๕๓,๐๐๐) มีประมาณ (๒๒,๐๐๐) ที่เกิดขึ้นในละตินอเมริกาและแคริบเบียน และน้อยกว่า (๒,๕๐๐) ในภูมิภาคที่พัฒนาแล้ว

การประเมินตัวเลขที่น่าตกใจนั้น จะอยู่ในแอฟริกาและเอเชียในประเทศที่นับถือศาสนาอิสลามและอาหรับประเทศ ซึ่งมีอัตราส่วนมารดาตาย(Maternal Mortality Ratio : MMR) สูงสุดในเซียรัลลีโอน (๒,๐๐๐) อัฟกานิสถาน (๑,๙๐๐), ไนเจอร์ (๑,๖๐๐), มาลี (๑,๒๐๐), ชาด, กินีบิสเซา, โชมเลีย (๑,๑๐๐ ข), บุร์กินา, มอริเตเนีย, โมซัมบิก (๑๐๐๐), ยูกันดา (๘๘๐) ไนจีเรีย (๘๐๐), เซเนกัล (๖๙๐) ซูดาน (๕๙๐) เยเมน (๕๗๐), และปากีสถาน (๕๐๐) ตัวเลขเหล่านี้แสดงให้เห็นว่ามีปัญหาที่แท้จริงในประเทศอิสลามและภาษาอาหรับ ส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตเป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ทั้งๆที่อาจจะหลีกเลี่ยงได้ถ้ามาตรการป้องกันถูกนำและการดูแลรักษาที่มีอยู่เพียงพอ อย่างไรก็ตามก็พบว่าในประเทศที่นับถือศาสนาอิสลามและภาษาอาหรับ ผู้หญิงหลายคนได้รับการช่วยเหลือในการส่งมอบโดยผดุงครรภ์หรือโดยเฉพาะญาติ มีเพียง ๕๓% ของผู้หญิงที่มีความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีทักษะ (ผดุงครรภ์หรือแพทย์) และ ๔๐% ให้ที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลหรือศูนย์สุขภาพ

การป้องกันการเสียชีวิตของมารดาไม่ได้เป็นเพียงความสำคัญต่อสุขภาพ แต่เป็นเรื่องของสิทธิมนุษยชนและความยุติธรรมทางสังคมที่จะต้องมีการประสานงานความพยายามในระยะยาว ซึ่งการศึกษานี้ได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานในการช่วยลดการตายของมารดา ในประเทศที่นับถือศาสนาอิสลามและภาษาอาหรับสามารถทำได้โดยการปรับปรุงตำแหน่งของผู้หญิงในสังคม โดยการเพิ่มมาตรฐานทั่วไปของการใช้ชีวิตหรือทำให้มีการได้รับการบริการสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้การศึกษาเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดกับมารดาและการตายของทารกแรกเกิด เพราะการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าคุณแม่ที่มีการศึกษาได้มีการบันทึกค่าของการเสียชีวิตดังกล่าว รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมในการออกกฎหมายอนุญาตให้ผู้หญิงสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆที่จำกัด เช่น การปฏิรูปกฎหมายที่ส่งเสริมสุขภาพผู้หญิงให้เข้าถึงการดูแลสุขภาพและโภชนาการที่จำเป็นสำหรับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรที่ปลอดภัย การตัดสินใจเข้าถึงบริการด้านการวางแผนครอบครัวที่มีคุณภาพ และกฎหมายที่จะแสวงหารับอนุญาตจากสามีหรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพสำหรับการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย (นาฮาล โมฮานา, ๒๕๔๗)

๒.๕.๕ งานอนามัยแม่และเด็ก : กรณีศึกษาบทเรียนในประเทศที่นับถือศาสนาอิสลาม

๑) ประเทศอัฟกานิสถาน (Afghanistan)

อัฟกานิสถาน เป็นประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้ เป็นประเทศที่ยากจนที่สุดในเอเชียและจัดเป็นประเทศที่ยากจนที่สุดในโลกอีกด้วย โดยมีปัจจัยหลายสาเหตุด้วยกัน อาทิ ประชากรในอัฟกานิสถานว่างงานกว่า ๓๕%, กว่า ๓๖% มีความเป็นอยู่ต่ำกว่ามาตรฐานของโลก, ๒ ใน ๓ ของประชากรมีชีวิตอยู่ด้วยรายได้ที่น้อยกว่าวันละ ๒ ดอลลาร์สหรัฐ รวมถึงเป็นประเทศที่อยู่ในภาวะสงคราม และรายได้หลักประมาณ ๑ ใน ๓ ของประเทศมาจากการลักลอบค้ายาเสพติด เช่น กัญชา ฝิ่น เป็นต้น

ส่วนมากนับถือศาสนาอิสลาม ๙๘ % (สุหนี่ ๘๓.๒ % ชีอะห์ ๑๔.๙ %) ศาสนาโซโรอัสเตอร์ ๑.๔ % ศาสนาพราหมณ์-ฮินดู ๐.๔ % ศาสนาคริสต์ ๐.๑ % **การอ่านออกเขียนได้** ตั้งแต่อายุ ๑๕ ปี ร้อยละ ๓๖ (เป็นชาย ๕๑% หญิง ๒๑%) ประชาชนชาวอัฟกานิสถานร้อยละ ๘๐ ยังคงอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกลความเจริญและขาดระบบคมนาคมที่จำเป็นและทั่วถึง ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงสาธารณสุขบริการด้านสาธารณสุขของรัฐได้ ทำให้พื้นที่ดังกล่าวขาดสุขลักษณะที่ดี ในขณะที่เดียวกันประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวยังขาดการศึกษา จึงทำให้ขาดความรู้ที่ถูกต้องในด้านการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น การทำคลอด การดูแลผู้หญิงที่เพิ่งผ่านการคลอดบุตร และทารกแรกเกิดที่ถูกสุขลักษณะ

อัฟกานิสถานถือเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการตาย ของมารดาสูงจนเข้าขั้นวิกฤต กล่าวคือพบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากการคลอดถึง ๑๖๐๐ คน ในทุกๆ ๑๐๐, ๐๐๐ คน โดยมีสาเหตุเนื่องมาจากปัญหาสงครามกลางเมืองที่ยืดเยื้อ ซึ่งส่งผลให้ระบบสาธารณสุขบริการด้านสาธารณสุขที่มีมาถูกทำลายเป็นอย่างมาก โดยในขณะที่เดียวกันก็ยิ่งทำให้งบประมาณกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศต้องถูกนำไปใช้ในด้านความมั่นคง ซึ่งทำให้รัฐไม่สามารถจัดสรรงบประมาณให้กับการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศได้อย่างเพียงพอ

ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ก็เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งให้เกิดการตายก่อนวัยอันควรของแม่และเด็ก และก็ยังทำให้ประชาชนชาวอัฟกันส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยต่ำมาก กล่าวคือ ผู้ชายมีอายุเฉลี่ยประมาณ ๔๗ ปี ในขณะที่ผู้หญิงจะมีอายุเฉลี่ยเพียง ๔๕ ปี เท่านั้น โดยสภาพดังกล่าวมีสาเหตุมาจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ที่เกิดจากการขาดสุขลักษณะที่ดีในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะโรคท้องร่วง มาลาเรีย หัด โรคปอดบวม และโรคบาดทะยัก นอกจากนี้แล้ว ปัญหาดังกล่าวยังเกิดขึ้นจากปัญหาความยากจน ที่เป็นผลสืบเนื่องทางเศรษฐกิจจากสภาวะสงครามและความไม่สงบในประเทศที่ดำเนินมาเป็นเวลานาน รวมถึงมีจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV เพิ่มขึ้นในระดับที่น่าเป็นห่วง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของแม่และเด็กในประเทศ โดยสาเหตุของการแพร่กระจายของเชื้อนี้มาจากการขายบริการทางเพศ และปัญหาการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเฮโรอีน ซึ่งมีราคาถูกมากในอัฟกานิสถาน

นอกจากนี้ ความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติที่สืบทอดกันมานานในท้องถิ่นต่างๆของประเทศ ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาดังกล่าวด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ผู้หญิงชาวอัฟกันจำนวนมากไม่ได้รับอนุญาตให้ออกนอกบ้านได้โดยที่ไม่มีสามีหรือญาติฝ่ายชายติดตาม ทำให้มีสตรีอัฟกันจำนวนมากไม่ได้รับการทำคลอดอย่างถูกต้องและทันที่ที่ ประเพณีการบังคับให้เด็กผู้หญิงแต่งงานก่อนวัยอันควร ประกอบกับทัศนคติที่ต่อต้านการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว ได้ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Unwanted pregnancy) โดยหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่สามารถจัดการดูแลทารก รวมถึงสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากขาดความพร้อมด้านร่างกาย วุฒิภาวะ และประสบการณ์ในการเป็นแม่ และยังขาดแคลนทรัพยากรด้านการเงินในการจุนเจือครอบครัว

งานอนามัยแม่และเด็กมารดาในประเทศอัฟกานิสถาน

ปัจจุบันปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง และประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพึงพอใจ โดยในช่วงที่ผ่านมา ได้มีการจัดโครงการฝึกอบรมผดุงครรภ์ชุมชน (Community Midwife Training Program) ให้กับสตรีอาสาสมัครซึ่งจะคอยช่วยผดุงครรภ์ รวมทั้งให้ความรู้ด้านการสาธารณสุขที่ถูกต้องแก่ผู้หญิงที่อยู่ในชนบทที่ห่างไกล ในขณะเดียวกันก็ได้มีการจัดตั้งสภาสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้น (Village Health Councils) เพื่อส่งเสริมและบริหารจัดการการผดุงครรภ์ชุมชนดังกล่าวด้วย นอกจากนี้ รัฐบาลอัฟกานิสถานได้ดำเนินการปรับปรุงและเพิ่มจำนวนสาธณูปโภคด้านสาธารณสุขในพื้นที่ต่างๆ ในประเทศ รวมถึงจัดให้มีระบบประกันคุณภาพของสาธณูปโภคดังกล่าวอีกด้วย นอกจากนี้ ก็ยังมีการดำเนินโครงการอบรมการนิเวศน์ทั่วประเทศให้กับผู้หญิงเพื่อช่วยให้ประชาชนต่างๆ ทั่วประเทศสามารถรับบริการด้านสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงยิ่งขึ้น และพร้อมกันนี้ก็ได้มีการจัดการพัฒนาด้านการศึกษาของคนชาติควบคู่กันไปด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยลดอัตราการตายของทารกได้ถึง ๒๒ % ในช่วงระยะเวลา ๙ ปีที่ผ่านมา และอัตราการตายของมารดาหลังการคลอดบุตรลดลง ๑๒.๕ % ในช่วงเวลาเดียวกัน

๒) สาธารณรัฐตุรกี (Republic of Turkey)

ตุรกีมีเนื้อที่ทั้งประเทศประมาณ ๗๘๐,๖๕๕ ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ใน ๒ ทวีป คือ เอเชีย และยุโรป อยู่ในเอเชีย ๙๗% เรียกว่า อนาโตเลีย (Anatolia) และอีก ๓% อยู่ในยุโรปเรียกว่า เทรซ (Thrace) ประเทศตุรกี มีภาษาราชการคือ ภาษาตุรกี (Turkish) ภาษาอื่นที่ใช้ในประเทศได้แก่ เคิร์ด (Kurdish) และอารบิก (Arabic) ประมาณร้อยละ ๙๙ ของประชากรในประเทศตุรกีนับถือศาสนาอิสลาม

ลักษณะทางสังคมของตุรกี เป็นครอบครัวแบบขยายที่มีความสัมพันธ์กันทั้งสายเลือดและแต่งงาน โดยยึดถือการสืบทอดทางฝ่ายชาย สมาชิกทุกคนยึดถือปฏิบัติตามหลักศาสนา ผู้ชายทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัว ในปัจจุบันมีความพยายามส่งเสริมเรื่องความเท่าเทียมกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย โดยผู้หญิงสามารถออกไปทำงานนอกบ้านได้ ทั้งในส่วนของรัฐบาลและภาคเอกชน แต่ผู้ชายก็ยังมีความคิดว่าผู้หญิงด้อยกว่าทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์

งานอนามัยแม่และเด็กในประเทศตุรกี

พบว่าการตายของมารดาลดลงจาก ๗๐ ในปี ค.ศ.๑๙๙๘ เป็น ๑๙ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ในปี ๒๐๐๘ ทั้งนี้การลดการตายของมารดาเป็นผลมาจากการพัฒนาการดูแลขณะตั้งครรภ์ และการติดตามในระยะตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด ประเทศตุรกีได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพสตรี (Women's Health Strategy Plan) (Dundar et al., ๒๐๑๐) โดยมีเป้าหมายในการลดการตายของมารดาและการตายปริกำเนิดของทารก ร้อยละ ๕๐ เพิ่มการใช้การคุมกำเนิดด้วยวิธีที่ทันสมัยร้อยละ ๗๐ ของกลุ่มที่ใช้วิธีคุมกำเนิด ค้นหาหญิงตั้งครรภ์และให้บริการการดูแลขณะตั้งครรภ์ ให้มีความมั่นใจทุกรายที่คลอดมีสุขภาพดี และลดความแตกต่างในการให้บริการสุขภาพระหว่างภูมิภาค มีกลยุทธ์ดำเนินงาน ๑) การสนับสนุนการให้บริการดูแลสุขภาพสตรีและการวางแผนครอบครัว โดยการให้อาสาสมัครและผู้นำจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม พัฒนาการให้บริการโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล เพิ่มบทบาทของภาคเอกชน มีวิธีการที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลกลุ่มเสี่ยง เพิ่มการยอมรับการใช้ห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย มีการให้คำปรึกษาหลังคลอดและหลังแท้ง ในการใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ๒) โครงสร้างพื้นฐานในการบริการและการบริหารจัดการ โดยทุกหน่วยงานมีคณะกรรมการซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญในการเตรียมโครงการระดับประเทศและควบคุมกำกับการทำงาน มีองค์กรหรือตัวแทนที่จะประเมินผลการดำเนินงาน พัฒนาการจัดเก็บข้อมูล การติดตามและการประเมินผล (TUIK, ๒๐๐๘ quoted in Dundar et al., ๒๐๑๐)

๓) ประเทศบรูไน หรือ ชื่อทางการ เนการาบรูไนดารุสซาลาม (Negara Brunei Darussalam แปลว่า ดินแดนแห่งความสงบสุข)

บรูไนเป็นประเทศที่ตั้ง ทางตะวันตกเฉียงเหนือของเกาะบอร์เนียว (ละติจูดที่ ๕ เหนือเส้นศูนย์สูตร) มีประชากร ๓๗๐,๐๐ คน (๒๕๔๘) ประกอบด้วย มาเลย์ (๖๖%) จีน (๑๑%) และอื่น ๆ (๒๓%) มีอัตราการเพิ่มของประชากรปีละ ๒ % ศาสนาประจำชาติคือ ศาสนาอิสลาม (๖๗%) ศาสนาอื่น ๆ ได้แก่ ศาสนาพุทธ (๑๓%) ศาสนาคริสต์ (๑๐%) และฮินดู บรูไนฯ มีระบบรัฐสวัสดิการที่มีประสิทธิภาพ โดยรัฐให้หลักประกันด้านการศึกษา การเคหะและการรักษาพยาบาล และไม่มีการเก็บภาษีเงินได้ ทำให้บรูไนฯ ไม่ค่อยประสบปัญหาทางการเงิน อย่างไรก็ตามก็ยังมีปัญหาสังคมที่รัฐบาลให้ความสำคัญ ได้แก่ การแก้ไขปัญหาระงาต่างต่างผิดกฎหมาย และปัญหาการว่างงาน

ประเทศบรูไนนับว่าเป็นประเทศหนึ่งในเอเชีย ที่ให้ความสำคัญกับสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ประชาชนชาวบรูไนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐได้ฟรี นอกจากนั้นยังมีการจัดแพทย์เคลื่อนที่เพื่อรักษาพยาบาลประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ ที่สำคัญคือ ในกึ่งทัพบรูไนมีศูนย์พยาบาลเป็นหน่วยหนึ่งในกองทัพ และถ้าผู้ป่วยบริการอยู่ในที่ทุรกันดารก็มีหน่วยแพทย์อากาศ เดินทางโดยเฮลิคอปเตอร์ไปรักษาพยาบาลถึงที่ โดยทีมงานแพทย์ทางอากาศจะทำหน้าที่ ๓ ๕ ชั่วโมงต่อสัปดาห์และจะเยี่ยมเยียนหมู่บ้าน ๑ ครั้งต่อเดือน การที่รัฐบาลบรูไนเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของประชาชน มีผลทำให้ชาวบรูไนมีอายุเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงถึง ๗๒.๑ ปีสำหรับผู้ชาย และ ๗๖.๕ ปีสำหรับผู้หญิง

งานอนามัยแม่และเด็กในประเทศบรูไน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติรีเวชจะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในส่วนการบริการสูติรีเวชเป็นกลุ่ม เช่น เปิดคลินิกภูมิคุ้มกันโรค การบริการด้านสาธารณสุขในโรงเรียนต่างๆ การบริการสาธารณสุขแก่เด็กพิการ ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้จำนวนการเสียชีวิตของเด็กทารกที่อยู่ในครรภ์ลดลงในรอบหลายปีที่ผ่านมา ส่วนเด็กทารกที่ตายในขณะคลอดก็พบว่าลดลงเช่นเดียวกับการตายของผู้เป็นมารดา นอกจากนี้โรงพยาบาลของรัฐ บรูไยังมีหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับประชาชนทั่วไป รวมถึงมีส่วนคลินิกสงเคราะห์เด็กที่สามารถให้การรักษายาบาลเด็กแรกเกิดเกือบทุกคน ทั้งเด็กที่อยู่ในเมืองและชนบท ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าของการบริการสงเคราะห์เด็กของบรูไน นอกจากนี้คลินิกเอกชนที่บริการสาธารณสุขแก่ชาวบรูไน ซึ่งคลินิกเอกชนทั้งหมดจะต้องจดทะเบียนต่ออธิบดีกรมบริหารด้านการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติการแพทย์และทันตกรรม (ค.ศ. ๑๙๕๖) สำหรับหมอแผนโบราณจะต้องจดทะเบียนต่ออธิบดีกรมการบริการด้านสาธารณสุขเช่นเดียวกัน

๔) ประเทศอินเดีย หรือชื่อทางการว่า สาธารณรัฐอินเดีย (Republic of India)

ตั้งอยู่ในภูมิภาคเอเชียใต้ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น ๒๙ รัฐ (States) (ซึ่งแบ่งย่อยลงเป็นเขต) และ ๗ ดินแดนสหภาพ (Union Territories) ขนาดของประชากรใหญ่เป็นอันดับ ๒ ของโลก ซึ่งมีจำนวนมากกว่าหนึ่งพันล้านคน และมีอัตราการเพิ่มของประชากรสูงถึง ๑.๕% หญิงชาวอินเดียแต่ละคนมีบุตรโดยเฉลี่ย ๒.๙ คน และปัจจุบัน ๖๓% ของประชากรมีอายุระหว่าง ๑๕-๖๔ ปี โดยกลุ่มนี้เป็นชาย ๕๒% เมืองที่มีประชากรมากกว่า ๑ ล้านคน มีถึง ๓๐ เมือง ในจำนวนนี้ ๓ เมือง คือ Mumbai, Kolkata และ New Delhi มีประชากรมากกว่า ๑๐ ล้านคน ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อหัว โดยเทียบจากอำนาจซื้อ (Purchasing power parity) เพียง US\$ ๒,๖๐๐ ต่อปีหรือเท่ากับ ๓๗% ของรายได้ประชากรของไทย ยังมีการกระจายรายได้อย่างไม่ทั่วถึง โดยประมาณ ๒๕% เป็นคนจนมากและอาศัยอยู่ในเขตชนบท คนชั้นกลางก็มีมากกว่า ๒๐๐ ล้านคน

ประชากรส่วนใหญ่มีเชื้อชาติอินโด-อารยัน ที่เหลือเป็นคนเชื้อชาติดราวิเดียน (Dravidian) อารยัน (Aryan) มองโกลอยด์ (Mongoloid) และอื่นๆ ประชากรนับถือศาสนาฮินดูถึง ๘๓% และมุสลิม ๑๒% นอกจากนั้นเป็นซิกข์คริสเตียน พุทธเซน และนาซีแต่เป็นจำนวนน้อยมาก มีชนหลายเผ่าพันธุ์มีความเชื่อและนับถือเทพเจ้าหลากหลาย เช่น พระพรหม พระวิษณุพระศิวะ พระราม และพระกฤษณะ เป็นต้น ชาวอินเดียจึงถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุด ระบบครอบครัวของอินเดียเป็นระบบครอบครัวร่วมหรือครอบครัวขนาดใหญ่ สมาชิกในครอบครัวประกอบด้วย ปู่ ย่า พ่อ แม่ ลูก หลาน และ เหลน อยู่ร่วมกันภายในครอบครัวเดียว ผู้อาวุโสที่สุดของฝ่ายชายจะเป็นหัวหน้าครอบครัว แม้สังคมของอินเดียยังคงมีความนับถือเรื่องวรรณะอยู่ แต่ก็ปรากฏไม่มากเท่าอดีต ประชากรสามารถอ่านเขียนได้โดยเฉลี่ยเพียง ๖๐% ผู้หญิงอ่านเขียนได้น้อยกว่าชาย การศึกษาของอินเดียจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มของผู้มีฐานะชั้นสูงและผู้ชาย โดยผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาจะเป็นกลุ่มผู้หญิง ชนชั้นต่ำ รวมทั้งพวกจัณฑาลและไม่ใช่อินดู เพราะมีธรรมเนียมปฏิบัติ ห้ามไม่ให้อ่าน คัมภีร์พระเวทย์ และห้ามมิให้คนชั้นต่ำและผู้หญิงมีการศึกษาในระดับสูง

งานอนามัยแม่และเด็กในประเทศอินเดีย

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณ การตายของมารดาที่เกิดขึ้นทั่วโลกในแต่ละปี มีประมาณ ๕๓๖,๐๐๐ ราย ทั้งนี้จำนวน ๑๓๖,๐๐๐ ราย มาจากประเทศอินเดีย โดยที่อัตราส่วนมารดาตาย (MMR : Maternal Mortality Rate) ประเทศอินเดียอยู่ที่ประมาณ ๒,๐๐๐ รายต่อแสนการเกิดมีชีวิต สาเหตุของการตายส่วนใหญ่ ๓๘ % จากการตกเลือดหลังคลอด และจากการคลอดติดขัด (Obstructed Labour) และเกือบ ๖๐% ของหญิงตั้งครรภ์มีโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก รวมถึงเสียชีวิตจากการติดเชื้อและการส่งต่อ แม้อินเดียจะมีกฎหมายเสรีนิยมในการทำแท้ง แต่ก็พบประมาณ ๘% ของการเสียชีวิตของมารดาทั้งหมดเกิดขึ้นจากการมีภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง อัตราส่วนมารดาตายในอินเดียจะแตกต่างกันไปตามขนาดของรัฐ รายได้ประชากร ความกว้างใหญ่ทางภูมิศาสตร์ ความหลากหลายทางสังคมวัฒนธรรม สถานะของผู้หญิงอินเดียโดยทั่วไปอยู่ในระดับต่ำยกเว้นในรัฐทางใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีความรู้เพียง ๕๔% และผู้หญิงขาดการเพิ่มขีดความสามารถที่จะตัดสินใจ รวมถึงการตัดสินใจที่จะใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วยการจัดระบบบริการภาครัฐในแต่ละระดับขึ้นกับทักษะการจัดการและความเป็นผู้นำของแต่ละรัฐ และแม้ว่าในช่วง ๒๐ ปีที่ผ่านมา จะมีนโยบายแม่ปลอดภัยที่มีเป้าหมายลดการตายของมารดาน้อยกว่า ๑๐๐ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ มีชีวิตจำแนก แต่พบว่ายังคงอยู่ห่างไกล แม้จะมีความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงที่ผ่านมาสองทศวรรษที่ผ่านมา รวมถึงมีความพยายามในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพของมารดาแห่งชาติก็ตาม

โปรแกรมแม่ปลอดภัยในอินเดีย รัฐบาลของอินเดียได้พัฒนาโปรแกรมมารดาในระดับชาติ เช่น การเฝ้าระวังความปลอดภัยของมารดาและเด็ก (CSSM : Child Survival and Safe Motherhood), การอนามัยเจริญพันธุ์มารดาและเด็ก ระยะ ๑ และ ๒ [Reproductive and Child Health (RCH) phase ๑ and ๒ (RCH ๑, ๑๙๙๗-๒๐๐๔, RCH ๒, ๒๐๐๕-๒๐๑๐) โดยการสนับสนุนจากธนาคารโลกและสหประชาชาติ กองทุนเพื่อเด็ก (ยูนิเซฟ) ซึ่งมีการออกแบบเพื่อให้เด็กได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันโรคท้องร่วงและควบคุมการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน รวมถึงการให้บริการแม่ปลอดภัย เช่น การจัดตั้งหน่วยบริการส่งต่อ (FRUs : First Referral Units) สำหรับการดูแลการคลอดบุตรฉุกเฉิน (EmOC : Emergency Obstetric Care) ที่มีผู้เชี่ยวชาญพร้อม มีการพัฒนาระบบส่งต่อและการดูแลสุขภาพของมารดาในพื้นที่ห่างไกล มีการขยายโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข ทั้งในวิทยาลัยการแพทย์ (Subcentres :SCs) ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Centres : PHCs) และศูนย์สุขภาพชุมชน (Community Health Centres : CHCs)

มีการให้วัคซีนบาดทะยัก ป้องกันโรคโหติหิตจาก การดูแลฝากครรภ์และการส่งต่อโดยบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม มีการฝึกอบรมผดุงครรภ์โบราณหรือไต่บีแด (TBAs) รวมทั้งให้การรักษาผู้การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ (RTIs) / โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กามโรค) ส่งเสริมการเว้นระยะการมีบุตร จัดตั้งหน่วยคลังเลือดจัดระบบส่งต่อและเพื่อการเข้าถึงการทำแท้งที่ปลอดภัย สำหรับโปรแกรม RCH มีการเพิ่มพูนทักษะแก่บุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลเด็กแรกเกิด รวมถึงการเพิ่มจำนวนพยาบาลสำหรับงานดูแลสุขภาพชุมชน (Primary Health Care) ในช่วงยามวิกาลด้วย ทั้งหมดเหล่านี้เป็นวิธีให้การสนับสนุนใหม่ซึ่งไม่ได้ใช้ทรัพยากรมนุษย์ที่เพิ่มขึ้น

บทเรียนจากรัฐที่มีประสิทธิภาพสูง (การตายของมารดาและทารกลดลง) ในการจัดโปรแกรมมารดาและเด็ก ดังนี้

- **ความสำเร็จในรัฐเกรละ(Kerala)**

รัฐเกรละ(Kerala) ตั้งอยู่ตอนใต้สุดของประเทศอินเดีย และเป็นเมืองที่แออัดมาก เนื่องจากมีจำนวนประชากรสูงถึง ๗๔๗ คน ต่อพื้นที่ ๑ ตารางกิโลเมตร (จำนวนประชากรทั้งหมด ๒๙ ล้านคน) มีรายได้ต่อหัวต่ำกว่ามาตรฐานของประเทศ (percapita income = ๓๓๘๘ รูปี) แต่ก็สามารถบริหารระดับสุขภาพของประชาชนในรัฐได้ดีกว่ารัฐอื่นๆ

ความสำเร็จในรัฐเกรละ เกิดขึ้นจากเจตจำนงทางการเมืองที่แข็งแกร่งและความสามารถในการบริหารจัดการที่ดีของภาคสังคม รวมถึงการมีความตระหนักรับรู้สูงของชุมชน เนื่องจากผู้หญิงส่วนใหญ่มีการศึกษาสูง และมีการสร้างพื้นฐานที่ดี(ถนน) รวมถึงโครงสร้างพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ(ศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาล) ที่ดีมากนำไปสู่การเข้าถึงบริการสาธารณสุขสูง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีในเกรละ

- **ความสำเร็จในรัฐทมิฬนาฑู (Tamil Nadu)**

รัฐทมิฬนาฑู (Tamil Nadu) เป็นหนึ่งในรัฐของที่ตั้งอยู่ใต้สุดของประเทศอินเดีย มีเขตแดนทางทะเลติดต่อกับประเทศศรีลังกา และอ่าวเบงกอล เมืองหลักคือเจนไนหรือมีทราส รัฐนี้ยังเป็นแหล่งกำเนิดศาสนาฮินดูของประเทศอินเดีย ปัจจุบันเป็นเมืองที่ใหญ่เป็นอันดับสี่ของอินเดีย และเป็นแหล่งผลิตภาพยนตร์ภาษาทมิฬ (Kollywood)

ความสำเร็จในรัฐทมิฬนาฑู เกิดขึ้นจากผู้นำการเมืองท้องถิ่นให้ความสำคัญในการมีส่วนร่วมดำเนินงานให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพที่สูงขึ้นในพื้นที่ชนบท เช่น การจัดสรรให้ตำแหน่งพยาบาล ๓ คน ในทีมสำหรับงานบริการปฐมภูมิ(PHC) และสนับสนุนเงิน ๖๐๐๐ อาร์เอส เป็นมาตรการจูงใจสำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพหญิงกลุ่มที่สุขภาพไม่ดี (รูปแบบคล้ายกับ janani Suraksha Yojana) ซึ่งเป็นมาตรการที่รัฐอื่นๆยินดีที่จะทำ นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบการเสียชีวิตของมารดาวิเคราะห์สาเหตุทางการแพทย์และทางสังคม รวมถึงการดำเนินการเพื่อปรับปรุงระบบที่มีทั้งหมด

- **รัฐคุชราต (Gujarat)** คือหนึ่งในรัฐของประเทศอินเดีย ตั้งอยู่ทางตะวันตกของประเทศติดกับประเทศปากีสถานและทะเลอาหรับ รัฐคุชราต เป็นรัฐที่ห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประชากรมากกว่า ๘๐% ไม่รับประทานเนื้อสัตว์

ความสำเร็จของโครงการในรัฐคุชราต ส่วนใหญ่เกิดขึ้นเนื่องจากความพร้อมของสูติแพทย์นรีแพทย์เอกชนในพื้นที่ชนบทและความตั้งใจที่จะทำงานร่วมกับรัฐบาล โดยมีการปรึกษาหารือในรายละเอียดร่วมกัน มีการเตรียมการทางการเงินที่โปร่งใส มีการวางแผน ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และแต่งตั้งผู้มีความรับผิดชอบเพื่อกำกับดูแลและการบริหารจัดการโครงการ ความไว้วางใจระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนที่ถูกสร้างขึ้นผ่านการติดต่อส่วนบุคคลของข้าราชการสาธารณสุขและทีมงาน กับผู้ให้บริการดูแลภาคเอกชนในพื้นที่ชนบท (Kranti S. Vora et.al, ๒๐๐๙)

๕) ประเทศมาเลเซีย (Malaysia) หรือชื่อทางการคือ สหพันธรัฐมาเลเซีย (Federation of Malaysia)

เป็นประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศมาเลเซียมีดินแดนแบ่งออกเป็น ๒ ส่วน ส่วนแรกเป็นรัฐต่าง ๆ จำนวน ๑๑ รัฐตั้งอยู่บนแหลมมลายู อีกส่วนหนึ่งมี ๒ รัฐตั้งอยู่บนเกาะบอร์เนียว ทั้งสองส่วนนี้มีความแตกต่างทางชาติพันธุ์ รัฐที่ตั้งอยู่บนแหลมมลายูประกอบด้วยชาติพันธุ์ใหญ่ ๆ จำนวน ๓ ชาติพันธุ์ คือ มลายู จีน และอินเดีย ส่วนรัฐที่ตั้งอยู่บนเกาะบอร์เนียว มีจำนวนชาติพันธุ์หลายสิบชนเผ่า มีประชากรประมาณ ๒๘.๓ ล้านคน ประชากรร้อยละ ๖๑.๓ นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ ๑๙.๘ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๙.๒ นับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ ๖.๓ นับถือศาสนาฮินดู และร้อยละ ๑.๓ นับถือลัทธิขงจื้อ ลัทธิเต๋า และความเชื่อดั้งเดิมอื่น ๆ ของจีน แต่การหันไปนับถือศาสนาอื่นที่ไม่ใช่อิสลามเป็นปัญหาอย่างมาก เนื่องจากทางภาครัฐจะไม่เปลี่ยนข้อมูลทางราชการให้ มาเลเซียบัญญัติในรัฐธรรมนูญให้อิสลามเป็นศาสนาประจำชาติ และผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามจะมีสิทธิพิเศษ คือ ได้รับเงินอุดหนุนเรื่องค่าครองชีพตามนโยบายภูมิบุตรของรัฐบาล

งานอนามัยแม่และเด็กในประเทศมาเลเซีย

มาเลเซียมีการลดการตายของมารดาดำเนินการอย่างได้ผลโดยให้มีการเข้าถึงบริการในทุกกลุ่มอายุ มีระบบรองรับที่ดีในการบูรณาการการดำเนินงานสำหรับหญิงตั้งครรภ์ คลอด ดูแลหลังคลอด มีกลไกที่ดีในการดูแลทารกและเด็กตั้งแต่แรกคลอดจนเข้าโรงเรียนมาเลเซียประสบความสำเร็จในการเข้าถึงบริการการคลอด โดยเกือบร้อยละ ๑๐๐ คลอดในสถานบริการโดยผู้ที่มีทักษะในด้านนี้ มีแนวทางในการลดปัญหาอนามัยแม่และเด็กโดยพัฒนาให้มีความครอบคลุมของการใช้บริการด้านมารดา ทารกแรกเกิด และการดูแลอนามัยเจริญพันธุ์ร่วมกับเครือข่ายการสาธารณสุข รวมถึงมีการตรวจสอบในรายที่มารดาตายและมารดาที่เกือบจะเสียชีวิตด้วย (Near Miss Auditing) นอกจากนี้ในส่วนของผดุงครรภ์โบราณในประเทศมาเลเซียจะต้องได้รับการพัฒนาทักษะและขึ้นทะเบียนเป็นผดุงครรภ์โบราณก่อนจึงจะสามารถทำคลอดได้ (WHO-Malaysia Country, ๒๐๐๙-๒๐๑๓)

๖) สาธารณรัฐประชาชนจีน [People's Republic of China (PRC)]

ข้อมูล ณ ปี ค.ศ. ๒๐๑๓ จีนมีประชากรมากถึง ๑.๓๙ พันล้านคน ประมาณร้อยละ ๕๐ อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ ๒.๗ ทั้งนี้รัฐบาลจีนโดย Ministry of Human Resources and Social Security คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. ๒๐๕๐ สาธารณรัฐประชาชนจีนจะมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ ๓๐ ของจำนวนประชากรจีนทั้งหมด หรือประมาณ ๔๐๐ ล้านคน และประชากรเพศหญิงของจีนมีอายุขัยเฉลี่ย ๗๖.๘ ปี และเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ย ๗๒.๕ ปี

ศาสนาที่มีคนนับถือในประเทศจีนคือ พุทธศาสนา ศาสนาขงจื้อ ศาสนาเต๋า (เป็นศาสนาพื้นเมืองของจีน) คริสต์ และ อิสลาม จากการศึกษามีการประเมินว่าในประเทศจีนมีจำนวนชาวมุสลิมอยู่กว่า ๓๐ ล้านคนในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ ๒.๓ ของจำนวนประชากรโดยรวม ทั้งนี้ ชาวมุสลิมในจีนส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ด้านตอนในและซีกตะวันตกของประเทศ อาทิ มณฑลหนิงเซี่ย (Ningxia) มณฑลกานซู (Gansu) เขตปกครองอิสระมองโกเลียใน (Inner Mongolia) และเขตปกครองอิสระซินเจียง (Xinjiang) และที่การกระจายตัวไปตามเมืองใหญ่ต่าง ๆ ทั้งนี้จากสถิติของสมาคมอิสลามแห่งประเทศไทย (Chinese Islamic Association) ระบุว่า ประเทศจีนมีโต๊ะอิหม่ามแบบเต็มเวลา (ที่ได้รับเงินเดือน) จำนวนกว่า ๔๐,๐๐๐ คน และจำนวนสุเหร่าที่กระจายตัวในหัวเมืองต่าง ๆ ถึงกว่า ๒๓,๐๐๐ แห่ง

งานอนามัยแม่และเด็กในประเทศจีน

จีนได้มีความพยายามในการลดอัตราการตายของมารดาและทารก เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพตามที่ได้กำหนดร่วมกันในหลายประเทศทั่วโลก ทั้งนี้สามารถลดอัตราการตายของมารดาจาก ๘๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปี ๒๕๓๔ เป็น ๔๘.๓ ในปี ๒๕๔๗ ซึ่งนับเป็นความสำเร็จในการลดปัญหาการตายของมารดา โดยได้มีการกำหนดกฎหมายรองรับเรื่องของการดูแลสุขภาพของมารดาและทารก มีการกำหนดมาตรการในการให้ความเสมอภาคในการจัดบริการให้เหมาะสมตามบริบทของวัฒนธรรม สนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม มีการทำงานร่วมกันระหว่างอหิมาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการใช้สื่อ ๒ ภาษาในการประชาสัมพันธ์ มีการให้ความรู้ ที่มียศยิต รวมทั้งให้ความรู้กับอหิมาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการพัฒนาทักษะในเรื่องของการสื่อสาร (Unicef, ๒๐๐๖ และ ๒๐๑๒)

นอกจากนี้จีนมีการจัดการระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชน ๓ ระบบ ซึ่งบริหารจัดการโดยหน่วยงานรัฐคนละหน่วยงาน บางระบบเป็นระบบที่ประชาชนถูกบังคับให้อยู่ภายใต้การประกัน ขณะที่บางระบบเปิดเสรีให้ประชาชนเลือกที่จะอยู่ภายใต้ระบบหรือไม่อยู่ก็ได้ ได้แก่ ๑) Urban employee basic medical insurance (UEBMI) ๒) Urban resident basic medical insurance (URBMI) และ ๓) Rural cooperative medical system (RCMS) หรือ New Rural Cooperative Medical Scheme (NCMS) ระบบประกันสุขภาพทั้ง ๓ ระบบข้างต้นครอบคลุมประชากรประมาณ ๑.๓๑ พันล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๙๕ ของประชากรทั้งประเทศ แม้สาธารณรัฐประชาชนจีนจะมีการจัดระบบประกันสุขภาพพื้นฐานให้แก่ประชาชน แต่เนื่องจากแต่ละพื้นที่เป็นผู้บริหารจัดการผู้มีสิทธิของตนเอง ทำให้การบริหารจัดการด้านการเงิน การบริหารจัดการชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และยา มีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

แม้ว่าโลกาภิวัตน์จะทำให้ปัญหาด้านสุขภาพในระดับโลก และภูมิภาคเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แต่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ในประเด็นเรื่องการลดอัตราส่วนมารดาตายในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งภายในปี ๒๕๔๘-๒๕๕๘ ยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่ยากต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษในหลายช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การศึกษาวิจัยเรื่องสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในแก้ไขปัญหานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อต้องการค้นหาช่องว่างความรู้ สถานการณ์งานนอนามัยแม่และเด็กปัจจุบันกับเป้าประสงค์ เพื่อเป็นข้อมูลมาสนับสนุนพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายระดับเขต กำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพในการแก้ไขปัญหาแม่และเด็ก ที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทและปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่ต่อไป

ในการศึกษานี้จึงเลือกรูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนประสบการณ์ตรงของผู้ปฏิบัติงานนอนามัยแม่และเด็ก หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงลึกผ่านการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยผสมผสาน (Mixed Methods Research: Sequential – Exploratory)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาประชากรในจังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม ๑ ผู้ปฏิบัติงานนอนามัยแม่และเด็ก (ผู้บริหาร/ MCH Board / แพทย์/พยาบาล/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ไต่เบบี้แคร์/ผู้บริหารและแกนนำเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่นำนโยบายการดำเนินงานนอนามัย แม่และเด็กไปสู่การปฏิบัติ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, NGO ในพื้นที่ เป็นต้น

กลุ่ม ๒ หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์ ได้แก่ มารดาที่มาฝากท้อง มารดาหลังคลอดจากบัญชีรายชื่อของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่ม ๓ กลุ่มบุคคลอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่ม ๒ ได้แก่ สามี บุคคลในครอบครัว ผู้นำศาสนา เป็นต้น

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

- พิจารณาคัดเลือกกลุ่ม ๑ ผู้ปฏิบัติงานนอนามัยแม่และเด็ก
ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข ผดุงครรภ์โบราณ (ไต่เบบี้แคร์)
- พิจารณาคัดเลือกกลุ่ม ๒ หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์
ได้แก่ มารดาที่มาฝากท้อง มารดาหลังคลอดจากบัญชีรายชื่อของรพศ./รพท./รพช. และรพ.สต.
- พิจารณาคัดเลือกกลุ่ม ๓ กลุ่มบุคคลอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่ม ๒
ได้แก่ สามี บุคคลในครอบครัว ผู้นำศาสนา

โดยมีรายละเอียดตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

ตารางที่ ๑ แสดงเกณฑ์การคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร	การศึกษาเชิงคุณภาพ	
	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
กลุ่ม๑ ผู้ปฏิบัติงาน อนามัยแม่และเด็ก	๑.๑ ผู้บริหาร ได้แก่ นพ.สสจ. และรองนพ.สสจ.(ผชชว.) (สัมภาษณ์)	๒ คน
	๑.๒ คณะกรรมการMCH Board (ตามคำสั่งแต่งตั้งเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑-๓ ปี) ได้แก่ ประธาน/รองประธาน/เลขานุการ (สัมภาษณ์)	๒ คน
	๑.๓ แพทย์ พยาบาล อสม. โต๊ะปีแด้ ใน ๓-๔ พื้นที่ แพทย์ พยาบาล - สัมภาษณ์ อสม. โต๊ะปีแด้ - สันทนากลุ่ม / สัมภาษณ์ หากพบว่ายังมีประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม	๑-๒ คน * ๔ ประเภท * ๓-๔ พื้นที่ = ๑๒-๓๒ คน
	๑.๔ ผู้บริหารองค์กร และแกนนำเครือข่ายนอก กระทรวงสาธารณสุขที่นำนโยบาย / แนวทางการ ดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กไปสู่การปฏิบัติ เช่น องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น , NGO ในพื้นที่	๑-๒ คน * ๒ หน่วยงาน/ เครือข่าย = ๒-๔ คน (สัมภาษณ์)
กลุ่ม๒ หญิง ตั้งครรภ์และหรือ เคยตั้งครรภ์	มารดาที่มาฝากท้อง มารดาหลังคลอดจากบัญชีรายชื่อ ของรพศ. รพท. รพช. และรพ.สต. (สันทนากลุ่ม / สัมภาษณ์ หากพบว่ายังมีประเด็นที่ ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม)	๒ คน * ๔ รพ. (จากรพศ. รพท. รพช. รพ.สต.) = ๘ - ๑๒ คน
กลุ่ม๓ กลุ่มบุคคล อ้างอิง ที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่ม๒	ได้แก่ สามี บุคคลในครอบครัวผู้นำศาสนา (สันทนากลุ่ม/สัมภาษณ์ หากพบว่ายังมีประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม)	๒ - ๓ คน * ๓-๔ พื้นที่ = ๖ - ๑๒ คน
หมายเหตุ	ต้องยินยอมลงนามเป็นอาสาสมัครและลงนามรักษาความลับจากการสนทนากลุ่ม/สัมภาษณ์	

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ๑) ผู้ที่ไม่สามารถจัดสรรเวลาให้ได้ ๒) ไม่อยู่ใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้เป็นเวลา ๓ เดือน (นับย้อนเวลา ๓ เดือนจนถึงเดือนเริ่มต้นของการเก็บข้อมูล) ๓) ผู้ที่ไม่ยินยอมลงนามรักษาความลับจากการสนทนากลุ่ม และการให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก

เกณฑ์การยุติการศึกษา

ผู้ที่อดใจหรือไม่สบายใจมากจนไม่สามารถให้ข้อมูลต่อไปได้ ผู้ที่ต้องการออกจากการศึกษา ไม่ว่าจะสาเหตุใด ผู้ที่สนทนาไม่เป็นมิตรหรือรบกวนอาสาสมัครคนอื่นจนทำให้เสียบรรยากาศการสนทนา

สถานที่เก็บข้อมูล

ได้แก่ อำเภอรามัน กาบัง เบตง และอำเภอเมืองยะลา ทั้งนี้ในการเลือกอำเภอ เลือกแบบจำเพาะเจาะจง (purposive) โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านบริบท ลักษณะและที่ตั้งของพื้นที่ กล่าวคือ

- อำเภอเบตง เป็นอำเภอที่มีขนาดใหญ่ในจังหวัดยะลา ที่ตั้งบริบทอยู่ใต้สุดของประเทศไทย เป็นพื้นที่พิเศษ เนื่องจากมีความหลากหลายทางภาษา เชื้อชาติและศาสนา เช่น ภาษาไทย ภาษามลายู ปัตตานี ภาษาจีนกวางตุ้ง ภาษาจีนกวางไส ภาษาจีนแคะ ภาษาจีนฮกเกี้ยนและจีนแต้จิ๋ว มีทั้งคนไทยมุสลิม คนไทยพุทธ คนไทยเชื้อสายจีน และอื่น ๆ จึงทำให้มีความหลากหลายทางประเพณี และวัฒนธรรม วิถีชีวิต

- อำเภอรามัน ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัด เป็นพื้นที่ที่มีเขตการปกครองมากสุดในจังหวัดยะลา คือ มี ๑๖ ตำบล ๙๐ หมู่บ้าน ๒ เทศบาลและ ๑๔ อบต. ประชากรมากเป็นอันดับ ๒ รองจากอำเภอเมืองยะลา

- อำเภอกาบัง ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกสุดของจังหวัดยะลา เป็นชุมชนขนาดเล็ก มีประชากรประมาณ ๒๔,๙๙๘ คน ส่วนมากร้อยละ ๗๓ เป็นชาวไทยเชื้อสายมลายู และร้อยละ ๑๗ เป็นชาวไทยพุทธ

- อำเภอเมืองยะลา ตั้งอยู่ทางตอนบนของจังหวัด เป็นพื้นที่ที่ประชากรสูงสุด และมีลักษณะเป็นชุมชนเมือง

ระยะเวลาในการดำเนินงาน

เมษายน ๒๕๕๗ – พฤษภาคม ๒๕๕๘

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม โดยแนวคำถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด (Open – ended questions) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นเพียงเค้าโครง (outline) หรือหัวข้อการสนทนาโดยการให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและนำมาทดสอบ ผลจากการพัฒนาและสร้างเครื่องมือได้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง มีทั้งหมด ๑๘ ข้อ โดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์จะแบ่งตามกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผดุงครรภ์โบราณ(โต๊ะบีแค) จำนวน ๓ ข้อ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ นโยบาย / กลยุทธ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่ผ่านมา การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ (เชิงพื้นที่) ปัจจัยเอื้อหรือปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา นโยบาย / กลยุทธ์ และหรือการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก

กลุ่มที่ ๒ หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์ ในที่นี้ได้แก่ มารดาที่มาฝากท้อง มารดาหลังคลอด จำนวน ๗ ข้อ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม ความรู้ และการรับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สภาพแวดล้อม ระบบการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่ม ๓ กลุ่มบุคคลอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์ เช่น สามี บุคคลในครอบครัว ผู้นำศาสนา เป็นต้น จำนวน ๘ ข้อ ได้แก่ วิถีชีวิต ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม ความรู้และการรับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สภาพแวดล้อมและระบบการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพ และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา นโยบาย / กลยุทธ์ และหรือการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก

วิธีการศึกษา แบ่งออกเป็น ๗ ขั้นตอน ดังนี้

๑. รวบรวมข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัย วรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายงานการประชุม MCH Board และรายงานผลวิเคราะห์การตายมารดาจากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) เพื่อศึกษาสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กทั้งในระดับประเทศเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ และ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ โดยใช้วิธีการ documentary research และศึกษาจากรายงานและเข้าร่วมประชุม dead case conference

๒. คัดเลือกจังหวัดซึ่งทีมงานในพื้นที่มีความพร้อม และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเรียนรู้ สร้างความคุ้นเคยและทำความเข้าใจในบริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตหลักศาสนา คุณลักษณะทางประชากร สภาพความเป็นอยู่ การรับรู้และเข้าถึงบริการการรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการ การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และ/หรือมีปัญหาสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก สภาพการทำงาน ปัญหาและอุปสรรคในการใช้บริการสุขภาพและการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้วิธีการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ (informal interviews)

๓. พัฒนาและสร้างเครื่องมือ “แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง” ซึ่งพัฒนาขึ้นหลังจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ทำการทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือ

๔. สนทนากลุ่ม (focus group discussion) เพื่อรับรู้และเรียนรู้ข้อเท็จจริงในประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ได้แก่ วิถีชีวิต ความเชื่อ วัฒนธรรม การรับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สภาพแวดล้อม ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็ก และสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) ประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

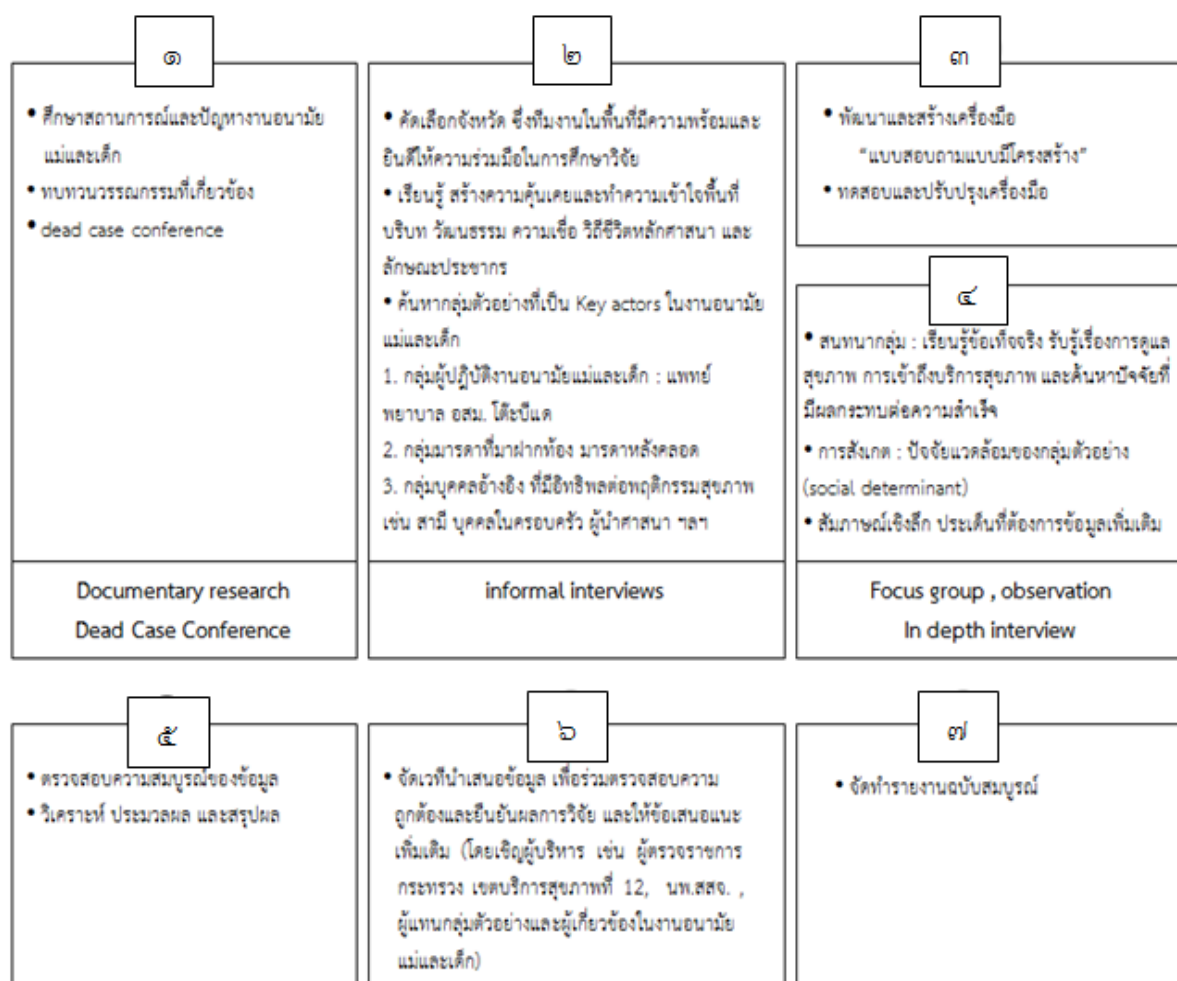
ใช้การสังเกต (observation) และมีการบันทึกข้อมูลจากการสังเกตในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร่วมการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย สภาพการทำงาน สภาพแวดล้อม และบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กจัดให้กับมารดาที่มาฝากท้องมารดาหลังคลอด

๕. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ และหากพบว่ายังมีประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม คณะผู้วิจัยติดต่อขอสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) ประมวลข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผล

๖. จัดเวทีนำเสนอและคืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องในงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก เพื่อร่วมตรวจสอบความถูกต้อง ยืนยันผลการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมโดยเชิญผู้บริหาร เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้แทนกลุ่มตัวอย่าง และผู้เกี่ยวข้องในงานอนามัยแม่และเด็ก

๗. จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ (ดังแผนภาพที่ ๑)

แผนภาพที่ ๑ แสดงรายละเอียด ๗ ขั้นตอนของการศึกษาวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลได้มาจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) และข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ดังนี้

๑. รายงานผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้
๒. รายงานการตายมารดาและรายงานการประชุม MCH Board จังหวัดยะลา
๓. สรุปรายงานการวิเคราะห์สาเหตุการตายโดยผู้เชี่ยวชาญภาควิชาสถิติศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามารามาดิ

๔. การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสนทนากลุ่ม พื้นที่ ๔ อำเภอในจังหวัดยะลา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

- นำข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป : สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ
- นำข้อมูลเชิงคุณภาพ จัดหมวดหมู่เนื้อหาและนำเสนอข้อมูลโดยการพรรณนา

บทที่ ๔

ผลการศึกษา

ส่วนที่ ๑ : ผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

จากข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปีพ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ เทียบค่าเป้าหมายระดับประเทศ สรุปผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑.๑ การฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์

การฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปด้วยดีจนกระทั่งคลอดและ ได้ทารกที่มีสุขภาพสมบูรณ์ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ได้แต่เนิ่นๆจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแล และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เป้าหมายระดับประเทศได้กำหนดไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ ผลการดำเนินงานในภาพรวม ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ทั้งนี้เนื่องจากทุกจังหวัดขานรับนโยบายและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาทางอนามัยแม่และเด็ก เป็นปัญหาสำคัญในระดับพื้นที่และในระดับเขต ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ จำแนกตามจังหวัด (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐)

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๕๕	๗๙.๓๑	๗๐.๘๐	๗๒.๒๓	๗๔.๒๖
๒๕๕๖	๗๑.๓๙	๗๔.๒๘	๗๔.๗๗	๗๓.๕๔
๒๕๕๗	๗๑.๗๑	๗๔.๖๘	๗๙.๕๔	๗๕.๙๙

ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา, ๒๕๕๗

๑.๒ การฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์

การฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ เป้าหมายกำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ พบว่าในภาพรวม ยังไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายทุกจังหวัด ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๕๕	เกณฑ์ ๔ ครั้ง			
๒๕๕๖	๕๔.๙๗	๗๐.๙๒	๖๒.๗๑	๔๒.๓๗
๒๕๕๗	๕๑.๑๓	๗๓.๘๖	๖๑.๘๒	๖๑.๕๕

ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา, ๒๕๕๗

๑.๓ ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์

ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์เป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ภาวะซีดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แม้ในภาพรวมภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ในช่วงระยะเวลา ๓ ปี (ปี ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗)

คู่มือแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อจําแนกรายจังหวัดจะเห็นว่ามียัตราขึ้นลงไม่คงที่ แสดงให้เห็นถึงยังมีประเด็นความเสถียรที่ต้องเร่งบริหารจัดการ รวมถึงพัฒนาระบบเฝ้าระวังให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ มารดาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๑๐)

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๕๕	๑๙.๘๖	๑๔.๙๐	๑๖.๔๐	๑๗.๑๘
๒๕๕๖	๑๘.๓๙	๑๕.๑๓	๑๗.๒๙	๑๗.๐๖
๒๕๕๗	๑๘.๘๓	๑๔.๖๓	๑๕.๐๗	๑๖.๒๒

ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา, ๒๕๕๗

๑.๔ การคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

การคลอดบุตรน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม เป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๗ พบว่า ยังคงไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ในปี ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ พบอัตราสูงสุดที่จังหวัดยะลา ร้อยละ ๙.๔๕ ต่ำสุดที่จังหวัดปัตตานี ร้อยละ ๖.๐๐ ตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ การคลอดบุตรน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ ๗)

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๕๕	๗.๓๖	๘.๕๗	๖.๕๗	๗.๔๖
๒๕๕๖	๖.๗๐	๙.๔๕	๗.๓๕	๗.๘๐
๒๕๕๗	๖.๐๐	๘.๓๔	๗.๖๕	๗.๓๖

ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา, ๒๕๕๗

๑.๕ การตายของมารดา

เมื่อพิจารณาการตายของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ จากค่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ และเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพในส่วนเพิ่มเติม (Millennium Development Goals Plus : MDGs Plus) ที่กำหนดให้ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ลดอัตราส่วนการตายของมารดาลดลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี ๒๕๔๘-๒๕๕๘ โดยที่เป้าหมาย MDGs Plus ปี ๒๕๕๘ กำหนดให้อัตราส่วนการตายของมารดาต้องไม่เกิน ๒๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพนั่น พบว่า อัตราส่วนการตายของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปี ๒๕๕๗ ยังคงสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศ ประมาณ ๓ เท่า และสูงกว่าเป้าหมาย MDGs Plus เกือบ ๒ เท่าตัว ดังตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ อัตราส่วนมารดาตาย (เป้าหมายระดับประเทศไม่เกินร้อยละ ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๕๕	๔๑.๐๔	๐.๐๐	๒๙.๗๘	๒๕.๖๒
๒๕๕๖	๕๙.๐๐	๕๒.๗๓	๖๓.๙๔	๕๙.๐๗
๒๕๕๗	๔๓.๓๙	๒๒.๒๗	๕๕.๓๕	๔๒.๒๓

ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา, ๒๕๕๗

๑.๖ การตายปริกำเนิดของทารก

การตายปริกำเนิดของทารก เป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกิน ๙ ต่อพันการเกิด ในภาพรวมการดำเนินงาน ยังคงสูงกว่าเป้าหมายยกเว้นในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานจำแนกรายจังหวัด ในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ พบว่าจังหวัดปัตตานี และนราธิวาส ผลการดำเนินงานยังคงสูงกว่าเป้าหมาย ตารางที่ ๗

ตารางที่ ๗ อัตราส่วนการตายปริกำเนิดของทารก (เป้าหมายไม่เกิน ๙ ต่อพันการเกิด)

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๕๕	๘.๕๒	๗.๓๑	๗.๕๑	๗.๘๐
๒๕๕๖	๙.๒๖	๗.๓๓	๑๑.๔๓	๙.๕๒
๒๕๕๗	๙.๐๓	๗.๒๐	๘.๙๘	๘.๕๒

ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา, ๒๕๕๗

๑.๗ การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณและคลอดในสถานบริการสาธารณสุข

อัตราการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ ระหว่างปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ พบว่า ลดลงในทุกจังหวัด ในขณะที่การคลอดในสถานบริการสาธารณสุขที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งในภาพรวมของ ๓ จังหวัดชายแดนใต้และรายจังหวัด ทั้งนี้ข้อเท็จจริงส่วนหนึ่งเนื่องจากผดุงครรภ์โบราณส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก ไม่มีทายาทที่ถ่ายทอดการทำคลอดให้และเด็กรุ่นใหม่เริ่มใช้บริการฝากครรภ์และคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น ข้อมูลดังตารางที่ ๘ และตารางที่ ๙ สามารถสะท้อนถึงมีการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้นด้วย (ธีรพล โทพันชานนท์ และคณะ, ๒๕๕๗)

ตารางที่ ๘ การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ - ๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๕๕	๔.๑๒	๓.๑๔	๓.๐๘	๓.๔๑
๒๕๕๖	๒.๖๒	๒.๓๐	๒.๗๓	๒.๕๕
๒๕๕๗	๒.๔๙	๑.๘๓	๐.๖๔	๑.๕๓

ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา, ๒๕๕๗

ตารางที่ ๙ การคลอดในสถานบริการสาธารณสุข

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๕๕	๙๕.๗๘	๙๖.๘๖	๙๖.๙๒	๙๖.๕๖
๒๕๕๖	๙๗.๒๔	๙๗.๔๑	๙๗.๒๗	๙๗.๓๑
๒๕๕๗	๙๗.๔๐	๙๗.๙๙	๙๙.๓๖	๙๘.๓๙

ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา, ๒๕๕๗

กล่าวโดยสรุป คือ ภาพรวม ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กต่ำกว่าเป้าหมายในเกือบทุกตัวชี้วัด การตายของมารดาซึ่งเป็นตัวบ่งชี้หลักของสภาวะสุขภาพของประเทศที่สำคัญ ยังคงพบตัวเลขสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศประมาณ ๓ เท่าและสูงกว่าเป้าหมาย MDGs Plus เกือบ ๒ เท่าตัว และแม้ว่าส่วนใหญ่ของหญิงตั้งครรภ์ได้เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ

อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ยังมีการใช้บริการฝากครรภ์ และการคลอดกับ ผดุงครรภ์โบราณแม้แนวโน้มจะลดลงก็ตาม

ส่วนที่ ๒ รายงานการตายมารดาและรายงานการประชุม MCH Board

ผลการศึกษา พบว่า ทั้ง ๓ จังหวัดชายแดนใต้มีการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลการตายของ มารดาไว้ในรายงานการประชุมรายงานการประชุม MCH Board จังหวัดและระดับเขต (MCH Board : Maternal and Child Health Board) ซึ่งมีมาตรการ/กลยุทธ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ดังนี้

ด้านวิชาการ ทุกจังหวัดมีประชุม conference case dead ทุกราย ทำให้ค้นพบข้อผิดพลาดและโอกาสในการพัฒนา นอกจากนี้มีการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย เช่น อบรมการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก พัฒนาศักยภาพผดุงครรภ์โบราณและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เป็นเครือข่ายในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ด้านระบบบริการ ได้มีการพัฒนาคุณภาพสถานบริการให้มีคุณภาพและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว จัดระบบดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแล หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงระหว่างโรงพยาบาลและรพ.สต.และระหว่างจังหวัด มีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับยา และเวชภัณฑ์ รวมถึงมีการซ้อมแผนเพื่อรองรับ Obstetric Emergency เพื่อให้สามารถลดอัตราการตายของมารดาได้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า มีประเด็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ได้แก่ ๑) การไม่ปฏิบัติตาม CPG รวมถึงไม่ปฏิบัติตามมติที่ MCH board กำหนดไว้ ๒) ผู้ปฏิบัติงานทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชนและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดทักษะการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ๓) ปัญหาเรื่องระบบการส่งต่อล่าช้า ทั้งนี้ได้มีข้อเสนอแนะสำคัญที่ปรากฏในรายงานการตรวจราชการ คือ ควรมีทีมสูติแพทย์ ระดับจังหวัดเป็นพี่เลี้ยงให้กับทางโรงพยาบาลชุมชน

ด้านการบริหารจัดการ มีการกำหนดให้เป็นนโยบายและปัญหาสาธารณสุขสำคัญในพื้นที่ มีการจัดตั้งคณะกรรมการ MCH Board ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการเพื่อเป็นกลไกหลักขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสาร และระบบรายงาน มีระบบการนิเทศ ติดตามและสุ่มประเมิน รวมถึงเป็นพี่เลี้ยงให้กับสถานบริการเครือข่าย และมีการประชาสัมพันธ์ผ่านทั้งทางสื่อวิทยุและโทรทัศน์ โดยความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและชุมชนในแต่ละพื้นที่ เป็นต้น

ส่วนที่ ๓ สรุปรายงานการวิเคราะห์สาเหตุการตาย โดยผู้เชี่ยวชาญภาควิชาสูติ ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดังนี้

๑) การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ในบริบทของสูติศาสตร์สมัยใหม่

จากรายงานมารดาการเสียชีวิต ๑๓ ราย พบว่ามีเพียง ๒ รายที่น่าจะเป็นเหตุสุดวิสัยยากที่จะป้องกันได้ ๑ ราย จาก Amniotic fluid embolism และ ๑ รายที่เป็น Cancer of thyroid with brain metastasis มารดา ๕ ราย เสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด รวมถึงภาวะมดลูกแตก ๑ ราย อันเกิดจากการเร่งคลอดด้วย Oxytocin ในภาวะ CPD และการผ่าตัดคลอดอย่างยากใช้เวลานานเกิน ๓ ชั่วโมง มารดา ๕ รายเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด คือภาวะความดันโลหิตสูง (pregnancy induce hypertension) ขึ้นรุนแรงมีอาการชัก (eclampsia) ๓ ราย และอีก ๑ ราย

จากภาวะ HELLP syndrome และมารดาที่ติดเชื้อ HIV มีประวัติการรับยา Antiretroviral ไม่ครบถ้วนทำให้โรคกำเริบรุนแรงจาเกิดการคลอดก่อนกำหนดและมารดาเสียชีวิตหลังคลอดหนึ่งวัน

□๒) การรายงานการประชุม MCH Board มีความครอบคลุมทั้งในด้านเชิงรุกและเชิงรับ

การวิเคราะห์และนำเสนอการป้องกันการเสียชีวิตของมารดาไว้ในรายงานการประชุม MCH Board ซึ่งมีความครอบคลุมทั้งในด้านเชิงรุกและเชิงรับ โดยพบว่าด้านเชิงรุก ได้แก่ การติดตามสตรีตั้งครรภ์มารับบริการดูแลฝากครรภ์ และปรับปรุงระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพรวดเร็ว และด้านเชิงรับ ได้แก่ การปรับปรุงบริการฝากครรภ์ และการดูแลการเจ็บครรภ์ให้มีมาตรฐาน มีการใช้เกณฑ์เสี่ยงสูงมาคัดกรองสตรีที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ส่วนสตรีที่มีโรค ประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ตามมาตรฐานครรภ์เสี่ยงสูง ในด้านห้องคลอดนั้นควรมีการใช้กราฟดูแลการคลอดเพื่อป้องกันการคลอดที่เนิ่นนานมีการ ประเมินภาวะและขนาดทารกในครรภ์ การใช้ Oxytocin ในการเร่งคลอดต้องระวังในกรณี Multiparity และทารกมีขนาดใหญ่เพราะทำให้มดลูกแตกได้ และการประเมินแล้วคลอดยากหรือมีโอกาสต้องผ่าตัด คลอดทางหน้าท้องก็ควรส่งต่อในเวลาทันท่วงที

ส่วนที่ ๔ ผลการศึกษาจากการรวบรวมข้อมูล : สัมภาษณ์เจาะลึก และสนทนากลุ่มในพื้นที่ ๔ อำเภอ จังหวัดยะลา

ในการศึกษานี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในพื้นที่จังหวัดยะลา ๔ อำเภอ ได้แก่ อำเภอรามัน กาบัง เบตง และอำเภอเมืองยะลา โดยมีผู้ให้ข้อมูล ๓ กลุ่มเป้าหมาย รวม ๑๐๕ คน ได้แก่

กลุ่ม ๑ ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก (ผู้บริหาร / MCHBoard / แพทย์ / พยาบาล / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน / ใต้ปีแด หรือผดุงครรภ์โบราณ / ผู้บริหารและแกนนำเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่นำนโยบายการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กไปสู่การปฏิบัติ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, NGO ในพื้นที่) จำนวน ๖๖ คน

กลุ่ม ๒ หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์ (มารดาที่มาฝากท้อง มารดาหลังคลอดจากบัญชีรายชื่อของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) จำนวน ๒๑ คน

กลุ่ม ๓ กลุ่มบุคคลอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่ม ๒ ในการศึกษา ได้แก่ สามีแม่ของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน ๑๘ คน

โดยมีการอภิปรายตามประเด็น ดังนี้

- ๑) บริบทชุมชนของพื้นที่วิจัย
- ๒) รูปแบบและกระบวนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดยะลา
- ๓) ประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็ก
 - แนวคิดของผู้ปฏิบัติในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก
 - ◆ แนวคิดของผู้บริหาร คณะกรรมการ MCH Board แพทย์ พยาบาล
 - ◆ แนวคิดของ อสม.
 - ◆ แนวคิดของผดุงครรภ์โบราณ (ใต้ปีแด)
 - ◆ ผู้บริหารองค์กร/แกนนำเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข

- แนวคิดของผู้รับบริการอนามัยแม่และเด็ก (หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์)
- แนวคิดของกลุ่มบุคคลอ้างอิง (สามี ผู้นำศาสนา)

๔) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับเขตและกำหนดกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กได้สอดคล้องกับบริบทและพื้นที่

๕) ผลข้อเสนอแนะหลังการคืนข้อมูลแก่ชุมชน

๑, บริบทชุมชนของพื้นที่วิจัย

๑.๑ บริบททั่วไป

จังหวัดยะลา เป็นจังหวัดที่อยู่ใต้สุดของประเทศไทย เขตการปกครอง แบ่งเป็น ๘ อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองยะลา อำเภอรามัน อำเภอเยหา อำเภอบันนังสตา อำเภอธารโต อำเภอเบตง อำเภอกาบังและอำเภอกงปริง มี ๕๘ ตำบล ๓๘๐ หมู่บ้าน ๑๕๒,๓๒๒ หลังคาเรือน มีประชากรอยู่อาศัย ๔๔๘,๒๕๐ คน เพศชาย ๒๒๐,๒๓๗ คน เพศหญิง ๒๒๘,๐๑๓ (ฐานข้อมูลHealth Data center ๑ ธันวาคม ๒๕๕๗) โดยมีอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย ๑.๐๔ : ๑ ความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ ๙๗ คนต่อตารางกิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่ นับถือ ศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๔๒ รองลงมานับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ ๒๔.๒๕ และศาสนาอื่นๆ ร้อยละ ๐.๓๓

สังคม ภาษา วัฒนธรรม ชนบธรรมนิยมประเพณี ประชากรจังหวัดยะลาส่วนใหญ่เป็นชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม และการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวันใช้ภาษามลายูท้องถิ่น ภาษาไทย (ภาษาใต้) และในชุมชนบางส่วนของอำเภอเบตงใช้ภาษาจีน และยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาเคร่งครัด และมีการเรียนรู้เผยแพร่สืบทอดวัฒนธรรม ชนบธรรมนิยมประเพณีที่เคยปฏิบัติสืบทอดกันมาไปยังผู้อื่น หรืออนุชนรุ่นหลัง

ชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลามในจังหวัดยะลา มีการแต่งกายเหมือนกับจังหวัดชายแดนภาคใต้อื่นๆ โดยถือว่าการเปิดเผยอวัยวะบางส่วนของร่างกายที่บัญญัติไว้ทางศาสนาถือว่า ผิดหลักศาสนาและมารยาทอันดีงาม โดยทั่วไปผู้ชายนิยมนุ่งโสร่งหรือกางเกงขาวยาว สวมเสื้อแขนยาว และสวมหมวกกะปิเยาะ ส่วนผู้หญิงก็สวมเสื้อแขนยาวถึงข้อมือและนุ่งผ้าคลุมเท้าตลอดจนคลุมศีรษะ เปิดเผยเฉพาะใบหน้าและมือจนถึงข้อมือ ตามที่ศาสนาบัญญัติไว้ เมื่อถึงเดือน “รอมฎอน” หรือเดือนที่ ๙ ของปีฮิจเราะห์ศักราชชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลามทุกคนจะถือศีลอด นับเป็นเวลา ๑ เดือนเต็มในช่วงระยะเวลาดังกล่าวจะไม่ยอมให้อาหารและน้ำหรือน้ำลายล่องล้ำเข้าไปในลำคอ นับตั้งแต่ตะวันสางไปจนถึงตะวันลับขอบฟ้า และจะเริ่มรับประทานอาหารเมื่อถึงเวลาตะวันลับขอบฟาล่วงไปแล้วจนถึงก่อนสว่าง ทั้งนี้ได้หมายความว่า ในเวลากลางคืนจะมีการร่วมวงรับประทานอาหารกัน อย่างเต็มที่เช่นปกติ เพียงแต่ระงับความหิวเท่านั้น

การศึกษา จังหวัดยะลา มีการจัดการศึกษา ตั้งแต่ระดับอนุบาล ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย สายสามัญและสายอาชีพ จนถึงระดับปริญญาตรี ปัจจุบันมีสถานศึกษารวมทั้งสิ้น ๔๕๙ แห่ง (ที่มา :สำนักบริหารยุทธศาสตร์และบูรณาการการศึกษาที่ ๑๒ ข้อมูล ณ พฤษภาคม ๒๕๕๖)

การสาธารณสุข จังหวัดยะลามีจำนวนสถานพยาบาลแผนปัจจุบันของรัฐที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั้งสิ้น ๘ แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ (ยะลา) ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (เบตง) ๑ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ๖ แห่ง มีสถานพยาบาลเอกชน (สิโรรส) ๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๘๐ แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน ๙ แห่ง

อัตรากำลังสาธารณสุข พบว่า อัตราส่วนบุคคลการสายงานหลักต่อประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (สำนักบริหารสาธารณสุข) โดยอัตราแพทย์ต่อประชากร ๑ : ๓,๑๕๐ (เกณฑ์ ๑ : ๒,๕๐๐ คน) ทันตแพทย์ ๑ : ๑๑,๗๙๖ (เกณฑ์ ๑ : ๘,๗๔๐) เภสัชกร ๑ : ๗,๒๒๙ (เกณฑ์ ๑ : ๖,๒๐๐) ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพ ๑ : (เกณฑ์ ๑ : ๕๕๐) ดังตารางที่ ๑๐

ตารางที่ ๑๐ อัตราบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร เทียบเกณฑ์ (สำนักบริหารสาธารณสุข)

วิชาชีพ	ปฏิบัติงานจริง		อัตราส่วนต่อประชากร	กำลังคนเทียบเกณฑ์ (สำนักบริหารสาธารณสุข)
	จำนวน	ร้อยละ		
แพทย์	๑๔๐	๗๔.๓	๑ : ๓,๒๐๒	๑ : ๒,๕๐๐
ทันตแพทย์	๓๘	๗๙.๔	๑ : ๑๑,๗๙๖	๑ : ๘,๗๔๐
เภสัชกร	๖๒		๘๐.๑	๑ : ๗,๒๒๙
พยาบาลวิชาชีพ	๑,๒๙๒		๑๒๓.๙	๑ : ๓๔๗

(ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา , ๒๕๕๗)

นักสุขภาพครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิ นักสุขภาพครอบครัว ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ทันตภิบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อวิเคราะห์อัตรากำลังนักสุขภาพครอบครัวต่อประชากรในพื้นที่รับผิดชอบจำแนกตามรายอำเภอ พบว่า ทุกอำเภอมีอัตรากำลังครอบคลุมประชากรเพียงพอ(อัตราส่วนไม่เกินเกณฑ์ ๑ : ๑,๒๕๐) เนื่องจากโครงการผลิตพยาบาล(๓,๐๐๐คน) เพื่อปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนหนึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ดังตารางที่ ๑๐

ตารางที่ ๑๑ จำนวนนักสุขภาพครอบครัวต่อประชากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ

อำเภอ	จำนวนรพสต. (แห่ง)	จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ(คน)	จำนวนนักสุขภาพครอบครัว (คน) เกณฑ์ ๑ : ๑,๒๕๐
เมือง	๑๗	๑๔๓,๔๗๕	๗๙๐
รามัน	๑๖	๘๗,๘๙๓	๙๓๙
ยะหา	๑๐	๕๓,๘๑๑	๖๘๗
เบตง	๙	๕๐,๒๓๕	๘๑๐
บันนังสตา	๑๐	๔๐,๕๗๗	๖๕๗
กาบัง	๔	๒๔,๙๙๘	๗๘๐
ธารโต	๙	๒๔,๒๗๘	๕๖๘
กรงปินัง	๕	๒๒,๙๘๓	๖๗๘
รวม	๘๐	๔๔๘,๒๕๐	๕,๙๐๙

๑.๒ ข้อมูลสถิติชีพและสถานะสุขภาพ

ประชาชนจังหวัดยะลา พ.ศ. ๒๕๕๗ มีอัตราเกิด ๒๒.๙๒ ต่อพันประชากร อัตราตาย ๕.๘๔ ต่อพันประชากรและอัตราเพิ่มสูงกว่าเป้าหมาย ร้อยละ ๑.๗๑ (เป้าหมายไม่เกิน ๑.๒) อัตราส่วนการตายมารดา ๒๒.๒๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ (เป้าหมายระดับประเทศ ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) มีการคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ ๙๗.๙๐ (เป้าหมายร้อยละ ๙๐) และคลอดโดยผดุงครรภ์โบราณ ๒.๑๐ โดยรวมสุขภาพแม่และเด็กในจังหวัดยะลา ยังคงเป็นปัญหา ดังตารางที่ ๑๒

ตารางที่ ๑๒ ข้อมูลสถิติชีพและสถานะสุขภาพของประชาชนจังหวัดยะลา พ.ศ. ๒๕๕๗

สถิติชีพ/สถานะสุขภาพ	เป้าหมาย	พ.ศ.๒๕๕๗
อัตราเกิดต่อพันประชากร	-	๒๒.๙๒
อัตราตายต่อพันประชากร	-	๕.๘๔
อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ (ร้อยละ)	ไม่เกิน ๑.๒	๑.๗๑
อัตราส่วนการตายต่อแสนการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๑๕ (เป้าหมายระดับประเทศ)	๒๒.๒๕
อัตราทารกตายปริกำเนิดต่อการเกิดพันคน	ไม่เกินร้อยละ ๙	๗.๒๐
ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกินร้อยละ ๗	๘.๓๔
ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	ไม่เกินร้อยละ ๑๐	๑๔.๖๓
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแล ๕ ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ ๙๐	๗๓.๘๖
มารดาคลอด โดยเจ้าหน้าที่	ร้อยละ ๙๐	๙๗.๙๐
มารดาคลอด โดยผดุงครรภ์โบราณ	-	๒.๑๐
เด็กอายุ ๐ - ๕ ปีมีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์ มาตรฐานอายุ/น้ำหนัก	ร้อยละ ๙๓	๘๖.๙๐

(ที่มา : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา)

๑.๓ แนวทางและกลไกดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดยะลา

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดยะลา (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, ๒๕๕๕ - ๒๕๕๗) มีแนวทางและกลไกการดำเนินงาน ดังนี้

๑.๓.๑ มีการกำหนดนโยบาย Yala Healthy life “Before Womb to Tomb with Dignity” ไว้ตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยะลา เน้นให้การทำงานเป็นทีมแบบบูรณาการ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพดี ชาวยะลาสุขภาพดีตั้งแต่ก่อนเกิดจากครรภ์มารดาสู่เชิงตะกอน หลุมฝังศพ อย่างมีศักดิ์ศรี โดยกำหนดเข็มมุ่ง MCH Board จังหวัดยะลา ได้แก่ แนวทางเพิ่มคุณภาพ ANC การแก้ปัญหาภาวะซีดและโรคขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ ลดการคลอดก่อนกำหนด (Preterm Labor) และพัฒนาสติปัญญาเด็กไทย โดยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ คลอดที่ปลอดภัย และดูแลบุตรอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบริการที่มีคุณภาพตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในโรงพยาบาลทุกระดับ รวมถึงได้กำหนดนโยบายให้สร้างกลไกการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก อาทิ การจัดตั้งคลินิก High risk ทุกโรงพยาบาล โดย High risk care team ทำงานเชิงรุกเพื่อแก้ไขปัญหาแม่และเด็ก โดย MCH Nurse กำกับติดตาม

การแก้ปัญหาภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ทุกเดือน ส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับ Weekly Iron supplement เพื่อการแก้ไขปัญหภาวะซีด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อยอด ให้ความรู้แก่คู่สมรสใหม่ ในคณะกรรมการอิสลามและสถานศึกษาเอกชน

๑.๓.๒ มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดยะลา ๖ คณะ เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เร่งรัดให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการประสานความร่วมมือในการแก้ไขและพัฒนาคุณภาพระบบบริการตั้งแต่ แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอด อย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่

- คณะกรรมการอำนวยการที่ปรึกษาการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กและโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ระดับจังหวัด
- คณะกรรมการบูรณาการอนามัยแม่และเด็ก และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service อนามัยแม่และเด็ก achievement) จังหวัดยะลา
- คณะกรรมการประเมินเพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ระดับจังหวัด
- คณะกรรมการประเมินเพื่อพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอ
- คณะกรรมการวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดา ระดับจังหวัด
- คณะทำงานวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดา ระดับจังหวัด

๑.๓.๓ มีแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหานามัยแม่และเด็ก ซึ่งได้กำหนดให้มีหน่วยงานเจ้าภาพหลัก ชื่อผู้ประสานงาน มีข้อบ่งชี้ความสำเร็จ เป้าหมาย และการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่างมีรูปธรรม ดังตัวอย่าง

ตัวอย่าง ๑ : โครงการแก้ปัญหาภาวะโลหิตจางและขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดยะลา ปี ๒๕๕๕ ได้กำหนดตัวชี้วัด ๑) อัตราภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ๒) อัตราทารกแรกเกิดที่มีภาวะฮอโรโทนกระตุ่นต่อไทรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ ยูนิต์ต่อลิตร ไม่เกิน ร้อยละ ๓ ทั้งนี้โดยให้มีการดำเนินการทุกหน่วยบริการสาธารณสุข จำนวน ๙๔ แห่งในจังหวัดยะลา (รพ. ๘ แห่ง ,รพ.สต. ๘๐ แห่ง และ ศสม. ๖ แห่ง) งบประมาณจากเงินบำรุงสสจ.ยะลา

ตัวอย่าง ๒ : โครงการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหานามัยแม่และเด็ก ปี ๒๕๕๕ ได้กำหนดตัวชี้วัด ๑) อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ (เขตตรวจราชการ) ๒) อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ (ประเทศ) ขั้นตอนดำเนินการคือการคัดเลือกแม่อาสา ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน (๘ อำเภอ ทุกระดับหมู่บ้าน/ชุมชน จำนวน ๔๖๙ คน) และพัฒนาศักยภาพแม่อาสาเพื่อค้นหาติดตามหญิงที่แต่งงาน จนกระทั่งให้มาฝากครรภ์เร็ว ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ที่มีคุณภาพ และคลอดในสถานบริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และดูแลด้านโภชนาการเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย จากงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕

๑.๓.๔ มีเอกสารคู่มือ “แนวทางการเตรียมความพร้อมของมารดา ตั้งแต่ก่อนวัยเจริญพันธุ์ เมื่อตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและแรกเกิดถึง ๗๒ เดือน” เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินให้แก่ผู้ปฏิบัติอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดยะลา

๑.๓.๕ มีการประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด / อำเภอ ทุกไตรมาส ปีละ ๔ ครั้ง ๒.๒.๕. เพื่อการวิเคราะห์และกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอด ดังตัวอย่าง

สรุปผลการประชุม MCH Board ครั้งที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๕๗ วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๕๗ ณ ห้องประชุมร่มโพธิ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ...

- การแก้ปัญหาภาวะโลหิตจางและขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและไอโอดีนตามแนวทางที่กำหนดแล้ว แต่ผล Hematocrit ไม่ดีขึ้น ทั้งนี้ขอให้เก็บข้อมูลจำนวน ร้อยละ ปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งรายงานมายังงานอนามัยแม่และเด็ก

- ANC คุณภาพ ให้หน่วยบริการทุกระดับดำเนินการตามมาตรฐาน ANC คุณภาพ โดยเพิ่มบริการตรวจ Multiple dipstick ตรวจภายใน อัลตราซาวด์ และการให้คำปรึกษาแบบคู่ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา จะสนับสนุน Multiple dipstick ในภาพรวมของจังหวัด

- ห้องคลอดคุณภาพ ให้หน่วยบริการจัดสถานที่ อุปกรณ์เพื่อแยกผู้ป่วย High Risk และ Low Risk โดยมีการ Attend ก่อนคลอด ตามขั้นตอนเพื่อป้องกันเหตุวิกฤติ และผู้ป่วย High Risk ต้องมีการเฝ้าคลอดอย่างใกล้ชิด

- การแก้ปัญหาการตาย

๑. การตามแพทย์ในภาวะวิกฤต

- ๑.๑ ระดับ รพช. : ๑) First call ๒) second call ๓) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พร้อมบันทึกเบอร์โทรศัพท์

- ๑.๒ ระดับ รพศ./รพท. : ๑) แพทย์เวร ๒) หัวหน้าแผนกสูติกรรม ๓) รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์ ๔) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๒. การ refer หญิงตั้งครรภ์และหญิงคลอด จาก รพช. ไปยัง รพศ. ควรมีเอกสารใบ refer ที่ลงรายละเอียดชัดเจน สำเนาเอกสารการ admit และ order ที่ได้ดำเนินการแล้ว

๓. ปัญหาแพทย์ไม่กล้าใช้ยา Nalador และ cytotec ให้ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลยะลา ให้คำอธิบายนักศึกษาแพทย์และแพทย์ใน รพช.ทุกแห่ง

๔. การสำรองเลือดในโรงพยาบาลทุกแห่งควรมีตู้เก็บเลือด และให้สำรองเลือดทุกกรุ๊ป ละ ๒ ยูนิต เพื่อสำรองใช้ในภาวะตกเลือด

๕. การรายงานข้อมูลมารดาตาย

- แจ้งข้อมูลการตายให้แก่งานอนามัยแม่และเด็กเพื่อรายงานให้ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ทราบภายใน ๒๔ ชั่วโมง

- พื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ภายใน ๗ วัน เพื่อรายงานให้ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ทราบ

- จัดประชุม conference case ระดับจังหวัดและสรุปผล conference case ส่งให้ ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ภายใน ๑ เดือน

- ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ จัดประชุมConference ระดับเขต ทุก ๔ เดือน

- ๑.๓.๖ มีระบบการจัดการช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉิน เน้นติดตามการดูแล ๗ กลุ่ม คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ (ตามคำจำกัดความของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ๓ โรค) และเพิ่มโรค AIDS มะเร็ง Thyroid Asthma

มีการจัดตั้งคลินิก High risk ทุกโรงพยาบาล โดย High risk care team ทำงานเชิงรุกเพื่อแก้ไขปัญหาแม่และเด็ก โดย MCH Nurse กำกับติดตาม การแก้ปัญหาภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ทุกเดือน ส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับ Weekly Iron supplement เพื่อการแก้ไขปัญหาภาวะซีด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อยอด ให้ความรู้แก่คู่สมรสใหม่ ในคณะกรรมการอิสลามและสถานศึกษาเอกชน (เอกสารประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด ครั้งที่ ๑/๒๕๕๘ วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๗ ; รายงานการตรวจราชการ กรณีปกติ รอบที่ ๑ , ๒๕๕๘) ดังนี้

... ก่อนการตั้งครรภ์ ต้องคัดกรองหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานและอยู่กินกับสามี เผื่อระวังกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดัน โรคเบาหวาน ให้ความรู้ และคำแนะนำ

ระยะตั้งครรภ์ ค้นหาให้มาฝากครรภ์โดยเร็ว คัดกรองหญิงตั้งครรภ์และdetect ตามคำจำกัดความ จัดทำทะเบียนติดตามและรายงานผลทุกเดือน โดยมี MCH Nurse พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างต่อเนื่อง และ กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบตั้งแต่ รพ.สต. รพช. รพท. รพศ. และประชุมวิเคราะห์ความเสี่ยงทุกเดือน กำหนดโซนในการดูแลของแพทย์ ในการดูแลของสูติแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ จากระดับแม่ข่ายกับ ลูกข่าย และมีระบบการส่งต่อตั้งแต่ตำบล อำเภอ และจังหวัด

ระยะคลอด ทีมภาวะเสี่ยงจะวางแผนการคลอดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดภัย โดยระบบบริการจะพัฒนา ห้องคลอดให้ได้มาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ และเพิ่มศักยภาพพยาบาลในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในภาวะวิกฤตและดูแลทารก แรกเกิดให้แม่ลูกปลอดภัย”

๒. ผลการศึกษา : จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

๒.๑ ผู้ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็ก (รวม ๖๖ คน) ประกอบด้วย

๒.๑.๑ ผู้บริหาร คณะกรรมการMCH Board แพทย์ พยาบาล จำนวน ๒๕ คน

และผู้บริหารองค์กร/แกนนำเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๔ คน

๒.๑.๒ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/จิตอาสา จำนวน ๒๐ คน

๒.๑.๓ ผดุงครรภ์โบราณ (โตะปีแด) จำนวน ๑๗ คน

ผลการศึกษาและสรุปข้อค้นพบตามประเด็นคำถามการวิจัย ดังนี้

๒.๑.๑ ผู้บริหาร คณะกรรมการMCH Board แพทย์ พยาบาล

๑) ความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบาย/กลยุทธ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่ผ่านมา

ส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในระดับบริหารมีมุมมอง เห็นด้วยต่อนโยบาย การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่ส่วนกลางกำหนด ด้วยเชื่อว่านโยบายและโครงการที่กำหนดมีความรู้ ทางด้านวิชาการรองรับเป็นอย่างดี สำหรับประเด็นกลยุทธ์ที่ส่วนกลางกำหนดให้มีการปฏิบัติในระดับพื้นที่ นั้นยังมีข้อสงสัยในการปฏิบัติ เนื่องจากขาดการชี้แจงหรือสื่อสารอย่างชัดเจนว่า สิ่งที่ต้องดำเนินการ มีผลกระทบต่อเป้าหมายหรือส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการอย่างไร/มีประโยชน์กับประชาชนมากน้อยเพียงใด

... นโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขผมโอเค นโยบายที่ส่งมาไม่ว่าจะเป็น Project ไหนทุกอัน แม่และเด็ก สายใยรัก ผมเห็นด้วยหมด ดินนโยบายทำทั่วประเทศ พูดถึงนโยบายที่ให้มาและส่วนกลางคิดไว้ ดี หมายความว่า ที่ให้มา ครอบคลุมทั้งแม่และเด็ก...

ผู้บริหาร - แพทย์

... ในฐานะที่เคยทำงานทั้งภาคกลางและที่นี่ มองดูว่าที่มาของนโยบาย มีเหตุและผลของมันในเชิงวิชาการ และเชิงกระบวนการ(process)ถึงจะเกิดผลลัพธ์(outcome)อย่างนั้น เพียงแต่กลวิธีในการทำงานหรือการขับเคลื่อนมีความ จำเป็นที่จะต้องใส่ใจกับรายละเอียด และช่วยกันคิดช่วยกันแก้ปัญหาตามบริบท...

ผู้บริหาร - พยาบาล

... เนื่องจากกรมอยากรู้ทุกเรื่อง จึงทำเครื่องมือที่ลงมาในพื้นที่เยอะมากและไม่ตรง พื้นที่ไม่รู้ว่าจะกรม ต้องการอะไรบ้าง แต่ละเครื่องมือมีรายละเอียดเยอะมากเกินไป ผู้รับมาก็ไม่สามารถแยกได้ว่าตัวไหนสำคัญที่สุด เครื่องมือถาม แยะจนกระทั่งผู้ที่ถูกถามไม่ได้รับประโยชน์ใดๆเลย ...

... เครื่องมือที่กรมคิดขึ้นมาคิดอะไรไม่รู้ แต่คนคิดน่าจะรู้ และเมื่อลงมาถึงระดับพื้นที่ซึ่งไม่ได้เข้าใจในสิ่งที่ คุณคิดและเกิดความรู้สึกสับสนในใจและเกิดภาวะเครียดต่อคนทำงาน...

ผู้บริหาร - แพทย์

... โครงการสายใยรักแห่งครอบครัวขัดกับความรู้สึกมาก เช่นไปถามแม่ว่ารู้สึกถึงประโยชน์ของนมแม่มากน้อยแค่ไหน ซึ่งเราไม่ได้ต้องการข้อมูลตรงนี้ ... แต่สิ่งที่เราอยากรู้คือ หมอนัดให้คุณมาเช็คร่างกาย มารับยา แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่า คุณทำได้ไหม น้ำหนักคุณแม่ไม่เพิ่มขึ้นเมื่อได้รับคำแนะนำไปแล้ว ก็ต้องหาวิธีการดูแลต่อไป สิ่งที่ยากได้คือแบบนี้ ...

... เรื่องมาตรฐานห้องคลอดของกรมการแพทย์ ที่บอกว่า ทารกน้ำหนักต่ำกว่า ๒๕๐๐ กรัม ตายในรพ.ภายใน ๒๘ วัน เมื่อนำมาพิจารณาก็ยังไม่รู้ว่าต้องการอะไร ต้องการประเมินใคร ตามมาตรฐานห้องคลอด เมื่อคลอดเสร็จ ๓ วันก็สามารถกลับบ้านได้แล้ว แต่ถ้าบางกรณีเด็กคลอด ๓ วันแล้วกลับบ้าน แต่ผ่านไป ๑๔ วันเด็กกลับมาด้วยอาการสาหัสหรือท้องเสียขั้นรุนแรง มารักษาที่โรงพยาบาลและเสียชีวิต ลักษณะอย่างนี้เรียกว่าตายในโรงพยาบาลภายใน ๒๘ วันด้วยหรือไม่ ... แล้วถ้าเด็กที่ไม่มีความเสี่ยงเลย เวลาผ่านไปหลายวัน (แต่ไม่เกิน ๒๘ วัน) กลับมารักษาที่โรงพยาบาลและตาย อย่างนี้ใครผิด ...

ผู้บริหาร – แพทย์

๒) ความคิดเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ ปัจจัยเอื้อและอุปสรรค

๒.๑) ทีมบริหารมีการถ่ายทอดนโยบายและกำหนดกรอบทิศทางในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของจังหวัด โดยปรับให้เหมาะสม มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับบริบท

... เมื่อนโยบายลงมาถึงระดับจังหวัด สำหรับเขตนี้ไม่น่าห่วง สสจ., ผอ.รพ. เข้าใจบริบทของพื้นที่ดี เพราะเป็นคนในพื้นที่ทั้งหมด มีความเข้าใจและมีเวลา นี่คือจุดแข็งของเขตนี้ จึงเห็นปัญหาสามารถทำงานของตนได้ตามนโยบายและถ่ายทอดได้หมด สิ่งที่กระทรวงขอให้พื้นที่ทำก็ส่งไปให้ แต่ส่วนของจังหวัดอาจไม่ได้ทำทั้งหมด ก็ทำในแนวคิดของเราว่าจะทำแบบนี้เป็นแนวทางของตนเอง ก็จะออกมาคุยกับระดับพื้นที่ก่อน เพื่อไม่ให้เกิดปัญหามามา ...

ผู้บริหาร – แพทย์

๒.๒) มีระบบสนับสนุนการทำงาน ได้แก่ มีการสร้างเครื่องมือ (คู่มือ “แนวทางการเตรียมความพร้อมของมารดา ตั้งแต่ก่อนวัยเจริญพันธุ์ เมื่อตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและแรกเกิดถึง ๗๒ เดือน”) สนับสนุนให้มีการวิจัยในพื้นที่ เปิดเวทีที่จะนำความรู้มาใช้แก้ไขปัญหา (tools to implement knowledge) สนับสนุนอุปกรณ์ และสื่อที่เกี่ยวข้องกับแม่และเด็กให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

... ที่ต้องมาทำคู่มือการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดยะลา ซึ่งเป็นแนวทางของตนเองเกิดจากการวิเคราะห์ รพ.สต. ว่าเป็นน้องใหม่ ดังนั้นต้องให้เครื่องมือทำงานแก่เขาไปเลย ทั้งนี้ต้องมีการพูดคุยกันมาก่อนด้วยการเขาต้องการแบบไหนเพื่องานจะสามารถดำเนินต่อไปได้ ดังนั้นสิ่งที่เขียนในคู่มือออกมาคือสิ่งที่เขาต้องการนั่นเอง...

... เพราะแต่ละโรงพยาบาลก็มีแนวทางไม่เหมือนกัน เกิดจากน้องแพทย์ใช้ทุนแต่ละคนจบมาคนละที่ วิชาการไม่ตรงกันจึงมีการดำเนินการไม่เหมือนกัน จึงได้จัดทำให้มีแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด โดยมีการดึงผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชเข้ามาร่วมและเชิญประชุมเป็นประจำทุก ๓ เดือน เพื่อมาทำความเข้าใจร่วมกัน ทั้งนี้จังหวัดได้มีการสนับสนุนอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับแม่และเด็กทั้งหมดด้วย ... ในระดับพื้นที่ได้กระตุ้นให้เกิดการทำงานวิจัยมาแล้ว ๓ ปี โดยปีนี้ได้เริ่มทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ทุกอำเภอต้องส่งอย่างน้อย ๑ เรื่อง ทางจังหวัดยะลาได้ให้งบสนับสนุนไว้แล้ว...

ผู้บริหาร – แพทย์

... หน้าที่ของเราในการทำงานตรงนี้คือ ในกลุ่มผู้ปฏิบัติมีหน้าที่สะท้อนปัญหาขึ้นมา และมาช่วยกันคิด เพราะผู้บริหารก็ไม่ใช่เป็นคนคิดได้ แต่เราสามารถเปิดเวทีเพื่อให้คนมาร่วมแก้ปัญหาในการทำงาน เพราะในขณะที่ผลงานที่นี้ Coverage ต่ำ หรือผลงานต่ำ แต่ก็มียกบางที่ที่ทำได้ เรามองแบบ top view เราจะมองเห็นว่า คนนี้ทำไม่ได้ คนนั้นทำได้ แต่คนสองคนไม่รู้จักรักกัน ไม่ได้รับรู้ผลงานของกันและกัน เขาก็จะรู้แต่ตัวเอง เราก็จะได้แชร์(share)ให้เขามาดูของกันและกัน เวลาเราไปนิเทศก็จะถามว่าทำไมถึงทำได้ อันนี้ทำไม่ได้ ก็เอาเรื่องของที่โน่นมาเล่าให้ที่นี้ฟัง...

... เมื่อศึกษาบริบทพื้นที่ที่เราจะบอกว่า ไม่ใช่เรื่องของการทำงานที่จะไปห้ามไม่ให้เขาทำ เพราะบริบทสังคมเขาเป็นอย่างไร เพราะฉะนั้นหน้าที่ของเราจะต้องมาช่วยกันคิดว่า หากเขาจะทำ จะทำอย่างไรให้ปลอดภัย จึงมาสู่ concept ที่ว่า เราเขาต้อง ก็ไม่ทัน ... ในส่วนที่จะแก้ปัญหาภาวะชิดในแม่ได้ใช้งบประมาณในการจัดซื้อยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ปีแรกๆ เราให้ในนักเรียนหญิงชั้น ม.ปลาย ด้วยเหตุผลที่ว่า กว่าที่จะตั้งครรภ์ก็สายเสียแล้ว...

... เราผลิตสื่อ ๒ ภาษา เพื่อให้แม่ที่มาฝากครรภ์ จะได้มีข้อมูลพื้นฐานถ้าบังเอิญต้องไปคลอดที่นั่น (ประเทศมาเลเซีย) และกลับมาไม่ได้ลูกจะได้วัคซีน และเอาประเด็นนี้คุยกับที่ประชุมของมาเลเซีย Border Health Good View Committee Meetingจะเป็นหัวข้อที่จะเข้าไปอยู่ในเอกสารที่เราจะใช้อภิปรายกันอย่างต่อเนื่อง...

ผู้บริหาร – พยาบาล

๒.๓) มีระบบติดตามกำกับอย่างต่อเนื่อง มีการทบทวนตัวชี้วัด วิเคราะห์หาสาเหตุของการปฏิบัติงานที่ไม่เป็นไปตามแผน และนำมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับแผนเพื่อการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทต่อไป

... เรื่องแม่และเด็กอยู่ในหนึ่งในปัญหาของจังหวัดอย่างต่อเนื่องมาเป็น ๑๐ ปีแล้ว เราจะปรับกลวิธีมาตลอด เริ่มจากแม่ตายมาไฟกัสนะดันต่างๆมาเรื่อยๆ เราต้องสู้ที่ตายปัจจุบัน พยายามปิดช่องโหว่ (gap) แต่ตรงไหนชี้เรียดกว่าก็เอาตรงนั้นก่อน ...

ผู้บริหาร / พยาบาล

... เราก็จะมีการสรุปผลการดำเนินงานทุกงวดเข้าสู่ คปสอ. แล้วก็ถ้าตัวชี้วัดตัวไหนตก เช่น สมมุติว่าแม่และเด็กตก ท่านประธานก็จะเคาะ เคาะให้ไปแก้ไข เคาะให้ไปปรับแผนดำเนินการอย่างนี้ ...

... เรามีคณะติดตามตัวชี้วัด แล้วก็คณะกรรมการติดตามตัวชี้วัดนั้นต้องมาพบปะกับผู้รับผิดชอบงานว่าจะปรับกลยุทธ์แบบไหน ยังไงบ้าง ซึ่งนำโดยหัวหน้ากลุ่มภารกิจปฐมภูมิก็ต้องเข้ามาดูเรื่องการปรับกลยุทธ์การทำงานให้มันสอดคล้องกับสภาพปัญหา แล้วก็ให้ ผอ.มอบนโยบายแต่ละส่วนให้ที่จำเป็น เช่น lab ก็เคาะเป็นยังเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์...

พยาบาลวิชาชีพ รพศ.

... เราจะมีการประเมิน CPG ว่าใช้หรือไม่ใช้ ส่วนมากแล้วถ้ามันเกิด(มารดาเสียชีวิต) เอามา conference case ตรงไหนบ้างที่เราไม่จับคู่พร้อม เกิดจากตรงนี้เราไม่ใช่ใช้ใหม่ ขาดตรงนี้ไปหรือเปล่า เช่น น้องรพ.สต. ส่งมาคนไข้ ๓๘ สัปดาห์ยังไม่เคยอัลตราซาวด์ ก็จะต้องจับคู่ตรงนี้ละ จริงๆตามมาตรฐาน ๒๐ สัปดาห์ก็ต้องส่งมาคอนเฟิร์ม EDC ก่อนนะ เราก็จะ Feedback กลับไปว่า น้องไม่ได้ทำตามมาตรฐานตรงนี้นะ...

พยาบาลวิชาชีพ รพท.

๒.๔) มีการจัดตั้งคณะกรรมการ MCH Boardในระดับต่างๆ มีเวทีประชุมเพื่อการสื่อสาร / ร่วมรับรู้ปัญหาและปรึกษาหารือในประเด็นต่างๆ ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างเครือข่ายงานอนามัยแม่และเด็กในระดับต่างๆ

... เรามี MCH Board ตั้งแต่ของเขต แล้วก็มาของจังหวัด เราทำงานกันเป็นทีม มีอะไรเราจะเรียกประชุมก่อน ก่อนจะถึงวาระด้วยซ้ำ มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง และมีการทำมาตรฐาน ที่เอามาใช้ทั้งเครือข่ายทั้งจังหวัด...

พยาบาลวิชาชีพ รพช.

... ในแต่ละครั้งที่มีคนตายเกิดขึ้นทุกคนเสียใจหมด ไม่มีใครอยากคุยเรื่องพวกนี้ ช่วงแรกที่เปิดเวทีคณะกรรมการ MCH Board ในการทำ dead case conferenceจากบทเรียนรอบแรกเรารู้สึกไม่ดี พอครั้งต่อมาบรรยากาศอีต๊อด รู้สึกเหมือนน้องไม่สบายใจจะบอกเล่าถึงกระบวนการภายในห้องคลอด กลัวที่ประชุมจะตำหนิ ก็เลยเปลี่ยนวิธีน้องต้องเอา case มาเล่าให้ฟัง แล้วพี่เป็นผู้นำเสนอเอง เชิญผู้เชี่ยวชาญมาวิพากษ์ พี่ก็จะเป็นbufferให้ น้องก็จะผ่อนคลายไม่ต้องร้องไห้เวลาต้องเล่า ก็จะคุยด้วยเหตุและผลมากขึ้น...

ผู้บริหาร – พยาบาล

๒.๕) มีการจัดบริการที่น่าประทับใจและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อน คือ

... ตอนเป็นหัวหน้าห้องคลอดได้คุยกับลูกน้อง ห้องคลอดต้องมีระบบบริการที่น่าประทับใจ ห้องแรกจะเป็นห้องที่เขากลัว แต่ถ้ามารับบริการแล้วเขาประทับใจ ห้อง ๒-๓ ไม่ต้องคุยแล้ว เขาก็จะมาเอง แต่ครั้งแรกของเขาต้องให้ดีที่สุด เพื่อให้เขามีความรู้สึกรอบอุ่นใจ ที่จะมาคลอดที่เรา...

พยาบาลวิชาชีพ รพช.

๒.๖) มีกลยุทธ์เสริมสร้างพลังอำนาจ “ประกวดผลการดำเนินงานดีเด่น” ส่งผลทำให้เจ้าหน้าที่มีความตั้งใจ และมีพลังในการพัฒนางาน

... รพ.สต.ประกวดได้ที ๑ ก็ต้องมีดีที่อยู่ใน ๕ อันดับแรก ในขณะที่โรงพยาบาลนโยบายลงมาทำให้ตื่นตัวมาก สมมุติถ้าไม่มีแบบนี้ รพ.สต.ก็ยังไม่เหมือนเดิมไปทำงานเก้มนึง กลับบ้ายสาม...

พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.

๒.๗) ปัจจัยเอื้อและอุปสรรค ต่อความสำเร็จในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ (เรียงตามลำดับความสอดคล้องและความเห็นร่วมของผู้ให้ข้อมูล)

❖ ปัจจัยเอื้อ

๑) การมีระบบ MCH board และการที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญของงานแม่และเด็ก ตลอดจนมีระบบการติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เอื้อต่อการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

๒) การมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.) ซึ่งเป็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานที่เข้มแข็งเป็นทีมผู้ช่วยเหลือและปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กเชิงรุกอย่างเข้มแข็ง ในการติดตาม แนะนำ สนับสนุนและกระตุ้นช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ ให้เห็นความสำคัญของการดูแลในขณะตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด อสม. จึงเป็นจุดแข็งของระบบงานอนามัยแม่และเด็กที่เชื่อมต่อความสำเร็จในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ทั้งในยามปกติและยามที่มีสถานการณ์ความไม่สงบ

... นโยบายโครงการ อสม.ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ ... จะช่วยเราในเรื่องค้นหาหญิงตั้งครรภ์เพื่อแนะนำให้มาฝากท้องให้เร็วที่สุด อสม.จะบอกมาหญิงคนไหนท้อง ถ้าเขาไม่บอกเราก็ไม่มีทางรู้ว่าเขาท้อง เพราะหญิงมุสลิมปกติเขาใส่ชุดใหญ่ๆ รวมถึงสมมติเขามาฝากครรภ์กับเราแล้วไม่มาตามนัด เรามีระบบส่งต่อ อสม. รู้ว่าใครท้องและอยู่ที่ไหน ก็จะไปตามให้...

พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.

... ถ้าช่วงไหนที่ลงพื้นที่ไม่ได้ ชาวบ้านก็จะมาบอกว่าช่วงนี้อยาลง ถ้าเราลงพื้นที่เองไม่ได้ ก็จะทำให้
อสม.ในพื้นที่ทำงานให้...

พยาบาลวิชาชีพ รพช.

... งานอนามัยแม่และเด็ก ความสำเร็จของการทำงานอยู่ที่ อสม ด้วยนะ เป็นผู้เก็บข้อมูล...

แกนนำ – ท้องถิ่น

๓) ผดุงครรภ์โบราณ (ผดบ.) คือ พันธมิตรคนสำคัญสำหรับงานอนามัยแม่และเด็ก ด้วยเป็น
บุคคลที่มีคุณค่า และเป็นที่ศรัทธาของชุมชน

... ผมมองไปในทางบวกมากกว่า ในบริบทอย่างนี้การที่มีเขา (ผดบ.) อยู่ช่วยเซฟ(safe)คนไข้ ไม่ใช่ปล่อยให้
คลอดคนเดียวหรือไปทำกันเอง อันนั้นผมว่าไม่เวิร์ก(work) ผมคิดว่าหมอตำแยอยู่ในชุมชนอยู่แล้ว รู้การคลอดอยู่แล้ว
โดยเฉพาะผ่านการอบรมน่าจะช่วยได้ในระดับหนึ่ง ในเมื่อต้องเรียกเขามาอบรมอยู่แล้ว ผมคิดว่าเราให้เขาเป็นเหมือนหัวหน้า
เป็นคนไปกระจายความรู้ในชุมชน ได้ไหม?? ผมคิดว่ามันง่ายกว่าให้อสม. หรือง่ายกว่าให้อาหมยเป็นคนลงไปทำสำหรับบาง
พื้นที่ อันนี้ในความคิดผมนะ...

แพทย์ รพช.

... ต้องให้คุณค่าและสร้างพันธมิตรกับผดบ. เวลาผดบ.จะทำคลอด ผดบ.จะผ่าตลอด ๒๔ ชม.ทั้งเฝ้าทั้งนัด
คนไข้ตลอดจนกว่าจะคลอด ดูแล้วตัวต่อตัวเลยนะ...

พยาบาลวิชาชีพ รพช.

... คนไข้ให้ความไว้วางใจ(ผดบ.)เขาจะคะ เขาจะบิตนะคะว่าเขาได้ผ่าน ผดบ.มาแล้ว บางที่ก็เบ่งมา
๖ ชั่วโมงจากบ้าน ผดบ.ช่วยอะไรไม่ได้ก็ส่งโรงพยาบาล บางที่รกค้าง เด็กออกแล้วรกไม่ออก ก็ส่งโรงพยาบาลนะ
แต่เหมือนกับญาติไว้วางใจ อยากคลอดกับ ผดบ.นะคะ แต่ถ้ามีปัญหาเขาก็ส่งต่อแต่ถ้าไม่มีปัญหาเขาก็ทำคลอดเอง...

พยาบาล รพช.

❖ อุปสรรค

๑) วิถีชีวิต ความเชื่อและวัฒนธรรม ส่งผลต่อความยากในการขับเคลื่อนนโยบายงานอนามัย
แม่และเด็กให้บรรลุเป้าหมาย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนคือ

▪ วิถีชีวิต

... ๘๐ กว่าเปอร์เซ็นต์ เป็นคนนอกพื้นที่เยอะ มาทำสวน มารับจ้าง คนในพื้นที่จริงๆไม่ได้ยุ่ง
ประชากรเราก็แค่หมื่นกว่าคน ชาวบ้านขาดความรู้ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ที่ดี การเลี้ยงดูบุตรที่ดี
การได้รับวัคซีน โภชนาการต่างๆ จะคุยกันลำบากนิดหนึ่ง ไม่มีคำตอบไม่มีเหตุผล ไม่มาก็คือไม่อยากจะมา...

พยาบาล รพช.

... ก็คือโดยบริบทของที่นี่ คนพื้นที่เขาจะมีความเชื่อถือกันผดบ.นะคะ เพราะว่าพ่อแม่เคยคลอดมากับ
ผดบ.คนนี้ เขาจะสืบทอดกันมา ผดบ.จะอายุเยอะกว่า มีความน่าเชื่อถือเยอะกว่า พยาบาลห้องคลอดเด็กๆสืบทอดอะไร
ประมาณนี้คะ แต่ในเดี๋ยวนี้อะไรผดบ.หลายคนก็ ไม่ได้ทำคลอดนะแค่แนะนำส่งต่อ

พยาบาล รพช.

... การฝากกับอนามัยเป็นวิธีบังคับ การฝากกับโตะปีแดเป็นวิถีชีวิต...

แกนนำ – ภาคท้องถิ่น

▪ ความเชื่อ ห้ามรับประทานอาหารและยาบำรุง

... เคยเจอมาเหมือนกัน ห้ามกินโน้น ห้ามกินนี้ ก็จะมีแล้วแต่ท้องถิ่น แล้วแต่ความเชื่อของแต่ละคน มัน เป็นความเชื่อส่วนรวมหรือเปล่านั้นบอกไม่ได้ บางคนบอกห้ามกินเครื่องใน บางคนบอกห้ามกินไข่ กินแล้วคลอดยาก แต่ละคนไม่ เหมือนกันครับ ผมว่านะตัวศาสนาไม่ได้ทำให้แม่เชื่อ แต่เป็นความเชื่อและการศึกษาต่างหาก...

แพทย์ รพช.

... เขาจะมีความเชื่อว่า เชื่อว่าการกินยาบำรุงเลือดทำให้เด็กโต คลอดยาก และหลายอย่าง อย่างเช่น วิถี ชีวิตของเขาคือกินน้ำบูดู ผัก ปลาเค็ม...วิถีชีวิตของเขา เราก็พยายามบอกเค้าว่า เหมือนอย่างเช่นให้กินไข่ ในคนไข่ที่ซืด น่อง กินไข่นะ กินไข่วันละฟอง ทำอะไรกินก็ได้ ไข่เจียว ไข่หวาน ไข่ยัดไส้ ตัดเมนูไข่ กินอะไรบ้างที่ควรจะกิน ก็จะบอกเขา...

พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.

... ความเชื่อที่ว่าผลไม้บางอย่างซึ่งมันมีในพื้นที่แต่พอถึงช่วงของการตั้งครรภ์นั้นก็ถูกสอนไว้หรือสั่งไว้ว่าอย่า กินผลไม้ที่สัตว์กิน เช่น ถั่วลิสง มะละกอ สับปะรด ที่ว่าลิงชอบกิน กระรอกชอบกิน พอกินแล้วลูกก็จะนิสัยออกมาเหมือนลิง กิน ปลาสดให้ทำพอง บวม...

NGO - สมาคมการแพทย์ในพื้นที่

▪ หลักศาสนาและความเชื่อ

... หลักของศาสนาที่สามารถยืดหยุ่นได้ กรณีที่มีความจำเป็นมีความเสี่ยงต่อชีวิต เขามีหน้าที่ต้องดูแล รักษาชีวิตไว้ เพราะร่างกายและชีวิตเป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานให้ ปัญหาแม่ตายถามว่าจุดอ่อนอยู่ตรงไหน ด้วยบริบทความเชื่อ เรื่องพระเจ้า ส่วนหนึ่งก็คิดว่าตายหรือไม่ตายเป็นเรื่องของธรรมชาติ ในรายที่มีโรคมีความเสี่ยงสูงแต่เขายังไม่มีลูกและต้องการ มีลูก เขาจึงบอกว่าแม่ตายไม่เป็นไร เหลือลูกไว้สืบทอด...

ผู้บริหาร - แพทย์

... ความเชื่อด้านการมีลูก การมีลูกมาก พระเจ้าก็ให้สิก็ แก่ทุกคน และความเชื่อที่ผิดๆ ว่า พระเจ้าเป็นผู้กำหนดทำให้ไม่พยายามที่จะดูแลสุขภาพ...

NGO - สมาคมการแพทย์ในพื้นที่

... มุสลิมนี้ถ้าให้หมอที่เป็นผู้ชายมาดูแลนี้ เค้าไม่เห็นด้วยนะแต่ถ้าเป็นเหตุสุดวิสัยก็ไม่ใช่ไร ยังก็ต้องฝาก กับโต๊ะบีดด้วยทุกครั้ง

แกนนำ - ภาคท้องถิ่น

๒) ปัญหาด้านกำลังคนผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่า อัตราากำลังงานอนามัยแม่และ เด็กมีน้อย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงตัวผู้ปฏิบัติงานบ่อย เนื่องจาก เป็นงานที่หนัก ต้องใช้ทักษะ/ประสบการณ์ ค่อนข้างสูง และไม่ยอมทำ ดังนั้นเมื่อมีเจ้าหน้าที่(น้องใหม่)มาปฏิบัติงาน จะมีการโอนงานเพื่อไปรับผิดชอบ งานอื่น ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องของการทำงาน

... ปัญหาจริงๆของเรื่องอนามัยแม่และเด็กตั้งแต่เริ่มทำงานมานั้น คำตอบคืออยู่ที่ตัวผู้ปฏิบัติงานระดับราก ฐานที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย เมื่อมีน้องใหม่เข้ามาก็เป็นอาหารอันโอชะของพี่ๆ ... ปัญหานี้ก็ยังไม่สามารถแก้ไขได้ เพราะทุก คนก็อยากไปอยู่งานที่ง่ายและสบายขึ้น...

... ปัญหาอยู่ที่แพทย์ ทุกปีแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจะได้สิทธิไปเรียนต่อกันมาก จึงเปลี่ยนตัวแพทย์ ผู้รับผิดชอบงานบ่อย และเมื่อเปลี่ยนแล้วก็ไม่มีผู้มารับผิดชอบต่อ เมื่อเป็นเช่นนี้จึงเกิดปัญหาว่าแพทย์ที่ไปเรียนต่อรู้งาน เพียงคนเดียว ส่วนคนอื่นๆไม่รู้เรื่องอะไรเลย หรือน้องแพทย์พอเริ่มรู้เรื่องก็ไปอีกแล้ว...

... จุดที่เป็นปัญหาเรื่อง คน และมีผลทำให้แม่ตาย อยู่ที่ primary ที่ว่าไม่อยากทำ คนที่มาทำงานแม่ และเด็กในยะลาคือพวกจบใหม่หรือย้ายมา ไม่มีใครอยากทำมันจุกจิก ที่ผมทำเพราะไม่มีใครทำ งานแม่และเด็กไม่่ง่าย ต้องตามให้ยาไม่กิน นัดตรวจไม่มา ANC ไม่ครบ ...

ผู้บริหาร – แพทย์

... เปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อย ทำให้น้องที่มาใหม่ ต้องมานั่งศึกษามาตรฐานใหม่ บางทีน้องก็หลุด เพราะบางทีคนรับผิดชอบคนเดียว แต่คนไข้เยอะก็มี เปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อย...

พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.

... บางทีคนรับผิดชอบคนเดียว แต่คนไข้เยอะก็มี เปลี่ยนผู้รับผิดชอบบ่อย รพ.สต. อัตรากำลัง มันไม่เอื้อ...

พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.

... นโยบายดี จริงๆ แล้วทำได้ แต่อย่างน้อยต้องมีคนช่วย Support รพ.สต.คนที่รับผิดชอบแม่และเด็ก อยู่คนเดียวแต่ต้องรับ NCD ด้วย พยาบาลวิชาชีพ ๒ คนก็จริง แต่รับงานเยอะ...ANC คุณภาพมีหลายแขนงแต่จะ ทำไม่ค่อยได้เพราะบุคลากรมีน้อย แต่มันดีมีประโยชน์น่าจะช่วยชาวบ้านได้มากๆ ได้ประโยชน์มากๆ...

พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.

๓) ลักษณะงานอนามัยแม่และเด็กค่อนข้างซับซ้อน ตัวชี้วัดและภาระงานแม่และเด็ก มีมาก รวมถึงระบบการบันทึกข้อมูลที่มาก ทำให้เกิดความอ่อนล้าในการทำงาน

... เรามาจากโรงพยาบาลก็ได้รับเลย แม่และเด็กมันเยอะมาก แบ่งๆ กันเป็นย่อยๆ NCD ก็จะมี รายละเอียดเยอะมาก อีกทั้งงานผู้สูงอายุ ผู้พิการ จิตเวช ยาเสพติด มันก็อยู่ในเราหมดก็เครียดแล้ว ... คนไข้ที่ไม่มาตามที่เรานัดก็เครียด...

... การทำงาน ANC มันมีข้อจุกจิก ละเอียดเยอะ ยิ่งรายงาน มันเยอะ มันเป็นเรื่องที่เจอว่า พอมี น้องใหม่มา พี่แกก็จะถ่ายโอนให้น้องใหม่...

พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.

... งาน ANC เป็นงานที่เหนื่อย ในหนึ่งวันถ้าทำ ANC อย่างเต็มที่และต่อเนื่องต่อคนจะใช้เวลา ไม่ต่ำกว่า ๓๐ นาที ดังนั้นในหนึ่งวันจึงดูแลคนไข้ได้ไม่กี่คน ไม่เหมือนงานคลินิกเบาหวานความดัน แค่คัดกรองข้อมูล เสร็จก็จบ แต่เพราะงานมันเหนื่อยที่แก่แล้วน้องยังเด็กก็ต้องรับไป ซึ่งนี่คือสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน...

ผู้บริหาร – แพทย์

... เรามีเจ้าหน้าที่แค่สองคน ไหนจะคนไข้หลังคลอดอีก รอคคลอด เราทำคลอดอีก และการที่เราดูแล เราก็ต้องคุยกับเขาตลอด เอาใจใส่เขา เราไม่ผู้ช่วย มีพยาบาลแค่สองคน แล้วเวลาที่นัดใหม่มาคนหนึ่ง ก็ต้องคอยตั้งแต่ แอดมิทจนถึงสุดเลย แล้วชาร์จก็เยอะมาก คลอดเดี๋ยวนี้บังคับโน้นนั่น มีเยอะแยะ แล้วไหนจะหลังคลอดอีก เติงเรา คลอดสี่เตียง เติงเต็มก็ไปฝากออร์ด ไหนจะรอคลอดอยู่ข้างใน ไหนจะไปรีเฟอร์อีกก็น้องสองคนนี่แหละ

พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.

... นโยบายแม่และเด็ก เป็นนโยบายที่ค่อนข้างจะต่อเนื่อง ในเรื่องภาวะซีดเห็นด้วย แต่ในเรื่องฝาก ครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ จะปรับเปลี่ยนบ่อย มาสามสี่ครั้งแล้ว ทำให้บางครั้งในการเก็บข้อมูลในบางตัวชี้วัด เช่น การฝาก ครรภ์ครั้งที่ ๑ - ๒๗ สัปดาห์ เรายังเก็บได้ แต่พอมาเปลี่ยนเป็น ANC ก่อน ๑๒ สัปดาห์ มันยากมากที่จะเก็บซึ่งบางทีคนไข้ กว่าจจะรู้ว่าต้อง ท้อง บางที ๔ เดือน ยังไม่สนใจตัวเองเลย ว่าตัวเองท้อง ประจำเดือนขาด ไม่ได้มีความสนใจตัวเองในเรื่อง ประจำเดือน...

พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.

๔) ลักษณะโครงสร้างงานที่ไม่บูรณาการ แยกส่วนทำให้การทำงานซ้ำซ้อน

... ระบบใช้ได้ นโยบายใช้ได้ แต่โครงสร้างทำให้เกิดการแยกส่วน ตัวอย่างservice plan (๑๐สาขา) พอแยกส่วนแบบนี้ ทำให้เป้าและวิธีทำงานไม่ชัด ...

... แต่ละกรมเนี่ยไม่ทำงานบูรณาการ อยากให้บูรณาการ เพราะตอนนี้นั้นกำลังแยกส่วนอยู่ กรมทั้งหลาย แห่ก่อนจะคิดอะไรลงมา รวมกันเสียก่อน...

ผู้บริหาร – แพทย์

๕) รูปแบบการจัดสรรงบประมาณ (UC) ส่งผลกระทบต่อกลไกการขับเคลื่อนและกำกับติดตามงาน

... เมื่อมีเงินรายหัว (UC) ของสปสข.เข้ามา ระบบการจัดสรรเงินไม่ผ่าน สสจ. หรือสสอ. ทำให้คนที่รพ.สต.ไม่คิดว่า สสอ. หรือสสจ. เป็นผู้มีบทบาทกับเขามากต่อไป ในด้านการบริหารเชิงควบคุมเป็นไปได้ยาก และในการที่จะสร้างบารมีก็ยากมากอีก เพราะพอไปเมื่อเขาเอ่ยขอการสนับสนุนงบประมาณก็ไม่มีให้ จึงไม่สามารถสร้างบารมีได้ นี่คือเรื่องของระบบที่ใช้เงินบังคับบัญชาเป็นตัวตั้ง ทำให้ตอนนี้ทำได้แค่เพียงขอความร่วมมือจากการลงนิเทศหน่วยงานต่างๆ ...

ผู้บริหาร – แพทย์

๖) เส้นทางผู้บริหารระดับเขต ส่งผลกระทบในด้านความต่อเนื่องของนโยบาย

... ข้อเสียของเขตนี้อีกคือ เส้นทางของผู้ตรวจราชการเข้ากระทรวงหมด ออกมาเป็นผู้ตรวจในช่วงระยะเวลาสั้นๆ แล้วก็กลับไปเป็นอธิบดี ความคงทนอยู่ในพื้นที่ไม่นาน อย่างมากก็แค่ ๒ ปี ซึ่งระยะเวลาแค่ ๒ ปีทำอะไรมากไม่ได้ ทำได้เพียงให้แนวทางไว้เมื่อรองอธิบดีจากกรมอื่นๆมารับหน้าที่เป็นผู้ตรวจต่อ เมื่อไม่ใช่งานถนัดของตนเอง ก็ไม่ทำและเปลี่ยนนโยบายไปเรื่อยๆนี่เป็นจุดอ่อนของเขตนี้อีก

ผู้บริหาร – แพทย์

❖ ข้อเสนอแนะ

๑) แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ต้องมีความเข้าใจวิถีมุสลิมอย่างแท้จริง

... ต้องมีความเข้าใจวิถีมุสลิมอย่างลึกซึ้งแท้จริง คือ ตอนที่ जबแพทย์ ที่ศูนย์แพทย์ฯควรให้มีการสอนปลูกฝังมาตั้งแต่เป็นนักศึกษาแพทย์ ก่อนลงพื้นที่และบอกน้องๆ เล่าว่าวิถีของมุสลิมเป็นอย่างไร การลงชุมชนในมุสลิมต้องทำอะไร เมื่อเราสอนไปตั้งแต่ ต้นน้ำ เมื่อมาถึงกลางน้ำ และลงมาระดับพื้นที่แล้ว น้องใหม่มาฝึกก็สอนไป (ใช้ระบบพี่สอนน้อง)หรือพอถึงช่วงเวลาหนึ่ง เราอาจเรียกมาฟื้นฟู (refresh) ความรู้ใหม่ก็ได้....

ผู้บริหาร – แพทย์

๒) ควรกำหนดมาตรการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมให้แก่ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อรักษาคนดีและคนเก่งให้อยู่ในพื้นที่และอยู่ในระบบงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งบุคลากรสาธารณสุข อสม. และผดุงครรภ์โบราณ

... จุดที่เป็นปัญหาเรื่อง คน ... เมื่อเรารู้สถานการณ์คนไม่ยอมทำงานตรงนี้ อยากให้มีพี่อยู่ในทีมต่อไปงานแม่และเด็กเป็นงานที่สำคัญ ใครที่มาทำงานตรงนี้ ให้ความดีความชอบให้เปอร์เซ็นต์ เป็นเงิน....

ผู้บริหาร – แพทย์

๒.๑.๒ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน /จิตอาสาที่ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก

จากการสนทนากลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน ๒๐ คน พบว่าเป็นเพศหญิง จำนวน ๑๙ คน เพศชาย จำนวน ๑ คน อายุระหว่าง ๒๖ - ๕๒ ปี อายุเฉลี่ย ๔๑ ปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ๑๓ ปี (อายุต่ำสุด ๔ ปี สูงสุด ๒๕ ปี) โดยเฉลี่ย อสม. ๑ คน จะรับผิดชอบประมาณ ๑๕ - ๒๐ ครัวเรือน มูลเหตุจูงใจสำคัญในการมาทำหน้าที่ อสม. คือ ส่วนใหญ่เข้ามาทำงานด้วยใจรัก เป็นผู้มีจิตอาสา ต้องการงานเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ โดยยึดหลักคำสอนของท่านศาสดามุฮัมมัดที่กล่าวว่า การช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ คือการทำบุญและการได้บุญที่ยิ่งใหญ่ บางคนมีความใฝ่ฝันอยากเป็นพยาบาลมาก่อน และการเป็น อสม. ทำให้ตนเองและครอบครัวได้รับการยอมรับจากชุมชน รวมถึงได้รับสิทธิประโยชน์ เช่น ได้อยู่ห้องพิเศษเวลาเจ็บป่วย ทั้งนี้ลักษณะงานอนามัยแม่และเด็กที่ดำเนินการจะเน้นด้านการประสานงาน/เป็นตัวเชื่อมระหว่างเจ้าหน้าที่และคนไข้ รูปแบบการทำงานในฐานะเพื่อนช่วยเพื่อน ติดตามไปเยี่ยมหลังคลอดที่บ้าน รวมถึงการให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของชุมชน

สรุปผลการศึกษา มีข้อค้นพบตามประเด็นคำถามการวิจัย ดังนี้

๑) แนวคิดต่อประเด็น การมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกับรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ ภาวะเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม หรือไม่

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดสะท้อนถึงรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ โดยพบข้อมูล/คำตอบรวม ๒ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเสี่ยง/เป็นอุปสรรคต่อการมีสุขภาพที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ๑) ความเชื่อว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานอาหารมาก รวมถึงไม่ควรรับประทานยา(ยาบำรุง) เพราะจะทำให้ทารกในครรภ์โตและคลอดลำบาก ๒) ความเชื่อที่จะคลอดกับหมอผู้หญิง แต่อย่างไรก็ตาม ส่วนหนึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นคนรุ่นใหม่มีพฤติกรรมสุขภาพใส่ใจสุขภาพตนเองและบุตรในครรภ์ดีขึ้น

■ ความคิด ความเชื่อ เรื่องการรับประทานอาหารและยา

... แม่บางคน เราดูจากการใส่เสื้อผ้า การอยู่ของเขา เขาจน การที่เขากินอาหารแต่ละอย่าง เขาไม่ได้คำนึงถึงเด็กในท้อง ไม่เคยกินยาบำรุงเลือด เหมือนเด็กที่ บาละ ๑๙ ปี ท้อง เราก็ดูแลเขาตอนเขาอยู่ที่นี้ ให้กินยา แล้วก็ย้ายตามสามี เราก็ไม่ได้ติดตาม เพราะอยู่ไกล ก็ไม่ได้กินยาบำรุง คลอดออกมาลูกก็ไม่แข็งแรง เพราะไม่กินยา...

... โดยปกติชาวบ้านจะอยู่กับผู้ใหญ่ถ้ากินไก่ต้มฟักจะไม่ให้กิน ให้กินปลาแห้ง หรือไม่ก็ปลาช่อน ปลาช่อนจะช่วยสมานแผลใส่เกลือใส่ขมิ้นแล้วเอาไปย่าง เขาไม่ให้กินของมัน ของทอด ความเชื่อของคนโบราณเขาว่า จะกลัวว่าถ้าอาหารมีน้ำมันมดลูกเข้าอูยาก พวกขนมจีน น้ำแข็ง ฟัก หน่อไม้ ของเย็นๆ ช่องคลอดจะไม่ค่อยแห้ง...

... เขาเชื่อว่าทานยาแล้วจะอ้วน เด็กจะอ้วนเหมือนยา Obimin กินแล้วเด็กจะโต จะคลอดยาก เขาว่าค่อยออกมาบำรุง ข้างนอกดีกว่า ส่วนมากเป็นยา วิตามินเขาจะแอนด์ดี เพราะกินแล้วน้ำหนักเด็กจะเพิ่ม คลอดยาก...

■ รูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต

... ณ ตอนนี้ผู้หญิงจะทำงานเยอะทำงานหนักกว่าผู้ชาย สำหรับที่นี้จะค่อนข้างบางครอบครัวผู้ชายอาจจะไม่ทำงานเอง ที่นี้เราก็ออกไปทำงาน โรงงานบ้าง ทำงานนอกบ้าน ให้แม่เราเลี้ยงบ้าง แม่สามีเลี้ยงบ้าง มันยากที่จะให้ลูกกินนมแม่นะ...

... ส่วนมากห้องแรกนั้นแหละที่สามีสสนใจ เหลือมากให้พาไปไหนก็ไป ฝากตั้งครุฑก็พาไป พอเข้าห้องที่ ๒ - ๓ ก็ไปเอง เฉพาะบางคนนะ ไม่ใช่ทุกคน

... ตอนนี้ทันสมัยแล้ว บางคนอยู่กับแม่ๆไม่ให้กินจริง พอแม่ไปที่อื่น ก็แอบกิน เพราะว่าตัวเองจะได้แข็งแรง มีนมให้ลูกกิน แต่ว่าไม่ได้ขัดกับพ่อ แม่ละ ไม่ได้ได้ พ่อแม่ไปก็แอบเลย...

... เหมือนการรับประทานอาหารหญิงหลังคลอด แต่ก่อนจะไม่กินอะไร กินแต่ปลาเค็ม เดี่ยวมาแล้ว เราก็แนะนำบอกความเชื่อของเขาไป ค่อยๆตะล่อมเค้า เช่นให้เค้าทำแกงเลียงใส่ปลาช่อน เพราะปลาช่อนเป็นยาสมานแผล...

... บางคนไม่กล้ามาหาหมอ เพราะคลอดไม่รู้จะเจอหมอผู้หญิงไหม เพราะทางศาสนา ถ้าคลอดต้องเป็น หมอผู้หญิง...

... บางคนเขาถือว่าต้องคลอดกับหมอผู้หญิงมากกว่า แต่เดี๋ยวนี้มันน้อยลงแล้ว เพราะว่าบางอย่างต้องให้ หมอผู้ชายทำ อย่างเช่น การผ่าตัด...

... คนท้อง ที่เขาไม่ยอมมาคลอดโรงพยาบาล เขามาไม่ทัน เขายังไว้ใจผดบ. ส่วนมากจะเกิดกับคนที่ อยู่ข้างในลึกๆ ที่เขามาไม่ทัน...

... ส่วนมากถ้าบอกเขาว่าผ่า เขาจะขอไปทำกับโต๊ะบีแดก่อน ถ้าไม่ได้ยังงี้ แล้วค่อยมาคุยอีกทีก็มีค่ะ...

๒) การมีส่วนช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอด

จากการศึกษา อสม.ได้สะท้อนถึงบทบาทหน้าที่ที่มีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพในงานอนามัย และเด็ก เริ่มตั้งแต่การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในหมู่บ้าน หรือในเขตที่รับผิดชอบ เพื่อให้มาฝากครรภ์ เมื่อฝากครรภ์ก็จะติดตามให้มีการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการติดตามในกรณีที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามบริบทของชาวไทยมุสลิม โดยพยายามผสมผสานแนวทางปฏิบัติ กับความเชื่อของชุมชน ดังข้อมูลคือ

... รู้เพราะประชุมประจำเดือน มีข้อมูลอยู่แล้วว่า คนท้องในหมู่บ้านเฉพาะในเขตที่เรารับผิดชอบ ก็รายเราก็ไปสำรวจ เรารู้อยู่แล้วเพราะอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน คุยกัน พบปะตลอด...

... จริงๆ ใน ๑๐ หลังคาเรือน ที่เรารับผิดชอบ เราจะรู้ ว่าบ้านหลังไหนแต่งงานใหม่ บางที่เราไม่คุยกับ ลูก เราคุยกับพ่อแม่ พ่อแม่เค้าก็จะบอกว่าลูกจะแต่งงาน บางที่เราไม่ได้บอกลูกเค้า ก็บอกผ่านพ่อแม่ ว่าหากประจำเดือน ไม่มาต้องไปตรวจนะ...

... อสม.ก็ต้องไปรู้ใจ เห็นข่าวว่าคนนั้นท้องนะ เราก็พยายามไปคุย ถ้าไม่พาเขาไป เขาไม่กล้าไปงี้ เราบอกว่าไปกับเราก็ได้ เราก็เป็นคนในหมู่บ้านเหมือนกัน พูดง่ายๆ เราก็เป็นบ้านนอกเหมือนกัน มันจะรู้ถึงใจเขาใจเราคิด แบบไหน...

... อสม. นี้นะคะ มีเคส(case)ที่เป็นมะเร็งปากมดลูก เค้าก็เป็นภรรยาโต๊ะอีหม่าม ไม่ว่าใครไปบอก เค้าไม่ ยอมไปตรวจ ไม่ยอมไปหาหมอ มีคนมาบอกเราให้เข้าไปดู เราก็ให้กำลังใจ ไปกล่อมเค้า แล้วก็ไปพาไปรพ.ด้วยกัน หลังจากนั้น เค้าก็ยอมไปตลอด เราก็มีความภาคภูมิใจตรงนั้น...

... พื้นที่ ที่เรารับผิดชอบชาวบ้านเขาไว้วางใจเรา เค้าก็จะบอกเรา เวลาบ้านไหนเพิ่งแต่งงานเราก็รู้แล้ว เราก็จะ ไปให้สุศึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัว บางที่เราไม่คุยกับลูก ก็บอกผ่านพ่อแม่ ว่าเมื่อประจำเดือนไม่มา ต้องไปตรวจไปนะ...

... เรามาเป็น อสม ด้วยใจ เราชอบช่วยเหลือ ศาสนาเรา สอนว่า การช่วยเหลือ ได้บุญที่ยิ่งใหญ่ ท่านศาสดามุฮัมมัดบอกว่าการให้ความรู้กับผู้อื่นนั้นคือการทำบุญที่ใหญ่สูงมาก แต่บางทีก็เสียนะ เราหาคนท้อง ตามให้กินยา ถ้าไม่มาฝากท้อง เราก็ตาม...เรารับ ประมาณ ๑๕ บ้าน แต่พวกเราก็ช่วยกัน...

อสม.

๓) แนวคิดต่อประเด็น การจัดบริการสุขภาพของสถานบริการของรัฐ ได้เอื้อต่อวิถีชีวิตมุสลิมของหญิงตั้งครรภ์ช่วงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดอิสลามมากน้อย เพียงใด

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงการจัดการที่เอื้อต่อวิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การจัดให้มีสถานที่อาซานให้กับทารกที่คลอดออกมาดูโลก ให้ได้ยินเสียงพระนามของอัลลอฮ์ ซึ่งเป็นเสียงที่ศักดิ์สิทธิ์ แต่อย่างไรก็ตามในการจัดบริการบางส่วนก็ยังไม่เอื้อต่อวิถีชีวิตของชาวมุสลิม โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงการจัดการบริการสุขภาพของสถานบริการ ที่มีกฎระเบียบค่อนข้างเคร่งครัดในการเยี่ยมของญาติ การไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการคลอด หรือ แม้การไม่ให้อนุญาตให้โตะปีแด่ได้ร่วมในการช่วยเหลือเป็นกำลังใจในการคลอดของมารดา ส่งผลทำให้ขาดขวัญและกำลังใจ ไม่อยากคลอดที่โรงพยาบาล เนื่องจากรู้สึกโดดเดี่ยว นอกจากนั้นยังสะท้อนถึงพฤติกรรมบริการที่ไม่สะท้อนถึงความเป็นกัลยาณมิตร ขาดความเอาใจใส่และใส่ใจต่อผู้รับบริการ

... ช่วงตั้งครรภ์ของอิสลามนะ เราจะให้อ่านอาฏูรอ่าน ช่วง ๒ - ๓ เดือนให้อ่านสุละาะ พอถึง ๕ เดือนนั้นอ่านสุละาะนั้น เพื่อให้ลูกออกมาหล่อ เรียงดี หรือว่าเป็นเด็กฉลาดก็มี เราจะมียศ สุละาะอ่านแล้วคลอดง่าย

... เยี่ยมหลังคลอดหมอก็จะมีกีฟเซตให้ มีผ้าขนหนูเป็นน้ำใจเล็กๆน้อยๆให้กับแม่เขาหลังคลอดทำทุกอย่าง มีระบบ ตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอด เยี่ยมหลังคลอด แนะนำให้กินอาหารแล้วปฏิบัติตัวอย่างไรหลังคลอด

... บ้านหนูนะ อยากได้โตะปีแด่ อยากได้เวลาทอง เวลารู้สึกอึดอัด ก็ให้โตะปีแด่ ลูกๆ จัดทอง...บางที่มีการนัดเส้นด้วย โตะปีแด่พอคลอดเสร็จปั๊บ จะสอน ประคบเลย...มันดีนะ ดูแลดี อุ่นใจ..เหมือนคนเจ็บท้องเขาก็ไม่รู้ว่าจะคลอดหรือ ก็จะมาบอกโตะปีแด่ว่า เนี่ย จะคลอดหรือยัง โตะปีแด่ก็จะช่วยจับ ว่าเอาไปได้แล้วนะ ก่อนไป รพ. จะถามโตะปีแด่ โตะปีแด่จะยกท้อง ว่านี่เออ ยังนะ โตะปีแด่จะรู้...อยากให้โตะปีแด่มาอยู่ด้วย...

๔) สถานบริการที่ท่านคาดหวัง ควรจัดระบบการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ผู้มาใช้บริการอย่างไร และที่ผ่านมายังคงมีปัจจัยหรือปัญหาอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงสถานบริการที่คาดหวัง ในด้านการให้บริการที่รวดเร็ว เป็นจุดบริการเดียว รวมถึงประเด็นสำคัญที่เป็นข้อสรุปคือ เจ้าหน้าที่ควรให้บริการด้วยพฤติกรรมที่ดี เอาใจใส่ ใช้น้ำเสียงที่เหมาะสม ผู้ดูแล(พยาบาล)หรือแพทย์ควรเป็นเพศหญิง เพื่อสอดคล้องกับหลักการดูแลของศาสนาอิสลาม แต่อาจเป็นผู้ดูแลหรือแพทย์ที่เป็นเพศชายได้บ้าง หากเป็นกรณีจำเป็นหรือเร่งด่วน

... เรื่องการให้บริการ น่าจะให้ใส่ใจในเรื่องของคำพูด สีหน้า น้ำเสียงสำคัญมากเลย ช่วยให้ความใส่ใจกับคนไข้หน่อย เอาใจเขาใส่ใจเราเนะ เหมือนเวลาคุณไม่สบาย คุณมาทำหน้าตาแบบนั้น น้ำเสียงแบบนั้นเป็นปัญหามากเลยตรงนี้ แต่พยาบาลบางคนนี่ที่พูดเพาะๆก็มี ชอบพูดเพาะๆคนไข้ชอบ ชอบมาก...

... เจ้าหน้าที่พูดภาษาวิชาการของเขา ซึ่งบางทีการสื่อสารไม่ตรงกัน ทำให้เข้าใจผิด เหมือนวันนั้นที่ชาวบ้านคนแก่พอมมาถึง เจ้าหน้าที่ก็ถามว่าเป็นอะไร เขาก็บอกว่าไม่สบาย อ้าวไม่สบายแล้วเป็นอะไร คือชาวบ้านเขาจะบอกว่าไม่สบาย ในความคิดของชาวบ้านคือ ฉันไม่สบาย ฉันเลยมาหาหมอ แต่ถามว่าเป็นอะไร เขาบอกไม่ถูกหรอกแต่ความคิดเจ้าหน้าที่ก็ถ้าไม่รู้ว่าเป็นอะไรจะมาหาหมอทำไม...

...อยากให้ปรับปรุงเรื่องคำพูด การรับบริการกับชาวบ้าน คนไข้บางคนพูดภาษาไทยไม่เป็น ถามอย่างนั้นถามอย่างนี้ บางทีเขาถามไม่มาฟังเลย ทำงานนั้นดี ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องคำพูด...

๒.๑.๓ ผดุงครรภ์โบราณ “โตะปีแด่” หรือ “หมอดำแย”

ในการศึกษาข้อมูลครั้งนี้ โตะปีแด่ ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งหมด ๑๗ คน ค่าเฉลี่ยอายุ ๕๙ ปี (อายุต่ำ ๒๙ ปี สูงสุด ๗๔ ปี) เกือบร้อยละ ๑๐๐ การเป็นโตะปีแด่ส่วนใหญ่เกิดจากจิตอาสา เพราะอยากช่วยเหลือและเป็นกันมาจากการสืบทอดทางบรรพบุรุษ นั้นหมายความว่า มีบุคคลในครอบครัวที่เคยเป็นโตะปีแด่มาก่อน

โตะปีแด่ เล่าให้ฟังว่า การเป็นโตะปีแด่เกิดจากความศรัทธา “สมาจิต” ที่อยากช่วยเหลือ โดยที่เมื่อเห็นคนจะคลอดก็ไปช่วยเหลือในการทำคลอดเลย และเกิดความกล้าที่จะทำ โดยที่บางครั้งความรู้ในการทำคลอดไม่มี หรือ ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำคลอดเลย มีโตะปีแด่บางส่วนได้เรียนรู้การทำคลอด โดยการติดตามช่วยเหลือโตะปีแด่รุ่นพี่จนเกิดความชำนาญ ซึ่งในครั้งแรกอาจจะช่วยรับเด็ก ช่วยอาบน้ำเด็ก ช่วยบีบนวดหลังคลอด จนเมื่อสามารถทำเองได้ก็จะทำคลอดเอง ในการทำคลอด บางครั้งโตะปีแด่ก็ไม่ได้รับค่าตอบแทนเลย เพราะบางครอบครัวคนท้องฐานะยากจน แต่ถือเป็นการช่วยเหลือ เริ่มตั้งแต่การดูแลในขณะคลอดท้อง และการดูแลหลังคลอด ซึ่งถือว่าเป็น “ริสกี” (โชคเลา) ที่อัลลอฮ์ประทานมา ซึ่งสิ่งที่ได้จากการช่วยคลอดกลับมาอาจไม่ได้เป็น เงินทอง หากแต่เมื่อถึงฤดูของการทำนาเกี่ยวข้าว หรืองานบุญต่างๆ โตะปีแด่มักจะได้รับการช่วยเหลือกำลังกายจากชาวบ้านอย่างเต็มที่ และสิ่งสำคัญ คือสิ่งที่อัลลอฮ์จะตอบแทนในโลกหน้า แต่ในบางครอบครัวที่มีฐานะ โตะปีแด่ก็จะได้รับค่าตอบแทนที่ดี

ผลการศึกษา สรุปรวข้อค้นพบตามประเด็นคำถามการวิจัย ดังนี้

๑) แนวคิดต่อประเด็นการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกับรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ ภาวะเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

สิ่งที่โตะปีแด่ สะท้อน คือ หญิงตั้งครรภ์ต้องทานอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งในความหมายของกลุ่มโตะปีแด่นั้น อาหารที่มีประโยชน์คือ อาหารทั่วไป ประเภทเนื้อปลา เพิ่มการรับประทานนม แต่ในขณะเดียวกัน ก็ต้องงดของแสลง รวมถึงให้คำแนะนำ การระมัดระวังเรื่องห้ามทำงานหนักในช่วงแรก

การปฏิบัติตัวในการตอนท้องสำคัญ ต้องมีการฝากท้องกับโตะปีแด่ โดยโตะปีแด่จะมีการทำหมากพลู “ชีเง๊ะปีแน” เป็นการขอพร ขอดูอากับพระองค์อัลลอฮ์ เพื่อขอให้ปลอดภัยทั้งแม่และลูกในท้อง จะทำในท้องแรกทุกราย พร้อมกับจะมีการฝากท้องกับ รพสต หรือ โรงพยาบาลควบคุมกันไป

๒) การมีส่วนช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพมากด้านอนามัยแม่และเด็ก

การดูแลในช่วงตั้งท้อง ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลให้มีความอดทน ยึดมั่นในอัลลอฮ์ โดยการทำหมากพลู ให้ปลอดภัย การสอนบทดูอา การสวดนยทท้องในกรณีที่รู้สึกไม่สบาย การแนะนำด้านการรับประทานอาหารที่มากขึ้น

ในขณะคลอด การดูแลเป็นกำลังใจในการคลอดให้ดำเนินไปด้วยดี หากคนคลอดตัดสินใจคลอดเองที่บ้าน โตะปีแด่ จะอยู่ด้วยกันตั้งแต่เริ่มเจ็บท้องจนกระทั่งคลอด หากเจ็บท้องนาน ก็จะช่วยด้วยกันตลอดเวลา เป็นกำลังใจ นวดเพื่อให้คลายปวดเมื่อย อ่านดูอา ขอพรจากอัลลอฮ์ให้คลอดอย่างปลอดภัย ซึ่งในส่วนนี้ ที่แตกต่างกับ การคลอดที่โรงพยาบาล โตะปีแด่จะสามารถตอบสนองด้านจิตใจ และจิตวิญญาณได้ค่อนข้างมากกว่า

ในกรณีที่คลอดที่โรงพยาบาล หากมีคนตามโตะปีแดก็จะไปอยู่ช่วยเป็นกำลังใจ ช่วยนวดและช่วยอ่านดูอาการต่างๆ ซึ่งจะทำให้คนท้องคลายกังวล สบายใจเหมือนญาติผู้ใหญ่มาดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งในปัจจุบันในบางโรงพยาบาลได้อนุญาตให้โตะปีแดได้มีโอกาสเข้าไปอยู่กับคนคลอด ตั้งแต่เจ็บท้องคลอดไปจนถึงคลอด

หลังคลอดโตะปีแด มีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพของมารดา โดยการนวด เพื่อกระตุ้นน้ำนม โดยส่วนใหญ่จะมีการให้โตะปีแดนวดทุกวัน เป็นเวลาประมาณ ๓ วัน ในบางรายจะให้โตะปีแดช่วยในการประคบร้อน หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า “ตูกู” ซึ่งจะช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็วมากขึ้น และมีความเชื่อว่าหากไม่ตูกูนั้นจะทำให้มดลูกไม่เข้าอู่และส่งผลทำให้มดลูกหย่อนคล้อย นอกจากนี้ โตะปีแดยังจะดูแล แนะนำในการปฏิบัติเรื่องของการรับประทานอาหาร การงดของแสลง ซึ่งอาหารส่วนใหญ่จะหลีกเลี่ยง อาหารที่เป็นธาตุเย็นต่างๆ เช่น พักทอง ลองกอง เพราะมีความเชื่อว่า หากทานแล้วจะทำให้คนคลอดไม่สบายตัว และอาจทำให้มีอาการสำไส้ได้ หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกทอดที่ใช้ไขมันจำนวนมาก เพราะมีความเชื่อว่า ไขมันจะลื่น และส่งผลทำให้มดลูกไม่เข้าอู่ และลื่นออกมาทำให้มดลูกคล้อยได้ รวมถึงจัดหาสมุนไพรให้น้ำนมไหลง่าย สมุนไพร(ใบยอ)ให้มดลูกเข้าอู่ เป็นต้น

๓) การจัดบริการสุขภาพของสถานบริการ ได้เอื้อต่อวิถีชีวิตมุสลิมของหญิงตั้งครรภ์ช่วงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดอิสลามมากน้อย เพียงใด อย่างไร

ปัจจุบันการจัดบริการ เอื้อต่อวิถีชีวิตของมุสลิมมากขึ้น มีสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับชาวมุสลิมและผู้ดูแล มีสถานที่อาซาน มีการอนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ มีการอนุญาตให้โตะปีแดเข้าช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้กับหญิงตั้งครรภ์ได้ กรณีหลังคลอดก็อนุญาตให้โตะปีแดมาดูแลที่โรงพยาบาลได้

อย่างไรก็ตาม พบว่า ประเด็นอนุญาตให้โตะปีแดเข้าในห้องคลอดยังไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ๆ การให้บริการยังไม่เอื้อต่อความต้องการของหญิงคลอดชาวไทยมุสลิม บางครั้งหญิงคลอดต้องอยู่คนเดียว เกิดรู้สึกหวาดกลัว ไม่มั่นใจ โดยเฉพาะในหญิงท้องแรก และขาดการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ (พยาบาล แพทย์) มีภาระงานค่อนข้างมาก ทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง

๔) สถานบริการที่ท่านคาดหวัง ควรจัดระบบการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์มาใช้บริการอย่างไร และที่ผ่านมามีปัจจัยหรือปัญหาอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

๑. การเฝ้าดูแลในขณะรอคลอดในบางโรงพยาบาล ยังไม่เอื้อเท่าที่ควร

๒. การให้บริการที่ซับซ้อน หลายขั้นตอนยังคงมีอยู่ ควรจัดให้มีการดูแลที่ขั้นตอนเดียวเพื่อความสะดวกของผู้รับบริการ

๓. อาหาร สำหรับหญิงหลังคลอด ควรสอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อ ตามบริบทของชาวไทยมุสลิม เนื่องจากยังพบอาหารที่จัดให้ ยังคงเป็นของแสลง เป็นอาหารจำพวกเย็น เช่น แกงผักกับไก่ ขนมหิน ซึ่งอาหารเหล่านั้นจะทำให้เกิดความไม่สบายของหญิงหลังคลอด และทำให้มดลูกเข้าอู่ช้า

๔. การให้บริการที่ดีจากทีมสุขภาพ เนื่องจากบางครั้งทีมสุขภาพมีพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม พูดจาไม่เพราะ ดำเนินการตั้งครุฑหลายครั้ง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ยอมมาคลอดที่โรงพยาบาล

๕. ประเด็นข้อเสนอแนะเพื่อสนับสนุน/ให้ความช่วยเหลือแก่โตะปีแด เนื่องจากในปัจจุบัน โตะปีแด ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำคลอด เนื่องจากเป็นนโยบายให้คลอดที่โรงพยาบาล โตะปีแดจึงเป็นเพียงผู้ดูแล ผู้นำส่ง และเป็นผู้ที่แนะนำให้มาคลอดที่โรงพยาบาล บางครั้งต้องเป็นผู้ที่มาส่งหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจาก หญิงตั้งครรภ์ไม่ยอมมาโรงพยาบาล จึงมีข้อเสนอจากกลุ่มโตะปีแดอยากให้มีเงินช่วยเหลือโตะปีแดเพื่อเป็นน้ำใจในการนำส่งผู้ป่วยด้วย

๒.๒ หญิงตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ในการศึกษาคั้งนี้ มีจำนวน ๒๑ คน ค่าเฉลี่ยอายุ ๒๘ ปี (อายุต่ำ ๑๕ ปี สูงสุด ๔๗ ปี) สรุปผลการศึกษา ดังนี้

๑) แนวคิดต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกับรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ ภาวะเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลสะท้อน ถึงรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ ภาวะเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่ยังคงมีอิทธิพลสูงต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีในระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะ รูปแบบการดำรงชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องพึ่งพิงสามีในการพาไปโรงพยาบาล และมีความเชื่อที่สำคัญ ต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือต่อการปฏิบัติในขณะตั้งครรภ์ในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

... แบบไม่พามา(แบบหมายถึงสามี) แบบไม่พามาก็น่าไม่ได้ก็เพราะว่าท้องด้วย มีลูกเล็กด้วยแถมขี่มอเตอร์ไซด์ เป็นที่ชัน ไหล่ทาง ทางขรุขระ ลำพองแถมจะมาไม่ไหว ถ้าจะมาก็ต้องขี่คนพามา และก็คนที่ขี่พาก็ไม่รู้ว่าจะขี่หรือไม่ว่าง...

... คนแถวบ้านไม่ให้กินปลีกกล้วย เพราะคลอดยาก ซึ่งก็ไม่กินเพราะไม่ชอบอยู่แล้ว ยอดฟักทองกิน แล้วจะคลอดยาก โตะปีแดบอก บางคนเค้าก็เชื่อ ไปหาโตะปีแดบ้าง แต่เวลาเป็นอะไร ชอบไปอนามัย ตั้งแต่ลูกตั้งครรภ์ ๓ เดือน ไม่ต้องทำอะไร แพนไปส่งไปรับลูกไปโรงเรียน ไม่อยากให้อะไรให้อยู่เฉยๆ...

๒) เพื่อสุขภาพที่ดีทั้งแม่และลูกน้อยในครรภ์ ใครคือสามลำดับแรกที่ท่านคิดถึง

เมื่อมีการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะให้ความสำคัญ และสามารถลำดับแรกที่หญิงตั้งครรภ์คิดถึงคือ มารดา สามี และผดุงครรภ์โบราณ โดยจะสะท้อนถึงเหตุผลของการคิดถึงตามการให้ความสำคัญ เช่น ลำดับแรก คือ คิดถึงแม่ เนื่องจากตนเองได้เป็นแม่ และรู้สึกรักแม่ เข้าใจความแม่เพิ่มขึ้น ลำดับที่สอง คือ คิดถึงสามี เนื่องจาก เป็นชาวดี และเป็นความปรารถนาของครอบครัว โดยเฉพาะสามีที่ต้องการมีลูก

ลำดับสาม หญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งคิดถึงผดุงครรภ์โบราณ เพื่อที่จะฝากท้อง เพื่อให้ตรวจท้องว่า ตั้งครรภ์จริงหรือไม่ รวมถึงการคิดถึงหมอและพยาบาล ด้วยเชื่อมั่นว่าเป็นผู้มีความรู้

ดังที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อน คือ

... พอเรารู้ว่าท้องนะ เราคิดถึงแม่เลย รู้สึกดีใจและรักลูก ก็คงเหมือนกับแม่ที่รู้สึกรักเรามั้ง แต่เรายังแอบกลัวนะ กลัวแม่จะดุเรา เพราะตอนนั้นเรายังอายุน้อย อายุแค่ ๑๙ ปี เอง...

... พอรู้ว่าท้องบอกทุกคน บอกคุณแม่คุณพ่อเพราะท่านไม่มีหลาน แม่อยากได้หลาน

... นึกถึงสามีเป็นคนแรก ก็เลยไปตรวจเลือดพร้อมกัน รู้ผลชัดแล้วก็บอกแม่

... ก็พยาบาลกับหมอ เพราะเราไม่มีความรู้เรื่องนี้...

... ไม่นะ หนูว่าคือต้องเป็นเราเอง เพราะว่าลูกอยู่ในท้องเราไม่มีใครดูแลได้ดีเท่ากับเรา แต่ถ้าเรื่องคลอดก็ต้องพยาบาล...

๓) การเตรียมตัวและปรับตัวต่อบทบาทมารดา

หญิงตั้งครรภ์ให้ข้อมูลด้านการปรับตัวต่อบทบาทของมารดา คือ การปฏิบัติตามที่ได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ และการปฏิบัติตัวตามความเชื่อของครอบครัว การค้นหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ต่างๆ เช่น จากคุณแม่ที่มีประสบการณ์มาก่อน จากการอ่านคู่มือ (สมุดสีชมพู) และค้นหาความรู้ผ่านทางอินเทอร์เน็ต มีการดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มนม กินยาบำรุงตามคำแนะนำ ในช่วงไตรมาสแรกก็จะทำงานให้น้อยลง ไม่ยกของหนัก เนื่องจากกลัวการแท้ง นอนพักผ่อนมากขึ้น มีการอ่านคัมภีร์เพื่อขอคู่อำให้ลูกปลอดภัย ซึ่งพ่อแม่ หรือผู้รู้ทางศาสนาก็จะแนะนำ บทขอคู่อำให้ลูกปลอดภัยและคลอดง่าย รวมถึงไปฝากท้องที่สถานบริการ

... ตอนที่ไม่ต้องกินเรื่อยเปื่อย อาหารพวกฟาสต์ฟู้ด พอรู้ว่าท้องก็หยุด ส่วนใหญ่กินของที่มีประโยชน์ กินของบำรุงเลือด กินยาบำรุงเลือด แต่เลือดไม่เข้มข้นเท่าไร

... พอท้องนอกจากเรื่องของอาหาร กินนมเพิ่มขึ้น กินอาหารที่มีประโยชน์เป็นพวกผลไม้ ไม่กินของหวาน มีความกลัวว่าถ้ากินรสหวาน กลัวเป็นโรค กินมากกว่าเดิม นอนมากขึ้น ...

... ก็พอรู้ว่าท้องจะกินนม ปฏิบัติทุกอย่างที่พยาบาลแนะนำ เปิดสมุดสีชมพูไปย้งหน้าพัฒนาการของเด็ก ทุกอย่างมีครบเลย ก็ช่วยเราได้บ้าง บางข้อก็ทำไม่ได้ เช่น การนอนกลางวัน เราทำงานก็ทำไม่ได้ตรงนี้ เวลานั้นน้อยปกติก็อยากหลับอยู่แล้ว...หญิงตั้งครรภ์

... ก็ถามจากแม่บางคนที่มีประสบการณ์ เพราะบางอย่างไม่มีในห้องเรียน

... พอรู้ว่าท้อง เราก็เริ่มบำรุง กินนม เปิดอ่านตามอินเทอร์เน็ต เขาแนะนำให้กินยาที่หมอให้ ให้เสริมอาหารเพิ่มเติม ลูกจะได้แข็งแรง นอนให้มากขึ้น ทำงานให้น้อยลง ไม่ยกของหนัก...

... กินพวกวิตามินมากกว่า กินธาตุเหล็ก search ทางอินเทอร์เน็ตดูหาข้อมูล

... ของหนูไปฝากท้องที่ศาลา คือ เป็นอนามัยที่ในพื้นที่นั้นค่ะ

๔) บุคคลในครอบครัวท่านมีส่วนช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์จะมีบุคคลในครอบครัวมีส่วนช่วยบ้าง เช่น สามียช่วยในการซื้ออาหารที่มีประโยชน์มาให้หญิงตั้งครรภ์ แม่หรือแม่สามี จะช่วยในการดูแลประกอบอาหารในแต่ละวัน แต่โดยส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์จะดูแลตนเอง

... พอเวลาหงุดหงิด บางครั้งอารมณ์เสียใส่ครอบครัว แต่ครอบครัวให้กำลังใจตลอดเลย

... แม่ก็ช่วยอาบน้ำให้เดือนหนึ่ง เพราะหนูไม่กล้า กลัวสะดือหลุด...

... แพนช่วย ชักผ้ากับเครื่อง แล้วก็ช่วยตาก แพนกรีดยางคนเดียว เหนื่อยกว่าเดิม ไม่มีบ่น...

๕) ความรู้ ความเชื่อหรือมีข้อห้ามใดที่คิดว่า ยังคงต้องเคารพและปฏิบัติ เพื่อจัดอุปสรรคในการตั้งครรภ์และช่วยให้คลอดง่ายขึ้น หรือเมื่อปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีต่อตนเองและครอบครัว หรือหากละเลยไม่ปฏิบัติตามจะรู้สึกไม่สบายใจและอาจเป็นอันตรายได้

หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะได้รับความรู้จากการให้ความรู้ของทีมสุขภาพ รวมถึงจาก อสม. บางส่วนมีหาความรู้การอ่านจากสมุดสีชมพู ในด้านการปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์หรือหลังคลอด

สำหรับความรู้ ความเชื่อที่ยังคงเคารพและมีการปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ในระหว่างการตั้งครรภ์ เนื่องด้วยเป็นความรู้ ความเชื่อที่สืบทอดต่อกันมาจากการตา ญาติผู้ใหญ่บ้าง หรือโต๊ะปีเตบบอกบ้าง ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับรับประทานอาหารและยา เช่น ห้ามรับประทานอาหารเย็นๆ พริก พริกแห้ง แตงกวา น้ำแข็ง เป็นต้น ห้ามกินวิตามินบำรุงเตี๋ยวลูกในท้องจะโต คลอดยาก ห้ามกินของมันๆ การห้ามยกของหนัก การฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ และทำพิธีกรรมแนง เพื่อเป็นการดูแลครรภ์ของสาวที่ท้องแรก ฯลฯ

... ห้ามกินของเย็น หมอก็บอกเองแหละ น้ำแข็งบอกเยอะ...

... ก็เวลาเราปวดเอวไปหาโต๊ะปีเตบ แค่นี้ก็พอให้ เราก็ดูหยาบๆ พยาบาลเค้าไม่ค่อยมีความรู้เท่าไรเรื่องนวด...

๖) การจัดการบริการสุขภาพของสถานบริการ ได้เื้อต่อวิถีชีวิตมุสลิมของหญิงตั้งครรภ์ช่วงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดอิสลามมากนักน้อย เพียงใด อย่างไร

การจัดการบริการสุขภาพเื้อต่อวิถีชีวิตของมุสลิมพอสมควร โดยทางโรงพยาบาลได้จัดให้ญาติเยี่ยมได้ จัดให้มารดา หรือผดุงครรภ์โบราณเข้าในท้องคลอดในระหว่างคลอดได้ ในบางโรงพยาบาล แต่ก็ไม่ใช่ทุกโรงพยาบาล เนื่องจากบางโรงพยาบาลมีข้อจำกัดและกฎระเบียบค่อนข้างเข้มงวด นอกจากนั้นก็มี การจัดมุอาซานให้กับคนไข้เพื่อการอาซานให้กับทารกแรกเกิด

...ให้ทำสนับสนุน ให้มีที่ทำเฉพาะ ตอนนี้อยู่ไม่มี อยากให้โต๊ะปีเตบเข้าไป (ห้องคลอด)

๗) สถานบริการที่ท่านคาดหวัง ควรจัดระบบการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ ปัจจัยหรือปัญหาอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงสถานบริการที่คาดหวังคือ

๑. บริการรวดเร็ว ไม่รอนาน

...ก็ถือว่า ถ้าเรามาฝากนี้ก็แนะนำดี อะไรดี แต่คือในการบริการย่นับตร เอายาอะไรอย่างเนี้ย ไอ้บางทีรอเป็นชั่วโมง คือทำไมคนมาหลังได้ก่อน คือรอ ๑ ชั่วโมงเต็มรอไม่ไหวก็ถูกไปถามว่าทำไมช้า เค้าก็บอกว่าใบสั่งยายังไม่ส่ง ก็เลยบอกว่าไม่ได้ส่งได้ใบที่ยื่นตรงนี้นั้นไม่ใช่ใบสั่งยาเหรอ...

... ก็ถือว่าถ้าเรามาฝากนี้ก็แนะนำดี อะไรดี แต่ในการบริการย่นับตร หรือรอรับยาอะไรอย่างเนี้ย บางทีรอเป็นชั่วโมง แล้วทำไมคนมาหลังได้ก่อน...

... รอเวรเปลนานเป็นชั่วโมง กว่าจะเสด็จมา...

... พยาบาลตรวจแล้วรออีกหนึ่งชั่วโมงกว่าหมอจะมา บางทีหมอนัดมา ก็ต้องรอหมอ บางทีหมอไปผ่าตัด ๒-๓ ชั่วโมง กว่าจะมา...

... คนไข้ก็ไม่เยอะเท่าไร บางทีมา ๖โมงเช้า เที่ยงก็ยังไม่เสร็จอีก ไม่รู้เหมือนกันว่าทำอะไรกัน...

๒. บริการที่ดี ให้คำแนะนำ พุดคุย ด้วยรอยยิ้มและน่าประทับใจ

... ตอนนี้ บริการก็ดีขึ้นบ้างนะแต่ก่อนนี้...เราจะเล่าให้ฟังนะ น้องถ้าพี่ไม่เรียกไม่ต้องเดินมานะ รอให้พี่เรียกก่อน คือเรียนมาระดับนี้แล้ว เค้าก็ต้องระวังอารมณ์ ไม่งั้นจะเรียนไปทำไม คืองานบริการมารยาทก็ต้องมีบ้าง...

... เราอยากให้บริการให้ดีขึ้นมาหน่อย พุดจาเหมือนไม่มีมารยาท ตะคอก...เข้าใจคนท้องหน่อย คนมันก็กลัวนะ กังวล บางทีก็กลัว...

... เค้าไม่ถามหรอก มีแต่อย่าร้องมากนัก พุดแค่นั้นแหละคะ จะถามว่าเจ็บมากไหม ไม่มี...

... พยาบาลจะเข้ามาบอกว่าอย่าร้องนะ เตี๋ยจะไม่มีแรง เจ็บท้องมันก็เป็นอย่างนี้แหละ...

... เดี๋ยวนี้พยาบาลจะยิ้มแย้ม ก็ดีขึ้นเยอะ ดีกว่าแต่ก่อนเยอะ สมัยก่อนเหมือนจะกินกันจริงๆเลย...

... คือที่ห้องบัตรพูดเหมือนจะกินคน ยังไงก็พูดจาดีหน่อย...

... แถบ้านอนามัยบริการไม่ดี บางคนโกรธอะไรมาไม่รู้ มาลงที่เรา บางทีคุ้ยดีก็มี บางวันไม่ดี บางทีเราไปทำเป็นไม่สน เห็นแต่หน้าคอมอย่างเดียว...

๓. ความพร้อมด้านกำลังคน สถานที่และเครื่องมือ รวมถึงความสะอาดของอุปกรณ์

... ที่นี่ ถ้าเป็นเรื่องการตรวจโรคทั่วไป หมอจะน้อย สังเกตอยู่ว่าตรวจไม่เกิน ๒ ห้อง ทั้งๆที่มีห้องตรวจ

... ที่นี้ไม่ให้ญาติเข้าไป ไปพักพื้นห้องพิเศษอยู่ ๓ วัน ไม่มีใครเข้าไปทำความสะอาดเลย แต่ที่โน้นไม่เป็นอย่างนั้น เข้าเย็นเข้าไปทำความสะอาด...

... บางทีหนูมาเยี่ยมเพื่อน เข้าไปก็เห็นแล้วผ้าปูก็ไม่เปลี่ยน คืออีกคนเข้าห้องคลอด อีกคนมานอนต่อเลย ไม่มีเปลี่ยน...

... สิ่งอำนวยความสะดวก ก็ยังงั้นๆ ห้องน้ำสกปรก...

๔. มีการสื่อสาร ด้วยใช้ภาษาท้องถิ่น และมีการให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้รับบริการ

... เรานาย(มุสลิม)ด้วยกัน ก็อยากให้พูดภาษานาย ไม่ใช่ทำว่า พูดไม่เป็น ไม่เป็นได้ไง ก็เด็กในหมู่บ้านเรา... เพราะบางที เราพูดภาษาไทยไม่เก่ง เราก็ออยากให้พูดนายกับเรา...

... อยากให้มีข้อมูลรายละเอียดเพิ่มขึ้น ควรปฏิบัติยังไง ส่วนใหญ่หาข้อมูลเองเกี่ยวกับโรคประจำตัว...

... มุมมองชาวบ้านกับโรงพยาบาล ถ้าไม่จำเป็นจริงๆไม่ป่วยจริง ก็จะไม่มาโรงพยาบาล ไม่มีการณรงค์เกี่ยวกับตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งมันเป็นเรื่องสำหรับชาวบ้านทั่วไป...

๒.๓ บุคคลอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

บุคคลอ้างอิงหรือผู้มีอิทธิพลต่อหญิงตั้งครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๘ คน ได้แก่ สามี จำนวน ๑๔ คน (มีอายุเฉลี่ย ๓๖ ปี สูงสุด ๖๒ ปี และอายุต่ำสุด ๑๙ ปี) มารดาของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน ๓ คน (อายุ ๔๘, ๕๔ และ ๕๘ ปี) ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม) ๑ คน ได้สะท้อนข้อมูลคำตอบตามแนวคำถามการวิจัย ดังนี้

๑) การมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกับรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ ภาวะเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนคำตอบรวมในประเด็นภาวะสุขภาพที่ดี ขึ้นกับรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเชื่อฟังพ่อแม่ ผู้ใหญ่ พ่อตา แม่ยาย ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมการกินอาหาร การฝากครรภ์ ของหญิงตั้งครรภ์

... คนที่มีอิทธิพล ก็คือผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา แต่บุคคลเหล่านั้นก็มีโอกาสน้อยที่จะไปสัมผัสกับกลุ่มเป้าหมายโดยตรง... ฝ่ายพ่อตา ฝ่ายแม่ยาย ก็จะมีส่วนที่จะบงการว่าโน้นได้นะ นี่ไม่ได้นะ ก็ทำให้บางทีเค้าก็มีความเชื่อต่อผู้หลักผู้ใหญ่ของเค้ามากกว่าที่เราจะไปบอกกับวิชาการให้เค้ารู้ว่าความจริงนั้นมันไม่ใช่...

สามีหญิงตั้งครรภ์

... คนแถวบ้านไม่ให้กินปลีกกล้วย ยอดฟักทอง เพราะคลอดยาก โตะปีแดบอก บางคนเค้าก็เชื่อ ไปหาโตะปีแดบ้าง แต่เวลาเป็นอะไร ก็ให้ไปน้ามัย...

สามีหญิงตั้งครรภ์

... สมัยปัจจุบันก็ยังมียอยู่ เช่น การทำหมันไม่ได้เลย เรายังเชื่ออยู่ มันเป็นความเชื่อสมัยก่อน

สามีหญิงตั้งครรภ์

... การอ่านกรูรอน เชื่อว่าบางซูเราะฮ์อ่านเป็นประจำจะคลอดง่าย...

โตะอีหม่าม

๒) เพื่อสุขภาพที่ดีทั้งแม่และลูกน้อยในครรภ์ ใครคือ ๓ ลำดับแรกที่ท่านคิดถึง

เมื่อทราบว่าภรรยา หรือลูกสาวตั้งครรภ์เกิดขึ้น เพื่อสุขภาพที่ดีทั้งแม่และลูกน้อยในครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะคิดถึงบุคคลตามลำดับ คือ เด็กในครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ โตะปีแด เนื่องจากความศรัทธาความตั้งใจที่จะไปฝากครรภ์ ให้โตะปีแดได้ดูแล และคิดถึงหมอ พยาบาลเพื่อการฝากครรภ์

... พอเรารู้ว่า แฟนเราท้อง เราก็ก็นึกถึงหมอเลย...เราก็ก็นึกถึงหมอน้ามัย คิดถึงโตะปีแด เราก็ก็นึกถึงฝากทั้งสองคน...

สามีหญิงตั้งครรภ์

... พอรู้ว่าลูกเราตั้งท้อง เราก็ก็นึกถึงหลานรณะ นึกถึงว่าจะดูแลลูกเรายังไงให้หลานเราแข็งแรงและมีสุขภาพที่ดีจะต้องบำรุงยังไง อะไรที่กินได้ อะไรที่ต้องงด...

มารดาหญิงตั้งครรภ์

๓) การเตรียมตัวและปรับตัวต่อบทบาทมารดา

เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวมีการตั้งครรภ์ จะให้ความเอาใจใส่และดูแลหญิงตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น หาดอาหารมาบำรุง เพื่อให้ลูกในครรภ์แข็งแรง เน้นด้านการดูแลและมัดระวังไม่ทำงานหนัก ไม่ยกของหนัก งานบ้าน หรืองานอื่นๆ ก็จะมีการช่วยเหลือบ้าง ตามความเหมาะสม ให้กำลังใจบ้าง รวมถึงมีการอ่านคัมภีร์อัลกุรอานมากขึ้น โดยจะพิจารณาในแต่ละบท ที่จะช่วยให้ลูกแข็งแรง คลอดง่าย

... หาดอาหาร ให้ดื่มนม พักผ่อนให้เยอะ บอกห้ามทำงานหนัก การกินๆได้หมด ให้กินทุกอย่าง และช่วยลดภาระ การทำงาน เหมือนการกรีดยาง ให้เค้าลดๆ

มารดาหญิงตั้งครรภ์

... เหมือนกับท่านโตะอีหม่าม บอกว่า ศาสนาเป็นหลักอยู่แล้ว ไทย พุทธ อิสลามก็เหมือนกัน แต่ว่าถ้าใจของเราดี ลูกก็มีความรู้สึกดี อาหารการกินก็ต้องเพิ่ม บำรุงแม่ เช่น นม ผลไม้ เพื่อต้องการให้ลูกและแม่แข็งแรง...

สามีหญิงตั้งครรภ์

๔) การมีส่วนช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

ส่วนใหญ่สามีจะช่วยพาหญิงตั้งครรภ์ไปโรงพยาบาล แม่สามีจะดูแลแบ่งเบาภาระเกี่ยวกับการทำงานบ้าน และดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

... เริ่มต้นจากพาไปน้ามัยก่อน แล้วมาที่ รพ.ยะลา เพราะเป็นที่แรกของตำบลเรา ก็ต้องไปที่ใกล้ก่อน เดียวนี้เขาก็ทันสมัย เพราะว่าเรามีหมอประจำอยู่แล้ว หมอประจำทาง สมัยก่อนไม่ได้ครับ ไม่มีหมอเลย...

สามีหญิงตั้งครรภ์

... มีการสอนที่มีสยิดทุกวันศุกร์ ผู้หญิงและผู้ชายที่จะแต่งงาน จะมีการอบรมก่อนแต่ง ถ้ามีประจำเดือน ก็จะมีอะไรกันไม่ได้ ถ้าภรรยาท้องต้องอ่านกรูรอน อย่าฟังเพลงมากจนเกินไป อย่าดูโทรทัศน์...

โตะอีหม่าม

๕) ความรู้ ความเชื่อหรือมีข้อห้ามใดที่คิดว่า ยังคงต้องเคารพและปฏิบัติ เพื่อจัดอุปสรรคในการตั้งครุฑและช่วยให้คล่องตัวขึ้นหรือเมื่อปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีต่อตนเองและครอบครัว หรือหากละเลยไม่ปฏิบัติตามจะรู้สึกไม่สบายใจและอาจเป็นอันตรายได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรู้ความเชื่อที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนคำตอบรวมมากซึ่งเป็นความเชื่อที่ยังคงต้องเคารพและมีผลให้หญิงตั้งครุฑต้องปฏิบัติ หากละเลยไม่ปฏิบัติตามจะรู้สึกไม่สบายใจและอาจเป็นอันตราย มี 2 ประเด็น/เรื่อง คือ

- หนึ่ง : ความเชื่อเกี่ยวกับการห้ามรับประทานอาหาร ที่ถือว่า เป็นอาหารเย็น เช่น ฟักทอง บวบ น้ำแข็ง โดยเฉพาะหลังคลอด เพราะจะส่งผลต่อมดลูกและการเข้าอยู่ของมดลูก ห้ามกินอาหารที่สัตว์ ได้แตะ เพราะจะส่งผลต่อทารกในครรภ์
- สอง : การฝากครรภ์กับโตะปีแด ยังคงเป็นสิ่งสำคัญที่ถือปฏิบัติกันมา หากไม่ปฏิบัติจะส่งผลต่อภาวะทางจิตใจ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการตั้งครุฑ

...หลังคลอดห้ามกินของเย็น เพราะจะทำให้ปวดเส้น มี ฟักทอง บวบ น้ำแข็ง แต่ถ้าอยู่รพ. หมอก็ให้กินทุกอย่าง แต่ถ้ามาเผาก็ห้ามไม่ให้กินเหมือนกัน...คือ...คนเก่าคนแก่บอกว่าห้ามกิน พวกของเย็น พวกบวบ น้ำเต้า ก็จะไม่ให้กินข้าว รพ. เลย มันจะทำให้ข้างในผู้หญิงไม่ดีเหมือนเดิม...

มารดาหญิงตั้งครุฑ

...คนแถวบ้านไม่ให้กินปลีกกล้วย เพราะคลอดยาก ซึ่งก็ไม่กินเพราะไม่ชอบบออยู่แล้ว ยอดฟักทอง กินแล้วจะคลอดยาก โตะปีแดบอก บางคนเค้าก็เชื่อ ไปหาโตะปีแดบ้าง แต่เวลาเป็นอะไร ชอบบปอนามัย ตั้งแต่ลูกตั้งครุฑ 3 เดือน ไม่ต้องทำอะไร แพนไปส่งไปรับลูกไปโรงเรียน...

สามีหญิงตั้งครุฑ

...อนามัยเหมือนวิธีบังคับ ถ้าไม่ไปไม่ได้ในความคิดของเขา เดี่ยวเจ้าหน้าที่ไม่ดูแล ความจริงฝากครรภ์ก็มีความสะดวกเท่าที่พึ่งเขาพูดมานะ แต่ยังไม่เข้าใจว่าโตะปีแดไม่ได้เหมือนกัน เป็นสิ่งที่เขาผูกพันกับสิ่งเก่าๆถึงไปคลอดที่โรงพยาบาลก็อยากให้โตะปีแดไปอยู่ใกล้ๆ...

NGO - สมาคมการแพทย์ในพื้นที่

๖) การจัดบริการสุขภาพของสถานบริการ ได้เอื้อต่อวิถีชีวิตมุสลิมของหญิงตั้งครุฑช่วงตั้งครุฑถึงหลังคลอดอิสลามมากน้อย เพียงใด อย่างไร

พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้มีพยายามการจัดบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อวิถีชีวิตของผู้มารับบริการที่เป็นชาวมุสลิมมากขึ้น เช่นการจัดให้มีสถานที่อาซานสำหรับทารกแรกคลอด การจัดให้มีสถานที่ละหมาดอย่างเพียงพอ

อย่างไรก็ตามยังมีบางประเด็นที่สำคัญซึ่งสถานบริการในพื้นที่ ยังไม่สามารถตอบสนองต่อวิถีชีวิตและหลักทางศาสนาของหญิงตั้งครุฑได้ เช่น การที่แพทย์ผู้ตรวจเป็นผู้ชาย ซึ่งตามหลักศาสนาอิสลามควรเป็นแพทย์หญิง ยกเว้น ในกรณีที่ฉุกเฉิน หรือ การอนุญาตให้เข้าเยี่ยม เข้าดูแลในขณะคลอด

...ถ้าเลือกได้เราก็จะให้เค้าเลือกเพศเดียวกันและศาสนาเดียวกัน ถ้าไม่สามารถเลือกได้ก็จะให้เพศเดียวกันแต่ต่างศาสนาได้ ถ้าไม่มีเพศตรงข้ามได้แต่ศาสนาเดียวกันให้ตรวจครรภ์หรือทำคลอด ถ้าไม่มีแล้วใครก็ได้ เพราะถ้าทำคลอดก็ต้องให้คนที่มีความชำนาญมาทำคลอด ศาสนาอะไรเพศอะไร ก็สามารถช่วยทำคลอดได้ เพราะการทำคลอดเป็นภาวะวิกฤตหนึ่งเหมือนกัน ถ้าเกิดอาการตกเลือด สายสะดือพันคอเกิดแก่ไม่ทันนี้ มันก็อาจทำให้เกิดการสูญเสียได้...

NGO - สมาคมการแพทย์ในพื้นที่

...ในส่วนของมุสลิมนี้ถ้าให้หมอที่เป็นผู้ชายมาดูแลนี้ แเค้ไม่เห็นด้วยนะ ถ้าเป็นไปได้การดูแลจะเป็นผู้หญิงด้วยกัน หลักทางศาสนาห้ามเด็ดขาดเลย แเค้จะให้หมอผู้ชายมาดูแลถ้ามันจำเป็นจริงๆแค่นั้นเอง ตรงนี้เลยทำให้คนไม่ยอมเข้าไปโรงพยาบาล แต่พออนุโลมได้ถ้าเพื่อความจำเป็นเพราะยังงี้ก็ต้องดูแลอยู่แล้ว แต่ถ้าปกติห้ามเด็ดขาด...

ผู้แทนภาคท้องถิ่น – อบต.

...ที่ละหมาดมีแล้ว แต่ห้องน้ำไม่เพียงพอ ยิ่งที่ท่าละหมาดต้องมีห้องน้ำส่วนตัว ห้องน้ำแยกในห้องละหมาด...

สามีหญิงตั้งครรรค์

๗) สถานบริการที่ท่าคนาคาหวัง ควรจัดระบบการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรรค์ ปัจจัยหรือปัญหาอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนสถานบริการที่ท่าคนาคาหวัง ใน ๒ ประเด็นสำคัญ คือ ๑) การมีระบบบริการที่ดี ระยะเวลารอคอยไม่นาน มีผู้บริการให้บริการที่ดี ๒) ให้มีการเยี่ยมได้ โดยที่ไม่เข้มงวดจนเกินไป สามารถอนุญาตให้ มารดา สามี โต๊ะบีแด หรือบุคคลที่หญิงตั้งครรรค์ต้องการ เข้าไปช่วยเป็นกำลังใจในห้องคลอดได้ ๓) ผู้ดูแลในการทำคลอดควรเป็นเพศเดียว เพื่อให้สอดคล้องกับหลักปฏิบัติของศาสนา มีความเอาใจใส่ใจต่อผู้รับบริการ เข้าใจในบริบทของพื้นที่

ทั้งนี้อุปสรรคสำคัญในการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรรค์ คือ อำนาจการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองของหญิงมุสลิมที่แต่งงานแล้ว พบว่า สามีเป็นผู้มีบทบาทในการเป็นผู้ตัดสินใจในการกระทำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การพาไปสถานบริการเพื่อการฝากครรรค์ การอนุญาตให้วางแผนคุมกำเนิด เป็นต้น และพบว่าผู้ชายมีส่วนร่วมรับผิดชอบหรือแบ่งปันภาระในเรื่องนี้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

... น้อยเคส(case)ที่สามีไปด้วยที่สามีไปด้วยก็ไม่ยอมไปฟังว่าพยาบาลเค้าแนะนำ จริงๆเค้ามีความคิดนะว่าถ้าสามีพาภรรยาไปโรงบาลนะ สามีก็คือการโรงหรือว่ายาม ยืนสูบบุหรี่อยู่ที่ประตูกรรยาถามว่าทำไมไม่ไป เค้าก็บอกว่าฉันยืนอยู่ตรงนี้และจริงๆถ้าเค้าไปเป็นคู่ๆนะพยาบาลจะได้อธิบายได้ว่าคุณต้องรู้เรื่องอะไรบ้าง คือบางอย่างที่เป็นข้อมูลที่สามีต้องรับรู้ด้วยพอไม่ได้รับรู้ด้วยเวลาภรรยาบ่นโน้นนี่ก็จะอึดอัดจัดการเองแล้วกัน ไม่กระตือรือร้นว่าจะดูแลภรรยาอย่างไรถามดูน้อยเคส(case)มากมายที่สามีร่วม...

NGO - สมาคมการแพทย์ในพื้นที่

... อยากให้เข้าห้องคลอด ไปให้กำลังใจ ท้องแรกเฝ้าแต่หน้าห้อง แต่เค้าจะมีกีดกัน เรียกพยาบาลออกมาอยากให้แม่เข้าไป อยากดูแลลูกมากที่สุด หรือบางทีให้โต๊ะบีแดเข้าไปก็ได้...

มารดาหญิงตั้งครรรค์

... เรื่องการบริการ ระบบงาน รู้สึกว่าขาดๆ การประสานงานแต่ละส่วน (ER กับ เวรเปล) วันนั้นผมเห็นเมาะคนนึงเข้าไปผีดุในห้อง พยาบาลพอผีดุยาเสร็จทั้งๆที่เมาะก็เดินไม่ไหว จริงๆแล้วต้องให้เมาะรอในห้อง แทนที่พยาบาลจะให้ญาติไปเรียกเปลมาเอง ถ้าเป็นเอกชน ผมเคยผ่านรพ.เอกชนมา นี่เป็นเรื่องเล็กน้อยมาก...

สามีหญิงตั้งครรรค์

ส่วนที่ ๕ การจัดเวทีนำเสนอข้อมูล

การจัดเวทีคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ เพื่อร่วมตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันผลการวิจัย ในวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๗ ณ ห้องประชุมร่มประดู ชั้น ๗ โรงพยาบาลยะลา จ.ยะลา ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ คณะกรรมการ MCH Board จังหวัดยะลา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข จาก ศูนย์วิชาการ และหน่วยบริการสาธารณสุข ในระดับสสจ. รพศ. รพช. สสอ. และรพ.สต. จำนวน ๕๐ คน

๕.๑ การนำเสนอสรุปผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้นำเสนอ : สรุปผลการศึกษา ดังนี้

๑. ผลการศึกษาข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปีพ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๗ เทียบค่าเป้าหมายระดับประเทศ (ข้อมูลทุติยภูมิ) พบว่า ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมาย ในเกือบทุกตัวชี้วัด ยกเว้นการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์

๒. ผลการศึกษา : จากวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในรายงาน dead case conference และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญภาควิทยาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี พบว่า สาเหตุการตายของมารดา เกิดจากสาเหตุทางตรงและทางอ้อม ทั้งนี้จากรายงานมารดาการเสียชีวิต ๑๓ ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตที่เกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ในบริบทของศาสตร์สมัยใหม่ มีเพียงน้อยรายที่น่าจะเป็นเหตุสุดวิสัย ยากที่จะป้องกันได้ และรายงานการประชุม MCH Board มีความครอบคลุมทั้งในด้านเชิงรุกและเชิงรับ

๓. ผลการศึกษา : จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ในพื้นที่ศึกษา ๔ อำเภอของจังหวัดยะลา พบข้อค้นพบ ปัญหา/ อุปสรรคสำคัญในงานอนามัยแม่และเด็ก ดังนี้

๓.๑ ประเด็นเรื่องคน พบว่า

๑) ผู้ปฏิบัติงานแม่และเด็ก : ไม่ทันเก่า ใหม่ก็มา

... เปลี่ยนงานบ่อย เป็นน้องจบใหม่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ขาดความพร้อม...

... แพทย์อยู่โรงพยาบาลชุมชนได้หนึ่งปีจะได้สิทธิพิเศษไปเรียนต่อทั้งหมด ทำให้ขาดแพทย์ที่รับผิดชอบงานเรื่องนี้และต้องมีการอบรมเกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กแก่ผู้รับผิดชอบงานใหม่ทุกปี...

๒) อาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงจิตอาสา มีภาระงานมาก

อสม. ๑ คน รับผิดชอบโดยเฉลี่ย ๑๕ – ๒๐ หลังคาเรือนต่อคน ภาระงานมาก ในขณะที่ได้รับเงินค่าตอบแทน ๖๐๐ บาท

๓) ผดบ. คือ ศรัทธา และวิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

...ฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่ คือ วิถีบังคับ ฝากครรภ์กับผดบ. คือ วิถีชีวิต...

...ผดบ.เขาดูแลดี ดูตลอด เขานวดคนไข้ก็อุ่นใจ ไม่เหมือนกับหมอที่รพ มาแป๊บเดียวก็ไป...

๔) บริบท วิถีชีวิต ภาษา ศาสนา วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของแม่และเด็ก และการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็ก

๓.๒ ประเด็นเรื่องนโยบาย เครื่องมือและตัวชี้วัดในงานอนามัยแม่และเด็ก ถือเป็นสิ่งที่ดี แต่เครื่องมือและตัวชี้วัดมีมากและบางตัวชี้วัด ไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้

๓.๓ ประเด็นเรื่องเงิน (งบประมาณ) พบว่า ระบบจัดสรรงบประมาณ UC ที่สปช. จัดสรรลงไป ที่ระดับ CUP ส่งผลกระทบต่ออำนาจการควบคุมกำกับงาน

๓.๔ ประเด็นเรื่อง ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการ พบว่า ยังไม่สร้างความประทับใจและเอื้อต่อวิถีชีวิตมุสลิมของหญิงตั้งครรภ์

ข้อสรุปจากที่ประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยกับทุกประเด็นผลการศึกษา

๕.๒ เวทีรับฟังข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมรับฟัง ตลอดจนให้ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยมีข้อสรุปจากที่ประชุม ดังนี้

๑. เสนอให้มีการกำหนดคุณลักษณะและสมรรถนะของผู้รับชอบงานอนามัยแม่และเด็ก เพราะงานอนามัยแม่และเด็กเป็นงานละเอียดอ่อน ต้องใช้ความรู้ ทักษะ และมีประสบการณ์สูง ในการค้นหาความเสี่ยง ประเมินความเสี่ยง ปฏิบัติ และส่งต่อให้เหมาะสมอย่างทันถ่วงที ต้องใช้การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมินความเสี่ยง ในการทำงานแม่และเด็ก

ดังนั้นควรมีหลักสูตรเพื่อการเพิ่มทักษะในการวิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินความเสี่ยง โดยหลักสูตรดังกล่าวควรมีทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ เพื่อฝึกทักษะและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจาก ๗ โรคสำคัญ ระยะเวลาการอบรมให้ความรู้ควรใช้ระยะเวลาประมาณ ๒ - ๔ เดือน เช่น หลักสูตร Nurse Manager นำร่องในกลุ่มหัวหน้าห้องคลอด

มติที่ประชุม เห็นควรให้เขตสุขภาพเป็นแกนหลักรับผิดชอบในการจัดทำหลักสูตรดังกล่าวสำหรับพื้นที่ ๓ - ๕ จังหวัดชายแดนใต้

๒. การสร้างความเข้มแข็งของการเป็นพันธมิตร ผดบ. กับงานอนามัยแม่และเด็ก ควรมีการพัฒนาศักยภาพ ผดบ. ควบคู่ไปกับผู้ช่วย ผดบ. ซึ่งเดิมมีการดำเนินการในเรื่องนี้แต่ขาดความต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้นจึงควรฟื้นฟูการดำเนินงานดังกล่าวโดยเฉพาะเรื่องการประเมินความเสี่ยง และการส่งต่อการทำคลอดฉุกเฉินอย่างปลอดภัยของ ผดบ. และผู้ช่วย ผดบ.

มติที่ประชุม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลาเห็นพ้องกับข้อเสนอ/ความเห็นดังกล่าวและรับเป็นผู้รับผิดชอบงานเพื่อดำเนินการต่อไป

๓. ควรมีการนำหลักการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) มาประยุกต์ใช้ในงานอนามัยแม่และเด็ก

มติที่ประชุม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลาเห็นพ้องกับประเด็นข้อเสนอของผู้วิจัย และถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมาก เนื่องจากข้อร้องเรียนส่วนใหญ่ พบว่าร้อยละ ๘๐ - ๙๐ มาจากปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ทั้งนี้ได้แจ้งที่ประชุมรับเป็นหน่วยงานเจ้าภาพเพื่อดำเนินการต่อไป

๔. การสร้างความเข้มแข็งของโรงเรียนพ่อแม่ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสามีของหญิงตั้งครรภ์ให้มีความพร้อมและมีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็น และทางสำนักงานสาธารณสุขยะลามีแผนจะบูรณาการโรงเรียนพ่อแม่เข้าสู่กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนแต่งงานโดยผ่านคณะกรรมการอิสลามจังหวัดยะลา

มติที่ประชุม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลาเห็นพ้องกับความเห็นดังกล่าวและรับเป็นหน่วยงานเจ้าภาพหลักเพื่อดำเนินการต่อไป

บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ๓ จังหวัดชายแดนใต้

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ๓ จังหวัดชายแดนใต้เข้าขั้นวิกฤติ อัตราการตายสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศ (เป้าหมายไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต) ประมาณ ๓ เท่า และสูงกว่าเป้าหมาย MDGs Plus (เป้าหมายไม่เกิน ๒๑ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต) เกือบ ๒ เท่าตัว ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายในเกือบทุกตัวชี้วัด แม้แนวโน้มหญิงตั้งครรภ์จะได้เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐแล้วก็ตาม สาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากสาเหตุทางตรงและทางอ้อม ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ในบริบทของสูตรศาสตร์สมัยใหม่ มีเพียงเล็กน้อยที่น่าจะเป็นเหตุสุดวิสัย

ส่วนใหญ่ชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้ ยังคงฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ หรือ โต๊ะปีแด เพื่อทำพิธีกรรม(พิธีแนง)ในครรภ์แรกโดยการบอกกล่าวคาถาและตรวจท้อง เพื่อขอให้ปลอดภัยทั้งแม่และลูกในท้อง รวมถึงมีฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเหตุผลเพราะว่าทางราชการกำหนดการฝากครรภ์เป็นเงื่อนไขในการออกใบรับรองการเกิดและสูติบัตรให้ แต่ยังไม่ได้ตระหนักหรือเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ว่าเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของธีรพล โตพันธานนท์ และคณะ; ๒๕๕๗ , สุदारัตน์ ธีระวร ; ๒๕๕๗ ; อัญญาณ์ สมุห์เสนาโต , ๒๕๕๖

กลไกการแก้ไขปัญหานานามัยแม่และเด็ก และพัฒนาคุณภาพระบบบริการตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอด จะถูกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ MCH Board ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน มีแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหานามัยแม่และเด็กที่สอดคล้องตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของจังหวัด มีการจัดตั้งคลินิก High risk ทุกโรงพยาบาล และจัดระบบช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉิน เน้นติดตามการดูแล ๗ กลุ่ม คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรค AIDS มะเร็ง Thyroid Asthma และกำหนดให้มีการประชุม conference case มารดาตายทุกราย รวมถึงระบบที่ปรึกษาโดยมีสูติแพทย์เป็นพี่เลี้ยงให้แก่ ทีมแพทย์/พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ปฏิบัติงานเพื่อฝึกทักษะและเพิ่มพูนประสบการณ์ มีการจัดระบบส่งต่อ(Referral System) ภายในจังหวัดและระดับเขต ตลอดจนมีระบบควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผลผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ระดับจังหวัด (คปสจ.) และระดับเขต (คปสข.) โดยมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.) เป็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานที่เข้มแข็งในการติดตาม สนับสนุนและช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ทั้งในยามปกติและยามที่มีสถานการณ์ความไม่สงบ อย่างไรก็ตามผู้บริหารของจังหวัดและเขตสุขภาพ ยังคงมองความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็กอยู่ในระดับที่ยังไม่น่าพอใจ และยังคงอยู่ห่างไกลเป้าหมาย แม้มีความพยายามในการพัฒนาแผนงาน/โครงการดูแลสุขภาพของมารดาก็ตาม

ปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็ก ๓ จังหวัดชายแดนใต้

๑. นโยบายดี แต่เครื่องมือและตัวชี้วัดมาก

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ต่างเห็นพ้องและเชื่อมั่นว่า นโยบายขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ มีเหตุและผลทางวิชาการ แต่ตัวชี้วัดที่ส่วนกลางกำหนด

๑) มีมาก ๒) บางตัวชีวิต ไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ [เช่น เกณฑ์การตั้งครุฑ ไม่พร้อม (หญิงตั้งครุฑอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี)] รวมถึงผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการส่วนใหญ่ในเขตพื้นที่นี้จะมีช่วงเวลาบริหารนโยบายประมาณ ๒ ปี เมื่อผู้บริหารเปลี่ยน ความสำคัญของประเด็นนโยบายอาจเปลี่ยน ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการขับเคลื่อนและแก้ปัญหาทางตามนโยบาย

๒. ผู้ปฏิบัติงานแม่และเด็ก ไม่ทันเก่า ใหม่ก็มา

งานอนามัยแม่และเด็ก เป็นงานที่ยาก มีภาระงานมาก และเป็นงานที่ต้องใช้ทักษะ/ประสบการณ์ค่อนข้างสูง (ในการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครุฑและดูแลหญิงตั้งครุฑ) รวมถึงกรอบอัตรากำลังตามระบบยังไม่เอื้อ ดังนั้นเมื่อมีเจ้าหน้าที่(น้องใหม่)มาปฏิบัติงาน จะมีการโอนงานเพื่อไปรับผิดชอบงานอื่น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของอนามัยแม่และเด็ก

๓. ความเชื่อ วิถีชีวิต ศาสนาวัฒนธรรม เป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครุฑ สิ่งประเด็นร่วมสำคัญ ที่เป็นข้อค้นพบว่ายังต้องเคารพ มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตรวมถึงเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานในการดำเนินชีวิตและปฏิบัติตนของหญิงตั้งครุฑในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ คือ

หนึ่ง ความเชื่อ ในเรื่องการรับประทานอาหารและยา เช่น เชื่อว่าการกินยาบำรุงเลือดทำให้เด็กโต คลอดยาก ขณะตั้งครุฑห้ามรับประทานมากจะทำให้หมดลูกขยายตัว ทารกมีขนาดใหญ่ส่งผลให้คลอดยาก ให้กินปลาแห้ง ปลาเค็ม เป็นต้น

สอง วิถีชีวิต ที่สตรีมุสลิมจะต้องพึงพิงสามี รวมถึงยกย่องสามีให้อยู่ในฐานะเหนือกว่าและเป็นผู้มีบทบาทในการตัดสินใจในการกระทำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การพาไปสถานบริการเพื่อการฝากครรภ์ การอนุญาตให้วางแผนคุมกำเนิด เป็นต้น กลับพบว่าส่วนใหญ่มิมีส่วนร่วมรับผิดชอบหรือแบ่งปันภาระในเรื่องนี้เพียงเล็กน้อย

สาม ศาสนา และวัฒนธรรม

อิทธิพลของศาสนาอิสลามที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์นั้น ให้คุณค่าสูงมากในเรื่องการให้กำเนิดบุตร ด้วยความเชื่อการมีลูกมาก พระเจ้าก็ให้รักก็แก่ทุกคน (ริสกี มีความหมายกว้างมาก คือของขวัญ การอำนวยการ ทรัพย์สิน วัตถุ สิ่งของใดๆ ก็ตามจากอัลลอฮ์) และเชื่อเรื่องพระเจ้า ที่ส่วนหนึ่งคิดว่าการตายเป็นเรื่องของธรรมชาติ แม้ในรายที่หญิงตั้งครุฑมีโรคมีความเสี่ยงสูง ก็ยังต้องการมีลูกเพื่อสืบสกุลและเพราะอิสลามไม่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือใดๆ ที่อาจทำให้บุคคลไม่สามารถกำเนิดได้ ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นหญิงหรือชาย ตลอดจนทัศนคติที่คิดว่าการคุมกำเนิดนั้นผิดหลักการของศาสนาอิสลาม

สี่ ผดบ. คือ ศรัทธาและวิถีชีวิตของหญิงตั้งครุฑ และเป็นพันธมิตรสำคัญในงานอนามัยแม่และเด็ก

ความผูกพันหญิงตั้งครุฑระหว่างกับ ผดบ. เนื่องจากเป็นผู้อาวุโสที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลหญิงตั้งครุฑที่มีการผสมผสานกับหลักศาสนา เช่น การอ่านดุอาร์ การขอพรในแต่ละขั้นตอนของการตั้งครุฑ และการดูแลโดย ผดบ. เปรียบเสมือนมีญาติผู้ใหญ่ใกล้ชิดตลอดเวลา เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ลดความกังวลต่อการตั้งครุฑ ส่งผลทำให้หญิงตั้งครุฑต้องมีการฝากครรภ์กับ ผดบ. ทุกครั้ง รวมถึงเหตุผลหากเกิดภาวะการคลอดฉุกเฉิน เช่น คลอดในยามวิกาล บ้านอยู่ในพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ห่างไกล หากมีการฝากครรภ์ไว้กับ ผดบ. ก็จะได้รับช่วยเหลือเกี่ยวกับการคลอดอย่างทันท่วงที แต่ด้วยข้อจำกัดที่ผดบ.อายุมาก ส่วนใหญ่อ่านหนังสือไม่ออก และการขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพ ในเรื่องการประเมินความเสี่ยงและการส่งต่อการทำคลอดฉุกเฉินอย่างปลอดภัย ประกอบกับการคลอดกับผดบ.หรือภรรยาโบราณเสียค่าใช้จ่ายถูกกว่าไปคลอดที่โรงพยาบาล จึงทำให้ชาวบ้านเลือกที่จะคลอด

กับผดุงครรภ์โบราณมากกว่า จึงเป็นช่องโหว่ของระบบที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของอัลญาน์ สมุห์เสนีโต; ๒๕๕๖ วิโรจน์ คงสุวรรณและคณะ ;๒๕๕๒ จรรย์ มะลูลีม ๒๕๕๕ และอาลี เสือสมิง ,๒๕๕๔ ดารณี อ่อนชมจันทร์ และคณะ, ๒๕๕๐ ; สุธน พรบัณฑิต ปีพมา ,๒๕๕๐

๔. การจัดบริการสุขภาพของสถานบริการ ยังไม่สร้างความประทับใจและเอื้อต่อวิถีชีวิตมุสลิมของหญิงตั้งครรภ์

ทั้งนี้ประเด็นที่เป็นจุดอ่อนของระบบบริการ ที่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวคาดหวัง คือ ๑) การให้บริการที่รวดเร็ว เป็นจุดบริการเดียว ๒) เจ้าหน้าที่ควรให้บริการด้วยพฤติกรรมที่ดี เอาใจใส่ ใช้น้ำเสียงที่เหมาะสม ๓) ความพร้อมด้านกำลังคน สถานที่ เครื่องมือ และความสะอาดของอุปกรณ์ รวมถึง การคลอดที่โรงพยาบาลญาติไม่สามารถอยู่ใกล้ชิดได้ ๔) ขาดสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลถูกต้องต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการ รวมถึงสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ส่งผลกระทบให้งานบริการอนามัยแม่และเด็กเชิงรุกลดลงไปด้วย

๕. ระบบจัดสรรงบประมาณ UC ลงไปที่ระดับ CUP ส่งผลกระทบต่ออำนาจการควบคุม กำกับงาน

เป็นข้อเท็จจริงที่ทีมผู้บริหารมองมิติด้านโครงสร้าง และรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ UC ที่จัดลงพื้นที่ระดับ CUP โดยตรงไม่ผ่านสสจ. แม้จะมีดีด้านผู้ให้บริการแต่ในมิติการควบคุม พบว่าส่งผลกระทบต่อระบบสายการบังคับบัญชาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำได้เพียงการขอความร่วมมือในการปฏิบัติงาน แต่ไม่สามารถกำกับและสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยงานได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ด้านบริหารจัดการ

- ควรมีการวิเคราะห์อัตราากำลังที่เหมาะสมกับงานอนามัยแม่และเด็ก กรณีจังหวัดชายแดนใต้ เนื่องจากลักษณะงาน (ยาก ภาระงานมาก) ค่าความเสี่ยงสูง (อัตราการโยกย้ายสูง)และให้โควตาเป็นกรณีพิเศษในการเรียนสูตินรีแพทย์ในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ เพื่อสนับสนุนความต้องการในพื้นที่ กรณีความต้องการแพทย์ผู้หญิง เป็นต้น

- ควรมีการกำหนดมาตรการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมให้แก่ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อรักษาคณดีและคนเก่งให้อยู่ในพื้นที่และระบบงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งบุคลากรสาธารณสุข อสม. และผดุงครรภ์โบราณ

- ควรใช้จุดแข็งของโต๊ะปีแด คือ ศรัทธาและวิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ เป็นพันธมิตรแนวร่วมในการฝ่าวิกฤตลดอัตราการตายในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างอิหม่าม โต๊ะปีแด อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสนับสนุนให้แกนนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

- หน่วยงานระดับกระทรวง กรมอนามัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมทบทวนตัวชี้วัดและปรับแนวทาง/กลยุทธ์ขับเคลื่อนนโยบายอนามัยแม่และเด็ก ให้เป็นเพียงเครื่องมือที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมและเป็นไปได้ เพื่อเป็นพลังให้เกิดการสร้างวิถีคิดและวิธีทำงานใหม่ที่เหมาะสม สอดคล้องตามสภาพปัญหาในบริบทของพื้นที่ต่อไป

๒. ด้านวิชาการ

- ควรมีการอบรมหรือการจัดการความรู้ เพื่อเพิ่มสมรรถนะแก่แพทย์หรือผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ ให้มีความเข้าใจวิถีมุสลิมอย่างแท้จริง และค้นหาหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และให้บริการดูแลขณะตั้งครรภ์ ให้มีความมั่นใจทุกรายที่คลอดมีสุขภาพดี
- ควรมีอบรมฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพผดบ. ให้เรื่องการประเมินปัจจัยเสี่ยงของหญิงมีครรภ์ การส่งต่อและการทำคลอดฉุกเฉินอย่างปลอดภัยให้แก่ ผดบ. ทั้งนี้โดยมีการประเมินศักยภาพของ ผดบ. ก่อนการพัฒนา
- สร้างความเข้มแข็งโรงเรียนพ่อแม่ ให้เกิดรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสามีของหญิงตั้งครรภ์ให้มีความพร้อมและมีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
- ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เพื่อเก็บข้อมูลเจาะลึกในบางประเด็นถึงวิธีการทำงานจริงให้ได้วิธีปฏิบัติ เช่น การสร้างการยอมรับเรื่องการคุมกำเนิด , วิธีจัดบริการในชุมชน เช่น ที่มัสยิด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. “สาธารณสุขประเทศไทย”. [Internet].
 kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/๒๕๕๓/๕๔๐๐/๙/ch๙.pdf
- กรมอนามัย, ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา. "ข้อมูลอนามัยแม่และเด็ก". เอกสารอัดสำเนา. ๒๕๕๗.
- กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ
 (Millennium Development Goals - MDGs) ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๕๗. กรุงเทพมหานคร : บริษัท
 สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, ๒๕๕๗.
- กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. เอกสารอัดสำเนา, ๒๕๕๗.
- ข้อมูลประเทศไทย. กลยุทธ์การเจรจาจัดทำเขตการค้าเสรีไทย-อินเดีย. [Internet].
 http://www.thaifta.com/thaifta/portals/o/file/in_ch๒๒.pdf. ๑๘ - ๒๐.
- เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒. "รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒ / ๒๕๕๗" เอกสารอัดสำเนา. ๒๕๕๗.
- จริญ มะลูลิ้ม, ๒๕๕๕. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการคุมกำเนิดของสตรีมุสลิม : กรณีศึกษา ตำบล
 นาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- ซาริฮา เจ๊ะเน, ๒๕๕๐. พิธีแต่งงานกับความเชื่อของหญิงมุสลิม. [Internet].
 old-topic-๔๗.blogspot.com/๒๐๐๗/๐๘/blog-post_๑๓๐๑.html.
- ดารณี อ่อนชมจันทร์ และคณะ, ๒๕๕๐ ศึกษาเกี่ยวกับ โตะปีแดที่ฟังกังโจสตรี่ ๓ จังหวัดใต้.[Internet].
 http://wbns.oas.psu.ac.th/shownews.php?news_id=๕๕๖๐๙.
- ธีรพล โตพันธานนท์, ๒๕๕๗. ยุทธศาสตร์การให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัด
 ชายแดนภาคใต้. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร วปม. รุ่นที่ ๗ ปีการศึกษา ๒๕๕๖ – ๒๕๕๗ใน
 ประสิทธิ์ รัตนมณี และคณะ, ๒๕๕๐. วัฒนธรรมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ปัตตานี ยะลา และ
 นราธิวาส). รายงานวิจัย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี [Internet].
 http://journal.pnu.ac.th/ojs/index.php/pnujr/article/viewFile/๖๕/๖๔.
- พงศ์เทพ สุธีรภูมิ และยุซุฟ นิมะ ,๒๕๕๒. การจัดการบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม ๔ ช่วงวัย. สถาบันวิจัยระบบ
 สุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ฟาฏีละห์ มาเร, ๒๕๕๓. ได้ศึกษาภูมิปัญญาผดุงครรภ์โบราณในการดูแลหญิงหลังคลอด.๗๖-๗๙.
- มุสลิมห์ โต๊ะกานี และ ศิริพันธ์ ศิริพันธ์ ,๒๕๕๓. ความคิดเชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยตามวิถีมุสลิม
 มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. Princess of Naradhiwas University Journal. ปีที่ ๒
 (ฉบับที่ ๓) กันยายน – ธันวาคม ๒๕๕๓. ๑๑๖ – ๑๒๑.
- วรัญญา จิตรบรรทัด, ๒๕๕๕. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการคุมกำเนิดของสตรีมุสลิม: กรณีศึกษา
 ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- วิโรจน์ คงสุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๒ ความเชื่อ และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของมารดาไทยมุสลิมหลังผ่าตัด
 คลอดบุตรทางหน้าท้องในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์.

แวอับดุลกอเดร์ เจอะอุบง, ๒๕๕๕. องค์ความรู้ภูมิปัญญาโตะปีแด อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี. [Internet].

<http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/13420>.

สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุลและคณะ.๒๕๕๒. การสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและทารกแรกคลอด. โครงการใน
แผนพัฒนาวิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (จุฬาฯ ๑๐๐ ปี) พ.ศ. ๒๕๕๑ – ๒๕๕๒.

สุดาร์ตน์ อีระวร, ๒๕๕๗. ทำเนียบผดุงครรภ์โบราณใน ๕ จังหวัดชายแดนใต้. ยะลาการพิมพ์.

สุดาร์ตน์ อีระวร, ๒๕๕๐. หลักศาสนาอิสลามกับการดูแลมารดาทางสูติกรรม.บริษัทเอสพีเอ็น (๒๐๐๔) จำกัด

สุดาร์ตน์ อีระวร, ๒๕๕๗. สถานการณ์และการศึกษาภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ๗ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง.

มกราคม ๒๕๕๗.

สุชน พรบัณฑิตปัทมา ,๒๕๕๐. ภูมิปัญญาโตะปีแดในการดูแลสุขภาพอนามัยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และทารกชาว

ไทยมุสลิม ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ ๕ ฉบับ
ที่ ๓ กันยายน – ธันวาคม ๒๕๕๐.

สุธรรม นันทมงคลชัยและคณะ , ๒๕๕๖. ประเพณี ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอดและการปฏิบัติตัว
ของมารดาหลังคลอดในพื้นที่ศึกษา ๔ ภาคของประเทศไทย. เอกสารรายงานโครงการระยะยาววิจัย
ในเด็กไทยระยะที่ ๑ ฉบับที่ ๑๒.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, ๒๕๕๗. การตายของมารดาประเทศไทย (Confidential Enquiries into
Maternal Deaths in Thailand. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรม
ราชูปถัมภ์. ๒๕๕๔.

อาลี เสือสมิง ,๒๕๕๔. ความเป็นมลายูของ ออแถ นนาญ บาเกาะ. วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของมลายูบางกอก.
กรุงเทพฯ.

อัลญาน์ สมุห์เสนีโต, ๒๕๕๖. อนามัยเจริญพันธุ์ในทัศนะของชาวไทยมุสลิมชายแดนใต้.รายงานการวิจัย.

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี [Internet].

<http://rupattani.myreadyweb.com/article/topic-๔๒๘๐๑.html>.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ,๒๕๕๗. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข จังหวัดยะลา.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ,๒๕๕๒. รายงานการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.๒๕๕๒. [Internet].

<http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/.../fertilityRep๕๒.pdf>.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ,๒๕๕๒. รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ.

(Millennium Development Goals – MDGs) ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๗. บริษัท สามเจริญพาณิชย์
(กรุงเทพ) จำกัด.

เอกสารอ้างอิง

ภาษาอังกฤษ

- ACCESS Health Care International.(2004). Improving the health of mother and Child : Solutions from India. Retrieved December 9, 2013. (Online) from: http://www.accessh.org/ReportsPdf/Compendium%20Report_emailer.pdf.
- de Benoist et al., ๒๐๐๘. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005 WHO Global Database on Anaemia. (Online). from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf.
- Dundar, et al.,2010. Healthcare in overview Of Turkey. EPMA Journal (2010)1: 587-594 from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405350/>
- Dundar, M., Uzak, AS. and Karabulut, Y. Health Care in overview of Turkey. EPMA Journal : 2010. (Online) from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405350>, 2013.
- Green, et. al. 1980: 71 Health Education Planning : A Diagnostic Approach. California Mayfield Publishing Company.
- Kranti S. Vora et.al, 2009. Maternal Health Situation in India: A Case Study. (Online) from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761784/Ministry of Health and Family Welfare Government of India. \(2013\). A Strategic Approach to Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health \(RMNCH+A\) in India. Retrieved December 9, 2013. \(Online\). from: http://www.unicef.org/india/1._RMNCHAStrategy.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2761784/Ministry%20of%20Health%20and%20Family%20Welfare%20Government%20of%20India.%20(2013).%20A%20Strategic%20Approach%20to%20Reproductive,%20Maternal,%20Newborn,%20Child%20and%20Adolescent%20Health%20(RMNCH+A)%20in%20India.%20Retrieved%20December%209,%202013.%20(Online).%20from:%20http://www.unicef.org/india/1._RMNCHAStrategy.pdf).
- N Mohana. Maternal Mortality in Islamic and Arabic Countries. The Internet Journal of Health. 2004 Volume 4 Number 1. (Online). from : <https://ispub.com/IJH/4/1/4664>.
- Thaddeus S, Maine D. Three Delays Model.Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med 1994; 38: 1091-1110 from : <http://www.maternityworldwide.org/what-we-do/three-delays-model/>
- TUIK, 2008 quoted in Dundar et al.,2010 (Online).from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405350>, 2013.
- UNFPA Indonesia. Maternal Mortality Ratio. (Online) from: <http://indonesia.unfpa.org/issues-and-challenges/maternal-mortality-ratio>.
- Unicef. "Joint Review of Maternal and Child Survival Strategies in China" 2006. (Online). from: http://www.unicef.org/eapro/MCH_strategy_China.pdf, 2013.
- Unicef. Strengthening vaccination protection for vulnerable groups in the context of an immediate response to an imported wild polio outbreak in Western China. 2012. (Online).from::http://www.unicef.org/equity/files/Equity_Case_Study_China_Strengthening_vaccination_protection.pdf, 2013.

WHO. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Volumes 1-3. Geneva, World Health Organization, 1992.

WHO, Malaysia Country." Country Cooperation Strategy, 2009-2013". (Online). from :
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mys_en.pdf, 2013.

World Health Organization. (n.d.). Country Cooperation Strategy. Retrieved December 4, 2013, (Online). from
[:http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mys_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mys_en.pdf)

ภาคผนวก

#

แนวคำถามในการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่ม

แนวคำถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด(open – ended questions)แนวคำถามเป็นเพียงเค้าโครง(outline)หรือหัวข้อการสนทนาเพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์หรือสนทนาให้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

คำถามในการสัมภาษณ์

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ ๑ [๑.๑, ๑.๒, ๑.๓ (ยกเว้น อสม. และโต๊ะบีแดด),๑.๔]

๑. นโยบายในงานอนามัยแม่และเด็กที่ผ่านมา มีแนวทาง / กลยุทธ์การดำเนินงาน (เชิงระบบ) ที่นำไปสู่ความสำเร็จในแก้ไขปัญหานานามัยแม่และเด็ก ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือไม่อย่างไร เพราะอะไร
๒. การแปลงไปสู่การปฏิบัติ (เชิงพื้นที่) เป็นไปตามที่ควรหรือไม่ เกิดผลอะไร อย่างไร มีปัจจัยเอื้อหรือปัญหาอุปสรรคอะไร
๓. ควรมีการปรับปรุงกระบวนการหรือมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา นโยบาย/กลยุทธ์ และหรือการบริหารจัดการ เพื่อแก้ไขปัญหานานามัยแม่และเด็กอย่างไร

คำถามในการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่ 2 (หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์)

๑. การมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกับรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ ภาวะเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม หรือไม่อย่างไร
๒. เพื่อสุขภาพที่ดีทั้งแม่และลูกน้อยในครรภ์ ใครคือ ๓ ลำดับแรกที่ท่านคิดถึง เพราะเหตุใด
๓. ท่านมีการเตรียมตัวและปรับตัวต่อบทบาทมารดามากน้อยเพียงใด อย่างไร
๔. บุคคลในครอบครัวท่านมีส่วนช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพมากน้อยเพียงใด อย่างไร
๕. ความรู้ ความเชื่อหรือมีข้อห้ามใดที่คิดว่า ยังคงต้องเคารพและปฏิบัติ เพื่อจัดอุปสรรคในการตั้งครรภ์และช่วยให้คลอดง่ายขึ้น หรือเมื่อปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีต่อตนเองและครอบครัว หรือหากละเลยไม่ปฏิบัติตามจะรู้สึกไม่สบายใจและอาจเป็นอันตรายได้
(ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการ การดูแลวัยระสับพันธุและการมีประจำเดือน การทำความสะอาดร่างกาย การนวดตัวและการนวดเต้านมหลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การมีเพศสัมพันธ์และการเว้นช่วงระยะการมีบุตร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การพักผ่อน และการทำงานหลังคลอดบุตร ความเชื่อเกี่ยวกับพิธีกรรมทางศาสนา)
๖. การจัดบริการสุขภาพของสถานบริการ ได้เอื้อต่อวิถีชีวิตมุสลิมของหญิงตั้งครรภ์ช่วงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดอิสลามมากน้อย เพียงใด อย่างไร
๗. สถานบริการที่ท่านคาดหวัง ควรจัดระบบการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ผู้มาใช้บริการอย่างไร ที่ผ่านมายังคงมีปัจจัยหรือปัญหาอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
(ระยะทาง / เวลาในการเดินทาง จากบ้านถึงสถานพยาบาล จำนวนครั้งในการมาใช้บริการ ระยะเวลาที่มาใช้บริการ ระยะเวลารอคอยแพทย์เพื่อการตรวจ การมีสิทธิประกันสังคม ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ ปัญหาความไม่สงบชายแดนภาคใต้)

คำถามในการสัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างที่ ๓ สามี บุคคลในครอบครัว ผู้นำศาสนา

และกลุ่ม ๑.๓ [อสม. และโต๊ะบิแด]

๑. การมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกับรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ ภาวะเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม หรือไม่อย่างไร

๒. เพื่อสุขภาพที่ดีทั้งแม่และลูกน้อยในครรภ์ ใครคือ ๓ ลำดับแรกที่ท่านคิดถึง เพราะเหตุใด

๓. ความรู้สึก/อารมณ์ของหญิงระยะตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดนั้น มีพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างไปจากเดิมอย่างไร

๔. ท่านได้มีส่วนช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพมากน้อยเพียงใด อย่างไร

๕. ความรู้ ความเชื่อหรือมีข้อห้ามใดที่คิดว่า ยังคงต้องเคารพและปฏิบัติ เพื่อจัดอุปสรรคในการตั้งครรภ์และช่วยให้คลอดง่ายขึ้น หรือเมื่อปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีต่อตนเองและครอบครัว หรือหากละเลยไม่ปฏิบัติตามจะรู้สึกไม่สบายใจและอาจเป็นอันตรายได้

๖. การจัดบริการสุขภาพของสถานบริการ ได้เอื้อต่อวิถีชีวิตมุสลิมของหญิงตั้งครรภ์ช่วงตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดอิสลามมากน้อย เพียงใด อย่างไร

๗. สถานบริการที่ท่านคาดหวัง ควรจัดระบบการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ผู้มาใช้บริการอย่างไร และที่ผ่านมายังคงมีปัจจัยหรือปัญหาอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร

คำถามข้อที่ ๘ : เพิ่มอีก ๑ ข้อ สำหรับผู้นำทางศาสนา

ท่านมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนานโยบาย/กลยุทธ์ และหรือการบริหารจัดการ เพื่อแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็กอย่างไร(ประเทศ เขต ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ท้องถิ่น/ชุมชน)

วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๗		
เวลา ๘.๓๐ – ๑๒.๐๐น.	BAR (Before action Review) ประชุมคณะทำงาน/ ผู้ประสานงานในพื้นที่ : ชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีการ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานภาคสนาม ๔ อำเภอ	
เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐น.	ศึกษาบทเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง	สัมภาษณ์
	๑. ผู้บริหาร ได้แก่ นพ.สจ. และ นพ.ชช.ด้านเวชกรรมป้องกัน(ผชว.) หรือ นวก.สาธารณสุข ชช.ด้านส่งเสริมพัฒนา	
	๒. คณะกรรมการMCH Board (ตามคำสั่งแต่งตั้งเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑ - ๓ ปี) ได้แก่ ประธาน/รองประธาน/เลขานุการ	
	๓. ผู้บริหารและแกนนำ/เครือข่ายดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในระดับพื้นที่ ผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่น	สัมภาษณ์ / สนทนากลุ่ม
เวลา ๑๖.๓๐ – ๑๗.๐๐น.	AAR๑ (After action Review) คณะทำงาน/ผู้ประสานงานในพื้นที่ ประเด็น : การเรียนรู้และข้อสังเกตเพื่อการพัฒนา	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ลปรร.)
เวลา ๑๗.๐๐ – ๑๘.๐๐น.	รับประทานอาหารเย็นและพักผ่อนตามอัธยาศัย	
เวลา ๑๘.๐๐ – ๑๙.๓๐น.	วิเคราะห์ผลเบื้องต้นจากข้อมูลภาคสนาม	แลกเปลี่ยนเรียนรู้
เวลา ๑๙.๓๐ น. เป็นต้นไป	เดินทางกลับที่พัก	
วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๗		
เวลา ๘.๓๐ – ๑๖.๓๐น.	ศึกษาบทเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง(ต่อ)และเก็บตกcase ที่ไม่สามารถ ดำเนินงานได้ตามแผนที่กำหนด	(สัมภาษณ์ / สนทนากลุ่ม)
	วิเคราะห์ผลเบื้องต้นจากข้อมูลภาคสนาม	
	AAR๒ (After action Review) คณะทำงาน/ผู้ประสานงานในพื้นที่ ประเด็น : - การเรียนรู้และข้อสังเกตเพื่อการพัฒนา - แผนการดำเนินงานภาคสนามในช่วง ๒ (๒ – ๖ มิถุนายน ๒๕๕๗)	แลกเปลี่ยนเรียนรู้
เวลา ๑๖.๓๐ – ๑๘.๓๐น.	เดินทางจากจังหวัดยะลา ถึง อำเภอบาตัก จังหวัดสงขลา	

แผนการดำเนินงานภาคสนาม

โครงการวิจัย วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบ
ต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

กำหนดการ (๒)

ระหว่างวันที่ ๑ – ๗ มิถุนายน ๒๕๕๗ ณ พื้นที่ในจังหวัดยะลา

วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๗		
- เดินทางจากสนามบินดอนเมือง ถึง อำเภอหาดใหญ่ และเดินทางต่อไปยังจังหวัดยะลา - ประชุมเตรียมความพร้อมคณะทำงาน/ผู้ประสานงานในพื้นที่		
วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๗ ณ พื้นที่อำเภอকাบัง จังหวัดยะลา		
เวลา ๘.๓๐ – ๑๒.๐๐น.	เก็บข้อมูลภาคสนาม: ศึกษาบทเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง (สัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม)	
	๑) แพทย์ พยาบาล	
	๒) อสม. โต๊ะบีแด	
	๓) หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์	
	๔) กลุ่มบุคคลได้แก่ สามี บุคคลในครอบครัว	
	๕) ผู้บริหารองค์กร และแกนนำเครือข่ายในและนอกท.สธ.ที่นำนโยบาย / แนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กสู่การปฏิบัติ	
เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐น.	ศึกษาบทเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ) และเก็บตก case ที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามแผนที่กำหนด	
เวลา ๑๕.๐๐ - ๑๖.๓๐น.	รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ผลเบื้องต้นจากข้อมูลภาคสนาม และAAR ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา	
เวลา ๑๖.๓๐ น.	เดินทางกลับที่พัก	
วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๗ ณ พื้นที่อำเภอรามัน จังหวัดยะลา		
เวลา ๘.๓๐ – ๑๒.๐๐น.	เก็บข้อมูลภาคสนาม: ศึกษาบทเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง (สัมภาษณ์ระดับลึก/สนทนากลุ่ม)	
	๑) แพทย์ พยาบาล	
	๒) อสม. โต๊ะบีแด	
	๓) หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์	
	๔) กลุ่มบุคคลได้แก่ สามี บุคคลในครอบครัว	
	๕) ผู้บริหารองค์กร และแกนนำเครือข่ายในและนอกท.สธ.ที่นำนโยบาย / แนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กสู่การปฏิบัติ	
เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐น.	ศึกษาบทเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ) และเก็บตก case ที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามแผนที่กำหนด	
เวลา ๑๕.๐๐ – ๑๗.๐๐น.	ออกเดินทางไปยังอำเภอเบตง และเข้าพัก รวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ผลเบื้องต้น	

วันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๕๗ ณ พื้นที่อำเภอเบตง จังหวัดยะลา		
เวลา ๘.๓๐ – ๑๒.๐๐น.	เก็บข้อมูลภาคสนาม: ศึกษาทเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง(สัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม)	
	๑) แพทย์ พยาบาล	
	๒) อสม. โตะปีแด	
	๓) หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์	
	๔) กลุ่มบุคคลได้แก่ สามี บุคคลในครอบครัว	
	๕) ผู้บริหารองค์กร และแกนนำเครือข่ายในและนอกกท.สธ.ที่นำนโยบาย / แนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กสู่การปฏิบัติ	
เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๕.๐๐น.	ศึกษาทเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ) และเก็บตก case ที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามแผนที่กำหนด	
เวลา ๑๕.๐๐ - ๑๖.๓๐น.	รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลเบื้องต้นจากข้อมูลภาคสนาม	
เวลา ๑๖.๓๐น.	เดินทางกลับที่พัก	
วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๕๗ ณ พื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยะลา		
เวลา ๘.๓๐ – ๑๒.๐๐น.	เก็บข้อมูลภาคสนาม: ศึกษาทเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง (สัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม)	
	๑) แพทย์ พยาบาล	
	๒) อสม. โตะปีแด	
	๓) หญิงตั้งครรภ์และหรือเคยตั้งครรภ์	
	๔) กลุ่มบุคคลได้แก่ สามี บุคคลในครอบครัว	
	๕) ผู้บริหารองค์กร และแกนนำเครือข่ายในและนอกกท.สธ.ที่นำนโยบาย / แนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กสู่การปฏิบัติ	
เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐น.	ศึกษาทเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ) และเก็บตก case ที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามแผนที่กำหนด	
เวลา ๑๕.๐๐ - ๑๖.๓๐น.	รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลเบื้องต้นจากข้อมูลภาคสนาม	
เวลา ๑๖.๓๐น.	เดินทางกลับที่พัก	
วันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๗ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา		
เวลา ๘.๓๐ – ๑๒.๐๐น.	เก็บตก case ที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามแผนที่กำหนด	
เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๓๐น.	ประชุมทีมวิจัย ร่วมประมวลข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์และยกร่างผลข้อเสนอแนะ/ข้อสังเกตที่ได้จากข้อมูลภาคสนาม	
เวลา ๑๖.๓๐น.	ออกเดินทางไปยังอำเภอหาดใหญ่ จ.สงขลา และเข้าพัก	
วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๗		
	ออกเดินทางจากสนามบินหาดใหญ่ กลับกรุงเทพ	

ภาพกิจกรรม

เรียนรู้และสร้างความคุ้นเคยกับพื้นที่



ประธานคณะกรรมการอิสลามจังหวัด



โต๊ะปด
(ผุ้จกวรภโพรวม)

เก็บข้อมูลภาคสนาม

ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๔ - ๑๕ พ.ค. ๕๗ ครั้งที่ ๒ วันที่ ๘ - ๑๓ มิ.ย. ๕๗
ณ พื้นที่ อ.กาบัง อ.รามัน อ.เบตง และอ.เมือง



เวทีคืนข้อมูล

๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๗ ณ ห้องประชุม รพ.ยะลา

