

ยุทธศาสตร์การให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก
ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

โดย

นายธีรพล โตพันธานนท์
ผู้ตรวจราชการกระทรวง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ ๗
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช ๒๕๕๖ – ๒๕๕๗

บทคัดย่อ

เรื่อง ยุทธศาสตร์การให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้
ลักษณะวิชา ยุทธศาสตร์

ผู้วิจัย นายธีรพล โทพินธานนท์ หลักสูตร วปม. รุ่นที่ ๑

งานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังมีปัญหาความรุนแรงมากกว่าภาคอื่นๆ โดยภาพรวมกล่าวได้ว่ายังไม่ประสบความสำเร็จโดยเฉพาะความชัดเจนทางด้านผลลัพธ์ต่ำกว่าเกณฑ์/เป้าหมายที่กำหนด และสูงกว่าเกณฑ์ใน Millennium Development Goals (MDG) ของสหประชาชาติ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการให้บริการและการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก และกำหนดยุทธศาสตร์การให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยศึกษาประชากรในเขตจังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารทั้งในระดับนโยบายและบุคลากรสาธารณสุขระดับปฏิบัติ รวมทั้งเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ผู้นำศาสนา แกนนำในชุมชน ผดุงครรภ์โบราณ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า สาเหตุหลักของปัญหาการให้บริการและการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ มาจากหลายส่วนทั้งในด้านการจัดบริการและการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กไม่ได้ตามเกณฑ์ เช่น การฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ การรับวัคซีนขั้นพื้นฐาน ฯลฯ ผนวกกับวัฒนธรรมและศาสนา วิถีชีวิตและภาษา การรับรู้และยอมรับปฏิบัติตามในการดูแลสุขภาพของประชาชนยังอยู่ในระดับต่ำ ส่วนหนึ่งจากความเชื่อตามหลักศาสนา อุปสรรคการสื่อสารจากภาษาที่ใช้ต่างกัน ปัญหาสถานการณ์ความรุนแรงใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ การไม่จริงจังกับการให้บริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่รัฐ และการขาดความร่วมมือจากชุมชนและครอบครัว (สามี) ต่อการมีส่วนร่วมรับรู้ รวมถึงจากปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์อื่นนอกเหนือจากพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก หมุนเวียนเปลี่ยนคนบ่อย

๓ ยุทธศาสตร์การให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย ๑) ยุทธศาสตร์ด้านการจัดบริการ มุ่งเน้นบริการเชิงรุกเข้าหาประชาชน การปรับทางเลือกของบริการให้หลากหลายเข้ากับบริบทด้านความเชื่อ และวิถีชีวิตของประชาชน จัดบริการอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ๒) ยุทธศาสตร์ด้านสร้างความเข้าใจและความร่วมมือของชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ๓) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างศักยภาพของประชาชน ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง

คำนำ

รายงานฉบับนี้ เกิดจากการทบทวนการดำเนินงานด้านบริการอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ รวมถึงการสืบค้นข้อมูลเชิงประจักษ์จากบุคลากรที่เกี่ยวข้องและจากผลงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ รวม ๕ ประเทศ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย จีนและ ตุรกี ทั้งนี้ข้อจำกัดหลักของการศึกษาวิจัยนี้ คือ ประเด็นกรอบระยะเวลาในการศึกษา ความสามารถในการเข้าใจและเข้าถึงวิถีชีวิต ภาษา ความเชื่อดั้งเดิมและหลักการทางศาสนา รวมถึงยังมีความเป็นพลวัตจากสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปและสถานการณ์ความรุนแรงปรากฏอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ช่องว่างของความสำเร็จจากการพัฒนาระบบให้บริการและการเข้าถึง บริการงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ห่างออกจากเป้าหมายมากขึ้น

ยุทธศาสตร์การให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก เป็นส่วนหนึ่งของการ จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อนำไปพัฒนาต่อยอดและขับเคลื่อนให้เป็นนโยบาย/ ยุทธศาสตร์/แนวทางสำคัญของกรมอภิวัดของระบบงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัด ชายแดนภาคใต้ และเพื่อให้มีกลไกที่เหมาะสม เพิ่มความเสมอภาคให้กับผู้รับบริการ รวมถึงส่งผล ในการเพิ่มประสิทธิภาพ และสามารถขยายผลต่อไปยังองค์กรภาคีนอกสาธารณสุข จึงหวังว่า รายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบอนามัยแม่และเด็กของประเทศต่อไป

(นายธีรพล โดพันธานนท์)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปม. รุ่นที่ ๑

ผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จล่วงด้วยดี ด้วยได้รับความร่วมมือจากบุคคลและหลายหน่วยงาน ที่ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อผลการศึกษา ผู้วิจัยขอขอบคุณท่านผู้ว่าราชการจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด ประธานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส รวมถึงขอขอบคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดดังกล่าวทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และเข้าร่วมในการทำสนทนากลุ่ม

ขอขอบคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญและกรรมการสอบวิจัยทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ แก้ไข และให้แนวคิดต่างๆ ในการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยนี้ จะเป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางสาธารณสุขและผู้สนใจทั่วไป ในการสร้างองค์ความรู้ทางด้านอนามัยแม่และเด็กของ ๓ จังหวัดชายแดนใต้และประเทศต่อไป

(นายธีรพล โดพันธานนท์)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปม. รุ่นที่ ๑

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทที่ ๑	
บทนำ	๑
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	๔
ขอบเขตของการวิจัย	๔
วิธีดำเนินการวิจัย	๔
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	๔
บทที่ ๒	
แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัย ด้านยุทธศาสตร์และการดำเนินงานอนามัย	
แม่และเด็ก	๕
แนวคิด ทฤษฎีและความสำคัญของยุทธศาสตร์	๖
การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของไทย	๑๒
การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในต่างประเทศ	๓๔
บทที่ ๓	
รูปแบบและกระบวนการในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัด	
ชายแดนภาคใต้(เปรียบเทียบกับต่างประเทศ)	๓๕
รูปแบบและกระบวนการในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัด	
ชายแดนภาคใต้	๓๕
แนวคิดของผู้บริหารในงานอนามัยแม่และเด็ก	๔๑
แนวคิดของผู้ปฏิบัติในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก	๕๑
แนวคิดของผู้รับบริการงานอนามัยแม่และเด็ก	๕๘
แนวคิดของผู้นำศาสนา อสม. ผดุงครรภ์โบราณ	๖๑
เปรียบเทียบงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้	
กับต่างประเทศ	๗๓

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ ๔	สภาพปัญหาการให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก ใน ๑ จังหวัดชายแดนใต้และแนวทางการแก้ไขปัญหา	๓๘
	ปัญหาการให้บริการและการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก ยุทธศาสตร์การให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๑ จังหวัดชายแดน ภาคใต้	๓๘
	ความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนแนวทางการอนามัยแม่และเด็ก ๑ จังหวัดชายแดนใต้ กับ ๑ ยุทธศาสตร์	๘๕
	สรุป	๘๒
บทที่ ๕	สรุปและข้อเสนอแนะ	๘๓
	สรุป	๘๓
	ข้อเสนอแนะ	๘๕
บรรณานุกรม		๘๖
ภาคผนวก		๑๐๑
	แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหาร	๑๐๒
	แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ปฏิบัติ	๑๐๒
	แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้นำศาสนา	๑๐๓
	แบบสนทนากลุ่มในกลุ่มหลังคลอดและครอบครัว	๑๐๓
	แบบสนทนากลุ่มในกลุ่ม อสม. และ ผดุงครรภ์โบราณ	๑๐๔
ประวัติผู้วิจัย		๑๐๕

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
๒-๑	ข้อมูลเหตุการณ์ปกครอง จำแนกรายจังหวัดใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้	๑๘
๒-๒	จำนวนประชากรจำแนกตามเพศ และการนับถือศาสนาปี ๒๕๕๕ จำแนกเป็นรายจังหวัด	๑๙
๒-๓	จำนวน อัตราการเกิด การตาย และการเพิ่มตามธรรมชาติของปี ๒๕๕๕ จำแนกเป็นรายจังหวัด	๑๙
๒-๔	อัตรามูลการสาธารณสุขต่อประชากร จำแนกตามจังหวัด	๒๐
๒-๕	จำนวนและสัดส่วนต่อประชากรของบุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (รพ.สต.)	๒๐
๒-๖	อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐-๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด	๒๑
๒-๗	อัตราการฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐-๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด	๒๒
๒-๘	อัตราซีดีในหญิงตั้งครรภ์ ปีงบประมาณ ๒๕๔๔ -๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด	๒๓
๒-๙	จำนวนผดุงครรภ์โบราณ จำแนกตามจังหวัด	๒๔
๒-๑๐	อัตราการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ -๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด	๒๕
๒-๑๑	อัตราการคลอดน้ำหนักร้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๖	๒๖
๒-๑๒	อัตราส่วนการตายของมารดาปีงบประมาณ ๒๕๔๔ - ๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด	๒๗
๒-๑๓	อัตราการตายปริกำเนิดของทารก ปีงบประมาณ ๒๕๔๔ - ๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด	๒๘
๓-๑	เปรียบเทียบงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ กับต่างประเทศ	๓๔

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

งานอนามัยแม่และเด็กเป็นการดูแลมารดาตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดรวมถึง การดูแลทารกแรกเกิดถึง ๕ ปี ปัญหาสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ การตายของมารดา ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ซึ่งเป็นดัชนีที่ชี้ให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของประชากร โดยเฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์และระบบบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่นั้นๆ ในปี ๒๕๕๕ อัตราส่วนการตายของมารดาในประเทศไทย จากการคลอดและภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และภายใน ๖ สัปดาห์หลังคลอด ๑๒.๕ ต่อแสน การเกิดมีชีพ ในปี ๒๕๕๔ อัตราตายปริกำเนิด ของทารก ๒.๘ ต่อพันการเกิด (จำนวนการตายของทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า ๑,๐๐๐ กรัม หรือ อายุครรภ์มากกว่า ๒๘ สัปดาห์ รวมกับจำนวนการตายของทารกแรกเกิดที่มีอายุต่ำกว่า ๗ วัน ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดทั้งหมด) ในขณะที่ภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง อัตรา ร้อยละ ๒๐.๖ และในปี ๒๕๕๕ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๘.๔ (กรมอนามัย, ๒๕๕๖)

เมื่อพิจารณาการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในเขตเครือข่ายบริการที่ ๑๒ ซึ่งประกอบด้วย ๗ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง อันได้แก่ จังหวัดตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส พบว่า ในภาพรวมเขต ปิงบประมาณ ๒๕๕๖ อัตราส่วนการตายของมารดา ๔๑.๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ การตายปริกำเนิดของทารก ๖.๗ ต่อพันการเกิด ภาวะโลหิตจางในหญิง ตั้งครรภ์ร้อยละ ๑๔ และทารกแรกคลอดมีน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัมร้อยละ ๗.๕ ซึ่งเมื่อจำแนก เป็นรายจังหวัด พบว่าใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ อันได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส อัตราสูงกว่าภาพรวมเขต จากรายงานในปีเดียวกัน พบว่า อัตราส่วนการตายของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ๖๗.๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ สูงสุดที่จังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส อัตราส่วน ๗๑.๘, ๖๗.๔ และ ๖๗.๕ ตามลำดับ (กรมอนามัย, ๒๕๕๗) จะเห็นว่าอัตราส่วนการตาย ของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ สูงกว่าระดับประเทศ ระดับเขตและสูงกว่าเป้าหมายของ ประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพกว่า ๔ เท่า ทั้งนี้ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้มีการกำหนดปัญหาการตายของมารดาและทารกเป็นปัญหาสาธารณสุขเฉพาะพื้นที่ เพื่อลดอัตราส่วน การตายของมารดาและทารกจากการตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด

นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติ ได้มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ในส่วนของการพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ (Improve Maternal Health) โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษฉบับเพิ่มเติม (Millennium Development Goals Plus-MDG+) ให้ลดอัตราส่วนการตายของมารดาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่ง ภายในปี ๒๕๔๘-๒๕๕๘ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓) เมื่อพิจารณาอัตราส่วนการตายของมารดาก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในปี ๒๕๔๗ พบว่าในภาพรวมของทั้ง ๓ จังหวัด ในปี ๒๕๔๕ อัตราส่วนการตายของมารดา ๖๑.๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ อัตราส่วนลดลง ๔๑.๐ ในปี ๒๕๔๖ และเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ๔๓.๘ ต่อแสนการเกิดมีชีพในปี ๒๕๔๗ หลังจากนั้นอัตราส่วนการตายของมารดาขึ้นๆ ลงๆ มาตลอด ในส่วนของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษฉบับเพิ่มเติม (MDG+) ในปี ๒๕๔๘ อัตราส่วนการตายของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ๔๒.๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ต้องลดให้เหลือครึ่งหนึ่ง คงเหลือ ๒๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพในปี ๒๕๕๘ ซึ่งหากไม่ดำเนินการพัฒนาอย่างเร่งด่วน คาดว่าอัตราส่วนการตายของมารดาจะไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีลูกถี่และมีลูกหลายคน ขาดการยอมรับการเว้นช่วงระยะการมีบุตร โดยการใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ยาฝัง การฉีดยา การใส่ห่วงอนามัย จากความเชื่อดั้งเดิม ทำให้สตรีบางส่วนเลือกคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณ บางส่วนเจ็บครรภ์ในเวลากลางคืนไม่สามารถมาคลอดที่สถานบริการได้เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ นอกจากนี้มารดายังมีปัญหารขาดสารอาหาร มีภาวะช็อคในขณะตั้งครรภ์ พบว่า มารดาที่มีภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ร้อยละ ๑๗.๑ สูงสุดที่จังหวัดปัตตานี ร้อยละ ๑๘.๔ รองลงมาได้แก่นราธิวาส ๑๗.๒ และยะลา ๑๖.๑ ตามลำดับ สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ อันจะส่งผลกระทบต่อน้ำหนักของทารกแรกคลอด การคลอดก่อนกำหนดและมีความเสี่ยงสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะช็อคหากมีการตกเลือดหลังคลอด รวมไปถึงการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งยังไม่มีความพร้อม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและทางเศรษฐกิจ

ในส่วนของทารกแรกคลอดในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ยังมีทารกจำนวนมากที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก ตามเกณฑ์กำหนดให้ทารกแรกคลอด น้ำหนักต้องไม่ต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม แต่กลับพบว่าเมื่อเกิดแรกคลอด น้ำหนักต่ำสุดถึง ๘๐๐ กรัม ทำให้ต้องอยู่ในตู้อบโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ตั้งแต่ ๓ เดือน ถึง ๑ ปี ส่งผลต่อการพัฒนาการเติบโตของเด็กในอนาคต ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๗.๘ อัตราสูงสุดที่ยะลา ๙.๕ รองลงมาได้แก่นราธิวาส ๗.๔ และ ปัตตานี ๖.๗

นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องการตายปริกำเนิด โดยช่วงนี้เป็นช่วงที่เด็กตายสูงที่สุด ปีงบประมาณ ๒๕๕๖ อัตราการตายปริกำเนิดของทารก ๕.๕ ต่อพันการเกิด สูงสุดที่จังหวัดนราธิวาส ๑๑.๔ รองลงมา ได้แก่ ปัตตานี ๕.๑ และยะลา ๓.๑ ตามลำดับ (กรมอนามัย, ๒๕๕๖ อ้างถึงแล้ว)

สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ สูงกว่าพื้นที่อื่น เพราะสถานการณ์ความรุนแรงทำเจ้าหน้าที่ให้ไม่สามารถลงพื้นที่ให้บริการได้ตามปกติ ส่งผลให้การดูแลสุขภาพอนามัยทำได้น้อยลง นอกจากนี้ยังมีปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สูงถึงร้อยละ ๕๐ จึงทำให้ประชาชนในพื้นที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยด้านอื่นเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลถึงผลกระทบด้านจิตใจของประชาชนและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เนื่องจากมีอาการหวาดกลัว ซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล และหวาดระแวง ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขอย่างชัดเจน โดยจำนวนบุคลากรเฉลี่ยต่อสถานอนามัยมีจำนวนลดลง กิจกรรมเชิงรุกในด้านการรักษา การเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ลดลง ร้อยละ ๖๐ เมื่อเทียบกับช่วงก่อนเหตุการณ์ความไม่สงบ และยังมีผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ ทันตแพทย์ อยู่ในภาวะขาดแคลนถึงร้อยละ ๕๐ รวมทั้งสูติรีแพทย์ กุมารแพทย์

ในการดำเนินการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กตลอดหลายปีที่ผ่านมา ได้เน้นในเรื่องของการพัฒนาระบบบริการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร การประชาสัมพันธ์ การสร้างความพึงพอใจให้กับหญิงตั้งครรภ์ในการมารับบริการ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน รวมทั้งการพัฒนาระบบฐานข้อมูล และมีการใช้กลไกของคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Board - MCH board) เป็นตัวขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ดังกล่าว

อย่างไรก็ตามแม้จะมีความพยายามแก้ไขปัญหาสุขภาพของแม่และเด็กมายาวนานต่อเนื่อง แต่รากเหง้าของปัญหานั้นซับซ้อน มีหลายมิติ ทั้งเชิงสังคม ศาสนา ความเชื่อ เศรษฐกิจ การศึกษาและทางด้านสาธารณสุขซึ่งเกี่ยวข้องทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อของประชาชน การจัดบริการอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ซึ่งที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าใดนัก เนื่องจากยังไม่สามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริง ยังต้องการทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านั้นเพื่อนำมากำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาปัญหาการให้บริการและการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๒. เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ขอบเขตของการวิจัย

๑. เป็นการศึกษาประชากรใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส

๒. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรจากหน่วยงานภาครัฐในและนอกระบบสาธารณสุข ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ รวมถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำในชุมชน ผอ.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วิทยากรและครอบครัว จำนวน ๒๖ คน ไม่ได้ศึกษาในวงกว้างนอกกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชน

๓. พื้นที่เก็บข้อมูล ดังนี้ จังหวัดยะลา ได้แก่ อำเภอบันนังสตา จังหวัดปัตตานี อำเภอ ยะหริ่ง และจังหวัดนราธิวาส อำเภอจะนะ

๔. ระยะเวลาเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน เมษายน และมิถุนายน ๒๕๕๗

วิธีดำเนินการวิจัย

๑. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross - sectional research)

๒. เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview) และสนทนากลุ่ม (Focus Group)

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

เพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในการกำหนดแนวทาง หรือวิธีการที่เป็นทางเลือกในการแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัย ด้านยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

การศึกษายุทธศาสตร์การให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กในครั้งนี้ จะทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ แนวคิด ทฤษฎีในเรื่องของยุทธศาสตร์ ความสำคัญของยุทธศาสตร์ รูปแบบและกระบวนการในการดำเนินงานแม่และเด็กของไทยและต่างประเทศที่มีบริบทใกล้เคียงกับ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

แนวคิด ทฤษฎีและความสำคัญของยุทธศาสตร์

๑. คำนิยามของยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ ความหมายตาม พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒ หมายถึง วิชาว่าด้วยการพัฒนาและการใช้อำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจ จิตวิทยา และกำลังรบทางทหารตามความจำเป็นทั้งในยามสงบและยามสงคราม

ยุทธศาสตร์ (Strategy) คือ การมองทิศทางและวิเคราะห์ไปสู่อนาคต โดยพิจารณาถึงทรัพยากร ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทางเลือกต่างๆ ความเป็นไปได้ขององค์การ เพื่อระดมมาใช้และพิจารณาว่าสามารถนำองค์การไปสู่ภารกิจและเป้าหมายที่วางไว้ กลยุทธ์ คือ เครื่องมือที่กำหนดทิศทางการทำงานของหน่วยงานเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการให้บริการ (White, C. ๒๐๐๔)

ยุทธศาสตร์ หรือ กลยุทธ์ หมายถึงการมุ่งเน้นหรือทุ่มเททรัพยากร ไปในเรื่องใดแล้วสามารถนำพาหมู่คณะไปสู่ความสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ยุทธวิธี (Tactics) เป็นเพียงการนำยุทธศาสตร์ (Strategy) มาใช้ในระดับล่าง (Mintzberg H., & et al., ๑๙๘๘).

Clausewitz (๑๙๔๒) บุคคลสำคัญยิ่งแห่งกองทัพรัสเซีย ได้ให้ความหมายไว้ว่า ยุทธศาสตร์ คือ การใช้การรบปะทะตามความมุ่งประสงค์ของสงคราม นักยุทธศาสตร์ต้องกำหนดเป้าหมายสำหรับการปฏิบัติการทั้งปวงในสงครามเพื่อให้บรรลุความมุ่งประสงค์นั้น กล่าวได้อีกนัยหนึ่งคือ นักยุทธศาสตร์ต้องทำแผนสำหรับการสงคราม และเป้าหมายของสงครามจะกำหนดชุดของการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น นั่นคือ การกำหนดรูปแบบของการทัพ และภายในการทัพนั้นต้องกำหนดวิธีรบแต่ละขั้นเพื่อให้ได้ชัยชนะ จากความหมายดังกล่าวเป็นเพียงมุมมองเฉพาะทางด้านการทหารและเป็นมุมมองในระดับยุทธการ (Operational level)

Antoine Henri Jomini (๑๘๖๕) นายทหารแห่งกองทัพฝรั่งเศส กล่าวว่า ยุทธศาสตร์ (Strategy) คือศิลปะการทำสงครามบนแผนที่และทำความเข้าใจยุทธบริเวณ ขณะที่ มหายุทธวิธี (Grand Tactics) คือ ศิลปะการวางกำลังในสนามรบที่สอดคล้องกับเหตุการณ์และ นำกำลังเข้าปฏิบัติ ทั้งยังเป็นศิลปะในการต่อสู้ที่แตกต่างจากการวางแผนบนแผนที่ การส่งกำลัง บำรุง ประกอบด้วยเครื่องมือและการจัดการที่สนับสนุนแผนยุทธศาสตร์และยุทธวิธี ยุทธศาสตร์ ระบุว่าปฏิบัติที่ไหน การส่งกำลังบำรุงจะช่วยนำทัพไปบริเวณที่จะรบ และมหายุทธวิธีจะระบุ วิธีรบและการวางกำลัง

Basil H. Liddle Hart (๑๙๕๗) ให้นิยามว่า ยุทธศาสตร์คือศิลปะของการใช้และ ประยุกต์เครื่องมือทางการทหารเพื่อให้บรรลุนโยบาย และ ยุทธศาสตร์จะประสบความสำเร็จได้ ประการแรกและประการสุดท้ายคือต้องมีการคำนวณและมีการเชื่อมโยงระหว่างเป้าหมายและ เครื่องมือ เป้าหมายจะต้องได้สัดส่วนกับเครื่องมือทั้งปวงที่มี และเครื่องมือนั้นจะใช้เพื่อให้ได้รับผล ในแต่ละเป้าหมายระหว่างทางจนบรรลุเป้าหมายสุดท้าย ทั้งต้องสอดคล้องกับคุณค่าและ ความต้องการของเป้าหมายระหว่างทางที่นำไปสู่ความมุ่งประสงค์ขั้นสุดท้ายตามที่ต้องการไม่ว่าจะ ด้วยวิธีใดเพื่อให้บรรลุความมุ่งประสงค์ที่ปรารถนา

Colin Gray (๑๙๕๕) ได้เสนอความหมายของยุทธศาสตร์ที่กระชับว่า ยุทธศาสตร์ หมายถึงการใช้กำลังและคุกคามว่าจะใช้กำลังเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบาย ความหมายของ ยุทธศาสตร์ที่ Gray เสนอนั้นยังคงผูกติดเรื่องของการใช้กำลังเพื่อการทำสงครามกับยุทธศาสตร์

กล่าวโดยสรุปยุทธศาสตร์คือ กระบวนการแก้ไขปัญหาด้วยพื้นฐานความเป็นจริง และกระบวนการทางตรรกะแก้ไขในทุกปัญหา ทั้งด้านการทหาร ด้านความมั่นคงแห่งชาติ ด้านบุคลากร ด้านธุรกิจ หรือกิจกรรมอื่นๆ กระบวนการยุทธศาสตร์จะถามปัญหา ๓ ข้อคือ เราต้องทำอะไร เรามีอะไรช่วยในการทำ วิธีที่ดีที่สุดที่ต้องทำคืออะไร ยุทธศาสตร์ควรต้องพิจารณา ความสัมพันธ์ระหว่าง เป้าหมาย วิธีการและเครื่องมืออย่างสอดคล้องด้วยกัน ยุทธศาสตร์เป็นเรื่อง ของความคิด (Ideas) เป็นปรัชญา (Philosophy) และเป็นตรรกวิทยา (Logic) ยุทธศาสตร์เป็นศาสตร์ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดและมีเหตุผล การที่จะศึกษาวิเคราะห์เรื่องยุทธศาสตร์ จำเป็นต้องใช้ วิจารณ์ญาณและพินิจพิเคราะห์อย่างรอบคอบ จะต้องใคร่ครวญให้มากกว่าจะคุ้มค่ากับการเสี่ยง (Risks) ที่จะเกิดขึ้นหรือไม่ การพิจารณาตัดสินใจในยุทธศาสตร์ จึงจำเป็นต้องอาศัยหลักฐานและ ข้อมูลที่ทันสมัยประกอบด้วยเสมอ

๒. แนวคิดทางยุทธศาสตร์

๒.๑ แนวความคิดทางยุทธศาสตร์ (Strategic Concept)

เอกชัย ศรีวิลาศ (๒๕๕๓) ได้กล่าวถึงการนำเอายุทธศาสตร์มาใช้กันอย่างแพร่หลายในวาระต่างๆ หลายระดับและหลายสถานการณ์ และชี้ให้เห็นถึงวิวัฒนาการยุทธศาสตร์ประเทศไทยที่มีมาตั้งแต่อดีตที่เห็นได้เด่นชัดตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ ๕ ที่ได้ส่งพระราชโอรสและพระราชธิดา ตลอดจนเจ้านายชั้นผู้ใหญ่ไปศึกษาในต่างประเทศ เพื่อกลับมาช่วยพัฒนาประเทศ อีกทั้งการดำเนินการด้านยุทธศาสตร์ในหลายรัฐบาลต่อเนื่องกันมา จนมาถึงรัฐบาลปัจจุบันที่มีแนวความคิดที่นำยุทธศาสตร์มากำหนดเป็นแนวทางในการนำพาประเทศและองค์กรต่างๆ ไปสู่จุดหมายแบบบูรณาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมิตร สุวรรณ (๒๕๕๔) ที่กล่าวว่า ปัจจุบันได้มีการรวบรวมยุทธศาสตร์ต่างๆ ทั้งของรัฐและกระทรวงเพื่อจะทำการรวมเป็นยุทธศาสตร์ชาติ โดยมุ่งเน้นผลงาน การจะทำความเข้าใจในยุทธศาสตร์ ต้องมีการศึกษาองค์ประกอบต่างๆ ที่เรานำมาพิจารณาก่อนให้เกิดเป็นยุทธศาสตร์ ที่จริงแล้วแนวคิดทางยุทธศาสตร์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมานานแล้วโดยที่มีนักยุทธศาสตร์หลายๆท่านนำเอามาเป็นหลักการพื้นฐานในการวางแผนและยุทธศาสตร์ของแต่ละชาติ ยุทธศาสตร์เป็นแผนในการทำงานที่มีลักษณะกว้างๆ ที่จะช่วยให้บรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นคำว่า “ยุทธศาสตร์” จึงถูกนำมาใช้กันอย่างกว้างขวาง มีนักคิดนักทฤษฎีทางยุทธศาสตร์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยตลอด นักยุทธศาสตร์ที่มีชื่อเสียงที่ได้รับการยอมรับและเชื่อว่ามีอิทธิพลในแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Thinking) มาจนถึงสมัยนี้ ได้แก่ ซุน วู (Sun Wo Tzu) นักยุทธศาสตร์ชาวจีนเป็นผู้บุกเบิกด้วยการเขียนตำรา ศิลปการสงคราม (The Art of War) ขึ้นเป็นเล่มแรกของโลก การศึกษาถึงพัฒนาการของแนวความคิด เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Thinking) ของนักยุทธศาสตร์เหล่านี้ทำให้เราสามารถเข้าใจและมองภาพของอนาคตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ยุทธศาสตร์ มีหลายระดับ ได้แก่ มหายุทธศาสตร์ (Grand Strategy) ยุทธศาสตร์ชาติ (National Strategy) และยุทธศาสตร์ความมั่นคงแห่งชาติ (National Security Strategy) หรืออาจมองในอีกระดับหนึ่งตามความเข้าใจที่ง่ายขึ้น ได้แก่ ยุทธศาสตร์โลก ยุทธศาสตร์ภูมิภาค ยุทธศาสตร์ชาติ และยุทธศาสตร์เฉพาะเรื่อง วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร ได้ให้นิยามของคำว่า ยุทธศาสตร์ (Strategy) ไว้ว่า “ศิลป์และศาสตร์ในการพัฒนาและการใช้กำลังอำนาจทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมจิตวิทยา การทหาร และวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การพลังงาน และสิ่งแวดล้อม ทำการสนับสนุนนโยบายด้านต่างๆ ของชาติให้ได้ผลดีที่สุดเพื่อเพิ่มพูนโอกาสและความได้เปรียบที่จะได้มาซึ่งชัยชนะและลดโอกาสที่จะประสบความพ่ายแพ้ให้น้อยลง

กระบวนการคิดและการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริงที่จะพัฒนาประเทศของเราให้มีความมั่นคงในองค์รวมทุกๆ ด้านตามเป้าประสงค์และมีพัฒนาการที่ต่อเนื่องยั่งยืนได้อย่างแท้จริง มิใช่เพียงแต่การดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลในห้วงเวลาตามเป้าหมายที่ปรารถนา แต่อาจจะมีผลกระทบเกิดขึ้นได้ในอีกด้านหนึ่งหรือหลายๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นในห้วงเวลาเดียวกันหรือในอนาคตต่อไป นักคิดทางยุทธศาสตร์ที่ดีต้องคิดแบบบูรณาการ ต้องรู้จักและเข้าใจในแก่นแท้ของชาติในอันที่จะวิเคราะห์กำลังอำนาจของชาติ และมีการเชื่อมโยงสถานการณ์และสภาพแวดล้อมทั้งที่ดีและไม่ดีในอดีต ในปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นมารวมเข้าด้วยกันให้ได้ภาพในลักษณะบูรณาการและเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของชาติได้อย่างแท้จริง

ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการทางยุทธศาสตร์มีสิ่งที่ควรศึกษาอันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่ง ๓ สิ่งคือ ๑. องค์ประกอบของยุทธศาสตร์ ๓ ประการอันมีจุดหมายปลายทาง (End) กรอบแนวทางหรือนโยบาย (Ways) และทรัพยากรที่นำมาใช้ (Mean) ๒. ลักษณะของยุทธศาสตร์ (Characteristics) ยุทธศาสตร์เป็นการวางแผนที่มีหลายมิติที่จะต้องพิจารณาในหลายมุมมองมีองค์ประกอบที่หลากหลาย เพราะเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่ต้องอาศัยบุคลากรที่มีประสบการณ์สูงในการวิเคราะห์หรือการบูรณาการใช้ทรัพยากรของชาติที่มีความจำกัดแบบองค์รวม ต้องผสมผสานอย่างเหมาะสม ๓. การศึกษาอนาคตศาสตร์ อนาคตศาสตร์อาจเป็นสิ่งใหม่ของบางคนแต่สำหรับนักยุทธศาสตร์แล้วเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องศึกษาขาดเสียไม่ได้ เพราะเป็นการศึกษาถึงวิธีการคาดการณ์อนาคต หากคาดการณ์ได้ใกล้เคียงความเป็นจริงก็จะใช้ทรัพยากรของชาติน้อย ประหยัดการใช้งบประมาณ เป็นวิธีการที่เกิดมานานนับร้อยปีแล้ว แต่มาระยะหลังประมาณกว่า ๓๐ ปีที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และระเบียบวิธีเกี่ยวกับอนาคตศาสตร์ที่ได้ถูกบันทึก นำมาใช้เพื่อที่จะช่วยให้การคาดการณ์สถานการณ์หรือสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ถูกต้องอย่างมีเหตุมีผล รวมทั้งการศึกษาเปรียบเทียบแต่ละรูปแบบ และเทคนิควิธีการที่นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการคาดการณ์อนาคต ซึ่งมีนักคิดสร้างขึ้นมามีหลายวิธี อาทิแบบการศึกษาแนวโน้ม (Trend extrapolation) การศึกษาอนาคตจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert Opinion) เช่นเทคนิคเดลไฟ (Delphi Technic) การสร้างภาพสถานการณ์ (Scenario) ตลอดจนการศึกษาในเรื่องของอนาคตศาสตร์เชิงประยุกต์ ซึ่งแต่ละรูปแบบจะมีจุดเด่นจุดด้อยที่แตกต่างกัน เหมาะที่จะใช้ในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งบางครั้งอาจใช้หลายๆ วิธีควบคู่กันไป

๒.๒ ทฤษฎีทางยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์มีลักษณะที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ยุทธศาสตร์อาจเป็นศาสตร์ หากพิจารณาในแง่ของกระบวนการ ที่มีลักษณะที่สามารถลำดับได้ เป็นเหตุเป็นผล มีเป้าหมาย มีความกว้างขวาง มีการแยกแยะ และสามารถรับรู้ได้ และยุทธศาสตร์เป็นศิลป์ เนื่องจากเป็นการแก้โจทย์ปัญหาที่ซับซ้อน ที่ต้องใช้จินตนาการ ความคิด ทักษะ ความรอบรู้ เพื่อแปลงสภาพการณ์ที่รับรู้และสภาพการณ์ที่คาดคะเน นำมาจัดเรียง ผสมผสาน อย่างเหมาะสมเพื่อค้นคว้าหาวิธีการดำเนินการต่อปัญหานั้น การศึกษายุทธศาสตร์จึงควรศึกษาวิวัฒนาการของยุทธศาสตร์ และแนวความคิดทางด้านยุทธศาสตร์ที่สำคัญ (J. Boone Bartholomees. , ๒๐๑๐)

๒.๒.๑ ทฤษฎียุทธศาสตร์ทั่วไป

ทฤษฎียุทธศาสตร์ทั่วไป เป็นทฤษฎีพลังอำนาจของทุกสาขา เนื่องจากทฤษฎีทางยุทธศาสตร์ จะมีความสัมพันธ์ เกี่ยวเนื่องกันทั้งในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคมจิตวิทยา การทหาร รวมทั้ง ความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี (วิสันติ สระศรีดา, ๒๕๕๒)

๒.๒.๒ ความสำคัญของการกำหนดยุทธศาสตร์

ความสำคัญของการกำหนดยุทธศาสตร์

๒.๒.๒.๑ ยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดเข็มมุ่งไปสู่เป้าหมายของการปฏิบัติที่ช่วยให้องค์กรสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์เปลี่ยนแปลงไป เพราะการกำหนดยุทธศาสตร์นั้นให้ความสำคัญกับการศึกษาวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ทั้งสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร

๒.๒.๒.๒ ยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดเข็มมุ่งของการปฏิบัติที่ช่วยให้หน่วยงาน ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของคนที่มีส่วนเอื้ออำนวยความสำเร็จและความล้มเหลวต่อเป้าประสงค์ขององค์กร

๒.๒.๒.๓ ยุทธศาสตร์เป็นตัวกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ช่วยส่งเสริมการจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management, NPM) ที่ให้ความสำคัญการปรับปรุงการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐทั้งระบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยในประเทศไทยเรียกว่า การปฏิรูประบบราชการ อีกทั้งต้องดำเนินงานตามแนวทางการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดีหรือธรรมาภิบาล (Good Governance) ซึ่งเป็นกระแสหลักในการบริหารรัฐกิจปัจจุบัน

๒.๒.๒.๔ ยุทธศาสตร์เป็นการกำหนดเป้าหมายเพื่อให้การปฏิบัติมีส่วนช่วยยกระดับระบบการจัดทำงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน (Performance-based Budgeting)

๒.๒.๒.๕ ยุทธศาสตร์เป็นตัวกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่มีส่วนช่วยในการสร้างนวัตกรรมการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นการพินิจพิจารณาที่วางแผน และนำเสนอทางเลือกในการบริหารจัดการแบบใหม่ๆ ที่หลุดพ้นจากกรอบพันธนาการทางความคิด อันเกี่ยวข้องกับระเบียบปฏิบัติราชการที่ล้าสมัยและไม่เป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชน

๒.๒.๒.๖ ยุทธศาสตร์เป็นตัวกำหนดรูปแบบของการปฏิบัติที่มีส่วนช่วยสนับสนุนหลักการประชาธิปไตย ในแง่ของการมีส่วนร่วม (Participation) และการกระจายอำนาจ (Decentralization)

Kaplan and Norton ได้เสนอแนวคิดหลักการจัดทำยุทธศาสตร์ที่ดี ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอนคือ

๑. ผู้บริหารระดับสูงเป็นผู้ร่วมพลังขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
๒. นำยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้แปลงเป็นแผนงาน/โครงการที่ปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม
๓. ปรับแต่ง เชื่อมโยง และบูรณาการยุทธศาสตร์ของฝ่ายต่างๆ ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ขององค์การ
๔. สร้างแรงจูงใจ ให้บุคลากรทุกคนในองค์กรรับผิดชอบงานตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด
๕. วางระบบและจัดระเบียบให้การปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ประสบผลสำเร็จอย่างเป็นกระบวนการและมีความต่อเนื่อง

Colin S. Gray (๑๙๙๙). ศาสตราจารย์ด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศและยุทธศาสตร์ศึกษา ได้แบ่งระดับยุทธศาสตร์แบ่งเป็น ๔ ระดับ คือ

๑. GRAND STRATEGY หรือ มหายุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่มีขอบข่ายในการดำเนินงานที่ซับซ้อน กว้างขวางไปในกรอบระดับโลก

๒. NATIONAL STRATEGY หรือยุทธศาสตร์ชาติ คือเน้นการใช้พลังอำนาจของชาติที่มีอยู่ดำเนินการทั้งภายในชาติและภายนอกต่อรัฐชาติอื่น เพื่อบรรลุผลประโยชน์ของชาติ ยุทธศาสตร์ระดับนี้ในการทำอาจแยกทำเป็นยุทธศาสตร์ชาติด้านต่างๆ เช่น ยุทธศาสตร์ชาติด้านเศรษฐกิจ, ยุทธศาสตร์ชาติด้านสังคมจิตวิทยา หรือ ยุทธศาสตร์ชาติด้านการป้องกันประเทศ

แต่ยุทธศาสตร์ชาติ ในด้านต่างๆ จะต้องมีการรอบความคิดร่วมกัน สนับสนุนเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน และมุ่งไปสู่เป้าหมาย ปลายทางของชาติร่วมกัน

๓. MILITARY STRATEGY หรือยุทธศาสตร์ทหาร คือศิลปะและศาสตร์ในการพัฒนาและใช้พลังอำนาจทางทหาร เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ทางทหารของชาติซึ่งยุทธศาสตร์ทหารจะต้องตอบสนองและสนับสนุนแนวทางปฏิบัติ ตลอดจนเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติด้านป้องกันประเทศ และยุทธศาสตร์ด้านอื่นๆ ด้วย ในระดับยุทธศาสตร์ชาติด้านการป้องกันประเทศ (Nation Security) โดยไม่ได้มองความมั่นคงในด้านป้องกันประเทศอย่างเดียว แต่ใช้การมองในลักษณะความมั่นคงที่กว้างขวาง (Comprehensive Security) เช่น การส่งเสริมการพัฒนาประชาธิปไตย ส่งเสริมการค้าเสรี ปกป้องสิทธิมนุษยชน พิทักษ์สิ่งแวดล้อม แก้ไขปัญหาข้ามชาติ เช่น การก่อการร้ายข้ามชาติ และยาเสพติด เป็นต้น

๔. CAMPAIGN STRATEGY หรือยุทธศาสตร์ในระดับยุทธบริเวณ หรือบางครั้งเรียกว่า ระดับยุทธการถ้าเป็นแผนที่ใช้ จะเรียกเป็นแผนการทัพ (CAMPAIGN PLAN) คือ ยุทธศาสตร์ที่เป็นศิลปะและศาสตร์ในการใช้อำนาจกำลังรบเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ทางการทหารของชาติ หรือบรรลุวัตถุประสงค์ในยุทธบริเวณ แต่มีการปฏิบัติการใช้กำลังรบที่กว้างขวางอาจจะหลายแนวรบ หรืออาจใช้ปฏิบัติการร่วมของกำลังรบหลายทิศทางหรือหลายเหล่าทัพพร้อมกัน แต่มีการประสานการปฏิบัติไปสู่เป้าหมายร่วมกัน

ยุทธศาสตร์ เป็นศาสตร์และศิลป์ในการพัฒนา และใช้พลังอำนาจของชาติเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์แห่งชาติ ยุทธศาสตร์มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในทุกวงการ แต่อาจเรียกชื่อหรือมีกระบวนการแตกต่างกันในรายละเอียด ถึงอย่างไรก็ตาม หลักพื้นฐานที่ควรยึดถือในบริบทของการจัดทำยุทธศาสตร์คือ พิจารณาองค์ประกอบของยุทธศาสตร์ ๓ องค์ประกอบอย่างครบถ้วน คือ ๑) มีการกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ ๒) ระบุวิธีการหรือกรอบแนวคิดในการดำเนินการ และ ๓) ระบุเครื่องมือหรือทรัพยากรที่จะดำเนินการตามกรอบแนวคิดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ อีกทั้งควรผ่านการพิจารณาถึงความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และการยอมรับได้เสมอ

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของไทย

๑. นิยามศัพท์

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก หมายถึง องค์ประกอบด้านสุขภาพของแม่ที่ตั้งครรภ์ การคลอด และเด็กแรกคลอดถึง ๕ ปี ซึ่งแสดงด้วยการตายของมารดา (Maternal Mortality) การตายของปริกำเนิดทารก (Perinatal Mortality) การที่ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำ (low birth weight) การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (Birth Asphyxia) การตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) การตกเลือดก่อนคลอด (Antepartum hemorrhage) การตั้งครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) ทารกตายในครรภ์ (Death Fetus in Utero) รวมถึงภาวะการเจริญเติบโตของเด็ก ๐-๕ ปี

ในการศึกษานี้ผู้วิจัย มุ่งเน้นใช้การตายของมารดา ซึ่งเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดและเป้าหมายผลลัพธ์ของงานอนามัยแม่และเด็กตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทั้งนี้เพราะการตายของมารดา มีผลกระทบต่อพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูงและเป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยที่สำคัญของประเทศ จึงจำเป็นต้องเน้นให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลสตรีมีครรภ์ ให้สามารถค้นหาความเสี่ยงต่อความผิดปกติของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ให้เร็วที่สุด ทั้งการดูแลครรภ์คุณภาพ การควบคุมและป้องกัน โรคทางพันธุกรรม การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพื่อให้มารดามีสุขภาพดีและทารกที่เกิดมาไม่เพียงแต่รอดชีวิตและปลอดภัยเท่านั้น แต่ต้องเป็นประชากรที่มีคุณภาพด้วย

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยาม การตายของมารดา (Maternal Death) หมายถึง การตายของสตรีขณะตั้งครรภ์หรือภายใน ๔๒ วัน หลังสิ้นสุดการคลอด โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์หรือชนิดของการตั้งครรภ์ โดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์หรือการบริหารจัดการการคลอด แต่ไม่ใช่สาเหตุจากอุบัติเหตุหรือสาเหตุอื่น ๆ (W H O, ICD-๑๐,๑๕๕๒)

การตายของมารดาแบ่งเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, ๒๕๕๕)

๑. การตายจากสาเหตุทางตรง (Direct Obstetric Deaths) หมายถึง การตายที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด จากขั้นตอนการรักษา การรักษาที่ไม่ถูกต้อง ถูกละเลยหรือจากเหตุการณ์ที่เป็นผลจากสาเหตุดังกล่าว

๒. การตายจากสาเหตุทางอ้อม (indirect Obstetric Deaths) หมายถึง การตายจากโรคที่เป็นอยู่เดิม หรือ โรคที่เป็นขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เป็นสาเหตุโดยตรงทางสูติกรรม แต่เกี่ยวข้องกับผลของการตั้งครรภ์

การคำนวณการตายของมารดา

อัตราส่วนการตายของมารดา (Maternal Mortality Ratio-MMR)

$$= \frac{\text{จำนวนการตายของมารดา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง}}{\text{จำนวนเกิดมีชีพในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times ๑๐๐,๐๐๐$$

จำนวนเกิดมีชีพในช่วงเวลาเดียวกัน

การที่จะลดอัตราส่วนการตายของมารดาและทารกได้นั้น จะต้องมีการดำเนินการดำเนินงานตามนโยบายของรัฐและตามบริบทของพื้นที่ ได้ทบทวนการดำเนินงานทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังต่อไปนี้

๒. แนวคิดและรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในระดับประเทศ

๒.๑ ความเป็นมาของงานอนามัยแม่และเด็ก

งานอนามัยแม่และเด็กได้มีการดำเนินงานมาเป็นเวลานาน ในอดีตเรียก "งานสงเคราะห์แม่และเด็ก" ขึ้นอยู่กับกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ซึ่งตั้งขึ้นเมื่อวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๔๖๑ ต่อมาในปี พ.ศ.๒๔๘๒ กิจการสงเคราะห์แม่และเด็กได้ยกฐานะเป็น "แผนกสงเคราะห์มารดาและเด็ก" และได้มีการปรับเปลี่ยนฐานะและเปลี่ยนชื่อมาเป็นลำดับ โดยในปี พ.ศ.๒๕๘๕ เป็น "กองสงเคราะห์แม่และเด็ก" ปี พ.ศ.๒๕๙๖ เป็น "กองอนามัยแม่และเด็ก" ปี พ.ศ.๒๕๙๖ เป็น "กองอนามัยครอบครัว" (กองอนามัยครอบครัว, ๒๕๙๖) ปัจจุบันปรับเปลี่ยนเป็น งานอนามัยแม่และเด็ก ขึ้นอยู่กับสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

งานอนามัยแม่และเด็กได้มีการพัฒนามาตลอด ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ ๕ (พ.ศ.๒๕๒๕ - ๒๕๒๙) (กองอนามัยครอบครัว, ๒๕๙๖) ได้มีการกำหนดการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กให้บรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี ๒๕๔๓" โดยมีการกำหนดคุณลักษณะที่เหมาะสมของแม่และเด็กไทย และพัฒนาไปสู่การคัดเลือกแม่ตัวอย่าง ซึ่งคาดว่าแม่ตัวอย่างจะมีบทบาทโน้มน้าวแม่อื่นๆ ให้เปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง รวมทั้งช่วยถ่ายทอดความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องไปสู่แม่คนอื่นๆ ในชุมชนนั้น อันจะช่วยในการลดอัตราตายของแม่และเด็ก โดยกำหนดคุณสมบัติของแม่ตัวอย่างไว้ ๑๐ ประการ ดังนี้

คุณสมบัติของแม่ตัวอย่าง

๑. มีลูกเมื่ออายุระหว่าง ๒๐-๓๐ ปี

๒. มีลูกไม่เกิน ๒ คน

๓. ท้องว่างอย่างน้อย ๒ ปี

๔. ผากท้องตั้งแต่ระยะแรกที่ทราบ ว่าท้องและคลอดกับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขหรือผดุงครรภ์โบราณที่อบรมแล้ว

๕. มีวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักครบระหว่างท้อง

๖. รู้จักการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด

๗. ลูกมีน้ำหนักแรกเกิดเท่ากับหรือมากกว่า ๓,๐๐๐ กรัม

๘. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย ๑๒ เดือน และรู้จักให้อาหารเสริมแก่ลูก

ตามวัย

๙. เลี้ยงลูกให้แข็งแรงดี และไม่เป็นโรคขาดอาหาร

๑๐. นำลูกทุกคน ไปรับวัคซีนป้องกันโรคครบตามกำหนด

จากการคัดเลือกแม่ตัวอย่างตั้งแต่ปี ๒๕๒๖ - ๒๕๓๑ มีแม่ตัวอย่างทั้งสิ้น
๑๗๐,๐๔๓ คน ได้มีการจัดทำโครงการในการอบรมแม่ตัวอย่างในพื้นที่นำร่อง และขยายไปทุก
พื้นที่ทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.๒๕๒๘ ได้จัดทำสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยนำไปทดลองใช้ใน
ระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลแม่และเด็ก ซึ่งจากการ
ประเมินผล พบว่ามีประโยชน์ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก มีการขยาย
การดำเนินงาน จนปัจจุบันเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ในทุกสถานบริการของรัฐ

ในขณะเดียวกันองค์การอนามัยโลกและทุกประเทศมีเป้าหมายร่วมกัน ที่จะ
ลดอัตราการตายของมารดาลงร้อยละ ๕๐ ภายในปี ๒๕๕๑ โดยมีกิจกรรมหลักเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต
สตรี ดังนี้ (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล,๒๕๓๔)

๑. การศึกษา ให้โอกาสที่เท่าเทียมกันในการศึกษาทั้งเด็กผู้ชายและ
เด็กผู้หญิง และปรับปรุงคุณภาพการศึกษาสำหรับผู้หญิง

๒. การจ้างงาน ควรเพิ่มโอกาสในการจ้างงานสำหรับผู้หญิง ปรับปรุง
เงินเดือน สวัสดิการการฝึกอบรม เพิ่มทักษะแก่แรงงานสตรี

๓. การให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในงานบ้าน ควรให้สมาชิกใน
ครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบงานบ้าน ไม่ปล่อยให้ เป็นหน้าที่ของผู้หญิงอย่างเดียว

๔. โภชนาการ ควรปรับปรุงโภชนาการของสตรีให้ดีขึ้น โดยเฉพาะภาวะชีด นอกจากนี้ ควรดูแลภาวะโภชนาการในขณะตั้งครรภ์และในระยะให้นมบุตรเป็นกรณีพิเศษ

๕. การสนับสนุนจากสังคมและชุมชน สังคมหรือชุมชนควรมีมาตรการสนับสนุน ส่งเสริมพัฒนาสุขภาพสตรีที่เหมาะสม พ่อควรจะมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้เป็นแม่

ทั้งนี้ มีกิจกรรมที่ควรดำเนินงานเป็นกรณีเฉพาะเพื่อให้แม่คลอดอย่างปลอดภัย ดังนี้

๑. พัฒนาสุขภาพและภาวะโภชนาการในสตรีที่อายุน้อย
๒. ให้การวางแผนครอบครัวแก่คู่สมรส
๓. ให้การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ การใช้สมุดคู่มือบันทึกสุขภาพอนามัยแม่และเด็กการให้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก
๔. การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและให้การดูแลที่เหมาะสมกับภาวะเสี่ยง โดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุข รวมทั้งการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณ

นอกจากนี้ กองอนามัยครอบครัวได้กำหนดกลวิธี เพื่อลดอัตราการตายของแม่และเด็กลง ร้อยละ ๕๐ ในปี พ.ศ.๒๕๔๓ (วิระ นิยมวัน, ๒๕๓๔) โดยกำหนดแนวทางไว้ ๒ แนวทาง ทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ ในเชิงรับเน้นในเรื่องของการดูแลในระยะตั้งครรภ์ คลอดหลังคลอด การเลี้ยงดูเด็กและการวางแผนครอบครัวที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งการเฝ้าระวังและดูแลตนเองด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ส่วนในเชิงรุก เน้นการปฏิบัติตนของแม่ให้ได้ตามมาตรฐานแม่ตัวอย่าง

ในส่วนของการกำหนดเป้าหมายการตายของมารดาในระยะต่อมา องค์การสหประชาชาติและผู้นำประเทศสมาชิก ๑๘๕ ประเทศ ได้ร่วมประชุมสุดยอดแห่งสหภาพรัฐและได้คำรับรองปฏิญญาแห่งสหภาพรัฐเมื่อเดือนกันยายน ๒๕๔๓ โดยได้กำหนดวาระการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคน และลดช่องว่างการพัฒนาให้เป็นจุดเริ่มต้นศตวรรษใหม่ อันเป็นที่มาของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหภาพรัฐ (Millennium Development Goals : MDGs) ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมายหลัก ๘ ข้อ เป้าหมายย่อย ๑๘ ข้อ และตัวชี้วัด ๔๘ ตัวชี้วัด ทั้งนี้ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายเพิ่มเติมที่สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาประเทศเพิ่ม หรือที่เรียกว่า MDG Plus (MDG+) ในเรื่องของการศึกษา สุขภาพ ความเท่าเทียมทางเพศและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับด้านของมารดา ได้แก่ เป้าหมายหลักที่ ๕ พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดใน

ระดับประเทศให้มีการลดอัตราส่วนการตายของมารดาให้เหลือ ๑๘ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ภายในปี ๒๕๔๕ ซึ่งผลการดำเนินงานไม่สามารถประเมินได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงข้อมูล ในส่วนของพื้นที่เฉพาะได้กำหนดให้ลดอัตราตายของมารดาในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่งและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี ๒๕๔๘-๒๕๕๘ ซึ่งใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้จะต้องลดอัตราส่วนการตายของมารดาไม่เกิน ๒๑ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๓)

๒.๒ โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร

โครงการนี้ดำเนินการตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ตั้งแต่ปี ๒๕๒๕ โดยความร่วมมือระหว่างกรมอนามัยกับสำนักพระราชวัง ในการอบรมเจ้าหน้าที่ตำรวจตระเวนชายแดนที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่ชายแดนที่ทุรกันดารและห่างไกลคมนาคม ได้แก่ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ศูนย์การเรียนชุมชนชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง (ศศช.) โรงเรียนพระปริยัติธรรม เป็นต้น ในเรื่อง การตรวจหาโรคคอตีบ การใส่สารไอโอดีนในน้ำดื่มในโรงเรียนและชุมชน เพื่อป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในเด็ก การให้คำแนะนำด้านโภชนาการแก่มารดาและเด็กนักเรียน การดูแลหญิงตั้งครรภ์ การทำคลอดฉุกเฉิน การดูแลหลังคลอด การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก (สำนักประเมินผล สำนักงานประมาณ, ๒๕๕๒ และกรมอนามัย, ๒๕๕๒)

๒.๓ โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทย

โครงการเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกเพื่อครอบครัวของเด็กและเยาวชนไทยในพระอุปถัมภ์ พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.๒๕๕๐ เป็นต้นมา เพื่อเผยแพร่แนวทางการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพมารดาและทารกฯ และกองทุนที่ปึงกรณภัทรบุตร ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างหน่วยงานที่เข้าร่วมเครือข่ายฯ รวมทั้งการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพมารดาและทารกและสร้างความตระหนักแก่ประชาชนทั่วไปในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพมารดาและทารก

๒.๔ โครงการดูแลผู้ตั้งครรภ์แบบพอเพียงตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก

โดย ศ.นพ.ภิเศก ลุมพิกานนท์และคณะ ได้ทำการวิจัยชนิดทดลองแบบสหสถาบัน และร่วมกับโครงการอนามัยเจริญพันธุ์ขององค์การอนามัยโลก เพื่อหารูปแบบการดูแล

ผู้ตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า โดยศึกษาเปรียบเทียบการดูแลผู้ตั้งครรภ์ตามมาตรฐานตะวันตก กับการดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก โดยสุ่มแบ่งคลินิกดูแลผู้ตั้งครรภ์ ๒ กลุ่ม จาก ๕๓ แห่ง ใน ๔ ประเทศ ประกอบด้วย เมืองโรซาซิโอ ในอาร์เจนตินา เมืองฮาวานาของคิวบา เมืองเจดดาห์ ในซาอุดีอาระเบีย และจังหวัดขอนแก่นของไทย มีคลินิก ๒๗ แห่ง ที่ให้การดูแลผู้ตั้งครรภ์แนวใหม่ขององค์การอนามัยโลกเป็นกลุ่มทดลอง และอีก ๒๖ แห่ง ให้การดูแลผู้ตั้งครรภ์ตามมาตรฐานที่ใช้อยู่เดิม เป็นกลุ่มควบคุม จำนวนผู้ตั้งครรภ์ในโครงการทั้งหมด ๒๔,๖๗๘ คน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งผู้รับและผู้ให้บริการต่างมีความพึงพอใจ และสามารถลดจำนวนครั้งของการฝากครรภ์จากเดิม ๘ ครั้ง เหลือ ๔ - ๕ ครั้ง โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อีกทั้งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย นอกจากนี้ยังไม่มี ความแตกต่างในเรื่องการชักเนื่องจากครรภ์เป็นพิษ การเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเดิมประมาณ ๓๐% ซึ่งผลงานวิจัยดังกล่าวได้ถูกเผยแพร่ในวารสารวิชาการนานาชาติ (Lancet, International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS, Bulletin of the World Health Organization) และองค์การอนามัยโลกใช้ข้อมูลจากงานวิจัยในการออกคู่มือสำหรับเผยแพร่แก่สมาชิกทั่วโลกนำไปใช้ และนำมาใช้เป็นนโยบายระดับชาติ

๒.๕ โครงการพัฒนาสุขภาพแม่และเด็กโดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

เพื่อให้มารดาได้ดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด และดูแลทารกได้อย่างถูกต้องจนถึงอายุ ๕ ปี นอกจากนี้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กสามารถนำไปใช้ต่อเมื่อเด็กเข้าโรงเรียนเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องทางสุขภาพ เช่น คู่มือการฉีดยาวัคซีนพัฒนาการการได้รับภูมิคุ้มกันโรคฯ

๒.๖ โครงการ โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อพัฒนาคุณภาพแม่และเด็ก

ปัจจุบันการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กได้ใช้กลไกของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, ๒๕๕๖) ซึ่งเริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ เพื่อการจัดระบบบริการมาตรฐานตามกระบวนการคุณภาพตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตรแรกเกิดถึง ๕ ปี โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม รวมทั้งการดำเนินงานตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว ในการดำเนินงานจะใช้กลไกของในการดำเนินงานจะใช้กลไกคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด (Maternal and Child Health Board : MCH Board) ในการควบคุมกำกับ

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อันได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลาและนราธิวาส เป็นพื้นที่ที่กำหนดให้การตายของมารดาเป็นปัญหาสาธารณสุขเฉพาะพื้นที่ มีการกำหนดนโยบายเฉพาะเพื่อแก้ปัญหาให้สอดคล้องตามบริบท อย่างไรก็ตามปัญหายังคงมีอยู่ เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน ซึ่งมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ ดังนี้

๑. ข้อมูลทั่วไป

ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบด้วย ๓๓ อำเภอ โดยจังหวัดนราธิวาสมีจำนวนอำเภอและจำนวนหลังคาเรือนสูงสุด รองลงมาได้แก่จังหวัดปัตตานีและยะลา อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาขนาดของพื้นที่จะเห็นว่า ยะลามีขนาดพื้นที่มากที่สุดรองลงมาได้แก่ นราธิวาส ในขณะที่จังหวัดปัตตานีมีขนาดของพื้นที่น้อยกว่าจังหวัดยะลาและนราธิวาสกว่า ๒ เท่า ดังตารางที่ ๒-๑

ตารางที่ ๒-๑ ข้อมูลเขตการปกครอง จำแนกรายจังหวัดใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

จังหวัด	จำนวนอำเภอ	จำนวนตำบล	จำนวนหมู่บ้าน	จำนวนเทศบาล	จำนวนอบต.	จำนวนหลังคาเรือน	จำนวนพื้นที่ (ตาราง กม.)
ปัตตานี	๑๒	๑๑๕	๖๐๕	๑๕	๑๐๐	๑๖๔,๓๑๑	๑,๕๔๐,๓๖๕
ยะลา	๘	๕๘	๓๘๐	๑๒	๔๓	๑๑๐,๒๐๓	๔,๖๓๔,๐๐๐
นราธิวาส	๑๓	๗๗	๕๘๕	๑๕	๗๓	๑๘๔,๘๘๔	๔,๔๗๕,๔๓๐
รวม	๓๓	๒๕๐	๑,๕๗๐	๔๒	๒๑๖	๔๕๙,๓๙๘	๑๑,๐๔๙,๒๓๕

(ที่มา : รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๕๖ อ้างถึงในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒,๒๕๕๖)

เมื่อพิจารณาจำนวนประชากรและการนับถือศาสนา พบว่า ทั้ง ๓ จังหวัดมีประชากรเกือบ ๒ ล้านคน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่จังหวัดนราธิวาส รองลงมาได้แก่ปัตตานีและยะลา ตามลำดับ ประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ประชากรร้อยละ ๘๕ นับถือศาสนาอิสลาม รองลงมาศาสนาพุทธ โดยที่การนับถือศาสนาคริสต์และอื่นๆ ไม่ถึงร้อยละ ๑ ดังตารางที่ ๒-๒

ตารางที่ ๒-๒ จำนวนประชากรจำแนกตามเพศ และการนับถือศาสนาปี ๒๕๕๕ จำแนกเป็นรายจังหวัด

จังหวัด	ประชากร			การนับถือศาสนา		
	เพศชาย	เพศหญิง	รวม	พุทธ	อิสลาม	คริสต์และอื่นๆ
ปัตตานี	๓๒๕,๖๒	๓๓๗,๗๔	๖๖๓,๓๖	๘๔,๘๕๐	๕๘๒,๒๘๑	๒๐๐
ยะลา	๒๕๑,๔	๒๕๘,๘๖	๕๑๐,๓๖๖	๑๑๘,๕๐๘	๓๕๐,๕๑๖	๕๑๐
นราธิวาส	๓๖๖,๗๕	๓๗๓,๕๗	๗๔๐,๓๒	๗๕,๕๕๕	๖๕๕,๖๒๕	๑๔๘
รวม	๕๔๓,๘๔	๕๗๐,๖๐๒	๑,๑๑๔,๔๔	๒๘๓,๙๑๓	๑,๖๓๒,๘๖๖	๘๕๖
ร้อยละ	๔๕.๔	๕๐.๖	๑๐๐.๐	๑๔.๘	๘๕.๒	๐.๐๔

(ที่มา : รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๕๖ อ้างถึงในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒,๒๕๕๖)

ในภาพรวมอัตราเกิด ๑๕.๔๗ ต่อพันประชากร อัตราตาย ๕.๖๕ ต่อพันประชากรและอัตราเพิ่ม ร้อยละ ๑.๓๘ โดยจังหวัดปัตตานีมีอัตราตายสูงกว่าจังหวัดยะลาและนราธิวาส จังหวัดยะลามีอัตราเกิดและอัตราเพิ่มตามธรรมชาติสูงกว่าอีกสองจังหวัด ดังตารางที่ ๒-๓

ตารางที่ ๒-๓ จำนวน อัตราการเกิด การตาย และการเพิ่มตามธรรมชาติของ ปี ๒๕๕๕ จำแนกเป็นรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวนประชากร	เกิดมีชีพ		ตาย		เพิ่ม	
		จำนวน	อัตราต่อ	จำนวน	อัตราต่อ	จำนวน	ร้อยละ
ปัตตานี	๖๖๓,๓๕๑	๑๒,๒๔๐	๑๘.๓๔	๔,๑๐๑	๖.๑๕	๘,๑๓๕	๑.๒๒
ยะลา	๕๑๐,๓๖๖	๑๐,๕๘๒	๒๑.๕๒	๒,๗๔๖	๕.๓๘	๘,๘๓๖	๑.๖๑
นราธิวาส	๗๔๐,๓๒	๑๔,๑๓๗	๑๙.๐๕	๔,๐๖๘	๕.๔๕	๑๐,๐๖๙	๑.๓๖
รวม	๑,๑๑๔,๔๒๒	๓๖,๙๕๙	๑๙.๔๗	๑๐,๙๑๕	๕.๖๕	๒๖,๐๔๔	๑.๓๘

(ที่มา : รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๕๖ อ้างถึงในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒,๒๕๕๖)

๒.๒ บุคลากรสาธารณสุข

บุคลากรสาธารณสุขจะมีส่วนสำคัญในการให้บริการสาธารณสุขรวมทั้งอนามัยแม่และเด็ก พบว่า อัตราส่วนบุคลากรสาขางานหลัก ต่อประชากรในพื้นที่ ส่วนใหญ่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (สำนักบริหารสาธารณสุข) โดยอัตราแพทย์ต่อประชากร ๑ : ๔,๓๘๐ (เกณฑ์ ๑ : ๒,๕๐๐ คน) ทันตแพทย์ ๑ : ๑๕,๒๒๖ (เกณฑ์ ๑ : ๘,๗๔๐) เภสัชกร ๑ : ๘,๘๐๐ (เกณฑ์ ๑ :

๖,๒๐๐) ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพ ๑ : ๔๕๕ (เกณฑ์ ๑ : ๕๕๐) เนื่องจากมีโครงการในการผลิตพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานในพื้นที่มาก่อนหน้านี้ ดังตารางที่ ๒ - ๔

ตารางที่ ๒-๔ อัตราบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร จำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	ประชากร	แพทย์					ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาล	
		ปฏิบัติงานจริง			อัตราส่วนต่อประชากร		ปฏิบัติงานจริง	อัตราส่วนต่อประชากร	ปฏิบัติงานจริง	อัตราส่วนต่อประชากร	ปฏิบัติงานจริง	อัตราส่วนต่อประชากร
		GP	SP	รวม	แพทย์ทั้งหมด	SP						
ปัตตานี	๖๖๗,๓๗	๗๐	๗๕	๑๔๕	๔,๔๗๕	๘,๔๔	๔๗	๑๔,๑๕	๗๒	๕,๒๖๕	๑,๘๔	๓๖๒
ยะลา	๕๑๐,๓๓	๔๕	๑๑๗	๑๖๒	๓,๑๕๐	๔,๓๖	๓๘	๑๓,๔	๖๒	๘,๒๓	๑,๕๓	๓๓๒
นราธิวาส	๗๔๐,๗๓	๖๕	๕๘	๑๒๓	๕,๘๓๓	๑๒,๗	๔๑	๑๘,๐๖	๘๔	๘,๘๘๘	๑,๕๖	๓๗๗
รวม	๑,๕๑๘,๔	๑๘	๒๕	๔๓๘	๔,๓๘๐	๗,๕๕	๑๒๖	๑๕,๒	๒๑๘	๘,๘๐๐	๕,๓๔	๔๕๕

(ที่มา : แผนกำลังคน เครื่องมือบริการสุขภาพที่ ๑๒ อ้างถึงในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒,๒๕๕๖)

เมื่อพิจารณาสถานบริการระดับปฐมภูมิ พบว่านักสุขภาพครอบครัวซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีอัตราส่วนต่อประชากร ได้ตามมาตรฐาน (ไม่เกิน ๑,๒๕๐) ทุกจังหวัด โดยในภาพรวมมีอัตราส่วน ๑ : ๘๒๑ เนื่องจากพยาบาลที่จบใหม่ตามโครงการผลิตพยาบาลในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนหนึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ดังตารางที่ ๒-๕

ตารางที่ ๒-๕ จำนวนและสัดส่วนต่อประชากรของบุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.)

จังหวัด	จำนวน รพสต. (แห่ง)	ประชากรที่รับผิดชอบ (คน)	จำนวนบุคลากรประจำ					อัตราส่วนต่อประชากร
			พ.วิชาชีพ	ทันตภิบาล	นวก.สธ.	จพ.สธ.	รวม	
นราธิวาส	๑๑๑	๕๓๘,๕๘	๒๕๖	๓๔	๘๗	๑๕๕	๖๑๒	๘๘๐.๗๐
ปัตตานี	๑๒๖	๕๕๑,๑๘๕	๓๔๐	๑๖	๑๐๗	๒๗๓	๗๖๖	๘๐๓.๒๕
ยะลา	๘๐	๓๘๕,๕๘๕	๑๗๘	๕๕	๖๒	๒๐๔	๕๐๓	๗๗๕.๓
รวม	๓๑๗	๑,๕๒๐,๑๖	๘๑๔	๑๐๕	๒๕๖	๖๓๒	๑,๘	๘๒๑.๒๗

ที่มา : แผนกำลังคน เครื่องมือบริการสุขภาพที่ ๑๒ (อ้างถึงในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒,๒๕๕๖)

๒.๓ ผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดงานอนามัยแม่และเด็ก

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในช่วงฝากครรภ์ คลอดและหลังคลอดเป็นช่วงสำคัญในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารก ผลการปฏิบัติงาน ดังนี้

๒.๓.๑ การฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์

การฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ ได้แต่เนิ่น ๆ อันจะสามารถป้องกันและรักษาได้ก่อนที่จะมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น กำหนดเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ในภาพรวมพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกจังหวัด สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากมีนโยบายเร่งรัดในการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ดังตารางที่ ๒-๖

ตารางที่ ๒-๖ อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ -๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๕๐	๖๐.๒	๔๘.๑	๒๗.๒	๔๕.๕
๒๕๕๑	๖๓.๕	๕๖.๔	๔๕.๘	๕๖.๕
๒๕๕๒	๖๔.๑	๕๗.๗	๕๕.๗	๕๕.๔
๒๕๕๓	๗๑.๗	๘๑.๓	๖๕.๓	๗๓.๒
๒๕๕๔	๖๕.๓	๖๕.๐	๖๘.๔	๖๘.๕
๒๕๕๕	๗๕.๓	๗๐.๘	๗๒.๒	๗๔.๑
๒๕๕๖	๗๑.๔	๗๔.๓	๗๔.๘	๗๓.๕

(ที่มา : รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๕๖ อ้างถึงในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒,๒๕๕๖)

๒.๓.๒ การฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์

การฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์ เป็นเกณฑ์ขั้นต่ำที่หญิงตั้งครรภ์ควรจะมาพบแพทย์เป็นระยะ ตามช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงการนัดจะมีความถี่มากขึ้นตามภาวะเสี่ยงที่พบ เป้าหมายกำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ พบว่า ในช่วง ๑๑ ปีที่ผ่านมา ยังไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย อัตราขึ้น ๆ ลง ๆ อยู่ในช่วงร้อยละ ๗๕-๘๕ (ตารางที่ ๗) ทั้งที่สามารถดำเนินงานให้มาฝากครรภ์เร็วได้มากกว่าเป้าหมาย เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์บางส่วนมีการโยกย้ายไปทำงานในระหว่าง ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้และมาเลเซีย ทำให้ไม่

สามารถกลับมาฝากครรภ์ได้ตามกำหนด นอกจากนั้นบางส่วนที่เป็นการตั้งครรภ์หลัง มีภาระในการดูแลบุตรหลายคน ทำให้ลดการให้ความสำคัญในการมาตรวจครรภ์ตามนัด เมื่อเปรียบเทียบกับผลงานในระดับประเทศ พบว่าในปี ๒๕๕๒ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ ๔ ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ ๗๘.๖ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ,๒๕๕๖) น้อยกว่าภาพรวมของ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ในช่วงเวลาเดียวกัน ดังตารางที่ ๒-๗

ตารางที่ ๒-๗ อัตราการฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐-๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๔๔	๘๒.๕	๗๐.๐	๘๖.๗	๘๐.๒
๒๕๔๕	๘๔.๖	๗๑.๒	๘๘.๗	๘๒.๐
๒๕๔๖	๗๓.๒	๖๕.๕	๘๒.๓	๗๕.๓
๒๕๔๗	๘๒.๕	๗๔.๓	๕๔.๑	๘๔.๘
๒๕๔๘	๗๘.๖	๗๓.๗	๕๒.๗	๘๒.๕
๒๕๔๙	๕๑.๕	๗๖.๕	๕๑.๕	๘๗.๗
๒๕๕๐	๘๔.๕	๘๒.๑	๘๘.๗	๘๕.๘
๒๕๕๑	๘๘.๖	๘๓.๘	๕๐.๕	๘๘.๒
๒๕๕๒	๘๒.๑	๘๐.๑	๕๑.๕	๘๔.๕
๒๕๕๓	๘๘.๓	๗๗.๕	๘๔.๕	๘๔.๐
๒๕๕๔	๘๕.๘	๘๒.๗	๘๖.๕	๘๕.๕
๒๕๕๕	๘๖.๔	๘๔.๖	๘๓.๗	๘๔.๘
๒๕๕๖	๗๓.๘	๗๐.๕	๘๕.๕	๗๕.๑

(ที่มา : รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๕๖ อ้างถึงในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒,๒๕๕๖)

๒.๓.๓ ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์

ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ เป็นภาวะเสี่ยงที่พบได้บ่อย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด หากมีการตกเลือดในระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดจะมีความเสี่ยงสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ซึ่งไม่มีภาวะซีด และมีโอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนด บุตรมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม อันจะส่งผลกระทบต่อ การเจ็บป่วยและพัฒนาการของเด็กในระยะต่อไป ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์เป้าหมาย กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ภาวะซีดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคลอด

ทศวรรษที่ผ่านมา อัตราขึ้น ๆ ลง ๆ แสดงให้เห็นถึงการเฟื่องฟูที่ยังไม่ได้ผลเต็มที่ ในปี ๒๕๕๖ ในภาพรวมภาวะซึดในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ ๑๓.๑ สูงสุดที่จังหวัดปัตตานี ร้อยละ ๑๘.๔ (ตารางที่ ๒-๘) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับประทานยาตามกำหนด รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เพราะกลัวลูกตัวโตคลอดยาก คลื่นไส้อาเจียนจากอาการข้างเคียงของยา อย่างไรก็ตามในส่วนของภาวะซึดเนื่องจากนอนพยาธิ พบว่า ไม่ได้เป็นปัญหา ที่รุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศ พบว่า ในปี ๒๕๕๔ ภาวะซึดในหญิงตั้งครรภ์ในภาพรวมประเทศร้อยละ ๒๐.๖ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, ๒๕๕๖) สูงกว่าภาพรวมของ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีภาวะซึด ร้อยละ ๑๘.๑ ผลการดำเนินงาน ดังตารางที่ ๑-๘

ตารางที่ ๒-๘ อัตราซึดในหญิงตั้งครรภ์ ปีงบประมาณ ๒๕๔๔ -๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๔๔	๑๐.๐	๑๘.๒	๑๗.๖	๑๖.๕
๒๕๔๕	๑๖.๓	๑๕.๕	๑๖.๔	๑๖.๓
๒๕๔๖	๑๕.๓	๑๘.๕	๑๔.๕	๑๖.๕
๒๕๔๗	๒๕.๕	๒๑.๘	๑๔.๒	๒๒.๒
๒๕๔๘	๒๔.๓	๑๕.๔	๑๖.๘	๒๐.๐
๒๕๔๙	๒๐.๓	๑๘.๖	๑๕.๖	๑๗.๕
๒๕๕๐	๑๕.๐	๑๒.๔	๑๔.๔	๑๕.๔
๒๕๕๑	๑๗.๐	๑๕.๕	๑๔.๖	๑๕.๗
๒๕๕๒	๒๑.๔	๑๓.๑	๑๔.๕	๑๖.๕
๒๕๕๓	๑๘.๑	๑๓.๓	๑๕.๕	๑๗.๔
๒๕๕๔	๒๑.๕	๑๔.๘	๑๗.๓	๑๘.๑
๒๕๕๕	๑๕.๕	๑๔.๕	๑๖.๔	๑๗.๒
๒๕๕๖	๑๘.๔	๑๕.๑	๑๗.๓	๑๗.๑

(ที่มา : รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๕๖ อ้างถึงในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒, ๒๕๕๖)

๒.๓.๔ การคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ

ผดุงครรภ์โบราณหรือที่เรียกกันว่า "โตะบีแค" ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ "โตะ" เป็นคำเรียกขานผู้ใหญ่ที่เป็นที่เคารพนับถือ ส่วน "บีแค" หมายถึง ผดุงครรภ์โบราณหรือหมอดำแย จากการศึกษายาทบาทของผดุงครรภ์โบราณใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้

(สุภารัตน์ วีระวร, ๒๕๔๗) พบว่า บทบาทในการทำคลอดมีแนวโน้มลดลง บทบาทหลัก ได้แก่ การดูแลครรภ์ การทำพิธีกรรมในการฝากครรภ์ เช่น พิธีแนง (อุบไล้ครรภ์) ในหญิงครรภ์แรก การแต่งห้องในขณะตั้งครรภ์และการบีบนิ้วหลังคลอด บทบาทรอง ได้แก่ การใช้สมุนไพรในการรักษาโรค การแต่งศพผู้หญิง และการทำสุหันธ์ในเด็กผู้หญิง แต่พิธีกรรมเหล่านี้ในปัจจุบันไม่เข้มข้นนัก เนื่องจากการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขมีมากขึ้น

เมื่อพิจารณาจำนวนของผดุงครรภ์โบราณพบว่า มีจำนวนลดลง จาก ๑,๒๕๔ คนในปีงบประมาณ ๒๕๔๗ ลดลงเหลือ ๘๐๕ คนในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ จังหวัดนราธิวาสมีผดุงครรภ์โบราณมากที่สุด รองลงมาได้แก่ปัตตานีและยะลา ซึ่งมีจำนวนผดุงครรภ์โบราณไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ ๒-๕) อย่างไรก็ตามผดุงครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุมาก ไม่ต้องการทำคลอด และส่วนใหญ่ไม่มีทายาทที่จะสืบทอดการเป็นผดุงครรภ์โบราณ

ตารางที่ ๒- ๕ จำนวนผดุงครรภ์โบราณ จำแนกตามจังหวัด

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๔๗	๔๖๔	๒๕๓	๔๕๗	๑,๒๕๔
๒๕๕๗	๒๔๗	๒๔๖	๓๑๖	๘๐๕

(ที่มา : ทำเนียบผดุงครรภ์โบราณใน ๕ จังหวัดชายแดนใต้, ๒๕๔๗)

ในอดีตหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส จะฝากครรภ์และคลอดกับโต๊ะบีแคเป็นส่วนใหญ่ จากการศึกษาแนวโน้มการรับบริการฝากครรภ์และคลอดในปี ๒๕๒๒-๒๕๔๒ ของมารดามุสลิมจังหวัดปัตตานี (Sudarat Teeraworn, ๒๐๐๒) พบว่า มีรูปแบบในการรับบริการ ๓ แบบ ได้แก่ ๑) ฝากครรภ์และคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๒) ฝากครรภ์และคลอดกับ ผดุงครรภ์โบราณและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควบคู่กันไป และ ๓) ฝากครรภ์และคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ โดยแนวโน้มในการรับบริการกับเจ้าหน้าที่อย่างเดียวจะเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๒๒ การคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณเกือบร้อยละ ๕๐ มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จนเหลือไม่ถึงร้อยละ ๖๐ ในปีพ.ศ.๒๕๔๒ โดยจะมีอัตราเพิ่มขึ้นในการรับบริการคลอดที่สถานบริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยในปี ๒๕๔๒ กว่าร้อยละ ๔๐ ที่มาคลอดในสถานบริการ ส่วนการคลอดที่บ้านที่มีการดูแลควบคู่กันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณ ในช่วง ๑๑ ปีที่ทำการศึกษายู่ในช่วงร้อยละ ๒-๓ อัตราค่อนข้างคงที่

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๔-๒๕๕๖ แนวโน้มการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณลดลง ในภาพรวมจากร้อยละ ๓๔.๕ ในปี ๒๕๕๔ ลดลงเหลือร้อยละ ๒.๕ ในปี ๒๕๕๖ (ตารางที่ ๒-๑๐) แสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก ในส่วนของหญิงที่คลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณ บางส่วนเนื่องจากคลอดง่าย มาโรงพยาบาลไม่ทัน บางส่วนเนื่องจากเจ็บครรภ์ในช่วงเวลากลางคืน จากสถานการณ์ความไม่สงบทำให้ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีส่วนที่ไม่มาโรงพยาบาลเนื่องจากมีลูกหลายคน ไม่สะดวก ไม่มีคนดูแลลูกที่บ้าน

เมื่อพิจารณาการคลอดในสถานบริการในระดับประเทศ จากรายงานปี ๒๕๕๒ การคลอดบุตรโดยบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ ๘๘.๘ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ,๒๕๕๖)

ตารางที่ ๒-๑๐ อัตราการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ -๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๕๔	๓๖.๔	๒๒.๖	๔๔.๐	๓๔.๕
๒๕๕๕	๒๘.๖	๑๘.๒	๓๕.๖	๒๗.๕
๒๕๕๖	๒๓.๘	๑๕.๕	๓๒.๕	๒๕.๓
๒๕๕๗	๑๗.๑	๑๕.๒	๒๔.๗	๑๕.๕
๒๕๕๘	๑๔.๕	๑๑.๕	๑๓.๔	๑๓.๕
๒๕๕๙	๕.๕	๑๐.๕	๑๔.๔	๑๑.๗
๒๕๕๐	๑๐.๖	๘.๕	๑๕.๒	๑๒.๑
๒๕๕๑	๕.๗	๘.๕	na	๕.๒
๒๕๕๒	๕.๕	๖.๓	๖.๕	๖.๒
๒๕๕๓	๕.๓	๖.๕	๔.๕	๕.๓
๒๕๕๔	๔.๗	๓.๔	๓.๑	๓.๗
๒๕๕๕	๔.๑	๓.๑	๓.๑	๓.๔
๒๕๕๖	๒.๖	๒.๓	๒.๗	๒.๕

(ที่มา : รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๕๖ อ้างถึงในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒,๒๕๕๖)

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จากในอดีตที่พบว่าการตายของมารดาส่วนใหญ่ตายที่บ้านจากการคลอดที่บ้าน โดยผดุงครรภ์โบราณ มีการทำความเข้าใจและสนับสนุนให้ผดุงครรภ์โบราณเป็นเครือข่ายในการดำเนินงาน ประมาณ ๑๐ กว่าปีที่แล้ว ทางกรมอนามัย ได้สนับสนุนงบประมาณในการเป็นค่าส่งต่อของผดุงครรภ์โบราณ หลังจากนั้นทางศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกับจังหวัดในการจัดอบรมให้ความรู้ในการส่งต่อเมื่อมีภาวะเสี่ยง รวมทั้งอบรมการทำคลอดฉุกเฉินในรายที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร ไม่สะดวกในการที่จะมาคลอดที่โรงพยาบาล หลังจากที่ไม่ได้สนับสนุนงบประมาณ แต่มี บางจังหวัด เช่น จังหวัดยะลา ได้จัดบสนับสนุนการส่งต่อให้ระยะหนึ่ง หลังจากนั้นบางโรงพยาบาลที่เห็นความสำคัญก็จะจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งให้เช่นกัน

๒.๓.๕ การคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

เป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๗ พบว่า ในปี ๒๕๕๖ อัตราสูงสุดที่จังหวัดยะลา ร้อยละ ๘.๕ ต่ำสุดที่จังหวัดปัตตานี ร้อยละ ๖.๗ ดังตารางที่ ๒-๑๑

ตารางที่ ๒-๑๑ อัตราการคลอดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ปี ๒๕๔๔ - ๒๕๕๖

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๔๔	๕.๓	๗.๑	๖.๒	๖.๑
๒๕๔๕	๖.๕	๖.๖	๖.๗	๖.๖
๒๕๔๖	๗.๒	๖.๗	๖.๔	๖.๘
๒๕๔๗	๗.๓	๗.๕	๗.๒	๗.๔
๒๕๔๘	๗.๘	๘.๕	๕.๓	๘.๕
๒๕๔๙	๘.๖	๘.๐	๕.๕	๘.๕
๒๕๕๐	๕.๒	๗.๕	๕.๕	๘.๘
๒๕๕๑	๘.๗	๘.๕	๘.๗	๘.๖
๒๕๕๒	๘.๕	๕.๒	๕.๑	๘.๕
๒๕๕๓	๗.๓	๘.๒	๘.๓	๗.๕
๒๕๕๔	๖.๗	๘.๘	๖.๖	๗.๒
๒๕๕๕	๗.๔	๘.๖	๖.๘	๗.๕
๒๕๕๖	๖.๗	๕.๕	๗.๔	๗.๘

(ที่มา : รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๕๖ อ้างอิงในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒,๒๕๕๖)

๒.๓.๖ การตายของมารดา

เมื่อพิจารณาการตายของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป้าหมายในระดับประเทศกำหนดไว้ไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ส่วนเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพในส่วนเพิ่มเติม ((Millennium Development Goals Plus : MDGs Plus) กำหนดให้ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ อัตราส่วนการตายของมารดาลดลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี ๒๕๔๘-๒๕๕๘ ในปี ๒๕๔๘ อัตราการตายของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ๔๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ดังนั้น ในปี ๒๕๕๘ จะบรรลุเป้าหมายของ MDGs Plus ได้ อัตราส่วนการตายของมารดาต้องไม่เกิน ๒๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพ พบว่าในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมา แนวโน้มไม่ชัดเจนเนื่องจากอัตรา ขึ้นๆ ลงๆ ในปี ๒๕๕๖ อัตราส่วนการตายของมารดา ๖๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ สูงกว่าเป้าหมาย MDGs Plus เกือบ ๓ เท่าตัว โดยอัตราส่วนสูงขึ้นในทุกจังหวัดเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ดังตารางที่ ๒-๑๒

ตารางที่ ๒-๑๒ อัตราส่วนการตายของมารดาปีงบประมาณ ๒๕๔๔ - ๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๔๔	๕๖.๑	๒๐.๘	๓๑.๕	๕๒.๒
๒๕๔๕	๕๖.๕	๔๑.๕	๘๓.๓	๖๑.๒
๒๕๔๖	๒๓.๕	๔๐.๕	๖๐.๐	๔๑.๐
๒๕๔๗	๒๓.๕	๕๓.๒	๕๓.๕	๔๓.๘
๒๕๔๘	๕๓.๕	๕๒.๔	๒๔.๖	๔๒.๐
๒๕๔๙	๓๓.๕	๔๕.๘	๓๕.๕	๔๐.๒
๒๕๕๐	๕๘.๖	๓๕.๕	๕๕.๓	๕๒.๖
๒๕๕๑	๕๐.๐	๑๒.๕	๔๓.๘	๓๕.๖
๒๕๕๒	๔๘.๓	๑๒.๔	๕๔.๓	๓๕.๔
๒๕๕๓	๓๑.๑	๓๓.๘	๕๐.๓	๖๔.๐
๒๕๕๔	๓๐.๖	๖๐.๘	๕๓.๑	๔๘.๑
๒๕๕๕	๔๑.๐	๐.๐	๓๓.๒	๒๘.๕
๒๕๕๖	๖๓.๔	๕๒.๓	๖๓.๕	๖๒.๐

(ที่มา : รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๕๖ อ้างถึงในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒,๒๕๕๖)

๒.๓.๗ การตายปริกำเนิดของทารก

การตายปริกำเนิดของทารก เป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกิน ๕ ต่อพันการเกิด ในภาพรวมการดำเนินงานยังคงสูงกว่าเป้าหมาย ยกเว้นในปีงบประมาณ ๒๕๕๕ เมื่อพิจารณาผล การดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ พบว่า จังหวัดนราธิวาสผลงานไม่ได้ตามเป้าหมาย ดังตารางที่ ๒-๑๓

ตารางที่ ๒-๑๓ อัตราการตายปริกำเนิดของทารก ปีงบประมาณ ๒๕๔๔ - ๒๕๕๖ จำแนกตามจังหวัด

ปีงบประมาณ	ปัตตานี	ยะลา	นราธิวาส	รวม ๓ จังหวัด
๒๕๔๔	๑๑.๖	๘.๑	๑๒.๓	๑๐.๕
๒๕๔๕	๑๒.๓	๗.๕	๑๑.๖	๑๑.๐
๒๕๔๖	๑๑.๘	๗.๓	๑๑.๐	๑๐.๔
๒๕๔๗	๑๑.๔	๑๔.๕	๑๐.๕	๑๒.๐
๒๕๔๘	๑๓.๐	๕.๐	๑๒.๘	๑๑.๕
๒๕๔๙	๑๑.๐	๘.๓	๑๔.๑	๑๑.๕
๒๕๕๐	๑๑.๕	๕.๒	๑๔.๐	๑๒.๐
๒๕๕๑	๑๑.๖	๘.๒	๑๑.๖	๑๐.๗
๒๕๕๒	๕.๘	๘.๐	๑๓.๖	๑๐.๗
๒๕๕๓	๑๐.๘	๗.๔	๑๒.๓	๑๐.๖
๒๕๕๔	๑๒.๒	๕.๒	๕.๔	๑๐.๓
๒๕๕๕	๘.๕	๗.๓	๗.๕	๗.๘
๒๕๕๖	๕.๓	๗.๓	๑๑.๔	๕.๕

(ที่มา : รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๕๖ อ้างถึงในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒,๒๕๕๖)

๒.๔ การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ได้ทบทวน โครงการที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยจังหวัดชายแดนใต้ : ต้นแบบนราธิวาส
เป็นโครงการที่สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวัฒนธรรมศึกษา

กัลยาณิวัฒนามีดำเนินการร่วมกันในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ – ๒๕๕๐ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาต้นแบบการทำงานบูรณาการเชิงรุก เพื่อลดการตายของมารดาและทารกอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์และการคลอด ในพื้นที่อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส ซึ่งในพื้นที่พบว่ายังมีค่านิยมในการมีลูกจำนวนมาก มีปัญหาการคลอดบุตรที่ไม่ปลอดภัย การขาดการสนับสนุนของชุมชน การพัฒนาระบบบริการและภัยจากการก่อการร้าย จึงได้หารือกับคณะกรรมการกลางอิสลามประจำจังหวัดเพื่อหาวิธีการในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จากนั้นมีการรวบรวมข้อมูลระดับทุติยภูมิ สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนาเฉพาะกลุ่ม ตลอดจนดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ จัดตั้งชมรมครอบครัวสุขภาพดี การเผยแพร่ข่าวสารที่เหมาะสม มีการจัดอบรมต่างๆ เช่น การอบรมอนามัยการเจริญพันธุ์ให้กับหญิงที่แต่งงานแล้ว การอบรมเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของบุรุษในการอนามัยเจริญพันธุ์ การอบรมเยาวชนที่ยังไม่ได้แต่งงาน การอบรมครูในโรงเรียนชุมชน การอบรมโต๊ะบีแค การเยี่ยมบ้านหญิงมีครรภ์ และการจัดกิจกรรมรณรงค์อนามัยแม่และเด็กในวันสำคัญต่างๆ ความสำเร็จของโครงการ พบว่าสตรีที่ตั้งครรภ์เข้ามาฝากครรภ์เพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ ๘๔.๗ มีสตรีมาคลอดที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๗๐ เป็นร้อยละ ๕๓.๗ และมีทารกเกิดเพียงร้อยละ ๔ ที่มีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ส่วนบทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินงาน ได้แก่ ๑. ความสำคัญของการประสานความร่วมมือ ๒. การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ๓. การมีจิตสำนึกที่ถูกต้องของบุรุษ

อย่างไรก็ตามในส่วนของกิจกรรมต่างๆ ส่วนใหญ่มีการดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนดเพียงในช่วงปีแรกของการดำเนินงาน สำหรับปีที่ ๒ และ ๓ ดำเนินการได้น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด อาทิ กิจกรรมการจัดตั้งกลุ่มแกนนำต่างๆ ในพื้นที่ การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารชมรมครอบครัวสุขภาพดีประจำหมู่บ้าน การจัดสัมมนาผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชนในระดับอำเภอและตำบล เนื่องจากเกิดความรุนแรงในบางพื้นที่ และติดประชุมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว การจัดอบรมเยาวชนชาย-หญิงที่มีอายุระหว่าง ๑๕ – ๒๔ ปี เป็นต้น

สุรณ พรบัณฑิตปัทมา, ๒๕๕๑. ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ภูมิปัญญาพื้นบ้านทางการแพทย์ของหมอตำแยมุสลิม (โต๊ะบีแค) ใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิหลังและภูมิปัญญาของโต๊ะบีแคในการดูแลสุขภาพอนามัยหญิงตั้งครรภ์และทารกคลอด ใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการศึกษา พบว่า โต๊ะบีแคในการศึกษานี้เป็นหญิงทั้งหมดอายุ ๖๐-๗๐ ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักทางการเกษตร มีส่วนน้อยที่หมอตำแยเป็นอาชีพหลัก องค์กรความรู้หรืออาชีพหมอตำแยสืบทอดจากบรรพบุรุษทางแม่ และเคยผ่านการอบรมผดุงครรภ์จากหน่วยงานภาครัฐในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก ในระยะตั้งครรภ์ โต๊ะบีแคดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์โดยการตรวจครรภ์ นวดเพื่อผ่อนคลาย และนวดท้องเพื่อให้เด็ก

อยู่ในท่าปกติ แนะนำให้กินอาหารที่เป็นสมุนไพรบำรุงครรภ์ทำให้คลอดง่าย ระยะคลอดไต่ะบีแค จะเน้นการทำความสะอาดบริเวณช่องคลอดตรวจการเปิดปากมดลูก ทำคลอดโดยการใช้สมุนไพร ช่วยป้องกันฝีเย็บขาด ตัดสายสะดือทารก และทำพิธี ผีงกระยะหลังคลอด ไต่ะบีแคจะให้หญิง หลังคลอดอยู่ไฟเพื่อให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น แนะนำการดูแลตนเองหลังคลอด โดยเฉพาะการใช้สมุนไพรขับน้ำคาวปลา บำรุงครรภ์ เร่งน้ำนม ส่วนทารก ไต่ะบีแค จะทำพิธีไม่ให้ผีทำร้ายเด็ก, ใช้สมุนไพรรักษาสะดือเด็กให้แห้งช่วยป้องกันผื่นคัน

ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ และคณะ, ๒๕๔๕ ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง สถานภาพทางสุขภาพของมุสลิมไทย วัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นศึกษาสถานภาพทางสุขภาพของชาวไทยมุสลิม โดยใช้ฐานข้อมูลดัชนีชี้วัดสุขภาพที่มีเผยแพร่ล่าสุดเป็นรายจังหวัดใน พ.ศ. ๒๕๔๕ จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูลประชากรมุสลิมจากสำมะโนประชากรมุสลิม พ.ศ. ๒๕๔๑ ผลการศึกษาพบว่า ประชากรชาวไทยมุสลิมมีอัตราการเกิดและตายต่ำกว่าประชากรที่ไม่ใช่ชาวไทยมุสลิมในทุกพื้นที่ ยกเว้นในเขต ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และ นราธิวาส ซึ่งอัตราการเกิดของชาวไทยมุสลิมสูงกว่าอัตราการเกิดของประชากรที่ไม่ใช่ชาวไทยมุสลิมอย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตาม อัตราการตายของชาวไทยมุสลิมในพื้นที่เดียวกันสูงกว่าอัตราการตายของประชากรที่ไม่ใช่ชาวไทยมุสลิมเพียงเล็กน้อยเท่านั้น นอกจากนี้ อัตราการตายของมารดาชาวไทยมุสลิมในภาพรวมสูงกว่ามารดาที่ไม่ใช่ชาวไทยมุสลิมอย่างมาก และสูงกว่าอย่างชัดเจนในภาคใต้

การดูแลสุขภาพตามวิถีอิสลาม และวิถีชีวิตมุสลิมใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ อ้างถึงในพรพิชญ์ พิงธรรมเดช พัฒนกุลเดช , ๒๕๔๕

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความหมายของคำว่า "สุขภาพ" ไว้ว่า "สุขภาพ (Health) หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้ง 4 มิติ คือ มิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มิใช่เพียงแค่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น"

การสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย ความหมายของ “สุขภาพ ในทัศนะอิสลาม” จะเน้นในมิติด้าน “จิตวิญญาณ (spiritual well-being)” เป็นสำคัญ เพราะอิสลามมีหลักความศรัทธาที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับพระผู้เป็นเจ้า คือ มีความศรัทธาในอัลลอฮ์

อิสลามเชื่อว่าสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ จะเป็นพลังที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดีโดยรวม เนื่องจากอิสลามเป็นวิถีการดำเนินชีวิต (Way of Life) ที่ตั้งอยู่ในกรอบแนวทางของศาสนาที่พระผู้เป็นเจ้าได้ทรงบัญญัติไว้ในคัมภีร์อัลกุรอาน และแบบอย่างคำสอนของท่านศาสดา

มุฮัมมัดตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ทั้งในเรื่องการกิน การนอน กิจวัตรประจำวันทั่วไป สังคม วัฒนธรรม สุขภาพอนามัย การเจ็บป่วย ความตาย และอื่นๆ ซึ่งมีบัญญัติไว้ทั้งสิ้น

ทัศนะของอิสลาม เกี่ยวกับสุขภาพ

อิสลาม คือ การยอมจำนน ยอมตาม มอบตน แด่อัลลอฮฺ(ซ.บ.)

อิสลามเป็นวิถีในการดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์และครอบคลุมทุกๆด้าน (The way of life) เรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย อิสลามได้พูดถึงอย่างละเอียดทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ มุสลิมทุกคนต้องนำมาปฏิบัติ

๑. อิสลามถือว่าการดูแลสุขภาพนั้นเป็นหน้าที่(วาฮิบ) สำหรับมนุษย์ ศาสดามุฮัมมัด(ซ.ล.) ได้กล่าวไว้ว่า “และสำหรับร่างกายของเจ้านั้นเป็นหน้าที่ซึ่งเจ้าต้องดูแลมัน” (นุกอริ-มุสลิม)

๒. อิสลามให้ความสำคัญกับเรื่องความสะอาด

๒.๑ ความสะอาดด้านจิตใจ ด้วยการอิหม่านต่ออัลลอฮฺแต่เพียงผู้เดียวโดยไม่ตั้งสิ่งอื่นใดเป็นภาคีกับพระองค์

๒.๒ ความสะอาดด้านร่างกาย อิสลามได้กำหนดมาตรการหลายอย่าง เช่น การขลิบหนักรู้อวัยวะเพศชาย การตัดเล็บ การแปรงฟัน การอาบน้ำวาฮิบ

๒.๓ ความสะอาดด้านสิ่งแวดล้อม เช่นการห้ามเทของเสียทิ้งลงในน้ำ

๓. อิสลามกำหนดมาตรการในการบริโภคอาหาร

มาตรการ ๓ ประการที่อิสลามกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติในการ

๑) อาหารฮาลาล

๒) อาหารที่มีประโยชน์

๓) บริโภคอาหารแต่พอควร "เราเป็นกลุ่มชนที่จะไม่รับประทานอาหารจนกว่าเราจะหิว และเมื่อเรารับประทานเราจะไม่รับประทานจนอึดเกินไป"

๔. สุขภาพพลานามัยกับการให้นมทารก

พระองค์อัลเลาะห์ ซ.บ. มีโองการว่า "มารดาทั้งหลายจะต้องให้นมแก่ลูกๆ ของนางเป็นเวลาสองปีเต็ม สำหรับผู้ที่ประสงค์จะให้นมอย่างครบถ้วนตามเกณฑ์ของอิสลาม"

๕. สุขภาพพลานามัยกับการถือศีลอด

การถือศีลอดในเชิงพลานามัยนั้น เป็นเครื่องป้องกันผู้ถือศีลให้ปลอดภัยโรคร้ายไข้เจ็บ การถือศีลอดมีประโยชน์อย่างอนเนกอนันต์ต่อผู้ป่วยเป็นโรคกระเพาะ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

การถือศีลอดเพื่อฝึกความอดทน มีข้อยกเว้นได้ เช่นคนป่วย คนที่ตั้งครรภ์ หรือแม้แต่คนเดินทางก็ได้รับการยกเว้น และค่อยมาถือศีลอดชดใช้ในวันอื่นได้

ด้วยเหตุนี้อิสลามจึงวางหลักการในการรักษาสุขภาพ และป้องกันโรคร้ายไว้เจ็บ โดยถือว่าเป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนจะต้องปกป้องดูแลรักษาสุขภาพและร่างกายของตนให้แข็งแรงสมบูรณ์ ท่านศาสดามุฮัมมัด ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม ทรงกล่าวความว่า "ร่างกายของท่านนั้นเป็นพาหนะของท่าน จงเป็นมิตรกับร่างกายของท่าน"

องค์ความรู้อิสลามกับสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพะ เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะต้องมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนของสังคม มิใช่เพียงการบริการที่จัดขึ้น โดยระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น การดำเนินการในระยะที่ผ่านมายังมีจุดอ่อนหลายประการที่สำคัญ อันหนึ่งน่าจะอยู่ที่ความเข้าใจความหมายของสุขภาพอย่างไม่เป็นองค์รวม กล่าวคือ โครงการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ยังอาศัยมาตรการและเทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่ามาตรการทางสังคม จึงไม่อาจแก้ปัญหาสาธารณสุขที่มีความสลับซับซ้อนและมีรากเหง้าจากปัญหาด้านจิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม (อ้างถึงในมุสลิมท์ โตะการนิและศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ , ๒๕๕๓.)

ทัศนคติของการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้ บุคลากรสาธารณสุขต้องเข้าใจบริบทในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีลักษณะเป็นพหุวัฒนธรรมและส่วนใหญ่นับถือศาสนา อิสลาม สื่อสารด้วยภาษายาวี ปัญหาด้านสาธารณสุขส่วนหนึ่งเกิดจากผู้รับบริการมีความเชื่อทางศาสนา ที่ไม่สอดคล้องกบการแพทย์สมัยใหม่ ดังนั้นในการจัดบริการสาธารณสุขต้องมีความเข้าใจการซ้อนทับ ๓ วิธี คือ (๑) ศาสนาอิสลาม (๒) วัฒนธรรมท้องถิ่น และ (๓) วิธีชนบท

การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิมช่วงตั้งครรรภ์ถึงหลังคลอด ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังพบปัญหาในงานอนามัยแม่และเด็ก พบว่ามีอัตราการตายของมารดาและทารกสูง สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากมารดาไม่มาคลอดที่โรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเชื่อตามประเพณี วัฒนธรรมการคลอดของมุสลิมอนุญาตให้ผู้ที่คลอดเป็นเพศหญิงเท่านั้น นอกจากเหตุผลจำเป็นสุดวิสัยและไม่ขัดต่อหลักศาสนา และต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ทางการแพทย์แต่ยังมีหญิงมุสลิมนิยมคลอดที่บ้าน โดยจะเลือกคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ เพราะรู้สึกอบอุ่น ได้อยู่ใกล้ชิดญาติตลอดระยะเวลาของการคลอด ได้รับการดูแลจากผดุงครรภ์โบราณอย่างเต็มที่ เพิ่มความสามารถ

ไม่แสดงอาการรังเกียจ คำนึงถึงความมีศักดิ์ศรีและเห็นคุณค่าในความเป็นบุคคลของมารดาหลังคลอด ให้การดูแลเท่าเทียมกัน มีความเข้าใจในความรู้สึกและความเชื่อแต่ละบุคคล

นอกจากนี้ การคลอดที่บ้านยังได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตและหลักศาสนา เช่น มีผู้เฒ่าที่เคารพนับถือในชุมชนมากล่าวอะซานแก่เด็ก (เป็นพิธีการต้อนรับทารกตามหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งเป็นการปลุกฝังความเป็นมุสลิมตั้งแต่เกิด เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่จะได้เป็นคนที่อยู่ในแนวทางของ อัลลอฮ) เด็กไม่ต้องเจาะเลือด ไม่ถูกแยกอยู่ห้องเด็กอ่อน และแม่จะได้รับการดูแลและอยู่ไฟหลังคลอด หรือมีการว่าคาถาเพื่อปิดเป่าสิ่งชั่วร้ายให้ปลอดภัย ขณะที่การคลอดที่โรงพยาบาล อาจได้รับการดูแลที่ไม่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม นั่นคือ การคลอดที่โรงพยาบาล ญาติไม่สามารถอยู่ใกล้ชิดได้ และบุตรไม่ได้รับเสียงอะซานเมื่อคลอด ดังนั้นในปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งได้จัดห้องทำพิธีอะซาน ให้สามีและญาติเฝ้ามารดาขณะรอคลอดได้ และให้นำรถกลับไปฟังตามพิธีทางศาสนาอิสลาม ส่วนอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารก คือ กรณีการอบรมผดุงครรภ์โบราณให้ทำ คลอดที่ถูกต้อง และช่วยทำคลอดเมื่อฉุกเฉินมารดาไปโรงพยาบาลไม่ทันเท่านั้นและปรับบทบาทให้เป็นผู้แนะนำมารดาให้มาคลอดที่โรงพยาบาลมากขึ้น สำหรับในระยะหลังคลอดผู้ให้บริการได้ปรับเปลี่ยนความคิดวิธีการดูแลมารดาหลังคลอดให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อของมารดาหลังคลอดมุสลิมมากขึ้น ได้มีการพัฒนาระบบดูแลแม่และเด็กด้วยใจโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การเยี่ยมบ้านหลังคลอดในครั้งแรกกลับจากโรงพยาบาล โดยให้ผดุงครรภ์โบราณและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านช่วยให้คำแนะนำการปฏิบัติตนหลังคลอด นวดหลังคลอด อาบน้ำสมุนไพร นวดเต้านม พร้อมทั้งให้คำแนะนำการเว้นช่วงการมีบุตร การมาตรวจหลังคลอดเพื่อให้มารดาหลังคลอดได้เข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองหลังคลอดมากขึ้น

ศูนย์วิจัยนโยบายและการบริหาร, ๒๕๕๐ ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง บทบาทของสื่อมวลชนในการปฏิบัติการจิตวิทยาและประชาสัมพันธ์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี (หนองจิก ยะรังและกะพ้อ) ยะลา (กรงปินัง ยะหา บันนังสตา) และนราธิวาส ระแงะ บาเจาะและยี่งอ) ผลการศึกษา พบว่า ๑) ประชาชนในพื้นที่ที่มีความไม่ไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่รัฐ เนื่องจากการใช้อำนาจรัฐที่ไม่เป็นธรรม ๒) ข้อจำกัดด้านภาษาในการสื่อสาร สื่อกระแสหลักส่วนใหญ่จะเป็นภาษาไทยซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ เพราะภาษาหลักที่ใช้ในชีวิตประจำวันจะใช้ภาษาวิท้องถิ่น ๓) การนิยมสื่อทางเลือก สืบเนื่องจากความไม่ไว้วางใจหน่วยงานภาครัฐและข้อจำกัดด้านภาษา ประชากรในพื้นที่จึงเลือกที่จะรับสื่อมากที่สุด คือ สื่อบุคคล การสื่อสารปากต่อปาก การรับถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารจากสภากาแฟ การรับรู้ข่าวสาร

จากผู้นำทางศาสนา ๔) ภาพที่นำเสนอในสื่อกระแสหลักส่วนใหญ่เป็นข่าวเชิงบวกค่อนข้างน้อย ทำให้เกิดอคติต่อประชาชนในภูมิภาคอื่นๆต่อชาวมุสลิมในพื้นที่ ทั้งนี้การนำเสนอข่าวในลักษณะดังกล่าวยังเป็นเครื่องมือในการปลุกระดมประชาชนในพื้นที่ให้เข้าร่วมปฏิบัติการต่อต้านเจ้าหน้าที่รัฐ ซึ่งเป็นสาเหตุแห่งความอยุติธรรมและการใช้ความรุนแรง

ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ และคณะ, ๒๕๕๔. ได้ทำการศึกษา เรื่อง เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ในท่ามกลาง ๘ ปีของความรุนแรง การวิจัยนี้เพื่อศึกษาผลกระทบของสถานการณ์ความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อโครงสร้างทางเศรษฐกิจมหภาค และเศรษฐกิจชุมชน โดยประเมินข้อมูลภาวะทางเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่และความยากจนในครัวเรือน รวมทั้งภาวะทางสังคมของประชาชน พบว่า ประชาชนประเมินกลยุทธ์และแผนงานของแผนพัฒนาพื้นที่พิเศษ ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ในรอบปี ๒๕๕๓ ว่าการที่โครงการพัฒนาไม่ได้ผลเท่าที่ควรเป็นปัญหาที่เกิดจากความไม่เท่าเทียมในการกระจายทรัพยากรที่กลุ่มชนชั้นนำในชุมชน มักจะได้ผลประโยชน์จากโครงการพัฒนาของรัฐมากกว่าประชาชนทั่วไป ประกอบกับเกิดความไม่โปร่งใสในการทำงานของข้าราชการและการบริหารงานไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้สัมฤทธิ์ผลของโครงการรัฐมีปัญหามาก และพบว่า หน่วยงานที่เข้าไปทำกิจกรรมอย่างมากกับประชาชน คือ ฝ่ายปกครองท้องถิ่น ฝ่ายปกครอง และหน่วยงานรัฐฝ่ายสาธารณสุข แต่หน่วยงานรัฐที่เข้ามาพบปะพูดคุยและช่วยแก้ปัญหาชาวบ้านในชุมชนเรียงตามลำดับความสำคัญระดับสูง ที่ประชาชนเลือกก็คือ สาธารณสุข หมอ พยาบาล และอนามัย ฝ่ายปกครอง จังหวัด อำเภอบนต. หรือ อบจ. หรือ เทศบาล และฝ่ายทหาร

โดยสรุป การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะ การแก้ไขการตายของมารดา ได้ถูกกำหนดให้เป็นปัญหาสาธารณสุขเฉพาะพื้นที่ แต่ละจังหวัดได้กำหนดเป็นนโยบายหลักในการแก้ไข อย่างไรก็ตามเนื่องจากบริบทใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีความแตกต่างกับภาพรวมของประเทศ ทั้งลักษณะทางศาสนา สังคม และวัฒนธรรม การดำเนินงานจึงต้อง ทำให้เหมาะสมกับสภาพของพื้นที่ และยังคงต้องทำต่อเนื่องต่อไป

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในต่างประเทศ

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในต่างประเทศ โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข ในประเทศที่มีชนกลุ่มน้อยเป็นมุสลิม ที่อยู่รวมกันเป็นกลุ่มก้อน จนเป็นชนกลุ่มใหญ่ในพื้นที่ ดังเช่นมุสลิมใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่น ในเมืองมินดาเนา ประเทศฟิลิปปินส์ เขตปกครอง

ตนเองซินเจียง ประเทศจีน หรือชนกลุ่มน้อยที่มีปัญหาทางการเมือง เช่น เมืองอาเจี๊ยะ ประเทศอินโดนีเซีย ก่อนข้างจะมีน้อย ได้ทบทวนในส่วนของใกล้เคียงกัน ดังนี้

๑. งานอนามัยแม่และเด็กในประเทศจีน

ประเทศจีนได้มีความพยายามในการลดอัตราการตายของมารดาและทารก เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ (Millennium Development Goals-MDGs) ซึ่งกำหนดร่วมกันในหลายประเทศทั่วโลก จีนสามารถลดอัตราการตายของมารดาจาก ๘๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปี ๒๕๓๔ เป็น ๔๘.๓ ในปี ๒๕๔๗ นับเป็นความสำเร็จในการลดปัญหาการตายของมารดา โดยได้มีการกำหนดกฎหมายรองรับเรื่องของการดูแลสุขภาพของมารดาและทารก (Unicef, ๒๐๐๖)

อย่างไรก็ตามบางพื้นที่ในประเทศจีนยังพบว่ายังมีปัญหาในเรื่องของความปลอดภัยในการรับวัคซีน ในปี ๒๕๔๓ ประเทศจีนได้มีการประกาศให้มีการให้วัคซีนโปลิโอให้ทั่วถึง แต่ ในปี ๒๕๔๕ ยังพบการระบาดของโปลิโอที่เขตปกครองตนเองซินเจียง (Xinjiang) การระบาดพบมากในกลุ่มอุยกู (Uyghurs) ซึ่งนับถือศาสนาอิสลาม และเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด ในชนหลายเชื้อชาติที่อาศัยอยู่ในเมืองซินเจียง นโยบายวางแผนครอบครัวของจีนได้กำหนดให้ครอบครัวของชาวอุยกู มีลูกได้ครอบครัวละ ไม่เกิน ๓ คน ในขณะที่จำนวนบุตรของชาวอุยกูเฉลี่ย ๕ คน ทำให้ส่วนหนึ่งเข้าไม่ถึงบริการ มีการคาดว่า ประมาณร้อยละ ๔๐ ของเด็กในเมืองซินเจียง ไม่ได้รับบริการขั้นพื้นฐานทางสังคม รวมทั้งการได้รับวัคซีน นอกจากนี้ในกลุ่มอุยกูซึ่งเป็นมุสลิมมีความเชื่อว่าวัคซีน โปลิโอไม่ฮาลาลจึงไม่มารับบริการ

ทางการของจีนได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อลดโปลิโอในเขตปกครองตนเองซินเจียง โดยในระยะสั้นต้องหยุดการกระจายของโปลิโอ ในระยะยาวต้องพัฒนาทักษะของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้กำหนดมาตรการในการให้ความเสมอภาคในการให้บริการ ลดช่องว่างระหว่างเด็กทั่วไปและเด็กชาวอุยกู รวมทั้งสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยจัดบริการให้เหมาะสมตามบริบทของวัฒนธรรม มีการใช้สื่อ ๒ ภาษาในการประชาสัมพันธ์ มีการทำงานร่วมกันระหว่างอิหม่ามและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการให้ความรู้ที่มัสยิด รวมทั้งให้ความรู้กับอิหม่ามและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาทักษะในเรื่องของการสื่อสาร (Unicef, ๒๐๑๒)

๒. งานอนามัยแม่และเด็กในประเทศมาเลเซีย

มาเลเซียเป็นประเทศที่ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลาม ในด้านอนามัยแม่และเด็ก มาเลเซียมีระบบรองรับที่ดีในการบูรณาการการดำเนินงานสำหรับหญิงตั้งครรภ์ คลอด การดูแลทารกและเด็กตั้งแต่แรกคลอดจนเข้าโรงเรียน การลดการตายของมารดาดำเนินการอย่างได้ผล

มีกลไกที่ดีในการดูแลสุขภาพทารกและเด็ก ให้มีการเข้าถึงบริการในทุกกลุ่มอายุ มาเลเซียประสบความสำเร็จในการเข้าถึงบริการการคลอด โดยเกือบร้อยละ ๑๐๐ คลอดในสถานบริการ โดยผู้ที่มีทักษะในด้านนี้ ได้มีแนวทางในการลดปัญหาอนามัยแม่และเด็ก โดยพัฒนาให้มีความครอบคลุมของการใช้บริการด้านมารดา ทารกแรกเกิดและการดูแลอนามัยเจริญพันธุ์ ร่วมกับเครือข่ายการสาธารณสุข รวมถึงการบูรณาการในการดูแลหลังคลอดและทารกในระยะแรกคลอด นอกจากนี้จะมีการตรวจสอบในรายที่มารดาตายและมารดาที่เกือบจะเสียชีวิตด้วย (Near Miss Auditing) (WHO-Malaysia Country, ๒๐๐๕-๒๐๑๓)

ในส่วนของผู้คงครรภ์โบราณในประเทศมาเลเซีย จะต้องมีการพัฒนาทักษะ และได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้คงครรภ์โบราณก่อนจึงจะสามารถทำคลอดได้

๓. งานอนามัยแม่และเด็กในประเทศอินโดนีเซีย

อินโดนีเซียเป็นประเทศที่มีมุสลิมอาศัยอยู่มากที่สุดในโลก ประชาชนร้อยละ ๑๘ ยากจนกว่าระดับความยากจน ที่กำหนดรายได้เฉลี่ย ๐.๕๕ ดอลลาร์ต่อคนต่อวัน ประมาณร้อยละ ๘๐ ของการตายของมารดา ตายด้วยภาวะแทรกซ้อนที่หลีกเลี่ยงได้ (Mathai, ๒๐๐๖ quote in Baird et al., ๒๐๑๑) เช่นเดียวกับกว่าครึ่งหนึ่งของทารกและเด็กที่ตาย รัฐบาลอินโดนีเซีย ได้เน้นนโยบายในการพัฒนา โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยากจนตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๐ รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลที่เข้มงวดโดยมีการเก็บข้อมูลในแต่ละโปรแกรมที่ดำเนินการ เช่น โครงการ Safe Motherhood เป็นต้น (Baird et al., ๒๐๑๑)

๔. งานอนามัยแม่และเด็กในประเทศตุรกี

ประเทศตุรกี เป็นประเทศที่ตั้งอยู่ระหว่างเอเชียและยุโรป มีประชากรที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวสูง ในปี ค.ศ. ๑๙๙๓ ร้อยละ ๗๐ ของครอบครัวไม่ต้องการมีบุตรเพิ่ม การใช้การวางแผนครอบครัวร้อยละ ๖๒.๖ มีเพียงร้อยละ ๓๔.๕ ที่ใช้วิธีวางแผนครอบครัวที่ทันสมัย ในส่วนการตายของมารดา ร้อยละ ๕๐ เกิดขึ้นในขณะคลอด ร้อยละ ๒๕ ในขณะตั้งครรภ์ และร้อยละ ๒๕ ตายในระยะหลังคลอด การคลอดที่บ้านโดยไม่มีผู้ช่วยคลอดร้อยละ ๒๔ ปัจจัยสำคัญที่พบ ได้แก่ การมีบุตรหลายคน ความไม่เพียงพอในการได้รับการดูแลก่อนคลอดและภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งการเข้าไม่ถึงบริการและสถานภาพที่ต่ำของสตรี (Edirne et al., ๒๐๐๔) จากการพัฒนาการดำเนินงาน พบว่า การตายของมารดา ลดลงจาก ๗๐ ในปี ค.ศ. ๑๙๙๘ เป็น ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปี ๒๐๐๘ (TUIK, ๒๐๐๘ quoted in Dundar et al., ๒๐๑๐) การลดการตายของมารดาเป็นผลมาจากการพัฒนาการดูแลขณะตั้งครรภ์ และการติดตามในระยะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม

ประเทศตุรกี ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพสตรี (Women's Health Strategy Plan) (Dundar et al., ๒๐๑๐) โดยมีเป้าหมายในการลดการตายของมารดาและการตายปริกำเนิดของทารก ร้อยละ ๕๐ เพิ่มการใช้การคุมกำเนิดด้วยวิธีที่ทันสมัยร้อยละ ๗๐ ของกลุ่มที่ใช้วิธีคุมกำเนิด ค้นหาหญิงตั้งครรภ์และให้บริการการดูแลขณะตั้งครรภ์ มีความมั่นใจทุกรายที่คลอดมีสุขภาพดี และลดความแตกต่างในการให้บริการสุขภาพระหว่างภูมิภาค กลยุทธ์ในการดำเนินงาน อาทิเช่น

กลยุทธ์ที่ ๑ การสนับสนุนการให้บริการดูแลสุขภาพสตรีและการวางแผนครอบครัว โดยการให้อาสาสมัครและผู้นำจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม พัฒนาการให้บริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล เพิ่มบทบาทของภาคเอกชน มีวิธีการที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลกลุ่มเสี่ยง เพิ่มการยอมรับการใช้ห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย มีการให้คำปรึกษาหลังคลอดและหลังแท้ง ในการใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ ๒ โครงสร้างพื้นฐานในการบริการและการบริหารจัดการ โดยทุกหน่วยงานมีคณะกรรมการซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญร่วมอยู่ด้วย ในการเตรียมโครงการระดับประเทศและควบคุมกำกับการดำเนินงาน มีองค์กรหรือตัวแทนที่จะประเมินผลการดำเนินงาน พัฒนาการจัดเก็บข้อมูล การติดตามและการประเมินผล

๕. งานอนามัยแม่และเด็กในประเทศฟิลิปปินส์

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็กในประเทศฟิลิปปินส์ พบว่าอัตราการตายของทารกเป็น ๓๕ ต่อ ๑,๐๐๐ เกิดมีชีพ ในขณะที่อัตราการตายของเด็กแรกเกิดอายุ ๑๘ เสียชีวิตต่อ ๑,๐๐๐ เกิดมีชีพ ความตายเป็นมากขึ้นในเด็กทารกที่แม่ไม่ได้ฝากครรภ์หรือได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ในช่วงเวลาของการจัดส่ง สาเหตุสูงสุดของการเจ็บป่วยในเด็กทารกเป็นโรคติดเชื้อ (โรคปอดบวม, หัด, โรคท้องร่วง, เยื่อหุ้มสมองอักเสบ โลหิตเป็นพิษ), ขาดสารอาหารและภาวะแทรกซ้อน อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็น ๘๘%

ฟิลิปปินส์มีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพเด็ก ๒๐๒๕ ที่มีเป้าหมายระยะยาวในปี ๒๐๒๕ และแผนระยะกลางปี ๒๐๑๑ - ๒๐๑๔ คือ

๑. ลดอัตราทารกตาย(๑๗ต่อพันการเกิดมีชีพ)
๒. ลดอัตราตายในเด็ก ๑-๔ ปี (๓๓.๖ต่อพันการเกิดมีชีพ)
๓. ลดอัตราตายในวัยรุ่นและวัยรุ่นสาว (๕๐%)

นอกจากนี้มีการกำหนดเป้าประสงค์เพื่อการลดความเสี่ยง เช่น เพิ่มความครอบคลุมการได้รับวัคซีน เป็น ๘๐% , เพิ่มทารกดีมีนมแม่อย่างเดียวใน ๖ เดือนแรก เป็น ๓๐% เพิ่มระยะเวลาทารกดีมีนมใน ๖ เดือน เป็น ๗๐% , เพิ่มการดูแลเด็กป่วยให้มีความรู้และการปฏิบัติ เป็น ๘๐% , ลดภาวะทุพโภชนาการในเด็กโรงเรียน และเพิ่มการดูแลวัยรุ่น เป็น ๕๐%

สรุป

การดำเนินงานสาธารณสุข โดยเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็กในต่างประเทศส่วนใหญ่จะมีปัญหาในกลุ่มพื้นที่เฉพาะที่มีชนกลุ่มน้อยของประเทศที่เป็นชนกลุ่มใหญ่ในแต่พื้นที่ และในกลุ่มสตรีและเด็กที่ยากจน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการตามที่กำหนด อย่างไรก็ตาม ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ยังคงเป็นประเด็นที่จะต้องคำนึงถึงไม่ว่าจะเป็นการดำเนินงานในต่าง ประเทศหรือใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

บทที่ ๓

รูปแบบและกระบวนการให้บริการสาธารณสุข ด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ (เปรียบเทียบกับต่างประเทศ)

ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ การให้บริการอนามัยแม่และเด็กจะมีลักษณะเฉพาะเจาะจงมากกว่าในพื้นที่อื่น เนื่องจากลักษณะทางศาสนา สังคมและวัฒนธรรมที่ต่างออกไป ในบทนี้ได้นำเสนอรูปแบบและกระบวนการในการดำเนินงานใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ รวมทั้งแนวคิดของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การปฏิบัติตามนโยบาย และภาคชุมชนที่เกี่ยวข้อง จากการสัมภาษณ์ระดับลึกและสนทนากลุ่มในกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๓ จังหวัด และเปรียบเทียบยุทธศาสตร์ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้กับต่างประเทศ โดยนำเสนอตามประเด็น ดังนี้

๑. รูปแบบและกระบวนการในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้
๒. แนวคิดของผู้บริหารในงานอนามัยแม่และเด็ก
๓. แนวคิดของผู้ปฏิบัติในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก
๔. แนวคิดของผู้รับบริการอนามัยแม่และเด็ก
๕. แนวคิดของผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผดุงครรภ์โบราณ
๖. เปรียบเทียบงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้กับต่างประเทศ รายละเอียด ดังนี้

๑. รูปแบบและกระบวนการในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ได้ใช้กลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board : Maternal and Child Health Board) เป็นตัวขับเคลื่อน ในการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ โดยมีกลไกการดำเนินงานคือ MCH Board ระดับเขตที่มีองค์ประชุมประกอบด้วย ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ และหัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นที่ปรึกษา

สาธารณสุขนิเทศก์เป็นประธาน กรรมการประกอบด้วย สุนิติแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประธานและเลขานุการ MCH Board ระดับจังหวัด (๗ จังหวัด) นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) สุนิติแพทย์ กุมารแพทย์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานฝากครรภ์ หัวหน้างานห้องคลอด ผู้อำนวยการศูนย์ฯ โดยมีนักวิชาการและพยาบาล จากศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา เป็นเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ ทำหน้าที่เป็นทีมที่กำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก จากนั้น MCH Board จังหวัด โดยประธาน และเลขานุการ ซึ่งเป็นหนึ่งในคณะกรรมการระดับเขต จะเป็นผู้นำนโยบายระดับเขตไปกำหนดเป็น ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการในแต่ละจังหวัดร่วมกับ MCH Board อำเภอ เพื่อพัฒนาการ ดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ต่อไป โดยได้มีการกำหนดแนวทางในการแก้ไข โดยมองภาพรวมเป็นระบบ ทั้งในส่วนของสถานบริการชุมชนและส่วนสนับสนุนอื่นๆ ดังนี้

๑.๑ การพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพ

ได้มีการพัฒนาคุณภาพสถานบริการให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลสายใย รักแห่งครอบครัว มีการประเมินและพัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก จัดทีม นิเทศเฉพาะกิจงานอนามัยแม่และเด็กระดับเขต พัฒนาระบบการส่งต่อมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งภายในจังหวัดและระหว่างจังหวัด จัดสถานบริการให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ เช่น จัดให้ มีมุมสำหรับการทำอาชานในเด็กแรกเกิด รวมทั้งให้ผดุงครรภ์โบราณเข้าไปเฝ้ามารดาในห้องรอ คลอดได้

๑.๒ การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ได้มีการอบรมผู้ประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก อบรมการใช้แผนที่ ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย และจัดเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

๑.๓ การให้ความรู้ในวัยเจริญพันธุ์/คู่สมรส

ให้ความรู้ในกลุ่มก่อนสมรสในเรื่องของอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มที่ตั้งครรภ์และ มาฝากครรภ์ เน้นโรงเรียนพ่อแม่ ให้ความรู้สตรีขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดในเรื่องของการเว้น ช่วงระยะการมีบุตรเพื่อสุขภาพมารดาและทารก

๑.๔ การมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่พัฒนา ศักยภาพผดุงครรภ์โบราณและอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) เพื่อให้เป็นเครือข่ายในการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด การแนะนำการเว้นช่วงระยะการมีบุตร ตลอดจนการส่งต่อหญิงตั้งครรรภ์ คลอด หลังคลอด ที่มีภาวะแทรกซ้อนมายังสถานบริการ ฝึกอบรมแกนนำในชุมชนในการใช้

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อให้สามารถจัดทำโครงการในการแก้ปัญหาตามแนวทางของชุมชน เพื่อความต่อเนื่องและความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา

๑.๕ การประชาสัมพันธ์

จัดทำสื่อ/เอกสาร/โปสเตอร์/แผ่นพับ ในการประชาสัมพันธ์งานอนามัยแม่และเด็ก โดยเน้นการฝากครรภ์เร็ว ฝากครรภ์ตามนัดและการมาคลอดที่โรงพยาบาล มีการประชาสัมพันธ์ ผ่านทั้งทางสื่อวิทยุและโทรทัศน์ จัดทำสื่อที่สอดคล้องกับพื้นที่ โดยความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ และชุมชนในแต่ละพื้นที่

๑.๖ พัฒนาระบบส่งต่อ

ได้มีการพัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการดูแลรักษา รวมทั้ง การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรพัฒนาเอกชน(NGO) ในการจัด รดุกเงินในการส่งต่อโดยเฉพาะในช่วงเวลากลางวัน

๑.๗ การทำวิจัยและสนับสนุนการทำวิจัย/นวัตกรรมในพื้นที่

ได้มีการทำวิจัยในเรื่องที่เป็นปัญหาและเป็นนโยบายสำคัญในการแก้ปัญหาใน พื้นที่ ได้แก่ ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ และสนับสนุนในการจัดทำนวัตกรรมในการแก้ไขปัญหาซีด ในพื้นที่นำร่องในทุกจังหวัด

๒. แนวคิดของผู้บริหารในงานอนามัยแม่และเด็ก

๒.๑ ผู้ว่าราชการจังหวัด/รองผู้ว่าราชการจังหวัด

๒.๑.๑ สถานการณ์ทั่วไป

เห็นว่ายังไม่เป็นที่น่าพอใจ เนื่องจากแม่อังคตสูง งานยังไม่คืบหน้า เท่าที่ควร เป็นพื้นที่ที่ทำงานยากกว่าพื้นที่อื่น เป็นเขตวัฒนธรรมพิเศษ รวมทั้งงานสาธารณสุขเป็น งานที่ยากกว่างานอื่น ต้องปรับความคิด ความเชื่อ ต้องเข้าใจวิถีชีวิต หลักศาสนาและวัฒนธรรมใน พื้นที่ ต้องรู้รากเหง้าของวัฒนธรรม

ในส่วนของการให้บริการ เจ้าหน้าที่ยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ยังขาด ทักษะ แต่จำนวนพอเพียงเนื่องจากมีพยาบาลจบใหม่ ๓,๐๐๐ คน ซึ่งส่วนหนึ่งทำงานในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

การรับบริการของกลุ่มเป้าหมาย มีการเข้าถึงบริการมากขึ้นเมื่อเทียบกับ อดีตแต่การฝากครรภ์บางคนอาจจะช้า เพราะนิยามการฝากครรภ์ ได้แก่ มาหาที่คลอด

ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษาเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้กระทบต่อความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้เกิดการเจ็บป่วย รวมถึงส่งผลไปยังฐานะทางเศรษฐกิจ ประชากร ส่วนหนึ่งต้องออกไปทำงานยังประเทศเพื่อนบ้าน บางส่วนไปอย่างไม่ถูกต้องทางกฎหมาย เมื่อไปทำงานแล้วจะกลับมาอีกครั้งเมื่อใกล้คลอดเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมด้านสาธารณสุข ยังมีช่องว่างระหว่างผู้ที่มีความรู้และผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้ที่มีการศึกษาจะมีการใช้การเว้นช่วงระยะการมีบุตร ทำให้มีบุตรจำนวนไม่มาก ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาน้อยบางส่วนยังไม่เข้าใจ แม้แต่การรับวัคซีนในเด็กยังไม่ครอบคลุม

ศาสนาและวัฒนธรรม อาจจะมีผลบ้างในส่วนของความต้องการคลอดกับบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้หญิง ซึ่งคงไม่เกี่ยวข้องกับศาสนาโดยตรงนัก เพราะสตรีพุทธก็มีความต้องการเช่นเดียวกันนี้ ในส่วนของผดุงครรภ์โบราณยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องมี เนื่องจากชาวบ้านบางส่วนยังมีความต้องการ ในขณะที่มีการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณน้อยลง เพราะโรงพยาบาลมีการพัฒนามากขึ้น ทำให้คนมาคลอดมากขึ้น

๒.๑.๒ นโยบายในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

ส่วนใหญ่จะรวมอยู่ในทุกกลุ่มอายุ บางจังหวัดกำหนดเป็นวาระของจังหวัดในการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย โดยมีการขยายผลในปี ๒๕๕๗ มีการดำเนินงานในเรื่องของวัยรุ่นเพื่อป้องกันการท้องก่อนวัย

๒.๑.๓ ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหอนามัยแม่และเด็ก

สำเร็จระดับหนึ่ง แต่จะต้องมีการแก้ไขต่อไป โดยเฉพาะในเรื่องของการศึกษา รวมทั้งการดูแลตั้งแต่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาในเรื่องของความเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

๒.๑.๔ แนวทางในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในอนาคต

นโยบายสาธารณสุขจากส่วนกลางเป็นนโยบายที่ดี แต่รูปแบบการทำงานที่กำหนดต้องมีความยืดหยุ่นให้สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ได้ มิใช่แบบตัดเสื้อโหลและส่งมาจากส่วนกลางโดยกำหนดให้ทำตามทุกลำดับขั้นตอน และพบว่าบางครั้งสิ่งที่ให้ไม่ตรงกับความต้องการของพื้นที่ ข้อเสนอคือต้องมองแบบองค์รวม ระเบิดจากภายในให้เกิดการแก้ไขปัญหาผ่านการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนให้ได้ มีมาตรการเชิงป้องกันที่สามารถจับต้องและเป็นรูปธรรม มีการติดตามผล

ผู้ตรวจราชการต้องเข้าใจบริบท ปัญหาส่วนใหญ่อยู่ที่โครงสร้างซึ่งยังไม่บูรณาการระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกระทรวงอื่นๆ นอกจากนี้ควรมีการบูรณาการกับเครือข่ายองค์กรเอ็นจีโอหรือพัฒนาเอกชน(NGO) เช่น กลุ่มมุสลิมะห์ (ผู้หญิงมุสลิม) องค์กรใดก็ตาม

ผู้บริหารบางท่านให้ความคิดเห็นว่างานจะสำเร็จเพียงใด ขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุน โดยเฉพาะในเรื่องงบประมาณ

ในอนาคตต้องมีการคิดอัตราส่วนระหว่างหญิงวัยเจริญพันธุ์กับสตรีแพทย์ เพื่อดูภาระงานและเห็นควรสนับสนุนในการผลิตแพทย์ที่มาจากพื้นที่ รวมถึงคนที่มาทำงานในงานอนามัยแม่และเด็กของพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ควรมีรางวัลให้เป็นพิเศษเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ

ในส่วนของชุมชน ผู้รับบริการ ต้องปรับทัศนคติ ไม่พูดถึงเรื่องการคุมกำเนิด แต่พูดถึงงานอนามัยแม่และเด็กแทน ผู้นำศาสนา ดิควารุทางความคิดเพื่อเข้ามาช่วยงานได้เต็มที่ ผดุงครรภ์โบราณ สนับสนุนให้ยังคงมีอยู่ ให้ความสำคัญและนำมาใช้ประโยชน์ อาจให้อสม.ประกบและให้เชื่อมต่อกับสาธารณสุข เน้นเรื่องความสะดวก

การทำงานให้ใช้สื่อทุกมิติ เพื่อจะทำให้รับทราบอย่างทั่วถึงและเข้าถึงในทุกกลุ่มอายุ นอกจากนี้ต้องปลูกจิตสำนึกให้เกิดความตระหนักและมีความรับผิดชอบต่อน้ำที่มีการทำประชามย์ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รวมถึงต้องมีกระบวนการรับฟังเสียงประชาชนเพื่อรับทราบปัญหาที่แท้จริง

๒.๒ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

๒.๒.๑ งานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่รับผิดชอบและสถานการณ์ที่ผ่านมา

ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ เนื่องจากการตายของมารดาและภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าค่าเป้าหมายระดับประเทศ นอกจากนี้ปัจจัยภายนอก (External Factor) เช่น สถานการณ์ความไม่สงบมักเป็นข้ออ้างในเกือบทุกเรื่องของสาธารณสุข แต่ในบางสถานการณ์ก็พบว่ามีความจริง

๒.๒.๑.๑ ด้านการรับบริการของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า บริบทของพื้นที่ ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ ศาสนาและวัฒนธรรมมีผล กล่าวคือ มีลูกอายุน้อย มีลูกมาก คุณภาพในการดูแลตนเองยังไม่ดี ยังมีความเชื่อทางศาสนา เช่น บางคนยังอยากคลอดกับโต๊ะบีแค รวมถึงมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ฐานะและการศึกษาและsense ผ่าครรภ์ที่นี้ คือ จอจที่คลอด

๒.๒.๑.๒ ด้านการให้บริการ พบว่า ๑) บุคลากรทางการแพทย์มีมากขึ้น ขาดการทำงานเชิงรุก คนไม่กระตือรือร้น ๒) สถานบริการมีมากขึ้น การสนับสนุนเครื่องมือและงบประมาณเพียง/ไม่อัปเดต แต่ยังใช้ได้ไม่ได้เปี่ยมประสิทธิภาพ ๓) ลักษณะงานแม่และเด็ก เป็นงานจำเจ เจ้าหน้าที่หมุนเวียนเปลี่ยนคนบ่อย มักให้น้องทำ พื้นที่บางแห่งทำงานไม่เต็มความสามารถ ๔) บริการทางการแพทย์(Medical service) จะมีความรู้อย่างเดียวไม่พอ ต้องมีทักษะและประสบการณ์ บางเรื่องยังสนองความต้องการของผู้รับบริการไม่ได้ เช่น มีความต้องการขอรับ

บริการจากแพทย์ผู้หญิง แต่ไม่สามารถสนองความต้องการทำให้คนไข้ไม่มารับบริการอีกเลย
 ๕) ระบบข้อมูลอนามัยแม่และเด็กพบว่า มีเพียงข้อมูลนำเข้า ซึ่งยังขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และ
 แก้ปัญหา ๖) ระบบการติดตาม ยังทำได้ไม่เต็มที่

๒.๒.๑.๓ งานฝากครรภ์ก่อนคลอด (ANC) พบว่า กลุ่มเป้าหมาย
 มาคลอดที่โรงพยาบาลมากขึ้น งาน ANC คุณภาพดีขึ้น อาจเพราะคนไข้มาเร็วขึ้น ไม่มีโรคประจำตัว
 เจ้าหน้าที่องค์ความรู้ยังไม่พัฒนา รพ.สต. และรพช.อ้างว่า คนไข้เยอะ งานเยอะ

๒.๒.๑.๔ งานห้องคลอดคุณภาพ ปัญหาหลักๆ อยู่ที่ความผิดพลาด
 ทางกรแพทย์ (Doctor error) แม้จะพบว่า มีแนวทางเวชปฏิบัติที่ใช้เป็นคู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วย
 (CPG)ดีมาก แต่แพทย์ไม่ได้ใช้ รวมถึงพบความผิดพลาดจากความล่าช้าจากกระบวนการตัดสินใจ
 ในการรักษาของแพทย์

๒.๒.๒ นโยบายในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

๒.๒.๒.๑ นโยบายจากส่วนกลาง ที่กำหนดให้มีการดูแล
 ผู้ตั้งครรภ์ ๕ ครั้งคุณภาพตามเกณฑ์นั้น เห็นว่าเป็นนโยบายที่ดีและเครื่องมือการฝากครรภ์ครั้งแรก
 ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ (Early ANC) เป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดต่อด้วย ANC คุณภาพ แต่พบว่า
 บางกิจกรรมยังใช้แก้ปัญหาได้ไม่ตรงจุดหรืออาจกล่าวได้ว่า ยังจับได้ไม่ตรงจุดสำคัญในการแก้ไข
 ปัญหาอย่างแท้จริง เช่น การให้กินยาเสริมธาตุเหล็ก อย่างไรก็ตามสำหรับประชากรเป้าหมายใน
 พื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ที่มีการย้ายถิ่น การนำนโยบาย ฝากครรภ์ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ไปใช้ ทำให้
 ไม่สามารถฝากครรภ์ได้ครบตามเกณฑ์

๒.๒.๒.๒ นโยบายระดับจังหวัด ๑) มีเวที MCH Board ระดับ
 จังหวัด มีการประชุม(conference) สม่่าเสมอเพื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุ/ปัญหาและหาแนวทางการแก้ไข
 ให้เกิดการพัฒนา/ปรับปรุงและได้ข้อสรุปรวมถึงเพื่อการให้กำลังใจ อย่างไรก็ตามมีพบบ้างว่า
 ไม่ยอมรับต่อข้อเสนอ/ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ๒) มีคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล
 ๓) ระดับอำเภอ มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) / มีการประชุม
 อบรมเป็นครั้งคราวอยู่ในแผนปฏิบัติการ ๔) มีพยาบาลงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Nurse) ที่ม
 การออกแบบกระบวนการทำงานให้ MCH Nurse เกาะติดคนไข้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ๕) แจกยาเสริม
 ธาตุเหล็ก ติดตามดูภาวะโภชนาการ และให้พื้นที่ประเมินผล

๒.๒.๒.๓ นโยบายระดับอำเภอ ใช้กลไกสำนักงานสาธารณสุข
 อำเภอ(สสอ.)ในการควบคุมกำกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) จุดแข็งคือ
 โรงพยาบาลชุมชน(รพช.)ให้ความร่วมมือ

๒.๒.๓ ความสำเร็จในการดำเนินงานแก้ไขปัญหอนามัยแม่และเด็ก ในขณะนี้

การดำเนินงานแก้ไขปัญหอนามัยแม่และเด็กในขณะนี้ยังไม่น่าพอใจ ซึ่งสาเหตุอยู่ที่เจ้าหน้าที่เป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทตามที่ควรจะเป็น สิ่งที่ควรปรับปรุงแก้ไข คือ ๑) ระบบกำกับติดตามของผู้บริหารในทุกระดับ ผู้เชี่ยวชาญ ๒) มีตัวชี้วัดมาก ข้อเสนอคือแต่ละกรมวิชาการควรบูรณาการให้เสร็จกันก่อนให้พื้นที่ทำ ๓) อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ยังมีคุณภาพไม่เท่ากัน ๔) ชุมชนยังไม่เข้มแข็ง

๒.๒.๔ แนวทางในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในอนาคตควร เป็นอย่างไร

ข้อเสนอแนวทางในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในอนาคต

๑) คุณภาพห้องคลอด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งเป็นประธานคณะทำงานพัฒนาระบบบริการเขตสุขภาพที่ ๑๒ ได้เชิญโรงพยาบาลในเขตรับนโยบายหนึ่งจังหวัดหนึ่งห้องคลอด (One Province One Labor) ๒) ต้องมีการนิเทศหน้างาน ๓) ในมุมมองเพิ่มคนช่วยงานนักสุขภาพครอบครัว(นสค.) และผู้นำศาสนาไม่น่าใช้บทสรุปที่ชัดเจนต้องคนในครอบครัว ๔) ในการช่วยเหลือต้องไม่มีกำแพง เพราะเหตุผลไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทุกกรณี นอกจากความเห็นใจ

๒.๓ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทั่วไป

๒.๓.๑ งานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่รับผิดชอบและ สถานการณ์ที่ผ่านมา

สถานการณ์งานแม่และเด็กที่ผ่านมามีแนวโน้มดีขึ้นกว่าเดิมเล็กน้อย แต่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายทั้งในเรื่องภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ANC ครบ ๕ ครั้ง การฝากท้องก่อน ๑๒ สัปดาห์ แม่ตาย ปัญหาเด็กท้องในวัยรุ่น นอกจากนี้พบว่าในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ยังมีเรื่องความเชื่อที่ว่า ไม่ควรจะกินอาหารเยอะ เดี่ยวท้องจะโต จะคลอดยาก รวมถึงพมามีปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ทำให้เข้าบางพื้นที่ลำบากหรือทำให้ไม่ค่อยได้เข้าไป และลักษณะทางสังคมก็ยังแปลกเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องของตัวเองแท้ๆ เวลามาตรวจภายในเพื่อหามะเร็งปากมดลูกโดยการทำแปปสเมียร์ (Pap smear) ยังต้องแจกผ้าถุง บางพื้นที่มีจิบรางวัล จีบพัคลม ต้องให้คนพาอีก ๕๐ บาท ๑๐๐ บาท

๒.๓.๑.๑ ด้านการรับบริการของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า งานแม่และเด็กได้ปรับเข้าหาทางข้อกำหนดทางศาสนาเยอะพอสมควร ทั้งเรื่องห้องอาซาน หลายเรื่อง

กลุ่มเป้าหมายมองในทางบวกมากขึ้น การมาคลอดโรงพยาบาลการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเพิ่มขึ้น ฝากกับ โตะบีแควอย่างเดียวลดลงมาก แต่ยังไม่มีตัวเลขที่ชัดเจน

๒.๓.๑.๒ ด้าน การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก ใน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พบว่า ๑) ด้านบุคลากรทางการแพทย์ มีสติแพทย์มากขึ้น ซึ่งเมื่อเทียบกับ จำนวนคลอดพบว่าสัดส่วนยังน้อย ในที่นี้หมายถึง มีภาระงานที่ทำให้อยากจะทำแต่ทำไม่ได้เต็มที่ สำหรับจำนวนพยาบาลมีจำนวนพอเพียง ๒) ด้านวัสดุ/ครุภัณฑ์ ทั้งในเรื่องจำนวนเตียงและ เครื่องมือ ไม่ใช่ประเด็นปัญหาสามารถจัดหาได้ ๓) ด้านองค์ความรู้น่าจะมีพอ โดยสรุปโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ปัญหา คือ เรื่องภาระงานของแพทย์ต่อจำนวนคนคลอดที่ต้องดูแล ทำให้การดูแลได้ไม่ เต็มที่

๒.๓.๑.๓ ด้าน การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก ใน โรงพยาบาลชุมชน พบว่า ๑) ความรู้ของแพทย์ก็ยังไม่ดีคือไม่มีความชำนาญมากพอ งานใน ห้องคลอดส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของพยาบาล พยาบาลห้องคลอดใช้พยาบาลรุ่นน้อง (รุ่น ๓,๐๐๐คน) มาอยู่แทนรุ่นพี่ บางเวรก็ไม่ได้มีรุ่นพี่อยู่ตลอด ๒) เรื่องเครื่องมือ ไม่เป็นปัญหามากเพราะได้รับ จัดสรรรวมถึงสามารถจัดหาได้ อาจยังขาดแคลนเครื่องมือบางอย่างที่ไม่ได้จัดซื้อ เนื่องจากไม่มีเงิน ไม่เพียงพอหรืออาจจะไม่เห็นความสำคัญเลยไม่ได้จัดซื้อ ๓) ระบบที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยง เพื่อช่วย การตัดสินใจในCaseที่ซับซ้อนและระบบส่งต่อ ยังไม่มีปัญหาเรื่องการปฏิเสธ อาจจะมีปัญหาเรื่อง การตัดสินใจที่จะส่ง เมื่อไปดูCaseที่มีปัญหาขึ้นมา รวมถึงกฎเกณฑ์หลักก็อาจยังไม่ครบถ้วน

๒.๓.๑.๔ ด้านการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก ในระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ผ่านมามากมาย เรื่องที่ยังไม่ได้ลงไปจริงจึง ขอมให้คนไข้เป็นฝ่ายตัดสินใจ ตัวอย่างเช่น เรื่อง ANC เมื่อเจอคนไข้แล้ว ถ้าคนไข้บอกยังไม่พร้อม ที่จะ ANC ก็จะรอให้คนไข้พร้อมแทนที่จะ ANC ไปเลย

เรื่อง ANC ซึ่งถือเป็นกุญแจ/เครื่องมือสำคัญของความสำเร็จในงาน อนามัยแม่และเด็กนั้นก็ยังพบว่าในระดับพื้นที่ยังทำไม่ได้ดี แต่เดิมเราคิดให้อสม.พากลุ่มเป้าหมาย มาแล้วให้ค่าพา ๑๐๐ – ๒๐๐ บาท พอเงินหมดก็ไม่มีใครพาแล้ว เรื่องการเอาเงินแก้ปัญหามันไม่ใช่ แนวคิดเราต้องเข้าถึงเขาให้ดี แต่เมื่อ ๕ปีที่แล้วกับปัจจุบันมันต่างกันเยอะ คือ เดิมคลอดที่ โรงพยาบาลยังมีปัญหาแต่ปัจจุบันไม่มีแล้ว ปัญหาคือ ตอนเขามาโรงพยาบาลเราดูแลเขาดีหรือไม่ คุณภาพในการดูแลดีหรือไม่ เรื่องแม่ตาย ปัญหาอยู่ที่คุณภาพห้องคลอด

๒.๓.๒ นโยบายผู้บริหารโรงพยาบาลในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

เดิมในพื้นที่ที่จะมีการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กแบบส่วนราชการ กล่าวคือการยึดตามภารกิจของกรม/หน่วยงานเป็นตัวตั้ง (Function-Based Approach) ผู้บริหารบางท่านได้ให้นโยบายกับผอ.รพ.สต.ผ่านการประชุมคปสอ. เป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิดหลักการทำงานจากเดิมให้เน้นนโยบายกับผอ.รพ.สต. มาใช้การพัฒนาเชิงพื้นที่เป็นตัวตั้ง (Area-Based Approach) และกำหนดตัวชี้วัดเป็นราย รพ.สต. โดยทุกรพ.สต.ต้องมีการกระจายพื้นที่ให้กับนักสุขภาพครอบครัว (นสค. ๑ คนต่อประชากร ๑,๐๐๐ คนหรือประมาณ ๒๐๐ – ๓๐๐ หลังคาเรือน) รวมถึงมีการสนับสนุนงบประมาณ ให้ความรู้กับนสค.และใช้วิธีการกำกับและควบคุมผลการดำเนินงานเป็นรายหมู่บ้าน โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.)และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและกระตุ้นการทำงานเป็นระยะๆ

นักสุขภาพครอบครัว (นสค.) เป็นแกนนำคนสำคัญของการทำงานเรื่องส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งนสค.ควรต้องรู้เรื่องสถานะสุขภาพประชากรทุกช่วงอายุและเข้าใจงานต่างๆ เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานทันตสาธารณสุข รวมถึงมีความเข้าใจในเรื่องการทำแผนที่ที่สามารถเชื่อมโยงจากระดับเขตเป็นจังหวัดและจากจังหวัดเป็นคปสอ.ร้อยเรียงลงมาจนถึงระดับรพ.สต. ซึ่งทางจังหวัดเชื่อมั่นว่าถ้ามีการให้แนวคิดแก่นสค.ดีๆและมีการกำหนดแนวปฏิบัติให้ชัด น่าจะส่งผลให้งานส่งเสริมสุขภาพทุกเรื่องผลลัพธ์น่าจะออกมาดี

อีกกิจกรรมสำคัญของการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก คือ การเยี่ยมบ้าน โดย นสค. ซึ่งพบว่า หากนสค.ไม่ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านจะทำให้ไม่สามารถจะเข้าถึงข้อมูลได้ สรุปคงต้องใช้แนวคิด นสค.บวกกับชุมชน ภาพอนาคตถ้าแนวคิด“นสค.บวกกับชุมชน”ดีจริง งานคัดกรองโรคเบาหวาน งานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน งานอนามัยแม่และเด็ก น่าจะค่อยๆ ดีขึ้นตามลำดับ

๒.๓.๓ ความสำเร็จในการดำเนินงานแก้ไขปัญหอนามัยแม่และเด็กในขณะนี้

ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายที่มีการกำหนดมาจากกระทรวงและเขต แต่มีข้อเสนอแนะในประเด็นการแก้ไขปัญหอนามัยแม่และเด็ก ๑) ควรต้องเริ่มต้นจากพื้นที่จริงๆ และควรปรับปรุง/แก้ไข คือ เดิมเราคิดให้หอสม.พากลุ่มเป้าหมายมาแล้วให้ค่าพา ๑๐๐ – ๒๐๐ บาท พอเงินหมดก็พบว่าไม่มีใครพา มา รวมถึงระยะหลังๆกระทรวงสาธารณสุขอาศัยอาสาสมัครมากเกินไปทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ลงพื้นที่ และเราเป็นคนกำหนดวิธีแก้ไขปัญหา ข้อเสนอคือควรทำสนทนากลุ่ม(focus group) เพื่อทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย ศึกษาปัญหาอุปสรรค เพื่อกำหนดวิธีการแนวทางในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงทำวิจัยหรือกำหนดกลยุทธ์เพิ่มเติม

๒) ควรมีการทบทวนสิ่งที่ได้ทำมา จัดลำดับความสำคัญ จัดทำแผนปฏิบัติการ ทำวิจัยหรือกลวิธี/กิจกรรมใหม่ๆ เพิ่มเติม (ไม่ใช่ทำอะไรเดิมๆ เช่น จัดอบรม ฯลฯ) รวมถึง การกำหนดวิธีการ/แนวปฏิบัติในภาพกว้างที่ให้พื้นที่ที่สามารถปรับได้ตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ได้ ๓) ขาดข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และวางแผนงาน เช่น งาน ANC ที่โรงพยาบาลข้อมูลในระบบมีเพียง ๒๕% อีก ๕๐% อยู่ที่คลินิก และ ๒๕% อยู่ที่รพ.สต. รวมถึงคงต้องให้ความสำคัญกับข้อมูลที่เป็นมารดาที่เกือบจะเสียชีวิต (near miss) แล้วหยิบข้อมูล/กลุ่มเป้าหมายนี้มาเฝ้าระวัง กำกับติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินผลลัพธ์ (Process indicator กับ Intermediate outcome) ไม่ใช่วัดที่ผลผลิต (Output) ไม่อย่างนั้นมันจะวางแผนไม่ถูกที่

ประเด็นเรื่อง ANC คุณภาพ เห็นควรต้องพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้สามารถคัดกรองภาวะเสี่ยง ได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ รวมถึงนโยบายในเรื่องกำหนดรูปแบบวิธีการจัดเครือข่ายบริการภายในเขตแบบ ๑ Province ๑ Labor รวมถึงแนวคิดการจัดระบบบริการซึ่งโรงพยาบาลใหญ่ต้องทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงให้แก่โรงพยาบาลชุมชน(รพช.) เนื่องจากส่วนใหญ่ รพช. ไม่มีสูติแพทย์ ทั้งนี้สำหรับในพื้นที่ที่มีสูติแพทย์ก็ควรจัดทีมเข้าไปดูในด้านคุณภาพ เพราะบางที่มีสูติแพทย์ แต่ยังคงพบปัญหาคนไข้ตายคลอด

เรื่องโตะบีแค เป็นประเด็นที่มองเป็นส่วนใหญ่ว่า ควรให้การสนับสนุนเนื่องจากเป็นพันธมิตรที่ดีในงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งนี้เห็นควรพบปะพูดคุยกับโตะบีแคเพื่อประเมินในเบื้องต้นว่า มีประเด็นส่วนขาดความรู้อะไร อย่างไร เพื่อจัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพโตะบีแค

เรื่องการค้นหาทีมงาน/ผู้ช่วยเพิ่มเติมในงานอนามัยแม่และเด็ก ข้อค้นพบคือ สำหรับครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีครอบครัวขนาดใหญ่ ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในครอบครัวไม่ใช่สามีแต่จะเป็นแม่สามี แม่ภรรยาและในช่วงเวลาคลอดบุตรก็ยังคงพบว่า แม่สามี แม่ภรรยาก็จะผู้ดูแลหญิงหลังคลอดและลูกเช่นกัน

๒.๔ สาธารณสุขอำเภอ

๒.๔.๑ สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ที่สาธารณสุขอำเภอ รับผิดชอบโดยรวม พบว่า งานอนามัยแม่และเด็กที่เป็นปัญหา คือภาวะซีด เรื่องของฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ก็เป็นปัญหาอยู่ และเมื่อวิเคราะห์ ๑) กลุ่มเป้าหมายเขาไปมาเลเซีย ๒) มีความตระหนักรู้ต่ำ แต่ถ้าอยู่ในพื้นที่เราพยายามที่จะตามอยู่แล้ว สำหรับข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เรามีประมาณพันกว่าราย เรื่องแม่ตายยังเป็นปัญหาในพื้นที่ (อำเภอยะหริ่ง ปกติมีแม่ตายทุกปี ปีนี้ไม่มีปัญหา) ในเรื่องของการคลอด จากเดิมที่เราคลอดกับหมอตาแยก ก็มีคลอดที่สถานบริการมากขึ้น เรื่อง Early ANC ก็ทำได้ดีจากเดิม ภาวะซีดมีแค่รายเดียว(อำเภอจะนะ) ปัญหาคือ เด็กหญิงแม่ ที่นี้ก็มีปัญหาอยู่

จุดแข็งของ ๓ จังหวัดและอีก ๔ อำเภอของทางใต้ คือเรามีพยาบาลสามพัน ซึ่งสัญญาก็คือ ๑๐ ปีกว่าจะได้ย้าย ส่วนปัญหาระบบการให้บริการ เช่น พบว่าแพทย์ผู้ให้การรักษาเป็นผู้ชาย ก็ไม่ยอมรับบริการ เนื่องจากนี้ยังไปปรับบริการกับโต๊ะบีแค เช่น การตรวจท้อง การทำพิธีกรรมต่างๆ รวมถึงปัญหาด้านการรับบริการของกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มเป้าหมายมีการย้ายถิ่นเพื่อไปทำงานที่มาเลเซีย ประเด็นนี้ยังคงเป็นประเด็นที่ส่งผลกระทบต่องานอนามัยแม่และเด็กไม่บรรลุตามเป้าหมาย รวมถึงเรื่องการประเมินความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ (Early detect) ตลอดจนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่ยังทำไม่ได้ตามเป้าหมาย

๒.๔.๒ นโยบายในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เห็นด้วยกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งถือว่านโยบายที่เขากำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศ บางครั้งนโยบายก็จะบึงกับพื้นที่ แต่บางพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ บางครั้งการตอบสนองของนโยบายก็ยากกว่าที่อื่น เพราะบริบทและความแตกต่างในเรื่องของขนบธรรมเนียมประเพณี เพราะว่าประชากรร้อยละ ๘๐ ในพื้นที่อำเภอบันนังสตา หรือรามันเป็นมุสลิม ในเรื่องการรับรู้ต่างๆ ทักษะคิดต่างๆ จะต่างกัน มีความเชื่อเดิมๆ ตามที่ญาติผู้ใหญ่แก่ๆ เขาแนะนำ เช่น ที่ยังเห็นชัดคืออาหารการกิน ของแสดง อาหารเย็นไม่ควรจะกิน ซึ่งภาษาบ้านว่าอาหาร “ปาแต แบเรชื่อโยะ” ปาแต นี้คือของห้าม บาเรชื่อโยะ นี้อาหารแสดงที่ทำให้ร่างกายเย็น ตัวอย่าง บวบ ไม่ควรจะให้กิน เพราะกินแล้วกลัวมันจะเย็นมีผลกับหลังคลอด บางที่เขาให้กินปลาเค็ม เหตุผลกลัวว่าเป็นของแสดง ปลาเค็มปลอดภัยที่สุด หลังคลอดบางครั้งกินข้าวกับเกลือ

นโยบาย/แนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ มีดังนี้

๑. การจัดทำ“บันทึกความเข้าใจ” หรือ “เอ็มโอยู” (MOU-Memorandum Of Understanding) กับผอ.รพ.สต.ในเรื่องงานอนามัยแม่และเด็ก คือ ๑) กิจกรรมที่ทำ MOU ให้ถือว่าเป็นนโยบาย ในเรื่องของการทำงาน ๒) มีการติดตามและสรุปผลทุกเดือน ๓) กำหนดระบบ Catchment area ทุกพื้นที่ที่จะมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบเพื่อติดตามโดยเฉลี่ย คือ ๑ หมู่บ้าน ๑ คน ดูทั้งหมดไม่ว่าจะเรื่องการฉีดวัคซีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Program on Immunization, EPI) เรื่องฟันผุ งานล้างแควดล้อม ไข่เลือดออก และแบ่งตามภาระหน้าที่ เช่น พยาบาลวิชาชีพ ต้องดูเรื่องงานอนามัยแม่และเด็กทั้งหมด เช่น งาน ANC เรื่องซิด ปัญหาที่เขาไม่มาเป็นเรื่องของอาชีพที่เขาไปทำนอกพื้นที่(มาเลเซีย) ก็คน ต้องรายงานในที่ประชุมถือเป็นฟังก์ชันของวิชาชีพ ๔) กำหนดแผนการไปเยี่ยมบ้าน(Home visit) มีการประชุมทุกวันศุกร์ จัดเรียงลำดับความรุนแรง/ความสำคัญของปัญหาและจัดกลุ่มคนไข้ที่จะไปเยี่ยมคือใคร โดยตั้งเป้าหมาย ๑๕ หลังต่อเดือนต่อคน ในการที่เขาจะเยี่ยมบ้าน เขาต้องมีข้อมูล (กลุ่มคนไข้ High risk จะมีติดสติ๊กเกอร์ที่แฟ้มอยู่แล้ว สีแดง สีเหลือง สีเขียว) ต้องมีผู้จัดการหนึ่งคนในระดับรพ.สต. และมีผู้จัดการจะเป็นหัวหน้า พยาบาล

๕) ชื่อโทรศัพท์มือถือให้ทุกแห่ง เพื่อติดตามงานทั้งหมดเลยโดยโทรไปหาอสม. รวมถึงในการติดตามของหญิงมีครรภ์ก็ใช้โทรศัพท์ตาม รวมถึงชื่อ “แท็บเล็ต” เพื่อเป็นเครื่องมือสื่อสาร(ไลน์) ติดต่อกัน เชื่อมต่อกับตัวโรงพยาบาลและมีแพทย์คอยรองรับอยู่เพื่อเป็นระบบให้คำปรึกษา

๖) จัดหลักสูตรเพื่อพัฒนาบุคลากร ปีละ ๒ ครั้ง ในวันหยุดราชการ เช่น ให้ความรู้ในเรื่องตัวชี้วัดต่างๆ ตัวอย่าง เช่น ตัวชี้วัดเรื่องการดูแลครรภ์ ๔ ครั้ง ที่ต้องดูกระบวนการทำงาน (๔ ครั้ง)รวมถึงการติดตามอีก ๒ ครั้งด้วย

๒. ใช้กลไกของพยาบาลงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Nurse) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ใน รพ.สต. ช่วยในเรื่องของการติดตามแบบเกาะติดคนไข้เลย ถ้าคนไข้ขาดนัดหรือไม่ได้มา MCH Nurse ก็จะต้องลงไป ติดตามในเรื่องการเยี่ยมบ้าน ไปดูที่บ้านเลย ก็คือเดิมทีเดี๋ยวก้ออาศัย อสม.ในเรื่องของการติดตาม แต่ตอนนี้เรามีในเรื่องของ MCH Nurse ซึ่งจะเป็นตัวขับเคลื่อนและจะต้องลงไปในพื้นที่

๓. ใช้กลไกของ MCH Board ในการประชุมทุกเดือนทั้งในระดับจังหวัดและประชุมคปสอ.มีวาระในเรื่องของ MCH ทุกเดือน เพื่อแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก ดูในเรื่องการจัดระบบบริการ เรื่องความครอบคลุมของการให้บริการในพื้นที่ และในเรื่องบุคลากรด้วย ฯลฯ

๔. อสม. มีส่วนร่วมดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ เช่น พื้นที่ในส่วนที่อสม.รับผิดชอบเกิดมีคนท้องขึ้นมา อสม.หรือ ถ้าหญิงในพื้นที่มาบอกอสม.เองว่าเขาขาดประจำเดือน หรือประจำเดือนไม่มาจะต้องบอกคนไข้ในเรื่องการมาฝากครรภ์ให้เร็วที่สุด

๕. โตะบีแค ในปัจจุบันโตะบีแคน้อยลง แก่เยอะ แต่ก็ยังมีอยู่ บุคลากรเหล่านี้มีส่วนช่วยเรา จึงต้องปรับเปลี่ยนให้เขาในทางที่ถูกต้อง เน้นบทบาท คือในเรื่องของการรูดนวดหลังคลอด แนะนำ/ส่งต่อในเรื่องให้มาคลอดที่โรงพยาบาล

๒.๔.๓ ความสำเร็จการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กในขณะนี้

นโยบายมาก็ต้องปฏิบัติเพราะมันคือนโยบาย ซึ่งถือว่านโยบายที่เขา กำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศ แต่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ มีความแตกต่างในเรื่อง บริบท ขนบธรรมเนียมประเพณี และอีกหลายๆ อย่าง บางครั้งการตอบสนองของนโยบายก็ยากกว่าที่อื่น

สิ่งที่ควรปรับปรุง ๑) นโยบายกระทรวงฯลงมาถึงตำบลเยอะมากทำให้ทำงานไม่ทัน บางทีความเข้าใจในแต่ละเนื้องานไม่ลึกซึ้ง ๒) โปรแกรม JHCIS (Java Health Center Information System) ยังไม่สมบูรณ์ ๓) การพัฒนาระบบ เรื่องงานอนามัยแม่และเด็กเพราะพอเข้ามาเป็นงานประจำ พอทำโครงการแต่ละบางปีก็มีเงินบางปีก็ไม่มีเงินสนับสนุนการทำงาน

๒.๔.๔ แนวทางในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในอนาคตควรเป็นอย่างไร

๒.๔.๔.๑ ถ้าเรามีเครือข่ายที่เป็นผู้หญิง ที่ดูแลเรื่องของผู้หญิงด้วยกัน ที่อยู่ในสถาบันปอเนาะ เช่น ชมรมมุสลิมะ เพื่อสร้างเครือข่ายตรงนี้ให้เขามาเรียนรู้ในเรื่องของแม่และเด็ก

๒.๔.๔.๒ เชิญผู้นำศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เช่น พุดคุยในนามของงานอนามัยแม่และเด็ก ในประเด็นเรื่อง ดูแลครอบครัวให้อยู่ดีมีสุขอย่างไร (ไม่พุดเรื่อง ANC หรือการคลอด)

๓. แนวคิดของผู้ปฏิบัติในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

๓.๑ สหุติแพทย์โรงพยาบาลยะลา และ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

๓.๑.๑ สถานการณ์ งานอนามัยแม่และเด็ก

ถ้าเทียบกับสถานการณ์คนไข้คลอดหรือคนไข้ฝากครรภ์ ผู้หญิงไทย อิสลามและผู้หญิงในพื้นที่จะดีขึ้นกว่าเดิมการฝากครรภ์โดยรวมดีขึ้น คลอดกับโตะบีแค้นน้อยลง มาคลอดที่สถานบริการเพิ่มขึ้น เหตุผลที่คลอดกับโตะบีแค้นน้อยลง คือ ๑.ความเจริญด้านการสื่อสาร ทางด้านเทคโนโลยี ๒.โตะบีแค้นไม่มีผู้สืบทอด เนื่องจากสังคมเมืองเข้ามา จึงทำให้เขาไม่ยอมทำ ๓.โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรคทำให้คนเข้าถึงบริการมากขึ้น ๔.ฝากครรภ์เพิ่มขึ้น เนื่องจากการคลอดที่โตะบีแค้นน้อยลง แต่สิ่งที่พบคือ ๑ จังหวัดชายแดนใต้มุสลิมผู้หญิงที่อายุมากก็ยังคงตั้งครรภ์อยู่ มีลูกหลายคน สุขภาพโดยรวมจึงไม่ค่อยจะสมบูรณ์เมื่อเทียบกับที่อื่น ปัญหาที่พบคือ แม่มีภาวะซิค น้ำหนักตัวไม่ขึ้น การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ขึ้นไม่ดี เช่น คนไข้ไม่ค่อยกินยา อีกปัญหา คือ เมื่อใกล้คลอดอายุครรภ์ ๓๕ - ๔๐ สัปดาห์คนไข้คิดว่าตัวเองคลอดได้ จึงไม่มาตามนัดเมื่อเทียบกับพม่า หรือไทยพุทธ อาจจะคลอดมาแล้วหลายคนจึงทำให้ประมาท ซึ่งเด็กคลอด ๔๒ - ๔๓ สัปดาห์จะพบมาก การดูแลหลังคลอดไม่มีปัญหา

นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องขึ้นกับ ๑) เรื่องการศึกษา การศึกษารุ่นต่อรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับว่าแม่ช่วงที่ท้องมีปัญหา มีวุฒิการศึกษาระดับไหน เช่น ทบพวนดู คนไข้รายที่มีปัญหา พบว่าจะมีการศึกษาต่ำประมาณประถมศึกษาปีที่ ๖ รายล่าสุดที่ระแงงแม่เป็นโรคหัวใจไม่ปฏิบัติตัวอย่างที่ควรจะเป็น ท้องไปเรื่อยๆ มีปัญหาที่ตายไป ไม่รู้จะทำยังไงเหมือนกัน หากมีการศึกษาจะมา ANC และเชื่อเรามากขึ้น โดยสรุปคือแนวโน้มปัญหาอยู่ที่มีการศึกษาน้อย เรื่องศาสนาไม่เกี่ยวเพราะว่าคนที่เขามีความรู้ศาสนา เขาก็มีความรู้ คำว่ามีความรู้รวมถึงมีความรู้ ศาสนาด้วย โดยหลักศาสนาเขาสอนการดูแลตัวเอง ดูแลความปลอดภัยชีวิตทั้งร่างกาย จิตใจ ๒) ตัวโรค เป็นตัวโรคของอายุครรภ์มากกว่า เรื่องตัวโรคของการปฏิบัติตัวของคนที่ท้องน้อยลง

ค่อนข้างเยอะ เช่น เรื่องเบาหวาน ความดันโลหิตสูงช่วงตั้งท้อง กลุ่มผู้มารับบริการที่มีการศึกษา จะให้ความสนใจ โดยเฉพาะคนที่มา ANC เพราะฉะนั้นถ้าเราจะจัดการควรแยกกลุ่มระหว่างกลุ่มที่มีการศึกษากับกลุ่มที่ไม่มีการศึกษา กลุ่มที่ไม่มีการศึกษาเราต้องเชิงรุกมากขึ้น

ด้านการให้บริการ ๑) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ส่วนใหญ่ไม่ประสงค์ปฏิบัติงานงานอนามัยแม่และเด็กมีการลาออก โอน ย้ายของบุคลากรในพื้นที่ ๓ จังหวัดสูงมาก เจ้าหน้าที่เปลี่ยนคนบ่อย เนื่องจากลักษณะงานแม่และเด็กค่อนข้างยุ่งยาก มีตัวชี้วัดหลายตัวและเมื่อประเมินมักไม่ค่อยผ่าน คนที่ให้บริการด้านนี้จึงไม่ได้ ๒ ชั้น (ขาดความก้าวหน้าในชีวิตราชการ) รวมถึงปัจจัยในเรื่องความเสี่ยง/ความไม่สงบในพื้นที่ ๒) เครื่องมือ ได้รับการสนับสนุนเพียงพอเท่าที่จำเป็น เช่น เครื่องอัลตราซาวด์ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีเครื่องมือครบ ๓) เงิน/งบประมาณ โครงการต่างๆ ในงานอนามัยแม่และเด็กได้งบประมาณสนับสนุนเพียงพอต่อการดำเนินงาน

๓.๑.๒ นโยบายในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

เห็นด้วยอย่างยิ่งกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ด้านการส่งเสริมป้องกันในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก แต่ไม่อยากจะใช้คำว่า early ANC อยากใช้ “ซิดแล้วฝากครรภ์สม่ำเสมอ” และเน้นว่า ๔๐ สัปดาห์ต้องมาสถานบริการและต้องทำงานในหลายมิติ ต้องมีเจ้าภาพหลักเพื่อการประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น คนไข้ฝากครรภ์เราจะต้องไปทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาทิ เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด(อบจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) เป็นต้น

๓.๑.๓ ความสำเร็จของการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กในขณะนี้

ดีขึ้นในระดับหนึ่ง สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ๑) ตัวชี้วัดมากเกินไป ข้อเสนอควรวัด ได้แก่ ภาวะซิด อัตราส่วนมารดาตาย ๒) ด้านเครือข่าย ชุมชน ควรทำงานเชิงรุกอย่างไรก็ตามปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ทำให้คนออกมาไม่ได้ ถ้าเครือข่าย/ชมรมต่างๆ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขมีประโยชน์อย่างมากที่จะเข้ามาช่วยงานในพื้นที่ เพราะอสม. เป็นคนในพื้นที่จะสามารถเดินเข้าไปในพื้นที่ได้ หากมีการทำงานเชิงรุกคาดว่าน่าจะดึงคนที่มีปัญหาสุขภาพซึ่งอยู่ในพื้นที่ให้เข้ามาสู่ระบบได้ ๓) ในส่วนของโต๊ะบีแค ถ้าโต๊ะบีแคยังทำคลอดอยู่ควรต้องดึงมาเพื่อช่วยเราโดยเป็นผู้พากลุ่มเป้าหมายมาฝากครรภ์กับทางโรงพยาบาลให้ได้ และถ้าโต๊ะบีแคยังทำคลอดอยู่เห็นต้องสนับสนุนโดยเน้นการให้ความรู้เรื่อง การส่งต่อผู้ป่วย วิธีการปฏิบัติ เพื่อให้เครื่องมือเครื่องใช้ปลอดภัย เป็นต้น

๓.๑.๔ แนวทางในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในอนาคตควรเป็นอย่างไร

๑) ต้องแปลงโตะบีแคเป็นอาสาสมัครเชี่ยวชาญ (โตะบีแคที่เป็นคนรุ่นใหม่) ไม่อยากให้โตะบีแคทำคลอดแล้ว แต่ถ้าเกิดเหตุการณ์เฉพาะหน้าก็ทำคลอดได้ คุณสมหะเด็กได้เพื่อไม่ให้เด็กสำลัก หลักการคือสร้างความรู้ความเข้าใจ ๑.๑) ความเสี่ยงมีอะไรบ้าง เช่น ความเสี่ยงจากกระบวนการคลอด เช่น คลอดที่บ้านก็ถือว่ากำลังเสี่ยง ๑.๒) เรื่องการส่งต่อ อาทิ ประสาน ๑๖๖๘ ได้เลยแล้วส่งไปโรงพยาบาล

๒) การฝากครรภ์ให้มีคุณภาพมากขึ้น เห็นควรให้ครอบคลุมถึงความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นด้วย เช่น รพ.สต.การฝากครรภ์มีคุณภาพ ควรมีมาตรฐานในระดับใด โรงพยาบาลชุมชนระดับใด โรงพยาบาลทั่วไประดับใด เป็นต้น เพื่อเป้าหมาย ๒.๑) ประชาชนก็จะปลอดภัย ๒.๒) สามารถป้องกันตัวเองจากข้อผิดพลาด ซึ่งก็จะรวมถึงการถูกฟ้องร้องด้วย

๓) ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ คือเรื่องของระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) จะต้องทำ การดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ให้ได้ รวมถึงให้งานแม่และเด็กเข้ามาอยู่ใน DHS โดยเฉพาะในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยในเชิงนโยบายระดับเขตต้องผลักดันผ่านผู้ตรวจราชการ เช่น กิ่งบังคับว่าใน DHS ต้องมีข้อมูลอนามัยแม่และเด็ก มีแนวทางแก้ไขปัญหาเรื่องของอนามัยแม่และเด็กด้วย และย้ายฐานความสำเร็จ (Key success) ไปอยู่ที่ชุมชน ต้องส่งข้อมูลให้เขามีความรู้และต้องไปเสริมพลัง (Empowerment) ให้กับชุมชน มีทีมประชาสัมพันธ์เพื่อสื่อสารให้คนไข้ได้รับรู้ข้อมูลที่เราได้ให้บริการไปเพื่อทำให้เขารับอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงจัดทำข้อมูลที่เป็นบทเรียนให้เกิดการเรียนรู้และตระหนัก

๔) อยากจะให้ มีระบบเชี่ยวชาญทางสูติกรรมให้เยอะขึ้น เช่น ตอนนี้เราอาศัยหมอสูติอย่างเดียวไม่ทัน งานที่เชื่อมโยงระหว่างบริการปฐมภูมิ (Primary care) กับทุติยภูมิ (Secondary care) ข้อเสนอคือ อยากให้มีสูติพยาบาล (มิใช่สูตินรีแพทย์) ในระดับปริญญาโทอย่างน้อย ๒ คนในโรงพยาบาลทั่วไป ปัญหาที่พบคือ รับน้อยและสอบเข้าเรียนยากมาก ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ทาง ๓ จังหวัดชายแดนใต้จะสอบไม่ผ่าน หลักสูตรนี้มีเปิดที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รวมถึงข้อเสนอให้มีการเสริมความรู้ ๔.๑) ความรู้เชิงบริหารจัดการ เช่น ผู้จัดการโครงการ (project Manager) ฯลฯ ๔.๒) เรื่องความรู้เชิงบริการ เสนอแนะให้มีการจัดอบรมต่อเนื่อง เน้นการอบรมปฏิบัติการมากกว่าการฟังบรรยาย การกำหนดให้แพทย์โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนต้องไปอบรม/เรียนรู้หน้างานกับโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาระบบบริการที่ดี เช่น โรงพยาบาลหาดใหญ่ ฯลฯ คนละอย่างน้อย ๕ หรือ ๑๐ วันทำการ พยาบาล ANC จาก

โรงพยาบาลชุมชน /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องมาศึกษาดูงานเช่น ที่โรงพยาบาล
นราธิวาสฯ อย่างน้อย ๑๕ วัน เป็นต้น

๓.๒ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชน

๓.๒.๑ สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน
เป็นอย่างไร

ถ้ามองในภาพรวมคิดว่าดีขึ้น ในเรื่องมาคลอดที่สถานบริการของรัฐ
ซึ่งแต่เดิมจะคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณมากกว่า แต่ระยะหลังมารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ
มากกว่าร้อยละ ๕๐ แสดงให้เห็นถึงการยอมรับที่เพิ่มขึ้น

หากเทียบกับเมื่อก่อน จะเห็นได้ว่า ในงานฝากครรภ์ ตอนนี้หญิงตั้งครรภ์
มาฝากครรภ์เพิ่มขึ้น ให้ความสนใจกับภาวะเสี่ยงมากขึ้นยอมไปคลอดที่โรงพยาบาลมากขึ้น เมื่อตรง
นี้ดีทำให้ตัวชีวิตที่เราเก็บในเรื่องของ PIH, ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ภาวะเด็กขาด
ออกซิเจน ภาวะเด็กคลอดก่อนกำหนด ตัวชีวิตต่างๆเหล่านี้ดีขึ้นกว่าเดิม

ถ้าเจาะลึกเป็นส่วนๆ ด้านผู้ให้บริการ ด้านผู้รับบริการ และด้าน
ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ ศาสนา และวัฒนธรรม แต่ละอำเภอจะมีคณะกรรมการ MCH Board
จัดเป็นคณะกรรมการที่ดูแลผู้บริการ ในส่วนของพยาบาล และส่วนของแพทย์ มีแนวทางที่ชัดเจนเป็น
นโยบายจากจังหวัด คนให้บริการถูกติดตามด้วยคณะกรรมการของอำเภอ และหัวหน้าที่ดูแล
จังหวัดติดตามในส่วนของ MCH Board ผู้มาให้บริการให้ความสำคัญมากขึ้น พัฒนาทักษะความรู้
ต่างๆ ก็เพิ่มขึ้น ในโรงพยาบาลที่มีพัฒนา การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital
accreditation : HA) ซึ่งมีการวิเคราะห์ติดตามและประเมินความเสี่ยงต่างๆที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา

Early ANC และภาวะซีด ก็ดีขึ้น หญิงตั้งครรภ์มารับบริการมากขึ้น
เนื่องจากเรามีโครงการต่างๆ โดยเฉพาะกับผดุงครรภ์โบราณ เรามีโครงการ พบกันทุก ๒-๓ เดือน
แล้วแต่สถานการณ์ ผดุงครรภ์โบราณช่วยตามหญิงมีครรภ์ในพื้นที่ ชาวบ้านให้ความเชื่อถือเขา
ผดุงครรภ์โบราณช่วยให้คำแนะนำ เราก็มี อสม.ที่ดูแลเรื่องงานอนามัยแม่และเด็กโดยตรง คิดว่า
อสม.และผดุงครรภ์โบราณ ทั้งสองฝ่ายนี้ช่วยกันกระตุ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

การฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณลดลงแล้ว บทบาทใหม่ของ
ผดุงครรภ์โบราณ ให้เขาไปเชิญชวนหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตั้งแต่นั้นๆ ให้แนะนำให้มาคลอดที่
โรงพยาบาล หากหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาใดๆ ผดุงครรภ์โบราณก็แนะนำให้เขามาโรงพยาบาล
ผดุงครรภ์โบราณมีน้อยลง ส่วนใหญ่ไม่มีทายาท ถ้ามีนโยบายสอนผดุงครรภ์โบราณทำคลอด
ถูกเนื้คิดว่าน่าจะดี เพราะที่นี้ยังมีพื้นที่อยู่ในเชิงเขา แต่ว่าตอนนี้ EMS ก่อนข้างที่จะไปทั่วถึงทุก
ตำบลแล้ว หากมีผดุงครรภ์โบราณอยู่บนรถ EMS จะทำคลอดได้ระดับหนึ่ง แต่ถ้าให้ผดุงครรภ์

โบราณ ทำคลอดที่บ้านก็ไม่เห็นด้วย ผดุงครรภ์โบราณกับเราสัมพันธ์ภาพดีมาก พยาบาลห้องคลอด จะรู้จักผดุงครรภ์โบราณทุกคน ให้สิทธิ์เขาเต็มที่มีสิทธิเต็มที่ เราถือเสมือนเขาว่าเป็นพยาบาลคนหนึ่ง ให้คู่ตั้งแต่วินิจฉัย ให้เข้าห้องคลอด ผดุงครรภ์โบราณมีความสามารถในการอ่านดูยา บางครั้ง เขาก็จะสอนคนคลอดอ่านดูยา สร้างกำลังใจ พยาบาลก็ให้ความสะดวกเต็มที่

๓.๒.๒ นโยบายในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตามที่ผู้บริหาร กำหนดมาให้

ความเหมาะสม นโยบายกรมที่มีเรื่องของ Early ANC, ANC ๕ ครั้ง, ANC คุณภาพ ห้องคลอดคุณภาพ ตามหลักการของรพ.สายรักแห่งครอบครัวระดับทอง ดูแล้วก็ เป็นนโยบายที่เหมาะสม ตัวชี้วัดไม่ต่างกันมาก สามารถจะดูแลความเสี่ยง ได้ดีขึ้น ทางโรงพยาบาลก็ไม่มี ปัญหา ทุกโรงพยาบาลมีการพัฒนาของเขาอยู่แล้ว คิดว่าปฏิบัติได้ไม่ยาก

การยอมรับได้ เรื่องของนโยบายที่ส่งมา ก็คิดว่าเหมาะสม ยอมรับได้ เราทำได้ไม่มีปัญหาในบริบทของเรา

ความเป็นไปได้ คิดว่าเป็นไปได้ตามนี้ พอถึงระดับเขต ก็มองตรง ระดับส่วนกลาง แล้วก็ของเขต มีอยู่ส่วนหนึ่งเรื่องเฉพาะของเขตที่เกี่ยวกับงานแม่และเด็ก เป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ที่เราทำ ป้องกันปัญหาแม่ตายลูกตายของเขต ในส่วนที่เปลี่ยนแปลงก็จะเป็น ในเรื่องของตัวชี้วัด คือเรื่อง ANC ๕ ครั้ง จังหวัดนี้จะมี MCH Nurse เป็นนโยบายของนพ.สสจ. คนใหม่ ที่จะให้แต่ละรพ.สต.มีพยาบาลที่ดูแลเรื่องนี้โดยตรง เน้นว่าถ้าไม่มา ANC ก็ไปเคาะประตู บ้าน นี่คือหน้าที่ของ MCH Nurse เป็นนโยบายของจังหวัด นักส่งเสริมสุขภาพครอบครัว เขามีการ อบรมแต่ว่าอาจจะบูรณาการ แต่งานอนามัยแม่และเด็กเฉพาะมาทำหน้าที่โดยตรง มีการติดตาม ตัวชี้วัดอย่างเพื่อปรับปรุงแก้ไข

๓.๒.๓ ท่านคิดว่าการดำเนินงานแก้ไขปัญหอนามัยแม่และเด็กใน ขณะนี้ เป็นอย่างไร

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ความสำเร็จของงานแม่และเด็ก ส่วนหนึ่งจะ อยู่ที่ผดุงครรภ์โบราณ และ อสม. ดังนั้นถ้าทุกฝ่ายความร่วมมือและทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย งานอนามัยแม่และเด็กคงจะสำเร็จมาก

สิ่งที่อยากให้พัฒนา คือ เรื่อง ระบบติดตามจากจังหวัดไประดับอำเภอ ระบบติดตามจากอำเภอไประดับรพ.สต. มีผู้รับผิดชอบ อสม.ระดับจังหวัดต้องมาติดตามเพราะว่า ส่วนนั้นสำคัญที่สุด ที่ผ่านมาจากติดตาม การติดตามยังไม่เป็นระบบ ความรู้ ทักษะทุกคนมีแล้ว ปรับปรุงระบบการติดตามให้ดี ตรงนั้นสำคัญที่สุด

เรื่องห้องคลอดด้านความรู้และทักษะนี้เพียงพอ บางครั้งถ้าเกิดหัวหน้าไม่ได้ติดตามน้องก็อาจจะเผลอ บางครั้งไม่ได้ทำตามแนวทางการปฏิบัติ (Guide line) เรื่องโรงเรียนพ่อแม่ ปัญหาที่เราเจอคือพ่อแม่ไม่เข้าโรงเรียนพ่อแม่ ที่นี้เราเน้นในเรื่องของสุขภาพวิถีอิสลาม แนวสุขภาพวิถีอิสลาม เราพยายามที่จะให้เขามีความรู้สึกว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของศาสนา ไม่ใช่เป็นเรื่องของหมอ ทุกครั้งที่มิโรงเรียนพ่อแม่เราอยากครูสอนศาสนาเข้าด้วย เราก็พูดในเรื่องสุขภาพ เขาก็พูดในเรื่องความจำเป็นของศาสนา ซึ่งเราคิดว่าถ้าเกิดเขารู้ว่าการดูแลสุขภาพมันเป็นเรื่องของศาสนาได้บุญ ถ้าไม่สนใจก็ได้บาป เขาอาจมีความรู้สึกว่าจะอยากจะทำ สิ่งที่เราเน้นก็คือตรงนั้นเพื่อให้เขาตระหนัก ในเรื่องของสุขภาพจริงๆถ้าเราให้ทางผู้นำศาสนา ผู้ที่มีความรู้เข้ามาเล่นตรงนี้ด้วย คิดว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการดูแลสุขภาพทุกอย่าง

เรื่องการดูแลก่อนคลอดถึงหลังคลอด เวลา ANC ที่นี้ก็ขอแพทย์ผู้หญิง ANC ที่นี้ให้พยาบาลเป็นหลัก แพทย์จะอยู่ในส่วนของอัลตราซาวด์ (ultra sound) หรือตรวจในคนไข้ราย ที่มีภาวะผิดปกติ เวลาคลอดก็เช่นกัน จะให้พยาบาลผู้หญิงเท่านั้นอยู่ในห้องคลอด ยกเว้นในรายที่มีปัญหาจึงจะให้แพทย์ผู้ชายเข้าไป ที่นี้คนไข้ยอมรับได้ ช่วงหลังคลอดจะแนะนำการเว้นช่วงการมีบุตรเพื่อสุขภาพแม่และเด็ก ที่นี้ใช้ยาคุม ยาฉีดเขาก็รับได้แต่ว่าในเรื่องของการทำหมันยังรับไม่ได้

๓.๒.๔ แนวทางในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในอนาคต

ในชุมชนมุสลิมเราควรเริ่มตั้งแต่ก่อนแต่งงาน แต่ทำอย่างไรให้มีคุณภาพ เรื่องนี้กะห์ เริ่มให้ความรู้เรื่องสุขภาพแม่และเด็ก ทางจังหวัดจะเอาอะไรประเด็นไหนก็ให้ทางแพทย์ไปคุย แล้วก็จะให้ทางผู้นำศาสนา กรรมการอิสลามพูดประเด็นอะไรบ้าง ก็ต้องมาคุยกันแล้วก็กำหนดหลักสูตร กำหนดแนวทางที่ชัดเจนตั้งแต่ตรงนั้น ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์โบราณ มันอาจจะไม่ได้สำคัญมากเท่ากับสัมพันธภาพที่มี เวลาอบรมเราให้ค่าตอบ

๓.๓ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล

๓.๓.๑ สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน เป็นอย่างไร

สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ดีขึ้น อย่างเช่น สมัยก่อนเรื่องการคลอดกับสถานบริการของรัฐมีปัญหาเยอะ เดียวนี้ชาวบ้านก็จะไปคลอดที่โรงพยาบาลเอง เราไม่ต้องแนะนำมาก เขาต้องเตรียมแล้วจะต้องไปคลอดที่โรงพยาบาล แล้วก็เรื่องการฝากท้อง เมื่อก่อนนี้เขาไม่ค่อยจะมาฝากท้อง มาฝากครั้งแรกก็ตอน ๔ เดือน ๕ เดือน หรือไม่ ๘ เดือนก็มี ตอนนี้เราก็เร่งให้มาก่อน ๑๒ สัปดาห์ แล้วเขาก็เห็นด้วย ส่วนหนึ่งตอนนี้ที่ดีขึ้น เนื่องจากมีบุคลากร

เพิ่มขึ้น มีทั้งรับผิดชอบหลักและรับผิดชอบรอง คือถ้าสมัยก่อนรับผิดชอบงาน ANC ด้วยเจ้าหน้าที่ผู้หญิงคนเดียว ทำไม่ทัน แต่ตอนนี้จะมีรับผิดชอบหลักไปเลย คือ พยาบาล

การฝากครรภ์ และคลอดกับผดุงครรภ์โบราณน้อยลงมาก สาเหตุเพราะ

๑) ผดุงครรภ์โบราณอายุมากขึ้น ไม่มีการสืบทอดทายาทคนรุ่นใหม่ ๒) การคมนาคมสะดวก ๓) ไปคลอดที่โรงพยาบาลก็สะดวกกว่า มีการแจ้งเกิดอะไรเสร็จสิ้นเรียบร้อย แล้วฝ่ายผู้ชายก็ไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์เพื่ออยู่ไฟ แต่ตอนนี้ไม่ต้อง ยังไงก็ยังมีบางชุมชนในเขตชนบทกันดาร ที่ยังยึดถือความเชื่อและวัฒนธรรมดั้งเดิมอยู่ไม่ยอมมาคลอดที่โรงพยาบาล

มองว่างานอนามัยแม่และเด็กยังเป็นปัญหาอยู่

๑. Early ANC ก่อน ๑๒ สัปดาห์ยังเป็นเรื่องใหม่ของชาวบ้าน ต้องเร่งการประชาสัมพันธ์ในส่วนนี้ให้มากขึ้น

๒. กลุ่มที่ไปรับจ้างทำงานมาเลเซีย ไม่ได้กลับมาภายใน ๑๒ สัปดาห์จะกลับมาเร็วช้า ก็ตามความสะดวกของเขา

๓. การตรวจหลังคลอดทำการตรวจหาเชื้อมะเร็งของปากมดลูก (Pap smear) ยังทำได้น้อย

๔. เรื่องของจิตวิญญาณ จิตสำนึก จิตอาสาในงานอนามัยแม่และเด็กของเจ้าหน้าที่รุ่นหลังๆ ลดน้อยลง เมื่อเทียบกับรุ่นก่อนๆ

๓.๓.๒ นโยบายในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตามที่ผู้บริหารกำหนดมาให้

ความเหมาะสม นโยบายกรมที่มีเรื่องของ Early ANC, ANC ๕ ครั้ง, ANC คุณภาพ ห้องคลอดคุณภาพ ตามหลักการของรพ.สายรักแห่งครอบครัวระดับทอง ดูแล้วก็ป็นนโยบายที่คิดว่าเหมาะสม แต่ที่ปฏิบัติไม่สำเร็จไม่ได้ขึ้นอยู่กับนโยบาย แต่ขึ้นอยู่กับบริบทแต่ละพื้นที่

การยอมรับได้ เรื่องของนโยบายที่ส่งมา คิดว่าเหมาะสม ยอมรับได้ เราทำได้ไม่สำเร็จ เพราะบริบทพื้นที่ของเรายังไม่สอดคล้องกับนโยบาย

ความเป็นไปได้ มองว่าเป็นไปได้ แต่ต้องอาศัยกลยุทธ์ความร่วมมือของหลายๆ หน่วยงานที่ร่วมแก้ไขปัญหาไปด้วยกัน ไม่ใช่สาธารณสุข หรือ อนามัยแก้ไขปัญหาอย่างเดียว

๓.๓.๓ การดำเนินงานแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กในขณะนี้ เป็นอย่างไร

การแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน คิดว่าสำเร็จระดับหนึ่ง เป็นเหมือนผลประโยชน์ที่ถึงกับชาวบ้าน เช่น จากการที่ไม่ยอมไปคลอดในสถานบริการของรัฐ ไปคลอดที่โรงพยาบาลมากขึ้น การนำระบบนักสุขภาพครอบครัวมาใช้กับงาน

อนามัยแม่และเด็ก ถือว่าถูกต้องและดีมาก เมื่อก่อนเราต้องไปบอกไปตามชาวบ้านว่าฝากท้อง วันไหน นิด วัคชิน วันไหน ตอนนี้ชาวบ้านถามคำถามนี้ย้อนกลับมาการทุ่มเทของเจ้าหน้าที่ การสร้างปฏิสัมพันธ์กับแกนนำสำคัญ ผู้นำศาสนา เป็นกุญแจแห่งความสำเร็จ มีปัญหาอะไร สักอย่างที่ชอบอยู่ ที่ทำให้มีแม่ตาย ทำให้มองไปถึงระบบส่งต่อว่ามีจุดผิดพลาดตรงไหน

๓.๓.๔ แนวทางในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในอนาคต

เรื่องแม่ตายมันเป็นเรื่องยาก ที่จะลดอะไรเพื่อไม่ให้แม่ตาย แต่สำคัญ ว่าก่อนที่เขาตาย เขาได้รับการดูแลอย่างดีไหมในระบบบริการสุขภาพ มักมีเสียงสะท้อนจากชุมชน เรื่องการให้บริการของโรงพยาบาลชุมชน

ผู้นำศาสนาต้องมีบทบาทสำคัญมาช่วยในด้านสุขภาพให้มากขึ้น ต้องเพิ่มบทบาทผู้นำ โดยเฉพาะเมื่อเรามี มอย. มหาวิทยาลัยปาดอนี ยะลา ทำยังไงเราจะดึงบุคลากร ในส่วนนี้เข้าร่วมกิจกรรม

ผดุงครรภ์โบราณ ไม่ใช่ความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็ก เพราะเป็นเพียงหมอนวดพื้นบ้านไม่ได้ช่วยในการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กสักเท่าไร เมื่อเทียบกับ อสม. และ กลุ่มผู้นำศาสนา

โดยวิถีชีวิตบ้านผดุงครรภ์โบราณยังมีประโยชน์อยู่ เช่น กลับจากหลัง คลอดที่โรงพยาบาลแล้ว กลับยังสามารถนวดได้ ยังมีประโยชน์ในด้านสุขภาพ แต่ไม่เห็นด้วยที่จะ พื้นผดุงครรภ์โบราณให้มาทำคลอดใหม่ ควรเปลี่ยนบทบาทจากทำคลอดให้ส่งเสริมการนวดแทน ดีกว่า

ให้พยาบาลรักษาย่านเกิด ในกลุ่ม ๑,๐๐๐ คน ทำหน้าที่แทนผดุงครรภ์ โบราณในกรณีคลอดฉุกเฉิน

ควรอบรม อสม. ให้เป็นผดุงครรภ์โบราณส่งเสริมสุขภาพ ไม่ใช่อบรม ทำคลอด แต่เพิ่มความรู้ผดุงครรภ์โบราณเข้าไปอีก ไม่ต้องเพิ่มความรู้ความรู้การทำคลอดแทนและ สิ่งของกับเขาติดตัวกลับ เขาดูแล้วรู้สึกว่าให้คุณค่ากับเขา

๔. แนวคิดของผู้รับบริการงานอนามัยแม่และเด็ก

ผู้รับบริการอนามัยแม่และเด็ก ได้สนทนากลุ่มในกลุ่มสมรสที่มีบุตรแล้วโดยเคยคลอด บุตรทั้งในสถานบริการและคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณ (โตะบีเด)

๑. สถานที่ฝากครรภ์และคลอด

ส่วนใหญ่ฝากที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่อยู่ใกล้บ้าน ส่วนหนึ่งฝากกับโต๊ะบีแคร์ร่วมด้วย เพราะคิดว่าเป็นธรรมเนียม หากไม่ฝากกับโต๊ะบีแคร์ โต๊ะบีแคร์จะไม่ทำคลอดให้ หากต้องคลอดฉุกเฉินและจะไม่มาที่โรงพยาบาลด้วยเวลาคลอด การฝากครรภ์ทุกคนไปพบหมอตตามนัดทุกครั้ง ไม่ไปไม่ได้ หมอจะดูความปลอดภัยของแม่และลูกและจะรู้สึกกังวลหากไม่ไปตามนัด

การคลอดส่วนใหญ่คลอดที่โรงพยาบาล เพราะปลอดภัย อุปกรณ์เครื่องมือครบ หากคลอดกับโต๊ะบีแคร์ เวลามีอาการแทรกซ้อนก็ต้องส่งตัวเข้าโรงพยาบาล การคลอดที่บ้านกับโต๊ะบีแคร์เนื่องจากคลอดเร็ว คลอดง่าย อยู่ในสวนฝนตก ออกมาโรงพยาบาลไม่ได้

โรงเรียนพ่อแม่ ส่วนใหญ่สามีไม่ได้เข้าร่วมรับฟังพร้อมภรรยา ในส่วนที่ได้เข้าร่วมด้วย เพราะต้องการรู้ว่าการดูแลของแม่ต้องทำอะไร เพื่อช่วยในการดูแลบุตรในครรภ์บางคนเข้าร่วมในเป็นบางครั้ง เหตุที่เข้าเพราะพยาบาลแนะนำให้เข้า ในรายที่สามีไม่เข้าโรงเรียนพ่อแม่เนื่องจากทำงานที่อื่น เช่น ประเทศเพื่อนบ้าน บางคนไม่ทราบว่ามิโรงเรียนพ่อแม่ เจ้าหน้าที่ไม่ได้แนะนำให้เข้า หากรู้ก็อาจจะเข้าร่วม

๒. ทำไมเลือกคลอดที่สถานบริการของรัฐ

ส่วนใหญ่ฝากท้องที่สถานอนามัยแต่คลอดที่โรงพยาบาล บางคนอยู่ในพื้นที่ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบอยู่แล้ว สะดวก ใกล้บ้าน โรงพยาบาลมีมุมอาชาน ถ้าไม่มีก็ได้ แต่มีจะสะดวกกว่า ไม่คลอดกับโต๊ะบีแคร์เพราะไม่แน่ใจ กลัวว่าตัวเองจะมีปัญหาคลอดยาก โรงพยาบาลจะอำนวยความสะดวกได้มากกว่า บางรายคิดว่าเมื่อคลอดกับโต๊ะบีแคร์แล้ว หลังจากนั้นก็ต้องไปโรงพยาบาลอีกครั้ง ฉะนั้นคลอดที่โรงพยาบาลสะดวกกว่า บางคนบอกว่าเป็นเพราะลักษณะบ้านไม่เหมาะสม สมัยก่อนเป็นบ้านไม้ยกพื้น เดี่ยวนี้เป็นบ้านตึก ไม่สะดวกที่จะคลอดที่บ้าน

ส่วนใหญ่ต้องการแพทย์ทำคลอดที่ เป็นผู้หญิง ถ้าจำเป็นก็อนุโลม ในกรณีคลอดง่ายให้พยาบาลทำก็ได้ ส่วนหมอผู้ชายให้ดูแลได้เฉพาะช่วงที่ฝากท้องเท่านั้น แพทย์ผู้ชายตรวจตัวเองรู้สึกเกร็ง สามีบอกว่าหากจำเป็นจริงๆ ก็ได้ สามีบางรายบอกว่าหากไม่มีหมอผู้หญิงก็ให้โต๊ะบีแคร์ทำให้ หากมีอาการแทรกซ้อนก็ให้หมอมาดูอีกครั้ง ภรรยาบางคนบอกว่าแพทย์ชายก็ได้ เพราะรู้ว่าเก่งก็จะไปฝาก

การเยี่ยมหลังคลอด มี อสม.และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลไปเยี่ยมแต่อยากให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมมากกว่า เพราะมีความรู้มากกว่า รวมทั้งอยากให้มีนวดแผนโบราณ มีของเยี่ยม

การตรวจหลังคลอด ไม่ได้ตรวจเพราะไม่มีอาการผิดปกติอะไร หมอไม่ได้บอก บางคนก็มา เพราะมีปมในสมุคสีชมพูให้มาตรวจหลังคลอด ๔๕ วัน บางคนไม่ทราบว่ามีการตรวจหลังคลอด หมออาจจะบอกแต่จำไม่ได้

การเว้นช่วงระยะการมีบุตร สามปีและภรรยาส่วนใหญ่เห็นด้วย เพราะช่วยให้แม่แข็งแรง ดีต่อสุขภาพของแม่ แต่การใส่ห่วงต้องห้ามเพราะมีผลเวลาเสียชีวิตต้องไปเอาห่วงออก การกินยาได้ การฉีดยาห้าม บางรายหาสมุนไพรมาดื่ม

๓. ความสำคัญของผดุงครรภ์โบราณ (โตะบีแค)

สำคัญเพราะเวลากลางคืนเจ็บครรภ์ถูกเงินโตะบีแคช่วยได้เร็วกว่า แม่แต่ในตัวเมืองก็ควรมีโตะบีแค บางพื้นที่อยู่ไกล โดยเฉพาะสถานการณ์ขณะนี้ คิดว่าโตะบีแคสามารถช่วยได้มากกว่า ยังอยากให้โตะบีแคคงอยู่เพราะสามารถคำท้องและกลับทำเด็กได้ ช่วยนวด หลังคลอด โตะบีแคช่วยล้างรก บางครั้งก็มีการอ่านควา

บางคนถึงแม้คลอดที่โรงพยาบาลแต่ก็จะไปหาโตะบีแคเพื่อให้ช่วยนวดคลายเส้น ช่วงท้อง ๗ เดือนเพื่อให้ปวดท้อง กลับทำเด็ก นวดหลังคลอด เพื่อยกมดลูก นวดประมาณ ๒-๓ วัน นวดเต้านมเพื่อขับน้ำนมหลังคลอดประมาณ ๓ วัน การอยู่ไฟบางคน ๑๕ วัน บางคน ๒๑ วัน การอยู่ไฟมีผลตอนแก่ ไม่ปวดหลัง ไม่ปวดเมื่อย เป็นเรื่องของเส้น การนวดกับโตะบีแคสะดวกกว่าไปโรงพยาบาล

นอกจากนี้ในแม่ที่มีอาการทางจิตหลังคลอด โตะบีแคสามารถช่วยได้ ความสามารถของโตะบีแคกับเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลไม่เหมือนกัน เช่น การคำท้อง และการทำพิธีกรรมอย่างอื่น เช่น แนนง (พิธีอุปถัมภ์ในหญิงครรภ์แรก) การเข้าสู่ันต์ในทารกหญิง

สามีนึงคนบอกว่า โตะบีแคบางคนก็สำคัญบางคนก็ไม่สำคัญ เช่น โตะบีแคที่ไม่เข้ารับการอบรม ไม่ไว้ใจในฝีมือผ่านการอบรมสามารถช่วยนวดได้ บางคนบอกว่าไม่จำเป็นต้องมีโตะบีแค เพราะที่โรงพยาบาลมีพร้อมทุกอย่าง บางรายบอกว่า หากลูกอยู่ในท่าขวางไม่เลือกให้โตะบีแคกลับทำเด็ก แต่จะเลือกผ่าตัด

๔. ความสอดคล้องของสถานบริการตามหลักศาสนา

สอดคล้องตามหลักศาสนา หมอใจดี มีคำแนะนำให้ตลอด มีคำควาวิตติที่ผนังในห้องคลอด อุอาว ขอบคุณพระเจ้า มีมุมอาซาน มีการทำสูนัต ก็เ้าให้ทารกหญิง ห้องคลอดมีคนเข้าไปอยู่เป็นเพื่อนได้

๕. การปรับปรุงการให้บริการในสถานบริการของรัฐ

ต้องการให้มีหมอฟื้นฟูโดยเฉพาะในห้องคลอด จะมุสลิมหรือพุทธก็ได้ อยากให้พยาบาลแนะนำพ่อแม่มีอใหม่ให้มีความรู้มากขึ้น อยากให้สามีนึงเข้าโรงเรียนพ่อแม่ เพราะจะได้มีส่วนร่วมในการดูแลลูกและภรรยา ดูแลครอบครัว ทำให้สามีนึงมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น เข้าใจภรรยามากขึ้น ช่วงการซักประวัติอยากให้เร็วขึ้น รอคิวนาน บางโรงพยาบาลห้องพิเศษไม่พอ

บางรายญาติที่มาเยี่ยมอยู่ไกล ทำให้ไม่มีที่พักให้ ไม่มีช้อน ไม่มีกระโถน ไม่มีถุงทิ้งขยะ ห้องผู้ป่วยในคับแคบบางรายต้องอยู่นอกห้อง

๕. แนวคิดของผู้นำศาสนา อสม. และผดุงครรภ์โบราณ

๕.๑ ประธานหรือผู้แทนคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด

๑. การฝากครรภ์ของมารดา ในจังหวัดของท่านเป็นอย่างไร

เรื่องมารดาและเด็กมีมากมายในสังคม ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ในเรื่องการดูแลสุขภาพ เพราะคิดว่าใน ๕ จังหวัดที่มีการตายของมารดา ถึงแม้มีความรู้สักว่าน้อยตาย ๕ คน คิดว่าเป็นการกระตุ้นเรื่องการฝากครรภ์เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ปัจจุบันนี้แม่เมื่อรู้ตัวว่าตั้งครรภ์แล้ว จะต้องรีบไปหาหมอ และมีการดูแลสุขภาพของตนเองตามที่หมอแนะนำ ปัญหาเด็กและการฝากครรภ์นี้ทางคณะกรรมการอิสลามได้ลงในเชิงรุก โดยมีการประเมินในอดีตเคยทำงานร่วมกับศูนย์ความมั่นคงแล้วผู้นำศาสนาพร้อมเชิญผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่เข้ามารับรู้และรับทราบถึงข้อมูลต่างๆ แล้วก็ยังมีการรายงานข้อมูล ซึ่งช่วงนั้นก็ยอมรับว่าอาจจะดีขึ้นสำหรับสตรีที่เคยฝากครรภ์กับหน่วยงาน รพ.สต.ในพื้นที่ โดยมีผดุงครรภ์โบราณที่ได้รับการอบรมให้ความร่วมมือด้วย ได้ร่วมกับสถาบันวางแผนครอบครัว ทำโครงการขึ้นมาแต่ก็ขาดความยั่งยืนไม่มั่นคง

การฝากครรภ์ในตอนนี้จะฝากที่โรงพยาบาลเป็นหลัก รองลงมาฝากกับ รพ.สต. ในส่วนของผดุงครรภ์โบราณเพียงเข้าไปรับบริการนัดครรภ์ เพราะว่าคนมุสลิมนี้ก็ ๗ เดือนเขาจะไปหาผดุงครรภ์โบราณเพื่อทำพิธี ถ้าเป็นลูกคนแรก ผดุงครรภ์โบราณในที่นี้ไม่มีการตรวจครรภ์แล้วส่วนใหญ่ก็ไปที่โรงพยาบาล เพราะทางแพทย์ที่โรงพยาบาลจะนัดวันกำหนดไว้แล้ว

เหตุผลที่ได้ฝากที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาก เพราะหญิงมีครรภ์เข้าใจในเรื่องของการฝากครรภ์ ได้รับความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับการดูแลทารกในครรภ์ให้สมบูรณ์ หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นแสลงต่อครรภ์ ทำให้ปลอดภัยทั้งแม่และลูก อีกประการหนึ่งหญิงมีครรภ์เลือกไปใช้สถานบริการที่คิดว่าใกล้บ้านมากกว่า เพราะมาตรฐานการให้บริการมีพอๆกัน

๒. หญิงมีครรภ์ในอำเภอของท่าน ส่วนใหญ่คลอดที่ไหน เพราะอะไร

หญิงมีครรภ์ส่วนมากจะไปคลอดที่โรงพยาบาลเป็นหลัก ที่คลอดกับผดุงครรภ์โบราณในอำเภอน้อยแล้ว เพราะตอนนี้ผดุงครรภ์โบราณได้เปลี่ยนบทบาทจากผู้ทำคลอดเป็นผู้ชี้แนะให้ไปโรงพยาบาล โดยบางครั้งผดุงครรภ์โบราณมีหน้าที่นำหญิงมีครรภ์ส่งไปที่โรงพยาบาล นอกเหนือจากการนำส่งก็จะมีหน้าที่ดูแล มีการนัดให้หญิงมีครรภ์ ตอนนี้ถึงแม้จะ

ไม่คลอດกับผดุงครรภ์โบราณ แต่ก็ให้ผดุงครรภ์โบราณ ดูแลรักษาอยู่ ตั้งแต่ตอนตั้งครรภ์ก็ให้ผดุงครรภ์โบราณดูแลอยู่ตลอด ผดุงครรภ์โบราณยังมีความสำคัญอยู่ถึงแม้ว่าจะไม่ทำคลอດแล้วก็ตามต้องให้คุณค่า ให้กำลังใจ ให้การนับถือ ผดุงครรภ์โบราณมีน้อยมากแล้ว พอเสียชีวิตไปก็ไม่มีคนมาสืบต่อทายาท

หญิงหลังคลอດต้องการผดุงครรภ์โบราณเมื่อกลับจากโรงพยาบาลมา ๒ วัน เพื่อทำการนวด นวดผ่อนคลาย นวดเต้านมเพื่อให้มีน้ำนมไหลดี ตอนนึ่งการบริการของผดุงครรภ์โบราณ ระหว่างตั้งครรภ์ก็จะเริ่มหายไป เพราะปัจจุบันหญิงมีครรภ์ไปรับบริการที่โรงพยาบาล และที่โรงพยาบาลก็มีนวดแผนไทยให้บริการนวดเช่นเดียวกับผดุงครรภ์โบราณ

๓. ท่านคิดว่าการ ให้บริการรับฝากครรภ์และคลอດในสถานบริการของรัฐขณะนี้เป็นอย่างไรร

คิดว่าการ ให้บริการของโรงพยาบาลรัฐดีขึ้นมาก จะเห็นได้ว่าชาวบ้านมีความพอใจมากขึ้น มาใช้บริการกันมากขึ้น โรงพยาบาลของรัฐพยายามปรับตัวให้เข้ากับวิถีความเป็นอยู่ของประชาชนมากยิ่งขึ้น การจัดบริการสุขภาพก็สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม และหลักการปฏิบัติของศาสนา

ปัจจุบัน สถานบริการของรัฐที่อยู่ในชุมชนได้รับการพัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพ ทั้งด้านอุปกรณ์ และบุคลากร จะเห็นได้ว่ามีพยาบาลลงไปปฏิบัติงาน ที่ รพ.สต. จำนวนมาก บริการที่เข้าถึงได้ง่าย อีกทั้งสามารถเชื่อมต่อกับ โรงพยาบาลได้ ลดเวลาการรอคิวและได้รับบริการเหมือนโรงพยาบาล ซึ่งการฝากครรภ์สามารถรับบริการได้ที่ รพ.สต. และส่งมาคลอດที่โรงพยาบาล ซึ่งสะดวกรวดเร็ว เป็นที่พอใจของผู้มาใช้บริการ

ตามความคิดมองว่าภาพของโรงพยาบาลและสถานอนามัยเมื่อก่อนกับปัจจุบันแตกต่างกันมา ปัจจุบันอยู่ที่ไหนก็เข้าถึงบริการได้ ซึ่งคิดว่าดีมาก ศักยภาพของสถานอนามัย และโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก มาตรฐานการ ให้บริการเรื่องเดียวกันจะเหมือนกันไม่ว่าจะรับบริการที่ไหน ที่สำคัญมองว่าประชาชนยังพอใจที่จะเลือกใช้สถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านเป็นอันดับแรก

๔. การ ให้บริการของรัฐในขณะนี้สอดคล้องกับหลักการทางศาสนาหรือไม่

คิดว่าการ ให้บริการของรัฐในขณะนี้สอดคล้องกับหลักการทางศาสนาแล้ว ไม่มีปัญหาอะไรที่ขัดต่อหลักศาสนา ทางโรงพยาบาลก็จะมีการอำนวยความสะดวกด้านพิธีทางศาสนา ซึ่งทราบกันดีว่า ชาวมุสลิมเมื่อมีเด็กคลอດใหม่จะต้องมีการอาซานและอีกออะห์ อีกทั้งเวลามีคนใกล้เสียชีวิต ทางโรงพยาบาลจะอนุญาตให้มีการอ่านยาซีน ทำให้ได้รับความพอใจ ชาวบ้านก็สบายใจ

การเว้นช่วงมีบุตร ตามหลักศาสนา การเว้นช่วงต้องดูที่เหตุผล เพราะบางที่เป็นเรื่องความดีความงามระหว่างคู่สามี ภรรยา ขึ้นอยู่กับเหตุผลของการเว้นช่วง ถ้าจำเป็นจริงๆ ก็สามารถทำได้ (การคุม การทำหมัน) แต่ส่วนใหญ่ชาวบ้านขาดความรู้ จึงจำเป็นต้องให้นักวิชาการศาสนา เช่น อีหม่าม เข้าไปให้ความรู้ในส่วนนี้ด้วย เพราะชาวบ้านจะเชื่อฟังและนับถือผู้นำศาสนา การเว้นช่วงการมีบุตรสามารถทำได้ แต่ต้องเอาหมอ หรืออีหม่าม ที่เป็นที่ศรัทธาบอก

ข้อห้ามที่จะไปคลอดที่โรงพยาบาลตามหลักศาสนานั้นไม่มี แต่มีในรายละเอียดของการคลอด โดยปกติแล้วการคลอดควรคลอดกับแพทย์ผู้หญิงที่เป็นมุสลิม ถ้าไม่มีก็อนุโลมให้ใช้แพทย์ผู้หญิงต่างศาสนาได้ ห้ามแพทย์ผู้ชาย กรณีจำเป็นที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ศาสนาอนุโลมให้แพทย์ผู้ชายช่วยได้ ตอนที่อยู่โรงพยาบาล กรณีไม่มีการแยก หญิง-ชาย ในดึก การกินอาหาร การละหมาด เนื่องจากมีความจำเป็นแยกไม่ได้ก็ไม่เป็นไร แต่ถ้ามีการแยกก็จะดีมาก

เกี่ยวกับปัญหาแม่ตั้งครรภ์ตอนอายุน้อย ต่ำกว่า ๒๐ ปี มีลูกถี่เกินไป อายุมากๆ แล้วมีตั้งครรภ์อีก จะทำให้แม่เสียชีวิตได้ เรื่องนี้มีความคิดเห็นว่า การแต่งงานอายุน้อย ในหลักการอิสลามสามารถแต่งงานได้ ขึ้นอยู่ที่สภาพร่างกายของผู้หญิง ความพร้อมทั้งสองฝ่าย และรู้จักการดูแลตัวเอง ในเรื่องของศาสนามีอยู่แล้วในบทบาทของการดูแลครอบครัว ถ้าดูแลดีมีคุณภาพก็จะดี แต่ส่วนใหญ่แต่งงานอย่างเดียวไม่ค่อยใช้หลักด้านศาสนาในการดูแลครอบครัวทำให้เกิดปัญหาได้ ส่วนใหญ่จะเกิดปัญหากับกลุ่มที่ไม่ได้จัดการแต่งงาน การแก้ปัญหา การมีลูกถี่ ในหลักการอิสลามสามารถใช้วิธีเว้นช่วง โดยใช้ความสามารถและความเข้าใจ ความร่วมมือทั้งสามีและภรรยา ซึ่งเป็นวิธีชั่วคราว เมื่อหยุดแล้วสามารถตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่ใช่ตัดตอน ซึ่งจะไม่มีลูกต่อไป วิธีที่ใช้เช่น การหลังภายนอก การนับวันก่อนหลัง วิธีการเว้นระยะถ้าใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ถุงยาง ในหลักศาสนาอิสลามไม่อนุมัติ นอกจากมีโรค ยาเม็ด ยาฉีด รับประทานได้ไม่เป็นไร ถ้าเราจะเว้นช่วงการมีบุตรก็ต้องใช้ เว้นช่วงระยะหนึ่ง พร้อมมีลูกก็หยุดแล้วสามารถมีลูกคนต่อไปได้ ถ้าเราสังเกตคนที่มีการศึกษา เขามักไม่มีปัญหา เราน่าจะแก้ไขปัญหานี้ได้ถ้าเราส่งเสริมให้เขาได้เข้าถึงการศึกษาให้มากกว่านี้

ประเด็นเรื่องการรับยา วัคซีน การรับเลือด การเจาะเลือด บริจาคเลือด ให้เลือดไม่มีอุปสรรค ตามหลักศาสนาไม่ได้ผิดอะไร ถ้าเกิดอะไรขึ้นก็เกิดจากสภาวะร่างกายของผู้ป่วยเอง อิสลามส่งเสริมให้การช่วยเหลือทุกคน และสามารถช่วยเหลือทุกๆ ศาสนา ที่มีประเด็นว่า วัคซีนผ่านฮาลาลไหม วัคซีนที่เป็นปัญหา เพราะเขาสร้างปัญหาขึ้นมาเอง เหมือนอย่างวัคซีนฮาลาลหรือไม่ นั่น ผู้ที่เป็นนักวิชาการว่าฮาลาล หรือสิ่งที่ฮาลาล สิ่งที่ไม่อนุมัติไม่มีแล้ว หนทางนี้หมดแล้ว เหลือแต่สิ่งที่ไม่อนุมัติ หรือที่เราเรียกว่า หารอม ก็จำเป็นที่จะต้องใช้ เพื่อแก้ไขปัญหาลูก สุขภาพ คิดต่างๆ เช่นการกินหมู มันหารอม ถ้าจำเป็นจริงๆ ไม่มีอาหารอะไรที่จะให้กินแล้ว เราก็

ต้องกิน อยู่ที่ว่าเราจะกินหรือไม่กิน แต่เพื่ออยู่รอดของตัวเอง จำเป็นจริงๆก็กินได้ เพื่อความอยู่รอด
ของเรา

๕. ต้องการให้สถานบริการของรัฐ ปรับปรุงอะไรบ้าง

อยากให้ทางพยาบาลจัดคู่มือมีการอบรมให้ความรู้ในการฝากครรภ์เพื่อขยาย
ผล ส่วนใหญ่ก่อนที่จะแต่งงานคู่สามี ภรรยา จะต้องผ่านการอบรมก่อนแต่งงานทุกคนก่อน เป็นการ
อบรม ๒ วัน จะมีเจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขเข้ามาให้ความรู้ในเรื่องการตั้งครรภ์ เรื่องความปลอดภัย
เพื่อความพร้อมของพ่อแม่มีใหม่ ถ้าคูในการประเมินปัญหาต่างๆ ก็จะลดลงมาหน่อย การอบรม
ก่อนแต่งงานถือเป็นภาคบังคับ ถ้าจะแต่งงานก็ต้องผ่านการอบรม

คุณภาพของ อสม. เท่าที่รู้ในวันนี้คิดว่ายังไม่ดีเท่าที่ควร ควรมีสักยภาพ
มากกว่านี้ ต้องให้ความร่วมมือกับทุกฝ่าย ไม่ว่าจะ ผู้นำศาสนาแลผู้นำชุมชน และผู้นำต่างๆ ต้อง
เพิ่มความรู้ความสามารถให้ อสม.อีก

ผดุงครรภ์โบราณคิดว่ายังจำเป็น และถ้ามีทายาทสืบทอดก็จะดี โดยดั้งเดิม
ที่เป็นกันมาต้องเอาผดุงครรภ์โบราณมาอบรม เพื่อให้สามารถนำมาบูรณาการช่วยเหลืองานแม่และ
เด็ก ต่อไปถ้าต้องจัดการอบรมอีกก็ให้มีประกาศนียบัตรต้องออกไปรับรองให้

๖. การให้ผู้หญิงช่วยงานในชุมชนมีความเห็นอย่างไร

การให้ผู้หญิงช่วยงานในชุมชนนั้นได้ ไม่ขัดต่อหลักศาสนา สามารถเชิญ
ภรรยาผู้นำมาบรรยายแนะนำให้ความรู้แก่ชาวบ้าน เอาภรรยาของอิหม่ามผู้นำสูงสุดในชุมชน
ช่วยพูดได้ดี แต่อบรมให้ความรู้ภรรยาผู้นำก่อนทำงาน โดยทั่วไปผู้ชายมักคิดว่าบทบาทการดูแล
บุตรเป็นหน้าที่ของภรรยา ตรงนี้สามีก็จำเป็นต้องเรียนรู้ถึงอนามัยต่าง ๆ ด้วยเพื่อดูแลภรรยาและลูก
ต้องสร้างจิตสำนึกเพื่อให้ผู้ชายรู้สึกอยากเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรถ้ามีองค์กรไหนเข้ามาให้
ความรู้ควรใช้หลักสูตรแบบบูรณาการ ปัจจุบันมีโครงการอบรมเยาวชนก่อนแต่ง โดยเอาคู่สามี
ภรรยาเข้าเป็นคู่ๆ และอบรมหลักสูตรต่างๆ ให้เพื่อบูรณาการในที่นี้บุคคลที่จะได้รับการอบรมต้อง
แต่งตัวเรียบร้อยต้องผ่านการอบรม ๒ วัน แต่ที่ประเทศมาเลเซียใช้เวลาการอบรม ๑๕ วัน และที่
ประเทศอินโดนีเซียใช้เวลาการอบรมถึง ๓ เดือน เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลครอบครัว

๕.๒ ประธานหรือผู้แทนคณะกรรมการอิสลามประจำอำเภอ

๑. การฝากครรภ์ของมารดา ในอำเภอของท่านเป็นอย่างไร
ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่ไหน เพราะอะไร

การฝากครรภ์ของคนในพื้นที่ปัจจุบันดีขึ้นกว่าในอดีตมาก สมัยก่อนหญิง
มีครรภ์ไม่ค่อยไปฝากครรภ์กัน ทั้งหญิงมีครรภ์ สามี บิดามารดา หรือญาติพี่น้องกลัวกันมาก

เมื่อพูดถึงไปคลอดที่โรงพยาบาล เพราะได้รับรู้รับฟังมาว่า คนที่ปวดท้องคลอดแล้วไปโรงพยาบาล มักจะต้องถูกผ่าตัด ทำให้เข้าใจกันว่า เมื่อไปฝากครรภ์กับแพทย์ หรือกับโรงพยาบาลแล้ว ส่วนมากแพทย์จะต้องผ่าตัด และที่รับรู้ต่อมาคือแม่มักจะตาย จึงมีการบอกต่อกันไป ทำให้เกิดความกลัว และถูกปรามเมื่อพูดถึงการไปฝากครรภ์หรือคลอดที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าหญิงมีครรภ์ที่ไปฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่ หรือพยาบาล แต่จะต้องมีอย่างน้อยสัก ๑ ครั้ง หญิงมีครรภ์จะต้องไปหาผดุงครรภ์โบราณสักคนหนึ่ง เหมือนกับไปแจ้งให้ผดุงครรภ์โบราณได้รับรู้ เพื่อการดูแลเวลาหญิงมีครรภ์เจ็บป่วยในช่วงขณะที่ตั้งครรภ์ ในสมัยก่อน บิดามารดาของฝ่ายหญิง เป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจว่าจะคลอดที่ไหน คลอดกับใคร รองลงมาก็เป็นบิดามารดาของฝ่ายชาย หรือไม่แล้วก็ตามตัดสินใจร่วมกัน สำหรับปัจจุบันต่างไปจากอดีตมาก เพราะอำนาจการตัดสินใจ อยู่ที่คู่สามีภรรยาเป็นส่วนใหญ่ ตอนนี้คิดว่าหญิงมีครรภ์มากกว่า ๕๐ ใน ๑๐๐ คน ได้รับการตรวจครรภ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นที่สถานีนอนามัย หรือโรงพยาบาล

ในช่วงแรกๆ ที่หญิงมีครรภ์เริ่มยอมรับการตรวจครรภ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สถานีนอนามัย แต่ก็มีส่วนที่ไปรับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ด้วยความพร้อมทางด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ และเจ้าหน้าที่ ทำให้เห็นข้อแตกต่างระหว่างการรับบริการที่สถานีนอนามัยและโรงพยาบาล ปัจจุบันหญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่ อยากฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล เพราะอยากเจอแพทย์ แต่ความเป็นจริงทุกวันนี้บางครั้งมาโรงพยาบาล ก็เจอแต่พยาบาลไม่ได้เจอแพทย์ อีกทั้งมาโรงพยาบาลยังต้องรอคิวนาน ทำให้หญิงมีครรภ์ที่อยู่ในพื้นที่เขตชนบท หันกลับไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยดั้งเดิม อย่างไรก็ตามคิดว่าหญิงมีครรภ์มากกว่าครึ่งหนึ่งที่ยังมีความพอใจและต้องการมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลประจำอำเภอซึ่งมีแพทย์ พยาบาล และอุปกรณ์เครื่องมือที่พร้อมสำหรับการให้บริการและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ถ้าให้เรียงลำดับความต้องการที่หญิงมีครรภ์ว่าอยากฝากครรภ์ที่ไหนมากที่สุด ตามความเห็นคิดว่า ลำดับหนึ่ง โรงพยาบาลประจำอำเภอ ลำดับสอง สถานีนอนามัย ลำดับสาม โรงพยาบาลต่างอำเภอ ลำดับสี่ โรงพยาบาลจังหวัด ลำดับห้า คลินิก และลำดับหก โรงพยาบาลเอกชน

เหตุผลที่ทำให้หญิงมีครรภ์ยอมรับการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือกับโรงพยาบาลของรัฐ เพิ่มมากขึ้น น่าจะมีสาเหตุมาจาก ๑. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ๒. การพัฒนาศักยภาพสถานบริการของรัฐบาล ๓. อำนาจการตัดสินใจอยู่ที่คู่สามีภรรยา ๔. การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๕. การติดตามกระตุ้นของอสม. ๖. การแนะนำของผดุงครรภ์โบราณ ๗. การดูตัวอย่างจากเพื่อนบ้าน ๘. การคมนาคมที่สะดวกทั่วถึง ๙. ภาวะทางการเงินและเศรษฐกิจ ๑๐. ฝากกับเจ้าหน้าที่เพื่อจองที่คลอด

ปัญหาที่พบหลังจากที่หญิงมีครรภ์ไปฝากครรภ์แล้ว ส่วนหนึ่งที่อยู่คือไปฝากครรภ์แล้วได้ยากกลับมา แต่ไม่กินยา คิดเองว่าแข็งแรงแล้วไม่ต้องกิน บางคนกลัวกินแล้วจะไม่ปลอดภัย การแก้ไขปัญหาคิดว่าต้องแก้ไขที่ความรู้ ต้องให้ความรู้ที่ถูกต้อง ชัดเจนจริงๆ อย่าให้พวกเขาঙ্গেแล้วมาคิดมาเดากันเอง ความเห็นคิดว่าคนที่น่าจะแก้ไขปัญหาคือตรงจุดจริงๆ คนแรก คือพยาบาล คนที่สองที่น่าจะช่วยแก้ปัญหานี้คือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือพยาบาลที่เยี่ยมบ้าน คนที่สำคัญอีกคนหนึ่งคือสามีหรือญาติที่พาหญิงมีครรภ์ไปฝากครรภ์

๒. หญิงมีครรภ์ในอำเภอของท่าน ส่วนใหญ่คลอดที่ไหน

สมัยก่อนหญิงมีครรภ์ไม่ว่าจะฝากครรภ์ที่สถานีอนามัย โรงพยาบาล หรือไม่ฝากครรภ์ เวลาคลอดมักจะคลอดที่บ้าน ฉะนั้นคนที่ทำคลอดมีสองกลุ่ม คือส่วนใหญ่จะคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ ส่วนน้อยจะคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับทำคลอดที่บ้าน ปัจจุบันนี้ต่างออกไปมาก ตอนนี้ไม่ว่าจะฝากครรภ์ที่ไหน พอตอนคลอดจะมากลอดที่โรงพยาบาลมากขึ้น คิดว่าคนที่คลอดที่บ้านหรือคลอดที่อื่นมีน้อยแล้ว คนปัจจุบันมองว่าคลอดที่โรงพยาบาล สะดวกกว่า สะอาดกว่า และมีหมอเก่งกว่า ไม่ต้องเตรียมหาอุปกรณ์ให้ยุ่งยาก ถ้าเกิดฉุกเฉิน คิดว่าคลอดปกติไม่ได้ก็มีเครื่องมือที่จะช่วยเหลือได้ดีกว่า ปลอดภัยดีกว่าคลอดที่บ้าน เพราะถ้าคลอดที่บ้านแล้วคลอดไม่ได้ ก็ต้องมาโรงพยาบาลอยู่ดี คลอดที่โรงพยาบาลดีกว่า สามสี่วันก็กลับบ้านได้แล้วไม่ต้องอยู่ไฟด้วย

หญิงมีครรภ์ที่คลอดกับผดุงครรภ์โบราณในอำเภอนี้พอจะมีบ้าง แต่คิดว่าคนที่ตั้งใจคลอดกับ ผดุงครรภ์โบราณมีน้อยแล้ว ที่ว่ามีบ้าง เช่น รายที่อยู่ไกลๆ มาโรงพยาบาลไม่ได้เพราะไม่มีรถ หรือไม่กล้าออกไปโรงพยาบาลตอนกลางคืน หรือมาโรงพยาบาลไม่ทันเพราะคลอดง่ายพอเจ็บท้องคลอดก็คลอดเลย ถ้าให้เรียงลำดับว่าหญิงมีครรภ์ไปคลอดที่ไหนกันมาก คิดว่ามากที่สุด โรงพยาบาลอำเภอ รองลงมาโรงพยาบาลจังหวัด ถัดมาเป็นโรงพยาบาลเอกชน ถัดมาอีกเป็นโรงพยาบาลแม่และเด็กยะลา และคลอดที่บ้านกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผดุงครรภ์โบราณมีน้อยมากแล้ว

๓. การให้บริการรับฝากครรภ์และคลอดในสถานบริการของรัฐ ขณะนี้เป็นอย่างไร

ตอนนี้การให้บริการของโรงพยาบาลต่างๆ ดีขึ้นมาก เห็นได้ชัดเจนว่าดีขึ้น ชาวบ้านมีความพอใจมากขึ้น มาใช้บริการกันมากขึ้น คลอดที่โรงพยาบาลบริการดีมาก ความสะอาด ความพร้อมเครื่องมือมีมาก พยาบาลก็มีมาก คิดว่าการให้บริการฝากครรภ์ บริการทำคลอดที่นี่ดีแล้ว แต่มีหญิงตั้งครรภ์หลายคนที่มีอำนาจในการซื้อบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลที่นี้ แต่ไปคลอดพิเศษกับแพทย์โรงพยาบาลยะลา

บริการที่สถานีนอนามัยก็ดี ง่ายไม่ต้องรอนานเหมือนโรงพยาบาล เมื่อก่อนมีอะไรที่นอนามัยก็ง่ายกว่า แต่ตอนนี้ที่โรงพยาบาลก็ง่ายมีปัญหาอะไรก็คุยได้เลย หมอพยาบาลมีเยอะขึ้น แต่เรื่องทำคลอด ตอนนี้สถานีนอนามัยไม่ทำคลอดแล้ว ส่วนใหญ่ส่งมาคลอดที่โรงพยาบาล นอกจากคนที่ฝากพิเศษด้วย มักไปคลอดที่โรงพยาบาลจังหวัด

๔. การให้บริการของรัฐในขณะนี้สอดคล้องกับหลักการทางศาสนาหรือไม่

คิดว่าการให้บริการของรัฐในขณะนี้สอดคล้องกับหลักการทางศาสนาแล้ว ไม่มีอะไรที่ขัดหลักศาสนา เพราะว่าโรงพยาบาลได้ปรับปรุงไปมาก ปัจจุบันนี้คิดว่าผู้ป่วยพอใจมากที่มารับบริการที่นี่ สิ่ง que เห็นว่าสอดคล้องกับหลักศาสนา เช่น มีศาลาละหมาดให้ผู้มารับบริการช่วงที่อยู่โรงพยาบาลทำให้ไม่ขาดการปฏิบัติศาสนกิจ ไม่ขัดกับระเบียบโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยก็สอดคล้องกับหลักปฏิบัติของศาสนา สำหรับเรื่องคลอด ที่โรงพยาบาลอนุญาตให้ญาติสามี พ่อแม่ หรือผดุงครรภ์โบราณ เข้าห้องคลอดได้ 1 คน ซึ่งสอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลามที่ต้องมีคนเห็นใจยามเจ็บป่วยทุกข์ยาก นอกจากนี้เวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องคลอดก็มีบทสวดขอพรจากองค์ พระอัลเลาะห์ติดไว้ให้ได้อ่านเพื่อให้มีกำลังใจ อีกทั้งเมื่อคลอดแล้วก็มีการทำอาซานให้แก่ทารกเกิดใหม่ ถ้าไม่มีญาติโรงพยาบาลก็จัดหาคนทำอาซานไว้ให้ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับหลักศาสนาที่โรงพยาบาลสนับสนุนและให้มีไว้ที่โรงพยาบาล

ตามหลักศาสนาห้ามไม่ให้ปิดกั้นเพื่อไม่ให้มีบุตร หรือไม่ต้องการมีบุตร แต่ถ้ามีบุตรมากหรือถึงเกินไปจนร่างกายของแม่ทรุดโทรมอาจจะเป็นอันตรายถึงชีวิตนั้น ทางศาสนามีก่อนุโลมให้เว้นช่วง เพื่อให้ร่างกายมารดาได้สมบูรณ์ขึ้น การเว้นช่วงในสมัยโบราณนิยมใช้สมุนไพร จะให้ผู้หญิงกินซึ่งผดุงครรภ์โบราณจะมีความรู้ในด้านนี้ ปัจจุบันการแพทย์เจริญขึ้น การเว้นช่วงทำได้หลายวิธี ยากิน ยาฉีด สำหรับยาฝังและใส่ห่วงอนามัยยังไม่ค่อยนิยมมากนัก

ปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่เป็นปัญหารุนแรงในขณะนี้ จริงๆแล้วคณะกรรมการอิสลามทุกระดับเห็นความสำคัญของปัญหานี้ ตามหลักของท่านนบี มุฮัมหมัด คู่สมรสที่ควรแต่งงานตอนอายุ ๒๕ ปี แต่ในหลักศาสนาไม่มีเงื่อนไขใดๆ ในอายุของคู่สมรส ขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละบุคคล การปฏิบัติของคณะกรรมการอิสลามตอนนี้ได้มีการจัดอบรมแก่คู่สมรสใหม่มีหลักสูตร ๒ วัน ก่อนทำพิธีแต่งงานให้ สามารถทำได้ทุกอำเภอ ถ้าไม่ผ่านหลักสูตรนี้จะไม่ออกใบรับรองให้ ซึ่งการอบรมก็ได้เชิญเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้ด้วย ปัจจุบันคู่สามีภรรยา อายุน้อยลง ที่เป็นปัญหามากช่วง ๑๕-๑๘ปี การแก้ไขปัญหานี้จำเป็นต้องแก้ไข ในระบบโรงเรียนต้องเพิ่มเติมหลักสูตรพ่อแม่ หลักสูตรครอบครัว ให้มากกว่านี้ ต้องให้โรงเรียนช่วยขับเคลื่อนกระตุ้นอย่างจริงจัง เพราะกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้อยู่ในระบบโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่

๕. ต้องการให้สถานบริการของรัฐ ปรับปรุงอะไรบ้าง

สิ่งที่อยากให้ปรับปรุงในเรื่องพัฒนาคน อบรมให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลพุดจาดิๆ กับคนไข้ ดือนรับดิๆ มีความกระตือรือร้น ให้บริการด้วยใจ บริการด้วยรอยยิ้ม อีกประการหนึ่งอยากให้อบรมพัฒนาเพิ่มความสามารถแก่พยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลหลักสูตร ๓,๐๐๐ คน คงต้องอบรมเพิ่มศักยภาพ

เรื่องของห้องคลอด อยากให้มีแพทย์ผู้หญิงและเจ้าหน้าที่ผู้หญิงในห้องคลอดเท่านั้น ถ้าแพทย์ผู้หญิงไม่เพียงพอให้พยาบาลผู้หญิงทำแทนแพทย์ก็ได้ ตามหลักศาสนาไม่อนุญาตให้ผู้ชายทำคลอด แต่มีข้ออนุโลม หากว่าการคลอดครั้งนั้นมีอันตรายถึงชีวิต จำเป็นต้องใช้แพทย์ผู้ชายในการช่วยเหลือก็สามารถอนุโลมได้ แต่ปัญหาก็ยังคงอยู่กับสตรีที่เคร่งศาสนาหลายๆ แม้จะอันตรายเพียงใดก็จะปฏิเสธแพทย์ผู้ชาย นี่เป็นปัญหาที่ต้องหาทางแก้ไขต่อไป

๖. แนวคิดการช่วยงานในพื้นที่ของผู้หญิงคิดเห็นอย่างไร

การให้ผู้หญิงช่วยงานในชุมชนนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ขัดต่อหลักศาสนา ภรรยาของอิหม่ามเองก็เป็น อสม. คิดว่าถ้าจะให้แม่บ้านของผู้นำชุมชน ช่วยงานจริงๆ ก็คงได้ สามารถทำได้ โดยเฉพาะงานอนามัยแม่และเด็กถ้าผู้หญิงได้คุยกับผู้หญิงด้วยกันน่าจะดีมาก แต่เรื่องจิตใจอาสาสมัครนั้นเป็นเรื่องของรายบุคคลที่จะไปบังคับมิได้ ถ้าจะให้ช่วยด้านใด ก็คงต้องอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมในด้านนั้น

๕.๓ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๑. การฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่

ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่สถานีอนามัย ปัจจุบันเปลี่ยนความคิดกันแล้วว่า ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาล สะดวก มีบริการที่ดีกว่า ไม่ว่าจะเวลาคลอด การออกบัตร สามารถขอได้ง่ายกว่า การชั่งน้ำหนักเด็กก็จะสะดวก สบายกว่า ไม่เหมือนไต่ะบีแค บางครั้งแถมองไม่เห็น บางคนก็แก่มากแล้ว อายุเยอะ เวลาชั่ง เวลาเขียนข้อมูลไม่ชัดเจน ไต่ะบีแคบางคนก็ให้ อสม.เข้าไปช่วยบันทึก (ในกรณีที่คลอดกับไต่ะบีแค)

บางตำบลไม่มีไต่ะบีแคแล้ว ชาวบ้านเลือกใช้บริการโรงพยาบาลหรือไม่ก็สถานีอนามัย หากจะใช้บริการไต่ะบีแค ก็ต้องไปนอกตำบล บางคนเข้าไปฝากกับไต่ะบีแคก่อน แต่ไต่ะบีแคจะแนะนำให้ไปฝากกับทางโรงพยาบาลด้วย เพราะส่วนใหญ่ได้รับการอบรมมาแล้ว บางตำบลมีการฝากครรภ์กับไต่ะบีแค แต่เป็นส่วนน้อยมาก ส่วนที่ฝากอาจจะเป็นคนหัวโบราณ กลุ่มเหล่านี้หลังคลอดไม่ไปปรับฉีดวัคซีนก็มี

บางคนไปหาไต่ะบีแคเพื่อช่วยนวด เพื่อยกท้อง ทำพิธีแนงง เพื่อคลอด ลูกเงิน เพื่อเจ็บกลางคืน เพราะหากไม่ได้ฝากกับไต่ะบีแคก่อน หากเจ็บท้องไต่ะบีแคจะไม่มา เกือบทุกคนที่ฝากท้องกับไต่ะบีแค หากต้องการไต่ะบีแคจะไปเฝ้าในห้องรอกคลอดที่โรงพยาบาล ด้วย

โรงเรียนพ่อแม่ บางคนสามีทำงานต่างจังหวัด ไม่สะดวก บางคนอายุ บางคนขี้เกียจ เป็นนิสัยดั้งเดิม การจะทำให้เข้า รร.พ่อแม่ ยาก เขาคิดว่าเสียเวลา ผู้ชายบางคน ไม่ชอบฟังนึ่งๆ นานๆ เมื่อบรรยากาศ

๒. การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่

ส่วนใหญ่คลอดที่โรงพยาบาล พบ ๑ ราย บางรายสามีไม่ให้คลอด โรงพยาบาล เพราะกลัวเจอหมอผู้ชาย (รายนี้แม่ตาย) ตัว อสม.เอง บางคนไม่คลอดกับหมอผู้ชาย เช่นกัน ยกเว้นลูกเงิน แต่บางคนกลับเลือกหมอผู้ชายโดยเฉพาะ เพราะรู้ว่าเก่ง ตัวเองต้องฝากคลอด เจริญรณแคบ

หลังคลอดจะมีการทำพิธีทางศาสนาให้แก่ทารกหลังคลอด เช่น หากเป็นผู้หญิง ก็จะมีการทำพิธีให้ ไม่จำเป็นต้องเป็นบีแค พยาบาลมุสลิมจะถูกสอนเรื่องนี้อยู่แล้ว

๓. การเว้นช่วงระยะการมีบุตร

เห็นด้วย บางรายตัวเองอยากใช้แต่สามีไม่ยอมรับ บางครั้งต้องขอให้ อสม. เข้ามาช่วยพูดกับสามีของตัวเองในเรื่องของการเว้นช่วงระยะการมีบุตร ได้แนะนำการใส่ ถุงยาง การใช้ยาเม็ด การฉีดยาคุม ปฏิเสธการทำหมัน ในขณะที่หญิงสมรสในพื้นที่บางคนไม่ค่อย ยอมรับคำแนะนำ บางคนก็เข้ามาขอรับคำปรึกษา

๔. ความสำคัญของ ไต่ะบีแค

บางคนบอกไม่มีก็ได้ บางคนบอกไม่มีไม่ได้ ไต่ะบีแคต้องมีการทำพิธี คีฎาล แก่ ทารกหญิง มีการอ่านอาชะห์ในการทำพิธี อสม.ทำได้ หากต้องเรียนรู้ก่อน บางรายคลอด วันที่ ๖, ๑๖, ๒๖ ต้องมีการทำพิธีปลดปล่อย บางรายไม่มีช่องคลอด ก็ยังต้องพึ่งบีแคในการช่วยกริด ขยายช่องคลอด ต้องทำพิธีแนงง ไต่ะบีแคจะไปที่โรงพยาบาลพร้อมหญิงตั้งครรภ์ เพราะกลัว คลอดระหว่างไปโรงพยาบาล บางรายคลอดง่าย คลอดบนรถ บางรายก็คลอดหน้าโรงพยาบาล มีรถ ลูกเงินบริการตลอด

ไม่เห็นด้วยกับการอบรมบีแคในการคลอดลูกเงิน คิดว่าสมัยนี้การทำ คลอดที่โรงพยาบาลน่าจะสะดวกกว่า แต่ก็ควรมีบีแคไว้เหมือนเดิม เพราะบางคนสามารถฟื้นฟู สภาพจิตใจได้ดี ส่วนการอยู่ไฟปัจจุบันไม่ค่อยมีแล้ว

๕. ความสอดคล้องของการให้บริการกับหลักการศาสนา

สอดคล้องแล้วเพราะมีมูมาฮาน มีสถานที่ละหมาด ช่วงรอกลอคก็จะมี การเปิดอัลกุรอ่านให้ฟัง ให้มีญาติเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนในช่วงรอกลอค

๖. สถานบริการควรปรับปรุงอะไร

การประชาสัมพันธ์ควรมีเรื่อยๆ ไม่ควรละเลย ควรอย่างต่อเนื่อง เพื่อผล ที่ดีต่ออนาคตใช้ภาษาไทยดีที่สุด เพราะชาวบ้านส่วนใหญ่ฟังรู้เรื่อง อยากให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เชื่อมผู้ป่วยหลังคลอดบ้าง หรือถ้าไม่มีเจ้าหน้าที่ก็ขอให้มีของเชื่อมผู้ป่วยหลังคลอด บางตำบลจะมี ชุดเชื่อมผู้ป่วยหลังคลอด ให้แก่ ทารกแรกเกิด เช่น เสื้อผ้า ชุดเด็ก อยากให้มีแผนต่อเนื่อง ให้เข้า แผนในเรื่องชุดเชื่อมผู้ป่วยหลังคลอดในเรื่องนมแม่ อยากให้เจ้าหน้าที่ทำให้อุเป็นตัวอย่างในเรื่องกิน นมแม่ ให้เจ้าหน้าที่ควบคุมอารมณ์ แยกแยะเรื่องส่วนตัวกับเรื่องงาน การรับบริการ รอนาน กิวานาน แต่บางจังหวัดบอกว่าการต้อนรับดี พูดในภาษาที่เข้าใจกัน

แต่ก่อนมีเจ้าหน้าที่อนามัยไปทำคลอดในกรณีฉุกเฉิน อยากให้เจ้าหน้าที่ นอนบ้านพักเพื่อฉุกเฉินกลางคืน รวมถึงให้เจ้าหน้าที่มาทำงานตรงเวลา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีน้อยในตำบลที่อยู่ ทำให้ต้อง รับผิดชอบมาก ไม่ได้ค่าป่วยการอาสาสมัครแล้วหายไป การได้รับค่าป่วยการช้า บางทีก็ ๓ เดือนครั้ง ค้างจ่ายตลอด จิตอาสาในหมู่บ้านไม่มีเพราะไม่ได้รับค่าป่วยการ จนส.ให้ทำงานเยอะ ประมาณว่า ทำงานให้คุ้มค่าจ้าง มีการหักเมื่อไม่เข้าประชุม แต่อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับข้อบังคับของแต่ละตำบล เพราะบางคนทำงานเต็มที่ บางคนไม่เข้าร่วมในการทำงานเลย เงินที่หักก็จะนำไปเข้ากองกลางของ อสม.หรือไม่ก็ให้เป็นค่าน้ำมันรถเวลาไปประชุม

๕.๔ กลุ่มไต่หัด

กลุ่มไต่หัดอายุน้อยที่สุด ๓๐ ปี มากที่สุด ๘๓ ปี ทำคลอดมาน้อยที่สุด ๑๐ ปี มากที่สุด ๔๕ ปี

๑. การฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่

ไต่หัดจะสามารถกล่าวได้ว่าท้องได้เมื่อท้อง ๒ - ๓ เดือน บางคนท้อง ๒ เดือน ก็มาให้ไต่หัดกล่าวว่าท้องหรือไม่ หากท้องจะแนะนำให้ไปโรงพยาบาลหรือสถาน อนามัย ท้อง ๕ - ๖ เดือน จึงจะกลับมาหาไต่หัดอีกครั้ง ก็จะกล่าว บางคนก็แต่งท้องให้ ให้คน ท้องไปโรงพยาบาล เพราะว่าเราไม่เป็น เราเป็นตอนท้องโตหรือจะคลอดแล้วช่วยได้ หากเร่งด่วน ไปโรงพยาบาล ไปโรงพยาบาลไม่ทัน เราช่วยทำคลอดได้

มีคนท้อง ๗ เดือนไปหาหมอ หมอบอกว่าเด็กอยู่ในท่าขวาง แล้วกลับมาให้ บีแคแต่งท้อง ก็แต่งให้ เด็กถ้าอยู่ท่าไหนก็จะอยู่ในท่านั้น ถ้าไม่แต่งจะอยู่ในท่าเดิมจนคลอด จึงจำเป็นต้องแต่งให้

๒. การรับบริการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในหมู่บ้านคลอดที่ไหน

ให้คนท้องไปโรงพยาบาล ไปโรงพยาบาลไม่ทัน เราช่วยทำคลอดได้ เพราะระหว่างการเดินทางไปโรงพยาบาล จะคลอดระหว่างทางบ่อยๆ ก็มี จะคลอดบนรถหรือนอก ษานบ้าน แต่ส่วนมากจะแนะนำให้ไปโรงพยาบาลสะดวกกว่า เวลาคลอดหมอให้เข้าไป จะเบ่งเขาก็ ให้อยู่ด้วยกับคนเจ็บ

บางรายทำคลอดในเดือนนี้มี ๑ คน ทำคลอดเป็นหลานไปโรงพยาบาลไม่ ทัน คลอดง่าย ปวดท้องแล้วคลอดเลย นานๆ จะมีสักคนคลอดที่บ้าน คนที่เคยคลอดที่โรงพยาบาล เขาก็จะไปคลอดที่โรงพยาบาลอีก เมื่อกลับมาถ้าจะนอนก็จะนอนให้ ลูกหลานเองก็ไปคลอด โรงพยาบาลหมด คลอดโรงพยาบาลมีอุปกรณ์พร้อม หมอช่วยได้ ถ้าคลอดที่บ้าน เกิดซ็อกไปก็ช่วย อะไรไม่ได้ตอนนี้ให้มาคลอด โรงพยาบาลจะปลอดภัยกว่า ในสมัยก่อนไม่มีโรงพยาบาลแต่ตอนนี้ มีแล้ว คลอดโรงพยาบาลจะปลอดภัยกว่า

แต่ก่อนทางโรงพยาบาลให้จดชื่อ วันที่ ที่ส่งคนมาคลอด แล้วจะได้เงิน แต่เดี๋ยวนี้หมอบอกว่าไม่มีเงิน ยังมีคนที่รับเวลาไปโรงพยาบาลมาเอง ไม่เอาเรามาก็มี เงินก็ไม่ได้เรา ที่บ้านนายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีรถรับส่งเป็นรถหมอมมีคนขับพร้อม แล้วรับคนท้อง มาส่ง เป็นรถที่มีหวอดต่างๆ ถ้าจะเอาค่าตอบแทนเดี๋ยวนี้ยากมาก

๓. การทำคลอด การนัดหลังคลอด

ไม่อยากทำแล้ว แต่ถ้ามีคนเจ็บท้องเราก็อยากจะช่วยเขาต่อไป ไม่อยากทำ แต่ถ้าจะคลอดแล้วก็จำเป็นต้องทำ ที่บ้านถ้ามีปวดฉุกเฉินจะคลอดเราก็ต้องทำและทำได้ ถ้าเขาตาม เราก็ไป ถ้าไม่ตามก็แล้วแต่เขา

แต่บางคนยังอยากทำ มีความรู้สึกว่ายากทำต่อ ถ้ามีคนมาขอความช่วยเหลือก็อยากทำ ถ้าคนข้างบ้านปวดท้องก็อยากจะทำคลอดให้

ถ้าคนท้องไม่วางตือมะห้ (หมากพลู) ไม่ได้ เขาต้องวางให้ ถ้าไม่มีมาให้ จะทำให้เรามีความรู้สึกเหนื่อยเพลีย นอนก็ไม่หลับ ตือมะห้ ก็ไม่มาก ๑๓ บาทเท่านั้น ท้องครบ ๗ เดือน มาทำตือมะห้ การทำพิธีบางพื้นที่ยังทำ แต่บางคนไปโรงพยาบาลไม่ทำก็มี หากทำจะทำเฉพาะท้องแรก

มีคนหนึ่งไม่บอกว่ามีความดัน หมอก็มีหนังสือไว้ว่าถ้าคลอดที่บ้านแม่ หรือลูกต้องเสียชีวิต เขาไม่บอก สามีก็ไม่บอก เขาปวดท้องไปตามมาทำคลอด แต่คลอดง่าย

หลังจากนั้นเขาขอกินน้ำ ก็ให้กิน หลังจากนั้น ตัวก็อ่อนแล้วเสียชีวิต เพราะว่าเขาไม่ยอมบอกความจริงว่ามีโรคประจำตัว

ผู้สืบทอด การเป็นบีแคส่วนใหญ่ไม่มี บางคนมีลูกมาช่วยทำแล้ว บางคนกำลังฝึก บางคนมีแล้วอยู่ต่างจังหวัดเป็นลูกคนโต

รายได้จากการทำคลอด ทำคลอดที่บ้าน 3 วันหลังคลอด เขาจะวางหมากพลูให้ประมาณ ๑๐๐ ข้าวสาร ค้าย ๑ ม้วน มะพร้าว ๑ ลูก แล้วแต่จะให้

การนอนหลังคลอด กลับจากโรงพยาบาลจะมีการนอนหลังคลอดแล้ว ๑๕ วัน (หากคลอดที่ โรงพยาบาล ๑๕ วันหลังคลอดจึงจะนอนได้ หากผ่าท้องต้อง ๑ เดือน) เวลาคลอดปกติหมอจะกรีดช่องคลอดต้องให้แผลหายก่อน แต่บางคนบอกว่า บางคนก็นวดได้เลยหลังคลอดบางคนนวด ๓ วัน ๓๐๐ บาท บางคน ๒๐๐ บาท

๔. การเว้นช่วงระยะการมีบุตร

คลอดลูกหลายคนถ้าตัวเราเองไม่เป็นไร อยู่ที่ตัวของเขา ถ้าเขาต้องการลูกเยอะๆ ก็แล้วแต่เขา ถ้าเขาพอแล้วก็ให้ระงับได้ ความจริงถ้าจะให้สวยมี ๓ คนพอ แล้วค่อยหลานๆ ต่อ ต้องส่งเสริมให้เรียนหนังสือ เรบอกว่ามีลูกพอแล้วให้ไปหาหมอมียามากไม่ทันจะให้กิน

แต่บางคนบอกว่าจะบอกว่าคุณ ๔ คนนั้นยังน้อย เคยแนะนำให้ใช้ยาฉีดกับยากิน กินยาแล้วทำให้อ้วน ไม่เคยรู้เรื่องนี้ ตัวโตะบีแคเองบางคนก็ไม่มีรู้ ต้องให้ไปหาหมอ บางคนบอกว่าส่วนใหญ่เขาคุมกันหมด เดียวนี้ชาวบ้านเก่งกว่าบีแคแล้ว

๕. การให้บริการสอดคล้องกับหลักการทางศาสนาหรือไม่

มีสถานที่พร้อม มีอาชาน สมัยก่อนยังไม่มีสถานที่ ญาติก็จะไปขอเด็กจากหมอมือเพื่อทำพิธี หมอก็ให้เขาเอาออกมาทำหน้าที่ ทำพิธีเสร็จก็ส่งกลับไปให้หมอมือต่อไป แต่ในปัจจุบันเขาจัดห้องให้เรียบร้อย มีครบทุกอย่างแล้ว อยากให้อ่านมุอะ (เป็นคำกล่าวถึงอัลลอฮ์) ถ้าเป็นหมอมือที่ทำคลอดเป็นมุสลิม ไม่น่าจะมุอะ หรือไม่ ถ้าคลอดที่บ้าน เด็กออกมา ก็จะกล่าวว่ "ลาอิลลา ฮาดีลลัลลอฮ์" เพื่อเป็นสัญลักษณ์ทางอิสลาม

๖. ต้องการให้รัฐปรับปรุงอะไรบ้าง

ไม่มีแล้ว เพราะมีครบแล้ว อย่างข้าวกิน โรงพยาบาลก็แจก คนทำกับข้าวก็อิสลามเหมือนกัน เราชาวบ้านได้อย่างนี้ก็ดีมากแล้ว คนทำงานก็คนของเรา แล้วเวลามีคนเจ็บท้องหรือเจ็บป่วยก็มีรถรับอยู่แล้ว เวลาเจ็บป่วยโทรเรียกได้ตลอดเวลา

อยากได้บัตรโตะบีแคในการไปใช้สิทธิในการรักษาพยาบาล ให้รวมทั้งลูกด้วย และขอให้ได้ห้องพิเศษบ้างจะดี แต่ก่อนมีค่านำส่งหญิงคลอดให้ ๑๐๐ บาทเดี๋ยวนี้ไม่มีแล้ว

๖. เปรียบเทียบงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้กับต่างประเทศ

บทเรียนจากต่างประเทศนี้ได้กำหนดที่จะศึกษาทบทวนและเปรียบเทียบประสบการณ์ของประเทศที่มีลักษณะศาสนา สังคม วัฒนธรรม และสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กใกล้เคียงกับ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในที่นี้ ได้แก่ ประเทศมาเลเซีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย จีน ตุรกี และไทย (๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้)

ตารางที่ ๑-๑ เปรียบเทียบงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้กับต่างประเทศ

	มาเลเซีย	ฟิลิปปินส์	อินโดนีเซีย	จีน	ตุรกี	ไทย	
สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก	<input type="checkbox"/> ร้อยละ ๑๐๐ คลอดในสถานบริการโดยผู้ที่มีทักษะในด้านนี้	<input type="checkbox"/> อัตราการตายของทารกเป็น ๓๕ ต่อ ๑,๐๐๐ เกิดมีชีพในขณะที่อัตราการตายของเด็กแรกเกิดอายุ ๑๘ เสียชีวิตต่อ ๑,๐๐๐ เกิดมีชีพ ความตายเป็นมากขึ้นในเด็กทารกที่แม่ไม่ได้ฝากครรภ์หรือความช่วยเหลือทางการแพทย์ในช่วงเวลาของการจัดส่ง สาเหตุสูงสุดของการเจ็บป่วยในเด็กทารกเป็นโรคติดเชื้อ (โรคปอดบวม, หัด, โรคท้องร่วง, เชื้อหุ้มสมองอักเสบ โลหิตเป็นพิษ), ขาดสารอาหารและภาวะแทรกซ้อน <input type="checkbox"/> อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมเป็น ๘๘% มีสัดส่วนที่สูงในพื้นที่ชนบท (๙๒%) มากกว่าในเขตเมือง (๘๔%)	<input type="checkbox"/> ร้อยละ ๘๐ ของมารดา เสียชีวิตจาก ภาวะแทรก- ซ้อนที่หลีกเลี่ยงได้ เช่นเดียวกับกว่าครึ่งหนึ่งของทารกและเด็กที่ตาย <input type="checkbox"/> อัตราส่วนการตายของมารดา ๓๕๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ <input type="checkbox"/> ส่วนใหญ่คลอดที่บ้านโดยไม่มีผู้ช่วยคลอดที่มีทักษะเพียงพอ	<input type="checkbox"/> ร้อยละ ๘๐ ของมารดา เสียชีวิตจาก ภาวะแทรก- ซ้อนที่หลีกเลี่ยงได้ เช่นเดียวกับกว่าครึ่งหนึ่งของทารกและเด็กที่ตาย <input type="checkbox"/> อัตราส่วนการตายของมารดา ๓๕๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ <input type="checkbox"/> ส่วนใหญ่คลอดที่บ้านโดยไม่มีผู้ช่วยคลอดที่มีทักษะเพียงพอ	<input type="checkbox"/> อัตราการตายของแม่และเด็กในเขตชนบทสูงกว่าในเขตเมืองถึง ๗ เท่า <input type="checkbox"/> กลุ่มที่อพยพและชนกลุ่มน้อยแม่และเด็กไม่ได้รับความคุ้มครองจากระบบบริการ <input type="checkbox"/> จีนยังพบว่ามีปัญหาในเรื่องของความครอบคลุมในการรับวัคซีน <input type="checkbox"/> ชาวอุยกูร์ซึ่งนับถือศาสนาอิสลาม และเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดในชนหลายเชื้อชาติที่อาศัยอยู่ในเมือง ซินเจียงมีบุตรเฉลี่ย ๕ คนต่อครอบครัว ในขณะที่นโยบายวางแผนครอบครัวของจีน ได้กำหนดให้ชาวอุยกูร์มีลูกได้ครอบครัวละไม่เกิน ๓ คน ทำให้ส่วนหนึ่งเข้าไม่ถึงบริการ	<input type="checkbox"/> ร้อยละ ๕๐ ของการตายเกิดขึ้นในขณะที่คลอด ร้อยละ ๒๕ ในขณะที่ตั้งครรภ์ และร้อยละ ๒๕ ตายในระยะหลังคลอด และร้อยละ ๒๔ คลอดที่บ้านโดยไม่มีผู้ช่วยคลอด <input type="checkbox"/> ร้อยละ ๗๐ ของครอบครัวไม่ต้องการมีบุตรเพิ่ม <input type="checkbox"/> มีการใช้การวางแผนครอบครัว ร้อยละ ๖๒.๖ <input type="checkbox"/> ปัจจัยสำคัญที่พบได้แก่ การมีบุตรหลายคน ความไม่เพียงพอในการได้รับการดูแลก่อนคลอด และภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งการเข้าไม่ถึงบริการและสถานภาพที่ต่ำของสตรี	<input type="checkbox"/> อัตราส่วนการตายของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ๖๗.๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ <input type="checkbox"/> สาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีลูกถี่และมีลูกหลายคน ขาดการยอมรับการเว้นช่วงระยะการมีบุตร โดยการใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพ <input type="checkbox"/> ยังมีปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สูงถึงร้อยละ ๕๐

ตาราง ๓-๑ (ต่อ) เปรียบเทียบงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้กับต่างประเทศ

	มาเลเซีย	ฟิลิปปินส์	อินโดนีเซีย	จีน	ตุรกี	ไทย
แผนงาน อนามัยแม่และเด็ก	<p>□ มีแผนการพัฒนาสุขภาพประชากรเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตของแม่และเด็กตามกรอบแผนความร่วมมือการดำเนินงานการพัฒนาด้านสาธารณสุขของอาเซียน พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๘</p>	<p>มีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพเด็ก๒๐๒๕ ที่มีเป้าหมายระยะยาว ในปี ๒๐๒๕และแผนระยะกลางปี ๒๐๐๑ - ๒๐๐๔ คือ ๑. ลดอัตราการตาย(๑๗ต่อพันการเกิดมีชีพ) ๒. ลดอัตราการตายในเด็ก ๑-๔ ปี (๓๓.๖ต่อพันการเกิดมีชีพ)</p> <p>๓. ลดอัตราการตายในวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว (๕๐%)</p>	<p>□อินโดนีเซียเป็นหนึ่งใน ๑๐ ประเทศในอาเซียนที่มีการจัดทำแผนและดำเนินงานพัฒนาอนามัยแม่และเด็กตามปฏิญญาแห่งสหประชาชาติ (Millennium Development Goals :MDG)</p>	<p>□ รัฐบาลจีน และองค์กรระหว่างประเทศ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการพื้นฐานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลดช่องว่างระหว่างดินแดนเขตการปกครองและการพัฒนาบริการ</p>	<p>มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพสตรี (Women's Health Strategy Plan) โดยมีเป้าหมายลดการตายของมารดาและการตายปริกำเนิดของทารก ร้อยละ ๕๐</p> <p>□ เพิ่มการใช้การคุมกำเนิดด้วยวิธีที่ทันสมัย ร้อยละ ๗๐ ของกลุ่มที่ใช้วิธีคุมกำเนิด</p> <p>□ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ และให้บริการดูแลขณะตั้งครรภ์</p> <p>□ มีความมั่นใจทุกรายที่คลอดมีสุขภาพดี และลดความแตกต่างการให้บริการสุขภาพระหว่างภูมิภาค</p>	<p>มีแผนการดูแลสุขภาพกลุ่มสตรีตั้งครรภ์และเด็ก๐-๕ ปี โดยมีเป้าประสงค์</p> <p>๑. ปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนให้กลุ่มแม่และเด็กแรกเกิดถึง ๕ ปี ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุมทั่วถึงและเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค</p> <p>๒. สร้างระบบในการดูแลสุขภาพกลุ่มแม่และเด็กแรกเกิดถึง ๕ ปีอย่างมีคุณภาพและบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน เพื่อให้แม่เกิดรอด ลูกปลอดภัย เด็กเติบโต พัฒนาการสมวัย</p>

ตาราง ๓-๑ (ต่อ) เปรียบเทียบงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้กับต่างประเทศ

	มาเลเซีย	ฟิลิปปินส์	อินโดนีเซีย	จีน	ตุรกี	ไทย
นโยบาย ยุทธศาสตร์/แนวทาง	<p><input type="checkbox"/> มีนโยบายและโครงการดัชนีการวัดการเจริญเติบโตของเด็ก</p> <p><input type="checkbox"/> มีการกำหนดแนวทางในการลดปัญหาอนามัยแม่และเด็กร่วมกับเครือข่ายการสาธารณสุข</p> <p><input type="checkbox"/> มีการตรวจสอบในรายที่มารดาตายและมารดาที่เกือบจะเสียชีวิต</p> <p><input type="checkbox"/> มีการพัฒนาทักษะและขึ้นทะเบียนเป็นผดุงครรภ์โบราณก่อนจึงจะสามารถทำคลอดได้</p> <p><input type="checkbox"/> มีนโยบาย แผนปฏิบัติการ primary health care programmes เพื่อดูแลสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น และสร้างความเข้มแข็งใน adolescent friendly health services</p>	<p><input type="checkbox"/> มีกำหนดเป้าประสงค์เพื่อการลดความเสี่ยง เช่น เพิ่มความครอบคลุมการได้รับวัคซีน (๘๐%) , เพิ่มทารกดื่มนมแม่อย่างเดียวนใน ๖ เดือนแรก เป็น ๓๐% เพิ่มระยะเวลาทารกดื่มนมใน (๖ เดือน เป็น ๘๐% เพิ่มการดูแลเด็กป่วยให้มีความรู้และการปฏิบัติเป็น ๘๐% ลดภาวะทุพโภชนาการในเด็กโรงเรียน และเพิ่มการดูแลวัยรุ่น เป็น ๕๐%</p>	<p><input type="checkbox"/> เน้นนโยบายในการพัฒนาโดยเฉพาะกลุ่มที่ยากจน</p> <p><input type="checkbox"/> มีการเก็บข้อมูลที่เข้มงวดในแต่ละโปรแกรมที่ดำเนินการ เช่น โครงการ Safe Motherhood</p> <p><input type="checkbox"/> มีการประเมินโครงการผลกระทบต่อสุขภาพแม่และเด็กในอินโดนีเซียที่ยากจน ของWorld bank's Safe motherhood พบว่า การคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ๕๒-๖๘% สามารถลดอัตราทารกตายได้ ๒๕-๓๓% และลดอัตราตายในเด็กต่ำกว่า ๕ ปี ได้ ๘-๑๔%</p>	<p><input type="checkbox"/> มีการกำหนดกฎหมายรองรับเรื่องของการดูแลสุขภาพของมารดาและทารก</p> <p><input type="checkbox"/> มีการส่งเสริมการเข้าถึงบริการพื้นฐานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลดช่องว่างระหว่างดินแดนเขตการปกครองและการพัฒนาบริการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีการนำกลยุทธ์พัฒนา MCHผนวกเข้ากับยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม</p> <p><input type="checkbox"/> มีการกำหนดยุทธศาสตร์ลดโปลิโอในจีนเจียง โดยระยะสั้นหยุดการกระจายของโปลิโอ ระยะยาว พัฒนาทักษะของผู้เกี่ยวข้อง/ กำหนดมาตรการความเสมอภาคการให้บริการและการจัดบริการให้เหมาะสมตามบริบทของวัฒนธรรม/ ลดช่องว่างระหว่างเด็กทั่วไปและเด็กชายอายุ / สนับสนุน</p>	<p>มี ๓ ยุทธศาสตร์ :</p> <p>ยุทธฯ ๑. สนับสนุนการให้บริการดูแลสุขภาพสตรีและการวางแผนครอบครัว โดยให้หอสม. และผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม พัฒนาการให้บริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล / เพิ่มบทบาทของภาคเอกชน / มีวิธีการที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลกลุ่มเสี่ยง / เพิ่มการยอมรับการใช้ห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย / มีการให้คำปรึกษาหลังคลอดและหลังแท้งในการใช้ชีวิต คุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p>๕ ยุทธศาสตร์ :</p> <p>๑. พัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน ฝึกระวังและจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพแม่และเด็กรายบุคคล</p> <p>๒. บูรณาการในการจัดทำแผนพัฒนาเด็กอย่างองค์รวมระหว่างภาครัฐเอกชน ชุมชน ท้องถิ่น และขับเคลื่อนให้เกิดการปฏิบัติโดยใช้ข้อตกลงชาวบ้าน</p> <p>๓. สื่อสารความรู้ ความตระหนัก ในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และเด็กปฐมวัยเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้</p> <p>๔. พัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้ได้มาตรฐานและเป็นต้นแบบให้ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กได้เรียนรู้เพื่อนำสู่</p>

				ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม /		การปฏิบัติในครอบครัว
--	--	--	--	----------------------------	--	----------------------

ตาราง ๓-๑ (ต่อ) เปรียบเทียบงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้กับต่างประเทศ

	มาเลเซีย	ฟิลิปปินส์	อินโดนีเซีย	จีน	ตุรกี	ไทย
นโยบาย ยุทธศาสตร์/แนวทาง (ต่อ)	<p><input type="checkbox"/> มีการทำ 77WHO-Malaysia Country Cooperation Strategy (CCS) ในการจัดการภาวะโภชนาการเกิน น้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกาย ขาดสารอาหาร การบาดเจ็บและความรุนแรง ภาวะสุขภาพจิต HIV/AIDS ในกลุ่มวัยหนุ่มสาว และสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีการสร้างทักษะทั้งภาครัฐ เอกชน มีการกำกับติดตามผลลัพธ์และผลกระทบ มีกระบวนการแก้ปัญหา มีการพัฒนาระบบ sexual reproductive health มีการป้องกัน Cervical cancer รวมทั้งแนะนำ HPV vaccine</p>		<p>มีการพัฒนาการบริการด้านสุขภาพต่อคนพลัดถิ่น เพราะสงครามหรือการถูกบังคับ ใน Aceh Indonesia ด้วย Balance Scorecard: BSC วิธีการคือใช้ BSC พัฒนาจากความร่วมมือของทีมบุคลากรในคลินิกด้านสุขภาพของท้องถิ่น มีการพัฒนาด้าน preventive medicine, สุขภาพเด็ก ความเข้มแข็งทีมงานและการเข้าถึงยาที่จำเป็น</p>	<p>มีการใช้สื่อ ๒ ภาษาในการประชาสัมพันธ์ / มีการทำงานร่วมกันระหว่างอิหม่ามและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข / มีการให้ความรู้ที่มัสยิด รวมทั้งให้ความรู้กับอิหม่ามและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาทักษะของการสื่อสาร</p> <p><input type="checkbox"/> มีการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์เพื่อบริการและพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ในเขตชนบทอย่างเร่งด่วน</p> <p><input type="checkbox"/> จีน ได้ลงนามในสัญญา मिलเลนเนียม ซึ่งเป็นสัญญาความร่วมมือของสหประชาชาติเพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก</p>	<p>๒. โครงสร้างพื้นฐานในการบริการและบริหารจัดการ โดยทุกหน่วยงานมีคณะกรรมการซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญร่วมในการเตรียมโครงการระดับประเทศและควบคุมกำกับการดำเนินงาน</p> <p>มีองค์กรหรือตัวแทนที่จะประเมินผลดำเนินงาน / พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลการติดตามประเมินผล</p> <p>๓. ลอจิสติก, การเงินการคลัง และ purchase strategies</p>	<p>๕. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยผลิตภัณฑ์ความรู้และพัฒนาระบบการควบคุมกำกับติดตาม ประเมินผล</p>

บทที่ ๔

สภาพปัญหาการให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก ใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้และแนวทางการแก้ไขปัญหา

โครงการยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้

ได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ คือ

๑. เพื่อศึกษาปัญหาการให้บริการและการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๒. เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งจากผลการศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ปัญหาการให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็ก

ปัญหาการให้บริการและการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก ตลอดจนจุดแข็งและข้อควรพัฒนาของระบบการบริหารจัดการงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่สำคัญ มีดังนี้

๑. กระบวนการและผลลัพธ์ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

๑.๑ ผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์/เป้าหมายที่กำหนด

ผลการวิเคราะห์โดยรวมจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร พบว่า ผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มองความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็กอยู่ในระดับที่ยังไม่น่าพอใจ งานอนามัยแม่และเด็กยังไม่คืบหน้าเท่าที่ควร และผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจากอัตราส่วนการตายของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้สูงกว่าระดับประเทศ ระดับเขต และสูงกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพถึงกว่า ๔ เท่า ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์เป็นรายตัวชี้วัดสำคัญ พบว่า มีเพียงการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ที่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย นอกจากนั้นเกือบทั้งหมดมีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์/เป้าหมายที่กำหนด เช่น

๑.๑.๑ การฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ : เป้าหมายกำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ พบว่า ในช่วง ๑๑ ปีที่ผ่านมายังไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย อยู่ในช่วงร้อยละ ๗๕.๑-๘๘.๒ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์บางส่วนมีการโยกย้ายไปทำงานในระหว่าง ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้และมาเลเซีย ทำให้ไม่สามารถกลับมาฝากครรภ์ได้ตามกำหนด นอกจากนี้บางส่วนในรายที่เป็นการตั้งครรภ์หลังภาวะในการดูแลบุตรหลายคนทำให้การมารับบริการฝากครรภ์ ไม่บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์

๑.๑.๒ ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ : เป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งผลการศึกษาพบภาวะซีดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดตลอดทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งนี้ข้อมูลปี ๒๕๕๖ ในภาพรวมพบภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ ๑๗.๑ สูงสุดที่จังหวัดปัตตานี รองลงมาได้แก่ นราธิวาสและยะลา เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับประทานยาตามกำหนด และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

๑.๑.๓ การคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม : เป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ ๗ ในปี ๒๕๕๖ อัตราสูงสุดที่จังหวัดยะลา ร้อยละ ๘.๕ และต่ำสุดที่จังหวัดปัตตานี ร้อยละ ๖.๗

๑.๑.๔ การตายของมารดา : เป้าหมายระดับประเทศกำหนดไว้ไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ พบว่าในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมาแนวโน้มไม่ชัดเจนเนื่องจากอัตราขึ้นๆ ลงๆ ในปี ๒๕๕๖ อัตราส่วนการตายของมารดา ๖๒ ต่อแสนการเกิดมีชีพ สูงกว่าเป้าหมาย MDGs Plus (Millennium Development Goals Plus : MDGs Plus) เกือบ ๓ เท่าตัว ทั้งนี้พบว่าการตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุหลัก การตายจากสาเหตุทางอ้อมเพิ่มขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน มะเร็ง เป็นต้น

๑.๑.๕ การตายปริกำเนิดของทารก : เป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกิน ๘ ต่อพันการเกิด ในภาพรวมการดำเนินงานยังคงสูงกว่าเป้าหมายทั้ง ๓ จังหวัดชายแดนใต้

๑.๒ การรับบริการฝากครรภ์และคลอด พบว่า ๓ จังหวัดชายแดนใต้ นอกจากการมารับบริการฝากครรภ์และคลอดในสถานบริการสาธารณสุขแล้ว ยังมีการฝากครรภ์และทำคลอดที่บ้านกับโตะบีแค(ผดุงครรภ์โบราณ) รวมถึงมีการฝากครรภ์กับโตะบีแคควบคู่ไปกับฝากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย เหตุผลสำคัญคือหากไม่ฝากกับโตะบีแคจะไม่ทำคลอดให้หากต้องคลอดฉุกเฉินและที่เลือกจะคลอดที่บ้านกับโตะบีแคเพราะรู้สึกอบอุ่น ได้อยู่ใกล้ชิดญาติตลอดระยะเวลาของการคลอด อย่างไรก็ตามในภาพรวมอัตราการคลอดกับโตะบีแคลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๒.๕

ในปี ๒๕๕๖ จึงถือเป็นประเด็นความสำเร็จบางส่วนของความพยายามจัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก แสดงโดยแนวโน้มของอัตราการคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสูงขึ้น

บทบาทของ โຕ้ะบีแคะที่ยังคงปฏิบัติเป็นหลัก คือ การดูแลครรภ์ การนัดเพื่อคลอด และการส่งต่อมายังสถานบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่า โຕ้ะบีแคะถือเป็นพันธมิตรคนสำคัญในงานบริการอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ และส่วนใหญ่จะผ่านการอบรมการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกมาแล้ว ประเด็นพัฒนาศักยภาพในโຕ้ะบีแคะดังกล่าวพบสอดคล้องกับประเทศมาเลเซียมีการพัฒนาทักษะ โຕ้ะบีแคะด้วยกัน แต่จุดต่างสำคัญคือ โຕ้ะบีแคะในประเทศมาเลเซียจะต้องมีการขึ้นทะเบียนเป็นผดุงครรภ์โบราณก่อนจึงจะสามารถทำคลอดได้

๒. ปัจจัยเอื้อหลายประการใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้มีอิทธิพลและส่งผลต่อการให้บริการและการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็ก

๒.๑ ความเชื่อ : ตัวอย่างความเชื่อของมารดาไทยมุสลิมที่พบจากการสัมภาษณ์ในประเด็น เกี่ยวกับการรับประทานอาหารในขณะที่ตั้งครรภ์และในช่วงหลังคลอด ได้แก่ การห้ามกินอาหาร / ของแสลง เช่น บวบ พัก เพราะจะทำให้ตัวเย็น ควรรับประทานอาหารแห้ง เช่น เนื้อตากแห้ง ปลาเค็ม ปลาแห้ง เหตุผลคือ ปลาเค็มปลอดกัย หรือความเชื่อที่ว่า ห้ามกินมากเกินไปหรือกินยาบำรุงร่างกายเพราะจะทำให้เด็กตัวโตและคลอดยาก ความเชื่อในประเด็นดังกล่าวยังคงมีอยู่ใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้และเป็นความเชื่อที่มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองระหว่างตั้งครรภ์/หลังคลอดของมารดาไทยมุสลิม

๒.๒ ศาสนาและวัฒนธรรม วิถีชีวิตและภาษา

๑.๒.๑ ศาสนาและวัฒนธรรม เช่น พิธีแนนแง(ลูบไล่ครรภ์) เป็นพิธีกรรมที่จัดทำขึ้นมาเพื่อเป็นการดูแลครรภ์ของสาวที่ท้องแรกครบ ๓ เดือน ด้วยหลักการทางศาสนาที่เคร่งครัดในเรื่องของการปฏิบัติและหลักศรัทธาในศาสนาอิสลาม ดังนั้นหญิงมุสลิมส่วนมากจะโน้มรับความเชื่อในพิธีกรรมแนนแงนี้ในพื้นที่ ๓ จังหวัด

๑.๒.๒ วิถีชีวิตและภาษา : นอกจากภาษายาวีซึ่งเป็นภาษาถิ่นที่ใช้กันเป็นส่วนใหญ่แล้ว ยังพบว่าพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้พบการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าและออกไปประกอบอาชีพในพื้นที่ ๓ จังหวัดและประเทศมาเลเซียมีแนวโน้มสูงขึ้น ทำให้ความหลากหลายทางภาษา อาทิ ภาษาพม่า เขมร จีนฮ่อ ม้ง ฯลฯอุปสรรคการสื่อสารจากภาษาที่ใช้ต่างกัน ส่งผลให้มีความคลาดเคลื่อนต่อความรู้ความเข้าใจการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก

โดยสรุป ศาสนาและวัฒนธรรม วิถีชีวิตและภาษา มีอิทธิพลต่อแนวทางการดำเนินชีวิตของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมายโดยเฉพาะการมาฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์

๒.๓ สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่๓ จังหวัดชายแดนใต้ เป็นปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจในการเข้าพื้นที่เพื่อทำงานเชิงรุกเนื่องจากมีความหวาดกลัว วิตกกังวล และหวาดระแวงต่อความไม่มั่นใจในสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ทำให้การทำงานเชิงรุกในพื้นที่ประเด็นงานอนามัยแม่และเด็กถูกถ่ายโอนหน้าที่หลายส่วนให้กับอาสาสมัคร(อสม.) เนื่องจากเป็นคนในชุมชนนั้นๆ เช่น การเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาและขึ้นทะเบียนหญิงตั้งครรภ์และแนะนำการมาฝากครรภ์ให้เร็วที่สุด เป็นต้น

ข้อสังเกตสำคัญของผู้วิจัย ในประเด็นบทบาทการทำงานเชิงรุกที่เปลี่ยนไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขทำบทบาทดังกล่าวแทนนั้น น่าจะเป็นจุดอ่อนของระบบงานอนามัยแม่และเด็กที่ทำให้เกิดช่องว่าง (GAP) ของความรู้ความเข้าใจต่อปัญหาการให้บริการและการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่อย่างแท้จริง ด้วยเพราะชั้นของข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) อาจมีความคลาดเคลื่อนจากการเฝ้าระวังและดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้

๓. กลไกภาคสังคมและชุมชนในการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ยังพบน้อย

ข้อค้นพบสำคัญหนึ่งคือ ในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ซึ่งมีพหุวัฒนธรรม วิถีชีวิตหลักศาสนา ความเชื่อดั้งเดิม ฯลฯ ที่ยังคงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารับบริการและการดูแลสุขภาพตนเองนั้น การบริการอนามัยแม่และเด็กที่ใช้กลยุทธ์ขับเคลื่อนงานที่มีเพียงภาคส่วนสาธารณสุขเท่านั้น ไม่น่าจะสามารถรับมือกับปัญหาอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้น

การค้นหาแกนนำ (Mapping – Active key actors) การประสานพลังภาคีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม อาทิ ผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม โต๊ะครู เป็นต้น) ผู้นำท้องถิ่น ท้องที่ ผู้บริหารการศึกษา แกนนำชุมชน/ประชาชน รวมถึงเครือข่ายความมั่นคง ซึ่งเป็น “บุคคลที่ชาวบ้านไว้วางใจและศรัทธา” มาร่วมขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กน่าจะเป็นกลไกการทำงานที่ดีกว่า แทนที่สาธารณสุขจะแสดงบทบาทในการดำเนินงานทุกส่วนเองเหมือนในอดีต

๔. นโยบายและแนวทาง / รูปแบบ และกลไกการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กในภาคส่วนสาธารณสุข

๓.๑ นโยบาย / แนวทางการอนามัยแม่และเด็กใน Service Plan ถือเป็นจุดแข็งสำคัญของระบบการอนามัยแม่และเด็ก เนื่องจากอัตราส่วนมารดาตายพบสูงสุดใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ รูปธรรมที่ชัดเจน คือ โครงสร้างและกลไก Service Plan ระดับเขต ได้กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย เป็นหนึ่งสาขาหลักใน Service Plan ของเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ ซึ่งมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นแม่ข่ายของเครือข่ายบริการเขตสุขภาพที่ ๑๒ นอกจากนี้พบว่า ปัญหาการตายของมารดาได้ถูกจัดลำดับ (set priority) ให้เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญเร่งด่วนตามนโยบายของผู้ตรวจราชการฯ เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ และบรรจุเข้าในแผนยุทธศาสตร์ของเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ ประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาเปรียบเทียบงานอนามัยแม่และเด็กของ ๓ จังหวัดชายแดนใต้กับต่างประเทศ ที่พบว่า ประเทศมาเลเซีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย จีน และตุรกี ได้กำหนดแผนการพัฒนาสุขภาพประชากรเพื่อลดปัญหาการเสียชีวิตของแม่และเด็กด้วยเช่นกัน

๓.๒ โครงสร้างและกลไกการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กผ่าน MCH Board พบว่า การมีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Board – MCH Board) ตั้งแต่ระดับเขต ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ” ตลอดจนคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ถือเป็นส่วนสำคัญของระบบควบคุมกำกับและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานอนามัยแม่และเด็กที่ดี เพื่อการแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก ในการบูรณาการเชิงระบบทั้งในเรื่องการจัดการระบบบริการ เรื่องความครอบคลุมของการให้บริการในพื้นที่ และดูในเรื่องบุคลากรด้วย กล่าวคือ

๓.๒.๑ โครงสร้างและองค์ประกอบ MCH Board ระดับเขต (เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ ประกอบด้วย ๗ จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ สงขลา พัทลุง สตูล ตรัง ยะลา ปัตตานี นราธิวาส) ตามคำสั่ง MCH Board ระดับเขต ที่มีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ และหัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นที่ปรึกษา สาธารณสุขนิเทศก์ เป็นประธาน และมีคณะกรรมการเป็นองค์ประชุมซึ่งประกอบด้วย บุคลากรการแพทย์ระดับเชี่ยวชาญ/ชำนาญการ และหรือแพทย์พยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของ ๗ จังหวัด ร่วมเป็นกรรมการ อาทิ ประธานและเลขานุการ MCH Board ๗ จังหวัด นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (เวชกรรมป้องกัน)จากสาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มกุมารเวชกรรม จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล

ทั่วไป ผู้อำนวยการ/นักวิชาการจากศูนย์วิชาการ สาธารณสุขอำเภอ รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น เช่นเดียวกับ MCH Board ระดับอำเภอที่มีโครงสร้างรองรับและเชื่อมต่อกับ MCH Board ระดับเขต เป็นเครือข่ายของระบบระบบควบคุมกำกับ ตลอดจนเป็นเวทีสร้างการเรียนรู้ด้านวิชาการและบริหารจัดการ เพื่อการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ที่ดี เช่น ๑) การกำหนดให้มีแนวทางในการพัฒนาหลังการประชุม conference case มารดาตาย ๒) การมีระบบที่ปรึกษา/พี่เลี้ยงในงานอนามัยแม่และเด็ก โดยที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เป็นที่ปรึกษา/พี่เลี้ยงให้แก่ทีมแพทย์/พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการอบรม ปฏิบัติการ(เรียนรู้หน้างาน) เพื่อฝึกทักษะและเพิ่มพูนประสบการณ์ และ๓) การจัดระบบการส่งต่อ(Referral System) ภายในจังหวัด/ระดับจังหวัด เป็นต้น

ทั้งนี้ในประเทศมาเลเซีย มีการตรวจสอบในรายที่มารดาตายและมารดาที่เกือบจะเสียชีวิต (near miss) ในขณะที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้กำหนด conference case เพียงเฉพาะกลุ่มมารดาตาย อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์แนวคิดผู้บริหาร พบว่า ส่วนมากเริ่มให้ความสำคัญและใช้ข้อมูลมารดาที่เกือบจะเสียชีวิต มาเป็นกรอบในการกำหนดนโยบายและแนวทางการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เช่น ในหญิงตั้งครรภ์รายที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจและไม่ปฏิบัติตามอย่างที่ควรจะเป็น เช่น ยังท้องต่อไปเรื่อยๆ

๓.๒.๒ กลยุทธ์การทำ “บันทึกความเข้าใจ” หรือ “เอ็ม โอ ยู” (MOU-Memorandum Of Understanding) เป็นหนังสือกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตำบล ให้ถือว่าการลดอัตราการตายมารดา/งานอนามัยแม่และเด็กเป็นนโยบายการทำงานที่สำคัญของงานสาธารณสุขในพื้นที่ เป็นอีกหนึ่งแนวทางที่ปรากฏว่า ผู้บริหาร ได้ใช้เป็นแนวทางบริหารจัดการและขับเคลื่อนงานในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้

๔. ปัญหาด้านกำลังคนในงานอนามัยแม่และเด็ก

๔.๑ ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สูง

การวิเคราะห์กำลังคนด้านบุคลากรทางการแพทย์ในสายงานหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ แสดงโดยชัดเจนว่า มีความขาดแคลนสูงในขณะที่ยังมีประชากรและความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อเท็จจริงคือ โดยภาพรวมของ ๓ จังหวัดมีอัตราแพทย์ต่อประชากร

๑ : ๔,๓๘๐ (เกณฑ์ ๑ : ๒,๕๐๐ คน) ทันตแพทย์ ๑ : ๑๕,๒๒๖ (เกณฑ์ ๑ : ๘,๗๕๐) เภสัชกร

๑ : ๘,๘๐๐ (เกณฑ์ ๑ : ๖,๒๐๐)

วิเคราะห์แยกรายจังหวัด ดังนี้

ปัตตานี อัตราแพทย์ต่อประชากร ๑ : ๔,๔๗๕ ทัศนแพทย์ ๑ : ๑๔,๑๕๕
เภสัชกร ๑ : ๕,๒๖๕

ยะลา อัตราแพทย์ต่อประชากร ๑ : ๔,๓๖๒ ทัศนแพทย์ ๑ : ๑๓,๔๓๐
เภสัชกร ๑ : ๘,๒๓๑

นราธิวาส อัตราแพทย์ต่อประชากร ๑ : ๑๒,๗๗๑ ทัศนแพทย์ ๑ : ๑๘,๐๖๗
เภสัชกร ๑ : ๘,๘๑๘

ยกเว้นพยาบาลวิชาชีพ ๑ : ๔๕๕ (เกณฑ์ ๑ : ๕๕๐) เนื่องจากมีโครงการในการผลิตพยาบาล
๓,๐๐๐ คนเพื่อปฏิบัติงานในพื้นที่

เหตุผลสำคัญของการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สูง พบว่ามีการลาออก
โอบายสูงมากจากเรื่องความเสี่ยง/ความไม่สงบในพื้นที่ รวมถึงปัญหาการเปลี่ยนผู้ปฏิบัติงาน/
รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กบ่อย เนื่องจากลักษณะงานแม่และเด็กค่อนข้างยุ่งยาก มีตัวชี้วัดใน
แต่ละกิจกรรมย่อยของงานอนามัยแม่และเด็กหลายตัว หนึ่งตัวชี้วัดมีข้อมูล /รายละเอียดจำนวนมาก
การประเมินผลลัพธ์มักไม่ค่อยผ่าน ทำให้ขาดความก้าวหน้าทางราชการ(ไม่ได้ ๒ ชั้น) ซึ่งเป็น
เหตุผลสำคัญทำให้ผู้ปฏิบัติงานหมุนเวียนเปลี่ยนคนบ่อย ทั่วทั้งงานอนามัยแม่และเด็กเป็นงานที่ต้อง
อาศัยบุคลากรทางการแพทย์ผู้ปฏิบัติงานซึ่งมีความรู้ บวกทักษะและประสบการณ์ที่สั่งสมมา
เป็นสำคัญ

๔.๒ ศักยภาพบุคลากรในงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และ
ประสบการณ์ยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

เป็นข้อค้นพบจากมุมมองของผู้บริหารระดับสูงของจังหวัดว่า พื้นที่ ๓
จังหวัดชายแดนใต้เป็นพื้นที่ที่ทำงานยากกว่าพื้นที่อื่น เป็นเขตวัฒนธรรมพิเศษ รวมถึง
งานสาธารณสุขเป็นงานที่ยากกว่างานอื่น ต้องปรับความคิด ความเชื่อ ต้องเข้าใจวิถีชีวิต
หลักศาสนาและวัฒนธรรมในพื้นที่ ต้องรู้รากเหง้าของวัฒนธรรม รวมถึงปัญหาการตายของมารดา
ในพื้นที่ส่วนหนึ่งมาจาก Doctor error แม้จะพบว่ามีความรู้แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline
: CPG) แต่พบว่า บางส่วนไม่ได้ใช้ รวมถึงความล่าช้าอยู่ที่การตัดสินใจในการรักษา

ประเด็นการเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในงานอนามัยแม่และเด็ก
ได้มีการวางระบบเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรในงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ
และประสบการณ์ทั้ง ๓ จังหวัด รวมถึงนโยบายการจัดสรรโควตาพยาบาล ๓,๐๐๐ คนในพื้นที่
๓ จังหวัดชายแดนใต้ ช่วยให้มีบุคลากรเพียงพอในส่วนการให้บริการ อย่างไรก็ตามยังมีจุดควร

พัฒนาที่สำคัญ คือ พยาบาล ๑,๐๐๐ คนยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ซึ่งถือประเด็นท้าทายของ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ที่จะพัฒนาศักยภาพให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ปฏิบัติงานงานอนามัยแม่และเด็ก ให้มีความรู้ความสามารถตามหลักวิชาการ(Medical service) มีทักษะและประสบการณ์ มีระบบพี่เลี้ยงที่คอยให้คำปรึกษาและกำลังใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงการกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าและแผนรักษากำลังคนให้อยู่ในพื้นที่ ตามเจตนารมณ์การผลิตและจัดสรรโควต้าพยาบาล ๑,๐๐๐ คนให้กับพื้นที่นี้ เพื่อให้เป็นกำลังสำคัญในงานอนามัยแม่และเด็กได้อย่างแท้จริง

รวมถึงมีการพัฒนาศักยภาพทีมงานอนามัยแม่และเด็ก อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุข และ โต๊ะบีแค ให้สามารถทำบทบาทผู้สนับสนุนในงานอนามัยแม่และเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นอบรมฟื้นฟูความรู้ความเข้าใจในเรื่อง การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ฯลฯ

ยุทธศาสตร์การให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ในที่นี้จะนำเสนอ เป็น ๓ ส่วน คือ

๑. แนวคิดการกำหนดยุทธศาสตร์

๒. ๓ ยุทธศาสตร์การให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๓. ความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนแนวทางการอนามัยแม่และเด็ก ๓ จังหวัดชายแดนใต้ กับ ๓ ยุทธศาสตร์

๑. แนวคิดการกำหนดยุทธศาสตร์งานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งนี้ในการศึกษาวิจัยนี้ถูกพัฒนาขึ้นบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้แก่

๑.๑ จากผลการศึกษาแนวคิดของผู้เกี่ยวข้อง ๓ กลุ่มเป้าหมายหลัก คือ

๑.๑.๑ กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด/รองผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และสาธารณสุขอำเภอ

๑.๑.๒ กลุ่มผู้ปฏิบัติ ได้แก่ สูติแพทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

๑.๑.๓ เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข ผอ.ศูนย์โบราณ และคู่สมรส

สาระสำคัญ/ข้อเสนอแนะ โดยสรุป ดังนี้

ควรเปลี่ยนแนวคิดการทำงานจาก Functional Base เป็น Area Base โดยมีตัวชี้วัด และกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในงานอนามัยแม่และเด็กเป็นรายพื้นที่ เน้นกิจกรรมที่สำคัญ คือการเยี่ยมบ้านในการติดตามและเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์เป็นรายคนหรือแบบบ้านต่อบ้าน

ควรมีระบบพี่เลี้ยง ซึ่งได้แก่ เชี่ยวชาญทางสูติกรรม เพื่อให้คำปรึกษาและเชื่อมโยงระหว่างระบบบริการปฐมภูมิ - ทติยภูมิ - คติยภูมิ พัฒนาระบบส่งต่อ เร่งการประชาสัมพันธ์ ผลักดันให้ผู้นำศาสนา มีบทบาทสำคัญมาช่วยในด้านสุขภาพให้มากขึ้น

๑.๒ บทเรียนจากในประเทศและต่างประเทศ พบประเด็นสำคัญเพื่อพัฒนาแนวคิดในการจัดทำยุทธศาสตร์ คือ

๑.๒.๑ บทเรียนจากในประเทศ ปัญหาด้านสาธารณสุขที่ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้รับบริการมีความเชื่อทางศาสนานั้น ต้องมีความเข้าใจการซ้อนทับ ๓ วิธี คือ (๑) ศาสนาอิสลาม (๒) วัฒนธรรมท้องถิ่น และ (๓) วิธีชนบท

๑.๒.๒ บทเรียนจากต่างประเทศ พบว่า ในส่วนของประเทศจีน องค์การระหว่างประเทศมีบทบาทสำคัญร่วมกับรัฐบาลจีนในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการพื้นฐานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลดช่องว่างระหว่างดินแดนเขตการปกครองและการพัฒนาบริการ มีการนำกลยุทธ์พัฒนาการอนามัยแม่และเด็ก ผสานเข้ากับยุทธศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม มีการกำหนดมาตรการความเสมอภาคการให้บริการและการจัดบริการให้เหมาะสมตามบริบทของวัฒนธรรม เพื่อลดช่องว่างระหว่างดินแดนเขตการปกครองและการพัฒนาบริการ มีการกำหนดกฎหมายรองรับเรื่องของการดูแลสุขภาพของมารดาและทารก มีการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์เพื่อบริการและพัฒนาอนามัยแม่และเด็กในเขตชนบทอย่างเร่งด่วน รวมถึงมีการให้ความรู้กับอหิมาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการพัฒนาทักษะของการสื่อสาร

ประเทศมาเลเซีย ยุทธศาสตร์/แนวทางสำคัญ อาทิ มีการตรวจสอบในรายที่มารดาตายและมารดาที่เกือบจะเสียชีวิต มีนโยบาย/ แผนปฏิบัติการ primary health care program เพื่อดูแลสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น และสร้างความเข้มแข็งใน adolescent friendly health services

ประเทศอินโดนีเซีย มีการพัฒนาการบริการด้านสุขภาพต่อคนพลัดถิ่น ใน Aceh Indonesia ด้วยการนำ Balance Scorecard: BSC เป็นเครื่องมือในการพัฒนาความร่วมมือของทีมบุคลากรในคลินิกด้านสุขภาพของท้องถิ่น มีการพัฒนาด้าน preventive medicine, สุขภาพเด็ก ความเข้มแข็งทีมงานและการเข้าถึงยาที่จำเป็น

๒.๓ ยุทธศาสตร์หลัก เพื่อให้บริการอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ในที่นี้ได้เสนอยุทธศาสตร์การให้บริการอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ใน ๓ ด้านหลัก คือ

๒.๑ ยุทธศาสตร์ด้านการจัดบริการ

๒.๑.๑ กำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Case Management) ในปัญหาที่สำคัญ รุนแรงในทุกพื้นที่ทุกจังหวัด

หลักการคือ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะมีเจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ ๑ คน ให้การดูแลและบริการอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหรือมีภาวะเสี่ยงสูง พร้อมมีสูติแพทย์ ๑ คน (สูติแพทย์ จากโรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลทั่วไป) เป็นแพทย์เจ้าของไข้เพื่อรับรู้สภาพปัญหาผู้ป่วย และติดตามดำเนินการเฝ้าระวัง วางแผนและแก้ไขปัญหาลดลงช่วงระยะเวลาดังครรถ์ ตลอดและหลังคลอด

๒.๑.๒ มุ่งเน้นการจัดบริการเชิงรุกเข้าหาประชาชน

๒.๑.๒.๑ การเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงทุกราย เพื่อตรวจคัดกรองเฝ้าระวังและหากพบภาวะเสี่ยงสูง ต้องได้รับการดูแลและติดตามจนกลับเข้าสู่ภาวะปกติ และหรือมีการคลอดที่ปลอดภัยทุกราย

๒.๑.๒.๒ การรณรงค์ฉีดวัคซีนพื้นฐาน ให้ครบในพื้นที่ โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ในรายชื่ออยู่ในพื้นที่ห่างไกล และหรือเดินทางไม่สะดวก

การสร้างภูมิคุ้มกันเป็นสิ่งที่จะช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อทั้งในมารดาและทารกและยังสามารถป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกหลังคลอดได้ วัคซีนชั้นพื้นฐานที่จำเป็น เช่น หัดเยอรมัน ไรส์ตักอักเสบบี เป็นต้น

๒.๑.๓ การปรับระบบบริการและสร้างทางเลือกของบริการให้หลากหลายเข้ากับบริบทด้านความเชื่อ และวิถีชีวิตของประชาชน

๒.๑.๓.๑ พัฒนาระบบรับ-ส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เร่งพัฒนาคุณภาพจัดระบบบริการ : สูติแพทย์กับงานห้องคลอด เพื่อให้ตอบสนองต่อการลดอัตราการตายของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ให้เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ โดยเป็นความร่วมมือของเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทศวิทยุ จนถึงระดับตติยภูมิ รวมถึงการพัฒนาทักษะของผดุงครรภ์โบราณ (โตะบีแค) การประกอบพิธีทางศาสนาในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ยังคงพบปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล และในห้วงยามวิกฤต จึงควรเร่งปรับระบบบริการ / ประสานความร่วมมือในทุกพื้นที่ ทั่วขอบต. (องค์การบริหารส่วนตำบล) ให้หน่วยบริการด้านหน้า FR (First Responder - FR) สามารถปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันเวลาและได้รับความปลอดภัย

๒.๑.๓.๒ การจัดระบบข้อมูล ปัญหาการขาดการเชื่อมโยงฐานข้อมูลต่างๆ เข้าด้วยกัน ทำให้การใช้ประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการข้อมูลมีอยู่อย่างจำกัด ความจำเป็นหนึ่งเพื่อปรับระบบบริการและส่งต่อผู้ป่วย กรณีย้ายที่ทำงาน ย้ายสถานบริการ ให้มีประสิทธิภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดระบบเชื่อมโยงข้อมูลทั้งระดับจังหวัดและประเทศ ควบคู่ไปกับการวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบข้อมูล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบข้อมูลที่ตอบสนองต่อการให้บริการแบบไร้รอยต่อได้อย่างแท้จริง

นอกจากนี้การนำสื่อสังคมออนไลน์ (social media) ซึ่งเป็นสื่อเทคโนโลยีรูปแบบใหม่ (new media) เข้ามาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพัฒนาระบบเครือข่ายในงานอนามัยแม่และเด็ก เช่น ใช้เป็นเครื่องมือในการสอบถามปัญหาทางานสุติกรรมกับผู้เชี่ยวชาญหรือรายงานสถานะความเคลื่อนไหวในการทำงาน รวมถึงช่วยจัดการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น เป็นการพัฒนากระบวนการจัดการสุขภาพให้เข้ากับวิถีสังคมของคนยุคใหม่ด้วย

๒.๑.๓.๓ การสร้างทางเลือกของการบริการให้หลากหลาย เข้ากับบริบทด้านความเชื่อ และวิถีชีวิตของประชาชน เช่น

วัคซีนฮาลาล

สถานการณ์โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่เป็นปัญหา (หัด คอตีบ และคางทูม) ในปี ๒๕๕๕ ถึงปีพ.ศ. ๒๕๕๖ พบมีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อพิจารณาข้อมูล ณ ปีพ.ศ. ๒๕๕๖ ของ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า

โรคหัดมีอัตราป่วยสูงสุดในจังหวัด นราธิวาส (นราธิวาส ๖.๕๖, ปัตตานี ๖.๑๘, ยะลา ๒.๒๓) โรคคอตีบ พบระบาดในทั้ง ๓ จังหวัด (ปัตตานี ๐.๖, ยะลา ๐.๔๑ ๐.๔) โรคคางทูมพบการระบาดต่อเนื่องในทุกจังหวัด นราธิวาส ๒๘.๒๓, ปัตตานี ๒๗.๔๓, ยะลา ๑๐.๑๓)

ทั้งนี้ปัญหาการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ส่วนหนึ่งของการไม่ไปฉีดวัคซีน คือ วัคซีนไม่ฮาลาล ดังนั้นควรมีการจัดหาวัคซีนฮาลาลเพื่อเพิ่มทางเลือกการเข้ารับบริการสุขภาพ ถ้ามีความเป็นไปได้

การคุมกำเนิด

ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดในหญิงตั้งครรภ์มุสลิม ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ที่พบว่ายังมีความเชื่อและความคิดเห็นแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามหากการตั้งครรภ์จะเป็นการเสี่ยงต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจหรือชีวิตของหญิงตั้งครรภ์มุสลิมแล้ว การรับบริการคุมกำเนิดชั่วคราวหรือเว้นระยะของการมีบุตร รวมถึงเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของคนไข้ ในหลักศาสนาอิสลามก็ไม่ได้เป็นข้อห้ามแต่อย่างใด

การจัดบริการคุมกำเนิดชั่วคราว ให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น จากการมีลูกถี่ มีลูกหลายคน มีลูกเมื่ออายุมาก และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว ด้วยคำแนะนำให้เว้นช่วงระยะการมีบุตร เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของจัดระบบบริการที่เจ้าหน้าที่ต้องมีความเข้าใจ สามารถสื่อสารและเสนอทางเลือกในการให้บริการคุมกำเนิดชั่วคราวมากกว่าการคุมกำเนิดชนิดถาวร ซึ่งขัดกับวิถีชีวิต ความเชื่อและหลักศาสนาของชาวไทยมุสลิมใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้

เมนูอาหารมุสลิม : อาหารฮาลาล

เพื่อให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และดีต่อสุขภาพ เป็นเป้าหมายพื้นฐานของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในการสร้างหลักประกันให้ประชาชน การวิเคราะห์อาหารในท้องถิ่นที่วิถีไทยมุสลิมรับประทานเป็นประจำ ผสมผสานความรู้ทางวิชาการที่จะเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการให้แก่หญิงตั้งครรภ์และบุตร เพื่อเป็นเมนูเฉพาะที่สามารถจัดซื้อได้ในราคาเหมาะสมและหรือสามารถจัดหาวัตถุดิบในท้องถิ่นเพื่อมาประกอบเองได้

เมนูอาหารมุสลิม จึงเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ของยุทธศาสตร์การจัดระบบบริการที่มีมุมมองด้านความเสมอภาคทางสุขภาพ ในการให้ความสำคัญต่อวัฒนธรรมเฉพาะของกลุ่มคน/ท้องถิ่น และเพิ่มโอกาสให้ประชาชนสามารถเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพที่มีคุณค่าได้โดยง่าย

๑. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือของชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา และภาคีต่างประเทศ

ปัญหาสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยและตัวแปรในหลายมิติ ที่องค์กรเฉพาะด้านสาธารณสุขไม่สามารถแบกรับภาระหรือแก้ปัญหาได้โดยลำพัง จำเป็นต้องอาศัยความรับผิดชอบร่วมกัน ระหว่างทุกฝ่ายในการเป็นภาคีความร่วมมือ เพื่อไปสู่เป้าหมายสุขภาพดี และคุณภาพชีวิตที่ดีโดยถ้วนหน้า และข้อจำกัดต่างๆ อาทิ โครงสร้างระบบราชการ สถานการณ์

ทางการเมืองที่ยืดเยื้อมาอย่างยาวนาน เป็นต้นก่อเกิดบทเรียนความสำเร็จและไม่สำเร็จจำนวนมาก ให้เป็นประเด็นความท้าทายในการปรับยุทธศาสตร์ใหม่ ดังนั้นการค้นหาศักยภาพ เชื่อมประสาน และดึงผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา รวมถึงผู้นำชุมชนที่เป็นบุคคลซึ่งชาวบ้านไว้วางใจ และศรัทธา เข้ามามีส่วนร่วม เป็นกลยุทธ์สำคัญภายใต้แนวคิดของยุทธศาสตร์นี้

๑.๑ นักการเมืองท้องถิ่น เช่น นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ฯลฯ กับการชูธง “นโยบายแม่และเด็ก” เป็นประเด็นหาเสียงเพื่อรับสมัครเลือกตั้งท้องถิ่น

การให้ความสำคัญกับนักการเมือง/ผู้นำท้องถิ่น ซึ่งเป็นภาคีความร่วมมือเพื่อสุขภาพที่สำคัญในระดับพื้นที่ นับเป็นการลงทุนทางสังคมที่สำคัญและเพื่อให้เป็นพันธมิตรด้านสาธารณสุขที่เข้มแข็ง การผลักดันให้ “นโยบายสุขภาพแม่และเด็ก” ได้รับการบรรจุเป็นนโยบายหาเสียงของการเลือกตั้งระดับท้องถิ่นนั้น เป็นก้าวอย่างสำคัญของกลยุทธ์นี้ ที่ท้าทายและรอการเคลื่อนไหวโดยที่ภาคส่วนสาธารณสุขจำต้องแสดงเจตนาธรรมอันแน่วแน่ ปรับบทบาทและแสดงจุดยืนระหว่างทุกภาคส่วนในหลักการ “ภาคร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำและร่วมรับประโยชน์”

ความสำคัญของภาคีท้องถิ่นกับนโยบายหาเสียงประเด็นสุขภาพแม่และเด็ก จึงเป็นอนาคตร่วม และอีกหนี่งทางออกของยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือกับผู้นำท้องถิ่น ซึ่งมีผลอย่างมากต่อสุขภาพและความสุขของประชาชน

๑.๒ ผู้นำศาสนา

ผู้นำศาสนาอาทิ ประธานอิสลามประจำจังหวัด โต๊ะอิหม่าม โต๊ะครู อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะมีอิทธิพลต่อเจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนของ ๓ จังหวัดชายแดนใต้มาก จึงจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในคุณค่าของสุขภาพ และสนับสนุนองค์ความรู้ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ดำเนินการ และเป็นผู้นำทางสุขภาพ

๑.๓ ภาคร่วมคิด : ไทยและมาเลเซีย

การพัฒนาในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้ต้องเปิดประเทศและต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยี การศึกษาวิจัย การใช้มาตรการทางกฎหมาย รวมถึงประสบการณ์การพัฒนาสาธารณสุข หรือการแก้ปัญหาโรคท้องถิ่นในภูมิภาคนี้

รูปธรรมที่สำคัญของการเป็นภาคีความร่วมมือ ในระหว่างประเทศเพื่อนบ้าน คือ ยังมีปัญหาการเข้าเมืองและหรือแรงงานย้ายถิ่นอย่างผิดกฎหมาย ส่งผลต่อปัญหาความยากลำบากในงานอนามัยแม่และเด็กของประชาชนในพื้นที่ ๓ จังหวัด เช่น การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของมารดาและทารกไทยในประเทศมาเลเซีย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือในการแก้ปัญหาดังกล่าวจากองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและระหว่างประเทศด้วย

๒. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างศักยภาพของประชาชน ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง (Health Literacy) เพื่อความยั่งยืนในการแก้ปัญหาในระยะยาว

โดยวิถีมุสลิมซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ การสร้างความรู้และความเข้าใจในเรื่องการให้บริการและการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงเรื่องอื่น ๆ นั้น จะต้องไม่ขัดต่อหลักศาสนา ยุทธศาสตร์การสร้างศักยภาพของประชาชน เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน การลดข้อจำกัดด้านการสื่อสารจากปัญหาภาษาท้องถิ่น ฯลฯ และการสร้างความรู้เพื่อประชาชนตามหลักและวิถีมุสลิม ถือเป็นยุทธศาสตร์การคิดหาแนวทางปัญญาด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง (Health Literacy) ให้กับประชาชน

๒.๑ พัฒนาศักยภาพสามิ : คนสำคัญของหญิงตั้งครรภ์

การสนับสนุนและให้ความสำคัญกับสามิของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม ด้วยการให้ข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างเจตคติใหม่ในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์โดยเฉพาะภรรยาของตน ที่ไม่ควรเข้าใจผิดว่า การตั้งครรภ์และหรือดูแลบุตรเป็นบทบาทของสตรี ในทางกลับกันควรมีบทบาทในการดูแลและเข้าใจปัญหาอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้สามารถปกป้องตนเองและครอบครัวจากความเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม รวมถึงสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ ทั้งนี้โดยใช้กลยุทธ์ผ่านความรู้ในเรื่องดังกล่าวจากผู้นำศาสนาไปยังสามิของหญิงตั้งครรภ์ตามวาระต่างๆ หรือในเวทีที่มีการรวมตัวกันของชายไทยมุสลิมด้วย

๓. ความเป็นไปได้ ในการปรับเปลี่ยนแนวทางการอนามัยแม่และเด็ก

๓ จังหวัดชายแดนใต้ กับ ๓ ยุทธศาสตร์ : ด้านการจัดบริการ ด้านการสร้างความรู้และความร่วมมือของชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา และด้านการสร้างศักยภาพของประชาชน ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง

ประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการจัดบริการ ที่กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Case Management) ในทุกพื้นที่ การจัดบริการเชิงรุกและการสร้างทางเลือกของการบริการให้หลากหลายเข้ากับบริบทด้านความเชื่อ และวิถีชีวิตของประชาชน ตลอดจนในห้วงการบริการส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดบริการนั้น น่าจะมีความเป็นไปได้สูง ด้วยเหตุผลทางวิชาการและข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

ข้อมูลด้านอัตราค่าลังคน เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ ได้กล่าวถึงนักสุขภาพครอบครัว ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ทันตภิบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งมีอัตราส่วนต่อประชากรได้ตามมาตรฐาน (ไม่เกิน ๑,๒๕๐) ทุกจังหวัด โดยในภาพรวมมีอัตราส่วน ๑ : ๘๒๑ รวมถึงแผนสนับสนุนการ

พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทั้งในส่วนกลางและระดับเขต (เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒) ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะกำลังคนเพื่อรองรับระบบบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ (Better Service) ตลอดจนการมีระบบกำกับ ติดตามเพื่อการแก้ไขปัญหาารดาตายของ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ด้วยเวทีประชุมคณะกรรมการบริหารระดับเขต การประชุมเวที MCH Board ระดับจังหวัด และอำเภอทุกเดือน รวมถึงการจัดระบบพี่เลี้ยงเพื่อให้คำปรึกษาทางด้าน Medical service ทั้งในระดับเขต ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และในระดับจังหวัด (๓ จังหวัดชายแดนใต้) ได้แก่ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

สำหรับประเด็นยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือของชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ด้านการสร้างศักยภาพของประชาชน ด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง พบเหตุผลทางวิชาการและข้อมูลเชิงประจักษ์สนับสนุนความเป็นไปได้สูง ดังนี้

โดยบริบทพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ประชากรส่วนใหญ่ในพื้นที่เลือกที่จะรับสื่อจากบุคคล (การสื่อสารปากต่อปาก) ทั้งในรูปแบบการรับถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารจากสภากาแฟ และการรับรู้ข่าวสารจากผู้นำทางศาสนา และเนื่องจากเป็นเรื่องที่ไม่ขัดกับหลักการทางศาสนา สามารถปรับหลักการศาสนา มาเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบการให้บริการและการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กบริการอนามัยแม่และเด็กได้ รวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)พร้อมที่จะช่วยเหลืองาน นอกจากนี้ โด๊ะบีแค (ผดุงครรภ์โบราณ) ยังคงเป็นเครือข่ายที่ดีในงานอนามัยแม่และเด็ก พร้อมทั้งจะส่งต่อในรายที่มีภาวะเสี่ยง อีกทั้งมีผลการศึกษาวิจัยรองรับว่า สาธารณสุขยังคงเป็นหน่วยงานรัฐที่ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้เห็นว่า มีความสำคัญในระดับสูง เนื่องจากเข้ามาพบปะพูดคุยและช่วยแก้ปัญหาชาวบ้านในชุมชนได้

สรุป

๓ ยุทธศาสตร์การให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังกล่าวข้างต้น มีความเป็นไปได้สูงในการขับเคลื่อนสู่อนาคต ด้วยผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น

บทที่ ๕

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลทั้งภายในและต่างประเทศ และหาข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัญหา ด้านอนามัยแม่และเด็กในเขต ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ พอจะสรุปได้ดังนี้

๑. สภาพปัญหาการให้บริการและการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

บริการด้านการอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health - MCH) ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนใหญ่จัดโดยภาครัฐและส่วนน้อยอยู่ในความรับผิดชอบของเอกชน โดยภาพรวมสภาพปัญหาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังมีความรุนแรงมากกว่าภาคอื่นๆ และมากกว่าภาพเฉลี่ยของประเทศ แสดงออกด้วยดัชนีชี้วัดที่สำคัญ เช่น อัตราการตายของมารดา อัตราการตายปริกำเนิด ภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ การได้รับวัคซีน ฯลฯ ล้วนสูงกว่าเกณฑ์ใน Millennium Development Goals (MDG) ของสหประชาชาติ ซึ่งสาเหตุหลักของปัญหามาจากหลายส่วน ทั้งในด้านการจัดบริการและการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กไม่ได้ตามเกณฑ์ เช่น การฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ การรับวัคซีนขั้นพื้นฐาน ฯลฯ ผนวกกับวัฒนธรรมและศาสนา วิถีชีวิตและภาษา เป็นปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อการให้บริการและการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กของหญิงตั้งครรภ์ไม่บรรลุตามเป้าหมาย

ที่สำคัญคือ การรับรู้และยอมรับปฏิบัติตามในการดูแลสุขภาพของประชาชน (Health literacy) ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีระดับต่ำ ส่วนหนึ่งจากความเชื่อตามหลักศาสนาอิสลาม อุปสรรคการสื่อสารจากภาษาที่ใช้ต่างกัน นอกจากนี้ปัญหาจากสถานการณ์ความรุนแรงใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ การไม่จริงจังกับการให้บริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่รัฐขาดความร่วมมือจากชุมชนและครอบครัว (สามี) ต่อการมีส่วนร่วมรับรู้ ก็ทำให้สภาพปัญหายังรุนแรงอยู่ ด้านทรัพยากรของรัฐ เงิน เครื่องมือ/อุปกรณ์ พบว่า มีค่อนข้างเพียงพอ จากการสนับสนุนและความสนใจของส่วนกลางในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่า การสรรพยาบาล ๓,๐๐๐ คนให้กับพื้นที่ ๓ ชายแดนใต้ทำให้มีสัดส่วนพยาบาลสูงขึ้นมาก

ด้านกำลังคนในงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์อื่นนอกเหนือจากพยาบาลสูงถึงร้อยละ ๕๐ เนื่องจากเป็นพื้นที่เสี่ยง/มีสถานการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นบ่อยครั้งในพื้นที่ รวมถึงผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กหมุนเวียนเปลี่ยนคนบ่อย จากปัญหางานอนามัยแม่และเด็กเป็นงานที่ยาก

๒. ยุทธศาสตร์การให้บริการด้านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้เสนอยุทธศาสตร์ใน ๓ ด้านหลัก คือ

๒.๑ ยุทธศาสตร์ด้านการจัดบริการ มุ่งเน้นบริการเชิงรุกเข้าหาประชาชน การปรับทางเลือกของบริการให้หลากหลายเข้ากับบริบทด้านความเชื่อ และวิถีชีวิตของประชาชน จัดบริการอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

กลยุทธ์สำคัญ คือ กำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Case Management) ในปัญหาที่สำคัญ รุนแรงในทุกพื้นที่ทุกจังหวัด เพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกราย รวมถึงการดูแลอนามัยแม่และเด็กในระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด

๒.๒ ยุทธศาสตร์ด้านสร้างความเข้าใจและความร่วมมือของชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ซึ่งมีผลต่อความเชื่อ พฤติกรรมต่อประชาชนในการดูแลสุขภาพ

กลยุทธ์สำคัญ คือ การค้นหาภาคีคนสำคัญที่เป็นบุคคลซึ่งชาวบ้านไว้วางใจ และศรัทธา เพื่อการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ และควรให้ความสำคัญกับนักการเมืองท้องถิ่น เช่น นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ฯลฯ เพื่อผลักดัน “นโยบายสุขภาพแม่และเด็ก” ให้เป็นประเด็นหาเสียงเพื่อสมัครเลือกตั้งท้องถิ่น รวมถึงให้ความสำคัญกับ ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร อาทิจิ ประชานอิสลามประจำจังหวัด โต๊ะอิหม่าม โต๊ะครู อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นต้น และใช้ความศรัทธาของประชาชนต่อบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งพบว่ายังมีสูงกว่าเจ้าหน้าที่รัฐอื่นๆ เพื่อเป็นจุดแข็งในการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจในการให้บริการเชิงรุกรัฐบาลควรมีระบบรักษาความปลอดภัยในพื้นที่ที่เข้มแข็งด้วย

๒.๓ ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างศักยภาพของประชาชน ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง (Health Literacy)

กลยุทธ์สำคัญ คือ การติดอาวุธทางปัญญาให้สตรีและสามี เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง ดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กในครอบครัว ชุมชน และเพื่อความยั่งยืนในการแก้ปัญหาในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ในการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่เสนอมานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน และภาคราชการ ทั้งในส่วนฝ่ายความมั่นคง ซึ่งเป็นกำลังหลักในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้และฝ่ายสาธารณสุข นอกจากการประสานงานแล้วอาจมีการร่วมปฏิบัติในบางกรณี การสร้างแนวร่วมทางด้านความคิดในพื้นที่เป็นส่วนสำคัญยิ่งที่จะเกิดความร่วมมือ และการแก้ปัญหา ที่ยั่งยืนในระยะยาว นอกจากนั้นสิ่งที่ควรกระทำ คือ

๑. รัฐควรบรรจุปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน เข้าไปในแผนการดูแลปัญหาความไม่สงบใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อการบูรณาการปฏิบัติและวางแผนร่วมกัน

การดำเนินงานเกือบทั้งหมดที่ผ่านมา เป็นการผลักดันนโยบายอนามัยแม่และเด็กจากมุมมองภายใน (Inside out) ทางวิชาการจากส่วนกลาง ซึ่งอาจส่งผลต่อความรู้สึกไม่เข้าใจต่อเจตนารมณ์ของนโยบาย หรือไม่เห็นถึงความจำเป็นต้องมีส่วนร่วมกับกลไกการขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุเป้าหมายอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะให้รัฐบาลควรบรรจุปัญหาด้านสุขภาพอนามัยแม่และเด็กของประชาชน เข้าไปในแผนการดูแลปัญหาความไม่สงบใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อการบูรณาการปฏิบัติและวางแผนร่วมกันนั้น เป็นการชูธงเรื่องยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ความไม่สงบให้เด่นชัด รวมถึงเป็นการสร้างความเป็นไปได้ให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดเข้ามาอยู่ในตาข่ายของการทำงานร่วม วิธีการดังกล่าวจะช่วยเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพประชาชนในพื้นที่ร่วมกัน

ด้านการทำงานในระดับพื้นที่ คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Board – MCH Board) และทีมวิชาการอนามัยแม่และเด็ก ควรแสดงบทบาทผู้สนับสนุนหลักฐาน / ข้อมูลทางวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือ ผ่านการสังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อการสื่อสาร / ถกแถลงและตัดสินใจร่วมเพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงกำหนดให้มีระบบการติดตามและประเมินผลกระทบทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ข้อมูลภาพรวมทั้งหมควมีความเหมาะสมและสามารถสะท้อนลักษณะสำคัญ (Key features) ของกระบวนการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก

๒. การดำเนินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเป็นเชิงรุกและเป็นรายบุคคล (Case Management) แม้จะใช้ทรัพยากรและความทุ่มเทมากกว่าปกติ

๓. ควรมีคลินิกฝากครรภ์เคลื่อนที่ที่มีสัปดาห์ละครั้ง เช่น จัดในวันศุกร์ที่มีการละหมาดใหญ่ ๑ ครั้งต่อเดือนต่ออำเภอ โดยใช้เจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาท้องถิ่น และผดุงครรภ์โบราณให้บริการ ทั้งนี้โดยเสนอโครงการผ่านศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ร่วมจัดบริการและสนับสนุนงบประมาณ

๔. การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาและแหล่งข้อมูลทั้งบุคคลและเอกสาร เห็นควรให้มีการต่อยอดนำเรื่องนี้ไปขยายการศึกษาให้ลึกซึ้งเป็นรายกรณีต่อไป

การจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้เกี่ยวข้อง (Political mapping) เพื่อประเมินความสำคัญของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่มีบทบาทและส่วนร่วมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การอนามัยและเด็ก เป็นเครื่องมือซึ่งจะมีส่วนสนับสนุนในการหาแนวทางการทำงานร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้กลุ่มต่างๆ อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะนี้ เป็นการขยายการศึกษานี้ให้มีความลึกซึ้งเพื่อให้ความสำคัญกับการสร้างและบริหารจัดการยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กรมอนามัย, สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การตายของมารดาประเทศไทย (Confidential Enquiries into Maternal Deaths in Thailand). กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. ๒๕๔๕.

กรมอนามัย, รายงานประจำปี ๒๕๕๕ : มปป, ๒๕๕๖.

กรมอนามัย, สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานประจำปี. ๒๕๕๕ : มปป, ๒๕๕๖.

กรมอนามัย, ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา. "ข้อมูลอนามัยแม่และเด็ก". เอกสารอัดสำเนา. ๒๕๕๗.

กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ (Millennium Development Goals - MDGs) ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๗.

กรุงเทพมหานคร : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, ๒๕๕๗.

กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย. อนุสรณ์ ๕๕ ปี กองอนามัยครอบครัว. มปป, ๒๕๗๑.

เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒. "รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๕๖" เอกสารอัดสำเนา. ๒๕๕๖.

นันทวัน อินทชาติ. "บทบาทของสื่อมวลชนในการปฏิบัติการจิตวิทยาและประชาสัมพันธ์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้" ศูนย์วิจัยนโยบายและการบริหาร วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา. ๒๕๕๐.

พรพิชญ์ พิงกรรมเดช พัฒนกุลเดช. "หลักการอิสลามกับปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ และวิถีชีวิตมุสลิมใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้". การป้องกันราชอาณาจักรภาครัฐ เอกชนและการเมือง, วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร, ๒๕๔๘ – ๒๕๔๙.

มุสลิมท์ ไต้การนิ และศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. "การจัดบริการสุขภาพตามวิถีมุสลิม", ในความคิดเชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยตามวิถีมุสลิม. Princess of Naradhiwas University Journal. ปีที่ ๒ (ฉบับที่ ๓) กันยายน – ธันวาคม ๒๕๕๓. ๑๑๖ – ๑๒๑.

ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒. กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์, ๒๕๔๖.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยจังหวัดชายแดนใต้: ขยายผลต้นแบบนราธิวาส. วิทยาลัยประชากรศาสตร์: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๖.

วิสันติ สระศรีดา. “รัฐที่ล้มเหลวรัฐที่ล่มสลาย”, วารสารเสนาธิปไตย, ปีที่ ๕๘ (ฉบับที่ ๑), ม.ค. - เม.ย.

๒๕๕๒, หน้า ๘๑-๘๕.

วีระ นิยมวัน. "สรุปการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กปีงบประมาณ ๒๕๓๓", อนามัยครอบครัว.

ปีที่ ๑๘ (ฉบับที่ ๑), ๒๕๓๔. หน้า ๕-๑๗.

สำนักประเมินผล สำนักงานงบประมาณ. รายงานการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน.,

๒๕๔๒ และกรมอนามัย, ๒๕๕๒.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อพัฒนา

คุณภาพแม่และเด็ก, ๒๕๕๖.

สุดารัตน์ ชีระวร. บทบาทผดุงครรภ์โบราณใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้: มปป, ๒๕๔๗.

สุชน พรบัตติตปัทมา. “ภูมิปัญญาพื้นบ้านทางการแพทย์ของหมอดำเยมุสลิม (โตะะบีแด)

ใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย”. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ปีที่ ๕ (ฉบับที่ ๓), กันยายน – ธันวาคม ๒๕๕๐. หน้า ๒๓๗.

สุมิตร สุวรรณ. การกำหนดยุทธศาสตร์. นครปฐม : บริษัทเพชรเกษม พรินติ้ง กรุ๊ป จำกัด.

๒๕๕๒.

สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และคณะ. การสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและทารกแรกคลอด. วิทยาลัย

วิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,

๒๕๕๑ – ๒๕๕๒

ศิริเพ็ญ ศุกกาญจนกันดี และคณะ. “สถานภาพทางสุขภาพของมุสลิมไทย”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :

http://www.sac.or.th/databases/ethnicedb/research_detail_print.php?id=963

รายงานการวิจัย, ๒๕๔๕.

ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ และคณะ. “เศรษฐกิจการเมืองว่าด้วยการพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้

ในท่ามกลาง ๘ ปีของความรุนแรง”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก

<http://www.deepsouthwatch.org/node/2871,2012>

เอกชัย ศรีวิลาศ. “สันติวิธีและการบริหารจัดการความขัดแย้ง”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :

www.kpi.ac.th/kpith/index.php?option=com ๒๕๕๓.

ภาษาต่างประเทศ

- Baird, J., Ma, S. and Ruger, JP. " Effects of the World Bank's maternal and child health intervention on Indonesia's poor : evaluating the safe motherhood project". (Online).Available : <http://publichealth.yale.edu/news/archive/2011/Indonesia.pdf>, 2013.
- Basil H and Liddell Hart. The strategy of indirect approach. London: Hutchinson, 1997.
- Clausewitz, C. V. On War. Washington, D.C. : Combat Forces Press, 1953.
- Colin S and Gray. Modern Strategy. New York : Oxford University press, 1999.
- Colin White. Strategic Management. New York : Macmillan, 2004.
- Dundar, M., Uzak, AS. and Karabulut, Y. "Health Care in overview of Turkey". EPMA Journal :2010. (Online).Available : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405350>, 2013.
- Edirne,T., Erosy, F. and Yamam, H. "Mother Health in Turkey". (Online).Available : <http://www.mejfm.com/Newarchives2013/Mother%20health.pdf>, 2013.
- J. Boone Bartholomees. National Security Policy and Strategy, 5th Ed. Duham DC : Duke University press, 2010.
- Jomini and Antoine Henri. The Art of War. New York : Oxford University, 1869.
- Mintzberg H. and et al. Strategy Safari : A Guided Tour through the Wilds of Strategic Management. New York : Prentice – Hall, 1998.
- Republic of the Philippines, Department of Health. "Child Health and Development Strategic Plan Year 2001-2004". (Online).Available : <http://www.doh.gov.ph/node/342.html>, 2011
- Sudarat Teeraworn. "The Determinant of Utilization of Maternal and Child Health Services Affecting Infant Mortality among Muslim in a Southern Border Province of Thailand". A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy (Demography), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 2002.
- TUIK, 2008 quoted in Dundar et al.,2010 (Online).Available : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405350>, 2013.
- Unicef. "Joint Review of Maternal and Child Survival Strategies in China" 2006. (Online).Available : 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). Available : 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). Available : http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mys_en.pdf, 2013.

ภาคผนวก

๑. แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในกลุ่มผู้บริหาร

(นพ.สสจ/ผอ.รพศ/รพท และ สสอ.)

๑. ท่านคิดว่างานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของท่านเป็นอย่างไร
สถานการณ์ที่ผ่านเป็นอย่างไร เพราะอะไรจึงเกิดสถานการณ์อย่างนั้น
(เจาะลึกถึงปัญหาด้านการให้บริการ และด้านการรับบริการของกลุ่มเป้าหมาย
ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ ศาสนาและวัฒนธรรมที่อาจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย)
๒. ท่านมีนโยบายอย่างไรในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก
เพราะอะไรจึงกำหนดนโยบายดังกล่าว มีแนวคิดอย่างไร
๓. ท่านคิดว่าการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กในขณะนี้
 - ประสบความสำเร็จหรือไม่ เพราะอะไร
 - หากไม่ประสบความสำเร็จ สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข เป็นอย่างไร
๔. แนวทางในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในอนาคตควรเป็นอย่างไร

๒. แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ปฏิบัติ

(ผอ.รพช./ผอ.รพ.สต.)

๑. สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่รับผิดชอบของท่านเป็นอย่างไร
ท่านคิดว่าเป็นปัญหาหรือไม่ เพราะอะไร
(เจาะลึกถึงปัญหาด้านการให้บริการ และด้านการรับบริการของกลุ่มเป้าหมาย
ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ ศาสนาและวัฒนธรรมที่อาจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย)
๒. นโยบายในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตามที่ผู้บริหารกำหนดมาให้ ท่านคิดอย่างไร
ในแง่ต่อไปนี้ เพราะอะไร
 - ความเหมาะสม
 - การยอมรับได้
 - ความเป็นไปได้
๓. ท่านคิดว่าการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กในขณะนี้
 - ประสบความสำเร็จหรือไม่ เพราะอะไร
 - หากไม่ประสบความสำเร็จ สิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข เป็นอย่างไร
๔. แนวทางในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ในอนาคตควรเป็นอย่างไร

๓. แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้นำศาสนา
(ประธานหรือผู้แทนคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด
ประธานหรือผู้แทนชมรมอิสลามประจำอำเภอ)

๑. ท่านทราบหรือไม่ว่าการฝากครรภ์ ของมารดาในจังหวัด/อำเภอของท่านเป็นอย่างไร
ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่ไหน เพราะอะไร
๒. หญิงตั้งครรภ์ในจังหวัด/อำเภอของท่าน ส่วนใหญ่คลอดที่ไหน เพราะอะไร
๓. ท่านคิดว่าการให้บริการรับฝากครรภ์และคลอดในสถานบริการของรัฐในขณะนี้เป็นอย่างไ
เพราะอะไร
๔. ตามความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าการให้บริการของรัฐในขณะนี้สอดคล้องกับหลักการ
ทางศาสนาหรือไม่
อะไรที่สอดคล้อง เพราะอะไร
อะไรที่ไม่สอดคล้อง เพราะอะไร
๕. ต้องการให้สถานบริการของรัฐปรับปรุงอะไรบ้าง
วิธีการดำเนินการควรเป็นอย่างไร เพราะอะไร

.....

๔. แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในกลุ่มหญิงหลังคลอดและครอบครัว
(สนทนากลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน)

๑. ถามข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ สถานที่คลอดในครรภ์ก่อน ๆ
๒. ท่านฝากครรภ์ที่ไหน ทำไมจึงเลือกฝากครรภ์ที่นั่น เพราะอะไร
(เน้นการเข้าถึงบริการ รวมทั้งลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจ ศาสนาและวัฒนธรรม
ที่อาจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย)
๓. ทำไมท่านเลือกมาคลอดที่สถานบริการแห่งนี้ เพราะอะไร
(เน้นการเข้าถึงบริการ รวมทั้งลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจ ศาสนาและวัฒนธรรม
ที่อาจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย)
๔. ตามความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าการให้บริการของรัฐในขณะนี้สอดคล้องกับหลักการ
ทางศาสนาหรือไม่
อะไรที่สอดคล้อง เพราะอะไร
อะไรที่ไม่สอดคล้อง เพราะอะไร
๕. ต้องการให้สถานบริการของรัฐปรับปรุงอะไรบ้าง
วิธีการดำเนินการควรเป็นอย่างไร เพราะอะไร

๕. แนวทางสนทนากลุ่ม (Focus Group) อสม.และผดุงครรภ์โบราณ

(สนทนากลุ่ม กลุ่มละ ๘-๑๐ คน)

๑. ถามข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ จำนวนปีที่ทำงานในบทบาทนี้
๒. หญิงตั้งครรภ์ในหมู่บ้านของท่าน ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่ไหน เพราะอะไร
๓. หญิงตั้งครรภ์ในหมู่บ้านของท่าน ส่วนใหญ่คลอดที่ไหน เพราะอะไร
๔. ตามความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าทำให้บริการของรัฐในขณะนี้สอดคล้องกับหลักการทางศาสนาหรือไม่
อะไรที่สอดคล้อง เพราะอะไร
อะไรที่ไม่สอดคล้อง เพราะอะไร
๕. ต้องการให้สถานบริการของรัฐปรับปรุงอะไรบ้าง
วิธีการดำเนินการควรเป็นอย่างไร เพราะอะไร

.....

ประวัติย่อผู้วิจัย

- ชื่อ นายธีรพล โดพันธานนท์
- วัน เดือน ปี เกิด ๕ พฤษภาคม ๒๕๐๐
- การศึกษา
๑. แพทยศาสตรบัณฑิต ๒๕๒๕ มหาวิทยาลัยมหิดล
 ๒. พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ ๒๕๓๕ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
 ๓. ศัลยศาสตร์ สาขาออร์โธปิดิกส์ ๒๕๓๑ แพทยสภา
 ๔. อนุมัติบัตร เวชศาสตร์ครอบครัว ๒๕๔๗ แพทยสภา
- ประวัติการทำงานโดยย่อ
๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง ๒๕๔๘ – ๒๕๔๘
 ๒. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ๒๕๔๘ – ๒๕๕๓
 ๓. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ๒๕๕๓ – ๒๕๕๕
 ๔. รองอธิบดีกรมอนามัย ๒๕๕๕ – ๒๕๕๖
 ๕. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๖ – ปัจจุบัน
- ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา ยุทธศาสตร์

เรื่อง ยุทธศาสตร์การให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้

ผู้วิจัย นายธีรพล โดพันธ์านนท์ หลักสูตร วปม. รุ่นที่ ๑

ตำแหน่ง ผู้ตรวจราชการกระทรวง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

งานอนามัยแม่และเด็กเป็นการดูแลมารดาตั้งแต่ตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดรวมถึงการดูแลทารกแรกเกิดถึง ๕ ปี ปัญหาสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ การตายของมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ซึ่งเป็นดัชนีชี้ให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของประชากร โดยเฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์และระบบบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่นั้นๆ ในปี ๒๕๕๕ อัตราส่วนการตายของมารดาในประเทศไทย จากการคลอดและภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และภายใน ๖ สัปดาห์หลังคลอด ๑๒.๕ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ในขณะที่ในปีงบประมาณ ๒๕๕๖ ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ อัตราส่วนการตายของมารดา ๖๗.๕ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต สูงสุดที่จังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส อัตราส่วน ๗๓.๘, ๖๗.๔ และ ๖๓.๕ ตามลำดับ กล่าวคือมีอัตราสูงกว่าระดับประเทศ และสูงกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีวิตกว่า ๔ เท่า นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติได้ให้ความสำคัญ โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษฉบับเพิ่มเติม (Millennium Development Goals Plus-MDG+) ให้ลดอัตราส่วนการตายของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งภายในปี ๒๕๔๘-๒๕๕๘ โดยในปี ๒๕๔๘ อัตราส่วนการตายของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ๔๒.๐ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต ต้องลดให้เหลือครึ่งหนึ่ง คงเหลือ ๒๑ ต่อแสนการเกิดมีชีวิตในปี ๒๕๕๘ ซึ่งหากไม่ดำเนินการพัฒนาอย่างเร่งด่วน คาดว่าอัตราส่วนการตายของมารดาจะไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

สภาพปัญหาการให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ได้ผ่านความพยายามในดำเนินงานมายาวนานต่อเนื่อง แต่รากเหง้าของปัญหานั้นซับซ้อน มีหลายมิติ ทั้งเชิงสังคม ศาสนา ความเชื่อ เศรษฐกิจ การศึกษาและทางด้านสาธารณสุขซึ่งเกี่ยวข้องทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความเชื่อของประชาชน การจัดการอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ซึ่งที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าใดนัก เนื่องจากยังไม่สามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริง ยังต้องการทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านั้น เพื่อนำมากำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาปัญหาการให้บริการและการเข้าถึงบริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๒. เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

ขอบเขตของการวิจัย

๑. เป็นการศึกษาประชากรใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส

๒. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรจากหน่วยงานภาครัฐในและนอกระบบสาธารณสุขทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ รวมถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขแกนนำในชุมชน ผดุงครรภ์โบราณ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว จำนวน ๒๖ คน ไม่ได้ศึกษาในวงกว้างนอกกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชน

๓. พื้นที่เก็บข้อมูล ดังนี้ จังหวัดยะลา ได้แก่ อำเภอบันนังสตา จังหวัดปัตตานี อำเภอยะหริ่ง และจังหวัดนราธิวาส อำเภอจะแนะ

๔. ระยะเวลาเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน เมษายน และมิถุนายน ๒๕๕๓

วิธีดำเนินงานวิจัย

๑. ทบทวนข้อมูลจากงานวิจัยประเทศต่างๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับ ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ประเทศมาเลเซีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย จีน และตุรกี

๒. วิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth Interview) และสนทนากลุ่ม (Focus Group) บุคลากรภาครัฐและเครือข่ายใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนี้

๑) สัมภาษณ์ระดับลึกบุคลากรระดับนโยบาย ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด/รองผู้ว่าราชการจังหวัด สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ระดับปฏิบัติ ได้แก่ สตรีแพทย์ประจำโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้นำศาสนา รวมทั้งสิ้น ๒๖ คน

๒) สนทนากลุ่ม เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หญิงหลังคลอดและสามี อาสาสมัครสาธารณสุข ผดุงครรภ์โบราณ ทั้งนี้ในการสนทนากลุ่ม เมื่อพบว่ามิบุคคลในกลุ่มที่มีประสบการณ์หรือแนวคิดที่หลากหลายจากคนอื่น ก็จะมีการขอสัมภาษณ์เพื่อเจาะลึกอีกครั้ง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ดังนี้

๔.๑ สภาพปัญหาการให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้

๑) กระบวนการและผลลัพธ์ ต่ำกว่าเกณฑ์ / ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เนื่องจาก อัตราส่วนการตายของมารดาใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้สูงกว่าระดับประเทศ ระดับเขตและสูงกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพถึงกว่า ๔ เท่า

ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์เป็นรายตัวชี้วัดสำคัญ พบว่ามีเพียงการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ที่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย นอกจากนั้นเกือบทั้งหมดมีผลการปฏิบัติงานต่ำกว่าเกณฑ์/เป้าหมายที่กำหนด เช่น การฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ การคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม การตายปริกำเนิดของทารก การรับวัคซีนขึ้นพื้นฐาน ฯลฯ และพบว่า นอกจากการมารับบริการฝากครรภ์และคลอดในสถานบริการสาธารณสุขแล้ว ยังมี การฝากครรภ์และทำคลอดที่บ้านกับไต่ะบีแด(ผดุงครรภ์โบราณ) รวมถึงมีการฝากครรภ์กับไต่ะบีแดควบคู่ไปกับฝากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย เหตุผลสำคัญที่เลือกจะคลอดที่บ้านกับไต่ะบีแดเพราะรู้สึกอบอุ่น ได้อยู่ใกล้ชิดญาติตลอดระยะเวลาของการคลอด อย่างไรก็ตามในภาพรวมอัตราการคลอดกับไต่ะบีแดลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๒.๕ ในปี ๒๕๕๖

๒) ความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรม วิถีชีวิตและภาษา มีอิทธิพล และส่งผลกระทบต่อ การให้บริการและการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้

ความเชื่อ มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างตั้งครรภ์ / หลังคลอดของมารดาไทยมุสลิม นอกจากนี้อุปสรรคการสื่อสารจากภาษาที่ใช้ต่างกัน ส่งผลให้ความคลาดเคลื่อนต่อความรู้ความเข้าใจการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงปัญหาจาก สถานการณ์ความรุนแรงใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ การไม่จริงจังกับการให้บริการสาธารณสุขของ เจ้าหน้าที่รัฐ และการขาดความร่วมมือจากชุมชนและครอบครัว (สามี) ต่อการมีส่วนร่วมรับรู้ เป็น ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลกระทบต่อ การให้บริการและการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กของหญิงตั้งครรภ์ไม่บรรลุ ตามเป้าหมาย รวมถึงจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์อื่นนอกเหนือจากพยาบาล และผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กหมุนเวียนเปลี่ยนคนบ่อย

๓) กลไกภาคสังคมและชุมชนในการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ยังพบน้อย

ข้อสังเกตคือบทบาทเรียนการบริการอนามัยแม่และเด็กที่ใช้กลยุทธ์ขับเคลื่อนงานที่มี เพียงภาคส่วนสาธารณสุขเท่านั้น ขาดการเชื่อมประสานพลังภาคีทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วน ร่วมอย่างจริงจัง อาทิ ผู้นำศาสนา (ไต่ะอีมาม์ ไต่ะครู เป็นต้น) ผู้นำท้องถิ่น ท้องที่ ผู้บริหาร

การศึกษา แก่นนำชุมชน/ประชาชน รวมถึงเครือข่ายความมั่นคง ซึ่งน่าจะจุดอ่อนของกลไกการทำงานที่ผ่านมาในอดีต

๔) นโยบายและแนวทาง / รูปแบบ และกลไกการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก ในภาคส่วนสาธารณสุข ที่กำหนดนโยบายให้งานอนามัยแม่และเด็กอยู่ในหนึ่งสาขาของแผนบริการ (Service Plan) และใช้กลไกการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กผ่าน MCH Board (Maternal and Child Health Board – MCH Board) ตั้งแต่ระดับเขต ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ” ถือเป็นส่วนสำคัญของระบบควบคุมกำกับและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานอนามัยแม่และเด็ก

๕) ปัญหาความขาดแคลนสูงของบุคลากรทางการแพทย์ในสายงานหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช รวมถึงศักยภาพบุคลากรในงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ยังมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

๔.๒ แนวทางการแก้ไขปัญหา ควรกำหนดให้มียุทธศาสตร์การให้บริการอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ใน ๓ ด้านหลัก คือ

๑) ยุทธศาสตร์ด้านการจัดบริการ

ควรกำหนดให้มี ๑.๑) การดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (Case Management) ในปัญหาที่สำคัญ รุนแรงในทุกพื้นที่ทุกจังหวัด เพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกรายให้ได้รับการดูแลอนามัยแม่และเด็กโดยสูติแพทย์ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดและหลังคลอด ๑.๒) มุ่งเน้นการจัดบริการเชิงรุกเข้าหาประชาชนในพื้นที่ยากต่อการเข้าถึงบริการ เช่น การเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ การฉีดวัคซีนพื้นฐาน เป็นต้น ตลอดจน ๑.๓) ในห้องปฏิบัติการส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดบริการ และ ๑.๔) การปรับระบบบริการและสร้างทางเลือกของบริการให้หลากหลายเข้ากับบริบทด้านความเชื่อ วิถีชีวิตของประชาชน วัฒนธรรม สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม อาทิ วัคซีนฮาลาล การจัดการคูกำเนิดชั่วคราว เมนูแนะนำอาหารมุสลิม การพัฒนาทักษะของผดุงครรภ์โบราณ (โตะบีแคะ) การประกอบพิธีทางศาสนาในโรงพยาบาล เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ด้านการจัดบริการ มีความสอดคล้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศจีน ได้กำหนดมาตรการความเสมอภาคการให้บริการลดช่องว่างระหว่างเด็กทั่วไปและเด็กชาวอุยกู มีการจัดบริการให้เหมาะสมตามบริบทของวัฒนธรรม ประเทศตุรกี สนับสนุนการให้บริการดูแลสุขภาพสตรี มีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์และให้บริการการดูแลขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้มีความมั่นใจทุกรายที่คลอดมีสุขภาพดี และประเทศมาเลเซีย มีการตรวจสอบในรายที่มารดาตายและมารดาที่เกือบจะเสียชีวิต และมีการพัฒนาทักษะของผดุงครรภ์โบราณ

๒) ยุทธศาสตร์ด้านสร้างความเข้าใจและความร่วมมือของชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ผู้นำศาสนา และภาคีต่างประเทศ ซึ่งมีผลต่อความเชื่อ พฤติกรรมต่อประชาชนในการดูแลสุขภาพร่วมขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่

ควรให้ความสำคัญกับนักการเมืองท้องถิ่น เช่น นายองค์การบริหารส่วนตำบล ฯลฯ เพื่อผลักดัน “นโยบายสุขภาพแม่และเด็ก” ให้เป็นประเด็นหาเสียงเพื่อสมัครเลือกตั้งท้องถิ่น รวมถึงให้ความสำคัญกับ ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร อาทิจังหวัด โตะอิหม่าม โตะครู อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นต้น และใช้ความศรัทธาของประชาชนต่อบุคลากรสาธารณสุขซึ่งพบว่ายังมีสูงกว่าเจ้าหน้าที่รัฐอื่นๆ เพื่อเป็นจุดแข็งในการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจในการให้บริการเชิงรุกรัฐบาลควรมีระบบรักษาความปลอดภัยในพื้นที่ที่เข้มแข็งด้วย

ยุทธศาสตร์ด้านสร้างความเข้าใจและความร่วมมือของชุมชน มีความสอดคล้องกับของประเทศจีน ที่สนับสนุนให้มีการทำงานอนามัยแม่และเด็กร่วมกันระหว่างอิหม่าม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายการสาธารณสุข และชุมชน สำหรับประเทศตุรกี พบว่านอกจากสนับสนุนให้อาสาสมัครและผู้นำจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ยังเพิ่มบทบาทของภาคเอกชนด้วย ประเทศอินโดนีเซีย มีความร่วมมือของทีมบุคลากรในคลินิกด้านสุขภาพของท้องถิ่น รวมถึงภาคเอกชน บุคลากรสุขภาพระดับอำเภอ บุคลากรทางการแพทย์ที่คลินิก และกลุ่มคนพลัดถิ่น

๓) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างศักยภาพของประชาชน ด้านความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง (Health Literacy) เพื่อลดอาชญากรรมทางปัญญาให้สตรีและสามี ให้สามารถดูแลตนเอง ดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กในครอบครัว ชุมชน มีความรู้และเข้าใจในภาวะเสี่ยงและหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการตั้งครรภ์และคลอด เพื่อความยั่งยืนในการแก้ปัญหาในระยะยาว ทั้งนี้ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างศักยภาพของประชาชน สอดคล้องกับประเทศฟิลิปปินส์ ที่มีแผนยุทธศาสตร์สุขภาพเด็ก ๒๐๒๕ ในการเพิ่มการดูแลเด็กป่วยให้มีความรู้ และประเทศจีน มีการให้ความรู้กับอิหม่ามและให้ความรู้กับประชาชนที่มีศักยภาพ

๖. ข้อเสนอแนะ

๑. รัฐควรบรรจุปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนเข้าไปในแผนการดูแลปัญหา ความไม่สงบใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อการบูรณาการปฏิบัติและวางแผนร่วมกัน

๒. การดำเนินของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรเป็นเชิงรุกและเป็นรายบุคคล แม้จะใช้ทรัพยากรและความทุ่มเทมากกว่าปกติ

๓. ควรมีคลินิกฝากครรภ์เคลื่อนที่ที่มีศักยภาพสัปดาห์ละครั้ง เช่น จัดในวันศุกร์ที่มีการละหมาดใหญ่ ๑ ครั้งต่อเดือนต่ออำเภอ โดยใช้เจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาท้องถิ่น และผดุงครรภ์โบราณให้บริการ ทั้งนี้โดยเสนอโครงการผ่านศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ร่วมจัดบริการและสนับสนุนงบประมาณ

๔. การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาและแหล่งข้อมูลทั้งบุคคลและเอกสาร เห็นควรให้มีการต่อยอดนำเรื่องนี้ไปขยายการศึกษาให้ลึกซึ้งเป็นรายกรณีต่อไป