

การพัฒนารูปแบบและผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญห อนามัยแม่และเด็กแบบบูรณาการ และมีส่วนร่วม อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๐

เดชา แซ่หลี*

บทคัดย่อ

ปัญหาอนามัยแม่และเด็กเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขโดยเฉพาะในภาคใต้ตอนล่าง การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหงานอนามัยแม่และเด็กในอำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี และศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๔๒-๒๕๕๐ โดยกิจกรรม ๓ ด้าน คือ ๑) การส่งเสริม การมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การจัดเวทีประชาคมเพื่อการพัฒนาศักยภาพของชุมชน, การหาแนวทางแก้ปัญหอนามัยแม่และเด็กแบบชุมชนมีส่วนร่วม, ๒) การเพิ่มการเข้าถึงบริการ เช่น การให้ของขวัญแก่มารดาที่มากคลอดในโรงพยาบาล, บริการการแจ้งเกิดพร้อมทำบัตรประกันสุขภาพ, ๓) การพัฒนาคุณภาพบริการ เช่น การปรับปรุงงานฝากครรภ์ และงานห้องคลอดตามมาตรฐานโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย, การอบรมการดูแลหลังคลอดด้วยการนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพรให้แก่ผดุงครรภ์โบราณ, การจัดมุมสำหรับประกอบพิธีทางศาสนาแก่ทารกแรกคลอดที่โรงพยาบาล.

ผลลัพธ์การดำเนินงานจากการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ ๔ ครั้งไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ และมากคลอดที่โรงพยาบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ (ตามเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย) พบว่าการฝากครรภ์ที่ได้มาตรฐานในปีงบประมาณ ๒๕๔๒-๒๕๕๐ คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๘, ๘๘, ๘๓.๔, ๘๔, ๘๗.๕, ๘๗.๕, ๘๘.๔, ๘๕.๔ และ ๘๘.๑ ตามลำดับ และการคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๑, ๕๔.๖, ๖๓.๗, ๗๒.๔, ๘๑.๕, ๘๑.๘, ๘๗.๑, ๘๗.๕ และ ๘๗.๖ ตามลำดับ. การศึกษานี้ได้เสนอรูปแบบการดำเนินการงานอนามัยแม่และเด็กที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้หลักการแก้ปัญหาแบบวางแผน, ดำเนินการ, ประเมินผล, ปรับแก้ข้อบกพร่อง และการแก้ปัญหาแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน.

คำสำคัญ: การดูแลหลังคลอด, ผดุงครรภ์โบราณ, บูรณาการ, การมีส่วนร่วม

Abstract

Development and Outcome of an Integrated Participatory Model for Maternal and Child Health, Kapho District, Pattani Province, 1999-2007

Decha Saelee*

*Kapho Hospital, Pattani Province

Maternal and child health is a major health concern in the lower reaches of southern Thailand. This action research was aimed at developing an integrated, participatory model for solving problems related to maternal and child health in Kapho district, Pattani Province. The model incorporated several activities, namely promoting community participation through, for example, participatory community development for solving problems related to maternal and child health; increasing access to maternal care through, for example, promoting the delivery of newborns in the hospital by providing incentives for

*โรงพยาบาลกะพ้อ จังหวัดปัตตานี

the pregnant women and traditional birth attendants (TBAs); and improving the quality of maternal care through, for example, developing antenatal care clinic (ANC) and labor-room services to meet with the safe motherhood project standard, the arrangement of a place for Muslim ceremonies for the newborn in the hospital, training TBAs about post-partum care, including ancient Thai massage and hot herbal compression.

The outcomes were assessed by ANC visits at least four times and delivery in the hospital in comparison to the Department of Health standard of 90 percent of such visits and deliveries. During the period from 1999 to 2007, the results clearly demonstrated continuous improvement. In that period, the percentages of pregnant women attending ANC at least four times were 78.9, 89.0, 93.4, 94, 97.5, 97.5, 98.4, 95.4 and 98.1, respectively. The percentages of pregnant women delivering in the hospital were 52.1, 54.6, 63.7, 72.4, 81.5, 91.8, 97.1, 97.5 and 97.6, respectively. This study has shown a successful model of maternal and child health problem-solving using the Plan-Do-Check-Act process, multidisciplinary integration and community participation.

Key words: integrated participatory model, traditional birth attendant, maternal-child health center

ภูมิหลังและเหตุผล

วิวัฒนาการของระบบสุขภาพของไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตามลำดับ โดยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ รัฐบาลมีนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขที่มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพะทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ, โดยในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติด้านการพัฒนาสาธารณสุขนั้น เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ. การส่งเสริมสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กนั้นเป็นเป้าหมายสำคัญประการหนึ่งในแผนงานส่งเสริมสุขภาพ^(๑) ซึ่งเป้าหมายสูงสุด คือ การเข้าถึงบริการและการมีสุขภาพที่ดีของทั้งแม่และเด็ก.

ปัญหาการตายของมารดาและทารกยังเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก. องค์การอนามัยโลกพบว่าทุก ๆ นาที จะมีหญิงมีครรภ์เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนและการคลอด^(๒) และประมาณร้อยละ ๙๙ ของผู้ที่เสียชีวิตอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา^(๓). ในประเทศไทยปัญหาอนามัยแม่และเด็กเป็นปัญหาระดับประเทศ โดยเฉพาะในภาคใต้ ซึ่งพบว่าใน พ.ศ. ๒๕๔๕ ใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้มีอัตราการตายของหญิงมีครรภ์สูง โดยมีจำนวนเสียชีวิต ๓๐ ราย ส่วนใหญ่มีอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป; ร้อยละ ๕๑.๘๕ เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ ๔ ขึ้นไป, ร้อยละ

๓๒ ไม่ไปฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, และ ร้อยละ ๓๖.๒๑ คลอดโดยผดุงครรภ์โบราณ^(๔). เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตาย พบว่า ส่วนใหญ่ป้องกันได้หากมีการดูแลในขณะมีครรภ์, คลอด และหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ^(๕). สาเหตุอันดับ ๑ ได้แก่การตกเลือด (ร้อยละ ๔๖.๖) เนื่องจากรกค้าง (ร้อยละ ๖๐), รกเกาะต่ำ (ร้อยละ ๑๐), มดลูกไม่หดรัดตัว (ร้อยละ ๑๐), รกลอกตัวก่อนกำหนด (ร้อยละ ๑๐) และภาวะซีด (ร้อยละ ๑๐)^(๔) ซึ่งการตกเลือดหลังคลอดนี้ส่วนมากป้องกันได้^(๖,๗) และพบว่าหญิงที่เสียชีวิตเกิดจากคลอดกับผดุงครรภ์โบราณที่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งป้องกันได้หากคลอดในโรงพยาบาล และมีการวินิจฉัยที่รวดเร็ว และมีการส่งต่อที่ทันท่วงที^(๕).

จังหวัดปัตตานียังมีอัตราการตายของมารดาและทารกยังในเกณฑ์สูง. ใน พ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๖ พบมารดาเสียชีวิตคิดเป็นอัตรา ๗๗.๙, ๕๙.๑, ๕๖.๑ และ ๒๙.๓๐ ต่อแสนประชากรตามลำดับ และพบทารกเสียชีวิตอัตรา ๘.๖๐ ต่อพันการเกิดมีชีพ. ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยมีปัจจัยเสี่ยงจากการที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐานยังไม่ครอบคลุม และการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ (ผดบ.) สูง. จากการศึกษการตายของมารดาในจังหวัดปัตตานี ในปีงบประมาณ



๒๕๔๕-๒๕๔๗ จำนวน ๙ ราย พบว่า ประวัติการฝากครรภ์, การคลอด และการตรวจหลังคลอดของการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ครรภ์สุดท้ายของมารดาที่เคยมีบุตรมาก่อน ๖ ราย พบว่า ทุก รายฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ, ทุกรายคลอดที่บ้าน กับผดุงครรภ์โบราณ และทุกรายไม่ตรวจหลังคลอด. สำหรับ ครรภ์ปัจจุบันซึ่งเป็นครรภ์ที่ทำให้มารดาเสียชีวิตนั้น พบว่า มีการฝากครรภ์ ๘ ราย และ ๕ ใน ๘ รายนี้ฝากครรภ์ครั้งแรก ล่าช้า ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ และได้รับการเจาะ เลือดตรวจฮีมาโตคริตไม่ครบทุกคน แต่ผู้ที่ได้รับการเจาะ เลือดพบว่าไม่มีภาวะซีด ทุกรายมีปัจจัยเสี่ยงขณะตั้งครรภ์. ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ ตั้งครรภ์มากกว่า ๔ ครั้งขึ้นไป. ในด้านการคลอด เกือบทั้งหมดไม่ได้ตั้งใจจะไปคลอดที่โรง พยาบาลตั้งแต่แรก แต่เมื่อมีปัญหาจึงได้รับการส่งต่อไปที่โรง พยาบาล^(๔) ซึ่งในอำเภอพะเยา จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝาก ครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานยังต่ำ และจำนวนการคลอด กับผดบ. ยังสูงเช่นกัน.

ด้วยเหตุนี้ คณะทำงานการแก้ปัญหาทางอนามัยแม่และ เด็ก อำเภอพะเยา เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาและได้ ดำเนินโครงการการดำเนินงานแก้ไขปัญหานามัยแม่และเด็ก ขึ้นตามนโยบายส่งเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อให้อุณ ภูมิดี รอด แม่ปลอดภัย.

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ เพื่อ

๑. ศึกษารูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหานามัยแม่และเด็ก อำเภอพะเยา จังหวัดปัตตานี ในปีงบประมาณ ๒๕๔๒ - ๒๕๕๐.

๒. ศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินการโดยดูจาก จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้ง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ (เกณฑ์กรมอนามัย) และจำนวนของหญิงตั้ง ครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ใน ปีงบประมาณ ๒๕๔๒ - ๒๕๕๐.

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่มีการ ดำเนินงาน ๔ ขั้นตอนเป็นวงจร PDCA (Plan Do Check Act)

อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินการ.

ประชากรที่ในการศึกษาคือ

๑. หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในเขตพื้นที่อำเภอพะเยา ที่มาฝากครรภ์ ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด และไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน.

๒. หญิงมีครรภ์ทั้งหมดในเขตพื้นที่อำเภอพะเยาที่ คลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และที่ไปคลอดกับผดุงครรภ์ โบราณ (ผดบ.).

การดำเนินการแก้ปัญหาแบ่งเป็น ๔ ขั้นตอน.

ขั้นตอนที่ ๑ วางแผน โดยศึกษาสถานการณ์โดยการ ทบทวนเอกสารงานวิจัย และศึกษาข้อมูลย้อนหลังร่วมกับการ วิเคราะห์สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ ศึกษา ความเป็นไปได้ของแนวทางการแก้ปัญหาที่จะนำมาใช้.

ขั้นตอนที่ ๒ ดำเนินการ มีการประชุมปรึกษาทีม สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมทางวิชาการเพื่อฟื้นฟู ความรู้และถ่ายทอดองค์ความรู้ เติริมเครื่องมือและเตรียม ความพร้อมของทีมในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามกระบวนการศึกษา เชิงปฏิบัติการที่มีการดำเนินการเป็นระยะ ๆ และต่อเนื่องจน ใ้ต้องรู้ความรู้อีกเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานอนามัยแม่ และเด็กโดยเฉพาะหลักในการแก้ปัญหา.

ขั้นตอนที่ ๓ ติดตามและประเมินผล โดยประเมิน ผลลัพธ์การดำเนินงานเพื่อสรุปผลการดำเนินงานที่พัฒนา ขึ้น.

ขั้นตอนที่ ๔ แก้ไขการดำเนินการ แก้ไขข้อบกพร่อง ในการดำเนินการ.

ผลการศึกษา

ผลการศึกษารูปแบบการดำเนินการแก้ปัญหานามัย แม่และเด็ก อำเภอพะเยา จังหวัดปัตตานี ในปีงบประมาณ ๒๕๔๒ - ๒๕๕๐ โดยยึดหลักในการแก้ปัญหาแบบ PDCA ซึ่งตลอดระยะเวลาที่แก้ปัญหาต้องผ่านวงจร PDCA หลาย รอบจนสามารถสรุปเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ ๓ ด้าน คือ

๑. การเพิ่มการเข้าถึงบริการและแรงจูงใจ

- สํารวจข้อมูลหญิงตั้งครรภ์
- นัดกลุ่มเป้าหมายมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง ๔ ครั้ง

ตามเกณฑ์ คือ

- ครั้งที่ ๑ อายุครรภ์ ๑ - ๒๗ สัปดาห์
- ครั้งที่ ๒ อายุครรภ์ ๒๘ - ๓๑ สัปดาห์
- ครั้งที่ ๓ อายุครรภ์ ๓๒ - ๓๕ สัปดาห์
- ครั้งที่ ๔ อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ขึ้นไป

● การสรุปความชุกของหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดทุกเดือนในรูปแบบของ mapping เพื่อเฝ้าระวังและการดูแลที่ครอบคลุม.

● การเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อยคนละ ๑ ครั้ง กรณีไม่มาตามนัดให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมที่บ้าน.

● การติดตามกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง กรณีหญิงมีครรภ์ไม่มีปัจจัยเสี่ยง ติดตามทุก ๒ สัปดาห์ และกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงติดตามทุก ๑ สัปดาห์ พร้อมให้สูขศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ สามีและญาติ.

● กลุ่มเป้าหมายหญิงมีครรภ์อายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์ขึ้นไป สามีและญาติดูงานที่ห้องคลอดโรงพยาบาลกะพ้อ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและเตรียมตัวก่อนคลอด.

● การจ่ายค่าตอบแทนให้ผดุงครรภ์โบราณ ที่นำหญิงมีครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาล.

● การให้รถโรงพยาบาลกะพ้อไปรับ - ส่งหญิงมีครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาล.

● การให้ของขวัญเป็นแรงจูงใจแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มา ANC ตามนัดและมาคลอดที่โรงพยาบาล.

ตารางที่ ๑ ความเชื่อมโยงของสาเหตุการคลอดที่บ้านกับแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากการทำเวทีประชาชน

	แนวทางแก้ปัญหา
คลอดง่ายไปโรงพยาบาลไม่ทัน	- ให้ความรู้แก่หญิงมีครรภ์ในไตรมาสสุดท้าย ให้สังเกตอาการเจ็บครรภ์เตือน เจ็บครรภ์จริง อาการผิดปกติต่าง ๆ - รู้สึกเจ็บครรภ์หรือมีมูกเลือดน้ำเดินไปโรงพยาบาลทันที
ไม่มียานพาหนะไม่ย่อกรบกวณผู้อื่น	- เมื่อเจ็บครรภ์ ขอความช่วยเหลือผู้ที่มีรถ อสม. - กรณีไม่มีรถ ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย - กรณีฉุกเฉิน ติดต่อโดยตรงกับโรงพยาบาลกะพ้อ
ครรภ์ก่อน ๆ เคยคลอดปกติ ไม่จำเป็นต้องคลอดที่โรงพยาบาลครั้งนี้คงปลอดภัย	- ให้ความรู้เรื่องภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่ผิดปกติ ภาวะเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีทั้งแม่ ลูก และผดบ.
ความเขินอายคลอดที่บ้าน สะดวกประหยัด	- ประชาสัมพันธ์การบริการแบบรวดเร็ว - กรณีคลอดที่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/รพ.ไม่ออก หนังสือรับรองการเกิด
กลัวเครื่องมือทางการแพทย์ ไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ห้องคลอด ข้นตอนยุ่งยาก	- กิจกรรมเยี่ยมห้องคลอด - แนะนำสถานที่แก่มารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาลก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล
กลัวถูกล้อเลียนด่าว่าจากเจ้าหน้าที่ เช่น อายุมากยังจะคลอดอีก ลูกมาก	- ผู้รับบริการสามารถเขียนจดหมายร้องเรียนลงผู้แสดงความคิดเห็น - พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สอ. งานห้องคลอด ในการให้บริการแบบองค์รวม และผสมผสาน พร้อมเทคนิคการพูด การสร้างแรงจูงใจ
ที่บ้านมีญาติพี่น้องและผดบ. เฝ้าดูแลใกล้ชิด	- ห้องคลอด โรงพยาบาล จัดสถานที่และอนุญาตให้ญาติ และ ผดบ. เฝ้าหญิงก่อนคลอดได้อย่างใกล้ชิด



ตารางที่ ๒ ความพึงพอใจจากหญิงมีครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลต่อกิจกรรมที่ทำ

กิจกรรม	ความพึงพอใจจากหญิงมีครรภ์ (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
เยี่ยมบ้านขณะมีครรภ์	๓๓.๐๕	๓๘.๓๓	๒๘.๑๘
เยี่ยมห้องคลอด	๒๖.๓๖	๕๕.๑๕	๑๘.๐๕
จัดมุมอาชาน	๔๘.๕๕	๓๓.๘๐	๑๗.๖๑
ประกาศนียบัตรพร้อมรูปถ่าย	๖๖.๑๕	๑๗.๖๒	๑๖.๑๕
ทำบัตรทองพร้อมแจ้งเกิด	๘๔.๕๑	๑๕.๔๕	๐
ฝากครรภ์ในคลินิก	๖๑.๒๖	๒๖.๐๗	๑๒.๖๗

หมายเหตุ สํารวจจากหญิงมีครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาล จำนวน ๑๔๒ คน

ตารางที่ ๓ หญิงมีครรภ์ที่ฝากครรภ์ได้มาตรฐาน ในปีงบประมาณ ๒๕๔๒ - ๒๕๕๐

พ.ศ.	หญิงมีครรภ์ (ร้อยละ)
๒๕๔๒	๗๘.๕๒
๒๕๔๓	๘๕.๐๕
๒๕๔๔	๕๓.๓๕
๒๕๔๕	๕๓.๕๗
๒๕๔๖	๕๗.๔๘
๒๕๔๗	๕๗.๔๘
๒๕๔๘	๕๘.๓๘
๒๕๔๙	๕๕.๓๘
๒๕๕๐	๕๘.๐๘

ตารางที่ ๔ ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่คลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผดุงครรภ์โบราณตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๔๒ - ๒๕๕๐

ปีงบประมาณ	คลอดกับเจ้าหน้าที่	คลอดกับผดุงครรภ์
	สาธารณสุข (ร้อยละ)	โบราณ (ร้อยละ)
๒๕๔๒	๕๒.๑๑	๔๗.๘๙
๒๕๔๓	๕๔.๕๗	๔๕.๔๓
๒๕๔๔	๖๓.๖๕	๓๖.๓๑
๒๕๔๕	๗๒.๔๑	๒๗.๕๙
๒๕๔๖	๘๑.๕๑	๑๘.๔๙
๒๕๔๗	๕๑.๘๐	๔๘.๒๐
๒๕๔๘	๕๗.๑๓	๔๒.๘๗
๒๕๔๙	๕๗.๔๗	๔๒.๕๓
๒๕๕๐	๕๗.๕๕	๔๒.๔๕

- การให้ประกาศนียบัตรพร้อมภาพถ่ายพ่อ แม่ลูก แก่ มารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาล.

- การให้บริการแบบม้วนเดียวจบคือมารับบริการคลอดที่โรงพยาบาลครั้งเดียวก็จะได้รับบริการการแจ้งเกิด พร้อมจัดทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

๒. การพัฒนาคุณภาพบริการ

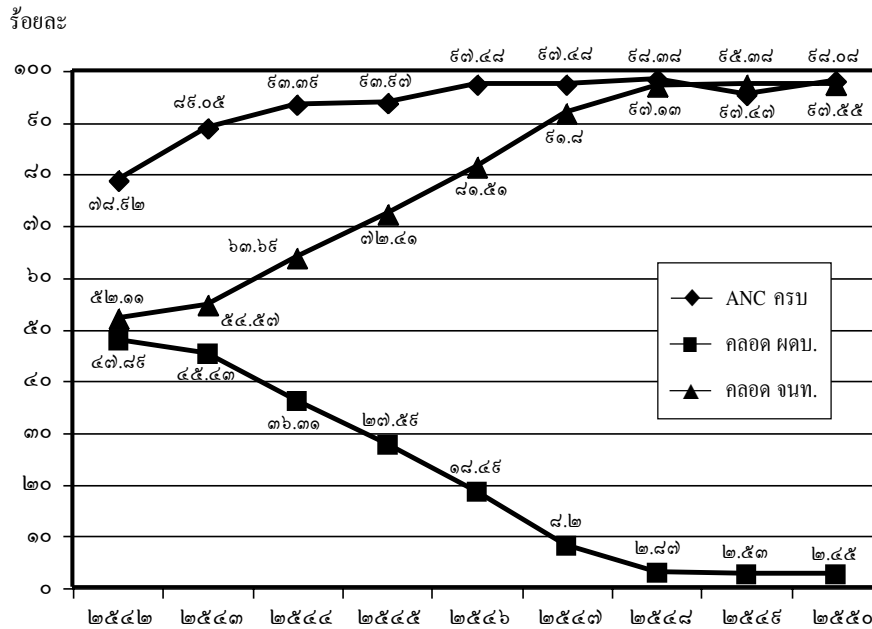
- การพัฒนางานฝากครรภ์และงานห้องคลอดตามมาตรฐานโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย.

- การจัดระบบการให้สุศึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ในงาน

ฝากครรภ์แบ่งเป็นคลินิกคุณแม่ ๑ และคุณแม่ ๒ จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่.

- การพัฒนาห้องรอคลอด โดยมีการปรับปรุงสถานที่สามารถให้ญาติมาเฝ้าผู้ป่วยได้.

- การจัดมุมสำหรับประกอบพิธีกรรมทางศาสนาแก่ทารกแรกคลอดที่โรงพยาบาล.



รูปที่ ๑ หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ (เกณฑ์กรมอนามัย) และร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผดุงครรภ์โบราณ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๒ - ๒๕๕๐

ตารางที่ ๕ ข้อมูลการคลอดจากห้องคลอดโรงพยาบาลกะป้อในปีงบประมาณ ๒๕๕๔ - ๒๕๕๐

จำนวน (ราย)	ปีงบประมาณ						
	๒๕๕๔	๒๕๕๕	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๕๐
ยอดมาคลอด	๗๕	๑๐๕	๕๕	๑๕๐	๑๕๓	๒๐๒	๒๕๒
คลอดปกติ	๗๒	๕๕	๕๒	๑๘๓	๑๘๓	๑๕๗	๒๔๑
V/E	๓	๒	๖	๖	๑๐	๕	๑๑
คลอดขาดอากาศหายใจ	๑	๐	๑	๓	๐	๖	๒
ส่งมารดา	๔	๕	๕	๘	๖	๕	๑๔
มารดาตาย	-	-	-	๑	-	-	-
ทารกตาย	๒	-	-	-	-	-	-

๓. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

- ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงาน ผดบ. อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ผู้นำชุมชน.
- การจัดเวทีประชาคมเพื่อการพัฒนาศักยภาพของชุมชน และหาแนวทางแก้ไขปัญหามัวยแม่และเด็กในพื้นที่ที่มีปัญหา เช่นบ้านโลหุ ต.ปล่องหอย อ.กะป้อ จ.ปัตตานี.
- การจัดอบรมผดุงครรภ์โบราณ เรื่อง การนวดแผน

ไทยและการประคบด้วยสมุนไพรในหญิงหลังคลอด การนวดเพื่อกระตุ้นการไหลน้ำนม.

จากรูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาทางอนามัยแม่และเด็กข้างต้น ยังได้ผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมบางกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน เช่น การจัดเวทีประชาคมเพื่อการพัฒนาศักยภาพของชุมชน, หาแนวทางแก้ไขปัญหามัวยแม่และเด็ก ในพื้นที่ที่มีปัญหา เช่นบ้านโลหุ



ตำบลปล่องหอย อำเภอเกาะพ้อ จังหวัดปัตตานี ดังในตารางที่ ๑.

หลังจากการดำเนินการแก้ไขปัญหานอนามัยแม่และเด็กข้างต้น คณะทำงานการแก้ไขปัญหานอนามัยแม่และเด็กอำเภอเกาะพ้อ ได้สำรวจความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาล จำนวน ๑๔๒ คน ได้ผลความพึงพอใจในระดับดี ดังตารางที่ ๒.

ผลลัพธ์ของการดำเนินการ ดูจากจำนวนหญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ (เกณฑ์กรมอนามัย) ดังตารางที่ ๓ และผลของหญิงมีครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาลไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ในปีงบประมาณ ๒๕๔๒ - ๒๕๕๐ ดังตารางที่ ๔.

วิจารณ์

จากรูปแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอเกาะพ้อ จังหวัดปัตตานี ในปีงบประมาณ ๒๕๔๒ - ๒๕๕๐ โดยยึดหลักในการแก้ปัญหาแบบ PDCA ซึ่งตลอดระยะเวลาที่แก้ปัญหามุ่งผ่านวงจร PDCA หลายรอบจนสามารถสร้างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน. โดยช่วงแรกวิธีการแก้ปัญหาส่วนหนึ่งจะเป็นการศึกษาเรียนรู้จากพื้นที่ใกล้เคียงที่มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหา เช่นโรงพยาบาลรามัน มีการนำกลยุทธ์บางอย่างมาใช้ เช่น การสร้างแรงจูงใจให้หญิงมีครรภ์มาฝากครรภ์ให้ได้ตามเกณฑ์ หรือ มาคลอดที่โรงพยาบาล โดยการแจกของขวัญ การจ่ายค่าตอบแทนให้ ผดบ. ที่นำหญิงมีครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาล ซึ่งผลในปีงบประมาณ ๒๕๔๒-๒๕๔๕ สถานการณ์การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานใน ๒ ปีแรกนั้น ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (เกณฑ์ร้อยละ ๙๐) คือ ร้อยละ ๗๘.๗๒ และ ๘๙.๐๕ ตามลำดับ ส่วนในปี ๒ ปีหลัง คือ พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๕ นั้น สถานการณ์การฝากครรภ์สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ ๙๓.๓๙ และ ๙๓.๙๗ ตามลำดับ. ทั้งนี้เป็นผลมาจากการดำเนินงานเชิงรุกมากขึ้น. ส่วนสถานการณ์การคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า การคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตั้งแต่ ปี ๒๕๔๒-๒๕๔๕ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐) คือ ร้อยละ ๕๒.๑๑ ๕๔.๕๗ ๖๓.๖๙ และ ๗๒.๔๑ ตามลำดับ.

จากการวิเคราะห์โดยคณะทำงานการแก้ไขปัญหานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอเกาะพ้อ คิดว่าสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ คือ การให้บริการยังไม่ประทับใจและระบบบริการที่ยังต้องปรับปรุงและพัฒนาให้ได้มาตรฐาน ขณะที่ในส่วนของหญิงมีครรภ์เองยังไม่ค่อยมีความตระหนักในการคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งความเชื่อส่วนบุคคล รวมทั้งอุปสรรคการเดินทางมาคลอดที่โรงพยาบาล.

ช่วงต่อมาของการแก้ปัญหา คณะทำงานการแก้ไขปัญหานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอเกาะพ้อ ได้ดำเนินงานในหลายกิจกรรมทำให้ในปีงบประมาณ ๒๕๔๖-๒๕๔๗. สถานการณ์การฝากครรภ์ทั้ง ๒ ปี สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ถึง ๙๗.๔๘% ส่วนสถานการณ์การคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดีขึ้นเป็นลำดับ คือ ในปี ๒๕๔๖ ร้อยละ ๘๑.๕๑ และปี ๒๕๔๗ ร้อยละ ๙๑.๘๐ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ครั้งแรก. ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการดำเนินงานตามมาตรฐานโครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ซึ่งมีมาตรการและแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ในการฝากครรภ์ และการคลอดให้ได้มาตรฐาน รวมทั้งวิธีการเชิงรุกที่ได้ดำเนินการมากขึ้น เช่น การให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาหญิงมีครรภ์ในชุมชน, ดูแลติดตามการมาฝากครรภ์และการติดตามเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอดโดยเจ้าหน้าที่และ อสม. โดยมีการประชุมกับ อสม. เดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อติดตามการดำเนินงาน ซึ่งการที่ให้อสม.เข้ามามีส่วนร่วมทำให้การแก้ปัญหาเหมาะสมกับบริบทมากขึ้น เช่น เดิมที่ทางโรงพยาบาลมีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลและรับฟังความคิดเห็นเพื่อนำไปปรับปรุง. ผลคือความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก และไม่มีข้อเสนอนแนะ แต่เมื่อมีการให้อสม.ลงเยี่ยมบ้านหญิงหลังคลอด ปรากฏว่ามีข้อเสนอนแนะจากในพื้นที่สะท้อนกลับมาว่าต้องการให้โรงพยาบาลมีสถานที่สำหรับประกอบพิธีกรรมทางศาสนาอิสลามแก่ทารกแรกคลอด. ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงจัดสถานที่ดังกล่าวขึ้นสำหรับประกอบพิธีกรรมทางศาสนาแก่ทารกคลอดที่โรงพยาบาล. ตัวอย่างนี้แสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูลที่แท้จริงย่อมต้องอาศัยความใกล้ชิด และความไว้วางใจเช่น อสม.ซึ่งเป็นคนในพื้นที่เดียวกับผู้มารับบริการ.

นอกจากกิจกรรมข้างต้น ยังมีการใช้ mapping เพื่อเฝ้าระวังและการดูแลที่ครอบคลุมการฝากครรภ์ ที่บ้านในกรณีที่หญิงมีครรภ์ไม่สามารถมารับบริการที่สถานบริการได้. การเยี่ยมบ้านหญิงมีครรภ์พร้อมทั้งการให้สุขศึกษาแก่สามีและญาติ การให้หญิงมีครรภ์และญาติดูงานที่ห้องคลอด และการให้รถโรงพยาบาลไปรับหญิงตั้งครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาล ซึ่งการทำกิจกรรมดังกล่าวได้มีการกระทำอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผลเป็นระยะ ๆ ตลอดจนมีการวิเคราะห์ปัญหาเป็นระยะ ๆ.

ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๕๐ สถานการณ์การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและสถานการณ์การคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับที่ดีมาก มีหลายเดือนที่อัตราการคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงร้อยละ ๑๐๐. ทั้งนี้เป็นผลมาจากการดำเนินงานตามมาตรฐานโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย, การเพิ่มเติมปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ใหม่ ๆ เช่น การยกเลิกการให้ของขวัญแก่หญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครบ ๔ ครั้งและมาคลอดที่โรงพยาบาล การยกเลิกการจ่ายค่าตอบแทนแก่ ผดบ. เนื่องจากในปีที่ทางโรงพยาบาลไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ แต่ได้พัฒนาใหม่เป็นการให้ประกาศนียบัตรพร้อมรูปถ่ายพ่อ แม่ ลูก ให้แก่หญิงที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแทน รวมทั้งการพัฒนาการให้บริการแบบครั้งเดียวจบ คือ มารดาที่มาคลอดที่โรงพยาบาล จะได้รับการแจ้งเกิด พร้อมมอบบัตรประกันสุขภาพให้ทันที ซึ่งสร้างความพึงพอใจแก่มารดาที่มาคลอดเป็นอย่างมาก (ดังแสดงในตารางที่ ๒) และมีการดำเนินงานเชิงรุกที่เข้มข้นมากขึ้น เช่น การจัดทำเวทีประชาคมเพื่อการพัฒนาศักยภาพของชุมชน และหาแนวทางแก้ไขปัญหอนามัยแม่และเด็ก ในพื้นที่ที่มีปัญหาเรื่อง นามัยแม่และเด็กมากที่สุดในอำเภอกะพ้อ คือ ที่บ้านโล่ทุ ตำบลปล่องหอย. จากการจัดทำเวทีดังกล่าวทำให้ทราบถึงปัญหาของพื้นที่ที่แท้จริงโดยไม่ใช้การวิเคราะห์กันเอง ในขณะทำงานการแก้ไขปัญหงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอกะพ้ออีกต่อไปดังเช่นการกลัวการถูกล้อเลียนว่าจากเจ้าหน้าที่ เช่น “อายุมากแล้วยังจะคลอดอีก” “มีลูกมากแล้วยังจะท้องอีก” ซึ่งเป็นสาเหตุที่เจ้าหน้าที่ไม่เคยรับรู้มาก่อน ซึ่งเมื่อรู้สาเหตุ

ที่แท้จริงแล้วก็ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้ตรงกับสาเหตุทำให้หญิงมีครรภ์เข้าสู่ระบบมากขึ้น รวมทั้งการเน้นให้ผสม. เข้ามามีบทบาทในการสำรวจหญิงมีครรภ์ และติดตามหญิงมีครรภ์อย่างต่อเนื่อง และมีการประชุมติดตามงานกับผสม. ทุกเดือน ทำให้สามารถหาแนวทางแก้ปัญหาได้อย่างทันที่รวมทั้งการจัดอบรมผดบครรภ์โบราณในอำเภอกะพ้อทั้งหมด เกี่ยวกับการนวดแผนไทยและการประคบสมุนไพรในหญิงหลังคลอด ซึ่งการอบรมดังกล่าวเป็นกุศโลบายอย่างหนึ่งที่ต้องการให้ผดบครรภ์โบราณเปลี่ยนจากการทำคลอดเป็นการดูแลหญิงมีครรภ์หลังคลอดแทน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่จะมีการติดตามการเปลี่ยนบทบาทของผดบครรภ์โบราณอย่างใกล้ชิด.

จากข้อมูลการคลอดจากห้องคลอดโรงพยาบาลกะพ้อตั้งแต่ ปีงบประมาณ ๒๕๔๔ -๒๕๕๐ ดังตารางที่ ๕ พบว่าจำนวนหญิงมีครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น แม้ในช่วงตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๔๗ ที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งขณะทำงานการแก้ไขปัญหงานอนามัยแม่และเด็ก อำเภอกะพ้อได้วิเคราะห์ว่าจำนวนผู้มาคลอดที่โรงพยาบาลน่าจะลดลงเนื่องจากชาวบ้านกลัวอันตรายขณะการเดินทางโดยเฉพาะช่วงกลางคืน. แต่จากข้อมูลกลับพบว่าจำนวนผู้มาคลอดนั้นเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่าคือจาก ๘๘ คนในพ.ศ. ๒๕๔๖ เป็น ๑๘๐ คนในปี ๒๕๔๗ และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปีถัดมา แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการการแก้ไขปัญหงานได้ส่งผลดีที่ชัดเจนรวมทั้งการพัฒนาคุณภาพของการฝากครรภ์และการคลอดที่ได้มาตรฐานที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ทารกและมารดามีความปลอดภัย โดยที่ช่วงปีหลังพ.ศ. ๒๕๔๗ ไม่พบมารดาและทารกตายเลย ทำให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความเชื่อมั่นในระบบบริการ.

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจึงต้องอาศัยบุคลากรหลายฝ่ายในการค้นหาปัญหาความเจ็บป่วยและความต้องการการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากความสลับซับซ้อนของปัญหาสุขภาพที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น ไม่มาตรวจตามนัด ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาลที่อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ลูกกลามเกินเยียวยา ซึ่ง



เมื่อนั้นแพทย์ พยาบาล และบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ก็ต้องเห็นดีเห็นชอบกับการดูแลความเจ็บป่วยที่เพียบหนักเกินกว่าที่ควรจะเป็น^(๑๐). การแก้ปัญหาโดยการมองจากมุมมองของผู้รับบริการและคำนึงถึงบริบทด้านสังคมวัฒนธรรมของปัญหา ร่วมกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการแก้ปัญหาทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานอื่น ๆ และภาคประชาชน ทำให้การแก้ปัญหามุ่งเป้าหมายได้ ดังคำกล่าวของ Ian McWhinney^(๑๑) ที่กล่าวไว้ว่า “เป็นไปได้ยากที่บุคลากรวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่งจะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทุกด้าน.

ข้อเสนอแนะ

การแก้ปัญหานานามัยแม่และเด็ก ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดชายแดนภาคใต้ และเป็นปัญหาที่แก้ไขยากนั้น

- ทางทีมงานต้องคอยวิเคราะห์ปัญหาในการดำเนินการแก้ปัญหาที่ผ่านมาเป็นระยะ ๆ โดยใช้กระบวนการ PDCA เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบไปตามกาลเวลา. ประสบการณ์ของอำเภอเกาะป้อทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าการแก้ปัญหาหนึ่ง ๆ ต้องอาศัยการทำงานแบบสหวิชาชีพ ความมุ่งมั่น ตลอดจนความต่อเนื่อง ความร่วมมือของทุกภาคส่วน การเข้าถึงและเข้าใจวัฒนธรรมประเพณี ทำให้ ณ ปัจจุบันมีปัญหานานามัยแม่และเด็กที่ลดลง.

- การทำงานเป็นทีมทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาศักยภาพของตน ได้สื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ และได้รับการยอมรับมากขึ้นทำให้เกิดขวัญกำลังใจและความพึงพอใจในการทำงาน และทำให้สัมฤทธิ์ผลในการทำงานเพิ่มขึ้น^(๑๑).

- แม้จะบรรลุเป้าหมายส่วนหนึ่ง แต่ในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ยังมีสิ่งที่ต้องทำอีกมากนอกเหนือจากการทำให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย โดยเฉพาะการสร้างการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจากอีกด้านหนึ่ง คือ การมองจากมุมมองของผู้รับบริการ เนื่องจากสุขภาพเป็นของ “เขา” ดังนั้นจึงควรให้ “เขา” เป็นผู้ “ควบคุม” เพื่อที่จะได้ดูแลสุขภาพกันเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ใช้วิธี “เพิ่มพลังอำนาจ

ที่ “ช่วยให้เขาช่วยตัวเอง” ซึ่งน่าจะดีกว่าวิธี “เราทำให้” เพื่อลดปัญหา “เราเลิกทำให้เขาก็เลิกทำ” เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพได้ในอนาคต.

กิตติกรรมประกาศ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกะป้อทุกท่านได้ร่วมดำเนินงานแก้ปัญหานามัยแม่และเด็ก. นายแพทย์วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ช่วยตรวจสอบบทความและให้ข้อคิดเห็นที่มีค่า.

เอกสารอ้างอิง

๑. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๔.
๒. WHO. Maternal health [cited 2008 Feb 23]. Available from:<http://www.who.int/features/qa/12/en/index.html>.
๓. WHO. Maternal health [homepage on the internet][cited 2008 Feb 23]. Available from:<http://www.who.int/research/en/>.
๔. บวร งามศิริอุดม, จินตนา พัฒนพงศธร. แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกใน ๕ จังหวัด ชายแดนภาคใต้. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กใน ๑ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง. ยะลา: หจก.ยะลาการพิมพ์; ๒๕๔๗.
๕. สุครัตน์ ธีระวร. บทบาทผดุงครรภ์ใน ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กใน ๑ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง. ยะลา: หจก. ยะลาการพิมพ์; ๒๕๔๗.
๖. ธีระ ทองสง. สตรีศาสตร์. ฉบับเรียงเรียงครั้งที่ ๔. กรุงเทพฯ: พี.บี.เพอเรน บুকส เซนเตอร์; ๒๕๔๑. หน้า ๒๓๓-๔๒.
๗. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al. Williams obstetrics. 20th ed. Stamford: Appleton & Lange; 1997. p. 760-79.
๘. แวสะลาเมะ สะนิ. การตายของมารดาในจังหวัดปัตตานี. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กใน ๑ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ประจำปี ๒๕๔๘. ยะลา: หจก. ยะลาการพิมพ์; ๒๕๔๘.
๙. McWhinney I. Textbook of family medicine. 2nd Ed. Oxford: Oxford Univ Press; 1997. p. 394-6.
๑๐. สายพิน หัตถิรัตน์. คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน ๒๕๔๕. หน้า ๒๗๕-๘๘.
๑๑. อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ: คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ. พิมพ์ครั้งที่ ๒ (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; ๒๕๔๔. หน้า ๕๕-๖๘.