

สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็ก ใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้

ศรวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล*

นิรัชรา ลิลละย์กุล วสส.ยะลา**

จามรี สอนบุตร***

พรชัย สิทธิศรีณย์กุล****

บทคัดย่อ

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ๓ จังหวัดชายแดนใต้เข้าขั้นวิกฤติ อัตราส่วนมารดาตายสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศประมาณ ๓ เท่า และสูงกว่าเป้าหมาย MDGs Plus เกือบ ๒ เท่าตัว ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายในเกือบทุกตัวชี้วัด สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ในบริบทของสถิติศาสตร์สมัยใหม่ มีเพียงน้อยรายที่น่าจะเป็นเหตุสุดวิสัย หญิงตั้งครรภ์ยังคงฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ ด้วยเพราะวิถีชีวิต ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ แต่ยังไม่เห็นความสำคัญว่าเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพ ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าอนามัยแม่และเด็กทั้งระดับปัจเจก สังคม และระบบบริการสาธารณสุข ยังต้องใช้ความพยายามบริหารจัดการอย่างเข้มแข็งอีกหลายเท่าตัว ผลการศึกษา มีข้อค้นพบสำคัญถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็ก ๓ จังหวัดชายแดนใต้ คือ

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

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

๓. โຕะปีแด(ผดบ.) ถือเป็นจุดแข็งของระบบอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ด้วยวิถีชีวิตและศรัทธาต่อโຕะปีแด เนื่องจากเป็นผู้อาวุโสที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการผสมผสานกับหลักศาสนา อบอุ่นใจในน้ำคำ น้ำใจที่โຕะปีแดดูแลคนไข้ประดุจญาติมิตรและค่าใช้จ่ายถูก ในขณะที่บริการทางการแพทย์ยังมีข้อจำกัด และมีช่องว่าง(Gap)ที่ไม่สามารถเข้าใจเข้าถึงวิถีมุสลิมได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. **มาตรการระยะเร่งด่วน** ควรจับมือกับโຕะปีแด(ผดบ.) เพื่อร่วมฝ่าวิกฤตลดอัตราการตายในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ โดยฟื้นฟูและพัฒนาสมรรถนะ ผดบ. เรื่องประเมินปัจจัยเสี่ยงของหญิงมีครรภ์ การส่งต่อและการทำคลอดฉุกเฉินอย่างปลอดภัย มีมาตรการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม เพื่อรักษาคนเก่ง(บุคลากรสาธารณสุข อสม. และผดบ.) ให้อยู่ในระบบงานอนามัยแม่และเด็ก เร่งสร้างความเข้มแข็งโรงเรียน พ่อแม่เพื่อส่งเสริมบทบาทสามีให้มีทัศนคติที่ดีมีความพร้อมร่วมดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และค้นหาหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง เพื่อให้บริการดูแลขณะตั้งครรภ์และให้ความมั่นใจทุกรายที่คลอดมีสุขภาพดี

๒. **มาตรการระยะกลางและระยะยาว** กรมอนามัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมทบทวนตัวชี้วัดและปรับแนวทาง/กลยุทธ์ขับเคลื่อนนโยบายอนามัยแม่และเด็ก ให้เป็นเครื่องมือที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมและเป็นไปได้ เพื่อเป็นพลังให้เกิดการสร้างวิถีคิดและวิถีทำงานใหม่ที่เหมาะสม สอดคล้องตามสภาพปัญหาในบริบทของพื้นที่ต่อไป มีการวิเคราะห์และสนับสนุนอัตรากำลังในงานอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงสนับสนุนโควตาเรียนสูตินรีแพทย์เป็นกรณีพิเศษในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ และเพิ่มสมรรถนะแก่แพทย์หรือผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ให้มีความเข้าใจวิถีมุสลิมอย่างแท้จริง

คำสำคัญ : อนามัยแม่และเด็ก, หญิงตั้งครรภ์, อัตราส่วนมารดาตาย, ผดุงครรภ์โบราณ, ๓ จังหวัดชายแดนใต้

Abstract

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

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

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

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

Suggestion and Policy Brief

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

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

Keyword : Maternal and child health (MCH), pregnant women, MMR (Maternal Mortality Rate), Traditional Birth Attendants (TBA), three southernmost provinces

* กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ปฏิบัติราชการ สำนักตรวจและประเมินผล)

** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรยะลา

*** นักศึกษาปริญญาเอก ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**** หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลักการและเหตุผล

สถานการณ์การป่วยและตายของมารดาและเด็ก ได้ถูกกำหนดให้เป็นเครื่องบ่งชี้สภาวะสุขภาพของประชากรและการพัฒนาประเทศที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการตายของมารดาและเด็กสามารถบ่งบอกถึงสุขภาพโดยรวมของผู้หญิงและเด็กโดยตรง และยังชี้ให้เห็นถึงและสภาพเศรษฐกิจและสังคมโดยอ้อม โดยบ่งบอกถึงความเป็นอยู่ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และความเพียงพอของสถานบริการด้านสุขภาพ (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และคณะ, ๒๕๕๑ – ๒๕๕๒)

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กและหญิงระยะตั้งครรรภ์และหลังคลอดได้อย่างมีนัยยะสำคัญในหลายทศวรรษที่ผ่านมา (ศิริพร กัญชนะและคณะ, ๒๕๓๙) แต่จากการประมาณของอัตราการตายของมารดาของกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. ๒๕๓๘ – ๒๕๓๙ โดยใช้การศึกษาแบบ RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) ซึ่งเห็นว่าอัตราส่วนมารดาตายยังคงเป็นปัญหาสำหรับพื้นที่ในภาคใต้ โดยพบว่าอัตราการตายของมารดาในภาคใต้คิดเป็น ๒ เท่าของอัตราการตายของมารดาในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) ประเทศไทย, ๒๕๕๔) และพบปัญหานี้สูงที่สุดใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๘๑, ๖๗.๔๓ และ ๖๓.๙๓ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ตามลำดับ (เขตสุขภาพที่ ๑๒, ๒๕๕๗) และแม้ว่าโลกาภิวัตน์จะทำให้ปัญหาด้านสุขภาพในระดับโลก และภูมิภาคเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว แต่การบรรลุเป้าหมายลดอัตราส่วนมารดาตายในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่ง ภายในปี ๒๕๔๘-๒๕๕๘ ยังคงเป็นประเด็นท้าทายที่ยากต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ในหลายช่วงทศวรรษ ที่ผ่านมา ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และความจำเป็นของการศึกษาวิจัยสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในแก้ไขปัญหานานาแม่และเด็ก ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อค้นหาช่องว่างทางความรู้ ให้เป็นข้อมูลนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการแก้ไขปัญหานี้ในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

๒. เพื่อหาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับเขตและกำหนดกลยุทธ์ในการแก้ปัญหานานาแม่และเด็ก ได้สอดคล้องกับบริบทและพื้นที่

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed Methods Research : Sequential – Exploratory)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาประชากรในจังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม ๑ : ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก (ผู้บริหาร / MCH Board / แพทย์ พยาบาล อสม. โตะะปีแด ผู้บริหารองค์กร และแกนนำเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่นานโยบาย / แนวทางการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กไปสู่การปฏิบัติ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น , NGO ในพื้นที่)

กลุ่ม ๒ : หญิงตั้งครรรภ์และหรือเคยตั้งครรรภ์ ได้แก่ มารดาที่มาฝากท้อง และ มารดาหลังคลอดจากบัญชีรายชื่อของรพศ. รพท. รพช. และรพ.สต.

กลุ่ม ๓ : กลุ่มบุคคลอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่ม ๒ ได้แก่ สามี บุคคลในครอบครัว ผู้นำศาสนา

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดย การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

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

สถานที่

อำเภอรามัน กาบัง เบตง และอำเภอเมืองยะลา

ช่วงเวลา

เมษายน ๒๕๕๗ – พฤษภาคม ๒๕๕๘

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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

กลุ่มที่ ๑ ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผดุงครรภ์โบราณ(โตะบีแด้) จำนวน ๓ ข้อ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย/กลยุทธ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กที่ผ่านมา การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ(เชิงพื้นที่) ปัจจัยเอื้อหรือปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา นโยบาย/กลยุทธ์และหรือการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก

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

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

วิธีการศึกษา

๑. รวบรวมข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัย วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รายงานการประชุมMCH Board และรายงานผลวิเคราะห์การตายมารดาจากข้อมูลทุติยภูมิ(secondary data) เพื่อศึกษาสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก ๓ จังหวัดชายแดนใต้ โดยใช้วิธีการdocumentary research และศึกษาจากรายงานและเข้าร่วมประชุม dead case conference

๒. คัดเลือกจังหวัด ซึ่งทีมงานในพื้นที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเรียนรู้ สร้างความคุ้นเคยและทำความเข้าใจในบริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตหลักศาสนา คุณลักษณะทางประชากร สภาพความเป็นอยู่ การรับรู้และเข้าถึงบริการการรับรู้เกี่ยวกับสถานบริการ การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและ/หรือมีปัญหาสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก สภาพการทำงาน ปัญหาและอุปสรรคใน

การใช้บริการสุขภาพและการให้บริการอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้วิธีการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ (informal interviews)

๓. พัฒนาและสร้างเครื่องมือ “แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง” ซึ่งพัฒนาขึ้นหลังจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ทำการทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือ

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

ใช้การสังเกต (observation) และมีการบันทึกข้อมูลจากการสังเกตในขณะที่กลุ่มตัวอย่าง ร่วมสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย สภาพการทำงาน สภาพแวดล้อม และบริการสุขภาพอนามัยแม่และเด็กจัดให้กับมารดาที่มาฝากท้อง มารดาหลังคลอด

๕. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ และหากพบว่ายังมีประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม คณะผู้วิจัยติดต่อขอสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) ประมวลข้อมูล วิเคราะห์และสรุปผล

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

| | | |
|--|--|---|
| <p style="text-align: center;">1</p> <ul style="list-style-type: none"> ศึกษาสถานการณ์และปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง dead case conference | <p style="text-align: center;">2</p> <ul style="list-style-type: none"> คัดเลือกจังหวัด ซึ่งทีมงานในพื้นที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษารวิจัย เรียนรู้ สร้างความคุ้นเคยและทำความเข้าใจพื้นที่ บริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตหลักศาสนา และลักษณะประชากร ค้นหากลุ่มตัวอย่างที่เป็น Key actors ในงานอนามัยแม่และเด็ก <ol style="list-style-type: none"> กลุ่มผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก : แพทย์พยาบาล อสม. ได้ะบีแด้ กลุ่มมารดาที่มาฝากท้อง มารดาหลังคลอด กลุ่มบุคคลอ้างอิง ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สามเณร บุคคลในครอบครัว ผู้นำศาสนา ฯลฯ | <p style="text-align: center;">3</p> <ul style="list-style-type: none"> พัฒนาและสร้างเครื่องมือ “แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง” ทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือ |
| <p>Documentary research Dead Case Conference</p> | <p>informal interviews</p> | <p style="text-align: center;">4</p> <ul style="list-style-type: none"> สนทนากลุ่ม : เรียนรู้ข้อเท็จจริง รับรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และค้นหาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จ การสังเกต : ปัจจัยแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่าง (social determinant) สัมภาษณ์เชิงลึก ประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม <p>Focus group , observation In depth interview</p> |
| <p style="text-align: center;">5</p> <ul style="list-style-type: none"> ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ ประมวลผล และสรุปผล | <p style="text-align: center;">6</p> <ul style="list-style-type: none"> จัดเวทีนำเสนอข้อมูล เพื่อร่วมตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันผลการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม (โดยเชิญผู้บริหาร เช่น ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตบริการสุขภาพที่ 12, นพ.สสจ. , ผู้แทนกลุ่มตัวอย่างและผู้เกี่ยวข้องในงานอนามัยแม่และเด็ก) | <p style="text-align: center;">7</p> <ul style="list-style-type: none"> จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ |

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

- นำข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป : สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ
- นำข้อมูลเชิงคุณภาพ จัดหมวดหมู่เนื้อหาและนำเสนอข้อมูลโดยการพรรณนา

ผลการศึกษา

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็ก ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้

สถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ๓ จังหวัดชายแดนใต้เข้าขั้นวิกฤติ อัตราการตายในภาพรวมคิดเป็นร้อยละ ๔๒.๒๓ จำแนกรายจังหวัด ได้แก่ ปัตตานี ร้อยละ ๔๓.๓๙ ยะลา ๒๒.๒๗ และนราธิวาส ๕๕.๓๕ (ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ยะลา,๒๕๕๗) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศ (เป้าหมายไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) ประมาณ ๓ เท่า และสูงกว่าเป้าหมาย MDGs Plus (เป้าหมายไม่เกิน ๒๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพ) เกือบ ๒ เท่าตัว ผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายในเกือบทุกตัวชี้วัด แม้แนวโน้มหญิงตั้งครรภ์จะได้เข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐแล้วก็ตาม สาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากสาเหตุทางตรงและทางอ้อม ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ในบริบทของสูติศาสตร์สมัยใหม่ มีเพียงเล็กน้อยที่เป็นเหตุสุดวิสัย

ส่วนใหญ่ชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้ ยังคงฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ หรือโต๊ะปีแด เพื่อทำพิธีกรรม(พิธีแนง)ในครรภ์แรกโดยการบอกกล่าวคาถาและตรวจท้อง เพื่อขอให้ปลอดภัยทั้งแม่และลูกในท้อง รวมถึงมีฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเหตุผลเพราะว่าทางราชการกำหนดการฝากครรภ์เป็นเงื่อนไขในการออกใบรับรองการเกิดและสูติบัตรให้ แต่ยังไม่ได้ตระหนักหรือเห็นความสำคัญของการฝากครรภ์ว่าเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของธีรพล โทพันธ์ และคณะ; ๒๕๕๗ , สุคราตรี ธีระวร ; ๒๕๕๗; อัลญานัม สมุห์เสมีโต, ๒๕๕๖

กลไกการแก้ไขปัญหาทางอนามัยแม่และเด็ก และพัฒนาคุณภาพระบบบริการตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ห้องคลอดและหลังคลอด จะถูกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการ MCH Board ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ ในระดับจังหวัดมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน มีแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็กที่สอดคล้องตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของจังหวัด มีการจัดตั้งคลินิก High risk ทุกโรงพยาบาล และจัดระบบช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉิน เน้นติดตามการดูแล ๗ กลุ่ม คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรค AIDS มะเร็ง Thyroid Asthma และกำหนดให้มีการประชุม conference case มารดาตายทุกราย รวมถึงระบบที่ปรึกษาโดยมีสูติแพทย์เป็นที่ปรึกษาให้แก่ ทีมแพทย์/พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการพัฒนาศักยภาพ ทีมผู้ปฏิบัติงานเพื่อฝึกทักษะและเพิ่มพูนประสบการณ์ มีการจัดระบบส่งต่อ(Referral System) ภายในจังหวัด ตลอดจนมีระบบควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผลผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) มีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน(อสม.) เป็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานที่เข้มแข็งในการติดตาม สนับสนุนและช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ทั้งในยามปกติและยามที่มีสถานการณ์ความไม่สงบ อย่างไรก็ตามผู้บริหารของจังหวัดและเขตสุขภาพยังคงมองความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็กอยู่ในระดับที่ยังไม่น่าพอใจ และยังคงอยู่ห่างไกลเป้าหมาย แม้มีความพยายามในการพัฒนาแผนงาน/โครงการดูแลสุขภาพของมารดาก็ตาม

๒. ปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในงานอนามัยแม่และเด็ก ๓ จังหวัดชายแดนใต้

๑. นโยบายดี แต่เครื่องมือและตัวชี้วัดมาก

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก ต่างเห็นพ้องและเชื่อมั่นว่า นโยบายขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ มีเหตุและผลทางวิชาการ แต่ตัวชี้วัดที่ส่วนกลางกำหนด ๑) มีมาก ๒) บางตัวชี้วัด ไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ [เช่น เกณฑ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อม (หญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี)]

๒. ผู้ปฏิบัติงานแม่และเด็ก มีลักษณะ “ไม่ทันเก่า ใหม่ก็มา”

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

๓. ความเชื่อ วิถีชีวิต ศาสนาวัฒนธรรม เป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ที่ประเด็นร่วมสำคัญ ที่เป็นข้อค้นพบว่ายังต้องเคารพ มีอิทธิพลต่อวิถีคิดรวมถึงเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานในการดำเนินชีวิตและปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ คือ

หนึ่ง ความเชื่อ ในเรื่องการรับประทานอาหารและยา เช่น เชื่อว่าการกินยาบำรุงเลือดทำให้เด็กโต คลอดยาก ขณะตั้งครรภ์ห้ามรับประทานมากจะทำให้หมดลูกขยายตัว ทารกมีขนาดใหญ่ส่งผลให้คลอดยากให้กินปลาแห้ง ปลาเค็ม เป็นต้น

สอง วิถีชีวิต ที่สตรีมุสลิมจะต้องพึ่งพิงสามี รวมถึงยกย่องสามีให้อยู่ในฐานะเหนือกว่าและเป็นผู้มีบทบาทในการตัดสินใจในการกระทำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การพาไปสถานบริการเพื่อการฝากครรภ์ การอนุญาตให้วางแผนคุมกำเนิด เป็นต้น กลับพบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมรับผิดชอบหรือแบ่งปันภาระในเรื่องนี้เพียงเล็กน้อย

สาม ศาสนา และวัฒนธรรม

อิทธิพลของศาสนาอิสลามที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์นั้น ให้คุณค่าสูงมากในเรื่องการให้กำเนิดบุตรด้วยความเชื่อการมีลูกมาก พระเจ้าก็ให้ริสกีแก่ทุกคน (ริสกี มีความหมายกว้างมาก คือของขวัญ การอำนวยความสะดวก ทรัพย์สิน วัตถุ สิ่งของใดๆ ก็ตามจากอัลลอฮ์) และเชื่อเรื่องพระเจ้า ที่ส่วนหนึ่งคิดว่าการตายเป็นเรื่องของธรรมชาติ แม้ในรายที่หญิงตั้งครรภ์มีโรคมีความเสี่ยงสูง ก็ยังต้องการมีลูกเพื่อสืบสกุลและเพราะอิสลามไม่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือใดๆ ที่อาจทำให้บุคคลไม่สามารถกำเนิดได้ ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นหญิงหรือชายตลอดจนทัศนคติที่คิดว่าการคุมกำเนิดนั้นผิดหลักการของศาสนาอิสลาม

สี่ ผดบ. คือ ศรัทธาและวิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ และเป็นพันธมิตรสำคัญในงานอนามัยแม่และเด็ก

ความผูกพันหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกับ ผดบ. เนื่องจากเป็นผู้อาวุโสที่มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการผสมผสานกับหลักศาสนา เช่น การอ่านดูอาร์ การขอพรในแต่ละขั้นตอนของการตั้งครรภ์ และการดูแลโดย ผดบ. เปรียบเสมือนมีญาติผู้ใหญ่ใกล้ชิดตลอดเวลา เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ลดความกังวลต่อการตั้งครรภ์ ส่งผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องมีการฝากครรภ์กับ ผดบ. ทุกครั้ง รวมถึงเหตุผลหากเกิดภาวะการคลอดฉุกเฉิน เช่น คลอดในยามวิกาล บ้านอยู่ในพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ห่างไกล หากมีการฝากครรภ์ไว้กับ ผดบ. ก็จะได้รับช่วยเหลือเกี่ยวกับการคลอดอย่างทันท่วงที แต่ด้วยข้อจำกัดที่ผดบ.อายุมาก ส่วนใหญ่อ่านหนังสือไม่ออก และการขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาและฟื้นฟูศักยภาพ ในเรื่องการประเมินความเสี่ยงและการส่งต่อการทำคลอดฉุกเฉินอย่างปลอดภัย กอปรกับการคลอดกับผดบ.ครรภ์โบราณเสียค่าใช้จ่ายถูกกว่าไปคลอดที่โรงพยาบาล จึงทำให้ชาวบ้านเลือกที่จะคลอดกับผดบ.ครรภ์โบราณมากกว่า จึงเป็นช่องโหว่ของระบบที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของอัลญานี สมุห์ เสนีไต่; ๒๕๕๖ วิโรจน์ คงสุวรรณและคณะ ;๒๕๕๒ จรัญ มะลูลีม ๒๕๔๕ และอาลี เสือสมิง ,๒๕๕๔ ดารณี อ่อนชมจันทร์ และคณะ, ๒๕๕๐ ; สุชน พรบัตติตปีพมา ,๒๕๕๐

๔. การจัดบริการสุขภาพของสถานบริการ ยังไม่สร้างความประทับใจและเอื้อต่อวิถีชีวิตมุสลิมของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้ประเด็นที่เป็นจุดอ่อนของระบบบริการ ที่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวคาดหวัง คือ ๑) การให้บริการที่รวดเร็ว เป็นจุดบริการเดียว ๒) เจ้าหน้าที่ควรให้บริการด้วยพฤติกรรมที่ดี เอาใจใส่ ใช้ น้ำเสียงที่เหมาะสม ๓) ความพร้อมด้านกำลังคน สถานที่ เครื่องมือ และความสะอาดของอุปกรณ์ รวมถึง การคลอดที่โรงพยาบาลญาติไม่สามารถอยู่ใกล้ชิดได้ ๔) ขาดสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลถูกต้อง ต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการ

รวมถึงสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในช่วงหลายปีที่ ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อหน่วยงานบริการอนามัยแม่และเด็กเชิงรุกลดลงไปด้วย

๕. ระบบจัดสรรงบประมาณ UC ลงไปที่ระดับ CUP ส่งผลกระทบต่ออำนาจการควบคุมกำกับงานเป็นข้อเท็จจริงที่ทีมผู้บริหารมองมิติด้านโครงสร้างและรูปแบบการจัดสรรงบประมาณ UC ที่จัดลงพื้นที่ระดับ CUP โดยตรงไม่ผ่านสสจ. แม้จะมีมิติด้านผู้ให้บริการแต่ในมิติการกำกับ ติดตามและประเมินผลงานพบว่าส่งผลกระทบต่อระบบสายการบังคับบัญชาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำได้เพียงการขอความร่วมมือในการปฏิบัติงาน แต่ไม่สามารถกำกับและสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยงานได้

๒. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และกำหนดกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาได้สอดคล้องกับบริบทและพื้นที่

๑. ด้านบริหารจัดการ

- ควรมีการวิเคราะห์อัตรากำลังที่เหมาะสมกับงานอนามัยแม่และเด็ก กรณีจังหวัดชายแดนใต้เนื่องจากลักษณะงาน (ยาก ภาระงานมาก) ค่าความเสี่ยงสูง (อัตราการโยกย้ายสูง)และให้โควต้าเป็นกรณีพิเศษในการเรียนสูตินรีแพทย์ในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ เพื่อสนับสนุนความต้องการในพื้นที่ กรณีความต้องการแพทย์ผู้หญิง เป็นต้น

- ควรมีการกำหนดมาตรการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมให้แก่ผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อรักษาคณติและคนเก่งให้อยู่ในพื้นที่และระบบงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งบุคลากรสาธารณสุข อสม. และ ผดุงครรภ์โบราณ

- ควรใช้จุดแข็งของโต๊ะปีแฉ คือ ศรัทธาและวิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ เป็นพันธมิตรแนวร่วมในการฝ่าวิกฤตลดอัตราการตายในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างอิหม่าม โต๊ะปีแฉ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสนับสนุนให้แกนนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

- หน่วยงานระดับกระทรวง กรมอนามัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมทบทวนตัวชี้วัดและปรับแนวทาง/กลยุทธ์ขับเคลื่อนนโยบายอนามัยแม่และเด็ก ให้เป็นเพียงเครื่องมือที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมและเป็นไปได้ เพื่อเป็นพลังให้เกิดการสร้างวิถีคิดและวิถีทำงานใหม่ที่เหมาะสม สอดคล้องตามสภาพปัญหาในบริบทของพื้นที่ต่อไป

๒. ด้านวิชาการ

- ควรมีการอบรมหรือการจัดการความรู้ เพื่อเพิ่มสมรรถนะแก่แพทย์หรือผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่ ให้มีความเข้าใจวิถีมุสลิมอย่างแท้จริง และค้นหาหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง และให้บริการดูแลขณะตั้งครรภ์ ให้มีความมั่นใจทุกรายที่คลอดมีสุขภาพดี

- ควรมีอบรมฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพผดบ. ให้เรื่องการประเมินปัจจัยเสี่ยงของ หญิงมีครรภ์ การส่งต่อและการทำคลอดฉุกเฉินอย่างปลอดภัยให้แก่ ผดบ. ทั้งนี้โดยมีการประเมินศักยภาพของ ผดบ. ก่อนการพัฒนา

- สร้างความเข้มแข็งโรงเรียนพ่อแม่ ให้เกิดรูปธรรมที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อส่งเสริมสามีของหญิงตั้งครรภ์ให้มีความพร้อมและมีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

บทวิจารณ์

๑. งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ เป็นการศึกษาในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นคนไทยมุสลิม ความเข้าใจในเรื่องบริบท ภาษา วัฒนธรรม หลักการทางศาสนา รวมถึงเงื่อนไขทางด้านระยะเวลาของการวิจัยและปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจึงได้ปรึกษาหารือกับนายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกันของทั้ง ๓ จังหวัด ซึ่งได้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า คุณลักษณะทางด้านประชากรในพื้นที่ของ ๓ จังหวัดชายแดนใต้มีความใกล้เคียงกัน และมีข้อเสนอให้เลือกจังหวัดยะลา เป็นพื้นที่

ตัวอย่างเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมถึงศึกษางานอนามัยแม่และเด็กเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ และการดูแลหลังคลอดเท่านั้น เนื่องจากเป็นช่วงสำคัญที่สุดและเป็นการดูแลเฝ้าระวังในงานอนามัยแม่และเด็ก

๒. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป คือ การวิจัยพัฒนาระบบบริหารจัดการปัญหาการตายของมารดา ศึกษาเฉพาะกรณี (รายจังหวัด/พื้นที่) เพื่อระบุประเด็นวัตถุประสงค์ของวิจัยที่มีความเฉพาะเจาะจงและมีความเป็นไปได้ที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพนั้นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยทุนวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ คือ ศ.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง ตลอดจนตรวจทานความสมบูรณ์เนื้อหาและนพ.ธีรพล โตพันธานนท์ ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ ๑๒ ตลอดจนขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งที่ลงเก็บข้อมูลและทีมวิจัยในพื้นที่ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

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

กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ Millennium Development Goals - MDGs) ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๕๗. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, ๒๕๕๗.

เขตสุขภาพที่ ๑๒. "รายงานสรุปผลการตรวจราชการ รอบที่ ๒ / ๒๕๕๗" เอกสารอัดสำเนา. ๒๕๕๗.

จรัญ มะลูลีม, ๒๕๔๕. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการคุมกำเนิดของสตรีมุสลิม : กรณีศึกษา ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช.

ดารณี อ่อนชมจันทร์ และคณะ, ๒๕๕๐ ศึกษาเกี่ยวกับ โตะปีแคที่พึงทางใจสตรี ๓ จังหวัดใต้.[Internet].

http://wbns.oas.psu.ac.th/shownews.php?news_id=58609

ธีรพล โตพันธานนท์, ๒๕๕๗. ยุทธศาสตร์การให้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กใน ๓ จังหวัด

ชายแดนภาคใต้. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร วปม. รุ่นที่ ๗ ปีการศึกษา ๒๕๕๖ – ๒๕๕๗

วิโรจน์ คงสุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๒ ความเชื่อ และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพของมารดาไทยมุสลิมหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. รายงานวิจัย.

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

สุภารัตน์ ธีระวร, ๒๕๕๗. สถานการณ์และการศึกษาภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ๗ จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง.

มกราคม ๒๕๕๗.

สุชน พรบัณฑิตปัทมา ,๒๕๕๐. ภูมิปัญญาโตะปีแคในการดูแลสุขภาพอนามัยกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

และทารกชาวไทยมุสลิม ๕ จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๓ กันยายน – ธันวาคม ๒๕๕๐.

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

อัลญาน์ สมุห์เสนีโต, ๒๕๕๖. อนามัยเจริญพันธุ์ในทัศนะของชาวไทยมุสลิมชายแดนใต้ รายงานการวิจัย.

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี [Internet]. (Online). from:

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

TUIK, 2008 quoted in Dundar et al.,2010 (Online).from :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405350>, 2013.

Unicef. "Joint Review of Maternal and Child Survival Strategies in China" 2006. (Online). from: http://www.unicef.org/eapro/MCH_strategy_China.pdf, 2013.

Unicef. Strengthening vaccination protection for vulnerable groups in the context of an immediate response to an imported wild polio outbreak in Western China. 2012. (Online).from:http://www.unicef.org/equity/files/Equity_Case_Study_China_Strengthening_vaccination_protection.pdf, 2013.

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

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