

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหาและความจำเป็นของปัญหา

การพัฒนาประเทศมีจุดมุ่งหมาย เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งรวมถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดีด้วย (ประกอบ ตูจินดา, 2524 : 2) ในการวัดระดับสุขภาพอนามัยนั้นสามารถวัดได้หลายวิธี และดัชนีที่นิยมใช้กันแพร่หลายวิธีหนึ่ง คือ อัตราการตายของมารดา (นันทา อ่วมกุล, 2529 : 5) และอัตราการตายของทารก (สันศักดิ์ เสริมศรี, 2525 : 141) การตายของมารดานับเป็นโศกนาฏกรรมที่ใหญ่ที่สุด (สมศักดิ์ สุกข์นวรรุณี และคณะ, 2531 : 31) เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะกระทบกระเทือนต่อความเป็นอยู่ของอีกหลาย ๆ ชีวิต ทั้งนี้เพราะมารดาเป็นหลักของครอบครัว เป็นแกนกลางระหว่างพ่อและลูก เป็นผู้ดูแลความเป็นอยู่ของครอบครัว และยังมีผลกระทบต่อสังคมโดยส่วนรวมอีกด้วย เพราะมารดาเป็นหญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ซึ่งเป็นวัยที่มีพลัง มีความสามารถมีความคิดสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ และเป็นกำลังของสังคม นอกจากนี้การตายของมารดามีผลต่อการตายของทารกในครรภ์อีกด้วย

กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (แผนงานอนามัยแม่และเด็ก 2535-2539 : 1) ได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2530 ประเทศไทยมีอัตราการตายของมารดาอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์และการคลอดเท่ากับ 0.4 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย ส่วนอัตราการตายของทารกเท่ากับ 35 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 รายซึ่งแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (2535 - 2539) ได้กำหนดเป้าหมายไว้ว่าเมื่อสิ้นแผนฯ 7 ให้มีอัตราการตายของมารดาลดลงเหลือ 0.3 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย และอัตราการตายของทารกลดเหลือ 23 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย (แผนงานอนามัยแม่และเด็ก 2535-2539 : 3) ซึ่งต้องใช้ความพยายามอีกมากในการทำให้อัตราการตายของมารดาและทารกลดลง

จากการสรุปสภาวะการอนามัยแม่และเด็กพบว่าสาเหตุการตายของมารดาที่สำคัญได้แก่ครรภ์เป็นพิษ ตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อหลังคลอด (เนื้ญศรี กาญจนบุษิต, 2528 : 75) วัลลภ ไทยเหนือ, 2533 : 3) ส่วนสาเหตุการตายของทารก แม้ว่ารายงานด้านนี้ของประเทศ

ไทยจะยังไม่สมบูรณ์ แต่ข้อมูลที่มีอยู่จากรายงานของกองสถิติสาธารณสุขในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2520-2528) ได้แสดงว่าภาวะบางอย่างที่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่เกี่ยวกับการคลอดเป็นสาเหตุการตาย อันดับแรกของการมาโดยตลอด (ประเวศ วะสี, 2531 : 72-73) ซึ่งแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 5 ประเภท (จันทร์วิทย์ เกษมสันต์ ณ ออยุธยา, 2531 : 510-511 ; วงศ์กุลพัทธ์ สนิทวงศ์ ณ ออยุธยา และคณะ, 2531 : 115) คือ 1) สาเหตุทางสถิติศาสตร์ ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด ตั้งครรภ์เกินกำหนด ครรภ์เป็นพิษ รกรกก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ แม่ดน้ำ และการติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ 2) สาเหตุทางอายุศาสตร์ของมารดา ได้แก่ ซิฟิลิส โรคติดเชื้อในรยะบทางเดินปัสสาวะ และเบาหวาน 3) สาเหตุจากภัยอันตรายที่เกิดจากการคลอดติดขัด ได้แก่ การเจ็บครรภ์คลอดคืบหน้าไปอย่างล่าช้า การกระทบกระเทือนจากการคลอด และการทรวงอกออกซิเจน 4) สาเหตุจากการติดเชื้อจากการทำคลอด ได้แก่ บาดทะยักในเด็กแรกเกิด 5) สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ ทารกมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย

สาเหตุการตายของมารดาและทารกดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่สืบเนื่องมาจากมารดาไม่เคยฝากครรภ์ หรือฝากครรภ์เพียงครั้งเดียว และฝากครรภ์ 3 เดือนหลังของการตั้งครรรภ์ แล้วไม่ได้คลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (เห็นุศรี นิษฐ์สมิต, 2530 : 74 ; วิรัช นิยมวัน, มปป. : 2-3) และวัลลภ ไทยเหนือ (2532 : 3-4) ได้รายงานการตายของมารดาจากสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด 71 ราย พบว่าครึ่งหนึ่งของมารดาที่ตายใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านกับผดุงครรภ์โบราณ ส่วนวิทษา สวัสดิ์พิพนธ์ และคณะ (2530 : 274) ได้ศึกษาโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดในประเทศไทยปี พ.ศ. 2527-2528 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการทำคลอดแบบพื้นบ้านโดยผดุงครรภ์โบราณและญาติเป็นผู้ทำคลอดคิดเป็นร้อยละ 50.8 และ 35.3 ตามลำดับ ซึ่งมักจะไม่ใช่สะอาดพอ ในขณะที่ร้อยละ 48.5 ใช้ยากลางบ้านหรือสมุนไพรบางอย่างใส่ผสมสยคือเด็ก ทำให้มีโอกาสปนเปื้อนและติดเชื้อได้มาก จะเห็นได้ว่าสาเหตุการตายของมารดาและทารกที่กล่าวมาแล้วล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุที่ป้องกันและแก้ไขได้ หากมารดาได้รับการดูแลตั้งแต่ในระยะตั้งครรรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยบุคลากรที่มีความรู้ในสถานบริการที่มีความพร้อมและปลอดภัย

ในด้านพฤติกรรมกรใช้บริการทำคลอด ได้มีการศึกษาพบว่ามารดาในภาคใต้ใช้บริการทำคลอดที่สถานบริการ กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำรองจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ

ไทย มารดาในชนบทใช้บริการทำคลอดที่สถานบริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่ำกว่ามารดาในเขตเมือง มารดาที่นับถือศาสนาอิสลามใช้บริการทำคลอดที่สถานบริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่ำกว่ามารดาที่นับถือศาสนาพุทธ (นิชิต นิตักษ์ เทนสมบัติ และ เกื้อ วงศ์บุณสิน, 2532 : 3, 15) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง มารดาในภาคใต้ใช้บริการทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณเป็นอัตราที่สูงรองจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (นิคมัย ขติณานังและศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2531 : 43-48) มารดาไทยมุสลิมนิยมใช้บริการทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณสูงกว่ามารดาไทยพุทธ จึงทำให้มารดาไทยมุสลิมมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดมากกว่ามารดาไทยพุทธด้วย (เฮาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ, 2526 : 456-457)

จังหวัดชายแดนภาคใต้โดยเฉพาะจังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส มีอัตราการตายของมารดาในปี พ.ศ. 2533 เท่ากับ 0.81 0.42 และ 1.32 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 รายตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราของประเทศในปี พ.ศ. 2530 (เท่ากับ 0.4) แล้วทุกจังหวัดมีอัตราการตายของมารดาที่สูงกว่า ส่วนอัตราการตายของทารกไม่มีข้อมูลที่สมบูรณ์จากการวิเคราะห์ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 9 (2534 : 27) กล่าวถึงข้อจำกัดของข้อมูลการตายของทารกว่ามีทารกจำนวนหนึ่งตายก่อนที่จะมีการแจ้งเกิด จึงไม่มีการแจ้งตายไว้เป็นหลักฐาน ผู้วิจัยได้ไปติดตามประเมินผลผดุงครรภ์โบราณในโครงการขยายงานอนามัยแม่และเด็กและการเว้นช่วงระยะการมีบุตรที่จังหวัดยะลา เมื่อปี พ.ศ. 2529 ได้สัมภาษณ์ผดุงครรภ์โบราณจำนวน 30 คน จาก 5 อำเภอ พบว่าหลังจากอบรมไปแล้ว 6 เดือน ได้ทำคลอดทั้งหมด 241 ราย มีมารดาตายเนื่องจากการคลอด 3 ราย สาเหตุการตาย ตกเลือดจากรกติด 1 ราย อีก 2 รายไม่ทราบสาเหตุ และมีทารกตายภายใน 7 วันหลังคลอด 4 ราย สาเหตุการตายทารกคือ ทารกคลอดทำกันแล้วติดหัว 1 ราย รกติดแล้วไม่ได้ผูกและตัดสายสะดือ 1 ราย อีก 2 รายไม่ทราบสาเหตุ แม้ว่าจะคลอดกับผดุงครรภ์โบราณที่ผ่านการอบรมแล้วก็ตาม เทคนิคการทำคลอดแบบสมัยใหม่ที่ผดุงครรภ์โบราณอบรมไปก็ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเต็มที่ โดยเหตุผลที่ว่าเป็นการคลอดฉุกเฉิน ญาติของผู้คลอดไม่ให้ปฏิบัติ เป็นต้น นั่นก็อาจหมายถึงความรู้ที่ให้ไปยังไม่สอดคล้องกับสังคม และวัฒนธรรมของประชาชนกลุ่มนี้ (ลีนา ตั้งกษะภักดิ์, 2529 : 4-5) จากการวิเคราะห์ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 9 (2535 : 2, 4-5, 9) ตามโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะบุคลากรค่านอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ 2534 พบว่าสาเหตุการตายของมารดาที่สำคัญคือ ตกเลือดหลังคลอด และครรภ์เป็นพิษ ซึ่งมารดาที่ตายมากกว่าครึ่งหนึ่งใช้บริการทำ

คลอดกับผดุงครรภ์โบราณ ส่วนสาเหตุการตายของทารกที่สำคัญ คือ ขาดออกซิเจน และคลอดก่อนกำหนด การตายของทารกส่วนใหญ่มาตายที่สถานบริการ ภายหลังจากการทำคลอดของผดุงครรภ์โบราณไม่ประสบความสำเร็จ และมารดาได้ถูกส่งต่อมายังสถานบริการช้าเกินไป

พฤติกรรมการใช้บริการทำคลอดในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังคงนิยมการทำคลอดแบบพื้นบ้านมาก จากรายงานปี พ.ศ. 2533 (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 9, 2534 : 17-18) มีจำนวนการเกิดมีชีพ 33,460 ราย ทำคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 45.8 ทำคลอดกับผดุงครรภ์โบราณและอื่น ๆ เช่น สุชาติ สามี ร้อยละ 54.2 ได้แสดงข้อมูลการใช้บริการทำคลอดแยกจากรายจังหวัดตามตาราง 1.1

ตาราง 1.1 จำนวนและร้อยละของการทำคลอดในจังหวัดชายแดนภาคใต้
พ.ศ. 2533 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	การเกิดมีชีพ	ทำคลอดเจ้าหน้าที่ (%)	ทำคลอดผดุงครรภ์โบราณและอื่น ๆ (%)
ยะลา	8,629	68.9	31.1
ปัตตานี	11,959	44.1	55.9
นราธิวาส	12,872	32.0	68.0
3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	33,460	45.8	54.2

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 9, พ.ศ. 2533

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มารดานิยมคลอดบุตรแบบพื้นบ้านกับผดุงครรภ์โบราณ แม้ว่าข้อมูลดังกล่าวไม่ได้แยกศาสนาแต่ประชากร 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 70 นับถือศาสนาอิสลาม (ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้, 2532 : 71) หากแยกเป็นรายจังหวัดพบว่า จังหวัดนราธิวาสมีผู้นับถือศาสนาอิสลาม

สูงที่สุด รองลงมา คือ ปัตตานี และยะลา ร้อยละ 78.0 73.2 และ 63.0 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข 2532 อ้างอิงในสุคาร์ทน์ อีระวร, 2533 : 1) ซึ่งคนกลุ่มนี้รู้จักกันในชื่อทั่วไปว่า "มุสลิม" (ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ, 2522 : 1) จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้มาใช้บริการที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 9 จังหวัดยะลา พ.ศ. 2521-2525 ของอนันต์ สุลอมาณ (2526 : 266-268) พบว่าผู้มารับบริการมากกว่าร้อยละ 80 มาจาก 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตลอดระยะเวลา 5 ปี มีผู้มาคลอดเพียงครั้งหนึ่งของผู้มาฝากครรภ์คือ มีผู้มาคลอด 11,304 ราย เป็นไทยพุทธร้อยละ 75 ไทยมุสลิมร้อยละ 25 เมื่อเทียบสัดส่วนกับประชาชนแล้วจะเห็นว่าชาวไทยมุสลิมมาใช้บริการน้อยมาก

นอกจากนี้ชาวไทยมุสลิมยังมีประเด็นเกี่ยวกับการเกิดมีพิธีกรรมตั้งแต่การฝากครรภ์ทำคลอด การอยู่ไฟ โดยมดุงครรภ์โบราณ ซึ่งเรียกเป็นภาษามลายูท้องถิ่นว่า "โตะบีแค" เป็นผู้กระทำ (ประมุข อุทัยพันธุ์, 2532 : 94-101) มารดาไทยมุสลิมจึงมีความใกล้ชิดกับมดุงครรภ์โบราณมากจนสามารถกล่าวได้ว่ามารดาไทยมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้นิยมใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านกับมดุงครรภ์โบราณ

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจว่า เพราะเหตุใดมารดาไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงนิยมใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านกับมดุงครรภ์โบราณซึ่งมีความเสี่ยงต่อการตายของมารดาและทารกสูง ในขณะที่การบริการทำคลอดแบบสมัยใหม่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีบุคลากรที่มีความรู้ สามารถให้บริการที่ปลอดภัยได้สูงกว่า แต่ไม่สามารถเข้าแทนที่การบริการทำคลอดแบบพื้นบ้านได้ทั้งหมด ทำให้น่าสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้าง ที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านและแบบสมัยใหม่ของมารดาไทยมุสลิม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประกอบกับมีแนวคิดเชิงทฤษฎีหลายแนวคิดที่อธิบายถึงการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่แตกต่างกันเป็นต้นว่า แนวคิดของภาคเวชปฏิบัติ เนื่องเพราะความเชื่อในสาเหตุของการเจ็บป่วย (Folk-Dichotomy) ของ ฮอร์จ ฟอสเตอร์ (George Foster) แบบจำลองพฤติกรรม การตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ (The Health Care Choice Making Model) ของ เจม ซี ยังก์ (Jame C. Young) แบบจำลองพฤติกรรมการรักษาเยียวยา (Health-Seeking Process) ของ คริสแมน (Chrisman) นอกจากนี้ยังมีแนวความคิดเกี่ยวกับคนต่างกลุ่มต่าง เหล่ากันจะเลือกใช้บริการสุขภาพต่างกัน (Features of the Patient as Independent Variable)

ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษา ค้นคว้าหาข้อเท็จจริงว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการทำคลอด โดยจะนำปัจจัยและแนวคิดเชิงทฤษฎีข้างต้นมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในบทที่ 2 และแยกตัวแปรทั้งหมดออกเป็น 19 ตัวแปรให้สอดคล้องกับปัจจัยด้านต่าง ๆ 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการแพทย์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อ หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการบริการในเรื่องการทำคลอดในจังหวัดชายแดนภาคใต้ และสามารถนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการหาวิธีปรับปรุงทิศทางของการให้บริการทำคลอด และปรับปรุงหลักสูตรการฝึกนั้มนุ้ญครรภ์โบราณ ให้อยู่ในลักษณะที่สอดคล้องกับเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และ วัฒนธรรมของประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งจะส่งผลถึงการลดอัตราการตายของมารดาและทารกในที่สุด