

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสตรีไทยมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศมากขึ้น เนื่องจากมีจำนวนผู้ซึ่งอยู่ในวัยแรงงานมากกว่าเพศชาย (จันทร์เพ็ญ, 2543) จึงเป็นกำลังสำคัญที่ก่อให้เกิดผลผลิตทางเศรษฐกิจของประเทศ นอกจากนี้ยังมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว นับตั้งแต่อยู่ในครรภ์และทุกช่วงวัย (จินตนา, 2542) ดังนั้นภาวะสุขภาพของสตรีจึงมีผลทางอ้อมต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือสตรีที่มีสุขภาพดีย่อมมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของสมาชิกอื่นในครอบครัวได้ดี การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีทุกวัยทุกสภาพร่างกายจึงมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะตั้งครรภ์ซึ่งเป็นระยะวิกฤตตามพัฒนาการของชีวิต (ทรงพร, 2543) เนื่องจากร่างกายของสตรีระยะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทั้งด้านกายวิภาค ชีวเคมีและสรีรวิทยา (วัฒนา, 2545) มีผลให้เกิดความไม่สุขสบายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดช่วงการตั้งครรภ์ และที่สำคัญที่สุดภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและพัฒนาการของทารก (นิพนธ์พร, 2546) ที่จะเกิดและเติบโตเป็นกำลังของชาติต่อไปในอนาคต ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีในระยะตั้งครรภ์จะช่วยให้นำไปสู่สุขภาพะของประชากรในประเทศต่อไปได้

จากเหตุผลดังกล่าวรัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาสาธารณสุขทุกฉบับของประเทศไทยกำหนดให้อัตราตายของมารดาและทารกอัตราน้ำหนักรวมแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละของการขาดธาตุเหล็กของสตรีตั้งครรภ์เป็นตัวชี้วัดทางสุขภาพที่สำคัญ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, ม.ป.ป) และตั้งเป้าหมายให้มีการลดอัตราดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง คือเมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6, 7 และ 8 กำหนดให้อัตราตายของสตรีเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดลดลงเหลือไม่เกิน 48, 30 และ 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน อัตราตายของทารกลดลงเหลือไม่เกิน 39, 23, 21 ต่อการเกิดมีชีพพันคน และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 8, 7 และ 7 ตามลำดับ (กองอนามัยครอบครัว, 2529; 2535; สุวิทย์, 2542) รวมทั้งกำหนดแผนงาน โครงการ และมาตรการต่าง ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ และผลักดันลงไปสู่ระดับปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่นโครงการอบรมแม่ตัวอย่าง (กองสถิติสาธารณสุข, 2535) มาตรการให้บริการฝากครรภ์

ให้ครอบคลุม (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, ม.ป.ป.; อัมรา, 2539) กำหนดให้ใช้วิธีการดูแลสตรีตั้งครรภ์ โดยใช้เกณฑ์เสียง เฝ้ารอวังและติดตามภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดค่าครรภ์นิมวลกาย ใช้กราฟโภชนาการ ป้องกันภาวะโลหิตจางโดยการจ่ายยาเม็ด ธาตุเหล็กแก่สตรีตั้งครรภ์ทุกคนที่มาใช้บริการฝากครรภ์เป็นต้น (คณะกรรมการอำนวยการบริหาร แผนงาน/โครงการสนองนโยบายรัฐบาลตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7, 2535)

การดำเนินการตามแผนงาน โครงการ และมาตรการข้างต้นสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระดับหนึ่ง ช่วยให้อัตราตัวชี้วัดภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในภาพรวมของประเทศลดลงอย่างต่อเนื่องและส่วนใหญ่จะอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด คือเมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6, 7, 8 พบว่าโดยรวมทั้งประเทศมีอัตราทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมเท่ากับ ร้อยละ 10, 8.25 และ 8.84 (กองโภชนาการ, 2545) อัตราตายของทารกเท่ากับ 8.3, 5.5, 6.5 ต่อการเกิดมีชีพพันคน และอัตราตายของสตรีเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอด เท่ากับ 19.4, 12.7, 12.9 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2545) แต่ในหลายพื้นที่แม้อัตราเหล่านี้จะลดลงแต่ก็ไม่เป็นไปตามเกณฑ์โดยเฉพาะในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งพบว่า ช่วงปี พ.ศ.2545 มีอัตราตายของสตรีเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดเท่ากับ 65.49 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 ประมาณ 3 - 4 เท่า (กำหนดให้ไม่เกิน 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) มีอัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัมเท่ากับร้อยละ 7.16 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเล็กน้อย (กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 7) และอัตราสตรีตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเท่ากับร้อยละ 15.09 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดให้มีไม่เกินร้อยละ 10 (ศูนย์อนามัยที่ 12, 2545; นิพนธ์พร, 2546) เมื่อพิจารณาจากรายงานของศูนย์อนามัย ที่ 12 ที่ดูแล 7 จังหวัด คือ ตรัง สตูล พัทลุง สงขลา ปัตตานี ยะลา นราธิวาส พบว่าแม้อัตราดังกล่าวจะไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดมาโดยตลอดก็ตาม แต่อัตราเหล่านี้มีแนวโน้มลดลงคือเมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6, 7 และ 8 มีอัตราตายของสตรีเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดเท่ากับ 53.2, 39.3 และ 37.7 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ลดลงจากร้อยละ 24.0 ในปี พ.ศ.2533 (ศูนย์อนามัยที่ 12, ม.ป.ป.) เหลือร้อยละ 13.97 ในปี พ.ศ.2545 (ศูนย์อนามัยที่ 12, 2545) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ลดลงจากร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2532 (ศูนย์อนามัยที่ 12, ม.ป.ป.) เหลือร้อยละ 7.54 ในปี พ.ศ. 2545 (ศูนย์อนามัยที่ 12, 2545) แสดงว่าแผนงาน โครงการ มาตรการที่กำหนดไว้สามารถใช้สร้างเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์โดยรวมของประเทศได้เป็นอย่างดี แต่สำหรับบางพื้นที่ เช่น ในพื้นที่ 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยมุสลิมใช้ได้ผลเพียงระดับหนึ่ง

ปรากฏการณ์ดังกล่าวข้างต้นเป็นสิ่งยืนยันได้เป็นอย่างดีว่าระบบการดูแลสุขภาพ

ของสตรีตั้งครรภ์ที่จัดขึ้นโดยใช้องค์ความรู้ที่มาจากวัฒนธรรมตะวันตกเพียงอย่างเดียว และ/หรือ กำหนดรูปแบบเดียวกันทั่วประเทศเพื่อให้เหมาะกับสังคมส่วนใหญ่ ไม่สามารถใช้แก้ปัญหาได้ดี สำหรับทุกพื้นที่ (ยั้งยง และ ธารา, 2537) ทั้งนี้เพราะภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้มีผลมาจากปัจจัยด้านนโยบายสุขภาพและระบบบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับอีกหลาย ปัจจัย เช่น สภาพพื้นที่ทางกายภาพ สภาพสังคม วัฒนธรรมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อ รวมถึง มุมมองสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล อันรวมถึงการคิด การตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพด้วย ดังนั้นการจัดระบบบริการสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์โดย คำนึงถึงพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็น ช่วยให้ระบบบริการ มีคุณภาพยิ่งขึ้น และยิ่งจำเป็นมากขึ้นในพื้นที่ที่มีภูมิปัญญาพื้นบ้านหรือมีระบบดูแลสตรีตั้งครรภ์ แบบพื้นบ้านอยู่ เพราะเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงการพึ่งตนเองได้ของประชาชนซึ่งควรได้รับการ ส่งเสริมให้คงอยู่ตามวัตถุประสงค์หลักของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องการให้ประชาชน พึ่งตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) และตาม เป้าประสงค์ของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 ที่ต้องการให้ประชาชนแสวงหา และใช้ประโยชน์ จากองค์ความรู้และภูมิปัญญาสุขภาพเพื่อให้เกิดการพึ่งตนเอง (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9, 2544) ซึ่งตามแนวคิดของไลนิงเกอร์ (Leininger, 2001; 2002) การจัดการโดยนำภูมิปัญญาพื้นบ้านเหล่านี้มาพิจารณาร่วมด้วยนอกจากจะช่วยป้องกันการ ทำลายวัฒนธรรมการพึ่งตนเองของชุมชนแล้ว ยังจะช่วยทำให้เกิดความสอดคล้องกันของ ระบบสุขภาพทั้งสองระบบ คือระบบสุขภาพเชิงพื้นบ้านซึ่งเป็นระบบการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นจาก การเรียนรู้และถ่ายทอดกันต่อๆ มาของคนในชุมชน และระบบสุขภาพเชิงวิชาชีพอันหมายถึงระบบ การดูแลสุขภาพที่จัดขึ้นโดยรัฐและบุคคลที่ได้รับการศึกษาด้านการดูแลรักษาสุขภาพอย่างเป็นทางการ ในสถาบันการศึกษา ซึ่งความสอดคล้องกันของระบบทั้งสองจะช่วยเสริมให้เกิดการดูแลที่ สอดคล้องกับวัฒนธรรมอันจะเป็นผลดีต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์มากยิ่งขึ้น

การดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวไทย มุสลิมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กล่าวมานั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้ดูแลจำเป็นต้องมีข้อมูล และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลครรภ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพเชิงพื้นบ้าน รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่อยู่เบื้องหลังของการใช้และ/หรือที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ในสังคมมุสลิมของพื้นที่นี้อย่างแท้จริงและรอบด้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ทำการศึกษาในประเด็นนี้ และเห็นว่าการศึกษาโดยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งและเรียนรู้ วิถีชีวิตสตรี ตั้งครรภ์มุสลิมของผู้วิจัยเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจประเด็นการนำภูมิปัญญาตามความ เชื่อและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ของสตรีไทยมุสลิม ซึ่งต้อง

ใช้ข้อมูลเชิงคุณลักษณะที่ค่อนข้างละเอียดซับซ้อน ได้ชัดเจนเพียงพอที่จะนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาเป็นองค์ประกอบในการผสมผสานให้เกิดการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบายการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของสตรีไทยมุสลิมในระยะตั้งครรภ์

คำถามการวิจัย

คำถามหลัก : ในระยะตั้งครรภ์สตรีไทยมุสลิมใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านสร้างเสริมสุขภาพของตนเองอย่างไร

คำถามรอง :

1. ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่สตรีไทยมุสลิมใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์มีอะไรบ้าง แหล่งที่ใช้คือแหล่งใด มีเทคนิคการใช้อย่างไร
2. ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่สตรีตั้งครรภ์ไทยมุสลิมนำมาใช้สร้างเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์มีผลต่อสุขภาพอย่างไร
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านสร้างเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของสตรีไทยมุสลิมมีอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดและหรือทฤษฎี

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ใช้การดูแลเชิงวัฒนธรรมของไลนิงเกอร์และใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาด้านการพยาบาล (ethnonursing) เป็นกรอบและแนวทางในการดำเนินการศึกษา เพื่อทำความเข้าใจการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ของสตรีไทยมุสลิมในสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้ ซึ่งไลนิงเกอร์เชื่อว่าบุคคลสามารถให้ความหมาย รู้ถึงความเชื่อและการปฏิบัติตามวัฒนธรรมของตนเอง เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อการดูแล ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและมีความหลากหลายตามวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

นิยามศัพท์

ภูมิปัญญาพื้นบ้าน หมายถึง ปรัชญาการณที่เป็นนามธรรมได้แก่แนวทางปฏิบัติ ความคิด ความรู้ ความเชื่อ ความรู้สึก ค่านิยม หรือปรัชญาการณที่เป็นรูปธรรมได้แก่ สิ่งประดิษฐ์ การกระทำทั้งหลายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพซึ่งค้นพบโดยชาวบ้านในท้องถิ่นนั้นๆ หรือได้รับจากท้องถิ่นอื่น และมีการถ่ายทอดต่อกันเพื่อนำมาปฏิบัติให้มีสุขภาพดี ซึ่งปรัชญาการณเหล่านี้มีความแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่นแม้จะมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สุขภาพดีเช่นเดียวกัน

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของสตรีตั้งครรภที่มุ่งเน้นยกระดับภาวะสุขภาพร่วมไปกับการป้องกันโรค โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีสุขภาพดีซึ่งสตรีตั้งครรภแต่ละบุคคลจะมีการกระทำทั้งที่เหมือนและแตกต่างเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา การให้ความหมาย การปฏิบัติ แนวทางการปฏิบัติ ความรู้ ความคิด ความสามารถ ความเชื่อ ค่านิยม ในการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะตั้งครรภของสตรีไทยมุสลิมที่อาศัยในชุมชนแห่งหนึ่งของภาคใต้ตอนล่าง ระหว่างเดือน เมษายน พ.ศ. 2546 – กรกฎาคม พ.ศ. 2547

ความสำคัญของการวิจัย

ผลของการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้ทราบวิถีการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านสร้างเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภของสตรีไทยมุสลิม ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมของภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการนำไปปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภให้กลมกลืนสอดคล้องกับวัฒนธรรมของพื้นที่ที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ยุ่งยาก ทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพแม่และเด็กประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้แม่และเด็กสุขภาพดี