ฝ่าย 1

ชุดโครงการวิจัย
ประเมินสถานภาพองค์ความรู้
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย
ในประเทศไทย

โดยการสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

รายงานวิจัยหมายเลข ๓

พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง

โดย
ผศ.ดร. กุศล สุนทรธาดา

งานผลการวิจัยเบื้องต้นนำเสนอในการประชุมทางวิชาการ
ชุดโครงการวิจัยประเมินสถานภาพองค์ความรู้
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย
ในประเทศไทย
ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว
ระหว่างวันที่ ๓-๔ มิถุนายน ๒๕๔๑

ชุดโครงการวิจัย
ประเมินสถานภาพองค์ความรู้
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย
ในประเทศไทย

****

โดยการสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

รายงานวิจัยหมายเลข ๓

พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง

โดย
ผศ.ดร. กุศล สุนทรธาดา

รายงานผลการวิจัยเบื้องต้นนำเสนอในการประชุมทางวิชาการ
ชุดโครงการวิจัยประเมินสถานภาพองค์ความรู้
เรื่อง สุถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย
ในประเทศไทย
ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว
ระหว่างวันที่ ๓-๔ มิถุนายน ๒๕๔๑

รายงานวิจัยภายใต้
ชุดโครงการวิจัยประเมินสถานภาพองค์ความรู้
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย
โดยการสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

รายงานวิจัยหมายเลข ๑ :	สถานภาพของชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย
รายงานวิจัยหมายเลข ๒ :	การศึกษาของชาวเขาในประเทศไทย
รายงานวิจัยหมายเลข ๓ :	พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง
รายงานวิจัยหมายเลข ๔ :	ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย
รายงานวิจัยหมายเลข ๕ :	สภาพการประกอบอาชีพของชาวเขาในประเทศไทย
รายงานวิจัยหมายเลข ๖ :	ปัญหาการประกอบอาชีพของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ในประเทศไทย
รายงานวิจัยหมายเลข ๗ :	ชนกลุ่มน้อยกับการพัฒนาและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ฯ
รายงานวิจัยหมายเลข ๘ :	โสเภณีชาวเขาและชนกลุ่มน้อยกับขบวนการค้าหญิง ในประเทศไทยและข้ามชาติ
รายงานวิจัยหมายเลข ๙ :	ประสิทธิผลและการประเมินโครงการพัฒนาชาวเขา และชนกลุ่มน้อย ทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย
รายงานวิจัยหมายเลข ๑๐:	สิทธิของชนกลุ่มน้อยในกฎหมายระหว่างประเทศ
รายงานวิจัยหมายเลข ๑๑:	สภาพความเป็นอยู่และปัญหาของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
รายงานวิจัยหมายเลข ๑๒:	บทสังเคราะห์สถานภาพและการดำรงชีวิตของ ชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย

รายงานผลการวิจัยเบื้องต้นนำเสนอในการประชุมทางวิชาการ หมายเลข ๓

“พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง”

โดย ผศ.ดร.กุศล สุนทรธาดา

ภายใต้ชุดโครงการวิจัยประเมินสถานภาพองค์ความรู้
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย
ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร
ระหว่างวันที่ ๓-๔ มิถุนายน ๒๕๔๑
โดยการสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

จัดพิมพ์โดย คณะวิจัยโครงการวิจัยชุดประเมินสถานภาพองค์ความรู้
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย
พิมพ์ครั้งที่ ๒ กันยายน ๒๕๔๑
นางสาวพัชรินทร์ ชาลาประศาสน์
บรรณาธิการ

1. ชื่อโครงการวิจัย สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย

ชื่อโครงการย่อย พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง

2. ชื่อหัวหน้าโครงการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุศล สุนทรธาดา
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารบัญ

หน้า

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

Abstract

1. ความสำคัญของปัญหา 1
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา 2
3. ขอบเขตของการศึกษา 3
4. วิธีการดำเนินการศึกษา 3
   4.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน 3
   4.2 แหล่งข้อมูล 3
5. กรอบแนวความคิด 4
   5.1 ความหมาย แนวคิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 4
   5.2 กรอบแนวความคิดในการสังเคราะห์งานวิจัย 8
6. ผลการสังเคราะห์ข้อมูล 9
   6.1 พัฒนาการปัญหาสภาวะสุขภาพอนามัยชาวเขา 9
   6.2 สภาวะสุขภาพอนามัยชาวเขา 10
   6.3 พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง 16
7. สรุปผลการสังเคราะห์งานวิจัย 30
   7.1 สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาที่เป็นปัญหา 31
   7.2 สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในด้านดีของชาวเขา 33
   7.3 ปัจจัยอื่นที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ 35
8. ประเมินผลการสังเคราะห์ข้อมูล 38
   8.1 เอกสารที่ใช้ในการสังเคราะห์ 38
   8.2 ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ 38
   8.3 ประเด็นการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพชาวเขา 39
9. ข้อเสนอแนะ 39
   9.1 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน 40
   9.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย 41

บรรณานุกรม 43

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การสังเคราะห์งานศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูงได้รวบรวมจากเอกสาร รายงานงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ ทั้งหมด 59 เรื่อง โดยส่วนใหญ่มาจากเอกสารและรายงานทั้งที่เป็นรายงานการสำรวจ และรายงานการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รองลงมาเป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ตามลำดับ

วัตถุประสงค์ของการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ เพื่อทบทวนงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของชาวเขา ทั้งที่เป็นปัญหาและไม่เป็นปัญหา ว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่เชื่อมโยงกับคุณสมบัติส่วนบุคคล เช่น ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม การรับรู้และแรงจูงใจ รวมทั้งบุคลิกภาพ อารมณ์ ความรู้สึก และอุปนิสัย โดยมีกรอบแนวความคิดในการมองพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาที่เชื่อมโยงกับสภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลของพฤติกรรม รวมทั้งปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม-วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม อันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาที่ยังเป็นปัญหามีอยู่หลายประการ ได้แก่ พฤติกรรมการมีบุตรมาก แต่งงานอายุน้อยและมีบุตรเร็ว ไม่นิยมการคุมกำเนิด โดยเฉพาะวิธีการคุมกำเนิดถาวร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ชาวเขาบางเผ่าเช่น เผ่าม้งไม่นิยมไปฝากครรภ์ นิยมการคลอดที่บ้านโดยสามีหรือแม่สามี (เนื่องจากมีวัฒนธรรมความเชื่อในการดูแลสตรีมีครรภ์และเด็กเป็นลักษณะเฉพาะ) ทำให้มารดาและเด็กไม่ได้รับวัคซีน ส่งผลให้อัตราการตายของทารกและเด็กยังสูง มีปัญหาเด็กพิการและทุพพลภาพ และเด็กที่คลอดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในสัดส่วนที่สูง นอกจากนี้ยังมีปัญหาทุพโภชนาการในเด็กโดยเฉพาะเด็กที่อายุเกิน 1 ปี ทั้งนี้เนื่องจากเด็กถูกปล่อยปละละเลยไม่ได้รับการดูแล ให้รับประทานอาหารแบบผู้ใหญ่ มีปัญหาภาวะขาดไอโอดีน ซึ่งทำให้พัฒนาการตามวัยของเด็กมีปัญหา นอกจากนี้ยังมีปัญหาพฤติกรรมการเสพสารเสพติด โดยเฉพาะฝิ่นและเฮโรอีน รวมทั้งปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ อันเป็นผลมาจากพฤติกรรมการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การมีวัฒนธรรมของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การมีภรรยาหลายคน และการเที่ยวโสเภณีเป็นสิ่งที่ผู้ชายทำได้โดยไม่ผิด ซึ่งเชื่อมโยงกับปัญหาโสเภณี การท่องเที่ยว และการอพยพแรงงาน

ส่วนพฤติกรรมที่ค่อนข้างดีของชาวเขาได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งโดยปกติถ้าชาวเขามีการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ก็มักจะดูแลรักษาตนเองก่อน โดยการใช้สมุนไพรหรือการซื้อยากินเอง แต่ถ้าไม่หายก็จะไปหาหมอผี ให้หมอผีทำนายสาเหตุของโรค แล้วทำการเลี้ยงผีเพื่อเรียกขวัญและกำลังใจ แต่ถ้าหมอผีรักษาไม่หายหรือเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงก็จะไปพบ

แพทย์หรือใช้บริการรักษาพยาบาล ที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ซึ่งแสดงว่าชาวเขามีพฤติกรรมของการแสวงหาบริการที่เป็นขั้นตอน พฤติกรรมสุขภาพที่ดีอีกประการหนึ่ง คือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสตรีมีครรภ์/หลังคลอดและสุขภาพของเด็ก โดยการให้สตรีมีครรภ์หรือหลังคลอด ได้รับประทานอาหารบำรุง และดื่ม/อาบสมุนไพรต้ม ทำให้ทารกในครรภ์แข็งแรงสมบูรณ์ เมื่อคลอดออกมาจะมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เด็กจะได้กินนมมารดาเป็นระยะเวลานาน บางเผ่ากินจนกว่าแม่จะมีลูกคนใหม่ นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งเรื่องอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม โดยชาวเขามีความเชื่อว่าคนดีต้องให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี นอกเหนือจากการเคารพผู้อาวุโส

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาจะแตกต่างไปตามแต่ละเผ่า แต่เผ่าที่มีข้อมูลพอเปรียบเทียบให้เห็นได้มาก คือเผ่ากะเหรี่ยงซึ่งมีประชากรมากที่สุด และเผ่าม้ง โดยสองเผ่านี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันหลายด้าน กล่าวคือ เผ่าม้งจะมีปัญหาพฤติกรรมการมีบุตรมาก มีบุตรอายุน้อย ไม่นิยมการฝากครรภ์ และไม่นิยมใช้วิธีการวางแผนครอบครัวมากกว่าชาวกะเหรี่ยง ทำให้มารดาชาวม้งไม่ได้รับการฉีดวัคซีนในระหว่างการตั้งครรภ์ และไม่ได้รับการดูแลหลังคลอด รวมทั้งเด็กอายุ 0-5 ปีไม่ได้รับวัคซีน ในสัดส่วนที่สูงกว่าชาวกะเหรี่ยง แต่เนื่องจากชาวม้งมีวัฒนธรรมการดูแลสตรีมีครรภ์และเด็กเป็นอย่างดี โดยการให้รับประทานอาหารบำรุง งดเว้นของแสลง ให้ทำงานได้จนถึงคลอด ทำให้สตรีชาวม้งแข็งแรง เด็กที่คลอดมามีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานในสัดส่วนสูงกว่า ขณะที่ชาวกะเหรี่ยงมีวัฒนธรรมการกินแบบตามมีตามเกิด มีการงดเว้นอาหารโปรตีนและพืชผักบางชนิด ในระหว่างการตั้งครรภ์และการให้นมบุตร ทำให้เด็กที่คลอดออกมามีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และเด็กมีปัญหาการขาดสารอาหารมีสัดส่วนมากกว่าเด็กชาวม้ง แต่เนื่องจากชาวกะเหรี่ยงมีสัดส่วนการฝากครรภ์มากกว่า ทำให้เด็กกะเหรี่ยงมีสัดส่วนของการรับวัคซีนทุกชนิดสูงกว่า

นอกจากนี้ ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพของชาวเขา ยังเชื่อมโยงกับปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ-สังคม เนื่องจากชาวเขาส่วนใหญ่มีอาชีพทางการเกษตร ทำให้ชาวเขาเกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอ ประกอบกับระยะหลังถูกบังคับให้ตั้งถิ่นฐานทำให้ชาวเขามีที่ดินจำกัด มีปัญหาที่ดินไม่สมบูรณ์และไม่มีกรรมสิทธิ์ในที่ดิน ทำให้ชาวเขาต้องดิ้นรนหาอาชีพอื่น โดยการอพยพเข้ามารับจ้างในเมือง ประกอบกับชาวเขามีปัญหาไร้สัญชาติทำให้ชาวเขาขาดสิทธิในการเรียน จึงมีปัญหาขาดการศึกษา(ขาดสิทธิในการพัฒนา) ชาวเขาเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้เรียนหนังสือ โดยเฉพาะสตรี เมื่อเข้ามาทำงานในเมืองก็ทำให้ชาวเขามีโอกาสถูกเอารัดเอาเปรียบ หรือถูกหลอกลวงไปสู่อาชีพค้าประเวณี อันเป็นสาเหตุของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ประกอบกับชาวเขามีวัฒนธรรมการเสพฝิ่นรักษาโรคมาก่อน ทำให้มียาเสพติดประเภทฝิ่น เฮโรอีน ยาบ้า แพร่ระบาดในชุมชนมาก และเป็นปัจจัยเสริมให้มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์จากการที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาการเมือง ปรากฏว่า

มีชาวเขาจำนวนมากที่ลี้ภัยการเมืองจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาอาศัยกับชาวเขาที่อยู่เดิมมากขึ้น ทำให้ประชากรชาวเขาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดปัญหาที่ดินทำกิน ปัญหาสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเรื่องการใช้ปุ๋ยและสารเคมีในการปลูกพืชเศรษฐกิจ ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม ปัญหาด้านการสื่อภาษาและการรับรู้ข่าวสาร

ข้อเสนอแนะจากการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ มี 2 ประการคือ ข้อเสนอแนะในด้านนโยบายและการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพชาวเขา โดยใช้แนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 โดยเน้นชาวเขาเป็นศูนย์กลาง และให้ชุมชนมีส่วนร่วม ลดการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติงานแบบบนสู่ล่างให้น้อยลง (คงไว้เฉพาะบางเรื่อง เช่นงานด้านการรักษาพยาบาล) ทำงานแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกให้มากขึ้น โดยเฉพาะงานด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพบางด้าน เช่น งานวางแผนครอบครัว การขาดสารอาหาร และการฉีดวัคซีน ส่วนงานป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพบางด้าน (เช่น พฤติกรรมการเสพสารเสพติด และการแพร่ระบาดของโรคเอดส์) ต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาด้วยเพราะลำพังเจ้าหน้าที่เองคงทำไม่ไหว เนื่องจากทั้งสองเรื่องเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมประเพณีของชาวเขาเองด้วย ดังนั้นรัฐหรือหน่วยงานปฏิบัติคงต้องเข้าไปส่งเสริมสนับสนุนศักยภาพของชุมชน โดยให้เขาช่วยเฝ้าระวังและป้องกันปัญหา กำหนดโครงการสร้างจิตสำนึกให้ชาวเขารู้จักการทำงานเพื่อชุมชน (เพราะเขาอาจเคยชินกับการรับการช่วยเหลือ) รวมทั้งงานส่งเสริมสุขภาพบางอย่างอาจให้เขาทำเอง (เช่น งานอนามัยแม่และเด็กบางด้าน) โดยใช้ภูมิปัญญาที่มีอยู่ (เช่น การดูแลสตรีก่อนคลอด สตรีที่คลอด/หลังคลอด เพื่อให้เขาสามารถดูแลการคลอดเองได้อย่างปลอดภัย) โดยภาครัฐเข้าไปสนับสนุนด้านความรู้ ทรัพยากร อุปกรณ์/เครื่องมือ และเทคโนโลยี

สำหรับข้อเสนอสำหรับการวิจัยทางด้านพฤติกรรมสุขภาพนั้น องค์ความรู้จากการวิจัยและเอกสารรายงานต่าง ๆ ที่มีอยู่ ก็สามารถทำให้ทราบขนาดของปัญหาและเข้าใจสาเหตุและปัจจัยเชื่อมโยงกับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาได้มากพอสมควร ดังนั้นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive) จึงเพียงพอแล้ว ยังขาดเฉพาะการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาเท่านั้น ดังนั้นจึงต้องการงานวิจัยประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ซึ่งคงต้องอาศัยองค์ความรู้หลายด้าน (multidisciplinary) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนชาวเขา และงานวิจัยประเภทวิจัยเพื่อการพัฒนา (research and development) หรือประเภทพัฒนาและวิจัยเท่านั้น

Abstract

Hilltribe health behavior was reviewed and synthesized from 59 survey research reports, annual reports and papers presented in health seminar including academic theses. The main objective of this literature review is to make understanding of hilltribe health status in relation to health behavior in their daily live and their economic, socio-cultural and environment, in order to find some suggestions for government agencies in improving health behavior and funding agency in supporting research in this field.

The study found many health status problems of tribal people in relataion to health behavior which were reproductive health behavior, contraceptive behavior, mother and child health behavior, sexual behavior and heroin consumption problem related to HIV/AIDS risk. While the good highlander health behavior were self-care, health utilization, mother-child and old age care behavior. These health behavior were different among ethnic minority groups and among type of behavior. The factors related to each health behavior were poverty, illiteracy, socio-cultural, non-nationality and environmental of hilltribe people.

Recommendations aims to improve their health behavior and health status are directly to use hilltribe villagers-based approach by giving them to involve in health development in order to improve their life skills in knowing the choice and solving their problems. Future research for improving health behavior should be participatory action research of both inter-agency and multidisciplinary with hilltribe villagers.

1. ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรชาวเขาอยู่ประมาณ 745,577 คน (สถาบันวิจัยชาวเขา, 2540) คิดเป็นร้อยละ 1.3 ของประชากรทั้งประเทศ มีอยู่ประมาณ 9 ชนเผ่าคือ กะเหรี่ยง แม้ว มูเซอ ลีซอ เย้า อีก้อ ลัวะ ถิ่น ขมุ (ไม่รวมผีตองเหลืองและตองซู) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ทางภาคตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศ ในช่วง 20 กว่าปีที่ผ่านมา ชาวเขาอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ยากจะเข้าถึง แต่สถานการณ์ได้เปลี่ยนไปเมื่อถนนเข้าถึง และบริการที่จำเป็นต่างๆ รวมทั้งบริการสาธารณสุขก็สามารถกระจายเข้าไปถึงพื้นที่มากขึ้น ชาวเขาส่วนใหญ่ยังมีรายได้หลักมาจากการเกษตร บางหมู่บ้านมีรายได้เสริมจากการรับจ้างและการออกไปทำงานนอกหมู่บ้าน ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของชาวไทยภูเขาได้เปลี่ยนแปลงจากเดิมมาคล้ายคลึงกับชาวไทยบนพื้นราบ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ซึ่งส่งผลกระทบถึงสังคมไทยโดยส่วนรวมและสังคมของชาวไทยภูเขา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองภายในประเทศ รวมทั้งเทคโนโลยีต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตของชาวไทยภูเขา ดังนั้นการทำความเข้าใจต่อเรื่องพฤติกรรมสุขภาพชาวเขาจึงพิจารณาความเชื่อมโยงกันของเหตุปัจจัยดังกล่าว รวมทั้งต้องทำความเข้าใจทั้งพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดี พฤติกรรมที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรค พฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งพฤติกรรมในการแสวงหาบริการสุขภาพทั้งในเรื่องของการรักษาการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ

ในอดีตปัญหาสุขภาพของชาวไทยภูเขามักมีสาเหตุมาจากการตั้งบ้านเรือนและชุมชนที่ห่างไกล การอพยพเคลื่อนย้ายที่ทำกิน การไม่ยอมรับการศึกษา การขาดแคลนบริการสุขภาพ รวมทั้งประเพณี ความเชื่อดั้งเดิมประจำเผ่า การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วย ปัจจุบันปัญหาสุขภาพอนามัย ชาวเขาได้เปลี่ยนไป ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาทางสังคม สิ่งแวดล้อม อันเนื่องมาจากชาวเขาถูกจำกัดให้ตั้งถิ่นฐานอยู่ในถิ่นเดิมอย่างถาวร ไม่ให้มีการเคลื่อนย้ายแบบสมัยก่อน ทำให้ที่ดินเสื่อมโทรม ขาดกรรมสิทธิ์ในที่ดิน ทำให้ชาวเขาบางส่วนเคลื่อนย้ายลงมาหางานทำในพื้นราบหรือในเมือง บางส่วนถูกทางราชการให้เคลื่อนย้ายลงมาพื้นราบเพื่ออนุรักษ์ป่าต้นน้ำ ทำให้ชาวเขาต้องเปลี่ยนอาชีพจากการทำไร่เลื่อนลอยมาเป็นอาชีพอื่นๆ ประกอบกับกระแสวัฒนธรรมการบริโภคของสังคมเมืองได้ไหลทะลักเข้าสู่ชาวเขาทั้งวัฒนธรรมการบริโภค และการท่องเที่ยว ทำให้ชาวเขาโดยเฉพาะสตรีถูกล่อลวงมาขายบริการทางเพศ มีการค้าและเป็นแหล่งยาเสพติด ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการระบาดของโรคเอดส์ติดตามมา แม้ว่ารัฐบาลจะได้ให้ความสนใจต่อปัญหาชาวเขามาตลอด โดยให้กรมประชาสงเคราะห์เป็นหน่วยงานหลักเข้าไปดำเนินงานแก้ไขปัญหา และพัฒนาชาวเขาร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ องค์กรเอกชน และกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นเวลากว่า 30 ปีแล้ว โดยมีจุดมุ่งหมายหลักให้ชาวเขาตั้งถิ่นฐานถาวรให้ถูกต้อง

ตามกฎหมาย เลิกการปลูกและเสพพืชเสพติด มีการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัยตามความจำเป็นพื้นฐานในระดับที่พึ่งพาตนเองได้ (กรมประชาสงเคราะห์, 2540) พร้อมทั้งนำกลยุทธของการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปพัฒนาสุขภาพอนามัยชาวเขา เพื่อให้ชาวเขาได้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น แต่ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาก็ยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะปัญหายาเสพติด ปัญหาโรคเอดส์อันเนื่องมาจากพฤติกรรมเสี่ยงและวัฒนธรรมประจำเผ่าซึ่งแตกต่างกันไป

ดังนั้นการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศจึงจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุข และจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ทราบสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของชาวเขานอกจากจะได้องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาแล้วยังเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนนโยบาย และปรับปรุงการดำเนินงานด้านสุขภาพของชาวเขาไม่มากก็น้อย ขึ้นอยู่กับองค์ความรู้ที่มีอยู่เป็นพื้นฐานสำคัญ

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพของชาวเขา (ซึ่งหมายถึงการรับรู้ระดับสุขภาพ การเจ็บป่วย การดูแลรักษาตนเองในเวลาเจ็บป่วย รวมทั้งการแสวงหาบริการ) ซึ่งเป็นตัวชี้วัด outcome ของบริการสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขา โดยเน้นการทบทวนงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขา ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลอันมีผลต่อสุขภาพ คุณสมบัติส่วนบุคคลเช่นความคิด ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้และแรงจูงใจ รวมทั้งบุคลิกภาพ อารมณ์ ความรู้สึกและอุปนิสัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านการป้องกัน รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมของประชากรชาวไทยบนพื้นที่ราบสูง ซึ่งหมายรวมถึงชาวเขาและชนกลุ่มน้อยเป็นหลัก แต่อาจจะมีงานสำรวจหรืองานวิจัยบางชิ้นที่รวมถึงประชาชนไทยที่ขึ้นไปอยู่ปะปนกับชาวเขาและชนกลุ่มน้อยบนที่ราบสูง

3. ขอบเขตของการศึกษา

ในการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูงครั้งนี้ เป็นการทบทวนองค์ความรู้จากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับชาวเขาและชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่อยู่ในรูปของงานวิจัย วิทยานิพนธ์ เอกสารการประชุมสัมมนา เอกสารเชิงนโยบายและสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เพื่อนำมาจัดหมวดหมู่ขององค์ความรู้และข้อค้นพบที่ได้ หน่วยงานหรือผู้วิจัย มุมมองที่มีการศึกษามาก/น้อยหรือความต้องการในการวิจัยต่อไป รวมทั้งข้อเสนอแนะจากผลการสังเคราะห์งานศึกษาวิจัยต่าง ๆ โดยในการศึกษาครั้งนี้จะไม่รวมพฤติกรรมสุขภาพของผู้พลัดถิ่นและแรงงานต่างชาติที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย เนื่องจากคนเหล่านี้มีสถานภาพเป็นผู้เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายซึ่งไม่สามารถตั้งถิ่นฐานอยู่ในประเทศไทย และจะไม่เน้นการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุขมากนัก ทั้งนี้เนื่องจากบทความของแพทย์หญิงสมบูรณ์ เกียรตินันท์และคณะ ได้เน้นในจุดนี้แล้ว

4. วิธีดำเนินการศึกษา

4.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ก่อนที่จะมีการทบทวนองค์ความรู้ ก็ได้มีการสำรวจเอกสาร สิ่งพิมพ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากแหล่งต่าง ๆ แล้วอ่านเอกสารแต่ละชิ้นเพื่อจะนำมาจัดหมวดหมู่ของเอกสารที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของชาวไทยบนพื้นที่สูงตามนิยามที่กำหนดไว้ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลของพฤติกรรมสุขภาพ โดยที่จะชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ แล้วจึงสรุปผลการสังเคราะห์และประเมินผลสถานภาพองค์ความรู้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ

4.2 แหล่งข้อมูล

ประกอบด้วยข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ สถาบันวิจัยชาวเขามากที่สุด ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ห้องสมุดมหิดล ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ศูนย์วางแผนครอบครัวชาวเขา POPLINE และ MEDLINE โดยเอกสารเหล่านี้ได้ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพชาวเขา ในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา ซึ่งรวบรวมได้ทั้งหมด 59 ชิ้น จำแนกเป็น

รายงานการศึกษาวิจัย	31 ชิ้น
เอกสารรายงาน/สัมมนา	12 ชิ้น
งานวิทยานิพนธ์	9 ชิ้น
บทความในวารสาร	7 ชิ้น

5. กรอบแนวความคิด

5.1 ความหมาย แนวคิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

5.1.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ก่อนที่จะเข้าสู่การทบทวนงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขา น่าจะได้ทำความเข้าใจความหมายของคำว่า "พฤติกรรมสุขภาพ" ซึ่งการศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการศึกษาระบบการให้บริการด้านสุขภาพ (Health Service System) การศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับแง่มุมของแบบแผนวิถีชีวิตของคนและชุมชน ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อสภาวะสุขภาพ (health status) มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

คาส์ล และ คอบบ์ (Kasl and Cobb, 1996 อ้างใน อรพินทร์ อินทรนุกูลกิจ, 2536) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพว่ามีอยู่ 3 ประการ คือ

ก. พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Behavior) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมภาวะสุขภาพและป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุและการประกอบอาชีพ รวมไปถึงการรับภูมิคุ้มกันโรค พาแลงค์ (Palank, 1991) ก็ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น ส่วนแฮรีสและกลูเตน (Harris and Gluten, 1979) ก็ได้นิยามให้ความหมายครอบคลุมไปถึงการรับประทานยาเพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย เช่น การบริโภควิตามิน การรับประทานยาถ่าย การสวนอุจจาระ การอาบน้ำอุ่นหรือน้ำเย็น แม้กระทั่งการสวดมนต์ และยังแบ่งพฤติกรรม การป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ นิสัยการรับประทานอาหาร จำนวนอาหาร ความถี่และเวลาของมื้ออาหาร รวมทั้งการรับประทานอาหารมื้อเช้าทุกวัน ช่วงเวลาของการพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การนันทนาการต่างๆ

1.2 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมน้ำหนักตัว การเล่นกีฬา การเดินหรือวิ่งเพื่อสุขภาพ การปลูกต้นไม้ การยิงนกตกปลา การละเว้นการดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดต่างๆ

1.3 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการป้องกันอันตราย ได้แก่ พฤติกรรมที่ช่วยป้องกันอุบัติภัย เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนตร์ การใส่หมวกกันน็อค การเคารพกฎจราจร และพฤติกรรมด้านชีวอนามัย เช่น การใช้เครื่องป้องกันต่างๆและการไปรับภูมิคุ้มกันโรค

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มต้นของโรค เช่น การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การตรวจร่างกายเพื่อดูสมรรถภาพของหัวใจ การเอกซ์เรย์ประจำปีและการไปพบทันตแพทย์

ข. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ริเริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตน คือ เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วย และต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ดังนั้น พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบายจึงครอบคลุมปฏิกริยาของบุคคลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยเหลือ หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นได้ทั้งสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน บุคคลในครอบครัว ญาติเพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งการไม่ทำอะไรเลย แต่จะคอยให้อาการผิดปกตินั้นหายไปเอง

ค. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick-Role Behavior) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย ได้แก่ พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การจำกัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น

อาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพนั้นเกิดขึ้นได้ทั้งก่อนที่จะป่วย เริ่มรู้ว่าตนเองป่วย และภายหลังจากป่วยแล้ว ไม่ว่าบุคคลจะอยู่ในสภาพการณ์เช่นไร ถ้าสามารถประพฤติปฏิบัติตน หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โอกาสที่จะไม่เป็นโรค หรือหายจากโรคย่อมมีมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

กอชแมน (Gochman,1982 อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพว่าได้แก่คุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆ (เช่นความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และองค์ความรู้อื่นๆ) รวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะนิสัย รูปแบบพฤติกรรม และการกระทำที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการป้องกัน การรักษา การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ

โอเรม (Orem ,1985 อ้างใน สมจิตร อนุเจริญกุล, 2534:8) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ ในทฤษฎีการพยาบาลตนเองว่าเป็นเรื่องที่บุคคลได้กระทำขึ้นเพื่อดูแลตนเอง โดยครอบคลุมถึง

ก. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ได้แก่ การบริโภคอาหาร น้ำ อากาศ อย่างเพียงพอ โดยไม่ทำให้เกิดโทษ การขับถ่ายและการระบายเป็นไปตามปกติ สุขวิทยาส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม สะอาดถูกสุขลักษณะ ความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมกับการพักผ่อน โดยมีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และมีความสนใจ รับรู้ถึงความต้องการพักผ่อน การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต

ข. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เช่น ระยะการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ

ค. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือการเจ็บป่วย จำเป็นต้องมีการดูแล โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่เชื่อถือได้ รับรู้ สนใจ และดูแลผลของการเจ็บป่วย รวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตน ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย ป้องกัน และการฟื้นฟู

ดริสแมน (Noel J. Christman, 1979 อ้างใน สุจินดา คุจารีวณิช, 2537) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการรักษาสุขภาพ เริ่มต้นเมื่อบุคคลรับรู้ลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ประเมินความเจ็บป่วยของตนเอง จากนั้น จะมีการขอคำปรึกษาจากบุคคลอื่น แล้วมุ่งไปสู่การรักษา บางคนไม่สนใจจะรักษาเพราะกลัวจะถูกกำหนดว่าเป็นคนไข้ โดยทั่วไปแล้วการรักษาจะมีขั้นตอนต่างๆ เริ่มจากการรักษาตนเอง โดยการรักษาที่บ้าน ใช้ยาเท่าที่จะหาได้ ไม่ได้ปรึกษาแพทย์และไม่มีการวินิจฉัย เมื่อรักษาตนเองไม่หายจนถึงที่สุดจึงไปขอรับการรักษาจากแพทย์ แหล่งรักษาประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล ร้านขายยา แพทย์แผนโบราณที่ใช้ยาสมุนไพร หมอพระ หมอผี เพื่อนบ้าน การแสวงหาการรักษาจะมีการผันแปรไปตามความรุนแรง และการรับรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บ

สมจิตร หนูเจริญกุล (2534) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพว่า พฤติกรรมในชีวิตประจำวันของแต่ละคนจะมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้นปัญหาทางด้านสุขภาพจึงเกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตที่บั่นทอนสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา

กระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย, 2539) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นการดูแลตนเองของประชาชน โดยใช้เกณฑ์ความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต (จปฐ.) เป็นดัชนีที่ชี้วัดถึงพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอันได้แก่

1. ด้านการกิน ได้แก่ คนในครอบครัวต้องได้รับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อาหารที่ถูกสุขลักษณะ ไม่กินอาหารสุกๆ ดิบๆ
2. ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ได้แก่ คนในครอบครัวต้องมีและใช้ส้วมอย่างถูกหลักสุขาภิบาล ดื่มและใช้น้ำที่สะอาดอย่างเพียงพอ ไม่ถูกรบกวนจากสิ่งรำคาญที่เป็นอันตราย จัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านเรียบร้อย
3. ด้านการมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต ได้แก่ การได้รับการตรวจสุขภาพ รับวัคซีนป้องกันโรค ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพ
4. ด้านการควบคุมช่วงเวลาและจำนวนของการมีบุตร ได้แก่ การใช้วิธีคุมกำเนิด
5. ด้านการพัฒนาจิตใจ ได้แก่ การเลิกบุหรี่-สุรา การปฏิบัติศาสนกิจ

5.1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไปตามเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจ-สังคม วัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนา มีงานศึกษามากมายที่พบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพกับปัจจัยดังกล่าว

Blum (1976, อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534) ได้แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพเป็น 4 ปัจจัย คือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม บริการด้านการแพทย์สาธารณสุขและพฤติกรรม โดยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายอย่างทั้งที่เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคม-วัฒนธรรม

Dunn (1976, อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบวัฒนธรรม ซึ่งเป็นการผสมผสานของค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติ ซึ่งแสดงออกในรูปของภาษา เครื่องมือเครื่องใช้ และเทคโนโลยี ตลอดจนสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วย

ดังนั้น การทำความเข้าใจต่อเรื่องพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องพิจารณาเหตุปัจจัยหลายประการที่เชื่อมโยงกัน ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและสิ่งแวดล้อม การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพชาวเขา ก็เพื่อให้เข้าใจทั้งพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดี พฤติกรรมที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรค พฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมในการแสวงหาบริการสุขภาพทั้งการรักษา การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ

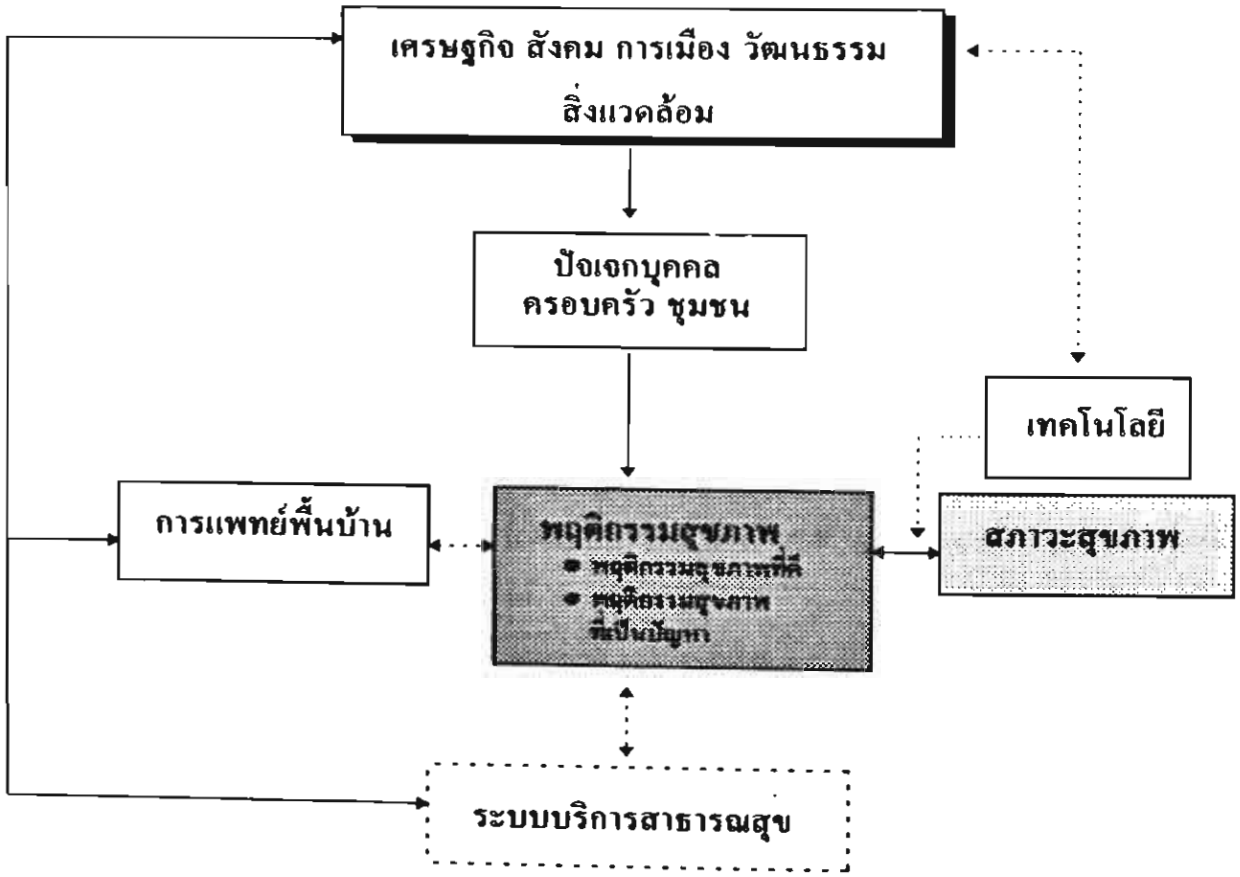
ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ จะนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจใน 3 ประการ คือ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพกับปัจจัยด้านชีวภาพ (ได้แก่ เชื้อโรค พันธุกรรม และชีววัตถุ) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (ได้แก่ อาชีพ รายได้ การเมือง การศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ตลอดจนความเชื่อและค่านิยม) ปัจจัยทางจิตวิทยา (เช่น สภาพของอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ ฯลฯ) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ
2. แหล่งกำเนิดและสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกเหนือไปจากความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัว (KAP) เกี่ยวกับสุขภาพด้านต่างๆ ต้องวิเคราะห์ว่า โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมเหล่านั้นถูกหล่อหลอมมาอย่างไร (เป็นการวิเคราะห์ DNAทางสังคม)
3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ที่มีผลต่อสุขภาพ

5.2 กรอบแนวคิดในการสังเคราะห์งานวิจัย

จากการทบทวนความหมาย แนวคิดและปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้ศึกษาสามารถสร้างกรอบแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาในลักษณะที่เป็นองค์รวม พฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาจะเป็นเช่นไรนั้นคงต้องพิจารณาถึงตัวปัจเจกบุคคลของชาวเขาแต่ละคนรวมทั้งปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อครอบครัวและชุมชนชาวเขา การรักษาแบบพื้นบ้าน สภาวะสุขภาพ รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ (ดังแผนภูมิที่ 1) โดยที่พฤติกรรมสุขภาพก็จะพิจารณาทั้งสี่ด้าน คือ พฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดี พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการเกิดโรค พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการแสวงหาบริการ ดังนั้นกรอบแนวความคิดในการทบทวนงานวิจัยนี้จึงมีดังนี้

กรอบแนวความคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพชาวเขา



6. ผลการสังเคราะห์ข้อมูล

6.1 พัฒนาการปัญหาสภาวะสุขภาพของชาวเขา

ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขา มีวิวัฒนาการไปตามสภาพเศรษฐกิจ-สังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เอกสารหลายชิ้น (วิชัย โปษยจินดา, 2529; มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2530) ได้กล่าวถึงปัญหาสภาวะสุขภาพของชาวเขาในอดีตไว้ว่าชาวเขามีปัญหาสภาวะสุขภาพอยู่หลายด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาประชากร ซึ่งมีอัตราการเกิดและอัตราการตายที่สูง โดยเฉพาะอัตราการตายของทารก ประชากรชาวเขามีลูกมาก ไม่นิยมการวางแผนครอบครัว 2) ปัญหาทุพโภชนาการ ซึ่งมีทั้งการขาดอาหาร โปรตีน และไอโอดีน 3) ปัญหาโรคติดเชื้อ เช่น มาเลเรีย ไข้สมองอักเสบ และปอดบวม 4) ปัญหาโรคระบาด เช่น วัณโรค ท้องร่วง 5) ปัญหาโรคกรรมพันธุ์ เช่น โรคเลือดไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดผิดปกติ 6) ปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีการฆ่าตัวตายด้วยเรื่องแต่งงาน ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คนติดฝิ่น 7) ปัญหาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เช่น ไม่มีส้วม บริเวณใต้ถุนบ้านมีมูลสัตว์ เป็นต้น

เมื่อเศรษฐกิจสังคมเปลี่ยนไป ชาวเขาจำนวนมากต้องใช้ที่ดินอันมีจำกัดในการปลูกพืชเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ชายเข้ามาขายพืชผลในเมือง คนหนุ่ม-สาวอพยพมาขายแรงงานในพื้นราบ ชาวเขาบริโภคข้าวที่สีจากโรงสีแทนการตำข้าว ชาวเขาพึ่งพาอาหารจากตลาดหรือในเมืองมากกว่าการปลูกพืช-ผักกินเอง การรับอิทธิพลการบริโภคทางวัตถุจากสังคมภายนอก รวมทั้งความอ่อนแอทางจารีตประเพณีดั้งเดิมที่ดีงาม ทำให้ปัญหาสภาวะสุขภาพอนามัยของชาวเขาเปลี่ยนแปลงไป โดยปัญหาเก่าก็ยังคงมีอยู่เช่นปัญหาการเพิ่มประชากร ปัญหาโภชนาการ ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาการติดสารเสพติด เป็นต้น ในขณะที่ปัญหาใหม่ก็รุมเร้าเข้ามาอีกมาก โดยเฉพาะปัญหาการติดสารเสพติด เช่น เฮโรอีน และยาม้า เป็นต้น ปัญหาการระบาดของโรคเอดส์ ในชุมชนชาวเขาอันเนื่องจากปัญหาที่สตรีชาวเขาบางส่วนไปประกอบอาชีพโสเภณี การเสพเฮโรอีนโดยใช้เข็มฉีดยาผู้ชายชาวเขาไปเที่ยวบริการทางเพศ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง (พัฒนาการปัญหาสภาวะสุขภาพอนามัยชาวเขา)

1. วิชัย โปษยจินดา, 2529. **ชาวเขากับปัญหาสาธารณสุข** ข่าวสารสถาบันวิจัยชาวเขา ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2530) หน้า 46-64.
2. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2530. เอกสารการสอนชุดวิชา ***ปัญหาการเมืองส่วนภูมิภาคและชนกลุ่มน้อย*** สาขาวิชารัฐศาสตร์ เล่ม 2 หน่วยที่ 9-15 : หน้า 259-295.

3. Thai-Australian Highland Agricultural and Social Development (TA-HASD) Project. 1993. ***Improving Hilltribe Village Health Status.*** Adelaide, Australia: Thai-Australian Highland Agricultural and Social Development (HASD) Project, 90 p.

4. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, 2540. ***ข้อมูลเบื้องต้นผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง*** เมษายน.

5. กรมประชาสงเคราะห์, กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2540. ***ก้าวใหม่การพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา,*** กองสงเคราะห์ชาวเขา, ธันวาคม.

6.2 สภาวะสุขภาพอนามัยของชาวเขา

ก่อนที่จะพิจารณาถึงพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขา เราจะมาพิจารณาถึงสภาวะสุขภาพอนามัยของชาวเขาโดยทั่วไปก่อนว่ามีอะไรที่ดีและมีอะไรที่เป็นปัญหา

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง (หมายถึงชุมชนชาวเขา 9 ชาติพันธุ์ได้แก่ กะเหรี่ยง แม้ว เย้า มูเซอ ลีซอ อีก้อ ลัวะ ถิ่น ขมุ รวมทั้งพื้นที่ที่ชนกลุ่มอื่นๆ เช่น ปะหล่อง จีนฮ่อ ไทยใหญ่ ไทยลื้อ รวมทั้งคนไทยพื้นราบที่ขึ้นไปทำกินปะปนกับชาวเขา) ของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข 2540 ซึ่งทำใน 7 จังหวัดที่มีชาวไทยภูเขาจำนวนมาก ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำพูน น่าน ตาก กาญจนบุรี พบว่าเผ่าพันธุ์ของชาวไทยบนพื้นที่สูงที่พบมากที่สุดคือ กะเหรี่ยง รองลงมาคือ แม้ว มูเซอ โดยเผ่ากะเหรี่ยงและแม้วมีประชากรรวมกันกว่า 2 ใน 3 ของประชากรชาวเขาทั้งหมด ซึ่งมีขนาดครัวเรือนเฉลี่ยประมาณ 5 คน โดยเผ่ามั้งจะมีขนาดครอบครัวใหญ่ที่สุด (ประมาณ 14 คน ขณะที่ไทยลื้อมีขนาดครอบครัวเล็กที่สุด) ร้อยละ 53 ของครัวเรือนทั้งหมดประกอบอาชีพทำไร่และประมาณครึ่งหนึ่ง ของครัวเรือนทั้งหมด (ร้อยละ49) มีรายได้ไม่เพียงพอ ลักษณะบ้านส่วนใหญ่ไม่ถาวร (ร้อยละ 60) ครัวเรือนประมาณร้อยละ 70 มีส้วมใช้ (อีกร้อยละ 30 ที่ไม่มีส้วมใช้ส่วนใหญ่จะถ่ายลงตามป่า/ไปทุ่ง) แม้ว่าชาวเขามีน้ำใช้ตลอดปี แต่มีเพียง 1 ใน 3 ที่มีน้ำบริโภคที่ถูกสุขลักษณะ อีกร้อยละ 61 ใช้ประปาภูเขา การดูแลสภาพแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะ 4 ใน 5 ใช้วิธีเผากลางแจ้งซึ่งไม่ค่อยถูกวิธี สำหรับสภาวะสุขภาพอนามัยด้านต่าง ๆ พอสรุปได้คือ

6.2.1 การเกิด-การตายในรอบ 1 ปี อัตราการเกิด 26 ต่อการเกิดมีชีพพันคน อัตราการตาย 5.9 ต่อการเกิดมีชีพพันคน อัตราการเพิ่มประชากรตามธรรมชาติประมาณร้อยละ 2 (เปรียบเทียบกับคนไทยโดยทั่วไปประมาณร้อยละ 1.2) เนื่องจากส่วนใหญ่แต่งงานและมีบุตรเร็ว ชาวเขาเกือบครึ่งหนึ่งมีบุตรมากกว่า 2 คน เนื่องจากความต้องการแรงงานในครอบครัวมีมาก และการคุมกำเนิดยังมีน้อย โดยเฉพาะวิธีถาวร อัตราการตายของทารกประมาณ 20 ต่อพัน อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ซึ่งส่วนใหญ่ตายด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้) ประมาณร้อยละ 25 ส่วน

เด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 2,500 กรัม มีร้อยละ 11 จังหวัดที่ประชากรบนพื้นที่สูงมีอัตราการเกิดสูงได้แก่ ตาก (35.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน) และแม่ฮ่องสอน (32 ต่อพัน) จังหวัดที่มีอัตราการตายสูงคือกาญจนบุรี ส่วนจังหวัดที่มีอัตราการตายของทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีสูงคือ ลำพูน (43 ต่อพัน)

6.2.2 การเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยจนต้องรักษาตัวในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาพบ ว่า การเกิดอุบัติเหตุในประชากรกลุ่มดังกล่าวยังไม่เป็นปัญหา มีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ประมาณร้อยละ 7 การเจ็บป่วยจนต้องรักษาตัวมีเพียงร้อยละ 4. 5ในขณะที่การเจ็บป่วยเรื้อรังมีไม่ถึงร้อยละ 1

6.2.3 ความพิการและโรคที่พบบ่อยในชุมชน ผู้พิการในชุมชนมีประมาณร้อยละ 1-2 ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77) ได้รับการดูแลจากครอบครัว โรคที่พบบ่อยในชุมชน 3 อันดับแรกได้แก่ ไข้หวัด/ไอ รองลงมาคือ อุจจาระร่วง (ส่วนหนึ่งมาจากการดื่มน้ำที่ไม่ได้ต้มสุกและการมีส้วมไม่ครบทุกหลังคาเรือนเพราะมีน้ำใช้ไม่พอเพียง) และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามลำดับ ในขณะที่โรคอื่นก็พบบ้างเช่น มาลาเรีย ไข้เลือดออก และเอดส์ เป็นต้น

6.2.4 ภาวะโภชนาการ การเจ็บป่วยและการได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วยในเด็กอายุ 0-5 ปี

มีเด็กที่ภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 60 นอกนั้นเป็นโรคขาดสารอาหารขั้นไม่รุนแรง (ระดับหนึ่ง) ประมาณร้อยละ 30 ขั้นปานกลาง (ระดับ 2) ประมาณร้อยละ 8 และขาดสารอาหารระดับรุนแรง (ระดับ 3) ประมาณร้อยละ 2 ในรอบ 1 เดือนก่อนการสำรวจ เด็กอายุ 0-5 ปีที่เจ็บป่วยเป็นไข้มีประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้รับการดูแลเช็ดตัวและให้ดื่มน้ำมาก ๆ เป็นส่วนใหญ่ ส่วนเด็กที่ท้องร่วงมีร้อยละ 13 ส่วนใหญ่ประมาณครึ่งหนึ่งได้รับเกลือ ORS ได้รับ ORS ร่วมกับน้ำข้าวและดื่มน้ำมาก ๆ มีร้อยละ 30 นอกนั้นใช้วิธีอื่น ๆ เช่นให้น้ำหรือน้ำข้าวเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้เด็กในวัย 0-5 ปี ยังมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมากที่สุด โดยเฉพาะในฤดูหนาว รองลงมาคือโรคระบบทางเดินอาหารซึ่งทั้งสองโรคเป็นโรคที่ป้องกันได้ (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2530) โดยเฉพาะชาวเผ่ากะเหรี่ยงมักไม่มีตู้ใส่กับข้าว ประกอบกับทัศนคติต่อสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันในแต่ละชนเผ่า ส่วนใหญ่ยังเชื่อเรื่องภูติผีปีศาจว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย มีทัศนคติต่อเรื่องอาหารที่ผิด ๆ เช่น การมีข้อห้ามรับประทานอาหารประเภทโปรตีนและพืชผักบางชนิดในระหว่างตั้งครรภ์ และคลอดบุตรใหม่ ๆ แต่โดยภาพรวมแล้วก็มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพเด็ก

6.2.5 การดูแลก่อนคลอด การคลอดและการดูแลหลังคลอด

สตรีชาวไทยบนพื้นที่ราบสูงประมาณครึ่งหนึ่งได้มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ แต่มีถึงร้อยละ 22 ที่ไม่ฝากครรภ์ ที่เหลือฝากครรภ์แต่ไม่ได้ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 71 ได้รับการฉีดบาดทะยักครบ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55) ทำคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 8 คลอดกับผดุงครรภ์โบราณ (ผดบ.) ที่อบรมแล้วและเกือบร้อยละ 20 คลอดกับหมอตำแย นอกนั้นสามี แม่สามี/แม่ตนเอง หรือญาติทำคลอดให้ (ประมาณร้อยละ 17) แต่มีเพียงร้อยละ 28 ที่ได้รับการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 40 ได้รับการดูแลแต่ไม่ครบตามเกณฑ์เกือบ 1 ใน 3 ที่ไม่ได้รับการดูแลหลังคลอด จากการสำรวจคุณภาพชีวิตแม่และเด็กชาวเขาลุ่มน้ำจัน-แม่สลอง (2538) ให้ข้อสังเกตว่าหญิงมีครรภ์ชาวเขาได้รับการคลอดจากบุคลากรทางแพทย์หรือ ผดบ. ที่อบรมแล้ว ร้อยละ 63 ซึ่งสูงกว่าการสำรวจชาวเขาเมื่อปี 2536 (ร้อยละ 46) และผลการสำรวจเผ่าม้งปี 2538 (ร้อยละ 40) แต่ใกล้เคียงกับการสำรวจเผ่ากระเหรี่ยง ปี 2537 (ร้อยละ 65) ทั้งนี้เนื่องจากมีความปลอดภัยในการคลอด และต้องการหลักฐานการเกิดเพื่อนำไปพิสูจน์สัญชาติ

สำหรับการดูแลก่อนคลอดของสตรีชาวเขา พบว่า สตรีชาวเขาส่วนใหญ่ยังทำงานหนักตามปกติจนคลอด เพราะเป็นความเชื่อมานานว่า หญิงมีครรภ์ที่ทำงานหนักตามปกติจะทำให้คลอดง่ายไม่มีปัญหาแทรกซ้อนระหว่างคลอด

ส่วนการปฏิบัติตนหลังคลอด จะให้ความสำคัญอย่างมากกับเรื่องอาหารและการรักษาความสะอาดของร่างกาย มีข้อห้ามเรื่องอาหารที่เชื่อถือกันมากว่าไม่ให้สตรีหลังคลอดอย่างน้อย 1 เดือน บริโภคหมูสีขาว ไก่สีนวลเหลืองและผลไม้ทีมีรสเปรี้ยว เป็นต้น ข้อห้ามเหล่านี้มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคอันตรายต่อสุขภาพของแม่และมีผลถึงลูก ซึ่งจำเป็นต้องกินนมแม่อยู่ นอกจากนี้ยังมีการรักษาโดยสมุนไพรให้แผลในช่องคลอดหายเป็นปกติ มีการปฏิบัติตนตามประเพณี เช่น การบูชาวิญญาณบรรพบุรุษ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่ถูกประเภท ซึ่งจัดได้ว่าเป็นข้อปฏิบัติที่น่าสนับสนุน ข้อปฏิบัติเหล่านี้ช่วยให้หญิงมีครรภ์สามารถมีสุขภาพอนามัยที่ดี ส่งเสริมให้ร่างกายสะอาด และฟื้นตัวกลับคืนมาได้อย่างปกติ มี "แม่" บางคนซึ่งเป็นส่วนน้อยพบมากในหมู่บ้านชาวเขาเผ่าลาหู่ ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ซึ่งบ่อยครั้ง "แม่" เหล่านี้จะนั่งสูบบุหรี่ไปด้วยในระหว่างที่ให้ลูกดูดนมของตนอยู่ ควันบุหรี่ย่อมจะเป็นอันตรายบ้างไม่มากก็น้อยต่อเด็กน้อยเหล่านั้น "แม่" บางคนดื่มเหล้าดองผสมสมุนไพร โดยมีความคิดว่าเป็นยาบำรุงร่างกายของแม่ แต่ลืมคิดไปว่าเหล้ายาดองนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพของลูกน้อยที่ยังดูดนมแม่อยู่

ข้อสังเกตจากการสำรวจที่น่าสนใจคือ ในระหว่างที่แม่ให้นมลูกนั้น ถ้าไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ แม่มักจะไม่ไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับวัคซีน เนื่องจากกลัวว่าการฉีดวัคซีนจะทำให้น้ำนมแม่แห้ง และการฉีดวัคซีนในเด็กทารก อายุ 0-12 เดือน จะทำให้เด็กมีอาการไข้อ่อนแอ หรือร้องไห้ (มูลนิธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา, 2538)

6.2.6 การวางแผนครอบครัว

ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา จังหวัดลำปาง กรมอนามัย ได้ทำ rapid survey ชาวเขา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536-2539 ซึ่งทำการสำรวจสถานภาพทางด้านสุขภาพของชาวเขาในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการคุมกำเนิดด้วย และในปี พ.ศ. 2540 สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่ราบสูง พบว่า (ดูตารางที่ 1) ในช่วงปี พ.ศ. 2536-2539 ชาวเขาคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 คือเพิ่มจากร้อยละ 45.3 เป็น 55.5 และในปี พ.ศ. 2540 ก็เพิ่มเป็นร้อยละ 60.8 การเพิ่มอัตราวางแผนครอบครัวดังกล่าวแม้ว่าจะไม่เพิ่มสูงนัก แต่ก็เป็นผลมาจากการทุ่มเทงบประมาณมากมายลงไปในพื้นที่ชาวเขาเช่นงบโครงการอนามัยบนพื้นที่สูง งบประมาณปกติ งบต่างประเทศ รวมทั้งการพัฒนาการวางแผนครอบครัวเชิงรุกทั้งโดยรวมและเป็นรายเผ่า ซึ่งแสดงถึงความพยายามของภาครัฐในการที่จะสนับสนุนให้ชาวเขาคุมกำเนิดให้มากขึ้น เนื่องจากประชากรของชาวเขาได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจากการเพิ่มธรรมชาติและการย้ายถิ่นเข้ามาของชาวเขาจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น จาก พม่า และลาว ชาวเขาส่วนใหญ่ยังมีอัตราการคุมกำเนิดต่ำและใช้วิธีชั่วคราว (นิยมยาฉีดมากที่สุด) คือ เผ่าม้ง (ร้อยละ 38.6) และกะเหรี่ยงร้อยละ 64.6 โดยเฉพาะวิธีคุมกำเนิดแบบถาวร (หมันหญิง) เผ่าม้งจะต่ำมาก คือมีเพียงร้อยละ 7.8 เผ่ากะเหรี่ยงร้อยละ 15.7 นอกจากนี้หญิงชาวม้ง 2 ใน 3 มีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่แต่งงานอายุน้อย แล้วมีลูกเลย และจำนวนนี้มีลูกมากกว่า 2 คน เพราะค่านิยมการมีครอบครัวใหญ่เพื่อไว้ใช้เป็นแรงงานในครอบครัว ดังนั้นในการดำเนินโครงการวางแผนครอบครัว ชาวเขาเผ่าม้งจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ให้ความสนใจเป็นพิเศษ รวมทั้งเผ่ามูเซอ ซึ่งส่วนใหญ่จะแต่งงานและหย่าร้างเร็วมาก รวมทั้งมีการแต่งงานใหม่อย่างรวดเร็ว ไม่คุมกำเนิดมักจะมีลูกทันที

ตารางที่ 1 สภาวะสุขภาพอนามัยชาวเขา ปี 2536-2540

สถานะสุขภาพ	การสำรวจชาวเขาปี 36	การสำรวจเผ่ากะเหรี่ยง ปี 37	การสำรวจเผ่าม้ง ปี 38	การสำรวจชาวเขา ปี 39	การสำรวจพื้นที่สูง ปี 40
ด้านวางแผนประชากรและครอบครัว					
- อัตราเกิด	-	-	-	-	2.6
- อัตราตาย	-	-	-	-	0.6
- อัตราเพิ่มประชากร	-	-	-	-	2.0
- อัตราตายทารก	-	-	-	-	2.0
- อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	-	-	-	-	2.5
- อัตราคุมกำเนิด	45.3	64.6	38.6	55.5	60.8
- อัตราคุมกำเนิดถาวร	10.1	15.7	7.8	15.3	17.0
- อัตราหญิงที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ <20 ปี	53.9	44.0	67.4	53.0	-
- อัตราหญิงที่มีบุตรไม่เกิน 2 คน	56.3	60.8	36.7	57.5	-
- อัตราการรู้จักวิธีป้องกันโรคเอดส์	37.1	58.3	50.8	54.1	61.3*
- อัตราการรู้จักวิธีป้องกันการขาดสารไอโอดีน	-	-	-	-	41.3
ด้านอนามัยแม่และเด็ก					
- อัตราหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์	33.5	43.7	29.4	36.5	50.0
- อัตราหญิงมีครรภ์ที่คลอดโดย จนท. หรือผดุงครรภ์ที่ผ่านการอบรมแล้ว	49.2	65.1	40.2	52.8	63.4
- อัตราการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์	16.6	54.2	9.4	20.2	27.5
น้ำหนักทารกแรกเกิด > 3,000 กรัม	47.3	52.4	62.0	58.1	55.0
- น้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม	12.1	12.9	5.8	11.14	10.8
- การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึง 4 เดือน	-	15.3	91.4	42.6	-
- อัตราเด็กขาดสารอาหาร	32.4	48.8	37.6	44.9	41.9
ระดับ 1	23.6	35.2	32.2	34.9	30.3
ระดับ 2	6.3	13.6	4.8	8.6	8.4
ระดับ 3	2.5	-	0.6	0.4	2.2
ด้านภูมิคุ้มกันโรค					
- อัตราหญิงมีครรภ์ได้รับวัคซีนบาดทะยักครบ	33.5	54.2	46.6	52.8	70.6
- อัตราเด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีนวัณโรค	84.0	90.0	83.4	87.8	85.4
- อัตราเด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีนตัวอักเสบบี	28.2	46.4	31.2	55.1	57.0
- อัตราเด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีน DPT.	49.5	55.2	37.2	63.7	69.6
- อัตราเด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีน OPV.	49.5	57.0	37.7	64.0	70.9
- อัตราเด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีนหัด	32.3	70.2	57.8	65.4	66.2
- อัตราเด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีนครบชุด	-	-	-	-	48.5

* รู้จัก 100% = 51.2 และรู้เพียง 75% = 10.4

ที่มา : ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา ลำปาง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข "สรุปผลการปฏิบัติงาน ประจำปี 2539" และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข "ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่ราบสูง" (รายงานเบื้องต้น), 2540

เอกสารอ้างอิง (สภาวะสุขภาพอนามัยชาวเขา)

1. ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2536. ***คุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาในประเทศไทย : ผลการสำรวจแบบเร่งด่วน.***
2. ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2537. ***การสำรวจคุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในประเทศไทย.***
3. ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2538. ***คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาเผ่าม้ง : ผลการสำรวจแบบเร่งด่วน.***
4. ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2538. ***รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2538*** "ข้อมูลสถานการณ์งานอนามัยชาวเขาเปรียบเทียบเป้าหมายแผน 7
5. ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2539. ***รายงานการประชุมโครงการวิจัยปฏิบัติการเชิงรุก.***
6. ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2539. ***สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2539.***
7. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, 2540. ***ข้อมูลเบื้องต้นผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง*** เมษายน.
8. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2530. ***ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเจ็บป่วยและการตายของเด็กและทารกชาวกะเหรี่ยง*** ในภาคเหนือของไทย สนับสนุนจาก The Population Counsil.
9. มูลนิธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา. 2538. ***รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคุณภาพชีวิตแม่และเด็กชาวเขา ลุ่มน้ำจัน แม่สลอง เชียงราย.*** มูลนิธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา.
10. กองสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2538. ***สรุปรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องแนวทางการประสานการดำเนินงานพัฒนาชาวเขาด้านสาธารณสุข*** โดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก 7-9 สิงหาคม ณ โรงแรมนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
11. กองสงเคราะห์ชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ 2539. ***โครงการดำเนินงานกับชาวเขาของหน่วยงานต่าง ๆ*** (Hill Tribe Programmes of Various Organizations). กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.
12. อัญชลี วรางรัตน์, 2541. ***ความรู้ ทัศนคติ และการคุมกำเนิดของชนกลุ่มน้อยในภาคเหนือของประเทศไทย*** เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการสำรวจสภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2539 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร 5 มีนาคม.

6.3 พฤติกรรมสุขภาพของชาวเขา

จากการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยบนพื้นที่สูงและงานศึกษาอื่น ๆ พอสรุปพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาเป็นด้าน ๆ ได้ดังนี้

6.3.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และสารเสพติด

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรไทยบนพื้นที่สูง (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) พบว่า ประชากรไทยบนพื้นที่สูงร้อยละ 23 สูบบุหรี่โดยเฉพาะชาวกะเหรี่ยง (ร้อยละ 87) และร้อยละ 8 ดื่มสุรา อย่างไรก็ตามการสำรวจนี้ไม่ได้ถามถึงการเสพสารเสพติดอื่น เช่น ฝิ่น เฮโรอีน ยาม้า แต่มีการศึกษาหลายอันที่ระบุว่ามีการใช้สารเสพติดดังกล่าว เช่น งานศึกษาของ Renard et. al., 1994 (Renard, R.D., Singhanetra-Renard, A. and Kampe K., 1994:24) ที่ระบุว่า การสูบเฮโรอีนถูกพบครั้งแรกในหมู่บ้านม้ง และหลังจากนั้นก็ได้แพร่กระจายไปสู่ชาวเขาเผ่าต่าง ๆ อย่างน้อย 5-6,000 คน ใน 150 หมู่บ้านหรือมากกว่านั้น โดยเฉพาะในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งพบในกลุ่มวัยรุ่นและเพศชาย (ที่จริงฝิ่นและเฮโรอีนมีผลกระทบต่อคนทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งเด็ก เพราะได้รับจากกลิ่นควันที่ผู้ใหญ่สูบ) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานและวัยรุ่นแม้ว่าชาวเขาในโครงการไทย-นอรเวย์จะถูกส่งไปอดยาแต่ร้อยละ 90 ก็กลับมาติดอีกหลังจากกลับมาอยู่ในหมู่บ้าน จากรายงานของกรมประชาสงเคราะห์ (กรมประชาสงเคราะห์, 2540:8) รายงานว่าปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันหนึ่งของชาวเขาก็คือการติดฝิ่น ซึ่งมีเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะชาวเขาส่วนหนึ่งใช้ฝิ่นเป็นยารักษาโรค แม้ว่าในปัจจุบันชาวเขาจะปลูกฝิ่นน้อยลง แต่การบริโภคฝิ่นก็ไม่ได้น้อยลง เพราะสามารถซื้อหาได้และเป็นสินค้าผิดกฎหมายที่มีราคาแพง (Thai-Australia-HASD, 1993:9-10) นอกจากนี้จากรายงานการวิจัยเพื่อการพัฒนาเรื่องศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน (ประเสริฐ ชัยพิกุสิต และคณะ, 2538) ได้พบปัญหาเรื่องยาเสพติดจากการรายงานของคณะกรรมการหมู่บ้านในหลายพื้นที่ในสี่จังหวัดภาคเหนือ (เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน พะเยา และลำปาง) ว่าปัญหายาเสพติดมีทุกหมู่บ้าน หมู่บ้านหนึ่ง ๆ จะมีผู้ติดยาเสพติด 5-10 คน เป็นยาเสพติดประเภทฝิ่นและเฮโรอีนเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุและวัยกลางคนโดยมากเสพฝิ่น ส่วนวัยรุ่นผู้ชายจะเสพเฮโรอีน อย่างไรก็ตาม การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาเสพติด เป็นเรื่องละเอียดอ่อนมาก เพราะชาวบ้านมักไม่ให้ข้อมูล เพราะเกรงว่าจะทำให้ภาพพจน์ของหมู่บ้านเสียหาย และไม่อยากให้โลกภายนอกรับรู้ ทำให้ตัวเลขของชาวเขาที่ติดยาเสพติดไม่ชัดเจน

6.3.2 พฤติกรรมการเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย

คนในชุมชนบนที่ราบสูง เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็มักจะไปใช้บริการที่สถานีอนามัยหรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 60) รองลงไปคือ ซื้อยากินเอง (ร้อยละ 15) และไปโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 9) ที่ยังรักษาด้วยหมอผี หมอพื้นบ้าน หรือหมอพระก็ยังมีอยู่แต่ไม่มากนัก (ร้อยละ 4) แต่ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) หรือ 2 ใน 3 ไปโรง-

พยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัด รองลงไปคือไปโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน (ร้อยละ 17) และสถานีอนามัย (ร้อยละ 15) ตามลำดับ แต่ที่ยังรักษาด้วยหมอผี มีเพียงร้อยละ 2 ซึ่งการไปรักษาในสถานบริการต่างๆ ดังกล่าว มาจากการตัดสินใจเองหรือตัดสินใจร่วมกันระหว่างสามีภรรยา (มากกว่าร้อยละ 60) อีกประมาณร้อยละ 22 สามีเป็นผู้ตัดสินใจ การเดินทางไปสถานีอนามัยไม่ไกลมากนัก คือครึ่งหนึ่งอยู่ในรัศมี 3 กิโล ใช้เวลาเดินทางต่ำกว่า 30 นาที (ร้อยละ 72) นอกนั้นอยู่ไกลใช้เวลาเดินทางเป็นชั่วโมง

สำหรับการใช้สมุนไพร แม้ว่าในปัจจุบันจะใช้น้อย คือประมาณร้อยละ 3 สำหรับการเจ็บป่วยทั่วไป ทั้งนี้เนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การคมนาคมที่สะดวกขึ้น ทำให้ชาวเขามีความสะดวกมากขึ้นในการไปรับบริการ ประกอบกับพื้นที่ในการเพาะปลูกถูกใช้ไปในการปลูกพืชเศรษฐกิจ ทำให้สมุนไพรหายากขึ้น รวมทั้งการรักษาแผนปัจจุบัน หาง่ายสะดวกกว่าและได้ผลดีกว่า แต่อย่างไรก็ตาม ชาวเขาก็รู้จักการนำสมุนไพรจากป่าและบางชนิดปลูกไว้ในบ้านรวมทั้งฝิ่นมาใช้ โดยเฉพาะเผ่าม้ง เย้า ลีซอ และกะเหรี่ยง ซึ่งภูมิปัญญาของชาวเขามีอยู่มากมายเกือบทุกเผ่า (ธงชัย สาระกูล, 2538:170 และจันทบูรณ์ สุทธิ, 2537)

พฤติกรรมในการแสวงหาวิธีการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย มีความแตกต่างกันไปในแต่ละหมู่บ้าน และศาสนาที่นับถือ (ได้แก่ คริสต์ พุทธ และผี) โดยหมู่บ้านที่มีสถานบริการสาธารณสุขตั้งอยู่ หรืออยู่ไม่ไกลจากหมู่บ้าน หรือมีกองทุนยา ชาวเขามีแนวโน้มที่จะพึ่งพิงการรักษาแผนปัจจุบันมากขึ้น ส่วนหมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลมีแนวโน้มจะรักษาตนเองก่อน โดยการใช้สมุนไพรหรือให้หมอผีในหมู่บ้านรักษาให้โดยการทำพิธีเลี้ยงผี เมื่ออาการป่วยรุนแรงมาก ชาวเขาทุกกลุ่มมีแนวโน้มไปรักษาที่โรงพยาบาล (สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, 2533:84-85)

6.3.3 พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์ หรือหลังคลอด และเด็ก

ประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีประมาณร้อยละ 6-7 ของประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87) ได้รับการดูแลจากครอบครัว โดยเฉพาะในด้านอาหาร เสื้อผ้าและสุขภาพ (ร้อยละ 80) สำหรับการดูแลสุขภาพเด็ก พบว่า มีเด็กไม่ถึงครึ่งที่ได้รับวัคซีนครบทุกเข็ม (ร้อยละ 49) และร้อยละ 40 ได้รับแต่ไม่ครบทุกเข็ม อีกร้อยละ 11 ไม่ได้รับวัคซีน โดยเฉพาะวัคซีนหัดและวัคซีนป้องกันตับอักเสบบี ไม่ได้รับมากที่สุดตามลำดับ (ร้อยละ 33 และร้อยละ 21) การที่เด็กได้รับวัคซีนไม่ครบ ส่วนใหญ่มาจากพ่อ-แม่ออกไปทำไร่นอกหมู่บ้านเป็นเวลานาน บางที 2-3 เดือน

เด็ก 0-5 ปี ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 3 ครั้งขึ้นไปสูงสุดได้รับ 7 ครั้ง และได้รับครบตามเกณฑ์ประมาณครึ่งหนึ่งประกอบกับเด็กส่วนมากได้กินนมมารดาอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป เด็กบางคนจะได้กินนมแม่จนกว่าจะตั้งครรภ์ใหม่ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมของชาวเขาส่วนใหญ่ ทำให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูด้วยวิธีการที่ให้ผลลัพธ์ในเชิงบวก แต่ก็ต้องยอมรับว่าเด็กในวัยนี้เมื่อแม่มีลูกคนใหม่หรือหย่าร้างก็จะได้รับความเอาใจใส่น้อยลงทำให้เด็กบางส่วนยังมีปัญหาการขาดสารอาหาร และได้รับทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยต่าง ๆ (หน่วยงานพัฒนาภาครัฐและเอกชน, 2535)

และจากการสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาเผ่าม้งและกะเหรี่ยงในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536-39 (ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2536-39) และการสำรวจสภาวะสุขภาพชาวไทยบนพื้นที่สูง (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) พบว่า เด็กกะเหรี่ยงที่ได้รับการชั่งน้ำหนักมีการขาดสารร้อยละ 48.8 ในขณะที่เด็กเผ่าม้งมีการขาดสารอาหารน้อยกว่า คือร้อยละ 37.6 (ระดับ 1 ร้อยละ 32.2 ระดับสองร้อยละ 4.8 ระดับ 3 ร้อยละ 0.6) และเด็กชาวเขาทั่วไปยังมีการขาดสารอาหารอยู่ในระดับสูง (ดูตารางที่ 1) แสดงว่าสตรีชาวเขายังมีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร และมีปัญหาไม่มีเงินซื้ออาหารที่มีประโยชน์ให้ลูกกิน เลี้ยงกันตามมีตามเกิด (เช่น ชาวกะเหรี่ยง) ไม่รู้จักการดัดแปลงอาหารพื้นบ้านมาปรุงให้เด็ก แม่ขาดความรู้ในหลายด้าน ทำให้เด็กชาวเขาไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร โดยเด็กเล็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91) ได้รับอาหารเสริม (ข้าวต้มและกล้วยบด) ตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป (เด็กกะเหรี่ยงจะเคี้ยวข้าวแทนการต้ม) พอโตขึ้น เด็กจะรับประทานอาหารเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ ซึ่งทานกันตามที่พอจะหาได้ในท้องถิ่น อาหารโปรตีนมีน้อยมาก ดังนั้นปัจจัยด้านชัพพลายของอาหารในชุมชนจึงมีส่วนทำให้เด็กได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน จึงมีการขาดสารอาหารกันในระดับสูง

สำหรับพฤติกรรมการดูแลสตรีมีครรภ์และหลังคลอด จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรบนพื้นที่สูง (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) พบว่า มารดาที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 50 ขณะที่ร้อยละ 22 ไม่เคยฝากครรภ์ หญิงมีครรภ์ที่ได้รับการทำคลอดจากบุคลากรทางการแพทย์หรือผดุงครรภ์โบราณ ที่ได้รับการอบรมมีร้อยละ 63 คลอดโดยหมอตำแยร้อยละ 20 ที่เหลือสามี แม่สามี แม่ตนเองหรือญาติทำคลอดให้ นอกจากนี้มารดาที่ได้รับการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 28 และไม่ได้รับการดูแลหลังคลอดเลยร้อยละ 32 ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2536-39 (ดูตารางที่ 1) ซึ่งพบว่าอัตราการฝากครรภ์ก่อนคลอด การคลอดและการดูแลหลังคลอดค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะการสำรวจเผ่าม้งพบอัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 29 การคลอดโดยเจ้าหน้าที่ร้อยละ 40 และการดูแลหลังคลอดตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 9 การคลอดที่โรงพยาบาลมักจะเกิดขึ้นในกรณีที่มารดามีความผิดปกติในการตั้งครรภ์ ต้องการทำหมันและต้องการหลักฐานการเกิด สำหรับการคลอดเองโดยบุคคลในครอบครัว มักทำไม่ถูกต้อง เช่น ใช้ไม้ไผ่ตัดสายสะดือ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดที่ไม่ถูกต้อง เช่น การห้ามกินอาหาร โปรตีนประเภทไข่ เนื้อสัตว์ ผักหรือของป่าบางชนิด (เช่น ชาวอาข่าเชื่อว่า เนื้อหมู เนื้อวัวเป็นอาหารแสลงสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ชาวมูเซอห้ามหญิงตั้งครรภ์กินเนื้อค่าง กะเหรี่ยงไม่ให้กินไข่ เนื้อเก้ง เนื้อหมี น้ำผึ้ง มะเขือ และงู) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารกทั้งสิ้น รวมทั้งทำให้น้ำหนักเด็กแรกคลอดต่ำ อย่างไรก็ตามชาวเขาหลายเผ่ามีพฤติกรรมระหว่างตั้งครรภ์ที่ดี เช่นสตรีที่ตั้งครรภ์ก็ยังให้ออกไปทำงาน เพราะเชื่อว่าจะทำให้คลอดง่าย เป็นต้น การห้ามเยี่ยมสตรีหลังคลอด 5-7 วัน ของเผ่าลีซอ การอยู่ไฟของชาวเขาหลายเผ่า การกิน

เครื่องเทศ สมุนไพร ไก่ต้ม เพื่อบำรุงร่างกายของสตรีหลังคลอด (ธงชัย สาระกูล, 2538 : 168-169 ; นิตยา แสงเล็ก, 2539)

6.3.4 พฤติกรรมการคุมกำเนิด

ประชากรไทยบนพื้นที่ราบสูงคุมกำเนิด ร้อยละ 61 ซึ่งก็ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผนฯ 7 (ร้อยละ 70) วิธีคุมกำเนิดที่นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบัน คือ วิธียาฉีดคุมกำเนิด (ร้อยละ 22 รองลงไปคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 17) และทำหมันหญิง (ร้อยละ 14) ซึ่งใกล้เคียงกับตัวเลขจากการสำรวจสภาวะคุมกำเนิด รอบที่ 5 พ.ศ. 2539 (อัญชลี วรางรัตน์, 2541) ส่วนถุงยางอนามัยไม่นิยมใช้ (ไม่ถึงร้อยละ 1) เพราะเชื่อว่าจะใช้กับโสเภณีเท่านั้น และวิธียาฝังคุมกำเนิดก็ลดความนิยมลง เพราะมีผลข้างเคียงมาก บางเผ่าไม่ยอมรับการใส่ห่วงอนามัยเพราะเชื่อว่าเป็นสิ่งนอกกายจะไม่นำเข้าร่างกาย การตัดสินใจคุมกำเนิดเป็นการตัดสินใจของภรรยาและการตัดสินใจร่วมกันในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 34-35 ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (ดูตารางที่ 1) แม้ว่าการกระจายบริการสาธารณสุขจะครอบคลุมประชากรชาวเขามากขึ้น การสื่อสารความรู้เรื่องการคุมกำเนิดกระจายกว้างขวางมากขึ้น แต่ชาวเขาก็ยังเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการคุมกำเนิดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เพราะชาวเขายังยึดติดกับวัฒนธรรมการแต่งงานและมีบุตรเมื่ออายุยังน้อย รวมทั้งนิยมมีบุตรหลายคนด้วย

สำหรับการคุมกำเนิด สตรีส่วนมากเป็นฝ่ายที่รับบริการการคุมกำเนิดทั้งแบบชั่วคราวและแบบถาวร ผู้ชายมีบ้างเล็กน้อยที่ทำการคุมกำเนิดแบบถาวรด้วยการทำหมัน หมู่บ้านส่วนมากยอมรับข้อดีของการคุมกำเนิด จำนวนบุตรที่ครอบครัวชาวเขาส่วนมากยังต้องการอยู่คืออย่างน้อย 3 คน จนถึง 6 คน จำนวนบุตรจะมีมากน้อยมิได้เป็นประเด็นสำคัญ แต่ส่วนมากต้องการจะได้ลูกให้ครบเพศทั้งชายและหญิง ถึงแม้ว่าชุมชนชาวเขาจะยอมรับหลักการของการคุมกำเนิด แต่ในทางปฏิบัติและข้อเท็จจริงยังไม่สอดคล้องไปกับการปฏิบัติเพราะยังมีจำนวนบุตรสูงอยู่ และมีลูกซึ่งอายุยังน้อย นอกจากนี้ชาวเขาเกือบทุกหมู่บ้านไม่ยอมรับการทำแท้ง (ศูนย์อนามัยชาวเขา กรมอนามัย, 2539:36)

6.3.5 พฤติกรรมการใช้หลักประกันสุขภาพ

ประชาชนชาวไทยบนพื้นที่สูง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีบัตรรายได้น้อย/สังคมสงเคราะห์/ทหารผ่านศึก/บัตรสงเคราะห์อื่น (ร้อยละ 21) บัตรสุขภาพ (ร้อยละ 13) ประกันสุขภาพนักเรียน (ร้อยละ 12) นอกนั้นจะเป็นเด็ก (ร้อยละ 17) ประกันผู้สูงอายุ (ร้อยละ 5) ซึ่งได้รับบริการสุขภาพฟรี การมีหลักประกันสุขภาพดังกล่าวทำให้ชาวเขานิยมมาใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐเพิ่มขึ้น ทำให้ชาวเขามีแนวโน้มพึ่งพิงการรักษาแผนปัจจุบันมากขึ้น ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับสมุนไพรซึ่งมีมาแต่ดั้งเดิม

6.3.6 พฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

ครัวเรือนของประชาชนไทยบนพื้นที่สูง ร้อยละ 60 ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ซึ่งกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่ ได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่รัฐ อสม./ผู้นำชุมชน (อย่างละประมาณ 1 ใน 3) จากโทรทัศน์และวิทยุ (อย่างละ ร้อยละ 24) และจากหอกระจายข่าว (ร้อยละ 13) สำหรับความรู้หรือข่าวสารที่ได้มากหรือบ่อย ได้แก่ ข่าวสารด้านการวางแผนครอบครัว จากการสำรวจความต้องการสื่อในกลุ่มชาวเขาเผ่าม้งที่จังหวัดแพร่ (นิตย์ ดีสุวรรณ และคณะ, 2538) พบว่า ต้องการสื่อประเภทวีดีโอมากที่สุด รองลงไปคือสไลด์และเทปเสียงภาษาม้ง โดยต้องการความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ ไข้เลือดออก การขาดสารไอโอดีน การวางแผนครอบครัว อุจจาระร่วง มาเลเรีย ตาแดง และไข้หวัดใหญ่

6.3.7 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

เนื่องจากในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้หมด คนไทยบนพื้นราบและประชากรไทยบนพื้นที่สูง จึงต้องมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การใช้แพทย์พื้นบ้าน หรือซื้อยากินเอง เป็นต้น จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งเป็นการสำรวจโดยกระทรวงสาธารณสุข ครั้งแรกในปี 2538 (กระทรวงสาธารณสุข, 2539:29) พบว่า ประชาชนไทยเมื่อครอบครัวเจ็บป่วยทั่ว ๆ ไป มีการดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ 20.6 (ซื้อยากินเอง ร้อยละ 19 รักษาด้วยแพทย์พื้นบ้าน ร้อยละ 0.4 ที่เหลือไม่รักษา) ใช้บริการภาครัฐมากที่สุด ร้อยละ 63.5 (สถานีอนามัย ร้อยละ 40 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 12 โรงพยาบาลจังหวัดและอื่น ๆ ร้อยละ 11) ใช้บริการเอกชน ร้อยละ 15.8 เมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง พ.ศ. 2540 (สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2540) พบว่า ชาวไทยบนพื้นที่สูง ในการเจ็บป่วยทั่วไป มีการดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ 21.5 (ซื้อยากินเอง ร้อยละ 14.8 ใช้สมุนไพร ร้อยละ 2.9 หมอผี/พื้นบ้าน 3.8) ในขณะที่ส่วนใหญ่ 3 ใน 4 ใช้บริการภาครัฐ (สถานีอนามัย/สาธารณสุขชุมชน/อื่น ๆ ร้อยละ 66.3 โรงพยาบาลชุมชน/จังหวัด/อื่น ๆ ร้อยละ 9) ใช้บริการภาคเอกชน ร้อยละ 2.9 ซึ่งผลการสำรวจดังกล่าวไม่แตกต่างจากคนไทยบนพื้นที่ราบมากนัก กล่าวคือ ชาวไทยบนพื้นที่สูงยังมีการรักษาโดยการใช้สมุนไพร และหมอผี/หมอพื้นบ้าน อยู่ในสัดส่วนที่สูงกว่า ทั้งนี้เนื่องจากชาวเขายังมีความเชื่ออยู่มากว่าการเจ็บป่วยเกิดจากอำนาจลึกลับ ภูตผีปีศาจ หรือสิ่งที่มีอิทธิฤทธิ์ที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยชาวเขาทุกเผ่ามักจะให้หมอผี/หมอพื้นบ้านหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร (เช่น หมอผี ชาวกระเหรี่ยงใช้วิธีทำนายจากการดูปีกไก่ หมอผีชาวเย้าใช้ไม้/จ้าว ในการเสี่ยงทาย ชาวม้งใช้วิธีเข้าทรง เป็นต้น) หลังจากนั้นหมอผีก็จะบอกว่าให้เซ่นไหว้อย่างไร (เช่น เชือดไก่ หมู เป็นต้น) จำนวนมากน้อยเพียงใดแล้วทำพิธีกรรม ซึ่งเรียกว่า "การเลี้ยงผี" เพื่อเรียกขวัญให้กลับคืนมา

ธงชัย สาระกูล (2538) พูดถึงการดูแลสุขภาพตนเองของชาวเขา ซึ่งเขาได้ศึกษาใน 6 เผ่า (ม้ง เย้า ลีซอ มูเซอดำ กะเหรี่ยง และอาข่า) ว่าโดยปกติเมื่อชาวเขาเจ็บป่วย ถ้าป่วยเล็กน้อยมักจะรักษาเองในครอบครัวก่อน (เช่น ใช้สมุนไพร หรือซื้อยากินเอง) ถ้าเป็นมากมักไปหาหมอผี และหากว่าการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากผีหรือหมอผีรักษาไม่ได้ จึงนำส่งโรงพยาบาล บางคนแม้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลแล้ว ก็ยังมีการนำพิธีเลี้ยงผีควบคู่ไปด้วย ด้วยเหตุผลที่ว่าทำให้รู้สึกสบายใจ และมีความเชื่อมั่นมากขึ้น ถ้าได้มีการเลี้ยงผี สิ่งที่เป็นภูมิปัญญาของชาวเขาทุกเผ่า อีกประการหนึ่งคือการรู้จักนำสมุนไพรมาใช้รักษาโรค โดยเฉพาะชาวม้ง เย้า ลีซอ และกะเหรี่ยง มักจะปลูกสมุนไพรไว้รอบๆ บ้าน นอกเหนือจากที่เก็บจากป่า และมักใช้การท่องคาถาอาคมประกอบการใช้สมุนไพร นอกจากนี้ ยังพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของชาวเขา มีความสอดคล้องกับขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ที่สืบทอดกันมาแต่อดีตอย่างแยกไม่ออก โดยชาวเขาไม่ได้มองเรื่องสุขภาพแบบแยกส่วน แต่มองในลักษณะที่เป็นวิถีชีวิตโดยรวม โดยมองว่าครอบครัวและสังคมจะมีความสุขได้ ต้องมี 4 อย่างคือ 1) อาหารอุดมสมบูรณ์ ชีวิตมีความสุข (ชาวเขาปลูกข้าวปลูกผักกินเอง ผู้ชายล่าสัตว์ป่ามากินบ้าง ชาวเขามีประเพณีหลายอย่างที่ทำให้ทุกคนมีความสุข เช่น ประเพณีปีใหม่ เลี้ยงบ้านใหม่ หนุ่มสาวออกมาร้องเพลง เด็ก ๆ เล่นลูกข่าง ผู้ใหญ่ตั้งวงสนทนาดื่มสุรา ให้พรซึ่งกันและกัน เป็นต้น) 2) มีบ้านที่อบอุ่น ปลอดภัย (ชาวเขามีการเลือกทำเลที่ตั้งบ้านแตกต่างกันไปตามแต่ละเผ่า บ้านเรือนทำจากวัสดุจากธรรมชาติ แต่ก็ให้ความอบอุ่นปลอดภัยได้โดยการเอาเตาไฟไปไว้ในบ้าน ทำให้ปลอดภัยจากโรคและแมลง) 3) เด็ก แม่ และผู้สูงอายุเป็นบุคคลสำคัญที่จะได้รับการดูแลอย่างดี ผู้สูงอายุได้รับการยกย่องให้เป็นที่ปรึกษาประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำทางพิธีกรรมและเป็นผู้ตัดสิน ผู้กระทำผิดในหมู่บ้าน 4) ยามเจ็บป่วยต้องมีการรักษาวิธีรักษาก็จะทำพิธีขอขมาภูติผีปีศาจหรือวิญญาณบรรพบุรุษที่เขาเชื่อว่าเป็นต้นเหตุของการเจ็บป่วย โดยการ "เลี้ยงผี" ซึ่งอาจต้องฆ่าไก่ ฆ่าหมู เพื่อเป็นของเซ่นไหว้ และยังรักษาโดยการใช้สมุนไพรซึ่งเป็นของหาง่ายใกล้ตัวมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ซึ่งส่วนใหญ่จะนำมาต้มกับน้ำดื่ม ภูมิปัญญาด้านสมุนไพรมีอยู่มากมายในชาวเขาทุกเผ่า รัฐจะหาทางอย่างไรในการรักษาฟื้นฟู และนำมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้มีการใช้ภูมิปัญญาดังกล่าวอย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงที่สุด

นอกจากนี้ ในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวเขามีพฤติกรรมหลายอย่างที่เป็นไปในทางเสริมสร้างสุขภาพตนเอง เช่น การทำงานของหญิงมีครรภ์จนคลอดเพื่อให้คลอดง่าย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลหลังคลอด หญิงชาวเขาหลายเผ่ามักอยู่ไฟ กินข้าวต้ม เครื่องเทศ สมุนไพรบำรุงน้ำนมและอาบ และชาวม้งบำรุงร่างกายด้วยการกินไก่ต้มผสมสมุนไพร เป็นเวลาหลายวัน (ยกเว้นชาวกะเหรี่ยงที่ไม่กินไก่และไข่) สำหรับเด็ก ๆ ก็มีประเพณีในบางเผ่า เช่น อาข่ามีประเพณีชนไข่แดง พอไข่แตกก็เอามากินกัน เป็นต้น ประเพณีบางอย่างส่งเสริมกำลังใจ และความสุขในสังคม เช่น การนับถือผีบรรพบุรุษ การเคารพผู้อาวุโส การเรียกขวัญ การรับประทานข้าวซ้อมมือและพืชผัก

ตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ส่งเสริมโภชนาการที่ดี รวมทั้งมีข้อห้ามที่ส่งผลดีต่อสุขภาพหลายอย่าง เช่น การไม่นั่งขวางประตู เล่นของมีคม หญิงสาวไม่อยู่ตามลำพังกับชายอื่น เป็นต้น

6.3.8 พฤติกรรมการเสพสารเสพติด

ในด้านการดูแลสุขภาพ ชาวเขาก็ยังมีปัญหาอยู่อีกหลายด้าน เช่น การติดฝิ่นและยาเสพติด การแต่งงานเร็วและมีลูกมาก การขาดสารอาหารของเด็ก การไม่ใช้ส้วม การไม่รักษาความสะอาดของบ้านเรือนและการเลี้ยงสัตว์ การจัดระบบระบายน้ำเสีย ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของชาวเขา แต่ที่เป็นปัญหาใหญ่ก็คือปัญหาการติดฝิ่นและยาเสพติด ในอดีตชาวเขาใช้ฝิ่นเป็นยารักษาโรค เช่น มาเลเรีย ท้องเสีย ช่วยระงับความเจ็บปวดต่าง ๆ มาเป็นเวลาช้านานแล้ว ทำให้ทำงานได้ ตั้งแต่ปี 2532 เป็นต้นมารัฐบาลมีนโยบายให้ชาวเขาเลิกปลูกพืชเสพติด ทำให้การปลูกฝิ่นลดน้อยลงไปมาก ในปัจจุบันคาดว่าชาวเขาที่ยังติดฝิ่นอยู่ อีกประมาณ 35,000 คน (United Nations, 2538 อ้างในกองสงเคราะห์ชาวเขา, 2538:11) และไพบูลย์ สุทธสุภา (2536 อ้างใน ลีศึก ฤทธิ์เนติกุล, 2540) พบว่าในเขตพื้นที่โครงการหลวง 26 เขต มีผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 4-5 ของประชากรชาวเขาทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ชายสูงอายุ แต่ปัญหาที่ตามมากับสภาพทางเศรษฐกิจสังคมเปลี่ยนแปลงไปนี้ ทำให้มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดอื่นเช่น เฮโรอีน และยาม้าระบาดในหมู่ชาวเขามากขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานทั้งชายและหญิง ซึ่งส่วนใหญ่นิยมการฉีดเข้าเส้น ซึ่งนับเป็นปัญหาที่บั่นทอนสุขภาพอนามัยของชาวเขาเป็นอย่างมาก และยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่กระจายของโรคเอดส์ในกลุ่มที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

6.3.9 พฤติกรรมทางเพศและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

สถานการณ์การติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาได้ทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ โดยมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเพศสัมพันธ์และการใช้ยาเสพติดเป็นหลัก จากเอกสารและรายงานต่าง ๆ พบว่า มีหญิงชาวเขาจำนวนมากสมัครใจเข้ามาประกอบอาชีพขายบริการทางเพศและบางส่วนถูกล่อลวงมา สถิติโสเภณีที่ติดเชื้อเอดส์ใน 17 จังหวัดภาคเหนือ พบว่าเชียงใหม่ ลำพูน และเชียงรายมีอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อเอดส์ (ดูตารางที่ 2) จากงานศึกษาสถานะด้านสุขภาพ ชาวเขา เขตอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ในโครงการไทย-ออสเตรเลีย (TA-HASD, 1993:7) ใน 4 จังหวัดที่โครงการดำเนินอยู่ เชียงรายมีอัตราการติดเชื้อ HIV สูงมากอาจสูงถึงสิบเท่าของอัตราการติดเชื้อทั่วประเทศ ในจำนวนผู้ติดเชื้อร้อยละ 80 ติดจากการมีเพศสัมพันธ์และร้อยละ 55 เป็นหญิง (สถิติทั่วประเทศพบว่า ร้อยละ 40 ติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์และร้อยละ 25 เป็นหญิง) จากการศึกษาของ อรรณพ วิสุทธิมรรค (2535:40 อ้างในเฉลิมชัย ปัญญาดี, 2538:44) พบว่า ในหมู่บ้านของจังหวัดภาคเหนือตอนบน (เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน) ซึ่งมีอัตราการใช้เฮโรอีนสูงพบอัตราการติดเชื้อ HIV สูงด้วย และพบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43) เสพเฮโรอีนโดยวิธีฉีด จากการศึกษาโรคเอดส์กับชาวเขาในมิติทางสังคมศาสตร์ (สถาบันวิจัยชาวเขา, 2536)

และสารภี ศิลา, (2538ก) ที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาได้ให้ข้อสรุปที่น่าสนใจว่าพฤติกรรมที่เอื้ออำนวยให้มีการแพร่กระจายเชื้อ HIV ของชาวเขามี 4 ปัจจัยหลัก ๆ คือ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของโสเภณีชาวเขาที่ติดเชื้อเอดส์ จำแนกตามจังหวัดในเขตภาคเหนือ

จังหวัด	ผู้ติดเชื้อชาวเขา	ผู้ติดเชื้อทั้งหมด	ร้อยละ
เชียงใหม่	78	771	10.12
ลำพูน	13	295	4.41
เชียงราย	67	1,681	3..98
แม่ฮ่องสอน	2	117	1.71
แพร่	3	218	1.38
น่าน	3	219	1.37
ลำปาง	5	728	0.69
พะเยา	4	845	0.47
ตาก	-	153	-
รวม	175	5,027	3.48

ที่มา โครงการโรคเอดส์ สภากาชาดไทย กลวิธีให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ชาวเขา 2534:28

ก. **วัฒนธรรมประจำเผ่า** โดยเฉพาะวัฒนธรรมในการเลือกคู่ครอง การแต่งงานและการหย่าร้าง ชาวเขาที่มีการนับการสืบเชื้อสายทางฝ่ายบิดา (เช่น แม้ว เย้า ลีซอ มูเซอ อีก้อ และขมุ) มีเสรีภาพในการเลือกคู่ครองก่อนแต่งงานที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน โดยเฉพาะกับคนในเผ่าเดียวกันได้ ในขณะที่เผ่าที่นับการสืบเชื้อสายฝ่ายมารดามีข้อห้ามไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่ง (เช่น กะเหรี่ยง และถิ่น) แต่ชายกะเหรี่ยงสามารถเป็น "นักเที่ยว" ได้โดยไม่ผิดจารีตประเพณี กฎเกณฑ์ของการแต่งงานของชาวเขากลุ่มที่นับการสืบเชื้อสายจากบิดา ถือว่าการแต่งงานเป็น "การซื้อเมีย" เนื่องจากต้องจ่ายค่าสินสอดให้เจ้าสาวและมีพิธีแต่งงานอย่างเป็นทางการซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะเผ่าแม้ว เย้า และลีซอ นอกจากนี้ชาวเขาบางเผ่าเช่นเผ่าแม้วยังยึดถือคติความเชื่อแบบดั้งเดิมว่าการแต่งงานมีภรรยาหลายคนทำให้มีแรงงานในบ้านเรือน นอกจากนี้ประเพณีการหย่าร้างก็ทำได้ แต่มักจะมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายในพิธีแต่งงาน ชาวเขาที่เสียค่าใช้จ่ายในการแต่งงานสูง (เช่น แม้ว เย้า ลีซอ กะเหรี่ยง ถิ่น และขมุ) ส่วนกลุ่มที่เสียค่าใช้จ่ายไม่มากนัก (เช่น มูเซอ และอีก้อ) จะมีการหย่าร้างและการแต่งงานใหม่บ่อยครั้ง จากรูปแบบวัฒนธรรมประเพณีประจำเผ่าดังกล่าวทั้งในเรื่องของการเกี้ยวพาราสี การเลือกคู่ครอง ประสบการณ์ทางเพศและความพร้อมในแต่งงาน จะเป็นช่องทางเอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อ HIV ได้ ทั้งจากคนนอกคู่คู่สามีภรรยาและบุตร

ข. ยาเสพติด การแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยเฉพาะเฮโรอีน ในหมู่ชาวเขาบางแห่ง ซึ่งมีการเสพกันทั้งชายและหญิงที่อยู่ในวัยกลางคน ซึ่งนิยมวิธีการฉีดมากกว่าผู้สูงอายุซึ่งนิยมการสูบ บางหมู่บ้านที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว จะมีปัญหายาเสพติดทั้งในฐานะที่เป็นผู้เสพติดและผู้ขาย นอกจากนี้การฉีดยาเพื่อรักษาการเจ็บป่วยก็เป็นที่นิยมของชาวเขาหลายเผ่า ทำให้มีโอกาสใช้เข็มฉีดยาซ้ำซากทำให้แพร่เชื้อได้เช่นกัน ผู้ที่เสพเฮโรอีนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุดคือเผ่าแม้ว โดยเฉพาะในหมู่บ้านที่มีเศรษฐกิจดี

ค. การท่องเที่ยวและการอพยพแรงงาน มีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศที่นิยมไปท่องเที่ยวในหมู่บ้านชาวเขา ทำให้มีการแอบแฝงเรื่องของบริการทางเพศและยาเสพติดเข้าไปในการจัดนำเที่ยว ชุมชนก็ได้รับการบอกกล่าวให้ทำการให้บริการบางหมู่บ้านมีสถานบริการทางเพศในหมู่บ้านเพื่อต้อนรับนักท่องเที่ยว เผ่าที่พบเป็นหญิงบริการมากตามลำดับ คือ มูเซอ อีก้อ ลีซอ และเย้า ที่บางน้อย ได้แก่ แม้ว กะเหรี่ยง ขมุ และถิ่น สตรีที่ขายบริการส่วนใหญ่เคยผ่านการประกอบอาชีพนี้มาก่อน ดังนั้นจึงเป็นพาหะนำเชื้อเป็นอย่างดี ขณะเดียวกันนักท่องเที่ยวก็เป็นพาหะนำเชื้อ HIV มาสู่ชุมชนด้วย นอกจากนี้หนุ่มสาวยังได้ออกไปประกอบอาชีพนอกหมู่บ้านทั้งแบบไป-กลับ หรือนาน ๆ กลับมาเยี่ยมครอบครัวหรือมาร่วมงานเทศกาล (หญิงสาวเหล่านี้เวลากลับมาจะมีชายหนุ่มในหมู่บ้านให้ความสนใจเป็นพิเศษและอาจมีเพศสัมพันธ์ตามแต่โอกาสจะอำนวย ซึ่งเป็นไปตามวัฒนธรรมประจำเผ่า) บางคนไปติดต่อธุรกิจหรือขายพืชผลทางเกษตรในเมือง ก็มักถือโอกาสเที่ยวหญิงบริการราคาถูกก่อนกลับบ้าน โดยผู้ที่เที่ยวส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยทำให้ชาวเขากลายเป็นพาหะของโรคเอดส์ไปโดยไม่รู้ตัว

สำหรับการอพยพแรงงานของชาวเขาทั้งหนุ่มและสาว มีค่อนข้างสูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งที่ออกไปรับจ้างเป็นเวลานาน ๆ และออกไปเฉพาะบางฤดูกาล หรือช่วงเวลาที่ต้องใช้เงิน ส่วนใหญ่จะเป็นการอกไปรับจ้างเป็นแรงงานไร้ฝีมือ การอพยพแรงงานเช่นนี้ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการนอกชุมชนและได้รับเชื้อ แล้วอาจนำกลับมาสู่ครอบครัวในชุมชนชาวเขา

ง. การค้าประเวณี มีการค้าประเวณีทั้งในและนอกชุมชน และในปัจจุบันมีรูปแบบของโสเภณีแอบแฝงอีกจำนวนหนึ่ง ผู้มาใช้บริการก็มีทั้งชายในพื้นที่และต่างถิ่น รวมทั้งนักท่องเที่ยว โดยการค้าประเวณีของหญิงมูเซอ มีสถิติสูงกว่าชาวเขาเผ่าอื่น (ร้อยละ 36.56 ของชาวเขาที่ค้าประเวณีทั้งหมดในปี 2530) สาเหตุสำคัญของการค้าประเวณี สถาบันวิจัยชาวเขา (2537 และ 2538) สารภี ศิลา (2538ก และ 2538ข) และประเสริฐ ชัยพิกุสิต (2535) ได้ให้ข้อสรุปไว้คล้าย ๆ กันว่ามาจากปัจจัย 3 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่สร้างแรงกดดันต่อวิถีชีวิตของชาวเขา (ได้แก่ ปัญหาพื้นที่ทำกินไม่มี/ไม่เพียงพอ ผลตอบแทนการเกษตรต่ำ ในขณะที่รายจ่ายมีสูงขึ้นเรื่อย ประกอบกับชาวเขามีการศึกษาต่ำ และมีปัญหายาเสพติด ทำให้ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่าย

มากขึ้น ปัญหาสังคมในระดับครอบครัวมีหลากหลาย การหย่าร้างมีสูง) ปัจจัยกลุ่มที่สอง คือ กลไกทางสังคมตามจารีตชาวเขาซึ่งเคยเป็นพลังยึดเหนี่ยวสังคมชาวเขาได้หย่อนประสิทธิภาพลงไป ไม่สามารถทำหน้าที่กำกับดูแลคนในสังคมให้อยู่ในจารีตเดิมได้ ประกอบกับเงื่อนไขทางวัฒนธรรมทางประการที่สนับสนุนให้พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของหนุ่ม-สาวมีอิสระเต็มที่ ปัจจัยสุดท้ายคือปัจจัยจากสังคมภายนอก (ได้แก่การรับรู้ ข่าวสารข้อมูล ทั้งทางบวกและลบของการค้าประเวณี การท่องเที่ยว วัฒนธรรมบริโภคนิยม ที่มาพร้อมกับการพัฒนาและระบบการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตในท้องถิ่น) ส่วนปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้การค้าประเวณีดำรงอยู่ก็คือการค้ายาเสพติด ซึ่งเป็นธุรกิจที่พึ่งพิงกัน (สารภี ศิลา, 2538ค. และสนิท วงค์ประเสริฐ, 2537)

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ จากการมีเพศสัมพันธ์การศึกษาของเฉลิมชัย ปัญญาดี (2538) ที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนชาวเผ่าอีก้อ พบว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ซึ่งได้แก่ เจตนาคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ประสบการณ์การค้าบริการ การคล้อยตามกลุ่มเพื่อนและเจตนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย (ตัวแปรดังกล่าวอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 21) และปัจจัยด้านโครงสร้างสังคม สิ่งแวดล้อมของชุมชน ได้แก่ ค่านิยม ความเป็นอิสระทางเพศของชุมชน (วัฒนธรรมการเลือกคู่ครอง การแต่งงานและการหย่าร้าง) และอัตราการว่างงานของชุมชน

นอกจากนี้ก็ยังมีงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์อื่น ๆ อีกมากมาย เช่น การศึกษาสภาวะเศรษฐกิจ สังคมของชุมชนชาวเขากับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (สถาบันวิจัยชาวเขา, 2539) ซึ่งเป็นโครงการสำรวจในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา และแม่ฮ่องสอน ในหมู่บ้าน 18 แห่งที่มีความหลากหลายทางกลุ่มชาติพันธุ์-วัฒนธรรม (กะเหรี่ยง แม้ว อีก้อ มูเซอ ลีซอ เย้า และลื้อ พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมที่เชื่อมโยงกับปัญหายาเสพติดและโรคเอดส์ ก็คือ ปัญหาการไม่มีที่ดินทำกิน มีที่ดินจำกัด ทำให้การใช้พื้นที่ซ้ำซาก ต้องลงทุนด้านสารเคมี (ปุ๋ย/ยา ฆ่าแมลง) มากขึ้น ประกอบกับความจำเป็นด้านอื่น ๆ ที่ต้องใช้เงิน เช่น ด้านการศึกษา สุขภาพอนามัยและสิ่งอำนวยความสะดวกมีมากขึ้น จึงเป็นแรงบีบบังคับให้ชาวเขาต้องดิ้นรนหารายได้ให้มากขึ้น ทำให้เกิดแรงผลักดันให้อพยพเข้ามาหางานทำในเมืองมากขึ้น เช่นเดียวกับคนในชนบทที่อยู่พื้นที่ราบทั่วไป แต่ชาวเขามีปัญหามากกว่า เนื่องจากชาวเขายังขาดความพร้อมในด้านสัญชาติ การศึกษา (ประชากรชายประมาณ 1 ใน 3 และประชากรหญิงเกือบครึ่งหนึ่งไม่เคยเข้าสู่ระบบโรงเรียน) ชาวเขาขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในเมือง ทำให้ต้องปรับตัวอย่างมากเพราะมีวัฒนธรรมประเพณีของชนเผ่าที่ต่างจากคนพื้นราบ ชาวเขาขาดทักษะและฝีมือแรงงาน ขาดความรู้ด้านสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายในฐานะพลเมืองไทย การได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายแรงงาน เป็นต้น เวลาอพยพเข้ามาทำงานในเมือง ทำให้แรงงานชาวเขากลายเป็นแรงงานไร้ฝีมือที่ตลาด

ในเมืองต้องการ ถูกเอารัดเอาเปรียบและกดขี่ในการใช้แรงงาน ถูกล่อลวงไปประกอบอาชีพที่ผิดกฎหมาย (เช่น ค้ายาเสพติด และค้าประเวณี เป็นต้น) ปัญหาสังคมต่าง ๆ ดังกล่าว (ปัญหาสัญชาติ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาที่ดินทำกิน ปัญหาแรงงานอพยพ ปัญหายาเสพติด ปัญหาสุขภาพ ปัญหาโสเภณีและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชน) เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ประกอบกับปัญหาความอ่อนแอของสถาบันครอบครัวและการแตกสลายของวัฒนธรรม ซึ่งเป็นปัญหาที่สั่งสมมาตลอดการพัฒนาชาวเขาในช่วง 30-40 ปีที่ผ่านมา แม้ว่าปัญหาโสเภณีและการแพร่กระจายของโรคเอดส์จะมีมานานไม่ถึง 10 ปีก็ตาม ดังนั้นการแก้ไขปัญหาคงต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทุกฝ่าย รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนชาวเขา เนื่องจากปัญหาของโรคเอดส์เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ การศึกษา สุขภาพ สวัสดิการของครอบครัวและชุมชน และเกี่ยวข้องกับองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน (TA-HASD, 1993)

สำหรับการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ มีข้อเสนอแนะจากงานศึกษาหลายอันของสถาบันวิจัยชาวเขา ที่เกี่ยวกับการใช้วัฒนธรรมชุมชนในการแก้ปัญหาการค้าประเวณี ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่สุด และสำคัญมากกว่าการใช้สารเสพติดของชาวเขา ในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ แม้ว่าจะมีความเห็นของคณะกรรมการหมู่บ้านชาวเขาในจังหวัดเชียงใหม่ว่าเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขเร่งด่วนรองจากปัญหายาเสพติด (ประเสริฐ ชัยพิกุสิต และอิฐ ศักดิ์ ศรีสุโข, 2536:79-83) ก็ตาม สถาบันวิจัยชาวเขาก็ได้ให้ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันการแพร่ระบาดโรคเอดส์ ไว้หลายประการ ได้แก่

1) การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การจัดอบรมเรื่องโรคเอดส์แก่ชาวบ้านอย่างทั่วถึง ความรู้เรื่องโรคเอดส์เข้าไปในการประชุมหรือพิธีทางศาสนา (ประเสริฐ ชัยพิกุสิต, 2535) โดยใช้กลวิธีสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้เข้าถึงวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความแตกต่างกัน ในแต่ละเผ่าพันธ์โดยไม่ละเลยความเป็นมนุษย์ และคุณค่าทางจิตใจของแต่ละเผ่าเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ตามทัศนะค่านิยมทางเพศหรือตามแบบแผนความเชื่อที่มีอยู่โดยในการอบรมต้องพิจารณาถึงเงื่อนไขของเวลาและโอกาส เพศ อายุ ของผู้เข้าอบรมด้วย

2) การส่งเสริมให้เขาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ทั้งคณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำศาสนา ผู้อาวุโสทั้งชายและหญิง โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อป้องกันไม่ให้เข้าสู่ปัญหา และผู้นำตามจารีตประเพณี ให้เข้ามาร่วมมือกันกำหนดแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหา เพื่อนำไปถ่ายทอดต่อให้ชาวบ้านเกิดความตระหนักและจิตสำนึกร่วมกันในการหาทางป้องกันแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยมีการพิจารณาร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ของรัฐและองค์กรเอกชนทุกหน่วยที่ทำงานกับชาวเขา โดยการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันปรับกิจกรรม เพื่อให้เขาสามารถป้องกันปัญหาโรคเอดส์ให้ตัวเขาเองได้ (สารภี ศิลา, 2538)

3) สำหรับการแก้ปัญหาระยะยาวคงต้องแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจไปด้วย เช่น การส่งเสริมอาชีพให้สตรีชาวเขาทำในชุมชน โดยทางรัฐหรือเอกชนช่วยสนับสนุนในด้านการตลาด เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กเข้าสู่อาชีพการค้าประเวณี รวมทั้งการฝึกอาชีพอื่น ๆ ที่ต้องออกไปทำงานร่วมไปกับการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการเตรียมความพร้อม เพื่อให้สามารถปรับตัวได้เมื่อออกไปสู่สังคม

4) การเตรียมครอบครัวและชุมชน ให้สามารถใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวหรือผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้เขาสามารถอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ถูกรังเกียจและได้รับความช่วยเหลือเห็นอกเห็นใจ โดยอาศัยกลไกทางพ่อแม่และผู้อาวุโสในหมู่บ้านให้เป็นแกนนำในการประสานความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และให้กำลังใจแก่ลูกหลานที่ติดเชื้อให้มีชีวิตอยู่อย่างเป็นสุข และในอนาคตถ้ามีผู้ป่วยเอดส์มากขึ้นอาจต้องมีศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ผู้ป่วยเอดส์ขั้นสุดท้ายเพื่อคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออย่างสงบ (สถาบันวิจัยชาวเขา, 2538; TA-HASD, 1993)

5) ในส่วนของผู้ติดยาเสพติด ที่ได้รับการบำบัดแล้วกลับมาติดอีก รัฐคงไม่ต้องช่วยเหลือ ถ้าผู้ติดยาต้องการบำบัดก็ให้ไปบำบัดแต่ต้องจ่ายเงินเอง รวมทั้งการปราบปรามผู้ค้ายาเสพติดให้ได้รับโทษให้หนัก โดยภาครัฐคงต้องเข้ามาจัดการ ชุมชนคงไม่สามารถต้านทานอิทธิพลของกลุ่มพ่อค้ารายใหญ่ได้ (สารภี ศิลา, 2538) รวมทั้งในการสร้างกฎเกณฑ์ของหมู่บ้านมาจัดการกับปัญหายาเสพติดก็คงต้องอาศัยความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่บ้านเมืองในการลงโทษผู้ละเมิดกฎ

เอกสารอ้างอิง (พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง)

1. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, 2540. ***ข้อมูลเบื้องต้นผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง*** เมษายน.
2. Renard, Ronald D., Anchalee Singhanetra and Ken Kampe. 1994. ***Twenty Years of Highland Health and Educational Development: Lessons Leamed-Outstanding Issues-Future Directions.*** Chiang Mai: United Nations.
3. กรมประชาสงเคราะห์, กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2540. ***ก้าวใหม่การพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา,*** กองสงเคราะห์ชาวเขา, ธันวาคม.
4. กระทรวงสาธารณสุข, 2539. ***ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด*** ครั้งที่ 1, กรกฎาคม-สิงหาคม 2538.
5. กองสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2538. ***สรุปรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องแนวทางการประสานการดำเนินงานพัฒนาชาวเขาด้านสาธารณสุข*** โดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก 7-9 สิงหาคม ณ โรงแรม นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

6. กองสงเคราะห์ชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ 1978. ***โครงการดำเนินงานกับชาวเขาของหน่วยงานต่าง ๆ*** (Hill Tribe Programmes of Various Organizations). กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.

7. จันทบูรณ์ สุทธิ, 2537. ***ภูมิปัญญาพื้นบ้าน : การรักษาความเจ็บป่วยบนพื้นที่สูง*** เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวทางการพัฒนาอนามัยในพื้นที่สูง โดยศูนย์อนามัย ชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 3 พฤศจิกายน 2537, ณ โรงแรมฮอลลิเดย์อินน์ เชียงใหม่

8. จันทบูรณ์ สุทธิ, 2537. ***การใช้สมุนไพรเย้า*** เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวทางการพัฒนาอนามัยในพื้นที่สูง โดยศูนย์อนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 3 พฤศจิกายน 2537, ณ โรงแรมฮอลลิเดย์อินน์ เชียงใหม่

9. ธงชัย สาระกูล, 2538. ***ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนชาวเขา 6 เผ่า*** เอกสารวิชาการ ลำดับที่ 3/2538 ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

10. นิตยา แสงเล็ก, 2539. ***การศึกษารูปแบบการลดอัตราตายของแม่และเด็กชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง*** (Interventions to Minimize Maternal and Child Mortality Among the Karen). ลำปาง: ศูนย์วางแผนครอบครัวชาวเขา, กองวางแผนครอบครัวและประ-ชากร 14 หน้า

11. ประเสริฐ ชัยพิกุลิต และคณะ, 2538. ***รายงานการวิจัยเพื่อการพัฒนา-ศูนย์สงเคราะห์ชาวเขาประจำหมู่บ้าน*** สถาบันวิจัยชาวเขา เชียงใหม่ เอกสารวิชาการหมายเลข 00-38-03.

12. ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2536. ***คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาในประเทศไทย : ผลการสำรวจแบบเร่งด่วน.***

13. ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2537. ***การสำรวจคุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในประเทศไทย : ผลการสำรวจแบบเร่งด่วน.***

14. ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2539. ***การสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาในประเทศไทย : ผลการสำรวจแบบเร่งด่วน.***

15. ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2539. ***สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2539.***

16. นิตย์ คีสุวรรณ, นิ่มอนงค์ งามประภาสม และทินกร พื้นดี, 2538 ***การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพชาวเขาเผ่าม้ง จังหวัดเพร่*** ฝ่ายสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพร่

17. Thai-Australian Highland Agricultural and Social Development (TA-HASD) Project. 1993. ***Improving Hilltribe Village Health Status.*** Adelaide, Australia: Thai-Australian Highland Agricultural and Social Development (HASD) Project, 90 p.

18. เฉลิมชัย ปัญญาดี, 2538. ***ปัจจัยเชิงโครงสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนชาวเผ่าอีก้อ*** วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

19. สถาบันวิจัยชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย, 2536 ***โรคเอดส์กับชาวเขาในมิติทางสังคมศาสตร์.***

20. สถาบันวิจัยชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2537. ***การค้าประเวณีของสตรีชาวเขา*** (สิงหาคม)

21. สถาบันวิจัยชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2538. ***การใช้วัฒนธรรมชุมชนเพื่อแก้ปัญหาการค้าประเวณีของสตรีชาวเขาผ่าเย้า*** (สิงหาคม)

22. สถาบันวิจัยชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2539. ***การสำรวจภาวะทางเศรษฐกิจสังคมของชุมชนชาวเขากับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์***

23. สารภี ศิลา, 2538(ก) ***รายงานการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาหมู่บ้านในโครงการส่งเสริมให้ชาวเขามีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ พื้นที่เขตน้ำฉาง กิ่งอำเภอปางมะผ้า จ.แม่ฮ่องสอน*** ศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา จ.แม่ฮ่องสอน สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

24. สารภี ศิลา, 2538(ข) ***รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องวัฒนธรรมชุมชนกับการแก้ปัญหาการค้าประเวณีของชาวเขาเผ่ามูเซอ*** สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

25. สารภี ศิลา, 2538(ค) ***สถานการณ์การค้าประเวณีของหญิงมูเซอ : ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมชุมชนกับสาเหตุที่แท้จริง*** ในข่าวสารสถาบันวิจัยชาวเขาฉบับพิเศษ ครบรอบ 30 ปี กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (ตุลาคม)

26 สนิท วงศ์ประเสริฐ, 2537. ***ทัศนที่มีต่อเฮโรอีนโสเภณี และแนวทางฟื้นฟูจริยธรรม : ศึกษากรณีชาวมูเซอ*** สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ เชียงใหม่.

27. ประเสริฐ ชัยพิกุลิต และอิฐศักดิ์ ศรีสุโข, 2536. ***รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคุณภาพชีวิตแม่และเด็กชาวเขาลุ่มแม่น้ำจัน อำเภอแม่สลอง*** ภายใต้โครงการร่วมมือขององค์กรชาวบ้านอนุรักษ์ลุ่มน้ำแม่จัน-แม่สลอง
28. อิทธิศักดิ์ สุโข, 2535. ***การศึกษาวิธีการป้องกันการแพร่ระบาดโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาเผ่ามูเซอร์เณเล*** สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย.
29. กระทรวงสาธารณสุข, 2539. ***ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด*** ครั้งที่ 1, กรกฎาคม-สิงหาคม 2538.

7. สรุปผลการสังเคราะห์งานวิจัย

ข้อสรุปจากการทบทวนงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ พอสรุปได้ดังนี้ เดิมปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาเกิดจากการที่การมีชุมชนที่อยู่ห่างไกลการคมนาคมลำบาก การตั้งบ้านเรือนกระจัดกระจาย บริการสาธารณสุขมีไม่พอและเข้าถึงได้ยาก มีการอพยพบ่อยเพื่อหาที่ทำกินที่อุดมสมบูรณ์ มีประเพณีความเชื่อดั้งเดิมที่แตกต่างกันไปตามเผ่าพันธุ์ ขาดการศึกษาและองค์ความรู้ ทำให้มีปัญหามากมายทั้งปัญหาการเพิ่มประชากร ปัญหาการเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารก ปัญหาโรคติดเชื้อหรือโรคที่สามารถป้องกันได้ โรคระบาด ปัญหาสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม (เช่น ไม่มีน้ำสะอาด ไม่มีส้วม และปัญหาโภชนาการของเด็ก เป็นต้น แต่เมื่อนำโครงการพัฒนาต่าง ๆ เข้าไปในชุมชนชาวเขา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโครงการของภาครัฐที่มีลักษณะ "บนสู่ล่าง" (top-down approach) ไม่ว่าจะเป็นการปลูกพืชเศรษฐกิจ (cash crop) เพื่อทดแทนการปลูกฝิ่น การให้ชาวเขามีการตั้งถิ่นฐานถาวร การนำระบบการศึกษาและระบบสาธารณสุขจากพื้นราบไปให้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกายภาย เช่น ถนน ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ทั้งโทรทัศน์ วิดีโอ ตู้เย็น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ เป็นต้น อันเป็น สินค้าบริโภคนิยมเช่นเดียวกับคนพื้นราบ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมมากมาย ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่ไม่ต้องใช้เงินมาเป็นการต้องทำงานหนักมาเพื่อหาเงินให้ได้มาก ๆ มีหนี้สินมากมาย คนหนุ่มสาวต้องย้ายถิ่นมาหางานทำบนพื้นราบหรือในเมืองเพราะที่ดินมีจำกัด เพื่อสนองตอบต่อวัฒนธรรมบริโภคสมัยใหม่ สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จากสภาพสังคมที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน เสียสละ ประหยัด ประพฤติตัวตามหลักจารีตประเพณีก็กลายเป็นสังคมที่ตัวใครตัวมัน เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน รวมทั้งสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาดินเสื่อมโทรม ปัญหาขาดกรรมสิทธิ์ที่ดิน การแย่งชิงทรัพยากร เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมดังกล่าว มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาในหลาย ๆ ด้าน แม้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐจะได้เข้าไปดำเนินการมากว่า 30 ปี

พบว่าสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีทั้งที่เป็นปัญหาและด้านที่ดีอยู่แล้ว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

7.1 สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาที่ยังเป็นปัญหา ได้แก่

7.1.1 การเพิ่มประชากรของชาวเขายังสูงอยู่ (คือประมาณร้อยละ 2.1) ทั้งจากพฤติกรรมการมีบุตรมากของชาวเขาส่วนใหญ่ (โดยเฉพาะเผ่าม้งนิยมมีบุตรมากและการมีครอบครัวใหญ่) ทำให้อัตราการเกิดที่สูง (ร้อยละ 2.6 คนไทยร้อยละ 2.07) แล้วจากการย้ายถิ่นของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยจากประเทศเพื่อนบ้าน ชาวเขาส่วนใหญ่ยังมีอัตราเกิดที่สูง ทั้งนี้เนื่องมาจากการแต่งงานอายุน้อย มีบุตรเร็ว (กว่าครึ่งมีบุตรอายุต่ำกว่า 20 ปี) และการใช้วิธีคุมกำเนิดน้อย (ร้อยละ 61 คนไทยร้อยละ 72) โดยเฉพาะการใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร (ร้อยละ 17 คนไทยร้อยละ 25) และในชนเผ่าบางชนเผ่า เช่นเผ่าม้ง ดังนั้นหลายหน่วยงานที่ดำเนินงานด้านวางแผนครอบครัวจึงถือว่างานนี้ยากมาก เพราะมีปัญหาทั้งการสื่อภาษาและวัฒนธรรมความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการมีบุตรและการคุมกำเนิด ซึ่งมีวัฒนธรรมของการมีลูกมากไว้เป็นแรงงานและสืบทอดเผ่าพันธุ์และการมีภรรยาได้หลายคน ขนาดครอบครัวเฉลี่ยของชาวเขา คือ 5 คน (ร้อยละ 53 มีสมาชิกในครัวเรือนกว่า 5 คน) โดยเฉพาะเผ่าม้ง กะเหรี่ยง และเย้า มีขนาดครอบครัวเฉลี่ย 14 คน 9 คน และ 7 คน ตามลำดับ (สถาบันวิจัยชาวเขา, 2539)

7.1.2 ปัญหาสุขภาพร่างกายของทารก เด็ก และมารดา สุขภาพร่างกายของทารกและเด็ก สะท้อน (impact) ออกมาในรูปของการมีอัตราการตายของทารกและเด็กที่สูง (อัตราการตายทารกร้อยละ 2 และเด็กต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 2.5) เด็กแรกคลอดมีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 2,500 กรัม (ร้อยละ 11) รวมทั้งปัญหาภาวะทุพโภชนาการของเด็กสูง (ร้อยละ 42) โดยเฉพาะภาวะทุพโภชนาการขั้นรุนแรง (มีถึงร้อยละ 2.2) โดยเฉพาะกะเหรี่ยงมีปัญหาเด็กทุพโภชนาการมากที่สุด (ร้อยละ 50 ของเด็กชาวเขาทั้งหมด) ปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมความเชื่อในเรื่องการกิน-อยู่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถึง 4 เดือน กะเหรี่ยงมีร้อยละ 15 ขณะที่ชาวม้งมีร้อยละ 91 ทำให้ปัญหาทุพโภชนาการในกะเหรี่ยงสูงกว่าชาวม้ง รวมทั้งการปฏิบัติตนในระยะก่อนคลอด-หลังคลอด ชาวม้งจะมีวัฒนธรรมการดูแลสตรีก่อน/หลังคลอดเป็นอย่างดีทั้งในเรื่องการปฏิบัติตัวและการรับประทานอาหารบำรุงร่างกาย นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องความไม่รู้ โดยเฉพาะการงดเว้นอาหารโปรตีน และพืชผักบางชนิด และการประยุกต์อาหารพื้นบ้านมาให้เด็กกินบำรุงร่างกาย เป็นต้น

สำหรับการเจ็บป่วยและการตายของทารกและภาวะทุพพลภาพของเด็กส่วนใหญ่จะเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร ไข้เลือดออก มาเลเรียน โปลิโอ เด็กพิการ เป็นต้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่มารดาไม่ได้มาฝากครรภ์ (อัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีร้อยละ 50) ทำให้มีการติดเชื้อจากการคลิดที่ไม่ถูก

สุขลักษณะ (เช่น มีการตัดสายสะดือด้วยผิวไม้ไผ่) ประกอบกับมีวัฒนธรรมความเชื่อเกี่ยวกับข้อห้ามในการรับประทานอาหารโปรตีน และพืชผักบางชนิดในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดบุตรใหม่ ๆ และระยะให้นมลูก รวมทั้งการดูแลหลังคลอดยังอยู่ในอัตราที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานทำให้ทั้งแม่และลูกไม่ได้รับวัคซีนอย่างครบถ้วน (อัตราการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์ร้อยละ 28 อัตราเด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีนครบชุด ร้อยละ 49) โดยเฉพาะวัคซีนหัดและตับอักเสบบี ได้รับน้อย (ประมาณร้อยละ 60)

7.1.3 ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการเสพสารเสพติด เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการเสพสารเสพติดพวกฝิ่น เฮโรอีน และยาบ้า ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ตามมาหลายอย่าง รวมทั้งโรคเอดส์ด้วย และยังมีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย พบว่าชาวเขาร้อยละ 23 สูบบุหรี่ (พบสตรีมีครรภ์และเลี้ยงดูบุตรของชนเผ่ากะเหรี่ยงมีการสูบบุหรี่ในอัตราที่สูง) ดื่มสุราร้อยละ 8 ส่วนตัวเลขเกี่ยวกับสารเสพติดพวกฝิ่น เฮโรอีน และยาบ้าไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน (งานศึกษาบางอันบอกว่ามี 5-10 คนต่อหมู่บ้าน บางอันบอกว่ามีชาวเขาที่ติดฝิ่นทั้งหมด 35,000 คน ในเขตโครงการหลวงมีชาวเขาติดสารเสพติดประมาณร้อยละ 4-5 ของประชากรชาวเขาทั้งหมด) ซึ่งแต่ก่อนชาวเขาใช้ฝิ่นในการรักษาโรคบางอย่าง (เช่น มาเลเรีย ท้องเสีย ปวดเมื่อย) หลังจากปี 2532 รัฐบาลมีนโยบายให้ชาวเขาเลิกปลูกฝิ่น ก็ยังมีชาวเขาที่เป็นผู้สูงอายุยังติดฝิ่นอยู่ ในขณะที่วัยรุ่นและคนหนุ่มสาวหันไปติดเฮโรอีน และยาบ้า เพราะหาซื้อได้ง่ายอยู่ใกล้แหล่งผลิต พฤติกรรมการติดสารเสพติดพวกบุหรี่และฝิ่น ซึ่งต้องสูบทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับควันของบุหรี่และฝิ่นมาตั้งแต่เด็ก ๆ ในขณะที่เฮโรอีนนิยมวิธีการฉีดเข้าเส้น ซึ่งก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูง (ผู้ติดเชื้อเอดส์ร้อยละ 43 เสพเฮโรอีนด้วยวิธีการฉีด) ชาวเขาที่เสพเฮโรอีนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเอดส์สูงสุดคือเผ่าแม้ว โดยเฉพาะในหมู่บ้านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี แม้ว่าชาวเขาบางส่วนจะเคยผ่านการบำบัดการเลิกยาเสพติดหลายครั้ง แต่จำนวนผู้ที่เลิกได้ก็มีน้อยมาก

7.1.4 ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

ในช่วงไม่ถึง 10 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาได้ทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ จากที่มีคนติดเชื้อเอดส์แต่ไม่แสดงอาการจนในปัจจุบันนี้มีคนเป็นเอดส์ที่แสดงอาการและตายมากขึ้น พฤติกรรมที่เอื้ออำนวยให้มีการแพร่กระจายโรคเอดส์มากที่สุด คือปัญหาโสเภณีหรือการค้าประเวณีของชาวเขาทั้งในชุมชนและที่ไปค้าประเวณีที่อื่นและชายที่เที่ยวโสเภณี ซึ่งนำเชื้อเอดส์เข้าสู่ชุมชน มากกว่าปัญหาการแพร่กระจายโรคเอดส์จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ได้แก่

● ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ-สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ ได้แก่วัฒนธรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การเลือกคู่

ครองและการหย่าร้าง ซึ่งเอื้อต่อการเข้าสู่การค้าประเวณี และปัจจัยด้านการพัฒนาที่มีผลต่อการทำลายวัฒนธรรมดั้งเดิมของชาวเขา เช่น การท่องเที่ยว วัฒนธรรมบริโภคนิยม ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมประเพณี ทำให้คนหนุ่มสาวหลั่งไหลออกมาทำงานในเมืองขายแรงงานประเภทไร้ฝีมือมากขึ้น (รวมทั้งถูกล่อลวงเข้าสู่การค้าประเวณี)

● ปัจจัยในระดับบุคคล เช่น การขาดการศึกษา (โดยเฉพาะการศึกษาเพื่อเสริมทักษะชีวิต) การขาดสัญชาติ ประสบการณ์ การย้ายถิ่น เพศ อายุ กลุ่มเพื่อน ค่านิยมความเป็นอิสระ รวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ (ร้อยละ 50 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์) เจตนคติและการปฏิบัติตนในการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันตนเอง ชาวเขาโดยเฉพาะเผ่ามูเซอ ม้ง และอีก้อ มีรูปแบบของวัฒนธรรมประจำเผ่าทั้งในเรื่องการเกี้ยวพาราสี การเลือกคู่ครอง การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน (แสดงถึงประสบการณ์ทางเพศ) ที่อิสระ และการสมรสที่เสียค่าใช้จ่ายต่ำ การมีภรรยาได้หลายคน ซึ่งเป็นช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าสู่อาชีพโสเภณี และการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ นอกจากนี้ปัญหายาเสพติดก็เป็นปัจจัยเสริมให้มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อีกด้วย

ถ้าทำการเปรียบเทียบระหว่างเผ่า คือ เผ่าม้งและเผ่ากะเหรี่ยง เพราะมีข้อมูลค่อนข้างสมบูรณ์ พบว่า สำหรับพฤติกรรมการมีบุตรและการวางแผนครอบครัว พบว่า เผ่าม้งมีบุตรมากกว่าชาวกะเหรี่ยง (ม้งมี 5-7 คน ขณะที่กะเหรี่ยงมีประมาณ 2-3 คน) ขนาดครอบครัวของม้งใหญ่กว่าชาวกะเหรี่ยง (ม้ง 14 คน กะเหรี่ยง 9 คน ทั้งนี้เนื่องจากการใช้วิธีการวางแผนครอบครัวของม้งมีสัดส่วนต่ำกว่ากะเหรี่ยง (ม้งร้อยละ 39 กะเหรี่ยงร้อยละ 65) โดยเฉพาะวิธีคุมกำเนิดถาวรม้งมีเพียงครึ่งหนึ่งของกะเหรี่ยง (ร้อยละ 8 และ 16 ตามลำดับ) สำหรับด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็ก พบว่าชาวม้งแม้ว่าจะมีอัตราการฝากครรภ์ การคลิดและการดูแลหลังคลอดน้อยกว่าแม่ชาวกะเหรี่ยง เนื่องจากชาวม้งต้องทำงาน และนิยมการคลอดที่บ้าน แต่การดูแลหลังสตรีที่ตั้งครรภ์ตามวัฒนธรรมมีมากกว่า เช่น มีการกินอาหารบำรุงครรภ์ ทำให้เด็กที่คลอดออกมามีน้ำหนักดีและเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 มีสัดส่วนที่น้อยกว่า (ม้งมีร้อยละ 6 ขณะที่กะเหรี่ยงมีร้อยละ 13) และปัญหาเด็กขาดสารอาหารของม้งก็มีน้อยกว่ากะเหรี่ยง (ม้งร้อยละ 38 กะเหรี่ยงร้อยละ 49 แต่กะเหรี่ยงไม่มีปัญหาเด็กขาดสารอาหารรุนแรงขณะที่ม้งมีแต่ไม่มากนัก คือ ไม่ถึงร้อยละ 1) เนื่องจากม้งไม่นิยมฝากครรภ์ ดังนั้นอัตราที่สตรีที่ตั้งครรภ์ได้รับวัคซีน และเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับวัคซีน จึงมีน้อยกว่ากะเหรี่ยง นอกจากนี้ปัญหาพฤติกรรมการดิดสารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อเอดส์ของม้งก็มีมากกว่ากะเหรี่ยง เนื่องจากม้งมีวัฒนธรรมการสูบฝิ่นและการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและมีภรรยาได้หลายคน

7.2 สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในด้านดี

สำหรับสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมในด้านที่ดีของชาวเขา ที่ยังคงดำรงอยู่ มีอยู่หลายด้าน ได้แก่

7.1.1 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ชาวเขาหลายเผ่า (ม้ง ลีซอ เย้า มูเซอดำ อาข่าและกะเหรี่ยง) มีภูมิปัญญาในการดูแลรักษาตนเองที่คล้ายคลึงกัน และสอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดมาแต่ในอดีต ซึ่งได้แก่ การนับถือผี การนับถือผู้อาวุโสและการเชื่อผู้นำโดยเฉพาะผู้นำทางพิธีกรรม โดยปกติชาวเขาเจ็บป่วยเขาจะรักษาตนเองในครอบครัวก่อน เช่นอาจจะใช้สมุนไพรในการรักษาโรค หรือนำมาประกอบอาหารเพื่อบำรุงร่างกาย หรืออาจจะรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การเสกเป่าคาถา การอบสมุนไพรและการนวด ถ้าเป็นมากก็จะไปหาหมอผี ให้หมอผีช่วยทำนายสาเหตุของการเจ็บป่วยและทำพิธีเซ่นไหว้เพื่อให้หายเจ็บไข้ แต่ถ้าหมอผีรักษาไม่ได้ จึงไปหาหมอแผนปัจจุบันหรือนำส่งโรงพยาบาล แต่บางทีก็เลี้ยงผีควบคู่ไปด้วยเพื่อสร้างกำลังใจและความเชื่อมั่น (ธงชัย สาระกูล, 2538ฉ แม้ว่าในปัจจุบันการดูแลตนเองเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยทั่วไป การใช้สมุนไพรและหาหมอผี จะมีไม่มากนักก็ตาม (ร้อยละ 3 และ 3.8 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับการซื้อยากินเอง (ร้อยละ 15) การไปสถานีอนามัย (ร้อยละ 60) และการไปโรงพยาบาล/คลีนิค (ร้อยละ 12) แต่เมื่ออาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น ชาวเขาก็หันมาใช้บริการจากคลีนิค หรือโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมากขึ้น (ร้อยละ 82) (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) แสดงว่าชาวเขามีพฤติกรรมการแสวงหาบริการที่เป็นขั้นตอนดีพอสมควร แม้ว่าแนวโน้มจะพึ่งพาการรักษาแผนปัจจุบันมากขึ้น เช่นเดียวกับคนพื้นราบ โดยที่ครอบครัวไทยร้อยละ 79 จะไปใช้สถานบริการของภาครัฐและเอกชนเมื่อมีการเจ็บป่วยทั่ว ๆ ไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

7.1.2 พฤติกรรมการดูแลสตรีมีครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ และคนพิการ

เนื่องจากสตรีมีครรภ์ชาวเขาไม่นิยมไปฝากครรภ์ แต่ครอบครัวของชาวเขาก็จะมีการดูแลสตรีมีครรภ์เป็นอย่างดี โดยเฉพาะการห้ามกินของแสลงตามความเชื่อ เช่น อาหารทอดหรืออาหารที่มีไขมัน ห้ามกินเนื้อหมู/วัว (เช่น ชาวอาข่า) ห้ามกินเนื้อสัตว์ป่าบางชนิด (เช่น กะเหรี่ยง อาข่า) ห้ามกินไข่ไก่ (เช่น อาข่า กะเหรี่ยง) การไม่ให้แต่งงานกับคนแซ่เดียวดัน (เช่น ม้ง) การไม่ยอมรับการทำแท้งในชนทุกเผ่า การคลอดก็นิยมให้คลอดที่บ้านโดยสามีและแม่สามีเมื่อหลังคลอดก็จะให้ทานอาหารบำรุงร่างกายด้วยไก่ต้ม สมุนไพรดื่มบำรุงน้ำนมหรือใช้อาบ งดของแสลง (โดยเฉพาะกะเหรี่ยง) ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะขาดสารอาหารได้)

สำหรับเด็ก เมื่อคลอดใหม่ ๆ ก็จะมีพิธีเรียกขวัญ (เช่นชาวเย้าใช้ไข่ในการประกอบพิธีเรียกขวัญเด็ก) และผูกข้อมูลให้ ให้ดูดนมจากแม่ (ชาวเขาบางเผ่าให้ลูกดูดนมไปจนกว่าแม่จะมีลูกใหม่ ขณะที่คนไทยร้อยละ 40 ให้ลูกกินนมเพียง 1 ปี) ให้กินอาหารเสริม (เช่น ม้ง) ดังนั้นเด็กชาวเขาอายุต่ำกว่า 1 ปี มักจะแข็งแรงไม่ขาดสารอาหาร แต่หลังจาก 1 ปีไปแล้ว เด็กจะถูกปล่อยปละละเลยมากขึ้นเพราะพ่อ-แม่มัวยุ่งอยู่กับการประกอบอาชีพ ไม่ได้เอาใจใส่ดูแลมาก มักให้พี่เลี้ยงน้องที่เดินได้แล้ว ทำให้เด็กอายุเกิน 1 ปีขาดสารอาหาร แต่ถ้าเด็กเจ็บป่วยก็จะได้รับ

การดูแลเป็นอย่างดี โดยเฉพาะเด็กที่เป็นไข้หรือถ้าท้องร่วงจะได้รับการดูแลโดยให้เกลือ CRS หรือดื่มน้ำ/น้ำข้าว

ผู้สูงอายุจะได้รับการเอาใจใส่เป็นอย่างดี (โดยเฉพาะชาวอาข่า จะสอนว่าคนดีจะต้องเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ) เพราะผู้สูงอายุจะเป็นที่ปรึกษาด้านการดำรงชีวิต พิธีกรรมและเป็นผู้ตัดสินผู้กระทำผิดลูกหลานจะรักใคร่ผูกพันกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 80 ได้รับการดูแลทั้งเรื่องเสื้อผ้า อาหารและสุขภาพ และอีกร้อยละ 7 ได้รับการดูแลเพียงบางด้าน สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแลทุกข์ยากเดือดร้อนในปัจจุบันก็ได้รับการช่วยเหลือจากศูนย์สงเคราะห์ราษฎร กรมประชาสงเคราะห์ โดยจะได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 200 บาท/เดือน ทุกเดือนจนกระทั่งเสียชีวิต (สถาบันวิจัยชาวเขาม 2538) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันผู้สูงอายุ หรือผู้อาวุโสได้ลดบทบาทในชุมชนไม่มาก เพราะงานด้านปกครองและการพัฒนาจะเป็นบทบาทของคณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งเป็นคนวัยกลางคน นอกจากนี้ผู้พิการก็ได้รับการดูแลถึงร้อยละ 77 (ธงชัย สาระกูล, 2538 และศูนย์นโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540)

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพของชาวเขา น่าจะได้ส่งเสริมทั้งในเรื่องของการส่งเสริมขนมธรรมเนียมประเพณีที่มีผลดีต่อสุขภาพกายและจิตใจ การใช้สมุนไพร โดยเฉพาะประเพณีที่นิยมทำกัน เช่นการเลี้ยงผี การเรียกขวัญ เด็กน่าจะเข้าไปแนะนำอาหารที่ใช้ทำพิธีเลี้ยงผีแล้วมาให้เด็กและสตรีที่มีบุตรได้รับประทานให้มากขึ้น เป็นต้น และน่าจะเปิดใจให้กว้างหาทางนำพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น การเลี้ยงผี การทำขวัญ การสะเดาะเคราะห์ ซึ่งเป็นพิธีกรรมที่ทำเพื่อเสริมขวัญและกำลังใจแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการแพทย์พื้นบ้านมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ถ้าเห็นว่าเป็นการกระทำที่ขัดกับหลักการของแผนปัจจุบันก็ทำการปรับเปลี่ยนได้ เช่นที่สาธารณสุขเคยทำ (เช่นการแจกชุดตัดและดูแลสะดือให้ชาวเขา) เพื่อให้ชาวเขาได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่ ดังนั้นขนบธรรม-เนียมประเพณีและภูมิปัญญาชาวเขา หากนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต ก็จะเกิดผลดีทั้งในด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี เพียงแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรู้จักวิธีการให้ความรู้ ความคิด รู้จักประยุกต์และสนับสนุนให้ถูกต้องแล้ว ภูมิปัญญาเดิมของชาวเขากับการแพทย์สมัยใหม่จะไปด้วยกันได้อย่างดี (ธงชัย สาระกูล, 2538)

7.3 ปัจจัยอื่นที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ

การมองปัญหาพฤติกรรมสุขภาพคงไม่สมบูรณ์ ถ้าปราศจากการพิจารณาปัญหาในด้านสภาพแวดล้อมอื่น โดยเฉพาะปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง ที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อมที่มีผลเชื่องโยงถึงพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

7.3.1 ปัญหาด้านสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม

เนื่องจากชาวเขาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีลักษณะไม่ถาวร (ร้อยละ 59) สร้างจากวัสดุธรรมชาติและหาง่ายในท้องถิ่น ชาวเขาบางเผ่าปลูกบ้านติดกับพื้นดิน ใช้พื้นดินเป็นพื้นบ้าน (เช่น ม้ง เย้า ลีซอ) แต่ห้องนอนมีเตียงหรือแคร่ยกพื้น (เพื่อป้องกันสัตว์ร้าย) ชาวเขาบางเผ่าปลูกบ้านยกพื้น (เช่น กะเหรี่ยง อาข่า มูเซอดำ) บ้านชาวเขาทุกเผ่าไม่มีหน้าต่างเพื่อป้องกันความหนาวเย็น และมีเตาสร้างไว้ติดพื้นเพื่อใช้หุงต้ม สร้างความอบอุ่นและควันไฟ ใช้ไล่ยุงและแมลง บ้านส่วนใหญ่สามารถป้องกันแดดลมและฝนได้ แต่มักมีปัญหาการระบายอากาศ ทำให้ชาวเขาเป็นโรคทางเดินหายใจกันมากโดยเฉพาะเด็กเล็ก นอกจากนี้ยังมีปัญหาความแออัด

นอกจากนี้ชาวเขายังมีส้วมไม่ครบทุกหลังคาเรือน (ร้อยละ 30 ของครัวเรือนชาวเขายังไม่มีส้วมใช้ โดยร้อยละ 20 ใช้วิธีเข้าป่า/ไปทุ่ง ร้อยละ 7 ใช้ร่วมกับครัวเรือนอื่น และร้อยละ 70 ก็ไม่สามารถใช้ได้ทุกฤดูกาลเพราะมีปัญหาเรื่องน้ำ และร้อยละ 2 เป็นส่วมหลุม) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ส้วมของชาวเขาก็เป็นเรื่องที่หน่วยงานที่รับผิดชอบได้ใช้ความพยายามอย่างมาก เนื่องจากความเคยชินทางวิถีชีวิตแบบเดิมคือการไปป่า/ไปทุ่ง และการกำจัดขยะมูลฝอย ครัวเรือนที่มีการกำจัดขยะอย่างถูกสุขลักษณะ (คือใช้วิธีฝังกลบ เตาเผาขยะ ทำปุ๋ยหรือเก็บส่งรถของเทศบาล) มีเพียงร้อยละ 6 ส่วนใหญ่ (3 ใน 4) ใช้วิธีเผากลางแจ้งและโยนทิ้งแม่น้ำ (ร้อยละ 11)

สำหรับเรื่องน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ พบว่ามีปัญหามากล่าวคือ มีถึง 2 ใน 3 ที่ไม่มีน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ เนื่องจากชาวเขาส่วนใหญ่ใช้น้ำจากแม่น้ำลำธาร และประปา ภูเขา ร้อยละ 15 มีน้ำดื่มไม่เพียงพอตลอดทั้งปี

7.3.2 ปัญหาด้านการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

ชาวเขายังมีปัญหาการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กล่าวคือ มีผู้ได้รับข้อมูลข่าวสารเพียงร้อยละ 60 (โดยเฉพาะจากเจ้าหน้าที่รัฐและ อสม.) และยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ (ร้อยละ 50) และขาดความรู้เกี่ยวกับการขาดสารไอโอดีน (ร้อยละ 71) ดังนั้นปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคขาดสารอาหารจึงยังเป็นปัญหาอยู่ในกลุ่มของชาวเขา ซึ่งคงเชื่อมโยงกับการพูด-อ่านออก-เขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างมาก

7.3.3 ปัญหาเศรษฐกิจ

เนื่องจากชาวเขาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80 ของครัวเรือนชาวเขา) ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา และปลูกผัก ซึ่งทำให้ชาวเขาครึ่งหนึ่งมีรายได้ไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 49) ที่เหลือมีรายได้พอเพียง (ร้อยละ 44) และที่มีพอเพียงและเหลือเก็บมีน้อยมาก (ร้อยละ 7) สมัยก่อนชาวเขาปลูกข้าว ตำข้าว ปลูกผัก เลี้ยงสัตว์กินเอง พอการพัฒนาเข้าไป ชาวเขาต้องตั้งถิ่นฐาน ทำให้พื้นที่ดินมีจำกัด และต้องใช้พื้นที่ซ้ำซาก ทำให้ผลผลิตลดลง ชาวเขาปลูกข้าวไม่พอกิน และต้อง

พึ่งพาอาหารจากภายนอกมากขึ้น ในปัจจุบันชาวเขามีรายได้จากอาชีพนอกภาคเกษตรมากขึ้น (เนื่องจากภาคเกษตรมีต้นทุนการผลิตสูงขึ้น) การอพยพแรงงานถูกใช้เป็นทางออก จากสภาพชีวิตในภาคเกษตรที่ขาดความมั่นคง คนหนุ่มสาวร้อยละ 47 ออกมาประกอบอาชีพนอกหมู่บ้าน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) แต่การเข้ามาทำงานในเมืองก็มีส่วนสร้างและขยายปัญหาทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมให้รุนแรงขึ้นอีกหลายด้านโดยเฉพาะปัญหาสังคม ปัญหายาเสพติด ปัญหาการค้าประเวณีและเอดส์

7.3.4 ปัญหาด้านการศึกษา

จากข้อมูลของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540) ซึ่งสำรวจชาวเขาในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคเหนือ พบว่า ชาวเขาส่วนใหญ่ยังไม่มีการศึกษา หรือไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 58) รองลงไปคือ จบประถมศึกษา (ร้อยละ 34) นอกนั้นจบสูงกว่าประถมศึกษา ส่วนผู้ที่พูดและเขียนภาษาไทยได้มีไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 43) ที่พูดไทยได้แต่เขียนไม่ได้ มีรองลงมา (ร้อยละ 38) ที่เหลือ (ประมาณ 1 ใน 5) พูดและเขียนภาษาไทยไม่ได้ โดยเฉพาะชาวเขาผู้หญิง ไม่ได้เรียนหรือไม่ได้เข้าสู่ระบบการศึกษามากกว่าผู้ชาย (สถาบันวิจัยชาวเขา, 2539) การที่ชาวเขาไม่ได้เรียนหนังสือกันมากก็เชื่อมโยงไปถึงการรับข้อมูลข่าวสารจากภายนอก ทำให้ชาวเขาขาดทักษะชีวิต ถูกเอารัดเอาเปรียบ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมายรวมทั้งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต

7.3.5 ปัญหาสัญชาติ

จากข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (2539) มีชาวเขาประมาณหนึ่งแสนคน จากทั้งหมดเจ็ดแสนคนที่ได้รับสัญชาติไทย การที่ชาวเขาไม่ได้รับสัญชาติไทยทำให้ชาวเขาขาดสิทธิในหลายเรื่อง เช่น สิทธในการทำกิน สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลฟรี (สำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุ) และสิทธิที่เชื่อมโยงหรือมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยหลายประการ ได้แก่ สิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ (quality care) สิทธิในด้านการพัฒนา (เช่น ด้านการศึกษาและการฝึกอบรม) สิทธิในการได้รับการปกป้องคุ้มครอง (พบว่า ชาวเขาที่ลงมาทำงานในเมืองมักถูกหลอกหรือเอารัดเอาเปรียบอยู่บ่อยครั้ง เช่น การหลอกลวงสตรีชาวเขาเข้าสู่อาชีพโสเภณีอันนำไปสู่การแพร่ระบาดของโรคเอดส์) และที่สำคัญคือสิทธิในการมีส่วนร่วม เป็นเวลานานมาแล้วที่งานพัฒนาชาวเขาเกือบทุกด้านไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการศึกษาและสาธารณสุข ก็เป็นการนำระบบของคนไทยพื้นราบทั่วไปไปใส่ให้ชาวเขา ซึ่งมีวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากคนพื้นราบโดยไม่มีทางเลือก สำหรับการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ก็ทำเช่นเดียวกับพื้นราบ พึ่งมีการปรับเปลี่ยนในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7-8 ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่เนื่องจากพื้นที่บนภูเขาทำงานค่อนข้างลำบากและทำได้เพียงบางฤดูกาล งานสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมจึงไปได้ช้า ปัจจุบันมีโครงการพัฒนาหลายโครงการเริ่มต้นงานโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่การ

ประเมินปัญหา การกำหนดโครงการและการดำเนินโครงการ สำหรับงานทางด้านสาธารณสุข ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้น (กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม; ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัยม 2537) ซึ่งคงจำเป็นต้องสร้างจิตสำนึกให้ชาวเขาได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยนำผู้นำตามธรรมชาติที่เขามีอยู่แล้ว เช่น ผู้อาวุโส หมอพื้นบ้าน หมอพระ ผู้นำศาสนา ผู้นำสตรี เป็นต้น มาช่วยกันรณรงค์ และเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน เช่น ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร ปัญหาการขาดสารไอโอดีน การแก้ไขปัญหายาเสพติด และการแก้ไขปัญหาสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชน ไม่ควรดำเนินงานในลักษณะที่ให้ความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว ศูนย์สาธารณสุขชุมชน ควรดำเนินงานมากกว่าการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว

8. ประเมินผลการสังเคราะห์ข้อมูล

8.1 เอกสารที่ใช้ในการสังเคราะห์

จากเอกสารที่รวบรวมได้เกือบ 60 เรื่อง เพื่อทำการสังเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพชาวเขา พบว่างานวิจัยของหน่วยงานต่าง ๆ มีมากที่สุด รองลงไปคือเอกสารรายงาน บทความและเอกสารประกอบการสัมมนาของหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับชาวเขาเพียงไม่กี่หน่วยงาน หน่วยงานที่มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับชาวเขามากที่สุด คือ สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (หรือกระทรวงมหาดไทยเดิม) งานของศูนย์พัฒนาอนามัย กรมอนามัย และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่จะเป็นรายงาน เช่น รายงานการสำรวจคุณภาพชีวิต รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพและรายงานประจำปี สำหรับงานวิจัยก็มีบ้างแต่ไม่มากนัก ส่วนวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยยังมีอยู่น้อยมาก แม้แต่ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ซึ่งอยู่ใกล้พื้นที่ชาวเขาก็ยังมีอยู่น้อยมาก สำหรับงานศึกษาของชาวต่างประเทศ ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาการพัฒนาด้านอื่น งานที่ศึกษาทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพนั้นยังมีน้อยมาก

8.2 ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้

สำหรับระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษา ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่ใช้จำนวนตัวอย่างน้อย หรือเป็นการศึกษาเพียงไม่กี่หมู่บ้าน หรือเป็นการศึกษารายเผ่า ทั้งนี้คงเนื่องมาจากการสื่อภาษา ความยากลำบากในการเดินทางเข้าไปเก็บข้อมูลและบางหมู่บ้านสามารถเข้าไปถึงเฉพาะฤดูแล้งเท่านั้น ส่วนงานศึกษาที่ทำหลายเผ่าและครอบคลุมพื้นที่หลายจังหวัด หลายอำเภอและหลายหมู่บ้าน มักจะเป็นการสำรวจเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นภาพรวมของชาวเขาทุกเผ่าหรือบางเผ่าที่มีประชากรมากเพื่อดูผลของพฤติกรรมสุขภาพและและสภาวะสุขภาพ แต่ยังขาดการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายเผ่า และรายละเอียดที่อธิบายปรากฏการณ์อันเป็นผลของพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูล

เชิงปริมาณที่เป็นผลของพฤติกรรม สุขภาพที่ชัดเจนก็มีเพียงการสำรวจของสองเผ่าคือเผ่าม้ง และเผ่ากะเหรี่ยง

8.3 ประเด็นการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพชาวเขา

สำหรับประเด็นที่มีการทำวิจัยพฤติกรรมสุขภาพมากก็ได้แก่ พฤติกรรมทางด้านการมีบุตรและการวางแผนครอบครัว พฤติกรรมอนามัยแม่และเด็ก พฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการติดยาเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โดยเฉพาะงานศึกษาพฤติกรรมการแพร่ระบาดของเอดส์ในเผ่ามูเซอ ม้ง อีก้อ กะเหรี่ยง เย้า ลื้อ และลีซอค่อนข้างชัดเจน เนื่องจากมีวัฒนธรรมประเพณีคล้ายคลึงกัน สำหรับเผ่าอื่น ๆ ยังมีอยู่น้อยมาก

สำหรับข้อค้นพบจากการทบทวนงานศึกษาพฤติกรรมสุขภาพชาวเขา พบว่า เมื่อได้นำเอาข้อมูลเชิงสำรวจและงานศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพต่าง ๆ มาประกอบกัน ก็ได้ข้อมูลที่อธิบายภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพชาวเขาที่ค่อนข้างชัดเจนโดยเฉพาะเผ่าม้ง กะเหรี่ยง และมูเซอ ดังที่กล่าวมาอาจจะเหลือภาพไม่ชัดเจนในเพียงบางเผ่า เช่น เผ่าเย้า ลีซอ อีก้อ ลัวะ ถิ่นและขมุ ซึ่งมีประชากรค่อนข้างน้อย (ประมาณร้อยละ 30 ของชาวเขาทั้งหมด) นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและพฤติกรรมเสี่ยงต่อเอดส์ไว้อย่างน่าสนใจ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถหยิบไปใช้ได้เลย สำหรับตัวชี้วัดทางสุขภาพก็มีการสำรวจกันทุกปี ทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพชาวเขาว่าหลายอย่างมีแนวโน้มที่ดีขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่หลายอย่างแย่ลงโดยเฉพาะปัญหาการขาดอาหารของเด็กวัย 1-5 ปี และเด็กนักเรียนในโรงเรียน การติดยาเสพติดและปัญหาการแพร่กระจายของโรคเอดส์ ซึ่งสองอย่างหลังนี้มีแนวโน้มคล้ายคลึงกับคนพื้นราบ เพราะการแก้ปัญหาดังกล่าวไม่ใช่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นปัญหาสังคมด้านอื่นๆด้วย

9. ข้อเสนอแนะ

ในการวิเคราะห์ปัจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพนั้น พึงระลึกเสมอว่าพฤติกรรมมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อมวัฒนธรรม การให้บริการสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นการดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะต้องดำเนินการในหลายด้านประกอบกัน (Green and Kreuter 1990 : 31) เช่นการดำเนินงานแก้ไขทางระบาดวิทยา แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม และปัญหาซึ่งไม่ได้มาจากพฤติกรรม เป็นต้น โดยปัจจัยบางอย่างอาจเป็นปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ซึ่งได้แบ่งความรู้ ความเชื่อซึ่งมีอยู่สามด้าน คือความเชื่อที่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อที่เกี่ยวกับผลตอบแทนของการมีพฤติกรรมเสี่ยง ค่านิยมและเจตคติที่มีผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ ปัจจัยบางอย่างอาจ

เป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เช่นการเข้าสู่อาชีพโสเภณีอาจได้รับการยอมรับจากครอบครัวหรือชุมชน ก็จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้สตรีชาวเขามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์มากยิ่งขึ้น หรือการเสพย์ยาเสพติดโดยการฉีด ถ้าได้รับปัจจัยจากกลุ่มเพื่อนก็ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมากขึ้นเป็นต้น ปัจจัยสุดท้ายคือ ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) หมายถึง ทรัพยากรที่จำเป็น เช่น สถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติดที่มีอยู่และสามารถเข้าถึงได้ เพื่อให้การแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปได้ง่ายขึ้น

9.1 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องเข้าใจปัญหาของชุมชนชาวเขาว่ามีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของชนเผ่า ทั้งในด้านประเภทของปัญหาพฤติกรรม ความรุนแรงของปัญหารวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทางเศรษฐกิจ-สังคมและวัฒนธรรม ตามที่ได้ทบทวนการศึกษาวิจัยจะเห็นว่าหลายปัญหาเช่น ปัญหาการแพร่กระจายของโรคเอดส์จะมีมากในกลุ่มชาวเขาที่มีค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานได้แก่ เผ่ามูเซอ(โดยเฉพาะมูเซอแดง) อีก้อ และเย้า เพราะกลุ่มนี้มีวัฒนธรรมหลายอย่างที่เอื้อต่อการเข้าสู่อาชีพโสเภณี(เช่นการเลือกคู่ครอง การแต่งงาน การหย่าร้าง) ดังนั้นการเข้าไปแก้ไขปัญหาของเจ้าหน้าที่จึงต้องทำในหลายด้านได้แก่

9.1.1 การเข้าไปเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหาของตนเองมากกว่าการเข้าไปช่วยเหลือโดยตรง ซึ่งหมายถึงการเน้นให้ประชาชนชาวเขาเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

9.1.2 หน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน รวมทั้งองค์กรเอกชนควรจะเข้าไปกระตุ้นและสนับสนุนชุมชนให้ใช้ศักยภาพและทรัพยากรหรือภูมิปัญญาที่มีอยู่ในชุมชนริเริ่มแก้ปัญหาของตนเอง หน่วยงานเพียงแต่เข้าไปสนับสนุนให้ดำเนินการได้(เช่น สนับสนุนด้านความรู้ เทคโนโลยี ทรัพยากร เครื่องมือและอุปกรณ์) ซึ่งการสนับสนุนชุมชนอาจกระทำได้หลายทาง ทั้งในด้านการกำหนดนโยบายจากส่วนกลาง หรือกระจายการบริหารให้ส่วนจังหวัด ตำบล เพื่อเฝ้าระวังชุมชน รวมทั้งกระตุ้นให้ชาวเขาปฏิบัติเอง หรือเลือกวิธีเอง ช่วยสนับสนุนปัจจัยนำเข้า (inputs) ต่างๆช่วยจัดกลุ่มแกนนำ ช่วยจัดทำระบบการกำกับดูแล ประเมินผล และการจัดทำระบบข้อมูล

9.1.3 ทดลองรูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ตามแนวนโยบายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๘ คือ การพัฒนาคนและชุมชน โดยยังคงงานเดิมไว้ส่วนหนึ่ง (ได้แก่ การจัดกิจกรรมบริการ การผลิต-พัฒนาบุคลากร การป้องกันโรคติดต่อ-ไม่ติดต่อ งานอนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว ประกันสุขภาพ อาชีวอนามัย สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและ

สาธารณสุขมูลฐาน) และริเริ่มงานเชิงรุก (เช่นเดียวกับการให้บริการเชิงรุก) ในการสร้างเสริมศักยภาพของพลังชุมชนให้มากขึ้นเพื่อให้ชุมชนเกิดความคิดที่จะดูแลกันเองโดยการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในระยะแรกเจ้าหน้าที่อาจช่วยเข้าไปเสริมพลังชุมชน (empower) และช่วยสนับสนุน (enabling) กำกับดูแล ไปจนถึงปล่อยให้ทำเอง(โดยใช้กระบวนการระดมความคิด ใช้เทคนิค A.I.C. , ZOPP หรือ Future Search)ถ้ามีศักยภาพเพียงพอ โดยอาจแบ่งกิจกรรมเป็น 3 ประเภทคือ ให้ประชาชนทำเอง ทำร่วมกับเจ้าหน้าที่ และเจ้าหน้าที่ทำให้ โดยวิธีที่ค่อยเป็นค่อยไปและเป็นการพัฒนาจากพื้นฐานวัฒนธรรมของแต่ละเผ่า โดยดึงผู้นำที่มีอยู่ตามธรรมชาติเข้ามาร่วมด้วย แนวคิดดังกล่าวได้มีการริเริ่มทำไปบ้างแล้วในบางหน่วยงาน ทั้งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และกรมประชาสงเคราะห์ซึ่งมีการจัดตั้งศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเพื่อช่วยเหลือบุคคลทุกข์ยากในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นการเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ เป็นต้น(ประเสริฐ ชัยพิกุสิทธิ์ และคณะ,2538 ; อิฐศักดิ์ ศรีสุโข,2539) ซึ่งควรจะมีการขยายไปสู่หน่วยงานอื่นๆที่เข้าไปทำงานกับชาวเขา หรือเป็นการทำงานร่วมกันของหลายๆ หน่วยงานในพื้นที่เดียวกันแต่ดูแลคนละระดับตามภารกิจของหน่วยงาน

9.1.4 ควรจะมีการพิจารณาโครงการบางอย่างร่วมกับชุมชนชาวเขาอีกครั้ง ถึงผลกระทบของนโยบายโครงการบางโครงการเช่น การท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์(eco-tourism)ว่าจะทำอย่างไรให้เป็นการส่งเสริมการดำรงอยู่ของวัฒนธรรมอันหลากหลายของชาวเขา ไม่ทำลายระบบนิเวศวิทยาและระบบสังคมของชาวเขา ไม่ส่งเสริมให้เกิดปัญหายาเสพติดและปัญหาโสเภณี ซึ่งจะนำมาสู่การล่มสลายของชุมชนชาวเขาและปัญหาสุขภาพอนามัย ควรมีนโยบายให้หน่วยงานทุกหน่วยงานเข้ามาแก้ปัญหาร่วมกัน เพราะปัญหาดังกล่าวจะแก้เพียงด้านใดด้านหนึ่งไม่ได้

9.1.5 ปรับเปลี่ยนการทำงานที่เน้นตัวชี้วัดทางด้านสาธารณสุขหรือ สภาวะสุขภาพ ซึ่งชี้วัดการเจ็บป่วยและการตาย(ตัวชี้วัดด้านลบ)รวมทั้งการบริการของเจ้าหน้าที่ มาพัฒนาตัวชี้วัดด้านบทบาทหรือความสามารถของชุมชนและบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ(ตัวชี้วัดด้านบวก)ให้มากขึ้น

9.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

เนื่องจากงานศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกือบทั้งหมดเป็นการวิจัยเชิงสำรวจและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อหาข้อเท็จจริงในเชิงพรรณาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลของพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นพฤติกรรมที่ดีและพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งก็ได้ข้อมูลที่เพียงพอแก่การเข้าใจและเกือบครบทุกเผ่าแล้ว รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะมากมาย งานศึกษาวิจัยที่จะทำในอนาคตน่าจะเป็นงานศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่าย ทั้งนักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีลักษณะเป็นสหวิชาการ (multi-

disciplinary) เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาเป็นปัญหาที่ซับซ้อนไม่ได้เกี่ยวข้องเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยเพียงอย่างเดียว ยังเกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานที่ทำงานทางด้านการส่งเสริมอาชีพ หน่วยงานด้านการศึกษาและวัฒนธรรม รวมทั้งหน่วยงานการมองที่จะต้องพิจารณาเรื่องการให้สัญชาติของชาวเขาอีกด้วย นอกจากนี้ประชาชนในชุมชนชาวเขาเองก็น่าจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยด้วย เพราะว่าการแก้ไขพฤติกรรมบางอย่างโดยเฉพาะเรื่องยาเสพติดและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ จะต้องให้ชุมชนเข้ามามีส่วนในการสร้างจิตสำนึกและตระหนักถึงปัญหาและผลร้ายของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพราะเขาต้องสื่อให้คนในชุมชนได้รับรู้ เพราะความเข้าใจภาษาและวัฒนธรรมของชาวเขาจะดีกว่าให้คนนอกไปทำ รวมทั้งการสร้างแกนนำในกลุ่มเด็กและเยาวชน

บรรณานุกรม

ภาษาอังกฤษ

Ben-Yehuda, David and G. Lamar Robert. 1989. ***Pae Por Highland Development Project THA/86/004 THA/86/326 Report of the Evaluation Mission.*** Tak: Pae Por Highland Development Project, 177 p.

Berg, Christop. 1996. ***Five Year Management Plan Huai Pooling Implementation Phase 1992-1996 Vol. 1.*** Chiang Mai: Thai-German Highland Development Programme, 78 p.

Chaiwat Roongruangsee. 1994. ***Development of Community Institution and Network: Village Organization in The Highland Development Process.*** Chiang Mai: The United Nations Internationl Drug Control Programme (UNDCP), 42 p.

Hollander, D., 1995. **Young, Minority and Disadvantaged Women Exhibit Least Favourable Pregnancy-related Health Behavior,** Family Planning Perspectives; Nov.-Dec; 27(6): 259-60.

Kampe, Ken and Pravit Pothi-art. 1991. ***Feasibility Study of Possible Health Initiatives in TA-HASD Project Areas.*** Chiang Mai: Thai-Australian Highland and Social Development (HASD) Project, 123 p.

Kunstadter, Peter, 1985. **Health of Hmong in Thailand : risk factors, morbidity and mortality in comparison with other ethnic groups.** Paper presented at the Psychosocial Session of the Population Association of America, Annual Meeting, Boston, Massachusetts, March 27, 15 p.

Kunstadter, Peter, Chupinit Kesmanee and Prawit Pothi-art. 1987. ***Hmong and Karen Health and Family Planning: Cultural and Other Factors Affecting Use of Modern Health and Family Plainning Services by Hilltribes in Northern Thailand.*** Bangkok: Family Health Divison, Department of Health, 270 p.

Sujumnonk, Pat, Somphong Shevasunt and Chusak Wittayapak. 1987. ***Determinants of Risk Factors Associated With Infant and Child Mortality Among Karen Highlanders of Northern Thailand.*** Chian Mai: Social Research Institute, Chiang Mai University, 169 p.

Kamnuansilpa, Peerasit, Peter Kunstadter and Nanta Auamkul. 1987. ***Hilltribe Health and Family Planning: Results of a Survey of Hmong (Meo) and Karen Households in Northern Thailand.*** Bangkok: Family Health Division, Department of Health, 92 p.

Plant, Rod. 1993. ***"AIDS and Related Problems"*** in Proceedings of TA-HASD Project Completion Seminar, Chiang Mai (June), pp. 159-167.

Renard, Ronald D., Anchalee Singhanetra and Ken Kampe. 1994. ***Twenty Years of Highland Health and Educational Development: Lessons Leamed-Outstanding Issues-Future Directions.*** Chiang Mai: United Nations.

Thai-Australian Highland Agricultural and Social Development (TA-HASD) Project. 1993. ***Improving Hilltribe Village Health Status.*** Adelaide, Australia: Thai-Australian Highland Agricultural and Social Development (HASD) Project, 90 p.

ภาษาไทย

กรมประชาสงเคราะห์, กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2540. ***ก้าวใหม่การพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา,*** กองสงเคราะห์ชาวเขา, ธันวาคม.

กรมพัฒนาชุมชน, กระทรวงมหาดไทย, 2539 ***สรุปรายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี 2535-2538.*** ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กองวิชาการและวางแผน.

กระทรวงสาธารณสุข, 2539. ***ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ระดับจังหวัด*** ครั้งที่ 1, กรกฎาคม-สิงหาคม 2538.

กองสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2538. ***สรุปรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ*** เรื่องแนวทางการประสานการดำเนินงานพัฒนาชาวเขาด้านสาธารณสุข โดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก, 7-9 สิงหาคม ณ โรงแรมนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

กองสงเคราะห์ชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ 1978. ***โครงการดำเนินงานกับชาวเขาของหน่วยงานต่าง ๆ*** (Hill Tribe Programmes of Various Organizations). กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย.

จันทบูรณ์ สุทธิ, 2537. ***ภูมิปัญญาพื้นบ้าน : การรักษาความเจ็บป่วยบนพื้นที่สูง*** เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวทางการพัฒนาอนามัยในพื้นที่สูง โดยศูนย์อนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 3 พฤศจิกายน 2537, ณ โรงแรมฮอลลิเดย์อินน์ เชียงใหม่

_____, 2537. ***การใช้สมุนไพรเย้า*** เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวทางการพัฒนาอนามัยในพื้นที่สูง โดยศูนย์อนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 3 พฤศจิกายน 2537, ณ โรงแรมฮอลลิเดย์อินน์ เชียงใหม่

จรัส สุวรรณเวลา และคณะ 2523. ***การวิจัยบริการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาชุมชน : กรณีศึกษาตัวอย่างในหมู่บ้านชาวไทยภูเขา*** ในวารสารวิจัยสภาวะแวดล้อม "การวิจัยสภาวะแวดล้อมเพื่อการพัฒนาชนบท ปีที่ 2 เล่มที่ 1 ธันวาคม หน้า 36-51.

เฉลิมชัย ปัญญาดี, 2538. ***ปัจจัยเชิงโครงสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนชาวเผ่าอีก้อ*** วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธงชัย สาระกูล, 2538. ***ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนชาวเขา 6 เผ่า*** เอกสารวิชาการลำดับที่ 3/2538 ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

นิตย์ ดีสุวรรณ, นิ่มอนงค์ งามประภาสม และทินกร พื้นดี, 2538 ***การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพชาวขาเผ่าม้ง จังหวัดเพชร์*** ฝ่ายสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชร์

นิตยา แสงเล็ก และคณะ, 2538. ***รายงานการวิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาสำหรับชาวเขา*** (Study of Health Education Model Development for Hilltribes). ลำปาง: ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา, 18 p.

นิตยา แสงเล็ก, 2539. ***การศึกษารูปแบบการลดอัตราตายของแม่และเด็กชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง*** (Interventions to Minimize Maternal and Child Mortality Among the Karen). ลำปาง: ศูนย์วางแผนครอบครัวชาวเขา, กองวางแผนครอบครัวและประชากร 14 หน้า

เบญจา ยอดดำเนิน และคณะ, 2523. ***ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยามานุษยวิทยาการแพทย์.*** กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประเสริฐ ชัยพิกุสิต, 2535. ***การศึกษาวิจัยเรื่องวิธีการป้องกันการแพร่ระบาดโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาเผ่าลีซอ*** สถาบันวิจัยชาวเขา กระทรวงมหาดไทย (ธันวาคม)

ประเสริฐ ชัยพิกุสิต และอิฐศักดิ์ ศรีสุโข, 2536. ***รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคุณภาพชีวิตแม่และเด็กชาวเขาลุ่มแม่น้ำจัน อำเภอแม่สลอง*** ภายใต้โครงการร่วมมือขององค์กรชาวบ้านอนุรักษ์ลุ่มน้ำแม่จัน-แม่สลอง

_____, 2536. ***โสเภณี : ความคิดในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ในวารสารสถาบันวิจัยชาวเขา*** ปีที่ 17 ฉบับที่ 3, 4 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม หน่วยงานพัฒนาภาครัฐและเอกชน, 2536.

ประเสริฐ ชัยพิกุสิต และคณะ, 2538. ***รายงานการวิจัยเพื่อการพัฒนา-ศูนย์สงเคราะห์ชาวเขาประจำหมู่บ้าน*** สถาบันวิจัยชาวเขา เชียงใหม่ เอกสารวิชาการหมายเลข 00-38-03.

พัชรินทร์ สิรสุนทร. ***พฤติกรรมการรักษาเยียวยาตนเองด้วยฝิ่นของชาวม้งที่เจ็บป่วย : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนม้งแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบูรณ์*** วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตรการแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2530. ***ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเจ็บป่วยและการตายของเด็กและทารกชาวกะเหรี่ยง*** ในภาคเหนือของไทย สนับสนุนจาก The Population Council.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2530. เอกสารการสอนชุดวิชา ***ปัญหาการเมืองส่วนภูมิภาคและชนกลุ่มน้อย*** สาขาวิชารัฐศาสตร์ เล่ม 2 หน่วยที่ 9-15 : หน้า 259-295.

มัลลิกา มัติโก, 2534. "นิยามและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ", ***คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.*** โครงข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

มูลนิธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา, 1995. ***รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคุณภาพชีวิตแม่และเด็กชาวเขา ลุ่มน้ำจัน แม่สลอง เชียงราย:*** มูลนิธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา.

ลัดดาวัลย์ พรหมหิตาทร, มปป. ***บทบาทของกรมประชาสงเคราะห์ในการให้บริการสาธารณสุขแก่ชาวเขา*** (Department of Public Welfare and the Provision of Health Service for the Hill Tribes). กรุงเทพฯ : กรมประชาสงเคราะห์.

วิชัย โปษยจินดา, 2529. ***ชาวเขากับปัญหาสาธารณสุข*** ข่าวสารสถาบันวิจัยชาวเขา ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2530) หน้า 46-64.

ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2536. ***คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาในประเทศไทย : ผลการสำรวจแบบเร่งด่วน.***

_____, 2537. ***การสำรวจคุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในประเทศไทย : ผลการสำรวจแบบเร่งด่วน.***

_____, 2538. ***การสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาในประเทศไทย : ผลการสำรวจแบบเร่งด่วน.***

ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2539. ***รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2538*** "ข้อมูลสถานการณ์งานอนามัยชาวเขาเปรียบเทียบเป้าหมายแผน 7

_____, 2539. ***รายงานการประชุมโครงการวิจัยปฏิบัติการเชิงรุก.***

_____, 2539. ***สรุปผลการปฏิบัติงานประจำปี 2539.***

สถาบันวิจัยชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย, 2536 โรคเอดส์กับชาวเขาในมิติทางสังคมศาสตร์.

สถาบันวิจัยชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2537. ***การค้าประเวณีของสตรีชาวเขา*** (สิงหาคม)

_____, 2538. ***การใช้วัฒนธรรมชุมชนเพื่อแก้ปัญหาการค้าประเวณีของสตรีชาวเขาผ่าเย้า*** (สิงหาคม)

_____, 2539. ***การสำรวจภาวะทางเศรษฐกิจสังคมของชุมชนชาวเขากับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์***

สมจิต หนุเจริญกุล, 2534 ***"การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล"*** ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สนิท วงศ์ประเสริฐ, 2537. ***ทัศนที่มีต่อเฮโรอีนโสเภณี และแนวทางฟื้นฟูจริยธรรม : ศึกษากรณีชาวมูเซอ*** สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ เชียงใหม่.

สารภี ศิลา, 2538(ก) ***รายงานการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาหมู่บ้านในโครงการส่งเสริมให้ชาวเขามีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ พื้นที่เขตน้ำฉาง กิ่งอำเภอปางมะผ้า จ.แม่ฮ่องสอน*** ศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา จ.แม่ฮ่องสอน สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

สารภี ศิลา, 2538(ข) ***รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องวัฒนธรรมชุมชนกับการแก้ปัญหา การค้าประเวณีของชาวเขาผ่ามูเซอ*** สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

สารภี ศิลา, 2538(ค) ***สถานการณ์การค้าประเวณีของหญิงมูเซอ : ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมชุมชนกับสาเหตุที่แท้จริง*** ในข่าวสารสถาบันวิจัยชาวเขาฉบับพิเศษ ครบรอบ 30 ปี กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (ตุลาคม)

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, 2540. ***ข้อมูลเบื้องต้น ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง*** เมษายน.

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, 2533. ***การศึกษาเชิงคุณภาพ : ความเชื่อของชาวเขากับสุขภาพ อนามัย พฤติกรรมการแสวงหาวิธีการรักษา และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง : ศึกษาเฉพาะชาวกะเหรี่ยงห้วยปูลิง อมือง จแม่ฮ่องสอน*** : โครงการพัฒนาที่สูงไทย-เยอรมัน (พฤษภาคม) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรพินทร์ อินทรนุกูลกิจ, 2536 ***"การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร"*** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพินท์ สิงหเดช, 1990. ***รายงานวิจัยสตรีกับการพัฒนาสุขภาพชุมชนชาวเขาเผ่าเย้า จ.ลำปาง*** (Women and Community Health Development in a Yao Community, Lampang Province). นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 54 p.

อิทธิศักดิ์ สุโข, 2535. การศึกษาวิธีการป้องกันการแพร่ระบาดโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาเผ่ามูเซอร์แดเล สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย.

อัญชลี วรางรัตน์, 2541. ***ความรู้ ทัศนคติ และการคุมกำเนิดของชนกลุ่มน้อยในภาคเหนือของประเทศไทย*** เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการสำรวจสภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2539 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร 5 มีนาคม.

อุทัย สุดสุข, 1987. ***"ปัญหาสาธารณสุขของชาวเขาและแนวทางการแก้ไขปัญหา (Health Problems of the Hill Tribe People and the Trends in Their Solution)"*** ใน รายงานการประชุมประจำปี การพัฒนาชาวเขาด้านสาธารณสุข, เชียงใหม่ (27-28 เมษายน), pp.13-15.

บทวิจารณ์รายงานการวิจัยเรื่อง
" พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง"

โดย นิตยา แสงเล็ก

รายงานวิจัยเรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขา และชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย เป็นเรื่องที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปแก้ไขการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามข้อความบางตอนอยากจะขอปรับเปลี่ยนดังนี้

1. คำนำ บรรทัดที่ 11 ในอดีตปัญหา..... พิมพ์ต่อบรรทัดที่ 12 จะทำให้ข้อความเป็นประโยค

2. บรรทัดที่ 17 ตรงขาดกรรมสิทธิ์ในที่ดิน มิใช่ปัญหาที่ชาวเขาเคลื่อนย้าย ควรเปลี่ยน ขาดกรรมสิทธิ์ในที่ดิน เป็น ผลผลิตที่ได้จากการเกษตรอย่างเดียวไม่พอ จึงทำให้ชาวเขาบางส่วนเคลื่อนย้าย.....

3. บรรทัดที่ 18 บางส่วนถูกทางราชการให้เคลื่อนย้าย เปลี่ยนเป็น บางส่วนซึ่งมีถิ่นฐานตั้งอยู่ในเขตอนุรักษ์ต้นน้ำและเขตป่าสงวน ทางราชการได้ให้เคลื่อนย้ายลงมาพื้นราบ เพื่ออนุรักษ์ป่าและต้นน้ำ

4. หน้าที่ 9 พารากราฟที่ 3 และ 4 การปฏิบัติตนก่อนคลอดและหลังคลอด บางเผ่าปฏิบัติตนเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพแม่และลูก เช่น เผ่าแม้ว ก่อนคลอดและหลังคลอดจะรับประทานไก่ต้ม เพื่อบำรุงสุขภาพแม่และลูก แต่บางเผ่า เช่น กะเหรี่ยง งดรับประทานอาหารประเภทไก่ เนื่องจากเชื่อว่าเมื่อคลอดลูกแล้วจะสั่นเหมือนไก่ และหลังคลอดจะรับประทานข้างและปลาแห้งๆ จึงทำให้สุขภาพของแม่และเด็กของทั้งสองเผ่ามีความแตกต่างกัน แต่โดยภาพรวมแล้วยังไม่ให้ความสนใจในการไปฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุข นิยมคลอดเองที่บ้าน แม้ว่าจะมีสถานีอนามัยอยู่ในหมู่บ้าน เนื่องจากอาย จากข้อมูลการสำรวจปี 37 เผ่ากะเหรี่ยงปี 38 เผ่าแม้วปี 38 ชี้ให้เห็นว่า เผ่าแม้วนิยมคลอดเองที่บ้านมากกว่าเผ่ากะเหรี่ยง มักจะคลอดโดยสามีหรือแม่สามี แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า เด็กทารกคลอดน้ำหนักเกิน 3,000 กรัมมีมากกว่า แสดงให้เห็นว่าการรับประทานอาหารของเผ่าแม้วดีกว่า นอกจากนี้หลังคลอดยังให้นมนาน 4 เดือนถึงร้อยละ 91 และมักให้นานถึง 1 ปี เผ่ากะเหรี่ยงมักจะให้อาหารแก่ลูกทันที

หลังคลอดเพียง 1 วัน เพราะคิดว่ากลัวลูกจะผอมและไม่รู้จักข้าว จะเคี้ยวข้าวให้ลูกกิน จึงมักพบว่าเด็กหลังคลอดของเผ่ากะเหรี่ยงจะผอมและขาดอาหารด้วย

5. หน้าที่ 11 ข้อ 2.2 ศูนย์สาธารณสุขชุมชน ชื่อที่ถูกต้องคือ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.)

6. ข้อ 2.4 หน้า 13 พฤติกรรมคุมกำเนิด พบว่าชาวเขาคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น ในปี 40 คุมกำเนิดร้อยละ 60.8 ในปี 36 คุมกำเนิดร้อยละ 45.3 แต่การคุมกำเนิดยังเป็นชนิดชั่วคราวเป็นส่วนใหญ่ และคู่สมรสชาวเขามักจะมีลูกติดต่อกันจนเพียงพอจึงคุมกำเนิด ดังนั้นการคุมกำเนิดจึงมิใช่เพื่อเว้นระยะการมีบุตร แต่จะเป็นการคุมกำเนิดเพื่อไม่ให้มีบุตรอีก แต่ก็ยังใช้วิธีชั่วคราว สิ่งที่น่าสนใจคือ ชาวเขาจะแต่งงานเร็ว อายุ 12 - 13 ปี และมีลูกเลย จะพบอัตราการมีบุตรเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปีสูง โดยเฉพาะเผ่าแม้วร้อยละ 67.4 ดังนั้นพฤติกรรมการคุมกำเนิดชาวเขายังต้องให้ความสนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากอัตราการเพิ่มประชากรยังสูง

7. หน้าที่ 14 บรรทัดที่ 12 ส่วนใหญ่ใช้บริการภาครัฐร้อยละ 5.3 เปอร์เซนต์ ดูจะน้อยไป

8. หน้าที่ 17 ข้อ 1 วัฒนธรรมประจำเผ่า นับลงมาบรรทัดที่ 14 หลังวงเล็บขม <u>เพิ่ม</u> จะมีการหย่าร้างน้อย

9. หน้าที่ 22 ข้อ 3 ที่กล่าวว่า ชาวเขาเผ่าแม้วยังมีบุตรมาก และกว่าครึ่งมีบุตรเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งส่งผลให้อัตราการหย่าร้างและจำนวนครั้งของการแต่งงานสูง มิใช่เป็นเช่นนั้น เผ่าแม้วจะหย่าร้างน้อยที่สุด จะนิยมมีภรรยาใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่า อาจจะกล่าวว่าการแต่งงานอายุน้อยแทบทุกเผ่าทำให้ช่วงระยะการมีลูกยาวนานขึ้น จะทำให้มีโอกาสมีลูกได้จำนวนหลายคน การคุมกำเนิดยังนิยมใช้วิธีชั่วคราว

10. ควรแยกประเด็นของเอดส์เป็นอีกข้อหนึ่ง เนื่องจากเป็นปัญหาที่รุนแรงในชาวเขาขณะนี้เช่นกัน สาเหตุเนื่องจากการนำโรคเอดส์จากพื้นที่ราบสู่ชาวเขา ประกอบกับประเพณีบางเผ่าที่มีเพศสัมพันธ์กันก่อนแต่งงาน จึงทำให้การกระจายโรคเอดส์เป็นไปอย่างรวดเร็ว

11. บทสังเคราะห์งานวิจัย <u>ขอเพิ่ม</u>

การที่จะทราบสถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยให้ชัดเจนเพื่อนำไปแก้ปัญหานั้น ควรศึกษาเป็นรายเผ่า เนื่องจากมีความแตกต่างกันทางวัฒนธรรมและธรรมเนียมประเพณีอย่างชัดเจน เช่น การแต่งงานเผ่าแม้ว ฝ่ายหญิงจะเข้าไปอาศัยบ้าน

ของฝ่ายชาย เผ่ากะเหรี่ยงฝ่ายชายมักจะมาอยู่บ้านฝ่ายหญิง เผ่าแม้วมักนิยมลูกชาย เผ่าแม้วมักจะไม่หย่าร้างแต่จะมีภรรยาหลายคน เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยแต่ละด้านต่างกัน

Cirriculum Vitae

Name	Kusol Soonthorndhada
Born	4 July 1951, Thailand
Age	46 years
Marital Status	Married
Home Address	99/28 Soi Sinsrupnakorn, Puthamontol Road 2, Paseejaroen Bangkok 10160, Thailand.

Education and Training

1969-1676 B.Econ.	Faculty of Economics (Economic Theory), Thamasat University, Thailand.
1973-1976 M.S.	Faculty of Applied Statistics (Demography), National Institute of Development Administration (NIDA), Thailand.
1978	Training in Social Science Research, National Research Institute, Thailand
1980	Summer Course in Population and Family Planning, East-West Population Institute, Honolulu, Hawaii, U.S.A
1991 Ph.D.	Population and Development National Institute of Development Administration (NIDA), Thailand
1994 Diploma	Human Rights, The Raoul Wallenberg Institute, Lund University, Sweden.
Area of Interest	Population and Development, Human Rights, and Migration of Labour, Child Care, Health.

Professional Experience

1977-1979	Instructor in Economics and Statistics, Faculty of Social Science, Khon Khaen University.
1983-present	Assistant Professor in Population and Development, and Applied Economics, Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
1986-1990	Assistant Professor in Health Economics, Faculty of Public Health, Mahidol University.
1987-present	Assistant Professor in Research Methodology. Teaching : Migration of Labour, Population and Development, Research Methodology Population Economics. Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Academic Services

1. Thesis advisor for Master Degree, Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
2. Thesis advisor for Master Degree and Ph.D. Faculty of Social Science and Humanities, Mahidol University.
3. Thesis advisor for Master Degree, Faculty of Public Health, Mahidol University.
4. Subcommittee member for Health Economic Training, Center for Coordination of Thailand Medical and Health Affair.

Publications :

1. Podhisita Chai, and Soonthorndhada Kusol, 1992 : Family Planning and Welfare Services for Female Workers in the Manufacturing Industry.
2. Soonthorndhada, K. and Others : Costing of Public Family Planning Services and Scope of Private Sector Provision, 1991.
3. Soonthorndhada, K. and Others : Child care, Women's status and fertility in urban Thailand, published in The Annual Meeting of the Population Association of America, Washington D.C. (26-29 May, 1991)
4. Richter, Kerry., Podhisita, Chai., Chamratrithirong Aphichat, and Kusol Soonthorndhada : Child Care in Urban Thailand : Choice and Constraint in a changing Society Publication No.159. IPSR, 1992.
5. Ard-am, Orathai and Kusol Soonthorndhada : Household Economy and Environmental Management in Bangkok : The Cases of Wat Chonglom and Yen-ar-kard, published in Asian Journal of Environmental Management, Vol.2 No.1 May 1994 Hong Kong.
6. Soonthondaha, Kusol (ed.) : The Turning Point of Population Policy in Thailand, 1996. published by The Thailand Research Fund (TRF)
7. Ogena B. Nimfa and Kusol Soonthorndhada : Globalization with Equity : Policies for growth of Thailand, published by the International of Labour, 1996.
8. Soonthorndhada, Kusol : The New Paradigm of Studying Migration system in Thailand. published in the annual Meeting the Population Association of Thailand. 22-23 Nov. 1996.
9. Soonthorndhada, Kusol : Child Labour from Foriegn Countries : Situation, Problems and Solutions. published in the Seminar on Child Labour in Thailand. Dec., 1996.
10. Soonthorndhada, Kusol et al."Migration Process, Employment Process, and Consequences of Immigrant Labour from Neighbouring Countries" 1997.
11. Soonthorndhada, Kusol et al. "Evaluation of School Lunch Program and Supplementary Program in Primary School." (Collaboration with Institute of Nutrition, Mahidol University) 1997.