

ชุดโครงการวิจัย  
ประเมินสถานภาพองค์ความรู้  
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย  
ในประเทศไทย

.....  
โดยการสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

รายงานวิจัยหมายเลข ๓  
พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง  
โดย  
ผศ.ดร. กุศล สุนทรธาดา

รายงานผลการวิจัยเบื้องต้นนำเสนอในการประชุมทางวิชาการ  
ชุดโครงการวิจัยประเมินสถานภาพองค์ความรู้  
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย  
ในประเทศไทย  
ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว  
ระหว่างวันที่ ๓-๕ มิถุนายน ๒๕๔๓

**ชุดโครงการวิจัย  
ประเมินสถานภาพองค์ความรู้  
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย  
ในประเทศไทย**

\*\*\*\*\*

โดยการสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

**รายงานวิจัยหมายเลข ๓  
พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง  
โดย  
ผศ.ดร. กุศล สุนทรธาดา**

**รายงานผลการวิจัยเบื้องต้นนำเสนอในการประชุมทางวิชาการ  
ชุดโครงการวิจัยประเมินสถานภาพองค์ความรู้  
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย  
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<br>ในประเทศไทย                                 |
| รายงานวิจัยหมายเลข ๗ :  | ชนกลุ่มน้อยกับการพัฒนาและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ฯ                                            |
| รายงานวิจัยหมายเลข ๘ :  | โสเภณีชาวเขาและชนกลุ่มน้อยกับขบวนการค้าหญิง<br>ในประเทศไทยและข้ามชาติ                     |
| รายงานวิจัยหมายเลข ๙ :  | ประสิทธิผลและการประเมินโครงการพัฒนาชาวเขา<br>และชนกลุ่มน้อย ทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย |
| รายงานวิจัยหมายเลข ๑๐ : | สิทธิของชนกลุ่มน้อยในกฎหมายระหว่างประเทศ                                                  |
| รายงานวิจัยหมายเลข ๑๑ : | สภาพความเป็นอยู่และปัญหาของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง<br>อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก               |
| รายงานวิจัยหมายเลข ๑๒ : | บทสังเคราะห์สถานภาพและการดำรงชีวิตของ<br>ชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย                  |



รายงานผลการวิจัยเบื้องต้นนำเสนอในการประชุมทางวิชาการ หมายเลข ๓  
“พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง”  
โดย ผศ.ดร.กุลล สุนทรธาดา

ภายใต้ชุดโครงการวิจัยประเมินสถานภาพองค์ความรู้  
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย  
ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร  
ระหว่างวันที่ ๓-๔ มิถุนายน ๒๕๕๑  
โดยการสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

จัดพิมพ์โดย คณะวิจัยโครงการวิจัยชุดประเมินสถานภาพองค์ความรู้  
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย  
พิมพ์ครั้งที่ ๒ กันยายน ๒๕๕๑  
นางสาวพัชรินทร์ ชาลาประศาสน์  
บรรณาธิการ

1. ชื่อโครงการวิจัย สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย

ชื่อโครงการย่อย พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง

2. ชื่อหัวหน้าโครงการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลล สุนทรธาดา  
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม  
มหาวิทยาลัยมหิดล

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 พัฒนาการปัญหาสถานะสุขภาพอนามัยชาวเขา                    | 9  |
| 6.2 สถานะสุขภาพอนามัยชาวเขา                                 | 10 |
| 6.3 พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง                     | 16 |
| 7. สรุปผลการสังเคราะห์งานวิจัย                              | 30 |
| 7.1 สถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาที่เป็นปัญหา       | 31 |
| 7.2 สถานะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในด้านดีของชาวเขา           | 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 |

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การสังเคราะห์งานศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูงได้รวบรวมจากเอกสาร รายงานงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ ทั้งหมด 59 เรื่อง โดยส่วนใหญ่มาจากเอกสารและรายงานทั้งที่เป็นรายงานการสำรวจ และรายงานการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวบรวมมาเป็นรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ตามลำดับ

วัตถุประสงค์ของการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ เพื่อทบทวนงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขา และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของชาวเขา ทั้งที่เป็นปัญหาและไม่ใช่ปัญหา ว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่เชื่อมโยงกับคุณสมบัติส่วนบุคคล เช่น ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม การรับรู้และแรงจูงใจ รวมทั้งบุคลิกภาพ อารมณ์ ความรู้สึก และอุปนิสัย โดยมีกรอบแนวความคิดในการมองพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาที่เชื่อมโยงกับสถานะสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลของพฤติกรรม รวมทั้งปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม-วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม อันมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

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

ส่วนพฤติกรรมที่ค่อนข้างดีของชาวเขาได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งโดยปกติถ้าชาวเขามีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ก็มักจะดูแลรักษาตนเองก่อน โดยการใช้สมุนไพรหรือการซื้อยากินเอง แต่ถ้าไม่หายก็จะไปหาหมอผี ให้หมอผีทำนายสาเหตุของโรค แล้วทำการเลี้ยงผีเพื่อเรียกขวัญและกำลังใจ แต่ถ้าหมอผีรักษาไม่หายหรือเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงก็จะไปพบ

แพทย์หรือใช้บริการรักษาพยาบาล ที่สถานีนามัยหรือโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ซึ่งแสดงว่าชาวเขามีพฤติกรรมของการแสวงหาบริการที่เป็นขั้นตอน พฤติกรรมสุขภาพที่ดีอีกประการหนึ่งคือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสตรีมีครรภ์/หลังคลอดและสุขภาพของเด็ก โดยการให้สตรีมีครรภ์หรือหลังคลอด ได้รับประทานอาหารบำรุง และดื่ม/อาบสมุนไพรต้ม ทำให้ทารกในครรภ์แข็งแรงสมบูรณ์ เมื่อคลอดออกมาจะมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เด็กจะได้กินนมมารดาเป็นระยะเวลานาน บางเผ่ากินจนกว่าแม่จะมีลูกคนใหม่ นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งเรื่องอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม โดยชาวเขามีความเชื่อว่าคนดีต้องให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างดี นอกเหนือจากการเคารพผู้อาวุโส

อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาจะแตกต่างกันไปตามแต่ละเผ่า แต่เผ่าที่มีข้อมูลพอเปรียบเทียบให้เห็นได้มาก คือเผ่ากะเหรี่ยงซึ่งมีประชากรมากที่สุด และเผ่าม้ง โดยสองเผ่านี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันหลายด้าน กล่าวคือ เผ่าม้งจะมีปัญหาพฤติกรรมการมีบุตรมาก มีบุตรอายุน้อย ไม่นิยมการฝากครรภ์ และไม่นิยมใช้วิธีการวางแผนครอบครัวมากกว่าชาวกะเหรี่ยง ทำให้มารดาชาวม้งไม่ได้รับการฉีดวัคซีนในระหว่างการตั้งครรภ์ และไม่ได้รับการดูแลหลังคลอด รวมทั้งเด็กอายุ 0-5 ปีไม่ได้รับวัคซีน ในสัดส่วนที่สูงกว่าชาวกะเหรี่ยง แต่เนื่องจากชาวม้งมีวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพสตรีมีครรภ์และเด็กเป็นอย่างดี 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 และเป็นปัจจัยเสริมให้มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์จากการที่ผู้ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาการเมือง ปรากฏว่า



มีชาวเขาจำนวนมากที่ลี้ภัยการเมืองจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาอาศัยกับชาวเขาที่อยู่เดิมมากขึ้น ทำให้ประชากรชาวเขาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดปัญหาที่ดินทำกิน ปัญหาสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเรื่องการใช้ปุ๋ยและสารเคมีในการปลูกพืชเศรษฐกิจ ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม ปัญหาด้านการสื่อสาร ภาษาและการรับรู้ข่าวสาร

ข้อเสนอแนะจากการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ มี 2 ประการคือ ข้อเสนอแนะในค่านโยบายและการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพชาวเขา โดยใช้แนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 โดยเน้นชาวเขาเป็นศูนย์กลาง และให้ชุมชนมีส่วนร่วม ลดการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติงานแบบบนสู่ล่างให้น้อยลง (คงไว้เฉพาะบางเรื่อง เช่นงานด้านการรักษาพยาบาล) ทำงานแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกให้มากขึ้น โดยเฉพาะงานด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพบางด้าน เช่น งานวางแผนครอบครัว การขาดสารอาหาร และการฉีดวัคซีน ส่วนงานป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพบางด้าน (เช่น พฤติกรรมการเสพติด 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 (ไม่รวมเผ่าตองเหลืองและตองซุ) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ทางภาคตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศ ในช่วง 20 กว่าปีที่ผ่านมา ชาวเขาอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ยากจะเข้าถึง แต่สถานการณ์ได้เปลี่ยนไปเมื่อถนนเข้าถึง และบริการที่จำเป็นต่างๆ รวมทั้งบริการสาธารณสุขก็สามารถกระจายเข้าไปถึงพื้นที่มากขึ้น ชาวเขาส่วนใหญ่ยังมีรายได้หลักมาจากการเกษตร บางหมู่บ้านมีรายได้เสริมจากการรับจ้างและการออกไปทำงานนอกหมู่บ้าน ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของชาวไทยภูเขาได้เปลี่ยนแปลงจากเดิมมาคล้ายคลึงกับชาวไทยบนพื้นราบ ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมไทยโดยรวมและสังคมของชาวไทยภูเขา 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 ทำให้ชาวเขาบางส่วนเคลื่อนย้ายลงมาหางานทำในพื้นที่ราบหรือในเมือง บางส่วนถูกทางราชการให้เคลื่อนย้ายลงมาพื้นราบเพื่ออนุรักษ์ป่าต้นน้ำ ทำให้ชาวเขาต้องเปลี่ยนอาชีพจากการทำไร่เลื่อนลอยมาเป็นอาชีพอื่นๆ ประกอบกับกระแสวัฒนธรรมการบริโภคของสังคมเมืองได้ไหลทะลักเข้าสู่ชาวเขาทั้งวัฒนธรรมการบริโภค และการท่องเที่ยว ทำให้ชาวเขาโดยเฉพาะสตรีถูกล่อลวงมาขายบริการทางเพศ มีการค้าและเป็นแหล่งยาเสพติด ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการระบาดของโรคเอดส์ติดตามมา แม้ว่ารัฐบาลจะได้ให้ความสนใจต่อปัญหาชาวเขามาตลอด โดยให้กรมประชาสงเคราะห์เป็นหน่วยงานหลักเข้าไปดำเนินงานแก้ไขปัญหา และพัฒนาชาวเขาร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ องค์กรเอกชน และกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นเวลากว่า 30 ปีแล้ว โดยมีจุดมุ่งหมายหลักให้ชาวเขาดังถิ่นฐานถาวรให้ถูกต้อง

ตามกฎหมาย เลิกการปลูกและเสพพืชเสพติด มีการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัยตามความจำเป็นพื้นฐานในระดับที่พึ่งพาตนเองได้ (กรมประชาสัมพันธ์, 2540) พร้อมทั้งนำกลยุทธ์ของการสาธารณสุขมูลฐานเข้าไปพัฒนาสุขภาพอนามัยชาวเขา เพื่อให้ชาวเขาได้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น แต่ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขายังคงมีอยู่ โดยเฉพาะปัญหายาเสพติด ปัญหาโรคเอดส์อันเนื่องมาจากพฤติกรรมเสี่ยงและวัฒนธรรมประจำเผ่าซึ่งแตกต่างกันไป

ดังนั้นการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศจึงจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุข และจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ทราบสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของชาวเขานอกจากจะได้องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาแล้วยังเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนนโยบาย และปรับปรุงการดำเนินงานด้านสุขภาพของชาวเขาไม่มากนักน้อย 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 แต่อาจจะมียานสำรวจหรืองานวิจัยบางชิ้นที่รวมถึงประชาชนไทยที่ขึ้นไปอยู่ปะปนกับชาวเขาและชนกลุ่มน้อยบนพื้นที่ราบสูง

### 3. ขอบเขตของการศึกษา

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

### 4. วิธีดำเนินการศึกษา

#### 4.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ก่อนที่จะมีการทบทวนองค์ความรู้ ก็ได้มีการสำรวจเอกสาร สิ่งพิมพ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากแหล่งต่าง ๆ แล้วอ่านเอกสารแต่ละชิ้นเพื่อจะนำมาจัดหมวดหมู่ของเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของชาวไทยบนพื้นที่สูงตามนิยามที่กำหนดไว้ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลของพฤติกรรมสุขภาพ โดยที่จะชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ แล้วจึงสรุปผลการสังเคราะห์และประเมินผลสถานภาพองค์ความรู้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ

#### 4.2 แหล่งข้อมูล

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

|                     |         |
|---------------------|---------|
| รายงานการศึกษาวิจัย | 31 ชิ้น |
| เอกสารรายงาน/สัมมนา | 12 ชิ้น |
| งานวิทยานิพนธ์      | 9 ชิ้น  |
| บทความลงวารสาร      | 7 ชิ้น  |

## 5. กรอบแนวความคิด

### 5.1 ความหมาย แนวคิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

#### 5.1.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ก่อนที่จะเข้าสู่การทบทวนงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขา น่าจะได้ทำความเข้าใจความหมายของคำว่า “พฤติกรรมสุขภาพ” ซึ่งการศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระบบการให้บริการด้านสุขภาพ (Health Service System) การศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับแง่มุมของแบบแผนวิถีชีวิตของคนและชุมชน ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อสภาวะสุขภาพ (health status) มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

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

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

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ นิสัยการรับประทานอาหาร จำนวนอาหาร ความถี่และเวลาของมื้ออาหาร รวมทั้งการรับประทานอาหารเมื่อเข้าทุกวัน ช่วงเวลาของการพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การนันทนาการต่างๆ

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

1.3 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการป้องกันอันตราย ได้แก่ พฤติกรรมที่ช่วยป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถ การใส่หมวกกันน็อก การเคารพกฎจราจร และพฤติกรรมด้านชีวอนามัย เช่น การใช้เครื่องป้องกันต่างๆและการไปรับภูมิคุ้มกันโรค

1.4 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มต้นของโรค เช่น การตรวจหามะเร็งปากมดลูก การตรวจร่างกายเพื่อคุณสมบัติภาพของหัวใจ การเอกซเรย์ประจำปีและการไปพบทันตแพทย์

ข. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตน คือ เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้เกิดความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วย และต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น ดังนั้น พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบายจึงครอบคลุมปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยเหลือ หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นได้ทั้งสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน บุคคลในครอบครัวญาติเพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งการไม่ทำอะไรเลย แต่จะคอยให้อาการผิดปกตินั้นหายไปเอง

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

อาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพนั้นเกิดขึ้นได้ทั้งก่อนที่จะป่วย เริ่มรู้ว่าเป็นตนเองป่วย และภายหลังจากป่วยแล้ว ไม่ว่าบุคคลจะอยู่ในสภาพการณ์เช่นไร ถ้าสามารถประพฤติดุปฏิบัติตน หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โอกาสที่จะไม่เป็นโรค หรือหายจากโรคย่อมมีมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

กอยแมน (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 สะอาด ถูกสุขลักษณะ 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

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

สมจิตร หนูเจริญกุล (2534) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพกับภาวะสุขภาพว่า พฤติกรรมในชีวิตประจำวันของแต่ละคนจะมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้นปัญหาทางด้านสุขภาพจึงเกิดจากปัจจัยด้านพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตที่บ้านทอนสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา

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

1. ด้านการกิน ได้แก่ คนในครอบครัวต้องได้รับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อาหารที่ถูกสุขลักษณะ ไม่กินอาหารสุกๆ ดิบๆ
2. ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ได้แก่ คนในครอบครัวต้องมีและใช้ส้วมอย่างถูกหลักสุขาภิบาล ดื่มน้ำและใช้น้ำที่สะอาดอย่างเพียงพอ ไม่ถูกรบกวนจากสิ่งรบกวนที่เป็นอันตราย จัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านเรียบร้อย
3. ด้านการมีโอกาสดำเนินชีวิตบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต 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 ก็เพื่อให้เข้าใจถึงพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดี 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

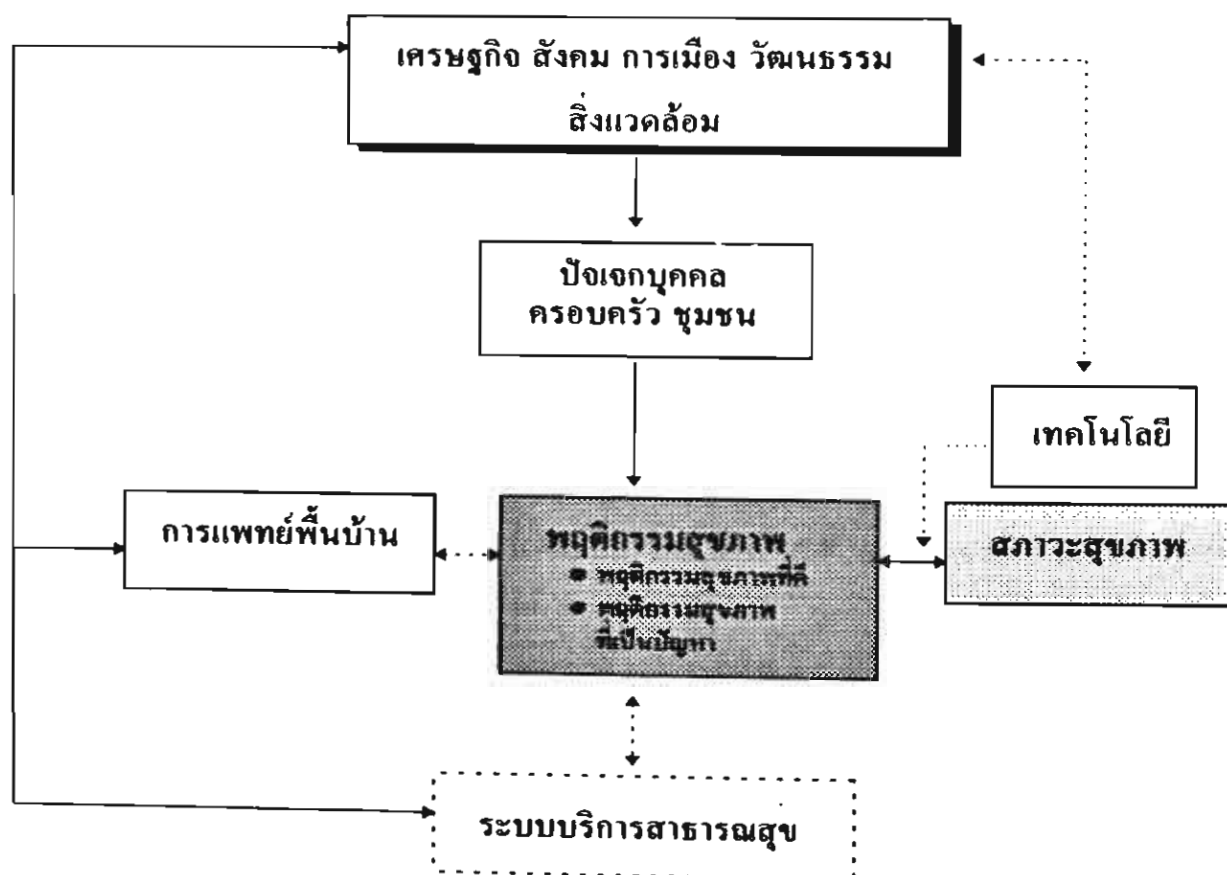
2. แหล่งกำเนิดและสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกเหนือไปจากความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัว (KAP) เกี่ยวกับสุขภาพด้านต่างๆ ต้องวิเคราะห์ว่า โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมเหล่านั้นถูกหล่อหลอมมาอย่างไร (เป็นการวิเคราะห์ DNAทางสังคม)

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 พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมแสวงหาบริการ 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) ปัญหาสุขภาพสิ่งแวดล้อม เช่น ไม่มีส้วม บริเวณใต้ถุนบ้านมีมูลสัตว์ เป็นต้น

เมื่อเศรษฐกิจสังคมเปลี่ยนไป ชาวเขาจำนวนมากต้องใช้ที่ดินอันมีจำกัดในการปลูกพืชเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ขายเข้ามาขายพืชผลในเมือง คนหนุ่ม-สาวอพยพมาขายแรงงานในพื้นที่ราบ ชาวเขาบริโภคข้าวที่สีจากโรงสีแทนการตำข้าว ชาวเขาพึ่งพาอาหารจากตลาดหรือในเมืองมากกว่า การปลูกพืช-ผักกินเอง การรับอิทธิพลการบริโภคทางวัตถุจากสังคมภายนอก รวมทั้งความอ่อนแอทางจารีตประเพณีดั้งเดิมที่ดั่งาม ทำให้ปัญหาสภาวะสุขภาพอนามัยของชาวเขาเปลี่ยนแปลงไป โดยปัญหาเก่าก็ยังคงมีอยู่เช่นปัญหาการเพิ่มประชากร ปัญหาโภชนาการ ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาการติดสารเสพติด เป็นต้น ในขณะที่ปัญหาใหม่ก็เริ่มเข้ามาอีกมาก โดยเฉพาะปัญหาการติดสารเสพติด เช่น เฮโรอีน และยาบ้า เป็นต้น ปัญหาการระบาดของโรคเอดส์ ในชุมชนชาวเขา อันเนื่องจากปัญหาที่สตรีชาวเขาบางส่วนไปประกอบอาชีพโสเภณี การเสพเฮโรอีนโดยใช้เข็มฉีดยา ผู้ชายชาวเขาไปเที่ยวบริการทางเพศ เป็นต้น

#### เอกสารอ้างอิง (พัฒนาการปัญหาสภาวะสุขภาพอนามัยชาวเขา)

1. วิชัย โปษยจินดา, 2529. ชาวเขากับปัญหาสาธารณสุข ข้าราชการสถานวิจัยชาวเขา 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. **ข้อมูลเบื้องต้น ผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง** เมษายน.
5. กรมประชาสงเคราะห์, กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2540. **ก้าวใหม่ การพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา**, กองสงเคราะห์ชาวเขา, ธันวาคม.

## 6.2 สถานะสุขภาพอนามัยของชาวเขา

ก่อนที่จะพิจารณาถึงพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขา เราจะมาพิจารณาถึงสถานะสุขภาพอนามัยของชาวเขาโดยทั่วไปก่อนว่ามีอะไรที่ดีและมีอะไรที่เป็นปัญหา

จากการสำรวจสถานะสุขภาพของประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง (หมายถึงชุมชนชาวเขา 9 ชาติพันธุ์ ได้แก่ กะเหรี่ยง แม้ว เหว้า มูเซอ ลีซอ อีเก้อ ลัวะ ถิ่น ขมุ รวมทั้งพื้นที่ที่ชนกลุ่มอื่นๆ เช่น ปะหล่อง จีนฮ่อ ไทยใหญ่ ไทยลื้อ รวมทั้งคนไทยพื้นราบที่ขึ้นไปทำกินปะปนกับชาวเขา) ของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข 2540 ซึ่งทำใน 7 จังหวัดที่มีชาวไทยภูเขาจำนวนมาก ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำพูน น่าน ดาก กาญจนบุรี พบว่าเผ่าพันธุ์ของชาวไทยบนพื้นที่สูงที่พบมากที่สุดคือ กะเหรี่ยง รองลงมาคือ แม้ว มูเซอ โดยเผ่ากะเหรี่ยงและแม้วมีประชากรรวมกันกว่า 2 ใน 3 ของประชากรชาวเขาทั้งหมด ซึ่งมีขนาดครัวเรือนเฉลี่ยประมาณ 5 คน โดยเผ่าม้งจะมีขนาดครอบครัวใหญ่ที่สุด (ประมาณ 14 คน ขณะที่ไทยลื้อมีขนาดครอบครัวเล็กที่สุด) ร้อยละ 53 ของครัวเรือนทั้งหมดประกอบอาชีพทำไร่และประมาณครึ่งหนึ่งของครัวเรือนทั้งหมด (ร้อยละ 49) มีรายได้ไม่เพียงพอ ลักษณะบ้านส่วนใหญ่ไม่ถาวร (ร้อยละ 60) ครัวเรือนประมาณร้อยละ 70 มีส้วมใช้ (อีกร้อยละ 30 ที่ไม่มีส้วมใช้ส่วนใหญ่จะถ่ายลงตามป่าไปทุ่ง) แม้ว่าชาวเขามีน้ำใช้ตลอดปี แต่มีเพียง 1 ใน 3 ที่มีน้ำบริโภคที่ถูกสุขลักษณะอีกร้อยละ 61 ใช้ประปาภูเขา การดูแลสุขภาพแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะ 4 ใน 5 ใช้วิธีเผากลางแจ้งซึ่งไม่ค่อยถูกวิธี สำหรับสถานะสุขภาพอนามัยด้านต่าง 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 เดือนที่ผ่านมาพบว่าการเกิดอุบัติเหตุในประชากรกลุ่มดังกล่าวยังไม่เป็นปัญหา มีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ประมาณร้อยละ 7 การเจ็บป่วยจนต้องรักษาตัวมีเพียงร้อยละ 4.5 ในขณะที่การเจ็บป่วยเรื้อรังมีไม่ถึงร้อยละ 1

6.2.3 ความพิการและโรคที่พบบ่อยในชุมชน ผู้พิการในชุมชนมีประมาณร้อยละ 1-2 ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77) ได้รับการดูแลจากครอบครัว โรคที่พบบ่อยในชุมชน 3 อันดับแรกได้แก่ ไข้หวัด/ไอ รองลงมาคือ อูจระรัง (ส่วนหนึ่งมาจากการดื่มน้ำที่ไม่ได้ต้มสุกและการมีส่วนร่วมไม่ครบทุกหลังคาเรือนเพราะมีน้ำใช้ไม่พอเพียง) 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 เช่น ให้น้ำหรือน้ำข้าวเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้เด็กในวัย 0-5 ปี ยังมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมากที่สุด โดยเฉพาะในฤดูหนาว รองลงมาคือโรคระบบทางเดินอาหารซึ่งทั้งสองโรคเป็นโรคที่ป้องกันได้ (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2530) โดยเฉพาะชาวเผ่ากะเหรี่ยงมักไม่มีคู่มือกับข้าว 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 คลอดกับหมอดำแย นอกนั้นสามี่ แม่สามี่/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 มีข้อห้ามเรื่องอาหารที่เชื่อถือกันมากกว่าไม่ให้สตรีหลังคลอดอย่างน้อย 1 เดือน บริโภคหมูสีขาว ไก่สีนวลเหลืองและผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เป็นต้น ข้อห้ามเหล่านี้มีจุดประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคอันตรายต่อสุขภาพของแม่และมีผลถึงลูก ซึ่งจำเป็นต้องกินนมแม่อยู่ นอกจากนี้ยังมีการรักษาโดยสมุนไพรให้แผลในช่องคลอดหายเป็นปกติ มีการปฏิบัติตนตามประเพณี เช่น การบูชาวิญญาณบรรพบุรุษ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการไช้ยาที่ไม่ถูกประเภท ซึ่งจัดได้ว่าเป็นข้อปฏิบัติที่น่าสนับสนุน ข้อปฏิบัติเหล่านี้ช่วยให้หญิงมีครรภ์สามารถมีสุขภาพอนามัยที่ดีส่งเสริมให้ร่างกายสะอาด และฟื้นตัวกลับคืนมาได้อย่างปกติ มี “แม่” บางคนซึ่งเป็นส่วนน้อยพบมากในหมู่บ้านชาวเขาเผ่าลาหู่ ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ซึ่งบ่อยครั้ง “แม่” เหล่านี้จะนั่งสูบบุหรี่ไปด้วยในระหว่างที่ให้ลูกดูดนมของคนอยู่ ควันบุหรี่ย่อมจะเป็นอันตรายบ้างไม่มากก็น้อยต่อเด็กน้อยเหล่านั้น “แม่” บางคนดื่มเหล้าองุ่นผสมสมุนไพร โดยมีความคิดว่าเป็นยาบำรุงร่างกายของแม่ แต่ลืมคิดไปว่าเหล้าองุ่นนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพของลูกน้อยที่ยังดูดนมแม่อยู่

ข้อสังเกตจากการสำรวจที่น่าสนใจคือ ในระหว่างที่แม่ให้นมลูกนั้น ถ้าไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ แม่ก็จะไม่ไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับวัคซีน เนื่องจากกลัวว่าการฉีดวัคซีนจะทำให้ให้นมแม่แห้ง และการฉีดวัคซีนในเด็กทารก อายุ 0-12 เดือน จะทำให้เด็กมีอาการไข้ อ่อนแอ 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 ได้ทำการสำรวจสถานะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่ราบสูง พบว่า (ดูตารางที่ 1) ในช่วงปี พ.ศ. 2536-2539 ชาวเขาคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 คือเพิ่มจากร้อยละ 45.3 เป็น 55.5 และในปี พ.ศ. 2540 ก็เพิ่มเป็นร้อยละ 60.8 การเพิ่มอัตราวางแผนครอบครัวดังกล่าวแม้ว่าจะไม่เพิ่มสูงนัก แต่ก็ เป็นผลมาจากการทุ่มเทงบประมาณมากมายลงไปในพื้นที่ชาวเขาเช่นงบโครงการอนามัยบนพื้นที่สูง งบประมาณปกติ งบต่างประเทศ รวมทั้งการพัฒนาการวางแผนครอบครัวเชิงรุกทั้งโดยรวมและเป็นรายเผ่า ซึ่งแสดงถึงความพยายามของภาครัฐในการที่จะสนับสนุนให้ชาวเขาคุมกำเนิดให้มากขึ้น เนื่องจากประชากรของชาวเขาได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งจากการเพิ่มธรรมชาติและการย้ายถิ่นเข้ามาของชาวเขาจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น จาก พม่า และลาว ชาวเขาส่วนใหญ่ยังมีอัตราการคุมกำเนิดต่ำและใช้วิธีชั่วคราว (นิยมนานิดมากที่สุด) 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                                                       | การสำรวจ<br>ชาวเขาปี 36 | การสำรวจ<br>เผ่ากะเหรี่ยง<br>ปี 37 | การสำรวจ<br>เผ่าม้ง<br>ปี 38 | การสำรวจ<br>ชาวเขา<br>ปี 39 | การสำรวจ<br>พื้นที่สูง<br>ปี 40 |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>ด้านวางแผนประชากรและครอบครัว</b>                               |                         |                                    |                              |                             |                                 |
| - 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                            |
| <b>ด้านอนามัยแม่และเด็ก</b>                                       |                         |                                    |                              |                             |                                 |
| - อัตราหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด<br>ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ | 33.5                    | 43.7                               | 29.4                         | 36.5                        | 50.0                            |
| - อัตราหญิงมีครรภ์ที่คลอดโดย จนท. หรือ<br>ผดุงครรภ์เรียบร้อยแล้ว  | 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                             |
| <b>ด้านภูมิคุ้มกันโรค</b>                                         |                         |                                    |                              |                             |                                 |
| - 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 ได้รับวัคซีนคอตีบและบาดทะยัก                   | 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” และสำนัก  
นโยบายและแผนสาธารณสุข “ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง” (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 Council.
9. มุลินธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา, 2538. *รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคุณภาพชีวิตแม่และเด็กชาวเขา ลุ่มน้ำจัน แม่สลอง เชียงราย* มุลินธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา.
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 วรารัตน์, 2541. *ความรู้ ทักษะ และ การควบคุมกันโรคของชนกลุ่มน้อยในภาคเหนือของประเทศไทย* เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการสำรวจสภาวะควบคุมกันโรคในประเทศไทย 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 อย่างไรก็ตามการสำรวจนี้ไม่ได้ถามถึงการเสพยาเสพติดอื่น เช่น ผิ่น เฮโรอีน ยาม้า แต่มีการศึกษาหลายอันที่ระบุว่ามีการใช้สารเสพติดดังกล่าว เช่น งานศึกษาของ Renard et. al., 1994 (Renard, R.D., Singhanetra-Renard, A. and Kampe K., 1994:24) ที่ระบุว่า การสูบบุหรี่ถูกพบครั้งแรกในหมู่บ้านม้ง และหลังจากนั้นก็แพร่กระจายไปสู่ชาวเขาเผ่าต่าง ๆ อย่างน้อย 5-6,000 คน ใน 150 หมู่บ้านหรือมากกว่านั้น โดยเฉพาะในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งพบในกลุ่มวัยรุ่นและเพศชาย (ทั้งจริงผิ่นและเฮโรอีนมีผลกระทบต่อคนทุกกลุ่มอายุ รวมทั้งเด็ก เพราะได้รับจากกลิ่นควันที่ผู้ใหญสูบบุหรี่) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานและวัยรุ่นแม้ว่าชาวเขาในโครงการไทย-นอร์เวย์จะถูกส่งไปอดยาแต่ร้อยละ 90 ก็กลับมาติดอีกหลังจากกลับมาอยู่ในหมู่บ้าน จากรายงานของกรมประชาสัมพันธ์ (กรมประชาสัมพันธ์, 2540:8) รายงานว่าปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันหนึ่งของชาวเขาก็คือการติดฝิ่น ซึ่งมีเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะชาวเขาส่วนหนึ่งใช้ฝิ่นเป็นยารักษาโรค แม้ว่าในปัจจุบันชาวเขาจะปลูกฝิ่นน้อยลง แต่การบริโภคฝิ่นก็ไม่ได้น้อยลง เพราะสามารถซื้อหาได้และเป็นสินค้าผิดกฎหมายที่มีราคาแพง (Thai-Australia-HASD, 1993:9-10) นอกจากนี้จากรายงานการวิจัยเพื่อการพัฒนาเรื่องศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน (ประเสริฐ ชัยพิภลิต และคณะ, 2538) ได้พบปัญหาเรื่องยาเสพติดจากรายงานของคณะกรรมการหมู่บ้านในหลายพื้นที่ในสี่จังหวัดภาคเหนือ (เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน พะเยา และลำปาง) ว่าปัญหายาเสพติดมีทุกหมู่บ้าน หมู่บ้านหนึ่ง ๆ จะมีผู้ติดยาเสพติด 5-10 คน เป็นยาเสพติดประเภทฝิ่นและเฮโรอีนเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุและวัยกลางคนโดยมากเสพยาฝิ่น ส่วนวัยรุ่นผู้ชายจะเสพยาเฮโรอีน อย่างไรก็ตาม การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาเสพติด เป็นเรื่องละเอียดอ่อนมาก เพราะชาวบ้านมักไม่ให้ข้อมูล เพราะเกรงจะทำให้ภาพพจน์ของหมู่บ้านเสียหาย และไม่อยากให้โลกภายนอกรับรู้ ทำให้ตัวเลขของชาวเขาที่ติดยาเสพติดไม่ชัดเจน

#### 6.3.2 พฤติกรรมการเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย

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

พยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัด รองลงไปคือไปโรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน (ร้อยละ 17) และสถานีนามัย (ร้อยละ 15) ตามลำดับ แต่ที่ยังรักษาด้วยหมอผี มีเพียงร้อยละ 2 ซึ่งการไปรักษาในสถานบริการต่างๆ ดังกล่าว มาจากการตัดสินใจเองหรือตัดสินใจร่วมกันระหว่างสามีภรรยา (มากกว่าร้อยละ 60) อีกประมาณร้อยละ 22 สามีเป็นผู้ตัดสินใจ การเดินทางไปสถานีนามัยไม่ไกลมากนัก คือครั้งหนึ่งอยู่ในรัศมี 3 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางต่ำกว่า 30 นาที (ร้อยละ 72) นอกนั้นอยู่ไกล ใช้เวลาเดินทางเป็นชั่วโมง

สำหรับการใช้สมุนไพร แม้ว่าในปัจจุบันจะใช้น้อย คือประมาณร้อยละ 3 สำหรับการเจ็บป่วยทั่วไป ทั้งนี้เนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การคมนาคมที่สะดวกขึ้น ทำให้ชาวเขามีความสะดวกมากขึ้นในการไปรับบริการ ประกอบกับพื้นที่ในการเพาะปลูกถูกใช้ไปในการปลูกพืชเศรษฐกิจ ทำให้สมุนไพรหายากขึ้น รวมทั้งการรักษาแผนปัจจุบัน หาง่าย สะดวกกว่า และได้ผลดีกว่า แต่อย่างไรก็ตาม ชาวเขารู้จักการนำสมุนไพรจากป่าและบางชนิด ปลูกไว้ในบ้านรวมทั้งผืนมาใช้ โดยเฉพาะเผ่าม้ง เย้า ลีซอ และกะเหรี่ยง ซึ่งภูมิปัญญาของชาวเขามีอยู่มากมายเกือบทุกเผ่า (ธงชัย สาระกุล, 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 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 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 โดยเฉพาะวัคซีนหัด และวัคซีนป้องกันตับอักเสบบี ไม่ได้รับมากที่สุดตามลำดับ (ร้อยละ 33 และร้อยละ 21) การที่เด็กได้รับวัคซีนไม่ครบ ส่วนใหญ่มาจากพ่อ-แม่ออกไปทำไร่นอกหมู่บ้านเป็นเวลานาน บางที 2-3 เดือน

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

และจากการสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาเผ่าม้งและกะเหรี่ยงในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536-39 (ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2536-39) และการสำรวจสถานะสุขภาพชาวไทยบนพื้นที่สูง (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 ดังนั้นปัจจัยด้านสภาพของอาหารในชุมชนจึงมีส่วนทำให้เด็กได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน จึงมีการขาดสารอาหารกันในระดับสูง

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

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

#### 6.3.4 พฤติกรรมการคุมกำเนิด

ประชากรไทยบนพื้นที่ราบสูงคุมกำเนิด ร้อยละ 61 ซึ่งก็ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผนฯ 7 (ร้อยละ 70) วิธีคุมกำเนิดที่นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบัน คือ วิธียาฉีดคุมกำเนิด (ร้อยละ 22 รองลงไปคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 17) และทำหมันหญิง (ร้อยละ 14) ซึ่งใกล้เคียงกับตัวเลขจากการสำรวจสภาวะคุมกำเนิด รอบที่ 5 พ.ศ. 2539 (อัญชลี วรารัตน์, 2541) ส่วนถุงยางอนามัยไม่นิยมใช้ (ไม่ถึงร้อยละ 1) เพราะเชื่อว่าจะใช้กับโสเภณีเท่านั้น และวิธียาฝังคุมกำเนิดก็ลดความนิยมลง เพราะมีผลข้างเคียงมาก บางเผ่าไม่ยอมรับการใส่ห่วงอนามัยเพราะเชื่อว่าเป็นสิ่งนอกกายจะไม่นำเข้าร่างกาย การตัดสินใจคุมกำเนิดเป็นการตัดสินใจของภรรยาและการตัดสินใจร่วมกันในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 34-35 ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (ดูตารางที่ 1) แม้ว่าการกระจายบริการสาธารณสุขจะครอบคลุมประชากรชาวเขามากขึ้น การสื่อสารความรู้เรื่องการคุมกำเนิดกระจายกว้างขวางมากขึ้น แต่ชาวเขาก็กังหันเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการคุมกำเนิดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น 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 ซึ่งกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่ ได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่รัฐ อสม./ผู้นำชุมชน (อย่างละประมาณ 1 ใน 3) จากโทรทัศน์และวิทยุ (อย่างละ ร้อยละ 24) และจากหอกระจายข่าว (ร้อยละ 13) สำหรับความรู้หรือข่าวสารที่ได้มากหรือบ่อย ได้แก่ ข่าวสารด้านการวางแผนครอบครัว จากการสำรวจความต้องการสื่อในกลุ่มชาวเขาเผ่าม้งที่จังหวัดแพร่ (นิคย์ คีสุวรรณ และคณะ, 2538) พบว่า ต้องการสื่อประเภทวีดีโอมากที่สุด รองลงไปที่สไลด์และเทปเสียงภาษาม้ง โดยต้องการความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ ใช้เลือดออก การขาดสารไอโอดีน การวางแผนครอบครัว อูจจาระร่วง มาเลเรีย ตาแดง และไข้หวัดใหญ่

### 6.3.7 พฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

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 (สถานีนอนามัย ร้อยละ 40 โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 12 โรงพยาบาลจังหวัดและอื่น ๆ ร้อยละ 11) ใช้บริการเอกชน ร้อยละ 15.8 เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง 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 (สถานีนอนามัย/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 ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยชาวเขาทุกคนมักจะให้หมอผี/หมอพื้นบ้านหาสาเหตุว่าเกิดจากอะไร (เช่น หมอผี ชาวกระเหรี่ยงใช้วิธีทำนายจากการดูปีกไก่ หมอผีชาวเข้าใช้ไม้/จ้าว ในการเสี่ยงทาย ชาวม้งใช้วิธีเข้าทรง เป็นต้น) หลังจากนั้นหมอผีก็จะบอกว่าให้เซ่นไหว้อย่างไร (เช่น เชือดไก่ หมู เป็นต้น) จำนวนมากน้อยเพียงใดแล้วทำพิธีกรรม ซึ่งเรียกว่า “การเลี้ยงผี” เพื่อเรียกขวัญให้กลับคืนมา