

ธงชัย สาระกุล (2538) พูดถึงการดูแลสุขภาพตนเองของชาวเขา ซึ่งเขาได้ศึกษาใน 6 เผ่า (ม้ง เย้า ลีซอ มูเซอคำ กะเหรี่ยง และอาข่า) ว่าโดยปกติเมื่อชาวเขาเจ็บป่วย ถ้าป่วยเล็กน้อยมักจะรักษาเองในครอบครัวก่อน (เช่น ใช้สมุนไพร หรือซื้อยากินเอง) ถ้าเป็นมากมักไปหาหมอผี และหากว่าการเจ็บป่วยไม่ได้เกิดจากผีหรือหมอผีรักษาไม่ได้ จึงนำส่งโรงพยาบาล บางคนเมื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลแล้ว 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 ผู้สูงอายุได้รับการยกย่องให้เป็นที่ยอมรับประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำทางพิธีกรรมและเป็นผู้ตัดสิน ผู้กระทำผิดในหมู่บ้าน 4) ยามเจ็บป่วยต้องมีการรักษาวิธีรักษาที่จะทำพิธีขอมาญาติผีปีศาจหรือวิญญาณบรรพบุรุษที่เขาเชื่อว่าเป็นต้นเหตุของการเจ็บป่วย โดยการ “เลี้ยงผี” ซึ่งอาจต้องฆ่าไก่ ฆ่าหมู เพื่อเป็นของเซ่นไหว้ และยังรักษาโดยใช้สมุนไพร ซึ่งเป็นของหาง่ายใกล้ตัวมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ซึ่งส่วนใหญ่จะนำมาต้มกับน้ำดื่ม ภูมิปัญญาด้านสมุนไพรมีอยู่มากมายในชาวเขาทุกเผ่า รัฐจะหาทางอย่างไรในการรักษาฟื้นฟู และนำมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อให้มีการใช้ภูมิปัญญาดังกล่าวอย่างเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด

นอกจากนี้ ในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวเขามีพฤติกรรมหลายอย่างที่นำไปในทางเสริมสร้างสุขภาพตนเอง เช่น การทำงานของหญิงมีครรภ์จนคลอดเพื่อให้คลอดง่าย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลหลังคลอด หญิงชาวเขาหลายเผ่ามักอยู่ไฟ กินข้าวต้ม เครื่องเทศ สมุนไพรบำรุงน้ำนม และอาบ และชาวม้งบำรุงร่างกายด้วยการกินไก่ต้มผสมสมุนไพร เป็นเวลาหลายวัน (ยกเว้นชาวกะเหรี่ยงที่ไม่กินไก่และไข่) สำหรับเด็ก ๆ ก็มีประเพณีในบางเผ่า เช่น อาข่ามีประเพณีชนไข่แดง พอไข่แดงก็เอามากินกัน เป็นต้น ประเพณีบางอย่างส่งเสริมกำลังใจ และความสุขในสังคม เช่น การนับถือผีบรรพบุรุษ การเคารพผู้อาวุโส การเรียกขวัญ การรับประทานข้าวซ้อมมือและพืชผัก

ตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ส่งเสริมโภชนาการที่ดี รวมทั้งมีข้อห้ามที่ส่งผลดีต่อสุขภาพหลายอย่าง เช่น การไม่นั่งขวางประตู เล่นของมีคม หญิงสาวไม่อยู่ตามลำพังกับชายอื่น เป็นต้น

6.3.8 พฤติกรรมการเสพยาเสพติด

ในด้านการดูแลสุขภาพ ชาวเขายังมีปัญหาอยู่อีกหลายด้าน เช่น การติดฝิ่นและยาเสพติด การแต่งงานเร็วและมีลูกมาก การขาดสารอาหารของเด็ก การไม่ใช้ส้วม การไม่รักษาความสะอาดของบ้านเรือนและการเลี้ยงสัตว์ การจัดระบบระบายน้ำเสีย ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของชาวเขา แต่ที่เป็นปัญหาใหญ่ก็คือปัญหาการติดฝิ่นและยาเสพติด ในอดีตชาวเขาใช้ฝิ่นเป็นยารักษาโรค เช่น มาเลเรีย ท้องเสีย ช่วยระงับความเจ็บปวดต่าง ๆ มาเป็นเวลานานแล้ว ทำให้ทำงานได้ ตั้งแต่ปี 2532 เป็นต้นมารัฐบาลมีนโยบายให้ชาวเขาเลิกปลูกพืชเสพติด ทำให้การปลูกฝิ่นลดน้อยลงไปมาก ในปัจจุบันคาดว่าชาวเขาที่ยังติดฝิ่นอยู่ อีกประมาณ 35,000 คน (United Nations, 2538 อ้างในกองส่งเสริมสุขภาพ, 2538:11) และไพบุสย์ สุทธธาดา (2536 อ้างใน ลีศึก ฤทธิ์เนติกุล, 2540) พบว่าในเขตพื้นที่โครงการหลวง 26 เขต มีผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 4-5 ของประชากรชาวเขาทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ชายสูงอายุ แต่ปัญหาที่ตามมาคือสภาพทางเศรษฐกิจสังคมเปลี่ยนแปลงไปนี้ ทำให้มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดอื่นเช่น เฮโรอีน และยาฆ่าแมลงในหมู่ชาวเขามากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานทั้งชายและหญิง ซึ่งส่วนใหญ่นิยมการฉีดเข้าเส้น ซึ่งนับเป็นปัญหาที่บั่นทอนสุขภาพอนามัยของชาวเขาเป็นอย่างมาก และยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่กระจายของโรคเอดส์ในกลุ่มที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน

6.3.9 พฤติกรรมทางเพศและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

สถานการณ์การติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาได้ทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ โดยมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเพศสัมพันธ์และการใช้ยาเสพติดเป็นหลัก จากเอกสารและรายงานต่าง ๆ พบว่า มีหญิงชาวเขาจำนวนมากสมัครใจเข้ามาประกอบอาชีพขายบริการทางเพศและบางส่วนถูกล่อลวงมา สถิติโสเภณีที่ติดเชื้อเอดส์ใน 17 จังหวัดภาคเหนือ พบว่า เชียงใหม่ ลำพูน และเชียงรายมีอัตราการความชุกของผู้ติดเชื้อเอดส์ (ดูตารางที่ 2) จากงานศึกษาสถานะด้านสุขภาพ ชาวเขา เขตอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ในโครงการไทย-ออสเตรเลีย (TA-HASD, 1993:7) ใน 4 จังหวัดที่โครงการดำเนินอยู่ เชียงรายมีอัตราการติดเชื้อ HIV สูงมากอาจสูงถึงสิบเท่าของอัตราการติดเชื้อทั่วประเทศ ในจำนวนผู้ติดเชื้อร้อยละ 80 ติดจากการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 55 เป็นหญิง (สถิติทั่วประเทศพบว่า ร้อยละ 40 ติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์และร้อยละ 25 เป็นหญิง) จากการศึกษาของ อรรถพร 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	5,029	3.48

ที่มา: โครงการโรคเอดส์ สภากาชาดไทย กสวิธีให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ชาวเขา 2534:28

ก. วัฒนธรรมประจำเผ่า โดยเฉพาะวัฒนธรรมในการเลือกคู่ครอง การแต่งงาน และการหย่าร้าง ชาวเขาที่มีการนับการสืบเชื้อสายทางฝ่ายบิดา (เช่น แม่ัว เ้า ลีซอ มูเซอ อีก้อ และขมุ) มีเสรีภาพในการเลือกคู่ครองก่อนแต่งงานที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน โดยเฉพาะกับคนในเผ่าเดียวกันได้ ในขณะที่เผ่าที่นับการสืบเชื้อสายฝ่ายมารดาห้ามไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่ง (เช่น กะเหรี่ยง และถิ่น) แต่ชายกะเหรี่ยงสามารถเป็น “นักเที่ยว” ได้โดยไม่ผิดจารีตประเพณี กฎเกณฑ์ของการแต่งงานของชาวเขากลุ่มที่นับการสืบเชื้อสายจากบิดา ถือว่าการแต่งงานเป็น “การซื้อเมีย” เนื่องจากต้องจ่ายค่าสินสอดให้เจ้าสาวและมีพิธีแต่งงานอย่างเป็นทางการซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะเผ่าแม่ัว เ้า และลีซอ นอกจากนี้ชาวเขบางเผ่าเช่นเผ่าแม่ัว ยังยึดถือคติความเชื่อแบบดั้งเดิมว่าการแต่งงานมีภรรยาหลายคนทำให้มีแรงงานในบ้านเรือน นอกจากนี้ประเพณีการหย่าร้างก็ทำได้ แต่มักจะมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายในพิธีแต่งงาน ชาวเขาที่เสียค่าใช้จ่ายในการแต่งงานสูง (เช่น แม่ัว เ้า ลีซอ กะเหรี่ยง ถิ่น และขมุ) ส่วนกลุ่มที่เสียค่าใช้จ่ายไม่มากนัก (เช่น มูเซอ และอีก้อ) จะมีการหย่าร้างและการแต่งงานใหม่บ่อยครั้ง จากรูปแบบวัฒนธรรมประเพณีประจำเผ่าดังกล่าวทั้งในเรื่องของการเกี้ยวพาราสี การเลือกคู่ครอง ประเพณีทางเพศแสดงถึงความพร้อมในแต่งงาน จะเป็นช่องทางเอื้อต่อการแพร่กระจายเชื้อ HIV ได้ ทั้งจากคนนอกสู่กลุ่มที่มีการขายและบุตร

ข. ยาเสพติด การแพร่ระบาดของยาเสพติด โดยเฉพาะเฮโรอีน ในหมู่บ้านบางแห่ง ซึ่งมีการเสกกันทั้งชายและหญิงที่อยู่ในวัยกลางคน ซึ่งนิยมวิธีการฉีดมากกว่าผู้สูงอายุซึ่งนิยมการสูบ บางหมู่บ้านที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว จะมีปัญหาเสพติดทั้งในฐานะที่เป็นผู้เสพติดและผู้ขาย นอกจากนี้การฉีดยาเพื่อรักษาการเจ็บป่วยก็เป็นที่ยอมรับของชาวเขาหลายเผ่า ทำให้มีโอกาใช้เข็มฉีดยาซ้ำซากทำให้แพร่เชื้อได้เช่นกัน ผู้ที่เสกเฮโรอีนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงสุดคือเผ่ามั่ว โดยเฉพาะในหมู่บ้านที่มีเศรษฐกิจดี

ค. การท่องเที่ยวและการอพยพแรงงาน มีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศที่นิยมไปท่องเที่ยวในหมู่บ้านชาวเขา ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรื่องของการทางเพศและยาเสพติดเข้าไปในการจัดนำเที่ยว ชุมชนก็ได้รับการบอกกล่าวให้ทำการให้บริการบางหมู่บ้านมีสถานบริการทางเพศในหมู่บ้านเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยว เผ่าที่พบเป็นหญิงบริการมากตามลำดับ คือ มูเซอ อีเก้อ 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 ส่วนใหญ่จะเป็นการออกไปรับจ้างเป็นแรงงานไร้ฝีมือ การอพยพแรงงานเช่นนี้ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการนอกชุมชนและได้รับเชื้อ แล้วอาจนำกลับมาสู่ครอบครัวในชุมชนชาวเขา

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

มากขึ้น ปัญหาสังคมในระดับครอบครัวมีหลากหลาย การหย่าร้างมีสูง) ปัจจัยกลุ่มที่สอง คือ กลไกทางสังคมตามจารีตชาวเขาซึ่งเคยเป็นพลังยึดเหนี่ยวสังคมชาวเขาได้หย่อนประสิทธิภาพลงไป ไม่สามารถทำหน้าที่กำกับดูแลคนในสังคมให้อยู่ในจารีตเดิมได้ ประกอบกับเงื่อนไขทางวัฒนธรรมบางประการที่สนับสนุนให้พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของหนุ่ม-สาวมีอิสระเต็มที่ ปัจจัยสุดท้ายคือปัจจัยจากสังคมภายนอก ได้แก่ การรับรู้ ข่าวสารข้อมูล ทั้งทางบวกและลบของการค้าประเวณี การท่องเที่ยว วัฒนธรรมบริโภคนิยม ที่มาพร้อมกับการพัฒนาและระบบการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตในท้องถิ่น) ส่วนปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้การค้าประเวณีดำรงอยู่ก็คือการค้ายาเสพติด ซึ่งเป็นธุรกิจที่พึ่งพิงกัน (สารภี ศิลา, 2538ค. และสนิท วงศ์ประเสริฐ, 2537)

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จากการมีเพศสัมพันธ์ทางการศึกษาของเฉลิมชัย ปัญญาดี (2538) ที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนชาวเผ่าอีเก้อ พบว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ซึ่งได้แก่ เจลนกล่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเอชไอวี ประสบการณ์การย้ายถิ่น การคล้อยตามกลุ่มเพื่อนและเจตนาคิดต่อการใช้ถุงยางอนามัย (ตัวแปรดังกล่าวอธิบายความแปรปรวนร้อยละ 21) และปัจจัยด้านโครงสร้างสังคม สิ่งแวดล้อมของชุมชน ได้แก่ ค่านิยม ความถือสาระทางเพศของชุมชน (วัฒนธรรมการเลือกคู่ครอง การแต่งงานและการหย่าร้าง) และอัตราการอ่านออกเขียนได้ของชุมชน

นอกจากนี้ก็ยังมียานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับโรคเอชไอวีอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น การศึกษาสภาวะเศรษฐกิจ สังคมของชุมชนชาวเขากับการแพร่ระบาดของโรคเอชไอวี (สถาบันวิจัยชาวเขา, 2539) ซึ่งเป็นโครงการสำรวจในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา และแม่ฮ่องสอน ในหมู่บ้าน 18 แห่งที่มีความหลากหลายทางกลุ่มชาติพันธุ์-วัฒนธรรม (กะเหรี่ยง แม้ว อีเก้อ มูเซอ ถิซอ เข่า และลื้อ พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมที่เชื่อมโยงกับปัญหายาเสพติดและโรคเอชไอวีก็คือ ปัญหาการไม่มีที่ดินทำกิน มีที่ดินจำกัด ทำให้การใช้พื้นที่ซ้ำซาก ต้องลงทุนด้านสารเคมี (ปุ๋ย/ยาฆ่าแมลง) มากขึ้น ประกอบกับความจำเป็นด้านอื่น ๆ ที่ต้องใช้เงิน เช่น ด้านการศึกษา สุขภาพอนามัยและสิ่งอำนวยความสะดวกมีมากขึ้น จึงเป็นแรงบีบบังคับให้ชาวเขาต้องดิ้นรนหารายได้ให้มากขึ้น ทำให้เกิดแรงผลักดันให้อพยพเข้ามาหางานทำในเมืองมากขึ้น เช่นเดียวกับคนในชนบทที่อยู่พื้นที่ราบทั่วไป แต่ชาวเขามีปัญหามากกว่า เนื่องจากชาวเขายังขาดความพร้อมในด้านสุขภาพ การศึกษา ประชากรชายประมาณ 1 ใน 3 และประชากรหญิงเกือบครึ่งหนึ่งไม่เคยเข้าสู่ระบบโรงเรียน ขาดขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในเมือง ทำให้ต้องปรับตัวอย่างมากเพราะมีวัฒนธรรมประเพณีของชนเผ่าที่ต่างจากคนพื้นราบ ชาวเขาขาดทักษะและมีมือแรงงาน ขาดความรู้ด้านสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายในฐานะพลเมืองไทย การได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายแรงงาน เป็นต้น เวลาอพยพเข้ามาทำงานในเมือง ทำให้แรงงานชาวเขากลายเป็นแรงงานไร้ฝีมือที่ตลาด

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

สำหรับการแก้ไขปัญหายุ่งเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ มีข้อเสนอแนะจากงานศึกษาหลายอันของสถาบันวิจัยชาวเขา ที่เกี่ยวกับการใช้วัฒนธรรมชุมชนในการแก้ปัญหาการค้าประเวณี ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่สุด และสำคัญมากกว่าการใช้สารเสพติดของชาวเขา ในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ แม้ว่าจะมีความเห็นของคณะกรรมการหมู่บ้านชาวเขาในจังหวัดเชียงใหม่ว่าเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขเร่งด่วนรองจากปัญหาเสพติด (ประเสริฐ ชัยพิภุต และอิฐศักดิ์ ศรีสุโข, 2536:79-83) ก็ตาม สถาบันวิจัยชาวเขาก็ได้ให้ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ไว้หลายประการ ได้แก่

1) การให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การจัดอบรมเรื่องโรคเอดส์แก่ชาวบ้านอย่างทั่วถึง ความรู้เรื่องโรคเอดส์เข้าไปในการประชุมหรือพิธีทางศาสนา (ประเสริฐ ชัยพิภุต, 2535) โดยใช้กลวิธีสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้เข้าถึงวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความแตกต่างกัน ในแต่ละเผ่าพันธุ์โดยไม่ละเลยความเป็นมนุษย์ และคุณค่าทางจิตใจของแต่ละเผ่าเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ตามทัศนคติค่านิยมทางเพศหรือตามแบบแผนความเชื่อที่มีอยู่โดยในการอบรมต้องพิจารณาถึงเงื่อนไขของเวลาและโอกาส เพศ อายุของผู้เข้าอบรมด้วย

2) การส่งเสริมให้เขาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ทั้งคณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำศาสนา ผู้อาวุโสทั้งชายและหญิง โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน เพื่อป้องกันไม่ให้เข้าสู่ปัญหาและผู้นำตามจารีตประเพณี ให้เข้ามามีส่วนร่วมกันกำหนดแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหามา เพื่อนำไปถ่ายทอดต่อให้ชาวบ้านเกิดความตระหนักและจิตสำนึกร่วมกันในการหาทางป้องกันแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยมีการพิจารณาาร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ของรัฐและองค์กรเอกชนทุกหน่วยที่ทำงานกับชาวเขา โดยการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันปรับกิจกรรม เพื่อให้เขาสามารถป้องกันปัญหาโรคเอดส์ได้ด้วยตัวเองได้ (สารภี ศิลา, 2538)

3) สำหรับการแก้ปัญหาระยะยาวคงต้องแก้ปัญหาทางเศรษฐกิจไปด้วย เช่น การส่งเสริมอาชีพให้สตรีชาวเขาทำในชุมชน โดยทางรัฐหรือเอกชนช่วยสนับสนุนในด้านการตลาด เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กเข้าสู่อาชีพการค้าประเวณี รวมทั้งการฝึกอาชีพอื่น ๆ ที่ต้องออกไปทำงานร่วมไปกับการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการเตรียมความพร้อม เพื่อให้สามารถปรับตัวได้เมื่อออกไปสู่สังคม

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

5) ในส่วนของผู้ติดยาเสพติด ที่ได้รับการบำบัดแล้วกลับมาคิดอีก รัฐคงไม่ต้องช่วยเหลือ ถ้าผู้ติดยาต้องการบำบัดก็ให้ไปบำบัดแต่ต้องจ่ายเงินเอง รวมทั้งการปราบปรามผู้ค้ายาเสพติดให้ได้รับโทษให้หนัก โดยภาครัฐคงต้องเข้ามาจัดการ ชุมชนคงไม่สามารถด้านทานอิทธิพลของกลุ่มพ่อค้ารายใหญ่ได้ (สารทิ ศิลา, 2538) รวมทั้งในการสร้างกฎเกณฑ์ของหมู่บ้านมาจัดการกับปัญหาเสพติดก็คงต้องอาศัยความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่บ้านเมืองในการลงโทษผู้ละเมิดกฎ

เอกสารอ้างอิง (พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง)

1. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, 2540. **ข้อมูลเบื้องต้นผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง** เมษายน.
2. Renard, Ronald D., Anchalee Singhanetra and Ken Kampe. 1994. *Twenty Years of Highland Health and Educational Development: Lessons Learned-Outstanding Issues-Future Directions*. Chiang Mai: United Nations.
3. กรมประชาสงเคราะห์, กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2540. **ก้าวใหม่การพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา**, กองสงเคราะห์ชาวเขา, ธันวาคม.
4. กระทรวงสาธารณสุข, 2539. **ผลการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด ครั้งที่ 1**, กรกฎาคม-สิงหาคม 2538.
5. กองสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2538. **สรุปรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องแนวทางการประสานการดำเนินงานพัฒนาชาวเขาด้านสาธารณสุข** โดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก 7-9 สิงหาคม ณ โรงแรม นครพังก์ 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 โรงแรมฮอลิเดย์อินน์ เชียงใหม่
8. จันทบูรณ์ สุทธิ, 2537. *การใช้สมุนไพร* เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวทางการพัฒนาอนามัยในพื้นที่สูง โดยศูนย์อนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 3 พฤศจิกายน 2537, ณ โรงแรมฮอลิเดย์อินน์ เชียงใหม่
9. ธงชัย สาระกุล, 2538. *ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนชาวเขา 6 เผ่า* เอกสารวิชาการ ลำดับที่ 3/2538 ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์
10. นิตยา แสงเล็ก, 2539. *การศึกษารูปแบบการลดอัตราการตายของแม่และเด็กชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง* (Interventions to Minimize Maternal and Child Mortality Among the Karen). ลำปาง: ศูนย์วางแผนครอบครัวชาวเขา, กองวางแผนครอบครัวและประชากร 14 หน้า
11. ประเสริฐ ชัยพิภูลิต และคณะ, 2538. *รายงานการวิจัยเพื่อการพัฒนา-ศูนย์สงเคราะห์ชาวเขาประจำหมู่บ้าน* สถาบันวิจัยชาวเขา เชียงใหม่ เอกสารวิชาการ หมายเลข 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 ศิววรรณ, นิมนองค์ งามประภาส และทินกร พันธุ์, 2538 *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพชาวเขาเผ่าม้ง จังหวัดแพร่* ฝายสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

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* วิทยานิพนธ์ดุขฎิบัณจัต สาขาประชากรศึกษา บัณจัตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
19. สถาบันวิจัยชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย, 2536 *โรคเอดส์กับชาวเขาในมิติทางสังคมศาสตร์*.
20. สถาบันวิจัยชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2537. *การค้าประเวณีของสตรีชาวเขา* (สิงหาคม)
21. สถาบันวิจัยชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2538. *การใช้วัฒนธรรมชุมชนเพื่อแก้ปัญหาการค้าประเวณีของสตรีชาวเขาเผ่าเย้า* (สิงหาคม)
22. สถาบันวิจัยชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม, 2539. *การสำรวจภาวะทางเศรษฐกิจสังคมของชุมชนชาวเขากับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์*
23. สารทิ ศีลา, 2538(ก) *รายงานการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาหมู่บ้านในโครงการส่งเสริมให้ชาวเขามีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ พื้นที่เขตน้ําดง กิ่งอำเภอปางมะผ้า จ.แม่ฮ่องสอน ศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา จ.แม่ฮ่องสอน สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม*
24. สารทิ ศีลา, 2538(ข) *รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องวัฒนธรรมชุมชนกับการแก้ปัญหาการค้าประเวณีของชาวเขาเผ่ามูเซอ* สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
25. สารทิ ศีลา, 2538(ค) *สถานการณ์การค้าประเวณีของหญิงมูเซอ : ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมชุมชนกับสาเหตุที่แท้จริง* ในข่าวสารสถาบันวิจัยชาวเขาฉบับพิเศษ ครอบรอบ 30 ปี กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (ตุลาคม)
26. สนิท วงศ์ประเสริฐ, 2537. *ทัศนคติต่อเอโรอินโซเมณี และแนวทางฟื้นฟูจริยธรรม : ศึกษากรณีชาวมูเซอ* สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ เชียงใหม่.

27. ประเสริฐ ชัยพิภุสิต และอิฐศักดิ์ ศรีสุโข, 2536. รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคุณภาพชีวิตแม่และเด็กชาวเขาอุ้มแม่บ้านจัน อำเภอมะนัง ภายใต้งานโครงการร่วมมือขององค์กรชาวบ้านอนุรักษ์ลุ่มน้ำแม่จัน-แม่สลอง
28. อิฐศักดิ์ สุโข, 2535. การศึกษาวิธีการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาเผ่ามูเซอร์เมเล สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย.
29. กระทรวงสาธารณสุข, 2539. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด ครั้งที่ 1, กรกฎาคม-สิงหาคม 2538.

7. สรุปผลการสังเคราะห์งานวิจัย

ข้อสรุปจากการทบทวนงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ พอสรุปได้ดังนี้

เดิมปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาเกิดจากการที่การมีชุมชนที่อยู่ห่างไกลการคมนาคมลำบาก การตั้งบ้านเรือนกระจุกกระจาย บริการสาธารณสุขมีไม่พอและเข้าถึงได้ยาก มีการอพยพบ่อยเพื่อหาที่ทำกินที่อุดมสมบูรณ์ มีประเพณีความเชื่อดั้งเดิมที่แตกต่างกันไปตามเผ่าพันธุ์ ขาดการศึกษาและองค์ความรู้ ทำให้มีปัญหาตามมาทั้งปัญหาการเพิ่มประชากร ปัญหาการเจ็บป่วยและการตายของมารดาและทารก ปัญหาโรคติดเชื้อหรือโรคที่สามารถป้องกันได้ โรคระบาด ปัญหาสุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อม (เช่น ไม่มีน้ำสะอาด ไม่มีส้วม และปัญหาโภชนาการของเด็ก เป็นต้น แต่เมื่อนำโครงการพัฒนาต่าง ๆ เข้าไปในชุมชนชาวเขา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโครงการของภาครัฐที่มีลักษณะ “บนสู่ล่าง” (top-down approach) ไม่ว่าจะเป็นการปลูกพืชเศรษฐกิจ (cash crop) เพื่อทดแทนการปลูกฝิ่น การให้ชาวเขามีการตั้งถิ่นฐานถาวร การนำระบบการศึกษาและระบบสาธารณสุขจากพื้นราบไปให้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ เช่น ถนน ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ทั้งโทรทัศน์ วิทยุ ตู้เย็น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ เป็นต้น อันเป็น สันติภาพโลกนิยมเช่นเดียวกับคนพื้นราบ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม-วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมมากมาย ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่ไม่ต้องใช้เงินมาเป็นการต้องทำงานหนักมาเพื่อหาเงินให้ได้มาก ๆ มีหนี้สินมากมาย คนหนุ่มสาวต้องย้ายถิ่นมาหางานทำบนพื้นราบหรือในเมืองเพราะที่ดินมีจำกัด เพื่อสนองตอบต่อวัฒนธรรมบริโภคสมัยใหม่ สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จากสภาพสังคมที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน เสียสละ ประหยัด ประพฤติตามหลักจารีตประเพณีก็กลายเป็นสังคมที่ตัวใครตัวมัน เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน รวมทั้งสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนแปลงไป มีปัญหาดินเสื่อมโทรม ปัญหาขาดกรรมสิทธิ์ที่ดิน การแย่งชิงทรัพยากร เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมดังกล่าว มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาในหลาย ๆ ด้าน แม้ว่าหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐจะได้เข้าไปดำเนินการมากกว่า 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 เพราะมีปัญหาทั้งการสื่อสารและวัฒนธรรมความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการมีบุตรและการคุมกำเนิด ซึ่งมีวัฒนธรรมของการมีลูกมากไว้เป็นแรงงานและสืบทอดเผ่าพันธุ์ และการมีภรรยาได้หลายคน 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 นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องความรู้ โดยเฉพาะการงดเว้นอาหารโปรตีน และพืชผักบางชนิด และการประยุกต์อาหารพื้นบ้านมาให้เด็กกินบำรุงร่างกาย เป็นต้น

สำหรับการเจ็บป่วยและการตายของทารกและภาวะทุพพลภาพของเด็กส่วนใหญ่จะเกิดจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร ใช้เกลือออก มาเลเรียน โปลิโอ เด็กพิการ เป็นต้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่มารดาไม่ได้มาฝากครรภ์ (อัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ มีร้อยละ 50) ทำให้มีการติดเชื้อจากการคลอดที่ไม่ถูก

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

7.1.3 ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับการเสพยาเสพติด เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการเสพยาเสพติดพวกฝิ่น เฮโรอีน และยาบ้า ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ตามมาหลายอย่าง รวมทั้งโรคเอดส์ด้วย และยังมีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย พบว่าชาวเขาร้อยละ 23 สูบบุหรี่ (พบสตรีมีครรภ์และเลี้ยงบุตรของชนเผ่ากะเหรี่ยงมีการสูบบุหรี่ในอัตราที่สูง) 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) ชาวเขาที่เสพยาเฮโรอีนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเอดส์สูงสุดคือเผ่ามั่ว โดยเฉพาะในหมู่บ้านที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี แม้ว่าชาวเขาบางส่วนจะเคยผ่านการบำบัดการเลิกยาเสพติดหลายครั้ง แต่จำนวนผู้ที่เลิกได้ก็มีน้อยมาก

7.1.4 ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

ในช่วงไม่ถึง 10 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาได้ทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ จากที่มีคนติดเชื้อเอดส์แต่ไม่แสดงอาการจนในปัจจุบันนี้มีคนเป็นเอดส์ที่แสดงอาการและตายมากขึ้น พฤติกรรมที่เอื้ออำนวยให้มีการแพร่กระจายโรคเอดส์มากที่สุด คือปัญหาโสเภณีหรือการค้าประเวณีของชาวเขาทั้งในชุมชนและที่ไปค้าประเวณีที่อื่นและชายที่เกี่ยวโสเภณี ซึ่งนำเชื้อเอดส์เข้าสู่ชุมชน มากกว่าปัญหาการแพร่กระจายโรคเอดส์จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ได้แก่

● ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ-สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ ได้แก่ วัฒนธรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การเลือกคู่

ครองและการหย่าร้าง ซึ่งเอื้อต่อการเข้าสู่การค้าประเวณี และปัจจัยด้านการพัฒนาที่มีผลต่อการทำลายวัฒนธรรมดั้งเดิมของชาวเขา เช่น การท่องเที่ยว วัฒนธรรมบริโภคนิยม ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมประเพณี ทำให้คนหนุ่มสาวหลั่งไหลออกมาทำงานในเมืองขายแรงงานประเภทไร้ฝีมือมากขึ้น (รวมทั้งถูกล่อลวงเข้าสู่การค้าประเวณี)

● ปัจจัยในระดับบุคคล เช่น การขาดการศึกษา (โดยเฉพาะการศึกษาเพื่อเสริมทักษะชีวิต) การขาดสัญชาติ ประสพการณ์ การย้ายถิ่น เพศ อายุ กลุ่มเพื่อน ค่านิยมความเป็นอิสระ รวมทั้งการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ (ร้อยละ 50 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์) เจตนาคิดและการปฏิบัติตนในการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันตนเอง ชาวเขาโดยเฉพาะเผ่ามูเซอ ม้ง และอีก้อ มีรูปแบบของวัฒนธรรมประจำเผ่าทั้งในเรื่องการเกี่ยวพาราตี การเลือกคู่ครอง การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน (แสดงถึงประสพการณ์ทางเพศ) ที่อิสระ และการสมรสที่เสียค่าใช้จ่ายต่ำ การมีภรรยาได้หลายคน ซึ่งเป็นช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าสู่อาชีพโสเภณี และการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ นอกจากนี้ปัญหาเสพติดก็เป็นปัจจัยเสริมให้มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อีกด้วย

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 การคลอดและการดูแลหลังคลอดน้อยกว่าแม่ชาวกะเหรี่ยง เนื่องจากชาวม้งต้องทำงาน และนิยมการคลอดที่บ้าน แต่การดูแลหลังสตรีที่ตั้งครรภ์ตามวัฒนธรรมมีมากกว่า เช่น มีการกินอาหารบำรุงครรภ์ ทำให้เด็กที่คลอดออกมามีน้ำหนักดีและเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 มีสัดส่วนที่น้อยกว่า (ม้งมีร้อยละ 6 ขณะที่กะเหรี่ยงมีร้อยละ 13) และปัญหาเด็กขาดสารอาหารของม้งก็มีน้อยกว่ากะเหรี่ยง (ม้งร้อยละ 38 กะเหรี่ยงร้อยละ 49 แต่กะเหรี่ยงไม่มีปัญหาเด็กขาดสารอาหารรุนแรงขณะที่ม้งมีแต่ไม่มากนัก คือไม่ถึงร้อยละ 1) เนื่องจากม้งไม่นิยมฝากครรภ์ ดังนั้นอัตราที่สตรีที่ตั้งครรภ์ได้รับวัคซีน และเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับวัคซีน จึงมีน้อยกว่ากะเหรี่ยง นอกจากนี้ปัญหาพฤติกรรมการติดสารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อเอดส์ของม้งก็มีมากกว่ากะเหรี่ยง เนื่องจากม้งมีวัฒนธรรมการสูบบุหรี่และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและมีภรรยาได้หลายคน

7.2 สภาพะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในด้านดี

สำหรับสภาพะสุขภาพและพฤติกรรมในด้านที่ดีของชาวเขา ที่ยังคงดำรงอยู่ มีอยู่หลายด้าน ได้แก่

7.1.1 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ชาวเขาหลายเผ่า (ม้ง ลีซอ เข่า มูเซอคำ อาข่าและกะเหรี่ยง) มีภูมิปัญญาในการดูแลรักษาตนเองที่คล้ายคลึงกัน และสอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดมาแต่ในอดีต ซึ่งได้แก่ การนับถือผี การนับถือผู้อาวุโสและการเชื่อผู้นำโดยเฉพาะผู้นำทางพิธีกรรม โดยปกติชาวเขาเจ็บป่วยเขาจะรักษาตนเองในครอบครัวก่อน เช่นอาจจะใช้สมุนไพรในการรักษาโรค หรือนำมาประกอบอาหารเพื่อบำรุงร่างกาย หรืออาจจะรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การเสกเป่าคาถา การอบสมุนไพรและการนวด ถ้าเป็นมากก็จะไปหาหมอผี ให้หมอผีช่วยทำนายสาเหตุของการเจ็บป่วย และทำพิธีเช่นไหว้เพื่อให้หายเจ็บไข้ แต่ถ้าหมอผีรักษาไม่ได้ จึงไปหาหมอแผนปัจจุบันหรือนำส่งโรงพยาบาล แต่บางทีก็เลี้ยงผีควบคู่ไปด้วยเพื่อสร้างกำลังใจและความเชื่อมั่น (ธงชัย สาระกุล, 2538 แม้ว่าในปัจจุบันการดูแลตนเองเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยทั่วไป การใช้สมุนไพรและหาหมอผี จะมีไม่มากนักก็ตาม (ร้อยละ 3 และ 3.8 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับ การซื้อยากินเอง (ร้อยละ 15) การไปสถานอนามัย (ร้อยละ 60) และการไปโรงพยาบาล/คลินิก (ร้อยละ 12) แต่เมื่ออาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น ชาวเขาก็หันมาใช้บริการจากคลินิก หรือโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมากขึ้น (ร้อยละ 82) (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) แสดงว่าชาวเขามีพฤติกรรมการแสวงหาบริการที่เป็นขั้นตอนดีพอสมควร แม้ว่าแนวโน้มจะพึ่งพาการรักษาแผนปัจจุบันมากขึ้น เช่นเดียวกับคนพื้นราบ โดยที่ครอบครัวไทยร้อยละ 79 จะไปใช้สถานบริการของภาครัฐและเอกชน เมื่อมีการเจ็บป่วยทั่ว 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) การไม่ให้แต่งงานกับคนแซ่เดียวกัน (เช่น ม้ง) การไม่ยอมรับการทำแท้งในชนทุกเผ่า การคลอดก็นิยมให้คลอดที่บ้านโดยสามีและแม่สามี เมื่อหลังคลอดก็จะให้ทานอาหารบำรุงร่างกายด้วยไก่ต้ม สมุนไพรคั้นบำรุงน้ำนมหรือใช้อาบ งดของแสลง (โดยเฉพาะกะเหรี่ยง) ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดเกิดภาวะขาดสารอาหารได้

สำหรับเด็ก เมื่อคลอดใหม่ ๆ ก็จะมีพิธีเรียกขวัญ (เช่นชาวเข่าใช้ไข่ในการประกอบพิธีเรียกขวัญเด็ก) และผูกข้อมือให้ ให้ลูกนมจากแม่ (ชาวเข่าบางเผ่าให้ลูกดูดนมไปจนกว่าแม่จะมีลูกใหม่ ขณะที่คนไทยร้อยละ 40 ให้ลูกกินนมเพียง 1 ปี) ให้กินอาหารเสริม (เช่น ม้ง) ดังนั้นเด็กชาวเขาอายุต่ำกว่า 1 ปี มักจะแข็งแรงไม่ขาดสารอาหาร แต่หลังจาก 1 ปีไปแล้ว เด็กจะถูกปล่อยปละละเลยมากขึ้นเพราะพ่อ-แม่มียุ่งอยู่กับการประกอบอาชีพ ไม่ได้เอาใจใส่ดูแลมากนักให้ที่เลี้ยงน้องที่เดินได้แล้ว ทำให้เด็กอายุเกิน 1 ปีขาดสารอาหาร แต่ถ้าเด็กเจ็บป่วยก็จะได้รับ

การดูแลเป็นอย่างดี โดยเฉพาะเด็กที่เป็นไข้หรือถ้าท้องร่วงจะได้รับการดูแลโดยให้เกลือ CRS หรือ คีมน้ำ/น้ำข้าว

ผู้สูงอายุจะได้รับการเอาใจใส่เป็นอย่างดี (โดยเฉพาะชาวอาข่า จะสอนว่าคนที่จะต้องเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุ) เพราะผู้สูงอายุจะเป็นที่ปรึกษาด้านการดำรงชีวิต พิธีกรรมและเป็นผู้ตัดสินใจกระทำผิดลูกหลานจะรักใคร่ผูกพันกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 80 ได้รับการดูแลทั้งเรื่องเสื้อผ้า อาหารและสุขภาพ และอีกร้อยละ 7 ได้รับการดูแลเพียงบางด้าน สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแลทุกข์ยากเดือดร้อนในปัจจุบันก็ได้รับการช่วยเหลือจากศูนย์สงเคราะห์ราษฎร กรมประชาสงเคราะห์ โดยจะได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 200 บาท/เดือน ทุกเดือนจนกระทั่งเสียชีวิต (สถาบันวิจัยชาวเขม 2538) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันผู้สูงอายุ หรือผู้อาวุโสได้ลดบทบาทในชุมชนไม่มาก เพราะงานด้านปกครองและการพัฒนาจะเป็นบทบาทของคณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งเป็นคนวัยกลางคน นอกจากนี้ผู้พิการก็ได้รับการดูแลถึงร้อยละ 77 (ธงชัย สาระกุล, 2538 และศูนย์นโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540)

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพของชาวเขา น่าจะได้ส่งเสริมทั้งในเรื่องของการส่งเสริมขนบธรรมเนียมประเพณีที่มีผลดีต่อสุขภาพกายและจิตใจ การใช้สมุนไพร โดยเฉพาะประเพณีที่นิยมทำกัน เช่น การเลี้ยงผี การเรียกขวัญ เด็กน่าจะเข้าไปแนะนำอาหารที่ใช้ทำพิธีเลี้ยงผีแล้วมาให้เด็กและสตรีที่มีบุตรได้รับประทานให้มากขึ้น เป็นต้น และน่าจะเปิดใจให้กว้างหาทางนำพิธีกรรมต่าง ๆ เช่น การเลี้ยงผี การทำขวัญ การสะเดาะเคราะห์ ซึ่งเป็นพิธีกรรมที่เพื่อเสริมขวัญและกำลังใจแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการแพทย์พื้นบ้านมาผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ถ้าเห็นว่าเป็นการกระทำที่ขัดกับหลักการของแผนปัจจุบันก็ทำการปรับเปลี่ยนได้ เช่นที่สาธารณสุขเขตท่า (เช่นการแจกชุดตัดและดูแลสะดือให้ชาวเขา) เพื่อให้ชาวเขาได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่ ดังนั้นขนบธรรมเนียมประเพณีและภูมิปัญญาชาวเขา หากนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิต ก็จะเกิดผลดีทั้งในด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี เพียงแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรู้จักวิธีการให้ความรู้ ความคิด รู้จักประยุกต์และสนับสนุนให้ถูกต้องแล้ว ภูมิปัญญาเดิมของชาวเขากับการแพทย์สมัยใหม่จะไปด้วยกันได้อย่างดี (ธงชัย สาระกุล, 2538)

7.3 ปัจจัยอื่นที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ

การมองปัญหาพฤติกรรมสุขภาพคงไม่สมบูรณ์ ถ้าปราศจากการพิจารณาปัญหาในด้านสภาพแวดล้อมอื่น โดยเฉพาะปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ-สังคม สิ่งแวดล้อม การเมือง ที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อมที่มีผลเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

7.3.1 ปัญหาด้านสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม

เนื่องจากชาวเขาส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีลักษณะไม่ถาวร (ร้อยละ 59) สร้างจากวัสดุธรรมชาติและหาภายในท้องถิ่น ชาวเขาบางเผ่าปลูกบ้านติดกับพื้นดิน ใช้พื้นดินเป็นพื้นบ้าน (เช่น ม้ง เย้า ลีซอ) แต่ห้องนอนมีเตียงหรือแคร่ยกพื้น (เพื่อป้องกันสัตว์ร้าย) ชาวเขาบางเผ่าปลูกบ้านยกพื้น (เช่น กะเหรี่ยง อาข่า มูเซอคำ) บ้านชาวเขาทุกเผ่าไม่มีหน้าต่างเพื่อป้องกันความหนาวเย็น และมีเตาสร้างไว้ติดพื้นเพื่อใช้หุงต้ม สร้างความอบอุ่นและควันไฟ ใช้ไต้ยุงและแมลง บ้านส่วนใหญ่สามารถป้องกันแดดลมและฝนได้ แต่มักมีปัญหาการระบายอากาศ ทำให้ชาวเขาเป็นโรคทางเดินหายใจกันมากโดยเฉพาะเด็กเล็ก นอกจากนี้ยังมีปัญหาความแออัด

นอกจากนี้ชาวเขายังมีส่วนไม่ครบทุกหลังคาเรือน (ร้อยละ 30 ของครัวเรือน ชาวเขายังไม่มีส่วนใช้ โดยร้อยละ 20 ใช้วิธีเข้าป่า/ไปทุ่ง ร้อยละ 7 ใช้ร่วมกับครัวเรือนอื่น และร้อยละ 70 ก็ไม่สามารถใช้ได้ทุกฤดูกาลเพราะมีปัญหาเรื่องน้ำ และร้อยละ 2 เป็นส่วนหลุม) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สอยของชาวเขาก็เป็นเรื่องที่หน่วยงานที่รับผิดชอบได้ใช้ความพยายามอย่างมาก เนื่องจากความเคยชินทางวิถีชีวิตแบบเดิมคือการไปป่า/ไปทุ่ง และการกำจัดขยะมูลฝอย ครัวเรือนที่มีการกำจัดขยะอย่างถูกสุขลักษณะ (คือใช้วิธีฝังกลบ เตาเผาขยะ ทำปุ๋ยหรือเก็บส่งรถของเทศบาล) มีเพียงร้อยละ 6 ส่วนใหญ่ (3 ใน 4) ใช้วิธีเผากลางแจ้งและโยนทิ้งแม่น้ำ (ร้อยละ 11)

สำหรับเรื่องน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ พบว่ามีปัญหามากกล่าวคือ มีถึง 2 ใน 3 ที่ไม่มีน้ำดื่มที่ถูกสุขลักษณะ เนื่องจากชาวเขาส่วนใหญ่ใช้น้ำจากแม่น้ำลำธาร และประปาภูเขา ร้อยละ 15 มีน้ำดื่มไม่เพียงพอตลอดทั้งปี

7.3.2 ปัญหาด้านการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ

ชาวเขายังมีปัญหาการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กล่าวคือ มีผู้ได้รับข้อมูลข่าวสารเพียงร้อยละ 60 (โดยเฉพาะจากเจ้าหน้าที่รัฐและ อสม.) และขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ (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 ดำข้าว ปลูกผัก เลี้ยงสัตว์กินเอง พอการพัฒนาเข้าไป ชาวเขาต้องตั้งถิ่นฐาน ทำให้พื้นที่ดินมีจำกัด และต้องใช้พื้นที่จำซาก ทำให้ผลผลิตลดลง ชาวเขาปลูกข้าวไม่พอกิน และต้อง

พึ่งพาอาหารจากภายนอกมากขึ้น ในปัจจุบันชาวเขามีรายได้จากอาชีพนอกภาคเกษตรมากขึ้น (เนื่องจากภาคเกษตรมีต้นทุนการผลิตสูงขึ้น) การอพยพแรงงานถูกใช้เป็นทางออก จากสภาพชีวิต ในภาคเกษตรที่ขาดความมั่นคง คนหนุ่มสาวร้อยละ 47 ออกมาประกอบอาชีพนอกหมู่บ้าน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) แต่การเข้ามาทำงานในเมืองก็มีส่วนสร้างและขยายปัญหาทั้ง ทางด้านเศรษฐกิจและสังคมให้รุนแรงขึ้นอีกหลายด้านโดยเฉพาะปัญหาสังคม ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการค้าประเวณีและเอดส์

7.3.4 ปัญหาด้านการศึกษา

จากข้อมูลของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540) ซึ่งสำรวจชาวเขา ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคเหนือ พบว่า ชาวเขาส่วนใหญ่ยังไม่มีการศึกษา หรือไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 58) รองลงไปคือ จบประถมศึกษา (ร้อยละ 34) นอกนั้นจบสูงกว่าประถมศึกษา ส่วนผู้ที่ พุดและเขียนภาษาไทยได้มีไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 43) ที่พูดไทยได้แต่เขียนไม่ได้ มีรองลงมา (ร้อยละ 38) ที่เหลือ (ประมาณ 1 ใน 5) พุดและเขียนภาษาไทยไม่ได้ โดยเฉพาะชาวเขาผู้หญิง ไม่ได้เรียน หรือไม่ได้เข้าสู่ระบบการศึกษามากกว่าผู้ชาย (สถาบันวิจัยชาวเขา, 2539) การที่ชาวเขาไม่ได้ เรียนหนังสือกันมากก็เชื่อมโยงไปถึงการรับข้อมูลข่าวสารจากภายนอก ทำให้ชาวเขาขาดทักษะชีวิต ถูกเอารัดเอาเปรียบ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมายรวมทั้งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต

7.3.5 ปัญหาสุขภาพจิต

จากข้อมูลของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (2539) มีชาวเขา ประมาณหนึ่งแสนคน จากทั้งหมดเจ็ดแสนคนที่ได้รับสัญชาติไทย การที่ชาวเขาไม่ได้รับสัญชาติ ไทยทำให้ชาวเขาขาดสิทธิในหลายเรื่อง เช่น สิทธิในการทำกิน สิทธิในการได้รับการรักษา พยาบาลฟรี (สำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุ) และสิทธิที่เชื่อมโยงหรือมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ อนามัยหลายประการ ได้แก่ สิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพ (quality care) สิทธิในการ พัฒนา (เช่น ด้านการศึกษาและการฝึกอบรม) สิทธิในการได้รับการปกป้องคุ้มครอง (พบว่า ชาว เขาที่ลงมาทำงานในเมืองมักถูกหลอกหรือเอารัดเอาเปรียบอยู่บ่อยครั้ง เช่น การหลอกลวงสตรีชาว เขาเข้าสู่อาชีพโสเภณีอันนำไปสู่การแพร่ระบาดของโรคเอดส์) และที่สำคัญคือสิทธิในการมีส่วนร่วม เป็นเวลานานมาแล้วที่งานพัฒนาชาวเขาเกือบทุกด้านไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการศึกษาและ สาธารณสุข ก็เป็นการนำระบบของคนไทยพื้นราบทั่วไปไปใส่ให้ชาวเขา ซึ่งมีวัฒนธรรม ขนบ ธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากคนพื้นราบโดยไม่มีทางเลือก สำหรับการดำเนินงานทางด้าน สาธารณสุขส่วนใหญ่ก็ทำเช่นเดียวกับพื้นราบ พึ่งมีการปรับเปลี่ยนในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7-8 ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่เนื่องจากพื้นที่บนภูเขาทำงานค่อนข้างลำบาก และทำได้เพียงบางฤดูกาล งานสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมจึงไปได้ช้า ปัจจุบันมีโครงการพัฒนา หลายโครงการเริ่มต้นงานโดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่การ

ประเมินปัญหา การกำหนดโครงการและการดำเนินโครงการ สำหรับงานทางด้านสาธารณสุข ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้น (กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม; ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย 2537) ซึ่งคงจำเป็นต้องสร้างจิตสำนึกให้ชาวเขาได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยนำผู้นำตามธรรมชาติที่เขาอยู่ออยู่แล้ว เช่น ผู้นำอาวุโส หมอพื้นบ้าน หมอพระ ผู้นำศาสนา ผู้นำสตรี เป็นต้น มาช่วยกันรณรงค์ และเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน เช่น ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร ปัญหาการขาดสารไอโอดีน การแก้ไขปัญหายาเสพติด และการแก้ไข ปัญหาสุขภาพบิดาและสิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชน ไม่ควรดำเนินงานในลักษณะที่ให้ความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว ศูนย์สาธารณสุขชุมชน ควรดำเนินงานมากกว่าการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว

8. ประเมินผลการสังเคราะห์ข้อมูล

8.1 เอกสารที่ใช้ในการสังเคราะห์

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

8.2 ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้

สำหรับระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษา ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพที่ใช้จำนวนตัวอย่างน้อย หรือเป็นการศึกษาเพียงไม่กี่หมู่บ้าน หรือเป็นการศึกษารายเผ่า ทั้งนี้คงเนื่องมาจากการสื่อสาร ความยากลำบากในการเดินทางเข้าไปเก็บข้อมูลและบางหมู่บ้านสามารถเข้าไปถึงเฉพาะฤดูแล้งเท่านั้น ส่วนงานศึกษาที่ทำหลายเผ่าและครอบคลุมพื้นที่หลายจังหวัด หลายอำเภอ และหลายหมู่บ้าน มักจะเป็นการสำรวจเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นภาพรวมของชาวเขาทุกเผ่าหรือบางเผ่าที่มีประชากรมากเพื่อดูผลของพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพ แต่ยังขาดการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายเผ่า และรายละเอียดที่อธิบายปรากฏการณ์อันเป็นผลของพฤติกรรมสุขภาพ ข้อมูล

เชิงปริมาณที่เป็นผลของพฤติกรรม สุขภาพที่ชัดเจนก็มีเพียงการสำรวจของสองเผ่าคือเผ่าม้ง และเผ่ากะเหรี่ยง

8.3 ประเด็นการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพชาวเขา

สำหรับประเด็นที่มีการทำวิจัยพฤติกรรมสุขภาพมาก็ได้แก่ พฤติกรรมทางด้านการมีบุตรและการวางแผนครอบครัว พฤติกรรมอนามัยแม่และเด็ก พฤติกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการติดยาเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โดยเฉพาะงานศึกษาพฤติกรรมการแพร่ระบาดของเอดส์ในเผ่ามูเซอ ม้ง อีก้อ กะเหรี่ยง เข่า ลีซอ และลีซอค่อนข้างชัดเจน เนื่องจากมีวัฒนธรรมประเพณีคล้ายคลึงกัน สำหรับเผ่าอื่น ๆ ยังมีอยู่น้อยมาก

สำหรับข้อค้นพบจากการทบทวนงานศึกษาพฤติกรรมสุขภาพชาวเขา พบว่า เมื่อได้นำเอาข้อมูลเชิงสำรวจและงานศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพต่าง ๆ มาประกอบกัน ก็ได้ข้อมูลที่อธิบายภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพชาวเขาที่ค่อนข้างชัดเจนโดยเฉพาะเผ่าม้ง กะเหรี่ยง และมูเซอ ดังที่กล่าวมาอาจจะเหลือภาพไม่ชัดเจนในเพียงบางเผ่า เช่น เผ่าเข่า ลีซอ อีก้อ ลัวะ ถิ่นและขุม ซึ่งมีประชากรค่อนข้างน้อย (ประมาณร้อยละ 30 ของชาวเขาทั้งหมด) นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและพฤติกรรมเสี่ยงต่อเอดส์ไว้อย่างน่าสนใจ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถหยิบไปใช้ได้เลย สำหรับตัวชี้วัดทางสุขภาพก็มีการสำรวจกันทุกปี ทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพชาวเขาว่าหลายอย่างมีแนวโน้มที่ดีขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่หลายอย่างแย่ลงโดยเฉพาะปัญหาการขาดอาหารของเด็กวัย 1-5 ปี และเด็กนักเรียนในโรงเรียนการติดยาเสพติดและปัญหาการแพร่กระจายของโรคเอดส์ ซึ่งสองอย่างหลังนี้มีแนวโน้มคล้ายคลึงกับคนพื้นราบ เพราะการแก้ปัญหาดังกล่าวไม่ใช่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นปัญหาสังคมด้านอื่นๆ ด้วย

9. ข้อเสนอแนะ

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

เป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เช่นการเข้าสู่อาชีพโสเภณีอาจได้รับการยอมรับจากครอบครัวหรือชุมชน ก็จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้สตรีชาวเขามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์มากยิ่งขึ้น หรือการเสพยาเสพติดโดยการฉีด ถ้าได้รับปัจจัยจากกลุ่มเพื่อนก็ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคมามากขึ้นเป็นต้น ปัจจัยสุดท้ายคือ ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling Factors) หมายถึง ทรัพยากรที่จำเป็น เช่น สถานบริการสาธารณสุขหรือสถานบำบัดผู้ติดยาเสพติดที่มีอยู่และสามารถเข้าถึงได้ เพื่อให้การแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นไปได้ง่ายขึ้น

9.1 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

ในการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องเข้าใจปัญหาของชุมชนชาวเขาว่ามีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมของชนเผ่า ทั้งในด้านประเภทของปัญหาพฤติกรรม ความรุนแรงของปัญหารวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทางเศรษฐกิจ-สังคมและวัฒนธรรม ตามที่ได้ทบทวนการศึกษาวิจัยจะเห็นว่าหลายปัญหาเช่น ปัญหาการแพร่กระจายของโรคเอดส์จะมีมากในกลุ่มชาวเขาที่มีค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานได้แก่ เผ่ามูเซอ(โดยเฉพาะมูเซอแดง) อีเก้อ และเข้า เพราะกลุ่มนี้มีวัฒนธรรมหลายอย่างที่เอื้อต่อการเข้าสู่อาชีพโสเภณี(เช่นการเลือกคูครอง การแต่งงาน การหย่าร้าง) ดังนั้นการเข้าไปแก้ไขปัญหของเจ้าหน้าที่จึงต้องทำในหลายด้านได้แก่

9.1.1 การเข้าไปเสริมสร้างความเข้มแข็งเพื่อให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหาของตนเองมากกว่าการเข้าไปช่วยเหลือโดยตรง ซึ่งหมายถึงการเน้นให้ประชาชนชาวเขาเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

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

9.1.3 ทดลองรูปแบบการจัดการด้านสุขภาพ ตามแนวนโยบายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 คือ การพัฒนาคนและชุมชน โดยยังคงงานเดิมไว้ส่วนหนึ่ง (ได้แก่ การจัดกิจกรรมบริการ การผลิต-พัฒนาบุคลากร การป้องกันโรคติดต่อ-ไม่ติดต่อ งานอนามัยแม่และเด็ก วางแผนครอบครัว ประกันสุขภาพ อาชีวอนามัย สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและ

สาธารณสุขมูลฐาน) และริเริ่มงานเชิงรุก (เช่นเกี่ยวกับการให้บริการเชิงรุก) 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 และกรมประชาสัมพันธ์ซึ่งมีการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้านเพื่อช่วยเหลือบุคคลทุกข์ยากในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นการเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ เป็นต้น(ประเสริฐ ชัยพิภุสิทธิ์ 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 เพื่อหาข้อเท็จจริงในเชิงพรรณนาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและผลของพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นพฤติกรรมที่ดีและพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งก็ได้ข้อมูลที่เพียงพอแก่การเข้าใจและเกือบครบทุกเผ่าแล้ว รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะมากมาย งานศึกษาวิจัยที่จะทำในอนาคตน่าจะเป็นงานศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่าย ทั้งนักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีลักษณะเป็นสหวิชาการ (multi-

disciplinary) เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของชาวเขาเป็นปัญหาที่ซับซ้อนไม่ได้เกี่ยวข้องกับเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยเพียงอย่างเดียว ยังเกี่ยวข้องกับทั้งหน่วยงานที่ทำงานทางด้านการส่งเสริมอาชีพ หน่วยงานด้านการศึกษาและวัฒนธรรม รวมทั้งหน่วยงานการเมืองที่จะต้องพิจารณาเรื่องการให้สัญชาติของชาวเขาอีกด้วย 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 International 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 Pravith Pothitarn. 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 Prawith Pothitarn. 1987. *Hmong and Karen*
Health and Family Planning: Cultural and Other Factors Affecting Use of
Modern Health and Family Planning Services by Hilltribes in Northern
Thailand. Bangkok: Family Health Division, 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 Learned-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. **สรุป**
รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องแนวทางการประสานการดำเนินงานพัฒนาชาวเขา
ด้านสาธารณสุข โดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก, 7-9 สิงหาคม ณ โรงแรม
นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

กองสงเคราะห์ชาวเขา, กรมประชาสงเคราะห์ 1978. **โครงการดำเนินงานกับชาวเขาของหน่วย**
งานต่าง ๆ (Hill Tribe Programmes of Various Organizations). กรุงเทพฯ: กระทรวง
มหาดไทย.

จันทบูรณ์ สุทธิ, 2537. **ภูมิปัญญาพื้นบ้าน : การรักษาความเจ็บป่วยบนพื้นที่สูง** เอกสารประกอบการ
การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวทางการพัฒนาอนามัยในพื้นที่สูง โดยศูนย์อนามัย
ชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 3 พฤศจิกายน 2537, ณ โรงแรมฮอลิเดย์อินน์
เชียงใหม่

_____, 2537. **การใช้สมุนไพรเข้า** เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวทางการ
พัฒนาอนามัยในพื้นที่สูง โดยศูนย์อนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 3
พฤศจิกายน 2537, ณ โรงแรมฮอลิเดย์อินน์ เชียงใหม่

จรัส สุวรรณเวลา และคณะ 2523. **การวิจัยบริการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาชุมชน : กรณีศึกษา**
ตัวอย่างในหมู่บ้านชาวไทยภูเขา ในวารสารวิจัยสภาวะแวดล้อม “การวิจัยสภาวะแวดล้อม
เพื่อการพัฒนาชนบท ปีที่ 2 เล่มที่ 1 ธันวาคม หน้า 36-51.

เฉลิมชัย ปัญญาดี, 2538. **ปัจจัยเชิงโครงสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม**
เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนชาวเผ่าอีเก้อ วิทยานิพนธ์ดุขฎี
บัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธงชัย สารกุล, 2538. **ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนชาวเขา 6 เผ่า** เอกสารวิชาการ
ลำดับที่ 3/2538 ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

นิศย์ ศิววรรณ, นิมนอนงค์ งามประภาส และทินกร พันธุ์, 2538 **การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพชาวเขาเผ่าม้ง**
จังหวัดแพร่ ฝ่ายสุขภาพและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

- 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 ยอดคำเนิน และคณะ, 2523. **ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยาการแพทย์**. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเสริฐ ชัยพิภุสิต, 2535. **การศึกษาวิจัยเรื่องวิธีการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาเผ่าลีซอ** สถาบันวิจัยชาวเขา กระทรวงมหาดไทย (ธันวาคม)
- ประเสริฐ ชัยพิภุสิต และอิฐศักดิ์ ศรีสุโข, 2536. **รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคุณภาพชีวิตแม่และเด็กชาวเขาลุ่มแม่น้ำจัน อำเภอแม่สลอง** ภายใต้โครงการร่วมมือขององค์กรชาวบ้านอนุรักษ์ลุ่มน้ำแม่จัน-แม่สลอง
- , 2536. **โศกณิ : ความคิดในการแก้ไขปัญหาของตนเอง ในวารสารสถาบันวิจัยชาวเขา** ปีที่ 17 ฉบับที่ 3, 4 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม หน่วยงานพัฒนาภาครัฐและเอกชน, 2536.
- ประเสริฐ ชัยพิภุสิต และคณะ, 2538. **รายงานการวิจัยเพื่อการพัฒนา-ศูนย์สงเคราะห์ชาวเขาประจำหมู่บ้าน** สถาบันวิจัยชาวเขา เชียงใหม่ เอกสารวิชาการหมายเลข 00-38-03.
- พัชรินทร์ สิริสุนทร. **พฤติกรรมการรักษาเยียวยาตนเองด้วยผีของชาวม้งที่เจ็บป่วย : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนม้งแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบูรณ์** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2530. **ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเจ็บป่วยและการตายของเด็กและทารกชาวกะเหรี่ยง** ในภาคเหนือของไทย สนับสนุนจาก The Population Council.

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

มัลลิกา มัติโก, 2534. “นิยามและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ”, **คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ**. โครงการงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

มูลนิธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา, 1995. **รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคุณภาพชีวิตแม่และเด็กชาวเขา ดุ่มน้ำจัน แม่ฮ่องสอน 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** ข่าวนสารสถาบันวิจัยชาวเขา 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. **การใช้วัฒนธรรมชุมชนเพื่อแก้ปัญหาการค้าประเวณีของสตรีชาวเขาเผ่าเย้า** (สิงหาคม)

_____, 2539. **การสำรวจภาวะทางเศรษฐกิจสังคมของชุมชนชาวเขากับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์**

สมจิต หนูเจริญกุล, 2534 "การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์บาล" ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามารักษ์ดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

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

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

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

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

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, 2540. ข้อมูลเบื้องต้น ผลการสำรวจ
สภาวะสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง เมษายน.

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, 2533. การศึกษาเชิงคุณภาพ : ความเชื่อของชาวกากับสุขภาพ ออนามัย พฤติกรรม
การแสวงหาวิธีการรักษา และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง : ศึกษาเฉพาะชาว
กะเหรี่ยงห้วยปลิง อมเมือง จ.แม่ฮ่องสอน : โครงการพัฒนาที่สูงไทย-เยอรมัน (พฤษภาคม)
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ, 2536 "การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร"
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.

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

อิทธิศักดิ์ สุโข, 2535. การศึกษาวิธีการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาเผ่ามูเซอร์แมเล
สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย.

อัญชลี วรารัตน์, 2541. ความรู้ ทักษะ และ การคุมกำเนิดของชนกลุ่มน้อยในภาคเหนือของ
ประเทศไทย เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการสำรวจสภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย
พ.ศ. 2539 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, โรงแรมรอยัลริเวอร์
กรุงเทพมหานคร 5 มีนาคม.

อุทัย สุดสุข, 1987. "ปัญหาสาธารณสุขของชาวเขและแนวทางการแก้ไขปัญา (Health Problems
of the Hill Tribe People and the Trends in Their Solution)" ใน รายงานการประชุม
ประจำปี การพัฒนาชาวเขด้านสาธารณสุข, เชียงใหม่ (27-28 เมษายน), pp.13-15.

บทวิจารณ์รายงานการวิจัยเรื่อง
" พฤติกรรมสุขภาพของชาวไทยบนพื้นที่สูง"

โดย นิตยา แสงเล็ก

รายงานวิจัยเรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขา และชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย เป็นเรื่องที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปแก้ไขการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามข้อความบางตอนอาจจะขอปรับเปลี่ยนดังนี้

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

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

3. บรรทัดที่ 18 บางส่วนถูกทางราชการให้เคลื่อนย้าย เปลี่ยนเป็น บางส่วนซึ่งมีถิ่นฐานตั้งอยู่ในเขตอนุรักษ์ต้นน้ำและเขดป่าสงวน ทางราชการได้ให้เคลื่อนย้ายลงมาพื้นราบ เพื่ออนุรักษ์ป่าและต้นน้ำ

4. หน้าที่ 9 พารากราฟที่ 3 และ 4 การปฏิบัติคนก่อนคลอดและหลังคลอด บางเผ่าปฏิบัติคนเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพแม่และลูก เช่น เผ่าแม้ว ก่อนคลอดและหลังคลอดจะรับประทานไก่คัม เพื่อบำรุงสุขภาพแม่และลูก แต่บางเผ่า เช่น กะเหรี่ยง งดรับประทานอาหารประเภทไก่ เนื่องจากเชื่อว่าเมื่อคลอดลูกแล้วจะสันเหมือนไก่ และหลังคลอดจะรับประทานข้างและปลาแห้งๆ จึงทำให้สุขภาพของแม่และเด็กของทั้งสองเผ่ามีความแตกต่างกัน แต่โดยภาพรวมแล้วยังไม่ให้ความสนใจในการไปฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุข นิยมคลอดเองที่บ้าน แม้ว่าจะมีสถานอนามัยอยู่ในหมู่บ้าน เนื่องจากอายุ 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 จะเตี้ยข้าวให้ลูกกิน 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 แต่การคุมกำเนิดยังเป็นชนิดชั่วคราว เป็นส่วนใหญ่ 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 เปอร์เซ็นต์ คูจะน้อยไป

8. หน้าที่ 17 ข้อ 1 วัฒนธรรมประจำเผ่า นับลงมาบรรทัดที่ 14 หลังวงเล็บขม เพิ่ม 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 ขอเพิ่ม

การที่จะทราบสถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยให้ชัดเจนเพื่อนำไปแก้ปัญหานั้น ควรศึกษาเป็นรายเผ่า เนื่องจากมีความแตกต่างกันทางวัฒนธรรมและธรรมเนียมประเพณีอย่างชัดเจน เช่น การแต่งงานเผ่าแม้ว ฝ่ายหญิงจะเข้าไปอาศัยบ้าน

ของฝ่ายชาย ฝ่ายกะเหรี่ยงฝ่ายชายมักจะมาอยู่บ้านฝ่ายหญิง ฝ่ายแม้วมักนิยมลูกชาย ฝ่ายแม้วมักจะไม่หย่าร้างแต่จะมีภรรยาหลายคน 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	
1969-1976 B.Econ.	Faculty of Economics (Economic Theory), Thammasat 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 Affairs.

Publications :

1. Podhisita Chai, and Soonthornthada Kusol, 1992 : Family Planning and Welfare Services for Female Workers in the Manufacturing Industry.
2. Soonthornthada, K. and Others : Costing of Public Family Planning Services and Scope of Private Sector Provision, 1991.
3. Soonthornthada, 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 Soonthornthada : Child Care in Urban Thailand : Choice and Constraint in a changing Society Publication No.159. IPSR, 1992.
5. Ard-am, Orathai and Kusol Soonthornthada : 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. Soonthornthada, Kusol (ed.) : The Turning Point of Population Policy in Thailand, 1996. published by The Thailand Research Fund (TRF)
7. Ogena B. Nimfa and Kusol Soonthornthada : Globalization with Equity : Policies for growth of Thailand, published by the International of Labour, 1996.
8. Soonthornthada, 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. Soonthornthada, Kusol : Child Labour from Foreign Countries : Situation, Problems and Solutions. published in the Seminar on Child Labour in Thailand. Dec., 1996.
10. Soonthornthada, Kusol et al. "Migration Process, Employment Process, and Consequences of Immigrant Labour from Neighbouring Countries" 1997.
11. Soonthornthada, Kusol et al. "Evaluation of School Lunch Program and Supplementary Program in Primary School." (Collaboration with Institute of Nutrition, Mahidol University) 1997.