

ชุดโครงการวิจัย
ประเมินสถานภาพองค์ความรู้
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย
ในประเทศไทย

.....
โดยการสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

รายงานวิจัยหมายเลข ๔
ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุข
ของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย
โดย
พญ.สมบูรณ์ เกียรตินันท์
ผศ.นพ.กัมมาล กุมารปาวา

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

**ชุดโครงการวิจัย
ประเมินสถานภาพองค์ความรู้
เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย
ในประเทศไทย**

โดยการสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

**รายงานวิจัยหมายเลข ๔
ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุข
ของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย**

**โดย
พญ.สมบูรณ์ เกียรตินันท์
ผศ.นพ.กัมมมาล กุมารปาวา**

**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
ในประเทศไทย

รายงานวิจัยหมายเลข ๗ : **ชนกลุ่มน้อยกับการพัฒนาและอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม** ๑

รายงานวิจัยหมายเลข ๘ : โสเภณีชาวเขาและชนกลุ่มน้อยกับขบวนการค้าหญิง
ในประเทศไทยและข้ามชาติ

รายงานวิจัยหมายเลข ๕ : ประสิทธิภาพและการประเมินโครงการพัฒนาชาวเขา
และชนกลุ่มน้อย ทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย

รายงานวิจัยหมายเลข ๑๐: สิทธิของชนกลุ่มน้อยในกฎหมายระหว่างประเทศ

รายงานวิจัยหมายเลข ๑๑: สภาพความเป็นอยู่และปัญหาของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง
อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

รายงานวิจัยหมายเลข ๑๒: บทสังเคราะห์สถานการณ์ภาพและการดำรงชีวิตของ
ชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย

~~~~~

รายงานผลการวิจัยเบื้องต้นนำเสนอในการประชุมทางวิชาการ หมายเลข ๔  
“ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย”

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียรตินันท์

ผศ.นพ.กัมมมาล กุมารปาวา

ภายใต้ชุดโครงการวิจัยประเมินสถานภาพองค์ความรู้

เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย

ณ โรงแรมเอสดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร

ระหว่างวันที่ ๓-๔ มิถุนายน ๒๕๔๑

โดยการสนับสนุนของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

จัดพิมพ์โดย คณะวิจัยโครงการวิจัยชุดประเมินสถานภาพองค์ความรู้

เรื่อง สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย

พิมพ์ครั้งที่ ๒ กันยายน ๒๕๔๑

นางสาวพัชรินทร์ ชาลาประศาสน์

บรรณาธิการ

1. ชื่อโครงการวิจัย สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย

หัวข้อย่อย ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัยและทีมงาน

- พญ.สมบูรณ์ เกียรตินันท์ สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผศ.นพ.กัมมมาล กุมารปาวา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

I. หลักการและเหตุผล

โดยที่ศูนย์นิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยการนำของ รศ.ณรงค์ ใจหาญ และคณะ<sup>1</sup> โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัยได้เห็นถึงความสำคัญในการทำวิจัย “สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย” เพราะพบว่าปัญหาภาวะนิสสัยของสังคมมนุษย์ในประเทศไทยมีบุคคลธรรมดาที่มีลักษณะชีวิตที่แตกต่างกันอย่างเด่นชัด 4 กลุ่ม กล่าวคือ

1. บุคคลธรรมดาที่มีสัญชาติไทยและมีภูมิลำเนาในประเทศไทย
2. บุคคลธรรมดาที่มีสัญชาติไทยแต่มีภูมิลำเนาในต่างประเทศ
3. บุคคลธรรมดาที่ไม่มีสัญชาติไทยแต่มีภูมิลำเนาอยู่ในประเทศไทย
4. บุคคลธรรมดาที่ไม่มีสัญชาติไทย และไม่มีถิ่นที่อยู่ถาวรในประเทศไทย

นอกจากบุคคลเหล่านี้จะได้รับการเรียกที่ต่างกันแล้วสุขภาพอนามัยและการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันอีกด้วย

องค์การอนามัยโลก ซึ่งได้เคยออกคำขวัญ “สุขภาพดีถ้วนหน้า 2543” ในการประชุมนานาชาติที่เมืองอัลมาอาต้า ประเทศรัสเซียเมื่อปี 2519 มาแล้วได้มีประเทศต่าง ๆ ได้ถือเอาคำขวัญนี้เป็นหลักโดยนำเอากลวิธีสาธารณสุขมูลฐานไปใช้เพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในประเทศต่าง ๆ ของคนทั่วโลก ทำให้สุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นแต่ถึงกระนั้นก็ตามก็ยังมีอีกประมาณ 55 ประเทศหรือประมาณร้อยละ 13 ของประชากรทั่วโลกมีอายุขัยต่ำกว่า 60 ปี อัตราตายของทารกในขวบปี แรกยังแตกต่างกันมากและอัตราตายทางสุติ ศาสตร์ ของมารดาใน Sub Saharan Africa ยังสูงเป็น 3 เท่าของประเทศพัฒนาแล้ว องค์การอนามัยโลก ได้เห็นถึงความจำ

<sup>1</sup>ณรงค์ ใจหาญและคณะ “สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย”

โครงการวิจัย คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โครงการวิจัยประเมินสถานภาพองค์ความรู้เรื่อง “สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย”

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.)

## ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และ ผศ.นพ.กัมมลา กุมาร ปาวา

เป็นที่ต้องหาทางแก้ปัญหาเหล่านี้ จึงได้จัดการประชุมเพื่อทบทวนคำขวัญสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 ขึ้น โดยเน้นนโยบายใหม่คือ การเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและความเสมอภาค จึงมีความจำเป็นที่ทุกประเทศต้องทบทวนนโยบายและการดำเนินการเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าใหม่ โดยเน้นชนกลุ่มน้อยและกลุ่มด้อยโอกาส<sup>2,3</sup>

สำหรับประเทศไทย ได้มีวิธีการทบทวนและปรับปรุงนโยบายและการดำเนินการในทุก ๆ ด้าน โดยใช้การประเมินการดำเนินการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทุกปี และทุก 5 ปี ซึ่งทางสาธารณสุขก็ได้นำเอานโยบายและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาแปลเป็นแผนพัฒนาสาธารณสุข 5 ปี มีการใช้การสาธารณสุขมูลฐานมาดำเนินการตั้งแต่แผนฯ 4 ถึงแผนฯ 8 ยิ่งกว่านั้นในปี 2539 ประเทศไทยได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ทางแพทยสภาได้จัดประชุมพิจารณารัฐธรรมนูญฉบับใหม่ พบว่า หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ซึ่งมีข้อส่งเสริมการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยโดยตรง คือ มาตรา 62 : บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยตรง ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

นอกจากนี้ยังมีกฎหมายโดยอ้อมเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพของประชาชนชาวไทยอีกหลายมาตรา ได้แก่ มาตรา 53,54,55,57 และ 59

แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขโดยตรงคือ มาตรา 82 : รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับการบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ<sup>4</sup>

<sup>2</sup>Consultation Document "Renewing the Health-For-All-Strategy" Guiding Principles and Essential Issues for the Elaboration of A Policy For Equity, Solidarity and Health" WHO 1995

<sup>3</sup>Godfrey Walker WHO, Thailand "Approaches to Improving Health Service Coverage in Tribal Areas" 1995

<sup>4</sup>สรุปผลการประชุมของแพทยสภา "เนื้อหาในร่างรัฐธรรมนูญที่ส่งเสริมการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ" 11 กันยายน 2540

ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบุญ เกียรตินันท์ และ ผศ.นพ.กัมมัล กุมาร ปาวา

ในปี 2512 สำนักบริหารการทะเบียน ส่วนการทะเบียนราษฎรได้จัดทำทะเบียนเพื่อควบคุมชาวเขาขึ้นโดยให้คำจำกัดความว่าชาวเขาคือ ชนกลุ่มน้อยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นเวลานานตั้งถิ่นฐานอยู่อย่างกระจัดกระจายในเขตเทือกเขา ได้มีการสำรวจและลงรายการสัญชาติไทย<sup>๙</sup> นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีปัญหาคนข้ามชาติอีกเป็นจำนวนมากที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยแต่ลูกหลานก็เกิดมาในประเทศไทยแต่ไม่ได้สัญชาติไทยตามผลของพ.ร.บ.สัญชาติ (ฉบับที่ 2) ปี 2535 การให้นิยามชาวเขาอาจจะมีข้อแตกต่างกันตามเอกสารต่าง ๆ เช่น กฤตยา อาชวนิชกุล และคณะ 'ประเสริฐ ชัยพิคุติศ' มล.พันธุ์สุรย์ ลดาวัลย์ และจากการสัมมนาที่เชียงใหม่<sup>๑๐</sup> ชุมพร แสงมณี นายอำเภอแม่แตง จึงมีความจำเป็นต้องหาคำจำกัดความให้เหมือนกัน ไม่ว่าชาวเขาหรือชนกลุ่มน้อยจะมีเชื้อชาติไทยหรือไม่ก็ตาม ชาวเขามีสถานภาพเป็นมนุษย์อย่างไม่มีข้อสงสัย ชาวเขาจึงต้องมีสิทธิขั้นพื้นฐานเทียบเท่าผู้เป็นมนุษย์อื่น ๆ ในประเทศไทย ทั้งนี้ไม่ว่าจะพิจารณาจากหลักการว่าด้วยสิทธิมนุษยชน หรือหลักการปกครองของประมุขของไทยตั้งแต่สมัยโบราณมาถึงปัจจุบัน ซึ่งไม่เคยแยกผิวพรรณ เชื้อชาติ หรือศาสนา แต่กลับให้ความเสมอภาคในการที่จะได้รับสวัสดิการและส่วนร่วมในกิจการต่าง ๆ อย่างเสมอภาคตามอัตภาพแห่งตน(ณรงค์ และคณะ) ดังได้กล่าวไว้ในโครงการ<sup>๑๑</sup>โดยได้มีการย้ายเข้ามาของชาวเขาจากนอกประเทศเป็นจำนวนมากและอยู่เป็นเวลานานจนเกิดสัมพันธภาพและความกลมกลืนกับชาวไทย ทางคณะรัฐมนตรีจึงได้ มีมติเมื่อ 3 ตุลาคม 2538 เห็นชอบในหลักการให้กระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยดำเนินการพิจารณาอนุญาตให้ชาวเขาดังกล่าวได้รับสถานะต่างด้าวไร้สัญชาตินอกโควตา ตามมาตรา 17 แห่ง พ.ร.บ. คนเข้าเมือง พ.ศ.2522 ให้ทำโครงการนำร่องที่จังหวัดเชียงราย มีสิทธิเหมือนคนไทยในหลายเรื่อง บุตรเกิดในประเทศไทย

๙สำนักบริหารการทะเบียน ส่วนการทะเบียนราษฎร ฝ่ายทะเบียนประวัติชนกลุ่มน้อย “โครงการประชุมซักซ้อมแนวทางปฏิบัติการพิจารณาลงรายการสัญชาติไทยในทะเบียนให้แก่ชาวไทยภูเขา. 13-16 มิถุนายน 2537

๑๐กฤตยา อาชวนิชกุล จักรกฤษณ์ พงศ์ทิพย์ ภูมิพา ขจรธรรม วณิ ปิ่นประทีป “ผลกระทบจากภาวะการเกิดการเจ็บป่วยการระบาดของโรคและการตายของแรงงานข้ามชาติก่อนโยกย้ายสาธารณสุข” ชุดโครงการวิจัยทางเลือกนโยบาย การนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย “การศึกษาข้อเท็จจริงจากกลุ่มผลประโยชน์ ข้อเสนอทางกฎหมายและการวิเคราะห์ระบบจัดการของรัฐ มกราคม 2540”

๑๑ประเสริฐ ชัยพิคุติศ “ลักษณะโครงสร้างประชากรชาวเขาในประเทศไทย” 12 พฤษภาคม 2540

๑๒มล.พันธุ์สุรย์ ลดาวัลย์ เอกสารการสอนชุดวิชา “ปัญหาการเมืองส่วนภูมิภาคและชนกลุ่มน้อย” หน่วยที่ 13 เล่มที่ 2 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชารัฐศาสตร์

๑๓การบรรยายของ นายชุมพร แสงมณี การสัมมนาที่เชียงใหม่ โรงแรมเชียงคำ 5 กุมภาพันธ์ 2541

๑๔พ.ร.บ.คนเข้าเมือง 2522 มาตรา 17 แห่งโครงการนำร่องจังหวัดเชียงราย

โครงการวิจัยประเมินสถานภาพองค์ความรู้เรื่อง “สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย”

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.)

## ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และ ผศ.นพ.กัมมลา กุมาร ปาวา

ได้รับสัญชาติไทย<sup>11</sup> ดังนั้นเมื่อทบทวนสุขภาพดีถ้วนหน้าใหม่ขององค์การอนามัยโลก และรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ของไทย สุขภาพรวมทั้งข้อเน้นในการอนามัยและการรับบริการสาธารณสุขเป็นบริการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ซึ่งชาวเขาหรือชนกลุ่มน้อยที่อยู่ในประเทศไทยก็ย่อมจะต้องมีสิทธิในการได้รับการดูแลสุขภาพและการบริการสาธารณสุขด้วย คณะผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการรับบริการ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย เพื่อเป็นพื้นฐานในการดำเนินการและแก้ปัญหาต่อไป

## วิธีการสังเคราะห์ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

### ปัญหาในการหาข้อมูล

1. ข้อมูลโดยเฉพาะแผน 4,5,6,7,8 ในส่วนที่เกี่ยวกับชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ไม่สามารถติดตามได้ทั้ง ๆ ที่ได้ติดต่อที่สำนักงานปลัดกระทรวงและกรมอนามัย ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว เนื่องจากกรมอนามัยได้มีการแบ่งแยกหน่วยงานใหม่จากกองอนามัยครอบครัวเป็นสำนักส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรวมการอนามัยแม่และเด็กไว้ด้วยกัน กองวางแผนครอบครัวและประชากร ซึ่งรวมการอนามัยครอบครัวไว้ด้วย
2. เอกสารที่ได้บางส่วนเป็นงานวิจัยบางส่วนเป็นรายงานการดำเนินงานการสัมมนา
3. การศึกษาในพื้นที่ทำได้ในขอบเขตที่จำกัด เนื่องจากงบประมาณและระยะเวลา

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษางานวิจัยและการดำเนินการด้านปัญหาประชากร ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการให้บริการแก่ชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษางานวิจัย หรือประชากรชาวเขาและชนกลุ่มน้อย
2. เพื่อศึกษางานวิจัยและการดำเนินการด้านปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขา และชนกลุ่มน้อย

<sup>11</sup>พ.ร.บ.คนเข้าเมือง 2522 มาตรา 17 แห่งโครงการนำร่องจังหวัดเชียงราย



## ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และ ผศ.นพ.กัมมลา กุมาร ปาวา

3. เพื่อศึกษางานวิจัยและการดำเนินการเกี่ยวกับภูมิปัญญาของชาวบ้าน
4. เพื่อศึกษางานวิจัยและการดำเนินการเกี่ยวกับการให้บริการชาวเขาและชนกลุ่มน้อย  
ด้านนโยบาย

คณะผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารทั้งงานวิจัย รายงานผลการดำเนินการสัมมนาและเอกสารอื่น ๆ ทั้งภาษาไทยและต่างประเทศ จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และติดต่อกรมอนามัย กองสงเคราะห์ชาวเขา กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลประจำจังหวัด กาญจนบุรี และเชียงราย การสัมมนากับบุคคลที่รับผิดชอบเกี่ยวกับชาวเขาที่จังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เยี่ยมพื้นที่และสัมภาษณ์บุคคลบางคนที่ในพื้นที่ อำเภอ เชียงแสน และสามเหลี่ยมทองคำ จังหวัดเชียงราย เยี่ยมบ้านดั้นลุง จังหวัดเชียงใหม่ เยี่ยมวัดเวฬุวนารามและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ติดต่อสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเลยโดยผ่านคุณบุญช่วย ศิริเลี้ยง ติดต่อสถาบันวิจัยชาวเขา จังหวัดเชียงรายและลำปาง กองอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานปลัดกระทรวงหลายครั้งเพื่อหาข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวกับชาวเขาและชนกลุ่มน้อย พบว่าได้เอกสารและแหล่งข้อมูลทั้งไทยต่างประเทศมาทั้งสิ้นกว่า 80 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมชาวเขาและชนกลุ่มน้อย รวมทั้งจำนวนประชากรและถิ่นที่อยู่ของชาวเขาและชน กลุ่มน้อย รวมทั้งปัญหาสุขภาพอนามัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

## ขอบเขตของการศึกษา

พยายามให้ครอบคลุมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชาวเขา คนบนพื้นที่สูงและชนกลุ่มน้อยในด้านจำนวนประชากร ปัญหาสุขภาพอนามัย การบริการและการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายตาม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่แผน 4 - แผน 8 ไม่ได้รวมพฤติกรรมสุขภาพอนามัย โดยที่งานวิจัยหรือการดำเนินการบางเรื่องอาจครอบคลุมหลายหัวข้อจึงได้มีการนำมาวิเคราะห์และ อ้างอิงซ้ำในเฉพาะหัวข้อย่อย จำนวนแหล่งข้อมูลในหัวข้อย่อย เมื่อรวมแล้วจะมากกว่า 84 แหล่ง

## ผลการศึกษา

จากการทบทวนเอกสาร การเยี่ยมพื้นที่ 2 แหล่ง รวม 84 แหล่งข้อมูล สามารถแยก  
ได้ดังนี้

- I ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหลักการและเหตุผล 10 แหล่งข้อมูล
- II ข้อมูลประชากรชาวเขาและชนกลุ่มน้อย 8 แหล่งข้อมูล

ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย  
โดย พญ.สมบูรณ์ เกยดิษฐ์ และ ผศ.นพ.กัมมมาล กุมาร ปาวา

III ปัญหาสุขภาพอนามัยชาวเขา 87 ข้อมูลแบ่งตามสาเหตุที่ทำให้เกิดได้เป็น 9

สาเหตุคือ

- 3.1 โรคที่เกิดจากความสูง 8 แหล่งข้อมูล
- 3.2 โรคที่เกิดจากเชื้อชาติและพันธุกรรม 8 แหล่งข้อมูล
- 3.3 โรคที่เกิดจากการเคลื่อนย้าย 6 แหล่งข้อมูล
- 3.4 โรคไม่ติดต่อ 6 แหล่งข้อมูล
- 3.5 โรคซึ่งนำโดยแมลง 4 แหล่งข้อมูล
- 3.6 โรคซึ่งเกิดจากความเชื่อ 3 แหล่งข้อมูล
- 3.7 การอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว 13 แหล่งข้อมูลและ 17

แหล่งข้อมูล

- 3.8 โภชนาการกับชาวเขาและชนกลุ่มน้อย 7 แหล่งข้อมูล
- 3.9 สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม 7 แหล่งข้อมูล
- 3.10 สุขภาพฟัน 1 แหล่งข้อมูล สุขภาพจิต 2 แหล่งข้อมูล
- 3.11 โรคเอดส์ 12 แหล่งข้อมูล
- IV ภูมิปัญญาชาวบ้าน 3 แหล่งข้อมูล
- V การจัดบริการสาธารณสุข 4 แหล่งข้อมูล

## II. ปัญหาด้านข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

จากคำจำกัดความของสำนักบริหารการทะเบียนราษฎร ฝ่ายทะเบียนประวัติชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย จะรวมญวนอพยพ (เข้ามาปี 2488-2489 ซึ่งรวมญวนอพยพชั้นบุตรและชั้นหลานรวมจีน ซึ่งประกอบด้วยยอคิดทหารจีนคณะชาติ จีนฮ่ออพยพ และจีนฮ่ออิสระ อคิด จคม. ไทยลื้อ ลาวอพยพ เนปาล พม่า ซึ่งเป็นผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่า ผู้ใช้แรงงานจากพม่า ผู้หลบหนีจากการสู้รบในพม่า นักศึกษาพม่า ชาวเขาเผ่าต่าง ๆ ได้แก่ แม้ว เย้า มูเซอ ลีซอ อีเก้อ กะเหรี่ยง ลัวะ ถิ่น ขมุ และเผ่าอื่น ๆ บนพื้นที่สูง ในปี 2537 รวมเป็นชนกลุ่มน้อย 477,282 คน<sup>12</sup> กองสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์<sup>13</sup> ได้รายงานข้อมูลชุมชนบนพื้นที่สูงปี 2538 มีประชากรชาวเขาใน 20 จังหวัด รวม 853,274 คน 3750 กลุ่มบ้าน 154,821 หลังคาเรือน จำแนกตาม

<sup>12</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 5

<sup>13</sup>กองสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กรุงเทพมหานคร "ข้อมูลชุมชนบนพื้นที่สูงในประเทศไทยจำแนกตามรายจังหวัดปี 2538"

## ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และ ผศ.นพ.กัมมมาล กุมาร ปาวา

เผ่าได้ 11 เผ่า ส่วนข้อมูลของฝ่ายบริการและเผยแพร่ของสถาบันวิจัยชาวเขาปี 2538<sup>14</sup> มีจำนวนน้อยกว่า คือ มีประชากรทั้งสิ้น 745,577 คน 3,547 หมู่บ้าน 131,307 หลังคาเรือน ซึ่งเมื่อดูรายงานประชากรจากศูนย์สงเคราะห์ชาวเขา จังหวัดกาญจนบุรีแห่งเดียวปี 2540<sup>15</sup> พบว่า ประชากรมากกว่าของกองสงเคราะห์ชาวเขาและศูนย์สงเคราะห์ชาวเขาดังกล่าวแล้ว (\*กลุ่มบ้านหรือหมู่บ้านใช้เรียกตามที่อยู่อาศัย หรือผู้รายงานข้อมูล)

จากการเยี่ยมชมสถานที่ของผู้วิจัยเองและการสัมภาษณ์ ท่านอาจารย์สาคร<sup>16</sup> ที่อำเภอทองผาภูมิแห่งเดียว และการสัมภาษณ์ พระประสิทธิ์ ที่บ้านต้นลุง จังหวัดเชียงใหม่<sup>17</sup> มีรายงานและผู้หลบหนีจากการสู้รบในพม่าและลาวข้ามชาติอีกจำนวนมากที่รายงานไว้มากมาย จากการสังเกต ที่จังหวัดเชียงราย อำเภอเชียงของและเชียงแสน สามเหลี่ยมทองคำ พบว่า ทั้งลาวและชาวเขาสามารถข้ามพรมแดนไทยกลับไปได้โดยสะดวก โดยเฉพาะชาวนั้นยากที่จะบอกสัญชาติได้ ทำให้ไม่สามารถหาข้อมูลที่แท้จริงได้ ซึ่งตรงกับการศึกษาทำวิทยานิพนธ์ของ Dr.Tin Maung Hliang ที่ตำบลปิล็อค จังหวัดกาญจนบุรี ในปี 2540<sup>18</sup> พบว่า ประชากรเด็กที่ลงทะเบียนไว้มีน้อยกว่าประชากรที่มีอยู่จริงเป็นอันมาก

ข้อมูลปี 2540<sup>19</sup> ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

หมู่บ้านหมันขาว ตำบลกกสะทอน อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย สูงกว่าระดับน้ำทะเล ความสูง 1,100 เมตร ประชากรชาวเขาเผ่าถิ่น และเผ่าลัวะ จำนวนคน เด็กชาย 75 คน หญิง 102 คน เดิมอาศัยอยู่บริเวณบ้านสบกอก บ้านปางคบบเหนื่อ ปางกบได้ ตำบลบ่อเกลือ อำเภอปัว จังหวัดน่าน

<sup>14</sup>ข้อมูลชาวเขาของฝ่ายบริการและเผยแพร่ของสถาบันวิจัยชาวเขา (ไม่ปรากฏวันเดือนปี)

<sup>15</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีข้อมูลชาวเขาจากศูนย์สงเคราะห์ชาวเขา จังหวัดกาญจนบุรี 2541

<sup>16</sup>การสัมภาษณ์ ท่านอาจารย์สาคร และบุคคลบางคนในพื้นที่ อำเภอทองผาภูมิ

<sup>17</sup>การสัมภาษณ์ พระประสิทธิ์ ที่บ้านต้นลุง จังหวัดเชียงใหม่

<sup>18</sup>Tin Maung Hliang, Junya Pattaraarechachai, Somboon Kietinun The thesis for the degree of Master of Primary Health Care Management "A Study on Nutritional Status of Children (1-5 years) in Malaria Endemic Area, Kanchanaburi, Thailand (1998)

<sup>19</sup>สรุปข้อมูลพื้นฐานบ้านหมันขาว บ้านคุดค้อ ตำบลกกสะทอน อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย 30 เมษายน 2541 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คัดต่อโดยตรงกับนายบุญช่วย ศิริเลี้ยง

หมู่บ้านดุดคือ ตำบลกกสะทอน อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย สูงกว่าระดับน้ำทะเล 800 เมตร เป็นชาวเขาเผ่ามั่ว 112 หลังคาเรือน 137 ครอบครัว 731คน เป็นชาย 177 คน หญิง 187 คน เด็กชาย 178 คน เด็กหญิง 189 คน อพยพมาจากอำเภอบัว จังหวัดน่าน สมทบกับชาวเขาในบริเวณ หมู่บ้านทับเบิก อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ เมื่อมีจำนวนมากขึ้นจึงเคลื่อนย้ายมาอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย

ดังนั้นประเด็นข้อสังเกตในเรื่องนี้คือ ข้อมูลประชากรชาวเขาและชนกลุ่มน้อยจากหลายแหล่งข้อมูลจะแตกต่างกัน

### III. ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 3.1 ความสูงกับปัญหาสุขภาพอนามัย

การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยาของร่างกาย

โดยทั่วไปชาวเขาเผ่าต่างๆ มักชอบอยู่ตามหุบเขาบนพื้นที่สูงซึ่งมีผลต่อสรีระของร่างกาย เช่น

##### อุณหภูมิ

ยิ่งสูงเพิ่มขึ้น อุณหภูมิของอากาศจะลดลงหนึ่งองศาทุกความสูง 150 เมตร เหนือระดับน้ำทะเล นอกจากนี้ความเร็วลมสูงจะทำให้มนุษย์ได้รับอันตรายจากความเย็น (cold injury) มากขึ้น

##### ความชื้น

ยิ่งสูงขึ้นไปความชื้นจะลดลง ทำให้การสูญเสียสารน้ำในร่างกาย และเกิดภาวะขาดน้ำ (dehydration)

##### แสงอาทิตย์และอุลตราไวโอเลต (ultraviolet)

เมื่ออยู่บนที่สูง ร่างกายมนุษย์จะได้รับ solar radiation มากขึ้น ซึ่งมีผลต่อร่างกายโดยเฉพาะผิวหนังและดวงตา

##### ภาวะการขาดออกซิเจน (Hypoxia)

ความสูงเหนือระดับน้ำทะเลจะมีความกดอากาศลดลงซึ่ง Blaise Pascal ได้แสดงความสัมพันธ์ของความกดอากาศและความสูงดังสมการ

$$\text{Barometric Pressure} = 760E - \frac{\text{Altitude (m)}}{7924}$$

ความกดอากาศที่ลดลงเป็นผลจากการลดลงของ Partial Pressure ของออกซิเจนและความชื้น ความสูงที่ 19,200 เมตร พบว่าระดับออกซิเจนเท่ากับศูนย์

ภาวะการขาดออกซิเจน (Hypoxia) จะทำให้ร่างกายกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (Erythro Poietic Stimulus) ทำให้เลือดมีความหนืดสูง (high viscosity) ซึ่งมีผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด

คนบนพื้นที่ราบเมื่อขึ้นไปบนภูเขาในระยะแรกจะไม่สามารถปรับตัวได้ทัน ทำงานเพียงเล็กน้อยก็เหนื่อยหอบ ซึ่งตรงข้ามกับชาวเขา ซึ่งมีการปรับตัวแล้วจะสามารถทำงานได้อย่างปกติ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา เช่น ภาวะ metabolism, exercise response การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อต่าง ๆ การทำงานของระบบหัวใจเป็นต้น ความคุ้นเคยดังกล่าวขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่อยู่บนพื้นที่สูงและอายุ

ผลของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา เนื่องจากความสูงได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ในต่างประเทศหลายคนยืนยันว่า ความสูงมีผลต่อสรีระวิทยาของร่างกาย เช่น Perna - J<sup>20</sup> และคณะ ได้ทำการทดลองให้ชายหญิงอาสาสมัครจำนวน 20 คน ออกกำลังกายบนพื้นที่สูง 3000 เมตรและ 4300 เมตร พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ของปอดอย่างชัดเจน Moore - LG<sup>21</sup> ศึกษาในหญิงมีครรภ์พบว่า การหายใจของแม่เพิ่มขึ้นเนื่องจาก การลดลงของออกซิเจนบนพื้นที่สูง 3,110 เมตร และ 4,329 เมตร มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ มีบิลิรูบินสูงในทารกแรกเกิดและครรภ์เป็นพิษเพิ่มขึ้น Yip - R<sup>22</sup> และพวกได้ทำการเฝ้าระวังโภชนาการในเด็ก 5 ปี หรือต่ำกว่า ใน 8 รัฐ ที่มีภูเขาโดยการชั่งน้ำหนักพบว่า น้ำหนักแรกเกิด ความสูงตามอายุ น้ำหนักตามอายุ และดัชนีน้ำหนักตามความสูงลดลงเป็นปฏิภาคกับความสูงของภูเขาที่เพิ่มขึ้น เริ่มตั้งแต่ความสูง 1,500 เมตรขึ้นไป Lanska - Dj<sup>23</sup> ได้ทำการศึกษาอัตราตายของผู้ป่วยอัมพาต พบว่า อัตราตายต่ำในบริเวณภูเขาซึ่งอาจเนื่องจากปัจจัยความสูง Lanska - DJ (2537)<sup>24</sup> พบว่ามีอัตราการป่วยในโรงพยาบาลและอัตราตายต่ำกว่าในกลุ่มที่อาศัยบริเวณภูเขา Am-bach-W และคณะ (2536)<sup>25</sup> ได้ศึกษาผลของ Ultraviolet B พบว่า

<sup>20</sup>Perna-J; Conway-KE; Contton-EK "Effects of exercise at high altitudes on young adults" J-Fam-Pract. 1988 Sep. 27(3): 279-84

<sup>21</sup>Moore-LG "Altitude aggravated illness: example from pregnancy and prenatal life" Ann-Emerg-Med. 1987 Sep; 16(9) : 965-73

<sup>22</sup>Yip-R; Binkin-NJ; Trowbridge-Fh "Altitude and childhood growth" J-Pediatr. 1988 Sep; 113(3);486-9

<sup>23</sup>Lanska-Dj. Geographic diatribution of stoke martality in the United states. Neurology. 1993 Sep; 43(9) : 1939-51.

<sup>24</sup>Lanska-Dj. Geographic distribution of hospitalization rates, case fatality and mortality from stoke in the United states. Neurology 1994 Aug; 4418; 1541-50.

ทำให้เกิด erythema และ Photodermatose ตา kerration และ conjunctiva เกิดการรุกรานของผิวหนังและการเกิดดื้อกระจก ซึ่งการเพิ่มของ Ultraviolet-B เกิดจาก Ozone ที่ลดลง ซึ่งได้สรุปว่าทุก 10% ของ Ozone ที่ลดลงจะมีดื้อกระจกเพิ่ม 6-8% Qin W (2537)<sup>26</sup> พบว่าดื้อกระจกเป็นปัญหาทางตาที่พบได้บ่อยที่สุด

โดยที่ความสูงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของร่างกาย ตั้งแต่ความสูง 1,500 เมตรขึ้นไป สำหรับในประเทศไทยมีเขาส่งมากกว่า 1,500 เมตรถึง 12 จังหวัด มีดอยอินทนนท์ในจังหวัดเชียงใหม่<sup>27</sup> เป็นดอยที่สูงสุดแต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องนี้

### 3.2 พันธุกรรมกับปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย 8 แหล่งข้อมูล

โดยที่ชาวเขาและชนกลุ่มน้อยมีชาติพันธุ์มาได้หลายทาง<sup>28</sup> เช่น อาจจะเป็นจีน เป็นมอญ อาจจะเป็นลาวอพยพ เนปาลอพยพ พม่าพลัดถิ่น หรือหลบหนีมาจากพม่าอาจเป็นญวนก็ได้ จึงอาจมีโรคเฉพาะของแต่ละชาติพันธุ์ได้

ZAGO MA และคณะ<sup>29</sup> ได้ทำการศึกษา GENE ในชาวเขา 5 เผ่า เป็นจำนวน 123 ราย พบว่ามี GENE Diversity น้อย

RO<sup>30</sup> ได้ทำการศึกษาชาวเขาในประเทศอินเดีย ถึงอุบัติการณ์ของ HBS GENE B-Thalassemia และ G6P D Deficiency โดยศึกษาเปรียบเทียบชาวเขาหลายเผ่าพบว่า อัตราความชุกของ Sick cell ในกลุ่มชาวเขา Pardham ซึ่งจะมีผลต่อภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) อาจเกิดอันตรายจากภาวะความสูงได้

<sup>25</sup> Ambach-W, et al. Biological effectiveness of Solar UV radiation in humano. Experientia 1993 Sep 4919 : 747-53.

<sup>26</sup> Qin W. Etiology of blindness in remote area : a clinic report. Yen Ko Houeh Pao 1994 Dec; 10(4) : 254-6.

<sup>27</sup> สวาท เสนาณรงค์ และน้อม งามนิสัย "ไทยแอตลาส" บริษัทอักษรเจริญทัศน์ ออท. จำกัด พิมพ์ครั้งที่ 7

<sup>28</sup> อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 5-9

<sup>29</sup> Zago MA, Melo Santos EJ, Clegg JB, Guerreiro JF, Martinson JJ, Norwich J, Frigueredo MS" Alpha gloe bin gene haplotypes in South American Indian. Human Biol. 1995 Aug. 67(4) p 535-46

<sup>30</sup> Roa VR, Gorakshakar AC. Sick cell hemoglobin, beta-thalassemia and G6 PD deficiency in tribes of Maharashtra, India. Geme Geogre 1990 Dec. 4(3), P 131-4.

วิชัย โปษยจินดา (2529)<sup>31</sup> ได้บรรยายเรื่องชาวเขากับปัญหาสาธารณสุขว่าโรคพันธุกรรมบนคอยของชาวกะเหรี่ยงที่แม่ลำน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน คือโรคเลือด ซึ่งไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดที่ผิดปกติอาจเนื่องจากประเพณี การแต่งงานในเครือญาติ

สรุป ในประเทศไทยชาวเขาและชนกลุ่มน้อยมีหลายเผ่าพันธุ์ จึงน่าจะมีความแตกต่างกันทางด้านพันธุกรรม ซึ่งยังไม่มีผู้ใดได้ทำการศึกษาไว้ เพื่อเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ทางด้านนี้ จึงน่าจะมีผู้ทำการศึกษาในเรื่องนี้

### 3.3 การเคลื่อนย้ายของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยกับปัญหาสุขภาพอนามัย 6 แหล่งข้อมูล

ชุมพร มณีแสง ได้บรรยายในการสัมมนาที่เชียงใหม่<sup>32</sup> เมื่อ 6 กพ.2541 ว่า การลงสัญชาติไทย ให้ชาวไทยภูเขามีความจำเป็นที่ต้องตรวจสอบ เพราะอาจมีการสวมรอยเข้ามาจากที่อื่น เพราะพบว่า ชาวเขาบางเผ่าไม่เคยอยู่ในบางจังหวัดก็อาจพบได้ และบางคนไม่เข้าใจภาษาไทยเลย โดยเฉพาะในบางแห่งที่มีการสู้รบที่ชายแดนพม่า ก็จะมีผู้ถูกผลักดันเข้ามาในประเทศไทยเป็นจำนวนมาก ซึ่งยืนยันได้จากการสังเกตของผู้วิจัยเองในอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี และจากการศึกษาชายแดนไทย ลาว พม่า ที่อำเภอเชียงแสน และอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย พบว่ามีการข้ามพรมแดนกันค่อนข้างเสรี โดยเฉพาะชาวเขาซึ่งอยู่ในบริเวณนี้จะข้ามไปมาโดยไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นชาวเขาในประเทศไทยหรือประเทศอื่น จึงมีความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ทราบปัญหาโรค ซึ่งเกิดจากการเคลื่อนย้าย เพราะมีโรคหลายอย่างที่สามารถติดต่อได้

กลุ่มโรคติดต่อข้ามแดนกันได้ จากการศึกษาศึกษาของสมบูรณ์ เกียตินันท์ และคณะ (2538)<sup>33</sup> เรื่อง Health Services Situation and Communicable Disease Control Strategies in Indochina พบว่าทั้งประเทศลาว พม่า และเขมรซึ่งมีชายแดนติดต่อกับประเทศไทยมีโรคติดต่อ เช่น วัณโรค โรคปอดบวม โรคมาเลเรีย โรคบิด โรคอุจจาระร่วง และโรคเรื้อน ยังเป็นโรคที่ติดอันดับหนึ่งใน 10 ของประเทศเหล่านี้ ซึ่งยืนยันได้จากการบรรยายของ วิชัย โปษยจินดา<sup>34</sup> พบว่าโรคทั่วไปที่พบในชาวเขาคือ ปวดหัว ตัวร้อน ท้องเดิน ปวดเมื่อยตามตัว โรคพยาธิ โรคติดเชื้อ เช่น มาเลเรีย โรค

<sup>31</sup>วิชัย โปษยจินดา “ชาวเขากับปัญหาสาธารณสุข” บรรยายพิเศษของชมรมวิชาการ สถาบันวิจัยชาวเขา จังหวัดเชียงใหม่ 7 เมษายน 2529.

<sup>32</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 9

<sup>33</sup>Somboon Kietinun “Health Services Situation and Communicable Disease Control Strategies in Indochina” 2538

<sup>34</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 31

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.)



สรุป โรคคอตีบเนื่องจากภาวะการขาดสารไอโอดีน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงอาจมีอุบัติการณ์สูงในชาวเขา งานวิจัยของประเทศไทยยังมีน้อย จึงมีความจำเป็นต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

### 3.5 โรคซึ่งนำโดยแมลง 4 แหล่งข้อมูล

Cai - x และคณะ<sup>45</sup> ได้ทำการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันตัวเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคมาเลเรีย สุวิไล เปรมศรีรัตน<sup>46</sup> ได้ทำการศึกษาเรื่องสมรรถนะทางสุขภาพและการแพทย์

<sup>40</sup>He-J; Klag-MJ; Whelton-PK; Chen-Jy; Mo-JP; Qian-MC; Mo-PS; He-GQ; Am. J.-Epidemiol, 1991 Nov. 15; 134 (10)55.

<sup>41</sup>Lanska-Dj. Effects of interstate migration on the geographic distribution of stroke Mortality in 1995 the United States. Stroke 1995 Sep 24(5); 441-6

<sup>42</sup>Hodge FS et al. Prevalence of smoking among adult American Indian clinic Users in Northern California. *Pnev Med* 1995 Sep 24(5); 441-6

<sup>43</sup>Campos-outcat et al. Prevalence of Cardiovascular disease risk factors in a southwestern Nation American Tribe. Public Health Rep. 1995 Nov.-Dec. 110(6). 742-8

**\*อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 19**

<sup>45</sup> Cai-x et al. "A study on human behavior and socioeconomic factors affecting malaria transmission and control in Qiongzong, Hainan. Chung-Kuo-chi-sheng-chung-hsueh-yu-chi-sheng-chung-ping-tsa-chih 1995 13(2) : 89-93

ลัวะปรีย พบว่าโรคที่พบบ่อยคือ มาเลเรีย โรคทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ วัณโรค อุจลมนิพอด อักเสบ จากการทำวิทยานิพนธ์ของ Maria Theresia Benner (2540)<sup>47</sup> พบว่าจากการสัมภาษณ์คนข้ามชาติจำนวน 512 คน จากพม่าในแถบที่มีมาเลเรียชุกชุมและมีเชื้อ *P.falciparum* ที่ดื้อยาที่อำเภอแม่สวด จังหวัดตาก พบว่ากลุ่มเชื้อชาติ อาชีพ สถานภาพสมรส พื้นที่ที่หยุดรอพัก ที่อยู่อาศัย ลักษณะของบ้านและประวัติการเป็นมาเลเรียครั้งก่อนมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการเป็นมาเลเรีย ประชากรที่ทำการศึกษามีเพียงครั้งเดียวที่ใช้วิธีการป้องกันยุง กฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ<sup>48</sup> ได้สรุปไว้ในการศึกษาผลกระทบจากภาวะการเกิด การเจ็บป่วยและการตายของแรงงานข้ามชาติก่อนนโยบายสาธารณสุข ปี 2540 ว่าโรคเท้าช้างเป็นปัญหาของแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง สุขอนามัยบุคคลไม่ดี นอนไม่กางมุ้ง

สรุป ถึงแม้ว่าประเทศไทย ได้มีความพยายามในการปราบปรามมาเลเรียมาเป็นเวลานาน แต่ปัญหาเรื่องมาเลเรีย โดยเฉพาะตามชายแดนก็ยังเป็นปัญหาอยู่ รวมทั้งเรื่องโรคเท้าช้าง ซึ่งแต่เดิมในประเทศไทยจะพบในจังหวัดภาคใต้ แต่เนื่องจากการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติ ทำให้ทั้งโรคมาเลเรีย และโรคเท้าช้าง ซึ่งนำโดยแมลง เป็นปัญหาที่ต้องติดตามศึกษาและดูแลอย่างใกล้ชิด

### 3.6 โรคและความเชื่อ 3 แหล่งข้อมูล

มีโรคหลายโรคซึ่งเกิดขึ้นจากความเชื่อดังเช่น การใช้ขี้วัวโรยตัวเด็กทำให้เกิดบาดทะยัก การกินหินเกลือซึ่งไม่มีไอโอดีน ทำให้เกิดคอพอก ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น ธงชัย สารทะกุล (2540)<sup>49</sup> ได้ทำการศึกษากฎมีปัญญางานของชาวบ้านชาวเขาเผ่าต่าง ๆ พบว่าทุกเผ่ายังมีความเชื่อในเรื่อง หมอผี ห้ามนอนกางมุ้งในบ้านที่มีคอกผี ห้องนอนห้ามมีหน้าต่าง เพราะป้องกันผีและสัตว์เข้าห้องนอน การทำผิดจารีตประเพณี และอื่น ๆ อีกมาก สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ ได้ศึกษาความเชื่อ

\*สุวิไล เปรมศรีรัตน์ "สนทนาสาธารณสุขการแพทย์ลัวะปรีย" สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท (ไม่ปรากฏวันเดือนปี)

<sup>47</sup>Maria Theresia Benner, Somboon Kietinun, Santhat Sermsri, Junya Pattara-arechachai. "Factors Determining Malaria Prevalence Among Migrants from Myanmar : A study of Migrants in Malaria Clinics in Mae Sot and Phro Phra District, Tak Province Thailand" 1997 A thesis for the full filment of the Master Degree in Primary Health Care Management.

<sup>48</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 6

<sup>49</sup>ธงชัย สารทะกุล "ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนชาวเขา 6 เผ่า" เอกสารวิชาการลำดับที่ 34 2538 ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาศาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

ของชาวเขาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยพฤติกรรมแสวงหาวิธีการรักษาและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง (2534-2537)<sup>50</sup> พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของชาวเขามีความสัมพันธ์โดยตรงกับการนับถือศาสนาของคน ส่วนใหญ่กลุ่มที่นับถือผีมีความเชื่อที่ผูกพันอยู่กับภูติผีและการถือโชคลางต่าง ๆ พฤติกรรมการรักษาก็จะให้หมอผีรักษา พฤติกรรม การมีส้วมหรือใช้ส้วมยังไม่มีคหมี พยาธิลำไส้สูงถึงร้อยละ 63 ปัญหาสาธารณสุขในมุมมองของชาวบ้านคือ น้ำใช้ไม่สะอาดและไม่พอใช้ตลอดปี 44.5% รองลงคือการเจ็บป่วย 28.0% มีอาหารไม่เพียงพอและไม่สะอาด 25.4%

Mull-DS และคณะ 2533 ได้รายงานว่าหมู่บ้านชาวเขา อำเภอจันทบุรี ทางตอนเหนือของประเทศปากีสถาน ใช้ชีวะตาดกแห้ง เป็นแปรงโรคตัวเด็กและใช้เกลือหินรับประทาน เพราะเชื่อว่าให้ความร้อนและพลัง จึงเป็นเหตุให้เกิดบาดทะยักในเด็กแรกเกิดและโรคคอตีบในชุมชนได้ เพราะเกลือแร่ไม่มีสารไอโอดีน

สรุป ความเชื่อบางอย่างของชาวเขาก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพอนามัยของชาวเขา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษา และพัฒนาแก้ไขเพราะการศึกษาในด้านนี้มีน้อยและส่วนใหญ่อะก็เป็นการศึกษาแต่ไม่ได้มีการพัฒนา

### 3.7 การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว

#### 3.7.1 การอนามัยแม่และเด็ก 13 แหล่งข้อมูล

Paul - Lewis ได้เขียนในโครงร่างวิจัยเพื่อพัฒนาการวางแผนครอบครัวในเผ่าอาข่า (2513)<sup>51</sup> ว่าชนเผ่านี้มาจากประเทศจีนและเคลื่อนย้ายมาจากยูนาน ในพม่า ไทย ลาวและเวียดนามตอนเหนือกว่า 100 ปี มีประมาณ 9,500 คน ในจังหวัดเชียงราย และ 305 คน ในจังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2515 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากในปี 2507 และ 2513 มาก สรุปว่าการเพิ่มนี้มีขึ้นเนื่องจากการเจริญพันธุ์อย่างเดียว แต่เป็นการเพิ่มจากการเคลื่อนย้ายของประชากรมาจากประเทศเพื่อนบ้านด้วย ทำให้มีปัญหาดังคมและสาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบว่าประเพณีความเชื่อที่ว่าหญิง มีครรภ์ก็ต้องทำงานหนักจนกระทั่งคลอดเพราะ จะทำให้คลอดง่าย หญิงมีครรภ์ต้องกินดินขาวไม่กินเนื้อสัตว์ ห้ามผู้ใดชี้นิ้วไปที่หญิงมีครรภ์ เพราะอาจทำให้เกิดการแท้งหรือทารกตายในครรภ์ได้ หากหญิงมี

<sup>50</sup> สุวัฒน์ จริอนธิศักดิ์ "ความเชื่อของชาวเขาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย พฤติกรรมแสวงหาวิธีการรักษาและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง" (ไม่ปรากฏวันเดือนปี)

<sup>51</sup> Mull-DS, Anderson-JW, Mull-JD : Cow Dung vock salt and medical innovation in the Hinder-Kush of Pakistan : The cultural Transformation of Neonatal Tetanus and Iodine Deficiency : Soc.- Sci-Med. 1990 (6) : 675-91.

ครรภ์แท้งจะต้องจัดการอย่างลับๆ ด้วยตนเอง แต่ถ้าเด็กโตหน่อยตัวหญิงจัดการเองไม่ได้ก็ต้องให้สามีจัดการให้ ซึ่งในทางทฤษฎีหากหญิงนั้นตกเลือดขณะแท้งและไม่มีผู้ใดอยู่ด้วยก็อาจเป็นอันตรายได้ในการคลอดบุตร เนื่องจากความเชื่อที่ว่าหญิงมีครรภ์ต้องทำงานหนักจนกระทั่งคลอด บางครั้งอาจพบว่าหญิงนั้นไปคลอดในไร่ เมื่อเด็กเกิดจะต้องไปเกิดในบ้านเล็กด้านหลัง เพราะถ้าเด็กเกิดมาไม่เป็นที่ยอมรับบ้านใหญ่จะได้ไม่ต้องถูกทำลายไปด้วย การคลอดแฝดเผ่าอาข่าถือว่าไม่เป็นที่ยอมรับ ในการคลอดห้ามหญิงที่แต่งงานแล้วไม่มีลูกอยู่ในบริเวณคลอด หญิงผู้มีอาวุโสที่สุดเป็นผู้รับผิดชอบกำกับดูแลการคลอด ถ้าแม่สามีอยู่แม่สามีจะได้รับเกียรตินั้น ผู้ทำคลอดอาจเป็นแม่สามีหรือหมอด้าย เมื่อเด็กคลอดออกมาจะถูกทิ้งไว้บนพื้นตรงหน้าขาแม่ห้ามไม่ให้ใครจับเด็กขึ้นมาจนกว่าเด็กจะร้องครบ 3 ครั้ง ถ้าเด็กไม่ร้องผู้ทำคลอดจะเรียกพ่อของเด็กเข้ามา พ่อจะใช้ชายขากางเกงโบกกลมเพื่อช่วยให้เด็กร้อง พ่อจะเป็นผู้จัดการกับรกเมื่อมีเด็กคลอดยาก อาข่าเชื่อว่ามิวิญญาณชั่วดึงเด็กไว้ ส่วนการเป็นหมัน หากชายหญิงแต่งงานกันแล้วไม่มีลูกฝ่ายชายหรือหญิงก็จะไปหา Shaman ซึ่งจะเป็นผู้บอกให้ฝ่ายชายไปหาภริยาใหม่ สำหรับผู้หญิงก็ให้ไปหาสามีใหม่ หรือในอดีตผู้ใหญ่จะให้ผู้หญิงไปนอนกับผู้ชายที่มีลูกหลาย ๆ คน หลังคลอดหญิงจะอยู่ไฟ 1 เดือน นอนกัน 2 คน แม่ลูก 5 เดือน ซึ่งหมายถึงห้ามมีเพศสัมพันธ์ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้สามีจะต้องถูกปรับ โครงการพัฒนาที่สูงคอยแป๊ะของสำนักงานผู้ว่าการโครงการพัฒนาที่สูง<sup>52</sup> ได้รวมการบริการส่งเสริมสุขภาพไว้ในโครงการด้วย พบว่าให้บริการดูแลสุขภาพก่อนคลอด ทำคลอดและดูแลหลังคลอดเฉลี่ย 63.3% ของประชากรเป้าหมายในแต่ละปีทำให้ลดอัตราตายทารกแรกเกิดลงถึง 70% งานส่งเสริมโภชนาการเด็กขาดสารอาหารลดลงจากร้อยละ 40 เหลือร้อยละ 28 ได้ให้วัคซีนครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย 90% ของประชากร

อรพินท์ สิงห์เดช ชอบ คชาอนันต์<sup>53</sup> ได้ทำการศึกษาสตรีกับการพัฒนาสุขภาพชุมชนในชาวเขาเผ่าเย้า จังหวัดลำปาง ในปี 2531-2533 พบว่า

<sup>52</sup>สถาบันวิจัยสังคม คณะแพทยศาสตร์ คณะเกษตรศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และสำนักวิจัย สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์ “ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเจ็บป่วยและตายของเด็ก และการก่อกวนกะเหรี่ยงในภาคเหนือของไทย” เมษายน 2540

<sup>53</sup>อรพินท์ สิงห์เดช ชอบ คชาอนันต์ “สตรีกับการพัฒนาสุขภาพชุมชนใน ชาวเขาเผ่าเย้า จังหวัดลำปาง” 2531-2533 สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์วิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ ในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

## ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีของชาวเขาเผ่าเย้า มีดังนี้

### การแต่งงาน

เผ่าเย้ามีอิสระในการเลือกคู่ครอง มีประเพณีการนัดพบและเที่ยวด้วยกัน ถ้าผู้หญิงเข้าสนใจผู้ชายใดเป็นพิเศษ ก็จะร่วมหลับนอนกับผู้ชายคนนั้นได้ บางครั้งอาจมีผู้ชายมากกว่า 1 คน เมื่อตั้งครรภ์ ผู้หญิงมีสิทธิเลือกผู้ชายที่หล่อรักมากที่สุดมาเป็นพ่อของเด็กหากไม่มีผู้ใดต้องการเป็นพ่อของเด็กหญิงนั้นก็จะไม่เสียใจเพราะลูกของหล่อนจะถูกยกให้เป็นวิญญาณผีไม่มีใครมีสิทธิในตัวเด็ก ส่วนใหญ่ชาวเขาเผ่าเย้าจึงมีลูกก่อนแต่งงาน

### การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร

การตั้งครรภ์ นำมาซึ่งความสุขสำหรับครอบครัวเย้า เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้ 2-3 เดือน ครอบครัวจะฆ่าหมูและไก่ เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดนั้นเป็นปกติ หญิงมีครรภ์จะทำงานในไร่ไปจนตั้งครรภ์ 8 เดือนก็จะได้รับอนุญาตให้ทำงานอยู่ใกล้บริเวณบ้านจนกระทั่งคลอด งดความสัมพันธ์ทางเพศหลังจากตั้งครรภ์แล้ว 8 เดือน

การคลอดบุตร ทำคลอดในบ้าน ยกเว้นบุตรไม่มีพ่อ เมื่อสามีตายแล้ว ยัวเข้าต่อวิญญาณที่ผิด ต้องสร้างบ้านใหม่ให้เป็นที่พักผ่อนและอยู่จนถึง 7 วันแล้วจึงจะกลับบ้านเดิมได้

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันคือ DPT แต่มักไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนใหญ่จะได้รับการฉีด BCG ครบเพราะฉีดครั้งเดียว สำหรับ Polio ส่วนใหญ่จะไม่ได้รับ หรือได้รับไม่ครบ ส่วนวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันนั้นไม่รับน้อยมาก

การเจริญพันธุ์ โดยเฉลี่ยมี การตั้งครรภ์ 4 ครั้ง บุตรเกิดมีชีพเฉลี่ย 3.86 คน บุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ 3.54 คน มีการคุมกำเนิด 34.8% ส่วนใหญ่นิยมใช้ยาฉีด รองลงมาคือ ยาเม็ด หมันหญิงและหมันชาย ตามลำดับ การคลอด ทำโดยหมอตำแยในหมู่บ้าน อาจเป็นพ่อแม่หรือสามีทำคลอดไม่เคยฝากครรภ์ ไม่เคยตรวจหลังคลอดร้อยละ 95.8

นพดล สมบูรณ์<sup>๔</sup> ได้สรุปผลการดำเนินงานชุมชนพื้นที่สูงชาวเขาเขต 9, 10 ปีงบประมาณ 2535 ข้อมูลด้านการอนามัยแม่และเด็กปี 2534 พบว่า อัตราการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้ง อัตราการคลอดโดยเจ้าหน้าที่/ผดม. อัตราการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้ง อัตราการได้รับวัคซีน BCG DPT3 OPV3 หัก ค่ากว่าเป้าหมายทั้งสิ้น และมีเด็กขาดสารอาหารในเด็ก 0-4 ปี มากกว่าเกณฑ์ ซึ่งตรงกับ จารุณี จตุพรเพิ่ม<sup>๕</sup> ได้สรุปผลการดำเนินงานชุมชนบนพื้นที่สูงเขต 4 ปีงบประมาณ 2535 ใน 5

<sup>๔</sup>นพดล สมบูรณ์ “ผลการดำเนินงานชุมชนพื้นที่สูงเขต 9,10 ปีงบประมาณปี 2535”

<sup>๕</sup>จารุณี จตุพรเพิ่ม “สรุปผลการดำเนินงานชุมชนบนพื้นที่สูงเขต 4 ปีงบประมาณ 2535” ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี

ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบุรณ์ เกียรตินันท์ และ ผศ.นพ.กัมมาต กุมาร ปาวา

จังหวัดที่มีชุมชนพื้นที่สูง ผลของการอนามัยแม่และเด็ก นพดล สมบุรณ์<sup>56</sup> ได้สรุปผลการดำเนินงานชุมชนพื้นที่สูง ชาวเขาเขต 9,10 ปีงบประมาณ 2535 จารุณี จตุพรเพิ่ม<sup>57</sup> ได้สรุปผลการดำเนินงานชุมชนบนพื้นที่สูง เขต 4 ปีงบประมาณเดียวกันใน 5 จังหวัด Kunsladter P และคณะ<sup>58</sup> ทำการศึกษาสาเหตุและผลที่ตามมาจากการที่เด็กตายมากขึ้นปี 2535 ในชาวเขาเผ่าม้ง มุลนิธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา (พชภ.)<sup>59</sup> ปฏิบัติงานพัฒนาชาวเขาเขตลุ่มแม่น้ำจัน คอยแม่สลองตั้งแต่ปี 2529 ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา<sup>60</sup> ได้สำรวจคุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมชุมชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงทั่วประเทศ ไทย กาญจนา ประชาพัฒน์และคณะ<sup>61</sup> ได้ทำการสำรวจคุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมชาวเขาเผ่าม้งในประเทศไทยปี 2538 นิตยา แสงเล็ก และคณะ ทำการศึกษารูปแบบการลดอัตราตายของแม่และเด็กชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงปี 2537-2539<sup>62</sup> สมควร ใจกระจ่างและคณะ<sup>63</sup> ทำการสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาปี 2539 ธงชัย สาระกุล<sup>64</sup> ได้บันทึกไว้ในการศึกษาภูมิปัญญาชาวบ้านของชาวเขาเผ่าต่าง ๆ และกองแผนงาน กรมอนามัยได้ทำการสำรวจเร่งด่วน 2540 พบว่า ผลงานของการอนามัยแม่และเด็ก ทุกตัวบ่งชี้ถึงแม้จะมีการพัฒนาที่ดีขึ้นแต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายทุกตัวดังตารางที่แสดงไว้นี้ ปัจจัยที่สำคัญคือ ความเชื่อประเพณีมีผลต่อการพัฒนานี้ ถึงแม้ว่าจะได้มีการหารูปแบบ

<sup>56</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 54

<sup>57</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 55

<sup>58</sup>Kunstadter P; Kunstadter-Sb; Leepreecha-P; Podhisita-C, Laoyang M; Thao-CS; Thao-RS; Yang-WS "Causes and consequences of increase in child survival rates; ethnoepidemiology among the Hmong of Thailand Human-Biol. 1992 Dec; 64 (6) : 821-41

<sup>59</sup>มูลนิธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา "รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคุณภาพชีวิตแม่และเด็กชาวเขาลุ่มน้ำจัน แม่สลอง (ไม่ปรากฏวันเดือนปี)

<sup>60</sup>ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา "การสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมชุมชน ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในประเทศไทย" 2537

<sup>61</sup>กาญจนา ประชาพิพัฒน์ ชลิดา เกษประคิษฐ์ นิตยา แสงเล็ก วราพร นิชยธนวนศ์ สมควร ใจกระจ่าง "รายงานการวิจัยการสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชน ชาวเขาเผ่าม้งในประเทศไทย "ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2538

<sup>62</sup>นิตยา แสงเล็ก สมควร ใจกระจ่าง รุ่งรัศมี ศรีวงศ์พันธ์ "การศึกษารูปแบบการลดอัตราตายของแม่และเด็กชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง" ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา 2537-2539

<sup>63</sup>สมควร ใจกระจ่าง "การสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาในประเทศไทย" 2539

<sup>64</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 49

## ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และ ผศ.นพ.กัมมมาล กุมาร ปาวา

ต่าง ๆ เช่น วราพร วันไชยธนวงศ์ กรรมการ มณีวรรณ<sup>๖</sup> ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนของสตรีวัยเจริญพันธุ์ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับชม วีดีโอ เทป และไม่ได้ชมพบว่า วีดีโอเทป เป็นสื่อที่ให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานในขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดแล้วก็ตาม

สถาบันวิจัยสังคม คณะแพทยศาสตร์ คณะเกษตรศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และสำนักวิจัย สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์<sup>๗</sup> ได้ทำวิจัยเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเจ็บป่วย และตายของเด็กและทารกกะเหรี่ยงในภาคเหนือของไทย ที่อำเภอ สะเมิง และอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าอัตราป่วยในรอบปี 334/1000 โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร และมาเลเรีย มักป่วยในฤดูหนาว เนื่องจาก ภูมิอากาศและขาดแคลนเครื่องนุ่งห่ม การรักษาส่วนใหญ่ใช้การแพทย์สมัยใหม่ และซื้อยากินเอง ป่วยหนักจึงจะไปโรงพยาบาล อัตราตายอย่างหยาบ 5.28/1000 อัตราทารก 33.33/1000 การเกิดมีชีพ

<sup>๖</sup>วราพร วันไชยธนวงศ์ กรรมการ มณีวรรณ “การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนของสตรีวัยเจริญพันธุ์ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับชมวีดีโอเทป ให้สุขศึกษาและกลุ่มที่ไม่ได้รับชมวีดีโอเทป ให้สุขศึกษา” ศูนย์พัฒนาชาวเขา กรมอนามัย กันยายน 2538

<sup>๗</sup>สถาบันวิจัยสังคม คณะแพทยศาสตร์ คณะเกษตรศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และสำนักวิจัย สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์ “ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเจ็บป่วยและตายของเด็ก และทารกชาวกะเหรี่ยงในภาคเหนือของไทย” เมษายน 2540

ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และผศ.นพ.กัมมวด ภูมิภาว

สรุปผลการดำเนินการอนามัยแม่และเด็ก

| รายละเอียด                                                                                                                                                | เป้าหมายร้อยละ | 2534 ร้อยละ | 2535 ร้อยละ | 2536 ร้อยละ | 2537 ร้อยละ | 2538 ร้อยละ | 2539 ร้อยละ | 2540 ร้อยละ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| *น้ำหนักเด็กแรกเกิดน้อยกว่า 2,000 กรัม<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- เผ่ากะเหรี่ยง<br>- เผ่าม้ง<br>- เผ่าอื่น ๆ                                                 | ไม่เกิน 7      |             |             | 12.1        | 12.9        | 5.8         | 11.4        | 10.8        |
| *รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบอหิวาต์<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- เผ่ากะเหรี่ยง<br>- เผ่าม้ง<br>- เผ่าอื่น ๆ | 90             |             |             | 28.2        | 46.4        | 31.2        |             | 57.0        |
| *อัตราการดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้ง<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- เผ่ากะเหรี่ยง<br>- เผ่าม้ง<br>- เผ่าอื่น ๆ                                                       | 80<br>70       | 30.2        | 28.9        | 16.6        | 54.2        | 9.4         | 20.2        | 27.5        |
| *อัตราการได้รับวัคซีน BCG<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- เผ่ากะเหรี่ยง<br>- เผ่าม้ง<br>- เผ่าอื่น ๆ                                                              |                | 65.2        | 54.3        | 84.5        | 90.0        | 83.4        | 87.8        | 85.4        |



ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และผศ.นพ.กัมมาด กุมารปาวา

| รายละเอียด                                                                                                               | เป้าหมาย<br>ร้อยละ | 2534<br>ร้อยละ | 2535<br>ร้อยละ | 2536<br>ร้อยละ | 2537<br>ร้อยละ | 2538<br>ร้อยละ | 2539<br>ร้อยละ | 2540<br>ร้อยละ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| *อัตราการได้รับวัคซีน<br>DPT3 และ OPV3<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- เผ่ากะเหรี่ยง<br>- เผ่าม้ง<br>- เผ่าอื่น ๆ                |                    | 58.9           | 48.9           | 49.5           | 55.2           | 37.2           | 6.37           | 69.6<br>70.9   |
| *อัตราการได้รับวัคซีน<br>หัด<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- เผ่ากะเหรี่ยง<br>- เผ่าม้ง<br>- เผ่าอื่น ๆ                          |                    | 45.8           | 33.6           | 32.3           | 70.2           | 57.8           |                | 48.5<br>62.2   |
| *อัตราหญิงมีครรภ์ได้รับ<br>วัคซีนบาดทะยักครบ<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- เผ่ากะเหรี่ยง<br>- เผ่าม้ง<br>- เผ่าอื่น ๆ          | 75                 |                |                | 33.5           | 54.2           | 46.6           |                |                |
| *อัตราหญิงที่มีบุตรคน<br>แรกเมื่ออายุต่ำกว่า<br>20 ปี<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- เผ่ากะเหรี่ยง<br>- เผ่าม้ง<br>- เผ่าอื่น ๆ | <10                |                |                | 53.9           | 53.9<br>44.0   | 77.4           | 53.0           |                |

ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และ ผศ.นพ.กัมมาล กุมารปาวา

| รายละเอียด                                                                                           | เป้าหมาย<br>ร้อยละ | 2534<br>ร้อยละ | 2535<br>ร้อยละ | 2536<br>ร้อยละ | 2537<br>ร้อยละ | 2538<br>ร้อยละ | 2539<br>ร้อยละ | 2540<br>ร้อยละ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| *อัตราการดูแลก่อน<br>คลอดครบ 4 ครั้ง<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- แม่กะเหรี่ยง<br>- แม่ม้ง<br>- แม่อื่น ๆ | 75                 | 29.2           | 40.1           | 33.5           | 43.7           | 29.4           | 36.5           | 50.0           |
| *อัตราการคลอดโดย<br>เจ้าหน้าที่/ผสม<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- แม่กะเหรี่ยง<br>- แม่ม้ง<br>- แม่อื่น ๆ  | 80                 | 44.7           | 48.7           | 49.2           | 65.1           | 40.2           | 58.8           | 63.4           |
| *อัตราหญิงที่มีบุตร<br>ไม่เกิน 2 คน<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- แม่กะเหรี่ยง<br>- แม่ม้ง<br>- แม่อื่น ๆ  | 75                 |                |                | 56.3           | 60.8           | 36.7           | 57.5           |                |
| *อัตรารู้จักวิธีป้องกัน<br>โรคเอดส์<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- แม่กะเหรี่ยง<br>- แม่ม้ง<br>- แม่อื่น ๆ  | 80                 |                |                | 37.1           | 58.3           | 58.3           | 54.1           |                |

ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และ ผศ.นพ.กัมมาต กุมารปาวา

| รายละเอียด                                                                                            | เป้าหมาย<br>ร้อยละ | 2534<br>ร้อยละ | 2535<br>ร้อยละ | 2536<br>ร้อยละ | 2537<br>ร้อยละ | 2538<br>ร้อยละ | 2539<br>ร้อยละ | 2540<br>ร้อยละ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| *การเลี้ยงลูกด้วยนม<br>ถึง 4 เดือน<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- เผ่ากะเหรี่ยง<br>- เผ่าม้ง<br>- เผ่าอื่น ๆ |                    |                |                |                | 15.3           | 91.4           | 42.6           |                |
| *น้ำหนักทารกแรกเกิด<br>7,300 กรัม<br>- ชาวเขาทั้งหมด<br>- เผ่ากะเหรี่ยง<br>- เผ่าม้ง<br>- เผ่าอื่น ๆ  | 70                 |                |                | 47.3           | 52.4           | 62.0           | 59.8           | 55.0           |

### 3.7.2 การวางแผนครอบครัว 17 แหล่งข้อมูล

จากรายงานของสำนักงานผู้อำนวยการโครงการพัฒนาที่สูงคอยแปเปื่อ<sup>67</sup> ผลแห่งการพัฒนาคอยแปเปื่อ รูปแบบต่าง ๆ ในส่วนของการวางแผนครอบครัวได้มีการประชาสัมพันธ์และรณรงค์ใช้ชาวเขาคุมกำเนิด โดยวิธีต่าง ๆ ทำให้มีอัตราเกิดลดลงถึงร้อยละ 30 ถึงกระนั้นก็ตาม อัตราการคุมกำเนิดก็ยังไม่ครอบคลุมถึงเป้าหมายทุกแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งยืนยันได้จากรายงานของจารุณี จตุพรเพิ่ม<sup>68</sup> นพดล สมบูรณ์<sup>69</sup> ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขาสรุปสถานภาพชาวเขาปี 2536-2539<sup>70</sup> วีระ นิยมวัน<sup>71</sup> สมควร ใจกระจ่าง<sup>72</sup> สุมาลย์ กุศลสารกุล จันทบูรณ์ สุทธิ และสมพร ปิ่นอักษร<sup>73</sup> อภิปรายกลุ่มเมื่อ 3 พ.ย.2537 โดยมี ยิ่งเกียรติ ไพศาลอัษฎพงษ์ เป็นผู้ดำเนินการอภิปราย

<sup>67</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 52

<sup>68</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 55

<sup>69</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 54

<sup>70</sup>ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา "สถานภาพของชาวเขาปี 2536-2539" รายงานการประชุม โครงการวิจัยปฏิบัติการเชิงรุก"

<sup>71</sup>วีระ นิยมวัน "แนวทางการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่สูงของกรมอนามัย พุทธศักราช 2537

<sup>72</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 63

<sup>73</sup>สุมาลย์ กุศลสารกุล จันทบูรณ์ สุทธิ และ สมพร ปิ่นอักษร อภิปรายกลุ่ม 3 พุทธศักราช 2537 ยิ่งเกียรติ ไพศาลอัษฎพงษ์ ผู้ดำเนินการอภิปราย

ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา 2537<sup>74</sup> อรุณฯ โอภาสเสถียร กาญจนฯ มานพ พิมพา ฌ ลำปาง ในโครงการเร่งรัดการวางแผนครอบครัวเผ่าอีเก้อ จังหวัดลำปาง 2538<sup>75</sup> กาญจนฯ ประชาพัฒน์และคณะ 2538<sup>76</sup> พรณี มีหนัก และคณะ<sup>77</sup> เปรมใจ หน่อแก้ว<sup>78</sup> ธงชัย สาระกุล<sup>79</sup> กรรณิการ์ มณีวรรณ<sup>80</sup> นิดยา แสงเล็ก<sup>81</sup> ชาคริต ชมชื่น<sup>82</sup> และการสำรวจเร่งด่วนของกองแผนงาน 2540<sup>83</sup> ผลการปฏิบัติงาน 2539 ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา<sup>84</sup> การวิจัยการดำเนินการวางแผนครอบครัว โดยวิธีการต่าง ๆ ก็ยังพบว่า อัตราการครอบคลุมของการวางแผนครอบครัวยังต่ำกว่าเป้าหมายทุกเผ่าและทุกโครงการ ส่วนมากสตรีจะเป็นฝ่ายรับบริการคุมกำเนิดทั้งแบบชั่วคราวและถาวร การทำหมันชายมีน้อย หรือในบางแห่งไม่มีเลย ปัญหาคือภาษา ความเชื่อ การไม่ยอมรับห่วงอนามัย ได้มีความพยายามในการทำวิจัย ปฏิบัติการเชิงรุกมาใช้ในการพัฒนารูปแบบ การวางแผนครอบครัว มีการพัฒนาสื่อ ได้มีความพยายามนำเอาผู้ที่เคยใช้บริการวางแผนครอบครัวได้ผลมาแล้วมาเป็นรูปแบบ ซึ่งทำให้ผลการวางแผนครอบครัวเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ถึงเป้าหมาย จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อพัฒนาต่อไป

สรุป ตั้งแต่ปี 2534 ถึง ปี 2540 แม้ว่าผลการประเมินของการดำเนินการด้านอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัวจะดีขึ้นหลายตัวชี้วัด แต่น้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม ยังสูงกว่าเป้าหมาย

<sup>74</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 60

<sup>75</sup>อรุณฯ โอภาสเสถียร กาญจนฯ มานพ พิมพา ฌ ลำปาง โครงการเร่งรัดการวางแผนครอบครัวชาวเขาเผ่าอีเก้อ จังหวัดลำปาง 2538

<sup>76</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 61

<sup>77</sup>พรณี มีหนัก สุพรรณิ กิตติรัตนไพบูลย์ ฉวีวัชรศิริแก้ว “การพัฒนาคุณภาพด้านบริการวางแผนครอบครัวชาวเขาเผ่าอีเก้อ จังหวัดเชียงราย กรณีศึกษาเผ่าอีเก้อ กลุ่มบ้านสามแยก อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 2539

<sup>78</sup>เปรมใจ หน่อแก้ว “รายงานการดำเนินการปฏิบัติการเชิงรุกในโครงการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานอนามัยครอบครัวในชุมชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง บ้านหว่า อำเภอขุนยวม บ้านนางาง อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

<sup>79</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 49

<sup>80</sup>กรรณิการ์ มณีวรรณ “การวิจัยปฏิบัติการเชิงรุกด้านวางแผนครอบครัวในชุมชนบนพื้นที่สูง” ศูนย์พัฒนาชาวเขา ธันวาคม 2539

<sup>81</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 62

<sup>82</sup>ชาคริต ชมชื่น วิทยานิพนธ์ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการวางแผนครอบครัวของนักเรียนชาวเขาในจังหวัดเชียงใหม่”

<sup>83</sup>ส่วนข้อมูลข่าวสาร “ข้อมูลเบื้องต้นผลการสำรวจสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง” สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข เมษายน 2540.

<sup>84</sup>ผลการปฏิบัติงาน 2539 ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การดูแลหลังคลอดครบ 3 ครั้ง หญิงมีครรภ์ได้รับบาดเจ็บหรือตก ย่ำต่ำกว่าเป้าหมาย ทุกตัวชี้วัด รวมทั้งตัวชี้วัดอื่น ๆ ทุกตัว นอกจากนี้ในการติดตามประเมินผลในแต่ละเผ่าก็มีได้มีรายงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารสรูปร่างได้ว่าการดำเนินการและติดตามประเมินผลอยู่หรือไม่ จึงมีความจำเป็น ต้องมีการดำเนินการต่อไป รวมทั้งมีระบบการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิดทุกกลุ่ม

### 3.8 โภชนาการกับชาวเขาและชนกลุ่มน้อย 7 แหล่งข้อมูล

จากการรายงานของ สมควร ใจกระจ่าง และคณะ<sup>85</sup> บุญชนะ ทองแสน<sup>86</sup> การสำรวจข้อมูล พื้นฐานด้านสาธารณสุข ตำบลห้วยปูลิง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน (2533)<sup>87</sup> สถาบันวิจัยสังคม คณะ แพทยศาสตร์ และคณะ<sup>88</sup> ธงชัย สาระกุล<sup>89</sup> รายงานของ กาญจนา ประชาพิพัฒน์ และคณะ ผลการดำเนินการ ปี 2538<sup>90</sup> พบว่า ยังมีภาวะทุพโภชนาการ ในเด็ก 0-5 ปี และในนักเรียนอยู่ทั่วไปในกลุ่มชาวเขา รวมทั้งการดื่ม น้ำสารไอโอดีน ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา ได้แก่ พฤติกรรมการกินอาหาร อาหารหลัก ได้แก่ ข้าวสวย ข้าว ผสม เกลือหรือน้ำตาล กับข้าว เป็นพวกอาหารผัดต้ม หรือผัดใช้น้ำมันหมูและเกลือ บางครอบครัวให้ที่ 5-6 ขวบเลี้ยงน้อง บางเผ่าชอบกินของดิบ ชาวบ้านยากจน อาหารของเด็กไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่ เด็กเล็กกินนมแม่ อย่างเดียวไปถึง 24 เดือน ไม่มีการเตรียมอาหารทารกและเด็กเล็ก แต่จะใช้เคี้ยวป้อนเลย อาหารใส่ผงชูรส บางแห่งให้เด็ก 3 เดือนกินกล้วย ข้าว บางแห่งไม่ได้ชั่งน้ำหนักเด็ก หญิงหลังคลอดให้กินแต่ไก่ ไม่มีอะไร พิเศษ ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก จากการศึกษาของ Tin Maung Hliang<sup>91</sup> ภาวะโภชนาการของเด็ก 0-5 ปี มีภาวะทุพโภชนาการทั้งระดับหนึ่งและระดับสองร้อยละ 28.20 และ 7.7 ตามลำดับ

สรุป ถึงแม้จะได้มีการทำวิจัยและการดำเนินการเฝ้าระวังภาวะทุพโภชนาการในชาวเขาอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานานแล้วก็ตาม ก็ยังพบว่าภาวะทุพโภชนาการยังเป็นปัญหาของชาวเขาและชน กลุ่มน้อยที่ เคลื่อนย้ายเข้ามา จึงมีความจำเป็นต้องการทำวิจัยเพื่อพัฒนา เพื่อแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการต่อไป

<sup>85</sup> อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 63

<sup>86</sup> บุญชนะ ทองแสน “ปัญหาโภชนาการชาวเขาและปัจจัยทางจารีตประเพณี” 2535

<sup>87</sup> การสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุข ตำบลห้วยปูลิง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน 2533

<sup>88</sup> อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 66

<sup>89</sup> อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 49

<sup>90</sup> อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 61

<sup>91</sup> อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 18

### 3.9 สุขภาพาลสิ่งแวดล้อมกับชาวเขาและชนกลุ่มน้อย 7 แหล่งข้อมูล

วิชัย โปษยจินดา<sup>๖๒</sup> จรัส สุวรรณเวลา<sup>๖๓</sup> ได้ให้ความหมายในเรื่องการมีชีวิตอยู่ของชนชาวเขาแต่เดิมว่า เป็นการสมดุลงของระบบนิเวศน์ของชีวิต และการดำเนินชีวิต ได้อ้างถึง 10 ปีก่อนหน้านี้ไม่มียุ้งบนดอย แต่ปัจจุบันยุ้งที่พบบนพื้นราบก็สามารถพบบนดอยได้ เช่น ยุ้งคิวนรท ยุ้งรีเอ ยุ้งก้นปล่อง การสมดุลงในระบบนิเวศน์ของวิถีชีวิตการเป็นอยู่อย่างดั้งเดิม จากการสำรวจภาวะสุขภาพาลถิ่นที่อยู่อาศัย พบว่าไม่ถูกสุขลักษณะหลายประการ ได้แก่ การใช้เตาไฟหุงข้าวในบ้านห้องเดียวกัน ไม่มีหน้าต่าง แต่นักพัฒนาชาวเขาเห็นว่ามีความจำเป็นต้องแก้ไข ซึ่งตามความเป็นจริง เป็นการสมดุลงในระบบนิเวศน์กล่าวคือ การใช้เตาไฟภายในบ้าน ควันไฟก็จะไต่สูงและแมลงมีการศึกษาและดำเนินการแก้ปัญหาสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย พบว่า สุขภาพาลสิ่งแวดล้อม เช่น บริเวณบ้านสกปรก มีการเลี้ยงสัตว์ไว้ได้ดูบ้าน และบริเวณบ้าน มีมูลสัตว์และแมลง บ้านเป็นไม้หลังคามุงแฝก<sup>๖๔</sup> บ้านไม่มีส้วมหรือมีส้วมแล้วไม่ใช้ส้วม<sup>๖๕</sup> มีหมูกินอุจจาระแมลงวันค่อม หมูป่วยเลอะเทอะ คั้นน้ำประปาภูเขา<sup>๖๖</sup> โรคไวรัสบีมีอุบัติการณ์สูงในชาวอินเดียนแดงภูเขาและบริเวณ White River<sup>๖๗</sup> อุบัติการณ์ความชุกของเชื้อปรสิตในลำไส้ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงสูง<sup>๖๘</sup> ครวเรือนมีน้ำสะอาดดื่มพอเพียงน้อย (36.9%) สัตว์เลี้ยงไว้ในบริเวณบ้านหรือได้ดูบ้าน ไม่มีการกำจัดน้ำเสียและขยะมูลฝอยทิ้งไว้ตามบริเวณบ้านหรือถนน น้ำดื่มจากแหล่งธรรมชาติโดยไม่ได้รับการบำบัด<sup>๖๙</sup>

สรุป การสุขภาพาลสิ่งแวดล้อมของชาวเขาโดยทั่วไปยังต่ำกว่าเป้าหมายมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อพัฒนาต่อไป

<sup>๖๒</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 31

<sup>๖๓</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 37

<sup>๖๔</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 38

<sup>๖๕</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 50 และ ศูนย์พัฒนาชาวเขา กรมอนามัย “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีและใช้ส้วมของชาวเขา” กระทรวงสาธารณสุข (ไม่ปรากฏวันเดือนปี)

<sup>๖๖</sup>Sack RB; Santosham-M; Reid-R; Black-R; Croll-J; Yolken-R; Aurelian-h; Wolff-M; Chan-E; Garrett-S et al.

<sup>๖๗</sup>“Diarrhoeal diseases in the White Mountain Apaches : clinical studies. J-Diarrhoeal-Dis. Res. 1995 Mar : 13(1) : 12-7

<sup>๖๘</sup>Santosham-M; Sack RB; Reid-R : Black-R; Croll J; Yolken-R; Aurelian-L; J-Diarrhoeal-Dis. Res. 1995 Mar; 13(1) : 18-28

<sup>๖๙</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 49

<sup>๗๐</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 52,54

| กิจกรรม                               | เป้าหมาย<br>แผน 7 | การสำรวจ<br>ชาวเขาปี 36 | การสำรวจ<br>เผ่ากะเหรี่ยง<br>ปี 37 | การสำรวจ<br>เผ่าม้ง<br>ปี 38 |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| - การมีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอ            | 95%               | 23.3                    | 33.8                               | 31.6                         |
| - การมีและใช้ส้วมชักโครกหลักสุขาภิบาล | -                 | 61.8                    | 532.8                              | 72.8                         |
| - สภาพที่อยู่อาศัยที่คงทนถาวร         | 90%               | -                       | 78.2                               | 87.4                         |
| - การจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบ          | 80%               | -                       | 38.8                               | 12.4                         |
| - การถูกรบกวนจากสิ่งรบกวน             | -                 | -                       | 55.6                               | 90.2                         |

ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย คุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม  
 ของชุมชนชาวเขาในประเทศไทย : ผลการสำรวจแบบเร่งด่วน 2536  
 ของชุมชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ผลการสำรวจแบบเร่งด่วน 2537  
 ของชุมชนชาวเขาเผ่าม้ง : ผลการสำรวจแบบเร่งด่วน 2538

### 3.10 สุขภาพฟันและสุขภาพจิต

#### 3.10.1 สุขภาพฟัน 1 แหล่งข้อมูล

ธงชัย สาระกุล<sup>100</sup> รายงานไว้ในการศึกษาภูมิปัญญาของชาวเขา พบว่า

ในเรื่องสุขภาพฟันนักเรียน นักเรียนได้รับการตรวจจากครู 2 ครั้งน้อยมาก การแปรงฟันหลังอาหารทุกวัน ยังมีอัตราต่ำอยู่ การอมฟลูออไรด์ก็ย่ำแย่ ซึ่งยืนยันด้วยการติดตามประเมินผลของศูนย์อนามัยชาวเขาปี 2536 2537 และ 2538 ตามตารางข้างล่างแสดงถึงความจำเป็นต้องมีการศึกษาพัฒนาในครอบครัวและกว้างขวางยิ่งขึ้น

สรุป งานวิจัยและรายงานด้านสุขภาพฟันยังมีน้อยมาก ทั้ง ๆ ที่สุขภาพฟันยังเป็นปัญหาของชาวเขา ส่วนของชนกลุ่มน้อย ไม่มีข้อมูลเลยจึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาดำเนินการต่อไป

<sup>100</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 49

ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และผศ.นพ.กัมมลา กุมารปาวา

| กิจกรรม                                                               | เป้าหมาย<br>แผน 7 | การสำรวจ<br>ชาวเขาปี 36 | การสำรวจ<br>เผ่ากะเหรี่ยง<br>ปี 37 | การสำรวจ<br>เผ่าม้ง<br>ปี 38 |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| - อัตราหญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจเหงือก<br>ฟันโดยเจ้าหน้าที่            | 80%               | 24.7                    | 42.0                               | 29.2                         |
| - อัตรานักเรียนประถมศึกษาได้รับการ<br>ตรวจฟันจากครู                   | -                 | 84.1                    | 90.8                               | 48.5                         |
| - อัตรานักเรียนประถมศึกษาแปรงฟัน<br>หลังอาหารกลางวันโรงเรียน          | -                 | 35.9                    | 36.3                               | 39.5                         |
| - อัตรานักเรียนประถมศึกษาที่เคยอม<br>น้ำยาบ้วนปากฟลูออไรด์ที่โรงเรียน | -                 | 17.7                    | 35.5                               | 30.3                         |

### 3.10.2 สุขภาพจิต 2 แหล่งข้อมูล

Nelson SH<sup>101</sup> พบว่า ชนชาวพื้นเมืองที่เป็นชาวเขาในอเมริกามีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาทางจิต (mental health problems) รวมทั้งภาวะจิตใจหดหู่ (depression) คิดยาความรุนแรง และการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนสหรัฐอเมริกาโดยทั่วไปในประเทศไทยมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมาก ส่วนใหญ่มักจะทำไปทางด้านการรักษาการคิดยาเสพติด เท่าที่รายงานอยู่พบว่า วิชัย โปษยจินดา<sup>102</sup> ได้บรรยายไว้ว่า ชาวเขามีปัญหาสุขภาพจิต มีการฆ่าตัวตายสูง

สรุป จากการค้นเอกสารและงานวิจัยยังไม่พบว่ามีการทำวิจัยหรือรายงานในเรื่องนี้ จึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาค้นคว้าให้มากขึ้นและกว้างขวางยิ่งขึ้น เพราะการที่ชาวเขาต้องถูกสังคามและสิ่งแวดล้อม กดดันมีการเคลื่อนย้ายลงสู่พื้นราบ มีการติดต่อกับสังคมภายนอกมากขึ้น ทำให้สภาพชีวิตและความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไป อาจจะมีปัญหาสำหรับบางคนในการปรับตัว

<sup>101</sup> Nelson SH, Mc Coy GF, Stetter M, Vander wagen WC Hosp. Community Psychiatry 1992 Mar. 43(3) P 257-61

<sup>102</sup> อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 31



### 3.11 โรคเอดส์กับชาวเขาและชนกลุ่มน้อย 12 แหล่งข้อมูล

ขณะนี้พบว่า มีการติดเชื้อ HIV/AIDS ไปสู่ชาวเขาโดยทั่วไป จะเห็นได้จากการศึกษาของ จันทบูรณ์ สุทธิและคณะ<sup>103</sup> ได้ทำการศึกษาโรคเอดส์กับชาวเขาในมิติทางสังคมศาสตร์ พบว่าในปี 2534 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการตรวจเลือดชาวเขา มีผู้ติดเชื้อ HIV มากกว่า 100 ราย สมศักดิ์ สุทธิวิทย์กุล<sup>104</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้รายงานสถานการณ์โรคเอดส์ และซิฟิลิสในคนงานข้ามชาติพม่าใน จังหวัดเชียงรายปี 2540 จากคนงานพม่าที่ลงทะเบียนไว้ในโรงพยาบาลชุมชน 4,335 ราย พบว่า HIV positive ชาย 4.302% (53 ราย) หญิง 3.76% (30 ราย) รวมชายหญิงเลือดบวก HIV 4.091% ซิฟิลิส VDRL ผลบวก 1.134% และยังพบวัณโรคปอด 0.32% คีดเฮโรอิน 0.51% ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับค่าประมาณการขององค์ การอนามัยโลกในปีเดียวกัน ค่ากว่าที่สมศักดิ์พบมากซึ่งรายงานทั้งจังหวัดเชียงราย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2531 ถึงกุมภาพันธ์ 2541 ผู้ติดเชื้อมีอาการและผู้ป่วยทั้งหมด 11,500 ราย ดาย 3,040 ราย แยกเป็นผู้ติดเชื้อที่โรง พยาบาลเชียงรายประมาณครึ่ง (คิดต่อกับ พ.ญ.เรณู ศรีสมิต<sup>105</sup>โดยตรง) พบว่า ปี 2537 มีผู้ป่วยเอดส์ 1,189 ราย ดาย 218 ราย ปี 2538 ป่วย 2,672 ราย ดาย 325 ราย และปี 2539 ป่วย 2,736 ราย ดาย 350 ราย เลือดบวกในหญิงฝากครรภ์ 6.1%, 8.8% และ 7.44% ตามลำดับโดยไม่แยกชาวเขาและชนกลุ่มน้อยติดเชื้อ เอดส์ มีอาการ 3,585 ราย ดาย 296 ราย ผู้ป่วยเอดส์ 7,915 ราย ดาย 2,748 ราย ส่วนรายงานของสำนักงานสา ธารณสุขจังหวัดของจังหวัดกาญจนบุรี<sup>106</sup> ไม่ได้แยกว่าเป็นชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ตั้งแต่ปี 2533 -มกราคม 2541 ทั้งจังหวัดมีผู้ป่วยรวม 1,675 ราย ดาย 454 ราย ผู้ติดเชื้อมีอาการ 271 ราย ดาย 30 ราย ผู้ป่วยเอดส์ 1,404 ราย ดาย 434 ราย สำหรับอำเภอทองผาภูมิ และอำเภอสงขะบุรี ซึ่งมีชาวเขาและชนกลุ่มน้อยเป็นจำนวนมาก มีผู้ป่วย 21 ราย ดาย 5 ราย และ 23 ราย ดาย 6 ราย ตามลำดับ กฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ<sup>107</sup> รายงานว่าที่ จังหวัดระนอง มีผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์สูงที่สุดในแรงงานข้ามชาติสูงถึง 206 ราย จาก รายงานทั้งหมด 407 ราย รองลงมาคือจังหวัดเชียงราย 77 คน จังหวัดกาญจนบุรี 43 คน

<sup>103</sup>จันทบูรณ์ สุทธิ และคณะ “โรคเอดส์กับชาวเขาในมิติทางสังคมศาสตร์” 2534 สถาบันวิจัยชาวเขา จังหวัดเชียงใหม่ กรม ประชาสงเคราะห์

<sup>104</sup>สมศักดิ์ สุทธิวิทย์กุล “สถานการณ์โรคเอดส์และซิฟิลิส ในคนงานข้ามชาติพม่าในจังหวัดเชียงราย

<sup>105</sup>เรณู ศรีสมิต รายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย 2538

<sup>106</sup>รายงานสถานการณ์โรคเอดส์ จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข งานควบคุมโรคเอดส์ และกามโรค สำนักงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค

<sup>107</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 6

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรคเอดส์ระบาดในชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ซึ่งจันทบูรณ์ สุทธิและคณะ<sup>108</sup> ได้ทำการศึกษาไว้คือ วัฒนธรรมประจำเผ่า ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับโรคเอดส์คือ พฤติกรรมทางเพศที่ถูกกำหนดโดยวัฒนธรรมประจำเผ่า ได้แก่

#### การเลือกคู่ครอง

เผ่ามั่ว เข้า ลีซอ มูเซอ อีเก้อ และขมุ นับการสืบเชื้อสายทางฝ่ายบิดา (Patrilineal) มีเสรีภาพในการเลือกคู่ครองก่อนแต่งงาน สามารถมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานได้กับคนรักของตน จะมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นได้ก็ต้องเลิกร้างกับคนเก่าก่อน เด็กหญิงชาวเขาเริ่มมีความสนใจจะมีคนรักเมื่อมีอายุช่วง 12-13 ปี หรือ เมื่อเริ่มมีประจำเดือน สำหรับผู้ชายจะเริ่มสนใจเพศตรงข้ามเมื่ออายุ 13-16 ปี ผู้ชายของทุกเผ่ามีโอกาสไปหาคนนอกเผ่าได้ เทศกาลปีใหม่เปิดโอกาสให้ผู้ชายไปจีบปีใหม่หมู่บ้านอื่น มีโอกาสสนุกสนานและเลือกคู่ครองด้วย ในกลุ่ม Patrilineal ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการเป็นสาวพรหมจารีในการเลือกคู่ครอง ซึ่งต่างกับกลุ่ม Matrilineal ได้แก่เผ่ากะเหรี่ยงและถิ่นมีข้อห้าม

#### การมีภริยามากกว่าหนึ่งคน

ทุกเผ่านิยมผัวเดียวเมียเดียว แต่กลุ่ม patrilineal อาจมีภริยามากกว่า 1 คน เพราะภริยาคนแรกไม่สามารถให้กำเนิดบุตรชายเพื่อสืบสกุลได้ หรือภริยาอาจต้องไปนอนกับชายที่แต่งงานแล้วและมีบุตรหลายคน หรือภริยามีสุขภาพไม่แข็งแรง หรือผู้ที่มิฐานะติจะยึดถือว่าการมีภริยาหลายคนทำให้มีแรงงานเพิ่ม ซึ่งขึ้นต้นจากการศึกษาของอรพินท์ สิงห์เดชและคณะ<sup>109</sup>

#### การหย่าร้าง

เผ่ามูเซอ และอีเก้อ เสียค่าใช้จ่ายในการแต่งงานไม่มากนัก มักมีการหย่าร้างบ่อยและสามารถแต่งงานใหม่กับหนุ่มสาวเผ่าเดียวกันได้ไม่นานหลังหย่าร้าง

#### การติดต่อกับสังคมภายนอก

ชายกะเหรี่ยงสามารถเป็นชายชบเซวเที่ยวได้โดยไม่ผิดจารีตประเพณี

ชายทุกเผ่าวัยแรงงาน เคยมีประสบการณ์ออกไปทำงานในเมืองใหญ่มีการเที่ยวหาหญิงบริการทางเพศ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

หญิงชาวเขา ประกอบอาชีพหาหญิงบริการเมื่อกลับมาหมู่บ้านของตนก็มีเพศสัมพันธ์กับชายในหมู่บ้าน หรือขายบริการในหมู่บ้าน อาชีพขายบริการสูงสุด ได้แก่ เผ่ามูเซอแดงและอีเก้อ ส่วนเผ่าลีซอ เข้า แม้ว กะเหรี่ยง ขมุและถิ่น จะน้อยกว่า

<sup>108</sup> อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 103

<sup>109</sup> อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 53

### ยาเสพติด

เผ่าแม้วมีอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เนื่องจากยาเสพติดสูงที่สุดเพราะมีการแพร่ระบาดของเฮโรอีนในหมู่บ้าน เพราะเคยคิดฝันมาก่อน ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ทั้งการใช้สารเสพติดและการรักษา ซึ่งยืนยันโดยรายงานของ กองสงเคราะห์ชาวเขา ในกิจกรรมพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา<sup>110</sup> สรุปสถานการณ์โรคของชาวเขาว่ามีผู้ติดเชื้อเอดส์ 1,200 คน เฮโรอีนกว่า 900 คน มีหญิงโสเภณีชาวเขากว่า 800 คน และผู้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงกว่า 800 คน สารภี ศิลา<sup>111</sup> ศึกษาสภาพปัญหาที่สัมพันธ์กับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในหมู่บ้านชาวเขาพื้นที่เขต 9 ปี 2540 พบว่า สาเหตุของการติดเชื้อเอดส์คือ ปัญหายาเสพติด การเคลื่อนย้ายแรงงานและปัญหาการค้าประเวณี บุญชนะ ทองแสน<sup>112</sup> ศึกษาปัญหาโสเภณีชาวเขาและปัจจัยทางชนบทจารีตประเพณี บางอย่างที่มีเอื้ออำนวยให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเอดส์ในกลุ่มชาวเขา พบว่า หญิงโสเภณีที่ถูกส่งตัวกลับภูมิลำเนาเดิมไม่ได้หยุดพฤติกรรมทางเพศในการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ เมื่อกลับมาอยู่ถิ่นเดิมได้ระยะหนึ่ง เอเยนต์ก็จะติดตามมาพากลับไปประกอบอาชีพใหม่ โดยเปลี่ยนสถานที่ประกอบ

### ปัญหาการอพยพแรงงาน

วัยแรงงานออกไปทำงานนอกชุมชน เทียวโสเภณีและนำโรคเอดส์กลับเข้าสู่ชุมชน

### ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการยอมรับ

ส่วนใหญ่ชาวเขามีความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายของโรคเอดส์ แต่ชุมชนยังไม่ยอมรับการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ

โครงการไทยออสเตรเลีย พัฒนากสิกรรมบนพื้นที่สูงและสังคม<sup>113</sup> พบว่าอัตราการติดเชื้อสูงถึง 63% ในหญิงขายบริการ 23% ในพวกใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้น มากกว่าครึ่งหนึ่งติดเชื้อได้ไม่ถึง 12 เดือน และเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับชาติ มีการติดเชื้อของจังหวัดเชียงรายสูงเป็นอันดับที่ 6 ของประเทศ สูงเกือบ 10 เท่าของอัตราการติดเชื้อทั่วประเทศ รัตนา มณีประเสริฐ และคณะ<sup>114</sup> สถาบันวิจัยชาวเขา ได้ทำการศึกษาจารีตประเพณี วิถีชีวิต ทัศนคติ ค่านิยมของชาวเขาเผ่าต่าง ๆ ยืนยันการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้มีความ

<sup>110</sup> กองสงเคราะห์ชาวเขา “กิจกรรมพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์

<sup>111</sup> สารภี ศิลา “ปัญหาที่สัมพันธ์กับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในหมู่บ้านชาวเขาพื้นที่เขต 9” จังหวัดแม่ฮ่องสอน สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สิงหาคม 2540

<sup>112</sup> อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 86

<sup>113</sup> โครงการไทย-ออสเตรเลีย พัฒนากสิกรรมบนพื้นที่สูง “พัฒนาสุขภาพอนามัยของหมู่บ้านชาวเขา อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย 2536 Thai Australia Highland agricultural and Social Development “Improving Hilltribe Health Status

<sup>114</sup> รัตนา มณีประเสริฐ และคณะ “จารีต ประเพณี วิถีชีวิตทัศนคติ ค่านิยมของชาวเขาแต่ละเผ่าต่อการเอื้ออำนวยต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์” 2540

พยายามในการที่จะให้ความรู้ โดยใช้สื่อโศดภาษาของชาวเขาเองโดย สนิท วงศ์ประเสริฐ<sup>15</sup> ก็สามารถเปลี่ยนความรู้และทัศนคติได้บ้าง

สรุป ได้มีการใช้เงินไปเป็นจำนวนมากในโครงการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ มีการอบรมวิทยากร อบรมความรู้แก่ข้าราชการ ลูกจ้าง ผู้นำชาวเขาและคนงาน ชาวเขา อบรมเผยแพร่ความรู้ (หน่วยเคลื่อนที่) แต่พฤติกรรมที่จะแพร่กระจายโรคเอดส์ก็ยังคงมีอยู่ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการวิจัยเพื่อพัฒนาวัฒนธรรมประจำเผ่า ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี มีความสัมพันธ์โดยตรงกับโรคเอดส์ รวมทั้งปัญหาเสพติด ปัญหาการอพยพแรงงาน ชาวเขาแม้ส่วนใหญ่จะมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ แต่ชุมชนยังไม่ยอมรับการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์จึงเป็นปัญหาของชาวเขา ส่วนชนกลุ่มน้อยมีงานวิจัยน้อยมาก

#### IV. ภูมิปัญญาชาวบ้านของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย 3 แหล่งข้อมูล

จันทบูรณ์ สุทธิ<sup>16</sup> "การใช้สมุนไพรเข้า" แนวทางการดำเนินงานพัฒนาอนามัยในชุมชนพื้นที่สูง 2538 พบว่า ชาวเขาเผ่าเข้าซึ่งมีประวัติเกี่ยวข้องกับคนจีนมาเป็นเวลานานนับปี ได้รับวัฒนธรรม การใช้พืชสมุนไพรรักษาอาการเจ็บป่วยจากชาวจีน ซึ่งยังคงมีใช้กันอยู่ดังนี้

##### 1. โรคระบบหายใจ

- 1.1 โรคไอ - หอมขุ กระเทียม กล้วยไข่ เผือก ผืน อ้อย จิง
- 1.2 โรคหวัด - หอม กระเทียม พริกเขียว คำฝอย ผืน จิง
- 1.3 โรคเจ็บคอ (ค่อมหอมซิลอักเสบ) - ถั่วราชมาษ

##### 2. โรคระบบทางเดินอาหาร

- 2.1 โรคปวดท้อง - จิง ผืน ข้าว ยาสูบ ขมิ้นดำ
- 2.2 โรคกระเพาะ - ผักปลัง ขมิ้นดำ ผืน
- 2.3 โรคท้องร่วง ท้องเดิน ท้องเสีย - ผืน ยาสูบ กล้วยหักมุก บวบหอม
- 2.4 โรคท้องอืด - จิง สะระแหน่
- 2.5 โรคท้องผูก - ข้าว อ้อย

##### 3. โรคและอาการที่เกิดขึ้นกับระบบสืบพันธุ์

- 3.1 โรคอัมพาตอักเสบ - ว่านพระนิม
- 3.2 สมุนไพรเร่งน้ำนม - จันเปอวไล ผักปลัง แฉ้อเมี่ยง

<sup>15</sup> สนิท วงศ์ประเสริฐ "ความรู้ ทัศนคติและแนวทางป้องกันเอดส์ ศึกษากรณีชาวเขาได้รับสื่อโศดภาษาของตน"

<sup>16</sup> จันทบูรณ์ สุทธิ "การใช้สมุนไพรเข้า" แนวทางการดำเนินงานพัฒนาอนามัยในชุมชนพื้นที่สูงปี 2538.

- 3.3 สมุนไพรเร่งมดลูกเข้าสู่ - จันทน์ปอวไล ผักปลัง แจ้ฮ้อเมียว ละหุ่ง
- 3.4 โรคปัสสาวะไม่ออก - จันทน์ปอวไล หญ้าคา
- 3.5 ปัสสาวะรดที่นอน - ข้าวเหนียว  
จันทน์ปอวไล = *Solanum nigrum* L.
4. โรคกระดูก
  - 4.1 กระดูกหัก กระดูกชั้น - ตะไคร้หอม ห้อ
  - 4.2 โรคปวดข้อ - มะเขือเทศ
5. โรคเลือด
  - 5.1 โรคโลหิตจาง - จันทน์ปอวไล
  - 5.2 เลือดกำเดาไหล - ผื่น
  - 5.3 การขับเลือดเสีย - แจ้ฮ้อเมียว จันทน์ปอวไล ผักปลัง  
แจ้ฮ้อเมียว = ไม้พุ่ม ไม้ทราบชื่อไทย และชื่อวิทยาศาสตร์
6. โรคทรวงอก
  - 6.1 วัณโรค - ว่านหอมแดง
  - 6.2 เจ็บอก - ผื่น
7. โรคตา หู คอ จมูก
  - 7.1 ตาแดง - หอมแดง ผื่น
  - 7.2 ตาอักเสบ - หัวหอม ผื่น
  - 7.3 ต้อกระจก - ตะไคร้
  - 7.4 ปวดหู - ผื่น
8. โรคติดต่อ
  - โรคหัด - ผักชีล้อม
9. โรคในช่องปาก
  - 9.1 โรคฟัน (ฟันผุ) - ผื่น
  - 9.2 กรามโย้ - ฝ้าย
10. โรคผิวหนัง
  - 10.1 ฝี - ปานรามิ มะเขือเทศ
  - 10.2 คัน (จากยางบอน) - ชิง พริกขี้หนู พริกใหญ่ พริกข้อม
  - 10.3 หูด - พริกขี้หนู

## 11.โรคพยาธิ

ใช้บวบขมเป็นยาถ่ายพยาธิตัวกลม ตัวแบน และเส้นด้าย

## 12.โรคปวดหัวตัวร้อน - ผื่น พักเขียว

## 13.โรคภูมิแพ้

13.1 อาการแพ้ (แพ้อากาศ ฯลฯ) - แป๊ะ ใจัดบ

13.2 ลมพิษ - จิง

แป๊ะ ใจัดบ = พืชพา กระจุกตัว ไม่ทราบชื่อไทยและชื่อวิทยาศาสตร์

## 14.โรคทางจิต

โรคเหงา - ผื่น

นอกจากโรคต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว พืชสมุนไพรของชาวเขายังมีสรรพคุณในการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อีกหลายอย่าง ดังนี้

### 1. บาดแผล

1.1 แผลสด - ผื่น มะละกอ

1.2 แผลเป็นหนอง - กระจุก ผื่น

1.3 แผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก - ผื่น เหี่ยวหอบกกาย (พืชคล้ายกับเผือก)

1.4 แผลเรื้อรัง - ผื่น

เหี่ยวหอบกกาย เป็นพืชคล้าย ๆ กับเผือก

### 2. หวัดโน - จิง ตะไคร้

### 3. อาการร้อนใน - จันเปอวไล มะระจีนก มะเขือขม ตะไคร้

### 4. อาการไข้ใน ปวดเมื่อย - ผื่น

### 5. อาการอาเจียน

5.1 กระตุ้นอาเจียน - ลูกหุ้ง แป๊ะ ใจัดบ

5.2 ระบายอาเจียน - ข้าวฟ่างหางหมา

### 6. อาการเมาเหล้า เมายาฝิ่น - กล้วย แป๊ะ ใจัดบ

### 7. เบื่ออาหาร - น้ำข้าวข้าว (ข้าวข้าว)

### 8. สมุนไพรช่วยการย่อยอาหาร - ผักกาดเขียว กล้วย

### 9. ท้องบวม - ใบละหุ้งสด

### 10.แมลงสัตว์กัดต่อย ผื่น ขาสูบ

### 11.เพิ่มความอบอุ่นร่างกาย - กระเพรา หอมขุ

จากสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคของชาวเขานี้ จะเห็นได้ว่า ผื่น เป็นพืชสมุนไพรเอนกประสงค์ที่ใช้รักษาอาการที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้หลายอย่าง เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ หู ตา คอ จมูก โรคที่เกิดที่ช่องปาก รักษาแผลสดและแผลเรื้อรัง ห้ามเลือดซ้ำใน และ ฯลฯ ผื่นมีสรรพคุณเป็นทั้งยารักษาโรคและยาเสพติดอยู่ในตัวเอง

ธงชัย สาระกุล<sup>17</sup> ได้ทำการศึกษา “ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนชาวเขา 6 เผ่า โดยการสุ่มตัวอย่าง 1 หมู่บ้าน ต่อ 1 เผ่า ได้แก่ เผ่าม้ง ที่จังหวัดตาก เผ่าเย้าที่จังหวัดน่าน เผ่าลีซอ ที่จังหวัดเชียงใหม่ เผ่ามูเซอ ที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน เผ่าอาข่า ที่จังหวัดเชียงราย และเผ่ากะเหรี่ยงที่จังหวัดตาก โดยเก็บข้อมูลคุณภาพในปี 2538-2539 พบว่า ชาวเขาทั้ง 6 เผ่ามีภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น โดยไม่ได้แยกออกเป็นเรื่อง ๆ มีทั้งการฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล เช่น การรักษาแขนหัก การใช้สมุนไพร และคาถาในการรักษาโรค แต่ละเผ่ามีลักษณะเฉพาะของตนเอง ซึ่งได้ผลมีคุณค่าควรแก่การศึกษา

### วิธีการรักษา

- ทำผื่นก่อน ไม่หายวิ่งไปหาหมอ ความเชื่อด้านการรักษา คือ การทำพิธีเอาวิญญาณหมอไก่ นำไปต่อชะตาชีวิตผู้ป่วย เป็นการสะเดาะเคราะห์
- คนชรา มียาสมุนไพรครอบจักรวาล มีชนิดต่าง ๆ มากมาย แต่คนรุ่นใหม่ไม่รู้ เช่น จิงจ่า จักเคอะเฮา ดันปอ เคาะสร้าง ชั่วค่อเก้า โป๊ะห่อจ้อ ฉ่างล่าง กางลา เก้าจั่ว ยี่เก้ง ก้อ จั่ว ย้าวซื่ออยู่ หางปลา ชั่วเตว้อ กือเลอเซง ปู่ยู่ จิ้งกั เจ้อคู้

เผ่าเย้า มีวิธีการรักษาไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ใช้ใบขี้เหล็ก

- มีการรักษา คือ ใช้ความร้อนเผาบริเวณแผลหนองจากนั้นใช้แก้วครอบจะทำให้หนองไหลออกมาเอง
- ขณะนี้เจ็บป่วยไปโรงพยาบาลบ้างแล้ว
- ไปสถานีอนามัยไกล 10 กิโลเมตร หารถไปไม่ค่อยได้
- ไปโรงพยาบาลก็ทำถึงด้วย

<sup>17</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 49

**เผ่าอาข่า**

- มีสมุนไพรรักษาตนเอง มีবাদแผลมีสมุนไพร ทำให้เลือดหยุด

**เผ่ากะเหรี่ยง**

- โรคท้องร่วง พบได้บ่อยรักษาตนเอง โดยดื่มน้ำสมุนไพรที่ตะบอย

**เผ่ามูเซอดำ**

- สมุนไพร นายจะสี อายุ 60 ปี รู้เรื่องสมุนไพรดี สมุนไพรมีสรรพคุณ แก้กินข้าวไม่อร่อย กินอาหารผิด มาเลเรีย หงุดหงิดไม่มีน้ำนม หงุดหงิดคลอ ดิบสมุนไพร 12 วัน ชื่อสมุนไพร เช่น ยาแก้ท้อง ยาแก้คัน แม่จะโก ดมรวมกันแก้กินข้าวไม่อร่อย ดันยาแก้ท้อง ให้หงุดหงิดคลอกินไม่ผิผา ดมแก้กินข้าวไม่ได้ กินหน่อมา ดิบสมุนไพร กินไม่ได้สมุนไพร
- มีหลายอย่าง ใช้รักษาอาการบวมที่ขา รักษาบาดแผล และอื่น ๆ อาข่า รู้ว่าโรคบางโรคเกิดจากพันธุกรรม

จากการสัมภาษณ์ พระประสิทธิ์ <sup>18</sup> และเยี่ยมชมสมุนไพรที่บ้านด้นลุง พบว่ามีสมุนไพร 400 ชนิด ขณะนี้ได้ทำการแปรรูปที่สำนักสงฆ์ที่บ้านด้นลุง สำหรับให้พระธรรมจาริก นำไปใช้ได้ 150 จุด มีสวนสมุนไพรในโครงการอีกหลายแห่ง เช่น ที่แม่ขี อำเภอมะริม ม่อนเวา ผาแตก และบ้านกั่วหลวง ซึ่งมีความจำเป็นต้องทำการวิจัยให้กว้างขวางและลึกซึ้งยิ่งขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่ง ในการที่จะลดค่าใช้จ่ายในการสั่งซื้อยาจากต่างประเทศ และให้ชาวเขาสามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ

สรุป ชาวเขาและชนกลุ่มน้อยมีภูมิปัญญาหลายอย่างในการดูแลสุขภาพ และการเจ็บป่วยของตนเอง โดยเฉพาะสมุนไพรที่รักษาโรคหลายอย่างได้ผล น่าจะได้มีการศึกษาให้เป็นวิทยาศาสตร์ ซึ่งอาจนำมาใช้ประโยชน์ให้แพร่หลายยิ่งขึ้น เพราะยังมีการศึกษาเรื่องนี้้น้อยมาก และไม่ได้ศึกษาให้ลึกซึ้ง

<sup>18</sup>อ้างแล้วในเชิงบรรณที่ 17



ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย  
โดย พญ.สมบุรณ์ เกียรตินันท์ และผศ.นพ.กัมมมาล กุมารปาวา

#### V. การจัดบริการสาธารณสุข 4 แหล่งข้อมูล

ประมุข จันทวิมล<sup>19</sup> ได้ทำวิจัยเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนชาวเขา วปอ. รุ่นที่ 27 พ.ศ.2527 -2528” ดังที่แผนพัฒนาสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับชนบางกลุ่มขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนที่อยู่ห่างไกลทุรกันดาร เสียภัย ล่อแหลมต่อการแทรกซึมของฝ่ายตรงข้าม ซึ่งรวมกลุ่มชาวเขาเข้าไว้ในโครงการนี้ด้วย แต่มีปัญหาอุปสรรค ดังนี้

1. ปัญหาด้านวัฒนธรรม และภาษาที่แตกต่างกันระหว่างเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปปฏิบัติงาน
2. ปัญหาเกี่ยวกับลักษณะความเป็นอยู่ของชาวไทยภูเขา ไม่นิยมอยู่รวมกันเป็นหมู่บ้านใหญ่ และมีการอพยพโยกย้ายง่าย
3. ปัญหาด้านการคมนาคมติดต่อ
4. ปัญหาระดับการศึกษาต่ำไม่ได้มาตรฐาน
5. ปัญหาขาดข้อมูลที่แท้จริงเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุข ลักษณะความเป็นอยู่ ความเชื่อ
6. ปัญหาความสามารถในการปรับปรุงกลวิธีการดำเนินการให้สอดคล้องกับขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมที่ต่างจากคนไทยพื้นราบ

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับชาวไทยภูเขา อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ โดยการช่วยเหลือขององค์การสหประชาชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนางาน ให้การบริการสาธารณสุขแก่ชาวไทยภูเขา และหารูปแบบระบบบริการที่เหมาะสม ตลอดจนการเพิ่มของประชากร ตลอดจนพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวเขาให้ดีขึ้น

โครงการใช้กลวิธีหลัก 2 รูปแบบ ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขคือ

1. การจัดองค์กรชุมชนและท้องถิ่น โดยจัดคัดเลือก และฝึกอบรม อสม. และพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
2. การจัดระบบการสนับสนุนองค์กรชุมชนและท้องถิ่นโดยระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม ได้รับการเสริมด้านอัตรากำลังตามกรอบจนครบ วัสดุอุปกรณ์ตามกรอบของสถานีนามัย และจัดระบบติดต่อโดยอาศัยสถานีวิทย์ในท้องถิ่น ให้การบริการสนับสนุนของสถานบริการทั้งภายในและภายนอก

<sup>19</sup>ประมุข จันทวิมล “การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนชาวเขา วิทยานิพนธ์ ว.ป.อ.รุ่น 27 พ.ศ.2527-2528.

สถานี หน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ ตลอดจนเครือข่ายการประสานงาน ระหว่างส่วนราชการต่าง ๆ กับอาสาสมัครสาธารณสุขของโครงการ

ปี 2527 ประเมินพบว่า ครอบคลุมพื้นที่ 92 กลุ่มบ้าน ประชากร 13,000 คน ค่าใช้จ่ายสูงถึง 10,384,700 บาท จาก UNFPA 5,263,180 บาท จากรัฐบาลไทย รวม 15,647,880 บาท

มีปัญหาการรักษาคุณภาพของงานในระยะยาว เพราะเป็นโครงการที่ขยายการให้บริการสาธารณสุข นอกเหนือจากโครงสร้างเดิมที่มีอยู่

นอกจากนี้ยังมีการจัดบริการให้ในรูปแบบอื่น นอกจากระบบบริการสาธารณสุข ดังกล่าว คือ

### 1. การให้บริการโดยหน่วยพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา

การให้บริการโดยหน่วยพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ 1 หน่วย จะมีเจ้าหน้าที่ 4 คน ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ เกษตร อนามัย ครูช่วยสอน บางหน่วยจะมีล่าม หน่วยนี้จะปฏิบัติงานเดือนละ 25 วัน รับผิดชอบหมู่บ้าน 5 หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่อนามัยของหน่วยได้รับการอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข 15 วัน และอบรมฟื้นฟูใน 1-2 ปี แต่ละหน่วยจะได้รับยาและเวชภัณฑ์ จากกระทรวงสาธารณสุข 1,800 บาท กรมประชาสงเคราะห์อีก 4,000 บาท และยังให้การบริการวางแผนครอบครัวด้วยยาเม็ด กรมประชาสงเคราะห์ มีหน่วยอยู่ 250 หน่วย สังกัดศูนย์ และจำนวน 13 ใน 18 จังหวัด ครอบคลุมประชากร 38,759 หลังคาเรือน 46,390 ครอบครัว ประชากร 247,134 คน

### 2. ดชด.และหน่วยเสนารักษ์

ดชด.และหน่วยเสนารักษ์ ในระดับหมู่บ้านและระดับหมวดเน้นการรักษาและวางแผนครอบครัวตามชายแดนที่มีชาวเขาอาศัยอยู่

### 3. ภาคเอกชน

มี 15 องค์กร ประมาณ 50 หน่วย ให้การรักษาเบื้องต้น และวางแผนครอบครัว เช่น สมาคมพัฒนากรและชุมชน โรงพยาบาล

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525-2529) ได้กำหนดให้จัด โครงการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อความมั่นคงขึ้นแทน มีนโยบายหลัก 5 ประการคือ

1. ขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุม แก่ชาวเขาให้มากที่สุด โดยเร่งรัดให้จัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขทั้งระดับตำบล และหมู่บ้าน ทั้งนี้มีเป้าหมายที่จะยกระดับภาวะสุขภาพชาวเขาให้ทัดเทียมกับชนส่วนใหญ่ของประเทศ

2. สนับสนุนให้มีการทำขุมพลังท้องถิ่นมาช่วยให้เกิดประโยชน์ ต่อการพัฒนาและสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขในท้องถิ่นของตนเอง

3. พัฒนาเทคนิคและรูปแบบตลอดจนเทคโนโลยีที่เหมาะสม ใช้ในการสาธารณสุขแก่ชาวเขา
  4. ประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานอื่น ที่เกี่ยวข้องที่เข้าไปดำเนินการเกี่ยวกับชาวเขา
  5. ขอความร่วมมือจากองค์กรเอกชน ทั้งทางด้านงบประมาณและบุคลากร
- การพัฒนาสาธารณสุขจะพบว่าเกี่ยวข้องกับมาตรการหลัก ๆ 4 ประการด้วยกันคือ
- การรักษาพยาบาล
  - การส่งเสริมสุขภาพ
  - การป้องกันโรค
  - การฟื้นฟูสภาพ

#### ข้อเสนอแนะของรายงานนี้

รูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมขณะนี้ น่าจะประกอบด้วยโครงสร้างให้บริการเท่าที่มีอยู่แล้วจากทุกกระทรวง ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนและจำเป็น อย่างยิ่งต้องดำเนินการตามหลักการและแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน ให้โอกาสชาวเขาได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การแก้ไขปัญหาและติดตามประเมินผล โดยพยายามให้ชาวเขาเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการสร้างการให้บริการให้มากที่สุด ทั้งศึกษาต่อและฝึกอบรมตั้งแต่การบรรจุเป็นบุคลากรสาธารณสุข พนักงานสุขภาพชุมชน ตลอดจนอาสาสมัครชาวเขาในหมู่บ้าน

บรรลุ ศิริพานิช<sup>120</sup> ได้บันทึกไว้ในรายงานการประชุมปฏิบัติการเรื่อง รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับชาวเขาไว้ดังนี้

ปัญหาสาธารณสุขของชาวเขามีปัญหาหลักอยู่ 4 ประการคือ

1. การเพิ่มประชากร มีอัตราสูง ชาวเขาบางเผ่ามีประเพณีวัฒนธรรมหรือมีเป้าหมายที่จะเพิ่มจำนวนประชากร ในขณะที่รัฐบาลมีนโยบายลดประชากรลงให้เหลือ 1.5 เมื่อสิ้นแผนพัฒนา สาธารณสุขฉบับที่ 5 พ.ศ.2529 นี้
2. โภชนาการ ทูพโภชนาการในชาวเขา เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร การเลี้ยงดูเด็ก และดูแลสุขภาพของแม่ นอกจากนี้ประเพณีวัฒนธรรม บางประการมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาโภชนาการด้วย

<sup>120</sup> บรรลุ ศิริพานิช รายงานการประชุมปฏิบัติการเรื่อง รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับชาวเขา

3. ปัญหาการให้ภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันการเกิดโรคในระยะแรกเกิดยังไม่ครอบคลุม เพราะระยะทางการเก็บรักษา การติดต่อสื่อสาร

4. ปัญหายาเสพติด ดิคาเสพติดสูง เพาะปลูกและค้ายาเสพติด

ในแผนฯ 4 ได้วางนโยบายในการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับชนบางกลุ่มไว้รวมทั้งชาวเขาด้วย จนถึงแผนฯ 5 เปลี่ยนชื่อเป็นโครงการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อความมั่นคง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้วางไว้ 5 ประการคือ

1. จะขยายบริการสาธารณสุข ให้ครอบคลุมแก่ชาวเขาให้มากที่สุด โดยเร่งรัดการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขทั้งระดับตำบล และหมู่บ้าน โดยมีเป้าหมายยกระดับภาวะสุขภาพชาวเขาให้ทัดเทียมกับชนส่วนใหญ่ของประเทศ
2. จะสนับสนุนให้มีการทำชุมพลึงในท้องถิ่น มาช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาและสนับสนุน ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขในท้องถิ่นของตนเอง
3. จะพัฒนาเทคนิคและรูปแบบตลอดจนเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ในการพัฒนาสาธารณสุขแก่ชาวเขา
4. จะประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เข้าไปดำเนินการเกี่ยวกับชาวเขา
5. จะขอความร่วมมือจากองค์กรเอกชน ทั้งทางงบประมาณและบุคลากร

สำนักงานผู้อำนวยการ โครงการพัฒนาที่สูงคอยแปเปื้อ “5 ปีแห่งการพัฒนาโครงการพัฒนาที่สูงคอยแปเปื้อ” กองปกครองท้องที่ กรมการปกครอง (44)

จากการสำรวจของสำนักงานคณะกรรมการปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ปี 2528/2529 พบว่า คอยแปเปื้อ ตั้งอยู่บนเทือกเขาครอบคลุมพื้นที่ 2 อำเภอ 2 จังหวัด ได้แก่ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก และอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ มีการปลูกฝิ่นอย่างหนาแน่นถึง 2,000 ไร่ รวมทั้งมีการบุกรุกตัดไม้ทำลายป่าเพื่อปลูกฝิ่น ประชากรเกือบทั้งหมดเป็นเผ่ากะเหรี่ยง ยากจน ทำไร่เลื่อนลอย รัฐบาลโดยคณะกรรมการ ป.ป.ส. ได้ขอความร่วมมือจากสหประชาชาติ 4 หน่วยงาน UNDP (United Nations Development Programme) UNDCP (United Nations Drug Control Programme) UNFPA (United Nations Fund for Population Activities) และ Unicef (United Nations International Children's Emergency Fund) สนับสนุนให้กรมการปกครองกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมส่งเสริมการเกษตร กรมประชาสัมพันธ์ กรมป่าไม้ กรมการศึกษานอกโรงเรียน สำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาชาวเขาในรูปโครงการพัฒนาที่สูงคอยแปเปื้อ โดยมีเอกสารลงนามเมื่อ 24 ธันวาคม 2529 โดยมีวัตถุประสงค์ของโครงการที่จะเพิ่มขีดความสามารถในการแก้ไขปัญหาความยากจนของชาวเขา เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ และสามารถอยู่ร่วมในสังคมไทยอย่างปกติสุขและสนับสนุนรัฐบาลไทยในการแก้ไขปัญหาการปลูกฝิ่น

## ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และผศ.นพ.กัมมาล กุมารปาวา

และอนุรักษ์แหล่งต้นน้ำลำธาร สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ โดยเฉพาะด้านการสาธารณสุขและสวัสดิภาพเด็กมีดังนี้

## ด้านการสาธารณสุขและสวัสดิภาพเด็ก

- ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ชาวเขาในเขตโครงการ โดยการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขชุมชนชาวเขา (สสช.) รวม 15 แห่ง
- แต่งตั้งพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) จำนวน 15 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 90 คน ปฏิบัติงานประจำในหมู่บ้านเป็นการถาวร
- รณรงค์และประชาสัมพันธ์การวางแผนครอบครัวชาวเขา ให้ชาวเขายอมรับการวางแผนครอบครัวไม่น้อยกว่า 1,127 ครอบครัว หรือคิดเป็นร้อยละ 40
- จัดสร้างระบบน้ำอุปโภคและบริโภคในหมู่บ้าน ได้แก่ ประปาภูเขาและสระน้ำรวม 62 แห่ง
- จัดสร้างส้วมราดน้ำและจัดตั้งเป็นกองทุนส้วมราดน้ำ จำนวน 12 หลัง
- ให้บริการอนามัยแม่และเด็ก โดยดูแลทั้งก่อนคลอด ทำคลอด และหลังคลอด จำนวน 80% ของประชากรเป้าหมาย
- ให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กให้ได้ผล 100%
- ตรวจสอบและติดตามภาวะโภชนาการในเด็กทุกคนครบ 100%
- จัดตั้งศูนย์การศึกษาเพื่อชุมชนในเขตภูเขา (ศสช.) รวม 12 แห่ง และแต่งตั้งครู ศสช. จำนวน 24 คน ให้ปฏิบัติงานประจำที่ ศสช. ต่าง ๆ
- บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด จำนวน 500 คน ให้หายขาด

## พื้นที่และประชากร

โครงการพัฒนาที่สูงคอยแปเปื้อนดำเนินการใน 2 เขตพื้นที่ คือ พื้นที่อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก และอำเภอมอแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีประชากรทั้งหมดจำนวน 14,384 คน 2,816 ครัวเรือน แยกเป็นประชากรในเขตอำเภอท่าสองยางจำนวน 8,244 คน 1,635 ครัวเรือน และประชากรในเขตอำเภอมอแก้วจำนวน 6,140 คน 1,181 ครัวเรือน

## ระยะเวลาดำเนินงาน

โครงการพัฒนาที่สูงคอยแปเปื้อน มีระยะเวลาดำเนินงานตามสัญญาโครงการรวม 5 ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2530 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2534

### งบประมาณ

งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาที่ค้อยแปเปื่อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 83 ล้านบาท โดยเป็นงบประมาณฝ่าย UN จำนวน 52 ล้านบาท และงบประมาณราชการไทยสมทบอีก จำนวน 31 ล้านบาท

### ผลของการดำเนินงานโดยเฉพาะด้านสาธารณสุข

#### ด้านการสาธารณสุข

การจัดบริการสาธารณสุข ได้แก่ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการจัดหน่วยสาธารณสุข และทันตกรรมเคลื่อนที่

- การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้ดำเนินการรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ชาวเขา ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขชุมชนชาวเขา (สชช.) รวม 18 แห่ง และในหมู่บ้านต่าง ๆ โดยพนักงานสุขภาพชุมชน (พชช.) รวม 18 คน พนักงานเยี่ยมบ้าน (พยบ.) รวม 13 คน มีผู้รับบริการทั้งสิ้นเฉลี่ยเดือนละ 13 คน มีผู้รับบริการทั้งสิ้นเฉลี่ย เดือนละ 2,000 ราย

- การจัดหน่วยสาธารณสุขและทันตกรรมเคลื่อนที่ ได้ร่วมกับโรงพยาบาลประจำอำเภอ ออกหน่วยสาธารณสุขและทันตกรรมเคลื่อนที่ นำบริการต่าง ๆ ไปบริการชาวเขายังหมู่บ้านโดยเฉลี่ยเดือนละ 1 ครั้ง

- การบริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การส่งเสริมโภชนาการ และการอบรมผดุงครรภ์โบราณ

- งานอนามัยแม่และเด็ก ได้ให้บริการดูแลชาวเขาก่อนคลอด ทำคลอด และดูแลหลังคลอด เฉลี่ยร้อยละ 63.3 ของประชากรเป้าหมายในแต่ละปี ทำให้อัตราการตายของเด็กทารกแรกเกิดลดลงถึงร้อยละ 70

- การวางแผนครอบครัว ได้ประชาสัมพันธ์และรณรงค์ให้ชาวเขาคุมกำเนิดโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น ยาเม็ด ยาฉีด ยาฝัง หมันชาย หมันหญิง และถุงยางอนามัย จนปัจจุบันชาวเขามีอัตราการเกิดลดลงถึงร้อยละ 30

- การส่งเสริมโภชนาการ ส่งเสริมโภชนาการชาวเขาโดยการเฝ้าระวังทาง โภชนา การและชั่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-5 ปี ทุก 3 เดือน หลังจากนั้นจะมีการผลิตและจ่ายอาหารเสริมแก่เด็กที่ขาดสารอาหารอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

จากการส่งเสริมโภชนาการสามารถลดอัตราเด็กขาดสารอาหารจากเดิมมีเด็กขาดสารอาหารร้อยละ 40 เหลือเพียงร้อยละ 28 หรือลดลงจากเดิมร้อยละ 12

## ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และผศ.นพ.กัมมาล กุมารปาวา

- การควบคุมป้องกันโรค ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการควบคุมโรคที่นำโดยยุง

- การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ให้บริการฉีดวัคซีนแก่ชาวเขาในทุกกลุ่มเป้าหมาย มีทั้งวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ วัณโรค โรคหัด ตับอักเสบบี และใช้สมองอักเสบ ปัจจุบันสามารถให้บริการฉีดวัคซีนแก่เด็กได้ครอบคลุมร้อยละ 90 ของประชากรเป้าหมาย

- การควบคุมโรคที่นำโดยยุง โครงการได้สนับสนุนกล้องจุลทรรศน์และอุปกรณ์ จำนวน 10 ชุด ให้แก่ หน่วยมาเลเรีย ดำเนินการอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครมาเลเรีย และสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์แก่อาสาสมัครมาเลเรีย ให้สุศึกษาในโรงเรียนและในหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ ปลอ่ยปลาหางนกยูงเพื่อกำจัดยุง และจัดตั้งกองทุนมุ้งทั้งหมด 19 กองทุน รวม 471 หลัง

จากการดำเนินการดังกล่าวข้างต้น สามารถลดอัตราการตายและป่วยด้วยโรคมมาเลเรียได้ถึงร้อยละ 50

- การสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสร้างระบบน้ำเพื่อใช้อุปโภคและบริโภค และการจัดตั้งกองทุนส้วมราคน้ำ

- การสร้างระบบน้ำอุปโภคและบริโภค ได้จัดให้มีน้ำประปาภูเขาเพื่อใช้อุปโภคและบริโภค และชุดสระน้ำตามหมู่บ้านต่าง ๆ โดยใช้งบประมาณจากทั้งของ UN และของราชการไทยสมทบ รวมทั้งหมด 67 แห่ง

- การจัดตั้งกองทุนส้วมราคน้ำ รณรงค์ให้ชาวเขานิยมใช้ส้วมราคน้ำอย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบันมีการสร้างส้วมราคน้ำและจัดตั้งเป็นกองทุนส้วมราคน้ำรวม 338 หลัง

ในปี 2539 ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา<sup>121</sup> ได้มีกิจกรรมศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการหารูปแบบการดำเนินงานวางแผนครอบครัวชาวเขา 6 โครงการ โครงการวิเคราะห์ โครงสร้างประชากรชาวเขาและการเจริญพันธุ์ชาวเขา โครงการประเมินผล โครงการพัฒนาอนามัยครอบครัวในชุมชนบนพื้นที่ภูเขา โครงการรูปแบบการส่งเสริมบริการวางแผนครอบครัว : ศึกษาเฉพาะชาวเขาเผ่าม้ง โครงการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมมารับบริการคุมกำเนิดของชาวเขาเผ่าม้ง การศึกษารูปแบบการลดอัตราการตายของแม่และเด็กชาวเผ่ากะเหรี่ยง นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมพัฒนาบุคลากรเป็นจำนวนมาก โครงการจัดการประชุมสัมมนา กิจกรรมเผยแพร่และประชาสัมพันธ์และอื่น ๆ อีกมาก

<sup>121</sup> ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา “คุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาในประเทศไทย” กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2539.

สรุป ในการให้บริการสาธารณสุข นอกจากจะมีการบริการของรัฐ และองค์กรเอกชน แล้ว ยังมีการบริการจากกรมประชาสงเคราะห์ในพื้นที่ที่ยังไม่มีเจ้าหน้าที่ อนามัยเข้าไปถึง<sup>122</sup> มีพระธรรมจาริกให้ทั้งการรักษาพยาบาลและธรรมะ หมอชาวบ้าน ซึ่งสืบทอดมาจากการได้รับการอบรมจากกองพลจีนที่เข้ามาอยู่ทางตอนเหนือของประเทศไทยหมอมือซึ่งมีภูมิปัญญาของชาวเขาเองสืบทอดกันมา และยังมีองค์กรเอกชนอีกมากมายที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะในเขตชายแดนที่ยังไม่มีหน่วยงานของรัฐเข้าไปถึงปัญหาที่ค้นพบก็คือ

ในพื้นที่ตามรอยตะเข็บของประเทศ การบริการยังไม่ครอบคลุม ระบบการส่งต่อยังมีปัญหา เนื่องจากการคมนาคม เช่น บ้านไลโวในหน้าฝน ไม่สามารถเดินทางเข้ามายังอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ได้ ต้องใช้เฮลิคอปเตอร์ขนส่งในกรณีป่วยหนัก<sup>123</sup> ความต่อเนื่องการติดตามประเมินผลของแต่ละโครงการยังน้อย การให้บริการของโรงพยาบาลบางแห่งแก่ชาวเขา และชนกลุ่มน้อยยังไม่ได้มีการแยกสถิติไว้ให้สะดวกต่อการค้นหา การรักษาผู้ป่วยที่ไม่มีเงินจะรวมเข้าไปในงบผู้มีรายได้น้อย ระบบการส่งต่อ การประสานงานยังไม่ดีพอ รัฐต้องสูญเสียเงินปีละมาก ๆ ในการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพ

ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค เพราะจำนวนประชากรที่ลงทะเบียนไว้กับที่มีจริงต่างกันมาก

สรุป การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

จากการทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย จากรายงานของหน่วยงาน รายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์และอื่น ๆ กว่า 80 เรื่อง รวมทั้งการเยี่ยมพื้นที่ การสัมภาษณ์เชิงใหม่และการสัมภาษณ์บุคคลในพื้นที่ พบว่ามีดังนี้

1. การเรียกชื่อชาวเขาและชนกลุ่มน้อย มีความจำเป็นต้องระบุคำจำกัดความให้ชัดเจนทุกครั้งที่ทำกรวิจัย เพราะต่างงานวิจัยหรือการดำเนินการอาจครอบคลุมประชากรต่างกลุ่มกัน ซึ่งจากการศึกษครั้งนี้ใช้คำจำกัดความที่กว้างที่สุดเพื่อให้ครอบคลุมให้มากที่สุด ทั้งชาวเขาเผ่าต่าง ๆ บุคคลบนพื้นที่สูง ชนกลุ่มน้อยในแหล่งต่าง ๆ แรงงานข้ามชาติและประชากรที่เคลื่อนย้ายมา พบว่า แต่ละแหล่งข้อมูลใช้คำจำกัดความที่ต่างกัน

2. จำนวนประชากร ถึงแม้ว่าชาวเขาเผ่าต่าง ๆ และบุคคลบนพื้นที่สูง จะมีรายงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละหน่วยงานค่อนข้างดี ก็ยังมีปัญหาเรื่องจำนวนประชากรไม่เท่ากันอยู่ดี ยังเป็นชนกลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติและประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามาทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย จะมีข้อมูลน้อยมากและคลาดเคลื่อน

<sup>122</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 9

<sup>123</sup>อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 16



3. ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย พบงานวิจัยหรือการศึกษาเรื่องต่อไปนี้มีน้อยมาก บางเรื่องไม่มีเลย เช่น

3.1 ปัญหาจากความสูงของที่อยู่อาศัยตั้งแต่ 1,500 เมตรขึ้นไป และโรคซึ่งเกิดจากพันธุกรรมในชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ปัญหาสุขภาพจิตทั้งสามเรื่องนี้ ยังไม่สามารถหารายงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยได้

3.2 โรคซึ่งเกิดจากความเชื่อ โรคซึ่งนำโดยแมลง โรคซึ่งเกิดจากสุขภาพสิ่งแวดล้อม โรคสุขภาพฟันของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย พบได้บ้างแต่น้อยมากและเป็นปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

3.3 การศึกษาวิจัยและการดำเนินการเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว โภชนาการ โรคเอดส์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการวิจัยและพัฒนาการติดตามประเมินผล รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลค่อนข้างดี แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการประเมินไม่ต่อเนื่องต่างปีต่างเผ่า ผลของการประเมินก็ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายทุกตัวชี้วัด ทั้งงานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว โภชนาการและโรคเอดส์ก็ยังมีแนวโน้มที่ยังเป็นปัญหาอยู่

3.4 จากการศึกษาพบว่าการศึกษา เกี่ยวกับภูมิปัญญาของชาวเขา ยังมีน้อยมากโดยเฉพาะในทางลึกทั้ง ๆ ที่ชาวเขามีภูมิปัญญหลายอย่างที่สามารทำให้การดูแลสุขภาพกลุ่มชนของเขาเองได้ โดยเฉพาะสมุนไพรและการรักษาอื่น ๆ ซึ่งหากได้ทำการศึกษาอย่างละเอียดลึกซึ้งก็จะสามารถ ทำให้ภูมิปัญญาเหล่านี้ยังคงอยู่และเจริญงอกงามต่อไปเป็นประโยชน์กว้างขวางยิ่งขึ้น ส่วนภูมิปัญญาของชนกลุ่มน้อยนั้นผู้วิจัยไม่สามารถหาข้อมูลได้

3.5 การให้บริการแก่ชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ในด้านสุขภาพอนามัย เป็นหน้าที่โดยตรงของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้บริการในชุมชน โดยการสาธารณสุขมูลฐาน มีอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยประสานงาน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพส่วนท้องถิ่นที่ห่างไกลก็มีสาธารณสุขชุมชนช่วยเจ้าหน้าที่อนามัยตำบล มีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ที่อยู่ในชุมชนช่วยในการให้การรักษายาบาลและส่งเสริมสุขภาพ เช่น คชค. เจ้าหน้าที่ กรมประชาสงเคราะห์และอื่น ๆ จากการศึกษาพบว่า การให้บริการระบุผู้รับบริการที่ชัดเจนส่วนใหญ่เป็นชาวเขา มิได้มีการแยกโรคหรือปัญหาสุขภาพอนามัยของชนกลุ่มน้อยที่ชัดเจน การให้บริการมักรวมไปกับผู้มีรายได้น้อย การทำวิจัยทั้งของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ในเรื่องนี้ยังมีน้อยมาก

3.6 ปัญหาที่ค้นพบจากการศึกษาในครั้งนี้ทั้ง ๆ ที่มีได้รวมไว้ในวัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ เรื่องระบบข้อมูล ทั้ง ๆ ที่เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง สิ่งที่ค้นพบคือ ไม่มีศูนย์รวมที่มีข้อมูลทุกเรื่องที่ต้องการและครบถ้วนเกี่ยวกับชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ข้อมูลจะกระจัดกระจายและไม่ตรงกัน ถึงแม้จะมีศูนย์วิจัยชาวเขา ศูนย์สงเคราะห์ชาวเขาก็ตาม ยิ่งที่เกี่ยวข้องกับชนกลุ่มน้อย หรือคนข้ามชาติด้วยแล้วยังมี

ปัญหาหนัก ข้อมูลที่แยกชนิดของโรค หรือปัญหาสุขภาพอนามัยของทั้งชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ไม่มีการแยกไว้ให้ชัดเจน ข้อมูลซึ่งควรจะศึกษาได้ชัดเจนคือ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผน 4,5,6,7 และ 8 ก็มีปัญหาในการเข้าถึงข้อมูล โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

#### ข้อเสนอแนะ

1. ปัญหาระบบข้อมูล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการวิจัยเพื่อพัฒนาการติดตามประเมินผลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัย การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคโดยตรงของบุคคลที่อยู่ในประเทศไทย น่าจะเป็นศูนย์ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ทั้งจำนวนประชากรชาวเขาและชนกลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ การเคลื่อนย้ายเข้ามาของต่างชาติและเพื่อนบ้าน ปัญหาสุขภาพอนามัยที่เป็นจริง ไม่เฉพาะเจาะจงเพียงการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว เพื่อให้สามารถวางแผน จัดสรรงบประมาณและดำเนินการติดตามประเมินผลให้เหมาะสม ข้อมูลสถิติการสามารถเข้าถึงย้อนหลัง ได้ เพื่อให้มองเห็นแนวโน้มของปัญหาที่ชัดเจน เพราะคณะผู้วิจัยได้พยายามติดต่อขอข้อมูล 4-8 ที่เกี่ยวกับชาวเขา กระทำไต่ยากมาก

2. จากการวิเคราะห์ 80 กว่าแหล่งข้อมูล พบว่า นอกจากการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัวแล้ว มีข้อมูลน้อยมาก หรือบางเรื่องไม่มีเลย มีความจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป

3. แม้ว่าการอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว จะมีข้อมูลทั้งงานวิจัย และรายงานการดำเนินการที่ดีกว่าปัญหาสุขภาพอนามัย และการบริการอื่น แต่ผลของการดำเนินการก็ยังต่ำกว่าเป้าหมายเกือบทุกตัวชี้วัด การประเมินไม่ต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง โดยจัดระบบการรายงานให้เข้าไปในระบบปกติ ไม่ต้องเสียงบประมาณเพิ่ม

4. ข้อมูลปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยมีน้อยมาก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะรวมทั้งเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเคลื่อนย้าย สิ่งแวดล้อม และอื่น ๆ ไว้ทั้งหมด ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแบบองค์รวม ตามหัวข้อที่ได้ระบุไว้แต่ต้น เพื่อให้ประชาชนชาวเขาและชนกลุ่มน้อยมีสุขภาพดี เช่น ประชากรคนอื่น ๆ

5. งานวิจัยที่มีอยู่ทั้งหมด ส่วนใหญ่จะเป็นการสำรวจปัญหาเป็นครั้งคราว เป็นบางกลุ่มในชาวเขาเผ่าต่าง ๆ ส่วนของชนกลุ่มน้อย หรือคนข้ามชาติมีน้อยมาก นอกจากจะสิ้นเปลืองงบประมาณในการสำรวจแต่ละครั้งแล้ว ยังได้ปัญหาไม่ละเอียดลึกซึ้ง จึงมีความจำเป็นต้องมีการทบทวนการจัดระบบข้อมูลให้ละเอียดผสมผสานไปกับการทำงานตามปกติ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงและประหยัด เช่น ใน ส.อ. หรือ ร.พ.ที่มีชาวเขา หรือชนกลุ่มน้อย หรือแรงงานข้ามชาติควรระบุแยกให้ชัดเจน

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กาญจนา ประชาพิพัฒน์, ชลิดา เกษประคิษฐ์, นิตยา แสงเล็ก วราพร, นิชัยธนวงศ์, สมควร ใจกระจำง “รายงานการวิจัยการสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาเผ่าม้งในประเทศไทย” ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2538
- การสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุข ตำบลห้วยบุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน 2533
- กฤตยา อาชวนิจกุล, ฉัตรสมัน พงศ์กัญญา, พิมพา ขจรธรรม วณี ปิ่นประทีป “ผลกระทบจากภาวะการเกิดการเจ็บป่วยการระบาดของโรคและการตายของแรงงานข้ามชาติก่อนนโยบายสาธารณสุข” ชุดโครงการวิจัยทางเลือกนโยบาย การนำเข้าแรงงานข้ามชาติของประเทศไทย “การศึกษาข้อเท็จจริงจากกลุ่มผลประโยชน์ ข้อสำรวจทางกฎหมายและการวิเคราะห์ระบบจัดการของรัฐ มกราคม 2540”
- กรรณิการ์ มณีวรรณ “การวิจัยปฏิบัติการเชิงรุกด้านวางแผนครอบครัวในชุมชนบนพื้นที่สูง” ศูนย์พัฒนาชาวเขา ธันวาคม 2539
- กองสงเคราะห์ชาวเขา “กิจกรรมพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กองสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กรุงเทพมหานคร “ข้อมูลชุมชนบนพื้นที่สูงในประเทศไทยจำแนกตามรายจังหวัดปี 2538”
- กองสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม “สรุปผล การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง แนวทางการดำเนินงานพัฒนาชาวเขาด้านสาธารณสุข โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก ระหว่างวันที่ 7-9 สิงหาคม 2538 เชียงใหม่
- ข้อมูลชาวเขาของฝ่ายบริการและเผยแพร่ของสถาบันวิจัยชาวเขา (ไม่ปรากฏวันเดือนปี)
- โครงการไทย-ออสเตรเลีย พัฒนากสิกรรมบนพื้นที่สูง “พัฒนาสุขภาพอนามัยของหมู่บ้านชาวเขา อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย 2536 Thai Australia Highland agricultural and Social Development “Improving Hilltribe Health Status
- จารุณี จตุพรเพิ่ม “สรุปผลการดำเนินงานชุมชนบนพื้นที่สูงเขต 4 ปีงบประมาณ 2535” ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี
- จันทบูรณ์ สุทธิ “การใช้สมุนไพรเข้า” แนวทางการดำเนินงานพัฒนาอนามัยในชุมชนพื้นที่สูงปี 2538
- จันทบูรณ์ สุทธิ และคณะ “โรคเอดส์กับชาวเขาในมิติทางสังคมศาสตร์” 2534 สถาบันวิจัยชาวเขา จังหวัดเชียงใหม่ กรมประชาสงเคราะห์

มูลนิธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา “รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานคุณภาพชีวิตแม่และเด็กชาวเขากลุ่ม  
น้ำเงิน แม่ฮ่องสอน (ไม่ปรากฏวันเดือนปี)

เรณู ศรีสมิต รายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย  
2538

รายงานสถานการณ์โรคเอดส์ จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข  
งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข งาน  
ควบคุมโรคเอดส์และกามโรค

รัตนา มณีประเสริฐ และคณะ “จารีตประเพณี วิถีชีวิตทัศนคติ ค่านิยมของชาวเขาแต่ละเผ่าต่อการ  
เอื้ออำนวยต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์” 2540

วิชัย โปษยจินดา “ชาวเขากับปัญหาสาธารณสุข” บรรยายพิเศษของชมรมวิชาการ สถาบันวิจัยชาว  
เขา จังหวัดเชียงใหม่ 7 เมษายน 2529.

วีระ นิยมวัน “แนวทางการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่สูงของกรมอนามัย พุทธศักราช 2537

วราพร วันไชยธนวงศ์ กรรณีกาญจน์ มณีวรรณ “การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ  
ตนของสตรีวัยเจริญพันธุ์ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับชมวีดิโอเทปให้สุข  
ศึกษาและกลุ่มที่ไม่ได้รับชมวีดิโอเทปให้สุขศึกษา” ศูนย์พัฒนาชาวเขา กรมอนามัย  
กันยายน 2538

ศูนย์พัฒนาชาวเขา กรมอนามัย “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีและใช้ส้วมของชาวเขา” กระทรวงสาธารณสุข  
(ไม่ปรากฏวันเดือนปี)

ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา “การสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมชุมชน ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงใน  
ประเทศไทย” 2537

ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา “คุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาในประเทศไทย” กรม  
อนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2539.

ท่านอาจารย์สาคร และบุคคลบางคนในพื้นที่ อำเภอทองผาภูมิ.การสัมภาษณ์

สารทิ ศิลา “ปัญหาที่สัมพันธ์กับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในหมู่บ้านชาวเขาพื้นที่เขต 9”  
จังหวัดแม่ฮ่องสอน สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและ  
สวัสดิการสังคม สิงหาคม 2540

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีข้อมูลชาวเขาจากศูนย์สงเคราะห์ชาวเขา จังหวัดกาญจนบุรี  
2541

สำนักงานผู้ำนวยการโครงการพัฒนาที่ค้อยสูงแปเปื้อ “5 ปี แห่งการพัฒนาโครงการพัฒนาที่สูง  
ค้อยแปเปื้อ” กองปกครองท้องที่ กรมการปกครอง

จรัส สุวรรณเวลา และคณะ การวิจัยบริการสาธารณสุขเพื่อพัฒนาชุมชน : กรณีศึกษาตัวอย่างในหมู่บ้านชายไทยภูเขา ในวารสารวิจัยสภาวะแวดล้อม “การวิจัยสภาวะแวดล้อมเพื่อการพัฒนาชนบท 2 : 1 ธันวาคม 2523 : 36-51.

ชาคริต ชมชื่น วิทยานิพนธ์ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการวางแผนครอบครัวของนักเรียนชาวเขาในจังหวัดเชียงใหม่

ชุมพร แสงมณี , การบรรยายของการสัมมนาที่เชียงใหม่ โรงแรมเชียงใหม่ภูคำ 5 กุมภาพันธ์ 2541  
ณรงค์ ใจหาญและคณะ “สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขา และชน

กลุ่มน้อยในประเทศไทย” โครงการวิจัย คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ธงชัย สาระกุล “ภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนชาวเขา 6 เผ่า” เอกสารวิชาการ  
ลำดับที่ 34 2538 ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ จังหวัดนครสวรรค์

นิตยา แสงเล็ก สมควร ใจกระจ่าง รุ่งรัศมี ศรีวงศ์พันธ์ “การศึกษารูปแบบการลดอัตราตายของแม่และเด็กชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง” ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา 2537-2539

นพดล สมบูรณ์ “ผลการดำเนินงานชุมชนพื้นที่สูงเขต 9,10 ปีงบประมาณปี 2535” บรรลุ ศิริพานิช  
รายงานการประชุมปฏิบัติการเรื่อง รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับชาวเขา

บุญชนะ ทองแสน “ปัญหาโสเภณีชาวเขาและปัจจัยทางจารีตประเพณี” 2535

ประมุข จันทวิมล “การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนชาวเขา วิทยานิพนธ์ ว.ป.อ.รุ่น 27 พ.ศ. 2527-2528.

ประเสริฐ ชัยพิคุสิต “ลักษณะโครงสร้างประชากรชาวเขาในประเทศไทย” 12 พฤษภาคม 2540

ประวิตร โพธิอาสน์ “กะเหรี่ยงกับงานสาธารณสุขข้อมูลและคำถาม” (ไม่ปรากฏวันเดือนปี)

เปรมใจ หน่อแก้ว “รายงานการดำเนินการปฏิบัติการเชิงรุกในโครงการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานอนามัยครอบครัวในชุมชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง บ้านหว่า อำเภอ ขุนยวม บ้านนาจาง อำเภอแม่ลาน้อย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา “สถานภาพของชาวเขาปี 2536-2539” รายงานการประชุม  
โครงการวิจัยปฏิบัติการเชิงรุก” ผลการปฏิบัติงาน 2539 ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา

พันธุ์สุรย์ ลดาวัลย์,มล. เอกสารการสอนชุดวิชา “ปัญหาการเมืองส่วนภูมิภาคและชนกลุ่มน้อย”  
หน่วยที่ 13 เล่มที่ 2 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชารัฐศาสตร์

พระประสิทธิ์ ,การสัมภาษณ์ที่บ้านต้นลุง จังหวัดเชียงใหม่

พ.ร.บ.คนเข้าเมือง 2522 มาตรา 17 แห่งโครงการนำร่องจังหวัดเชียงราย

พรรณี มีหนัก สุพรรณิ กิตติคนไพบูลย์ ฉวีวัชรศิริแก้ว “การพัฒนาคุณภาพด้านบริการวางแผนครอบครัวชาวเขาเผ่าอีเก้อ จังหวัดเชียงราย กรณีศึกษาเผ่าอีเก้อ กลุ่มบ้านสามแยก อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย 2539

สำนักบริหารการทะเบียน ส่วนการทะเบียนราษฎร ฝ่ายทะเบียนประวัติชนกลุ่มน้อย “โครงการประชุมซักซ้อมแนวทางปฏิบัติการพิจารณาลงรายการสัญชาติไทยในทะเบียนให้แก่ชาวไทยภูเขา. 13-16 มิถุนายน 2537

สุมามาเลย์ กุศลสารกุล จันทบูรณ์ สิทธิ และ สมพร ปิ่นอักษร อภิปรายกลุ่ม 3 พฤศจิกายน 2537  
ยิ่งเกียรติ ไพศาลอัมพรมย์ผู้ดำเนินการอภิปราย

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ “ความเชื่อของชาวเขาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย พฤติกรรมแสวงหาวิธีการรักษา และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง” (ไม่ปรากฏวันเดือนปี)

สุวิไล เปรมศรีรัตน์ “สนทนาสาธนาสุขการแพทย์ลัวะปรี” สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท (ไม่ปรากฏวันเดือนปี)

สถาบันวิจัยสังคม คณะแพทยศาสตร์ คณะเกษตรศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และสำนักวิจัย สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์ “ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเจ็บป่วยและตายของเด็ก และทารกชาวกะเหรี่ยงในภาคเหนือของไทย” เมษายน 2540

สนิท วงศ์ประเสริฐ “ความรู้ ทักษะและแนวทางป้องกันเอดส์ ศึกษากรณีชาวเขาได้รับสื่อโสตภาษาของตน”

สมควร ใจกระจ่าง “การสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาในประเทศไทย” 2539

สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล “สถานการณ์โรคเอดส์และซิฟิลิส ในคนงานข้ามชาติพม่าในจังหวัดเชียงราย สรุปรูปข้อมูลพื้นฐานบ้านหมั่นขาว บ้านดุมด้อ ตำบลกกสะทอน อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย 30 เมษายน 2541 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ติดต่อกับนายบุญช่วย ศิริเลี้ยง

สรุปผลการประชุมของแพทย์สภา “เนื้อหาในร่างรัฐธรรมนูญที่ส่งเสริมการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ” 11 กันยายน 2540

สวาท เสนาณรงค์ และน้อม งามนิสัย “ไทยเอดลาส” บริษัทอักษรเจริญทัศน์ อจท. จำกัด พิมพ์ครั้งที่ 7

ส่วนข้อมูลข่าวสาร “ข้อมูลเบื้องต้นผลการสำรวจสุขภาพประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูง” สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข เมษายน 2540.

อรพินท์ สิงหเดช ขอบ กษานันต์ “สตรีกับการพัฒนาสุขภาพชุมชนในชาวเขาเผ่าเย้า จังหวัดลำปาง” 2531-2533 สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์วิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ ในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อรนุช โอภาสเสถียร กาญจนา มานพ พิมพ์าณ ลำปาง โครงการเร่งรัดการวางแผนครอบครัวชาวเขาเผ่าอีเก้อ จังหวัดลำปาง 2538

## ภาษาอังกฤษ

- Ambach-W, et al. Biological effectiveness of Solar UV radiation in humano. *Experientia* 1993 Sep
- Cai-x et al. "A study on human behavior and socioeconomic factors affecting malaria transmission and control in Qiongzong, Hainan. *Chung-Kuo-chi-sheng-chung-hsuch-yu-chi-sheng-chung-ping-tsa-chih* 1995 13(2)
- Campos-outcat et al. Prevalence of Cardiovascular disease risk factors in a southwestern Nation American Tribe. *Public Health Rep.* 1995 Nov.-Dec. 110(6)
- Consultation Document "Renewing the Health-For-All-Strategy" Guiding Principles and Essential Issues for the Elaboration of A Policy For Equity, Solidarity and Health" WHO 1995
- Godfrey Walker WHO, Thailand "Approaches to Improving Health Service Coverage in Tribal Areas" 1995
- He-J; Klag-MJ; Whelton-PK; Chen-Jy; Mo-JP; Qian-MC; Mo-PS; He-GQ; *Am. J.-Epidemiol.* 1991 Nov. 15; 134 (10)
- Hodge FS et al. Prevalence of smoking among adult American Indian clinic Users in Northern Californai. *Pnev Med* 1995 Sep 24(5)
- Kunstadter P; Kunstadter-Sh; Leepreecha-P; Podhisita-C, Laoyang M; Thao-CS; Thao-RS; Yang-WS "Causes and consequences of increase in child survival rates; ethnoepidemiology among the Hmong of Thailand *Human-Biol.* 1992 Dec; 64 (6)
- Lanska-Dj. Effects of interstate migration on the geographic distribution of stroke Mortality in 1995 the United States. *Stroke* 1995 Sep 24(5)
- Lanska-Dj. Geographic distribution of hospitalization rates, case fatality and mortality from stoke in the United states. *Neurology* 1994 Aug
- Lanska-Dj. Geographic diatribution of stoke martality in the United states. *Neurology.* 1993 Sep; 43(9)
- Maria Theresia Benner, Somboon Kietinun, Santhat Sermsri, Junya Pattara-arechachai. "Factors Determining Malaria Prevalence Among Migrants from Myanmar : A study of Migrants in Malaria Clinics in Mae Sot and Phro Phra District, Tak Province Thailand" 1997 A thesis for the full filment of the Master Degree in Primary Health Care Management.

- Mull-DS, Anderson-JW, Mull-JD : Cow Dung vock salt and medical innovation in the Hinder-Kush of Pakistan : The cultural Transformation of Neonatal Tetanus and Iodine Deficiency : Soc.- Sci-Med. 1990 (6)
- Nelson SH, Mc Coy GF, Stetter M, Vander wagen WC Hosp. Community Psychiatry 1992 Mar. 43(3)
- Perna-J; Conway-KE; Contton-EK "Effects of exercise at high altitudes on young adults" J-Fam-Pract. 1988 Sep. 27(3)
- Qin W. Etiology of blindness in remote area : a clinic report. Yen Ko Houeh Pao 1994 Dec; 10(4)
- Roa VR, Gorakshakar AC. Sickie cell hemoglobin, beta-thalassemia and G6 PD deficiency in tribes of Maharashtra, India. Geme Geogre 1990 Dec. 4(3)
- Sack RB; Santosham-M; Reid-R; Black-R; Croll-J; Yolken-R; Aurelian-h; Wolff-M; Chan-E; Garrett-S et al. "Diarrhoeal diseases in the White Mountain Apaches : clinical studies. J-Diarrhoeal-Dis. Res. 1995 Mar : 13(1)
- Santosham-M; Sack RB; Reid-R : Black-R; Croll J; Yolken-R; Aurelian-L; J-Diarrhoeal-Dis. Res. 1995 Mar; 13(1)
- Somboon Kietinun "Health Services Situation and Communicable Disease Control Strategies in Indochina" 2538
- Tin Maung Hlaing, Junya Pattaraarechachai, Somboon Kietinun The thesis for the degree of Master of Primary Health Care Management "A Study on Nutritional Status of Children (1-5 years) in Malaria Endemic Area, Kanchanaburi, Thailand (1998)
- Yip-R; Binkin-NJ; Trowbridgege-Fh "Altitude and childhood growth" J-Pediatr. 1988 Sep; 113(3)
- Zago MA,Melo Santos EJ,Clegg JB,Guerreiro JF,Martinson JJ,Norwich J,Frigueiredo MS" Alpha gloebin gene haplotypes in South American Indian. Human Biol. 1995 Aug. 67(4)



## บทวิจารณ์

## ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

พญ.สุวรรณา วรคามิน

ชมเชยถึงความพยายามในการรวบรวมข้อมูลแต่ไม่สมบูรณ์ เพราะมีข้อย่อหลายหัวข้อ ความเข้มข้นของข้อมูลก็ด้อยไป

## 1) ชื่องานวิจัย

ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

น่าจะแยกเรื่องและทีมวิจัย เพราะพื้นที่ ชีวีความเป็นอยู่ วัฒนธรรม และปัญหา แตกต่างกัน การเก็บข้อมูลและข้อเสนอแนะจะแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง จึงควรแยกงานวิจัยประชากรสองกลุ่มนี้

เมื่อพิจารณาในเนื้อหาจะยังเห็นว่า ท่านจะทำการวิจัยแรงงานข้ามชาติอีกด้วย เพราะไม่ได้พูดถึงเลยๆ แต่มีข้อมูลประกอบอีกด้วย

## 2) content หัวข้อใน proposal นี้

- ชื่องานวิจัย
- ผู้ดำเนินการวิจัย
- หลักการและเหตุผล
- วัตถุประสงค์ทั่วไป
- วัตถุประสงค์เฉพาะ
- กรอบแนวคิด
- ทบทวนวรรณกรรม
- สังเคราะห์งานวิจัย

ทราบวัตถุประสงค์ว่าจะทำอะไร แต่ไม่รู้ว่าจะทำอะไร วิธีไหน ทำที่ไหน กับใคร บ้าง เมื่อไหร่ นิยามคำศัพท์หรือคำเฉพาะต่างๆ ก็ไม่ได้กำหนดไว้ จะมี phase 2 อีกไหม หัวข้อเหล่านี้ก็เดาเอาเอง เพราะแยกไว้ไม่ชัดเจน คัดพิมพ์เหมือนกันไปหมด ไม่จัดหมวดหมู่ให้ชัดเจน

## 3) หลักการและเหตุผล

โดยทั่วไปก็พอรับได้ แต่ควรจะเป็นหลักการและเหตุผลที่เป็นของชาวเขาจริงๆ ไม่ควรอ้างไปถึงประชากรทั่วไป ถ้าจะอ้างก็เป็นเรื่องของการเปรียบเทียบมากกว่าที่จะกล่าวถึงเลยๆ นิยามคำศัพท์ โดยเฉพาะนิยามชาวเขา จะทำการศึกษาประชากรกลุ่มนี้ มีขอบเขตกว้างขวาง

แค่ไหน ต้องตั้งถิ่นฐานอยู่นานเท่าไรถึงจะตกเป็นประชากรตัวอย่าง เพราะเป็นจุดสำคัญจุดแรกที่จะเชื่อมโยงไปยังการวิเคราะห์ในเรื่องอื่นๆ เช่น ในเรื่องของ coverage ของการบริการ

#### 4) หลักการและเหตุผล

เมื่อไม่ให้นิยามที่ชัดเจน วัตถุประสงค์ก็จะไม่ชัดเจน

#### 5) วัตถุประสงค์เฉพาะ

แยกศึกษาวิจัยเป็นเรื่องๆ ได้เลย ถ้าต้องการผลในเชิงคุณภาพและบริการ

เมื่อพิจารณาขอบเขตการวิจัยแต่ละหัวข้อแล้ว ก็นำทำการวิจัยทุกเรื่อง แต่คงต้องพิจารณาให้รอบคอบอีกครั้งว่า ทำไปแล้วคุ้มค่าหรือไม่ ได้ผลแล้วนำไปใช้ในงานปกติได้หรือไม่บ้าง บางหัวข้อคนพื้นราบก็ยังมีศึกษาน้อยอยู่เลย เช่น โรคทางพันธุกรรม เชื้อชาติและพันธุกรรมมีความจำเป็นไหมขณะนี้ในชาวเขา โรคที่เกิดจากความเชื่อ

#### 6) ทบทวนวรรณกรรม

มีจุดที่ต้องวิพากษ์มากและเป็นรายละเอียด จึงไม่อยากลงไปทุกจุด

ทบทวนมากกว่า 80 เรื่อง ก็นับว่ามากพอสมควร แต่ข้อมูลบางตัวค่อนข้างจะโบราณไปหน่อย เช่น ปี 27 - 28 ซึ่งการเก็บข้อมูลยังไม่ดีพอ ไม่ควรนำมาเปรียบเทียบ โดยเฉพาะที่เป็น plot project ค่าใช้จ่ายก็มักจะสูงอยู่แล้ว ไม่ควรนำมาอ้างอิง บางทีอ้างอิงแล้วก็ไม่บอก reference และปีด้วย รายละเอียดของวรรณกรรมบางอย่างก็คิดว่าไม่จำเป็นต้องนำมาใส่ไว้ เช่น ในเรื่องภูมิปัญญาชาวบ้าน ผู้ป่วยเอดส์เป็นข้อมูลรวม พม่าและประชากรทั่วไป พิมพ์ผิดมากทั้งตัวสะกดและวรรคตอน บางคำเดาไม่ออกเลย

กรรมการมีข้อมูลรายเผ่าและรายจังหวัด (ไม่ได้มี reference ตรงไหนเลย) ซึ่งดูในรายละเอียดรายเผ่าแล้วจึงเห็นว่าดีขึ้นกว่าเดิมมาก อยากให้ไปทบทวนใหม่ เขียนใหม่ และได้แยกโรคที่เกิดในชาวเขา พฤติกรรมสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุขไว้ต่างหาก

เรื่องของการจัดระบบบริการสาธารณสุขก็ได้ให้รายละเอียด ขั้นตอนก็จะกล่าวถึงปัญหาของการให้บริการเลย ซึ่งถ้าคนที่ไม่ทราบระบบบริการมาก่อนก็จะไม่รู้เรื่อง ปัญหาพื้นที่ที่เราทราบอยู่แล้วนี้ ระบบบริการมิได้ปรับตัวเพื่อให้บริการเลยหรือ

สิ่งที่กล่าวถึงบริการสาธารณสุขจริงๆ เป็นแนวนโยบายและกลวิธีหลัก ไม่มีในรายละเอียด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการวิจัยเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานมากกว่าการเสนอแนะในเชิงนโยบาย

ได้กล่าวถึงหัวข้ออื่นๆ ด้วย เช่น ในเรื่องการศึกษาควบคุมการปลูกพืชเสพติด เป็นต้น มีกล่าวที่อื่นอยู่แล้ว ไม่น่าจะต้องเอามารวมอีก

#### 7) บรรณานุกรม

ไม่ได้จัดไว้อย่างเป็นระบบ เป็นบ้างไม่เป็นบ้าง

## 8) นโยบายของรัฐ

ในการเสนอแนะหรือข้อคิดเห็นในการที่จะเป็นเหตุผลในการทำวิจัย อยากให้มองถึงนโยบายของรัฐบาลว่ามีอยู่หรือไม่ด้วย ไม่ว่าจะทำวิจัยในด้าน Pro หรือ Con คงต้องยึดนโยบายในส่วนนั้นๆ เป็นหลักในการสร้างกรอบแนวทางการวิจัย ตลอดจนเนื้อหา เพราะผลที่ได้ออกมาควรจะไปใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนและปรับปรุงการดำเนินงานที่มีอยู่ จึงจะทำให้งานวิจัยมีคุณค่า สนุก และภูมิใจ เพราะเรื่องที่จะเสนอแนะที่ไม่ (.....) สามารถนำไปปฏิบัติได้ เพราะไม่สอดคล้องและตอบสนองนโยบาย หรือเป็นทฤษฎีที่สวยหรูที่ใครๆ ก็ทราบ เพราะฉะนั้นก็ไม่มีประโยชน์หรือไม่คุ้มค่า เช่น การให้ชาวเขาเข้าถึงบริการตามสิทธิมนุษยชน ต้องมีสาธารณสุขอำเภอ ต้องมีการคมนาคมดี ต้องมีระบบรายงานแยก

## ปัญหาเร่งด่วนที่ต้องแก้ไข

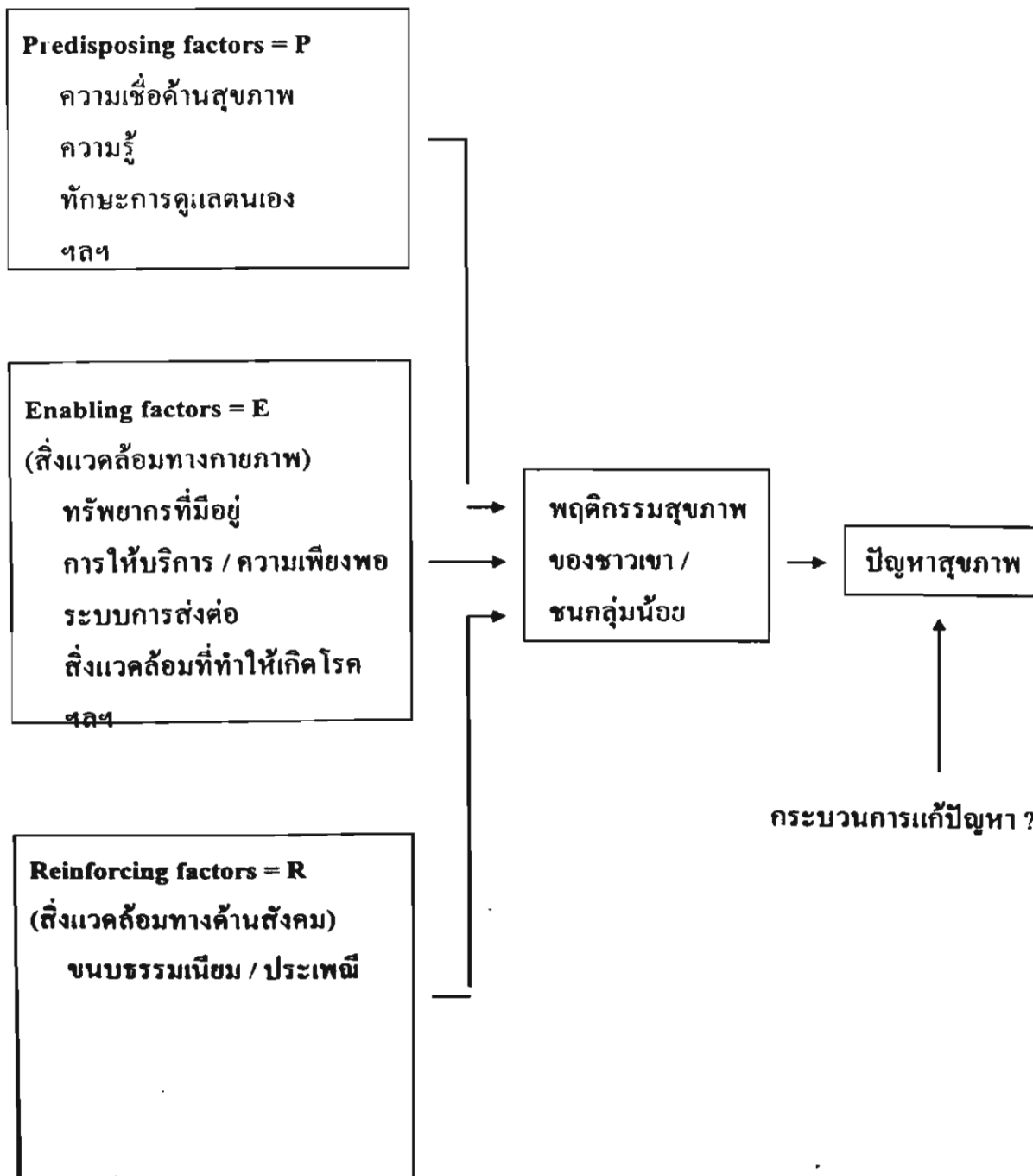
ที่จริงแล้ว ปัญหาสุขภาพของชาวเขาและการแก้ไขปัญหา คณะผู้วิจัยก็ทราบว่ากรมการได้ทำไปมากพอสมควรแล้ว เรื่องที่ยังเปลี่ยนแปลงไม่ได้ หรือเปลี่ยนแปลงได้น้อย หรือแก้ไขไม่ได้ นั่น เป็นเพราะความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม ที่ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างมาสนับสนุนซึ่งกันและกัน เช่น เรื่องความสับสนทางเพศ การสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น และผู้วิจัยก็ทราบว่าบางเรื่องเป็นผลดีต่อสุขภาพชาวเขา เพราะฉะนั้นผู้วิพากษ์ขอเสนอแนะผู้วิจัยดังนี้

1. แยกกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษา และให้คำจำกัดความให้ชัดเจน เพื่อให้ได้วัตถุประสงฆ์ที่ชัดเจนด้วย
2. ไป update วรรณกรรม และทบทวนดูใหม่ เขียนใหม่ให้หนักแน่นและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น
3. น่าจะทำการวิจัยในส่วนที่ยังขาดอยู่มากกว่าที่จะไปทำซ้ำเรื่องที่มีผู้เคยทำ หรือทำเป็นประจำอยู่แล้ว เหมือนกับเป็นซีเมนต์เชื่อมแต่ละหน่วยงานให้เข้ามารวมกัน หรือวิจัยว่าระบบที่จะทำให้งิจกรรมต่อเนื่องน่าจะเป็นอย่างไร จะน่าสนใจมากกว่าและนำไปใช้ประโยชน์ได้

บทวิจารณ์รายงานวิจัยเรื่อง  
" ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย "

โดย นพ.สมทรง รักเผ่า

1. กรอบแนวคิดกับวัตถุประสงค์จะต้องมีความสัมพันธ์กัน และเนื่องจากปัญหาสุขภาพของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยนั้นส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและกรอบแนวคิดที่จะศึกษาน่าจะใช้ PRECEDE Framework มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ตามปัจจัย PER



## " ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย "

การสนับสนุนจากกลุ่ม / ผู้นำต่างๆ (Social Support) อสม./ผสช.

2. รูปแบบการศึกษา/วิธีการศึกษา ไม่ชัดเจนว่าแบบไหน ขณะนี้มีการศึกษาเรื่องดังกล่าวอยู่แล้ว เช่น ของ สนผ. ซึ่งได้มีการสำรวจสถานะสุขภาพของประชากรชาวไทยบนพื้นที่สูงในปี 2540 แล้ว

3. การทบทวนวรรณกรรมยังไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะเรื่องขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ประเพณี / ความเชื่อของชาวเขา ซึ่งเรื่องนี้ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน กรมการศึกษานอกโรงเรียน ได้มีการศึกษาไว้มากและทำเป็นคู่มือในการทำงานกับชาวเขาด้านต่างๆ อย่างชัดเจน โดยเฉพาะพฤติกรรมความเชื่อของชาวนั้น จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และความเชื่อของชาวเขาแต่ละเผ่าก็ไม่เหมือนกัน มีข้อปลีกย่อยอีกมาก จะต้องสรุปให้ชัดเจน

4. การสรุปผลการศึกษา ควรสรุปในสิ่งที่ค้นพบ และ Refer ถึงคนอื่นๆ ที่เคยศึกษาในเรื่องนี้มาว่าตรงกับของใครบ้าง

5. ความสูงของที่อยู่อาศัย (หน้า 4) ไม่น่าจะเกี่ยวข้อง เพราะประเทศไทยมีภูเขาสูงสุดคือ ดอยอินทนนท์ ความสูงประมาณ 4,000 เมตร (ความสูงที่มีปัญหาคือร่างกาย / สุขภาพอยู่ในระดับ 19,200 เมตร)

6. การอ้างอิงเอกสาร / บรรณานุกรม

ควรใช้ระบบใดระบบหนึ่งให้เป็นแบบเดียวกัน เพื่อไม่ให้เกิดการสับสน วกวน ควรใช้ระบบใดระบบหนึ่ง

- ระบบอ้างอิงทางวิทยาศาสตร์ ใช้ระบบหมายเลข คือ ระบุหมายเลขเอกสาร แล้วเขียนรายการเอกสารไว้ด้านหลังเล่ม

- ระบบอ้างอิงทางสังคม ใช้แทนการแทรกนาม - ปี ในเนื้อหา เช่น (ชื่อผู้เขียน สกุล , ปี : หน้า)

(นาย..... , 2541 : 10 - 11)

การอ้างอิงนี้ควรเป็นแบบสังคมมากกว่า

- การเขียนบรรณานุกรม

แบบวิทยาศาสตร์ เรียกว่า เอกสารอ้างอิง เรียงตามตัวเลข (1) (2) ...

ไม่แยกไทย อังกฤษ

แบบสังคม เรียกว่า บรรณานุกรม และแยกภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาอังกฤษ

เรียงตามลำดับตัวอักษร

**\*\* ควรฝึกหลักการเขียนบรรณานุกรมแบบใดแบบหนึ่ง**

## " ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย "

7. กรอบแนวความคิดและวัตถุประสงค์ไม่ชัดเจน ทำให้ขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลคลุมเครือไปด้วย ตั้งแต่การทบทวนวรรณกรรม การจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล

8. ไม่บอกชัดเจนว่า Research design & Research methodology เป็นอย่างไร ควรจะรายงานให้ทราบ เพื่อผู้อ่านจะได้พิจารณาถึงความถูกต้อง น่าเชื่อถือ หาข้อมูล เช่น ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร / จากการสนทนากลุ่ม หรือจากการสังเกต หรือจากการสัมภาษณ์

9. หัวข้อเรื่องกับเนื้อหาได้หัวข้อเรื่องไม่สัมพันธ์กัน เช่น หน้า 7 - 8 "การเคลื่อนย้ายของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยกับปัญหาสุขภาพอนามัย" แต่เอกสารอ้างอิง 27, 29, 31 และ 32 เป็นปัญหาสุขภาพของชาวเขาและความเชื่อด้านสุขภาพของชาวเขา ไม่ได้แจ้งว่าสัมพันธ์อย่างไรกับการเคลื่อนย้ายชาวเขา

หัวข้อการอนามัยแม่และเด็กในหน้า 10 แต่เนื้อหาเป็นเรื่องความเชื่อด้านอนามัยแม่และเด็ก หน้า 11 เป็นข้อมูลการป่วยไข้ของเด็ก แต่ไม่บอกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของเด็กเป็นอย่างไร

หน้า 21 เรื่องความรู้เรื่องโรคเอดส์และการยอมรับ แต่เสนออัตราการติดเชื้อเอดส์ของหญิงขายบริการ พวกใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้น เป็นต้น

#### 10. สรุปผลการดำเนินการอนามัยแม่และเด็ก

เป็นความพยายามที่ดีที่จะรวบรวมผลการศึกษาหลายๆ ชั้น แต่ไม่วิเคราะห์ออกมาให้ชัดเจนว่าความครอบคลุมต่ำหรือสูงกว่าเป้าหมาย เพราะอะไร และตารางนี้ควรอยู่ก่อนหน้า 12 และการวิเคราะห์ที่หน้า 12 เอาผลการศึกษาจากเอกสารอ้างอิง 46 - 54 มาเรียงๆ กัน โดยไม่ได้สังเคราะห์ให้เป็นภาพชัดเจน

11. การจัดบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพ เสนอแต่การดำเนินการในแผนฯ 4 - 5 (2520 - 2529) เท่านั้น ซึ่งนับว่าเก่ามาก ในแผนฯ 6, 7, 8 จะบริการอย่างไร น่าจะศึกษาให้มากกว่านี้ หน้า 30 - 34 เป็นสรุปผลการพัฒนาที่สูงคอยแปเปื้อ 1 โครงการ แต่ลักษณะบทความในข้อ 2 (หน้า 32) ผลการดำเนินงานโดยเฉพาะด้านสาธารณสุข ไม่รู้ที่มาว่าเป็นการพัฒนาของที่ไหน อย่างไร

12. การศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย แต่มาสังเคราะห์เป็นงานวิจัย โดยที่จริงเป็นข้อจำกัดของการศึกษาของโครงการนี้มากกว่า

13. ข้อเสนอแนะสั้นเกินไป จะเสนอแนะเชิงนโยบายอย่างไร ให้ประเทศทำอะไร ให้กระทรวงสาธารณสุขทำอะไร ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำอะไร เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย จากการที่ผู้เขียนได้วิเคราะห์มา

14 .ด้านรูปแบบการนำเสนอบทความวิชาการ

14.1 พิมพ์ผิดความหมายหลายแห่ง

14.2 ยังไม่เป็นรูปแบบมาตรฐานของการนำเสนอผลการวิเคราะห์  
สถานการณ์

15. การเรียงหัวข้อสับสน ไม่เป็นระบบ

## ประวัติ

ชื่อ แพทย์หญิงสมบูรณ์ เกียรตินันท์

วันเกิด 22 กันยายน 2477

### ประวัติการศึกษา

- พ.บ.ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล
- อ.ว.สุคินรีเวช แพทยสภา
- M.P.H.M. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

อายุราชการ 37 + 4 ปี (หลังเกษียณอายุ)

- งานบริหาร
1. ที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล  
รับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรนานาชาติ การบริหารสาธารณสุข  
มูลฐานมหาบัณฑิต และสอนวิชา Quality of Life Development ADPM 623  
และ Thesis Seminar ADPM 697 และกรรมการหลักสูตร
  2. คณะทำงานจัดทำกลยุทธ์การวิจัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของสภาวิจัย  
แห่งชาติ
  3. คณะอนุกรรมการพิจารณาทุนสนับสนุน โครงการวิจัยมูลนิธิการแพทย์แผน  
ไทยพัฒนา
  4. อดีตคณะที่ปรึกษารัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข
  5. ผู้ประสานงานการวิจัยสมุนไพรทางคลินิก
  6. อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเป็นหัวหน้าทีมใน  
การจัดทำโครงการ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จนได้รับ  
อนุมัติให้จัดตั้งขึ้น และคณะพยาบาลศาสตร์ เกษัตริศาสตร์และคณะทันตแพทย  
ศาสตร์ จนได้รับอนุมัติให้บรรจุไว้ในแผน 7
  7. อดีตกรรมการหลักสูตร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
  8. อดีตประธานกรรมการหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
  9. อื่น ๆ อีกมาก



## ผลงานทางวิชาการ

### ตำรา

1. เพศศึกษา
2. การช่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน
3. การอนามัยแม่
4. Health Problem Solving Cycle

### งานวิจัย 25 เรื่อง

งานควบคุมวิทยานิพนธ์ ของนักศึกษาปริญญาโทหลักสูตร การบริหารสาธารณสุขมูลฐาน  
และหลักสูตรอื่นรวมกว่า 30 เรื่อง

## ประวัติ

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กัมมล กุมารปาวา

วันเกิด 5 กันยายน 2499

### ประวัติการศึกษา

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วิทยาศาสตร์การแพทย์)  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- แพทยศาสตรบัณฑิต  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
สาขาอายุรศาสตร์ จากแพทยสภา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

อายุราชการ 15 ปี

- งานบริหาร
1. ดำรงตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8 สถานวิทยาศาสตร์คลินิก  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
  2. รักษาการในตำแหน่งรองอธิการบดีฝ่ายบริหาร ศูนย์รังสี  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
  3. รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
  4. หัวหน้าสาขาวิชาอายุรศาสตร์ สถานวิทยาศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

### ประวัติการสอนและการบรรยายพิเศษ

1. เป็นอาจารย์ประจำสอนนักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. เป็นอาจารย์พิเศษสอนนักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ธรรมศาสตร์
3. เป็นผู้บรรยายพิเศษสอนนักศึกษา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. เป็นผู้บรรยายพิเศษสอนนักศึกษา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## ประวัติการเป็นวิทยากร

1. เป็นวิทยากร โครงการฝึกอบรมปฐมนิเทศบุคลากรฝ่ายบริการทางวิชาการและ  
ธุรการ เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. เป็นวิทยากร โครงการรณรงค์เพื่อป้องกัน โรคเอดส์ปี 2539 ของโรงเรียน  
วัดเขาคะเทียม จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
3. เป็นวิทยากรการพัฒนารูปแบบการพัฒนาผู้สูงอายุและผู้พิการ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
4. เป็นวิทยากร โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดทำแผนป้องกันและแก้ไข  
ปัญหาโรคเอดส์ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี
5. เป็นวิทยากร เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ของสำนักบัณฑิตอาสาสมัคร  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
6. เป็นวิทยากรกลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลบางไทร เรื่อง ความเข้าใจเกี่ยวกับการ  
ดูแลรักษาการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่เป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง  
โรคหัวใจ
7. เป็นวิทยากรรณรงค์ป้องกัน โรคเอดส์ของสถาบันราชภัฏเพชรบุรี  
วิทยาสงกรณ์

## ผลงานทางวิชาการ

### งานวิจัย

1. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลกับนิ่วในถุงน้ำดีชนิดไม่มีอาการในผู้  
ป่วยเบาหวาน

หนังสือ 90 ปี ศาสตราจารย์ ศัญญา ธรรมศักดิ์

1. ภาวะกระดูกพรุน หน้า 34-40 วันที่ 5 เมษายน 2540
2. ท่านรู้จักเบาหวานดีแล้วหรือยัง หน้า 41-46 วันที่ 5 เมษายน 2540
3. ภาวะสมองเสื่อม หน้า 47-50 วันที่ 5 เมษายน 2541