

กิจกรรม	เป้าหมาย แผน 7	การสำรวจ ชาวเขาปี 36	การสำรวจ เผ่ากะเหรี่ยง ปี 37	การสำรวจ เผ่าม้ง 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 สาระกุล¹⁰⁰ รายงานไว้ในการศึกษาภูมิปัญญาของชาวเขา พบว่า

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

สรุป งานวิจัยและรายงานด้านสุขภาพฟันยังมีน้อยมาก ทั้ง ๆ ที่สุขภาพฟันยังเป็นปัญหาของชาวเขา ส่วนของชนกลุ่มน้อย ไม่มีข้อมูลเลยจึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาดำเนินการต่อไป

¹⁰⁰อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 49

ปัญหาสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย

โดย พญ.สมบูรณ์ เกียตินันท์ และผศ.นพ.กัมมาล กุมารปาวา

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

3.10.2 สุขภาพจิต 2 แหล่งข้อมูล

Nelson SH¹⁰¹ พบว่า ชนชาวพื้นเมืองที่เป็นชาวเขาในอเมริกามีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาทางจิต (mental health problems) รวมทั้งภาวะจิตใจหดหู่ (depression) คิดยาความรุนแรง และการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนสหรัฐอเมริกาโดยทั่วไปในประเทศไทยมีการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมาก ส่วนใหญ่มักจะทำไปทางด้านการรักษาการคิดยาเสพติด เท่าที่รายงานอยู่พบว่า วิชัย โปษยจินดา¹⁰² ได้บรรยายไว้ว่า ชาวเขามีปัญหาสุขภาพจิต มีการฆ่าตัวตายสูง

สรุป จากการค้นเอกสารและงานวิจัยยังไม่พบว่ามีการทำวิจัยหรือรายงานในเรื่องนี้ จึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาค้นคว้าให้มากขึ้นและกว้างขวางยิ่งขึ้น เพราะการที่ชาวเขาต้องถูกสังคามและสิ่งแวดล้อม กดดันมีการเคลื่อนย้ายลงสู่พื้นราบ มีการติดต่อกับสังคมภายนอกมากขึ้น ทำให้สภาพชีวิตและความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไป อาจจะมีปัญหาสำหรับบางคนในการปรับตัว

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

¹⁰² อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 31

3.11 โรคเอดส์กับชาวเขาและชนกลุ่มน้อย 12 แหล่งข้อมูล

ขณะนี้พบว่า มีการติดเชื้อ HIV/AIDS ไปสู่ชาวเขาโดยทั่วไป จะเห็นได้จากการศึกษาของ จันทบูรณ์ สุทธิและคณะ¹⁰³ ได้ทำการศึกษาโรคเอดส์กับชาวเขาในมิติทางสังคมศาสตร์ พบว่าในปี 2534 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการตรวจเลือดชาวเขา มีผู้ติดเชื้อ HIV มากกว่า 100 ราย สมศักดิ์ สุทธิวิทย์กุล¹⁰⁴ 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 ศรีสมิต¹⁰⁵โดยตรง) 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 ธารณสุขจังหวัดของจังหวัดกาญจนบุรี¹⁰⁶ 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 อาชวนิจกุลและคณะ¹⁰⁷ รายงานว่าที่ จังหวัดระนอง มีผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์สูงที่สุดในแรงงานข้ามชาติสูงถึง 206 ราย จาก รายงานทั้งหมด 407 ราย รองลงมาคือจังหวัดเชียงราย 77 คน จังหวัดกาญจนบุรี 43 คน

¹⁰³จันทบูรณ์ สุทธิ และคณะ “โรคเอดส์กับชาวเขาในมิติทางสังคมศาสตร์” 2534 สถาบันวิจัยชาวเขา จังหวัดเชียงใหม่ กรม ประชาสงเคราะห์

¹⁰⁴สมศักดิ์ สุทธิวิทย์กุล “สถานการณ์โรคเอดส์และซิฟิลิส ในคนงานข้ามชาติพม่าในจังหวัดเชียงราย

¹⁰⁵เรณู ศรีสมิต รายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย 2538

¹⁰⁶รายงานสถานการณ์โรคเอดส์ จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข งานควบคุมโรคเอดส์ และกามโรค สำนักงานส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค

¹⁰⁷อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 6

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรคเอดส์ระบาดในชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ซึ่งจันทบูรณ์ สุทธิและคณะ¹⁰⁸ 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 สิงห์เดชและคณะ¹⁰⁹

การหย่าร้าง

เผ่ามูเซอ และอีเก้อ เสียค่าใช้จ่ายในการแต่งงานไม่มากนัก มักมีการหย่าร้างบ่อยและสามารถแต่งงานใหม่กับหนุ่มสาวเผ่าเดียวกันได้ไม่นานหลังหย่าร้าง

การติดต่อกับสังคมภายนอก

ชายกะเหรี่ยงสามารถเป็นชายขอบเที่ยวได้โดยไม่ผิดจารีตประเพณี

ชายทุกเผ่าวัยแรงงาน เคยมีประสบการณ์ออกไปทำงานในเมืองใหญ่มีการเที่ยวหาหญิงบริการทางเพศ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

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

¹⁰⁸ อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 103

¹⁰⁹ อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 53

ยาเสพติด

เผ่าแม้วมีอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เนื่องจากยาเสพติดสูงที่สุดเพราะมีการแพร่ระบาดของเฮโรอีนในหมู่บ้าน เพราะเคยคิดฝันมาก่อน ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ทั้งการใช้สารเสพติดและการรักษา ซึ่งยืนยันโดยรายงานของ กองสงเคราะห์ชาวเขา ในกิจกรรมพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา¹¹⁰ สรุปสถานการณ์โรคของชาวเขาว่ามีผู้ติดเชื้อเอดส์ 1,200 คน เฮโรอีนกว่า 900 คน มีหญิงโสเภณีชาวเขากว่า 800 คน และผู้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงกว่า 800 คน สารภี ศิลา¹¹¹ ศึกษาสภาพปัญหาที่สัมพันธ์กับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในหมู่บ้านชาวเขาพื้นที่เขต 9 ปี 2540 พบว่า สาเหตุของการติดเชื้อเอดส์คือ ปัญหายาเสพติด การเคลื่อนย้ายแรงงานและปัญหาการค้าประเวณี บุญชนะ ทองแสน¹¹² ศึกษาปัญหาโสเภณีชาวเขาและปัจจัยทางชนบทจารีตประเพณี บางอย่างที่มีเอื้ออำนวยให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสเอดส์ในกลุ่มชาวเขา พบว่า หญิงโสเภณีที่ถูกส่งตัวกลับภูมิลำเนาเดิมไม่ได้หยุดพฤติกรรมทางเพศในการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ เมื่อกลับมาอยู่ถิ่นเดิมได้ระยะหนึ่ง เอเยนต์ก็จะติดตามมาพากลับไปประกอบอาชีพใหม่ โดยเปลี่ยนสถานที่ประกอบ

ปัญหาการอพยพแรงงาน

วัยแรงงานออกไปทำงานนอกชุมชน เทียวโสเภณีและนำโรคเอดส์กลับเข้าสู่ชุมชน

ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการยอมรับ

ส่วนใหญ่ชาวเขามีความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายของโรคเอดส์ แต่ชุมชนยังไม่ยอมรับการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ

โครงการไทยออสเตรเลีย พัฒนากสิกรรมบนพื้นที่สูงและสังคม¹¹³ พบว่าอัตราการติดเชื้อสูงถึง 63% ในหญิงขายบริการ 23% ในพวกใช้เข็มฉีดยาเข้าเส้น มากกว่าครึ่งหนึ่งติดเชื้อได้ไม่ถึง 12 เดือน และเปรียบเทียบกับข้อมูลระดับชาติ มีการติดเชื้อของจังหวัดเชียงรายสูงเป็นอันดับที่ 6 ของประเทศ สูงเกือบ 10 เท่าของอัตราการติดเชื้อทั่วประเทศ รัตนา มณีประเสริฐ และคณะ¹¹⁴ สถาบันวิจัยชาวเขา ได้ทำการศึกษาจารีตประเพณี วิถีชีวิต ทัศนคติ ค่านิยมของชาวเขาเผ่าต่าง ๆ ยืนยันการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้มีความ

¹¹⁰ กองสงเคราะห์ชาวเขา “กิจกรรมพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์

¹¹¹ สารภี ศิลา “ปัญหาที่สัมพันธ์กับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในหมู่บ้านชาวเขาพื้นที่เขต 9” จังหวัดแม่ฮ่องสอน สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม สิงหาคม 2540

¹¹² อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 86

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

¹¹⁴ รัตนา มณีประเสริฐ และคณะ “จารีต ประเพณี วิถีชีวิตทัศนคติ ค่านิยมของชาวเขาแต่ละเผ่าต่อการเอื้ออำนวยต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์” 2540

พยายามในการที่จะให้ความรู้ โดยใช้สื่อโศดภาษาของชาวเขาเองโดย สนิท วงศ์ประเสริฐ¹⁵ 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 สุทธิ¹⁶ "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 (ค่อมหอมซิลอีกเสบ) - ถั่วราชมาษ

2. โรคระบบทางเดินอาหาร

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

3. โรคและอาการที่เกิดขึ้นกับระบบสืบพันธุ์

- 3.1 โรคอัมชะอีกเสบ - ว่านพระนิม
- 3.2 สมุนไพรเร่งน้ำนม - จันเปอวไล ผักปลัง แจ้ฮ้อเม็ย

¹⁵ สนิท วงศ์ประเสริฐ "ความรู้ ทัศนคติและแนวทางป้องกันเอดส์ ศึกษากรณีชาวเขาได้รับสื่อโศดภาษาของตน"

¹⁶ 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 ไม้ทรานซ์ไทย 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) - ขิง 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 - กระจี๋ม ผื่น

1.3 แผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก - ผื่น เหี่ยวหาบงาย (พืชคล้ายกับเผือก)

1.4 แผลเรื้อรัง - ผื่น

เหี่ยวหาบงาย เป็นพืชคล้าย ๆ กับเผือก

2. หวัด - 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 เมายาพิษ - กล้วย แป๊ะ ใจัดบ**7. เบื่ออาหาร - น้ำข้าวข้าว (ข้าวข้าว)****8. สมุนไพรช่วยการย่อยอาหาร - ผักภาคเขียว กล้วย****9. เท้าบวม - 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 สาระกุล¹⁷ 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 ชั่วค่อก้า โป๊ะห่อจ้อ ฉ่างล่าง กางลา แก้วจั่ว ยี่เก้ง ก้อ จั่ว ย้าวซื่ออยู่ หางปลา ชั่วเตว้อ ก้อเลอเซง ปู่ยู่ จั้งกี้ เจ้อคู้

เผ่าเย้า มีวิธีการรักษาไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ใช้ใบขี้เหล็ก

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

¹⁷อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 49

เผ่าอาข่า

- มีสมุนไพรรักษาตนเอง มีবাদแผลมีสมุนไพร ทำให้เลือดหยุด

เผ่ากะเหรี่ยง

- โรคท้องร่วง พบได้บ่อยรักษาตนเอง โดยดื่มน้ำสมุนไพรชื้อที่ตะบอย

เผ่ามูเซอดำ

- สมุนไพร นายจะสี อายุ 60 ปี รู้เรื่องสมุนไพรดี สมุนไพรมีสรรพคุณ แก้กินข้าวไม่อร่อย กินอาหารผิด มาเลเรีย หงุดหงิดตลอดไม่มีน้ำนม หงุดหงิดตลอด อบสมุนไพร 12 วัน ชื้อสมุนไพร เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้คัน แม่จะโก ดมรวมกันแก้กินข้าวไม่อร่อย ดันยาแก้ไอ ให้หงุดหงิดตลอดกินไม่ผิผา ดมแก้กินข้าวไม่ได้ กินหน่อมา อบสมุนไพร กินไม่ได้สมุนไพร
- มีหลายอย่าง ใช้รักษาอาการบวมที่ขา รักษาบาดแผล และอื่น ๆ อาข่า รู้ว่าโรคบางโรคเกิดจากพันธุกรรม

จากการสัมภาษณ์ พระประสิทธิ์ ¹⁸ และเยี่ยมชมสมุนไพรที่บ้านดั้นลุง พบว่ามีสมุนไพร 400 ชนิด ขณะนี้ได้ทำการแปรรูปที่สำนักสงฆ์ที่บ้านดั้นลุง สำหรับให้พระธรรมจาริก นำไปใช้ได้ 150 จุด มีสวนสมุนไพรในโครงการอีกหลายแห่ง เช่น ที่แม่ขี อำเภอมะเริ่ม ม่อนเวา ฝายแตก และบ้านกั่วหลวง ซึ่งมีความจำเป็นต้องทำการวิจัยให้กว้างขวางและลึกซึ้งยิ่งขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่ง ในการที่จะลดค่าใช้จ่ายในการสั่งซื้อยาจากต่างประเทศ และให้ชาวเขาสามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ

สรุป ชาวเขาและชนกลุ่มน้อยมีภูมิปัญญาหลายอย่างในการดูแลรักษาสุขภาพ และการเจ็บป่วยของตนเอง โดยเฉพาะสมุนไพรที่รักษาโรคหลายอย่างได้ผล น่าจะได้มีการศึกษาให้เป็นวิทยาศาสตร์ ซึ่งอาจนำมาใช้ประโยชน์ให้แพร่หลายยิ่งขึ้น เพราะยังมีการศึกษาเรื่องนี้้น้อยมาก และไม่ได้ศึกษาให้ลึกซึ้ง

¹⁸อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 17

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

V. การจัดบริการสาธารณสุข 4 แหล่งข้อมูล

ประมุข จันทวิมล¹⁹ 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 ได้รับการเสริมด้านอัตราค่าจ้างตามกรอบจนครบ วัสดุอุปกรณ์ตามกรอบของสถานีนามัย และจัดระบบติดต่อโดยอาศัยสถานีวิทย์ในท้องถิ่น ให้การบริการสนับสนุนของสถานบริการทั้งภายในและภายนอก

¹⁹ประมุข 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 โดยพยายามให้ชาวเขาเข้ามาร่วมในโครงการสร้างการให้บริการให้มากที่สุด ทั้งศึกษาต่อและฝึกอบรมตั้งแต่การบรรจุเป็นบุคลากรสาธารณสุข พนักงานสุขภาพชุมชน ตลอดจนอาสาสมัครชาวเขาในหมู่บ้าน

บรรลุ ศิริพานิช¹²⁰ 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

¹²⁰ บรรลุ ศิริพานิช รายงานการประชุมปฏิบัติการเรื่อง รูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับชาวเขา

3. ปัญหาการให้ภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันการเกิดโรคในระยะแรกเกิดยังไม่ครอบคลุม เพราะระยะทางการเก็บรักษา การติดต่อสื่อสาร

4. ปัญหายาเสพติด ดินยาเสพติดสูง 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
- จัดสร้างส้วมราคน้ำและจัดตั้งเป็นกองทุนส้วมราคน้ำ 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 โปлио 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 รมรงค์ให้ชาวเขานิยมใช้ส้วมราคน้ำอย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบันมีการสร้างส้วมราคน้ำและจัดตั้งเป็นกองทุนส้วมราคน้ำรวม 338 หลัง

ในปี 2539 ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา¹²¹ ได้มีกิจกรรมศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการหารูปแบบการดำเนินงานวางแผนครอบครัวชาวเขา 6 โครงการ โครงการวิเคราะห์ โครงสร้างประชากรชาวเขาและการเจริญพันธุ์ชาวเขา โครงการประเมินผล โครงการพัฒนาอนามัยครอบครัวในชุมชนบนพื้นที่ภูเขา โครงการรูปแบบการส่งเสริมบริการวางแผนครอบครัว : ศึกษาเฉพาะชาวเขาเผ่าแม้ว โครงการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมมารับบริการคุมกำเนิดของชาวเขาเผ่าม้ง การศึกษารูปแบบการลดอัตราการตายของแม่และเด็กชาวเผ่ากะเหรี่ยง นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมพัฒนาบุคลากรเป็นจำนวนมาก โครงการจัดการประชุมสัมมนา กิจกรรมเผยแพร่และประชาสัมพันธ์และอื่น ๆ อีกมาก

¹²¹ ศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขา “คุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนชาวเขาในประเทศไทย” กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2539.

สรุป ในการให้บริการสาธารณสุข นอกจากจะมีการบริการของรัฐ และองค์กรเอกชน แล้ว ยังมีการบริการจากกรมประชาสงเคราะห์ในพื้นที่ที่ยังไม่มีเจ้าหน้าที่ อนามัยเข้าไปถึง¹²² มีพระธรรมจาริกให้ทั้งการรักษาพยาบาลและธรรมะ หมอชาวบ้าน ซึ่งสืบทอดมาจากการได้รับการอบรมจากกองพลจีนที่เข้ามาอยู่ทางตอนเหนือของประเทศไทยหมอมือซึ่งมีภูมิปัญญาของชาวเขาเองสืบทอดกันมา และยังมีองค์กรเอกชนอีกมากมายที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะในเขตชายแดนที่ยังไม่มีหน่วยงานของรัฐเข้าไปถึงปัญหาที่ค้นพบก็คือ

ในพื้นที่ตามรอยตะเข็บของประเทศ การบริการยังไม่ครอบคลุม ระบบการส่งต่อยังมีปัญหา เนื่องจากการคมนาคม เช่น บ้านไลโวในหน้าฝน ไม่สามารถเดินทางเข้ามายังอำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ได้ ต้องใช้เฮลิคอปเตอร์ขนส่งในกรณีป่วยหนัก¹²³ 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 มีความจำเป็นต้องระบุคำจำกัดความให้ชัดเจนทุกครั้งที่ทำการวิจัย เพราะต่างงานวิจัยหรือการดำเนินการอาจครอบคลุมประชากรต่างกลุ่มกัน ซึ่งจากการศึกษครั้งนี้ใช้คำจำกัดความที่กว้างที่สุดเพื่อให้ครอบคลุมให้มากที่สุด ทั้งชาวเขาเผ่าต่าง ๆ บุคคลบนพื้นที่สูง ชนกลุ่มน้อยในแหล่งต่าง ๆ แรงงานข้ามชาติและประชากรที่เคลื่อนย้ายมา พบว่า แต่ละแหล่งข้อมูลใช้คำจำกัดความที่ต่างกัน

2. จำนวนประชากร ถึงแม้ว่าชาวเขาเผ่าต่าง ๆ และบุคคลบนพื้นที่สูง จะมีรายงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละหน่วยงานค่อนข้างดี ก็ยังมีปัญหาเรื่องจำนวนประชากรไม่เท่ากันอยู่ดี ยังเป็นชนกลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติและประชากรที่เคลื่อนย้ายเข้ามาทั้งที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย จะมีข้อมูลน้อยมากและคลาดเคลื่อน

¹²²อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 9

¹²³อ้างแล้วในเชิงอรรถที่ 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 ที่ชาวเขามีภูมิปัญญาหลายอย่างที่สามารถให้การดูแลสุขภาพกลุ่มชนของตนเองได้ โดยเฉพาะสมุนไพรและการรักษาอื่น ๆ ซึ่งหากได้ทำการศึกษาอย่างละเอียดลึกซึ้งก็จะสามารถ ทำให้ภูมิปัญญาเหล่านี้ยังคงอยู่และเจริญงอกงามต่อไปเป็นประโยชน์กว้างขวางยิ่งขึ้น ส่วนภูมิปัญญาของชนกลุ่มน้อยนั้นผู้วิจัยไม่สามารถหาข้อมูลได้

3.5 การให้บริการแก่ชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ในด้านสุขภาพอนามัย เป็นหน้าที่โดยตรงของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้บริการในชุมชน โดยการสาธารณสุขมูลฐาน มีอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยประสานงาน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพส่วนท้องถิ่นที่ท่ามกลางก็มีสาธารณสุขชุมชนช่วยเจ้าหน้าที่อนามัยตำบล 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 ตำบลห้วยปูลิง 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 กรรณีการ์ 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

สำนักงานผู้อำนวยการโครงการพัฒนาที่ค้อยสูงแปเปื้อ “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 ชัยพิศุสิต “ลักษณะโครงสร้างประชากรชาวเขาในประเทศไทย” 12 พฤษภาคม 2540

ประวิตร โพธิอาสน์ “กะเหรี่ยงกับงานสาธารณสุขข้อมูลและคำถาม” (ไม่ปรากฏวันเดือนปี)

เปรมใจ หน่อแก้ว “รายงานการดำเนินการปฏิบัติการเชิงรุกในโครงการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานอนามัยครอบครัวในชุมชนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง บ้านหว่า อำเภอบุณยนาถ 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 “สนทนาสาธยายสุขการแพทย์ลัทธิขงจื๊อ” 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”
สรุปข้อมูลพื้นฐานบ้านหมื่นขาว บ้านดงค้อ 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 สิงห์เดช 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 ขั้นต้นก็จะกล่าวถึงปัญหาของการให้บริการเลย ซึ่งถ้าคนที่ไม่ทราบระบบบริการมาก่อนก็จะไม่รู้เรื่องว่า ปัญหาพื้นๆ ที่เราทราบอยู่แล้วนี้ 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

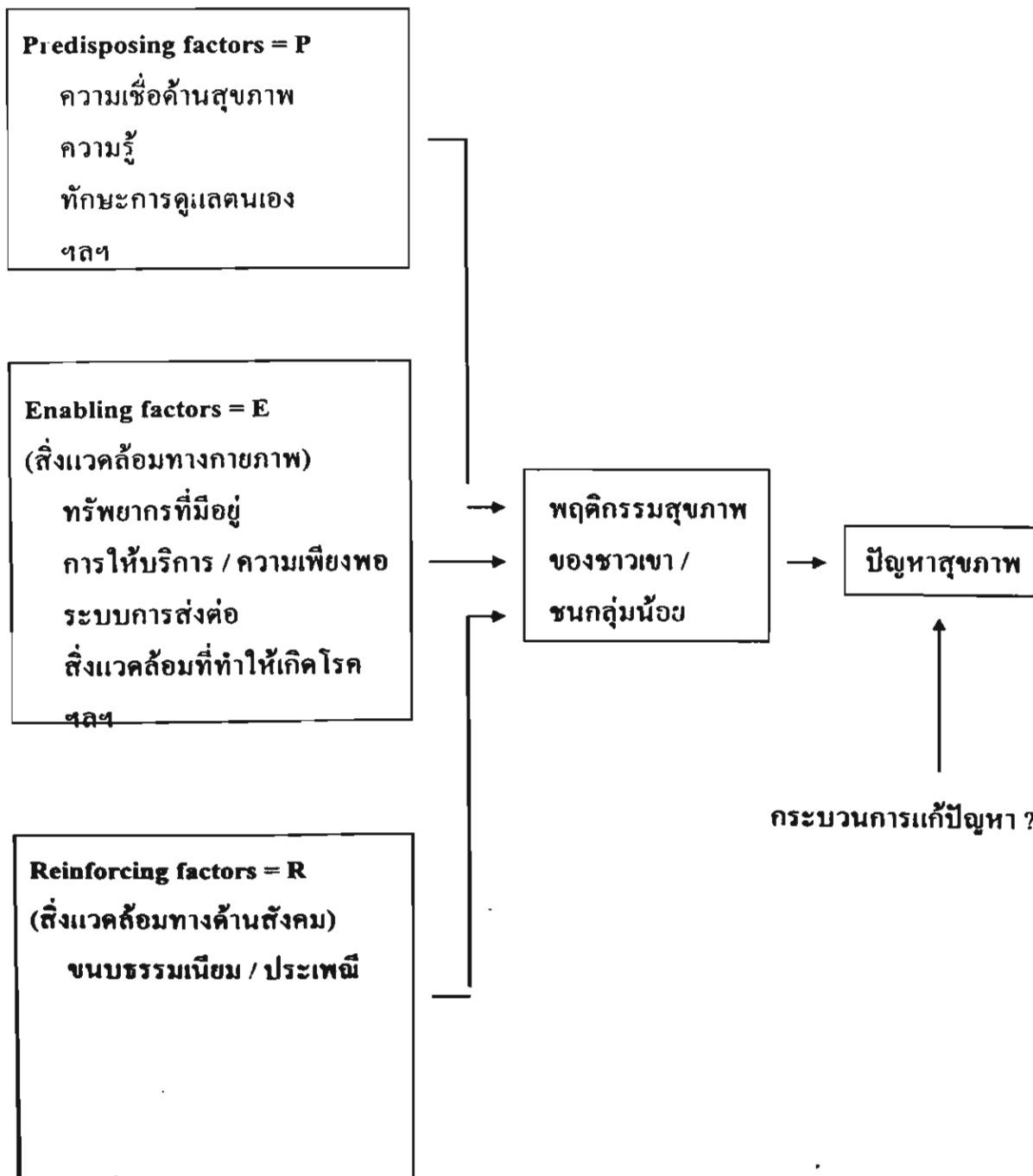
ที่จริงแล้ว ปัญหาสุขภาพของชาวเขาและการแก้ไขปัญหา คณะผู้วิจัยก็ทราบว่ากรรมการได้ทำไปมากพอสมควรแล้ว เรื่องที่ยังเปลี่ยนแปลงไม่ได้ หรือเปลี่ยนแปลงได้น้อย หรือแก้ไขไม่ได้ นั่น เป็นเพราะความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม ที่ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างมาสนับสนุนซึ่งกันและกัน เช่น เรื่องความสับสนทางเพศ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

1. แยกกลุ่มประชากรที่จะทำการศึกษา และให้คำจำกัดความให้ชัดเจน เพื่อให้ได้วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนด้วย
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

" ปัญหาสุขภาพอนามัยของชาวเขาและชนกลุ่มน้อย "

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 นายแพทย์กัมมัล 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