

การศึกษาเชิงคุณภาพ

: ความเชื่อของชาวเขาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย พฤติกรรมการแสวงหา

วิธีการรักษา และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

:- ศึกษาเฉพาะกรณี ชาวกะเหรี่ยง ตำบลห้วยไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พฤษภาคม 2533

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

โครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน

TG-HDP

การศึกษาเชิงคุณภาพ

: ความเชื่อของชาวเขาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย พฤติกรรมการแสวงหา

วิถีการรักษา และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนเอง

:- ศึกษาเฉพาะกรณี ชาวกะเหรี่ยง ตำบลห้วยไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

สุวัฒน์ จวีญาเลิศศักดิ์

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University

All rights reserved

โครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน

TG-HDP

พฤษภาคม 2533

คณะผู้วิจัย

นักวิจัย

นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

ผู้รับผิดชอบงานภาคสนาม

น. พ. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

น. ส. วลีลักษณ์ นันทวงศ์

นายวิชัย วิวัฒน์คุณูปการ

น. ส. วลัยรัตน์ ไชยฟู

น. ส. สิริกุล นภานันท์

รายชื่อคณะที่ปรึกษา

1. ทีมงานสาธารณสุขเฉพาะกิจ

พญ. เพชรศรี	ศิริวิรัตน์	โรงพยาบาลเชียงใหม่
นพ. ทรงวุฒิ	หุตามัย	ผชพ. สสจ.แม่ฮ่องสอน
นพ. สมชาย	สีทองอิน	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปาย
ทพ. สุรสิงห์	วิศรุตรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
อาจารย์ทะลลศรี	แดง เปี่ยม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาจารย์เกริกศักดิ์	บุญยานุวงศ์	สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาจารย์สุรีย์	บุญยานุวงศ์	สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. ทีมงานโครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน

นาย ศิริพงษ์	พรหมรักษ์
นาย ไพบาล	กาญจนวงศ์
Dr. Robert	F. Vryheid
นาย กิติชัย	เหลื่องกำจร
นส. ไรทิวา	นฤมล
นส. มีทนา	โกสมจร

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง " การศึกษาเชิงคุณภาพ : ความเชื่อของชาวเขาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย พฤติกรรมการแสวงหาวิธีการรักษา และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง :- ศึกษาเฉพาะกรณี ชาวกะเหรี่ยง ตำบลห้วยบุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน " สำเร็จลง ได้ด้วยความร่วมมือและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมงานสาธารณสุขเฉพาะกิจ ซึ่งมี พญ. เพชรศรี ศิริวัณรัตน์ เป็นหัวหน้าคณะ รวมทั้ง ทีมงานโครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน ที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือ และเอื้ออำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ผู้อำนวยการพิเศษฝ่ายเวชกรรมป้องกันจังหวัดแม่ฮ่องสอน รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่ ๖ หมู่บ้านในตำบลห้วยบุ่ง ที่ช่วยเหลือติดต่อประสานงานในด้านการเตรียมพื้นที่ และอื่น ๆ จนทำให้การเก็บข้อมูลในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามแผนการที่ได้กำหนดไว้ทุกประการ

ขอขอบคุณคณะผู้ร่วมรับผิดชอบงานภาคสนามทุกท่าน รวมทั้งพนักงานขับรถของ โครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน ที่ได้ร่วมแรงกายแรงใจในการปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างเสียสละ อุตุน และไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่าง ๆ โดยเฉพาะการเดินทางที่ยากลำบาก ในพื้นที่ตำบลห้วยบุ่ง ในครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้นำและชาวบ้าน ในพื้นที่ตำบลห้วยบุ่ง โดยเฉพาะในพื้นที่ ๖ หมู่บ้านที่ได้เข้าไปทำการศึกษาวิจัย ที่ให้ความร่วมมือ ความเป็นมิตร และการต้อนรับเป็นอย่างดีมา ณ. ที่นี้

ขอขอบคุณบรรณารักษ์ห้องสมุดของสถาบันวิจัยชาวเขา จังหวัดเชียงใหม่ ทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือในการค้นหาข้อมูลเอกสารต่าง ๆ เพื่อให้ประกอบการเขียนรายงานการวิจัยฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชุ่มมม พรหมชิตแก้ว หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสทำการศึกษาวิจัย รวมทั้ง ได้ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจ ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

และท้ายที่สุดนี้ ขอขอบพระคุณ โครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน MR. HAGEN DIRKSEN , SENIOR ADVISOR และ คุณนิทยา จินาวัดน์ ผู้อำนวยการ ของโครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน ที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัยไว้ ณ. โอกาสนี้

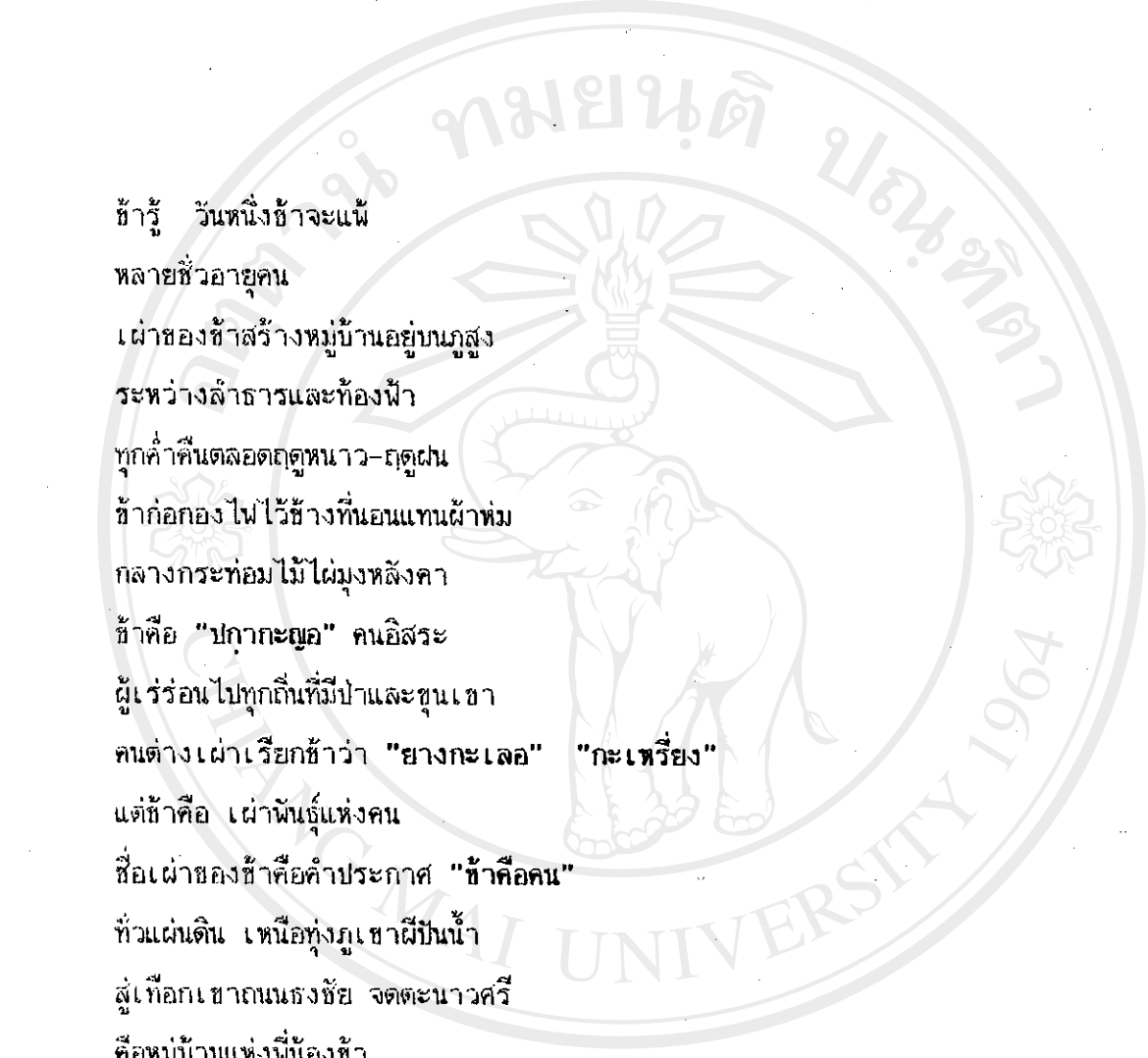
แต่พี่น้องกะเหรี่ยง

หัวใจอันงดงามของเขา

ข้ารู้ วันหนึ่งข้าจะแพ้
 หลายชั่วอายุคน
 เผ่าของข้าสร้างหมู่บ้านอยู่บนภูสูง
 ระหว่างลำธารและท้องฟ้า
 ทุกคำคืนตลอดฤดูหนาว-ฤดูฝน
 ข้าก็ถือกองไฟไว้ข้างที่นอนแทนผ้าห่ม
 กลางกระท่อมไม้ไผ่ริมหลังคา
 ข้าคือ "ปกากะญอ" คนอิสระ
 ผู้เร่ร่อนไปทุกถิ่นที่แม่น้ำและขุนเขา
 คนต่างเผ่าเรียกข้าว่า "ยางกะเลอ" "กะเหรี่ยง"
 แต่ข้าคือ เผ่าพันธุ์แห่งคน
 ชื่อเผ่าของข้าคือคำประกาศ "ข้าคือคน"
 หัวแผ่นหิน เหนือทุ่งหญ้ามีป่าน้ำ
 ผู้ถืออกเขากนธงชัย จดตะนาวศรี
 คือหมู่บ้านแห่งพี่น้องข้า

ตามเส้นทางเล็ก ๆ ไม้พัน ๆ บนภูเขา
 รอยเท้าของข้าเหยียบขี้เถ้ามากกว่าใคร ๆ

พี่น้องของข้า ไม่เคยเขียนหนังสือ
 แต่ทุกคนก็พูดภาษา "ปกากะญอ" ได้



ลิขสิทธิ์ในภาพนี้สงวนไว้สำหรับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright © by Chiang Mai University
 All Rights reserved

เด็กผู้หญิง เรียนรู้การทอผ้า

การเพาะปลูกและเก็บเกี่ยวจากแม่ของเธอ

เด็กผู้ชาย เรียนรู้วิธีไถ่ต้นไม้ ล่าสัตว์

และสร้างบ้านจากพ่อของเขา

ชีวิตของข้า

งอกงามจากผืนดินและสายน้ำ

โรงเรียนของปกาเกอญอ คือวันและคืน

คือฤดูกาลของโลกบนภูเขา

คือครอบครัว คือความรัก

คือป่า ทุ่งไร่ ผุงสัตว์ และความฝัน

ข้ารู้ วันหนึ่งข้าจะแพ้

คนต่างเผ่า เข้ามาสู่หมู่บ้านมากขึ้นทุกวัน

ภัยจากเมือง รุกรานอย่างสันติ

ข้าเห็นแผ่นดินแคบเข้า

ปกาเกอญอ ไม่มีที่ถางไร่

คนหนุ่มสาวทยอยลงไปในเมือง

ไปรับจ้างและขายตัว

รถยนต์ วิ่งมาถึงหมู่บ้าน

พวกผู้หญิงจะเลิกทอผ้า

เมื่อย่ำรุ่ง ก็จะไม่ได้ยินเสียงครกตำข้าวอีกต่อไป

ทุกฤดูเก็บเกี่ยว

ข้าเคยได้ยินเสียงปี่เขาควาย

โหยหวน ก้องมาจากภูเขา

แต่วันนี้ ข้ารู้.....

โลกเปลี่ยนไปแล้วไม่คืนกลับ

ข้าฝันเห็น

บรรพบุรุษ เด็กทางมาจากสุดขอบฟ้า

เพื่อไผ่หาแผ่นดินแห่งความสงบ

โอ..... พี่น้องปกากะญอ

ข้ารู้ ข้าจะแพ้

ข้าจะอยู่ที่นี้จนถึงวันสุดท้าย

ข้าจะทรนง ข้าจะบอกเผ่าอื่นว่า

"แผ่นดินแห่งขุนเขานั้น

มิใช่ข้า แต่เป็นพวกท่าน

ที่เป็นผู้รุกราน"

พ่อเดญา

(จากหนังสือ คนปกากะญอ

พ่อเลป่า

เขียน

กัลยา-วีระศักดิ์ ยอดตระบำ แพลและเรียบเรียง)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved

สารบัญเรื่อง

	หน้า
คณะผู้วิจัย	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
แต่พี่น้องกะเหรี่ยง หัวใจอันงดงามของขุนเขา	ค
สารบัญเรื่อง	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย	4
บทที่ 3 สภาพความเป็นมาของชาวเขาในประเทศไทย	11
บทที่ 4 ลักษณะทั่วไปของชาวกะเหรี่ยง ตำบลห้วยบุลิ่ง	22
บทที่ 5 ลักษณะทั่วไปของพื้นที่ 6 หมู่บ้านที่ทำการศึกษา	27
บทที่ 6 ผลการศึกษา	37
- ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และพฤติกรรมแสวงหาวิธีการรักษา	37
- กองทุนยากับการดูแลรักษาตนเอง	46
- ความเชื่อเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงและพฤติกรรมรักษาตนเอง	49
- ความเชื่อเกี่ยวกับโรคพยาธิและความต้องการสั้ว	53
- ความเชื่อเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว	60
- ความเชื่อเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก	68
- ความเชื่อเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	72
- ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 0-4 ปี	75
- ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทัศนะของชุมชน	82
บทที่ 7 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	84
บรรณานุกรม	91
ภาพประกอบ	94

บทที่ 1

บทนำ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง (Self Care Behaviors) เป็นคำที่บุคลากรในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เริ่มให้ความสนใจในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมา และเริ่มให้ความสนใจอย่างจริงจังมากขึ้นในรอบทศวรรษนี้ โดยนำมาเชื่อมโยงกับระบบบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองครอบคลุมใน 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพในภาวะปกติ (Self Care in Health) และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย (Self Care in Illness)

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพในภาวะปกติ เป็นไปเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตให้เป็นปกติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น การอาบน้ำชำระร่างกาย การออกกำลังกาย การไม่ดื่มสุรา หรือเสพยาเสพติด เป็นต้น

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย เป็นการตอบโต้กับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่เกิดขึ้น อาจเริ่มด้วยการเฝ้าสังเกตอาการโดยไม่ทำการรักษาเยียวยาใด ๆ หรือทำการรักษาพยาบาลตนเอง ทั้งนี้เป็นปฏิกริยาธรรมชาติที่ขึ้นอยู่กับการประเมินตนเองของบุคคลนั้น ๆ ตลอดจนบุคคลในครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดรอบข้างที่บางครั้งมีส่วนร่วมผลักดันให้บุคคลยอมรับว่าตนกำลังป่วย จำเป็นต้องรับการดูแลรักษาจากญาติหรือตนเอง ต่อเมื่อการดูแลพยาบาลตนเองไม่เกิดผล การแสวงหาบริการสุขภาพอื่น ๆ จึงติดตามมา ซึ่งบุคคลนั้นจะเลือกแสดงพฤติกรรมไปใช้บริการกับผู้ใด ที่ใด ย่อมเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการร่วมกัน อาทิ ความเชื่อทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับโรค หรืออาการเจ็บป่วยของตน ความรุนแรงของอาการป่วย วิธีการรักษาที่ได้ผล ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของตน รวมถึงบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในชุมชน ตลอดจนถึงทัศนคติและประสบการณ์ที่มีต่อสถานบริการและบุคลากรสาธารณสุข

อาจจะกล่าวได้ว่าพฤติกรรม การดูแลสุขภาพทั้ง ในภาวะที่ปกติและในภาวะที่เจ็บป่วยล้วน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อเนื่องสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้น ดังนั้นการศึกษาถึงพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อให้ทราบแบบแผนการดูแลสุขภาพของตนเองและการใช้บริการสุขภาพจึง เป็น เรื่องที่สลับซับซ้อนละเอียดอ่อน แตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม และแต่ละสังคม

จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นจังหวัดชายแดนที่ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือสุดของประเทศไทย เป็นจังหวัดที่มีภูเขามากที่สุดในประเทศไทย สภาพพื้นที่โดยทั่วไปทุรกันดาร มีพื้นที่ที่เป็นที่ราบเพียง 9.5% ประชากรประกอบด้วยชนหลายเผ่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สืบเชื้อสายมาจากชาวไทยใหญ่ และชาวไทยภูเขา จำนวนประชากรประมาณ 55% เป็นชาวเขา โดยที่ 45% ของชาวเขานั้นเป็นชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง นอกนั้นได้แก่ ชาวลัวะ ลีซอ มูเซอ และม้ง เนื่องจากสภาพพื้นที่ส่วนใหญ่เต็มไปด้วยป่าเขา การตั้งบ้านเรือนของประชาชนอยู่กันอย่างกระจัดกระจาย จึงทำให้การจัดบริการในด้านต่าง ๆ ของรัฐรวมทั้งการบริการทางสาธารณสุขเป็นไปด้วยความยากลำบาก

โครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน เป็นโครงการพัฒนาชนบทแบบผสมผสานนาที่สูงภายใต้ความร่วมมือของรัฐบาลไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดและรัฐบาลสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญเพื่อพัฒนาชาวไทยภูเขาบริเวณภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อลดปัญหาการปลูกพืชเสพติดและปัญหาความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติ โดยโครงการได้ดำเนินงานพัฒนาในพื้นที่ตำบลลาวา อำเภอมะฮะราย จังหวัดเชียงราย และพื้นที่ลุ่มน้ำลาง กิ่งอำเภอบางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ตั้งแต่ปี 2524 เป็นต้นมา ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวกำลังจะเสร็จสิ้นลงและประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจยิ่ง ด้วยเหตุที่รัฐบาลสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมันและรัฐบาลไทย จึงได้พิจารณาอนุมัติให้ขยายการดำเนินงานโครงการในพื้นที่แห่งใหม่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยได้กำหนดให้พื้นที่ตำบลห้วยบุลิ่ง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นพื้นที่เป้าหมายที่จะพัฒนาตั้งแต่ปี 2534 - 2537 เนื่องจากในปี 2533 ซึ่งเป็นช่วงระยะเตรียมการ ทางโครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน มีความต้องการที่จะศึกษาสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านต่าง ๆ ในพื้นที่ตำบล ฯ ดังกล่าว เพื่อนำมาใช้สำหรับการจัดทำแผนพัฒนาในระยะต่าง ๆ รวมทั้งใช้ประกอบการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาหมู่บ้านและใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลของโครงการ ฯ ในช่วงต่าง ๆ ในอนาคต ดังนั้นโครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน ร่วมกับทีมงานเฉพาะกิจจังหวัดเชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน จึงได้จัดทำโครงการสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุขขึ้นเป็นลำดับแรกก่อน โดยคาดว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจจะเป็นพื้นฐานสำหรับการสำรวจด้านอื่น ๆ ต่อไปด้วย

การศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งการศึกษา เป็น 2 ส่วน คือ

1. การศึกษาเชิงปริมาณ ดำเนินการสำรวจครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดของตำบลห้วยบุ่ง ซึ่งได้แยกจัดนิมน์ผลการสำรวจเป็นเล่มต่างหาก คือ " รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุข ตำบลห้วยบุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน " (ติดต่อขอได้จากทาง โครงการ ฯ).

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่รายงานการศึกษานี้ ซึ่งเป็นการศึกษาเจาะลึกสำหรับข้อมูลบางอย่างที่ไม่สามารถจะรวบรวมได้จากการสอบถามในการศึกษาเชิงปริมาณในเรื่องเกี่ยวกับความเชื่อของชาวเขาในเรื่องของสุขภาพ พฤติกรรมการแสวงหาวิธีการรักษา และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบถึง

1. ความเชื่อของชาวเขาเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย
2. พฤติกรรมการแสวงหาวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย
3. การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาความเชื่อของชาวเขาในเรื่องของสุขภาพ พฤติกรรมการแสวงหาวิธีการรักษา และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนนี้ เป็นการศึกษาเพื่อที่ทาง โครงการพัฒนาที่สูงไทย-เยอรมัน จะได้นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานส่วนหนึ่ง เพื่อประกอบการจัดทำแผนพัฒนาพื้นที่ตำบลห้วยบุ่ง และให้เป็นแนวทางในการที่จะประเมินผลของโครงการ ฯ ในช่วงต่าง ๆ ในอนาคต การเก็บข้อมูลในการศึกษานี้ ได้ดำเนินการในช่วงของ เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2533

พื้นที่ทำการศึกษา

ตำบลห้วยบุ่ง ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลนี้เป็นชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง (สะกอ) เป็นตำบลหนึ่งซึ่งจัดว่าอยู่ในกลุ่มที่ล้าหลังที่สุดของจังหวัด สภาพพื้นที่ของตำบลห้วยบุ่งมีลักษณะเหมือนพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยทั่วไป กล่าวคือ เป็นภูเขา มีพื้นที่ราบน้อยมาก การเดินทางระหว่างหมู่บ้านมักจะใช้การเดินทางเท้าเป็นส่วนใหญ่ หากพิจารณาในด้านการไปติดต่อราชการต่าง ๆ ซึ่งต้องเดินทางไปที่ยำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าโดยส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาเดินทางมากกว่า 4 ชั่วโมง

ตำบลห้วยบุ่งแบ่งเขตการปกครองแบ่งเขตการปกครองออกเป็นหมู่บ้านหลัก 8 หมู่ และในแต่ละหมู่บ้านหลักจะมีหมู่บ้านบริวารของแต่ละหมู่ รวมทั้งหมด 23 หมู่ มีประชากรทั้งหมดรวม 2,901 คน ใน 475 หลังคาเรือน ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนหลังคาเรือนและประชากรจำแนกตามกลุ่มบ้าน

หมู่ที่	หมู่บ้านหลัก	หมู่บ้านบริวาร	หลังคาเรือน	ประชากร
1	ห้วยบุลิง (บ้านใหม่)		16	85
		บ. ป่าหมาก	23	156
		บ. ห้วยไม้ดำ	30	184
2	ห้วยกึ่งใหม่		15	88
		บ. ห้วยกึ่งเก่า	8	40
3	หนองขาวกลาง		33	195
		บ. หนองขาวเหนือ	11	70
4	หัวน้ำแม่ฮ่องสอน		21	122
		บ. ห้วยเปาะ	16	89
5	ห้วยตอง		74	424
		บ. ห้วยบุเลย	36	257
6	ห้วยปมฝาด		18	100
		บ. ปาคา	13	81
		บ. ห้วยกล้วย	8	64
7	ห้วยตองก้อ (เก่า)		6	34
		บ. ห้วยตองก้อ (ใหม่)	14	74
		บ. กิวชะมั้ง	14	82
		บ. ห้วยทราย	16	111
		บ. ห้วยหมูน (เหนือ)	14	81
		บ. พระแซ	8	41
		บ. ห้วยม่วง	6	44
		บ. ห้วยหมูล่าง (ใต้)	5	30
		บ. ห้วยขี้หมู	3	15

หมู่ที่	หมู่บ้านหลัก	หมู่บ้านบริวาร	หลังคาเรือน	ประชากร
8	ห้วยฮี้	บ. ห้วยมะ ใจ ใต้	2	15
		บ. ห้วยซ่าง	8	42
		บ. กิ่งข้าวหลวง	4	20
		บ. ห้วยกี้	9	73
9	ห้วยน้ำส้ม*	บ. น้ำยู่หายใจ	23	143
		บ. มะ ใจบน	3	23
		บ. มะ ใจล่าง	7	45
รวม	8	23	11	73
			475	2,901

* เป็นหมู่บ้านหลักในตำบลผาบ่อง แต่หมู่บ้านบริวารของหมู่บ้านหลักนี้เดิมอยู่ในหมู่ที่ 7 ซึ่งยังไม่เป็นที่แน่นอนว่าจะอยู่ในตำบลใด

ในการสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุขของตำบลห้วยบุลิ่ง ได้ทำการจัดกลุ่มบ้านตามระดับการพัฒนา โดยอาศัยหลักเกณฑ์ที่คาดว่าน่าจะมีผลต่องานสาธารณสุข ซึ่งได้ให้น้ำหนักในแต่ละหลักเกณฑ์จากมากไปน้อย ดังนี้

1. ความห่างไกลสถานบริการสาธารณสุข
 - มีสถานบริการสาธารณสุขตั้งอยู่ = 3 คะแนน
 - ไกลสถานบริการสาธารณสุข = 2 คะแนน
 - ห่างไกลสถานบริการสาธารณสุข = 1 คะแนน

2. การคมนาคม

- มีถนนใช้รถจักรยานยนต์ได้ = 3 คะแนน
- เดินเท้าแต่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง = 2 คะแนน
- เดินเท้ามากกว่า 2 ชั่วโมง = 1 คะแนน

3. ความรู้ของประชากรโดยดูจากความห่างไกลจากโรงเรียน

- มีโรงเรียนตั้งอยู่ = 3 คะแนน
- ใกล้โรงเรียน = 2 คะแนน
- ไกลโรงเรียน = 1 คะแนน

4. สภาพเศรษฐกิจ (ตามการประเมินของ โครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน)

- ปานกลาง = 3 คะแนน
- ขากจน = 2 คะแนน
- ขากจนมาก = 1 คะแนน

ซึ่งจากการจัดตามระดับการพัฒนาโดยอาศัยข้อมูลที่โครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมัน มีอยู่
เต็ม จึงได้จัดหมู่บ้านออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ คือ

ระดับที่ 1	หมู่บ้านพัฒนา	รวม 9	กลุ่มบ้าน
ระดับที่ 2	หมู่บ้านปานกลาง	รวม 8	กลุ่มบ้าน
ระดับที่ 3	หมู่บ้านล้าหลัง	รวม 14	กลุ่มบ้าน

รายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รายชื่อกลุ่มบ้านตามระดับการพัฒนา ตำบลห้วยปูลิง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ระดับการพัฒนา	หมู่ที่	ชื่อบ้าน
ระดับที่ 1 : พัฒนา (คะแนน = 23 - 30)	1	ห้วยปูลิง ป่าหมาก

ระดับการพัฒนา	หมู่ที่	ชื่อน้ำ
	3 5 7 8	ห้วยไม้ดำ หนองขาวกลาง ห้วยตอง* ห้วยปูเลย ห้วยตองก้อยเก่า ห้วยตองก้อยใหม่ ห้วยสี*
ระดับที่ 2 : ปานกลาง (คะแนน = 12 - 18)	2 3 4 6 7 8	ห้วยกึ่งเก่า หนองขาวเหนือ* ห้วยน้ำแม่ฮ่องสอน ห้วยปมผาด ป่าคา ห้วยกัลลวย ห้วยหมูน* น้ำพุหายใจ
ระดับที่ 3 : ล้ำหลัง (คะแนน = 10 - 11)	2 4 7 7	ห้วยกึ่งใหม่ ห้วยเปาะ กัวชัง ห้วยทราย พะแซ ห้วยม่วง ห้วยหมูล่าง ห้วยชี่หมู ห้วยมะโงใต้

ระดับการพัฒนา	หมู่ที่	ชื่อบ้าน
	9	คุ้มช่าง คุ้มข้าวหลวง คุ้ม คุ้มยก มะ ใจบน * มะ ใจล่าง *

ในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในครั้งนี้ ได้ทำการเลือกหมู่บ้านที่จะทำการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 6 หมู่บ้าน โดยเลือกศึกษา 2 หมู่บ้านในแต่ละระดับของการพัฒนา ได้ชื่อบ้านที่ทำการศึกษา ดังนี้

ชื่อบ้าน

ระดับการพัฒนา

- | | |
|-------------------------|-----------|
| 1. บ้านคุ้มตอง | 1 พัฒนา |
| 2. บ้านคุ้มอี | 1 พัฒนา |
| 3. บ้านคุ้มหมูน (เหนือ) | 2 ปานกลาง |
| 4. บ้านหนองขาวเหนือ | 2 ปานกลาง |
| 5. บ้านมะ ใจบน | 3 ล้าหลัง |
| 6. บ้านมะ ใจล่าง | 3 ล้าหลัง |

วิธีการศึกษา

1. วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. การสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อสม. หรือ ผสส. (ถ้ามี) หมู่บ้านละ 1 กลุ่ม การสนทนาคำถามเป็นไปตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลละเอียดต่าง ๆ ที่สนใจในการศึกษาครั้งนี้
2. การจัดกลุ่มสนทนา (Focus Group) จัดกลุ่มการสนทนาประมาณกลุ่มละ 4-7 คน จำนวนหมู่บ้านละ 1 กลุ่ม โดยคัดเลือกเฉพาะหัวหน้าครอบครัวที่พอจะฟังและพูดภาษาไทยได้ การสนทนาคำถามเป็นไปตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลละเอียดต่าง ๆ ที่สนใจในการศึกษาครั้งนี้
3. การสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth interview) เป็นการเลือกสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวเป็นรายบุคคล ประมาณหมู่บ้านละ 2-3 คน โดยใช้แนวคำถามเกี่ยวกับการจัดกลุ่มสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลละเอียดเพิ่มเติมที่สนใจในการศึกษาครั้งนี้

ในการเขียนรายงานการวิจัยครั้งนี้ ได้นำข้อมูลส่วนหนึ่งจากการศึกษาเชิงปริมาณซึ่งเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามครัวเรือน สัมภาษณ์โดยพนักงานสัมภาษณ์ของโครงการฯ นำมาประกอบเป็นข้อมูลร่วมในการเขียนรายงาน

2. ประเด็นข้อมูลและเนื้อหาสาระ

1. กลุ่มผู้นำชุมชน หัวข้อการสนทนาเกี่ยวกับระบบการบริหารงานในหมู่บ้าน กองทุนพัฒนาในด้านต่าง ๆ ที่มี ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาหมู่บ้าน ความเชื่อของชุมชนเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พฤติกรรมการแสวงหาวิธีการรักษา การดูแลสุขภาพของตนเองและปัญหาทางด้านสาธารณสุขของหมู่บ้าน
2. กลุ่มหัวหน้าครอบครัว หัวข้อการสนทนาในเรื่องความเชื่อของชุมชนเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พฤติกรรมการแสวงหาวิธีการรักษา การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและปัญหาทางด้านสาธารณสุขของหมู่บ้าน
3. หัวหน้าครอบครัวเฉพาะราย ใช้หัวข้อการสนทนาเช่นเดียวกับข้อ 2

บทที่ 3

* สภาพความเป็นมาของชาวเขาในประเทศไทย

คำว่า "ชาวเขา" ในปัจจุบันยังไม่มีคำนิยามที่แน่นอนของทางราชการ แต่เราจะเทียบได้กับคำว่า "Tribal people" หรือ "Tribesman" ในภาษาอังกฤษ ซึ่งหมายถึงกลุ่มชนที่รวมตัวเองเป็นเผ่า มีภาษาพูด การแต่งกาย ขนบธรรมเนียมประเพณีและวิถีชีวิตทั่วไปที่แตกต่างกัน และล่าหลังกว่าชนส่วนใหญ่ของประเทศ

ชาวเขาในประเทศไทย มี 9 เผ่า ซึ่งเมื่อจัดเข้าตระกูลภาษาแล้ว จะแบ่งออกเป็น 2 ตระกูล คือ

1. ตระกูลจีน-ทิเบต (Sino-Tibetan) คือพวกที่มีวัฒนธรรมใกล้เคียงกับจีน ได้แก่ ชาวเขาเผ่าแม้ว เย้า และพวกที่สืบเชื้อสายมาจากทิเบต-พม่า (Burmese-Tibetan Stock) ได้แก่ ชาวเขาเผ่ามูเซอ ลีซอ อีเก้อ และกะเหรี่ยง
2. ตระกูลออสโตร-เอเชียติก (Austro-Asiatic) เป็นพวกเชื้อสายมอญ-เขมร ได้แก่ พวกกะว้า (ลัวะ) ขมุ ถิ่น ผีตองเหลือง ฯลฯ

นักมนุษยวิทยาเชื่อว่า กลุ่มชนชาวเขาในตระกูลออสโตร-เอเชียติก ในสาขามอญ-เขมร โดยเฉพาะพวกกะว้า ได้อาศัยอยู่ในประเทศไทยมานานก่อนที่คนไทยจะรวมกันตั้งประเทศ ต่อมากลุ่มชนเหล่านี้ได้ถูกกลืนชาติไปบ้าง ถูกบีบให้ถอยเข้าไปบ้าง จนกลายเป็นชาวเขาในที่สุด

ส่วนกลุ่มชนชาวเขาในตระกูลภาษาจีน-ทิเบต โดยเฉพาะพวกแม้ว เย้า ลีซอ และอีเก้อ แต่เดิมไม่มีอยู่ในประเทศไทย ได้อพยพเข้ามาเมื่อประมาณไม่เกิน 100 ปีที่ผ่านมา ส่วนพวกกะเหรี่ยง เป็นชนกลุ่มเดียวในตระกูลจีน-ทิเบต ที่อพยพจากพม่า เข้าสู่ประเทศไทยก่อนเผ่าอื่นเมื่อประมาณ 200 ปีมาแล้ว

ปัจจุบันนี้ยังมีการอพยพของชาวเขาจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมแห่งสหภาพพม่า อยู่เสมอ บางครั้งก็อพยพมาเป็นจำนวนมาก เนื่องจากสถานการณ์สู้รบของประเทศเหล่านั้น

จากการสำรวจประชากรชาวเขาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2533 พบว่า ชาวเขาทั้ง 9 เผ่า ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ 20 จังหวัด 88 อำเภอ 11 กิ่งอำเภอ มีจำนวนประชากรรวมทั้งสิ้นจำนวน 554,171 คน จาก 95,838 หลังคาเรือน 3,463 หมู่บ้าน เผ่าที่มีจำนวนประชากรมากที่สุด ได้แก่ ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง รองลงมาได้แก่ แม้ว และมูเซอ ดังแสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของชาวเขาเผ่าต่าง ๆ ในประเทศไทย พ.ศ. 2533

เผ่า	จำนวน	ร้อยละ
กะเหรี่ยง	275,354	49.67
แม้ว	82,356	14.86
มูเซอ	59,812	10.79
ลีซอ	24,573	4.43
เย้า	34,757	6.27
อีก้อ	32,245	5.82
ลัวะ	9,345	1.69
ถิ่น	28,015	5.06
ขมุ	7,714	1.39
รวม	554,171	100.0

การจัดระเบียบทางสังคมของชาวเขา

หมู่บ้าน

หมู่บ้านนับได้ว่าเป็นสังคมที่ใหญ่ที่สุดของชาวเขา เป็นศูนย์กลางของการปกครอง ความสัมพันธ์และเศรษฐกิจของชาวเขา โดยปกติชาวเขามักนิยมตั้งหมู่บ้านอยู่โดดเดี่ยวเป็นเผ่าๆ ไม่ชอบอยู่รวมกับเผ่าอื่นที่มีวัฒนธรรมแตกต่างไปจากเผ่าของตน อย่างไรก็ตามยังมีหมู่บ้านชาวเขาบางแห่งที่มีคนนอกเผ่าเข้าไปตั้งบ้านเรือนรวมอยู่ด้วย ความนิยมในการเลือกที่อยู่สำหรับใช้เป็นที่ตั้งของหมู่บ้าน แต่ละเผ่านิยมไม่ค่อยเหมือนกัน ส่วนมากชาวเขาที่ปลูกฝิ่น เช่น แม้ว เข่า มูเซอ ลีซอ และอีเกอ ชอบตั้งบ้านเรือนอยู่ในระดับสูง เพราะฝิ่นจะออกงามในเนื้อที่ที่สูง มีอากาศเย็น และมีความชุ่มชื้น ซึ่งมีระดับสูงตั้งแต่ 1,000 เมตรขึ้นไป ส่วนชาวเขาที่ไม่นิยมปลูกฝิ่น เช่น กะเหรี่ยง ลัวะ มักจะตั้งหมู่บ้านอยู่ไม่สูงนัก กะเหรี่ยงบางกลุ่มพบว่าอยู่บนพื้นราบ

ขนาดของหมู่บ้านมีทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ หมู่บ้านบางแห่งมีเพียง 2-3 หลังคาเรือน แต่บางแห่งมีขนาดมากกว่า 100 หลังคาเรือน ชาวเขาจะอพยพหมู่บ้านไปตั้งใหม่ เมื่อพื้นดินที่ทำการเพาะปลูกหมดความอุดมสมบูรณ์ไป จำเป็นต้องหาที่ทำกินใหม่ การย้ายไปตั้งหมู่บ้านใหม่ อาจเกิดจากเหตุผลอื่น ๆ ในทางสังคม เช่น การขัดแย้งกันในระหว่างครัวเรือน หรือการขัดแย้งกันในด้านศาสนา บางครั้งอาจจะอพยพหมู่บ้าน เนื่องจากมีคนตายและโรคระบาด

หมู่บ้านของชาวเขาที่ปลูกฝิ่น มักจะมีการอพยพอยู่เสมอ เนื่องจากดินเสื่อมคุณภาพ ซึ่งมีสาเหตุสำคัญก็คือ การทำไร่เลื่อนลอย ส่วนพวกชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงและลัวะนั้น ไม่นิยมปลูกฝิ่น แต่จะทำนาขั้นบันได ลักษณะของหมู่บ้านจึงมีอาณาเขตที่แน่นอน ไม่ค่อยมีการอพยพหมู่บ้าน ไปตั้งถิ่นใหม่ที่อื่น

บ้าน

บ้านของชาวเขาแบ่งเป็น 2 แบบ แบบปลูกคร่อมดินที่ใช้พื้นดินเป็นพื้นบ้าน และแบบปักเสายกพื้น บ้านแบบคร่อมดินนั้นชาวเขาเผ่าที่นิยมปลูกได้แก่ แม้ว และเข่า ส่วนชาวเขาเผ่ามูเซอ อีเกอ กะเหรี่ยง ถิ่น และขมุ จะนิยมปลูกบ้านแบบยกพื้น สำหรับชาวเขาเผ่าลีซอนั้นมักจะพบทั้งแบบคร่อมดินและแบบยกพื้นในหมู่บ้านเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม บ้านของชาวเขาแต่ละเผ่าจะมีรูปแบบภายในที่แตกต่างกันออกไป ตามความนิยมที่ตกทอดกันมาแต่ละเผ่า ในการสร้างบ้าน

ชาวเขาจะใช้วัสดุที่หาได้ในท้องถิ่น ภายในบ้านมักจะขาดแสงสว่าง เพราะไม่มีหน้าต่าง ในปัจจุบันนี้ ได้มีการเปลี่ยนแปลง ไปมากในเรื่องการเลือกใช้วัสดุสร้างบ้าน เช่น ใช้สังกะสีในการมุงหลังคา เป็นต้น

ระบบครอบครัวและเครือญาติ

ระบบครอบครัวของชาวเขาในประเทศไทย มีอยู่ 2 ระบบใหญ่ คือ ระบบครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) หมายถึงระบบครอบครัวที่มีสามี ภรรยา และบุตรที่ยังไม่ได้แต่งงาน อยู่รวมในหลังคาเรือนเดียวกัน และ ระบบครอบครัวขยาย (Extended Family) หมายถึงครอบครัวหลาย ๆ ครอบครัวอยู่รวมกันในหลังคาเรือนเดียวกัน โดยมี ครอบครัวพ่อ-แม่ เป็นหลัก ครอบครัวของชาวเขาที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นระบบครอบครัวเดี่ยว ได้แก่ กะเหรี่ยง มูเซอ ลัวะ ชมุ ถิ่น ทั้งนี้เพราะตามประเพณีอนุญาตให้ผู้ชายมีภรรยาได้เพียงคนเดียว และเมื่อแต่งงานแล้วก็มักโยกอาศัยอยู่ร่วมกับพ่อแม่ มักจะแยกออกไปตั้งครอบครัวใหม่ ส่วนชาวเขาเผ่าแม้ว เย้า ลีซอ และอีก้อ ลักษณะของครอบครัวจะมีแนวโน้มไปทางระบบครอบครัวขยาย เนื่องจากผู้ชายสามารถมีภรรยาได้หลายคน และนิยมให้บุตรชายพาภรรยาเข้ามาอยู่ในบ้านพ่อแม่

การปกครอง

หมู่บ้านชาวเขาทุกแห่งจะมีผู้นำที่มีหน้าที่ ในด้านดูแลทุกข์-สุขของสมาชิกในหมู่บ้าน ซึ่งอาจเรียกได้ว่า เป็นหัวหน้าหมู่บ้าน (คนไทยภาคเหนือนิยมเรียกว่า "แก่บ้าน") ตำแหน่งหัวหน้าหมู่บ้านนี้ อาจสืบเชื้อสายมาจากหัวหน้าคนก่อน หรือได้รับความยินยอมจากลูกบ้าน หรือได้รับการคัดเลือกจากลูกบ้าน โดยที่ทางราชการมิได้เข้าไปเกี่ยวข้อง แต่บางหมู่บ้านก็มีผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน ซึ่งได้รับการแต่งตั้งจากทางราชการ ลูกบ้านมักจะไม่ค่อยให้ความนับถือเหมือนแก่บ้าน ตำแหน่งหัวหน้าหมู่บ้านเป็นตำแหน่งที่สูงสุดในชุมชนชาวเขาทั่วไป นอกจากนี้ในหมู่บ้านแต่ละเผ่า ยังมีกลุ่มผู้นำที่มีอิทธิพลอีก อาทิเช่น กลุ่มผู้เฒ่า หมอผีของหมู่บ้าน ซึ่งมีหน้าที่ให้คำปรึกษาและความเห็นในเรื่องเกี่ยวกับส่วนรวม

ศาสนาและความเชื่อถือ

ชาวเขาส่วนใหญ่นับถือผี หรือกล่าวได้ว่า ศาสนาของชาวเขาเป็นศาสนาแบบลัทธิบูชาผี (Animism) ซึ่งเชื่อว่ามีวิญญาณสิงอยู่ในสิ่งต่าง ๆ และเชื่อว่าปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ เช่น ฝนตก ฟ้าร้อง ฯลฯ เกิดจากการกระทำของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ วิญญาณและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ

ชาวเขาเรียกรวมกันว่า "ผี" ซึ่งพวกเขาทั้งหวาดกลัวและยำเกรง จำเป็นต้องทำพิธีเช่นไหว้ บวงสรวงกันอยู่เสมอ นอกจากนี้ชาวเขายังมีผีบรรพบุรุษ ได้แก่ คนที่ตายไปแล้ว พวกเขาเชื่อว่า คนตายไปแล้ว วิญญาณจะไปสิงอยู่ในสัตว์ ต้นไม้ หรือสิ่งของต่าง ๆ และจะอยู่คอยดูแลพวกเขา ผู้ที่ทำการประกอบพิธีเช่นไหว้ผี ได้แก่ หมอผี ซึ่งมีอยู่หลายประเภท แต่ละประเภทอาจมีหน้าที่ต่างกัน ในปัจจุบันวัฒนธรรมของคนเมืองได้เข้าไปมีอิทธิพลเปลี่ยนแปลงความเชื่อและลัทธิบางอย่างของชาวเขา และได้มีการเผยแพร่ศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ เข้าสู่ในหมู่บ้านชาวเขามากขึ้น จึงเป็นเหตุให้ความคิด ความเชื่อ และพิธีกรรม บางอย่างได้เริ่มเปลี่ยนแปลงไป

กิจกรรมทางเศรษฐกิจ

โดยทั่วไปกิจกรรมหลักทางเศรษฐกิจของชาวเขา คือการเพาะปลูกและเลี้ยงสัตว์ เป็นการเกษตรแบบยังชีพ สำหรับบางเผ่ามีการปลูกพืชเพื่อขายหรือแลกเปลี่ยนสินค้าอื่น ๆ นอกจากนี้ ยังมีการล่าสัตว์ เก็บของป่า และรับจ้างเป็นแรงงานอีกด้วย ปัจจุบันพืชสำคัญที่ชาวเขาปลูก ได้แก่ ข้าวโพดและพืชผักต่าง ๆ เช่น พริก ถั่ว งา แดงกวา ผักกาด ฯลฯ ข้าวปลูกไว้สำหรับบริโภค ข้าวโพดปลูกไว้สำหรับเลี้ยงสัตว์ ชาวเขาส่วนมากจะทำการเพาะปลูกโดยการไถนถางป่า แล้วเผาเพื่อทำไร่ เรียกว่า การทำไร่เลื่อนลอย (Shifting Cultivation) และจะเปลี่ยนที่เพาะปลูกอยู่เสมอ ซึ่งเป็นอันตรายต่อแหล่งต้นน้ำลำธาร ป่าไม้ และความอุดมสมบูรณ์ของดินในที่ลาดชันเป็นอย่างมาก

นอกจากการเพาะปลูกแล้ว ชาวเขาทุกเผ่ายังนิยมเลี้ยงหมู และไก่ เพื่อไว้ใช้ในการประกอบพิธีกรรมและใช้เป็นอาหาร บางเผ่านิยมเลี้ยงม้าและฟัวไว้สำหรับบรรทุกสิ่งของ กะเหรี่ยงและลัวะนิยมเลี้ยงควายไว้ไถนาหรือเลี้ยงช้างไว้รับจ้างบรรทุกสิ่งของหรือลากไม้ ปัจจุบันทั้งภาครัฐและเอกชน ได้มีการส่งเสริมให้ชาวเขาเลี้ยงแพะและแกะ ในบางพื้นที่อีกด้วย

ในหมู่บ้านชาวเขาขนาดใหญ่ มักจะมีช่างตีเหล็กและช่างเงิน ซึ่งรับทำเครื่องมือเครื่องใช้ในครัวเรือนและในการเกษตร หรือรับทำเครื่องประดับ การหัตถกรรมของชาวเขาที่มีชื่อโดยมากเป็นการเย็บปักถักร้อย เครื่องแต่งกายและการทอผ้า ปัจจุบันการทอผ้ามีอยู่กันอย่างคึกคักที่ยังคงทำอยู่บ้างก็มีชาวเขาเผ่าม้งและกะเหรี่ยง ส่วนใหญ่ชาวเขาจะซื้อเสื้อผ้าจากคนพื้นราบไปตัดเย็บและปักลวดลายเอาเอง หน่วยราชการหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับชาวเขาได้พยายามส่งเสริมให้ชาวเขาเย็บปักถักร้อยเสื้อผ้า เพื่อขายเป็นสินค้าหัตถกรรม อันเป็นการหารายได้เพิ่มให้แก่ครอบครัวของชาวเขาได้เป็นอย่างดี

ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงในประเทศไทย

ที่มา

แต่เดิมอาศัยอยู่ทางด้านตะวันออกของทิเบตแล้วจึงอพยพเข้ามาอยู่ตามบริเวณลุ่มแม่น้ำแยงซี และค่อย ๆ อพยพเข้าสู่ประเทศไทยในราว พ.ศ. 2428.

เชื้อชาติ

กะเหรี่ยงจัดอยู่ในตระกูล ทิเบต-พม่า (Tibeto-Burmese Stock) คนไทยโดยทั่วไป เรียกว่า "กะเหรี่ยง" พม่าเรียกว่า "คะยีน" (Kayin) ส่วนคนไทยในภาคเหนือและพวกไทยใหญ่เรียกว่า "ยาง" แบ่งออกเป็นแขนงที่สำคัญ ดังนี้

กะเหรี่ยงสกอ พวกนี้เรียกตัวเองว่า คานยอ (Kanyaw) คนไทยเรียกว่า "ยางขาว" กะเหรี่ยงสกอในแถบตะวันตกของจังหวัดเชียงใหม่ เรียกตัวเองว่า "บุคunyi" (Bu Kun Yo)

กะเหรี่ยงโปว์ คนไทยเรียกว่า "ยางโปว์" พม่าเรียกว่า "ดาเลียงคะยีน" (Taliang Kayin)

กะเหรี่ยงบเว เรียกตัวเองว่า "กะยา" (Ka-ya) คนไทยเรียกว่า "ยางแดง" พม่าเรียกว่า "คายาน" (Kayan)

กะเหรี่ยงตองอู หรือ ปะโอ คนไทยและพม่าเรียกว่า "ตองอู" (Tong-Thu) พวกไทยใหญ่เรียกว่า "ตองซู" (Tong-Su)

ภาษา

กะเหรี่ยงแต่ละเผ่ามีภาษาพูดที่เกี่ยวกับภาษาต่าง ๆ พื้นฐานของภาษายังไม่เป็นที่รู้แน่นอน บางแห่งบอกว่ามาจากต้นตระกูลภาษาจีน-ทิเบต, แต่บางแห่งสันนิษฐานว่ามีความใกล้เคียงกันแขนงของทิเบต-พม่า ภาษาของกะเหรี่ยง สกอ, กะเหรี่ยงโปว์, กะเหรี่ยงบเว, มีความใกล้เคียงกัน แต่ไม่สามารถจะเข้าใจกันได้ ภาษาของกะเหรี่ยงสกอและกะเหรี่ยงโปว์ ได้รับอิทธิพลจากภาษาในตระกูลมอญ-เขมร, โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาษามอญ กะเหรี่ยงสกอที่อาศัยอยู่ในบริเวณอำเภอแม่สะเรียงและอำเภอสันกำแพง ในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน สามารถพูดภาษาไทยภาคเหนือได้ ที่เป็นเช่นนี้เพราะในบริเวณนั้นมีชาวไทยใหญ่ ซึ่งมีความสามารถในการพูดภาษาคำเมืองอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก



ประชากรและการกระจายตัว

ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงเป็นชาวเขาที่มีจำนวนประชากรมากที่สุดในประเทศไทย กระจายตัวอยู่ตามแนวพรมแดนไทย-พม่า และอาศัยอยู่ตามจังหวัดต่าง ๆ ใน 15 จังหวัดของประเทศไทย ได้แก่ กาญจนบุรี เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน เชียงราย ตาก ลำพูน ลำปาง แพร่ สุโขทัย กำแพงเพชร อุทัยธานี สุพรรณบุรี ราชบุรี เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ จากการศึกษาวิจัยประชากรชาวเขาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2533 พบว่า มีประชากรกะเหรี่ยงจำนวนทั้งสิ้น 279,183 คน คิดเป็น 49.66% ของชาวเขาทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยอาศัยอยู่ใน 2,123 หมู่บ้าน 52,828 หลังคาเรือน ประชากรกะเหรี่ยงอาศัยอยู่มากที่สุดในอำเภอแม่สะเรียงจังหวัดแม่ฮ่องสอน ส่วนใหญ่เป็นกะเหรี่ยงสะกอและกะเหรี่ยงโปว์อาศัยอยู่มาก รวมทั้งกะเหรี่ยงบเวและตองสู รongลงมาได้แก่ อำเภออมก๋อย และอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าเป็นกะเหรี่ยงสะกอ

รูปร่างและอุปนิสัย

ทั้งกะเหรี่ยงสะกอและกะเหรี่ยงโปว์ มีลักษณะรูปร่างคล้ายกันคือ มีความสูงขนาดปานกลาง กะเหรี่ยงในพื้นที่ราบจะมีความสูงกว่ากะเหรี่ยงบนภูเขาประมาณ 3 นิ้ว ผู้หญิงมีรูปร่างเล็กกว่าชาย แต่รูปร่างอวบสมบุรณ์ ฝ่ามือรอยเปื้อนคราบหมาก เพราะกินหมากกันเป็นประจำ สีผิวจะแตกต่างกันไปตั้งแต่สีเหลือง ไปจนถึงสีน้ำตาลคล้ำ หน้าแบบมีโหนกแก้ม ตามีลักษณะหยีเล็กน้อย จมูกแบนกว้าง ไม่มีสัน ริมฝีปาก เหยียดตรงและค่อนข้างสั้นหยาบ บางคนผมหยิกเป็นคลื่น แต่กะเหรี่ยงไม่ชอบผมที่หยิกเป็นคลื่นเท่าใดนัก ไม่โกนหัวไว้เครา มักจะใช้แทนบตอนเคราเสมอ ทั้งผู้หญิง-ผู้ชาย และเด็ก ชอบสูบกั้งองยาสูบ

การแต่งกาย

กะเหรี่ยงสะกอ

ผู้หญิง : หญิงสาวทุกคนสวมชุดกระโปรงสีชาวยาวลงไปถึงข้อเท้า บางคนทอเป็นเส้นสีแดงเล็ก ๆ รอบสะโพก และกลางขา ตัดกับสีขาว ชาวกะเหรี่ยงจะทอผ้าใช้เอง เย็บเสื้อเอง ตัดเป็นรูปคล้ายเป็นถุงกระสอบ มีแขนสั้น ตรงคอผ่าเป็นรูปตัววี ไว้ผมมวยข้างหลังพันด้วยเส้นด้ายถักสีแดงหลายรอบ หรือโพกด้วยผ้าสีขาวอย่างสั้น ๆ เจาะรูหู ใส่ต่างหูกลมและห้อยปุยเส้นใต้าย้อมด้วยสีต่าง ๆ เป็นพู่ลงมา รอบคอพันด้วยเส้นด้ายหรือสร้อยลูกเดือยหิน ลูกปัด บางคนคล้องคอหลายเส้น เด็กหญิงแต่งกายเช่นเดียวกับเด็กสาว ชุดสีขาวถือว่าเป็นสาวพรหมจารีย์ ส่วน

การแต่งกายของหญิงที่แต่งงานแล้ว จะสวมเสื้อสีลงมาแค่ได้เอว ใช้สีดำเป็นพื้น ตรงครึ่งกลาง ออกปัดด้วยเส้นดำกับลูกเต๋อยหินสีขาวเป็นรูปตารางหมากรุกหรือเป็นจุด ๆ สีขาว เป็นเครื่องหมายแสดงว่าแต่งงานแล้ว ถ้าถุงเป็นลายทั่ว ๆ ไป

ผู้ชาย : สวมกางเกงขายาวแบบจีนสีดำหรือขาว เสื้อแดงคอกย่นเป็นตอน ๆ แขนสั้น เสื้อยาวแค่ครึ่งขา บางคนสวมเสื้อเชิ้ตสีขาวแล้วทับด้วยเสื้อชุดสีแดง ผู้ชายบางคนสวมเสื้อชุดสีดำ แต่ทุกคนต้องมีเสื้อชุดสีแดงเตรียมไว้เสมอ โปกครีษะด้วยผ้าแพรสีชมพูหรือสีต่าง ๆ ยกเว้นสีดำ ตัดผมสั้นแบบผู้ชายไทยทั่วไป

กะเหรี่ยง ไป่ว

ผู้หญิง : สาวพรหมจารีจะใส่ชุดกระโปรงสีขาวเหมือนกันแต่จะมีแถบผ้าสีแดงกว้างประมาณหนึ่งคืบ ปิดคาดรอบลำตัว และชายผ้าข้างล่างปักกลดลายสีแดง กว้างเกือบ 1 ฟุต นิยมเกล้ามวยผมสูงเป็นกระจุกกลม ผ่นบานและชมวดจุกไว้ มีแถบผ้าเล็ก ๆ สีขาวหรือสีชมพู ปิดผมตอนเหนือหน้าผากโดยรอบ แต่มองเห็นทรงผมข้างบนได้อย่างชัดเจน ได้ขนเสื่อซึ่งลิ้นผ้าสีดำหรือสีเ้าเงินเป็นเปลอกแขนยาวถึงข้อมือ มีหวายกลม ๆ คาดเป็นตอน ๆ นอกจากนี้ยังมีเปลอกโลหะซ้อนกันจากข้อมือถึงข้อศอก ซ้อนกันหลายชั้น เครื่องประดับนอกจากมีสร้อยลูกปัด ลูกเต๋อยหิน ร้อยเป็นพวงกันคอหลายรอบแล้วยังใช้ลวดรงค์แดงแบบเก่าร้อยเป็นพวงสะพายคล้ายสายสะพายที่ข้อมือ และข้อเท้ามีลูกกระพรวนหรือกระดิ่งเล็ก ๆ ร้อยพันอยู่รอบ เวลาเดินจะได้ยินเสียงกระทบกันดังน่าฟัง ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วจะใส่เสื่อผ้า 2 ส่วน สวมเสื้อทรงกระสอบ คอเสื่อเป็นรูปตัววี แต่สั้นแค่เอว ตัวเสื่อตอนบนมีพื้นเป็นสีดำ ใต้อกลงมาเป็นสีแดง เย็บปักกลดลายหรือติดลูกปัด ลูกเต๋อยหินหรือหลอดไม้สีขาวไขว้กันเป็นลายตารางหรือลายตั้ง ผ้านุ่งสีแดงมีลายสีขาว

ผู้ชาย : ปกติใส่เสื้อสีดำ ถ้ามีงานพิธีจะใส่เสื้อสีแดง ตัดด้วยเส้นดำยสีขาว บางคนใส่สีขาวมีลายสีแดงเล็ก ๆ ยาวลงไปขนาดครึ่งขา ใส่กางเกงจีนแต่กว้างและกันหย่อนกว่า

กะเหรี่ยงบเว

ผู้หญิง : ทั้งหญิงสาวและหญิงที่แต่งงานแล้ว สวมชุดสีดำและสีแดง มีผ้าสีขาวพันรอบเอว แล้วห้อยชายยาวลงมาด้านหน้าเป็นสองแฉก มีผ้าผืนใหญ่คลุมไหล่ คลุมผม หรือบางที่โปกครีษะด้วยผ้าสีแดงผืนใหญ่

ผู้ชาย : นอกจากจะนิยมใส่เสื้อสีแดงและสีดำแล้วยังนิยมใส่เสื้อ-กางเกงลายแดง สลับขาวเป็นเส้นตรงลงมาจากบนลงล่าง

กะเหรี่ยงตองสู

การแต่งกายของกะเหรี่ยงตองสูทั้งชายและหญิงจะคล้ายกับกะเหรี่ยงสะกอแต่ผู้หญิงจะใส่ชุดสีดำทั้งหมด

* ความสัมพันธ์ในครอบครัว

โดยทั่วไปแล้วลักษณะของครอบครัวชาวกะเหรี่ยง มักจะเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว และจะถือผีบรรพบุรุษของฝ่ายภรรยา เมื่อหญิง-ชายแต่งงานกันแล้วจะอาศัยอยู่กับพ่อ-แม่ของฝ่ายหญิง เพียงระยะเวลาหนึ่งจากนั้นคู่สมรสจะตั้งครัวเรือนของตนเอง การอาศัยอยู่กับ พ่อ-แม่ของฝ่ายชายไม่ค่อยมีปรากฏ บ้านที่คู่สมรสสร้างขึ้นหลังแรกค่อนข้างเล็ก ที่เป็นเช่นนี้เพราะ เพื่อให้สอดคล้องกับการที่ฝั่งจะแต่งงาน ภายหลังพอมีบุตรหนึ่งหรือสองคนแล้วจึงถือว่าสมควรที่ตัว-เมียคู่ นั้นจะสร้างบ้านหลังใหญ่ได้ สังคมของกะเหรี่ยงถือว่าความมั่งคั่งและความอาวุโส เป็นสิ่งที่แสดงถึงสถานะอันสูงส่งในสังคม

ลักษณะบ้าน

ลักษณะบ้านของชาวกะเหรี่ยงจะปลูกยกพื้นด้วยไม้ไผ่และแฝก จะยกพื้นดินหลายฟุต หลังคาบ้านใหญ่คลุมบ้านไว้เกือบทั้งหมด แต่ละบ้านจะมีเฉลียงสำหรับต้อนรับแขก บริเวณบ้านไม่มีรั้ว มีรั้วข้าวต่างหากจากตัวบ้าน บางบ้านมีที่สำหรับให้สัตว์เลี้ยงอยู่ในตอนกลางคืน บางบ้านก็ผูกสัตว์เลี้ยงไว้ใต้ถุนบ้าน

ขนาดหมู่บ้าน

หมู่บ้านกะเหรี่ยงมีจำนวนหลังคาเรือนในแต่ละท้องที่ต่างกันมาก โดยเฉลี่ยแล้วจะมีขนาดตั้งแต่ 16-100 หลังคาเรือน ปกติหมู่บ้านจะตั้งอยู่ในพื้นที่ลุ่มก้นกะทะ ล้อมรอบด้วยเนินเขาหรือที่ราบระหว่างหุบเขาที่สามารถไปยังแหล่งน้ำ ล้ำธารได้โดยสะดวก กะเหรี่ยงจะไม่ต่อรางไม้ไผ่ เพื่อนำน้ำใช้เข้าไปยังหมู่บ้านของตน แต่จะเดินไปตักน้ำและให้น้ำยังลำธาร ทั้งนี้เพราะความเชื่อทางศาสนา

การปกครอง

ผู้นำของหมู่บ้านกะเหรี่ยง อาจมีหัวหน้าหมู่บ้าน ผู้นำทางพิธีกรรม 1 คน หรือมากกว่า บางหมู่บ้านหัวหน้าหมู่บ้านเองอาจเป็นผู้นำทางพิธีกรรมด้วย ตำแหน่งผู้นำนี้เป็นตำแหน่งที่ได้

มาโดยการสืบตามสายโลหิตฝ่ายบิดา ผู้นำหมู่บ้านจะมีอำนาจในกิจกรรมต่าง ๆ ของหมู่บ้าน จะเป็นผู้ตัดสินใจที่จะรับสมาชิกในหมู่บ้าน พิจารณาข้อขัดแย้งต่าง ๆ ถึงแม้จะมีอำนาจในการตัดสินใจก็ตาม หัวหน้าหมู่บ้านก็ต้องฟังการตัดสินใจของเสียงส่วนมากของสภาผู้เฒ่าของหมู่บ้าน หัวหน้าครัวเรือนหรือชายที่แต่งงานแล้ว สามารถที่จะแสดงความคิดเห็นของตน และมีอิทธิพลต่อที่ประชุมของหมู่บ้าน ในการประชุมหมู่บ้านมักเป็นการพูดคุยให้เกิดการรวมกัน หรือจัดปัญหามากกว่าที่จะเป็นการออกเสียงลงคะแนนอย่างเป็นทางการ

ในบางหมู่บ้านอาจมีหัวหน้าหมู่บ้านที่ได้รับการแต่งตั้งจากรัฐบาลของไทย ซึ่งจะขึ้นอยู่กับฝ่ายปกครองของอำเภอ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน หัวหน้าที่ได้รับการแต่งตั้งจากรัฐบาลนี้ อาจเป็นคนเดียวกับผู้นำของหมู่บ้านหรือไม่ก็ได้ ชาวกะเหรี่ยงจะทำงานในไร่ของตนเอง ไม่ชอบยุ่งเกี่ยวกับใคร ดังนั้นการประชุมหารือกันของสมาชิกในหมู่บ้านจึงมีน้อยครั้งมาก ส่วนมากของการประชุมจะเป็นการประชุมเพื่อตัดสินใจพิพาทหรือประกาศความผิด เช่น ความผิดทางเพศ (โดยมากเกี่ยวกับการได้เสียกันก่อนแต่งงาน) ลักขโมย ทำลายทรัพย์สินผู้อื่น เป็นต้น

สภาพเศรษฐกิจ

ระบบเศรษฐกิจของชาวกะเหรี่ยงขึ้นอยู่กับกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ โดยปลูกข้าวเป็นหลัก การปลูกข้าวของชาวกะเหรี่ยงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่บนภูเขาจะปลูกข้าวไร่เป็นหลัก ส่วนกะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ตามพื้นที่ราบหุบเขา จะปลูกข้าวในนาแบบขั้นบันได ข้าวที่ผลิตได้เพียงพอสำหรับการบริโภคเท่านั้น มิได้นำไปขาย ยกเว้นในบางแห่งที่พื้นที่อุดมสมบูรณ์ มีผลผลิตข้าวสูง นอกจากข้าวซึ่งเป็นพืชหลักแล้ว กะเหรี่ยงยังปลูกพืชอื่น ๆ ในไร่อีก เช่น ข้าวโพด หน่อกอง ผัก พริก มะเขือ ฯลฯ ซึ่งล้วนแต่เป็นพืชที่นำมาใช้ประกอบอาหาร นอกจากการเกษตรกรรมแล้ว ชาวกะเหรี่ยงยังนิยมเลี้ยงสัตว์อีกด้วย เช่น ไก่ หมู เพื่อไว้ใช้ในพิธีกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีสัตว์อื่น ๆ เช่น วัว ควาย และช้าง เงินรายได้จากการขายสัตว์เลี้ยง จะนำไปเป็นกองทุนซื้อสัตว์เลี้ยงตัวใหม่ การซื้อขายสัตว์เลี้ยงส่วนใหญ่ทำกันเฉพาะชาวกะเหรี่ยงด้วยกันเท่านั้น นอกจากนี้ชาวกะเหรี่ยงยังมีรายได้จากการรับจ้างทำงานให้กับคนไทยในหลายพื้นที่ หรือไม่ก็รับจ้างทำงานบนภูเขาให้กับชาวเขาเผ่าอื่น ตลอดจนการประกอบอุตสาหกรรมภายในครอบครัวก็ยังเป็นรายได้สำคัญทางหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีการทำเครื่องปั้นดินเผาทำเครื่องครัวที่ทำด้วยไม้ การทอผ้า และยังมีมีการนำของป่าไปขายให้แก่คนไทยอีกด้วย

* ศาสนาและประเพณี

ชาวกะเหรี่ยงส่วนใหญ่ยังคงนับถือผี แต่มีบางส่วนที่หันมานับถือศาสนาพุทธหรือศาสนาคริสต์ กะเหรี่ยงมีความเชื่อถือเรื่องผีคล้ายคลึงกับชาวเขาเผ่าอื่น คือ มีความเชื่อว่าทุกหนทุกแห่งจะมีผีสิงสถิตอยู่ เช่น ในป่า ในไร่ หรือในหมู่บ้าน ที่วัดของชาวกะเหรี่ยงจึงมีความผูกพันกับพิธีกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่เกิดจนตาย ผีที่พวกกะเหรี่ยงนับถือมีอยู่ 2 ประเภท คือ ผีเรือน และผีบ้าน ผีเรือนเป็นผีหรือเจ้าประจำบ้านเรือน คือเมื่อบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ถึงแก่กรรมไปแล้ว วิญญาณก็ยังคงวนเวียนไปมาภายในบ้านเรือน และหมู่บ้านด้วยความห่วงบุตรหลานผู้สืบทระกูลของตน และจะคอยปกป้องรักษาให้อยู่ด้วยความสงบสุข กะเหรี่ยงจะมีการเลี้ยงผีเรือนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ส่วนผีบ้าน เป็นผีหรือเทพารักษ์ รักษาหมู่บ้าน บางที่เรียกว่าเป็นผีเจ้าเมือง หรือผีเจ้าที่ กะเหรี่ยงถือว่า ผีเจ้าที่เป็นผีที่มีความสำคัญมากคนหนึ่ง เพราะมีหน้าที่ดูแลเกี่ยวกับพิธีกรรมให้ได้ผลผลิตของพืชผลการเกษตร และพิธีกรรมให้เกิดความอยู่ดีมีสุขของคนในหมู่บ้าน การเลี้ยงผีเจ้าที่จะจัดทำปีละ 2 ครั้ง ครั้งแรกจัดกันในฤดูฝน ครั้งที่สองจัดขึ้นเมื่อสิ้นสุดฤดูการเกษตร ซึ่งคนในหมู่บ้านทั้งหมดต้องเข้าร่วมพิธีโดยพร้อมเพรียงกัน

ชาวกะเหรี่ยงถือว่าการเจ็บไข้ได้ป่วยเกิดจากการกระทำของผีร้ายต่าง ๆ ซึ่งสิงสถิตอยู่ตามป่าเขา แม่น้ำลำธาร เมื่อผู้ใดเกิดเจ็บป่วย ก็จะต้องทำพิธีเลี้ยงผีโดยหมอมผีในหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการ การเลี้ยงผีก็เพื่อเป็นการขอขมาผี จะได้หายไกรธเค้นผู้ที่ไปลบหลู่โดยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์

ในปัจจุบันสภาพของชาวกะเหรี่ยงแบบดั้งเดิมได้เปลี่ยนแปลงไปบ้าง เนื่องจากการคมนาคมติดต่อกับสังคมเมืองสะดวกขึ้น และได้มีการพัฒนาความเจริญด้านต่าง ๆ ไปสู่ชาวกะเหรี่ยง โดยทางรัฐบาล และหน่วยงานเอกชนต่าง ๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ จึงเป็นเหตุให้สภาพการดำรงชีวิตของชาวกะเหรี่ยง ในพื้นที่ที่พัฒนามีความใกล้เคียงกับสังคมเมืองมากขึ้น แต่ก็ยังมีเอกลักษณ์เป็นของตนเองอยู่ สภาพอย่างหนึ่งของชาวกะเหรี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือ การนับถือศาสนา ในปัจจุบันการนับถือศาสนาของชาวกะเหรี่ยง ได้ละทิ้งรูปแบบเดิมไปมาก เนื่องจากการประกอบพิธีทางศาสนาตามรูปแบบเดิมนั้นยุ่งยาก ประกอบกับสภาพทางเศรษฐกิจในปัจจุบันไม่อำนวย และได้มีการเผยแพร่ศาสนาต่าง ๆ เข้าไปสู่ชาวกะเหรี่ยงมากขึ้น โดยเฉพาะศาสนาคริสต์และศาสนาพุทธ จึงทำให้ชาวกะเหรี่ยงจำนวนมากหันมานับถือศาสนาใหม่ แต่ก็ยังมีชาวกะเหรี่ยงบางส่วนที่ยังยึดถือพิธีกรรมทางศาสนาแบบเดิมอยู่บ้าง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล

*

บทที่ 4

ลักษณะทั่วไปของชาวกะเหรี่ยง ตำบลห้วยบุลิ่ง

ตำบลห้วยบุลิ่ง ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลนี้เป็นชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง (สะกอ) เป็นตำบลหนึ่งซึ่งจัดว่าอยู่ในกลุ่มที่ล้าหลังที่สุดของจังหวัด สภาพพื้นที่ของตำบลห้วยบุลิ่งมีลักษณะเหมือนพื้นที่อื่น ๆ ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยทั่วไป กล่าวคือ เป็นภูเขาส่วนใหญ่ มีพื้นที่ราบน้อยมาก การเดินทางระหว่างหมู่บ้านให้การเดินเท้าเป็นส่วนใหญ่

ประชากรและการกระจายตัว

ตำบลห้วยบุลิ่งแบ่งเขตการปกครองแบ่งเขตการปกครองออกเป็นหมู่บ้านหลัก 8 หมู่ และในแต่ละหมู่บ้านหลักจะมีหมู่บ้านบริวารของแต่ละหมู่ รวมทั้งหมด 23 หมู่ มี 475 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมดรวม 2,901 คน และอยู่ประจำ (หมายถึงอาศัยที่นั่นไม่น้อยกว่า 6 เดือน ใน 1 ปี) 97.7% เป็นชาย 51.2% และหญิง 48.8% ซึ่งเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุของประชากรแล้วพบว่า ประชากรตำบลห้วยบุลิ่งยังมีลักษณะ โครงสร้างประชากรที่มีฐานกว้าง ซึ่งเป็นลักษณะของประเทศกำลังพัฒนา ดังแสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของประชากรในตำบลห้วยบุ่ง จำนวนตามเพศและอายุ

อายุ	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
0 - 4	228	15.5	215	15.3	443	15.4
5 - 9	256	17.4	221	15.7	477	16.6
10 - 14	198	13.4	186	13.2	384	13.3
15 - 19	142	9.6	161	11.4	303	10.5
20 - 24	120	8.1	143	10.2	263	9.1
25 - 29	122	8.3	130	9.2	252	8.7
30 - 34	75	5.1	66	4.7	141	4.9
35 - 39	71	4.8	69	4.9	140	4.9
40 - 44	71	4.8	48	3.4	119	4.1
45 - 49	59	4.0	50	3.6	109	3.8
50 - 54	31	2.1	22	1.6	53	1.8
55 - 59	25	1.7	29	2.1	54	1.9
60 - 64	26	1.8	30	2.1	56	1.9
65 - 69	21	1.4	20	1.4	41	1.4
70 +	28	1.9	18	1.3	46	1.6
รวม	1,473	51.1	1,408	48.9	2,881*	100.0

* ไม่ทราบอายุ 20 คน

ลักษณะทางสังคมและที่อยู่อาศัย

ลักษณะของครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยว พบว่า 81.5% ของหลังคาเรือนที่อาศัยอยู่เพียงครัวเรือนและ 1 ครอบครัว จำนวนสมาชิกใน 1 หลังคาเรือน โดยเฉลี่ยมีจำนวน 6 คน และ 62.1% ของหลังคาเรือนมีสมาชิกอยู่ <6 คน ใน 1 หลังคาเรือน อย่างไรก็ตามภายในหมู่บ้านเดียวกันมักจะเป็นญาติพี่น้องกันเกือบทั้งหมด

พบว่ากลุ่มบ้านต่างๆในตำบลห้วยบุลิ่งนี้มักจะมีอยู่ค่อนข้างถาวร คือ อาศัยอยู่ในที่เดิมนานกว่า 5 ปี มีเพียง 3 กลุ่มบ้านเท่านั้นที่เพิ่งมาตั้งถิ่นฐานอยู่ต่ำกว่า 5 ปี ลักษณะการปลูกบ้านของชาวกะเหรี่ยงในตำบลห้วยบุลิ่งนี้ มีลักษณะเป็นได้ถุนสูง ส่วนใหญ่ของหลังคาบ้านด้วยจากหรือหญ้า ในเกือบทุกกลุ่มบ้านบริเวณบ้านมักจะมีน้ำขังเฉาะและ ไม่มีการกำจัดขยะที่ถูกต้องลักษณะ และมักจะเลี้ยงสัตว์ไว้ได้ถุนบ้าน โดยไม่มีคอกเลี้ยงสัตว์แยกเป็นสัดส่วน

แหล่งน้ำดื่มน้ำใช้

ในทุกกลุ่มบ้านจะมีแหล่งน้ำดื่มน้ำใช้อย่างน้อย 1 แห่ง และมักจะมีน้ำเพียงพอตลอดปี มีเพียง 1 กลุ่มบ้านเท่านั้น คือ บ้านห้วยบุลย ที่แม้จะมีแหล่งน้ำดื่มน้ำใช้ถึง 5 แห่ง แต่ไม่มีแหล่งน้ำใดที่มีน้ำเพียงพอตลอดปีเลย ส่วนใหญ่ของแหล่งน้ำจะเป็นน้ำห้วย และน้ำบ่อ ในตำบลห้วยบุลิ่งนี้เริ่มนิยมการต่อท่อ P.V.C. จากแหล่งน้ำธรรมชาติเข้ามาในหมู่บ้าน ซึ่งเรียกกันว่าประปาภูเขา (แต่ไม่ได้มีการบำบัดน้ำด้วยคลอรีนเหมือนน้ำประปาในความหมายทั่ว ๆ ไป) พบว่ามี 7 กลุ่มบ้านที่มีระบบประปาภูเขา

บริการสาธารณะ

บริการสาธารณะในตำบลห้วยบุลิ่ง มีโรงเรียนที่เปิดสอนตั้งแต่ชั้น ป.1 ถึง ชั้น ป.6 จำนวน 9 แห่ง มีวัด 1 แห่ง (บ้านห้วยตองกือใหม่) มีโบสถ์ 3 แห่ง (บ้านห้วยตอง, บ้านห้วยบุลย, บ้านห้วยยี่) ในหมู่บ้านที่นับถือคริสต์แต่ไม่มีโบสถ์ในหมู่บ้านมักจะประกอบกิจทางศาสนาในบ้านของผู้เฒ่าในหมู่บ้านแทน

การปกครอง

การปกครองภายในหมู่บ้านในตำบลห้วยบุลิ่งนั้น เกือบทุกหมู่บ้านมีผู้นำในหมู่บ้านซึ่งอาจเป็นลักษณะที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ มีหมู่บ้านบริวารที่มีขนาดเล็ก ๆ ซึ่งมีอยู่ไม่กี่หลังคาเรือนจำนวน 3 หมู่เท่านั้นที่ไม่มีผู้นำในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่จะได้รับข่าวสารจากการประชุมในหมู่บ้าน และจากการฟังวิทยุ การส่งข่าวสารภายในหมู่บ้านมักจะใช้วิธีการประชุมชาวบ้าน

เศรษฐกิจ

ประชากรในตำบลห้วยบุลิ่งส่วนใหญ่มีอาชีพทำไร่ ทำนา มีเลี้ยงสัตว์ร่วมด้วยเพียงกลุ่มบ้านเดี่ยว คือ บ้านห้วยกิ (หมู่ 7) และส่วนใหญ่จะมีการปลูก ถั่ว งา ร่วมด้วย พบว่า 56.4% ของหลังคาเรือน ในพื้นที่ตำบลห้วยบุลิ่ง ไม่สามารถปลูกข้าวได้พอกินตลอดปี

การศึกษา

ทางด้านการศึกษา พบว่าในประชากรกลุ่มอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป ซึ่งควรจะเข้ารับการศึกษา พบว่า 69.8% ไม่ได้เรียนหนังสือเลย และโดยส่วนใหญ่เรียนจบเพียงชั้น ป.4 และมีผู้ที่กำลังศึกษาต่ออยู่ 16.8% จากการสำรวจในกลุ่มประชากรอายุ 12 - 60 ปี ทั้งหมดรวม 1,672 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้ประเมินอัตราการรู้หนังสือ พบว่าประชากรตำบลห้วยบุลิ่งเพียง 33.6% เท่านั้นที่อ่านภาษาไทยได้ แต่พอจะพูดภาษาไทยได้ถึง 66.4%

ศาสนา

ชาวบ้านประมาณ 56.2% ของหลังคาเรือน นับถือศาสนาคริสต์ และ 37.8% นับถือ

ศาสนาพุทธ

สถานบริการสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุขในตำบลห้วยปูลิง มีอยู่ด้วยกัน 3 แห่ง คือ

1. สถานีอนามัยหนองขาวกลาง ตั้งอยู่ที่บ้านหนองขาวกลางเปิดดำเนินการปี 2532 เจ้าหน้าที่รับผิดชอบเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 2 คน มีพื้นที่รับผิดชอบเป็นหมู่บ้านหลัก 4 หมู่ หมู่บ้านบริวาร 6 กลุ่มบ้าน
2. สถานบริการสาธารณสุขชุมชนห้วยปูลิง ตั้งอยู่ที่บ้านใหม่ห้วยปูลิงเปิดดำเนินการปี 2525 เจ้าหน้าที่รับผิดชอบเป็นพนักงานสุขภาพชุมชน จำนวน 1 คน มีพื้นที่รับผิดชอบเป็นหมู่บ้านหลัก 3 หมู่ หมู่บ้านบริวาร 11 กลุ่มบ้าน
3. สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านห้วยดอง ตั้งอยู่ที่บ้านห้วยดอง เปิดดำเนินการ มกราคม 2533 เจ้าหน้าที่รับผิดชอบเป็นพนักงานสุขภาพชุมชน จำนวน 1 คน มีพื้นที่รับผิดชอบเป็นหมู่บ้านหลัก 1 หมู่ หมู่บ้านบริวาร 1 กลุ่มบ้าน

บทที่ 5

ลักษณะทั่วไปของพื้นที่ 6 หมู่บ้านที่ทำการศึกษ

1. ลักษณะทั่วไป

จาก 6 หมู่บ้านที่ทำการสำรวจ มีจำนวนหลังคาเรือน รวม 140 หลัง มีประชากรประมาณ 836 คน มีเพียง 2 หมู่บ้าน คือบ้านห้วยตอง และบ้านห้วยอี ที่มีระบบน้ำประปาภูเขา และมีทางรถยนต์เข้าถึง (ถนนลูกรังที่ไม่ค่อยมีสภาพเป็นถนน) ส่วนที่เหลืออีก 4 หมู่บ้าน ลักษณะของหมู่บ้านโดยทั่วไป ไม่แตกต่างกันมากนัก ดังแสดงใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4

แสดงข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน จำนวน 6 หมู่บ้าน ที่ทำการสำรวจ ตำบลห้วยปลิง อำเภอมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พ.ศ. 2533

ชื่อหมู่บ้าน	ประเภทหมู่บ้าน	จำนวนหลังคา	จำนวนประชากร	น้ำใช้	โรงเรียน (แห่ง)	การคมนาคม
1. ห้วยตอง	ระดับ 1	74	424	ประปาภูเขา	1	รถเข้าถึง
2. ห้วยอี	ระดับ 1	23	143	ประปาภูเขา	1	รถเข้าถึง
3. ห้วยหมูน	ระดับ 2	14	81	น้ำบ่อซับ	-	เดินเท้า 2 ชม.*
4. ทนงทาวเหนือ	ระดับ 2	11	70	น้ำบ่อซับ	-	เดินเท้า 2 ชม.*
5. ห้วยมะโงบน	ระดับ 3	7	45	น้ำบ่อซับ	-	เดินเท้า 2 ชม.*
6. ห้วยมะโงล่าง	ระดับ 3	11	73	น้ำบ่อซับ	-	เดินเท้า 3 ชม.*
รวม	-	140	836	-	-	-

* ระยะเวลาเดินเท้า นับระยะเวลาที่ใช้จากหมู่บ้าน ไปยังสถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้ที่สุด

2. อายุของประชากร

จากการสำรวจอายุของประชากรใน 6 หมู่บ้าน พบว่า มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็น 14.0% และผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็น 3.7% และมีหญิงวัยเจริญพันธุ์ช่วงอายุระหว่าง 15-44 ปี คิดเป็น 22.6% ดังแสดงใน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน จำแนกตามกลุ่มอายุเป้าหมายทางด้านสาธารณสุข

ระดับ	ชื่อบ้าน	จำนวนประชากรตามกลุ่มอายุ (ปี)								
		<1	1-4	5-9	10-14	15-44	45-59	>60	รวม	
						ชาย	หญิง			
1	ห้วยตอง	12	38	56	46	112	100	40	20	424
1	ห้วยยี่	2	21	26	24	28	29	9	4	143
2	ห้วยหมอน (เหนือ)	5	12	13	4	17	21	6	3	81
2	หนองขาวเหนือ	1	15	16	7	10	12	7	2	70
3	มะโงบน	-	3	7	7	10	13	3	2	45
3	มะโงล่าง	3	5	14	17	16	14	4	-	73
	รวม	23	94	132	105	193	189	69	31	836
	(%)	2.8	11.2	15.8	12.6	23.0	22.6	8.3	3.7	100.0

3. การนับถือศาสนา

จากการสอบถามถึงศาสนาที่ชาวเขาแต่ละหลังคาเรือนนับถือ พบว่า นับถือศาสนาคริสต์มากที่สุด คิดเป็น 90.0% รองลงมา ได้แก่ ศาสนาพุทธ คิดเป็น 6.4% และมีครอบครัวที่นับถือผี 3.6% ดังแสดงใน ตารางที่ 6



ตารางที่ 6 จำนวนหลังคาเรือนในแต่ละหมู่บ้าน จำแนกตามการนับถือศาสนา

ระดับ	หมู่บ้าน	หลังคาเรือนทั้งหมด	ศาสนาพุทธ	ศาสนาคริสต์	ผี
1	ห้วยตอง	74	-	74	-
1	ห้วยฮี้	23	-	23	-
2	ห้วยหมูน (เหนือ)	14	9	1	4
2	หนองขาวเหนือ	11	-	10	1
3	มะ โงบน	7	-	7	-
3	มะ โงล่าง	11	-	11	-
	รวม	140	9	126	5
	(%)		6.4	90.0	3.6

แต่จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ในหมู่บ้านห้วยหมูน ชาวเขานอกว่า มีผู้นับถือศาสนาพุทธเพียง 4 หลัง และนับถือผี 9 หลัง ซึ่งไม่ตรงกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเชิงปริมาณ ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากชาวเขางานส่วนนับถือพุทธแต่ก็ยังคงมีการทำพิธีเลี้ยงผีร่วมด้วย จากข้อสังเกตของพนักงานสัมภาษณ์รายหนึ่ง ซึ่งสามารถพูดภาษากะเหรี่ยงได้ บอกว่า

" จากการพูดคุยส่วนตัวกับชาวเขางานรายที่นับถือพุทธ บอกว่า เขาทำทั้งพิธีเลี้ยงผีและพิธีศาสนาพุทธ มีหม้อผีในหมู่บ้านที่ชาวบ้านไปหากันบ่อย ๆ "

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังสนา ช่างแก้ว ที่พบว่า ชาวเขาที่เป็นพุทธศาสนิกชนยังคงนับถือผีควบคู่ไปกับพุทธศาสนา ในขณะที่ชาวเขาที่นับถือศาสนาคริสต์มักจะไม่เชื่อในเรื่องนี้ เพราะก่อนที่จะเข้ามาเป็นคริสต์ศาสนิกชนจะต้องสาบานตนว่า จะไม่นับถือผีอีกต่อไป แต่ศาสนาพุทธไม่ได้บังคับอย่างชัดเจนที่ให้ชาวเขาห้ามกระทำการดังกล่าว

แต่อย่างไรก็ตาม ในหมู่บ้านห้วยหมอน ชาวเขามบางส่วนที่นับถือผีได้เริ่มทำพิธีตัดผี หรือเลิกถือผี และหันมาถือศาสนาพุทธแทนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนรุ่นใหม่ หรือคนรุ่นหนุ่ม ๆ โดยให้เหตุผลว่า

“ ถ้าถือผี เวลาจะไปไหนมาไหนก็ไม่สะดวก บางครั้งจะออกไปป่า ถ้าหมอผีห้าม ก็ไปไม่ได้ มิฉะนั้นจะเกิดเจ็บป่วย ก็เลยต้องอด ไม่มีอาหารจะกิน ”

“ ถ้าส่งลูกไปเรียนหนังสือที่หมู่บ้านอื่น เวลาพ่อแม่เจ็บป่วยจะทำพิธีเลี้ยงผี ก็ต้องเรียกลูกกลับมาบ้าน มิฉะนั้นจะทำพิธีเลี้ยงผีไม่ได้ ทำให้ลูก ๆ ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือไปเรียนหนังสือในเมืองไม่ได้ ” เป็นต้น

สำหรับวิธีการตัดผี ชาวเขาจะทำโดยการนิมนต์พระสงฆ์ 1 รูปจากในเมืองมาย่องสอนมาทำพิธีให้ โดยมีพิธีการสวดมนต์ต่าง ๆ และชาวเขาจะทำการขายหมูขายไก่ที่เลี้ยงไปทั้งหมด โดยจะต้องฆ่าหมูไก่ไก่ (หมูผีหรือไก่ผี) ด้วย

จึงอาจกล่าวได้ว่า สภาพความเชื่อและการนับถือศาสนาของชาวเขาในพื้นที่ตำบลห้วยบุ่งในปัจจุบัน โดยเฉพาะความเชื่อแบบดั้งเดิมได้เริ่มเปลี่ยนแปลงไปบ้าง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการคมนาคมติดต่อกับสังคมเมือง การติดต่อกับหมู่บ้านข้างเคียงที่สะดวกขึ้น และได้มีการพัฒนาความเจริญด้านต่าง ๆ ไปสู่หมู่บ้านของชาวกะเหรี่ยง รวมทั้งการที่หน่วยงานทางศาสนายามเผยแพร่ศาสนาคริสต์และศาสนาพุทธเข้าไปสู่หมู่บ้านกะเหรี่ยงมากขึ้น และเนื่องจากการประกอบพิธีทางศาสนาตามรูปแบบเดิมนั้นยุ่งยาก สภาพทางเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ไม่เอื้ออำนวย จึงทำให้ชาวกะเหรี่ยงจำนวนมากหันมานับถือศาสนาใหม่แทนเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังคงมีชาวกะเหรี่ยงบางส่วนที่ยังยึดถือพิธีกรรมทางศาสนาแบบเดิมอยู่บ้าง

4. การศึกษา

จากการศึกษาถึงระดับการศึกษาของชาวเขาที่มีอายุมากกว่า 5 ปีในพื้นที่ศึกษาพบว่า มีผู้ที่ไม่เคยเรียนหนังสือ คิดเป็น 61.2% สำหรับผู้ที่ได้เรียนหนังสือ พบว่า มีผู้เรียนจบชั้น ป.1-ป.4 คิดเป็น 45.9% จบชั้น ป.5-ป.6/ป.7 คิดเป็น 27.4% และจบ ม.1-ม.3 คิดเป็น 17.0% ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนประชากรที่มีอายุ 5 ปีขึ้นไป จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับ	ชื่อบ้าน	ประชากร		ระดับการศึกษา						
		อายุ 5 ปีขึ้นไป	ไม่ได้เรียน	กำลังเรียน	ป1-ป4	ป5-ป7	ม1-ม3	ม4-ม6	อนุ	ปริญญาตรี
1	ห้วยดอง	363	181 (49.9%)	13	75	60	30	1	1	2
1	ห้วยอี	113	52 (46.0%)	4	32	10	14	1	-	-
2	ห้วยหมูน (เหนือ)	61	49 (80.3%)	1	8	3	-	-	-	-
2	หนองขาวเหนือ	53	51 (96.2%)	-	2	-	-	-	-	-
3	มะโงน	42	35 (83.3%)	3	2	1	1	-	-	-
3	มะโงล่าง	64	58 (90.6%)	-	5	-	1	-	-	-
รวม		696	426	21	124	74	46	2	1	2
(%)			61.2	7.8	45.9	27.4	17.0	0.7	0.4	0.7

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ชัดเจนว่า ในบ้านห้วยดองและบ้านห้วยอี ซึ่งมีโรงเรียนตั้งอยู่ในหมู่บ้าน ประชากรอายุมากกว่า 5 ปีประมาณกว่า 50 % ที่เคยเข้ารับการศึกษาระดับประถมศึกษา ในขณะที่ยังมีหมู่บ้าน มีเพียง 4-20 % เท่านั้นที่เคยเข้ารับการศึกษาระดับประถมศึกษา จากการสนทนากับชาวเขาหมู่บ้านแล้วถึงสาเหตุที่ไม่ส่งลูกไปเข้าโรงเรียน ส่วนใหญ่มักจะอ้างเหตุผลว่า

โรงเรียนอยู่ไกลจากหมู่บ้าน ต้องใช้เวลาเดินเท้าไป-กลับทุกวัน ประมาณวันละ 2 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้น และถ้าจะส่งลูกให้ไปอยู่ประจำที่โรงเรียน(บ้านห้วยตอง) ซึ่งมีบ้านพักให้นักเรียนพักอาศัยนอนได้ ก็จะต้องมีข้าวสารและเงินจำนวนหนึ่งให้แก่ทางโรงเรียนเป็นค่าใช้จ่ายและอาหารสำหรับให้ลูกได้ใช้ ชาวเขารายใดที่พอมีเงินหรือปลูกข้าวได้พอเพียง จึงจะสามารถส่งลูกไปเข้าเรียนประจำที่โรงเรียนได้ ซึ่งมีอยู่น้อยรายมาก นอกจากนี้ ยังพบว่าในบ้านห้วยหมอน ชาวเขาส่วนหนึ่งที่นับถือผี มักจะไม่ส่งลูกไปเข้าโรงเรียนประจำที่หมู่บ้านอื่น เนื่องจากเวลาที่จะทำพิธีเลี้ยงผีในพิธีกรรมต่าง ๆ นั้น บุคคลทุกคนในบ้านจะต้องอยู่ มิฉะนั้นจะทำพิธีเลี้ยงผีไม่ได้ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่พ่อแม่มักจะ ไม่ค่อยส่งลูกไปเรียนไกลจากหมู่บ้านของตน

5. การอ่านและพูดภาษาไทย

เมื่อทำการสำรวจเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 12-60 ปีในพื้นที่ 6 หมู่บ้าน จำนวน 520 คน โดยจำแนกตามเพศเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านภาษาไทยและการพูดภาษาไทย พบว่า ชาวเขาเพศชายมีความสามารถพูดไทยได้ 85.6% และอ่านภาษาไทยได้ 47.6% ในขณะที่ชาวเขาเพศหญิงมีความสามารถพูดไทยได้ 36.5% และอ่านภาษาไทยได้ 27.3% ดังแสดงใน ตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 12-60 ปีในแต่ละหมู่บ้านที่อ่านและพูดภาษาไทยได้ จำแนกตามเพศ

ระดับ	ชื่อบ้าน	จำนวนชาย	พูดไทย	อ่านไทย	จำนวนหญิง	พูดไทย	อ่านไทย
1	ห้วยดอง	155	138 (89.0%)	90 (58.1%)	130	60 (46.2%)	50 (38.5%)
1	ห้วยยี่	40	40 (100.0%)	25 (62.5%)	39	21 (53.8%)	14 (35.9%)
2	ห้วยหมูน	22	18 (81.8%)	6 (27.3%)	25	5 (20.0%)	3 (12.0%)
2	หนองขาวเหนือ	15	12 (80.0%)	0	18	0	0
3	มะโงบน	12	10 (83.3%)	3 (25.0%)	18	5 (27.8%)	1 (5.6%)
3	มะโงล่าง	27	14 (51.9%)	5 (18.5%)	19	0	0
	รวม	271	232 (85.6%)	129 (47.6%)	249	91 (36.5%)	68 (27.3%)

จาก ตารางที่ 8 จะเห็นได้ว่า ชายชาวเขามีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย ดีกว่าหญิงชาวเขาอย่างมาก เมื่อพิจารณาหมู่บ้านตามลำดับการพัฒนา พบว่า หมู่บ้านพัฒนาทั้งชาย และหญิง จะมีความสามารถในการสื่อสารได้ดีกว่าหมู่บ้านปานกลางและหมู่บ้านล้าหลังอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงชาวเขาในหมู่บ้านหนองขาวเหนือและมะโงล่าง ไม่สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้เลย

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ชายชาวเขาโดยเฉพาะวัยกลางคนและวัยหนุ่ม โดยส่วนใหญ่จะสามารถสื่อสารโดยการให้ภาษา คำเมือง มากกว่า ภาษาไทย กลาง ในการทำกลุ่มสนทนาซึ่งพยายามคัดเลือกผู้ที่พูดภาษาไทย(คำเมือง) ได้บ้าง พบว่า ถ้าหากเป็นประโยคสนทนาง่าย ๆ โดยส่วนใหญ่สามารถสื่อสารกันเข้าใจได้ แม้อาจจะต้องทวนคำถามหรือคำตอบหลาย ๆ ทน แต่ในบางครั้งที่เป็นคำถามยาก เช่น ถามเรื่องปัญหาสาธารณสุขหรือปัญหาที่สำคัญของหมู่บ้าน ที่ควรปรับปรุงก่อน ในบางกลุ่มจะไม่สามารถตอบเป็นภาษาไทยได้ ต้องใช้ล่ามช่วยในการแปลคำถามคำตอบในบางครั้ง สำหรับผู้หญิงชาวเขาในพื้นที่ โดยส่วนใหญ่ไม่ยอมพูดภาษาไทย ถึงแม้บางคนสังเกตเห็นนึกคิดว่า พอดีจะเข้าใจคำถาม แต่ก็อายที่จะตอบเป็นภาษาไทย หรือบางครั้งก็จะเดินหนีไปเลย

สำหรับความสามารถในการอ่านนั้น คงเป็นเรื่องที่วัดได้ยาก เพราะชาวเขาบางส่วนถึงแม้จะได้เล่าเรียนจนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 แต่เนื่องจากโอกาสที่จะได้ใช้หรือได้อ่านหนังสือหรือข่าวสารต่าง ๆ ค่อนข้างจะน้อยมาก จึงน่าจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ความสามารถในการอ่านลดลง และอาจถึงขั้นลืมไปจนเกือบหมดในอนาคต

6. การมีและการรับฟังข่าวสารจากทางวิทยุ

จากการสำรวจ พบว่า ชาวเขาในพื้นที่ที่ศึกษามีวิทยุที่สามารถใช้งานได้ในบ้าน คิดเป็น 39.3% ของหลังคาเรือน โดยที่ในหมู่บ้านพัฒนาจะมีวิทยุ คิดเป็น 41.9-43.5% ในขณะที่หมู่บ้านระดับปานกลางและล่างหลัง จะมีวิทยุในบ้านตั้งแต่ 18.2-57.1 % ดังแสดงใน ตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของหลังคาเรือนในแต่ละหมู่บ้านที่มีวิทยุ

ระดับ	ชื่อบ้าน	หลังคาเรือนทั้งหมด	มีวิทยุ	(%)
1	ห้วยตอง	74	31	41.9
1	ห้วยอี	23	10	43.5
2	ห้วยหมอน (เหนือ)	14	5	35.7
2	หนองขาวเหนือ	11	2	18.2
3	มะโงบน	7	4	57.1
3	มะโงล่าง	11	3	27.3
	รวม	140	55	39.3

จากการศึกษา พบว่า ชาวเขาส่วนใหญ่ที่มีวิทยุ จะเปิดฟังรายการตั้งแต่เช้ามีด รายการที่สนใจฟัง โดยทั่วไปมักจะเป็นรายการของทางจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งออกอากาศเป็นภาษาชาวเขา (ภาษากะเหรี่ยง) รายการนี้ดูเหมือนจะเป็นสื่อในการติดต่อข่าวสารระหว่างหมู่บ้านชาวเขากะเหรี่ยงด้วยกันเอง รวมทั้งเป็นแหล่งในการให้ความรู้หรือการนัดหมายของทางราชการได้เป็นอย่างดี

" คนที่นี่ ถ้ามีวิทยุ เขาก็ฟังข่าวสารกันทั้งนั้น "

" ส่วนใหญ่เขาจะฟังวิทยุภาษาชาวเขาของทางเชียงใหม่ตั้งแต่เช้า ถ้ามีข่าวติดต่อกับญาติที่หมู่บ้านอื่น ก็ให้เขาส่งข่าวให้ "

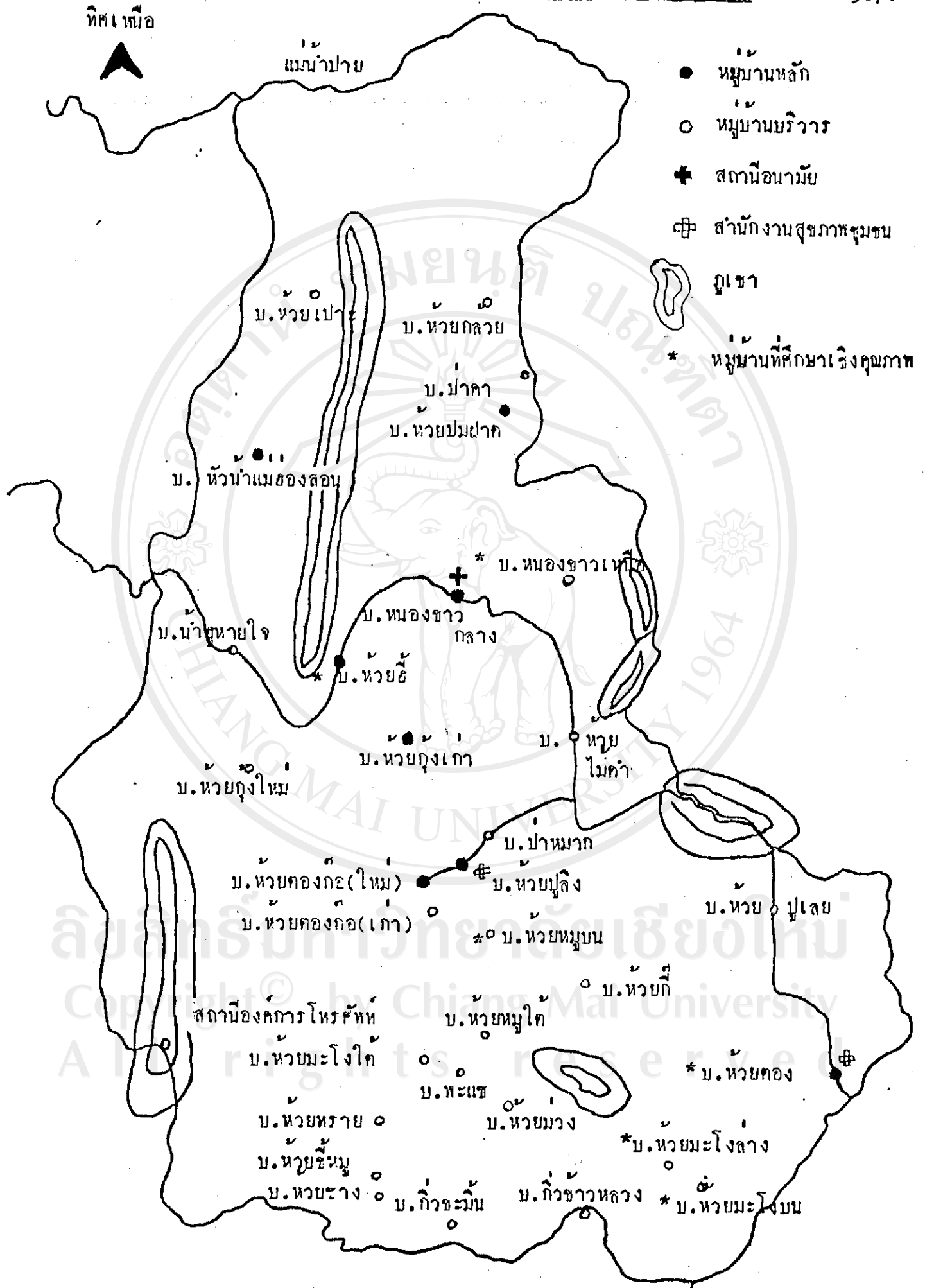
กรณีตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นว่า ชาวเขาฟังรายการวิทยุภาษาชาวเขาเป็นส่วนใหญ่ คือ ในช่วงที่พนักงานสัมภาษณ์เดินทางเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ตำบลห้วยบุ่ง ซึ่งในทีมดังกล่าวมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านหนึ่งเดินทางเข้าไปด้วย แต่เนื่องจากทางสำนักงานสาธารณสุขมีราชการด่วนที่จะพบตัวเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคนนั้น จึงได้ฝากข่าวไปออกอากาศทางสถานีวิทยุรายการ

ภาษาชาวเขา เพื่อเรียกให้เจ้าหน้าที่ผู้เฒ่าเข้ามารายงานตัวที่จังหวัดด่วน ปรากฏว่า ชาวเขา ได้รับฟังข่าวดังกล่าว และได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้เฒ่าทราบ จึงทำให้เจ้าหน้าที่สามารถมา รายงานตัวที่จังหวัดได้ทันภายในวันรุ่งขึ้น

ฉะนั้นการใช้วิทยุเป็นแหล่งในการให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุข การเผยแพร่ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ รวมถึงการนัดหมายชาวเขาในการออกไปให้บริการหน่วยเคลื่อนที่แก่คนในพื้นที่ น่าจะเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



บทที่ 6

ผลการศึกษา

1. ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการแสวงหาวิธีการรักษา

มนุษย์ทุกคนต่างมีความคิด ความเชื่อ มีวัฒนธรรมกันทุกสังคม ไม่มีวัฒนธรรมใดที่เรียกว่า สูงหรือต่ำ ดีหรือเลว จะมีก็แต่เพียงคำว่า แตกต่าง ในเรื่องของระบบความคิดทางการแพทย์ก็เช่นกัน มนุษย์ในแต่ละสังคม แต่ละวัฒนธรรม ต่างก็มีความคิดและความเชื่อของตนเอง

ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยของชาวกะเหรี่ยง มีความสัมพันธ์กับการนับถือศาสนาค่อนข้างสูง ในกลุ่มที่มีความเชื่อทางลัทธิ นับถือผี หรือ วิญญาณนิยม (Animism) คนกลุ่มนี้มีความเชื่อว่ามีวิญญาณสิงสถิตย์อยู่ทั่วไปทุกหนทุกแห่ง เช่น ตามภูเขา แม่น้ำ ป่า ต้นไม้ ไร่นา และก้อนหิน เป็นต้น และเชื่อว่าวิญญาณเหล่านี้สามารถที่จะให้คุณหรือให้โทษแก่มนุษย์ได้ มีความเชื่อในเรื่อง โชคลาง เวลาที่จะเดินทางไปที่ยื่น หรือจะไปทำงานในที่ไกล ๆ ก็จะต้องปรึกษาวาหรือกับหมอยาผีในหมู่บ้านก่อน จึงอาจจะกล่าวได้ว่า การดำเนินชีวิตของชาวกะเหรี่ยงกลุ่มนี้มีความผูกพันอยู่กับพิธีกรรมการเลี้ยงผีต่าง ๆ อยู่เสมอ เรียกได้ว่า ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย

ในปัจจุบัน สภาพของชาวกะเหรี่ยงแบบดั้งเดิมได้เปลี่ยนแปลงไปบ้าง โดยเฉพาะการนับถือศาสนาหรือการนับถือผี เนื่องจากการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามรูปแบบเดิมนั้นยุ่งยากมาก ประกอบกับสภาพทางเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ไม่อำนวย และการที่มีหน่วยงานทางศาสนาพยายามที่จะเผยแพร่ศาสนาต่าง ๆ เข้าไปสู่ชาวกะเหรี่ยง ได้แก่ ศาสนาคริสต์ และศาสนาพุทธ จึงเป็นเหตุให้ชาวกะเหรี่ยงจำนวนมากหันมานับถือศาสนาใหม่ ซึ่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการนับถือศาสนานี้ ทำให้ความเชื่อ พิธีกรรม ประเพณี และวัฒนธรรมบางส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และของชุมชนเริ่มเปลี่ยนแปลงพัฒนาไป แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีชาวกะเหรี่ยงบางส่วนที่ยังคงยึดถือพิธีกรรมทางศาสนาแบบดั้งเดิมอยู่

ในพื้นที่ที่ศึกษา 6 หมู่บ้าน มีเฉพาะหมู่บ้านห้วยหมูนที่มีชาวเขากลุ่มใหญ่ยังคงนับถือผี บางส่วนเริ่มเปลี่ยนมานับถือศาสนาพุทธ และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคตดังที่กล่าวมาแล้วใน บทที่ 5 ส่วนอีก 5 หมู่บ้านได้เปลี่ยนไปนับถือศาสนาคริสต์มาเป็นเวลาหลายสิบปี ตั้งแต่รุ่นปู่ย่าตา ยาย ดังแสดงใน ตารางที่ 6

จากการสนทนากับชาวกะเหรี่ยงที่นับถือผีในหมู่บ้านห้วยหมูนเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย ชาวเขากลุ่มนี้มีความเชื่อที่ผูกพันกับเรื่องภูติผี เจ้าที่ และ โชคกลาง ผีที่เป็นผีที่ทำหน้าที่ ปกป้องรักษาคนดี ส่วนผีร้ายคือผีที่ทำร้ายคนทำให้เจ็บป่วย

" เข้าป่าเกิดไม่สบาย ก็เพราะไปผิดผีป่ามา "

" เวลาจะเดินทางไปที่อื่น ถ้าหมอดีห้าม ก็จะไปไม่ได้ "

ส่วนการสนทนากับชาวกะเหรี่ยงในกลุ่มที่นับถือศาสนาคริสต์หรือพุทธในหมู่บ้านอื่น ๆ ที่ทำการศึกษานั้น ส่วนใหญ่เชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากความผิดปกติทางธรรมชาติ บางโรคบาง อาการก็พอจะทราบสาเหตุ แต่การเจ็บป่วยบางอย่างบางโรคก็ไม่ทราบว่าเกิดจากอะไร

" ไม่รู้ว่า ป่วยจากอะไร ไม่เชื่อว่า เกิดจากผีป่า เดียวนี้เลิกถือผีกันแล้ว "

" เกิดจากอากาศที่ร้อนไปหนาวไป เสยเป็นไข้หวัด "

" ทำงานหนักเกินไป ก็ปวดเนื้อปวดตัว "

" โรคมาเลเรียมนี้เกิดจากยุงกัด "

" ปวดท้องนี้ เกิดจากอดข้าว "

" ของกินไม่ดีไม่สะอาด ก็ปวดท้องได้ " เป็นต้น

จากการศึกษาเชิงปริมาณ โดยการสอบถามชาวกะเหรี่ยงในพื้นที่ที่ศึกษา เกี่ยวกับวิธีการรักษาผู้ป่วยในครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) พบว่า 85.0% เลือกวิธีการรักษา กับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ 49.3% เลือกวิธีการรักษา กับสถานบริการสาธารณสุขนอกพื้นที่ และ 36.4% เลือกวิธีการรักษาโดยการ ใช้สมุนไพร หรือที่ชาวกะเหรี่ยงเรียกว่า "ยาป่า" ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า จำนวนของการเลือกวิธีการรักษาแตกต่างกันไปในแต่ละหมู่บ้าน ในหมู่บ้านห้วย หมูนซึ่งมีสำนักงานสุขภาพชุมชน (สสช.) ตั้งอยู่ และหมู่บ้านหนองขาวเหนือซึ่งตั้งอยู่ใกล้กับหมู่

บ้านหนองขาวกลางที่มีสถานีนอนามัย (สอ.) ตั้งอยู่ (ต้องเดินทางด้วยเท้าประมาณ 30 นาที) พบว่า 97.3% และ 100% เลือกวิธีการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขตามลำดับ ส่วนในหมู่บ้านห้วยหมูน มะโงบน และมะโงล่าง ซึ่งไม่มี สอ./สสช. ในหมู่บ้านและอยู่ไกลจาก สสช. ในหมู่บ้านอื่น (ต้องเดินทางด้วยเท้าอย่างน้อยประมาณ 2-3 ชั่วโมง) พบว่า มีการเลือกรักษาโดยยาสมุนไพร คิดเป็น 85.7%, 42.9%, และ 72.7% ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 10

ตารางที่ 10 วิธีการรักษาผู้ป่วยที่ผู้ให้สัมภาษณ์มักจะเลือกใช้สำหรับผู้ป่วยในครอบครัว

* ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ระดับ ที่บ้าน	หลังคาเรือน	สมุนไพร (%)	ผี (%)	หมอเถื่อน (%)	อสม (%)	สอ./สสช (%)	นอกพื้นที่ (%)	อื่นๆ (%)
1 ห้วยตอง	74	27 (36.5)	-	2 (2.7)	14 (18.9)	72 (97.3)	38 (51.4)	5 (6.8)
1 ห้วยอี	23	-	-	1 (4.3)	17 (73.9)	15 (65.2)	16 (69.9)	-
2 ห้วยหมูน	14	12 (85.7)	1 (7.1)	-	-	10 (71.4)	5 (35.7)	1 (7.1)
2 หนองขาวเหนือ	11	1 (9.1)	-	-	-	11 (100.0)	2 (18.2)	-
3 มะโงบน	7	3 (42.9)	-	-	4 (57.1)	4 (57.1)	6 (85.7)	-
3 มะโงล่าง	11	8 (72.7)	-	-	1 (9.1)	7 (63.6)	2 (18.2)	1 (9.1)
รวม	140	51	1	3	36	119	69	7
(%)		(36.4)	(0.7)	(2.1)	(25.7)	(85.0)	(49.3)	(5.0)

เมื่อสอบถามถึงการเจ็บป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา และวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยเลือกเป็นอันดับแรก จะเห็นได้ชัดว่า 32.7% ของผู้ป่วย เลือกการรักษาอันดับแรกโดยการ ใช้สมุนไพร 27.3% เลือกการรักษาโดยการไปหา สอ/สสช. และ 17.6% บ่อยทั้งไว้ให้หายเอง โดยไม่ทำการรักษา ซึ่งน่าจะเป็นการเจ็บป่วยที่ชาวเขาเห็นว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรง แต่เมื่อพิจารณาลงไปในแต่ละหมู่บ้าน พบว่า บ้านห้วยตอง มีผู้ป่วยคิดเป็น 43.6% เลือกการรักษาอันดับแรกที่ สอ/สสช. ซึ่งน่าจะเป็นเนื่องมาจากการมี สสช. ตั้งอยู่ในหมู่บ้าน ในบ้านห้วยฮี้ มีผู้ป่วยคิดเป็น 84.2% เลือกการรักษาอันดับแรกโดยการรับบริการจาก อสม./ชื่อยาจากกองทุนยาในหมู่บ้านของตนเอง ส่วนบ้านหนองขาวเหนือ ผู้ป่วยคิดเป็น 50.0% ที่ปล่อยให้โรคหายเองโดยการไม่รักษาเป็นอันดับแรก ส่วนบ้านที่เหลือ จะเลือกการรักษาโดยการ ใช้สมุนไพรเป็นอันดับแรก ดังแสดงใน ตารางที่ 11

ตารางที่ 11 วิธีการรักษาที่ผู้ป่วยเลือกเป็นอันดับแรกในการเจ็บป่วยระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ระดับ	ชื่อบ้าน	จำนวนผู้ป่วย	สมุนไพร	สอ/สสช.	ไม่รักษา	อสม/กองทุน	นอกพื้นที่	หมอเถื่อน	อื่นๆ
1	ห้วยตอง	94	20	41	15	1	5	4	8
	(%)		(21.3)	(43.6)	(16.0)	(1.1)	(5.3)	(4.3)	(8.5)
1	ห้วยฮี้	19	-	1	1	16	1	-	-
	(%)		(5.3)	(5.3)	(5.3)	(84.2)	(5.3)		
2	ห้วยหมูน	23	18	-	5	-	-	-	-
	(%)		(78.3)		(21.7)				
2	หนองขาวเหนือ	8	2	2	4	-	-	-	-
	(%)		(25.0)	(25.0)	(50.0)				
3	มะโงบน	10	5	-	3	2	-	-	-
	(%)		(50.0)		(30.0)	(20.0)			
3	มะโงสร้าง	11	9	1	1	-	-	-	-
	(%)		(81.8)	(9.1)	(9.1)				
	รวม	165	54	45	29	19	6	4	8
	(%)		(32.7)	(27.3)	(17.6)	(11.5)	(3.6)	(2.4)	(4.9)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือการแสวงหาวิธีการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยนั้น มีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม และแต่ละวัฒนธรรมเท่านั้นเกี่ยวกับความเชื่อในเรื่องของการเจ็บไข้ได้ป่วย คนทั่ว ๆ ไปเมื่อรู้สึกว่ ตนเองป่วยหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น เขาก็จะมีกรอบทางความคิดในการนำบัตรรักษาที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ การซื้อยากินเอง การใช้สมุนไพร การไปหาหมอ รวมถึงการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อของตน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มากมายในการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ อาทิเช่น ศาสนา ความเชื่อ ทักษะคิดและความรู้เกี่ยวกับโรคหรืออาการเจ็บป่วยของตน ความรุนแรงของอาการป่วย วิธีการรักษาที่เคยปฏิบัติและได้ผลมาก่อน ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว การมีสถานบริการสาธารณสุขอยู่ใกล้บ้าน การมีกองทุนยาในหมู่บ้าน ตลอดจนจนถึงชื่อเสียงและความสามารถของบุคลากรสาธารณสุข คุณภาพของเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่ในสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น เหล่านี้ล้วนมีส่วนในการกระตุ้นหรือยับยั้งพฤติกรรมทางเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยทั้งสิ้น

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบแบบแผนการใช้บริการสุขภาพของชาวเขาในพื้นที่ พบว่า กลุ่มชาวเขาที่นับถือศาสนาคริสต์และพุทธ มีลักษณะการเลือกใช้บริการสุขภาพค่อนข้างคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ถ้าหากอาการนั้นไม่รุนแรง คือ ยังพอลุกเดินได้ พูดคุยได้ กินข้าวได้ มักจะนิยมรักษาโดยใช้ยาสมุนไพรก่อน จากการสังเกต พบว่าตามบ้านของชาวเขา มักจะมีพวกรากไม้ หรือต้นไม้มากมายที่ใช้เป็นยาสมุนไพร เก็บอยู่ในบ้านตลอดเวลา เพื่อที่จะหยิบใช้ได้ ในยามฉุกเฉินหรือยามที่เจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ชาวเขามักจะได้รับการบอกเล่าถ่ายทอดมาจากคนเฒ่าคนแก่ในหมู่บ้าน และก็ใช้ตาม ๆ กันมา การรักษาโดยยาสมุนไพรนั้น ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย ชนิดของโรคที่เป็น และประสบการณ์ที่ตนเองเคยใช้และได้ผลมาก่อน โรคบางชนิดก็ไม่สามารถใช้สมุนไพรได้ เช่น โรคคนอนไม่หลับ เป็นต้น ยาสมุนไพรบางอย่างมีชื่อห้ามใช้ในเด็ก และหลาย ๆ อย่างมักจะห้ามใช้ในหญิงมีครรภ์หรือหลังคลอดใหม่ ๆ สมุนไพรส่วนใหญ่ชาวเขามักจะไปหาเก็บเองในป่าที่อยู่ใกล้หมู่บ้าน โดยเฉพาะบริเวณที่เป็นป่าขึ้น มีลำธารไหลผ่าน

" เวลาป่วย จะกินยาป่าก่อน ถ้าไม่หายจึงจะไปหาหมออนามัย "

" ถ้าป่วยเล็กน้อย ก็จะกินยาป่าก่อน "

ยาสมุนไพรที่ชาวเขาในพื้นที่ที่ทำการศึกษารูจักและใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่

1. ยาพลวง เป็นรากไม้ชนิดหนึ่ง ขึ้นในป่าดง ที่เย็น ขึ้น ใกล้ธารน้ำ ใช้สำหรับรักษาอาการปวดเนื้อ ปวดตัว ปวดกล้ามเนื้อ แก้โรคช้ำใน ใช้เป็นยาแก้พิษ ทำให้เจริญอาหาร ในผู้ใหญ่ มีข้อห้ามใช้ในเด็ก วิธีการกินยา โดยนำเอารากไม้มาต้มกับน้ำ จะได้น้ำยาสีน้ำตาล แก้ รสขมมาก
2. ยาแก้ ใช้ส่วนเครือ หรือราก สำหรับรักษาอาการเจ็บคอ ใช้หัด ไอ ท้องเสีย อาจใช้ดื่มร่วมกับยาพลวงในการกินก็ได้

ผู้วิจัยมีโอกาสกินยาพลวงต้มที่หมู่บ้านมะ ไร่ล่าง ซึ่งในวันนั้นต้องเดินข้ามภูเขาชัน ๆ ลง ๆ อยู่ประมาณ 3 ชั่วโมง รู้สึกปวดเมื่อยตามลำตัวและแข้งขา ชาวเขาที่ไปอาศัยบ้านของเขานอน จึงต้มยาพลวงให้กิน บอกว่า แก้ปวดเมื่อยได้ดี ได้ต้มยาพลวงไปประมาณ 1 ถ้วย (100 ซีซี.) ยามีรสขมและเผ็ดมาก ต้มยาไปตอนประมาณ 3 ทุ่มกว่า ๆ หลังจากทำกลุ่มสนทนากับชาวบ้านเสร็จ ปรากฏว่า คืนนั้นทั้งคืน นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ ทั้ง ๆ ที่คืนก่อนหน้านั้น ก็นอนหลับได้ปกติ และผู้วิจัยยังได้กินยาแก้หัด (Sulidine) ไป 1 เม็ดก่อนนอนอีกด้วย

จากการศึกษาในหมู่บ้านที่พัฒนา ที่มี สสช. อยู่ใกล้บ้าน หรือมีกองทุนยาในหมู่บ้าน พบว่า ชาวเขาส่วนหนึ่ง เริ่มมีแนวโน้มในการรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น และมีบางรายที่มีทัศนคติดีตามลงต่อการใช้ยาสมุนไพร

" มีเหมือนกัน บางคนไม่ยอมกินยาป่า ก็แต่ยาหมอ "

" ยาป่ามันขม ไม่กล้ากิน กลัวตาย "

" ถ้าป่วยก็ไปกินยาหมอ มัวแต่มาต้มยาป่า เสียเวลานาน ยาหมอมักหายเร็วดี "

ซึ่งข้อมูลจากการสนทนาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณ จะเห็นได้ว่าในหมู่บ้านพัฒนาคือ บ้านห้วยตอง มีผู้ที่ตอบว่าเลือกใช้สมุนไพรเพียง 36.5% และในบ้านห้วยฮี้ ไม่มีผู้เลือกใช้สมุนไพรเลย ทั้ง ๆ ที่ในบ้านห้วยฮี้ก็ไม่มีสถานบริการสาธารณสุขตั้งอยู่ มีเพียงกองทุนยา 1 แห่ง และสถานบริการที่อยู่ใกล้หมู่บ้านต้องใช้เวลาเดินทางด้วยรถยนต์ประมาณ 1 ชั่วโมง) ดังแสดงใน ตารางที่ 11

สมุนไพรเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ถ้ารู้จักใช้อย่างถูกต้อง มีราคาถูก เพราะมีต้องไปหาซื้อ ชาวเขาสามารถเก็บหาเอาได้ตามป่า แต่ในขณะที่เดียวกันสมุนไพรก็เป็นสิ่งที่มีโทษต่อร่างกาย ถ้าไม่รู้จักการใช้อย่างถูกต้อง หรือใช้ผิดโรค สำหรับชาวกะเหรี่ยงอาจกล่าวได้ว่า เป็นกลุ่มคนที่รู้จักการใช้ยาสมุนไพรหรือยาป่ามานาน และมีการถ่ายทอดความรู้ต่อ ๆ กันมาสู่รุ่นลูกหลาน แต่จากความก้าวหน้าของการแพทย์แผนปัจจุบัน การโฆษณาชวนเชื่อถึงสรรพคุณของยารักษาโรคผ่านทางสื่อโฆษณาต่าง ๆ การที่ยาแผนปัจจุบันหาซื้อได้สะดวก ง่ายต่อการใช้ รวมถึงการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหมอเถื่อนนำเอายาแผนปัจจุบันไปใช้ในการรักษาผู้ป่วยอย่าง ไม่รู้จักแยกแยะ และบางรายยังมีการชักจูงให้ชาวเขาเลิกใช้ยาสมุนไพร โดยชี้ว่า อาจเกิดโทษต่อร่างกาย จึงยิ่งเป็นการส่งเสริมให้ชาวเขาต้องหันมาพึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบัน พึ่งพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมอเถื่อนมากยิ่งขึ้น โดยที่รัฐยังไม่สามารถกระจายการให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เข้าไปได้อย่างทั่วถึง

จากการสนทนา พบว่า กรณีที่ชาวเขาเห็นว่ามีความรุนแรง คือ ลูกเดินไม่ได้ ไม่พูดจา ไม่กินข้าว หรือชัก เป็นต้น และเชื่อว่าโรคนี้ใช้ยาสมุนไพรรักษาไม่ได้ ชาวบ้านก็จะช่วยกันห้ามส่ง (ต้องใช้คำว่า "ห้าม" เพราะไม่มีทางรถยนต์หรือแม้แต่ทางรถจักรยานเข้าถึงหมู่บ้าน) สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ที่สุด หรือบางรายอาจจะข้ามไปขอรับการรักษายัง โรงพยาบาล ปาย หรือโรงพยาบาลศรีสังวาลย์โดยตรงก็มี ถ้าเขามีประสบการณ์ว่า ทาง สอ. หรือ สสช. ที่อยู่ใกล้นั้น ไม่สามารถรักษาอาการป่วยที่รุนแรงนั้นได้ แต่นั่น หมายถึง ภาระค่าใช้จ่ายอีกมาก ที่จะตามมาในภายหลัง ฉะนั้นในบางรายที่มีฐานะยากจน ผู้ป่วยมักจะตายอยู่กับบ้าน เป็นส่วนใหญ่

ส่วนการเจ็บป่วยที่ชาวเขาเห็นว่า เป็นเรื่องเล็กน้อย ไม่รุนแรง และมีประสบการณ์ว่า ไม่ต้องรักษาที่หายเองได้ ชาวเขาก็มักจะไม่ทำการรักษา เช่น ปวดหัว ปวดตัว ปวดหลัง บางครั้งก็หยุดพักงานสักระยะหนึ่ง พอหายก็ออกไปทำงานต่อ เป็นต้น

สำหรับกลุ่มที่นับถือศาสนาคริสต์ จากการสนทนา ส่วนใหญ่มักจะบอกว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับคนในครอบครัว นอกจากการเลือกใช้บริการต่าง ๆ ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว ชาวเขาในบ้านนั้นจะทำการสวดมนต์อธิษฐานขอพรจากพระเจ้าให้ผู้ป่วยหายจากโรคพร้อมด้วยเสมอ โดยอาจให้ผู้ป่วยสวดเองหรือพ่อแม่ญาติพี่น้องสวดให้ก็ได้ ซึ่งในทางด้านจิตวิทยา อาจกล่าวได้ว่า เป็นการรักษาทางจิตใจอย่างหนึ่งที่ดีต่อทั้งตัวผู้ป่วยและญาติพี่น้องของเขา

" เวลาไม่สบาย ก็กินยาป่า แล้วก็สวดอธิฐานด้วย "

" ถ้าไม่สบายเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็สวดอธิฐาน ถ้าไม่หายจึงจะไปหาซื้อยาจาก อสม. "

ผู้วิจัยเคยเข้าไปเยี่ยมนักศึกษาที่ไปออกค่ายในพื้นที่แห่งหนึ่งในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นหมู่บ้านชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง (โปว์) ปรากฏว่า มีหญิงชาวเขารายหนึ่งกำลังไม่สบาย นักศึกษาจึงมาตามขอให้ไปช่วยตรวจดู ขณะที่เดินทางจากบ้านผู้ป่วยประมาณ 50 เมตร ได้ยินเสียงคนร้องกันระงมมาแต่ไกล เมื่อผู้วิจัยขึ้นไปบนบ้านหลังนั้น พบหญิงชาวเขาอายุประมาณ 30 ปี นอนร้องไห้ปวดท้องเป็นพัก ๆ และเดินไปเดินมาอยู่ตลอดเวลา มีไข้สูง ส่วนญาติ ๆ มีทั้งหญิงและชายประมาณ 7-8 คนบนบ้านหลังนั้น นากันตะโกนร้องให้ส่งเสียงกันดังลั่นบ้าน มีอสม. มาดูอาการให้ผู้ป่วยอยู่บนบ้านด้วย เมื่อตรวจดูแล้วคิดว่าจะฉีดยาให้ แต่ผู้วิจัยไม่มียาติดตัวไปด้วย ปรากฏว่า อสม. เอาด้ายใส่ข้าวมาเปิดให้ดู ภายในมีหนอนหลายชนิด แต่ไม่มียาที่ผู้วิจัยต้องการ ขณะที่กำลังตรวจดูผู้ป่วยอยู่ สามีของผู้ป่วยก็เอาเทพคำสวดมนต์ (ศาสนาคริสต์) เป็นภาษากะเหรี่ยงมาเปิดใกล้ ๆ หูของผู้ป่วย และปากก็กล่าวคำสวดมนต์ร่วมไปด้วย จึงเห็นได้ว่า ชาวเขาที่นับถือคริสต์ มีความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเคารพบูชา และสวดมนต์อธิษฐานขอให้พระเจ้าช่วยเหลือในยามที่ตนเองประสบกับความเดือดร้อนหรือการเจ็บป่วย ซึ่งลักษณะเช่นนี้ไม่ค่อยจะพบในชาวเขาที่นับถือศาสนาพุทธ

ส่วนในกลุ่มที่นับถือผี จากการศึกษา พบว่า เวลาที่เกิดการเจ็บป่วยไม่สบาย ญาติจะพาผู้ป่วยไปหาหมอผีประจำหมู่บ้าน เพื่อให้หมอผีให้คำแนะนำและทำการรักษาโดยการทำพิธีเลี้ยงผี ถ้าเห็นอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่รุนแรงก็จะใช้ไก่ ถ้าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงก็ต้องใช้หมู และใช้เงินเป็นค่าทำพิธีเล็ก ๆ น้อย ๆ ในขณะที่ทำพิธีนั้น สมาชิกทุกคนในครอบครัวจะต้องมาอยู่ร่วมในพิธีเลี้ยงผีให้ครบ มิฉะนั้นจะต้องทำการเลี้ยงผีใหม่ จากการสัมภาษณ์หมอผีประจำหมู่บ้าน และหัวหน้าครอบครัว ได้รับคำบอกไว้ว่า

" โรคทุกโรครักษาได้หมด โดยการเลี้ยงผี "

" ที่แรกใช้ไก่ก่อน ถ้าเจ็บมาก ๆ ก็ใช้หมู ถ้าไม่หายจึงจะกินยา "

" นอกจากหมูกับไก่ ก็เสียเงินด้วย ถ้าเจ็บน้อย ๆ เสีย 5 บาท ถ้าเจ็บมาก ก็เสีย 40-50 บาทก็มีนะ "

แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าชาวเขากลุ่มนี้ ยังคงมีวิธีการรักษาตนเอง โดยใช้หลายวิธีผสมกัน คือ เลี้ยงผีแล้วก็กินยาสมุนไพรร่วมด้วย ถ้าเห็นว่าอาการไม่ดีขึ้นก็มักจะไปที่ สอ/สสช. หรือถ้าอาการหนักก็จะข้ามไปยัง โรงพยาบาลโดยตรง และถ้าอยู่โรงพยาบาลรักษาแล้วยังไม่ดีขึ้นอีกภายใน 1-2 วัน ญาติก็จะชวนผู้ป่วยกลับมาทำพิธีเลี้ยงผีต่อที่บ้านอีกครั้งหนึ่ง ในบางรายที่แพทย์ไม่ยินยอมให้กลับ ญาติก็มักจะนำผู้ป่วยหลบหนีออกไปจากโรงพยาบาลอยู่เสมอ

ในสมัยที่ผู้วิจัยเป็นแพทย์อยู่โรงพยาบาลออด จังหวัดเชียงใหม่ มักจะมีชาวกะเหรี่ยงที่เจ็บป่วยหนักมาขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลอยู่เสมอ ในกลุ่มชาวกะเหรี่ยงที่นับถือผี เมื่อมานอนป่วยอยู่ที่โรงพยาบาล และให้การรักษาไปได้ประมาณ 2-3 วัน หากอาการยังไม่ดีขึ้น หรือเพียงแค่ทุเลา ญาติมักจะขออนุญาตนำผู้ป่วยกลับไปทำพิธีเลี้ยงผีต่อที่บ้าน เมื่อแพทย์ไม่ยอมให้กลับ และบอกให้ญาติไปเชิญผีและหมอมผีมาทำพิธีที่โรงพยาบาลก็ได้ ส่วนใหญ่จะไม่ยอม สุดท้ายมักจะลงเอยด้วยการที่ญาติพาผู้ป่วยหนีออกจาก โรงพยาบาล เวลาที่เจ้าหน้าที่เผลอ เป็นประจำ

จากการสัมภาษณ์ เจาะลึกกับชาวบ้าน และการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ พบว่า ชาวเขาในพื้นที่บางส่วนไม่ว่าจะนับถือศาสนาอะไร ยังมีความเชื่อในวิธีการรักษาโรคบางอย่างที่แปลก ๆ พิสดาร อาทิเช่น

" ถ้าเป็นแทยพลอยด์ ผู้ป่วยจะมีไข้สูง เราจะเอาผ้าพันนิ้วผู้ป่วยทั้ง 10 นิ้ว ให้เหลือโผล่เฉพาะปลายนิ้ว จากนั้นก็จะให้มีดกรีดบริเวณปลายนิ้วทั้ง 10 นิ้ว ให้เลือดออก ถ้าเลือดออกมากใช้ก็จะยิ่งลด "

" เวลาเป็นโรคท้องร่วง และสงสัยว่าเป็นจากอาหาร ก็จะเอาอาหารที่สงสัยว่าเป็นต้นเหตุไปเผาไฟจนไหม้เป็นขี้เถ้า แล้วเอาขี้เถ้านี้มาผสมน้ำดื่ม ถือเป็นกาณ์แก้เคล็ด "

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า ความเชื่อในเรื่องการเจ็บป่วยและพฤติกรรมกาณ์เสือกใช้แบบแผนการรักษาตนเองเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยของชาวเขาใน ตำบลห้วยปูลิง มีรูปแบบที่หลากหลาย มีทั้งพฤติกรรมในการรักษาดูแลที่ดี และที่เสี่ยงต่อสุขภาพของตน บางส่วนยังคงมีความเชื่อที่ค่อนข้างจะล้าหลัง และวิธีการรักษาบางอย่างที่มีอันตรายต่อตนเองอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่บ้านล้าหลัง การรณรงค์ให้ความรู้แก่ชาวบ้านในเรื่อง โรคภัยไข้เจ็บ การรักษาตนเองอย่างง่าย ๆ เมื่อยามเจ็บป่วยด้วยเทคนิควิธีการที่ถูกต้องอย่างง่าย ๆ มีราคาถูกและเหมาะสมกับชาวบ้าน เป็น

สิ่งที่ควรจะได้รับ การส่งเสริมและเผยแพร่ให้กว้างขวาง โดยเฉพาะกับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงและเกิดบ่อย ๆ ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ควรจะต้องทำให้เป็นเรื่องที่ง่ายสำหรับชาวเขาที่จะรู้ได้ พร้อม ๆ กับการศึกษาวิจัยเพื่อนำเอาประสบการณ์การรักษาในตนเองเกี่ยวกับการรักษาแบบพื้นบ้านที่ปลอดภัยมาใช้ให้มากที่สุด ความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่อยู่ในวิสัยที่ชาวเขาจะช่วยตัวเอง ได้จะต้อง ไม่ถูกทำให้ เป็นเรื่องยาก จนทำให้ชาวเขาไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างสิ้นเชิงในอนาคต การกระจายสถานบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึง รวมถึงการรู้จักเลือกใช้สมุนไพรอย่างเหมาะสม น่าจะมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ชาวเขาเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในอนาคต

2. กองทุนยากับการดูแลสุขภาพตนเอง

จากการสำรวจ พบว่า ในพื้นที่ที่ศึกษามี 3 หมู่บ้านที่มีกองทุนยาและยังคงเปิดดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ บ้านห้วยตอง บ้านห้วยฮี้ และบ้านมะโงบน

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ที่รู้จักกองทุนยา 97.4% จะเคยซื้อยาจากกองทุนยาเมื่อเจ็บป่วย แม้แต่ในหมู่บ้านมะโงล่างซึ่ง ไม่มีกองทุนยาดังอยู่ เมื่อชาวเขาเจ็บป่วย บางส่วนยังเดินไปซื้อยาจากกองทุนยาที่บ้านมะโงบน โดยใช้ระยะเวลาเดินเท้าประมาณ 30 นาที สำหรับในหมู่บ้านห้วยตอง พบว่า มีผู้ให้สัมภาษณ์ถึง 41.9% ที่ไม่ทราบว่า มีกองทุนยาในหมู่บ้านของตนหรือไม่ ส่วนในหมู่บ้านหนองขาว หนองและห้วยหมูนซึ่ง ไม่มีกองทุนยาอยู่ในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ผู้ให้สัมภาษณ์ทราบว่า ไม่มีกองทุนยาในหมู่บ้านของตน ดังแสดงใน ตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ในแต่ละหมู่บ้าน จำนวนตามการรู้จักว่ามี/ไม่มี กองทุนยาในหมู่บ้านและการซื้อยาจากกองทุนยา

ระดับ	ชื่อบ้าน	หลังคาเรือน ทั้งหมด	กองทุนยา	รู้จักว่ามี		รู้จักว่า ไม่มี	ไม่ทราบ
				เคยซื้อ	ไม่เคยซื้อ		
1	ห้วยตอง	74	มี	41	2	-	31
1	ห้วยอี	23	มี	23	-	-	-
2	ห้วยหมื่น	14	ไม่มี	-	-	13	1
2	หนองขาวเหนือ	11	ไม่มี	-	-	10	1
3	มะ โงบน	7	มี	7	-	-	-
3	มะ โงล่าง	11	ไม่มี	3	-	-	8
รวม		140		74 (97.4%)	2	23	41

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ชาวเขาส่วนใหญ่รู้จักว่า กองทุนยาคืออะไร ทั้งในหมู่บ้านที่มีกองทุนยาอยู่แล้วหรือหมู่บ้านที่ยัง ไม่มีกองทุนยา โดยในหมู่บ้านที่ยัง ไม่มีกองทุนยามักจะเคยไปเห็นหรือเคยซื้อยาจากกองทุนยาในหมู่บ้านข้างเคียง บางรายทราบจากผู้นำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิธีการจัดตั้งกองทุนยาส่วนใหญ่ผู้ใหญ่บ้านจะใช้วิธีประชุมตกลงกับลูกบ้าน แล้วจึงเก็บเงินค่าหุ้นจากชาวบ้าน โดยส่วนมากจะเก็บหลังคาเรือนละ 20 บาท ถ้ารายใดยากจน ก็จะไม่เก็บน้อยกว่านี้ จากนั้นกรรมการก็จะติดต่อซื้อยาผ่านทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในพื้นที่เป็นส่วนใหญ่ มีเฉพาะหมู่บ้านหลักเท่านั้นที่ได้รับยาสมทบจากทางสาธารณสุข ในการจัดตั้งกองทุนยาขึ้นใหม่ ส่วนหมู่บ้านบริวาร ถ้าหากเป็นกองทุนยาจัดตั้งใหม่ มักจะได้รับยาสมทบเพียงเล็กน้อยหรือไม่ได้รับเลยก็มี ผู้ที่ขายยามักเป็น อสม. หรือ ผสส. ที่ได้รับการอบรมจากทางจังหวัด

ในหมู่บ้านห้วยตองมีการจัดตั้งกองทุนยา โดยหน่วยงานทางศาสนาคริสต์ ซึ่งชาวเขาเรียกชื่อว่า K B C ย่อมาจาก Karen Baptist Co-operation โดยทางหน่วยงานนี้จะเอาชาวเขาจำนวนหนึ่งจากหมู่บ้านไปอบรมเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บและการใช้ยาเบื้องต้นประมาณ 1-2 สัปดาห์ ที่อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน จากนั้นทาง KBC จะจัดยาฟรีมาให้จำนวนหนึ่ง โดยทางชาวบ้านไม่ได้ร่วมลงทุนสมทบการจัดตั้งกองทุนยาดังกล่าวเลย จากการสัมภาษณ์ผู้ขายยา บอกว่า

“ ยาที่ได้มา บางส่วนก็ได้ขาย บางส่วนก็แจกฟรี แต่ตอนนี้ยาหมดแล้ว ยังไม่รู้ว่าจะเอายามาจากไหน รอเขาส่งมาให้ใหม่ ”

ในหมู่บ้านมะโงบน มีการจัดตั้งกองทุนยา โดยการเก็บเงินชาวเขาหลังคาละ 20 บาท ผู้ที่ขายยาเป็น ผสส. และปัจจุบันเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านอีกตำแหน่งหนึ่งด้วย กองทุนยาดังอยู่ที่บ้านของ ผสส. เมื่อชาวบ้านเจ็บป่วยก็จะไปซื้อยาที่บ้าน การซื้อยาเข้ากองทุนจะไว้ชื่อที่จังหวัดประมาณปีละ 2 ครั้ง จากการขอข้อมูลของกองทุนยาที่บ้านของ ผสส. พบว่ามียาเหลืออยู่เพียงเล็กน้อย โดยเอายาแบ่งใส่ไว้ในซองยาเป็นซอง ๆ เก็บรวมไว้ในถุงพลาสติกใหญ่ใบหนึ่ง โดยไม่ได้มีตู้เก็บยาโดยเฉพาะ เมื่อขอลงสมุดบัญชีพบว่าไม่ได้จำหน่ายมานานหลายเดือนแล้ว เนื่องจากยาที่ใช้บ่อยหมดไปหลายชนิด การทำบัญชียาและการขายยายังมีข้อบกพร่องอยู่มาก อีกทั้งผู้ขายยาก็จะลาออก ขอเปลี่ยนกรรมการใหม่เพราะมีงานอื่นมากและเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านอีกตำแหน่งหนึ่งด้วย แต่ก็ไม่มีใครยอมมาเป็นแทน

จากการสนทนากับหมู่บ้านที่ไม่มีกองทุนยา ส่วนใหญ่อยากจะให้มีไว้ในหมู่บ้านของตน เนื่องจากเห็นว่า มีประโยชน์ เวลาไม่สบายจะได้มียากินรักษา และเคยไปเห็นตัวอย่างกองทุนยาที่หมู่บ้านอื่น ถ้าหากจะต้องเก็บเงิน คิดว่าจะเข้าร่วม แต่อยากจะให้ทางความช่วยเหลือสนับสนุนยาเพิ่มเติม และอบรมผู้ขายยาให้ด้วย

“ กองทุนยาน้อยอยากได้ แต่ไม่มีเงิน ”

“ ถ้าจะตั้งกองทุนยา และเก็บเงินคนละ 10 - 20 บาท คิดว่า ชาวบ้านน่าจะเอา ”

“ เคยถามลูกบ้าน ส่วนใหญ่บอกว่า อยากได้กองทุนยา ”

อาจกล่าวได้ว่า การจัดหายาที่จำเป็นให้มีไว้ใช้ตลอดเวลาในหมู่บ้าน น่าจะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป วิธีการจัดตั้งกองทุนยาประจำหมู่บ้านนับเป็นกลวิธีหนึ่งที่ทางหน่วยงานสาธารณสุขดำเนินการอยู่ แต่อย่างไรก็ตาม การที่จะให้กองทุนยาดำเนินกิจการอยู่ได้โดยตลอด มียาที่ปลอดภัย ผู้ขายยามีความรู้ที่ถูกต้องในการให้ยาเบื้องต้น กรรมการกองทุนรู้จักวิธีการทำบัญชีอย่างง่าย ๆ คงต้องอาศัยการสนับสนุนจากหน่วยงานสาธารณสุขอย่างมาก อาทิเช่น การนิเทศงาน การฝึกอบรมผู้ขายยาเป็นระยะ การช่วยในการจัดหายาให้มีหมุนเวียนอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ควรจะผสมผสานไปพร้อมกับการให้ความรู้ การให้สุขศึกษา แก่ประชาชน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี แต่ทั้งนี้ จะต้องยึดหลักในการที่ชาวเขาสามารถพึ่งพาตนเองได้ และไม่ทำลายพฤติกรรมของการดูแลสุขภาพตนเองที่ติดอยู่แล้วในบางอย่าง อาทิเช่น การใช้สมุนไพรที่ปลอดภัย และได้ผล การใช้สมุนไพรบางอย่างในการประกอบอาหาร การส่งเสริมดูแลสุขภาพของตนและครอบครัว เป็นต้น จึงน่าจะมีส่วนทำให้กองทุนยาเป็นที่เชื่อถือของชาวเขาและเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงแก่ชาวเขาผู้อยู่ห่างไกลในอนาคต

3. ความเชื่อเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงและพฤติกรรมการรักษาตนเอง

ข้อมูลจากการศึกษาเชิงปริมาณในพื้นที่ 6 หมู่บ้าน ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ 53.6% รู้สาเหตุว่าเกิดจากการกินอาหารหรือดื่มน้ำที่ไม่สะอาด โดยในกลุ่มบ้านที่พัฒนา ผู้ให้สัมภาษณ์ตอบถูกมากกว่า 50% ในขณะที่กลุ่มบ้านล้าหลังส่วนใหญ่ตอบถูกต่ำกว่า 40% ยกเว้นบ้านมะโงล่าง ดังแสดงใน ตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์ที่รู้สาเหตุของโรคอุจจาระร่วง

ระดับ	ชื่อบ้าน	หลังคาเรือนทั้งหมด	จำนวนที่รู้สาเหตุ (%)
1	ห้วยตอง	74	42 (56.8)
1	ห้วยอี	23	18 (78.3)
2	ห้วยหมอน (เทาเื่อ)	14	3 (21.4)
2	หนองขาวเทาเื่อ	11	4 (36.4)
3	มะโงบน	7	1 (14.3)
3	มะโงล่าง	11	7 (63.6)
	รวม	140	75 (53.6)

เมื่อสอบถามถึงวิธีการรักษาโรคอุจจาระร่วงในผู้ป่วยในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาโดยการให้สารละลายเกลือแร่ ORS พบว่า มีการใช้ ORS เฉพาะในหมู่บ้านพัฒนา คือ บ้านห้วยตอง คิดเป็น 18.2% และบ้านห้วยอี คิดเป็น 100.0% ส่วนหมู่บ้านอื่นนั้นไม่มีการใช้ ORS ในการรักษาโรคอุจจาระร่วงในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ดังแสดงใน ตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงที่รักษาโดยการใช้ ORS ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ระดับ	ชื่อบ้าน	จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง	จำนวนที่ใช้ ORS (%)
1	ห้วยตอง	66	12 (18.2)
1	ห้วยขี้	4	4 (100.0)
2	ห้วยหมอบน (เหนือ)	15	0
2	หนองขาวเหนือ	6	0
3	มะโงบน	3	0
3	มะโงล่าง	7	0
	รวม	101	16 (15.8)

สำหรับในกลุ่มที่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง เมื่อสอบถามถึงแหล่งที่มาของความรู้ในเรื่องดังกล่าว โดยให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ พบว่า 76.0% ทราบจาก สื่อ./สสช. 20.0% ทราบจาก รพ./นสค. และ 18.7% ทราบจากเพื่อนบ้าน ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 15

ตารางที่ 15

แหล่งของความรู้เรื่อง โรคอุจจาระร่วงของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ทราบสาเหตุของโรค

ระดับ	ชื่อบ้าน	จำนวนที่รู้	สอ./สสช.	รพ./นสค.	เพื่อนบ้าน	วิทยุ	อสม./ผสส	ครู
1	ห้วยตอง	42	32	7	8	7	-	4
1	ห้วยยี่	18	15	8	1	4	5	2
2	ห้วยหมอน	3	1	-	2	-	-	-
2	หนองสาวเหนือ	4	1	-	1	1	-	-
3	มะโงบน	1	1	-	1	1	-	-
3	มะโงล่าง	7	7	-	1	-	-	-
รวม		75	57	15	14	13	5	6
			(76.0%)	(20.0%)	(18.7%)	(17.3%)	(6.7%)	(8.0%)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความเชื่อในเรื่องสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง และพฤติกรรมการดูแลรักษาตนเองของชาวเขาในพื้นที่ที่ศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เชื่อว่าเกิดจากการกินอาหารผิด อาหารไม่สะอาด หรือกินน้ำที่ไม่สะอาด ยกเว้นในกลุ่มที่ถือผี มีแนวโน้มนៃของความเชื่อว่าจะอาจเกิดจากการผิดผี หรือเป็นสิ่งลี้ลับ ชาวเขบางรายที่สันทนบอกว่

" ไม่ทราบว่เกิดได้อย่างไร กินอาหารก็สะอาด น้ำก็ดื่ม ก็ยังเป็นเลย "

" ท้องร่วงนี้เกิดจากกินของผิด ของเน่า "

" กินของเปรี้ยว ท้องจะเสีย บางทีไม่กินอะไร ท้องยังเสียเลย "

ส่วนในเรื่องการดูแลรักษา มีลักษณะแตกต่างกัน มักจะขึ้นกับหมู่บ้าน ถ้าอยู่ใกล้ สอ /สสช. ก็มักจะซื้อยามากิน หรือซื้อยาจากกองทุนยา(ถ้ามี) บางรายก็ใช้ยาสมุนไพรในการรักษา ร่วมด้วย สำหรับการรักษาด้วย ORS นั้น ชาวบ้านที่เคยมีประสบการณ์ในการไปรับการรักษา จาก สอ./สสช. จะรู้จัก ORS และบางรายบอกว่ เคยไปซื้อกับ อสม. แต่มีหลายรายบอกว่ ไม่

รู้จัก ORS หรือไม่เคยได้ยินมาก่อน โดยเฉพาะในหมู่บ้านลำหลัง

- " ท้องร่วงกึเยาของกองทุน มันเร็วหน้อย ไบหายาปา หาไม่เจอ "
- " รู้จัก ORS เพราะว่าหมอบอก เคยใช้บางครั้ง "
- " เคยได้ยินหมอบุตุเรื่อง ผสม น้ำ น้ำตาล เกลือ แต่ไม่เคยทำกิน "
- " ORS ไม่เคยรู้จัก ไม่เคยได้ยิน "

มีบางราย ที่มีวิธีการรักษาโรคอุจจาระร่วง ๓ ร่วมด้วย

" ถ้าท้องร่วง ก็จะไปเอาน้ำต้มลูกมดแดงกับเปลือกไม้ 2-3 อย่าง อาจใส่ใบฝรั่งลงไปด้วย แต่เวลาไปเก็บเปลือกไม้และเวลาต้มยา ห้ามไม่ให้ใครเห็น เพราะจะทำให้รักษาแล้วไม่ได้ผล "

จากการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณในด้านลห้วยบุ่ง พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในระยะเวลา 1 เดือน เท่ากับ 12.4 % จึงกล่าวได้ว่า โรคอุจจาระร่วงเป็นโรคที่พบได้บ่อยในพื้นที่ตำบลลห้วยบุ่ง ชาวเขามีแนวโน้มนที่จะพึ่งพิงยาแผนปัจจุบันมากขึ้น มากกว่าที่จะใช้ ORS หรือผสมสารละลายน้ำตาลเกลือแร่กินเอง ฉะนั้นการที่จะให้ความรู้เรื่องโรคอุจจาระร่วง และการดูแลรักษาตนเองเบื้องต้น โดยเฉพาะการเตรียมสารละลายเกลือแร่กินภายในครอบครัว จึงเป็นสิ่งจำเป็น สูตรของสารละลายเกลือแร่ที่เหมาะสม อาจใช้สูตรน้ำตาลทราย 1 ช้อนโต๊ะ เกลือ 2 หยิบนิ้วมือ ผสมน้ำ 1 แก้ว (240 มล.) ในกรณีที่หาน้ำตาลในหมู่บ้านไม่ได้ อาจใช้สูตร ข้าวสาร 1 ช้อนโต๊ะ ใส่น้ำ 3 แก้ว (800 มล.) ตั้งไฟต้มจนเดือดและเคี่ยวต่อจนเม็ดข้าวแตกและเปื่อย มีลักษณะเหมือนโจ๊ก จากนั้นเติมเกลือลงไป 2 หยิบนิ้วมือ ซึ่งพบว่า มีประสิทธิภาพดีกว่าสูตรแรกอีกด้วย การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคจะต้องควบคู่ไปพร้อมกับการรักษา โดยการเปลี่ยนแปลงในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมให้ การเปลี่ยนแปลงสุขนิสัยส่วนบุคคลให้ถูกสุขลักษณะ อันเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีและช่วยในการป้องกันโรคที่ได้ผล

4. ความเชื่อเกี่ยวกับโรคพยาธิและความต้องการส้วม

จากการเก็บตัวอย่างอุจจาระของชาวเขาในหมู่บ้านทั้ง 6 แห่ง จำนวน 349 ราย คิดเป็น 41.7% ของประชากร ตรวจพบชาวเขาที่มีการติดเชื้ของพยาธิในลำไส้ รวม 220 คน คิดเป็น 63.0 % โดยเป็นชาย 48.2% และเป็นหญิง 51.8% พบว่า หมู่บ้านระดับ 1 มีอัตรา

การติดเชื้อ พยาธิในลำไส้ 47.1-49.5% หมู่บ้านระดับ 2 มีอัตราการติดเชื้อ 79.2-97.6% และหมู่บ้านระดับ 3 มีอัตราการติดเชื้อ 85.7-94.3 % ดังแสดงใน ตารางที่ 16

ตารางที่ 16 จำนวนอุจจาระของชาวเขาที่ตรวจพบเชื้อปรสิตในลำไส้ใน 6 หมู่บ้าน ตำบลห้วยปูลิง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พ.ศ. 2533

ระดับ	ชื่อบ้าน	จำนวน ประชากร	จำนวนที่ตรวจ			จำนวนที่พบ			ร้อยละ
			ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	
1	ห้วยดอง	424	60	59	119	27	29	56	47.1
1	ห้วยฮี้	143	54	55	109	25	29	54	49.5
2	ห้วยหมอบ	81	18	23	41	17	23	40	97.6
2	หนองขาวเหนือ	70	11	13	24	8	11	19	79.2
3	ห้วยมะโงบน	45	12	9	21	11	7	18	85.7
3	ห้วยมะโงล่าง	73	20	15	35	18	15	33	94.3
	รวม	836	175	174	349	106	114	220	63.0
					41.7%	48.2%	51.8%		

เมื่อพิจารณาชนิดของเชื้อพยาธิในลำไส้ที่ตรวจพบในอุจจาระ จำแนกตามระดับการพัฒนาของหมู่บ้าน พบว่า พยาธิไส้เดือน (*Ascaris lumbricoides*) พบมากเป็นอันดับ 1 ในทั้ง 2 กลุ่ม คือ หมู่บ้านระดับ 1 พบ 46.6% หมู่บ้านระดับ 2 และ 3 พบ 78.4% และตรวจพบพยาธิปากขอ (*Hookworm*) ในหมู่บ้านระดับ 1 คิดเป็น 6.0% ส่วนหมู่บ้านระดับ 2 และ 3 พบพยาธิปากขอเป็นอันดับ 2 คิดเป็น 12.8% ดังแสดงใน ตารางที่ 17

ตารางที่ 17

ประเภทของหมูบ้านกับชนิดของเชื้อพยาธิในลำไส้ที่ตรวจพบในชาวเขาใน
6 หมูบ้าน ตำบลห้วยบุ่ง อำเภอมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พ.ศ. 2533

ชนิดของเชื้อ พยาธิในลำไส้	หมูบ้านระดับ 1		หมูบ้านระดับ 2,3	
	จำนวน	%	จำนวน	%
<i>Ascaris lumbricoides</i>	54	46.6	98	78.4
Hookworm	7	6.0	16	12.8
<i>Trichuris trichiura</i>	45	38.8	11	8.8
<i>Taenia spp.</i>	4	3.4	0	0
<i>Entamoeba coli</i>	5	4.3	0	0
<i>Giardia lamblia</i>	1	0.9	0	0
รวม	110	100.0	125	100.0

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ส่วนใหญ่จะรู้จักตัวเองว่าเป็นโรคพยาธิ ก็ต่อเมื่อถ่าย
อุจจาระออกมาเป็นพยาธิตัวยาว ๆ บางรายเชื่อว่า เกิดมาจากอาหารที่กินเข้าไป แต่ไม่ทราบ
ว่า อาหารประเภทใด มีเฉพาะบางรายที่ตอบว่า เกิดจากการกินเนื้อดิบ ทราบจากหมอบอก แต่
บางรายก็สงสัยเหมือนกันว่า ตัวพยาธิเข้าไปอยู่ในท้องได้อย่างไร

" พยาธิมีหลายอย่าง เล็กก็มี ใหญ่ก็มี "

" พยาธิเกิดจากของกิน กินเนื้อดิบ เนื้อไก่ดิบก็มี "

" พยาธิเกิดจากกินที่พื้น หมอบอกว่ามีหมอบอก "

" บางคนว่า มันเกิดอยู่ในท้อง มันเป็นเอง เด็ก ๆ ไม่กินเนื้อดิบ ยังเป็นเลย "

เมื่อถามเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่มีพยาธิในลำไส้ ชาวเขาส่วนใหญ่เชื่อว่า ถ้ามีพยาธิลำไส้อยู่ในตัว ท้องของผู้ป่วยจะโต เจ็บท้องบ่อย ๆ เวลาทำงานมักจะเหนื่อยง่าย ในเด็กมักจะคันทวาร เป็นต้น มีบางรายมีความรู้สึกกลัวการเป็นโรคพยาธิอย่างมาก ในขณะที่บางรายไม่รู้สึกกลัว และไม่เคยรักษาหรือกินยาถ่ายพยาธิเลย

- " ถ้ามีพยาธินี้ ท้องจะใหญ่ เจ็บท้อง ไปไหน มาไหนก็จะเหนื่อย "
- " เป็นพยาธินี้กลัว ถ้ามีมาก มันใจไม่ดี อาเจียน ออกมาทางปากเลยก็มีนะ "
- " มีพยาธิอยู่ แต่ไม่เคยกินยา มันหายไปเอง "

สำหรับวิธีการรักษาตนเอง ส่วนใหญ่จะซื้อยาถ่ายพยาธิกิน โดยบางรายไปซื้อจาก สอ./สสช. หรือกองทุนยาของหมู่บ้าน บางรายไปตุ้ระในเมืองแม่ฮ่องสอนก็จะซื้อจากร้านขายยา ชาวเขามองคนซื้อยาถ่ายพยาธิกินเป็นประจำ แต่บางรายก็ไม่รักษา สำหรับการให้ยาสมุนไพร บางบ้านบอกว่าใช้ยาสมุนไพรได้ แต่บางบ้านบอกว่า ไม่ได้

- " กินยาถ่ายพยาธิหลายครั้งแล้ว ก็ยังเป็นอยู่ ไม่รู้ว่ามาจากไหน "
- " ไม่กินยา เพราะหาหาไม่ได้ "
- " พยาธินี้ ไม่มียาปา ต้องให้ยาหมอ "
- " ถ้าเป็นพยาธิ ให้ต้มยาหลวงกิน สัก 2-3 วัน ก็จะถ่ายออกมาเป็นตัว "

ความต้องการมีส่วนร่วมกับการป่วยเป็นโรคพยาธิหรือโรคอุจจาระร่วง

จากการเก็บข้อมูล พบว่า ชาวเขาในบ้านห้วยตองมีส่วนร่วม คิดเป็น 36.5% ของหลังคาเรือน และในบ้านห้วยอ้อมมีส่วนร่วม คิดเป็น 82.6% ของหลังคาเรือน ส่วนหมู่บ้านที่เหลือไม่มีส่วนร่วมให้ในหมู่บ้าน ดังแสดงใน ตารางที่ 18

ตารางที่ 18

จำนวนหลังคาเรือนในแต่ละกลุ่มบ้านที่มีส้วมใช้

ระดับ	ชื่อบ้าน	หลังคาเรือนทั้งหมด	จำนวนที่มีส้วมใช้(%)
1	ห้วยตอง	74	27 (36.5)
1	ห้วยอี	23	19 (82.6)
2	ห้วยหมอบ (เหนือ)	14	-
2	หนองขาวเหนือ	11	-
3	มะโงบน	7	-
3	มะโงล่าง	11	-
	รวม	140	46 (32.6)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ เมื่อถามชาวเขาเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีส้วม คำตอบที่ได้รับมักจะเป็นในเรื่องของความสะอาดความสะดวกสบาย หรือตอบในเรื่องของการตัดโรคที่อาจจะเกิดได้จากยุงกัดเวลาไปถ่ายในป่า เช่น ไข้มาเลเรีย และการป้องกันไม่ให้สัตว์เลื้อยไปกินอุจจาระของคนที่กำลังถ่ายทิ้งไว้ ทำให้เวลาคนไปกินเนื้อของสัตว์เลื้อยนั้น อาจจะเป็นสาเหตุให้ติดโรคได้ง่าย มีเพียงส่วนน้อยที่บอกว่า สามารถช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วงหรือโรคพยาธิได้ แต่มีบางรายที่ไม่รู้ว่า การมีส้วมมีประโยชน์อย่างไร ทำไมจะต้องมีส้วม นอกจากนี้ในบางบ้านที่มีส้วมใช้ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุบางส่วน โดยเฉพาะผู้หญิงแก่ มักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีส้วม และยังคงไม่ยอมใช้ส้วมที่บ้าน

" มีส้วมที่เดินะ ไม่ต้องเดินไกล ฝนตกก็ไม่เปียก "

" มีส้วมแล้วแมลงวันจะไม่มามาก "

" ถ้าไปชี่ในป่า ยุงจะกัด ทำให้เป็นมาเลเรียได้ "

" ถ้าชี่ไปเรื่อย หมูไก่ที่เลี้ยงไว้ก็กินที่เรา เราไปกินหมูไก่ เราก็จะเป็นโรคพยาธิได้ "

" ส้วมนี้สร้างแล้ว ส่วนใหญ่ใช้นะ มีผู้หญิงแก่ที่ไม่ยอมใช้ อย่างเมียที่บ้านผมเนี่ยไม่

ค่อยใช้ เขากลับ เขาวางมันเหม็น จริง ๆ แล้วมันไม่เหม็นนะ ล้างดีแล้ว "

" ผู้เขาไปสร้างส้วมทุกวัน ก็ดำผู้ว่า สร้างไปทำไม ไม่มีประโยชน์ไปทำงานทำการอย่างอื่นดีกว่า "

เมื่อสอบถามเกี่ยวกับความต้องการมีส้วม ส่วนใหญ่จะตอบว่า อยากได้ อยากมี แต่ไม่มีเงินที่จะซื้อหัวส้วม จาก ตารางที่ 18 จะเห็นว่า มีเพียง 2 หมู่บ้าน (ระดับ 1) เท่านั้นที่ ชาวเขาส่วนหนึ่งมีส้วมให้ ซึ่งจากการสอบถามชาวบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ พบว่า ในหมู่บ้านห้วยดอง ส้วมที่ได้นั้น ส่วนใหญ่มาจากการจัดสรรของทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (มีผู้บริจาคผ่านทาง สสจ. เป็นหัวส้วมยี่ห้อ KARAT สีขาวอย่างดี) โดยทาง สอ./สสช. ให้หลังคาเรือนที่ต้องการอยากได้ส้วมออกเงินสมทบด้วยส่วนหนึ่งเพื่อนำเงินไปใช้เป็น "กองทุนหัวส้วม" ในการขยายจำนวนต่อไป ส่วนในหมู่บ้านห้วยอี ใช้วิธีการช่วยเหลือตนเอง โดยผู้นำหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการกระตุ้นให้ชาวบ้านสร้างส้วม และจัดหาหัวส้วมราคาถูกลงมาให้ โดยเจ้าของบ้านเป็นผู้จ่ายเงินเอง ในหมู่บ้านทั้งสองแห่งนี้มีระบบน้ำประปาภูเขาใช้ภายในหมู่บ้าน มีน้ำใช้ตลอดปี จึงน่าจะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมการสร้างส้วมของชาวเขาด้วย สำหรับที่เหลืออีก 4 กลุ่มบ้านนั้น ไม่มีส้วมใช้เลย บางหมู่บ้านมีปัญหาเรื่องขาดแคลนน้ำในบางฤดูกาล

จากการสนทนา พบว่า ในหมู่บ้านที่พัฒนา หลาย ๆ คนอยากจะได้ส้วมอย่างเพื่อนบ้าน แต่ไม่มีเงินลงทุน บางรายก็รอที่จะได้หัวส้วมฟรีหรือหัวส้วมราคาถูกจากทางการเช่นเดียวกับบ้านอื่น ในขณะที่หมู่บ้านซึ่งไม่มีส้วมใช้เลยนั้น บางรายก็อยากได้ส้วมราคาถูกเช่นเดียวกับหมู่บ้านข้างเคียง บางรายบอกว่าไม่มีเงินซื้อหัวส้วม แต่ถ้าให้ก็จะเอา มีอยู่หนึ่งรายบอกว่า มีเงินพอ แต่ไม่อยากจะสร้าง กลัวจะดีกว่าบ้านอื่น เพราะมันจะไม่เหมือนบ้านอื่น

" อยากมีส้วมนะ แต่ไม่มีเงิน "

" สร้างส้วมเพราะหมอละมาทำให้ ถ้าหมอไม่ให้ก็ไม่สร้างหรอก "

" ไม่มีส้วมใช้ที่บ้าน ไม่อยากทำคนเดียว เพราะกลัวจะดีกว่าคนอื่น "

จากการสัมภาษณ์ผู้นำหมู่บ้าน บางรายกล่าวว่า

" ส้วมนี่ต้องสั่งให้เขาบ้าง ถ้าไม่สั่งเขาก็ไม่ทำ ไม่ตื่นตัว "

กล่าวได้ว่า การป่วยเป็นโรคพยาธิและโรคทางเดินอาหารนั้น มีความสัมพันธ์กับ เรื่องของการสุขาภิบาล และการอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การมีส้วม และการรู้จักใช้ส้วมอย่าง ถูกสุขลักษณะ การเลี้ยงสัตว์เลี้ยง เช่น หมู ไก่ ให้เป็นที่เป็นทาง ไม่เที่ยวเดินเล่นผ่านถ่ายมูล ท่วมบ้าน การเลือกรับประทานอาหารและน้ำดื่มที่สะอาด และการมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี ไม่ว่าจะเป็นการรักษาความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้าที่สวมใส่ และการสวมใส่รองเท้า เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ นับเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของเจ้าหน้าที่ของรัฐจากหน่วยงานต่าง ๆ รวมถึงกลุ่ม ผู้นำชาวเขาของแต่ละพื้นที่ การที่จะแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิและ โรคติดต่อจากอาหารและน้ำ ในชาวเขานับเป็น เรื่องที่ค่อนข้างจะสลับซับซ้อน ความสำเร็จของ โครงการรณรงค์สร้างส้วม มิ ได้มองดูที่จำนวนของส้วมที่สร้าง เพียงแต่เพียงอย่างเดียว คงต้องตอบได้ด้วยว่า มีกี่บ้านที่มีและ ใช้ ส้วมจริง และเหตุใดจึงไม่ยอมใช้ส้วม เหตุผลหนึ่ง อาจเป็นเพราะว่า ชาวเขาสวนใหญ่มักจะ ออกไปทำงานแต่เช้าตรู่ในไร่ของตน จะเดินเท้าเปล่าเวลาไปไร่ บางครั้งอาจต้องนอนค้างคืน อยู่ในไร่ อาหารการกินก็เตรียมไปกินอยู่ในไร่ และมีจะถ่ายอุจจาระอยู่ตามไร่หรือชายป่า คง ไม่มีใครอุตส่าห์เดินกลับมาเพื่อถ่ายในส้วมที่บ้านทุกครั้ง พยาธิจึงมักจะเจริญพันธุ์และเติบโตอยู่ใน ไร่ คนทำไร่ก็จะติดเชื้อพยาธิ เป็นวงจรอยู่กันเนิ่นนาน

การรักษาความสะอาดร่างกายของชาวเขาสวนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี โดยมากหลาย ๆ วันจึงจะอาบน้ำสักครั้ง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่หาน้ำได้ยาก หรือไม่มีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี ด้วย เหตุนี้ มาตรการที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหาการติดเชื้อพยาธิและ โรคติดต่อของระบบทางเดินอาหาร ดังกล่าว คงต้องอาศัยหน่วยงานต่าง ๆ เข้าช่วยเหลือกัน ตั้งแต่การปลูกฝังความรู้ให้แก่เด็กใน โรงเรียน การส่งเสริมให้ชาวเขามีโอกาสในการศึกษามากขึ้น การให้ความรู้แก่ชาวเขาจนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขนิสัยส่วนบุคคล การชี้ให้ชาวเขาเห็นถึงประโยชน์ของการมีส้วม โดยพยายาม ให้ความหนักคิดของชุมชนที่เห็นถึงประโยชน์ของส้วมในแง่มุมต่าง ๆ ตามที่ได้กล่าวมาแล้วใน การศึกษาเชิงคุณภาพ ประยุกต์กับหลักวิชาการสาธารณสุข การกระตุ้นและช่วยเหลือในการลงทุน สร้างส้วม แต่ไม่ควรเป็นการให้เปล่าหรือเป็นการบังคับ และที่สำคัญคือ พื้นที่นั้นควรมีแหล่งน้ำ ที่หาได้ง่ายและเพียงพอต่อการใช้ตลอดปี รวมถึงการให้การบำบัดรักษาโรคพยาธิโดยการถ่ายยา เป็นประจำทุกปีในระยะแรก น่าจะมีส่วนทำให้ อัตราการติดเชื้อพยาธิและการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในชาวเขาตำบลห้วยบุ่งลดลงได้ในอนาคต

5. ความเชื่อเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

จากรายงานสถิติชีพของชาวเขาและชาวไทย พ.ศ. 2530 ชาวไทยมีอัตราเกิดเท่ากับ 19.5 ต่อพัน อัตราตาย เท่ากับ 4.3 ต่อพัน อัตราตายทารก เท่ากับ 37.5 ต่อพัน เกิดมีชีพ และมีอัตราเพิ่ม เท่ากับ 1.5% ในขณะที่ชาวเขามีอัตราเกิด เท่ากับ 52.7 ต่อพัน อัตราตาย เท่ากับ 22.7 ต่อพัน อัตราตายทารก สูงมากถึง 145.8 ต่อพันเกิดมีชีพ และมีอัตราเพิ่ม คิดเป็น 3.0% กล่าวได้ว่า ชาวเขาถึงแม้จะอัตราการเกิดที่สูง แต่ก็มีอัตราตายทารกสูงมากเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการศึกษาเชิงปริมาณในพื้นที่ที่ศึกษา พบว่า จากประชากรทั้งหมด 836 คน มีชาวเขาอายุต่ำกว่า 1 ปี คิดเป็น 2.8% และอายุต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็น 14.0% ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลประชากรของเขต 5 (9 จังหวัดภาคเหนือ ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ ลำปาง ลำพูน น่าน อุตรดิตถ์ พะเยา แม่ฮ่องสอน และแพร่) และเฉพาะของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ในปี พ.ศ. 2533 พบว่า ในประชากรทั่วไป มีเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี คิดเป็น 1.4% และของแม่ฮ่องสอน คิดเป็น 2.2% ส่วนประชากรอายุต่ำกว่า 5 ปี ของเขต 5 คิดเป็น 6.9 % และของแม่ฮ่องสอน คิดเป็น 12.0% จึงเห็นได้ว่า โครงสร้างประชากรของพื้นที่ที่ศึกษามีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขต 5 แต่ใกล้เคียงกับจังหวัดแม่ฮ่องสอน ดังแสดงใน ตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน จำแนกตามกลุ่มอายุต่ำกว่า 1 ปี และ 5 ปี

ระดับ	ชื่อบ้าน	จำนวนประชากรตามกลุ่มอายุ (ปี)		
		ประชากรทั้งหมด	ต่ำกว่า 1 ปี	ต่ำกว่า 5 ปี
1	ห้วยตอง	424	12	50
1	ห้วยอี	143	2	23
2	ห้วยหมูน (เหนือ)	81	5	17
2	หนองขาวเหนือ	70	1	16
3	มะโงบน	45	-	3
3	มะโงล่าง	73	3	8
	รวม	836	23	117
	(%)		2.8	14.0

จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการการวางแผนครอบครัวของชาวเขาในพื้นที่
ที่ศึกษา พบว่า 44.1 % ของหญิงวัยเจริญพันธุ์มีการใช้การคุมกำเนิดโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ทั้งนี้มี
การใช้การคุมกำเนิดประมาณ 45.0-55.9 % ในหมู่บ้านพัฒนา และมีอัตราการใช้ต่ำกว่า 30%
ในหมู่บ้านระดับปานกลางและล้าหลัง ยกเว้นในหมู่บ้านมะโงบน ดังแสดงใน ตารางที่ 20

All rights reserved

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในแต่ละหมู่บ้าน ที่คุมกำเนิดโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง

ระดับ	ชื่อบ้าน	จำนวนหญิงอายุ < 44 ปี ที่สมรสแล้ว	จำนวนคุมกำเนิด โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง	(%)
1	ห้วยตอง	68	38	55.9
1	ห้วยสี	20	9	45.0
2	ห้วยหมอน (เหนือ)	12	1	8.3
2	หนองขาวเหนือ	7	2	28.6
3	มะโงบน	7	4	57.1
3	มะโงล่าง	13	2	15.4
	รวม	127	56	44.1

เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการคุมกำเนิดโดยวิธีใดวิธีหนึ่งของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ในปี พ.ศ. 2533 เท่ากับ 57.1% และของเขต 5 เท่ากับ 81.3% จะเห็นได้ว่าอัตราการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ 6 หมู่บ้านที่ศึกษา ยังต่ำกว่าอยู่มาก ดังแสดงใน ตารางที่ 21

ตารางที่ 21 อัตราการคุมกำเนิดของพื้นที่ 6 หมู่บ้านที่ทำการศึกษา ตำบลห้วยบุ่ง
เปรียบเทียบกับจังหวัดแม่ฮ่องสอนและเขต 5 พ.ศ. 2533

พื้นที่	อัตราคุมกำเนิดโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง (%)
พื้นที่ 6 หมู่บ้าน	44.1
จังหวัดแม่ฮ่องสอน	57.1
เขต 5	81.3

ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์รู้จักการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด เท่ากับ 72.9% รองลงมา คือ การใช้ยาฉีดคุมกำเนิด เท่ากับ 65.0% และการทำหมันชาย เท่ากับ 50.0% ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 22

ตารางที่ 22. จำนวนและร้อยละของผู้ให้สัมภาษณ์ที่รู้จักวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

ระดับ	ชื่อบ้าน	ผู้ให้สัมภาษณ์	วิธีการคุมกำเนิด					
			ยาเม็ด	ยาฉีด	หมันชาย	หมันหญิง	ยาฝัง	ห่วงอนามัย
1	ห้วยตอง	74	61	55	42	43	35	23
1	ห้วยอี	23	15	13	14	16	13	10
2	ห้วยหมอบน	14	5	5	5	1	2	2
2	หนองขาวเหนือ	11	4	6	5	3	3	1
3	มะ โงาเก	7	7	6	2	2	1	3
3	มะ โงาล่าง	11	10	6	2	1	2	-
รวม		140	102	91	70	66	56	39
(%)			(72.9%)	(65.0%)	(50.0%)	(47.5%)	(40.0%)	(27.9%)

สำหรับแหล่งของความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของผู้ให้สัมภาษณ์ พบว่า 71.4% ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ สอ./สสช. รองลงมาได้จาก รพ./นสค. คิดเป็น 25.7% และจากวิทยุ คิดเป็น 18.6% ดังแสดงใน ตารางที่ 23

ตารางที่ 23

แหล่งของความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวของผู้ให้สัมภาษณ์

ระดับ	ชื่อบ้าน	สอ./สสช.	รพ./นสค.	วิทยุ	เพื่อนบ้าน	อสม./ผสส	ครู
1	ห้วยตอง	56	21	11	12	1	2
1	ห้วยฮี้	17	12	11	1	10	-
2	ห้วยหมอบน (เหนือ)	6	-	1	2	-	-
2	หนองขาวเหนือ	7	3	-	1	-	-
3	มะโงบน	5	-	3	4	-	-
3	มะโงล่าง	9	-	-	3	-	-
รวม		100	36	26	23	11	-
		(71.4%)	(25.7%)	(18.6%)	(16.4%)	(7.9%)	(1.4%)

ในเรื่องจำนวนลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว พบว่า 36.2% มีลูกเท่ากับ 1-2 คน และ 24.4% มีลูกมากกว่า 4 คน ดังแสดงใน ตารางที่ 24

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 24 จำนวนหญิงอายุ ต่ำกว่า 45 ปี ที่แต่งงานแล้ว จำแนกตามจำนวนบุตรที่มี

ระดับ	ชื่อบ้าน	จำนวนหญิง	จำนวนบุตรที่มี					
			0	1-2	3-4	5-6	7-8	9
1	ห้วยตอง	68	7	29	22	6	4	-
1	ห้วยอี	20	-	5	7	7	1	-
2	ห้วยหมูน (เหนือ)	12	1	5	5	1	-	-
2	หนองขาวเหนือ	7	-	3	1	3	-	-
3	มะโงบน	7	1	2	-	2	1	1
3	มะโงล่าง	13	4	2	2	3	2	-
	รวม	127	13	46	37	22	8	1
	(%)		(10.3)	(36.2)	(29.1)	(17.3)	(6.3)	(0.8)

ครอบครัวของชาวเขากะเหรี่ยงบนภูเขา ถึงแม้จะมีอัตราการเกิดที่สูงมากเมื่อเทียบกับคนไทยพื้นราบ แต่ขณะเดียวกัน อัตราการตายของทารกแรกคลอด และการตายในวัยเด็กก็ค่อนข้างสูงเช่นเดียวกัน จากการศึกษาของ สนิท พบว่า ร้อยละ 80 ของชาวเขาที่ตายเป็นเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี การที่ชาวกะเหรี่ยงส่วนใหญ่มีอาชีพในการเพาะปลูกเป็นหลัก จะเน้นการมีลูกมาก ย่อมหมายถึงการมีแรงงานมาก และส่งผลให้ครอบครัวนั้นสามารถที่จะผลิตข้าวได้มากด้วย นอกจากนี้ ชาวกะเหรี่ยงมีความคิดว่า การมีลูกจำนวนมากนั้นเป็นหลักประกันให้แก่ตนเองที่จะมีที่พึ่งพิง ได้อย่างมั่นคง ในยามแก่ชรา

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า การที่หน่วยงานสาธารณสุขพยายามขยายการให้บริการทางด้านการวางแผนครอบครัวเข้าไปในพื้นที่ การให้ความรู้แก่ชาวเขาถึงวิธีการคุมกำเนิด รวมถึงการชักจูงให้ชาวเขาใช้บริการการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีการต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงความคิดในเรื่องของความต้องการมีลูกมากต่อกลุ่มวัยหนุ่มสาว (อายุประมาณ 20-30 ปี) ในหมู่บ้านทุกระดับที่ทำการศึกษ โดยมีแนวโน้มที่ต้องการจะมีลูกเพียง 1-2 คนเท่านั้น

“ คนเดี๋ยวก็ออ ไม่มีจะกิน ของกินของใช้มีน้อย ”

“ คนรุ่นใหม่ เอาลูก 2 คน ก็ออ ”

“ ต้องการมีลูกสัก 3 คนก็ออ มีเยอะเลี้ยงไม่ไหว ไม่มีเงิน ”

“ เมียเกิดลูกยาก ไปเกิดโรงพยาบาล เลยให้หมอเขาทำหมันด้วย ”

ในขณะที่คนวัยกลางคนหรือคนเฒ่าอายุ ยังมีความต้องการจะมีลูกหลาย ๆ คน

“ คนแต่ก่อนเขาบอกว่าให้เอาลูกเยอะ ๆ ”

“ ตอนนั้นมีลูก 5-6 คนแล้ว ยังไม่พอ จะเอาอีก ”

“ ไม่เคยคิดว่าจะมีลูกก็คิด ว่าจะมีไปเรื่อย ๆ ”

จากการสัมภาษณ์เจาะลึกชาวเขาชายหนึ่ง อายุประมาณ 50 ปี มีลูกมาแล้ว 4 คน ปรากฏว่า ลูกทุกคนตายหมด ตั้งแต่อายุ เพียงขวบเศษ และบางคนไม่กี่เดือนก็ตาย ทั้งนี้เนื่องจาก แม่มิ่เฒ่าไม่เพียงพอที่จะเลี้ยงลูก และครอบครัวมีฐานะยากจนมาก จึงต้องเลี้ยงด้วยน้ำข้าว ทำให้ลูกผอม ซาดอาหาร และป่วยเป็นไข้ตายในที่สุด

ในเรื่องเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการเลือกให้วิธีคุมกำเนิดของชาวเขา ในพื้นที่ จากการศึกษาระดับคุณภาพ พบว่า ชาวเขาในหมู่บ้านพัฒนา จะรู้จักวิธีการคุมกำเนิด และมีการเลือกใช้การคุมกำเนิดสูงกว่าหมู่บ้านที่ล้าหลัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณ วิธี การคุมกำเนิดที่มักจะถูกเลือกตอบ ได้แก่ ยาฉีด และยากินคุมกำเนิด การทำหมัน ส่วนยาฝังหรือ ที่ชาวเขาเรียกว่า การฝังเข็มนั้นรู้จักกันค่อนข้างน้อย สำหรับการที่จะเลือกให้วิธีการคุมกำเนิด แบบใด มักจะขึ้นอยู่กับความนิยมในหมู่บ้านนั้น ๆ รวมทั้งประสบการณ์ส่วนตัวที่มีต่อการให้วิธีการ ดังกล่าว สำหรับการคุมกำเนิดชนิดถาวร โดยการทำให้หมันทั้งหมันหญิงและหมันชาย พบว่าส่วนใหญ่ จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการทำหมัน โดยเฉพาะหมันชาย นอกจากนี้ ยังมีบางรายเชื่อว่าผู้หญิงอายุ 30 กว่าปีขึ้นไป ก็พ้นวัยที่จะมีลูกได้ ไม่จำเป็นต้องคุมกำเนิด และมีชาวเขาชายหนึ่งให้สัมภาษณ์ ชนิดหนึ่งในการคุมกำเนิดแทน เนื่องจากแพ้ยาคุมกำเนิดอีกด้วย

- " เลือกวีธีฉีดยา เพราะคนอื่นเขาใช้กัน "
- " ไม่ให้ยาฉีด เพราะเมียฉีดแล้ว มีอาการปวดหัว และหนาวข้างใน "
- " เวลากินยาคุมก็ปวดหัว ถ้าฉีดก็ปวดใจ เมียผมฉีด 2 ครั้ง เหนื่อแตก เลยไม่ได้คุม ใช้วิธีป้องกันตัว ไม่แน่นอนด้วย "
- " เมียผมนี่กินยาคุมไม่ได้ ใช้ยาป่า เตอสิซุ่ย ไบมันเป็นเครือ ต้มกิน เดือนละ 1-2 ครั้ง แล้วจะไม่มีลูก ยาป่านี้มีอยู่แถวแม่ละมาต ต้นไม้ที่เวลาตัด มันจะมีเลือดไหล "
- " คนตอຍนี้ทำหมันไม่ได้ เพราะจะทำงานหนักไม่ได้ "
- " ทำหมันแล้ว มันเจ็บเอว ไปไร่ไบน่า ซันตอຍ ไม่ค่อยมีแรง "
- " เมียผมนี้ ไม่คุมแล้ว บตอຍนี้ผู้หญิงอายุ 30 ปี ก็ไม่มีลูกแล้ว "

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่า การวางแผนครอบครัว กับ ความต้องการมีลูกมากของ ชาวเขา ยังคงเป็นสิ่งที่มีความขัดแย้งกัน ตราบใดที่อัตราการตายทารกและอัตราการตายในวัยเด็ก เล็กยังคงสูงอยู่ การที่ชาวเขาต้องอาศัยแรงงานจำนวนมากในการประกอบอาชีพทางเกษตรกรรมเป็นหลัก และการกระจายการให้บริการการวางแผนครอบครัวของหน่วยงานสาธารณสุข ยังไม่สามารถเข้าถึงอย่างทั่วถึงและสะดวกในทุกพื้นที่ของตำบลห้วยบุสิง การจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวคงต้องดำเนินร่วมกันไปในหลาย ๆ ทาง ไม่ว่าจะ เป็นการส่งเสริมอาชีพทางเกษตรที่ไม่ ต้องใช้แรงงานจำนวนมาก การพยายามลดอัตราการตายของทารกจากการคลอด หรือการตาย ด้วยโรคติดเชื้อหรือโรคขาดอาหารในเด็กเล็ก การให้บริการการวางแผนครอบครัวทั้งแบบใน สถานบริการ หน่วยเคลื่อนที่ และแบบเคลื่อนหมุนเวียนประจำ การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับสภาพของแต่ละหมู่บ้าน รวมถึงการ เปลี่ยนแปลงทัศนคติหลาย ๆ อย่างที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการทำหมัน โดยเฉพาะ อย่างยิ่งหมักเขาย น่าจะมีส่วนช่วยในการเพิ่มอัตราการให้บริการการวางแผนครอบครัวในพื้นที่นี้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

6. ความเชื่อในการอนามัยแม่และเด็ก

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า แม่ที่ตั้งครรภ์ 87.0% ไม่เคยได้รับการดูแลก่อนคลอดหรือไปฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลย มีเพียง 13.0% เท่านั้นที่บอกว่าเคยไปฝากครรภ์ที่ สอ./สสช./รพ. ซึ่งส่วนใหญ่จะฝากเพียงแค่ 1-2 ครั้ง และไม่มีใครฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ ในขณะที่ข้อมูลการฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งของจังหวัดแม่ฮ่องสอนในปี 2533 เท่ากับ 63.3 % ดังแสดงใน ตารางที่ 25

ตารางที่ 25 จำนวนหญิงที่คลอดในปี 2532 ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด (ฝากครรภ์)

ระดับ	ชื่อบ้าน	จำนวนหญิงที่คลอดในปี 2532	ไม่ฝากครรภ์	ฝากครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง
1	ห้วยตอง	10	9	1
1	ห้วยฮี้	6	4	2
2	ห้วยหมูน (เหนือ)	3	3	-
2	หนองขาวเหนือ	2	2	-
3	มะโงน	1	1	-
3	มะโงล่าง	1	1	-
รวม		23	20(87.0%)	3 (13.0%)

เมื่อพิจารณาในด้านเกี่ยวกับผู้ที่ทำคลอด พบว่า 56.5% ของผู้ที่คลอดบุตร ได้รับการทำคลอดโดยญาติ 17.4% ได้รับการทำคลอดจากหมอต้าแย และมีเพียง 4.3% ของผู้ที่คลอดบุตรเท่านั้น ที่ได้รับการทำคลอดโดยแพทย์จากโรงพยาบาล ดังแสดงใน ตารางที่ 26

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของหญิงที่คลอดในปี 2532 จำแนกตามสถานที่คลอด

ระดับ	ชื่อบ้าน	จำนวนที่คลอด	ผู้ทำคลอดหรือสถานที่คลอด				
			ญาติ	สามี	หมอต๋ามแย	เพื่อนบ้าน	รพ. ศรีสังวาลย์
1	ห้วยตอง	10	6	-	3	1	-
1	ห้วยอี	6	2	2	1	-	1
2	ห้วยหมูน (เหนือ)	3	3	-	-	-	-
2	หนองขาวเหนือ	2	1	1	-	-	-
3	มะโงบน	1	1	-	-	-	-
3	มะโงล่าง	1	-	-	-	1	-
	รวม	23	13	3	4	2	1
	(%)		(56.5)	(13.1)	(17.4)	(8.7)	(4.3)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้หญิงชาวกะเหรี่ยงในพื้นที่ที่ศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษาจากโรงเรียน และมีจะพูดภาษาไทยหรือคำเมืองไม่ค่อยได้ ดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 5 จากการพูดคุยกับสามีในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการฝากครรภ์ของภรรยา กับสถานบริการสาธารณสุข ส่วนใหญ่ภรรยาจะไม่เคยไปฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเลย เหตุผลที่อ้างมักจะเป็นเรื่องสถานบริการสาธารณสุขอยู่ไกล หญิงที่ตั้งครรภ์เดินทางไกลลำบาก อีกทั้งไม่ทราบว่า การไปฝากครรภ์มีประโยชน์อย่างไรต่อตนเอง สำหรับเรื่องของการคลอดลูก ส่วนใหญ่มักจะคลอดเองที่หมู่บ้าน โดยญาติ หรือหมอต๋ามแย หรือไม่ก็สามี ซึ่งได้รับการสอนต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่น ทั้งนี้อาจเนื่องจากประเพณี วัฒนธรรม และประสบการณ์ที่เคยคลอดลูกมาก่อน จึงเห็นว่า การคลอดเป็นเรื่องง่าย สามารถทำได้เองในหมู่บ้าน ค่าใช้จ่ายในการคลอดก็ถูกมาก หรือถ้าเป็นญาติสนิท ก็ไม่ต้องเสียเงิน การไปคลอดลูกที่โรงพยาบาลมักจะเป็นกรณีที่เกิดอาการผิดปกติในหญิงที่กำลังตั้งครรภ์ มีอยู่ 1 รายจากการสัมภาษณ์ ได้ไปฝากท้องที่

รพ. ศรีสังวาลย์ เนื่องจากมีเลือดออกมาผิดปกติทางช่องคลอดในระหว่างตั้งครรภ์ และแพทย์ได้แนะนำให้มาคลอดลูกที่โรงพยาบาล เพราะเกรงว่าอาจจะเกิดอันตรายแก่เด็กในครรภ์ได้

" คนเบบเดอยนี้ เวลามีท้อง ไม่เคยฝากท้องเลย "

" เมียเกิดลูกที่บ้าน หมอตำแยทำให้ "

" ผมทำคลอดให้เมียเอง แม่สอนให้ และเคยช่วยแม่ทำคลอด "

" ค่าทำคลอด ให้ไก่ 1 ตัว พร้อมเงิน 10 บาท แต่บางรายถ้าไม่รู้จักกันดี ก็ให้ 100 กว่าบาท ก็มีนะ "

" เมียผมนี้ เกิดโรงพยาบาล เพราะว่าไม่สบาย เลือดออกมาก "

พฤติกรรมการงดอาหารแสลงของหญิงมีครรภ์ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งบนเดอยและพื้นราบแตกต่างกันไปตามแต่ละสังคม วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ประสบการณ์ที่แต่ละคนเคยได้รับจากการกินอาหารนั้น ๆ แล้วเกิดอาการผิดปกติขึ้นกับตนเองหรือญาติพี่น้อง รวมทั้งการสอนหรือบอกเล่าต่อ ๆ กันมาของปู่ย่าตายาย สำหรับอาหารที่ชาวเขาถือว่าเป็นอาหารแสลง ห้ามหญิงกินในขณะที่ตั้งครรภ์ มีอยู่มากมายหลายอย่าง แตกต่างกันไปตามความเชื่อของแต่ละหมู่บ้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการบอกเล่าต่อ ๆ กันมาของคนเฒ่าคนแก่ และประสบการณ์ที่ตนเองได้เคยเห็นหรือเคยได้รับจากการตั้งครรภ์ในครั้งก่อน

จากงานวิจัยของ สุวิยา รัตนกุล และ ลักษณ์ ดาวรัตน์ ในเรื่อง อาหารแสลงโรคและบริโภคนิสัยของชาวกะเหรี่ยงสะกอ กล่าวไว้ว่า ผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรกินของหมกของหวาน กินเผือก แกงข้าวเปลือก และน้ำมันหมูหรือน้ำมันพืช เพราะกินแล้วจะไม่ดีต่อลูกในท้อง

สำหรับในพื้นที่ศึกษา พบว่า มีความเชื่อเกี่ยวกับอาหารแสลงแตกต่างกันบ้าง อาหารที่เชื่อว่าเป็นอาหารแสลง ต้องงดกินนั้นส่วนใหญ่มักจะเป็นกลุ่มอาหารประเภทโปรตีน อาทิ เช่น หมูป่า กวางที่มีเขาแหลม ลิง นกยูง กบ เขียด ตัวต่อ ตัวแตน ของมัน ๆ และน้ำผึ้งป่า เป็นต้น นอกจากนี้ในหญิงที่ตั้งครรภ์ ถ้ามีอาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่จะห้ามกินยาป่า หรือยาสมุนไพรนั้นเชื่อว่า อาจจะทำให้แท้งลูกได้

" ตั้งครรภ์นี้ ห้ามกิน สิ่ง และนกยูง เพราะลูกจะออกมามีลักษณะเหมือนสัตว์ที่กิน "

" ถ้าแม่กินเนื้อ ตัวแม่จะไม่สบาย บวทท้อง เลือดมาไม่ตี เลือดจะมามาก "

" หมูตัวโตกินไม่ได้ กวางเขาหนุมกินไม่ได้ กลัวลูกจะแห้ง "

สำหรับการเลี้ยงดูเด็กเกิดใหม่ แม่ทุกรายให้ลูกกินนมแม่ตั้งแต่เกิด ยกเว้นในรายที่แม่มีน้ำนมน้อย จึงจะหาอาหารอื่นมาแทน ซึ่งส่วนใหญ่แม่ก็จะไม่มีเงินเพียงพอในการซื้อนมผงเลี้ยงทารกได้ และเป็นสาเหตุที่สำคัญ ในการทำให้เด็กต้องเสียชีวิตด้วยโรคขาดสารอาหาร โรคติดเชื้อ หรือโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ง่าย สำหรับการเริ่มให้ข้าวในเด็กเล็ก พบว่า แตกต่างกันไปในแต่ละราย แม้แต่ในหมู่บ้านเดียวกัน บางรายเริ่มให้ตอนอายุ 6 เดือน บางรายเริ่มให้เมื่ออายุ 3 เดือน บางราย 1 เดือนก็เริ่มให้กินข้าวแล้ว และมีอยู่ 1 ราย เริ่มให้เมื่อลูกอายุได้ 2 สัปดาห์ เนื่องจากแม่มีน้ำนมน้อย

" เลี้ยงลูกด้วยนมแม่หมด กินนาน 1-2 ปี "

" ลูกกินนมจนอายุ 3 เดือน ก็เริ่มให้กินข้าว กินข้าวอายุ 2 เดือนไม่ได้ เพราะยังไม่มีฟัน "

" มีลูกมา 4 คน ตายหมด เนื่องจากแม่ไม่มี ไปซื้อนมชันทานมาเลี้ยง ตายเมื่ออายุ 1 เดือน ไม่มีเงินจะซื้อนมผง "

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์ นับตั้งแต่ การฝากครรภ์ การคลอดบุตร การดูแลตนเองหลังคลอด รวมถึงการเลี้ยงดูลูกของตนในวัยเด็ก เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องกัน มีอาจที่จะแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในส่วนใดส่วนหนึ่ง ย่อมส่งผลทั้งดีและไม่ดีต่อส่วนอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับว่า พฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ หรือพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพของตน อาทิเช่น การงดอาหารแสลงบางอย่างในระหว่างที่แม่กำลังตั้งครรภ์ ถ้าหากอาหารแสลงทั้งดั้น เป็นสิ่งที่มีประโยชน์แก่ลูกในครรภ์แล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแม่และลูกในครรภ์โดยตรง และอาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตของลูกในครรภ์ได้ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์ในชาวนา ซึ่งมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพมากมายหลายประการ คงต้องอาศัยการให้สุศึกษา โดยเน้นการสร้างเครื่องมือในด้านการให้สุศึกษาที่เหมาะสม สื่อเข้าใจได้ง่าย พยายามส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ในด้านที่ดี และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านเสี่ยง รวมถึง

การฝึกอบรมหมอดำแย หรือผดุงครรภ์โบราณ ในพื้นที่ให้มีความรู้และความสามารถในการอื่นที่จะมีส่วนช่วยเหลือดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์และทำคลอดได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยในอนาคต

7. ความเชื่อเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

จากการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรค โดยการดูจากสมุดบันทึกการรับวัคซีนเป็นสำคัญในพื้นที่ของตำบลห้วยบุ่ง พบว่าในเด็กอายุตั้งแต่ 1 ปีลงไปจำนวนทั้งหมด 147 คน มีข้อมูลซึ่งสามารถตรวจสอบให้ชัดเจนได้เพียง 34.7% ความครอบคลุมในการรับวัคซีนแต่ละชนิดในช่วงอายุที่ควรจะได้ อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 25% ยกเว้นวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) ดังแสดงใน ตารางที่ 27 และผู้ที่ให้บริการฉีดวัคซีนให้แก่เด็ก ส่วนใหญ่ประมาณ 82.3% คือ เจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ดังแสดงใน ตารางที่ 28

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของเด็กที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิด

วัคซีนที่ได้รับ	เด็กที่ควรได้รับวัคซีนแต่ละชนิด		ได้รับวัคซีน	
	ช่วงอายุ	จำนวน (N)	จำนวน	%
BCG ป้องกันวัณโรค	0-1 ปี	147	50	34.0
DPT ป้องกันโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก				
เข็มที่ 1	2-12 ต.	99	22	22.2
เข็มที่ 2	4-12 ต.	81	18	22.2
เข็มที่ 3	6-12 ต.	63	1	7.6
OPV ป้องกันโรคโปลิโอ				
ครั้งที่ 1	2-12 ต.	99	17	17.2
ครั้งที่ 2	4-12 ต.	81	16	19.8
ครั้งที่ 3	6-12 ต.	63	-	-
Measles ป้องกันโรคหัด	6-12 ต.	63	14	22.2

ตารางที่ 28

จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ < 1 ปี ที่เคยได้รับวัคซีน จำแนกตามสถาน
บริการสาธารณสุข

สถานบริการ	จำนวน	%
สอ., สสท. ในตำบลห้วยบุ่ง	51	82.3
เจ้าหน้าที่สอ., สสท. มาฉีดให้ที่บ้าน	9	14.5
รพ. ศรีสังวาลย์	2	3.2
รวม	62	100.0

ถ้าเปรียบเทียบความครอบคลุมของการให้ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในพื้นที่ตำบลห้วยบุ่งกับข้อมูลของเขต 5 และของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ในปี 2533 พบว่า

วัคซีน BCG เขต 5 มีความครอบคลุม 94.8% จังหวัดแม่ฮ่องสอน เท่ากับ 97.7% ในขณะที่ตำบลห้วยบุ่ง มีความครอบคลุมเพียง 34.0%

วัคซีน DPT ครบชุด 3 เข็ม เขต 5 มีความครอบคลุม 89.6% จังหวัดแม่ฮ่องสอน เท่ากับ 76.9% ในขณะที่ตำบลห้วยบุ่ง มีความครอบคลุมเพียง 7.6%

จึงกล่าวได้ว่า ความครอบคลุมของการให้วัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กของพื้นที่ตำบลห้วยบุ่ง ยังต่ำมากเมื่อเทียบกับข้อมูลของจังหวัดแม่ฮ่องสอนและเขต 5 ภาคเหนือ

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า การที่เด็กจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคนาน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความเข้าใจถึงประโยชน์ของการฉีดวัคซีนให้แก่ลูกของตนเอง การที่มีสถานบริการสาธารณสุขอยู่ในหมู่บ้านหรืออยู่ใกล้หมู่บ้าน หรือการมีหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการถึงหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเพิ่มความครอบคลุมของการให้ภูมิคุ้มกันโรค

จากการสนทนา ชาวเขาบางส่วนไม่รู้ว่าการฉีดวัคซีนคืออะไร มีประโยชน์อย่างไร ในหมู่บ้านมะโงบและมะโงล่าง ชาวเขากล่าวว่า ไม่มีเด็กคนไหนฉีดวัคซีนเลย (เขตปลอดวัคซีน) ชาวเขาบางคนที่เคยพาลูกไปฉีดวัคซีนที่ สสช. และไม่ทราบว่า ลูกของตนได้รับวัคซีนป้องกันโรคอะไรบ้าง แต่ทราบว่า การฉีดวัคซีนช่วยป้องกันโรคได้ และทำให้เด็กแข็งแรง ชาวเขาส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องฉีดวัคซีนให้ลูกกี่ครั้ง แต่จะไปฉีดตามนัดของทาง สอ./สสช. และบางครั้งเจ้าหน้าที่ของ สอ./สสช. ก็มาฉีดให้ที่บ้าน มีบางรายรู้ว่า มีประโยชน์ เห็นเพื่อนบ้านพาลูกไปฉีด แต่ไม่รู้ว่าตนควรจะพาลูกไปฉีดเมื่อไร และมีบางรายให้เหตุผลว่า ชี้เกียจพาไป

“ วัคซีนมีประโยชน์ ช่วยป้องกันโรค แต่ไม่รู้ว่า โรคอะไร ”

“ ฉีดวัคซีนแล้วลูกสบายดี ตัวโต ไม่เจ็บป่วยบ่อย ”

สำหรับการให้บริการฉีดวัคซีนในหมู่บ้านห้วยอี จะมีหมอมจากแม่สะเรียง (เป็นหน่วยแพทย์แนวศาสนาคริสต์และหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่) เข้ามาฉีดวัคซีนให้แก่เด็ก และให้บริการการวางแผนครอบครัวประมาณปีละ 3 ครั้ง ส่วนบ้านห้วยตองซึ่งเพิ่งจะมี สสช. มาตั้งอยู่ประมาณ 1 ปี ชาวเขาจะพาลูกมารับวัคซีนที่ สสช. แต่บางครั้งเจ้าหน้าที่ ของ สสช. ก็เอาไปฉีดให้ที่บ้าน ส่วนหมู่บ้านอื่น ๆ ที่ตั้งอยู่ไกลออกไป และไม่มีทางรถยนต์เข้าถึง ต้องใช้การเดินทางส่วนใหญ่ขึ้นมักจะไม่พาลูกมาฉีดวัคซีน วันแต่ว่าพ่อแม่เขาจะเห็นประโยชน์ หรือจำวันนัดได้ และบางส่วนยังรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ที่จะต้องไปฉีดให้ที่หมู่บ้าน มากกว่าที่จะพาลูกไปหาที่ สอ./สสช. เอง

“ ฉีดวัคซีนที่ สสช. บางครั้งมาที่บ้าน บางครั้งก็ไม่เอง ”

“ ไม่มีใครบอกให้ฉีดเลย หมอเขาไม่ประกาศให้เอาลูกไปฉีด ”

“ ไม่ได้พาไป เพราะที่คร้านไป รู้ว่ามีประโยชน์ ”

กล่าวโดยสรุป การให้วัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กตามเป้าหมายของทางกระทรวงสาธารณสุขในหมู่บ้านชาวเขาในพื้นที่ที่ศึกษา ยังมีความครอบคลุมอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำมาก ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจากการที่ชาวเขาขาดความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการให้วัคซีน ภูมิคุ้มกันโรค เป็นสิ่งที่ชาวเขาหรือคนที่ไม่มีความรู้ทางการแพทย์มักจะมองไม่เห็นความสำคัญ และไม่เข้าใจว่าการฉีดวัคซีนจะมีประโยชน์ต่อลูกของตนอย่างไร ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากพ่อแม่เองก็ไม่เคยได้รับวัคซีน ในตอนเป็นเด็ก หรือเด็กส่วนใหญ่ในหมู่บ้านก็ไม่ได้รับวัคซีน เช่นเดียวกับลูกของตน อีกทั้งไม่

เคยเห็นเด็กคนใดในพื้นที่ที่ต้องตายด้วยโรคคอตีบ หรือโรคไอกรน หรืออัมพาตด้วยโรคโปลิโอ และถึงแม้จะมีเด็กป่วยหรือตายด้วยโรคดังกล่าวในหมู่บ้าน ชาวเขาส่วนใหญ่ก็ไม่ทราบอยู่ดีว่า วัคซีนสามารถที่จะป้องกันไม่ให้ลูกของเขาป่วยหรือตายจากโรคติดต่อดังกล่าวได้ ฉะนั้นการที่จะเพิ่มความครอบคลุมของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในระยะแรกของพื้นที่ตำบลห้วยบุ่ง จะต้องอาศัยการรุกรืบของหน่วยสาธารณสุข เข้าสู่พื้นที่มากกว่าที่จะรอตั้งรับในสถานบริการสาธารณสุข พร้อมทั้งการสอดแทรกการให้ความรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีน และการย้ำถึงความสำคัญของระบบการนัดหมายในการฉีดวัคซีนจนครบชุด หากมีเด็กที่ป่วยหรือตายจากโรคติดต่อ ให้อย่าท้อใจให้เห็นเป็นตัวอย่างแก่พ่อแม่ของเด็กนั้น อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความคิดที่ฝังแน่นมานาน ให้พัฒนาไปสู่การเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการฉีดวัคซีน จนถึงขั้นที่ชาวเขาจะนำลูก ๆ มาให้หมออนามัยฉีดเองที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ในอนาคต

8. ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 0-4 ปี

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า จากการซึ่งน้ำหนักเด็กอายุ 0-4 ปี โดยพนักงานสัมภาษณ์ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2533 และนำน้ำหนักมาเทียบกับอายุเพื่อทราบถึงภาวะโภชนาการของเด็ก ปรากฏว่า ร้อยละ 48.7 ของเด็กที่ได้รับการซึ่งน้ำหนัก มีภาวะของการขาดสารอาหาร โดยมีการขาดสารอาหารระดับ 1 คิดเป็น 29.4% ระดับ 2 คิดเป็น 18.5% และระดับ 3 คิดเป็น 0.8% ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 29

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของการขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0-4 ปี ในแต่ละหมู่บ้าน จำแนกตามระดับความรุนแรงของการขาดสารอาหาร (น้ำหนักเทียบกับอายุ)

ระดับ	ชื่อบ้าน	ภาวะโภชนาการ					
		เด็กทั้งหมด	เด็กที่ชั่ง	ปกติ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3
1	ห้วยตอง	54	53	40	11	2	-
1	ห้วยยี่	26	21	1	5	14	1
2	ห้วยหมอน (เหนือ)	20	20	7	11	2	-
2	หนองขาวเหนือ	17	15	6	5	4	-
3	มะโงบน	3	2	1	1	-	-
3	มะโงล่าง	8	8	6	2	-	-
	รวม	128	119	61	35	22	1
	(%)		(93.0)	(51.3)	(29.4)	(18.5)	(0.8)

เมื่อพิจารณาถึงภาวะการขาดสารอาหารของเด็กอายุ 0-4 ปีในพื้นที่ศึกษา เปรียบเทียบกับข้อมูลของจังหวัดแม่ฮ่องสอน และของเขต 5 (ภาคเหนือ) พบว่า ในเขต 5 มีเด็กที่มีภาวะการขาดสารอาหาร คิดเป็น 21.32% จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีเด็กที่มีภาวะการขาดสารอาหาร คิดเป็น 27.52% ในขณะที่ในพื้นที่ศึกษา มีเด็กที่มีภาวะการขาดสารอาหาร สูงถึง 48.7% และเป็นการขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่ต้องรีบแก้ไขคิดเป็น 19.3% ดังแสดงใน ตารางที่ 30

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละของการขาดสารอาหาร จำแนกตามระดับความรุนแรงของ การขาดสารอาหารใน 6 หมู่บ้าน ตำบลห้วยบุ่ง จังหวัด แม่ฮ่องสอน และเขต 5 ปี 2533

(ใช้กราฟเทียบน้ำหนักตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข)

จำนวน/อัตรา	6 หมู่บ้าน ตำบลห้วยบุ่ง (พค. 33)	จ.แม่ฮ่องสอน (งวด มค.-มีค. 2533)	เขต 5 (งวด มค.-มีค. 2533)
จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ชั่งน้ำหนัก	119	13,050	300,562
ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ชั่งน้ำหนัก	93.0	65.4	77.8
ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ขาดสารอาหาร	48.7	27.52	21.32
การขาดสารอาหารระดับ 1	29.4	25.1	20.1
การขาดสารอาหารระดับ 2	18.5	2.4	1.2
การขาดสารอาหารระดับ 3	0.8	0.02	0.02

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า มีเพียงบ้านห้วยตอง ห้วยฮี้ และหนองขาวเหนือ เท่านั้นที่เคยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาทำการชั่งน้ำหนักเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่เมื่อเจ้าหน้าที่มาชั่งน้ำหนัก ก็จะมี อสม./ผสส. มาช่วย ชาวเขาที่มีลูกอายุช่วงดังกล่าวส่วนใหญ่จะพาลูกมาชั่งน้ำหนักตามที่เจ้าหน้าที่ได้นัดหมายไว้ เมื่อสอบถามมักจะไม่ทราบว่า ลูกของตนเป็นโรคขาดสารอาหารหรือไม่ รู้แต่ว่า ถ้าชั่งน้ำหนักแล้วน้ำหนักน้อย ก็ผอมไป ถ้าน้ำหนักมาก ก็ไม่ขาดอาหาร ส่วนสาเหตุที่ทำให้ลูกขาดอาหารนั้น คิดว่าเป็นเพราะไม่มีเงินกิน หรือกินของไม่ดี เป็นโรคพยาธิ ชาวเขาบางส่วนเมื่อนำลูกมาชั่งน้ำหนักแล้ว ไม่ทราบว่า ลูกขาดอาหารหรือไม่ เพราะ ไม่มีใครบอก และไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร มีบางรายทราบจากหมอว่า ลูกขาดอาหาร ต้องใช้อาหารเสริม ให้กินเนื้อ กินผัก มาก ๆ ซึ่งชาวบ้านบอกว่า ไม่มีเงินไปซื้อกิน มีบาง

รายที่คิดว่า ถ้ากินวิตามินแล้วลูกก็จะอ้วน กินอาหารได้มาก นอกจากนั้น ชาวเขาบอกว่าการชั่งน้ำหนักเด็กที่หมู่บ้านมักไม่ค่อยสม่ำเสมอ บางครั้งไม่ได้มาชั่งเป็นปีก็มี มีอยู่ 1 หมู่บ้านที่เคยได้รับเงินกองทุน โภชนาการจากทางจังหวัดเมื่อประมาณปี 2529 ทางกรรมการหมู่บ้านและอสม. ได้นำเงินนี้มาทำอาหารเสริมให้เด็กกินปีละ 2-3 ครั้ง สำหรับมีนึ่งไม่ได้มีการทำอาหารให้เด็ก เนื่องจากยังไม่มีเวลา

- " ถ้าชั่งแล้ว น้ำหนักมาก ก็ไม่ขาดอาหาร "
- " ส่วนใหญ่หมอมาชั่งที่หมู่บ้าน จะเอาลูกมาชั่ง "
- " ถ้าชั่งน้ำหนัก ลูกผอม บอกให้กินอาหารเสริม แต่ไม่มีเงินซื้อ "
- " ชั่งแล้ว หมอไม่เห็นว่าจะอะไร บางทีก็ซื้อวิตามินให้ลูกกิน "
- " เวลาหมอมาชั่งแล้วลูกน้ำหนักน้อย ก็ไม่เห็นหมอทำอะไร "

เมื่อพิจารณาร่วมกันระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จะเห็นได้ว่า ปัญหาการขาดสารอาหารในเด็กต่ำกว่า 5 ปี ในพื้นที่ศึกษา มีความรุนแรงพอควร โดยเฉพาะการขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 ซึ่งมีสูงถึง 19.3% ซึ่งการขาดสารอาหารดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี ทำให้เด็กมีสติปัญญาและความสามารถในการเรียนรู้ลดลง จนไม่อาจจะแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น ได้ในภายหลังถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องทันกาล การที่เด็กชาวเขามีภาวะการขาดสารอาหารค่อนข้างสูง น่าจะเนื่องจากปัจจัยร่วมหลายประการ อาทิเช่น การขาดความรู้ในเรื่อง โภชนาการ การมีพฤติกรรมกินที่ไม่ถูกต้อง มองไม่เห็นถึงอันตรายจากการเป็นโรคขาดสารอาหาร ปัญหาความยากจน การเจ็บป่วยเป็นโรคติดเชื้อบ่อย ๆ ในเด็ก การป่วยเป็นโรคพยาธิในลำไส้ รวมถึงการมีสุขนิสัยส่วนบุคคลที่ไม่ค่อยจะสะอาด เป็นต้น

เมื่อหันมาพิจารณาถึงแหล่งอาหารโปรตีนที่มีอยู่ในพื้นที่ศึกษา พบว่า มีการเลี้ยงหมูและไก่กว่า 90% ของหลังคาเรือน แต่โดยมากจะมีการฆ่ากินก็ต่อเมื่อมีพิธีกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวหรือในชุมชน หรือเมื่อขามเจ็บป่วยเท่านั้น ดังแสดงใน ตารางที่ 31 และ 32

ตารางที่ 31 จำนวนหลังคาเรือนในแต่ละกลุ่มบ้าน จำแนกตามจำนวนหมูที่เลี้ยง

ระดับ	ชื่อบ้าน	หลังคาเรือน	จำนวนหมูที่เลี้ยง (ตัว)				
			ทั้งหมด	0	1	2	3
1	ห้วยตอง	74	8	13	21	17	15
1	ห้วยอี	23	3	3	4	4	9
2	ห้วยหมาน (เหนือ)	14	-	6	5	2	1
2	หนองขาวเหนือ	11	3	3	2	1	2
3	มะโงบน	7	-	2	-	2	3
3	มะโงล่าง	11	1	5	3	2	-
รวม		140	15	32	35	28	30

ตารางที่ 32 จำนวนหลังคาเรือนในแต่ละกลุ่มบ้าน จำแนกตามจำนวนไก่ที่เลี้ยงและโตพอกินได้

ระดับ	ชื่อบ้าน	หลังคาเรือน	จำนวนไก่ที่มี (ตัว)		
			0	1 - 3	4 - 6
1	ห้วยตอง	74	7	14	53
1	ห้วยอี	23	4	2	17
2	ห้วยหมาน (เหนือ)	14	1	11	2
2	หนองขาวเหนือ	11	4	2	5
3	มะโงบน	7	-	2	5
3	มะโงล่าง	11	-	3	8
รวม		140	16	34	90

ด้วยเหตุนี้การที่จะแก้ไขปัญหภาวะการขาดสารอาหารดังกล่าว คงต้องอาศัยมาตรการต่าง ๆ ผสมผสานเข้าด้วยกัน และการร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือภาคการเกษตร ในการหาพืชผลที่มีคุณค่าทางอาหารสูง หรือการเลี้ยงสัตว์เลี้ยงที่เป็นแหล่งของอาหารโปรตีนเพิ่มเติมในพื้นที่ หน่วยงานสาธารณสุขจะต้องดำเนินการเฝ้าระวังภาวะการขาดสารอาหารในเด็กด้วยการชั่งน้ำหนักอย่างต่อเนืองสม่ำเสมอ โดยเน้นให้เป็นบทบาทหน้าที่หลักของอาสาสมัคร กรรมการ และกลุ่มแม่ของเด็กในแต่ละหมู่บ้าน การสอนให้ชาวเขาเข้าใจถึงโรคขาดสารอาหารและอันตรายที่จะเกิดแก่เด็กหรือลูกของตน ตลอดจนสอนให้แม่รู้จักการแก้ไขภาวะการขาดสารอาหารด้วยตนเอง โดยเน้นการให้แหล่งอาหารที่มีอยู่แล้วในแต่ละท้องถิ่น หรือผลิตขึ้นมาเองด้วยแรงงานของตนจึงจะทำให้ภาวะความรุนแรงของการป่วยเป็นโรคขาดสารอาหารในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดน้อยลงไปได้ในที่สุด

โรคขาดสารไอโอดีน

เป็นโรคทางโภชนาการอีกโรคหนึ่งที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร การคมนาคมลำบาก ไม่สามารถเดินทางเข้าออกได้ตลอดเวลา สภาพภูมิศาสตร์ที่เป็นบริเวณภูเขาและเป็นที่ราบสูงห่างไกลจากทะเล ไอโอดีนเป็นเกลือแร่ที่มีความสำคัญในการสังเคราะห์ฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์ซึ่งอยู่บริเวณลำคอ Thyroid Hormone มีความสำคัญในการส่งเสริมการเจริญเติบโตของร่างกายและพัฒนาการของระบบประสาท ฉะนั้นเมื่อร่างกายได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอ ก็จะทำให้เกิดโรคขาดสารไอโอดีนขึ้น อาการที่ตรวจพบได้ง่าย คือ อาการของคอพอกหรือที่ชาวบ้านมักเรียกว่า คอโต ส่วนชาวเขาเหวี่ยงจะเรียกว่า คอโต เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคนี้นจะมีสติปัญญาที่ไม่ดี การเรียนจะช้ากว่าเด็กคนอื่น ส่วนแม่ที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ถ้าหากขาดสารไอโอดีน อาจทำให้ลูกที่เกิดมามีโอกาสเจ็บป่วย เป็นใบ้ หูหนวก ปัญญาอ่อน หรือเด็กตัวแคระแกรนได้ ซึ่งชาวบ้านทางเหนือเรียกว่า "โรคเอ๋อ"

จากการสำรวจภาวะการขาดสารไอโอดีนในปี พ.ศ. 2532 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกลุ่มเด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียน ตำบลห้วยบุลึง จำนวน 401 คน พบเด็กที่มีต่อมไทรอยด์โต 14.1% ซึ่งเมื่อเทียบกับการสำรวจในนักเรียนของจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวนเด็ก 18,319 คน พบเด็กที่มีต่อมไทรอยด์โตสูงถึง 42.9% เมื่อพิจารณาจากข้อมูลดังกล่าว

อาจจะมองได้ว่า ภาวะการขาดสารไอโอดีนในพื้นที่ตำบลห้วยบุ่ง มีความรุนแรงน้อยกว่าในพื้นที่อื่น ๆ ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน แต่อย่างไรก็ตาม ภาวะการขาดสารไอโอดีนนับเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อเด็กในวัยเรียน และจะส่งผลกระทบต่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ทางสาธารณสุขจะต้องดำเนินการหารูปแบบที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

จากการสังเกตในพื้นที่ที่ศึกษา พบว่า มีผู้หญิงชาวเขาที่มีต่อมไทรอยด์โตให้เห็นได้พอควร โดยเฉพาะในบางหมู่บ้าน อาทิเช่น บ้านมะโง่ล่าง เมื่อสนทนากับผู้ที่มีคอโตเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า เกิดอาการดังกล่าวได้อย่างไร และไม่รู้จะรักษาตนเองอย่างไร มีบางรายทราบจากหมอบอกว่า ขาดเกลือ แต่เขาก็กินเกลือเยอะ ทำไม่ยังเป็นอยู่ นอกจากนี้ ยังพบเด็ก 1 รายในหมู่บ้านมะโง่ล่าง อายุ 3 ปี แต่ตัวเล็กขนาดเด็ก 1 ปี ยังเดินไม่ได้ ไม่พูดจา มารดาไม่ทราบว่า ลูกเป็นโรคอะไร ไม่เคยพาไปหาหมอ จากการตรวจดู คิดว่า น่าจะเป็นโรค Cretinism ซึ่งเกิดจากการขาด Thyroid Hormone ตั้งแต่แรกเกิด

กล่าวได้ว่า ในชีวิตประจำวันของชาวเขาในพื้นที่ที่ศึกษา จะกินข้าวกับพริกและเกลือเป็นหลัก แม้แต่น้ำชาที่ต้มดื่มในแต่ละบ้าน ในแต่ละวัน ก็จะต้องใส่เกลือให้มีรสเค็มเล็กน้อย แต่เกลือที่ใช้ในหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเกลือสินเธาว์ ซึ่งไม่มีธาตุไอโอดีนผสมอยู่ เกลือเหล่านี้ชาวเขาจะไปซื้อมาจากในเมืองแม่ฮ่องสอน ฉะนั้นการแก้ไขปัญหาคาดสารไอโอดีนในชาวเขาจะเพริ่ง จึงไม่น่าจะเป็นเรื่องที่ยากนัก ถ้าหากหน่วยงานทางสาธารณสุขสามารถให้ลูกศึกษาแก่ชาวเขาให้เข้าใจถึงสาเหตุของโรค และอาการที่อันตรายของโรคขาดสารไอโอดีน โดยเฉพาะในหญิงมีครรภ์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อลูกที่จะเกิดตามมา และพยายามกระตุ้นให้ชาวเขาเปลี่ยนมาใช้เกลือที่มีธาตุไอโอดีนผสมอยู่แทน โดยอาจจะเป็นการแพร่กระจายเกลือที่มีธาตุไอโอดีนเข้าสู่หมู่บ้านหรือการผ่านสารไอโอดีนผสมกับเกลือสินเธาว์ที่ชาวเขาซื้ออยู่ในแต่ละบ้าน หรือหากเป็นไปได้ ทางสาธารณสุขอาจขอความร่วมมือจากร้านค้าต่าง ๆ ที่ขายเกลือสินเธาว์ในเมืองแม่ฮ่องสอน ผ่านสารไอโอดีนผสมลงในเกลือที่ขายด้วยตั้งแต่ต้นทาง และขอให้จำหน่ายเกลือผสมไอโอดีนในร้านด้วย น่าจะเป็นหนทางหนึ่ง ในการลดความรุนแรงของโรคขาดสารไอโอดีนได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

9. ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทัศนะของชุมชน

จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งตำบลห้วยบุ่ง เกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขที่คิดว่าเป็นเรื่องสำคัญ และต้องการที่จะเร่งแก้ไขด่วน โดยให้ตอบได้หลายข้อ พบว่า ปัญหาเรื่องน้ำไม่สะอาดและมีไม่เพียงพอ มีมากที่สุด คิดเป็น 44.5% รองลงมาได้แก่ ปัญหาเรื่องการเงินป่วยบ่อย ๆ คิดเป็น 28.0% และปัญหาเรื่องอาหารการกินที่ไม่เพียงพอและไม่สะอาด คิดเป็น 25.4% ดังแสดงใน ตารางที่ 33

ตารางที่ 23 ปัญหาสาธารณสุขที่ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วนที่จะต้องแก้ไข

ประเภทของปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
น้ำไม่สะอาด, ไม่พอ	210	44.5
การเงินป่วยบ่อย ๆ	132	28.0
อาหารไม่เพียงพอ, ไม่สะอาด	120	25.4
สถานพยาบาลอยู่ไกล, พุดกับหมอไม่รู้เรื่อง	95	20.1
ไม่มีส้วมใช้	77	16.3
สภาพแวดล้อมในบ้านและในหมู่บ้านไม่ดี	27	5.7
สูงมาก	7	1.5
ปัญหาอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ	28	5.9

* ผู้ให้สัมภาษณ์ = 473 คน, เลือกตอบได้มากกว่า 1 อย่าง

จากการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชนและหัวหน้าครอบครัวในพื้นที่ 6 หมู่บ้าน เกี่ยวกับปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัยหรือปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน พบว่า มีลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละหมู่บ้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาความขาดแคลนในเรื่องใดจะรุนแรงกว่ากัน ปัญหาที่มีลักษณะร่วมของทุกหมู่บ้าน ได้แก่ การต้องการมีน้ำดื่มที่สะอาด มีน้ำใช้และน้ำเพื่อการเกษตรตลอดปี ความต้อง

การได้ผลผลิตข้าวที่พอกินตลอดปี ในบางหมู่บ้าน อาจจะได้รับความเสียหายจากทาง การ ใน ด้านกองทุนหมู่บ้านนั้น ผู้นำส่วนใหญ่มักต้องการที่จะมีกองทุนยา และกองทุนข้าวในหมู่บ้านของตน และอยากให้ทางการให้ความช่วยเหลือในการจัดตั้งกองทุนดังกล่าว นอกจากนั้นในบางหมู่บ้าน ที่ห่างไกลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้นำและชาวบ้านส่วนใหญ่มีความต้องการให้สร้าง สสช. ขึ้นในหมู่บ้านของตนเองหรือในหมู่บ้านข้างเคียง เพื่อจะได้เดินทางไปรับบริการได้สะดวก มากขึ้น สำหรับปัญหาเรื่องการติดยาฝิ่น มีอยู่ค่อนข้างน้อยในพื้นที่ตำบลห้วยบุ่ง แต่กลับพบว่า ในหมู่บ้านที่พัฒนาแห่งหนึ่ง มีปัญหาเรื่องการขบถดื่มสุราในกลุ่มวัยรุ่นประมาณ 10 กว่าคน เมื่อ เมมาแล้วมักจะส่งเสียงดังก่อความรำคาญให้แก่ผู้อื่น แต่ก็ไม่ถึงกับมีการทะเลาะหรือทำร้ายกัน

" มีปัญหาเด็กหนุ่ม ๆ ฝึกเหล้า สมัยก่อนมันไม่มี นินกันแล้วส่งเสียงดัง พ่อแม่ บอกก็ ไม่ฟัง สมัยนั้นอะ ไรก็ไม่รู้ อะไรก็เปลี่ยนไปหมด "

สำหรับปัญหาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ทางสาธารณสุข แต่ชาวบ้านมีความต้องการ อาทิเช่น อยากรู้โรงเรียนใกล้บ้านของตนเอง เพื่อให้ลูกได้ไปโรงเรียน บางหมู่บ้านอยากได้พันธุ์ไม้ผลมา ปลูก เพื่อจะได้มีผล ไม้เอาไว้กิน และถ้ามีมากพอ อาจจะนำไปขายได้ และต้องการให้รัฐปรับ บรุงถนนหนทางคมนาคมให้สะดวก สามารถเข้าออกได้ตลอดปี เพราะปัจจุบันในช่วงหน้าฝน ถนนลูกรังที่มีอยู่จะ ไม่สามารถใช้ได้เลย ถ้าใครเจ็บป่วยหนัก ก็จะต้องใช้เปลหามเดินกัน ไปส่งยัง โรงพยาบาลศรีสังวาลย์หรือโรงพยาบาลปาย บางหมู่บ้านต้องเดินกันเป็นวันกว่าจะไปถึง โรงพยา บาลในเมืองได้ นอกจากนี้ การมีเส้นทางคมนาคมที่ใช้ได้ตลอดปี ยังสามารถทำให้ชาวเขาใน พื้นที่สามารถนำพืชผลบางอย่างที่ผลิตได้มาก ๆ หรือสัตว์เลี้ยงบางชนิด เช่น วัว ไปขายในเมือง ได้ อันเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ชาวเขาได้อีกทางหนึ่ง

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บทสรุป

การศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องความเชื่อของชาวเขาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย พฤติกรรม การแสวงหาวิธีการรักษา และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในพื้นที่ 6 หมู่บ้าน โดยเลือกทำการศึกษามุมบ้านตามระดับการพัฒนา คือ หมู่บ้านพัฒนา ได้แก่ บ้านห้วยตอง บ้านห้วยยี่ หมู่บ้านระดับปานกลาง ได้แก่ บ้านห้วยหมูน บ้านหนองชาวเหนือ และหมู่บ้านลำหัง ได้แก่ บ้านมะโงบน และบ้านมะโงล่าง ซึ่งตั้งอยู่ในตำบลห้วยบุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำหมู่บ้าน การจัดกลุ่มสนทนากับหัวหน้าครอบครัว และการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล พบว่า ประชากรในพื้นที่ที่ศึกษาเป็นชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงสะกอ 90% ของประชากรนับถือศาสนาคริสต์ 6.4% นับถือศาสนาพุทธ และ 3.6% นับถือผี มีประชากรที่ได้รับการศึกษาจากโรงเรียน 38.8% โดยส่วนใหญ่เรียนจบชั้น ป.1-ป.4 คิดเป็น 45.9% ชายชาวเขาอายุระหว่าง 12-60 ปี สามารถพูดไทยได้ 85.6% และอ่านไทยได้ 47.6% ส่วนผู้หญิงพูดไทยได้เพียง 36.5% และอ่านไทยได้ 27.3%

ผลการศึกษา : -

ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของชาวเขาในพื้นที่ที่ศึกษา มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการนับถือศาสนาของตน ในกลุ่มที่นับถือคริสต์และพุทธส่วนใหญ่คิดว่า การเจ็บป่วยเนื่องมาจากอากาศ อาหารการกิน น้ำดื่ม และการทำงานที่หนักจนเกินไป ในขณะที่กลุ่มที่นับถือผี ยังมีความเชื่อที่ผูกพันอยู่กับภูตผีและการถือโชคลางต่าง ๆ พฤติกรรมแสวงหาวิธีการแสวงหาวิธีการรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีความแตกต่างกันไปในแต่ละหมู่บ้าน และศาสนาที่นับถือ โดยหมู่บ้านที่มีสถานบริการสาธารณสุขตั้งอยู่หรืออยู่ไม่ไกลจากหมู่บ้านหรือมีกองทุนยา ชาวเขากลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะพึ่งพิงการรักษาโดยวิธีการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น ส่วนหมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลจากสถานที่ตั้งกล่าว ยังคงมีแนวโน้มในการรักษาตนเองก่อน โดยการใช้สมุนไพร แต่มีบางส่วนที่เริ่มปฏิเสธหรือไม่ยอมรับการใช้สมุนไพร ในกลุ่มที่นับถือผี เวลาเจ็บป่วยมักจะทำให้หมอผีของหมู่บ้านรักษาให้ โดยการทำพิธีเลี้ยงผี อย่างไรก็ตาม พบว่า ถ้าหากอาการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมาก ชาวเขาในทุกกลุ่มมีแนวโน้มที่จะนำผู้ป่วยไปรักษากับแพทย์ที่โรงพยาบาลปายหรือโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ กองทุนยาได้

เริ่มเป็นที่รู้จักในพื้นที่ และส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะไปขอซื้อยาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยบางอย่าง ชาวเขาในหลายหมู่บ้านที่ยังไม่มีกองทุนยา มีความคิดและความต้องการที่จะให้ทางสาธารณสุขมาช่วยจัดตั้งและสมทบยาช่วยเหลือกองทุนยาของตน

ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์กับศาสนา เช่น เดียวกัน และวิธีการรักษาตนเองเบื้องต้น โดยการใช้ ORS หรือการผสม สารละลายน้ำตาลเกลือ กินเอง ยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก ส่วนใหญ่จะพึ่งยาสมุนไพรและยาจากสถานบริการสาธารณสุข

โรคพยาธิในลำไส้ชนิดต่าง ๆ ตรวจพบประมาณ 63.0% ของจำนวนอุจจาระที่ตรวจ ซึ่งนับว่าสูงมาก พบว่า ชาวเขาบางส่วนมีพฤติกรรมในการซื้อยาถ่ายพยาธิมากินบ่อย ๆ ในขณะที่บางส่วน ปลดปล่อยไว้ โดยไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องรักษา ในพื้นที่ที่ศึกษา มีเพียงบ้านพัฒนาเท่านั้นที่มีส้วมใช้ ส่วนหมู่บ้านที่เหลือยังไม่มีส้วมในหมู่บ้าน ประโยชน์ของการมีส้วมในแง่ของ ชาวเขาที่มองเห็น มักจะเป็นเรื่องป้องกันโรคจากยุงกัด การได้กินเนื้อสัตว์ที่สะอาด และความ สะดวกสบาย มีเอยรายที่มองเห็นว่า ช่วยป้องกันโรคพยาธิหรือโรคอุจจาระร่วง จากการศึกษา ชาวเขาเริ่มมีความต้องการอยากจะได้ส้วม โดยเฉพาะในหมู่บ้านพัฒนา โดยขอให้ทางการช่วยจัดหาหัวส้วมราคาถูกลงหรือผ่อนชำระได้ ในกลุ่มหญิงผู้สูงอายุบางส่วนมีความรู้สึกต่อต้านและไม่เห็น ด้วยกับการสร้างส้วมในบ้านของตน และมีบางรายไม่ยอมใช้ส้วมด้วย

การวางแผนครอบครัวในพื้นที่ มีอัตราของการคุมกำเนิด โดยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียง 44.1% วิธีที่เลือกใช้มักขึ้นอยู่กับภรรยาของเจ้าหน้าที่ หรือ เป็นที่นิยมในหมู่บ้าน มีผู้หญิง หลายรายที่แพ้หรือรู้สึกว่าตนเองแพ้ยาคุมกำเนิด และส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการทำหมัน ชาย คนรุ่นใหม่เริ่มมีความคิดในการต้องการมีลูกจำนวนน้อย ในขณะที่คนรุ่นวัยกลางคนหรือ แก่กว่ายังมีความต้องการอยากจะได้ลูกมาก ๆ ไว้ช่วยทำนาทำไร่

หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ ส่วนใหญ่ไม่เคยฝากครรภ์ คิดเป็น 87.0% และแม้แต่ผู้ที่เคย ฝากครรภ์ก็จะได้ฝากเพียง 1 หรือ 2 ครั้ง เกือบทั้งหมดคลอดเองที่บ้าน โดยญาติ หมอตำแย และสามีของตนเอง การไปคลอดที่โรงพยาบาลมักจะเป็นกรณีที่มีความผิดปกติในแม่ที่ตั้งครรภ์หรือ แม่ต้องการที่จะทำหมัน อาหารแสลงของหญิงที่ตั้งครรภ์มักจะเป็นกลุ่มของอาหาร โปรตีนและของ จากป่า และมีความเชื่อแตกต่างกันไปในแต่ละบ้านและประสบการณ์ของแต่ละราย

การฉีดวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ยังมีความครอบคลุมที่ต่ำมาก ส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญหรือประโยชน์ของวัคซีน มีบางหมู่บ้านที่ไม่มีเด็กคนใดเคยได้รับวัคซีนเลย (เขตปลอดวัคซีน) เด็กที่เคยฉีดวัคซีนส่วนหนึ่งจะพาไปฉีดที่สถานบริการสาธารณสุขในหมู่บ้าน หรือฉีดกับหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่(คริสต์) และบางส่วนทางเจ้าหน้าที่ได้ตามไปฉีดให้ที่หมู่บ้าน

ภาวะการขาดสารอาหารของเด็กอายุ 0-4 ปี อยู่ในเกณฑ์ที่รุนแรงพอควร พบว่ามีเด็กที่มีภาวะการขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 สูงถึง 19.3% ซึ่งควรเป็นสิ่งที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขโดยด่วน จากการศึกษา ชาวเขาไม่ทราบว่า ลูกของตนเป็นโรคขาดสารอาหารหรือไม่ และจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างไร ทั้งนี้จะเนื่องมาจากการไม่มีความรู้ และกินไม่เป็น อีกทั้งการมองไม่เห็นถึงอันตรายของการเป็นโรคขาดสารอาหารในเด็ก

ปัญหาสาธารณสุขในมุมมองของชาวเขาในพื้นที่ เห็นว่า ปัญหาเรื่องน้ำที่ไม่สะอาด และมีไม้พ้อใช้ตลอดปี เป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็น 44.5% รองลงมาได้แก่ การเจ็บป่วยบ่อย ๆ คิดเป็น 28.0% และการมีอาหารที่ไม่เพียงพอ และไม่สะอาด คิดเป็น 25.4% ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร โครงการพัฒนาในพื้นที่ตำบลห้วยปูลิง ได้แก่ การเน้นและให้การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การพัฒนาโครงสร้างและกระจายการให้บริการสาธารณสุขให้ทั่วถึงทุกพื้นที่ การประยุกต์ใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม และการประสานงานร่วมกันของหน่วยงานพัฒนาในพื้นที่ทั้งภาครัฐและเอกชน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาสภาพความคิด ความเชื่อ ความเป็นอยู่ ชนบทธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชาวเขาในพื้นที่ที่ศึกษา รวมถึงพฤติกรรมต่าง ๆ และการตอบสนองในด้านสุขภาพอนามัย มีข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร โครงการพัฒนาในพื้นที่ตำบลห้วยบุ่ง ดังนี้ :-

1. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง

การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยถือว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นแนวทางหลักที่สำคัญในการที่จะบรรลุถึงความร่วมมือของประชาชนในระดับกว้าง องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวไว้ว่า " การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการ (Process) ที่บุคคลหรือครอบครัวเข้าร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพและสวัสดิการของตนเองและชุมชนส่วนรวม การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการของการพัฒนาศักยภาพที่จะเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาทั้งตนเองและส่วนรวม การสร้างการมีส่วนร่วม อาจเริ่มต้น โดยการเข้าร่วมประเมินสถานการณ์ การกำหนดปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาภายในชุมชน การร่วมวางแผนและดำเนินกิจกรรม รวมถึงการรู้จักประเมินผลงาน และนำข้อบกพร่องที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในการวางแผนและแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป "

วิถีทางที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและพึ่งตนเองได้ในการพัฒนางานสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าั้น จำเป็นต้องอาศัย วิถีทางทางการศึกษา (Educational Means) เป็นตัวปลุกเร้า และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนในที่สุด ในทางสังคม-มานุษยวิทยา การที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของชาวบ้านซึ่งบางครั้งหมายถึงการยอมรับเอาวัฒนธรรมใหม่เข้าไปแทนที่ ไม่ใช่สิ่งที่สามารถทำได้ในชั่วคืนเดียวหรือการสอนเพียงแต่ครั้งเดียว แต่จะต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง โดยการค่อย ๆ สอดแทรกความรู้ไปในวิถีชีวิตประจำวันของชาวเขา ซึ่งให้เห็นถึงผลดีผลเสียในด้านต่าง ๆ อย่างรู้จักการจำแนกและการประยุกต์ให้เข้ากับสังคมและวัฒนธรรมของเขา จนพฤติกรรมอนามัยนั้นกลายเป็นนิสัยของตนเอง การวัดความสำเร็จของ โครงการพัฒนาสุขภาพโดยดูจากจำนวน หรือความครอบคลุมของกิจกรรมสาธารณสุขที่ได้ทำไปแต่เพียงสิ่ง เดียวย่อมไม่สามารถบอกถึงความสำเร็จของงานพัฒนาทางสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยของประชาชนได้อย่างสมบูรณ์ ความสำเร็จของ

โครงการจะต้องตอบได้ด้วยว่า กิจกรรมสาธารณสุขนั้นมันทำงานหรือได้ผลดีเพียงใด และมีคุณภาพดีหรือไม่อีกด้วย จึงจะเป็นสิ่งที่มั่นใจได้ว่า ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและของชุมชนอย่างแท้จริง

2. การพัฒนาโครงสร้างและการกระจายการให้บริการสาธารณสุข

ปัจจุบัน ในพื้นที่ตำบลห้วยบุ่ง มีสถานอนามัยอยู่ 1 แห่ง และมีสถานบริการสาธารณสุขชุมชนอยู่ 2 แห่ง หากพิจารณาในแง่ของสัดส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต่อ ประชากร จะมองเห็นว่า มีสภาพที่ดีกว่าของจังหวัดแม่ฮ่องสอน (ในตำบลห้วยบุ่ง 1:725 , ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน 1:3,282) แต่ถ้าหากพิจารณาในแง่ขนาดของพื้นที่ที่จะต้องรับผิดชอบ ความยากลำบากของสภาพภูมิประเทศ การกระจายตัวของประชากร เส้นทางคมนาคมที่ทุรกันดาร น่าจะพิจารณาได้ว่ายังอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดีนัก

การให้บริการสาธารณสุขที่เป็น ในด้านของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในพื้นที่ คงต้องอาศัยการให้บริการแบบรุกคืบเข้าสู่พื้นที่อย่างสม่ำเสมอในระยะแรก ๆ มากกว่าที่จะคอยตั้งรับอยู่ในสถานบริการ และคอย ๆ ชี้ให้ชาวเขาเห็นความสำคัญของงานด้านนี้ จนถึงขั้นที่คนส่วนใหญ่พร้อมที่จะช่วยเหลือตนเอง ในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม และรู้จักการประเมินว่าเมื่อไรจึงจำเป็นต้องมาขอรับบริการที่ สอ./สสช. การเพิ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอย่างน้อยแห่งละ 2 คนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

ส่วนการจัดตั้งอาสาสมัครทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ อสม.และผสส. ควรจะมีลักษณะที่ยืดหยุ่นและพลิกแพลง ไม่ควรยึดติดในรูปแบบเก่า ๆ ของทางกระทรวงสาธารณสุข การคัดเลือกผู้ที่จะมาช่วยงานสาธารณสุข ควรทำอย่างรอบคอบและให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกอย่างจริงจัง ควรจะสร้างเสริมบทบาทของผู้หญิงชาวเขาให้มีส่วนช่วยงานสาธารณสุขให้มากกว่าที่เป็นอยู่ เพราะงานสาธารณสุขหลาย ๆ อย่างเกี่ยวข้องกับผู้หญิง และเริ่มที่ผู้หญิง การมีวาระหรือเทอมในการทำงานเป็นช่วง ๆ อาจเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องกำหนด การเรียกอาสาสมัครมาอบรมฟื้นฟูเท่าที่ปฏิบัติกันอยู่ น่าจะเปลี่ยนมาเป็นการพัฒนาและเรียนรู้จากการทำงานในพื้นที่ (on job training) มากกว่าที่จะเรียกเขาไปนั่งรับฟังการบรรยายที่จังหวัด ควรให้อิสระแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับหนึ่ง ในการคิดค้นหรือพัฒนารูปแบบบางอย่างในการดำเนินงานสาธารณสุข

สุขุมลฐานะในแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งอาจไม่จำเป็นที่จะต้องเหมือนกัน และเป็นพิมพ์เดียวกัน และควรสอนให้เจ้าหน้าที่รู้จักการประเมินโครงการอย่างเป็นระบบ ทางโครงการพัฒนาที่สูง ไทย-เยอรมันอาจคิดหารูปแบบการศึกษาวิจัยในเรื่อง รูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขชาวเขาที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาาร่วมไปด้วย ก็จะยิ่งช่วยเสริมสร้างการพัฒนางานสาธารณสุขสุขุมลฐานะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

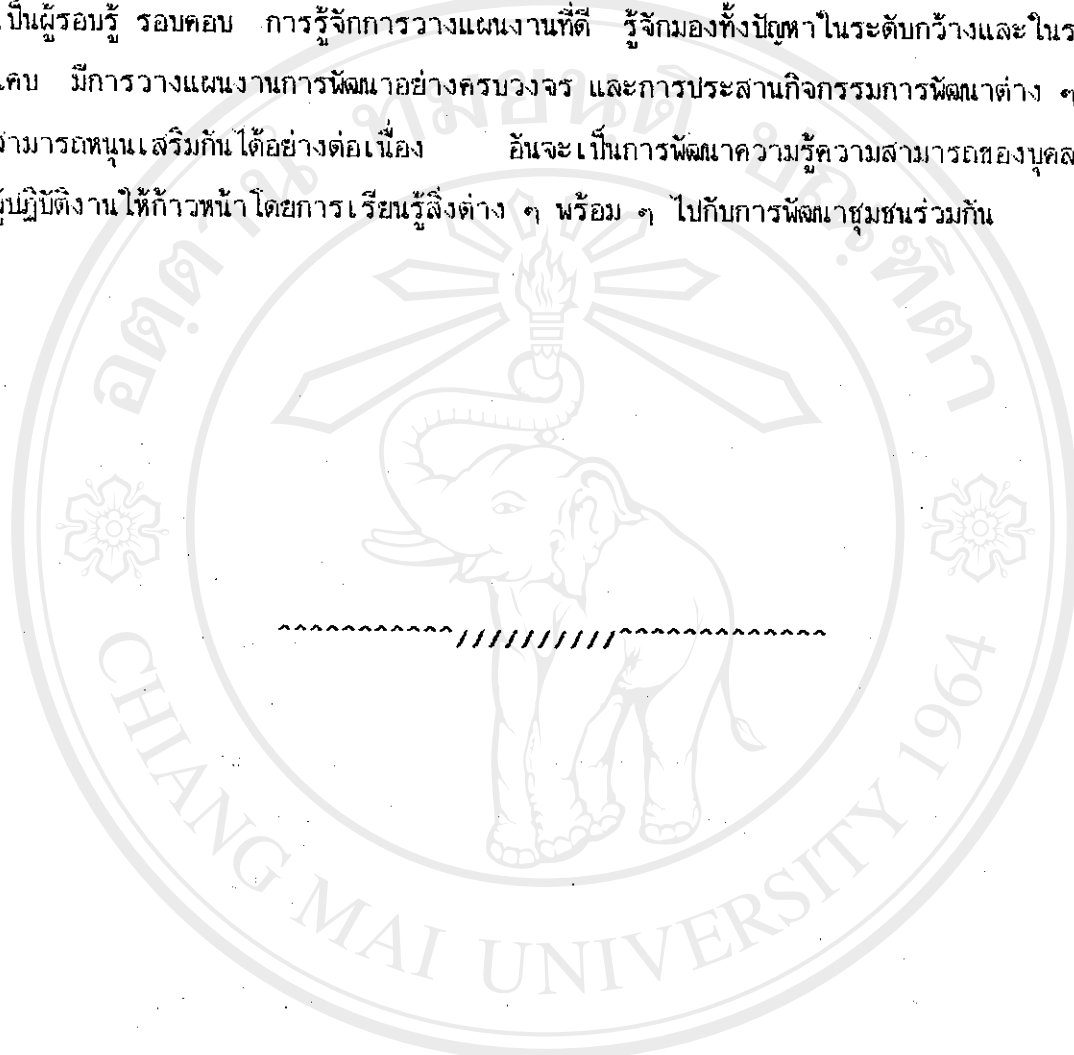
3. การเลือกใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการพัฒนา

การประยุกต์และเลือกใช้วิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการพัฒนาชนบทที่ห่างไกล หรือในชุมชนชาวเขา เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง การพยายามพัฒนางานทางด้านสาธารณสุข และพัฒนาการให้บริการ จนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่ติดอยู่แล้วของชาวเขาในการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาสุขภาพของตน กลับต้องหันมาพึ่งพาวิชาการการแพทย์แผนปัจจุบันอย่าง ไม่รู้จักจำแนก ย่อมส่งผลกระทบต่อให้ชาวเขา ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือหรือดูแลรักษาตนเอง ได้อีกต่อไป ซึ่งนับเป็นผลร้ายอย่างยิ่งในการพัฒนางานสาธารณสุข ฉะนั้นการที่จะนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการพัฒนาพื้นที่ชาวเขา ควรยึดหลักการที่ให้ได้ง่าย มีความปลอดภัย ประหยัด มีประสิทธิภาพที่ดี และที่สำคัญ ก็คือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่นำมาใช้นั้น ควรจะควบคู่ไปกับการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ชนบทรวมเนียม ประเพณีในส่วนที่ดีงามของ เขาไว้ให้มากที่สุด และเน้นให้เขาสามารถยืนอยู่ได้ด้วยตัวของเขาเอง มิเช่นนั้นแล้ว ความรู้ที่นำมาใช้การพัฒนาดังกล่าว อาจจะกลับสร้างปัญหาให้แก่ชนชาวเขาเพิ่มมากขึ้น

4. การประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

การประสานงานในระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการพัฒนาพื้นที่ตำบลห้วยบุลิ่งทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นสิ่งสำคัญยิ่งประการหนึ่ง และนับเป็นหัวใจของการทำงานพัฒนา เพราะนั่นหมายถึงว่า ทุก ๆ หน่วยงานกำลังจะนำพาและพัฒนาความเจริญให้แก่พื้นที่ ๆ ดังกล่าวไปในทิศทางเดียวกัน การพัฒนาชนบทในอดีตในหลายท้องที่มีมักจะประสบกับความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาในพื้นที่เดียวกัน ต่างคนต่างทำงาน ต่างคนต่างวางแผน ต่างคนต่างก็ใ้เงนประมาณของตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะของ การประสานงาน เสียมากกว่า

การที่จะแก้ไขปัญหาคความอดอยาก ขาดจน ความไม่รู้ ความเจ็บป่วย ซึ่งถือเป็น วัฏจักรอันชั่วร้ายที่วนเวียนอยู่ในชาวชนบทและชาวเขาผู้ห่างไกลจากสังคม เป็นภาระกิจที่ยากลำบากยิ่งของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ทั้งนี้ก็ต้องอาศัยความตั้งใจจริง ความอดทน ความ เป็นผู้รอบรู้ รอบคอบ การรู้จักการวางแผนงานที่ดี รู้จักมองทั้งปัญหาในระดับกว้างและในระดับ แคบ มีการวางแผนงานการพัฒนาอย่างครบวงจร และการประสานกิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆ ให้ สามารถหนุนเสริมกันได้อย่างต่อเนื่อง อันจะเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานให้ก้าวหน้า โดยการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ พร้อม ๆ ไปกับการพัฒนาชุมชนร่วมกัน



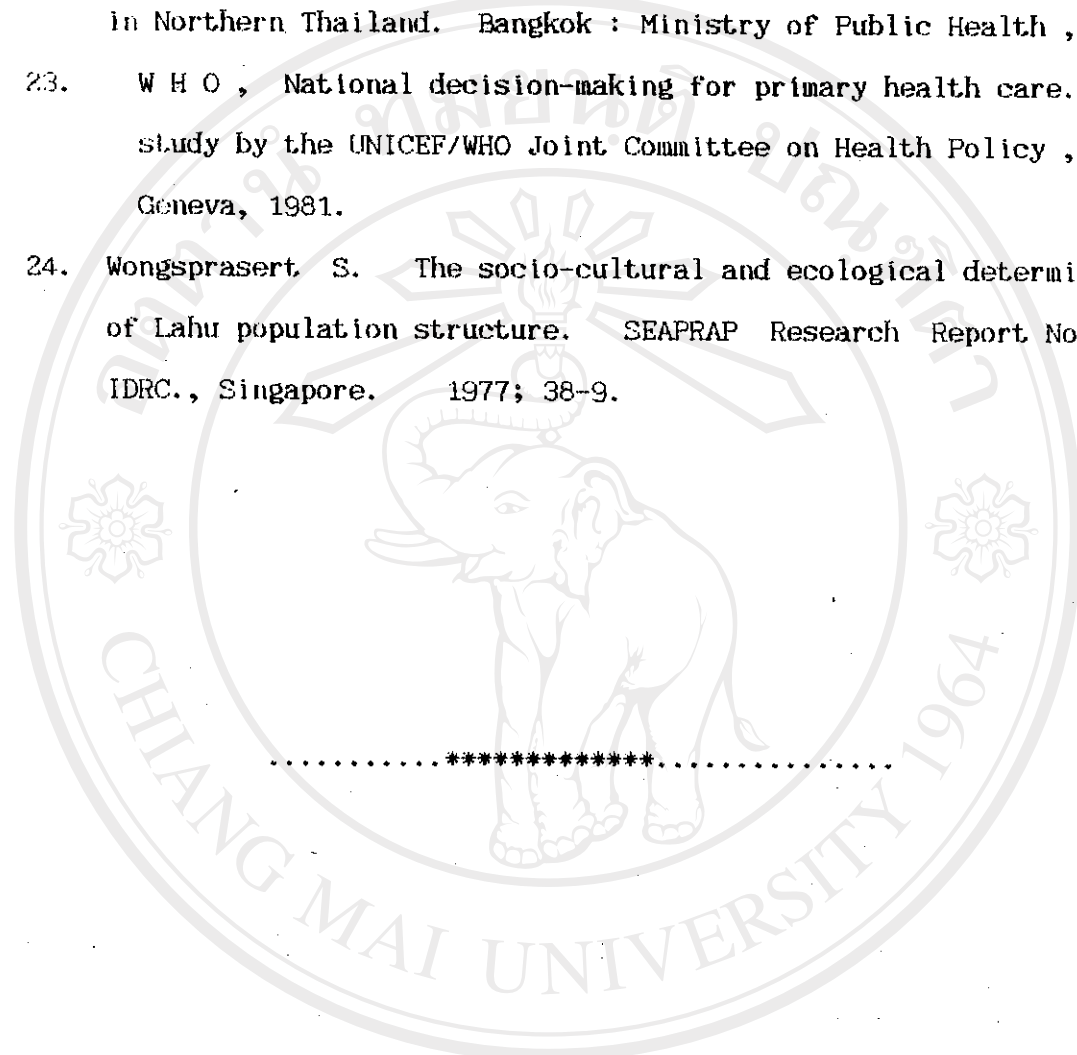
ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

บรรณานุกรม

1. โกมล สายชุ่มฉวี. การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับชาวเขาจังหวัดตาก. แพทยสมาคม 2532 ตุลาคม , 18(10) : 68-78.
2. โครงการพัฒนาที่สูงไทย-เยอรมัน. รายงานการสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุข ตำบลห้วยบุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน พฤษภาคม 2533 . เชียงใหม่ : GTZ , 2533.
3. ตัวเลขเกี่ยวกับชาวเขาในประเทศไทย. งานข้อมูลและเผยแพร่ สถาบันวิจัยชาวเขา จังหวัดเชียงใหม่. กรกฎาคม 2533.
4. ประวีตร โพธิอาศน์ . กะเหรี่ยงกับงานสาธารณสุข : ข้อมูลและคำถาม. ข่าวสารสถาบันวิจัยชาวเขา 2530 มกราคม-มิถุนายน , 11(1) : 65-71.
5. ปรีชา อุปโยคิน. มานุษยวิทยากับระบบการแพทย์และสาธารณสุข. วารสารสังคมศาสตร์ การแพทย์ 2533 สิงหาคม , 6(1) : 16-32.
6. เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. การดูแลสุขภาพตนเองกับการสาธารณสุขมูลฐาน. ใน : พิมพ์วัลย์ บริตาสวัสดิ์ , เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ , อรุณญา บุรณ์, บรรณาธิการ. การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2530 : 25-42.
7. เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ . พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในประเทศไทย. ใน : พิมพ์วัลย์ บริตาสวัสดิ์ , เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ , อรุณญา บุรณ์, บรรณาธิการ. การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2530 : 201-260.
8. ลือชัย ศรีเงินยวง , อาัมมิตา เลอ แกรนด์ . สัมพันธ์กับการรักษาตนเองของชาวชนบท. ใน : ลือชัย ศรีเงินยวง , ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ , บรรณาธิการ. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2533 : 208-233.
9. วิชัย โปษยจินดา . ชาวเขากับปัญหาสาธารณสุข . ข่าวสารสถาบันวิจัยชาวเขา 2530 มกราคม-มิถุนายน , 11(1) : 46-64.
10. วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและพลังงาน , กระทรวง . รายงานผลการดำเนินงานปีที่ 1 (ปีงบประมาณ 2528) การจัดทำแผนที่แสดงแหล่งที่ตั้งหมู่บ้านชาวเขาในประเทศไทยโดยใช้ Remote sensing . กรุงเทพฯ : กองสำรวจทรัพยากรธรรมชาติด้วยดาวเทียม, 2528.
11. วิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและพลังงาน , กระทรวง . หมู่บ้านชาวเขา รายงานผลการดำเนินงาน การจัดทำแผนที่แสดงที่ตั้งหมู่บ้านชาวเขาในประเทศไทยโดยใช้ Remote sensing . กรุงเทพฯ : กองสำรวจทรัพยากรธรรมชาติด้วยดาวเทียม , 2530.

12. วิฑ์ศน์ จันทรโพธิ์ศรี , ศาสตรี เสาวคนธ์ , พรทิพย์ คำพอ , และคณะ. พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอดในชุมชนชนบทอีสาน. ใน : ลือชัย ศรีเงินยวง, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ , บรรณาธิการ. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2533 : 234-259.
13. วันดี วราวิทย์. ORS & ORT สารละลายเกลือแร่รักษาโรคอุจจาระร่วง. เอกสาร ประกอบการประชุมโรคอุจจาระ ครั้งที่ 10 ณ. โรงพยาบาลรามาธิบดี วันที่ 1-3 พฤษภาคม 2534.
14. สนิท วงศ์ประเสริฐ . ชาวเขา : ชนกลุ่มน้อยผู้ด้อยโอกาส . ข่าวสารสถาบันวิจัย ชาวเขา 2530 กรกฎาคม-ธันวาคม , 11(3) : 1-20.
15. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ . ประสบการณ์ ปัญหาและทิศทางงานพัฒนาชาว เขาขององค์กรพัฒนาเอกชนชาวเขา. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2533.
16. สมภพ สาขโรจน์ . หมูและไก่สำหรับผีของสังคมกะเหรี่ยง ไบ. ข่าวสารสถาบันวิจัย ชาวเขา 2530 กรกฎาคม-ธันวาคม , 11(3) : 32-7.
17. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. เอกสารการนำเสนอผลงานการพัฒนาสาธารณสุข เขต 5 ปีงบประมาณ 2533. เชียงใหม่ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด , 2533.
18. สุวิยา รัตนกุล , ลักษณ์า ตาวรัตนหงษ์. อาหารแสลง โรคและบริโภคนิสัยของชาว กะเหรี่ยงสะกอ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
19. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, สมศักดิ์ เปียงใจ, วลีลักษณ์ นันทวงศ์ . ความชุกของเชื้อ ปรสิติในลำไส้ ในชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ตำบลห้วยบุ่ง อำเภอมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. เชียงใหม่เวชสาร 2533 ธันวาคม , 29(4) : 300-309.
20. อังสนา ท่างแก้ว . การศึกษาอิทธิพลของการเผยแพร่พุทธศาสนาที่มีผลต่อพฤติกรรมและ แนวความคิดของชาวเขาในจังหวัดภาคเหนือ ; ศึกษาเฉพาะกรณีทีวัดศรีไลดา ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ . วิทยานิพนธ์ สาขาศาสนาเปรียบเทียบ นวัตกรรมวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2528.
21. เอื้อมพร ทองกระจาย. การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบายและยุทธวิธีเพื่อการ พัฒนาสาธารณสุข. ใน : ลือชัย ศรีเงินยวง , ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ , บรรณาธิการ. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล , 2533 : 42-93.

22. Kunstadter P , Kesmannee C , Pothi-art P : Hmong and Karen health and family planning : Cultural and other factors affecting use of modern health and family planning services by hilltribes in Northern Thailand. Bangkok : Ministry of Public Health , 1987.
23. W H O , National decision-making for primary health care. A study by the UNICEF/WHO Joint Committee on Health Policy , WHO, Geneva, 1981.
24. Wongsprasert S. The socio-cultural and ecological determinants of Lahu population structure. SEAPRAP Research Report No.14 , IDRC., Singapore. 1977; 38-9.



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

สถานบริการสาธารณสุข
 ชุมชนบ้านห้วยทอง
 ตำบลห้วยบุ่ง
 อำเภอเมือง
 จังหวัดแม่ฮ่องสอน



เส้นทางเดินเท้าจาก
 บ้านห้วยทอง ไปยัง
 บ้านมะโงบน

สภาพ โดยทั่วไปภายใน
 หมู่บ้านศึกษา
 ตำบลห้วยบุ่ง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright © Chiang Mai University
 All rights reserved

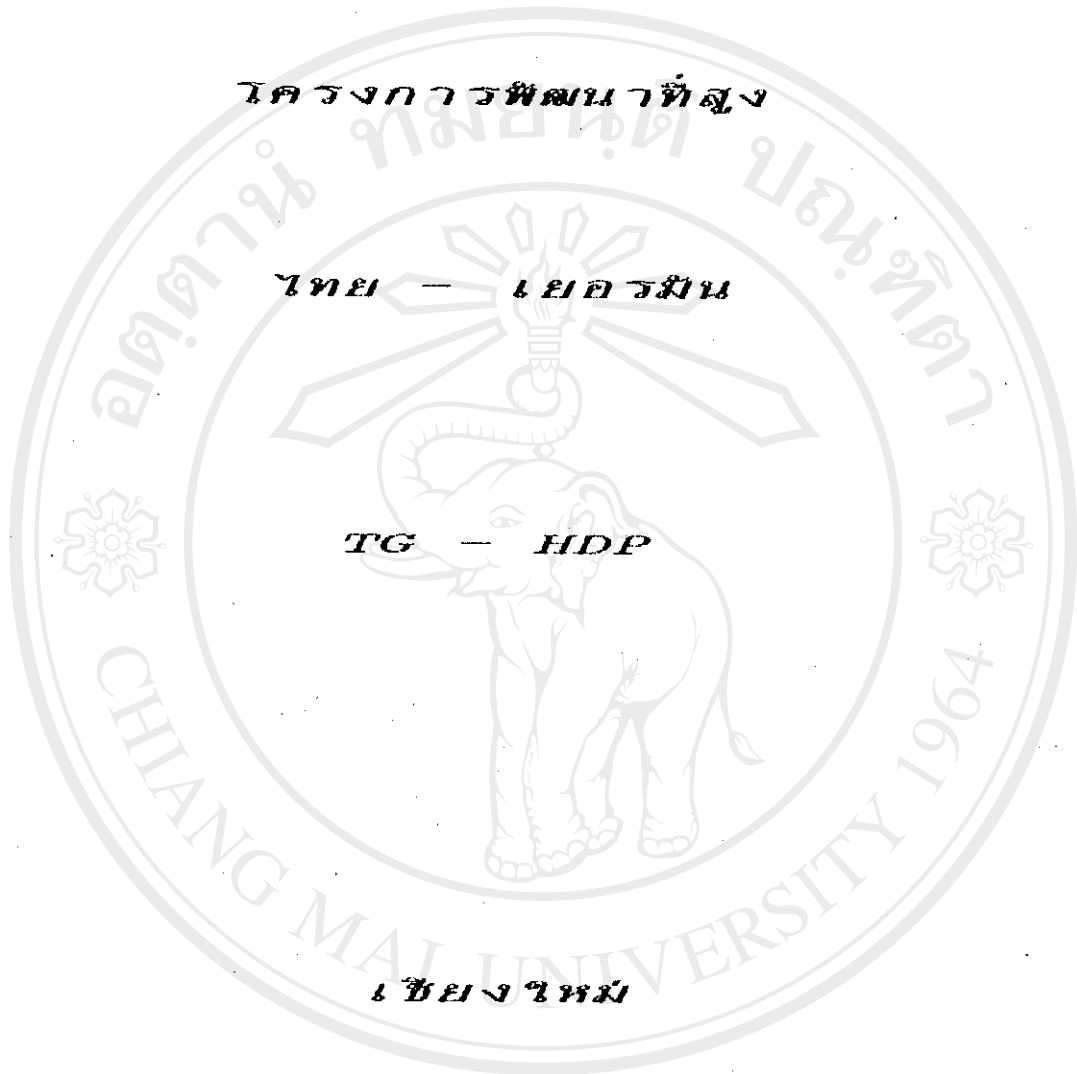


การทำกลุ่มสนทนากับ
หัวหน้าครัวเรือน
ณ.บ้านห้วยคอง

ในบ้านมะโง่ล่าง
มีมารดาเป็นโรคคอตีบ
และลูกอายุ ๓ ปี
เป็นโรค "เอ็ด"
(ศรีจันทร์)



เจ้าหน้าที่ตรวจดูจรรยา
ของชาวเขาในพื้นที่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

CHIANGMAI

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved