

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรในยุคโลกาภิวัตน์กำลังกลายเป็นประเด็นปัญหาที่สังคมโลกให้ความสนใจมากขึ้น ปัจจุบันประชากรของโลกมีมากกว่าหกพันล้านคน ในขณะที่ปริมาณของทรัพยากรธรรมชาติกำลังลดน้อย ทำให้เกิดปัญหาในการจัดสรรทรัพยากรธรรมชาติและ การดูแลรักษาความสมดุลของสภาพแวดล้อมเป็นอย่างมาก สังคมโลกจึงได้ให้ความสำคัญกับเรื่อง การควบคุมประชากรโลกให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1972 (พ.ศ. 2515) โดยองค์การอนามัยโลกได้เริ่มกำหนดแนวทางการดำเนินงานพัฒนางานอนามัยเจริญพันธุ์ โดยมีการ จัดโครงการพิเศษ “การพัฒนาและฝึกอบรมงานวิจัยที่ เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของมนุษย์” โดยมี จุดประสงค์เพื่อพัฒนางานวิจัยด้านอนามัยเจริญพันธุ์ให้สามารถตอบสนองต่อการขยายตัวด้านการ เจริญเติบโตของโลก งานวิจัยนี้มุ่งเน้นเรื่องการวางแผนการเจริญพันธุ์ (fertility regulation) เนื่องจากพบว่า คู่สมรส 50 ล้านคู่ ไม่สามารถเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัว ทำให้ สังคมไม่สามารถควบคุมการเจริญพันธุ์ของมนุษย์ได้ซึ่งมีผลทำให้ประชากรเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ ในรุ่นต่อมาและเสีย คุลยภาพระหว่างธรรมชาติกับ มนุษย์ การที่สังคมมองภาระการสืบพันธุ์ของมนุษย์เป็นเรื่องธรรมชาติและเป็นเรื่องปัจเจกทางชีววิทยา จึงทำให้สังคมขาดความสนใจในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องงานอนามัยเจริญพันธุ์ของ มนุษย์อย่างจริงจัง (มัลลิการ์ มติโก 2540: 1 – 2) ส่งผลให้ในอดีตอัตราการเพิ่มของประชากร เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ปี ค.ศ. 1974 (พ.ศ. 2517) มีการประชุมประชากรโลก (The World Population Conference) ที่กรุงบูคาเรส ประเทศโรมาเนีย เรื่อง การศึกษาด้านประชากรศาสตร์กับการพัฒนา เป็นแนวความคิดที่พยายามผสมผสานเอากระบวนการทางประชากรให้เข้ามามีส่วนสัมพันธ์กับ กระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

ปี ค.ศ. 1982 (พ.ศ. 2525) ได้มีการประชุมเรื่องเดียวกันในระดับภูมิภาคเอเชีย ซึ่งการ ประชุมดังกล่าว ได้ให้ความสำคัญเรื่องประชากรกับการพัฒนามากเช่นกัน (Asian Population Studies, 1982) โดยเน้นว่าความสัมพันธ์ระหว่างประชากรกับการพัฒนาเป็นความสัมพันธ์แบบมี

อิทธิพลซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ตัวแปรทางประชากรมีผลกระทบต่อตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคม และในขณะเดียวกันตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคมนั้นก็มีความกระทบต่อตัวแปรทางประชากรด้วย เป้าหมายและนโยบายประชากรจะต้องผสมผสานและเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยมีจุดมุ่งหมาย เพื่อยกระดับและปรับปรุงคุณภาพความเป็นอยู่ของประชากรในแต่ละประเทศ (เกื้อ วงศ์บุญสิน 2536: 2 – 3)

แม้ว่าจะมีการย้ำความสำคัญของการผสมผสานนโยบายประชากรเข้ากับนโยบายพัฒนา แต่ก็ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าลักษณะที่ว่าเป็นเช่นไร ผลสรุปจากการประชุมของ United Nations Population Fund - UNFPA (1983) เกี่ยวกับการวางแผนประชากรและการพัฒนาในปี ค.ศ. 1983 ได้ให้คำจำกัดความที่ค่อนข้างจะชัดเจนว่าการผสมผสานนโยบายประชากรเข้ากับนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม หมายถึง การวางแผนที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางประชากรกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้การวางแผนนโยบายและเป้าหมายของการพัฒนานั้นจะต้องสนใจว่า ตัวแปรทางประชากรได้รับหรือมีผลกระทบต่อตัวแปรอื่น ๆ ที่สำคัญต่อการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างไร

ต่อมาในการประชุมระหว่างชาติทางประชากรที่ประเทศเม็กซิโก (Mexico) เมื่อปี ค.ศ. 1984 แนวความคิดเรื่องความสัมพันธ์ดังกล่าวได้รับการยืนยันอีกครั้งหนึ่งโดยเห็นว่าไม่ควรมีการแยกแผนประชากรออกจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้ที่ประชุมได้เสนอแนะว่า “ในการวางแผนนโยบายและแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมนั้นควรนำตัววัดทางประชากรมาพิจารณาร่วมกับโครงการต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับกระบวนการทางประชากร ทั้งนี้การผสมผสานระหว่างประชากรและการพัฒนาดังกล่าว ควรให้มีเป้าหมายและการที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายในการจัดองค์กรที่เกี่ยวกับการวางแผนนโยบายและแผนในประเทศนั้น ๆ” (United Nations - UN 1984 : 179)

ในประเทศไทยได้เริ่มมีนโยบายการควบคุมประชากรและการวางแผนครอบครัวตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515 – พ.ศ. 2519) โดยกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับนโยบายไว้ดังนี้

- (1) ลดอัตราการเพิ่มประชากรจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 2.5 ต่อปี ในปี พ.ศ. 2519
- (2) รณรงค์ให้ความรู้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกลให้รู้จักการวางแผนครอบครัว
- (3) จัดให้มีการวางแผนครอบครัวอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ

(4) ผสมผสานกิจกรรมการวางแผนครอบครัวกับการบริการอนามัยแม่และเด็กและ กิจกรรมอื่น ๆ ที่ใกล้เคียง ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ประชากรยอมรับการวางแผนครอบครัวโดย สมัยครใจ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – 2524) ได้กำหนด ให้การลดอัตราการเพิ่มประชากรให้คงเหลือ ร้อยละ 2.1 ลดอัตราการตายจาก 9.0 ต่อพัน ให้คงเหลือ 8.0 ต่อพันของประชากร ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 – 2529) ได้เร่งปรับปรุงงานพัฒนาด้านอื่น ๆ ควบคู่ไปกับการควบคุมจำนวนประชากร โดยได้กำหนด เป้าหมายไว้อย่างชัดเจนว่า

- (1) ลดอัตราการเพิ่มประชากรให้คงเหลือร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ. 2529
- (2) พัฒนาคุณภาพของประชากรทั้งในด้านคุณภาพทางร่างกายและจิตใจ
- (3) การกระจายตัวของประชากรและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ในเมืองและชนบทให้มีความสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 – 2534) มีนโยบาย เร่งรัดการดำเนินงาน 3 ด้าน คือ

- (1) ด้านประชากร ให้มีการลดอัตราการเพิ่มประชากร ให้ลดลงเหลือร้อยละ 1.3 ในปี พ.ศ. 2534

(2) ด้านการพัฒนาคุณภาพประชากร

(3) ด้านการกระจายตัวและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ มีนโยบายเร่งรัดเหมือนกับ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมบางฉบับที่ผ่านมา ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) ได้มีนโยบายลดอัตราการเพิ่มของประชากรไม่เกินร้อยละ 1.2 ภายในปี พ.ศ. 2539 เพื่อผ่อนคลายปัญหาประชากรที่จะมีผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อมของประเทศ (ชวนชม สกนธวัฒน์ 2538: 7) ดังนั้นการควบคุมจำนวนประชากร จึงเป็นการเร่งดำเนินการควบคุมการเจริญพันธุ์ในผู้หญิงเป็นหลัก โดยภาครัฐได้ดำเนินงานตาม นโยบายวางแผนครอบครัวในการควบคุมประชากร โดยอาศัยแบบแผนของการมีบุตรที่เหมาะสม ในครอบครัวไทย ซึ่งมีบุตรไม่เกิน 2 คน โดยบุตรคนแรกและคนที่ 2 ควรห่างกันอย่างน้อย 3 ปี ข้อกำหนดดังกล่าวได้คำนึงถึงความเหมาะสม และความเป็นไปได้ทางเศรษฐกิจและสังคมไทยในปัจจุบันซึ่งเกิดผลดีต่อสุขภาพของบุคคลในครอบครัวทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมโดยรวม

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 - 7 (พ.ศ. 2520 - 2539) ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับนโยบายการควบคุมจำนวนประชากรในอัตราที่เหมาะสม

เพื่อผ่อนคลายปัญหาประชากรที่จะมีผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมของประเทศ โดยได้กำหนดเป้าหมายไว้ชัดเจนว่า

(1) ลดอัตราการเพิ่มประชากรให้คงเหลือร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ. 2529 ร้อยละ 1.3 ในปี พ.ศ. 2534 และลดลงเหลือร้อยละ 1.2 ในปี พ.ศ. 2539

(2) พัฒนาคุณภาพประชากรทั้งในด้านคุณภาพทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของบุคคลในครอบครัว สังคมและประเทศชาติ

(3) ส่งเสริมการกระจายตัวของประชากร และการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ในเมืองและชนบทให้มีความสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมโดยรวม

แนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของนโยบายการควบคุมประชากรตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 - 7 นั้น รัฐบาลได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานในรูปของการวางแผนครอบครัว เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยกำหนดแบบแผนการมีบุตรที่เหมาะสม ครอบครัวหนึ่งควรมีบุตรไม่เกิน 2 คน บุตรคนแรกและคนที่ 2 ห่างกันอย่างน้อย 3 ปี

การวางแผนครอบครัวทำให้อัตราการเกิดของคนไทยในภาพรวมลดต่ำลงมาก แต่อย่างไรก็ตามในกรณีชุมชนในพื้นที่สูง อัตราการเกิดยังคงค่อนข้างสูง เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ชาวเขามีอัตราการเกิด 55.5 ต่อ 1,000 อัตราการคุมกำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วมีเพียงร้อยละ 5 - 40 หรือ มีสตรีชาวเขามีการคุมกำเนิดประมาณร้อยละ 28.2 เท่านั้น เมื่อมีการสำรวจด้านสุขภาพอนามัยยังพบว่าชาวเขาบนพื้นที่สูงเมื่อเจ็บป่วยมักซื้อยามากินเอง คิดเป็นร้อยละ 82.6 ของครัวเรือนของชาวเขาทั้งหมด นอกจากนี้ชาวเขายังนิยมรักษาโรคโดยหมอผีตาม ความเชื่อดั้งเดิมของตนเองถึงร้อยละ 52.8 ของครัวเรือนชาวเขาทั้งหมด ดังนั้น รัฐบาล โดยความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2532 จึงได้จัดทำแผนแม่บทเพื่อการพัฒนาชุมชน สิ่งแวดล้อมและการควบคุมพืชเสพติดพื้นที่สูง ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2535 - 2539) ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาชุมชนบนพื้นที่สูงยึดถือเป็นกรอบในการปฏิบัติงาน และเป็นแผนชี้นำในการพัฒนาบนพื้นที่สูง โดยในแผนแม่บทเพื่อการพัฒนาชุมชน สิ่งแวดล้อมและการควบคุม พืชเสพติดบนพื้นที่สูง ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2535 - 2539) ดังกล่าว มีนโยบายเร่งรัดการวางแผนครอบครัวให้ บังเกิดผลเพื่อควบคุมการเพิ่มของประชากรชาวเขาให้อยู่ในระดับใกล้เคียงกับอัตราเพิ่มของประชากร พื้นราบ คือ ร้อยละ 1.56

นโยบายการควบคุมจำนวนประชากรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ได้กำหนดให้มีอัตราการเพิ่มของประชากรไม่เกินร้อยละ 1.2 โดยใช้กลวิธีการดำเนินงานวางแผนครอบครัวเป็นหลัก และมุ่งเน้นในเรื่องการรักษากระดับอัตราการ

คุมกำเนิดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 77 กำหนดอัตราการมีบุตรคนแรกของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกิน ร้อยละ 10 โดยผสมผสานกับงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งกำหนดให้แต่ละครอบครัวมีบุตร ไม่เกิน 2 คน บุตรคนแรกและบุตรคนที่สองควรมีห่างกันอย่างน้อย 3 ปี ในปัจจุบันพบว่าประเทศไทย มีอัตราการคุมกำเนิดร้อยละ 72.2 โดยมีอัตราความครอบคลุมการคุมกำเนิดของแต่ละจังหวัด แตกต่างกันไป จังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงสุด คือ ร้อยละ 82.7 และจังหวัดที่มีอัตราการ คุมกำเนิดต่ำสุด คือ ร้อยละ 69.23 (กระทรวงสาธารณสุข 2541: 12)

อย่างไรก็ตามปัญหาการเพิ่มขึ้นของประชากรบนพื้นที่สูง ในช่วงแผนแม่บทเพื่อ การพัฒนาชุมชน สิ่งแวดล้อม และการควบคุมพืชเสพติดบนพื้นที่สูง ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2540 - 2544) ยังคงมีอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอยู่ในระดับ 2.9 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเพิ่มของ ประชากรเฉลี่ยทั้งประเทศ ร้อยละ 1.2 แนวทางการดำเนินการควบคุมจำนวนประชากรบนพื้นที่สูง ยังกำหนดให้มี การเร่งรัดการวางแผนครอบครัวให้มีระดับใกล้เคียงกับอัตราการเพิ่มเฉลี่ยของ ประชากรทั้งประเทศอยู่เช่นเดิม

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) รัฐบาล ยังคงให้ความสำคัญในนโยบายการเพิ่มประชากรที่เหมาะสม ลดปัญหาการจัดสรรทรัพยากรและ ปัญหาการดูแลรักษาความสมดุลของสภาพแวดล้อมจึงได้กำหนดเป้าหมายในการยกระดับคุณภาพ ชีวิตของประชาชนในประเทศให้มีโครงสร้างประชากรที่สมดุลและขนาดครอบครัวที่เหมาะสม โดยรักษาแนวโน้มภาวะการเจริญพันธุ์ของประชากรให้อยู่ในระดับทดแทนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ คนไทยมีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพ คือมีอัตราเฉลี่ยการเพิ่มของประชากรทั้งประเทศ ร้อยละ 1.2

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาของประเทศไทยในช่วง 4 ทศวรรษที่ผ่านมา แม้รัฐบาลจะมี นโยบายการควบคุมประชากรให้มีการเพิ่มในอัตราที่เหมาะสม โดยจะเห็น ได้จากการกำหนด เป้าหมายเกี่ยวกับนโยบายลดอัตราการเพิ่มประชากรของปีที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 - 9 แล้วก็ตาม อัตราการเพิ่มของประชากรบนพื้นที่สูงยังคงเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว ซึ่งอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรบนพื้นที่สูงอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลกระทบต่อ การขยายพื้นที่ทำกินและที่อยู่อาศัย

จากการสำรวจกลุ่มชาวเขาซึ่งเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่บนภูเขาสูงหรือพื้นที่ ห่างไกลในชนบทของประเทศไทย จำนวน 9 เผ่า ประกอบด้วย กะเหรี่ยง แม้ว เข่า อีโก้ ลีซอ มูเซอ ถิ่น ขมุ ลีซัว ชาวเขาเหล่านี้ มีวิถีการดำรงชีวิตลักษณะทางวัฒนธรรม ประเพณี เฉพาะ ของตนเอง จากการรวบรวมสำรวจของสถาบันวิจัยชาวเขา ในปี พ.ศ. 2545 พบว่าชาวเขาอาศัย อยู่ในประเทศไทยใน 20 จังหวัด จำนวนประชากร 914,000 คน โดยมี เผ่ากะเหรี่ยง มีจำนวน ประชากรสูงสุดถึง

438,450 คน รองลงมาคือ แม่ว จำนวน 151,080 คน และมุเซอ จำนวน 102,371 คน (ฝ่ายบริการและเผยแพร่สถาบันวิจัยชาวเขา 2544) ในการสำรวจแบบเร่งด่วนในเรื่องโครงสร้างของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์ของชนกลุ่มน้อย 6 เผ่าหลัก ได้แก่ กะเหรี่ยง แม้ว เข่า อีก็้อ ลีซอ และมุเซอ โดยศูนย์พัฒนาอนามัยชาวเขาจังหวัดลำปาง ในปี พ.ศ. 2539 พบว่า ชาวเขามีอัตราการครอบคลุมในการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 63.4 และเมื่อพิจารณาข้อมูลประชากรของชาวเขา จากโครงสร้างปิรามิดประชากร โดยแยกตามเพศและช่วงอายุ พบว่ามีลักษณะของโครงสร้างปิรามิดเป็นสามเหลี่ยม หน้าจั่ว กล่าวคือ มีฐานประชากรกว้าง แสดงให้เห็นว่าประชากรชาวเขามีอัตราการเกิดสูงและมีอัตราการวางแผนครอบครัวต่ำ และพบว่ามีอัตราการเกิดและอัตราเพิ่มประชากรถึง ร้อยละ 2.23 (รุ่งรัศมี ศรีวงศ์พันธ์ 2542: 2) ซึ่งตรงข้ามเป้าหมายที่ต้องดำเนินงานวางแผนครอบครัวของประเทศ

จังหวัดตากเป็นจังหวัดที่มีประชากรชาวเขามากเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศ โดยมีประชากรจำนวน 135,749 คน 23,471 หลังคาเรือน 468 หมู่บ้าน จำแนกเป็น 6 เผ่า ได้แก่ กะเหรี่ยง 94,690 คน มุเซอ 5,590 คน ลีซอ 2,118 คน อีก็้อ 1,221 คน และเข่า 420 คน โดยมุเซอ มีสมาชิกตัวเฉลี่ยต่อหลังคาเรือนสูงถึง 8.46 คน และรองลงมาคือแม้ว เฉลี่ย 8.20 คน

รายงานสรุปจากฐานข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้านชาวเขาปี พ.ศ. 2545 โดยสำนักงานส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมบนพื้นที่สูง จังหวัดเชียงใหม่ กองสงเคราะห์ชาวเขา กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พบว่าพื้นที่จังหวัดตาก มีการคุมกำเนิด จำนวน 1,514 ครอบครัว หรือคิดเป็นร้อยละ 73.78 จากทั้งหมด 2,058 ครอบครัว ซึ่งยังเป็นอัตราที่ต่ำกว่าเป้าหมายการควบคุมจำนวนประชากรตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ซึ่งเน้นการรักษาระดับอัตราการคุมกำเนิดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 77 ข้อมูลจากสรุปผลการปฏิบัติงานการวางแผนครอบครัวของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ระหว่างปี พ.ศ. 2540 - 2544 พบว่ามีอัตราการคุมกำเนิดของหญิงที่อยู่กินกับสามีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.95 ในปี 2540 เป็นร้อยละ 89.67 ในปี 2544 แต่เมื่อทำการสำรวจลึกไปถึงระดับพื้นที่ พบว่ายังคงมีชุมชนที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ถึงร้อยละ 56.41

ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนบนพื้นที่สูง “ชาวเขา” จึงเป็นเป้าหมายที่ต้องเร่งดำเนินงานด้านประชากรและอนามัยเจริญพันธุ์ เนื่องจากการไม่ยอมรับการวางแผนครอบครัวของมารดาที่มีอายุเกิน 35 ปี และมีบุตรตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป มารดาจะเป็นโรคเรื้อรังทางอายุกรรม โรคหัวใจ โรคเบาหวาน สูงมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ยอมรับการวางแผนครอบครัว ช่วงอายุเดียวกันที่มีบุตร 2 คน มารดาที่มีบุตรมากหรือตั้งครรภ์ถี่จะทำให้

ป่วยเป็นโรคโลหิตจาง มดลูกเคลื่อนที่และมีอาการแทรกซ้อนของระบบทางเดินปัสสาวะ และมีอัตราการตายของเด็กเพิ่มขึ้นมากหากไม่เว้นระยะห่างของการมีบุตรแต่ละคนมากกว่า 2 ปี

การไม่ยอมรับการวางแผนครอบครัวของชาวเขาจึงเกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเอง และส่งผลให้เกิดปัญหาและผลกระทบตามมา โดยเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพของมารดา ทำให้ อัตราการตายของมารดาสูงขึ้น ด้านสุขภาพของพ่อแม่ พบว่าครอบครัวที่มีบุตรมาก โดยเฉพาะ ครอบครัวที่ฐานะยากจน หากมีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม พ่อผู้ซึ่งมีฐานะเป็นหัวหน้า ครอบครัวจะไม่เคร่งเครียดและมีเวลาพักผ่อนทำให้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดี ด้านสุขภาพ ลูก พบว่าในครอบครัวที่มีลูกมากกว่า 4 คน อาจเกิดปัญหาในเรื่องเด็กเจริญเติบโตช้า ภาวะ โภชนาการของเด็กไม่ดี และมีแนวโน้มปัญหาด้านสติปัญญาหรือการศึกษาเล่าเรียนต่ำ ด้านเศรษฐกิจของครอบครัวและของประเทศ มีการประมาณการว่าหากภาครัฐไม่เร่งดำเนินการ วางแผนครอบครัวเพื่อควบคุมจำนวนประชากรของประเทศ ภาครัฐต้องเสียงบประมาณให้บริการ ขั้นพื้นฐานทางสังคมจากการศึกษาของนักเศรษฐศาสตร์สรุปได้ว่าการวางแผนครอบครัวสามารถ ประหยัดรายจ่ายขั้นพื้นฐานของการบริการทางสังคม กล่าวคือในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 5 สามารถประหยัดเงินงบประมาณได้ถึง 21,000 ล้านบาท และในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 สามารถประหยัดเงินงบประมาณได้ถึง 51,000 ล้านบาท (รุ่งรัศมี ศรีวงศ์พันธ์ 2542: 2)

ผลการสำรวจเบื้องต้นพบว่าสาเหตุเนื่องมาจากการเข้าไม่ถึงบริการของรัฐและ ค่านิยมความเชื่อในสังคมของชาวเขาแต่ละเผ่า ซึ่งยังคงยึดมั่นอยู่ในจารีตประเพณีอย่างเหนียวแน่น การบริการถือเป็นปัจจัยภายนอกที่สามารถปรับปรุงแก้ไขได้ด้วยการบริหารจัดการ แต่ปัจจัยภายใน ที่เป็นเรื่องของความคิด ความเชื่อ ธรรมเนียมปฏิบัติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับจารีตประเพณีของชุมชน แต่ละเผ่าแต่ละพื้นที่เป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้

โดยสรุป ปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรบนพื้นที่สูง ได้ก่อให้เกิด ผลกระทบและปัญหาด้านต่าง ๆ ทั้งต่อสังคมโดยรวมต่อชุมชนครอบครัว และต่อชาวเขาอย่าง หลีกเลียงไม่ได้ กล่าวคือ พื้นที่สูงมีจำนวนจำกัดและลดลงอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาด้าน โภชนาการ สุขภาพพลานามัย การศึกษา เศรษฐกิจ และปัญหาสังคมด้านอื่น ๆ ดังนั้น หากยังไม่ทราบ ถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ชาวเขายอมรับหรือปฏิเสธการวางแผนครอบครัว การเร่งรัด ส่งเสริมการ วางแผนครอบครัวตามนโยบายของภาครัฐย่อมไม่ประสบผลสำเร็จจะส่งผลให้เกิดปัญหาต่อการ พัฒนาคุณภาพของประชากรบนพื้นที่สูงและปัญหาอื่น ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้น ผู้วิจัยได้สนใจ ศึกษาเรื่อง “สังคม จารีต ประเพณี กับการยอมรับการวางแผนครอบครัวของชาวเขาในพื้นที่ ดอยมูเซอจังหวัดตาก” เนื่องจาก

1.1 ได้ตระหนักถึงความสำคัญของนโยบายด้านการควบคุมประชากรของโลกและของรัฐบาลไทยที่มุ่งเน้นให้มีการเพิ่มในอัตราที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมอัตราเพิ่มของประชากรชาวเขาที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อลดปัญหาของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการจัดสรรทรัพยากร ปัญหาการรักษาความสมดุล ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาสังคมต่าง ๆ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย การศึกษา โภชนาการ ฯลฯ

1.2 ผู้วิจัยเป็นนักพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา ย่อมเข้าใจในระบบสังคม จารีต ประเพณีของชาวเขาเผ่ามูเซอคำ (เมเล) ทำให้มีมุมมองทั้งในแบบคนในและคนนอกได้ชัดเจนขึ้น กล่าวคือ มีความชัดเจนในมุมมองแบบคนนอก (etic view) ผู้วิจัยสามารถมองและวิเคราะห์ระบบความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมของชุมชนชาวเขาเผ่ามูเซอคำ (เมเล) ในการใช้บริการวางแผนครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับสังคม จารีต ประเพณีในมุมมองแบบคนใน (emic view) คือ สามารถรับรู้และเข้าใจในความรู้สึกนึกคิด เข้าใจระบบความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมของชาวเขาเผ่ามูเซอคำ (เมเล) ได้ชัดเจน เนื่องจากมีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาโดยได้เข้าไปอยู่อาศัยในหมู่บ้านและไปใช้ชีวิตร่วมกับชาวเขาเผ่ามูเซอคำ (เมเล) มาเป็นระยะเวลาานาน นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมองเห็นภูมิปัญญาและศักยภาพของชาวเขาเผ่ามูเซอคำในการเข้ามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาประเทศชาติ ซึ่งผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการศึกษาข้อมูลนี้ เพื่อประโยชน์ต่อนักพัฒนาชาวเขาหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ สำหรับการนำไปพัฒนาชาวเขาด้านต่าง ๆ

1.3 เรื่องที่ลงไปทำการศึกษาคือเรื่อง สังคม จารีต ประเพณี ซึ่งในการศึกษาคครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงประเด็นการยอมรับการวางแผนครอบครัวของชาวเขาเผ่ามูเซอคำ (เมเล) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเข้าไปศึกษาในเชิงชาติพันธุ์วรรณา แนววัฒนธรรมเป็นแนวทางหลักในการศึกษา

1.4 ประชากรที่ทำการศึกษาคือเป็นชาวเขาเผ่ามูเซอคำ (เมเล) ทำให้ผู้ศึกษาสามารถเข้าถึงได้ในฐานะนักพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาและผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหมู่บ้านชาวเขาในฐานะผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาจังหวัดตาก กลุ่มชาวเขาที่ทำการศึกษามีความรู้สึกริ้วางใจในการให้ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

1.5 หมู่บ้านชาวเขาที่เข้าไปทำการศึกษาคือหมู่บ้านที่เป็นชาวเขาเผ่ามูเซอคำ (เมเล) ซึ่งผู้ศึกษามีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชาวเขาของศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขามาเป็นระยะเวลาานาน ซึ่งถือเป็นหน่วยงานที่ชาวเขามาใช้บริการและเป็นหน่วยงานที่ให้บริการแก่ชาวเขา ผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษาโดยเข้าไปสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและเข้าไปมีส่วนร่วมกับชาวเขาเผ่ามูเซอคำ (เมเล) ให้มากที่สุดกว่าเดิมที่ได้ปฏิบัติตามหน้าที่ ความรับผิดชอบ เพื่อเป็น

การเข้าใจความหมายของพฤติกรรมและการให้ความหมายแก่เหตุการณ์ต่าง ๆ ของชาวเขาในชุมชน
ที่ถูกศึกษาได้อย่างถูกต้องและชัดเจน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาถึงปัจจัยในสังคมจารีตประเพณีของชาวเขาเผ่ามูเซอดำ (เผ่าเล) ที่มีผลต่อการ
ยอมรับการวางแผนครอบครัวของชาวเขาเผ่ามูเซอดำ (เผ่าเล) ในพื้นที่จังหวัดตาก

3. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ได้กำหนดขอบเขตการวิจัยไว้ 3 เรื่อง คือ ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา
ขอบเขตด้านประชากร และขอบเขตด้านเนื้อหา

3.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา จะทำการศึกษาในชุมชนชาวเขาเผ่ามูเซอดำ (เผ่าเล)
บ้านอุ้มขอม หมู่ที่ 6 ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก

3.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา จะศึกษาพฤติกรรมการคุมกำเนิด เหตุผลการยอมรับ หรือ
ปฏิเสธการวางแผนครอบครัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยให้ความสำคัญกับข้อมูลรายละเอียดด้าน
พื้นฐานความคิด การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ ของกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับ
การวางแผนครอบครัว และเงื่อนไขทางสังคม จารีตประเพณีที่สำคัญกับการตัดสินใจยอมรับ
การวางแผนครอบครัวของชาวเขาเผ่ามูเซอดำ (เผ่าเล)

4. นิยามศัพท์

สังคม จารีต ประเพณี หมายถึง ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ค่านิยมและวิถีชีวิต
ที่ได้รับจากประสบการณ์จริงผ่านขั้นตอนการถ่ายทอดและยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ หรือปฏิสัมพันธ์
ภายในเผ่าระหว่างเผ่าและสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สังคม จารีต ประเพณีของชุมชน
ชาวเขาเผ่ามูเซอดำ (เผ่าเล)

การวางแผนครอบครัว ได้แก่ การคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการปฏิสนธิ หรือการป้องกันการ
การตั้งครรภ์ เป็นบริการเพื่อให้คู่สมรสมีบุตรในเวลาที่ต้องการป้องกันการมีบุตรหรือเว้นช่วงการมี
บุตรในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้สอดคล้องกับความพร้อมทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และ
สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ เพื่อให้เกิดความสุขแก่ตนเอง ครอบครัว และ สังคม

ชาวเขา ได้แก่ กลุ่มชนบนพื้นที่สูงที่มีวิถีการดำรงชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์แตกต่างจากคนส่วนใหญ่ของประเทศ ประกอบด้วย เผ่ากะเหรี่ยง แม้ว เข่า อีเก้อ ลีซอ มูเซอ ถิ่น ขมุ ลัวะ

มูเซอดำ (เหมเล) หมายถึง ชาวไทยภูเขาเผ่ามูเซอกลุ่มหนึ่ง เรียกตัวเองว่า “ละหู่ หรือ ลาหู่” คนไทยเรียกพวกนี้ว่ามูเซอ มูเซอดำจะแต่งกายโดยใส่ชุดสีดำ เสื้อของผู้หญิงเป็นเสื้อแขนยาว ทรงกระบอก ตัวเสื้อยาวถึงน่อง มีแถบผ้าสีขาว สีเหลือง เย็บทาบติดไว้บนตัวเสื้อเป็นตอน ๆ ตั้งบ้านเรือนอยู่บนไหล่เขาที่มีความสูงจากระดับน้ำทะเลตั้งแต่ 3,000 - 4,000 ฟุต ขึ้นไป ประกอบอาชีพทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ในที่นี้หมายถึง ชาวไทยภูเขาเผ่ามูเซอดำ (เหมเล) ที่อาศัยอยู่ที่บ้านอุมยอม หมู่ที่ 6 ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก เท่านั้น

การยอมรับการวางแผนครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และมีความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัวในเชิงบวก ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเต็มใจ เนื่องจากเห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ

5. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

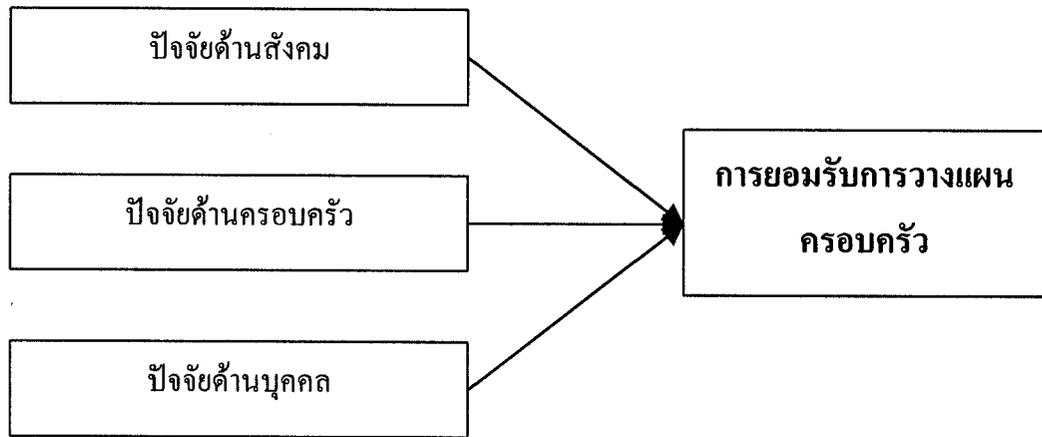
5.1 ได้รับทราบถึงลักษณะและปัจจัยในสังคม จารีต ประเพณีของชาวเขาเผ่ามูเซอดำ (เหมเล) ที่มีผลต่อความคิดและพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต และผลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว

5.2 ได้ข้อมูลซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน การวิจัย และการบริหารงานแก่ผู้สนใจ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัย เรื่อง สังคม จารีตประเพณี กับการยอมรับการวางแผนครอบครัวชาวเขาในพื้นที่ดอยมูเซอ จังหวัดตาก ได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยว่า ปัจจัยในสังคม จารีต ประเพณีของชาวเขาเผ่ามูเซอดำ (เหมเล) ที่มีผลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชาวเขาในพื้นที่ดอยมูเซอ จังหวัดตาก ดังนี้

ปัจจัยชนบทธรรมเนียมประเพณีและประสบการณ์ของชาวเขา



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย