

ถูกเงินเรื้อรัง

สุขภาพและสิทธิมนุษยชน
ในภาคตะวันออกของพม่า



รายงานโดย
หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

ถูกเงินรื้อรัง:

สุขภาพและสิทธิมนุษยชนในภาคตะวันออกของพม่า

สารบัญ

คำนำ วุฒิสมาชิกจอห์น อิงกาการ์ณ.....	X
คำนำ แพทย์หญิงชินเธีย หม่อง	X
ความหมายของด้วย่อ	X
บทสรุปผู้บริหาร	X
ข้อเสนอแนะ	X
เกริ่นนำ	X
ตัวชี้วัดด้านสุขภาพพื้นฐาน	X
นโยบายสี่ดัด	X
หน่วยแพทย์เคลื่อนที่	X
วิธีวิทยา.....	X
การออกแบบการสำรวจ	X
การอบรม	X
ผลการสำรวจ.....	X
ผลการสำรวจ	X
I. พื้นที่การสำรวจ	X
II. ลักษณะของประชากร	X
III. ตัวชี้วัดด้านสุขภาพพื้นฐานในพื้นที่บริการของ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่	X
อัตราการตายและสาเหตุการตายพื้นฐาน	X
มาลาเรีย	X
อัตราการเกิดโรค	X

อัตราการเกิดภาวะขาดสารอาหารในเด็ก	X
น้ำและสุขอนามัย	X
อนามัยเจริญพันธุ์	X

IV. การละเมิดสิทธิมนุษยชนและผลกระทบต่อ

ตัวชี้วัดด้านสุขภาพ	X
การบังคับโยกย้าย	X
การบาดเจ็บ/การตายจากกัมระเบิด	X
การทำลายและปล้นสะดมอาหาร	X
การบังคับใช้แรงงาน	X
ความรุนแรงของทหาร	X

V. ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพในบริบทของการ

ละเมิดสิทธิมนุษยชน	X
--------------------------	---

สรุป	X
------------	---

ข้อเสนอแนะ	X
------------------	---

ข้อมูลอ้างอิง	X
---------------------	---

ภาคผนวก: คำถามในการสำรวจ	X
--------------------------------	---

คำนำ

วุฒิสมาชิกจอน อิงกาภรณ์

ตอนที่ผมเป็นเด็ก พม่าถือเป็นอยู่ชั่วคราวแห่งเอเชียเพราะอุดมสมบูรณ์ด้วยทรัพยากรธรรมชาติ พม่าเป็นประเทศที่มีอนาคตเจริญรุ่งเรือง และมีระบบสุขภาพและการศึกษาที่ก้าวหน้า

แต่ในช่วงที่ผมเติบโตขึ้น ผมได้พบกับพัฒนาการในทางตรงข้าม กล่าวคือ สังคมพม่ากลายเป็นสังคมที่เต็มไปด้วยการปราบปราม ความยากจน และปัญหาด้านสุขภาพร้ายแรง ในปัจจุบันคนรู้จักประเทศนี้ในฐานะที่มีรัฐบาลเผด็จการทหารที่โหดร้าย โดยสืบทอดอำนาจต่อเนื่องกันตั้งแต่ปี 2505 เป็นเผด็จการที่มีชื่อเสียงด้านความกลัวและกังวลจนเกินเหตุ และการเก็บจําเป็นความลับ ภายใต้การปกครองดังกล่าว พม่าได้กลายเป็นประเทศที่ตกต่ำในสายตาของนานาชาติ โดยมีการจัดอันดับให้เป็นหนึ่งในประเทศด้อยพัฒนามากที่สุด และมีมาตรฐานด้านสุขภาพเลวร้ายเป็นอันดับสองตามการจัดอันดับขององค์การสหประชาชาติ และเป็นประเทศที่ถูกจัดอันดับว่ามีการฉ้อฉลมากที่สุดประเทศหนึ่งในโลก เป็นศูนย์กลางการค้ายาเสพติดและการฟอกเงินของโลก เป็นแหล่งการค้ามนุษย์แหล่งใหญ่ มีการจัดทำรายงานข้อมูลการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวางของรัฐบาลทหารที่กระทำต่อพลเรือน ทั้งการบังคับใช้แรงงานซึ่งปรากฏทั่วไปและการข่มขืนผู้หญิงอย่างเป็นระบบในพื้นที่ซึ่งมีความขัดแย้งหลายพื้นที่ นายพลทหารที่ปกครองพม่าพยายามอย่างยิ่งที่จะปิดประเทศของตนจากสังคมอื่น มีการเซ็นเซอร์ข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่เปิดเผยขาดความน่าเชื่อถือ และมีการบิดเบือนเพื่อปกปิดความจริงที่ถูกซ่อนอยู่ใต้ภาพความเป็นปรกติ ประชาชนในพื้นที่ที่มีความขัดแย้งหรือ “พื้นที่สีดำ” ในพม่า ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล และต้องเผชิญกับความขัดแย้งและการสู้รบเป็นเวลาหลายทศวรรษมาแล้ว รายงาน จุกเงินเรื่อรัง : สุขภาพและสิทธิมนุษยชนในภาคตะวันออกของพม่า ซึ่งตั้งชื่อได้อย่างเหมาะสมให้ข้อมูลที่น่าตื่นใจ

ในรายงานฉบับนี้ซึ่งจัดทำโดยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (Backpack Health Worker Team: BHWT) เผยให้เห็นเป็นครั้งแรกถึงหายนะด้านสาธารณสุขในพื้นที่ต่าง ๆ ภายหลังสงครามกลางเมืองห้าทศวรรษ การตัดทอนงบประมาณด้านสังคมและการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวาง อัตราการตายของทารก เด็ก และแม่สูงกว่าข้อมูลอย่างเป็นทางการของพม่าเป็นอย่างมาก ซึ่งอันที่จริงก็ถือว่าเป็นอัตราที่เลวร้ายสุดสำหรับประเทศในอาเซียนแล้ว การเสียชีวิตและพิการเนื่องจากโรคมาลาเรีย ภัยระเบิด และภาวะขาดสารอาหารปรากฏอยู่ทั่วไป การบังคับโยกย้ายเพิ่มอัตราการตายในวัยเด็กเป็นสองเท่า และทำให้เกิดความเสี่ยงเนื่องจากการบาดเจ็บด้วยกับระเบิดเกือบห้าเท่า ความไม่มั่นคงด้านอาหารไม่เพียงทำให้เกิดความเสี่ยงด้านการขาดสารอาหารเท่านั้น แต่ยังเป็นเหตุให้เกิดการบาดเจ็บจากกับระเบิดและโรคมาลาเรียมากขึ้น เนื่องจากชาวบ้านถูกบีบให้ต้องออกไปหากินในป่า

ข้อมูลที่เลวร้ายเช่นนี้เป็นสิ่งที่รัฐบาลทหารพยายามอย่างยิ่งที่จะปกปิดจากชาวโลก รัฐบาลทหารพม่าเป็นต้นตอของปัญหาด้านสุขภาพทั้งปวง ไม่เพียงการละเมิดและเพิกเฉยต่อสวัสดิการของประชาชนเท่านั้น หากยังควบคุมจำกัดความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมอย่างอื่น โดยเฉพาะความช่วยเหลือที่ให้อพยพชาตินัฟฐ์ส่วนน้อยในพื้นที่ชนบท พม่าเป็นประเทศที่มีอัตราการรับความช่วยเหลือจากนานาชาติต่อรายหัวประชากรต่ำสุดในภูมิภาคนี้ น้อยกว่าลาวเสียอีก แต่รัฐบาลกลับยิ่งเพิ่มเงื่อนไขที่เข้มงวดยิ่งขึ้น เป็นเหตุให้องค์กรนานาชาติถอนตัวออกไปหรือต้องปิดโครงการลง ไม่ว่าจะเป็นกองทุนโลกเพื่อเอชไอวี/เอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย คณะกรรมการสภาประชาชาติสากล และองค์การหมอไร้พรมแดน ฝรั่งเศส

ในเดือนกุมภาพันธ์ 2549 รัฐบาลทหารกำหนดแนวปฏิบัติใหม่เพื่อควบคุมองค์กรช่วยเหลือจากนานาชาติอย่างเป็นทางการ โดยมีกรควบคุมการอนุมัติโครงการ การดำเนินงาน การจัดจ้างเจ้าหน้าที่ การจัดหาวัสดุและอุปกรณ์และการเดินทางในประเทศ โดยให้เป็นอำนาจในระดับกระทรวง ดร.เฮอว์เว่ อิสลามเบิร์ต (Hervé Isambert) แห่งองค์การหมอไร้พรมแดน ฝรั่งเศส หนึ่งในไม่กี่องค์กร

ที่ทำงานในพื้นที่ขัดแย้งในรัฐกะเหรี่ยงและมอญกล่าวเมื่อเดือนมีนาคมว่า รัฐบาลทหารต้องการที่จะ “กำจัดผู้ทำงานด้านมนุษยธรรมออกไปให้หมดจากพื้นที่ซึ่งมีความขัดแย้งทางการเมือง...มาตรการควบคุมบังคับที่นำมาใช้กับเราทำให้เราเป็นเพียงผู้เชี่ยวชาญตามสัญญาที่ต้องทำงานตามเจตจำนงทางการเมืองของรัฐบาลทหาร” เขากล่าวเสริมว่า “ทางการ (พม่า) ไม่ต้องการให้ใครมีส่วนรู้เห็นการบังคับโยกย้ายประชาชน การเผาหมู่บ้านและการเกณฑ์ประชาชนให้ทำงานเพื่อกองทัพ”

เป็นที่ชัดเจนยิ่งขึ้นว่า ภาระที่เกิดจากระบอบอนาธิปไตยในพม่าไม่เพียงส่งผลกระทบต่อประชาชนในพม่ารุนแรงมากขึ้นเท่านั้น ในปี 2540 มีผู้ลี้ภัยและผู้แสวงหาที่หลบภัยจำนวน 210,000 คน ทั่วทุกพื้นที่ แต่ในปัจจุบัน ประชาชนในพม่าต้องหนีไปยังประเทศเพื่อนบ้านเกือบ 1 ล้านคนแล้วตามตัวเลขอย่างเป็นทางการ และอีกประมาณ 1 ล้านคนต้องกลายเป็นผู้พลัดถิ่นในประเทศของตนเอง และคาดว่าผู้พลัดถิ่นชาวพม่าอยู่ในไทยมากกว่า 1 ล้านคน มาลาเรียสายพันธุ์ซึ่งดียาเป็นส่วนใหญ่ได้แพร่กระจายอยู่ตามพรมแดนระหว่างไทยกับพม่า วัณโรคยังคงเป็นโรคสามัญที่ตรวจพบในบรรดาผู้พลัดถิ่นชาวพม่าที่อาศัยอยู่ในไทย และโรคที่ถูกกำจัดหรือควบคุมได้หมดแล้วในไทยอย่างเช่น โรคเท้าช้าง กำลังกลับมาแพร่ระบาดอีก ยาเสพติดยังคงไหลอย่างต่อเนื่องจากพม่า พร้อม ๆ กับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและปัญหาด้านสังคมเศรษฐกิจและสุขภาพอีกมากมาย สถานพยาบาลในประเทศไทยต้องทุ่มเทพยายามเพื่อรักษาคนงานพลัดถิ่นเหล่านี้มากขึ้น ทั้ง ๆ ที่พวกเขาก็มีงบประมาณอย่างจำกัดอยู่แล้วสำหรับโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค

ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม เราต่างต้องสูญเสียเพื่อชดเชยสิ่งที่ผิดพลาดในพม่า ดังที่นายโคฟี อันนัน ตั้งข้อสังเกตในการกล่าวในงานรับรางวัลโนเบลสาขาสันติภาพปี 2544 ว่า “พรมแดนที่แท้จริงในปัจจุบันไม่ได้กีดกันประเทศอีกต่อไป แต่กีดกันผู้มีอำนาจออกจากผู้ไร้อำนาจ เสรีชนออกจากผู้ที่ถูกล่ามโซ่ตรวน ผู้มีอภิสิทธิ์ออกจากผู้ที่ถูกเอารัดเอาเปรียบ ในปัจจุบัน ไม่มีกำแพงใดที่สามารถถกกันขวางไม่ให้

วิกฤตด้านมนุษยธรรมหรือสิทธิมนุษยชนจากส่วนหนึ่งของโลก ลุกلامจนเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงของชาติในประเทศอื่นได้”

ประเด็นปัญหาที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการแสวงหาการทำงานอย่างยั่งยืนในระยะยาวของชุมชนนานาชาติ การทูตแบบละมุนละม่อมและการพัวพันอย่างปราศจากเงื่อนไขกับรัฐบาลทหารพม่าเป็นสิ่งที่ใช้ไม่ได้ผลอีกต่อไป อันที่จริง การค้าและการลงทุนกลับเปิดโอกาสให้พวกเขาปราบปรามประชาชนต่อไป เฉพาะในปีนี้และใน หลายพื้นที่ซึ่งมีการสำรวจในครั้งนี้ รัฐบาลทหารได้เพิ่มการโจมตีอย่างรุนแรงต่อพลเรือนชาวกะเหรี่ยง ทำให้คนพลัดถิ่นอาศัยอยู่เพิ่มขึ้นมากกว่า 18,000 คนและทำให้เกิดหายนะด้านมนุษยธรรมครั้งใหม่ขึ้นมา ประชาชนหลายพันคนได้ข้ามพรมแดนเข้าสู่ประเทศไทยหรือสร้างเพิงพักอาศัยอยู่ตามแนวชายแดน

เนื่องจากรากเหง้าของปัญหามีลักษณะข้ามพรมแดนและเกี่ยวพันเกี่ยวกับหลายสาขาความรู้ ความพยายามแก้ปัญหาต้องไม่จำกัดอยู่เพียงพรมแดนทางการเมือง กลุ่มต่าง ๆ อย่างเช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ทำงานในพื้นที่เสี่ยงภัยซึ่งองค์กรให้ความช่วยเหลือจากนานาชาติไม่สามารถเข้าถึงได้ พวกเขาควรได้รับความสนับสนุนจากเพื่อนบ้านของพม่าและองค์กรนานาชาติ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมขึ้นภายใต้สภาพการณ์ที่น่าเลวร้าย ผมมีความชื่นชมอย่างยิ่งต่อคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยชายและหญิงที่มีความกล้าหาญและเสียสละ ในการทำงานเพื่อสวัสดิภาพของชุมชนที่พวกเขาให้บริการรับใช้ พวกเขาอาศัยและทำงานอยู่ในพื้นที่ซึ่งเสี่ยงภัยเป็นอย่างยิ่ง นับแต่มีการจัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ขึ้นมา มีแพทย์ 7 คนและหมอผดุงครรภ์อีก 1 คนที่ต้องเสียชีวิตไปเนื่องจากกับระเบิดหรือการสังหารของทหารพม่า

เราจำเป็นต้องตระหนักถึงและให้ความสนับสนุนต่อความช่วยเหลือของบุคคลต่าง ๆ เหล่านี้ พว้อม ๆ กับการกดดันรัฐบาลทหารมากยิ่งขึ้น เนื่องจากนโยบายของพวกเขาเป็นสาเหตุในระดับรากเหง้าของปัญหาด้านสาธารณสุข

ที่รุนแรงยิ่งขึ้น ด้วยเหตุดังกล่าว นักกิจกรรม นักกฎหมายและรัฐบาลประเทศต่าง ๆ พึงสนับสนุนมติของคณะมนตรีความมั่นคงสหประชาชาติ เพื่อกดดันรัฐบาลทหารพม่าให้ปฏิบัติตามคำมั่นสัญญาในการปฏิรูปเศรษฐกิจและการเมือง ในฐานะชาวไทย ควรอย่างยิ่งที่เราจะอุทธรณ์ต่อชุมชนนานาชาติ ให้มุ่งทำงานเพื่อบรรเทาความโหดร้ายที่เกิดขึ้นในพม่า ทั้งนี้ควรให้ความสนับสนุนต่อสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนชาวพม่า และส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงด้านสังคมในระยะยาวมากยิ่งขึ้นกว่าการให้ความสำคัญต่อผลประโยชน์เชิงพาณิชย์อันคับแคบ รวมทั้งการสนับสนุนให้กลุ่มต่าง ๆ อย่างเช่น หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ซึ่งทำงานตามแนวพรมแดน ให้สามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานอันเป็นผลมาจากรัฐบาลทหารได้ อันที่จริงสิ่งนี้เป็นภาระที่เราจำเป็นต้องทำอย่างยิ่งยวด

รักษากรวุฒิสมาชิกจอห์น อิงภากรรณ์ เป็นสมาชิกคณะทำงานด้านพม่าของรัฐสภาแห่งภูมิภาคอาเซียน (ASEAN Inter-Parliamentary Myanmar Caucus (AIPMC)) และเป็นผู้ทำงานด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชนที่มีชื่อเสียง

คำนำ

แพทย์หญิงชินธิยา หม่อง
ประธานหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

สืบเนื่องจากการปกครองเกือบครึ่งศตวรรษของรัฐบาลเผด็จการทหารและสงครามกลางเมือง ประชาชนชาวพม่าหลายแสนคนกลายเป็นเหยื่อของการบังคับโยกย้าย พวกเขาต้องหลบหนีไปอยู่ในป่าเขาหรือหลบหนีไปยังประเทศเพื่อนบ้าน ต้องละทิ้งถิ่นฐานบ้านเรือนอย่างถาวรเพื่อไปปักหลักในดินแดนอันห่างไกล ประชาชนในพม่าไม่ได้รับสิทธิพื้นฐานด้านมนุษยธรรมที่สำคัญอย่างหนึ่ง ได้แก่ สิทธิด้านสุขภาพ ผู้ที่รับผลกระทบมากที่สุดก็คือกลุ่มชนชาติพันธุ์ซึ่งอาศัยอยู่ตามพรมแดนและพื้นที่ชนบท พื้นที่ตามพรมแดนเหล่านี้ต้องเผชิญกับปัญหาความมั่นคงและสุขภาพ ซึ่งนับว่าร้ายแรงที่สุด

นับแต่ปี 2541 เป็นต้นมา หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ได้ทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บริการด้านสุขภาพต่อผู้พลัดถิ่นในประเทศและจัดทำโครงการสาธารณสุขในชุมชน หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ทำงานเพื่อยกระดับมาตรฐานบริการด้านสุขภาพจากการรักษาไปสู่การป้องกัน โดยมุ่งการส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อเร็ว ๆ นี้ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ได้ทำงานวิจัยข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์ด้านสุขภาพกับการละเมิดสิทธิมนุษยชน เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ร่วมชะตากรรมอันขมขื่นกับชุมชน พยายามอย่างยิ่งที่จะจัดทำรายงานฉบับนี้ขึ้นมา ในช่วงเวลาที่ความปลอดภัยของตนเองมีอยู่น้อยเหลือเกิน

รายงานฉบับนี้ตีพิมพ์ขึ้นด้วยจุดประสงค์สองประการ ประการแรก เพื่อให้ข้อมูลและกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในพม่า และประการที่สอง เพื่อเชื้อเชิญให้มีการทำงานด้านมนุษยธรรมเพื่อให้เกิดความมั่นคงและการเยียวยาต่อเหยื่อของสงครามกลางเมือง

สุดท้าย ดิฉันขอชื่นชมและเชิดชูเกียรติเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่ เป็นผู้เสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตและแขนขาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลมาจัดทำรายงานฉบับนี้ พร้อมกันนั้นดิฉันขอแสดงความชื่นชมและความขอบคุณต่อบุคลากรในสถาบันด้านสุขภาพนานาชาติ องค์การด้านสุขภาพ องค์การด้านสิทธิมนุษยชน ผู้นำชุมชนและชาวบ้านจากฝ่ายต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนช่วยและให้ความร่วมมือในการจัดทำรายงานฉบับนี้

ความหมายของตัวย่อ

ASEAN	สมาคมประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of South-East Asian Nations)
Black Zones	พื้นที่ยิงได้อย่างเสรีซึ่งกำหนดโดยรัฐบาลทหารพม่า ซึ่งเป็นพื้นที่ขัดแย้งและมีการปราบปรามกลุ่มต่อต้านเป็นเหตุให้ประชาชนต้องกลายเป็นผู้พลัดถิ่น
BPHWT	หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (Backpack Health Worker Team)
DKBA	กองทัพอะเหรีซิงพุทธเพื่อประชาธิปไตย (Democratic Karen Buddhist Army) กองกำลังติดอาวุธชาวกะเหรี่ยงที่ร่วมมือกับรัฐบาลทหารพม่า
HHR	สุขภาพและสิทธิมนุษยชน
HRV	การละเมิดสิทธิมนุษยชน
IDP	ผู้พลัดถิ่นในประเทศ (Internally Displaced Person)
IMR	อัตราการตายของทารก (Infant Mortality Rate) อัตราการตายของทารกซึ่งมีอายุน้อยกว่า 1 ปีต่อการรอดชีวิตเมื่อคลอด 1,000 ครั้ง
KNPLF	กลุ่มปลดแอกชาติพันธุ์คะเรนนี่ (Karenni Nationalities Peoples' Liberation Front) เป็นกองกำลังติดอาวุธของรัฐคะเรนนี่ ซึ่งมีสัญญาณหยุดยิงกับรัฐบาลทหารพม่าตั้งแต่กลางทศวรรษ 1990
KNPP	พรรคคะเรนนี่ก้าวหน้าแห่งชาติ (Karenni National Progressive Party) เป็นกองกำลังติดอาวุธกลุ่มชาติพันธุ์หลักในรัฐคะเรนนี่ซึ่งยังต่อสู้กับรัฐบาลทหารพม่าอย่างต่อเนื่อง

KNU	สหภาพแห่งชาติกะเหรี่ยง (Karen National Union) องค์กรหลักของกลุ่มต่อต้านในรัฐกะเหรี่ยงซึ่งมีสัญญาหยุดยิงอย่างไม่เป็นทางการกับรัฐบาลทหารพม่าตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 แต่ในปัจจุบันไม่มีผลบังคับใช้
KNLA	กลุ่มปลดแอกแห่งชาติกะเหรี่ยง (Karen National Liberation Army) เป็นกองทัพของฝ่ายสหภาพแห่งชาติกะเหรี่ยง
KPF	กองกำลังเพื่อสันติภาพแห่งกะเหรี่ยง เป็นกลุ่มติดอาวุธชาวกะเหรี่ยงที่ทำงานร่วมกับรัฐบาลทหารพม่าในเขตท้องที่ดู่พลายา (พื้นที่สำรวจที่ 7) หรือที่เรียกว่ากลุ่มนินจันเย (สันติภาพ)
MMR	อัตราการตายของแม่เนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตร (Maternal mortality ratio) เป็นอัตราการตายของผู้หญิงหลังอายุครรภ์ได้มากกว่า 28 สัปดาห์ และภายใน 6 สัปดาห์หลังการคลอดบุตร ต่อการเกิดรอด 100,000 ครั้ง
MTC	คลินิกแม่ตาวก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2532 โดยแพทย์หญิงชินเธีย หม่อง แพทย์ชาวพม่าซึ่งลี้ภัยอยู่ในอำเภอแม่สอดใกล้พรมแดนพม่า
SPDC	สภาเพื่อสันติภาพและการพัฒนาแห่งชาติ (State Peace & Development Council) หมายถึงรัฐบาลทหารพม่า
SSA-S	กองกำลังรัฐฉานภาคใต้ (Shan State Army-South) เป็นกองกำลังติดอาวุธกลุ่มหลักในรัฐฉานที่ยังคงต่อสู้กับรัฐบาลทหารพม่า
Tatmadaw	กองทัพพม่า
U5MR	อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ (Under-five mortality rate) ต่อการเกิดรอด 1,000 ครั้ง บางครั้งเรียกว่าอัตราการตายของเด็ก (Child Mortality Rate)

แผนที่ประเทศพม่าและพื้นที่ทำการสำรวจ



บทสรุปผู้บริหาร

การนำงบประมาณด้านสุขภาพไปลงทุนด้านอื่น ความยากจน การฉ้อฉล และการขาดแคลนบุคลากรที่มีคุณภาพ ส่งผลให้เกิดหายนะต่อระบบสุขภาพของพม่า ในปัจจุบัน ตัวชี้วัดด้านสุขภาพอย่างเป็นทางการของพม่าจัดว่าประเทศนี้มีปัญหาด้านสุขภาพร้ายแรงที่สุดแห่งหนึ่งในภูมิภาคนี้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่รวบรวมมาได้จากพื้นที่ภาคตะวันออกของประเทศ ซึ่งต้องประสบกับภัยสงครามกลางเมืองและการละเมิดสิทธิมนุษยชนมานับทศวรรษ เผยให้เห็นภาพปัญหาด้านสาธารณสุข ซึ่งร้ายแรงกว่าข้อมูลอย่างเป็นทางการเสียอีก

ในภาคตะวันออกของพม่า ตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขที่เป็นมาตรฐานอย่างเช่น ประสิทธิภาพการ อัตราการตายของทารก และอัตราการตายของแม่เนื่องจาก การตั้งครรภ์และคลอดบุตร มีสัดส่วนใกล้เคียงกับประเทศอื่นที่กำลังเผชิญกับ หายนะด้านมนุษยธรรมอย่างกว้างขวาง อาทิ เยเมน ลิเบีย สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก ไนเจอร์ อังโกล่าและกัมพูชาในช่วงที่มีการขับไล่รัฐบาล เขมรแดงออกไปใหม่ ๆ สาเหตุพื้นฐานของการเสียชีวิตในพม่ายังคงเป็นโรค มาลาเรีย โดยในช่วงที่ผ่านมา มีประชากรถึงร้อยละ 12 ที่ติดเชื้อ *Plasmodium falciparum* ซึ่งเป็นสายพันธุ์มาลาเรียร้ายแรงที่สุด ผู้หญิง 1 ใน 12 คนในพื้นที่ เหล่านี้อาจสูญเสียชีวิตในระหว่างคลอดบุตร หรือต้องสูญเสียชีวิตจากสาเหตุที่ ป้องกันได้ ภาวะขาดสารอาหารเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั่วไป โดยมากกว่าร้อยละ 15 ของเด็กในทุกช่วงเวลาที่มีการสำรวจต้องประสบกับปัญหาภาวะขาดสารอาหาร ขั้นต้นเป็นอย่างน้อย ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าเด็กที่หนีรอดชีวิตมายังค่ายผู้อพยพ ในฝั่งไทย ความรู้เกี่ยวกับอนาถาและการบริโภคน้ำดื่มสะอาดยังคงมีอยู่น้อยใน บรรพประชากรผู้พลัดถิ่น

การละเมิดสิทธิมนุษยชนเกิดขึ้นอยู่ทั่วไป ในช่วงหนึ่งปีก่อนการสำรวจครั้งนี้ เกือบหนึ่งในสามของครัวเรือนที่สำรวจต้องเผชิญกับการบังคับใช้แรงงานเกือบร้อยละ 10 ถูกบังคับให้ย้ายออกจากถิ่นฐานบ้านเรือน และหนึ่งในสี่ต้องสูญเสียอาหารที่ผลิตได้ไปเพราะถูกยึดหรือทำลายโดยทหารพม่า ประมาณกันว่า 1 ใน 50 ครัวเรือนต้องทนทุกข์ทรมานจากความรุนแรงจากการกระทำของทหาร และ 1 ใน 140 ครัวเรือนต้องมีส่วนหนึ่งคนได้รับบาดเจ็บจากกระสุนปืนโดยเฉพาะในปีก่อนหน้านี้เพียงปีเดียว การละเมิดสิทธิมนุษยชนมีรูปแบบที่อาจแตกต่างกันไปบ้างในหลายภูมิภาค ผู้พลัดถิ่นในประเทศซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ภายใต้การปกครองอย่างเข้มงวดของรัฐบาลทหารพม่าและกองกำลังที่เป็นพันธมิตร อย่างเช่น ในรัฐคะเรนและเขตผาอ่างในรัฐกะเหรี่ยง ต้องเผชิญกับการบังคับใช้แรงงานในขณะที่ผู้ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่สู้รบ อย่างเช่น ที่เขตหนองเลบีนและตองอู ในรัฐกะเหรี่ยงต้องเผชิญกับการบังคับโยกย้ายมากกว่า ในพื้นที่อื่น ๆ มีปัญหาทั้งสองเกิดขึ้นในอัตราที่แตกต่างกันแต่ไม่สุดโต่งเหมือนสองกรณีนี้ อย่างไรก็ตาม รูปแบบปัญหาที่เกิดขึ้นยังเป็นข้อมูลที่ควรมีการวิจัยต่อไป เนื่องจากการสำรวจของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่ไม่ได้รับการออกแบบให้ศึกษาความแตกต่างเหล่านี้ได้อย่างน่าเชื่อถือ

เครื่องมือด้านระบาดวิทยาที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เราพบการละเมิดสิทธิมนุษยชนซึ่งมีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัญหาด้านสุขภาพที่ร้ายแรง ครอบคลุมที่ถูกระบุให้หลบหนีในช่วง 12 เดือนก่อนหน้านี้นี้ มีความเสี่ยงที่จะสูญเสียเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ถูกโยกย้ายถึง 2.4 เท่า เด็กในครอบครัวยที่ถูกบังคับให้หลบหนียังมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดสารอาหารมากกว่าเด็กในครอบครัวยุที่ที่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งถึง 3.1 เท่า

การทำลายและปล้นสะดมพืชผลยังมีส่วนสัมพันธ์อย่างยิ่งกับปัญหาด้านสุขภาพร้ายแรงหลายประการ ครอบครัวยที่ประสบปัญหาดังกล่าวในช่วง 12 เดือนก่อนหน้านี้นี้ มีความเสี่ยงที่จะสูญเสียสมาชิกในครอบครัวไปมากกว่าครอบครัวอื่น ๆ ถึงเกือบร้อยละ 50 ครอบครัวยเหล่านี้ยังมีความเสี่ยงที่สมาชิกจะได้รับ

บาดเจ็บเนื่องจากกับระเบิดมากกว่าปรกติถึง 4.6 เท่า มีความเสี่ยงจากการที่สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่จะเป็นโรคมะเร็งมากกว่าปรกติถึง 1.7 เท่า ทั้งนี้มีสาเหตุเนื่องมาจากการที่ต้องหาอาหารในป่า ลูกหลานของครอบครัวเหล่านี้มีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคขาดสารอาหารมากกว่าครอบครัวที่พืชผลของตนไม่ถูกปล้นสะดมหรือถูกทำลายถึง 4.4 เท่า

สมาชิกของครอบครัวที่ต้องประสบปัญหาการบังคับใช้แรงงานซึ่งเป็นรูปแบบการละเมิดสิทธิที่แพร่หลายมากที่สุด ในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจ มีโอกาสจะป่วยจากอาการท้องร่วง (ภายในช่วงสองสัปดาห์ก่อนการสำรวจข้อมูล) มากกว่าปรกติถึงร้อยละ 60 และสมาชิกครอบครัวมีโอกาสป่วยจากอาการตาบอดกลางคืน (เนื่องจากขาดวิตามินเอและขาดสารอาหาร) มากกว่าปรกติเกินสองเท่า เมื่อเทียบกับครอบครัวที่ไม่ต้องเผชิญกับการละเมิดเหล่านี้

การละเมิดสิทธินอกจากทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพที่ร้ายแรงแล้ว จากการสังเกตในภาคสนามของเรา เราพบว่า การละเมิดสิทธิยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาร้ายแรงสำหรับประชากรผู้พลัดถิ่นในประเทศส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่มีการสู้รบอยู่แล้ว ปัญหาที่ชัดเจนอีกประการหนึ่งคือเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับผู้หญิง การบังคับให้โยกย้ายในช่วงหนึ่งปีก่อนการสำรวจเป็นเหตุให้มีการคุมกำเนิดน้อยลง 6.1 เท่า อัตราการเจริญพันธุ์ที่สูงและปัญหาด้านสุขภาพอย่างมาลาเรียและการขาดสารอาหาร และการขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เป็นสาเหตุให้มีการเสียชีวิต ดังจะเห็นได้จากอัตราการตายของแม่เนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตรที่สูงมาก กล่าวคือผู้หญิง 1 ใน 12 คนจะเสียชีวิตจากการแทรกซ้อนเนื่องจากการตั้งครรภ์

การละเมิดสิทธิมนุษยชนบางประการและความสัมพันธ์กับปัญหาด้านสุขภาพร้ายแรง

การละเมิดสิทธิมนุษยชนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	ความเชื่อมโยงกับปัญหาด้านสุขภาพ	อัตราส่วนที่ผิดปกติ*
การบังคับโยกย้าย	• การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ	2.4
	• ภาวะขาดสารอาหารในเด็ก	3.1
	• การคุมกำเนิดลดลง	6.1
	• การบาดเจ็บจากกับระเบิด	4.5
ความไม่มั่นคงด้านอาหาร	• อัตราการตายโดยรวม	1.5
	• ภาวะขาดสารอาหารในครัวเรือนระดับกลาง	4.4
	• ภาวะขาดสารอาหารในครัวเรือนระดับรุนแรง	2.0
	• การบาดเจ็บจากกับระเบิด	4.6
	• ผู้นำครอบครัวป่วยเป็นมาลาเรียในช่วงของการสำรวจ	1.7
การบังคับใช้แรงงาน	• อาการท้องร่วงในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ	1.6
	• โรคตาบอดกลางคืน (ขาดวิตามินเอ)	2.1

*อัตราเปรียบเทียบความเสี่ยงในการเกิดปัญหาด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรที่เผชิญกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนและกลุ่มที่ไม่ได้เจอปัญหานี้ อัตราส่วนที่มากกว่า 1 แสดงให้เห็นความร้ายแรงของปัญหา

รายงานฉบับนี้เป็นความพยายามครั้งแรกที่จะสำรวจตัวชี้วัดสาธารณสุขมูลฐาน และสำรวจการละเมิดสิทธิมนุษยชนในเชิงปริมาณในบรรดาชุมชนพลัดถิ่นซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความขัดแย้งในภาคตะวันออกของพม่า ผลการสำรวจเหล่านี้ชี้ให้เห็นสภาพการณ์ด้านสาธารณสุขที่เลวร้ายของบรรดาชุมชนผู้พลัดถิ่น ซึ่งมีส่วนเชื่อมโยงอย่างแยกไม่ออกกับปัญหาด้านสิทธิมนุษยชน และเป็นพื้นฐานให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพดังที่มีการเก็บข้อมูลมา หากไม่มีการแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ อันได้แก่ การละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวางและการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้แล้ว การพัฒนาสาธารณสุขอย่างยั่งยืนและในระยะยาวของพื้นที่เหล่านี้ก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

สำหรับประเทศเพื่อนบ้านของพม่า

- (1) ควรสนับสนุนโครงการสุขภาพชายแดนที่จัดการโดยชุมชน เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อผู้พลัดถิ่นในพม่าและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญเกี่ยวกับกลุ่มประชากรที่ถูกทอดทิ้งเหล่านี้
- (2) ควรสนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือต่อไประหว่างกระทรวงสาธารณสุขและโครงการสุขภาพชายแดนที่จัดการโดยชุมชนในประเทศที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดโครงการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับองค์กรสหประชาชาติ อาเซียนและประชาคมนานาชาติ

- (3) ควรสนับสนุนและเพิ่มแรงกดดันต่อรัฐบาลทหารพม่าเพื่อให้ยุติการละเมิดสิทธิมนุษยชน อย่างเช่น การบังคับใช้แรงงาน และการบังคับโยกย้าย ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดวิกฤตด้านสุขภาพในภาคตะวันออกของพม่า

สำหรับหน่วยงานสหประชาชาติและองค์กรพัฒนาเอกชนนานาชาติที่ให้ความช่วยเหลือต่อพม่า

- (4) ให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมต่อประชาชนในพม่าด้วยการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้เกิดองค์กรที่จัดการโดยชุมชน ซึ่งสามารถดำเนินการพัฒนาในระยะยาวเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้
- (5) ตระหนักว่าหากปราศจากการแก้ปัญหาของสาเหตุที่ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม อย่างเช่น การละเมิดสิทธิมนุษยชน และการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข การพัฒนาสาธารณสุขในระยะยาวอย่างยั่งยืนในพื้นที่เหล่านี้ย่อมไม่อาจเกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุดังกล่าว

เราจำเป็นต้องมีการทำงานอย่างโปร่งใสเพื่อแก้ไขปัญหาสิทธิมนุษยชน
ร่วมกับรัฐบาลทหารพม่า

- (6) ให้ความสนับสนุนกับโครงการสุขภาพชายแดนที่จัดการโดยชุมชน
เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อผู้พลัดถิ่นในพม่าและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพ
ที่สำคัญเกี่ยวกับกลุ่มประชากรที่ถูกทอดทิ้งเหล่านี้
- (7) ทำงานร่วมกับโครงการสุขภาพชายแดนที่จัดการโดยชุมชนเพื่อให้เกิด
การประสานงานโครงการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ
- (8) เพื่อสนับสนุนการคุ้มครองชีวิตและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนของพม่า

สำหรับกลุ่มเคลื่อนไหวเพื่อประชาธิปไตยของพม่า

- (9) ส่งเสริมโครงการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของประชาชนในพม่าต่อไป
- (10) จัดทำแผนเพื่อนโยบายด้านสุขภาพระดับชาติและระบบสุขภาพที่
สอดคล้องกับมาตรฐานสิทธิมนุษยชนสากล เพื่อตอบสนองความ
ต้องการของระบบสุขภาพแห่งชาติ
- (11) เพื่อส่งเสริมและให้ความสนับสนุนการเฝ้าระวังและเปิดเผยข้อมูล
วิกฤตด้านสุขภาพในพื้นที่ชายแดนของพม่าและสาเหตุที่ถูกปกปิดไว้
ต่อไป
- (12) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนโครงการสุขภาพชายแดนที่จัดการโดยชุมชน
ต่อไป

สำหรับประชาชนในพม่า

- (13) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้ต่อรากเหง้าของวิกฤตด้านสุขภาพ
ในพม่า และการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้นในการจัดทำโครงการ
ดูแลสาธารณสุขมูลฐานระดับชุมชน

เกริ่นนำ

พม่าเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความหลากหลายด้านชาติพันธุ์มากที่สุดประเทศหนึ่งในโลก แม้ว่ากลุ่มชาติพันธุ์ใหญ่ที่สุดจะเป็นชาวพม่า (Burman) แต่ประชากรจำนวนมากก็ประกอบด้วยชาติพันธุ์ส่วนน้อยซึ่งมีการพูดมากกว่า 100 ภาษาหลักและภาษาถิ่น และอาศัยอยู่ในพื้นที่ประมาณครึ่งหนึ่งในส่วนที่เป็นพื้นดินของประเทศ โดยเฉพาะตามแนวพรมแดนที่เป็นภูเขา กลุ่มชาติพันธุ์หลักได้แก่ จีน กะฉิ่น คะเรนยี (คะยา) กะเหรี่ยง (คะยีน) มอญ ยะไข่ (อาระกัน) ฉาน (ไต หรือ ไทยใหญ่) และอื่น ๆ แม้ว่าในแต่ละรัฐจะมีกลุ่มชาติพันธุ์หลากหลายกลุ่มอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก แต่กลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่ตามพื้นที่ชายแดน และรัฐต่าง ๆ เหล่านี้มักมีชื่อเรียกตามกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มใหญ่ที่สุดในรัฐนั้น

พม่าอยู่ใต้การปกครองของเผด็จการทหารเริ่มแต่นายพลเนวิน ซึ่งขับไล่รัฐบาลที่ประชาชนเลือกขึ้นมาออกไปตั้งแต่ปี 2505 โดยอ้างเหตุผลว่าเพื่อ “ป้องกันประเทศจากการแตกเป็นเสี่ยง ๆ” ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้นำชาติพันธุ์ส่วนน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำในรัฐฉานเรียกร้องขออำนาจในการปกครองตนเองเพิ่มขึ้น มีการชะลอการบังคับใช้รัฐธรรมนูญ ผู้นำชาติพันธุ์ส่วนน้อยถูกคุมขัง และบางคนเสียชีวิตหรือสูญหายไประหว่างถูกจองจำ รัฐบาลทหารพม่าชุดแล้วชุดเล่าซึ่งส่วนใหญ่เป็นชนชาติพันธุ์พม่าผลักดันกันขึ้นมาปกครองประเทศนับแต่นั้นมา

รัฐบาลทหารชุดปัจจุบันได้แก่ สภาเพื่อสันติภาพและการพัฒนาแห่งชาติ (State Peace and Development Council: SPDC) นำโดยพลเอกอาวุโส ตันฉ่วยซึ่งปกครองประเทศด้วยระบอบเผด็จการเบ็ดเสร็จ รัฐบาลชุดนี้ได้รับการจัดอันดับครั้งแล้วครั้งเล่าให้เป็นระบอบเผด็จการโหดร้ายที่สุดในโลก โดยมีการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวางเพื่อปราบปรามผู้ที่ออกมาวิพากษ์วิจารณ์ โดยเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนน้อย (US Department of State 2006;

Wallechinsky 2006) การหลบหลู่ทำลายชื่อเสียง การจงใจ และการข่มขู่ฝ่ายตรงข้ามทางการเมืองดำเนินต่อไปอย่างกว้างขวาง ในปัจจุบันรัฐบาลทหารคุมขังนักโทษการเมืองเกือบ 1,100 คน รวมทั้งนางอองซานซูจี ผู้นำพรรคสันนิบาตเพื่อประชาธิปไตยแห่งชาติ (National League for Democracy: NLD) ซึ่งเป็นผู้ได้รับรางวัลโนเบลสาขาสันติภาพเมื่อปี 2534 โดยเป็นผู้ได้รับรางวัลโนเบลสาขาสันติภาพเพียงรายเดียวที่ยังถูกจองจำอยู่ (US Department of State 2006)

การบริหารงานอย่างผิดพลาดของทหารทำให้ประเทศที่ร่ำรวยทรัพยากรธรรมชาติ กลายเป็นประเทศยากจนที่สุดแห่งหนึ่งในโลก เป็นเหตุให้ต้องยอมรับสถานะประเทศด้อยพัฒนาขององค์การสหประชาชาติเพื่อขอรับการบรรเทาปัญหาหนี้ในปี 2530 ในช่วงเวลาที่พม่าได้รับเอกราชเมื่อปี 2491 ประเทศไทยกับพม่ายังคงมีระดับการพัฒนาใกล้เคียงกัน แต่ในปัจจุบันประเทศไทยได้ปฏิรูปไปสู่ระบอบประชาธิปไตย และกลายเป็นศูนย์กลางด้านการค้าและการท่องเที่ยวของภูมิภาค โดยมีผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศมากกว่าประเทศพม่าที่ยากจนหลายเท่า

ตัวชี้วัดด้านสุขภาพพื้นฐาน

หลักฐานที่ชี้ถึงผลกระทบของการบริหารอย่างผิดพลาดและการใช้งบประมาณอย่างไม่ถูกต้องได้แก่ การล่มสลายของระบบสาธารณสุขและการศึกษาที่เคยเข้มแข็งของพม่า ในขณะที่กองทัพพม่าใช้เงินงบประมาณร้อยละ 40 ของประเทศ พวกเขาเหลืองบประมาณเพียงน้อยกว่าร้อยละ 3 และร้อยละ 10 สำหรับกิจการด้านสาธารณสุขและการศึกษาตามลำดับ (OSI 2001) การล่มสลายดังกล่าวเห็นได้จากตัวชี้วัดด้านสุขภาพอย่างเช่น อัตราการตายของทารกและเด็ก (ตารางที่ 1) กล่าวคือโอกาสการเสียชีวิตของทารกตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 1 ปี และจนถึง 5 ปีตามลำดับ ตัวชี้วัดมาตรฐานทั้งสองตัวชี้ให้เห็นระดับคุณภาพและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการสุขภาพเพื่อแม่และเด็ก

ตารางที่ 1 อัตราการตายของทารกและเด็ก อายุห้าขวบเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและรายได้ประชาชาติต่อหัวประชากร: เปรียบเทียบระหว่างพม่าและไทย (2547)

	พม่า	ไทย
อัตราการตายของทารก (ก่อนวัย 1 ขวบ) ต่อทารกที่รอดชีวิต 1,000 คน	76	18
อัตราการตายของทารกก่อนวัย 5 ขวบ ต่อเด็กที่รอดชีวิต 1,000 คน	106	21
อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (ปี)	61	70
รายได้ประชาชาติต่อหัวประชากร (เหรียญสหรัฐ)	220	2,540

ที่มา: UNICEF 2006

อัตราการตายจะลดลงอย่างมากหากมีระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เนื่องจากการเสียชีวิตในวัยเด็กจำนวนมากเป็นผลมาจากโรคที่สามารถป้องกันได้อย่างง่ายดาย การแทรกแซงพื้นฐานที่คุ้มทุนอย่างเช่น การให้วัคซีนกับเด็ก การใช้มุ้งป้องกันแมลง หรือการให้วิตามินเอ กลับเป็นสิ่งที่ถูกละเลยโดยรัฐบาลทหาร ร้อยละ 90 ของวัคซีนในประเทศมาจากการบริจาคขององค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) (Pinheiro 2006) รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขแห่งพม่ากล่าวยอมรับครั้งหนึ่งว่า “โรคติดต่อสำคัญในพม่าได้แก่ฮิวาต์ กาฬโรค โรคไข้เลือดออก โรคท้องร่วงแบบเป็นน้ำ โรคบิด ไวรัสตับอักเสบและไทฟอยด์ ในขณะที่โรคไข้กาฬหลังแอ่น โรคฮิวาต์ กาฬโรคและไข้เลือดออกเกิดขึ้นในระดับที่เป็นโรคระบาดในบางปี และมักเกิดขึ้นเป็นวงจรที่สม่ำเสมอ” (WHO, Regional Office for South-east Asia 2004)

ในปี 2543 องค์การอนามัยโลกจัดอันดับระบบสาธารณสุขของพม่าให้อยู่ต่ำกว่าทุกประเทศ เว้นเพียงประเทศเดียวคือ เซียร์ราลีโอน (World Health Organization, 2000) โรงพยาบาลเท่าที่มีอยู่มีสภาพการดำเนินงานในระดับพื้นฐานเท่านั้น มีการจ่ายค่าแรงระดับต่ำให้กับเจ้าหน้าที่รัฐบาล มีการฉ้อฉลอย่างกว้างขวาง ป่วยครั้งที่ต้องมีการติดสินบนลูกจ้างโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับ

บริการมาตรฐาน นอกเหนือไปจากการจ่ายค่ายาที่เกิดขึ้นจริง (Belak 2002) เนื่องจากหนึ่งในสี่ของครัวเรือนมีรายได้ต่ำกว่าระดับต่ำสุดที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ และร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายในครัวเรือนจะหมดไปกับอาหาร เป็นเหตุให้คนจำนวนมากไม่ได้รับ การศึกษาหรือบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (United Nations Development Programme and United Nations Population Fund 2001)

ตัวชี้วัดเหล่านี้ชี้ให้เห็นการไม่ให้ความสำคัญของรัฐบาลทหารต่อบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับชาติ แต่ในขณะเดียวกันสถานการณ์ตามแนวชายแดน ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยของกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนน้อยยิ่งยากลำบากมากกว่า กลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้พยายามต่อสู้เพื่อให้มีอำนาจปกครองตนเองมากขึ้นมาเป็นเวลาหลายทศวรรษ โดยเป็นสงครามกลางเมืองที่ยืดเยื้อที่สุดครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์ หลังจากการทำรัฐประหารของนายพลเนวิน กองทัพบกพม่าได้เริ่มยุทธศาสตร์เพื่อโจมตีกองกำลังกลุ่มชาติพันธุ์ และขยายอำนาจศูนย์กลางออกไป พร้อมกับเปิดการเจรจาและหาข้อตกลงระหว่างกลุ่มในท้องถิ่นสลับกันไปกับยุทธศาสตร์การใช้กำลังทหารปราบปรามฝ่ายต่อต้านอย่างโหดร้าย นับแต่ปี 2532 เป็นต้นมา กองกำลังกลุ่มชาติพันธุ์ 17 กลุ่มได้ทำสัญญาหยุดยิงกับรัฐบาลทหารพม่า

นโยบายที่ตัด

อย่างไรก็ตามบางกลุ่มยังคงต่อต้านต่อไปโดยเฉพาะตามแนวพรมแดนกับประเทศไทย อย่างเช่น กองกำลังรัฐฉานภาคใต้ (SSA-S) พรรคคะเรนนิก่อหน้าแห่งชาติ (KNPP) และกลุ่มปลดแอกแห่งชาติกะเหรี่ยง (KNLA) ซึ่งเป็นฝ่ายติดอาวุธของสหพันธ์แห่งชาติกะเหรี่ยง (KNU) ในพื้นที่ซึ่งกองกำลังต่าง ๆ ยึดครองอยู่ กองทัพพม่าจะใช้นโยบายที่ตัดเพื่อปราบปราม โดยมุ่งตัดการเชื่อมโยงที่สำคัญสี่อย่างระหว่างกองกำลังเหล่านี้กับหมู่บ้านในท้องถิ่น (ได้แก่ อาหาร เงิน การสมัครเข้าเป็นทหาร และข้อมูล) และเพิ่มกองทหารเพื่อควบคุมประชากรในท้องถิ่น ลักษณะสำคัญของนโยบายดังกล่าวได้แก่ การบังคับโยกย้ายพลเรือนออกจากพื้นที่สู้รบไปยัง “ศูนย์กลางการอพยพ” ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ใต้การควบคุม



เหยื่อของนโยบายสีตดของกองทัพม่าถูกบังคับให้ต้องหลบจากหมู่บ้านไปอยู่ในป่า ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพที่รุนแรงยิ่งขึ้น

อย่างเข้มงวดของรัฐบาลกลาง และการทำลายนาข้าวและยุงฉาง (Altsean 2005; TBBC 2004) การโยกย้ายมักดำเนินไปพร้อมกับการสังหารประชาชนอย่างกว้างขวาง การเวนคืนที่ดินและทรัพย์สิน การทรมาน และการบังคับให้ส่งส่วยให้กับกองทัพพม่า (ภาษีภาควังคับ) (Risser et al. 2004; U.S. Department of State 2006)

การข่มขืนผู้หญิงชาติพันธุ์ส่วนน้อยโดยทหารพม่าเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในพื้นที่ดังกล่าว และมีการจัดทำรายงานมาแล้วหลายฉบับ ทหารพม่าใช้การข่มขืนเป็นอาวุธเพื่อข่มขู่ฝ่ายต่อต้าน แต่พวกเขาปฏิเสธข้อกล่าวหาเหล่านี้แม้จะมีการจัดทำรายงานมาแล้วหลายครั้งโดยองค์กรชาติพันธุ์ส่วนน้อยและกลุ่มผู้หญิง (SWAN & SHRF 2002; Apple & Martin 2003; KWO 2004; WLB 2004; WCRP & HURFOM 2005) รายงานหลายฉบับให้รายละเอียดการข่มขืนที่กระทำโดยทหารพม่า แต่ไม่มีการลงโทษผู้กระทำผิด ทั้งยังมีการข่มขู่ไม่ให้เหยื่อพูดคุยในเรื่องนี้ ผู้ร้องเรียนจะถูกจองจำ ทรมานหรือสังหารโดยรัฐบาลทหาร (SHRF & SWAN 2002; Apple & Martin 2003; KWO 2004; WLB 2004; WCRP & HURFOM 2005)

ระดับความรุนแรงของการบังคับโยกย้ายเป็นสิ่งที่ยากจะประมาณการณ แม้ว่านโยบายดังกล่าวจะทวีความรุนแรงและมีการจัดทำอย่างเป็นระบบมากขึ้น ภายหลังปี 2539 รายงานปี 2547 ของ Burma Border Consortium ระบุว่า ตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา มีการทำลายหรือบังคับโยกย้ายหมู่บ้านมากกว่า 2,500 แห่ง ทำให้ประชากร 600,000 คนพลัดถิ่นอาศัยอยู่ในพื้นที่ปกครอง 5 แห่งตามแนวพรมแดนทิศตะวันออกที่ติดกับประเทศไทยอันได้แก่ ภาคตะนาวศรี และรัฐฉาน รัฐกะเหรี่ยง รัฐกะเหรี่ยง และรัฐมอญ (Risser et al. 2004; TBBC 2004)

ประชาชนมากกว่า 350,000 คนถูกบีบให้ไปอยู่ใน “ศูนย์กลางการอพยพ” ที่ถูกควบคุมโดยรัฐบาล ส่วนที่เหลือต้องหลบซ่อนตัวในป่าหรือตามที่พิภพแบบชั่วคราวและกลายเป็นผู้พลัดถิ่นในประเทศ (internally displaced person หรือ

IDP) ไป แต่พวกเขาก็ยังคงหวังที่จะกลับไปยังบ้านเกิด แม้ในปัจจุบันต้องคอย
หวาดระแวงต่อการตรวจการณ์ของทหารพม่า

ทหารที่ตรวจการณ์ผ่านมามากจะฆ่า ทุบ และข่มขืนพลเรือนที่พวกเขา
พบนอกเขตอนุญาต ทั้งนี้เพื่อข่มขู่ไม่ให้คนอื่น ๆ กลับไปยังหมู่บ้านของตนเอง
(SHRF 1998; Risser et al. 2004; TBBC 2004) ส่งผลให้ผู้พลัดถิ่นในประเทศ
ต้องหลบซ่อนตัวในป่า โดยกระจายกันอยู่เป็นชุมชนเล็ก ๆ ที่ขาดบริการขั้น
พื้นฐานไม่ว่าจะเป็นเวชภัณฑ์และการศึกษา (Risser et al. 2004; US State
Department 2006) ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่ได้รับเวชภัณฑ์ เนื่องจากรัฐบาลทหาร
ปิดกั้นเพื่อไม่ให้มีการส่งความช่วยเหลือไปยังฝ่ายกบฏและราษฎรที่อยู่ในพื้นที่สู้รบ
หากมีการตรวจพบผู้ที่ครอบครองยารักษาโรคในพื้นที่เหล่านี้ ก็อาจนำไปสู่การ
จับกุมและทำร้ายได้ (KHRG 2001)

ในกรณีที่พวกเขามีความสามารถจะขอรับบริการด้านสุขภาพ การเดินทาง
ไปยังคลินิกหรือโรงพยาบาลในเมืองเพื่อรับการรักษาก็เป็นการเดินทางที่ยาวไกล
และอันตราย เสี่ยงที่จะถูกทหารพม่าตรวจพบ เสี่ยงต่อกับระเบิด ใจร้ายและ
โรคภัยซึ่งรวมทั้งมาลาเรีย (Risser et al. 2004; TBBC 2004) รัฐบาลทหาร
ยังห้ามไม่ให้องค์กรช่วยเหลือนานาชาติที่ทำงานในพม่าให้ความช่วยเหลือกับ
ประชากรเหล่านี้ ทั้งนี้เพื่อไม่ให้พบข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพอันเนื่อง
มาจากความขัดแย้ง (Lee et al. 2006) ด้วยเหตุดังกล่าว แม้ว่าสถิติสุขภาพ
ระดับชาติจะสะท้อนให้เห็นวิกฤตด้านสุขภาพของประเทศ แต่ก็ยังเป็นการปกปิด
สถานการณ์ด้านสาธารณสุขที่แท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากตัวเลขดังกล่าวไม่ได้รวมถึง
ข้อมูลของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ขาดบริการและมีการสู้รบ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่
รัฐบาลทหารเรียกว่า “พื้นที่สีดำ” (UNICEF 2004; Chelala 1998)

หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

สงครามกลางเมืองกว่า 50 ปีในพม่าทำให้คนหลายพันคนถูกบังคับ

โยกย้าย กลายเป็นแรงงานทาสและต้องเผชิญกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนโดย กองทัพพม่า เป็นเหตุให้พวกเขาไม่ได้รับสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานอย่างเช่น สิทธิ ด้านสุขภาพ ผู้ที่อยู่ตามแนวชายแดนได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง ด้วยเหตุดังกล่าว เพื่อคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จึงได้รับการก่อตั้งขึ้นมาเมื่อปี 2541 โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในรัฐมอญ กะเหรี่ยง คะเรนนี และพื้นที่ชายแดน

หน่วยแพทย์เคลื่อนที่อยู่ใต้การนำของแพทย์หญิงชินเรีย หม่อง ซึ่งดำรง ตำแหน่งประธานนับแต่ก่อตั้งขึ้นมา พญ.ชินเรียเป็นแพทย์ชาวกะเหรี่ยงซึ่ง หลบหนีจากพม่า เนื่องจากมีส่วนเกี่ยวข้องกับกิจกรรมส่งเสริมประชาธิปไตยที่นั่น และได้ก่อตั้งคลินิกแม่ตาวขึ้นเมื่อปี 2532 เพื่อให้บริการด้านสุขภาพต่อผู้พลัดถิ่น ที่อยู่ตามพรมแดนไทย-พม่า คลินิกแม่ตาวตั้งอยู่นอกตัวอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก มีการเติบโตอย่างต่อเนื่องโดยมีคนไข้ที่มารับการรักษามากกว่า 100,000 ครั้ง ในปี 2547 และเป็นศูนย์กลางสำคัญของการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีการจัดอบรมให้ผู้ทำงานด้านสาธารณสุขหลายร้อยคน ด้วยผลงานดังกล่าว พญ.ชินเรียจึงได้รับรางวัลหลายครั้งรวมทั้ง John Humphrey Freedom Award (Canada 1999), the Jonathan Mann Health and Human Rights Award (USA 1999), the Foundation for Human Rights in Asia's Special Award (Japan 2001), the Van Heuven Doedhart Award (Netherlands 2001), และรางวัลแมกไซไซ สาขาผู้นำชุมชน (2545) และในปี 2548 มีผู้เสนอชื่อพญ.ชินเรียเข้ารับรางวัลโนเบลสาขาสันติภาพด้วย

เป้าหมายของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่คือ การเพิ่มพูนทักษะและความรู้ให้ ประชาชนเพื่อให้สามารถจัดการและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเองได้ และ เพื่อทำงานให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยการส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐาน หน่วยแพทย์ เคลื่อนที่ที่เป็นครณะแพทย์และพยาบาลเคลื่อนที่ซึ่งประกอบด้วยหลายชาติพันธุ์ และ ให้บริการต่อผู้พลัดถิ่นในประเทศประมาณ 140,000 คนและผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ สู้รบหรือ “พื้นที่สีดำ” ในรัฐกะเหรี่ยง คะเรนนี และมอญ ซึ่งอยู่ตามแนวชายแดน ของประเทศ คณะทำงานประกอบด้วย 32 หน่วยโดยมีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ 120

คน ในปี 2548 มีการขยายออกเป็น 70 หน่วย และแต่ละหน่วยมีเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ 3-5 คน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน พวกเขาทั้งหมดต้องเดินทางด้วยเท้าและแบกเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การศึกษาไปด้วย เพื่อให้ตอบสนองการทำงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินไปโดยความร่วมมือจากผู้นำชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ซึ่งไม่มีบริการด้านสุขภาพ คณะทำงานยังให้ความรู้ในหลายประเด็นสุขภาพที่สำคัญ ทั้งเรื่องน้ำและอนามัย การวางแผนครอบครัว การป้องกัน มาลาเรีย การรณรงค์เรื่องกับระเบิดและอื่น ๆ

แม้จะมีความพยายามรักษาความปลอดภัยให้ดีที่สุด แต่งานของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ก็เต็มไปด้วยอันตราย นับแต่ก่อตั้งขึ้นมา แพทย์ 7 คน และหมอมดุงครรภ์อีก 1 คนถูกสังหารเนื่องจากกับระเบิดหรือทหารพม่า ซึ่งเป็นการละเมิดหลักการเพื่อคุ้มครองเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์ภายใต้อนุสัญญาเจนีวาฉบับที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นงานที่เสี่ยงภัย การถือปากกาและกระดาดะก็อาจทำให้ทหารพม่าสงสัยได้

เป้าหมายหลักของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่คือ การสนับสนุนทักษะและความรู้ที่จำเป็นให้กับชุมชนเพื่อให้สามารถบริหารจัดการ แก้ปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพตนเองได้ พร้อม ๆ กับการทำงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ดังนั้น การเก็บข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรที่รับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ จึงเป็นงานที่สำคัญ และเป็นเหตุให้มีการสำรวจด้านสุขภาพขึ้นในปี 2543 ในปี 2547 หน่วยแพทย์เคลื่อนที่เริ่มวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาด้านสุขภาพกับบริบทด้านสิทธิมนุษยชนที่เกิดขึ้นกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในเบื้องต้นมีการสำรวจด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชนสองส่วน มีการถามข้อมูลจากชาวบ้านใน 8 พื้นที่ของรัฐคะเชนนิ กะเหรี่ยง มอญ และภาคตะนาวศรี เกี่ยวกับประสบการณ์การละเมิดสิทธิมนุษยชนและสถานะด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว พื้นที่เป้าหมายครอบคลุมถึงพื้นที่ซึ่งมีสัญญาณหยุดยั้งเป็นเวลา 10 ปีหรือมากกว่านั้น พื้นที่ซึ่งยังมีการสู้รบอย่างหนักหน่วง และพื้นที่ซึ่งมีการสู้รบแบบประปราย

รายงานฉบับนี้เป็นผลมาจากการสำรวจด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชน เมื่อปี 2547 รวมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างโดยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ใน 8 ภูมิภาค ซึ่งให้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ช่วยให้การวิเคราะห์ได้อย่างลึกซึ้งขึ้น รายงานฉบับนี้ยังได้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพในสี่หัวข้อซึ่งดำเนินการโดยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในช่วงสี่ปีที่ผ่านมา ซึ่งรวมทั้งการสำรวจสถานะโภชนาการ (2543) การสำรวจโรคมาลาเรีย (2544) การสำรวจด้านน้ำ อนามัยและอัตราการตาย (2544) และการสำรวจด้านอนามัยเจริญพันธุ์ (2545) ผลลัพธ์เหล่านี้ชี้ให้เห็นสถานะด้านสุขภาพที่อ่อนแอของชุมชนผู้พลัดถิ่นในประเทศในพื้นที่ลุ่มทางภาคตะวันออกเฉียงของพม่า ซึ่งเชื่อมโยงอย่างแนบแน่นกับบริบทด้านสิทธิมนุษยชน การแก้ปัญหาวิกฤตสาธารณสุขในพื้นที่เหล่านี้จะต้องเกิดจากการแก้ปัญหาที่เป็นพื้นฐานนำไปสู่วิกฤตด้านมนุษยธรรม และในทางกลับกันจะเป็นการช่วยแก้ปัญหา ด้านสุขภาพที่ร้ายแรงได้

วิธีวิทยา

การออกแบบการสำรวจ

นับตั้งแต่ปี 2543 หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ได้ทำการสำรวจเพื่อประเมินอย่างรวดเร็ว (Rapid Assessment Survey) ในกลุ่มประชากรหลายครั้ง เพื่อเก็บข้อมูลตัวชี้วัดอัตราการเกิดโรคและการตาย รวมทั้งประเมินความต้องการโครงการด้านสุขภาพที่หลากหลาย การสำรวจเพื่อประเมินอย่างรวดเร็วเป็นช่วง ๆ มีความเหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบบหน่วยเคลื่อนที่เหล่านี้ สืบเนื่องจากความผันผวนของกลุ่มประชากร ทำให้ต้องมีการดัดแปลงวิธีการมาตรฐานในบางด้าน การจัดทำกลุ่มสุ่มระดับหมู่บ้าน (village-based cluster sampling) จะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสำรวจ ซึ่งสะท้อนคุณลักษณะของกลุ่มประชากรที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ทำงานด้วย เพื่อให้สอดคล้องกับการออกแบบการเดินทางที่เหมาะสมกับสภาพหมู่บ้านที่อยู่กันกระจัดกระจาย การเดินทางด้วยเท้าบนพื้นที่สูง และการรักษาความปลอดภัย ซึ่งเป็นเหตุให้ต้องมีการหมุนเวียนและเปลี่ยนเส้นทางเพื่อเข้าไปยังหมู่บ้านเสมอ

ในระหว่างทำการสำรวจ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ปฏิบัติตามวิธีการมาตรฐานในการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง (Bennett 1991) โดยมีการแก้ไขเล็กน้อย ซึ่งประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เล็กลง และการเพิ่มจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีการปฏิบัติตามวิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างสองขั้นตอนในกลุ่มประชากร และเลือกใช้กรอบการสุ่มตัวอย่างแบบเดียวกันสำหรับการสำรวจทุกครั้งในปี 2544 โดยประกอบด้วยกลุ่มประชากรทั้งหมดที่ได้รับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การสุ่มตัวอย่างในขั้นแรกมีการนำมาใช้กับบัญชีรายชื่อประชากรของพื้นที่โดยรวม โดยใช้ยุทธศาสตร์การจัดกลุ่มที่มีสัดส่วนเหมาะสมกับขนาดของประชากร ในแต่ละกลุ่มของ 100 กลุ่มที่คัดเลือกมา หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จะสุ่มเลือก 20 ครัวเรือนต่อชุมชน ครัวเรือนเหล่านี้ได้รับการคัดเลือกแบบสุ่ม

โดยใช้ศูนย์กลางจากหมู่บ้านและกระจายการสุ่มออกไป และมีการเลือกไปเยี่ยมบ้านในอันดับที่ n ซึ่ง n ในที่นี้เป็นตัวเลขที่ได้จากการเอาจำนวนครัวเรือนในหมู่บ้านหารด้วยสี่สิบ

ความกังวลเรื่องความปลอดภัยและการทำงานของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ซึ่งแปลกกว่าธรรมดา ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดอย่างสำคัญต่อการสำรวจ ยกตัวอย่างเช่น ผู้สัมภาษณ์สามารถใช้เวลาในแต่ละหมู่บ้านได้เพียงไม่กี่วัน เป็นการจำกัดระยะเวลาการสำรวจ ด้วยเหตุดังกล่าว แบบสำรวจครัวเรือนที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ใช้อยู่ในปัจจุบันจึงเป็นลักษณะของแบบสอบถามสองหน้าในกระดาษแผ่นเดียว ซึ่งช่วยเพิ่มคุณภาพของข้อมูลและอัตราการตอบข้อมูล นอกจากนั้น ในกรณีที่ผู้นำครอบครัวไม่อยู่ จะมีการเลือกครัวเรือนถัดไปเพื่อทำการสำรวจ เนื่องจากการเดินทางกลับมาสำรวจซ้ำอาจทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้สำรวจ การสำรวจความต้องการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการจัดทำในกลุ่มบ้าน (หมู่บ้าน) ที่คัดเลือกไว้ล่วงหน้า ในระหว่างการทำงานตามปกติเป็นเวลาประมาณสามเดือนต่อครั้ง

การตัดสินใจเลือกพื้นที่ซึ่งเสี่ยงอันตรายในการสำรวจ ก็เพื่อลดอคติจากการจำกัดการสำรวจข้อมูลเฉพาะในพื้นที่ซึ่งปลอดภัย นอกจากนั้น การกันพื้นที่ดังกล่าวออกไปล่วงหน้าเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เนื่องจากสถานการณ์ที่คุกคามความปลอดภัยมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในกรณีที่ทั้งหมู่บ้านถูกโยกย้ายไปทั้งหมด และต้องเคลื่อนที่ตลอดเวลาเพื่อความปลอดภัย (ซึ่งเป็นกรณีที่ไม่ค่อยเกิดขึ้น เนื่องจากปกติชาวบ้านมักจะพยายามอยู่รวมกัน) หน่วยแพทย์จะพยายามค้นหาตำแหน่งของชาวบ้านและจัดทำการสำรวจแบบสุ่มเป็นระยะในระหว่างการเดินทางที่เหล่านั้น ในกรณีที่ไม่สามารถเข้าถึงชาวบ้านที่ถูกโยกย้ายเนื่องจากเหตุผลด้านความปลอดภัย จะมีการเลือกสำรวจหมู่บ้านใกล้เคียงที่เข้าถึงได้แทน ผู้นำหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เห็นว่า เจ้าหน้าที่จะต้องไม่เอาความปลอดภัยส่วนตัวไปแลกกับการเก็บข้อมูล

การอบรม

ก่อนการสำรวจแต่ละครั้ง ผู้บริหารของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จะทำการอบรมอย่างเข้มข้นเป็นเวลา 4-5 วันให้กับเจ้าหน้าที่ซึ่งรับผิดชอบการสำรวจ โดยประกอบด้วยการอบรมเทคนิคการสัมภาษณ์ วิธีสุ่มเลือก คำถามเพื่อการสำรวจและการกำหนดนิยามของคำที่เกี่ยวข้อง ทั้งยังมีการจัดทำคู่มือภาคสนามและเอกสารการอบรมอย่างอื่นเพื่อประโยชน์ของเจ้าหน้าที่ในระหว่างการสำรวจภาคสนาม คณะผู้บริหารยังได้รับการอบรมขั้นสูงเกี่ยวกับวิธีสำรวจ ระบาดวิทยาขั้นพื้นฐาน การจัดการและการจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์และตีความ จากพันธมิตรเพื่อให้ความสนับสนุนด้านเทคนิคกับหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ หลังจากกลับจากงานภาคสนาม ผู้สำรวจจะนำแบบสำรวจที่มีการเขียนข้อมูลจนครบส่งให้กับคณะผู้บริหาร และทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนของข้อมูล และแก้ไขปัญหาในกรณีข้อมูลไม่ครบ จากนั้นจะมีการจัดหมวดหมู่แบบสำรวจ มีการทบทวนจัดเก็บและยังมีการวิเคราะห์โดยย่อเพื่อตอบคำถามที่เกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่ภาคสนามและเพื่อนำเสนอผลการสำรวจขั้นต้น จากนั้นจึงมีการนำผลสำรวจที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นมาอภิปรายหลังจากเจ้าหน้าที่ภาคสนามกลับจากการอบรมเพิ่มเติม

ผลการสำรวจ

การสำรวจตามหัวข้อที่กำหนดซึ่งดำเนินมาตั้งแต่ปี 2543 ครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ได้แก่ โภชนาการ (2543) น้ำและสุขอนามัย (2544) โรคมาลาเรีย (2544) และอนามัยเจริญพันธุ์ (2545) นอกจากนั้นยังมีการสำรวจอัตราการตายประจำปี นับตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา การสำรวจทั้งหมดยกเว้นการสำรวจด้านโภชนาการ ในปี 2543 เป็นการปฏิบัติตามวิธีวิทยาซึ่งอธิบายข้างต้น กลุ่มตัวอย่างของการสำรวจด้านโภชนาการได้รับการคัดเลือกจากกลุ่มที่เข้าถึงได้ง่าย โดยเป็นกลุ่มชาวบ้านที่มาเข้าร่วมโครงการกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยแพทย์ การสำรวจที่ผ่านมาครอบคลุมตัวชี้วัดการเกิดโรคพื้นฐาน และคำถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นด้านสุขภาพในแต่ละอย่าง อย่างเช่นด้านโภชนาการ

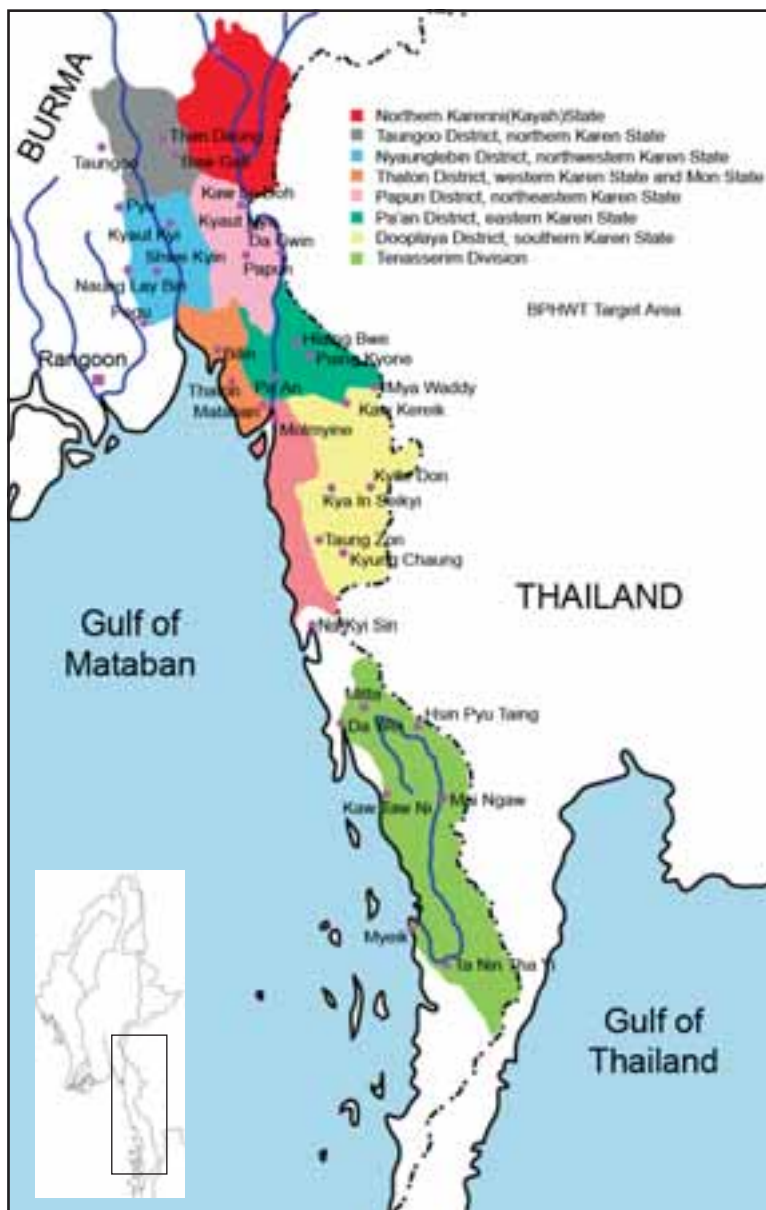
(การให้นมลูก สารอาหารที่ได้รับ สภาพด้านโภชนาการของทารก) มาลาเรีย (อัตรา การเกิดโรคมาลาเรีย การเข้าถึงมุ้งกันยุง) น้ำและสุขอนามัย (การล้างมือ การ ใช้ส้วม การดื่มน้ำดื่ม) และอนามัยเจริญพันธุ์ (อัตราการคุมกำเนิด การฝากครรภ์ ประจำตัวการตั้งครรภ์) นอกจากนั้น ยังมีการพิจารณาและรวบรวมข้อมูลที่ผ่านมา ของครัวเรือนโดยย่อ เพื่อสำรวจอัตราการตาย (ระหว่างปี 2544-2547) การสำรวจ อัตราการตายเหล่านี้ประกอบด้วยการทำสำมะโนครัวเรือนและการตั้งคำถามเกี่ยวกับการ เกิดและการตายที่เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีการบันทึกอายุและเพศ ของบุคคลที่มีชีวิตในแต่ละครัวเรือน ในกรณีที่มีการเสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลจะระบุ สาเหตุของการเสียชีวิตอันประกอบด้วยมาลาเรีย ท้องร่วง อากาศที่สืบเนื่องจากการ ตั้งครรภ์ การติดเชื้อทางเดินหายใจอย่างรุนแรง (Acute Lower Respiratory Infections: ALRI) กับระเบิด ความรุนแรงและสาเหตุ “อื่น ๆ”

แม้ว่าการสำรวจที่ผ่านมาจะให้ข้อมูลตามบริบทและข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ แต่รายงานฉบับนี้เน้นที่ผลจากการสำรวจด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชน ในปี 2543 โดยประกอบด้วยองค์ประกอบหลักห้าประการได้แก่ (1) สถานภาพพื้นฐาน เป็นข้อมูลเกี่ยวกับรายชื่อของสมาชิกในครอบครัว เพศและอายุ ซึ่งได้จากการ สำรวจของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในครั้งก่อน ๆ (2) อัตราการเกิดโรค โดยเป็น การตรวจสอบอย่างรวดเร็วเพื่อหาภาวะเลือดมีปรสิต (parasitemia) ในกลุ่ม ตัวอย่าง (แม่หรือผู้นำครอบครัว) และมีการถามคำถามเกี่ยวกับมาลาเรียและ ท้องร่วงในช่วงสองสัปดาห์ก่อนการสำรวจ สำหรับเด็กทุกคนที่มีอายุต่ำกว่าห้าขวบ ลงมา เจ้าหน้าที่ภาคสนามจะรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธี mid-upper arm circumference (MUAC) ซึ่งเป็นเครื่องมือภาคสนามที่ใช้ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อตรวจสอบภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งพิสูจน์แล้วว่ามีความแม่นยำในการวิเคราะห์ อัตราการเกิดภาวะขาดสารอาหารที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงของการตายในการ วิเคราะห์ที่ผ่านมาหลายครั้ง (Powell-Tuck 2003, Berkley 2005), (3) ความ ต้องการด้านสาธารณสุข องค์ประกอบที่สามมุ่งสำรวจการเข้าถึงบริการสาธารณสุข พื้นฐานอย่างเช่น น้ำสะอาด ส้วม การคุมกำเนิด และการให้ธาตุเหล็กเสริม ในระหว่างการตั้งครรภ์ (4) อัตราการตาย ผู้ให้ข้อมูลจะถูกถามเกี่ยวกับสมาชิก

ในครอบครัวที่เสียชีวิตในล่วงหน้า 12 เดือนก่อนการสำรวจ และหากเป็นไปได้ให้ระบุสาเหตุการตาย (5) การละเมิดสิทธิมนุษยชน ส่วนสุดท้ายของการสำรวจเน้นที่ประสบการณ์เกี่ยวกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อันประกอบด้วย การบังคับใช้แรงงานของสมาชิกครอบครัว การโจมตีของทหาร การปล้นสะดมและการทำลายอาหารและสัตว์เลี้ยงโดยกำลังทหาร การบาดเจ็บเนื่องจากกบฏระเบิด การถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าถึงการรักษา และการบังคับโยกย้ายหรือถูกบังคับให้เดินทางเนื่องจากภัยคุกคามของความรุนแรงหรือขาดความปลอดภัย

นอกจากการสำรวจดังกล่าว ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างของเจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ใน 8 พื้นที่ ยังเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่ช่วยให้การวิเคราะห์ลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยเป็นการสำรวจที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสามเดือนในหลายพื้นที่ภาคสนามและเจ้าหน้าที่ได้กลับสู่ฐานปฏิบัติการเมื่อต้นปี 2548 จากนั้นมีการนำข้อมูลใส่เข้าไปในฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงโดยใช้โปรแกรม Microsoft Access มีการควบคุมคุณภาพข้อมูลเพื่อให้มีการใส่ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ และมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล การวิเคราะห์ทั้งหมดจัดทำด้วยความช่วยเหลือด้านเทคนิคจากโครงการ Global Health Access Program โดยใช้ชุดเครื่องมือเชิงสถิติมาตรฐาน (STATA)

MAP OF SURVEY LOCATIONS



ผลการสำรวจ

I. พื้นที่การสำรวจ

จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายของโครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ถือเป็นกลุ่มประชากรทั้งหมดในการสุ่มสำรวจครั้งนี้ (ประมาณ 140,000 คน) เราได้ทำการสำรวจ 2,000 ครั้วเรือนใน 8 พื้นที่ตามพื้นที่ผู้รับทางภาคตะวันออกเฉียงของพม่า และมีผู้ให้ข้อมูลกลับมา 1,834 คน (ร้อยละ 91.7) ในระหว่างการสำรวจ ครั้วเรือนเหล่านี้มีประชากรอยู่ 9,853 คน เฉลี่ยแล้วครั้วเรือนละ 5.4 คน ตารางที่ 2 แสดงพื้นที่ 8 แห่งที่ได้รับการคัดเลือก พร้อมกับจำนวนครั้วเรือนที่ให้ข้อมูลในแต่ละพื้นที่ ตารางที่ 2 จำนวนครั้วเรือนที่สุ่มตัวอย่างและจำนวนผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามพื้นที่

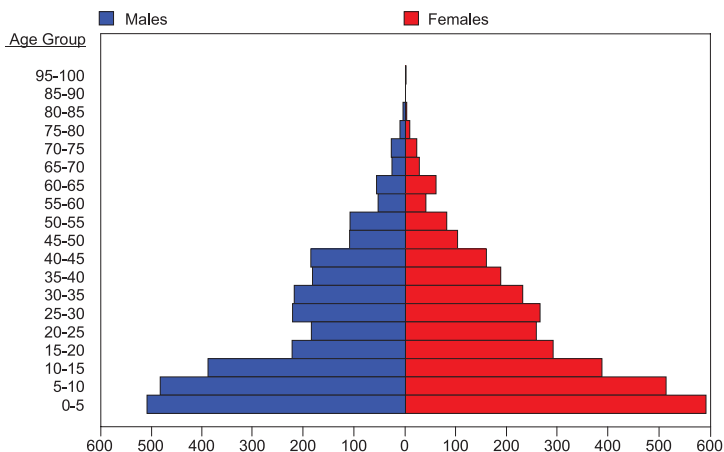
พื้นที่	ตำแหน่ง	จำนวนครั้วเรือน ที่สุ่มตัวอย่าง	จำนวนครั้วเรือน ที่ตอบคำถาม (ร้อยละ)
1	รัฐคะเรนนี	220	128 (58.2)
2	เขตตองอู ภาคเหนือ รัฐกะเหรี่ยง	140	141 (100.7)
3	เขตหนองเลบีน ภาคตะวันตกเฉียงเหนือ รัฐกะเหรี่ยง	120	119 (99.2)
4	เขตท่าตอง ภาคตะวันตก รัฐกะเหรี่ยงและรัฐมอญ	240	240 (100.0)
5	เขตผาปูน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รัฐกะเหรี่ยง	220	222 (100.9)
6	เขตผาอ่าง ภาคตะวันออก รัฐกะเหรี่ยง	360	359 (99.7)
7	เขตดพลาया ภาคใต้ รัฐกะเหรี่ยง	520	504 (96.9)
8	ภาคตะนาวศรี ภาคใต้ พม่า	180	121 (67.2)
	รวม	2,000	1,834 (91.7)

II. ลักษณะของประชากร

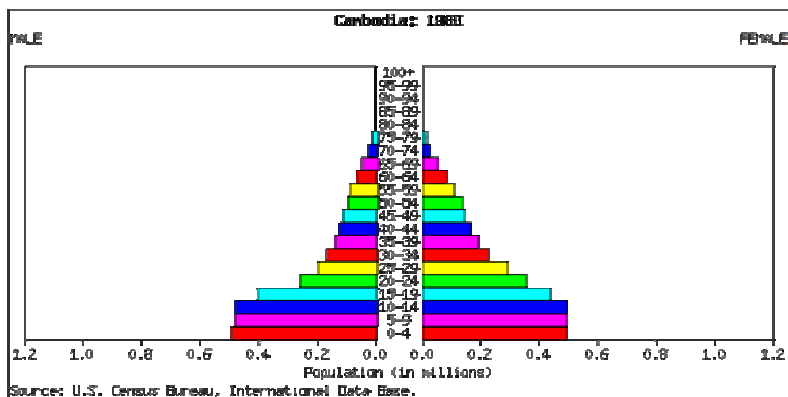
ลักษณะการกระจายตัวของกลุ่มประชากรพลัดถิ่นในพื้นที่สำรวจ แสดงออกมาตามปริมิตประชากรด้านล่าง ซึ่งสะท้อนถึงการกระจายด้านอายุของประชากรตามมาตรฐานของแท่งกราฟสองแท่งแทนประชากรชายและหญิง อัตราส่วนของประชากรชายและหญิงได้แก่ 0.90 ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการสู้รบเป็นเวลานานในภาคตะวันออกของพม่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฆาตกรรมไปของประชากรผู้ชายในวัย 15-25 ปีจำนวนมาก ซึ่งมีอัตราส่วนเพียง 0.88 สัดส่วนที่น้อยกว่า 1 มักเกิดขึ้นในพื้นที่ซึ่งมีความขัดแย้งเป็นเวลานาน และในสภาพหลังความขัดแย้ง ซึ่งผู้ชายต้องสูญเสียชีวิตไปกับการต่อสู้หรือถูกเกณฑ์ทหาร อัตราส่วนในลักษณะเดียวกันอาจพบได้ในบรรดาผู้ลี้ภัยชาวอัฟกานิสถานที่อยู่ในประเทศปากีสถาน (0.88) อดีตกองกำลังฝ่ายกบฏในอังกิลา (0.80) และในกัมพูชากายหลังการขับไล่เขมรแดง (0.86) (Yusaf 1990; Grein 2003; US Census Bureau 2006) (โปรดดูรูปที่ 1 และ 2) ตัวเลขเหล่านี้ยืนยันผลการสำรวจเพื่อประเมินอย่างรวดเร็วในกลุ่มประชากรโดยรวมที่ผ่านมาของหน่วยแพทย์ในพื้นที่เหล่านี้ ซึ่งพบอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน (0.89 ในปี 2545 และ 0.92 ในปี 2546)

ที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งคือปริมิตประชากรที่มีการกระจายแบบสามเหลี่ยมซึ่งแสดงให้เห็นประชากรเด็กจำนวนมาก แต่สามเหลี่ยมจะแคบลงในช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น ในกลุ่มประชากรนี้ร้อยละ 44.5 มีอายุน้อยกว่า 15 ปี (เมื่อเทียบกับร้อยละ 33 ซึ่งเป็นข้อมูลทั้งประเทศของพม่า) ในขณะที่มีกลุ่มประชากรอายุมากกว่า 65 ปีเพียงร้อยละ 1.38 การกระจายประชากรในลักษณะเช่นนี้เกิดขึ้นในสภาพที่มีอัตราการเกิดและอัตราการตายสูง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกและเด็ก) และอายุขัยเฉลี่ยสั้น ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบโดยทั่วไปในประเทศด้อยพัฒนาอย่างเช่น ไนเจอร์ เฮติและเซียร์ราลีโอน

ภาพที่ 1 ประเมินประชากรพลัดถิ่นในภาคตะวันออกของพม่า

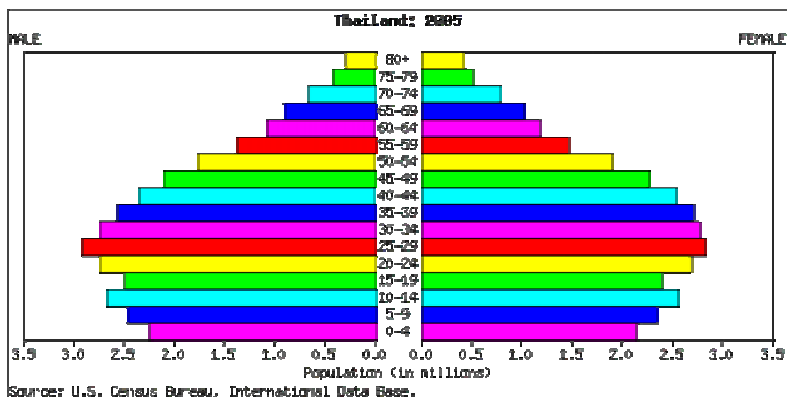


ภาพที่ 2 ประเมินประชากรในกัมพูชาหลังจากการขับไล่อพยพชาวเขมรแดงไม่นานนัก โปรดสังเกตรูปทรงสามเหลี่ยมและจำนวนประชากรเพศชายในวัยหนุ่มที่น้อยกว่าผู้หญิงในวัยเดียวกันมาก



ภาพที่ 3 ปริมาณประชากรสำหรับประเทศไทย 2548

โปรดสังเกตฐานปิระมิดที่แคบลง ซึ่งสะท้อนถึงอัตราการเกิดที่ลดลงและอัตราการรอดชีวิตของเด็กที่เพิ่มขึ้น โปรดสังเกตอัตราส่วนของหญิงและชายที่เกือบจะเท่ากัน



III. ตัวชี้วัดด้านสุขภาพพื้นฐานในพื้นที่บริการของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

อัตราการตายและสาเหตุการตายพื้นฐาน

ข้อมูลจากการสำรวจสะท้อนถึงอัตราการตายที่สูง ซึ่งยืนยันข้อมูลจากการสำรวจในช่วงที่ผ่านมาของหน่วยแพทย์ระหว่างปี 2545-2546 ในจำนวน 1,834 ครั้วเรือน มีรายงานการเสียชีวิตของทารก 37 ราย และทารกที่รอดชีวิต 408 ราย ส่งผลให้อัตราการตายของทารกอยู่ที่ 91 ต่อการเกิดรอด 1,000 ครั้ง อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบอยู่ที่ 90 ราย คิดเป็นอัตราการตาย 221 ต่อการเกิดรอด 1,000 ครั้ง ตัวเลขประมาณการเหล่านี้แสดงให้เห็นในตารางที่ 3 เปรียบเทียบกับอัตราการตายของทารกและเด็กในช่วงสองปีที่ผ่านมา

ตารางที่ 3 อัตราการตายของทารกและอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบจากการสำรวจของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในกลุ่มประชากรเป้าหมายภาคตะวันออกเฉียงของพม่า 2545-2547

	อัตราการตายของทารก (ต่อทารกที่รอดชีวิต 1,000 คน)	อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ (ต่อเด็กที่รอดชีวิต 1,000 คน)
2545	135	291
2546	129	266
2547	91	221

ตัวเลขเหล่านี้แตกต่างอย่างมากเมื่อเทียบกับตัวเลขสถิติระดับชาติของพม่า ซึ่งมีอัตราการตายของทารกอยู่ที่ 76 ต่อการเกิดรอด 1,000 ครั้ง และมีอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบอยู่ที่ 106 ต่อการเกิดรอด 1,000 ครั้ง ในปี 2547 (UNICEF 2006) อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบในกลุ่มประชากรพลัดถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงของพม่าเมื่อปี 2547 คิดเป็น 221 ต่อการเกิดรอด 1,000 ครั้ง ซึ่งสูงกว่าอัตราส่วนในกัมพูชา (อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ = 140/1,000) ซึ่งเป็นสถิติสูงสุดสำหรับบรรดาประเทศในอาเซียนแล้ว ตัวเลขในชุมชนพลัดถิ่นเหล่านี้มีความใกล้เคียงกับประเทศซึ่งอยู่ในอันดับท้าย ๆ ในการจัดอันดับตามดัชนีการพัฒนามนุษย์โลก อาทิ เซียร์ราลีโอน อังโกล่าและไนเจอร์ (ตารางที่ 4) (UNICEF 2004) แม้ในพม่า จะมีแนวโน้มว่าอัตราการตายของทารกและอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบในกลุ่มประชากรผู้พลัดถิ่นจะลดลง แต่ตัวเลขล่าสุดเป็นตัวเลขที่สูงเกินกว่าจะยอมรับได้ และเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับประเทศอื่น ๆ ที่เกิดหายนะด้านมนุษยธรรมอย่างรุนแรงและกว้างขวาง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านสุขภาพพื้นฐาน, 2547

	อัตราการตาย ของทารก*	อัตราการตายของเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ขวบ*
“พื้นที่สีดำ” ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	91	221
พม่า	76	106
ไทย	18	21
ไนเจอร์	152	259
เซียรัลลีโอน	165	283
อันโกลา	154	260
สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก	129	205

* per 1,000 live births Source: UNICEF 2006

ในครัวเรือนที่มีการตาย (ไม่ว่าเด็กหรือผู้ใหญ่) สมาชิกครอบครัวจะถูกขอให้
ระบุสาเหตุการตาย ซึ่งอาจสรุปได้ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อัตราการตายจากสาเหตุต่าง ๆ ตามที่รายงานโดยครอบครัว

เด็ก	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ประชากรอายุต่ำกว่า 5 ปี		สาเหตุการตาย	
	การตาย	ร้อยละ	การตาย	ร้อยละ
• ท้องร่วง	16	22	36	22
• มาลาเรีย	34	47	67	42
• อาการติดเชื้อ ทางเดินหายใจ				
แบบรุนแรง	8	11	20	12
• กับระเบิด	0	0	1	1
• ถูกยิง	0	0	2	1
• การตั้งครุฑ	0	0	1	1
• อื่น ๆ	15	20	34	21
รวม	73	100	161	100

ดังที่แสดงในตารางที่ 5 โรคติดเชื้อเป็นสาเหตุหลักของการตายในกลุ่มประชากรที่รับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ทั้งที่เป็นเด็กและผู้ใหญ่ สาเหตุการตายสำคัญที่สุดได้แก่ โรคมาลาเรีย ซึ่งเกิดขึ้นกับทั้งเด็กและผู้ใหญ่โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเกือบครึ่งหนึ่งของทั้งหมด ตามมาด้วยท้องร่วงและอาการติดเชื้อทางเดินหายใจแบบรุนแรง

มาลาเรีย

ข้อมูลยืนยันว่ามาลาเรียเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการตายได้มาจากการทดสอบภาวะเลือดมีปรสิตของกลุ่มตัวอย่าง ในบรรดาแม่ 1,723 คนซึ่งเข้ารับการตรวจหามาลาเรียโดยใช้ Paracheck ซึ่งเป็นเครื่องมือวิเคราะห์โรคภาคสนามแบบรวดเร็ว พบว่าร้อยละ 12.4 เป็นผู้ติดเชื้อ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 อัตราการตรวจพบเชื้อมาลาเรียในกลุ่มประชากรคละจากการใช้ชุดตรวจ Paracheck จำแนกตามพื้นที่

พื้นที่	จำนวนผู้ตรวจหาเชื้อ	จำนวนผู้ตรวจพบเชื้อ	ร้อยละ
รัฐเคเรนยี	128	0	0
เขตตองอู ภาคเหนือ รัฐกะเหรี่ยง	134	14	10.4
เขตหนองเลบีน ภาคตะวันตกเฉียงเหนือ รัฐกะเหรี่ยง	119	27	22.7
เขตท่าตอน ภาคตะวันตก รัฐกะเหรี่ยงและรัฐมอญ	238	19	8.0
เขตผาปูน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รัฐกะเหรี่ยง	219	42	19.2
เขตผาฮัง ภาคตะวันออก รัฐกะเหรี่ยง	298	47	15.8
เขตคูพลายา ภาคใต้ รัฐกะเหรี่ยง	491	65	13.2
ภาคตะนาวศรี ภาคใต้ พม่า	112	2	1.8
รวม	1,739	216	12.4



เจ้าหน้าที่กำลังให้การรักษากับผู้พลัดถิ่นที่ป่วยเป็นมาลาเรีย



เจ้าหน้าที่กำลังใช้ Paracheck ตรวจสอบเชื้อมาลาเรีย ในบรรดาครัวเรือนที่มีการสำรวจเกือบหนึ่งในห้าของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีป่วยเป็นโรคมาลาเรียในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา

นอกจากนั้น ร้อยละ 14 ของผู้ตอบแบบสอบถามระบุว่า เคยป่วยเป็น มาลาเรียในช่วงสองสัปดาห์ก่อนหน้านี้ ร้อยละ 9.8 บอกว่ามีอาการท้องร่วง ร้อยละ 19.4 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ เคยป่วยเป็นมาลาเรีย และร้อยละ 15.8 มีอาการท้องร่วงในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา

จากการสำรวจอัตราการตาย จำนวนการตายเนื่องจากเหตุรุนแรงอย่างเช่น กบฏระเบิด ($n=1$) หรือถูกยิง ($n=2$) มีอัตราที่ต่ำ และตรงข้ามกับผลการสำรวจ ในปีที่ผ่านมา (2545–2546) ซึ่งมีอัตราส่วนการตายเนื่องจากความรุนแรงสูงกว่า ตัวเลขเปรียบเทียบอื่น ๆ ก็ต่ำกว่า และข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ สาเหตุการตายก็มักยากที่จะตีความ นอกจากนี้ หนึ่งในหัวข้อของการตายถูกระบุ ว่ามีสาเหตุมาจาก “อื่น ๆ” โดยทั่วไปแล้ว อัตราการตายที่สูงส่วนใหญ่ไม่ได้เป็น ผลโดยตรงจากความขัดแย้งโดยตรง แต่น่าจะเป็นผลทางอ้อมจากการละเมิด สิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวาง การขาดสารอาหาร การไม่สามารถเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพและบริการที่สำคัญอื่น ๆ ยกตัวอย่างเช่น การปล้นสะดมอาหาร อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารและ/หรือโลหิตจาง ซึ่งมีส่วน ทำให้มีโอกาสดายจากมาลาเรียเพิ่มขึ้น ในทำนองเดียวกัน การบังคับโยกย้ายและ การข่มขู่ของทหารพม่าทำให้คนจำนวนมากไปหลบซ่อนในป่า และไม่มีมุ้งกันยุง หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและทันทั่วถึง เป็นเหตุให้เกิด ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมาลาเรียและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

อัตราการเกิดโรค

อัตราการเกิดภาวะขาดสารอาหารในเด็ก

โดยภาพรวมแล้ว เด็กมากกว่าร้อยละ 15 มีคะแนนจากการตรวจสอบภาวะขาดสารอาหาร (MUAC) สอดคล้องกับมาตรฐานสากลของภาวะขาดสารอาหาร และมีอยู่ประมาณร้อยละ 5 ที่แสดงอาการขาดสารอาหารรุนแรง (<11 cm) หรือ ปานกลาง ($11 - 12.5$ cm) (ตารางที่ 7) ตัวเลขในลักษณะเดียวกันได้มาจากการสำรวจเด็กในพื้นที่ต่าง ๆ อย่างเช่น ตามแนวพรมแดนประเทศยูกันดา-คองโก



เด็กที่ป่วยด้วยโรคขาดสารอาหาร เด็กจำนวนมากมีโอกาสดินอาหารเพียงหนึ่งมื้อต่อวัน โดยเป็นอาหารที่ขาดวิตามิน เกลือแร่และโปรตีน ส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่าง ๆ

(Tumwine 2002) อัตราการเกิดภาวะขาดสารอาหารในบรรดาผู้พลัดถิ่นในประเทศทางภาคตะวันออกของพม่า สูงกว่าประชากรกลุ่มเดียวกันที่สามารถหนีเข้ามาอาศัยผู้อพยพในประเทศไทยได้ ซึ่งกลุ่มหลังนี้มีภาวะขาดสารอาหารระดับปานกลางหรือรุนแรงน้อยกว่าร้อยละ 1 (Kemmer, undated)

ภาวะขาดสารอาหารไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเท่าเทียมในพื้นที่สำรวจ พื้นที่ 5 จาก 6 แห่งที่สำรวจมีภาวะขาดสารอาหารระดับปานกลางหรือรุนแรงมากกว่าร้อยละ 10 ซึ่งถือว่าเป็นจุดที่จำเป็นต้องมีการเข้ามาแทรกแซงในระดับชุมชน อย่างเช่น การจัดทำโครงการสนับสนุนด้านอาหารโดยทั่วไปหรือเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย

ตารางที่ 7 ประเมินการภาวะขาดสารอาหารโดยใช้วิธีตรวจแบบ mid-upper arm circumference (MUAC)

	ผลการตรวจแบบ MUAC	จำนวนเด็ก	ร้อยละ
ภาวะขาดสารอาหารรุนแรง	ต่ำกว่า 11 cm	33	2.3
ภาวะขาดสารอาหารปานกลาง	11 cm – 12.49 cm	41	2.8
ภาวะขาดสารอาหารเริ่มต้น	12.5 cm – 13.49 cm	153	10.6
ภาวะปกติ	13.5 cm และมากกว่า	1,212	84.2
รวม		1,439	99.9

ที่น่ากังวลคือในเขตผาปูน ซึ่งมากกว่าหนึ่งในสี่ของเด็กที่สำรวจมีคะแนน MUAC อยู่ในระดับที่แสดงถึงภาวะขาดสารอาหารระดับปานกลางหรือรุนแรง

การสำรวจระดับชาติที่ผ่านมาโดยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในพื้นที่เหล่านี้เมื่อปี 2543 พบว่าร้อยละ 14 ของเด็กมีอาการที่แสดงถึงภาวะขาดสารอาหารระดับปานกลางหรือรุนแรง (BPHWT 2001a) อย่างไรก็ตาม ตัวอย่างนี้เป็นข้อมูลที่เก็บได้จากแม่ของทารกที่ป่วย ซึ่งนำตัวเด็กมาขอรับบริการจากหมอ ดังนั้นจึงไม่อาจสะท้อนภาพรวมของประชากรได้ ด้วยเหตุดังกล่าว แม้ว่าจะมีอัตราปัญหาลดลงในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา การเปรียบเทียบตัวเลขจากการสำรวจเหล่านี้จึงเป็น

สิ่งที่ทำไม่ได้ การสำรวจในปี 2544 ซึ่งเป็นการสำรวจอาหารของเด็ก ทำให้พบว่าอาหารเหล่านี้มี “คุณภาพต่ำกว่ามาตรฐานทั้งในแง่ของประเภทอาหารและความถี่ของการบริโภค” (BPHWT 2001a) นอกจากนี้ ในอาหารยังมีผัก ผลไม้ เนื้อและผลิตภัณฑ์นมอยู่น้อย ส่วนใหญ่จะเป็นข้าว และเด็กจำนวนมากไดกินอาหารเพียงหนึ่งมื้อต่อวัน เป็นเหตุให้เกิดภาวะขาดวิตามิน โปรตีนและธาตุเหล็ก และทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมมากขึ้น (BPHWT 2001a) แม้ว่าการสำรวจล่าสุดจะไม่ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับอาหารที่บริโภคมากนัก แต่ปัจจัยหลายประการที่มีส่วนทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารยังคงไม่เปลี่ยนแปลง

น้ำและสุขอนามัย

เจ้าหน้าที่สอบถามชาวบ้านถึงความถี่ในการดื่มน้ำดื่มและการใช้ส้วม โดยภาพรวมชี้ให้เห็นว่าประชากรจำนวนมาก (มากกว่าร้อยละ 30) แทบไม่ได้ใช้หรือไม่เคยบริโภคน้ำดื่มหรือน้ำดื่มที่ผ่านการทำความสะอาดในลักษณะใดเลย และการเข้าถึงและการใช้ส้วมมีอยู่น้อยมาก มากกว่าร้อยละ 60 ระบุว่าสมาชิกในครัวเรือนแทบไม่ได้ใช้หรือไม่เคยใช้ส้วมเลย ส่วนที่เหลือใช้บ้างบางครั้ง (ร้อยละ 11) หรือใช้ประจำ (ร้อยละ 27) มีการรวบรวมเหตุผลบางประการที่ทำให้ตัวชี้วัดในการสำรวจด้านน้ำและสุขอนามัยครั้งที่ผ่านมาค่อนข้างต่ำ (2544) (BPHWT 2001b) ชาวบ้านแทบไม่ได้ดื่มน้ำหรือไม่ได้ดื่มน้ำดื่มเลยเนื่องจากพวกเขากินน้ำแบบเดิมที่เคยกินมาอยู่แล้ว (ร้อยละ 22) หรือคิดว่าน้ำดื่มเหมาะสำหรับผู้ป่วยเท่านั้น (ร้อยละ 40) หรือเห็นว่าน้ำที่ได้มาสะอาดเพียงพอแล้ว (ร้อยละ 19) การใช้ส้วมน้อยเป็นผลมาจากว่า การใช้ส้วมไม่ใช่ประเพณีปฏิบัติที่ผ่านมา หรือเป็นเพราะส้วมมีกลิ่นเหม็น หรือเป็นเพราะส้วมสกปรก (BPHWT 2001b) ด้วยเหตุดังกล่าว ชาวบ้านส่วนใหญ่ระบุถึงสาเหตุที่มีพฤติกรรมด้านน้ำและสุขอนามัยในแบบดังกล่าว เนื่องมาจากความชอบส่วนตัวหรือประเพณีปฏิบัติดั้งเดิม มากกว่าจะเป็นเพราะการขาดทรัพยากรหรือผลกระทบเนื่องมาจากการละเมิดสิทธิมนุษยชน

อนามัยเจริญพันธุ์

เด็กและทารกในพื้นที่เหล่านี้มีอัตราการตายสูง ซึ่งน่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการไม่ได้รับบริการด้านการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความเสี่ยงที่แม่จะเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะแม่ที่คลอดบุตรบ่อยครั้ง แต่หากมองเฉพาะตัวเลขในการสำรวจครั้งนี้ จำนวนผู้หญิงซึ่งเสียชีวิตระหว่างการตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรอาจอยู่ในระดับต่ำ และไม่สามารถสะท้อนภาพของประชากรได้ แต่การสำรวจที่ผ่านมาของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้เห็นอย่างสอดคล้องกันถึงอัตราการตายที่สูงมาก ข้อมูลจากการรายงานเหตุการณ์สำคัญตามโครงการผดุงครรภ์ที่บ้านของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ทำให้สามารถประมาณอัตราการตายของแม่เนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตรได้ว่าอยู่ที่ 1,000-1,200 ต่อการเกิดรอด 100,000 ครั้ง ซึ่งถือว่าเป็นอัตราสูงที่สุดแห่งหนึ่งในโลก (ตารางที่ 8) เปรียบเทียบกับตัวเลขระดับประเทศของพม่าซึ่งอยู่ที่ 360 และไทย 44 (UNICEF 2006, Suwanvanichkij et al. 2006) ตัวเลขจากภาคตะวันออกของพม่าใกล้เคียงกับประเทศอื่น ๆ ที่ประสบหายนะด้านมนุษยธรรมมากกว่าตัวเลขที่รายงานจากรัฐบาลพม่า ซึ่งสะท้อนถึงผลกระทบของการสู้รบอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากสาเหตุการเสียชีวิตของแม่ส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่ป้องกันได้ภายใต้ระบบสุขภาพที่ทำงานได้ ตัวชี้วัดแบบนี้จึงมักถูกใช้เป็นมาตรฐานเพื่อบ่งชี้การมีอยู่ของบริการและการดูแลด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ในการสำรวจด้านอนามัยเจริญพันธุ์ครั้งที่ผ่านมาโดยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ (2545) ส่วนใหญ่แม่จะคลอดลูกที่บ้าน โดยความช่วยเหลือของผดุงครรภ์ที่บ้านและผู้หญิงพลัดถิ่นมักมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของการตั้งครรภ์น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่ขาดความมั่นคงตามพรมแดนประเทศไทย ผู้หญิงต้องคลอดลูกในป่าในระหว่างหลบซ่อนจากการตรวจตราของทหารพม่า โดยภาพรวมแล้ว มีเพียงร้อยละ 4 ของผู้หญิงพลัดถิ่นที่สามารถเข้าถึงบริการสูตินรีเวชฉุกเฉินได้ (BPHWT 2002)



ผู้ทำคลอดที่บ้านกำลังฝึกอบรมการคลอดอย่างปลอดภัย



ผู้ทำคลอดที่บ้านหลังจากทำการคลอดบุตร เธอได้ใช้ความรู้ที่เล่าเรียนมาเกี่ยวกับสุขอนามัยและความรู้ที่ชาวบ้านทั่วไปมักไม่มี

ตารางที่ 8 อัตราการตายของแม่เนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตร* ในบรรดาผู้พลัดถิ่นในประเทศทางภาคตะวันออกของพม่า เปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ

	อัตราการตายของแม่เนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตร	ความเสี่ยงตลอดชีวิตของการตายเนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตร (1 ใน XX)
ภาคตะวันออกของพม่า พื้นที่สู้รบ	1,000–1,200	12
พม่า	360	75
ไทย	44	900
สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก	990	13
โซมาเลีย	1,100	10
รวันดา	1,400	10

* อัตราการตายของแม่เนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตร หมายถึงอัตราส่วนการตายของผู้หญิงหลังอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ และภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอดบุตรเทียบกับจำนวนทารกที่รอดชีวิต 100,000 คน

ที่มา: UNICEF 2006

ในการสำรวจครั้งปัจจุบัน เจ้าหน้าที่สอบถามชาวบ้านเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการได้รับธาตุเหล็กเสริมในระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย ซึ่งเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีอยู่ โดยภาพรวมแล้ว ทั้งการคุมกำเนิดและการเข้าถึงธาตุเหล็กเสริมมีอยู่ต่ำ ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ให้ข้อมูลไม่เคยใช้ยาคุมกำเนิดเลย มีเพียงร้อยละ 40 ที่เคยได้รับธาตุเหล็กเสริมในระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย อัตราการเกิดอย่างหยابมีอยู่สูงถึง 41.8 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งใกล้เคียงกับรวันดา (41) เซียร์ราลีโอน (47) โซมาเลีย (45) และอัฟกานิสถาน (49) (UNICEF 2006) และตรงข้ามกับตัวเลขอย่างเป็นทางการของพม่า ซึ่งอยู่ที่ 20 ต่อ 1,000 คน (UNICEF 2006)

ไม่มีการเก็บข้อมูลว่าชาวบ้านต้องการมีลูกเพิ่มขึ้นหรือไม่ เป็นเหตุให้ไม่สามารถประเมินความต้องการด้านการคุมกำเนิดที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองจากข้อมูลเหล่านี้ได้ อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจด้านอนามัยเจริญพันธุ์ครั้งก่อน ๆ โดยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่พบว่าร้อยละ 59.8 ของชาวบ้านยังมีความต้องการด้าน

การเจริญพันธุ์ที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (การสำรวจด้านอนามัยเจริญพันธุ์ 2002) ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับธาตุเหล็กเสริมระหว่างการจัดครรภ์แตกต่างกันมากในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ร้อยละ 7.6-71.6 ซึ่งอาจขึ้นอยู่กับจังหวัดที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือคณะแพทย์อื่น ๆ ได้เข้าไปตรวจเยี่ยมผู้หญิงในขณะที่ตั้งครรภ์หรือไม่ หากไม่มีหน่วยแพทย์เข้าไป โอกาสที่พวกเขาจะได้รับอาหารเสริมก็เป็นไปได้ยาก เมื่อรวมตัวเลขเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการด้านการเจริญพันธุ์เป็นปัญหารุนแรงภายใต้สภาพการณ์ที่ขาดแคลน

IV. การละเมิดสิทธิมนุษยชนและผลกระทบต่อตัวชี้วัดด้านสุขภาพ

แม้ว่าข้อมูลที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่รวบรวมในเบื้องต้นจะมาจากวิธีตรวจวัดประชากรตามมาตรฐาน แต่เจ้าหน้าที่ก็สามารถตระหนักได้ในเวลาอันรวดเร็วว่า ปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของผู้พลัดถิ่นในประเทศในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับการสู้รบและการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวางโดยกองกำลังติดอาวุธ โดยเฉพาะทหารพม่า ด้วยเหตุดังกล่าว แม้ว่างานของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ที่มีความสำคัญ แต่ก็เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ อันเป็นผลมาจากสงครามและความยากจนอีกทีหนึ่ง ซึ่งจะไม่ทำให้เกิดประโยชน์ในระยะยาวต่อสุขภาพของประชาชน เว้นแต่จะมีการแก้ปัญหาที่ต้นตอด้วย เจ้าหน้าที่ภาคสนามคนหนึ่งตั้งข้อสังเกตว่า “พวกเขาจะไปสร้างส้วมและระบบน้ำสะอาดทำไม ในเมื่อชาวบ้านต้องถูกบังคับให้โยกย้ายอยู่ดี?” ทางหน่วยแพทย์เคลื่อนที่มีเป้าหมายรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อชี้ให้เห็นผลกระทบของการละเมิดสิทธิต่อสุขภาพ ดังนั้นในปี 2546 พวกเขาจึงเริ่มเก็บข้อมูลการละเมิดสิทธิมนุษยชนและผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของประชาชนโดยรวม

ในองค์ประกอบสุดท้ายของการสำรวจ มีการถามชาวบ้านเกี่ยวกับปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้เผชิญมาในช่วง 12 เดือนที่แล้ว (โปรดดูภาคผนวก ก) โดยมีการสรุปข้อมูลที่ได้ตามตารางที่ 6 ตัวเลขด้านล่างเป็นร้อยละของครอบครัวในพื้นที่ซึ่งมีสมาชิกอย่างน้อยหนึ่งคนถูกละเมิดสิทธิในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ตารางที่ 9 อัตราส่วนของครัวเรือนผู้พลัดถิ่นในประเทศที่ระบุถึงการละเมิดสิทธิมนุษยชน

	การบังคับใช้แรงงาน	ความรุนแรงจากทหาร	การบังคับโยกย้าย	การทำลาย/ปล้นสะดมอาหาร
รัฐคะเรนนี	47.7	0.0	0.0	0.0
เขตตองอู, ภาคเหนือ รัฐกะเหรี่ยง	5.7	2.1	45.4	71.6
เขตหนองเลป็น, ภาคตะวันตกเฉียงเหนือ รัฐกะเหรี่ยง	0.0	1.7	60.5	18.5
เขตท่าตอน ภาคตะวันตก Karen State and รัฐมอญ	33.8	3.8	0.0	27.5
เขตผาปูน, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รัฐกะเหรี่ยง	36.2	0.5	4.1	12.6
เขตผาอ่าง, ภาคตะวันออก รัฐกะเหรี่ยง	74.1	0.3	0.0	17.3
เขตดุกพลาया, ภาคใต้ รัฐกะเหรี่ยง	11.9	1.8	0.6	30.2
ภาคตะนาวศรี, ภาคใต้ พม่า	37.3	7.5	14.2	33.9
เฉลี่ย	32.9	1.9	9.0	25.7

ในบรรดาการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่ระบุถึงการสำรวจในระยะสั้น การละเมิดที่เกิดขึ้นมากที่สุดได้แก่ การบังคับใช้แรงงานและความไม่มั่นคงด้านอาหาร คิดเป็นร้อยละ 32.9 และ 25.7 ของประชากรตามลำดับ เกือบร้อยละ 2 ระบุว่า ทหารใช้ความรุนแรงด้วย (ถูกยิง ถูกตี หรือถูกแทง) และร้อยละ 9 ถูกบังคับให้โยกย้าย ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 9 อัตราการละเมิดสิทธิมนุษยชนในพื้นที่ต่าง ๆ มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ยกตัวอย่างเช่น ดูเหมือนว่าในพื้นที่ซึ่งรัฐบาลทหารหรือกองกำลังพันธมิตรควบคุมได้ค่อนข้างมาก อย่างเช่น ในเขตผาอ่าง รัฐคะเรนนี การบังคับใช้แรงงานเป็นการละเมิดที่พบบ่อยที่สุด แต่ในพื้นที่ซึ่งมีการสู้รบอย่างเช่น เขตหนองเลป็นและตองอู การละเมิดสิทธิที่พบบ่อยคือการบังคับโยกย้าย ในพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งมีกลุ่มที่แตกต่างกันควบคุม อัตราการละเมิดสิทธิมนุษยชนจะอยู่ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม เราต้องใช้ความระมัดระวังในการตีความ

รูปแบบการละเมิดที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ทั้งนี้เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้ไม่ได้รับการออกแบบหรือจัดเตรียมเพื่อสำรวจความแตกต่างที่สำคัญของการละเมิดสิทธิมนุษยชนประเภทต่าง ๆ ในพื้นที่ที่แตกต่างกัน

การบังคับโยกย้าย

ดังที่ต้งข้อสังเกตข้างต้น ลักษณะสำคัญของนโยบายปราบปรามกลุ่มต่อต้านของรัฐบาลทหารพม่า (นโยบายสีตัด) ได้แก่ การบังคับโยกย้าย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางภายหลังปี 2539 เป็นต้นมา มีการนำนโยบายนี้มาใช้อย่างกว้างขวางใน “พื้นที่สีดำ” ทางภาคตะวันออกเฉียงตามแนวพรมแดน ซึ่งรวมทั้งในรัฐมอญ ฉาน กะเหรี่ยงและคะเรนนี และในภาคตะนาวศรี (Risser et al. 2004; TBBC 2004) นอกจากนี้ ประชาชนจำนวนมากยังหลบหนีเนื่องจากการละเมิดสิทธิมนุษยชนรูปแบบอื่น ๆ โดยทหารพม่า

ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 9 ร้อยละ 9 ของครัวเรือนต้องโยกย้ายออกเนื่องจากเหตุผลด้านความปลอดภัย (และไม่ได้เกิดจากแรงกดดันด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก) ในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจ ในบรรดาผู้ที่หลบหนีออกมาในช่วงเวลาดังกล่าว ร้อยละ 57 ต้องโยกย้ายมากกว่าหนึ่งครั้ง และร้อยละ 13 ต้องโยกย้าย 4 ครั้ง หรือมากกว่านั้น หรือต้องโยกย้ายบ่อย ๆ เนื่องจากกองทหารพม่าจะเคลื่อนย้ายที่และทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น แม้ว่าการประเมินอย่างรวดเร็วครั้งนี้จะไม่สามารถวิเคราะห์เหตุผลที่ชัดเจนของการโยกย้ายได้ แต่เท่าที่พบการโยกย้ายของครัวเรือนเป็นผลมาจากการหลีกเลี่ยง การบังคับใช้แรงงานและการละเมิดสิทธิมนุษยชนแบบอื่น ๆ เนื่องจากการกระทำของทหาร นอกเหนือไปจากผู้ที่ถูกทหารสั่งให้ย้ายออกไปยังพื้นที่อพยพ หรือต้องตกอยู่ได้ความเสี่ยงจากการสังหารและ/หรือการทรมาน เจ้าหน้าที่ของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่สังเกตพบว่า ในหลายพื้นที่ภายใต้การควบคุมของรัฐบาลทหาร ชาวบ้านมักถูกบังคับให้หลบหนีบ่อย ๆ เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติตามความต้องการในการบังคับใช้แรงงานและ “การส่งส่วย” ให้กับทหารพม่าได้



Photo: HURFOM



ชาวบ้านถูกบังคับให้ต้องหนีเข้าไปในป่า การบังคับโยกย้ายมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการสำรวจด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมรวมถึงปัญหาด้านสุขภาพที่ร้ายแรง อย่างเช่น อัตราการตายและภาวะขาดสารอาหารที่เพิ่มขึ้น

อัตราส่วนของประชาชนที่ได้รับผลกระทบแตกต่างกันอย่างมาก ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ และขึ้นอยู่กับกลุ่มประชากรที่มารับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในแต่ละพื้นที่ ในเขตหุบเขิงของรัฐคะเรนนี ไม่มีรายงานการโยกย้ายแต่ในพื้นที่อื่น ๆ อย่างเช่น ที่เขตท่าตอนและเขตดงพลายา อัตราการโยกย้ายที่ค่อนข้างต่ำอาจเป็นเพราะมีสัญญาหยุดยิงอย่างไม่เป็นทางการระหว่างกองกำลังติดอาวุธที่ยังปฏิบัติงานอยู่ หรืออาจเป็นเพราะผู้ที่ถูกบังคับโยกย้ายได้หนีไปอาศัยอยู่ในพื้นที่อื่น ๆ แล้ว หรือหนีเข้ามายังประเทศไทย (KHRG 2005a) ในทางตรงข้าม เขตหนองเลบีนในภาคตะวันตกเฉียงเหนือของรัฐกะเหรี่ยง ซึ่งเป็นเขตที่มีการสู้รบอย่างหนักหน่วง และได้รับผลกระทบจากนโยบายยึดตัวของรัฐบาลทหารร้อยละ 60 ของครัวเรือนเคยอพยพโยกย้ายอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงปีที่ผ่านมา และในจำนวนนี้มีอยู่ร้อยละ 32 ที่โยกย้าย 2 ครั้ง และร้อยละ 28 ที่โยกย้าย 3 ครั้งหรือมากกว่านั้น เจ้าหน้าที่ของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ซึ่งอยู่ในพื้นที่ดังกล่าวตั้งข้อสังเกตว่า “ชาวบ้านต้องหลบหนีไป 4 ครั้ง จากนั้นจึงเดินทางกลับมา” จุดที่หลบหนีไปจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของกองทหารพม่า¹ สถานการณ์ในเขตตองอูมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันในช่วงที่มีการสำรวจ กล่าวคือมีอัตราการโยกย้ายค่อนข้างสูง (ร้อยละ 45.4 ของครัวเรือนทั้งหมดในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา) เขตหนองเลบีนตองอู และส่วนหนึ่งของเขตผาปูน เป็นเป้าหมายในปัจจุบันของการโจมตีของทหารพม่า โดยเฉพาะการโจมตีชาวบ้านกะเหรี่ยง ซึ่งส่งผลให้มีผู้พลัดถิ่นมากกว่า 15,000 คน (Gray 2006; Shah Paung 2006a; Shah Paung 2006b; Bangkok Post 2006a)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชนทำให้พบว่า การพลัดถิ่นมีความเชื่อมโยงอย่างมากต่อภาวะด้านสุขภาพที่อ่อนแอ ครอบครัวที่ต้องอพยพเนื่องจากเหตุผลด้านความปลอดภัยอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจ มีอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบสูงกว่าครอบครัวที่ไม่ต้องหลบหนีถึง 2.4 เท่า

¹ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากพื้นที่หนองเลบีน กันยายน 2548

เจ้าหน้าที่ของหน่วยแพทย์คนหนึ่งในเขตดูพลาฯตั้งข้อสังเกตว่า ชาวบ้านที่ต้องโยกย้าย “ต้องเผชิญกับปัญหามากมาย พวกเขาต้องเจอสภาพขาดแคลนอาหาร เด็ก ๆ ไม่มีโอกาสได้เรียน เกิดปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นโดยเฉพาะมาลาเรีย ท้องร่วงและโรคบิด โฉมิตจางและอาการติดเชื้อทางเดินหายใจแบบรุนแรง ซึ่งโรคเหล่านี้มีอัตราการเกิดขึ้นกับประชากรที่ไม่ต้องหลบหนีน้อยกว่า”²

การบังคับโยกย้ายยังเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับภาวะขาดสารอาหาร โดยครัวเรือนที่ต้องโยกย้ายมากกว่าหนึ่งครั้งในช่วงปีที่ผ่านมา มีอัตราการเกิดภาวะขาดสารอาหารของเด็กมากกว่าผู้ที่ไม่ได้โยกย้ายถึง 3.1 เท่า การโยกย้ายยังส่งผลกระทบต่อความถี่ของการกินอาหาร เนื่องจากครอบครัวที่ต้องหลบหนีมักไม่มีเครื่องครัวอย่างพอเพียง ทำให้การปรุงอาหารในป่าทำได้ยาก ชาวบ้านจำนวนมากระบุว่าเวลาที่ซ่อนตัวอยู่ในป่าและมีทหารพม่าอยู่ใกล้ ๆ พวกเขาจะปรุงอาหารเฉพาะกลางคืนเท่านั้น เพราะกลัวว่าทหารจะเห็นควันไฟถ้าพวกเขาปรุงกับข้าวเวลากลางวัน (KHRG 2005b)



กับระเบิดที่ผลิตและติดตั้งโดยกองทัพพม่า

การบาดเจ็บ/การตายจากกับระเบิด

พม่าเป็นประเทศที่มีเหยื่อจากกับระเบิดต่อปีสูงที่สุดแห่งหนึ่งในโลก โดยมีผู้ได้รับบาดเจ็บหรือตายปีละมากกว่า 1,500 คนจากการคาดการณ์บางส่วน แม้ว่าจะเป็นตัวเลขที่น่าจะต่ำกว่าความจริงอยู่มาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่ได้รับผลกระทบเป็นชาวบ้านในชนบทซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่สู้รบในรัฐกะเหรี่ยงและคะเรนยี (ICBL 2000; Risser et al. 2004; ICBL 2005a; Kyaw Zwa Moe 2005) ทั้งทหารพม่าและกองกำลังชาติพันธุ์อย่างเช่น กลุ่มปลดแอกแห่งชาติกะเหรี่ยง (KNLA) ต่างใช้กับระเบิดอย่างกว้างขวาง รัฐบาลทหารมักจะติดตั้งกับระเบิดอยู่รอบค่ายทหารตามสองข้างทางถนน และตามเส้นทางที่ทหารเชื่อว่าเป็นเส้นทางของกองกำลังกลุ่ม

² สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากพื้นที่ดูพลาฯ กันยายน 2548



ชาวบ้านที่ได้รับบาดเจ็บจากกับระเบิดในระหว่างการหาอาหาร กำลังถูกเคลื่อนย้ายไปยังสถานที่ปลอดภัยเพื่อการรักษา รัฐบาลทหารมีเป้าหมายโจมตีชาวบ้านในพื้นที่ที่พวกเขาพยายามลดจำนวนประชากรลง



เหยื่อกับระเบิดสูงอายุกับเจ้าหน้าที่ซึ่งกำลังเตรียมการตัดขาของเขา เขาได้รับบาดเจ็บหลังจากกลับไปยังหมู่บ้านของตนเองซึ่งถูกทำลายไปแล้ว

ปลดแอกแห่งชาติกะเหรี่ยง รัฐบาลทหารพม่ายังวางกับระเบิดตามถนนหนทาง หมู่บ้าน ที่ถูกทิ้งร้าง ฉางข้าว ไร่นาโดยมีเป้าหมายโจมตีชาวบ้านในเขตที่พวกเขาพยายาม ลดจำนวนประชากร และป้องกันไม่ให้ชาวบ้านกลับมายังหมู่บ้าน (KHRG 2005c) กองกำลังรัฐบาลทหารพม่าจะไม่แจ้งเตือนให้ชาวบ้านทราบว่ามี การวางกับระเบิด และมักไม่กำจัดกับระเบิดเหล่านั้นออกไป กลุ่มปลดแอกแห่งชาติกะเหรี่ยงผลิตกับระเบิดแบบง่าย ๆ จากเกลือระเบิดและถ่านไฟฉาย หุ้มด้วยพลาสติกและใส่ไว้ใน ลำไม้ไผ่หรือท่อพลาสติก จากนั้นจะนำไปวางอยู่ตามเส้นทางเดินหรือตามถนนที่ ทหารพม่าใช้ รวมทั้งมีการนำไปใช้เพื่อการชุมนุมโจมตีด้วย (KHRG 2005c) แม้ว่า กลุ่มปลดแอกแห่งชาติกะเหรี่ยง จะเตือนให้ชาวบ้านทราบถึงจุดที่ตั้งกับระเบิด แต่ ก็มีชาวบ้านจำนวนมากที่ไปเหยียบกับระเบิดเหล่านี้เข้า เช่นเดียวกับพื้นที่อื่น ๆ ในโลกซึ่งมีการวางกับระเบิดทั้งมีการทำแผนที่และไม่มีการทำแผนที่ ภาระของ กับระเบิดกลับตกอยู่กับผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสู้รบเป็นส่วนใหญ่

การสำรวจด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชน เมื่อปี 2547 เป็นการเก็บข้อมูล เป็นครั้งแรกถึงผลกระทบในวงกว้างของกับระเบิด (รวมทั้งกับระเบิดที่ฝังไว้แต่ยังไม่ระเบิด) ที่มีต่อประชากรโดยรวม ในจำนวนครัวเรือนที่สำรวจ มีอยู่ 13 ครัวเรือน หรือร้อยละ 0.7 ในพื้นที่สู้รบ ที่มีสมาชิกหนึ่งคนหรือมากกว่านั้นได้รับบาดเจ็บหรือ เสียชีวิตจากกับระเบิดเฉพาะในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งคิดเป็นอัตรา 13.4 ต่อ ประชากร 10,000 คนต่อปี และสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจของหน่วยแพทย์ เคลื่อนที่ก่อนหน้านี้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในระหว่างปี 2545–2547 อัตราการเสียชีวิต จากกับระเบิดอยู่ที่ 11.3 ต่อประชากร 10,000 คนต่อปี ความเสี่ยงจากการบาดเจ็บ และอันตรายเนื่องจากกับระเบิดสูงที่สุดในพื้นที่สู้รบทางภาคเหนือและตะวันตกของ รัฐกะเหรี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตท่าตอน ซึ่งมีกองกำลังติดอาวุธหลักทั้งสาม ฝ่ายประจำอยู่ (ทหารพม่า (SPDC) กองทัพกะเหรี่ยงพุทธเพื่อประชาธิปไตย (DKBA) กลุ่มปลดแอกแห่งชาติกะเหรี่ยง (KNLA)) และมีส่วนร่วมในการวาง กับระเบิดอย่างกว้างขวาง ในพื้นที่ซึ่งอยู่ใต้การควบคุมของรัฐบาลทหารหรือกลุ่ม หยุดยิง อย่างเช่นในภาคตะนาวศรีและรัฐคะเรนนี ความเสี่ยงอาจมีน้อยกว่าบ้าง แต่ก็ไม่ได้แตกต่างมากนัก

อัตราการบาดเจ็บเนื่องจากกัมระเบิดที่สูง นอกเหนือไปจากการบาดเจ็บ 17 ครั้งใหม่สำหรับผู้ที่ได้รับการรักษาในคลินิกแม่ตาวเฉพาะในปี 2547 สะท้อนให้เห็นว่า จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากกัมระเบิดรวมกันทั้งหมด 82 คน ตามรายงานของรัฐบาลพม่าต่อ International Campaign to Ban Landmines ในแต่ละปี เป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความจริงอย่างมาก (Mae Tao Clinic 2005, ICBL 2005b) นอกจากนี้ข้อมูลจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ยังยืนยันว่า ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชนชาติพันธุ์ส่วนน้อยใน “พื้นที่สีดำ” ทางภาคตะวันออกของพม่า ซึ่งจัดว่าเป็นพื้นที่ยากจนมากที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศ การขาดบริการด้านสุขภาพในพื้นที่เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากได้รับการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งมักทำให้เสียชีวิต สำหรับผู้ที่รอดชีวิต การมีชีวิตที่แทบเอาตัวเองไม่รอดอยู่แล้ว ช้ำยังเกิดอาการพิการ ยิ่งทำให้เกิดความยากจนมากขึ้น เพราะไม่สามารถออกไปหาอาหารหรือเลี้ยงได้ หรือไม่สามารถหารายได้เลี้ยงชีพ ส่งผลกระทบในด้านลบต่อสุขภาพไม่เพียงต่อบุคคลคนนั้น หากยังส่งผลกระทบต่อทั้งครอบครัว (ICBL 2000; Internally Displaced People News 2004; Risser et al. 2004; Altsean, 2005) ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากกัมระเบิดมักได้รับผลกระทบอย่างมาก และเกิดความกลัวต่อกัมระเบิด เป็นเหตุให้ไม่ค่อยกล้าออกไปหาอาหารหรือเดินทาง และส่งผลกระทบอย่างมากต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะด้านบริการสุขภาพ (Belak 2002; Altsean 2005)



หม้อข้าวที่ถูกทหารพม่า
จงใจทำให้เสียหาย

การทำลายและปล้นสะดมอาหาร

มากกว่าหนึ่งในสี่ของครอบครัวที่สำรวจระบุว่า เสี่ยงอาหารบางส่วนหรือทั้งหมดของพวกเขา (ทั้งผลผลิตที่อยู่ในไร่ นา ข้าว และผลผลิตอื่น ๆ หรือสัตว์เลี้ยง) ได้ถูกแย่งเอาไปหรือถูกทำลายในช่วงปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 9) ตัวเลขนี้เป็นเพียงตัวเลขของอาหารที่ถูกแย่งเอาไปและ/หรือถูกทำลาย รวมทั้งอาหารที่ต้องส่งส่วยให้กับกองกำลังติดอาวุธ (ทหารพม่า (SPDC) กองทัพ

กะเหรี่ยงพุทธเพื่อประชาธิปไตย (DKBA) และสหภาพแห่งชาติกะเหรี่ยง (KNU)) แต่ยังไม่รวมถึงสาเหตุทางอ้อมที่ทำให้เกิดความไม่มั่นคงด้านอาหาร ไม่ว่าจะเป็น การบังคับใช้แรงงาน ซึ่งเป็นเหตุให้ชาวบ้านทำงานของตัวเองได้น้อยลง หรือการ ทอดทิ้งธัญพืชที่ปลูกไว้เนื่องจากถูกบีบให้ต้องโยกย้าย

ไม่มีรายงานการปล้นสะดมหรือการทำลายอาหารที่เกิดขึ้นทางตอนเหนือ ของรัฐคะเรนนี ซึ่งเป็นเขตหยุดยิง แต่ในพื้นที่สู้รบ การละเมิดสิทธิมนุษยชนด้วย การปล้นสะดมและทำลายอาหารเกิดขึ้นมากกว่ามาก โดยเฉพาะในพื้นที่ซึ่งมีการ นำนโยบายยึดที่ดินไปใช้อย่างเข้มงวด โดยเฉพาะในเขตตองอูทางตอนเหนือของรัฐ กะเหรี่ยง ซึ่งกลุ่มอื่นได้จัดทำรายงานเกี่ยวกับการทำลายพืชผลและเสบียงอาหาร อย่างเป็นระบบโดยทหารพม่า และยังมีการบังคับชาวบ้านให้ต้องอพยพออกจาก ภูเขาและให้เดินตามถนนไปรวมตัวกันในเขตหมู่บ้านที่ถูกยึดครองโดยทหารพม่า (KHRG 2005b) ในบริเวณเหล่านี้ร้อยละ 71.6 ของครัวเรือนที่สำรวจระบุว่าต้อง เจอกับปัญหาการทำลายและ/หรือปล้นสะดมอาหารในอัตรามากที่สุดในรอบดา พื้นที่ที่ทำการสำรวจ การทำลายหรือการปล้นสะดมอาหารไม่เพียงถูกใช้เพื่อหา เเสบียงสนับสนุนกองกำลังทหารพม่าในพื้นที่เท่านั้น หากยังถูกใช้เป็นเครื่องมือปราบ ปราบฝ่ายต่อต้าน โดยเฉพาะการทำให้ประชาชนในท้องถิ่นประสบความยาก ลำบากดังที่เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ในภาคตะนาวศรีคนหนึ่งระบุว่า

“ชาวบ้านเป็นชาวนาชาวไร่ ซึ่งปลูกทั้งไม้ยืนต้นและล้มลุก ธัญพืช และข้าว เมื่อทหารพม่ามาถึง พวกเขาเรียกร้องให้ส่งส่วยเป็น สิ่งของที่ผมบอกไปแล้ว (สัตว์เลี้ยงและเงิน) หากพวกเขาหา ชาวบ้านไม่เจอหรือไม่ได้สิ่งที่ต้องการ พวกเขาจะทำลายหมู่บ้าน และทำลายต้นไม้และพืชผลของชาวบ้านไปด้วย เมื่อปีที่แล้ว พวกเขาไม่อนุญาตให้ชาวบ้านเก็บเกี่ยวข้าว เป็นเหตุให้เกิด ทุพภิกขภัย ทหารพม่าจึงใจทำแบบนี้เพื่อแค้นชาวบ้าน พวกเขา คิดว่าชาวบ้านสนับสนุนฝ่ายสหภาพแห่งชาติกะเหรี่ยง”³

³ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากเขตตะนาวศรี กันยายน 2548

เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์คนหนึ่งทำงานในเขตผาอ่างตั้งข้อสังเกตว่า “เมื่อกองทัพพม่าหรือกลุ่มกะเหรี่ยงพุทธมายังพื้นที่นี้ พวกเขามักเรียกร่องขอข้าวและพืชผลอื่น ๆ รวมทั้งสัตว์เลี้ยงเพื่อไปบริโภค บางทีพวกเขาขออาหารไปถึงร้อยละ 20 จากชุมชนของเรา และไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้”⁴

ในหลายพื้นที่ การขูดรีดเช่นนี้ทำกันอย่างเป็นระบบมากขึ้น โดยทหารพม่าจะกำหนดโควตาที่ชาวบ้านต้องส่งส่วยเป็นพืชผล และมีการเก็บข้อมูลจากพื้นที่ที่มีการสู้รบโดยหลายองค์กร โดยเฉพาะในเขตชนบทของรัฐฉาน (SRDC 2006, TBBC 2004) ชาวนามักถูกบีบให้ต้องส่งส่วยเป็นพืชผลส่วนหนึ่งต่อไร่ให้กับทางการ และอาจได้เงินกลับมาเพียงเสี้ยวหนึ่งของราคาสลัด ผู้ให้ข้อมูลตั้งข้อสังเกตว่า แม้ในปีที่ผลผลิตล้มเนื่องจากภัยธรรมชาติ ทหารพม่าก็จะไม่ลดโควตาส่งส่วยลง แม้รัฐบาลทหารอ้างว่าหยุดการปฏิบัติเช่นนี้ไปตั้งแต่ปี 2546 แล้ว แต่เจ้าหน้าที่ของหน่วยแพทย์คนหนึ่งจากเขตดุกพลายา ซึ่งเป็นเขตที่เกือบหนึ่งในสามของผู้ให้ข้อมูลต้องประสบกับปัญหาการทำลายและปล้นสะดมพืชผล รายงานว่า

“ในปีนี้ ชาวบ้านต้องไปขออนุญาตจากทหารพม่าเพื่อปลูกข้าว และพวกเขาต้องระบุว่าจะส่งส่วยให้ต่อไร่เท่าไร...ไม่จริงหรอกที่ว่าทหารพม่าหยุดการเก็บส่วยข้าวแล้ว พวกเขามีวิธีเก็บส่วยในทางอ้อม โดยการใช้งานกลุ่มนินจาญาย (ซึ่งเป็นกองกำลังชาวกะเหรี่ยงที่ทำงานให้กับทหารพม่า) หรือกองกำลังกะเหรี่ยงพุทธ (DKBA) เพื่อเก็บส่วยแทน และไปโกหกกับชาวบ้านว่าพวกเขาไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับกลุ่มทั้งสองดังกล่าว”⁵

เจ้าหน้าที่คนเดียวกันยังตั้งข้อสังเกตอีกว่า “ถ้าลูกของชาวนาเหล่านี้ไปเข้าร่วมกับกองกำลังสหภาพแห่งชาติกะเหรี่ยง (ซึ่งเป็นฝ่ายต่อต้านรัฐบาล) ทหารพม่า

⁴ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากเขตผาอ่าง กันยายน 2548

⁵ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากเขตดุกพลายา กันยายน 2548

จะยึดพืชผลไปหมดเลย โดยเฉพาะในเขตเกียกดอน ทหารพม่าเข้ามายึดครองพืชผลทั้งหมด...บางทีก็ใช้ให้พวกกะเหรี่ยงพุทธหรือกลุ่มสันติภาพ (ซึ่งเป็นกลุ่มติดอาวุธชาวกะเหรี่ยงที่เป็นพันธมิตรกับทหารพม่า) ทำงานแทน”

ในบรรดาการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่มีการสอบถามในการสำรวจครั้งนี้ การทำลายและการปล้นสะดมอาหารมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุดกับผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราการตาย ครอบครัวที่ถูกปล้นสะดมอาหารไปบางส่วนหรือทั้งหมด หรือถูกทำลายไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีโอกาสที่จะสูญเสียสมาชิกครอบครัวทั้งเด็กและผู้ใหญ่มากกว่าครอบครัวอื่นถึงร้อยละ 50 ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเช่นนี้เป็นสิ่งที่ได้จากการสังเกตการณ์ภาคสนามของเจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ ในเขตตองอูซึ่งมีการขยายกำลังทหารเพิ่มขึ้นและได้รับผลกระทบจากนโยบายที่ตัดของทหารพม่า ชาวบ้านต้องเผชิญกับปัญหาการทำลายอาหารและพืชผลอย่างรุนแรง (ร้อยละ 71.6 ของครัวเรือนที่สำรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา) ดังที่เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์คนหนึ่งในพื้นที่ได้รับตั้งข้อสังเกตว่า

“อาหาร (ของชาวบ้าน) ถูกทำลายและถ้ามีการทำลายเครื่องมือการเกษตรของพวกเขาด้วย พวกเขาก็แทบจะไม่เหลือผลผลิตหรือเหลือเพียงครึ่งเดียว (ของผลผลิตที่เหลืออยู่) และอาจเกิดภาวะขาดสารอาหาร ถ้าพวกเขาไม่สามารถทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพในแต่ละวันได้ พวกเขาจะไม่มีพืชผลและไม่มีอะไรกิน ต้องออกไปหาอาหารและหาที่อยู่ใหม่ที่ใหม่ไปเรื่อย ๆ โดยการใช้เส้นทางใหม่และการถางที่เพาะปลูกใหม่ ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากกับระเบิดมากขึ้น โดยปกติแล้วเมื่ออาหารของพวกเขาถูกทำลายไป เสื้อผ้าและทรัพย์สินอื่น ๆ ก็มักจะถูกทำลายไปด้วย ทำให้ต้องเสี่ยงภัยกับโรคมาลาเรียและโรคชนิดอื่น ๆ ด้วย”⁶

⁶ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากเขตตองอู กันยายน 2548

การเชื่อมโยงปัญหาความไม่มั่นคงด้านอาหารและการขาดแคลนจากภัยธรรมชาติ เป็นผลมาจากการใช้วิธีการทางระบาดวิทยา ครอบคลุมที่พืชผลหรืออาหารถูกทำลาย หรือถูกแย่งชิงไปในช่วงปีที่ผ่านมามีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับบาดเจ็บจากภัยธรรมชาติ มากกว่าครอบคลุมที่ไม่ได้ประสบปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชน (การปล้นสะดม และทำลายอาหาร) ถึง 4.6 เท่า ในสภาพพื้นที่ห่างไกล เมื่อเกิดอาการบาดเจ็บขึ้น การเข้าถึงการรักษาพยาบาลจะทำได้ยากซึ่งทำให้เกิดการเสียชีวิตจำนวนมาก

สาเหตุการเกิดโรคที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับประชากรผู้พลัดถิ่นใน “พื้นที่ สี่ดำ” ทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของพม่า ยังเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการทำลายและ ปล้นสะดมอาหาร ในครอบครัวยที่มีการปล้นสะดมหรือทำลายอาหารในช่วงปีที่ผ่านมา ผู้ใหญ่จะมีโอกาสติดเชื้อมาลาเรียในช่วงที่มีการสำรวจมากกว่าครอบครัวยที่ไม่ได้ รับผลกระทบถึง 1.7 เท่า เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์คนหนึ่งอธิบายว่า “มาลาเรีย ไม่ได้เป็นผลกระทบโดยตรงจากการทำลายอาหาร แต่การทำลายอาหารเป็นเหตุ ให้ชาวบ้านต้องเดินทางเพื่อหาอาหารไกลขึ้น และในระหว่างทางพวกเขาต้องหลบซ่อน ตอนกลางคืนโดยไม่มุ้งกันยุง ทำให้ติดเชื้อมาลาเรีย”⁷ เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์อีก คนหนึ่งตั้งข้อสังเกต การทำงานในเขตตองอูที่มีการสู้รบ “(ความสับสนวุ่นวาย) เช่นนี้ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้โดยเฉพาะสำหรับแม่และเด็ก เมื่ออาหารของพวกเขาถูกทำลายไป รวมทั้งเครื่องมือทำการเกษตรด้วย พวกเขาก็ต้องย้าย และนอนหลับโดยไม่มีที่พัก อย่างเหมาะสมหรือไม่มุ้งกันยุง เป็นเหตุให้อาจติดเชื้อมาลาเรีย”⁸ ข้อมูลนี้ สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจโรคมาลาเรียของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เมื่อปี 2544 ซึ่งพบว่า “ในบรรดาผู้ใหญ่ ผู้ให้ข้อมูลระบุถึงสถานการณ์ที่ไม่มั่นคงซึ่งเกิดขึ้น พร้อมกับอัตราการติดเชื้อมาลาเรียที่สูง ผู้ที่ต้องโยกย้ายสองครั้งหรือมากกว่านั้น เนื่องจากเหตุการณ์ความรุนแรง มีโอกาสจะติดเชื้อมาลาเรียมากกว่าผู้ที่ไม่ต้อง โยกย้ายเมื่อปีที่แล้วถึง 1.5 เท่า” (BPHWT 2001c)

⁷ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากพื้นที่หนองเลิน กันยายน 2548

⁸ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากเขตตองอู กันยายน 2548



ซากของหมู่บ้านที่เหลืออยู่หลังจากการเผาทำลายของทหารพม่า



เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้การดูแลผู้พลัดถิ่นในป่า การขาดสถานที่และอุปกรณ์ทำให้การดูแลคนไข้ต้องทำกันบนพื้นป่าด้วยแผ่นพลาสติกหรือเสื่อไม้ไผ่



หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของกับระเบิดกับชาวบ้าน



ผู้พลัดถิ่นได้รับการรักษาพยาบาลในป่า แพทย์พยายามติดต่อกับชุมชนและพยายามติดตามเพื่อให้ความช่วยเหลือกับพวกเขาในป่า

นอกจากนั้น เด็ก ๆ ในครัวเรือนที่พืชผลหรืออาหารถูกทำลายหรือถูกปล้น สะดมไปบางส่วนหรือทั้งหมดในช่วงปีที่ผ่านมา มีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหาร ระดับปานกลางมากกว่าถึง 4.4 เท่า และมีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหารระดับรุนแรงมากกว่าถึงสองเท่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ยังมีอาหารกินอยู่ เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์อีกคนหนึ่งตั้งข้อสังเกตว่า

“เป็นเรื่องจริงที่ว่ากรโยกย้ายทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร ทั้งนี้ เพราะชาวบ้านต้องทิ้งหมู่บ้านไป โดยเอาอาหารและสัมภาระติดตัวได้เพียงเล็กน้อย และการขาดแคลนอาหารทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารโดยเฉพาะในเด็ก ในสถานที่แห่งใหม่ พวกเขาอาจไม่มีน้ำเพียงพอ อากาศไม่ดี มีเชื้อโรค (ที่มากับแมลง) ซึ่งทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ชาวบ้านต้องการที่อยู่อาศัยและที่ทำกินที่มั่นคง ชาวบ้านจากหมู่บ้าน ก มีความมั่นคงมากกว่า แต่ชาวบ้านจากหมู่บ้าน ข มักจะต้องหลบหนีไปซ่อนตัว เพราะว่าหมู่บ้านของเขาอยู่ห่างจากฐานทัพพม่าเพียงสองชั่วโมงด้วยการเดินเท้า พวกเขาต้องย้ายตามการเคลื่อนกำลังพลของทหารพม่า...ถ้าทหารพม่าเข้ามาในพื้นที่หมู่บ้าน ข พวกเขาจะมาเผาทำลายยุงฉางของชาวบ้าน ส่วนในหมู่บ้าน ก พวกเขาจะมาตัดทำลายต้นหมาก...และที่ใกล้หมู่บ้าน ค ในแนวเขตเดียวกับหมู่บ้าน ข ทหารพม่าจะมาทำลายพืชผลของชาวบ้าน...ชาวบ้านไม่เพียงต้องหลบหนีและไม่สามารถกลับมาทันทัดูเก็บเกี่ยวได้เท่านั้น แต่ทหารพม่ายังจุดไฟเผาข้าวเปลือกของพวกเขาด้วย” (ชาวบ้านคนดังกล่าวอยู่ในโครงการสำรวจด้วย)

⁹ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากพื้นที่ดู่พลายา กันยายน 2548

การบังคับใช้แรงงาน

รายงานหลายฉบับได้รับการตีพิมพ์ เพื่อเผยให้เห็นรายละเอียดการบังคับใช้แรงงานที่ทหารพม่าและพันธมิตรมักจะใช้กับพลเรือน โดยเฉพาะชนชาติพันธุ์ส่วนน้อย (Global Witness 2003; ERI 2003) โดยมักเป็นรายงานการปฏิบัติในลักษณะที่ทำให้องค์กรแรงงานโลกมีข้อเสนอต่อประเทศสมาชิกให้ “ทบทวนความสัมพันธ์กับพม่าและดำเนินการอย่างเหมาะสมเพื่อไม่ให้ความสัมพันธ์เช่นนั้นดำเนินต่อไป หรือเพื่อไม่ให้ระบบการบังคับใช้แรงงานดำเนินต่อไปได้ในประเทศนั้น” (ILO 2000) นอกจากนั้น ในรายงานซึ่งเปิดตัวเมื่อปี 2548 ขององค์การแรงงานโลกในเรื่อง “พันธมิตรโลกเพื่อต่อต้านการบังคับใช้แรงงาน” (Global Alliance Against Forced Labor) มีการยกตัวอย่างพม่าว่าเป็นกรณีศึกษาที่เลวร้ายอย่างยิ่ง โดยที่รัฐบาลโดยเฉพาะกองทัพพม่ามีส่วนส่งเสริมให้เกิดการบังคับใช้แรงงานทาส โดยไม่มีการลงโทษผู้กระทำความผิด (ILO 2005)

การสำรวจด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชนของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในพื้นที่สู้รบทางภาคตะวันออกของพม่า เป็นการประมาณการครั้งแรกถึงระดับการละเมิดสิทธิที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางต่อประชากรผู้พลัดถิ่น ซึ่งรับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ สมาชิกในครัวเรือนเกือบหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33) ของครัวเรือนทั้งหมดถูกเกณฑ์แรงงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยมีอัตราส่วนที่สูงขึ้นในพื้นที่ใต้การปกครองของทหารพม่าและพันธมิตร อย่างเช่น ในเขตผาอ่าง เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์อีกคนหนึ่งตั้งข้อสังเกตว่า

“พวกเขา (รัฐบาลทหารพม่า) บอกว่าพวกเขาจะพัฒนาและส่งเสริมการพัฒนาพื้นที่ในท้องถิ่น แต่ในความเป็นจริงพวกเขาสร้างอาคารและขยายถนน และจัดทำค่ายทหารเพื่อเพิ่มพื้นที่ภายใต้การปกครองให้มากขึ้น...แม้ว่าจะยังไม่มีกรสู้รบ แต่ชาวบ้านถูกบังคับให้เป็นลูกหาบ ให้สร้างถนนและสะพาน ในขณะเดียวกันพวกเขาถูกบังคับให้ขนเสบียงหรืออาหารสำหรับทหารในค่ายและตาม

หน่วยทหารในพื้นที่ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน...”¹⁰

ในทำนองเดียวกัน ทางตอนเหนือของรัฐเคเรนนี่ซึ่งมีสัญญาณหยุดยั้งระหว่างกองกำลังชาติพันธุ์ (KNPLF) และรัฐบาลทหาร การบังคับใช้แรงงานก็ยิ่งเกิดขึ้นทั่วไป แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการหยุดการสู้รบ แต่การละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อพลเรือนก็ยิ่งเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง

ในทางตรงข้ามที่เขตตองอูและหนองเลบีน มีรายงานการบังคับใช้แรงงานค่อนข้างน้อย ซึ่งแม้จะสะท้อนสภาพที่แท้จริงของพื้นที่นี้ดังที่ตั่งซ้อสังเกตข้างต้น แต่การสำรวจครั้งนี้ไม่ได้รับการออกแบบหรือมีเครื่องมือที่จะตรวจสอบความแตกต่างดังกล่าว อันที่จริง ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลมาจากการสุ่มเลือกที่แตกต่างกัน กล่าวคือประชากรกลุ่มเป้าหมายสำหรับคณะสำรวจในพื้นที่เหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นชาวเขาพลัดถิ่นในประเทศ พวกเขาต้องคอยหลบหนีทหารพม่าเพราะกลัวที่จะถูกบังคับให้ต้องทำงานอยู่แล้ว

จากการวิเคราะห์ของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การบังคับใช้แรงงานมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัญหาด้านสุขภาพที่ร้ายแรง ยกตัวอย่างเช่น สมาชิกของครัวเรือนที่ผ่านการบังคับใช้แรงงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จะมีอาการท้องร่วงในช่วงสองสัปดาห์ก่อนการสำรวจ มากกว่าครัวเรือนที่ไม่ได้ผ่านการบังคับใช้แรงงานถึง 1.6 เท่า การบังคับใช้แรงงานส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในภาคตะวันออกซึ่งมีการสู้รบ เป็นการเกณฑ์แรงงานเพื่อสร้างถนนและโครงสร้างพื้นฐานอื่น ๆ และการเป็นลูกหาบให้กับทหารพม่า ชาวบ้านจะถูกรัฐบาลกดดันให้ต้องทำงาน และต้องทิ้งถิ่นฐานบ้านเรือนไปครั้งละหลาย ๆ วัน ต้องไปกินน้ำที่พวกเขาไม่เคยกิน ต้องไปกินอยู่ในสภาพที่ขาดสุขลักษณะ และนอนหลับกลางแจ้ง ดังที่เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ในเขตตองอูคนหนึ่งตั่งซ้อสังเกตว่า “ชาวบ้านที่ถูกบังคับให้ทำงานมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดโรค อย่างเช่น อาการท้องร่วงมากกว่า ทั้งนี้เพราะพวกเขา

¹⁰ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากพื้นที่มาอ่าง กันยายน 2548

ต้องไปทำงานในที่ที่ไม่มีน้ำ ถึงเวลากินข้าวก็ต้องกินโดยไม่ได้ล้างมือ เป็นเหตุให้ติดเชื้อซึ่งทำให้ท้องร่วงได้” ที่ปรึกษาของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากเซตผาปูนให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า “แรงงานที่ถูกเกณฑ์ป่วยเป็นโรคท้องร่วงไม่ใช่เพราะการถูกบังคับใช้แรงงาน แต่อาจเป็นเพราะพวกเขาต้องเดินทางไปทำงานที่อื่น เมื่อไม่มีโอกาสกินอาหารในสภาพที่ถูกสุขลักษณะ ก็เป็นเหตุให้พวกเขาติดเชื้อทำให้ท้องร่วง และไม่ใช่แค่นี้เท่านั้น พวกเขาอาจติดเชื้อโรคอื่น ๆ เนื่องมาจากการทำงานหนัก”¹¹

จากการวิเคราะห์ของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การบังคับใช้แรงงานยังส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ สมาชิกของครอบครัวที่ถูกบังคับใช้แรงงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีโอกาสจะเกิดโรคตาบอดกลางคืนซึ่งแสดงถึงการขาดวิตามินเออย่างหนัก มากกว่าครอบครัวที่ไม่ได้ถูกเกณฑ์แรงงานถึง 2.1 เท่าในพื้นที่ที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้าถึง ซึ่งเป็นพื้นที่ยากจน การบังคับใช้แรงงานทำให้หลายครอบครัวไม่สามารถทำงานของตัวเองได้ และยังทำให้จนหนักขึ้น เจ้าหน้าที่จากเซตผาอย่างคนหนึ่งตั้งข้อสังเกตว่า “ถ้าเราทำงานได้เราก็จะมีอาหารพอกิน แต่ตอนนี้เราทำงานไม่ได้และต้องต่อสู้เพื่อให้มีชีวิตรอด ตอนที่เราก็กินเกี่ยวผลผลิต เราไม่สามารถเก็บมันไว้ได้ทั้งหมด เพราะเราต้องแบ่งให้กับทหารในพื้นที่ด้วย” สำหรับอาหารอย่างอื่นเช่น สัตว์เลี้ยง ผลไม้และผัก แทนที่พวกเขาจะได้รับโภชนาการเหล่านี้ พวกเขามักจะต้องขายไปเพื่อหาเงินมาจ่าย “ค่าธรรมเนียม” เพื่อให้ได้ยกเว้นไม่ต้องไปเกณฑ์แรงงาน หรือเพื่อซื้อข้าวสารซึ่งเป็นอาหารหลักเพิ่มเติม (KHRG, 2003:15) เป็นเหตุให้อาหารของพวกเขามีความหลากหลายน้อยลงและส่วนมากจะเป็นข้าว และทำให้เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร

¹¹ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากพื้นที่ผาปูน กันยายน 2548

¹² สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากพื้นที่ผาปูน กันยายน 2548

ความรุนแรงของทหาร

โดยภาพรวมแล้ว ความรุนแรงของทหารเกิดขึ้นอยู่เป็นประจำ ร้อยละ 1.9 ของครัวเรือนที่สำรวจ (เกือบ 1 ต่อ 50) ให้ข้อมูลว่ามีสมาชิกครอบครัวที่ถูกยิง ถูกแทง หรือถูกตีในช่วงปีที่ผ่านมา หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จึงใจให้นิยามแบบแคบ ๆ สำหรับความรุนแรงของทหาร ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความสับสนเกี่ยวกับนิยามของคำว่า “ความรุนแรง” โดยทั่วไป อย่างเช่น การข่มขู่เอาชีวิตหรือทรัพย์สินซึ่งเป็นข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ภาคสนามและองค์กรอื่น ๆ ซึ่งทำงานในพื้นที่สู้รบทางภาคตะวันออกของพม่ามักจะได้รับ ข้อมูลในหัวข้อนี้เป็นการระบุเฉพาะเจาะจงถึงความรุนแรงที่กระทำโดยทหารโดยตรง ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 9 การสำรวจด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชนไม่ได้พบข้อมูลนี้เฉพาะบางกรณี แต่พบว่าในเกือบทุกพื้นที่ที่สำรวจจะมีปัญหาความรุนแรงจากทหาร โดยจะเกิดขึ้นกับอย่างน้อยหนึ่งครัวเรือนต่อหนึ่งหมู่บ้านในกลุ่มประชากรเป้าหมายของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ซึ่งเป็นหลักฐานเพียงพอที่ยืนยันว่าหมู่บ้านเหล่านั้นถูกคุกคาม

ในพื้นที่ส่วนใหญ่ที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่เข้าถึง ทหารและเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลทหารพม่าและกองทัพอะห์หมัดเพื่อประชาธิปไตย มีอำนาจที่จะควบคุม ทุบตีหรือสังหารชาวบ้านได้โดยพลการ โดยไม่ต้องมีการตั้งข้อกล่าวหาหรือการแสวงหาหลักฐาน เป็นเหตุให้ความรุนแรงดำเนินต่อไปโดยไม่มีการลงโทษผู้กระทำผิด



ชาวบ้านถูกเกณฑ์ให้มาสร้างถนนโดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาพื้นที่ชายแดนของรัฐบาลทหาร



ชาวบ้านถูกเกณฑ์ให้มาชนสัมภาระให้กับกองทัพพม่า โดยมีทหารนายหนึ่งเป็นคนคุม (มุมล่างซ้าย) เกือบหนึ่งในสามของครัวเรือนที่สำรวจจะระบุว่าต้องเจอกับการบังคับใช้แรงงาน ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัญหาด้านสุขภาพที่ร้ายแรงอย่างเช่น อากาศที่อับชื้นและภาวะขาดสารอาหาร



เจ้าหน้าที่กำลังพันแผลที่เกิดจากกระสุนปืน



ลูกหาบที่ถูกทหารพม่าสังหาร รัฐบาลทหารพม่า (SPDC) และกองทัพกะเหรี่ยงพุทธเพื่อประชาธิปไตย (DKBA) มีอำนาจที่จะควบคุม ทรมาณ ทำร้ายหรือสังหารชาวบ้านโดยพลการ และไม่มีการลงโทษผู้กระทำผิด

V. ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพในบริบทของการละเมิดสิทธิมนุษยชน

ดังจะเห็นได้จากในส่วนข้างต้นและข้อมูลที่สรุปในตารางที่ 10 ด้านล่าง การละเมิดสิทธิมนุษยชนไม่เพียงเกิดขึ้นกับประชากรพลัดถิ่นที่สำรวจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่านั้น หากยังมีส่วนสัมพันธ์ใกล้ชิดกับปัญหาด้านสุขภาพที่รุนแรง

ตารางที่ 10 การละเมิดสิทธิมนุษยชนบางประการและความสัมพันธ์กับปัญหาด้านสุขภาพร้ายแรง

การละเมิดสิทธิมนุษยชนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	ความเชื่อมโยงกับปัญหาด้านสุขภาพ	อัตราส่วนที่ผิดปกติ*
การบังคับโยกย้าย	• การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ	2.4
	• ภาวะขาดสารอาหารในเด็ก	3.1
	• การคุมกำเนิดลดลง	6.1
	• การบาดเจ็บจากกับระเบิด	4.5
ความไม่มั่นคงด้านอาหาร	• อัตราการตายโดยรวม	1.5
	• ภาวะขาดสารอาหารในครัวเรือนระดับกลาง	4.4
	• ภาวะขาดสารอาหารในครัวเรือนระดับรุนแรง	2.0
	• การบาดเจ็บจากกับระเบิด	4.6
	• ผู้นำครอบครัวป่วยเป็นมาลาเรียในช่วงของการสำรวจ	1.7
การบังคับใช้แรงงาน	• อาการท้องร่วงในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ	1.6
	• โรคตาบอดกลางคืน (ขาดวิตามินเอ)	2.1

*อัตราเปรียบเทียบความเสี่ยงในการเกิดปัญหาด้านสุขภาพในกลุ่มประชากรที่เผชิญกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนและกลุ่มที่ไม่ได้เจอปัญหานี้ อัตราส่วนที่มากกว่า 1 แสดงให้เห็นความร้ายแรงของปัญหา



เจ้าหน้าที่ของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้การรักษาลูกติดถิ่นที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์คนหนึ่งทำงานในเขตผาอ่าง สรุปลงสถานการณ์ของผู้พลัดถิ่นในประเทศซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่สู้รบที่ห่างไกลว่า

“ชาวบ้านไม่มีโอกาสดูแลสุขภาพตนเอง เพราะพวกเขาอยู่ในสภาพที่เสี่ยงภัย พวกเขามีชีวิตที่ยากลำบาก...ในทัศนะของผม สาเหตุหลักก็คือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ สถานการณ์ที่ขาดความมั่นคง ถ้าชาวบ้านต้องโยกย้าย พวกเขาก็จะไม่มีโอกาสดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนั้น อัตราการตายในแถบภูเขาก็น่ามากกว่าที่ราบ ชาวบ้านในที่ราบสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าเพราะมีความรู้และมีความมั่นคงมากกว่า ชาวเขามีความรู้น้อยกว่าและมีสภาพที่ไม่มั่นคง ทำให้พวกเขามีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่า พวกเขาไม่สามารถให้ความสำคัญกับสุขภาพได้เพราะต้องสนใจแต่ว่าจะหาอะไรมากิน ยกตัวอย่างเช่น ชาวบ้านบางคนอาจอยากช่วยให้ครอบครัวปลอดภัยจากโรคท้องร่วงและมาลาเรีย แต่ว่าเขาต้องทำงานหนักอยู่แล้วเพื่อให้สามารถหาอาหารมาเลี้ยงครอบครัวได้ พวกเขาจึงไม่มีเงินเหลือสำหรับการซื้อมุ้งหรือเสื้อแขนยาว หรือแม้แต่การต้มน้ำกิน พวกเขาต้องทำงานแม้ว่าฝนจะตกและต้องป่วยใช้”

การละเมิดสิทธิมนุษยชนไม่เพียงทำให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น หากยังทำให้โอกาสการเจ็บป่วยเหล่านั้นทรุดหนักลงไปอีก เพราะมักไม่สามารถเข้าถึงการรักษา ซึ่งเป็นปัญหาที่เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ต้องเผชิญอยู่เสมอ ในพื้นที่ของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ มีปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่แล้ว ซึ่งรวมทั้งการขาดแคลนสถานที่ให้บริการ ความยากจนที่แพร่หลาย การขาดโครงสร้างพื้นฐาน และการขาดบุคลากรที่มีทักษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่สามารถพูดและเข้าใจภาษาและวัฒนธรรมของชนกลุ่มน้อยได้ ดังที่เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์คนหนึ่งในเขตตองอูสรุปไว้ว่า

“รัฐบาลทหารจัดตั้งคลินิกขึ้นในพื้นที่ ข โดยไม่มีการนำยามาให้ และยามีราคาแพงมากทำให้ชาวบ้านซื้อหาไม่ได้ คณะกรรมการ สภากาชาดสากล (ICRC) ในหมู่บ้าน ข ซึ่งทำงานเรื่องน้ำและ สุขอนามัย แต่พวกเขาไม่ได้มาเอง พวกเขาแค่ชี้ให้เจ้าหน้าที่ (ที่เป็น ชาวพม่า) มาให้ความช่วยเหลือ พวกเขาช่วยสร้างส้วมแต่ก็เฉพาะ ในหมู่บ้าน ข เท่านั้น แต่ในหมู่บ้านอื่น ๆ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ไม่สามารถเข้าถึงหมู่บ้านได้ทั้งหมด เพราะตั้งอยู่ห่างไกลกัน สหภาพแห่งชาติกะเหรี่ยงมีคลินิกอยู่หนึ่งแห่ง แต่ให้บริการได้แค่ สองสามหมู่บ้านใกล้ ๆ”¹³

ความไม่มั่นคงทางกายภาพอันเนื่องมาจากการละเมิดสิทธิมนุษยชน ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการยิ่งขึ้น ทำให้ชาวบ้านไม่สามารถเข้าถึงบริการ การดูแลสุขภาพในหลายพื้นที่ของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ดังที่เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ อีกคนหนึ่งจากเขตผาปูนสรุปไว้ว่า

“บางที่อาจเป็นเพราะสงครามกลางเมือง ทำให้เราไม่มีคลินิกหรือ บริการดูแลสุขภาพมากเพียงพอ บริการดูแลสุขภาพบางส่วนมาจาก หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ แต่ยังไม่เพียงพอ เราสังเกตเห็นว่าบางคน ต้องเข้าไปในเมืองเพื่อรับการรักษาและรับบริการด้านสุขภาพ แต่ คนส่วนใหญ่ไม่มีเงินมากพอและไม่สามารถเดินทางไปในเมืองได้ (เนื่องจากทหารพม่า/กองกำลังกะเหรี่ยงพุทธอาจควบคุมการ เดินทางของพวกเขา) ทำให้หลายคนเสียชีวิตจากโรคที่รักษาได้”¹⁴

ผลกระทบที่ชัดเจนอย่างหนึ่งได้แก่ อนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ผู้หญิง ที่ถูกโยกย้ายในปีที่ผ่านมามีโอกาสใช้วิธีคุมกำเนิดน้อยกว่าผู้หญิงที่ไม่ต้องโยกย้าย

¹³ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากพื้นที่ตองอูกันยายน 2548

¹⁴ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์เคลื่อนที่จากพื้นที่ผาอ่าง กันยายน 2548

ถึง 6.1 เท่า ในพื้นที่ที่มีอัตราการเจริญพันธุ์สูง (โปรดดูภาพที่ 1) และมีการแพร่ระบาดของมาลาเรีย (ตารางที่ 6) และภาวะขาดสารอาหาร รวมทั้งการเข้าถึงบริการสาธารณสุขก็เต็มไปด้วยปัญหา ผลลัพธ์ก็คืออัตราการตายของแม่เนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตรในพื้นที่นี้จึงมีอยู่สูงมาก ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 8

ดังที่เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์อีกคนหนึ่งจากเขตผามูนสรุปไว้อย่างชัดเจนว่า

“ชาวบ้านไม่มีแม้แต่ปัจจัยพื้นฐานอย่างเช่น น้ำสะอาด เสื้อผ้า มุ้งกันยุง และยารักษาโรค อย่างเช่น มาลาเรีย โรคบิดและท้องร่วง พวกเขาไม่มีอาหารและสิ่งอื่น ๆ มากพอ เป็นเหตุให้หญิงชรา แม่ และเด็กเล็กมักเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดสารอาหาร โลหิตจาง และโรคอื่น ๆ การขาดความรู้และการศึกษาด้านสุขภาพทำให้สถานการณ์แย่ลง พวกเขาไม่รู้ว่าควรกินอะไรและควรกินอย่างไร กล่าวโดยสรุป การขาดอาหาร โรคที่แตกต่างกัน และความไม่มั่นคงในพื้นที่เป็นสาเหตุหลักของปัญหาด้านสุขภาพและภาวะขาดสารอาหาร”

สรุป

รายงานฉบับนี้เป็นการถ่วงน้ำหนักข้อมูลเกี่ยวกับประชากรผู้พลัดถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้จะเป็นที่รู้กันดีอยู่แล้วว่าสถานการณ์ด้านสุขภาพในพม่าอยู่ในสภาพล่อแหลม และผู้ที่อยู่ตามแนวพรมแดนโดยเฉพาะชนชาติพันธุ์ส่วนน้อยต้องประสบกับปัญหาอย่างรุนแรง โดยที่ผ่านมายังไม่มีการวิจัยข้อมูลการละเมิดสิทธิมนุษยชนในระดับประชากรและผลกระทบที่มีต่อตัวชี้วัดด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน รายงานฉบับนี้จึงเป็นเอกสารชิ้นแรกที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความล้มเหลวของสองประเด็นดังกล่าว เป็นการยืนยันว่าการดัดแปลงประมาณด้านสุขภาพในระยะยาว ประกอบกับสงคราม และการละเมิดสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ทำการละเมิดเป็นผู้มีหน้าที่รักษากฎหมายและระเบียบ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพลเรือนเป็นอย่างมาก

ตัวชี้วัดด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่รวบรวมโดยหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ซึ่งแตกต่างอย่างน่าตกใจเมื่อเปรียบเทียบกับตัวเลขอย่างเป็นทางการจากรัฐบาลพม่า ซึ่งอันที่จริงก็ทำให้พม่าเป็นประเทศที่อยู่รังทำในเอเชียอยู่แล้ว ตัวชี้วัดที่เก็บได้จากพื้นที่ผู้พลัดถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความคล้ายคลึงกับพื้นที่ที่เกิดหายนะด้านมนุษยธรรมที่อื่น ๆ อย่างเช่น เขียวาลีโอน วันด้า สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก หรืออังกะลา มากยิ่งกว่าตัวเลขอย่างเป็นทางการของรัฐบาลทหารที่ประกาศต่อองค์กรนานาชาติ อย่างเช่น UNICEF ข้อมูลเหล่านี้ไม่เพียงชี้ให้เห็นหายนะด้านมนุษยธรรม แต่สภาพการณ์ส่วนใหญ่ซึ่งผลักดันให้เกิดตัวเลขเช่นนี้และอัตราการเกิดโรคและการตายที่สูงของประชากรเหล่านี้ ก็สะท้อนให้เห็นถึงปัญหานี้เช่นกัน

มาลาเรียยังคงเป็นสาเหตุหลักที่สำคัญที่สุดของการตาย โดยมีการตรวจพบว่าร้อยละ 12.4 ของประชากรพลัดถิ่นในช่วงเวลาต่าง ๆ ติดเชื้อมาลาเรีย สาเหตุการตายที่สำคัญอื่น ๆ มักเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้หากมีการดูแลที่เหมาะสม



เด็กกลุ่มหนึ่งกำลังเฝ้าดูเจ้าหน้าที่ให้การดูแลทารกของผู้พลัดถิ่น การขยายโครงการด้านสุขภาพตามแนวชายแดนเป็นสิ่งที่ดีควรทำ เพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนผู้พลัดถิ่นและประเทศเพื่อนบ้านของพม่า



หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ล่าเสียงเวชภัณฑ์ด้วยการเดินเท้าไปยังพื้นที่เป้าหมาย

อย่างทันท่วงที อัตราการขาดสารอาหารที่สูงอย่างไม่อาจยอมรับได้ และการเข้าถึง น้ำสะอาดและสิ่งแวดล้อมที่ต่ำ การเข้าถึงอนามัยเจริญพันธุ์ที่ต่ำ และอัตราการตายของ แม่เนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตรที่สูงกว่าในพื้นที่อื่น ๆ ของพม่าถึงอย่างน้อย 4 เท่า ทั้ง ๆ ที่อัตราการตายของแม่เนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตรของพม่า ก็ถือว่าเลวร้ายที่สุดในภูมิภาคนี้แล้ว ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าตัวเลขที่รายงานโดย รัฐบาลพม่า เป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความจริงอย่างมาก โดยเฉพาะในพื้นที่ที่องค์กร ช่วยเหลือจากนานาชาติไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าถึงได้

ในทำนองเดียวกัน แม้ว่าปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนจะเกิดขึ้น อย่างกว้างขวางในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นพื้นที่สู้รบในพม่า รายงานฉบับนี้ให้ตัวเลข เกี่ยวกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่สำคัญในชุมชนเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ บังคับใช้แรงงาน การบังคับโยกย้าย การทำลายและปล้นสะดมพืชผลและอาหาร การใช้ความรุนแรงโดยพลการของทหาร และการบาดเจ็บจากกับระเบิด ผลจาก การสำรวจด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชนแสดงให้เห็นถึงการละเมิดที่กระทำต่อ พลเรือนอย่างกว้างขวางในพื้นที่สู้รบ นอกจากนี้ การละเมิดสิทธิในชุมชนยังมີ ความแตกต่างกันอย่างมาก และมีลักษณะที่สอดคล้องกับบริบททางทหาร/ การเมืองในพื้นที่เหล่านั้น ยกตัวอย่างเช่น การบังคับใช้แรงงานเป็นปัญหาที่มัก เกิดขึ้นในพื้นที่ใต้การควบคุมของรัฐบาลทหาร ในขณะที่การบังคับโยกย้าย การบาดเจ็บจากกับระเบิด และการทำลายและปล้นสะดมอาหาร มักเกิดขึ้น ในพื้นที่ที่มีการสู้รบระหว่างทหารพม่ากับกองกำลังชนกลุ่มน้อย อย่างไรก็ตาม เราต้องใช้ความระมัดระวังในการตีความความแตกต่างของประเภทการละเมิดสิทธิ มนุษยชนในพื้นที่ต่าง ๆ เนื่องจากการสำรวจครั้งนี้ไม่ได้รับการออกแบบหรือมี เครื่องมือในการสำรวจความแตกต่างดังกล่าว

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชนกับปัญหาด้าน สุขภาพที่ลึกซึ้งสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาสุขภาพโดยรวมของชุมชนเหล่านี้ ไม่อาจเกิดขึ้นได้เพียงแค่การจัดให้มีบริการด้านสุขภาพ แม้ว่าจะเป็นเงื่อนไขหลัก ที่มีการจำแนกจากการสำรวจครั้งนี้ แต่หากปราศจากการแก้ไขสาเหตุเบื้องต้น

ที่ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพและอัตราการเกิดโรคและการตายที่สูงในประชากรเหล่านี้ ไม่ว่าจะเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวางและการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพแล้ว การพัฒนาสาธารณสุขอย่างยั่งยืนในพื้นที่เหล่านี้ย่อมไม่อาจเกิดขึ้นได้ แม้จะมีการให้บริการด้านสุขภาพได้ ภายใต้สภาพการณ์ที่สุดโต่งก็ตาม แต่ผลประโยชน์ในระยะยาวต่อประชากรจะมีอยู่น้อยมาก หลายหมู่บ้านที่รับบริการและมีคลินิกของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ตั้งอยู่ได้ถูกทหารพม่าเผาทิ้งไป อีกหลายหมู่บ้านถูกบังคับให้ต้องปิดคลินิกด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัย

แม้ว่าเราจะสามารถเก็บข้อมูลที่มีคุณค่าจากประชากรผู้พลัดถิ่นตามแนวพรมแดนในพม่าได้ แต่ข้อมูลเหล่านี้ก็มีข้อจำกัดอยู่หลายส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถือได้ว่าเป็นการสำรวจด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชนเป็นครั้งแรกของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ กระบวนการเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่และสภาพท้องถิ่นในแต่ละแห่งอาจไม่สอดคล้องกัน ประกอบกับการสำรวจครั้งนี้ไม่ได้รับการออกแบบในเบื้องต้นเพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าว เป็นเหตุให้เกิดปัญหาในการเปรียบเทียบประมาณการณ์ข้อมูลในระดับภูมิภาค นอกจากนั้นในหลายชุมชน เราได้ข้อมูลมาน้อยมากสืบเนื่องจากสถานการณ์ในพื้นที่ หรือความกังวลของผู้ให้ข้อมูลหรือความลังเลของผู้นำชุมชนที่จะเข้าร่วมในการสำรวจ เนื่องจากกลัวว่าจะกระทบต่อความปลอดภัยของตนเอง ปัญหาการไม่รู้หนังสือของชาวบ้าน แบบฟอร์มข้อมูลที่สูญหายในระหว่างการโยกย้าย และปัญหาการจดจำคำสั่งเกี่ยวกับแบบสอบถาม ทำให้เกิดปัญหาในการเก็บข้อมูล อย่างไรก็ตาม ปัญหาเหล่านี้ไม่ควรลดทอนประเด็นหลักที่สะท้อนจากข้อมูลเหล่านี้ นั่นคือ วิกฤตด้านมนุษยธรรมในพื้นที่สู้รบภาคตะวันออกมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวาง

การทำงานให้บริการโดยมีฐานและการจัดการที่ชุมชนของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในขณะนี้ โดยเฉพาะในช่วงที่รัฐบาลทหารเกิดความกลัวและแสดงท่าทีเป็นปฏิปักษ์มากขึ้น แม้ว่าจะมี “สัญญาสุขภาพบุรุษ” เมื่อปี 2546 ให้มีการหยุดยิงระหว่างทหารพม่ากับสหภาพแห่งชาติกะเหรี่ยง ซึ่งเป็นกองกำลังติดอาวุธฝ่ายต่อต้านกลุ่มใหญ่ที่สุด ในช่วงที่มีการเขียนรายงาน

ฉบับนี้ การสู้รบก็กลับเกิดขึ้นมาอีกในพื้นที่ซึ่งมีการสำรวจด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตตองอูและหนองเลบีน (Shah Paung 2006a, Shah Paung 2006b; Gray 2006) การต่อสู้รอบใหม่ประกอบกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่รุนแรงมากขึ้นทั้งการบังคับใช้แรงงาน การทำลายอาหาร และการบังคับโยกย้าย เป็นเหตุให้ชาวบ้านชาวกะเหรี่ยงมากกว่า 15,000 คนต้องพลัดที่นาคาที่อยู่ (Bangkok Post 2006a; Bangkok Post 2006b; Bangkok Post 2006c; Shah Paung 2006c) สัญญาหยุดยิงกับกองกำลังชาติพันธุ์กลุ่มอื่น ๆ ก็เริ่มมีแนวโน้มว่าไม่มีผลบังคับใช้ โดยเฉพาะในพื้นที่ของรัฐฉานและคะฉิ่น (Sai Wansai 2005, DVB 2006) แม้จะเกิดหายนะด้านมนุษยธรรมและสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ชายแดนของพม่า แต่แทนที่รัฐบาลทหารจะให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ พวกเขากลับเลือกที่จะโดดเดี่ยวตนเอง ด้วยการย้ายเมืองหลวงไปยังเมืองปิ่นมะนา ซึ่งเป็นเมืองที่มีประชากรอยู่น้อย และอยู่ห่างไปทางตอนเหนือของกรุงย่างกุ้งประมาณ 250 ไมล์ โดยไม่มีเหตุผลสมควร และเป็นพื้นที่ที่มีการลดจำนวนประชากรในหมู่บ้านกะเหรี่ยง นอกจากนี้ รัฐบาลทหารพม่ายังจำกัดไม่ให้องค์กรนานาชาติให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมเข้ามาทำงานในประเทศเพิ่มขึ้นอีกด้วย (Beyrer et al 2006; Bangkok Post 2006b; Bangkok Post 2006c)

ด้วยเหตุดังกล่าว องค์กรจำนวนมากที่ไม่สามารถทำงานภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ ต้องถอนตัวออกไปหรือปิดโครงการที่สำคัญลง ไม่ว่าจะเป็นกองทุนโลกเพื่อเอชไอวี/เอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (Global Fund for HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria) คณะกรรมการสภาาชาดสากล (International Committee of the Red Cross or ICRC) และองค์การหมอไร้พรมแดน ฝรั่งเศส (MSF-France) โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรสุดท้าย ซึ่งทำงานในพื้นที่ตามแนวพรมแดนภาคตะวันออกที่มีการสู้รบระหว่างทหารพม่ากับกองกำลังชนกลุ่มน้อยมาเป็นเวลานาน แม้ว่าการทำงานบางส่วนจะได้รับการอนุญาตจากรัฐบาลทหาร ดร.เฮอว์เว่ อิสลามเบิร์ต (Hervé Isambert) ผู้จัดการโครงการขององค์การหมอไร้พรมแดนอธิบายว่า “เราต้องเผชิญกับความเป็นจริง ทหารพม่าไม่ต้องการ

ให้องค์กรต่างชาติที่เป็นอิสระมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับประชากรที่พวกเขาต้องการ ควบคุม ทางการเงินไม่ต้องทำให้คนอื่นเข้ามาเห็นว่า พวกเขาผลักดันให้มีการบังคับ โยกย้ายอย่างไร มีการเผาหมู่บ้าน และมีการบังคับเกณฑ์แรงงานอย่างไร ...ในปัจจุบันเราต้องยอมรับว่าสภาพการณ์ที่เป็นอยู่แทบไม่เปิดโอกาสให้องค์กร ด้านมนุษยธรรมสามารถทำงานในที่นี้ได้เลย” (MSF 2006) เขาสรุปเพิ่มเติมว่า “...เราไม่สามารถให้ความช่วยเหลือกับผู้ที่อยู่ในพื้นที่สู้รบเหล่านี้ได้ ภายใต้เงื่อนไข ที่ใช้ควบคุมบังคับการทำงานเพื่อมนุษยธรรมอย่างเป็นอิสระอย่างที่เป็นอยู่” (MSF 2006)

จากสภาพความยุ่งยากที่เพิ่มขึ้นในการทำงานเพื่อแก้ไขวิกฤตด้าน มนุษยธรรมจากในประเทศพม่า แม้ว่าการทำงานตามแนวพรมแดนจะเสี่ยงในเรื่อง ความปลอดภัย แต่ก็ควรมีการให้ความสำคัญมากขึ้นต่อการสนับสนุนและขยาย โครงการดังกล่าว ในเมื่อมีข้อมูลที่ชัดเจนว่าโรคและการตายจำนวนมากเกิดขึ้น เนื่องจากสาเหตุที่รักษาได้ และเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับชุมชนผู้พลัดถิ่นตามแนว พรมแดนเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ พื้นที่เหล่านี้ยังมีแนวโน้มอย่างมากที่จะ กลายเป็นแหล่งเผยแพร่โรคติดต่อไปยังประเทศเพื่อนบ้านของพม่า ซึ่งจะส่งผล กระทบต่อระบบสาธารณสุข (Beyrer et al. 2006) การขยายโครงการเหล่านั้น ควรดำเนินไปพร้อมกับการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และการวิจัยถึงความต้องการ ของประชากรที่ถูกละเลยเพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินสภาพการณ์พื้นฐาน ของปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งโดยมากมักเป็นผลมาจากการบริหารงานที่ผิดพลาด และการไม่เคารพหลักนิติธรรม อันเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขพร้อม ๆ กับ การจัดให้มีบริการด้านสุขภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

สำหรับประเทศเพื่อนบ้านของพม่า

- (1) ควรสนับสนุนโครงการสุขภาพชายแดนที่จัดการโดยชุมชน เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อผู้พลัดถิ่นในพม่าและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญเกี่ยวกับกลุ่มประชากรที่ถูกละเลยทั้งหมดนี้
- (2) ควรสนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือต่อไประหว่างกระทรวงสาธารณสุขและโครงการสุขภาพชายแดนที่จัดการโดยชุมชนในประเทศที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดโครงการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับองค์กรสหประชาชาติ อาเซียนและประชาคมนานาชาติ

- (3) ควรสนับสนุนและเพิ่มแรงกดดันต่อรัฐบาลทหารพม่าเพื่อให้ยุติการละเมิดสิทธิมนุษยชน อย่างเช่น การบังคับใช้แรงงาน และการบังคับโยกย้าย ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดวิกฤตด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงของพม่า

สำหรับหน่วยงานสหประชาชาติและองค์กรพัฒนาเอกชนนานาชาติที่ให้ความช่วยเหลือต่อพม่า

- (4) ให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมต่อประชาชนในพม่าด้วยการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อให้เกิดองค์กรที่จัดการโดยชุมชน ซึ่งสามารถดำเนินการพัฒนาในระยะยาวเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้
- (5) ตระหนักว่าหากปราศจากการแก้ปัญหาของสาเหตุที่ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม อย่างเช่น การละเมิดสิทธิมนุษยชน และการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข การพัฒนาสาธารณสุขในระยะยาวอย่างยั่งยืนในพื้นที่เหล่านี้ย่อมไม่อาจเกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุดังกล่าวเราจำเป็นต้องมีการทำงานอย่างโปร่งใสเพื่อแก้ไขปัญหาสิทธิมนุษยชนร่วมกับรัฐบาลทหารพม่า

- (6) ให้ความสนับสนุนกับโครงการสุขภาพชายแดนที่จัดการโดยชุมชน เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อผู้พลัดถิ่นในพม่าและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญเกี่ยวกับกลุ่มประชากรที่ถูกทอดทิ้งเหล่านี้
- (7) ทำงานร่วมกับโครงการสุขภาพชายแดนที่จัดการโดยชุมชนเพื่อให้เกิดการประสานงานโครงการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ
- (8) เพื่อสนับสนุนการคุ้มครองชีวิตและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนของพม่า

สำหรับกลุ่มเคลื่อนไหวเพื่อประชาธิปไตยของพม่า

- (9) ส่งเสริมโครงการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของประชาชนในพม่าต่อไป
- (10) จัดทำแผนเพื่อยุตินโยบายด้านสุขภาพระดับชาติและระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับมาตรฐานสิทธิมนุษยชนสากล เพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพแห่งชาติ
- (11) เพื่อส่งเสริมและให้ความสนับสนุนการเฝ้าระวังและเปิดเผยข้อมูลวิกฤตด้านสุขภาพในพื้นที่ชายแดนของพม่าและสาเหตุที่ถูกปกปิดไว้ต่อไป
- (12) เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนโครงการสุขภาพชายแดนที่จัดการโดยชุมชนต่อไป

สำหรับประชาชนในพม่า

- (13) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้ต่อรากเหง้าของวิกฤตด้านสุขภาพในพม่า และการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้นในการจัดทำโครงการดูแลสาธารณสุขมูลฐานระดับชุมชน

ข้อมูลอ้างอิง

- ♦ Altsean. 2005. *Interim Report Card: July 2004– February 2005: A Summary of Political and Human Rights Developments in Burma*. Bangkok, Thailand: Altsean.
- ♦ Apple, Betsy and Martin, Veronika. 2003. *No Safe Place: Burma's Army and the Rape of Ethnic Women*. Washington, DC: Refugees International. http://www.refugeesinternational.org/files/3023_file_no_safe_place.pdf
- ♦ Bangkok Post. 2006a. May 14, 2006. Burma Claims Karen Internal Fighting.
- ♦ Bangkok Post. 2006b. May 3, 2006. More Karen Flee Junta's 'Slave Labour.'
- ♦ Bangkok Post. 2006c. May 4, 2006. Plight of Karen 'job for UN': Human Rights Watch Calls for Security Council Talks.
- ♦ BPHWT (Backpack Health Worker Teams). 2001a. *Summary Report: Nutritional Status – Internally Displaced Persons in Burma Served by the Back Pack Health Worker Team*. เอกสารภายในของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่
- ♦ BPHWT (Backpack Health Worker Teams). 2001b. *Summary of Descriptive Analysis of Water and Sanitation and Mortality Survey, January–June 2001*. เอกสารภายในของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่.

- ◆ BPHWT (Backpack Health Worker Teams). 2001c. *Summary of Findings for the Malaria Survey: Backpack Health Worker Team Program, July–December 2001*. เอกสารภายในของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่.
- ◆ BPHWT (Backpack Health Worker Teams) (2002) *Backpack Health Worker Team Reproductive Health Survey, July–December 2002*. เอกสารภายในของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่.
- ◆ Belak, Brenda. 2002. *Gathering Strength: Women from Burma on Their Rights*. Chiangmai, Thailand: Images Asia.
- ◆ Berkley J, Mwangi I, Griffiths K, Ahmed I, Mithwani S, English M, Newton C, Maitland K. Assessment of Severe Malnutrition Among Hospitalized Children in Rural Kenya: Comparison of Weight for Height and Mid Upper Arm Circumference. *JAMA* 2005; 294(5): 591–7.
- ◆ Beyrer C, Mullany L, Richards A, Samuels A, Suwanvanichkij V, Lee T, Franck N. 2006. *Responding to AIDS, TB, Malaria, and Other Emerging Infectious Diseases in Burma: Dilemmas of Policy and Practice*. Baltimore, MD: Center for Public Health and Human Rights, Johns Hopkins University.
- ◆ Central Intelligence Agency (CIA). *The World Factbook 2005: Burma*. ดูได้จาก <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html> (ข้อมูลเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2549)
- ◆ Chelala C. 1998. Burma: A Country's Health in Crisis. *Lancet* 352: 556.
- ◆ Democratic Voice of Burma (DVB). Kachin Officer Detained by Burmese Authorities for a Night. January 12, 2006. ดูได้จาก: <http://english.dvb.no/news.php?id=6293>

- ◆ EarthRights International. 2003. *Entrenched: An Investigative Report on the Systematic Use of Forced Labor by the Burmese Army in a Rural Area*. Chiangmai, Thailand: EarthRights International.
- ◆ Global Witness. 2003. *A Conflict of Interests: The Uncertain Future of Burma's Forests*. ดูได้จาก: <http://www.globalwitness.org/reports/index.php?section=burma>
- ◆ Gray D. 2006. Myanmar Troops Widen Karen Offensive. May 18, 2006. ดูได้จาก: <http://www.burmanet.org/news/2006/05/18/associated-press-myanmar-troops-widen-karen-offensive-denis-d-gray/> (ข้อมูลเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2549)
- ◆ Grein T, Cecchi F, Escriba JM, et al. Mortality Among Displaced Former UNITA Members and their Families in Angola: A Retrospective Cluster Survey. *BMJ* 2003; 327(7416): 650.
- ◆ *Internally Displaced People News*. Vol.2, No. 2, April 2004. “Win Soe Pays Deadly Price for Food.” Mae Sot, Thailand: Committee for Internally Displaced Karen People (CIDKP).
- ◆ International Campaign to Ban Landmines (ICBL). *Landmine Monitor Report 2000: Toward a Mine-free World*. <http://www.icbl.org/lm/2000/>
- ◆ International Campaign to Ban Landmines (ICBL). 2005a. *Landmines and Burma (Myanmar)*. <http://www.icbl.org/problem/country/burma> (ข้อมูลเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2549)
- ◆ International Campaign to Ban Landmines (ICBL). 2005b. *Landmine Report 2005*. <http://www.icbl.org/lm/2005/intro/survivor.html> (ข้อมูลเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2549)

- ◆ International Crisis Group (ICG). 2003. *Myanmar Backgrounder: Ethnic Minority Politics*, May 7, 2003. <http://www.crisisgroup.org>
- ◆ International Labour Organization (ILO). 2000. ILO Governing Body Opens the Way for Unprecedented Action Against Forced Labour in Myanmar. ดูได้จาก: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/pr/2000/44.htm>
- ◆ International Labour Organization (ILO). 2005. *A Global Alliance Against Forced Labour: Global Report Under the Follow-Up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work, 2005*. Geneva, Switzerland: International Labour Organization.
- ◆ Karen Human Rights Group (KHRG). 2001. *Flight, Hunger, and Survival: Repression and Displacement in the Villages of Papun and Nyaunglebin Districts*. <http://www.khrg.org/khrg2001/khrg0103c.html>
- ◆ KHRG (Karen Human Rights Group). 2005a. *Surviving in Shadow: Widespread militarisation and the systematic use of forced labour in the campaign for control in Thaton District*. Thailand: KHRG, December 2005.
- ◆ KHRG. 2005b. Photo Set 2005A: A Short Story in Pictures. August 2005. Accessed at www.khrg.org/photoreports/2005photos/set2005a/section1.html
- ◆ KHRG. 2005c. *Photo Set 2005A: Landmines*. August 2005. Accessed at www.khrg.org/photoreports/2005photos/set2005a/section11.html

- ♦ Karen Women's Organization (KWO). 2004. *Shattering Silences: Karen Women Speak Out About the Burmese Military Regime's Use of Rape as a Strategy of War in Karen State*. Mae Sariang, Thailand: Karen Women's Organization. ดูได้จาก: <http://www.karenwomen.org/reports/shattering-silences.pdf>
- ♦ Kemmer T, Kongsomboon W, Bovill M, Hansch S. Iron Deficiency in Refugees From Burma: A Policy Proposal. ดูได้จาก: <http://www.micronutrient.org/idpas/pdf/610IDAemiaInRefugees.pdf>
- ♦ Kyaw Zwa Moe. 2005. The Wounds of War: Battered Burma's Unanswered Question: Will the Fighting End? *The Irrawaddy*, April 2005, 12-13.
- ♦ Lee T, Mullany L, Richards A, Maung C. Burma: The Impact of Rights Violations On Health Among Internally Displaced Persons in Conflict Zones. In: Beyrer C and Pizer HF (eds). 2006. *Public Health and Human Rights: Evidence-Based Approaches*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press (in print).
- ♦ Mae Tao Clinic. 2005. Annual Report 2004. Mae Sot, Thailand: Mae Tao Clinic. Available from: <http://www.maetaoclinic.org/>
- ♦ Medecins sans Frontieres. 2006. Prevented from Working, the French Section of MSF Leaves Myanmar. ดูได้จาก: http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?objectid=4606A166-E0DB-0841-D59B4ED976C4E85C&component=toolkit.pressrelease&method=full_html (ข้อมูลเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2549)
- ♦ National Coalition Government of the Union of Burma (NCGUB). 2002. *Burma Human Rights Yearbook, 2001-2002*. Nonthaburi, Thailand: National Coalition Government of the Union of Burma.

- ◆ Open Society Institute (OSI). 2001. *Burma: Country in Crisis*. <http://www.burmaproject.org/CRISIS/index.html>.
- ◆ Pinheiro PS. Question of the Violation of Human Rights and Fundamental Freedoms in Any Part of the World: Situation of Human Rights in Myanmar, Report of the Special Rapporteur, Paulo Sergio Pinheiro. UN Commission on Human Rights, 62nd session, February 7, 2006. E/CN.4/2006/34.
- ◆ Powell-Tuck J, Hennessy EM. A Comparison of Mid Upper Arm Circumference, Body Mass Index and Weight Loss as Indices of Undernutrition in Acutely Hospitalized Patients. *Clin Nutr* 2003; 22(3): 307–12.
- ◆ Risser, G, Oum Kher, and Sein Htun. 2004. *Running the Gauntlet: The Impact of Internal Displacement in Southern Shan State*. Bangkok, Thailand: Institute of Asian Studies, Chulalongkorn University
- ◆ Sai Wansai. 2005. Statement on Shan State National Army and Shan State Army Merger. May 24, 2005. http://www.shanland.org/War/News_2005/statement_on_shan_state_national.htm
- ◆ Shah Paung. More IDPs in Karen State. March 22, 2006a. *The Irrawaddy*. ดูได้จาก: <http://www.irrawaddy.org/aviewer.asp?a=5583&z=154>
- ◆ Shah Paung. IDP Numbers Increase in Karen State. April 3, 2006b. *The Irrawaddy*. ดูได้จาก: <http://www.irrawaddy.org/aviewer.asp?a=5616&z=154>

- ◆ Shah Paung. Hundreds of Karen IDPs Settle Along the Salween River. 2006c. The Irrawaddy, May 10, 2006. ดูได้จาก: <http://www.irrawaddy.org/aviewer.asp?a=5721&z=154> (ข้อมูลเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2549)
- ◆ Shan Human Rights Foundation (SHRF). 1998. *Dispossessed: A Report on Forced Relocation and Extrajudicial Killings in Shan State, Burma*. Chiangmai, Thailand: Shan Human Rights Foundation. Available from: <http://www.shanland.org/resources/bookspub/humanrights/>
- ◆ Shan Human Rights Foundation (SHRF) and Shan Women's Action Network (SWAN). 2002. *License to Rape: The Burmese Military Regime's Use of Sexual Violence in the Ongoing War in Shan State*. Chiangmai, Thailand: Shan Human Rights Foundation and Shan Women's Action Network. ดูได้จาก www.shanwomen.org
- ◆ Shan Relief and Development Committee (SRDC). 2006. *Deserted Fields: The Destruction of Agriculture in Mong Nai Township, Shan State*. Chiangmai, Thailand: Shan Relief and Development Committee. ดูได้จาก www.shanland.org/articles/general/2006/Deserted_Fields.pdf
- ◆ Suwanvanichkij V, Kuiper H, Khin A, Smith T, Maung C. Gender and Sexual Health Rights: Lessons From Burma. In: Beyrer C and Pizer HF (eds). 2006. *Public Health and Human Rights: Evidence-Based Approaches*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press (ฉบับตีพิมพ์)

- ◆ Thailand Burma Border Consortium (TBBC). 2004. *Internal Displacement and Vulnerability in Eastern Burma*. Bangkok, Thailand: Thailand Burma Border Consortium. ดูได้จาก: <http://www.tbcc.org/resources/2004-idp.pdf>
- ◆ Tumwine JK, Barugahare W. Nutrition Status of Children in Kasese District at the Uganda-Congo Border. *East Afr Med J* 2002; 79(8): 427-34.
- ◆ United Nations Children's Fund (UNICEF). 2004. *The State of World's Children 2005: Childhood Under Threat*. New York, New York: The United Nations Children's Fund (UNICEF).
- ◆ UNICEF. 2006. *Info by Country*. ดูได้จาก: <http://www.unicef.org/infobycountry/eastasia.html> (ข้อมูลเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2549)
- ◆ United Nations Development Programme (UNDP) and United Nations Population Fund (UNFPA). 2001. *United Nations Population Fund Proposed Projects and Programmes: Recommendation by the Executive Director, Proposed Special Assistance to Myanmar*, July 13, 2001.
- ◆ United States Census Bureau. International Data Base. ข้อมูลเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2549. <http://www.census.gov/ipc/www/idbpyr.html>
- ◆ United States Department of State. 2006. *Burma: Country Reports on Human Rights Practices-2005*, March 8, 2006. <http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2005/61603.htm>
- ◆ Wallechinsky, David. "Parade's Annual List of the The World's Ten Worst Dictators." *Parade*, January 22, 2006. http://www.parade.com/articles/editions/2006/edition_01-22-2006/Dictators

- ♦ Women and Child Rights Project (WCRP) and Human Rights Foundation of Monland (HURFOM). 2005. *Catwalk to the Barracks: Conscription of Women for Sexual Slavery and Other Practices of Sexual Violence By Troops of the Burmese Military Regime in Mon Areas*. Bangkok, Thailand: WCRP and HURFOM. Available from: <http://www.rehmonnya.org/catwalk.php>
- ♦ Women's League of Burma (WLB). 2004. *System of Impunity: Nationwide Patterns of Sexual Violence by the Military Regime's Army and Authorities in Burma*. Chiangmai, Thailand: Women's League of Burma. ดูได้จาก: www.womenofburma.org
- ♦ World Health Organization (WHO). 2000. *World Health Report 2000: Health Systems- Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- ♦ World Health Organization, Regional Office for South-east Asia. 2004. Country Profile: Myanmar. ดูได้จาก: <http://w3.whosea.org/en/Section313/Section1522.htm> (Accessed March 17, 2006)
- ♦ Yusaf F. Size and Demographic Characteristics of the Afghan Refugee Population in Pakistan. *J Biosoc Sci* 1990. 22(3): 269-279.

ภาคผนวก: คำถามในการสำรวจ

การสำรวจอัตราการตาย
กรกฎาคม - ธันวาคม 2547

วันที่.....
 หมายเลขผู้สัมภาษณ์..... หมายเลขผู้ให้สัมภาษณ์.....
 รหัสพื้นที่..... ชื่อหมู่บ้าน.....

ผู้สัมภาษณ์ หากเป็นไปได้ให้สัมภาษณ์เฉพาะแม่ (หนึ่งคนต่อหนึ่งครัวเรือน) ให้แนะนำตัวเองและขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์ที่ให้ความร่วมมือกับการสำรวจ บอกกับคุณแม่ว่า คุณจะถูกถามคำถามเกี่ยวกับครอบครัวของเธอ และคำถามทั้งหมดจะเกี่ยวข้องกับครอบครัวของเธอเท่านั้น สำหรับทุกคำถาม หากคุณแม่มีปัญหาในการจำวันที่ คุณอาจใช้ฤดูหรือวันสำคัญเพื่อช่วยในการคำนวณอายุ ในกรณีที่มีการเกิดหรือการตายเกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. ให้ระบุอายุและเพศของสมาชิกที่อยู่ในครัวเรือน
(อย่าลืมใส่ตัวคุณเอง เด็กและทารกด้วย)

อายุ* (ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์)	เพศ	MUAC** (ใน 1-5)	ตาบอดกลางคืน ใช่/ไม่ใช่/ไม่ทราบ	เกิดโรคนี้ในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา ใช่/ไม่ใช่/ไม่ทราบ	มาลาเรีย	ท้องร่วง	ได้รับ ORS***	ผลการตรวจมาลาเรีย (+) (-)
1. () ปี () เดือน								
2. () ปี () เดือน								
3. () ปี () เดือน								
4. () ปี () เดือน								
5. () ปี () เดือน								
6. () ปี () เดือน								
7. () ปี () เดือน								
8. () ปี () เดือน								
9. () ปี () เดือน								
10. () ปี () เดือน								
11. () ปี () เดือน								
12. () ปี () เดือน								
13. () ปี () เดือน								
14. () ปี () เดือน								
15. () ปี () เดือน								

** MUAC หรือ Mid-Upper Arm Circumference เป็นวิธีการตรวจหาระดับภาวะขาดสารอาหาร
 *** ORS หรือ Oral Rehydration Salts เป็นสารละลายของผงน้ำตาลเกลือแร่ เพื่อป้องกันและรักษาอาการขาดน้ำในสภาพที่ว่างกายสูญเสียน้ำเมื่อเกิดอาการท้องร่วง

ให้วงกลมรอบคำตอบสำหรับคำถามข้อที่ 2-6

2. ลูกคนเล็กสุดของคุณที่มีอายุน้อยกว่า 1 ขวบ ได้กินหรือดื่มอะไรนอกจากนมแม่ในช่วง 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาหรือไม่?
 ใช่ ไม่ใช่ ไม่รู้ ไม่ตอบ
3. คุณดื่มเครื่องดื่ม น้ำที่ผ่านการฆ่าเชื้อหรือผ่านสารคลอรีนบ่อยแค่ไหน?
 บ่อย บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่เคยเลย ไม่รู้ ไม่ตอบ
4. คุณใช้ส้วมบ่อยแค่ไหน?
 บ่อย บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่เคยเลย ไม่รู้ ไม่ตอบ
5. ในปัจจุบัน คุณได้ใช้อุปกรณ์เหล่านี้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์บ้างหรือไม่?
 ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ไม่ได้ใช้ อื่น ๆ ไม่รู้ ไม่ตอบ
6. ในการตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย คุณได้รับธาตุเหล็กเสริม (หรือยาบำรุงกำลัง) หรือไม่?
 ใช่ ไม่ใช่
7. สำหรับสมาชิกครอบครัวที่เสียชีวิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ให้ระบุอายุขณะเสียชีวิต เพศและสาเหตุการเสียชีวิต (ให้รวมถึงทารกที่มีชีวิตอยู่เพียงไม่นานด้วย)

อายุขณะเสียชีวิต	เพศ	สาเหตุการตาย	สาเหตุการตาย
1. () ปี () เดือน			1. ท้องร่วง
2. () ปี () เดือน			2. มาลาเรีย
3. () ปี () เดือน			3. อาการติดเชื้อทางเดินหายใจอย่างรุนแรง
4. () ปี () เดือน			4. กักระเบิด
5. () ปี () เดือน			5. ถูกยิง
6. () ปี () เดือน			6. ตั้งครรภ์
7. () ปี () เดือน			7. อื่น ๆ
8. () ปี () เดือน			8. ไม่รู้

การสำรวจด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชน

กรกฎาคม - ธันวาคม 2547

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความปลอดภัยในหมู่บ้าน ข้อมูลเหล่านี้ทางหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จะนำไปใช้เพื่อเผยแพร่ให้เกิดความเข้าใจต่อสถานการณ์ในหมู่บ้านของคุณมากขึ้น เราตระหนักดีว่าคำถามอาจมีความอ่อนไหวและเป็นเรื่องส่วนตัว โดยเฉพาะเก็บทุกคำตอบไว้เป็นความลับ โปรดขัดจังหวะผม/ดิฉัน หากคุณมีคำถามขึ้นมา โปรดแจ้งให้ผม/ดิฉันทราบ หากคุณไม่ต้องการตอบคำถามบางข้อ

คุณต้องการที่จะตอบแบบสอบถามนี้หรือไม่? (โปรดวงหนึ่งข้อ) ใช่/ไม่ใช่

ให้ตอบคำถามในช่องด้านล่าง ให้คำตอบเดียวสำหรับคำถามแต่ละข้อ
คุณสามารถวงในช่อง "ไม่รู้" หรือ "ไม่ตอบ" ก็ได้

สำหรับคำถาม 4 ข้อต่อไปนี้ ให้คำตอบเพียงข้อเดียวที่คิดว่าดีที่สุดในสถานการณ์ของคุณ ให้เขียนตัวเลข "๐" ในกรณีที่เหตุการณ์เช่นนั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีสมาชิกจากครอบครัวของคุณกี่คนที่ถูกบังคับให้ต้องทำงานโดยไม่สมัครใจ (รวมทั้งผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว)? | คน
ไม่รู้
ไม่ตอบ |
| 2. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีสมาชิกจากครอบครัวของคุณกี่คนที่ถูกยิง ถูกแทง หรือถูกตีโดยทหาร (รวมทั้งผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว)? | คน
ไม่รู้
ไม่ตอบ |
| 3. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีสมาชิกจากครอบครัวของคุณกี่คนที่เกิดอุบัติเหตุจากกระเบิดหรือกับดักระเบิดที่ยังไม่ระเบิด (UXO) (รวมทั้งผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว)? | คน
ไม่รู้
ไม่ตอบ |
| 4. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ครอบครัวของคุณถูกบังคับให้ต้องโยกย้ายเนื่องจากเหตุผลเรื่องความปลอดภัยกี่ครั้ง? | ครั้ง
ไม่รู้
ไม่ตอบ |

สำหรับคำถามสองข้อต่อไปนี้ โปรดวงที่คำตอบเพียงข้อเดียว

- | | |
|---|-------------------------|
| 5. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีอาหาร (รวมทั้งข้าวในนา ข้าวเปลือก ย่างฉางและสัตว์เลี้ยง) ที่ถูกปล้นสะดมหรือทำลายหรือไม่? | ใช่
ไม่รู้
ไม่ตอบ |
| 6. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีใครบางคนจากครอบครัวของคุณที่ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้ เนื่องจากภัยคุกคามต่อความปลอดภัยหรือไม่? | ใช่
ไม่รู้
ไม่ตอบ |

สุดท้าย เราอยากขอให้คุณตอบคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงต่อผู้หญิง

- | | |
|---|--------------------------|
| 7. หมู่บ้านของคุณมีบ้านอยู่กี่หลัง? | หลัง
ไม่รู้
ไม่ตอบ |
| 8. ก. มีผู้หญิงหรือเด็กผู้หญิงในหมู่บ้านของคุณที่ถูกบังคับให้ร่วมประเวณีโดยไม่สมัครใจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่? | ไม่มี
ไม่ตอบ |
| ข. ถ้ามี มีกี่คน? | คน |

ขอบคุณมากสำหรับความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการสนับสนุนการเก็บข้อมูลของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

Chronic Emergency Health and Human Rights in Eastern Burma



ถูกเดินเรื้อรัง

สุขภาพและสิทธิมนุษยชน
ในภาคตะวันออกของพม่า

2549



ศูนย์บริการสุขภาพและสิทธิมนุษยชนภาคตะวันออก

Back Pack Health Worker Team

Email: bphwt@loxinfo.co.th