



ผลวินิจัย: ขั้นวิกฤติ

ภาวะสุขภาพและ
สิทธิมนุษยชน
ในภาคตะวันออกของพม่า



ผลวิจัย: ชัยวิภา

ภาวะสุขภาพและสิทธิมนุษยชนในภาคตะวันออกของพม่า

วัตถุประสงค์ของรายงานฉบับนี้

รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอข้อมูลการสำรวจฐานประชากรเพื่อทำการประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพ และสิทธิมนุษยชนครอบคลุมพื้นที่ 4 รัฐ และ 2 ภาค ในเขตภาคตะวันออกเฉียงของประเทศพม่าทั้งหมด โดยเริ่มจากการสำรวจที่ดำเนินการในปี พ.ศ. 2547 และได้ตีพิมพ์ผลการสำรวจอยู่ในรายงานชื่อว่า ฉกฉกเรื่อร้าง ที่มุ่งเน้นไปยังพื้นที่สู้รบในรัฐกะเหรี่ยง รัฐคะเรนนี้ และรัฐมอญเป็นหลัก สำหรับรายงานฉบับนี้ เป็นการนำเอาระเบียบวิธีศึกษา และประเด็นต่างๆ ที่ระบุไว้ในรายงานฉกฉกเรื่อร้างมาศึกษาเพิ่มเติม โดยขยายให้ครอบคลุมพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่กว้างขึ้น ครอบคลุมไปถึงรัฐฉานทางตอนใต้และเขตตะนาวศรี นอกจากนี้การสำรวจครั้งนี้ยังครอบคลุมบริบทการสู้รบและความขัดแย้งทางการเมืองทั่วบริเวณภาคตะวันออกเฉียงของประเทศพม่า เริ่มจากพื้นที่ซึ่งมีการสู้รบแบบประปรายอย่างต่อเนื่อง พื้นที่นอกเหนือการควบคุม และพื้นที่ซึ่งควบคุมโดยกลุ่มชาติพันธุ์ติดอาวุธที่มีข้อตกลงหยุดยิงกับรัฐบาลทหารของพม่า

องค์กรที่เข้าร่วม

สมาคมการแพทย์แห่งพม่า (The Burma Medical Association) คณะกรรมการสุขภาพและการศึกษา (National Health and Education Committee) หน่วยงานสาธารณสุขชุมชน (Backpack Health Worker Team) และองค์กรสุขภาพชาติพันธุ์เพื่อชุมชนกะเหรี่ยง คะเรนนี้ มอญ ฉาน และปะหล่อง ได้ประสานความร่วมมือในการวางแผน ออกแบบ และดำเนินการสำรวจครั้งนี้ โดยมีองค์กรเพื่อการเข้าถึงสุขภาพระดับโลก (The Global Health Access Program) ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ

สารบัญ

4	คำนำ โดย ดร.ศรีประภา เพชรมีศรี
5	คำนำ โดย แพทย์หญิงชินธิยา หม่อง
6	บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
8	เกริ่นนำ
10	สุขภาพ
12	การตอบสนองต่อปัญหาของชุมชน
14	ระเบียบวิธี
16	พื้นที่สำรวจ
18	ข้อค้นพบของรายงาน:
20	ลักษณะทางประชากร
22	อัตราการตาย
24	มาลาเรีย
28	ท้องร่วง
30	ภาวะขาดสารอาหาร
33	สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์
36	การละเมิดสิทธิมนุษยชน
37	การพลัดถิ่น
37	การทำลายและยึดครองอาหาร
38	การบังคับใช้แรงงาน
39	การบังคับให้ปลูกต้นสบู่ดำ (Jatropha)
39	ความรุนแรงและการคุกคามทางร่างกาย
40	การละเมิดสิทธิมนุษยชนและผลกระทบต่อสุขภาพ
42	บทสรุป
42	ข้อเสนอแนะ
43	ภาคผนวก:
43	ความหมายของตัวย่อ
44	แผนที่แสดงจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
45	คำถามในการสำรวจ
48	เว็บไซต์ต่างๆ ที่ใช้สำหรับอ้างอิง

คำนำ โดย ดร.ศรีประภา เพชรมีศรี

อาจารย์ประจำศูนย์สิทธิมนุษยชนศึกษาและการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

ตามข้อวินิจฉัยที่ 14 ของสหประชาชาติ (UN General Comment No.14) ในเรื่องสิทธิที่จะได้รับการสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งระบุว่า “สุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่จำเป็นและขาดไม่ได้ในทุกองค์ประกอบของสิทธิมนุษยชน มนุษย์ทุกคนย่อมมีสิทธิที่จะมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ อันนำไปสู่การดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี” เอกสารชิ้นเดียวกันนี้ได้ระบุไว้ด้วยว่า “สิทธิด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดและขึ้นอยู่กับความตระหนักในเรื่องสิทธิมนุษยชนด้านอื่นๆ ตามที่ได้ระบุไว้ในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยกฎหมายสิทธิมนุษยชน ซึ่งครอบคลุมถึงสิทธิในการมีอาหาร ที่อยู่อาศัย การทำงาน การศึกษา ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การมีชีวิต การไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ความเสมอภาค การห้ามทรมาน ความเป็นส่วนตัว การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเข้าร่วมชุมชนและการเคลื่อนย้ายหรือเดินทาง” กล่าวโดยสรุป สิทธิมนุษยชนเป็นทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์และพึ่งพาซึ่งกันและกัน และสิทธิด้านสุขภาพไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยปราศจากสิทธิพลเรือนและสิทธิทางการเมือง

เป็นที่รับรู้กันอยู่ในวงกว้างเรื่องข้อเท็จจริงที่ว่าสิทธิด้านสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงการได้รับการดูแลสุขภาพเท่านั้น และตามธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก สุขภาพคือ “การมีสุขภาพะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมประกอบกัน ไม่ใช่แค่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น” นอกจากนั้น สิทธิด้านสุขภาพยังถือเป็นใจความสำคัญซึ่งอยู่ในสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนสากลอีกหลายฉบับ อาทิ กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (ICESCR, article 12) อนุสัญญาะหว่างประเทศว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติในทุกรูปแบบ (CERD, article 5) อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (CEDAW, articles 11 and 12) และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (CRC, article 24) สนธิสัญญาต่างๆ เหล่านี้ มีผลกำหนดให้รัฐภาคีมีข้อผูกพันที่ต้องแสดงการเคารพ ปกป้องและเติมเต็มสิทธิตามที่ระบุไว้ในสนธิสัญญานั้นๆ

อย่างไรก็ตาม ดังที่ได้ระบุไว้ในรายงาน *ผลวินิจฉัย: ขั้นวิกฤติ* ฉบับนี้ ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบจากพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการสู้รบในภาคตะวันออกของประเทศพม่า โดยเครือข่ายองค์กรชุมชน พบว่าประเทศพม่าและรัฐบาลล้มเหลวในการดำเนินงานตามข้อผูกพันเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่ออนุสัญญาสากล 2 ฉบับ ที่ประเทศพม่าได้ร่วมลงนามไว้ คือ CEDAW และ CRC ในชุมชนต่างๆ ในภาคตะวันออกของประเทศพม่า มีตัวชี้วัดพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้หญิงและเด็ก เช่น อัตราการตายของแม่และอัตราการตายของเด็ก ที่สูงกว่าตัวเลขสถิติอย่างเป็นทางการของทั้งประเทศ ซึ่งถือว่าอยู่ในกลุ่มที่เลวร้ายที่สุดในภูมิภาคนี้ การ

สูญเสียจำนวนมากที่เกิดขึ้นนี้เป็นเรื่องที่ยากที่จะป้องกันได้หากมีการดำเนินการให้องค์กรนานาชาติด้านมนุษยธรรมได้เข้าถึงประชากรกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ ในขณะเดียวกันรายงานฉบับนี้ได้บันทึกถึงการล่วงละเมิดต่างๆ อาทิ การบังคับใช้แรงงานและการทำลายอาหารซึ่งยังคงเกิดขึ้นเป็นวงกว้าง ส่งผลให้เกิดความยากจน การอพยพย้ายถิ่น ความไม่มั่นคงด้านอาหาร และท้ายที่สุด นำไปสู่ความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร การเข้าไม่ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในภาคตะวันออกของประเทศพม่า คือสาเหตุที่กำลังคร่าชีวิตของพวกเขา

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์จริงเหล่านี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อประเทศพม่าเท่านั้น แต่สมาชิกอาเซียนและประเทศอื่นๆ ต้องแบกรับภาระปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายที่ละเมิดต่อประชาชนนี้ด้วย ประเทศไทยได้กลายเป็นพื้นที่รองรับผู้พลพม่าประมาณ 140,000 คนจากประเทศพม่า และอีกหลายล้านคนที่อาศัยอยู่นอกค่ายผู้พลพม่าในประเทศไทย บ่อยครั้งที่คนกลุ่มดังกล่าวกลายเป็นแรงงานข้ามชาติซึ่งไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย เนื่องจากพวกเขาไม่มีบริการด้านสุขภาพในประเทศพม่าและไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในประเทศไทย จึงไม่ใช่เหตุบังเอิญที่ปัญหาโรคติดต่อต่างๆ อาทิ มาลาเรีย วัณโรค ไทฟอยด์ และเอชไอวีตกโรค และยังคงเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตที่เกิดบ่อยครั้งหรือแทบตลอดเวลาในเขตแนวชายแดนที่มีช่องทางติดต่อกับประเทศพม่า รัฐบาลไทยได้ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหานี้ จึงได้อนุมัติงบประมาณฉุกเฉินจำนวน 200 ล้านบาทในต้นปี 2553 นี้เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐที่กำลังประสบปัญหาในการรับมือกับประเด็นนี้ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในประเทศไทย

ปัจจุบันสถานการณ์จริงเหล่านี้ก็ยังคงเกิดขึ้นและดำเนินอย่างต่อเนื่องในประเทศพม่า และจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงใดๆ เกิดขึ้นหากชุมชนในประเทศพม่ายังคงไม่สามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน เราจำเป็นต้องมีมาตรการเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติเรื้อรังทันที สิ่งนี้เป็นหน้าที่ของรัฐและชุมชนนานาชาติที่ต้องแสดงออกถึงความห่วงใย เพื่อให้แน่ใจว่าการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานนี้จะได้รับการเคารพ ปกป้องและนำมาปฏิบัติจริง เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนกลุ่มต่างๆ ในประเทศพม่าจะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และนอกเหนือไปจากนี้ พวกเราต้องให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องต่อความพยายามอย่างมุ่งมั่นของชุมชนต่างๆ ที่กำลังต่อสู้ดิ้นรนเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในชุมชนของพวกเขาเอง พวกเขาไม่ได้เป็นเพียงแค่แหล่งบริการทางสังคมที่จำเป็นต่อชีวิตของผู้คนจำนวนมากในชุมชนของพวกเขาเท่านั้น แต่ยังได้ช่วยปกป้องความมั่นคงด้านสุขภาพในภูมิภาคนี้อีกด้วย

คำนำ โดย แพทย์หญิงชินเจีย หม่อง

ผู้อำนวยการคลินิกแม่ตาว และประธานหน่วยงานสาธารณสุขชุมชน

องค์กรชุมชนทั้งหมดที่ทำงานให้บริการด้านสุขภาพในภาคตะวันออกของประเทศพม่าได้ยกระดับระบบข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพให้มีความสำคัญยิ่งขึ้น รายงานชื่อ “ลูกเดินเรื้อรัง” ซึ่งตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2549 เป็นสิ่งที่ยืนยันความสามารถดังกล่าวให้ปรากฏขึ้นเป็นครั้งแรกในระดับนานาชาติ รายงานดังกล่าวนี้เป็นผลมาจากการจัดทำการศึกษาวิจัยด้านสถิติประชากร โดยการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขชุมชนกับองค์กรด้านสุขภาพชาติพันธุ์ 3 องค์กรในระหว่างปี พ.ศ. 2547 รายงานดังกล่าวนี้เป็นรายงานฉบับแรกที่ชี้ให้เห็นประเด็นความขัดแย้งที่ยังคงดำเนินมาอย่างต่อเนื่องและผลกระทบด้านสุขภาพต่อประชากรในภาคตะวันออกของพม่า ในฐานะผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข เรารู้สึกภาคภูมิใจและเปี่ยมไปด้วยพลัง ที่รายงานฉบับดังกล่าวได้ช่วยเปิดมุมมองของชุมชนนานาชาติ อีกทั้งส่งผลให้ผู้คนจำนวนมากสนใจและให้ความสำคัญกับสภาพความเป็นอยู่ที่ยากลำบากของผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่สู้รบ

แม้ว่าชุมชนต่างๆ และผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ในภาคตะวันออกของพม่าได้แสดงความมุ่งมั่นที่จะไปให้ถึงเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษใหม่ ผู้ทำงานชุมชนได้อุทิศตนเองพยายามส่งเสริมสุขภาพของแม่ ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ลดความยากจน และส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศ แต่พวกเขาก็ยังคงอยู่ห่างไกลจากเป้าหมายที่วางไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกของพม่าซึ่งยังคงมีปัญหาความไม่สงบ วัณโรคและเอชไอวี ซึ่งเป็นภัยคุกคามหลักต่อชีวิตของผู้คน ในขณะที่ความขัดแย้งและการพลัดถิ่นภายในประเทศยังเป็นความท้าทายที่ใหญ่หลวงในการให้บริการในพื้นที่นี้ อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างความร่วมมือในกลุ่มองค์กรสุขภาพชาติพันธุ์พร้อมด้วยการสนับสนุนจากองค์กรนานาชาติ จะช่วยเอื้ออำนวยให้เกิดการพัฒนากระบวนการที่เหมาะสมในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนดังกล่าวได้

รายงานฉบับใหม่นี้เป็นผลมาจากการขยายความร่วมมือของสมาคมการแพทย์แห่งพม่า หน่วยงานสาธารณสุขชุมชน คณะกรรมการการศึกษาและสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งกลุ่มองค์กรสุขภาพชาติพันธุ์จำนวนมาก ส่งผลให้มีการสำรวจที่ครอบคลุมจำนวนชุมชนและประชากรมากขึ้น รวมทั้งครอบคลุมประเด็นทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่กว้างขวางขึ้น ซึ่งส่งผลให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์ด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชนในภาคตะวันออกของพม่าได้มากขึ้นอีกด้วย

ข้อมูลในรายงานฉบับนี้รวบรวมโดยผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่เห็นความเชื่อมโยงระหว่างวิกฤติด้านสุขภาพกับการสู้รบที่พบเห็นทุกวัน และในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน

ที่ตนเองทำงานนั้น ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขและครอบครัวเองต่างก็เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการถูกล่วงละเมิด และสามารถเป็นพยานต่อสภาพทุกข์ทรมานของประชาชนภาคตะวันออกของประเทศพม่าได้เป็นอย่างดี โดยการเป็นผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ชุมชนทำให้พวกเขาตระหนักดีว่า ตนเองและสมาชิกในชุมชนเป็นผู้ที่อยู่ในฐานะที่สามารถสนับสนุนการฟื้นฟูชุมชนและส่งเสริมให้ชาวบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

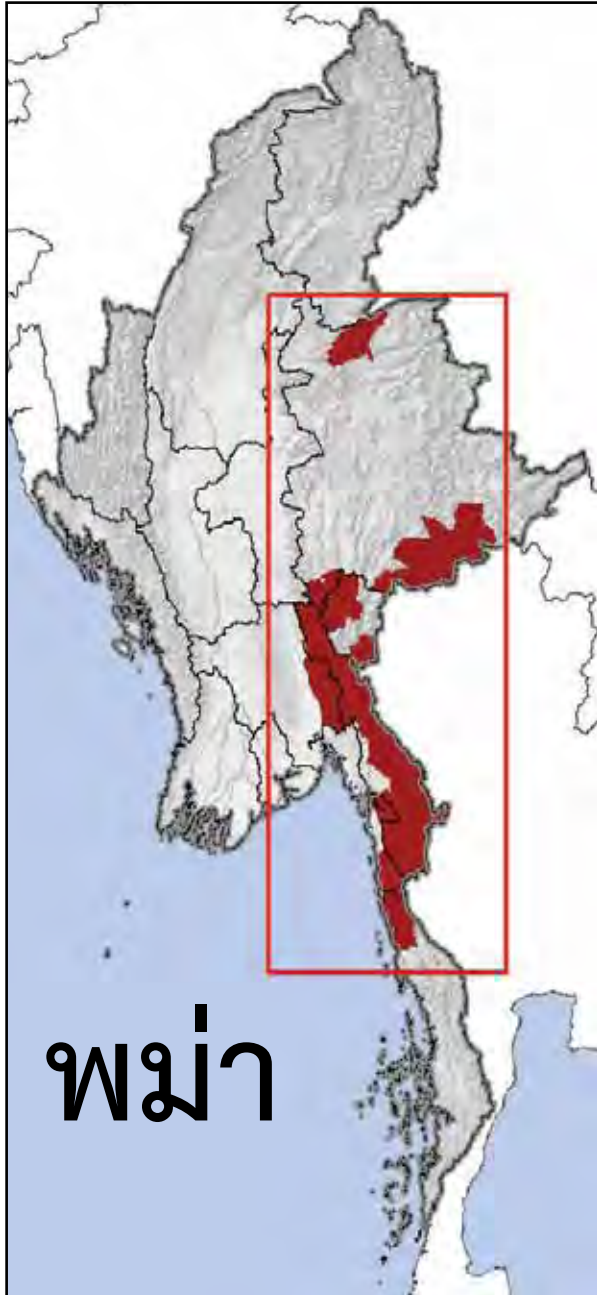
การทำงานในโครงการสุขภาพแม่และเด็กทำให้พวกเขาปรับลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กทารกและแม่ได้ และการทำงานในโครงการควบคุมมาลาเรียทำให้พวกเขาช่วยชีวิตเพื่อนบ้านของตนได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขตระหนักว่างานของพวกเขามีความสำคัญอย่างไรต่อการช่วยรักษาชีวิตผู้คนและเสริมสร้างชุมชนของตนเอง

ผลการศึกษาจากรายงานฉบับนี้แสดงให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการสู้รบและการอยู่ภายใต้กองกำลังทหาร การที่ทหารเข้าควบคุมทรัพยากรทั้งหมดของประเทศทั้งในพื้นที่สู้รบและพื้นที่ซึ่งไม่มีการสู้รบ ส่งผลให้การเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานเป็นไปด้วยความยากลำบากทั่วทั้งประเทศ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกของประเทศพม่า

ดิฉันหวังอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะกระตุ้นให้ประเทศเพื่อนบ้าน หน่วยงานสหประชาชาติ และรัฐบาลประเทศต่างๆ ดำเนินการเพื่อแก้ไขวิกฤติการณ์ของมนุษยชาติ และสนับสนุนงานของผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ครู และผู้ทำงานชุมชนนับพันคนในภาคตะวันออกของประเทศพม่าที่กำลังทำงานแก้ไขวิกฤติการณ์นี้



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร



ผลวินิจฉัย: *ชั้นวิกฤติ* แสดงให้เห็นว่าพื้นที่กว้างขวางในภาคตะวันออกของประเทศพม่ายังคงอยู่ในภาวะสุขภาพฉุกเฉินเรื้อรัง โดยยังคงไม่มีการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข ประกอบกับภาวะสงครามกลางเมืองที่ยืดเยื้อและการล่วงละเมิดประชาชน ซึ่งเป็นพลเรือน ส่งผลให้ประชากรชาติพันธุ์ในชนบทภาคตะวันออกต้องตกอยู่ในสถานะที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบขาดสารอาหารกว่าร้อยละ 41.2 และกว่าร้อยละ 60 ของเด็กกลุ่มนี้ ต้องเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในทางเดินหายใจอย่างรุนแรง มาลาเรีย และท้องร่วง ซึ่งเป็นโรคที่สามารถรักษาและป้องกันได้ และหากไม่มีองค์กรสุขภาพชุมชนในท้องถิ่น ซึ่งให้บริการป้องกันและดูแลรักษาเท่าที่ทำได้ในพื้นที่สู้รบดังกล่าว ก็อาจก่อให้เกิดความสูญเสียเพิ่มมากขึ้นกว่านี้ได้

รายงานฉบับนี้ได้ประมวลผลสรุปต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการสำรวจเรื่องสุขภาพและสิทธิมนุษยชนจากฐานประชากรขนาดใหญ่ครอบคลุม 21 เมือง และครัวเรือนจำนวน 5,754 ครัวเรือน ที่อยู่ในพื้นที่ซึ่งได้รับผลกระทบจากการสู้รบในภาคตะวันออกของประเทศพม่า การสำรวจนี้เป็นความร่วมมือระหว่างสมาคมการแพทย์แห่งพม่า คณะกรรมการการศึกษาและสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานสาธารณสุขชุมชน และองค์กรสุขภาพชาติพันธุ์ต่างๆ ที่ทำงานในชุมชนกะเหรี่ยง คะเรนนี่ มอญ ฉาน และปะหล่อง สภาพความขัดแย้งจากสงครามกลางเมืองและการล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนที่เกิดขึ้นกับกลุ่มชาติพันธุ์ ทำให้พื้นที่เหล่านี้ตกอยู่ในภาวะยากลำบากอย่างต่อเนื่องยาวนานหลายทศวรรษ

ลักษณะทางประชากรในภาคตะวันออกของพม่าอยู่ในสภาพที่มีทั้งอัตราการเกิดและอัตราการตายสูง อีกทั้งเห็นได้ชัดว่ามีการไม่ปรากฏของจำนวนประชากรชายในช่วงอายุต่ำกว่า 45 ปี สถานะเช่นนี้น่าจะเทียบเคียงได้กับพื้นที่สงครามที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเช่นประเทศซีเรีย ลิเบีย มากกว่าการเทียบเคียงกับลักษณะทางประชากรของประเทศพม่าเอง ตัวชี้วัดด้านสุขภาพโดยเฉพาะในส่วนของผู้หญิงและเด็กในพื้นที่เหล่านี้ แสดงให้เห็นว่ามีสภาพที่เลวร้ายกว่าสถิติที่เป็นทางการของพม่าซึ่งนับว่าอยู่ในสภาพที่เลวร้ายที่สุดในโลก โดยในพื้นที่ภาคตะวันออกของประเทศมีอัตราการตายของเด็กสูงเกือบเป็นสองเท่า และอัตราการตายของแม่สูงเป็นสามเท่าของตัวเลขทางการของประเทศพม่า

ในขณะที่มีความรุนแรงเกิดขึ้นทั่วไปในพื้นที่สู้รบเหล่านี้ อัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากความรุนแรงกลับมีเพียงร้อยละ 2.3 แต่ผลกระทบทางอ้อมด้านสุขภาพอันเป็นผลพวงมาจากการสู้รบดังกล่าวกลับมีสภาพความรุนแรงกว่ามาก โดยอัตราการเสียชีวิตจากความเจ็บป่วยที่ป้องกันได้มีสูงถึงร้อยละ 59.1 ของอัตราการเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งแยกเป็นอัตราการเสียชีวิตจากมาลาเรียถึงร้อยละ 24.7 และในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาพบว่ามีผู้หญิงที่ได้รับเชื้อมาลาเรียฟัลซิพารัม (Pf malaria) อยู่ในสัดส่วนถึง 1 ใน 14 คน ซึ่งนับว่าเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดในโลก และความจริงส่วนนี้ทำให้เกิดข้อสงสัย

การละเมิดสิทธิมนุษยชน	ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น	โอกาสที่เพิ่มขึ้น (เท่า)
การบังคับใช้แรงงาน	การตายของทารก	2.5
	การตายของเด็ก	1.9
การพลัดถิ่นในประเทศ	ภาวะขาดสารอาหารตั้งแต่ปานกลาง-รุนแรง	3.3
การทำลายและยึดครองอาหาร	ภาวะขาดสารอาหารตั้งแต่ปานกลาง-รุนแรง	1.8

ต่อคำกล่าวอ้างอย่างเป็นทางการของประเทศพม่าที่ว่า ประเทศพม่ามีความก้าวหน้าในด้านการพัฒนาผู้หญิง เด็ก และการดูแลโรคติดต่อต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาลาเรีย เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษใหม่

การสำรวจมีข้อค้นพบที่ยืนยันว่าการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อกลุ่มพลเรือนชาติพันธุ์ในวงกว้าง โดยในช่วงปีก่อนหน้าการสำรวจพบว่ามีความรุนแรงจำนวนร้อยละ 30.6 ที่เคยประสบกับการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน จากการถูกบังคับใช้แรงงาน การถูกบังคับโยกย้าย และการทำลายและยึดครองอาหาร การที่กลุ่มชาติพันธุ์ถูกล่วงละเมิดบ่อยครั้งในลักษณะเช่นนี้ นับว่าเป็นหลักฐานข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนว่าจำเป็นต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการไต่สวนอาชญากรรมต่อมนุษยชาติในพม่า การเลือกตั้งที่กำลังจะมีขึ้นจะช่วยบรรเทาสภาพปัญหานี้ได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น เนื่องจากกองกำลังทหารซึ่งเป็นผู้กระทำความรุนแรงเหล่านี้ จะยังคงดำเนินการอยู่ได้นอกเหนือการควบคุมของพลเรือนภายใต้รัฐธรรมนูญใหม่

รายงานฉบับนี้ยังมีข้อค้นพบที่ชี้ให้เห็นว่า การล่วงละเมิดเหล่านี้ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของประชากรแย่ลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้หญิงและเด็ก ซึ่งนับว่าเป็นสมาชิกของชุมชนที่อยู่ในภาวะเปราะบางที่สุด ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่ามีสมาชิกในครัวเรือนที่มีสุขภาพทรุดโทรมลงจากภาวะที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความรุนแรงด้านสิทธิมนุษยชนซึ่งแสดงให้เห็นในตารางข้างล่างนี้ โดยปีก่อนหน้าการสำรวจ พบว่ามีเด็กในครัวเรือนพลัดถิ่นในประเทศ ซึ่งต้องทนทุกข์ทรมานจากภาวะขาดสารอาหารตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงรุนแรงสูงเป็น 3.3 เท่า และในครัวเรือนที่มีสมาชิกอย่างน้อยหนึ่งคนถูกบังคับให้ใช้แรงงาน ส่งผลให้มีการเพิ่มโอกาสการตายของทารกก่อนอายุ 1 ขวบเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2.5 เท่า

ภายใต้การปกครองของสภาเพื่อสันติภาพและการพัฒนาแห่งชาติ (State Peace and Development Council : SPDC) ทำให้การละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อกลุ่มพลเรือนชาติพันธุ์ และการปิดกั้น

การคมนาคมไม่ไห้กลุ่มผู้ช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมจากนานาชาติเข้าไปในบริเวณพื้นที่สู้รบในชนบทของภาคตะวันออกของพม่า ยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ปัญหาความพิการและการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรยังคงดำเนินต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากโรคที่สามารถป้องกันและรักษาได้ เช่น มาลาเรีย ท้องร่วง และการติดเชื้อในทางเดินหายใจ

เรื่องนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลให้เกิดความเสียหายอย่างรุนแรงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคตะวันออกของพม่าเท่านั้น แต่ยังส่งผลคุกคามโดยตรงต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านของพม่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทย ซึ่งพบว่าพื้นที่เขตชายแดนติดกับประเทศพม่ามีอัตราการติดเชื้อมาลาเรียสูงที่สุด และกำลังเป็นที่วิตกกังวลในเรื่องเชื้อมาลาเรียดื้อยาหลายขนาน (multi-drug resistant malaria) เชื้อวัณโรคดื้อยาเกือบทุกขนาน (extensively drug-resistant tuberculosis) และโรคติดต่ออื่นๆ รวมทั้งการกระจายตัวของมาลาเรียที่ติดต่อสารอาร์ติมิซินิน ซึ่งเป็นยาต้านมาลาเรียที่สำคัญที่สุดตัวหนึ่ง ปัญหาต่างๆ เหล่านี้กำลังกลายเป็นภัยพิบัติได้ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก

จากสภาพการณ์ที่ขาดการสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขจากรัฐ องค์กรชุมชนต่างๆ กำลังทำงานเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพให้กับชุมชนของตนเอง ในปัจจุบันโครงการต่างๆ วางเป้าหมายในการให้บริการแก่ประชากรจำนวนกว่า 376,000 คนในภาคตะวันออกของประเทศพม่า และภายในปี 2552 ได้ให้การรักษามาลาเรียไปแล้วรวม 40,000 ราย รวมทั้งยังเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแม่และเด็กอีกด้วย อย่างไรก็ตาม พวกเขา ยังคงต้องเผชิญกับภาวะความกดดันจากการขาดแคลนทรัพยากร อีกทั้งยังมีการละเมิดสิทธิมนุษยชนของพลเรือนโดยระบอบการปกครองเผด็จการทหารพม่า ดังนั้นเพื่อให้เกิดการดำเนินการแก้ไขภาวะความจำเป็นเร่งด่วนเรื่องสุขภาพในภาคตะวันออกของประเทศพม่า จำเป็นต้องยุติการล่วงละเมิดต่างๆ ที่เป็นการเดิมเชื้อไฟให้เกิดวิกฤติสุขภาพมากขึ้น

เกริ่นนำ

พม่าเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความหลากหลายด้านชาติพันธุ์มากที่สุดประเทศหนึ่งของโลก เป็นที่อยู่อาศัยของหลากหลายกลุ่มชาติพันธุ์ หลังได้รับเอกราชในปี พ.ศ. 2491 ได้เกิดการจลาจลของกองกำลังติดอาวุธของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ เพื่อเพิ่มอำนาจการปกครองตนเอง เกิดขึ้นทั่วไปในพื้นที่พรมแดนภาคตะวันออกของประเทศ ในปี พ.ศ. 2505 นายพลเนวิน ได้ยกเลิกการปกครองระบอบประชาธิปไตยแบบรัฐสภา และนำพม่าเข้าสู่การปกครองภายใต้ระบอบทหารยาวนานเกือบ 5 ทศวรรษ ภายใต้การปกครองด้วยระบอบเผด็จการทหารอย่างต่อเนื่อง บรรดาสมาชิกพรรคการเมืองฝ่ายค้านและผู้นำกลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่เห็นด้วยกับการปกครองต่างถูกข่มเหง รวมทั้งเกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อพลเรือนอย่างกว้างขวาง

นโยบายการปราบปรามที่ดำเนินไปโดยรัฐบาลทหารเป็นการโหมเชื้อไฟให้เกิดการเคลื่อนไหวของขบวนการต่อต้านมากขึ้น แม้ว่าหลังปี พ.ศ. 2532 จะมีกลุ่มชาติพันธุ์ติดอาวุธบางกลุ่มได้ลงนามในข้อตกลงหยุดยิงกับรัฐบาลเผด็จการทหารแล้วก็ตาม แต่ความขัดแย้งทางทหารยังคงดำเนินต่อไปในหลายพื้นที่ในภาคตะวันออกของพม่า บางพื้นที่ตกอยู่ภายใต้อำนาจการปกครองของกองกำลังของระบอบเผด็จการทหารหรือกองกำลังทหารพม่าร่วมเป็นพันธมิตรกับกองกำลังทหารท้องถิ่น แม้แต่บางพื้นที่ซึ่งตกอยู่ในการปกครองของกลุ่มชาติพันธุ์ติดอาวุธที่ลงนามในข้อตกลงหยุดยิงในเวลานั้นก็ยังอยู่ภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่รัฐบาลเผด็จการทหาร

ในภาคตะวันออกของพม่า ยังคงมีกลุ่มกองกำลังติดอาวุธหลายกลุ่มที่ต่อต้านรัฐบาลทหาร ซึ่งรวมถึง กองกำลังรัฐฉานภาคใต้ (Shan State Army-South) กลุ่มปลดแอกแห่งชาติกะเหรี่ยง (Karen National Liberation Army) และกองทัพคะเรนนิ (Karenni Army) รัฐบาลทหารได้ใช้ยุทธศาสตร์ “สี่ตัด” (“Four Cuts”) ในพื้นที่ที่ยังคงมีการสู้รบโดยกลุ่มเหล่านี้ ด้วยการใช้อำนาจทหารตัดความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มติดอาวุธฝ่ายตรงข้ามกับประชาชนในท้องถิ่น ทั้งในด้านอาหาร การสนับสนุนทางการเงิน การรับคนเข้ามาเป็นกำลังเสริม และข้อมูลข่าวสาร ยุทธศาสตร์ทางการทหารนี้กำหนดเป้าหมายไปที่พลเรือนซึ่งเป็นการขัดต่อกฎหมายนานาชาติด้านมนุษยธรรม การดำเนินมาตรการตามนโยบายนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 – 2553 ส่งผลให้เกิดการบังคับโยกย้ายถิ่น การทำลายล้างหรือการบังคับให้ละทิ้งจากที่หลบซ่อนและจากหมู่บ้านกว่า 3,600 หมู่บ้าน ส่งผลให้ปัจจุบันในพื้นที่ชนบทเฉพาะในภาคตะวันออกของพม่ามีผู้พลัดถิ่นในประเทศอย่างน้อย 446,000 คน¹

การละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อพลเรือนของกองทัพพม่า (Tatmadaw) ได้มีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานอย่างแพร่หลาย การล่วงละเมิดดังกล่าวประกอบด้วย การบังคับใช้แรงงาน การทำลายและยึดอาหาร การเก็บภาษีตามอำเภอใจ การทรมาน การข่มขืน และการพิจารณาตัดสินประหารชีวิตอย่างไม่ถูกต้อง การล่วงละเมิดอย่างต่อเนื่องและขยายวงกว้างนี้ทำให้ Tomás Ojea Quintana ผู้ตรวจการพิเศษแห่งสหประชาชาติด้านสิทธิมนุษยชนในพม่า ออกมาเรียกร้องให้คณะกรรมการสหประชาชาติดำเนินการไต่สวนด้านอาชญากรรมต่อมนุษยชาติ และอาชญากรรมสงครามในพม่า ซึ่งข้อเรียกร้องดังกล่าวได้รับการตอบรับจากรัฐบาลจำนวนมาก²

ภายใต้การล่วงละเมิดนี้ พลเรือนต้องใช้ความพยายามในการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ความขัดแย้ง โดยเมื่อกองกำลังทหารพม่าลาดตระเวน พวกเขาจำต้องโยกย้ายอยู่บ่อยครั้งระหว่างพื้นที่หลบซ่อนตัวและหมู่บ้านเดิม เพื่อพยายามดูแลรักษาผลผลิตทางการเกษตรที่จำเป็นต่อการยังชีพ ภาวะความไม่มั่นคงด้านอาหารและการดำรงชีวิตส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อพวกเขา อีกทั้งสถานการณ์การสู้รบและการอยู่ภายใต้กองกำลังทหารทำให้พวกเขาไม่สามารถเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน ส่งผลให้ผู้คนจำนวนนับหมื่นๆ คนไหลบ่าเข้าสู่ประเทศไทย ทำให้ค่ายผู้อพยพตามแนวชายแดนด้านตะวันตกของประเทศไทยกลายเป็นพื้นที่รองรับผู้คนกว่า 145,000 คน³ ประเทศไทยยังคงเป็นพื้นที่ของผู้อพยพจำนวนมากหลายล้านคนซึ่งอาจมีตัวเลขสูงถึง 3 ล้านคนที่ส่วนใหญ่กลายเป็นแรงงานจากประเทศพม่าซึ่งไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามกฎหมาย และไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายแรงงานของประเทศไทย⁴

¹ Thailand-Burma Border Consortium, forthcoming. 2010.

² Washington Post. U.S. supports creation of U.N. commission of inquiry into war crimes in Burma. August 18, 2010. Human Rights Watch. Commission of Inquiry for Burma is long overdue. March 28, 2010.

³ Thailand-Burma Border Consortium. Burmese border refugee sites with population figures. July 7, 2010.

⁴ Karen Human Rights Group. Abuse between borders: vulnerability for Burmese workers deported from Thailand. 2010.



ปัจจุบันเฉพาะ
พื้นที่ชนบท
ในภาคตะวันออก
ของประเทศพม่า
มีผู้พลัดถิ่นภายใน
ประเทศอย่างน้อย
446,000 คน

ข้างบน: ผู้พลัดถิ่นภายในประเทศกำลังหนีกองกำลังทหารของพม่า
ข้างล่าง: ผู้พลัดถิ่นภายในประเทศในรัฐกะเหรี่ยงสร้างเพิงที่พักขึ้นในป่า





ชาวบ้านกะเหรี่ยงกำลังทุกข์ทรมานจากโรคเท้าช้าง

ปัญหาด้านสาธารณสุข เป็นอุปสรรคภัยร้ายแรงซึ่งเกิดจากการอยู่ใต้อำนาจการปกครองในระบอบทหาร และการเพิกเฉยต่อการจัดงบประมาณสวัสดิการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชน ผู้นำของประเทศพม่าในปัจจุบันไม่เคยแม้แต่จะปรับเปลี่ยนนโยบายทางสังคม-เศรษฐกิจที่เพิกเฉยต่อประชาชน ในปี พ.ศ. 2552 มีการประมาณการว่า รัฐบาลพม่าได้รับผลกำไรจากการค้าราว 2.5 พันล้านเหรียญสหรัฐ⁵ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการขายก๊าซธรรมชาติให้กับประเทศไทย แต่รัฐบาลทหารกลับใช้งบประมาณด้านสุขภาพเพียง 7 เหรียญดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากรต่อปี และตามดัชนีชี้วัดของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)⁶ ประเทศพม่าถือเป็นหนึ่งในประเทศที่ใช้งบประมาณด้านสุขภาพน้อยที่สุด ซึ่งใช้งบประมาณเพียงร้อยละ 1.8 จากงบประมาณทั้งหมดของประเทศ ส่งผลให้พม่าเป็นประเทศในอันดับที่ 138 ของรายงานด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ในปี 2552⁷ และทำให้การพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศพม่ายังคงล้าหลังและห่างไกลจากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษใหม่ของสหประชาชาติ

ในประเทศพม่า ประชาชนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสาธารณสุขเกือบทุกประเภทด้วยเงินของตนเอง ซึ่งยังรวมถึงการดูแลและป้องกันสุขภาพขั้นพื้นฐานด้วย หากถือว่ารายได้ของประชากรต่อหัวอยู่ที่ 1,100 เหรียญ (ดอลลาร์สหรัฐ) ตามการคาดประมาณในปี พ.ศ. 2552⁸ และโดยเฉลี่ยในครัวเรือนประชาชนในประเทศพม่ามีการใช้จ่ายเงินจำนวนมากกว่าร้อยละ 70 ของรายได้เพื่อซื้ออาหาร (พม่าเป็นหนึ่งในประเทศที่มีสถานการณ์ความไม่มั่นคงด้านอาหารที่เลวร้ายที่สุดในโลก) ประชาชนในประเทศพม่าโดยส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เพียงพอที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐบาลได้ ยังผลให้ประเทศพม่ากลายเป็นหนึ่งในประเทศที่มีตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่ย่ำแย่ที่สุดในภูมิภาค ตามสถิติอย่างเป็นทางการของประเทศพม่ามีอัตราการตายของแม่อยู่ที่ 240 รายต่อการเกิดรอด 100,000 ครั้ง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านอย่างประเทศไทย ซึ่งมีตัวเลขอยู่ที่ 48 รายต่อ 100,000 ครั้ง⁹

ปัจจุบันตัวชี้วัดด้านสุขภาพของทารกและเด็ก รวมทั้งอัตราการตายของแม่ในประเทศพม่าติดอยู่ในกลุ่มที่แย่ที่สุดในภูมิภาคเอเชีย โดยในปี พ.ศ. 2552 กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้ประมาณการว่าอัตราการตายของทารกในประเทศพม่าอยู่ที่ 54 คน และอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบอยู่ในที่ 71 คนต่อการเกิด 1,000 ครั้ง¹⁰ เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 อัตราการเสียชีวิตของทารกอยู่ที่ 12 คน และอัตราการตายของเด็กอยู่ที่ 14 คนต่อการเกิด 1,000 ครั้ง¹¹ ทำให้ตัวเลขดังกล่าวนี้แทบนำมาเทียบเคียงกันไม่ได้เลย ทั้งๆ ที่สาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการตายในประเทศเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ ทั้งจากโรคต่างๆ อาทิ มาลาเรีย ภาวะขาดสารอาหาร ท้องร่วง ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ

ในระบบทางเดินหายใจแบบรุนแรง วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ ทำให้ประเทศพม่าถูกจัดว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตจากมาลาเรียสูงที่สุด และมีอัตราผู้ที่ได้รับเชื้อมาลาเรียสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

เมื่อเทียบอัตราส่วนในระดับประเทศ จะพบว่าตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประชากรชาติพันธุ์ในชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของพม่าต่ำกว่าภาคอื่นๆ และสืบเนื่องจากสถานการณ์การสู้รบที่ยืดเยื้อในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ ทำให้มีสถานการณ์พลัดถิ่นในประเทศที่รุนแรงและไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐ ส่งผลให้ประชากรบางกลุ่มในพื้นที่ดังกล่าวมีอัตราการตายของแม่อยู่ที่ 1,000 - 1,200 คนต่อการคลอด 100,000 ครั้ง¹²

แม้ว่าจะเกิดภาวะวิกฤติด้านสุขภาพ แต่ระบอบเผด็จการทหารก็ยังคงมีข้อห้ามในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ขององค์กรนานาชาติด้านมนุษยธรรม¹³ และในเดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2551 ยังได้ออกประกาศเพิ่มเติมข้อจำกัดแนวทางการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชนนานาชาติ การยื่นคำขอเพื่อทำงานภาคสนามนอกจากจะต้องมีการกรอกข้อมูลแผนการเดินทาง ลงรายการแผนงาน กิจกรรมและสถานที่ต่างๆ ให้ครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว ยังต้องใช้เวลาราวสองสัปดาห์ในการพิจารณาอนุมัติจากกระทรวงกลาโหม นอกจากนี้ยังมีข้อห้ามและข้อกำหนดอื่นๆ ที่บังคับใช้กับองค์กรพัฒนาเอกชนนานาชาติ อาทิเช่น ไม่อนุญาตให้ที่ปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่ฝึกอบรมนานาชาติเดินทางเข้าประเทศ และเจ้าหน้าที่ต้องระบุระยะเวลาที่แน่นอนของการพักอาศัยในประเทศลงในรูปแบบคำร้องขออนุญาตเข้าเมืองด้วย

หลังจากเผชิญกับพายุไซโคลนนาร์กิส กลุ่มตัวแทนชุมชนจากเมืองย่างกุ้งได้เดินทางเข้าไปในพื้นที่ประสบภัยโดยทันที แต่ก็ต้อง

พบกับข้อจำกัดในการเดินทาง และมีการจับกุมสมาชิกหลายต่อหลายครั้งพร้อมกับยึดสิ่งของเพื่อบรรเทาทุกข์ ภายหลังจากภัยพิบัติดังกล่าว แทนที่รัฐบาลเผด็จการทหารจะเพิ่มโอกาสให้นานาชาติได้เข้าถึงในพื้นที่ประสบภัย ในเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2553 รัฐบาลกลับประกาศว่าจะไม่อนุมัติคำร้องขอขยายระยะเวลาการเข้าเมืองให้แก่องค์กรนานาชาติซึ่งทำงานอยู่ในพื้นที่ประสบภัย รวมทั้งไม่มีการอนุมัติคำร้องขออนุญาตเข้าเมืองในรายการใหม่อีกด้วย¹⁴

⁵ Wall Street Journal. Sean Turnell. Burma Isn't Broke. August 6, 2009.

⁶ UNDP Human Development Report 2009.

⁷ Ibid.

⁸ CIA World Factbook. Burma: Economy overview. 2009 estimates.

⁹ World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. 2010.

¹⁰ United Nations Children's Fund. Levels & Trends in Child Mortality. 2010.

¹¹ Ibid.

¹² Luke C. Mullany, Catherine I. Lee, Lin Yone et al. Access To Essential Maternal Health Interventions and Human Rights Violations among Vulnerable Communities in Eastern Burma. PLoS Medecine. December 2008.

¹³ Médecins Sans Frontières. Press Release: Prevented from Working, the French Section of MSF leaves Myanmar (Burma). March 30, 2006.

International Committee of the Red Cross (ICRC), Yangon/ Geneva. News Release: Myanmar: ICRC denounces major and repeated violations of international humanitarian law. June 29, 2007.

¹⁴ United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs - Integrated Regional Information Networks (IRIN). MYANMAR: Nargis now a development issue, says Yangon. August 20, 2010.

รัฐบาลพม่าได้ใช้งบประมาณเพียงร้อยละ 1.8
จากงบประมาณทั้งหมดของประเทศสำหรับงานสาธารณสุข
ส่งผลให้ประเทศพม่าเป็นประเทศในอันดับที่ 138
ของรายงานด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของสหประชาชาติ
ในปี 2552

การตอบสนองต่อปัญหาของชุมชน

สืบเนื่องจากการเข้าไม่ถึงระบบสวัสดิการสังคมและความช่วยเหลือจากหน่วยงานนานาชาติด้านมนุษยธรรม ส่งผลให้ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงของพม่าต้องพึ่งพาการบริการด้านสุขภาพ การศึกษาและการพัฒนาชุมชนซึ่งจัดตั้งและดำเนินการโดยสมาชิกในชุมชนของตนเอง

องค์กรสุขภาพชุมชนต่างๆ ที่ดำเนินงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศพม่าได้จัดงานบริการด้านสาธารณสุขเพื่อให้บริการด้านการป้องกันและการดูแลสุขภาพแก่ชุมชนต่างๆ ที่ตกอยู่ในภาวะยากลำบาก งานสาธารณสุขเหล่านี้มุ่งเน้นไปที่การควบคุมป้องกันโรคติดต่อต่างๆ การพัฒนาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ การพัฒนาสุขภาพิบาลและแหล่งน้ำ การปรับปรุงภาวะโภชนาการด้วยการเสริมธาตุอาหารรอง การให้สุศึกษา และการถ่ายพยาธิ โดยในปี พ.ศ. 2552 องค์กรสุขภาพชุมชนดังกล่าวได้กำหนดเป้าหมายในการให้บริการแก่ประชากรมากกว่า 376,000 คน (ดูภาคผนวก 2)

องค์กรสุขภาพชุมชนได้ทำงานอย่างใกล้ชิดกับกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนนานาชาติ โดยได้นำเอาวิธีการรักษาทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานมาปรับใช้ควบคู่ไปกับแนวทางการปฏิบัติงานตามแนวชายแดนพม่า (Burmese Border Guidelines) ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากความร่วมมือกับกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนนานาชาติ และการสนับสนุนด้านวิชาการจากนานาชาติ¹⁵

องค์กรสุขภาพชุมชนต่างๆ ในภาคตะวันออกเฉียงของพม่ามีโครงการควบคุมมาลาเรียที่มีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ไว้เป็นอย่างดีซึ่งดำเนินงานตามแนวทางการริเริ่มย้อนทางมาลาเรียขององค์การอนามัยโลก (WHO Roll Back Malaria Initiative) โครงการนี้ช่วยให้สามารถตรวจวินิจฉัยมาลาเรียและให้การรักษได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโดยใช้ชุดเครื่องมือตรวจวินิจฉัยโรคมาลาเรียแบบรวดเร็ว (Paracheck

rapid diagnostic tests) และให้การบำบัดรักษาแบบผสมผสานด้วยสารตั้งต้นอาร์ติมิซินิน (artemisinin-based combination therapy) นอกจากนี้ยังมีการแจกจ่ายมุ้งชุเคลือบสารเคมีเพื่อกำจัดยุง การให้การศึกษาเรื่องมาลาเรีย และการเฝ้าติดตามภาวะติดเชื้อมาลาเรียอย่างต่อเนื่อง¹⁶ โดยในปี พ.ศ. 2552 ชุดโปรแกรมการควบคุมมาลาเรียได้ให้การรักษผู้ป่วยจากมาลาเรียเป็นจำนวนทั้งสิ้น 38,299 คน

องค์กรสุขภาพชุมชนดังกล่าว ยังได้ให้บริการด้านสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ด้วย ผ่านทางเครือข่ายของสถานพยาบาลต่างๆ ทีมผู้ให้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่และผู้ให้บริการในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการจัดฝึกอบรมให้กับหมอด้ายหรือผู้ทำคลอดที่บ้าน (TBA) เพื่อร่วมงานกับทีมเคลื่อนที่ของบุคลากรที่มีทักษะสูงกว่าในด้านสุขภาพของแม่ ซึ่งจะเป็นผู้รับมือกับการคลอดที่ยากและซับซ้อนมากกว่า พร้อมกับส่งต่อกรณีอื่นๆ ไปยังสถานพยาบาลตามความจำเป็น องค์กรสุขภาพชุมชนในท้องถิ่นได้จัดฝึกอบรมให้กับผู้ให้บริการที่ด้านสุขภาพของแม่จำนวน 164 คน และหมอด้ายหรือผู้ทำคลอดที่บ้าน (TBA) อีก 1,113 คน ซึ่งสามารถให้บริการแก่ประชากรเป้าหมายในภาคตะวันออกเฉียงของพม่า ได้ถึง 310,078 คน ในปี พ.ศ. 2552 เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและผู้ทำคลอดที่บ้านได้ช่วยเหลือการคลอดจำนวน 5,513 ครั้ง และให้การปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัวและบริการคุมกำเนิดแก่ผู้หญิงจำนวน 6,573 ราย

องค์ประกอบสำคัญหนึ่งที่มีความจำเป็นสำหรับการดำเนินงานด้านสุขภาพคือ ฐานข้อมูลด้านประชากรที่มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญในพม่า ดังนั้นจึงมีกลุ่มองค์กรชุมชนจำนวนมากที่เข้ามามีส่วนร่วมกันดำเนินการสำรวจอัตราการเจ็บป่วยและการตายย้อนหลัง¹⁷ การสำรวจเหล่านี้ได้ช่วยให้เกิดการจัดทำบันทึกการระบุขนาดของผลกระทบที่เกิดจากความขัดแย้งและการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวางที่ส่งผลกระทบต่อเรื่องสุขภาพ¹⁸ การดำเนินงานเหล่านี้เป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพ ช่วยให้มีการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานด้านสุขภาพ¹⁹ และช่วยให้ได้สถิติข้อมูลด้านประชากรที่ถูกต้องแม่นยำมากกว่าแหล่งข้อมูลของทางการพม่าที่มีอยู่ และยังช่วยให้เพิ่มความเข้าใจในภาวะวิกฤติสุขภาพของพม่าที่ส่งผลกระทบต่อภูมิภาคด้วย

กุญแจสำคัญในการทำงานขององค์กรสุขภาพท้องถิ่นเหล่านี้คือพวกเขาเป็นกลุ่มที่มีทั้งความยืดหยุ่นและลงหลักปักฐานอยู่ในชุมชนที่พวกเขาทำงานอยู่ ทำให้สามารถปรับตัวต่อสภาพความท้าทายต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดหมายในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศพม่าได้ แม้ว่าบางครั้งอาจต้องเผชิญกับการคุกคามต่างๆ ที่ทำให้ชุมชนต้องอพยพโยกย้าย รวมทั้งทำให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขต้องหยุดชะงักไป แต่ในไม่ช้าพวกเขาก็สามารถย้อนกลับมาดำเนินการต่อไปได้ในเวลาไม่นาน

¹⁵ Burmese Border Guidelines. 2007. Available at http://burmalibrary.org/docs4/BBG_2007-Eng.pdf

¹⁶ Adam K. Richards, Kristin Banek, Luke C Mullany et al. Cross-border malaria control for internally displaced persons: observational results from a pilot programme in eastern Burma/Myanmar. *Tropical Medicine and International Health*. Vol 14, No 5, pp 512–521. May 2009.

¹⁷ Lee TJ, Mullany LC, Richards AK, Kuiper HK, Maung C, Beyrer C. Mortality rates in conflict zones in Karen, Karenni, and Mon States of eastern Burma. *Tropical Medicine and International Health*. Vol 11, No 7, pp 1119–1127. July 2006.

¹⁸ Mullany LC, Richards AK, Lee TJ, et. al. Application of population-based survey methodology to quantify associations between human rights violations and health outcomes in eastern Burma. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2007;61:908-914.

¹⁹ Luke C. Mullany, Catherine I. Lee, Lin Yone et al. Access To Essential Maternal Health Interventions and Human Rights Violations among Vulnerable Communities in Eastern Burma. *PLoS*. 2008.



ในปี พ.ศ. 2552
องค์กรสุขภาพชุมชน
ในภาคตะวันออก
ของประเทศพม่า
ได้กำหนดเป้าหมาย
ในการให้บริการแก่
ประชากรมากกว่า
376,000 คน

ข้างบน: หน่วยงานสาธารณสุขชุมชนขณะทำงานอยู่ในรัฐฉานทางตอนใต้
ข้างล่าง: ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชนในรัฐกะเหรี่ยง



ระเบียบวิธี

การสุ่มตัวอย่าง

มีการปรับปรุงวิธีสำรวจกลุ่มฐานประชากรตามมาตรฐานเพื่อให้สามารถรองรับความไม่แน่นอนของแต่ละพื้นที่ซึ่งอาจไม่สามารถทำการสำรวจได้จนเสร็จสิ้น ขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชากรจำนวน 325,094 คน และครัวเรือน 57,950 ครัวเรือนในพื้นที่บริการที่กำหนดไว้ของกลุ่มองค์กรท้องถิ่น 10 องค์กรใน 4 รัฐ และ 2 ภาคของพม่า การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างทำให้ได้ตัวอย่างจำนวนครัวเรือนอยู่ที่ 8,190 ครัวเรือนจากการสำรวจใน 273 หมู่บ้าน ซึ่งจะมีการสุ่มคัดเลือกไว้ จากนั้นผู้สำรวจก็ได้สุ่มเลือกครัวเรือนจำนวน 30 ครัวเรือนจากแต่ละหมู่บ้าน

การออกแบบเครื่องมือที่ใช้สำรวจและการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น

ในการสำรวจได้มีการขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามให้การยินยอมให้สัมภาษณ์ด้วยปากเปล่า และผู้สำรวจได้สัมภาษณ์ตามแนวทางการสำรวจโดยสัมภาษณ์ผู้หญิงที่มีบุตรอายุน้อยที่สุดในหลังคาเรือนนั้น ในกรณีที่ไม่สามารถสัมภาษณ์ได้ควรสัมภาษณ์ผู้หญิงที่มีบุตรอายุมากกว่าถัดจากกรณีแรก และในกรณีที่ไม่มีผู้หญิงควรสัมภาษณ์ผู้ชายที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนแทน ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้ข้อมูลเพศและอายุของสมาชิกทั้งหมดในครัวเรือนที่ยังคงมีชีวิตอยู่ เช่นเดียวกับเพศและอายุของสมาชิกทั้งหมดในครัวเรือนที่เสียชีวิตไปในปีก่อนหน้าการสำรวจ (ยกเว้นการแท้งตามธรรมชาติ การทำแท้งโดยเจตนา และการตายของเด็กในครรภ์ก่อนคลอด) การเก็บรวบรวมข้อมูลด้านประวัติอนามัยการเจริญพันธุ์ดำเนินการในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิง คำถามส่วนใหญ่เป็นการถามย้อนกลับไปในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ยกเว้นเรื่องท้องร่วง (ภายในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ) การบริโภคผงน้ำเกลือแร่ (ภายในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ) การได้รับการเสริมวิตามิน A (ภายในช่วง 6 เดือนก่อนการสำรวจ) และการได้รับบาดเจ็บจากกับระเบิด (ภายในช่วง 15 ปีก่อนการสำรวจ) การประเมินภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรงทำโดยใช้วิธีการประเมินภาวะโภชนาการด้วยการหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับน้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบวงแขน (Measuring mid-upper Arm Circumference (MUAC) และการตรวจหาเชื้อมาลาเรียพลาสมาเดียม ฟัลซิพารัม (Pf) ตรวจด้วยการใช้ชุดเครื่องมือตรวจวินิจฉัยโรคมมาลาเรียแบบรวดเร็ว (Paracheck rapid diagnostic tests) (ชุดเครื่องมือจาก Orchid Biomedical Systems, Goa ประเทศอินเดีย) Surveyors were instructed to conduct ผู้สำรวจได้สัมภาษณ์ตามแนวทางการสำรวจโดยผู้สำรวจได้สัมภาษณ์ตามแนวทางการสำรวจโดยทำการตรวจวินิจฉัยโรคมมาลาเรียฯ (Paracheck tests) ในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามที่เป็นผู้ใหญ่ (โดยเน้นผู้หญิง) ในทุกๆ ครัวเรือน

ลำดับที่ 5 รวมทั้งมีการตรวจสอบสารไอโอดีนในเกลือด้วยชุดทดสอบมาตรฐาน

การอบรมผู้สำรวจ

ในปลายปี พ.ศ. 2551 ผู้สำรวจ 45 คน ได้รับการอบรมเทคนิคเฉพาะทางสำหรับการสำรวจครั้งนี้ รวมถึงวิธีการสัมภาษณ์และเทคนิคการสุ่มตัวอย่าง การให้คำนิยามของโรค ขั้นตอนการขอรับคำยินยอมในการสัมภาษณ์ การประเมินภาวะโภชนาการด้วยการหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับน้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบวงแขน (mid-upper arm circumference (MUAC) measurements) และการใช้ชุดเครื่องมือตรวจวินิจฉัยโรคมมาลาเรียแบบรวดเร็ว (Paracheck rapid diagnostic tests)

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคมปี พ.ศ. 2551 จนถึงเดือนมกราคมปี พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นมีการตรวจสอบความถูกต้องและแม่นยำของข้อมูล และจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล โดยได้มีการจัดทำแผนข้อมูลการประเมินภาวะโภชนาการฯ (MUAC) ตามมาตรฐานด้านการเจริญเติบโตของเด็กจากองค์การอนามัยโลก และแยกระดับความรุนแรงโดยค่ามาตรฐานของสำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ ในส่วนอัตราการตายใช้วิธีการนำเอาข้อมูลของทุกพื้นที่มารวมกัน และให้น้ำหนักโดยการคำนวณอัตราส่วนของกลุ่มประชากรในแต่ละช่วงชั้น และจัดรวมกลุ่มตามกลุ่มตัวอย่างที่ออกแบบไว้

ข้อจำกัด

ในการสัมภาษณ์จะเน้นการย้อนนึกถึงเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการจำของผู้ตอบแบบสอบถาม และเป็นไปได้ว่าอาจเกิดการคลาดเคลื่อนในการให้ข้อมูล ทั้งในเรื่องของจำนวนครั้ง ประเภทของโรค หรือความทุกข์ทรมานจากการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในช่วงเวลาที่ย้อนกลับไปเพื่อขอให้ตอบคำถาม (โดยเฉพาะในกรณีที่คำถามเป็นเรื่องเกี่ยวกับการบาดเจ็บจากกับระเบิดซึ่งถามย้อนหลังไปถึง 15 ปี) ส่งผลให้ผลการสำรวจที่ได้รับต่ำกว่าเหตุการณ์ที่เป็นจริง

นอกจากนี้ยังอาจมีรายละเอียดบางส่วน ที่ตกหล่นไปจากการแปลแบบสอบถามระหว่างภาษาอังกฤษ พม่า กะเหรี่ยงสะกอ ลาหู่ ฉาน และมอญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคำถามเกี่ยวกับการ “ถูกบังคับ” ให้โยกย้ายที่อยู่อาศัยเนื่องจากภาวะความไม่มั่นคงปลอดภัยที่อาจถูกตีความได้หลายทาง ซึ่งโดยจุดประสงค์เดิมของคำถามนี้ก็เพื่อต้องการทราบจำนวนครัวเรือนที่ต้องโยกย้ายอันเนื่องมาจากการถูกคุกคามความปลอดภัยโดยผู้มีอำนาจ หรือถูกบังคับให้โยกย้ายด้วยการใช้กำลังจากผู้มีอำนาจ อย่างไรก็ตาม มีความเป็นไปได้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามอาจให้ข้อมูลเฉพาะคำถามในส่วนการเลือกที่จะโยกย้ายด้วยความหวาดกลัวหรือเนื่องจากขาดการคุ้มครองดูแลความปลอดภัย โดยไม่ได้ให้ข้อมูลในกรณีที่พวกเขาถูกบังคับ

ให้โยกย้ายจากการใช้กำลังของทหารหรือเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจ

การสำรวจนี้ได้เก็บข้อมูลจากพื้นที่ทั้งหมดในช่วงฤดูแล้ง จึงส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยค่อนข้างคงที่ อาทิ กลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยมาลาเรีย และท้องร่วง ซึ่งหากทำการสำรวจในช่วงฤดูฝนอาจจะพบว่า มีตัวเลขที่สูงกว่านี้ได้ จึงควรนำเอาผลตัวเลขที่ได้ไปเปรียบเทียบกับ การสำรวจที่ดำเนินการในช่วงฤดูอื่นๆ ด้วย อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจที่ได้รับถือเป็น การจำลองสถานการณ์ที่ดีที่สุดของตัวชี้วัด ด้านสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มนี้

การสำรวจมีเป้าหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลและความเชื่อมโยงของการละเมิดสิทธิมนุษยชนและตัวชี้วัดด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม สืบเนื่องจากแบบสอบถามที่มีลักษณะเปิดกว้าง คำถามเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนจึงถูกจัดทำไปแบบง่ายๆ และแบบสอบถามก็ไม่ได้รวมเอาคำถามเกี่ยวกับอัตลักษณ์หรือความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันระหว่างผู้กระทำความรุนแรงกับผู้ถูกละเมิด และไม่ได้ให้รายละเอียดที่ชัดเจนเกี่ยวกับเหยื่อที่ถูกล่วงละเมิด นอกจากนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามจะถูกสัมภาษณ์ในเรื่องเฉพาะที่แตกต่างออกไปจากการถูกละเมิดที่พบเห็นทั่วไป และการถูกล่วงละเมิดเหล่านี้ ไม่ได้หมายรวมถึงการล่วงละเมิดทั้งหมดที่เกิดขึ้นภายในพื้นที่ซึ่งมีการสำรวจ

รายงานฉบับนี้แสดงอัตราส่วนความสัมพันธ์ระหว่าง อัตราการตาย ความเจ็บป่วยและการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่มีความเป็นไปได้ และไม่สามารถนำมาตีความในลักษณะที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องเป็นผลกันโดยตรง และอัตราส่วนนี้ไม่ได้ถูกนำไปปรับแก้ไขเพื่อใช้แสดงถึงปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กัน สถิติส่วนใหญ่ในรายงานเป็นการ

นำเอาตัวเลขจากพื้นที่ต่างๆ มารวมกัน ซึ่งแต่ละพื้นที่ก็มีสถานการณ์ทางการเมืองที่แตกต่างกันมาก อีกทั้งยังมีการให้บริการสุขภาพหลายระดับ ผลที่ได้จึงให้ข้อเท็จจริงที่หลากหลายเมื่อนำมาวิเคราะห์ จึงควรแยกตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์

เนื่องจากพื้นที่ซึ่งดำเนินการสำรวจอยู่ในพื้นที่บริการขององค์กรที่เข้าร่วมในการสำรวจ จึงมีความเป็นไปได้ว่าขอบเขตของตัวอย่างที่สุ่มเลือกไม่ได้ครอบคลุมไปถึงพื้นที่ซึ่งไม่ปลอดภัยในการให้บริการ นอกจากนี้ในบางพื้นที่

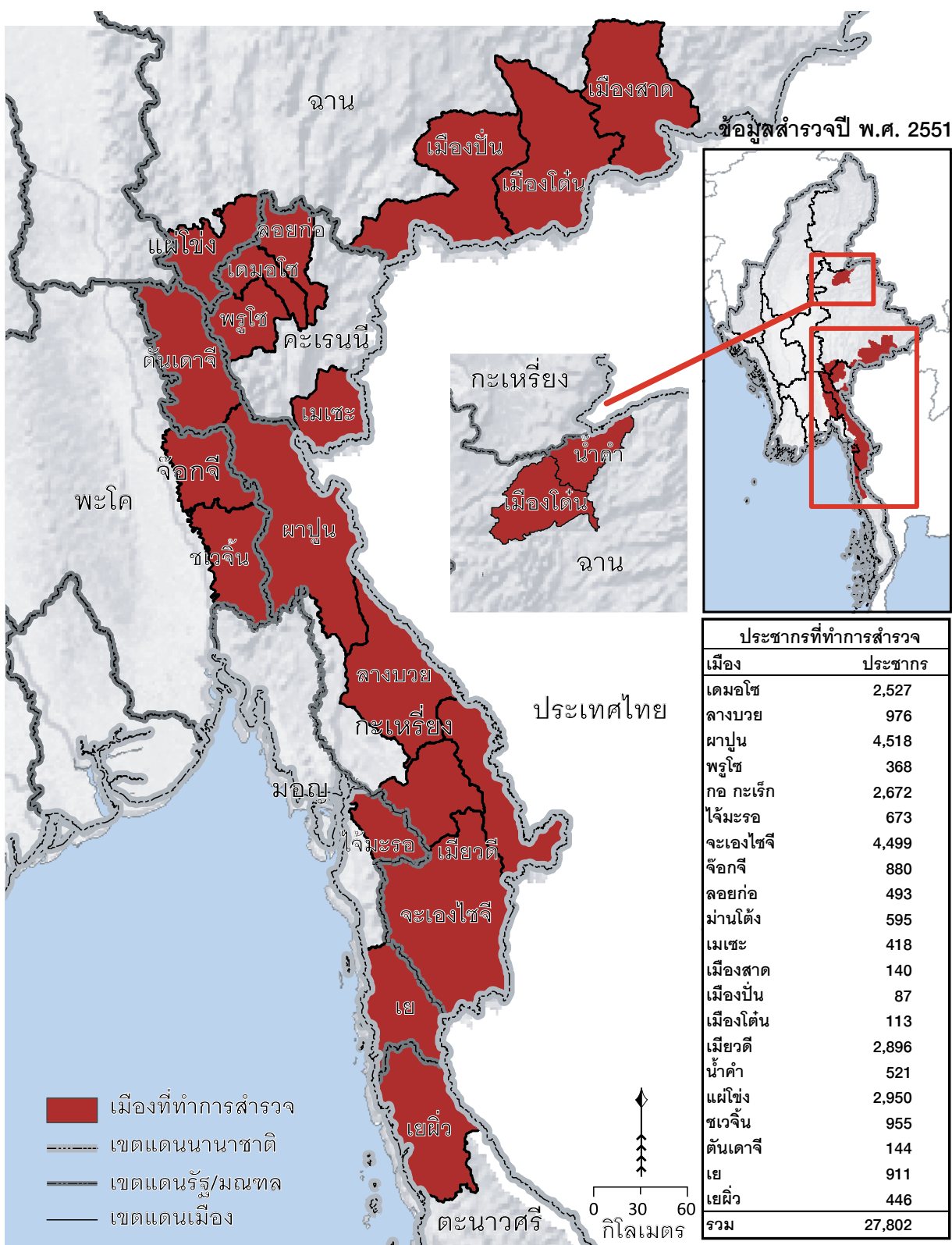
ซึ่งสถานการณ์ไม่ปลอดภัยยังส่งผลให้ไม่สามารถส่งข้อมูลกลับมาได้ เมื่อพิจารณาจากข้อจำกัดเหล่านี้แล้ว ผลการสำรวจที่ได้รับกลับมาทั้งหมดจึงยังไม่ได้เป็นภาพของสถานการณ์ซึ่งเลวร้ายที่สุด

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขของพม่าได้ถูกนำมาใช้เปรียบเทียบ ในรายงานฉบับนี้ กระทรวงสาธารณสุขของพม่า ได้เผยแพร่ข้อมูลตัวเลขเกี่ยวกับภัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในประเทศเป็นระยะๆ ซึ่งมักเป็นการแสดงให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นจากปีก่อนหน้านั้น และยังไม่ได้ชัดเจนว่า ตัวเลขเฉลี่ยของประเทศซึ่งเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2550 ได้รวมเอาตัวเลขของรัฐในภาคตะวันออกเฉียงเข้าไว้ด้วยหรือไม่ แม้ว่าตัวเลขสถิติทางการที่เผยแพร่จะมีการจำแนกออกมาตามรัฐก็ตาม (ซึ่งแสดงว่ามีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากระดับย่อยภายในรัฐ) แต่ก็ยังคงถือว่าเป็นเพียงหลักฐานเล็กน้อยที่แสดงว่ามีการดำเนินงานสาธารณสุขต่างๆ ของรัฐอยู่ในพื้นที่ที่มีการสำรวจนี้ ทำให้เป็นไปได้ยากที่จะยืนยันได้แน่ชัดว่าข้อมูลเหล่านี้ได้เคยถูกเก็บรวบรวมและนำไปรวมไว้แล้วกับตัวเลขที่รายงาน โดยกระทรวงสาธารณสุขของพม่า



ผู้ให้บริการสาธารณสุขชุมชน
กำลังใช้ชุดเครื่องมือตรวจวินิจฉัย
โรคมาลาเรียแบบรวดเร็ว
เพื่อตรวจหาพาหะ
ในรัฐกะเหรี่ยง

พื้นที่สำรวจ



ในช่วงเดือนกันยายนปี พ.ศ. 2551 ถึงมกราคมปี พ.ศ. 2552 ผู้สำรวจ 45 คนได้เดินทางไปใน 221 หมู่บ้าน (จากแผนที่วางไว้ 276 หมู่บ้าน) กระจายอยู่ใน 21 เมือง ใน 4 รัฐ 2 มณฑลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยทำการสุ่มคัดเลือกครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้านเพื่อทำการสำรวจ ผู้สำรวจได้เข้าถึงครัวเรือนจำนวน 6,372 ครัวเรือน จาก 8,430 ครัวเรือนที่วางแผนไว้ โดยมีครัวเรือนจำนวน 6,181 ครัวเรือนที่ยินยอมเข้าร่วมในการสำรวจ ทำให้มีอัตราการยินยอมให้สำรวจอยู่ที่ร้อยละ 97.0 การวิเคราะห์ที่แสดงในรายงานฉบับนี้ใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 5,754 ครัวเรือน และไม่รวมถึงการสำรวจในค่ายผู้พลัดถิ่นภายในประเทศ

การสำรวจนี้ทำในหลายพื้นที่ ทั้งพื้นที่สุรบ พื้นที่ซึ่งอยู่ภายใต้การผลิตเปลี่ยนการควบคุมระหว่างการเมืองและการทหาร รวมทั้งพื้นที่ซึ่งอยู่ในภาวะสุรบบแบบประปรายอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากสภาพความไม่ปลอดภัยในพื้นที่ที่มีการสำรวจ ส่งผลให้บางพื้นที่ต้องยกเลิกไป นอกจากนี้ในขณะลงพื้นที่สำรวจ หากพบว่าหมู่บ้านที่เลือกไว้มีความไม่ปลอดภัยที่จะทำการสำรวจ ผู้สำรวจได้มีแนวปฏิบัติให้เลือกหมู่บ้านที่มีความปลอดภัยและอยู่ใกล้ที่สุดแทน ทั้งนี้สถานการณ์ความไม่ปลอดภัยในพื้นที่สุรบบยังส่งผลให้ไม่สามารถส่งข้อมูลการสำรวจกลับมาอีกด้วย

ค่าเฉลี่ยของครัวเรือนต่อหมู่บ้านคือ 28.6 ครัวเรือน และค่าเฉลี่ยของสมาชิกในครัวเรือนคือ 5 คน

พื้นที่สำรวจที่ได้วางแผนไว้และที่ได้ทำการสำรวจจริง

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ที่วางแผนไว้	ที่ดำเนินการจริง
จำนวนหมู่บ้าน	276	221
จำนวนครัวเรือน	8,430	6,372
จำนวนครัวเรือนทั้งหมดที่ยินยอม	--	6,181
จำนวนครัวเรือนทั้งหมดที่รวมอยู่ในการวิเคราะห์ครั้งนี้	--	5,754
จำนวนร้อยละของหมู่บ้านที่ได้ดำเนินการสำรวจตามที่วางแผนไว้	--	80.1%
จำนวนร้อยละของครัวเรือนทั้งหมดที่ได้ดำเนินการสำรวจตามที่วางแผนไว้	--	75.6%
จำนวนร้อยละของอัตราการตอบแบบสำรวจ	--	92.2%

ตารางข้างล่างนี้แสดงให้เห็นขอบเขตของการสำรวจกลุ่มประชากรตัวอย่าง จำแนกตามภาคและกลุ่มชาติพันธุ์ และจำนวนของครัวเรือนและหมู่บ้านที่วางแผนทำการสำรวจไว้เปรียบเทียบกับจำนวนที่เข้าถึงได้

จำนวนครัวเรือนต่อเมือง

รัฐ/มณฑล	เมือง	ครัวเรือน
พะโค	จ็อกจี	163
พะโค	ชเวจี	167
คะเรนนี	เดมอโซ	465
คะเรนนี	ลวยก่อ	106
คะเรนนี	เมเซะ	89
คะเรนนี	พรุโซ	61
กะเหรี่ยง	ลางบวย	171
กะเหรี่ยง	กอ กะเร็ก	616
กะเหรี่ยง	จะเองไซจี	1,078
กะเหรี่ยง	เมียวดี	660
กะเหรี่ยง	ผาปูน	808
กะเหรี่ยง	ตันเตาจี	30
มอญ	ใจมะยอ	208
มอญ	เย	178
ฉาน	มานโด้ง	99
ฉาน	เมืองป๋น	17
ฉาน	เมืองสาด	30
ฉาน	เมืองโตน	30
ฉาน	น้ำคำ	99
ฉาน	แผ่โขง	589
ตะนาวศรี	เยผั่ว	90
รวมทั้งหมด		5,754

ข้อสังเกต: ตารางและแผนที่ในรายงานฉบับนี้ใช้ชื่อเมืองและรัฐซึ่งเป็น “ทางการ” เพื่อช่วยในการเปรียบเทียบข้อมูลเท่านั้น ทั้งนี้การกำหนดเส้นแบ่งเขตนี้เป็นความเห็นของรัฐบาลทหารพม่าเท่านั้นและไม่ได้เป็นที่ยอมรับในกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งมีการใช้ชื่อเรียกเมืองและรัฐแตกต่างออกไปตามที่คนในท้องถิ่นใช้

ข้อค้นพบของรายงาน:

ลักษณะทางประชากร

อัตราการตาย

มาลาเรีย

ท้องร่วง

ภาวะขาดสารอาหาร

สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์

การละเมิดสิทธิมนุษยชน

การพลัดถิ่น

การทำลายและยึดครองอาหาร

การบังคับใช้แรงงาน

การบังคับให้ปลูกต้นสบู่ดำ (Jatropha)

ความรุนแรงและการคุกคามทางร่างกาย

การละเมิดสิทธิมนุษยชนและผลกระทบ

ต่อสุขภาพ





ลักษณะทางประชากร

ตัวชี้วัดหลัก

- ลักษณะประชากรในภาคตะวันออกของประเทศไทยมีอัตราการเกิดและอัตราการตายสูง และการไม่ปรากฏของจำนวนประชากรชายที่มีอายุต่ำกว่า 45 ปี
- ลักษณะในภาคตะวันออกของประเทศไทยสามารถเทียบเคียงได้กับเขตสงครามในปัจจุบัน อาทิ ซีเรีย ีโอน มากกว่าจะนำมาเทียบเคียงกับลักษณะประชากรของทั้งประเทศมา

ข้อค้นพบและการวิเคราะห์

ลักษณะของประชากรในกลุ่มที่ทำการสำรวจได้แสดงในประมิตประชากรด้านล่าง โดยแสดงเป็นกราฟแท่ง 2 แท่งติดกัน แท่งซ้ายแทนประชากรเพศชาย และแท่งขวาแทนประชากรเพศหญิง ประมิตประชากรของภาคตะวันออกในประเทศไทยมา ที่มีฐานกว้างและส่วนบนเรียวแคบขึ้นไปอย่างรวดเร็ว แสดงให้เห็นว่ามีอัตราการเกิดและการตายสูง โดยเฉพาะในส่วนของเด็กซึ่งมีช่วงชีวิตที่สั้น รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่พบได้ทั่วไปของพื้นที่ซึ่งไม่มีบริการหรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพพื้นฐาน โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ การป้องกัน และสุขภาพิบาล

การสำรวจพบว่าโดยรวมสัดส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุในภาคตะวันออกของประเทศไทยอยู่ที่ 0.989 แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยในกลุ่มช่วงอายุ 15 – 64 ปี มีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงอยู่ที่ 0.961 แต่ก็ยังต่ำกว่าในกลุ่มช่วงอายุ 15 – 45 ปี ซึ่งอยู่ที่ 0.938 ทำให้เห็น

ได้ชัดว่าผู้ชายในกลุ่มช่วงอายุนี้อาจหายไปซึ่งเป็นสถานการณ์ที่พบได้ในพื้นที่ซึ่งมีการสู้รบมาอย่างยาวนาน เนื่องจากชายหนุ่มเสียชีวิตจากถูกเกณฑ์เข้าร่วมกองกำลังทหารและการสู้รบ ตัวเลขนี้เทียบเคียงได้กับตัวเลข 0.92 ของกลุ่มช่วงอายุ 15 – 64 ปี ของประเทศซีเรีย ีโอน ซึ่งเป็นประเทศที่มีความขัดแย้งของสงครามกลางเมืองมาอย่างยาวนานจนถึงปัจจุบัน²⁰

อัตราการเกิดโดยประมาณ อย่างเป็นทางการของประเทศไทยมา คือ 21 คนต่อประชากร 1,000 คน ในขณะที่ตัวเลขจากชุมชนในภาคตะวันออกของประเทศไทยมาที่ทำการสำรวจคือ 35 คนต่อประชากร 1,000 คน²¹

ประมิตประชากรของพม่าภาคตะวันออกมีความแตกต่างอย่างชัดเจนจากประมิตประชากรที่เป็นทางการของทั้งประเทศ ซึ่งอัตราการเกิดและอัตราการตายในระดับประเทศของพม่าต่ำกว่าในภาคตะวันออกของประเทศไทย ส่งผลให้รูปร่างประมิตประชากรของประเทศไทยแตกต่างกันออกไปด้วย นอกจากนี้อัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงก็ดูมีความสมดุลมากกว่า โดยอัตราส่วนของกลุ่มอายุ 15 – 64 ปี คือ 0.99²²

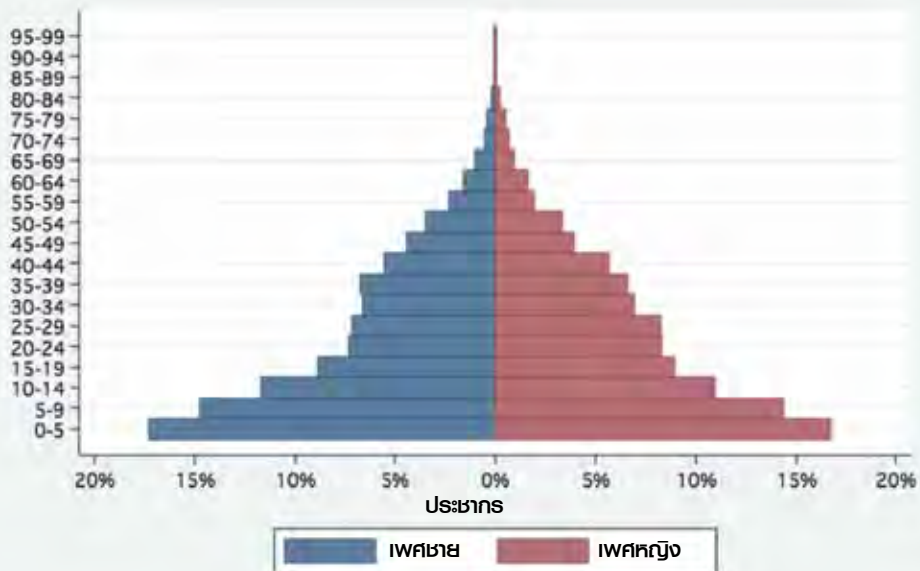
²⁰ CIA World Factbook, Field Listing: Sex Ratio. 2010 estimate.

²¹ United Nations Children's Fund. At a glance: Myanmar. Accessed August 4, 2010.

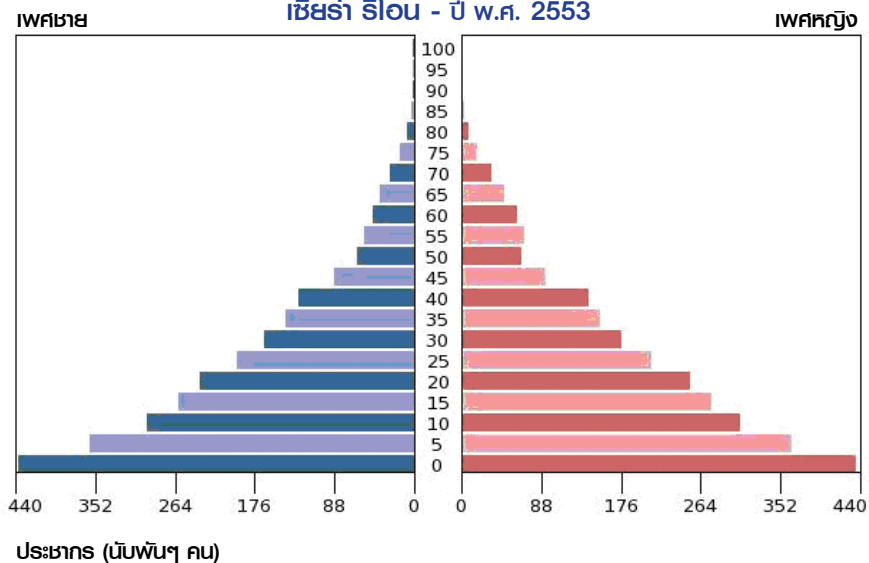
²² CIA World Factbook, Field Listing: Sex Ratio. 2010 estimate.

ภาคตะวันออกของประเทศไทยจำแนกตามอายุ

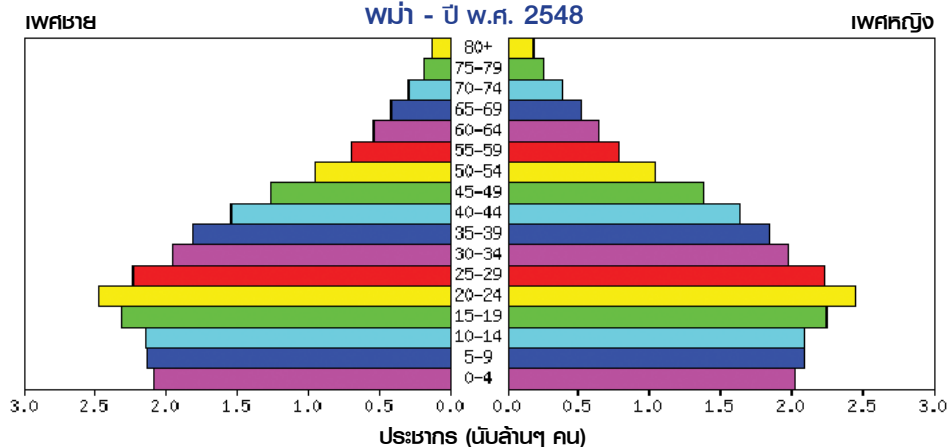
ปี พ.ศ. 2551



เขียร์่า ธิโอน - ปี พ.ศ. 2553



พม่า - ปี พ.ศ. 2548



อัตราการตาย

ตัวชี้วัดหลัก

- ร้อยละ 60.0 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ตายจากโรคที่สามารถป้องกันและรักษาได้
- อัตราการตายในภาคตะวันออกของประเศพม่าสูงกว่าอัตราของทั้งประเทศ

ข้อค้นพบและการวิเคราะห์

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาจากภาคตะวันออกของประเศพม่า ยืนยันว่ามีอัตราการตายสูงในกลุ่มประชากรที่สำรวจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงและเด็ก

อัตราการตาย

อัตราการตายของกลุ่มต่างๆ	ภาคตะวันออกของพม่า	ประเศพม่า	ประเทศไทย	เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษใหม่ของพม่าในปี 2558
อัตราการตายของแม่ (ต่อการเกิดรอด 100,000 ครั้ง)	721	240 ^a	48 ^a	50
อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ (ต่อเด็กที่รอดชีวิต 1,000 คน)	138	71 ^b	14 ^b	39
อัตราการตายของทารก (ต่อทารกที่รอดชีวิต 1,000 คน)	73	54 ^b	12 ^b	28

^a แหล่งข้อมูล : แนวโน้มการตายของแม่ : จากปี พ.ศ. 2533 - 2551 โดยองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2553 เป็นอัตราส่วนสำหรับปี พ.ศ. 2551

^b แหล่งข้อมูล : ระดับและแนวโน้มการตายของเด็ก UNICEF ปี พ.ศ. 2553 เป็นอัตราส่วนสำหรับปี พ.ศ. 2552

สาเหตุการตายในพื้นที่สำรวจ

	เด็กต่ำกว่า 5 ขวบ (ร้อยละ)	ทุกช่วงอายุ (ร้อยละ)
มาลาเรีย	27.7	24.7
ท้องร่วง	17.4	14.9
ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอย่างรุนแรง	14.9	19.5
บาดเจ็บจากกับระเบิด	0.0	0.6
บาดแผลจากการถูกยิง	0.0	1.7
อาการสืบเนื่องจากการตั้งครรภ์	0.0	2.2
อาการเกี่ยวกับเด็กแรกเกิด	27.2	11.4
อื่นๆ	12.9	24.9
รวมทั้งหมด	100.0	100.0

โดยรวม สาเหตุหลักๆ ของการตายในกลุ่มเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ โดยเป็นการตายจากมาลาเรียร้อยละ 27.7 ตามด้วยท้องร่วง (ร้อยละ 17.4) และภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรงในระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 14.9) และมีรายงานการตายของทารกที่เกิดขึ้นในระยะแรกเกิดร้อยละ 27.2 (ช่วง 28 วันแรกหลังคลอด)

ในภาพรวมของทุกกลุ่มอายุ มาลาเรียเป็นสาเหตุการตายถึง 1 ใน 4 ของการตายทั้งหมด (ร้อยละ 24.7) สาเหตุหลักอื่น คือ ภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอย่างรุนแรง (ร้อยละ 19.5) ตามมาด้วยท้องร่วง (ร้อยละ 14.9) และอีกร้อยละ 2.2 เป็นการตายที่สอดคล้องกับการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังมีการตายที่เป็นผลมาจากบาดแผล

ถูกยิงและกับระเบิดในอัตราส่วนเล็กน้อย คือร้อยละ 0.6 และร้อยละ 1.7 ตามลำดับ

อัตราการตายในภาคตะวันออกของประเทศพม่ามีความแตกต่างจากตัวเลขภาพรวมอย่างเป็นทางการของประเทศอย่างมาก โดยอัตราการตายของเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ขวบ ในพื้นที่ดังกล่าวคือ 138 คน ต่อเด็กที่รอดชีวิต 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าตัวเลขทางการของประเทศ ซึ่งระบุไว้ที่ 71 คนเท่านั้น และอัตราการตายของแม่ในพื้นที่สำรวจยังสูงกว่าเช่นกัน โดยอยู่ที่ 721 คนต่อทารกที่เกิดรอดชีวิต 100,000 คน สูงกว่าตัวเลขทางการของประเทศ ซึ่งอยู่ที่ 240 คน และมีความแตกต่างกันอย่างมากเมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านอย่างประเทศไทย ซึ่งมีอัตราการตายของแม่อยู่ที่ 48 คน ต่อทารกที่เกิดรอดชีวิต 100,000 คนเท่านั้น



ผู้ให้บริการสาธารณสุขชุมชน กำลังเชื่อมมาลาเรียในรัฐกะเหรี่ยง

ตัวชี้วัดหลัก

- มาลาเรียเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของทุกกลุ่มอายุ โดยเป็นสาเหตุการตายของเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ขวบ ถึงร้อยละ 27.7
- ในผู้หญิงทุกๆ 14 คนจะมีผู้หญิง 1 คนมีเชื้อมาลาเรียพลาสโมเดียม ฟัลซิพารัม (Pf) ซึ่งในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาถือว่า เป็นสายพันธุ์เชื้อมาลาเรียชนิดที่อันตรายที่สุด

ข้อค้นพบและการวิเคราะห์

มาลาเรียถือเป็นสาเหตุการตายเกือบ 1 ใน 4 (ร้อยละ 24.7) ของประชากรทุกกลุ่มอายุในพื้นที่สำรวจ และถือว่าเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อกลุ่มเด็ก เนื่องจากพบว่าเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ขวบที่เสียชีวิตด้วยมาลาเรียถึงร้อยละ 27.7 และผลจากการสำรวจ ณ ปัจจุบันแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนทั่วเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของเชื้อมาลาเรียพลาสโมเดียม ฟัลซิพารัม (Pf) อยู่ที่ร้อยละ 7.3 (พบผู้หญิงร้อยละ 95 ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และร้อยละ 93 ที่เป็นแม่) ซึ่งยืนยันได้ว่าการระบาดของมาลาเรียสูงมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของพม่า โดยรัฐต่างๆ ในเขตนี้มีอัตราความชุกของมาลาเรียแตกต่างกันไปอย่างเห็นได้ชัด โดยรัฐมอญมีอัตราความชุกต่ำสุดอยู่ที่ร้อยละ 1.5 ในขณะที่รัฐฉานมีความชุกสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 20.4

อัตราความชุกของมาลาเรีย แยกตามพื้นที่กลุ่มชาติพันธุ์

พื้นที่	ร้อยละ
ฉาน	20.4
พะโค	6.7
กะเหรี่ยง	4.9
มอญ	1.5
คะเรนนี	8.3
ตะนาวศรี	13.5

²³ World Health Organization - Regional Office for Southeast Asia. Malaria Situation in SEAR Countries - Myanmar. 2008.

²⁴ World Health Organization - Regional Office for Southeast Asia. Malaria Situation in SEAR Countries - Myanmar. Reported Malaria Morbidity (/1000) and Mortality Rate (/100,000) in Myanmar, 2000-2008.

²⁵ Adam K Richards, Linda Smith, Luke C Mullany et al. Prevalence of plasmodium falciparum in active conflict areas of eastern Burma: a summary of cross-sectional data. Conflict and Health. September 5, 2007.

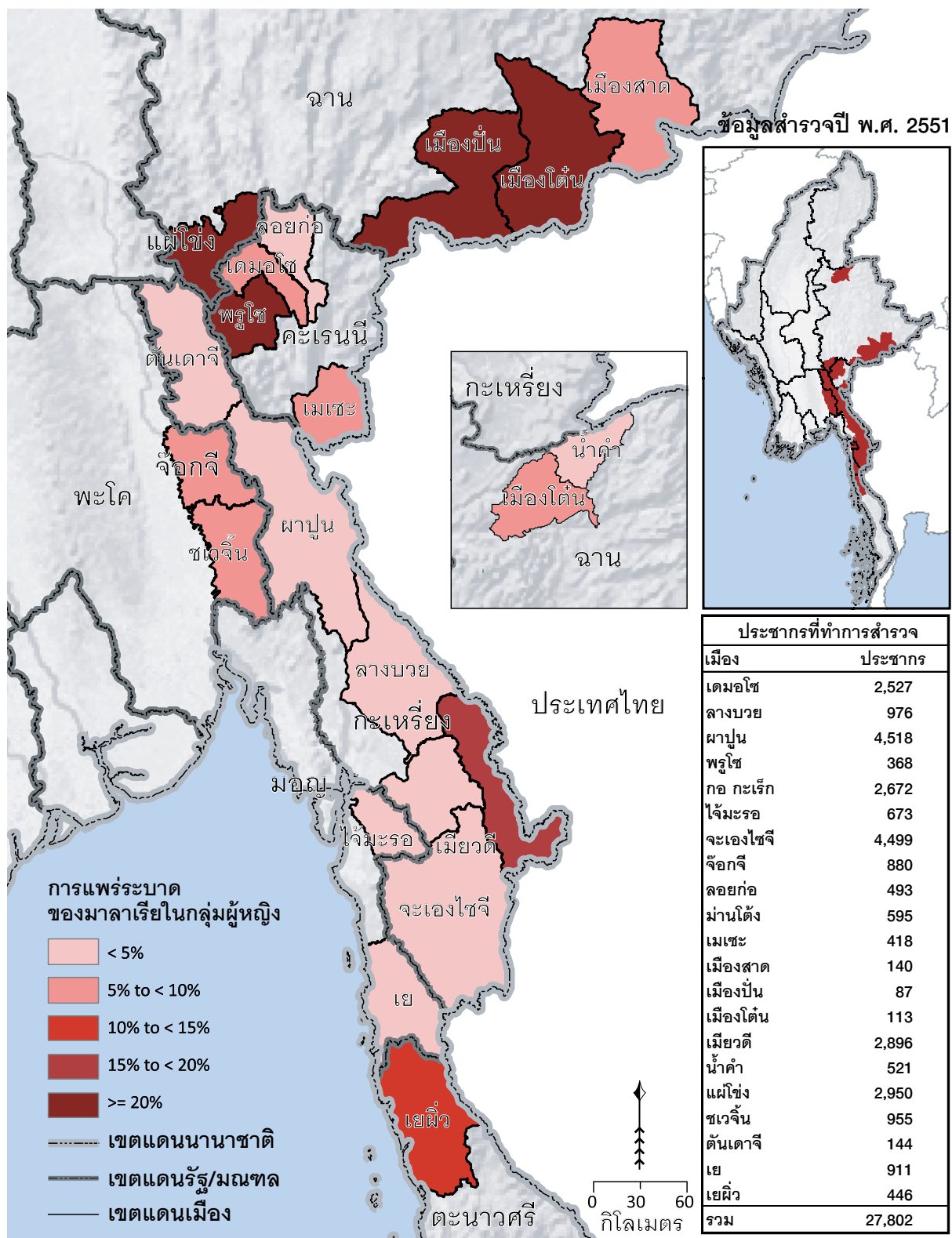
ตามรายงานตัวเลขที่เป็นทางการ พม่ามีส่วนของมาลาเรียจากเชื้อพลาสโมเดียม ฟัลซิพารัม (Pf) สูงที่สุด โดยมีจำนวนผู้ที่เสียชีวิตด้วยมาลาเรียและอัตราการตายจากมาลาเรียที่สูงที่สุดในทวีปเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้²³ (ในปี พ.ศ. 2551 มีผู้เสียชีวิต 1,088 คน)

กระทรวงสาธารณสุขพม่ารายงานสถานการณ์ระดับประเทศในปี พ.ศ. 2551 ว่ามีอัตราการตายด้วยมาลาเรียอยู่ที่ 2.7 ต่อประชากร 100,000 คน และอัตราการป่วยอยู่ที่ประมาณ 10.2 ต่อผู้ป่วย 1,000 ราย²⁴ อย่างไรก็ตาม เมื่อนำเอารายงานตัวเลขผู้ป่วยมาลาเรียในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของพม่าที่ได้รับการบันทึกไว้อย่างเป็นทางการมาเปรียบเทียบกับตัวเลขที่ได้จากองค์การสุขภาพชุมชนที่ทำงานอยู่ในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นตัวเลขที่ยืนยันจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจริง และพบได้ว่าตัวเลขของทั้งสองแหล่งนี้มีความแตกต่างกันอย่างมาก

ในปี พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขของพม่ารายงานยืนยันว่า ในรัฐกะเหรี่ยงมีผู้ป่วยด้วยมาลาเรียจำนวน 2,016 ราย ในขณะที่ในปีเดียวกัน องค์การสุขภาพชุมชน 2 แห่งที่ทำงานให้บริการแก่ผู้พลัดถิ่นในภายในประเทศจำนวน 300,000 คนในรัฐกะเหรี่ยง รายงานว่า ได้ให้การรักษาผู้ป่วยด้วยมาลาเรียจำนวน 27,000 คน²⁵ ความแตกต่างอย่างชัดเจนด้านสถิตินี้แสดงให้เห็นว่าผู้มีอำนาจในรัฐบาลพม่าได้รายงานสถิติทางสุขภาพที่ต่ำกว่าความเป็นจริงโดยตลอด

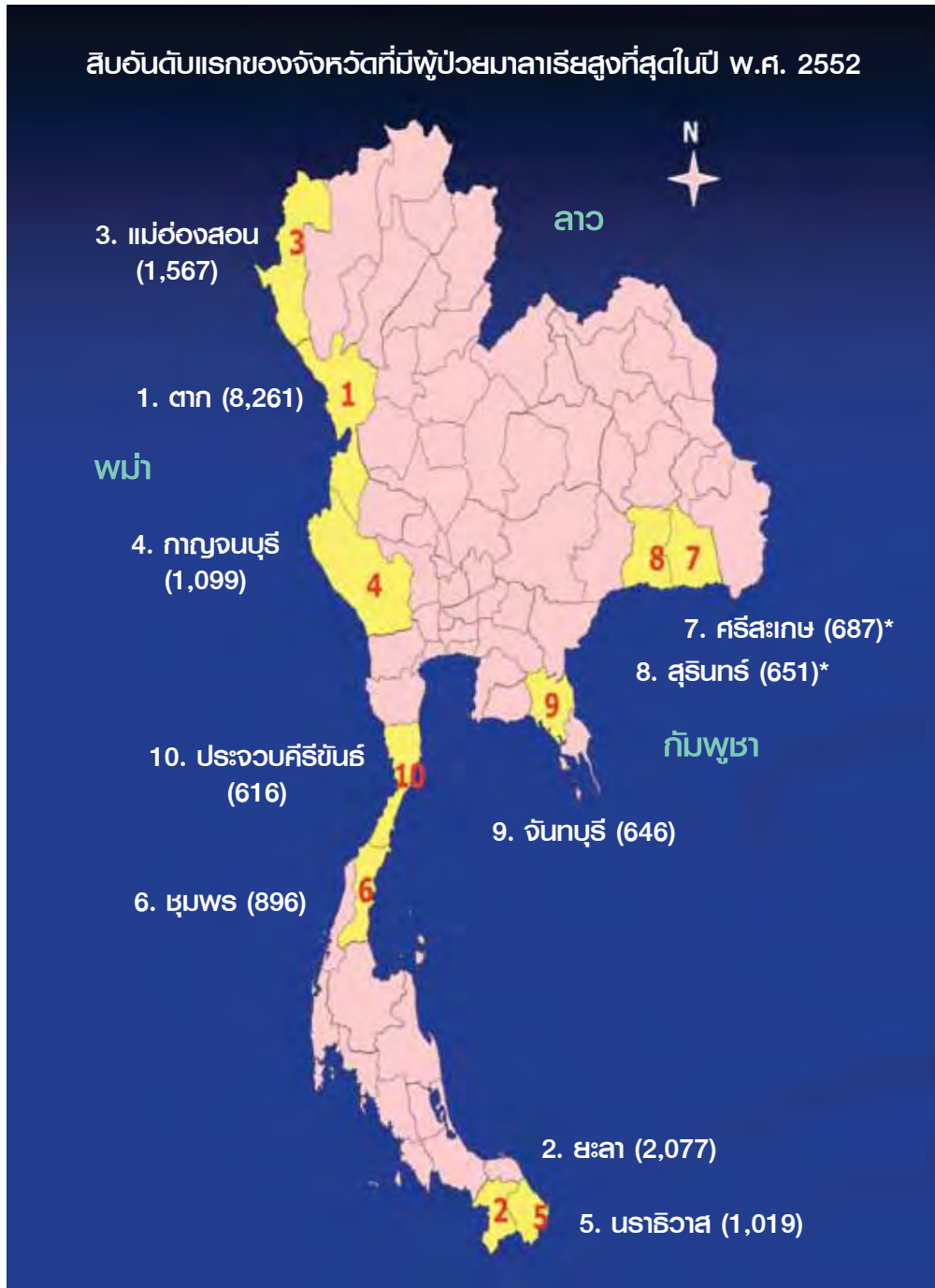
แผนที่แสดงการแพร่ระบาดของมาลาเรียในกลุ่มผู้หญิง แสดงให้เห็นว่ารัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของพม่ากำลังอยู่ในภาวะวิกฤติ การเกิดภาวะดื้อยาต่ออาร์ติมิซินิน ควบคู่ไปกับการย้ายถิ่นฐานที่มีอยู่สูงอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มความสนใจเรื่องนี้ โดยเฉพาะประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพและปัจจัยผลักดันที่ทำให้เกิดการอพยพย้ายถิ่น ข้อเท็จจริงต่างๆ

การแพร่ระบาดของมาลาเรียในกลุ่มผู้หญิง



ผู้ป่วยมาลาเรียในประเทศไทย

สิบอันดับแรกของจังหวัดที่มีผู้ป่วยมาลาเรียสูงสุดในปี พ.ศ. 2552



ที่มา: กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ในปัจจุบันนี้ได้แสดงให้เห็นสภาพการคุกคามที่รุนแรงมากขึ้นต่อระบบสาธารณสุขของภูมิภาคและนอกภูมิภาค โดยเฉพาะจังหวัดตากของประเทศไทย ซึ่งอยู่ติดกับรัฐกะเหรี่ยง และเป็นจังหวัดที่มีอัตราการป่วยด้วยมาลาเรียสูงที่สุดในประเทศไทย จังหวัดตากเป็นแหล่งที่อยู่อาศัยของผู้อพยพและแรงงานข้ามชาตินับแสนๆ คนจากรัฐในภาคตะวันออกของประเทศพม่า จากรายงานระดับจังหวัดในปีก่อนหน้านี้ระบุว่า มีอัตราการแพร่ระบาดของมาลาเรียในกลุ่มผู้อพยพชาวพม่าสูงกว่าประชากรไทยถึง 20 เท่า²⁶ โดยในประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยด้วยมาลาเรียมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55) เป็นแรงงานข้ามชาติ²⁷ สะท้อนให้เห็นว่าอัตราการแพร่ระบาดของมาลาเรียที่เพิ่มขึ้นในประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับการมีพรมแดนใกล้ชิดติดกับชายแดนประเทศพม่า²⁸

- ²⁶ Wiwanitkit V. High prevalence of malaria in Myanmar migrant workers in a rural district near the Thailand-Myanmar border. *Scand J Infect Dis* 2002, 34(3):236-237, cited in Adam K Richards, Linda Smith, Luke C Mullany et al. Prevalence of *Plasmodium falciparum* in active conflict areas of eastern Burma: a summary of cross-sectional data. *Conflict and Health*. September 5, 2007.
- ²⁷ Country Coordinating Mechanism (CCM) Thailand. Partnership towards malaria reduction in migrants and conflict-affected populations in Thailand. 2009.
- ²⁸ "Internally displaced human resources for health: village health worker partnerships to scale up a malaria control programme in active conflict areas of eastern Burma." *Global Public Health*. January 2009: Vol. 00, No. 0, Month 2008, pp. 1-13. Spatio-temporal distribution of *Plasmodium falciparum* and *p. Vivax* malaria in Thailand. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. March 2005: 72(3), 2005, pp. 256-262.



ผู้หญิงและเด็กกำลังรับมุ้งชุบเคลือบสารกำจัดยุงจากผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขในชุมชน

ตัวชี้วัดหลัก

- ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบที่เสียชีวิต มีเด็กเกือบ 1 ใน 6 รายที่มีลักษณะอาการท้องร่วง
- กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ มากกว่าร้อยละ 10 มีอาการท้องร่วงในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ

ข้อค้นพบและการวิเคราะห์

ท้องร่วงถือเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปในกลุ่มประชากรที่ทำการสำรวจ โดยมีประชาชนจำนวนร้อยละ 6.4 ที่ป่วยด้วยอาการท้องร่วงในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ในกลุ่มเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ขวบมีตัวเลขสูงกว่าถึงร้อยละ 10.7 และพบว่าอาการท้องร่วงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 (ร้อยละ 17.4) ของเด็กในกลุ่มอายุเดียวกัน และเมื่อเทียบกับทุกกลุ่มอายุ อาการท้องร่วงก็ยังคงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 (ร้อยละ 14.9) ตัวเลขที่สูงเหล่านี้สามารถลดลงได้ด้วยวิธีการง่ายๆ ด้วยการให้บริโภคผงน้ำเกลือแร่ (ORS) โดยการนำน้ำสะอาด เกลือและน้ำตาลมาผสมกัน ซึ่งมีราคาถูกและทำได้ง่ายๆ ในบ้าน²⁹ ภาวะสูญเสียแร่ธาตุและของเหลวระหว่างท้องร่วงนำไปสู่ภาวะขาดสารอาหาร และทำให้เสียชีวิตได้จากอาการที่ร่างกายขาดน้ำอย่างรุนแรง ด้วยเหตุนี้ทำให้ท้องร่วงกลายเป็นสาเหตุหลักของการขาดสารอาหารในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ³⁰ ในพื้นที่ทำการสำรวจพบว่ามีประชาชนน้อยกว่าครึ่ง (ร้อยละ 37.5) และเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ขวบเพียงร้อยละ 32.6 เท่านั้นที่มีอาการท้องร่วงแล้วได้ดื่มน้ำเกลือแร่



การขุดส้วมเป็นส่วนหนึ่งของงานสุขาภิบาลชุมชนในรัฐเคเรนนี่

ครัวเรือนจำนวนร้อยละ 48.7 ไม่มีส้วมและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ เมื่อพิจารณาข้อเท็จจริงที่ว่าทั่วโลกมีเด็กที่มีอาการท้องร่วงถึงร้อยละ 88 อันเป็นผลมาจากการขาดแคลนระบบสุขาภิบาล การขาดแคลนแหล่งน้ำสะอาดและการไม่มีสุขอนามัยที่ดีเพียงพอ³¹ แสดงให้เห็นได้ว่า อัตราท้องร่วงที่สูงของทั้งเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ และประชากรทุกกลุ่มอายุเกี่ยวข้องกับสัมพันธกับสัดส่วนของครัวเรือนจำนวนมากที่ไม่มีส้วมใช้

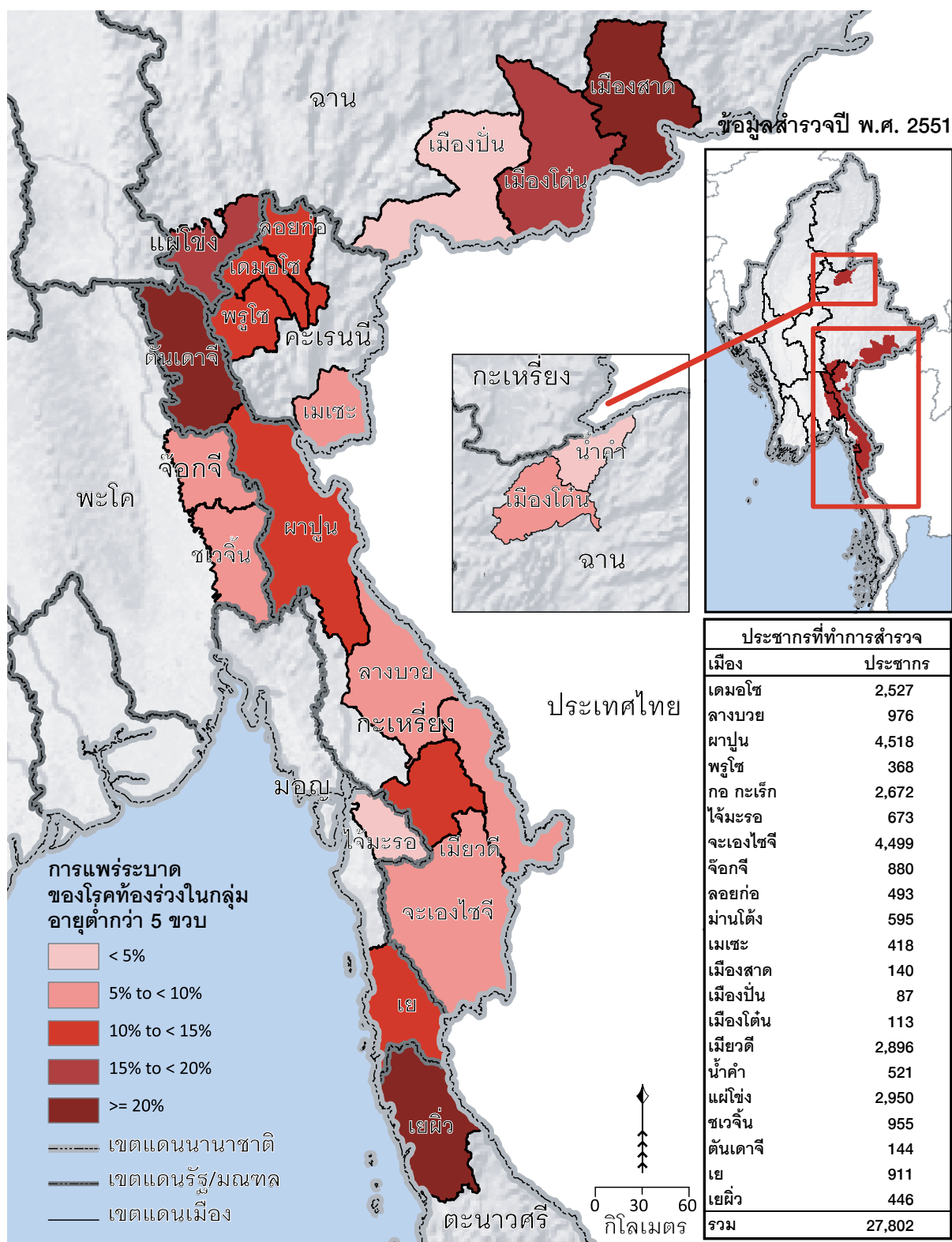
การเข้าถึงมาตรการเรียบง่ายที่มีค่าใช้จ่ายน้อยและมีประสิทธิภาพทำให้เรื่องการสร้างแหล่งน้ำและระบบสุขาภิบาลกลายเป็นปัญหาหลักที่สำคัญสำหรับองค์กรสุขภาพชุมชนที่จะต้องแก้ไข

²⁹ Cesar G. Victora, Jennifer Bryce, Olivier Fontaine et al. Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78: 1246–1255. 2000.

³⁰ World Health Organization. Fact Sheet: Diarrhoeal Disease. August 2009.

³¹ United Nations Children's Fund / World Health Organization. Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done. 2009.

การแพร่ระบาดของโรคท้องร่วงในกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ขวบ



ตัวชี้วัดหลัก

- ร้อยละ 41.2 ของเด็กมีภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรง
- อัตราการขาดสารอาหารอย่างรุนแรงของโลก (The Global Acute Malnutrition Rate) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของพม่าคือร้อยละ 12.6 บ่งชี้ให้เห็นภาวะวิกฤติทางโภชนาการตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก
- เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.1) ของครัวเรือนไม่มีเกลือไอโอดีนในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

ข้อค้นพบและการวิเคราะห์

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาระบบเพื่อประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของวิกฤติทางโภชนาการด้วยการใช้ตัวชี้วัดที่เรียกว่า อัตราการขาดสารอาหารอย่างรุนแรงของโลก (GAM) ทั้งนี้เมื่อใช้เครื่องมือการประเมินภาวะโภชนาการด้วยการหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับน้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบวงแขน (MUAC) แล้วพบว่า มีอัตราความชุกของภาวะขาดสารอาหารในระดับปานกลาง-รุนแรงอยู่ที่ ร้อยละ 10 - 14.9 สามารถพิจารณาได้ว่ากำลังอยู่ในภาวะวิกฤติทางโภชนาการขั้นรุนแรง และหากอัตราความชุกมีสูงกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15 สามารถพิจารณาได้ว่าสถานการณ์อยู่ในขั้นวิกฤติ ตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก หากมีอัตรา GAM ที่อยู่ระหว่างร้อยละ 10 - 15 สามารถพิจารณาได้ว่าจะเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินต่อมนุษยธรรมอย่าง “รุนแรง” และเป็นสัญญาณเตือนถึงความจำเป็นที่ต้องลงมือดำเนินการแก้ไขปัญหา การสำรวจครั้งนี้พบว่าอัตรา GAM ใน 3 เมือง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศพม่าอยู่ที่ร้อยละ 12.6 ซึ่งถือว่าอยู่ในสภาพที่เรียกว่า “วิกฤติ” ดังแสดงอยู่ในแผนที่อัตราการขาดสารอาหารอย่างรุนแรงในระดับโลก ผลการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการมาตรการด้านโปรแกรมการให้เครื่องอุปโภคบริโภคเสริมเข้าไป

ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาพบว่า มีครัวเรือนเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.1) ไม่มีเกลือไอโอดีนในบ้าน ซึ่งยังกับตัวเลขสถิติทางโภชนาการ

สหประชาชาติที่อ้างว่า มีครัวเรือนจำนวนร้อยละ 93 ที่มีเกลือไอโอดีนใช้³² ข้อค้นพบนี้เป็นหลักฐานที่แสดงถึงความจำเป็นในการดำเนินการสนับสนุนการให้อาหารเสริมและการรักษาด้วยการให้อาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย³³ หากพิจารณาว่าภาวะขาดสารไอโอดีนเป็นสาเหตุหลักในระดับโลกของโรคสมองเสื่อมที่สามารถป้องกันได้ และภาวะดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบอย่างเห็นได้ชัดต่อระดับสติปัญญาด้วย³⁴ การเข้าถึงเกลือไอโอดีนนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งยวดในการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ขวบ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะความพิการเล็กน้อย ภาวะด้อยทางสติปัญญา ภาวะต่อมไทรอยด์บกพร่อง และภาวะหยุดการเจริญเติบโต ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นตัวบ่งชี้ภาวะขาดสารอาหารเรื้อรัง³⁵ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะขาดสารไอโอดีนระดับเริ่มต้น จะส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงของการแท้งตามธรรมชาติและภาวะตัวอ่อนในครรภ์หยุดการเจริญเติบโต และยังส่งผลให้ตัวอ่อนในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจบกพร่องแต่กำเนิด³⁶

ในพื้นที่ซึ่งทำการสำรวจ พบว่ามีอัตราการให้วิตามิน A เสริมในเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 12 ปีอยู่ที่ ร้อยละ 20 ซึ่งขัดแย้งกันอย่างสิ้นเชิงกับตัวเลขโดยรวมร้อยละ 94³⁷ ที่รัฐบาลพม่าอ้างไว้ต่อกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ในปี พ.ศ. 2551 การขาดแคลนวิตามิน A เสริมสามารถส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อแม่และเด็ก โดยเฉพาะทำให้เกิดโรคตาบอดกลางคืนไปจนถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะติดเชื้อจากความเจ็บป่วยอื่นๆ ของเด็ก อาทิ โรคหัด และท้องร่วง อีกทั้งยังสัมพันธ์กับอัตราการตายกว่า ร้อยละ 20 ของแม่ทั่วโลกด้วย³⁸

ข้อค้นพบเหล่านี้บ่งชี้ว่า เมื่อเปรียบเทียบโดยรวมทั้งประเทศแล้ว ภาวะขาดสารอาหารเป็นเรื่องพบได้ทั่วไปในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศพม่า ซึ่งนำไปสู่ภาวะคุกคามอย่างรุนแรงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะทำให้เกิดภาระหนักในโรคติดเชื้อต่างๆ รวมทั้ง เชื้อมาลาเรีย ฟัลซิพารัม (Pf malaria) ในภูมิภาคนี้ของประเทศ

³² United Nations Children's Fund. At a glance: Myanmar. Accessed August 4, 2010.

³³ World Health Organization. The management of nutrition in major emergencies. 2000.

³⁴ World Health Organization. Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination. 2007.

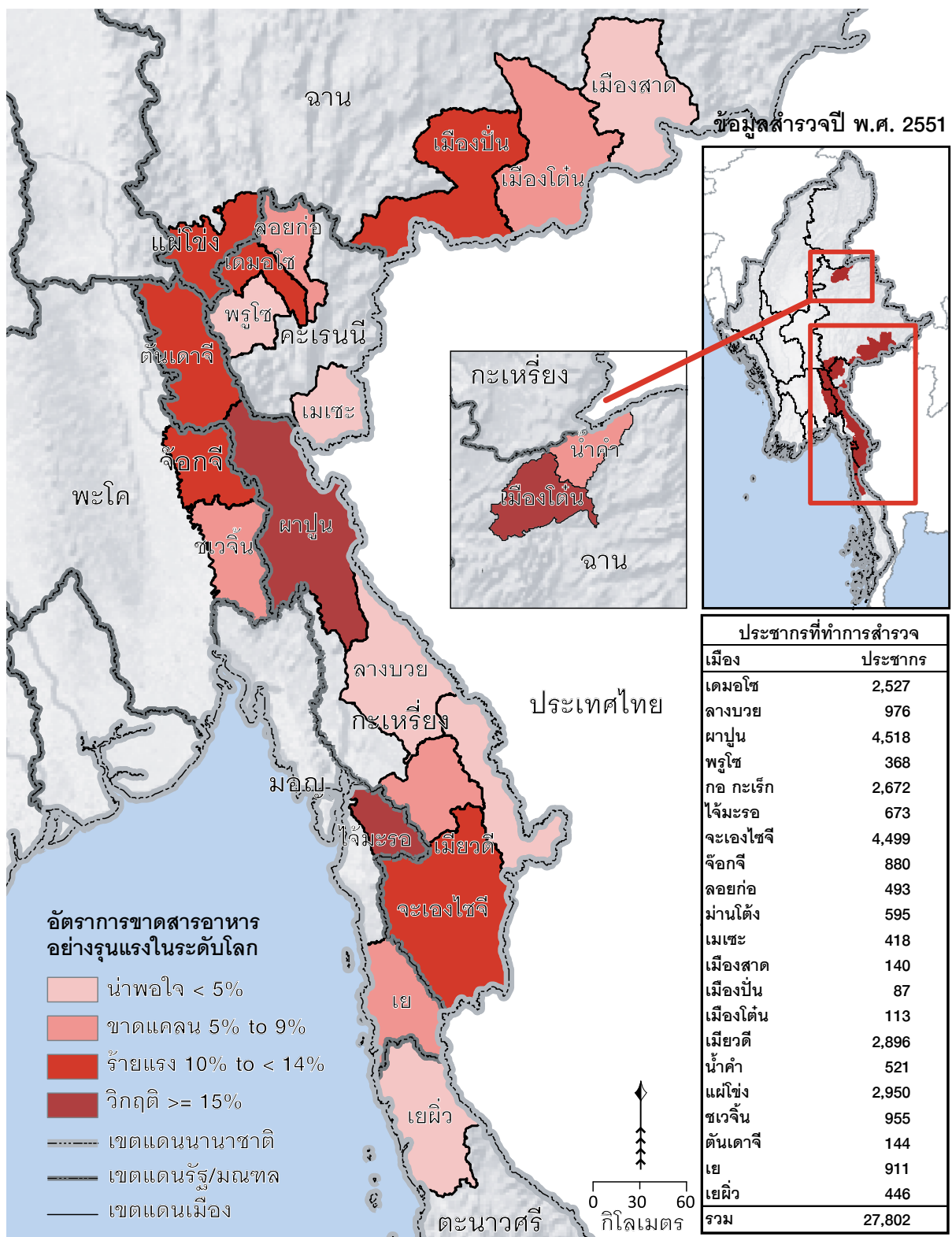
³⁵ Tanuja Rastogi, Colin Mathers. Global burden of Iodine Deficiency Disorders in the year 2000. 2000.

³⁶ Robert E Black, Lindsay H Allen, Zulfiqar A Bhutta et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet Series. 2008.

³⁷ United Nations Children's Fund. Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition. November 2009.

³⁸ World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals: Vitamin A Supplementation. Accessed 28 July 2010.

อัตราการขาดสารอาหารอย่างรุนแรงในระดับโลก





ข้างบน: ทารกที่อยู่ในภาวะขาดสารอาหารในรัฐมอญ

ข้างล่าง: ผู้ให้บริการสาธารณสุขชุมชนให้การรักษาคัดกรองในรัฐกะเหรี่ยง และ ผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคคอพอกในรัฐกะเหรี่ยง



สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์

ตัวชี้วัดหลัก

- จากการสำรวจพบผู้หญิงเพียงร้อยละ 14.7 ที่ได้รับธาตุเหล็กเสริมระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งล่าสุด ตามคำแนะนำของนานาชาติ
- ร้อยละ 78.2 ของผู้หญิงไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดสมัยใหม่ใดๆ เลย
- ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ร้อยละ 18 อยู่ในภาวะขาดสารอาหารทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย และเพิ่มความเสี่ยงอัตราการตายของทารก

ข้อค้นพบและการวิเคราะห์

วิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่ อาทิ ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือการฉีดฮอร์โมน ถือเป็นวิธีการที่ปลอดภัยที่สุดและให้ประสิทธิภาพผลมากที่สุด ในการป้องกันภาวะเสียชีวิตของแม่ และยังลดความเสี่ยงจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยอีกด้วย³⁹ แต่กลับพบว่า ผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์ ในการสำรวจพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศพม่าเพียงร้อยละ 21.8 ที่ให้ข้อมูลว่าใช้วิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่แบบใดแบบหนึ่ง ซึ่งขัดแย้งกับตัวเลขที่เป็นทางการที่เผยแพร่โดยองค์การอนามัยโลก ที่อ้างว่ามีถึงร้อยละ 37 ของผู้หญิงพม่าทั่วประเทศที่เข้าถึงบริการ คุมกำเนิด⁴⁰ ในการสำรวจครั้งนี้ยังพบว่าในกลุ่มผู้หญิงที่ใช้วิธีการ คุมกำเนิด มีการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด (Depo-Provera) มากที่สุดคือ ร้อยละ 12.8 ตามมาด้วยการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 7.9

การให้ธาตุเหล็กเสริมในระหว่างการตั้งครรภ์ถือเป็นวิธีการที่ง่าย และมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความเสี่ยงเรื่องภาวะโลหิตจางของแม่ ซึ่งภาวะดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นทั้งในเรื่องการ คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย และการตาย ในเด็กทารก⁴¹ และยังเพิ่มความเสี่ยงของการเจ็บป่วยและการตาย อันเนื่องมาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะรกหลุดลอก ภาวะ รกเกาะต่ำ และภาวะติดเชื้อหลังคลอด นอกจากนี้ยังเป็นวิธีที่สามารถ ช่วยรักษาชีวิตของผู้หญิงในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศพม่า ซึ่งพบว่าผู้หญิงที่มีภาวะโลหิตจางในอัตราสูงถึงร้อยละ 61.1 จาก รายงานการสำรวจชิ้นหนึ่ง⁴² มีผู้หญิงเพียงร้อยละ 41.1 ที่ให้ข้อมูล ว่า ได้รับธาตุเหล็กเสริมในช่วงการตั้งครรภ์ครั้งล่าสุด และมีผู้หญิง เพียงร้อยละ 14.7 ในการสำรวจได้รับธาตุเหล็กเสริมอย่างน้อย 90 วัน ตามช่วงเวลาที่ต้องการอนามัยโลกให้คำแนะนำไว้

ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่การสำรวจพบว่าร้อยละ 18.0 ของผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์อยู่ในภาวะขาดสารอาหาร ทำให้ เกิดความเสี่ยงต่อภาวะตัวอ่อนในครรภ์เจริญเติบโตช้า และการให้ กำเนิดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย⁴³ ซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่ถือได้ว่าเป็น สาเหตุของการตายของทารกในระยะแรกเกิดถึงร้อยละ 70⁴⁴

ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศพม่า การให้กำเนิดทารกโดยเข้าไม่ถึง การดูแลที่ดีพอ เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นทั่วไป สถานการณ์ที่อันตราย ดังกล่าวได้สะท้อนผ่านคำบอกเล่าต่อไปนี้

³⁹ World Health Organization. Health Benefits of Family Planning. 1995.

⁴⁰ World Health Organization. Global Health Observatory (GHO). Health-related Millennium Development Goals (MDGs). Country Profile Myanmar. General Health Statistical Profile. 2010.

⁴¹ Brabin BJ, Hakimi M, Pelletier D. An analysis of anemia and pregnancy-related maternal mortality. Journal of Nutrition. 2001 Feb; 131; 604S-615S. Accessed September 24, 2010. Brabin BJ, Premji Z, Verhoeff F. An analysis of anemia and child mortality. Journal of Nutrition. 2001;131:636S-648S.

⁴² Luke C, Mullany, Thomas J, Lee, Lin Yone et al. Impact of Community-Based Maternal Health Workers on Coverage of Essential Maternal Health Interventions among Internally Displaced Communities in Eastern Burma: The MOM Project. 2010.

⁴³ Robert E Black, Lindsay H Allen, Zulfiqar A Bhutta et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet Series. 2008.

⁴⁴ United Nations Children's Fund. State of the World's Children 2009.

“ผู้หญิงท้องถิ่นบางคนต้องไปคลอดลูกในป่าโดยไม่มีเตียง ไม่มีเสื้อให้นอน หรือแม้แต่เก้าอี้ให้นั่ง ไม่มีน้ำร้อนที่จะช่วยทำให้ร่างกายอบอุ่นและไม่มีที่พอกให้หลังนอน ในบางรายสามีก็ต้องทำงานอย่างหนักเพื่อหาอาหาร ลูกก็ยังเล็กเกินไปที่จะช่วยดูแลแม่ มันเป็นเรื่องที่ยากลำบากมากสำหรับพวกเขา” Saw Gi--- (เพศชายอายุ 45 ปี) หมู่บ้าน Ze--- เขตลูซอ (เมืองผาปูน) (เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2552)⁴⁵

การสำรวจนี้ได้เปิดเผยให้เห็นการขาดแคลนบริการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งอัตราการใช้วิธีการคุมกำเนิดของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย รวมทั้งการเข้าถึงบริการและการได้รับธาตุเหล็กเสริมที่ต่ำกว่ามาตรฐาน

จากผลการสำรวจดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า งานที่สำคัญขององค์กรสุขภาพชุมชนท้องถิ่นคือการเพิ่มการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์พื้นฐานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของพม่า โดยมีข้อมูลจากโครงการนำร่องที่ได้แสดงให้เห็นว่า การเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในชุมชน พร้อมไปกับการเพิ่มศักยภาพในการดูแลการคลอดเบื้องต้น และการดูแลภาวะวิกฤติฉุกเฉินในการคลอด

ได้ช่วยส่งผลให้เพิ่มการเข้าถึงการฝากครรภ์ การตรวจคัดกรองหามาลาเรีย การเสริมระบบภูมิคุ้มกัน บริการวางแผนครอบครัวขั้นพื้นฐาน และเพิ่มจำนวนผู้มีทักษะในการทำคลอด ซึ่งเป็นสิ่งที่ยืนยันได้ว่าการปรับปรุงบริการสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ให้ประสบความสำเร็จ สามารถขยายผล มีความโปร่งใสและติดตามตรวจสอบได้นั้น เป็นเรื่องที่ทำได้แม้กระทั่งในพื้นที่ซึ่งไม่มีความมั่นคงและปลอดภัย⁴⁶

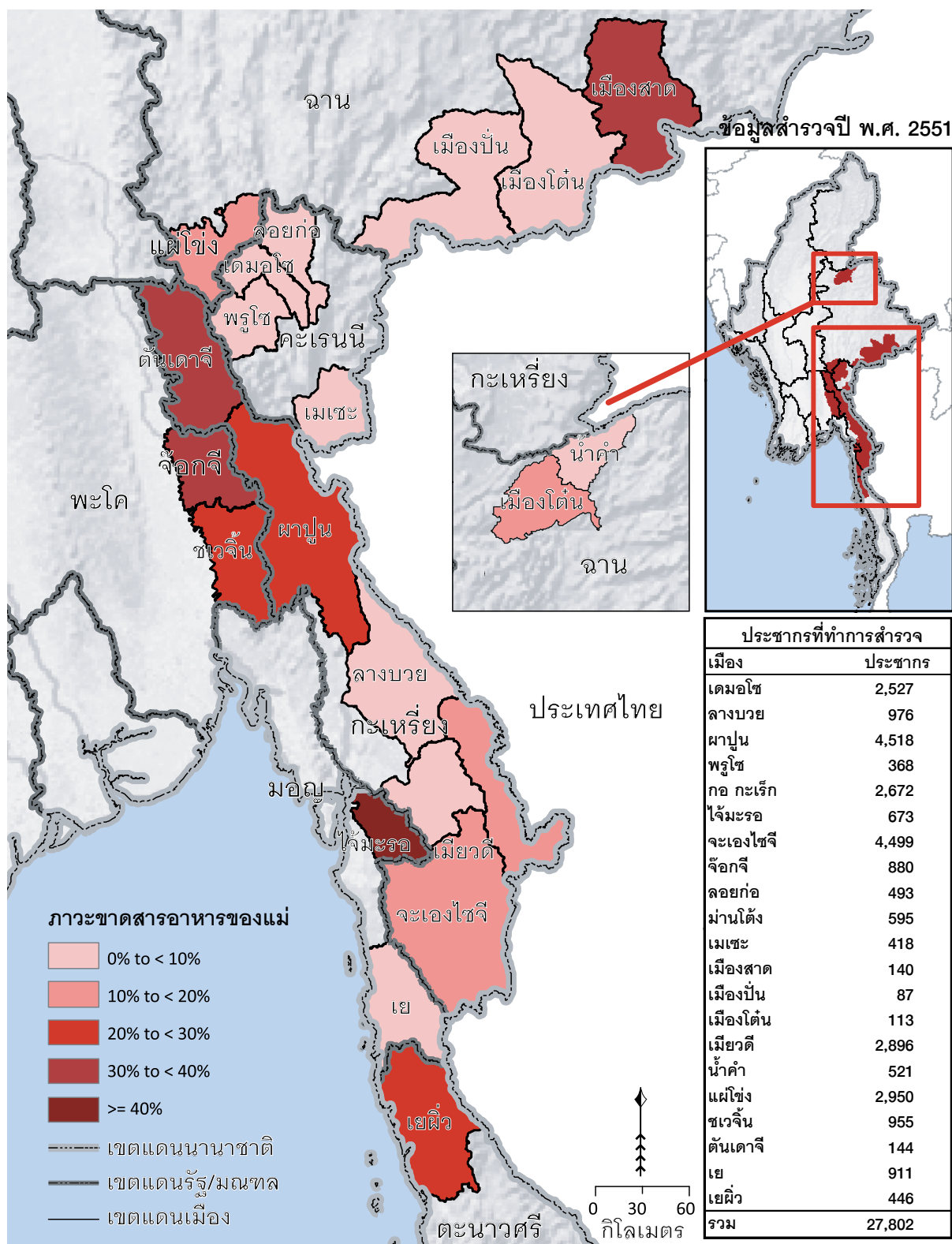
⁴⁵ Karen Human Rights Group. Self-protection under strain: Targeting of civilians and local responses in northern Karen State. 2010.

⁴⁶ Burma Medical Association, Mae Tao Clinic, Karen Department of Health and Welfare, Shan Health Committee, Mon Health Department, Karenni National Health Organization. The Mobile Obstetrics Maternal Health Worker Project (MOM): Increasing access to reproductive health services in eastern Burma. 2010. Luke C. Mullany, Thomas J. Lee, Lin Yone et al. Impact of Community-Based Maternal Health Workers on Coverage of Essential Maternal Health Interventions among Internally Displaced Communities in Eastern Burma: The MOM Project. 2010.



ผู้ทำคลอดที่บ้าน (หมอดำแย)
ให้บริการตรวจครรภ์ผู้หญิง
ในรัฐกะเหรี่ยง

ภาวะขาดสารอาหารของแม่



การละเมิดสิทธิมนุษยชน

ตัวชี้วัดหลัก

- เกือบ 1 ใน 3 ของครัวเรือนทั้งหมดเคยประสบกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างน้อย 1 ประเภทในช่วงปีก่อนหน้านี้นี้
- เด็กในครัวเรือนที่ต้องพลัดถิ่นภายในประเทศในปีก่อนหน้านี้นี้ ต้องอยู่ในภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรงสูงกว่าถึง 4.8 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่อยู่ในครัวเรือนที่ไม่ต้องพลัดถิ่นภายในประเทศ
- ในครัวเรือนที่มีสมาชิกถูกบังคับให้ใช้แรงงาน มีตัวเลขของทารกที่เสียชีวิตภายในขวบปีแรกเพิ่มขึ้นเป็น 2.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับครัวเรือนที่ไม่ประสบการละเมิด

ข้อค้นพบ

นอกเหนือไปจากการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถิติประชากรและสุขภาพในชุมชนของภาคตะวันออกในประเทศพม่าแล้ว การสำรวจนี้ยังได้สอบถามผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนที่เกิดขึ้นกับพวกเขาในปีก่อนหน้านี้นี้ ลักษณะการละเมิดที่เลือกมาใช้สัมภาษณ์ในการสำรวจครั้งนี้คือลักษณะที่เกิดขึ้นทั่วไปซึ่งมีรายงานว่าเกิดขึ้นในภาคตะวันออกของประเทศพม่า และได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ⁴⁷ การสำรวจไม่ได้รวมเอาลักษณะการละเมิดสิทธิมนุษยชนทั้งหมดเข้าไว้ อย่างไรก็ตามหากมีการรวมเข้าไว้ด้วยกันอาจทำให้จำนวนร้อยละของครัวเรือนที่ประสบกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนมีจำนวนเพิ่มสูงกว่านี้ได้

ข้อค้นพบในการสำรวจครั้งนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ตีพิมพ์เผยแพร่จากแหล่งอื่นๆ ในเรื่องการละเมิดสิทธิมนุษยชนในภาคตะวันออก⁴⁸ และแทนที่จะเกิดสถานการณ์นี้ขึ้นเป็นเหตุการณ์เดี่ยวๆ หรือเป็นครั้งคราว กลับพบว่ามีการละเมิดสิทธิมนุษยชนเกิดขึ้นในวงกว้าง ซึ่งตีความได้ว่ามีสถานการณ์นี้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบอยู่โดยทั่วไป ในภาพรวมพบว่า มีครัวเรือนเกือบ 1 ใน 3 ของครัวเรือนที่ทำการสำรวจเคยประสบกับการถูกล่วงละเมิดอย่างหนึ่ง 1 ครั้ง ในช่วง 12 เดือนก่อนหน้านี้นี้ และกระจายกันไปตามสภาพภูมิศาสตร์ (ตารางถัดไป)

จำนวนครัวเรือนที่ประสบกับการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนแยกตามรัฐ/มณฑล

รัฐ/มณฑล	จำนวนครัวเรือนที่ประสบกับการถูกละเมิดสิทธิ	จำนวนครัวเรือนทั้งหมด	ร้อยละ
พะโค	114	330	38.7
กะเหรี่ยง	717	3,239	23.0
คะเรนยี	392	691	56.7
มอญ	231	381	55.6
ฉาน	334	860	27.5
ตะนาวศรี	5	90	5.6
รวมทั้งหมด	1,793	5,591	30.6

⁴⁷ Back Pack Health Worker Team. Chronic Emergency: Health and Human Rights in Eastern Burma. 2006.

⁴⁸ Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights in Myanmar. Paulo Sergio Pinheiro. UN Human Rights Council (UHC). February 12, 2007.

International Committee of the Red Cross (ICRC). ICRC Annual Report 2007.

การพลัดถิ่น

ในช่วง 1 ปีก่อนการสำรวจมีครัวเรือนจำนวน 299 ครัวเรือน (ร้อยละ 5.6 ของครัวเรือนทั้งหมด) ถูกบังคับให้โยกย้ายถิ่นฐานโดยอ้างเหตุผลเรื่องความมั่นคง ส่งผลให้การพลัดถิ่นภายในประเทศในเขตตะวันออกของพะโคกลายเป็นสถานการณ์ที่พบเห็นได้ทั่วไป โดยมีครัวเรือนจำนวนร้อยละ 22.2 ถูกบังคับให้โยกย้ายไปในช่วงปีก่อนที่จะมีการสำรวจ การใช้กำลังทหารบังคับให้เกิดการพลัดถิ่นภายในประเทศอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ครอบครัวต่างๆ ต้องอพยพโดยสามารถมีทรัพย์สินติดตัวไปเพียงเล็กน้อยหรือแทบไม่ได้นำติดตัวไปเลย ซึ่งคำบอกเล่าของชาวกะเหรี่ยงที่นำมาอ้างอิงนี้ช่วยยืนยันได้อย่างชัดเจน

การทำลายและยึดครองอาหาร

ครัวเรือนมากกว่า 1 ใน 10 (ร้อยละ 11.7) เคยประสบกับการคุกคามต่อความมั่นคงด้านอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำลายสิ่งเพาะปลูก (ร้อยละ 2.3 ของครัวเรือน) การถูกฆ่าเพื่อแย่งชิงหรือยึดทรัพย์สิน (ร้อยละ 3.8 ของครัวเรือน) และการทำลายอาหารที่เก็บรักษาไว้ (ร้อยละ 1.8 ของครัวเรือน) ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นในพื้นที่แถบนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนร้อยละ 8.6 ระบุว่าในปีก่อนหน้านี้พวกเขาถูกบังคับให้จำต้องมอบอาหารให้แก่ทหารหรือหน่วยงานเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจอื่นๆ

จำนวนครัวเรือนที่พลัดถิ่น แยกตามรัฐ/มณฑล

รัฐ/มณฑล	จำนวนครัวเรือนที่พลัดถิ่นภายในประเทศ	จำนวนครัวเรือนทั้งหมด	ร้อยละ
พะโค	66	330	22.2
กะเหรี่ยง	148	3,239	5.7
คะเรนนี	3	691	0.4
มอญ	0	381	0.0
ฉาน	12	860	0.8
ตะนาวศรี	0	90	0.0
รวมทั้งหมด	229	5,565	5.6

“ตอนที่เรานี้ออกมา พวกเรากำลังทำนาอยู่ในหมู่บ้านของเรา เราต้องทิ้งนาข้าวและไม่สามารถกลับไปทำนาได้อีก พวกเราต้องสูญเสียสัตว์เลี้ยงไป พวกเราต้องทิ้งข้าวของเครื่องใช้ เครื่องมือและเสื้อผ้า สูญเสียหมดทุกอย่างทุกอย่าง ในวันที่พวกพม่าเข้าโจมตีหมู่บ้านของเรา พวกเรต่างก็ต้องรีบหนีเอาตัวรอดแบบตัวใครตัวมัน พวกเราต้องสูญเสียต้นข้าว ข้าวในยุ้งและทุกอย่างทุกอย่างไม่เหลืออะไรเลย”

– Naw Nay (เพศหญิง อายุ 41 ปี) หมู่บ้าน F---เขตลูซอ (เมืองผาปูน) (เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2552)⁴⁹

⁴⁹ Karen Human Rights Group (KHRG). Self-protection under strain: Targeting of civilians and local responses in northern Karen State. 2010.

การบังคับใช้แรงงาน

ทั่วทั้งพื้นที่ซึ่งทำการสำรวจมีครัวเรือนจำนวนร้อยละ 8.7 ที่มีผู้ที่อยู่อาศัยอย่างน้อย 1 คนถูกบังคับให้ใช้แรงงานในช่วงปีก่อนหน้านี้ที่จะมีการสำรวจ และในบรรดาผู้ที่ถูกบังคับให้ใช้แรงงานได้ให้ข้อมูลว่า ถูกบังคับใช้แรงงานโดยเฉลี่ย 22.7 วันต่อปี โดยมีเอกสารที่บันทึกไว้อย่างแพร่หลายถึงผลกระทบจากการบังคับใช้แรงงานที่เป็นภัยต่อครัวเรือน การบังคับใช้แรงงานโดยทั่วไปจะไม่มีการจ่ายค่าตอบแทน ผู้ที่ถูกเกณฑ์ไปใช้แรงงานเป็นลูกหาบให้กับกองทัพก็มักจะถูกทุบตีอยู่เป็นประจำ และได้รับอาหารไม่เพียงพอ อีกทั้งจะถูกยิงในบางครั้งหากไม่สามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้⁵⁰ ความต้องการบังคับใช้แรงงานในบางพื้นที่มักเกิดขึ้นบ่อยครั้งจนทำให้ชาวบ้านต้องละทิ้งบ้านเพื่อหลบหนีไป เช่นตัวอย่างต่อไปนี้ของชาวบ้านกะเหรี่ยง

“พวกเราต้องกลายเป็นผู้พลัดถิ่นภายในประเทศเพราะว่าพวกเราถูกรบกวน ถูกละเมิด และถูกบังคับใช้แรงงาน พวกเราถูกบังคับให้เป็นลูกหาบฆ่าแล้วฆ่าอีก เหมือนกับว่าความต้องการลูกหาบไม่เคยหมด และเมื่อเราต้องทำตามเป็นระยะเวลานาน พวกเราก็ไม่สามารถทนได้อีกต่อไป ทำให้พวกเราต้องหนี” - Saw Fu--- (เพศชาย อายุ 26 ปี) หมู่บ้าน Pi--- เขตแตวโล (เมืองผาปูน) (เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2552)⁵¹

การบังคับใช้แรงงานเป็นผลคุกคามโดยตรงต่อความมั่นคงทางอาหารของครอบครัวส่งผลให้อยู่ในภาวะยากลำบาก ทำให้ครอบครัวไม่มีเวลาในการหาอาหารมาเพื่อดำรงชีวิตประจำวัน หากครอบครัวใดไม่สามารถส่งสมาชิกไปใช้แรงงาน ก็มักจะถูกเรียกเก็บค่าปรับแทน ซึ่งก็ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความมั่นคงด้านอาหารและรายได้ของครอบครัว

จำนวนครัวเรือนที่ประสบกับการถูกบังคับใช้แรงงาน แยกตามรัฐ/มณฑล

รัฐ/มณฑล	จำนวนครัวเรือนที่เคยประสบกับการถูกบังคับใช้แรงงาน	จำนวนครัวเรือนทั้งหมด	ร้อยละ
พะโค	30	330	10.4
กะเหรี่ยง	365	3,219	8.7
คะเรนนี	1	689	0.1
มอญ	0	380	0.0
ฉาน	267	857	22.2
ตะนาวศรี	2	89	2.2
รวมทั้งหมด	665	5,564	8.7

“ทุกครอบครัวถูกบังคับให้หมุนเวียนเปลี่ยนกันไปทำงานให้ทหาร ชาวบ้านไม่มีเวลาทำงานในไร่นาของตัวเอง จึงต้องเข้าไปในป่าเพื่อหาอาหาร เหตุการณ์นี้พวกเขาต้องเสี่ยงอันตราย ชาวบ้านหลายคนต้องบาดเจ็บจากการเหยียบกับระเบิด”
ผู้ให้บริการสาธารณสุขชุมชนในเมืองกลางบวย, รัฐกะเหรี่ยง, 2553

⁵⁰ Karen Human Rights Group (KHRG). Less than Human: Convict Porters in the 2005 - 2006 Northern Karen State Offensive. August 22, 2006.

⁵¹ Karen Human Rights Group (KHRG). Self-protection under strain: Targeting of civilians and local responses in northern Karen State. 2010.

การบังคับให้ปลูกต้นสบู่ดำ (Jatropha)

ครัวเรือนในพื้นที่สำรวจให้ข้อมูลว่า ถูกบังคับให้เข้าร่วมในการเพาะปลูกสบู่ดำในพื้นที่ล้มเหลวในการทำเกษตรกรรมของ SPDC ทั่วประเทศ สบู่ดำ (*J. curcas*) มีลักษณะเป็นไม้พุ่มขนาดเล็กสามารถนำไปผลิตเป็นเชื้อเพลิงชีวภาพได้⁵² โครงการนี้ล้มเหลวตั้งแต่ต้นเนื่องจากขาดการวางแผนและการดำเนินงานที่ดี ทำให้สูญเสียทั้งเวลาและทรัพยากร อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางอาหารและการดำรงชีวิต จากการสำรวจทั่วทั้งพื้นที่พบว่าครัวเรือนเกือบทุก 1 ใน 10 (ร้อยละ 9.5) เคยถูกบังคับใช้แรงงานเพื่อการเพาะปลูกสบู่ดำในปีก่อนหน้าการสำรวจ ตัวอย่างเช่น ในรัฐคะเรนมีครัวเรือนที่ถูกบังคับใช้แรงงานเพื่อปลูกสบู่ดำสูงถึงร้อยละ 56.7



การถูกบังคับให้ปลูกสบู่ดำในรัฐฉาน

จำนวนครัวเรือนที่ถูกบังคับให้ปลูกสบู่ดำ แยกตามรัฐ/มณฑล

รัฐ/มณฑล	จำนวนครัวเรือนที่ถูกบังคับให้ปลูกสบู่ดำ	จำนวนครัวเรือนทั้งหมด	ร้อยละ
พะโค	0	330	0.0
กะเหรี่ยง	74	3,239	0.7
คะเรน	392	691	56.7
มอญ	178	381	36.8
ฉาน	37	860	3.2
ตะนาวศรี	0	90	0.0
รวมทั้งหมด	681	5,591	9.5

ความรุนแรงและการคุกคามทางร่างกาย

ทั่วทั้งพื้นที่ซึ่งมีการสำรวจ มีผู้ตอบแบบสอบถามที่ให้ข้อมูลว่าได้รับบาดเจ็บจากการถูกปืนยิง 52 ราย ถูกแทง 13 ราย และถูกทุบตี 83 ราย ถูกกักขัง 127 ราย และถูกจับมัด 64 ราย และยังมีประชาชนอีก 149 หลายคนที่ต้องทนทุกข์ทรมานในระดับที่ต่างกันไปจากอาการบาดเจ็บจากกับระเบิดในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา การกระทำความรุนแรงต่อพลเรือนโดยกองกำลังทหารของ SPDC

เป็นเรื่องที่พบเห็นได้ทั่วไป และยังคงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของชาวบ้านในพื้นที่ชายขอบของพื้นที่ในภาคตะวันออกของประเทศ และบ่อยครั้งที่การกระทำความผิดเหล่านี้ได้รับการยกเว้นการลงโทษ โดยไม่มีเหตุผลอธิบายใดๆ ตามคำบอกเล่าดังต่อไปนี้

“มีชาวบ้านจากหมู่บ้านหม่าหล่าตอถูกทหารพม่ายิงเสียชีวิตชื่อ ซอ บา คู (Saw Bar Kuu) อายุ 35 ปี และมีเด็กชายอายุ 11 ปีที่ได้รับบาดเจ็บชื่อ ซอ มู ตา (Saw Muu Tar) ฉันไม่รู้ว่าจะทำอะไรให้พวกเขา แต่ฉันรู้จักพวกเขาดี พวกเขาเป็นชาวบ้านที่บริสุทธิ์...ฉันไม่แน่ใจว่าทำไมทหารยิงประชาชนที่บริสุทธิ์ แต่ฉันเดาว่าพวกเขาคิดว่า พวกเขาสามารถยิงหรือฆ่าใครก็ได้ที่เขาอยากทำ” พยานที่ไม่ต้องการบอกชื่อจากหมู่บ้านหม่าหล่าตอ (มณฑลพะโค)⁵³

⁵² Ethnic Community Development Forum. Biofuel by Decree: Unmasking Burma's Biofuel Fiasco. 2008.

⁵³ Human Rights Foundation of Monland. SPDC soldiers arbitrarily shoot villager and boy. August 31, 2010.

การละเมิดสิทธิมนุษยชนและผลกระทบต่อสุขภาพ

ตามที่หน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนระดับประเทศ ภูมิภาค นานาชาติ และของสหประชาชาติได้มีการเผยแพร่รายงานอย่าง กว้างขวางว่า การล่วงละเมิดประชากรที่เป็นพลเรือนโดยกองกำลัง ทหารพม่าในภาคตะวันออก เป็นเรื่องที่พบเห็นได้โดยทั่วไป ซึ่ง ส่งผลให้เสียชีวิตในทันที⁵⁴ อย่างไรก็ตามการสำรวจนี้แสดงให้เห็นว่าการล่วงละเมิดดังกล่าวส่งผลทางอ้อมต่อสุขภาพอย่างรุนแรง ในระยะยาว

ในครัวเรือนที่ประสบกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงปีก่อนหน้า พบว่ามีตัวเลขของอัตราการตายของทารกเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 50 และของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบเพิ่มสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 40 เมื่อเปรียบเทียบกับทารกและเด็กที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน ที่ไม่เคยประสบการละเมิดสิทธิมนุษยชนใดๆ เลย นอกจากนี้เด็กๆ ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ประสบกับการละเมิดสิทธิมนุษยชน อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงปีก่อนหน้า ยังได้รับความทุกข์ทรมาน จากภาวะขาดสารอาหารอย่างรุนแรงมากกว่าเกือบ 2 เท่า เมื่อ เปรียบเทียบกับเด็กที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ไม่เคยประสบการ ละเมิดสิทธิมนุษยชนใดๆ เลย

ดังที่ระบุไว้ในตาราง ว่าการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อคนหนึ่งคน ส่งผลกระทบต่อเรื่องสุขภาพที่ทรุดโทรมลงด้วย ผลการสำรวจ ได้แสดงให้เห็นว่า อัตราของเด็กในครัวเรือนพลัดถิ่นในประเทศ ที่ต้องทุกข์ทรมานจากอาการท้องร่วงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 เมื่อ เปรียบเทียบเด็กในครัวเรือนไม่พลัดถิ่นในประเทศ ผู้หญิงในครัวเรือน พลัดถิ่นในประเทศมีอัตราการคุมกำเนิดน้อยกว่าผู้หญิงในครัวเรือน ไม่พลัดถิ่นในประเทศถึง 9 เท่า และพบว่ามากกว่าทุก 1 ใน 10 ของครัวเรือนที่ทำการสำรวจ เคยประสบกับการคุกคามด้านความ มั่นคงทางอาหาร อีกทั้งการละเมิดนี้ ยังส่งผลต่อผู้หญิงที่อยู่ใน ครัวเรือนเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดสูงเพิ่มขึ้น เป็น 5 เท่า

เด็กๆ ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ประสบกับการคุกคามด้านความ มั่นคงทางอาหารต้องประสบกับภาวะขาดสารอาหารในระดับ ปานกลางถึงรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 80 เมื่อเปรียบเทียบกับ เด็กที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ไม่เคยประสบกับการถูกละเมิด ในประเด็นดังกล่าว และในขณะที่เด็กในครัวเรือนที่ถูกบังคับ ให้พลัดถิ่นในประเทศต้องประสบกับการใช้ชีวิตที่ทุกข์ทรมาน จากภาวะขาดสารอาหารในระดับปานกลางถึงรุนแรงมากกว่าถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ไม่เคย ประสบปัญหาการพลัดถิ่นภายในประเทศ

การทำลายผลผลิตทางการเกษตรและพื้นที่เก็บสำรองอาหารโดย กองทหาร SPDC และการบังคับให้พลัดถิ่นภายในประเทศ เป็น ปัจจัยที่ส่งผลกระทบในวงกว้างต่อความมั่นคงทางอาหารและ ยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารด้วย และจากคำบอกเล่า ของชาวบ้านที่ต้องถูกบังคับให้ย้ายถิ่นฐานมาต่อเนื่องยาวนานกว่า 1 ทศวรรษ

“ถ้าทหาร SPDC พบชาวบ้าน พวกทหารจะทรมานและฆ่า ชาวบ้าน และเมื่อพวกเขาโจมตีหมู่บ้านของพวกเรา พวกเขาก็จะ เผาและทำลายบ้านของพวกเรา”... “ตั้งแต่ปี 2538 จนถึงปี 2551 พวก SPDC ได้ทำลายหมู่บ้านไปเป็นจำนวนมาก พวกชาวบ้าน ต้องใช้ชีวิตอยู่อย่างหวาดกลัว ในปี 2552 มีหมู่บ้าน 3 แห่งที่ถูก ทำลายโดยพวก SPDC คือหมู่บ้าน Wa--- หมู่บ้าน Va---และ หมู่บ้าน Ua--- มีพื้นที่นาถูกทำลายไป 45 แห่ง.” - Saw T--- (เพศชายอายุ 42 ปี), หมู่บ้าน Ta---, เขตลูซอ (เมืองผาปูน) (เดือน กันยายน ปี พ.ศ. 2552)⁵⁵

แม้ว่าการบังคับใช้แรงงานเป็นการละเมิดที่ส่งผลกระทบต่อคน ต่อบุคคล แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นยังส่งผลไปถึงทุกคนในครัวเรือน ด้วย โดยเฉพาะสมาชิกที่อยู่ในภาวะเปราะบาง อาทิ เด็กเล็ก ที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงในเรื่องความมั่นคงทางอาหารและ การดำเนินชีวิต ตัวเลขของทารกที่เกิดและเสียชีวิตในขวบปีแรก เพิ่มขึ้นถึง 2.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างครัวเรือนที่มีคน อย่างน้อยหนึ่งคนถูกบังคับใช้แรงงานกับครัวเรือนที่ไม่มีใครถูก บังคับใช้แรงงาน ในส่วนของกลุ่มเด็ก ตัวเลขของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบที่เสียชีวิตก็เพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.9 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ ระหว่างเด็กที่เกิดในครัวเรือนที่มีคนอย่างน้อยหนึ่งคนถูกบังคับ ใช้แรงงาน กับครัวเรือนที่ไม่มีใครถูกบังคับใช้แรงงาน

⁵⁴ Chris Beyrer, Juan Carlos Villar, Voravit Suwanvanichkij. Neglected diseases, civil conflicts, and the right to health. Lancet 2007; 370: 619–27.

Back Pack Health Worker Team. Chronic Emergency: Health and Human Rights in Eastern Burma. 2006.

⁵⁵ Karen Human Rights Group (KHRG). Self-protection under strain: Targeting of civilians and local responses in northern Karen State. 2010.

ความสัมพันธ์ระหว่างการละเมิดสิทธิมนุษยชน สุขภาพ และอัตราการตาย

การละเมิดสิทธิมนุษยชน	ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น	โอกาสที่เพิ่มขึ้น(เท่า)
ประสบการณ์การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน	การตายของทารก	1.5
	การตายของเด็ก	1.4
	ภาวะขาดสารอาหารปานกลาง-รุนแรงในเด็ก	1.7
	ภาวะขาดสารอาหารขั้นรุนแรงในเด็ก	1.9
การบังคับใช้แรงงาน	การตายของทารก	2.5
	การตายของเด็ก	1.9
การพลัดถิ่นภายในประเทศ	การตายของทารก	1.3
	การตายของเด็ก	1.7
	อาการท้องร่วงในเด็ก	1.6
	ไม่มีการใช้วิธีการคุมกำเนิด	9.1
	ภาวะขาดสารอาหารปานกลาง-รุนแรงในเด็ก	3.3
	ภาวะขาดสารอาหารขั้นรุนแรงในเด็ก	4.8
การทำลายและยึดครองอาหาร	ภาวะขาดสารอาหารปานกลาง-รุนแรงในเด็ก	1.8
	ภาวะขาดสารอาหารขั้นรุนแรงในเด็ก	1.6



ผู้หญิงและเด็กพลัดถิ่นในรัฐกะเหรี่ยง

บทสรุป

ภายใต้การปกครองของสภาเพื่อสันติภาพและการพัฒนาแห่งชาติ (SPDC) ที่มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อกลุ่มพลเรือนชาติพันธุ์อย่างกว้างขวาง และการปิดกั้นไม่ให้หน่วยงานด้านมนุษยธรรมนานาชาติเข้าไปในพื้นที่สู้รบในชนบททางภาคตะวันออกของพม่าย่อมส่งผลให้การเสียชีวิตและความพิการที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นได้ยังคงดำเนินต่อไป โดยเฉพาะจากโรคที่ป้องกันและรักษาได้ เช่น มาลาเรีย วัณโรค และโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

เรื่องนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลให้เกิดความเสียหายอย่างรุนแรงต่อสุขภาพของชุมชนในภาคตะวันออกของพม่าเท่านั้น แต่ยังส่งผลคุกคามโดยตรงต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศเพื่อนบ้านของพม่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทย ซึ่งพบว่าพื้นที่เขตชายแดนติดกับประเทศพมามีอัตราการติดเชื้อมาลาเรียสูงที่สุด และกำลังเป็นที่วิตกกังวลในเรื่องเชื้อมาลาเรียดื้อยาหลายขนาน (multi-drug resistant malaria) เชื้อวัณโรคดื้อยาเกือบทุกขนาน (extensively

drug-resistant tuberculosis) และโรคติดเชื้ออื่นๆ รวมทั้งการกระจายตัวของมาลาเรียที่ดื้อต่อสารอาร์ติมิซินิน ซึ่งเป็นยาต้านมาลาเรียที่สำคัญที่สุดตัวหนึ่ง ปัญหาต่างๆ เหล่านี้อาจกลายเป็นภัยพิบัติได้ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก

จากสภาพการณ์ที่ขาดการสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพจากรัฐ องค์กรชุมชนต่างๆ กำลังทำงานเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพให้กับชุมชนของตนเอง ในปัจจุบันโครงการต่างๆ วางเป้าหมายในการให้บริการแก่ประชากรจำนวนกว่า 376,000 คน ในภาคตะวันออกของประเทศพม่า และภายในปี 2552 ได้ให้การรักษามาลาเรียไปแล้วรวม 40,000 ราย รวมทั้งยังเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแม่และเด็กอีกด้วย อย่างไรก็ตาม พวกเขา ยังคงต้องเผชิญกับภาวะความกดดันจากการขาดแคลนทรัพยากร อีกทั้งยังมีการละเมิดสิทธิมนุษยชนของพลเรือนโดยรอบ การปกครองเผด็จการทหารพม่า ดังนั้นเพื่อให้เกิดการดำเนินการแก้ไขภาวะความจำเป็นเร่งด่วนเรื่องสุขภาพในภาคตะวันออกของประเทศพม่า รัฐบาลทหารพม่าจำเป็นต้องยุติการล่วงละเมิดต่างๆ ที่เป็นการเติมเชื้อไฟให้เกิดวิกฤติสุขภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

สำหรับประเทศเพื่อนบ้านของพม่า

- (1) ควรสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่จัดการโดยชุมชนในเขตชายแดน ซึ่งให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้พลัดถิ่นภายในประเทศพม่า และเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรที่ถูกทอดทิ้งเหล่านี้ เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนในภาคตะวันออกของประเทศพม่าสามารถอาศัยอยู่ในแผ่นดินของตนเอง
- (2) ควรเพิ่มความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้านและผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขในองค์กรซึ่งจัดการโดยชุมชนในเขตชายแดนเพื่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคติดต่อ

สำหรับองค์การสหประชาชาติ สมาคมประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และประชาคมนานาชาติ

- (3) ควรสนับสนุนและเพิ่มแรงกดดันต่อรัฐบาลทหารพม่าเพื่อยุติการละเมิดสิทธิมนุษยชน อาทิ การบังคับใช้แรงงาน และการบังคับโยกย้ายถิ่นฐาน ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดวิกฤติด้านสุขภาพในภาคตะวันออกของประเทศพม่า
- (4) ควรสนับสนุนคณะกรรมการไต่สวนการก่ออาชญากรรมต่อมนุษยชาติซึ่งเกิดขึ้นในพม่า

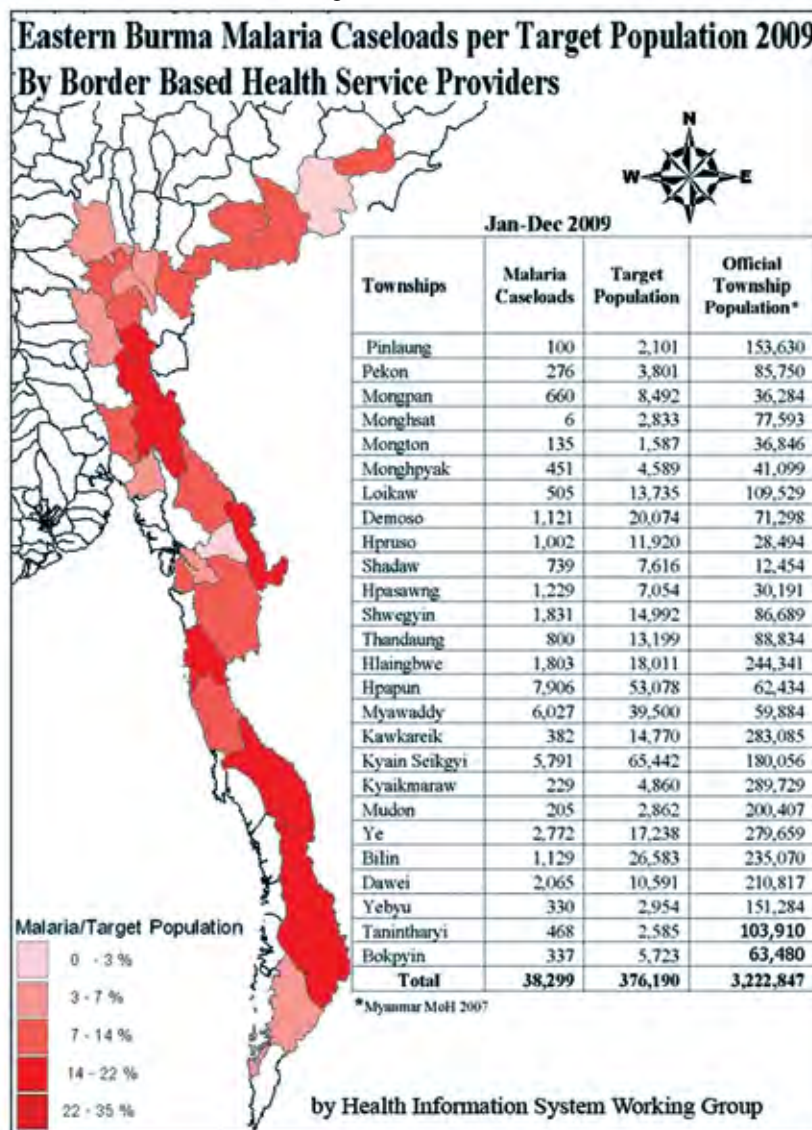
สำหรับหน่วยงานสหประชาชาติและองค์กรพัฒนาเอกชนนานาชาติที่ให้ความช่วยเหลือแก่พม่า

- (5) ควรสร้างการตระหนักและยอมรับในวงกว้างว่า หากปราศจากการแก้ไขปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วย อาทิ การละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวาง การไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ จะส่งผลให้การปรับปรุงระบบสาธารณสุขเพื่อให้ความยั่งยืนในพื้นที่เหล่านี้ย่อมไม่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นภายใต้การดำเนินงานควรมีความพยายามอย่างชัดเจนและเปิดเผยเพื่อมุ่งเน้นให้รัฐบาลทหารพม่าเห็นปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนนี้
- (6) ควรสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่จัดการโดยชุมชนในเขตชายแดน เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้พลัดถิ่นภายในประเทศพม่า และการเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญด้านสุขภาพของกลุ่มประชากรที่ถูกทอดทิ้งเหล่านี้
- (7) ควรร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขในองค์กรซึ่งจัดการโดยชุมชนในเขตชายแดน เพื่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคติดต่อ

ภาคผนวก 1: ความหมายของตัวย่อ

CBO	องค์กรชุมชน (Community Based Organization)
GAM	อัตราการขาดสารอาหารอย่างรุนแรงของโลก
IDP	ผู้พลัดถิ่นภายในประเทศ (Internally Displaced Person(s))
IMR	อัตราการตายของทารก (Infant Mortality Rate)
INGO	องค์กรพัฒนาเอกชนสากล (International Non-governmental Organization)
MDG	เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษใหม่ (Millennium Development Goals)
MMOH	กระทรวงสาธารณสุขประเทศพม่า (Myanmar Ministry of Health)
MMR	อัตราการตายของแม่ (Maternal Mortality Ratio)
MUAC	การประเมินภาวะโภชนาการด้วยการหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับน้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบวงแขน (Mid-Upper Arm Circumference)
NGO	องค์กรพัฒนาเอกชน (Non-governmental Organization)
ORS	ผงน้ำตาลเกลือแร่ใช้กิน (Oral Rehydration Salts)
Pf	เชื้อมาลาเรีย พลาสโมเดียม ฟัลซิพารัม (Plasmodium falciparum)
SPDC	สภาเพื่อสันติภาพและการพัฒนาแห่งชาติ (State Peace and Development Council)
TBA	หมอตำแยหรือผู้ทำคลอดพื้นบ้าน (Traditional Birth Attendant)
UNDP	สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program)
UNHCR	สำนักงานข้าหลวงใหญ่ผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติ (United Nations High Commissioner for Refugees)
UNICEF	กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund)
U5MR	อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
WHO	องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)

ภาคผนวก 2: แผนที่แสดงจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียในภาคตะวันออกของพม่า



แผนที่นี้รวบรวมขึ้นโดย คณะทำงานระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health Information System Working Group: HISWG) ซึ่งเป็นความร่วมมือของผู้ให้บริการสาธารณสุขในเขตชายแดน แผนที่นี้ได้แสดงจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียที่ได้รับการรักษาต่อประชากรเป้าหมายในแต่ละเมือง ข้อมูลนี้เน้นให้เห็นขอบเขตของการให้บริการที่สัมพันธ์กับขนาดของประชากรในแต่ละพื้นที่ ตัวเลขประชากรอย่างเป็นทางการนี้มาจากกระทรวงสาธารณสุขของพม่าในปี พ.ศ. 2550 คณะทำงานระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ไม่มีความเห็นต่อความถูกต้องของตัวเลขจำนวนประชากรดังกล่าว แต่จำเป็นต้องใช้ตัวเลขอย่างเป็นทางการเนื่องจากไม่สามารถหาข้อมูล ณ ปัจจุบันได้ ซึ่งกลุ่มประชากรดังกล่าวส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทซึ่งสถานการณ์ค่อนข้างมั่นคงในภาคตะวันออกของประเทศพม่า

ตารางแสดงผลนี้ไม่ได้แสดงถึงอัตราการเกิดหรืออัตราการแพร่ระบาดของโรค รวมทั้งไม่สามารถเป็นภาพแทนของเงื่อนไขการเจ็บป่วยโดยทั่วไปของกลุ่มประชากรทั้งหมดของภาคตะวันออกของประเทศพม่า ตัวชี้วัดบางตัวไม่สามารถนำมาคำนวณร่วมกับข้อมูลที่แสดงจำนวนผู้ป่วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวไม่ได้รวมถึงกรณีผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาจากทางผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขชุมชน และไม่ได้จำแนกตามฐานประชากร

ในการแปลผลตัวเลขเหล่านี้ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อประชากรซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการเจ็บป่วยของโรคต่างๆ เช่น มาลาเรีย ซึ่งมีอัตราการแพร่ระบาดที่ไม่รุนแรงในบางพื้นที่ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยต่อกลุ่มประชากรเป้าหมายแสดงผลในระดับต่ำกว่าพื้นที่อื่น ดังนั้นการที่มีจำนวนผู้ป่วยต่อประชากรเป้าหมายอยู่ในระดับต่ำนี้ เป็นไปได้ว่าการให้บริการยังไม่ครอบคลุมในพื้นที่นั้นๆ หรือเป็นเพราะอัตราการแพร่ระบาดของโรคเองที่มีอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงก็เป็นได้ เช่นเดียวกับกรณีที่จำนวนผู้ป่วยต่อประชากรที่อยู่ในระดับสูง อาจไม่ได้บ่งชี้ว่ามีการให้บริการที่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ และหากมีการแพร่ระบาดในอัตราที่สูง อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยทุกคนอาจไม่ได้รับการรักษา

ภาคผนวก 3: คำถามในการสำรวจ

Date: / /
Day Month Year

Surveyor ID:

Household Number:

Area Code:

Clinic/BP ID:

Cluster ID:

Village name: _____

If this is different than the village assigned, give explanation:

Start time (use 24 hour time): :

READ THE FOLLOWING CONSENT TO THE RESPONDENT BEFORE STARTING THE HOUSEHOLD SURVEY:
We will ask questions about your family's health situation. This information will be used by the _____ Health Department so that they can improve health programs in your area. Some questions might be sensitive and personal. All responses will be kept confidential. Please stop me if you have any questions. Please tell me if you prefer not to answer a particular question or continue with the survey.

Do you want to complete the survey?..... ☐ **0 = No (Refusal – DO NOT CONTINUE INTERVIEW)**
☐ **1 = Yes (CONTINUE INTERVIEW)**

(Household Member List) List the age & sex of **all people** living in this household. Don't forget to include yourself, children, & infants.

1.1 MARK "X" FOR PERSON ANSWERING QUESTIONS	1.2 AGE IF DON'T KNOW MONTH, CODE "99"	1.3 SEX 0=Male 1=Female	1.4 Did this person take a Vitamin A pill (like this) in the past 6 months? 1=Yes 0=No 8=Refused 9=Don't Know	1.5 Has this person had Diarrhea in the last 2 weeks? 1=Yes 0=No 8=Refused 9=Don't Know	1.6 Has this person had ORS in the last 2 weeks? 1=Yes 0=No 8=Refused 9=Don't Know	1.7 FOR CHILDREN <5 YEARS AND FEMALES 15-49 RECORD A MUAC 777=Person not home 888=Refused
	1. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	2. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	3. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	4. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	5. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	6. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	7. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	8. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	9. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	10. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	11. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	12. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	13. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	14. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>
	15. () Yrs () Mths					<input type="text"/> <input type="text"/> • <input type="text"/>

For each person in this household who died since the start of rainy rice Harvest 2007 until now, please tell me the age, sex and cause of death. Please include very little babies that cried or showed signs of life but later died.

	2.1 AGE AT DEATH	2.2 Did this person die between the start of Rainy rice harvest 2007 and now? 1=Yes 0=No -> If no, cross out this person's death in this table.	2.3 SEX 1=F 0=M	2.4 CAUSE OF DEATH (LIST ONLY ONE)	CAUSE OF DEATH CODE CHOICES
1.	() Yrs () Mths				01 – Diarrhea 02 – Malaria 03 – ARI 04 – Landmine 05 – Gunshot 06 – Pregnancy-related maternal death (woman dies <42 days after pregnancy) 07 – Neonatal death (newborn dies < 28 days old) 08 – Other IF “08-Other”, WRITE DOWN SPECIFIC CAUSE IN THE ROW. 88 – Refused 99 – Don’t know
2.	() Yrs () Mths				
3.	() Yrs () Mths				
4.	() Yrs () Mths				
5.	() Yrs () Mths				
6.	() Yrs () Mths				
7.	() Yrs () Mths				
8.	() Yrs () Mths				

3.1	Just to be clear, we would like to know if any baby was born since the start of rainy rice Harvest 2007 until now who cried or shown signs of life but later died?	0=No 1=Yes → SURVEYOR: ADD DEATHS TO THE DEATH TABLE IF NOT ALREADY LISTED	☐
3.2	SURVEYOR: REVIEW ALL AGES OF PEOPLE LISTED AS ALIVE IN THE HOUSEHOLD AND ONLY ASK QUESTION 3.3 IF THERE IS A CHILD < 6 MONTHS:	0= No child < 6 mths → GO TO 3.4 1= Child <6 mths → GO TO 3.3	☐
3.3	What did the youngest child living in this household under 6 months eat or drink in the last 24 hours? SURVEYOR WRITE DOWN “1” FOR ALL OF THE ANSWERS GIVEN. WRITE “0” FOR THE ANSWERS THEY DO NOT SAY.		
	BREASTMILK ☐	WATER ☐	RICE ☐ OTHER ☐
3.4	How many months and years ago was the end of your last pregnancy? IF CURRENT PREGNANCY IS FIRST PREGNANCY, WRITE “00” FOR MONTHS, AND “00” FOR YEARS.	00=Currently first pregnancy 01-11 Months (Record integer) -----→ 01-20 Years(Record integer) -----→ 77 = Never Pregnant 88= Refused 99= Don’t know	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.5	How many days did you take iron supplements during your last/ current pregnancy? (Estimate number of days)	Number of days 888=Refused 999=Don’t know	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.6	Do you currently use any of these to avoid pregnancy? SURVEYOR PLEASE READ ANSWER CHOICES IF ‘OTHER’, PLEASE WRITE DOWN SPECIFIC METHOD	0=None 1=OCp 2=Depo 3=Condom 4=Other () 8=Refused 9=Don’t know	☐
3.7	What kind of toilet facility do you usually use?	0= No facility / bush / field 1=Latrine without a latrine bowl 2=Latrine with a latrine bowl 8=Refused 9=Don’t know	☐
3.8	Do you share this toilet facility with other households?	0=No 1=Yes 8=Refused 9=Don’t know	☐
3.9	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now, please think about all the people in this household who had fever. For the person who most recently had fever, was he/she tested for malaria?	0=Noone had fever 1=No, person did not get tested 2=Yes, person got tested 8=Refused 9=Don’t know	☐
3.10	How many people in this household slept under an ITN last night?	Number of people who slept under ITN 88=Refused 99=Don’t know	<input type="text"/> <input type="text"/>

3.11	SURVEYOR: IF THIS HOUSEHOLD NEEDS IODINE TESTING ASK RESPONDENT: May we test your salt supply for iodine? RECORD TEST RESULTS	0=No color 1=Blue color 7=No salt 8=Refused to do 9=Don't know / Inconclusive results	☐
3.12	May we test you for malaria? IF YES, PARACHECK THE RESPONDENT ONLY RECORD TEST RESULTS	0=Negative Test 1=Positive Test 8= Refused to do 9= Inconclusive test after the second attempt	☐

4.1	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now , how many people from your household were forced to work against their will by soldiers or authorities, including those people who have died? <i>This includes forced landmine sweeping, portering, carrying arms, building roads, being camp servants, and include if people had to pay fee to not do forced work.</i>		# PEOPLE 88= REFUSED 99= DON'T KNOW	☐ ☐ IF "00", SKIP TO 4.3
4.2	For each person who was forced to work against their will, please write the total number of days in the past year he/she was forced to work.	PERSON # 1	# DAYS 888= REFUSED 999= DON'T KNOW	☐ ☐ ☐
		PERSON # 2	# DAYS 888= REFUSED 999= DON'T KNOW	☐ ☐ ☐
		PERSON # 3	# DAYS 888= REFUSED 999= DON'T KNOW	☐ ☐ ☐
		PERSON # 4	# DAYS 888= REFUSED 999= DON'T KNOW	☐ ☐ ☐
		PERSON # 5	# DAYS 888= REFUSED 999= DON'T KNOW	☐ ☐ ☐
4.3	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now has your household been asked or obligated to grow Jatrophia (physic nut or castor oil) by authorities?		1= YES 0= NO 8= REFUSED 9= DON'T KNOW	☐
4.4	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now how many people in your household were shot at by a soldier or authorities, including those people who have died?		# PEOPLE 88= REFUSED 99= DON'T KNOW	☐ ☐
4.5	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now , how many people in your household were stabbed by a soldier or authorities, including those people who have died?		# PEOPLE 88= REFUSED 99= DON'T KNOW	☐ ☐
4.6	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now , how many people in your household were beaten by a soldier or authorities, including those people who have died?		# PEOPLE 88= REFUSED 99= DON'T KNOW	☐ ☐
4.7	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now , how many people in your household were detained by a soldier or authorities, including those people who have died?		# PEOPLE 88= REFUSED 99= DON'T KNOW	☐ ☐
4.8	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now how many people in your household were tied up by a soldier or authorities, including those people who have died?		# PEOPLE 88= REFUSED 99= DON'T KNOW	☐ ☐
4.9	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now , how many times has your household been forced to move because of security? IF YOUR HH NEVER FORCED TO MOVE, WRITE '00'		# TIMES 88= REFUSED 99= DON'T KNOW	☐ ☐ IF "00", GO TO 4.11
4.10	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now , how many total days has your household been displaced?		# TOTAL DAYS 88= REFUSED 99= DON'T KNOW	☐ ☐ ☐
4.11	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now has your rice (or other crop) field burned, destroyed, taken, or mined by soldiers or authorities?		1= YES 0= NO 8= REFUSED 9= DON'T KNOW	☐
4.12	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now , has your livestock been taken or killed by soldiers or authorities?		1= YES 0= NO 8= REFUSED 9= DON'T KNOW	☐
4.13	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now has your food stores been taken or destroyed or mined by soldiers or authorities?		1= YES 0= NO 8= REFUSED 9= DON'T KNOW	☐
4.14	Since the start of rainy rice Harvest 2007 until now , was food given to soldiers or authorities because of fear (or to prevent soldier violence)?		1= YES 0= NO 8= REFUSED 9= DON'T KNOW	☐
4.15	Now we would like for you to think about the last 15 years. Among all people who have lived in your household in the last 15 years, how many have experienced a landmine/UXO injury in the last 15 years ?"		# PEOPLE 88= REFUSED 99= DON'T KNOW	☐ ☐

Thank you for answering these questions and helping us better understand the health situation of your area.

End time (use 24 hour time): :

ภาคผนวก 4: เว็บไซต์ต่างๆ ที่ใช้สำหรับอ้างอิง

- 2 Washington Post. U.S. supports creation of U.N. commission of inquiry into war crimes in Burma. <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2010/08/17/AR2010081706026.html> August 18, 2010. Accessed September 3, 2010. Human Rights Watch. Commission of Inquiry for Burma is long overdue. <http://www.hrw.org/en/news/2010/03/28/commission-inquiry-burma-long-overdue> March 28, 2010. Accessed September 3, 2010.
- 3 Thailand-Burma Border Consortium. Burmese border refugee sites with population figures. <http://www.tbtc.org/camps/2010-07-jul-map-tbbc-unhcr.pdf> July 7, 2010. Accessed September 4, 2010.
- 4 Karen Human Rights Group. Abuse between borders: vulnerability for Burmese workers deported from Thailand. <http://www.khrg.org/khrg2010/khrg10f1.pdf> 2010. Accessed September 4, 2010.
- 5 Wall Street Journal. Sean Turnell. Burma Isn't Broke. <http://online.wsj.com/article/SB10001424052970204313604574329181770155154.html> August 6, 2009. Accessed September 10, 2010.
- 6 UNDP Human Development Report 2009. http://hdrstats.undp.org/en/countries/data_sheets/cty_ds_MMR.html Accessed September 10, 2010.
- 8 CIA World Factbook. Burma: Economy overview. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bm.html> 2009 estimates. Accessed September 29, 2010.
- 9 World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf 2010. Accessed September 23, 2010.
- 10 United Nations Children's Fund. Levels & Trends in Child Mortality. http://www.childmortality.org/stock/documents/Child_Mortality_Report_2010.pdf 2010. Accessed September 23, 2010.
- 12 Luke C. Mullany, Catherine I. Lee, Lin Yone et al. Access To Essential Maternal Health Interventions and Human Rights Violations among Vulnerable Communities in Eastern Burma. <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050242> PLoS Medecine. December 2008. Accessed September 23, 2010.
- 13 Médecins Sans Frontières. Press Release: Prevented from Working, the French Section of MSF leaves Myanmar (Burma). <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=1775&cat=press-release> March 30, 2006. Accessed August 11, 2010. International Committee of the Red Cross (ICRC), Yangon/Geneva. News Release: Myanmar: ICRC denounces major and repeated violations of international humanitarian law. <http://www.icrc.org/web/eng/siteeng0.nsf/htmlall/myanmar-news-290607?opendocument> June 29, 2007. Accessed September 20, 2010.
- 14 United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs - Integrated Regional Information Networks (IRIN). MYANMAR: Nargis now a development issue, says Yangon. <http://irinnews.org/Report.aspx?ReportID=90228> August 20, 2010. Accessed September 23, 2010.
- 15 Burmese Border Guidelines. 2007. Available at http://burmalibrary.org/docs4/BBG_2007-Eng.pdf
- 16 Adam K. Richards, Kristin Banek, Luke C Mullany et al. Cross-border malaria control for internally displaced persons: observational results from a pilot programme in eastern Burma/Myanmar. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2009.02258.x/pdf> Tropical Medicine and International Health. Vol 14, No 5, pp 512–521, May 2009. Accessed September 23, 2010.
- 17 Lee TJ, Mullany LC, Richards AK, Kuiper HK, Maung C, Beyrer C. Mortality rates in conflict zones in Karen, Karenni, and Mon States of eastern Burma. http://www.jhsph.edu/bin/c/s/Lee_MortalityRates_TropMed.pdf Tropical Medicine and International Health. Vol 11, No 7, pp 1119–1127, July 2006. Accessed September 23, 2010.
- 18 Mullany LC, Richards AK, Lee TJ et.al. Application of population-based survey methodology to quantify associations between human rights violations and health outcomes in eastern Burma. http://www.burmalibrary.org/docs6/Mullany_PopulationBasedMethods_JECH.pdf Journal of Epidemiology and Community Health, 2007; 61:908-914. Accessed September 23, 2010.
- 19 Luke C. Mullany, Catherine I. Lee, Lin Yone et al. Access To Essential Maternal Health Interventions and Human Rights Violations among Vulnerable Communities in Eastern Burma. <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050242> PLoS. 2008. Accessed September 23, 2010.
- 20 CIA World Factbook, Field Listing: Sex Ratio. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2018.html> 2010 estimate. Accessed August 5, 2010.
- 21 United Nations Children's Fund. At a glance: Myanmar. http://www.unicef.org/infobycountry/myanmar_statistics.html Accessed August 4, 2010.
- 22 CIA World Factbook, Field Listing: Sex Ratio. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2018.html> 2010 estimate. Accessed August 5, 2010.
- 23 World Health Organization - Regional Office for Southeast Asia. Malaria Situation in SEAR Countries - Myanmar. http://www.searo.who.int/en/Section10/Section21/Section340_4024.html 2008. Accessed August 18, 2010.
- 24 World Health Organization - Regional Office for Southeast Asia. Malaria Situation in SEAR Countries - Myanmar. Reported Malaria Morbidity (/1000) and Mortality Rate (/100,000) in Myanmar, 2000-2008. http://www.searo.who.int/LinkFiles/Malaria_in_the_SEAR_mr-mmr.pdf Accessed August 18, 2010.
- 25 Adam K Richards, Linda Smith, Luke C Mullany et al. Prevalence of plasmodium falciparum in active conflict areas of eastern Burma: a summary of cross-sectional data. <http://www.conflictandhealth.com/content/1/1/9> Conflict and Health. September 5, 2007. Accessed September 24, 2010.
- 26 Wiwanitkit V. High prevalence of malaria in Myanmar migrant workers in a rural district near the Thailand-Myanmar border. Scand J Infect Dis 2002, 34(3):236-237, cited in Adam K Richards, Linda Smith, Luke C Mullany et al. Prevalence of Plasmodium falciparum in active conflict areas of eastern Burma: a summary of cross-sectional data. <http://www.conflictandhealth.com/content/1/1/9> Conflict and Health. September 5, 2007. Accessed September 24, 2010.

- 27 Country Coordinating Mechanism (CCM) Thailand. Partnership towards malaria reduction in migrants and conflict-affected populations in Thailand. <http://thailandccm.org/wp-content/uploads/2009/07/3.pdf> 2009. Accessed September 24, 2010.
- 28 Internally displaced human resources for health: village health worker partnerships to scale up a malaria control programme in active conflict areas of eastern Burma. <http://www.ghap.org/reports/pdfs/Final%20VHW%20Paper%20MCP.pdf> Global Public Health. January 2009: Vol. 00, No. 0, Month 2008, 1-13. Accessed September 24, 2010. Spatio-temporal distribution of Plasmodium falciparum and p. Vivax malaria in Thailand. <http://www.ajtmh.org/cgi/reprint/72/3/256.pdf> American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. March 2005: 72(3), pp. 256-262. Accessed September 24, 2010.
- 29 Cesar G. Victora, Jennifer Bryce, Olivier Fontaine et al. Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(10\)1246.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(10)1246.pdf) Bulletin of the World Health Organization. 2000: 78: 1246-1255. Accessed September 23, 2010.
- 30 World Health Organization. Fact Sheet: Diarrhoeal Disease. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/index.html> August 2009. Accessed July 31, 2010.
- 31 United Nations Children's Fund / World Health Organization. Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598415_eng.pdf 2009. Accessed September 24, 2010.
- 32 United Nations Children's Fund. At a glance: Myanmar. http://www.unicef.org/infobycountry/myanmar_statistics.html Accessed August 4, 2010.
- 33 World Health Organization. The management of nutrition in major emergencies. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/9241545208.pdf> 2000. Accessed September 23, 2010.
- 34 World Health Organization. Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring their Elimination. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595827_eng.pdf 2007. Accessed September 23, 2010.
- 35 Tanuja Rastogi, Colin Mathers. Global burden of Iodine Deficiency Disorders in the year 2000. http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_iodinedeficiencydisorders.pdf 2000. Accessed August 11, 2010.
- 36 Robert E Black, Lindsay H Allen, Zulfiqar A Bhutta et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. http://www.who.int/nutrition/topics/Lancetseries_Undernutrition1.pdf Lancet Series. 2008. Accessed September 23, 2010.
- 37 United Nations Children's Fund. Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition. http://www.unicef.pt/docs/Progress_on_Child_and_Maternal_Nutrition_EN_110309.pdf November 2009. Accessed September 23, 2010.
- 38 World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals: Vitamin A Supplementation. <http://www.who.int/vaccines/en/vitamina.shtml> Accessed 28 July 2010.
- 39 World Health Organization. Health Benefits of Family Planning. http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_FHE_FPP_95.11.pdf 1995. Accessed September 24, 2010.
- 40 World Health Organization. Global Health Observatory (GHO). Health-related Millennium Development Goals (MDGs). Country Profile Myanmar. General Health Statistical Profile. <http://www.who.int/gho/countries/mmr.pdf> 2010. Accessed September 24, 2010.
- 41 Brabin BJ, Hakimi M, Pelletier D. An analysis of anemia and pregnancy-related maternal mortality. <http://jn.nutrition.org/cgi/content/full/131/2/604S> Journal of Nutrition. 2001 Feb; 131; 604S-615S. Accessed September 24, 2010. Brabin BJ, Premji Z, Verhoeff F. An analysis of anemia and child mortality. <http://jn.nutrition.org/cgi/content/full/131/2/636S> Journal of Nutrition. 2001;131:636S-648S. Accessed September 24, 2010.
- 42 Luke C. Mullany, Thomas J. Lee, Lin Yone et al. Impact of Community-Based Maternal Health Workers on Coverage of Essential Maternal Health Interventions among Internally Displaced Communities in Eastern Burma: The MOM Project. 2010. Accessed September 24, 2010.
- 43 Robert E Black, Lindsay H Allen, Zulfiqar A Bhutta et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. http://www.who.int/nutrition/topics/Lancetseries_Undernutrition1.pdf Lancet Series. 2008. Accessed September 24, 2010.
- 44 United Nations Children's Fund. State of the World's Children 2009. <http://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf> Accessed September 24, 2010.
- 45 Karen Human Rights Group. Self-protection under strain: Targeting of civilians and local responses in northern Karen State. <http://www.khrg.org/khrg2010/khrg1004.pdf> 2010. Accessed September 24, 2010.
- 46 Burma Medical Association, Mae Tao Clinic, Karen Department of Health and Welfare, Shan Health Committee, Mon Health Department, Karenni National Health Organization. The Mobile Obstetrics Maternal Health Worker Project (MOM): Increasing access to reproductive health services in eastern Burma. http://www.ghap.org/reports/pdfs/MOM_Project_Descriptive_paper.pdf 2010. Luke C. Mullany, Thomas J. Lee, Lin Yone et al. Impact of Community-Based Maternal Health Workers on Coverage of Essential Maternal Health Interventions among Internally Displaced Communities in Eastern Burma: The MOM Project. <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000317> 2010. Accessed September 24, 2010.
- 47 Backpack Health Worker Team. Chronic Emergency: Health and Human Rights in Eastern Burma. [http://www.backpackteam.org/wp-content/uploads/reports/ChronicEmergency\(English%20version\).pdf](http://www.backpackteam.org/wp-content/uploads/reports/ChronicEmergency(English%20version).pdf) 2006. Accessed September 24, 2010.

- 48 Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights in Myanmar. <http://burmalibrary.org/docs4/HRC2007-SRM-rep.pdf> Paulo Sergio Pinheiro. UN Human Rights Council (UHC). February 12, 2007. Accessed September 24, 2010. International Committee of the Red Cross (ICRC). ICRC Annual Report 2007. [http://www.icrc.org/Web/Eng/siteeng0.nsf/htmlall/section_annual_report_2007/\\$File/icrc_ar_07_Full-ToGo.zip](http://www.icrc.org/Web/Eng/siteeng0.nsf/htmlall/section_annual_report_2007/$File/icrc_ar_07_Full-ToGo.zip) Accessed September 24, 2010.
- 49 Karen Human Rights Group (KHRG). Self-protection under strain: Targeting of civilians and local responses in northern Karen State. <http://www.khrg.org/khrg2010/khrg1004.pdf> 2010. Accessed September 24, 2010.
- 50 Karen Human Rights Group (KHRG). Less than Human: Convict Porters in the 2005 - 2006 Northern Karen State Offensive. <http://www.khrg.org/khrg2006/khrg0603.pdf> August 22, 2006. Accessed September 24, 2010.
- 51 Karen Human Rights Group (KHRG). Self-protection under strain: Targeting of civilians and local responses in northern Karen State. <http://www.khrg.org/khrg2010/khrg1004.pdf> 2010. Accessed September 24, 2010.
- 52 Ethnic Community Development Forum. Biofuel by Decree: Unmasking Burma's Biofuel Fiasco. <http://burmalibrary.org/docs4/BiofuelbyDecree.pdf> 2008. Accessed September 24, 2010.
- 53 Human Rights Foundation of Monland. SPDC soldiers arbitrarily shoot villager and boy. <http://rehmonnya.org/archives/1568> August 31, 2010. Accessed September 10, 2010.
- 54 Chris Beyrer, Juan Carlos Villar, Voravit Suwanvanichkij. Neglected diseases, civil conflicts, and the right to health. http://www.stopntds.org/files/press_releases/Neglected_Diseases_Civil_Conflicts_and_the_Right_to_Health_-_August_2007.pdf Lancet, 2007; 370: 619–27. Accessed September 24, 2010. Back Pack Health Worker Team. Chronic Emergency: Health and Human Rights in Eastern Burma. [http://www.backpackteam.org/wp-content/uploads/reports/ChronicEmergency\(English%20version\).pdf](http://www.backpackteam.org/wp-content/uploads/reports/ChronicEmergency(English%20version).pdf) 2006. Accessed September 24, 2010.
- 55 Karen Human Rights Group (KHRG). Self-protection under strain: Targeting of civilians and local responses in northern Karen State. <http://www.khrg.org/khrg2010/khrg1004.pdf> 2010. Accessed September 24, 2010.



ผลวินิจฉัย: **ขั้นวิกฤติ**

ภาวะสุขภาพและสิทธิมนุษยชนในภาคตะวันออกของพม่า

รายงานฉบับนี้ได้แสดงถึงภาวะสุขภาพของกลุ่มประชากรในพื้นที่ซึ่งได้รับผลกระทบจากการสู้รบในภาคตะวันออกของประเทศพม่า ซึ่งถือว่าเป็นหนึ่งในสถานการณ์ซึ่งรุนแรงที่สุดของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อกลุ่มเด็กและผู้หญิง อันเป็นผลมาจากการเพิกเฉยต่อการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐบาล การสู้รบ และการล่าละเมิดต่อพลเรือนอย่างต่อเนื่องในประเทศพม่า