

สถานการณ์ของเด็กและสตรี ในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ธีววรรณ ขุ่มพุกษ*
สุภาพ พัลลิ่ง**



ภูมิหลังทางเศรษฐกิจ-สังคม และวัฒนธรรม

1.1 เศรษฐกิจ

สี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่พูดถึงนี้หมายถึงจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสตูล พื้นที่ดังกล่าวมีความหลากหลาย คือมีทั้งพื้นที่ชายฝั่งทะเล ซึ่งลักษณะทางเศรษฐกิจจะมีการผสมผสานระหว่างการทำนากับประมงชายฝั่งและสวนมะพร้าว ซึ่งเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเป็นนาถุ้งและพื้นที่เป็นเนินสูงมีที่ราบหรือที่เป็นป่าเขา ซึ่งมีการทำสวนผลไม้ หรือสวนยาง

ภาพรวมของเศรษฐกิจภาคใต้เมื่อเทียบกับภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือค่อนข้างดี อย่างไรก็ตามประชาชนในพื้นที่ชนบทของสี่จังหวัดดังกล่าวยังมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างยากจนเนื่องจากเป็นกลุ่มเกษตรกรที่มีพื้นที่ทำกินขนาดเล็ก ประสิทธิภาพในการผลิตต่ำ ขาดโอกาสในการศึกษา และมี

จำนวนผู้ที่ต้องพึ่งพาสูงเห็นได้จากการที่จังหวัดปัตตานีได้รับการประกาศเป็นพื้นที่ยากจนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 รวมทั้งอำเภอละงูในจังหวัดสตูลด้วย แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าพื้นที่ในจังหวัดยะลาและนราธิวาสจะปลอดภัยจากความยากจน

เพื่อให้เห็นสภาพทางเศรษฐกิจในสี่จังหวัดนี้ ขอให้พิจารณาดารงที่ 1 ประกอบ เห็นได้ว่ากิจกรรมทางเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ ภาคเกษตรกรรม ซึ่งคิดเป็นมูลค่าระหว่าง 34-46 เปอร์เซ็นต์ของผลิตภัณฑ์รวมของจังหวัด ในขณะที่ภาคบริการและการพาณิชย์นั้น คิดเป็นเพียง 12-15 เปอร์เซ็นต์ของผลิตภัณฑ์รวมของจังหวัดเท่านั้น สัดส่วนของภาคอุตสาหกรรมมีน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นโรงงานขนาดเล็กและไม่พัฒนา โดยที่มักเป็นการแปรรูปของผลิตภัณฑ์เบื้องต้นเท่านั้น เช่น การแปรรูปน้ำยาง การแปรรูปและบรรจุผลิตภัณฑ์อาหารทะเล การทำเฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามประชาชนในพื้นที่ชนบทของสี่จังหวัดดังกล่าว

ยังมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ค่อนข้างยากจน

เนื่องจากเป็นกลุ่มเกษตรกรที่มีพื้นที่ทำกินขนาดเล็ก

ประสิทธิภาพในการผลิตต่ำ

ขาดโอกาสในการศึกษา

และมีจำนวนผู้ที่ต้องพึ่งพาสูง

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

**อาจารย์หน่วยระบบาติวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ตารางที่ 1 ผลิตรวมของจังหวัด และรายได้ต่อหัว ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้

จังหวัด/กิจกรรม เศรษฐกิจ	ผลิตรวม ของจังหวัด (ล้านบาท)	เป็นร้อยละของ ผลิตรวม ของภาคใต้	เป็นร้อยละของ ผลิตรวม ประชาชน	รายได้ต่อหัว
ยะลา	6,745	4.6	0.5	18,947
การเกษตร	2,377 (35%)			
การบริการ	975 (15%)			
การพาณิชย์	734 (11%)			
การอุตสาหกรรม	358 (5%)			
อื่นๆ	2,301 (34%)			
ปัตตานี	7,840	5.4	0.5	14,546
การเกษตร	2,683 (34%)			
การบริการ	910 (12%)			
การพาณิชย์	2,036 (26%)			
การอุตสาหกรรม	185 (2%)			
อื่นๆ	2,026 (26%)			
นราธิวาส	6,737	6.0	0.6	15,547
การเกษตร	4,012 (46%)			
การบริการ	1,084 (12%)			
การพาณิชย์	1,082 (12%)			
การอุตสาหกรรม	344 (4%)			
อื่น ๆ	2,215 (25%)			
สตูล	5,668	3.9	0.4	25,418
การเกษตร	2,127 (38%)			
การบริการ	1,519 (27%)			
การพาณิชย์	475 (8%)			
การอุตสาหกรรม	152 (2.7%)			
อื่น ๆ	1,395 (25%)			

ที่มา: สมบูรณ์ บัวหลวง, ข้อมูลพื้นฐานใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้,
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2535.

1.2 ประชากร

ในปี 2534 ประชากรของภาคใต้ทั้งหมดมีจำนวน 7,207,732 คน ประชากรในสี่จังหวัดภาคใต้รวมกันมี 1,713,265 คน หรือคิดเป็น 23.7% ของประชากรภาคในปีเดียวกัน ใน

จำนวนนี้ 72% หรือประมาณ 1.2 ล้านคน เป็นมาลายูมุสลิม จากตารางที่ 2 แสดงประชากรในสี่จังหวัดภาคใต้ แยกจำนวน ชาย หญิง และชี้ให้เห็นถึงลักษณะของประชากรในเรื่องอื่นๆ ด้วย

ตารางที่ 2 ประชากรในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี พ.ศ. 2534

จังหวัด	จำนวน	ชาย	หญิง	%ของ ประชากร เมือง/ชนบท	%ของ มุสลิม	อัตราภาวะ เติบโต	สตรีที่ วางแผน ครอบครัว (อิสลาม)
ภาคใต้	7,207,732	3,604,943	3,602,789			1.33	47.1
เขตเทศบาล	894,017	443,427	450,570	12.4			
นอกเขตเทศบาล	6,313,715	3,161,516	3,152,219	87.6			
สี่จังหวัด	1,713,265	857,751	855,514		72		
นราธิวาส	577,924	289,946	287,978		78	2.18	30.3
เขตเทศบาล	72,712	35,896	36,816	12.6			
นอกเขตเทศบาล	505,212	254,050	251,162	87.4			
ปัตตานี	545,988	268,208	277,780		76	1.56	27.4
เขตเทศบาล	52,842	26,556	26,286	9.7			
นอกเขตเทศบาล	493,146	241,652	251,494	90.3			
ยะลา	362,621	184,323	178,298		63	1.59	38.4
เขตเทศบาล	90,778	45,631	45,147	25.0			
นอกเขตเทศบาล	271,843	138,692	133,151	75.0			
สตูล	226,732	115,274	111,458		66	1.76	45.1
เขตเทศบาล	21,844	11,409	10,435	9.6			
นอกเขตเทศบาล	204,888	103,865	101,023	90.4			

ที่มา : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534

จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่า นราธิวาสเป็นจังหวัดที่มีประชากรมากที่สุด รองลงมาก็เป็นปัตตานี ยะลา สตูล ตามลำดับ ปัตตานีเป็นจังหวัดที่มีประชากรต่อพื้นที่หนาแน่นที่สุด นอกจากนี้อัตราเพิ่มของประชากรใน 4 จังหวัดนี้ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับทุกภาคของประเทศ ซึ่งประเด็นนี้มีผลสำคัญที่ทำให้รายได้เฉลี่ยของจังหวัดอยู่ในเกณฑ์ต่ำประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบท และที่เป็นประเด็นสำคัญทางประชากรในพื้นที่พิเศษนี้คือ อัตราส่วนร้อยละของสตรีที่กำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดอยู่ในระดับที่ต่ำมาก ประเด็นในเรื่องนี้เกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา รวมทั้งได้มีการเชื่อมโยงเรื่องนี้เข้ากับประเด็นทางการเมืองเรื่องเชื้อชาติด้วย

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในรายละเอียดเกี่ยวกับองค์ประกอบของประชากรในเรื่องอายุและเพศของประชากรใน 4 จังหวัด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันมากนัก (ดูตารางในภาคผนวก) และกลุ่มประชากรที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ในทุกจังหวัดมีสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง คือกว่า 30% ซึ่งจะเป็นตัวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการที่จะต้องเอาใจใส่ประชากรกลุ่มนี้เป็นพิเศษ ทั้งในแง่ของการให้บริการในเรื่องสุขภาพอนามัย การศึกษา การเตรียมตัวเข้าสู่อาชีพ ขณะเดียวกันประชากรกลุ่มนี้ก็กลายเป็นกลุ่มที่ต้องพึงพิงในเรื่องอื่นๆ ด้วย

สัดส่วนของสตรีซึ่งอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-45 ปี) ของทุกจังหวัดอยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกันมากนักคือในราว 24-25% สตรีกลุ่มนี้มีความสำคัญทั้งในเชิงเศรษฐกิจ-สังคม และประชากร เนื่องจากเป็นผู้ที่มีผลโดยตรงต่ออัตราการเกิดของประชากร และคุณภาพชีวิตของประชากรในวัยเด็ก ประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการยกระดับความรู้ความสามารถในด้านต่างๆ เพื่อให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพทั้งในฐานะมารดา และผู้ผลิตทางเศรษฐกิจซึ่งจะส่งผลไปถึงสังคมโดยส่วนรวมให้ดีขึ้นด้วย

สัดส่วนของสตรีซึ่งอยู่ในวัยเจริญพันธุ์

(อายุ 15-45 ปี) ของทุกจังหวัด

อยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกันมากนักคือ

ในราว 24-25%

สตรีกลุ่มนี้มีความสำคัญ

ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ-สังคม และประชากร

1.3 ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม : กลุ่มชาติพันธุ์มาลายูและอิสลาม

ชุมชนมาลายูมุสลิมในสี่จังหวัดภาคใต้มีขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิต การแต่งกาย ภาษา และศาสนาเป็นของตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องของภาษาที่ทำให้ประชาชนกลุ่มนี้มีความรู้สึกผูกพันเป็นกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกันอย่างเหนียวแน่น นั่นคือภาษามลายู และโดยทั่วไปประชากรกลุ่มนี้เรียกตัวเองว่า “ออแกนายู” (คนมาลายู) นอกจากนี้ภาษามลายูยังกลายเป็นภาษาของศาสนาอิสลามในสี่จังหวัดภาคใต้ด้วย ขณะเดียวกันศาสนาอิสลามก็เป็นเรื่องที่สำคัญในการแสดงถึงความเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่มด้วย ความเป็นกลุ่มทั้งในเชิงเชื้อชาติและศาสนานี้เองที่ทำให้ประชาชนกลุ่มนี้แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ อย่างเด่นชัด และมีผลถึงวิถีในการดำรงชีพ รวมทั้งคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ด้วย

เมื่อคำนึงถึงประชากรส่วนใหญ่ในสี่จังหวัดภาคใต้ซึ่งเป็นมาลายูมุสลิม แม้ว่าในภาพรวมของประเทศจะเป็นกลุ่มชนส่วนน้อยก็ตาม ไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็นใดที่ชนกลุ่มนี้ต้องยอมรับวัฒนธรรมหลักของประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธ ประชากรกลุ่มนี้พูดภาษามลายูในชีวิตประจำวัน ภาษาไทยจำเป็นเฉพาะที่จะติดต่อกับหน่วยงานของราชการเท่านั้น อย่างไรก็ตาม สำหรับมุสลิมที่จังหวัดสตูลส่วนใหญ่ความเป็นมาลายูหลงเหลืออยู่เฉพาะความเป็นอิสลามเท่านั้น มุสลิมที่สตูลจึงพูดภาษาไทยในชีวิตประจำวันเป็นส่วนมาก

ด้วยความแตกต่างทางชาติพันธุ์ ภาษาและวัฒนธรรมของกลุ่มคนที่ปกครองประเทศ และประชาชนในสี่จังหวัดภาคใต้ที่เองที่โครงการพัฒนาสังคมต่างๆ ที่ลงมาจากส่วนกลางหรือในระดับจังหวัดก็ตาม มักพบเสมอๆ ว่าไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ประเด็นนี้น่าจะเป็นสาเหตุเบื้องหลังที่ทำให้สุขภาพอนามัยของประชากรกลุ่มนี้ไม่ดีเท่าที่ควร รวมถึงการเข้าไม่ถึงหรือไม่ใช้บริการสาธารณสุขของประชากรกลุ่มนี้ด้วย

สาเหตุอื่นๆ ที่มีผลต่อการทำให้การพัฒนาสังคมในสี่จังหวัดภาคใต้เป็นไปได้อย่างเนื่องช้าน่าจะอยู่ที่เรื่องดังต่อไปนี้คือ :-

1. ประวัติศาสตร์ทางการเมืองและวัฒนธรรม

ความเป็นมาทางประวัติศาสตร์ของสี่จังหวัดภาคใต้เป็นรัฐอิสระที่ปกครองตนเองมานานก่อนที่รัฐไทยจะเข้าครอบครองในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 นี้เอง รัฐไทยจึงมักมีท่าทีไม่ไว้วางใจในความภักดีของประชากรกลุ่มนี้อยู่เสมอ เพิ่งจะไม่นานมานี้เองที่ท่าทีของรัฐไทยได้ใช้นโยบายการเมืองและเศรษฐกิจ

ความแตกต่าง
ระหว่างโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรม
ของสังคมสองระดับ
ภายใต้ทุนนิยมสมัยใหม่
ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วนี้เอง
ยังผลให้เป็นความยากลำบากมาก
ในการหาทฤษฎีในการพัฒนาสังคม
ซึ่งจำเป็นต้องประนีประนอม
ในความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม

นำความมั่นคง และมีแนวโน้มผ่อนปรนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความไม่ไว้วางใจกันระหว่างรัฐบาลและประชาชนกลุ่มมาลาเย-มุสลิม ยังคงกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในอันที่จะพัฒนาสังคมให้ก้าวหน้าไปข้างหน้าอย่างรวดเร็วได้

นอกจากนี้การมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนในชนบท ก็ยังนับว่าน้อยมาก แม้ว่าจะระบบการเมืองของชาติจะเป็นประชาธิปไตย และดูเหมือนจะเป็นประชาธิปไตยเฉพาะส่วนกลาง แต่จังหวัดรอบนอกชายขอบ อย่างสี่จังหวัดนี้ หรือที่อื่นๆก็ตาม ยังคงมีลักษณะการใช้อำนาจอยู่ค่อนข้างมาก ยิ่งเมื่อพิจารณาถึงระบบการทำงานของมหาดไทยด้วยแล้ว เป็นการใช้อำนาจที่มักจะส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในประชาธิปไตยในระดับชนบท

2. สาเหตุทางสังคมและวัฒนธรรม

โดยสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมแล้ว กลุ่มมาลาเยในสี่จังหวัดภาคใต้นี้เป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสและสิทธิต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในชนบท โครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจของชุมชนมาลาเยในชนบทนั้นโดยพื้นฐานแล้วเป็นสังคมชาวนา (peasant society) ซึ่งอยู่คู่ขนานไปกับความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วของสังคมเมืองที่เป็นทุนนิยมเต็มตัว ความแตกต่างระหว่างโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมของสังคมสองระดับภายใต้ทุนนิยมสมัยใหม่ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วนี้เอง ยังผลให้เป็นความยากลำบากมากในการหาทฤษฎีในการพัฒนาสังคม ซึ่งจำเป็นต้องประนีประนอมในความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม

โดยปกติสังคมชาวนามีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ ในสภาพสังคมดังกล่าวผู้คนผูกติดอยู่กับประเพณีและความยากจน การเปลี่ยนผ่านจากสังคมชาวนามาสู่สังคมสมัยใหม่ จำเป็นต้องคำนึงถึงเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาษาและการศึกษา กรณีของประเทศมาเลเซีย ภาษามาลาเยได้รับการพัฒนาไปอย่างมาก มีการใช้อักษรโรมันเขียนแทน และให้ใช้ภาษามาลาเยเป็นสื่อกลางในการศึกษา รวมทั้งให้เป็นภาษาราชการด้วย ประชาชนมาเลเซียโดยทั่วไป ได้ได้ประโยชน์จากการเข้าถึงสื่อต่างๆ โดยผ่านภาษานี้มาก กรณีของสิ่งทวดชายแดนภาคใต้ของไทย ประชากรกลุ่มใหญ่ในดินแดนนี้ได้รับประโยชน์น้อยมากจากการพัฒนาเศรษฐกิจ-สังคม เมื่อเทียบกับประชาชนกลุ่มมาลาเยในมาเลเซีย นั่นเป็นเพราะขาดโอกาสในการเข้าถึงการพัฒนาดังกล่าว ยกเว้นเสียแต่ว่าประชากรกลุ่มนี้จะมีเครื่องมือทางสังคม นั่นคือ การศึกษาที่สามารถใช้ภาษาหลักของประเทศ คือภาษาไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะเปิดโอกาสต่างๆ ให้แก่ทุกคน สถานการณ์เช่นนี้ชี้ให้เห็นว่า กระบวนการบูรณาการทางเศรษฐกิจและสังคมยังไม่ประสบผลสำเร็จอย่างเต็มที่ ไม่จำเป็นต้องพูดถึงการบูรณาการในทางการเมือง

3. ความยากจนและความไม่รู้

วงจรแห่งความชั่วร้ายของความยากจนและความไม่รู้ ยังคงเป็นลักษณะสำคัญของประชากรในชนบทในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เมื่อพิจารณาถึงรายได้ต่อหัวของ 14 จังหวัดภาคใต้ ปัตตานีเป็นจังหวัดที่ยากจนที่สุด ซึ่งผลิตภัณฑ์รวมของจังหวัด คิดเป็น 7,840 ล้านบาทเท่านั้น และมีรายได้ต่อหัวเพียง 14,546 บาทต่อปี ในปี 2531 (ดูตารางที่ 1 ประกอบ) ในขณะที่จังหวัดสงขลามีรายได้ต่อหัวสูงถึง 23,626 บาท ในปีเดียวกัน



ความยากจนมักนำมาซึ่งความไม่รู้ ซึ่งทั้งสองเรื่องนี้ทำให้เกิดวงจรแห่งความชั่วร้ายขึ้น ทั้งๆ ที่ระดับการรู้หนังสือได้ปรับปรุงให้ดีขึ้นมาเรื่อยๆ ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา แต่ปัญหาการไม่รู้หนังสือของประชากรวัยผู้ใหญ่ยังคงเป็นปัญหาหลักที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่รู้หนังสือ (ไทย) ในกลุ่มประชากรมาลาเลีย-มูสลิมทำให้เป็นการเสียโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพหรือการรณรงค์ป้องกันโรคต่างๆ ที่รัฐเผยแพร่ออกไป ทั้งๆ ที่รัฐไทยได้ทุ่มความพยายามเต็มที่ในการแก้ไขปัญหาการไม่รู้หนังสือในหมู่ประชากรในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา แต่ก็พูดได้ว่ายังไม่เพียงพอที่จะปรับปรุงสภาพเศรษฐกิจของภูมิภาคนี้ได้ ความยากจนและความด้อยโอกาสยังคงเป็นลักษณะสำคัญของประชากรในสี่จังหวัดนี้

ภาวะการตายของมารดา (Maternal Mortality)

การตายของมารดาใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ นับว่าเป็นปัญหาที่รุนแรงมาก จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นถึงอัตราตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน 4 จังหวัดนี้

ตารางที่ 3
การตายของมารดาใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี 2534

จังหวัด	อัตราตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย
ปัตตานี	0.11
ยะลา	1.84
นราธิวาส	0.84
สตูล	0.98

ที่มา: ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 12

เพื่อให้เห็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในจังหวัดเหล่านี้ การวิจัยเรื่องการตายของมารดาในจังหวัดปัตตานีและนราธิวาส โดยนายแพทย์กฤษณ์ ดัยคานนท์ ได้ชี้ให้เห็นถึงสภาพและสาเหตุของปัญหา ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้ได้สำรวจมารดาที่ตายระหว่างตั้งครรภ์หรือการคลอด

หรือหลังคลอดแล้ว 6 สัปดาห์ ในปี 2532 จากการศึกษาพบว่า มีมารดา 29 คนจากจังหวัดปัตตานีและนราธิวาสที่ตายในช่วง 9 เดือน ระหว่างเดือนกันยายน 2531 ถึงเดือนพฤษภาคม 2532 คิดเป็นอัตราตาย 1.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ผลจากการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. อัตราตายของมารดาในสองจังหวัดนี้สูงกว่าอัตราตายเฉลี่ยของประเทศ ซึ่งเท่ากับ 0.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ถึง 5 เท่าตัว อายุเฉลี่ยของมารดาที่ตายคือ 30 ปี ในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และมากกว่า 34 ปี หนึ่งในห้าไม่รู้หนังสือ ในขณะที่มากกว่าสองในสามจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา แต่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งที่สามารถอ่านออกเขียนได้ มารดาส่วนใหญ่เป็นชาวนาและยากจน

2. อัตราตายในกลุ่มมารดาที่ตายต่ำกว่า 20 และมากกว่า 34 ปี คิดเป็น 2.4 แล 3.7 เท่าของอัตราการตายของมารดาในกลุ่มอายุ 20-34 ปี ประมาณกว่าครึ่งที่ตั้งครรภ์มากกว่า 4 ครั้ง ในขณะที่สองในสามได้รับการตรวจครรภ์จากสถานอนามัยเพียงหนึ่งในห้าเท่านั้นที่ได้รับการตรวจครรภ์ครบ 4 ครั้ง เกือบจะทั้งหมดฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ ในขณะที่บางคนฝากครรภ์ที่สถานอนามัย

3. เมื่อวิเคราะห์ถึงอายุ และจำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์และภาวะเสี่ยง ปัญหาการตั้งครรภ์ในครั้งก่อนและการตั้งครรภ์ครั้งล่าสุดพบว่า มารดา 56% มีภาวะเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์และระหว่างคลอด หนึ่งในสามมีอัตราเสี่ยงสูง ครึ่งหนึ่งในจำนวนภาวะเสี่ยงนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการได้รับการบริการทางการแพทย์ แม้ว่าบริการเหล่านี้ไม่สามารถป้องกันการตายได้

4. การคลอดทุกครั้งเกิดขึ้นที่บ้านโดยผดุงครรภ์โบราณ เป็นผู้ทำคลอดสาเหตุหลักของการตายส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือด อันเป็นผลมาจากรกค้าง

5. จากการวินิจฉัยของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพบว่า สองในสามของการตายนี้สามารถป้องกันได้ หนึ่งในสามอาจจะป้องกันได้ มีเพียงรายเดียวเท่านั้นที่ไม่สามารถป้องกันได้ การป้องกันเป็นเรื่องที่สตรีที่ตั้งครรภ์ ญาติฯ และผดุงครรภ์โบราณสามารถทำได้ มีเพียง 4 รายเท่านั้น ที่มีปัญหาในการเดินทางจากบ้านมาสถานพยาบาล

6. ผลของการคลอดปรากฏว่า 17 จาก 27 ราย เป็นการเกิดมีชีพ แม้ว่า 3 รายตายในเวลาต่อมา เด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับการเลี้ยงดูจากย่าหรือยายและพบว่ามีปัญหาทุโภชนาการ

ภาวะการตายปริกำเนิด (Perinatal Mortality)

เช่นเดียวกับการตายของมารดา การตายปริกำเนิดในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีสูง ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงการตายปริกำเนิดใน 4 จังหวัดนี้ ในปี 2534

ตารางที่ 4
อัตราตายปริกำเนิดใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี 2534

จังหวัด	อัตราตายต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย		
	การตายคลอด	การตายในช่วง 0-7 วัน	การตายปริกำเนิด
ปัตตานี	3.49	2.25	15.75
ยะลา	13.65	4.99	13.64
นราธิวาส	8.38	7.25	15.63
สตูล	7.34	7.34	14.68

ที่มา: ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 12

จากการศึกษาของนายแพทย์วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์ และคณะ ในปี 2534 เรื่อง ภาวะการตายปริกำเนิดและบาดเจ็บในจังหวัดทั้งสี่นี้ สรุปได้ว่า ภาวะการตายปริกำเนิดในกลุ่มมุสลิมมีสูงมาก แม้ว่าอัตราการเป็นบาดเจ็บจะไม่สูงมากนักก็ตามคือเท่ากับ 0.9 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย ส่วนการตายคลอด การตายของทารกแรกเกิด และการตายของทารกหลัง 4 สัปดาห์เท่ากับ 15.3, 11.2 และ 3.9 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 รายตามลำดับ สถิติตัวเลขของการตายปริกำเนิดเหล่านี้สูงกว่ารายงานของสำนักงานสาธารณสุขถึง 5 เท่าตัว

จากการศึกษาพบว่า การไม่แจ้งตายในกรณีการตายคลอด เป็นสิ่งที่พบทั่วไป เนื่องจากพ่อแม่ไม่เห็นความจำเป็นในการแจ้งตายของเด็ก ในเมื่อไม่ได้แจ้งการเกิดไว้ตั้งแต่แรก ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส 80 เปอร์เซ็นต์ ของการเกิดมีชีวิต 2,311 ราย เป็นการทำคลอดโดยผดุงครรภ์โบราณ ในจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด มีเพียง 55 เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 ครั้ง

สถานภาพและบทบาทของสตรีมุสลิม

4.1 ครอบครัวและสภาพที่อยู่อาศัย

ผลงานวิจัยเท่าที่ผ่านมาพบว่า ลักษณะครอบครัวของกลุ่มมลายูมุสลิมส่วนมากในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) ซึ่งประกอบด้วยสามีภรรยาและลูกๆ โดยมีบุตรเฉลี่ยครอบครัวละ 3-4 คน อายุแรกสมรสของสตรีมุสลิมนับว่าน้อยกว่าภาคอื่น อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบย้อนหลังในเขตจังหวัดเดียวกันแล้ว กล่าวได้ว่ามีแนวโน้มที่สตรีมุสลิมมีอายุแรกสมรสสูงขึ้น ตัวเลขในงานวิจัยแต่ละครั้งไม่สอดคล้องกันนัก แต่จากกล่าวได้ว่า สตรีมุสลิมมีอายุแรกสมรสเฉลี่ยประมาณ 16-18 ปี หรือไม่เกิน 20 ปี การแต่งงานอายุน้อยมีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ให้มีช่วงที่นานกว่าจะหมดวัยเจริญพันธุ์เมื่อคำนึงถึงว่าสตรีมุสลิมไม่นิยมใช้การวางแผนครอบครัว เนื่องด้วยขัดต่อความเชื่อทางศาสนา

สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยมีความแตกต่างกันระหว่างเขตเมืองและชนบทแต่โดยทั่วไป บ้านเรือนในชนบทมักเป็นบ้านไม้ใต้ถุนสูง เพื่อป้องกันน้ำท่วมและมักใช้พื้นที่ใต้ถุนเรือนเป็นที่เลี้ยงสัตว์ เรือนมุสลิมมักเป็นเรือนโล่งที่ใช้พื้นที่เดียวกันในการประกอบกิจกรรมหลายๆ อย่าง ในเรือนหนึ่งๆ มักมีห้องที่กั้นเป็นสัดส่วนเพียงห้องเดียวสำหรับหัวหน้าครัวเรือนและภรรยา สมาชิกที่เหลืออยู่นอกนั้นมักนอนเสียบนพื้นเรือนโล่งนอกห้อง

แหล่งน้ำของประชาชนในพื้นที่สี่จังหวัดภาคใต้ มักเป็นน้ำจากบ่อน้ำตื้นบ่อบาดาล แม่น้ำลำคลอง คลองชลประทาน แม้ว่าบางหมู่บ้านจะมีน้ำประปาใช้ ก็เกิดจากการต่อท่อปั้มน้ำจากบ่อบาดาลขึ้นไปเก็บในถังค้ำน้ำขนาดใหญ่ สภาพน้ำโดยทั่วไปยังมีสนิมค่อนข้างมาก และคุณภาพของน้ำโดยทั่วไปยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่ามาตรฐานเห็นได้จากตัวเลขเมื่อปี พ.ศ. 2532 ประชากรใน 4 จังหวัดดังกล่าวมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มไม่ถึงร้อยละ 40 ยกเว้นจังหวัดสตูลที่มีน้ำสะอาดดื่มร้อยละ 46.7



สำหรับการใช้ส้วมในสี่จังหวัดดังกล่าวนี้บว่ายังเป็น ปัญหาซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพอนามัย ประกอบกับการไม่นิยม สวมรองเท้าในหมู่เกษตรกรชนบท จึงมีผลทำให้มีความชุกของ การติดเชื้อพยาธิปากขอค่อนข้างสูง โดยเฉพาะที่จังหวัดยะลาและ นราธิวาส อย่างไรก็ตามได้มีการรณรงค์ให้ประชาชนในพื้นที่มี ส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาลไว้ใช้ และมีแนวโน้มครอบคลุมพื้นที่สูง ขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้ว่า ในปี 2532 ครัวเรือนที่มีส้วมถูก หลักสุขาภิบาลในจังหวัดนราธิวาส ยะลา สตูล และปัตตานี เป็น ร้อยละ 34.9, 33.1, 32.8 และ 32.4 ตามลำดับ. ตัวเลข นี้ได้เปลี่ยนไป เป็นมากกว่าร้อยละ 65 ในทุกจังหวัดในปี 2535 ยกเว้นจังหวัดยะลาได้รณรงค์ในเรื่องการมีส้วมทุกครัวเรือนมาก เป็นพิเศษจนทำให้มีอัตราการครอบคลุมสูงถึงร้อยละ 96 บาง อำเภอมีส้วมใช้ 100% ในระยะยาวคาดว่าความชุกของการติด เชื้อพยาธิปากขอในหมู่ประชากรน่าจะลดลง

4.2 การรู้หนังสือและการศึกษา

การศึกษามีส่วนสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชากร อย่างไรก็ตามระดับการศึกษาของประชากรในเขตชนบทยังอยู่ ในระดับค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับเขตเมือง และเมื่อพิจารณา ถึงพื้นที่ในสี่จังหวัดภาคใต้ด้วยแล้ว อัตราการอ่านออกเขียนได้ ในหมู่ประชาชนมาลายูมุสลิมไม่เป็นที่น่าพอใจนัก ตัวเลขการ อ่านออกเขียนได้ของประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวดูได้จากตาราง ข้างล่างนี้

ตารางที่ 4.1
แสดงประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไปที่อ่านออกเขียนได้
จำแนกตามเพศเป็นรายจังหวัด ปี 2523

จังหวัด	รวม	ชาย	หญิง
นราธิวาส	64.2	70.7	57.6
ปัตตานี	67.0	73.5	60.5
ยะลา	72.1	77.2	67.0
สตูล	80.3	85.5	74.9

การศึกษามีส่วนสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชากร อย่างไรก็ตาม

ระดับการศึกษาของประชากรในเขตชนบท

ยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

เมื่อเทียบกับเขตเมือง

ภาพรวมของแต่ละจังหวัดที่มีประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้เกินกว่าร้อยละ 60 ในจังหวัดนราธิวาสและ ปัตตานี ในขณะที่จังหวัดสตูลมีอัตราส่วนร้อยละของประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไปอ่านออกเขียนได้สูงถึงร้อยละ 80.3 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงเพศแล้ว ปรากฏว่าชายมีอัตราส่วนร้อยละที่อ่าน ออกเขียนได้สูงกว่าหญิงในทุกจังหวัด และทุกกลุ่มอายุ แต่ ร้อยละของผู้่านออกเขียนได้ลดลงในกลุ่มอายุที่สูงขึ้น ทั้งกลุ่ม ชายและหญิง ลักษณะเช่นนี้เป็นแบบแผนที่เกิดขึ้นทั้งสี่จังหวัด ตัวเลขที่แสดงนี้ถึงแม้ว่าจะเก่าไปบ้างก็ตาม แต่สภาพในปัจจุบัน ก็ยังสะท้อนให้เห็นถึงความจริงที่ว่า สตรีมุสลิมมีการศึกษาต่อย กว่าชาย (เป็นภาพรวมของประเทศด้วย) อย่างไรก็ตามการขยาย การศึกษาภาคบังคับจาก 4 ปี เป็น 7 ปี และต่อมาลดลงเป็น 6 ปี ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมานับว่าเป็นการยกระดับใน การศึกษาให้กับเยาวชนของชาติทั้งชายหญิงได้ทางหนึ่ง

4.3 สตรีมุสลิมในชุมชน

บทบาทของสตรีมุสลิมแต่ดั้งเดิมมานั้น อยู่ในฐานะเป็น “ผู้ผลิต” ทั้งในทางชีวภาพในฐานะเป็นผู้ให้กำเนิดบุตร และผู้ ผลิตในเชิงเศรษฐกิจในครัวเรือน กล่าวได้ว่าบทบาทของสตรีใน ครัวเรือนนั้นมีความสำคัญมากและเด่นชัดที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในฐานะเป็นแม่ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการถ่ายทอดวัฒนธรรม (enculturation) บทบาทในฐานะ “ผู้ผลิต” นี้ยังคงมีความสำคัญ ตลอดมา และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในกิจกรรมทาง เศรษฐกิจในภาวะสังคมปัจจุบัน ที่มีผลทำให้สตรีมุสลิมที่ยังโสด ต้องออกมาทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งภาพเช่นนี้ไม่ ปรากฏในอดีต

การทำงานเชิงเศรษฐกิจของสตรีมุสลิมในชนบทนั้น เป็นลักษณะของการช่วยกันทำงานในไร่นา สวนยาง หรือสวน ผลไม้ กรณีที่เป็นหมู่บ้านประมงชายฝั่ง สตรีมีหน้าที่ในการ นำ ผลผลิตที่ผู้ชายหามาได้นำมาขายหรือแปรรูปเพื่อขาย แม้ว่าตัว



กิจกรรมการรวมตัวของสตรีในจังหวัดตาก

เลขที่จะชี้ชัดว่าสตรีในสี่จังหวัดทำงานในภาคเกษตรเป็นสัดส่วนเท่าใดยังขาดอยู่ แต่พอจะประเมินได้จากครัวเรือนที่มีอาชีพในการเกษตรในปี 2527 ได้ดังนี้

ตารางที่ 4.2 จำนวนครัวเรือนที่มีอาชีพในการเกษตร

จังหวัด	จำนวนครัวเรือนที่มีอาชีพในการเกษตร	
นราธิวาส	50,329	ครัวเรือน
ปัตตานี	48,334	ครัวเรือน
ยะลา	30,473	ครัวเรือน
สตูล	20,807	ครัวเรือน

เมื่อมองภาพรวมของภาคใต้พบว่า อัตราส่วนของสตรีที่ทำงานภาคเกษตรในปี 2531 เป็นร้อยละ 65.8 ในขณะที่สตรีทำงานนอกภาคเกษตร คิดเป็นร้อยละ 34.2 และมีแนวโน้มว่าสตรีมีบทบาทในการทำงานเชิงเศรษฐกิจนอกภาคเกษตรมากขึ้นเรื่อยๆ จากการที่รัฐมีนโยบายส่งเสริมและกระจายโรงงานอุตสาหกรรมขนาดย่อมให้ออกสู่ชนบทมากขึ้น เพื่อเป็นการกระจายรายได้และดูดซับแรงงานชนบทมิให้อพยพเข้ามาทำงานในเมือง

อย่างไรก็ดี แม้ว่าตัวเลขข้างต้นจะให้ภาพรวมในระดับภาคก็ตาม แต่ก็พอคาดการณ์ได้ว่า พื้นที่ในสี่จังหวัดภาคใต้ก็มีแนวโน้มที่สตรีออกมาทำงานนอกภาคเกษตรมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเป็นลูกจ้างในโรงงานต่างๆ การเข้าสู่บริการ การค้าและการพาณิชย์ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวได้ขยายตัวอย่างมากในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา

ในการมีส่วนร่วมทางการเมืองนั้น แม้วางยังขาดผู้นำทางการเมืองที่เป็นสตรีมุสลิมก็ตาม แต่สตรีก็มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการออกเสียงเลือกตั้งผู้แทนในระดับต่างๆ และสตรีเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตัวเองโดยไม่มีอิทธิพลของสามีเข้ามาเกี่ยวข้อง อนึ่งสถานภาพของสตรีนอกบ้านยังไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมมุสลิม เนื่องจากถือว่าชายเป็นผู้มีบทบาทในเรื่องนอกบ้านและการแบ่งงานตามเพศอย่างชัดเจนเด็ดขาดตายตัวในกลุ่มชุมชนมาลายูมุสลิม ประกอบกับการคอกย้ำของศาสนาที่ให้ชายดำรงอยู่ในฐานะที่เหนือกว่าสตรี และการเน้นให้ผู้หญิงเป็นเพียงผู้ตาม

ส่วนในการพัฒนาสังคมนั้น สตรีมุสลิมดำรงอยู่ในฐานะเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพสูงมากในการช่วยหรือดำเนินการตามนโยบายของรัฐ ขอเพียงแต่ให้ออกโอกาสแก่กลุ่มสตรีเหล่านี้ พร้อมๆ กับการยกระดับการศึกษาให้แก่กลุ่มสตรีให้มากขึ้น สตรีมุสลิมรุ่นใหม่ (ช่วงอายุ 20-39 ปี) จะเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพสูงที่สุดเนื่องด้วยความพร้อมในหลายๆ ด้านบทบาทของสตรีในการพัฒนาสังคมต้องทำควบคู่ไปกับการให้โอกาสทำงานเชิงเศรษฐกิจของหญิงทั้งในภาคเกษตรและนอกภาคเกษตรเพราะทั้งสองเรื่องนี้ต่างก็สัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก

4.4 การวางแผนครอบครัว

เป็นที่รับรู้กันโดยทั่วไปว่าสตรีมุสลิมไม่ค่อยจะยอมรับการวางแผนครอบครัวทั้งนี้ด้วยเหตุผลทางความเชื่อในศาสนาที่มีทัศนะว่าการควบคุมการเกิดเป็นบาป ความเชื่อเช่นนี้แรงมากขึ้นเมื่อมีปัจจัยทางการเมืองและประเด็นเรื่องเชื้อชาติเข้ามาเกี่ยวข้อง จากสถิติของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 ยะลา แสดงให้เห็นว่าในปี 2533 การวางแผนครอบครัวในจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และสตูล มีเปอร์เซ็นต์เพียง 27, 51, 30 และ 46 ตามลำดับ (ตารางที่ 5) นำสังเกตว่าจังหวัดที่มีเปอร์เซ็นต์การวางแผนครอบครัวต่ำกว่า 30 นั้น เป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนของประชากรมุสลิมสูง คือจังหวัดนราธิวาส และปัตตานี ในขณะที่

ในการมีส่วนร่วมทางการเมืองนั้น แม้วางยังขาดผู้นำทางการเมืองที่เป็นสตรีมุสลิมก็ตาม แต่สตรีก็มีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการออกเสียงเลือกตั้งผู้แทนในระดับต่างๆ และสตรีเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตัวเองโดยไม่มีอิทธิพลของสามีเข้ามาเกี่ยวข้อง

จังหวัดยะลาและสตูล มีสัดส่วนของประชากรมุสลิมกว่า 60% เท่านั้น เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นๆ แล้ว สี่จังหวัดดังกล่าวมีอัตราการวางแผนครอบครัวต่ำสุด โดยทั่วไปกลุ่มคนที่ไม่ยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่ได้ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในแง่สุขภาพอนามัย อย่างไรก็ตาม ปัญหาได้เริ่มขึ้นเมื่อผู้หญิงตั้งครรภ์ และไม่ได้รับการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์กับเจ้าหน้าที่อนามัยทั้งนี้เป็นเพราะสตรีมุสลิมตามหมู่บ้านฝากครรภ์กับผดุงครรภ์โบราณ และแม้ว่าจะฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่อนามัยระดับตำบลแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงพึ่งพิงผดุงครรภ์โบราณสูงมาก ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข สตรีมีครรภ์ควรได้รับการตรวจครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์ และดูแลหลังคลอดครบ 4 ครั้ง แต่อัตราการดูแลครรภ์นี้ยังนับว่าต่ำมากในกลุ่มสตรีมุสลิมใน 4 จังหวัด

ตารางที่ 5
การวางแผนครอบครัวใน 4 จังหวัดภาคใต้ ปี 2533

จังหวัด	เปอร์เซ็นต์ของสตรีที่วางแผนครอบครัว
ปัตตานี	27
ยะลา	51
นราธิวาส	30
สตูล	46

ที่มา: ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 12
ข้อสังเกต ตัวเลขในตารางนี้ต่างจากในตารางที่ 2 เล็กน้อย เพราะแหล่งที่มาของข้อมูลต่างกัน

ตารางที่ 6
การครอบคลุมของบริการอนามัยแม่และเด็ก ปี 2533

จังหวัด	การดูแลหญิงมีครรภ์ก่อนคลอดครบ 4 ครั้ง	การดูแลหลังคลอดครบ 4 ครั้ง
ปัตตานี	54.4	48.5
ยะลา	57.6	28.6
นราธิวาส	66.6	40.0
สตูล	57.0	49.4

ที่มา: ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ เขต 12

ยาเสพติดและ AIDS

เป็นที่เชื่อกันว่าศาสนาและวัฒนธรรมของชุมชนมาลายูในสี่จังหวัดภาคใต้ มีความแข็ง (rigid) แต่เป็นที่น่าแปลกใจที่ศาสนาและวัฒนธรรมของชุมชนมาลายูเองไม่สามารถที่จะต้านกระแสการติดยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนมุสลิมไว้ได้ ทำไม่ถึงเป็นเช่นนั้น คำตอบน่าจะพิจารณาปัญหานี้ในระดับกว้าง ปัญหา ยาเสพติดมิใช่เป็นเพียงปัญหาในระดับประเทศเท่านั้น แต่เป็นปัญหาระหว่างประเทศด้วย พื้นที่จังหวัดชายแดนซึ่งมีอาณาเขตติดต่อกับเพื่อนบ้าน มีส่วนเกื้อหนุนให้เป็นเส้นทางลำเลียงยาเสพติดจากไทยส่งออกไปขายยังต่างประเทศ และยาเสพติดส่วนหนึ่งได้ทะลักออกมาสู่ตลาดในท้องถิ่นด้วย

แบบแผนการติดยาเสพติดของกลุ่มมาลายูไม่ได้แตกต่างกับกลุ่มอื่นๆ ในแง่ที่กลุ่มผู้ติดยาเสพติดส่วนมากแล้ว เริ่มจากการติดยาที่ก่อน และค่อยๆ หันมาเป็นกัญชา จนกระทั่งเป็นการสูบบุหรี่ หรือเฮโรอีนในที่สุดจากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดยาเฮโรอีนในจังหวัดนราธิวาส โดยนพ.ถนอมบรรณประเสริฐ และคณะ เมื่อปี 2535 พบว่ากลุ่มที่ติดยาเสพติดอยู่ในกลุ่มอายุ 20-29 ปี มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และทั้งหมดเป็นชายโดยที่เป็นมุสลิมมากกว่าพุทธ การศึกษานี้ได้ทำการสำรวจชุมชน 99 แห่งจาก 8 อำเภอ ทั้งเขตเมืองและชนบท และคาดว่าผู้ติดยาเสพติด 2,209 คน ในปี 2534 การศึกษาดังกล่าวนี้ได้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่าผู้ติดยาเสพติดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนั้น ไม่ได้มีความตั้งใจที่จะเลิกหรือนำบำบัดการติดยาเสพติดจริง แต่มารับการรักษาเพื่อลดปริมาณเฮโรอีนที่จะใช้ในครั้งต่อไป อันเนื่องมาจากผลของยาที่ทางโรงพยาบาลจำหน่าย จากงานศึกษานี้ และจากการสัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุข ในสี่จังหวัดภาคใต้ พอจะคาดได้ว่า ปัญหา ยาเสพติดมีความรุนแรงมากที่สุดในจังหวัดนราธิวาส รองลงมาเป็นจังหวัดสตูล ปัตตานี และยะลา ตามลำดับ

เมื่อกลับมาพิจารณาถึงปัจจัยทางศาสนาและวัฒนธรรมของชุมชนมาลายูที่น่าจะมีส่วนป้องกันเยาวชนคนหนุ่มสาวไม่ให้ติดยาเสพติดได้บ้าง แต่กลับปรากฏว่าตรงกันข้าม ทั้งนี้จะเป็นเพราะยาเสพติดเป็นเรื่องใหม่ต่อการรับรู้ของคนในชุมชน ในขณะที่วัฒนธรรมเดิมของคนในชุมชนยอมรับการสูบบุหรี่มาช้านานทั้งชาย-หญิง ในหมู่บ้านเด็กหนุ่มอายุน้อยสูบบุหรี่โดยผู้ใหญ่ไม่ห้ามปราม การแทรกซึมของยาเสพติดจะเริ่มจากเพื่อนสู่เพื่อน จากหมู่บ้านหนึ่งสู่อีกหมู่บ้านหนึ่ง และขยายวงกว้างออกไปเรื่อยๆ ในหมู่บ้านทุกแห่งในพื้นที่ศึกษานี้ เด็กวัยรุ่นมักนิยมสร้างกระต๊อบเล็กๆ แยกออกมาจากเรือนเดิมของพ่อแม่

คำตอบนำที่จะพิจารณาปัญหานี้ในระดับกว้าง
ปัญหาหาเสพติด
ไม่ใช่เป็นเพียงปัญหาในระดับประเทศเท่านั้น
แต่เป็นปัญหาหระหว่างประเทศด้วย

กระตือบเหล่านี้กลายเป็นแหล่งมั่วสุมอย่างดี โดยปลอดจาก
สหายตาของพ่อแม่ผู้ปกครอง และปัญหาหาเสพติดก็เป็นปัญหา
ที่ชุมชนไม่เคยรู้จักมาก่อน จึงขาดศักยภาพและประสิทธิภาพที่
จะแก้ปัญหานี้ได้ ความเชื่อทางศาสนาช่วยอะไรไม่ได้มากเช่น
เดียวกัน

สถานการณ์เกี่ยวกับโรค AIDS นั้น พบว่าจังหวัด
นราธิวาสและปัตตานี มีการแพร่กระจายของ AIDS ค่อนข้างสูง
เมื่อเทียบกับสตูลและยะลา และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จาก
การที่มีแหล่งขายบริการทางเพศมาก ทั้งรูปแบบตรงและแอบแฝง
รวมทั้งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ติดยาเสพติดค่อนข้างมากด้วยจึงมีผลต่อ
การแพร่กระจายของ AIDS อย่างรวดเร็ว

จังหวัดนราธิวาส ได้ทำการสำรวจผู้ติดเชื้อไวรัส AIDS
ในอำเภอเมือง และอำเภอสุไหงโกโลก โดยการเจาะเลือดใน
กลุ่มเสี่ยงต่างๆ ดำเนินการทุก 6 เดือน ตั้งแต่ปี 2532-2535
กรณีอำเภอเมืองพบอัตราการติดเชื้อสูงในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด
ชนิดฉีดร้อยละ 49 รองลงมาคือกลุ่มโสเภณีส่วนที่อำเภอสุไหง
โกโลก พบอัตราการติดเชื้อไวรัส AIDS สูงในสองกลุ่มนี้เช่นกัน
อย่างไรก็ตามในการสำรวจครั้งสุดท้ายไม่พบการติดเชื้อในกลุ่มหญิง
ตั้งครรภ์ของทั้งสองอำเภอ

ส่วนจังหวัดปัตตานีนั้นได้ทำการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อ AIDS
6 กลุ่ม โดยการสุ่มตัวอย่าง ตรวจโลหิตประชากรกลุ่มเสี่ยง
ทุกๆ 6 เดือน โดยเริ่มครั้งแรกเมื่อมิถุนายน 2533 ครั้งสุดท้าย
มิถุนายน 2535 ผลการศึกษาพบว่าอัตราการติดเชื้อ AIDS ได้
แพร่กระจายในประชากรทุกกลุ่มอายุและแนวโน้มทวีความรุนแรง
สูงขึ้นในกลุ่มโสเภณีตรงและแอบแฝง คือ กลุ่มโสเภณีตรงจาก
ร้อยละ 14 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 25 ในปี 2535 และกลุ่ม
โสเภณีแฝงจากร้อยละ 2.80 เป็น 6.86 ในปี 2533 และ
2535 ตามลำดับ

จังหวัดสตูลไม่มีรายละเอียดในการเฝ้าระวังโรค AIDS
แต่จากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล รายงานว่าใน
ปี 2534 มีจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV 171 คน คิดเป็นอัตรา 75.41
ต่อประชากร 100,000 คน

สำหรับจังหวัดยะลานั้น ตั้งแต่ตุลาคม 2531 - 2535
พบผู้ป่วยโรค AIDS 3 ราย และผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอชเอส
(ARC) 8 ราย ทั้งหมดเป็นชาย

ความรุนแรงของสถานการณ์โรค AIDS ในจังหวัด
นราธิวาสและปัตตานีเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงมาก เนื่องจากมี
แนวโน้มที่โรคนี้จะลงไปสู่แม่บ้านในชนบทมากยิ่งขึ้น และจะมี
ผลไปถึงทารกที่มีแม่ติดเชื้อ AIDS ด้วย ขณะเดียวกัน โรคนี้ก็
กระจายไปยังกลุ่มเยาวชนชายที่ติดยาเสพติดด้วย

ปัญหาสุขภาพของสตรีและเด็กมุสลิม

จากการอ่านเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรวมทั้งจากการ
สัมภาษณ์บุคลากรสาธารณสุขจากสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พอ
จะสรุปถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของสตรีและ
เด็กในพื้นที่ได้ดังนี้

1. การแต่งงานเร็ว โดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 19 ปี ใน
กลุ่มสตรีมุสลิมในชนบท ซึ่งทำให้เป็นปัญหาสุขภาพ เพราะสตรี
มีอัตราเสี่ยงสูงระหว่างตั้งครรภ์ และระหว่างการคลอดบุตร
การแต่งงานในช่วงวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากประเพณีของ
กลุ่มมาลายู ขณะเดียวกันการขาดโอกาสในการศึกษา และขาด
โอกาสในการทำงานของกลุ่มสตรีในชุมชน มีผลทำให้พ่อแม่
ผู้ปกครองจัดการหาคู่ครองให้กับลูกสาวตั้งแต่อายุน้อย
นอกจากนี้การจัดการหาคู่ครองให้โดยผู้ปกครองเช่นนี้มักสั้น
สุดลงด้วยการหย่าร้างหลังจากแต่งงานได้เพียง 1-2 ปี เท่านั้น
แบบแผนเช่นนี้ส่งผลให้สตรีมุสลิมกลายเป็นหม้ายตั้งแต่วัยสาว
2. การขาดการยอมรับการวางแผนครอบครัวในชุมชน
มุสลิม มีผลทำให้สตรีต้องรับภาระหนักในการตั้งครรภ์มากเกินไป
ช่วงห่างระหว่างการมีบุตรแต่ละครั้งค่อนข้างสั้น ซึ่งลักษณะ
เช่นนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและบุตร
3. พฤติกรรมของสตรีมีครรภ์ในการดูแลรักษาครรภ์
ก่อนคลอด รวมทั้งบริการในเรื่องนี้ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย
มีผลอย่างสำคัญต่อการเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดบุตร
การที่สตรีมุสลิมตามชนบทไม่ไปใช้บริการหรือไปใช้น้อยกว่า 4
ครั้งในระหว่างตั้งครรภ์ ชี้ให้เห็นว่าสตรีกลุ่มนี้ขาดความรู้และ
ไม่ตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้จากการไปใช้บริการ ประกอบกับ
ความเชื่ออย่างผิดๆ ของชาวบ้านก็มีผลต่อการไปใช้บริการเช่นกัน
เช่นเชื่อว่าการใช้บริการมีผลทำให้ลูกในท้องตัวใหญ่และมีน้ำหนัก
มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้คลอดยาก เป็นต้น
4. แม้ว่าจะได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้หญิงครรภ์
โบราณ แต่การทำคลอดโดยหญิงครรภ์โบราณก็ได้รับการพิจารณา

จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตายของมารดา ทั้งนี้เป็นเพราะความรู้ที่ไม่ถูกต้องของผดุงครรภ์โบราณเกี่ยวกับการดูแลหญิงมีครรภ์ก่อนคลอด ซึ่งรวมถึงภาวะเสี่ยงระหว่างตั้งครรภ์ด้วย การดูแลที่ไม่ถูกต้องและภาวะเสี่ยงนี้เป็นผลทำให้ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลช้าเกินการณ์

5. เมื่อคำนึงถึงสัดส่วนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ที่ยังคงมีปัญหาทุโภชนาการ การขาดวิตามิน A การได้รับวัคซีนไม่ครบและการที่เด็กท้องร่วงเป็นบาดทะยัก เป็นโรคทางเดินหายใจอย่างร้ายแรง ซึ่งโรคต่างๆ เหล่านี้ สามารถป้องกันได้ทั้งสิ้น ถ้าแม่มีความรู้ดีพอ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่จะดูแลตนเองและลูกๆ ให้ดีได้

6. เด็กพิการในชุมชนมาลาญไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควรจากสังคมครอบครัวที่มีเด็กๆ พิการ จำเป็นต้องแบกรับภาระนี้ไว้แต่ผู้เดียว การศึกษาเด็กพิการในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ระหว่างปี 2533 - 2534 พบว่าร้อยละ 1.2 ของประชากรที่อายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นเด็กพิการ ส่วนใหญ่เด็กเหล่านี้จะมีขาและแขนพิการ หูหนวก เป็นใบ้และชัก การที่สังคมละเลยไม่สนใจเด็กกลุ่มนี้ แสดงออกให้เห็นได้จากการที่เด็กมากกว่าครึ่งไม่เคยได้รับการตรวจหรือดูแลรักษาทางการแพทย์เลย จากการตรวจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพบว่าสองในสามของความพิการเหล่านี้สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ ถ้ามีการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและทันการณ์จากการศึกษาพบว่าอุปสรรคสำคัญในการส่งตัวไปรักษาคือค่าใช้จ่ายสูง และความไม่ตระหนักในการดูแลรักษา รวมทั้งความเข้าใจผิดในสาเหตุของความพิการเหล่านั้นด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

6.1 ปัญหาในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของจังหวัดที่มีประชากรมุสลิมเป็นส่วนใหญ่นี้ สมควรที่จะต้องได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ ทั้งนี้เพราะประชากรกลุ่มนี้เสียเปรียบและด้อยโอกาสกว่าประชากรในจังหวัดอื่นๆ ในภูมิภาคเดียวกัน รวมทั้งต่างภูมิภาคด้วย ดังนั้นจึงควรให้ความสนใจในการตั้งทรัพยากรในการพัฒนาสังคมให้มากกว่านี้ โดยปกติสตรีและเด็กจะกลายเป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสในสังคม ความจริงนี้เป็นจริงมากยิ่งขึ้นในชุมชนมาลาญ ดังนั้นจึงสมควรที่สังคมไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐบาลต้องให้ความดูแลคนกลุ่มนี้เป็นพิเศษ

6.2 ศาสนาอิสลาม กลุ่มชาติพันธุ์มาลาญ เอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม รวมทั้งภาษามาลาญ ทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่จะเอียดอ่อนและเป็นประเด็นที่สำคัญยิ่งต่อผลสำเร็จในการพัฒนาสังคม

ความเข้าใจเบื้องต้นในเรื่องเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับโครงการพัฒนาสังคมและโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เพื่อชีวิตและสุขภาพที่ดีขึ้นของประชากรกลุ่มนี้ ไม่แต่เพียงความเข้าใจเท่านั้นแต่ต้องมีความเห็นอกเห็นใจและต้องมีความละเอียดอ่อนในการทำงานกับกลุ่มที่ด้อยโอกาสนี้ด้วย

ในขณะที่กลุ่มมาลาญในเมืองรัฐภาษาไทย การติดต่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่อนามัยและสตรีมุสลิมในชนบท ควรจะพูดภาษามาลาญให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สื่อสุขภาพ และกิจกรรมต่างๆ ในการที่จะให้เข้าถึงชุมชนมาลาญในชนบทควรเป็นภาษามาลาญ

การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนเป็นสิ่งที่อ้างถึงบ่อยมากในโครงการพัฒนา การมีส่วนร่วมดังกล่าวไม่มีทางจะเกิดขึ้นได้ถ้าปราศจากความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ รวมทั้งเคารพในความเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ และเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมของคนกลุ่มนี้ด้วย

บทบาทขององค์กรเอกชนในการดูแลสุขภาพของจังหวัดในพื้นที่นี้ยังไม่ปรากฏและสมควรที่จะกระตุ้นให้เกิดองค์กรในลักษณะนี้ในองค์กรเอกชนมีแนวโน้มที่จะเข้าใจและเห็นใจในสถานการณ์ต่างๆ ของกลุ่มคนผู้ด้อยโอกาสดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

6.3 ภาวะการตายของมารดาและการตายปริกำเนิด

1. เนื่องจากการคลอดมักทำโดยผดุงครรภ์โบราณ ซึ่งเป็นผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการตายของมารดา ดังนั้นจึงควรให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อความสามารถและการปฏิบัติของผดุงครรภ์โบราณ แม้ว่าผดุงครรภ์โบราณส่วนใหญ่จะผ่านการอบรมโดยสำนักงานสาธารณสุขก็ตาม แต่การฟื้นฟูความรู้และให้การอบรมเพิ่มเติมก็ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นการอบรมเช่นนี้อาจกำหนดเป็นช่วงเวลาเช่นทุกๆ 2 ปี การอบรมควรเปลี่ยนรูปแบบจากเดิมที่มุ่งเน้นทฤษฎีให้มาเป็นมุ่งปฏิบัติการอบรมที่เน้นการปฏิบัติการจริงในโรงพยาบาล จังหวัดหรือโรงพยาบาลชุมชน อาจเหมาะสมและมีประสิทธิภาพกว่าเมื่อใช้กับผดุงครรภ์โบราณที่เป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้การให้คำแนะนำและฝึกฝนให้จากผดุงครรภ์อาชีพ ก็จะช่วยปรับปรุงคุณภาพและทักษะของผดุงครรภ์โบราณได้

2. บริการอนามัยแม่และเด็ก ควรเน้นที่การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่แม่การให้สุศึกษาแก่มารดา ควรพิจารณาว่าเป็นทางหนึ่งที่จะนำไปสู่ 'สุขภาพ

คือ 'วันหน้า' สำหรับสตรีในชนบท

3. การให้บริการตรวจสุขภาพพระหว่างหญิงตั้งครรภ์ ถือเป็นเรื่องจำเป็นเพื่อความปลอดภัย และสุขภาพที่ดี รวมทั้งการดูแลเด็กด้วย ประเด็นนี้จึงควรทุ่มเทความพยายามในการให้สตรีมุสลิมในชนบทใช้บริการตรวจครรภ์กับเจ้าหน้าที่อนามัยประจำตำบลให้มากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็ไม่ละเลยบทบาททางสังคม จิตวิทยาของผดุงครรภ์โบราณการทำให้บริการด้านนี้เข้าถึงง่ายและมีคุณค่าในสายตาของสตรีมุสลิม ก็จะมีผลทำให้ไปใช้บริการกันมากขึ้น ขณะเดียวกันการให้แรงจูงใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งการมีคลินิกเคลื่อนที่ก็จะช่วยทำให้งานด้านนี้ได้ผลดียิ่งขึ้น และถ้าเป็นไปได้การให้บริการอย่างสม่ำเสมอ เช่น 3 ครั้งในหนึ่งปี รวมทั้งมีการใช้สื่อมวลชนให้ได้ผลในการให้รู้สึกรู้สึกษาโดยทั่วไป และเน้นให้สตรีชนบทมาใช้บริการตรวจครรภ์ที่สถานอนามัย ทั้งหมดนี้ก็จะช่วยให้ลดการเสียชีวิตและทำให้สุขภาพของแม่และเด็กดีขึ้นได้

6.4 การวางแผนครอบครัว

ทั้งๆ ที่การส่งเสริมการวางแผนครอบครัวในชุมชนมาหลายปีเป็นเรื่องที่ยากลำบาก และขัดต่อความเชื่อทางศาสนา ก็ตาม แต่ประเด็นเรื่องนี้มีก็ยังเป็นไปได้อย่างค่อยๆ ทำไปโดยมุ่งที่สุขภาพของสตรี ความจริงแล้วการวางแผนครอบครัวไม่ได้ขัดแย้ง หรือท้าทายต่อค่านิยมของศาสนาอิสลามเลย การประชุมอิสลามระหว่างประเทศเกี่ยวกับนโยบายประชากร ในปี 2533 ที่เมืองอาเจห์ อินโดนีเซีย ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยผู้นำศาสนา นักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุขต่งกียอมรับการวางแผนครอบครัว และเน้นนโยบายประชากรที่ถูกต้องจากการสัมภาษณ์สตรีมุสลิมในชนบทและจากการสัมภาษณ์นายแพทย์อนันต์ สุไลมาน ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 ซึ่งเห็นว่าสตรีมุสลิมตระหนักและเห็นประโยชน์ของการวางแผนครอบครัวในทางเป็นจริงแล้วสตรีมุสลิมจำนวนมากใช้การวางแผนครอบครัว แต่ไม่เปิดเผยตัวเอง เพื่อไม่ต้องการให้ชุมชนรู้

ดังนั้นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมนำไปใช้จากความรู้ดังกล่าวข้างต้นก็คือการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวในกลุ่มสตรีมุสลิมในชนบทเท่านั้น ไม่ควรที่จะทำอย่างเปิดเผยในรูปของการรณรงค์ แต่ควรทำในลักษณะของการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวของ

ทั้งๆ ที่การส่งเสริมการวางแผนครอบครัวในชุมชน มาหลายปีเป็นเรื่องที่ยากลำบาก และขัดต่อความเชื่อทางศาสนา ก็ตาม แต่ประเด็นเรื่องนี้มีก็ยังเป็นไปได้อย่างค่อยๆ ทำไปโดยมุ่งที่สุขภาพของสตรี

ปัจเจกบุคคล หรือทำในลักษณะของการ 'ขายตรง' การให้คำปรึกษาควรเน้นครอบครัวในฐานะที่เป็นหน่วยหนึ่งที่จะต้องให้การศึกษาทั้งสามีและภรรยา ในการดูแลสุขภาพของแม่และเด็ก

6.5 สุขภาพของทารกและเด็ก

เด็กในกลุ่มอายุต่างกัน มีความต้องการในการดูแลและพัฒนาที่ต่างกันออกไป การพัฒนาทารกและเด็กควรเน้นความแตกต่างที่คำนึงถึงกลุ่มอายุและปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน

1. ทารกอายุต่ำกว่า 1 ขวบ

- ควรส่งเสริมให้มีการเลี้ยงทารกด้วยนมแม่โปรแกรมสุขภาพของทารกและเด็กควรมุ่งที่จะขยายสู่ศึกษาให้แก่มารดาเกี่ยวกับคุณค่าและความรู้ที่ถูกต้องในการให้นมแม่แก่บุตร เพื่อที่ให้ทารกได้รับน้ำนมเหลือง และอาหารเสริมตามช่วงอายุที่เหมาะสมรวมทั้งช่วงเวลาในการให้นมแม่ และการหย่านม

- เนื่องจากพื้นที่ในจังหวัดดังกล่าว อัตราการครอบคลุมของการฉีดวัคซีนของเด็กกลุ่มนี้ต่ำมาก การขยายโครงการฉีดวัคซีนนี้จึงควรถือเป็นเรื่องเร่งด่วนในงานสาธารณสุขมูลฐาน

- โปรแกรมที่เน้นการลดภาวะทุพโภชนาการควรได้รับการสนับสนุนและควรเน้นที่การเสริมธาตุเหล็กและไอโอดีน

- โปรแกรมที่ป้องกันโรคทางเดินหายใจ ควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดขึ้น ARI เป็นโรคที่เกิดขึ้นทั่วไปในทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของชุมชนมุสลิม ส่วนหนึ่งเป็นเพราะสภาพอากาศที่อยู่ในช่วงฤดูฝนเป็นเวลานาน

2. เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

- ควรเน้นที่พัฒนาการของเด็กทั้งในทางร่างกาย

และการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในระดับหมู่บ้านควรวัดแม่และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

- โปรแกรมที่เกี่ยวกับโภชนาการของเด็กในวัยนี้ ควรส่งเสริมให้มีต่อไป เพราะเด็กกลุ่มนี้เสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการเนื่องจากแม่มีลูกคนใหม่ และให้ความสนใจกับลูกคนก่อนน้อยไป
- ควรส่งเสริมทันตอนามัยในชุมชนชนบท ซึ่งการตระหนักและความรู้เกี่ยวกับทันตอนามัยค่อนข้าง

น้อย การประเมินหาปริมาณอาหารที่บริโภค ความจริงที่เกิดขึ้นในกลุ่มสตรีและเด็กชาวมาลาเยเหล่านี้ ชับซ้อนกว่าที่ได้บรรยายและวิเคราะห์ออกมาให้เห็น แต่พอจะกล่าวได้ว่าสถานการณ์เช่นนี้เป็นปัญหาจากความยากจน ซึ่งเป็นผลให้เกิดความไม่รู้ สุขภาพเลวร้าย และในระดับที่ลึกๆ ลงไป

แล้วปัญหานี้ที่ยังรากลึกไปถึงประวัติศาสตร์การเมือง ซึ่งขาดความยุติธรรมให้กับกลุ่มชาติพันธุ์มาลาเย ซึ่งนำไปสู่การขาดความไว้วางใจกันในระหว่างกลุ่มมาลาเยและรัฐไทย ความตั้งใจดีในการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ได้ถึงขั้นความจริงจังของรัฐได้และแม่ร้ายได้ผ่านพ้นไปแล้ว แม้ว่านโยบายต่างๆ ต้องดำเนินด้วยความละเอียดอ่อนต่อไปก็ตาม การให้บริการทางสุขภาพเป็นส่วนที่จำเป็นยิ่งในการที่จะต้องใช้ความพยายามให้มากขึ้น เพื่อเป็นการยกฐานะคุณภาพชีวิตของคนไทยและสังคมไทยให้ดีขึ้น

การบรรลุถึงเป้าหมายเช่นนี้ในชุมชนมาลาเยในชนบท ที่สำคัญอย่างยิ่งเป็นอันดับแรกก็คือ ความรับผิดชอบของสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราป่วย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	บาดทะยัก						คอตีบ						ไอกรน					
	2532		2533		2534		2532		2533		2534		2532		2533		2534	
	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R
ปัตตานี	7	60.01	7	58.50	6	54.05	-	-	1	0.19	1	10.18	7	1.34	-	-	8	1.48
ยะลา	-	-	1	11.60	2	23.14	3	0.87	1	0.28	1	0.27	-	-	4	1.13	2	0.58
นราธิวาส	4	30.99	4	31.07	1	8.37	1	0.18	5	0.89	2	0.34	6	1.09	7	1.24	4	0.69
สตูล	-	-	-	-	2	42.44	-	-	-	-	-	-	2	0.92	-	-	-	-

หมายเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคมของทุกปี
(บาดทะยักในเด็กแรกเกิดคิดอัตราป่วยต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน)

N = จำนวน

R = อัตรา

ที่มา : ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราการเกิดมีชีพ การตาย ทารกตาย มารดาตาย และอัตราเพิ่มของประชากร ปี 2533-2535 จังหวัดยะลา

ประเภท	2533		2534		2535	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
live birth	8,629	24.45	8,641	24.01	9,125	24.85
death	1,417	4.01	1,462	4.06	1,281	3.49
infant mortality	90	10.43	77	8.91	74	8.11
maternal mortality	7	0.81	9	1.04	5	0.55
growth rate	7,212	2.04	7,179	1.99	7,844	2.14

หมายเหตุ การเกิดมีชีพและการตาย อัตราต่อประชากร 1,000 คน ทารกตาย และมารดาตาย อัตราต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน
อัตราเพิ่มของประชากร ต่อประชากร 100 คน

ที่มา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

ตารางที่ 3 จำนวนและอัตราเกิด อัตราตายและอัตราเพิ่มตามธรรมชาติ ปี 1988-1992 จังหวัดสตูล

ปี	ประชากร	เกิด		ตาย		ทารกตาย		มารดาตาย		เกิดไร้ชีพ		อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ
		N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	
1988	210,853	5,098	24.17	801	3.97	25	4.90	7	1.37	7	1.37	2.02
1989	215,789	5,197	24.08	825	3.82	25	4.90	5	0.97	-	-	2.02
1990	217,932	5,196	23.60	842	3.75	30	6.17	4	0.82	20	3.85	1.79
1991	224,597	4,721	20.98	852	3.79	29	6.15	4	0.85	39	8.28	1.72
1992	226,732	5,062	22.33	889	3.92	29	5.73	3	0.59	37	7.31	1.84

N = จำนวน

R = อัตรา

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ตารางที่ 4 จำนวนและอัตราของเด็กขาดสารอาหารจังหวัดสตูลปี 1992

อำเภอ	การขาดสารอาหาร					
	ระดับ 1		ระดับ 2		ระดับ 3	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
เมือง	1,329	20.11	32	0.48	2	0.03
ละงู	966	19.72	47	0.96	0	-
ทุ่งหว้า	361	21.72	9	1.14	1	0.06
ควนโดน	408	24.31	26	1.54	0	-
ควนกาหลง	745	23.00	35	1.08	1	0.03
กิ่ง อ.ท่าแพ	440	19.75	14	0.63	0	-
เทศบาลเมือง	92	30.26	11	3.26	0	-
รวม	4,341	21.05	184	0.89	4	0.02

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ตารางที่ 5 สถิติโรคขาดหายใจในเด็กแรกเกิด
จังหวัดนราธิวาส ปี 1990-1993

ปี	จำนวนป่วย/ตาย
1990	4/4
1991	1/1
1992	1/1
1993 (ถึงกุมภาพันธ์)	1/1

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ตารางที่ 6 สถิติผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาโรคสันนิคยาเสพติด
โรงพยาบาลปัตตานี ปีงบประมาณ 1988-1993

ปีงบประมาณ	จำนวน		รวม
	ชาย	หญิง	
1988	475	1	476
1989	574	3	577
1990	600	1	601
1991	540	3	543
1992	570	8	578
1993 (ต.92-มค.93)	223	-	223

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

ตารางที่ 7 แสดงอัตราตายของทารก ในปีงบประมาณ 2534 เป็นรายจังหวัด

จังหวัด	อัตราตายต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย		
	stillbirth	death during 0-7 days	perinatal death
ปัตตานี	3.49	2.25	15.75
ยะลา	13.65	4.99	13.64
นราธิวาส	8.38	7.25	15.63
สตูล	7.34	7.34	14.68

ที่มา : ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 8 แสดงอัตราตายของมารดา เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดปีงบประมาณ 2534 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	อัตราตายของมารดาต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย
ปัตตานี	0.11
ยะลา	1.84
นราธิวาส	0.84
สตูล	0.98

ที่มา : ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 9 จำนวนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาและนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาต้น
ปีการศึกษา 2533-2535 แยกรายจังหวัด

จังหวัด	2533		2534			2535			
	จำนวนโรงเรียน	จำนวนนักเรียน ม.1	จำนวนโรงเรียน	จำนวนนักเรียน		จำนวนโรงเรียน	จำนวนนักเรียน		
				ม.1	ม.2		ม.1	ม.2	ม.2
ปัตตานี	1	10	11	279	10	10	373	198	8
ยะลา	2	44	10	301	36	3	269	242	33
นราธิวาส	1	23	15	297	23	11	461	230	23
สตูล	1	30	4	249	29	5	334	173	25

ที่มา : สำนักงานศึกษาธิการเขต เขตการศึกษา 2

ตารางที่ 10 จำนวนนักเรียนต่อประชากรในวัยเรียน จำแนกตามระดับชั้นเรียน เขตการศึกษา 2
(ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล) ปีการศึกษา 1991

ระดับชั้นเรียน	ช่วงอายุ	จำนวนนักเรียน	ประชากรในวัยเรียน	ร้อยละของนักเรียน/ประชากร
อนุบาลปีที่ 1	4	3,249	50,421	6.44
อนุบาลปีที่ 2	5	11,027	49,258	22.39
เด็กเล็ก	6	21,983	48,015	45.78
รวมก่อนประถมศึกษา	4-6	36,259	147,694	24.55
ประถมศึกษาปีที่ 1	7	48,721	46,720	104.28
ประถมศึกษาปีที่ 2	8	39,778	45,407	87.60
ประถมศึกษาปีที่ 3	9	37,896	44,100	85.93
ประถมศึกษาปีที่ 4	10	35,488	42,782	82.95
ประถมศึกษาปีที่ 5	11	32,968	41,433	79.57
ประถมศึกษาปีที่ 6	12	28,843	40,332	71.51
รวมระดับประถม	7-12	223,694	260,774	85.78
มัธยมศึกษาปีที่ 1	13	9,630	39,608	24.31
มัธยมศึกษาปีที่ 2	14	7,646	39,145	19.53
มัธยมศึกษาปีที่ 3	15	7,049	38,658	18.23
มัธยมศึกษาปีที่ 4	16	2,860	38,177	7.49
มัธยมศึกษาปีที่ 5	17	2,354	37,756	6.23
มัธยมศึกษาปีที่ 6	18	2,214	37,385	5.92
รวมมัธยมศึกษา	13-18	31,753	230,729	13.76
รวมระดับก่อนประถมถึงมัธยมศึกษา	4-18	291,706	639,197	45.64

ที่มา : สำนักงานศึกษาธิการเขต เขตการศึกษา 2

ตารางที่ 11 แสดง Health facilities in 4 Malay Provinces ปี 1992
(เฉพาะหน่วยงานของรัฐ)

จังหวัด	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	โรงพยาบาล สาขา	สถานอนามัย	สถานบริการ สาธารณสุข ชุมชน	สถานบริการ สาธารณสุข เทศบาล	อัตราส่วน แพทย์ ต่อประชากร
ปัตตานี	2	9	-	118	3	-	1:12,039
ยะลา	3*	4	-	70	8	2	1: 4,532**
นราธิวาส	2	7	2	93	13	2	1:12,910
สตูล	1	3	2	44	3	2(x)	1: 9,857

* รวมโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลแม่และเด็กอีก 1 แห่ง

** รวมทั้งภาครัฐและเอกชนไว้ด้วย

(x) เป็นส่วนมาเลเรียทั้ง 2 แห่ง

ที่มา : ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

ตารางที่ 12 จำนวนนักศึกษาประเภทการอาชีวศึกษา จำแนกตามหลักสูตร เขตการศึกษา 2
(ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล) ปีการศึกษา 1991

หลักสูตร	การอาชีวศึกษา		รวม
	ชาย	หญิง	
ปวช.ปีที่ 1	1,695	1,023	2,718
ปวช.ปีที่ 2	1,604	882	2,486
ปวช.ปีที่ 3	1,342	804	2,146
ปวส.ปีที่ 1	556	483	1,039
ปวส.ปีที่ 2	457	545	1,002
ปวท.ปีที่ 1	83	230	313
ปวท.ปีที่ 2	56	208	264
รวมทุกระดับ	5,793	4,175	9,968

ที่มา : สำนักงานศึกษาธิการเขต เขตการศึกษา 2

ตารางที่ 13 การเฝ้าระวัง ภาวะโลหิตจางของหญิงมีครรภ์และเด็กวัยเรียน 2535

จังหวัด	ภาวะโลหิตจาง	
	หญิงมีครรภ์ (%)	นักเรียน 6-14 (%)
สตูล	16.08	25.89
ยะลา	20.96	12.30
ปัตตานี	13.16	21.10
นราธิวาส	19.56	20.86

ที่มา : ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12

ตารางที่ 14 การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี 2535

จังหวัด	จำนวน หมู่บ้าน	อัตราการ ครอบคลุม เด็ก %	ภาวะโภชนาการ			
			ปกติ %	ขาดอาหาร ระดับ 1 %	ขาดอาหาร ระดับ 2 %	ขาดอาหาร ระดับ 3 %
สตูล	247	92.60	78.28	20.88	0.83	0.01
ยะลา	309	95.10	76.92	20.89	2.14	0.05
ปัตตานี	595	93.63	86.44	12.58	0.96	0.01
นราธิวาส	492	93.21	81.07	18.02	0.89	0.01

ที่มา : ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12

ตารางที่ 15 ภาวะขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนประถมศึกษา 2535

จังหวัด	จำนวนโรงเรียน	จำนวนนักเรียนประถมศึกษา		ภาวะการขาดสารไอโอดีน		
		ทั้งหมด	ที่ตรวจ	ระดับ 1		ระดับ 3
				A	B	
สตูล	163	31,007	180	4	-	-
ยะลา	214	48,425	-	-	-	-
ปัตตานี	352	66,025	-	-	-	-
นราธิวาส	356	75,742	152	2	1	-

ที่มา : ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12

ตารางที่ 16 ประชากรจำแนกตามหมวดอายุ พ.ศ. 2534 ของจังหวัดปัตตานี

หมวดอายุ	ประชากร				รวม	ร้อยละ
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	%*	จำนวน	%*		
0-4	29,432	5.39	27,941	5.12	57,373	10.51
5-9	36,157	6.62	35,220	6.45	71,377	13.07
10-14	32,391	5.93	31,460	5.76	63,851	11.69
15-19	31,045	5.69	29,639	5.43	60,684	11.12
20-24	28,205	5.16	27,783	5.09	55,988	10.25
25-29	24,440	4.48	24,016	4.40	48,456	8.88
30-34	18,816	3.45	19,319	3.54	38,135	6.99
35-39	16,189	2.96	15,553	2.85	31,742	5.81
40-44	13,139	2.41	12,714	2.33	25,853	4.74
45-49	11,283	2.07	9,874	1.81	21,157	3.88
50-54	10,299	1.89	9,874	1.81	20,173	3.70
55-59	8,334	1.53	8,331	1.52	16,665	3.05
60-64	5,819	1.07	6,799	1.24	12,618	2.31
65-69	3,963	0.72	4,889	0.89	8,852	1.61
70-74	3,035	0.55	3,032	0.56	6,067	1.11
75 +	3,036	0.56	3,961	0.72	6,997	1.28
รวม	275,583	50.48	270,405	49.52	545,988	100.00

หมายเหตุ 1 เป็นข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2534

2. * หมายถึง % ของประชากรทั้งหมด

ตารางที่ 17 ประชากรจำแนกตามหมวดอายุ พ.ศ. 2534 ของจังหวัดยะลา

หมวดอายุ	ประชากร				รวม	ร้อยละ
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	%*	จำนวน	%*		
0-4	19,061	5.26	18,396	5.07	37,457	10.33
5-9	19,206	5.30	18,540	5.11	37,746	10.41
10-14	19,023	5.25	18,393	5.07	37,416	10.32
15-19	17,754	4.90	17,197	4.74	34,951	9.64
20-24	17,426	4.81	16,837	4.64	34,263	9.45
25-29	16,810	4.64	16,218	4.47	33,028	9.11
30-34	12,750	3.52	12,341	3.40	25,091	6.92
35-39	11,879	3.27	11,471	3.16	23,350	6.43
40-44	9,884	2.72	9,588	2.64	19,472	5.37
45-49	8,098	2.23	7,773	2.14	15,871	4.37
50-54	8,544	2.36	8,281	2.28	16,825	4.64
55-59	7,091	1.95	6,900	1.90	13,991	3.86
60-64	5,385	1.48	5,233	1.44	10,618	2.93
65-69	3,863	1.06	3,782	1.04	7,645	2.11
70-74	2,922	0.81	2,840	0.78	4,762	1.59
75 +	4,627	1.28	4,508	1.24	9,135	2.52
รวม	184,323	50.83	178,298	49.17	362,621	100.00

หมายเหตุ 1. เป็นข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2534
 2. * หมายถึง % ของประชากรทั้งหมด

85.1 199.8
 10.001 889.2

ตารางที่ 18 ประชากรจำแนกตามหมวดอายุ พ.ศ. 2534 ของจังหวัดนราธิวาส

หมวดอายุ	ประชากร				รวม	ร้อยละ
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	%*	จำนวน	%*		
0-4	30,814	5.33	30,605	5.29	61,419	10.62
5-9	31,562	5.46	31,349	5.42	62,911	10.88
10-14	28,882	4.99	28,686	4.97	57,568	9.96
15-19	32,271	5.58	32,051	5.55	64,322	11.13
20-24	31,082	5.38	30,871	5.34	61,953	10.72
25-29	26,414	4.57	26,234	4.54	52,648	9.11
30-34	24,442	4.23	24,276	4.20	48,718	8.43
35-39	18,034	3.12	17,912	3.09	35,946	6.22
40-44	16,846	2.91	16,731	2.90	33,577	5.81
45-49	13,158	2.28	13,069	2.26	26,227	4.54
50-54	11,071	1.92	10,995	1.90	22,066	3.82
55-59	8,402	1.46	8,346	1.44	16,748	2.90
60-64	6,200	1.08	6,157	1.06	12,357	2.14
65-69	4,343	0.75	4,314	0.75	8,657	1.50
70-74	3,241	0.56	3,220	0.56	6,461	1.12
75 +	3,184	0.55	3,162	0.55	6,346	1.10
รวม	289,946	50.17	287,978	49.82	577,924	100.00

หมายเหตุ 1. เป็นข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2534

2. * หมายถึง % ของประชากรทั้งหมด

ตารางที่ 19 ประชากรจำแนกตามหมวดอายุ พ.ศ. 2534 ของจังหวัดสกล

หมวดอายุ	ประชากร				รวม	ร้อยละ
	ชาย		หญิง			
	จำนวน	%*	จำนวน	%*		
0-4	11,524	5.08	11,143	4.91	22,667	9.99
5-9	12,924	5.70	12,718	5.61	25,642	11.31
10-14	15,078	6.65	11,880	5.24	26,958	11.89
15-19	13,649	6.02	12,514	5.52	26,163	11.54
20-24	12,765	5.63	13,037	5.75	25,802	11.38
25-29	10,974	4.84	8,434	3.72	19,408	8.56
30-34	8,162	3.60	8,276	3.65	16,438	7.25
35-39	6,008	2.65	7,187	3.17	13,195	5.82
40-44	3,764	1.66	5,620	2.48	9,384	4.14
45-49	4,353	1.92	4,488	1.98	8,841	3.90
50-54	3,491	1.54	3,402	1.50	6,893	3.04
55-59	3,899	1.72	3,832	1.69	7,731	3.41
60-64	2,902	1.28	3,038	1.34	5,940	2.62
65-69	2,154	0.95	2,154	0.95	4,308	1.90
70-74	1,609	0.71	1,563	0.69	3,172	1.40
75 +	2,018	0.89	2,172	0.96	4,190	1.85
รวม	115,274	50.84	111,458	49.16	226,732	100.00

หมายเหตุ 1. เป็นข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2534
 2. * หมายถึง % ของประชากรทั้งหมด

REFERENCES

- คณะทำงานด้านจัดข้อมูลและเตรียมเอกสารเขต 9, เอกสารนำเสนอผลงานสาธารณสุข เขต 9 ปีงบประมาณ 2533 ประกอบการประชุม
ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข 23-25 มกราคม 2534 จังหวัดขอนแก่น กรุงเทพฯ, สามดีการพิมพ์, 2533.
- ฝ่ายแผนงานและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, รายงานประจำปี 2535
- ฝ่ายวางแผนงาน กองอนามัยครอบครัว, การประชุมสัมมนาเรื่อง การพัฒนาอนามัยครอบครัว, กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข 2535.
- ลิษา ตังกะนาคย์, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทำคลอดแบบพื้นบ้านและแบบสมัยใหม่ของมารดาไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้,
วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาศึกษาศาสตร์ เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2535.
- วิจารณ์ พฤติภักดี และคณะ, บรรณานุกรมทางด้านประชากรและวางแผนครอบครัวที่เกี่ยวกับภาคใต้, 2532.
- ศูนย์ประมวลข่าวสารการอนามัยครอบครัว, สถิติ : สตรีกับสุขภาพ, กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
- ศูนย์ประมวลข่าวสารการอนามัยครอบครัว, วิเคราะห์ข้อมูลสตรีกับสุขภาพ, กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
- ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12, เอกสารสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขเขต 12 ประจำปีงบประมาณ 2535 การประชุมผู้บริหารงาน
สาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2535.
- สำนักงานศึกษาธิการเขต เขตการศึกษา, ข้อมูลทางการศึกษา การศาสนา และการวัฒนธรรม เขตการศึกษา 2 ปีการศึกษา 2534
- สำนักงานศึกษาธิการเขต เขตการศึกษา 2, รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของ โรงเรียนตามโครงการขยายโอกาสทางการศึกษา
ปีการศึกษา 2533-2535.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, รายงานประจำปี 2533
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, รายงานประจำปี 2534
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, สรุปผลการปฏิบัติงานในรอบ 4 เดือน ปีงบประมาณ 2535
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, รายงานประจำปี 2535
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, รายงานประจำปี 2535
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, รายงานประจำปี 2535
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี, สมุดสถิติรายปีประเทศไทย 2533 (ฉบับย่อ)
- อนันต์ สุไลมาน และคณะ, รายงานการวิจัยเรื่อง ความรู้ ความคิดเห็นและพฤติกรรมการฝากครรภ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับ
ตำบล ผดุงครรภ์โบราณ และมารดาในจังหวัดชายแดนภาคใต้, ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข และภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, มิถุนายน 2535.
- ชามิ๊ะ ทะมะ และสุดำรัตน์ ถีวะวร, การตายของมารดาและการตายปริกำเนิดของทารกใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง, ศูนย์ส่งเสริม
สุขภาพเขต 12 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
- Chavivun Prachuabmoh, *The Role of Women in Maintaining Ethnic Identity and Boundaries : A Case of Thai-Muslims
(The Speaking group) in Southern Thailand*, A dissertation submitted to The Graduate Division of the
University of Hawaii, December 1980.
- Human Resources Planning Division, *Population Projections for Thailand 1980-2015*, National Economic and Social
Development Board, June 1991.
- Institute of Population Studies, *Health and Population Studies Based on The 1987 Thailand Demographic and Health
Survey*, Bangkok, Institute of Population Studies Chulalongkorn University, 1989.
- National Statistical Office, *Statistical Reports of Region Southern Region 1980*, Office of The Prime Minister, 1980.
- Napaporn Chayovan, Peerasit Kamnuansilpa and John Knodel, *Thailand Demographic and Health Survey 1987*, Institute
of Population Studies Chulalongkorn University and Institute of Resource Development/Westinghouse, May
1988.