

สุขภาพ
คนไทย

2552



เพื่อสุขภาวะแห่งมวลมนุษย หยุดความรุนแรง

10 ตัวชี้วัดสุขภาพ
10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)



ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2552: เพื่อสุขภาพะแห่งมวลมนุษย์ หยุดความรุนแรง / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

พิมพ์ครั้งที่ 1. – นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 355)

คณะผู้ดำเนินงาน : ชื่นฤทัย กาญจนจิตตรา, ชาย โพธิ์สีดา, กฤตยา อาชวนิจกุล, อุมารณ ภัทรวาณิชย์,
กุลวิณี ศิริรัตน์มงคล, ปาณนัตร เสียงดัง, สุภรต์ จรัสสิทธิ์

ISBN 978-974-11-1084-1

1. สุขภาพ. 2. ระบบบริการสุขภาพ. 3. สารนิเทศศาสตร์ทางการแพทย์. 4. ไทย -- ภาวะสังคม 5. ความรุนแรง.

I. ชื่นฤทัย กาญจนจิตตรา. II. ชาย โพธิ์สีดา. III. กฤตยา อาชวนิจกุล. IV. อุมารณ ภัทรวาณิชย์.

V. กุลวิณี ศิริรัตน์มงคล. VI. ปาณนัตร เสียงดัง. VII. สุภรต์ จรัสสิทธิ์. VIII. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

RA776 ส743 2552

DNLM: 1. สุขภาพ WA100 ส743 2552

ออกแบบปกและรูปเล่ม : <http://khunnaipui.multiply.com>

กราฟิกหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ : สุกัญญา พรหมทรัพย์

ภาพประกอบ : ศูนย์ข้อมูลหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ

จัดพิมพ์โดย : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)
ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
และสำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

พิมพ์ที่ : บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
โทรศัพท์ 0-2422-9000, 0-2882-1010 โทรสาร: 0-2433-2742

จำนวนพิมพ์ : 18,000 เล่ม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-0201-4, 0-2441-9666 ต่อ 304 โทรสาร 0-2441-5221

e-mail : directpr@mahidol.ac.th

website : <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เลขที่ 979 ชั้น 34 อาคารเอสเอ็มทาวเวอร์ ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์ 0-2298-0500 โทรสาร 0-2298-0501

website : <http://www.thaihealth.or.th>

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น 2 อาคาร 88/37 ดิوانนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-2304 โทรสาร 0-2590-2311

ข้อมูลในหนังสือนี้สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ แต่ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

สู่อนาคต
คนไทย
2552

บอกกล่าว

คณะทำงานสุขภาพคนไทยมีความภาคภูมิใจ ที่หนังสือ “สุขภาพคนไทย” ออกสู่สายตาท่าน เป็นเล่มที่ 6 แล้ว คณะทำงานได้รับเสียงตอบรับอย่างดียิ่งจากหลายกลุ่ม หลายวัย และหลายอาชีพ ในการนำเนื้อหาสาระไปเผยแพร่ในเวทีต่างๆ หรือใช้ข้อมูลในการจัดกิจกรรมในระดับหมู่บ้านและชุมชน ทำให้คณะทำงานรู้สึกมีกำลังใจเพิ่มมากขึ้น

สำหรับท่านที่ได้อ่านหนังสือสุขภาพคนไทยเป็นครั้งแรก ขอให้ถือว่าหนังสือสุขภาพคนไทย เป็นการประมวลข้อมูลสถานการณ์สุขภาพประจำปี โดยจะหยิบยกประเด็นทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมิติทั้งทาง กาย จิตใจ สังคม และปัญญามานำเสนอ สำหรับปี 2552 นี้คณะทำงานมีความเห็นพ้องต้องกันว่า เรื่อง ความรุนแรง เป็นเรื่องที่สั่งสมอยู่ในสังคมไทยมานานหลายปี และบั่นทอนสุขภาพของคนไทยมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เหตุการณ์การเมือง อาชญากรรมที่เกิดขึ้นรายวัน การทำร้ายเด็กและผู้หญิง รุนแรงตักกัน และความรุนแรงผ่านจอทีวี เรื่องพิเศษประจำฉบับในปีนี **จึงนำเสนอหัวข้อ “เพื่อสุขภาวะมวลมนุษย์หยุดความรุนแรง”** โดยต้องการให้สังคมมอบความรักและความปรองดองต่อกัน เปลี่ยนสองมือที่ทำร้ายกัน มาเป็นสองมือที่มีพลังในการสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ

สำหรับเนื้อหาภายในเล่มยังคงแบ่งเป็น 3 ส่วน เช่นเคย โดยส่วนแรก ตัวชี้วัดทางสุขภาพ นำเสนอหัวข้อ “ระบบบริการสาธารณสุข” ที่มีหลากหลายมิติ โดยมีการนำเสนอ 10 ด้านดังนี้ 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6) การเข้าถึงและความครอบคลุมของบริการ 7) คุณภาพและความปลอดภัย 8) สุขภาพและความเป็นธรรม 9) การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและทางการเงิน และ 10) ประสิทธิภาพบริการ

ส่วนที่สอง 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ ปีนี้เรื่องที่เป็นสถานการณ์เด่นอันดับหนึ่ง หนังสือไม่พ้นเรื่องเกี่ยวกับการเมือง แน่นอนว่า เหตุการณ์ทางการเมืองหลายปีที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อความสุขของคนในสังคมอย่างเห็นได้ชัด สถานการณ์อันดับต่อมา ได้แก่ เรื่องยาเสพติดที่กลับมาระบาดอีกครั้ง สถานการณ์อันดับที่ 3 คือ เรื่องวิกฤตน้ำมันแพงที่ส่งผลกระทบต่อผู้มีรายได้น้อย อันดับที่ 4 คือ คนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง อันดับที่ 5 คือ การบังคับใช้สิทธิโดยรัฐ (ซีแอล) ที่มีผลต่อการเข้าถึงยาของคนไทย อันดับที่ 6 คือ ภัยทางเพศในสถานศึกษา อันดับที่ 7 คือ สารเมลามีนที่ปนเปื้อนในนม อันดับที่ 8 คือ แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านที่เผชิญชะตากรรมในประเทศไทย อันดับที่ 9 คือ ภัยเอดส์ที่กำลังคุกคามวัยรุ่นไทย และอันดับสุดท้าย คือ สมัชชาสุขภาพของคนไทย ที่จะมาเป็นเครื่องมือสำคัญในการแก้ปัญหาสังคมและสนับสนุนสังคมให้มีสุขภาวะ

และส่วนสุดท้าย เรื่องพิเศษประจำฉบับ ที่ได้เกริ่นไว้แล้วข้างต้น ว่าเป็นเรื่องเกี่ยวกับความรุนแรงทุกมิติ ที่ได้แฝงอยู่ในโครงสร้างสังคมไทย วัฒนธรรมดังที่เราสามารถเห็นได้จากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ความขัดแย้งระหว่างรัฐกับชุมชนที่เกี่ยวกับการจัดการทรัพยากร และความรุนแรงต่อบุคคลที่เห็นในรูปแบบของการทำร้ายกันทั้งทางกาย วาจา จิตใจ ระหว่างคนในครอบครัว ระหว่างเพศ และผู้เป็นเหยื่อจากความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเปราะบาง ซึ่งก็คือ เด็ก ผู้หญิง และผู้สูงอายุ ทำอย่างไรจึงจะหยุดความรุนแรงได้นั้น หนังสือเล่มนี้ได้เสนอทางออกไว้

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือรายงานสุขภาพคนไทยนี้ จะเป็นทั้งการบันทึกเหตุการณ์ประจำปี และเป็นแหล่งข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนทางสังคม หรือนำไปเผยแพร่ในแวดวงต่างๆ หรือเพียงเพื่อการเก็บสะสมให้ครบทุกเล่ม ก็นำความสุขมาให้แก่คณะทำงานได้เช่นกัน

คณะทำงานสุขภาพคนไทย

สารบัญ

10 ตัวชี้วัดระบบบริการสาธารณสุข

1. ระบบบริการสุขภาพ	10
2. กำลังคนด้านสุขภาพ	12
3. ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	14
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์	16
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	18
6. การเข้าถึงและความครอบคลุมของบริการ	20
7. คุณภาพและความปลอดภัย	24
8. สุขภาพและความเป็นธรรม	26
9. การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและทางการเงิน	28
10. ประสิทธิภาพบริการ	30

10 สถานการณ์เดินทางสุขภาพ

1. การเมืองแบ่งขั้ว คนไทยแบ่งข้าง...สัญญาณอันตรายของสังคมไทย	34
2. ยาเสพติดกลับมาแบ่งบาน เพราะการเมืองอ่อนแอ	36
3. วิกฤตอาหารแพง น้ำมันแพง คนจนอ่วมที่สุด	42
4. วิกฤตรุมเร้า...คนไทยเสี่ยงซึมเศร้า-ฆ่าตัวตาย	46
5. สงครามมหากาพย์ของชีวิตและผลประโยชน์: การบังคับใช้สิทธิ์โดยรัฐ (ซีแอล) เพื่อสิทธิชีวิตคน	50
6. ภัยทางเพศในสถานศึกษาถึงเวลาต้องแก้ไขอย่างเป็นระบบ	54
7. นมปลอมปนเมลามิน...จากความตื่นตัวทั่วโลกถึงการรับมือของไทย	58
8. กรณี 54 ศพ จากประเทศพม่าถึงกรณีโรฮิงญา...เป็นการก้ามนุญหรือไม?	63
9. ภัยเอดส์คุกคามวัยรุ่นไทยเพราะเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย	68
10. ก้าวแรกของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: นวัตกรรมสังคมเพื่อร่วมสร้างและผลักดันนโยบายสุขภาพ	72

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

1. โรงพยาบาลโสธรควาร่างวัลพัฒนาระบบการบริการให้กับประชาชนในระดับโลก	78
2. การร่วมกันขับเคลื่อนให้ประเทศไทยมีกฎหมายควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์เพื่อสุขภาพฉบับแรก	78
3. “พยาบาลชุมชน” ก้าวใหม่ของการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน	79
4. ก้าวเข้าสู่ปีที่ 7 คนไทยกว่า 99% เข้าถึงและรักษาโรคได้ครอบคลุม ในระบบหลักประกันสุขภาพ	79

เรื่องพิเศษ

เพื่อสุขภาพ:แห่งมวลมนุษย หยุดความรุนแรง	80
---	----

ภาคผนวก

บรรณานุกรม	114
เกณฑ์ในการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย	122
คณะกรรมการชี้ทิศทาง	124
ผู้ทรงคุณวุฒิ	125
ผู้เชี่ยวชาญตัวชี้วัด	125
ที่ปรึกษาด้านข้อมูล	125
ทีมวิชาการสุขภาพคนไทย	125

- ◀ ระบบบริการสุขภาพ ▶
- ◀ กำลังคนด้านสุขภาพ ▶
- ◀ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ▶
- ◀ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ▶
- ◀ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ▶
- ◀ การเข้าถึงและความครอบคลุมของบริการ ▶
- ◀ คุณภาพและความปลอดภัย ▶
- ◀ สุขภาพและความเป็นธรรม ▶
- ◀ การป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน ▶
- ◀ ประสิทธิภาพบริการ ▶

10
ตัวชี้วัด
สุขภาพ
คนไทย

10 ตัวชี้วัด ระบบบริการสาธารณสุข

โครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขประกอบด้วย ระบบต่างๆ 6 ด้าน คือ 1 ระบบบริการ ได้แก่ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ 2 กำลังคนด้านสุขภาพ 3 ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 4 เทคโนโลยีด้านการแพทย์ ได้แก่ ยา และเวชภัณฑ์ เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยโรค และเครื่องมือในการรักษา 5 งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 6 ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลของระบบ

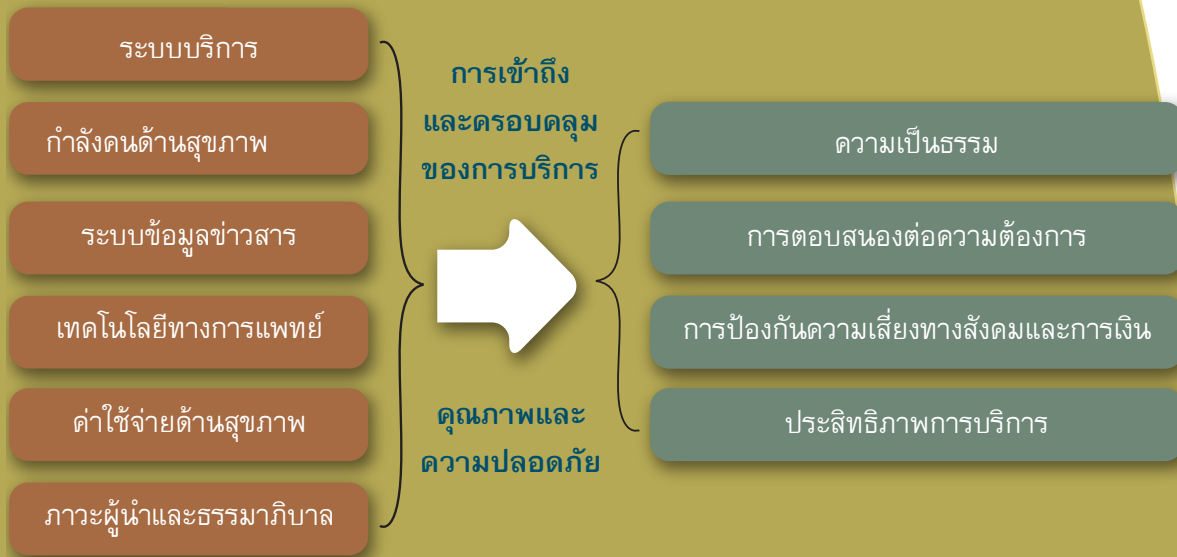
ระบบบริการสาธารณสุขทั้ง 6 ด้าน นี้ มีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุอยู่ 4 ประการ คือ 1. เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ในการได้รับบริการ และการมีสุขภาพที่ดี 2. เพื่อทำให้มั่นใจว่าการบริการสุขภาพนั้นได้ตอบสนองความต้องการของประชาชนในระดับที่น่าพอใจ 3. เพื่อให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันความเสี่ยงด้านสังคมและการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 4. เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการในด้านการจัดสรรทรัพยากรและเทคโนโลยี

การบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ทั้ง 4 ประการนี้จำเป็นต้องคำนึงถึง การเข้าถึงบริการ และความครอบคลุมของบริการสาธารณสุข และบริการต่างๆ ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย

ระบบบริการสาธารณสุขของไทยนับได้ว่าพัฒนาไปในทุกมิติ โดยการจัดบริการด้านสุขภาพนั้น ประเทศไทยได้ขยายบริการออกไปทุกระดับ ครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีระบบการส่งต่อที่ดี ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก ประกอบกับประเทศไทยได้จัดหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทุกคน ตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา มีผลทำให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาล และการป้องกันโรคที่จำเป็นอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ ยังถือว่าเป็นการป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและการเงินให้ประชาชนทางหนึ่ง เนื่องจากช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนลง

แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีบริการที่ความครอบคลุมต่ำ คือการตรวจคัดกรองโรค เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งหากพบในระยะเริ่มแรก จะทำให้ได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ

กรอบความคิด “ระบบบริการสาธารณสุข”



ที่มา : World Health Organization 2007.

ประเด็นด้านการจัดระบบบริการที่ยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือการกระจายทรัพยากรให้เหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างชนบทกับเมือง และระหว่างเมืองใหญ่ที่มีความพร้อมทาง เศรษฐกิจและสังคม กับเมืองที่ระดับความพร้อมยังต่ำ เนื่องจากพบว่าบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข และเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า มักกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ ในขณะที่เมืองขนาดเล็กและชนบท ยังมีความขาดแคลนอยู่ มาตรการในการสร้างแรงจูงใจ ความ ภาคภูมิใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการทำงานในชนบท เป็นสิ่งที่รัฐควรให้ ความสนใจ เช่นเดียวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ ควรมีการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีทั้งใน มุมมองของการวินิจฉัย การรักษาโรค ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และการกระจายที่เหมาะสม

นอกจากนี้ คุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการด้านสาธารณสุข เป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิต ประชาชน เพราะความผิดพลาดของการบริการมีผลต่อชีวิตของผู้ป่วย จากจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลทั้งหมด พบว่ามีภาวะที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นถึงร้อยละ 35 และประมาณครึ่งของการ ตายที่เกิดจากภาวะไม่พึงประสงค์นี้สามารถป้องกันได้ เพราะส่วนใหญ่เสียชีวิตเพราะการติดเชื้อใน โรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรเน้นด้านมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพให้มากยิ่งขึ้น

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศนั้นเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา คือจาก 147,837 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 248,079 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2548 โดย 3 ใน 4 ของ ค่าใช้จ่ายสุขภาพเป็นการรักษาพยาบาล มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ใช้ในการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการลงทุนเกี่ยวกับโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค น่าจะเป็นมาตรการที่สำคัญที่ควรที่จะจัดสรรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

ในด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ประเทศไทยมีระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่ดี และมีผลต่อ การนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ตรงต่อสถานการณ์ได้ในระดับหนึ่ง แต่สิ่งที่ควรปรับปรุงคือ การพัฒนาด้านความครอบคลุมและคุณภาพของข้อมูลให้มีความถูกต้อง และทันต่อ เหตุการณ์มากขึ้น

ระบบบริการสุขภาพ

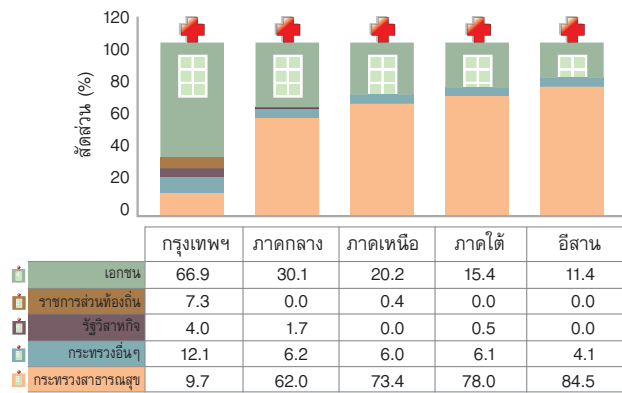
Uรuguayไทยลงทุนทางด้านสุขภาพในทุกๆ ด้าน รวมทั้งการขยายบริการทุกระดับ ทำให้ผู้ป่วยมาใช้บริการในระดับชุมชนถึงประมาณ 4 ใน 5 ของการให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด แต่ความแตกต่างระหว่างพื้นที่ยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคอื่นๆ

ระบบบริการสุขภาพของไทย มีการขยายตัวของการให้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ ทั้งในส่วนของการบริการสุขภาพระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และการป้องกันโรค โดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด และมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุด ได้แก่ สถานีอนามัย ที่กระจายอยู่ทุกตำบล (9,000 กว่าแห่งทั่วประเทศ) และโรงพยาบาลชุมชน ที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ (700 กว่าแห่งทั่วประเทศ) ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูง หรือระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ และต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จากการขยายตัวดังกล่าว ทำให้การใช้บริการของประชาชนส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการที่ระดับสถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 4 ใน 5 ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

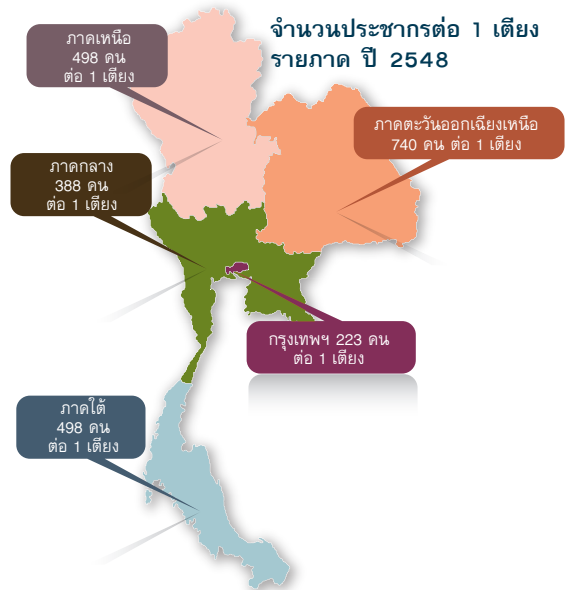
ในด้านความเท่าเทียมกันในการกระจายของโรงพยาบาลในภูมิภาคต่างๆ ยังคงมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับศักยภาพทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ โดยเฉพาะการตั้งโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนเป็น 2 ใน 3 ของโรงพยาบาลทั้งหมดในกรุงเทพฯ รองลงมาคือ ภาคกลาง มีโรงพยาบาลเอกชนประมาณร้อยละ 30 จากความแตกต่างด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจของพื้นที่นี้เอง ที่ทำให้เกิดความแตกต่างของการกระจายสถานบริการสุขภาพระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงของโรงพยาบาล โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนเตียงต่อประชากรน้อยที่สุด กล่าวคือ มี 1 เตียง ต่อประชากร 740 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานคร มี 1 เตียง ต่อประชากรเพียง 223 คน หรือต่างกันถึง 3 เท่า ส่วนหนึ่งของความแตกต่างดังกล่าว เกิดขึ้นจากการมีโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ มากกว่าภาคอื่นๆ และเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีเตียงมากกว่า 200 เตียง ถึง 1 ใน 4 ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ในภูมิภาค มีโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่เพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ในระดับจังหวัดก็มีความแตกต่างในด้านการกระจายด้วยเช่นเดียวกัน โดยจังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจต่ำ จะมีจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงต่อประชากรต่ำกว่าจังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจที่ดีกว่า ถึงแม้จะอยู่ในภาคเดียวกัน ส่วนหนึ่งเนื่องจากการมีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ในจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาค การมีความแตกต่างของสถานบริการสุขภาพนั้น มีส่วนทำให้เกิดความแตกต่างของการใช้บริการสุขภาพตามมา โดยจังหวัดที่มีจำนวนเตียงมากกว่า ก็จะมีจำนวนผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลที่มากกว่าด้วย หรือหมายถึงการเข้าถึงบริการและใช้บริการที่มากกว่านั่นเอง ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงบริการได้ในระดับหนึ่ง

โรงพยาบาลตามสังกัด จำแนกตามภาค ปี 2548

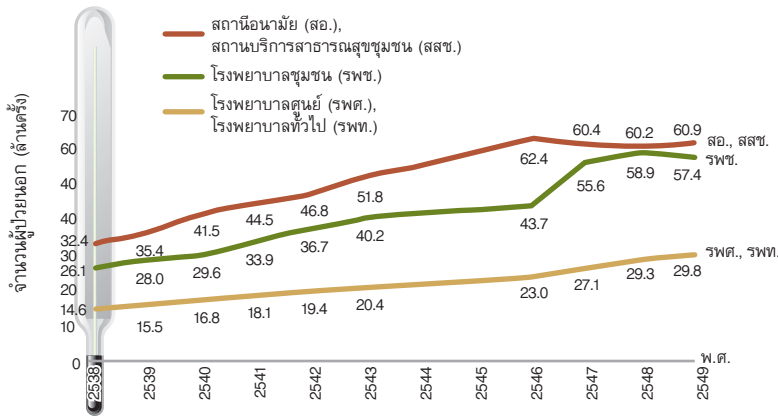


ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ อังในการสาธารณสุขไทย 2548-2550

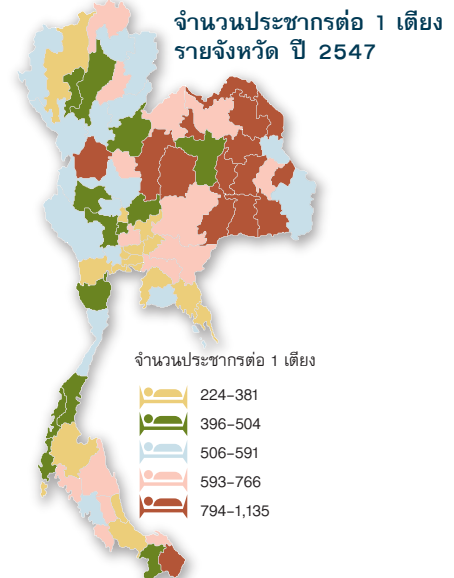


ที่มา: การสาธารณสุขไทย 2548-2550

แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยนอกตามระดับของสถานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข



ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อังในการสาธารณสุขไทย 2548-2550



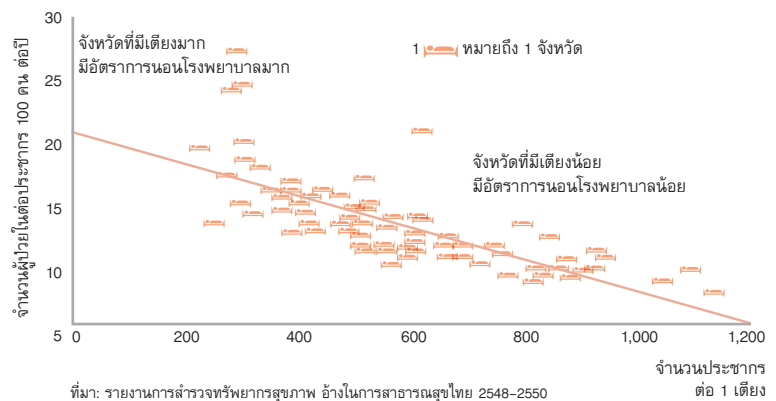
ที่มา: การสาธารณสุขไทย 2548-2550

จำนวนสถานบริการสุขภาพภาครัฐ จำแนกตามระดับของสถานบริการ ปี 2550 (ไม่รวมกรุงเทพฯ)



ที่มา: การสาธารณสุขไทย 2548-2550

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเตียงกับการนอนโรงพยาบาล ปี 2547



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ อังในการสาธารณสุขไทย 2548-2550

กำลังคนด้านสุขภาพ

ประเทศไทยมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับประเทศที่มีระดับการพัฒนาเศรษฐกิจที่เท่าเทียมกัน ประเทศไทยมีความขาดแคลนแพทย์เกือบมากที่สุด

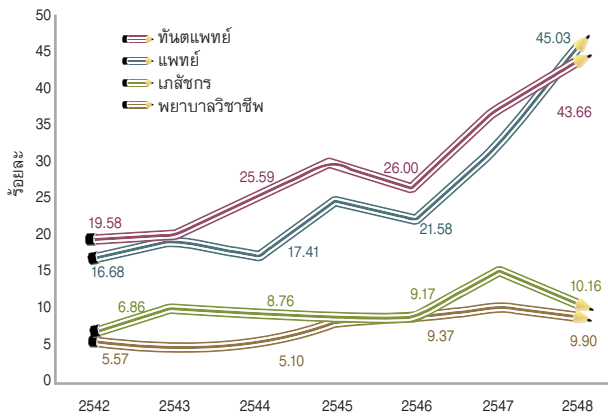
ปัจจุบันสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ ยังเป็นวิกฤตปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านจำนวนที่ไม่เพียงพอ ในปี 2548 ประเทศไทยมีแพทย์ 1 คนต่อการดูแลประชากร 2,500 คน และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีระดับเศรษฐกิจที่ใกล้เคียงกันแล้วประเทศไทยมีความขาดแคลนแพทย์เกือบมากที่สุด เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนบุคลากร รัฐได้มีนโยบายการเพิ่มการผลิตบุคลากรหลากหลายมาตรการ โดยในปี 2549 มีการรับนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกกลุ่มโดยนักศึกษาแพทย์รับเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 50 จากปี 2545

นอกจากปัญหาด้านจำนวนบุคลากรแล้ว การกระจายตัวของบุคลากรที่ไม่เหมาะสมก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะปัญหาความแตกต่างระหว่างเมืองและชนบทยังมีความรุนแรงอยู่ จากข้อมูล ปี 2547 พบว่าในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดขนาดเล็ก ท่างไกร และมีสภาพเศรษฐกิจไม่ดี จะมีความขาดแคลนบุคลากรในทุกสาขา ซึ่งเมื่อเทียบระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกรุงเทพฯ แล้ว กรุงเทพฯ มีบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล โดยคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร มากกว่าถึง 8.5, 4.4, 2.8 และ 3.6 เท่า ตามลำดับ

บุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติงานในภาครัฐ โดยเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข และอยู่ในระดับโรงพยาบาลอำเภอ ที่กระจายครอบคลุมในทุกพื้นที่ของประเทศเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นเภสัชกรที่มีสัดส่วนการปฏิบัติงานในภาคเอกชนสูงถึงร้อยละ 54

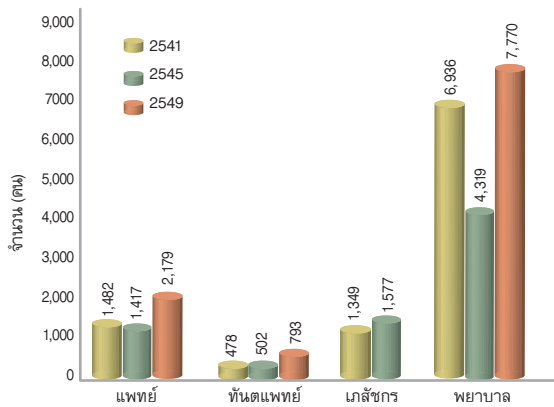
การแก้ไขปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรนั้น รัฐได้มีนโยบายการเพิ่มกำลังการผลิตอย่างต่อเนื่องตลอดจนการใช้แนวคิด rural recruitment, local training และ hometown placement โดยการเปิดโอกาสให้นักเรียนในพื้นที่ชนบทสามารถเข้ามาเรียนในสถาบันการศึกษาที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค และเมื่อจบการศึกษาแล้วจะกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ของตนเอง การใช้มาตรการการชดเชยทุน โดยมีการทำสัญญาไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐเป็นระยะเวลา 2-4 ปี หากมีการผิดสัญญาจะต้องชดเชยเงินเป็นค่าปรับให้กับรัฐ ตลอดจนการเพิ่มแรงจูงใจทั้งในรูปแบบค่าตอบแทนประเภทต่างๆ และความก้าวหน้าในอาชีพราชการ แม้ว่าจะมีมาตรการต่างๆ ดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่องและช่วยบรรเทาปัญหาให้ดีขึ้นในระดับหนึ่งก็ตาม แต่ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทยังมีอยู่ ซึ่งต้องการมาตรการในลักษณะที่สร้างแรงบันดาลใจให้มีความสุขและความภาคภูมิใจในการทำงานในชนบทเพื่อการแก้ปัญหาที่ได้ผลมากยิ่งขึ้น

การออกของบุคลากรแต่ละสาขา เมื่อเปรียบเทียบกับ
จำนวนนักศึกษาที่จบใหม่ในปีเดียวกัน ปี 2542-2548



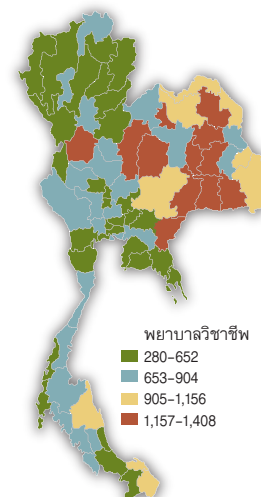
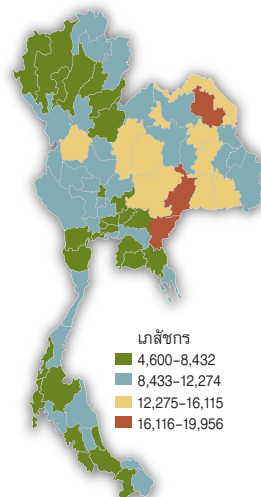
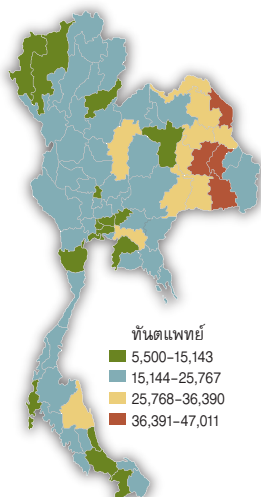
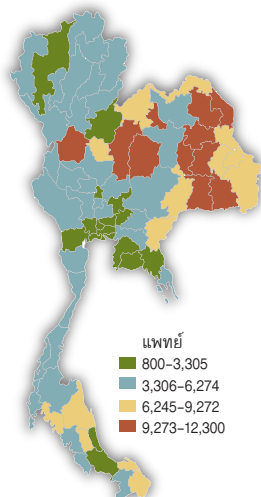
ที่มา: กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อ้างในการสาธารณสุขไทย 2548-2550

จำนวนการรับนักศึกษา ปี 2541, 2545 และ 2549



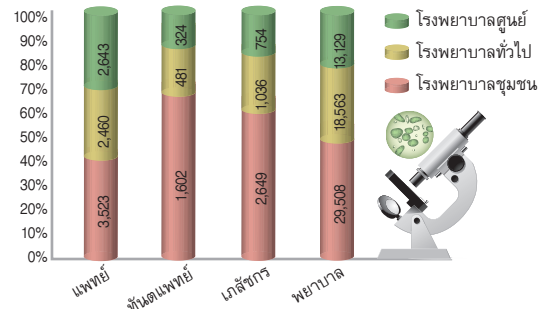
ที่มา: การสาธารณสุขไทย 2548-2550

การกระจายบุคลากรประเภทต่างๆ รายจังหวัด ปี 2547



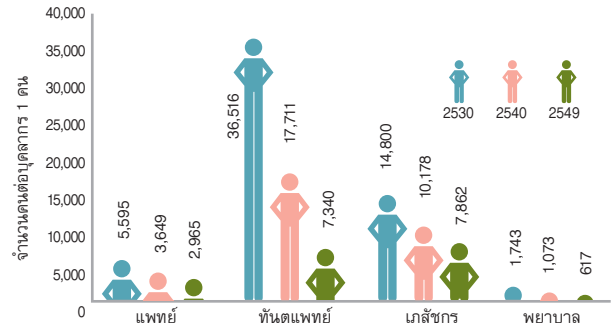
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข ปี 2547 อ้างในการสาธารณสุขไทย 2548-2550

สัดส่วนบุคลากรในโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2549



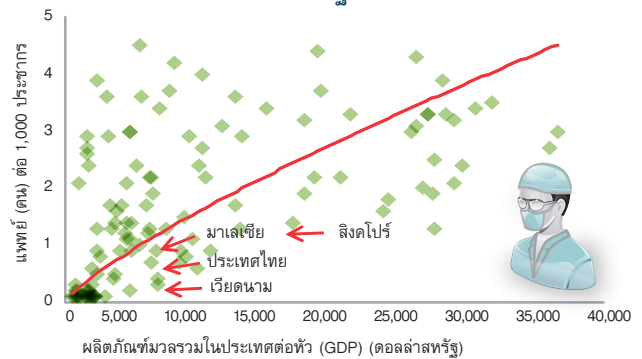
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข 2549 อ้างในการสาธารณสุขไทย 2548-2550

อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร ปี 2530, 2540 และ 2549



ที่มา: การสาธารณสุขไทย 2545-2547 และ 2548-2550

จำนวนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน ระหว่างประเทศต่างๆ
เปรียบเทียบตามสภาพเศรษฐกิจ



ที่มา: World Development Indicator 2002 และ World Health Report 2006

ระบบข้อมูลข่าวสาร สุขภาพ

System ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information System) เป็นเครื่องมือในการติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพของคนไทย ทั้งในส่วนที่เป็นสถานะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ ข้อมูลสุขภาพที่ดี ถูกต้อง และทันเวลา จะทำให้การกำหนดนโยบายแก้ปัญหาด้านสุขภาพของประเทศ ถูกทิศทางไปด้วย

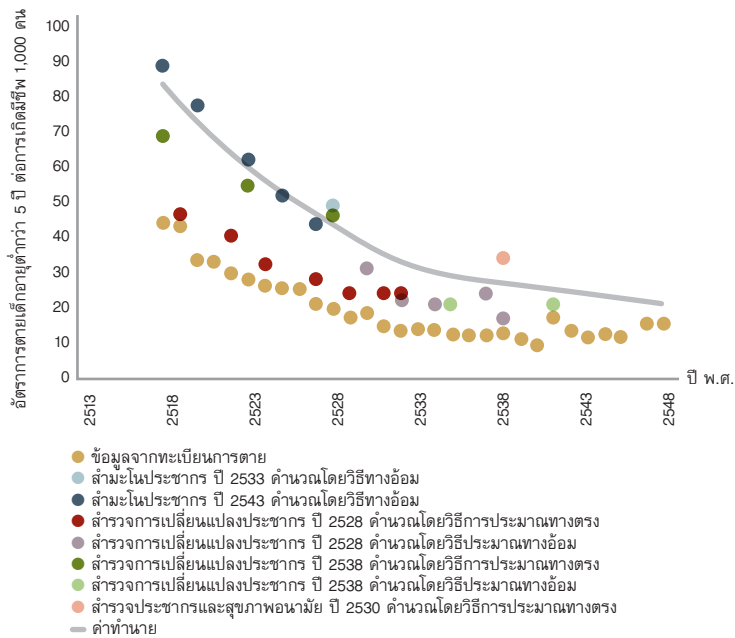
ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่สำคัญในการประเมินสถานะสุขภาพของคนไทย ได้แก่ ระบบข้อมูลด้านการตาย และระบบข้อมูลด้านการเจ็บป่วย ด้านการตายใช้ข้อมูลจากระบบทะเบียนราษฎร การจดทะเบียนการตายมีความครอบคลุมสูงมากคือร้อยละ 95.2 แต่ส่วนที่ยังคงเป็นปัญหาของทะเบียนการตายคือ ข้อมูลการตายในกลุ่มเด็กทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และข้อมูลการตายของมารดา ที่ข้อมูลในมรณบัตรมีตัวเลขที่ต่ำกว่าแหล่งอื่นๆ นอกจากนี้ปัญหาที่สำคัญอีกประการคือ คุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายที่อยู่ในฐานมรณบัตรนั้น มีความคลาดเคลื่อนอยู่มาก เนื่องจากการตายส่วนใหญ่เกิดขึ้นนอกสถานพยาบาล (ประมาณ ร้อยละ 65 ของการตายทั้งหมด) และมีการระบุสาเหตุการตายโดยบุคคลากรที่ไม่ใช่แพทย์หรือด้านสุขภาพ

สำหรับด้านการป่วย ปัจจุบันมีข้อมูลหลายระบบ เช่น ข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคที่สถานพยาบาลส่งขึ้นมายังส่วนกลาง ข้อมูลทะเบียนโรค ได้แก่ ทะเบียนโรคมะเร็ง (Cancer Registry) และข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาล แต่ทั้งนี้ระบบดังกล่าว มักจะมีปัญหาความครอบคลุม โดยเฉพาะจากสถานพยาบาลเอกชน ที่ส่งข้อมูลให้ภาครัฐไม่มากนัก

ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสำรวจประชากร เช่นการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี (Serosentinel Surveillance) การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย จะทำให้ได้ข้อมูลการป่วยที่แท้จริงในระดับประชากร นอกจากนี้ ยังมีการสำรวจด้านพฤติกรรมสุขภาพ ที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งช่วยบ่งชี้สถานการณ์พฤติกรรมที่สำคัญ

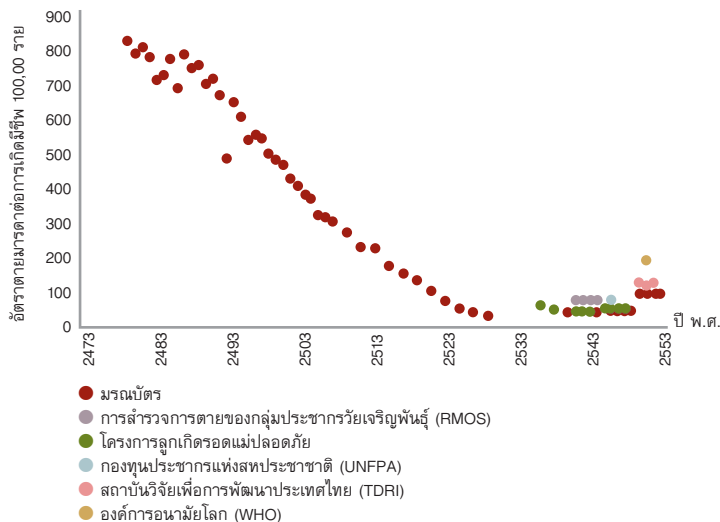
ประเทศไทยมีระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่ดี ส่วนปัญหาที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ ความครอบคลุมและคุณภาพของข้อมูล ซึ่งหากมีข้อมูลที่ดีและมีคุณภาพจะทำให้การนำข้อมูลที่มีอยู่มาใช้ในการผลักดันนโยบาย และขับเคลื่อนสังคมที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เช่น การกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพ การผลักดันกฎหมายด้านบุหรี่สุรา และการใช้ข้อมูลเพื่อการติดตามความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ (health inequity monitoring) เป็นต้น

ข้อมูลอัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ



ที่มา: Hill K., Vapattanawong P. et al 2007.

ข้อมูลอัตราตายมารดาจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ



ที่มา: Vapattanawong P. 2008

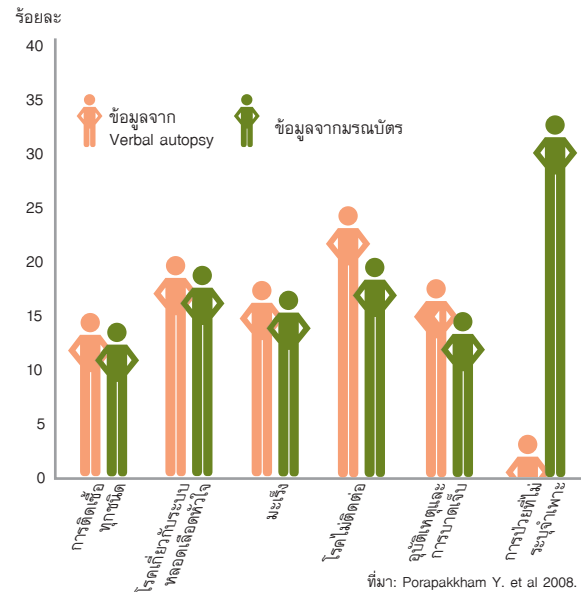
จำนวนของการสำรวจการเฝ้าระวังและทะเบียนโรคและข้อมูลบริหาร ที่มีข้อมูลในด้านสุขภาพและตัวบ่งชี้ความไม่เป็นธรรม

จำแนกข้อมูลตาม	การเงินด้านสุขภาพ	ความเพียงพอหรือความครอบคลุม	การดูแลด้านสุขภาพ	คุณภาพและการตอบสนองผู้รับบริการ	สถานะสุขภาพ	ความเสี่ยงด้านสุขภาพ
ข้อมูลระดับพื้นที่ เช่น รายจังหวัด เมือง ชนบท เป็นต้น	3-0-2	4-1-3	11-8-3	2-0-0	11-10-3	10-6-1
ข้อมูลด้านประชากร เช่น เพศ กลุ่มอายุ เป็นต้น	3-0-2	4-0-2	12-8-2	2-0-0	12-9-2	11-5-0
ข้อมูลด้านสังคม เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น	3-0-2	4-0-2	10-4-2	2-0-0	11-5-2	11-4-0
ข้อมูลด้านระดับฐานทางเศรษฐกิจ เช่น ระดับฐานะ รายได้ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น	3-0-0	4-0-0	7-1-0	2-0-0	9-1-0	7-1-0

ที่มา: Tangcharoensathien V., et al. 2007.

หมายเหตุ : ตัวเลขแรก คือ จำนวนข้อมูลการสำรวจเฝ้าระวัง
ตัวเลขที่ 2 คือ จำนวนข้อมูลทะเบียนโรค
ตัวเลขที่ 3 คือ จำนวนข้อมูลด้านบริหาร

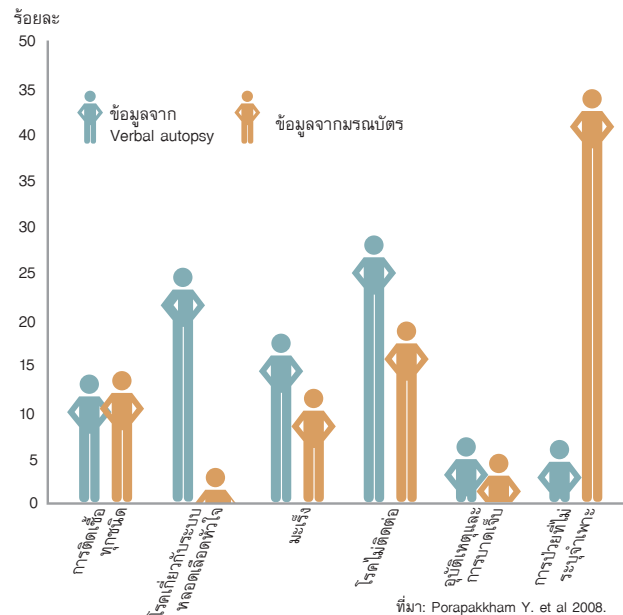
การตายของเพศชายรายสาเหตุในปี 2548 เปรียบเทียบข้อมูลจากมรณบัตรและการศึกษา Verbal autopsy



Verbal autopsy การหาสาเหตุการตาย ด้วยการสัมภาษณ์

วิธีการสืบสวนหาสาเหตุที่บุคคลหนึ่งเสียชีวิต ด้วยการสัมภาษณ์หรือสอบถามผู้ดูแลหรือผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ตาย เกี่ยวกับอาการที่มีก่อนตาย เพื่อสรุปว่าการตายนั้นเนื่องมาจากสาเหตุอะไร

การตายของหญิงรายสาเหตุในปี 2548 เปรียบเทียบข้อมูลจากมรณบัตรและการศึกษา Verbal autopsy



เทคโนโลยี ทางการแพทย์

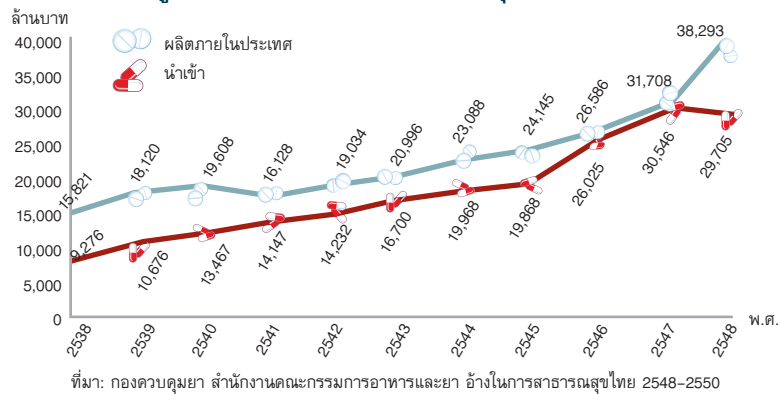
ประเทศไทยนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในปี 2548 ถึง 15,799 ล้านบาท เพื่อช่วยในการป้องกันและวินิจฉัยโรค แต่โอกาสในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ ยังคงกระจุกตัวในเมืองหลวง และพื้นที่ที่มีความเจริญ

เทคโนโลยีทางการแพทย์ได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยโรค และเครื่องมือในการรักษาโรค ซึ่งมีความเจริญก้าวหน้าและเติบโตอย่างรวดเร็ว เนื่องจากพัฒนาการของตัวเทคโนโลยีเองและความต้องการของผู้บริโภค ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ที่ต้องการให้บริการและได้รับบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ และได้ผล จึงทำให้ระบบบริการมีการพัฒนา และนำเข้าเทคโนโลยีมาใช้ในระบบบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากการเพิ่มขึ้นของการผลิต และนำเข้ายาแผนปัจจุบัน ที่มีมูลค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการเติบโตดังกล่าว ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่ต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจวินิจฉัยมะเร็งเต้านม (Mammography) เป็นต้น

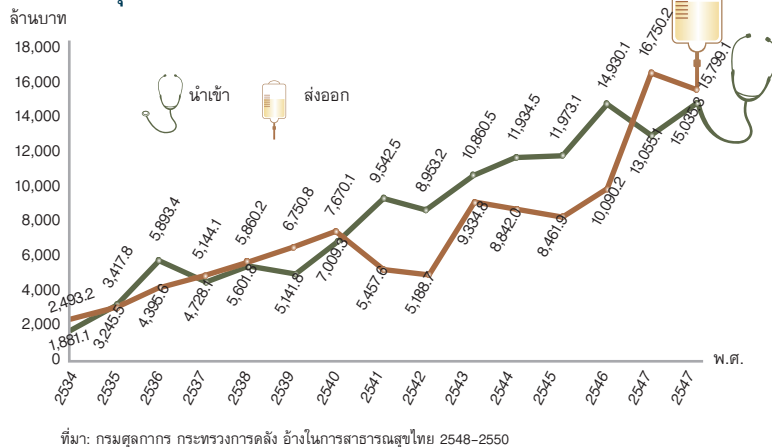
เทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นนี้ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพ เช่นเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) อยู่ในกรุงเทพมหานครถึง 2 ใน 3 เซนเดียวกับอยู่ในภาคเอกชนถึง 2 ใน 3 เซนกัน แต่สำหรับเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่เก่ากว่าและถูกกว่า มีการกระจายตัวอยู่ในภูมิภาคที่มากขึ้น คือ อยู่ในภูมิภาค 2 ใน 3 ของเครื่องที่มีทั่วประเทศ แต่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในภาคเอกชน ถึงร้อยละ 80 นอกจากนี้ ภูมิภาคต่างๆ ก็มีการกระจายเทคโนโลยีที่ต่างกัน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) เพียง 2.2 เครื่องต่อประชากรล้านคน เทียบกับกรุงเทพมหานครแล้ว แตกต่างกันถึง 10 เท่า ทำให้การเข้าถึงเทคโนโลยีราคาแพงมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภูมิภาคอยู่ค่อนข้างมาก

เนื่องจากเทคโนโลยีเหล่านี้มีราคาแพง การประเมินความคุ้มค่าจึงมีความสำคัญ ทั้งในมุมมองของการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย ว่าช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด และมุมมองของระบบบริการสุขภาพและของสังคม ที่ต้องมียาใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เทียบกับผลสัมฤทธิ์ในการเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในสังคม

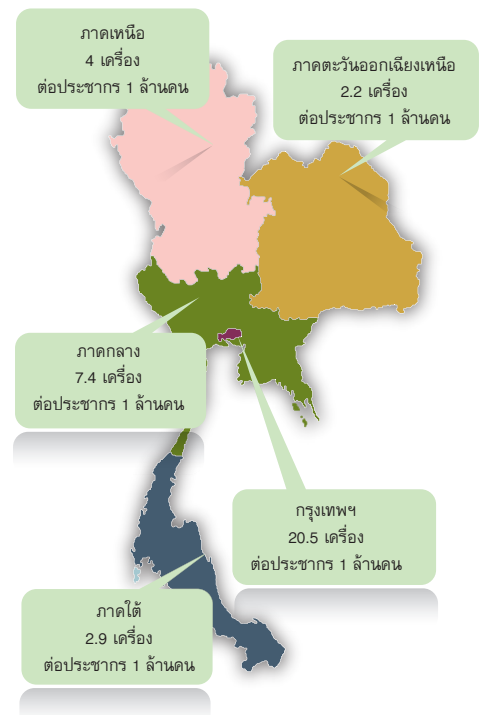
แนวโน้มมูลค่าการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบัน ปี 2538-2548



แนวโน้มมูลค่าการนำเข้าและส่งออกเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ ปี 2534-2548

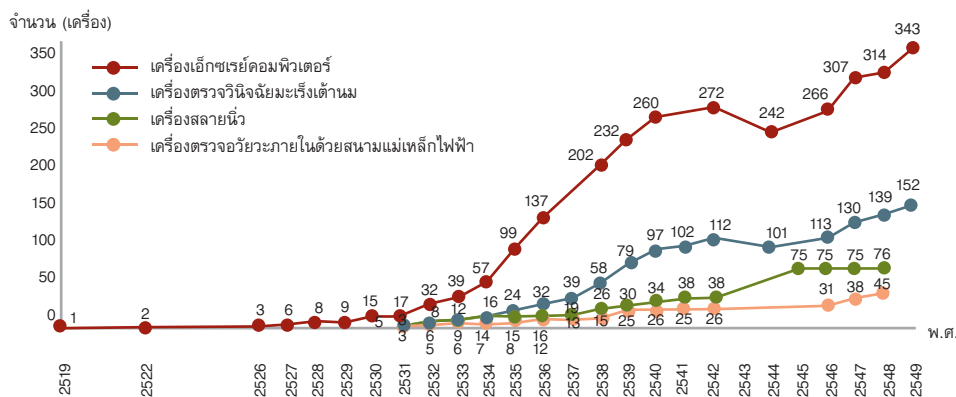


จำนวนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) จำแนกตามภาค ปี 2549

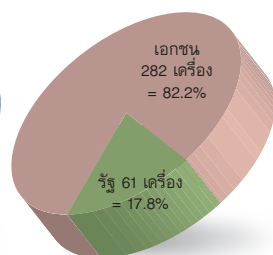
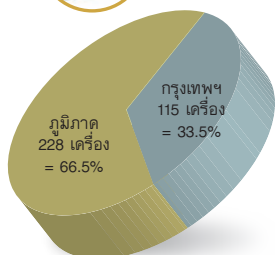


ที่มา: กองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2549 อ้างในการสาธารณสุขไทย 2548-2550

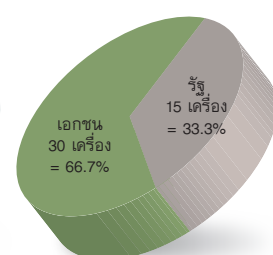
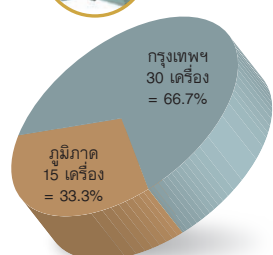
แนวโน้มจำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ ปี 2519-2549



จำนวนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) ปี 2549



จำนวนเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ปี 2548



ที่มา: กองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อ้างในการสาธารณสุขไทย 2548-2550

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของคนไทยเพิ่มขึ้น 1.6 เท่า จาก 2,486 บาท ในปี 2538 เป็น 3,974 บาท ในปี 2548 โดยส่วนใหญ่ถูกใช้ไปกับการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเพิ่มจากมูลค่า 147,837 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2538 เป็นมูลค่า 248,079 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2548 ซึ่งมีอัตราการเพิ่มร้อยละ 6.6 ต่อปี ใกล้เคียงกับอัตราการเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ที่ร้อยละ 6.4 ต่อปี เมื่อเปรียบเทียบเป็นร้อยละของ GDP แล้ว ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพภาครวม (total health expenditure) เพิ่มจากร้อยละ 3.53 ในปี พ.ศ.2538 เป็นร้อยละ 4.00 ในปี พ.ศ.2540 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ หลังจากนั้นอัตราดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องและลดลงถึงร้อยละ 3.32 ในปี พ.ศ.2544 เป็นที่สังเกตว่าภายหลังจากที่ได้ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ.2545 แล้วร้อยละของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวมต่อ GDP เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.68 แล้วคงที่ที่ร้อยละ 3.5 จนถึงปี พ.ศ.2548 สำหรับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่อหัวนั้นเพิ่มจาก 2,486 บาท ในปี พ.ศ.2538 เป็น 3,974 บาท ในปี พ.ศ.2548 หรือเพิ่มขึ้นถึง 1.6 เท่า

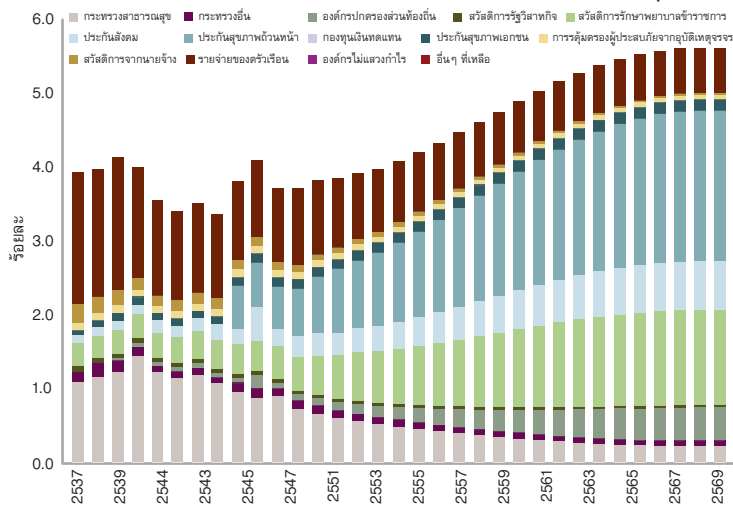
ภาครัฐได้จัดสวัสดิการด้านสุขภาพและขยายความครอบคลุมมาโดยลำดับ ซึ่งสวัสดิการดังกล่าว ได้แก่ บัตรรักษาพยาบาลฟรีสำหรับผู้มีรายได้น้อย บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และเมื่อปี พ.ศ.2544 ประเทศไทยได้เริ่มการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ถึง 2548 หน่วยงานของรัฐมีบทบาทสำคัญในการใช้จ่ายทางสุขภาพสูงถึงร้อยละ 63-64 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวม สำหรับการใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนนั้นมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ โดยลดจากร้อยละ 43 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมในปี พ.ศ.2538 เป็นร้อยละ 27 ในปี พ.ศ.2548

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสามในสี่ส่วนเป็นการใช้ไปกับบริการด้านการรักษาพยาบาล ส่วนการใช้จ่ายสำหรับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพมีเพียงร้อยละ 5 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพรวมเท่านั้น ประเทศไทยจึงควรเพิ่มการลงทุนทางสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรลงทุนเกี่ยวกับโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

ความท้าทายที่สำคัญของการคลังสุขภาพของประเทศไทยโดยเฉพาะกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นก็คือปัญหาความสามารถในการรับภาระจ่ายเงินและความยั่งยืนของการสนับสนุนทางการเงินของภาครัฐ โดยเฉพาะเมื่อประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มอีกสองประการสำหรับผู้ประกัน ได้แก่ การบริการทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย และการรักษาผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ด้วยยาต้านไวรัส (ART) ซึ่งทั้งสองรายการนี้คาดว่าจะมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐอย่างมาก โดยการดำเนินการเต็มรูปแบบของทั้งสองโครงการจะเริ่มขึ้นในเดือนตุลาคม พ.ศ.2551 สำหรับการบริการทดแทนไต และเดือนมีนาคม พ.ศ.2552 สำหรับยาต้านไวรัส (ART) ในผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์แล้ว คาดว่าภาครัฐจะต้องใช้จ่ายเงินในปีแรก (2547) ไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาท และค่าใช้จ่ายจะเพิ่มเป็น 74,355 ล้านบาท ในปี 2563 ซึ่งจะสูงเป็นร้อยละ 12.2 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งหมด

การใช้จ่ายดังกล่าวส่วนใหญ่จะทุ่มไปสู่การรักษาพยาบาลไม่ใช้การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จึงควรที่จะได้มีการทบทวนว่าควรหรือไม่ที่การใช้จ่ายทางสุขภาพจะให้ความสำคัญเฉพาะการรักษาพยาบาล มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาโรค

การคาดประมาณระยะยาวรายจ่ายด้านสุขภาพรวมเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) แยกตามแหล่งทุน



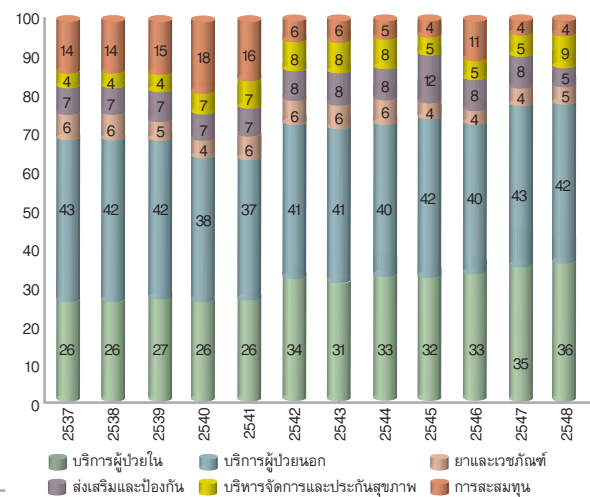
รายจ่ายจริงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีอัตราเติบโตถึงร้อยละ 26 ในช่วงปีพ.ศ.2549-2551 เป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญที่จะนำไปสู่ความไม่เสมอภาคในการสนับสนุนของภาครัฐกับการประกันสุขภาพทั้งสามประเภท

การวิเคราะห์งบประมาณในการเข้าถึงประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านการทดแทนไต

	ปีที่พ.ศ. 2547	ปีที่พ.ศ. 2550	ปีที่พ.ศ. 2563
ประมาณการงบประมาณสำหรับการทดแทนไต (RRT) ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายทั้งหมดใช้ราคาต่อหน่วยที่ 350,000 บาทต่อคนต่อปี (ล้านบาท)	5,400	19,881	74,355
ร้อยละของงบประมาณสำหรับ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	7.4	21.6	37.6
ร้อยละของค่าใช้จ่ายสุขภาพรวม	2.3	7.0	12.2

ที่มา: Kasemsap V, Prakongsai P and Tangcharoensathien V, 2005

สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐรวม



คาดประมาณต้นทุนภายใต้โครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย (โครงการนา) ปี 2544-2568

โครงการนา (NAPHA)	2544	2548	2553	2558	2563	2568
ค่ายาต้านไวรัส ART (ล้านดอลลาร์สหรัฐ มูลค่าปี 2547)	10.9	130.8	355.4	483.4	507.0	477.0
งบประมาณสำหรับเอดส์ (ล้านดอลลาร์สหรัฐ มูลค่าปี 2547)	37.2	67.2	55.2	71.2	91.7	118.1
งบประมาณสุขภาพ (ล้านดอลลาร์สหรัฐ มูลค่าปี 2547)	1,130.7	1,253.7	1,623.0	2,101.2	2,720.3	3,521.7
คิดเป็นร้อยละของงบประมาณเอดส์	29%	195%	644%	679%	553%	404%
คิดเป็นร้อยละของงบประมาณสุขภาพ	1%	10%	22%	23%	19%	14%

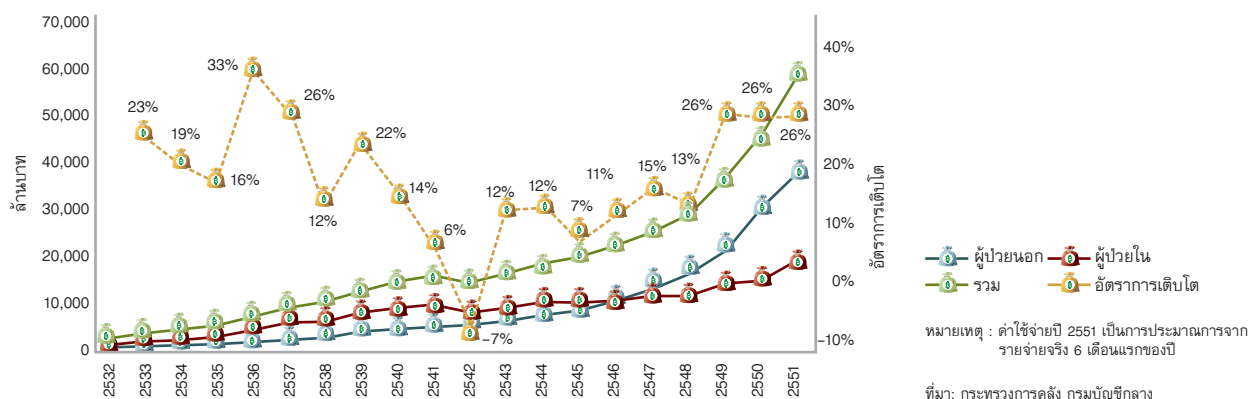
ที่มา: Revegha A. et al. 2006

รายจ่ายจริงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปี 2532-2551

ดัชนี	2538	...	2544	2545	2546	2547	2548
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐรวม (ล้านบาท)	147,837	...	170,203	200,768	210,368	225,652	248,079
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวม (ร้อยละ)	3.53	...	3.32	3.68	3.55	3.47	3.49
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพขององค์กรภาครัฐ (ร้อยละ)	47	...	56	63	63	64	64
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาคเอกชน (ร้อยละ)	43	...	33	28	25	26	27
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพขององค์กรภาคเอกชน (ร้อยละ)	10	...	11	9	12	10	9
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐรวม (บาทต่อหัว)	2,486	...	2,732	3,197	3,335	3,641	3,974
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐรวม (ดอลลาร์สหรัฐ ต่อหัว)	100	...	61	74	80	90	98
อัตราแลกเปลี่ยน (บาทต่อ 1 ดอลลาร์สหรัฐ)	24.9	...	44.5	43.0	41.5	40.3	40.3

ที่มา: International Health Policy Program 2008, National Health Accounts in Thailand 1994-2005

รายจ่ายจริงของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการปี 2532-2551



การเข้าถึงและความครอบคลุมของบริการ

ประเทศไทยมีการพัฒนาด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำให้บริการที่จำเป็นสามารถครอบคลุมได้อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในเด็ก และการให้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ขณะเดียวกันยังคงมีความต้องการขยายบริการด้านการตรวจคัดกรองโรคให้มีความครอบคลุม เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลาเพิ่มขึ้น

ในช่วงเวลาที่ผ่านมาประเทศไทยได้พัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมาก โดยเฉพาะบริการสุขภาพที่จำเป็นต่างๆ สามารถครอบคลุมทั่วถึงประชาชนในทุกภูมิภาคทั่วประเทศ บริการที่มีความครอบคลุมสูง ได้แก่ การให้วัคซีนที่จำเป็นแก่เด็ก การให้ยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม ยังคงมีบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นอีกหลายรายการที่ยังไม่ครอบคลุมอย่างทั่วถึง เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

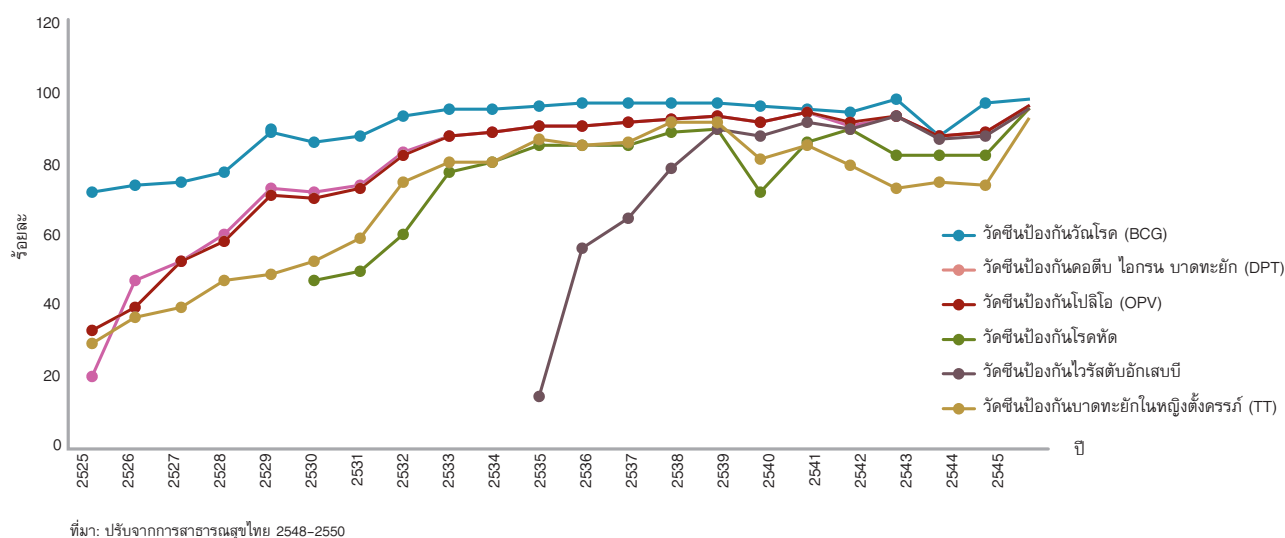
ในส่วนของผู้ด้อยโอกาส มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น เช่น ความครอบคลุมของการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มหญิงบริการทางเพศมีอัตราสูงอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด อย่างไรก็ตามผู้ด้อยโอกาสในด้านความปลอดภัยในการเข้าถึงยังต่ำอยู่ทั้งร้อยละของการใช้หมวกกันน็อก และการคาดเข็มขัดนิรภัย

การให้วัคซีนที่จำเป็นแก่เด็กสำหรับประเทศไทยนับว่าประสบความสำเร็จอย่างมาก อัตราความครอบคลุมของการให้วัคซีนป้องกันโรคสูงถึงร้อยละ 98 และ สำหรับวัคซีนคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และโปลิโอครอบคลุมร้อยละ 90 ส่วนวัคซีนป้องกันหัดครอบคลุมร้อยละ 84 สำหรับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีนั้น อัตราการครอบคลุมแม้ว่าจะต่ำในช่วงแรก แต่ความครอบคลุมก็สูงถึงร้อยละ 90 ตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา การที่มีความครอบคลุมของวัคซีนสูง ทำให้ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อเหล่านี้ลงได้อย่างมาก

การให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นบริการที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะเมื่อรัฐมนตรีนโยบายให้ยาต้านไวรัสครอบคลุมอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้สามารถเพิ่มผู้ได้รับยาต้านไวรัสจากประมาณ 2,000 คน ในปี 2543 เป็น 100,000 คน ในปี 2549 และเมื่อประเทศไทยประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิในปี 2550 ทำให้ครอบคลุมผู้ติดเชื้อได้มากกว่า 125,000 คน ส่วนมาตรการต่างๆ ด้านการป้องกันเอดส์ ก็ดำเนินการควบคู่กับการรักษา ซึ่งหนึ่งในมาตรการนั้น คือ การรณรงค์ใช้ถุงยางอนามัยในประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งพบว่าการใช้ถุงยางอนามัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น และการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงบริการทางเพศกับผู้ให้บริการก็ยังคงที่ในระดับค่อนข้างสูง ส่วนวัยรุ่นหญิง ยังคงใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างน้อยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

สำหรับความครอบคลุมของบริการที่ยังคงต้องขยายเพิ่มขึ้น คือ การตรวจเพื่อคัดกรองโรค ซึ่งหากตรวจพบในระยะเริ่มแรก จะทำให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาแต่เนิ่นๆ ซึ่งบริการที่ยังคงต้องขยายความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรค ปี 2525-2545



สัดส่วนของผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป ที่ใช้เข็มชนิดนรีภัย ปี 2534-2549

การใช้เข็มชนิดนรีภัย	2534	2539	2543	2544	2546	2549
รถที่มีเข็มชนิดนรีภัย						
ใช้สม่ำเสมอ	4.3	35.8	25.9	27.1	23.5	31.3
ใช้บางครั้ง	11.7	28.0	32.2	44.2	39.7	45.2
ไม่ใช้เลย	12.6	6.3	13.9	12.1	32.2	21.9
รถที่ไม่มีเข็มชนิดนรีภัย	64.6	29.9	--	4.4	2.4	1.6

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2534-2549, การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี พ.ศ. 2534, 2539, 2543, 2546, และ 2549

สัดส่วนของผู้เข้ารับการฉีดวัคซีนที่มีอายุ 14 ปีขึ้นไป และการใช้หมวกนรีภัย ปี 2534-2549

ใช้หมวกนรีภัย	2534	2539	2543	2544	2546	2549
ใช้สม่ำเสมอ	7.2	29.0	32.0	16.1	16.0	18.6
ใช้บางครั้ง	21.7	55.4	44.2	64.3	49.5	59.7
ไม่ใช้เลย	11.0	6.0	15.8	10.3	32.8	21.7
ไม่มีหมวกนรีภัย	59.8	9.3	--	9.1	--	--

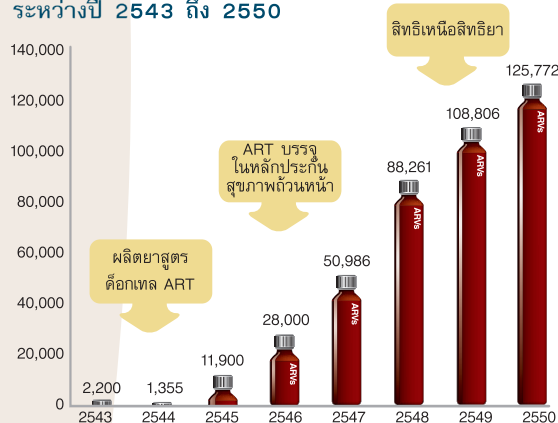
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2534-2549, การสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี พ.ศ. 2534, 2539, 2543, 2546, และ 2549

จำนวนและร้อยละของสตรีอายุ 35-59 ปี ที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา
จำแนกตามที่อยู่อาศัย

ที่อยู่อาศัย	เขตเทศบาล (%)			นอกเขตเทศบาล (%)		
	ไม่เคยตรวจ	เคยตรวจก่อน ห้าปีที่แล้ว	เคยตรวจใน รอบห้าปีที่แล้ว	ไม่เคยตรวจ	เคยตรวจก่อน ห้าปีที่แล้ว	เคยตรวจใน รอบห้าปีที่แล้ว
กรุงเทพฯ	46.6	18.1	35.3	--	--	--
ภาคกลาง	38.6	16.6	44.8	40.3	15.8	43.9
ภาคเหนือ	28.6	9.9	61.5	30.3	8.2	61.6
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	31.5	13.0	55.6	33.1	12.2	54.7
ภาคใต้	35.8	14.6	49.7	43.9	15.8	40.3
รวมทั้งประเทศ	39.0	15.6	45.5	35.6	12.6	51.8
จำนวน	1,395,691	557,843	1,629,956	2,786,729	985,895	4,054,705

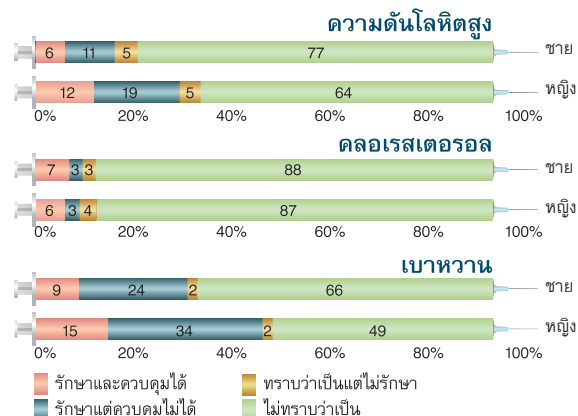
ที่มา: การสำรวจอนามัยและเฝ้าระวังฯ พ.ศ. 2549

จำนวนผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส
ระหว่างปี 2543 ถึง 2550



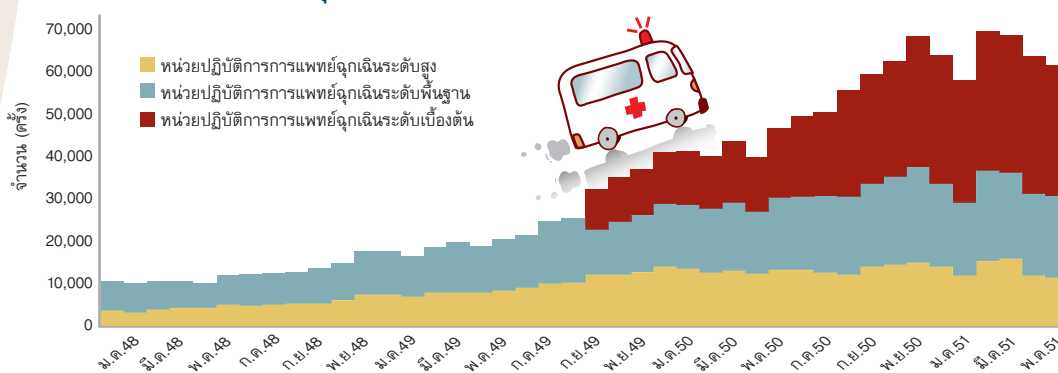
ที่มา: สุวัathy วิบูลผลประเสริฐ 2551

สัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับและได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยโรค
ความดันโลหิตสูง ไ้มนในเลือดสูง และเบาหวาน

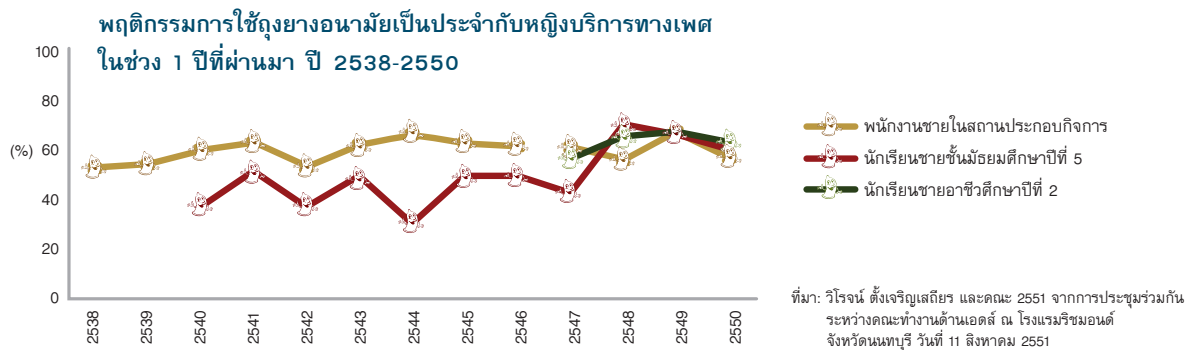
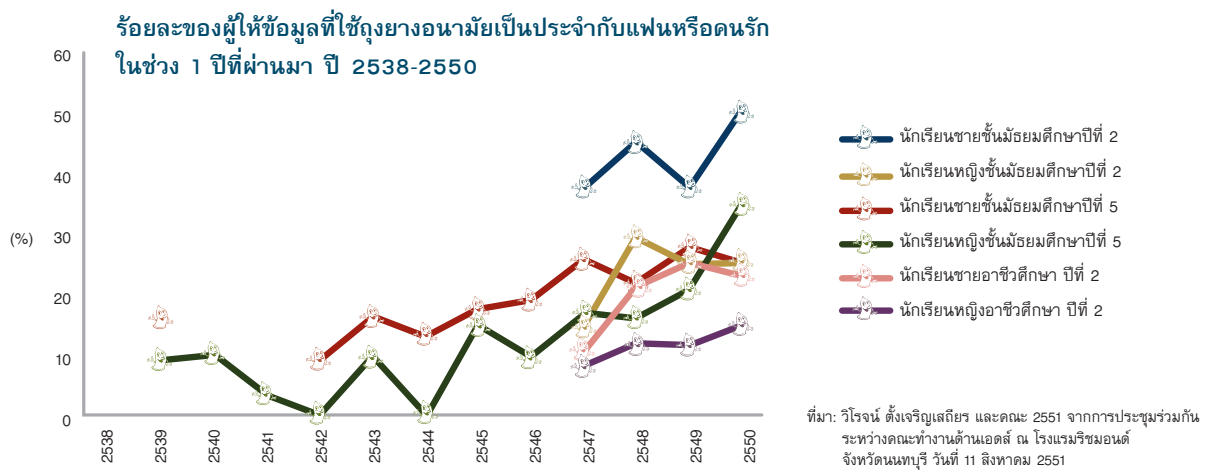
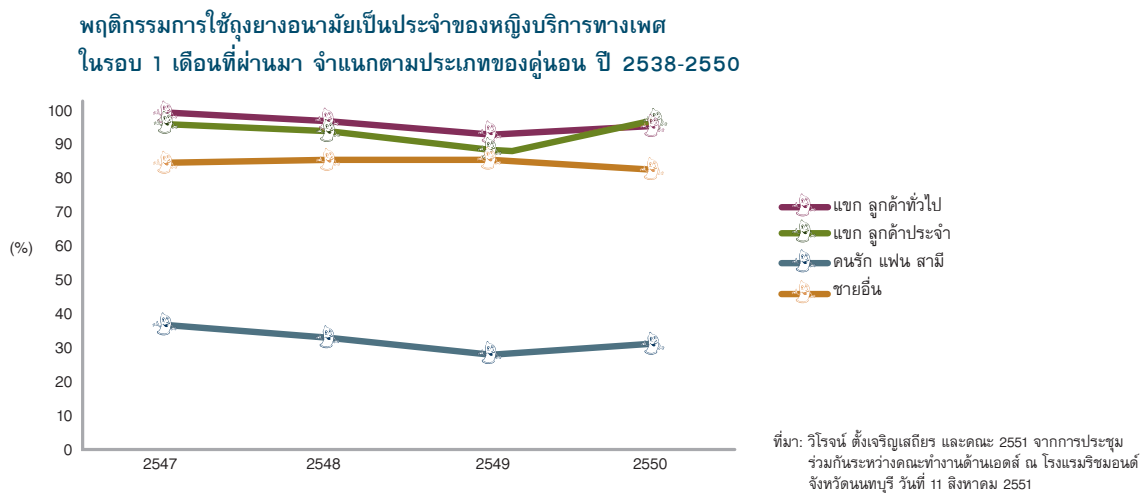
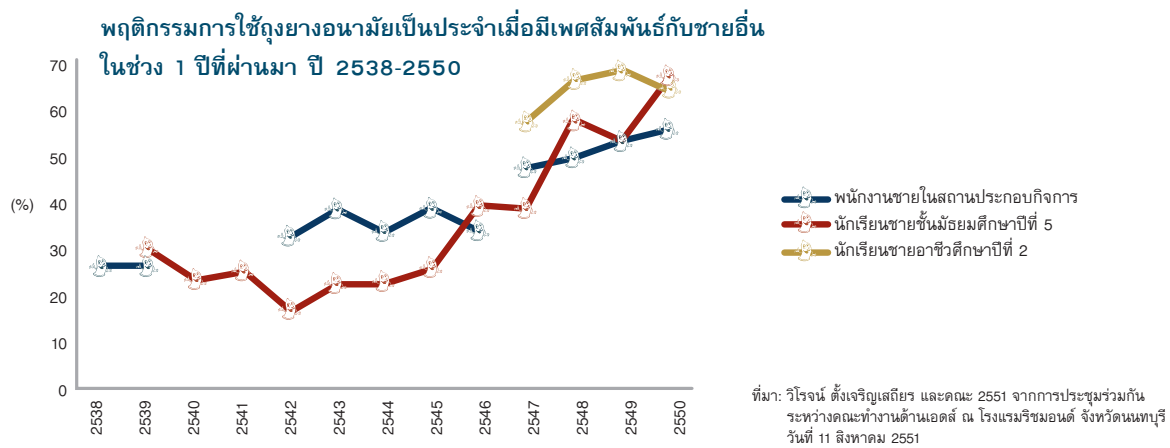


ที่มา: รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย
ด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 3 ปี 2547

จำนวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ระหว่าง ปี 2548 - 2551



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2551



คุณภาพและความปลอดภัย

ผู้ป่วย ในที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 35 มีภาวะที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) เกิดขึ้น ประมาณครึ่งหนึ่งของภาวะที่ไม่พึงประสงค์นั้น สามารถป้องกันได้

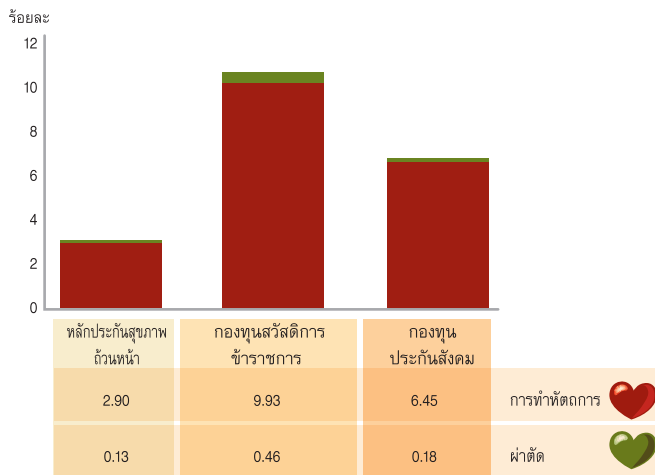
คุณภาพของบริการสุขภาพ มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพที่ดีก็คือ การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค ปราศจากผลกระทบทหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การให้บริการที่ไม่มีคุณภาพนั้น อาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงถึงชีวิต หรือเกิดความพิการในระยะยาว มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยอย่างแท้จริงได้ ดังนั้น ประเด็นเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การประเมินคุณภาพบริการสุขภาพ โดยเฉพาะบริการด้านการรักษาพยาบาล อาจประเมินได้อย่างคร่าวๆ โดยการดูผลลัพธ์ของการรักษา ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย แต่การประเมินอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคเมื่อเข้ารับการรักษา และศักยภาพหรือระดับของสถานบริการที่ให้การรักษา

ปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตมีหลายประการ เช่น โอกาสในการได้รับการวินิจฉัย รวมถึงระยะเวลาที่รอรับการรักษาว่าล่าช้าเพียงใด ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีโอกาสในการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น หากระยะเวลาหลังจากเข้ารับการรักษาจนถึงการได้รับยานั้นใช้เวลานาน

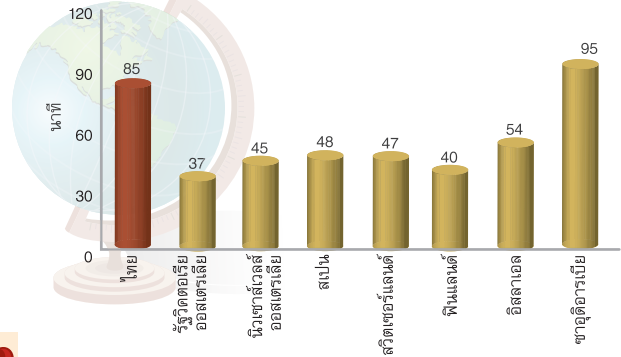
นอกจากนี้ ความผิดพลาดของการให้บริการก็มีผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยเช่นกัน โดยจากการศึกษาวิจัย ผู้ป่วยในที่เสียชีวิต พบว่าร้อยละ 35 มีภาวะที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) เกิดขึ้น โดยประมาณเกือบครึ่งหนึ่งส่งผลถึงชีวิต และเป็นที่น่าสังเกตว่าประมาณครึ่งหนึ่งของภาวะที่ไม่พึงประสงค์นั้น สามารถป้องกันได้ และส่วนใหญ่ก็คือการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งป้องกันได้ด้วยมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการให้บริการที่ได้ผลในด้านการรักษาโรค จะต้องใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และในระยะเวลาที่เหมาะสม และจะต้องมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วย

ร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับการทำหัตถการและผ่าตัดรักษา จำแนกตามสิทธิการรักษา ปี 2547



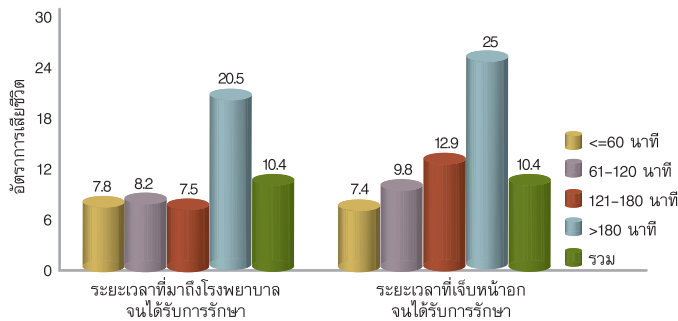
ที่มา : พินิจ พ้าอำนวยผล 2549

ระยะเวลาตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนได้รับยา Thrombolytic ของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจ เปรียบเทียบระหว่างไทย กับประเทศต่าง ๆ



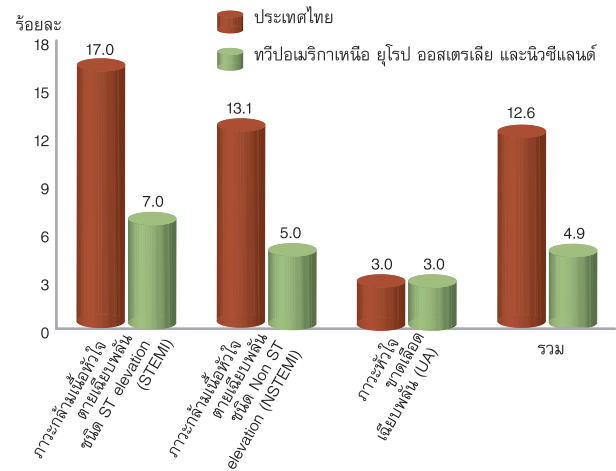
ที่มา : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย 2549

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามระยะเวลาในการได้รับยา



ที่มา : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย 2549

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute Coronary Syndrome: ACS) เปรียบเทียบระหว่างประเทศไทยกับประเทศพัฒนาแล้ว



ที่มา : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย 2549

ร้อยละของผู้ป่วยในที่เกิดชีวิตที่มีภาวะไม่พึงประสงค์จากการรักษา

เหตุการณ์	จำนวน	ร้อยละของผู้ป่วยในจำนวน 279 ราย
ภาวะไม่พึงประสงค์	98	35.1
ภาวะไม่พึงประสงค์จากยา	7	2.5
ตายจากภาวะไม่พึงประสงค์	43	15.4
สามารถป้องกันได้	53	19.0

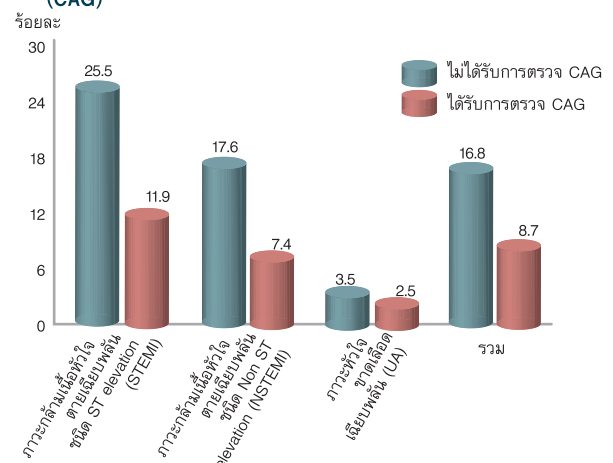
ที่มา : Kessombon P., Panarunthai S. and Wongkanaratanakul P. 2005

ประเภทการของภาวะไม่พึงประสงค์จากการรักษา

ลำดับที่	ภาวะทางคลินิก	จำนวน (ร้อยละ)
1	ติดเชื้ในโรงพยาบาล	86 (30.5)
2	ตาย	53 (19.0)
3	ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา	41 (14.7)
4	ภาวะแผลกดทับ	12 (4.3)
5	อาการไม่พึงประสงค์จากยา	10 (3.6)
6	ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคทางสมอง	8 (2.9)
7	สูญเสียหน้าที่ของสมอง	4 (1.4)
8	อื่นๆ	9 (0.4)

ที่มา : Kessombon P., Panarunthai S. and Wongkanaratanakul P. 2005

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามการได้รับการตรวจโดยการฉีดสีเพื่อดูหลอดเลือดหัวใจ (CAG)



ที่มา : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย 2549

สุขภาพและ ความเป็นธรรม

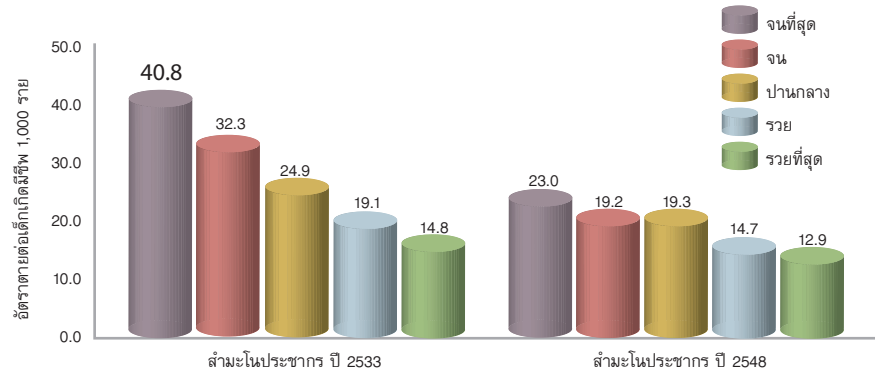
3 กองทุนสุขภาพช่วยคนไทยเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะคนยากจนสามารถเข้าถึงโรงพยาบาลมากขึ้นหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เห็นเด่นชัดคือ ภาวะการตายในเด็กซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของสถานะสุขภาพ ในครัวเรือนยากจนลดลงจาก 40.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในปี 2533 เหลือ 23 ในปี 2543

คนไทยได้รับการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น จากการมีระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ประกันสำหรับข้าราชการ ครอบคลุมข้าราชการและครอบครัวได้ประมาณ 6 ล้านคน ระบบประกันสังคม ครอบคลุมประมาณ 9 ล้านคน และประกันสุขภาพจากรัฐบาล (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ครอบคลุมคนไทยประมาณ 47 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 75 ของประชากรทั้งหมด ที่ไม่อยู่ในระบบประกันสุขภาพข้างต้นให้มีหลักประกันด้านสุขภาพ

ตั้งแต่มีการประกาศใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยลดลงในทุกระดับฐานะเศรษฐกิจ โดยกลุ่มคนยากจนที่สุดมีรายจ่ายด้านสุขภาพลดลงจากร้อยละ 8.17 ของรายได้ครัวเรือนในปี 2535 เหลือเพียงร้อยละ 2.23 ในปี 2547 และในกลุ่มคนที่รวยที่สุด ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 1.27 เหลือร้อยละ 1.07 ในเวลาเดียวกัน ในด้านการใช้บริการสุขภาพก็เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่นการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ มีการใช้เพิ่มขึ้นทั้งในส่วนสถานบริการภาคเอกชนและภาครัฐบาล โดยสัดส่วนการใช้มากที่สุด ได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน และกลุ่มคนที่มีรายได้ยากจนที่สุดถึงรวยที่สุดที่พบการใช้บริการเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยให้คนไทยเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น

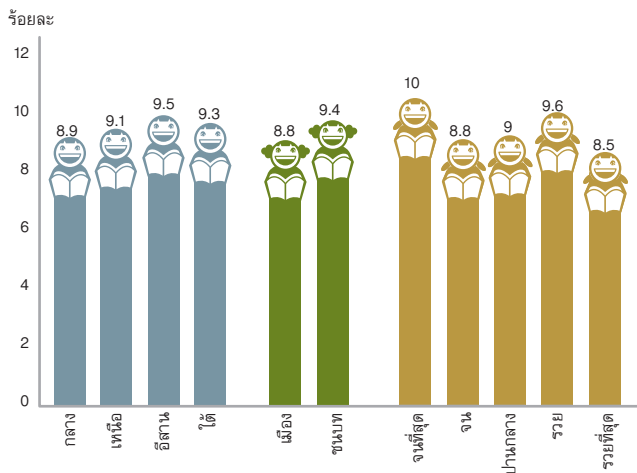
ถึงแม้จะมีหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงแล้วก็ตาม ระดับสุขภาพยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มคนยากจน โดยยังคงพบภาวะการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในกลุ่มคนยากจนสูงกว่ากลุ่มคนที่มีรายได้สูง และจากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพคนไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบความไม่เท่าเทียมด้านสถานะสุขภาพระหว่างคนที่มิฐานะเศรษฐกิจต่างกัน โดยประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มคนที่ยากจนที่สุดมีปัญหาด้านสุขภาพกายและใจสูงกว่ากลุ่มคนร่ำรวยที่สุด

อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เปรียบเทียบ ปี 2533 และ 2543



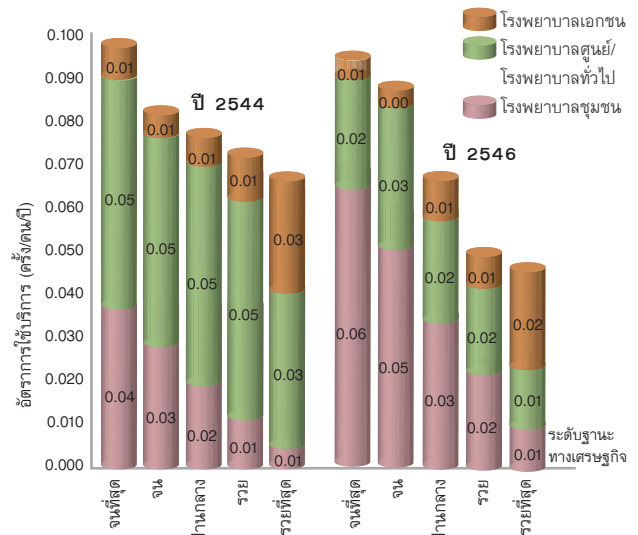
ที่มา: Vapattarawong P. et al. 2007

ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ปี 2548-2549



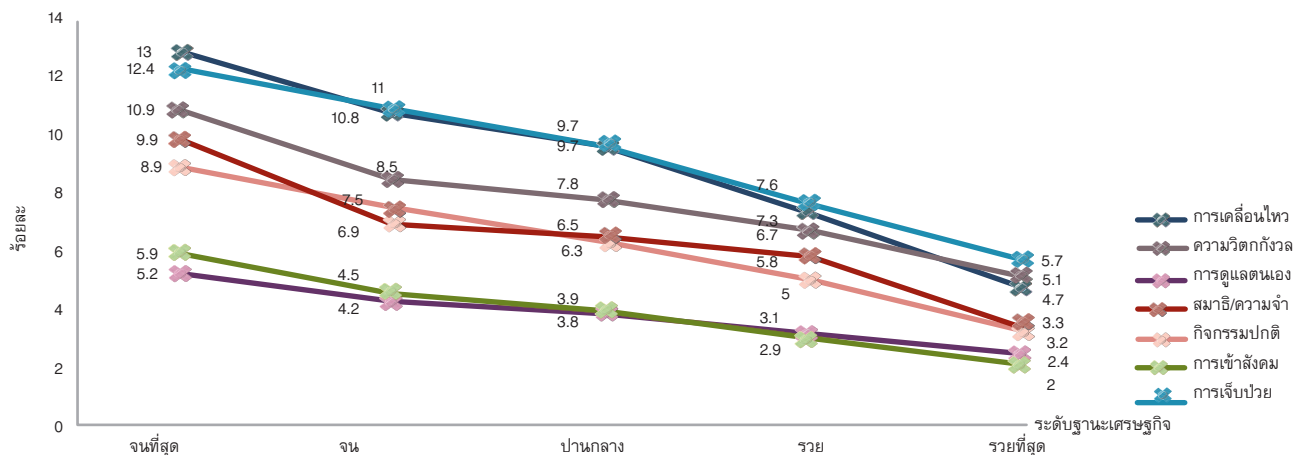
ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2550 การสำรวจสถานการณเด็กในประเทศไทย พ.ศ. 2548-2549

อัตราการใช้บริการสุขภาพผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ปี 2544 และ 2546



ที่มา: ภูษิต ประดองสาย 2551

ปัญหาสุขภาพคนไทย จำแนกตามระดับฐานะ ปี 2546



ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ 2549 รายงานสถานะสุขภาพคนไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546

การป้องกันความเสี่ยง ทางสังคมและทางการเงิน

S :ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ครัวเรือนที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายลดลง จากร้อยละ 31 ในปี 2543 เหลือร้อยละ 14.6 ในปี 2547 และลดครัวเรือนที่ต้องสิ้นเนื้อประดาตัว เพราะค่าใช้จ่ายเมื่อต้องนอนโรงพยาบาลจากร้อยละ 11.9 ให้เหลือร้อยละ 2.6

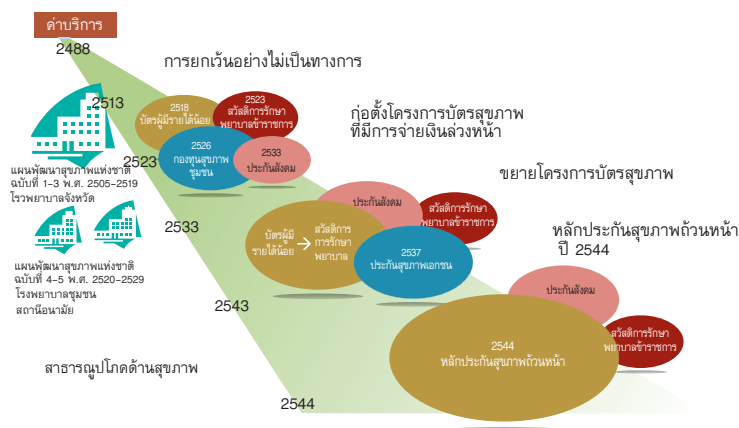
ประเทศไทยเริ่มจัดสวัสดิการรักษายาบาลให้กับประชากรกลุ่มต่างๆมาตั้งแต่ปี 2518 โดยในช่วงแรกครอบคลุมเฉพาะคนยากจน และเริ่มจัดสวัสดิการให้กับข้าราชการและสมาชิกครอบครัวในปี 2523 ทั้งนี้ตั้งแต่ปี 2526 เป็นต้นมา สวัสดิการรักษายาบาลได้ขยายความครอบคลุมไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ มากขึ้น โดยเริ่มจากโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจสำหรับผู้ที่ไม่อยู่ในกลุ่มข้างต้น และเริ่มมีระบบประกันสังคมสำหรับผู้ทำงานในสถานประกอบการตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และในปีเดียวกัน ได้มีการขยายกลุ่มที่ได้รับความคุ้มครองเพิ่มขึ้น คือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี กลุ่มผู้พิการ เป็นต้น ผ่านโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล (สปร.) แต่อย่างไรก็ตาม การสำรวจในปี 2543 พบว่ายังมีประชากรอีกจำนวนมากที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ทั้งสิ้น ทำให้เมื่อเจ็บป่วย ไม่สามารถเข้ารับการรักษายาบาลได้ หรืออาจต้องกู้หนี้ยืมสิน หรือขายทรัพย์สินเพื่อมารักษายาบาล โดยเฉพาะโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง จึงมีข้อเรียกร้องให้จัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรทุกคนมาโดยตลอด ข้อเรียกร้องนี้ปรากฏผลเป็นจริงในปี 2544 ที่ประชาชนทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ ทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่มีอุปสรรคด้านการเงินและภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาลของครัวเรือนลดลง

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพอยู่ 3 ระบบ คือ (1) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ครอบคลุมข้าราชการและสมาชิกครอบครัวจำนวนประมาณ 5 ล้านคน (2) ระบบประกันสังคม ครอบคลุมลูกจ้างในสถานประกอบการจำนวนมากกว่า 9 ล้านคน และ (3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมประชากรประมาณ 47 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีฐานะยากจนในชนบท (ประมาณร้อยละ 50 ของผู้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผู้ที่ยากจนที่สุดกลุ่มควินไทล์ที่ 1 และ 2)

จากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ครัวเรือนที่ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาลลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 31 ในปี 2543 ก่อนที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหลือร้อยละ 14.6 ในปี 2547 และจากการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคโดยรวมของครัวเรือน กับค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาล พบว่า หลังจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหรือสิ้นเนื้อประดาตัวจากค่าใช้จ่ายด้านรักษายาบาล ลดลงอย่างมาก ทั้งจากค่ารักษายาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยผลจากค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยนอกทำให้ลดจำนวนครัวเรือนที่ยากจนลงจากร้อยละ 3.8 ในปี 2543 เหลือร้อยละ 1.5 ในปี 2547 และกรณีผู้ป่วยในลดลงจากร้อยละ 11.9 เหลือร้อยละ 2.6 ในช่วงเวลาเดียวกัน

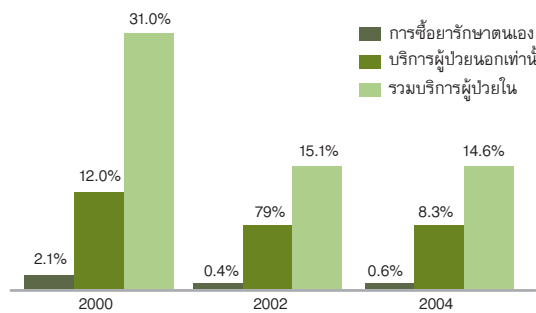
นับได้ว่า การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากจะทำให้การเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นมีความเป็นธรรมเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีคุณูปการอย่างมากในการช่วงลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนลง และช่วยให้ครัวเรือนพ้นจากความยากจนจากค่ารักษายาบาลได้

พัฒนาการสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จาก ปี 2488 ถึง ปี 2544



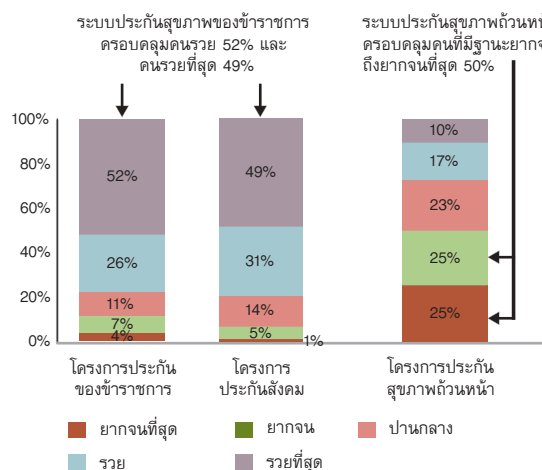
ที่มา: Srithamrongsawat S. 2007

ปฏิบัติการการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำแนกตามประเภทของการประกันสุขภาพช่วงก่อนและหลังการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ที่มา: Limwattananon S, Tangcharoensathien V, and Prakongsai P 2007

การกระจายรายได้ในผู้ที่มีหลักประกันทางสุขภาพภาครัฐจำแนกตามระบบประกันสุขภาพ ปี 2547



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2547

ปฏิบัติการของการค่าใช้จ่ายสุขภาพระยะก่อนและหลังการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เปรียบเทียบกลุ่มที่ยากจนที่สุดกับกลุ่มที่รวยที่สุด ปี 2543-2549

	ครัวเรือนทั้งหมด (ร้อยละ)	ครัวเรือนที่อยู่ในประกันสุขภาพ (ร้อยละ)
ปี 2543		
ครัวเรือนที่ 1 กลุ่มคนยากจนที่สุด	4.0%	2.7%
ครัวเรือนที่ 5 กลุ่มคนรวยที่สุด	5.6%	7.1%
ประชากรทั้งหมด	5.4%	4.7%
ปี 2545 (หลังมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า)		
ครัวเรือนที่ 1 กลุ่มคนยากจนที่สุด	1.7%	1.7%
ครัวเรือนที่ 5 กลุ่มคนรวยที่สุด	5.0%	6.1%
ประชากรทั้งหมด	3.3%	3.2%
ปี 2547		
ครัวเรือนที่ 1 กลุ่มคนยากจนที่สุด	1.6%	1.6%
ครัวเรือนที่ 5 กลุ่มคนรวยที่สุด	4.3%	5.2%
ประชากรทั้งหมด	2.8%	2.6%
ปี 2549		
ครัวเรือนที่ 1 กลุ่มคนยากจนที่สุด	0.9%	0.9%
ครัวเรือนที่ 5 กลุ่มคนรวยที่สุด	3.3%	3.0%
ประชากรทั้งหมด	2.0%	1.9%

ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543, 2545, 2547 และ 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ปฏิบัติการของครัวเรือนยากจนจำแนกตามประเภทของการประกันสุขภาพ ปี 2543-2547



ที่มา: Limwattananon S, Tangcharoensathien V, and Prakongsai P 2007

ประสิทธิภาพพบบริการ

การให้บริการสุขภาพของไทยมีประสิทธิภาพดีมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ โดยเฉพาะการให้บริการผ่านระบบสาธารณสุขมูลฐานและระบบประกันสุขภาพ

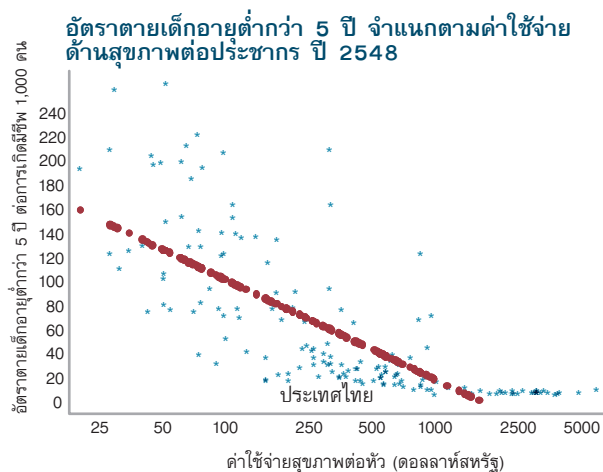
ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพของไทยสูงที่สุดในประเทศกำลังพัฒนา โดยสามารถลดอัตราการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี ลงได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อประชากร ความสำเร็จนี้มาจากการขยายงานด้านสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมบริการที่สำคัญ เช่น การให้วัคซีนกับเด็ก งานอนามัยแม่และเด็ก ทำให้สามารถลดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญระหว่างกลุ่มต่างๆลง นอกจากนี้ รูปแบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลในลักษณะระบบสัญญา และการมีบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ ซึ่งมีระบบการส่งต่อที่ดี ทำให้การใช้บริการมีความเหมาะสม ไม่ใช้บริการเกินความจำเป็น และลดค่าใช้จ่ายต่างๆลงได้มาก ทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทาง

10 ในขณะที่การให้บริการผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งทำให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นระบบจ่ายตามการเบิกย้อนหลัง ซึ่งทำให้มีแนวโน้มที่จะมีการใช้บริการสุขภาพมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ทั้งการตรวจวินิจฉัยโรค การใช้ยา และการรักษายาบาล ข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าข้าราชการใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักและมีการผ่าตัดตลอดทางหน้าท้องมากกว่า และมีอัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ได้รับบริการผ่านระบบประกันสุขภาพอื่น นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายรายหัวสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึง 5 เท่า โดยที่ผลต่อสุขภาพไม่ได้แตกต่างกันมากนัก

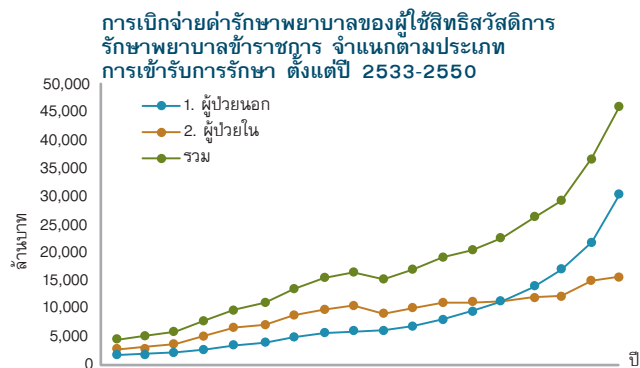
นอกจากนี้ การใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็นเกิดขึ้นในสถานพยาบาลเอกชนเช่นเดียวกัน ซึ่งรัฐยังไม่มิกลไกในการกำหนดหลักเกณฑ์หรือความสามารถในการกำกับดูแลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการใช้บริการสุขภาพที่ดีพอ

ข้อเสนอแนะเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยข้อเสนอ 3 ประการ คือ

1. ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญต่อภาระโรคในประเทศไทย ได้แก่ โรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร การบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ และ ภาวะน้ำหนักเกิน เป็นต้น
2. ให้ขยายมาตรการทั้งในและนอกระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และริเริ่มมาตรการใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน รวมทั้งลดหรือยกเลิกมาตรการที่ไม่มีประสิทธิภาพ
3. ควรเพิ่มการลงทุนในมาตรการด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพขึ้นสองเท่า ทั้งการป้องกันโรคในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพ การใช้มาตรการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่ และสุรา รวมทั้งการควบคุมป้องกันโรคโดยมีชุมชนเป็นหลัก โดยค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาลควรให้คงที่ หรือลดลง



ที่มา : Limwattananon S. analyzed from the World Health Survey (WHS) data, WHO



ที่มา : International Health Policy Program 2008.

การลดลงของอัตราตายมารดาและอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ

	กลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ	จำนวนประชากรในปี 2549	ร้อยละของการลดลงของอัตราตายมารดา	อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี 2549	จำนวนการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี 2549	อัตราตายมารดา (ค่าประมาณ ปี 2548)
1.	ประเทศไทย	63,444	8.5%	8	7,000	110
2.	เวียดนาม	86,206	7.1%	17	28,000	150
3.	เปรู	27,589	7.1%	25	15,000	240
4.	บราซิล	189,323	6.5%	20	74,000	110
5.	อินโดนีเซีย	228,864	6.2%	34	151,000	410
6.	ซีเรีย	19,408	6.2%	14	7,000	130
7.	อียิปต์	74,166	6.0%	35	64,000	130
8.	ศรีลังกา	19,207	5.6%	13	4,000	58
9.	เนปาล	27,641	5.5%	59	47,000	830
10.	โมร็อกโก	30,853	5.5%	37	23,000	240
11.	เอลซัลวาดอร์	6,762	5.5%	25	4,000	170
12.	เอกวาดอร์	13,202	5.4%	24	7,000	210
13.	ตูนิเซีย	10,215	5.1%	23	4,000	100
14.	สาธารณรัฐโดมินิกัน	9,615	5.0%	29	7,000	150
15.	ลาว	5,759	4.9%	75	12,000	660
16.	บังกลาเทศ	155,991	4.8%	69	277,000	570
17.	ฮอนดูรัส	6,969	4.8%	27	5,000	280
18.	อิหร่าน	70,270	4.7%	34	48,000	140
19.	โบลิเวีย	9,354	4.5%	61	16,000	290
20.	ดาซังสถาน	15,314	4.5%	29	8,000	140
21.	เอริเทรีย	4,692	4.3%	74	14,000	450
22.	กัวเตมาลา	13,029	4.3%	41	18,000	290
23.	ฟิลิปปินส์	86,264	4.1%	32	73,000	230
24.	เติร์กเมนิสถาน	4,899	4.1%	51	6,000	130
25.	เฮติ	9,446	4.0%	80	22,000	670
26.	นิการากัว	5,532	4.0%	36	5,000	170
27.	ปารากวัย	6,016	3.9%	22	3,000	150
28.	จีน	1,320,864	3.9%	24	415,000	45
29.	คิวบา	11,267	3.9%	7	1,000	45
30.	มาลาวี	13,571	3.8%	120	68,000	1,100
รวม		2,545,732			1,433,000	

ที่มา: Rhode J, Cousens S, Chopra M, et al 2008.

◀ การเมืองแบ่งขั้ว คนไทยแบ่งข้าง...

สัญญาณอันตรายของสังคมไทย ▶

◀ ยาเสพติดกลับมาแบ่งบาน เพราะการเมืองอ่อนแอ ▶

◀ วิกฤตอาหารแพง น้ำมันแพง คนจนอ่วมที่สุด ▶

◀ วิกฤตรุมเร้า...คนไทยเสี่ยงซีมเศรฐา-ฆ่าตัวตาย ▶

◀ สงครามมหากาพย์ของชีวิตและผลประโยชน์:
การบังคับใช้สิทธิ์โดยรัฐ (ซีแอล) เพื่อสิทธิชีวิตคน ▶

◀ ภัยทางเพศในสถานศึกษา

ถึงเวลาต้องแก้ไขอย่างเป็นระบบ ▶

◀ นมปลอมปนเมลามีน...

จากความตื่นตัวทั่วโลกถึงการรับมือของไทย ▶

◀ กรณี 54 ศพ จากประเทศพม่าถึงกรณีโรฮิงญา...
เป็นการก้ามนุญหรือไม? ▶

◀ ภัยเอดส์คุกคามวัยรุ่นไทยเพราะเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย

◀ ก้าวแรกของสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ:
นวัตกรรมสังคมเพื่อร่วมสร้างและผลักดันนโยบายสุขภาพ: ▶

10

สถานการณ์เด่น
ทางสุขภาพ

1 การเมืองแบ่งขั้ว คนไทยแบ่งข้าง... สัญญาณอันตรายของสังคมไทย

นานกว่า 3 ปีแล้วที่สังคมไทยต้องเผชิญกับความบอบช้ำอย่างหนัก จนทำให้สถาบันจัดดัชนีความสงบสุขโลก (Global Peace Index) จัดอันดับให้ประเทศไทยมีความสงบสุขต่ำกว่าประเทศอาเซียนทุกประเทศ ยกเว้นประเทศเดียว (คือพม่า) เพราะความขัดแย้งระหว่างคนไทยด้วยกัน ที่เริ่มจากความขัดแย้งทางการเมือง ก่อนบานปลายสู่ความแตกแยกทางสังคมจนมองเกือบไม่เห็นหนทางเยียวยา

ก้าวเข้าสู่สังคมแห่งความขัดแย้ง

เสียงตะโกนตอบโต้กันระหว่าง “ทักษิณ...สู้ๆ” และ “ทักษิณ...ออกไป” ที่ดังขึ้นตั้งแต่ปี 2540 ทำให้สังคมไทยก้าวเข้าสู่ช่วงเวลาแห่งความขัดแย้งอย่างเต็มรูปแบบ โดยนายอาณันท์ ปันยารชุน อดีตนายกรัฐมนตรี ถึงกับประเมินว่าสังคมไทยก้าวเข้าสู่สถานการณ์ที่ค่อนข้างอ่อนไหวและน่าเป็นห่วงอย่างมาก เพราะทุกเรื่องถูกมองว่าเกี่ยวข้องกับการเมืองไปหมด ทำให้คนไทยตกอยู่ในภาวะ “แบ่งแยกกันทั้งประเทศแล้ว”¹

การรัฐประหารเมื่อ 19 กันยายน 2549 นำไปสู่การร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ แต่ผลการลงประชามติที่มีเสียงเกินครึ่งไม่มากนัก (ร้อยละ 58) ของคนที่มาลงมติ “รับ” ร่างรัฐธรรมนูญ เมื่อ 19 สิงหาคม 2550 ทำให้สื่อต่างประเทศที่คลุกคลีกับการเมืองไทยมานานอย่าง ฌอร์ฌ คริสฟัน มองว่าไทยกำลังดุ่มเดินไปข้างหน้าสู่จุดที่เป็นประชาธิปไตยน้อยลงกว่าเดิม แต่บทวิเคราะห์ที่น่าสนใจมากที่สุดคงหนีไม่พ้น เซธ มายแดนส์ แห่งอินเตอร์เนชั่นแนล เฮรัลด์ ตรีบูน ที่มองเสียง “ปฏิเสธร” ร่างรัฐธรรมนูญจากภาคเหนือและอีสานว่า สังคมไทยยังคงแตกแยกออกเป็นสองฝ่ายอย่างชัดเจน และจะส่งผลกระทบต่อ การเลือกตั้งที่จะมาถึงและจะทำให้ประเทศนี้แยกออกเป็นฝักฝ่ายไปอีกเนิ่นนาน ตามมาด้วยความเห็นของ คริส เบเกอร์ นักวิชาการด้านประวัติศาสตร์ ชาวอังกฤษ ที่ระบุชัดเจนว่ามองเห็น “อันตรายสูงสุด” รออยู่ข้างหน้า²

ไม่นานนักบทวิเคราะห์ของสื่อต่างประเทศก็เริ่มปรากฏเค้าลางแห่งความเป็นจริงทีละน้อย เริ่มจากผลการเลือกตั้งที่พรรครัฐบาลยังคงเป็นเครือข่ายของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เพียงแต่ผู้ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี คือ นายสมัคร สุนทรเวช ในฐานะหัวหน้าพรรคพลังประชาชน ซึ่งก็คือพรรคไทยรักไทยที่ถูกยุบไปนั่นเอง

28 มีนาคม 2551 หรือ 2 เดือนหลังมีรัฐบาลสมัคร กลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย (พปป.) ก็ประกาศชุมนุมครั้งแรกที่หอประชุมใหญ่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ก่อนเคลื่อนไปปิดถนนที่สะพานม้ามานรังสรรค์ โดยระบุว่าเพื่อโค่นระบอบทักษิณ ไล่รัฐบาลหุ่นเชิด รวมทั้งคัดค้านการแก้ไขรัฐธรรมนูญเพื่อลดล้างความผิดให้กับ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร

เมื่อกลุ่มพันธมิตรฯ ที่ใช้การใส่เสื้อเหลืองเป็นสัญลักษณ์ทวนกลับมาอีกครั้ง กลุ่มต่อต้านพันธมิตรฯ ก็กลับมาเช่นกัน ในนามของกลุ่มแนวร่วมประชาธิปไตยขับไล่เผด็จการแห่งชาติ (นปช.) ที่ใช้สีแดงจากการต่อต้านร่างรัฐธรรมนูญมาเป็นสัญลักษณ์เพื่อตอบโต้ทันที โดยทั้งสองฝ่ายต่างก็สร้างกระแสสังคมขึ้นมาเพื่อรองรับความชอบธรรมในการเคลื่อนไหวของตนเอง

สถานการณ์ที่เริ่มร้อนแรงและมีแนวโน้มว่าจะนำไปสู่การเผชิญหน้าของคนไทยด้วยกัน จึงทำให้สถาบันจัดดัชนีความสงบสุขโลก (Global Peace Index) จัดอันดับให้ประเทศไทยมีความสงบสุขต่ำกว่าประเทศเพื่อนบ้านอาเซียนทุกประเทศ ยกเว้นประเทศเดียว คือ พม่า ทั้งนี้เพราะมีแนวโน้มว่าจะเกิดการชุมนุมประท้วงที่อาจบานปลายไปสู่ความรุนแรง³

นายสุรชาติ บำรุงสุข นักวิชาการด้านความมั่นคงแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขียนบทความว่า ผลการเลือกตั้งไม่ใช่ปัจจัยที่จะยุติความขัดแย้งที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการรัฐประหารได้ แต่ปัญหานี้จะยังสืบทอดต่อเนื่องมาถึงการเมืองหลังเลือกตั้ง จนทำให้เห็นแนวโน้มที่ชัดเจนว่าการต่อสู้ครั้งนี้มีลักษณะสุดโต่งของความเป็น “สงครามการเมือง” ที่ต่างฝ่ายต่างมุ่งเอาชนะต่อกันในทุกวิถีทาง และมีลักษณะของการไม่ประนีประนอม โดยมีการแบ่งฝ่ายอย่างชัดเจน ทำให้มีความกังวลว่าท้ายที่สุดจะไม่กลายเป็น “สงครามกลางเมือง” ในสังคมไทย⁴



นับจากนั้นมา เลือเหลียงและมือตบจึงกลายเป็นสัญลักษณ์ของกลุ่มพันธมิตรฯ โดยมีสถานีโทรทัศน์เอเอสทีวีเป็นสื่อประจำกลุ่ม ขณะที่กลุ่มนปช. ก็มีเลื้อแดงและตีนตบติดตามมาจนกลายเป็นสัญลักษณ์ของอีกฝ่าย โดยมีรายการความจริงวันนี้ทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 11 กรมประชาสัมพันธ์เป็นช่องทางในการสื่อสาร ก่อนที่จะขยายแนวร่วมไปสู่กลุ่มต่างๆ ที่มากกว่าการเคลื่อนไหวที่เกี่ยวข้องกับ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร โดยเฉพาะประเด็นเรื่องรัฐธรรมนูญและอำนาจประชาธิปไตย

โหมไฟแห่งความรุนแรง

การประกาศชุมนุมขับไล่รัฐบาลแบบยึดเยื้อและถาวรของกลุ่มพันธมิตรฯ ทำให้เช้าของวันที่ 31 พฤษภาคม 2551 คนไทยทั้งประเทศต่างหวั่นวิตกหลังฟังถ้อยคำของนายสมัคร สุนทรเวช นายกรัฐมนตรีที่ประกาศออกโทรทัศน์ว่า พร้อมสลายม็อบขึ้นแตกหัก ทำให้ผู้คนหลังไหลออกมาร่วมชุมนุมกับกลุ่มพันธมิตรฯ มากขึ้นกว่าปกติ ท่ามกลางสถานการณ์ที่ล่อแหลมว่าจะเกิดความรุนแรงหากมีการสลายผู้ชุมนุม นายปริญญา เทวานฤมิตรกุล จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พร้อมกับเครือข่ายต่างๆ ออกมาประกาศตัวเป็น “พลังสีขาว” โดยระบุว่าเห็นต่างกันได้ แต่อย่าใช้ความรุนแรง และในที่สุดคำประกาศสลายม็อบของนายกรัฐมนตรีก็ลดระดับลงเป็นเพียงมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ตำรวจไปเจรจาขอให้กลุ่มพันธมิตรฯ ย้ายสถานที่ชุมนุมแทน

ยิ่งนานวัน ยุทธวิธีในการขับไล่รัฐบาลของกลุ่มพันธมิตรฯ ก็ยิ่งเพิ่มความหลากหลาย โดยเฉพาะการใช้รูปแบบดาวกระจายไปตามสถานที่ต่างๆ พร้อมกับใช้มาตรการอารยะขัดขืนในหลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะการดักประท้วงและขับไล่รัฐมนตรี ขณะลงพื้นที่ จนต้องยกเลิกกำหนดการตรวจราชการหลายครั้ง หลายหน ผลจากการขยายแนวร่วมออกไปสู่พื้นที่ต่างจังหวัดของทั้ง 2 ฝ่าย ทำให้การเผชิญหน้าระหว่างกันถูกขยายวงกว้างตามไปด้วย

24 กรกฎาคม 2551 สัญญาณแรกของความรุนแรงก็ปรากฏขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อกลุ่มพันธมิตรฯ เตรียมเปิดเวทีปราศรัยภายในสวนสาธารณะหนองประจักษ์ศิลปาคม กลางเมืองอุดรธานี ทำให้กลุ่มผู้ชุมนุมในนาม “ชมรมคนรักอุดร” ยกพวกเข้ามาทำร้ายกลุ่มพันธมิตรฯ จนมีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก ภาพของความโหดร้ายถูกเผยแพร่ออกไปทั่วประเทศ แต่ดูเหมือนว่าความขัดแย้งได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นจนบานปลายไปหลายพื้นที่ ไม่เว้นแม้กระทั่งในกรุงเทพมหานคร

องค์กรสิทธิมนุษยชนระดับโลก “ฮิวแมนไรตวอชด์” ออกแถลงการณ์ประณามรัฐบาลและเจ้าหน้าที่ไทยที่เพิกเฉยต่อการป้องกันความรุนแรงที่เกิดขึ้นแล้วครั้งแล้ว เช่นเดียวกับกลุ่มนักวิชาการจากหลายสถาบันที่ออกแถลงการณ์ประณามความรุนแรง แต่ดูเหมือนว่าทั้ง 2 ฝ่าย ต่างก้าวมาไกลจนเกินกว่าจะรับฟัง

และแล้วเหตุการณ์ที่สะท้อนให้เห็นภาพของความพร้อมที่จะก่อเหตุรุนแรงจากทุกฝ่าย แม้กลุ่มพันธมิตรฯ ประกาศมา

ตลอดว่า ชุมนุมแบบสันติและอหิงสาก็เกิดขึ้น เมื่อ 26 สิงหาคม 2551 ทันทีที่ยุทธการดาวกระจายของกลุ่มพันธมิตรฯ เริ่มต้นขึ้นพร้อมกันในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะการบุกยึดสถานีโทรทัศน์เอ็นบีทีหรือช่อง 11 ทั้งภาพการจับกุมและอาวุธทั้งไม้ มีด ปืน หนังสือตึก ลูกกระสุนเหล็กที่ปรากฏเป็นข่าวกลายเป็นหลักฐานแห่งความรุนแรงทั้งสิ้น วันเดียวกันนั้นเองยังทำให้รัฐบาลสมัคร สุนทรเวช ต้องเร่งถอนออกจากทำเนียบรัฐบาลหลังจากกลุ่มพันธมิตรฯ บุกเข้ายึดทำเนียบรัฐบาลเป็นสถานที่ชุมนุมอย่างถาวร

ในที่สุด 2 กันยายน 2551 พื้นที่กรุงเทพมหานครก็ไม่อาจหลีกเลี่ยงการถูกประกาศใช้ พ.ร.ก.การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน หลังเกิดเหตุการณ์ปะทะกันระหว่างกลุ่มนปช. และกลุ่ม พปป. บนถนนราชดำเนินนอก จนทำให้มีผู้เสียชีวิต 1 ราย บาดเจ็บสาหัสและไม่สาหัสกว่า 40 ราย ตามมาด้วยเหตุรุนแรงที่ จ.เชียงใหม่ เมื่อกลุ่มเลื้อแดงรุมทำร้ายพ่อของแกนนำพันธมิตรฯ ประจำ จ.เชียงใหม่ จนเสียชีวิต จนทำให้ชาวเชียงใหม่สลดใจกับเหตุการณ์ไม่คาดฝันที่เกิดขึ้น

ประเทศไทยในหัวเวลานั้นเต็มไปด้วยบรรยากาศของความ “ทุกข์” ถ้วนหน้าเพราะบ้านเมืองเต็มไปด้วยความวุ่นวายรายวัน กฎหมายหมดสภาพการบังคับใช้ การประท้วงเกิดขึ้นทั่วประเทศ ทั้งยึดสถานที่ราชการ ปิดสนามบิน ตัดน้ำ ตัดไฟ สถานที่ราชการ รถไฟหยุดวิ่ง เสียระเบิดตั้งขึ้นกลางกรุงเทพฯ บ่อยครั้งขึ้นเรื่อยๆ

สำนักข่าวต่างประเทศล้วนรายงานตรงกันว่าสถานการณ์การเมืองในเมืองไทยเต็มไปด้วยความรุนแรง นายโนนทวัฒน์ บรมานันท์ นักกฎหมายมหาชน จากคณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า “วันนี้เมื่อต่างฝ่ายต่างนึกถึงประโยชน์ตัวเองแล้ว ผมไม่แน่ใจว่าในที่สุด 2 ฝ่ายใครได้ประโยชน์มากกว่ากัน แต่ที่รู้แน่นอนคือประเทศเสียหายแล้ว เสียหายทุกอย่าง” ขณะที่แดน โฟนแมน นักวิเคราะห์ของเครดิตสวิส ถึงกับระบุชัดว่าเกรงว่าประเทศไทยจะกลายเป็นประเทศที่ไม่สามารถควบคุมได้⁵ และประเทศไทยก็ถูกจับตาจากทั่วโลกในฐานะเป็นประเทศที่อันตรายทันที

ขณะที่วิกฤตการเมืองก็เริ่มลุกลามเข้ากระทบเศรษฐกิจของประเทศอย่างชัดเจน โดยนายธนวรรธน์ พลวิชัย ผู้อำนวยการศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย กล่าวว่าผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เศรษฐกิจโดยรวมเสียหายแล้ว 19,000–35,000 ล้านบาท⁶

ไม่มีที่ยืนสำหรับความเป็นกลาง

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้นายนิธิ เอียวศรีวงศ์ นักวิพากษ์สังคมชี้ว่า ความขัดแย้งที่สุดโต่งของทั้งสองฝ่ายจะทำให้สังคมตกอยู่ในภาวะหวาดระแวงต่อกันสูงมาก และยากที่จะหาคนกลางเพื่อคลี่คลายสถานการณ์⁷ สอดคล้องกับความเห็นของนายพงศ์ธรธรรม เผ่าไท ที่ว่า ความขัดแย้งของสังคมไทยมาถึงจุดบานปลาย ภาพความเกลียดชังที่แสดงออกมารุนแรงไม่น้อย

กว่าการเหยียดผิวในโลกตะวันตกเมื่อหลายสิบปีก่อน การไม่ยอมรับของคนทั้งสองฝ่ายได้ผลักดันให้ประเทศชาติถอยหลังกลับไปสู่ยุคมืดที่แทบไม่เหลือแสงสว่าง และสิ่งที่ขาดหายไป ในสังคมไทย คือ พื้นที่กลางที่จะแยกคนทั้ง 2 ขั้วความคิด ออกจากกัน สุดท้ายไม่ว่าชัยชนะจะตกเป็นของฝ่ายใดก็ตาม ล้วนขู่มือให้ร้องไปบนซากปรักหักพังของบ้านเมือง⁸

ถ้อยคำดังกล่าวปรากฏเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น เมื่อผู้สื่อข่าวเริ่มถูกคุกคามขณะปฏิบัติหน้าที่ในท่ามกลางสถานการณ์แห่งความขัดแย้งและเต็มไปด้วยความหวาดระแวงสูงยิ่ง ไม่เว้นแม้กระทั่งถูกคุกคามจากการสวมเสื้อที่มีข้อความ “ยุติความรุนแรง” จนผู้สื่อข่าวต้องเปลี่ยนเสื้อเพื่อคลี่คลายสถานการณ์

7 ตุลาคม 2551 สังคมไทยก็ต้องย้อนกลับมาทบทวนถึงการรับมือกับกลุ่มผู้ชุมนุมตามหลักปฏิบัติที่เป็นสากลอีกครั้ง หลังเกิดเหตุการณ์เจ้าหน้าที่ตำรวจยิงแก๊สน้ำตาเข้าใส่กลุ่มพันธมิตรฯ ที่เคลื่อนตัวไปปิดล้อมรัฐสภา เพื่อไม่ให้รัฐบาลใหม่ของนายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ เข้าแถลงนโยบายต่อรัฐสภา จนมีผู้เสียชีวิต 2 คน และผู้บาดเจ็บจำนวนหลายร้อย รวมทั้งภาพที่ปรากฏผ่านสื่อแขนงต่างๆ กระชากให้คนไทยตกอยู่ในห้วงแห่งทุกข์อย่างถึงที่สุดอีกครั้ง

นายพนอล กรณิการ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยความสุขชุมชน สรุปลงความสุขมวลรวมระหว่างการสำรวจเมื่อ 7-11 ตุลาคม 2551 พบว่าความสุขของประชาชนลดลงอย่างเห็นได้ชัด นั่นคือจากคะแนนเต็ม 10 ลดลงเหลือ 5.82 ในเดือนสิงหาคม ซึ่งถือว่าไม่ตื๋น แต่ถึงเดือนตุลาคมกลับแย่ลงกว่าเดิมอีกเหลือเพียง 5.64 และเรื่องราวที่ทำให้ประชาชนทุกข์มากกว่าสุขก็เป็นเรื่องการเมือง และปัญหาทางเศรษฐกิจ⁹

หลังเหตุการณ์สลายการชุมนุมเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม ผ่านไป ก็เกิดความพยายามจากหลายฝ่ายเพื่อหาช่องทางยุติการเผชิญหน้าและยุติความรุนแรงขึ้นอีกครั้ง โดยมีการประชุมของเครือข่ายसानเสวนาเพื่อสันติธรรมที่หอประชุมใหญ่กรมประชาสัมพันธ์ อาทิ นายสมเฐ ดันติเวชกุล เลขาธิการมูลนิธิชัยพัฒนา นายโคทม อารียา จากศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธี มหาวิทยาลัยมหิดล นายประมนต์ สุธีวงศ์ ประธานสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย นายแพทย์วันชัย วัฒนศัพท์ ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันพระปกเกล้า และองค์กรเครือข่าย 170 แห่ง พร้อมกับมีข้อเรียกร้องให้ทุกฝ่ายยุติความรุนแรง หลีกเลี่ยงการปะทะทุกรูปแบบ และหันมาสานเสวนาเพื่อสันติธรรม

พร้อมกันนั้น กลุ่มเครือข่ายสันติประชาธรรม ที่นำโดยนายธเนศ อาภรณ์สุวรรณ คณบดีคณะศิลปศาสตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ก็ได้แถลงข่าวที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรียกร้อง 3 หยุต ได้แก่ หยุตนำมวลชนมาปะทะกัน หยุตให้ท้ายพันธมิตรฯ หยุตนำประเทศไทยสู่อนาธิปไตยและการรัฐประหาร

แน่นอนว่าท่ามกลางเสียงตอบรับของฝ่ายต่างๆ ในสังคม ทั้งพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ประธานองคมนตรี นายสมชาย

วงศ์สวัสดิ์ นายกรัฐมนตรี รวมทั้งเอแบคโพลส์ได้สำรวจพบว่าประชาชนร้อยละ 94.0 เห็นด้วยกับการรณรงค์ให้คนไทยยุติความรุนแรง แต่กลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตยกลับไม่เห็นด้วยและออกมาตอบโต้อย่างเผ็ดร้อนอีกต่างหาก¹⁰

เชิร์ช มายแดนส์ ผู้สื่อข่าวประจำกรุงเทพมหานครของหนังสือพิมพ์นิวยอร์ก ไทมส์ และอินเตอร์เนชั่นแนล เฮรัลด์ ทริบูน เขียนบทความหลังเหตุการณ์สลายม็อบ 7 ตุลาคม 2551 ว่า ประเทศเหมือนถูกผ่ากลาง ต่างฝ่ายต่างแข็งขืนยืนย่นเอาเป็นเอาตายอย่างน่าตระหนก ผิดเพี้ยน บิดเบี้ยวไปจากขนบเดิมในสังคมไทยที่หลายๆ คนคุ้นเคย จนถึงระดับชวนให้แตกตื่น¹¹

จนกระทั่งกลุ่มพันธมิตรฯ ใช้มาตรการปิดสนามบินดอนเมืองและสนามบินสุวรรณภูมิในช่วงปลายปี ก่อนที่จะประกาศยุติการชุมนุมเมื่อ 3 ธันวาคม 2551 หลังการตัดสินยุบพรรคพลังประชาชนและพรรคร่วมรัฐบาลของศาลรัฐธรรมนูญ จนนำไปสู่การเปลี่ยนชั่วคราวการเมือง และพรรคประชาธิปัตย์ก้าวขึ้นมาเป็นแกนนำในการจัดตั้งรัฐบาลแทน แต่การสานเสวนาเพื่อหาช่องทางสมานฉันท์ก็ยังคงตกอยู่ในวังวนที่ไม่มีความคืบหน้าแต่อย่างใด

ขณะที่ประเทศไทยถูกจัดอันดับจากหนังสือพิมพ์เดลีเทเลกราฟของอังกฤษว่า เป็นประเทศที่อันตรายลำดับ 7 จาก 20 ประเทศทั่วโลก ทั้งนี้เพราะมีการประท้วงเคลื่อนไหวทางการเมืองจนต้องประกาศภาวะฉุกเฉินในสนามบินหลักของกรุงเทพฯ ทั้ง 2 แห่ง¹²

ความแตกแยกของสังคมไทย

แม้ผลพวงจากการประท้วงที่ยืดเยื้อและยาวนาน จะสร้างผลกระทบทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างใหญ่หลวง ดังที่นางอมรา ศรีพยัคฆ์ ผู้อำนวยการอาวุโส ฝ่ายเศรษฐกิจ ธนาคารแห่งประเทศไทย กล่าวว่าผลเสียหายจากการปิดสนามบินหนักหนาสาหัสยิ่งกว่าเหตุการณ์โรคซาร์สที่ให้นักท่องเที่ยวหายไป 1 ล้านคน และเหตุการณ์สึนามิที่นักท่องเที่ยวหายไป 1.8 ล้านคน¹³ แต่การสร้างสมานฉันท์ แก้ปัญหาความแตกแยกของคนในชาติ กลายเป็นภารกิจลำดับต้นๆ ของรัฐบาลใหม่ที่มีนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี

แม้นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี จะยืนยันว่าในวันนี้ยังไม่สามารถทำให้ความขัดแย้งที่มีอยู่หมดไปได้ แต่หลักสำคัญก็คือจะพยายามชดเชยจำกัดในเรื่องความขัดแย้งให้อยู่ในขอบมิชอบเขต และเชื่อว่าความยุติธรรมคือหัวใจของการนำสมานฉันท์ความปรองดองกลับคืนมา โดยพร้อมจะทำงานเพื่อทุกคนไม่ว่าจะใส่เสื้อสีอะไร¹⁴ แต่ดูเหมือนว่าทุกฝ่ายต่างรู้ดีว่าภารกิจยุติความขัดแย้งของคนในชาติเป็นเรื่องที่ยาก และยังไม่เห็นหนทางแห่งความสำเร็จในเร็ววัน

เพราะเพียงแต่วันแถลงนโยบายของรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ ก็ต้องพบกับการแสดงพลังของคนเสื้อแดงต้องเลื่อนวันและเปลี่ยนสถานที่จากรัฐสภาเป็นกระทรวงการต่างประเทศ ตามมาด้วย

ยุทธการดาวกระจายของกลุ่มเสื้อแดงที่ไม่เพียงแต่มีต้นตอเพื่อขับไล่ ยังมีไขว่ในมือเพื่อเปิดปฏิบัติการปาดหน้า โดยนายชวน หลีกภัย ประธานที่ปรึกษาพรรคประชาธิปัตย์คือเหยื่อรายแรกขณะลงพื้นที่ จังหวัดลำปาง ตามมาด้วยรัฐมนตรีร่วมรัฐบาลล้วนถูกไล่ล่าอย่างกระชั้นชิด ไม่ต่างอะไรกับที่กลุ่มพันธมิตรฯ เคยปฏิบัติมาก่อน

ปลายเดือนกุมภาพันธ์ 2552 รัฐบาลพรรคประชาธิปัตย์แถลงสรุปสถิติคดีอาญาการรับแจ้งเหตุจากการชุมนุมทางการเมืองของ 2 ฝ่าย ตั้งแต่เกิดการชุมนุมจนถึงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2552 รวม 145 คดี มีคดีอาญาเกิดขึ้นในพื้นที่ 18 จังหวัด 7 กองบัญชาการ ผลการสอบสวนเสร็จแล้ว 46 คดี คงเหลืออีก 99 คดี เป็นคดีที่ พปป. ร้องทุกข์กล่าวโทษ 43 คดี รวบรวมพยานหลักฐานเสร็จสิ้นแล้ว 15 คดี และเป็นคดีที่ พปป. ฎีก้องทุกข์กล่าวโทษอีก 102 คดี รวบรวมหลักฐานเสร็จแล้ว 31 คดี¹⁵ ทั้งนี้ตลอดเวลาที่เกิดความไม่สงบเรียบร้อยขึ้นนี้ จากการสอบสวนรายงานเรื่องผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง สรุปได้ว่าความไม่สงบที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังการรัฐประหารเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2549 ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตรวม 11 คน และผู้บาดเจ็บ 1,121 คน

จะหยุดการแบ่งขั้วแยกข้างได้ ต้องหยุดความสุดโต่งทั้งสองข้าง

ปี 2552 การเคลื่อนไหวทางการเมืองบนท้องถนน เปลี่ยนจากคนเสื้อเหลืองมาเป็นคนเสื้อแดงอย่างเต็มรูปแบบ ความแตกแยกของสังคมไทยที่บาดหมาง และร้าวลึก มาตลอด 3 ปีเต็ม จะก้าวเดินต่อไปได้อย่างไรนั้น กลุ่มองค์กรและนักวิชาการสังคมต่างเรียกร้องให้ประชาชนร่วมกันสร้างกระแสการเปิดพื้นที่ ที่ปราศจากสีปราศจากข้างให้แลกเปลี่ยนกันให้ได้ ทางฟากรัฐบาลเองก็มอบหมายสถาบันพระปกเกล้าให้เข้ามาเป็นคนกลางในการปฏิรูปการเมือง ซึ่งพรรคร่วมฝ่ายด้านก็เห็นพ้องโดยหวังให้มุ่งเน้นสร้างความปรองดองสมานฉันท์ในการปฏิรูปการเมืองครั้งใหม่ที่จะเกิดขึ้นนี้ด้วย

สุรชาติ บำรุงสุข นักวิชาการด้านความมั่นคงวิเคราะห์ว่า ความแตกแยกแบบแบ่งขั้วแยกข้างนี้ มีฐานมาจากระบบความคิดแบบสุดโต่งทั้งสองข้าง ทำให้สังคมไทยมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการทำลายล้างทางการเมืองแบบ “ล่าและทำลาย” ผู้ที่คิดว่าเป็นศัตรู” ชะตากรรมของประเทศจึงแขวนอยู่กับความขัดแย้งที่น่าสะพรึงกลัวนี้¹⁶

หนทางที่จะหลุดไปจากความขัดแย้งสุดขั้วก็คือ ต้องสร้างพลังที่มีสติและวุฒิภาวะจากทุกฝ่ายเพื่อให้เกิดกระแสการเจรจา ประนีประนอม และพร้อมรับผิดชอบมาให้ได้

ลำดับเหตุการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองตั้งแต่เดือนกันยายน 2547-มกราคม 2552

25 กันยายน 2547	ประชาชนชุมนุมขับไล่ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ให้ออกจากตำแหน่งนายกรัฐมนตรี โดยมีการปราศรัยกันที่ท้องสนามหลวง และมีการเคลื่อนขบวนการชุมนุมไปยังใจกลางเมืองที่เป็นย่านธุรกิจ มีทั้งผู้เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย การชุมนุมยืดเยื้อข้ามปี และสิ้นสุดลงเมื่อมีการรัฐประหาร
19 กันยายน 2549	เกิดรัฐประหารล้มรัฐบาลของ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร และแต่งตั้งพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี (1 ตุลาคม 2549 – 29 มกราคม 2551)
30 พฤษภาคม 2550	ตุลาการรัฐธรรมนูญมีคำสั่งยุบพรรคไทยรักไทย
22 กรกฎาคม 2550	เกิดการปะทะกันของกลุ่มแนวร่วมประชาธิปไตยขับไล่เผด็จการ (นปช.) และตำรวจ ที่หน้าบ้านสี่เสาเทเวศร์ ของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์
19 สิงหาคม 2550	ประชาชนทั่วประเทศลงมติรับร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 (เห็นด้วยร้อยละ 58 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 42) โดยมีบัตรเสียประมาณร้อยละ 2 จากจำนวนบัตรที่มาลงคะแนนทั้งหมด
23 ธันวาคม 2550	พรรคพลังประชาชน ชนะการเลือกตั้ง และนายสมศักดิ์ สุนทรเวช หัวหน้าพรรคพลังประชาชน เป็นนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551 (สิ้นสุดวันที่ 18 กันยายน 2551)
25 พฤษภาคม 2551	กลุ่มพันธมิตรฯ เริ่มต้นชุมนุมประท้วงให้นายสมศักดิ์ สุนทรเวช นายกรัฐมนตรีลาออกจากตำแหน่ง และใช้แผนดาวกระจายไปประชุมปิดล้อมสถานที่ต่างๆ เพื่อกดดันรัฐบาล และไปปิดกั้นกลุ่มหน้าทำเนียบรัฐบาลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน
26 สิงหาคม 2551	กลุ่มพันธมิตรฯ ยึดสถานีโทรทัศน์เอ็นบีที ของรัฐบาล ล้อมกระทรวง 3 กระทรวง และยึดทำเนียบรัฐบาลใช้เป็นพื้นที่ปักหลักการชุมนุม
2 กันยายน 2551	เกิดการปะทะกันของกลุ่ม นปช. กับ พปป. มีผู้เสียชีวิต 1 คน และบาดเจ็บ 38 คน จนนายสมศักดิ์ สุนทรเวช นายกรัฐมนตรี ต้องออกประกาศใช้ พ.ร.ก.บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ในเขตกรุงเทพมหานคร
9 กันยายน 2551	ตุลาการรัฐธรรมนูญตัดสินให้นายสมศักดิ์ สุนทรเวช หมดสถานะภานายกรัฐมนตรี เนื่องจากเป็นลูกจ้างเอกชนจากรายการโทรทัศน์ “ซิมไป บ่นไป”
17 กันยายน 2551	นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ เป็นนายกรัฐมนตรี (สิ้นสุดวันที่ 2 ธันวาคม 2551 หลังจากมีการยุบพรรคพลังประชาชน)
7 ตุลาคม 2551	ตำรวจใช้แก๊สน้ำตาสลายการชุมนุมกลุ่มพันธมิตรฯ หน้าอาคารรัฐสภา มีผู้บาดเจ็บ 358 คน เสียชีวิต 2 คน
23-26 พฤศจิกายน 2551	กลุ่มพันธมิตรฯ ปิดล้อมทำเนียบรัฐบาลชั่วคราว ที่อาคารรับรองพิเศษ ทำอาภาคารยานดอนเมือง เรียกร้องให้ นายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ นายกรัฐมนตรี ลาออกจากตำแหน่ง และวันที่ 26 พฤศจิกายน 2551 เข้ายึดสนามบินสุวรรณภูมิ
2 ธันวาคม 2551	ตุลาการรัฐธรรมนูญตัดสินยุบพรรคพลังประชาชน พรรคประชาธิปัตย์ และพรรคชาติไทย จากเหตุทุจริตการเลือกตั้ง
3 ธันวาคม 2551	กลุ่มพันธมิตรฯ ยุติการชุมนุมทั้งที่เนียบรัฐบาล ทำอาภาคารยานสุวรรณภูมิ และทำอาภาคารยานดอนเมือง
15 ธันวาคม 2551	มีการประชุมสภาผู้แทนราษฎรมีมติเลือก นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ หัวหน้าพรรคประชาธิปัตย์เป็นนายกรัฐมนตรี
31 มกราคม 2552	แกนนำกลุ่ม นปช. รวมตัวกันที่ท้องสนามหลวง เข้าปิดล้อมทำเนียบรัฐบาล ขับไล่รัฐบาลของนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ

2 ยาเสพติดกลับมาเบ่งบาน เพราะการเมืองอ่อนแอ

ยาเสพติดกลับมาระบาดหนักอีกครั้งในปี 2551 จำนวนคดีเกี่ยวกับยาเสพติดที่ตำรวจจับได้ในปี 2551 ทยานสูงขึ้นถึง 203,728 คดี¹ ที่น่าตกใจคืออายุของผู้ใช้ยาเสพติดลดลงเรื่อยๆ ดังผลการสำรวจสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย ในกลุ่มประชากรระดับครัวเรือนทั่วประเทศ จำนวน 40,000 คน ช่วงปี 2550-ต้นปี 2551 พบว่ายาบ้าเข้าถึงเด็กและเยาวชนทั่วประเทศง่ายที่สุด โดยพื้นที่กรุงเทพฯ มีความหลากหลายของการเสพยามากที่สุด



38

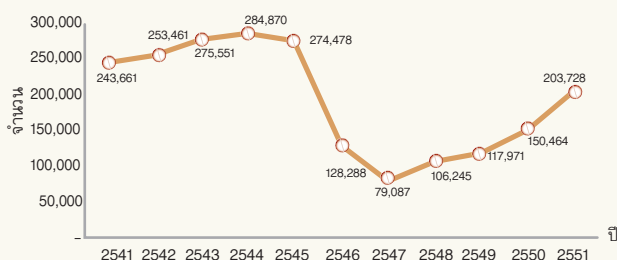
ประเทศไทยกับปัญหายาเสพติด

ประเทศไทยเผชิญกับปัญหายาเสพติดมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในแง่ของการเป็นพื้นที่ลำเลียงหรือเป็นทางผ่านของยาเสพติดจากประเทศเพื่อนบ้านไปสู่ประเทศต่างๆ ทั่วโลก ขณะเดียวกัน ก็เผชิญกับปัญหายาเสพติดระบาดในประชากรกลุ่มต่างๆ ภายในประเทศ และทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และจุดเปลี่ยนที่สำคัญของประเทศไทยในเรื่องยาเสพติดก็คือ การประกาศนโยบายปราบปรามยาเสพติดอย่างเด็ดขาดในสมัยรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร หรือที่รู้จักในชื่อ

‘สงครามกับยาเสพติด’ ด้วยการใช้มาตรการขั้นเด็ดขาดกับผู้ค้ายาเสพติด ภายในเวลา 3 เดือน (1 กุมภาพันธ์-30 เมษายน 2546) เนื่องจากถือว่ายาเสพติดเป็นภัยคุกคามต่อสังคม และเป็นอาชญากรรมร้ายแรงที่สร้างผลกระทบในวงกว้าง

การดำเนินนโยบายปราบปรามยาเสพติดอย่างเด็ดขาดส่งผลจำนวนยาบ้าที่จับกุมได้ลดลงอย่างรวดเร็ว จากสถิติจำนวนยาบ้าที่จับกุมได้ทั่วประเทศเกือบ 96 ล้านเม็ด ในปี 2545 ลดลงกว่า 25% ในปี 2546 (71 ล้านเม็ด) และลดลงอีกกว่าร้อยละ 56 ในปี 2547 (ประมาณ 31 ล้านเม็ด) จนเหลือประมาณ 13 ล้านเม็ด ในช่วงปลายปี 2549 ต่อ ปี 2550² สอดคล้องกับสถิติจำนวนคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในปี 2546 ลดลงกว่าปี 2545 ถึง 53% แต่จำนวนคดีก็กลับมาพุ่งสูงขึ้นใน พ.ศ.2548³ และใน พ.ศ.2551 ก็แตะใกล้สถิติเดิมคือ สูงมากกว่า 2 แสนคดีต่อปี เหมือนในช่วง พ.ศ.2541-2545 (ดูรูป 1) จึงไม่น่าแปลกใจว่า สถานการณ์ตลอดปี 2551 ต่อ ปี 2552 สะท้อนว่า สถานการณ์การระบาดของยาเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า กลับมาระบาดหนักอีกครั้งหนึ่ง

รูป 1 จำนวนคดียาเสพติด พ.ศ.2541-2551



ที่มา: กุลภา วจนสารและกฤตยา อาชวนิจกุล. 2551. (คำนวณจากสถิติคดีอาญา 5 กลุ่มตำรวจอาชญาบัตร. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศสำนักงานตำรวจแห่งชาติ. <http://statistic.ftp.police.go.th/dn_main.htm>)

ยาเสพติดเบ้งบาน เพราะการเมืองอ่อนแอ

สภาพการเมืองที่เกิดขึ้นหลังรัฐประหาร และต่อเนื่องมาจนได้รัฐบาลเลือกตั้งปลายปี 2550 จนถึงปัจจุบัน ที่ทหารและตำรวจต้องรับมือกับความวุ่นวายของการประท้วงทางการเมืองทั้งในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่หลายจังหวัด ส่งผลให้เกิดสภาพสูญญากาศทางการเมืองการปราบปรามยาเสพติด โดยจำนวนสถิติคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดก็เริ่มพุ่งสูงขึ้นตั้งแต่ ปี 2549 ดังกล่าวแล้วติดตามมาด้วยตลอดปี 2551 ข้าราชการการจับกุมยาเสพติดทุกประเภทของเจ้าหน้าที่ตำรวจทั่วประเทศไทยปรากฏเป็นข่าวบนหน้าหนังสือพิมพ์ไม่เว้นแต่ละวัน (ดูตาราง 1) และสะท้อนว่ายาเสพติดได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้คนในแวดวงที่น่าวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น อาทิ เด็กนักเรียนหญิงชั้น ม.3 ตั้งแก๊งค้ายาบ้า พระภิกษุถูกจับข้อหาค้ายาบ้าคาถาภูมิจิต เด็กนักเรียนชั้นมัธยมปลายและนักเรียนอาชีวะในหลายจังหวัดจำหน่ายและติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

ตาราง 1 จำนวนคดีที่เด็กและเยาวชนกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดทั้งหมด ระหว่างปี 2548-2551

ปี งบประมาณ	จำนวนคดี
2548	6,323
2549	8,227
2550	9,733
2551	11,671

ที่มา: กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม

ต้นปี 2551 พล.ต.ต.อุดม รักษาศิลธรรม รองผู้บัญชาการปราบปรามยาเสพติด (รอง ผบช.ปส.) ระบุว่า ในช่วงเทศกาลที่มีผู้คนเดินทางพลุกพล่าน พ่อค้ายาเสพติดจะอาศัยช่วงเวลาดังกล่าวลักลอบขนยาเสพติด เพราะมีโอกาสเล็ดลอดสายตาของเจ้าหน้าที่ได้ง่าย⁴ พอถึงเดือนตุลาคม 2551 พล.ต.ต.อดุลย์ ณรงค์ศักดิ์ ผบก.ภ.จ.เชียงราย ให้ข้อมูลที่น่าตกใจว่าขณะนี้ มีโรงงานยาเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า ตั้งอยู่รอบชายแดนจังหวัดเชียงรายประมาณ 53 โรงงาน เพื่อเร่งผลิตยาบ้าส่งเข้ามาขายในประเทศ โดยคาดว่าจะมีการลักลอบส่งเข้ามาอย่างต่อเนื่อง⁵

ไม่เพียงเท่านั้น ราคาซื้อขายของยาบ้าก็สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพการปราบปรามยาเสพติดของภาครัฐได้เป็นอย่างดี โดย พ.ต.อ.ดุสิต อารยวุฒิ รองอธิบดีกรมสอบสวนคดีพิเศษ หรือ ดีเอสไอ เปิดเผยว่า การปราบปรามยาบ้าได้ผลหรือไม่ให้ดูที่ราคา ในช่วงรัฐบาลประกาศทำสงครามกับยาเสพติดเมื่อ 3-4 ปีก่อน ยาบ้ามีราคาเม็ดละ 300-400 บาท จากราคาต้นทุนที่แหล่งผลิตเพียง 40 บาท แต่ปัจจุบันการซื้อขายยาบ้าอยู่ที่ราคาเม็ดละ 100-120 บาทเท่านั้น จากราคาต้นทุนที่ออกจากแหล่งผลิตเม็ดละ 30-40 บาท⁶

คำเตือนเรื่องยาเสพติดว่ามีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นก็ดูจะไร้พลัง จนกระทั่งสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ออกมาเปิดเผยว่าผลการเก็บข้อมูลเรื่องสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย ในกลุ่มประชากรระดับครัวเรือนทั่วประเทศจำนวน 40,000 คน ช่วงปี 2550-ต้นปี 2551 พบว่ายาบ้าเข้าถึงเด็กและเยาวชนทั่วประเทศง่ายที่สุด โดยพื้นที่กรุงเทพมหานครมีความหลากหลายของการเสพยามากที่สุด ขณะที่การแก้ไขปัญหาค่าเด็กและเยาวชนของรัฐบาลกลับอ่อนแอ เพราะมีว่แต่แก้ปัญหาทางการเมือง⁷

สอดคล้องกับการประเมินผลการปฏิบัติการรวมพลังประชาไทย พันภัยยาเสพติด ในช่วง 3 เดือน คือ 1 เมษายน-30 มิถุนายน 2551 ในพื้นที่ 33 จังหวัดทั่วประเทศ ซึ่งพบว่าโครงสร้างของปัญหายาเสพติดกำลังปรับเปลี่ยนรูปแบบในลักษณะ “ลดขนาด-เพิ่มความรุนแรง” นั่นคือมีแหล่งมั่วสุมลดลง แต่สถานการณ์มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยตัวแปรสำคัญที่ทำให้การแก้ไขปัญหายาเสพติดไม่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและจริงจังในเชิงยุทธศาสตร์ก็คือ การขาดเสถียรภาพทางการเมืองที่กำลังเกิดขึ้น⁸

นาวาอากาศตรี นายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ รองอธิบดีกรมการแพทย์ กล่าวถึงสถานการณ์ยาเสพติดว่าจากการประมาณการในปี 2551 มีผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดประมาณกว่า 5 แสนคน ในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 70 หรือประมาณ 3-4 แสนคน เป็นผู้เสพยาติดยาใหม่ โดยมีการใช้ยาบ้ามากที่สุด⁹

ขณะเดียวกัน นายแพทย์วดีน บำรุงชีพ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุราและยาเสพติด โรงพยาบาลมหาราชมัย โรงพยาบาลเอกชนเฉพาะทางด้านจิตเวช เปิดเผยว่าปัญหายาเสพติดจะรุนแรงขึ้นเนื่องจากมีสัญญาณอันตราย 7 ประการคือ¹⁰

- (1) สภาพเศรษฐกิจแย่ คนว่างงานไม่มีอาชีพ ทำให้หันมาขายยาเสพติด
- (2) ยาเสพติดมีราคาถูก และหาซื้อได้ง่าย
- (3) สังคมวัยรุ่นและคนปัจจุบันมีทัศนคติเกี่ยวกับยาเสพติดว่าเป็นเรื่องธรรมดา
- (4) การตลาดที่แยบยลของผู้ค้า อาจใช้ศัพท์เรียกชื่อเพื่อดึงดูดใจ
- (5) สภาพสังคมทำให้การเลี้ยงลูกผิดวิธีหรือไม่มีเวลา
- (6) ผลจากการเลี้ยงดูผิดวิธีทำให้เด็กขาดการควบคุมตัวเอง อดทนรอคอยไม่เป็น ทำให้เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดได้ง่าย
- (7) การปราบปรามที่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองบ่อย

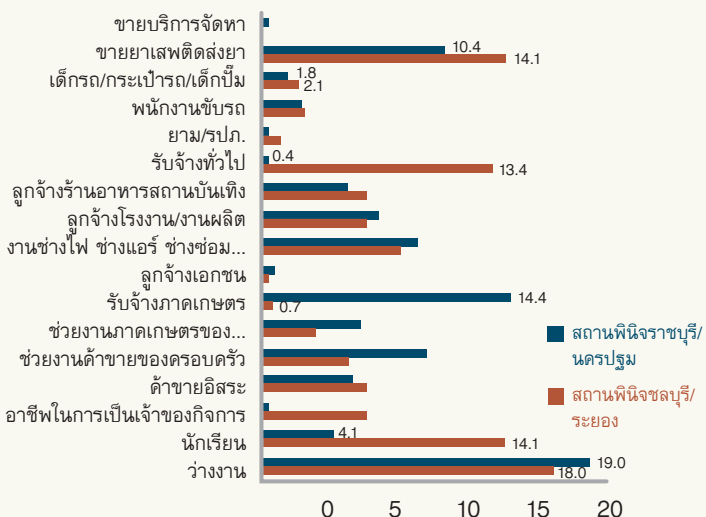
เด็กไทยยังไม่พ้นภัยยาเสพติด

ในช่วง ปี 2551 แม้รัฐบาลโดย พล.ต.อ.โกวิท วัฒนะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยในขณะนั้น ที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดด้วย จะให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการออกคำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดที่ 8/2551 โดยเปิดแผนปฏิบัติการ “90 วันพ้นภัยยาเสพติด” ระหว่าง 3 พฤศจิกายน 2551–31 มกราคม 2552 แต่ดูเหมือนว่าจะไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆ มากนักกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดที่รุนแรงขึ้น

ช่วงปลายปี 2551 ปัญหายาเสพติดเริ่มทวีความรุนแรงอย่างเห็นได้ชัด หลายหน่วยงานโดยเฉพาะสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด หรือ ป.ป.ส. ออกมาเปิดเผยข้อมูลชัดเจนว่าปัญหายาเสพติดในปี 2551 ยังคงทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่เดือนมกราคม–มิถุนายน 2551 สามารถจับกุมคดียาเสพติดได้ทั้งสิ้น 62,409 คดี ผู้ต้องหา 67,185 คน พื้นที่แพร่ระบาดที่ต้องจับตา คือ กรุงเทพฯ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้ กลุ่มเป้าหมายที่ควรเฝ้าระวัง ได้แก่ กลุ่มเยาวชน อายุ 15–24 ปี กลุ่มว่างงาน และรับจ้าง ซึ่งสถิติการจับกุมที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนี้เองชี้ชัดว่ายาเสพติดระบาดรุนแรงขึ้น และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไปจนน่าเป็นห่วง

ขณะที่ นางสาวรณี คำมัน รองเลขาธิการ คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ออกมาเปิดเผยถึงภาวะสังคมในช่วงไตรมาส 3 ของปี 2551 ว่ามติด้านยาเสพติดเพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อนถึงร้อยละ 43 โดยพบว่าการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนในคดียาเสพติดลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ทั้งนี้เป็นคดียาเสพติดที่เกี่ยวข้องกับยาบ้าถึงร้อยละ 66¹²

รูป 2 การประกอบอาชีพของเด็กและเยาวชนก่อนถูกจับกุม



ที่มา: สถาบันวิจัยสังคม (หน่วยวิจัยยาเสพติดและผลกระทบทางสังคม) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2551.. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ และศูนย์ฝึกและอบรมและเยาวชน. [http://www.abacpoll.au.edu/acsan_thai/index.html]

สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อติดตามสถานการณ์ยาเสพติด (ปี 2546–2551) พบว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติดเริ่มกลับมาสร้างปัญหาอีกครั้ง โดยสามารถหาซื้อได้ง่ายกว่าเดิม และแพร่ระบาดเข้าสู่สถานศึกษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 34 ในปี 2551¹³

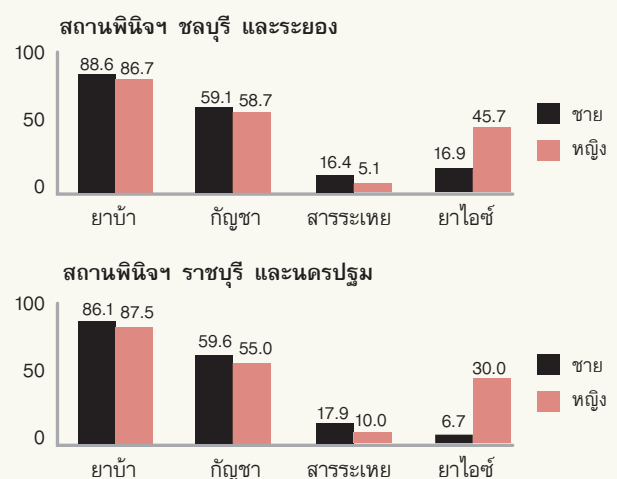
ทั้งนี้ จากข้อมูลของกลุ่มงานข้อมูลและสารสนเทศ สำนักงานพัฒนาระบบงานยุติธรรมเด็กและเยาวชน พบว่าคดีเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดในฐานความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดระหว่างเดือนมกราคม–พฤศจิกายน 2551 เกี่ยวข้องกับยาบ้ามากที่สุด คือ 5,900 คน จากคดีความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดทุกประเภทจำนวน 10,208 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 58 โดยคดียาบ้ามีเด็กและเยาวชนกระทำความผิดเป็นเป็นอันดับหนึ่งของทุกเดือน¹⁴

ขณะที่ข่าวจากจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ก็สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ยาเสพติดได้เป็นอย่างดี เมื่อนายปานชัย บรรณรัตน์ปราน ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบฯ ประกาศเคอร์ฟิวห้ามเด็กหรือเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ออกนอกบ้านตามลำพังหลังเวลา 22.00 น. หลังพบว่ายาบ้าระบาดหนัก¹⁵

พล.ต.อ.พัชรวาท วงษ์สุวรรณ ผู้บัญชาการสำนักงานตำรวจแห่งชาติ สรุปตัวเลขคดีอาชญากรรมตลอดทั้งปี 2551 ว่าจำนวนคดีลดลงทุกประเภท ยกเว้นคดีอาวุธปืนและยาเสพติดที่กลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน

หลังรัฐบาลของ พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร ประกาศทำสงครามกับยาเสพติดจนทำให้มีผู้เสียชีวิตกว่า 2,500 ศพ ระหว่างปี 2546–2547 และกลายเป็นประเด็นอื้อฉาวด้านสิทธิมนุษยชนในระดับโลก งานวิจัยของ น.ส. มโนรัตน์ ศุภรศัลย์สรังสี นักศึกษาคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ระบุดังกล่าว สถานการณ์วิกฤตยาเสพติด โดยเฉพาะยาบ้าในสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงกลุ่มเป้าหมายของการแพร่ระบาดไปสู่เด็กและเยาวชนในสถานศึกษาอย่างชัดเจน รวมทั้งเปลี่ยนจาก

รูป 3 สัดส่วนการใช้สารเสพติดที่แพร่หลายมากที่สุด 4 ชนิดแยกตามเพศ





หรือ “น้ำแข็ง” หรือ “สเก็ต” ที่วัยรุ่นถือว่าเป็นยาเสพติดไฮโซ เยาวชนหญิงนิยมมากกว่าเยาวชนชาย (รูป 2 และ 3)

ทั้งนี้หากพิจารณาลักษณะของผู้เข้ามามีบทบาทรักษาเสพติด ข้อมูลจากสถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นศูนย์บำบัดรักษาเสพติดของรัฐ 1 ใน 5 แห่งทั่วประเทศ แสดงให้เห็นลักษณะของผู้เข้ามามีบทบาทว่า ในระหว่างปี 2546-2550 ผู้เข้ามามีบทบาทรักษาเสพติดมากกว่า 80% เป็นผู้ชาย (รูป 4) และส่วนใหญ่ของผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ว่างงาน (ตาราง 2) ดังนั้น วิฤตเศรษฐกิจที่แสดงปัญหารุนแรงเพิ่มมากขึ้นในปี 2552 คือเพียงระยะเวลา 2 เดือนแรกของปี ก็มีการเลิกจ้างงานมากกว่าหนึ่งแสนคนแล้ว อาจส่งผลให้ผู้ตกงานจำนวนหนึ่งหันเข้าหาเสพติดได้

การแพร่ระบาดของยาเสพติดประเภทอื่นไปสู่การแพร่ระบาดของยาบ้า โดยสถานศึกษากลายเป็นทั้งสถานที่เสพ และซื้อขาย โดยนักเรียนผู้เสพจะพัฒนาเป็นนักค้ารายย่อย และนักเรียนหญิงจะเข้ามามีบทบาทเกี่ยวข้องทั้งในฐานะผู้เสพ ผู้ติดยา และผู้ค้า อีกทั้งยังมีอายุลดน้อยลงเรื่อย ๆ¹⁶

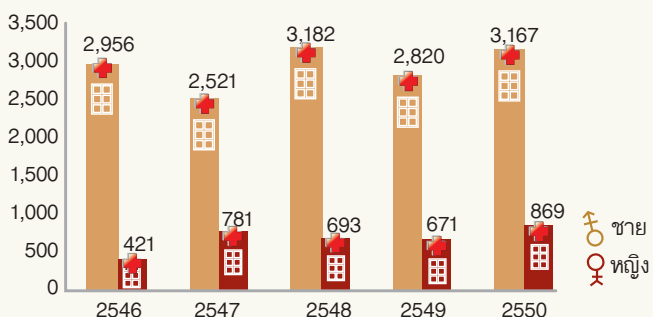
ดังผลงานวิจัยของหน่วยวิจัยยาเสพติดและผลกระทบทางสังคม สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ศึกษาสถานการณ์ปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานพินิจเด็กและเยาวชน 4 จังหวัด¹⁷ พบว่า เป็นกลุ่มเยาวชนที่ว่างงานสูงสุด รองลงมาที่มีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ เยาวชนที่มีอาชีพรับจ้างในภาคเกษตร เยาวชนที่เคยขายยามาก่อน และเยาวชนที่ยังเรียนหนังสืออยู่ โดยยาบ้าเป็นสารเสพติดฮิตที่สุด รองลงมาคือกัญชา ตามมาติดๆ ด้วยยาเสพติดชนิดใหม่ที่ว่า “ยาไอซ์”

ตาราง 2 แสดงจำนวนผู้เข้าบำบัดรักษาเสพติดในสถาบันธัญญารักษ์ จำแนกตามกลุ่มอาชีพ

กลุ่มอาชีพ	2546	2547	2548	2549	2550
รับจ้าง	851	1,348	1,654	1,400	1,122
ค้าขาย	283	282	298	366	442
ข้าราชการ	97	119	143	111	147
นักเรียน-นักศึกษา	237	67	62	25	48
กสิกรรม	110	108	134	87	101
ประมง	1	3	1	5	2
ว่างงาน	1,601	1,273	1,496	1,390	1,606
อื่นๆ	64	68	66	107	564
ไม่ระบุ	133	33	21	0	4
รวม	3,377	3,302	3,875	3,491	4,036

ที่มา: สถาบันธัญญารักษ์. (<http://www.thanyarak.go.th>)

รูป 4 จำนวนผู้ป่วยที่เข้าบำบัดในสถาบันธัญญารักษ์ พ.ศ.2546-2550



ที่มา: สถาบันธัญญารักษ์. (<http://www.thanyarak.go.th>)

ทั้งเด็กไทยและสังคมไทย จะก้าวต่อไปอย่างไรในสถานการณ์ยาเสพติดระบาดรุนแรงจนสร้างผลกระทบในทุกภาคส่วนของสังคม ทั้งสุขภาพร่างกาย ครอบครัว ระบบเศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศชาติ ในท่ามกลางวิกฤตการณ์ที่ยังไม่คลี่คลาย แต่กลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การปราบปรามยาเสพติดของภาครัฐตกอยู่ในภาวะย่ำแย่อยู่กับที่มานานกว่า 2 ปี เช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน **ชัดเจนว่านโยบายด้านการป้องกันไม่ให้เยาวชนเข้าสู่วงจรยาเสพติด คือตั้งแต่ใช้ยา ติดยา และค้าขาย ยังเป็นจุดอ่อน และจุดโหว่ของนโยบายรัฐบาลอย่างยิ่ง**

3 วิกฤตอาหารแพง น้ำมันแพง คนจนอ่วมที่สุด

ช่วงปี 2551 ต่อ 2552 นับว่าภาวะเศรษฐกิจในบ้านเราตกต่ำอย่างรวดเร็วราคาน้ำมันที่พุ่งสูงขึ้น เป็นผลให้ค่ารถโดยสารทุกประเภท ค่าอาหารและของใช้จำเป็นปรับตัวสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เศรษฐกิจหดตัวทำให้คนตกงานและถูกเลิกจ้างพุ่งสูงลิ่ว แน่แน่นอนว่าผู้มีรายได้น้อยเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด จนธนาคารโลกออกมาเตือนว่า ในเอเชีย ปัญหาเงินเฟ้อและอาหารแพงอาจรุนแรงกว่าผลกระทบที่เกิดจากวิกฤตสินเชื่อของสหรัฐอเมริกาเสียอีก คนที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ คนจน เพราะคนในภูมิภาคนี้ต้องควักรายได้ถึงร้อยละ 31-50 เป็นค่าอาหาร



42

ข้าวแพงเพราะน้ำมันแพง กลายเป็นวิกฤตอาหารโลก

วิกฤตอาหารราคาอาหารในตลาดโลกพุ่งสูง เงินเฟ้อสูง ซึ่งหลักๆ มีจุดตั้งต้นมาจากปัญหาน้ำมันแพง และถูกซ้ำเติมด้วยบรรดากองทุนเก็งกำไรที่ชื่อว่า “เฮดจ์ฟันด์” ประกอบกับเกิดภาวะถดถอยของเศรษฐกิจสหรัฐอเมริกาที่เกิดจากวิกฤตหนี้เสียจากสินเชื่อบ้าน หากว่าน้ำมันราคาแพงเพียงอย่างเดียว แต่เศรษฐกิจของประเทศหลักของโลกอย่างสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่นขยายตัวได้ค่อนข้างมาก ก็จะช่วยชดเชยปัญหาจากน้ำมันราคาแพง และช่วยบรรเทาแรงกระแทกเอาไว้ได้บ้าง เพราะหากเศรษฐกิจเติบโตดีนั้นหมายความว่าอย่างน้อยประชาชนแต่ละประเทศก็จะมียาได้เพิ่มขึ้นเพียงพอหรือไล่ทันกับราคาอาหารและน้ำมันเชื้อเพลิงที่ขยับตัวสูงขึ้นต่อเนื่อง

แต่ดูเหมือนโชคร้ายที่โลกในปีนั้น เกิดการบรรจบกันของสิ่งเลวร้ายทั้งหมด นั่นคือ การเกิดภัยธรรมชาติในหลายประเทศ ส่งผลให้ผลผลิตทางการเกษตรลดน้อยลง ดึงให้ราคาอาหารและพืชที่ผู้คนบริโภคปรับตัวสูงขึ้น วิกฤตเศรษฐกิจในสหรัฐอเมริกาที่ส่งผลกระทบทั้งในประเทศตนเองและประเทศที่เป็นผู้ส่งสินค้าออกไปยังอเมริกา โลกจึงขาดแรงหนุนส่งจากประเทศที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่ที่สุดในโลก และถูกกระหน่ำซ้ำด้วยปัญหาเชื้อเพลิงราคาแพงมหาโหด ทำให้หลายประเทศต้องหันไปผลิตน้ำมันทางเลือกจากพืชที่ใช้เป็นอาหาร โดยสหรัฐอเมริกาเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีนโยบายใช้พลังงานทางเลือก เพื่อลดค่าใช้จ่ายการนำเข้าน้ำมันในฐานะที่เป็นประเทศบริโภคน้ำมันเชื้อเพลิงมากที่สุดในโลก

ผลของพลังงานทางเลือกหรืออีกนัยหนึ่งการที่หลายประเทศมุ่งปลูกพืชเพื่อผลิตเอทานอล ก็ไปดึงให้ราคาอาหารในตลาดโลกสูงขึ้นเพราะพืชอาหารถูกแย่งไปป้อนให้กับโรงงานผลิตเอทานอล หน้าข้าวค่าเงินดอลลาร์ที่อ่อนและเงินเฟ้อที่สูงก็ดึงดูดให้บรรดานักเก็งกำไรไหลไปลงทุนในสินค้าโภคภัณฑ์ ได้แก่ สินค้าเกษตร น้ำมัน และโลหะมีค่า เพราะถือว่าเป็นแหล่งลงทุนที่ปลอดภัยที่สุด

ปัจจัยทั้งปวงนี้ ยิ่งไปเร่งให้ราคาสินค้าเหล่านี้แพงขึ้นอย่างไม่มีความเหตุผลและเหนือจริง ราคาอาหารที่สูงขึ้น ยังส่งผลให้ประเทศที่เป็นผู้ผลิตสินค้าเกษตรระงับหรือลดการส่งออกสินค้าเพื่อสงวนไว้บริโภคในประเทศ เช่น เวียดนาม อินเดีย ลดการส่งออกข้าวซึ่งเป็นอาหารหลักของคนครึ่งโลก จากประชากรโลกทั้งหมดประมาณ 6,000 ล้านคน

ปี 2551 ประเทศไทยน้ำมันแพงทุบสถิติ ขึ้นไปเกือบถึงลิตรละครึ่งร้อยบาท

เพียงแค่เริ่มก้าวเข้าสู่เดือนแรกของปี 2551 คนไทยก็ต้องตกใจกับราคาน้ำมันที่ปรับเพิ่มสูงขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง ถึงขั้นทำให้ราคาน้ำมันขายปลีกหน้าปั๊มขยับขึ้นทุกวัน จนกระทั่งทำลายสถิติราคาน้ำมันแพงที่สุดในประวัติศาสตร์ นั่นคือ ราคาน้ำมันดีเซลลิตรละ 45 บาท เช่นเดียวกันราคาน้ำมันชนิดอื่นที่แพงขึ้นทันที

ผลกระทบจากน้ำมันแพง ทำให้ปั้มน้ำมันอิสระ หรือปั้มน้ำมันขนาดเล็กในต่างจังหวัด กลายเป็นด่านแรกของ “หายนะ” โดยนายมนูญ ศิริวรรณ ผู้เชี่ยวชาญด้านพลังงานและอุตสาหกรรมน้ำมัน ระบุว่าในเดือนเมษายน มีปั้มน้ำมันเล็กต้องปิดกิจการไปแล้ว 2,000-3,000 ราย ปั้มน้ำมันกลางก็ทยอยถอนการลงทุนในไทย ส่วนปั้มน้ำมันใหญ่แม้ไม่ถึงกับปิดกิจการแต่ผลประกอบการก็ไม่ดี ทั้งนี้เพราะมีการแทรกแซงราคาน้ำมันทั้งทางตรงและทางอ้อมจนไม่สามารถปรับขึ้นราคาน้ำมันตามตลาดโลกได้²

ขณะเดียวกันคนไทยผู้ใช้บริการรถสาธารณะทุกประเภท ก็ต้องแบกรับภาระค่าโดยสารที่ทยอยปรับเพิ่มสูงขึ้นครั้งแล้วครั้งเล่า ทั้งรถแท็กซี่ รถเมล์ ชสมก. เรือเมล์ รถร่วมบริการเอกชน และรถบขส. ส่วนรถบรรทุกขนส่งสินค้าและเรือประมงก็นัดชุมนุมประท้วงเพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลช่วยเหลือด้วยการจัดหาน้ำมันราคาถูก

ด้านเจ้าของรถยนต์ส่วนตัวก็เฮโลไปเปลี่ยนเครื่องยนต์ หันมาติดก๊าซ โดยเฉพาะก๊าซแอลพีจี ซึ่งมีราคาถูกกว่าน้ำมัน 3 เท่าตัว จนทำให้ร้านค้าที่รับติดตั้งมีงานล้นมือ แม้จะขึ้นราคาติดตั้งจากปกติ 30-50 เปอร์เซนต์ แต่คิวจองเพื่อเปลี่ยนเครื่องยนต์ก็ยังยาวเหยียด ทำให้จำนวนรถยนต์ที่ใช้ก๊าซแอลพีจี

เพิ่มขึ้นจากไม่กี่แสนคันทะลุระดับล้านคันไปทันที ไม่เพียงเท่านั้นยังทำให้ประเทศไทยต้องเปลี่ยนจากผู้ส่งออกก๊าซแอลพีจีมาเป็นผู้นำเข้าก๊าซแอลพีจีเป็นครั้งแรกในเดือนเมษายน 2551³

ทั้งนี้ กระทรวงพลังงาน โดยพล.ท. (หญิง) พูนภิรมย์ ลิปตพัลลภ รัฐมนตรีว่าการในขณะนั้น ยังคงไม่มีมาตรการแก้ไขวิกฤตพลังงานที่เกิดขึ้นนอกจากมาตรการเดิมนั้นๆ ออกมาใช้ อาทิ ให้หน่วยงานราชการเปิดแอร์ที่อุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส ถอดสตูในการประชุมคณะรัฐมนตรี รถยนต์ของราชการต้องขับไม่เกิน 90 กิโลเมตร/ชั่วโมง เป็นต้น

ข้าวยากหามากแพง

ผลพวงจากราคาน้ำมัน ยังไม่หยุดอยู่เพียงเท่านั้น เพราะน้ำมันคือ ปัจจัยพื้นฐานของการผลิตรวมถึงการขนส่ง ซึ่งทำให้หลายประเทศล้นเฟ้อเผชิญกับสภาวะข้าวยากหามากแพง จนทำให้นายบัน ดี มุน เลขาธิการสหประชาชาติ ได้ออกมาเตือนว่า หากนานาชาติไม่จัดการแก้ปัญหาวิกฤตราคาอาหารที่สูงขึ้นทั่วโลก อาจทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาจนกลายเป็นวิกฤตหลายมิติที่ซับซ้อนพร้อมกันจนส่งผลกระทบต่อการศึกษา เติบโตทางเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคง

เช่นเดียวกับที่ประชุมร่วมกันระหว่างธนาคารโลกและกองทุนการเงินระหว่างประเทศหรือไอเอ็มเอฟ ต้องเพิ่มเรื่องวิกฤตอาหารโลกเข้ามาอย่างกะทันหัน ส่วนธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชียหรือเอดีบี ก็ออกแถลงการณ์ยอมรับว่ายุคอาหารราคาถูกของโลกได้สิ้นสุดลงแล้ว⁴

ไม่นานนักเหตุการณ์ดังกล่าวก็ซบเข้าใกล้ชีวิตของคนไทย นั่นคือ วิกฤตขาดแคลนอาหาร โดยเฉพาะข้าวสารและน้ำมันพืช เพราะจู่ๆ ทั้งข้าวสารและน้ำมันพืชที่เคยวางขายอยู่เต็มท้องตลาดก็หายไปในพริบตา หน้าค้ายังมีราคาแพงขึ้นกว่าเดิมมาก

ท่ามกลางความหวั่นวิตกว่าเกิดอะไรขึ้นกับประเทศไทยที่ได้ชื่อว่าเป็นผู้ส่งออกข้าวรายใหญ่ของโลก แต่คนในประเทศกลับหาซื้อข้าวสารเพื่อบริโภคในครัวเรือนไม่ได้ ทำให้นายสมคิด สุนทรเวช นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ต้องออกมายืนยันว่ามีปริมาณข้าวสำรองในประเทศเพียงพอสำหรับคนไทยทุกคนอย่างแน่นอน เพียงแต่อาจต้องซื้อข้าวสารในราคาแพงขึ้น ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้ก็จะทำให้ชาวนาได้ประโยชน์ โดยมีเสียงโต้แย้งตั้งขึ้นจากชาวนาตัวจริงตามมาภายหลังว่า “ราคาข้าวแพงแต่ข้าวหลุดออกไปจากมือของชาวนาแล้ว” นั่นหมายถึง ชาวนาก็ต้องซื้อข้าวกินในราคาแพงด้วยเช่นกัน

นางขวัญใจ โกเมศ เลขาธิการมูลนิธิข้าวไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ หนึ่งในผู้รู้เรื่องข้าวและชาวนาดีที่สุดของเมืองไทย กล่าวว่าราคาข้าวที่ขึ้นไปแบบพรวดพราดจนสูงลิ่วในเวลานี้ ชนิดที่ไม่เคยพบเห็นตลอดช่วงอายุ 68 ปี ของตัวเองนั้น เป็นปัญหามากกว่าจะเป็นข่าวดีสำหรับชาวนาไทย⁵





พร้อมๆ กับราคาข้าวที่แพงลิบลิ่ว ชาวนาไทยที่ยังมีข้าวออกรวงอยู่ในท้องนาก็ต้องเผชิญกับปัญหาใหม่ นั่นคือ การลักลอบขโมยข้าว ทั้งเกิดจากท้องนาและขโมยจากจากยุ้งฉางจนเจ้าของที่นาต้องเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

สวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต สัมภาษณ์ความคิดเห็นประชาชนทุกสาขาอาชีพทั่วประเทศระหว่างวันที่ 12-19 เมษายน 2551 กรณีข้าวแพง พบว่าคนไทยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินข้าว หลังจากข้าวมีราคาแพงขึ้น โดยจะซื้อหรือหุงกินแต่พอดี ไม่กินทิ้งกินขว้าง และเลิกกินข้าวหอมมะลิหันมากินข้าวที่ราคาไม่แพงมากนัก⁶

แต่ราคาข้าวที่แพงลิบลิ่วก็เป็นเช่นนั้นอยู่ไม่นาน ไม่กี่เดือนถัดมาราคาข้าวก็ลดต่ำลงจากเดิมที่นายมังกรชัย แสงสุวรรณ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ในขณะนั้น ประกาศให้ชาวนาเก็บข้าวเอาไว้เพื่อขายในราคาที่คาดว่าจะพุ่งขึ้นสูงถึง 30,000 บาทต่อตัน กลับไม่เป็นเช่นนั้น และกลายเป็นปัญหาให้รัฐบาลต้องเข้าไปช่วยเหลือด้วยการรับจำนำข้าวเปลือกในราคาประกัน 14,000 บาท ต่อตันแทน

ทั้งนี้ นายวิฑูรย์ ปัญญากุล เลขาธิการมูลนิธิสายใยแผ่นดิน กล่าวถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าฟองสบู่ข้าวแตก นั้นเป็นเพราะการปลูกข้าวทดแทนทำได้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 90 วัน ดังนั้น ที่รัฐบาลพยายามบอกว่าให้ชาวนาเก็บข้าวเอาไว้

ก่อน อย่าเพิ่งขาย เพราะราคาข้าวจะขยับสูงขึ้นอีก จึงเป็นไปได้ยากในระยะยาว⁷

กระนั้นก็ตาม แม้ว่าทั้งข้าวและน้ำมันพืชจะหวดคืนกลับสู่ท้องตลาดในราคาที่ลดลงหลังจากทะยานถึงขีดสุด อีกทั้งราคาน้ำมันในช่วงปลายปีจะปรับลดลงจนถือว่าราคาต่ำสุดในรอบ 4 ปีเลยทีเดียว แต่ดูเหมือนว่าค่าครองชีพที่ปรับเพิ่มสูงขึ้น เช่น ราคาน้ำตาลทรายปรับเพิ่มรวดเดียว 5 บาท/กิโลกรัม ข้าวของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันแทบทุกชนิดปรับเพิ่มขึ้นไปก่อนหน้านี้ รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจถดถอยทั่วโลก จะนำพาให้คนไทยที่มีรายได้น้อยต้องเผชิญกับความยากลำบากอีกครั้ง

วิกฤตเศรษฐกิจ คือวิกฤตของคนจน

นางธนุช ตรีทิพย์บุตร เลขาธิการสำนักงานสถิติแห่งชาติเปิดเผยผลการสำรวจความเดือดร้อนของประชาชนจากวิกฤตเศรษฐกิจพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 62 ได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะในเรื่องราคาสินค้าอุปโภคบริโภคที่แพงขึ้น ซึ่งทำให้ประชาชนมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนเพิ่มขึ้นจากเดือนละ 14,500 บาท/ครัวเรือน เป็น 16,105 บาท/ครัวเรือน อีกทั้งจากข้อมูลตลอด 10 เดือนแรกของปี 2551 มีแนวโน้มว่าความยากจนจะกลับมาเยือนสังคมไทยจนกลายเป็นปัญหาเช่นที่เคยเกิดขึ้นมาแล้วเมื่อปี 2540⁸

สอดคล้องกับผลสำรวจผลกระทบจากปัญหาเศรษฐกิจกับคนระดับรากหญ้าของศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจมหาวิทยาลัยหอการค้าไทยในตอนปลายปี 2551 ที่พบว่า คนทุกกลุ่มอาชีพ ทั้งเกษตรกร ครู คนขับแท็กซี่ ล้วนมีหนี้สินเพิ่มมากขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการครองชีพสูง มีรายได้ลดลง ส่งผลให้การออมลดลง **ชัดเจนมากกว่าประชาชนระดับรากหญ้าได้รับผลกระทบจากปัญหาเศรษฐกิจมากถึงร้อยละ 43⁹**

หนทางที่รัฐบาลหยิบมาใช้เพื่อช่วยเหลือประชาชนให้รอดพ้นจากปัญหาเศรษฐกิจซึ่งเริ่มขึ้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2551 ผลการประชุมคณะรัฐมนตรีในรัฐบาลสมัคร สุนทรเวช อนุมัติมาตรการช่วยเหลือคนจนด้วยการประกาศ “6 มาตรการ 6 เดือน ฝ่าวิกฤตเพื่อคนไทยทุกคน” ด้วยการลดภาษีสรรพสามิตน้ำมันให้ใช้น้ำมัน ไฟฟ้าฟรีในอัตราที่กำหนด รถเมล์ รถไฟฟ้า ฯลฯ และมาตรการดังกล่าวก็ถูกขยายเวลาออกไปแม้จะเปลี่ยนรัฐบาลมีนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี แต่ดูเหมือนว่าวิกฤตเศรษฐกิจจะลุกลามมากไปกว่านั้น

ปลายเดือนพฤศจิกายน 2551 สถานการณ์เลิกจ้างงานก็กลับมาคุกคามสังคมไทยอีกครั้ง โดยอุตสาหกรรมที่ได้รับผลกระทบหนักที่สุดเป็นอันดับแรกคืออุตสาหกรรมชิ้นส่วนยานยนต์ เครื่องใช้ไฟฟ้า และชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์

ทั้งนี้ นายธนวรรธน์ พลวิชัย ผู้อำนวยการศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย เชื่อว่าผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจจะดับโลกครั้งนี้จะทำให้คนไทยตกงานประมาณ 700,000-900,000 คน¹⁰ โดยบริษัท นิคม

ประเทศไทย จำกัด ยักษ์ใหญ่ผู้ผลิตอุปกรณ์กล้องถ่ายรูปใน นิคมอุตสาหกรรมโรจนะ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา คือ รายแรกที่ปลดคนงานโดยไม่แจ้งล่วงหน้า 700 คน ทำให้ กระทรวงแรงงานต้องเกาะติดสถานการณ์การเลิกจ้างอย่าง ใกล้ชิด เนื่องจากมีสถานประกอบการได้รับผลกระทบจากภาวะ วิกฤตเศรษฐกิจทยอยปิดตัวเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

จนถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2551 เฉพาะในพื้นที่ จังหวัดพระนคร ศรีอยุธยา มีสถานประกอบการเลิกจ้างงานไปแล้ว 47 แห่ง คนงานถูกเลิกจ้างนับหมื่นราย และมีอีก 22 แห่ง กำลังมีอากร ย้ายแยหรือมีแนวโน้มสูงที่จะทยอยเลิกจ้าง โดยกิจการที่เลิกจ้าง ส่วนใหญ่คืออุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์¹¹ พอถึง ปลายเดือนกุมภาพันธ์ 2552 กระทรวงแรงงานแถลงตัวเลข การเลิกจ้างตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-20 กุมภาพันธ์ 2552 ว่า มีสถานประกอบการปิดกิจการแล้วจำนวนทั้งสิ้น 163 แห่ง ลูกจ้างถูกเลิกจ้าง 17,474 คน และมีแนวโน้มจะเลิกจ้างอีก จำนวน 355 แห่ง ลูกจ้าง 132,130 คน แบ่งออกเป็นลูกจ้าง ที่เสี่ยงต่อการเลิกจ้างสูงจำนวน 62,856 คน และลูกจ้างที่ได้รับ ผลกระทบในลักษณะถูกลดเงินโบนัส ลดเวลาในการทำงาน จำนวน 69,274 คน ส่วนใหญ่จะเป็นกิจการประเภทสิ่งทอ ผลิต ชิ้นส่วนคอมพิวเตอร์และอิเล็กทรอนิกส์ ผลิตเครื่องเรือน แร่ โลหะ และอุตสาหกรรมยานยนต์ โดยจังหวัดที่มีการเลิกจ้าง มากที่สุด 5 อันดับแรก ประกอบด้วย สมุทรปราการ ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา กรุงเทพมหานคร และฉะเชิงเทรา¹²

อย่างไรก็ตาม แม้ราคาน้ำมันได้ลดลงอย่างชัดเจนในช่วงปลาย ปี 2551 แต่ดูเหมือนว่าการลดราคาดังกล่าวไม่ส่งผลสะท้อน ใดๆ ต่อราคาสินค้าที่เพิ่มสูงขึ้น และไม่มีท่าทีว่าจะยอมลดลง เพราะทั้งผู้ผลิตยักษ์ใหญ่ของไทยคือ ยูนิลีเวอร์และสหพัฒน์ฯ และผู้ค้ารายเล็กคือร้านข้าวแกง ก๋วยเตี๋ยว เบเกอรี่ หรือราคา ค่าก่อสร้างบ้าน รวมทั้งต้นทุนสำคัญในภาคเกษตรคือ ปุ๋ย ล้วน ยืนยันว่าต้นทุนการผลิตอื่นที่นอกเหนือจากค่าขนส่งที่เกี่ยวข้อง กับราคาน้ำมันยังคงมีราคาสูงเช่นเดิม¹³ อาจกล่าวได้ว่า มีเพียง ค่ารถโดยสารสาธารณะที่รัฐบาลสามารถควบคุมได้อย่าง ค่อนข้างเข้มงวดเท่านั้นที่ปรับลงบ้างเล็กน้อยตามราคาน้ำมัน

ขณะที่ธุรกิจมหาวิทยาลัยเอกชนที่ไม่ได้รับผลกระทบจากวิกฤต เศรษฐกิจในปี 2540 แต่ปีการศึกษา 2551 กลับเป็นปีที่ตลาด ปริญญาตรี ผู้เรียนหันเข้าหา “ของถูก” เพราะมหาวิทยาลัย เอกชนชื่อดังหลายแห่ง มีอัตราการศึกษาต่อปริญญาตรีทรงตัว หรือหดตัวลง และบางแห่งมีผู้แสดงเจตจำนงเรียนต่อ แต่ถึง เวลากลับไม่มาสอบตัวหลายร้อยคน โดยส่วนใหญ่หันไปเรียน มหาวิทยาลัยราชภัฏแทน เพราะค่าเล่าเรียน ค่าใช้จ่าย และค่า ครองชีพถูกกว่า ที่เห็นชัดคือ ตลาดปริญญาโทสาขาบริหาร ธุรกิจ หรือ เอ็มบีเอ แม้แต่มหาวิทยาลัยที่อปแบรนต์ของรัฐ หลายแห่ง ก็ได้รับผลกระทบด้วย¹⁴

ประชาชนทุกข์มากขึ้น คนจนต้องปรับตัวสู่ค่าครองชีพแพง

ที่น่าเป็นห่วงคือ ประชาชนดูจะมีทุกข์มากขึ้นชัดเจนจาก ผลวิกฤตข้าวยากหามาแพงนี้ ดังผลสำรวจของเอแบคโพลใน 18 จังหวัดทั่วประเทศ เรื่องวิกฤตการเมือง วิกฤตเศรษฐกิจ และโอกาสทางสังคมในสายตาประชาชนในช่วง 30 วันที่ผ่านมา (คือช่วงปลายเดือนมกราคมต่อกุมภาพันธ์ 2552) ซึ่งว่า ประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62) ได้รับผลกระทบจากสภาวะ เศรษฐกิจตกอยู่ในเรื่องของ ราคาอาหาร รองลงมาคือ ร้อยละ 58 ได้รับผลกระทบในเรื่องของหน้าที่การงาน, ร้อยละ 57 รู้สึก ไม่มั่นคงในหน้าที่การงาน, ร้อยละ 51 กำลังหางานทำ เริ่มหา งานใหม่ และหางานเสริมทำ, ร้อยละ 50 ได้รับผลกระทบ ในเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในชีวิต เป็นต้น¹⁵

ท่ามกลางสถานการณ์วิกฤตค่าครองชีพเช่นนี้ ผู้มีรายได้น้อย ในประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยปรับลดค่าใช้จ่าย บางอย่างที่ไม่จำเป็นลง โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสินค้า ที่ไม่ใช่อาหาร เช่น เสื้อผ้า เครื่องแต่งตัว รวมทั้งค่าใช้จ่าย เพื่อความบันเทิง ขณะที่บะหมี่สำเร็จรูป ซึ่งถูกใช้เป็นดัชนีชี้วัด ภาวะเศรษฐกิจของไทยมาโดยตลอดก็มียอดขายขยับเพิ่มสูงขึ้น แม้ว่าจะมีราคาแพงขึ้นก็ตาม

ประชาชนภาคอีสานที่รวมตัวกันในนาม กลุ่มประชาชนเพื่อ ประชาธิปไตย 19 จังหวัด ออกแถลงการณ์ให้รัฐบาลต้องรับแรง แก่ไขปัญหาราคาน้ำมัน ราคาข้าว และราคาน้ำตาลแพง อันจะ ทำให้ค่าครองชีพอื่นๆ ทุกอย่างแพงขึ้นตามไปด้วย ทั้งจะเกิด ความเดือดร้อนอย่างแสนสาหัสกับภาคประชาชนทุกหย่อมหญ้า และเร่งรีบแก้ไขปัญหานี้สิ้นเชิงตรรกะ ตลอดจนปัญหาค่าจ้าง แรงงานของผู้ใช้แรงงาน ให้เกิดความเป็นธรรมและยุติธรรม แก่ทุกฝ่าย



4 วิกฤตธรมเร้า...คนไทย เสี่ยงซึมเศร้า-ฆ่าตัวตาย



ตลอดปี 2551 ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาที่กาโคมเข้ามาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ความวุ่นวายทางการเมืองที่ปะทุเดือดขึ้นเป็นระยะๆ สภาพเศรษฐกิจที่ถูกกระหน่ำซ้ำเติมจากผลพวงของวิกฤตแฮมเบอร์เกอร์ในช่วงปลายปี 2551 โดยยังไม่มียี่แวงว่าจะฟื้นกลับคืนปกติในเร็ววัน ปัญหาจำนวนผู้ตกงานพุ่งทวีสูงขึ้นเป็นจำนวนมากกว่าหนึ่งแสนคนในช่วงไตรมาสแรกของปี 2552 ส่งผลให้คนไทยจำนวนมากเกิดภาวะความเครียดจากการว่างงาน และสภาพการเงินฝืดเคือง สิ่งที่ต้องจับตาอย่างใกล้ชิดนับจากนี้ก็คือผลกระทบทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ภาวะซึมเศร้า” ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ภาพรวมสถิติการฆ่าตัวตายของคนไทย

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายปีละประมาณ 1 ล้านคน หรือวันละ 2,739 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 114 คน หรือนาทีละ 2 คน และในปี 2563 จะมีคนเลือกที่จะ “ฆ่าตัวตาย” สูงถึง 1.5 ล้านคน สำหรับสถิติการฆ่าตัวตายในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขให้ข้อมูลว่าอยู่ในอันดับที่ 71 ของโลก

ในช่วง พ.ศ.2541-2550 ข้อมูลจำนวนการฆ่าตัวตายที่ได้จากมรณบัตรของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ชี้ว่าจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยเฉลี่ยอยู่ที่ 4,442 รายต่อปี โดยในปี 2542 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศไทยได้รับแรงกระแทกจากปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจนั้น การฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ด้วยตัวเลขมากกว่า 5,200 ราย ต่อปี คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในรอบ 1 ปี คือ 8.6 ต่อประชากรแสนคน แต่ในปี 2550 มีจำนวนลดลงเหลือ 3,458 ราย คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตาย 5.5 ต่อประชากรแสนคน

แบบแผนการฆ่าตัวตายของสังคมไทยที่น่าสนใจก็คือ เรามีพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงและต่ำชัดเจนคือ อัตราสูงมากในจังหวัดทางภาคเหนือ โดยเฉพาะเชียงใหม่และลำพูน ที่อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน สูงสุดต่อเนื่องในรอบ 10 ปี คือ 21.3 และ 21.4 ตามลำดับ ขณะที่อัตราเฉลี่ยของทั้งประเทศในรอบ 10 ปี คือ 7.1 เท่านั้น ส่วนพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำสุด คือ จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีสถานการณ์ไม่สงบ ได้แก่ ปัตตานี นราธิวาส และยะลา (ด้วยตัวเลข 1.2, 1.4 และ 2.0 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ)



คาดได้ว่า บริบทที่แตกต่างกันในสองพื้นที่คงมีส่วนไม่มากนักต่อการตัดสินใจทำร้ายตนเองจนถึงชีวิต อย่างไรก็ตาม เรายังไม่มีการศึกษาที่จะชี้ชัดถึงปัจจัยทางวัฒนธรรม ศาสนา และเศรษฐกิจ ว่าส่งผลอย่างไรในเรื่องนี้

สำหรับปี 2551 ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต ได้รวบรวมจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายในช่วงตั้งแต่เดือนมกราคม-ธันวาคม 2550 โดยอ้างอิงจากมรณบัตรของกระทรวงมหาดไทย พบว่า คนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 3,458 คน คิดเป็นอัตรา 5.48 ต่อประชากรแสนคน² ในจำนวนนี้เป็นชาย 2,703 คน และเป็นหญิง 755 คน ส่วนจังหวัดที่มีจำนวนคนฆ่าตัวตายสูงสุด 3 อันดับ คือ เชียงใหม่ 227 ราย เชียงราย 132 ราย และกรุงเทพฯ 122 ราย แต่หากเปรียบเทียบจำนวนผู้เสียชีวิตกับจำนวนประชากรแสนคน จะพบว่า ลำพูน มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด รองลงมาเป็น เชียงใหม่ และจันทบุรี คิดเป็น 16.26, 13.58 และ 10.66 ตามลำดับ³



ภาวะซึมเศร้า คือปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของคนไทย

สาเหตุทางสุขภาพจิตที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายคือ โรคซึมเศร้า โดยกระทรวงสาธารณสุขวิเคราะห์ว่า กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้หญิงมีแนวโน้มการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย แต่ผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง 3 เท่า⁴

อย่างไรที่เรียกว่า “โรคซึมเศร้า”

แม้ซึมเศร้าจะเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความสูญเสียหรือความกดดัน แต่หากมันรุนแรงขึ้นจนปรากฏความเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ทั้งทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ทางด้านอารมณ์ เช่น ซึมทั้งวัน ร้องไห้ เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว ทางด้านความคิด เช่น คิดแง่ลบต่อตนเอง ขาดความมั่นใจ ท้อแท้ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า และด้านอื่นๆ เช่น ไม่มีสมาธิ ความจำเสื่อมลง สัมพันธภาพกับผู้อื่นแย่ลง กระทั่งทำให้การปฏิบัติหน้าที่ภารกิจต่างๆ บกพร่อง กลายเป็นปัญหาแก่ครอบครัว สังคม และอาจนำไปสู่ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย⁵

นั่นเป็นอาการที่เข้าข่ายความผิดปกติทางจิตเวชในลักษณะของ “โรคซึมเศร้า” ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม พบจิตแพทย์ตามนัด และรับประทานยาต่อเนื่อง 6 เดือน หรือนานกว่านั้น

นอกจากนี้ ยังพบว่าการฆ่าตัวตายของคนไทยมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดและติดสุรามากถึงร้อยละ 50 และ 35 ตามลำดับ เนื่องจากทั้งสองปัจจัยนี้มีส่วนทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง ผู้ที่คิดจะฆ่าตัวตายอยู่แล้วจึงมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จเมื่อมีการใช้สารเสพติดและการดื่มสุรา⁶

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก และมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด คาดการณ์ว่า ในปี 2563 จะมีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้คนทั่วโลกมาเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา⁷

สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตสำรวจพบว่า มีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 4.76 ของประชากรทั้งหมด หรือคิดเป็นจำนวน 3 ล้านคน แต่ในช่วงปี 2547-2549 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียง 116,847 คนเท่านั้น เพราะส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าตนเองป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและไม่คิดว่าอาการซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิต⁸

โดยปกติแล้ว ปัญหาวิกฤตการณ์เมืองและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปี 2551-2552 จะไม่ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในทันที แต่ผลกระทบทางสุขภาพจิตจะปรากฏชัดหลังจากผ่านเหตุการณ์ไปแล้ว 2 ปี เช่นเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจไทยในปี 2540 ก็จะมีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนมากในปี 2542-2543 นั่นหมายความว่า โรคซึมเศร้าของคนไทยก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น ภายในเวลาประมาณ 2 ปี นับจากนี้

บริการเชิงรุกของกรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตเมืองและเศรษฐกิจอันหนักหน่วงในช่วงปี 2551 ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและชีวิตความเป็นอยู่ของคนไทยจำนวนมากไม่น้อย กรมสุขภาพจิตซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงจึงวางแผนการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพจิตของคนไทยในหลากหลายรูปแบบ

นายแพทย์ชาติรี บานชื่น อธิบดีกรมสุขภาพจิต เปิดเผยถึงการรับมือในเชิงรุกว่า “กรมสุขภาพจิตได้จัดให้มีบริการหน่วยสุขภาพจิตเคลื่อนที่ หรือที่เรียกว่า หน่วยเยี่ยมเยียน เพื่อเยี่ยมเยียน โดยมีทีมสุขภาพจิตที่มีความพร้อมเข้าไปในทุกพื้นที่ที่เกิดวิกฤต โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากเหตุการณ์ความรุนแรงต่างๆ ทั้งที่เกิดจากภัยธรรมชาติและเกิดจากการกระทำของมนุษย์ เช่น ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้”

เนื่องจากผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงมักจะมีบาดแผลทางใจที่มองไม่เห็น บางรายกลายเป็นโรคเครียดหลังวิกฤตเหตุการณ์ (Post-Traumatic stress Disorder: PTSD) และในกรณีที่เกิดการสูญเสียก็จะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่เข้าไปใช้บริการทางการแพทย์ บางรายเก็บตัวหรือหลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน ซึ่งหน่วยสุขภาพจิตเคลื่อนที่ก็จะทำหน้าที่ค้นหา พุดคุย สร้างสัมพันธภาพ คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต แล้วจึงประเมินปัญหาเพื่อให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น

การป้องกันและแก้ไขโรคซึมเศร้าถือเป็นนโยบายสำคัญของกรมสุขภาพจิต โดยในปี 2552 จะเน้นการสร้างระบบและพัฒนาให้คนไทยเข้าถึงบริการโดยพุ่งเป้าไปที่หน่วยงานสุขภาพจิตและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด ในส่วนของระบบที่วางไว้ประกอบไปด้วย⁹



ดูแลตนเอง เผื่อระวังคนใกล้ชิด

จากสถานการณ์ในปี 2551 กรมสุขภาพจิตประเมินว่า วิกฤตเศรษฐกิจและการเมืองที่เกิดขึ้นจะทำให้มีคนฆ่าตัวตายสูงขึ้น ในปี 2553-2554 มากกว่าวิกฤตเศรษฐกิจที่เคยเกิดขึ้นในปี 2540 ซึ่งทำให้มีคนฆ่าตัวตายในปี 2542 เป็นจำนวนมากที่สุดถึง 8.6 คน ต่อประชากรแสนคน

เนื่องจากผลการติดตามตัวเลขคนฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นภายหลังเกิดเหตุรัฐประหารเมื่อ 19 กันยายน 2549 โดยปี 2549 อัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 5.8 คน ต่อประชากรแสนคน ปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 5.9 คน ต่อประชากรแสนคน และเป็นไปได้ว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 6 คน ต่อประชากรแสนคน

นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต อธิบายว่า วิกฤตต้มยำกุ้งเกิดขึ้นในขณะที่มีการเมืองนิ่ง การแก้ไขปัญหาจึงได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย แต่ปัจจุบันเป็นประเทศไทยกำลังเจอวิกฤตซ้อนวิกฤต คือทั้งปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาการเมือง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อชนชั้นกลางลงไปถึงระดับล่างในวงกว้าง¹²

หากปัญหาคูณวนและความขัดแย้งทางการเมืองยังดำเนินต่อไป ย่อมทำให้ผู้คนจำนวนมากเกิดความเครียด วิตกกังวล และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนอย่างเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในผู้ที่ขาดความสามารถในการปรับตัว

ทั้งนี้ กลุ่มอาการเครียดจากการเมือง (Political Stress Syndrome : PSS) ไม่ถือว่าเป็นโรคที่เกิดจากปัญหาทางสุขภาพจิต แต่เป็นเพียงปฏิกิริยาของอารมณ์และจิตใจ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเมืองและผู้ที่ติดตามให้ความสนใจกับความเคลื่อนไหวทางการเมืองอย่างใกล้ชิด กระทั่งปรากฏอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ใจสั่น ซาตามร่างกาย อาการทางใจ เช่น ครุ่นคิด หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว ก้าวร้าว ลี้หน่วง ฟุ้งซ่าน หรือหมกมุ่นมากเกินไป รวมถึงปัญหาพฤติกรรมและสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่น โต้เถียงกับสมาชิกในครอบครัวอย่างรุนแรง โดยไม่สามารถยับยั้งตัวเองได้ คิดที่จะตอบโต้โดยใช้กำลังหรือลงมือทำร้ายร่างกาย¹³

สัญญาณอันตรายจากอาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (ดูล้อมกรอบ หน้า 49) ไม่ใช่การเรียกร้องความสนใจ แต่เป็นวิธีการร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิต หากไม่เพิกเฉยแต่หันมาใส่ใจและเผื่อระวังพฤติกรรมคนใกล้ชิดที่อาจจะกำลังป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ก็จะสามารถยับยั้งความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น และช่วยลดจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าที่ฆ่าตัวตายลงได้เช่นกัน

1. ระบบคัดกรอง โดยอบรมให้ประชาชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ตรวจเช็คความเครียดด้วยคำถามง่าย ๆ
2. ระบบประเมิน ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะตรวจสอบหรือประเมินโดยใช้แบบทดสอบ
3. กระบวนการวินิจฉัยด้วยระบบการแพทย์ หากพบผลการประเมินว่าอยู่ในขั้นเสี่ยง
4. สร้างมาตรฐานในการรักษา เน้นการรักษาด้วยยา และจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ
5. ระบบการติดตามผล โดยใช้แบบประเมินในการติดตามผลหลังการรักษาทุกๆ 6-8 เดือน
6. จัดระบบป้องกันการป่วยซ้ำ เพื่อลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะฆ่าตัวตาย

ในส่วนของพื้นที่ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสูง เช่น เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน กรมสุขภาพจิตจะบูรณาการร่วมกับจังหวัด โดยใช้กลไกของศูนย์จิตเวชเข้าไปกำกับดูแล จัดตั้งทีมตรวจ ซึ่งมีนักวิชาการของกรมสุขภาพจิตประจำอยู่ มีผู้ว่าราชการจังหวัดและสาธารณสุขจังหวัดคอยให้การสนับสนุน และมีศูนย์สุขภาพจิตเขตคอยติดตามการทำงาน¹⁰

นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็ว โดยเปิดช่องทางให้คำปรึกษาปัญหาผ่านทางสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ตลอด 24 ชั่วโมง จากการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2550 พบว่ามีผู้ใช้บริการสายด่วนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นับรวมแล้วมากกว่า 5 หมื่นราย ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับอาการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การปรับตัวในชีวิต ความเครียดจากการเมืองและเศรษฐกิจ ปัญหาความรัก และปัญหาด้านเพศ¹¹

วิธีปลดล็อคความเครียด

กรมสุขภาพจิตให้คำแนะนำสำหรับการปลดล็อคความเครียดดังกล่าว โดยเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและทำให้ใจให้สงบซึ่งสามารถปฏิบัติเองได้ง่ายๆ¹⁴

การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ โดยการนั่งในท่าสบาย เกร็งกล้ามเนื้อค้างไว้ 10 วินาที แล้วคลายออก ทำซ้ำไปเรื่อยๆ ประมาณ 10 ครั้ง เช่น กำมือเกร็งแขนซ้ายขวา เลิกนิ้วหรือขมวดนิ้วจนชิดแล้วคลาย หลับตาขยับจมูกแล้วคลาย หายใจเข้าลึกๆ ยืดอก-หลัง-ไหล่แล้วคลาย แขนงอ ขมิบก้นแล้วคลาย กระดกปลายเท้าขึ้นเกร็งขาซ้าย-ขวาแล้วคลาย ทั้งนี้ก็เพื่อรับรู้ความเครียดจากการเกร็งกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ และรู้สึกสบายเมื่อคลายกล้ามเนื้อ

การฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม คือ หายใจเข้าให้หน้าท้องพองออกและหายใจออกให้หน้าท้องยุบลงโดยหายใจเข้าลึกๆ อย่างช้าๆ กลั้นไว้ชั่วคราวแล้วจึงหายใจออกเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น และควรฝึกเป็นประจำทุกวัน

การทำสมาธิเบื้องต้น เลือกสถานที่ที่ไม่มีคนรบกวน นั่งขัดสมาธิหรือนั่งพับเพียบตามถนัด และกำหนดใจให้จดจ่ออยู่กับการหายใจเข้าออก ซึ่งจะช่วยขจัดความเครียดและวิตกกังวลได้

และ การใช้เทคนิคความเจ็บ โดยนั่งหรือนอนท่าที่สบาย ในสถานที่ส่วนตัว แล้วหลับตา เพื่อตัดสิ่งรบกวนจากภายนอกและหายใจเข้าออกช้าๆ

นอกจากการดูแลสุขภาพจิตของตนเองแล้ว ควรช่วยกันสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวและคนใกล้ชิดด้วยว่ามีพฤติกรรมแปลกไปจากเดิมหรือไม่

สัญญาณอันตรายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- มีความเปลี่ยนแปลงเรื่องการกินอาหารและการนอนอย่างชัดเจน เช่น อดอาหาร นอนไม่หลับทั้งคืน
- มีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น
- เก็บตัวเงียบ ไม่สื่อสารกับคนในครอบครัวและเพื่อน
- หนีออกจากบ้าน
- เบื่อหน่าย ขาดสมาธิ
- หันมาดื่มเหล้าหรือใช้สารเสพติด
- ไม่ยอมเรียนหรือทำงานที่ได้รับมอบหมายโดยไม่มีสาเหตุ
- ไม่ใส่ใจการแต่งตัวหรือดูแลหน้าตาของตัวเอง
- บุคลิกเปลี่ยนไปจากเดิมมาก
- บ่นถึงอาการเจ็บป่วย ทั้งที่ไม่ได้ป่วยจริงๆ
- พูดถึงหรือใส่ใจกับเรื่องความตาย เริ่มมอบของทีละสมหรือของที่รักเป็นพิเศษให้คนอื่น
- พูดหรือบ่นถึงความต้องการฆ่าตัวตาย บางครั้งทำเป็นพูดเล่นหรือเล่าแผนการฆ่าตัวตายให้คนใกล้ชิดฟัง
- ขี้หรือพยายามทำร้ายตัวเอง



5 สงครามมหากาพย์ของชีวิตและผลประโยชน์: การใช้สิทธิโดยรัฐ (ซีแอล) เพื่อสิทธิชีวิตคน



ประชาชนสามารถเข้าถึงยาเพิ่มขึ้นจากการลดราคายาลงอย่างมาก การเพิ่มขึ้นของการให้ทุนสนับสนุนระหว่างประเทศ และความยอมรับถึงความจำเป็นที่จะต้องมีความสมดุลในระบบทรัพยากรทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น และการใช้มาตรการยืดหยุ่นในความตกลงทริปส์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาของประเทศสมาชิกในองค์การการค้าโลก

ปาสดาลามิ ผู้อำนวยการองค์การการค้าโลก¹ (9 ธันวาคม 2551)

50

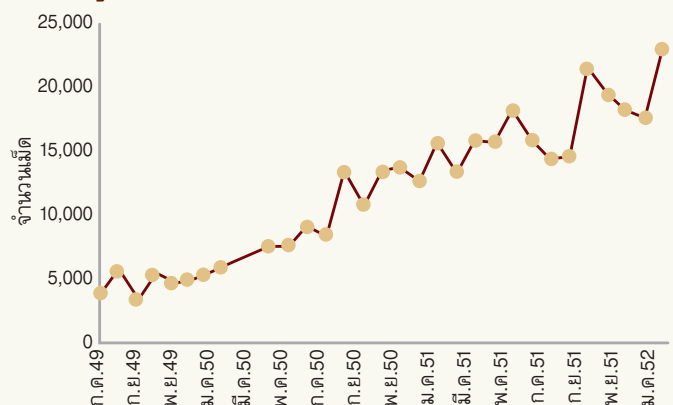
เมื่อไทยใช้สิทธิผลิตยาที่มีสิทธิบัตร 3 ชนิด

นับตั้งแต่ปลายปี 2549-2550 ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้สิทธิ (ซีแอล) ในยาที่ติดสิทธิบัตร 3 รายการแรก คือ ยาต้านไวรัสเอฟิเวเรนซ์ (Efavirenz) ยาต้านไวรัสสูตรผสม 'โลพินาเวียร์+ริโทนาเวียร์' (Lopinavir+Ritonavir) และยาละลายลิ้มเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ 'โคลพิโดเกรล' (Clopidogrel) ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาด้านไวรัส 2 ตัว ทัวถึงมากขึ้น ไม่น้อยกว่า 3 เท่า (ดูรูป 1 และ 2)² ขณะเดียวกัน ยาละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วยโรคหัวใจก็ถูกกระจายไปให้กับโรงพยาบาลในระบบหลักประกันของรัฐต่างๆ แล้วมากกว่า 6 ล้านเม็ด³ จากเดิมที่มีประชาชนเพียงแค่อ้อยละ 10 เท่านั้น ที่มีปัญหาหาซื้อยาดังกล่าว

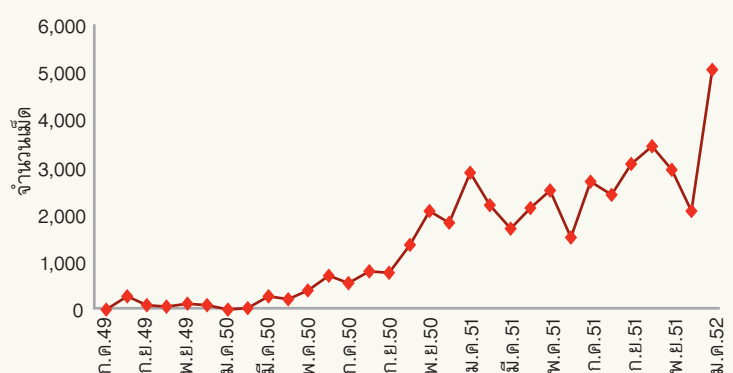
พอถึงต้นปี 2551 รัฐบาลก็ประกาศใช้สิทธิกับยารักษาโรคมะเร็ง 4 รายการ และมีแนวโน้มเป็นผลดีเช่นเดียวกัน คือ ทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยานั้นๆ เข้าถึงยามากขึ้น อันเนื่องมาจากข้อสมมติที่จะนำเข้าจากอินเดียมีราคาถูกกว่าอย่างมาก (ดูตาราง 1)⁴ ซึ่งไม่ได้ส่งผลดีเฉพาะประเทศไทยเท่านั้น แต่กำลังส่งผลดีในระดับโลกตามคำชื่นชมของนายปาสดาลามิ ผู้อำนวยการองค์การการค้าโลก

อย่างไรก็ตาม เส้นทางการเข้าถึงยาของประชาชนนั้นไม่ได้โรยด้วยกลีบกุหลาบ แต่เป็นสงครามมหากาพย์ระหว่างชีวิตและผลประโยชน์

รูป 1 แสดงอัตราการใช้จ่ายยา Efavirenz 600 mg



รูป 2 แสดงอัตราการใช้จ่ายยา Lopinavir/Ritonavir



ที่มา: Suwit Wibulprasert, Ministry of Public Health, Thailand

ตาราง 1 เปรียบเทียบราคายาก่อนและหลังการประกาศใช้สิทธิโดยรัฐหรือซีแอล

ชื่อยา	ราคายาต้นแบบ ก่อนประกาศซีแอล (ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา)	ราคายา (ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา)		
		ราคายาต้นแบบหลัง ประกาศซีแอล	ราคายา ชื่อสามัญ	ความแตกต่าง (เท่า)
Efavirenz	58 ต่อเดือน	24 ต่อเดือน	10 ต่อเดือน	5.8
Lopinavir / Ritonavir	1,800 ต่อปี	1,000 ต่อปี	780 ต่อปี	3
Clopidogrel	3	1.3	0.04	75
Letrozole	7	2.2	0.1	70
Docetaxel	900	450	37	24.3

ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2551.

หมายเหตุ: ยา Erlotinib อยู่ระหว่างกระบวนการจัดซื้อ ส่วนยา Imatinib นั้น ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีรายได้ สามารถใช้ยาต้นแบบของบริษัท Novartis ได้ฟรีภายใต้โครงการ Glivec International Patient Assistance Program (GIPAP)

ปี 2551 ไทยประกาศซีแอลมะเร็ง: ทั้งถูกต้องและถูกใจ

ต้นเดือนมกราคม 2551 นายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ลงนามการใช้สิทธิโดยรัฐ กับยารักษาโรคมะเร็ง 4 รายการ คือ

1. ยารักษาโรคมะเร็งปอด ชื่อสามัญเออร์โลทินิบ (Erlotinib) ชื่อทางการค้าทาร์เซวา (Tarceva[®])
2. ยารักษาโรคมะเร็งเต้านม ชื่อสามัญเลโทโซล (Letrozole) ชื่อทางการค้าฟีมารา (Femara[®])
3. ยารักษาโรคมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม ชื่อสามัญโดซีแทกเซล (Docetaxel) ชื่อทางการค้าแทกโซเทียร์ (Taxotere[®])
4. ยารักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง ชื่อสามัญอิมาทินิบ (Imatinib) ชื่อทางการค้ากลีเว็ค (Glivec[®])

อย่างไรก็ตาม โดยมีเงื่อนไขจะไม่ใช้สิทธิ トラバタที่บริษัทเจ้าของสิทธิบัตรยื่นให้การสนับสนุนอย่างดั่งกล่าวแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย⁵ ดังนั้น แม้การลงนามนี้เกิดขึ้นเมื่อมกราคม 2551 แต่มีผลดำเนินการจริงในอีกหนึ่งปีถัดมา คือ เดือนมกราคม 2552

จากรายงานของคณะทำงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) อันประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญจาก องค์การอนามัยโลก (WHO), องค์การการค้าโลก (WTO), โครงการเพื่อการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) และการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนา (UNCTAD) ที่เดินทางมาประเทศไทยเพื่อให้การสนับสนุนด้านวิชาการ และวิเคราะห์การทำซีแอล ได้ชี้ให้เห็นว่าขั้นตอนการทำซีแอลของไทยนั้นสอดคล้องกับบทบัญญัติตามกฎหมายทั้งของไทย และกฎหมายระหว่างประเทศ อีกทั้งยังได้ทำรายงานเสนอแนะให้ประเทศไทยใช้มาตรการยืดหยุ่นทั้งก่อนและหลังการอนุมัติสิทธิบัตรเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาให้มากขึ้น⁶

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปลี่ยนรัฐบาลใหม่ นายไชยา สะสมทรัพย์ ในฐานะรัฐมนตรีคนใหม่ ก็ตรงเข้าวิพากษ์วิจารณ์การทำซีแอลทันที ก่อนที่รัฐบาลจะแถลงนโยบายเสียด้วยซ้ำ “การประกาศทำซีแอลนั้น เป็นเรื่องถูกใจ แต่ไม่ถูกต้อง”⁷ จึงต้องทบทวน โดยอ้างเหตุผลในเชิงเศรษฐกิจว่าจะกระทบการส่งออก และตั้งข้อสังเกตว่า การที่นายแพทย์มงคล ลงนามในช่วงที่ใกล้หมดวาระนั้น อาจมีอะไรเคลือบแฝง โดยไม่ได้ใส่ใจว่า ในข้อเท็จจริงนั้นกระบวนการทำซีแอลกับยาต้านมะเร็งที่ติดสิทธิบัตรทั้ง 4 รายการ ได้ผ่านขั้นตอนการคัดเลือกรับการเจรจาต่อรองอย่างโปร่งใส มากเสียยิ่งกว่าการประกาศซีแอลกับยา 3 ตัวแรก⁸ จนทำให้การประกาศจริงล่วงเลยมาลงนามได้ในต้นปี 2551 ก่อนที่ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา จะลงจากตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไม่นานนัก

ความพยายาม “ทบทวน” การประกาศซีแอลของรัฐมนตรีใหม่ ก่อเกิดกระแสต้านอย่างกว้างขวางทั้งจากเครือข่ายผู้ป่วย นักวิชาชีพ แพทย์ เกษีกร นักวิชาการ และองค์กรพัฒนาเอกชน

ดังความเห็นของ ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ นักวิชาการจากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กล่าวว่า “คนที่จะมาคุมกระทรวงสาธารณสุข จะต้องเห็นประโยชน์ของการเข้าถึงยาของคนไทย หากมีการทบทวน จนถึงขั้นยกเลิกจะส่งผลกระทบต่อประเทศไทย คือ 1. จะทำให้การเข้าถึงยาของคนไทยมีปัญหา 2. จะทำให้การต่อรองกับบริษัทยามีปัญหา เพราะไม่มีเครื่องมือในการต่อรอง เนื่องจากบริษัทยาต่างชาติของไทยก็ไม่ได้ทำซีแอล ฉะนั้นจะไม่ยอมลดราคายาแน่นอน 3. หากไม่มีซีแอล จะทำให้งบประมาณในการใช้จ่ายในเรื่องยาของประชาชนสูงขึ้น”⁹

กระแสการคัดค้านการทบทวนซีแอลไม่จำกัดเพียงแค่นี้ในประเทศไทยเท่านั้น แต่ยังกระจายไปทั่วโลก ส.ส. พรรคเดโมแครต 26 คน ได้ทำหนังสือถึงผู้แทนการค้าของสหรัฐอเมริกา เตือนอย่าใช้มาตรา 301 เรื่องสิทธิพิเศษทางการค้ากีดกันการเข้าถึงยาของคนไทย¹⁰ พร้อมกันนั้น นักกฎหมายระหว่างประเทศชั้นนำของโลก 9 คน ได้ทำหนังสือถึงนายไชยา สะสมทรัพย์ และนายสมัคร สุนทรเวช นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น โดยตอนหนึ่งของจดหมายชี้ว่า¹¹

“รัฐบาลไทยชุดใหม่นั้นย่อมมีเสรีภาพในการพิจารณาบทวนนโยบายต่างๆ ของรัฐบาลชุดที่ผ่านมา แต่ทั้งนี้ไม่ควรพิจารณาความถูกต้องชอบธรรมในการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ โดยยึดตามบทวิเคราะห์ที่มีความคลาดเคลื่อนทางกฎหมาย หรือยึดตามบทประเมินที่ให้ข้อมูลอย่างผิดเพี้ยนเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะถูกลงโทษด้วยมาตรการทางการค้าโดยประเทศคู่ค้ารายใหญ่ที่สุด ในอดีตรัฐบาลไทยรวมถึงรัฐบาลชุดที่ผ่านมาได้ตัดสินใจอย่างชาญฉลาดที่จะจัดหายาราคาถูกหรือยาฟรีแก่ประชาชนไทย ...เจ้าของสิทธิบัตรต้องการมีสิทธิบริบูรณ์ในการตั้งราคาขายได้โดยเสรี แต่ความต้องการที่จะแสวงหากำไรอย่างไม่มีที่สิ้นสุดเช่นนี้ ขัดต่อประโยชน์ของรัฐบาลที่จะใช้จ่ายเงินอย่างชาญฉลาดโดยการกระตุ้นให้มีการแข่งขันในตลาดยามากขึ้น และส่งเสริมศักยภาพกิจการด้านเภสัชกรรมในประเทศไทย”

ในตอนท้ายจดหมายนักวิชาการทั้ง 9 คน มีข้อเสนอแนะว่า ประเทศไทยไม่เพียงแต่ต้องดำรงสิทธิในการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเท่านั้น แต่ยังสมควรดำเนินการตามมาตรการนี้อีกด้วย และประเทศไทยควรรักษาอำนาจอธิปไตยในการประกาศใช้มาตรการดังกล่าวในอนาคต โดยใช้มาตรการบังคับใช้สิทธินี้เป็นเครื่องมือต่อรองอันน่าเชื่อถือในการเจรจาราคากับบริษัทต่างๆ

เพื่อทานเสียงคัดค้าน กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องตั้งคณะทำงานขึ้นมาพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับยาต้านมะเร็งที่มีการใช้สิทธิโดยรัฐ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ข้าราชการ องค์กรพัฒนาเอกชน และกลุ่มผู้ป่วย โดยให้วิเคราะห์ตัวเลขงบประมาณที่จะประหยัดได้หากทำซีแอลเพื่อเทียบกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับการส่งออกผลพบว่า “หากใช้ยาจากบริษัทอื่นที่ไม่ใช่เจ้าของสิทธิบัตรทั้ง 3 รายการแล้วจะลดค่าใช้จ่ายได้จำนวนมาก โดยในปี 2551 ลดได้ 269-538 ล้านบาท ในปี 2555 ลดได้ 560-940 ล้านบาท รวม 5 ปี สามารถประหยัดงบประมาณได้ถึง 2,088-3,748 ล้านบาท”¹²

ยังไม่ทันที่ข้อมูลนี้จะถูกนำไปใช้เพื่อกำหนดนโยบาย นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งทำหน้าที่ประธานคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายากับบริษัทเจ้าของสิทธิบัตร ก็ถูกโยกย้ายไปเป็นผู้ตรวจราชการ และไม่ไม่นานนัก บอร์ดขององค์การเภสัชกรรมที่มี นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธาน และทำหน้าที่ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ ก็ถูกคำสั่งให้พ้นจากตำแหน่งทั้งคณะ นำมาสู่การฟ้องร้องศาลปกครองและการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในการล่า 20,000 รายชื่อ เพื่อถอดถอน นายไชยา สะสมทรัพย์ ออกจากการดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ฐานละเมิดรัฐธรรมนูญและสร้างความเสียหายต่อรัฐ¹³

ขบวนการจ้องล้มซีแอล

อย่างไรก็ตาม ใ่ว่าจะมีแต่เสียงคัดค้านการยกเลิกซีแอล เสียงเรียกร้องให้ไทยต้องยกเลิกซีแอลก็มีเช่นกัน ดังปรากฏในการเดินสายของนางบาร์บารา ไวเซล ผู้แทนการค้าของสหรัฐอเมริกา ประจำภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิก ได้เข้าหารือกับผู้กำหนดนโยบายระดับรัฐมนตรี และปลัดกระทรวงในกระทรวง

พาณิชย์ กระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงสาธารณสุข โดยมีข้อหาหรือทั้งเรื่องซีแอล และการเจรจาเอฟทีเอ ไทย-สหรัฐฯ ที่ยุติไป โดยเสนอให้ไทยทำแผนการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา เพื่อสหรัฐอเมริกาจะได้พิจารณาเปลี่ยนสถานะไทยจากประเทศที่ถูกจับตาเป็นพิเศษ (PWL) เป็นประเทศที่ถูกจับตา (WL)¹⁴

ขณะเดียวกัน นายปีเตอร์ แมนเดอร์สัน ประธานคณะกรรมการการค้าของสหภาพยุโรปก็ได้ทำหนังสือถึง นายมังกรวิญญู แสงสุวรรณ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ในขณะนั้น ย้ำว่ามาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร ซึ่งมีบัญญัติไว้ในข้อตกลงขององค์การการค้าโลกนั้น ควรใช้เป็นทางเลือกสุดท้าย โดยสมควรหาทางดำเนินการเจรจาและประสานความร่วมมือกับบริษัทยา ก่อน ซึ่งทางสหภาพยุโรปหวังว่ารัฐบาลใหม่จะยึดถือตามแนวปฏิบัติ¹⁵

ประเด็นนี้ ถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงจากคณะทำงานด้านทรัพย์สินทางปัญญาขององค์การความร่วมมือระหว่างกลุ่มผู้บริโภคสหรัฐฯ-ยุโรป (Trans Atlantic Consumer Dialogue ((TACD) Working Group on Intellectual Property) ว่า¹⁶

“หากสหรัฐอเมริกาและคณะกรรมการยุโรป (ประเทศสมาชิกของสหภาพยุโรป) ยังคงเฝ้ากดดันประเทศไทยทุกครั้งที่ประกาศใช้มาตรการใช้สิทธิ ประเทศไทยคงไม่มีทางที่จะปฏิบัติตามกฎหมายด้านทรัพย์สินทางปัญญาของตนอย่างสอดคล้องกับหลักการการเข้าถึงยาสำหรับทุกคน สมดังเจตนารมณ์ของปฏิญญาโดฮาที่ประเทศไทยได้ร่วมให้สัตยาบันรับรอง ดังนั้น ในฐานะพลเมืองของประเทศสหรัฐอเมริกา และสหภาพยุโรป เราจึงคาดหวังอย่างยิ่งว่ารัฐบาลของเราจะยึดมั่นตามพันธกรณีในปฏิญญาโดฮาปี 2544 นี้ และไม่มีบทบัญญัติใดในปฏิญญาโดฮา หรือความตกลงทริปส์ที่กำหนดให้ประเทศสมาชิกใช้มาตรการใช้สิทธิเป็น “ทางเลือกสุดท้าย” และตามพันธกรณีขององค์การการค้าโลกก็มิได้มีข้อกำหนดบังคับให้ประเทศไทยต้องดำเนินการเจรจากับเจ้าของสิทธิบัตรก่อน เช่นที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกา และสหภาพยุโรปเพียรเสนอแนะ”

ไม่เพียงเท่านั้น อุตสาหกรรมยาข้ามชาติ ซึ่งเป็นเจ้าของสิทธิบัตรได้เลือกใช้หลายยุทธวิธีในการ “ล้มซีแอล”

- กลยุทธ์การลดรายจ่ายต้นแบบ มีความพยายามในการลดรายจ่ายต้นแบบ Plavix ให้กับกระทรวงสาธารณสุข แต่มีข้อแลกเปลี่ยนว่าจะต้องยกเลิกการประกาศการใช้สิทธิกับสิทธิบัตร นอกจากนั้น ยังมีรายการลดแลกแจกแถมให้โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ โดยจะให้ฟรีหรือจำหน่ายให้ประมาณเม็ดละ 5 บาท ให้กับคนไข้ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่คนไข้ในสิทธิอื่นๆ เช่น ประกันสังคมหรือข้าราชการ จะจำหน่ายให้ในราคา 70 บาท เท่าเดิม ด้วยกลยุทธ์ดังกล่าวทำให้ โรงพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศ เกิดความลังเลเพราะรายจ่ายที่จู่ใจและความต้องการใช้จ่ายต้นแบบ จึงมีโรงพยาบาลบางแห่งส่งจดหมายสอบถาม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อความชัดเจนในนโยบายดังกล่าว

- **การโจมตีเรื่องคุณภาพของยาสามัญ** มีความพยายามในการหาจุดอ่อนเรื่องคุณภาพมาโจมตียาที่นำเข้าจากต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจสอบ Bioequivalent Study (BE Study) ของยาที่นำเข้า เพื่อให้แพทย์เกิดความกังวลในการใช้ยาและหันกลับมาใช้ยาต้นแบบของบริษัท เมื่อบวกกับกลยุทธ์การลดราคาขายลงทำให้แพทย์เกิดความลังเลมากขึ้น ซึ่งในความเป็นจริงแล้วยาสสามัญที่อยู่ในโครงการการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะให้ความสำคัญเป็นพิเศษในการกำกับดูแลเรื่องคุณภาพยา ดังนั้นยาที่นำเข้าล้วนผ่านมาตรฐานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เช่นเดียวกับยาต้นแบบ อีกทั้งทุกผลิตภัณฑ์ที่นำเข้ายังผ่านการวิเคราะห์อีกครั้งจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปัจจุบันมีการกระจายยาเข้าสู่โรงพยาบาลกว่า 200 แห่ง ทั้งรัฐบาล เอกชน และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั่วประเทศ ซึ่งยังไม่พบปัญหาที่เกิดขึ้น¹⁸ โดย อย. ต้องออกมาแถลงข่าวรับรองคุณภาพยาบางตัว ได้แก่ Clopidogrel เป็นต้น¹⁹

- **ออกกฎระเบียบเพื่อขัดขวางการเข้าถึงยาชื่อสามัญ** ขณะที่กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์ อาศัยจังหวะกระแส “เทปซีตีเถื่อน” ดัน “ร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและปราบปรามการละเมิดทรัพย์สินทางปัญญา พ.ศ...” ที่กวาดรวมกฎหมายมากกว่า 30 ฉบับ และเกือบทุกหน่วยงานในประเทศไทยให้ไปทำหน้าที่คุ้มครองทรัพย์สินของเอกชน ซึ่งรวมทั้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านการขึ้นทะเบียนยา ดูแลคุณภาพยาเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค กลับต้องไปทำหน้าที่ตำรวจตรวจสอบการละเมิดสิทธิบัตร²⁰ ซึ่งเป็นไปตามข้อเรียกร้องของสหรัฐอเมริกา และสหภาพยุโรปในการเจรจาเอฟทีเอ และความพยายามในการผลักดันประเด็นยาปลอมให้ครอบคลุมยาที่ละเมิดทรัพย์สินทางปัญญาในการประชุมขององค์การอนามัยโลก และกลุ่มประเทศชั้นนำ 8 ชาติ หรือ G8²¹

นอกเหนือจากยา เราได้ประชาชน

ท่ามกลางการต่อสู้ที่ไม่ต่างอะไรกับสงครามมหากาพย์ระหว่างชีวิตและผลประโยชน์ ยังพอมองเห็นแง่มุมของความงามจากความเติบโตของภาคประชาชนในการต่อสู้สนับสนุนการทำซีแอลนี้

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ซึ่งเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนเรื่องการเข้าถึงยา ปัจจุบันนี้ มีเครือข่ายเพื่อนโรคไต²² ที่ลุกขึ้นมาเคียงข้าง ร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ จนในที่สุด การรักษาไตวายระยะสุดท้ายได้รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ และประกันสังคม เช่นเดียวกับเครือข่ายผู้ป่วยโรคมะเร็ง²³ ที่เกิดจากการรวมตัวของผู้ป่วยในหลายๆ โรงพยาบาลเริ่มลุกขึ้นมาปาวร้องปัญหาการไม่เข้าถึงยาของตนเอง จนมาถึงเครือข่ายผู้ป่วยจิตเวช ที่เสนอให้รัฐบาลทำซีแอลในยาจิตเวช

การเคลื่อนไหวของเครือข่ายภาคประชาสังคมไม่เพียงแต่ผูกติดแค่การทำซีแอลหรือไม่ทำซีแอล จะล้มซีแอลหรือไม่ล้มซีแอลเท่านั้น แต่ยังขยายเนื้อหาการเคลื่อนไหวและองค์ความรู้ต่างๆ ไปสู่การผลักดันยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทยในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1²⁵ ซึ่งเนื้อหาของยุทธศาสตร์ครอบคลุมและลงลึกในทุกๆ ด้านเพื่อนำไปสู่การเข้าถึงยาอย่างแท้จริง คือ

1. ยุทธศาสตร์ประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงการรักษา
2. ยุทธศาสตร์สนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ
3. ยุทธศาสตร์ส่งเสริมราคาขายในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน
4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ
5. ยุทธศาสตร์การใช้ประโยชน์และ/หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย
6. ยุทธศาสตร์การใช้ยาอย่างเหมาะสม
7. ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาใหม่

สำหรับความเคลื่อนไหวในระดับโลก ที่สามารถเรียกได้ว่าเกิดจากแรงกระเพื่อมของการทำซีแอลในไทยก็มีไม่น้อยทีเดียว อาทิ การเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมโคลัมเบียที่เรียกร้องให้รัฐบาลโคลัมเบียทำตามความรับผิดชอบทางมนุษยธรรมที่จะต้องทำให้ประชาชนเข้าถึงยาต้านไวรัสที่จำเป็น นั่นคือการประกาศใช้สิทธิกับยาโลพินาเวียร์/ริโทนาเวียร์²⁶ ในจีน สำนักงานทรัพย์สินทางปัญญาของจีนได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายระหว่างประเทศและการเข้าถึงยา รวมทั้งผู้แทนจากไทยไปร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้มาตรการยืดหยุ่นในความตกลงด้านทรัพย์สินทางปัญญา²⁷ ซึ่งซีแอลเป็นหนึ่งในมาตรการนั้น แน่นอนว่า ทุกสมรภูมียังต้องเผชิญแรงเสียดทานและต่อต้าน เช่นที่ไทยได้ประสบอยู่

หนทางข้างหน้า

การต่อสู้เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการทำกำไรของธุรกิจกับการเข้าถึงยาของประชาชนยังเป็นหนทางอีกยาวไกล ซึ่งการฝากความหวังกับคนใดคนหนึ่ง หรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเพียงลำพังอาจไม่สามารถผลักดันประเด็นนี้ได้อย่างมีพลัง มีเพียงความเข้มแข็ง และการทำงานที่สอดประสานระหว่าง ภาคประชาสังคมและผู้ป่วย การสร้างองค์ความรู้สาธารณะ การทำให้สังคมตระหนักเรื่องสิทธิมนุษยชนพื้นฐานในการเข้าถึงการรักษา และการปกป้องสิทธิของตัวเอง ร่วมกับการมีเจตจำนงทางการเมืองของผู้กำหนดนโยบายเท่านั้น สมดุลนี้จึงจะเกิดได้จริง

6 ภัยทางเพศในสถานศึกษา ถึงเวลาต้องแก้ไขอย่างเป็นระบบ

การละเมิดทางเพศเป็นความรุนแรงรูปแบบหนึ่ง มักเป็นภัยใกล้ตัวที่อาจเกิดขึ้นได้กับทุกคน และเป็น ภัยที่วิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางทุกครั้งที่เกิด เหตุการณ์ แต่ข่าวการละเมิดทางเพศที่เกิดขึ้นในรอบปี 2551 ดังอื้อฉาวอย่างยิ่ง เพราะเกิดขึ้นในสถาบัน การศึกษา ที่มีหน้าที่บ่มเพาะและถ่ายทอดความรู้ ความเชื่อ ซึ่งสังคมไว้วางใจว่าควรเป็นสถานที่ที่มีความ ปลอดภัยสูง และปกป้องลูกหลานของประชาชนได้

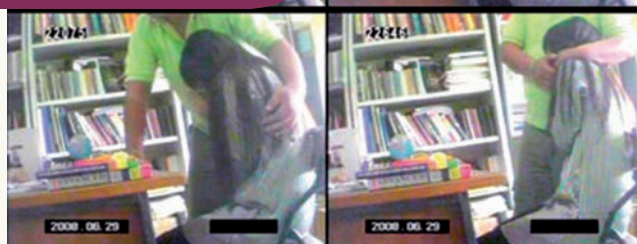
การละเมิดทางเพศในสถานศึกษา

การละเมิดทางเพศในสถานศึกษาอาจสรุปภาพได้ 2 แบบ คือ เกิดขึ้นในโรงเรียน ทั้งระดับประถมและมัธยมศึกษา ซึ่งจะมี ลักษณะที่ครูใช้อำนาจความเป็นครูซึ่งเป็นผู้ใหญ่กับศิษย์ที่เป็น ผู้น้อย ให้อินยอมหรือปกปิดเรื่องราว อาศัยความไว้วางใจ เชื่อใจ และความไร้เดียงสาของเด็กเป็นโอกาสในการเข้าถึง และเกิดขึ้น ในระดับมหาวิทยาลัย แม้จะดูเหมือนว่ามีลักษณะแลกเปลี่ยน ผลประโยชน์ระหว่างกันมากกว่า แต่ที่จริงแล้วก็เป็นการใช้อำนาจของความเป็นอาจารย์ แสวงประโยชน์ทางเพศจากนักศึกษา ที่ต้องการคะแนนดี ๆ นอกจากนี้ยังเป็นการใช้อำนาจของรุ่นพี่-รุ่นน้อง ตอกย้ำทัศนคติที่เอื้อให้เกิดการล่วงละเมิดทางเพศ

ครูลวนลาม ทำอนาจารศิษย์ คือ ผิดวินัยร้ายแรง

ข่าวคราวครูละเมิดทางเพศต่อนักเรียนผู้เป็นลูกศิษย์ ปรากฏอยู่ตามหน้าหนังสือพิมพ์เป็นระยะๆ สถานการณ์เรื่องนี้ในรอบปี 2551 เฉพาะที่เป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ มีสูงถึง 16 กรณี (ดูตารางหน้า 57) เกิดขึ้นกับนักเรียนระดับประถมศึกษา 3 กรณี กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา 11 กรณี และอีก 2 กรณี เกิดขึ้นในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยลูกศิษย์ที่ถูกละเมิด ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) มีอายุเพียง 13 ปี หรือต่ำกว่า และอีก ร้อยละ 27 อายุระหว่าง 14-18 ปี ลักษณะเหตุการณ์มักเกิดขึ้น ในจังหวะที่ครูอาศัยโอกาสที่เด็กไว้วางใจหรือมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เช่น ช้อมดนตรี ช้อมกีฬา ฯลฯ หวานล่อมและหลอกลวงไปลวนลามทางเพศ หลายกรณีใช้อำนาจของความเป็นครู บังคับให้ลูกศิษย์ผู้ไร้เดียงสายินยอม หรือปกปิดเรื่องราวให้

คณะกรรมการข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา (ก.ค.ศ.) ได้รวบรวมข้อมูลของกลุ่มวินัยและนิติการ สำนักงาน ก.ค.ศ. ในรอบปีงบประมาณ 2550 พบว่ามีข้าราชการครูและ



บุคลากรทางการศึกษาที่ถูกดำเนินการทางวินัยที่ยุติแล้วแยก สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ถูกดำเนินการทางวินัยรวมจำนวน 96 คน ในจำนวนนี้เป็น ความผิดฐานชู้สาว อนาจาร และล่วงละเมิดทางเพศ 24 คน สถิติครูกระทำผิดทางเพศนี้เพิ่มสูงขึ้นกว่ารอบปีงบประมาณ 2549 ที่มีจำนวน 20 คน¹

แม้ว่าจะมีข้อกำหนดด้านจริยธรรมทางเพศของครู กำหนด อยู่ใน พ.ร.บ. ระเบียบข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ.2547 มาตรา 94 หมวด 6 ว่าด้วยวินัยและการรักษาวินัย ระบุว่า ข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษาที่กระทำการ ล่วงละเมิดทางเพศต่อผู้เรียนหรือนักศึกษา ไม่ว่าจะอยู่ในความ ดูแลรับผิดชอบของตนหรือไม่ เป็นความผิดวินัยอย่างร้ายแรง² และแม้ว่าจะมีความพยายามที่จะกำหนดมาตรฐานทาง จริยธรรมของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา แต่ก็ดู เหมือนจะมุ่งเน้นไปที่การวางตัวเป็นกลาง และผลประโยชน์ทับซ้อนของข้าราชการ มากกว่าจะให้ความสำคัญกับการ ล่วงละเมิดทางเพศ เนื่องจากระบุไว้เพียงว่า ต้องไม่กระทำการ อันเป็นการล่วงละเมิดหรือคุกคามทางเพศ ลวนลาม แทะโลม หรือกระทำการใดอันไม่เหมาะสมทางเพศต่อผู้เรียน ข้าราชการอื่น หรือบุคคลที่มาติดต่อราชการ³ เท่านั้น

เช็กลิสต์แลกรอด

สองเหตุการณ์ละเมิดทางเพศในสถานศึกษาอื้อฉาวที่สุดในรอบ ปี 2551 คือ กรณีอาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง กระทำอนาจารนักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 3 โดยเรียกให้นักศึกษา ไปพบที่ห้องทำงานภายในมหาวิทยาลัย และแจ้งให้ทราบ ว่า ผลการสอบคะแนนออกมาไม่ดี พร้อมกับยื่นเงื่อนไขว่า หากจะ ให้คะแนนดีขึ้นจะต้องร่วมหลับนอนด้วย แต่นักศึกษาสาว ไม่ยินยอม จึงเปลี่ยนให้นักศึกษาใช้ปากอมอวัยวะเพศ หรือทำ “ออร์ลเช็กส์” เพื่อสำเร็จความใคร่ให้ แต่นักศึกษาปฏิเสธพร้อม กับตอบว่า ทำไม่ถึงทำตัวเช่นนี้ทั้งที่เป็นครูบาอาจารย์ แทนที่ อาจารย์จะสำนึก กลับตรงเข้ากอดรัดหมายปลุกปล้ำ นักศึกษา สาวขัดขืนต่อสู้วิ่งหนีออกมา จากห้องได้อย่างปลอดภัย

นักศึกษาสาวจึงนำเรื่องไปปรึกษาเพื่อนๆ ก่อนจะเล่าให้ผู้ปกครองทราบและพาไปแจ้งความกับตำรวจ แต่ขาดพยานหลักฐานในการดำเนินคดี จึงวางแผนให้นักศึกษาค้นเติมซ่อนเทปไว้ในกระเป๋ และทำให้ไปพบอาจารย์อีกครั้ง เพื่อสอบถามเรื่องคะแนน อาจารย์ ยังคงพูดจาตะลอม ยื่นเงื่อนไขขอร่วมหลับนอนแลกกับการอัปเดตคะแนน⁴ ทุกคำพูดของอาจารย์จึงถูกบันทึกลงในเทป เมื่อหนีออกมาจากห้องได้จึงนำเทปที่บันทึกเสียงไว้มอบให้ตำรวจใช้เป็นหลักฐาน เพื่อขออนุมัติศาลออกหมายจับกุม

เมื่อเรื่องนี้เปิดเผยสู่สาธารณชน สิ่งหนึ่งที่สังคมไทยได้ยืน
พร้อมกับการวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนาหูก็คือ คำขอโทษจาก
อธิการบดีมหาวิทยาลัยดังกล่าว ที่รู้สึกเสียใจกับเหตุการณ์ที่
เกิดขึ้น และขอโทษสังคมโดยรวมที่ไม่สามารถทำให้อาจารย์ที่
อยู่ในความดูแลมีความประพฤติที่เหมาะสมได้และกระทำการ
ผิดวินัยอย่างร้ายแรงที่สุด ขอโทษนักศึกษาที่ได้รับผลกระทบ
รวมถึงผู้ปกครองและประชาคมมหาวิทยาลัย

เพียง 2 เดือนต่อมา ระหว่างที่หลายคณะในมหาวิทยาลัยแห่งนี้ มีการปรับปรุงสถานที่นัดหมายพบปะนักศึกษาให้เป็น สาธารณะมากขึ้น ก็เกิดเหตุอุกฉกรรจ์หนึ่ง ซึ่งเป็นผู้ช่วย ศาสตราจารย์ในมหาวิทยาลัยอีกแห่งหนึ่ง ที่ใช้สถานะอาจารย์ แสวงประโยชน์ทางเพศจากนักศึกษา เพื่อแลกกับเกรดในวิชา ที่สอน โดยหนึ่งในผู้เสียหาย ซึ่งเป็นนักศึกษาปีที่ 3 เข้าแจ้งความ กับตำรวจ พร้อมกับให้รายละเอียดว่า ภาคเรียนก่อนหน้านั้นเคย เรียนกับอาจารย์ ซึ่งอาจารย์ได้ขอเบอร์โทรศัพท์มือถือไป ด้วย เข้าใจว่า เพื่อความสะดวกในการติดต่อเรื่องการเรียนการสอน แบบอาจารย์กับลูกศิษย์ตามปกติ

เมื่อมาภาคเรียนปัจจุบัน ก็ต้องเรียนวิชาที่ อาจารย์คนเดิมสอน และพยายามพูดจาทะเอโลม และลวนลามทุกครั้งที่มีโอกาสอีก ที่น่าเศร้าก็คือ ผู้เสียหายมักจะเผชิญกับเรื่องนี้อย่างโดดเดี่ยว ตั้งคาบอกเล่าของนักศึกษาผู้หนึ่งที่กล่าวว่า แม้จะเอาเรื่องนี้ไปหารือกับอาจารย์ที่ปรึกษา แต่ก็ได้รับเพียงคำแนะนำให้ระวังตัวเอง ไม่สามารถดำเนินการอะไรได้

ภาพวิดีโอที่บันทึกเหตุการณ์ครั้งนั้นกลายเป็นหลักฐานสำคัญที่มัดตัวอาจารย์ ซึ่งได้รับการเปิดเผยผ่านสื่อทุกแขนง และเป็นวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางถึงระบบการดูแลนักศึกษา และระบบการตรวจสอบพฤติกรรมของอาจารย์ในมหาวิทยาลัย เนื่องจากกรณีนี้เป็นเรื่องที่นักศึกษาพูดจากันหนาหูว่า นักศึกษาหญิงและนักศึกษาชายที่หน้าตาดีหลายรายต้องพลิกายให้กับอาจารย์ผู้หนึ่งเพื่อแลกเกรด รวมทั้งได้รับหนังสือร้องเรียนพฤติกรรมหลายครั้ง^๖ แต่กลับไม่สามารถดำเนินการตรวจสอบป้องกันได้ ด้วยเหตุผลเพียงว่าไม่มีหลักฐานเอาผิด

มาตรฐานจริยธรรมของผู้เป็นครูอาจารย์

แม้ พ.ร.บ.ระเบียบข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ.2547 มาตรา 39 และ 41 จะระบุว่า การปฏิบัติหรือการละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ราชการโดยมิชอบ เพื่อให้ตนเองหรือผู้อื่นได้รับประโยชน์ที่มิควรได้ และการกลั่นแกล้ง การดูหมิ่นเหยียดหยาม กดขี่ ช่มเหิง ผู้ร่วมปฏิบัติราชการ นักเรียน นิสิตนักศึกษา หรือประชาชนอย่างร้ายแรง เป็นความผิดวินัยอย่างร้ายแรง¹⁰ และแม้คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษาจะมีประกาศ ก.พ.อ.ว่าด้วยมาตรฐานของจรรยาบรรณที่พึงมีในสถาบันอุดมศึกษา เมื่อเดือนพฤษภาคม 2550 ที่กำหนดจรรยาบรรณครอบคลุมข้าราชการพลเรือนในสถาบันการศึกษาทุกตำแหน่ง

หลักการสำคัญข้อหนึ่ง คือ การใช้อำนาจครอบงำผิดทำนองคลองธรรมต่อนักศึกษา และถือว่าการล่วงละเมิดทางเพศหรือมีความสัมพันธ์ทางเพศกับนักศึกษาเป็นการกระทำผิดจรรยาบรรณอย่างร้ายแรง¹¹ แต่ดูเหมือนว่าข้อความที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกาศเหล่านี้จะเป็นเพียงตัวอักษรที่ไม่ได้ส่งผลในทางปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งๆ ที่กำหนดอยู่ในข้อบังคับของมหาวิทยาลัยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการบริหารงานบุคคลหรือจรรยาบรรณวิชาชีพ เช่น ข้อบังคับของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ.2551 ข้อ 82 ที่กำหนดให้การล่วงเกินหรือคุกคามทางเพศ หรือการกลั่นแกล้งดูหมิ่น เหยียดหยาม กดขี่ หรือช่มเหิงผู้ร่วมปฏิบัติงาน นิสิตหรือผู้ติดต่อมหาวิทยาลัยอย่างร้ายแรง เป็นความผิดวินัยอย่างร้ายแรง¹²

ภายหลังเหตุการณ์อื้อฉาวของ 2 อาจารย์ ทางมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่แม้ว่าจะมีประกาศว่าด้วยจรรยาบรรณวิชาชีพ อาจารย์ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2549 และจัดพิมพ์เป็นคู่มือจรรยาบรรณวิชาชีพ (Code of Ethics) กำหนดข้อหนึ่งว่าห้ามอาจารย์แสวงประโยชน์ไม่ว่ารูปแบบใดๆ จากนักศึกษา บุคคลทั่วไป และสังคม¹³ คณะกรรมการบริหารมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ก็ได้ออกหนังสือเวียนเรื่องแนวทางการปฏิบัติของอาจารย์ต่อนักศึกษาไปถึงคณาจารย์ทุกคนว่า

- (1) การมีสัมพันธ์ทางชู้สาวหรือการล่วงละเมิดทางเพศต่อนักศึกษา ไม่ว่าจะเป็นเกิดความยินยอม หรือการใช้อำนาจบังคับ เป็นการกระทำผิดจริยธรรมของการเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยอย่างร้ายแรง โดยมหาวิทยาลัยจะดำเนินการลงโทษทางวินัยอย่างร้ายแรง
- (2) เพื่อป้องกันมิให้เกิดโอกาสหรือสถานการณ์ที่ล่อแหลม หรืออาจก่อให้เกิดปัญหาในลักษณะดังกล่าวขึ้นอีก คณะต่างๆ ต้องพยายามจัดให้มีห้องให้คำปรึกษาหรือพบปะกับนักศึกษาในส่วนกลาง หรือที่มองเห็นได้จากภายนอก ในกรณีไม่อาจจัดสถานที่ดังกล่าวได้ หรือในกรณีที่อาจารย์ต้องพบหรือให้คำปรึกษาในห้องทำงานหรือห้องพักในคณะ ไม่ควรปิดประตูห้อง หรือไม่ควรปิดม่านในห้องทำงานหรือห้องพักจนทึบ ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้เกิดข้อครหา และ

- (3) ให้ฝ่ายกิจการนักศึกษาหารือร่วมกับคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ จัดตั้งศูนย์รับเรื่องร้องเรียนและแก้ปัญหาที่นักศึกษาและบุคลากรทุกคนสามารถติดต่อและเข้าถึงได้ โดยผ่านระบบโทรศัพท์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ทั้งนี้ ให้ศูนย์ฯ สื่อสารและรายงานต่อหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้บริหารระดับสูงสุดของมหาวิทยาลัยได้โดยตรง¹⁴

นอกจากนี้ ก็ได้ปรับปรุงแก้ไขข้อบังคับของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ว่าด้วยการดำเนินการทางวินัย การอุทธรณ์ และการร้องทุกข์ พ.ศ.2551 ข้อ 55 กำหนดให้ (1) การแก้ไขผลการเรียนหรือผลการสอบของนักศึกษาโดยมิชอบ (4) การล่วงละเมิดทางเพศกับนิสิตนักศึกษาหรือนักเรียน (5) การประพฤติชู้สาวหรือกระทำความผิดกับนิสิตนักศึกษาหรือนักเรียน เว้นแต่เป็นพฤติการณ์ที่ไม่ถึงขั้นร้ายแรง เป็นความผิดวินัยร้ายแรงและมีโทษปลดออกหรือไล่ออกจากราชการ¹⁵ รวมทั้งกำหนดข้อบังคับของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ว่าด้วยจรรยาบรรณของบุคลากรและอาจารย์ พ.ศ.2551 ระบุการล่วงละเมิดทางเพศเป็นหนึ่งในจรรยาบรรณที่ต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด¹⁶

ในส่วนของสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (สกอ.) ก็ได้เปิดเว็บไซต์ www.mua.go.th/clean หรือ www.mua.go.th แล้วคลิกที่ “นิสิตนักศึกษา ร่วมใจ สร้างความสดใสให้สถาบัน” สำหรับให้นิสิตนักศึกษาแจ้งเหตุ เพื่อรับเรื่องร้องเรียนกรณีถูกอาจารย์คุกคามทางเพศ โดยพบว่าในระยะเวลากว่า 2 เดือน มีผู้ร้องเรียนอาจารย์ที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกว่า 20 ราย ตรวจสอบในทางลับพบว่าอาจารย์ 6 คนมีพฤติกรรมลวนลามและทำการละเมิดทางเพศนักศึกษาจริง และแจ้งรายละเอียดไปยังมหาวิทยาลัยต้นสังกัดเพื่อดำเนินการสอบสวน¹⁷

นอกจากนี้ สกอ.ยังได้ให้มหาวิทยาลัยต่างๆ สรรวจรายชื่ออาจารย์ที่ถูกมหาวิทยาลัยลงโทษทางวินัย ถึงขั้นให้ออก ไล่ออกหรือปลดออก รวมถึงลงโทษไม่ร้ายแรง ย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี 2545-2550 พบว่าในจำนวน 410 รายนั้น เป็นอาจารย์ที่ถูกลงโทษทางวินัยร้ายแรง เนื่องจากการลวนลามหรือล่วงละเมิดทางเพศนิสิตนักศึกษา ซึ่งจะขึ้นบัญชีดำไว้ 12 คน แยกเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัยรัฐ 6 คน มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ 3 คน และมหาวิทยาลัยในสังกัด สกอ. 3 คน¹⁸

รับน้อง นันทนาการลามก

การล่วงละเมิดทางเพศในสถานศึกษามีได้มีเพียงรูปแบบการละเมิดทางกายภาพดังกรณีข้างต้นเท่านั้น หากแต่ยังแฝงอยู่ในรูปแบบอื่นๆ เช่น การรับน้องใหม่ในมหาวิทยาลัย ที่รุ่นพี่ใช้ความรุนแรงเชิงอำนาจบังคับรุ่นน้องให้ร่วมกิจกรรมต่างๆ ด้วยคิดว่าเพื่อความสนุกสนานและสมัครสมานสามัคคี แต่ที่จริงแล้วบางกิจกรรมนันทนาการเหล่านั้นมีเนื้อหาและทำประกอบที่ล่อนยานทางเพศ เช่น เนื้อเพลงเมียงๆ ที่ว่า ‘บาทเดียวดูเพลิน อะไรไม่เก็นเมียงๆ ลูบได้คล้ำได้ แต่อย่าเอาไม้แหยม’ หรือเพลง ‘สตรีมีสองกบิ เอาไว้หนีบของศัตรู ศัตรูมีหนึ่งแท่ง เอาไว้แทงของสตรี สตรีบอกกว่าดี เอาอีกทีที่ศัตรู’ หรือเพลง ‘เมื่อนั้นโดน

ข่มขืน เขาให้ยีนถ่วงขา ที่สองที่ไม่ว่า ต้องสักท้าวทักที้ หรือเพลง ‘หนาวนองค้ำคองน้องจะไปไหน ถ้ามทำไม่จะไปทักโลหนึ่ง ไปทำไม ไปให้จึกโกมันทั้ง’¹⁹

เนื้อเพลงแปลงเหล่านี้ เป็นการทำให้การล่วงละเมิดและลวนลามทางเพศ ทั้งทางวาจา หรืออื่นๆ กลายเป็นเรื่องสนุกสนาน ขบขัน เป็นเรื่องปกติที่กระทำได้ในวาระโอกาสดังกล่าว ซึ่งส่งผลต่อเนื่องไปสู่ปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็กในสังคม

ข้อท้าทายในการแก้ปัญหาในสถานศึกษาทุกระดับ

ในสถานะที่สถาบันการศึกษาเป็นหนึ่งในสถาบันหลัก ซึ่งทำหน้าที่หล่อหลอมและสร้างคนรุ่นแล้วรุ่นเล่าให้กับสังคมไทย สถาบันการศึกษาทุกระดับ ตั้งแต่โรงเรียนจนถึงมหาวิทยาลัย จึงควรดำรงอยู่ในความมีคุณธรรม ทั้งทางวิชาการและจริยธรรม และเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเอาใจจริงเอาใจกับการแสวงประโยชน์ทางเพศทุกรูปแบบที่เกิดขึ้นในสถาบันการศึกษา สมกับที่สังคมคาดหวังและฝากอนาคตลูกหลานไว้

ที่ผ่านมาแม้กระทรวงศึกษาธิการได้มีทั้งระเบียบ และจรรยาบรรณเพื่อควบคุมวินัยทางเพศของครู อาจารย์ แต่เมื่อมีเหตุเกิดขึ้น ผู้บริหารสถานศึกษามักไม่ต้องการเปิดเผยเรื่องราวต่อสาธารณะ ด้วยเหตุผลเพื่อต้องการรักษาชื่อเสียงของสถาบันฯ ทำให้ผู้ถูกระทำมักต้องเผชิญปัญหาอย่างโดดเดี่ยว

การออกมาขอโทษประชาคมของอธิการบดี และดำเนินการปรับปรุงข้อบังคับทางจรรยาบรรณทันที พร้อมสร้างระบบสอดส่องติดตามเรื่องความปลอดภัยทางเพศของนักศึกษาและบุคลากรทั้งหมด นับเป็นตัวอย่างที่น่าชมเชย

ข้อท้าทายในเรื่องนี้ต่อกระทรวงศึกษาธิการก็คือ หากสถานศึกษาไม่กระตือรือร้นดำเนินการเอาผิดผู้กระทำ หรือพยายามปกปิดปัญหาที่เกิดขึ้น ควรมีบทลงโทษผู้บริหารด้วย แต่ข้อท้าทายที่สำคัญกว่านี้ก็คือ ในฐานะที่สถานศึกษามีพันธกิจสำคัญที่ต้องขึ้นการสร้างความรู้และปัญญาให้สังคม พันธกิจที่สถานศึกษาควรมุ่งทำในเรื่องนี้คือ ร่วมแก้ไขปัญหานี้ในระดับรากเหง้าของการละเมิดทางเพศในสังคมไทย คือ

เสริมสร้างวัฒนธรรมไม่ยอมรับเรื่องความรุนแรงทางเพศทุกรูปแบบ โดยร่วมสร้างมุมมองใหม่ต่อผู้ถูกระทำความรุนแรงทางเพศ คือ ไม่ตีตรา และต้องสร้างเสริมพลังอำนาจให้ผู้ถูกระทำสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาไปได้ ขณะเดียวกันก็ต้องสร้างเสริมความเข้าใจทุกระดับ ถึงรากเหง้าของการละเมิดทางเพศว่ามาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้กระทำกับผู้ถูกระทำ โดยควรสนับสนุนการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ในบริบทสังคมไทยเพื่อหาแนวทางในการปรับมุมมองและแก้ไขปัญหานี้ในระยะยาว

ตารางแสดงกรณีการละเมิดทางเพศในสถานศึกษาที่ตีพิมพ์ในสื่อสิ่งพิมพ์ พ.ศ.2551 รวม 16 กรณี

วันที่ลงข่าว	ผู้กระทำ (จังหวัด)	ผู้ถูกระทำ	เหตุการณ์
14 ม.ค.	ครูสอนดนตรี	นักเรียน ม.1 (อายุ 12 ปี)	พูดจาหว่านล้อมแล้วลงมือข่มขืนในห้องซ้อมดนตรี
29 ก.พ.	ครูสอนวิชาภาษาไทยและคอมพิวเตอร์ (ราชบุรี)	ลูกศิษย์หญิง (อายุ 11 ปี) (ตั้งแต่ ป.4)	แกล้งทำที่เข้ามาสอนทางด้านหลัง จากนั้นลวนลามข่มขืน ก่อนลวนลามเข้าไปที่อวัยวะเพศ พร้อมกับใช้นิ้วสอดใส่
29 ก.พ.	ผอ.โรงเรียนมัธยม (ชลบุรี)	นักเรียน ม.1 (อายุ 13 ปี)	เรียกเข้าไปในห้องกับเพื่อนอีก 3 คน แล้วถูกลวนลามจับก้น โอบกอดจูบตล่ำ
24 มี.ค.	ครูสอนภาษาไทย (ขอนแก่น)	นักเรียน ม.1 (อายุ 13 ปี) 5 คน	เข้าไปในห้องเรียน พยายามลวนลามกอดจูบ ข่มขืน และเสนอเงินให้
25 มี.ค.	ครูพละ (สิงห์บุรี)	นักเรียน ป.4 (อายุ 10 ปี)	เรียกไปที่ห้องพลศึกษา และทำอนาจาร
28 มี.ค.	ครูสอนวิชาชีวะ (ลำปาง)	นักเรียน ม.1	หลอกลวงไปลวนลามทางเพศ และข่มขืนไม่ให้เอาเรื่อง
24 เม.ย.	อาจารย์มหาวิทยาลัย	นักศึกษา	บังคับนักศึกษาขอมกเขาแลกเกรด (ยังมีอีกหลายกรณีก่อนหน้านี้ที่ข่มขืน นักศึกษาในรถ ข่มขืนจนท้อง -ทุกรายถูกไล่ออกจากราชการ*)
09 พ.ค.	ครูสอนฟิสิกส์ (ศรีสะเกษ)	นักเรียน ม.6 (อายุ 17 ปี)	หลอกพาไปซื้อชุดนักเรียนใหม่ พาเข้ามาจูบ
29 มิ.ย.	อาจารย์มหาวิทยาลัย	นักศึกษาปีที่ 3	ลวนลามและชวนหลับนอนเพื่อแลกกับเกรด นักศึกษาแอบถ่ายคลิปวิดีโอขณะถูกลวนลามใช้เป็นหลักฐาน
06 ก.ค.	ครูสอนมวย (จันทบุรี)	นักศึกษา ปวช. ปี 1 (อายุ 16 ปี)	บังคับให้ไปที่โรงแรมเพื่อข่มขืน
22 ก.ค.	ผอ.โรงเรียนมัธยม (สกลนคร)	นักเรียนมัธยม	ลวนลามนักเรียนสาว ทั้งจับหน้าอก ลูบก้น
30 ก.ค.	ครู (พิษณุโลก)	นักเรียน ม.2	โอบกอด พร้อมกับลวนลาม แล้วข่มขืนไม่ให้เอาเรื่อง
08 ต.ค.	ครูสอนคอมฯ (ชลบุรี)	นักเรียนชาย ป.6 (อายุ 12 ปี) 2 คน	กอดจูบ แล้วให้ถอดกางเกง กระทำอนาจาร ด้วยการอมอวัยวะเพศ
30 พ.ย.	ผอ.ร.ร.กีฬา (สุรินทร์)	นักเรียนชาย ม.1 (อายุ 12 ปี) 4 คน	ทำอนาจาร และข่มขืนใจ จับขอร้องลับ และกอดจูบจนสำเร็จอารมณ์ใคร่ แล้วให้เงินปิดปาก
13 ธ.ค.	ผอ.วิทยาลัย (เชียงใหม่)	นักเรียน ม.6	จับหน้าอก ลวนลามบนรถทัวร์
24 ธ.ค.	ครูศิลปะ (ฉะเชิงเทรา)	นักเรียน ม.3 (อายุ 16 ปี)	กระทำอนาจารมานานเกือบ 2 ปี

* กรณีอื่นๆ จากการจัดสวนเรื่อง ‘การคุกคามทางเพศในมหาวิทยาลัย...การแก้ไขและทางออก’ จัดโดยโครงการสตรีและเยาวชนศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เมื่อวันที่ 8 พ.ค. 2551.

7นมปลอมปนเมลามีน... จากความตื่นตัวทั่วโลกถึงการรับมือของไทย



กรณีอื้อฉาวดังกล่าวถูกเปิดเผยขึ้นในวันที่ 12 กันยายน 2551 เมื่อทางการจีนสั่งเรียกคืนและตรวจสอบทั่วประเทศ ภายหลังพบเด็กทารกเสียชีวิต 1 ราย ด้วยโรคไตเฉียบพลันและอวัยวะหลายที่ กำลังป่วยด้วยโรคเดียวกันนี้ หลังจากตีพิมพ์ของของบริษัท ชานหลู่ โดยตัวแทนของบริษัทออกมายอมรับว่า ผลิตภัณฑ์นมผงบางชุดของบริษัทที่ผลิตก่อนวันที่

6 สิงหาคม 2551 มีสารเมลามีนปลอมปนอยู่ด้วย ซึ่งได้มีการเรียกคืนสินค้าแล้วกว่า 700 ตัน

23 กันยายน 2551 กระทรวงสาธารณสุขของจีน รายงานว่า จำนวนเด็กเล็กที่ป่วยเพราะดื่มนมปลอมปนเมลามีนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากเดิม 6,244 ราย เป็นมากกว่า 54,000 ราย³ ช่วงเวลาเดียวกันนั้นเอง หลายประเทศเริ่มตรวจพบอาหารจากจีนที่มีเมลามีนปลอมปนและระงับการนำเข้าโดยด่วน อาทิ

- ฮังกง พบเมลามีนในไอศกรีมและโยเกิร์ตแท่งยี่ห้อยี่หลี่
- บรูไน สิงคโปร์ มาเลเซีย บังกลาเทศ กาบอง และฟิลิปปินส์ ห้ามนำเข้าหรือเรียกเก็บผลิตภัณฑ์นมจากจีน⁴
- ฝรั่งเศส ห้ามนำเข้าผลิตภัณฑ์ทุกประเภทที่มีส่วนผสมของนมจากจีน เวียดนาม และเนปาล ระงับการขายผลิตภัณฑ์นมทั้งหมดที่ส่งมาจากจีน ทั้งยังเพิ่มมาตรการทดสอบสินค้านำเข้าประเภทนี้ ได้หวั่นห้ามนำเข้าผลิตภัณฑ์นมและครีมเทียมจากจีน พร้อมทั้งสั่งให้ร้านค้าเก็บสินค้าทั้งหมดลงจากชั้นวางจำหน่าย⁵
- รัฐบาลญี่ปุ่น ขอให้บริษัท 90,000 แห่ง ช่วยกันตรวจสอบสินค้านำเข้าว่ามีเมลามีนปลอมปนหรือไม่ และบริษัทมารูดาอิฟูดของญี่ปุ่น เรียกเก็บขนมปังซึ่งมีส่วนประกอบของนมที่ซื้อมาจากบริษัทยี่หลี่ เช่นเดียวกับกลุ่มบริษัทนิสชินที่เรียกคืนสินค้าที่มีส่วนผสมของนมจากจีน⁶

การตรวจพบสารเมลามีนปลอมปนในนมซึ่งมีต้นทางการผลิตอยู่ที่ประเทศจีน ไม่เพียงตอบข้อสงสัยถึงสาเหตุที่ทำให้เด็กทารกจีนจำนวนมากล้มป่วยด้วยโรคไตเฉียบพลัน แต่ยังสร้างความหวุ่นวิตกกังวลกว้างให้แก่ผู้บริโภคในอีกหลายประเทศที่มีการนำเข้านมหรืออาหารที่มีส่วนประกอบของนมจากประเทศจีน ซึ่งเป็นเรื่องอื้อฉาวที่สั่นสะเทือนวงการอุตสาหกรรมอาหารโลกครั้งรุนแรงที่สุด

เมื่อนมจีนมีเมลามีนปลอมปน

เพราะการตรวจสอบคุณภาพของนมในปัจจุบัน ยังไม่สามารถทำได้จากการวิเคราะห์ปริมาณโปรตีนโดยตรง จึงต้องใช้วิธีการทางอ้อม โดยวิเคราะห์ปริมาณไนโตรเจนซึ่งเป็นองค์ประกอบของกรดอะมิโนที่รวมตัวเป็นโปรตีนในนม หากพบว่า มีปริมาณไนโตรเจนอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ก็จะสามารถบ่งชี้ได้ว่ามีโปรตีนอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและเป็นนมที่มีคุณภาพ¹

ผู้ผลิตน้ำนมดิบไร้จรรยาบรรณในประเทศจีนเพิ่มปริมาณน้ำนมดิบด้วยการเติมน้ำ แล้วพยายามตบตากระบวนการตรวจสอบคุณภาพนมโดยเติมสารเมลามีนซึ่งมีไนโตรเจนเป็นส่วนประกอบสำคัญลงไปด้วย ทั้งนี้ก็เพื่อให้ได้ผลวิเคราะห์ออกมาว่าเป็นน้ำนมดิบที่มีโปรตีนอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและผ่านการตรวจสอบคุณภาพ²

มาตรการรับมือของสาธารณสุขไทย

หน่วยงานของไทยที่มีบทบาทสำคัญในวิกฤตด้านความปลอดภัยทางอาหารครั้งนี้ คือ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งออกโรงเรื่องนี้ตั้งแต่ช่วงกลางเดือนกันยายน 2551 เริ่มจากการสั่งอายัดนม ผลิตภัณฑ์นม และอาหารที่มีนมเป็นส่วนประกอบที่นำเข้าจากจีน โดยให้กักกันที่ด่านเพื่อตรวจวิเคราะห์หาสารเมลามีนก่อน หากพบว่าปลอดภัยจึงจะอนุญาตให้นำเข้าได้ ส่วนผลิตภัณฑ์ที่นำเข้ามาก่อนหน้านี้ อย. ได้ขอความร่วมมือจากผู้ประกอบการให้เก็บส่งจากชั้นวางจำหน่าย พร้อมกับเก็บตัวอย่างไปตรวจวิเคราะห์ หากพบว่าปลอดภัยจึงจะอนุญาตให้นำกลับมาวางขายได้

นอกจากนี้ยังแจ้งขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกส่วน ให้เฝ้าระวังและเข้มงวดกับการลักลอบนำเข้าผลิตภัณฑ์นมและอาหารที่มีนมเป็นส่วนประกอบทางชายแดน พร้อมกันนั้นได้ประชาสัมพันธ์ไม่ให้ผู้บริโภคซื้อนมผงแบ่งขายที่ไม่มีฉลากภาษาไทย ไม่มีเครื่องหมาย อย. หรือไม่ระบุแหล่งที่มา ตลอดจนสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสารเมลามีน และให้ผู้บริโภคแจ้งเบาะแสหรือส่งข้อมูล หากพบการลักลอบนำเข้าผลิตภัณฑ์ที่มีการปนเปื้อน⁷

ขณะที่การเก็บตัวอย่างสินค้ากว่า 1,500 ตัวอย่าง เพื่อส่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจวิเคราะห์สารเมลามีนในอาหารยังดำเนินไปไม่สิ้นสุด คณะทำงานของ อย. ก็จัดตั้งวอร์รูม โดยมีนายแพทย์รังสฤษฎ์ ธีรกีจ รองเลขาธิการ อย. เป็นประธาน เพื่อทำหน้าที่ติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิดและหารือเร่งด่วนในการกำหนดค่ามาตรฐานความปลอดภัยของสารเมลามีนในอาหาร⁸

29 กันยายน 2551 นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการอาหาร เผยว่า ที่ประชุมมีมติให้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย ตาม พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ.2522 เพื่อควบคุมให้ผลิตภัณฑ์อาหารต้องไม่ปนเปื้อนสารเมลามีนในปริมาณที่กำหนด⁹

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 311 พ.ศ.2551 เรื่อง ควบคุมอาหารปนเปื้อนเมลามีน โดยห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 10 ตุลาคม 2551 เป็นต้นไป ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ประกอบการ ทั้งผู้ผลิต ผู้จำหน่าย และผู้นำเข้า จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายนี้อย่างเคร่งครัด หากกระทรวงสาธารณสุขตรวจพบการปนเปื้อนจะดำเนินการตามกฎหมาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท¹⁰ โดยกำหนดเงื่อนไขของอาหารที่ตรวจพบเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน คือ กรดซัยยานูริก แอมมีไลต์ และแอมมีลิน¹¹ ดังนี้

1. นมดัดแปลงสำหรับทารก นมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก และนมผงชนิดต่างๆ ตรวจพบสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน รวมกันได้ไม่เกิน 1 มิลลิกรัม ต่อกิโลกรัม
2. อาหารที่มีนมหรือองค์ประกอบของนมเป็นส่วนผสม เช่น อาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็ก นำนมดิบที่ผ่านกรรมวิธีฆ่าเชื้อ นมเปรี้ยว ไอศกรีม ชนมนึ่ง ฯลฯ ตรวจพบสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน รวมกันได้ไม่เกิน 2.5 มิลลิกรัม ต่อกิโลกรัม

ผลิตภัณฑ์ไม่ปลอดภัยเมลามีน

สรุปผลการตรวจสอบของ อย. ระหว่างวันที่ 26 กันยายน 2551-24 กุมภาพันธ์ 2552 พบสารเมลามีนปลอมปนสูงกว่ามาตรฐานความปลอดภัยในผลิตภัณฑ์อาหารประเภทนมโค จำนวน 2 รายการ คือ นมข้นปรุงรสไขมันไม่หวาน สูตรน้ำนมปาล์ม ตรามะลิ กับนมผงซึ่งบริษัท ดัชมิลล์ จำกัด นำเข้ามาจากจีน และในผลิตภัณฑ์อาหารอื่นๆ เช่น ชนมนึ่งกรอบ แครกเกอร์ อีก 22 รายการ รายละเอียดดังสรุปในตาราง (หน้า 60) ผู้สนใจรายละเอียดเรื่องนมปนเปื้อนเมลามีน โปรดดูเว็บไซต์ของคณะกรรมการอาหารและยาที่ http://www.fda.moph.go.th/www_fda/fda_melamine/index-melamine.php

มีข้อสังเกตเรื่องผลการตรวจสอบนี้ว่า ในประเทศจีนมีข่าวว่ารัฐบาลจีนรู้เรื่องตั้งแต่เดือนเมษายน-พฤษภาคม 2551 แต่ก็รอให้การแข่งขันโอลิมปิกที่จีนเป็นเจ้าภาพผ่านพ้นไปก่อนจึงออกมายอมรับเรื่องนี้ ขณะที่ในประเทศไทย อย.ออกโรงค่อนข้างช้า และเมื่อ อย. ส่งผลิตภัณฑ์ให้ห้องปฏิบัติการของบริษัทเอกชนตรวจสอบสารเมลามีน ปรากฏว่าไม่พบ แต่เมื่อกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เข้าตรวจสอบเอง กลับพบว่ามีสารเมลามีนเกินมาตรฐาน

บทเรียนจากความผิดพลาด

กรณีการปลอมปนสารเมลามีนในนม ส่งผลให้เด็กทารกจีนเสียชีวิตรวม 6 ราย และล้มป่วยด้วยอาการนี้ในโตอีกประมาณ 294,000 คน รัฐบาลกลางของจีนสั่งจับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด และเมื่อ 22 มกราคม 2552 ศาลประชาชนกลางเมืองสือเจียงจวง มณฑลเหอเป่ย์ พิพากษาให้ นายเทียน เหวินหวา อดีตประธานบริษัท ซานลู่ วัย 66 ปี ต้องถูกจำคุกตลอดชีวิตและปรับเป็นเงินมากกว่า 20 ล้านหยวน โทษฐานผลิตและจำหน่ายนมปนเปื้อนสารพิษ ทีมผู้บริหารอีก 3 คน ถูกตัดสินจำคุก 5-15 ปี ส่วนชายจีน 2 คน ซึ่งเป็นตัวการปลอมปนสารเมลามีนในนม ก่อนขายต่อให้บริษัทซานลู่ ถูกตัดสินประหารชีวิต



การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ของบริษัทซานลู นำไปสู่การขยายผลตรวจสอบนมยี่ห้ออื่น และพบว่าผู้ผลิตนมในประเทศจีนอีก 21 ราย ที่จำหน่ายนมปลอมปนเมลามีน¹² โดยบริษัทผลิตนมในจีน 22 แห่ง จะตั้งกองทุน 1,100 ล้านหยวน หรือประมาณ 5,500 ล้านบาท เพื่อจ่ายชดเชยให้กับครอบครัวของเด็กทารกที่เสียชีวิต 200,000 หยวน หรือประมาณ 1 ล้านบาท ส่วนเด็กที่ล้มป่วยหลังดื่มนมปลอมปนเมลามีนจะได้รับเงินรายละ 30,000 ถึง 50,000 หยวน หรือประมาณ 150,000 ถึง 250,000 บาท¹³

ล่าสุดมีรายงานว่า รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวมาลย์ คำเจริญ อาจารย์ประจำภาควิชาสัตวศาสตร์ คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สามารถคัดค้นชุดตรวจสอบการปลอมปนเมลามีนในน้ำ เครื่องดื่ม รวมทั้งผลิตภัณฑ์อาหารคนและอาหารสัตว์ได้สำเร็จ ซึ่งได้รับความสนใจจากกลุ่มผู้ประกอบการทั้งรายย่อยและรายใหญ่มาก และถูกนำไปผลิตในเชิงพาณิชย์แล้ว¹⁷

ทั้งนี้ควรจะมีการปรับปรุงกระบวนการตรวจสอบหาปริมาณโปรตีนในตัวอย่างอาหารให้รอบคอบรัดกุมมากขึ้น เพราะการวิเคราะห์ปริมาณโปรตีนจากปริมาณไนโตรเจนแบบที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันนั้น ยังมีช่องโหว่ซึ่งเป็นตัวการก่อให้เกิดเรื่องอื้อฉาวดังกล่าว

รู้จักสารเมลามีน

เมลามีน (Melamine) เป็นสารอินทรีย์เคมี โดยทั่วไปจะอยู่ในรูปของผลึกสีขาว สามารถละลายน้ำได้เล็กน้อยและมีส่นประกอบของไนโตรเจนสูงถึงร้อยละ 66

เมื่อนำเมลามีนไปผสมกับฟอร์มาลดีไฮด์จะได้เมลามีนเรซินหรือพลาสติกที่ขึ้นรูปด้วยความร้อน ซึ่งมีความทนทานและนิยมใช้ในการผลิตโฟมทำความสะอาดพื้นผิว แผ่นฟอร์ไมก้าว จานชาม และไวท์บอร์ด

เมลามีนมีความเป็นพิษต่ำ แต่หากรับเข้าสู่ร่างกายในปริมาณมากและติดต่อกันเป็นเวลานาน จะก่อให้เกิดนิ่วในไตหรือมีอาการไตวาย จากการติดตามอาการของเด็กที่บริโภคนมปลอมปนเมลามีน พบว่า มักจะร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุในขณะปัสสาวะ อาจมีการอาเจียน ม่านตาหดตัว หรือไตวายเฉียบพลัน มีก้อนแข็งออกมาพร้อมปัสสาวะ ความดันโลหิตสูง และบวมหน้า เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กและบริโภคนมเป็นอาหารหลัก ทำให้ปริมาณเมลามีนต่อน้ำหนักตัวนี้ได้รับสูงกว่าผู้ใหญ่ ขณะที่ระบบการทำงานของไตเด็กยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์เท่าของผู้ใหญ่

โดยในปี 2550 เคยพบสารเมลามีนในโปรตีนข้าวสาลีและข้าวที่นำเข้าจากจีน เพื่อใช้เป็นวัตถุดิบสำหรับผลิตอาหารสัตว์ในสหรัฐอเมริกา เป็นผลให้สุนัขและแมวจำนวนมากล้มตายด้วยอาการไตวาย

ที่มา: “ถามตอบเรื่องเมลามีน”. สืบค้นจาก [http://www.fda.moph.go.th/www_fda/fda_melamine/index-melamine.php]

ตารางสรุปรายชื่อผลิตภัณฑ์อาหาร (นมโค) ที่มีสารเมลามีนเกินมาตรฐาน

รายละเอียดผลิตภัณฑ์	บริษัท	ประเทศผู้ผลิต	ปริมาณสารเมลามีนที่พบ (มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม)
1. นมข้นแปลงไขมันไม่หวาน สูตรน้ำมันปาล์ม ตรามะลิ เลขสารบบ อย. : 14-1-02323-1-0037 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : ไม่ปรากฏข้อมูล วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 16 / 01 / 09	บริษัท อุตสาหกรรมนมไทย จำกัด	ไทย	92.82
2. Shuangwa Full Cream Milk Powder เลขสารบบ อย. : ไม่มี วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : ไม่ปรากฏข้อมูล วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : ไม่ปรากฏข้อมูล	บริษัท ดัชมิลล์ จำกัด	จีน	1.20
3. นมผงกรอบรูปหมีโคเคล่าสอด้ไส้ครีมรสช็อกโกแลต ตราคอเคล่า เลขสารบบ อย. : 10-3-13241-1-0299 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : ไม่ปรากฏข้อมูล วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 06 / 04 / 09	บริษัท ชันฟูตส์เทรดดิ้ง จำกัด	จีน	3.16

รายละเอียดผลิตภัณฑ์	บริษัท	ประเทศผู้ผลิต	ปริมาณ สารเมลามีนที่พบ (มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม)
4. พินัทแครกเกอร์ไส้ครีม ตราจุลีส เลขสารบบ อย. : 96-4-00136-2-0005 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 30 / 08 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 30 / 08 / 09	บริษัท มาร์คกินส์ อินเตอร์ เนชั่นแนล (ไทยแลนด์) จำกัด	มาเลเซีย	2.52
5. ซีสแซนด์วิช ตราจุลีส เลขสารบบ อย. : 96-4-00136-2-0007 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 24 / 07 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 24 / 07 / 09	บริษัท มาร์คกินส์ อินเตอร์ เนชั่นแนล (ไทยแลนด์) จำกัด	มาเลเซีย	7.96
6. ซีสแซนด์วิช ตราจุลีส เลขสารบบ อย. : 96-4-00136-2-0007 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 12 / 07 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 12 / 07 / 09	บริษัท มาร์คกินส์ อินเตอร์ เนชั่นแนล (ไทยแลนด์) จำกัด	มาเลเซีย	3.42
7. ลูกอม ตราไวท์แรบบิท (White Rabbit Creamy Candy) เลขสารบบ อย. : ไม่ปรากฏข้อมูล วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : ไม่ปรากฏข้อมูล วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล	3.85
8. ช็อกโกแลตแท่ง ตราออพิค (Orphic) เลขสารบบ อย. : ไม่ปรากฏข้อมูล วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 02 / 08 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : ไม่ปรากฏข้อมูล	ไม่ปรากฏข้อมูล	จีน	34.37
9. ครีมแครกเกอร์ ตราโอโมโต เลขสารบบ อย. : 96-4-00136-2-0088 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 22 / 07 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 22 / 07 / 09	บริษัท มาร์คกินส์ อินเตอร์ เนชั่นแนล (ไทยแลนด์) จำกัด	มาเลเซีย	6.08
10. ขนมปังแท่งเคลือบครีมรสตรอเบอรี่ ตราฮาจูกู เลขสารบบ อย. : 10-3-12535-1-1445 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : ไม่ปรากฏข้อมูล วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 20 / 06 / 09	Yantai arari confectionary & Food Co., LTD	จีน	5.07
11. ขนมปังแท่งเคลือบครีมรสตรอเบอรี่ ตราฮาจูกู เลขสารบบ อย. : 10-3-12535-1-1445 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : ไม่ปรากฏข้อมูล วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 05 / 07 / 09	Yantai arari confectionary & Food Co., LTD	จีน	7.16
12. ขนมปังกรอบรูปหมีโคะล่าสอดไส้ครีมรสช็อกโกแลต ตราโคะล่า เลขสารบบ อย. : 10-3-13241-1-0299 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 19 / 08 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 18 / 11 / 09	บริษัท ชันฟูตส์ เทรดดิ้ง จำกัด	จีน	28.86
13. ขนมปังกรอบรูปหมีโคะล่าสอดไส้ครีมรสนม ตราโคะล่า เลขสารบบ อย. : 10-3-13241-1-0303 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 16 / 12 / 07 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 15 / 03 / 09	บริษัท ชันฟูตส์ เทรดดิ้ง จำกัด	จีน	5.60
14. ขนมปังกรอบรูปหมีโคะล่าสอดไส้ครีมรสนม ตราโคะล่า เลขสารบบ อย. : 10-3-13241-1-0303 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 19 / 08 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 18 / 11 / 09	บริษัท ชันฟูตส์ เทรดดิ้ง จำกัด	จีน	31.68

รายละเอียดผลิตภัณฑ์	บริษัท	ประเทศผู้ผลิต	ปริมาณ สารเมลามีนที่พบ (มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม)
15. ขนมปังกรอบรูปหมีโคะล่าสดไส้ครีมรสตรอเบอร์รี่ ตราโคะล่า เลขสารบบ อย. : 10-3-13241-1-0300 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 08 / 01 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 07 / 04 / 09	บริษัท ชันฟู้ดส์ เทรดดิ้ง จำกัด	จีน	4.19
16. ขนมปังกรอบรูปหมีโคะล่าสดไส้ครีมรสตรอเบอร์รี่ ตราโคะล่า เลขสารบบ อย. : 10-3-13241-1-0300 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 18 / 08 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 17 / 11 / 09	บริษัท ชันฟู้ดส์ เทรดดิ้ง จำกัด	จีน	15.55
17. ขนมปังกรอบสดไส้ครีมรสตรอเบอร์รี่ ตราสตรอเบอร์รี่ชอร์ตเค้ก เลขสารบบ อย. : 10-3-12535-1-1817 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : ไม่ปรากฏข้อมูล วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 27 / 09 / 09	บริษัท แพรี่ มาร์เก็ตติ้ง จำกัด	จีน	2.96
18. ขนมปังกรอบแผ่นสี่เหลี่ยม Golden Cracker ตราจูลี่ส์ เลขสารบบ อย. : 96-4-00136-2-0035 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 25 / 09 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 25 / 09 / 09	บริษัท เปอร์เฟกต์ดีเมน เฟดเจอริง (M) จำกัด	มาเลเซีย	8.56
19. The Original CREAM CRACKERS munchy's เลขสารบบ อย. : ไม่มี วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : ไม่ปรากฏข้อมูล วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 01 / 08 / 09	Munchy Food Industries SDN.BHD.	มาเลเซีย	3.97
20. Cocoa Chocolate Biscuit Koala's March เลขสารบบ อย. : ไม่มี วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : ไม่ปรากฏข้อมูล วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 04 / 09 / 09	Soon Seng Huat (Singapore) Pte LTD.	สิงคโปร์	5.66
21. Cocoa Chocolate Biscuit Koala's March เลขสารบบ อย. : ไม่มี วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : ไม่ปรากฏข้อมูล วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 23 / 09 / 09	Soon Seng Huat (Singapore) Pte LTD.	สิงคโปร์	18.45
22. Chocolate snack KOALA FAMILY PACK เลขสารบบ อย. : ไม่มี วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 13 / 05 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 12 / 08 / 09	MALAYSIA & SINGAPORE SEHAT EKONOMI SUPERMARKET	มาเลเซีย	3.03
23. ขนมปังกรอบรูปหมีโคะล่าสดไส้ครีมรส ตรอเบอร์รี่ ตราโคะ ล่า เลขสารบบ อย. : 10-3-13241-1-0300 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 17 / 05 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 16 / 08 / 09	บริษัท ชันฟู้ดส์ เทรดดิ้ง จำกัด	จีน	2.89
24. ขนมปังกรอบรูปหมีโคะล่าสดไส้ครีมรสนม ตราโคะล่า เลขสารบบ อย. : 10-3-13241-1-0303 วัน / เดือน / ปี ที่ผลิต : 07 / 01 / 08 วัน / เดือน / ปี ที่หมดอายุ : 06 / 04 / 09	บริษัท ชันฟู้ดส์ เทรดดิ้ง จำกัด	จีน	2.60

ที่มา : รายชื่อผลิตภัณฑ์อาหารกระป๋องไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด สืบค้นจาก [http://www.fda.moph.go.th/www_fda/fda_melamine/bytypeNo.pdf]

8กรณี 54 ศพ จากประเทศพม่ามาถึง 8กรณีโรอิงญา...เป็นการค้ามนุษย์หรือไม่?



เดือนเมษายน 2551 เกิดเหตุการณ์ชวนให้ตระหนักสำหรับสังคมไทย เพราะมีการพบศพแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่าที่หลบหนีเข้าเมืองไม่ถูกกฎหมายจำนวน 54 คน เป็นชาย 17 คน และหญิง 37 คน รวมถึงมีผู้บาดเจ็บอีก 21 คน จากจำนวนแรงงานข้ามชาติจากพม่าทั้งหมด 121 คน ในรถบรรทุกที่ดัดแปลงเป็นรถตู้คอนเทนเนอร์ห้องเย็น พบว่าเข้ากับข่าวดังระดับโลกเรื่องชาวโรอิงญาที่เดินทางเข้าประเทศไทยโดยทางเรือในพื้นที่จังหวัดระนอง ถูกเจ้าหน้าที่ทหารไทยพลักดันให้กลับไปเพิกษุความตายกลางทะเล นำไปสู่คำถามว่าเรื่องเหล่านี้เกี่ยวข้องกับขบวนการค้ามนุษย์ในประเทศไทยอย่างไร?

กรณี 54 ศพ จากประเทศพม่า เป็นเพียงยอดภูเขาน้ำแข็งของขบวนการค้ามนุษย์

แรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้ มีนายหน้าพาลักลอบเดินทางมาจากแพปลาแห่งหนึ่งในจังหวัดระนอง เพื่อเดินทางไปทำงานที่จังหวัดพังงาและภูเก็ต ระหว่างที่รถได้แล่นมาถึงบริเวณบ้านบางกล้วยนอก หมู่ที่ 3 ต.นาตา อ.สุขสำราญ จ.ระนอง พบว่าแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่ต่างเบียดเสียดอย่างแออัดอยู่ในพื้นที่แคบๆ ได้เสียชีวิตลงเนื่องจากขาดอากาศหายใจนานกว่า 1-2 ชั่วโมง ทำให้คนขับรถต้องหยุดรถและหลบหนีความผิดไปในที่สุด

กรณีนี้ไม่ใช่เหตุการณ์แรกและไม่ใช่เหตุการณ์สุดท้ายสำหรับการย้ายถิ่นข้ามชาติ¹ ที่ไม่ปลอดภัยเช่นนี้ หากย้อนหลังไปดูกรณีแรกๆ ที่คล้ายคลึงกับกรณี 54 ศพ คือ เมื่อปี 2538 เกิดกรณีรถบรรทุกขนคนงานจากประเทศพม่าร่วมร้อยคนถูกอัดแน่นในรถบรรทุกคลุมผ้าใบแน่นหนา ออกจากจากระนองเพื่อไปภูเก็ต แต่เมื่อรถไปถึงจังหวัดพังงาก็เกิดอุบัติเหตุไฟไหม้ในรถ ดลบันดาลคนงานตาย 30 กว่าคน ที่เหลือบาดเจ็บสาหัสรวม 50 คน และหากพิจารณาย้อนหลังช่วง พ.ศ.2549-2551 ที่ผ่านมามีพบว่าได้เกิดเหตุการณ์เช่นนี้ในประเทศไทยมาแล้วอย่างน้อยถึง 14 ครั้ง (ที่สามารถตรวจสอบได้) มีแรงงานข้ามชาติเสียชีวิต 106 คน บาดเจ็บ 149 คน สูญหาย 15 คน²

เหตุการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานที่ได้รับผลกระทบจากการเอารัดเอาเปรียบจากผู้จ้าง และจากผู้ลักลอบขนแรงงานเข้ามาทำงานในประเทศไทย 3 ประเด็นมากกว่า 20 ปีแล้ว ที่มีผู้อพยพข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านหลังไหลเข้ามาทำงานในบ้านเรา ด้วยเหตุผลจากโครงสร้างการเมืองและทางเศรษฐกิจของประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นแรงผลักดันให้ผู้คนย้ายถิ่นออกจากบ้านเกิด ผนวกกับความต้องการแรงงานระดับล่างของธุรกิจต่างๆ ในบ้านเราที่เป็นปัจจัยดึงดูดให้แรงงานเหล่านี้มุ่งหวังเข้ามาแสวงหาโอกาสชีวิตที่ดีกว่า

น่าสนใจว่า จนถึงบัดนี้ประเทศไทยก็ยังไม่มียุทธศาสตร์เกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติที่ชัดเจน มีแต่เนบulyาัยจัดการผู้อพยพที่ลักลอบเข้าเมืองมาทำงานไม่ถูกกฎหมาย ทำให้เกิดการคอร์รัปชันอย่างกว้างขวางในการขนคนเข้ามาทำงาน และเกิดเป็นขบวนการลักลอบค้ามนุษย์ข้ามชาติ จนประเทศไทยถูกตราว่าเป็นศูนย์กลางการย้ายถิ่นแรงงานข้ามชาติในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง (ครอบคลุม 6 ประเทศ คือ ไทย พม่า กัมพูชา ลาว เวียดนาม และมณฑลยูนนานของประเทศไทย) และเป็นศูนย์กลางการค้ามนุษย์ไปในเวลาเดียวกัน⁴

ปรากฏการณ์การย้ายถิ่นข้ามชาติที่เกิดขึ้นในภูมิภาคนี้ เป็นการเคลื่อนย้ายในลักษณะของการลักลอบเข้าเมืองอย่างไม่ถูกกฎหมาย เกี่ยวข้องกับขบวนการนำพา หรือลักลอบขนแรงงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านของประเทศไทยที่เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมา และหลังจากเหตุการณ์กรณีแรงงานข้ามชาติเสียชีวิตระหว่างลักลอบเข้ามาทำงานที่ระนองในครั้งนี้อีก

ประจวบกับในตอนปลายปี 2551 ต่อดันปี 2552 ล่าช้ากว่าต่างประเทศตีข่าวเรื่องชาวโรฮิงญา ที่เดินทางเข้าประเทศไทย โดยทางเรือในพื้นที่จังหวัดระนอง แต่ถูกเจ้าหน้าที่ทหารไทยผลักดันให้กลับไปเผชิญความตายกลายทะเล โดยในข่าวได้สัมภาษณ์ผู้รอดชีวิตให้ข้อมูลว่า ถูกผลักดันกลับไปในภาวะที่ยากลำบากและถูกทำร้าย⁵ ซึ่งกลายเป็นประเด็นร้อนต่อรัฐบาลไทยไม่น้อย หลังจากเกิดเหตุการณ์ดังกล่าว สื่อ และภาคีรัฐบาลส่วนได้พยายามจะเชื่อมโยงต่อการลักลอบเดินทางเข้าประเทศไทยว่าเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการค้ามนุษย์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน⁶

ทำให้เกิดความสนใจจากรัฐบาล และภาคประชาสังคม ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้อพยพข้ามชาติ รวมถึงชาวบ้านทั่วไป ต่อประเด็นนี้เพิ่มมากขึ้นมาก

เส้นดาบเกี่ยวของการค้ามนุษย์กับการค้าแรงงาน

การลักลอบขนแรงงานข้ามชาติและการค้ามนุษย์นั้น เป็นความดาบเกี่ยวระหว่างเรื่องของการนำพา หรือการค้ามนุษย์ กับ การเคลื่อนย้ายแรงงาน เห็นได้จากการที่รัฐบาลได้มองกรณีการเสียชีวิตของแรงงานข้ามชาติจากพม่า 54 ศพ เป็นเรื่องของ การค้ามนุษย์ ดังเช่น การให้สัมภาษณ์ของ นายพล ปัทมะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศในขณะนั้นว่า “รัฐบาลไทยจะร่วมมือกับรัฐบาลพม่าในการปราบปรามการค้ามนุษย์ข้ามชาติ ซึ่งรัฐบาลไทยอยู่ในระหว่างการหารืออย่างใกล้ชิดกับ รัฐบาลพม่าในการรกร่างบันทึกความเข้าใจว่าด้วยการต่อต้าน การค้ามนุษย์ และความพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาแรงงานผิดกฎหมายพม่าในไทย ตามบันทึกความเข้าใจที่ไทยกับพม่าได้ลงนามไปแล้ว”⁷

ด้วยกระแสประเด็นเรื่องการค้ามนุษย์ในระดับสากล ที่ผลักดันให้นานาชาติหันมาให้ความสำคัญกับปัญหาการค้ามนุษย์ สำหรับประเทศในภูมิภาคอาเซียนก็ให้ความสนใจเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี⁸ คือ

- พ.ศ.2540 ปัญหาการค้าสตรีและเด็กได้รับการกล่าวถึงครั้งแรกโดยผู้นำอาเซียนในการประชุมผู้นำอาเซียนอย่างไม่เป็นทางการ กำหนดให้มีแนวปฏิบัติและมาตรการความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาของภูมิภาค ซึ่งรวมถึงการค้าสตรีและเด็ก
- พ.ศ.2541 ผู้นำอาเซียนได้รับรองแผนปฏิบัติการฮานอย แผนดังกล่าวเรียกร้องให้มีการเสริมสร้างความร่วมมือในการต่อต้านการค้าและการกระทำความรุนแรงต่อสตรีและเด็ก
- พ.ศ.2547 ที่ประชุมสุดยอดอาเซียนครั้งที่ 10 ที่เวียงจันทน์ ได้ให้การรับรองปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยความร่วมมือในการต่อต้านการค้ามนุษย์

อย่างไรก็ตาม การมองปรากฏการณ์เรื่องการค้ามนุษย์ในประเทศไทย ก่อนการประกาศใช้พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551 ยังคงเป็นการมองไปที่

กลุ่มเป้าหมายที่เป็นสตรีและเด็ก และนิยามการค้ามนุษย์เฉพาะในเรื่องของการแสวงประโยชน์ทางเพศเท่านั้น โดยผู้หญิงและเด็กเท่านั้นที่ถือว่าเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ ดูได้จากการทำบันทึกข้อตกลงระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกัน เช่น

- พ.ศ.2542 มีการลงนามร่วมกันในบันทึกข้อตกลงเรื่อง แนวทางปฏิบัติร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการกรณีการค้าหญิงและเด็กที่ตกเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์
- พ.ศ.2546 จัดทำบันทึกข้อตกลงเรื่อง แนวทางปฏิบัติร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการกรณีการค้าหญิงและเด็กที่ตกเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ (ฉบับที่ 2) บันทึกข้อตกลง เรื่อง การดำเนินงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชน กรณีการค้าเด็กและหญิง และบันทึกข้อตกลง เรื่องแนวทางการดำเนินงานขององค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการกรณีการค้าเด็กและหญิง
- พ.ศ.2546 จัดทำบันทึกความเข้าใจระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรกัมพูชา เรื่องความร่วมมือทวิภาคีว่าด้วยการจัดการค้าเด็กและหญิง และการช่วยเหลือเหยื่อการค้ามนุษย์
- พ.ศ.2547 จัดทำบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือระหว่างประเทศในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง ว่าด้วยการต่อต้านการค้ามนุษย์
- พ.ศ.2548 จัดทำบันทึกความเข้าใจระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ว่าด้วยความร่วมมือต่อต้านการค้ามนุษย์ โดยเฉพาะสตรีและเด็ก

พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ.2551 กฎหมายฉบับนี้ห้ามการค้ามนุษย์ทุกรูปแบบ รวมทั้งการค้ามนุษย์เพื่อใช้แรงงาน ซึ่งครอบคลุมถึงการค้าทารก เด็ก ผู้หญิง ผู้สูงอายุ และผู้ชายด้วย กฎหมายกำหนดบทลงโทษที่เข้มงวดและเป็นโทษหนักเหมือนกับอาชญากรรมร้ายแรง ซึ่งจะแตกต่างจากกฎหมายต่อต้านการค้ามนุษย์ฉบับเดิม

แต่เมื่อหันกลับไปมองเหตุการณ์แรงงานข้ามชาติที่เสียชีวิตถึง 54 ศพ ในระหว่างการลักลอบเดินทางเข้ามาทำงานที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ได้นำมาซึ่งข้อถกเถียงต่อเรื่องการค้ามนุษย์ว่าพวกเขา/เธอเหล่านั้นเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์หรือไม่ แม้ท้ายที่สุดคำตอบจะออกมาในลักษณะที่บอกว่าเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นในขณะที่ พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ฉบับใหม่ยังไม่มีผลบังคับ จึงต้องใช้กฎหมายฉบับเดิม แต่ในแง่ข้อถกเถียงก็แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ เข้าข่ายเหยื่อของการค้ามนุษย์และไม่เข้าข่าย

ต่อประเด็นนี้ นายวิฑิต มันทาภรณ์ นักวิชาการสิทธิมนุษยชนชื่อดังที่ทำงานในระดับนานาชาติ ให้ความเห็นว่า

“การถกเถียงในประเด็นข้างต้นเกี่ยวกับประเด็นเรื่องผู้เสียหายว่าเป็นเหยื่อหรือไม่เป็นเหยื่อนั้น ผมคิดว่าเป็นสิ่งที่ดี ที่เราก็คงมีความสับสนเพราะจะช่วยให้เราจำเป็นต้องหาความกระจ่างต่อเรื่องนี้ ทั้งการช่วยเหลือผู้ที่ตกเป็นเหยื่อ ผู้แทนในการเรียกร้องให้เหยื่อ และการช่วยเจ้าหน้าที่ให้ทำงานสะดวกขึ้น โจทย์สำคัญคือ ทำอย่างไรถึงจะทำให้วิธีการของแต่ละฝ่ายสามารถมาบรรจบกันได้ ในทัศนะเจ้าหน้าที่ คือ สันนิษฐานไว้ก่อนว่าแรงงานกลุ่มนี้ผิดกฎหมาย ฉะนั้นก็ดำเนินการฟ้องและส่งกลับ โดยใช้กฎหมายเรื่องคนเข้าเมืองเป็นตัวตั้ง ... ข้อเสนอของผมคือ ต้องใช้การสันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ที่ได้รับผลกระทบเป็นเหยื่อ และต้องใช้กระบวนการในรูปแบบสวัสดิการสังคมเข้ามากำกับดูแล ดังนั้น มีความจำเป็นที่ต้องมีคำสั่งที่ชัดเจนว่าเมื่อพวกเขาเป็นเหยื่อ จะต้องมีการโอนการทำหน้าที่เหล่านี้จากสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองไปยังหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ”⁹

บทบาทของ ‘นายหน้า’

กับการลักลอบขนแรงงานข้ามพรมแดน

จากพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551 ที่ให้คำนิยามผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ หมายถึง บุคคลที่ได้รับความเสียหายเนื่องจากถูกระทำอย่างหนึ่งอย่างใด คือ จัดหา / ซื้อ / ขาย / จำหน่าย / พามาจาก / ส่งไปยังที่ใด / หน่วงเหนี่ยว / กักขัง / จัดให้อยู่อาศัย / รับไว้ โดยวิธีการอย่างหนึ่งอย่างใด คือ ข่มขู่ / ใช้กำลังบังคับ / ลักพาตัว / ฉ้อฉล / หลอกลวง / ใช้อำนาจโดยมิชอบ โดยให้เงินหรือผลประโยชน์อย่างอื่นแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล เพื่อแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบอย่างหนึ่งอย่างใด คือ การแสวงหาประโยชน์จากการค้าประเวณี / การผลิตหรือเผยแพร่วัตถุหรือสื่อลามก / การแสวงหาประโยชน์ทางเพศ / การเอาคนลงเป็นทาส / การนำคนมาขูดเหงื่อ / การบังคับใช้แรงงานหรือบริการ / การบังคับติดต่อยวาระเพื่อการค้า / การอื่นใดที่คล้ายคลึงกัน อันเป็นการขูดรีดบุคคล

เห็นได้ว่า การลักลอบขนแรงงานข้ามพรมแดน กับการค้ามนุษย์ มีความคาบเกี่ยวกันสูงมาก เนื่องจากทั้ง 2 กระบวนการต้องมีนายหน้าเข้ามาเป็นตัวหลักสำคัญ เพราะแรงงานข้ามชาติไม่สามารถย้ายถิ่นแบบถูกกฎหมายได้ ทำให้ตัวแรงงานเองต้องย้ายถิ่นผ่านการมีเครือข่ายนายหน้า เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงานได้ทำการวิจัยเชิงลึก เรื่องกระบวนการเข้าสู่การค้ามนุษย์ในแรงงานข้ามชาติ พบว่า มีรูปแบบการค้ามนุษย์จำนวนมาก ในรูปแบบการจัดหา นำพา การเอารัดเอาเปรียบ การแสวงหาผลประโยชน์จากแรงงานและการปิดกั้นอิสระเสรีภาพ รวมถึงการบังคับในรูปแบบอื่นๆ¹⁰ โดยงานวิจัยนี้ได้จำแนกประเภทของนายหน้าไว้อย่างน่าสนใจ คือ

1. **นายหน้าพาข้ามพรมแดน** หมายถึง คนที่พาข้ามพรมแดนมายังประเทศไทย โดยเป็นธุระจัดการเรื่องการเดินทาง ซึ่งคิดค่าใช้จ่ายแล้วแต่ความยากลำบากของเส้นทาง
2. **นายหน้าหางาน/ส่งคนเข้าโรงงาน** ส่วนใหญ่เป็นคนต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยมาเป็นเวลานานและรู้จักกับเจ้าของกิจการ สามารถพูดภาษาไทยได้ดี ซึ่งการเก็บค่าใช้จ่ายขึ้นอยู่กับประเภทงาน
3. **นายหน้าเคสเลอร์เจ้าหน้าที่รัฐ** ซึ่งคนกลุ่มนี้รู้จักกับเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลบางคนและเป็นผู้กว้างขวางในแวดวงแรงงานข้ามชาติ โดยจะทำหน้าที่เจรจาต่อรองเมื่อแรงงานถูกจับ โดยคิดค่าจัดการประมาณ 5,000-10,000 บาท
4. **นายหน้าทำบัตร/เอกสาร** ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนไทยที่มีความรู้ในกระบวนการทำเอกสาร เช่น ใบอนุญาตทำงาน ใบทะเบียนราษฎร บัตรสุขภาพ โดยแต่ละครั้งจะเพิ่มค่าใช้จ่ายมากกว่าความเป็นจริง 1-2 เท่า เช่น ค่าทำใบอนุญาตทำงานและบัตรสุขภาพปกติเสียคนละ 3,800 บาท แต่หากผ่านนายหน้าต้องจ่ายประมาณ 5,000-10,000 บาท
5. **นายหน้าส่งคนกลับบ้าน** โดยคนกลุ่มนี้รู้จักกับเจ้าหน้าที่รัฐที่ผลักดันคนต่างชาติกลับภูมิลำเนา หากแรงงานต้องการเดินทางกลับประเทศไทยอีกก็สามารถทำได้ แต่ต้องเสียเงินประมาณ 2,000-3,000 บาท
6. **นายหน้าพาไปโรงพยาบาล** ส่วนใหญ่เป็นแรงงานข้ามชาติที่พูดภาษาไทยได้ หรือคนไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับแรงงานข้ามชาติ หากแรงงานเจ็บป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาล แต่ไม่สามารถพูดภาษาไทยได้และไม่มีความรู้ขั้นตอนต่างๆ ในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล นายหน้ากลุ่มนี้จะเป็นผู้อาสาพาไป โดยคิดค่าใช้จ่ายครั้งละ 500 บาท
7. **นายหน้าเงินกู้** มีทั้งคนไทยและคนต่างชาติซึ่งจัดบริการเงินกู้นอกระบบในอัตราดอกเบี้ย ร้อยละ 20-30 บาท
8. **นายหน้าส่งเงินกลับบ้าน** ส่วนใหญ่เป็นคนต่างชาติซึ่งมีฐานะค่อนข้างดี มีโทรศัพท์มือถืออยู่ประเทศต้นทาง หากแรงงานข้ามชาติรายได้ต้องการใช้บริการส่งเงินกลับบ้านในประเทศต้นทาง นายหน้าจากฝั่งไทยจะโทรศัพท์ไปบอกเครือข่ายที่ประเทศต้นทางเพื่อจ่ายเงินก้อนเท่าที่แรงงานต้องการส่งกลับ แล้วหักเปอร์เซ็นต์จากยอดเงินประมาณร้อยละ 10-20
9. **นายหน้ารับช่วง (Sub-Contractor)** เป็นคนคุมงานที่ส่งคนงานไปตามโรงงานต่างๆ นายหน้ากลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นคนไทยที่มีอิทธิพล
10. **นายหน้าค้ามนุษย์** เป็นกลุ่มคนที่เป็นธุระจัดหา นำพาแรงงานมาเพื่อแสวงหาประโยชน์ในทางมิชอบ เช่น บังคับค้าประเวณี บังคับให้ทำงาน ซึ่งมีการบังคับขู่เข็ญและทำร้ายร่างกาย

ฉะนั้นจึงเห็นได้ว่าการมีนายหน้า ไม่ได้หมายความว่าต้องเป็นการค้ามนุษย์เสมอไป การค้ามนุษย์จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อต้องมีการหลอกลวงแรงงานไปทำงานที่อื่น แต่กรณีแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ เป็นเรื่องยากที่จะบอกตรงไปตรงมา เนื่องจากมีน้อยคนมากที่จะทราบว่าตนเองมาทำงานอะไรที่ประเทศไทย และการออกจากบ้านของพวกเขาไม่ใช่แค่เพียงปัจจัยทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของการละเมิดสิทธิมนุษยชน ที่ทำให้คนต้องอพยพย้ายถิ่นออกมา ฉะนั้นการที่แรงงานไม่อาจทราบล่วงหน้าถึงสภาพการทำงาน และไม่สามารถควบคุมสภาพนี้ได้ ก็เป็นการยากที่จะพูดได้ว่าเป็นการค้ามนุษย์

สถานการณ์เหล่านี้ คือ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางความคิด เรื่องการค้ามนุษย์ ทั้งเรื่องนายหน้าที่จะเป็นญาติพี่น้องและเพื่อนสนิท หรือเกิดจากความยินยอมสมัครใจเอง ส่วนการใช้กำลัง การลักพาตัว การบังคับ และการหลอกลวงนั้นพบน้อยลง



แต่พบว่าปัญหาจะเป็นเรื่องของการจ้างงานและสภาพการทำงานที่ไม่ตรงกับที่บอกก่อนการย้ายถิ่น ซึ่งจะพบได้มากขึ้น เช่น มีการบังคับใช้แรงงานในภาคเกษตร โรงงาน ธุรกิจก่อสร้าง ธุรกิจประมงและอาหารแปรรูปจากสัตว์ทะเล คนรับใช้ตามบ้าน และขอทาน ในกลุ่มนี้มีแรงงานเด็กรวมอยู่ด้วย ซึ่งอาจเข้าข่ายการค้ามนุษย์ คือ มีค่าแรงถูกและสามารถแสวงประโยชน์ได้ง่าย

ดังเช่นเหตุการณ์เดือนมีนาคม พ.ศ.2551 เจ้าหน้าที่ได้บุกเข้าค้นโรงงานผลิตอาหารกุ้งแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร และ

ช่วยเหลือชาวพม่า 300 คน ที่ถูกบังคับใช้แรงงานออกมา ครั้งนี้เป็นครั้งแรกที่เจ้าหน้าที่รัฐระบุให้แรงงานชาย 20 คน ที่รวมอยู่ในกลุ่มแรงงาน 74 คน ถูกพิจารณาว่าเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ด้วย และให้ส่งตัวไปยังที่พักพิงชั่วคราวของรัฐบาล อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ได้ใส่กุญแจมือและกักขังแรงงานชายพม่ารายอื่นๆ ที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายไว้ที่โรงงาน และส่งตัวไปยังห้องขังเพื่อการส่งตัวกลับประเทศ¹¹

โรฮิงญา : ภาพสะท้อนความซับซ้อนและสับสนของการค้าแรงงาน การค้ามนุษย์ และผู้หนีภัยความตาย

หากมองดูรากเหง้าของประเด็นชาวโรฮิงญาที่ต้องเดินทางเข้ามาประเทศไทยโดยมีจุดมุ่งหมายทั้งต้องการหางานทำ ต้องการหลบหนีจากการละเมิดสิทธิในประเทศต้นทาง คือ พม่า และต้องการเดินทางต่อไปยังประเทศอื่นๆ ที่เป็นประเทศมุสลิมโดยเฉพาะมาเลเซียนั้น ชัดเจนว่ากรณีโรฮิงญามีความซับซ้อนของสถานะของกลุ่มมากกว่า คือ ทั้งในฐานะที่เป็นแรงงานข้ามชาติ เหยื่อของการค้ามนุษย์ และผู้หนีภัยความตาย ความซับซ้อน/ซ้อนทับของสถานะนี้เอง ทำให้มุมมองต่อเรื่องนี้มีหลากหลาย และนำมาซึ่งวิธีคิดหรือทำความเข้าใจต่อปัญหาของชาวโรฮิงญาที่เดินทางออกจากประเทศพม่า รวมทั้งแนวปฏิบัติต่อกลุ่มคนดังกล่าว ตามแต่ที่หน่วยงานหรือบุคคลนั้นๆ จะเข้าใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกรอบคิดหลักของผู้กำหนดนโยบายโน้มเอียงไปในมิติของด้านความมั่นคงเป็นหลัก ก็ทำให้การปฏิบัติต่อเรื่องดังกล่าวเน้นการแก้ไขปัญหาโดยการผลักดันส่งกลับเป็นหลัก ต่อประเด็นนี้นายสุนัย ผาสุก ผู้ประสานงานปริกาองค์การฮิวแมนไรท์วอตช์ประจำประเทศไทย ชี้ให้เห็นภาพว่า¹²

“การปฏิบัติต่อโรฮิงญา ขณะนี้ไม่สอดคล้องกับสภาพจริง ๆ ของโรฮิงญา เพราะโดยสภาพแล้วพื้นที่ที่ข้ามแดนเข้ามาอย่างไม่มีการขออนุญาตถือว่าเข้ามาโดยผิดกฎหมาย ต้องเข้าแดนด้วยกระบวนการตรวจคนเข้าเมือง ถ้าเข้ามาแล้วจับกุมได้ต้องส่งให้สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) เพื่อส่งตัวขึ้นศาล เมื่อพบว่ามี การเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายต้องส่งกลับไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง สิ่งที่ประเทศไทยปฏิบัติกับผู้ลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายทุกกลุ่ม ไม่เฉพาะโรฮิงญาเป็นการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและได้รับการยอมรับจากนานาชาติพอสมควร ยิ่งดีกว่าประเทศเพื่อนบ้านอื่นๆ แต่การปฏิบัติกับโรฮิงญาของไทยหลังจาก 19 กันยายน 2549 เป็นต้นมาเปลี่ยนไป เพราะมีความมั่นคงเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ต้องบอกว่าเป็นการเข้าใจผิดและเป็นสมมุติฐานที่ผิดโดยฝ่ายความ

มันคงว่า ชาวโรฮิงญามีผลกระทบต่อความมั่นคง ทั้งที่ความจริง บุคคลเหล่านี้ต้องการเดินทางผ่านไทยเพื่อเข้าไปยังมาเลเซีย”

นอกจากนั้นแล้วศูนย์ยังได้เชื่อมโยงให้เห็นถึงปัญหาของการค้ามนุษย์ในกลุ่มโรฮิงญา ไว้ที่น่าสนใจว่า “นายหน้าจะได้ค่าตัวจากการขายโรฮิงญา ประมาณ 2-3 หมื่นบาท ต่อคน ส่วนโรฮิงญาก็ต้องจ่ายค่าตัวเช่นกัน โดยอาจจะจ่ายด้วยการกู้หนี้ยืมสินหรือบางคนก็เป็นหนี้ล่องหน้า พวกเขาจึงมีภาระที่จะต้องไปถึงปลายทางให้ได้ เพราะหลังจากที่ใช้หนี้รายหน้าหมด เงินที่เหลือก็เก็บ สถานการณ์จึงบีบบังคับเพื่อไปให้ถึง เมื่อถูกจับและส่งกลับไม่ว่าทางบกหรือทางทะเล พวกเขาก็จะดันดันกลับมาอีก เมื่อถูกจับและดันตัวตามตัวจะมีเบอร์โทรศัพท์อยู่ นั่นคือ เบอร์ติดต่อนายหน้า หากจะไล่เบี้ยนายหน้าเหล่านี้มีเยอะแยะเต็มไปหมด มีทั้งคนโรฮิงญา คนไทย คนมาเลเซีย หากไล่ตามเบอร์ก็สามารถไล่จับนายหน้าได้ทั้งหมด เราก็จะสามารถตัดตอนการค้ามนุษย์ได้ แต่ตอนนี้เราไปตอบใจทยึด มองว่าโรฮิงญาเป็นภัยด้านความมั่นคง จริงๆ ไม่ใช่ กลุ่มที่เป็นภัยต่อความมั่นคง คือ “นายหน้า” ที่ควรต้องถูกดำเนินการตามกฎหมาย”

ขณะเดียวกัน ด้วยปัจจัยที่ประเทศพม่าปฏิเสธสถานะความเป็นพลเมืองของโรฮิงญา ทำให้กลไกในการคุ้มครองชาวโรฮิงญา รวมถึงการใช้กรอบความร่วมมืออนุภูมิภาคอาเซียนในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้จะไม่สามารถกระทำได้ เพราะชาวโรฮิงญาเหล่านี้ไม่มีสถานะเป็นพลเมืองของประเทศพม่า ซึ่งก็อาจจะเข้าข่ายไม่ได้เป็นพลเมืองในกรอบความร่วมมือของอาเซียนด้วยเช่นกัน

เมื่อปัจจัยทั้งในประเทศต้นทาง และสถานะของชาวโรฮิงญาที่มีความซับซ้อนเช่นนี้แล้ว ทำให้เกิดคำถามต่างๆ ตามมาว่า เราจะสามารถแยกสถานะที่ทับซ้อนของคนกลุ่มนี้ได้หรือไม่ หรือเราควรจะต้องแสวงหามุมมองใหม่ต่อประเด็นดังกล่าว ซึ่งปัจจุบันต้องยอมรับว่ามิติที่จะใช้ทำความเข้าใจสถานะที่ทับซ้อนเช่นนี้ยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีสถานะผู้หนีภัยความตาย และแรงงานข้ามชาติ แนวทางการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐที่เน้นเรื่องความมั่นคงของรัฐ โดยการใช้วิธีการผลักดันออกโดยทันทีนั้น ขวนให้ตั้งคำถามสำคัญว่า มีส่วนในการผลักดันให้เกิดขบวนการค้ามนุษย์ และผลักดันให้คนเหล่านี้กลายเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์โดยทางอ้อมหรือไม่

เราจะข้ามพ้นความซับซ้อนเกี่ยวกับการค้ามนุษย์ได้อย่างไร?

เพราะภาพรวมของการลักลอบขนแรงงานข้ามชาติ และการค้ามนุษย์ จะเป็นภาพที่ดูสับสนและซับซ้อน มองไม่เห็นรอยแบ่งที่ชัดเจนของสถานะต่างๆ หรือบางครั้งแม้จะเห็นชัด แต่กลับดูพัวพันลงไปอีก เหตุการณ์การลักลอบขนแรงงานข้ามชาติจนนำไปสู่เหตุโศกนาฏกรรม สะท้อนให้เห็นความพัวพันของความเป็นผู้อพยพที่แสวงหางานทำ เพื่อชีวิตที่ดีกว่า กับเหยื่อของการค้ามนุษย์ที่ต้องนำพาให้พวกเขามาอยู่ในสภาพไม่พึงปรารถนา ภาพการเข้าช่วยเหลือนแรงงานข้ามชาติ ทั้งเด็ก

ผู้หญิงและผู้ชาย ที่ตั้งคำถามต่อกลไกการคุ้มครองที่จะทำให้อำนาจการละเมิดต่อพวกเขาช้าแล้วช้าเล่า ภาพชาวโรฮิงญาที่ขวนตั้งคำถามต่อภาพซ้อนกันของสถานะในตัวคนคนหนึ่ง แล้วเราจะข้ามพ้นไปอย่างไร?

ประการแรก ในภาวะที่โลกหมุนเร็วขึ้นด้วยแรงผลักของโลกาภิวัตน์ การเดินทางข้ามพรมแดนของรัฐของผู้คนย่อมง่าย และก็เป็นช่องทางที่ผู้คนที่จะแสวงหาชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางเศรษฐกิจและการเมือง โดยเฉพาะคนยากจนในประเทศเพื่อนบ้านย่อมมีมากขึ้นอย่างเลี่ยงไม่ได้ แนนอนในภาวะที่พรมแดนของรัฐถูกปิดด้วยอำนาจอธิปไตยแห่งรัฐ ขบวนการค้ามนุษย์ รวมถึงนายหน้า ที่จะนำพาผู้คนข้ามพรมแดนข้ามมาก็ย่อมจะเกิดขึ้น และสร้างความเสี่ยงแก่คนที่เดินทางข้ามประเทศ สิ่งที่รัฐไทยและสังคมจะต้องพิจารณาอย่างจริงจัง คือ ทำอย่างไรให้การเดินทางข้ามพรมแดนของผู้คนทั้งหลายเป็นการเดินทางที่ปลอดภัย เป็นการย้ายถิ่นที่ปลอดภัย แนนอนย่อมต้องพูดถึงเรื่องของนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติที่มีการวางแผนระยะยาว และมองทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับการย้ายถิ่นอย่างรอบด้านด้วย

ประการที่สอง การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อการจัดการช่วยเหลือเหยื่อการค้ามนุษย์ จะต้องไม่มีช่องทางที่ไปละเมิดสิทธิข้ามพรมแดนต่อตัวผู้ถูกค้า ขณะเดียวกันก็ต้องมองในมิติที่พวกเขาเหล่านั้นข้ามพรมแดนเข้ามาเป็นแรงงานที่แสวงหางานทำเพื่อชีวิตที่ดีกว่าของตนเอง การบังคับใช้กฎหมายก็ควรจะต้องเอื้อต่อภาวะดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากแรงงานจำนวนมาก แม้จะตกเป็นเหยื่อของการลักลอบค้ามนุษย์ แต่เบื้องหลังการเดินทางนั้นหลายคนมีภาระหนี้สินผูกติดตัวมา การส่งกลับโดยไม่คำนึงถึงลักษณะดังกล่าว ก็เป็นการเริ่มต้นวงจรของการค้ามนุษย์อีกครั้งช้าแล้วช้าเล่า

ประการสุดท้าย ปรากฏการณ์การย้ายถิ่นที่เกิดขึ้นในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า ด้วยปัจจัยผลจากประเทศต้นทางที่หลากหลาย และนโยบายเกี่ยวข้องกับคนข้ามชาติที่ยังไม่ชัดเจน ทำให้คนข้ามชาติจำนวนมาก มีสถานะที่หลากหลายในตัวเอง กรณีของชาวโรฮิงญา ได้สะท้อนภาพนี้ออย่างชัดเจน ทำให้รัฐบาลไทยและสังคมไทยต้องตระหนักว่า สถานการณ์ดังที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมีความจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องมีนโยบายที่มองเห็นกลุ่มคนสถานะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นนโยบายเกี่ยวข้องกับผู้ลี้ภัย ควบคู่ไปกับนโยบายต่างประเทศเชิงรุก และคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชนที่จะช่วยให้วงจรการค้ามนุษย์ถูกตัดลงไปมากขึ้นเรื่อยๆ

ขณะเดียวกันก็ต้องผลักดันให้เกิดนโยบายการจัดการคนไร้รัฐไร้สัญชาติทั้งภายในประเทศ และสร้างกลไกในระดับภูมิภาคที่จะแก้ปัญหาด้านไร้รัฐของภูมิภาคให้ได้ และท้ายที่สุดจำเป็นที่จะต้องพิจารณานโยบายแรงงานข้ามชาติที่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น มีแผนเชิงรุกทั้งในประเทศต้นทางและประเทศปลายทาง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้คนในภูมิภาคอันเป็นหนทางของการตัดช่องทางการค้ามนุษย์ในระยะยาวต่อไป

9 ภัยเอดส์คุกคามวัยรุ่นไทย เพราะเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย

การรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น กระทั่งตัวเลขของผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงกว่าในอดีตอย่างมาก ทว่าสิ่งที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งในขณะนี้คือ วัยรุ่นไทยกลายเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ซึ่งเป็นวัยรุ่นก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ปัญหาเอดส์ระบาดในหมู่วัยรุ่นเป็นเรื่องที่สังคมไทยต้องจับตาอย่างใกล้ชิดและลงมือแก้ปัญหาโดยด่วนก่อนที่จะทุกอย่างจะสายเกินไป

จากสถานการณ์โลกถึงสถานการณ์ประเทศไทย

รายงานฉบับล่าสุดของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ให้ข้อมูลภาพรวมเกี่ยวกับสถานการณ์เอดส์ว่า ในปี 2550 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกประมาณ 33 ล้านคน และจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงจากราวๆ 3 ล้านคน ในปี 2544 เหลือประมาณ 2.7 ล้านคน ในปี 2550 ทั้งนี้มีการคาดการณ์ว่า ร้อยละ 45 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่จะเป็นกลุ่มวัยรุ่น อายุระหว่าง 15-24 ปี¹

สำหรับสถานการณ์ของโรคเอดส์ในประเทศไทย นับตั้งแต่พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกเมื่อปี 2527 จนถึงปี 2550 คาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 1.1 ล้านคน ในจำนวนนี้เสียชีวิตไปแล้ว 585,830 คน เหลือผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ 532,522 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 12,787 คน ต่อปี โดยกลุ่มที่น่าเป็นห่วงที่สุดคือ วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ซึ่งมีแนวโน้มการติดเชื้อขยายวงกว้างขึ้น² ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการสำรวจในหลายจังหวัด ดังการเผยแพร่ข้อมูลในช่วงปี 2551 จากพื้นที่ต่อไปนี้



จังหวัดเชียงใหม่ จากการเก็บข้อมูลในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เยาวชนขึ้นแท่นกลุ่มเสี่ยงอันดับหนึ่งที่มีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีจากเดิมซึ่งเคยเป็นกลุ่มแม่บ้านและวัยทำงาน โดยในช่วงอายุ 12-15 ปีเป็นกลุ่มที่ติดเชื้อมากที่สุด³

จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่น ประจำปี 2550 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี รายงานว่า นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 22 ในจำนวนดังกล่าวมีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 41 นักเรียนอาชีวศึกษา ปวช. 2 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 45 ในจำนวนนี้มีการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 51 ส่วนกลุ่มทหารก่อนเข้าประจำการเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 92 ในจำนวนดังกล่าวมีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 40⁴

จังหวัดสระแก้ว ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ชี้ว่า นักเรียนชายร้อยละ 20 และนักเรียนหญิงร้อยละ 10 เคยมีประสบการณ์ทางเพศ โดยมีเพียงร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก⁵

ระดับประเทศ รายงานผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลในปี 2551 พบว่าสาเหตุหลักร้อยละ 84 มาจากการมีเพศสัมพันธ์ และมีแนวโน้มการติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ที่ขยายวงกว้างขึ้น นายแพทย์อนุพงศ์ ชิตวรการ ผู้อำนวยการโครงการกองทุนโลกเพื่อเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย ประเทศไทย ภายใต้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ให้ภาพสรุปว่า “ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ปีละไม่น้อยกว่า 1.2 หมื่นคน และเกือบร้อยละ 90 ของการติดเชื้อเป็นคนที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยในกลุ่มนักเรียนเพิ่มจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 13 และในกลุ่มอายุ 15-19 ปีเพิ่มจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 17⁶”

ตัวเลขจากศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2552 รายงานว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้งหมดจาก พ.ศ.2527-2551 มี 353,020 คน เป็นวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี รวม 30,399 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 8.6 และสำนักพัฒนาวิชาการสนับสนุนการป้องกันแก้ปัญหาเอดส์ กรมควบคุมโรค ได้ใช้ฐานข้อมูลผู้ติดเชื้อรายใหม่มาคาดประมาณสัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายใหม่ในช่วง พ.ศ.2540-2553 แยกตามกลุ่มประชากร พบว่า สัดส่วนของกลุ่มประชากรที่จะติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องมีอยู่ 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีเช็กลก่อนการแต่งงาน และกลุ่มชายรักชายเท่านั้น ส่วนกลุ่มอื่นๆ มีสัดส่วนที่ทรงตัวหรือลดลง (ดูรูป) ทั้งนี้สันนิษฐานได้ว่ากลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน เกือบทั้งหมดน่าจะเป็นเยาวชน

การเลือกวิถีชีวิตทางเพศที่เปราะบาง ต้นเหตุแห่งพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น

ความอยากรู้อยากลอง การพัฒนาการทางร่างกายและความรู้สึกทางเพศ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปต่างส่งผลให้วัยรุ่นไทยมีประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกในอายุ

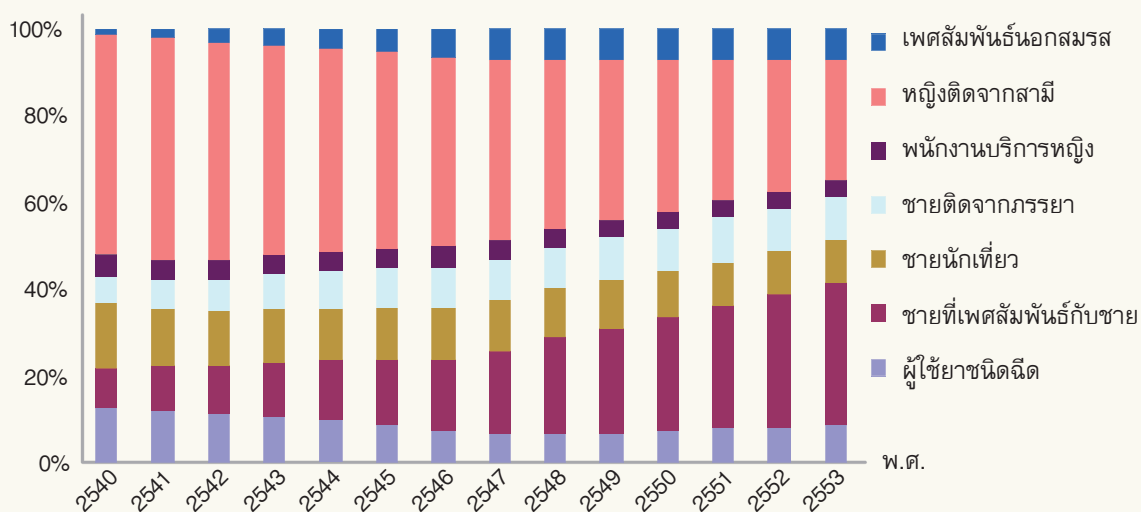


ที่น้อยลงเรื่อยๆ และมักจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือเพื่อนโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพราะเข้าใจผิดๆ ว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคนรู้จักน่าจะปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเหมือนการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ⁷

สื่อต่างๆ ที่เข้าถึงได้ง่ายขึ้นมีส่วนกระตุ้นให้วัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์กันเร็วขึ้นตามไปด้วย โดยปรากฏผลสำรวจพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นว่า มาจากการดูหนังโป๊ของนักเรียนชายร้อยละ 82 และนักเรียนหญิงร้อยละ 48 และมาจากการเข้าชมเว็บไซต์ลามกของนักเรียนชายร้อยละ 53 และนักเรียนหญิงร้อยละ 18⁸

การเลือกเดินบนวิถีชีวิตทางเพศที่เปราะบาง เป็นอีกบริบทชีวิตหนึ่งที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่น เช่น การใช้ชีวิตคู่อยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยาอย่างเปิดเผยในกลุ่ม

การคาดประมาณสัดส่วนผู้ติดเชื้อรายใหม่แยกตามกลุ่มประชากร ปี 2540-2553



หรือแม้แต่ค่านิยมซึ่งสะท้อนผ่านผลการทำโพลล์ว่า เยาวชนไทยร้อยละ 21 ต้องการมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักในวันวาเลนไทน์¹⁰

เร่งเพิ่มบริการดูแลสุขภาพทางเพศ

เพราะเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มว่าจะเผชิญความเสี่ยงเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ มากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ แต่กลับเป็นกลุ่มที่ใช้บริการสุขภาพในระบบน้อยมาก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงเลือกที่จะรับมือกับปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มวัยรุ่นด้วยวิธีการจัดการเชิงรุก คือเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพทางเพศที่ปลอดภัย

เริ่มต้นจากการเปิด “คลินิกวัยรุ่นบางรัก” ขึ้นในโรงพยาบาลบางรัก ตั้งแต่ปลายปี 2550 เพื่อให้เป็นคลินิกต้นแบบในการควบคุมป้องกันโรค ตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ และตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10-24 ปี โดยให้บริการทุกวันเสาร์ ตั้งแต่เวลา 9.00-15.30 น. ซึ่งที่ผ่านมาวัยรุ่นส่วนใหญ่ก็พึงพอใจต่อการให้บริการที่เป็นกันเองของเจ้าหน้าที่

แต่จากการประเมินการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นที่ไปใช้บริการคลินิกบางรัก พบว่า วัยรุ่นชายมีความรู้ในการใช้ถุงยางอนามัยในระดับดี แต่ยังขาดความระมัดระวัง โดยเก็บหรือวางถุงยางอนามัยไว้ในบริเวณที่มีอุณหภูมิสูง เช่น ในรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ ซึ่งทำให้ถุงยางอนามัยเสื่อมสภาพ ขณะที่วัยรุ่นหญิงยังขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการและขั้นตอนการใช้ถุงยางอนามัย คลินิกบางรักจึงส่งเสริมให้วัยรุ่นได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้โปรแกรมการสอนสุขศึกษาผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ พร้อมกับมีเจ้าหน้าที่คอยให้คำแนะนำเพิ่มเติม¹¹ นอกจากนี้ยังมีโครงการณรงค์ที่น่าสนใจอื่นๆ อีก ได้แก่ “กล้ารัก กล้าเช็ด”

โครงการณรงค์เลิฟแคร์ “กล้ารัก กล้าเช็ด”

มุ่งทำงานกับกลุ่มวัยรุ่นอายุ 14-25 ปี ในกรุงเทพฯ ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ โดยมีเครือข่ายเป็นคลินิกเอกชนภายใต้สังกัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำนวน 10 แห่ง คือ

คลินิกเวชกรรมกล้วยน้ำไท สาขาชุมชน 70 ไร่ คลินิกเวชกรรมคลองเตย คลินิกเวชกรรมบางไผ่ คลินิกเวชกรรมวัดไผ่เขียว คลินิกเวชกรรมวิภาวดีชอย 2 ทับสุวรรณคลินิกเวชกรรมเมดิโปรการแพทย์และสุขภาพ สาขาอาคารยูไนเต็ดเซ็นเตอร์ เมดิโปรการแพทย์และสุขภาพ สาขาอาคารเมืองไทยภัทรคอมเพล็กซ์ เรือพระร่วงคลินิกเวชกรรมสาขารามคำแหง 39 และ ว.พ.คลินิกการแพทย์ และศูนย์บริการสาธารณสุขภายใต้สังกัดของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร อีก 3 แห่ง คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ, ศูนย์บริการสาธารณสุข 4 ดินแดง และศูนย์บริการสาธารณสุข 9 ประชาธิปไตย ได้ร่วมมือกันจัดตั้งเป็นคลินิกที่เรียกว่า “Love Care Stations” เพื่อให้บริการด้านสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และตรวจมะเร็งปากมดลูก

ผู้สนใจสามารถเลือกใช้บริการคัดกรองข้อมูลเบื้องต้นผ่านระบบ Call Center หมายเลข 1330 กด 4 ในช่วงเวลา 16.00-22.00 น. ของทุกวัน หรือเว็บไซต์ www.lovecarestation.com ก่อนจะถูกส่งต่อไปยังคลินิกหรือส่งต่อไปกับบริการอื่นในเครือข่ายที่เหมาะสมกับลักษณะของปัญหา โดยนำรหัสที่ได้รับจากระบบ Call Center หรือเว็บไซต์ไปยื่นพร้อมบัตรประชาชน เพื่อขอรับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจากคลินิกทั้ง 13 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งข้อมูลส่วนตัวของผู้ใช้บริการจะถูกเก็บเป็นความลับที่คลินิกที่ใช้บริการเท่านั้น เพื่อประโยชน์ในกรณีที่ต้องรับบริการอย่างต่อเนื่อง¹²





เสนอแก้กฎหมายตรวจเอดส์ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่า การตรวจเลือดเจอเชื้อเอชไอวีแล้วให้ยาต้านไวรัสทันที โดยไม่ต้องรอให้ภูมิคุ้มกันลดลงหรือค่าซีดีโฟร์ (CD4) ต่ำ สามารถช่วยป้องกันผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้ร้อยละ 95 แม้จะเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในช่วง 10 ปีแรก แต่จะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งคิดเป็นมูลค่าที่สูงกว่ามาก

คาดการณ์กันว่า ขณะนี้มีคนไทยประมาณ 400,000 คนที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยยังไม่รู้ตัวและกำลังแพร่เชื้อต่อไปยังผู้อื่น หากคนกลุ่มนี้ได้รับบริการตรวจวินิจฉัยเลือดและดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มต้น จะบรรเทาผลกระทบด้านสุขภาพ อีกทั้งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาได้มาก

เนื่องจากสถานการณ์ในปัจจุบัน เยาวชนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี กำลังเผชิญความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น แพทย์สภาจึงจัดประชุมคณะทำงาน เครือข่าย และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ เมื่อ 17 ธันวาคม 2551 เพื่อจัดทำประชาพิจารณ์ เรื่องแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของแพทย์สภาในการเจาะตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กและเยาวชน ซึ่งได้ข้อสรุปว่า ให้เด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี และยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส สามารถเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้ โดยไม่จำเป็นต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครอง แต่ต้องอยู่ภายใต้คำปรึกษาที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งการให้บริการก่อนการตรวจหาเชื้อเอชไอวี และภายหลังการที่ทราบผลแล้ว

โดยก่อนหน้านี้มีการสำรวจความคิดเห็นของเยาวชนจำนวน 1,998 คน จาก 20 จังหวัด เกี่ยวกับการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวี พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ร้อยละ 86.3 รู้ว่าการตรวจเลือดเป็นวิธีการป้องกันที่ใกล้ตัวและคิดจะไปตรวจเลือด และร้อยละ 78 เห็นด้วยกับการตรวจเลือดอย่างสมัครใจโดยไม่จำเป็นต้องขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง



ผลจากการทำประชาพิจารณ์จะนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงแนวปฏิบัติของแพทย์สภา โดยข้อบังคับจะร่างเสร็จสมบูรณ์ภายใน 1-2 เดือน ซึ่งสามารถนำไปบังคับใช้ได้ทันที พร้อมกันนั้นจะมีการตั้งคณะทำงานกลาง ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการที่มีความรู้เฉพาะด้านโรคเอดส์ และจัดทำเป็นโครงการนำร่องในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม¹³

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ยังดำรงให้ให้มีการสุ่มตรวจเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่น เพื่อให้ทราบสถานการณ์การแพร่ระบาดที่แท้จริง โดยจะเปิดให้เยาวชนเข้าตรวจด้วยความสมัครใจ ลักษณะเดียวกับคลินิกนิรนามที่ไม่มีการเปิดเผยผู้ที่เข้ารับการตรวจ และผลการตรวจต้องเป็นความลับ โดยจะขอความร่วมมือไปยังกระทรวงศึกษาธิการ เพื่อดำเนินการในโรงเรียนระดับมัธยมและอุดมศึกษา ดังที่เคยมีการตรวจหาสารเสพติดในเด็กและเยาวชนมาแล้ว และเมื่อพบจะได้ช่วยกันป้องกันควบคุม¹⁴

ต้องเร่งสร้างเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในวิถีชีวิตทางเพศของคนไทย เริ่มตั้งแต่การมีเซ็กส์ครั้งแรก

เป็นที่ชัดเจนว่า ปมปัญหาหลักของการระบาดของเอดส์ในบ้านเราคือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย กำลังเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทย อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเซ็กส์ครั้งแรกจึงมีอัตราต่ำมาก โดยเฉพาะเซ็กส์ภายใต้เงื่อนไขความสัมพันธ์แบบคู่รักในกลุ่มเยาวชน

จากการวิเคราะห์วิธีวิทยาในงานวิจัยเรื่องเพศภาวะและเพศวิถีกับเอดส์ศึกษา ของกฤตยา อาชวนิจกุล และกนกวรรณ ธราวรรณ ได้ผลสรุปว่า การใช้ถุงยางอนามัยไม่ใช่วัฒนธรรมทางเพศของคนไทย คนไทยทั้งผู้หญิงและผู้ชายตั้งแต่ก่อนเอดส์ระบาดจนถึงปัจจุบัน เรียนรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่เคยคิดถึงถุงยางอนามัย ทำให้ไม่คุ้นเคยและรู้สึกว่าการใช้ถุงยางอนามัยลดทอนอารมณ์ของการมีเพศสัมพันธ์¹⁵

จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่สังคมไทยต้องทุ่มเทแรงค์และสร้างความฉลาดรู้เรื่องเพศให้เกิดขึ้นในสังคมให้ได้ เริ่มตั้งแต่เพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นทุกครั้ง ต้องมาจากการสมัครใจ ไม่บีบบังคับ ต้องเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือผลที่ไม่ต้องการคือการตั้งครรภ์เมื่อยังไม่พร้อม นั่นคือ เพศสัมพันธ์ทุกครั้งต้องมีฐานมาจากความรับผิดชอบในความสัมพันธ์นั้นๆ ด้วย

การรณรงค์สร้างวัฒนธรรมทางเพศใหม่ ให้มีเพศสัมพันธ์เมื่อพร้อมและมีอย่างรับผิดชอบ โดยการใช้ถุงยางอนามัยเป็นหนึ่งในความหมายของการแสดงความรับผิดชอบทางเพศทั้งต่อตัวเองและต่อคนอื่น นั่นต่างหากคือเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืนแท้จริง

10 ท้าวแรกของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: นวัตกรรมสังคมเพื่อร่วมสร้าง และพลักดันนโยบายสุขภาพ



72

แม้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2551 จะเป็นครั้งแรก แต่เวทีที่เรียกว่า ‘สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ’ นั้น ผ่านร้อนผ่านหนาวมาแล้ว 7 ปีแล้ว จากการเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้คน ชุมชน องค์กรเครือข่ายต่างๆ ที่ทำงานด้านสุขภาพไปสู่กลไกและกระบวนการที่มีส่วนร่วม จากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ ในการสะท้อนปัญหาและการผลักดันนโยบายสุขภาพ

แกะรอยความเป็นมาสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (ฉบับสาริต) ปรากฏตัวครั้งแรกในสังคมไทยเมื่อ พ.ศ.2544 เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลไกขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ภารกิจสำคัญขณะนั้น คือ การผลักดันกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ และใช้เวลาถึง 6 ปี (ดูล้อมกรอบหน้า 76) สำเร็จเมื่อเดือนมีนาคม 2550 เป้าหมายคือเปิดเป็นเวทีสาธารณะให้ทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และหาทางออกร่วมกันในเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทุกระดับ ทั้งในระดับปัจเจก กลุ่มคน ประชาคม ชุมชน และสังคมในภาพรวม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกสำคัญของการเคลื่อนไหวทางสังคมในเรื่องสุขภาพ เป็นเวที

ประจำปีสำหรับผู้คนในประชาคมสุขภาพและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วม เพื่อพบปะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างความสัมพันธ์และทำงานผลักดันนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพร่วมกัน

กว่า 900 เวทีของสมัชชาสุขภาพที่เคยเกิดขึ้นด้วยรูปแบบที่หลากหลาย สอดคล้องกับที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งแบ่งสมัชชาสุขภาพออกเป็น สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เป็นการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพในแบบที่ยึดพื้นที่ดำเนินการเป็นหลัก ได้แก่ สมัชชาสุขภาพจังหวัด สมัชชาสุขภาพภาค สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ที่ยึดประเด็นเกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นหลัก ได้แก่ สมัชชาสุขภาพว่าด้วยสารเคมีในการเกษตร สมัชชาว่าด้วยความยั่งยืนเป็นสุข สมัชชาว่าด้วยสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว เป็นต้น¹

กล่าวเฉพาะ ‘สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ’ ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จะหมายถึง ‘กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน² โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม’ เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่จะต้องจัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และในครั้งแรกนี้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2551 ได้จัดขึ้นระหว่างวันที่ 11-13 ธันวาคม 2551 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพฯ

รู้จักสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับตัวจริงเสียงจริงครั้งแรก

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรกภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 37 คน เป็นผู้จัดการประชุม ประกอบด้วยผู้แทนกลุ่มเครือข่าย 22 คน ซึ่งคัดเลือกมาจากกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ 76 จังหวัด กลุ่มองค์กรภาคเอกชนและเครือข่ายประชาสังคม กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพและวิชาการ และกลุ่มเครือข่ายหน่วยงานรัฐและภาคการเมือง จากกรรมการสุขภาพแห่งชาติอีก 4 คน จากผู้แทนกลไกสนับสนุนสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นอีก 4 คน นอกจากนี้ยังมีผู้ทรงคุณวุฒิอื่นๆ ร่วมเป็นคณะกรรมการอีกด้วย³ โดยแบ่งโครงสร้างการทำงานเป็นคณะกรรมการ 4 ชุด คือ 1) คณะอนุกรรมการบริหารพิจารณาร่างวาระการประชุม 2) คณะอนุกรรมการวิสามัญ พิจารณารายละเอียดในแต่ละวาระการประชุม 3) คณะอนุกรรมการประเมินผล และ 4) คณะอนุกรรมการสื่อสารทางสังคม เพื่อขยายการรับรู้ต่อสังคมอย่างกว้างขวาง

คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติชุดนี้ มีนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธานฯ นอกจากนี้มีหน้าที่วางแผนและดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้วยังมีหน้าที่สำคัญคือ การสังเคราะห์ข้อเสนอที่ได้จากสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น หรือประเด็นจากกลุ่มเครือข่ายด้านสุขภาพ หรือข้อเสนอจากเวทีอื่นๆ เพื่อจัดทำเป็นร่างระเบียบวาระการประชุม รวบรวมข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อผลักดันไปสู่การปฏิบัติ ติดตามผลและรายงานต่อสมัชชาสุขภาพและต่อสาธารณะในปีถัดไปด้วย⁴

การคัดเลือกประเด็นเข้าสู่การพิจารณาสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินั้น คณะกรรมการฯ ได้เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม โดยมีเครือข่ายต่างๆ ประมาณ 50 องค์กร เสนอประเด็นที่เป็นนโยบายสาธารณะเข้าสู่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งสิ้น 68 ประเด็น และมีกระบวนการคัดเลือกโดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์ที่ว่าต้องเป็นประเด็นเร่งด่วน มีผลกระทบต่อสุขภาวะของสาธารณชนจำนวนมาก โดยมอบหมายให้ผู้เสนอหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเป็นเจ้าภาพทำงานวิชาการรองรับประกอบข้อเสนอประเด็นที่ได้รับคัดเลือกด้วย สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรกนี้มีประเด็นที่เห็นควรผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะ 12 ประเด็น รวมกับวาระเร่งด่วนอีก 2 ประเด็น⁵ เสนอในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนกลุ่มต่างๆ จากทั่วประเทศ ทั้งภาคการเมือง ภาควิชาการ ภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม จำนวน 178 กลุ่มเครือข่าย รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนทั้งสิ้นกว่า 1,500 คน

มติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งแรก (1+13) : ธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ และ 13 ประเด็นสุขภาพ

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ได้พิจารณาและมีฉันทามติร่วมกันต่อประเด็นสาธารณะรวม 14 ประเด็น ได้แก่

1. **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ** หนึ่งในวาระสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้คือ การพิจารณา **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ** อันเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยให้นำความเห็นของสมัชชาสุขภาพมาพิจารณาประกอบ เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบธรรมนูญแล้วให้รายงานต่อรัฐสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา ธรรมนูญฯ ที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบมีผลผูกพันหน่วยงานรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องให้ต้องดำเนินการต่อไป นอกจากนี้ยังกำหนดให้ คสช. ทบทวนธรรมนูญฯ อย่างน้อยทุก 5 ปี ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ด้านสาระตามมาตรา 47 บัญญัติให้ธรรมนูญฯ ต้องมีสาระสำคัญด้านระบบสุขภาพอย่างน้อย 13 เรื่อง

ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติเห็นชอบกับสาระในร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 1 พ.ศ.... โดยขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินำความเห็นเพิ่มเติมจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เสนอคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญฯ เพื่อประกอบการปรับปรุงร่างก่อนเสนอ คสช.เพื่อพิจารณารับรอง ทั้งนี้ให้มีการเผยแพร่ ประสาน สนับสนุน และผลักดัน ให้หน่วยงาน องค์กร ภาวติ เครือข่ายต่างๆ ทั่วประเทศมีการดำเนินงานตามธรรมนูญฯ อย่างกว้างขวาง รวมทั้งติดตามผลการนำธรรมนูญฯ ไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติ เพื่อรายงาน



ความดีบนหน้าต่อสภามัชชาสุขภาพแห่งชาติทุก 2 ปี และขอให้หน่วยงานรัฐ องค์กรวิชาการ/วิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมทุกภาคส่วนร่วมกันนำธรรมนูญฯ ไปใช้ และสนับสนุนกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และผลักดันธรรมนูญฯ ไปสู่การปฏิบัติในที่สุด⁶

2. **การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทย** แม้ว่ายาจะเป็นหนึ่งในปัจจัย 4 ที่สำคัญของมนุษย์ แต่ยังมีผู้คนจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงยา ทั้งปัญหายาราคาสูง ประเด็นเรื่องสิทธิบัตรยา ซึ่งส่งผลให้มีการผูกขาดยาที่มีสิทธิบัตรจากต่างประเทศ และราคาสูงเกินกว่าที่ผู้บริโภคจะจ่ายได้ นอกจากนี้ไทยก็ยังไม่มียาตามนโยบายด้านราคาขายที่ชัดเจน ส่งผลให้การตั้งราคาขายไม่เป็นธรรมและไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ดังนั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการเข้าถึงยาถ่วงหน้าของคนไทย สภามัชชาสุขภาพแห่งชาติจึงมีมติรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าของประชากรไทยที่ประกอบด้วย 7 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การประสานความร่วมมือเครือข่ายเพื่อการเข้าถึงยา การสนับสนุนกลุ่มผู้ป่วยให้เข้าถึงยาและมีส่วนร่วมดูแลสร้างเสริมสุขภาพ การส่งเสริมราคาขายในประเทศที่สอดคล้องกับค่าครองชีพของประชาชน การพัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศ การใช้ประโยชน์และ / หรือลดอุปสรรคจากข้อกำหนดทางกฎหมาย การใช้ยาอย่างเหมาะสม และการวิจัยและพัฒนาใหม่ และให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติผลักดันยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ่วงหน้าฯ ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้ความเห็นชอบและสั่งการจัดทำแผนปฏิบัติการโดยให้มกลไกยกร่างแบบมีส่วนร่วมและผลักดันแผนสู่การปฏิบัติ⁷

3. **นโยบายแห่งชาติเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้** เป็นข้อเสนอที่พัฒนาโดยองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ โดยที่ประชุมสภามัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติเห็นชอบกับข้อเสนอแนวทางการพัฒนาาระบบสุขภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรมฯ ทั้ง 6 ประการ คือ 1) ข้อเสนอในการจัดรูปแบบการปกครองส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นแบบใหม่ในจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จัดตั้งทบวงการะบบการบริหารการพัฒนาจังหวัดชายแดนภาคใต้ สภามัชชาประชาชนจังหวัดชายแดนภาคใต้ องค์กรสภาผู้รู้ทางศาสนา พัฒนาระบบกฎหมายอิสลามหรือระบบยุติธรรมทางเลือก เป็นต้น 2) ข้อเสนอแนะนโยบายด้านการปฏิรูประบบความยุติธรรมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ การจัดตั้งคณะกรรมการรับเรื่องราวร้องทุกข์ที่เป็นองค์กรอิสระ จัดตั้งศาลแผนกคดีครอบครัวและมรดกมุสลิมปรับปรุงแก้ไขหลักกฎหมายอิสลาม เป็นต้น 3) ข้อเสนอแนะนโยบายด้านการศึกษา พัฒนากลไกสนับสนุนการศึกษาทางเลือกในพื้นที่ 4) ข้อเสนอแนะนโยบายด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การจัดตั้งสภาเศรษฐกิจชายแดนใต้ ศูนย์วิทยาศาสตร์อาหารฮาลาล สหกรณ์อิสลาม เป็นต้น 5) ข้อเสนอแนะนโยบายด้านการปฏิรูปสังคม ประเพณี วัฒนธรรม ให้

สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ และไม่ขัดแย้งกับหลักศาสนาอิสลาม และ 6) ข้อเสนอแนะนโยบายด้านสุขภาพ การแพทย์ สาธารณสุขสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย

โดยขอให้ คสช. ผลักดันข้อเสนอหรือให้รัฐบาลกำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติ และภาคีสมาชิกสภามัชชาสุขภาพแห่งชาติร่วมผลักดันสู่การปฏิบัติ

4. **การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี** ที่ประชุมมีมติให้ตั้งกลไกคณะกรรมการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ที่มีผลกระทบทั้งด้านบวกและลบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ และตรวจสอบผลกระทบที่เกิดจากความตกลงที่มีผลบังคับใช้ไปแล้ว รวมทั้งสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการเสนอร่างกฎหมาย ว่าด้วยการกำหนดขั้นตอนและวิธีการจัดทำหนังสือสัญญาการค้าระหว่างประเทศ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 สนับสนุนการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลการเจรจาการค้าเสรี ทั้งกระบวนการ นอกจากนี้ ยังให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเพื่อศึกษาผลกระทบอย่างรอบด้าน¹⁰
5. **เกษตรและอาหารในยุควิกฤต** ที่ประชุมสภามัชชาฯ มีมติเห็นชอบสนับสนุนการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการพัฒนาเกษตรอินทรีย์ระดับชุมชนและท้องถิ่นครบวงจร การสร้างความมั่นคงทางอาหารโดยพัฒนาตัวชี้วัดความมั่นคงทางอาหารที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย รายงานสถานการณ์ความมั่นคงทางอาหารของประเทศทุก 3 ปี จัดให้มีระบบเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีในกลุ่มเกษตรกรและผู้บริโภค จัดให้มีระบบสวัสดิการและหลักประกันความมั่นคงด้านเศรษฐกิจและความเป็นธรรมของเกษตรกรรายย่อย รวมทั้งสนับสนุนการเก็บรักษาอนุรักษ์ ส่งเสริมการเพาะขยายพันธุ์และพัฒนาเมล็ดพันธุ์พื้นบ้านในชุมชนเพื่อการพึ่งตนเอง โดยบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีสภามัชชาสุขภาพแห่งชาติ¹¹
6. **ยุทธศาสตร์ในการจัดการกับปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** มีมติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ประกาศให้การควบคุมปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นวาระแห่งชาติและวาระแห่งชาติท้องถิ่น เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกในการควบคุมปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้กระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และพัฒนานโยบายและมาตรการในการจัดการกับปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับท้องถิ่นร่วมด้วย¹²

7. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม ที่ประชุมมีมติหลายประการ ที่สำคัญคือการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนหลักในการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพและการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ การจัดทำสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในท้องถิ่นให้เป็นกำลังสำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณะและบริหารจัดการกลไกต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับพื้นที่ โดยเฉพาะการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม¹³ เป็นต้น
8. ความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น หลักการสำคัญ คือ การสร้างความมั่นคงทางด้านสุขภาพ ด้วยการให้ทุกคนในประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพและมีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ที่ประชุมจึงมีมติเห็นชอบกับข้อเสนอต่างๆ เช่น ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดบริการสาธารณสุขที่หลากหลาย มีคุณภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของคนทุกกลุ่ม ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ผลักดันให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพทุกระดับ¹⁴ เร่งรัดให้แรงงานนอกระบบเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสม จัดทำแผนรองรับการพัฒนากระบวนการปฏิรูปในระยะ 10 ปี ปรับปรุงประสิทธิภาพและการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ โดยร่วมจัดทำแผนปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพทุก 5 ปี เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มประสิทธิภาพระหว่างระบบ เป็นต้น
9. ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีมติให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรผลักดันกองทุนผลิตสื่อสร้างสรรค์และร่วมกันผลิตสื่อสร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัวทุกรูปแบบ เช่น เกมคอมพิวเตอร์ สื่อสาธารณะ โดยให้ผู้บริโภคสื่อเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งในการแสดงความคิดเห็นและร่วมผลิต สนับสนุนให้เกิดกลไกด้านการเรียนรู้เท่าทันสื่อ รวมทั้งการพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกติดตามควบคุมและคัดกรองสื่อรวมถึงโฆษณาที่อาจส่งผลกระทบต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว¹⁵
10. สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครกไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์ / โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากสถานการณ์ทั้ง 3 ด้าน ที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ที่ประชุมมีมติเห็นชอบกับข้อเสนอ ได้แก่ การสร้างภูมิคุ้มกันให้กับสุขภาวะทางเพศ ด้วยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาที่รอบด้าน สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบให้การปรึกษาทุกระดับ จัดให้มีศูนย์บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ครบวงจรที่เป็นมิตรกับคนทุกกลุ่ม จัดตั้งที่พักพิงและศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้ประสบปัญหาความรุนแรงทางเพศ เป็นต้น¹⁶
11. ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในสังคมไทย มติสำคัญคือการเสนอให้ คสช.แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบ กลไก รูปแบบองค์กร หลักเกณฑ์ และวิธีการประเมินผลกระทบทางสุขภาพและแนวทางการป้องกันผลกระทบ โดยครอบคลุมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการดำเนินโครงการทุกระดับ รวมทั้งสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายประเมินผลกระทบด้านสุขภาพทุกระดับ สนับสนุนการสร้างความรู้และกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน¹⁷
12. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของแรงงานนอกระบบ ที่ประชุมมีมติเห็นชอบในข้อเสนอที่มุ่งสร้างหลักประกันทางสังคมและเข้าถึงกลุ่มแรงงานนอกระบบ ได้แก่ การพัฒนาเครือข่ายการทำงานในความปลอดภัยด้านอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน จัดให้มีศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ด้านแรงงานและให้คำปรึกษา ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการพัฒนากระบวนการบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม รวมทั้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีนโยบายการจัดการสุขภาพของแรงงานนอกระบบ เป็นต้น¹⁸
13. การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ที่ประชุมมีมติเห็นชอบกับการพัฒนานโยบายและสาระสำคัญของข้อเสนอ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ ที่มุ่งผลักดันการสร้างความสัมพันธ์ในระบบการดูแลสุขภาพให้เป็นวาระแห่งชาติ ด้วยการพัฒนากลไกต่างๆ รองรับ เช่น การออกกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข การสร้างกลไกดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบบริการสุขภาพ พัฒนาศูนย์สนับสนุนสิทธิสาธารณสุขให้เป็นกลไกกลางแก้ไขข้อขัดแย้ง จัดให้มีองค์กรกลางทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ พัฒนาระบบการยุติธรรมทางการแพทย์ และปฏิรูปกลไกการดำเนินงานด้านจริยธรรมขององค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข เป็นต้น โดยให้ คสช. จัดตั้งกลไกที่มีส่วนร่วมภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนและติดตามประเมินผลต่อไป¹⁹
14. วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะคนไทย ที่ประชุมมีมติให้รัฐบาลดำเนินมาตรการคุ้มครองทางสังคม ได้แก่ เพิ่มการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การป้องกันและการจัดหาตาข่ายล่อสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ การสนับสนุนการรักษาทดแทนไต การจัดมาตรการป้องกันและรองรับผลกระทบสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนและคนพิการ รวมทั้งการฟื้นฟูจิตใจสำหรับผู้ตกงาน ผู้ถูกเลิกจ้าง และผู้ที่ได้รับผลกระทบต่อวิกฤตเศรษฐกิจ จัดตั้ง “หน่วยเฝ้าระวังและติดตาม

กระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาวะคนไทย” รวมทั้งกำหนดมาตรการระยะสั้นและระยะยาวสำหรับป้องกันและรับมือกับผลกระทบดังกล่าวอย่างเหมาะสมและทันเวลา เป็นต้น²⁰

สังคมไทยต้องติดตามก้าวต่อไปของสมัชชา

สุขภาพแห่งชาติอย่างครบรูป

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่งเสร็จสิ้นไปอย่างสวยงามท่ามกลางบรรยากาศของการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนสมดังเจตนา พร้อมกับมติและข้อเสนอ 1+13 ข้อท้าทายสำคัญที่น่าคิดคือ การขับเคลื่อนประเด็นทางสุขภาพเหล่านั้นไปสู่การ

ปฏิบัติ ให้เกิดผลเป็นรูปธรรมผ่านการดำเนินการขององค์กรทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ อันประกอบไปด้วย รัฐบาล รัฐสภา หน่วยงานต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการวิชาชีพ และภาคประชาชน อันประกอบไปด้วย ประชาสังคม เอกชน ชุมชน องค์กรสาธารณะประโยชน์และอื่นๆ โดยไม่รอให้เป็นหน้าที่ของฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดโดยเฉพาะ

นอกจากนี้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติในอนาคต ยังต้องเผชิญกับข้อท้าทาย 2 ประการคือ หนึ่ง การจัดกลไกและกระบวนการที่จะให้ผู้แทนจากภาคีเครือข่ายต่างๆ เสนอความคิดเห็น และข้อเสนอที่สะท้อนความต้องการของสมาชิกภาคี เครือข่ายจริง ๆ และ สอง การจัดกระบวนการให้กลไกภาครัฐ ภาควิชาการ และวิชาชีพ มีส่วนร่วมขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพอย่างเต็มที่

ย้อนพินิจสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จาก พ.ศ.2544-2550

2544 : สาธิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ปีแรกของการจัดสมัชชาสุขภาพเริ่มต้นขึ้นด้วยการรับฟังความคิดเห็นต่อสาระสำคัญที่ควรบรรจุในร่างกรอบคิดระบบสุขภาพแห่งชาติผ่านเวทีระดับภูมิภาค เวทีเฉพาะประเด็นมาก่อน มีการประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันที่จะสนับสนุนร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และมีการจัด “ตลาดนัดปฏิรูป (ระบบ) สุขภาพ” ด้วยคำขวัญ “ชุมชนภูมิปัญญาพัฒนาสุขภาวะไทย” เพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาวะของชุมชน และเครือข่ายต่างๆ ทั่วประเทศ

2545 : ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติด้วยการ “สานเครือข่าย ขยายพันธมิตร ร่วมคิดร่วมสร้าง เส้นทางสุขภาพ”

เป็นปีที่มีการสนับสนุนให้จัดเวทีสมัชชาสุขภาพขึ้นทุกจังหวัดทั่วประเทศ ทั้งที่เรียกว่าสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขยายให้ทุกภาคส่วนในสังคมรับรู้และเข้ามามีส่วนร่วมยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คำขวัญ “สานเครือข่าย ขยายพันธมิตร ร่วมคิดร่วมสร้าง เส้นทางสุขภาพ” ในวันแรกของงาน นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นคือ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นประธาน พร้อมกับรับร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ แต่การดำเนินการของรัฐบาลยังช้าอยู่ จึงเกิด “ปฏิบัติการพลเมืองดี” ชวนคนไทยทั่วประเทศร่วมลงชื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนของเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชนภายใต้รัฐธรรมนูญ ปี 40 โดยจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พร้อมกับส่งมอบรายชื่อ 4,700,000 ชื่อ ให้ประธานรัฐสภา ขณะนั้นคือ นายอุทัย พิมพ์ใจชน ดำเนินการ

2546 : พิจารณาสาระในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ ด้วยการ “ใช้ความรู้และความรัก เพื่อหามรรคร่วมกัน”

เวทีปีนี้มุ่งประเด็นสุขภาพที่สัมพันธ์กับสาระสำคัญของกฎหมายมากขึ้น ด้วยคำขวัญ “ใช้ความรู้และความรัก เพื่อหามรรคร่วมกัน” โดยนำประเด็นสืบเนื่องจากสมัชชาสุขภาพมาพัฒนาเป็นประเด็นย่อยทางสุขภาพ 6 ประเด็น ได้แก่ เกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ อาหารปลอดภัยเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน นโยบายสาธารณะและสิ่งแวดล้อม ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ บริการสาธารณสุขแบบองค์รวม และการจัดการกำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อชุมชน ผลสืบเนื่องที่สำคัญของเวทีปีนี้คือ เกิดคณะกรรมการศึกษานโยบายจากข้อเสนอสมัชชาสุขภาพ เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งแนวทางการผลักดันและการติดตามข้อเสนอต่างๆ จากเวทีไปสู่หน่วยงานและเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาปรับนโยบายและใช้ปฏิบัติ

2547 : ว่าด้วย “อาหารและเกษตรเพื่อสุขภาพ: ภัยคุกคามจากสารเคมี”

ยังคงมีการสนับสนุนให้จัดเวทีสมัชชาสุขภาพพื้นที่ ทั้งในระดับจังหวัดและกลุ่มจังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ในเรื่องเด็ก เยาวชน และครอบครัว เรื่องคนพิการ ฯลฯ แต่ประเด็นส่วนใหญ่ของเวทีสมัชชาฯ เป็นเรื่องของอาหารและเกษตรเพื่อสุขภาพ ที่ถูกหยิบยกเป็นประเด็นสำคัญในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คำขวัญ “เกษตรปลอดภัย อาหารปลอดภัย ชีวิตปลอดภัย” มีประเด็นย่อย 10 เรื่อง คือ พลังครอบครัวร่วมเรียนรู้กับลูกหลาน สมัชชาสุขภาพคนพิการ ท้องถิ่นและชุมชนกับการจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายการค้าเสรี การมีส่วนร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างพลังประชาคมสุขภาพด้วยทุนสังคมและทุนวัฒนธรรม กระบวนการชุมชนเป็นสุข พลังภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพื่อชุมชน สืบสานคนทำงานตำนานสุขภาวะไทย และการเมืองภาคประชาชนกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

2548 : ว่าด้วย “ความอยู่เย็นเป็นสุข”

เป็นปีที่ใช้เป้าหมายใหญ่ของการดำเนินชีวิตของผู้คนมาเป็นประเด็นหลักของงาน ด้วยคำขวัญ “ความอยู่เย็นเป็นสุข” มีการปรับรูปแบบการสนับสนุนสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ด้วยการให้เครือข่ายองค์กรต่างๆ เสนอโครงการมาขอรับการสนับสนุน ทั้งสิ้น 64 โครงการ ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติก็มีการระดมการพัฒนาข้อเสนอใน 4 เวที คือ เวทีจุดประกาย เวทีสร้างครอบครัวและชุมชนอยู่เย็นเป็นสุข เวทีเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อความอยู่เย็นเป็นสุข และเวทีสร้างสังคมและสภาพแวดล้อมอยู่เย็นเป็นสุข โดยทีมวิชาการเก็บรวบรวม และสังเคราะห์ข้อเสนอดังกล่าว เพื่อสรุปในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากนี้ยังมีประเด็นย่อยอีก 12 เรื่อง คือ พลิกวิกฤตภาคใต้สู่ความอยู่เย็นเป็นสุข พลังเด็ก-เยาวชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ เพื่อความอยู่เย็นเป็นสุข “ชีวิตสาธารณะ เมืองน่าอยู่” สู่ความอยู่เย็นเป็นสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการสร้างสุขภาวะเพื่อความอยู่เย็นเป็นสุข ภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย สู่ความอยู่เย็นเป็นสุข ขับเคลื่อน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติสู่การเป็นเครื่องมือสร้างความอยู่เย็นเป็นสุข ยุทธศาสตร์ “เมืองไทยแข็งแรง” สู่ประเทศไทยอยู่เย็นเป็นสุข นโยบายสาธารณะด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อความอยู่เย็นเป็นสุข การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อความอยู่เย็นเป็นสุข สื่อกับการสร้างการอยู่เย็นเป็นสุข และท้องถิ่นชุมชนกับการสร้างหลักประกันสุขภาพเพื่อความอยู่เย็นเป็นสุข เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ปิดท้ายด้วยการประกาศเจตนารมณ์ 9 ประการ เพื่อขับเคลื่อนสังคมให้นำไปสู่ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน

2549 : ว่าด้วย “เศรษฐกิจพอเพียง สู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุข”

เวทีปีนี้เป็นเรื่องสืบเนื่องจากปีก่อน คือความอยู่เย็นเป็นสุข แต่ได้ใช้ประเด็นเรื่องเศรษฐกิจพอเพียงมาขับเคลื่อน มีการสนับสนุนการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ใน 15 จังหวัด คือ พะเยา แพร่ น่าน พิจิตร นครสวรรค์ อุบลราชธานี อุดรธานี กาฬสินธุ์ นครปฐม ตราด สุพรรณบุรี ราชบุรี กาญจนบุรี สงขลา และนครศรีธรรมราช โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของงานปีนี้ว่า “แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขยายสู่วงกว้าง สร้างความเชื่อมั่น ผลักดันนโยบาย” เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ของบุคคลและองค์กรที่ใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียง และการนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะ ได้แก่ นโยบายศูนย์กลางสุขภาพเอเซียกับหลักประกันสุขภาพบนเส้นทางเศรษฐกิจพอเพียง ธุรกิจกับเศรษฐกิจพอเพียง สุขภาพดีถ้วนหน้า ใช้ยาแต่พอเพียง การพัฒนาตัวชี้วัดความอยู่เย็นเป็นสุขสำหรับสังคมไทย โดยเสนอต่อเครือข่ายองค์กรต่างๆ เพื่อเป็นข้อตกลงร่วมในการขับเคลื่อนและเสนอต่อภาคนโยบาย

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นอื่นๆ อีก 9 เรื่อง ได้แก่ ชุมชนท้องถิ่นกับการจัดการสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นหัวใจของความเป็นมนุษย์ นิติรัฐกับสังคมอยู่เย็นเป็นสุข เด็ก และเยาวชนกับการรู้เท่าทันสื่อ แนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในสังคมไทย แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตคนพิการ สื่อสารพอใจ สุขภาพพอเพียง เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปีนี้จะจบลงด้วยการประกาศเจตนารมณ์ยึดมั่นในหลักเศรษฐกิจพอเพียงและแนวทางปฏิบัติร่วมกัน 5 ประการ

2550 : เวทีขับเคลื่อนและเรียนรู้กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ

แม้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จะประกาศใช้เมื่อเดือนมีนาคมในปีนั้น แต่ระบบและกลไกการดำเนินการต่างๆ ยังคงอยู่ในระหว่างดำเนินการ เวทีนี้ไม่ใช่เวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแต่เป็นเวทีขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดระบบ และกลไกของ 4 ระบบภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ ระบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ระบบสมัชชาสุขภาพ ระบบและกลไกการพัฒนานโยบายสาธารณะและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และระบบและกลไกการจัดการความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ พันธกิจสำคัญของเวทีนี้จึงเป็นเรื่องของการขับเคลื่อน เพื่อให้ได้ข้อเสนอต่อระบบและกลไกการจัดทำทั้ง 4 ระบบ โดยเฉพาะการทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

4 เรื่องดีๆ

โรงพยาบาลโสธรควำรางวัล พัฒนาระบบการบริการ ให้กับประชาชนในระดับโลก

เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2551 ซึ่งถือว่าเป็น “วันบริการ
สาธารณะแห่งสหประชาชาติ” สหประชาชาติได้มอบ
ประกาศนียบัตรแสดงความชื่นชมโรงพยาบาลโสธร
ในฐานะที่ได้รับรางวัล UN Public Service Awards
2008 ในสาขาหน่วยงานที่มีการปรับปรุงระบบการให้
หรือเสนอบริการของตนให้ถึงประชาชนอย่างดี

กว่าจะได้รับรางวัลนี้ โรงพยาบาลโสธรได้มีการ
ปรับปรุงการให้บริการเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงอย่าง
สะดวกรวดเร็วทั้งในยามปกติและฉุกเฉิน ได้แก่ 1) จัด
ทีมงานเข้าไปดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบ 2) ขยาย
เวลาตรวจและเปิดบริการ 3) ปรับปรุงอาคารสถานที่
ให้มีความอบอุ่น ลดบรรยากาศความเป็นโรงพยาบาล
ให้เป็นเหมือนบ้าน หรือ โรงแรม 4) พัฒนาลัทธิโรง
พยาบาลให้สะอาด 5) ฝึกพฤติกรรมบริการให้เหนือกว่า
โรงพยาบาลอื่น 6) ให้บริการ ณ จุดเดียว แบบ One
Stop Service และ 7) มีบริการเสริมทางเลือกที่
หลากหลาย

ด้วยการพัฒนาทั้งด้านบริการ บริหาร และวิชาการ
ที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้การให้บริการแก่ประชาชน
ของโรงพยาบาลโสธรเกิดผลเป็นรูปธรรม จากเดิมที่
ผู้ป่วยนอกแต่ละคนต้องใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเกือบ
6 ชั่วโมง เหลือเพียง 58 นาที เท่านั้น ก็สามารถกลับ
บ้านได้ ที่น่าชมเชยไปกว่านั้น คือ ประชาชนร้อยละ 92
มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ขอร้องเรียนวันละเรื่องสองเรื่อง
หายไป กลายเป็นคำชมชื่นมาแทน

ด้วยความเป็นมืออาชีพและความทุ่มเท โรงพยาบาล
โสธรจึงแข่งคู่แข่งในไทย และเอาชนะ 98 ประเทศ ที่
เข้าร่วมแข่งขัน ได้สำเร็จ นับเป็นครั้งแรกของหน่วยงาน
สาธารณสุขไทยที่ได้รางวัลอันทรงเกียรตินี้

การร่วมกันขับเคลื่อนให้ประเทศไทย มีกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อสุขภาพฉบับแรก

กระบวนการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการควบคุมสุราในสังคมไทยเริ่มขึ้นจริงจัง
เมื่อกรกฎาคม 2546 จากการรณรงค์ “งดเหล้าเข้าพรรษา” และมีมติคณะ
รัฐมนตรีกำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
แห่งชาติ และจำกัดเวลาโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทางโทรทัศน์ การ
รณรงค์ที่ต่อเนื่องพร้อมกับการเริ่มมีกลุ่มองค์กรเข้ามาทำงานด้านนี้มากขึ้น
โดยเกิดเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ในปี 2546 และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
ในปี 2547 ทำให้พลังของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเริ่มครบวงจร ปัญหาจาก
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถูกทำให้ประจักษ์แก่สาธารณะ และเกิด
แรงผลักดันให้มีการควบคุม “สินค้าที่ไม่ธรรมดา” ชนิดนี้ให้เข้มงวดขึ้น
เนื่องจากสุราไม่ใช่สินค้าธรรมดา ก่อให้เกิดการเสียดสี ทำให้เกิดผลกระทบ
มากมายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่เยาวชน

จนคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติมีมติให้
จัดทำร่าง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขึ้น เมื่อ 26 พฤษภาคม
2548 และมีการประชาสัมพันธ์ ตลอดจนสัมมนาเนื้อหาใน พ.ร.บ. อยู่เป็น
ระยะ เมื่อ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา มารับตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการ
กระทรวงสาธารณสุข ก็ผลักดันให้เริ่มกระบวนการนิติบัญญัติ โดยเสนอให้
คณะรัฐมนตรีเห็นชอบร่าง พ.ร.บ. นี้เมื่อ 28 พฤศจิกายน 2549 และบรรจุ
เข้าเป็นวาระเพื่อพิจารณาในสภานิติบัญญัติแห่งชาติเป็นกฎหมายลำดับ
แรกๆ พร้อมกับการที่ภาคประชาสังคม ได้พร้อมใจกันจัดกิจกรรมวิ่งล่า
รายชื่อสนับสนุนร่าง พ.ร.บ. จากทุกภูมิภาคของประเทศ รวบรวมรายชื่อ
สนับสนุนได้ถึงกว่า 13 ล้านรายชื่อ

กระบวนการทางรัฐสภาของกฎหมายนี้เป็นไปอย่างเข้มข้น มีการอภิปราย
และแปรญัตติอย่างกว้างขวางทั้งในและนอกสภา จนอาจนับเป็นหนึ่งใน
ประเด็นสาธารณะที่ร้อนที่สุดของปี 2550 ในที่สุด พ.ร.บ. นี้ก็ได้ผ่านการเห็น
ชอบในวาระที่ 3 จากสภานิติบัญญัติแห่งชาติในวันที่ 21 ธันวาคม 2551 โดย
ผ่านเป็นกฎหมายฉบับสุดท้าย ในวันสุดท้ายของการประชุมสภานิติบัญญัติ
แห่งชาติชุดนี้ และได้ลงประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาให้มีผลบังคับใช้
ตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551 เป็นต้นไป

เป้าหมายสำคัญของพระราชบัญญัติฉบับนี้คือ (1) การลดนักดื่มหน้าใหม่
โดยการเลื่อนอายุการริเริ่มดื่มของเยาวชนให้นานที่สุด (2) การลดปริมาณ
การดื่มของประชากรโดยรวม และ (3) การลดอันตรายจากการดื่มเช่น
อุบัติเหตุความรุนแรงและปัญหาสุขภาพ

เพื่อสุขภาพคนไทย

“พยาบาลชุมชน”

ก้าวใหม่ของการดูแลสุขภาพ
ในชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน

พยาบาลชุมชน เป็นอีกหนึ่งนวัตกรรมทางสังคม ที่ได้สร้างคนในชุมชนให้เห็นความของการดูแลสุขภาพของชุมชน โดยคัดเลือกลูกหลานในชุมชนที่พร้อมจะมาดูแลระบบสุขภาพแบบองค์รวมของคนในชุมชนได้ตลอดเวลา ผลผลิตออกมามีความสามารถไม่ต่างจากพยาบาลอาชีพ เพราะได้รับการศึกษาอบรม และฝึกปฏิบัติงาน จากสถาบันการศึกษาด้านวิชาการพยาบาลอย่างเข้มข้น และดูแลประคบใกล้ชิดจากหมอพยาบาล และผู้ทำงานในชุมชนทุกคน

แผนงานสร้างพยาบาลของชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน ถือกำเนิดขึ้นมาเพื่อแก้ไขบุคลากรทางแพทย์ ลดปัญหาแออัดในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลประจำจังหวัด ทำให้แพทย์มีเวลาดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนได้มากยิ่งขึ้น และผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นเห็นๆ คือ พยาบาลชุมชนจะเข้าใจสภาพชุมชน วัฒนธรรม ชีวิตความเป็นอยู่ ตลอดจนเข้าถึงประชาชนได้ทั่วถึง เพราะเป็นคนในพื้นที่ ที่สำคัญคือสามารถดูแลคนในชุมชนเสมือนญาติสนิทมิตรสหาย ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลอีกต่อไปแล้ว

ภายใน 4 ปี ทุกตำบลในประเทศไทยจะมี “พยาบาลชุมชน” ที่เป็นลูกหลานของคนในชุมชนทยอยออกมาทำหน้าที่ดูแลสุขภาพชุมชนถึง 629 คน ผลงานดีๆ นี้เกิดขึ้นโดยความร่วมมือ 3 องค์กร ได้แก่ สถาบันการศึกษา โรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้การสนับสนุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสภาการพยาบาล ซึ่งทั้งหมดจะทำงานประสานกันในส่วนของการให้ความรู้ทางด้านการพยาบาล ความรู้ภายในชุมชน และออกค่าใช้จ่ายในระหว่างเรียน

3

ก้าวเข้าสู่ปีที่ 7 คนไทยกว่า 99%
เข้าถึงและรักษาโรคได้ครอบคลุม
ในระบบหลักประกันสุขภาพ

ปี 2544 เกิดหลักประกันสุขภาพของคนไทยครั้งแรกในของคนไทย หรือที่เรียกว่า โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ที่เริ่มจากการให้บริการนำร่องในบางจังหวัดก่อน และค่อยขยายครอบคลุมทุกจังหวัด ต่อมาในปี 2549 ได้ปรับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มาเป็นรักษาฟรีทุกโรค เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ควบคู่ไปกับการให้สิทธิผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้ใช้ยาที่มีคุณภาพดี และได้รับการดูแลรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

โดยเฉพาะในปี 2551 มีการขยายสิทธิประโยชน์ให้กับผู้ป่วยบัตรทอง ได้แก่ 1. ผู้ที่เป็นโรคไต ได้รับการฟอกเลือด ล้างไต ชองท้อง และปลูกถ่ายไต 2. ประชาชนได้ใช้ยาที่จำเป็นและมีราคาแพง โดยไม่ต้องรับภาระ เช่น ยารักษาโรคมะเร็ง ยารักษาโรคจอประสาทตาเสื่อม และยารักษาอาการเจริญพันธุ์ก่อนวัยในเด็ก ยารักษาอาการติดเชื้อรารุนแรง 3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ 4. ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดที่ต้องการเลิกเด็ดขาด จะได้รับการบำบัดด้วยสารเมทาโดนระยะยาว และ 5. ยกเลิกการจำกัดความคุ้มครองกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน จากเดิมไม่เกินปีละ 2 ครั้ง เปลี่ยนเป็น ผู้ป่วยสามารถใช้บริการนอกหน่วยบริการที่กำหนดได้ตามความจำเป็นไม่จำกัดจำนวนครั้งเพื่อการรักษาอย่างทันท่วงที

เป็นเรื่องที่น่ายินดี ที่การพัฒนาระบบหลักประกันคุณภาพของคนไทยก้าวไปไกลจนสามารถทำให้คนไทย 99.16% มีหลักประกันสุขภาพ และรักษาโรคได้ครอบคลุมเกือบทุกโรค

4



เพื่อสุขภาพ: แห่งมวลมนุษย



1 ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มนุษย์มีชีวิตรอยู่ในโลกแห่งความรุนแรง

โลกได้พบเห็นความรุนแรงโดยน้ำมือของมนุษย์
ในรูปแบบหลากหลาย นับตั้งแต่การเบียดเบียน
เข่นฆ่ากันระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล
ไปจนถึงสงครามจากความขัดแย้งเพื่อ
แย่งชิงความเป็นใหญ่ระหว่างประเทศ ทั้งนี้
ยังไม่นับความรุนแรงที่มองไม่
เห็นชัด กว่าพลของมนุษย์สามารถสัมผัส
ได้ ปรากฏการณ์เช่นนั้นเกิดขึ้นซ้ำซาก
จนเราอาจไม่ได้ตระหนักด้วยซ้ำว่านั่น
คือความรุนแรง

รายงานระดับโลกว่าด้วยความรุนแรงกับสุขภาพ ของ
องค์การอนามัยโลกระบุว่า แต่ละปี ประชากรโลกมาก
กว่า 1.6 ล้านคน ทุกเพศทุกวัย เสียชีวิตจากความรุนแรง
อย่างใดอย่างหนึ่ง และอีกมากกว่านั้นหลายเท่าต้องมีชีวิต
อยู่กับการบาดเจ็บทางกาย และความเจ็บปวดทางจิตใจ
จากการถูกคนอื่นทำร้าย หรือไม่ก็ทำร้ายตัวเอง ในภาพรวมแล้ว
ความรุนแรงคือสาเหตุสำคัญระดับต้นๆ ของการตายในหมู่
ประชากรวัยผู้ใหญ่

ในประเทศไทย ตัวเลขจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง
สาธารณสุข ระบุว่าความรุนแรงเป็น 1 ใน 10 สาเหตุสำคัญของการตาย
คนที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงมีจำนวนมากขึ้นอย่างน่าตกใจ เด็กๆ ได้รับความ
เจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจ จากการกระทำรุนแรงโดยผู้ใหญ่ซึ่งควรจะเป็น
เป็นผู้ให้การปกป้องดูแลพวกเขา วัยรุ่นทั้งในและนอกโรงเรียนต่างตกเป็นเหยื่อ
ความรุนแรง จากการถูกรังแกข่มเหง การทะเลาะวิวาท หรือไม่ก็ทำร้ายตัวเอง บ้างก็ตกอยู่
ในวังวนของสิ่งเสพติด และเป็นเหยื่ออาชญากรรม ผู้หญิงถูกกระทำรุนแรงทางกายและทางเพศ
โดยผู้ชาย ซึ่งจำนวนไม่น้อยคือสามีหรือไม่ก็คนใกล้ชิดของพวกเขาเอง ผู้สูงอายุซึ่งเพิ่ม
จำนวนขึ้นเรื่อยๆ ในสังคมปัจจุบัน ถูกทอดทิ้งและถูกกระทำทารุณจากผู้ที่มิหน้าทีอุปการะ
เลี้ยงดู หรือไม่ก็จากคนที่พวกเขาให้กำเนิดและพุ่มพักมากับมือ ทั้งหมดนั้น ยังไม่รวมถึง
ความรุนแรงจากความขัดแย้งระหว่างกลุ่มคน ที่แตกต่างกันในด้านภาษาพูด วิถีเศรษฐกิจ
ศรัทธาในศาสนา อุดมการณ์ทางการเมือง และชนชั้นทางสังคม

ในยุคที่โลกไร้พรมแดนเช่นทุกวันนี้ ความรุนแรงยังมีความซับซ้อนและทวีความโหดร้ายมากขึ้น พร้อมๆ กับการเพิ่มขึ้นของประชากรมนุษย์ การขยายตัวของเมืองใหญ่ เศรษฐกิจที่ก้าวหน้า และเทคโนโลยีล้ำยุค ซึ่งจำนวนไม่น้อยถูกนำมาใช้ใช้จุดมการณ์แห่งความรุนแรง ไม่ทางใดก็ทางหนึ่งในนามของอำนาจและการแข่งขัน แต่ผลของมันก็มักจบลงด้วยการที่ผู้คนถูกแบ่งแยก หลายคนถูกเอารัดเอาเปรียบ ถูกรังเกียจกีดกัน และถูกทำร้ายด้วยความรุนแรง อย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน

ที่น่าตระหนกมากขึ้นก็คือ ความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นและดำรงอยู่ได้ไม่จำกัดสถานที่และเวลา ไม่ว่าจะเป็นในบ้าน ในสถานศึกษา ที่ทำงาน ห้องถนน และแม้ในสถานที่ที่ถือว่ามีความศักดิ์สิทธิ์ เช่น วัดหรือศาสนสถาน ก็ได้มีได้เว้น จึงแทบไม่มีที่ใดเลยที่เราจะปลอดภัยจากความรุนแรง

ไม่ว่าจะเป็นแบบไหน หรือมีสาเหตุมาจากอะไร ความรุนแรงไม่ได้มีผลเป็นเพียงความเจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจของคนที่เกี่ยวข้องเท่านั้น แต่มันยังส่งผลให้สังคมเจ็บป่วย ปิดกั้นความมั่งคั่งของความร่วมมือและความคิดสร้างสรรค์ และลดทอนโอกาสที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างสงบสันติของมวลมนุษย์ กล่าวสั้นๆ มันคือภัยคุกคามสุขภาวะของมนุษย์

ความรุนแรงที่แพร่หลายอยู่ในสังคมวันนี้ ไม่ได้เกิดมาจากสัญญาภาค อีกทั้งไม่ใช่ลักษณะที่ถูกกำหนดโดยพันธุกรรมหรือสัญชาตญาณของมนุษย์ หากเป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น อันเป็นผลมาจากความขัดแย้งที่มนุษย์อาจจะยังไม่ได้เรียนรู้ที่จะหาทางออกอย่างถูกต้อง หรือไม่ก็อาจจะมาจากโครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมที่เอื้อต่อความรุนแรง ทำให้มนุษย์เน้นความสำคัญของตัวเองมากเกินไป จนลืมนึกถึงความสัมพันธ์ที่มีกับคนอื่น ปัจจุบันเหล่านั้นผลิตซ้ำตัวมันเอง โดยการถ่ายทอดวิธีคิดและแนวทางปฏิบัติ จากคนรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง

ที่พอจะเป็นความหวังคือ ความรุนแรงเป็นสิ่งที่เราสร้างมันขึ้นมา ดังนั้น มันจึงไม่ใช่สิ่งที่หลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ได้ เพียงแต่ถ้าจะทำเช่นนั้น สังคมจะต้องตระหนกอย่างจริงจังในปัญหาและผลกระทบของมัน ทั้งในระยะสั้นและในระยะยาว เพราะตราบดีที่รากเหง้าแท้จริงของความรุนแรงในระดับบุคคลและในระดับโครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมที่เอื้อต่อความรุนแรง ยังไม่ถูกถอนทำลาย ความรุนแรงก็ยังคงทำหน้าที่ของมันต่อไป

2 ความรุนแรง: ธรรมชาติ และความหลากหลาย

จิ๋ว

* หญิงวัย 34 ปี เรียนจบ ม. 6 แต่งงานเมื่อ 8-9 ปีที่แล้ว มีลูกชายคนหนึ่ง และกำลังตั้งครรภ์ลูกคนที่สอง เมื่อเร็วๆ นี้ เธอตัดสินใจหนีออกจากบ้านที่เช่าอยู่กับสามี ไปขออยู่พักพิงที่สถานสงเคราะห์สตรีแห่งหนึ่ง เพราะทนไม่ไหวที่ถูกสามีกักขังให้อยู่แต่ในบ้านมา 3-4 ปี แล้ว

จิ๋วบอกว่าสามีของเธอเป็นคน “หึงอย่างไม่มีเหตุผล” ตั้งแต่แต่งงานกันได้ปีเศษมาแล้ว ไม่เพียงแต่เขาจะไม่ยอมให้จิ๋วได้พบเห็นผู้ชายคนใดคนหนึ่งเท่านั้น แม้คนทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นใคร ก็ดูเหมือนเขาไม่ยอมให้จิ๋วคบด้วยเลย จิ๋วไม่มีสิทธิไปไหนมาไหนตามลำพังโดยไม่มีเขา “คุม” ไปด้วย ไม่ต้องพูดถึงการไปทำงานนอกบ้าน หรือการไปพบปะเพื่อนฝูงในบางโอกาส เวลาออกไปข้างนอกกับเขา จิ๋วจะถูกห้ามไม่ให้มองผู้ชาย “จิ๋วมีสิทธิมองได้เฉพาะท้องฟ้ากับเท้าของตัวเองเท่านั้น” เวลาเขาพาไปกินข้าวนอกบ้าน เขามักจะเลือกโต๊ะที่ติดกับข้างฝาผนัง และบังคับให้จิ๋วนั่งหันหน้าเข้าฝาอย่างเดียว ห้ามมองคนอื่น โดยเฉพาะผู้ชาย เมื่อจิ๋วอดทนทำตามไม่ได้หรือแสดงความไม่พอใจ ก็จะถูกเขาทำร้าย หนักๆ เข้า เวลาออกไปทำงาน เขาใช้วิธีล็อกกุญแจขังจิ๋วไว้ในบ้าน ส่วนลูกชายนั้นเขาให้พี่สาวของเขาซึ่งฐานะดีกว่าเอาไปเลี้ยง ในวันเสาร์อาทิตย์ที่ลูกมาอยู่ด้วย ก่อนออกไปทำงานเขาก็จะล็อกกุญแจบ้านขังจิ๋วและลูกไว้ด้วยกัน เวลานั้นชายนและน้องสาวของจิ๋วมาเยี่ยม สามีของจิ๋วจะอนุญาตให้ค้างที่บ้านได้เฉพาะน้องสาวเท่านั้น ส่วนน้องชายให้กลับ หรือให้ไปค้างที่อื่น แม้สามีจะให้ทุกอย่างที่จำเป็นต้องใช้เวลาถูกขังอยู่ในบ้าน แต่เขาก็ไม่ให้เงิน เพราะกลัวจิ๋วจะหนีเขาไป ความจริง จิ๋วเคยหนีออกจากบ้านมาแล้ว แต่ก็ถูกเขาตามอ่อนวอนจนจิ๋วใจอ่อนและกลับไปอยู่กับเขา ครึ่งแล้วครึ่งเล่า จิ๋วเคยคิดสั้นและเคยกินยาหมายจะฆ่าตัวตาย แต่บังเอิญเขามาพบ และนำส่งโรงพยาบาลได้ทัน

*นามสมมติ

ความรุนแรงนั้นมีความหมายกว้าง ครอบคลุมการกระทำหรือการไม่กระทำมากมาย ที่มีผลหรือน่าจะมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ ชีวิต รวมถึงพัฒนาการและสิทธิที่พึงมีพึงได้ของผู้ถูกทำหรือของตัวผู้ทำ ความรุนแรงเอง

เกศ

* เด็กสาววัย 19 ปี อดีตนักศึกษา ปวส. ปี 2 ไม่ได้ดูสดใสเหมือนเด็กสาววัยเดียวกับเธอเท่าไร ดวงตาที่ค่อนข้างโตของเธอซ่อนแววกังวลและเจ็บปวดอยู่ลึกๆ เธอตัดสินใจออกจากบ้านพ่อแม่ไปอาศัยอยู่ที่สถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง เกศตั้งครรภ์จากการถูกเพื่อนชายลงปมอมยา แล้วพาไปข่มขืน ด้วยความอับอาย เกศปิดบังเรื่องนี้ไว้ไม่บอกให้ใครรู้ ต่อมาเธอก็พบว่าตัวเองตั้งครรภ์ เมื่อเธอขอให้เพื่อนชายคนนั้นรับผิดชอบ เขากลับบอกให้เธอไปรื้อลูกออก แล้วตีจากไปไม่นานหลังจากนั้นพ่อแม่เธอก็รู้เรื่อง ในที่สุดเธอก็ไม่สามารถเรียนหนังสือต่อไปได้ อยู่บ้านก็ถูกพ่อแม่ซึ่งรับเรื่องที่เกิดขึ้นนี้ไม่ได้เอาแต่ดุด่า พ่อเคยตีเกศด้วยอารมณ์โมโหที่เกศทำให้พ่อแม่เสียชื่อเสียงวงศ์ตระกูล ที่สุดก็ไล่เธอออกจากบ้าน วันนี้เกศอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ แต่วันหน้าอะไรจะเกิดขึ้นและจะไปทำอะไรอยู่ที่ไหนเธอก็ยังคิดไม่ออก

* นามสมมติ

ลุงสมหวัง

* ชายวัยใกล้ 70 ปี เป็นชาวนายากจน เขาอาศัยอยู่ในกระท่อมโทรมๆ กับภรรยาคู่ชีวิต ซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรัง ช่วงประมาณ 10 ปีแรกหลังจากแต่งงาน ลุงสมหวังมีนาซึ่งรับมรดกจากพ่อแม่ พอทำกินเลี้ยงครอบครัวที่มีลูกชาย 2 คน กับลูกสาวอีก 1 คน ไม่มีหนี้สิน ชีวิตพออยู่พอกิน นับแต่เริ่มมีชลประทานเข้าถึง เมื่อ 30 กว่าปีที่ผ่านมานาชาวนาแถบนั้นทำนาได้ปีละ 2 ครั้ง แต่ต้องลงทุนมาก เพราะใครๆ ก็หันมาใช้เครื่องจักร ทำให้ต้นทุนสูง ไท่นจะค่าปุ๋ย ค่ายาฆ่าแมลง และค่าเก็บเกี่ยว คนทุนน้อยอย่างลุงสมหวังต้องกู้ยืมเงินบ่อยๆ แต่ราคาข้าวไม่เป็นใจ บางปีหักทุนแล้วแทบไม่มีกำไร หนี้สินที่กู้มาบางปีก็ไม่ได้ใช้ ต้องกู้หนี้ใหม่มาใช้หนี้เก่าอยู่บ่อยๆ หนี้สินจึงมีแต่เพิ่มขึ้นๆ ช่วงนั้นเองภรรยาที่ป่วยกระเสาะกระแสะแบบหาสาเหตุไม่ได้ ลุงสมหวังคิดว่าคงเป็นเพราะได้รับสารเคมีจากการไปปรับจ้างพ่นยาฆ่าแมลงในไร่ข้าวโพด เหมือนที่คนหลายคนในหมู่บ้านเป็นกัน แล้วสิ่งที่ลุงสมหวังเห็นว่าเลวร้ายที่สุดในชีวิตของเขาก็เกิดขึ้น นาของเขาถูกนายทุนบังคับซื้อเพื่อเอาเงินมาหักกลบลบหนี้ที่เขาไม่มีปัญญาใช้ นับแต่นั้นมาชีวิตและครอบครัวของลุงสมหวังก็เปลี่ยนไป ลูกที่โตเป็นหนุ่มเป็นสาวก็ทยอยกันออกจากบ้านไปหางานทำในเมืองใหม่ๆ พวกเขา ก็กลับมาหาหรือส่งเงินให้ใช้อยู่บ้าง แต่เมื่อเวลาผ่านไป ลูกๆ ก็ค่อยๆ หายไป บ้างก็มีครอบครัวอยู่ที่อื่น เงินทองก็ไม่ได้ส่งมาให้พ่อแม่ใช้ ลุงสมหวังบอกตัวเองว่า บัดนี้ครอบครัวของเขาแตกสลายแล้ว ทุกวันนี้เขากับภรรยามีชีวิตอยู่กันลำพังอย่างโดดๆ อย่างๆ

*นามสมมติ

ครูจุหลิง

ปงกันมูล หรือที่คนใกล้ชิดเรียกกันว่าครูจ้อย ครูสาวจากชนบทจังหวัดเชียงราย

ผู้อุทิศชีวิตให้แก่การสอนเด็กๆ ในท้องที่ทางไกลของจังหวัดนราธิวาส เสียชีวิตเนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เมื่อเดือนมกราคม 2550

ในปี 2549 ระหว่างที่ปฏิบัติหน้าที่ครูอยู่ที่โรงเรียนบ้านกูจิงรือปะ อำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส เธอถูกกลุ่มผู้ก่อความไม่สงบจับเป็นตัวประกัน และถูกตีจนสมองได้รับผลกระทบกระเทือนรุนแรง ต้องอยู่ในอาการเจ้าหญิงนิทราตั้งแต่บัดนั้น หลังจากทีมแพทย์ให้การรักษายาบาลอย่างเต็มที่ โดยที่คนทั้งประเทศเอาใจช่วยกันอยู่นาน 8 เดือน ครูจุหลิงก็หมดลมหายใจด้วยอาการสงบ

ประเทศไทยได้สูญเสียครูผู้ยิ่งใหญ่อีกคนหนึ่ง จากเหตุการณ์ความขัดแย้งทางสังคมและการเมือง ที่เธอไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยแม้แต่น้อย นี่เป็นเพียงหนึ่งในจำนวนผู้ที่เสียชีวิตไปทั้งสิ้นกว่า 3 พันคน นับแต่เกิดเหตุการณ์รุนแรงขึ้นเมื่อต้นปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา

ความรุนแรงเช่นที่เกิดกับกรณีตัวอย่างข้างต้น เกิดขึ้นซ้ำซากในสังคมไทย เช่นเดียวกับในอีกหลายสังคมในโลกนี้ ตัวอย่างเพียงส่วนน้อยนี้บอกเราว่า ความรุนแรงนั้นมีหลายรูปแบบ และมาจากหลายสาเหตุ จนยากที่จะทำความเข้าใจให้ถ่องแท้ได้ทั้งหมด แต่ถ้าเราจะหาทางป้องกันหรือลดทอนความรุนแรงลงให้ได้ เราคงต้องเริ่มด้วยการทำความเข้าใจให้ซัดก่อนว่า อะไรเรียกว่ารุนแรง ธรรมชาติและรากเหง้าของมันคืออะไร

มุมมองสากล

ในรายงานระดับโลกว่าด้วยความรุนแรงกับสุขภาพ (World report on violence and health) องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญความรุนแรงไว้อย่างครอบคลุม ว่า คือ “การใช้กำลังหรืออำนาจ ที่บุคคลจงใจกระทำต่อตัวเอง ต่อผู้อื่น หรือต่อกลุ่มคนหรือชุมชน และการกระทำเช่นนั้นได้ก่อให้เกิด หรือน่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ชีวิต จิตใจ หรือทำให้เกิดการพัฒนาที่ผิดเพี้ยน หรือเป็นการลิดรอนสิทธิอันพึงมีของผู้ถูกกระทำ การใช้กำลังนี้ ไม่ว่าจะลงมือทำจริงๆ หรือเพียงแค่คุก ก็ถือเป็นความรุนแรง”

ความรุนแรงไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการใช้กำลังหรืออาวุธเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการใช้ “อำนาจที่เหนือกว่า” กระทำต่อผู้อื่นด้วยการใช้กำลังทำร้ายกันในการทะเลาะวิวาทจนทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตนั้น เป็นความรุนแรงอย่างไม่ต้องสงสัย แต่การใช้อำนาจบังคับให้ผู้อื่นกระทำการที่เขาไม่เต็มใจทำ หรือไม่ให้ทำสิ่งที่เขามีสิทธิที่จะทำ เช่น สามีบังคับให้ภรรยาอยู่แต่ในบ้าน ไม่ยอมให้ออกไปไหน (ดังกรณีของจีวข้างต้น) หรือการที่อาจารย์บางคนในสถาบันการศึกษาบางแห่งใช้สถานภาพที่เหนือกว่า กดดันหรือหว่านล้อมให้นักศึกษายอมมีเพศสัมพันธ์กับตนเพื่อแลกกับการได้คะแนนที่ดีขึ้น หรือผู้บังคับบัญชาสั่งย้ายผู้ใต้บังคับบัญชาโดยไม่เป็นธรรม ดังที่เคยปรากฏเป็นข่าว ก็ถือว่าเป็นกระทำที่รุนแรงไม่น้อยไปกว่ากัน

ความรุนแรงไม่จำเป็นต้องมาจากการกระทำที่เป็น “กายกรรม” หรือการลงมือทำจริงๆ แม้ด้วย “วจีกรรม” คือการพูดข่มขู่จะทำร้าย การเปิดเผยเรื่องส่วนตัว หรือป้ายสีด้วยเรื่องอันเป็นเท็จ ซึ่งก่อให้เกิดความหวาดหวั่น เครียด วิตกกังวล หรือเจ็บปวดทางจิตใจ ในระดับใดระดับหนึ่ง ก็เป็นความรุนแรงเช่นกัน นอกจากนี้ แม้การไม่ทำอะไรเลยก็อาจเป็นความรุนแรงอย่างหนึ่ง เช่น การละเลยไม่ใส่ใจความต้องการที่จำเป็นของเด็ก ผู้สูงอายุ หรือสมาชิกอื่นๆ ในบ้าน ที่ควรได้รับการเอาใจใส่ เป็นต้น

ผลของความรุนแรงไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการทำให้บาดเจ็บ หรือเป็นอันตรายทางร่างกายโดยตรงเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผลกระทบทางจิตใจด้วย เช่น การทำให้อับอายขายหน้า ถูกดูหมิ่นเหยียดหยาม ลิดรอนสิทธิ จนทำให้สภาพจิตใจแย่ลง หรือทำให้การดำรงชีวิตผิดไปจากปกติ เหล่านี้ล้วนแต่อยู่ในข่ายของความรุนแรง

ไม่เฉพาะการใช้กำลังหรืออำนาจต่อผู้อื่นเท่านั้นที่เป็นความรุนแรง แม้การกระทำต่อตนเอง เช่น การฆ่าตัวตาย (ไม่ว่าจะสำเร็จและไม่สำเร็จก็ตาม) หรือการทำร้ายตัวเองให้ได้รับบาดเจ็บทางใดทางหนึ่ง ก็เป็นความรุนแรงด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ความรุนแรงอาจเป็นการกระทำระหว่างคนคนเดียวต่อคนเป็นกลุ่ม หรือระหว่างคนกลุ่มหนึ่งกับอีกกลุ่มหนึ่ง ก็ได้ เช่น การที่คนคนเดียวลอบวางระเบิดในที่สาธารณะ การยกพวกตีกันของวัยรุ่น เหตุการณ์จลาจลของผู้ชุมนุมประท้วงที่ทำให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บ หรือทำให้ประชาชนผู้ไม่เกี่ยวข้องได้รับความเดือดร้อน (เช่น ปิดถนน) เจ้าหน้าที่ของรัฐใช้อาวุธปราบปรามฝูงชนที่ชุมนุมกันโดยสงบ หรือสงครามระหว่างประเทศที่เกิดขึ้นอยู่ในบางภูมิภาคของโลกปัจจุบัน เป็นต้น

สุดท้าย ความรุนแรงเป็นการกระทำที่ผู้ทำมีความตั้งใจและมีเป้าหมาย แต่ไม่รวมถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นเพราะความประมาท หรือที่เป็นอุบัติเหตุ

กล่าวสั้นๆ สิ่งที่เราเรียกว่าเป็นความรุนแรงนั้นมีความหมายกว้าง ครอบคลุมการกระทำหรือการไม่กระทำมากมาย ที่มีผลหรือน่าจะมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อสุขภาวะทางกาย จิตใจ ชีวิต รวมถึงพัฒนาการและสิทธิที่พึงมีพึงได้ของผู้ถูกทำ หรือของตัวผู้ทำความรุนแรงเอง

มุมมองทางสังคม

มองจากมิติทางสังคม ความรุนแรง คือสิ่งที่กีดกัน บั่นทอน ปิดกั้น ขัดขวาง หรือกดทับศักยภาพของบุคคลไว้ จนไม่อาจบรรลุถึงจุดหมายในชีวิตของเขาอย่างที่ควรจะเป็นได้ จุดหมายในชีวิตนั้น อาจจะเป็นจุดหมายที่บุคคลตั้งเอาไว้จริงๆ สำหรับชีวิตของเขา หรืออาจจะเป็นจุดหมายที่น่าจะเป็น หรือที่เขาน่าจะบรรลุถึงได้ถ้าไม่มีความรุนแรงเกิดขึ้น และอาจจะเป็นจุดหมายในเรื่องอะไรก็ได้ นับตั้งแต่เรื่องสุขภาพ ไปจนถึงเรื่องการพัฒนาชีวิตในด้านต่างๆ (การศึกษา การงาน ความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ฯลฯ)

ถ้า สมชาย ถูกสะกิดระเบิดที่คนร้ายจงใจเอาไปวางไว้ในถังขยะริมถนน ได้รับบาดเจ็บจนตาบอดไปข้างหนึ่ง ความรุนแรงที่ สมชาย ได้รับนี้ ไม่เพียงแต่จะทำให้เขาเจ็บปวดทรมานและจิตใจเท่านั้น แต่จุดมุ่งหมายในชีวิตของเขายังถูกบั่นทอนหรือถูกทำลายไปด้วย เขาจะต้องออกจากงานเพราะเสียตาไปข้างหนึ่ง ครอบครัวของเขาอาจจะขาดรายได้ ลูกเขาอาจจะไม่มีโอกาสได้เรียนถึงระดับที่ควรจะเป็น นั่นก็คือ สมชาย ไม่สามารถบรรลุจุดหมายในชีวิตอย่างที่เขาคould ได้บรรลุ เพราะความรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเหตุ สภาพที่เป็นจริงที่เขาเป็นอยู่หลังจากถูกสะกิดระเบิดจึงแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับที่เขาควรจะเป็น ถ้าไม่ประสบความรุนแรง

โดยนัยเดียวกัน เด็กสาววัยรุ่นที่ถูกข่มขืน ภรรยาที่ถูกสามีตีเป็นอาฉิน เด็กๆ ที่ถูกพ่อแม่ทอดทิ้ง ผู้สูงอายุที่ถูกลูกหลานปล่อยปละละเลย ไม่เอาใจใส่ดูแล ขาวนาที่ถูกนายทุนเงินกู้บีบบังคับยึดที่ทำกิน เพราะหาเงินใช้หนี้ไม่ได้ วัยรุ่นที่อกหักยิงแฟนเสียชีวิตแล้วปลิดชีพตัวเองตามครู ประชาน และเจ้าหน้าที่ ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิต จากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งหมดนี้เป็นความรุนแรงที่เกิดในรูปแบบและบริบทที่ต่างกัน แต่ความรุนแรงเหล่านี้ก็มีลักษณะที่เหมือนกันอยู่อย่างหนึ่ง นั่นคือมันกีดกัน บั่นทอน ขัดขวาง หรือกีดกั้นไม่ให้ผู้ที่เป็นเหยื่อได้บรรลุถึงจุดหมายที่ควรจะเป็นของพวกเขา

จากกรณีตัวอย่างข้างต้น เราอาจตั้งคำถามในมุมกลับเพื่อเข้าใจธรรมชาติของความรุนแรง เช่น ใช้หรือไม่ ถ้าจั่วไม่ถูกสามีก็ขังให้อยู่แต่ในบ้าน เธออาจจะได้ออกไปทำงาน มีรายได้มาใช้จ่ายส่วนตัวและในครอบครัว อย่างน้อยเธอก็จะมีอิสระไปไหนมาไหนได้ เจกเซนผู้หญิงที่แต่งงานแล้วทั่วไป

ใช้หรือไม่ ถ้าเกิดไม่ถูกเพื่อนชายคนนั้นมอมยาแล้วพาไปร่วมหลับนอน โดยที่เธอไม่ยินยอม จนเป็นเหตุให้ตั้งครรภ์ในเวลาต่อมา และใช้หรือไม่ ถ้าพ่อแม่ของเธอปฏิบัติต่อเธอด้วยความเข้าใจ เธอควรจะได้เรียนหนังสือจนจบ มัธยมศึกษา และมีความคิดเหมือนวัยรุ่นทั่วไป อย่างน้อยชีวิตของเธอก็ควรจะไม่มีถูก “ตัดหางปล่อย” อย่างที่เป็นอยู่

ใช่หรือไม่ว่า ถ้าสังคมมีระบบเครดิตที่เป็นธรรมมากกว่านี้ คนอย่างลุงสมหวังอาจจะไม่ต้องกู้เงินนายทุนที่ต้องจ่ายดอกเบี้ยสูงลิ่ว จนในที่สุดก็หมดเนื้อหมดตัว สูญเสียที่ดินทำกิน และลงท้ายครอบครัวก็แตกสลาย

ในระดับชุมชน สังคม และประเทศชาติ ความรุนแรงก็เป็นสิ่งกีดกัน บั่นทอน และทำให้ชีวิตของชุมชนและสังคมถูกกดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น นั่นคือ ต่ำกว่าศักยภาพที่มีอยู่ของชุมชนหรือสังคมนั้นๆ

ใช่หรือไม่ว่า ถ้าไม่เกิดเหตุการณ์รุนแรง ชุมชนและสังคมใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ควรมีสภาพความเป็นอยู่ที่สงบสุขมากกว่าที่เป็นอยู่ในวันนี้

ใช่หรือไม่ว่า ในช่วงเวลา 2-3 ปี ที่ผ่านมา ถ้าประเทศไทยมีรัฐบาลที่ฟังเสียงประชาชน และมีทีมผู้บริหารบ้านเมืองที่ซื่อสัตย์ ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน ประเทศไทยคงไม่มีการประท้วงกันจนวุ่นวายไม่รู้จบ และคงไม่มีรัฐประหาร ซึ่งส่งผลเสียที่ประเมินค่ามิได้ ต่อการพัฒนาประชาธิปไตย และเศรษฐกิจของชาติ

และใช่หรือไม่ว่า ถ้าการประท้วงทางการเมืองที่เกิดขึ้นนับครั้งไม่ถ้วนในช่วงเวลา 3-4 ปี ที่ผ่านมา เป็นไปอย่างสงบ ไม่ทำกันอย่างยืดเยื้อยาวนานไร้ขอบเขต ถึงขนาดปิดถนน ยึดทำเนียบรัฐบาลและปิดสนามบิน สังคมไทยคงมีความสงบมากกว่านี้ คนไทยคงไม่แตกแยกกันรุนแรง และเศรษฐกิจไทยก็คงไม่ประสบปัญหาขนาดนี้ แม้จะมีผลกระทบจากภายนอกเข้ามาซ้ำเติมอีกก็ตาม

ในมุมมองเช่นนี้ ความรุนแรงก็คือสิ่งที่ทำให้เกิดช่องว่างหรือความแตกต่างระหว่างศักยภาพ กับสภาพที่เป็นจริงในชีวิตของมนุษย์ ในชุมชนและสังคม นั่นเอง

“อิทัปปัจจยตา” แห่งความรุนแรง

ประเด็นสำคัญที่ควรทำความเข้าใจอีกอย่างหนึ่ง คือ ความรุนแรงนั้นเป็นทั้งเหตุและผลอยู่ในตัวของมันเอง กล่าวคือความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างหนึ่งอาจจะเป็นผลมาจากความรุนแรงที่มีอยู่แล้วอย่างใดอย่างหนึ่ง ขณะเดียวกัน ตัวมันเองก็เป็นเหตุให้เกิดความรุนแรงอย่างใหม่ต่อไปได้ด้วย เช่น ความไม่เท่าเทียมกันถือว่าเป็นความรุนแรงทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากนโยบายกระจายรายได้ที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งก็เป็นความรุนแรงอย่างหนึ่งเหมือนกัน เรียกว่า ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (ดู หัวข้อถัดไป) และในเวลาเดียวกัน ความไม่เท่าเทียมกันก็อาจนำไปสู่ความรุนแรงอีกอย่างหนึ่งได้ด้วย เช่น ความยากจน และปัญหาสุขภาพของประชาชนกลุ่มที่ด้อยโอกาส เป็นต้น นี่คือการกระบวนการณ์ที่ความรุนแรง “ผลิตซ้ำ” ตัวมันเอง ทำให้

งอกงามอยู่ได้ และนี่คือ “อิทัปปัจจยตา” แห่งความรุนแรง คือ กระบวนการที่ความรุนแรงอิงอาศัยกันเกิดขึ้น โดยที่ความรุนแรงอย่างหนึ่งก่อให้เกิดความรุนแรงอีกอย่างหนึ่ง เข้าทำนอง “เพราะสิ่งนี้มี สิ่งนี้จึงมี, เพราะสิ่งนี้เกิดขึ้น สิ่งนี้จึงเกิดขึ้น” ตามหลักความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัย กระบวนการเช่นนี้ทำให้เป็นไปได้ที่เราจะหยุดหรือลดความรุนแรงลง ด้วยการ “ตัดตอน” ต้นเหตุแห่งความรุนแรงเสีย เช่น ถ้าตัดตอนความรุนแรงทางโครงสร้างได้ ความรุนแรงอย่างอื่นก็จะลดลงด้วย

หลากหลายและซับซ้อน

ความรุนแรงนั้นมีหลายรูปแบบ แต่เราอาจจำแนกง่าย ๆ ตามประเภทของบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็น (1) ความรุนแรงที่บุคคลทำต่อตนเอง เช่น การฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเอง (2) ความรุนแรงระหว่างบุคคลหรือที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การทะเลาะวิวาท การข่มขืน ความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงในชุมชน ในสถาบันการศึกษา ฯลฯ และ (3) ความรุนแรงที่เกี่ยวกับกลุ่มคน เช่น วิยรุษยกพวกตีกัน การต่อสู้ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ หรือระหว่างกลุ่มชนที่มีอุดมคติทางการเมือง ศาสนาและวัฒนธรรมต่างกัน รวมถึงการต่อสู้ด้วยอาวุธของชนกลุ่มน้อยและการกระบวนการณ์ก่อการร้ายกับรัฐ ก็จัดอยู่ในประเภทนี้

แต่ละประเภทที่กล่าวข้างต้น อาจเกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงรูปแบบต่างๆ คือ 1) ความรุนแรงทางร่างกาย ได้แก่ การทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นให้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกายหรือเสียชีวิต 2) ความรุนแรงทางเพศ หมายถึง การพูด หรือการกระทำที่มีจุดมุ่งหมายทางเพศ เช่น พูดจาฉาวลาม ตามตื้อ การมีเพศสัมพันธ์โดยที่อีกฝ่ายหนึ่งไม่ยินยอม รวมถึงการค้าประเวณี ความไม่เท่าเทียมทางเพศ และการกดขี่ทางเพศ เป็นต้น 3) ความรุนแรงทางจิตใจ ได้แก่ การพูดหรือทำให้ผู้อื่นได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ วิดกกังวล เครียด หรือซึมเศร้า และ 4) การลิดรอนสิทธิ ด้วยการเลือกปฏิบัติ หรือปิดกั้นบุคคลจากการมีหรือการใช้สิทธิอันพึงมีพึงได้ของเขา

โยฮาน กัลตุง (Johan Galtung) นักทฤษฎีด้านสันติภาพผู้มีชื่อเสียงชาวนอร์เวย์ วิเคราะห์ความรุนแรงโดยจัดเป็น 3 ระดับ คือ ความรุนแรงทางตรง ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง และความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม

ความรุนแรงทางตรง หมายถึง การกระทำ (หรือไม่กระทำ) ที่มีผลให้ตัวเองหรือคนอื่นได้รับบาดเจ็บทางกายหรือทางจิตใจ เป็นความรุนแรงที่เราคุ้นชินกันอยู่ทั่วไป เรามักได้ไม่ยากว่าใครทำอะไรกับใคร ใครบาดเจ็บ และมากน้อยเพียงใด เช่น สามีตีภรรยา ครูตีนักเรียน ผู้หญิงถูกล่วงละเมิดทางเพศ วิยรุษยกพวกตีกันในงานคอนเสิร์ต กลุ่มผู้ชุมนุมปะทะกับกำลังเจ้าหน้าที่ ฯลฯ ความรุนแรงทางตรงนี้เป็นสิ่งที่เราเห็นได้ง่าย

และอยู่ในระดับพื้นผิว ที่เป็นข่าวรายวันในหน้าหนังสือพิมพ์ ส่วนมากเป็นความรุนแรงทางตรง

ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง คือ สภาวะความรุนแรงอันเนื่องมาจากนโยบาย กฎหมาย กลไกทางการเมือง และกลไกทางเศรษฐกิจ ที่ไม่เป็นธรรม รวมถึงการรวมศูนย์อำนาจทั้งในทางการเมืองและการปกครองและเศรษฐกิจ ที่ทำให้ประชาชนทั่วไป หรือประชาชนบางกลุ่มบางพื้นที่ “ถูกทำร้าย” ด้วยการเลือกปฏิบัติเลือกปฏิบัติ เอารัดเอาเปรียบ ถูกกดขี่ และถูกกีดกันจากการเข้าถึงทรัพยากรและปัจจัยการดำรงชีพ ส่งผลให้ตกอยู่ในความยากจน เกิดช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจน และเกิดความขัดแย้งในสังคม สภาพเช่นนี้มักนำไปสู่ความรุนแรงในรูปของการต่อต้านและการต่อสู้ระหว่างประชาชนกับกลไกของรัฐหรือระหว่างประชาชนด้วยกันเอง และสิ่งเหล่านี้ก็อาจนำไปสู่ความรุนแรงทางตรง คือ การทำให้บาดเจ็บ อย่างที่กล่าวข้างต้นได้ด้วย

ความรุนแรงเชิงโครงสร้างมีอยู่ในทุกสังคม ต่างแต่ว่าใครจะมากใครจะน้อยกว่ากันเท่านั้น ในสังคมไทย จะเห็นได้จากการมีกลุ่มหรือองค์กรจัดตั้งในภาคประชาชน ที่ต่อสู้เรียกร้องต่อรัฐในเรื่องต่างๆ เช่น กลุ่มสมัชชาคนจน กลุ่มประชาชนที่ต่อต้านการสร้างเขื่อนปากมูลและเขื่อนราษีไศล กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมที่คัดค้านการสร้างเหมืองแร่โปแตช (จังหวัดอุดรธานี) กลุ่มอนุรักษ์ท้องถิ่นบ่อนอก และกลุ่มอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมบ้านกรูด (จังหวัดประจวบคีรีขันธ์) และกลุ่มเครือข่ายคัดค้านโครงการท่อส่งก๊าซ โรงงานแยกก๊าซธรรมชาติไทย-มาเลเซีย และอุตสาหกรรมต่อเนื่อง (จังหวัดสงขลา) เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มทางการเมืองอีกมาก ที่รู้จักกันดีได้แก่ กลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย (พปป.) และ

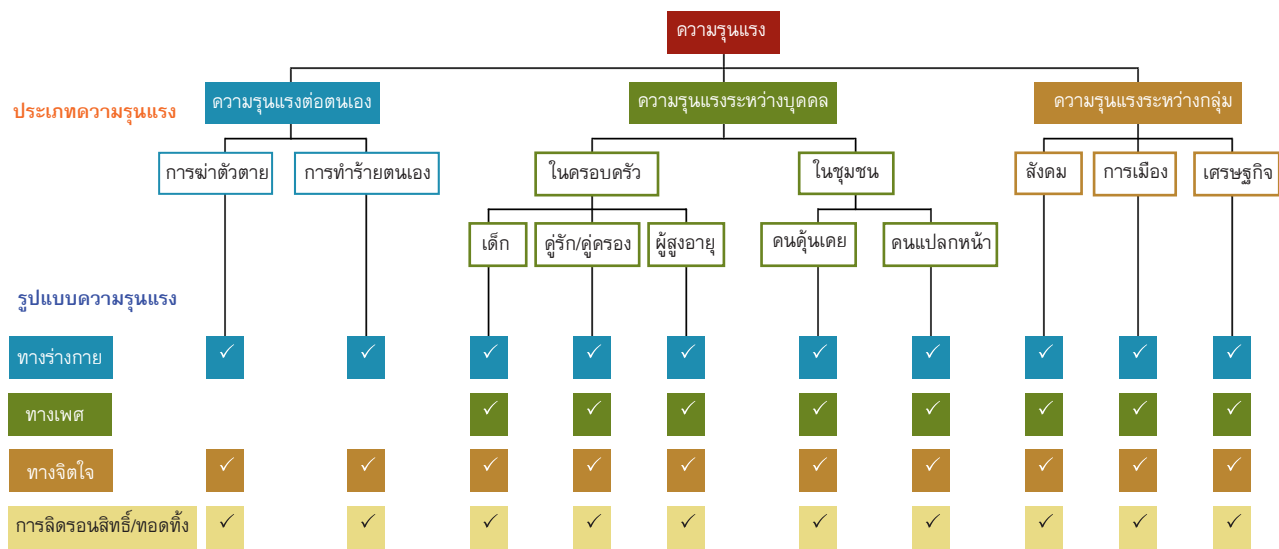
กลุ่มแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ (นปช.) ที่มีการเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ และก่อให้เกิดความรุนแรงทางตรงอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยที่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกันไป

การก่อเกิดของกลุ่มเหล่านี้มีมูลเหตุสำคัญมาจากปัญหาเชิงโครงสร้าง ซึ่งอาจจะกล่าวรวมๆ ว่า คือความไม่เป็นธรรม ความไม่โปร่งใส และความไม่มีธรรมาภิบาลในการปกครองและการบริหารในระดับต่างๆ ของสังคมนั่นเอง

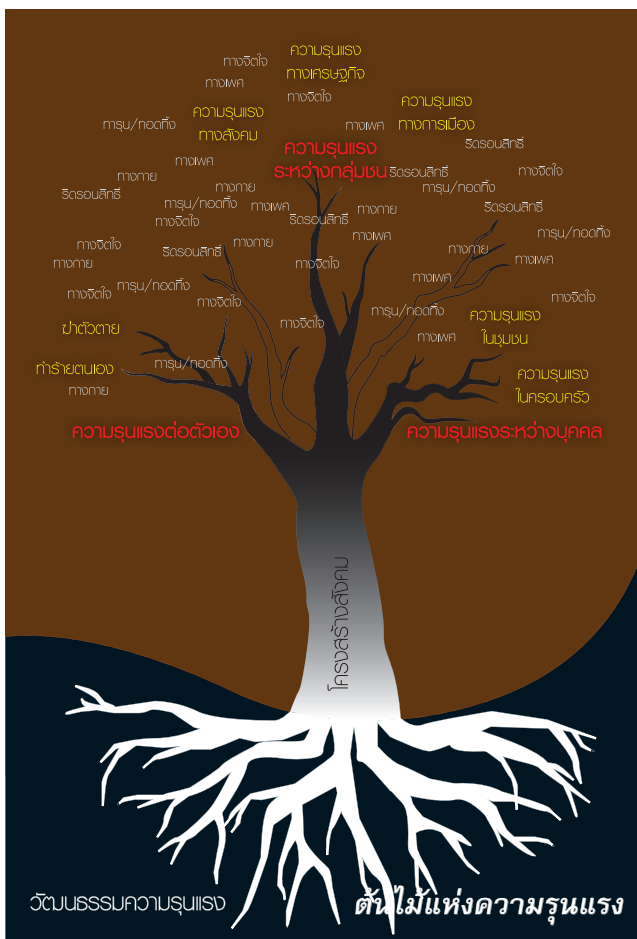
แต่ความรุนแรงเชิงโครงสร้างก็ไม่ได้แสดงออกมาให้เห็นในรูปของการต่อต้านเท่านั้น รูปธรรมแห่งความรุนแรงอีกส่วนหนึ่งปรากฏให้เห็นในลักษณะของ “ภัยเงียบ” ที่เราอาจไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภัยด้วยซ้ำ เช่น ถ้าคนส่วนใหญ่ยังยากจนทั้งที่ประเทศร่ำรวยทรัพยากร ความยากจนนั้นก็อาจจะถือว่าเป็นอาการที่แสดงออกอย่างหนึ่งของความรุนแรงเชิงโครงสร้าง ในทำนองเดียวกัน ถ้าประชาชนส่วนใหญ่ยังเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ทั้งที่ประเทศมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า หรือการมีเด็กขาดอาหารจำนวนมาก ทั้งที่ประเทศผลิตอาหารได้เหลือเฟือจนพอใครต่อใครว่าเป็นครัวของโลก เหล่านี้ก็คือรูปธรรมอย่างหนึ่งของความรุนแรงที่มีต้นตอมาจากโครงสร้างสังคม

เนื่องจากมีรากหยั่งลึกอยู่ในโครงสร้างสังคม ซึ่งเป็นเสมือนเกราะคุ้มกันแก่การกระทำรุนแรง ไม่ว่าจะด้วยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจของผู้ทำก็ตาม ความรุนแรงเชิงโครงสร้างจึงไม่สามารถทำให้หมดไปได้ด้วยการกำจัดคนที่เป็นต้นเหตุแห่งความรุนแรง คนอาจจะเปลี่ยนได้ แต่ตราบิตที่โครงสร้างที่ไม่เป็นธรรมยังอยู่ ความรุนแรงเชิงโครงสร้างก็จะมีอยู่ต่อไป

ประเภทและรูปแบบความรุนแรง



ที่มา: World Health Organization. 2002.



ความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม เป็นความรุนแรงอันเนื่องจากระบบความเชื่อ วิถีชีวิต แนวปฏิบัติ ที่ฝังแน่นอยู่ในวัฒนธรรมและสืบทอดมายาวนาน เช่น ในศาสนา ขนบประเพณี และอุดมคติของสังคม เป็นต้น เช่นเดียวกับความรุนแรงเชิงโครงสร้าง ความรุนแรงเชิงวัฒนธรรมไม่ได้ทำร้ายบุคคลให้ได้บาดเจ็บทางร่างกายและจิตใจโดยตรง แต่มันสนับสนุนรองรับและให้ความชอบธรรม แก่ความรุนแรงทางตรงและความรุนแรงเชิงโครงสร้าง ให้คนเห็นว่าการกระทำบางอย่างแม้จะรุนแรง ก็ไม่ถือว่าเป็นความรุนแรง และด้วยเหตุนี้จึงเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ เช่น พ่อแม่ตีลูกได้ ถ้าลูกไม่เชื่อฟัง เพราะถือกันว่าพ่อแม่คือผู้มีพระคุณต่อลูก ครูตีนักเรียนได้ ถ้านักเรียนเกเรหรือไม่ตั้งใจเรียน เพราะครูคือผู้อบรมสั่งสอนนักเรียน สามีนินทาภรรยาเพื่อมีเพศสัมพันธ์ได้ เพราะภรรยามีหน้าสนองความต้องการทางเพศของสามี เจ้าหน้าที่ของรัฐใช้อำนาจกับประชาชนได้ เพราะรัฐเป็นผู้ปกครอง ฯลฯ

ในความเห็นของโยฮาน กัลตุง ความรุนแรงทั้งสามระดับที่กล่าวมานี้ เชื่อมโยงกันอยู่อย่างแยกไม่ออกในทุกๆ การกระทำที่ถือว่าเป็นความรุนแรง เช่น ในการข่มขืน ย่อมมีทั้งส่วนที่เป็นความรุนแรงทางตรง (ผู้ชายใช้กำลังบังคับหรือทำร้ายร่างกายผู้หญิงเพื่อให้ยอมมีเพศสัมพันธ์) ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (กฎหมายหละหลวม กระบวนการสอบสวนไม่สามารถเอาผิดกับผู้กระทำได้ง่ายๆ) และความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม (มาตรฐานทางเพศที่แตกต่างกันสำหรับชายและหญิง หญิงถูกมองเป็นเพียงวัตถุทางเพศ)

ถ้าเปรียบโลกแห่งความรุนแรงทั้งหมดเหมือนกับต้นไม้ ความรุนแรงทางตรงที่ปรากฏให้เราเห็นอยู่ทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงทางกาย ทางจิตใจ ทางเพศ หรือการลิดรอนสิทธิของผู้อื่น ก็เปรียบได้กับส่วนที่เป็นกิ่งก้านและใบของต้นไม้ ส่วนนี้จะงอกงามมากน้อยเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์แข็งแรงของลำต้น ซึ่งเปรียบได้กับโครงสร้างสังคม ถ้าโครงสร้างสังคมเอื้อต่อความรุนแรงมาก ความรุนแรงก็ย่อมงอกงามตามไปด้วย แต่ลำต้นตลอดจนถึงก้านและใบของต้นไม้จะงอกงามไม่ได้ถ้าไม่มีรากที่ติดุดเอาสารอาหารและน้ำไปหล่อเลี้ยงทุกส่วนอย่างเพียงพอ ความรุนแรงก็เช่นกัน ทั้งองกามและแพร่หลายอยู่ได้ก็เพราะมีปัจจัยทางวัฒนธรรมรองรับอยู่ในระดับฐานราก ความรุนแรงเชิงวัฒนธรรมนั้นมองเห็นได้ยาก ในหลายกรณีเรามองไม่เห็น หรือไม่คิดว่ามันเป็นความรุนแรงด้วยซ้ำ เฉาก๊นกับที่เรามองไม่เห็นรากของต้นไม้ ฉนั้นได้ก็ฉนั้น

เหตุปัจจัยแห่งความรุนแรง

ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงแบบไหน สาเหตุและรากเหง้าของมันก็ไม่ได้มาจากปัจจัยตัวใดตัวหนึ่งเพียงหนึ่งเดียว การศึกษาที่ผ่านมาจำนวนมากได้ข้อสรุปตรงกันว่า ความรุนแรงเป็นผลพวงของการที่ปัจจัยหลายอย่าง ในหลายระดับ มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน นับแต่ระดับปัจเจกบุคคล ไปจนถึงระดับชุมชนและสังคม นั้นแปลว่า รากเหง้าของความรุนแรงไม่ได้อยู่ที่ตัวผู้ทำความรุนแรงเท่านั้น แต่อยู่ที่ปัจจัยนอกตัวผู้กระทำด้วย มุมมองเช่นนี้ทำให้เราเข้าใจที่มาที่ไปของความรุนแรงได้แบบเป็นองค์รวมในเชิงนิเวศวิทยา

ตามแนวการวิเคราะห์นี้ เราอาจจะพบสาเหตุของการที่ผู้ชายบางคนตกเป็นเหยื่อได้ทั้งในตัวเขาเอง (เขาอาจมีบุคลิกที่ชอบความรุนแรง) ในความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของเขา (เขาและภรรยาทะเลาะกันเป็นอาเจิน มีปัญหาครอบครัว หรือเขาได้ซึมซับความรุนแรงระหว่างพ่อกับแม่มาตั้งแต่ยังเด็ก) ในชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ (ชุมชนอ่อนแอ ไม่มีทุนทางสังคมเพียงพอ) และในสังคมและวัฒนธรรมที่เขาเติบโตมา (กลไกทางกฎหมายอ่อนแอ วัฒนธรรมประเพณีให้อำนาจสามีเหนือภรรยา)

มุมมองเช่นนี้มีความหมายในเชิงปฏิบัติว่า ถ้าจะลดความรุนแรงในสังคมลงให้ได้ จะต้องจัดการกับปัจจัยในทุกระดับให้อยู่ในลักษณะที่ไม่เอื้อต่อความรุนแรง ซึ่งเป็นเรื่องที่ท้าทายเป็นอย่างยิ่ง

แบบจำลองการอธิบายความรุนแรงในมุมมองแบบนิเวศวิทยา



ที่มา : World Health Organization. 2002.

3 หลากหลายความรุนแรงในสังคมไทย: ความจริงที่หลายคนไม่อยากฟัง

แม้จะเป็นเรื่องที่หลายคนไม่อยากฟัง แต่ความรุนแรงหลายรูปแบบหลายระดับคือสิ่งที่มีอยู่ในสังคม และเราไม่อาจปฏิเสธได้ที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นเพียงตัวอย่างพอให้เห็นภาพว่า ในสังคมไทยเรามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด โดยจะนำเสนอเฉพาะความรุนแรงที่เป็นเหตุให้เสียชีวิต (การฆ่าตัวตายและการถูกฆ่า) ความรุนแรงทางเพศ ความรุนแรงในบ้าน ความรุนแรงที่เกี่ยวกับเด็ก ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ และความรุนแรงเชิงโครงสร้าง ซึ่งรวมถึงความรุนแรงทางการเมืองและเศรษฐกิจด้วย

ฆ่าตัวตายและถูกฆ่า: ส่วนใหญ่เป็นปัญหาของผู้ชาย

ข้อมูลที่รวบรวมและวิเคราะห์โดย *กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ* สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าในช่วงเวลา 5 ปี ระหว่าง

พ.ศ. 2546-2550 การฆ่าตัวตาย (ความรุนแรงต่อตัวเอง) และการถูกฆ่า (ความรุนแรงระหว่างบุคคล) เป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายที่สำคัญของคนไทย โดยมีความสำคัญอยู่ในอันดับที่ 8 หรือ 9 มาตลอด การตายจากความรุนแรงทั้งสองชนิดนี้ในช่วงเวลาดังกล่าวมีอัตราขึ้นลงอยู่ระหว่าง 11 ถึง 15 ราย ต่อประชากร 1 แสนคน ทั้งนี้ ไม่รวมการตายจากอุบัติเหตุและการเป็นพิษ ซึ่งเป็นกลุ่มสาเหตุที่แยกต่างหาก และมีอัตราสูงเป็นอันดับที่ 2 ใน 10 อันดับแรกของการตาย ติดต่อกันมาหลายปี

ตัวเลขปี 2550 บอกว่า ทั่วประเทศ การฆ่าตัวตายมีจำนวนและอัตราสูงกว่าการถูกฆ่าตาย กล่าวคือ การฆ่าตัวตายเป็นอัตราประมาณ 6 ราย ต่อประชากร 1 แสนคน สูงกว่าการถูกฆ่าตายซึ่งมีอัตรา 5.5 ราย ต่อประชากร 1 แสนคน การตายจากความรุนแรง 2 ประเภทนี้ คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 2 ของการตายจากทุกสาเหตุ

อัตราตายต่อประชากร 1 แสนคน สำหรับสาเหตุการตายสำคัญ 10 อันดับแรกของคนไทย พ.ศ. 2546-2550

สาเหตุการตาย	2546	2547	2548	2549	2550
มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด	78.9	81.3	81.4	83.1	84.9
อุบัติเหตุและการเป็นพิษ	56.9	58.9	57.6	59.8	56.7
โรคหัวใจ	27.7	26.8	28.2	28.4	29.3
ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	34.5	34.8	29.2	24.4	24.3
ปอดอักเสบและโรคอื่นๆ ของปอด	23.9	26.3	22.4	22	22.5
ไตอักเสบ ไตพิการ และกลุ่มอาการของไตพิการ	19.2	18.6	20.2	20.6	21.5
โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน	13	12	14.6	14.4	13.9
การฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย และอื่นๆ	14.8	11.7	11.8	11.1	11.5
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส	26.8	18.3	12.8	10.5	8.8
วัณโรคทุกชนิด	11	9.7	8.9	8.3	7.7

ที่มา: กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนและอัตราการถูกฆ่าตายและการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2550

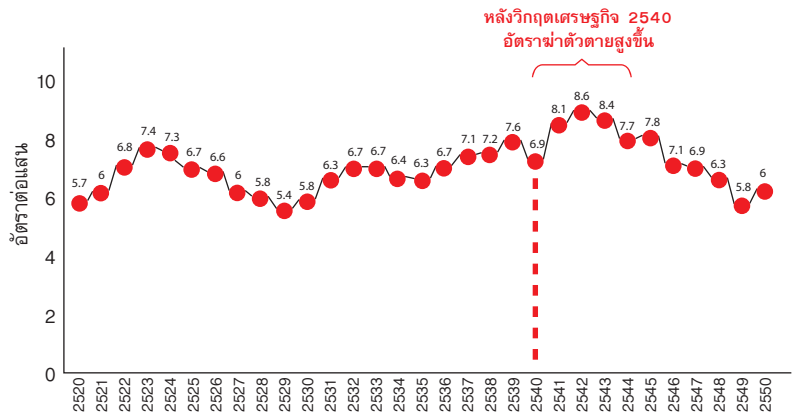
การตายจากความรุนแรง	จำนวน (ราย)	อัตรา ต่อประชากรแสนคน	ร้อยละของ การตายจากความรุนแรง	ร้อยละของสาเหตุ การตายทั้งหมด
การถูกฆ่าตาย	3,467	5.5	48.0	0.9
การฆ่าตัวตาย	3,755	6.0	52.0	0.9
รวม	7,222	11.5	100.0	1.8

ที่มา: สถิติสาธารณสุข 2550

ในช่วงเวลา 30 ปี ที่ผ่านม้อัตราการฆ่าตัวตายเปลี่ยนแปลงขึ้นลงอยู่ระหว่าง 6-8 ราย ต่อประชากรแสนคน โดยมีข้อสังเกตว่าในช่วง 2-3 ปีหลังวิกฤตเศรษฐกิจปี 2540 อัตราตายสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาจจะเนื่องมาจากปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องปรับตัวอย่างกะทันหันในช่วงเวลานั้น หลายคนที่ปรับตัวไม่ได้อาจเครียดหรือซึมเศร้าจัด จนนำไปสู่การตัดสินใจก่อความรุนแรงกับชีวิตของตนเองก็เป็นได้

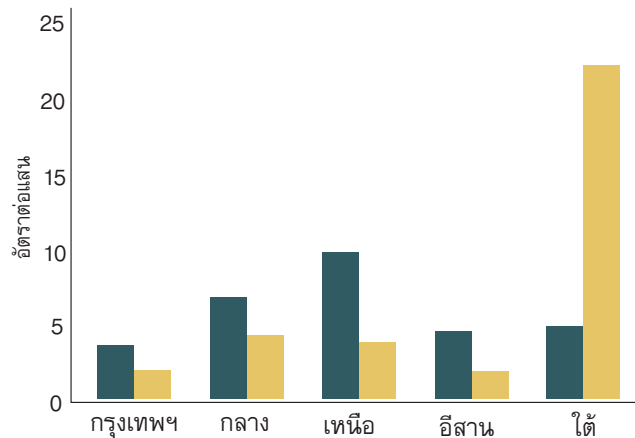
ในระดับภาค การตายจากความรุนแรงแตกต่างกันอย่างน่าสังเกต ในปี 2550 ถ้าไม่นับรวมกรุงเทพมหานคร ภาคใต้มีอัตราตายจากการถูกฆ่าตัวตาย (22 ราย ต่อแสน) ส่วนภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด (10 ราย ต่อแสน) ขณะที่ในภาคอีสานอัตราตายจากสองสาเหตุนี้ต่ำสุด นี่อาจแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรมก็ได้ เฉพาะกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองใหญ่และมีความเจริญกว่าภาคอื่นๆ ของประเทศในทุกด้านนั้น อัตราการถูกฆ่าตัวตายและอัตราฆ่าตัวตายต่ำกว่าในภาคอื่นๆ ซึ่งอาจจะผิดคาด เพราะปกติในสังคมเมืองใหญ่ที่ชีวิตต้องแข่งขันและมีความเป็นปัจเจกสูงนั้น คนมักจะมีความขัดแย้งและมีความเครียดสูงด้วย สิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุแห่งการถูกฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายได้ ถึงกระนั้นในกรุงเทพมหานครอัตราการถูกฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายยังค่อนข้างต่ำ ซึ่งเป็นเรื่องน่ายินดี

อัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2520-2550



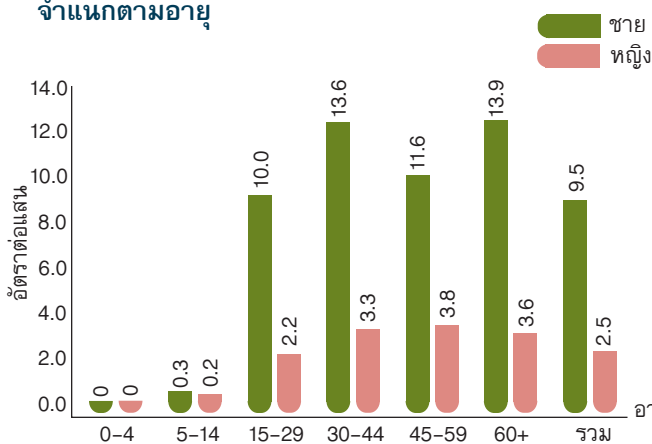
ที่มา: สถิติสาธารณสุข 2540-2550

อัตราฆ่าตัวตายและถูกฆ่าต่อประชากรแสนคน จำแนกตามภาค พ.ศ. 2550



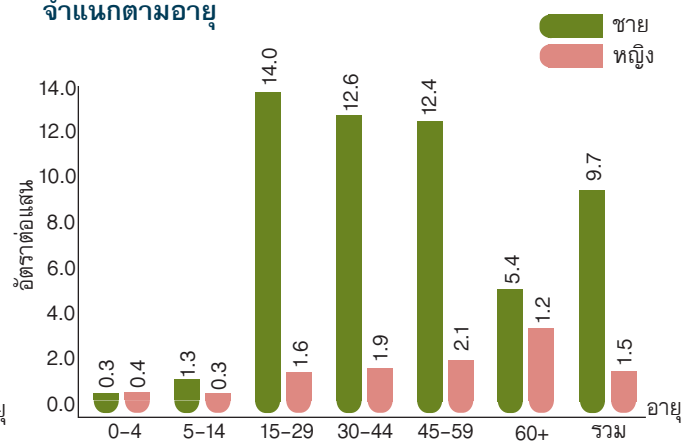
ที่มา: สถิติสาธารณสุข 2550

อัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2550 จำแนกตามอายุ

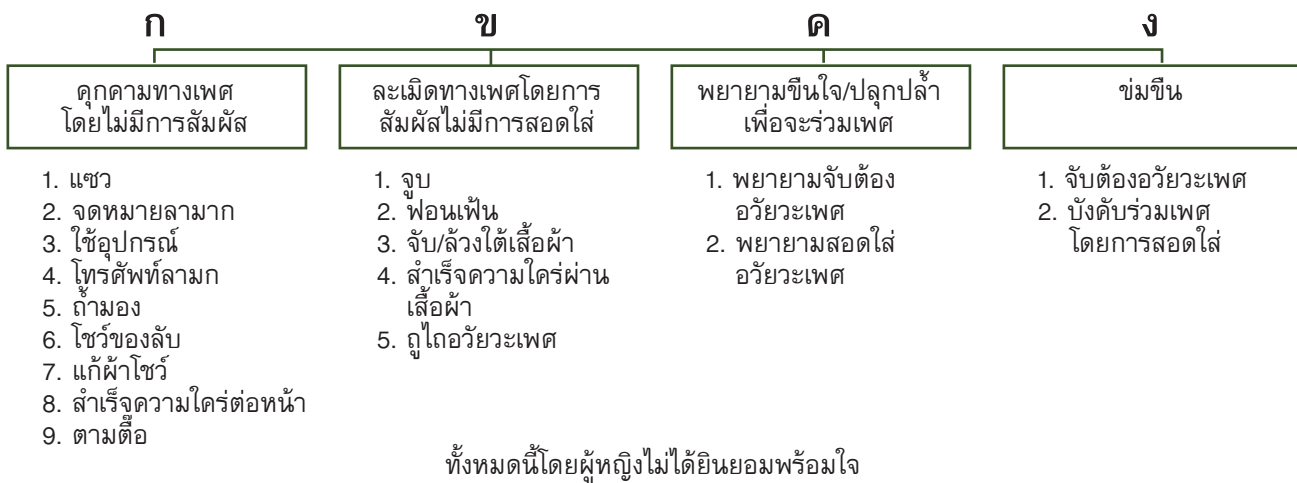


ที่มา: สถิติสาธารณสุข 2550

อัตราถูกฆ่าตายต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2550 จำแนกตามอายุ



รูปแบบต่าง ๆ ของความรุนแรงทางเพศ



ที่มา : กฤตยา อาชวนิจกุล. 2551.

กรณีอัตราการถูกฆ่าตายที่สูงมากในภาคใต้ นั้นเข้าใจว่า คงเป็นผลกระทบของเหตุการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งจนถึงบัดนี้ได้นำเนินมา 5 ปีแล้ว แต่ก็ยังไม่มิตีท้าวาจะสงบ

มีความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างผู้ชายกับผู้หญิง และระหว่างคนในกลุ่มอายุต่างๆ จากข้อมูลที่มีอยู่จากกล่าวได้ว่าการตายจากความรุนแรง ซึ่งในที่นี้คือการฆ่าตัวตายและการถูกฆ่า นั้น เกือบทั้งหมดเป็นเรื่องของผู้ชาย ซึ่งมีอัตราเสียชีวิตจากความรุนแรงมากกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากความรุนแรงที่มากที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี ซึ่งเป็นคนวัยทำงาน แต่อัตราตายจากการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในกลุ่มคนสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ขณะที่ในเรื่องการถูกฆ่าอัตราสูงที่สุดอยู่ที่กลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน อายุระหว่าง 15-59 ปี

อย่างไรก็ตาม อัตราตายจากสาเหตุความรุนแรงที่นำเสนอในที่นี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของความรุนแรงทั้งหมดเท่านั้น และนี้อาจเป็นเพียงส่วนน้อยก็ได้ ถ้าจะให้เห็นภาพที่สมบูรณ์มากขึ้น เราควรจะพิจารณาเรื่องการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากความรุนแรงด้วย เพราะการบาดเจ็บ (โดยเฉพาะการบาดเจ็บทางร่างกายที่ต้องการการรักษาพยาบาล) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากอย่างหนึ่ง

ตัวอย่างเช่น สถิติการบาดเจ็บเฉพาะที่เกิดจากการทำร้ายตนเองและการถูกผู้อื่นทำร้าย (ไม่รวมสาเหตุอื่น เช่น อุบัติเหตุ) ในปี 2547 มีจำนวนทั้งสิ้น 189,016 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 ของการบาดเจ็บทั้งหมด โดยร้อยละ 4 เป็นการทำร้ายตนเอง อีกร้อยละ 12 เป็นการถูกผู้อื่นทำร้าย ผู้หญิงบาดเจ็บจากการทำร้ายตัวเองมากกว่าผู้ชายประมาณ 2 เท่า แต่ผู้ชายบาดเจ็บ

จากการถูกคนอื่นทำร้ายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 5 เท่า เฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว อายุระหว่าง 15-29 ปี ผู้ชายบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายมากกว่าผู้หญิงถึง 8 เท่า

แม้ในหมู่ผู้ชายด้วยกันเอง อัตราการบาดเจ็บทั้งจากการทำร้ายตัวเองและการถูกคนอื่นทำร้าย สูงที่สุดในกลุ่มชายวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว อายุ 15-29 ปี คือสูงกว่าในกลุ่มอายุ 30-44 ปี ซึ่งเป็นอันดับรองลงมาถึง 2 เท่า ข้อนี้อาจเป็นเหตุผลสำคัญที่ว่าทำไมสังคมจึงควรให้ความสำคัญแก่วัยรุ่นและวัยหนุ่มสาวมากเป็นพิเศษในการหามาตรการลดความรุนแรงจากการทำร้ายตัวเอง การทำร้ายผู้อื่น และการถูกผู้อื่นทำร้าย

ความรุนแรงทางเพศ: ผู้หญิงคือเหยื่อตลอดกาล

การกระทำที่จัดว่าเป็นความรุนแรงทางเพศ มีขอบข่ายกว้างขวางมากกว่าที่คนทั่วไปเข้าใจกัน ความรุนแรงทางเพศนั้นครอบคลุมพฤติกรรมทุกรูปแบบ ที่ผู้กระทำมีเจตจำนงทางเพศอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมด้วย โดยที่บุคคลที่เป็นเป้าหมายของการกระทำไม่ได้ยินยอม หรืออาจจะยินยอมแต่พอถึงเวลา “ปฏิบัติ” จริงๆ ยอมรับการกระทำนั้นไม่ได้ (เนื่องมาจากการเป็นกรณีมาตรฐานหรือสนธิสัญญาส่วนตัว ผิดศีลธรรมและศีลธรรมอันดีงาม หรือเพราะปัญหาสุขภาพ) พฤติกรรมทำนองนี้อาจอยู่ในรูปของการลวนลาม การล่วงเกินด้วยวาจา หรือแม้แต่ด้วยสายตา การถูกเนื้อต้องตัวโดยมีเจตนาที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งอีกฝ่ายหนึ่งไม่เล่นด้วย ไปจนถึงการใช้กำลังบังคับร่วมเพศ ประเด็นสำคัญในเรื่องนี้คือการที่อีกฝ่ายหนึ่ง (ซึ่งเกือบร้อยละร้อยคือผู้หญิง) ไม่ได้ยินยอมพร้อมใจ

แต่การ “ไม่ยินยอมพร้อมใจ” ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้สำคัญนั้น มักจะเป็นปัญหายุ่งยากในการตีความ โดยเฉพาะเมื่อมีการนำความรุนแรงประเภทนี้เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม ทั้งนี้ เนื่องจากในปฏิบัติการทางเพศนั้นมักจะหาหลักฐานพิสูจน์ได้ยากกว่า การไม่ยินยอมหรือการยินยอมเกิดขึ้นตรงไหน อย่างไร อีกทั้งในหลายกรณีผู้กระทำอาจจะใช้การบังคับทางอ้อม ด้วยการใช้อำนาจหน้าที่ สถานภาพที่เหนือกว่า หรือกลวิธีต่างๆ ทำให้การไม่ยินยอมของผู้ถูกกระทำดูเหมือนว่าเป็นการยินยอมได้ ความรุนแรงทางเพศที่เกิดขึ้นในสถานศึกษา ระหว่างครูกับนักเรียน อาจารย์กับลูกศิษย์ ที่เป็นข่าวถี่ขึ้นในรอบหลายปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักอยู่ในรูปแบบที่ว่ามานี้

ในความหมายเชิงปฏิบัติที่กว้าง ความรุนแรงทางเพศกินความถึงการเลือกปฏิบัติทางเพศ การบังคับค้าประเวณี การค้าผู้หญิง การกระทำรุนแรงทางเพศระหว่างชายหญิงที่เป็นคู่ชู้กัน (ไม่ว่าจะในฐานะสามีภรรยา หรือฐานะอะไรก็ตาม) และการข่มขู่คุกคามด้วยเรื่องเพศ (เช่น รูปถ่าย คลิปวิดีโอ) ด้วย

ความรุนแรงทางเพศเกิดขึ้นได้ในแทบทุกบริบทของความสัมพันธ์ ที่เราสามารถนิยามได้ว่า เป็น “พื้นที่” ซึ่งคนต่างเพศ (บางทีก็เพศเดียวกัน) จะมีความสัมพันธ์ต่อกันได้ บริบทเช่นนี้อาจเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนแปลกหน้า เช่น ไม่เคยรู้จักหรือไม่เคยพบเห็นกันมาก่อนเลย หรือเป็นคนใกล้ชิดสนิทสนม เช่น คนรู้จักกัน เพื่อน ครูกับศิษย์ สามีกับภรรยา พ่อกับลูก ฯลฯ ตัวละครคือผู้กระทำและผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงทางเพศจึงมีหลากหลาย ทุกเพศทุกวัย ทั้งที่เป็นปัจเจกบุคคล (ตัวต่อตัว) กลุ่ม เครือข่าย หรือกระบวนการที่มีการจัดตั้งในรูปใดรูปหนึ่ง

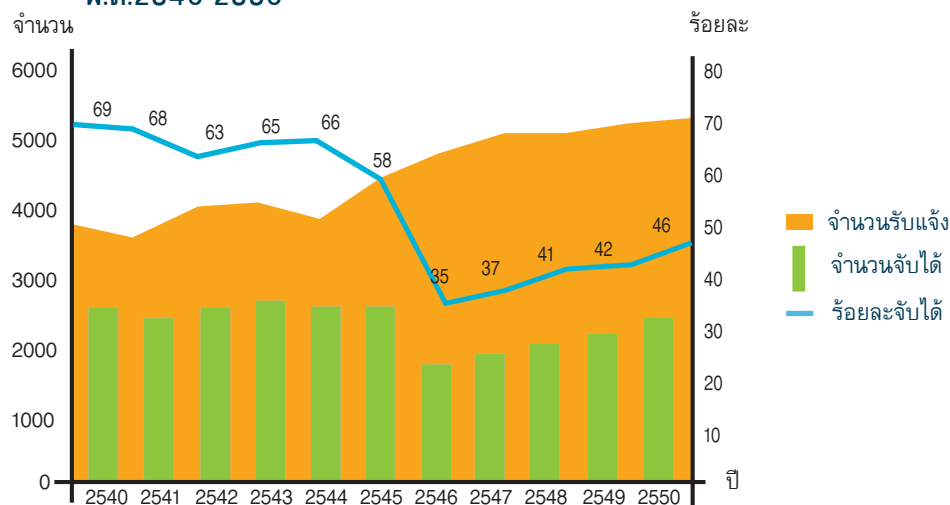
เพราะมีความซับซ้อนลึกซึ้งเช่นนี้เองการจัดการกับปัญหาความรุนแรงทางเพศจึงเป็นงานที่ท้าทายอย่างยิ่ง

การประเมินสถานการณ์ความรุนแรงทางเพศมีข้อจำกัด ต่างจากความรุนแรงในรูปของการฆ่า การทำร้ายตัวเองและการถูกฆ่าที่กล่าวข้างต้น เนื่องจากความรุนแรงทางเพศส่วนใหญ่เกิดในที่ลับหูลับตา ผิดกฎหมายและศีลธรรม อีกทั้งผู้กระทำและผู้ถูกกระทำส่วนใหญ่ก็ไม่อยากเปิดเผยตัวเอง ดังนั้น จึงหาข้อมูลที่สมบูรณ์และใกล้เคียงความจริงได้ยาก เช่น เราไม่อาจบอกได้เลยว่า สถิติของสำนักงานตำรวจแห่งชาติเกี่ยวกับจำนวนผู้ที่มาแจ้งตำรวจ ว่าถูกละเมิดทางเพศอย่างใดอย่างหนึ่งอันเป็นความผิดอาญา และจำนวนผู้ต้องหาที่ถูกจับได้ ระหว่างปี 2540-2550 นั้น เป็นสถิติที่สมบูรณ์หรือใกล้เคียงความจริงเพียงใด แต่เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของความผิดประเภทนี้แล้วก็ น่าเชื่อว่า คงมีความรุนแรงทางเพศอีกจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้มีการแจ้งตำรวจ เพราะผู้ถูกกระทำกลัวเสียหน้า เสียชื่อเสียง หรือเพราะถูกข่มขู่ ดังนั้น สถิตินี้คงจะสะท้อนความจริงได้บางส่วนเท่านั้น

แม้กระนั้น สถิติจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ก็บอกชัดว่า ความรุนแรงทางเพศมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งแปลได้ว่าเรื่องนี้เป็นปัญหาที่รุนแรงขึ้น ดังจะเห็นว่า เฉพาะในปี 2550 คดีอาชญากรรมทางเพศ (ข่มขืน กระทำชำเรา โทรมหญิง) ที่มีผู้มาแจ้งความมี 5,269 ราย นั่นคือ วันละ 14 ราย หรือในทุกๆ 1 ชั่วโมง 45 นาที มีผู้หญิงถูกข่มขืน กระทำชำเรา 1 ราย

น่าสังเกตว่า ในขณะที่จำนวนการแจ้งความเพิ่มสูงขึ้นมาตลอด แต่จำนวนผู้ต้องหาที่ถูกจับได้กลับไม่ได้เพิ่มตาม ในช่วง 4-5 ปีแรก (2540-2544) จำนวนที่จับได้ค่อนข้างจะคงที่ แต่ในช่วง 5-6 ปีหลัง (2545-2550) สถิติลดลง ทำให้เปอร์เซ็นต์ผู้ต้องหาที่จับได้มีแนวโน้มลดลงมาก การลดลงอย่างมากนี้อาจจะเนื่องมาจากสาเหตุบางอย่าง ซึ่งเราไม่มีข้อมูลพอที่จะอธิบายได้ใน

คดีอาชญากรรมทางเพศและผู้ต้องหาที่จับได้
พ.ศ.2540-2550

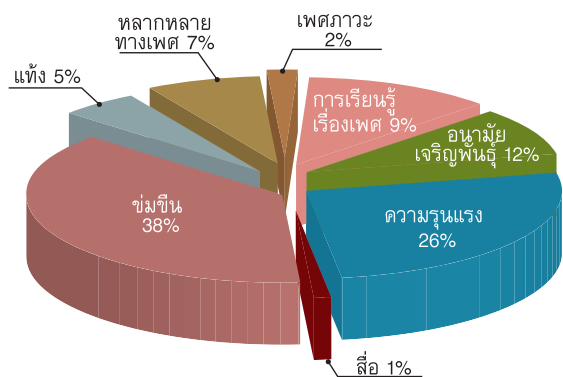


ที่มา: ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ที่นี่ แต่ก็อาจจะเป็นไปได้ว่า หน่วยงานที่รับผิดชอบอาจปรับ คำจำกัดความของการกระทำที่เข้าข่าย หรือไม่เข้าข่ายเป็น ความผิด ซึ่งส่งผลให้การจำแนกข้อมูลต่างไปจากเดิม

แหล่งข้อมูลอีกแหล่งหนึ่งที่พอจะใช้ประเมินสถานการณ์ความ รุนแรงทางเพศได้ คือ รายงานเรื่องเพศในรูปของข่าวและ บทความหนังสือพิมพ์ ที่เผยแพร่ออนไลน์ผ่านเว็บไซต์ ความ หลากหลายของเรื่องราวทางเพศที่ปรากฏอยู่ในสื่อมวลชนนั้น สะท้อนให้เห็นระดับความสนใจของคนในสังคมต่อปัญหาความ รุนแรงทางเพศได้เป็นอย่างดี

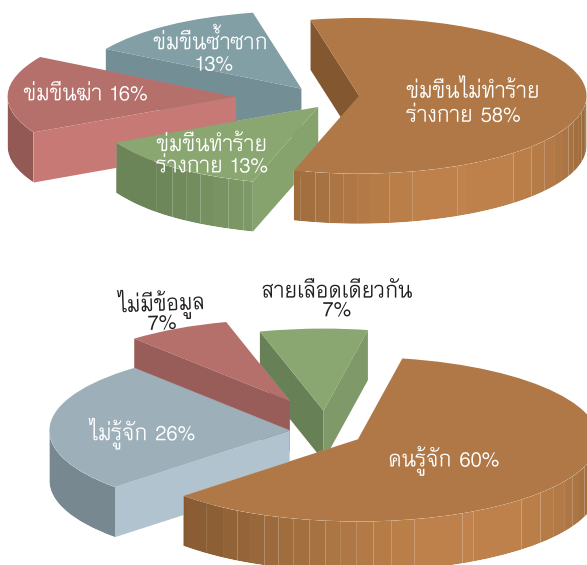
เรื่องเกี่ยวกับเพศที่รายงานในสื่อมวลชน พ.ศ. 2541-2550



N = 17,529 (ในจำนวนนี้อาจมีบางรายที่ถูกนับซ้ำ)

ที่มา: กุลภา วจนสาระ 2551.

รูปแบบการข่มขืนและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ข่มขืน กับเหยื่อที่รายงานในสื่อมวลชน พ.ศ. 2546-2550



N=1,379 (คือจำนวนการข่มขืนที่ปรากฏในข่าว ซึ่งมีการคัดข่าวที่ซ้ำออกไปแล้ว)

ที่มา: กุลภา วจนสาระ. 2551.

การสำรวจและวิเคราะห์ข่าวและบทความหนังสือพิมพ์ โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ มูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) ภายใต้การ สนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ข้อสรุปว่า ความรุนแรงทางเพศรูปแบบต่างๆ ใน สังคมไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งด้านปริมาณ และความรุนแรง ทั้งนี้ โดยประเมินจากจำนวนข่าวและบทความจากหนังสือพิมพ์ และเว็บไซต์ ที่เผยแพร่ทางศูนย์บริการข่าวสารข้อมูลออนไลน์ ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต จำนวน 17,529 ชิ้น ในรอบ 10 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2541-2550 (ผู้ที่ตกเป็นข่าวบางรายอาจถูกนับซ้ำ เนื่องจากการจัดทำฐานข้อมูลต้องการให้ได้ความหลากหลาย ของการรายงานข่าว กรณีเช่นนี้เกิดขึ้นน้อย)

เมื่อจำแนกประเภทข่าว 17,529 ชิ้น ในการสำรวจนี้แล้วพบว่า เรื่องที่ถูกรายงานบ่อยที่สุดคือเรื่องที่เป็นความรุนแรงทางเพศ ซึ่งได้แก่ การข่มขืน (38%) ความรุนแรงทางเพศในลักษณะอื่น เช่น การค้าประเวณี การค้าผู้หญิง (women trafficking) การล่อลวง (26%) และการทำแท้ง (5%) ที่เหลือเป็นข่าวที่ไม่อยู่ใน ประเภทความรุนแรง ได้แก่ เรื่องอนาถาหรือหญิง การเรียน รัทางเพศ ความหลากหลายทางเพศ เพศภาวะ และสื่อเรื่องเพศ ทั้งหมดนี้รวมกันแล้วมีสัดส่วนเพียง 31% ของรายงานข่าว ทั้งหมด

ปัจจุบัน เห็นจะไม่มีมีความรุนแรงทางเพศด้านใดที่เป็นปัญหาม่า ห่วงมากเท่ากับเรื่องการข่มขืน เพราะนอกจากมีจำนวนและ ความถี่สูงขึ้นแบบก้าวกระโดดแล้ว อุบัติการณ์การข่มขืนที่เกิด ขึ้นยังมีแนวโน้มสะท้อนความเสื่อมทรุดของสังคมในแง่ศีลธรรม และมโนธรรมมากขึ้นด้วย

ในช่วงเวลา 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2546-2550 มีรายงานการข่มขืน ในสื่อมวลชนที่ทำการสำรวจ จำนวน 1,379 ครั้ง กว่าครึ่งหนึ่ง ของเหยื่อ (58%) เป็นการข่มขืนโดยไม่มีการทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 13 เป็นการข่มขืนและทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 16 ข่มขืน และฆ่า และร้อยละ 13 เป็นการข่มขืนชำซาก คือเกิดกับหญิง คนเดียวกันและโดยผู้กระทำคนเดียวหลายครั้ง ส่วนมากผู้ กระทำ คือ พ่อ พ่อเลี้ยง หรือครู และผู้ถูกกระทำ คือ เด็กอายุ ต่ำกว่า 18 ปี ร้อยละ 60 ของการข่มขืน ผู้กระทำเป็นคนรู้จัก หรือคุ้นเคย เช่น เพื่อน ครู เพื่อนบ้าน ร้อยละ 26 เป็นคน แปลกหน้า ร้อยละ 7 เป็นคนสายเลือดเดียวกับผู้ถูกข่มขืน (พ่อ พ่อเลี้ยง พี่น้องต่างบิดามารดา) และอีกร้อยละ 7 ไม่มี ข้อมูล

ข้อมูลที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่งคือ ผู้ถูกข่มขืนส่วนใหญ่เป็นเด็ก หญิงอายุต่ำกว่า 18 ปี (เหยื่อที่อายุน้อยที่สุดคืออายุ 13 เดือน และอายุมากที่สุดคือ 105 ปี) ร้อยละ 28 ของการข่มขืน ผู้กระทำมีมากกว่า 1 คน และร้อยละ 32 ของเหยื่อที่ถูกฆ่า ในการข่มขืนเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ความจริงข้อนี้ทำให้ ความปลอดภัยของเพศหญิง โดยเฉพาะที่อยู่ในวัยเด็ก อายุ ต่ำกว่า 18 ปี เป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงมากเรื่องหนึ่ง

ข้อเท็จจริงที่ว่า เที้ยที่ถูกข่มขืนส่วนใหญ่เป็นเด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า 18 ปี และในการข่มขืนจำนวนมากผู้กระทำเป็นผู้ที่รู้จักหรือคุ้นเคยกับเหยื่อ รวมทั้งคนในสายโลหิตเดียวกันและญาติของเหยื่อด้วย สะท้อนให้เห็นธรรมชาติของการความรุนแรงทางเพศที่ว่า ไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของความที่กระหายในกามของผู้กระทำเท่านั้น หากยังเป็นเรื่องของความลัทธิเชิงอำนาจระหว่างผู้ใหญ่กับผู้เยาว์ และโดยเฉพาะระหว่างชายกับหญิงในสังคมด้วย ข้อนี้เป็นอุปสรรคอันหนึ่งที่ทำให้การแก้ไขปัญหาความรุนแรงทางเพศเป็นงานท้าทาย สิ่งที่ต้องทำคงมีมากกว่าการจับผู้ข่มขืนมาลงโทษเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการขุดรากถอนโคนของมัน ซึ่งฝังแน่นอยู่ในโครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมด้วย

ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล หัวหน้าโครงการสำรวจและวิเคราะห์เรื่องนี้ สรุปไว้สั้นๆ แต่เห็นภาพปัญหาได้ชัดว่า “ข้อมูลจากงานวิจัย และสถิติของภาครัฐล้วนชี้ตรงกันว่า ความรุนแรงทางเพศเป็นปัญหาทางเพศที่ใหญ่อันดับหนึ่งในสังคมไทย”

ความรุนแรงในบ้าน: เรื่องยุ่ง ๆ ที่สังคมไม่อยากยุ่งด้วย

บางทีความรุนแรงในบ้านหรือที่ในกฎหมายเรียกว่า **ความรุนแรงในครอบครัว** อาจเป็นปรากฏการณ์ “ธรรมดา” เกินกว่าที่คนส่วนใหญ่จะถือว่าเป็นปัญหาสังคม ทั้งนี้เพราะว่ามันเกิดขึ้นบ่อยและใกล้ตัวคนจำนวนมากจนอาจจะชินชา แถมในบางมิติของความรุนแรงนี้ยังมีเรื่องของประเพณีและวัฒนธรรมเป็นเสมือน “ภูมิคุ้มกัน” ให้อีกด้วย

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ.2550 กำหนดความหมาย ความรุนแรงในครอบครัวว่าคือ “การกระทำใดๆ โดยมุ่งประสงค์ให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพ หรือกระทำโดยเจตนาในลักษณะที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพของบุคคลในครอบครัว หรือบังคับหรือใช้อำนาจครอบงำผิดคลองธรรมให้บุคคลในครอบครัวต้องกระทำการไม่กระทำการ หรือยอมรับการกระทำ อย่างหนึ่งอย่างใดโดยมิชอบ แต่ไม่รวมถึงการกระทำโดยประมาท”

เหยื่อของความรุนแรงในบ้านเกือบร้อยละเก้าไม่ใช่ผู้หญิง ก็จะเป็นเด็ก หรือไม่ก็ผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ส่วนตัวของแต่ละครอบครัว คนทั่วไปจึงมีทัศนคติว่านี่เป็นเรื่องที่ผู้อื่นไม่ควรเข้าไปยุ่งด้วย และด้วยเหตุนี้ความรุนแรงในบ้านจึงเป็น “ภัยเงียบ” ที่บ้านทอนสุขภาพะของครอบครัวจำนวนมากตลอดมา ยิ่งในยุคที่เศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนไปเร็วอย่างทุกวันนี้ ความรุนแรงชนิดนี้ยังมีโอกาสเกิดขึ้นได้มาก โดยเฉพาะในรูปแบบของความรุนแรงระหว่างสามีภรรยา ความรุนแรงต่อเด็ก และความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำเสนอในรายละเอียดต่อไป

ความรุนแรงระหว่างสามีกับภรรยา: เรื่องของลึนกับฟืน?

รายงานขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเผยแพร่ในปี 2545 ระบุว่าความรุนแรงระหว่างสามีภรรยาเป็นปัญหาในทุกสังคม ไม่เลือกว่าจะเป็นสังคมที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนา และไม่ยกเว้นว่าจะรวยหรือจน รูปแบบของความรุนแรงที่สำคัญคือ ความรุนแรงทางกายและความรุนแรงทางเพศ ทั้งสองอย่างนี้ก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางร่างกายและจิตใจ ที่ประเมินค่าความเสียหายได้ยาก

ความรุนแรงระหว่างสามีภรรยาอาจมีหลายลักษณะ ในบางกรณีอาจเป็นเพียงการทะเลาะกัน เนื่องจากทั้งสองฝ่ายมีความเห็นไม่ตรงกัน หรือไม่เข้าใจกันในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แต่ไม่ใช่เรื่องที่ฝ่ายหนึ่งต้องการจะควบคุมอีกฝ่ายหนึ่ง ในบางกรณีการใช้ความรุนแรงมีเป้าหมายที่ฝ่ายหนึ่งต้องการจะควบคุมอีกฝ่ายหนึ่งให้อยู่ในอำนาจหรือให้ทำตามที่ต้องการ เช่น สามีตีภรรยาที่ตนเห็นว่า “บกพร่องในหน้าที่แม่บ้าน” หรือภรรยาแค้นที่สามีเจ้าชู้เลยเฉือนเจ้าโลกทิ้งเสียเลย บางรายอาจใช้ความรุนแรงเป็นการตอบโต้การกระทำที่รุนแรงของอีกฝ่ายหนึ่ง เช่น ภรรยาเหลือดที่สามีขี้เมาทุบตีเป็นอาเจียน จึงคว้ามัดแทงสวนไปจนสามีบาดเจ็บ หรือเสียชีวิต แต่สำหรับในบางกรณี ทั้งสามีและภรรยาอาจมีปากมีเสียงและลงไม้ลงมือกันเป็นประจำชนิดไม่มีใครยอมใคร เข้าทำนองคู่รักคู่แค้น

สังคมไทยมักเปรียบเทียบการกระทบกระทั่งกันระหว่างสามีภรรยาว่าเป็นเรื่องของ “ลึนกับฟืน” ซึ่งมีนัยว่าเป็น “เรื่องธรรมดา” ของคนที่อยู่ด้วยกัน ย่อมมีการกระทบกระทั่งกันบ้าง และไม่ใช่เรื่องรุนแรงอะไร แต่ถ้าคิดดูให้ดีเราจะเห็นสังขารว่า คำกล่าวนี้อาจสะท้อนความไม่เท่าเทียมกันของสามีกับภรรยาในกรณีที่เกิดความรุนแรงขึ้น นั่นคือ ไม่ว่าสามีจะเป็นฝ่าย “ลงมือ” ก่อนหรือภรรยา “ลงมือ” ก่อน แต่ในแทบทุกกรณีฝ่ายที่เจ็บตัวและเจ็บใจมากกว่าย่อมเป็นภรรยาเสมอ เช่นเดียวกับเรื่องของลึนกับฟืน ไม่ว่าฟืนกระทบลึน หรือลึนกระทบฟืน ฝ่ายที่เจ็บย่อมเป็นลึนเสมอ ถึงกระนั้นสังคมก็มีทัศนคติว่า “ฟัวเมียตีกันคนอื่นไม่ควรเข้าไปยุ่งด้วย” เพราะ “เดี๋ยวกาก็ตีกันเอง” แต่ความจริงเรื่องนี้เป็นอย่างอื่นที่มากกว่านั้น อย่างน้อยนี่ก็คือปัญหาสังคมชนิดหนึ่ง

ความรุนแรงระหว่างสามีภรรยาเป็นปัญหาที่หนักหนาเพียงใด? ข้อมูลจากการสำรวจเรื่อง “ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพของผู้หญิง” (เผยแพร่ปี 2546) พอจะบอกให้ทราบได้ว่า เรื่องนี้เป็นปัญหาสำคัญมากอย่างหนึ่งของครอบครัวไทย

การศึกษาเรื่องนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอายุ 15-49 ปี จากฐานประชากรทั่วไป ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาบอกให้เราทราบว่า ผู้หญิงประมาณ 2 ใน 5 เคยถูกกระทำความรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่งในชีวิต ไม่ทางกายก็ทางเพศ หรือทั้งทางกายและทางเพศ ในกลุ่มที่เคยถูกกระทำ

ความรุนแรงในชีวิตคู่

การสำรวจจากผู้หญิงอายุ 15-49 ปี จำนวน 2,816 คน ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดนครสวรรค์ เมื่อ พ.ศ. 2543 มีเรื่องความรุนแรงในชีวิตคู่ ที่เราท่านอาจจะยังไม่รู้หลายอย่าง

ความแพร่หลายของความรุนแรง

23% ของผู้หญิงที่เคยแต่งงานหรือมีคู่รักในกรุงเทพฯ และ 34% ในนครสวรรค์ เคยถูกระทำรุนแรงทางกายจากผู้ชายที่เป็นสามีหรือคู่รักของตน ณ เวลาใดเวลาหนึ่งของชีวิตที่ผ่านมา

30% ผู้หญิงในกรุงเทพฯ และ 29% ของผู้หญิงในนครสวรรค์ บอกว่าเคยถูกระทำรุนแรงทางเพศ โดยสามีหรือชายที่เป็นคู่รักของตน

เมื่อรวมข้อมูลความรุนแรงทั้งสองประเภทข้างต้นเข้าด้วยกันแล้วพบว่า 41% ของหญิงในกรุงเทพฯ และ 47% ของหญิงในนครสวรรค์ เคยถูกระทำรุนแรงทางกายหรือทางเพศ โดยชายที่เป็นสามีหรือคู่รักของตน

การบาดเจ็บ

จากหญิงที่เคยถูกระทำรุนแรงทางกายทั้งหมด 51% ของหญิงในกรุงเทพฯ และ 44% ในนครสวรรค์ เคยได้รับบาดเจ็บ (จากการทำรุนแรง) 31% ของผู้ได้รับบาดเจ็บในกรุงเทพฯ และ 23% ในนครสวรรค์ ได้รับการบาดเจ็บมากจนต้องได้รับการรักษา

การถูกทำร้ายรุนแรงระหว่างตั้งครรภ์

4% ของผู้หญิงที่เคยตั้งครรภ์ ในกรุงเทพฯ และในนครสวรรค์ เคยถูกระทำรุนแรงระหว่างตั้งครรภ์ ในจำนวนนี้ประมาณ 1 ใน 3 บอกว่า เคยถูกชกหรือเตะที่ท้อง และเกือบทั้งหมดบอกว่าคนที่ทำ คือ ชายที่เป็นสามีหรือคนรักของตนเอง

ความรุนแรงจากคนที่ไม่ใช่สามีหรือคนรัก ที่เกิดขึ้นหลังวัย 15 ปี

8% ของผู้ตอบในกรุงเทพฯ และ 10% ในนครสวรรค์ เคยถูกชายที่ไม่ใช่สามีหรือคนรักกระทำรุนแรงทางกาย ตั้งแต่อายุ 15 ปี ส่วนใหญ่บอกว่าคนที่ทำเป็นญาติของตนเอง

6% ของหญิงในกรุงเทพฯ และ 3% ในนครสวรรค์ เคยถูกระทำรุนแรงทางเพศ ตั้งแต่อายุ 15 ปี โดยชายที่ไม่ใช่คู่รักหรือสามีของตน

45% ของหญิงในกรุงเทพ และ 21% ของหญิงในนครสวรรค์ ที่เคยถูกระทำรุนแรงทางเพศ บอกว่า คนแปลกหน้าคือผู้ที่กระทำรุนแรงกับตน

ความรุนแรงทางเพศก่อนวัย 15 ปี

9% ของผู้ตอบในกรุงเทพฯ และ 5% ในนครสวรรค์ บอกว่าเคยถูกระทำรุนแรงทางเพศตั้งแต่อายุยังไม่ถึง 15 ปี และบอกว่าผู้ทำความรุนแรงเหล่านั้นส่วนมากเป็นคนแปลกหน้า

เพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยถูกบังคับ

ในจำนวนหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วทั้งหมด 4% ของผู้ตอบจากกรุงเทพฯ และ 5% ของผู้ตอบจากนครสวรรค์ บอกว่าเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของตนเป็นการถูกบังคับ

ผลกระทบต่อสุขภาพ

ในกรุงเทพฯ 20% ของผู้ตอบที่เคยถูกระทำรุนแรงทางกายหรือทางเพศ บอกว่าตนมีสุขภาพแย่ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยได้รับความรุนแรงเลย ซึ่งมีเพียง 13% เท่านั้นที่บอกว่าสุขภาพแย่ ในนครสวรรค์ 27% ของผู้ที่เคยถูกระทำรุนแรงสุขภาพแย่ เปรียบเทียบกับ 18% ในกลุ่มที่ไม่เคยถูกระทำรุนแรง

38% ของหญิงในกรุงเทพฯ และ 33% ในนครสวรรค์ ที่เคยได้รับความรุนแรงทางกายหรือทางเพศ จากสามีหรือคู่รักของตนเคยคิดจะฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบกับ 16% ในกลุ่มผู้ไม่เคยถูกระทำรุนแรงเลย ในทั้งสองพื้นที่

หันหน้าไปพึ่งใคร

37% ของหญิงที่เคยถูกระทำรุนแรงในกรุงเทพฯ 46% ในนครสวรรค์ ไม่เคยบอกให้ใครรู้ว่าตนถูกสามีหรือคนรักกระทำรุนแรง ในรายที่บอก ส่วนมากคนที่หญิงเหล่านี้หันหน้าไปหาคือพ่อแม่ของตน หรือไม่ก็เป็นครอบครัวของคนสนิท

มีเพียง 20% ของหญิงที่เคยถูกระทำรุนแรงในกรุงเทพฯ และ 10% ในนครสวรรค์ ที่หันไปพึ่งหน่วยงานที่มีอยู่ในเรื่องนี้ (เช่น หน่วยงานด้านสุขภาพ ตำรวจ ผู้นำศาสนา ผู้นำท้องถิ่น)

เหตุผลที่หันไปพึ่งคนอื่นคือ ทนรับความรุนแรงนั้นต่อไปไม่ไหว (44% ในกรุงเทพฯ 31% ในนครสวรรค์) หรือไม่ก็เพราะได้รับบาดเจ็บรุนแรง (31% ในกรุงเทพฯ 26% ในนครสวรรค์)

รุนแรงนั้น มากกว่าครึ่งหนึ่งถูกกระทำมากกว่าหนึ่งครั้ง และมีไม่น้อยที่ถูกกระทำรุนแรงซ้ำซาก คือผู้หญิงคนเดียวกัน ถูกกระทำรุนแรงซ้ำแล้วซ้ำอีก โดยที่ผู้กระทำรุนแรงส่วนมากคือสามี หรือไม่ก็คือคนที่ผู้หญิงเหล่านั้นอยู่กินด้วยในฐานะคู่ครองหรือคนรักนั่นเอง

รูปแบบความรุนแรงทางร่างกายและทางเพศที่ผู้หญิงถูกกระทำนั้นมีหลากหลาย เช่น ทางกายมีตั้งแต่การผลัก กระแทก ปาลึงของไล่ ตบ ตี ต่อย ตะลุม ช้อม บีบคอ ใช้ไฟลนหรือจี้ ไปจนถึงใช้อาวุธทำให้บาดเจ็บ ส่วนทางเพศนั้น มีตั้งแต่การใช้กำลังบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยที่ฝ่ายหญิงไม่ต้องการ แต่จำยอมให้มีเพศสัมพันธ์เพราะกลัวผลที่จะตามมา (เช่น กลัวสามีไม่รัก กลัวถูกทำร้าย หรือกลัวสามีไปมีหญิงอื่น) ไปจนถึงถูกสามีบังคับร่วมเพศในลักษณะที่ตนไม่ชอบ ทำให้รู้สึกแสบ รู้สึกต่ำต้อย ขยะแขยง หรือรู้สึกว่ามีผิดธรรมชาติ

ผลต่อสุขภาพอาจเป็นได้ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อย เช่น ฟกช้ำเคล็ด ยอก ไปจนถึงบาดเจ็บรุนแรง เลือดตกยางออก ต้องได้รับการรักษา หรือบางรายถึงแก่ชีวิต แต่ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือผลต่ออารมณ์และสุขภาพจิต ผลการศึกษาชี้ให้เห็นชัดว่า ผู้

หญิงที่เคยถูกสามีหรือผู้ชายที่ตนอยู่กินด้วยกระทำความรุนแรงทางกายหรือทางเพศ อย่างใดอย่างหนึ่ง มีเปอร์เซ็นต์ที่เคยคิดจะฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่เคยถูกสามีกระทำความรุนแรง (38% ในกรุงเทพฯ 33% ในนครสวรรค์ เทียบกับ 16% ในกลุ่มที่ไม่เคยถูกกระทำรุนแรงเลย ในทั้งสองพื้นที่) ยิ่งคนที่เคยถูกกระทำรุนแรงทางกายและทางเพศ ทั้งสองอย่าง เปอร์เซ็นต์ที่เคยคิดจะฆ่าตัวตายยิ่งสูง ข้อมูลยังบอกด้วยว่า ในบรรดาผู้ที่เคยถูกกระทำรุนแรงและเคยคิดฆ่าตัวตายนั้น ประมาณ 1 ใน 3 ได้เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วจริงๆ ผลการศึกษาจึงบอกชัดว่าผู้หญิงกลุ่มที่น่าจะได้รับความสะดวกใจมากที่สุดก็คือ กลุ่มที่ถูกสามีหรือคนรักกระทำความรุนแรงทั้งทางกายและทางเพศ นั่นเอง

ข้อมูลจากการเฝ้าระวังความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก โดยศูนย์พึ่งได้ ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจนถึงปัจจุบันได้เปิดดำเนินการในโรงพยาบาลของรัฐแล้ว 297 แห่ง ทั่วประเทศ ก็ยืนยันและสอดคล้องกับผลการสำรวจที่กล่าวมาข้างต้น เช่น ในปี 2550 จากจำนวนผู้มารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้ทั้งสิ้น 19,068 ราย เป็นหญิงอายุ 18 ปี ขึ้นไป (ซึ่งถือว่าเป็นผู้ใหญ่แล้ว) จำนวน 8,172 ราย (ร้อยละ 43) ส่วนมากที่สุดของผู้หญิงเหล่านี้เป็นผู้ที่แต่งงาน มีแฟน หรือมีคู่อยู่กินกันในลักษณะใดลักษณะหนึ่งแล้ว

ศูนย์พึ่งได้

ศูนย์พึ่งได้ หรือ มีชื่อทางการว่า ศูนย์บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตจากความรุนแรง ตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อปี 2542 และได้ขยายเป็นโครงการนำร่องในโรงพยาบาลประจำจังหวัด 23 แห่ง ให้บริการแบบครบวงจร โดยมีทีมแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชน และตำรวจ คอยดูแลรักษาทางกายและจิตใจ จัดให้มีที่พักปลอดภัย ให้ความช่วยเหลือทางการเงิน และดำเนินการด้านคดีความ

ต่อมาเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2547 จึงได้ตั้งเป็น “ศูนย์พึ่งได้” เพื่อเป็นโครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในโอกาสที่ทรงเจริญพระชนมพรรษา 6 รอบนักษัตร โดยจัดตั้งศูนย์นี้เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลรัฐ 104 แห่ง และได้ขยายไปยังโรงพยาบาลรัฐ ในจังหวัดอื่นๆ เพิ่มขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ถูกกระทำความรุนแรงได้ทันทั่วทั้งที่มีเมื่อมีผู้พบเห็นแจ้งมายังเบอร์โทรสายด่วน 1669

กระทรวงสาธารณสุข มีโครงการขยายบริการ “ศูนย์พึ่งได้” ให้ครบในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งทั่วประเทศ ภายในปี 2557 ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 729 แห่ง และสถานอนามัย 9,760 แห่ง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ถูกกระทำรุนแรงสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และขยายการช่วยเหลือให้เข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงด้วย นอกจากนี้ จะพัฒนาให้เป็นศูนย์ป้องกันและเฝ้าระวังความรุนแรง

จำนวนเด็กและสตรีที่ได้รับการช่วยเหลือจากศูนย์พึ่งได้เพิ่มมากขึ้นทุกปี พร้อมกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนศูนย์ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ล่าสุดในปี 2550 มีผู้ถูกกระทำความรุนแรงมารับบริการมากกว่าวันละ 50 ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละประมาณ 2 ราย เชื่อว่าตัวเลขนี้น้อยกว่าที่เป็นจริง เพราะคงมีผู้หญิงและเด็กจำนวนอีกไม่น้อยที่ถูกกระทำรุนแรง แต่ไม่ได้ขอรับความช่วยเหลือจากศูนย์พึ่งได้ หรือไม่แจ้งความที่สถานีตำรวจ เนื่องจากอับอาย ไม่กล้าบอกใคร หรือไม่อยากให้ตนเป็นผู้กระทำความรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่ก็คือคนใกล้ชิดในบ้านเดียวกัน ต้องถูกดำเนินคดี

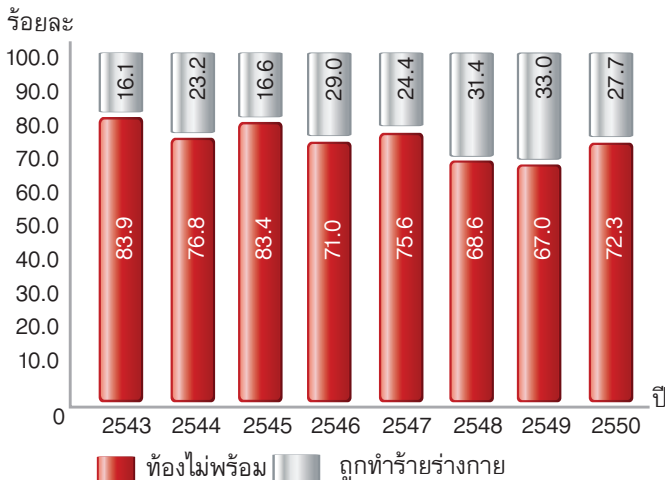
สถิติเด็กและสตรีที่ได้รับการช่วยเหลือจากศูนย์พึ่งได้ ปี 2547-2550

ปี	จำนวน รพ. ที่รายงาน	เด็กและสตรีที่ได้รับ ความรุนแรง	เฉลี่ย (ราย/วัน)
2547	70	6,951	19
2548	109	11,542	32
2549	110	15,882	44
2550	297	19,068	52

ที่มา: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ความรุนแรงที่เป็นเหตุให้หญิงเหล่านี้มารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้ นั้น ส่วนใหญ่คือการบาดเจ็บทางร่างกาย (จากการถูกทำร้ายในลักษณะต่างๆ) สภาพจิตใจที่ไม่ปกติ (เครียดจัดจากปัญหาครอบครัว จากพฤติกรรมของสามี หรือสามีไปมีหญิงอื่น) และความรุนแรงทางเพศ (เพศสัมพันธ์ที่ไม่ต้องการ ผิดความรู้สึก) คนที่ทำความรุนแรงแก่หญิงเหล่านี้โดยมากคือสามี แฟน หรือคนรู้จัก ข้อนี้ยืนยันว่า ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงนั้น เกิดในบ้านมากกว่านอกบ้าน และสามีหรือคนรักของหญิงเหล่านี้คือตัวการสำคัญของความรุนแรง

ปัญหาของหญิงที่มาขอรับความช่วยเหลือบ้านพักฉุกเฉิน พ.ศ. 2543-2550



ที่มา: สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี, 2551

สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านสงเคราะห์ผู้หญิงที่มีปัญหาชีวิตมาเป็นเวลานานแห่งหนึ่ง ก็มีข้อมูลที่พอบอกได้ในระดับหนึ่งว่า ปัญหาความรุนแรงสำคัญที่ผู้หญิงได้รับนั้นคือ ความรุนแรงทางเพศและการถูกทำร้ายร่างกาย ข้อมูลย้อนหลัง 8 ปี (2543-2550) จากบ้านพักฉุกเฉิน (ภายใต้การดำเนินงานของสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี) แสดงว่า ประมาณ 3 ใน 4 ของหญิงที่ได้รับการสงเคราะห์และพำนักอยู่ชั่วคราวในบ้านพักนี้ เป็นผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศ เช่น ถูกชายคนรักหรือที่อยู่กินด้วยกันทำให้อ้วกแล้วไม่รับผิดชอบหรือทิ้งไป

ข้อมูลจากแหล่งบริการอย่างเช่นศูนย์พึ่งได้และบ้านพักฉุกเฉิน หรือจากองค์กรอื่นที่ไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้ อาจจะขาดความหนักแน่นไปบ้าง เพราะเป็นข้อมูลจากกลุ่มหญิงเฉพาะที่มีปัญหาและที่มาขอรับบริการเท่านั้น แน่นอนว่าจะต้องมีหญิงที่ได้รับความรุนแรงอีกจำนวนมากที่ไม่ได้มารับบริการ และอีกอย่างหนึ่ง ศูนย์พึ่งได้และองค์กรอื่นๆ ที่ทำงานด้านนี้ก็ไม่ได้มีอยู่ในทุกพื้นที่ของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุขมีแผนจะเปิดศูนย์พึ่งได้ให้ครบในโรงพยาบาลชุมชน 729 แห่ง และในสถานอนามัยอีก 9,760 แห่ง ในอีก 5 ปี นับจากปี 2550) ดังนั้น จึงค่อนข้างแน่นอนว่า จำนวนผู้หญิงที่ได้รับความรุนแรงในรายงานของ

ศูนย์พึ่งได้และจากองค์กรผู้หญิงต่างๆ จะต่ำกว่าความเป็นจริงมาก แต่ถึงกระนั้นก็เพียงพอที่จะสะท้อนให้เห็นว่า ความรุนแรงต่อผู้หญิง โดยเฉพาะที่มาจากการกระทำของชายที่เป็นคู่ครอง (intimate partners) นั้น น่าจะเป็นปัญหาลำดับที่สังคมควรให้ความสนใจอย่างจริงจัง

การศึกษาทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ ได้ข้อสรุปคล้ายกันว่า สาเหตุที่ผู้ชายกระทำรุนแรงต่อภรรยาหรือคู่ครองของตนที่สำคัญ ได้แก่ การดื่มสุรา ปัญหาความสัมพันธ์ ความยากจน ปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งติดการพนัน บุคลิกภาพที่ก้าวร้าว และความต้องการควบคุมให้อยู่ในอำนาจ แต่ทั้งหมดนี้ก็เป็นเฉพาะส่วนที่เราเห็นได้ง่ายเท่านั้น ยังมีสาเหตุอีกส่วนหนึ่งที่ซ่อนอยู่ในรูปของโครงสร้างสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งจับต้องได้ยากกว่า โดยเฉพาะคือ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ถือว่าผู้ชายเป็นใหญ่ในครอบครัว ดังนั้น การแก้ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวระหว่างสามีภรรยาที่ได้ผลยั่งยืน จึงไม่ใช่แค่เพียงในระดับบุคคล แต่จะต้องลงลึกไปถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมด้วย

เด็กกับความรุนแรง

เรื่องเด็กกับความรุนแรงนั้นอาจพิจารณาแยกเป็นสองส่วนคือ ส่วนที่เด็กถูกกระทำรุนแรง (ความรุนแรงต่อเด็ก) และส่วนที่เด็กเป็นผู้กระทำรุนแรงต่อผู้อื่น (เด็กรุนแรง) แม้ว่าจะมีอยู่คู่สังคมมานาน แต่ในประเทศไทยประเด็นเรื่องเด็กกับความรุนแรงเพิ่งได้รับความสนใจอย่างจริงจังเมื่อไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมาเอง โดยมีการพูดถึงเรื่องนี้ควบคู่ไปกับความรุนแรงต่อผู้หญิง ซึ่งทั้งสองเรื่องเป็นส่วนสำคัญของความรุนแรงในครอบครัว

● ความรุนแรงต่อเด็ก

ความรุนแรงต่อเด็กรวมถึงการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อเด็กทุกรูปแบบ (child abuse) ตั้งแต่การละเลยทอดทิ้ง การล่วงละเมิดทางเพศ การทำร้ายร่างกาย ไปจนถึงการทำร้ายอารมณ์และจิตใจ นอกจากนี้ ยังมีความรุนแรงที่แฝงอยู่ในโครงสร้างสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ใหญ่ (เช่น พ่อแม่ ครู) และสังคม กระทำรุนแรงต่อเด็กได้ โดยไม่ถือว่าเป็นความรุนแรง เช่น การลงโทษเด็กด้วยการเฆี่ยนตี การเลือกปฏิบัติเพราะเห็นว่าเป็นเด็ก การใช้แรงงานเด็ก การบังคับค้าประเวณีเด็ก การลักพาเด็ก การมอมเมาเด็กด้วยสื่อที่รุนแรง สื่อลามก สิ่งเสพติด และอบายมุขต่างๆ ยิ่งกว่านั้น แม้ระบบการศึกษาแบบแพ้คัดออกก็เข้าข่ายเป็นความรุนแรงต่อเด็กเหมือนกัน เพราะกีดกันเด็กจำนวนหนึ่งจากโอกาสที่จะได้พัฒนาตนเองในทางการศึกษาที่เขาต้องการ

เป็นการยากที่จะประเมินว่า สถานการณ์ความรุนแรงที่คนอื่นกระทำต่อเด็กในปัจจุบันเป็นปัญหามากน้อยเพียงใด เนื่องจากไม่มีข้อมูลที่เป็นระบบและเชื่อถือได้ในระดับชาติ แต่ข้อมูลเท่าที่

มีอยู่ จากบางแหล่งก็พอจะประเมินได้ว่า ความรุนแรงที่กระทำต่อเด็กในปัจจุบัน โดยเฉพาะความรุนแรงทางตรง 'ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในบ้านหรือนอกบ้านก็ตาม อยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วงไม่น้อย

ตัวเลขปี 2550 จาก ศูนย์พึ่งได้ ของกระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้เข้ารับบริการเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี (9,579 ราย จากทั้งสิ้น 19,068 ราย) ในจำนวนนี้เป็นเด็กผู้หญิงมากกว่าเด็กผู้ชายประมาณ 3-4 เท่า ประเภทของความรุนแรงที่เด็กได้รับส่วนมากเป็นความรุนแรงทางตรง ซึ่งได้แก่ การถูกทำให้บาดเจ็บทางกาย รองลงมาเป็นความรุนแรงทางเพศ ทางจิตใจ และการถูกละเลยทอดทิ้ง ตามลำดับ ผู้กระทำความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นคนใกล้ชิดกับเด็กเอง นั่นคือ พ่อแม่ ญาติ เพื่อน และคนรู้จัก ส่วนคนแปลกหน้าที่เด็กไม่รู้จักนั้นมีน้อย

เช่นเดียวกับในเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิง ตัวเลขจำนวนเด็กที่ถูกกระทำความรุนแรงทางตรงที่รวบรวมโดยศูนย์พึ่งได้ น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงมาก เชื่อว่ามีเด็กที่ได้รับความรุนแรงจำนวนมากที่ไม่ได้ไปขอรับบริการ (ไม่ว่าจะจากศูนย์พึ่งได้ หรือจากแหล่งอื่นก็ตาม) อาจจะเนื่องจากผู้ใหญ่ไม่ได้เห็นว่าเป็นเรื่องรุนแรงพอที่จะไปพบแพทย์ หรืออาจจะเนื่องจากเหตุผลอื่นๆ เช่น เด็กไม่รู้จะหันหน้าไปพึ่งใคร หรือผู้ใหญ่ที่เป็นต้นเหตุของความรุนแรงกลัวความผิด ยิ่งถ้าเป็นความรุนแรงที่กระทำต่อเด็กจนเกินเหตุ โดยพ่อแม่หรือผู้ปกครองเองแล้ว โอกาสที่เด็กจะถูกพาไปรับบริการจะยิ่งน้อย เว้นแต่ที่หนักหนาจริงๆ ดังนั้น ตัวเลขความรุนแรงต่อเด็กที่มีอยู่จำกัดนี้อาจเป็นเพียงส่วนยอดของปัญหาที่โผล่ขึ้นมาให้เราเห็นเท่านั้น ลึกลงไปในความเป็นจริงอาจมีเด็กอีกจำนวนมากที่ต้องมีชีวิตอยู่กับความรุนแรง

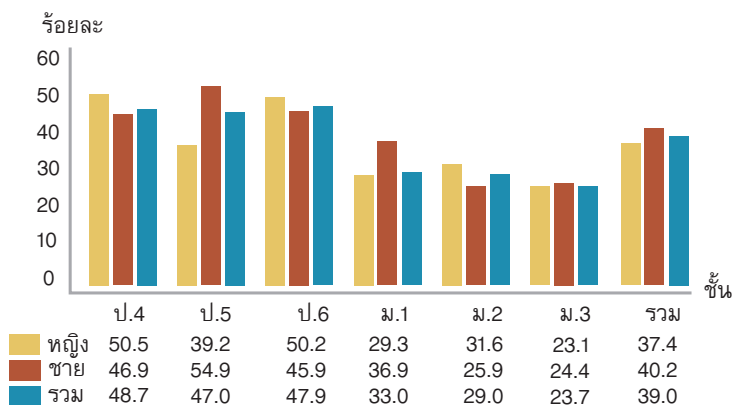
ความรุนแรงในโรงเรียน เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สังคมอดตั้งคำถามไม่ได้ว่า ทุกวันนี้โรงเรียนเป็นที่ที่ปลอดภัยสำหรับเด็กๆ เพียงใด ตัวละครที่เกี่ยวข้องในความรุนแรงประเภทนี้หนีไม่พ้นครูและนักเรียนด้วยกันเอง

ความจริง การที่ครูทำโทษนักเรียนด้วยการตีนั้น เป็นสิ่งที่มีมาช้านานในระบบการศึกษาไทย ในอดีตไม้เรียวเกือบจะเป็นส่วนที่ขาดไม่ได้ในกระบวนการขัดเกลาในโรงเรียน (เช่นเดียวกับในบ้าน) พ่อแม่สมัยโน้นถึงได้สอนลูกเหมือนในคำกลอนเก่าที่ว่า "ระวังตัวกลัวครูหนูเอ๋ย ไม้เรียวเจียวทวย ภูเคยเข็ดหลาบ ขวาบเขียว หันหวดปดสแลบแปลบเสียว หยิกซ้ำซ้ำเขียว อย่าเที่ยวเล่นหลงจงจำ" ผู้ใหญ่หลายคนที่ได้ดิบได้ดีมาทุกวันนี้ อาจจะระลึกถึงพระคุณของไม้เรียวครูได้อยู่ แต่ในปัจจุบัน ปรัชญาการเรียนการสอนเปลี่ยนไป อีกทั้งสังคมก็ตื่นตัวในเรื่องสิทธิเด็กมากขึ้น การลงโทษเด็กในโรงเรียนด้วยการเฆี่ยนตี หรือทำรุนแรงในรูปแบบอื่น เป็นสิ่งต้องห้ามแล้ว (ตามระเบียบ

กระทรวงศึกษาธิการว่าด้วยการลงโทษนักเรียนนักศึกษา พ.ศ.2543) แต่ครูหลายคนก็ยังใช้ไม้เรียวและลงโทษเด็กด้วยวิธีที่สังคมเห็นว่าเกินไป ดังปรากฏเป็นข่าวในสื่อหลายครั้งในช่วงหลายปีที่ผ่านมา

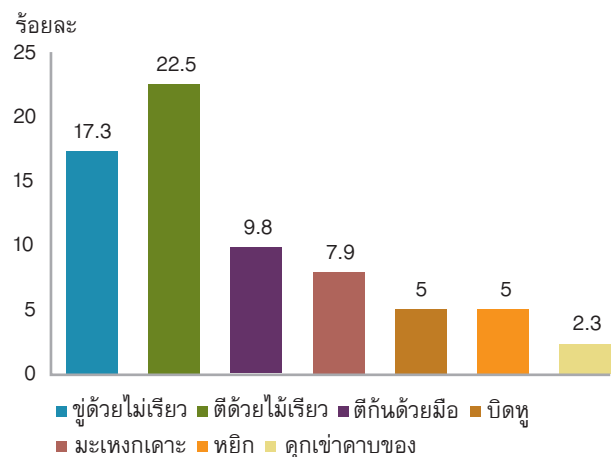
นอกจากครูตีนักเรียนแล้ว การรังแกกันในหมู่นักเรียนเองก็เป็นปัญหาความรุนแรงในโรงเรียนอีกอย่างหนึ่ง ดร. สมบัติ ตาปัญญา แห่งมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ทำการสำรวจปัญหานักเรียนรังแกกัน เมื่อ พ.ศ.2549 โดยสอบถามนักเรียนชั้น ป. 4-ม. 3 จำนวน 3,047 คน และครู 1,300 คน จากโรงเรียนที่เลือกเป็นตัวอย่างในทุกภาคของประเทศ ผลการสำรวจพบว่า นักเรียนเกือบ 2 ใน 5 (ร้อยละ 39) บอกว่าตนเคยถูกเพื่อนรังแกด้วยวิธีอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงเวลา 2 เดือนก่อนการสำรวจ ในภาพรวมนักเรียนชายถูกรังแกมากกว่านักเรียนหญิงเล็กน้อย แต่ถ้าพิจารณารายชั้นปีแล้วนักเรียนชายและหญิงมีโอกาสถูกรังแกใกล้เคียงกัน นักเรียนระดับประถมมีอัตราการถูกรังแกสูงกว่าระดับมัธยม รูปแบบการรังแกที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ การล้อเลียน การพูดดูถูกเหยียดหยาม และการ

ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.4 ถึง ม.3 ที่บอกว่าตนถูกรังแก 2-3 ครั้งหรือมากกว่าในรอบ 2 เดือนก่อนการสำรวจ พ.ศ. 2549



ที่มา: สมบัติ ตาปัญญา, 2549

ร้อยละของครูที่บอกว่าตนได้ทำโทษนักเรียนด้วยวิธีต่างไม่เกิน 5 ครั้ง ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2549



ที่มา: สมบัติ ตาปัญญา, 2549.

ทำร้ายร่างกาย ขณะเดียวกันนักเรียนไม่น้อยกว่า 1 ใน 4 ยอมรับว่า ตนเคยรังแกนักเรียนอื่น

ข้อมูลจากครูในการสำรวจเดียวกันนี้ก็สอดคล้องกับข้อมูลจากนักเรียน ครูเกือบ 9 ใน 10 (ร้อยละ 89) บอกว่าเคยเห็นเด็กนักเรียนรังแกกัน อย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 1 ปี ก่อนการสำรวจ ในจำนวนนี้ 1 ใน 4 บอกว่าเคยเห็นมาไม่น้อยกว่า 10 ครั้ง ในด้านการทำโทษนักเรียนด้วยการตี ครูส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72) มีทัศนคติว่าการลงโทษเด็กด้วยการตียังเป็นสิ่งจำเป็น และการลงโทษนักเรียนที่ครูส่วนใหญ่ทำคือ การชูปักกล้วยไม้ ไม้เรียว ตีด้วยไม้เรียว หรือไม้กึ่งตีด้วยมือ

ข้อมูลทั้งหมดนี้แสดงว่า การรังแกกันของนักเรียนและการทำโทษนักเรียนด้วยการตีนั้น ยังมีอยู่แพร่หลายเพียงใด แต่การขาดข้อมูลต่อเนื่องในเรื่องนี้ ทำให้เราไม่สามารถเปรียบเทียบได้ว่า สถานการณ์ปัจจุบันในเรื่องนี้ดีขึ้นหรือแย่ลงมากน้อยเพียงใด เมื่อเปรียบเทียบกับที่แล้วมา

ความรุนแรงทางเพศในโรงเรียนเป็นปัญหาที่ดูเหมือนจะรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน แม้จะไม่มีข้อมูลที่เป็นระบบมาสนับสนุนในเรื่องนี้ แต่ก็พอจะอนุมานได้จากเหตุการณ์ที่เป็นข่าวทางสื่อต่างๆ เฉพาะอย่างยิ่ง ความรุนแรงทางเพศที่ครู (ผู้ชาย) กระทำต่อนักเรียน (หญิง) ทั้งในรูปของการข่มขืนตรงๆ (และมักเป็นการข่มขืนซ้ำซาก) และในรูปของการใช้เล่ห์กลหวานล่อมด้วยสิ่งแลกเปลี่ยน (เงิน, ของ, “อัฟเฟคตคะแนน”) ความรุนแรงทางเพศเช่นนี้ เมื่อเกิดขึ้นแล้วโดยมากเด็กมักจะไม่สามารถรายงานให้พ่อแม่ได้ทราบ เว้นแต่พ่อแม่จะสังเกตได้เองจากอาการผิดปกติของเด็ก ดังที่เป็นข่าวหลายครั้งในปีที่ผ่านมา

ความรุนแรงทางเพศระหว่างนักเรียนด้วยกันเอง ก็ไม่ใช่สิ่งที่ควรมองข้าม แม้จะยังไม่ได้ว่าปัจจุบันเรื่องนี้เป็นปัญหาอยู่ในระดับใดก็ตาม ในกลุ่มเด็กเล็กปัญหาอาจจะอยู่ในรูปของการเลือกปฏิบัติ การล้อเลียน หรือกลั่นแกล้งรังแกโดยมีความเป็นหญิงเป็นชายเป็นสาเหตุ มากกว่าการกระทำทางเพศตรงๆ ซึ่ง

ปัจจัยเสี่ยงและตัวชี้วัดความรุนแรงในเด็กและวัยรุ่น

เปรียบเทียบจังหวัดที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงกับจังหวัดที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ พ.ศ.2550

สภาวะ	ระยอง	สมุทรสาคร	สตูล	พะเยา	ทั่วประเทศ
ปัจจัยเสี่ยง					
จำนวนโรงงานอุตสาหกรรม	2,129	4,709	267	435	126,804
จำนวนสถานบันเทิงและสถานบริการทางเพศ	410	197	52	63	13,833
ร้านอินเทอร์เน็ตในเขตอำเภอเมือง (อัตราต่อประชากรแสนคน)	50.2	37.8	6.0	34.1	29.2
พื้นที่เสี่ยงในจังหวัด (อัตราต่อประชากรแสนคน)	45.0	116.8	16.7	34.1	50.8
ตัวชี้วัดความรุนแรง (อัตราต่อประชากรแสนคน)					
เด็กพยายามฆ่าตัวตาย	74.1	61.4	13.1	46.3	40.2
เด็กบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจักรยานยนต์	2,308.9	3,286.7	334.3	2,644.5	1,669.6
เด็ก 18 ปี และต่ำกว่า ที่ถูกละเมิดทางเพศ	4.0	50.02	43.2	63.2	39.2
เด็กถูกส่งเข้าสถานพินิจ	111.4	106.2	80.9	28.8	64.5
เด็กขอรับการบำบัดยาเสพติด	19.2	78.9	287.3	40.2	111.4

- ที่มา : - ข้อมูลจำนวนโรงงานอุตสาหกรรม (ปี 2550) จากศูนย์สารสนเทศโรงงานอุตสาหกรรม กรมโรงงานอุตสาหกรรม
 - ข้อมูลสถานบันเทิงและสถานบริการทางเพศ (ปี 2548) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 - ข้อมูลที่ไม่ได้กล่าวไว้ข้างต้น เป็นข้อมูลจากโครงการติดตามสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (childwatch) 2549-2550

หมายเหตุ พื้นที่เสี่ยง หมายถึง จำนวนร้านค้าราโอเกะ คีอากเทลเลจ ฝั บ โต๊ะสนุกเกอร์ คอฟฟี่ช็อป โรงรรม่านรูด ในจังหวัด

ยังผลให้ฝ่ายที่ถูกกระทำ (ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนหญิง) เสียความรู้สึก อับอาย หรือเครียด แต่ในนักเรียนที่เป็นวัยรุ่น การล่วงเกินทางเพศอาจเกิดขึ้นได้ ทั้งภายในรั้วโรงเรียนและนอกโรงเรียน ไม่ว่าจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์กันด้วยความยินยอม ยากลอง หรือการข่มขืนโดยตรงก็ตาม ทั้งนี้ ยังไม่รวมถึงการใช้ความรุนแรงตัดสินปัญหาความรักในรูปแบบต่างๆ เช่น ทำร้ายร่างกายกัน ฆ่าตัวตาย หรือฆ่าคนรักที่ตกลงกันไม่ได้ เป็นต้น เหตุการณ์ทำนองนี้ปรากฏเป็นข่าวบ่อยขึ้นในปัจจุบัน

ความรุนแรงต่อเด็กที่แฝงอยู่ใน “โครงสร้างสังคม” ก็เป็นภัยเงียบที่น่ากลัวไม่น้อยไปกว่าความรุนแรงทางตรง เนื่องจากความรุนแรงประเภทนี้ไม่ได้มีผลกระทบต่อดูเด็กคนใดคนหนึ่ง หรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งโดยเฉพาะ แต่จะมีผลกระทบต่ออนาคตของเด็กและของชาติโดยรวม ต่อเนื่องไปไต่ยาวนาน ความรุนแรงเชิงโครงสร้างเหล่านี้ อาจจะมาในรูปของวัฒนธรรมบริโภคนิยมและวัตถุนิยม จำนวนสถานบันเทิงและพื้นที่เสี่ยงต่างๆ (ผับ บาร์ คาราโอเกะ ร้านเกมส์ ฯลฯ) ลือชักชวนและล่อลวง (โดยเฉพาะที่นำเสนอเรื่องเพศและความรุนแรง) สังคมที่แข่งขันและเร่งรีบเกินขนาด มลภาวะในสภาพแวดล้อม และความเหลื่อมล้ำในการกระจายรายได้ เป็นต้น นอกจากสามารถทำความรุนแรงต่อเด็กได้โดยตรงแล้ว สิ่งเหล่านี้ยังสามารถทำให้เด็กกลายเป็นคนรุนแรงทั้งต่อตัวเองและต่อคนอื่นได้ด้วย มองจากแง่ของสังคมนี้คือสิ่งที่น่าเป็นห่วง เพราะคุกคามต่ออนาคตของชาติโดยตรง

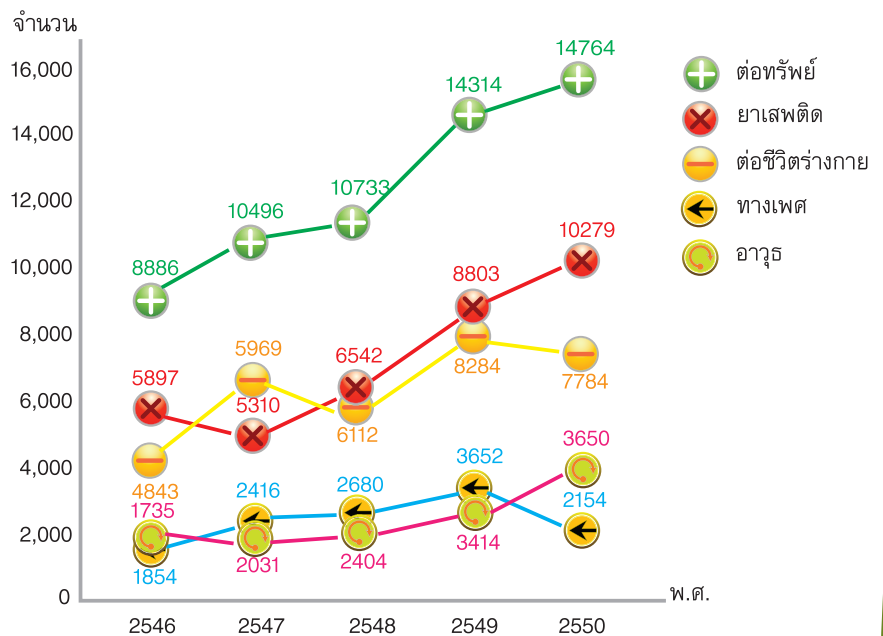
เป็นที่น่าสังเกตว่า ในจังหวัดที่มีปัจจัยเอื้ออำนวยความรุนแรงเชิงโครงสร้างมาก เฉพาะอย่างยิ่งสถานบันเทิงและพื้นที่เสี่ยง หรือมีการเปลี่ยนทางทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว มักจะมีดัชนีที่บ่งถึงความรุนแรงเกี่ยวกับเด็กสูงด้วย เช่น เด็กพยายามฆ่าตัวตาย และเด็กถูกจับส่งเข้าสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก เป็นต้น

● เด็กรุนแรง

การเข้าไปเกี่ยวข้องกับความรุนแรงในฐานะผู้กระทำ คืออีกมิติหนึ่งของความรุนแรงในเด็ก ที่มีมานานและสังคมยังต้องหาทางออกไป รูปแบบของความรุนแรงมีหลากหลาย ตั้งแต่การประทุติเกร ทะเลาะวิวาทและทำร้ายร่างกายกันเอง แก๊งค์วัยรุ่น อาชญากรรม ความผิดทางเพศหลายแบบ และการมั่วสุมในอบายมุข เช่น ยาเสพติด การพนัน ซิงมอเตอร์ไซด์และติดเกมส์คอมพิวเตอร์ เป็นต้น

แม้สังคมจะตระหนักอยู่แล้วว่าเป็นปัญหา แต่ก็ดูเหมือนว่าความรุนแรงที่เด็กเป็นผู้กระทำรูปแบบต่างๆ เหล่านี้ จะยังเพิ่มมาก

เด็กและเยาวชนที่ถูกจับตามประเภทของคดี พ.ศ. 2546-2550

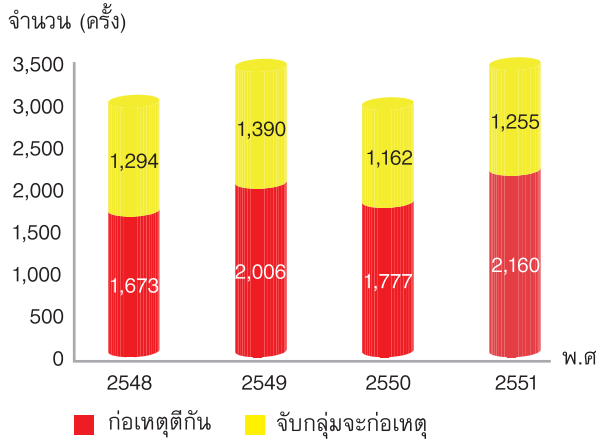


ที่มา: กลุ่มงานข้อมูลและสารสนเทศ สำนักพัฒนาระบบงานยุติธรรมเด็กและเยาวชนกรมพินิจและคุ้มครองเด็ก

ขึ้นทั้งในด้านจำนวนและความซับซ้อน สถิติจำนวนเด็กและเยาวชนถูกจับกุมส่งสถานพินิจและคุ้มครองเด็กระหว่าง พ.ศ. 2546-2550 ซึ่งให้เห็นว่าเด็กและวัยรุ่นที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับฐานะผู้กระทำความรุนแรงที่ร้ายแรง มีจำนวนเพิ่มขึ้นมาตลอด กลุ่มความผิดที่มีอัตราเพิ่มรวดเร็วอย่างน่าเป็นห่วงคือ คือ กลุ่มความผิดต่อทรัพย์สิน (ลักทรัพย์ ชิงทรัพย์ ปล้นทรัพย์) กลุ่มความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด (ทั้งเสพและค้า) และกลุ่มความผิดต่อชีวิตและร่างกาย (ทำร้ายร่างกาย ฆ่าผู้อื่น) เฉพาะกลุ่มความผิดต่อทรัพย์สิน ภายในช่วงเวลา 5 ปี จาก พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2550 จำนวนคดีเพิ่มขึ้นจาก 8,886 เป็น 14,764 ราย (เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 13.2% ต่อปี) กลุ่มความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด เพิ่มจาก 5,897 เป็น 10,279 ราย (เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 14.9% ต่อปี) และความผิดต่อชีวิตและร่างกาย เพิ่มจาก 4,843 เป็น 7,784 (เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 12.1% ต่อปี) ต้องไม่ลืมว่า สถิตินี้แสดงเฉพาะจำนวนเด็กและเยาวชนที่ถูกจับได้และคดีของพวกเขาถึงที่สุดแล้วเท่านั้น ที่จับไม่ได้ก็น่าจะมีอีกไม่น้อย

ปัญหาความรุนแรงที่เกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่นอีกอย่างหนึ่ง คือ ปัญหาเด็กเร่ร่อน เรื่องนี้เป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจของสังคมตลอดมา แม้ว่าสังคมจะไม่ค่อยได้ทำอะไรได้ผลในทางป้องกันและลดปัญหานี้อย่างจริงจังจนนักก็ตาม นอกจากพ่อแม่ ข้าราชการ นักเรียนตึกกันที่ สังคมก็ตั้งคำถามหรือไม่ก็ประณามการกระทำของเด็ก พร้อมกับเรียกร้องผู้มีส่วนเกี่ยวข้องก็ทำอะไรสักอย่างเท่าที่คิดออก แต่พอเรื่องเงียบลงสิ่งที่เริ่มไวก็มักจะหยุดอยู่แค่นั้น ปัญหาที่ยังอยู่ และถ้ามองเมื่อเวลาผ่านไป ความรุนแรงก็ได้พัฒนาทั้งรูปแบบและวิธีการไปเร็วกว่าที่สังคมจะตามทันเสียอีก

จำนวนการรับแจ้งเหตุนักเรียนตีกันและจับกลุ่มจะก่อเหตุ ในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: กองบัญชาการตำรวจนครบาล

ความรุนแรงของวัยโจ๋ในโรงเรียนวันนี้ มีทั้งการทำร้ายกันด้วยเหตุทะเลาะวิวาท หรือเพราะไม่ชอบหน้ากันเป็นส่วนตัว โดยไม่เกี่ยวกับสถาบันที่ตนศึกษา และที่เป็นเรื่องของ “ศักดิ์ศรีสถาบัน” โดยตรง รูปแบบอย่างหลังนี้สะท้อนให้เห็นว่า ความรุนแรงได้ยกระดับขึ้น “เป็นสถาบัน” (institutionalized) ซึ่งดำรงอยู่และสืบทอดจากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง รุ่นแล้วรุ่นเล่า ความรุนแรงเช่นนี้มักมี “ลัทธิคัลลิ่งสถาบัน” เป็นแรงบันดาลใจอยู่เบื้องหลัง

โดยเนื้อแท้ “ลัทธิคัลลิ่งสถาบัน” คือความเชื่อร่วมกันว่า ทุกคนมีอัตลักษณ์หนึ่งเดียวกัน และอัตลักษณ์นั้นผูกโยงอย่างแนบแน่นอยู่กับสถาบันการศึกษา ซึ่งได้รับการเทิดทูนอย่างสูงส่งเสมือนเป็น “สิ่งศักดิ์สิทธิ์” ที่ไม่ว่าจะยอมให้ใครอื่นที่ไม่ใช่ศิษย์สถาบันเดียวกันมา “แตะต้อง” หรือ “ใหญ่” กว่าได้ เมื่อใดที่สมาชิกในสถาบันเดียวกันถูกคนจากสถาบันอื่น “ละเมิด” ด้วยการกระทำที่ถือว่าหมิ่นศักดิ์ศรี ไม่ว่าจะเป็นด้วยวาจา การเขียนทำบนกำแพง หรือตามราวสะพาน (รวมทั้งการทำกันในเว็บบอร์ด) หรือด้วยการใช้กำลังและอาวุธร้ายแรงเข้าตะลุมบอนกันก็ตาม สมาชิกของฝ่ายที่ถูกละเมิดก็จะถือเป็นความชอบธรรมที่จะร่วมกัน “เอาคืน” ในนามของสถาบัน และจะเอาคืนกับใครก็ได้ที่เป็นสมาชิกของสถาบันคู่ปรับนั้น ไม่เลือกกว่าจะเป็นที่ไหน เวลาใดแน่นอนว่า การเอาคืนย่อมถูกโต้กลับด้วยการ “เอาคืน” ที่อาจจะรุนแรงไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

นี่คือกระบวนการ “ผลิตซ้ำ” ความรุนแรงในสถาบันอาชีวศึกษาบางแห่ง พฤติกรรมเช่นนี้ดูเหมือนจะได้ถูกเอาอย่างและขยายวงออกไปถึงระดับมัธยม จนกลายเป็นวัฒนธรรมแห่งความรุนแรงระหว่างสถาบันไปแล้ว

ในช่วงเวลา 5-6 ปี ที่ผ่านมา อุบัติการณ์นักเรียนตีกันเฉพาะในกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น ในปี 2548 มี 1,673 ครั้ง (วันละเกือบ 5 ครั้ง) ในช่วง 3 ปีต่อมา (พ.ศ. 2549-2551) สถิติมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงเล็กน้อย ในปี 2551 สถิติตำรวจรับแจ้งเรื่องนักเรียนก่อเหตุทะเลาะวิวาทกัน

เพิ่มขึ้นเป็น 2,160 ครั้ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 29 โดยเฉลี่ยแล้วเกิดเหตุขึ้นวันละประมาณ 6 ครั้ง หรือทุกๆ 4 ชั่วโมงต่อครั้ง ส่วนการรับแจ้งนักเรียนที่จับกลุ่มกันเพื่อเตรียมจะก่อเหตุมี 1,255 ครั้ง หรือเฉลี่ยวันละประมาณ 3 ครั้ง

เคยมีการศึกษาในปี 2546 เพื่อดูว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้นักเรียนอาชีวะก่อการทะเลาะวิวาทกัน ผู้ศึกษาสรุปสาเหตุเป็น 2 ระดับ คือ ระดับมหภาค เป็นเรื่องของระบบการศึกษา สภาพสังคม และระบบบริหารการอาชีวศึกษา รวมทั้งภูมิหลังที่ก่อให้เกิดทัศนคติและ “อัตลักษณ์แบบอาชีวะ” ซึ่งเป็นกระแสความคิดที่สืบทอดกันมานานจนหาต้นกำเนิดไม่ได้แล้ว และ ระดับจุลภาค ซึ่งเป็นเรื่องของระบบการดูแลและคุณภาพของสถานศึกษา รวมถึงการจัดการกับสถานการณ์ความขัดแย้ง หรือความรุนแรงในพื้นที่ บวกกับตัวกระตุ้นจากเหตุการณ์ต่างๆ เช่น การจัดคอนเสิร์ต และการเขียนข้อความยั่วเย้ากันตามที่สาธารณะ เป็นต้น

พัฒนาการล่าสุดของความรุนแรงในโรงเรียน ที่ปรากฏเป็นข่าวถี่ขึ้นในช่วงเวลา 2-3 ปี ที่ผ่านมานี้ เห็นจะไม่มีเรื่องไหนเด่นเท่ากับการตบตีกันในที่สาธารณะของนักเรียนหญิง โดยมีการ “นัดพบ” กันแบบตัวต่อตัว เฉกเช่นที่นักเรียนชายทำ การ “นัดพบ” แบบนี้ทำกันเปิดเผย โดยมีเพื่อนๆ ยืนเชียร์กันอย่างออกรส และบ่อยครั้งจะมีการถ่ายคลิปวิดีโอ แล้วแจกจ่ายกันผ่านโทรศัพท์มือถือ แถมยังโพสต์ไว้ทางเว็บไซต์บางแห่งด้วย นัยว่าเพื่อประกาศศักดิ์ศรีและประจานคู่อริให้ได้อายุไปพร้อมกันด้วย คลิปวิดีโอที่นักเรียนหญิงตบตีกันเช่นนี้หาดูได้ไม่ยากทางเว็บไซต์บางแห่ง เช่นเดียวกับคลิปวิดีโอความรุนแรงในหมู่นักเรียนชาย

สาเหตุของการตบตีกันในกลุ่มนักเรียนหญิงวัยรุ่น ถ้าไม่ใช่เรื่องแย่งแฟนกัน (ซึ่งบางทีก็เป็นเพศเดียวกันนั่นแหละ) ก็เป็นการแค้นกันในเรื่องอื่น ซึ่งก็มักจะมีเรื่องของอำนาจ คือ การชิงความเป็นหัวโจกกว่าใครใคร่จะใหญ่กว่าใคร เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย นักวิชาการบางท่านอธิบายว่า นี่เป็นอาการอย่างหนึ่งของ “การปลดปล่อย” ตัวเองของนักเรียนหญิง

แต่เดิมนั้น การตัดสินความขัดแย้งด้วยการ “นัดพบกันหลังโรงเรียน” เป็นวัฒนธรรมของพวกนักเรียนชาย แต่นักเรียนหญิงยุคปลดปล่อยนี้ดูเหมือนจะทำได้ทุกอย่างที่เด็กชายทำ ตั้งแต่การแต่งตัวตามใจชอบ ต้ม เทียว มีแฟนหลายคนในเวลาเดียวกัน ไปจนถึงการแข่งกัน “สะสมแต้ม” โดยนับจำนวนผู้ชายที่ตนได้หลบหลีกด้วยเป็นคะแนนอดทนกัน นี่ยังไม่ับการทำตัวเป็น “มาเฟีย” รีดไถเงินนักเรียนที่อ่อนแอกว่า เล่นการพนัน และปาร์ตี้ยาเสพติด ซึ่งพวกเธอไม่ยอมให้นายพวกนักเรียนชาย ในสังคมทุกวันนี้จึงหาพฤติกรรมที่แตกต่างกันระหว่างนักเรียนหญิงกับนักเรียนชายได้ยากขึ้นทุกที

ดูเหมือนว่า ความรุนแรงที่เด็กและวัยรุ่นเป็นผู้กระทำนั้น นับวันจะซับซ้อนและมีรูปแบบแปลกใหม่เกิดขึ้น นี่เป็นภาพสะท้อน

สุขภาพของสังคมอย่างหนึ่ง สังคมอาจจะ “ไม่สบาย” เด็ก ๆ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจึงมีอาการ “ตัวร้อน” ไปด้วย

ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ

ศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ ประสาทกุล นักวิชาการด้านประชากรศาสตร์ จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล อธิบายการเพิ่มขึ้นรวดเร็วของผู้สูงอายุในประเทศไทยด้วยวลีสั้น ๆ แต่ได้ความชัดเจนว่าเป็น “ระเบิดประชากรสูงวัย”

เมื่อ 10 ปีก่อนหน้านี้ มีประชากรสูงอายุ (วัย 60 ปีขึ้นไป) ประมาณ 6 ล้านคน หรือราวร้อยละ 9 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี 2552 คาดว่าประชากรสูงอายุจะมีไม่น้อยกว่า 7.5 ล้านคน หรือราวร้อยละ 12 ของประชากร 63.4 ล้านคน จำนวนที่เพิ่มขึ้นเร็ว บวกกับความเปลี่ยนแปลงในครอบครัว ท่ามกลางกระแสความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอีกนับไม่ถ้วน ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากเสี่ยงต่อการถูกระทำรุนแรง ทั้งจากบุคคลใกล้ชิด และจากสังคม

เช่นเดียวกับความรุนแรงต่อเด็ก ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุครอบคลุมการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมไม่ควร (abuse) ทุกอย่าง ที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บทางกาย กระแทกกระเทือนทางอารมณ์และจิตใจ ไม่ได้ได้รับความเคารพหรือเสียเกียรติเสียศักดิ์ศรี รวมไปถึงการล่วงละเมิดทางเพศ ทำให้สูญเสียทรัพย์สินสมบัติ หรือถูกกลั่นแกล้งข่มขู่ขึ้นพื้นฐาน

เนื่องจากตามธรรมเนียมประเพณีที่ปฏิบัติมาแต่ดั้งเดิม ผู้สูงอายุจะได้รับความเคารพยำเกรงจากทั้งจากลูกหลานและสังคมมากกว่าคนในวัยอื่น คนทั่วไปจึงมักไม่ค่อยตระหนักถึงเรื่องความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเท่าใดนัก อย่างไรก็ตาม ความจริงข้อนี้ไม่ได้ทำให้ผู้สูงอายุ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เป็นกลุ่มที่ปราศจากความรุนแรงแต่อย่างใด ทั้งนี้เพราะโดยธรรมชาติแล้วผู้สูงอายุส่วนมากมีสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนสถานการณ์ทางเศรษฐกิจที่เปราะบางและอ่อนไหวต่อความรุนแรงอยู่แล้ว การกระทำหรือคำพูดที่ขาดความระมัดระวังแม้เพียงเล็กน้อยก็อาจจะเป็นความรุนแรงต่อผู้สูงอายุได้

ความรุนแรงทางร่างกายที่ผู้อื่นกระทำต่อผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะเกิดขึ้นน้อย ความรุนแรงที่เกิดกับผู้สูงอายุส่วนมากมักจะเป็นเรื่องทางอารมณ์และจิตใจ มากกว่าเรื่องอื่น

ความจริงการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมทุกด้านมีผลต่ออารมณ์และจิตใจผู้สูงอายุทั้งนั้น ไม่ว่าจะเป็นคำพูดที่ทำให้เสียเกียรติ (แม้ผู้พูดอาจจะไม่ตั้งใจ) การละเลยไม่ได้เอาใจใส่ดูแลทางร่างกายและความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันเท่าที่ควร การไม่เห็นความสำคัญ เช่น ไม่ให้โอกาสรับรู้ในเรื่องที่ผู้สูงอายุคาดหวังว่าควรจะมีส่วนรับรู้ การไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่สำคัญ หรือการกดดันให้ทำบางสิ่งบางอย่างตามความต้องการของ

สมาชิกอื่นในครอบครัวโดยไม่เต็มใจ ทั้งหมดนี้ล้วนมีผลต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ อาจทำให้เกิดความเครียด ดับข้อใจ ว่าเหว หรือซึมเศร้าได้ อาการเหล่านี้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีการศึกษาพบว่า ความรู้สึกว่าเหวและซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่ง ของการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุ และดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุนั้น สูงกว่าในคนวัยอื่น

เป็นการยากที่จะประเมินว่าผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงมีจำนวนมากน้อยเพียงใด เพราะยังไม่มีมีการสำรวจในระดับชาติที่ศึกษาประเด็นนี้โดยเฉพาะ ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก การศึกษาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา คานาดา ฟินแลนด์ เนเธอร์แลนด์ และอังกฤษ ซึ่งทำการศึกษาในช่วงทศวรรษที่ 1990 และก่อนหน้านั้นเล็กน้อย พบว่ามีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 4-6 ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว เฉพาะในคานาดา เนเธอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกา มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยระหว่างผู้สูงอายุเพศชายกับเพศหญิงที่ถูกกระทำรุนแรง แต่ในฟินแลนด์อัตราผู้ถูกกระทำรุนแรงในผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าเพศชายกว่าหนึ่งเท่าตัว

สถิติผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในระดับประเทศสำหรับประเทศไทยยังไม่มี เพราะยังไม่ปรากฏว่ามีมีการสำรวจในเรื่องนี้มาก่อนที่ผ่านมามีการศึกษาที่จับประเด็นความรุนแรงต่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะเฉพาะพื้นที่บางจังหวัด แต่ก็มีจำนวนจำกัด เมื่อปี 2545 มีการศึกษาผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ใน 4 จังหวัด ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยทีมนักวิจัยของมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ (46.4% จากกลุ่มตัวอย่าง 959 ราย) เคยถูกกระทำรุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง (การสำรวจไม่ได้จำกัดช่วงเวลาว่า ความรุนแรงที่ถามถึงนั้นเกิดขึ้นในช่วงเวลาใด) และส่วนมากของผู้ถูกกระทำรุนแรงเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ คล้ายกับที่พบในการศึกษาซึ่งทำในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดชัยภูมิในปีต่อมา (2546) ลักษณะความรุนแรงที่กระทำต่อผู้สูงอายุในการศึกษาทั้งสองเรื่องนี้คล้ายกัน เรียงตามลำดับที่พบมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดคือ:

- (1) ด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ถูกกักขัง ตวาด ขู่ ตะคอก แข่ง ประณาม ไม่พูดด้วย และทำให้รู้สึกขายหน้าหรือเสียเกียรติ
- (2) ถูกทอดทิ้ง เช่น ทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ถูกผลักไสให้ออกจากบ้าน ไม่สนใจดูแลเมื่อต้องการ การดูแลไม่ให้เงินใช้ หรือปล่อยให้เลี้ยงหลานเล็กๆ อยู่ตามยถากรรม
- (3) ถูกเอาเปรียบด้านทรัพย์สิน เช่น ยึด ครอบครอง หลอกเอาเงิน ขโมย ขู่เข็ญบังคับเอาทรัพย์สิน ขายหรือจำนองทรัพย์สินโดยไม่ขอความยินยอม
- (4) ถูกทำร้ายทางร่างกาย เช่น ตบตีให้ได้รับบาดเจ็บ ไม่พาไปหาหมอในยามเจ็บป่วย ไม่ให้ยาเมื่อต้องการ

(5) ถูกลวงละเมิดทางเพศ เช่น บังคับ ช่มชู้ หรือ ลวนลามทางเพศ

อัตราผู้สูงอายุที่ถูกกระทำรุนแรงในการศึกษาที่อ้างถึงข้างต้นนี้ สูงกว่าที่พบในสังคมประเทศที่พัฒนาแล้วมาก อาจเป็นไปได้ที่ ความแตกต่างนี้จะเนื่องมาจากพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม ที่ต่างกัน หรือเพราะความแตกต่างในนิยามและช่วงเวลา ที่ผู้ศึกษากำหนดเป็นกรอบในการสำรวจก็ได้

ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุนั้นอาจจะมีสาเหตุมาจากสมาชิกอื่นใน ครอบครัว หรือจากผู้สูงอายุเองก็ได้ คนอื่นที่ทำร้ายผู้สูงอายุ นั้น มักจะเป็นคนที่มีความผิดปกติทางบุคลิกอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ คือ เป็นคนเจ้าอารมณ์ ชอบตัดสินปัญหาด้วยความรุนแรง จิตใจแปรปรวน ตี๋มสุรา เสพสิ่งเสพติด ติดการพนัน ครอบครัวย มีปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือมีปัญหาความสัมพันธ์ภายใน ครอบครัว เป็นเหตุให้เกิดความเครียด และนำไปสู่การ แสดงออกด้วยคำพูดและการกระทำที่รุนแรงต่อผู้สูงอายุ

ตัวของผู้สูงอายุเองก็ใช้ว่าจะไม่มีส่วนให้เกิดความรุนแรง เนื่องจากสภาพทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจที่เปลี่ยนไปตามวัย บวกกับความที่ต้องเป็นผู้พึ่งพิงคนอื่นในหลายด้าน (ร่างกาย กิจวัตรประจำวัน เศรษฐกิจ) อาจทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่รู้เท่าทันความ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นบางคนกลายเป็นคนเจ้าอารมณ์ อ่อนไหว ง่าย จู้จี้ ขี้บ่น ระวัง ดุด่าลูกหลานมากผิดปกติ หรือเอาแต่ใจ ตัวเอง อาการเหล่านี้อาจจะจะเป็นเหตุให้สมาชิกอื่นในครอบครัวเิน ควบคุมอารมณ์ไม่อยู่ กระทำรุนแรงด้วยวาจาหรือใช้กำลังกับ

ผู้สูงอายุได้ ยิ่งถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับความจำเสื่อม หรือ ความไม่สมประกอบบางอย่างด้วยแล้ว อาจเป็นสาเหตุทำให้ลูก หลานที่ไม่เข้าใจรู้สึกเบียด ทำตัวท่างเหิน ละเลย หรือกักขัง ซึ่ง ล้วนเป็นความรุนแรงต่อผู้สูงอายุทั้งสิ้น ผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่น นี้มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกกระทำรุนแรง

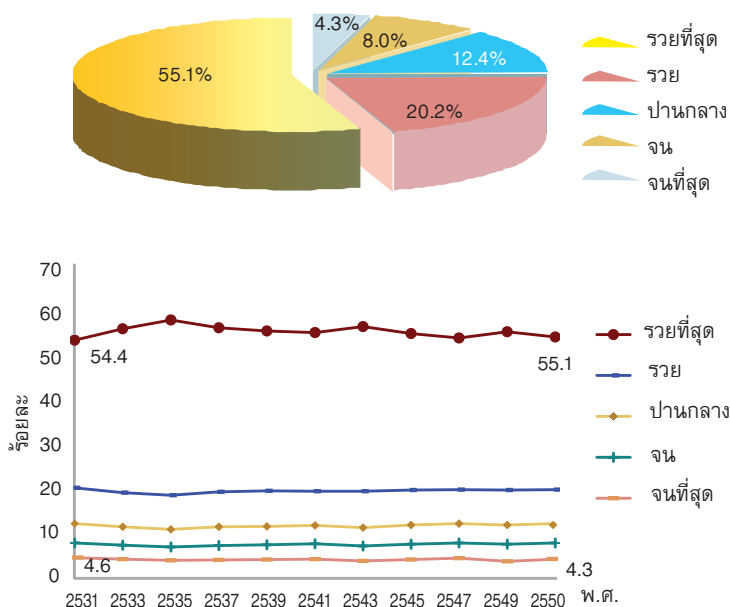
ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง

ในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมา คนไทยได้พบเห็นอุบัติการณ์ ความรุนแรงเชิงโครงสร้างที่มากขึ้น อีกทั้งตึกรังความรุนแรง ก็เข้มข้นยิ่งขึ้นด้วย รูปธรรมของความรุนแรงเหล่านี้เห็นได้ชัด ในการชุมนุมประท้วงอันเป็นผลพวงมาจากระบบเศรษฐกิจและ การพัฒนาที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งเกิดขึ้นนับครั้งไม่ถ้วน ตั้งแต่ ประเทศไทยมีการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ (ในต้นทศวรรษที่ 2500 เป็นต้นมา) และที่สำคัญ ไม่น้อยไปกว่านั้นก็คือ การชุมนุมประท้วงที่มีสาเหตุสำคัญมา จากความขัดแย้งทางการเมือง และเหตุการณ์ไม่สงบในสาม จังหวัดชายแดนภาคใต้

● ระบบเศรษฐกิจและการพัฒนาไม่เป็นธรรม

ความรุนแรงเชิงโครงสร้างที่ปรากฏในบริบททางเศรษฐกิจและ การพัฒนามีความซับซ้อน และในบางมิติก็เชื่อมโยงไปถึง กระแสที่เป็นอยู่ในระดับสากลและโลกาภิวัตน์ แต่ก็ไม่ยากเกิน ไปที่แยกแยะให้เห็นว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นนั้นมีที่มาที่ไป อย่างไร

ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรที่จำแนกเป็น 5 กลุ่ม เท่าๆ กัน (quintile) ตามฐานะ พ.ศ. 2550



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550.

เนื่องจากโครงสร้างสังคมไม่เป็นธรรม กล่าวโดย เฉพาะคือ นโยบายเศรษฐกิจที่มุ่งเน้นทุนนิยมและ ตลาดเสรี ภายใต้กระแสอันเชี่ยวกรากของระเบียบ โลกใหม่ (new world order-คือประชาธิปไตย การค้าเสรี สิ่งแวดล้อม และสิทธิมนุษยชน) โดยที่ ประชาชนหลายภาคส่วนยังไม่พร้อมที่จะมีส่วนร่วม ได้อย่างมั่นคงเพียงพอ บวกกับกฎหมายที่เอื้อ ประโยชน์แก่คนบางกลุ่ม และการบริหารจัดการ ทางเศรษฐกิจที่ขาดธรรมาภิบาล ยังผลให้ ประชาชนกลุ่มที่ “พร้อมและแข็งแกร่งกว่า” สามารถ เข้าถึงและผูกขาดทรัพยากรได้อย่างกว้างขวาง ขณะที่ประชาชนในระดับรากหญ้าที่อ่อนแอกว่า ซึ่งเป็นมวลชนส่วนใหญ่ เข้าถึงทรัพยากรได้ยาก ผลลัพธ์คือมีช่องว่างมหาศาลในด้านส่วนแบ่งรายได้ ระหว่างประชาชนกลุ่มที่ร่ำรวยกับกลุ่มที่ยากจน ในลักษณะที่ “ความรวยกระจุก ความจน กระจาย” คนรวยยิ่งรวยขึ้น คนจนยิ่งจนลง สภาพเช่นนี้ ในตัวมันเองก็คือความรุนแรงทาง สังคม และมีโอกาสจะก่อให้เกิดความรุนแรงอย่าง อื่นตามมาได้อีกมาก

ตัวเลขปี 2550 บอกว่า 55% ของรายได้ทั้งประเทศอยู่ในมือของกลุ่มคนเพียง 20% ที่รวยที่สุด (ประมาณ 12.6 ล้านคน) ที่เหลืออีกไม่ถึงครึ่ง (45%) เป็นส่วนแบ่งสำหรับคนไทย 80% (หรือประมาณ 50.4 ล้านคน) เฉพาะประชาชน 20% ที่จนที่สุดและอยู่ในขั้นต่ำสุดของบันไดรายได้ของคนทั้งประเทศนั้น ส่วนแบ่งของพวกเขามีแค่ 4% เท่านั้น เปรียบให้เห็นง่ายๆ ก็คือ ถ้ามีเงินอยู่ 100 บาท สำหรับคน 100 คน คน 20 คนที่จนที่สุดได้ไปเพียง 4 บาท (เฉลี่ยคนละ 20 สตางค์) ขณะที่คนที่รวยที่สุด 20 คน ได้ไปตั้ง 55 บาท (เฉลี่ยคนละ 2.75 บาท) ที่เหลืออีก 41 บาท เป็นของคนอีก 60 คนที่อยู่ตรงกลางระหว่างกลุ่มจนที่สุดและรวยที่สุดนี้ แนวโน้มของช่องว่างรายได้ระหว่างประชาชนกลุ่มที่จนที่สุดกับรวยที่สุดนี้ แทบไม่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา (2531-2550) แม้ว่าสัดส่วนคนจน (คือคนที่มียาได้เพื่อการบริโภคต่ำกว่าเส้นความยากจน) จะลดลงอย่างมากในช่วงเวลาดังกล่าวนี้อีกตาม

สภาวะที่ต่างกันราวฟ้ากับดินระหว่างคนรวยกับคนจนเช่นนี้ ในเนื้อแท้แล้วก็คือรูปแบบหนึ่งของความรุนแรงที่แสดงออกมาในทางเศรษฐกิจนั่นเอง

นโยบายการพัฒนาที่ไม่สมดุลและไม่ยั่งยืนก็นำไปสู่ความรุนแรงเชิงโครงสร้างได้ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ตัวอย่างที่ชัดเจนคือการพัฒนาเศรษฐกิจที่เน้นภาคอุตสาหกรรมและการส่งออกเป็นหลัก ทำให้ภาคเกษตรกรรมซึ่งเป็นอาชีพรองรับมวลชนส่วนใหญ่ได้รับความสนใจน้อยกว่าที่ควร แต่การส่งเสริมภาคอุตสาหกรรม โดยไม่ได้ให้ความสำคัญอย่างเพียงพอกับความยั่งยืนของทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดปัญหาทรัพยากรขาดแคลน (ที่ดิน ป่าไม้ น้ำ และสินแร่ คือตัวอย่างที่ชัดเจน) ขณะที่สิ่งแวดล้อมก็เป็นพิษ จนกลายเป็นปัญหาสำคัญของชาติอย่างหนึ่งในปัจจุบัน และนี่ก็คือความรุนแรงอีกชนิดหนึ่ง เราอาจเรียกมันว่า ความรุนแรงต่อธรรมชาติ ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ซึ่งในที่สุดแล้วก็จะกลายเป็นความรุนแรงต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของคนในสังคม อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ปัญหาทั้งหมดนี้ไม่ได้มาจากนโยบายที่ไม่รอบคอบแต่เพียงอย่างเดียว การที่ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการพัฒนาต่างๆ และการบังคับใช้กฎหมายหลวมแบบลูปหน่าปะจุม ก็มีส่วนทำให้ปัญหายาวตัวรุนแรงขึ้นด้วย ประชาชนในระดับรากหญ้าและประชาชนชายขอบกลายเป็นผู้ที่ต้องแบกรับปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษและทรัพยากรขาดแคลน มากกว่าประชาชนในภาคส่วนอื่นของสังคม

สำหรับมวลชนผู้แบกรับผลของความรุนแรงดังกล่าว ที่พอทนได้ก็ก้มหน้ารับผลแห่งความรุนแรงนั้นต่อไป แต่ที่ทนไม่ได้ก็กำลังมีจำนวนมากขึ้น มวลชนเหล่านี้ได้ลุกขึ้นมาเรียกร้องเอากับรัฐอย่างแข็งขันและเอาจริงเอาจัง ในรูปแบบที่มีการจัดตั้งเป็นกลุ่มเป็นองค์กร บ้างก็ประท้วงและคัดค้านโครงการทั้งของรัฐและเอกชน ที่พวกเขาเห็นว่าไม่ หรือจะมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของพวกเขา ไม่ว่าจะเป็นด้านอาชีพ สิ่งแวดล้อม แหล่งอาหาร สุขภาพ ถิ่นที่อยู่ หรือวิถีทางวัฒนธรรม ก็ตาม

ในช่วงเวลาหลายปีที่ผ่านมา มีกลุ่มและองค์กรจัดตั้งของประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากโครงการพัฒนาต่างๆ เกิดมากขึ้นเรื่อยๆ กระจ่ายอยู่ทั่วประเทศ การเรียกร้องของกลุ่มและองค์กรเหล่านี้ก็มีแนวโน้มมากขึ้นด้วย

รายงานการวิจัยเรื่อง “สถานการณ์ด้านสิทธิมนุษยชนกับฐานทรัพยากรในสถานการณ์สากล” โดยนักวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ระบุว่า ในช่วงเวลา 2 ปี จาก พ.ศ. 2547-2548 คณะอนุกรรมการ 5 คณะ ในคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ได้รับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิด้านฐานทรัพยากรทั้งสิ้น 229 เรื่อง กล่าวคือ ในปี 2547 มี 58 เรื่อง แต่ในปี 2548 มี 171 เรื่อง เกือบ 2 ใน 3 ของเรื่องที่ร้องเรียนเหล่านี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิในการจัดการที่ดินและป่า (ทั้งนี้ ไม่รวมเรื่องร้องเรียนซึ่งอาจจะมิในแหล่งอื่นอีก แต่ไม่สามารถจะรวบรวมมาแสดงในที่นี้ได้)

การลุกขึ้นประท้วงและร้องเรียนของกลุ่มเหล่านี้ ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าเป็นอาการที่แสดงออกของความรุนแรงเชิงโครงสร้าง แต่ความจริงที่เจ็บปวดก็คือ แทบทุกครั้งที่มีการจัดการกับการประท้วงเรียกร้องของกลุ่มเหล่านี้ มักจะมีความรุนแรงทางตรงในระดับใดระดับหนึ่งเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ เช่น การกระแทกกระทั้นกันจนบาดเจ็บ บางครั้งก็ถึงเสียชีวิต การถูกจับกุม หรืออย่างน้อยที่สุดก็ทำร้ายกันด้วยคำพูดที่อีกฝ่ายหนึ่งรับไม่ได้

● ความรุนแรงทางการเมือง: ล้ำเส้น ไร้กติกา?

ที่สุดแห่งความรุนแรงทางการเมืองของไทย คงไม่มีอะไรเท่ากับ การปฏิวัติรัฐประหารและการก่อกบฏเพื่อโค่นล้มรัฐบาล โดยมีรถถังและกระบอกปืนเป็นส่วนประกอบที่ขาดเสียมิได้ แต่ความรุนแรงก็มิได้จำกัดอยู่ที่การใช้กำลังเพียงอย่างเดียว หากมีความรุนแรงเชิงโครงสร้างในมิติอื่นๆ ตามมาอีกมากมาย บางทีก็รุนแรงพอๆ กับก่อนการปฏิวัติรัฐประหาร หรือมากกว่าเสียอีก

ในประวัติศาสตร์การปกครองของไทย ตั้งแต่เปลี่ยนจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราช มาเป็นระบอบประชาธิปไตย ใน พ.ศ. 2475 จนถึง พ.ศ. 2551 มีการปฏิวัติรัฐประหารและการก่อกบฏเกิดขึ้นทั้งสิ้น 24 ครั้ง (กบฏ 10 ครั้ง) หรือเกิดขึ้นทุกๆ 3 ปี ต่อครั้ง (มีบางปีที่เกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้นมากกว่า 1 ครั้ง คือ ปี 2476 = 2 ครั้ง ปี 2491 = 3 ครั้ง ปี 2494 = 2 ครั้ง และปี 2520 = 2 ครั้ง) แม้ว่า ในช่วงหลังๆ การปฏิวัติรัฐประหารจะทิ้งช่วงห่างมากขึ้น ก็ตาม ประเทศไทยจึงอาจจะเป็นประเทศเดียวในภูมิภาคเอเชีย (หรืออาจจะในโลกด้วยซ้ำไป) ที่มีการปฏิวัติรัฐประหารบ่อยที่สุด ที่เกิดขึ้นมาแล้วนั้นบางครั้งก็มีการสูญเสียทั้งชีวิตและเลือดเนื้อ แต่แม้ว่าจะไม่มีการเสียชีวิตและเลือดเนื้อ การปฏิวัติรัฐประหารก็คือความรุนแรงในตัวของมันเองอยู่แล้ว เพราะเป็นการใช้กำลังบังคับ ซึ่งเป็นวิสัยของการไร้วุฒิภาวะทางการเมือง

ข้อเท็จจริงที่ไม่อาจปฏิเสธได้คือ การปฏิวัติรัฐประหารเป็นการได้มาซึ่งอำนาจมาโดยวิธีที่ไม่ชอบ อำนาจที่ได้มาจากวิธีที่ไม่ชอบ (ไม่ว่าจะมีคนขึ้นชอบโดยเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยก็ตาม) ย่อมไม่มีความชอบธรรมในตัวของมันเอง และอำนาจที่ไม่ชอบธรรมย่อมยากที่จะนำไปสู่สิ่งที่ดีและชอบธรรมได้ ดังนั้น จึงไม่แปลกที่ภายหลังจากการปฏิวัติรัฐประหารทุกครั้งความรุนแรงทางโครงสร้างเดิมๆ และความรุนแรงอย่างใหม่ก็เกิดขึ้น เช่น การคอร์รัปชัน โกงกิน การใช้อำนาจเกินขอบเขตของเจ้าหน้าที่รัฐ การฉกฉวยโอกาสเอารัดเอาเปรียบทางเศรษฐกิจ โดยกลุ่มผู้บริหารและพ่อค้านักธุรกิจที่โยงใยอยู่กับกลุ่มอำนาจ

เนื้อแท้ของการปฏิวัติรัฐประหาร เป็นอุปสรรคทั้งต่อเสรีภาพและการแสดงออกทางความคิด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาทางปัญญา และต่อเศรษฐกิจของชาติด้วย จะเห็นได้เช่นหลังการปฏิวัติเมื่อกันยายน 2549 สหรัฐอเมริกาชะลอการเจรจาการค้าเสรีที่ได้เริ่มต้นกับไทยไว้ก่อนหน้านี้แล้ว ขณะเดียวกันอัตราการขยายตัวของมูลค่าการส่งออกไปสหรัฐอเมริกาและประเทศคู่ค้าอื่นบางประเทศก็ลดลงด้วย ทั้งนี้เพราะประเทศที่ศิวิไลซ์ทางการเมืองส่วนมาก “ไม่สะดวก” ที่จะติดต่อดำขายกับประเทศที่มีรัฐบาลเผด็จการที่มาจากการรัฐประหารนั่นเอง

ข้อมูลของกระทรวงพาณิชย์ชี้ให้เห็นว่า ในปี 2547 อัตราการขยายตัวของมูลค่าส่งออกไปสหรัฐอเมริกาอยู่ที่ระดับ 10.16% ในปี 2548 ลดลงเป็น 9.3% ในปี 2549 ซึ่งเกิดการรัฐประหารในประเทศไทยในปลายไตรมาสที่ 3 อัตราการขยายตัวลดลงเหลือ 8.9% และลดลงอย่างแรงในปี 2550 จนติดลบถึง -9.6% (ปี 2550 สหรัฐอเมริกาเองก็เริ่มมีปัญหาซับไพร์มภายในของเขาด้วย) แต่ภายหลังประเทศไทยมีรัฐบาลมาจากการเลือกตั้งเมื่อต้นปี 2551 แล้ว ทำให้ภาพพจน์ของประเทศดีขึ้น และทำให้อัตราการติดลบของมูลค่าการส่งออกไปสหรัฐอเมริกาลดลงมาเหลือ -0.3 เท่านั้น ทั้งๆ ที่ในปี 2551 นั้นสหรัฐอเมริกาประสบประสบวิกฤตเศรษฐกิจหนักกว่าปีก่อนหน้านั้นมากก็ตาม ในทำนองเดียวกัน อัตราขยายตัวการส่งออกไปยังประเทศคู่ค้าสำคัญของไทย อย่างเช่น สหภาพยุโรป สหราชอาณาจักร และญี่ปุ่น ก็ลดลงอย่างมากด้วย อัตราการขยายตัวมากระดึ๊งขึ้นบ้างก็ต่อเมื่อมีรัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้งในต้นปี 2551

อัตราการขยายตัว (ร้อยละ) ของการส่งออกสินค้าไทยไปยังประเทศคู่ค้าสำคัญบางประเทศ พ.ศ. 2546-2551

ปี	สหรัฐ อเมริกา	สหภาพ ยุโรป	ญี่ปุ่น	สหราชอาณาจักร
2546	-2.4	11.4	10.5	4.4
2547	10.2	13.4	14.7	13.7
2548	9.3	3.1	11.3	-7.9
2549	8.9	12.5	3.5	15.5
2550	-9.6	6.6	0.2	-3.5
2551	-0.3	2.3	5.8	4.8

ที่มา : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์

ความรุนแรงทางการเมืองอีกรูปแบบหนึ่ง คือ การชุมนุมประท้วงที่เกิดขึ้นซ้ำซากในช่วงเวลา 3-4 ปี ที่ผ่านมา ต้องยอมรับว่า ในสังคมที่มีวุฒิภาวะทางการเมืองนั้น การชุมนุมด้วยความสงบและไม่ก่อความเดือดร้อนแก่ประชาชนทั่วไป เป็นเรื่องปกติธรรมดา แต่ของไทยนั้นดูเหมือนจะเกินเลยไปกว่านั้น การชุมนุมประท้วงหลายครั้งจึงมีความรุนแรงทั้งทางตรงและทางอ้อม อย่างใดอย่างหนึ่งตามมา เช่น การประท้วงของกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย (กลุ่มเสื้อเหลือง) และกลุ่มแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการ (กลุ่มเสื้อแดง)

ความจริงที่น่าเศร้า คือ เชื้อไฟแห่งความรุนแรงในการชุมนุมประท้วงเหล่านั้น ส่วนหนึ่งมาจากการมีรัฐบาลที่บริหารบ้านเมืองไม่โปร่งใส มีผลประโยชน์ทับซ้อน และไม่รับฟังเสียงของประชาชน อีกส่วนหนึ่งมาจากความต้องการของกลุ่มผู้ชุมนุมที่จะขับไล่และเอาชนะฝ่ายตรงข้ามให้ได้สถานเดียว โดยไม่ได้คำนึงถึงประเทศชาติและประชาชนส่วนใหญ่ มิใช่ที่จะมีเสียงเตือนสติจากผู้หวังดี

ปี 2551 เป็นปีที่คนไทยได้เห็นความรุนแรงทางการเมืองในรูปของการชุมนุมประท้วงมากเสียจนจำแทบไม่ไหว การชุมนุมหลายครั้งมีทั้งความรุนแรงและความยืดเยื้ออย่างไม่มีเหตุผล ข้อมูลจากศูนย์เฮอร์วีน ซึ่งเป็นศูนย์ที่ช่วยเหลือฉุกเฉินด้านการแพทย์ ระบุว่า เฉพาะการชุมนุมที่มีความรุนแรงจากการปะทะกันระหว่างกลุ่มผู้ประท้วงกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือระหว่างกลุ่มผู้ประท้วงต่างสีกัน ในกรุงเทพมหานครเพียงที่เดียว มีทั้งสิ้น 12 ครั้ง ในปีที่ผ่านมา (เฉลี่ยเดือนละ 1 ครั้ง) ผลของการปะทะกันทำให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 737 คน และเสียชีวิต 8 คน ทั้งนี้ไม่รวมความสูญเสียที่มากเกินจะประมาณ จากการบุกยึดทำเนียบรัฐบาล และสนามบินสุวรรณภูมิของกลุ่มพันธมิตรฯ การประท้วงที่เกินขอบเขตเช่นนั้นทำให้ประชาชนสับสนและแยกไม่ออกว่า นั่นคือ การประท้วงทางการเมือง หรือการก่อการร้ายต่อเศรษฐกิจและชื่อเสียงของประเทศกันแน่

ที่กล่าวนั้นคือความรุนแรงทางตรง ซึ่งในตัวเองก็หนักหนาเกินกว่าจะรับได้อยู่แล้ว แต่ยังมีความรุนแรงที่ซ่อนอยู่เบื้องลึกและพร้อมจะระเบิดออกมาได้อีก หากไม่ถูกจัดการอย่างดีพอ

นั่นคือ การแบ่งฝักแบ่งฝ่าย ความแตกแยก และความเกลียดชังในหมู่ประชาชน ตราบใดที่สิ่งเหล่านี้ยังมีอยู่ ความรุนแรงทางการเมืองก็มีโอกาสประทุขึ้นมาได้อีก และความพยายามจะสมานฉันท์ก็ไม่ได้เป็นอะไรมากกว่าวลีไพเราะที่ทําให้นโยบายของรัฐฟังดูหรู แต่ไม่มีผลในทางปฏิบัติ

ในแง่หนึ่ง ความรุนแรงทางการเมืองที่เกิดขึ้นเมื่อปีที่ผ่านมานี้ เป็นดัชนีที่บ่งบอกอยู่ในตัวมันเองว่า วุฒิภาวะทางการเมืองของสังคมไทยยังอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับมาตรฐานสากล

● ความรุนแรงในสามจังหวัด ชายแดนภาคใต้: ไฟยังระอุ

ห้าปีหลังเหตุการณ์ปล้นปืนที่ค่ายกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส จนถึงวันนี้ สถานการณ์ความรุนแรงที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินของคนไทยจำนวนมาก ยังไม่มีทีท่าว่าจะสงบ ตัวเลขจำนวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละปี แม้จะเปลี่ยนแปลงขึ้นลงบ้าง แต่ก็ยังอยู่ในระดับสูงมาก เช่น เฉพาะในปี 2551 ที่ผ่านมามากมาย มีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นทั้งสิ้น 1,370 ครั้ง หรือเฉลี่ยวันละ 3-4 ครั้ง มีประชาชนทั้งทหารตำรวจ และพลเรือนทั่วไปเสียชีวิต 605 คน (เฉลี่ยวันละเกือบ 2 คน) นอกจากนี้ยังมีผู้บาดเจ็บอีก 1,171 คน ถ้านับรวมตลอดเวลา 5 ปี ชีวิตผู้คนที่ยังมีชีวิตอยู่ไปแล้วมากถึง 3,244 คน บาดเจ็บอีก 5,811 คน ส่วนความสูญเสียทรัพย์สินทั้งของรัฐและ

ของเอกชนนั้นประมาณค่ามิได้ ข้อมูลเท่าที่มีอยู่แสดงว่าความถี่ของเหตุการณ์ในภาคใต้มีแนวโน้มลดลง แต่ความรุนแรงของเหตุการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และปฏิบัติการของกลุ่มผู้ก่อความไม่สงบก็มีแนวโน้มเจาะกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

นั่นเป็นเพียงบางส่วนของความสูญเสียที่พอจะนับเป็นตัวเลขได้ แต่ยังมีผลของความรุนแรงอีกส่วนหนึ่งที่ไม่อาจนับได้ แต่ผลของมันสามารถสัมผัสได้อย่างเป็นรูปธรรม นั่นคือ การที่ประชาชนมีชีวิตอยู่ในความหวาดกลัว หวาดระแวง ไม่มั่นคง เครียด ความสัมพันธ์ในสังคมเปลี่ยนไป ผู้คนสิ้นหวัง ขาดกำลังใจที่จะสรรค์สร้างสิ่งที่ดีงาม กล่าวสั้นๆ ความรุนแรงในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้คือ กรณีตัวอย่างที่ชัดเจนของภัยที่คุกคามสุขภาวะทุกด้าน ในทุกระดับ ตั้งแต่บุคคลไปจนกระทั่งสังคม

ความรุนแรงที่ผู้คนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้กำลังประสบอยู่ในวันนี้ ไม่ได้เกิดมาจากสุญญากาศ หากมีรากหยั่งลึกอยู่ในประวัติศาสตร์ โครงสร้างสังคมอันไม่เป็นธรรม และวัฒนธรรมที่มองความแตกต่างของคนอื่นอย่างคับแคบ กล่าวอย่างเจาะจงความไม่เข้าใจในประวัติศาสตร์ท้องถิ่น บวกกับนโยบายรวมศูนย์และการปฏิบัติจากส่วนกลางที่ไม่เป็นธรรม อันเป็นผลมาจากทัศนคติที่ยึดยึดความเป็นอันหนึ่งให้แก่มวลคนมีความแตกต่างกับตน ไม่ว่าจะในด้านภาษา ศาสนา และวัฒนธรรมทั้งหมดนี้เป็นหัวใจที่บ่มเพาะความขัดแย้ง ความหวาดระแวง และความเกลียดชัง ที่นำไปสู่การต่อต้านด้วยความรุนแรงอย่างที่ยังคงมีอยู่ไม่เคยมายาวนาน

สรุปเหตุการณ์ความไม่สงบและความรุนแรง ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2547-2551

เหตุการณ์	2547	2548	2549	2550	2551
ยิง	531	905	1,040	1,308	861
ทำร้าย	53	52	39	41	28
วางเพลิง	232	308	281	359	88
วางระเบิด	76	238	327	492	267
ปล้นอาวุธปืน สายไฟ ชิมการ์ด	25	140	10	3	0
ชุมนุมประท้วง	2	-	14	45	5
ก่อวินาศกรรม เช่น โปรมะปุเรอโบ ฯลฯ	33	422	219	214	114
ฆ่าตัดคอ	0	12	3	13	7
จับเป็นตัวประกัน	0	1	1	0	0
รวม	952	2,078	1,934	2,475	1,370
ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต					
ผู้บาดเจ็บ	314	564	746	1,015	605
ผู้เสียชีวิต	491	1,105	1,200	1,844	1,171
รวม	805	1,669	1,946	2,859	1,776

ที่มา : ศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานตำรวจแห่งชาติส่วนหน้า จังหวัดยะลา

ความรุนแรงในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้จะดำรงอยู่ต่อไป ตราบเท่าที่มาตรการแก้ปัญหา ยังไม่สามารถลงลึกถึงระดับรากเหง้าที่แท้จริงของเหตุปัจจัยแห่งความรุนแรงนี้

สื่อรุนแรง: สังคมตระหนก แต่ยังทำอะไรได้ไม่มาก

ในโลกยุคข้อมูลข่าวสารอย่างเช่นทุกวันนี้ แทบไม่มีที่ไหนที่สื่อไม่สามารถเอื้อมมือเข้าไปถึง สื่อมาพร้อมกับข้อมูลข่าวสารหลากหลายชนิด ไม่ว่าเราต้องการหรือไม่ต้องการก็ตาม วันหนึ่งๆ ตั้งแต่ตื่นนอนในตอนเช้าจนถึงเข้านอนในตอนกลางคืน เราบริโภคข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ แทบนับจำนวนครั้งไม่ถ้วน ไม่ว่าจะเป็นข่าว ความรู้หรือและความบันเทิง จากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ มีสิดีวีดีโอ วิดีโอเกมส์ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ ภาพยนตร์ และหนังสือ ที่มีความหลากหลายทั้งเนื้อหาและการนำเสนอ

เฉพาะโทรทัศน์นั้น ปัจจุบันครวเรื่อนที่ไม่มิดงหาได้ยาก การสำรวจในปี 2546 โดยมหาวิทยาลัยอัลสัมซัย ร่วมกับมูลนิธิเครือข่ายครอบครัว มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า เด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างดูทีวีมากที่สุด ระหว่างวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เด็กใช้เวลาดูทีวีเฉลี่ยวันละ 3.5 ชั่วโมง แต่ในวันเสาร์อาทิตย์ เวลาที่เด็กนั่งอยู่หน้าจอทีวีเพิ่มขึ้นเป็น 5.5 ชั่วโมง กล่าวได้ว่าครอบครัวทุกวันนี้ “เลี้ยงลูกด้วยทีวี” มากขึ้น

สิ่งที่สื่อนำมาให้เรา มีทั้งเรื่องที่ตีงามสร้างสรรค์ และที่เป็นเรื่องรุนแรงหลากหลายรูปแบบ ในส่วนที่เป็นความรุนแรงนั้น บางอย่างเราอาจตระหนัก แต่บางอย่างเราอาจไม่ได้คิดเลยว่านั่นคือความรุนแรง โดยเฉพาะที่มาในนามของความบันเทิง เฉพาะในสื่อที่ใกล้ตัวเรามากที่สุด คือ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์และวิทยุ นั้นแทบจะไม่มีวันไหนที่เราเปิดสื่อเหล่านั้นขึ้นมาแล้ว ไม่มีเรื่องที่เป็นความรุนแรงให้เห็นหรือได้ยิน ทั้งนี้ ไม่รวมสื่อประเภทที่เสนอเรื่องราวที่มีเนื้อหารุนแรงโดยตรง เช่น ภาพยนตร์ประเภทบู๊ล้างผลาญหรือยั่วยุอารมณ์ และเกมส์ประเภทรุนแรงต่างๆ เป็นต้น ซึ่งมักมีแรงจูงใจในการผลิตที่แตกต่างออกไป

การสำรวจเนื้อหารายการโทรทัศน์ โดยโครงการศึกษาและเฝ้าระวังสื่อเพื่อสุขภาพของสังคมซึ่งวิเคราะห์รายการละครทางโทรทัศน์ฟรีทีวีทั้ง 5 ช่อง ที่ออกอากาศระหว่างเวลา 16.00-22.00 น. ในเดือนสิงหาคม 2548 พบว่ามีการนำเสนอเนื้อหาด้านเพศ ความรุนแรง และการถูกเหยียดหยามคนบางกลุ่ม บางพวกแทรกอยู่ในเนื้อหาทุกเรื่อง ที่น่าเป็นห่วงคือในรายการละครก่อนข่าวภาคค่ำ ช่วงเวลา 16.00-20.00 น. มีปริมาณความรุนแรงมากกว่าในละครที่ออกอากาศช่วงดึกเสียอีก ขณะที่รายการซึ่งมีส่วนพัฒนาการศึกษาและการเรียนรู้ของเด็กลดลง แม้ว่ารัฐบาลจะเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ และได้มีนโยบายให้สื่อโทรทัศน์เสนอรายการที่เป็นประโยชน์ในการเรียนรู้ของเด็กให้มากขึ้น แต่สิ่งที่เกิดขึ้นก็ยังไม่มากพอ ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ยังไม่สามารถเบียดสื่อรุนแรงออกจากผังรายการได้มากนัก

ต้องยอมรับว่า ในยุคที่พ่อแม่มีเวลาให้ลูกน้อยลงอย่างเช่นทุกวันนี้ สื่ออย่างโทรทัศน์ วิดีโอเกมส์ และเกมส์คอมพิวเตอร์ มีบทบาทสำคัญในกระบวนการหล่อหลอมกล่อมเกลาพฤติกรรมของเด็ก ด้วยเหตุนี้ จึงมีความกังวลว่าความรุนแรงที่ปรากฏในสื่อเหล่านั้นจะมีอิทธิพลต่อความคิดและพฤติกรรมของเด็ก ในสังคมตะวันตกมีการศึกษานับร้อยๆ เรื่องในช่วงเวลา ประมาณ 50 ปี ที่ผ่านมามีงานวิจัยว่า การเสพสื่อรุนแรงมีผลทำให้เด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าว แม้ว่าสื่อรุนแรงจะไม่ใช่อธิบายเพียงอย่างเดียวในเรื่องนี้ก็ตาม

ความรุนแรงที่ปรากฏในสื่อ ก็ไม่ต่างมากนักกับความรุนแรงที่เด็กได้เห็นในชีวิตจริง คือสามารถมีอิทธิพลต่ออารมณ์ ความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นได้มาก การวิจัยในสังคมตะวันตกชี้ให้เห็นว่า อิทธิพลสำคัญของสื่อรุนแรงที่มีต่อเด็กคือ (1) ทำให้เกิดความรู้สึกว่าความรุนแรงเป็นสิ่งที่น่ากลัว (2) ทำให้ได้เรียนรู้รูปแบบและวิธีการทำให้เกิดความรุนแรงและความรุนแรงนั้นจะนำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าวได้ง่าย (3) ทำให้เกิดความชินชากับความรุนแรงจนเห็นว่ามันเป็นสิ่งธรรมดา

อิทธิพลข้อแรกและข้อสองนั้น อาจจะทำให้เด็กหลีกเลี่ยงหรือละเว้นความรุนแรงก็ได้ หรืออาจจะทำให้ใช้ความรุนแรงเป็นเครื่องมือทำให้ฝ่ายตรงข้ามกลัวและยอมอยู่ใต้อำนาจก็ได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ แต่อิทธิพลข้อที่สามเป็นสิ่งที่น่าเป็น

ห่วงมาก เพราะความชินชามีผลบวกกับความรู้ในวิธีการทำความรุนแรง (ข้อสอง) แล้ว จะมีอิทธิพลเพียงพอที่จะทำให้เด็กบางคนเลือกใช้วิธีการรุนแรงในการแก้ปัญหา ไม่ว่าจะปัญหาคือความขัดแย้งกับเพื่อน หรือปัญหาส่วนตัวที่หาทางออกไม่ได้ก็ตาม

ที่ผ่านมามีตัวอย่างให้เห็น เช่น คำให้การของเด็กและวัยรุ่นที่ก่ออาชญากรรมบางคนบอกชัดว่า เขาทำเพราะได้ตัวอย่างมาจากภาพยนตร์ หรือเกมส์คอมพิวเตอร์ที่เขาชื่นชอบ แม้การฆ่าตัวตายของเด็กและวัยรุ่นที่มีลักษณะเป็นพฤติกรรมเลียนแบบก็เคยปรากฏเป็นข่าวในต่างประเทศมาแล้ว โดยเด็กทำตามบุคคลที่เขายึดถือเป็นแบบฉบับหรือคลั่งไคล้ เช่น ดาราหรือนักร้องที่ได้จบชีวิตของตัวเองด้วยอัตวินิบาตกรรม

การที่สื่อรุนแรงทำให้ผู้เสพชินชากับความรุนแรง จนมองความรุนแรงว่าเป็นสิ่งธรรมดาในแง่หนึ่งก็คือกระบวนการที่มันทำให้ความรุนแรงกลายเป็นวัฒนธรรม คือเป็นแนวทางที่ยอมรับได้สำหรับการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นั่นเองเมื่อถึงระดับนั้น สังคมก็จะมองการกระทำบางอย่างที่ควรถือว่าเป็นความรุนแรง ว่าไม่ใช่เรื่องรุนแรงอีกต่อไป เช่น การเอาเปรียบผู้ที่ด้อยกว่า การทำร้ายคนที่ถือว่าเป็นคู่แข่ง การแก้แค้นผู้ที่ทำร้ายตนด้วยการ “เอาคืน” ที่รุนแรงกว่า หรือแม้แต่การทุจริตรับขึ้น เป็นต้น ทศนะเช่นนั้นคือ รากฐานของวัฒนธรรมแห่งความรุนแรง ซึ่งไม่เป็นคุณูปการต่อสุขภาวะของสังคมแต่อย่างใด

สื่อลามก หรือสื่อที่เสนอเรื่องทางเพศในลักษณะเชยชวน ถือเป็นความรุนแรงของสื่ออีกรูปแบบหนึ่ง เพราะสามารถมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศที่ไม่พึงปรารถนาของเด็กและเยาวชนได้ สื่อชนิดนี้ในปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยเฉพาะที่อยู่ในรูปของละครทางโทรทัศน์ วิซีดีหนังโป๊ การ์ตูนลามก มิวสิควิดีโอลามก เว็บลามก และการโฆษณาที่ใช้เพศเป็นเครื่องดึงดูดความสนใจ จริงอยู่ สื่อไม่ใช่ปัจจัยเพียงตัวเดียวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของเด็กและวัยรุ่น แต่ก็มีความสำคัญ ทั้งต่อการเรียนรู้และต่อพฤติกรรม การสำรวจนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 6 ของแอแบคโพล เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2552 พบว่านักเรียนร้อยละ 13 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ในจำนวนนี้ ร้อยละ 10 บอกว่าแรงผลักดันที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์คือ ภาพยนตร์ที่มีเนื้อหาเรื่องเพศ สื่อลามกในเว็บไซต์และวิซีดี เป็นต้น

แม้ว่าสังคมจะได้ให้ความสนใจเรื่องนี้มานาน ดังจะเห็นได้จากการวิพากษ์วิจารณ์ในโอกาสและรูปแบบต่างๆ (การประชุมสัมมนา บทวิเคราะห์ กระทั่งในเว็บไซต์ ฯลฯ) แต่ก็ดูเหมือนว่าจะยังทำอะไรได้ไม่มากนัก ประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่า การควบคุมการผลิตและการนำเสนอสื่อประเภทนี้ทำได้ยาก อีกด้านหนึ่งมาตรการอย่างเช่นการกำหนดเรตติ้งรายการโทรทัศน์อย่างที่ปรากฏอยู่ทุกวันนี้ ก็ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนว่าทำให้คนดูตระหนักและนำไปปฏิบัติจริงๆ มากน้อยเพียงใด

4 คือภัยที่คุกคามสุขภาพ:

เพราะสุขภาพคือสภาพที่มนุษย์มีความสมบูรณ์พร้อมทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล แต่ความรุนแรงขัดขวางและปิดกั้นไม่ให้มนุษย์บรรลุถึงความสมบูรณ์พร้อมนั้น ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าความรุนแรงเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ

ความรุนแรงที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตนั้น เป็นรูปธรรมที่สัมผัสได้ไม่ยาก อีกทั้งสามารถวัดและบอกได้ว่า การบาดเจ็บและการเสียชีวิตเนื่องจากความรุนแรง (ซึ่งในที่นี้รวมการทำร้ายตัวเองและการถูกทำร้าย) นั้น ทำให้ประชากรโดยรวมสูญเสีย “ปีสุขภาวะ” ไปมากน้อยเพียงใด การสูญเสียสิ่งที่เรียกว่าปีสุขภาวะนี้ นักวิชาการสาธารณสุขกำหนดเรียกว่าเป็น “ภาระโรค” ซึ่งส่วนมากวัดเป็นความสูญเสียในระดับประชากรโดยรวม หรือในระดับมหภาค นอกจากความสูญเสียในรูปของภาระโรคแล้ว นักวิชาการสาธารณสุขยังประมาณการความสูญเสียต่อเศรษฐกิจของชาติ อันเนื่องมาจากการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากความรุนแรงได้ด้วย

รายงาน “สถานการณ์และความสูญเสียปีสุขภาวะจากความรุนแรงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547” ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (เผยแพร่ กันยายน 2550) ระบุว่า การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรโดยรวม เฉพาะที่เนื่องมาจากการตายและภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ซึ่งมีสาเหตุมาจากความรุนแรง คิดเป็นจำนวนปีได้ 2.7 แสนปี หรือประมาณ 2.7% ของความสูญเสียปีสุขภาวะจากทุกสาเหตุ

เนื่องจากผู้ชายบาดเจ็บและเสียชีวิตจากความรุนแรงมากกว่าผู้หญิงหลายเท่า การสูญเสียปีสุขภาวะสำหรับประชากรเพศชายจึงสูงกว่าประชากรเพศหญิง กล่าวคือ ในปี 2547 ประชากรเพศชายสูญเสียปีสุขภาวะประมาณ 2.2 แสนปี หรือคิดเป็นร้อยละ 3.8 ของการสูญเสียเนื่องจากเจ็บป่วยและตายจากทุกสาเหตุ ขณะที่ประชากรหญิงสูญเสียปีสุขภาวะประมาณ 5.6 หมื่นปี หรือคิดเป็นร้อยละ 1.3 เท่านั้น ถ้าเปรียบเทียบระหว่างการบาดเจ็บและการตายจากการทำร้ายตัวเองและฆ่าตัวตาย

กับการถูกผู้อื่นทำร้าย ความสูญเสียปีสุขภาวะจากการทำร้ายตัวเองและฆ่าตัวตาย สูงกว่าความสูญเสียจากการถูกทำร้าย

ความสูญเสียต่อเศรษฐกิจของชาติอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บและตายจากความรุนแรง ที่สำคัญมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยตรง กับส่วนที่เป็นความสูญเสียกำลังผลิต (productivity) รายงานสถานการณ์และความสูญเสียปีสุขภาวะฯ ที่อ้างถึงข้างต้น ได้ประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากความรุนแรง (การทำร้ายตัวเองและถูกทำร้าย) สำหรับปี พ.ศ. 2547 มีประเด็นที่น่าสนใจคือ

- การบาดเจ็บและตายจากการทำร้ายตัวเองและถูกผู้อื่นทำร้ายก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่าประมาณ 33,000 ล้านบาท
- มากกว่าร้อยละ 90 ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจเกิดจากความสูญเสียกำลังผลิต ซึ่งมีมูลค่าประมาณ 31,000 ล้านบาท และเป็นความสูญเสียที่เกิดกับผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 4.7 เท่า
- ร้อยละ 88 ของความสูญเสียกำลังผลิต มาจากการเสียชีวิต

ภาระโรค

ภาระโรค (burden of disease) เป็นดัชนีสุขภาพแบบองค์รวม กำหนดขึ้นเพื่อบอกให้ทราบถึงความสูญเสียอันเกิดจากโรคหรือความเจ็บป่วยแต่ละชนิด โดยนำเอาความสูญเสีย 2 ด้าน มาพิจารณาไปพร้อมกัน คือ (1) ความสูญเสียที่เกิดจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost – YLL) และ (2) ความสูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lived with Disability – YLD) ดัชนีนี้มีชื่อเรียกเฉพาะว่า “ปีสุขภาวะที่สูญเสียปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ” (Disability-Adjusted Life Years – DALYs) ความสูญเสียอย่างแรกนั้น ก็คือผลต่างระหว่างอายุคาดเฉลี่ยสูงสุดของประชากร กับอายุที่บุคคลแต่ละคนเสียชีวิตอันเนื่องมาจากรโรคหรือความเจ็บป่วยที่นำมาวิเคราะห์นั้น ส่วนความสูญเสียอย่างที่สอง คือจำนวนเวลา (ปี) ที่เสียไปเพราะความเจ็บป่วยหรือพิการจากโรคหรือจากการเจ็บป่วยที่ถูกนำมาวิเคราะห์ ดัชนีนี้ใช้เป็นมาตรวัดความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรในระดับมหภาค

ที่มา: Murray CJ and Lopez AD. 1996

- ร้อยละ 83 ของความสูญเสียกำลังผลิตเป็นความสูญเสียในกลุ่มอายุ 15-44 ปี
- อัตราความสูญเสียกำลังผลิตต่อการเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นมูลค่า 2.3 ล้านบาท สำหรับผู้ชาย และ 2.0 ล้านบาท สำหรับผู้หญิง
- ความสูญเสียที่เป็นค่ารักษาพยาบาลมีมูลค่าประมาณ 1.9 พันล้านบาท
- ร้อยละ 60 ของความสูญเสียที่เป็นค่ารักษาพยาบาลเป็นความสูญเสียในกลุ่มอายุ 15-29 ปี

ความสูญเสียที่กล่าวข้างต้นเป็นส่วนที่พอจะวัดเป็นตัวเลขได้เท่านั้น แต่ภัยคุกคามจากความรุนแรงไม่ได้มีเฉพาะที่วัดเป็นตัวเลขได้ ยังมีผลทางจิตใจ สังคม และปัญญา ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน แต่ก็ส่งผลด้านลบต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ได้ไม่น้อยไปกว่าการบาดเจ็บและการเสียชีวิต

ประเด็นสำคัญ เราจะต้องเข้าใจว่า ผลกระทบของความรุนแรงต่อสุขภาวะด้านใดด้านหนึ่ง มักจะส่งผลต่อเนื่องไปยังด้านอื่นๆ ด้วย แม้อาจจะไม่เชื่อมโยงถึงกันได้ทั้งหมด แต่ก็บอกถึงความเปราะบางของสุขภาวะในชีวิตได้ เช่น ถ้าความรุนแรงจากการทะเลาะวิวาททำให้เกิดการทำร้ายกันทางร่างกาย จนฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายบาดเจ็บหรือเสียชีวิต การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตนั้นย่อมมีผลต่อจิตใจของผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาจจะเป็นความหวาดกลัว ความระแวง ไม่ไว้วางใจ ความเครียด ความเกลียดชังและโกรธแค้น หรือแม้กระทั่งความอาฆาตพยาบาท สุขภาวะทางจิตใจเช่นนี้สามารถนำไปสู่ความแตกแยก และคุกคามต่อความสัมพันธ์ทางสังคม ผลที่ตามมาอาจทำให้การอยู่ร่วมกันขาดความสงบสุข โดยนัยนี้ความรุนแรงทางตรงที่คุกคามสุขภาพกายนั้น สามารถมีผลต่อ

เนื่องไปถึงสุขภาวะทางจิตและสุขภาวะทางสังคมด้วย

อีกตัวอย่างหนึ่ง จะเห็นได้จากความรุนแรงทางการเมือง ที่มีสาเหตุมาจากความขัดแย้งทางความคิดและผลประโยชน์ ซึ่งนำไปสู่การชุมนุมประท้วง แต่การชุมนุมประท้วงก็อาจพัฒนาไปสู่ความรุนแรงทางตรงได้ ดังที่เกิดขึ้นแล้วหลายครั้งหลายหนในช่วง 3-4 ปี ที่ผ่านมา ขณะเดียวกัน เราก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าการชุมนุมประท้วงในปีที่ผ่านมา ได้ก่อให้เกิดความแตกแยกทางสังคม (ไม่ใช่เป็นแค่ความแตกต่างทางความคิดเห็น) ในช่วงเวลาที่มีการประท้วงนั้นผู้คนจำนวนมากตกอยู่ในภาวะเครียดและอึดอัด สังคมตกอยู่ในสภาพอึมครึม หาทงออกไม่เจอ หันไปทางไหนมีแต่การแบ่งสีแบ่งฝ่าย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมองไม่เห็นอย่างอื่นนอกจากความผิดและความเลวของฝ่ายตรงข้าม ซึ่งทำให้ต้องการเอาชนะอีกฝ่ายหนึ่งให้ได้สถานเดียว ทางออกอื่นที่อยู่บนฐานของความเข้าใจและการใช้ปัญญาถูกมองข้าม นั่นก็คือสภาพที่สุขภาวะทางปัญญาถูกคุกคามโดยตรง

ที่สุดของเหตุการณ์ความรุนแรงที่คุกคามสุขภาวะทุกด้าน เห็นจะไม่มีอะไรเกินเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลของเหตุการณ์รุนแรงที่มีต่อชีวิตร่างกาย สภาพจิตใจ การอยู่ร่วมกันในสังคม และภูมิปัญญาที่พัฒนาต่อเนื่องมานับร้อยปี มีมากเกินจะประมาณ ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น ที่น่ากังวลคือ ยังไม่อาจคาดเดาได้ว่าเหตุการณ์จะจบลงเมื่อไร และด้วยวิธีอย่างไร แต่ที่แน่นอนคือภัยที่คุกคามต่อสุขภาวะยังดำรงอยู่ และจะดำเนินต่อไป จนกว่าไฟแห่งความรุนแรงจะมอดลง

ถ้าจะไม่ให้สุขภาวะถูกคุกคาม ก็คงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องหยุด หรือลดตักรีแห่งความรุนแรงลงให้ได้ แต่นั่นคือพันธกิจที่ทำทนายมากสำหรับสังคมไทยปัจจุบัน

ปีสุขภาวะที่สูญเสีย อันเนื่องมาจากสาเหตุความรุนแรงในประเทศไทย พ.ศ. 2547

สาเหตุ/ ความรุนแรง	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวนปี สุขภาวะที่ สูญเสีย	% ของความ สูญเสียจาก ทุกสาเหตุ	จำนวนปี สุขภาวะที่ สูญเสีย	% ของความ สูญเสียจาก ทุกสาเหตุ	จำนวนปี สุขภาวะที่ สูญเสีย	% ของความ สูญเสียจาก ทุกสาเหตุ
ตาย/เจ็บ/พิการ จากทุกสาเหตุ	5,716,465	100.0	4,228,613	100.0	9,945,078	100.0
จากความรุนแรงทุกชนิด	215,732	3.8	55,937	1.3	271,669	2.7
ทำร้ายตัวเอง	107,206	1.9	37,092	0.9	144,298	1.5
ถูกทำร้าย	108,367	1.9	18,845	0.4	127,212	1.3
สงคราม	156	0.0	0	0.0	159	0.0

ที่มา: ปรับจาก สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2550.

5 หยุดความร่นแรงแ: ทำกาย แต่ไม่เหลื่อวิสัย

ข้อเท็จจริงมื่ออยู่ว่า ความร่นแรงแที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ไม่ใช่วเรื่องของสัญชาตญาณ แต่เป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น แม้ว่าความพิตปคิตทางชีววิทยา และความบกพร่องทางจิต อาจจะทำให้อางคนเสี่ยงต่อการกระทำร่นแรงแได้ แต่อิทธิพลของปัจจัยเหล่านันก็เป้นสิ่งที่ป้องกันหรือทำให้อลดน้อยลงได้ ภายใต้อิ่งแวดล่อมและการอบรณกล่อมเกล่าที่เหมะสมและมีประสิทธิภาพ ข้อเท็จจริงนี้ ทำให้อเรากล่าวได้ย่องมั่นใจว่า ความร่นแรงแเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงหยุดหรือทำให้อลดน้อยลงได้ แม้จะเป็นสิ่งที่ทำกายก็ตาม

แต่ความร่นแรงแมีความซับซ้อนหลากหลาย ดังได้แสดงให้เห้นมาแล้วข้างต้น จึงเป็นไปไม่ได้ที่มาตรการแก้ปัญห่าเพียงมาตรการเดียวจะเป็นเครื่องมือแก้ปัญห่าความร่นแรงแที่ใช้ได้ผล ในทุกเรื่องและทุกระดับ มาตรการแก้ปัญห่าความร่นแรงแที่มีประสิทธิภาพควรเป็นมาตรการที่เป็นองค์รวม ให้ความล้าคัญแก่อกิจกรรมสอตแทรกที่จจะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล ความสัมพันธ์ ชุมชน และสังคมไปพร้อมกัน

ระดับบุคคล

มาตรการล้าคัญในระดับบุคคล ควรมื่อจุดมุ่งหมายหลักย่องน้อย 2 ประการ คือ *ประการแรก* ควรมื่อปลูกฝังทัศนคติและพฤติกรรมที่ไม่วร่นแรงแในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นทั่วไป เพื่อว่าพวกเขาจะได้ไม่วเป็นผู้กระทำความร่นแรงแ ทั้งต่อผู้อื่นและต่อตัวเอง ขณะเดียวกันก็จะได้มื่อทักษะที่จจะหลีกเลี่ยงความร่นแรงแได้ *ประการที่สอง* ควรมื่อเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อความร่นแรงแ ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะผู้ที่มื่อแนวโน้มจะเข้าไปเกี่ยวข้องกับความร่นแรงแ ทั้งในฐานะผู้ก่อและผู้รับผลของความร่นแรงแ ในประการที่สองนี้ ผู้เกี่ยวข้องในโครงการป้องกันความร่นแรงแ จะต้องมีความรู้และไวต่อเหตุการณ์ สามารถแยกแยะได้ว่าอะไรคือปัจจัยเสี่ยงที่จจะทำให้เด็ก วัยรุ่น ครอบคร้ว ผู้สูงอายู และผู้ชชน กระทำ ความร่นแรงแ ใครคือกลุ่มเสี่ยง และทางออกที่เหมะสมปราศจากความร่นแรงแคืออะไร

แนวทางที่จจะได้ผลในระดับบุคคลอาจทำได้หลายวิธี ตัวอย่างเช่น การให้การศึกษาในระบบโรงเรียน หรือการฝึกอบรมเฉพาะทาง ที่จจะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้อและมีทักษะที่จจะแก้ปัญห่าความขัดแย้ง โดยไม่วใช้ความร่นแรงแ โครงการลดปัญห่าการล่อเลียนในโรงเรียน และโครงการอบรณทางศีลธรรมที่จจะช่วยให้เด็กและวัยรุ่นเรียนรู้อวิธีบริหารความโกรธ

และอารมณ์ของตน แทนการระบายออกด้วยความรุนแรง สำหรับกลุ่มที่เสี่ยงต่อความรุนแรงทั้งเด็กและผู้ใหญ่ (เช่น ผู้มีพฤติกรรมก้าวร้าว คิดฆ่าตัวตาย) ควรมีกิจกรรม หรือหน่วยงานที่ให้คำปรึกษา หรือให้การบำบัดถ้าจำเป็น

ระดับความสัมพันธ์

เพราะความขัดแย้งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของความรุนแรง ดังนั้น มาตรการที่จะลดความรุนแรงจากสาเหตุนี้ควรมุ่งให้คนรู้จักสร้าง และจัดการความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ในทุกระดับ เฉพาะอย่างยิ่ง คือในครอบครัว ในโรงเรียน และสถานที่ทำงาน

ในปัจจุบัน แม้ว่าสังคมจะตระหนักอยู่พอสมควรว่า ความรุนแรงในครอบครัวมีสาเหตุสำคัญมาจากความสัมพันธ์ที่เปราะบาง แต่โครงการที่มุ่งสร้างความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวยังมีจำกัด สื่อมวลชนและองค์กรที่ทำงานด้านส่งเสริมครอบครัวควรจะทำให้ความสนใจในประเด็นนี้มากขึ้น กิจกรรมอย่างเช่น การให้คำปรึกษา น่าจะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ไม่เฉพาะสำหรับคู่สามีภรรยาที่มีปัญหาเท่านั้น หากยังเป็นประโยชน์สำหรับรายที่ไม่มีปัญหาด้วย เนื่องจากปัญหาอาจเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ แต่สำหรับบางรายที่มีปัญหาเรื้อรัง อาจจำเป็นต้องได้รับการบำบัด ดังนั้น โครงการประเภทครอบครัวบำบัดอาจจะมีผลจำเป็น นั่นหมายถึงการเตรียมทั้งด้านบุคลากรและด้านสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการนี้

นอกจากนี้ การให้การศึกษาแก่พ่อแม่เกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูบุตรวัยต่างๆ ก็มีความสำคัญ โดยเฉพาะในยุคที่พ่อแม่มีเวลาให้แก่อน้อยลงเช่นทุกวันนี้ กิจกรรมประเภทนี้ควรถือเป็นส่วนสำคัญของการศึกษาสำหรับประชาชน ซึ่งสื่อมวลชนแขนงต่างๆ สามารถทำได้ และถ้าจะให้ดียิ่งขึ้น กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวควรจัดควบคู่ไปกับการรณรงค์เพื่อการลด ละ เลิก การดื่มสุรา ยาเสพติด และการพนัน เพราะมีการศึกษาจำนวนมากชี้ว่า สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัว

ระดับชุมชน

มาตรการป้องกันความรุนแรงในชุมชน ควรมุ่งทำให้คนในชุมชนตระหนักในภัยคุกคามจากความรุนแรง ให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ และเฝ้าระวังไม่ให้โอกาสที่ความรุนแรงในรูปของอาชญากรรม หรือการทะเลาะวิวาทจะเกิดขึ้นได้ รูปแบบของกิจกรรมอาจจะเป็นการรณรงค์เพื่อให้ความศึกษาแก่ประชาชนในชุมชน โดยใช้สื่อมวลชนที่มีอยู่ ดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยงที่จะนำไปสู่ความรุนแรง เช่น สถานบันเทิง บ่อน และอบายมุขต่างๆ ขณะเดียวกันก็เพิ่มพื้นที่ดี เช่น สวนสาธารณะ ห้องสมุด และสนามกีฬา จัดให้มีการเฝ้าระวังความรุนแรงโดยคนในชุมชนร่วมมือกัน จัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอตามถนนและตรอกซอย และให้มีกลไกภายในสังคมเพื่อจัดการความขัดแย้งทุกระดับ โดยใช้หลักสมานฉันท์เป็นสำคัญ โดยสรุปคือ ควรส่งเสริมกิจกรรมที่จะทำให้เกิด “ชุมชนสีขาว”

การขับเคลื่อนในระดับ
มหภาค เช่นนี้จะต้อง
ประสานพลังจาก
3 ด้านไปพร้อมกัน
คือการขับเคลื่อนความรู้
ขับเคลื่อนนโยบาย
และขับเคลื่อนสังคม
ในลักษณะสามประสาน
หรือยุทธศาสตร์
สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

ระดับสังคม

มาตรการในระดับสังคมจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อการขับเคลื่อน ผู้สังคมที่ไร้ความรุนแรง การขับเคลื่อนในระดับมหภาค เช่นนี้จะต้องประสานพลังจาก 3 ด้านไปพร้อมกัน คือการขับเคลื่อนความรู้ ขับเคลื่อนนโยบาย และขับเคลื่อนสังคม ในลักษณะสามประสาน หรือยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

● ขับเคลื่อนความรู้

เพราะความรุนแรงเป็นปัญหาสังคมที่ซับซ้อน การแก้ปัญหาจะต้องทำบนพื้นฐานของความรู้และข้อมูลที่เพียงพอ เชื่อถือได้ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการสร้างและการจัดการความรู้ให้ชัดเจนว่า สังคมไทยมีความรุนแรงอะไรบ้าง ขนาดของปัญหานั้นๆ อยู่ในระดับใด ใครคือกลุ่มเสี่ยง แนวโน้มเป็นอย่างไร อะไรเป็นเหตุปัจจัยสำคัญ จะแก้ได้อย่างไร และจะระดมองค์ความรู้ตลอดจนแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้อย่างไร

บทความนี้ได้แสดงให้เห็นชัดว่า ยังมีช่องว่างทางความรู้ในเรื่องความรุนแรงอยู่มากในสังคมไทย ข้อมูลที่มีอยู่บ้างในบางเรื่องก็กระจัดกระจาย ไม่มีการจัดการที่ดีเท่าที่ควร ทำให้ผู้ปฏิบัติงานประสบความยากลำบากในการนำไปแปลเป็นกิจกรรมเพื่อการขับเคลื่อน ในระดับชาติจึงน่าจะมี “สถาบันจัดการความรู้ด้านความรุนแรงในสังคม” หากสถาบันเช่นนั้นเกิดขึ้นได้จริงควรจะเป็นหน่วยงานที่มีความเป็นอิสระและคล่องตัวพอสมควร

การพัฒนาระบบข้อมูลควรมีเป้าหมายชัดเจน เพื่อวางเป้าหมายที่สามารถวัดได้ว่า สังคมไทยควรจะบรรลุถึงจุดใดในเรื่องการลดความรุนแรง เช่น ในเรื่องฆ่าตัวตาย จะต้องมียุทธศาสตร์ไม่เกินไปไหนต่อแสนประชากร และการฆ่ากันตายต้องไม่เกินเท่าไร ต่อแสนประชากร เป็นต้น ความรู้นั้นจะต้องมีอย่างต่อเนื่อง และจะต้องสื่อไปยังสังคมและผู้กำหนดนโยบาย เพื่อการขับเคลื่อนต่อไป

หน่วยงานหลายหน่วยที่มีอยู่อาจจะมียุทธศาสตร์สำคัญในเรื่องนี้ เช่น หน่วยงานวิจัยในมหาวิทยาลัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เป็นต้น สำหรับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในฐานะองค์กรที่ขับเคลื่อนทางสุขภาพโดยตรงอยู่แล้ว ก็อาจจะมียุทธศาสตร์เข้ามาหนุนช่วยงานด้านการจัดการความรู้ได้ส่วนหนึ่ง

● ขับเคลื่อนนโยบาย

การขับเคลื่อนด้านนโยบายมีเรื่องสำคัญที่เกี่ยวข้องกันอยู่ 2 เรื่อง เรื่องแรกคือ ตัวนโยบายพร้อมด้วยยุทธศาสตร์บนพื้นฐานของความรู้และข้อมูลที่ดี เรื่องที่สองคือ กฎหมายซึ่งเป็นเครื่องมือและกลไกที่จะนำนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่

การปฏิบัติ เฉพาะเรื่องกฎหมายนั้น ปัจจุบันนี้สังคมไทยมีกฎหมายที่จะให้ความคุ้มครอง หรือดูแลด้านสวัสดิการของประชากรกลุ่มต่างๆ อยู่พอสมควร เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 และล่าสุดคือพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติเหล่านี้มีผลในด้านการคุ้มครองและเยียวยาผู้ถูกระทำรุนแรงได้ในระดับหนึ่ง แต่ผลในทางป้องกันความรุนแรงอาจจะไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ดังนั้น นโยบายและยุทธศาสตร์ที่จะมีผลในเชิงป้องกันคือสิ่งที่ควรจะได้ทำให้ชัดเจนกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ตัวนโยบายที่จะมีผลในเชิงป้องกันความรุนแรง ที่น่าจะทำได้ทำให้ชัดเจนมากขึ้น เช่น นโยบายกระจายรายได้ นโยบายพัฒนาหลักประกันความมั่นคงทางสังคม (social safety net) และนโยบายการสร้างสมานฉันท์แห่งชาติ เป็นต้น นโยบายเหล่านี้จะต้องพัฒนาและดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ไม่เฉพาะแต่ฝ่ายรัฐและฝ่ายการเมืองเท่านั้น แต่ต้องร่วมกันทั้งสังคม โดยอาศัยกระบวนการต่างๆ ที่มีอยู่ เช่น สัมมนาสุขภาพ สภาผู้นำชุมชน สภาที่ปรึกษาทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งกลไกองค์การปกครองท้องถิ่น และรัฐสภาด้วย โดยสรุปคือต้องดำเนินการในลักษณะกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ประชาชนมีส่วนร่วม (Participatory Public Policy Process)

● ขับเคลื่อนสังคม

เพราะความรุนแรงมีรากที่ยังลึกอยู่ในโครงสร้างสังคมและวัฒนธรรม การขับเคลื่อนสังคมเพื่อลดความรุนแรงจะต้องมุ่งปรับเปลี่ยนโครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมแห่งความรุนแรง จะต้องมียุทธศาสตร์และกระบวนการในการขับเคลื่อนสังคมทั้งสังคมออกจากความรุนแรง และไปสู่การสร้างสังคมและวัฒนธรรมใหม่ ที่เอื้อต่อความเสมอภาคและสมานฉันท์

การขับเคลื่อนนี้จะต้องทำผ่านระบบการศึกษา สื่อสารมวลชน การรณรงค์ และกลไกทางสังคม ตั้งแต่ครอบครัว ศาสนา ชุมชน ท้องถิ่น ไปจนถึงประเทศโดยรวม สังคมที่มีความรู้ความเข้าใจในปัญหา มีพลังจากการมีส่วนร่วม และมีจุดมุ่งหมายร่วมกันเช่นนี้ ก็จะรวมกันขับเคลื่อนนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย

ความรุนแรงไม่ใช่สิ่งที่จะหยุดหรือลดลงได้ด้วยการร้องขอ แต่ด้วยการลงมือทำ บนพื้นฐานของความรู้ที่เพียงพอ นโยบายที่ถูกต้อง และการขับเคลื่อนที่ทุกภาคส่วนร่วมมือกันอย่างเป็นเอกภาพ มีแต่การลงมือทำเช่นนี้เท่านั้นที่จะทำให้การหยุดความรุนแรง ซึ่งเป็นงานท้าทาย กลายเป็นงานที่ไม่ยากเกินวิสัยที่จะทำได้

บรรณานุกรม: ตัวชี้วัดระบบบริการสาธารณสุข

ภาษาไทย

- ชินุญัย กาญจนะจิตรา และคณะ. 2548. สุขภาพคนไทย 2548. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. 2549. ภาวะการตายและความยืนยาวของชีวิตประชากรไทยใน กฤตยา อาชวนิจกุล และวรชัย ทองไทย (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2549 : ภาวะการตาย ภาพสะท้อนความมั่นคงของประชากร. หน้า 22-33. กรุงเทพฯ: บริษัทแปลนพรีนติ้งจำกัด
- พินิจ ฟ้าอำนาจผล. 2549. รายงานผลการศึกษาศึกษาการพัฒนาศูนย์ชี้วัดเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในของ 3 กองทุน. สนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. 2549. รายงานสถานะสุขภาพคนไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546. ใน วารสารวิชาการสาธารณสุข 15 (4) : หน้า 515-527.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2551. เอกสารประกอบการประชุมร่วมกันระหว่างคณะทำงานด้านเอดส์ ณ โรงแรม ริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี ใน วันที่ 11 สิงหาคม 2551.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2549. รายงานผลการศึกษาศถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจจากทะเบียนโรค. สนับสนุนโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เครือข่ายประสานงานวิจัยคลินิก สหสถาบัน.
- สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ. 2551. ระบบจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาลสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. เอกสารนำเสนอในวันที่ 12 กันยายน 2551 ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2534. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2534. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2539. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2539. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2543. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2543. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2544. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2544. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2545. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2545. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2546. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2547. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2547. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2548. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2548. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2549. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2549. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2549. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2549. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2549. รายงานการสำรวจการอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.2549. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2550. รายงานผลสำรวจสถานการณ์การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม 2548-กุมภาพันธ์ 2549. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2547. การสาธารณสุขไทย 2545-2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). 2550. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (มปป.) ไม่ระบุปี. เอกสารประกอบการประชุม Inequitable Access to Innovative Health Technologies: The Challenges to the Grand Challenges in Global Health.

ภาษาอังกฤษ

- Comptroller Generals Department. 2008. Secondary data on CSMBs expenditure in various years. Bangkok; Ministry of Finance.
- Hill, K., Vapattanawong P. et al. 2007. Epidemiologic transition interrupted: a reassessment of mortality trends in Thailand, 1980-2000. In International Journal of Epidemiology. 36: 374-84.
- International Health Policy Program. 2008. Thai National Health Account 1994-2005. Nonthaburi: IHPP.
- International Health Policy Program. 2008. The final report of Investment Plan for Health in the 10th National Development Plan. Nonthaburi; IHPP.
- Kasemsap V, Prakongsai P and Tangcharoensathien V. 2005. Budget impact analysis of a policy on universal access to RRT under universal coverage in Thailand. In: Tangcharoensathien V, Kasemsap V, Teerawatananon Y, Supaporn T, Vasavid C and Prakongsai P. 2005. Universal Access to Renal Replacement Therapy in Thailand :

A policy analysis. Nonthaburi; International Health Policy Program.

Kessomboon P., Panarunothai S. and Wongkanaratanakul P. 2005. Detecting Adverse Events in Thai Hospitals Using Medical Record Reviews: Agreement among Reviewers. J Med Assoc Thai 2005; 88(10): 1412-8.

Limwattananon S, Tangcharoensathien V, and Prakongsai P. 2007. Catastrophic and Poverty Impacts of Health Payments: Results from National Household Surveys in Thailand. In WHO Bulletin 85(8):600-6.

Porapakkham Y. et al. 2008. Improving vital statistics and cause of death statistics: the experience of Thailand.

Revenge A, Over M, Masaki E, Peerapatanapokin W, Gold J, Tangcharoensathien V and Thanprasertsuk S. 2006. The Economics of Effective AIDS Treatment Evaluating Policy Options for Thailand. Washington; the World Bank.

Rhode J, Cousens S, Chopra M, et al. 2008. Alma-Ata Rebirth and Revision 4: 30 years after Alma Ata: has primary health care worked in countries? The Lancet Vol 372; 950-61.

Limwattananon S. analyzed from the World Health Survey (WHS) data, World Health Organization.

Scholz W, Hennicott J C and Sakunphanit T. 2008. Technical Paper on Long Term Projection on Thai Health Care Expenditure. EU Health Care Reform Project, Nonthaburi; National Health Security Office.

Prithamrongsawat S. 2007. Payment Methods of Health Insurance in Thailand. Presentation to the Workshop on Perspectives and Challenges in Health Care Financing.

Tangcharoensathien V. et al. 2007. "Improving Health-Related Information Systems to Monitor Equity in Health: Lessons from Thailand. In The Economics of Health Equity. New York: Cambridge University Press. 222-246

Tangcharoensathien V. 2006. Role of Pharmaco-Economic in Thailand. PowerPoint Presentation on ISPOR in Shanghai. March 2006.

Tangcharoensathien, V., Tisayatikorn, K. et al. 2005. Equity in the Thai health system: experiences of high executive administrators in the Ministry of Public Health, Thailand. In Journal of Health Science. 14(3):436-52.

Tangcharoensathien, V., Limwattananon, S. et al. 2006. Perspectives of Thai Stakeholders on Equity in Health Nonthaburi, Aserm Trust Fund, work package No5.

The World Bank, 2002. World Development Indicator 2002. The United States of America: The World Bank. First printing.

Tisayaticorn K, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Tiamprawan A and Sumalee H. 2007. Technical paper No.6: SHA-Based Health Accounts in the Asia/Pacific Region: Thailand 2005. In: THE JOINT OECD/KOREA RCHSP SHA TECHNICAL PAPERS. Seoul; Joint OECD/Korea RCHSP.

Vapattanawong P. et al. 2007. Reductions in child mortality levels and inequalities in Thailand: analysis of two censuses. In Lancet Vol.369. March 10. Page: 850-855.

World Health Organization. 2006. The World Health Report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 2007. Everybody Business: Strengthening Health System to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. Geneva: World Health Organization.

บรรณานุกรม: 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. การเมืองแบ่งขั้ว คนไทยแบ่งข้าง... สัญญาณอันตรายของสังคมไทย

- 1 "สังคมเดินหน้าสู่ความรุนแรง". กรุงเทพธุรกิจบีบีเอส. (1-7 กันยายน 2549).
- 2 "Yes หรือ No ก็ไม่ OK".. เทศมอไทย. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1410 (24-30 สิงหาคม 2550).
- 3 "ไทยรองบ๊วยอาเซียน อันดับประเทศที่สงบสุขที่สุด". สรุปข่าวในประเทศ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1449 (23-29 พฤษภาคม 2551).
- 4 สุรชาติ บำรุงสุข. "สงครามการเมือง-สงครามกลางเมือง". ยุทธบทความ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1448 (16-22 พฤษภาคม 2551).
- 5 ศัลยา ประชาชาติ. "สงคราม (กลาง) การเมือง ต่างชาติลดเครดิตประเทศ สยามประเทศ ungovernable". บทความพิเศษ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1464 (5-11 กันยายน 2551).
- 6 "วิกฤตการเมืองทำสูญแล้ว 3.5 หมื่นล้าน ยึดเยื้อถึงสิ้นปีคาดพังแสนล้าน". สรุปข่าวในประเทศ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1465 (12-18 กันยายน 2551).
- 7 นิธิ เอียวศรีวงศ์. "ความขัดแย้งสุดโต่ง". มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1453 (20-26 มิถุนายน 2551).
- 8 พงศ์ธรรม เผ่าไท. "พื้นที่กลางระหว่างสองขั้วความขัดแย้งในสังคม (1)". บทความพิเศษ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1475 (21-27 พฤศจิกายน 2551).
- 9 นายดาต้า. "ความสุกที่หายไป". เมนูข้อมูล. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1470 (17-23 ตุลาคม 2551).
- 10 "ข่าวสายกลางมาแรง สานเสนา-3 หยด จั 2 ขั้วยุติความรุนแรง". แผลงวันในไร่ส้ม. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1472 (31 ตุลาคม - 6 พฤศจิกายน 2551).
- 11 "ตุลาฯ เสร็จของสังคมไทย". เทศมอไทย. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1471 (24-30 ตุลาคม 2551).
- 12 "ไทยติดที่ 7 ปท.อันตรายที่สุดในโลก". สรุปข่าวในประเทศ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1477 (5-11 ธันวาคม 2551).
- 13 "เครดิตประเทศเดียว ยึดสนาบบินสุวรรณภูมิ ร้ายกว่าซาร์สสินามิ". รายงานพิเศษ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1477 (5-11 ธันวาคม 2551).
- 14 "นายกฯ สั่งจับมือจับมือป่วน/ลอบทำร้ายผู้อื่น/เตือนข้าราชการ/วางตัวเป็นกลาง". สยามรัฐ. (10 มกราคม 2552).
- 15 "ผลสอบแก้สน้ำตา 7 ต.ค. "การเมือง"รอด ตร.ขอหมายจับ 21 พธม.". มติชนรายวัน. (21 กุมภาพันธ์ 2552).
- 16 สุรชาติ บำรุงสุข. "แบ่งขั้ว-แยกข้าง: การเมืองไทย 2552". ยุทธบทความ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1487 (13-19 กุมภาพันธ์ 2552).

2. ยาเสพติดกลับมาเบ่งบาน เพราะการเมืองอ่อนแอ

- สถิติคดีอาญา 5 กลุ่ม ทัวราชอาณาจักร. ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศสำนักงานตำรวจแห่งชาติ. สืบค้นจาก [http://statistic.ftp. police.go.th/dn_main.htm] เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2552.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. อ้างใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. น. 134.
- กฤษณา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล. ความมั่นคงของปัจเจกบุคคลในสังคมไทย. รายงานเสนอต่อ The United Nations Development Programme (UNDP). ธันวาคม 2551.
- "ปส.พอใจคุมยาเสพติดช่วงปีใหม่". ผู้จัดการรายวัน. (7 มกราคม 2551).
- "ตร.รวบเครือข่ายค้าแรงงานข้ามชาติครั้งแสบ หลังโรงงาน 53 แห่งเร่งป้อนแรงงานเข้าไทย". ผู้จัดการออนไลน์. (6 ตุลาคม 2551).
- "ดีเอสไอเตรียมรวบเพิ่ม 2 เครือข่ายยาเสพติดข้ามชาติใช้ไทยเป็นจุดพักยา". พิมพ์ไทย. (11 พฤศจิกายน 2551).
- "เด็กสาวอัยยาปลุกเช็กซ์ก่อนขายบริการ เอแบคโพลเผยข่าวกลับมาระบาด จวกรัฐบาลสอบตก". ไทยรัฐ. (16 พฤษภาคม 2551).
- รายงานผลการสำรวจประเมินปฏิบัติการรวมพลังประชาไทย พันภัยยาเสพติด (ครึ่งแผน) 1 เมษายน-30 มิถุนายน 2551 ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ศอ.ปส.). สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.
- "เผยปี 51 มีผู้ติดยาเสพติดกว่า 5 แสน แต่บังคับบำบัดได้แค่ 7 หมื่น". ผู้จัดการออนไลน์. (1 กรกฎาคม 2551).
- "จิตแพทย์ชี้ปัญหาสุขภาพจิตปี 2552 น่าเป็นห่วง เนื่องจากแนวโน้มยาเสพติดกลับมาระบาดอีกครั้ง เตือนระวัง 7 สัญญาณอันตรายทำให้ยาเสพติดระบาดทวีความรุนแรง วอนทุกฝ่ายช่วยกันแก้ปัญหาอย่างจริงจัง". มายแบรนด์ เอเจนซี. (21 พฤศจิกายน 2551).
- "สัญญาณเตือนระวัง มหันตภัยยาเสพติดคืนชีพ". สะกิดกระบวนกรายุติธรรม. ประชาทรรศน์รายสัปดาห์. (15 พฤศจิกายน 2551).
- "สภาพัฒน์เผย Q3/51 แม้ยอดบริโภคสุรา-ยาสูบลดลง แต่เยาวชนยังไม่ลดละเลิก". อินโฟเควสท์. (8 ธันวาคม 2551).
- "สสช.เผย ยาเสพติดเริ่มกลับมาสร้างปัญหาแก่สังคมไทยอีกครั้ง". สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์. (18 ธันวาคม 2551).
- กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน "จำนวนและร้อยละของคดีเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด" ใน ข้อมูลสถิติประจำปี. กลุ่มงานข้อมูลและสารสนเทศ. สำนักพัฒนาระบบงานยุติธรรมเด็กและเยาวชน .
- "ห้ามเด็ก 18 ทะลอนหลัง 4 ทุ่ม". โพสต์ทูเดย์. (9 ธันวาคม 2551).
- มโนรัตน์ ศุภรท์สรังสี. 2549. การหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในประเทศไทย. คณะเศรษฐศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2549.

- สถาบันวิจัยสังคม (หน่วยวิจัยยาเสพติดและผลกระทบทางสังคม) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สถานการณ์ปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานพินิจฯ และศูนย์ฝึกและอบรมและเยาวชน. บทความเสนอในการประชุมสัมมนานักวิชาการด้านการแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทย ครั้งที่ 5 จัดโดยศูนย์วิจัยเอดส์และพฤติกรรมทางสังคม การจัดการและธุรกิจ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 14-16 พ.ค. 2551. สืบค้นจาก [http://www.abacpoll.au.edu/acsan_thai/index.html]. เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2551.

3. วิถีอุตสาหกรรมน้ำมันแพง คนจนอ่วมที่สุด

- "New Deal แก้อิทธิพลอาหาร ข้อเสนอจากธนาคารโลก" มติชน. (7 เมษายน 2551).
- "น้ำมันแพงภัยพิบัติ". แฟ้มข่าว. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1442 (4-10 เมษายน 2551).
- "นโยบายพลังงานยวบ บทเรียนรับมือออยล์ช็อก". ข่าวสด (31 ธันวาคม 2551).
- "ADB ชี้โลกหมดยุคอาหารถูก". โลกวันนี้ (23 เมษายน 2551).
- "เรื่องเศร้าของชาวนาไทยในยุคข้าวแพง". เทคมองไทย. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1443 (11-17 เมษายน 2551).
- "คนไทยปรับนิสัย เลิกกินหอมมะลิ กินข้าวแค่ออ้ม". โลกวันนี้. (21 เมษายน 2551).
- "วิฑูรย์ ปัญญากุล ชำแหละฟองสบู่ข้าว". เรื่องจากปก. โลกสีเขียว. ฉบับที่ 99 (กรกฎาคม-สิงหาคม 2551).
- "คนไทยปรับตัวลดความฟุ้งเฟ้อรับมือเศรษฐกิจชะลอตัว". ข่าวสด (28 ธันวาคม 2551).
- "คนรากหญ้าหนี้ท่วมหัว เผลอ 2.1 แสนบาทต่อราย". โลกวันนี้. (19 ธันวาคม 2551).
- "เกาะติดสถานการณ์เล็กจางปี'52 ตัวเลขคนว่างงานพุ่งเกินล้าน". รายงานพิเศษ. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1477 (5-11 ธันวาคม 2551).
- "สฎีพหน้า 1". ไทยรัฐ (12 มกราคม 2552).
- "ก.แรงงานเผยส่อเล็กจางอีก 1.32 แสนราย". กรุงเทพธุรกิจ. (24 กุมภาพันธ์ 2552).
- "มีน! น้ำมันลดของกินแพง กระทั่งพาณิชย์อย่าทำเป็นลิ้ม/ยูนีลีเวอร์-สหพัฒน์ฯ ไม่ลดแต่แถม". ฐานเศรษฐกิจ (13-15 พฤศจิกายน 2551).
- "วิกฤตน้ำมัน ค่าครองชีพแพงพ่นพิษ หลักรัฐประ.ตรี-โทสะเทือน" ประชาชาติธุรกิจ (5 มิถุนายน 2551).
- "เอแบคโพลระบุ ก.พ.คนไทยสุขน้อยลง จากปัญหาการเมือง-ศก.รุมเร้า". สำนักข่าวอินโฟเควสท์ (8 มีนาคม 2552).
- "ยื่นคำขาดรัฐยุติแก้ รธน.ขายน้ำมัน 25 บาท/ลิตร-7 วันไม่แก้เจออีแตน 1,000 ดัน ปิดท่าเหินบ" ผู้จัดการรายวัน. (9 มิถุนายน 2551).

4. วิกฤตกรรมเรา...คนไทยเสี่ยงซึมเศร้า-ฆ่าตัวตาย

- 1 โครงการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. <<http://www.suicidethai.com/report>>
- 2 “เพื่อ-เหงา-เศร้า-ซึม สัญญาณเสี่ยงฆ่าตัวตาย”. แนวหน้า (12 สิงหาคม 2551).
- 3 “จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนจำแนกตามจังหวัด ปี พ.ศ. 2550”. สืบค้นจาก [http://www.hiso.or.th/hiso/health_event/picture/suicide1.php]
- 4 “ผู้หญิงฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย”. เดลินิวส์ (10 มิถุนายน 2551).
- 5 “โรคซึมเศร้า: การวินิจฉัยและการรักษา”. สืบค้นจาก [http://www.ramament.com/gp_dep.html]
- 6 “เพื่อ-เหงา-เศร้า-ซึม สัญญาณเสี่ยงฆ่าตัวตาย”. อ้างแล้ว.
- 7 “วิกฤตคนไทยปี 52...โศกนาฏกรรม เสี่ยงต่อสุขภาพจิต-เพิ่มการฆ่าตัวตายสูง”. แนวหน้า. (30 ธันวาคม 2551).
- 8 “เพื่อ-เหงา-เศร้า-ซึม สัญญาณเสี่ยงฆ่าตัวตาย”. อ้างแล้ว.
- 9 “ส่งท้ายปี วิกฤตสุขภาพจิต บทเรียนคนไทย ปีฉลุยเน้นสร้างพลังสุขภาพจิต”. บ้านเมือง (2 มกราคม 2552).
- 10 “วิกฤตคนไทยปี 52...โศกนาฏกรรม เสี่ยงต่อสุขภาพจิต-เพิ่มการฆ่าตัวตายสูง”. อ้างแล้ว.
- 11 “ส่งท้ายปี วิกฤตสุขภาพจิต บทเรียนคนไทย ปีฉลุยเน้นสร้างพลังสุขภาพจิต”. อ้างแล้ว.
- 12 “เผยพิษการเมือง ทำฆ่าตัวตายพุ่ง”. เดลินิวส์ (26 พฤศจิกายน 2551).
- 13 “การเมืองเดือด...สุขภาพจิตคนไทยพัง ถึงเวลา ลด-ละ-เลิก ปลดปล่อยความเครียด”. แนวหน้า. (1 ธันวาคม 2551).
- 14 “การเมืองเดือด...สุขภาพจิตคนไทยพัง ถึงเวลา ลด-ละ-เลิก ปลดปล่อยความเครียด”. อ้างแล้ว.

5. สงครามมหากาพย์ของชีวิตและผลประโยชน์: การใช้สิทธิโดยรัฐ (ซีแอล) เพื่อสิทธิชีวิตคน

- 1 http://www.wto.org/english/news_e/sppl_e/sppl111_e.htm
- 2 นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, Thailand's experience with Government-Use Licenses, Paper presented in the Symposium on Flexibilities in the International Intellectual Property Rules and the Local Production of Medicines for ASEAN Countries เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2551.
- 3 ผู้จัดการ, 7 ตุลาคม 2551
- 4 นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2551. อ้างแล้ว.
- 5 กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คำตอบต่อ 10 ประเด็นสำคัญ ในเรื่องการใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาต้านโรคมะเร็งที่มีสิทธิบัตรทั้ง 4 รายการ, กุมภาพันธ์ 2551
- 6 รายงาน “การพัฒนาการเข้าถึงยาในประเทศไทย: การใช้ข้อยืดหยุ่นต่างๆ ของข้อตกลงทริพส์” โดย คณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก, สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, องค์การประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนา และ องค์การการค้าโลก, มิถุนายน 2551
- 7 แนวหน้า, 7 กุมภาพันธ์ 2551

- 8 กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, อ้างแล้ว
- 9 แนวหน้า, อ้างแล้ว
- 10 มติชน, 10 เมษายน 2551
- 11 สำนักข่าวประชาไท, 21 กุมภาพันธ์ 2552
- 12 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, บทสรุปผู้บริหาร, 4 มีนาคม 2551 ซึ่งต่อมาในปลายปี 2551 การศึกษาผลกระทบการประกาศบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรของประเทศไทย โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment: HITAP) พบว่าภายหลังจากที่ไทยทำซีแอลและสหรัฐอเมริกาตัดสินสิทธิพิเศษทางการค้า (จีเอสพี) แต่การส่งออกสินค้าโดยภาพรวมก็เพิ่มขึ้นไม่ได้ลดลงตามกระแสข่าวแต่อย่างใด
- 13 กรุงเทพธุรกิจ, 11 มีนาคม 2551
- 14 มติชน, 10 มิถุนายน 2551
- 15 ปีเตอร์ แมนเดลสัน, 21 กุมภาพันธ์ 2551
- 16 สำนักข่าวประชาไท, 17 มีนาคม 2551
- 17 ผู้จัดการ, 25 มิถุนายน 2551 และ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ อ้างแล้ว
- 18 Bangkok Post, 7 กุมภาพันธ์ 2552
- 19 สัมภาษณ์ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เมื่อ 3 มีนาคม 2552.
- 20 ดร.เจษฎ์ โทณะวณิก, โพสต์ทูเดย์, 12 กุมภาพันธ์ 2552
- 21 PHARMABIZ และ TWN Info Service on Intellectual Property Issues
- 22 ผู้จัดการ, 26 มีนาคม 2551
- 23 ผู้จัดการ, 13 มิถุนายน 2551
- 24 ผู้จัดการ, 16 สิงหาคม 2551
- 25 มติชนสุขภาพแห่งชาติ, ธันวาคม 2551
- 26 สำนักข่าวประชาไท, 6 สิงหาคม 2551
- 27 ระเบียบวาระการประชุม (Conference Agenda), 3-6 พฤศจิกายน 2551

6. กัยทางเพศในสถานศึกษา ถึงเวลาต้องแก้ไขอย่างเป็นระบบ

- 1 “ก.ด.ศ.ห่วงสถิติครูอนาจาร-ชู้สาวพุ่ง”. มติชน (15 พฤษภาคม 2551).
- 2 “พ.ร.บ.ระเบียบข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา พ.ศ. 2547”. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 121 ตอนพิเศษ ที่ 79 ก. วันที่ 23 ธันวาคม 2547. น.55.
- 3 “ก.ด.ศ.ออกประมวลจริยธรรมครูครั้งแรก”. มติชน (11 สิงหาคม 2551). น.22. และ (ร่าง) ประมวลจริยธรรมและจรรยาบรรณข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา. 2551. น.12. สืบค้นจาก <http://61.19.33.60/vinainew/indexa.php?name=news&file=readnews&id=2> เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2552.
- 4 “อภ.มธ.ทำนวกาม นักศึกษาสาวปี 3 อมกเขาอำพราง”. ไทยรัฐ (24 เมษายน 2551).

- 5 “แลกเกอร์-ให้นักศึกษาสาว อมนกเขา จับอจ.หนุ่มวิเศษมธ.” ข่าวสด (24 เมษายน 2551).
- 6 “มธ.ให้ออกอาจารย์สาวก่อนอาจารย์ คลอดกฎห้ามเรียกนักศึกษาหญิงเข้าพบ” ใน กรุงเทพธุรกิจ (25 เมษายน 2551).
- 7 “ซ่อนแผนแอบถ่าย ผศ.ฉาว ขอบนักศึกษแลกเกอร์”. ไทยรัฐ (30 มิถุนายน 2551).
- 8 “ลึงพักราชการ ผศ.หื่น ม.อุบลฯ ลวนลามนักศึกษาสาว”. คมชัดลึก (30 มิถุนายน 2551).
- 9 “ป.ป.ช.รับเรื่องอาจารย์ ม.อุบลฯ ลวนลาม นักศึกษา”. เดลินิวส์ (3 กรกฎาคม 2551).
- 10 “พ.ร.บ.ระเบียบข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ.2547”. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 121 ตอนพิเศษ ที่ 70 ก. วันที่ 12 พฤศจิกายน 2547.
- 11 คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา. ประกาศ ก.พ.อ. เรื่องมาตรฐานของจรรยาบรรณที่พึงมีในสถาบันอุดมศึกษา. ลงวันที่ 8 พฤษภาคม 2550. สืบค้นจาก http://www.mua.go.th/data_main/law/08_05_50.pdf เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2552.
- 12 สภามหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ข้อบังคับของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว่าด้วยการบริหารงานบุคคล พ.ศ.2551. ลงวันที่ 25 มีนาคม 2551.
- 13 สภามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ประกาศมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ว่าด้วยจรรยาบรรณวิชาชีพอาจารย์. ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2549. และฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. คู่มือจรรยาบรรณวิชาชีพ (Code of Ethics) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2549.
- 14 “มธ.ระบุเกรด อจ.นกเขา ไม่ผิดปกติ /ประกาศ 3 กฎเหล็กสกัดปัญหาละเมิดทางเพศ”. สยามรัฐ. วันที่ 5 มิถุนายน 2551.
- 15 สภามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ข้อบังคับของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ว่าด้วยการดำเนินการทางวินัย การอุทธรณ์ และการร้องทุกข์ พ.ศ.2551. ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2551.
- 16 สภามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ข้อบังคับของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ว่าด้วยจรรยาบรรณของบุคลากรและอาจารย์ พ.ศ.2551. ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2551.
- 17 “สุเมธ” แฉ พบ 6 อาจารย์มหาวิทยาลัยฉาวจนอาจารย์จริง”. คมชัดลึก (15 กันยายน 2551).
- 18 “รมช.เตรียมขึ้นบัญชีดำ 12 อาจารย์หื่น!”. เดลินิวส์ (18 กันยายน 2551).
- 19 “ตำนานนันทนาการลามก-ทำเดิน ‘เมี่ยง – ไก่ย่าง’”. ข่าวสด. (21 กันยายน 2551).

7. นมปลอมปนเมลามีน...

จากความตื่นตัวทั่วโลกถึงการรับมือของไทย

- 1 รต.ดร.แก้ว กังสดาลอำไพ. “น่านอน นมจีน”. นิตยสารฉลาดซื้อ. ปีที่ 15 ฉบับที่ 93 พฤศจิกายน 2551.
- 2 “ถามตอบเรื่องเมลามีน”. สืบค้นจาก [http://www.fda.moph.go.th/www_fda/fda_melamine/index-melamine.php]

- 3 กองบรรณาธิการ. “เมลามีน ที่ไม่ได้มีแค่ในจาน”. นิตยสารฉลาดซื้อ. ปีที่ 15 ฉบับที่ 92 ตุลาคม 2551.
- 4 กองบรรณาธิการ. “เมลามีน ที่ไม่ได้มีแค่ในจาน”. นิตยสารฉลาดซื้อ. ปีที่ 15 ฉบับที่ 92 ตุลาคม 2551. อ้างแล้ว
- 5 “ฮู-ยูนิเซฟแถลงร่วม สดุดีสื่อมวลชนชาติเอเชียที่ท้าทายเข้ามามจีนเพิ่มอีก”. ผู้จัดการ. วันที่ 27 กันยายน 2552.
- 6 กองบรรณาธิการ. “เมลามีน ที่ไม่ได้มีแค่ในจาน”. นิตยสารฉลาดซื้อ. ปีที่ 15 ฉบับที่ 92 ตุลาคม 2551. อ้างแล้ว
- 7 “ถามตอบเรื่องเมลามีน”. สืบค้นจาก [http://www.fda.moph.go.th/www_fda/fda_melamine/index-melamine.php] อ้างแล้ว
- 8 “คุณก็หมีโคอาล่าแบบอีก-ของจีน”. ข่าวสด (27 กันยายน 2551).
- 9 “อายัดนมผง 20 ตัน ยอย.ขอตรวจซ้หามาเมลามีน เตรียมออกประกาศคุมเข้มสารมรณะ”. ผู้จัดการ (30 กันยายน 2551).
- 10 “สธ. เผยประกาศควบคุมสารเมลามีน มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 10 ต.ค. 2551 ฝ่าฝืนลงดาบเด็ดขาด”. คมชัดลึก. สืบค้นจาก [http://komchadluek.net/2008/10/11/x_ljam_x003_225429.php?news_id=225429]
- 11 “ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องคำชี้แจงเกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 311) พ.ศ. 2551 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย และประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง กำหนดเงื่อนไขอาหารที่ตรวจพบสารเมลามีนและสารในกลุ่มเมลามีน”. สืบค้นจาก [<http://elib.fda.moph.go.th/fulltext2/lawfda/39679/1.pdf>]
- 12 “ศาลตัดสินบอสซานลู่ บ. นมเมลามีนจำคุกชั่วชีวิต!”. ผู้จัดการ. (23 มกราคม 2552).
- 13 “เหยื่อนมปนเปื้อนได้เฮ บริษัทนมจีนพร้อมจ่ายค่าชดเชย”. แนวหน้า (30 ธันวาคม 2551).
- 14 “นักวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่นแจ้ง คัดชุดตรวจสอบสารเมลามีนสำเร็จ”. มติชน (6 มกราคม 2552).

8. กรณี 54 ตพจากประเทศพม่าถึงกรณีโรฮิงญา...เป็นการค้ามนุษย์หรือไม่?

- 1 การย้ายถิ่นข้ามชาติที่ไม่ปกติ ในที่นี้หมายถึง การย้ายถิ่นที่มีลักษณะเป็นการลักลอบเข้าเมืองที่ผู้ย้ายถิ่นไม่มีเอกสารการเดินทางที่ถูกต้อง อันเนื่องมาจากปัญหาจากประเทศต้นทางที่ไม่สามารถออกเอกสารการเดินทางที่ถูกต้องให้ผู้ย้ายถิ่นได้
- 2 “54 ความตายในตู้คอนเทนเนอร์ และอีกมากความตายที่ชายขอบ”. สืบค้นจาก (<http://www.prachatai.com/05web/th/home/11847>) และ “สรุปสถานการณ์ประจำปี 2551 เรื่องการละเมิดสิทธิมนุษยชน คนข้ามชาติจากประเทศพม่าในประเทศไทย”. สืบค้นจาก (http://www.newspnn.com/V2008/detail.php?dataid=5986&code=n3_11122008_01&mode=th)
- 3 กฤตยา อาชวนิจกุล และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. 2548. คำถามและข้อท้าทายต่อ นโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาวะและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. และ Sureeporn Punpuing, Aree Jampaklay, Sirinan Kittisuksathit, Aree Prohmmo and Elaine Pearson. 2006. Young Migrant Workers in Thailand

and Factors at Destination Resulting in Their Exploitation. The Mekong Sub-regional Project to Combat Trafficking in Children and Women, ILO.

- 4 กฤตยา อาชวนิจกุล. 2549. การขนย้ายแรงงานข้ามแดนในอุษาคเนย์. เสนอในการประชุมเรื่อง “แม่น้ำโขง-สาละวิน: ผู้คน ผืนน้ำ และสุวรรณภูมิของอุษาคเนย์” ณ โรงแรมเซ็นทรัล ดวงตะวัน จังหวัดเชียงใหม่. 23-24 พฤศจิกายน 2549.
- 5 “CNN ป้ายไทยลอยแพโรฮิงญาจมน้ำตาย 550”. ไทยโพสต์ (27 มกราคม 2552)
- 6 “ข้าทะเลเส้นทางค้ามนุษย์ ผ่านปมร้อน โรฮิงญา”. มติชน (30 มกราคม 2552)
- 7 ข่าวแดงของกระทรวงการต่างประเทศวันที่ 18 เมษายน 2551 [สืบค้นจาก <http://www.mfa.go.th/web/2666.php?id=24578>]
- 8 “การดำเนินการของกระทรวงการต่างประเทศเกี่ยวกับการเสียชีวิตของชาวพม่าที่จังหวัดระนอง”. สืบค้นจาก (<http://www.ryt9.com/s/mfa/340135/>)
- 9 “สรุปเวทีเสวนาเรื่องสรุปบทเรียน 54 ศพ สันนิบาตและมาตรการที่ยั่งยืน”. สืบค้นจาก (<http://www.prachatai.com/05web/upload/HilighNews/document/Migrant%20workers.doc>)
- 10 “วิจัยตีแผ่ค้ามนุษย์มหาชัย กดขี่คนต่างด้าวเยี่ยงทาส” มติชน (17 ตุลาคม 2550).
- 11 “รายงานการค้ามนุษย์ประจำปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทย”. สืบค้นจาก (<http://thai.bangkok.usembassy.gov/tipthaireport08-t.html>)
- 12 “ข้าทะเลเส้นทางค้ามนุษย์ ผ่านปมร้อน โรฮิงญา”. มติชน (30 มกราคม 2552).

9. ภัยเอตส์คุกคามวัยรุ่นไทย เพราะเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย

- 1 “Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008: executive summary”. สืบค้นจาก [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/JC1511_GR08_ExecutiveSummary_en.pdf]
- 2 “สถานการณ์เอดส์ระบาดหนัก ป่วยเพิ่มนาทีละ 5 คน”. ข่าวสด (25 พฤศจิกายน 2551)
- 3 “วัยรุ่นเชียงใหม่ ติดเชื้อเอดส์พุ่ง แซงกลุ่มแม่บ้าน”. กรุงเทพธุรกิจ (29 เมษายน 2551).
- 4 “วัยรุ่นสุราษฎร์ฯ กว่าร้อยละ 50 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกันเอดส์”. สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์ วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551.
- 5 “สาธารณสุขสระแก้วแฉ! วัยโจ๋เผลอใช้ถุงยางอนามัย”. เดลินิวส์ (13 ธันวาคม 2551).
- 6 “วัยรุ่นยุคใหม่ กล้ารักต้องกล้าเซ็กซ์” โพสต์ทูเดย์. (9 กรกฎาคม 2551).
- 7 “สธ. เผยเอดส์คุกคามวัยรุ่นไทยหนัก ป่วยกว่า 3 หมื่นคน ตั้งเป้าลดอัตราการติดเชื้อ”. ผู้จัดการออนไลน์ (28 พฤศจิกายน 2551).
- 8 “แฉสังคมไทยพอนเพะ ม.2 เริ่มมีเซ็กซ์”. ไทยรัฐ (2 กันยายน 2551).

- 9 “ห่วงเด็กหญิงไทยนิยมล่าแต้ม ทำจีบผู้ชายได้ใน 3 วัน”. คมชัดลึก (15 กรกฎาคม 2551).
- 10 “เปิดคลินิกวัยรุ่นบางรัก บริการดูแลสุขภาพทางเพศ”. ผู้จัดการออนไลน์ (14 กุมภาพันธ์ 2551).
- 11 “เปิดคลินิกวัยรุ่นบางรัก บริการดูแลสุขภาพทางเพศ”. อังแล้ว.
- 12 “LOVE CARE STATION”. สืบค้นจาก [<http://lovecarestation.com/th/>]
- 13 “ไฟเขียวเด็กต่ำ 18 ตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยไม่ต้องขออนุญาตพ่อแม่”. ผู้จัดการออนไลน์ (17 ธันวาคม 2551).
- 14 “สธ.ปิ้งตรวจเชื้อเอดส์ในโรงเรียน-มหาวิทยาลัย” กรุงเทพธุรกิจ (12 กุมภาพันธ์ 2552).
- 15 กฤตยา อาชวนิจกุล และกนกวรรณ ธีรารัตน. 2550. วิเคราะห์วิธีคิดวิทยาในงานวิจัยเรื่องเพศภาวะและเพศวิถีกับเอดส์ศึกษา. กรุงเทพฯ: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ มูลนิธิสร้างความรู้เข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง.

10. ก้าวแรกของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: นวัตกรรมสังคมเพื่อร่วมสร้างและผลักดันนโยบายสุขภาพ

- 1 อำพล จินดาวัฒนะ. 2551. ถามมา ตอบไป เข้าใจ สข.. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, น. 37.
- 2 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. น.6-7.
- 3 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551. “หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ใน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: เครื่องมือใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. จารึก ไชยรักษ์ และคนอื่นๆ (บรรณาธิการ). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, น.72-74.
- 4 จารึก ไชยรักษ์ และคนอื่นๆ (บรรณาธิการ). สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: เครื่องมือใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, น.48-49.
- 5 “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: เครื่องมือใหม่สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ตอนที่ 2)” ใน ไทยโพสต์ (28 ธันวาคม 2551).
- 6 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551. รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2551. เอกสารอัดสำเนา.
- 7 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551. รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2551. เอกสารอัดสำเนา.
- 8 “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: เครื่องมือใหม่สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ตอนที่ 3)” ใน ไทยโพสต์ (24 ธันวาคม 2551). ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551. รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2551. เอกสารอัดสำเนา.

- 9 ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เครือข่ายรัฐศาสตร์รัฐประศาสนศาสตร์ ภาคใต้ และเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้
- 10 “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: เครื่องมือใหม่สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ตอนที่ 3)” ใน ไทยโพสต์ (24 ธันวาคม 2551).
- 11 “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: เครื่องมือใหม่สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ตอนที่ 3)” ใน ไทยโพสต์ (24 ธันวาคม 2551)
- 12 “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: เครื่องมือใหม่สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ตอนที่ 3)” ใน ไทยโพสต์ (24 ธันวาคม 2551).
- 13 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551. รวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2551. เอกสารอัดสำเนา.
- 14 “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: เครื่องมือใหม่สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ตอนที่ 4)” ใน ไทยโพสต์ (25 ธันวาคม 2551).
- 15 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551. อ้างแล้ว.
- 16 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551. อ้างแล้ว.
- 17 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551. อ้างแล้ว.
- 18 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551. อ้างแล้ว.
- 19 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2551. อ้างแล้ว.
- 20 “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ: เครื่องมือใหม่สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (ตอนที่ 4)” ใน ไทยโพสต์. วันที่ 25 ธันวาคม 2551

4 เรื่องดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

1. โรงพยาบาลโสธรคว้ารางวัลพัฒนาระบบการบริการให้กับประชาชนในระดับโลก
 - เปิด 7 กลยุทธ์โรงพยาบาลโสธร...เพื่อประชาชน สู่ความภาคภูมิใจกับรางวัลด้านบริการระดับโลก. เดลินิวส์ (24 กรกฎาคม 2551).
 - สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2551. “สมอบโล่เชิดชูเกียรติ รพ.ยโสธร คว้ารางวัลพัฒนาระบบบริการระดับโลก”. สาร สธ. ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 (กรกฎาคม-กันยายน).
 - www.unpan.org/dpepa_PSAward.asp
2. การร่วมกันขับเคลื่อนให้ประเทศไทยมีกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสุขภาพฉบับแรก
 - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ถาม-ตอบ (Frequently Asked Questions) สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [http://www.thaiantialcohol.com/th/index.php?option=com_simplefaq&task=display&Itemid=82&catid=52&page=1#FAQ2]
3. “พยาบาลชุมชน” ก้าวใหม่ของการดูแลสุขภาพในชุมชนโดยชุมชน เพื่อชุมชน
 - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
 - สภาการพยาบาล <http://www.thainoc.net>
 - สสส. จับมือกับ คณะพยาบาลฯ ม.เชียงใหม่ ผลิต “พยาบาล

ชุมชน” โดยชุมชน เพื่อชุมชน www.ThaiPR.net วันที่ 28 พฤศจิกายน 2552

4. ก้าวเข้าสู่ปีที่ 7 คนไทยกว่า 99% เข้าถึงและรักษาโรคได้ครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพ
 - คนไทยกว่า 99 เข้าถึงและรักษาโรคได้ครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพ. คมชัดลึก (19 พฤศจิกายน 2551).
 - ดิเดย์1ด.ต.ผู้ป่วยบัตรทองใช้บริการฟอกเลือดได้แล้ว. คมชัดลึก (2 ตุลาคม 2551).
 - ชาวเด่นสาธารณสุข ปี 2551. คมชัดลึก (31 ธันวาคม 2551).

เพื่อสุขภาพะแห่งมวลมนุษย หยุดความรุนแรง

เอกสารภาษาไทย

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2548. สถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ. 2546. ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล. 2551. “ความรุนแรงทางเพศในสังคมไทยและข้อเสนอเชิงนโยบาย” ใน ถึงเวลา...ต้องเข้าใจและแก้ไข...ความรุนแรงทางเพศ เอดส์ และท้องไม่พร้อม. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- กุลภา วจนสาระ. 2551. มีเรื่องเพศแบบไหนในห้องสมุด ขาว และบทความ ในฐานข้อมูลสุขภาพทางเพศ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้างความรู้เรื่องสุขภาพผู้หญิง และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขึ้นฤทัย กาญจนจิตรรา, ชาย โพธิ์สิตา กฤตยา อาชวนิจกุล และวาสนา อิมเอม. 2547. สุขภาพคนไทย 2546. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. 2539. สันติพิชฎา วิถีวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมล คีมทอง.
- ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. 2551. ความรุนแรงกับการจัดการ“ความจริง” ปิดตานี้ในรบบกึ่งศตวรรษ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประภาส ปิ่นตบแต่ง, กฤษฏา บุญชัย และ วรินทร์า ไกยวงศ์. 2549. สถานการณ์ด้านสิทธิชุมชนกับฐานทรัพยากรในสถานการณ์สากล ปี พ.ศ.2547-2548. คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.
- พัชรินทร์ บุญเสริม. 2546. ความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้สูงอายุในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พระไพศาล วิสาโล. 2550. สร้างสันติด้วยมือเรา. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: ศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธี. มหาวิทยาลัยมหิดล
- กันทิลา อธิรัตน์ และคณะ. 2545. รายงานการวิจัยเรื่องความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2550. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สมบัติ ตาปัญญา. 2549. รายงานการสำรวจทัศนคติต่อการสร้างวินัยและพฤติกรรมในการสร้างวินัยของครูต่อนักเรียน. รายงานวิจัยเสนอต่อมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.

สมบัติ ตาปัญญา. 2549. รายงานการสำรวจปัญหาการรังแกกันของนักเรียน. รายงานวิจัยเสนอต่อมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.

สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2550. รายงานสถานการณ์และความสูญเสียสุขภาพจากความรุนแรงในประเทศไทย ปี พ.ศ.2547. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์

อรสา ไผ่วินทะ และศรีณญา เบญจกุล. 2549. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในครอบครัวในพื้นที่ 4 ภาค ของประเทศไทย”. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข ปีที่ 9 ฉบับที่ 1-4 (ม.ค.-ธ.ค. 2549) หน้า 92-105.

ข้อมูลจากเว็บไซต์

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กระทรวงสาธารณสุข. 2550. รายงานข้อมูลเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรง. สืบค้นจาก [http://phdb.moph.go.th], วันที่ 10 มกราคม 2552.

กลุ่มงานข้อมูลและสารสนเทศ สำนักพัฒนาระบบงานยุติธรรมเด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็ก. รายงานสถิติคดีประจำปี. สืบค้นจาก [http://www2.djop.moj.go.th/stat/show_stat.php], วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2552.

กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก [http://healthdata.moph.go.th/], วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2552.

โครงการติดตามสภาวะการเด็กและเยาวชนรายจังหวัด. ข้อมูลสภาวะการระดับประเทศ ระดับภาค ระดับจังหวัด ประจำปี 2549-2550. สืบค้นจาก [www.childwatchthai.com], วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2552

บ้านพักฉุกเฉิน. สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี. 2551. รายงานประจำปี 2551. สืบค้นจาก [http://www.apsw-thailand.org/report.html], วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2552.

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. ข้อมูลสถิติคดีอาญา 5 กลุ่ม. สืบค้นจาก http://statistic.ftp.police.go.th/dn_main.htm วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2552.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์. รายงานข้อมูลการค้าระหว่างประเทศของไทย. สืบค้นจาก [http://www2.ops3.moc.go.th], วันที่ 5 มีนาคม 2552.

ศูนย์สารสนเทศโรงงานอุตสาหกรรม กรมโรงงานอุตสาหกรรม. สถิติโรงงานอุตสาหกรรม ปี 2550. สืบค้นจาก [http://www.diw.go.th/diw/spss50.asp], วันที่ 5 มีนาคม 2552.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ความยากจนและการกระจายรายได้. สืบค้นจาก [http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=322], วันที่ 5 มีนาคม 2552.

เอบีดับเบิลยู. 2552. รายงานการสำรวจสถานการณ์ทางเพศของ

นักเรียนชั้น ม.1-ม.6 และอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน: กรณีศึกษา นักเรียนชั้น ม.1-ม.6 ในเขตกรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก www.abacpoll.au.edu. เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2552.

หน่วยงานที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล

ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ กองบัญชาการตำรวจนครบาล สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. รายงานสรุปเหตุแจ่มแจ้งตามรายเดือน พ.ศ. 2548-2551.

ศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานตำรวจแห่งชาติส่วนหน้า จังหวัดยะลา. จำนวนเหตุการณ์ ผู้เสียชีวิต และบาดเจ็บ จากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ 2547-2551.

แหล่งข้อมูลบุคคล

โคทม อารียา. (สัมภาษณ์วันที่ 16 กันยายน 2551).

พระไพศาล วิสาโล. (สัมภาษณ์วันที่ 16 สิงหาคม 2551).

สุลักษณ์ ศิวรักษ์. (สัมภาษณ์วันที่ 31 สิงหาคม 2551).

เอกสารภาษาอังกฤษ

Galtung, J. 1990. “Cultural Violence”. Journal of Peaces Research. Vol.27 no.3. 1990 pp.291-305.

Galtung, J. 1995. “Violence, Peace, and Peace Research,” in Essay on Peace. Australia: Central Queensland University Press.

Knodel, J. Jiraporn Kespichayawattana, Suvinee Wiwatwanich, and Chanpen Saengtienchai. 2007. Migration and Intergenerational Solidarity: Evidence from Rural Thailand. Bangkok: UNFPA.

Knodel, J. and Napaporn Chayovan. 2008. Population Aging and the Well-Being of Older Persons in Thailand: Past Trends, Current Situation and Figure challenges. Bangkok: UNFPA Thailand and the Pacific Regional office.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy, JA Zwi AB and Lozano R (Eds.). 2002. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization.

Murray CJ; Lopez AD. 1996. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University, School of Public Health.

Nevins T. 2004. The effect of Media Violence on Adolescent Health. A research report written for Physicians for Global Survival. Available from; pgs.ca/wp-content/uploads/2008/03/effectsofmediaviolence_final.pdf. , January 25, 2009.

Stacy L. Smith, Emily Moyer-Gusé, and Edward Donnerstein. Media Violence and Sex Available from; [www.uk.sagepub.com/mcquail5/downloads/Handbookchaps/ch26%20Downing%20HB.pdf], January 25, 2009.

เกณฑ์ในการจัดทำรายงาน

สุขภาพคนไทย 2552

ดัชนีชี้วัดสุขภาพคนไทย

กระบวนการทำงาน

คัดเลือกประเด็นที่จะนำเสนอเป็นชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย โดยผ่านคณะกรรมการชี้ทิศทางร่วมพิจารณาและตัดสินประเด็นที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน

ค้นหา และติดต่อผู้เชี่ยวชาญ จัดประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ
ในประเด็นชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย เพื่อร่วมกันกำหนดจำนวนหมวดตัวชี้วัด

กำหนดผู้เชี่ยวชาญรับผิดชอบหลักในแต่ละหมวด เพื่อจัดทำหมวดตัวชี้วัดสุขภาพตามหมวดที่ได้รับมอบหมาย

ประชุมระดมสมอง พิจารณาร่างตัวชี้วัด เพื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม ครอบคลุมของเนื้อหา และความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด รวมทั้งแนะนำข้อมูลที่ควรนำมาประกอบตัวชี้วัด

ประชุมผู้เชี่ยวชาญผู้รับผิดชอบในแต่ละหมวด เพื่อพิจารณาเนื้อหาที่ได้ร่างมา และค้นหาสาระสำคัญของแต่ละหมวด

ผู้ทรงคุณวุฒิ อ่านบททวนหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ โดยอ่านภาพรวมทุกหมวดในชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย พร้อมให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขงาน

เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

- ค้นหาสาระสำคัญ (Key message) ของหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้เนื้อหาไม่กระจัดกระจายในการนำเสนอ
- ค้นหาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดแต่ละตัวที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปี เพื่อนำเสนอแนวโน้ม และรวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อให้เห็นสถานการณ์
- เน้นรูปแบบ และเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่านและเข้าใจต่อผู้อ่านทุกระดับ

10 สถานการณ์เด่นในรอบปี และ 4 ผลงานดีๆ ของคนไทย

สถานการณ์ในรอบปี ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นลำดับ 1 ถึง 10 และผลงานดีๆ ของคนไทย เพื่อสุขภาพของคนไทย อีก 4 สถานการณ์ ซึ่งเรียกรวมส่วนนี้ว่า “สถานการณ์เด่น 10+4” เกณฑ์การเลือกสถานการณ์ และเกณฑ์การจัดลำดับ สถานการณ์เด่น มีดังนี้

เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น

- เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2551
- มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายถึงรวมถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
- เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

สำหรับผลงานดีๆ ของคนไทยทางสุขภาพ เป็นเรื่องของความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้น ความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

เกณฑ์การจัดลำดับ สถานการณ์เด่น

สำรวจความคิดเห็นจากประชาชนทั่วไป โดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์ที่มี สถานการณ์สำคัญในสังคมไทยทั้งที่เป็นข่าวและไม่เป็นข่าว เกิดขึ้นตั้งแต่ต้นปี 2552 จนถึง ณ เวลาที่ทำการสำรวจ สถานการณ์ การเรียงลำดับสถานการณ์ ในแบบสำรวจจัดเรียงโดยการจับสลาก ซึ่งไม่ใช้การจัดลำดับความสำคัญ สำหรับ ตัวเลือกความคิดเห็นของประชาชน แต่ละ สถานการณ์นั้นจะให้ความสำคัญ โดยใช้ มาตราวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) แบ่งระดับ ความคิดเห็นเป็น 3 อันดับ คือ มาก (คะแนน=3 คะแนน) ปานกลาง (คะแนน =2คะแนน) และน้อย (คะแนน=1 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม สถิติ (SPSS) เพื่อหาค่าเฉลี่ยจากมากไป น้อย จากนั้นนำมาเรียงลำดับความสำคัญ และนำผลการสำรวจแต่ละครั้งมาหาค่า เฉลี่ยแบบถ่วงน้ำหนัก

การตัดสินใจเลือกสถานการณ์เด่นประจำปี ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ ชีทิตทางโครงการสุขภาพคนไทย

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ คือ เป็นเรื่องที่เน้นกลุ่ม เป้าหมาย (target group oriented) กับเรื่องเฉพาะประเด็น (issue oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องแต่ละลักษณะสลับกันไปในแต่ละปี ที่มา ของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมา ก็ได้ หลักเกณฑ์สำคัญในการเลือกประจำฉบับคือ

- เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
- เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
- เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

วิธีการทำงาน

1. คณะกรรมการชีทิตทางประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษ ประจำฉบับในแต่ละปี
2. ทีมงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงสร้างของรายงาน
3. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อปรึกษาข้อมูลเชิงวิชาการ
4. ทีมงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบ ความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ อีกครั้ง
5. ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทบรรณาธิการและปรับแก้ไข

คณะกรรมการชั่งตวงวัด

1. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. นพ. วิชัย โชควิวัฒน์	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์	กรรมการ
3. นพ. อัมพล จินดาวัฒนะ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
4. นพ. พินิจ ฟ้าอำนวยผล	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	กรรมการ
5. นพ. ณรงค์ กษิติประดิษฐ์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
6. นพ. ชูชัย ศุภวงศ์	สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ	กรรมการ
7. รศ. อภิญาญา เวชชาชีวะ	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	กรรมการ
8. ดร. สุทธิลักษณ์ สมิตะศิริ	สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
9. คุณยุวดี คาคการณไกล	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กรรมการ
10. คุณปาริชาติ ศิวัชรักษ์	นักวิจัยอิสระ	กรรมการ
11. คุณเบญจพร นันตกุล ณ อยุธยา	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
12. คุณวรัญญา เทียวกุล		กรรมการ
13. คุณพิภพ ธงไชย	มูลนิธิเด็ก	กรรมการ
14. ผศ.ดร. วิลาสินี อดุลยานนท์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
15. คุณสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์	องค์กรชุมชนคลองขนามเงินอำเภอเสนา จ. อยุธยา	กรรมการ
16. คุณเบญจมาภรณ์ จันทพัฒน์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
17. รศ.ดร. ชื่นฤทัย กาญจนจิตรรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและเลขานุการ
18. รศ.ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
19. รศ.ดร. ชัย โพธิ์สีดา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
20. อ.ดร. อุมารณ ภัทรวาณิช	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
21. คุณสุรนต์ จรัสสิทธิ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	เจ้าหน้าที่โครงการ
22. คุณปภาณันต์ เสียงตั้ง	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	เจ้าหน้าที่โครงการ
23. คุณกุลวิทย์ ศิริรัตน์มงคล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	เจ้าหน้าที่โครงการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ทบทวนทั้งเล่ม
2. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์	ทบทวนทั้งเล่ม
3. คุณปาริชาติ ศิวัชรักษ์	นักวิจัยอิสระ	ทบทวนทั้งเล่ม
4. นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	ทบทวนตัวชี้วัด ระบบบริการสุขภาพ

ผู้เชี่ยวชาญตัวชี้วัดระบบบริการสาธารณสุข

1. ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
2. ดร.นพ.ภูษิต ประดองสาย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
3. นพ.ทศินกร โนรี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
4. ดร.ภญ.วลัยพร พัทธนกุล	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
5. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ที่ปรึกษาด้านข้อมูลความรู้

1. พระไพศาล วิสาโล	วัดป่าสุคะโต ต.บ้านท่ามะไฟหวาน อ.แก่งคร้อ จ.ชัยภูมิ
2. คุณสุลักษณ์ ศิวรักษ์	กรุงเทพมหานคร
3. รศ.ดร.โคทม อารียา	ศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. คุณกรวิมล วรสุข	สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี

ทีมวิชาการสุขภาพคนไทย

1. รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา	บรรณาธิการ
2. รศ.ดร.ชาย โพธิ์ธิดา	เรียบเรียงและประมวล “เพื่อสุขภาพะแห่งมวลมนุษย์หยุดความรุนแรง”
3. รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล	เรียบเรียงและประมวล “สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ”
4. อ.ดร.อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์	เรียบเรียงและประมวล “ตัวชี้วัดสุขภาพ”
5. คุณสุภารัตน์ จรัสสิทธิ์	เรียบเรียงและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น
6. คุณปานฉัตร เสี่ยงตั้ง	เรียบเรียงและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น
7. คุณกุลวิมล ศิริรัตน์มงคล	เรียบเรียงและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น

ขอบคุณ จากใจ

หนังสือสุขภาพคนไทยฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือจากคณะกรรมการชี้ทิศทางทุกท่านในเรื่องแหล่งข้อมูล ประสบการณ์ต่างๆ ที่นำมาเล่าให้ฟัง รวมทั้งข้อเสนอแนะดีๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อหนังสือเล่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประธานคณะกรรมการชี้ทิศทาง นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่เป็นทั้งผู้กระตุ้นและให้กำลังใจแก่คณะทำงานสุขภาพคนไทยไม่ย่อท้อ และท่านยังได้ช่วยอ่านบททวนและแก้ไขต้นฉบับ เพื่อให้หนังสือเล่มนี้มีเนื้อหาครบถ้วน สมบูรณ์ และมีความน่าอ่านมากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ คุณปาริชาติ ศิวะรักษ์ ที่ช่วยปรับปรุงและอ่านบททวนเนื้อหาทั้งหมด และขอบคุณนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะเรื่องราวของสมาชิกสุขภาพให้เนื้อหาวิชาการมีความละเอียดชัดเจนครบถ้วน

ที่สำคัญในส่วนของผู้จัดระบบบริการสาธารณสุข ที่เราได้ผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานด้านสุขภาพ ได้แก่ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย นายแพทย์ทินกร โนรี และเภสัชกรหญิงวลัยพร พัทธนถมล จากสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และ นายแพทย์พินิจ ฟ้าอำนวยผล จากสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO) ที่วางกรอบแนวคิด ชี้แนวทางการนำเสนอ ไปจนถึงอ่านบททวน ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันสมัย ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณทีมนักเขียนมืออาชีพ ที่ทำให้ 10 เรื่องสถานการณ์เด่นมีความน่าสนใจ เนื้อเรื่องน่าติดตาม เนื้อหาไม่เป็นวิชาการมากเกินไป ทำให้หนังสือเล่มนี้เหมาะกับผู้อ่านหลากหลายระดับ

ท้ายสุด ขอขอบคุณคณะทำงานสุขภาพคนไทยทุกคนที่ยังคงมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการจัดทำหนังสือดีๆ สู่สาธารณะ และพัฒนาหนังสือให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โครงการ คือ กุลวิณัฏ์ ศิริรัตน์มงคล ปาณนัฏร เสียงดั่ง และสุภรต์ จรัสสิทธิ์ ที่เป็นเรี่ยวแรงสำคัญ ทำให้หนังสือสุขภาพคนไทยออกสู่สายตาผู้อ่านในเดือนมีนาคมของทุกปี

ขอได้รับความขอบคุณจากใจผู้จัดทำ
คณะทำงานสุขภาพคนไทย



แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรายงานสุขภาพคนไทย

ทีมงาน “สุขภาพคนไทย” ขอความกรุณาท่านที่ได้รับหนังสือนี้ กรุณาตอบแบบสอบถาม เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพของหนังสือให้ดียิ่งขึ้น

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าคำตอบที่ท่านเลือก

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ตอบ

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ ปี

3. การศึกษา

☐ ต่ำกว่ามัธยมต้น ☐ มัธยมต้น ☐ มัธยมปลาย/ ปวช. ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ ☐ นักวิชาการ ☐ นักบริหาร ☐ ครู/ อาจารย์ ☐ นักเรียน/ นักศึกษา

☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ เจ้าหน้าที่/ พนักงาน ☐ สื่อมวลชน ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

5. ท่านเคยอ่าน “สุขภาพคนไทย” ฉบับใดบ้าง

- ☐ สุขภาพคนไทย 2546 วัยรุ่นกับสุขภาพ
☐ สุขภาพคนไทย 2548 การค้าเสรีกับการเข้าถึงยา
☐ สุขภาพคนไทย 2549 อยู่อย่างไรกับไข้หวัดนก ปรับเปลี่ยนเพื่ออยู่รอด?
☐ สุขภาพคนไทย 2550 “หอมกลิ่นลำดวน” เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ
☐ สุขภาพคนไทย 2551 โลกร้อน ภัยคุกคามจากน้ำมือมนุษย์

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจใน “สุขภาพคนไทย”

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ				
	พอใจมาก	พอใจ	ปานกลาง	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
1. รูปเล่ม และขนาดของหนังสือ					
2. ความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล					
3. ความน่าสนใจของเนื้อหา					
4. ความน่าสนใจในการนำเสนอ					

ส่วนที่ 3 การใช้ประโยชน์จาก “สุขภาพคนไทย”

ท่านคิดว่า “สุขภาพคนไทย” มีประโยชน์มากน้อยแค่ไหน

ส่วนต่างๆ ของหนังสือ	มีประโยชน์มากที่สุด	มีประโยชน์มาก	มีประโยชน์ปานกลาง	มีประโยชน์น้อย	ไม่มีประโยชน์
1. ตัวชี้วัด					
2. สถานการณ์เด่น					
3. เรื่องพิเศษประจำฉบับ					
4. ภาพรวมของหนังสือ					

ท่านได้ใช้ประโยชน์จาก “สุขภาพคนไทย” อย่างไรบ้าง

ส่วนต่างๆ ของหนังสือ	ใช้ประกอบการเรียน/การสอน	ใช้ประกอบการจัดทำรายงาน/เอกสาร/การนำเสนอ	ใช้ประกอบการผลักดันนโยบาย/มาตรการ	ใช้เพื่อเป็นความรู้	อื่นๆ (ระบุ)
1. ตัวชี้วัด					
2. สถานการณ์เด่น					
3. เรื่องพิเศษประจำฉบับ					
4. ภาพรวมของหนังสือ					



ข้อเสนอแนะอื่นเพิ่มเติม

ขอขอบพระคุณ ที่ท่านได้สละเวลาในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล

ใบอนุญาตเลขที่ ปช. 7/212
ถ้าฝากส่งภายในประเทศ
ไม่ต้องติดไปรษณียากร

กรุณาส่ง

โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากร (สุขภาพคนไทย)

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

25 / 25 ถนนพุทธมณฑลสาย 4

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล

จังหวัดนครปฐม 73170

A close-up photograph of two hands, one from the left and one from the right, with fingers gently curved to form a heart shape. The skin is a warm, light brown tone. The background is a soft, out-of-focus light orange or peach color.

ฉลาดเลือก เลือกสุขภาพ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)