สุขภาพคนไทย 2550

"หอมกลิ่นลำดวน" เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ

14 ตัวชี้วัดสุขภาพ

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2550: ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา ... (และคนอื่น ๆ). - -
พิมพ์ครั้งที่ 1. - - นครปฐม :
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 2550.
(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 326)
คณะผู้ดำเนินงาน : ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิสิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล,
อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์, กุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล, หทัยรัตน์ เสียงดัง, สุภรต์ จรัสสิทธิ์
ISBN 978-974-11-0711-7
1. สุขภาพ 2. ผู้สูงอายุ I. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา.
II. มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
III. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. IV. ชื่อชุด.

RA776 ส743 2550
(DNLM: 1. สุขภาพ. 2. ผู้สูงอายุ. WA100 ส743 2550)

ออกแบบปกและรูปเล่ม: ณัฐ เริงมงคล
จัดวางรูปเล่ม: ณัชชา นันทกาญจน์
กราฟฟิกในหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ: kemiko@hotmail.com
พิสูจน์อักษร: คณะทำงานสุขภาพคนไทย
ภาพประกอบ: ศูนย์ข้อมูลภาพ บริษัท มติชน จำกัด (มหาชน)

จัดพิมพ์โดย: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

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

จำนวนพิมพ์: 10,000 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

ข้อมูลในหนังสือนี้สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ แต่ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

สุขภาพคนไทย 2550

บอกกล่าว

รายงานสุขภาพคนไทยยังตั้งใจให้ทุกคนได้รู้เรื่องสุขภาพในแง่มุมหลากหลายเหมือนเดิม สุขภาพคนไทย 2550 หรือเป็นเล่มปีที่ 4 มี "ดอกลำดวน" แย้มบานอยู่บนหน้าปก เพื่อจะสื่อว่า "ดอกลำดวน" อันหมายถึงผู้สูงอายุเป็นเรื่องประจำฉบับของปีนี้ แต่ไม่ใช่เพราะเรามีรัฐบาล "ขิงแก่" หากด้วยเห็นว่าประเทศไทย เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างช้าๆ และเงียบๆ มาระยะเวลาหนึ่งแล้ว โดยที่สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.5 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 7.4 ในปี 2533 และร้อยละ 9.5 ในปี 2543 ซึ่งสัดส่วนนี้ในทางประชากรศาสตร์ถือได้ว่าเป็นสัดส่วนที่ใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือเปรียบผู้สูงอายุเป็นดอกลำดวน ก็เป็นดอกลำดวนที่กำลังเริ่มแย้มบาน

สิ่งที่เราตั้งคำถามคือการเป็นสังคมผู้สูงอายุมีผลอย่างไรบ้างต่อสังคมไทย ผู้สูงอายุนั้นเป็นภาระ หรือพลัง หรือทั้งสองอย่าง ถ้าหากเป็นพลังของสังคม เรามองเห็นพลังนั้นๆหรือไม่ และเราได้ใช้พลังนั้นๆอย่างเต็มศักยภาพหรือไม่ และถ้าหากว่าเป็นภาระของสังคม เรามีการเตรียมความพร้อมที่จะรองรับไว้อย่างไรบ้าง ทั้งในแง่ของปัจเจก ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยส่วนร่วม ในบทความนี้ ได้พยายามหาคำตอบดังกล่าว และเสนอแนวทางให้กับสังคมไทยที่จะเตรียมการให้พร้อม เพื่อย่างก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบอย่างมั่นคง

ในส่วนของสถานการณ์ที่สำคัญ 10 เรื่อง ปัญหาไฟใต้ก็ยังคงเป็นสถานการณ์สำคัญ ที่เกิดผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของคนทั้งในพื้นที่และต่อประเทศมาอย่างต่อเนื่องมาเป็นปีที่ 3 แล้ว แสดงให้เห็นถึงความยากและสลับซับซ้อนของปัญหา แม้ว่าจะมีความพยายามหลากหลายรูปแบบ เพื่อคลี่คลายปัญหา แต่ก็ดูเหมือนว่ายังเกาไม่ถูกที่คัน ปัญหาในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ยังมีให้เห็นเป็นข่าวประจำวันและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ทีมงานได้แต่หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ทุกฝ่ายจะร่วมมือกันหาแนวทางให้สถานการณ์ภาคใต้จะกลับคืนสู่ความสงบโดยเร็ว

สถานการณ์ที่สำคัญอีกเรื่องได้แก่เรื่องการบังคับใช้สิทธิผลิตยาที่มีสิทธิบัตรจำนวน 3 ชนิด ที่เป็นประเด็นร้อนใหม่เอี่ยมที่ทีมงานได้บันทึกไว้ในรายงานนี้ได้ทันก่อนส่งต้นฉบับ เพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชนได้ทันท่วงที สถานการณ์ทั้ง 10 เรื่องได้แก่ (1) หวยบนดิน จะอยู่หรือไป ทางสองแพร่งที่รัฐบาลต้องตัดสินใจ (2) จากแชทรูมสู่คลิปวิดีโอและแคมฟร็อก: วิถีชีวิตออนไลน์ที่ต้องรู้เท่าทัน (3) ประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์: การปะทะกันระหว่างสิทธิของแพทย์กับสิทธิผู้ป่วย (4) เด็กไทยกับภัยทางเพศ: เรื่องใกล้ตัวที่ยังไร้กลไกคุ้มครอง (5) วิกฤตน้ำท่วมซ้ำซาก ภัยธรรมชาติที่รุนแรงขึ้น

เรื่อยๆ (6) ไฟใต้ยังคงระอุหนักหลังรัฐประหาร (7) เด็กนักเรียนไทยกับภัยความรุนแรงในรั้วโรงเรียน (8) พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ จากอุดมการณ์สู่การปฏิบัติจริง ต้องเกาะติดต่อไปอย่างไม่กระพริบตา (9) งดโฆษณาเหล้า 100% ฝันให้ไกลแม้ยังไปไม่ถึง (10) การบังคับใช้สิทธิผลิตยาที่มีสิทธิบัตร 3 ชนิด เพราะสิทธิที่คนไทยจะมีชีวิตอยู่ย่อมเหนือกว่าผลกระโยชน์ทางการค้า

ที่เพิ่มเติมขึ้นในปีนี้ คือการบันทึกเรื่องดีๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมไทย โดยเฉพาะความสำเร็จในการคิดค้นประดิษฐ์สิ่งใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่สุขภาพ ที่คณะทำงานอยากจะบันทึกไว้เป็นเกียรติและเป็นความภาคภูมิใจของคนไทย ซึ่งมี 4 เรื่องคือ (1) รถเข็นอัจฉริยะช่วยคนพิการและคนสูงอายุ (2) ความก้าวหน้าในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของประเทศไทย (3) การพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกใกล้สำเร็จ (4) นักศึกษาไทยชนะเลิศการแข่งขันสร้างหุ่นยนต์กู้ภัย "อินดีเพนเดนท์" ในเวทีระดับโลก

ส่วนตัวชี้วัดสุขภาพที่คัดเลือกมา 14 หมวดในปีนี้ ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงและชี้ประเด็นปัญหาสุขภาพคนไทยในหลายประเด็น ที่สำคัญคือ ควันบุหรี่มือสองที่บ้าน ทำให้บ้านกลายเป็นที่ไม่ปลอดบุหรี่ที่กฎหมายเอื้อมไปไม่ถึง และมีผลกระทบโดยเฉพาะต่อเด็กที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้สูบบุหรี่ ปัญหาความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่คนกว่าร้อยละ 60 มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 อย่าง โดยรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม และข้อมูลเด็กและวัยรุ่นในยุคดิจิตอลใช้เวลากว่าครึ่งยามตื่นไปกับสื่อเทคโนโลยีต่างๆ และ 1 ใน 3 เล่นการพนัน

ตัวชี้วัดทั้ง 14 หมวด ได้แก่ (1) ภาวะสมองเสื่อม มหันตภัยใกล้ตัว (2) สุขภาพแรงงาน (3) ทุกข์ทางใจ (4) ความสุข (5) ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (6) อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง (7) ของเสียอันตราย (8) ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (9) การคุ้มครองผู้บริโภค (10) รายได้ เงินออม หนี้สิน (11) เศรษฐกิจพอเพียง (12) เด็กไทยยุครวยลัดวัดดวง (13) เด็กไทยยุคไซเบอร์ และ (14) ความไม่เท่าเทียมทางการศึกษา เมื่อสังคมขยายใหญ่ขึ้นและการ เชื่อมโยงกันระหว่างประเทศต่างๆทั่วโลกเป็นไปอย่างง่ายดาย ปัญหาต่างๆย่อมสลับซับซ้อนและหลากหลายมากขึ้น การแก้ไขปัญหาจึงต้องใช้พลังจากหลายฝ่าย คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทยขอใช้ข้อมูลเป็นสื่อถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทุกคน เพื่อสะท้อนปัญหาที่บางครั้งอาจเป็นภัยเงียบ ให้สังคมได้ตระหนักและมองปัญหานั้นได้ชัดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา หรือตั้งประเด็นเพื่อให้ช่วยกันระดมสมอง แต่การแก้ไขปัญหานั้นย่อมเป็นหน้าที่ของทุกคนและทุกภาคส่วนของสังคม

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย

สารบัญ

14 ตัวชี้วัดสุขภาพ

1. ภาวะสมองเสื่อม มหันตภัยใกล้ตัว	10
2. สุขภาพแรงงาน	12
3. ทุกข์ทางใจ	14
4. ความสุข	16
5. ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	18
6. อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง	20
7. ของเสียอันตราย	22
8. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	24
9. การคุ้มครองผู้บริโภค	26
10. รายได้ เงินออม หนี้สิน	28
11. เศรษฐกิจพอเพียง	30
12. เด็กไทยยุครวยลัดวัดดวง	32
13. เด็กไทยในยุคไซเบอร์	34
14. ความไม่เท่าเทียมทางการศึกษา	36

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. หวยบนดินจะอยู่หรือไป ทางสองแพร่งที่รัฐบาลต้องตัดสินใจ 40
2. จากแชทรูมสู่คลิปวิดีโอและแคมฟร็อก: วิถีชีวิตออนไลน์ที่ต้องรู้เท่าทัน 44
3. 'ประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์': การปะทะกันระหว่างสิทธิของแพทย์กับสิทธิผู้ป่วย 48
4. เด็กไทยกับภัยทางเพศ: เรื่องใกล้ตัวที่ยังไร้กลไกคุ้มครอง 52
5. วิกฤตน้ำท่วมซ้ำซาก ภัยธรรมชาติที่รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ 56
6. ไฟใต้ยังคงระอุหนักหลังรัฐประหาร 60
7. เด็กนักเรียนไทยกับภัยความรุนแรงในรั้วโรงเรียน 66
8. พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ จากอุดมการณ์สู่การปฏิบัติจริง ต้องเกาะติดต่อไปอย่างไม่กระพริบตา 70
9. งดโฆษณาเหล้า 100% ฝันให้ไกลแม้ยังไปไม่ถึง 74
10. การบังคับใช้สิทธิผลิตยาที่มีสิทธิบัตร 3 ชนิด เพราะสิทธิที่คนไทยจะมีชีวิตอยู่ย่อมเหนือกว่าผลประโยชน์ทางการค้า 78

ผลงานดีๆ ของคนไทย เพื่อสุขภาพคนไทย ปี 2550 84

1. รถเข็นอัจฉริยะช่วยคนพิการและคนสูงอายุ
2. ความก้าวหน้าในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของประเทศไทย
3. การพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกใกล้สำเร็จ
4. นักศึกษาไทยชนะเลิศการแข่งขันสร้างหุ่นยนต์กู้ภัย "อินดีเพนเดนท์" ในเวทีระดับโลก

เรื่องพิเศษ

หอมกลิ่นลำดวน เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ 86

ภาคผนวก

บรรณานุกรม 122
เกณฑ์ในการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย 126
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 127
รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง 127
รายชื่อคณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย 128

14 ตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย 2550

14 ตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย 2550

ตัวชี้วัดสุขภาพคนไทยปี 2550 เสนอ 14 ตัวชี้วัดสุขภาพ ที่สะท้อนให้เห็นถึงสุขภาพกาย จิต ปัญญา และสุขภาพสังคมของคนไทย สังคมไทยกำลังกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ ภาวะสมองเสื่อม มหันตภัยเงียบด้านสุขภาพกายที่มักพบบ่อยในคนสูงอายุ จึงเป็นภาวะที่ต้องให้ความสำคัญ ปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมของคนไทยอยู่ที่ 2.3 แสนคน และอีก 20 ปีข้างหน้าคาดว่าจะเป็น 4.5 แสนคน และเพิ่มเป็น 1 ล้านคนในอีก 50 ปีข้างหน้า ในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 1 คน ต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน เฉพาะค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเองประมาณ 4-6 พันบาทต่อเดือน หากรวมค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเข้าไปด้วยอาจต้องเพิ่มเป็น 8 พัน ถึง 1.6 หมื่นบาทต่อเดือน รวมค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละเดือนแล้วนับว่าเป็นค่าใช้จ่ายมิใช่น้อย ซึ่งเป็นภาระให้กับครอบครัวของผู้ป่วยอย่างมาก

นอกจากสุขภาพกายของผู้สูงอายุแล้ว สุขภาพกายของวัยแรงงานก็มีความสำคัญเช่นกัน แม้ว่าข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรค พบว่า แนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพได้ลดลงจาก 7.85 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2541 เหลือ 4.48 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2547 แต่สารพิษบางประเภทก็ส่งผลให้การเจ็บป่วยของกลุ่มวัยแรงงานค่อนข้างสูง อันได้แก่ สารกำจัดศัตรูพืช ดังนั้นตราบใดที่ประเทศไทยยังผลิตและนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืชในปริมาณที่เพิ่มขึ้น เกษตรกรและผู้ใช้แรงงานภาคอุตสาหกรรมก็ย่อมเป็นผู้ได้รับสารพิษที่สำคัญ

ในด้านสุขภาพจิต พบว่า 1 ใน 5 คนไทยกำลังมีทุกข์ทางใจ เนื่องจากยังเผชิญโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคจิต และโรคผิดปกติทางอารมณ์ มีถึง 1.8 ล้านคนมีอาการของโรคซึมเศร้า พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะเพศหญิง นอกจากอาการของโรคซึมเศร้าแล้ว ความเครียดก็เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างหนึ่ง สาเหตุสำคัญของความเครียดอันดับแรก คือ เรื่องเศรษฐกิจการเงิน รองลงไปคือ ครอบครัว และอันดับสาม คือ เรื่องงาน

ตรงกันข้ามกับความทุกข์ใจ นั่นคือ ความสุข ซึ่งเป็นตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิตตัวหนึ่ง พบว่า ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 32 ของโลกที่มีความสุข และเป็นประเทศที่มีความสุขอันดับที่ 7 จาก 24 ประเทศในเอเชีย การวัดความสุขในประเทศไทยได้มีหลายหน่วยงานหรือสถาบันที่พยายามพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุข มีทั้งที่เหมือนกันและต่างกัน เงินออม หนี้สิน รายได้ สิ่งแวดล้อม และชุมชนเข้มแข็ง เป็นตัวชี้วัดที่ได้รับการยอมรับในการวัดความสุข

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของคนไทย พบว่า ความดันเลือดสูง โคเลสเตอรอลในเลือดสูง สูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์มากอ้วนเกินไป มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และการเป็นเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งสิ้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค จึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำ นอกจากการสูบบุหรี่จะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแก่ตัวผู้สูบเองแล้ว ควันจากบุหรี่มือสองก็มีผลต่อผู้ใกล้ชิดเช่นกัน โดยเฉพาะภายในบ้านเป็นแหล่งสำคัญที่เด็กได้รับควันบุหรี่มากกว่าสถานที่อื่น รายงานของกระทรวงสาธารณสุข สหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2549 ระบุว่า การได้รับควันบุหรี่ในบ้านหรือที่ทำงานเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 25-30 เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20-30 และหากผู้ที่ได้รับควันบุหรี่เป็นหญิงมีครรภ์และทารกจะทำให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ และมีความเสี่ยงของอาการเกิดโรคไหลตายในเด็กสูงขึ้น ในเด็กเล็กที่ได้รับควันบุหรี่จะเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบและปอดบวม

ในด้านสุขภาพสังคม เรื่องสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่กระทบต่อสุขภาพของคนไทย มากกว่าครึ่งหนึ่งของเสียอันตรายที่เกิดจากภาคอุตสาหกรรมที่ยังไม่ได้ถูกกำจัดอย่างถูกต้อง ทำให้สารเคมีจากของเสียปนเปื้อนสู่ระบบนิเวศน์และระบบห่วงโซ่อาหารได้ ดังนั้นภาครัฐควรเร่งสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์กำจัดของเสียอันตรายให้มากขึ้น

ในสังคมที่มีการแข่งขันกันสูง การโฆษณาถือว่ามีส่วนสำคัญในการส่งเสริมระบบทุนนิยม ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของเราด้วยเช่นกัน พบว่า การทุ่มงบโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมูลค่ากว่า 1,000 ล้านบาทต่อปี ทำให้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้รับความนิยมมากขึ้น จนทำให้ใช้เกินความจำเป็นในผู้บริโภคบางราย ปัญหาสำคัญที่พบในการใช้อาหารเสริม คือ ไม่เห็นผลตามสรรพคุณดังที่โฆษณา

ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) พบว่า สัญญาอสังหาริมทรัพย์ และอาหาร เป็นเรื่องที่ผู้บริโภคร้องเรียนมากที่สุด ระบบการพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค เพื่อไม่ให้ถูกเอารัดเอาเปรียบในรูปแบบต่างๆ จึงมีความสำคัญที่ต้องผลักดันให้เกิดขึ้นโดยเร็ว

สุขภาพสังคมถูกวัดด้วยด้านเศรษฐกิจเช่นกัน พบว่า คนไทยมีค่าใช้จ่ายและหนี้สินเพิ่มขึ้น และ1 ใน 3 ของหนี้สิ้นเป็นหนี้สินที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ เช่น หนี้สินที่กู้มาเพื่อใช้จ่ายในครัวเรือนเป็นต้น นอกจากนี้พบว่า 1 ใน 3 ของครัวเรือนทั้งหมดในปี พ.ศ. 2547 มีรายจ่ายของการเล่นการพนัน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเป็นพื้นที่ที่สัดส่วนของครัวเรือนมีรายจ่ายด้านนี้สูงกว่าภาคอื่น

เมื่อกล่าวถึงเรื่องเศรษฐกิจแล้ว จำเป็นต้องกล่าวถึงตัวชี้วัดเรื่องเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดด้านสุขภาพปัญญาไปด้วย คนส่วนใหญ่มองว่า เศรษฐกิจพอเพียงเป็นเรื่องของคนชนบทที่มีวิถีชีวิตในภาคเกษตรกรรมเท่านั้น แต่ในความเป็นจริง เศรษฐกิจพอเพียงสามารถนำมาประยุกต์กับภาคธุรกิจได้ เนื่องจากเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตที่ทุกภาคส่วนของสังคมสามารถนำไปปฏิบัติได้เช่นกัน โดยมีเงื่อนไขหรือปัจจัยนำเข้า 2 ประการ คือ คุณธรรม และความรอบรู้ โดยเงื่อนไขสองประการนี้ได้ถูกนำไปสู่กระบวนการที่มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีระบบคุ้มกันที่ดี ผลลัพธ์ที่ได้จะมีก่อให้เกิดความสมดุลและความมั่นคงยั่งยืนของสังคม

นอกจากด้านสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจที่สังคมต้องแสดงความเป็นห่วงแล้ว กลุ่มเด็กและวัยรุ่นก็ต้องได้รับความสนใจด้วย เนื่องจากพบว่ามีถึง 1 ใน 3 ของเด็กและวัยรุ่นไทยมีการเล่นการพนัน ความรุนแรงที่เกิดจากการพนัน คือ การทำร้ายร่างกาย การลักขโมย การขู่กรรโชกทรัพย์ และการค้าประเวณี นอกจากนี้ยังพบปัญหาการใช้สื่อเทคโนโลยีสมัยใหม่ของกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่ไม่เหมาะสม เด็กและวัยรุ่นใช้เวลาประมาณ 8 ชั่วโมงต่อวันไปกับการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ดูหนังจากแผ่นซีดี ฟังเพลงจากเครื่องเล่น MP3 ใช้อินเตอร์เนต และคุยโทรศัพท์ พิษภัยจากการใช้สื่อที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง และมีปัญหากับด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ รวมถึงการเรียนด้วยความไม่เท่าเทียมกันด้านการศึกษา สะท้อนถึงสุขภาพสังคมของไทยด้วยเช่นกัน เห็นชัดเจนระหว่างโอกาสด้านการศึกษาที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างเด็กในเมืองและชนบท ภาคอีสานเป็นพื้นที่ที่มีเด็กไม่ได้เรียนต่อหลังจากจบการศึกษาในระดับช่วงชั้นต่างๆ มากที่สุด การขาดแคลนทุนทรัพย์เป็นสาเหตุสำคัญที่ไม่ได้เรียนต่อ ดังนั้น การศึกษานอกระบบโรงเรียนจึงเป็นแหล่งรองรับเด็กที่ขาดแคลนทุนทรัพย์เหล่านี้ อย่างไรก็ตามการจัดสรรทรัพยากรจากภาครัฐยังคงมีความไม่เท่าเทียมอย่างชัดเจนระหว่างการศึกษาในระบบและนอกระบบโรงเรียน

1 ภาวะสมองเสื่อม มหันตภัยใกล้ตัว

ในอีก 20 ปีข้างหน้า คนไทยมากกว่า 450,000 คน มีแนวโน้มเกิดภาวะสมองเสื่อม

จัดทำโดย แพทย์หญิงอรพิชญา ไกรฤทธิ์ และแพทย์หญิงสิรินทร ฉันศิริกาญจน โรงพยาบาลรามาธิบดี

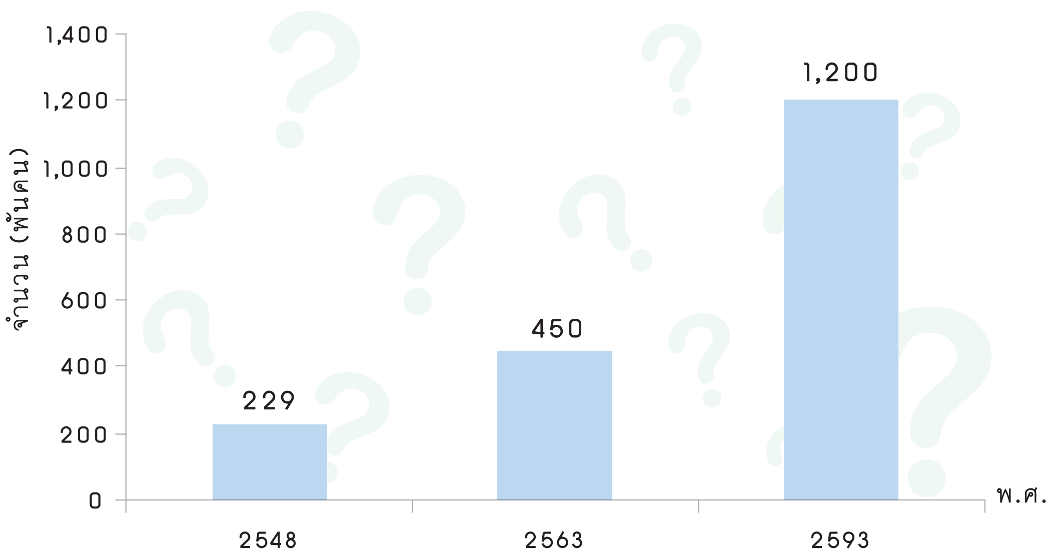
นอกจากผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะจำอะไรไม่ได้แล้ว ยังไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติได้เอง ส่งผลกระทบทั้งกาย ใจ สังคมและเศรษฐกิจกับทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

สมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้ในคนทุกวัย แต่พบบ่อยขึ้นในคนสูงอายุ รายงานของกลุ่มทำงานด้านสมองเสื่อมในเขตพื้นที่เอเชียแปซิฟิกสรุปได้ว่า ในปี 2548 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมในภูมิภาคนี้มากถึง 13.7 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 64.6 ล้านคนในอีก 50 ปีข้างหน้า สำหรับประเทศไทยความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ 229,000 คน และในอีก 20 ปีข้างหน้าคาดว่าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน และเพิ่มสูงมากกว่า 1 ล้านคน ในปี 2593 หรืออีกเพียง 50 ปีข้างหน้าเท่านั้น

ภาวะสมองเสื่อมจัดเป็นมหันตภัยเงียบ เพราะนอกจากจะสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการทำงานและในการตัดสินใจแล้ว ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยทั้งทางกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 1 คนต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน นำมาสู่ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมาก หากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลจะมีค่าดูแล ประมาณ 4,000 - 6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น การต้องลาออกจากงาน ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วยเอง เป็นต้น และอาจต้องเพิ่มเป็น 8,000 - 16,000 บาทต่อเดือน หากผู้ป่วยมีอาการหนัก ที่ต้องจ้างผู้ดูแลเพิ่ม ทั้งนี้ไม่นับรวมค่ายาและค่ารักษาพยาบาลของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

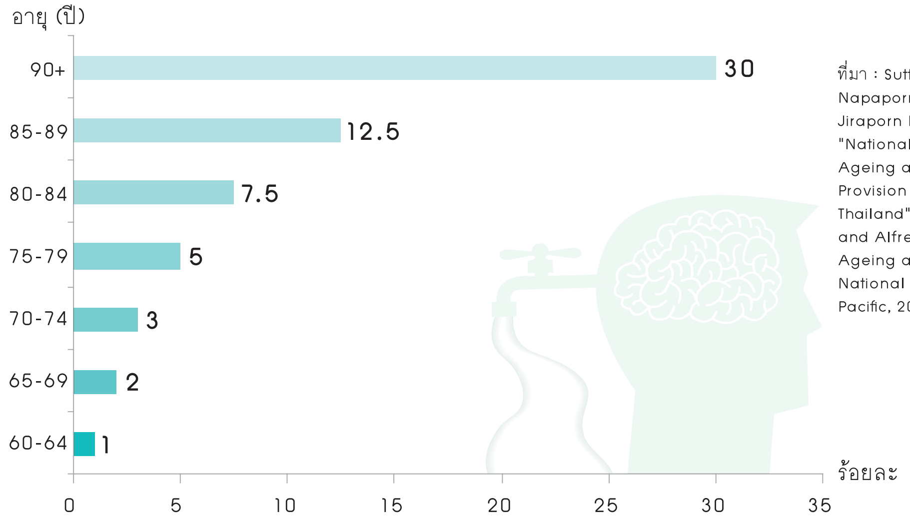
ถึงเวลาแล้วที่จะร่วมกันเรียนรู้ ดูแล ป้องกัน และให้ความสำคัญกับภาวะสมองเสื่อม เหมือนดังคำขวัญของสมาคมอัลไซเมอร์นานาชาติในปีนี้ที่กล่าวว่า "No time to lose" "ช้าอีกไม่ได้แล้ว"

คาดการณ์ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พ.ศ. 2548-2593



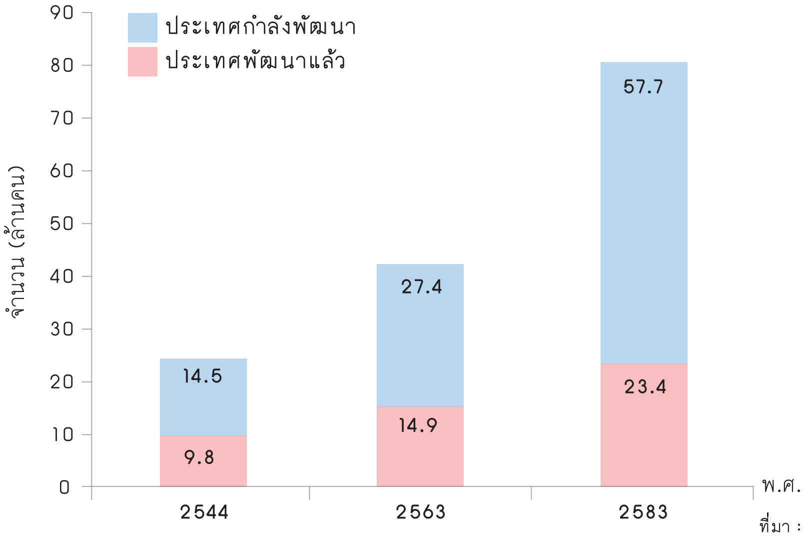
ที่มา : Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study, 2005.

ความชุก (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม จำแนกตามกลุ่มอายุ



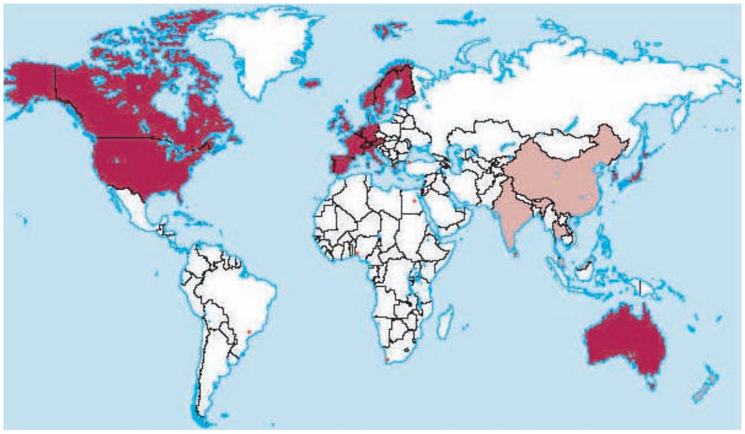
ที่มา : Sutthichai Jitapunkul, Napaporn Chayovan and Jiraporn Kespichaywattana. "National Policies on Ageing and Long-term Care Provision for Older Persons in Thailand" in David R. Phillips and Alfred CM. Chan (eds), Ageing and Long-term Care : National Policies in the Asia-Pacific, 2002.

จำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาแล้ว



ที่มา : Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study, 2005.

พื้นที่ที่มีการศึกษาความชุกด้านสมองเสื่อม



- ภูมิภาคที่มีการศึกษาครอบคลุมและมีระเบียบวิจัยที่มีคุณภาพ
- ภูมิภาคที่มีการศึกษาแต่ไม่เพียงพอที่จะคาดประมาณความชุกได้อย่างมีความเชื่อมั่น
- ประเทศที่มีการศึกษาทางระบาดวิทยาเพียงหน่วยงานเดียว
- ประเทศที่ไม่มีการศึกษาทางระบาดวิทยา

ที่มา : Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study, 2005.

2 สุขภาพแรงงาน

โรคจากการประกอบอาชีพเป็นภัยคุกคามกำลังแรงงานของไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกษตรกรไทยจำนวนมาก ซึ่งต้องรับพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชในระดับอันตราย

จัดทำโดย คณะทำงานสุขภาพคนไทย

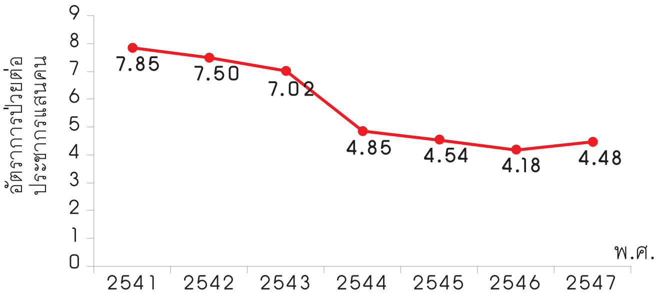
ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ ทำงานในภาคเกษตรกรรม อีกหนึ่งในห้าเป็นผู้ใช้แรงงาน

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประชากรไทย ณ ครึ่งปี 2548 มีจำนวน 64.8 ล้านคน เป็นผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 36.4 ล้านคน ในจำนวนนี้ร้อยละ 43 ทำงาน ในภาคเกษตร ส่วนอีกร้อยละ 57 ทำงานนอกภาคเกษตรกำลังแรงงานเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เพราะการเจ็บป่วยและสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ย่อมหมายถึง การทำงานที่ไม่มีคุณภาพและประสิทธิภาพซึ่งอาจนำไปสู่ การลดลงของผลิตภาพการผลิตของประเทศ การสูญเสียอาชีพการงาน และการลดลงของรายได้ของครอบครัว

ปัจจุบันโรคจากการประกอบอาชีพ ยังมิใช่สาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญของคนไทย รายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข จัดโรคจากการประกอบอาชีพไว้ในลำดับที่ 22 ของสาเหตุการเจ็บป่วย และลำดับที่ 15 ของสาเหตุการตายของประชากรไทย แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบ อาชีพลดลงจาก 7.85 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2541 เหลือ 4.48 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2547 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานประกันสังคมที่พบว่า ลูกจ้างที่ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมลดลงจาก ร้อยละ 4.4 ในปี 2538 เหลือร้อยละ 2.8 ในปี 2548

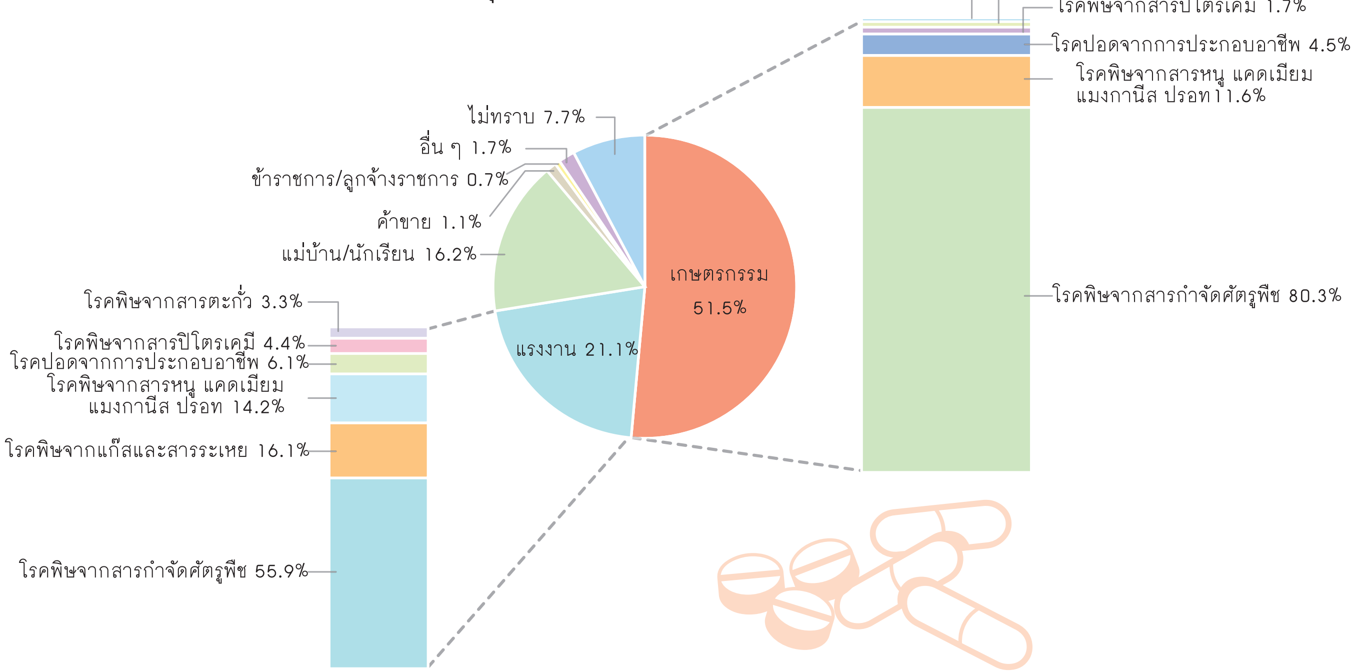
อย่างไรก็ดี การศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในโครงการประเมินความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของเกษตรกรจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปี 2547 ในพื้นที่ 5 จังหวัด พบเกตรกรที่ได้รับพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชถึงขั้นมีระดับเอนไซม์ผิดปกติถึงร้อยละ 42.2 นอกจากนั้น สารกำจัดศัตรูพืชยังเป็นแหล่งสารพิษที่สำคัญของแรงงานภาคอุตสาหกรรมด้วยเช่นกัน และตราบใดที่ประเทศไทยยังผลิตและนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืชในปริมาณที่เพิ่มขึ้น เกษตรกรและแรงงานภาคอุตสาหกรรมของไทยก็ย่อมกลายเป็นแหล่งสะสมพิษที่สำคัญ ซึ่งจะเป็นการบั่นทอนพลังเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต

อัตราการเจ็บป่วยจากโรคจากการประกอบอาชีพ ต่อประชากรแสนคน ระหว่าง พ.ศ. 2541-2547



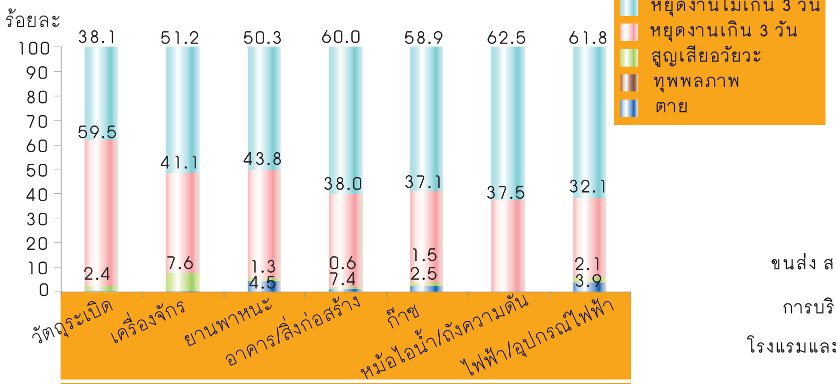
ที่มา : สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2545-2547. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข

สัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคจากการประกอบอาชีพ จำแนกตามภาคอุตสาหกรรม และชนิดของโรค พ.ศ. 2547



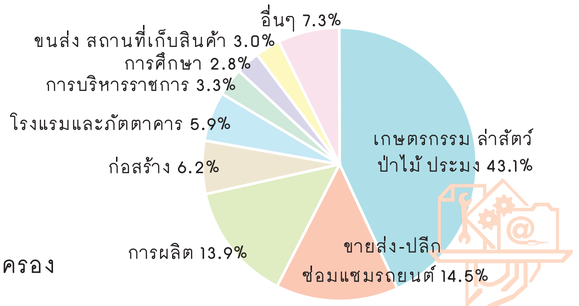
ที่มา : คำนวณจากรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2547. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย พ.ศ. 2547



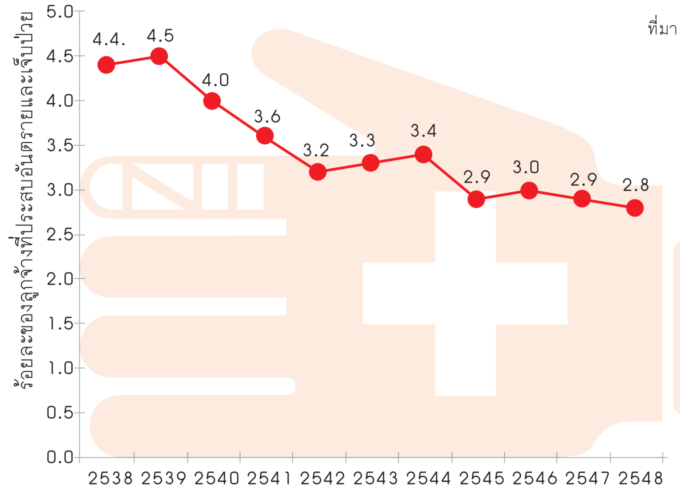
ที่มา : อ้างจาก โยธิน แสวงดี และคณะ 2548. ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานกองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2547

ผู้มีงานทำอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอุตสาหกรรมการทำงาน พ.ศ. 2548



ที่มา : รายงานลักษณะของประชากร จากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

การประสบอันตรายและเจ็บป่วยของลูกจ้างในข่ายคุ้มครอง กองทุนเงินทดแทน ระหว่าง พ.ศ. 2538-2548



ที่มา : ข้อมูลสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน
http://www.sso.go.th/knowledge/link/36-48.htm
ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2545-2547.
สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข

3 ทุกข์ทางใจ

1 ใน 5 คนไทยกำลังมีทุกข์ทางใจ โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลยังคงเป็นปัญหาสุขภาพจิตระดับต้นที่ต้องได้รับการแก้ไข และความเครียดก็ยังเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่ไม่ควรวางใจ

จัดทำโดย นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน กระทรวงสาธารณสุข

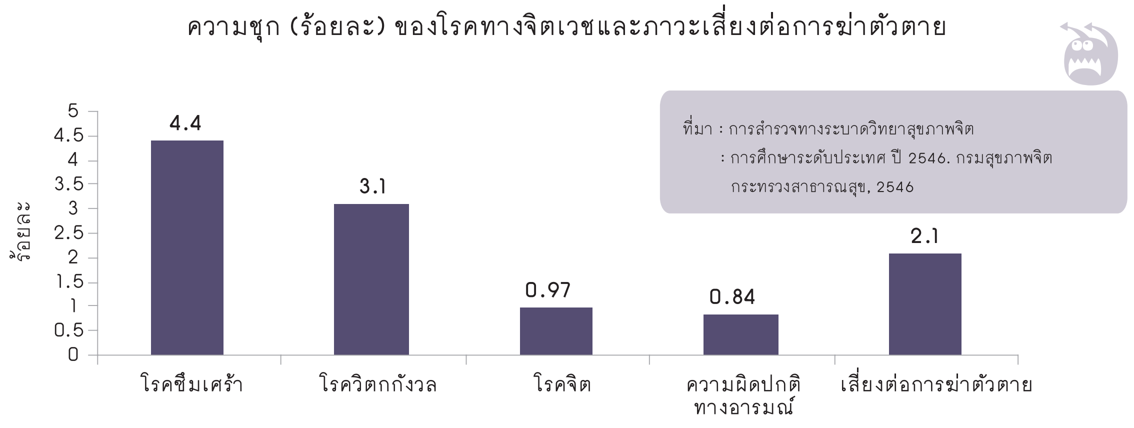
ใจเป็นนายกายเป็นบ่าว เป็นคำสอนแบบไทยๆ ที่ลึกซึ้งและถูกถ่ายทอดกันมานาน แต่ความยากในการเข้าใจปัญหาทางจิต หรือทุกข์ทางใจ และภาพอคติที่มีต่อผู้ป่วยทางใจ ทำให้หลายคนไม่ตระหนักหรือไม่รับรู้ว่า ทุกข์หรือโรคทางใจเหล่านี้กำลังคุกคามและอยู่ใกล้ตัวเรามาก

การสำรวจความชุกของโรคจิตเวชระดับชาติ ในปี 2546 ได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง อายุ 15-59 ปี พบว่า 1 ใน 5 ของคนไทยกำลังเผชิญหน้ากับโรคทางจิตเวชหลักๆ หลายโรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคจิต และ โรคความผิดปกติทางอารมณ์ คนไทยถึง 1.8 ล้านคน มีอาการของโรคซึมเศร้า โดยพบความชุกสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบว่าผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อโรคนี้มากกว่าผู้ชายในทุกภาค โดยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depressive disorder) 1.3 ล้านคน รองลงมา ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคจิต โรคความผิดปกติทางอารมณ์ ไปจนถึงกลุ่มมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึง 8 แสนกว่าคน

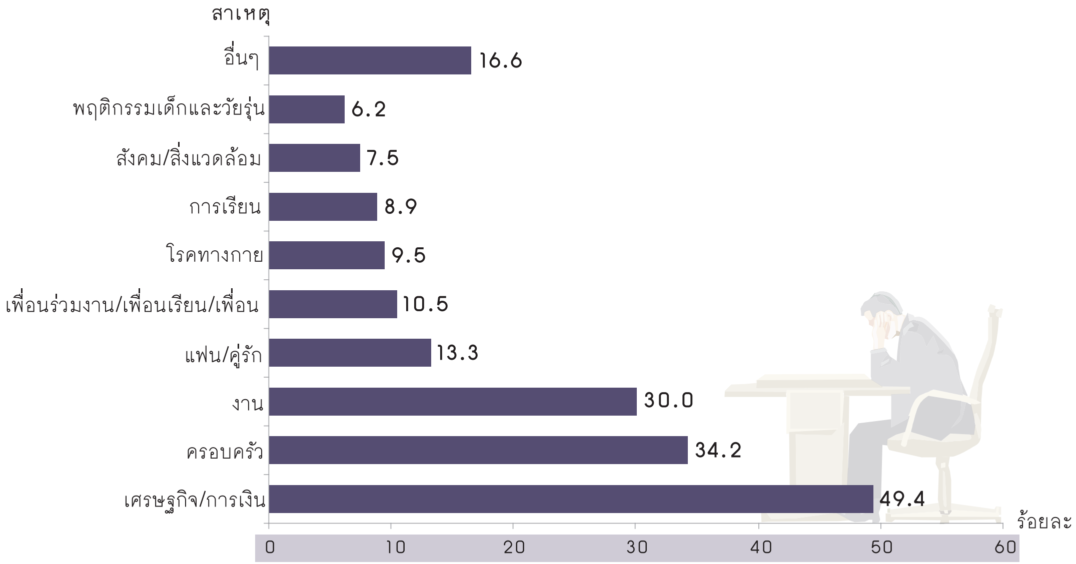
ความเครียดเป็นอีกปัญหาทางสุขภาพจิตระดับชาติ พบว่า ร้อยละ 8 ของคนไทยมีความเครียดมาก ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน ความเครียดเล็กน้อยช่วยกระตุ้นให้ร่างกายและจิตใจตื่นตัว แต่หากมีระดับความเครียดมากเกินไปก็จะส่งผลต่อสุขภาพจิต สาเหตุสำคัญของการเกิดความเครียดคือ เรื่องเศรษฐกิจการเงิน ครอบครัวและการงาน การสำรวจสุขภาพจิตของลูกจ้างในสถานประกอบการ พบว่ามีระดับความเครียดสูงและรุนแรงถึงร้อยละ 23.9 และมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 32.8

การป้องกันและบรรเทาปัญหาสุขภาพจิตมีองค์ประกอบสำคัญคือ การให้ความรู้ สร้างความตระหนักถึงปัญหา สร้างการยอมรับและลดอคติที่มีต่อโรคทางจิต ตลอดจนการเข้าถึงการรักษาและการยอมรับผู้ป่วยที่ได้รับการเยียวยารักษาแล้วให้เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

ความชุก (ร้อยละ) ของโรคทางจิตเวชและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

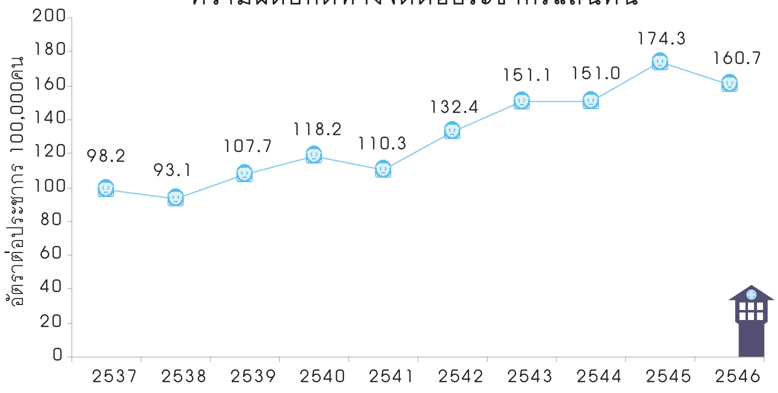


ปัญหา/สาเหตุที่ทำให้เครียด



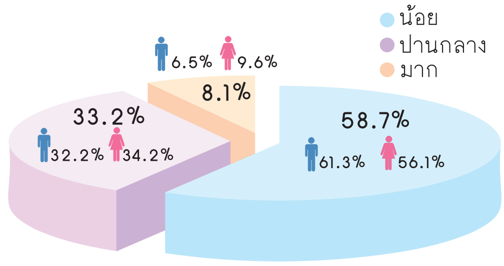
ที่มา : การสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับประเทศ ปี 2546. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, 2546
หมายเหตุ : สาเหตุเลือกได้มากกว่า 1 สาเหตุ

อัตราการเข้าพักในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตต่อประชากรแสนคน



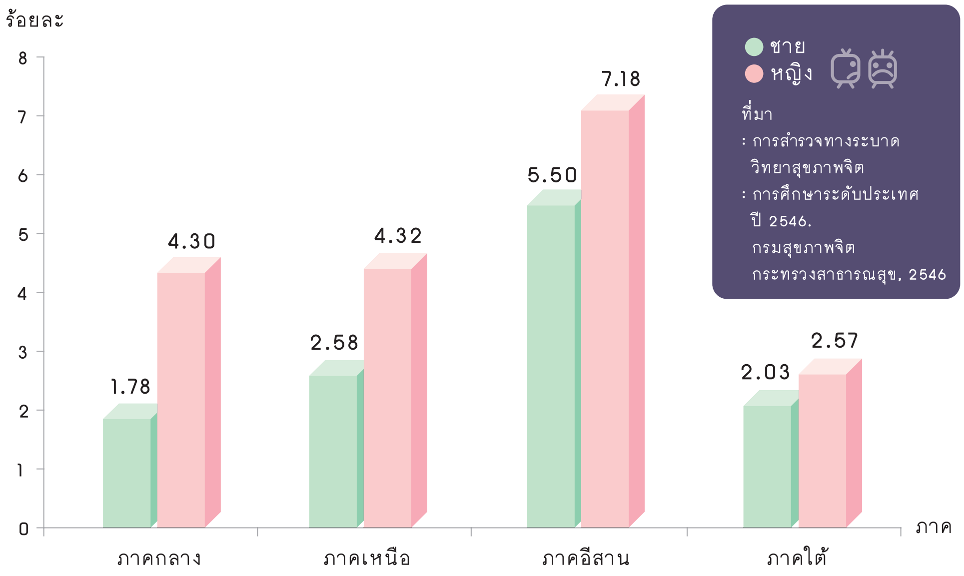
ที่มา : รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2537-2546

ระดับความเครียดที่พบจากการสำรวจ จำแนกตามเพศ พ.ศ.2546



ที่มา: การสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับประเทศ ปี 2546. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546

ความชุก (ร้อยละ) ของโรคซึมเศร้าในประชากรไทยจำแนกตามเพศและพื้นที่



4 ความสุข

ประเทศไทยมีความสุขเป็นอันดับที่ 7 จาก 24 ประเทศในทวีปเอเชีย

จัดทำโดย คณะทำงานสุขภาพคนไทย

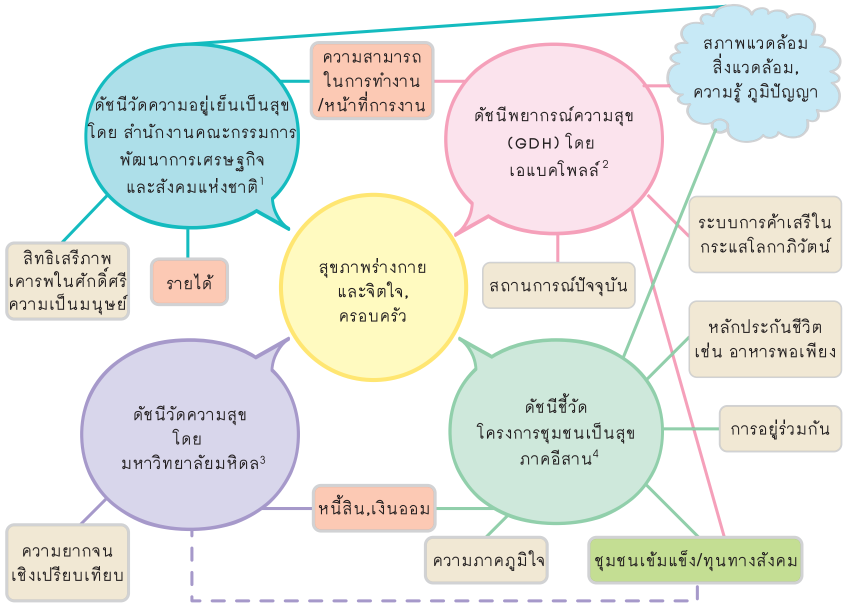
สถานการณ์บางช่วงมีส่วนทำให้ความสุขของคนไทยเพิ่มขึ้นหรือลดลง แต่ตัวชี้วัดที่ทำให้คนไทยเพิ่มความสุขได้ คือ การมีเงินออม ความรู้สึกว่าไม่ยากจนเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนบ้าน ชุมชนเข้มแข็ง การมีรายได้มากพอ และการที่พ่อแม่ลูกอยู่พร้อมหน้ากัน

ดัชนีชี้วัดความสุขเริ่มได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น ในต่างประเทศได้มีการกล่าวถึงดัชนีความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross National Happiness-GNH) ของประเทศภูฏาน และดัชนีโลกแห่งความสุข (Happy Planet Index-HPI) พัฒนาโดยมูลนิธิเศรษฐกิจใหม่ (New Economics Foundation) ดัชนีของสองสำนักมีความเหมือนกันในการตระหนักถึงจริยธรรม และการบริโภคทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ส่วนตัวชี้วัดที่ต่างกันคือ ดัชนีโลกแห่งความสุขใช้ความยืนยาวของชีวิต และความพอใจในชีวิตเป็นการวัดความสุข แต่ความสุขมวลรวมประชาชาติ ใช้การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ การส่งเสริมวัฒนธรรม และธรรมาภิบาล เป็นตัวชี้วัดด้วย เมื่อใช้ดัชนีโลกแห่งความสุขมาวัดประเทศต่างๆ 178 ประเทศทั่วโลก ในปี 2549 พบว่า ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 32

การวัดความสุขในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาดัชนีวัดความสุขในระดับชาติและระดับท้องถิ่นหลายแนวคิด แต่พบว่าตัวชี้วัดความสุขที่หลายสำนักเห็นพ้องกัน คือ เรื่องสุขภาพกายและใจ และความอบอุ่นในครอบครัว ส่วนตัวชี้วัดที่ค่อนข้างจะเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป ได้แก่ เรื่องรายได้ หนี้สิน เงินออม การทำงาน สิ่งแวดล้อม และชุมชนเข้มแข็ง นอกนั้นแต่ละสำนักก็ได้พัฒนาตัวชี้วัดความสุขอื่นๆ ของตนขึ้น การสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ที่ทำการสำรวจทุกเดือนสะท้อนให้เห็นว่า โดยปกติแล้วคนไทยมีความสุขระดับปานกลาง คือ ไม่ทุกข์หรือไม่สุขมาก แต่เมื่อมีเหตุการณ์พิเศษ ก็ทำให้ความสุขของคนไทยเพิ่มขึ้น หรือลดลงได้ เช่น งานเฉลิมฉลองการครองสิริราชย์สมบัติครบ 60 ปี (เดือนมิถุนายน 2549) ที่ทำให้ความสามัคคีของคนในชาติมีมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความสุขสูงมากเกือบเต็ม 10 แต่เมื่อมีเหตุการณ์ที่ส่งผลถึงความเป็นอยู่ ได้แก่ ความเดือดร้อนจากภัยพิบัติน้ำท่วมในหลายจังหวัด (เดือนตุลาคม 2549) ส่งผลให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจราคาสินค้าสูง ก็ทำให้ความสุขของคนไทยลดลงมาก

ในการสำรวจใน 2 จังหวัดก็พบระดับความสุขที่ใกล้เคียงกัน คือ มีความสุขปานกลาง แต่หากครัวเรือนใดมีเงินออม ความรู้สึกที่คิดว่าตนเองไม่ยากจนเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนบ้าน ทุนทางสังคมสูง (หรือชุมชนเข้มแข็ง) รายได้มากกว่า 50,000 บาท ต่อปี และครอบครัวอยู่พร้อมหน้า จะมีระดับความสุขที่สูงกว่า

ความพยายามพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุข ของหน่วยงานต่างๆ ในประเทศไทย

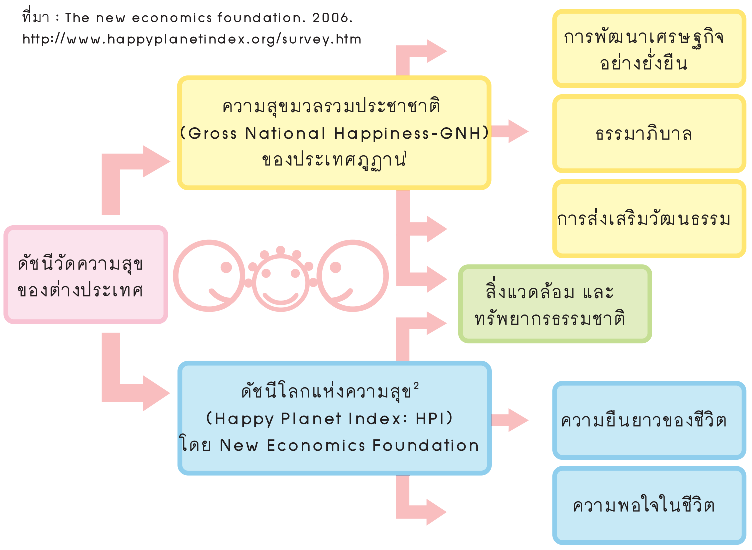


ที่มา: สรุปความจาก
1. "เปิดโมเดลสภาพัฒน์ พัฒนา 'ดัชนีวัดความอยู่เย็นเป็นสุข' ฐานเศรษฐกิจ ปีที่ 26 ฉบับที่ 2164 หน้า 14 วันที่ 9-11 พฤศจิกายน 2549.
2. สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. รายงานดัชนีความสุขมวลรวมของประชาชนภายในประเทศ. ประจำเดือน ตุลาคม. 2549
3. รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. 2549. ดัชนีความสุขจังหวัดชัยนาทและกาญจนบุรี : หนึ่งในโครงการวิจัยบูรณาการเชิงพื้นที่เพื่อแก้ปัญหาความยากจนอย่างมีส่วนร่วมในภูมิภาคตะวันตก
4. อภิสิทธิ์ ธำรงวรางกูร และทานพิพย์ ธำรงวรางกูร. 2549. การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมดีจังหวัดขอนแก่น.

อันดับความสุขของประเทศในเอเชียจากดัชนีโลกแห่งความสุข ปี 2549

อันดับที่	ประเทศ	คะแนนความสุข (เต็ม 100)
12	เวียดนาม	61.2
13	ภูฏาน	61.1
15	ศรีลังกา	60.3
17	ฟิลิปปินส์	59.2
23	อินโดนีเซีย	57.9
31	จีน	56.0
32	ไทย	55.4
39	มัลดีฟส์	53.5
41	บังคลาเทศ	53.2
44	มาเลเซีย	52.7
48	ติมอร์ตะวันออก	52.0
54	เนปาล	50.0
56	มองโกเลีย	49.6
62	อินเดีย	48.7
77	พม่า	44.6
84	ไต้หวัน	43.4
88	ฮ่องกง	42.9
91	กัมพูชา	42.2
95	ญี่ปุ่น	41.7
100	บรูไน	41.2
102	เกาหลี	41.1
109	ลาว	40.3
112	ปากีสถาน	39.4
131	สิงค์โปร์	36.1

ที่มา : The new economics foundation. 2006.
http://www.happyplanetindex.org/survey.htm



ที่มา : 1.ความสุขมวลรวมประชาชาติ มุ่งสู่กระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนา
2. กรอบแนวคิดการพัฒนาดัชนีอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย

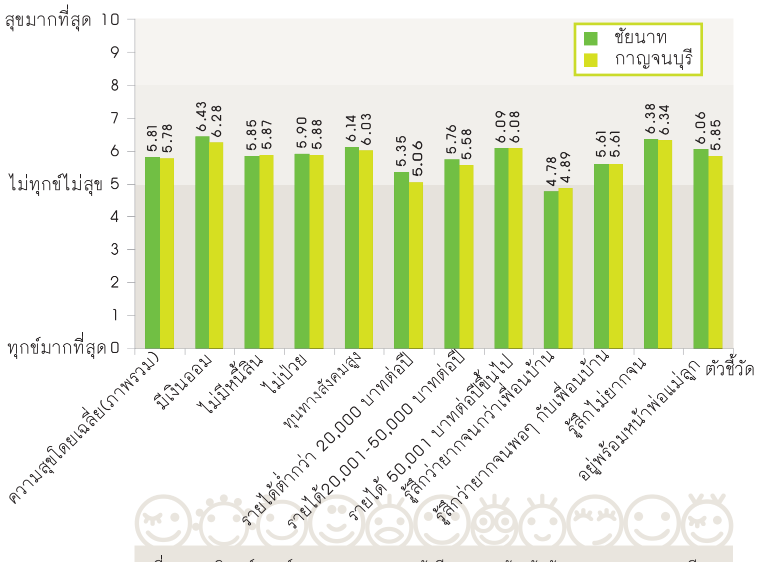
ประเทศที่มีความสุขมากที่สุดและน้อยที่สุด

10 อันดับสูงสุด	คะแนนความสุข (เต็ม 100)
วานูอาตู	68.2
โคลัมเบีย	67.2
คอสตาริกา	66.0
โดมินิกา	64.6
ปานามา	63.5
คิวบา	61.9
ฮอนดูรัส	61.8
กัวเตมาลา	61.7
เอลซัลวาดอร์	61.7
เซนต์วินเซนต์และเกรนาดีนส์	61.4

10 อันดับน้อยสุด	คะแนนความสุข (เต็ม 100)
ซิมบับเว	16.6
สวาซิแลนด์	18.4
บุรุนดี	19.0
สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก	20.7
ยูเครน	22.2
เอสโตเนีย	22.7
รัสเซีย	22.8
เลโซโท	23.1
อิเควทอเรียลกินี	23.8
เติร์กเมนิสถาน	24.0

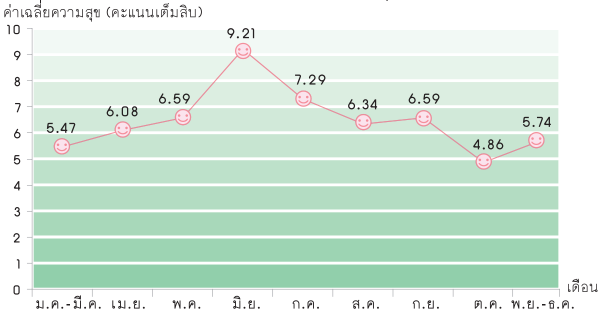
ที่มา : The new economics foundation. 2006.
http://www.happyplanetindex.org/survey.htm
หมายเหตุ : ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 32 มีคะแนนความสุขเท่ากับ 55.4
ดัชนีชี้วัดความสุขคือ ดัชนีโลกแห่งความสุข (Happy Planet Index: HPI)

ค่าเฉลี่ยความสุขของคนไทยในภาคตะวันตก พ.ศ. 2548



ที่มา : รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. 2549. ดัชนีความสุขจังหวัดชัยนาท และกาญจนบุรี : หนึ่งในโครงการวิจัยบูรณาการ เชิงพื้นที่เพื่อแก้ปัญหาความยากจนอย่างมีส่วนร่วมในภูมิภาคตะวันตก

ค่าเฉลี่ยความสุขมวลรวมของคนไทย ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ตุลาคม 2549



ตัวชี้วัดความสุข คือ

1. สุขภาพกาย
2. สุขภาพใจ
3. วัฒนธรรมประเพณี ความเป็นเอกลักษณ์ของคนไทย
4. ครอบครัว เด็ก และเยาวชน
5. การศึกษา
6. การใช้ชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง
7. ความพึงพอใจในงาน
8. บรรยากาศภายในชุมชน
9. สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย
10. ทรัพยากรธรรมชาติ และการจัดสรรอย่างเป็นธรรม
1. กระบวนการยุติธรรมและความเป็นธรรมในสังคม
12. หลักธรรมาภิบาล การเมือง รัฐบาล องค์กรอิสระ
13. ระบบการค้าเสรีในกระแสโลกาภิวัตน์
14. สถานการณ์ปัจจุบันในแต่ละเดือน

ที่มา : สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. รายงานดัชนีความสุขมวลรวมของประชาชนภายในประเทศ ประจำเดือน ธันวาคม 2549

5 ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

มากกว่า 3 ใน 5 ของคนไทย มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป ส่งผลให้โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวอันดับหนึ่งของคนไทย

จัดทำโดย นายแพทย์วิชัย เอกพลากร โรงพยาบาลรามาธิบดี

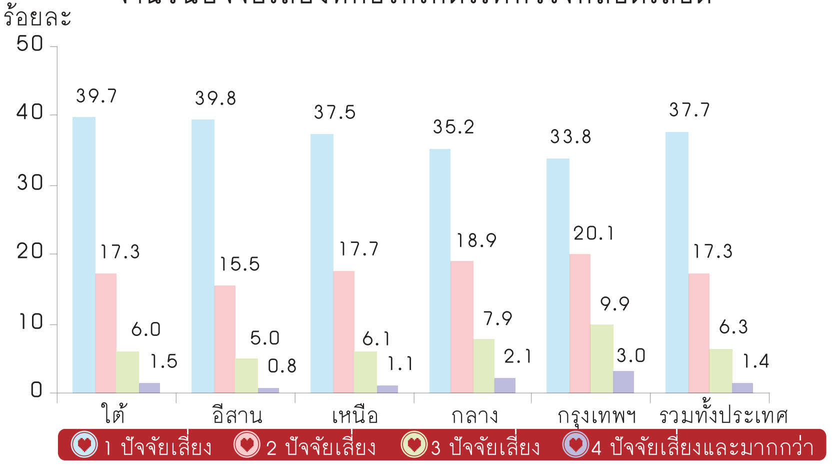
การควบคุมโรค ควรเน้นการป้องกันและรักษาปัจจัยเสี่ยงหลายด้านไปพร้อมๆ กัน

โรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวอันดับ 1 ของคนไทย ในปี 2548 คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ร้อยละ 28 ของคนไทยป่วยด้วยโรคดังกล่าว และโรคในกลุ่มหัวใจหลอดเลือด ไม่ว่าจะเป็น โรคหัวใจขาดเลือด และโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดตีบหรือหลอดเลือดแตกนี้ ได้คร่าชีวิตคนไทยรวมปีละกว่า 65,000 คน กลุ่มโรคนี้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายด้านร่วมกัน ตั้งแต่ความดันเลือดสูง โคเลสเตอรอลในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การมีเส้นรอบเอวหรือน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และเบาหวาน

ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่าผู้ชายไทยเกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่เป็นประจำ และผู้ชายมีความดันเลือดสูงกว่าผู้หญิง การเป็นเบาหวานเป็นภาวะเสี่ยงที่พบในผู้ชายกรุงเทพฯ โดยเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ชายในภาคอื่นถึง 2 เท่า ส่วนในภาคอื่น เบาหวานพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย สำหรับปัจจัยเสี่ยงในผู้หญิงที่พบมากกว่าผู้ชาย คือ ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยคนกรุงเทพฯ มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมากกว่าคนอีสานประมาณ 3 เท่า การทำกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอจนน้ำหนักเกินมาตรฐานและเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน ยังพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายด้วย

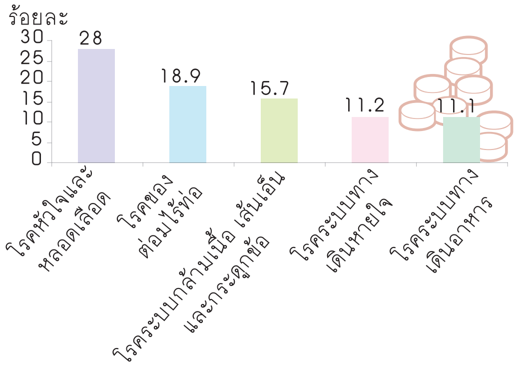
ด้วยปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ที่มีมากขึ้น ทำให้การศึกษาอันดับโรคและภาระโรคของคนไทย ปี 2547 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองขึ้นมาเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิง จากอันดับ 2 ในปี 2542 ดังนั้น การลดปัจจัยเสี่ยงร่วมเหล่านี้ให้น้อยลง จะทำให้ลดการป่วยหรือการตายจากกลุ่มโรคดังกล่าวได้ มาตรการในการจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การจัดการด้านนโยบายที่เกี่ยวกับอาหารและการบริโภคของประชาชน การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพการบริการทางสุขภาพ เป็นต้น ส่วนในระดับปัจเจกบุคคลก็คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร เช่น กินผัก ผลไม้ (ไม่หวาน) มากขึ้น ไม่สูบบุหรี่ และออกกำลังกายมากขึ้นและการฝึกจิตใจ ให้ผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้แม้ว่าไม่ใช่เรื่องง่ายแต่ก็เป็นสิ่งที่สามารถดำเนินการได้หากได้รับความสนใจอย่างจริงจัง

จำนวนปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจหลอดเลือด



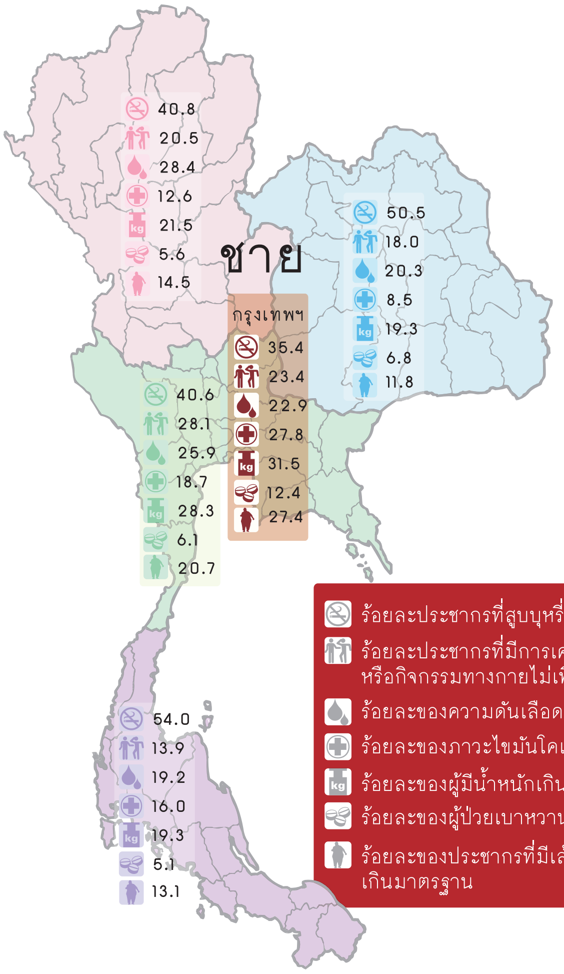
ที่มา : การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547

ร้อยละของประชากรที่มีโรคเรื้อรังหรือ โรคประจำตัว จำแนกตามกลุ่มโรค 5 อันดับแรก



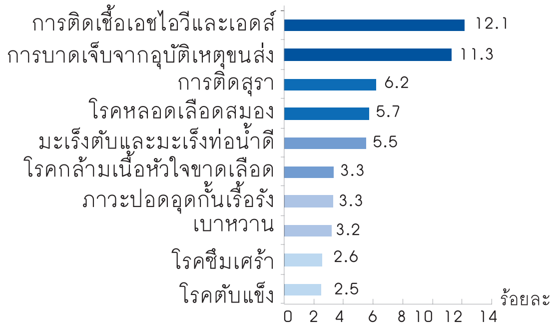
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548

ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดรายภาค

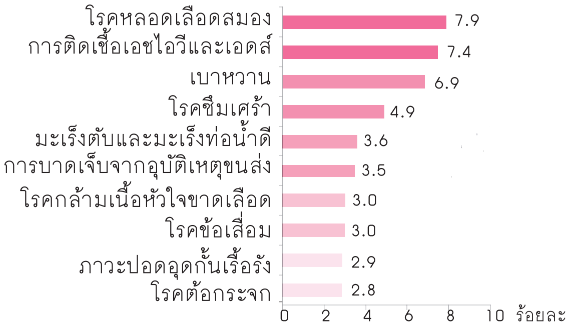


ร้อยละประชากรที่สูบบุหรี่ประจำ
ร้อยละประชากรที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ
ร้อยละของความดันเลือดสูง
ร้อยละของภาวะไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด
ร้อยละของผู้มีน้ำหนักเกิน
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน
ร้อยละของประชากรที่มีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน

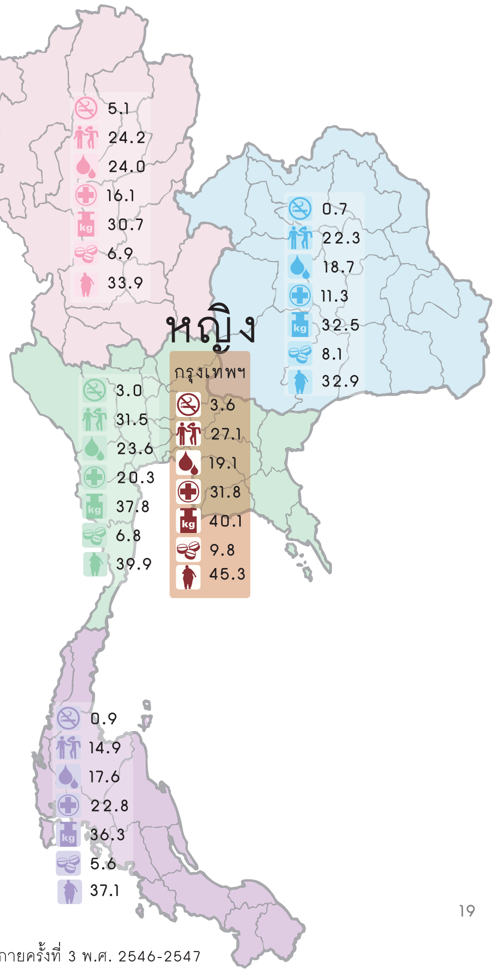
ภาระโรคในผู้ชาย ปี 2547



ภาระโรคในผู้หญิง ปี 2547



ที่มา : คณะทำงานศึกษาภาระโรคในประชาชนไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพแห่งชาติ 2549



กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ

หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายในการทำงาน การเดินทาง และการออกกำลังกายในระดับปานกลางน้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ หรือออกกำลังกายอย่างหนักน้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ตัวอย่างของกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เช่น เดินไปเดินมาในที่ทำงาน ทำครัว ถูบ้าน ล้างรถ เช็ดกระจก ตัดหญ้าด้วยเครื่องตัดหญ้า หรือการเดินไปทำงาน ขี่จักรยานน้อยกว่า 10 นาที หรือออกกำลังกายแบบเดินเร็วๆ ตีกอล์ฟ ตีเทนนิส ฝึกโยคะ ว่ายน้ำ และเล่นโบว์ลิ่ง

ที่มา : การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547

6 อันตรายจาก ควันบุหรี่มือสอง

บ้านเป็นแหล่งสำคัญที่เด็กได้รับควันบุหรี่มือสอง ที่กฎหมายยังเอื้อมไปไม่ถึง

จัดทำโดย มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

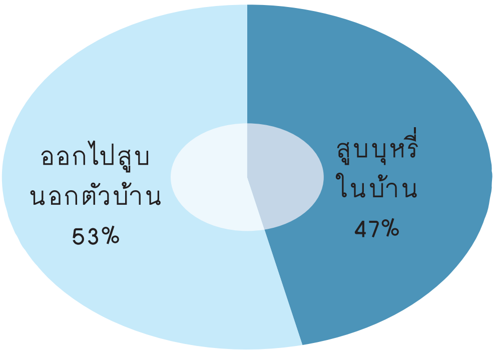
เกือบครึ่งของพ่อที่สูบบุหรี่ สูบในบ้าน ซึ่งทำให้เด็กมีโอกาสได้รับควันบุหรี่ไปด้วย

เมื่อผู้ไม่สูบบุหรี่ ได้สูดเอาควันบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย เรียกว่าเป็น "การสูบบุหรี่มือสอง" (passive smoking) และทันทีที่บุหรี่ถูกจุดขึ้น จะเกิดควันบุหรี่ทั้งจากมวนบุหรี่และควันที่ผู้สูบบุหรี่พ่นออกมา รวมเรียกว่า "ควันบุหรี่มือสอง" ซึ่งควันนี้มีสารมากกว่า 4,000 ชนิด เป็นสารพิษร้ายแรง 250 ชนิด และเป็นสารก่อมะเร็งกว่า 50 ชนิด ข้อมูลของสำนักงานคุ้มครองสิ่งแวดล้อมแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา องค์การอนามัยโลก และองค์กรทางวิทยาศาสตร์อื่นๆ ระบุตรงกันว่าควันบุหรี่มือสองเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์ที่ไม่ว่าจะได้รับมากหรือน้อยก็ไม่ปลอดภัยเลย

ดังนั้น ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ หากได้รับควันบุหรี่ จึงมีอัตราเสี่ยงในการเกิดโรคได้เกือบเท่าๆ กับผู้สูบบุหรี่ และจะอันตรายมากขึ้นหากผู้ได้รับควันบุหรี่เป็นเด็ก ซึ่งมีโอกาสอย่างมาก ในการได้รับอันตรายของควันบุหรี่มือสองจากผู้ใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่บ้าน ซึ่งเป็นสถานที่ที่เด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่นานที่สุด

มาตรการทางกฎหมายเพื่อจำกัดเขตปลอดบุหรี่ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งมีสาระสำคัญกำหนดให้สถานที่สาธารณะและสถานที่ทำงาน ที่ประชาชนใช้ร่วมกันเป็นเขตปลอดบุหรี่ จึงเป็นนโยบายสำคัญที่จะป้องกันการได้รับอันตรายจากควันบุหรี่มือสอง อย่างไรก็ตามกฎหมายไม่สามารถกำหนดให้บ้านเป็นเขตปลอดบุหรี่ได้ จึงต้องมีการรณรงค์ไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการปกป้องเด็กจากการได้รับอันตรายจากการสูบบุหรี่

เมื่ออยู่ที่บ้าน ผู้ใหญ่สูบบุหรี่ที่ไหน



ที่มา : สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ วิจัยสำรวจเรื่อง "ความคิดเห็นของเด็กต่อผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ : กรณีศึกษานักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2-4 ในเขตกรุงเทพมหานคร",2547

รายชื่อสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535

ปลอดบุหรี่ทั้งหมด

- รถยนต์โดยสารประจำทาง
- รถยนต์โดยสารรับจ้าง
- ตู้โดยสารรถไฟ
- เรือโดยสาร
- เครื่องบินโดยสารภายในประเทศ
- ที่พักผู้โดยสารเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศและที่พักผู้โดยสารรถไฟฟ้า
- ลิฟต์โดยสาร
- ตู้โทรศัพท์สาธารณะ
- รถรับส่งนักเรียน
- โรงมหรสพ
- ห้องสมุด
- ร้านตัดผมเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
- ร้านตัดเสื้อเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
- สถานเสริมความงามเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
- ร้านขายยาเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
- สถานที่บริการอินเตอร์เน็ตเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
- ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า หรือสถานที่จำหน่ายสินค้าเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
- สถานที่ออกกำลังกายเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
- สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
- ศาสนสถานเฉพาบริเวณที่ประกอบศาสนกิจ
- สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มหรือสถานที่จัดเลี้ยงเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
- สุขา
- ท่าเทียบเรือสาธารณะ
- สถานที่เล่นกีฬาโบว์ลิ่ง
- บริเวณโถงพักคอยของโรงแรม เฉพาะบริเวณที่เป็นระบบปรับอากาศ
- สถานที่ให้บริการนวดแผนไทย/แผนโบราณ นวดเพื่อสุขภาพ นวดเสริมสวย สปา

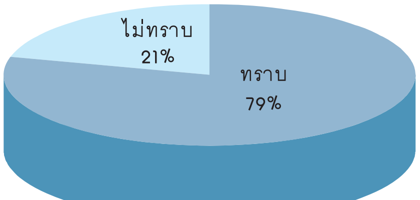
ยกเว้นห้องพักหรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงาน

- โรงเรียนหรือสถานศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา โดยครอบคลุมพื้นที่ภายในบริเวณรั้วทั้งหมด
- อาคารจัดแสดงศิลปวัฒนธรรม พิพิธภัณฑสถาน หรือหอศิลป์
- สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
- สถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน
- สนามกีฬาในร่ม

ยกเว้นห้องพักหรือห้องทำงานส่วนตัวของผู้ปฏิบัติงานและเขตสูบบุหรี่ที่จัดไว้

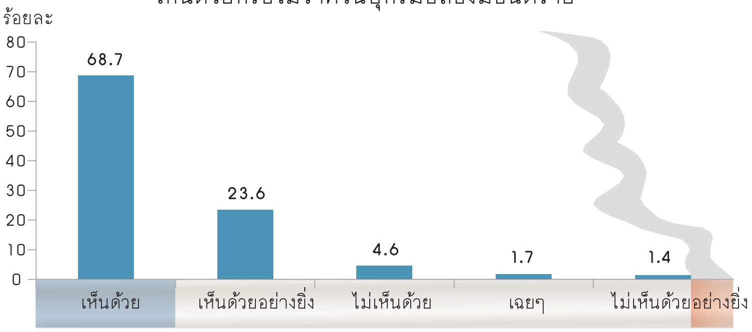
- อาคารของมหาวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา
- บริเวณแสดงสินค้าหรือนิทรรศการเฉพาะที่มีระบบปรับอากาศ
- สถานที่ราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
- ธนาคารและสถาบันการเงิน
- สำนักงานที่มีระบบปรับอากาศ
- สนามบิน

การรับทราบพรบ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ที่กำหนดให้สถานที่ราชการเป็นเขตปลอดบุหรี่



ที่มา : ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช และคณะ การวิจัยเรื่อง "สถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ 2535", 2548

เห็นด้วยหรือไม่ว่าควันบุหรี่มือสองมีอันตราย



ที่มา : ดร.บุปผา ศิริรัศมี และคณะ การวิจัยเรื่อง "โครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย การสำรวจกลุ่มวัยรุ่นระดับประเทศ รอบที่ 1 (พ.ศ. 2548)

จากรายงานประจำปีของกระทรวงสาธารณสุข สหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2549 พบว่า ควันบุหรี่มือสองส่งผลต่อสุขภาพของผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ โดยระบุว่า

- การได้รับควันบุหรี่ในบ้านหรือที่ทำงานจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 25-30% เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น 20-30%
- ควันบุหรี่มือสองก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบหลอดเลือดหัวใจทันทีที่เข้าสู่ร่างกาย

หากผู้ได้รับควันบุหรี่เป็นหญิงมีครรภ์และทารก

- ทำให้เกิดความเสี่ยงที่ทารกแรกคลอดจะมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าปกติ
- มีความเสี่ยงของอาการเกิดโรคไหลตายในเด็ก (Sudden infant death syndrome : SIDS) สูงขึ้น

หากผู้ได้รับควันบุหรี่เป็นเด็กเล็ก

- ทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หลอดลมอักเสบและปอดบวมสูงกว่าเด็กทั่วไป และมีอัตราการเกิดโรคหืดเพิ่มขึ้น
- เกิดการติดเชื้อของหูส่วนกลาง
- ในระยะยาว เด็กที่ได้รับควันบุหรี่ จะมีพัฒนาการปอดน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้รับควันบุหรี่

ผลการวัด PM 2.5 ในสถานที่ทำงานต่างๆ ในกรุงเทพฯ

1. ที่ทำงานที่กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ (39 แห่ง) เท่ากับ 36 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (ยวดยานสาธารณะ สำนักงาน โรงพยาบาล ฯลฯ)
2. ที่ทำงานที่กฎหมายยังไม่ห้ามสูบบุหรี่ (15 แห่ง) เท่ากับ 48 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร

หมายเหตุ : ค่ามาตรฐานระดับ PM2.5 ที่ปลอดภัย เท่ากับ 15 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (สถาบันพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา) ค่า PM 2.5 สัมพันธ์โดยตรงกับระดับสารพิษของควันบุหรี่มือสอง

ที่มา : รศ.เนาวรัตน์ เจริญค้า และคณะ Global Air Monitoring Study : A multi-Country Comparison of Levels of Indoor Air Pollution in Different Workplaces.Results from Thailand,May 2005 รายงานที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์

PM (Particulate Matter) คือ ฝุ่นละอองขนาดเล็กในอากาศ เกิดขึ้นจากสาเหตุ เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิงจากโรงงานอุตสาหกรรม ท่อไอเสียรถยนต์ การก่อสร้าง เป็นต้น ทั้งนี้ ค่า PM ที่สามารถหายใจเข้าไปได้จะมีขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน
(PM10 = Particulate matter < 10 micron)

ดังนั้น ฝุ่นละอองในขนาด PM10 ไปจนถึงขนาดเล็กประมาณ PM2.5 จึงสามารถเข้าไปสู่ระบบทางเดินหายใจของมนุษย์ได้ และส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาพของผู้ที่สูดหายใจเอาฝุ่นละอองขนาดเล็กเหล่านี้เข้าไป

7 ของเสียอันตราย

เกินครึ่งหนึ่งของของเสียอันตราย ยังไม่สามารถกำจัดอย่างถูกต้อง

จัดทำโดย รังสรรค์ ปิ่นทอง กรมควบคุมมลพิษ

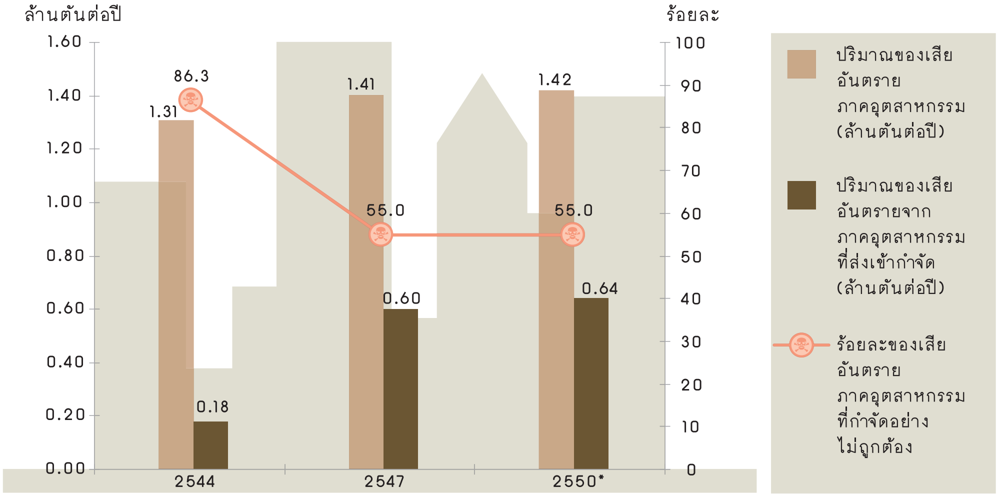
การกำจัดของเสียอันตรายอย่างไม่ถูกต้อง ทำให้สารเคมีจากของเสียเหล่านี้ปนเปื้อนสู่ระบบนิเวศและระบบห่วงโซ่อาหาร

บ้านเรือน ชุมชน และโรงงานอุตสาหกรรมเป็นแหล่งกำเนิดของของเสียอันตราย ซึ่งมีปริมาณสูงถึง 1 ล้าน 8 แสนตัน ในปี 2547 และ ของเสียอันตรายเหล่านี้โดยเฉพาะจากโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 55 ยังไม่สามารถกำจัดได้อย่างถูกต้อง โดยทั่วไป ของเสียอันตรายแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ของเสียอันตรายจากโรงงานอุตสาหกรรม เช่น โรงงานชุบโลหะ โรงผลิตแบตเตอรี่ โรงฟอกหนัง ของเสียอันตรายที่เกิดคือ โลหะหนัก ตัวทำละลาย กรด ด่าง เป็นต้น และของเสียอันตรายจากชุมชน เกิดจากกิจกรรมในครัวเรือนและสถานประกอบการพาณิชยกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น อู่ซ่อมรถ ท่าเรือ สนามบิน โรงพยาบาล และ พื้นที่เกษตรกรรม ของเสียอันตรายที่ถูกทิ้งจากชุมชน ได้แก่ หลอดฟลูออเรสเซนต์มีสารปรอท บัลลาสต์มีสารพีซีบี น้ำยาทำความสะอาดมีฤทธิ์เป็นกรด-ด่าง และแอมโมเนียกระป๋อง สารฆ่าแมลงมีสารเคมีตกค้าง น้ำมันเครื่อง แบตเตอรี่มีสารไฮโดรคาร์บอนและโลหะหนัก สี ทินเนอร์ มีสารทำละลาย ถ่านไฟฉายมีแมงกานีส ปรอทและโลหะหนักอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ จะถูกทิ้งรวมกับขยะมูลฝอยทั่วไป และนำไปกำจัดในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยทั่วไป ที่ไม่ได้ถูกออกแบบมาให้กำจัดของเสียอันตราย ดังนั้น สารเคมีที่เสื่อมสภาพภายในของเสียอันตรายจึงไหลออกมาปนเปื้อนสู่ระบบนิเวศและ ระบบห่วงโซ่อาหาร ผ่านทางดิน น้ำ และอากาศ และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม

เหตุการณ์ลักลอบฝังกลบ และทิ้งของเสียอันตราย ระหว่าง ปี 2547-2549 ที่ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา อำเภอ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร และอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี สะท้อนให้เห็นว่า ของเสียอันตรายจำนวนมากยังคงไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง

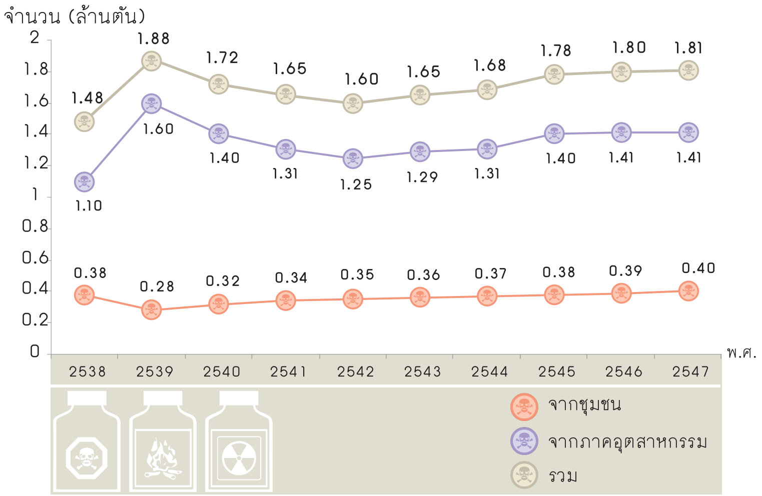
ภาครัฐควรเร่งรัดสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์กำจัดของเสียอันตรายให้เพิ่มมากขึ้น จัดให้มีระบบรายงานเอกสารหรือคู่มือปฏิบัติงาน ตามระบบเอกสารกำกับการขนส่งของเสียอันตราย (Manifest System) รวมทั้งบังคับใช้กฎหมายต่อผู้ละเมิดอย่างเข้มงวด ในส่วนภาคเอกชนควรให้ความร่วมมือกับคำแนะนำของทางราชการ เช่น ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการผลิตที่สะอาด หาทางลดของเสีย นำของเสียกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ รวมทั้งปฏิบัติตามข้อกฎหมายอย่างเคร่งครัด ส่วนภาคประชาชน ควรเป็นหูเป็นตาให้ภาครัฐช่วยติดตามตรวจสอบและแจ้งเหตุการลักลอบปล่อย และทิ้งของเสียอันตราย ทันทีที่พบเห็น รวมทั้งติดตามข่าวสารและข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัย ถูกต้อง เพื่อช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการหรือญาติมิตรให้ร่วมมือกันแก้ไขปัญหามลพิษจากของเสียอันตราย เช่น ไม่ทิ้งของเสียอันตรายรวมกับขยะมูลฝอย และพยายามลดการใช้ผลิตภัณฑ์ที่จะก่อให้เกิดของเสียอันตราย

ของเสียอันตรายจากภาคอุตสาหกรรม ระหว่าง พ.ศ. 2544-2550



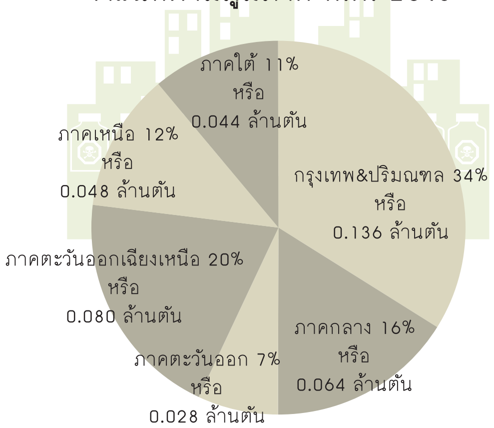
ที่มา : สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2544, 2547, และ2549.กรมควบคุมมลพิษ. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม *ข้อมูลคาดประมาณ นายรังสรรค์ ปิ่นทอง กองแผนงานและประเมินผล กรมควบคุมมลพิษ

ปริมาณของเสียอันตราย ระหว่าง พ.ศ. 2538-2547



ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2538-2547

ปริมาณของเสียอันตรายชุมชน จำแนกตามภูมิภาค พ.ศ. 2548



ที่มา : รายงานสรุปสถานการณ์มลพิษ ปี 2548
กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

การกำจัดของเสียอันตรายของศูนย์จัดการของเสียอันตราย

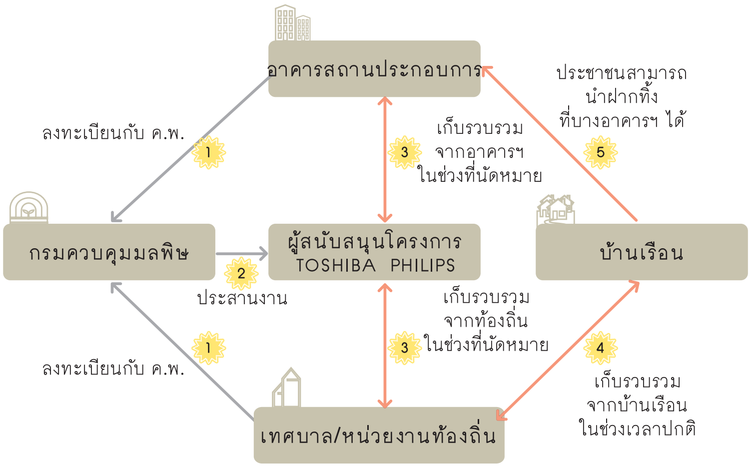
วิธีการกำจัด	ประมาณการค่าบริการกำจัด (บาทต่อตัน)	ความสามารถในการจัดการของเสีย
ปรับเสถียร	2,600	บ่อปรับเสถียรมีความจุ 50 ลูกบาศก์เมตร สามารถรองรับของเสียได้ครั้งละ 27 ลูกบาศก์เมตร
ฝังกลบ	2,600	หลุมฝังกลบความจุ 354,000 ลูกบาศก์เมตร (รองรับของเสียอย่างน้อย 20 ปี)
ผสมของเสียเพื่อใช้เป็นเชื้อเพลิง	4,500	35 ตันต่อวัน
เตาเผา	5,300	Rotary Kiln 170 ตันต่อวัน พร้อมระบบบำบัดอากาศเสีย

ที่มา : โครงการศึกษาเพื่อจัดตั้งศูนย์กำจัดของเสียอันตรายจากชุมชน กรมควบคุมมลพิษ, 2545

ตัวอย่างห่วงโซ่ของเสียอันตราย เช่น หลอดฟลูออเรสเซนต์

ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
http://www.pcd.go.th/info_serv/haz_lamp.htm

แนวทางการจัดการซากฟลูออเรสเซนต์ในประเทศไทย โดย กรมควบคุมมลพิษ ทำหน้าที่กำกับดูแลการดำเนินงาน และเป็นศูนย์ประสานงานกลางของโครงการ



ที่มา : แนวทางการจัดการซากฟลูออเรสเซนต์ในประเทศไทย. กรมควบคุมมลพิษ
กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
http://www.pcd.go.th/info_serv/haz_lamp.htm

ปริมาณของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรมที่ถูกส่งกำจัดในโรงงานที่รับกำจัดของเสียด้วยวิธีเผา บำบัด ปรับเสถียร และฝังกลบ พ.ศ. 2547

โรงงานที่รับกำจัดของเสียอันตราย ด้วยวิธีเผา บำบัด ปรับเสถียร และฝังกลบ	ปริมาณ (ตัน)
ศูนย์บริการกำจัดกากอุตสาหกรรมมาบตาพุดระยอง (GENCO) รับกำจัดของเสียอันตรายทุกประเภท	68,000
ศูนย์บริการกำจัดกากอุตสาหกรรม แสมดำและราชบุรี (GENCO) กำจัดของเสียอันตรายประเภทสารอนินทรีย์	75,000
โรงงานปูนซิเมนต์ (7 แห่ง) กำจัดของเสียอันตรายที่นำมาเป็นเชื้อเพลิงและวัตถุดิบทดแทนได้	457,000
โรงงานคัดแยกและรีไซเคิลของเสีย	50,000
รวม	640,000

ที่มา : กรมควบคุมมลพิษโดยการสอบถามข้อมูลโรงงาน
ตามประกาศสำนักเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อมโรงงาน

8 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ปี 2546-2549 งบโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีมูลค่ากว่า 1,000 ล้านบาทต่อปี เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การใช้เกินความจำเป็น

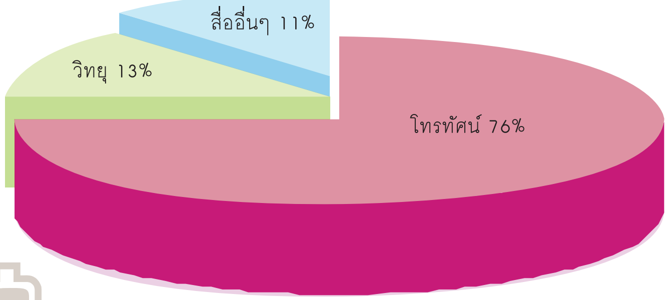
จัดทำโดย ผศ.ดร. นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี และผศ. วรรณา ศรีวิริยานุภาพ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัจจุบันมีแนวโน้มการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากขึ้น ในมุมมองหนึ่ง อาจมองเป็นเรื่องที่ดี เพราะสะท้อนความห่วงใยด้านสุขภาพ แต่การส่งเสริมการขาย การทุ่มงบโฆษณา การขายตรง และการโอ้อวดเกินจริงในบางกรณีมีส่วนชักจูงให้มีการบริโภคมากขึ้นและไม่ถูกต้อง ไม่สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่แท้จริง

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร มีความหมายตามชื่อ คือ อาหารที่ใช้รับประทานเพิ่มเติมจากอาหารตามปกติ ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2549 พบว่ามีการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประมาณ 5,000 ทะเบียน เป็นทะเบียนที่มีการนำเข้าถึงร้อยละ 33 และพบว่าคนไทยบริโภคอาหารเสริมประเภทสมุนไพร และเครื่องดื่มสมุนไพรสูงกว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี สาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้บริโภคตัดสินใจซื้อมาจากการโฆษณาที่ทำให้รู้สึกเป็นความจำเป็นต้องรับประทาน เพราะเชื่อว่ารักษาโรคบางอย่างได้ เช่น เพื่อลดไขมันในเลือด หรือเพื่อลดความอ้วน ผู้บริโภคบางคนที่เล่นกีฬา ใกล้สอบ ทำงานหนัก จะมีความกังวลว่าตนเองอาจขาดสารอาหารจึงจำเป็นต้องใช้อาหารเสริมมาช่วยในการบำรุงร่างกาย ซึ่งเป็นความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

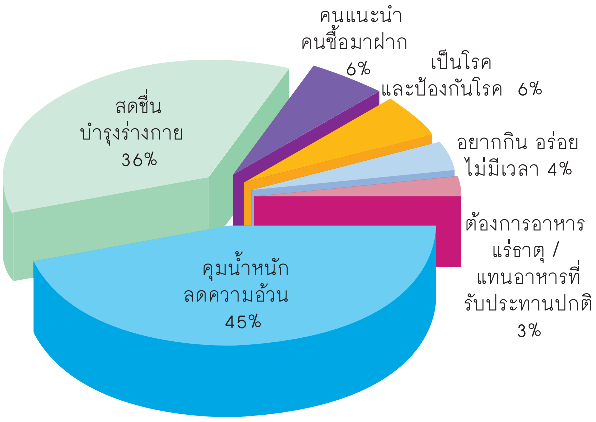
การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีการลงทุนกว่า 1,000 ล้านบาทต่อปี ในช่วงปี 2546-2549 ทั้งนี้ยังไม่ได้รวมงบด้านการส่งเสริมการขายและการขายตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีผลิตภัณฑ์ใหม่ จะเพิ่มการโฆษณาอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นการบริโภค เช่น ผลิตภัณฑ์รังนก 2 ยี่ห้อ ได้ใช้งบโฆษณารวม 200 ล้านบาทต่อปี และซุปไก่ 2-3 ประเภท ใช้งบไปกว่า 150 ล้านบาทต่อปี การโฆษณามักจะเกินจริงและหลอกลวง ทำให้เข้าใจผิดต่อผลิตภัณฑ์และบางกรณีเกิดผลกระทบต่อผู้บริโภคตามมา ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาก็มีการออกประกาศคำเตือน แต่ก็ยังไม่มีมาตรการที่จะทำให้ผู้บริโภครับทราบได้ทั่วถึง

งบโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
จำแนกตามประเภทของสื่อที่เผยแพร่ พ.ศ. 2548



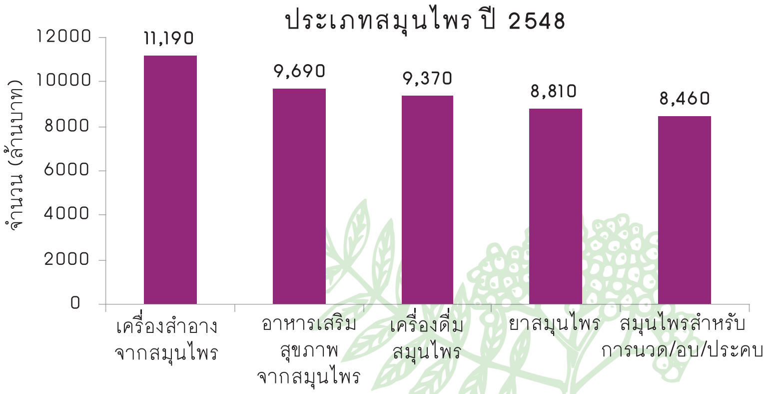
ที่มา : บริษัท มีเดีย สเปนดิ้ง จำกัด, 2548
หมายเหตุ: 1.โฆษณาผ่านสื่อโฆษณา 7 ช่องทาง ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์กลางแจ้ง ภาพยนตร์ และ อินเตอร์เน็ต
2. ข้อมูลแสดงผลิตภัณฑ์อาหาร 8 กลุ่ม ได้แก่ วิตามิน ผลิตภัณฑ์ควบคุมน้ำหนัก อาหารเสริม ซุปไก่ รังนก ซุปผลไม้ ผลิตภัณฑ์ปลา และอื่นๆ

เหตุผลที่รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร



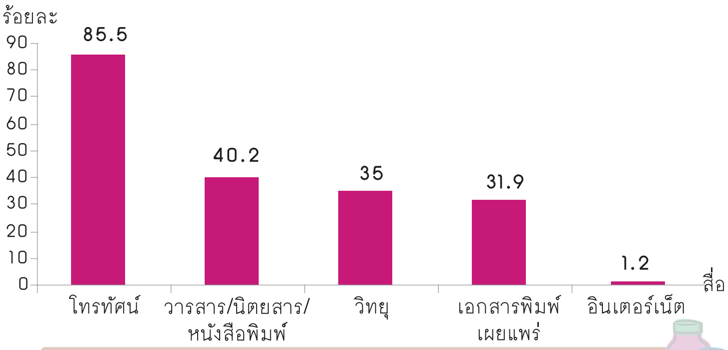
ที่มา : มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2546

ค่าใช้จ่ายในการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทสมุนไพร ปี 2548



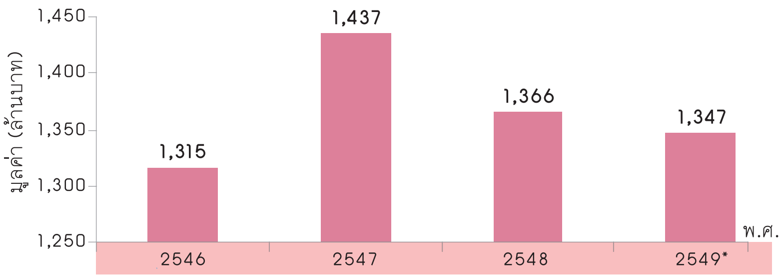
ที่มา : โพลล์บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด, 2548

หญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในกรุงเทพฯ ได้รับสื่อโฆษณาข่าวสารผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทางใดบ้าง



ที่มา : วรรณา ศรีวิริยานุภาพ, การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อดูแลสุขภาพของสตรีสูงอายุในกรุงเทพมหานคร, 2549

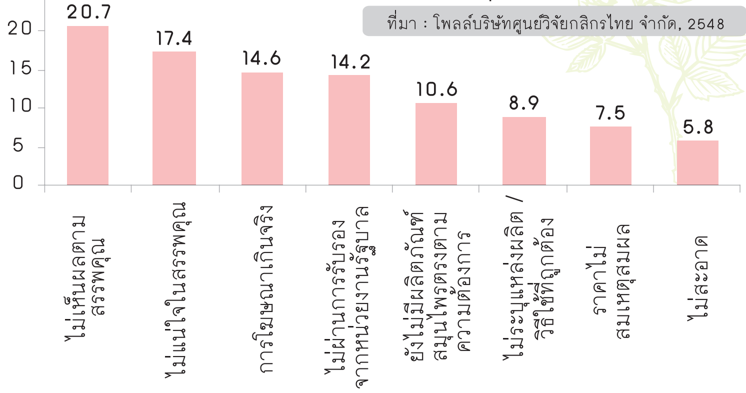
งบโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พ.ศ. 2546 - 2549



ที่มา : บริษัท มีเดีย สเปนดิ้ง จำกัด
หมายเหตุ 1.โฆษณาผ่านสื่อโฆษณา 7 ช่องทาง ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โปสเตอร์กลางแจ้ง ภาพยนตร์ และ อินเตอร์เน็ต
2. ข้อมูลแสดงผลิตภัณฑ์อาหาร 8 กลุ่ม ได้แก่ วิตามิน ผลิตภัณฑ์ควบคุมน้ำหนัก อาหารเสริม ซุปไก่ รังนก ซุปผลไม้ ผลิตภัณฑ์ปลา และอื่นๆ
3. * คาดประมาณจากข้อมูลเดือนมกราคม - สิงหาคม 2549

ปัญหาที่ผู้บริโภคพบในการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทสมุนไพร

ที่มา : โพลล์บริษัทศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด, 2548



ตัวอย่างประกาศคำเตือนผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ประเภท	ข้อความคำเตือน
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทุกชนิดต้องแสดงคำเตือน เด็กและสตรีมีครรภ์ไม่ควรรับประทาน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบางชนิดต้องแสดงข้อความคำเตือนเพิ่มเติม ได้แก่	
1. กระดูกอ่อนปลาฉลาม	- ไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ที่พักฟื้นจากการผ่าตัด
2. เกสรดอกไม้	- ผู้ที่แพ้ละอองเกสรดอกไม้ไม่ควรรับประทาน
3. ไคโตซาน	- สตรีที่ให้นมบุตร ไม่ควรรับประทาน - สำหรับผู้ที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอื่นๆ ที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบหลัก ควรรับประทานก่อนหรือหลังผลิตภัณฑ์นี้อย่างน้อย 2 ชั่วโมง - ระวังในผู้ที่แพ้อาหารทะเลและผู้ที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
4. น้ำมันปลา	- ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้อาหารทะเลหรือน้ำมันปลา - ควรระวังในผู้ที่เลือดแข็งตัวช้าหรือผู้ที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือแอสไพริน
5. น้ำมันอีฟนิ่งพริมโรส	- ห้ามใช้ในผู้ที่มีประวัติโรคลมชัก - ควรระวังในผู้ที่ได้รับยารักษาโรคลมชัก
6. ใยอาหาร	- เพื่อป้องกันภาวะอุดตันของลำไส้ที่อาจเกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ใยอาหารชนิดแห้ง ควรรับประทานพร้อมน้ำ1-2 แก้ว
7. รอยัลเยลลีและผลิตภัณฑ์รอยัลเยลลี	- ผู้ที่เป็นโรคหอบหืดหรือโรคภูมิแพ้ไม่ควรรับประทาน เพราะอาจเกิดอาหารแพ้อย่างรุนแรง
8. สารสกัดจากใบแปะก๊วยและผลิตภัณฑ์ที่มีใบแปะก๊วย	- อาจมีผลให้เลือดแข็งตัวช้า
9. ขิงหรือสารสกัดจากขิง	- ผู้ที่เป็นโรคนิ่วไม่ควรรับประทาน
10. ผลิตภัณฑ์อาหารที่ใช้วัตถุให้ความหวานแทนน้ำตาล - น้ำตาลแอลกอฮอล์ - อะซีซัลเฟม เค - แอสปาแตม	- ไม่ใช่อาหารสำหรับควบคุมน้ำหนัก - ไม่ใช่อาหารสำหรับควบคุมน้ำหนัก - ผู้ที่มีภาวะฟีนิลคีโตนยูเรีย ผลิตภัณฑ์นี้มีฟีนิลอะลานีน ไม่ใช่อาหารสำหรับควบคุมน้ำหนัก

9 การคุ้มครองผู้บริโภค

สัญญาอสังหาริมทรัพย์และอาหาร เป็นเรื่องที่ผู้บริโภคร้องเรียนมากที่สุด

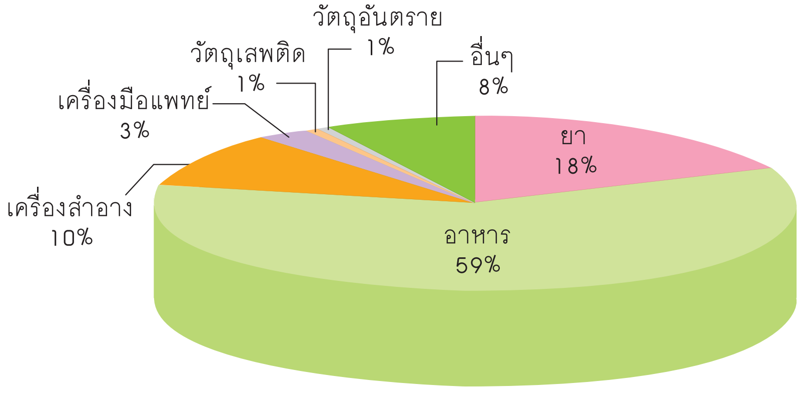
จัดทำโดย ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์ และวรรณา ศรีวิริยานุภาพ
โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ระบบการพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค เพื่อไม่ให้ถูกเอารัดเอาเปรียบในรูปแบบต่างๆ มีความสำคัญที่ต้องผลักดันให้เกิดขึ้นโดยเร็ว

ข้อมูลการร้องเรียนเปรียบเสมือนเข็มทิศชี้ปัญหาผู้บริโภค การร้องเรียนต่อภาครัฐทั้งสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ในปี 2549 เมื่อเทียบกับปี 2548 มีเพิ่มขึ้นกว่า 1,000 ราย คือมีจำนวน 8,371 รายหรือ 22.9 รายต่อวัน เรื่องร้องเรียนหลักของ สคบ. เกี่ยวกับสัญญาและอสังหาริมทรัพย์ โดยการร้องเรียนเกี่ยวกับสินค้าและบริการทั่วไปตลอดจนการโฆษณามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เรื่องร้องเรียนหลักต่อ อย.คือ เรื่องอาหาร เกี่ยวกับปัญหาเครื่องดื่มไม่มีสัญลักษณ์ อย. อาหารไม่สะอาด การโฆษณาที่ไม่ถูกต้อง สินค้าหมดอายุ และสถานที่ไม่ถูกสุขลักษณะ นอกจากการร้องเรียนต่อภาครัฐแล้ว การร้องเรียนที่มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน เฉลี่ยประมาณ 1.8 รายต่อวัน ในปี 2549 มีการร้องเรียนเรื่องหนี้สูงสุดคิดเป็นร้อยละ 61.2 ทั้งที่เป็นหนี้นอกระบบและหนี้ในระบบ ในภาพรวมแนวโน้มการร้องเรียนขยายตัวมากขึ้นโดยลำดับ จึงจำเป็นที่จะต้องมีระบบรองรับเพื่อที่จะพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค

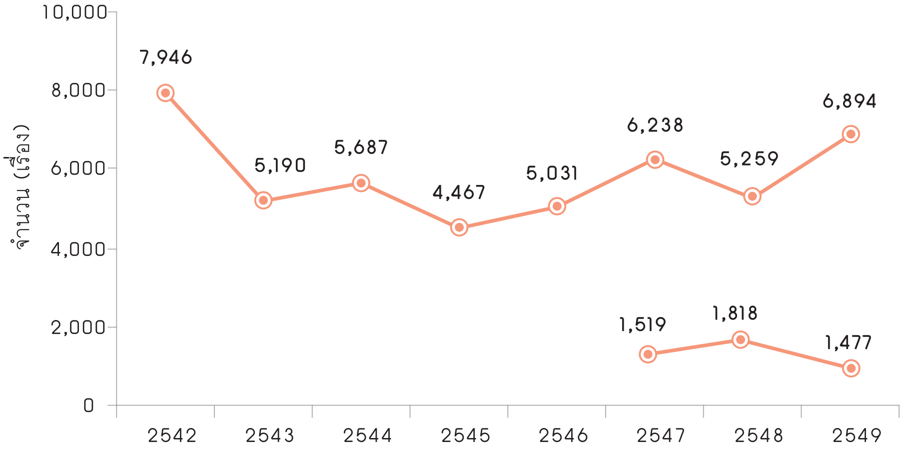
ข้อเสนอขององค์กรผู้บริโภคและนักวิชาการที่จะทำให้เกิดการแก้ปัญหาของผู้บริโภคคือ การจัดให้มีองค์การอิสระผู้บริโภค ทำหน้าที่ประมวลปัญหาและนำเสนอแนวทางแก้ไขในระดับนโยบาย เพื่อทำให้เกิดกลไก มาตรการ รวมถึงกฎหมายที่จะทำให้เกิดหลักประกันด้านการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม การยกเลิกรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ภายหลังการปฏิรูปการปกครองแผ่นดินทำให้บทบัญญัติเรื่ององค์การอิสระในมาตรา 57 ตามรัฐธรรมนูญถูกลบไป จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการผลักดันกฎหมายองค์การอิสระผู้บริโภค ตลอดจนกำหนดให้เรื่ององค์การอิสระที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญเกิดขึ้นในประเทศไทย เพื่อเป็นกลไกหลักของผู้บริโภคเพื่อแก้ปัญหาของผู้บริโภคอย่างมีทิศทาง

ร้อยละของเรื่องร้องเรียนต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ปี 2549



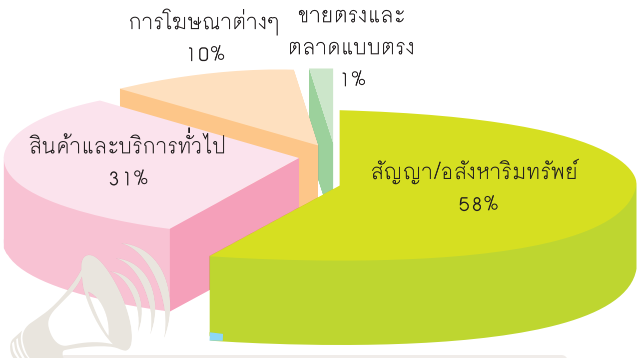
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.), 2549

จำนวนเรื่องร้องเรียนต่อสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)และคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

ร้อยละของเรื่องร้องเรียนต่อสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ปี 2549



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.), 2549

ปัญหาที่ร้องเรียน

สัญญา/อสังหาริมทรัพย์
- ไม่ดำเนินการตามโฆษณา
- มีการก่อสร้างแต่ไม่แล้วเสร็จ
- มีการชำรุดหลังปลูกสร้าง

สินค้าและบริการทั่วไป
- สินค้าชำรุดบกพร่อง/ไม่มีคุณภาพ
- ราคาสินค้าและบริการไม่ยุติธรรม
- รถยนต์ผิดสัญญาเช่าซื้อ อัตราดอกเบี้ยสูงเกินไป ซ่อมไม่ได้มาตรฐาน

ขายตรงและตลาดแบบตรง
- ผู้ประกอบธุรกิจไม่จ่ายผลประโยชน์
- ไม่รับคืนสินค้าจากสมาชิก
- เปลี่ยนแปลงผลประโยชน์ตามแผน

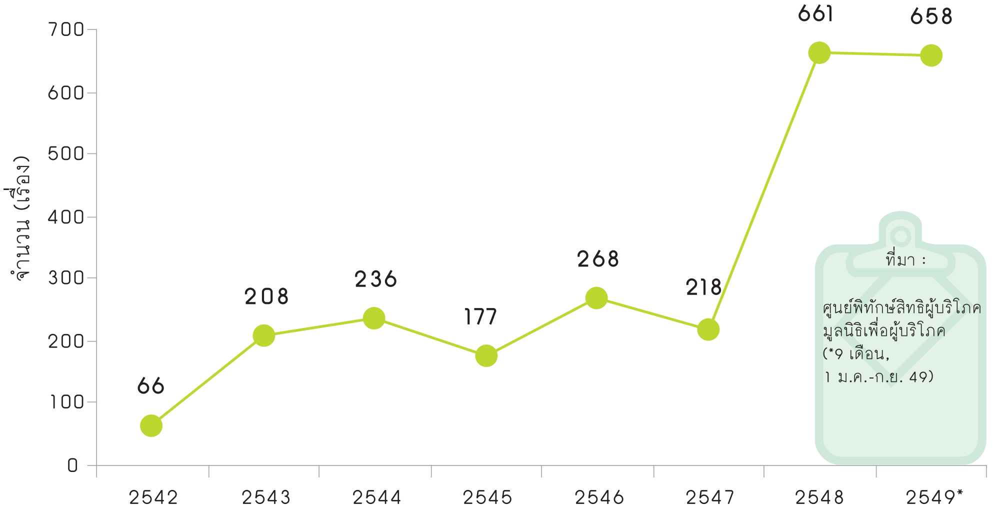
โฆษณา
- เป็นเท็จ/เกินความจริง
- อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ขายยาโดยไม่ขออนุญาต ยาหมดอายุ ยาชุด
- อาหารไม่มี อย. หมดอายุ ไม่มีคุณภาพ/สะอาด

บริการสุขภาพ
- ได้รับความเสียหายจากบริการ
- บริการไม่มีคุณภาพ

หนี้
- ฉ้อโกง หลอกลวง

จำนวนเรื่องร้องเรียนต่อมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค



10 รายได้ เงินออม หนี้สิน

เกือบ 1 ใน 3 ของหนี้สินเป็นหนี้ที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้

จัดทำโดย คณะทำงานสุขภาพคนไทย

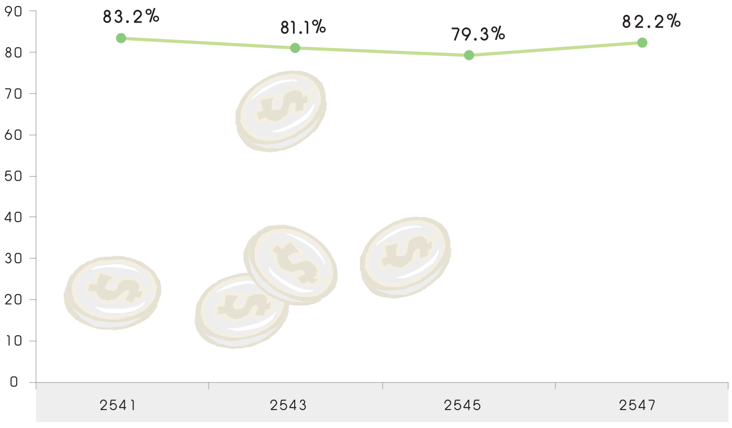
แม้ว่าค่าใช้จ่ายของครัวเรือนยังน้อยกว่ารายได้ แต่สัดส่วนค่าใช้จ่ายต่อรายได้ ก็เพิ่มขึ้นในช่วงปี 2545-2547

โดยทั่วไปแล้ว คนเรามักเลือกที่จะใช้จ่ายเพื่อการบริโภคก่อนที่จะเก็บออมเงิน เพราะการออมเป็นเรื่องระยะยาว อย่างไรก็ตาม การออมเงินให้พอเพียงมีความจำเป็นอย่างมากต่อทุกครอบครัว เนื่องจากเป็นวิธีการสำคัญที่สุดที่จะรองรับความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ระหว่าง พ.ศ. 2541-2547 พบว่า แม้ว่าครัวเรือนยังมีค่าใช้จ่าย ไม่เกินกว่ารายได้ แต่สัดส่วนของค่าใช้จ่ายต่อรายได้ก็เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2545 โดยเฉพาะ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายต่อรายได้สูงกว่าทุกภาค ในจำนวนค่าใช้จ่ายทั้งหมดนั้น อาหารเป็นค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงที่สุด โดยมีครัวเรือนกว่าร้อยละ 70 ที่มีค่าใช้จ่ายด้านอาหารสูงเกินกว่าร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด นอกจากนี้ พบว่ามีถึง 1 ใน 3 ของครัวเรือนไทยที่มีรายจ่ายในเรื่องการพนัน โดยกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่สัดส่วนของครัวเรือนมีรายจ่ายในด้านนี้สูงกว่าภาคอื่น

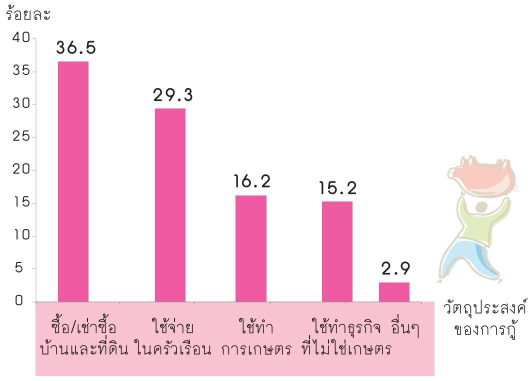
ในส่วนภาระหนี้สิน พบว่า ปี 2547คนไทยมีหนี้สินเพิ่มขึ้น 1.5 เท่าจากปี 2541 คือ จำนวนหนี้สิน 69,674 บาท ในปี 2541 เพิ่มเงิน 104,571 บาทในปี 2547 โดยหนี้อันเกิดจากการซื้อ/เช่า ซื้อบ้านและที่ดินมีสัดส่วนที่สูงที่สุด รองลงไปคือ หนี้เพื่อใช้จ่าย อุปโภคบริโภค สังเกตว่า หนี้สินที่ไม่ใช่การลงทุน ซึ่งไม่ก่อให้เกิดรายได้ ได้แก่ หนี้เพื่อการใช้จ่ายอุปโภคบริโภค และ หนี้อื่นๆ (การค้ำประกันบุคคลอื่น หนี้ค่าปรับ หรือจ่ายชดเชยค่าเสียหาย ฯลฯ) ของทั้งประเทศสัดส่วนมีเกือบ 1 ใน 3 ของหนี้ทั้งหมด และที่น่าเป็นห่วงก็คือ มีเพียงไม่ถึง 2 ใน 5 ของครัวเรือนไทยที่มีเงินออม โดยเฉพาะครัวเรือนในภาคกลาง มีสัดส่วนการ ออมน้อยกว่าภาคอื่นๆ

สัดส่วนค่าใช้จ่ายต่อรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน พ.ศ. 2541-2547



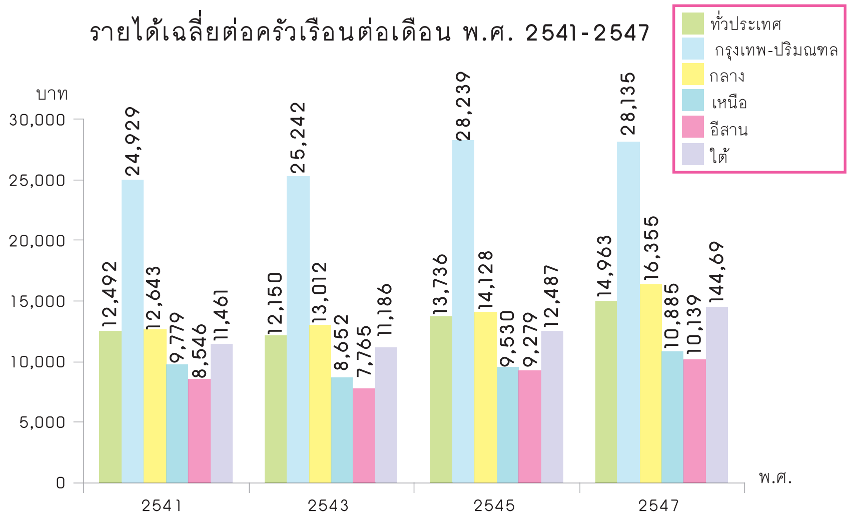
ที่มา : รายงานการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2541-2547 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
หมายเหตุ : ปริมณฑล คือ นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ

ร้อยละของหนี้สินของครัวเรือน จำแนกตามวัตถุประสงค์ของการกู้ พ.ศ. 2547



ที่มา : รายงานการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2547. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

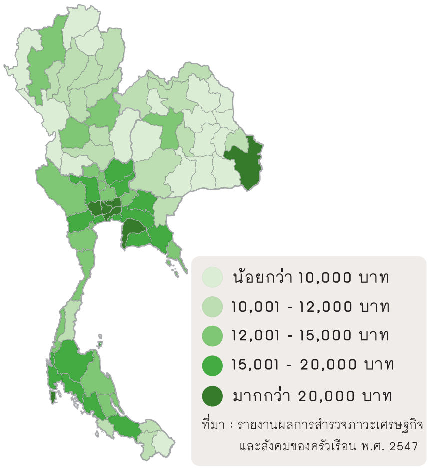
รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน พ.ศ. 2541-2547



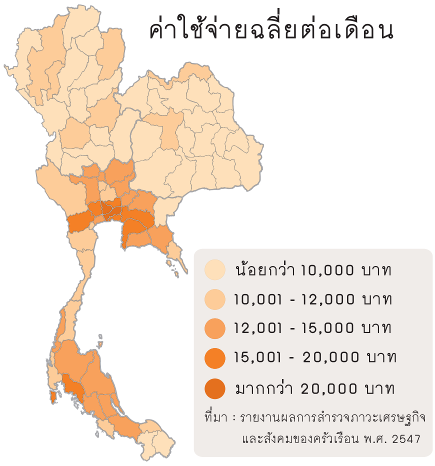
ที่มา : รายงานการสำรวจเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2541-2547 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

หมายเหตุ : ปริมณฑล คือ นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ

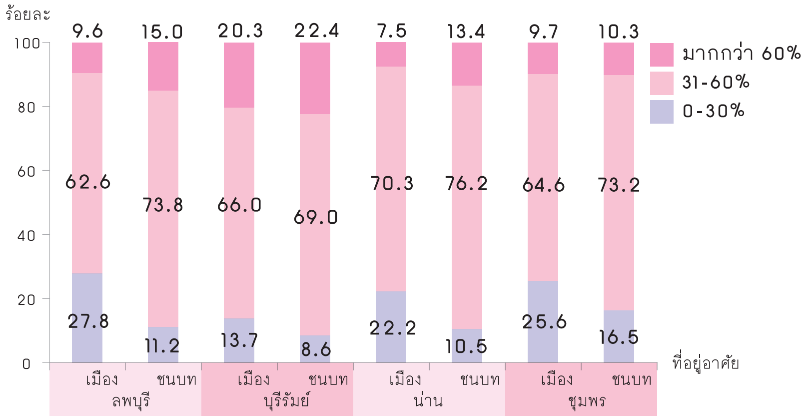
รายได้ฉลี่ยต่อเดือน



ค่าใช้จ่ายฉลี่ยต่อเดือน

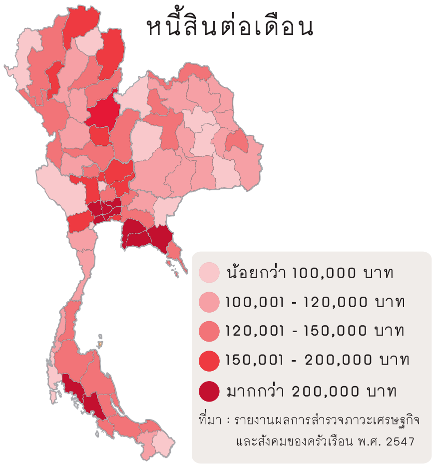


ร้อยละของค่าอาหารต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด

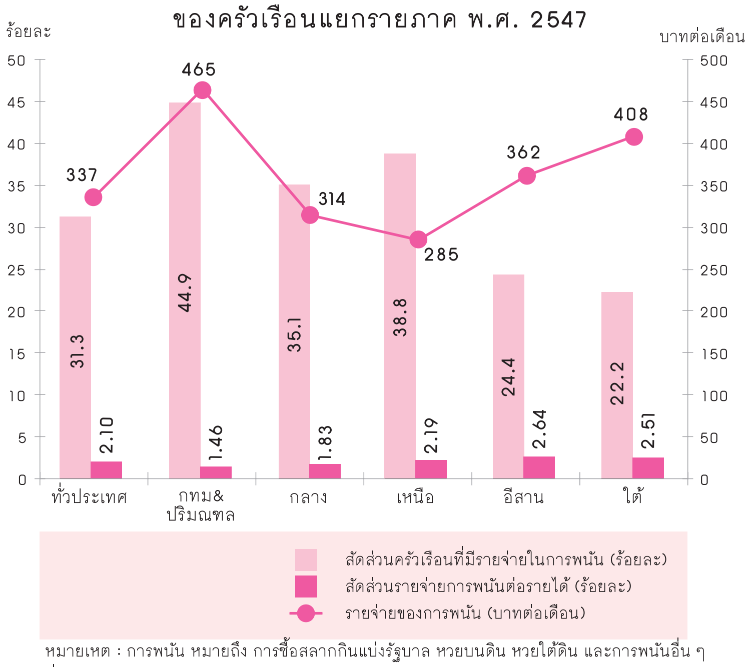


ที่มา : ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, สุรีย์พร พันพึ่ง, รัชพันธุ์ เชยจิตร, ปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อความยากจน, 2548

หนี้สินต่อเดือน



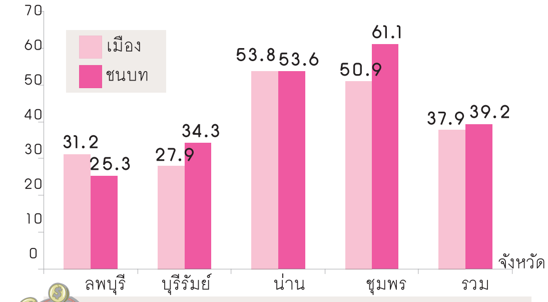
รายจ่ายและสัดส่วนของรายจ่ายการพนันของครัวเรือนแยกรายภาค พ.ศ. 2547



หมายเหตุ : การพนัน หมายถึง การซื้อสลากกินแบ่งรัฐบาล หวยบนดิน หวยใต้ดิน และการพนันอื่น ๆ

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ทำการล้างข้อมูล (clean) โดยศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยชิคาโก-มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

ครัวเรือนที่มีการออม จำแนกตามเมืองและชนบท พ.ศ. 2547



ที่มา : ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, สุรีย์พร พันพึ่ง, รัชพันธุ์ เชยจิตร.2548. ปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อความยากจน. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

11 เศรษฐกิจพอเพียง

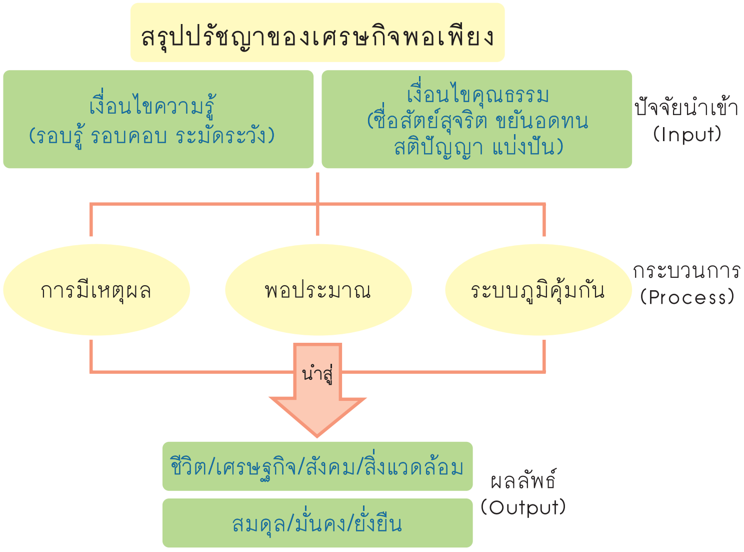
เศรษฐกิจพอเพียงมิใช่วิถีสำหรับภาคเกษตรกรรมเท่านั้น แต่เป็นวิถีของภาคธุรกิจด้วยเช่นกัน

จัดทำโดย คณะทำงานสุขภาพคนไทย

คนส่วนใหญ่คิดว่า เศรษฐกิจพอเพียงเป็นเรื่องของคนชนบทที่มีวิถีชีวิตในภาคเกษตรกรรม ไม่ใช่เรื่องของคนเมือง หรือคนในภาคธุรกิจ แต่ในความเป็นจริงสามารถนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ได้ในทุกภาคส่วนของสังคม

เศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่ชี้ถึงแนวทางการดำเนินชีวิตและปฏิบัติตนของประชาชนทุกระดับชั้น เพื่อให้พัฒนาและก้าวทันยุคของโลกาภิวัตน์ โดยมีหลักการสำคัญอยู่ที่ 3 องค์ประกอบ คือ ***ความพอประมาณ ความมีเหตุผลและการมีระบบภูมิคุ้มกันที่ดี*** นอกจากนี้ยังมีเงื่อนไข ที่สำคัญที่จะทำให้หลักการได้ดำเนินการไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือ ***คุณธรรม ความซื่อสัตย์ ความอดทน และความรอบรู้*** แนวทางเศรษฐกิจพอเพียงนอกจากนำมาใช้กับภาคเกษตรกรรมแล้ว ยังสามารถประยุกต์ใช้กับภาคธุรกิจเอกชนด้วย ตัวอย่างภาคธุรกิจ ที่นำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ ได้แก่ บริษัทปูนซิเมนต์ไทย บ้านอนุรักษ์กระดาษสา อ. สันกำแพง จ. เชียงใหม่ ชุมพรคาบาน่ารีสอร์ท เป็นต้น

การพัฒนาดัชนีชี้วัดเศรษฐกิจพอเพียงที่มีในปัจจุบันมีมุมมองที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานของแต่ละสำนัก ตัวอย่างของการพัฒนาดัชนีชี้วัดเศรษฐกิจพอเพียงที่ค่อนข้างชัดเจนที่สุดในขณะนี้ คือ ดัชนีชี้วัดเศรษฐกิจพอเพียงด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ***ส่วนแรก*** ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า ได้แก่ คุณธรรม และความรู้ ***ส่วนที่สอง*** คือ ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ ยึดหลักความพอประมาณ การมีเหตุมีผล และมีการสร้างระบบภูมิคุ้มกันตนเอง ทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน และ***ส่วนที่สาม*** ตัวชี้วัดของผลลัพธ์ นั่นคือ ความสมดุลมั่นคงยั่งยืนของชีวิต เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม



ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

เศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาชี้ถึงแนวการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชนจนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผลรวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควรต่อการมีผลกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน ทั้งนี้จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่างๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน และขณะเดียวกันจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎี และนักธุรกิจในทุกระดับให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติ ปัญญา และความรอบคอบ เพื่อให้สมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี

ประมวลและกลั่นกรองจากพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เรื่องเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งพระราชทานในวโรกาสต่างๆ รวมทั้งพระราชดำรัสอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้นำไปเผยแพร่ เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2542 เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของทุกฝ่ายและประชาชนโดยทั่วไป

ดัชนีวัดเศรษฐกิจพอเพียงด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยนำเข้า

คุณธรรม

- ความซื่อสัตย์ สุจริต
- ความอดทน
- ความขยัน มุ่งมั่น
- เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่
- ทำเพื่อส่วนรวม
(อาจใช้ตัวชี้วัดทางอ้อม เช่น มีหนี้สิน เล่นการพนัน ปัญหายาเสพติด อาชญากรรม ทะเลาะวิวาท)

ความรู้

- ภูมิปัญญา
- ความสามารถในการจัดการ

ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ

การมีเหตุผล พอประมาณ ภูมิคุ้มกัน

ระดับบุคคล
- การนำกลับมาใช้ใหม่
- ประหยัดต้นทุน
- ทำบัญชีรายรับรายจ่าย
- สร้างมูลค่าเพิ่ม
- ลดการพึ่งพิงสารเคมีและการใช้สารธรรมชาติทดแทน
- การใช้ระบบธรรมชาติ และเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม
- ใช้ทรัพยากรไม่เกินความสามารถของธรรมชาติ
- การมีรายได้จากหลายแหล่ง

ระดับชุมชน
- สร้างเครือข่าย และแลกเปลี่ยนแรงงาน
- อนุรักษ์พืชและสัตว์พื้นเมือง
- การมีกติกาใช้ทัพยากรร่วมกัน
- ความสามารถในการจัดการขยะและของเสียอันตราย
- ความสามารถในการบำบัดมลพิษ
- การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายและแก้ปัญหาร่วมกัน
- การมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน

ผลลัพธ์

ความสมดุล มั่นคงยั่งยืน

- ความหลากหลายทางชีวภาพ
- ความหลากหลาย ระบบนิเวศ
- คุณภาพทรัพยากร เช่น ดิน น้ำ อากาศ
- ปริมาณทรัพยากร เช่น พื้นที่ป่าไม้
- ปริมาณอาหาร เพียงพอ
- สุขภาพกายใจที่ดี
- ความเข้มแข็งชุมชน

ที่มา :
สรุปจากการพัฒนาตัวชี้วัดเศรษฐกิจพอเพียงด้านสิ่งแวดล้อม สถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม การประชุมวิชาการ และนิทรรศการเศรษฐกิจพอเพียง
: ร่วมเรียนรู้ สารข่าย ขยายผล. 23-27 พฤศจิกายน 2549 ณ สำนักพิพิธภัณฑ์และวัฒนธรรมการเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน.
หมายเหตุ : กรณีศึกษา 4 แห่ง คือ อุตสากรรมกระดาษสา (ตำบลศรีษะเกษ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน) ชุมพรคาบาน่าวิถีชีวิตและศูนย์กีฬาดำน้ำ กิจกรรมการจัดการป่าชายเลนเพื่อเศรษฐกิจพอเพียง และการประกอบอาชีพด้านเกษตรในกรณี "อรหันต์ชาวนา และหมอดินอาสา"

ตัวอย่าง
การบริหารธุรกิจของบริษัทปูนซีเมนต์ไทยตามปรัชญาเศษฐกิจพอเพียง

เงื่อนไขความรู้

- เสริมสร้างความรู้ให้กับพนักงาน (ฝึกอบรมในห้องเรียนและเรียนรู้ปฏิบัติการด้วยตนเอง)
- ตั้งกลุ่ม "ช้างอาวุโส" ประกอบด้วยบุคลากรเกษียณอายุ ซึ่งถือว่าเป็นทรัพยากรที่ทรงคุณค่าด้านภูมิปัญญา

+

เงื่อนไขคุณธรรม

- เน้นให้พนักงานมีคุณภาพ และคุณธรรมมีสัมมาอาชีวะ ซื่อสัตย์สุจริตในการทำงาน

ที่มา :
สถาบันไทยพัฒน์ มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
http://www.sufficiencyeconomy.com/images/siamcement.jpg

ความพอประมาณ

- รับบุคลากรเท่าที่จำเป็น จัดคนเข้าทำงานให้เหมาะสมกับลักษณะงาน
- บริหารค่าจ้างและสวัสดิการ โดยเน้นความสมดุล และตอบสนองผลประโยชน์ที่เป็นธรรมแก่ผู้ถือหุ้น

ความมีเหตุผล

- มีการสรรหาและคัดเลือกคนอย่างมีระบบ ยึดคุณสมบัติ "คนดีและคนเก่ง"
- ปฏิบัติงานด้วยนโยบาย "ตลาดแรงงานภายใน" และยึดมั่นโดยพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ

การมีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี

- ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของพนักงานในการแก้ปัญหา
- มีโครงการพัฒนาภาวะผู้นำอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการเจริญเติบโต และการเปลี่ยนแปลง
- จัดสรรทุนการศึกษา เพื่อต่อยอดความรู้ของพนักงาน เป็น "สะสมทุนมนุษย์" เพื่อสร้างขีดความสามารถการแข่งขันธุรกิจในระยะยาว

12 เด็กไทยยุครวยลัดวัดดวง

1 ใน 3 ของวัยรุ่นไทยเล่นการพนัน โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นการเล่นไพ่ และอีก 1 ใน 5 เล่นการพนันบอล

จัดทำโดย ดร.อมรวิชช์ นาครทรรพ และ จุฬาภรณ์ มาเสถียรวงศ์ สถาบันรามจิตติ

การพนันอาจนำไปสู่ปัญหาอาชญากรรมและความรุนแรง โดยวัยรุ่นไทยที่เล่นการพนันเคยพัวพันเหตุการณ์การทำร้ายร่างกาย การลักขโมย การขู่กรรโชกทรัพย์เพื่อรีดไถเงิน และการค้าประเวณี

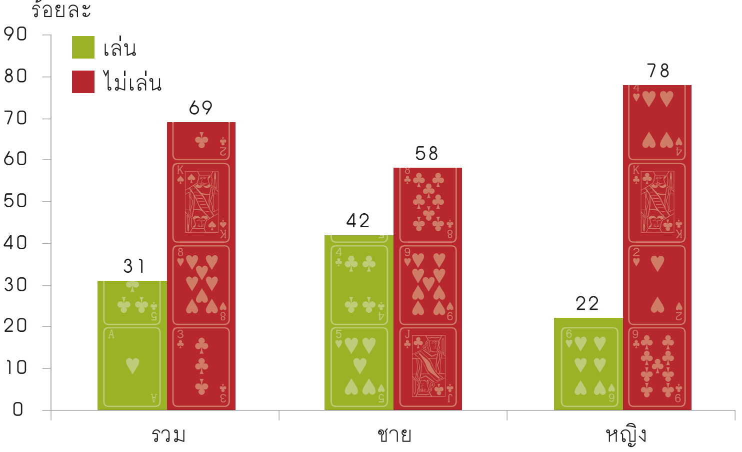
การพนัน เป็นกิจกรรมที่คนไทยนิยมชมชอบ นอกจากเป็นการเสี่ยงโชคแล้วยังแฝงไปด้วยความสนุกสนาน ดังนั้น ผู้เล่นที่ยังไม่มีสภาวะด้านอารมณ์อย่างสมบูรณ์แล้ว โอกาสที่ติดการพนันก็ย่อมมีสูง เช่น วัยรุ่น เป็นกลุ่มที่ถูกชักจูงให้ติดการพนันได้ง่าย จึงพบว่าเกือบ 1 ใน 3 ของวัยรุ่นไทยเล่นการพนัน โดยเฉพาะผู้ชายมีสัดส่วนการเล่นพนันสูงกว่าผู้หญิง

วัยรุ่นไทยที่ติดพนันส่วนใหญ่ใช้เงินที่ผู้ปกครองให้ไว้สำหรับการเรียนและใช้จ่ายในชีวิตประจำวันต่างๆ ในการเล่นการพนัน ทั้งนี้การเล่นการพนันจะเป็นผลให้วัยรุ่นมีหนี้สินติดตัว และพยายามทุกวิถีทางในการหาเงินคืนเจ้าหนี้ เช่น การลักขโมย รีดไถเงิน หรือวัยรุ่นชายหญิงที่ติดพนันบางคนจำใจเอาตัวเข้าแลกเพื่อจ่ายหนี้พนัน หรือใช้แฟนเป็นตัวขัดดอกเพื่อใช้หนี้พนัน โดยค่าตัวแต่ละครั้งประมาณ 1,500- 5,000 บาท

การทายผลฟุตบอลอาจเป็นก้าวแรกให้วัยรุ่นเข้าสู่การเล่นพนัน มากกว่าครึ่งหนึ่งของวัยรุ่นไทยเลือกเล่นไพ่มากกว่าพนันประเภทอื่น ข้อมูลที่น่าสนใจคือ ในการสำรวจการเล่นพนันของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่าส่วนใหญ่ผู้เล่นพนันที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา นิยมเล่นหวยใต้ดินและสลากกินแบ่งรัฐบาลมากกว่าการพนันชนิดอื่น แพทย์หญิงกนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี กล่าวว่า วัยรุ่นที่เป็นโรคติดพนัน จะมีลักษณะดังนี้ 1. จะเล่นทุกครั้งที่มีโอกาส 2.เพิ่มจำนวนเงินขึ้นเรื่อยๆ และ 3. ถึงแม้จะรู้ว่าการพนันทำให้เสียโอกาสทางสังคมแต่ก็ยังจะเล่นการพนัน เป็นอาการที่พยายามจะเลิกการพนันแต่ก็เลิกไม่ได้

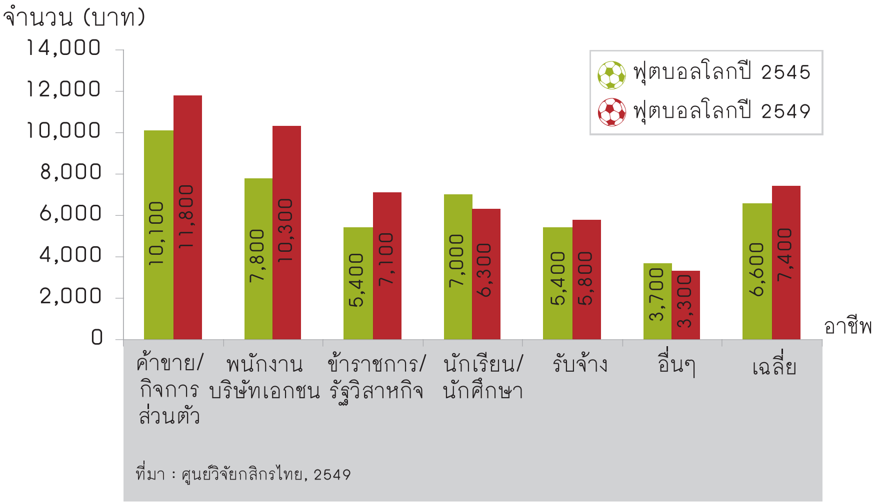
การแก้ไขปัญหาต้องให้ "ผู้ใหญ่" เป็นตัวขับเคลื่อนภายในครอบครัวเพื่อสร้างค่านิยมที่ดี มีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวให้มากขึ้น ส่งเสริมจริยธรรมที่พึงประสงค์ และสร้างคุณค่าทางวัฒนธรรมในการมีสัมมาอาชีพ ขณะเดียวกันหน่วยงานภาครัฐควรมีมาตรการควบคุมปราบปรามบ่อนการพนันอย่างจริงจัง และสนับสนุนเครือข่ายพ่อแม่ให้เข้มแข็ง

การเล่นการพนันในเด็กและวัยรุ่น อายุ 6 – 25 ปี จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2548

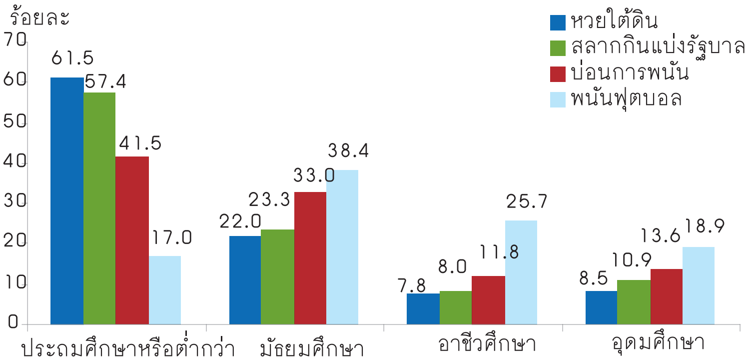


ที่มา: ข้อมูลจากโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch) โดยสถาบันรามจิตติ ภายใต้การสนับสนุนร่วมกันของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2548

วงเงินที่เตรียมไว้เล่นพนันฟุตบอลโลกแยกตามกลุ่มอาชีพ

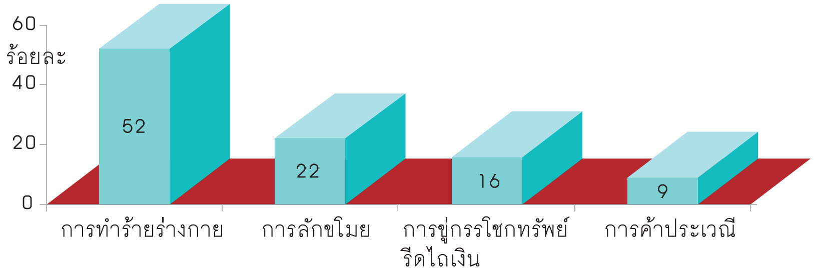


ระดับการศึกษาของผู้เล่นการพนันประเภทต่างๆ



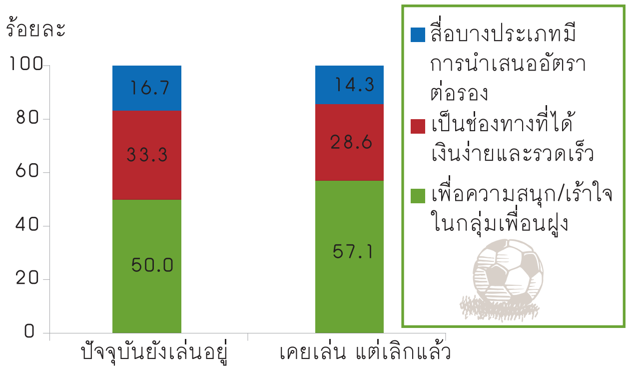
ที่มา : เศรษฐกิจการพนัน, สังศิต พิริยะรังสรรค์ และคณะ. 2547

ชนิดของความรุนแรงที่เกิดมาจากการพนัน พ.ศ. 2548



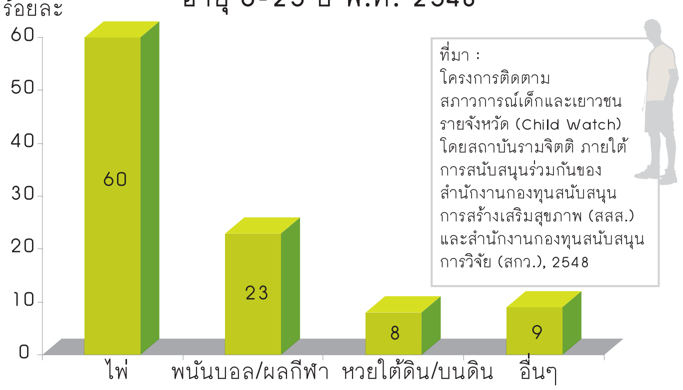
ที่มา : อมรวิชช์ นาครทรรพ และคณะ. โครงการการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด 2547-2548. สถาบันรามจิตติ ภายใต้การสนับสนุนร่วมกันของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้คนเล่นพนันฟุตบอล พ.ศ. 2549



ที่มา : คนไทยกับการพนันฟุตบอล. สวนดุสิตโพล. สำรวจระหว่างวันที่ 1 - 4 มิถุนายน 2549. สำรวจในคนทุกกลุ่ม อายุ จำนวน 1,064 คน ที่อาศัยอยู่ใน กรุงเทพฯ และเมืองใหญ่

การพนันที่นิยมเล่นในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น อายุ 6-25 ปี พ.ศ. 2548



13 เด็กไทยในยุคไซเบอร์

เด็กและเยาวชนไทยใช้เวลาเกือบครึ่งยามตื่นไปกับสื่อเทคโนโลยีชนิดต่างๆ ในขณะที่สื่อที่ด้อยคุณภาพกำลังมีปริมาณมากในปัจจุบัน

จัดทำโดย ดร.อมรวิชช์ นาครทรรพ และ จุฬากรณ์ มาเสถียรวงศ์ สถาบันรามจิตติ

สื่อเทคโนโลยีช่วยสร้างความสะดวกสบายให้กับชีวิต แต่สื่อเทคโนโลยีก็อาจส่งผลกระทบด้านลบ โดยเฉพาะต่อเด็กและเยาวชน

ในโลกปัจจุบันสื่อเทคโนโลยีมีบทบาทต่อสังคมไทยมากขึ้น โดยเฉพาะในวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยแห่งการเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ง่าย การสื่อสารผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ คอมพิวเตอร์ โดยผ่านการเชื่อมต่อไร้สาย รวมถึงการเผยแพร่ข่าวสารผ่านทางจอโทรทัศน์ช่วยเชื่อมต่อการติดต่อได้อย่างรวดเร็วและทันสถานการณ์ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ปรากฏในสังคมไทยเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีในกลุ่มเด็กและเยาวชน พบว่า เกิดพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม รวมถึงสื่อที่ด้อยคุณภาพกำลังเป็นปัญหาต่อเด็กและเยาวชนไทย ปัจจุบันเด็กและเยาวชนไทยในเขตเมืองมีพฤติกรรมคุยโทรศัพท์เฉลี่ยวันละประมาณ 1 ชั่วโมง พฤติกรรมการเสพสื่อลามกจากการ์ตูน หนังแผ่นวีซีดี เว็บโป๊ และภาพโป๊ทางโทรศัพท์เคลื่อนที่เป็นประจำมีจำนวนถึงร้อยละ 30 ของวัยรุ่นไทย และเด็กติดเกมร้อยละ 80 เลือกเล่นเกมต่อสู้ นอกจากนี้เด็กยังใช้เวลาไปกับสื่อทางโทรทัศน์ อินเตอร์เน็ต โทรศัพท์เคลื่อนที่ และส่งข้อความผ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ รวมกันวันละประมาณ 8 ชั่วโมง โดยเฉพาะสื่ออินเตอร์เน็ต ซึ่งมีแนวโน้มการเข้าไปใช้งานโดยเยาวชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทุกปี

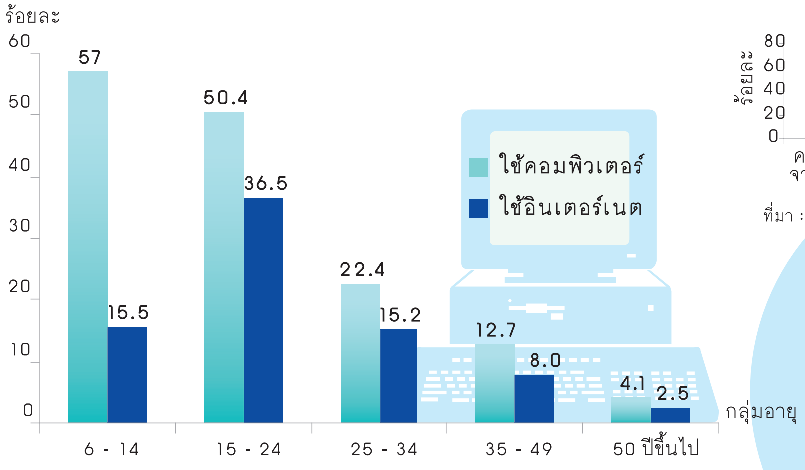
เด็กและเยาวชนที่เสพติดสื่อและขาดการชี้แนะในการรับสื่อจากผู้ปกครอง มีความเสี่ยงต่อการได้รับอาชญากรรมที่เกิดจากมิจฉาชีพออนไลน์ที่ใช้อินเตอร์เน็ตและโทรศัพท์เคลื่อนที่เป็นช่องทางการก่ออาชญากรรม ผ่านการล่อลวง ขายสินค้า จัดหางาน นัดหาคู่ หรือชักชวนให้เล่นการพนันผ่านเว็บไซต์และโทรศัพท์เคลื่อนที่ ดังนั้นปัญหาการใช้ชีวิตติดสื่อของเด็ก และเยาวชนที่ผนวกกับปัญหาสื่อด้อยคุณภาพ จึงต้องเป็นหน้าที่ของผู้ปกครองที่จะต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการรู้เท่าทันสื่อในยุคโลกาภิวัตน์ให้แก่เด็กและเยาวชนมากขึ้น

ใช้เวลา 1 ใน 3 ของชีวิตไปกับเทคโนโลยี

- คุยโทรศัพท์วันละประมาณ 1 ชั่วโมง
- ใช้อินเตอร์เน็ตวันละประมาณ 1 ชั่วโมง
- ฟังเพลงจากเครื่องเล่น MP3 และเครื่องเล่นซีดี วันละประมาณ 2 ชั่วโมง
- ดูหนังจากแผ่นซีดี วีซีดี วีดีโอ วันละประมาณ 2 ชั่วโมง
- เล่นเกมคอมพิวเตอร์ วันละประมาณ 2 ชั่วโมง

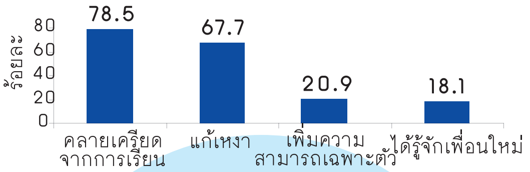
ที่มา : กลุ่มเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม ร่วมกับโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch) โดยสถาบันรามจิตติ. การสำรวจวัฒนธรรมการใช้ชีวิตของเด็กและเยาวชนเรื่อง "ชีวิตไซเบอร์" การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่และความบันเทิงแบบไฮเทคของเยาวชน., 2549
หมายเหตุ: สำรวจ ณ เดือนกันยายน – ตุลาคม 2548 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเด็กและเยาวชนทั้งสิ้น 3,360 คน

ผู้ที่ใช้คอมพิวเตอร์และใช้อินเตอร์เน็ต พ.ศ. 2549



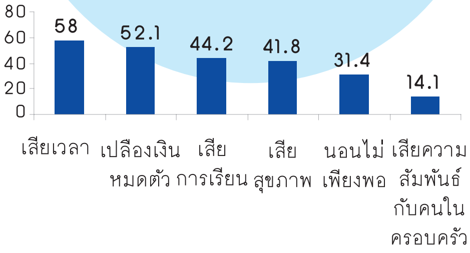
ที่มา : การสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549

ทัศนะด้านบวกของเด็กในการเล่นเกม



ที่มา : สำรวจพฤติกรรมการเล่นเกมในวัยรุ่น และการดูแลลูกๆ กับการเล่นเกม. โครงการวิจัยเชิงสำรวจโดยความร่วมมือระหว่างสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์และสถาบันรามจิตติ, 2549

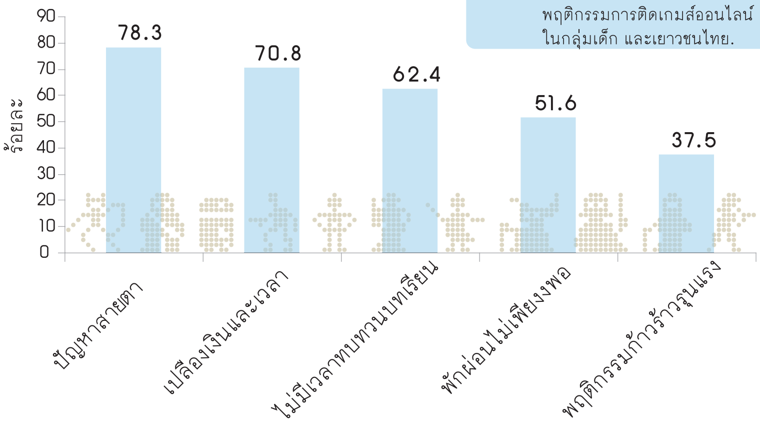
ทัศนะด้านลบของเด็กในการเล่นเกม



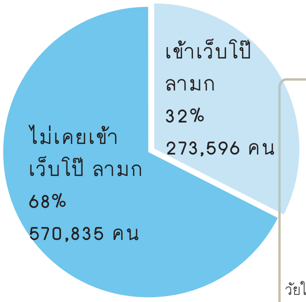
ที่มา : สำรวจพฤติกรรมการเล่นเกมในวัยรุ่น และการดูแลลูกๆ กับการเล่นเกม. โครงการวิจัยเชิงสำรวจโดยความร่วมมือระหว่างสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์และสถาบันรามจิตติ, 2549

ผลกระทบจากการเล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ หรือเกมส์ออนไลน์ของเด็กและเยาวชน

ที่มา : สำนักวิจัยเอแบคโพลล์. 2548. พฤติกรรมการติดเกมส์ออนไลน์ในกลุ่มเด็ก และเยาวชนไทย.



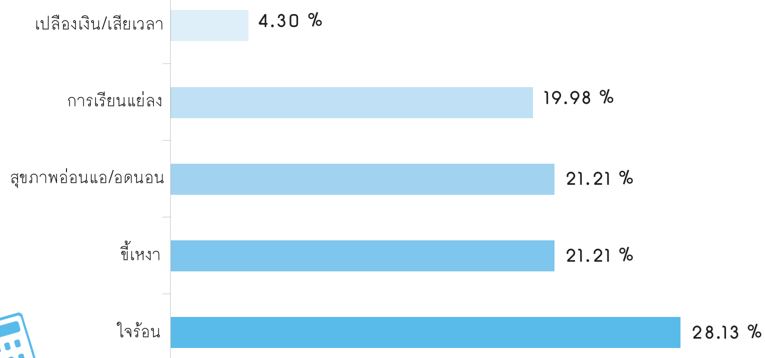
ประมาณการจำนวนนิสิต หรือนักศึกษาในเขตกรุงเทพฯ ที่เข้าไปดูเว็บโป๊ลามก ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา



หมายเหตุ : ฐานข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา พ.ศ. 2548

ที่มา : สำรวจสัญญาณของสื่ออันตรายกับวัยรุ่นวัยใสเมืองกรุง : กรณีศึกษานิสิต/นักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร, สำนักวิจัยเอแบคโพลล์, 2549

ผลของการใช้โทรศัพท์มือถือ พ.ศ. 2548

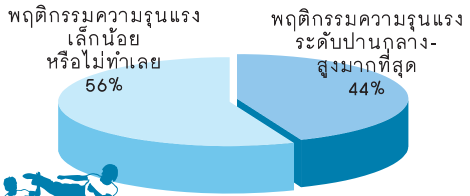


ที่มา : กลุ่มเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม ร่วมกับโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch) โดยสถาบันรามจิตติ. การสำรวจวัฒนธรรมการใช้ชีวิตของเด็กและเยาวชนเรื่อง "ชีวิตไซเบอร์" การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่และความบันเทิงแบบไฮเทคของเยาวชน, 2549

หมายเหตุ: สำรวจ ณ เดือนกันยายน – ตุลาคม 2548

จำนวนกลุ่มตัวอย่างเด็กและเยาวชนทั้งสิ้น 3,360 คน

ผู้ที่เคยดูภาพความรุนแรงจากสื่อโทรทัศน์ จำแนกตามพฤติกรรมรุนแรง



ที่มา : สำนักวิจัยเอแบคโพลล์, สื่อโทรทัศน์กับการใช้ความรุนแรงในกลุ่มเยาวชน : กรณีศึกษานักเรียน/นักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร, 2549

14 ความไม่เท่าเทียมทางการศึกษา

เด็กยากจนและด้อยโอกาสยังคงเสียเปรียบด้านการศึกษา แม้จะมีความพยายามขยายโอกาสทางการศึกษา

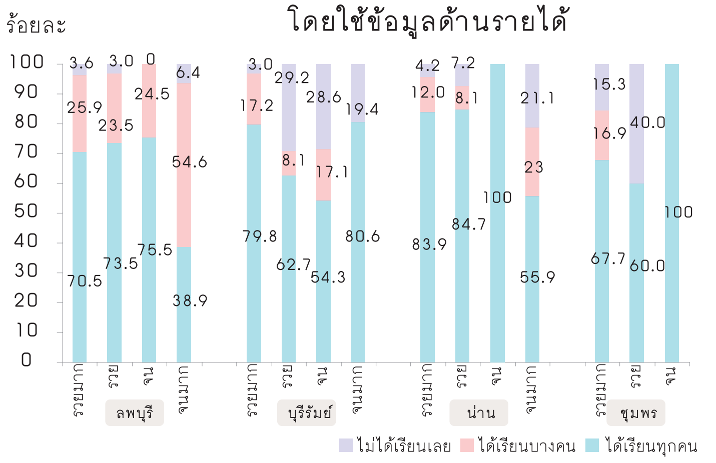
จัดทำโดย คณะทำงานสุขภาพคนไทย

ความแตกต่างในโอกาสทางการศึกษาปรากฏชัดเจนระหว่างเมืองและชนบท และในภาคต่างๆ แม้หน่วยงานรัฐจะพยายามขยายโอกาส แต่เด็กชนบทยังด้อยโอกาสเนื่องจากความยากจน และเด็กต่างจังหวัดเสียเปรียบเด็กในกรุงเทพมหานคร ความไม่เท่าเทียมนี้รวมไปถึงการศึกษานอกระบบโรงเรียนด้วย

ความเท่าเทียมกันทางด้านการศึกษาเป็นเป้าหมายที่รัฐบาลทุกชุดที่ผ่านมาให้ความสำคัญ แต่ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ความไม่เท่าเทียมด้านการศึกษาที่เห็นชัดเจนคือ ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเมืองและชนบท และความไม่เท่าเทียมกันระหว่างภาคต่างๆ แม้ว่าหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ได้พยายามเพิ่มโอกาสด้านการศึกษาในโรงเรียนให้กว้างขวางครอบคลุมมากขึ้น แต่ก็ยังมีเด็กและเยาวชนอีกส่วนหนึ่งไม่ได้มีโอกาสรับการศึกษาในโรงเรียน เนื่องจากขาดแคลนทุนทรัพย์ ต้องหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ระบบการศึกษาที่สามารถรองรับเด็กและเยาวชนเหล่านั้นได้คือการศึกษานอกระบบโรงเรียน

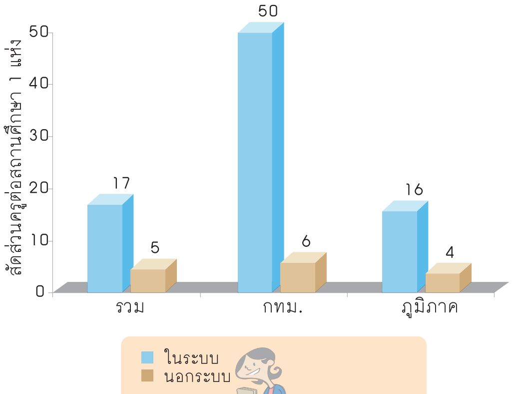
อย่างไรก็ตาม รัฐทุ่มเททรัพยากรให้กับระบบโรงเรียนมากกว่าการศึกษานอกระบบ ทั้งในกรุงเทพฯ และภูมิภาค ข้อมูลจากสถิติการศึกษาขั้นพื้นฐาน ปีการศึกษา 2548 แสดงให้เห็นว่า ในระบบโรงเรียน สถานศึกษา 1 แห่ง มีครู 17 คน และมีนักเรียน 22 คน ต่อครู 1 คน ขณะที่นอกระบบโรงเรียน สถานศึกษา 1 แห่ง มีครูเพียง 5 คน และมีนักเรียนถึง 64 คนต่อครู 1 คน แม้จะเป็นการศึกษานอกระบบโรงเรียนเหมือนกัน ทรัพยากรที่ให้กับการศึกษาส่วนภูมิภาคก็ยังน้อยกว่าเขตกรุงเทพมหานครอยู่มาก ดังนั้นโอกาสในการเข้าถึงการศึกษานอกโรงเรียนที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะชนบทหรือต่างจังหวัดจึงหย่อนไปตามทรัพยากรที่รัฐลงทุน

การศึกษาของบุตรจำแนกตามระดับความยากจน โดยใช้ข้อมูลด้านรายได้



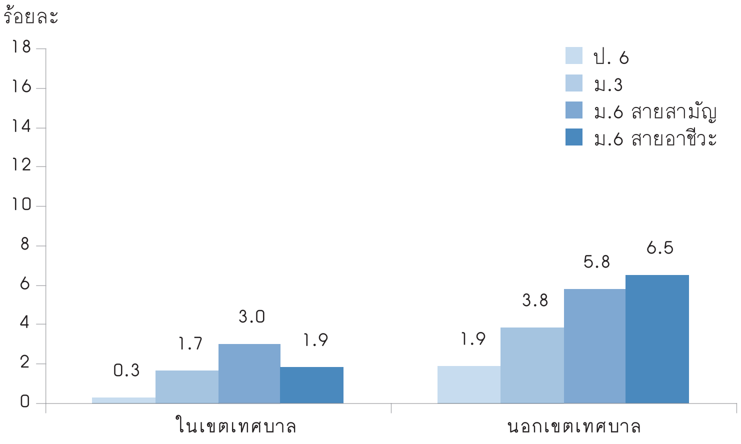
ที่มา : ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, สุรีย์พร พันพึ่ง, รัชพันธุ์ เชยจิตร.2548. ปัจจัยเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อความยากจน. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สัดส่วนครูต่อสถานศึกษา 1 แห่ง ในระบบและนอกระบบ ปีการศึกษา 2548



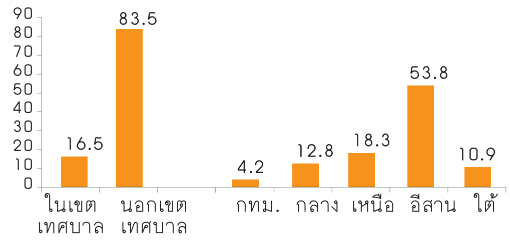
ที่มา : คำนวณมาจากรายงานสถิติพื้นฐานการศึกษา ปีการศึกษา 2548. http://www.moe.go.th/data_stat/

เด็กและเยาวชนที่รายงานว่าไม่ได้เรียนต่อ จำแนกตามระดับชั้นที่กำลังเรียนต่อในขณะนั้น พ.ศ. 2545



ที่มา : รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

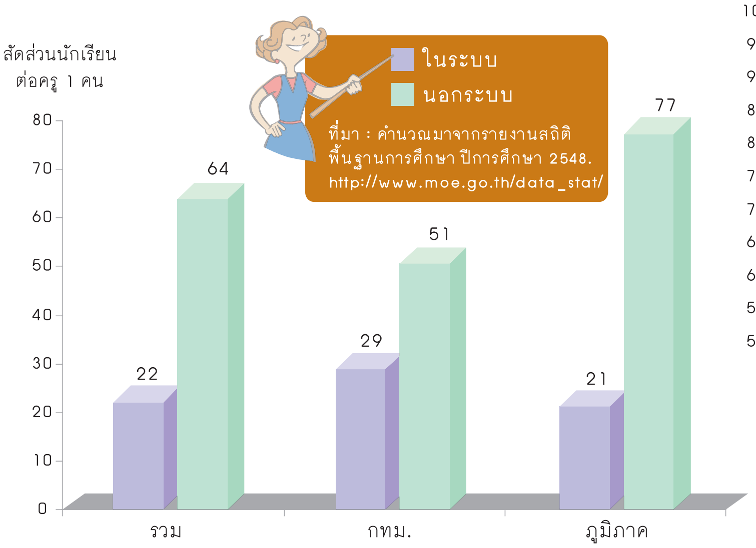
ผู้ที่รายงานว่าไม่ได้เรียนต่อ หลังจากจบการศึกษาในระดับช่วงชั้น จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย และภาค พ.ศ. 2545



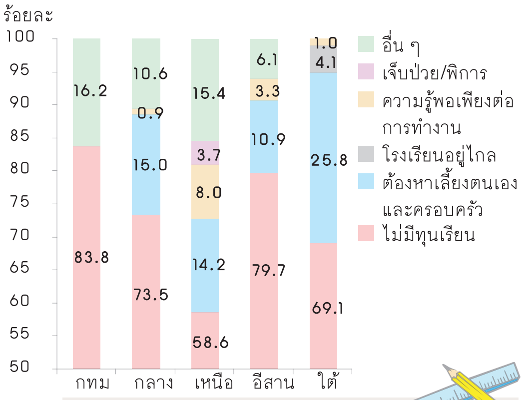
ที่มา : รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

หมายเหตุ : ผู้ไม่ได้เรียนต่อหลังจากจบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มัธยมศึกษาปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 6

สัดส่วนนักเรียนต่อครู 1 คน ในระบบและนอกระบบ ปีการศึกษา 2548



เหตุผลของการไม่ได้เรียนต่อ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2545



ที่มา :
รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชนพ.ศ. 2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สิทธิและหน้าที่ทางการศึกษาในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2542

มาตรา 10

วรรคหนึ่ง "การจัดการศึกษา ต้องจัดให้บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย"

มาตรา 14

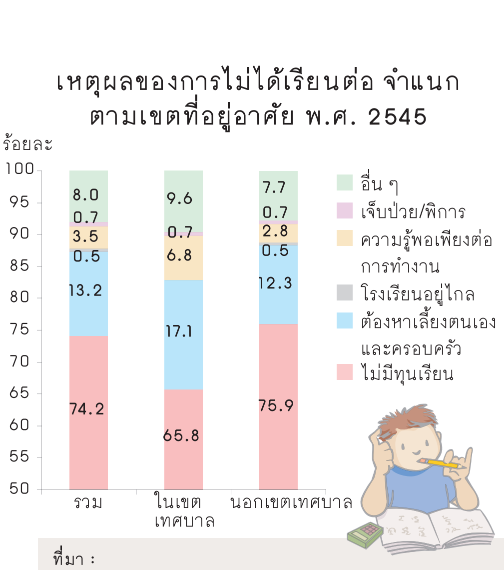
"บุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน องค์กรวิชาชีพ สถาบันศาสนา สถานประกอบการ และสถาบันสังคมอื่น ซึ่งสนับสนุนหรือจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ตามควรแก่กรณีดังต่อไปนี้

(1) การสนับสนุนจากรัฐให้มีความรู้ความสามารถในการอบรมเลี้ยงดูบุคคลซึ่งอยู่ในความดูแลรับผิดชอบ

(2) เงินอุดหนุนจากรัฐสำหรับการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานตามที่กฎหมายกำหนด

(3) การลดหย่อนหรือยกเว้นภาษีสำหรับค่าใช้จ่ายการศึกษาตามที่กฎหมายกำหนด

เหตุผลของการไม่ได้เรียนต่อ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2545



ที่มา :
รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชนพ.ศ. 2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ
และ
ผลงานดีๆ ของคนไทย
เพื่อสุขภาพคนไทย ปี 2550

ผลสลากกินแบ่ง งวดประจำวันที่ 1 เมษายน 2549

รางวัลที่ 1 มี 1 รางวัล ๆ ละ 2,000,000 บาท 738365

เลขข้างเคียงรางวัลที่ 1 มี 2 รางวัล ๆ ละ 50,000 บาท 738364 - 738366

รางวัลที่ 1 พิเศษ	สลากกินแบ่งรัฐบาล	รางวัลละ 30,000,000 บาท	ชุดที่	11
	สลากพิเศษ	รางวัลละ 16,000,000 บาท	ชุดที่	65

รางวัลที่ 2 มี 5 รางวัล ๆ ละ 100,000 บาท

142338	235609	304000	506199	856615

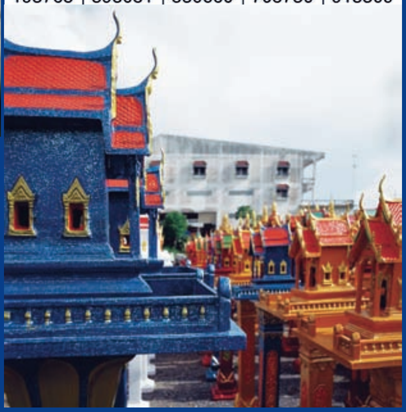
รางวัลที่ 3 มี 10 รางวัล ๆ ละ 40,000 บาท

052073	457673	622542	894721	978571
133290	513400	845022	969453	980475

รางวัลที่ 4 มี 50 รางวัล ๆ ละ 20,000 บาท

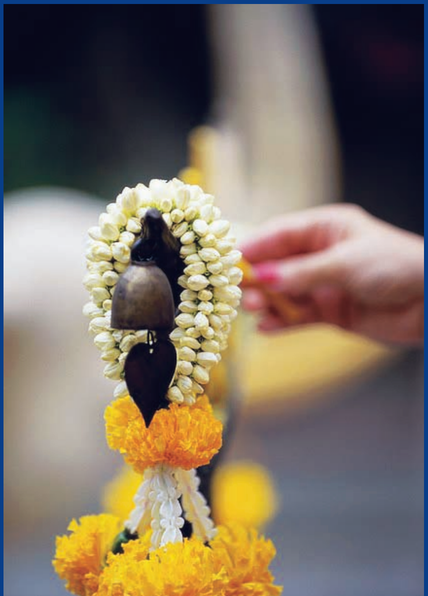
004737	266306	461864	568888	769225
011229	277230	484730	572439	772374
042805	354807	507535	585919	791563
068499	370950	517467	620544	822045
117232	375410	518786	680691	832806
137240	383655	529570	687991	866949
193765	393051	530660	705730	913309

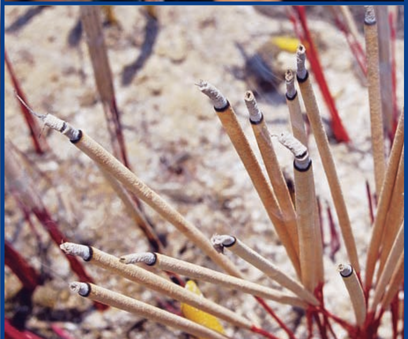
1



หวยบนดินจะอยู่หรือไป ทางสองแพร่งที่รัฐบาลต้องตัดสินใจ

เมื่อรูปแบบการเสี่ยงโชคผ่านตัวเลขเพียง 2-3 ตัวหรือที่บรรดานักเลงหวยเรียกกันติดปากว่า "บน-ล่าง-ตรง-โต๊ด" ซึ่งเคยเร้นหลบ อยู่ตามซอกหลืบถูกยกระดับขึ้นเป็นธุรกิจบนดิน แผงขายกระดาษวัดดวงแผ่นเล็กก็ปรากฏอย่างเปิดเผยทั่วทุกมุมในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นตลาดสด ป้ายรถเมล์ ปั๊มน้ำมัน หรือร้านขายของชำหน้าปากซอย ล้วนมีสลากเลขท้าย 2 ตัว และ 3 ตัวไว้ตอบสนองความต้องการลุ้นรวยของผู้บริโภค จนต้องยอมรับความจริงที่ว่า
"หวยคือการพนันที่คนไทยคุ้นเคย ที่สุด ณ เวลานี้"





เพราะหอมกลิ่นเงินแสนล้านของหวยใต้ดิน หวยจึงเดินทางขึ้นบนดิน

ก่อนที่หวยบนดินจะเกิดขึ้นในสังคมไทย ดร.สังศิต พิริยะรังสรรค์ และคณะ เคยเสนอรายงานการวิจัยเรื่อง "เศรษฐกิจการพนัน: ทางเลือกเชิงนโยบาย" ซึ่งข้อมูลในปี 2544 ระบุว่า ตลาดของหวยใต้ดินนั้นมีขนาดใหญ่กว่าตลาดของสลากกินแบ่งรัฐบาล ราว 15.7 เท่า ขณะที่สลากกินแบ่งและสลากการกุศลของรัฐบาลมียอดขายรวม 34,560 ล้านบาท ต่อปี ยอดขายของหวยใต้ดินกลับทะยานไปอยู่ที่ 542,000 ล้านบาท ต่อปี[1] สร้างกำไรให้เจ้ามือหวยเถื่อนรวม 162,600 ล้านบาท โดยมีผู้นิยมเล่นหวยใต้ดินสูงถึง 23.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 51 ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป[2]

เม็ดเงินระดับแสนล้านบาทที่รั่วไหลออกนอกระบบช่างหอมยั่วใจนายกรัฐมนตรีอย่าง พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร จึงตัดสินใจดึงหวยขึ้นมาไว้บนดิน ผ่านมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2546 ซึ่งเห็นชอบในหลักการให้สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลเริ่มขายสลากเลขท้าย 2 ตัว และ 3 ตัว ได้ตั้งแต่วันที่ 17 กรกฎาคม 2546[3] โดยชูประเด็นด้านบวกว่า หวยบนดินจะช่วยปราบปรามเจ้ามือหวยใต้ดินให้หมดไปจากประเทศไทย พร้อมทั้งให้คำมั่นสัญญาจะจัดสรรรายได้คืนสู่สังคม เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชนคนยากจน ในด้านการศึกษา การแพทย์ การกีฬา และสาธารณประโยชน์อื่นๆ ดังเช่นเนื้อเพลงที่ครูและนักเรียนร้องโต้ตอบกันในโฆษณาซึ่งเคยแพร่ภาพถี่ยิบทางสื่อโทรทัศน์

ยอดขายหวยบนดินตลอดปี 2547 ที่มีมูลค่าถึง 33,168 ล้านบาท และเพิ่มขึ้นเป็น 40,469 ล้านบาท ในปี 2548[4] คือดัชนีชี้วัดว่าสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลประสบความสำเร็จอย่างสูงในการผลักดันให้หวยบนดินไต่อันดับขึ้นเป็นรูปแบบการเสี่ยงโชคยอดนิยมของคนไทย ทั้งนี้การจำหน่ายสลากเลขท้าย 2 ตัว และ 3 ตัว ตั้งแต่งวดแรกเมื่อ 1 สิงหาคม 2546 เรื่อยมาจนถึง 16 พฤศจิกายน 2549 ทำให้สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลมีรายได้อยู่ในกองทุนรางวัลหลังหักค่าใช้จ่ายแล้วประมาณ 25,000 ล้านบาท[5]

หลังจากหวยขึ้นมาอยู่บนดินได้ประมาณ 8 เดือน สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลก็พบว่า รางวัลที่ตั้งไว้ยังไม่สามารถดูดเงินออกจากกระเป๋านักเสี่ยงโชคได้มากพอ จึงเข็นรางวัลแจ๊คพ็อตขั้นต่ำ 20 ล้าน ออกมาล่อใจประชาชนตั้งแต่งวดวันที่ 16 เมษายน 2547 และเมื่อนับจนถึงเดือนตุลาคมที่ผ่านมามีผู้โชคดีได้รับรางวัลแจ๊คพ็อตไปแล้วกว่า 30 คน[6] ทำให้สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลต้องจ่ายเงินรางวัลรวมกว่า 1 พันล้านบาท[7]

เมื่อเส้นทางของหวยบนดินเริ่มสะดุด

ครั้นย่างเข้าสู่ต้นเดือนตุลาคม 2549 ความฝันที่จะได้นอนกอดเงินล้านจากการวัดดวงของคนไทยคลั่งหวยก็เริ่มริบหรี่ เมื่อนายจรัญ ภักดีธนากุล ปลัดกระทรวงยุติธรรม เสนอให้ยกเลิกรางวัลแจ๊คพ็อต โดยให้เหตุผลว่าเป็นการมอมเมาประชาชน ผิดกฎหมาย และไม่เป็นธรรม[8]

มิหนำซ้ำเมื่อ ม.ร.ว.ปรีดิยาธร เทวกุล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง ส่งเรื่องการจำหน่ายสลากเลขท้าย 2 ตัว และ 3 ตัว ให้คณะกรรมการกฤษฎีกาตีความ วงการหวยบนดินก็ต้องสั่นสะเทือนครั้งใหญ่ เพราะคำตอบที่ได้รับคือการขายหวยบนดินของรัฐขัดต่อ พ.ร.บ. สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. 2517 พร้อมกันนี้คณะกรรมการกฤษฎีกาเสนอความเห็นว่า กระทรวงการคลังสมควรยกเลิกมติ ครม. 8 กรกฎาคม 2546 และหากต้องการดำเนินโครงการหวยบนดินต่อก็จะต้องแก้ไข พ.ร.บ. สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ. 2517 ให้ถูกต้องเสียก่อน[9]

ด้วยกังวลว่าการยกเลิกสลากเลขท้าย 2 ตัว และ 3 ตัว จะทำให้หวยใต้ดินกลับมาเฟื่องฟู ท่าทีช่วงแรกของ ม.ร.ว. ปรีดิยาธร จึงไปในทิศทางที่จะสานต่อโครงการหวยบนดิน โดยสั่งหยุดจำหน่ายหวยบนดินงวดประจำวันที่ 1 และ วันที่ 16 ธันวาคม 2549 เพื่อเร่งแก้ไขให้ถูกต้องตามกฎหมาย ก่อนจะส่งร่าง พ.ร.บ. ฉบับดังกล่าวให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) พิจารณาในวันที่ 21 พฤศจิกายน 2549 และเชื่อว่า สนช. จะดำเนินการอย่างรวดเร็วจนสามารถกลับมาขายสลากเลขท้าย 2 ตัว และ 3 ตัว อีกครั้งได้ในงวดวันที่ 30 ธันวาคม 2549[10]

แต่กระแสคัดค้านจาก สนช. และฝ่ายนอกสภาที่ไม่เห็นด้วยแรงกว่าที่คาดไว้ ประกอบกับได้รับทราบข้อมูลเพิ่มเติมจากเครือข่ายเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่ชี้ว่า ก่อนที่จะมีหวยบนดิน เด็กและเยาวชนที่เล่นหวยมีเพียงร้อยละ 5 แต่เมื่อมีหวยบนดินแล้วกลับเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า ทำให้ ม.ร.ว.ปรีดิยาธร ตัดสินใจขอถอนร่างแก้ไข พ.ร.บ. สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลออกจากการพิจารณาของที่ประชุม สนช. เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2549 บนเหตุผลว่าเพื่อจะทบทวนข้อกฎหมายให้รอบคอบและรัดกุมอีกครั้ง ส่งผลให้การงดจำหน่ายสลากเลขท้าย 2 ตัว และ 3 ตัว ต้องยืดเว้นยาวออกไปโดยปริยาย[11]

หวยบนดินช่วยกำจัดหวยใต้ดินได้จริงหรือ?

ก่อนที่สลากเลขท้าย 2 ตัว 3 ตัว จะออกวางขาย สวนดุสิตโพลได้สำรวจทัศนะของคนไทย จำนวน 5,394 คน เรื่องหวยใต้ดินและหวยบนดิน ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน – 15 กรกฎาคม 2546 โดยพบว่า เพียงร้อยละ 7 เท่านั้น ที่คิดว่าหวยใต้ดินจะหมดไปเมื่อมีการขายหวยบนดิน แต่มากถึงร้อยละ 72 เชื่อว่าหวยใต้ดินจะยังคงอยู่ และร้อยละ 68 ของกลุ่มตัวอย่างที่เล่นหวยใต้ดินอยู่แล้วให้ข้อมูลว่า แม้จะมีหวยบนดินก็คงจะไม่เลิกเล่นหวยใต้ดิน[12]

หลังจากนั้นเกือบ 3 ปี มีรายงานวิจัยเรื่อง "หวยใต้ดิน-หวยบนดิน: พฤติกรรมการบริโภคของคนไทย" ของคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย สะท้อนถึงพฤติกรรมการซื้อหวยของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่งวดแรกจนถึงงวดวันที่ 16 พฤษภาคม 2549 คือ ร้อยละ 44 ของกลุ่มตัวอย่าง ซื้อหวยใต้ดินลดลงเพราะหาซื้อได้ยาก กลัวผิดกฎหมาย กลัวเจ้ามือเบี้ยว อีกทั้งรางวัลแจ๊คพ็อตของหวยบนดินนั้นมูลค่าสูง ล่อใจมากกว่าหวยใต้ดิน ขณะที่กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 27 ยังคงซื้อหวยใต้ดินอยู่เช่นเดิม ซึ่งลูกค้าที่อุดหนุนหวยใต้ดินส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป รายได้ประมาณ 5,001-10,000 บาท และมีการศึกษาแค่ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ส่วนยอดขายหวยใต้ดินได้ลดลงจากปี 2544 ที่ 542,000 ล้านบาท เหลือประมาณกว่า 400,000 ล้านบาท นั่นหมายถึง ผู้เล่นหวยใต้ดินส่วนหนึ่งเลือกมาซื้อหวยบนดินและสลากกินแบ่งรัฐบาลมากขึ้น[13]

เท่านี้ก็น่าจะเพียงพอแล้วสำหรับการยืนยันว่า หวยบนดินไม่ได้ช่วยให้หวยใต้ดินหมดไปจากประเทศไทยอย่างที่หลายคนรวมทั้ง พ.ต.ท.ทักษิณ คาดการณ์ไว้ หวยบนดินเพียงแต่ทำให้ตลาดหวยใต้ดินหดตัวลงประมาณหนึ่งในห้า ขณะที่ก็ขยายปริมาณผู้ซื้อ จากเดิมจำนวนผู้เล่นหวยอยู่ที่ประมาณ 24 ล้านคน ในปี 2544 เป็น 30 ล้านคน ในปี 2549

นอกจากนี้ การคงอยู่ของหวยบนดินยังสะท้อนไปถึงประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ตำรวจในการปราบปรามเจ้ามือหวยใต้ดิน และสอดคล้องกับผลการสำรวจของเอแบคโพลล์ ระหว่างวันที่ 21-30 พฤศจิกายน 2549 เรื่อง "ตำรวจกับเจ้ามือหวยในสายตาประชาชน: กรณีศึกษาประชาชนในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด" ที่รายงานว่า ประชาชนส่วนใหญ่หรือร้อยละ 74 ไม่พอใจการทำงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจในการป้องกันแก้ไขปัญหาเจ้ามือหวยใต้ดิน และเมื่อสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลต้องหยุดขายหวยบนดินอย่างไม่มีกำหนด ประชาชนร้อยละ 72 ก็เชื่อว่าแนวโน้มของคนเล่นหวยใต้ดินจะพุ่งขึ้นสูงอีกครั้งในช่วง 6 เดือนข้างหน้า[14]

เสี่ยงโชคราคาเยามอมเมาเยาวชน

การนำเสนอเรื่องพระใบ้หวย ชาวบ้านแห่ไปขอเลขเด็ดกับพืช สัตว์ ที่มีลักษณะประหลาด หรือการประโคมข่าวของผู้ที่ได้รับรางวัลแจ็คพ็อตผ่านทางจอโทรทัศน์และหน้าหนังสือพิมพ์ ควบคู่กับการประชาสัมพันธ์ของสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลที่เน้นคืนกำไรจุนเจือสังคม น่าจะมีส่วนทำให้คนจำนวนไม่น้อยเห็นประโยชน์ของนโยบายหวยบนดิน จนมองข้ามผลลบไปเสียสิ้น การเสี่ยงโชคด้วยเงินเพียง 20, 50 และ 100 บาท กลายเป็นค่านิยมปกติของสังคมไทย จึงไม่น่าแปลกใจที่คนทุกเพศทุกวัยจะหันมาเล่นหวยบนดินกันมากขึ้น ทั้งที่ความจริงแล้ว "แก่น" ของหวยบนดินก็คือ อบายมุขที่นำไปสู่ความเสื่อมนั่นเอง

ผลกระทบจากการจำหน่ายหวยบนดินที่เลวร้ายที่สุด คงหนีไม่พ้นพฤติกรรมเล่นการพนันที่ระบาดข้ามรั้วเข้าไปสู่สถาบันการศึกษาซึ่งเป็นแหล่งรวมอนาคตของชาติ ดังเช่น ผลการศึกษาของโครงการเฝ้าระวังสถานการณ์เด็กและเยาวชน ที่ศึกษาติดตามพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนไทยในหลาย ๆ เรื่อง และหนึ่งในนั้นคือ การเล่นหวยบนดิน

ดร.อมรวิชช์ นาครทรรพ ผู้อำนวยการสถาบันรามจิตติ เปิดเผยผลการศึกษาว่า ได้ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2548 – เดือนกุมภาพันธ์ 2549 ในกลุ่มตัวอย่างระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา ทั่วประเทศประมาณ 150,000 คน พบว่า **ร้อยละ 20 ของเด็กและเยาวชนทุกระดับการศึกษานิยมเล่นหวยบนดิน โดยใช้เงินซื้อหวยบนดินเฉลี่ยเดือนละ 200 บาท คิดเป็นเม็ดเงินสูงถึง 3,600 ล้านบาทต่อปี** เมื่อแบ่งเป็นระดับการศึกษา พบว่า เด็กประถมเล่นหวยร้อยละ 6 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 12 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 17 อาชีวศึกษา ร้อยละ 25 และระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 27 โดยเด็กและเยาวชนในกรุงเทพฯ และปริมณฑลครองแชมป์เล่นหวยบนดินเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กและเยาวชนในภาคอื่นๆ

ดร.อมรวิชช์ เสริมว่าการที่เด็กเล่นหวยเพิ่มขึ้นมาก "เพราะหวยบนดินหาซื้อง่าย มีขายทั่วไปในทุกพื้นที่ และราคาถูก ใช้เงินเพียง 20 บาทก็ซื้อได้แล้ว ที่น่าเป็นห่วงก็คือ การเล่นหวยบนดินจะชักนำไปสู่การพนันรูปแบบอื่นๆ เช่น พนันบอล ซึ่งจะไม่ใช่แค่เสียเงิน แต่ยังก่อให้เกิดปัญหาสังคมและอาชญากรรม อย่างการขู่กรรโชกทรัพย์ในโรงเรียน การทำร้ายร่างกาย สุดท้ายถึงขั้นเสียชีวิตได้"[15]

ข้อมูลข้างต้นเป็นข้อมูลชุดเดียวกับที่มีการส่งมอบถึง ม.ร.ว.ปรีดิยาธร เทวกุล และเป็นส่วนประกอบสำคัญที่ทำให้ ม.ร.ว.ปรีดิยาธร เห็นข้อบกพร่องของ ร่าง พ.ร.บ. สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล ในการป้องกันเด็กและเยาวชนจากหวยบนดิน จนต้องถอนเรื่องออกจากวาระการพิจารณาของ สนช. และท่าทีล่าสุดของ ม.ร.ว.ปรีดิยาธร เมื่อต้นเดือนมกราคม 2550 คือ กระทรวงการคลังจะหยุดการดำเนินการแก้ไขกฎหมายและโครงการหวยบนดินทันที หากคณะกรรมการกฤษฎีกายืนยันว่า ร่าง พ.ร.บ.แก้ไขสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล พ.ศ.2517 จะเป็นการล้างมลทินให้กับการออกหวยบนดินก่อนหน้านี้[16]

ทางสองแพร่งของหวยบนดินที่รัฐบาลต้องตัดสินใจ จะหยุดสนิทหรือปรับแนวทางใหม่ก่อนก้าวต่อไป

ปัจจุบันสำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลมีผู้แทนจำหน่ายโดยตรงที่ลงทะเบียนไว้ทั้งสิ้นประมาณ 6,000 ราย แต่ละรายมีสิทธิจ้างคนเดินโพยได้อีก 50 ราย จึงเท่ากับว่า การยกเลิกสลากเลขท้าย 2 ตัว และ 3 ตัว จะส่งผลกระทบทันทีต่อผู้เกี่ยวข้องเบื้องต้นราวๆ 300,000 ราย[17] ซึ่งจะขาดรายได้ไปเลี้ยงชีพและจุนเจือครอบครัว จึงไม่น่าแปลกใจที่บรรดาผู้แทนจำหน่ายหวยบนดินของรัฐบาลจะเป็นคนกลุ่มแรกๆ ที่ออกมาคัดค้านการยกเลิกหวยบนดิน

และเมื่อศูนย์วิจัยกรุงเทพโพลล์ สถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ สำรวจความเห็นเรื่อง "รัฐบาลกับการแก้ปัญหาหวยบนดิน" จากประชาชน 1,182 คน ในเขตกรุงเทพฯ ระหว่างวันที่ 20-21 พฤศจิกายน 2549 ก็พบว่า ร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างคิดว่าไม่ควรยกเลิกหวยบนดิน เพราะเป็นช่องทางเสี่ยงโชคที่ถูกกฎหมาย ช่วยให้มีรายได้เข้ารัฐซึ่งดีกว่าจะเอาไปให้เจ้ามือหวยใต้ดิน อีกทั้งยังมองว่าการเล่นหวยไม่ใช่เรื่องเสียหาย มีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ที่เห็นว่ารัฐบาลควรยกเลิกการขายหวยบนดิน เพราะเป็นการมอมเมาประชาชน และคนจะได้เลิกเล่นหวยแล้วเอาเงินไปใช้ประโยชน์อย่างอื่น[18]

ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมการซื้อหวยของประชาชน โดยมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ที่ระบุว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 เห็นควรให้มีหวยบนดินต่อไป และหากยกเลิกหวยบนดิน ร้อยละ 74 ของกลุ่มตัวอย่างจะหันกลับไปซื้อหวยใต้ดินอีกครั้ง[19] หากมองจากมุมนี้ก็มีความเป็นไปได้สูงว่ารัฐบาลอาจจะเดินหน้าหวยบนดินต่อไปเพื่อตอบสนองความต้องการซื้อของประชาชนส่วนใหญ่

ขณะที่ฝ่ายที่คัดค้านการขายหวยบนดิน หลัก ๆ จะอยู่บนเหตุผลที่ว่า หวยบนดินคือการมอมเมาให้ประชาชนหลงอยู่ในวังวนของการพนันราคาถูกอย่างถูกกฎหมาย รายได้จากหวยบนดินคือ "เงินบาป" จากนักพนันที่รัฐบาลไม่ควรนำมาใช้สร้างสรรค์สังคม

เพราะอาจการสร้างค่านิยมผิดๆ ว่า อบายมุขที่นำไปสู่ความเสื่อมของชีวิตกลับเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา อีกทั้งการปฏิเสธ "เงินบาป" จะเป็นการตัดสินใจที่สง่างามอย่างยิ่งสำหรับรัฐบาลของพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ซึ่งประกาศชูธงเรื่องเศรษฐกิจพอเพียงตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับตำแหน่งนายกรัฐมนตรี

แต่ต้องไม่ลืมว่า "หวย" อยู่คู่สังคมไทยมานานกว่า 100 ปี และเมื่อเดินมาถึงยุคที่มันระบาดหนักไปทั่วประเทศ การเสนอความเห็นแบบสุดขั้วให้เลิกการขายสลากเลขท้าย 2 ตัว และ 3 ตัว อย่างสิ้นเชิงในคราวเดียวจึงเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ ทั้งนี้ นายจรัญ ภักดีธนากุล ปลัดกระทรวงยุติธรรม ซึ่งจุดประเด็นเรื่องยกเลิกรางวัลแจ๊คพ็อต เสนอทางออกว่า รัฐบาลต้องตั้งหลักให้มั่นคงว่าต้องการหารายได้จากเงินการพนันหรือไม่ ถ้ารัฐแน่วแน่ว่าจะไม่หารายได้จากการมอมเมาประชาชน มาตรการดีที่สุดสำหรับการหยุดยั้งเงินนอกระบบอย่างหวยใต้ดิน คือลดการออกสลากกินแบ่งจากปีละ 24 งวด เหลือเพียงปีละ 12 งวด และเปลี่ยนวันออกสลากเป็นวันที่ 20 หรือ 21 เนื่องจากช่วงนั้นคนไม่ค่อยมีเงินทุ่มซื้อ การเล่นหวยทั้งใต้ดินและบนดินน่าจะน้อยลง[20]

ด้านดร.สังศิต พิริยะรังสรรค์ ซึ่งสนับสนุนการคงอยู่ของหวยบนดิน แต่ได้ยื่นข้อเสนอ 4 ข้อ เพื่อให้รัฐวางมาตรการลดการมอมเมาประชาชน[21] ดังนี้

1. ไม่กระตุ้นความต้องการซื้อ โดยห้ามร้านจำหน่ายหวยติดประกาศแสดงตนเป็นจุดขายหวยบนดิน
2. ให้สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลพิมพ์คำเตือนภัยจากการเล่นพนันหวย คล้ายคำเตือนบนซองบุหรี่
3. ไม่อนุญาตให้ถ่ายทอดสดการออกรางวัลสลากกินแบ่งรัฐบาล
4. ให้สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาลตั้งกองทุนพัฒนาเด็กและเยาวชนขึ้นในกระทรวงวัฒนธรรม และมอบเงินสนับสนุนเพื่อใช้เป็นกองทุนรณรงค์ให้คนเลิกเล่นการพนัน คล้ายกับที่มีการเก็บภาษียาสูบเพิ่มให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ขณะที่สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สป.) ได้เสนอแนะวิธีการบริหารรายได้ของหวยบนดินต่อรัฐบาลเพื่อสร้างความเป็นธรรม และความโปร่งใสในการนำรายได้มาช่วยเหลือประชาชนที่ยากจนให้มีชีวิตที่ดี โดยรัฐไม่ควรทำธุรกิจหวยบนดินเอง แต่ให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการภายใต้กฎเกณฑ์ของรัฐ เพราะหากรัฐบาลเป็นเจ้ามือเองทำให้กลุ่มเยาวชนเข้าใจผิดว่าอบายมุขและการพนันเป็นสิ่งที่ดี จนเกิดพฤติกรรมเลียนแบบตามมาภายหลัง สำหรับรายได้จากหวยบนดินก็ไม่ควรจัดสรรให้แก่กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยตรง โดยเฉพาะทุนการศึกษา แต่ควรนำรายได้เข้าสู่งบประมาณแผ่นดินแล้วจึงจัดสรรงบประมาณไปสู่ภาคสังคม และกลุ่มคนยากจนในสัดส่วนที่มากกว่าเดิม เพราะหากนำเงินรายได้จากหวยโดยตรง ทำให้ผู้ที่รับเงินไม่มีความภูมิใจ หรือไม่เห็นคุณค่ามากนัก เนื่องจากเป็นเงินอบายมุข ซึ่งไม่เหมือนกับเงินของแผ่นดินที่มาจากภาษีประชาชน[22]

เพื่อให้โครงการหวยบนดินเดินต่อไปในเส้นทางที่สังคมยอมรับได้ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นอีกหน่วยงานที่จะต้องเข้ามาแสดงบทบาทสำคัญในการดูแลการจำหน่ายสลากเลขท้าย 2 ตัว และ 3 ตัว ไม่ให้เป็นไปในทางส่งเสริมการพนัน แต่เป็นการกำกับควบคุมให้อยู่ในวงจำกัด และลดปริมาณการซื้อได้ในระยะยาว[23]

นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เปิดเผยว่า กระทรวงฯ ได้ระดมความคิดเห็นจากประชาชน และตั้งคณะทำงานเพื่อการศึกษาวิจัยภายใต้กรอบทำงานเดียวกับการรณรงค์ลด ละ เลิก เหล้า-บุหรี่ที่ประสบผลสำเร็จมาแล้ว รวมทั้งกำหนดนโยบายเสนอรัฐบาล โดยกลุ่มเป้าหมายหลักของการรณรงค์ คือ เด็ก เยาวชน และประชาชนฐานะยากจน

ทันทีที่มีมาตรการลด-ละ-เลิกอบายมุขอย่างเป็นรูปธรรม ทุกภาคส่วนของรัฐต้องดำเนินตามอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง เพื่อที่ว่าในอนาคตอันใกล้ สังคมไทยจะถอยห่างจากความเสื่อมและขยับเข้าใกล้สังคมคุณธรรมมากขึ้น จนถึงขั้นที่ประชาชนปฏิเสธอบายมุข หันกลับมาตั้งหน้าตั้งตาประกอบอาชีพสุจริตเพื่อให้มีรายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว พร้อมกับยึดมั่นในแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง มิใช่วิ่งวุ่นหาเลขเด็ดและรอโชคล้านหล่นทับจากการซื้อหวยบนดินอย่างที่เป็นอยู่ในทุกวันนี้

2

จากแชทรูมสู่คลิปวิดีโอและแคมฟร็อก: วิถีชีวิตออนไลน์ที่ต้องรู้เท่าทัน

ในพ.ศ. 2549 ที่ผ่านมา ปรากฏการณ์ด้านร้ายที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารไฮเทครูปแบบต่างๆ ทำให้สังคมไทยเริ่มหันมามองความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการสื่อสารด้วยสายตาที่ไม่ไว้วางใจเท่าไรนัก แต่ในยุคสมัยที่มือถือคืออุปกรณ์พื้นฐานที่แทบทุกคนมีไว้ติดตัว อินเตอร์เน็ต คือเครื่องมือสำคัญของการเข้าถึงข้อมูลและทางลัดสู่โลกกว้าง ปรากฏการณ์ "คลิปฉาว แชทเสียว และแคมฟร็อก" คงไม่ได้มีสาระสำคัญเพียงแค่การตั้งคำถามว่า สังคมไทยจะควรหยุดยั้งหรือก้าวให้ทันกับเทคโนโลยีการสื่อสารที่ก้าวไกลหรือไม่ เท่านั้น หากแต่ต้องยอมรับความจริง ไม่ว่าเราจะชอบหรือไม่ก็ตาม ว่าขณะนี้คนรุ่นใหม่กำลังใช้ชีวิตอีกด้านของพวกเขาในแบบที่ เรียกว่า "ออนไลน์"

ชีวิตออนไลน์ของเยาวชนไทย

พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์สื่อสารสมัยใหม่ กำลังกลายเป็นลมหายใจของคนไทยจำนวนหลายล้านคน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนไทย ดังรายงานจากสำนักงานสถิติแห่งชาติที่สำรวจจำนวนผู้ใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตทั่วประเทศประจำปี 2549 พบว่ามีผู้ใช้คอมพิวเตอร์จำนวน 15.4 ล้านคน หรือร้อยละ 26 ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป และมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ต 8.47 ล้านคน หรือร้อยละ 14 โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุด เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ การสำรวจครั้งนี้ได้สอบถามถึงประเภทของอินเทอร์เน็ตที่ใช้ในครัวเรือนด้วย ซึ่งพบว่าครัวเรือนที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ใช้อินเทอร์เน็ตประเภทความเร็วสูงมากที่สุดถึงร้อยละ 52.8[1]

ส่วนศูนย์เทคโนโลยีและคอมพิวเตอร์แห่งชาติ สำรวจข้อมูลผู้ใช้อินเตอร์เน็ตเมื่อปี 2548 พบว่า เยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี ใช้อินเตอร์เน็ตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 21 โดยใช้เวลากับอินเตอร์เน็ตเฉลี่ยสัปดาห์ละ 9.2 ชั่วโมง และพบว่าเว็บไซต์บันเทิงเป็นเว็บไซต์ที่เด็กและเยาวชนเข้าไปดูมากถึงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับร้อยละ 2 ของการดูเว็บไซต์เพื่อการศึกษา[2] ในด้านของโทรศัพท์พื้นฐาน พบว่าจำนวนผู้ขอใช้เลขหมายโทรศัพท์พื้นฐานมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เช่นเดียวกับจำนวนโทรศัพท์สาธารณะต่อประชากร ที่สำคัญคือ อัตราการใช้โทรศัพท์มือถือที่ก้าวกระโดดจากร้อยละ 22.5 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 36.7 ในปี 2548[3] ในปี 2549 เมื่อมีการสำรวจประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ทั่วประเทศ พบว่าผู้มีโทรศัพท์มือถือ (ไม่รวมเครื่อง PCT) ทั่วประเทศ มีจำนวน 24.74 ล้านคน หรือร้อยละ 42[4]

จึงไม่น่าแปลกใจที่ผลกระทบเชิงลบจากการใช้อุปกรณ์ไฮเทคเหล่านี้ จะเปิดเผยตัวไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าประโยชน์ที่สังคมได้รับ ในรอบปี 2549-2550 การสื่อสารไฮเทคที่ตกเป็นข่าวฮือฮาแกมหวือหวา คือ การสนทนาออนไลน์ หรือที่เรียกกันสั้นๆว่า "แชท" (chat) การถ่ายและเผยแพร่ "คลิปวิดีโอ" (video clip) โดยเฉพาะที่มาแรงแซงโค้งคือ โปรแกรมอินเตอร์เน็ต "แคมฟร็อก" (camfrog)

"แชท" ภัยออนไลน์จริงหรือ ?

การสนทนาออนไลน์ หรือแชท แบ่งอย่างกว้างได้ 2 ประเภทคือ ห้องสนทนา (chatroom) ที่มีอยู่ตามเว็บไซต์ต่างๆ กับโปรแกรมสนทนาสำเร็จรูปที่ติดตั้งไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลซึ่งมีหลายโปรแกรม แต่ที่ฮิตที่สุดคือ โปรแกรมเอ็มเอสเอ็น (MSN Messenger)[5] การสนทนาออนไลน์เปิดโอกาสให้ผู้ใช้อินเตอร์เน็ตส่งข้อความถึงกันและกันได้แบบสดๆ ร้อนๆ เรียกว่าวินาทีต่อวินาที จึงเป็นที่นิยมค่อนข้างสูงในหมู่ผู้ใช้อินเตอร์เน็ต

ในเดือนพฤษภาคม 2549 ก็ปรากฏข่าวช็อคสังคมไทยให้ต้องหันมาสนใจการสนทนาออนไลน์ คือ เหตุการณ์ครูสอนภาษาอังกฤษจากอุบลราชธานีถูกฆ่าตาย และหั่นศพเป็นสองท่อนใส่กระเป๋าเดินทางขนาดใหญ่ ไปแยกทิ้งตามพื้นที่ต่างๆ ในกรุงเทพมหานครเพื่อทำลายหลักฐาน ครูสาวคนนี้รู้จักคนร้ายโดยการสนทนาผ่านโปรแกรมสนทนาออนไลน์ หลังจากนั้นจึงนัดพบกันที่กรุงเทพฯ และต่อมาถูกทำร้ายถึงชีวิต โดยคนในครอบครัวต่างไม่มีใครรู้จักคนร้ายคนนี้มาก่อน[6] ความเหี้ยมโหดของคนร้ายไม่ได้เป็นจุดสนใจของสาธารณชนมากเท่าความสงสัยที่ผู้คนมีต่อครูผู้ถูกทำร้ายว่า เหตุใดเธอจึงกล้าเดินทางมาพบคนแปลกหน้า กระแสความคิดเห็นในเว็บบอร์ดต่างๆ ถึงกับฟันธงว่า เรื่องนี้เกิดขึ้นเพราะผู้หญิงไม่ดี หวังได้แฟนฝรั่งจึงเดินทางมาหาผู้ชายทำให้เกิดเหตุร้าย ขณะที่อีกกระแสพุ่งเป้าไปที่การสนทนาออนไลน์ว่าเป็นสิ่งอันตรายเพราะกลายเป็นเครื่องมือของการล่อลวง[7]

ถัดมาอีกไม่นานมีข่าวตอกย้ำกระแสหวาดวิตกที่สังคมมีต่อการแชท เมื่อนักศึกษาหญิงคนหนึ่งเข้าแจ้งความให้ดำเนินคดีพระที่ล่วงละเมิดทางเพศหลังจากรู้จักกันผ่านโปรแกรมแชท ซึ่งฝ่ายชายได้หลอกลวงว่าเป็นนักศึกษาเช่นเดียวกัน และออกอุบายให้ฝ่ายหญิงเดินทางไปพบที่วัด แล้วขู่ว่าจะเรียกเพื่อนมารุมโทรมหากฝ่ายหญิงไม่ยอมหลับนอนด้วย[8]

นอกจากนี้ ยังมีการแชทผ่านเครื่องโทรศัพท์ ทั้งโทรศัพท์พื้นฐานและโทรศัพท์มือถือในระบบออดิโอเท็กซ์ เช่น "แชทไลน์ โทร 1900-1900-xxxx", "1900 xxx xxx สายคลายเหงา, "จีไลน์ สายสีม่วง 1900 xxx xxx, "มาคุยกับพวกเรานะคะ...จุ๊บ...จุ๊บ 1900 xxx xxx"[9] เมื่อพิจารณาจากจำนวนผู้ใช้โทรศัพท์ทุกประเภทแล้วจะเห็นได้ว่าบริการแชทในลักษณะนี้มีฐานตลาดที่กว้างกว่าการแชททางอินเตอร์เน็ตมาก ถึงกลางปี 2549 ศูนย์ข้อมูลคนหายเพื่อต่อต้านการค้ามนุษย์ ของมูลนิธิกระจกเงาเปิดเผยว่า มีเด็กสาวถูกล่อลวงหายออกไปจากบ้านหลังจากมีการแชทผ่านระบบโทรศัพท์นี้ รวม 12 คน ล้วนเป็นเด็กผู้หญิงอายุเฉลี่ยต่ำกว่า 15 ปี และพบว่าจำนวนเด็กถูกล่อลวงจากการเล่นแชทไลน์ในระบบออดิโอเท็กซ์มีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ[10]

วัฒนธรรมคลิป: สิทธิส่วนบุคคล การละเมิด และอาชญากรรมทางเพศ

วิดีโอคลิป หรือภาพยนตร์สั้นที่มักถ่ายด้วยโทรศัพท์มือถือเป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย ในกลุ่มวัยรุ่นและคนหนุ่มสาว การเผยแพร่คลิปวีดีโอของเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งเรื่องนักเรียนหญิงตบกัน คลิปแฉที่เปิดโปงความสัมพันธ์ คลิปส่วนตัวที่หลุดออกมาเผยแพร่สู่สาธารณะ และคลิปแบล็คเมล์ กลายเป็นประเด็นที่ถูกนำเสนอต่อสังคมบ่อยครั้งตลอดปี 2549

คลิปแอบถ่าย คลิปหลุด ช่วงกลางปีมีข่าวการเผยแพร่คลิปวีดีโอเหตุการณ์รุมโทรมนักเรียนหญิง 2 คนโดยนักเรียนชาย 5 คน มีความยาวประมาณ 3 นาที ในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคกลาง[11] ถัดมาอีกไม่ถึงเดือนก็ปรากฏข่าวคล้ายคลึงกันโดยเป็นการรุมโทรมนักเรียนหญิงโดยเพื่อนนักเรียนชาย แล้วมีการแอบถ่ายคลิปวิดีโอไว้และนำไปเผยแพร่ในเว็บไซต์ของโรงเรียน[12] พอถึงปลายปีก็มีข่าวน่าสลดใจเมื่อเด็กหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ถูกรุ่นพี่อายุ 14 ปี และ 17 ปี ข่มขืนและแอบถ่ายคลิปวีดีโอไว้ในโทรศัพท์มือถือเพื่อนำไปขายให้ร้านรับโหลดคลิปย่านสำเพ็ง[13]

คลิปแฉ-คลิปเปิดโปงความสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันใกล้ชิด เคยถ่ายคลิปวีดีโอไว้ดูเล่นส่วนตัว แต่ต่อมาเมื่อมีความขัดแย้งจึงนำคลิปวีดีโอมา "แฉ" คือนำมาเปิดเผยไม่ว่าจะด้วยเหตุผลที่ต้องการต่อรองผลประโยชน์ หรือต้องการแก้แค้น หรือทำให้อับอาย อาทิ "รวบมือแพร่คลิปโป๊ แบล็คเมล์อดีตแฟน" ฝ่ายชายผู้กระทำการยอมรับว่า ได้นำคลิปวีดิโอออกไปเผยแพร่ตามเว็บไซต์ต่างๆ จริงเพราะโมโหที่ถูกบอกเลิก และต้องการให้แฟนใหม่ของฝ่ายหญิงได้รู้ความจริง[14] และข่าว "สีกาลุยแฉเอง! แค้นถูกทอดทิ้ง พระครูแจ้งจับโดนแบล็คเมล์" ซึ่งฝ่ายหญิงเป็นผู้วางแผนพาคนรักซึ่งเป็นพระระดับเจ้าอาวาสไปร่วมหลับนอนที่รีสอร์ตแห่งหนึ่ง แล้วใช้โทรศัพท์มือถือถ่ายคลิปวีดิโอขณะมีเพศสัมพันธ์เก็บไว้เป็นหลักฐานมัดตัวเพื่อไม่ให้เจ้าอาวาสไปคบหญิงอื่น และเมื่อมีปากเสียงกันก็ได้นำคลิปวีดิโอดังกล่าวออกมาข่มขู่ แต่เจ้าอาวาสทำท่า

ไม่สนใจโดยอ้างว่ารู้จักคนใหญ่โตในจังหวัด ฝ่ายหญิงจึงนำคลิปวิดีโอดังกล่าวมาเปิดเผยต่อสาธารณะจนเป็นข่าว[15]

ปรากฏการณ์คลิปวิดีโอถูกผูกโยงกับเรื่องเพศของผู้คนอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของการเป็นเครื่องมือเพื่อแสวงหาประโยชน์ทางเพศหรือผลประโยชน์อื่น ไม่ว่าจะเป็นกรณีของการละเมิดทางเพศแล้วถ่ายคลิปไว้ใช้ข่มขู่ผู้เสียหาย กรณีเกิดความสัมพันธ์ซ้อนแล้วใช้คลิปเป็นเครื่องมือในการ "แฉ" กรณีที่คลิป "หลุด" ไปอยู่ในมือของบุคคลอื่นและถูกนำไปขยายผลเชิงการตลาดอย่างในกรณีของร้านรับซ่อมมือถือ เป็นต้น

คลิปวิดีโอยังถูกใช้เพื่อประโยชน์ของการขยายเครือข่ายทางสังคมของบุคคลด้วย ดังผลการวิจัยเรื่อง "การสร้างอัตลักษณ์ในอัลบั้มภาพออนไลน์" ที่วิเคราะห์ข้อมูลอัลบั้มภาพออนไลน์จำนวน 200 อัลบั้มในเว็บไซต์ 3 แห่งที่มีจำนวนผู้ใช้บริการและรูปภาพอยู่เป็นจำนวนมาก ได้บทสรุปที่น่าสนใจว่า การที่อัลบั้มภาพออนไลน์อนุญาตให้มีการตั้งชื่อ การคัดเลือกเพลง การสร้างภาพแทนตน หรือ การคัดเลือกตัวละคร การแต่งตัวให้ตัวละคร และการเลือกฉากต่างๆได้อย่างอิสระ เป็นการเปิดโอกาสให้เจ้าของอัลบั้มภาพออนไลน์แสดงถึงตัวตนที่แท้จริงของตนเอง ภาพที่โชว์ส่วนใหญ่เลือกเฉพาะภาพที่ดูดี มีการตกแต่งภาพก่อนนำภาพเข้าสู่อัลบั้มภาพออนไลน์ และใช้เทคนิคต่างๆ ที่ดึงดูดใจคนดู เจ้าของอัลบั้มภาพออนไลน์มักขอคะแนนโหวตให้กับอัลบั้มภาพของตน ซึ่งคะแนนโหวตจะเป็นตัววัดการยอมรับจากชุมชนแห่งนี้ และยังเป็นเครื่องมือเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นการหาเพื่อน หรือหาคู่ด้วย[16]

ธุรกิจขายคลิปวิดีโอเติบโตไม่หยุดยั้ง มีการสำรวจพบว่า แหล่งขายคลิปวิดีโอมีอยู่ 3 แหล่งใหญ่ คือ การขายหรือเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ ซึ่งคาดประมาณว่ามีอยู่หลายร้อยเว็บไซต์ มีทั้งที่ให้โหลดฟรีและต้องชำระค่าบริการก่อนการโหลด โดยความถูก-แพงนั้นขึ้นอยู่กับประเภทและความยาวของคลิปเป็นหลัก แหล่งที่สองคือร้านจำหน่ายโทรศัพท์มือถือ ซึ่งขายวิดีโอคลิปเป็นบริการเสริมเพื่อดึงดูดให้ลูกค้าทำการติดตั้งโปรแกรมอื่นๆ เช่น โปรแกรมสำหรับดูหนังฟังเพลง โปรแกรมสำหรับดูภาพถ่าย ซึ่งราคาคลิปจะอยู่ที่ประมาณ 100 บาท ต่อ 5 เรื่อง และแหล่งสุดท้ายคือ ร้านจำหน่ายวีซีดีหรือซีดีคลิป ซึ่งขายแผ่นละ 100-200 บาท โดยในหนึ่งแผ่นจะมีคลิปอยู่หลายสิบเรื่อง[17]

ใครเป็นคนดูคลิป ในขณะที่สังคมในโลกออนไลน์มีการเปิดเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการโชว์ และแลกเปลี่ยนคลิปวิดีโออย่างเป็นล่ำเป็นสัน ส่วนหนึ่งของการแลกเปลี่ยนนี้ได้กลายเป็นเรื่องของธุรกิจและเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตลาดคลิปวิดีโอเฟื่องฟูมาก ในอีกมุมหนึ่ง ผู้คนจำนวนมากเข้าถึงและใช้ชีวิตในโลกเสมือนจริงจนกลายเป็นชุมชนออนไลน์ มีการสร้างพื้นที่ของตัวเองในชุมชนออนไลน์ เช่น ไดอารี่ออนไลน์ อัลบั้มรูปออนไลน์ เพื่อนำเสนอภาพตัวแทนของตนเอง และที่น่าสนใจคือส่วนใหญ่นั้นนิยมเสนอวิถีทางเพศของตนเองอย่างเปิดเผย ขณะเดียวกันก็ติดตามเสพข้อมูลของคนอื่นอย่างกระหายใคร่รู้ ซึ่งน่าจะเป็นปฏิกิริยาสะท้อนกลับของสิ่งที่ถูกสังคมและอำนาจของรัฐปกปิดปิดกั้นมานาน เมื่อมีช่องทางให้แสดงออกอย่างเสรีจึงกลายเป็นปรากฏการณ์อย่างที่สังคมได้รับรู้

แคมฟร็อก: พื้นที่สีเทาของสิทธิส่วนบุคคลกับการละเมิดต่อสังคม

"แคมฟร็อก" เป็นชื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ใช้สำหรับสนทนาออนไลน์ ผู้เล่นสามารถสนทนากันเป็นกลุ่มและเห็นภาพได้พร้อมๆ กัน ที่จริงโปรแกรมแคมฟร็อกเปิดตัวมาได้ 2-3 ปีแล้ว มีการนำไปประยุกต์ใช้งานกันหลากหลายรูปแบบ อาทิ ใช้เป็นเครื่องมือในการประชุมวิดีโอคอนเฟอเรนซ์ การสนทนาของกลุ่มคนที่มีความสนใจในประเด็นเดียวกัน เป็นต้น สำหรับสังคมไทยนั้นรู้จัก "แคมฟร็อก" ด้วยน้ำเสียงและท่าทีไม่สบายใจในฐานะของสื่อโป๊หรือช่องทางแสดงออกเรื่องเพศในทางลามกอนาจาร จากการเปิดประเด็นผ่านหนังสือพิมพ์โดยเริ่มจากการเปิดโปงแคมฟร็อกในฐานะชุมชนออนไลน์ของคนชอบโชว์ ชอบแสดงออกเรื่องเพศอย่างเปิดเผย จนเข้าขั้นลามกอนาจาร อย่างเช่น

"วัยรุ่นเมืองขอนแก่น ฮิตเล่น "CAMFROG" แชทไลน์สด ที่ทำเหมือนสถานีวิทยุกลายๆ แต่มีดีเจพร้อมทำท่ายั่วยวนอารมณ์ วันดีคืนดีโชว์สดถ่ายทอดทางเว็บให้ชมด้วย วัยรุ่นบางรายโดดเรียนเล่น ตำรวจเผย ไม่รู้จะเอาผิดอย่างไร เพราะไม่เข้าข่าย แต่เป็นเพียงที่รวมของกลุ่มคนผิดปกติทางจิตเท่านั้น"[18]

"ระบาดทางเน็ตจี้ไอซีทีช่วยดูแล เสี่ยร้านเน็ตร้องกระทรวงวัฒนธรรม โปรแกรม "แคมฟร็อก" โชว์ลามกเกลื่อน ติดตั้งทั้งในบ้านและร้านอินเตอร์เน็ต ระบุเป็นโปรแกรมในการสื่อสารระหว่างบุคคล แบ่งเป็นห้องสนทนาจำนวนมากทั้งไทยและต่างประเทศ โดยห้องสนทนาสุดฮิตคือ ห้องที่มีการโชว์อนาจาร ทั้งเปิดหนังโป๊ โชว์แก้ผ้า เต้นท่าทางยั่วยวน จนไปถึงการร่วมเพศ แค่ 2-3 เดือน ที่ผ่านมา มีผู้ใช้บริการที่สมัครเป็นสมาชิกนับแสนราย ร้องให้ไอซีทีเข้ามาตรวจสอบหาต้นตอ เพื่อติดตามจับกุม พร้อมทั้งปิดหรือบล็อกโปรแกรมดังกล่าวโดยเร็วที่สุด"[19]

"ตะลึง!! คนไทยเล่นเว็บ 'แคมฟร็อก' มากเป็นอันดับ 3 ของโลก รองจากอเมริกาและจีน นายกสมาคมผู้ดูแลเว็บไทยชงปัญหาให้กรรมาธิการฯ รับทราบ เร่งผลักดันร่าง พ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ออกมาใช้ ด้าน ส.ธุรกิจอินเตอร์เน็ตออกโรงต้านโชว์ลามกใน "แคมฟร็อก" จี้ไอซีทีปิดโปรแกรมโดยเร็วที่สุด"[20]

อะไรคือ "แคมฟร็อก"

แคมฟร็อก เป็นซอฟต์แวร์ของบริษัทแคมแชร์ (Camshare) ที่สามารถให้ผู้ใช้แลกเปลี่ยนภาพจากเว็บแคมและเสียงผ่านทางอินเทอร์เน็ต จึงนำไปใช้ในการประชุมออนไลน์ได้หลายคนพร้อมกัน แคมฟร็อกแตกต่างจากโปรแกรมทั่วไปโดยผู้ใช้สามารถใช้โปรแกรมบนเซิร์ฟเวอร์ของตัวเองได้ ปัจจุบันแคมฟร็อกมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิด และการแสดงวีดีโอหลายอย่างรวมถึงเรื่องการท่องเที่ยว กีฬา ภาษา วัฒนธรรม เล่นเกมตอบปัญหาออนไลน์ ซึ่งก็รวมเรื่องทางเพศ หรือการร่วมเพศออนไลน์

แคมฟร็อก มีการใช้งานแบ่งออกเป็นห้อง โดยแต่ละห้องแบ่งตามหัวข้อในการสนทนา เช่น ห้องสำหรับสำหรับฝึกภาษาพูดคุยภาษาอังกฤษ ภาษาอิตาลี ภาษาเยอรมัน รวมไปถึงภาษามือสำหรับคนพิการที่มีการเปิดไว้ให้คนพิการสามารถคุยออนไลน์หลายห้อง นอกจากนี้ยังมีห้องสำหรับพูดคุยเรื่องเพลง หรือเล่าเรื่องผี แต่การใช้งานส่วนใหญ่ในแคมฟร็อกเป็นการใช้เพื่อดูและแสดงลามกทางอินเตอร์เน็ต คนไทยเป็นกลุ่มผู้ใช้บริการโปรแกรมแคมฟร็อกมากเป็นอันดับที่ 3 ของโลก โดยส่วนหนึ่งใช้เพื่อรับชมการแสดงลามกอนาจารทางอินเตอร์เน็ต หรือไม่ก็แสดงลามกเสียเอง (แหล่งข้อมูล: วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี http://th.wikipedia.org/wiki/Camfrog)

ปฏิกิริยาของฝ่ายต่างๆในสังคม

ตลอดปี 2549 เชื่อมต่อกับปี 2550 การเคลื่อนไหวของหน่วยงานต่อปรากฏการณ์อันเนื่องมาจากการสื่อสารไฮเทค ล้วนตอบโต้ในเชิงลบ และมุ่งใช้อำนาจรัฐเข้าควบคุมหรือแม้แต่กำจัดเทคโนโลยีการสื่อสารที่ถูกมองว่าเป็นปัญหา กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารระบุว่า จะดำเนินการปิดเว็บไซต์ที่ขายคลิปวิดีโอโป๊ทันทีที่พบ แต่กฎหมายไม่สามารถดำเนินการกับผู้กระทำผิดได้อย่างทันท่วงที จึงแนะนำให้พ่อแม่ดูแลการใช้อินเทอร์เน็ตของลูกหลาน โดยใส่โปรแกรมป้องกันที่เรียกว่า HOUSE KEEPER เพื่อบล็อกไม่ให้เด็กๆ เข้าไปดูเว็บที่ไม่เหมาะสม และได้ผลักดันกฎหมายการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว โดย พ.ร.บ.ฉบับนี้กำลังจะผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติ และจะมีผลบังคับใช้ในเร็วๆ นี้" [21]

อย่างไรก็ดี กองบังคับปราบปรามการกระทำผิดต่อเด็ก เยาวชนและสตรี สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ชี้ว่า กฎหมายที่ใช้อยู่ในปัจจุบันก็สามารถนำมาใช้เปรียบเทียบเพื่อเอาผิดแก่ผู้ที่จำหน่ายหรือเผยแพร่คลิปโป๊ได้ เพราะผู้ที่เผยแพร่ภาพลามกอนาจารนั้นมีความผิดตามกฎหมายอาญามาตรา 287 หากตำรวจพบเห็นก็สามารถจับกุมได้ทันทีโดยไม่ต้องมีผู้เสียหายมาแจ้งความ ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นการเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ โหลดลงโทรศัพท์มือถือให้ลูกค้า หรือแม้กระทั่งส่งต่อไปให้เพื่อนดู จะถือว่ามีความผิดทั้งนั้น โดยมีโทษจำคุกถึง 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 6 พันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และหากมีข้อความที่ทำให้บุคคลในภาพเสื่อมเสียติดอยู่ในคลิปด้วยก็มีโทษหนักขึ้นด้วย[22]

การไล่บี้ผู้เล่น หนทางที่เหนื่อยเปล่า เพราะกฎหมายตามไม่ทันสถานการณ์

ในขณะที่สมาคมธุรกิจอินเตอร์เน็ทแสดงจุดยืนอย่างเด่นชัดว่าไม่เห็นด้วยกับการใช้โปรแกรมแคมฟร็อกเพื่อโชว์เรื่องเพศ และประนามร้านบริการอินเตอร์เน็ทที่มีโปรแกรมนี้ไว้บริการลูกค้า สำนักคดีเทคโนโลยีและสารสนเทศ กรมสอบสวนคดีพิเศษ (ดีเอสไอ) ก็ออกมาระบุว่า จะดำเนินคดีกับกลุ่มหญิงสาวที่โชว์เรือนร่างผ่านโปรแกรมแคมฟร็อกประมาณ 10 คน ส่วนใหญ่เป็นนักธุรกิจและพนักงานประจำสำนักงานต่างๆ โดยดีเอสไอจะเป็นเจ้าทุกข์ในการดำเนินคดีกับบุคคลดังกล่าวเอง เพราะถือว่าบุคคลดังกล่าวสร้างความเสียหายแก่รัฐ[23]

กระทรวงวัฒนธรรมก็มีท่าทีในทำนองเดียวกัน โดยนางสาวลัดดา ตั้งสุภาชัย ผู้อำนวยการศูนย์เฝ้าระวังทางวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม ระบุว่ามีการติดตามเรื่องนี้มา 2-3 เดือนแล้ว เพราะมีผู้ปกครองและเครือข่ายเฝ้าระวังฯ ที่เป็นเยาวชนและร้านอินเตอร์เน็ต ได้แจ้งข่าวเข้ามา ขณะนี้รวบรวมข้อมูลหลักฐานของผู้ที่เปิดบริการและผู้ใช้ได้ครบแล้ว เรื่องนี้ปล่อยไปไม่ได้ เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในประเทศและดำเนินการโดยคนไทย มีเซิร์ฟเวอร์อยู่ในประเทศไทย ต้องให้ตำรวจเข้าไปตรวจสอบโดยอาศัยอำนาจตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 287 ที่ระบุไว้ว่า ห้ามมิให้มีการเผยแพร่ภาพลามกอนาจารต่อที่สาธารณะ ซึ่งผู้กระทำผิดมีโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี และปรับไม่เกิน 6,000 บาท แต่ก็ถือว่าเป็นโทษที่น้อยมากจึงมีการฝ่าฝืนหรือลักลอบกระทำผิดตลอดเวลา[24]

ปัญหาของกฎหมายที่ไล่ไม่ทันกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเป็นประเด็นที่มีผู้สะท้อนออกมาบ่อยครั้ง นายปรเมศวร์ มินศิริ ผู้จัดการโครงการอินเตอร์เน็ตสีขาวเพื่อเยาวชน ระบุว่า "เรื่องนี้เป็นปัญหาของเทคโนโลยีที่ล้ำสมัย แต่กฎหมายและระเบียบของรัฐครอบคลุมไม่ถึง ไม่ทันสมัยพอ อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ได้มีร่าง พ.ร.บ.ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ กำลังอยู่ในช่วงของการพิจารณาแปรญัตติของคณะกรรมาธิการฯ ถือเป็นจังหวะที่ดีที่จะช่วยผลักดันกฎหมายการใช้อินเตอร์เน็ตออกมาและมีโทษรุนแรง" [25]

ต่อประเด็นนี้ นายศิริพงษ์ วิทยวิโรจน์ นักเขียนผู้เชี่ยวชาญด้านอินเตอร์เน็ต เขียนถึงสถานการณ์ล่าสุดเกี่ยวกับแคมฟร็อกของไทยเมื่อกลางเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ว่า ห้องที่มีโชว์ลามกหายไปหมดแล้ว เหลือแต่ห้องสนทนากันปกติ โดยหากห้องสนทนาใดมีผู้ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ผู้ดูแลห้องก็จะ "ดีด" คนนั้นออกไป และสรุปให้ข้อคิดเรื่องการจัดการบนพื้นที่ออนไลน์ว่า การกำกับดูแลที่ดีที่สุดในสังคมอินเตอร์เน็ตก็เหมือนสังคมอื่นๆ คือสมาชิกต้องดูแลกวดขันกันเอง การใช้อำนาจปิดกั้นไม่น่าจะเกิดประโยชน์อะไร

ภัยออนไลน์ต้องแก้ที่ต้นเหตุ

ในปรากฏการณ์การใช้เทคโนโลยีเพื่อแสวงหาข้อมูล หรือแสดงออกเรื่องเพศนี้ สิ่งที่หน่วยงานและสื่อมวลชนยังทำน้อย ก็คือการยืนอยู่เคียงข้างเด็กและเยาวชนที่อยู่ในห้องสนทนาต่างๆ พร้อมบอกให้รู้ถึงความเกี่ยวเนื่องและความเป็นไปได้ของกระบวนการธุรกิจภาพโป๊ เปลือย เพื่อให้ผู้เล่นมองเห็นอย่างรอบด้านและรู้เท่าทัน

ทั้งหมดนี้เป็นปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับคนที่เข้ามาใช้ชีวิตในสังคมเสมือนจริง ด้วยความรู้สึกว่าเต็มไปด้วยเสรีภาพในการแสดงออกและการแสวงหาข้อมูลใหม่ๆ โดยเฉพาะกับเรื่องที่ถูกสังคมจริงปิดกั้นตลอดมาอย่างเรื่องเพศ และเกี่ยวข้องกับธุรกิจที่ได้กำไรจากการใช้สิทธิเสรีภาพของผู้คนเหล่านี้ ดังนั้น ปฏิกิริยาตอบโต้ที่มุ่งประนามผู้คนในโลกเสมือนจริงว่ามีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากบรรทัดฐานเรื่องเพศของสังคมจริง และพยายามเข้าไปจัดระเบียบชีวิตเสมือนจริงจึงเป็นมุมมองและปฏิกิริยาที่ยังไม่ครอบคลุมทั้งหมดของวิถีชีวิตออนไลน์ ไม่ว่าจะเป็นอินเตอร์เน็ตหรือโทรศัพท์มือถือ ขณะที่ระบบธุรกิจที่เป็นปัจจัยชี้นำและขับเคลื่อนการแพร่ขยายและบ่อยครั้งยังละเมิดสิทธิส่วนบุคคลด้วยนั้น ยังถูกมองข้ามไป

อย่างไรก็ตาม ก็เกิดท่าทีใหม่ที่ไม่เน้นการปิดกั้นเป็นหลัก ปรากฏขึ้นในมหกรรมอินเตอร์เน็ตปลอดภัยและสร้างสรรค์ 2550 ที่อุทยานการเรียนรู้ เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2550 โดยมีข้อเสนอโรดแมพเพื่อป้องกันเยาวชนตกเป็นเหยื่อภัยออนไลน์ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ คือ *ขจัดร้าย* หมายถึง การใช้กระบวนการทางกฎหมายเข้าควบคุมลงโทษ *ขยายดี* หมายถึง สนับสนุนการใช้อินเตอร์เน็ตเพื่อการเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ *สร้างภูมิคุ้มกัน* คือ รณรงค์ให้เด็กและผู้ปกครองรู้เท่าทันภัยในอินเตอร์เน็ต และ *พัฒนาระบบ* โดยต้องมีการสนับสนุนทางการเงินและเครือข่าย[27]

ไม่ว่าเราจะชอบหรือไม่ก็ตาม โลกออนไลน์ได้เข้ามาแวดล้อมชีวิตของผู้คนอย่างไม่แบ่งแยกว่าใครใช้และใครไม่ใช้ สำหรับบุคคลในสังคม ทักษะการใช้ชีวิตในโลกออนไลน์แบบที่ตัวเองปลอดภัยและในขณะเดียวกันก็ไม่ทำร้ายผู้อื่น จึงเป็นสิ่งจำเป็นของการดำรงชีวิตในท่ามกลางความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการสื่อสาร และสำหรับสังคมออนไลน์ การจัดระเบียบระบบธุรกิจออนไลน์ กำหนดกติกาที่ยุติธรรม และควบคุมอาชญากรรมรูปแบบใหม่ที่มีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเป็นเครื่องมือนับเป็นเรื่องสำคัญจำเป็น และเร่งด่วนอย่างยิ่ง

3

‘ประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์’: การปะทะกันระหว่างสิทธิของแพทย์กับสิทธิผู้ป่วย

นอกจากสถานการณ์การฟ้องร้องคดีอาญาต่อแพทย์ จะทวีความรุนแรงขึ้นเป็นลำดับแล้ว ในรอบปี 2549 ต่อเนื่องถึงปี 2550 ‘แพทยสภา’ สภาวิชาชีพสำคัญที่สุดของแพทย์ในเมืองไทย ได้มีการเคลื่อนไหวออกประกาศแพทยสภาเรื่องข้อเท็จจริงทางการแพทย์ และการแก้ไขข้อบังคับแพทยสภา ปี 2525 ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาเมื่อปลายปี 2549 ที่ถือเป็นกฎหมายที่แพทย์ทุกคนต้องปฏิบัติตาม ถือเป็นการโยนเผือกร้อน และกระตุกให้สังคมไทยต้องหันกลับมาพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับหมออย่างจริงจังอีกครั้งหนึ่ง

'ข้อเท็จจริงทางการแพทย์' ของแพทยสภา

'แพทยสภา' ได้ออกประกาศแพทยสภา ที่ 46/2549 เรื่องข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ลงนามโดยนายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา มีเนื้อหาใจความระบุว่า

'เพื่อให้การดำเนินการทางการแพทย์เป็นไปอย่างเหมาะสม อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 21(3) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 คณะกรรมการแพทยสภา ในการประชุมครั้งที่ 11/2549 วันที่ 9 พฤศจิกายน 2549 จึงมีมติให้ออกประกาศแพทยสภา เรื่องข้อเท็จจริงทางการแพทย์ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 'การแพทย์' ในที่นี้ หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งคือการแพทย์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วทางวิทยาศาสตร์ว่ามีประโยชน์

ข้อ 2 การแพทย์ยังไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน และ/หรือบำบัดให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ บางครั้งอาจทำได้เพียงบรรเทาอาการหรือประคับประคอง เท่านั้น ยิ่งกว่านั้นบางโรคยังมิอาจให้การวินิจฉัยได้ในระยะเริ่มแรก

ข้อ 3 ในกระบวนการดำเนินการทางการแพทย์ อาจเกิดสภาวะอันไม่พึงประสงค์ได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอแล้วก็ตาม ซึ่งถือว่าเป็นเหตุสุดวิสัย

ข้อ 4 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมย่อมใช้ดุลยพินิจในการเลือกกระบวนการดำเนินการทางการแพทย์ รวมทั้งการปรึกษาหรือส่งต่อโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย

ข้อ 5 เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอาจปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยต้องให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสม

ข้อ 6 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพย่อมมีสิทธิและได้รับความคุ้มครองที่จะไม่ถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม

ข้อ 7 ภาระงาน ข้อจำกัดของสถานพยาบาล ความพร้อมทางร่างกาย จิตใจและสภาพแวดล้อมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ย่อมมีผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินการทางการแพทย์

ข้อ 8 การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆ ทางการแพทย์ของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ทำการวินิจฉัยและรักษา ย่อมมีผลเสียต่อการวินิจฉัยและการรักษา

ข้อ 9 การไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคลากรทางการแพทย์ ย่อมมีผลเสียต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค[1]

แม้ประกาศแพทยสภา ฉบับนี้จะมีการปรับแก้ข้อความจาก (ร่าง) ประกาศข้อเท็จจริงเมื่อปี 2548 อยู่บ้าง โดยปรับลดจาก 10 ข้อ เหลือเพียง 9 ข้อ แต่ก็ยังมีประเด็นที่เป็นข้อถกเถียงและถูกวิพากษ์วิจารณ์จากสังคม ที่รุนแรงที่สุด เห็นจะเป็น ประกาศข้อ 5 ที่ระบุว่า

'เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอาจปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยต้องให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสม'

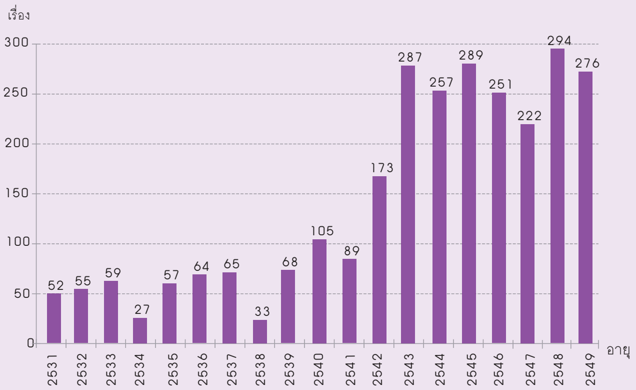
โดยเนื้อความสำคัญ ที่มีการวิพากษ์วิจารณ์กันอย่างกว้างขวาง ก็คือ **ข้อ 5 ในประกาศฉบับดังกล่าวเป็นการเปิดช่องให้แพทย์สามารถปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วน และเป็นอันตรายต่อชีวิตได้**

มุมที่มองต่างกันระหว่างสิทธิของแพทย์กับสิทธิผู้ป่วย

หลังประกาศฉบับดังกล่าวถูกเผยแพร่ต่อสาธารณชน ปฏิกิริยาจากฝ่ายต่างๆในสังคมได้ออกมาเคลื่อนไหวกันอย่างคึกคัก มีการมองกันว่าประกาศแพทยสภาฉบับนี้ ออกมาเพื่อคุ้มครอง 'หมอ' ไม่ให้ถูกฟ้องดำเนินคดีจากการรักษาคนไข้

ดังเห็นได้จากจำนวนตัวเลขของเรื่องร้องเรียนจากประชาชนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาระหว่าง พ.ศ. 2531 – 2549 (ดูแผนภูมิ) ต้องยอมรับว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นตลอด โดยจำนวนเรื่องที่พุ่งทะลุหลัก 200 เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2543 โดยปี 2548 มีเรื่องเข้าสู่การพิจารณาสูงสุดถึงเกือบ 300 เรื่อง ซึ่งก็เป็นปีแรกเริ่มที่แพทยสภาพิจารณาที่จะประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ขณะที่สถิติคดีฟ้องร้องเอาผิดทางอาญาต่อแพทย์ก็ทวีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับด้วยเช่นกัน

แผนภูมิแสดงจำนวนเรื่องที่ถูกร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา ปี พ.ศ. 2531- 2549



ที่มา : สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์ เลขาธิการแพทยสภา ให้สัมภาษณ์ว่า หากมองอย่างเป็นธรรม จะเห็นว่า การออกประกาศดังกล่าวเป็นไปเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยมากกว่าที่จะคุ้มครองหมอ เพราะบางครั้งแพทย์ไม่สามารถที่จะให้การตรวจรักษาได้ทุกโรคหากไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคนั้นๆ[2]

ขณะที่นายกแพทยสภายืนยันว่า การดำเนินการเพื่อผลักดันประกาศแพทยสภา เรื่องข้อเท็จจริงทางการแพทย์นี้ มีการดำเนินการมานานถึง 4 ปีแล้ว ไม่ใช่เพิ่งมาเริ่มดำเนินการ[3]

ก่อนหน้านี้แพทยสภา ได้เคยนำเสนอ **'ร่างประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์'** (ประกาศฉบับที่ 46/2549) ที่ถือได้ว่า เป็นครั้งแรกของวงการแพทย์แผนปัจจุบันของประเทศไทย ที่จะมีการประกาศต่อสาธารณะว่าสมาชิกของแพทยสภา (ซึ่งหมายถึงแพทย์ทุกคนในประเทศไทย) จะเลือกตรวจหรือไม่ตรวจรักษาคนไข้ก็ได้ หากเป็นกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง หรือในอีกด้านหนึ่งอาจมองได้ว่า เพื่อเป็นการปกป้องแพทย์จากการถูกฟ้องหรือดำเนินคดีนั่นเอง

อาจกล่าวได้ว่า การออกประกาศดังกล่าว เป็นการประกาศสิทธิผู้ป่วย ฉบับที่ 2 ที่มีสิทธิของแพทย์รวมอยู่ด้วย เพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างแพทย์กับประชาชน[4] นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา เคยให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับเรื่องนี้ ทางสถานีวิทยุจุฬาฯ เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2549 มีใจความตอนหนึ่งว่า[5]

ตั้งแต่มีการประกาศเรื่องสิทธิผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2541 ได้มีการประชาสัมพันธ์กันอย่างกว้างขวางให้ประชาชนทราบถึงสิทธิของตน ***แต่ลืมกล่าวถึงหน้าที่ของผู้ป่วยที่จะต้องปฏิบัติต่อแพทย์รวมทั้งสิทธิของแพทย์*** *ความจริงเป็นประกาศที่มองด้านเดียว เราขาดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจรวมในข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการแพทย์อย่างมาก ทำให้เกิดการฟ้องร้องเพิ่มขึ้นอย่างไร้เหตุผล เมื่อแพทย์อธิบายหลังจากเกิดปัญหาแล้ว ผู้ป่วยก็คิดว่าแพทย์แก้ตัว ไม่ยอมรับฟังเหตุผล ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่แพทย์ไม่ผิด แต่แพทย์นั้นก็หมดกำลังใจ จิตใจท้อแท้ ที่อุตสาห์ทำดีแล้วยังโดนกล่าวหา ถ้าเรื่องไปถึงศาลก็จะทำให้แพทย์เสียเวลาและเสียค่าทนาย*

ส่วนผู้ป่วยที่ฟ้องร้องแพทย์ส่วนใหญ่มักจะล่มจม เพราะไม่มีเวลาไปทำมาหากิน มัวแต่มานั่งคิดเรื่องฟ้องร้องในสิ่งที่ตนเองก็ไม่ค่อยรู้ เสียเงินค่าทนายจนหมดตัว เสียเวลาไปหลายปีกว่าคดีจะสิ้นสุด ผู้ป่วยที่ตายไปแล้วก็ไม่ได้ฟื้นขึ้นมา กรรมการแพทยสภาจึงได้ร่างข้อเท็จจริงทางการแพทย์ขึ้น เสนอต่อกรรมการแพทยสภาเพื่อประกาศให้ประชาชนทราบ คู่ไปกับสิทธิผู้ป่วย ประชาชนจะได้มีความรู้ความเข้าใจดีขึ้น แพทยสภาได้ตั้งกรรมการเฉพาะกิจมาพิจารณาเรื่องนี้ เพื่อเสนอให้สมาชิกแพทยสภารับรองต่อไป

แม้จะมีความเห็นขัดแย้งจากฝ่ายต่างๆ รวมไปถึงการเรียกร้องให้แพทยสภา ยกเลิกประกาศดังกล่าวเสีย แต่ท่าทีของแพทยสภากลับยังคงยืนยันเจตนารมณ์ในการออกประกาศแพทยสภา ที่ 46/2549 เรื่อง ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ว่าเป็นการคุ้มครองทั้งผู้ป่วยและแพทย์ มิใช่เพื่อคุ้มครองแพทย์แต่เพียงฝ่ายเดียว

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขานุการคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ บอกว่า ที่ประชุมกมธ.สาธารณสุข ได้พิจารณาประกาศแพทยสภา เรื่องข้อเท็จจริงทางการแพทย์ โดยคณะกรรมาธิการฯ มีความห่วงใยประเด็นสัมพันธภาพระหว่างประชาชนและแพทย์ ที่แนวโน้มเกิดช่องว่างมากขึ้น ต่างจากในอดีตที่มีความใกล้ชิดกัน คณะกรรมาธิการฯ เห็นว่าการออกประกาศดังกล่าว เป็นเจตนาดีของแพทยสภาที่พยายามสื่อสารข้อเท็จจริงของแพทย์แก่ประชาชน แต่อาจทำให้ประชาชนเข้าใจเจตนารมณ์ของแพทยสภาคลาดเคลื่อนได้ คณะกรรมาธิการฯ หวังว่า แพทยสภาจะได้รับทราบความห่วงใยและความคิดเห็นจากฝ่ายต่างๆ เพื่อนำไปประกอบการไตร่ตรองพิจารณาทบทวนการออกประกาศด้วยวิจารณญาณที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน[6]

ขณะที่ ตัวแทนเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ นำโดย นางปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนา ได้ออกมาตอบโต้การออกประกาศดังกล่าวของแพทยสภาอย่างรุนแรงว่า แม้คำประกาศดังกล่าวมีเนื้อหาเป็นข้อเท็จจริง แต่แพทยสภามีพฤติการณ์ที่ไม่น่าเชื่อถือ ทำให้ประชาชนกังขา ที่ผ่านมาไม่ได้เป็นที่พึ่งของประชาชน ร้องเรียนไปก็ไม่รับพิจารณา แต่เมื่อนำเรื่องเข้าสู่ชั้นศาล ปรากฏว่าศาลกลับตัดสินให้ผู้ป่วยชนะหลายคดี[7]

รวมถึงการให้สัมภาษณ์ของนายแพทย์ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี กรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ที่ระบุว่า เคยเป็นกรรมการตรวจสอบจริยธรรมแพทย์มาก่อน ขอพูดโดยไม่ลำเอียงว่าขณะนี้แพทย์ได้มุ่งไปทางพาณิชย์มากเกินไป มีประชาชนร้องเรียน เนื่องจากได้รับความเสียหายทางการแพทย์ สัปดาห์หนึ่ง 3-4 ราย ที่น่าสะเทือนใจ กรณีพระสงฆ์ 70 ปี ขึ้นรถไฟแล้วรถเลี้ยวโค้งล้มกระแทกกระดูกหักทะลุออกมา ไปขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ และโรงพยาบาลตำรวจ แต่ปรากฏว่าไม่มีแพทย์เอาใจใส่ ให้แต่ยามาใส่แผลซึ่งยาว 4 นิ้ว เรื่องไม่น่าเชื่อเช่นนี้ก็เกิดขึ้น และกรรมการสิทธิฯ กำลังสอบสวนอยู่ นอกจากนี้เวลาแพทยสภาได้รับเรื่องร้องเรียนก็ไม่ค่อยเชิญฝ่ายเสียหายมาให้ข้อเท็จจริง คิดว่าแพทยสภาต้องปรับปรุง ราชวิทยาลัยและโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ต้องสอนเรื่องจริยธรรม คุณธรรม ความเห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์กันมากกว่านี้[8]

นอกจากนี้ยังมีความเคลื่อนไหว จากมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค โดย นางสาวสารี อ๋องสมหวัง ระบุว่า จะนำเรื่องดังกล่าวฟ้องต่อศาลปกครอง เพื่อให้เพิกถอนประกาศของแพทยสภา เช่นเดียวกับ นายแพทย์นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ อดีตวุฒิสมาชิกจังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความเห็นว่า การออกประกาศของแพทยสภาทำให้วงการแพทย์เสื่อม เป็นการเขียนกฎมุ่งปัดความรับผิดชอบ[9]

การแก้ไขประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์ล่าสุด

ขณะที่ปัญหาความขัดแย้ง ในเรื่องของการออกประกาศแพทยสภา เรื่องข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ยังไม่ยุติ ให้หลังเพียง 1 วัน หลังการออกประกาศดังกล่าว แพทยสภาได้มีการแก้ไข 'ข้อบังคับแพทยสภา' ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549' มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2549

โดยในข้อ 28 ของข้อบังคับดังกล่าว มีการแก้ไขข้อความจาก *"ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้อง"* เป็น *"ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธ การช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตราย จากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ เว้นแต่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นต้องเร่งด่วน และเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยต้องให้คำแนะนำที่เหมาะสม"*[10]

การเพิ่มเติมข้อความ **เว้นแต่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉิน อันจำเป็นต้องเร่งด่วน และเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยต้องให้คำแนะนำที่เหมาะสม** พ่วงท้ายเข้าไปในข้อบังคับนี้ ทำให้ มีการตีความว่า โดยปกติหากอยู่ในอันตราย แพทย์ไม่สามารถปฏิเสธคนไข้ได้ แต่ข้อบังคับนี้แก้ไขแล้วเท่ากับว่า แม้คนไข้อยู่ในภาวะอันตรายจากการเจ็บป่วย แต่ไม่เร่งด่วน ไม่ฉุกเฉิน ไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต อาจพิการหรือเสียอวัยวะเท่านั้น แพทย์ก็สามารถปฏิเสธคนไข้ได้

ต่อประเด็นนี้ ดร.เจษฎ์ โทณะวณิก คณบดีคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ให้ความเห็นว่า ข้อบังคับแพทยสภาฉบับดังกล่าว จะทำให้แพทย์มีน้ำใจสำหรับผู้ป่วยที่ใกล้จะตายหรือไม่รู้สึกตัวแล้วเท่านั้น ส่วนคนป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่สามารถถูกปฏิเสธจากแพทย์ได้ และเท่ากับว่าข้อบังคับฉบับนี้ไม่เอื้อต่อการบริการทางการแพทย์ที่ภาครัฐต้องการให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์อย่างถ้วนหน้า ส่วนกรณีที่แพทย์ไม่ชำนาญในด้านที่ผู้ป่วยไปขอร้องให้รักษาและแพทย์มีสิทธิในการปฏิเสธผู้ป่วยนั้นเป็นอีกเรื่อง ซึ่งประชาชนเข้าใจดีว่า แพทย์ต้องปฏิเสธได้อยู่แล้ว

คณบดีคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม เสนอทางออกว่า ข้อบังคับของแพทยสภาไม่ใช่กฎหมาย เป็นเพียงกฎระเบียบหลักเกณฑ์ขององค์กรวิชาชีพที่บังคับแพทย์ด้วยกันเอง ส่วนกรณีที่เป็นการไม่คุ้มครองผู้บริโภคนั้น ผู้บริโภคสามารถแจ้งเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับข้อบังคับฉบับใหม่นี้ให้สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคทราบ หรือควรส่งเรื่องให้แพทยสภาทบทวนข้อบังคับฉบับดังกล่าวได้ [11]

ต้องเร่งสร้างความเข้าใจระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ

กล่าวได้ว่าการออกประกาศแพทยสภา เรื่องข้อเท็จจริงทางการแพทย์ และการแก้ไขข้อบังคับแพทยสภาฉบับดังกล่าว ดูเหมือนจะยิ่งเป็นการทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทยสภากับประชาชน รวมถึง แพทย์กับผู้ป่วยที่ผุกร่อน ระส่ำระสาย อยู่แล้ว ย่ำแย่ลงไปอีก และขยายสภาวะความไม่ไว้วางใจระหว่างหมอและคนไข้กับญาติเพิ่มมากขึ้นอีก

ความสัมพันธ์ที่เสื่อมถอยระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ได้ส่งผลกระทบทำให้เกิดความเสียหายต่อประชาชนหลายด้าน อาทิ ผู้ป่วยหนักที่มีโรคซับซ้อน จะถูกส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งหมายถึงการต้องรอคิวในการรักษาที่นานขึ้น หลายรายเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับการรักษา

วิทยาการทางการแพทย์อาจจะมีการพัฒนาไปอย่างล่าช้า เนื่องจากแพทย์เกิดความกลัวที่จะได้รับความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับการรักษาที่ต้องใช้การผ่าตัดหรือหัตถการชั้นสูง แม้จะได้ใช้ความระมัดระวังอย่างเต็มที่แล้วก็ตาม นอกจากนี้ ยังจะส่งผลถึงคุณภาพการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ แพทย์รุ่นใหม่ๆ จะขาดประสบการณ์และทักษะในการทำหัตถการชั้นสูง เนื่องจากอาจารย์แพทย์ไม่มีความมั่นใจที่จะปล่อยให้นักศึกษาแพทย์กระทำหัตถการ เพราะกลัวความผิดพลาดและการถูกฟ้องร้องในภายหลัง ที่สำคัญที่สุด คือ การตรวจวินิจฉัยที่เกินความจำเป็น ทำให้ผู้ป่วยต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย และอาจจะต้องเจ็บตัวฟรีทั้งๆ ที่ไม่จำเป็น ในการตรวจรักษาโรคบางโรค เนื่องจากแพทย์กลัวว่า หากไม่วินิจฉัยให้รอบด้าน อาจเกิดความผิดพลาดจนเป็นเหตุให้ถูกฟ้องร้องในภายหลังได้

ปฏิเสธไม่ได้ว่าเรื่องของหมอและคนไข้เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ที่คนไข้รู้สึกต้องพึ่งพาหมอ ขณะที่หมอในสถานพยาบาลของรัฐก็มีคนไข้จำนวนมากจนไม่สามารถจะมีเวลาพอเพียงที่จะสื่อสารกับคนไข้อย่างเข้าใจได้ ทางออกของปัญหาเหล่านี้ น่าจะอยู่ที่การเร่งสร้างความเข้าใจที่ดีระหว่างแพทย์ประชาชน รวมถึงกระบวนการที่เหมาะสมที่จะอำนวยความยุติธรรมให้กับทุกฝ่ายอย่างแท้จริง

4

เด็กไทยกับภัยทางเพศ: เรื่องใกล้ตัวที่ยังไร้กลไกคุ้มครอง

ตลอดปี 2549 ข่าวการละเมิดทางเพศมีให้สังคมไทยได้รับรู้อยู่เสมอแทบไม่ต่างจากปีก่อนหน้านี้ แต่สิ่งที่น่าห่วงใยอย่างยิ่งก็คือ ข้อเท็จจริงที่ว่า ผู้เสียหายในคดีล่วงละเมิดทางเพศในปีที่ผ่านมาเป็นเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นส่วนใหญ่ โดยผู้กระทำส่วนใหญ่ เป็นผู้ใหญ่ใกล้ชิดที่เด็กรู้จักดี คือ พ่อ พี่ชาย น้องชาย ญาติผู้ใหญ่ เพื่อนนักเรียน ครู รวมถึงนายจ้าง ขณะที่จำนวนเยาวชนที่กระทำความผิดละเมิดทางเพศก็สูงขึ้นอย่างน่าตกใจ สังคมไทยควรต้องตอบให้ได้ว่า เราจะช่วยกันสร้างความปลอดภัยทางเพศให้เด็กของเราอย่างไร และเราจะแก้ไขเยาวชนที่กระทำผิดทางเพศตั้งแต่อายุยังน้อยได้อย่างไร

เด็กไทยถูกละเมิดทางเพศสูงถึง 14 คน ต่อวัน

รายงานสถานการณ์เด็กไทยในช่วง พ.ศ. 2548-2549 โดยสถาบันรามจิตติ เปิดเผยว่า ในปี 2548 มีเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ถูกละเมิดทางเพศจำนวน 3,825 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 5,211 คนในปี 2549 หรือมีจำนวนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10 คนต่อวัน เป็น 14 คนต่อวัน[1] นับเป็นอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 36 ตัวเลขนี้สอดคล้องกับสถิติของ "ศูนย์พึ่งได้" ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ประสบความรุนแรง/การล่วงละเมิดร่างกายและเพศ ดำเนินงานโดยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ พบว่าตั้งแต่เดือนตุลาคม 2548 ถึงเดือนกันยายน 2549 มีผู้มารับบริการจากศูนย์พึ่งได้มากถึง 14,382 คน เฉลี่ยวันละ 39 คน โดยประมาณครึ่งหนึ่งของผู้มารับบริการเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นเด็กผู้หญิงมากถึง 5,622 คน และเด็กผู้ชายอีก 1,542 คน

ข้อมูลจากสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ก็ยืนยันสถานการณ์ความรุนแรงทางเพศต่อเด็กเช่นกัน คือ ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงพฤศจิกายน 2549 มีผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของการข่มขืนจำนวน 796 คน โดยในจำนวนนี้เป็นเด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี มากถึงร้อยละ 51 หรือ 412 คน[2] สรุปรวมได้ว่า ปี 2549 มีผู้ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2548 และ**เด็กผู้หญิงอายุน้อยๆ กลายเป็นคนกลุ่มใหญ่ที่สุดในบรรดาผู้ถูกละเมิดทางเพศ**

แล้วใครเป็นผู้กระทำ? ข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ ชี้ตรงกันว่า ผู้ลงมือทำร้ายทางเพศเป็นคนใกล้ชิดเด็กเอง ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว หรือญาติ หรือเพื่อน แต่อาชญากรรมนี้มีช่องโหว่ที่สำคัญ เพราะสถิติคดีอาชญากรรมในความผิดเกี่ยวกับเพศของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ชี้ว่า **การกระทำต่อร่างกายและชีวิตเหล่านี้ มีผู้กระทำผิดจำนวนไม่ถึงครึ่งหนึ่งที่ถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมตัว** ดังพบว่าในระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2549 มีคดีรับแจ้งความเกี่ยวกับการข่มขืนกระทำชำเราและข่มขืน ฆ่า มากถึง 5,228 คดี แต่จับผู้กระทำผิดได้เพียง 2,170 รายเท่านั้น[3] (ดูตารางหน้า 55)

เยาวชนที่กระทำผิดทางเพศและถูกจับได้เฉลี่ย 10 คนต่อวัน

ในฝั่งของผู้ลงมือละเมิดทางเพศต่อเด็กก็มีข้อมูลที่น่าเป็นห่วงไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ดร.กิตติพงษ์ กิตยารักษ์ รองปลัดกระทรวงยุติธรรม ชี้ว่า เมื่อ พ.ศ. 2544 มีเยาวชนกระทำความผิดจำนวน 31,000 คน แต่ในปี 2549 ตัวเลขนี้เพิ่มเป็น 43,000 คน โดยเป็นการก่อคดีทางเพศมากถึง 3,636 คน ซึ่งเพิ่มเป็น 3 เท่าจากจำนวน 1,026 คน ของปี 2544 และมีคดีเกี่ยวกับการครอบครองอาวุธและวัตถุระเบิดเพิ่มจาก 900 ราย เป็น 3,000 รายด้วย[4]

น่าสังเกตว่า จำนวนเยาวชนที่กระทำความผิดละเมิดทางเพศก็สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2544 อย่างน่าตกใจ (ดูแผนภูมิ) รูปแบบของการละเมิดทางเพศมีทั้งการข่มขืนแบบรุมโทรม การข่มขืนที่ลงมือคนเดียว ซึ่งบ่อยครั้งเป็นการกระทำโดยเพื่อนชายคนสนิท (date rape) เฉลี่ยแล้วมีเยาวชนที่กระทำผิดทางเพศและถูกจับดำเนินคดีสูงถึงวันละ 10 คน หากรวมผู้กระทำผิดที่จับไม่ได้ซึ่งคงมีจำนวนมากกว่านี้มาก ตัวเลขคงสูงน่าตกใจยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ในการก่อเหตุจำนวนหลายคดีพบว่า โทรศัพท์มือถือแบบมีกล้องถ่ายรูปถูกนำมาใช้บันทึกภาพเป็น "คลิปวิดีโอ" และมีอยู่บ่อยครั้งที่คลิปวิดีโอเหล่านี้ได้กลายเป็นเครื่องมือให้ฝ่ายผู้กระทำผิดใช้บังคับเด็กหญิงให้ตกเป็นเหยื่อข่มขืนแบบต่อเนื่องด้วย

เมื่อเด็กข่มขืนเด็กและโทรศัพท์ติดกล้องกลายเป็นอาวุธ

หากลองไล่เรียงคดีอาชญากรรมทางเพศต่อเด็กตั้งแต่ต้นปี 2549 พบข่าวน่าสะเทือนใจหลายกรณี เริ่มจากข่าวครึกโครมทางหน้าหนังสือพิมพ์ ที่เด็กหญิงอายุ 14 ปี และ 15 ปี จำนวน 2 คน ถูกวัยรุ่นชายอายุระหว่าง 15-22 ปี ใช้มีดจี้และนำตัวไปเรียงคิวข่มขืนที่บริเวณกำแพงวัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เรื่องนี้กลายเป็นข่าวใหญ่เพราะจำนวนผู้ข่มขืนมีมากถึง 30 คน ตามข่าวมีรายงานว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถจับกุมผู้ต้องหาได้ 9 คน[5]

ถัดมาอีกไม่นาน ก็ปรากฏเป็นข่าวขึ้นหน้าหนึ่งกรณีของเด็กหญิงชาวสุพรรณบุรีอายุ 14 ปี ที่เสียชีวิตลงหลังจากถูกกลุ่มวัยรุ่นชายที่รู้จักกันจำนวน 8 คน ทำร้ายร่างกายและนำตัวไปเรียงคิวข่มขืน[6] ตามมาด้วยข่าวนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาปีที่ 5 ถูกเพื่อนนักเรียนชายห้องเดียวกันจำนวน 5 คน รุมข่มขืนและใช้โทรศัพท์ถ่ายภาพเก็บเป็นคลิปวิดีโอไว้โดยผู้เป็นเหยื่อไม่รู้ตัว จากนั้นมีการนำคลิปวิดีโอไปเผยแพร่ทั้งในและนอกโรงเรียน และมีนักเรียนชายรุ่นพี่เข้ามาเจรจาขอหลับนอนกับเด็กหญิงผู้เสียหายโดยขู่ว่าถ้าไม่ยอมจะนำคลิปวิดีโอไปเผยแพร่[7]

น่าสังเกตว่าถัดมาอีกไม่กี่เดือนก็ปรากฏข่าวการข่มขืนเด็กหญิงแล้วถ่ายคลิปวิดีโอเก็บไว้เผยแพร่ หรือแบล็คเมล์ตามมาอีกหลายกรณีด้วยกัน อาทิเช่น นักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ถูกเพื่อนนักเรียนชายรุมข่มขืนและถ่ายคลิปวิดีโอนำไปเผยแพร่ตามร้านโทรศัพท์มือถือ[8] เด็กหญิงอายุ 15 ปี ถูกเพื่อนนักเรียนชายจำนวน 11 คน รุมข่มขืนและถ่ายคลิปวิดีโอมาใช้ขู่ปิดปากผู้เสียหาย[9] ทำนองเดียวกับกรณีวัยรุ่นชายจำนวน 5 คนล่อลวงเด็กหญิงอายุ 14 ปี ที่เป็นเพื่อนร่วมหมู่บ้านเดียวกันไปข่มขืนบนท้ายรถกระบะและถ่ายคลิปวิดีโอเก็บไว้ข่มขู่ไม่ให้เอาเรื่องไปบอกผู้อื่น[10]

มาตรฐานกระบวนการยุติธรรม: เมื่อเด็ก ป.2 ต้องพิสูจน์ว่าถูกครูซี 7 ข่มขืน

ช่วงกลางปี 2549 หนังสือพิมพ์แทบทุกฉบับเกาะติดสถานการณ์ข่าว 2 ครู ซี 7 สังกัดกรุงเทพมหานคร ตกเป็นผู้ต้องหาในคดีข่มขืนลูกศิษย์ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 5 คน ซึ่งกรุงเทพมหานครได้ตั้งคณะกรรมการระดับเขตขึ้นมาทำหน้าที่สอบสวน แต่ผลการสอบสวนถูกตีกลับโดยรองปลัดกรุงเทพมหานครในฐานะประธานคณะอนุกรรมการคุ้มครองเด็ก โดยบอกว่าสาเหตุที่ต้องส่งรายงานกลับคืนให้คณะกรรมการสอบสวนระดับเขตนั้น เป็นเพราะพิจารณาแล้วเห็นว่าคณะกรรมการให้น้ำหนักกระบวนการสวบสวนไปที่พยานบุคคลและพยานแวดล้อมของครูผู้ถูกกล่าวหา โดยไม่ได้สอบสวนฝ่ายผู้เสียหาย และไม่นำหลักฐานทางการแพทย์มาประกอบการสอบสวนด้วย[11] ปรากฏการณ์ เหล่านี้สะท้อนถึงความยากลำบากในการพิสูจน์ความผิดในคดีทางเพศที่เกิดระหว่างผู้มีอำนาจไม่ทัดเทียมกัน

ในเวลาเดียวกันนั้น ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครก็ได้ประกาศมาตรการดูแลความปลอดภัยในโรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานครทั้ง 435 แห่ง รวม 6 ข้อ อาทิเช่น ห้ามไม่ให้ครูหญิงและชายอยู่กับเด็กสองต่อสองในที่ลับตาคน ให้ครูสังเกตกรณีเด็กทะเลาะกันเพราะอาจเป็นการข่มเหงรังแกหรือล่วงละเมิดทางเพศ ให้จัดครูฝ่ายจิตวิทยาหรือสังคมสงเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดกับเด็กอย่างทันท่วงที เป็นต้น[12] มาตรการเหล่านี้แม้จะเรียกได้ว่าเป็นการแก้ปัญหาแบบ "วัวหายล้อมคอก" และไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะป้องกันปัญหา แต่ก็อาจส่งผลเชิงป้องปรามได้บ้าง

อย่างไรก็ดี สิ่งที่น่าจะสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนต่อปัญหาครูล่วงละเมิดทางเพศนักเรียน น่าจะได้แก่ กลไกการเอาผิดผู้กระทำผิดที่สามารถลงโทษผู้กระทำความผิดได้อย่างยุติธรรม และเป็นกลไกที่ละเอียดอ่อนเพียงพอต่อการคุ้มครองเด็กที่จะได้รับผลกระทบจากการบังคับใช้กลไกนี้ด้วย แต่กระบวนการยุติธรรมในกรณีของคดีนี้กลับเดินหน้าไปได้ช้ามาก จากการรายงานของผู้สื่อข่าวพบว่า แม้เวลาจะผ่านไปร่วมสองเดือน แต่ขั้นตอนการสรุปสำนวนก็ยังคงดำเนินการอยู่ ขณะเดียวกันก็มีการเคลื่อนไหวของเพื่อนครูและชาวบ้านบางส่วนในชุมชนซึ่งร่วมกันจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนความบริสุทธิ์ของครูผู้ถูกกล่าวหา เช่น จัดบายศรีสู่ขวัญให้ครู ล่าลายชื่อผู้สนับสนุนความบริสุทธิ์ของครู เป็นต้น

ฝ่ายครูทั้งสองคนที่ตกเป็นผู้ต้องหาก็มีการเคลื่อนไหวเพื่อแสดงว่าตนเองไม่ได้กระทำผิด เช่น การสาบาน การฟ้องกลับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในคดี ทั้งผู้บังคับการกองบังคับการปราบปรามการกระทำผิดต่อเด็ก เยาวชน และสตรี (บก.ปดส.) นางปวีณา หงสกุล ในฐานะประธานมูลนิธิปวีณาเพื่อเด็กและสตรี และผู้ปกครองเด็กผู้เสียหายอีก 3 คน ด้วยข้อหา "แจ้งให้บุคคลต้องรับโทษทางอาญา"[13] ไม่ว่าคดีนี้จะสิ้นสุดลงอย่างไร สิ่งที่เกิดเป็น

คำถามก็คือ **บนพื้นฐานอำนาจที่ไม่เท่ากันระหว่างผู้มีสถานภาพทางสังคมแตกต่างกัน และระหว่าง "ผู้ใหญ่" กับ "เด็ก" จะมีกลไกใดที่เข้ามาเยียวยาผู้เสียหายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ?**

การล่วงละเมิดทางเพศต่อเด็กเป็นปัญหาเชิงอำนาจ

การข่มขืนคือการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ยินยอมพร้อมใจ ในหลายกรณีผู้ตกเป็นเหยื่อไม่กล้าขัดขืน ต่อสู้ เพราะถูกข่มขู่ว่าจะใช้ความรุนแรงกับทั้งตัวเองหรือกับญาติพี่น้อง หรือถูกใช้เงื่อนไขอำนาจในเรื่องอื่นๆ เช่น ใช้สถานภาพความเป็นครูกับศิษย์ ผู้ใหญ่กับผู้น้อย พ่อกับลูก นายจ้างกับลูกจ้าง เจ้าหนี้กับลูกหนี้ รุ่นพี่กับรุ่นน้อง มาเป็นแรงกดดันบีบบังคับให้ "เหยื่อ" ต้องยอมตามความต้องการ นั่นคือคำอธิบายที่ว่า การข่มขืนละเมิดทางเพศ ไม่ได้หมายความถึงการต่อสู้และร่องรอยบาดเจ็บทางกายเสมอไป แต่ต้องรวมถึงการใช้อำนาจที่มีไม่เท่ากันมากระทำต่อกันด้วย

นอกจากนี้ การมองว่าการละเมิดทางเพศต่อเด็กเป็นปัญหาเชิงอำนาจ อาจช่วยให้เกิดความเข้าใจได้มากขึ้นว่า เหตุใดการละเมิดทางเพศจึงเกิดกับกลุ่มเด็กอายุน้อยลงเรื่อยๆ เพราะ "อายุ" ในวัฒนธรรมไทยนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้อ่อนวัยกว่าต้องยินยอมต่ออำนาจของ "ผู้ใหญ่" โดยไม่เกิดการตั้งคำถาม การต่อรอง และถ้ามีสถานภาพทางสังคมเข้ามาซ้อนทับเป็นอีกปัจจัยร่วม ดังเช่น กรณีครูระดับ 7 ข่มขืนนักเรียนหญิงอายุ 8 ปี หรือกรณีของอาจารย์ขอมีเพศสัมพันธ์กับนักเรียนแลกกับการให้เกรด[14] จึงเป็นเรื่องที่ต้องยอมรับว่าเกิดขึ้นได้จริงในสังคม แต่ทำไมการยอมรับความจริงเช่นนี้จึงเกิดขึ้นได้ยาก และยังได้กลายมาเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่เกิดกลไกการทำงานที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันเหตุ ลดความรุนแรงของความเสียหาย คุ้มครอง และเยียวยา ให้ผู้เป็น "เหยื่อ" กลับคืนสู่ความเป็น "ผู้ผ่านพ้น" ประสบการณ์เลวร้ายได้โดยเร็ว?

มายาคติต่อการละเมิดทางเพศคืออุปสรรคใหญ่ของการแก้ปัญหา

แม้เหตุการณ์ล่วงละเมิดทางเพศในรอบปีที่ผ่านมาจะค่อนข้างชัดเจนว่า เป็นการกระทำที่ผู้ถูกกระทำไม่ได้เชื้อเชิญแต่อย่างใด แต่สังคมโดยรวมยังมีภาพตายตัวเกี่ยวกับการละเมิดทางเพศว่า ผู้หญิงที่เป็นเหยื่อคือต้นเหตุของปัญหาด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น เพราะแต่งตัวโป๊ หรือมีสรีระที่ดึงดูดความสนใจ หรือมีท่าทียั่วยวนทางเพศ และยังมีความเข้าใจผิดว่า การละเมิดทางเพศมักเกิดขึ้นในที่เปลี่ยว ที่มืด และเกิดในเวลากลางคืน ผู้กระทำเป็นคนแปลกหน้า หรือเป็นคนที่มีปัญหาบุคลิกภาพอย่างเด่นชัด มีความเข้าใจผิดว่าการละเมิดทางเพศต้องมีรูปแบบของการใช้กำลังและความรุนแรงอย่างชัดเจนดังนั้นจึงต้องมีหลักฐาน เช่น มีบาดแผล มีร่องรอยการต่อสู้

มายาคติหรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการข่มขืนไม่เคยหมดสิ้นไปจากทัศนคติและความคิดของคนในสังคม เพราะมักถูกถ่ายทอดโดยสอดแทรกอยู่ในกิจกรรมทางสังคมหลากหลายรูปแบบที่ผู้ถ่ายทอดเองก็อาจไม่รู้ตัว เช่น ในการนำเสนอข่าวประจำวันในละครโทรทัศน์ การเขียนบทความแสดงความคิดเห็น การแสดงความคิดเห็นของผู้อ่านข่าวในรายการข่าวต่างๆ หรือแม้แต่การแสดงความเห็นต่อท้ายข่าวออนไลน์ในเว็บไซต์ทั่วไป

แนวทางการจัดการปัญหาการละเมิดทางเพศในสถานศึกษา

สถานการณ์ปัญหาที่เริ่มเด่นชัดและทวีความรุนแรงชี้ชัดว่า สังคมไทยควรมีกระบวนการจัดการกับปัญหาข่มขืนและการล่วงละเมิดทางเพศในสถานศึกษาอย่างเป็นระบบ และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีนโยบายต่อต้านการละเมิดทางเพศที่เปิดเผยโดยเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร และต้องเผยแพร่ให้นักเรียน ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่ทุกคนของสถานศึกษาได้รับทราบ ในนโยบายควรระบุคำนิยามของ "การล่วงละเมิดทางเพศ" ที่ชัดเจน รวมถึงระบุรายละเอียดของกระบวนการป้องกัน กระบวนการช่วยเหลือ กระบวนการคุ้มครอง รวมถึงต้องนำนโยบายไปสู่มือผู้ปฏิบัติ นั่นคือ ผู้ที่รับผิดชอบและผู้เกี่ยวข้องควรรู้ว่าต้องทำอะไรและอย่างไร นอกจากนี้ นโยบายควรมีความชัดเจนว่าจะกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ที่ถูกกระทำมีความกล้าที่จะเข้ามาร้องเรียนได้อย่างไรด้วย

บทเรียนจากการทำงานของศูนย์ช่วยเหลือผู้ถูกข่มขืน (rape crisis center) ในหลายแห่งทั่วโลก ระบุตรงกันว่า การจัดการเพื่อป้องกันปัญหาการข่มขืนและละเมิดทางเพศในสถานศึกษาให้ได้ผลอย่างแท้จริง จำเป็นต้องยึดเป้าหมายหลัก 3 ประการด้วยกัน คือ[15]

1. **ต้องให้การศึกษาเรื่องความรุนแรงทางเพศในรูปแบบต่างๆ** แก่ทุกคนในสถานศึกษา ในที่นี้ย่อมรวมทั้งครู นักเรียน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่นๆ ของสถานการศึกษา มีการพัฒนาศักยภาพและทักษะในการดูแลความปลอดภัยของตัวเองและเพื่อนร่วมสถานศึกษา รวมถึงสร้างนิยามของการละเมิดทางเพศ โดยควรจะบ่งบอกอย่างชัดเจนว่าหมายถึงการกระทำอะไรบ้าง และนิยามนี้ก็ควรเขียนรวมไว้ในกฎหรือข้อบังคับของสถาบันการศึกษาด้วย
2. **มีมาตรการป้องกันการล่วงละเมิดทางเพศที่จะเกิดขึ้น** เช่น มาตรการรักษาความปลอดภัยในสถานศึกษาที่ลดโอกาสของการละเมิดทางเพศโดยตรง การติดตั้งไฟฟ้าให้ความสว่างอย่างพอเพียง มีระบบรักษาความปลอดภัยทั้งภายในและภายนอกอาคารต่างๆ มีการรณรงค์ให้ทุกคนในสถานศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลความปลอดภัยซึ่งกันและกัน และในกฎระเบียบสำหรับนักศึกษาก็ต้องระบุปัญหาการคุกคามทางเพศให้ชัดเจน ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับขอบเขตอำนาจของสถานศึกษาในการจัดการปัญหาและรายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิและการคุ้มครองที่ผู้ถูกกระทำและผู้ถูกกล่าวหาจะได้รับจากสถานศึกษาด้วย
3. **มีมาตรการที่เหมาะสมเพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว** เช่น กำหนดแนวทางจัดการเมื่อมีการร้องเรียนโดยระบุเป็นขั้นตอนที่ชัดเจนว่า สถานศึกษาจะดำเนินการตามลำดับอย่างไรบ้างหากมีการร้องเรียนเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศ มีกระบวนการคุ้มครองสิทธิของผู้ถูกกระทำและผู้ถูกกล่าวหาอย่างไร ใครบ้างเป็นผู้รับผิดชอบ มีการจัดบริการที่ครบวงจรให้กับผู้ถูกกระทำโดยสร้างเครือข่าย

หน่วยให้บริการเพื่อประกันว่าผู้ถูกกระทำจะได้รับบริการครบถ้วนทั้งด้านการแพทย์ กฎหมาย ความปลอดภัย และการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา

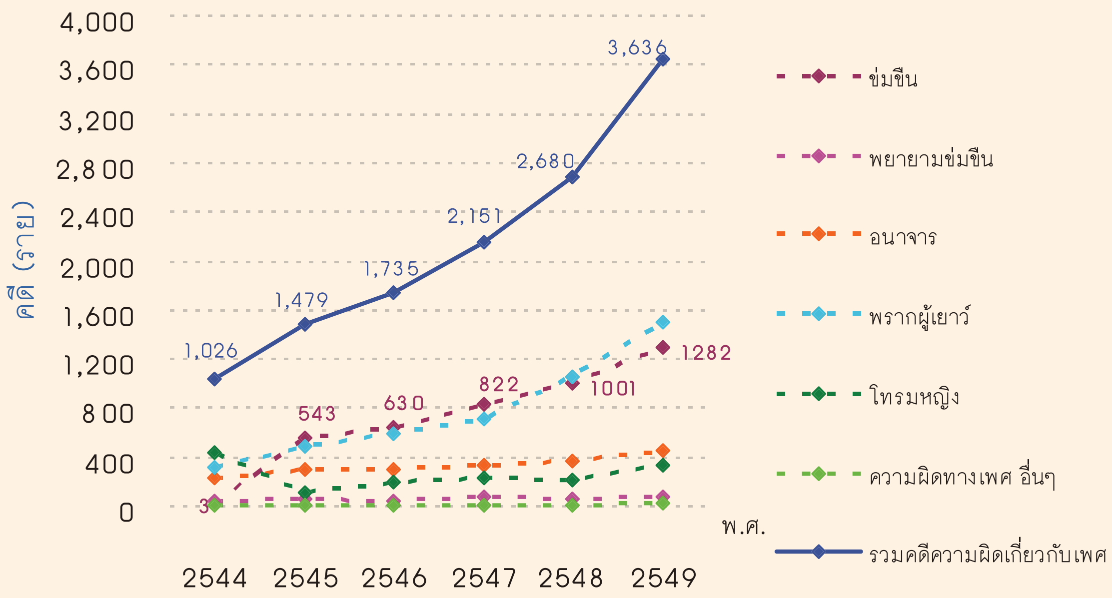
แต่เหนือสิ่งอื่นใด ต้องไม่ละเลยที่จะลงมือเปลี่ยนแปลงแก้ไขทัศนคติที่สร้างความเข้าใจผิดต่อปัญหาการละเมิดทางเพศ เพราะตราบใดที่ยังมีความคิดความเชื่อเช่นนี้ เราก็จะเห็นการวิ่งไล่แก้ปัญหาเป็นครั้งคราวเกิดขึ้นอยู่ต่อไป

ตารางแสดงจำนวนคดีอาชญากรรมทางเพศและร้อยละที่ผู้กระทำผิดถูกจับดำเนินคดี ตั้งแต่ พ.ศ. 2540-2549

ปี	รับแจ้ง	จับได้	% จับได้
2540	3,741	2,576	68.9
2541	3,540	2,391	67.5
2542	4,005	2,532	63.2
2543	4,053	2,640	65.1
2544	3,857	2,544	66.0
2545	4,445	2,556	57.5
2546	4,818	1,707	35.4
2547	5,052	1,861	36.8
2548	5,065	2,051	40.5
2549	5,288	2,170	41.5

ที่มา: โครงการสุขภาพคนไทย. 2550. (คำนวณจากสถิติคดีข่มขืนกระทำชำเราและฆ่าข่มขืน ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สืบค้นจาก http://www.police.go.th/statistic/dn_main.htm)

แผนภูมิแสดงจำนวนเยาวชน (อายุ 7-18 ปี) ของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนทั่วประเทศที่กระทำผิดคดีทางเพศตั้งแต่ พ.ศ. 2544-2549



ที่มา : โครงการสุขภาพคนไทย. 2550. (คำนวณจากสถิติคดีเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีอาญาในความผิดเกี่ยวกับเพศทั่วประเทศ จากสถิติของกลุ่มงานข้อมูลและสารสนเทศ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม)

5

วิกฤตน้ำท่วมซ้ำซาก: ภัยธรรมชาติที่รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ

น้ำท่วมเป็นภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นในประเทศไทยบ่อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับภัยธรรมชาติรูปแบบอื่นๆ แม้ในอดีตบ้านเมืองของเรา จะเผชิญกับอุทกภัยร้ายแรงมาแล้วหลายครั้ง แต่ก็ล้วนเป็นเหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ ที่เว้นช่วงห่างค่อนข้างมาก ซึ่งแตกต่างจากปรากฏการณ์น้ำท่วมยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะในปี 2549 ที่แผลงฤทธิ์บ่อยครั้งในเวลาไล่เลี่ยกันและทวีความรุนแรงขึ้นจนน่าจะเรียกได้ว่า 'เข้าขั้นวิกฤต' ขณะที่ปัญหา 'แล้งซ้ำซาก' ก็เป็นปัญหาฮิตไม่เลิกเมื่อฤดูร้อนมาถึงในทุกๆ ปี

พ.ศ. 2549 ปีแห่งวิกฤตอุทกภัย

วิกฤตน้ำท่วมในปี 2549 นับเป็นปีที่รุนแรงที่สุดในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (ดูตาราง 1) สถานการณ์ความเดือดร้อนเริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคมที่เกิดน้ำป่าไหลหลากเข้าท่วมและสร้างความเสียหายอย่างหนักแก่อำเภอลับแล อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ และอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย รวมทั้งหลายพื้นที่ในจังหวัดแพร่ ลำปาง และน่าน[1]

พอสองเดือนต่อมา ก็เกิดมรสุมตะวันตกเฉียงใต้กำลังแรงพัดปกคลุมทะเลอันดามันและอ่าวไทยทำให้ฝนตกหนักมาก จนเกิดน้ำท่วมระลอกที่สองขึ้นในเดือนกรกฎาคม สร้างความเสียหายแก่พื้นที่ประสบอุทกภัยรวม 22 จังหวัด ในภาคเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้[2]

เดือนสิงหาคมเป็นห้วงเวลาที่ภัยธรรมชาติเล่นงานประเทศไทยอย่างหนักหน่วง ภาคใต้ตอนบนมีมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ทำให้เกิดอุทกภัยรุนแรงในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และชุมพร ส่วนทางภาคเหนือ มีร่องความกดอากาศต่ำกำลังแรงพาดผ่านภาคเหนือทำให้ฝนตกหนักมากในจังหวัดน่าน อย่างที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ปลายเดือนสิงหาคมฝนยังคงตกหนักมากในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ สุโขทัย และตาก[3]

ช่วงเดือนกันยายน ยังคงมีร่องความกดอากาศต่ำที่พาดผ่านภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง ผนวกกับความแรงของพายุดีเปรสชั่นช้างสารซึ่งเดินทางมาถึงประเทศไทยเมื่อต้นเดือนตุลาคม คือตัวการของวิกฤตอุทกภัยครั้งใหญ่ทั่วทุกภาคของประเทศ[4]

พอปลายเดือนพฤศจิกายนต่อธันวาคมถึงต้นมกราคม 2550 ก็เกิดคลื่นยักษ์พร้อมลมทะเลแรงผิดปกติโหมเข้าทำลายบริเวณชายฝั่งในหลายจังหวัดภาคใต้ทั้งทางอ่าวไทยและทะเลอันดามัน ตั้งแต่จังหวัดชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช สงขลา พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สตูล และตรัง จนเกิดปัญหาการกัดเซาะชายฝั่งทะเลที่ชัดเจนในหลายจังหวัด โดยเฉพาะที่แหลมตะลุมพุก จังหวัดนครศรีธรรมราช[5]

รวมพื้นที่ประสบภัยน้ำท่วมครอบคลุม 47 จังหวัด 439 อำเภอ ทั่วทุกภาคของประเทศ ประชาชนได้รับความเดือดร้อนถึง 1.42 ล้านครัวเรือน หรือคิดเป็นจำนวนประชากร 6.17 ล้านคน[6] มีผู้เสียชีวิต 337 ราย มูลค่าความเสียหายเบื้องต้นสูงถึง 7,707 ล้านบาท[7]

เจ็บป่วยด้วยโรคที่มากับน้ำท่วม

น้ำปริมาณมหาศาลที่ไหลเข้าท่วมหลายจังหวัด ไม่เพียงสร้างความเสียหายแก่บ้านเรือน ทรัพย์สิน ถนนหนทาง โรงเรียน ศาสนสถาน พื้นที่เพาะปลูก และพื้นที่เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ ฯลฯ แต่มันยังนำมาซึ่งความเจ็บป่วยทางกาย ยิ่งท่วมขังอยู่นานวันก็ยิ่งทวีความสกปรกมากขึ้น โอกาสที่ผู้ประสบภัยจะเจ็บป่วยจากเชื้อโรคที่อยู่ในน้ำจึงเพิ่มขึ้นจากสภาวะน้ำท่วมช่วงแรกๆ หลายเท่าตัว อาการเจ็บป่วยทางกายอันดับต้นๆ ที่มักเกิดขึ้นกับผู้ประสบภัยน้ำท่วม[8/9] ประกอบด้วย

1) โรคน้ำกัดเท้าหรือฮ่องกงฟุต เป็นโรคผิวหนังจากเชื้อรา ซึ่งมีสาเหตุจากการแช่อยู่ในน้ำเป็นเวลานานจนผิวหนังลอกเป็นขุยและพุพอง จุดที่พบบ่อยคือบริเวณซอกนิ้ว แต่อาจลุกลามไปยังฝ่าเท้าและเล็บเท้าได้เช่นกัน หลังเดินลุยน้ำทุกครั้งจึงต้องล้างเท้าให้สะอาดด้วยสบู่และเช็ดให้แห้ง รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใส่ถุงเท้า รองเท้า ที่เปียกชื้น

2) โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ อาทิ ไข้หวัด ปอดอักเสบ ปอดบวม เกิดจากการหายใจเอาเชื้อไวรัสในอากาศเข้าสู่ร่างกาย ความอับชื้นและสภาพอากาศที่หนาวเย็นทำให้ภูมิต้านทานในร่างกายต่ำลง จึงมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

3) โรคตาแดง ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อไวรัสจนเยื่อบุตาอักเสบ เกิดจากการใช้น้ำไม่สะอาดล้างหน้า การใช้มือสกปรกขยี้ตา การใช้ผ้าสกปรกเช็ดตา หรือติดต่อจากการสัมผัสน้ำตาของผู้ป่วย แม้จะไม่เป็นอันตรายรุนแรง แต่อาจทำให้ตามัวเพราะเชื้อลุกลามเข้ากระจกตา ป้องกันได้โดยล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้ป่วย ถ้าฝุ่นเข้าตาควรล้างตาด้วยน้ำสะอาดทันที และอย่าปล่อยให้แมลงหวี่หรือแมลงวันตอมตา

4) โรคติดต่อของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องร่วง บิด ไทฟอยด์ อาหารเป็นพิษ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด หรือดื่มน้ำที่มีเชื้อโรคปะปน ป้องกันได้โดยรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ไม่มีแมลงวันตอม ดื่มน้ำต้มสุกหรือน้ำสะอาดบรรจุขวด และล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร

5) โรคติดเชื้อทางระบบผิวหนัง มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรียซึ่งปะปนอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั้งดิน โคลน แอ่งน้ำ ร่องน้ำ ที่พบบ่อยคือโรคเลปโตสไปโรซิสหรือฉี่หนู ผู้ป่วยจะมีอาการเป็นไข้เฉียบพลัน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง ตาแดง คอแข็ง มีจุดเลือดออกตามผิวหนังและเยื่อบุ หากปล่อยไว้จะถึงขั้นตับ-ไตวาย และเสียชีวิตในที่สุด

6) อันตรายจากสัตว์มีพิษต่างๆ ได้แก่ งู ตะขาบ แมงป่อง ซึ่งมักหนีน้ำมาอาศัยอยู่ในบ้านเรือน

ผลสรุปด้านการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพทางกายของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 27 สิงหาคม ถึง 16 ธันวาคม 2549 รายงานว่า **มีผู้ประสบอุทกภัยที่เจ็บป่วยด้วยโรคจากน้ำท่วม รวม 757,413 ราย โรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ น้ำกัดเท้า 312,703 ราย รองลงมาเป็นโรคผื่นคัน 96,436 ราย และไข้หวัด 87,077 ราย**[10] ส่วนโรคติดต่อที่มาพร้อมกับน้ำท่วมพบเพียง 2 โรค คือ โรคตาแดงและโรคอุจจาระร่วง ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถควบคุมป้องกันได้ จึงไม่มีการแพร่ระบาดในวงกว้าง[11]

ท่วมนาน..เครียด..เสี่ยงฆ่าตัวตาย

ในพื้นที่ที่ประสบภัยน้ำท่วมต่อเนื่องยาวนาน จนการกิน การอยู่ การนอน และการขับถ่าย ผิดเพี้ยนไปจากชีวิตประจำวันที่คุ้นเคย นอกจากการเยียวยาความป่วยไข้ทางกายของผู้ประสบภัยแล้ว ยังต้องเฝ้าระวังผลกระทบทางจิตใจหรือที่เรียกว่า *"ภาวะเครียดจากน้ำท่วม"* ควบคู่ไปด้วย ซึ่งนายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน โฆษกกรมสุขภาพจิต แจกแจงว่าสถานการณ์ทางจิตใจของผู้ประสบอุทกภัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ[12] คือ

ระยะที่ 1 ช่วงก่อนน้ำท่วม เป็นความวิตกกังวลล่วงหน้าว่าน้ำจะท่วมสูงแค่ไหน ทรัพย์สินจะเสียหายมากน้อยเพียงใด เกิดเป็นความเครียดและวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย ซึ่งอาจมีอาการนอนไม่หลับร่วมด้วย

ระยะที่ 2 ช่วงน้ำท่วม เป็นระยะที่ความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นบางคนร้องไห้ฟูมฟาย บางคนเหม่อลอย มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือบางรายที่รู้สึกหงุดหงิดกับภาวะยากลำบากที่ต้องอาศัยอยู่ท่ามกลางระดับน้ำท่วมขังเป็นเวลานานจนกลายเป็นคนฉุนเฉียวง่าย ทั้งนี้ระดับความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่

ระยะที่ 3 ช่วงหลังน้ำท่วม แสดงออกทางอาการมากขึ้น เพราะเริ่มมองเห็นความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน จนอาจนำไปสู่การคิดสั้น

ทั้งนี้ผลกระทบทางจิตใจมักไม่รุนแรงมากในช่วงเดือนแรก เพราะผู้ประสบภัยยังให้ความสนใจกับเหตุการณ์น้ำท่วมที่กำลังเผชิญอยู่ตรงหน้า ถ้าผ่านช่วงเดือนที่ 2-3 แล้วสถานการณ์ยังไม่คลี่คลาย ผู้ประสบภัยจะวิตกกังวลมากขึ้นและเกิดความเครียดสูงจึงเป็นช่วงที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

นายแพทย์ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงการฟื้นฟูสภาพจิตใจของประชาชนหลังน้ำลดว่า กระทรวงสาธารณสุขได้จัดเตรียมแผนเฝ้าระวัง 4 เรื่องสำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย โรคพีทีเอสดี (PTSD : Post Traumatic Stress Disorder) หรือภาวะเครียดรุนแรงหลังภัยพิบัติ โรคซึมเศร้า และการดื่มสุรา โดยจะเฝ้าระวังเป็นเวลา 3 เดือน ซึ่งเป็นช่วงที่คนปกติประมาณร้อยละ 95 จะสามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้[13]

ในส่วนของกรมสุขภาพจิตซึ่งมีหน้าที่โดยตรงเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสบอุทกภัย ได้ระดมทีมสุขภาพจิตจากศูนย์สุขภาพจิตเขตต่างๆ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการคลายเครียด โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่างๆ เพื่อให้การดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบอุทกภัยเป็นไปอย่างทั่วถึง[14] โดยจะคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพื่อให้การบำบัดตามอาการ และจะเข้าไปดูแลอย่างใกล้ชิดในรายที่พบว่ามีอาการรุนแรง พร้อมกันนั้น ยังได้แจกคู่มือคลายเครียดฉบับประชาชนจำนวน 10,000 เล่ม จัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข

ในพื้นที่เพื่อให้คำปรึกษาดูแลประชาชนในเบื้องต้น และเปิดสายด่วน 1323 ให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตตลอด 24 ชั่วโมง[15]

นายแพทย์เสรี หงษ์หยก รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กล่าวว่า จากการประเมินสุขภาพจิตหลังสถานการณ์น้ำท่วมรุนแรงใน 17 จังหวัด ได้แก่ ตาก น่าน อ่างทอง ปราจีนบุรี นนทบุรี พิจิตร พระนครศรีอยุธยา อุทัยธานี นครสวรรค์ ชัยนาท เชียงใหม่ ชัยภูมิ สิงห์บุรี ลพบุรี เลย นครปฐม และสุพรรณบุรี ล่าสุดถึงเดือนพฤศจิกายน 2549 จากกลุ่มที่ได้รับผลกระทบทั้งหมด 7,942 ราย พบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียดและวิตกกังวล 1,238 ราย เป็นผู้ประสบอุทกภัยในจังหวัดอ่างทองมากที่สุด 191 ราย รองลงมาเป็นจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 173 ราย ผู้ที่มีบาดแผลทางใจ เช่น นอนไม่หลับ หวาดผวา ฝันร้าย 671 ราย เป็นผู้ประสบอุทกภัยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยามากที่สุด 135 ราย รองลงมาเป็นจังหวัดนครสวรรค์ 102 ราย และผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย รวม 72 ราย เป็นผู้ประสบอุทกภัยในจังหวัดน่านมากที่สุด 15 ราย รองลงมาเป็นจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 11 ราย ทั้งหมดได้รับการขึ้นทะเบียนเพื่อรักษาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดจนกว่าจะหายเป็นปกติ[16]

บทเรียนจากภัยน้ำท่วม

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ลงสำรวจพื้นที่ที่ประสบภัยน้ำท่วมในเขตที่ลุ่มภาคกลาง และสรุปผลในเชิงบทเรียนว่า[17] สาเหตุของน้ำท่วมส่วนหนึ่งเกิดจากการขยายตัวของชุมชน มีการปลูกสิ่งก่อสร้างทั้งของรัฐและเอกชนที่กีดขวางทางน้ำไหล เมื่อน้ำมามากก็ไหลไม่สะดวกประกอบกับพื้นที่รับน้ำก็มีน้อยลง น้ำจึงท่วมเร็ว ท่วมสูง และท่วมยาวนานมากกว่าในอดีต เหตุที่ท่วมนานมากก็เพราะการกักน้ำไว้ไม่ให้ไหลเข้าท่วมกรุงเทพฯ และไม่มีการวางแผนที่จะระบายน้ำออกจากพื้นที่อย่างเป็นระบบ ในส่วนการเตือนภัยทางราชการยังคงใช้ภาษาวิชาการที่ยาก ชาวบ้านฟังแล้วไม่เข้าใจถึงความรุนแรงของของภาวะน้ำท่วม คิดว่าจะเหมือนทุกๆ ปีจึงเตรียมการไม่ทัน ขณะที่บางแห่งก็ให้ตัวเลขคาดการณ์ไม่ตรงกับความจริง เช่น แจ้งว่าน้ำจะขึ้นสูง 20 ซม. แต่พอน้ำมาจริงกลับสูงไปถึง 70-80 ซม.

คงต้องตั้งข้อสังเกตกันตรง ๆ ว่า น้ำท่วมใหญ่ปีนี้เป็นปัญหาหนักและต้องทุกข์ทนของชาวชนบทมาก เพราะจนถึงปลายเดือนธันวาคม 2549 ก็ยังมีพื้นที่หลายจังหวัดที่ยังมีน้ำท่วมขังสูงอยู่ แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อชาวกรุงเทพฯ มากนัก เพราะชาวเกษตรในพื้นที่ราบลุ่มภาคกลางได้เสียสละให้ทางการผันน้ำเข้าพื้นที่นาของตนจำนวนถึง 1 แสนไร่ รองรับน้ำได้ถึง 10-20 ล้านลูกบาศก์เมตร นับเป็นความเสียสละของชาวบ้านให้กับชาวเมืองหลวงที่ควรต้องจารึกไว้

ข้อเสนอ "คลองขุด" เพื่อแก้ปัญหาน้ำท่วม

การแก้ปัญหาน้ำท่วม โดยการขยายพื้นที่เก็บปริมาณน้ำจำนวนมากๆ เหมือนในอดีตไม่สามารถทำได้แล้ว เพราะทุกพื้นที่ถูกน้ำท่วมหมด ขณะที่การเพิ่มประสิทธิภาพการระบายน้ำก็มักไม่เป็นผล เพราะไม่ดำเนินการทั้งระบบ ทำให้เกิดปัญหาการย้ายให้น้ำไปท่วมอีกพื้นที่หนึ่ง จึงมีผู้เสนอรูปธรรมที่จะแก้ปัญหาให้เกิดการระบายน้ำทั้งระบบเชื่อมโยงกัน โดยการขุดคลองเพื่อระบายน้ำครั้งละมากๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนระบบกระจายน้ำขนาดใหญ่ได้ จากการคาดประมาณค่าใช้จ่ายคลองขุด 1,000 กิโลเมตร จะใช้เงินประมาณ 70,000 ล้านบาท ซึ่งน้อยกว่าตัวเลขแสนล้านบาทในการก่อสร้างรถไฟฟ้าหลายสายในกรุงเทพฯ เพื่อแก้ปัญหาจราจร

ถ้าคลองขุดสามารถระบายน้ำได้ไม่น้อยกว่า 2-3,000 ลบ.ม./วินาที จะทำให้ปริมาณน้ำในลุ่มน้ำเจ้าพระยาลดลง 2-3,000 ลบ.ม./วินาที ส่งผลให้ปัญหาน้ำท่วมลดลงได้อย่างมาก จากสถิติปริมาณน้ำสูงสุดในปัจจุบันที่จังหวัดนครสวรรค์ ประมาณ 6,000 ลบ.ม./วินาที มาถึงกรุงเทพฯ วัดได้ประมาณ 4,000 ลบ.ม./วินาที ดังนั้น ถ้าคลองขุดสายตะวันออกและคลองขุดสายตะวันตก สามารถระบายน้ำได้รวมกัน 2,000 ลบ.ม/วินาที ถึง 3,000 ลบ.ม./วินาที ปริมาณน้ำจะเข้าสู่ภาวะไม่ล้นตลิ่งคลองขนาดใหญ่นี้นอกจากช่วยแก้ปัญหาน้ำท่วมทั่วประเทศแล้ว ยังจะช่วยเพิ่มพื้นที่ชลประทานทั่วประเทศประมาณ 150 ล้านไร่ด้วย[18]

ทางออกในการรับมือกับอุทกภัยในอนาคต

เมื่อหันกลับมามองการแก้ปัญหาของภาครัฐ อุทกภัยครั้งใหญ่ที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2549 ทำให้กรมทรัพยากรน้ำ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ต้องลุกขึ้นมาวางแผนบริหารจัดการบรรเทาอุทกภัยระยะสั้น ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดพื้นที่เสี่ยงภัย การกำหนดวิธีการและมาตรการในการบริหารจัดการทั้งก่อน ระหว่าง และหลังเกิดอุทกภัย โดยระบุหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน ไล่ลงมาตั้งแต่ระดับชาติจนถึงระดับชุมชน พร้อมทั้งจัดตั้งศูนย์อำนวยการแก้ไขปัญหาอุทกภัย เพื่อทำหน้าที่บริหารและตัดสินใจสั่งการในสภาวะฉุกเฉิน ประกาศแจ้งเตือนสถานการณ์และอำนวยการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง[19]

ส่วนการจัดทำแผนแม่บทการบรรเทาอุทกภัยระยะกลางและระยะยาว ได้แก่ การป้องกันและฟื้นฟูป่าต้นน้ำ การกำหนดเขตการใช้ประโยชน์ที่ดินพื้นที่สูง การฟื้นฟูแหล่งน้ำ ทางน้ำ และพื้นที่ชุ่มน้ำ การปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับลำรางสาธารณะเอาคืนพื้นที่ทางน้ำที่ถูกบุกรุก การพัฒนาพื้นที่รับน้ำและกำหนดพื้นที่แก้มลิงให้ชัดเจน การก่อสร้างระบบกักเก็บน้ำและผันน้ำ การพยากรณ์เตือนภัยที่แม่นยำ การกำหนดระบบประกันภัยความเสี่ยงน้ำท่วม การจัดทำระบบป้องกันน้ำท่วมชุมชนเมือง การปรับโครงสร้างและกลไกบริหารจัดการลุ่มน้ำให้มีเอกภาพ และการทบทวนนโยบายน้ำแห่งชาติ ฯลฯ การทรัพยากรน้ำ ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการทรัพยากรน้ำแห่งชาติ จะร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาต่อไป[20]

ถึงวันนี้นักวิทยาศาสตร์ทั่วโลกต่างยอมรับว่า การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสภาวะโลกร้อนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้นานาประเทศต้องประสบกับอุบัติภัยทางธรรมชาติบ่อยครั้งในระดับที่รุนแรงขึ้น สังเกตได้จากเหตุการณ์ภัยแล้ง น้ำท่วม พายุ คลื่นความร้อน และไฟป่า ที่เกิดขึ้นทั่วโลกตลอดช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา สาเหตุสำคัญที่ผลักดันให้โลกร้อนขึ้นเรื่อย จนใกล้จะเป็นวิกฤตของมนุษยชาติ ก็เพราะกิจกรรมเชิงอุตสาหกรรมของมนุษย์ ตั้งแต่การผลิตที่อาศัยการเผาไหม้เชื้อเพลิงฟอสซิล ไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงวิธีการเพาะปลูก

สำหรับประเทศไทย มีรายงานจากคณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Intergovernmental Panel of Climate Change) ว่า หนึ่งในผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่เกิดขึ้นกับประเทศไทยคือ เรื่องทรัพยากรน้ำ ซึ่งอาจจะเป็นได้ทั้งการเกิดฝนตกหนักมากจนกลายเป็นวิกฤตอุทกภัย หรือฝนไม่ตกตามฤดูกาล กระทั่งประสบกับภัยแล้ง ขณะที่ก็มีรายงานคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลกแห่งภูมิภาคเอเชียในอนาคตที่ทำขึ้นเมื่อ 3-4 ปี ที่ผ่านมาว่า เกือบทุกภูมิภาคของประเทศไทยจะมีฝนตกมากขึ้น วันที่อากาศร้อนจะเพิ่มขึ้น และฤดูหนาวหดสั้นลง ประเด็นที่น่าเป็นห่วงก็คือ ความแปรปรวนของสภาพภูมิอากาศ อันจะนำมาซึ่งการเกิดน้ำท่วมบ่อยครั้งและรุนแรงขึ้น[21]

ทั้งนี้ ภาครัฐต้องมองการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในอนาคตและผลกระทบต่างๆ ที่จะตามมาว่า เป็นส่วนหนึ่งของโจทย์ในการวางแผนพัฒนาประเทศและแผนการจัดการสภาพแวดล้อม ขณะที่ภาคประชาชนต้องเร่งทำความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่รออยู่ข้างหน้า[22] เพื่อเตรียมแผนรับมือและหาทางปรับตัวให้สามารถอยู่ร่วมกับสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ หากวันนี้สังคมไทยละเลยปัญหาภาวะโลกร้อน การแก้ไขปัญหานี้ในวันข้างหน้าจะทำได้ยากเย็นมากกว่าในวันนี้มากมายนัก

ตาราง 1 สถานการณ์อุทกภัยและความเสียหาย พ.ศ. 2545-2549

พ.ศ.	ประชาชน (ล้านคน)	ครัวเรือน (ล้านครัวเรือน)	พื้นที่เกษตร (ล้านไร่)	ความเสียหาย (ล้านบาท)
2545	5.08	1.37	10.43	13,385.31
2546	1.87	0.48	1.59	2,050.26
2547	1.79	0.46	1.98	410.86
2548	0.73	0.22	0.89	4,700.10
2549	6.17	1.42	5.97	6,946.82

ที่มา : กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย (29 พ.ย. 2549)

ตาราง 2 สรุปเหตุการณ์น้ำท่วมที่เกิดขึ้นในรอบปี พ.ศ. 2549 และรายละเอียดความเสียหาย

ช่วงเวลา	พื้นที่ประสบภัย	จำนวนผู้เสียชีวิต	จำนวนผู้ได้รับความเดือดร้อน	มูลค่าความเสียหายเบื้องต้น (ไม่รวมบ้านเรือนและทรัพย์สินของราษฎร)
22 พ.ค. – 30 มิ.ย.[(1)]	5 จังหวัด : อุตรดิตถ์ สุโขทัย แพร่ ลำปาง น่าน	88 ราย	352,016 คน	1,344,833,259 บาท
1 – 31 ก.ค.[(1)]	22 จังหวัด : เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ตาก ลำปาง ลำพูน นครราชสีมา นครพนม อุดรธานี ร้อยเอ็ด ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร สตูล กระบี่ ตรัง สุราษฎร์ธานี	5 ราย	48.520 คน	-
13 – 18 ส.ค[(1)]	4 จังหวัด : ประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร ระนอง อุบลราชธานี	-	54,396 คน	93,772,849 บาท
19 – 26 ส.ค[(1)]	3 จังหวัด : น่าน เชียงราย สุโขทัย	2 ราย	153,574 คน	143,378,478 บาท
27 ส.ค. – 25 ธ.ค.[(2)]	47 จังหวัด : เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง แพร่ พะเยา อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก สุโขทัย ตาก กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท อุทัยธานี สิงห์บุรี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สุพรรณบุรี ปทุมธานี นนทบุรี นครปฐม นครนายก ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี จันทบุรี ตราด ชัยภูมิ ขอนแก่น อุดรธานี นครราชสีมา ศรีสะเกษ บุรีรัมย์ สุรินทร์ อุบลราชธานี ยโสธร ร้อยเอ็ด ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช พังงา กรุงเทพมหานคร	337 ราย	5,198,814 คน	7,707,574,527 บาท

(-) หมายถึง ไม่ปรากฏข้อมูล

ที่มา : 1. สรุปสถานการณ์สาธารณภัยประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2549, กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย.
2. มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 26 ธันวาคม 2549.

6

ไฟใต้ยังคงระอุหนักหลังรัฐประหาร

เหตุการณ์รัฐประหาร 19 กันยายน 2549 ไม่เพียงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทยด้วย โดยเฉพาะการกล่าวคำขอโทษต่อพี่น้องในภาคใต้ของนายกรัฐมนตรี พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ตามมาด้วยการปรับโครงสร้างหน่วยงานด้านความมั่นคง และการรื้อฟื้นศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) แต่ผลการเปลี่ยนแนวนโยบายโดยหันมาใช้การเมืองนำการทหาร พร้อมกับท่าทีประนีประนอมมากขึ้นของรัฐบาล กลับไม่ช่วยให้สถานการณ์กระเตื้องขึ้นแม้แต่น้อย เพราะสถานการณ์ความรุนแรงยังคงระอุหนักหลังรัฐประหาร

ช่วงต้นปีต่อกลางปี 2549 รัฐบาลเก่ายังย่ำเท้าอยู่กับที่

ช่วงต้นปี 2549 ขณะที่พระราชกำหนดสถานการณ์การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ที่เริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 16 กรกฎาคม 2548 ยังคงถูกต่ออายุออกไปเรื่อยๆ สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทยถูกสะท้อนผ่านข้อเขียนของสื่อมวลชนต่างประเทศ 2 ฉบับคือ เดอะการ์เดียนของอังกฤษและเดอะสแตนดาร์ดของฮ่องกง ว่าตกอยู่ในสภาวะที่เรียกว่า "อาณาจักรแห่งความกลัว" เพราะทุกคนในพื้นที่ต่างก็ไม่มีใครรู้ว่าใครจะล้มตายเป็นรายต่อไป[1] เพราะยิ่งรัฐบาลใช้แนวทางการปราบปรามอย่างแข็งกร้าวมากยิ่งขึ้น และขาดความละเอียดอ่อนมากขึ้นเท่าใด สถานการณ์ความรุนแรงก็ยิ่งลุกลามมากขึ้นเท่านั้น

ขณะที่พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ซึ่งกำลังเผชิญกับการประท้วงอย่างรุนแรงจากกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย ก็ยังคงใช้การปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบสถานการณ์ทางภาคใต้ จากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม จนถึงผู้บัญชาการทหารบก แต่ก็ไม่ช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น เพราะยังคงมีการฆ่ารายวันเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวางระเบิดธนาคารพาณิชย์พร้อมกัน 22 แห่ง ใน 5 อำเภอของจังหวัดยะลา เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2549 จนมีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจำนวนไม่น้อย กระทั่งธนาคารแห่งประเทศไทยต้องออกคำสั่งด่วนให้ธนาคารทุกแห่งในยะลา ปิดให้บริการเพื่อความปลอดภัยของพนักงานและผู้ใช้บริการ

แน่นอนที่สุดว่าเหตุวางระเบิดธนาคารครั้งนั้น ส่งผลให้เศรษฐกิจในพื้นที่ซึ่งซบเซาอยู่แล้วยิ่งทรุดลงมากกว่าเดิม แต่ พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร ในฐานะนายกรัฐมนตรีกลับแสดงท่าที "ลอยตัว" ต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้น โดยกล่าวว่าได้มอบหมายให้ผู้บัญชาการทหารบกรับผิดชอบอย่างเต็มที่ไปแล้ว ทำให้พลเอกสนธิ บุญยรัตกลิน ผู้บัญชาการทหารบก ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบภาคใต้รายล่าสุดกล่าวว่า "อยากให้พื้นที่ 3 จังหวัด ปลอดจากการเมืองอย่างแท้จริง แล้วปล่อยให้ทหารทำหน้าที่อย่างเต็มที่ เพราะไม่เช่นนั้นอะไรต่างๆ จะมาทับถมอยู่ที่ผู้ปฏิบัติทั้งหมด"

คำพูดดังกล่าวกลายเป็นภาพสะท้อนถึงการแก้ปัญหาความรุนแรงในภาคใต้ได้เป็นอย่างดีว่า เต็มไปด้วยปัญหาและขาดเอกภาพ ไม่เพียงเท่านั้น ค่ำวันที่ 16 กันยายน 2549 ความพังพินาศทางเศรษฐกิจและความสูญเสียครั้งสำคัญก็กลับมาเยือนอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา อีกครั้ง เมื่อเกิดเหตุการณ์วางระเบิดย่านศูนย์การค้ากลางเมืองซึ่งถือว่าเป็นหัวใจทางเศรษฐกิจของจังหวัดสงขลาและภาคใต้ตอนล่างรวม 7 จุด ทำให้มีผู้เสียชีวิตซึ่งมีชาวต่างชาติรวมอยู่ด้วย 4 ราย และบาดเจ็บ 59 ราย

บรรดานักธุรกิจในพื้นที่ซึ่งถูกขับเคลื่อนด้วยการท่องเที่ยวเป็นหลักสรุปตรงกันว่า "ธุรกิจรอวันเจ๊ง" เพราะเพิ่งฟื้นตัวจากเหตุลอบวางระเบิดสนามบินหาดใหญ่ที่เกิดขึ้นเมื่อปีที่ผ่านมา เหตุระเบิดกลางเมืองหาดใหญ่ครั้งนี้จึงส่งผลสะเทือนไปทั่วประเทศว่า รัฐบาลล้มเหลวในการแก้ปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้อย่างชัดเจนที่สุด และถือเป็นเหตุรุนแรงครั้งสุดท้ายที่เกิดขึ้นในสมัยรัฐบาล พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร

ผลจากความไม่ไว้วางใจในสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทำให้หนังสือพิมพ์เดอะสตาร์ของมาเลเซียเสนอบทความว่าปัจจุบันนักท่องเที่ยวจากมาเลเซียไม่กล้าข้ามมาเที่ยวสถานบริการในไทย ส่งผลให้นายทุนธุรกิจค้าบริการทางเพศนำผู้หญิงไทยไปขายบริการที่เมืองตัมปัต ในรัฐกลันตัน ซึ่งอยู่ไม่ห่างจากอำเภอสุไหงโกลก จังหวัดนราธิวาส เป็นเหตุให้คนมาเลเซียเรียกเมืองตัมปัตว่า "มินิไทยแลนด์"[2]

ดร. ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี จากคณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ซึ่งเก็บข้อมูลความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้มาอย่างต่อเนื่องได้สรุปภาพรวมของเหตุรุนแรงที่เกิดขึ้นในช่วง 8 เดือนแรกของปี 2549 ว่าสถานการณ์โน้มเอียงไปในทิศทางของความรุนแรงและสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้นกว่าเดิม[3]

เหตุร้ายที่ "กูจิงลือปะ" กับความระส่ำระสายในแวดวงการศึกษาของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคง "เขย่าขวัญ" คนไทยทั้งประเทศอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุร้ายที่เกิดขึ้นในช่วงบ่ายของวันที่ 19 พฤษภาคม 2549 ทำให้ "ครู" ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงอย่างเต็มรูปแบบ เมื่อเจ้าหน้าที่ทหาร ตำรวจ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองกว่า 100 นาย เข้าตรวจค้นเป้าหมาย 10 จุด ในพื้นที่หมู่ 4 ตำบลเฉลิม อำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส พร้อมจับกุมตัว 2 ผู้ต้องหา ในคดีก่อความไม่สงบ ทำให้ชาวบ้านกลุ่มใหญ่กว่า 300 คน ตอบโต้ทันทีด้วยการบุกเข้าจับตัว น.ส. จูหลิง ปงกันมูล และ น.ส. สินีนาฏ ถาวรสุข ซึ่งเป็นครูจากโรงเรียนบ้านกูจิงลือปะในหมู่บ้านเดียวกันเป็นตัวประกันเพื่อแลกกับการปล่อยตัว 2 ผู้ต้องหาที่ถูกจับกุมในช่วงเช้า

ระหว่างการจับครูเป็นตัวประกันนั้นเอง มีกลุ่มชายฉกรรจ์บุกเข้าไปใช้ไม้ทุบตีครูทั้ง 2 คน อย่างทารุณจนบาดเจ็บสาหัส โดยเฉพาะ "ครูจูหลิง" มีอาการทางสมองขั้นวิกฤตจนแพทย์ระบุว่ามีแต่ปาฏิหาริย์เท่านั้นที่จะช่วยได้ และต้องกลายเป็นเจ้าหญิงนิทรานานถึง 8 เดือน จึงเสียชีวิต

เหตุร้ายที่โรงเรียนกูจิงลือปะ กลายเป็นจุดเริ่มต้นของความระส่ำระสายในแวดวงการศึกษาของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างชัดเจน เพราะหลังจากนั้นเป็นต้นมา "ครู" ก็ตกเป็นเหยื่อของการข่มขู่คุกคาม และการ "ฆ่า" อย่างเต็มรูปแบบ นอกเหนือจากการลอบเผาโรงเรียนที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ซึ่งความรุนแรงและโหดเหี้ยมที่ครูได้รับก็ทวีมากยิ่งขึ้นถึงขั้นฆ่าแล้วเผา จนกระทั่งฆ่าตัดคอ ทำให้การประกาศ " ปิดโรงเรียน" เกิดขึ้นบ่อยครั้ง

ขณะที่ครูในพื้นที่ภาคใต้หลายร้อยคนพากันแสดงเจตจำนงขอย้ายออกจากพื้นที่ เพราะไม่แน่ใจในความปลอดภัย และโรงเรียนกว่า 100 แห่ง ในจังหวัดนราธิวาสประกาศปิดการเรียนการสอนอย่างไม่มีกำหนด แน่นอนว่าโอกาสทางการศึกษาของเด็กนักเรียนที่อยู่ในพื้นที่ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่ภาวะลดน้อยถอยลงตามลำดับ แม้ว่าจะมีมาตรการจัดชุดคุ้มครองครูเกิดขึ้นแล้วก็ตาม ปัจจุบันครูในพื้นที่ต้องเปลี่ยนวิถีชีวิตไปจากเดิม ต้องเพิ่มความระมัดระวังป้องกันตนเอง และหวาดระแวงการรับโทรศัพท์ข่มขู่จนต้องเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์มือถือและไม่บอกเบอร์โทรศัพท์ให้บุคคลภายนอกรับรู้

มีรายงานจากสำนักงานผู้ตรวจราชการกระทรวงศึกษาธิการประจำเขตตรวจราชการที่ 12 ยะลา ชี้ว่าตั้งแต่ปี 2547-2549 มีบุคลากรทางการศึกษาถูกทำร้ายเสียชีวิตรวม 71 ราย บาดเจ็บ 112 ราย โรงเรียนถูกลอบวางเพลิงรวม 110 แห่ง[4] ขณะที่นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต ระบุว่าเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะข้าราชการครูมีสภาพจิตใจแย่ที่สุด[5] ครูประมาณ 20% เกิดอาการเครียดเข้าข่ายเป็นผู้ป่วยที่ตกอยู่ในภาวะเครียดรุนแรง[6]

นอกจากนี้ เหตุการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดภาคใต้ยังส่งผลให้เกิดปัญหาขาดแคลนแพทย์สูงถึงร้อยละ 42 ทั้งนี้จากฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ในปี 2548 พบว่ามีความต้องการแพทย์ในปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ประมาณ 502 คน แต่มีแพทย์ทำงานในโรงพยาบาลจริง 290 คน ยังขาดอีก 212 คน จังหวัดที่ขาดแพทย์สูงอันดับหนึ่ง คือ นราธิวาส 111 คน รองลงมา ปัตตานี 58 คน และยะลา 43 คน ทำให้แพทย์ที่มีอยู่ต้องรับภาระงานหนัก[7]

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้เร่งวางมาตรการด้านความปลอดภัยให้เจ้าหน้าที่ และจะจัดส่งเจ้าหน้าที่แพทย์อาสาจากพื้นที่อื่นมาช่วยเหลือปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัด มากยิ่งขึ้น โดยจะเร่งดำเนินการบรรจุปรับเปลี่ยนตำแหน่ง เพิ่มสวัสดิการค่าตอบแทนให้แก่เจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้น และจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนสถานบริการสาธารณสุขในทุกระดับ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่[8]

ไฟใต้หลังรัฐประหาร

ทันทีที่เข้ารับตำแหน่งนายกรัฐมนตรีคนที่ 24 พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ แถลงอย่างเป็นทางการครั้งแรกว่ามีภารกิจสำคัญที่ต้องดำเนินการ 2 เรื่องคือ แก้ไขปัญหาทางการเมืองและแก้ไขเหตุการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้มีเสียงตอบรับในทางบวกดังขึ้นจากผู้นำทางศาสนาอิสลามทันทีที่นั่งเก้าอี้นายกรัฐมนตรี

การทำรัฐประหารที่เกิดขึ้นเมื่อ 19 กันยายน 2549 ถูกจับตาว่าจะส่งผลโดยตรงต่อ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และไม่กี่วันหลังจากนั้นการรุกครั้งสำคัญทางการเมืองก็เริ่มขึ้นเมื่อพลโทวิโรจน์ บัวจรูญ แม่ทัพภาคที่ 4 คนใหม่เปิดเผยว่า มีการส่งสัญญาณมาจากทางฝ่ายตรงข้ามว่า น่าจะมีการออกมาเจรจาเพื่อนำความสันติสุขมาสู่จังหวัดชายแดนภาคใต้ สอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของพลเอกสนธิ บุญยรัตกลิน ผู้บัญชาการทหารบก ซึ่งต่อมาพ่วงตำแหน่งประธานคณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติ (คมช.) ยอมรับว่าได้ส่งเจ้าหน้าที่ไปพูดคุยกับขบวนการก่อความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้[9]

ความชัดเจนของการเจรจายังถูกตอกย้ำอีกครั้ง ผ่านการรายงานข่าวของหนังสือพิมพ์ซิดนีย์ มอร์นิง เฮรัลด์ ที่ระบุว่า ดร. มหาธีร์ โมฮัมหมัด อดีตนายกรัฐมนตรีของมาเลเซีย ยอมรับว่าเป็นคนกลางในการประนีประนอมข้อเสนอสันติภาพ ระหว่างนายทหารระดับสูงของไทยกับแกนนำกลุ่มแบ่งแยกดินแดน อีกทั้งยังกล่าวด้วยว่ากลุ่มผู้ก่อความไม่สงบไม่ได้มีความต้องการแบ่งแยกดินแดนเป็นรัฐเอกราช หรือแม้แต่การปกครองตนเอง หรือการใช้ภาษามลายูเป็นภาษาที่สองใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ [10] ทั้งนี้การเจรจาดังกล่าวจัดขึ้นที่เกาะลังกาวีและในกรุงกัวลาลัมเปอร์ของมาเลเซีย

ดูเหมือนว่าการ "เจรจา" จะกลายเป็นช่องทางที่รัฐบาลใหม่จะนำมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อก้าวไปสู่ความสุขสงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้อย่างชัดเจน โดยพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ยอมรับว่ารัฐบาลจะใช้ปฏิบัติการโดยสันติวิธี เพราะเชื่อว่าเป็นแนวทางที่ถูกต้อง และเชื่อว่าการเจรจาพูดคุยกันอย่างสร้างสรรค์จะช่วยแก้ปัญหาได้ ทั้งนี้ ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขว่าประเทศไทยไม่สามารถแบ่งแยกได้

ตามมาด้วยการให้สัมภาษณ์พิเศษผ่านสถานีโทรทัศน์อัลจาซีราโดยระบุถึงสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้สถานการณ์ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้เกิดความรุนแรงว่ามาจากหลายปัจจัยด้วยกัน แต่ที่สำคัญที่สุด คือ ความไม่เป็นธรรมในสังคม ทั้งนี้พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี ยังเดินทางไปพบปะกับผู้นำจากประเทศเพื่อนบ้านอย่างมาเลเซีย อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์ ซึ่งล้วนแต่มีประสบการณ์เรื่องการเจรจาเพื่อยุติความขัดแย้งกับกลุ่มก่อความไม่สงบมาก่อน

แรงต่อต้านจากคำขอโทษ

"ผมขอโทษแทนรัฐบาลชุดที่แล้ว และขอโทษแทนรัฐบาลชุดนี้ สิ่งที่เกิดขึ้นเพราะรัฐบาลชุดที่แล้ว ผมมาขอโทษแทน ผมอยากยื่นมือออกไปแล้วบอกว่า ผมเป็นคนผิด ผมขอกล่าวคำขอโทษด้วยใจจริง" คำกล่าวขอโทษของพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี ระหว่างการปาฐกถาพิเศษต่อหน้าผู้สูญเสียและได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ตากใบ ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน รวมทั้งประชาชนนับพันคน ณ ห้องประชุมน้ำพราว โรงแรมซีเอส ปัตตานี เมื่อ 2 พฤศจิกายน 2549 เรียกเสียงปรบมือดังขึ้นกึกก้องและยาวนานท่ามกลางน้ำตาของผู้สูญเสีย และ "คำขอโทษ" อย่างเป็นทางการครั้งแรกของผู้นำรัฐบาลนับตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตลอดระยะเวลา 3 ปีนี้เอง นำมาซึ่งความรู้สึกดีใจโล่งใจไม่เฉพาะคนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงเท่านั้น แต่ยังทำให้คนไทยทั้งประเทศรู้สึกตรงกันว่าผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น และเชื่อว่าจะช่วยลดความรุนแรงลงได้ แต่ 3 วัน หลังจากนั้นเหตุรุนแรงในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ก็เริ่มขึ้นอีกครั้งและไม่มีทีท่าว่าจะลดความถี่และความสูญเสียลงแม้แต่น้อย

ทำให้เกิดคำถามว่า "คำขอโทษ" จากปากนายกรัฐมนตรีได้ผลในทางบวกจริงหรือไม่ เพราะไม่เพียงแต่รูปแบบของความรุนแรงแบบเดิมยังคงอยู่ ไม่ว่าจะเป็นการลอบยิง วางระเบิด หรือเผาโรงเรียน ยังปรากฏรูปแบบใหม่ของความรุนแรง นั่นคือ มีเด็กและผู้หญิงคลุมหน้าแบบชาวมุสลิมเป็นแนวหน้าในการชุมนุมเพื่อเรียกร้องให้ปล่อยตัวผู้ถูกจับกุมมากยิ่งขึ้น กระทั่งบานปลายกลายเป็นการชุมนุมของชาวไทยพุทธ เพื่อตอบโต้การกระทำดังกล่าว พร้อมกับเรียกร้องให้ภาครัฐจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้หลักกฎหมายที่เท่าเทียมกัน

เหตุการณ์ที่นำศาสนามาเป็นเงื่อนไขของความขัดแย้งอย่างชัดเจนที่สุดก็เกิดขึ้นที่หมู่บ้านสันติทั้งในพื้นที่อำเภอบันนังสตา และอำเภอธารโต จังหวัดยะลา เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2549 โดยชาวบ้านที่นับถือศาสนาพุทธจำนวน 55 ครอบครัว จำนวน 206 คน พากันอพยพมาอาศัยอยู่ที่วัดนิโรธสังฆาราม ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ภายหลังจากคนร้ายบุกเข้าโจมตีกองกำลังทหารพรานและถูกยิงตาย 2 ศพ ที่โรงเรียนบ้านธารทิพย์ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ทำให้คนร้ายตอบโต้ด้วยการฆ่าและเผาบ้านชาวบ้านล้างแค้น

ความหวาดกลัวของชาวไทยพุทธที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องนำคณะจิตแพทย์จากส่วนกลางเข้าไปให้คำปรึกษา ขณะที่จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลศูนย์ยะลา และศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 บอกว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่มีการอาการหวาดผวา โดยเฉพาะผู้สูญเสียจากการลอบทำร้ายทั้งชีวิตและทรัพย์สินมีอาการน่าเป็นห่วง ไม่เพียงแต่ผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์โดยตรงจะได้รับผลกระทบเท่านั้น แต่สภาพจิตใจของประชาชนในพื้นที่มีแนวโน้มเครียดเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเข้ามารุมเร้าอย่างหนักในระยะนี้[11]

เมื่อชาวบ้านตกเป็นเป้าหมายของการโจมตีอย่างรุนแรงมากยิ่งขึ้น แบรด อดัมส์ ผู้อำนวยการแผนกเอเชียของฮิวแมนไรท์วอท์ช หรือองค์กรรณรงค์ด้านสิทธิมนุษยชนในระดับสากล ได้ออกแถลงการณ์เรียกร้องให้กลุ่มผู้ก่อความไม่สงบในพื้นที่ภาคใต้ของไทยยุติการใช้พลเรือนเป็นเป้าของการโจมตีเพื่อให้บรรลุเป้าหมายทางการเมืองของตนเอง เพราะเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายและไม่สามารถโต้แย้ง อ้างความถูกต้องได้ด้วยเหตุผลทางศีลธรรมใดๆ[12]

ความรุนแรงที่ยังคงดำเนินต่อไปนี้เอง ทั้งผู้นำรัฐบาลและคมช. ให้ความเห็นตรงกันว่า เป็นเรื่องที่มีการประเมินสถานการณ์ล่วงหน้าแล้วว่าจะต้องเกิดเหตุการณ์ลักษณะดังกล่าว เพราะฝ่ายตรงข้ามต้องการต่อต้านนโยบายสร้างความสมานฉันท์และสันติวิธีของรัฐบาลที่จะทำให้ประชาชนเข้ามาอยู่กับทางฝ่ายรัฐ และต้องการแย่งชิงมวลชนกลับคืน ด้วยการโหมดีกรีของความรุนแรงเพิ่มขึ้นเพื่อให้ประชาชนหวาดกลัว เรื่องนี้จึงต้องใช้เวลาและความอดทนให้มากที่สุด

ขณะที่นายแพทย์ประเวศ วะสี เขียนบทความแสดงความเห็นว่าสิ่งที่รัฐบาลกำลังทำอยู่ถือเป็นการ "รุกทางการเมือง" ที่ถูกต้องแล้ว ทำให้ฝ่ายติดอาวุธของขบวนการก่อการร้ายอาจเกิดความกลัวการพ่ายแพ้ทางการเมือง จึงดิ้นรนก่อความรุนแรงมากขึ้น เพื่อยั่วยุให้สังคมไทยเกิดอารมณ์ จนรัฐบาลต้องยุติการรุกทางการเมือง หันไปใช้กำลังเข้าปราบปราม ซึ่งจะเข้าทางของผู้ก่อความไม่สงบ เพราะการใช้กำลังเข้าปราบปรามสงครามจรยุทธ์จะทำให้พ่ายแพ้[13]

ปรับโครงสร้างมุ่งมั่นสมานฉันท์และสันติวิธี

แม้ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจะยืนยันได้เป็นอย่างดีว่าความรุนแรงของสถานการณ์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังคงเกิดขึ้น หากแต่แนวนโยบายของรัฐบาลชุดใหม่ที่ไม่เน้นการปราบปรามด้วยวิธีการรุนแรงก็นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด ไม่ว่าจะเป็นการยกฟ้องในคดีความมั่นคงต่างๆ เริ่มจากเหตุการณ์ตากใบทั้งผู้ตกเป็นจำเลยและผู้ถูกออกหมายจับ การยกเลิกบัญชีดำของหน่วยงานต่างๆ เพื่อลดความหวาดระแวงของประชาชน การใช้กระบวนการยุติธรรมสร้างความเป็นธรรมด้วยการเร่งติดตามคดีการหายตัวไปของทนายสมชาย นีละไพจิตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรื้อฟื้นหน่วยงานสำคัญที่เคยมีบทบาททางด้านความมั่นคงในพื้นที่ภาคใต้ โดยมีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี 2 ฉบับ

ฉบับแรก คือ เรื่องนโยบายการเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นกรอบครอบคลุมทุกด้านเพื่อสร้างความสมานฉันท์ อำนวยความยุติธรรม และสร้างความสันติสุขในพื้นที่

ฉบับที่สอง คือ เรื่องการบริหารราชการในจังหวัดชายแดนภาคใต้ตามโครงสร้างใหม่ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ (1) ระดับนโยบาย มีสภาความมั่นคงแห่งชาติกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ (2) ระดับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน (กอ.รมน.) มีผู้บัญชาการทหารบก เป็น ผอ.กอ.รมน. และ (3) ระดับอำนวยการและปฏิบัติ มี กอ.รมน. ภาค 4 ซึ่งมีแม่ทัพภาคที่ 4 ในฐานะ ผอ. กอ.รมน. ภาค 4 ทำหน้าที่ดูแลทั้งศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) และกองบัญชาการผสมพลเรือน ตำรวจ ทหาร (พตท.)

ทั้งนี้ คำสั่งสำนักนายกฯ จะขยายพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มาเป็น 5 จังหวัด โดยเพิ่มจังหวัดสตูล และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา คือ จะนะ เทพา สะบ้าย้อย และนาทวี[14] อีกทั้งยังแก้ปัญหาด้านเศรษฐกิจในพื้นที่ดังกล่าวด้วยการเสนอแผนพัฒนาพิเศษเฉพาะพื้นที่ทางภาคใต้ โดยครอบคลุมพื้นที่ 4 โดยใช้มาตรการทางด้านภาษี ลดดอกเบี้ย และให้ความสะดวกเรื่องแรงงานต่างด้าวเป็นพิเศษ ซึ่งจะมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 - ธันวาคม 2552

มาตรการดับไฟใต้คงไม่เกิดผล หากปัญหาพื้นฐานของฝ่ายรัฐไม่ได้รับการแก้ไข

ตลอดระยะเวลา 3 ปีที่เกิดความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ผลการสำรวจในช่วงปลายปีถึงของขวัญปีใหม่ที่คนไทยอยากได้มากที่สุดยังคงเป็นความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในภาคใต้ เพราะยิ่งนานวันจำนวนผู้เสียชีวิตและตัวเลขความเสียหายยิ่งเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บในปี 2549 สูงเป็นสองเท่าของปี 2548 แม้จำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงของปี 2549 จะต่ำกว่าปี 2548 เล็กน้อยก็ตาม (ดูตาราง และแผนภูมิ หน้า 65)

จากการรวบรวมข้อมูลของศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ (ศวชต.) สรุปมูลค่าความเสียหายในรอบ 5 ปี (2545-2549) พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตรวม 4,063 คน หรือเฉลี่ยมีคนได้รับบาดเจ็บ หรือเสียชีวิต 3 คน ต่อวัน แต่ถ้าพิจารณาในช่วง พ.ศ. 2547 - 2549 เฉลี่ยมีคนบาดเจ็บหรือเสียชีวิตสูงขึ้นถึง 5 คน ต่อวัน[15] สำหรับผู้เสียชีวิตนั้น หากแยกตามศาสนาแล้วพบว่าเป็นมุสลิมมากกว่าพุทธ[16]

ไล่เลี่ยกับการกลับคืนมาของศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) โดยมีสถานะเทียบเท่าระดับกรม มีนายพระนาย สุวรรณรัฐ เป็นผู้อำนวยการตำแหน่งนักปกครอง 10 เทียบเท่ารองปลัดกระทรวง และมีอัตรากำลัง 199 คน ซึ่งพร้อมจะเริ่มทำงานตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 โดยยังไม่สามารถบรรจุได้ครบทั้งหมด ขณะนี้ (มกราคม 2550) มีผู้ปฏิบัติงานเพียง 80 คนเท่านั้น

การปรับโครงสร้างของกลุ่มผู้ก่อความไม่สงบก็เกิดขึ้นเช่นกัน ตามคำแถลงของ พล.ต. จำลอง คุณสงค์ เลขาธิการ กอ.รมน. ภาค 4 ที่ว่ายุทธศาสตร์ของฝ่ายตรงข้ามแตกต่างจากอดีตอย่างเห็นได้ชัด แต่ก่อนจะมีหัวหน้ารับผิดชอบการก่อการชัดเจน แต่ปัจจุบันไม่แน่ชัด จะใช้วิธีกระจายกำลังตามหมู่บ้านกว่า 200 แห่งๆ ละ 5-6 คน ปฏิบัติการด้วยตัวเองไม่ต้องรอฟังคำสั่ง แต่จะมีการประชุมใหญ่ปีละ 1-2 ครั้งเท่านั้น สอดคล้องกับบทความของ ดร.สุรชาติ บำรุงสุข ที่ระบุว่า "วัยรุ่นติดอาวุธคือนักรบใหม่ในภาคใต้ โดยเห็นได้ชัดเจนที่สุดว่าผู้ก่อเหตุความไม่สงบส่วนใหญ่ไม่ว่าจะถูกจับกุมหรือเสียชีวิต (อายุ) มักจะอยู่ในช่วงของวัยรุ่น"[17]

ปลายปี 2549 ต่อเนื่องถึงต้นปี 2550 การใช้การเมืองนำหน้าการทหารเพื่อแก้ปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ก้าวต่อไปในเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง โดยพลเอกสนธิ บุญยรัตกลิน ผู้บัญชาการทหารบก ซึ่งเป็นมุสลิมเดินทางไปประเทศซาอุดิอาระเบีย เพื่อร่วมพิธีแสวงบุญที่นครเมกกะ และมีกำหนดการพบปะหารือกับ ดร.เอ็คเมล เร็ดบิน อีซานโนกุล เลขาธิการองค์การอิสลามโลกหรือโอไอซี เพื่อชี้แจงถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างสันติวิธีใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ของรัฐบาลให้ทราบ

อย่างไรก็ตาม ช่วงเวลาเกือบสองเดือนแรกของปี 2550 ก็ปรากฏว่า ไฟใต้ยังลุกโหมขยายตัวออกไปในรูปของการก่อการร้ายชัดเจนมากขึ้น คือ มีเกิดเหตุการณ์รุนแรงรวม 210 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 75 คน และบาดเจ็บรวม 187 คน โดยเฉพาะในช่วงตรุษจีน 17-18 กุมภาพันธ์ มีเหตุการณ์เกิดขึ้นทั้งหมด 51 เหตุการณ์ ทั้งเหตุลอบวางระเบิด วางเพลิง ซุ่มยิง และวางตะปูเรือใบ และถัดมาอีกเพียง 3 วัน ก็เกิดระเบิดเพลิงเผาโรงงานยางแผ่นรมควันรายใหญ่ที่สุดในภาคใต้ วอด 5 พันตัน ความเสียหายคาดว่ามีมูลค่ากว่า 400 ล้านบาท[18]

ขณะที่พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี ยังคงเชื่อมั่นว่าการแก้ปัญหาในปี 2550 จะไม่ใช่การตั้งรับอีกต่อไป และการทำงานของ ศอ.บต. จะเป็นช่องทางในการพบปะพูดคุยกันเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ และสันติวิธีเท่านั้นที่จะช่วยแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน เพียงแต่ต้องใช้ระยะเวลาที่บอกไม่ได้ว่าสั้นหรือยาวเพียงใด...ความสุขสงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้จึงยังไร้คำตอบ และดูจะไร้ความหวังมากยิ่งขึ้นเมื่อยังคงปรากฏเหตุร้ายและรุนแรงต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น

ปัญหาพื้นฐานทางฝ่ายรัฐตลอดระยะเวลา 3 ปีเศษ ของเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้คือ ปัญหาด้านการข่าวยังคลำเป้าหาศัตรูไม่เจอ และสอบตกงานด้านมวลชน[19] มาตรการสวยหรูและได้รับการขานรับจากสังคม (ดูล้อมกรอบ) ก็อาจไม่ช่วยอะไรได้ หากปัญหาพื้นฐานทั้ง 3 ประการนี้ ยังแก้ไม่ได้

สี่มาตรการหลักดับไฟใต้ พ.ศ. 2550

ในปี พ.ศ. 2550 กองอำนวยการเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กอ.สสส.จชต.) ได้กำหนดแผนการแก้ปัญหาเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเน้น 4 มาตรการหลักดังนี้

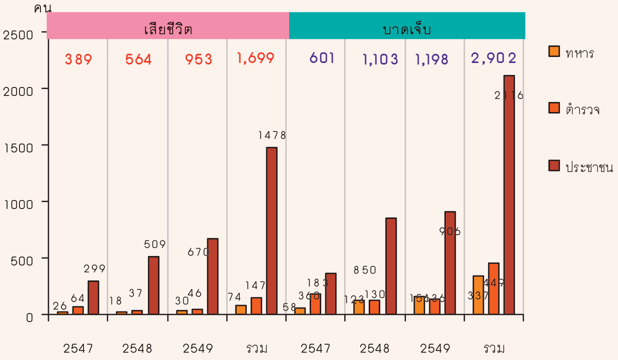
1. เน้นการยอมรับจากองค์กรภายนอก โดยเฉพาะจากโอไอซีและประเทศเพื่อนบ้านอย่างมาเลเซีย หลังจากส่งสัญญาณและพร้อมให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา อีกทั้งมองว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาภายในประเทศ และยืนยันจะไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยว
2. จะให้ความสำคัญกับการจัดตั้งสำนักบริหารงานยุติธรรมของกระทรวงยุติธรรม โดยเล็งเห็นว่าปัญหาความไม่สงบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ได้รับความยุติธรรมของคนในพื้นที่ และมีความเชื่อมั่นว่าหากเรื่องดังกล่าวได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีและจริงจังก็คงไม่เกิดกระแสความไม่พึงพอใจของคนในพื้นที่เกิดขึ้น
3. การจัดตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษเฉพาะกิจขึ้นในพื้นที่ โดยเฉพาะการลดหย่อนอัตราดอกเบี้ยและภาษี เพื่อจูงใจให้เกิดการลงทุนและการสร้างงานให้กับคนในพื้นที่ จนนำมาซึ่งการหมุนเวียนของเงินตรา และประชากรในพื้นที่จะได้มีงานทำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพื่อจะได้ไม่ต้องเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น
4. การปฏิบัติงานเชิงรุกในภาคสังคม โดยเฉพาะแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในพื้นที่ รวมถึงการสนับสนุนให้คนในพื้นที่มีความเป็นอยู่แบบพอเพียง โดยมีศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) เป็นผู้รับผิดชอบ

ตารางสรุปเหตุการณ์ความไม่สงบและความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี 2547-2549

ลำดับ	เหตุการณ์	จำนวนครั้ง		
		2547	2548	2549
1	ยิง	531	905	1,040
2	ทำร้าย	53	52	39
3	วางเพลิง	232	308	281
4	วางระเบิด	76	238	327
5	ปล้นอาวุธปืน สายไฟ ชิมการ์ด	25	140	10
6	ชุมนุมประท้วง	2	-	14
7	ก่อกวน/ทำลายธงชาติ	33	422	219
8	ฆ่าตัดคอ	-	12	3
9	จับเป็นตัวประกัน	-	1	1
	รวม	952	2,078	1,934

ที่มา : โครงการสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2550.
(คำนวณจากข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานตำรวจแห่งชาติส่วนหน้า จังหวัดยะลา)

แผนภูมิเปรียบเทียบจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2547-2549



ที่มา : โครงการสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2550.
(คำนวณจากข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานตำรวจแห่งชาติส่วนหน้า จังหวัดยะลา)

7

เด็กนักเรียนไทย กับภัยความรุนแรง ในรั้วโรงเรียน

ตลอดปี พ.ศ.2549 ต่อเนื่องปี 2550 เกิดความถี่ของสถานการณ์ "ผิดปกติ"ที่เกิดขึ้นในรั้วโรงเรียน นอกเหนือจากข่าวที่เคยรับรู้กันถึงการวิวาทด้วยอาวุธระหว่างนักเรียนอาชีวศึกษาต่างสถาบันจนถึงขั้นเสียชีวิต แล้วยังเกิดภาพใหม่ๆ แบบนักเรียนหญิงตบตีกันเองจนเลือดสาด ครูลงโทษนักเรียนด้วยความรุนแรงทั้งทางกายและทางจิตใจ ล้วนนำมาซึ่งคำถามว่า โรงเรียนยังคงเป็นสถานที่ปลอดภัยสำหรับเด็กอยู่หรือไม่?

วัฒนธรรมการใช้ความรุนแรงเข้าจัดการปัญหาในรั้วโรงเรียน

โรงเรียนเป็นหนึ่งในสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญอย่างมากสำหรับเด็กที่อยู่ในวัยเรียน แต่ผลการศึกษาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดีของแพทย์หญิงพรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์ กลับพบว่ามีโรงเรียนที่สอนทักษะชีวิตในการแก้ปัญหา โดยปฏิเสธไม่ใช้ความรุนแรงเพียงร้อยละ 59 ของโรงเรียนทั้งหมดเท่านั้น[1] ปี 2549 มีสถานการณ์ที่เผยให้เห็นการใช้ความรุนแรงเข้าจัดการปัญหาที่สั่นสะเทือนแวดวงการศึกษาไทยถี่มากขึ้นในรั้วโรงเรียน

เริ่มจากต้นปีเมื่อปรากฏข่าวเด็กนักเรียนหญิงวัย 14 ปี ซึ่งเรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนในจังหวัดสมุทรปราการ ถูกผู้ปกครองพาขึ้นโรงพักในสภาพร่างกายที่บอบช้ำ โดยเฉพาะบริเวณติ่งหูและแขนซ้ายมีบาดแผลถูกกัดจนเลือดสาด เพราะถูกนักเรียนหญิงรุ่นพี่จำนวน 2 คน รุมทำร้ายเนื่องจากไม่พอใจที่ไปคุยกับนักเรียนชายร่วมโรงเรียน ซึ่งเป็นแฟนของนักเรียนหญิงรุ่นพี่ จนกระทั่งมีการรุมทำร้ายร่างกายเกิดขึ้นระหว่างการนัดหมายให้ไปเจรจาปรับความเข้าใจกันหลังเลิกเรียนที่บริเวณใกล้เคียงกับโรงเรียน[2]

ไล่เลี่ยกับเหตุการณ์ดังกล่าว การยกพวกตีกันระหว่างนักเรียนหญิงระดับมัธยมกว่า 30 คน ก็เกิดขึ้นกลางตลาดนัดที่จังหวัดนครศรีธรรมราชโดยมีชาวบ้านมุงดูจำนวนมาก จนกระทั่งเจ้าหน้าที่ต้องคุมตัวไปสอบสวนที่โรงพัก ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากการแย่งผู้ชาย[3] ตามมาด้วยข่าวนักเรียนหญิงพาพวกบุกทำลายทรัพย์สินของโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เพราะไม่พอใจครูฝ่ายปกครองที่จับได้ว่า มีนักเรียนหญิงบางคนในกลุ่มนั้นขายบริการและแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ

ดูเหมือนว่าการทะเลาะวิวาทของนักเรียน โดยเฉพาะระดับมัธยมศึกษาจะเพิ่มความถี่มากยิ่งขึ้น แต่เหตุการณ์ที่นำมาซึ่งความตื่นตะลึงของสังคมไทยมากที่สุด คงหนีไม่พ้นการทำร้ายร่างกายกันของนักเรียนมัธยมหญิงวัย 14-15 ปี ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จนผู้ถูกทำร้ายมีหน้าตาบวมปูดและร่างกายบอบช้ำจนน่าตกใจ ที่สำคัญที่สุดก็คือ เหตุการณ์ดังกล่าวมีการบันทึกภาพไว้ด้วยโทรศัพท์มือถือหรือที่เรียกกันว่า คลิปวีดีโอ ซึ่งกลายเป็นหลักฐานชิ้นสำคัญในเวลาต่อมาเมื่อมีการแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ ทั้งนี้ภาพและเสียงของเหตุร้ายที่เกิดขึ้นถูกเผยแพร่ผ่านโทรศัพท์มือถือไปทั่วทั้งโรงเรียนเพื่อประจานให้อับอายอีกด้วย[4]

แน่นอนว่าภาพและเสียงของการทำร้ายร่างกายทั้งจิกผม ตบ ตีกระทืบใบหน้าและศีรษะ จนผู้ถูกทำร้ายทรุดลงไปกองกับพื้นท่ามกลางเสียงเชียร์อย่างสนุกสนานของ "เด็กหญิง" เหล่านั้น 'เขย่า' สังคมไทย จนต้องหันมาตั้งคำถามอย่างจริงจังมากยิ่งขึ้นว่า โรงเรียน ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาที่อยู่ใกล้ชิดกับบุตรหลานไม่แพ้สังคมครอบครัวกำลังเผชิญหน้ากับ "ภัยคุกคาม" อย่างไรบ้าง

เหตุรุนแรงนี้ทำให้นายจาตุรนต์ ฉายแสง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการในขณะนั้น สั่งการให้นักวิชาการสาธารณสุขหาคำตอบว่าเกิดอะไรขึ้นกับนักเรียนหญิงกลุ่มดังกล่าว ซึ่งผลสรุปรายงานผลทดสอบทางจิตวิทยาให้คำตอบออกมาว่า "นักเรียนหญิงที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์มีลักษณะร่วมของนักเรียนที่มีปัจจัยเสี่ยง ซึ่งพบได้ทั่วไปในสถานศึกษาต่างๆ โดยในภาพรวมเป็นผู้ที่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการจัดการความขัดแย้งต่ำ คุมอารมณ์ได้ไม่ดี ขาดวินัย และการเคารพระเบียบต่อสังคม รวมทั้งมีพื้นฐานความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี ทำให้ประเมินว่า โอกาสในการเกิดลักษณะนี้ในสถานศึกษาต่างๆ ในอนาคตมีอยู่สูง"[5] ทำให้นายจาตุรนต์ระบุว่าจะนำแผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาความรุนแรงในเด็กที่เคยจัดทำไว้สมัยเป็นรองนายกรัฐมนตรีกลับมาใช้อีกครั้งหนึ่ง

จุดเปลี่ยนของการวิวาทจากนักเรียนชายสู่นักเรียนหญิง

เดิมทีเดียวนั้น เด็กนักเรียนชายดูจะผูกขาดการก่อเหตุวิวาทไม่ว่าจะระหว่างเพื่อนร่วมสถาบันหรือต่างสถาบันมาช้านาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กนักเรียนชายจากสถาบันอาชีวศึกษาที่นานวันจะทวีความถี่และรุนแรงมากยิ่งขึ้น ทั้งอาวุธ การบาดเจ็บ และจำนวนผู้เสียชีวิต ซึ่งรวมถึงผู้ไม่เกี่ยวข้องที่โดนลูกหลงจากการทะเลาะวิวาทของเด็กนักเรียนกลุ่มนี้ จนกระทั่งเจ้าหน้าที่ตำรวจ สำนักนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) และกระทรวงศึกษาธิการต้องมีโครงการสร้างความสามัคคีในหมู่คณะ และการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้หยุดค่านิยมการก่อเหตุรุนแรง รวมถึงการดำเนินคดีในกรณีร้ายแรง

แต่การเปลี่ยนโฉมหน้าของผู้ก่อเหตุทะเลาะวิวาทจากเด็กนักเรียนชายมาเป็นเด็กนักเรียนหญิง โดยเฉพาะเด็กมัธยมในรอบปีที่ผ่านมา จึงเป็นเรื่องน่าคิดไม่น้อยว่าเกิดอะไรขึ้นกับความคิดและสังคมของเด็กนักเรียนหญิงเหล่านี้

ดร.สมพงษ์ จิตระดับ จากคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นอีกผู้หนึ่งที่มองเห็นการเปลี่ยนแปลงนี้ โดยกล่าวว่าช่วงหลายปีที่ผ่านมาถือเป็นช่วงที่เรียกว่าการปลดปล่อยเสรีภาพของนักเรียนหญิง จากเดิมที่นักเรียนหญิงต้องอยู่ในกรอบ แต่ทุกวันนี้เด็กผู้หญิงจะกล้าแสดงออกมากยิ่งขึ้นในหลายๆ เรื่อง อาทิ การแข่งขันกันแต่งกายเพราะมองว่าร่างกายเป็นของฉัน การมีเสรีภาพในการคบเพื่อนต่างเพศ และพยายามสร้างปมเด่นในสังคมของเด็กๆ เพื่อคุยโอ้อวดถึงประสบการณ์การมีแฟน และมีบางกิจกรรมที่ต้องทำให้สังคมยอมรับ ฉะนั้นเมื่อมีคนมาแย่งแฟนก็ต้องแสดงกิจกรรมให้ดู เช่น ลากไปตบ ด่า เป็นต้น[6]

เช่นเดียวกับการตั้งข้อสังเกตของศาสตราจารย์นิธิ เอียวศรีวงศ์ ผ่านบทความว่า "เป็นสิ่งที่แปลกตาสำหรับคนรุ่นผมก็คือ นักมวยเป็นผู้หญิง เพราะความสัมพันธ์แบบพบกันหลังโรงเรียนในคนรุ่นผมเป็นวัฒนธรรมของผู้ชาย" และยอมรับว่า**วัฒนธรรมของนักเรียนหญิงได้เปลี่ยนไปแล้ว โดยใช้วิธีการของเด็กผู้ชายในการระงับความขัดแย้ง**[7]

แทบจะกล่าวได้ว่า ในปัจจุบันเด็กนักเรียนชายหรือหญิงล้วนมีพฤติกรรมที่ไม่แตกต่างกันอีกต่อไป ไม่ว่าจะเป็นการไถเงินเพื่อนร่วมห้องเรียน (มาเฟียเด็ก) เล่นการพนัน (เป่ายิงฉุบแก้ผ้า, แทงบอล) จัดปาร์ตี้ยาเสพติด และมั่วสุมทางเพศ เป็นต้น

เด็กไทยในวัฏจักร "ตบ ตี เตะ ตื๊บ"

ดร.อมรวิชช์ นาครทรรพ ผู้อำนวยการสถาบันรามจิตติ ได้เปิดเผยผลการวิจัยของโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด พบว่ามีเด็กที่ตกอยู่ในวัฏจักรของความรุนแรงและการใช้กำลังระหว่างเพื่อนด้วยกันมากถึง 7 แสนคน หรือร้อยละ 10 จากจำนวนเด็กนักเรียนในระบบรวม 7 ล้านคน สาเหตุที่ทำให้เด็กไทยตกอยู่ในเบ้าหลอมของความรุนแรงในสังคมคล้ายๆ กัน เพราะเงื่อนไขที่ส่งให้เด็กเข้าสู่พฤติกรรมความรุนแรงมาจากหลายทาง ทั้งจากครอบครัวแตกแยกที่ทำให้เด็กเกิดความเก็บกด อิทธิพลของสื่อที่ทำให้เด็กเกิดความชาชินกับความรุนแรงที่เห็น และพื้นฐานทางสังคมโดยเฉพาะการทำให้เด็กเข้าถึงอบายมุขได้ง่าย ซึ่งหากเงื่อนไขทางสังคมทั้ง 3 ประการ ยังไม่เปลี่ยน ก็ทำนายได้ว่าความรุนแรงในสังคมไทยจะไม่ลดลงอย่างแน่นอน ทั้งนี้หนทางแก้ไขในระยะยาวจะต้องทำให้เด็กและวัยรุ่นรู้จักวิธีจัดการความรุนแรง และโรงเรียนควรสอนทักษะการใช้ชีวิตมากขึ้น ให้รู้จักคลี่คลายความขัดแย้งอย่างสันติวิธี[8]

จากรายงานสรุปสถานการณ์ในช่วงปลายปี 2549 ของโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด ระบุว่าในรอบปี 2549 พบแนวโน้มว่าเด็กจะอยู่ห่างจากพ่อแม่มากขึ้น โดยเฉพาะเด็กประถมและเด็กมัธยม และมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้นเป็นเงาตามตัว นอกจากนั้นยังพบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาในลักษณะ "ชุดของปัญหา" อีกด้วย เช่น กรณีจังหวัดใดมีอัตราเด็กดื่มสุราก็มักมีอัตราเด็กเสพสื่อลามกมาก และเด็กมีเพศสัมพันธ์สูงตามไปด้วย หรือจังหวัดใดมีเด็กเล่นพนันบอลมากก็มักมีอัตราการขู่กรรโชกและทำร้ายร่างกายในโรงเรียนสูงตามไปด้วย[9]

ผลแห่งความรุนแรงในรั้วโรงเรียนนี้เอง ทำให้เด็กนักเรียนทั้งผู้กระทำและผู้ถูกกระทำต่างตกอยู่ในวงจรแห่งอันตรายทั้งระยะสั้นและระยะยาวไม่แพ้กัน นั่นคือ ในระยะสั้น ผู้ถูกทำร้ายจะกังวลและกลัวการไปโรงเรียน มีผลกระทบทั้งต่อการเรียน และความสัมพันธ์กับเพื่อนๆ และครู ส่วนในระยะยาว เด็กจะเสียความมั่นใจในตนเอง ขาดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีแนวโน้มจะมีอาการซึมเศร้า และมีปัญหาในความสัมพันธ์ในชีวิต

ขณะที่ผู้กระทำก็พบว่า ระยะสั้นจะมีปัญหาด้านพฤติกรรมต่อต้านสังคมแบบอื่นๆ ด้วย เช่น ดื้อ ละเมิดกฎระเบียบ การเรียนอาจมีปัญหา ส่วนระยะยาวพบว่าเด็กจะนำพฤติกรรมเช่นนี้ไปใช้ในครอบครัว ที่ทำงานหรือสังคม และสร้างปัญหาความรุนแรงหรือการทารุณทำร้ายไปเรื่อยๆ อีกทั้งยังมีแนวโน้มว่าจะดื่มสุรา ติดยาเสพติด และประกอบอาชญากรรมสูงกว่าเด็กทั่วไป[10]

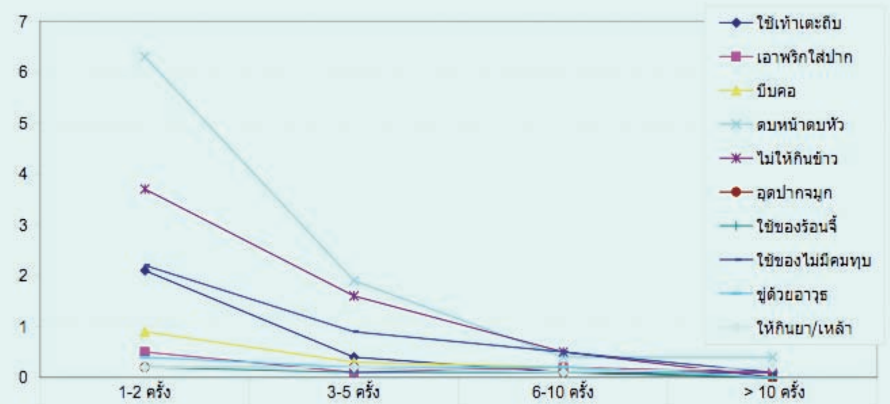
ครูลงโทษนักเรียนและนักเรียนรังแกกัน: ความรุนแรงเงียบในรั้วโรงเรียน

การลงโทษด้วยวิธีพิสดารของครูไทย เคยเป็นปัญหาที่มีการถกเถียงกันมานานแล้วว่า การแก้ไขนิสัยนักเรียนไม่ว่าจะด้วยการตี การหยิก การตื๊บ การตบ การใช้ของร้อนนาบตามตัวนักเรียน และการถุยน้ำลายใส่ปาก รวมถึงการดุด่าด้วยคำหยาบคาย การเยาะเย้ยถากถาง หรือการประจาน นอกจากเป็นการกระทำที่ละเมิดสิทธิเด็กและทำให้อาจเกิดอันตรายต่อเด็กแล้ว ยังเป็นการบ่มเพาะเด็กว่า การใช้ความรุนแรงเป็นวิธีการที่เหมาะสมและยอมรับได้ในการแก้ไขความขัดแย้ง หรือทำให้คนอื่นทำตามความต้องการของตนเอง

ระเบียบกระทรวงศึกษาธิการว่าด้วยการลงโทษนักเรียนหรือนักศึกษา พ.ศ. 2543 ระบุว่าการลงโทษนักเรียนมี 5 สถาน คือ ว่ากล่าวตักเตือน ทำกิจกรรม ทำทัณฑ์บน พักการเรียน และให้ออก **โดยห้ามลงโทษนักเรียนหรือนักศึกษาด้วยวิธีรุนแรง หรือแบบกลั่นแกล้งหรือลงโทษด้วยความโกรธ หรือด้วยความพยาบาท** หรือลงโทษนักเรียนหรือนักศึกษาที่กำลังเจ็บป่วย หรือกำลังมีปัญหากระทบกระเทือนใจอย่างแรง และให้คำนึงถึงอายุของนักเรียนหรือนักศึกษาด้วย

แต่ผลการสำรวจในทุกภูมิภาคเพื่อศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของครูในการสร้างวินัยต่อนักเรียน เมื่อ พ.ศ. 2548-2549 ชี้ว่าครูไทยถึงร้อยละ 60 ยังคงใช้วิธีขัดเกลาเด็กให้มีวินัยด้วยความรุนแรงโดยการลงโทษในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งการลงโทษบางแบบทำร้ายนักเรียนทั้งทางกายและทางใจ และบางแบบก็ถึงขั้นเป็นการทำลายศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เช่น ใช้มือหรือผ้า หรือสิ่งของบางอย่าง ปิดหรืออุดปาก และ/หรือ จมูกนักเรียน ใช้สิ่งของที่ร้อน จี้ ลน หรือลวก บริเวณผิวหนัง เตะหรือถีบนักเรียน ใช้ของที่ไม่มีคมหรือกำปั้นทุบตีซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ขู่ให้กลัวด้วยอาวุธ เช่น มีดหรือปืน ขังนักเรียนไว้ในห้องมืด ๆ ให้นักเรียนกินยาบางอย่างหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ เพื่อให้พฤติกรรมสงบ ตบหน้า ตบหัว หรือตบท้ายทอย เอาพริกหรือสิ่งที่มีรสเผ็ด ขม หรือรสจัดมากๆ ใส่ปากนักเรียน (ดูแผนภูมิ)[11]

แผนภูมิแสดงการลงโทษโดยการทำร้ายร่างกายและทำลายศักดิ์ศรี



	1-2 ครั้ง	3-5 ครั้ง	6-10 ครั้ง	> 10 ครั้ง
ใช้เท้าเตะถีบ	2.1	0.4	0.1	0.1
เอาพริกใส่ปาก	0.5	0.1	0.2	0.1
บีบคอ	0.9	0.3	0.2	0
ตบหน้าตบหัว	6.3	1.9	0.4	0.4
ไม่ให้กินข้าว	3.7	1.6	0.5	0
อุดปากจมูก	0.2	0.2	0.1	0
ใช้ของร้อนจี้	0.2	0.1	0.1	0
ใช้ของไม่มีคมทุบ	2.2	0.9	0.5	0.1
ขู่ด้วยอาวุธ	0.4	0.2	0.2	0
ให้กินยา/เหล้า	0.2	0.2	0.1	0.2

ที่มา : สมบัติ ตาปัญญา. 2549.

จากรายงานวิจัยของโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัดอีกเช่นกันที่ชี้ว่า นักเรียนระดับประถมศึกษาจำนวน 747 คน ยอมรับว่าเคยถูกทำร้ายถึงร้อยละ 40 และมีแนวโน้มว่าต่อไปเด็กประถมศึกษาจะถูกเด็กนักเรียนรุ่นพี่ที่โตกว่าทำร้ายร่างกายมากขึ้น เพราะถือว่าอยู่ใต้อำนาจ สอดคล้องกับผลการสำรวจปัญหาการรังแกกันในโรงเรียน เมื่อเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2549 จากนักเรียนชั้น ป. 4 ถึง ม. 2 รวม 3,047 คน พบว่านักเรียนรังแกกันอยู่ในระดับสูงทั่วทุกภาคของประเทศ คือ ร้อยละ 40 เคยถูกรังแกเดือนละ 2-3 ครั้ง วิธีการรังแกมีตั้งแต่ทางวาจา คือ การล้อเลียน ถึงทางกายคือการทำร้ายร่างกาย และรูปแบบอื่น ๆ คือการปล่อยข่าวลือ การแย่งเงินแย่งของใช้ เหยียดหยามชาติพันธุ์ และการคุกคามทางเพศ โดยพบว่าในภาคตะวันออก มีนักเรียนเกเรชอบแย่งเงินและของใช้และขู่บังคับเพื่อนๆ สูงกว่าภาคอื่นๆ

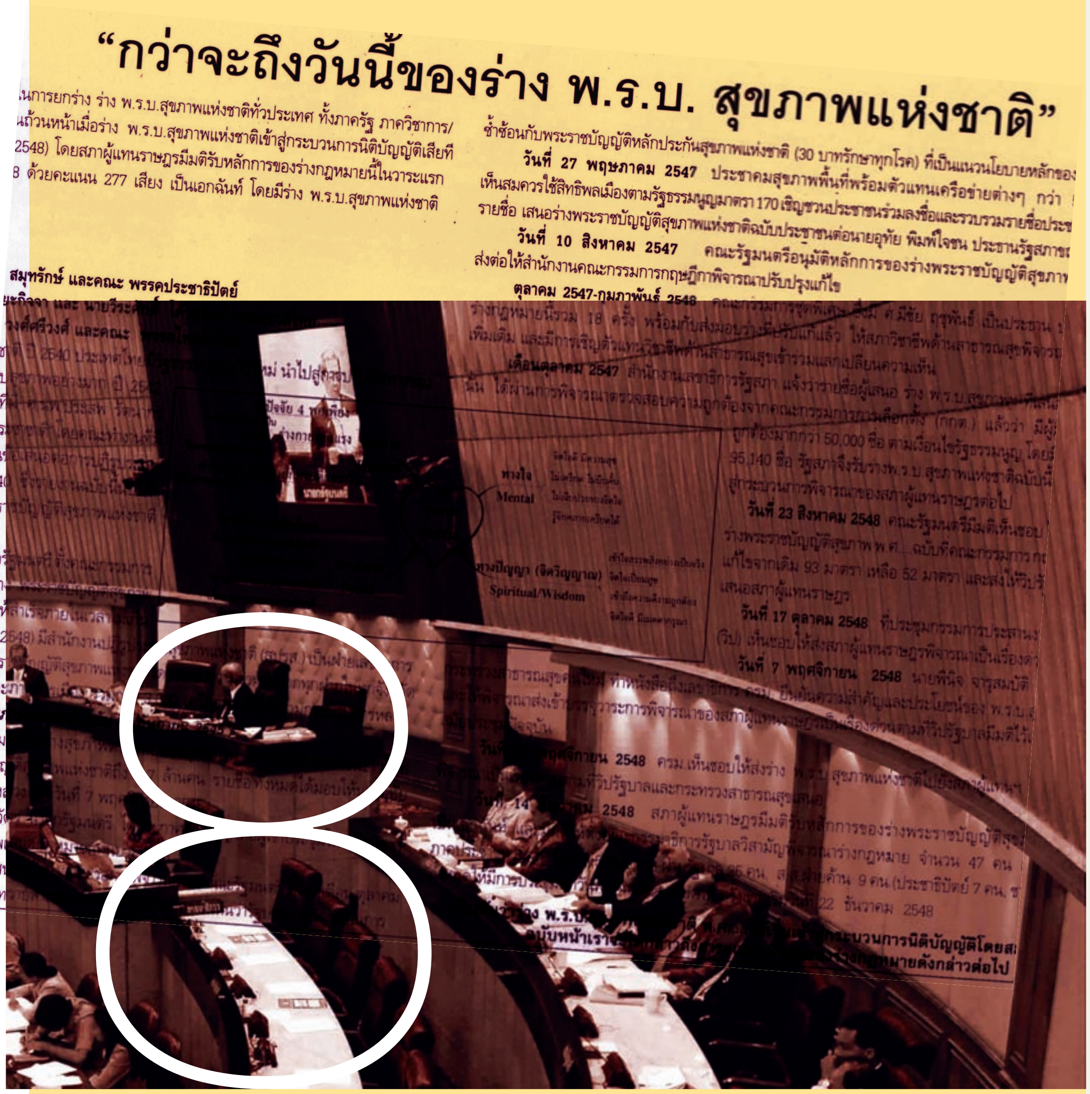
นักเรียนที่ถูกรังแกมักไม่บอกใคร ยิ่งนักเรียนในชั้นสูงขึ้น ก็ยิ่งไม่บอกใครมากขึ้น ขณะที่เมื่อเกิดการรังแกกันเพื่อนนักเรียนด้วยกันก็มักจะอยู่เฉยๆ[12] นับเป็นวัฒนธรรมเงียบที่กดทับให้ไม่เห็นความรุนแรง ที่ถือได้ว่าเป็นหนึ่งในเหตุร้ายที่เกิดขึ้นในรั้วโรงเรียน

ก้าวให้พ้นจากวงจรของความไม่ปลอดภัย

ความปลอดภัยทั้งกายและใจในรั้วโรงเรียน นับเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อการศึกษาของเด็กในวัยเรียนทุกระดับ การสร้างสุขภาวะที่ดีดังกล่าวได้จึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ล่าสุดเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางสร้างสรรค์ขึ้นกับแวดวงสื่อโทรทัศน์ นั่นคือการขึ้นสัญลักษณ์จำแนกประเภทรายการ หลังจากมีเสียงเรียกร้องจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะศูนย์เฝ้าระวังทางวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรม กระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องจัดเรตติ้งรายการโทรทัศน์ เพื่อลดความเสี่ยงการเลียนแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก ทั้งนี้เนื่องจากสื่อโทรทัศน์มีอิทธิพลสูงมากต่อความคิดและการแสดงออกของเด็ก โดยผลการสำรวจภาคสนามเรื่องสื่อโทรทัศน์กับการใช้ความรุนแรงในกลุ่มเยาวชนของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ เมื่อเดือนมิถุนายน 2549 พบว่า "สิ่งที่น่าห่วงของเด็กและเยาวชนในประเทศไทยคือ การนิยมใช้ความรุนแรงที่อาจเป็นผลมาจากการลอกเลียนแบบภาพความรุนแรงที่เคยเห็นในสื่อโทรทัศน์และสื่ออื่นๆ ผ่านทางละคร การ์ตูน ภาพยนตร์ ภาพข่าว และการโฆษณาสินค้าบริการต่างๆ"[13]

นอกจากนั้นยังมีข้อเสนอแนะให้โรงเรียนเปิดพื้นที่ทางสังคม ให้เด็กได้มีโอกาสทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ ทำงานเพื่อคนอื่น เพื่อได้สัมผัสถึงความเอื้ออาทรที่มีต่อคนอื่นแล้วได้รับความรัก ความขอบคุณ ความเมตตา กลับมา ทั้งนี้เพื่อหาทางออกให้กับเด็กวัยรุ่นที่ต้องการแสดงออกและได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง

จากความรุนแรงที่เกิดขึ้นในรั้วโรงเรียนตลอดปีที่ผ่านมา ทำให้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เสนอให้กระทรวงศึกษาธิการเข้ามาร่วมรณรงค์เรื่อง "โรงเรียนปลอดความรุนแรง" ตลอดปี 2550 เพื่อให้โรงเรียนเป็นสถานที่ที่ปลอดภัย และนักเรียนไปโรงเรียนอย่างมีความสุขแท้จริง



พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจากอุดมการณ์สู่การปฏิบัติจริงต้องเกาะติดต่อไปอย่างไม่กระพริบตา

สังคมไทยมีการผลักดันและเสนอกฎหมายโดยภาคประชาชนหลายฉบับ แต่ยังไม่มีฉบับใดเลยที่สามารถก้าวผ่านสภาออกมาประกาศใช้เป็นกฎหมายได้ตามเจตจำนงที่ภาคประชาชนตั้งใจไว้ การผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้จึงเป็นอีกหน้าหนึ่งของประวัติศาสตร์การเสนอกฎหมายและการเมืองไทย ที่เป็นกฎหมายฉบับแรกที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการผลักดันมากที่สุด ผ่านการรับฟังความคิดเห็น ประชาพิจารณ์มากครั้งที่สุด และผ่านกระบวนการพิจารณาถึงสามรัฐบาล หากแต่กลับผ่านออกมาเป็นกฎหมายได้สำเร็จในยุคของรัฐบาลรัฐประหาร 19 กันยายน 2549

ก้าวแรกของการร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย เริ่มต้นเห็นเป็นรูปธรรมขึ้นต่อเนื่องจากกระแสการปฏิรูปการเมืองจนได้รัฐธรรมนูญแห่งประเทศไทยฉบับ พ.ศ. 2540 โดยคณะกรรมาธิการการสาธารณสุขของวุฒิสภา (พ.ศ.2539-2543) และคณะทำงานที่เกี่ยวข้องได้จัดทำรายงาน "ระบบสุขภาพประชาชาติ" เสนอแก่วุฒิสภาในเดือนมีนาคม 2543 ในช่วงปีเดียวกันนี้ก็มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มี คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ทำหน้าที่ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่เน้นการรุกเพื่อสร้างสุขภาพดีนำหน้าการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพ หรือที่เรียกสั้นๆ ติดปากว่า "สร้างนำซ่อม"[1]

กระบวนการสำคัญที่สุดของการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ การจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นธรรมนูญหรือกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ ที่กำหนดระบบ โครงสร้าง กลไก กติกา และเงื่อนไขของระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ให้แล้วเสร็จภายในเวลาไม่เกิน 3 ปี ต่อมาขยายเป็นไม่เกิน 5 ปี (ไม่เกินสิงหาคม 2548) โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการ มีการประชุมครั้งแรกในเดือนสิงหาคม 2543 ซึ่งมีนายชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรีขณะนั้นเป็นประธาน

ฐานคิดสำคัญของการทำงานปฏิรูประบบสุขภาพคือ ยุทธศาสตร์ที่เรียกว่า "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" ของนายแพทย์ประเวศ วะสี ซึ่งประกอบด้วย การวิจัยสร้างองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวของภาคสังคม และการเชื่อมโยงกับภาคการเมือง โดยกำหนดแนวทางในการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพออกเป็น 4 ยุทธศาสตร์ คือ

การสร้างองค์ความรู้ โดยดำเนินการสังเคราะห์องค์ความรู้ในทุกระดับ เพื่อนำไปสู่การร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ และการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม *การสร้างความร่วมมือทางสังคม* โดยเคลื่อนไหวร่วมกับภาคีเครือข่าย องค์กรต่าง ๆ และประชาชนทั่วไป เพื่อรับฟัง

50-03-003-70-73_NEW20_W.indd 70 3/20/07 4:46:28 PM

ความคิดเห็น จัดทำประชาพิจารณ์การร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ *การสื่อสารสาธารณะ* เพื่อสร้างความร่วมมือในกระบวนการร่างพ.ร.บ.สุขภาพฯ อย่างกว้างขวาง และให้เกิดการปฏิรูปวิธีคิดด้านสุขภาพของคนไทย และ*การจัดการ* เพื่อทำการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ และประสานงานสนับสนุนกระบวนการ ทั้งหมดนี้มีกำหนดเวลาทั้งสิ้น 3 ปี (2543-2546)[2]

ในปีแรกของการทำงาน สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) เป็นองค์กรเจ้าภาพในการนำเสนอเผยแพร่กรอบความคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพต่อสาธารณชนและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ รวมทั้งจัดกระบวนการให้ภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการพิจารณา กำหนดข้อเสนอ และร่วมกันปรับปรุงยกร่างพ.ร.บ.สุขภาพฯ ผ่านเวทีรูปแบบต่าง ๆ กว่า 1,500 เวที

จุดสุดยอดของงานในปีแรกคือ การทดลองจัดเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นในงาน "ตลาดนัดปฏิรูป (ระบบ) สุขภาพ" เมื่อเดือนกันยายน 2544 เพื่อรับฟังข้อเสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หาข้อสรุปร่วม ซึ่งมีผู้เข้าร่วมสูงถึง 150,000 คน ก่อนจะส่งให้คณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ มีการจัดเวทีรับฟังความเห็นร่างสาระสำคัญในระดับพื้นที่ ทำประชาพิจารณ์ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพฯ ทั้งฉบับ และมีการจัดเวทีรับฟังความเห็นสาธารณะรอบสุดท้ายในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 8-9 สิงหาคม 2545 โดย พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้ให้สัญญาประชาคมว่ารัฐบาลจะเป็นเจ้าภาพในการผลักดันร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติแทนภาคประชาชน[3]

ประเด็นสำคัญในร่างพ.ร.บ.สุขภาพฯ ฉบับตั้งต้น

จากการยกร่างพ.ร.บ.สุขภาพฯ ซึ่งมีการจัดเวทีรับฟัง ระดมความเห็นและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในทุกจังหวัด ทั้งฝ่ายประชาชน นักวิชาการ หน่วยราชการ และภาคการเมือง กว่า 3,000 เครือข่าย มีผู้เข้าร่วมกระบวนการหลายแสนคน ในที่สุดก็ได้เป็นร่างกฎหมายเบื้องต้นเสนอต่อรัฐบาล เรียกว่า ร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฉบับ 24 กันยายน 2545 หรือที่เรียกว่าธรรมนูญสุขภาพคนไทย มีทั้งสิ้น 93 มาตรา ด้วยกัน สาระสำคัญและข้อถกเถียงของสังคมต่อร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้มีหลายประเด็นด้วยกัน สรุปได้ดังนี้[4]

(1) สุขภาพไม่ใช่โรคและการรักษาโรคเท่านั้น (มาตรา 3) แต่ขยายกว้างไปสู่สุขภาวะที่สมบูรณ์เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เพื่อให้การเคลื่อนไหวเรื่องสุขภาพเป็นความเคลื่อนไหวใหญ่ที่สามารถสร้างความสุขที่สมบูรณ์ถ้วนหน้า

(2) สุขภาพเป็นอุดมการณ์ของชาติ (มาตรา 6) คือ การถือเอาสุขภาวะของคนในสังคมเป็นเป้าหมายสูงสุดของสังคม ไม่ใช่การมุ่งสร้างความร่ำรวยหรือการพัฒนาทางเศรษฐกิจ

(3) ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์เป็นระบบสร้างนำซ่อม (มาตรา 7) พ.ร.บ.สุขภาพฯจะปรับระบบสุขภาพจากการตั้งรับความเจ็บป่วย ไปสู่การเป็นระบบรุกที่มุ่งสร้างสุขภาพดี ที่อยู่บนฐานของความพอดี พอเพียง เคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์

(4) การเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ (มาตรา 5, 8-24) โดยกำหนดว่าสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และมีการกำหนดสิทธิด้านสุขภาพไว้หลายมาตราด้วยกัน เช่น สิทธิในการได้รับบริการ สิทธิในการเลือกการตายอย่างสงบ สิทธิในการเลือกปฏิบัติตามความเชื่อของตน สิทธิในการเข้าถึงข้อมูล เป็นต้น

(5) หน้าที่ด้านสุขภาพของรัฐตามแนวนโยบายของรัฐในรัฐธรรมนูญ (มาตรา 27-31) ซึ่งกำหนดหน้าที่ของรัฐในการดำเนินการเพื่อการมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ของปวงชน

(6) ความมั่นคงด้านสุขภาพ (มาตรา 32-33) กำหนดไว้ครอบคลุม ทั้งความมั่นคงทางสังคม เศรษฐกิจ โครงสร้างพื้นฐานต่าง ๆ ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม การเมือง การเข้าถึงบริการ และการเคารพในความแตกต่าง

(7) ระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ ได้แก่ การพยายามสร้างระบบสร้างเสริมสุขภาพ (มาตรา 66-68) ระบบป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามทางสุขภาพ (มาตรา 69-70) ระบบบริการสาธารณสุขที่พอเพียง มีคุณภาพ และเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม (มาตรา 71-74) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ (มาตรา 75-77) ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (มาตรา 78-79) ระบบองค์ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (มาตรา 80-82) ระบบกำลังคนด้านสาธารณสุข (มาตรา 83-85) และระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ (มาตรา 86-88)

ทั้งนี้ ในแต่ละประเด็นได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมรับฟัง และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องสุขภาวะ จิตวิญญาณ ระบบบริการสุขภาพ กลไกสมัชชาสุขภาพ และสิทธิทางสุขภาพในด้านต่าง ๆ เป็นต้น

ความเคลื่อนไหวของพ.ร.บ.สุขภาพฯในเส้นทางปฏิรูป

ร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายที่ดำเนินไปตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยอาศัยพลังจากนักวิชาการ ภาคสังคม และภาคการเมือง ในเบื้องแรกของกระบวนการจัดทำนั้น กล่าวได้ว่า ร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้อาศัยการขับเคลื่อนจากนักวิชาการและภาคประชาชนเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการจัดเวทีสาธารณะเป็นประจำทุกปี ที่เรียกว่า สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นโอกาสและเครื่องมือที่สำคัญของการผลักดันร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง และกลายเป็นปรากฏการณ์ที่ส่งผลสะเทือนให้เกิดความเคลื่อนไหวในภาคประชาชนอย่างกว้างขวาง ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ จนเป็นพลังสำคัญอันหนึ่งที่กดดันให้ภาคการเมืองร่วมสนับสนุนร่างพ.ร.บ.ฉบับนี้ในที่สุด เมื่อร่างพ.ร.บ.ฉบับนี้ผ่านจากภาคสังคมเข้าสู่การขับเคลื่อนในส่วนของภาคการเมือง แม้ร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฉบับ 24 กันยายน 2545 ได้นำเสนอแก่รัฐบาลไปแล้ว แต่ในส่วนภาคประชาชนก็ยังมีการแสดงเจตนารมณ์สนับสนุนร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติด้วยการร่วมลงชื่อเป็นจำนวนถึง 4.7 ล้านคน โดยมอบรายชื่อทั้งหมดให้แก่ประธานรัฐสภาในขณะนั้นคือ นายอุทัย พิมพ์ใจชน เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2545 ในงานรณรงค์รวมพลังสร้างสุขภาพตามรอยพระยุคลบาทที่ท้องสนามหลวง[5]

นอกจากนี้ ในระหว่างที่รอการพิจารณาของคณะรัฐมนตรีอยู่ถึง 15 เดือน ภาคประชาชนที่มีส่วนร่วมในการจัดทำร่างพ.ร.บ.สุขภาพฯ ซึ่งมีการรวมตัวเป็นเครือข่ายเรียกว่า เครือข่ายส่งเสริมกระบวนการเสนอกฎหมายภาคประชาชน ได้ใช้

สิทธิตามรัฐธรรมนูญ 2540 รวบรวมรายชื่อประชาชนกว่า 120,000 คน เสนอร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฉบับประชาชน ต่อประธานรัฐสภาในเดือนพฤษภาคม 2547 และในเดือนสิงหาคมปีเดียวกันนี้คณะรัฐมนตรีได้พิจารณาเห็นชอบในหลักการ หลังจากนั้นจึงส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาไปปรับปรุงลดลงเหลือ 52 มาตรา จาก 93 มาตรา ก่อนจะได้รับการบรรจุในวาระการประชุมของสภาผู้แทนราษฎรในเดือนพฤศจิกายน 2548

ขณะที่ร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฉบับประชาชนนั้นได้รับการบรรจุวาระการประชุมรอพิจารณาอยู่แล้วตั้งแต่เดือนเมษายน 2548 ซึ่งนอกจากร่างพ.ร.บ.สุขภาพฯ ทั้ง 2 ฉบับนี้แล้ว ยังมีฉบับที่เสนอโดยบุคคลต่าง ๆ กันอีก 3 ฉบับคือ ร่างพ.ร.บ.สุขภาพฯ ที่เสนอโดยนายแพทย์บุรณัชย์ สมุทรักษ์ และคณะ พรรคประชาธิปัตย์ ร่างพ.ร.บ.สุขภาพฯที่เสนอโดยนายแพทย์วินัย วิริยะกิจจา และนายวีระศักดิ์ โค้วสุรัตน์ พรรคชาติไทย และฉบับเสนอโดยนางลดาวัลย์ วงศ์ศรีวงศ์และคณะ พรรคไทยรักไทย

ในที่สุด สภาผู้แทนราษฎรก็ได้เห็นชอบในหลักการด้วยคะแนนเสียง 277 เสียง งดออกเสียง 3 เสียง และไม่มีผู้ไม่เห็นด้วย โดยยึดร่างฉบับรัฐบาลเป็นหลักและได้มีการตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญขึ้นมาพิจารณาร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ แต่เมื่อคณะกรรมาธิการฯพิจารณาไปได้ถึงมาตรา 17 ก็เกิดการยุบสภาเมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2549 และเกิดการรัฐประหารเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2549 โดยคณะปฏิรูปการปกครองในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข การพิจารณาร่างพ.ร.บ.ฉบับนี้จึงสะดุดหยุดลง

ต่อเมื่อมีการโปรดเกล้าให้พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี และแต่งตั้งสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) 242 คน นายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนใหม่ จึงได้เสนอร่างพ.ร.บ.สุขภาพฯเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีอีกครั้ง และคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบเสนอร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯต่อ สนช. เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2549 โดยสนช.ได้รับหลักการในวาระที่ 1 ด้วยคะแนนเสียงเห็นด้วย 118 เสียง ไม่เห็นด้วย 5 เสียง และงดออกเสียง 1 เสียง มีการตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญขึ้นมาพิจารณาในวาระที่ 2 และ 3 ระหว่างวันที่ 27-28 ธันวาคม 2549 และมีการลงมติในวาระที่ 3 เห็นชอบให้ร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติประกาศใช้เป็นกฎหมายได้ในวันที่ 4 มกราคม 2550 ด้วย คะแนนเสียง 154 เสียง ไม่เห็นด้วย 9 เสียง และงดออกเสียง 6 เสียง[7]

ควรตราไว้ด้วยว่า สาระสำคัญ 2 ประการที่เคยถูกตัดออกในขั้นตอนกฤษฎีกา และได้รับการเพิ่มเติมในพ.ร.บ.สุขภาพฯคือ มาตราที่ 5/1 ที่ว่า *"สุขภาพของหญิงที่หมายถึงสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ของหญิง ซึ่งมีความจำเพาะซับซ้อน และมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม*

สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพ ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย"

และมาตราที่ 9/1 *"บุคคล หรือ คณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะบุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูลคำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการ หรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว"*

อย่างไรก็ดี ในระหว่างการพิจารณานั้น ประเด็นที่อ่อนไหวและถูกตั้งข้อสังเกตอย่างมากก็คือ สิทธิการตายที่ระบุไว้ในมาตรา 12 ว่า

"บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และเมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง"

โดยนายสมเกียรติ อ่อนวิมล สมาชิกสนช.ให้ความเห็นคัดค้านว่า "สิทธิการตายถือเป็นเรื่องใหญ่ แต่กลับกำหนดผ่านกฎกระทรวงที่จะไปออกทีหลัง โดยกำหนดว่าผู้ป่วยต้องทำหนังสือขอให้ผู้ป่วยตายโดยได้หยุดรับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ ซึ่งในความจริงแล้วผู้ป่วยที่อาการโคม่า ย่อมไม่มีสติที่จะทำหนังสือใช้สิทธิการตายเพื่อระงับการรักษา อีกทั้งการที่ให้ผู้ป่วยอนุญาตให้แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยตายเองได้ตามธรรมชาติโดยไม่ผิดกฎหมาย อาจถือเป็นการุณยฆาต และเป็นการให้ผู้ป่วยให้สิทธิการฆ่าแก่แพทย์ได้ เพราะผู้ป่วยมีสิทธิการตาย...แพทย์ที่มีจรรยาบรรณทั่วโลกจะไม่ปล่อยให้คนไข้ตาย แต่แพทย์ไทยกลับบอกว่าถ้าคนไข้อยากตายก็ให้ตายได้ เรื่องนี้ถือเป็นเรื่องใหญ่และจะเกิดการฟ้องร้องอย่างมาก จึงเป็นเรื่องที่ควรอยู่ในกฎหมายไม่ใช่กฎกระทรวง"[8]

ขณะที่นายแพทย์มงคล ณ สงขลา ได้ชี้แจงว่า "มาตราดังกล่าวเป็นการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยที่จะไม่รับบริการทางการแพทย์ โดยแพทย์ไม่มีสิทธิ์ตัดสินใจอย่างหนึ่งอย่างใด กรณีผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงสิทธิ์ไว้ เป็นหน้าที่ของญาติที่จะปรึกษากับแพทย์ หากญาติยอมรับ แพทย์จึงจะดำเนินการ...โดยกระทรวงสาธารณสุขจะต้องออกกฎกระทรวงที่ระบุชัดเจนว่า ญาติในลำดับใดจะเป็นผู้ตัดสินใจได้ เป็นสิทธิของปัจเจกบุคคลที่จะตัดสินใจรับบริการหรือไม่ ไม่ใช่ให้อำนาจหมอตัดสินใจแทนคนป่วย"[9]

หลังจากการผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ มานานกว่า 6 ปี การผ่านกระบวนการนิติบัญญัติออกมาประกาศใช้เป็นกฎหมายของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติครั้งนี้ สร้างความดีใจให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการผลักดันอย่างยิ่ง โดยสมาคมหมออนามัย หนึ่งในเครือข่ายที่ร่วมผลักดันระบุว่า

หลังผลักดันกฎหมายฉบับนี้ออกมาเป็นกฎหมายได้สำเร็จ หมออนามัยทั่วประเทศจำนวน 99 คน จะบวชที่วัดชลประทานรังสฤษฎ์ เพื่ออุทิศให้ทุกคนที่ร่วมกันผลักดันพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติทันทีหลังประกาศบังคับใช้[10]

คุณูปการของการขับเคลื่อนพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ตลอดระยะเวลากว่า 6 ปีของการผลักดันพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ แม้จะบรรลุเป้าหมายคือการประกาศใช้เป็นกฎหมายได้ลุล่วงสำเร็จเมื่อต้นเดือนมกราคม 2550 แต่ที่จริงแล้วกระบวนการระหว่างทางของการขับเคลื่อนพ.ร.บ.และการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นก็เป็นสิ่งที่สำคัญไม่น้อย และส่งผลสะเทือนสืบเนื่องต่อสังคมไทยหลายประการด้วยกัน ที่เห็นเด่นชัดได้แก่

(1) การเปลี่ยนแม่บทความคิดด้านสุขภาพ อันที่จริงการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่เป็นแบบแผนความคิดของคนในสังคมเป็นสิ่งที่ต้องอาศัยเวลาและกระบวนการพอสมควร กว่าที่จะนำไปสู่ความเห็นพ้องทางสังคมได้ ในระหว่างกระบวนการชี้แจงสาระสำคัญ รับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของทุกฝ่ายในสังคมของการผลักดันพ.ร.บ.ฉบับนี้ ได้ส่งผ่านความคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไปสู่สังคมอย่างได้ผล และนำไปสู่ความเห็นพ้องร่วมกันของสังคมหลายประเด็นด้วยกัน ที่สำคัญ ๆ ได้แก่

- การขยายกรอบคิดเรื่องสุขภาพไปสู่สุขภาวะ จากที่เน้นความเจ็บป่วยในเรื่องโรคแยกส่วนตามอวัยวะไปสู่การคำนึงถึงสุขภาพในลักษณะที่เชื่อมโยงเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา
- ให้ความสำคัญกับบริบทแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาวะ
- การปรับเปลี่ยนจากความคิดที่ว่าสุขภาพเป็นเรื่องของการรักษาโรคหรือการซ่อมสุขภาพไปสู่ความคิดเรื่องสร้างสุขภาพที่ดีหรือสร้างนำซ่อม ซึ่งกลายเป็นกระแสสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน
- ปรับเปลี่ยนความคิดในเรื่องระบบการแพทย์ของสังคมโดยคำนึงถึงพหุลักษณ์ทางการแพทย์ ซึ่งไม่ได้มีแต่การแพทย์แผนตะวันตกเพียงอย่างเดียว ด้วยการเคารพและให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาพื้นบ้าน อันเป็นความแตกต่างของวัฒนธรรมการแพทย์ในแต่ละท้องถิ่นอีกด้วย

(2) การขยายตัวของภาคประชาสังคม ทั้งในแง่ของจำนวนประเด็นเนื้อหา กิจกรรม และบทบาทหน้าที่ ในระหว่างกระบวนการขับเคลื่อนพ.ร.บ.ซึ่งอาศัยพลังจากภาคประชาชนนั้น ได้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ ปรับวิธีคิด และการทำงานในภาคสังคมไม่น้อยเช่นกัน โดยเฉพาะบทบาทของกลุ่มองค์กรเล็ก ๆ ระดับท้องถิ่นที่มีส่วนร่วมในการจัดการประเด็นสาธารณะ ตลอดจนคุ้มครองดูแลผลประโยชน์ด้านสุขภาวะของตัวเองมากขึ้นและหลากหลาย เป็นภาคีเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพในทุกจังหวัด สร้างความสัมพันธ์และขยายตัวเป็นภาคีเครือข่ายข้ามพื้นที่

การเปิดพื้นที่ทางสังคมให้แก่กลุ่มคนกระจายอยู่ในระดับพื้นที่ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ร่วมเสนอความคิดเห็นด้านสุขภาวะในรูปแบบต่าง ๆ เหล่านี้เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งของภาคประชาชนควบคู่ไปกับการขยายแนวคิดเรื่องสิทธิทางสังคมของสังคมไทยทำให้มีระบบสวัสดิการแก่พลเมืองทุกคนอันเป็นสวัสดิการแนวกว้างหรือเชิงสถาบันอย่างจริงจังขึ้นเป็นครั้งแรก[11]

(3) ตัวกฎหมายจะเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพและนโยบายสาธารณะ ที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพและสุขภาวะของสังคมไทยในระยะยาว โดยเปิดโอกาสให้คนไทยสามารถนำกฎหมายมาใช้ประโยชน์ในการร่วมสร้างสุขภาวะในทุกมิติร่วมกัน[12]

พรบ.สุขภาพจากอุดมการณ์สู่การปฏิบัติจริง ก้าวที่ต้องติดตามต่อไปอย่างไม่กระพริบตา

ในเชิงอุดมการณ์ พรบ.สุขภาพแห่งชาติได้ถูกออกแบบให้เป็น ‘ธรรมนูญสุขภาพ’ ที่สอดคล้องกับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพ เป็นพรบ.ที่มิได้มุ่งสร้างอำนาจให้แก่ส่วนใดส่วนหนึ่งหรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง แต่มุ่งให้ประชาชนทุกภาคส่วนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมให้ความเห็นได้ตลอดเวลา พรบ.ฉบับนี้จึงเป็นยักษ์ไม่มีกระบอง เสนอแต่แนวทางและหลักการของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทย เพื่อการสร้างหลักประกันทางสุขภาพ สร้างทางเลือก และสร้างองค์ความรู้เรื่องสุขภาพของคนไทย

พรบ.ฉบับนี้จึงให้ความสำคัญต่อเรื่องสิทธิ เรื่องข้อมูลข่าวสาร เรื่องหลักประกันสุขภาพ การสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพ โดยเฉพาะประชากรกลุ่มต่อไปนี้คือ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ คนพิการ เป็นต้น นอกจากนั้นยังให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติทางสุขภาพตามระบบความเชื่อของแต่ละคนหรือแต่ละกลุ่ม โดยไม่คุกคามต่อสุขภาพคนอื่นหรือต่อส่วนรวม และการไม่เลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม เนื่องจากความแตกต่างทางเพศ ซึ่งนำไปสู่การคุ้มครองสุขภาพผู้หญิง เพราะความเฉพาะและความซับซ้อนของระบบเจริญพันธุ์ของผู้หญิงที่แตกต่างไปจากชายและเพราะค่านิยม รวมถึงวัฒนธรรมความเชื่อต่างๆ มีอิทธิพลต่อสุขภาพองค์รวมของผู้หญิงตั้งแต่เกิดจนตาย

จะเห็นได้ว่าตัวพรบ.เองทั้งเชิงอุดมการณ์ หลักการ และรายละเอียดเน้นการสร้างความชอบธรรมในระบบสุขภาพที่แตกต่างไปจากแนวทางที่เป็นกระแสหลักในปัจจุบัน เพื่อมุ่งหวังที่จะแก้ปัญหาสุขภาพในระดับที่ถึงรากถึงโคน ถ้าพรบ.สุขภาพฯสามารถก้าวไปสู่เป้าหมายแค่เพียงในระดับหลักการได้ ก็เชื่อว่าจะช่วยคลี่คลายปัญหาสุขภาพได้อย่างกว้างขวางลึกซึ้ง โดยเฉพาะหัวใจของระบบสุขภาพที่ต้องสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม อุปสรรคมหึมาที่ทำให้การนำพาพรบ.สุขภาพฯไปสู่เป้าหมายเป็นไปอย่างยากลำบากก็คือ ตัวหล่อเลี้ยงระบบคิดกระแสหลักที่ให้รางวัลและให้คุณค่าต่อการรักษามากกว่าการสร้างสุขภาพนั่นเอง

9

งดโฆษณาเหล้า 100% ฝันให้ไกล แม้ยังไปไม่ถึง

ผลงานของรัฐบาลชุดที่มาจากการรัฐประหารเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2549 ที่เด่นชัดอีกเรื่องหนึ่งก็คือ การเปิดฉากสู้กับอุตสาหกรรมผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยักษ์ใหญ่ทั้งในประเทศและข้ามชาติ ด้วยการประกาศจะห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด 100% คือ ห้ามการโฆษณาทุกช่องทางไม่ว่าจะผ่านสื่อชนิดใดก็ตาม ตลอด 24 ชั่วโมง และเร่งพิจารณาร่างพ.ร.บ.ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนกลายเป็นประเด็นร้อนเรื่องหนึ่งในช่วงปลายปี 2549 ต่อ ปี 2550

ความขัดแย้งในตัวเองของนโยบายว่าด้วยสุราของสังคมไทย

หากเราย้อนกลับไปมองนโยบายว่าด้วยสุราในประวัติศาสตร์ของไทยก็พบว่า สังคมไทยมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเรื่องเหล้าที่ย้อนแย้งกันเองในตัวมาตั้งแต่อดีต จากที่ชาวบ้านเคยมีการผลิตและบริโภคสุราได้โดยเสรี จนกระทั่งรัฐเข้ามากำหนดแนวทางผูกขาดการผลิตและจำหน่ายสุรา ในยุคหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อพ.ศ. 2475 ได้เปลี่ยนจากการผูกขาดการผลิตสุรามาสู่การเปิดเสรีการผลิตสุรา และสนับสนุนการผลิตและจำหน่ายสุรา[1]

จนถึงยุคปัจจุบันเริ่มจากปี 2542 กระทรวงการคลังได้จัดทำแผนการประมูลโรงงานสุราของรัฐ และนโยบายบริหารงานสุรา เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ประกอบด้วยนโยบายสำคัญ 3 ลักษณะ เรียงตามรูปแบบการเปิดเสรีจากมากไปหาน้อยคือ
(1) เปิดเสรีสุรากลั่นทั้งหมด ครอบคลุมสุราพิเศษ สุราปรุงพิเศษ สุราผสม สุราขาว
(2) เปิดเสรีสุราสีทั้งหมด ครอบคลุมสุราพิเศษ สุราปรุงพิเศษ สุราผสม แต่ยกเว้นสุราขาว ที่ให้แข่งขันเฉพาะโรงงานสุราของรัฐเท่านั้น
(3) เปิดเสรีเฉพาะสุราพิเศษ ส่วนสุราปรุงพิเศษ สุราผสม และสุราขาวให้แข่งขันเฉพาะโรงงานสุราของรัฐเท่านั้น ทั้งนี้คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2541 เห็นชอบให้ดำเนินนโยบายตามรูปแบบที่หนึ่งคือการเปิดเสรีสุราทั้งหมด[2] โดยมีการกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและอัตราภาษีเพื่อเป็นรายได้ของรัฐเช่นที่เคย

ความชัดเจนของนโยบายเรื่องเหล้าในปัจจุบันที่เห็นกันชัดๆ คือความขัดแย้งกันเองระหว่างนโยบายสนับสนุนการผลิตและนำมาสู่การเปิดเสรีสุรา กับนโยบายควบคุมการบริโภคสุรา โดยเฉพาะการทยอยออกมาตรการต่าง ๆ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ *มาตรการควบคุมการเข้าถึงและหาซื้อ* ด้วยการจำกัดเวลาให้ขายได้ในระหว่างเวลาที่กำหนด (11.00-14.00 และ 17.00-24.00) จำกัดอายุผู้ซื้อและดื่มสุราไม่ให้ต่ำกว่า 18 ปี และห้ามจำหน่ายสุราในสถานที่ต่าง ๆ เช่น สถานศึกษา ศาสนสถาน ปั๊มน้ำมัน เป็นต้น *มาตรการจำกัดการดื่มสุรา* ด้วยการใช้พ.ร.บ. สถานบริการ ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2546 มิให้จำหน่ายสุราให้แก่ผู้มีอาการมึนเมา และห้ามผู้มีอายุไม่ถึง 20 ปี เข้าสถานบริการ

มาตรการลดอุบัติเหตุ กำหนดมิให้ผู้ขับขี่ขับรถขณะเมาสุรา และมีการเพิ่มโทษให้สูงขึ้น เพื่อสนับสนุนการควบคุมปัญหาอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการเมาแล้วขับ นอกจากนี้ยังมี *มาตรการรณรงค์* ของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการกำหนดให้สุราเป็นอาหารที่ต้องมีฉลากคำเตือนแสดงข้อความเตือนถึงผลของการบริโภคสุราบนผลิตภัณฑ์[3] และกำหนดมาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับภาคประชาสังคมที่ดำเนินโครงการต่างๆ เพื่อสร้างกระแสการลด ละ เลิกดื่มสุราในสังคมไทย

จากการเปิดเสรีการผลิตและจำกัดผู้บริโภค รุกคืบสู่การงดโฆษณาเหล้า 100%

ความรุนแรงต่อชีวิตและทรัพย์สินของคนไทย ที่เกิดจากการบริโภคสุราและอุบัติเหตุเมาแล้วขับ ซึ่งเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 3 ของคนไทยนั้น เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งของการออกมาตรการต่าง ๆ ของภาครัฐ เพื่อหวังผลให้การบริโภคสุราลดจำนวนลง ดังที่รายงานวิจัยของเครือข่ายวิจัยถนนปลอดภัยชี้ว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงที่จะบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรสูงถึง 14 เท่า ผู้ขับขี่ที่มีแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 50 มิลลิกรัม มีความเสี่ยงที่จะบาดเจ็บสาหัสมากกว่าผู้ขับขี่ที่มีแอลกอฮอล์ในเลือดต่ำกว่าถึง 36 เท่า และสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุสูงสุดในช่วง 7 วันอันตรายของเทศกาลปีใหม่คือการเมาสุรามากเป็นอันดับ 1 ซึ่งสูงถึงร้อยละ 42 ดังนั้น หากรัฐบาลและสังคมช่วยกันหยุดผู้ขับขี่ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ จะป้องกันการบาดเจ็บสาหัสเฉพาะตัวผู้ขับเองได้ถึงร้อยละ 45 โดยต้องใช้ทั้งมาตรการรณรงค์กระตุ้นให้เกิดจิตสำนึกควบคู่ไปกับการใช้มาตรการทางกฎหมายที่เข้มข้น[4]

ท่ามกลางความขัดแย้งของการเปิดเสรีสนับสนุนการผลิตสุรา การจำกัดโอกาสและการเข้าถึงของผู้บริโภคที่ผ่านมานั้นยังไม่ประสบผลเพียงพอต่อการลด ละ เลิกสุรา มาตรการควบคุมที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่รัฐออกมาในปลายปี 2549 นี้คือ การประกาศควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นการโฆษณาทางสื่อโทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ และสื่อกลางแจ้งทั้งหมด ตลอด 24 ชั่วโมง ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)

ที่สำคัญคือ **การเสนอร่างพ.ร.บ.ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งกลายเป็นประเด็นร้อน มีการถกเถียงกว้างขวาง เนื่องจากเป็นครั้งแรกที่รัฐเข้ามาแทรกแซงภาคธุรกิจสุราด้วยการจำกัดช่องทางการตลาดและการส่งเสริมการขาย ซึ่งหมายถึงผลประโยชน์จำนวนมหาศาล**

ร่างกฎหมายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ เสนอโดยนายพินิจ จารุสมบัติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ (คบอช.) อยู่ด้วย กำหนดแนวทางสำคัญคือ
(1) ห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกรูปแบบในทุกสื่อตลอด 24 ชั่วโมง ยกเว้นรายการกีฬาถ่ายทอดสด
(2) ห้ามแสดงผลิตภัณฑ์ ชื่อผลิตภัณฑ์ ชื่อผู้ผลิตในสื่อทุกชนิด
(3) ห้ามจัดกิจกรรมชิงโชคเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ แอลกอฮอล์ และ
(4) งดออกใบอนุญาตจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่เฉพาะ เช่น ลานเบียร์[5] แต่อดีตนายกฯ ทักษิณ ขอให้มีการทบทวนการยก (ร่าง) พ.ร.บ. ใหม่ โดยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานมีส่วนในการพิจารณาร่างด้วย ซึ่งรวมทั้งผู้ประกอบการและตัวแทนโฆษณา เนื่องจากคำนึงถึงปัจจัยด้านการลงทุนของนักธุรกิจที่อาจทำให้รัฐบาลสูญเสียคะแนนเสียง หากกำหนดมาตรการที่เข้มงวดในกรณีนี้

อย่างไรก็ดี เพียงหนึ่งเดือนหลังรัฐประหาร รัฐบาลของพล.อ. สุรยุทธ์ จุลานนท์ก็ได้หยิบเอาประเด็นนี้ขึ้นมาพิจารณาในวันที่ 17 ตุลาคม 2549 ซึ่งมีเนื้อหาโดยสรุปดังนี้ คือ

(1) กำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรีที่ได้มอบหมายเป็นประธานกรรมการ มีหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนงาน และมาตรการในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

(2) กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีหน้าที่เสนอนโยบาย แผนงาน และมาตรการในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่อคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และให้มีคณะกรรมการควบคุมฯ ของ กทม. และคณะกรรมการควบคุมฯ ของ จังหวัด

(3) ให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขึ้นในกรมควบคุมโรค เพื่อเป็นธุรการของคณะกรรมการ และคณะกรรมการควบคุมฯ

(4) การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งกำหนดให้ผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าปฏิบัติ โดยต้องจัดให้มีฉลากและข้อความเตือนบนบรรจุภัณฑ์ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข รวมทั้งกำหนดสถานที่ห้ามขายและบริโภค เช่น วัด สถานที่ประกอบศาสนกิจ สถานที่ราชการ สถานที่ศึกษา ที่สาธารณะ หอพัก สถานีบริการน้ำมัน ฯลฯ และห้ามขายให้กับบุคคลที่อายุต่ำกว่า 25 ปีบริบูรณ์ เป็นต้น รวมทั้งห้ามมิให้โฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือแสดงชื่อ หรือเครื่องหมายของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่และสื่อต่างๆ ในการแสดง ประกวด หรือแข่งขัน หรือการประกอบกิจกรรมอื่น โดยมีวัตถุประสงค์เข้าใจได้ว่าชื่อหรือเครื่องหมายการค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยกเว้นการโฆษณาที่ปรากฏในการถ่ายทอดสดจากต่างประเทศ

(5) กำหนดให้ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือญาติ หรือคณะบุคคล หรือองค์กรภาครัฐหรือเอกชนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขอรับการสนับสนุนเพื่อบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพจากสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

(6) กำหนดให้อำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่ในการเข้าไปตรวจค้นบุคคล ยานพาหนะ ยึด หรืออายัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือมีหนังสือเรียกบุคคลมาให้ถ้อยคำได้

(7) กำหนดบทลงโทษผู้กระทำการฝ่าฝืน พ.ร.บ.

ทั้งนี้ คณะรัฐมนตรีเห็นชอบให้นำร่าง พ.ร.บ.ฯ กลับไปหารือและทบทวนในคณะกรรมการกลุ่มเล็ก โดยให้กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง มาร่วมกันพิจารณาในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้กฎหมาย[6] โดยเฉพาะในกรณีการจำกัดอายุผู้ซื้อ

ต่อมา มีมติครม.ปรับลดอายุผู้ซื้อจาก 25 ปี เหลือ 20 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับการบรรลุนิติภาวะ และ พ.ร.บ.สถานบริการ พ.ศ. 2509 ที่ห้ามเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี เข้าในสถานบันเทิง ขณะเดียวกันก็มีการเสนอให้เก็บภาษีเหล้าและบุหรี่จากเดิมร้อยละ 2 เพิ่มเป็นร้อยละ 4 เพื่อมาตั้งเป็นกองทุนเพื่อสังคมทดแทนกับเงินสนับสนุนจากบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อาจขาดหายไปของวงการกีฬา[7]

ผลกระทบต่อวงการต่าง ๆ หากการห้ามโฆษณาเหล้าเด็ดขาดเกิดขึ้นจริง

ท่าทีดังกล่าวของรัฐบาลส่งผลให้ภาคธุรกิจที่เกี่ยวข้องเรียงหน้าออกมาแสดงความเห็นกันอย่างกว้างขวาง แม้ส่วนใหญ่จะเห็นด้วยและสนับสนุนนโยบายของรัฐบาล ที่ต้องการลดปัญหาอันเกิดจากการบริโภคสุราอย่างขาดสำนึกรับผิดชอบ แต่ก็มีความกังวลมากกว่าเมื่อคำนึงถึงมูลค่าทางเศรษฐกิจที่ต้องสะดุดหยุดลงหากมีการประกาศห้ามการโฆษณาทางสื่อทุกชนิดจริง เนื่องจากเงินสนับสนุนจากบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นแหล่งรายได้สำคัญของการดำเนินงานของสมาคมกีฬาหลายประเภทและการจัดการแข่งขันกีฬาระดับต่างๆ

ดังที่สุเมต สุวรรณพรหม อดีตนักวิชาการและอดีตกรรมาธิการการกีฬา สภาผู้แทนราษฎร กล่าวว่า "ปัญหาในสังคมไทยไม่ได้เกิดจากการโฆษณาเหล้า 24 ชั่วโมง ถ้ามาตรการนี้ออกมาจะกระทบต่อวงการกีฬาไทย เสียโอกาสในการพัฒนากีฬาที่ทำมาต่อเนื่อง ถ้าเป็นการทดลอง ค่อยๆ ทำ น่าจะดีกว่า"[8]

ขณะที่ฟากของภาคธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เองก็มีกระแสวิพากษ์วิจารณ์นโยบายนี้ไปใน 2 มิติคือ **ผลกระทบด้านเศรษฐกิจใน 2 วงการด้วยกัน** หากกฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้ *วงการแรก* ที่ชัดๆ คือ ผลกระทบต่อแวดวงกีฬาไทย เพราะวงการกีฬามักต้องพึ่งพาผู้สนับสนุนจากบริษัทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหลัก เช่น ในแต่ละปีเบียร์สิงห์สนับสนุนวงการกีฬาไทยประมาณ 350 ล้านบาท โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ สนับสนุนตัวนักกีฬาโดยตรง อาทิ นักเทนนิส นักว่ายน้ำ นักกอล์ฟ ในเรื่องการศึกษาและการเดินทางไปแข่งขันต่างประเทศ รวมแล้วปีละ 100 ล้านบาทต่อปี และสนับสนุนการจัดการแข่งขันรายการต่างๆ ปีละ 250 ล้านบาท[9]

วงการที่สอง คือ ผลกระทบต่อธุรกิจส่งเสริมการขายที่เกี่ยวข้อง เช่น บริษัทโฆษณา สื่อทุกชนิด การจัดกิจกรรมการตลาด เป็นต้น โดยในส่วนของอุตสาหกรรมโฆษณานั้นประเมินว่าปริมาณเม็ดเงินแต่ละปีที่กลุ่มสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ใช้ผ่านสื่อทุกชนิดอยู่ที่ประมาณ 2,000 ล้านบาท[10]

มิติถัดมาคือ **การเลือกปฏิบัติของรัฐในการบังคับใช้กฎหมาย** ที่อาจกลายเป็นสองมาตรฐาน และโอกาสที่เท่าเทียมกันในการลงทุน นั่นคือ มาตรการนี้ห้ามแต่เหล้า เบียร์ ไวน์ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อื่นๆ ที่ผลิตในเมืองไทย ไม่ให้โฆษณา แต่ไม่สามารถห้ามโฆษณาแฝงในรายการกีฬา และภาพยนตร์ที่มาจากต่างประเทศได้เลย ผลสะเทือนถัดมาต่ออุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ คือ มาตรการนี้เท่ากับเป็นการตอนการผลิตหรือนำเข้าสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใหม่ๆ ที่ไม่สามารถเกิดได้อีกในเมืองไทย เพราะหมดโอกาสในการทำโฆษณาแนะนำผลิตภัณฑ์ใหม่สู่สังคม

ตรงนี้ผู้ประกอบการรายเก่าที่ยี่ห้อเหล้าเบียร์ตนเองติดตลาดแล้วก็จะได้เปรียบมาก ดังที่บุญช่วย ทองเจริญพูลพร เลขาธิการสมาพันธ์ช่วยภาครัฐลดปัญหาแอลกอฮอล์แห่งชาติ กล่าวว่า "หากจะออก

มาตรการก็ต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติ อย่ามีสองมาตรฐาน เพราะเมื่อห้ามโฆษณาก็ต้องห้ามทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นโฆษณาที่แฝงมากับการถ่ายทอดกีฬาต่างประเทศ เพื่อมิให้เกิดการได้เปรียบเสียเปรียบ หรือแม้แต่เหล้าขาว ก็ต้องมีการจัดเก็บภาษีอย่างเท่าเทียมกัน”[11]

นอกจากนี้ ยังมีความคิดแย้งต่อการแก้ปัญหาการบริโภคสุราด้วยการห้ามโฆษณาในลักษณะต่าง ๆ กัน เช่นว่า การดื่มเหล้าเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล การห้ามไม่ให้โฆษณาเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ เพราะวัยรุ่นไม่ได้ดื่มเหล้าจากโฆษณาทีวี เขาดื่มจากการคบเพื่อน กินตามกระแสนิยม เหล้าหลายชนิดที่มีการดื่มกันในชนบทก็ไม่ได้มีการโฆษณาแต่อย่างใด[12]

และเมื่อสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาวินิจฉัยให้คำสั่งห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด ทุกสื่อตลอด 24 ชั่วโมงของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เป็นคำสั่งมิชอบด้วยกฎหมาย ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุข ต้องชะลอคำสั่งดังกล่าวออกไป และส่งเรื่องให้คณะกรรมการกฤษฎีกาทบทวนคำวินิจฉัย ก็กลายเป็นกระแสวิพากษ์วิจารณ์อีกครั้ง ครั้งนี้เป็นกระแสความคิดไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยจากกลุ่มองค์กรต่าง ๆ

ดังปฏิกิริยาจากสมาคมหมออนามัย ที่เคลื่อนไหวรณรงค์ให้สมาชิกหมออนามัยกว่า 40,000 คน ในสถานีอนามัย 10,155 แห่ง พูดคุยกับผู้ประกอบการร้านค้าในหมู่บ้านทั่วประเทศ ขอความร่วมมือปลดป้ายโฆษณาของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยไม่ต้องรอคำสั่งหรือกฎหมายบังคับใช้ และจะหารือร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัคร องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้นำท้องถิ่น ให้มาร่วมกันผลักดันร่าง พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งรณรงค์ ลด ละ เลิก อบายมุขทุกชนิด[13] ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่ดำเนินโครงการลด ละ เลิกการบริโภคสุรามาอย่างต่อเนื่อง

ขณะเดียวกัน สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ 28 คน ก็ได้เข้าชื่อเสนอ ร่าง พ.ร.บ.ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยเข้าสู่การพิจารณาในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2550 ประกอบกับร่างของรัฐบาล ซึ่งเนื้อหาสาระไม่แตกต่างกันมากนัก และหลังจากที่มีการอภิปรายในสภาแล้ว รัฐบาลจะรับร่างที่ สนช. พิจารณามาศึกษาภายใน 30 วัน จากนั้นก็จะส่งกลับให้ สนช. อีกครั้งเพื่อพิจารณา[14] ทั้งนี้ด้วยความกังวลว่ากฎหมายที่รัฐบาลเสนอนั้นอาจล่าช้า เนื่องจากได้รับการท้วงติงจากหลายองค์กร และอาจถูกแทรกแซงจากผู้สูญเสียผลประโยชน์ โดยขณะนี้ร่าง พ.ร.บ.ของรัฐบาลอยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา ซึ่งใช้เวลาพิจารณากว่า 2 เดือนแล้ว แต่ก็ยังไม่แล้วเสร็จ

ทิศทางในอนาคตของนโยบายควบคุมปัญหาต่างๆจากการดื่มสุรา

การปักธงนโยบายควบคุมปัญหาต่างๆที่เกิดจากการดื่มสุราในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ก่อให้เกิดพัฒนาการทางบวกต่อสังคมไทย โดยเฉพาะการก่อเกิดของกลไกที่เกี่ยวข้องกับการทำงานควบคุมและแก้ไขปัญหาสุราอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ ในปี 2546 เกิด*คณะกรรมการดำเนินการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ* ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแนวทางการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประสานหน่วยงานต่างๆ กำกับ ติดตามประเมินผล จัดให้มีการศึกษาวิจัย และสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีการส่วนร่วมในการเสนอมาตรการทางกฎหมายต่างๆ ด้วยความคาดหวังว่าจะเป็นองค์กรสำคัญในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการบริโภคสุราอย่างเป็นรูปธรรม

ในปี 2547 เกิด *ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา* ซึ่งเป็นองค์กรความร่วมมือระหว่างกรมสุขภาพจิตและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีบทบาทในการวิจัยและจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการดำเนินการควบคุมป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุรา แผนงานนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งทำหน้าที่จัดกระบวนการสื่อสารนโยบายสาธารณะต่อสังคม และ*เครือข่ายองค์กรงดเหล้า* ที่ร่วมกันดำเนินกิจกรรมและโครงการต่างๆ เพื่อสร้างกระแสให้สังคมตระหนักถึงภัยของการบริโภคสุรา

สำหรับทิศทางในการทำงานรณรงค์แก้ไขปัญหาสุรา กลไกต่างๆ ข้างต้นรวมทั้งศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ได้เสนอให้รัฐสร้างเสริมความเข้มแข็งในการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุมสุราที่มีอยู่แล้ว และการออกมาตรการเพิ่มเติมเพื่อควบคุมสุราให้มากยิ่งขึ้น คือ **มาตรการทางภาษีเพื่อลดการดื่มสุรา มาตรการจำกัดความหนาแน่นของร้าน การจัดพื้นที่จำหน่ายเฉพาะจุดที่เรียกว่า โซนนิ่ง มาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่กระตุ้นการดื่มของเยาวชนโดยตรง และมาตรการห้ามโฆษณาโดยสิ้นเชิง**[15] สำหรับมาตรการสุดท้ายนี้ กระทรวงสาธารณสุข ยุคนายแพทย์มงคล ณ สงขลา เป็นเจ้ากระทรวงได้รับลูกและพยายามดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

มาตรการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสื่อทุกชนิด และร่างพ.ร.บ.ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงยังคงอยู่ในเวทีต่อสู้ทางความคิดและการดำเนินนโยบายที่ขัดแย้งกันเองของภาครัฐ ระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจหนึ่งในรายได้สำคัญของรัฐ กับความพยายามในการลดอบายมุขอีกประเภทหนึ่งซึ่งมีประชาชนเป็นผู้บริโภคและรับผลสืบเนื่องสำคัญ ประเด็นขัดแย้งในตัวเองของกรณีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะลงเอยคลี่คลายอย่างไร คงเป็นเรื่องที่ต้องติดตามต่อไปอย่างไม่กระพริบตา

10

การบังคับใช้สิทธิผลิตยาที่มีสิทธิบัตร 3 ชนิด เพราะสิทธิที่คนไทยจะมีชีวิตอยู่ย่อมเหนือกว่าผลประโยชน์ทางการค้า

'การบังคับใช้สิทธิ' โดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร 3 ชนิด คือ ยาต้านไวรัสเอฟาวิเรนซ์ (Efavirenz) ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ 'โคลพิโดเกรล' (Clopidogrel) และยาต้านไวรัสสูตรผสม 'โลพินาเวียร์+ริโทนาเวียร์' (Lopinavir+Ritonavir) ครั้งแรกของประเทศไทยเมื่อปลายปี 2549 ต่อต้นปี 2550 ไม่ใช่แค่ภาพสะท้อนการต่อสู้ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ผ่านมา หรือมีค่าแค่ผลงานความสำเร็จของรัฐบาลไทย แต่ความสำคัญที่มากกว่านั้นคือ เป็นจุดเริ่มต้นของการต่อสู้ร่วมกันของประชาชนไทยทั้งหมด ในการ "ปักธง" ประกาศถึงสิทธิที่จะมีชีวิตและการเข้าถึงยาจำเป็นอื่นๆ อีกในระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคต

เราสู้เพื่อสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบ้านเรา ปัจจุบันประมาณการกันว่ามีมากกว่า 1 ล้านคน ในจำนวนนี้ยังมีชีวิตอยู่มากกว่า 500,000 คน ซึ่งในระยะยาวจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเพื่อการดำรงชีพปกติเฉกเช่นผู้อื่น แม้เราจะมียาต้านไวรัสที่กินร่วมกันแล้วสามารถช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปได้อย่างชัดเจนและทำให้สุขภาพดีมากขึ้น แต่เรื่องยาเอดส์ราคาแพงเกินเหตุ ก็เป็นเรื่องที่เสียดแทงใจคนทั่วโลกมาโดยตลอด เพราะบริษัทยาคำนึงถึงผลกำไรมากกว่ามนุษยธรรม จึงตั้งราคาไว้แพงลิบลิ่ว และสามารถยืนราคาไว้โดยผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยาแทบไม่มีสิทธิต่อรอง เพราะบริษัทยามีสิทธิผูกขาดจากการครอบครองสิทธิบัตร[1]

หลังรัฐบาลไทยประกาศนโยบายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเข้าถึงยาได้ทุกคน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 เป็นต้นมา พร้อมจัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้เป็นการเฉพาะ มีรายงานวิจัยที่วิเคราะห์ต้นทุนผลค่าใช้จ่ายยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีของรัฐ และเสนอให้รวมสิทธิประโยชน์การให้ยานี้ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านยาได้ลดลงมากจากการที่องค์การเภสัชกรรม (อภ.) ผลิตยาต้านไวรัสสูตรสามตัวที่มีราคาถูกลงทำให้ผู้ติดเชื้อสุขภาพดีขึ้นและกลับมาทำงานสร้างผลผลิตได้ และจากการที่รัฐตัดสินใจรวมสิทธิประโยชน์การให้ยาต้านเชื้อไวรัสในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น[2] ทำให้ค่ารักษาลดลงไปมากถึง 18 เท่า[3]

แม้รัฐบาลได้เพิ่มงบประมาณด้านสาธารณสุขมากขึ้นกว่าเดิม คือในปี 2550 มีงบรวมสูง 170,000 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 12 ของงบประมาณทั้งประเทศ และมีงบประมาณเพื่อการรักษาผู้ป่วยเอดส์ถึงกว่า 3,800 ล้านบาท แต่รัฐก็ยังไม่สามารถจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติและยาอื่นๆ ที่จำเป็นได้ทุกรายการ เนื่องจากยาหลายรายการมีราคาสูงมาก เพราะเป็นยาที่มีผู้จำหน่ายเพียงรายเดียว ไม่มีการแข่งขันในตลาด โดยเฉพาะยาที่มีสิทธิบัตรทั้งหลาย[4]

นอกจากข้อจำกัดของงบประมาณรัฐแล้ว ยังมีความไม่เท่าเทียมกันในระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ ในประเทศไทยด้วย กล่าวคือในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการฯ และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ติดเชื้อสามารถเบิกค่ายาต้านไวรัสได้เต็มที่ ขณะที่ระบบประกันสังคมจะจ่ายค่ายาต้านไวรัสสูตรสำรองสำหรับผู้ติดเชื้อที่ดื้อยาจากสูตรพื้นฐานให้เพียง 5,000 บาท ต่อรายต่อเดือน เท่านั้น และให้ผู้ประกันตนเป็นผู้รับผิดชอบส่วนเกิน ซึ่งมีผลตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2547 เป็นต้นมาทำให้เป็นภาระต่อผู้ประกันตนอย่างยิ่ง

ยาเอดส์แพงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากต้องตายโดยไม่สมควร เป็นเหตุให้เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์และด้านสาธารณสุขเคลื่อนไหวเรียกร้อง "สิทธิของการมีชีวิตอยู่" มานานกว่า 10 ปี โดยขอให้รัฐบาลใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing) หลายครั้ง ทั้งที่ประเทศไทยมี 'เครื่องมือ' ที่ช่วยลดราคายาแพงเพราะติดสิทธิบัตรได้หลายวิธี และวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ (อ่านรายละเอียดในล้อมกรอบหน้า 82-83)

ที่ผ่านมา นักการเมืองที่มีอำนาจในกระทรวงสาธารณสุข นอกจากไม่เคยใช้สิทธินี้มาก่อนแล้ว ยังยินยอมแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรให้ครอบคลุมสิทธิบัตรในตัวผลิตภัณฑ์ยา ตั้งแต่ปี 2535 เป็นการแก้ไขกฎหมายตามการบีบบังคับของบรรษัทยาข้ามชาติที่กดดันผ่านประเทศสหรัฐอเมริกา ก่อนภาคบังคับตามข้อตกลงทางการค้าที่ว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาขององค์การการค้าโลกถึง 10 ปี[5] แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของบรรษัทยาข้ามชาติที่มี "อำนาจเหนือรัฐ" อย่างสำคัญ

ประสบการณ์การต่อสู้เพื่อลดราคายาเอดส์ที่แพงเพราะระบบผูกขาดสิทธิบัตร

ประชาสังคมด้านเอดส์ ได้ต่อสู้เรื่องยาเอดส์ราคาแพงมานานถึง 8 ปี เริ่มจากการเรียกร้องให้มีการลดราคายาเอดส์อย่างเข้มแข็งในรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร 1 สมัยนายกฯ ทัพพะรังสี เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข 16 องค์กร เกือบ 500 คน รวมพลังยกขบวนมาตั้งแคมป์ "ชุมชนมาตรา 51 ดีดีไอพัฒนา" บริเวณเสาธงหน้ากระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอให้สธ. ใช้ "มาตรการบังคับใช้สิทธิ" กับยาดีดีไอของบริษัทบริสทอลเมเยอร์สควิป เพราะการจดสิทธิบัตรยานี้ไม่มีขั้นตอนการผลิตที่สูงขึ้นแต่อย่างใด แต่กลับนำมาขายในไทยด้วยราคาสูงลิ่ว

แต่นายกฯ กลับให้คำตอบแก่ผู้ชุมนุมว่าจะให้อภ.ผลิตยาดีดีไอรูปแบบยาผงแทนยาเม็ด ด้วยเกรงว่าบริษัทยาจะฟ้องร้อง วันรุ่งขึ้นเครือข่ายผู้ติดเชื้อจึงเคลื่อนขบวนไปยังสถานทูตอเมริกา เพื่อหาข้อมูลสนับสนุนโดยยื่นจดหมายถึงประธานาธิบดีคลินตัน เรียกร้องให้ชี้แจงว่าจะไม่ตอบโต้รัฐไทยหากใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิผลิตยาดีดีไอ สัปดาห์ต่อมาก็ได้รับคำตอบว่า สหรัฐอเมริกาไม่คัดค้านการบังคับใช้สิทธินี้ หากไทยเห็นว่าจำเป็นต้องทำเพื่อแก้วิกฤตสาธารณสุข โดยให้ความมั่นใจว่าข้อเรียกร้องนี้สอดคล้องกับความตกลงทางการค้าที่ว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญา[6] กล่าวได้ว่า ก่อนหน้านี้ 8 ปี ได้มีความพยายามจากหลายฝ่ายที่สนับสนุนทั้งงานวิชาการ และการเคลื่อนไหวทางการเมืองระหว่างประเทศ ชี้ให้ผู้มีอำนาจรัฐรู้ว่า **มาตรการบังคับใช้สิทธิคือสิทธิโดยชอบธรรม** รัฐบาลไทยขณะนั้นก็ไม่ยอมใช้สิทธิ์นี้อยู่ดี ภายใต้ข้ออ้างอันน่าระอาคือกลัวบริษัทยาฟ้อง และยังอ้างเพิ่มอีกว่า บริษัทยาได้ลดราคามาจนเป็นที่น่าพอใจแล้ว ซึ่งการรับปากลดราคาของบริษัทยาไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะยืนในราคานี้ไปโดยตลอด

เดือนกุมภาพันธ์ 2549 เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ต้องลุกขึ้นสู้อีกครั้ง โดยเข้าพบนายพินิจ จารุสมบัติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้ใช้อำนาจทางการเมืองยับยั้งมิให้กรมทรัพย์สินทางปัญญาอนุมัติสิทธิบัตรยาคอมบิด (COMBID) ของบริษัทแกลกโซ สมิธ ไคลน์ ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสซีโดวูดีน (AZT) + ลามิวูดีน (3TC) แบบรวมเม็ดเดียว หากการยับยั้งครั้งนี้ไม่เป็นผล ก็ขอให้สธ.ประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ เพื่อให้อภ.สามารถผลิตยาคอมบิดได้ต่อไป เพราะมีผู้ติดเชื้อที่ใช้ยาสามัญของอภ.เกือบ 5,000 คน อีกทั้งถูกกว่ายาต้นแบบถึง 5 เท่า มิเช่นนั้นจะเป็นภาระแก่งบประมาณของประเทศที่จะเพิ่มมากขึ้นถึง 400 ล้านบาทต่อเดือนจากยาเพียงตัวเดียวเท่านั้น

กรณียาคอมบิดนี้ ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย และมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาได้ต่อสู้กับเรื่องนี้มาตั้งแต่ปี 2540 โดยได้ยื่นคัดค้านการให้สิทธิบัตรแก่ยาดังกล่าวเพราะไม่มีคุณสมบัติเพียงพอ ด้วยยานี้ไม่ใช่ยาใหม่และไม่มีขั้นการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น แต่สุดท้ายคำอุทธรณ์ที่ได้ยื่นให้คณะอนุกรรมการสิทธิบัตรพิจารณาก็ตกไป แต่ด้วยการกดดันทางสังคมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ กับผู้มีอำนาจทางการเมืองที่เกี่ยวข้อง ทำให้บริษัทละทิ้งขอรับสิทธิบัตร เป็นผลให้สูตรยาดังกล่าวตกแก่สาธารณชนก่อนที่จะมีการเรียกร้องตามมาให้บังคับใช้สิทธิบัตร

บังคับลดราคายา หนทางเพิ่มอำนาจการต่อรอง

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เริ่มใช้ตั้งแต่รัฐบาลทักษิณหนึ่งนั้น ทำให้เกิดการใคร่ครวญถึงราคายาจำเป็นที่แพงจนผู้ป่วยเข้าไม่ถึง หน่วยงานที่เดือดร้อนที่สุดในเรื่องนี้คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ต้องให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เมื่อสปสช.ไม่สามารถสนับสนุนให้ใช้ยาแพงเพราะติดสิทธิบัตร จึงเกิดการรื้อฟื้นเรื่องการใช้สิทธิโดยรัฐ โดยทบทวนบทเรียนจากต่างประเทศที่เคยใช้สิทธินี้ ก็พบว่ามีหลายสิบประเทศได้ประกาศการบังคับใช้สิทธิผลิตยาจำเป็นมาก่อนหน้านานหลายปีแล้ว

ประเทศยักษ์ใหญ่อย่างสหรัฐอเมริกาและแคนาดาประกาศใช้สิทธินี้เมื่อปี 2544 เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนยาปฏิชีวนะชื่อไซโปรฟล็อกซาซิน เมื่อครั้งที่มีการตื่นข่าวเรื่องการใช้เชื้อโรคแอนแทรกซ์เป็นอาวุธชีวภาพ บราซิลใช้สิทธินี้เมื่อปี 2546 กับยาเอดส์ 2 ตัวคือ โลปินาเวียร์ และเอฟาวิเรนซ์ และประกาศอีกครั้งเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2548 เพิ่ม ทีโนโฟเวียร์ อีกตัว หลายประเทศในแอฟริกาก็ใช้สิทธินี้แล้ว ได้แก่ แซมเบีย โมซัมบิก ซิมบับเว แอฟริกาใต้ และแคเมอรูน[7]

ในอาเซียนประเทศที่ใช้สิทธินี้แล้วคือ มาเลเซีย โดยใช้กับยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐาน 4 ตัว เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2546 โดยจ่ายค่าตอบแทนผู้ทรงสิทธิบัตร 4% และนำเข้ายาเอดส์จากบริษัทยาในประเทศอินเดีย ที่ติดตามมาคือ อินโดนีเซีย ประกาศใช้เมื่อปี 2547 กับยาเอดส์ 2 ตัว จ่ายค่าตอบแทนให้บริษัทยา 0.5%[8]

ประเทศที่กล้าหาญที่สุด คือ อินเดีย เมื่ออินเดียถูกบังคับตามข้อตกลงทริปส์ให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ยาด้วยอินเดียยอมแก้กฎหมาย แต่ประกาศใช้สิทธิผลิตยาสามัญราคาถูกต่อไปหลังกฎหมายมีผลบังคับใช้ และประกาศใช้สิทธินี้เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2548 และไม่มีกำหนดเวลาสิ้นสุด ประกาศใช้สิทธิดังกล่าวครอบคลุมยาทุกประเทศที่จดสิทธิบัตรตั้งแต่ปี 2538-2548 จำนวน 8,926 สิทธิบัตร ซึ่งครอบคลุมยาเอดส์บางตัวด้วย[9]

ตัวอย่างข้างต้น ทำให้ "คณะอนุกรรมการดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ" ถูกตั้งขึ้นในสมัยนายพินิจ จารุสมบัติ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอีกขาหนึ่งก็นั่งเป็นประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย คณะอนุกรรมการชุดนี้มีหน้าที่หลัก คือ การจัดทำเกณฑ์ในการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์ และเงื่อนไขในการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ เสนอต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ประชุมกันเพียง 3 ครั้ง ตั้งแต่เดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2549 มีการพิจารณาอย่างเข้มข้นถึงสถานการณ์กฎหมายทั้งในและระหว่างประเทศ บทเรียนประเทศต่างๆ

เมื่อพิจารณาถึงประเด็นที่ว่า สปสช. สามารถใช้สิทธินี้ได้หรือไม่ ก็มีมติส่งให้กฤษฎีกาตีความ ปรากฏว่า สปสช. ไม่ใช่หน่วยงานรัฐตามที่ระบุใน พ.ร.บ.สิทธิบัตร จึงต้องเสนอให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่เป็นประธาน สปสช.ด้วย สั่งให้กรมใดกรมหนึ่งดำเนินการ[10]

แม้ท่าทีของนายพินิจเหมือนจะเห็นด้วยกับการประกาศบังคับใช้สิทธิ แต่ด้วยเหตุผลทางการเมืองหรืออะไรก็ตามแต่ เรื่องนี้ก็คงยังไม่มีผลจนเกิดการรัฐประหารเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2549 การผลักดันเรื่องนี้มาประสบผลสำเร็จ เมื่อนายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้กรมควบคุมโรคออกประกาศ 'ใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ' เป็นครั้งแรกของประเทศไทยกับยาที่มีชื่อการค้าว่า สโตคริน (Sto-crin®) หรือชื่อสามัญคือเอฟาวิเรนซ์ โดยอภ. เป็นผู้ใช้สิทธิแทนในการนำเข้าและผลิตยาดังกล่าวมาใช้รักษาผู้ป่วยเอดส์ในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2549 เป็นเวลา 5 ปี ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2549- ธันวาคม 2554 โดยให้ อภ.จ่ายค่าตอบแทนร้อยละ 0.5 ของมูลค่าการจำหน่ายให้แก่เจ้าของสิทธิบัตร

ผลจากการบังคับใช้สิทธิครั้งนี้ ทำให้ค่าใช้จ่ายยาดังกล่าวลดลงประมาณกึ่งหนึ่ง และเมื่อราคายาถูกลงแล้ว มีการปรับสูตรการใช้ยานี้กว้างขวางมากขึ้น สธ.ปรับเป้าหมายจำนวนผู้ติดเชื้อที่จะได้รับยานี้เพิ่มขึ้นจาก 25,000 คน ต่อปีเป็น 100,000 คนต่อปี ภายใต้เงื่อนไขนี้จะทำให้รัฐสามารถประหยัดงบประมาณได้ปีละกว่า 842 ล้านบาท หรือ 4,000 กว่าล้านบาทในเวลา 5 ปีข้างหน้า เมื่อเทียบกับการซื้อยาที่ติดสิทธิบัตร[11] นอกจากนี้ยังทำให้สำนักงานประกันสังคมแห่งชาติประกาศว่า นับแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 เป็นต้นไป ผู้ประกันตนจะไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินเมื่อต้องใช้ยานี้ในกรณีดื้อยาอีกต่อไป[12]

ที่สำคัญมากคือ กลุ่มศึกษาปัญหายาระบุว่า การเริ่มต้นนโยบายบังคับลดราคายาต้นแบบหรือสามารถนำเข้าซ้อนจากประเทศอื่นได้ **จะทำให้ไทยมีเริ่มมีอำนาจต่อรองราคายาติดสิทธิบัตรอีกหลายตัว ยิ่งถ้า อภ.สามารถผลิตยาชื่อสามัญได้เองราคายา ดังกล่าวจะถูกลงเรื่อยๆ อย่างยั่งยืนมากกว่าให้บริษัทยามาเจรจาลดราคา** นับเป็นคุณูปการต่อวงการยาในประเทศไทยที่จะศึกษาวิจัยและพัฒนายาชื่อสามัญให้มากขึ้น หลังจากถูกปิดกั้นและต้องพึ่งพิงยานำเข้าจากต่างประเทศมาหลายสิบปี

ความพยายามแทรกแซงจากบรรษัทยาข้ามชาติผ่านตัวแทนหลากหลายฝ่าย

ไม่ใช่เพียงยาเอดส์เท่านั้นที่มีราคาแพงอย่างไร้เหตุผล ยังมียาตัวอื่นๆ อีกจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นยาโรคหัวใจ โรคมะเร็งทุกชนิด และเทคโนโลยีการแพทย์ที่ทันสมัยหลายอย่าง ต่างก็มีราคาสูงมากจนผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงได้ ทั้งๆที่ในหลายกรณีเป็นยาที่จำเป็น ทั้งหลายทั้งปวงนี้เป็นผลจากการผูกขาดของบรรษัท

ผลิตยาข้ามชาติ ที่ใช้กฎกติกามารยาทของสิทธิบัตรเชิงพาณิชย์ด้านทรัพย์สินทางปัญญามาเป็นฐานหลักในการดำเนินธุรกิจเพื่อกำไรสูงสุดตามแนวคิดทุนนิยมผูกขาด[13] จึงไม่น่าประหลาดใจว่าแรงต่อต้านที่สำคัญที่สุดต่อการ "บังคับใช้สิทธิ" นี้จะมาจากอุตสาหกรรมผลิตยายักษ์ใหญ่ระดับข้ามชาติ

ดังรายงานข่าวว่า มีความพยายามจากบรรษัทยาข้ามชาติที่จะเข้าแทรกแซงผ่านรองนายกรัฐมนตรีฝ่ายเศรษฐกิจและกระทรวงพาณิชย์ และกำลังเคลื่อนแรงกดดันซึมลึกไปยังนักการเมืองทั้งในและนอกรัฐบาล[14] โดยปลายเดือนมกราคม 2550 มีการประกาศจากกลุ่มธุรกิจยาว่า จะทบทวนแผนการลงทุนใหม่ทั้งหมดในประเทศไทย เพราะรู้สึกว่าการที่กระทรวงสาธารณสุขบังคับใช้สิทธิผลิตยาต้านไวรัสเอดส์สองรายการ และยารักษาการตีบของหลอดเลือดหัวใจหนึ่งรายการ ทำให้กลุ่มเจ้าของธุรกิจยากังวลว่าสธ.กำลังดำเนินนโยบายยึดทรัพย์สินของเอกชนเพียงเพราะสธ.มีงบประมาณไม่เพียงพอเท่านั้น[15]

นอกจากนี้ยังมีการทักท้วงจากสถานทูตหลายแห่ง และการแสดงความกังวลใจของบริษัทยาในสหภาพยุโรปหลายแห่งผ่านนายฌอง ฌากช์ บุเฟลต ทูตที่ปรึกษาฝ่ายการค้าและเคยทำหน้าที่ตัวแทนฝ่ายการค้าจากสหภาพยุโรปในองค์การการค้าโลก ว่าบริษัทที่ได้รับผลกระทบไม่เคยได้รับการติดต่อจากสธ.มาก่อน และไม่รู้สาเหตุแท้จริงที่ไทยประกาศใช้สิทธิ[16] จนกระทรวงสาธารณสุขต้องทำหนังสือชี้แจงให้กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงการต่างประเทศ และทุกฝ่ายที่ออกมาตั้งคำถาม เข้าใจดีว่าการ "บังคับใช้สิทธิ" ตามพ.ร.บ.สิทธิบัตรนี้ทำถูกกฎหมายไทยและกฎหมายระหว่างประเทศ รวมถึงข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ (อ่านรายละเอียดในล้อมกรอบ)

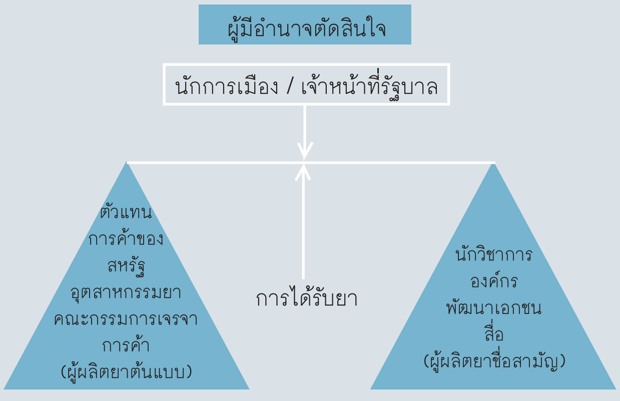
สิทธิมนุษยชนต้องอยู่เหนือสิทธิทางการค้า

เห็นได้ชัด แม้ประเทศไทยจะมีมาตรการและกฎหมายที่มีประสิทธิภาพในการต่อรองราคายา มีนักวิชาการและภาคประชาสังคมที่แข็งแกร่ง การตัดสินใจใช้ "มาตรการบังคับใช้สิทธิบัตร" เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนก็ยังขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของฝ่ายการเมืองระดับสูง หากจะเปลี่ยนแปลงสภาวะนี้ ประเทศไทยจำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งให้ภาคประชาชน และเปลี่ยนจุดเน้นการเจรจาการค้าให้พิจารณาถึงผลกระทบต่อประชาชนไทยโดยรวม กล่าวคือ มีการให้อำนาจแก่ประชาชนเพื่อคานอำนาจการตัดสินใจ[17] (ดังแผนภูมิ)

กล่าวได้ว่า การใช้สิทธิครั้งแรกของไทยเกิดจากภาวะผู้นำของนายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและการเลือกใช้สิทธิกับยาต้านไวรัสเป็นลำดับแรก แม้ถูกตอบโต้ก็มีเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ทั้งในและต่างประเทศออกมาลุกขึ้นร่วมสู้ รวมทั้งมีองค์การระหว่างประเทศที่สนับสนุนอยู่ด้วย

หากประเทศไทยคิดจะขยายการบังคับใช้สิทธิกับยากลุ่มอื่นให้เป็นสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น ยาโรคมะเร็ง หรือโรคหัวใจ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับต้นๆ ของประเทศ และมูลค่ายาที่ติดสิทธิบัตรรวมกันแล้วก็มากกว่ายาเอดส์มหาศาล องค์กรเครือข่ายผู้บริโภคจะคิดอย่างไร สนับสนุนหรือไม่ และพลังสังคมส่วนอื่น ๆ ที่พร้อมจะยืนหยัดสนับสนุนรัฐมีอยู่หรือไม่ ที่สำคัญ คือ องค์การเภสัชกรรมได้พัฒนาตนเองจนมีศักยภาพในการรองรับการผลิตหรือไม่

ดังนั้น ไม่ว่าเราจะขยายการบังคับใช้สิทธิหรือไม่ อย่างไร มิติที่สังคมไทยต้องมุ่งมั่นต่อไปในเรื่องการเข้าถึงยาที่มีคุณภาพในราคายุติธรรมอย่างถ้วนหน้า ก็คือ การเสริมสร้างศักยภาพใน 3 กลุ่มองค์กร คือ องค์การเภสัชกรรม กลุ่มเครือข่ายผู้บริโภคที่เข้มแข็ง และสื่อมวลชนที่กระตือรือล้นที่จะเรียนรู้เข้าใจและสนับสนุน เพราะ **ยาคือสินค้าเชิงคุณธรรม ควรแยกเงื่อนไขต่างๆ ออกไปจากสินค้าทั่วไป และเพราะสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพย่อมอยู่เหนือกว่าสิทธิบัตรเชิงพาณิชย์**



ที่มา: สุขภาพคนไทย 2550 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

10

คำถามและคำตอบเกี่ยวกับการใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร 3 ชนิด

(จากเอกสารเพื่อการพัฒนาภูมิปัญญาของสังคมไทยในเรื่องสิทธิบัตรยา **ข้อมูลความจริง 10 ประเด็นร้อน การใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร 3 รายการในประเทศไทย** กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กุมภาพันธ์ 2550)

ถาม การประกาศบังคับใช้สิทธินี้สธ.ทำถูกกฎหมายหรือไม่

ตอบ สธ.ได้ดำเนินการประกาศใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาทั้ง 3 รายการโดยถูกต้องตามตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรของไทย ที่ระบุชัดว่าเพื่อประโยชน์สาธารณะ กระทรวง ทบวง กรม อาจใช้สิทธิตามสิทธิบัตรใดๆได้โดยไม่ต้องขออนุญาตจากผู้ทรงสิทธิบัตรก่อน และตามกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาระหว่างประเทศ รวมทั้งคำประกาศโดฮาที่กำหนดว่า ประเทศสมาชิกองค์การการค้าโลกมีสิทธิกำหนดเหตุผลและเงื่อนไขในการบังคับใช้สิทธิทั้งสามประเภทได้ด้วยตนเอง

ถาม ทำไมสธ.จึงไม่เจรจากับบริษัทยาก่อน

ตอบ กฎหมายไม่ได้บอกว่าจะต้องเจรจาก่อนประกาศ แต่สธ.ก็ได้พยายามเจรจากับผู้ทรงสิทธิบัตรมาตลอด ตั้งแต่ปี 2544 แต่ไม่ได้ผล ในช่วงปี 2548-2549 กรมควบคุมโรค ได้เจรจาเพื่อขอลดราคายากับบริษัทที่จำหน่ายยาต้านไวรัสเอดส์ทุกเจ้า แต่ก็ได้ผลน้อยมาก คือบางรายยอมลดราคาลงมาบ้างไม่มาก บางรายไม่ยอมลดราคาเลย

เป็นที่ทราบและยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การเจรจากับบริษัทยาผู้ทรงสิทธิบัตรก่อนการประกาศที่จะบังคับใช้สิทธิ/ใช้สิทธิโดยรัฐจะได้ผลน้อยมาก และทำให้ประชาชนได้รับยาที่จำเป็นช้าลงไปอีก แต่ภายหลังการประกาศใช้สิทธิโดยรัฐแล้ว การเจรจาจะได้ผลเป็นอย่างดีและรวดเร็ว

ถาม สธ.มีเกณฑ์ในการพิจารณาหรือไม่ว่ายาที่มีสิทธิบัตรตัวไหนจะประกาศการใช้สิทธิโดยรัฐ

ตอบ สธ. พิจารณาตามหลักเกณฑ์ของคณะอนุกรรมการดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งขึ้น เกณฑ์ที่สำคัญคือเป็นยาหรือเวชภัณฑ์จำเป็นที่ต้องใช้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือในการแก้ปัญหาสาธารณสุข หรือในภาวะฉุกเฉิน หรือในการป้องกันและควบคุมโรคระบาด หรือใช้ในการช่วยชีวิต และยาและเวชภัณฑ์ดังกล่าวมีราคาสูงมากจนรัฐไม่สามารถมีงบประมาณเพียงพอในการจัดหามาบริการแก่ประชาชนได้อย่างถ้วนหน้า โดยมีหลักการในการจ่ายค่าตอบแทนชดเชยให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตรอยู่ระหว่างร้อยละ 0.5-2 ของมูลค่าการจำหน่ายยาที่ได้จากการใช้สิทธิโดยรัฐ หากบริษัทยาผู้ทรงสิทธิบัตรรายใดไม่พอใจกับค่าตอบแทนที่กำหนด ก็สามารถเจรจาต่อรองกับสธ.ได้ และหากการเจรจาไม่เป็นผลสำเร็จ ก็สามารถขอให้กรมทรัพย์สินทางปัญญาเป็นผู้พิจารณาตัดสินชี้ขาดได้

ถาม การประกาศบังคับใช้สิทธินอกจากรัฐประหยัดเงินแล้ว ประชาชนจะได้ประโยชน์อะไร

ตอบ การประกาศการใช้สิทธิไม่ได้มุ่งหวังเพื่อให้รัฐประหยัดงบประมาณ แต่เพื่อให้ราคายาลดลง ทำให้ให้บริการผู้ป่วยได้มากขึ้น ในกรณียาโคลพิโดเกรล รัฐจะต้องรับภาระเพิ่มขึ้นด้วยซ้ำเพราะเดิมยามีราคาสูงเกินกว่าที่โรงพยาบาลจะจ่ายยาให้ได้ เมื่อราคาลดลงมาก ผู้ป่วยก็จะได้รับยานี้มากขึ้น เป้าหมายสำคัญที่สุดคือ ประชาชนคนไทยได้รับยาที่มีความจำเป็นในการรักษาสุขภาพและชีวิตของตนมากขึ้น

ถาม การใช้สิทธินี้มีผลกระทบต่อบริษัทยา ตลาดยาทั่วโลก และการส่งออกของสินค้าไทยอย่างไรบ้าง

ตอบ ตามปกติ ยาที่มีสิทธิบัตรจะมีราคาสูงมาก เพราะมีการผูกขาดการตลาด เมื่อรัฐไม่สามารถจัดหายามาให้บริการได้เพราะมีงบประมาณไม่เพียงพอ ทำให้คนจนที่ต้องพึ่งยาที่จัดหาให้ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็จะไม่สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้ บริษัทยาผู้ทรงสิทธิก็ไม่สามารถขายยาให้แก่คนกลุ่มนี้ได้อยู่แล้ว แต่หลังการประกาศใช้สิทธิ ตลาดยาก็จะไม่ผูกขาดและเกิดการแข่งขัน ตลาดยาในประเทศไทยมีมูลค่ารวมกันไม่ถึงร้อยละ 0.5 ของตลาดยาทั่วโลก เฉพาะยาที่มีสิทธิบัตรน่าจะมีมูลค่ารวมกันไม่ถึงร้อยละ 0.1 ด้วยซ้ำไป ผลกระทบต่อบริษัทยาและตลาดยาจึงมีน้อยมาก ตรงกันข้ามการใช้สิทธิ์จะมีผลดีต่ออุตสาหกรรมยาในประเทศ ที่จะมีโอกาสได้พัฒนาศักยภาพในการผลิต และหากมีการเจรจาจนกระทั่งมีการให้ใช้สิทธิแทนด้วยความสมัครใจ (Voluntary Licensing) ก็จะช่วยให้มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีเกิดขึ้นมากด้วย

ถาม มีข่าวว่าสธ.ดำเนินการไปโดยไม่มีการปรึกษากับกระทรวงต่างๆ และไม่เสนอให้ครม.พิจารณา

ตอบ สธ.ได้ร่วมมือเป็นอย่างดีกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งกระทรวงพาณิชย์ เข้าร่วมในกลไกการดำเนินการและก่อนที่จะมีการประกาศ สธ. ได้เชิญผู้แทนจากกรมทรัพย์สินทางปัญญา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา และสภาทนายความมาร่วมประชุมให้ความคิดเห็นด้านกฎหมายในการดำเนินการร่างประกาศฯดังกล่าวด้วย อนึ่ง ตาม พ.ร.บ. สิทธิบัตรไทยมาตรา 51 การดำเนินการใช้สิทธิโดยรัฐ เป็นอำนาจของกระทรวง ทบวง กรม ที่เกี่ยวข้องโดยไม่จำเป็นต้องได้รับความเห็นชอบจากกระทรวงพาณิชย์ และไม่ต้องนำเข้าพิจารณาในคณะรัฐมนตรี

ถาม จะมีผลทำให้บริษัทยาต่างประเทศไม่ลงทุนวิจัยพัฒนายาในไทย ทำให้ไทยล้าหลังในการวิจัยยาจริงหรือไม่

ตอบ ปัจจุบันโรงงานยาในไทยเกือบทั้งหมด เป็นผู้ประกอบการคนไทย ขณะที่บริษัทข้ามชาติใหญ่ๆ ได้ถอนโรงงานออกไปจากประเทศไทยหมดตั้งแต่ 10-20ปีที่แล้ว สำหรับการลงทุนด้านการวิจัย บริษัทยามีการลงทุนวิจัยในประเทศไทยไม่มากนัก ส่วนมากเป็นการวิจัยทางคลินิก หรือการวิจัยตลาด เพื่อให้ได้ข้อมูลมาใช้ในการทำตลาดยามากกว่า ซึ่งหากบริษัทยายังต้องการทำการตลาดยาใหม่ๆ ในประเทศไทยก็ยังมีความจำเป็นจะต้องลงทุนวิจัยในประเทศไทยต่อไป เนื่องจากเรามีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากในโรคต่างๆ แทบทุกชนิด และมีระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง ซึ่งข้อมูลจากการวิจัยที่ได้มาตรฐานในประเทศไทยจะสามารถนำไปใช้จดทะเบียนยาในประเทศอื่นได้

ถาม มีข่าวว่าผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกไม่เห็นด้วย มีองค์กรระหว่างประเทศใดที่สนับสนุนไทยหรือไม่

ตอบ นางมากาเร็ต ชาน ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกมิได้คัดค้านการใช้สิทธิโดยรัฐและมิได้ระบุให้ต้องเจรจากับบริษัทยาก่อนการประกาศการใช้สิทธิโดยรัฐแต่อย่างใด และรองผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกที่รับผิดชอบด้านยา (Dr. Howard Zucker) ได้ประกาศชัดเจนว่า องค์การอนามัยโลกสนับสนุนข้อตกลงต่างๆที่ได้มีการตกลงกันในระดับพหุภาคีไว้แล้ว โดยเฉพาะข้อตกลงด้านทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า ซึ่งอยู่ภายใต้องค์การการค้าโลก และโดยเฉพาะมาตรการยืดหยุ่นต่างๆ และประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศมากมาย เช่น องค์กรหมอไร้พรมแดน Consumer Project on Technology ของสหรัฐอเมริกา องค์กร Third World Network มูลนิธิคลินตัน และรวมทั้งยูเอ็นเอดส์ด้วย ที่สำคัญ สมาชิกรัฐสภาของสหรัฐอเมริกา 22 คน เข้าชื่อถึงผู้แทนการค้าของสหรัฐฯ เองเพื่อสนับสนุนการใช้สิทธิ์ของไทย

ถาม ทำไมบริษัทยาถึงแสดงความกังวลว่า สธ.ไม่ยินยอมเจรจาด้วยหลังการประกาศการใช้สิทธิโดยรัฐ เพราะอะไร

ตอบ ภายหลังการประกาศว่าจะใช้สิทธิโดยรัฐแล้ว สธ.เปิดโอกาสในการเจรจากับทุกบริษัท โดยไม่เคยปฏิเสธคำขอเจรจาจากบริษัทยาแม้แต่บริษัทเดียวไม่ว่าจะเป็นก่อนหรือหลังการประกาศใช้สิทธิ และภายหลังจากที่ได้ผลิตหรือนำเข้ายาที่ได้จากการใช้สิทธิแล้วก็ยินดีเจรจาตลอดมา ขณะนี้สธ.ได้มอบหมายให้คณะทำงานเฉพาะกิจเจรจาลดราคายาที่มีสิทธิบัตร ทำงานในการเจรจาต่อรองราคายาที่มีสิทธิบัตรต่อไปอย่างต่อเนื่องด้วยแล้ว

ถาม จะมั่นใจได้อย่างไรว่ายาที่ผลิตหรือนำเข้าจากประเทศอื่น มีคุณภาพเท่าเทียมกับยาต้นแบบ

ตอบ ประเทศไทยโดยองค์การเภสัชกรรม ได้มีข้อกำหนดในสัญญาการจัดซื้อว่า กรณียาผลิตหรือนำเข้าจากประเทศอื่นหากองค์การอนามัยโลกมีระบบการรับรองมาตรฐานของยาดังกล่าวแล้ว จะต้องมีเอกสารแสดงการรับรองว่าผลิตภัณฑ์ได้รับมาตรฐานตามเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีขององค์การอนามัยโลก ซึ่งแสดงผลการทดสอบว่ายามีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับยาต้นตำรับที่มีสิทธิบัตร พร้อมทั้งเอกสารประกอบอื่นๆ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมีคุณภาพมาตรฐานเท่าเทียมกับยาต้นตำรับที่มีสิทธิบัตรจริงๆ

ในการนำเข้ายาดังกล่าว ไม่ว่าองค์การอนามัยโลกจะมีระบบการรับรองคุณภาพมาตรฐานหรือไม่ก็ตาม จะต้องได้รับการรับรองคุณภาพจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และได้รับทะเบียนตำรับยาจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาด้วย นอกจากนี้เมื่อได้รับยามาแล้ว ฝ่ายควบคุมคุณภาพขององค์การเภสัชกรรมก็จะต้องตรวจสอบคุณภาพอีกครั้งหนึ่งก่อนส่งมอบยาให้แก่กรมควบคุมโรค หรือสถานพยาบาลต่างๆ ต่อไป

4 ผลงานดีๆ ของคนไทย เพื่อสุขภาพคนไทย ปี 2550

1 รถเข็นอัจฉริยะช่วยคนพิการและคนสูงอายุ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีปัจจุบัน เปิดโอกาสให้ผู้พิการและผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกที่ทันสมัย โดยเฉพาะรถเข็นที่มีความจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้พิการและผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตัวเองได้ และมีอิสระมากขึ้น สำหรับปีนี้เป็นที่น่ายินดีเมื่อคนไทยสามารถประดิษฐ์รถเข็นไฮเทคที่ทำให้คนพิการและผู้สูงอายุได้มีโอกาสได้ใช้รถเข็นอัจฉริยะเคลื่อนที่ไปไหนมาไหนได้สะดวกยิ่งกว่าเดิม

ผลงานชิ้นนี้เป็นฝีมือการพัฒนาของทีมนักประดิษฐ์จากศูนย์บริการและพัฒนาวิศวกรรม สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ที่ได้พัฒนารถเข็นไฮเทคนี้มาตั้งแต่ปี 2545 และได้รับรางวัลชมเชยสิ่งประดิษฐ์ ประจำปี 2549 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

รถเข็นอัจฉริยะนี้ต่างจากรถเข็นธรรมดาทั่วไป ตรงที่มีการนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในการขับเคลื่อน ผู้ใช้สามารถควบคุมความเร็วและทิศทางได้เองด้วย "จอยสติ๊ก" เครื่องมือชิ้นเดียวที่บังคับให้รถเคลื่อนที่ได้ทั้งเป็นเส้นตรง หมุนรอบตัว ข้ามสิ่งกีดขวางทางขรุขระ เนินระนาด ด้วยความปลอดภัยสูง สามารถใช้งานได้ดีทั้งที่บ้าน โรงพยาบาล สวนสาธารณะ ศูนย์การค้า และในลิฟต์ พูดง่ายๆ คือ รถเข็นไฮเทคนี้สามารถทำงานได้หลากหลายตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ และสร้างด้วยชิ้นส่วนประกอบที่หาซื้อง่าย มีความคงทนสูง ใช้พลังงานไฟฟ้าจากแบตเตอรี่

รถเข็นไฮเทคของไทยนี้ จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งเพื่อนำมาใช้ในกิจกรรมเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการและผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น และจะช่วยลดการนำเข้ารถไฟฟ้าจากต่างประเทศได้อีกด้วย

2 ความก้าวหน้าในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของประเทศไทย

ตั้งแต่เริ่มมีการแพร่ระบาดของเชื้อไข้หวัดนก สายพันธุ์เอชห้าเอ็นหนึ่ง ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา สถานการณ์ไข้หวัดนกได้แพร่กระจายไปทั่วทุกภูมิภาคของโลก ครอบคลุมประเทศต่างๆ มากกว่า 60 ประเทศ และมีผู้ป่วยจากการติดเชื้อไข้หวัดนก 277 ราย มีผู้เสียชีวิตรวม 167 ราย (ธันวาคม 2546 - มีนาคม 2550)

การคุกคามของเชื้อไข้หวัดนกในระยะนี้ถือว่าเข้าสู่ระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่มีการติดต่อจากสัตว์สู่คน และจากคนสู่คนบ้างแล้ว มีการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกาว่า หากเกิดการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดนกในระยะที่ 4 ขึ้นมา หรือเป็นระยะเชื้อหวัดนกมีการกลายพันธุ์ จะทำให้มีการระบาดจากคนสู่คนง่ายมากยิ่งขึ้น อาจทำให้มีผู้ป่วยทั่วโลกมากกว่า 62 ล้านคน และต้องใช้เวลานานนับหลายเดือนจึงจะหยุดการแพร่ระบาดของเชื้อร้ายนี้ได้ โดยผลกระทบส่วนใหญ่จะตกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาหรือประเทศยากจน

สำหรับประเทศไทยนั้น ถือว่าเป็นประเทศที่มีความเสี่ยงสูงสุดรองจากประเทศจีน และเวียดนาม แต่ไทยก็มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือไข้หวัดนกอยู่ในระดับก้าวหน้า นักวิจัยไทยสามารถคิดค้น สร้างสมองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสารนานาชาติมากกว่า 20 ผลงาน โดยในปี 2549 เกิดความก้าวหน้าที่น่าชื่นใจในเรื่องนี้ 3 ผลงานด้วยกันคือ

(1) การคิดค้น**ชุดตรวจเชื้อไข้หวัดนก**ในคนได้สำเร็จ โดยใช้ระยะเวลาเพียง 1-5 นาที สามารถรู้ผลได้ทันที ด้วยวิธีการนำสารละลายมาผสมเสมหะผู้ป่วยและหยดลงบนชุดทดสอบ หากให้ผลเป็นบวกแสดงว่าเป็นไข้หวัดนก นอกจากนี้แล้ว

(2) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้พัฒนา **รถโมบายแล็บ หรือรถห้องปฏิบัติการเคลื่อนที่** เพื่อใช้ในการตรวจหาวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อไข้หวัดนกได้ทันท่วงที ณ จุดเกิดเหตุได้อีกด้วย โดยมีความพิเศษคือ สามารถตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยต้องสงสัยพร้อมรู้ผลทันที นับว่าเป็นรถที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงคันแรกของโลกก็ว่าได้

(3) **วัคซีนและยาเพื่อรองรับการระบาดใหญ่ในคน** นักวิจัยไทยสามารถสร้างวัคซีนต้นแบบสำหรับการสร้างภูมิคุ้มกันไข้หวัดนกในคนได้สำเร็จ และก้าวต่อไปคือการสร้างโรงงานผลิตวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดนกในประเทศไทย ส่วนยาที่ใช้รักษาผู้ติดเชื้อที่มีชื่อเรียกว่า **ยาโอเซลทามิเวียร์ หรือ ยาทามิฟลู** นั้น ในระดับห้องปฏิบัติการสามารถทำได้แล้ว ความสำเร็จที่เกิดขึ้นครั้งนี้ทำให้ไทยไม่ต้องนำเข้าสารตั้งต้นหรือวัตถุดิบจากต่างประเทศ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายจำนวนมหาศาล ส่วนการผลิตเพื่อใช้กับประชาชนนั้นองค์การเภสัชกรรมเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ สามารถผลิตได้วันละกว่า 4 แสนเม็ด ที่สำคัญไปกว่านั้น เรายังสามารถหาวิธีการตรวจหาผู้ป่วยไข้หวัดนกที่มีสายพันธุ์ดื้อยาได้อีกด้วย ความสำเร็จนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและสามารถเฝ้าระวังการกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดนกได้

3 การพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกใกล้สำเร็จ

โรคไข้เลือดเป็นโรคที่พบได้ทุกพื้นที่ในประเทศไทย และนับวันยิ่งพบผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ บางปีพบผู้ป่วยสูงถึงแสนคน ปัจจุบันแม้จะพบผู้ป่วยไม่มากเท่ากับหลายปีก่อน แต่ก็ได้ทำให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจมากมาย ในปี 2549 พบผู้ป่วย 42,456 คน เสียชีวิต 59 คน คาดประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจอยู่ระหว่าง 2,000 -10,000 ล้านบาท วัคซีนจึงเป็นทางออกที่ดีที่สุด ในการป้องกันโรคนี้

ปัจจุบัน นักวิทยาศาสตร์ทั่วโลกกำลังดำเนินการพัฒนาวัคซีนไข้เลือดออกให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละประเทศ ในประเทศไทยเองมีหน่วยปฏิบัติการเทคโนชีวภาพทางการแพทย์ ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างคณะแพทย์ศิริราชพยาบาล และศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ ได้พยายามคิดค้นนวัตกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นเวลาหลายสิบปี นับตั้งแต่ค้นคว้าจนพบความรู้ใหม่ พัฒนาเทคนิควิธีการตรวจวินิจฉัยโรคเพื่อความแม่นยำและรวดเร็ว ตลอดจนพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกที่สามารถจะนำมาใช้กับคนไทยในระยะเวลาอีกไม่นานนี้

สำหรับชุดตรวจวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัสเด็งกี่ในเลือดของผู้ป่วย โดยมีวิธีการที่แตกต่างกันไปตามระยะเวลาของการรับเชื้อ วิธีการแรกเป็นวิธีการวินิจฉัยโรคโดยการตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสเด็งกี่ ว่าเป็นชนิดไหน วิธีที่ต่อมาเป็นการตรวจหาแอนติบอดีของไวรัสเด็งกี่ เพื่อดูว่าผู้ป่วยเป็นการติดเชื้อครั้งแรก หรือเป็นการติดเชื้อซ้ำ วิธีสุดท้ายเป็นการตรวจหาโปรตีนของไวรัสเด็งกี่ ที่ครอบคลุมทั้ง 4 ชนิด เพื่อทำการเยียวยาผู้ป่วยก่อนที่จะช็อคหมดสติ

ส่วนความหวังของการมีวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรคไข้เลือดออกไทยได้จัดตั้งศูนย์วิจัยพัฒนาวัคซีน มหาวิทยาลัยมหิดล มาตั้งแต่ พ.ศ. 2527 และได้ค้นคว้าพัฒนาการผลิตวัคซีนมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้คิดค้นวัคซีนไข้เลือดออกกล่าวว่า อีกไม่เกิน 1-2 ปี วัคซีนป้องกันไข้เลือดออกทั้ง 4 สายพันธุ์ จะสำเร็จ แค่ฉีดยาเข็มเดียวสามารถป้องกันเชื้อได้ทั้งหมด ขณะนี้อยู่ในการทดสอบความปลอดภัย

ในช่วงที่ยังรอการพัฒนาวัคซีนให้สามารถนำมาใช้ได้จริง การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงจึงเป็นการป้องกันโรคที่สำคัญที่สุด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จึงคิดค้นผลิตภัณฑ์ใหม่กำจัดลูกน้ำยุงลาย โดยใช้เม็ดแบคทีเรียแทนสารเคมีอันตราย ใส่ไว้ในโอ่งน้ำเดือนละครั้ง นอกจากนี้ยังมีการค้นพบขมิ้นชันสมุนไพรไทยสามารถป้องกันยุงได้ โดยสกัดน้ำมันหอมระเหยที่กลั่นได้จากส่วนเหง้าของขมิ้นชัน มีประสิทธิภาพในการป้องกันการกัดของยุงได้นาน 7-8 ชั่วโมง ในขณะเดียวกันน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชันสามารถใส่ลงในน้ำกำจัดลูกน้ำยุง ป้องกันยุงวางไข่ และสามารถลดอัตราการฟักของไข่ยุงได้

4 นักศึกษาไทยชนะเลิศการแข่งขันสร้างหุ่นยนต์กู้ภัย “อินดีเพนเดนท์” ในเวทีระดับโลก

เมื่อเกิดเหตุการณ์ตึกถล่ม ไฟไหม้ น้ำท่วม หรือภัยพิบัติรุนแรง ลำพังเจ้าหน้าที่กู้ภัยเองต้องระมัดระวังตนเองในการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่ติดอยู่ในซากปรักหักพัง ทำให้เกิดความต้องการอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกและเข้าไปค้นหาผู้ประสบภัยที่ติดอยู่ในซากปรักหักพังและช่วยเหลือได้ทันท่วงที หุ่นยนต์กู้ภัยที่มีความสามารถยิ่งกว่ามนุษย์ จึงถูกคิดค้นขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือในสถานการณ์ดังกล่าว

ในการแข่งขันประกวดหุ่นยนต์กู้ภัยโลก “เวิลด์ โรโบคัพ เรสคิว 2006” เมืองเบรเมน ประเทศเยอรมนี ซึ่งเป็นการแข่งขันหุ่นยนต์กู้ภัยระดับนานาชาติ จัดโดย เดอะโรโบคัพ เฟเดอเรชั่น มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสนับสนุนงานให้มีการประดิษฐ์คิดค้นการใช้เทคโนโลยีสร้างหุ่นยนต์กู้ภัย นับเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจของคนไทยอย่างยิ่ง เมื่อนักศึกษาจากสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ สามารถคว้ารางวัลชนะเลิศการแข่งขันในครั้งนี้ โดยสามารถเอาชนะเยอรมัน ในฐานะเจ้าภาพ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ที่เป็นผู้นำทางด้านเทคโนโลยี และอีก 10 กว่าประเทศทั่วโลกได้

หลังจากได้มีการพัฒนาและปรับปรุงประสิทธิภาพจนได้หุ่นยนต์กู้ภัย “อินดีเพนเดนท์” ที่มีความอัจฉริยะในการค้นหา ช่วยเหลือ และตัดสินใจแทนมนุษย์ แสดงความสามารถกู้ภัยในสถานการณ์จำลองอุบัติภัยที่เกิดขึ้น เช่น ไฟไหม้ น้ำท่วม แผ่นดินไหว ตึกถล่ม ที่เป็นโจทย์ยากของการแข่งขันครั้งนี้ ความสามารถพิเศษของหุ่นยนต์เด็กไทยตรงที่ขับเคลื่อนด้วย 10 ล้อ ไปได้ทุกสภาพพื้นผิว สามารถปีนป่ายข้ามสิ่งปรักหักพังเข้าไปค้นหาผู้ประสบภัย และช่วยเหลือออกมาได้สำเร็จ ความอัจฉริยะของหุ่นยนต์สายพันธุ์ไทยที่ชนะใจกรรมการตรงที่ถูกออกแบบให้มีกล้องติดอยู่ที่ตัวหุ่น คอยสแกนหาปริมาณความร้อน ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่หายใจออกมา ทำให้รู้จุดที่อยู่ของผู้รอดชีวิตที่อยู่ใต้ซากตึก แล้วส่งผ่านไปที่จอคอมพิวเตอร์

นับเป็นครั้งแรกที่นักศึกษาไทยสามารถยืนเป็นเบอร์หนึ่งในการแข่งขันบนเวทีโลกได้สำเร็จ และกิจกรรมเพื่อประโยชน์สังคมครั้งนี้ เกิดจากความร่วมมือของสมาคมวิชาการหุ่นยนต์ไทย และบริษัทซิเมนต์ไทยที่ฝันอยากให้เด็กไทย นอกจากจะให้มีความสามารถในการประดิษฐ์คิดค้นเทคโนโลยีที่สอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบันแล้ว ยังเป็นการสร้างความมีชื่อเสียงในด้านความก้าวหน้าเทคโนโลยีให้สังคมโลกได้รับรู้อีกด้วย

...มีคนบอกอยากจะให้อายุ 120... 120 ก็ยอม เอาแค่ 120... ถ้าทำให้ร่างกายดี อาจจะได้ ระมัดระวังให้ดี...

พระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระราชทานแก่คณะบุคคลต่างๆ ที่เข้าเฝ้าฯถวายพระพรชัยมงคลในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา 4 ธันวาคม 2547

หอมกลิ่นลำดวน
เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ

หอมกลิ่นลำดวน
เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ

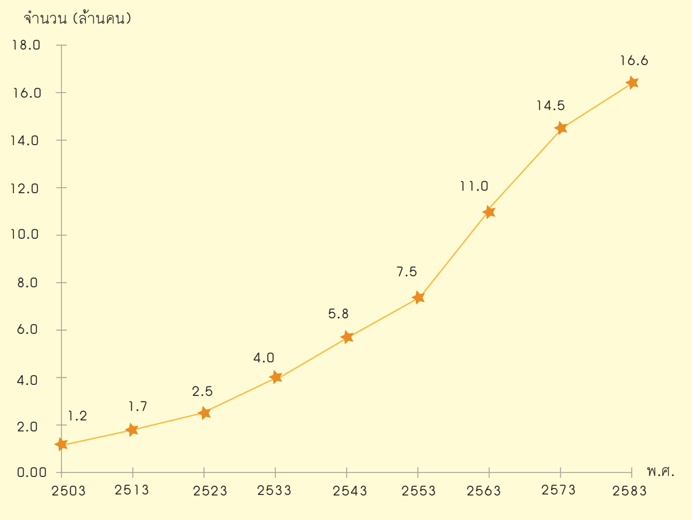
โลกกำลังแก่ลง หลายประเทศ รวมทั้งไทย กำลังเผชิญสิ่งท้าทายอย่างใหม่ ตัวบ่งชี้ของสิ่งท้าทายนี้คือ การเปลี่ยนแปลงประชากรที่ทำให้จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สำหรับประเทศไทย ข้อนี้หมายถึงการที่โครงสร้างสังคมและเศรษฐกิจ จะต้องรีบปรับตัว ตั้งรับให้ทัน พร้อมกันนั้นก็มีความจำเป็นที่จะพัฒนาระบบที่มีอยู่และสร้างกลไกใหม่ เพื่อพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาท้าทายที่จะตามมา

สู่สังคมผู้สูงอายุ

◌ การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว

สังคมไทยกำลังเปลี่ยนไปสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นภายในช่วงเวลาอันสั้น เมื่อเกือบ 20 ปีที่แล้ว (พ.ศ. 2533) ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุอยู่ประมาณ 4 ล้านคน หรือราวร้อยละ 7 ของพลเมืองทั้งประเทศ หลังจากนั้นอีก 10 ปี ใน พ.ศ. 2543 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นเกือบ 6 ล้าน ปัจจุบัน (พ.ศ. 2550) มีผู้สูงอายุเกือบ 7 ล้านคน คาดว่าอีก 13 ปีข้างหน้า คือในปี พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนเป็น 11 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 17 ของคนไทยทั้งประเทศ ซึ่งในตอนนั้นจะมีประมาณ 65 ล้านคน ประมาณว่า 1 ใน 6 ของประชาชนไทยในตอนนั้นจะเป็นผู้สูงอายุ

จำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2503-2583



ที่มา : ปัทมา ว่าพัฒนวงษ์, 2549 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ใครคือผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดว่า บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ เป็นผู้สูงอายุ เกณฑ์นี้ต่างจากในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งกำหนดเอาผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เราอาจแบ่งผู้สูงอายุไทยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ **ผู้สูงอายุวัยต้น** (อายุ 60-69 ปี) มีประมาณร้อยละ 59.1 ของผู้สูงอายุทั้งหมด **ผู้สูงอายุวัยกลาง** (อายุ 70-79 ปี) มีประมาณร้อยละ 31.1 และ **ผู้สูงอายุวัยปลาย** (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีประมาณ ร้อยละ 9.8

นักวิชาการบางท่านเสนอว่า ประเทศไทยควรจะเปลี่ยนไปใช้อายุ 65 ปี เป็นเกณฑ์กำหนด เพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์สากลที่ใช้กันในประเทศที่พัฒนาแล้ว เพราะปัจจุบันนี้คนไทยอายุยืนมากขึ้นกว่าแต่ก่อน โดยมีอายุคาดเฉลี่ยประมาณ 72 ปี และอีกประการหนึ่ง คนไทยที่อายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี นั้น ส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพดี และอย่างน้อย 2 ใน 3 ของคนในกลุ่มอายุนี้ยังเป็นแรงงานที่ทำการผลิตอยู่

ที่มา: วรชัย ทองไทย, 2549. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ศตวรรษิกชน – คนร้อยปี

ตามหลักฐานทะเบียนราษฎร ในปี พ.ศ.2548 มีคนไทยอายุ 100 ปีขึ้นไป 28,236 คน เป็นชาย 11,751 คน หญิง 16,485 คน นอกจากนี้ ยังมีคนอีกจำนวนหนึ่งที่ลงวันเดือนปีเกิดตามปฏิทินจันทรคติ ไม่ได้แปลงให้เป็นไปตามปฏิทินสากล คนกลุ่มนี้มีมากกว่า 2 แสน 5 หมื่นราย ในจำนวนนี้ อาจมีผู้มีอายุ 100 ปีขึ้นไป อีกจำนวนหนึ่งปนอยู่ ก็เป็นได้

แต่การวิเคราะห์ข้อมูลทะเบียนราษฎรอย่างละเอียดพบว่าจำนวนคนอายุร้อยปีขึ้นไปที่ว่ามี 28,236 รายนั้น น่าจะเกินความจริงไปมากเพราะข้อเท็จจริงปรากฏว่า "คนร้อยปี" ในทะเบียนราษฎรจำนวนมากได้เสียชีวิตไปแล้ว แต่ไม่ได้จำหน่ายชื่อออกจากทะเบียน ยิ่งกว่านั้นอาจมีอีกเป็นจำนวนไม่น้อยที่เป็น "คนร้อยปี" เพราะการบันทึกข้อมูลปีพ.ศ.เกิดผิดพลาด โดยเฉพาะในระหว่างการเปลี่ยนจากปีไทยให้เป็นปีสากล

การคาดประมาณของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร ปี พ.ศ.2548-49 พบว่า ในปี พ.ศ.2548 มีประชากรอายุ 100 ปีขึ้นไป อยู่ราว 8,000 คน เท่านั้น เป็นชาย 2,800 คน หญิง 5,300 คน

คณะทำงานฉายภาพประชากร ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ประมาณว่า เมื่อกลางปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยมี "คนร้อยปี" อยู่ 5,800 คน เป็นชาย 2,200 คน หญิง 3,600 คน

ด้วยความสนใจเชิงวิชาการเกี่ยวกับ "ศตวรรษิกชน-คนร้อยปี" ในประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เริ่มโครงการ "ศูนย์ข้อมูลศตวรรษิกชน" ขึ้นเพื่อศึกษา "คนร้อยปี" ในเชิงลึก ทั้งด้านประชากรศาสตร์และสังคมศาสตร์

อีกไม่นาน น่าจะมีคำตอบที่ชัดเจนเกี่ยวกับ "คนร้อยปี" ในประเทศไทย

ที่มา: ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2549. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่เร็วกว่าคนในกลุ่มอายุอื่นมาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปีก่อนหน้านี้แล้ว อัตราการเพิ่มที่รวดเร็วเช่นนี้จะยิ่งเร็วขึ้นไปอีกในเวลาประมาณ 20 ปีข้างหน้า หลังจากนั้นจึงจะค่อยๆ ช้าลง แต่จำนวนผู้สูงอายุก็จะยังเพิ่มต่อไปจนกระทั่งหลัง พ.ศ. 2590

การเปลี่ยนแปลงนี้ เป็นผลโดยตรงของปัจจัยทางประชากรที่สำคัญ 2 ประการ คือ ประการแรก คนไทยนิยมมีลูกน้อยลง ซึ่งเป็นผลของการวางแผนครอบครัวที่ได้ผลดี ทำให้เด็กที่เกิดมาในแต่ละปีมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งถึงทุกวันนี้ ประการที่สอง การพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในช่วงเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมาทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ดังจะเห็นว่า คนไทยทุกวันนี้มีอายุคาดเฉลี่ย 72 ปีแล้ว (68 ปี สำหรับเพศชาย และ 75 ปี สำหรับเพศหญิง) ปัจจัยสองประการนี้เกิดขึ้นพร้อมกับความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ในช่วงเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา

เมื่อเด็กที่เกิดในระยะหลังๆ มีจำนวนลดลง และผู้ใหญ่ที่เกิดมาก่อนหน้านั้นก็มีอายุยืนยาวขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีจำนวนสะสมมากขึ้นๆ ในการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ ยิ่งจำนวนประชากรวัยเด็กลดต่ำลงเท่าไร สัดส่วนประชากรสูงอายุก็ยิ่งเพิ่มสูงขึ้นแบบสวนทางกัน *ปรากฏการณ์เช่นนี้เปรียบเหมือนกับน้ำเก่าที่มีอยู่ในเขื่อนยังไม่ทันจะระบายออกไป ก็มีน้ำใหม่ไหลเข้ามาเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์ผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน นับวันจำนวนสะสมจะเพิ่มสูงขึ้นๆ*

วันนี้ประเทศไทยได้เดินทางมาถึงจุดเปลี่ยนทางประชากรที่สำคัญอีกจุดหนึ่งแล้ว จุดเปลี่ยนนี้คือการเคลื่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เราอาจจะเรียกจุดเปลี่ยนนี้ว่าเป็น "การปฏิวัติโครงสร้างประชากร" หลังจากที่ได้มี "การปฏิวัติภาวะเจริญพันธุ์" ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อกว่า 20 ปีมาแล้ว การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นในเวลาอันสั้น ทำให้สังคมไทยมีเวลาน้อยที่จะเตรียมพร้อมสำหรับสิ่งท้าทายที่จะตามมา ดังนั้นถ้าไม่รีบดำเนินการเชิงรุก และถ้าไม่มีการตั้งรับที่ดีพอ สิ่งท้าทายหลายอย่างอาจกลายเป็นวิกฤตได้

ก่อนลำดวนจะบาน

สังคมไทยเพิ่งจะก้าวพ้นจากการเป็นสังคมที่มีประชากรเยาว์วัยมากมาหมาดๆ และกำลังก้าวข้ามธรณีประตูเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ แต่ก็ยังไม่ถึงจุดนั้นอย่างสมบูรณ์ ประชากรของไทยจึงอาจเปรียบได้กับลำดวนที่กำลังแรกแย้ม

สังคมไทยวันนี้ ได้เดินทางมาถึงจุดที่กำลังจะมีการเปลี่ยนผ่านอย่างสำคัญ

แต่ก่อนจะถึงจุดนั้น มีช่วงเวลาสั้นๆ ที่การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างประชากรได้ก่อให้เกิดสภาพที่เอื้อต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สูงขึ้น กล่าวคือ ขณะที่จำนวนเด็กลดลงสู่ระดับที่ต่ำมาก แต่ประชากรวัยแรงงานยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และประชากรวัยสูงอายุก็ยังมีสัดส่วนไม่สูงมากนัก เช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้อัตราส่วนคนที่ไม่อยู่ในวัยแรงงาน (คือเด็กและผู้สูงอายุ) ต่อคนในวัยแรงงาน ต่ำลงมาก หรือจะกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ "อัตราส่วนการพึ่งพิง" อยู่ในระดับต่ำ ในสังคมที่เป็นเช่นนี้จะมีคนในวัยแรงงานจำนวนหลายคนต่อเด็กและผู้สูงอายุหนึ่งคน ซึ่งจะทำให้มีผลผลิตส่วนเกินเหลือกินเหลือใช้มาก และจะเอื้อต่อการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในแง่การออมและการลงทุน ทั้งในระดับครัวเรือนและในระดับสังคม

ช่วงเวลาเช่นนี้จึงถือว่าเป็น "ช่วงเวลาทอง" สำหรับการพัฒนา (นักวิชาการเรียกว่า "ช่วงเวลาแห่งการปันผลทางประชากร" – population dividend) เพราะเป็นช่วงที่การพัฒนาจะได้รับอานิสงส์จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรมากที่สุด เนื่องจากมีคนที่ต้องการการเกื้อหนุนจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนคนที่สามารถให้การเกื้อหนุนได้ สำหรับประเทศไทย ช่วงเวลาทองนี้ถ้ากำหนดกว้างๆ ก็อยู่ระหว่าง พ.ศ. 2533-2563 ในคาบเวลา 30 ปีนี้ โดยเฉลี่ยมีประชากรวัยแรงงานประมาณ 2 คน ต่อประชากรที่ต้องการการเกื้อหนุน (คือเด็กและผู้สูงอายุ) 1 คน ซึ่งนับว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก อัตราส่วนพึ่งพิงที่ต่ำมากเช่นนี้ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในสังคมไทย

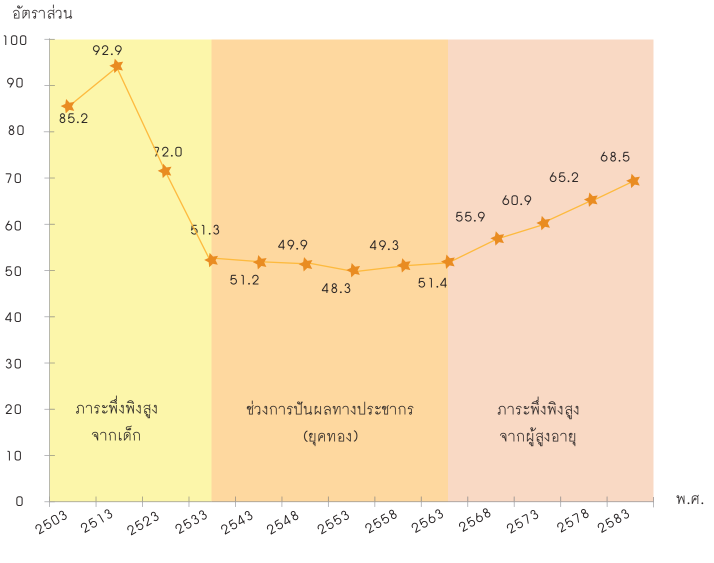
หลังจากช่วงเวลานี้ผ่านไปแล้ว "อัตราส่วนพึ่งพิง" จะค่อยๆ สูงขึ้น การที่อัตราส่วนพึ่งพิงสูงขึ้นนี้ส่วนใหญ่แล้วเป็นเพราะจำนวนผู้สูงอายุเพิ่ม ไม่ใช่เพราะจำนวนเด็กเพิ่ม เพราะตลอดเวลาดังกล่าวนี้จำนวนเด็กนอกจากไม่เพิ่มขึ้นแล้วยังจะลดลง

ดอกลำดวน...ชวนให้นึกถึงผู้สูงอายุ

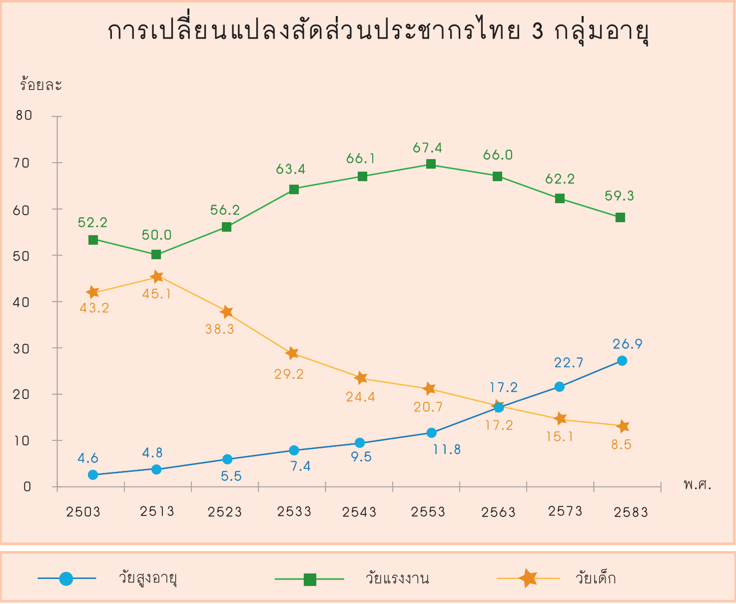
ลำดวน เป็นพรรณไม้ยืนต้นขนาดใหญ่มีอายุยืนกว่าร้อยปี ใบเขียวสดตลอดทั้งปี ดอกมีสีนวลสว่าง ส่งกลิ่นหอมเย็น กลีบแข็ง ไม่ร่วงง่าย เป็นไม้ประจำบ้านที่คนไทยสมัยก่อนเชื่อว่าบ้านใดปลูกไว้จะทำให้เกิดความสดชื่นร่มเย็น ด้วยลักษณะนี้เอง คณะรัฐมนตรีจึงมีมติให้ใช้ดอกลำดวนเป็นสัญลักษณ์แทนผู้สูงอายุ เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2525 และกำหนดให้วันที่ 13 เมษายน หรือวันสงกรานต์ของทุกปี เป็น "วันผู้สูงอายุ" ไทย

ที่มา : http://www.maipradabonline.com/maimongkol/lumdoun.htm

อัตราส่วนพึ่งพิงรวมของประชากรไทย พ.ศ. 2503-2583



ที่มา : ปัทมา ว่าพัฒนวงษ์, 2549 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



หมายเหตุ: 1) พ.ศ. 2503, 2523, 2543 คำนวณจากสำมะโนประชากร 2) พ.ศ. 2563, 2583 คำนวณจากการฉายภาพประชากร

ที่มา : ปัทมา ว่าพัฒนวงษ์, 2549 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

วันนี้ประเทศไทยได้เดินทางมาถึงจุดเปลี่ยนทางประชากรที่สำคัญอีกจุดหนึ่งแล้ว จุดเปลี่ยน นี้คือการเคลื่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เราอาจจะเรียกจุดเปลี่ยนนี้ว่าเป็น "การปฏิวัติโครงสร้างประชากร" หลังจากที่ได้มี "การปฏิวัติภาวะเจริญพันธุ์" ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อกว่า 20 ปีมาแล้ว

ต่อไปอีกด้วย จากการคาดประมาณประชากรในระยะยาวแสดงให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็กถึง 2 เท่า คือ จะมีผู้สูงอายุถึง 16.6 ล้านคน ขณะที่เด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) จะมีเพียง 8.5 ล้านคน เท่านั้น ถึงตอนนั้นก็ค่อนข้างแน่นอนว่า ปัญหาท้าทายอันเนื่องมาจากการมีผู้สูงอายุจำนวนมากๆ จะชัดเจนและแหลมคมยิ่งขึ้น

ผู้สูงอายุ: "พลัง" หรือ "ภาระ" ของสังคม?

วิธีที่ดีที่สุดที่จะตอบคำถามว่า ผู้สูงอายุเป็นพลังหรือเป็นภาระของสังคม ควรเริ่มด้วยการทำความเข้าใจความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุก่อน เพื่อที่จะได้เข้าใจชัดถึงศักยภาพและความต้องการจริงๆ ของผู้สูงอายุ เพื่อความเข้าใจง่าย เราอาจจะแบ่งชีวิตของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วง โดยใช้สถานะทางสุขภาพเป็นหลัก โดยปกติ ช่วงชีวิตทั้งสามนี้มักจะสอดคล้องกับวัยของผู้สูงอายุ แต่ก็ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเช่นนั้นเสมอไป

1. ช่วงแห่งการเป็นผู้สูงวัยที่ยังมีพลัง ("พฤฒพลัง" active aging) ในช่วงนี้นอกจากผู้สูงอายุจะสามารถช่วยตัวเองได้อย่างดีแล้ว ยังสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย ในด้านการเป็นแรงงานและศักยภาพในการผลิต ผู้สูงอายุในช่วงนี้แทบไม่ต่างจากคนที่อ่อนวัยกว่า ช่วงแห่งการเป็น "พฤฒพลัง" มักจะอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) สำหรับหลายคน ช่วงนี้คือจุดสูงสุด ทั้งในด้านประสบการณ์ ภูมิปัญญา และการคิดวิเคราะห์ เป็นช่วงที่พลังทางกายและสติปัญญายังกระฉับกระเฉงอยู่ ถ้าสถานการณ์ด้านอื่นเอื้ออำนวย ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงนี้จะสามารถทำงานสร้างสรรค์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้มาก สำหรับบางคนช่วงนี้อาจจะยาวไปถึงอายุ 70 หรือ 80 ปี แต่สำหรับบางคนช่วงเวลานี้อาจจะเป็นเพียงประสบการณ์สั้นๆ ขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของตนมาตลอดตั้งแต่อยู่ในวัยก่อนหน้านี้ และขึ้นอยู่กับโอกาสที่ได้มีส่วนร่วมในแรงงานต่อไปว่ามีมากน้อยเพียงใด

2. ช่วงแห่งการพักผ่อน ในช่วงนี้สุขภาพโดยรวมยังค่อนข้างดี แม้จะเริ่มอ่อนแอหรือมีความเจ็บป่วยบางอย่างมารบกวนการดำเนินชีวิตบ้างก็ตาม ผู้สูงอายุบางคนอาจจะเริ่มสูญเสียความ

คล่องแคล่วทางร่างกาย อันเนื่องจากการเสื่อมสภาพของสังขาร ทำให้ต้องระมัดระวังการเคลื่อนไหว สำหรับหลายท่านความสามารถในการเห็นและการได้ยินลดลง มีการสูญเสียฟันบดเคี้ยว และข้อเข่าก็อาจมีปัญหาบ้าง แต่จิตใจ ความจำ ตลอดจนความคิดวิเคราะห์ยังอยู่ในสภาพที่ค่อนข้างดี บางรายอาจเริ่มมีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัว แต่ส่วนใหญ่แล้วยังสามารถช่วยตัวเองได้ โดยเฉพาะในด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรส่วนตัว บางท่านอาจจะทำงานประเภทที่ไม่ต้องออกแรงมากนักหรืองานที่ทำอยู่ในบ้านได้ แต่อาจช่วยผู้อื่นได้น้อยหรือแทบไม่ได้เลย ผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่จนถึงวัย 70 ปีขึ้นไป มักจะประสบกับสภาพเช่นนี้ แต่บางท่านอาจจะประสบกับสภาพเช่นนี้ตั้งแต่อายุอยู่ในช่วง 60 ปี ช่วงนี้เป็นช่วงเวลาแห่งการพักผ่อนมากกว่าการทำงาน เป็นเวลาที่ผู้สูงอายุจะได้ปล่อยวางมากขึ้น และหาความสุขให้ชีวิตด้วยการหันเข้าหาทางสงบ หรือให้รางวัลแก่ชีวิตของตนในทางที่เหมาะสม

3. ช่วงแห่งการพึ่งพิง ในช่วงนี้ความเจ็บป่วยมักจะมาเยือนบ่อยขึ้น การเสื่อมสภาพของอวัยวะส่วนต่างๆ ปรากฏชัด ผู้สูงอายุบางท่านอาจอยู่ในสภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นจึงต้องการการช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมาก ผู้สูงอายุในวัย 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสประสบกับสภาพเช่นนี้มาก แต่สำหรับบางคนอาจจะต้องพึ่งพิงคนอื่นตั้งแต่อายุยังน้อยกว่านี้ ขึ้นอยู่กับสภาพสังขารและพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละคน ช่วงที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นนี้จะยาวหรือสั้นแค่ไหน ขึ้นอยู่กับลักษณะความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพของแต่ละคน แต่โดยทั่วไปแล้วยิ่งคนเรามีอายุยืนยาวขึ้น โอกาสเสี่ยงที่จะต้องพึ่งผู้อื่นในการดำรงชีวิตมักจะมากขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะในยุคที่เทคโนโลยีทางการแพทย์สามารถ "ยื้อ" ลมหายใจของมนุษย์ไว้ได้นานขึ้นเช่นทุกวันนี้

การคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานะสุขภาพ พ.ศ. 2545

เพศ/ กลุ่มอายุ		จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีก	จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่คาดว่าจะยังมีสุขภาพดี	จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่คาดว่าจะมีความเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ
ชาย	60-64	19.80	18.05	1.75
	65-69	16.75	14.90	1.85
	70-74	14.14	12.15	1.99
	75-79	11.73	9.59	2.14
	80-84	10.01	7.62	2.38
	85 +	9.38	6.54	2.84
หญิง	60-64	22.51	19.90	2.61
	65-69	18.90	16.22	2.68
	70-74	15.65	12.91	2.77
	75-79	12.63	9.78	2.85
	80-84	10.21	7.20	3.01
	85 +	8.73	5.40	3.33

ที่มา : Rakchanyaban, Uthaithip. 2004. Active Life Expectancy among the Thai Elderly Population. Ph.D. Thesis, Institute for Population and Social Research, Mahidol University

ถ้าพิจารณาความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุเช่นที่กล่าวมานี้ เราคงต้องยอมรับแบบมองโลกตามความเป็นจริงว่า ในชีวิตของผู้สูงอายุนั้นมีทั้งช่วงที่เป็น "พลังของสังคม" และช่วงที่เป็น "ภาระของสังคม" ทั้งสองช่วงนี้ช่วงไหนจะยาวหรือสั้นเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลักๆ สองด้าน คือ ด้านหนึ่งเป็นเรื่องของปัจจัยภายใน อันได้แก่ สุขภาพและทักษะด้านแรงงาน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของประสบการณ์ที่สะสมมาตลอดชีวิต ตั้งแต่ก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุด้วยซ้ำ อีกด้านหนึ่งเป็นปัจจัยภายนอก ซึ่งได้แก่ โอกาสที่มีอยู่ในสังคมว่าเอื้ออำนวยที่จะให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในแรงงาน และได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่ของตนมากน้อยเพียงใด

ในช่วงที่เป็น "พลังของสังคม" นั้น ถ้าปัจจัยภายนอกคือการมีงานที่เหมาะสมและระบบการจ้างงานในสังคมเอื้ออำนวยและถ้าผู้สูงอายุยัง "มีไฟ" อยู่ก็จะสามารถสร้างสรรค์ประโยชน์ให้ตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้ ไม่น้อยไปกว่าแรงงานที่อ่อนวัยกว่า แต่ใน "ช่วงเวลาแห่งการพึ่งพิง" นั้น ผู้สูงอายุ "เป็นภาระ" มากกว่าเป็นพลัง เพราะช่วยตัวเองได้น้อย หรือแทบไม่ได้เลย

ที่ว่าเป็นภาระนั้นหมายความว่า สังคม (ซึ่งรวมถึงครอบครัวและชุมชน) มี "หน้าที่" ที่จะต้องรับผิดชอบ ในอันที่จะดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะทำหน้าที่นี้ด้วยความรักความผูกพันเพื่อตอบแทนพระคุณ หรือด้วยคำนึงถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ หรือทั้งสองอย่างก็ตาม *"ภาระ" ในที่นี้จึงไม่ได้หมายถึงสิ่งที่ต้องฝืนใจทำ และไม่ได้หมายความว่าการให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นงานส่วนเกิน แต่เป็นหน้าที่โดยธรรมของคนรุ่นหลังและของสังคมโดยตรง*

พลังที่ไม่ควรมองข้าม

ผู้สูงอายุคือพลังของสังคม เพราะเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าซึ่งสามารถทำประโยชน์แก่ครอบครัวชุมชนและสังคมได้เช่นเดียวกับแรงงานทั่วไป ความจริง เพียงผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างต่อเนื่องเท่านั้น ก็นับว่าเป็นพลังของสังคมได้อย่างหนึ่งอยู่แล้ว แต่ผู้สูงอายุยังมีคุณค่าเพิ่มซึ่งหาได้ยากในคนวัยอื่น นั่นคือมีความรู้ที่ได้สั่งสมผ่านการทดสอบ มีบทเรียนและประสบการณ์มายาวนาน คุณสมบัติเหล่านี้คือคุณค่าเพิ่มที่มีค่ายิ่ง หากใช้ประโยชน์อย่างเต็ม

เราคงต้องยอมรับแบบมองโลกตามความเป็นจริงว่า ในชีวิตของผู้สูงอายุนั้นมีทั้งช่วงที่เป็น "พลังของสังคม" และช่วงที่เป็น "ภาระของสังคม"

สถานภาพการทำงานของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548

หน่วย : 1,000 คน

ข้อมูลผู้สูงอายุ	ชาย	หญิง	รวม
ประชากรผู้สูงอายุ	3,013.2	3,706.5	6,719.7
1. ผู้อยู่ในกำลังแรงงาน	1,535.5	1,068.9	2,604.4
○ ผู้มีงานทำ	1,529.2	1,062.3	2,591.5
- ภาคเกษตร	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	1,690.4
- นอกภาคเกษตร	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	901.0
○ ผู้ไม่มีงานทำ	3.7	1.8	5.5
○ ผู้รอฤดูกาล	2.5	4.9	7.4
2. ผู้ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน	1,477.8	2,637.5	4,115.3
○ ทำงานบ้าน	27.7	575.0	602.7
○ ไม่สามารถทำงานได้	1,323.7	2,027.2	3,350.9
○ อื่น ๆ	126.4	35.3	161.7

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548

หมายเหตุ: "ผู้อยู่ในกำลังแรงงาน" ในตารางนี้ หมายถึง ผู้ที่ทำงานแบบมีรายได้หรือค่าตอบแทนที่สม่ำเสมอ

ศักยภาพก็จะก่อให้เกิดคุณูปการ ไม่เฉพาะแก่ตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังจะเป็นประโยชน์แก่ชุมชนและสังคมได้ด้วย

อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริง ศักยภาพการเป็น "พฤฒพลัง" ของผู้สูงอายุ อาจจะถูกจำกัดโดยปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากสุขภาพของผู้สูงอายุเองได้เหมือนกัน ข้อจำกัดเหล่านี้รวมถึงการมี (หรือไม่มี) งานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และระบบการจ้างงานในตลาดแรงงาน ถ้าผู้สูงอายุยังมีสุขภาพดี แต่ไม่มีงานที่เหมาะสม หรือระบบการจ้างงานไม่เอื้ออำนวย เช่น มีการจำกัดอายุในการรับสมัครงาน และการให้ออกจากงานเมื่อถึงวัยที่กำหนดว่าเป็นผู้สูงอายุ ทั้งที่สมรรถภาพในการทำงานยังดีอยู่ เป็นต้น ก็คงเป็นไปได้ยากที่ผู้สูงอายุในช่วงพฤฒพลังนี้ จะมีโอกาสได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่สร้างสรรค์ประโยชน์ได้อย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย

เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น ว่าผู้สูงอายุไทยเป็นพลังของสังคมที่สำคัญเพียงใด และสังคมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถทำประโยชน์สูงสุดเพียงใด เราจะสำรวจดูสภาพการมีส่วนร่วมในแรงงาน และบทบาทในการเป็นห่วงโซ่เชื่อมโยงทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในสังคมไทย บนพื้นฐานของข้อมูลเท่าที่มีอยู่

○ แรงงานผู้สูงอายุ: ศักยภาพที่ยังไม่ได้ถูกใช้เต็มที่

ตัวเลขจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไทย พ.ศ. 2548 ไตรมาสที่ 2 ระบุว่า ในปี 2548 มีผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้นที่ยังทำงานอยู่ (ดูตาราง) งานที่ผู้สูงอายุทำนั้นเกือบทั้งหมดเป็นงานนอกระบบ เช่น งานที่เป็นกิจการของตัวเองหรือของครอบครัว งานที่ไม่มีค่าจ้าง หรือมิฉะนั้นก็เป็นงานที่ทำไม่สม่ำเสมอ และไม่มีรายได้ที่แน่นอน การสำรวจแรงงานนอกระบบในปี 2548 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบจำนวน 2.3 ล้านคน หรือเกือบ 9 ใน 10 ของผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่ทั้งหมด (ซึ่งมีจำนวน 2.6 ล้านคน) ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบนี้เป็นเพศชาย

ข้อนี้สะท้อนให้เห็นถึงระบบการจ้างงานของไทย กล่าวคือ งานในระบบ เช่น งานราชการและรัฐวิสาหกิจนั้น ยากที่ผู้สูงอายุจะเข้าไปมีส่วนร่วมได้ เพราะมีกฎหมายกำหนดการเกษียณแบบ

บังคับไว้ที่อายุ 60 ปี เมื่อถึงอายุนี้แล้ว แม้จะมีพละกำลังและความตั้งใจที่จะทำงานต่อไป ก็ไม่มีสิทธิ์ แรงงานที่เกษียณเหล่านี้ มีเป็นจำนวนมากที่ยังมีพลังและสามารถจะทำงานต่อไปได้ โดยที่สมรรถภาพในการผลิตมิได้ลดลง และอีกจำนวนมากมีความต้องการหรือมีความจำเป็นที่จะทำงานต่อไป เพื่อให้ชีวิตยังมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และที่สำคัญ คือ มีรายได้สำหรับการดำเนินชีวิต แต่เมื่อไม่สามารถจะหางานทำในระบบได้ ส่วนใหญ่จึงหันไปทำงานประเภทนอกระบบ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบอีกส่วนหนึ่ง ที่เป็นส่วนใหญ่จริงๆ คือ ผู้สูงอายุในชนบท ที่ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม รวมถึงผู้ที่ทำงานรับจ้างนอกระบบด้วยส่วนนี้มีประมาณ 2 ใน 3 ของแรงงานผู้สูงอายุ ทั้งหมด ผู้สูงอายุเหล่านี้ ไม่ว่าจะมีอายุเท่าไร ส่วนมากก็มักจะทำงานต่อไปจนสังขารสู้ไม่ไหวจึงเลิกทำ

สำหรับชั่วโมงการทำงาน ในรายงานการสำรวจดังกล่าว ระบุว่า ในปี 2548 ผู้สูงอายุที่ทำงานมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง ซึ่งก็พอๆ กับที่พบในการสำรวจเมื่อ 4 ปีก่อนหน้านั้น (พ.ศ. 2544) ในด้านรายได้ ผู้สูงอายุที่ทำงานมีรายได้เฉลี่ย ประมาณ 4,900 บาทต่อเดือน ลดลงจากปี 2544 ที่ผู้สูงอายุมีรายได้ประมาณ 5,500 บาท ต่อเดือน ผู้สูงอายุเพศชายมีรายได้มากกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุในเมืองมีรายได้มากกว่าผู้สูงอายุในชนบท และรายได้เฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร อย่างไรก็ตาม แม้รายได้จะไม่มาก แต่ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีรายได้เป็นของตัวเองเกือบ 2 ใน 3 ก็บอกว่ารายได้ของตนเพียงพอสำหรับการดำรงชีวิต ที่บอกว่าไม่เพียงพอมีประมาณกว่า 1 ใน 3 เล็กน้อย นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุอีกร้อยละ1 บอกว่ารายได้ของตนมากเกินความต้องการ

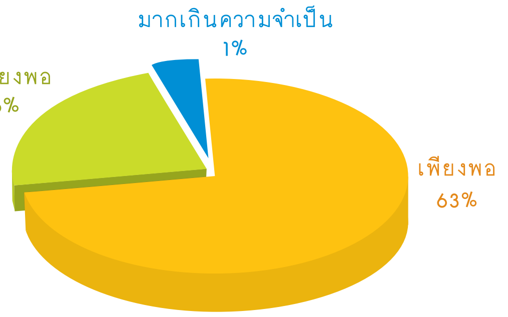
แต่ก็ไม่ใช่ว่าผู้สูงอายุทุกคนจะมีรายได้ ในรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยครั้งล่าสุด พ.ศ. 2545 ระบุว่า ผู้สูงอายุประมาณ 9 ใน 10 คน มีรายได้จากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง ที่เหลือไม่มีรายได้หรือไม่มีข้อมูลในเรื่องนี้เฉพาะที่บอกว่ามีรายได้นั้น ร้อยละ 40 เป็นรายได้จากการทำงาน ร้อยละ 35 จากสมาชิกอื่นในครอบครัว และอีกร้อยละ 25 มีรายได้จากดอกเบี้ย เงินออม เงินบำนาญ สวัสดิการ หรือเงินชดเชย

ชั่วโมงทำงานและรายได้เฉลี่ยของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2544 และ 2548

เพศและเขตการปกครอง	ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์		รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	
	2544	2548	2544	2548
รวม	40.4	39.8	5,534.8	4,918.8
ชาย	40.1	39.9	6,375.0	5,753.1
หญิง	41.1	39.8	3,905.8	3,436.2
เขตการปกครอง				
เมือง	47.9	46.7	9,153.3	9,863.1
ชนบท	38.1	38.0	3,513.5	3,069.4
ภาค				
กรุงเทพมหานคร	54.2	52.1	13,793.6	18,093.1
กลาง	45.6	44.7	5,322.8	4,878.5
เหนือ	43.1	39.6	2,215.3	2,649.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	34.2	38.4	5,557.7	3,157.5
ใต้	35.2	33.3	2,814.3	4,378.9

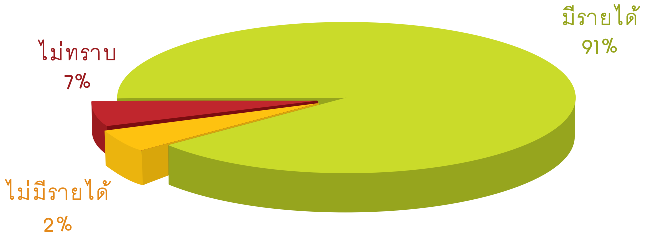
ที่มา : คำณวนจากข้อมูลการสำรวจภาวการณ์ทำงานของประชากร ไตรมาสที่ 2, 2544 และ 2548. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ความเพียงพอของรายได้ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เป็นของตนเอง



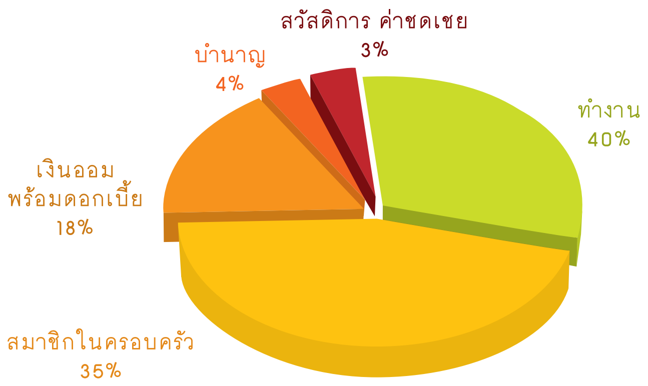
หมายเหตุ : รายได้เฉลี่ยต่อปีต่อคนเท่ากับ 41,179 บาท
ที่มา : รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีรายได้



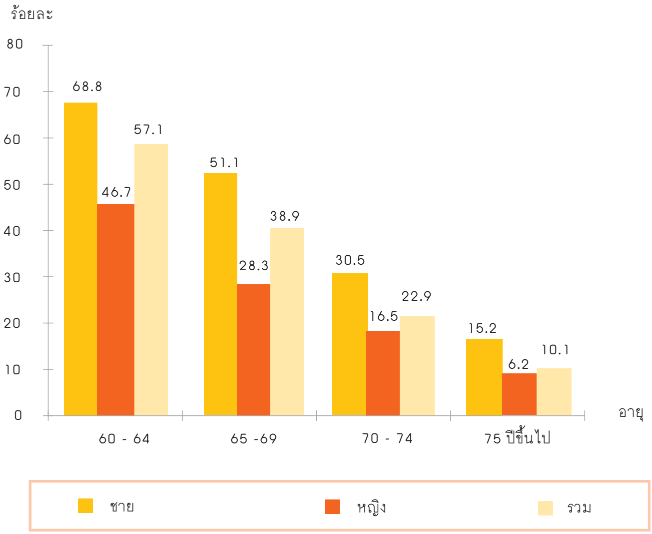
ที่มา : รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ร้อยละของผู้สูงอายุ ตามแหล่งที่มาของรายได้



ที่มา : รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ร้อยละผู้สูงอายุที่อยากทำงาน



ที่มา : รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ที่กล่าวข้างต้นนั้นเป็นการทำงานที่มีรายได้ของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเงินหรือสิ่งของก็ตาม งานเหล่านี้สามารถจะวัดเป็นผลผลิตได้ค่อนข้างตรงไปตรงมา ยังมีงานอีกประเภทหนึ่งที่ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยทำ แต่ก็มักจะถูกมองข้าม เนื่องจากเห็นว่าไม่ใช่การผลิตโดยตรง เราอาจจะเรียกงานประเภทนี้ว่าเป็นงานที่เกื้อหนุนให้สมาชิกอื่นในครัวเรือนมีอิสระที่จะทำงานในระบบเศรษฐกิจได้เต็มที่ เช่น การดูแลภายในบ้าน เฝ้าบ้าน ทำงานบ้าน และเลี้ยงหลานที่ยังเล็ก เพื่อให้พ่อแม่ของเด็กๆ เหล่านั้นสามารถเอาเวลาไปทำงานการผลิตได้เต็มที่ ตัวเลขจากการสำรวจประชากรสูงอายุครั้งล่าสุด (พ.ศ. 2545) แสดงว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ทำงานประเภทให้การเกื้อหนุนแก่สมาชิกอื่นในครัวเรือนเช่นนี้มีถึงร้อยละ 63 และผู้สูงอายุเพศชายทำงานนี้ประมาณร้อยละ 47

ถึงแม้ว่างานที่ไม่มีรายได้เหล่านี้อาจจะเทียบไม่ได้กับงานในระบบ แต่คุณค่าของมันก็ไม่ได้ด้อยแต่อย่างใด ในครัวเรือนจำนวนมาก ถ้าปราศจากแรงงานผู้สูงอายุที่รับผิดชอบในด้านนี้ ชีวิตของสมาชิกครัวเรือนทุกคนคงจะยุ่งยากไม่น้อย การมีผู้สูงอายุ (ปู่ ย่า ตา ยาย) อยู่ดูแลบ้านหรือช่วยเลี้ยงหลานนั้นถือว่าเป็นรูปแบบในอุดมคติของการอยู่ร่วมกันและเกื้อหนุนกันและกัน ของสมาชิกต่างรุ่นในครัวเรือนของไทย และที่สำคัญคือ เป็นคุณูปการอย่างยิ่งแก่ทั้งผู้สูงอายุเองและสมาชิกที่เยาว์วัยกว่า เพราะอย่างน้อยก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า ขณะเดียวกันก็เป็นการสร้างความผูกพันและความอบอุ่นระหว่างคนต่างวัยในครัวเรือนด้วย นี่เป็นสิ่งที่หาค่ามิได้

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาดูทิศทางของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตแล้ว มีเหตุผลที่จะเชื่อว่า ในอนาคตบทบาทของผู้สูงอายุในด้านการให้ความเกื้อหนุนแก่สมาชิกอื่นในครัวเรือนอาจจะลดลง เนื่องจากโอกาสการได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับลูกหลานจะค่อยๆ ลดน้อยลง ที่จริงการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ได้เริ่มขึ้นแล้วและกำลังจะชัดเจนมากขึ้น สถานการณ์ในปัจจุบันกำลังจะเหมือนในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุมาก่อนไทย อย่างเช่น ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา หรือประเทศที่พัฒนาแล้วในยุโรป

ในเรื่องการทำงานนั้น ถ้าสุขภาพยังไหวอยู่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็คงอยากทำต่อไป ความจริง นี่เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่ปฏิบัติกันอยู่แล้ว คือทำงานแบบไม่มีวันเกษียณ วันที่จะได้เกษียณจริงๆ ก็คือวันที่สังขารไปไม่ไหวนั่นเอง ในการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2545 พบว่าผู้สูงอายุที่ยังอยากทำงานต่อไปมีสัดส่วนแตกต่างกันตามกลุ่มอายุ และตามเพศ โดยผู้สูงอายุในวัยต้นอยากทำงานมากกว่าในวัยกลางและวัยปลาย และผู้สูงอายุเพศชายอยากทำงานมากกว่าเพศหญิง ปัจจัยสำคัญในเรื่องนี้คงจะอยู่ที่เรื่องสุขภาพ และการมีงานที่เหมาะสมเป็นหลัก เช่น ในกลุ่มอายุ 60-64 ปี ผู้ที่บอกว่ายังอยากทำงานต่อไปมีถึงร้อยละ 57 (ร้อยละ 69 สำหรับเพศชาย และ 47 สำหรับเพศหญิง) ในกลุ่มอายุที่สูงขึ้นไปจำนวนผู้ที่อยากทำงานลดลงไปตามลำดับ จนกระทั่งในกลุ่มอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุที่บอกว่าอยากทำงานมีเพียง 1 ใน 10 เท่านั้น (ดูแผนภูมิ) ข้อมูลนี้แสดงว่า ถ้ามีงานที่เหมาะสมรองรับ ผู้สูงอายุจำนวนมากพร้อมที่จะทำงานต่อไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ซึ่งโดยมากยังมีสุขภาพดีและ "ยังมีไฟ" อยู่ ในอนาคต คนไทยมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพดีและอายุยืนมากขึ้น ซึ่งก็ยิ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่พร้อมจะทำงานต่อไปมีจำนวนมากขึ้นตามไปด้วย

ในวัยหลังอายุ 60 ปี นั้น คนจำนวนมากยังมีสุขภาพแข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ และจำนวนไม่น้อยอยู่ในจุดสูงสุดของพลังความคิด ซึ่งสามารถจะทำงานต่อไปได้อีกหลายปี แต่ถ้าต้องหยุดทำงานเนื่องจากต้องเกษียณ ถูกเลิกจ้าง หรือ

เนื่องจากระบบการจ้างงานที่มีอยู่ในสังคมไม่เอื้ออำนวย ก็นับว่าเป็นการเสียโอกาสสำหรับทรัพยากรที่มีค่าส่วนนี้ ข้อมูลที่นำเสนอมาข้างต้นนั้นแสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นมีแรงงานที่ควรจะได้นำมาใช้อยู่เป็นจำนวนมากแต่สังคมไม่มีระบบที่จะนำมาใช้ได้อย่างเต็มศักยภาพ แรงงานเหล่านี้จึงเป็นเสมือนแรงงานแฝง ที่ควรจะได้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

ประโยชน์ของการได้ทำงานต่อไปนั้น จะได้ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุเองและแก่สังคมด้วย อย่างไม่ต้องสงสัย เพราะนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีพลังกระฉับกระเฉงอยู่เสมอแล้ว การทำงานยังจะช่วยให้รู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีไม่ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น รวมทั้งภาคภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์แก่สังคม จะ*ว่าไปแล้ว การทำงานที่เหมาะสมนั้นในตัวของมันเองสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มากกว่าที่จะทำให้เสียสุขภาพ จะว่าเป็นยาอายุวัฒนะขนานหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุก็ได้* นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุยังทำงานต่อไปยังจะช่วยยืดเวลาที่จะได้ออมเงินเพื่อความมั่นคงของชีวิตได้มากขึ้น หรือมีเวลาสะสมสวัสดิการภายใต้ระบบการประกันตนที่มีอยู่ให้นานขึ้น ซึ่งย่อมหมายถึงว่าเมื่อถึงเวลาที่จะรับสวัสดิการจริงๆ ก็จะได้รับการบริการและผลตอบแทนมากขึ้น ขณะเดียวกัน ก็จะช่วยชะลอเวลาที่จะเป็นภาระทางการเงินแก่ครอบครัว และแก่สังคมในฐานะผู้ "กินสวัสดิการ" ออกไปด้วย *สรุปว่า ถ้าผู้สูงอายุทำงานต่อไป เงินก็ได้ สุขภาพก็ดี สวัสดิการที่จะได้รับเมื่อเลิกทำงานก็จะสะสมได้มากขึ้น และที่สำคัญภาระต่อสังคมก็ลดลงด้วย*

ปัจจุบัน ประเทศไทยเพิ่งจะเริ่มพูดถึงการให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในแรงงานต่อเนื่องไปนานๆ เพราะมองเห็นว่า ผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งยังมีพลัง และมีศักยภาพที่จะทำงานต่อไปได้ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานจริงๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้ทำงานนั้นยังมีข้อจำกัดอยู่มาก ประกอบกับบริบทของตลาดแรงงานในปัจจุบันก็ยังไม่เอื้ออำนวยเท่าที่ควร เช่น ยังมีการกำหนดอายุในการรับสมัครงาน มีการให้ออกเมื่อแรงงานเข้าสู่วัยสูงอายุ แรงงานเองก็ยังขาดโอกาสในการเรียนรู้หรือการฝึกทักษะเพิ่มเติม เพื่อเตรียมตัวให้พร้อมจะทำงานได้เสมอ อีกทั้งการจ้างงานส่วนใหญ่ก็เป็นการจ้างแบบเต็มเวลา ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเท่าที่ควร

ในอนาคต คนไทยจะมีอายุยืนขึ้นไปอีก ถ้ายังกำหนดอายุเกษียณไว้ที่ 60 ปี ผู้สูงอายุที่ทำงานในระบบจะมีช่วงเวลาที่ไม่ได้เป็นผู้ผลิตแต่เป็นผู้รับบำนาญอยู่ยาวนานขึ้น ข้อนี้จะมีผลกระทบต่อรายได้ และต่อภาระการเงินของครอบครัว นอกจากนี้ในระยะยาวก็ยังอาจจะมีผลกระทบต่อฐานะการเงินของโครงการสวัสดิการด้วย สถานการณ์เช่นนั้นอาจจะเป็นแรงกดดันให้ผู้สูงอายุต้องการทำงานต่อไปมากขึ้น รัฐก็มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการทำงานที่มีรายได้มากขึ้น อาจจะด้วยการขยายเวลาเกษียณอายุออกไป หรือด้วยการพัฒนาทักษะแรงงานทั้งในวัยก่อนและในวัยสูงอายุให้พร้อมอยู่เสมอ เพื่อให้แรงงานสามารถหางานที่เหมาะสมทำได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยวิธีนี้ ผู้สูงอายุก็จะเป็นทรัพยากรที่ได้ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ แทนที่จะเป็นแรงงานแฝงที่ไม่ได้นำมาใช้เท่าที่ควร

การหามาตรการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในแรงงานให้มากที่สุดนั้น ประเทศที่เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุมาก่อนไทย เช่น สิงคโปร์และญี่ปุ่น ถือเป็นนโยบายสำคัญอย่างหนึ่งในการบรรเทาปัญหาผู้สูงอายุ สิงคโปร์นั้นขยายอายุเกษียณจาก 60 ปี เป็น 62 ปี และจะเป็น 67 ปี ในอนาคตอันใกล้ นอกจากนี้ก็มีการปรับอัตราค่าจ้างให้เอื้อต่อการจ้างงานผู้สูงอายุ และลด

อุ๊ยสอนหลาน

ชมรมผู้สูงอายุที่อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ ร่วมมือกับชุมชน บ้าน วัด โรงเรียน ริเริ่มโครงการ "อุ๊ยสอนหลาน" ขึ้นเมื่อปี 2539 โดยมีพ่ออุ๊ยใจคำ ตาปัญโญ และผู้อาวุโสกว่า 30 คน เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการจัดกิจกรรมสอน ความรู้ทางวัฒนธรรมให้กับลูกหลานในท้องถิ่น เด็กคนใดใคร่อยากเรียนรู้ในด้านใด ทางผู้ใหญ่ใจดีมีทั้งพ่อเฒ่าแม่เฒ่า พระ ครู จะจัดเครื่องไม้เครื่องมือมาสอนให้ กิจกรรมมีหลากหลายทั้งเรียนรู้ทางด้านดนตรีพื้นเมือง สะล้อ ซอ ซึง เรียนรู้การทำเครื่องจักสาน ทำของเล่นจากธรรมชาติ ทำร่ม ทอผ้า เด็กๆ สามารถไปเรียนรู้ที่บ้านพ่ออุ๊ย แม่อุ๊ย ได้ตามอัธยาศัย อยากรู้จักสมุนไพร พืชผักผลไม้ เรียนรู้จากป่าชุมชน ผู้รู้ตัวจริงจะพาขึ้นดอยเข้าป่าสัมผัสธรรมชาติของแท้ เด็กๆ ไม่เบื่อ ผู้ใหญ่ก็ไม่เหงา กิจกรรมสืบสานภูมิปัญญาที่เกิดขึ้นนี้ นอกจากจะไม่พรากเด็กออกจากชุมชนแล้ว ยังได้เห็นภาพความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้สูงอายุ การเคารพผู้อาวุโส การให้ความเอื้อเฟื้อ ดูแลกันและกัน และร่องรอยความสุขใจ ที่พบเห็นได้ง่ายใน ชุมชนแห่งนี้

ที่มา : http://www.salahlanna.com

"ประเทศเรามีผู้เกษียณอายุที่มีความรู้ความสามารถจำนวนมาก บุคคลเหล่านี้เปรียบประดุจธนาคารสมอง อยู่กระจัดกระจายตามที่ต่างๆ ไม่มีโอกาสเข้ามาช่วยในการพัฒนาอันเป็นประโยชน์แก่ประเทศชาติเลย ทำอย่างไรเราจึงจะสามารถนำบุคคลเหล่านี้ มาช่วยงานส่วนรวมของประเทศชาติได้บ้าง"

(พระราชดำรัสของสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2543 ณ ศาลาดุสิตาลัย)

อัตราเงินสมทบเข้ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับนายจ้างที่จ้างผู้สูงอายุเข้าทำงาน ส่วนประเทศญี่ปุ่นก็ขยายอายุเกษียณจาก 60 เป็น 65 ปี มีการออกระเบียบในการจ้างงานที่มีรูปแบบหลากหลาย สนับสนุนการเป็นผู้ประกอบการ และลดระเบียบที่กีดกันการจ้างงานสำหรับผู้สูงอายุ ประสบการณ์ของประเทศเหล่านี้อาจจะเป็นบทเรียนที่ดีสำหรับประเทศไทยได้

◌ คลังแห่งภูมิปัญญาและห่วงโซ่ทางวัฒนธรรม

กินเวลาไม่น้อยกว่า 60 ปี กว่าคนคนหนึ่งจะผ่านกาลเวลามาถึงจุดที่สังคมจะให้เกียรติเขาว่าเป็นผู้สูงอายุ แต่อายุก็ไม่ใช่เพียงสิ่งเดียวที่ทำให้สังคมกำหนดสถานะอันมีเกียรตินี้ให้แก่ใครต่อใคร ยังมีคุณสมบัติที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งซึ่งมองไม่เห็นแต่สามารถสัมผัสได้ นั่นคือ ภูมิปัญญาที่ผู้สูงอายุได้สั่งสมสืบทอดมาจากคนรุ่นก่อนและที่แต่ละท่านได้คิดค้นสร้างสรรค์ขึ้นมาเอง สิ่งเหล่านี้พร้อมที่จะส่งผ่านไปยังอนุชนรุ่นหลัง ด้วยการสอน การทำให้เห็นเป็นตัวอย่าง หรือด้วยการให้คำปรึกษาแนะนำ มองในแง่นี้ผู้สูงอายุก็เหมือนกับ "คลัง" แห่งภูมิปัญญา ที่สังคมสามารถ "เบิก" ออกมาใช้ได้ในยามที่ต้องการ จะเรียกว่าเป็น "ทุนทางสังคม" อย่างหนึ่งก็ไม่ผิด ภูมิปัญญาที่สมาชิกรุ่นอาวุโสได้เรียนรู้ ผ่านการทดสอบจากประสบการณ์ในชีวิตจริง และสั่งสมสืบทอดมาจนถึงคนรุ่นหลังนั้น มีทั้งส่วนที่เกี่ยวโดยตรงกับการดำรงชีวิต และส่วนที่เป็นเรื่องของกุศลธรรมและสุนทรียะ คือความดีและความงามของชีวิต

ภูมิปัญญาเกี่ยวกับการดำรงชีวิตนั้น รวมเอาบรรดาความรู้เกี่ยวกับการประดิษฐ์และการจัดการสิ่งต่างๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการทำมาหากินและการดูแลรักษาสุขภาพที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพของสังคม เช่น ความรู้ในการสร้างและการจัดการเครื่องมือในการทำการเกษตร การประมง การประกอบอาหาร รูปแบบและวิธีการสร้างที่อยู่อาศัย การก่อตั้งครอบครัวและชุมชน ตลอดจนวิธีการและอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพ (เช่น สมุนไพร วิธีการรักษาโรค การแพทย์แผนไทย) เป็นต้น ภูมิปัญญาเหล่านี้สืบทอดจากผู้สูงอายุสู่คนรุ่นหลัง รุ่นแล้วรุ่นเล่า จนกลายเป็นวิถีชีวิตที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวของกลุ่มชนและสังคม การสืบทอดภูมิปัญญาอันเป็นแบบแผนของการดำรงชีวิตจากคนรุ่นสูงอายุสู่อนุชนในลักษณะเช่นนี้ เนื้อแท้แล้วคือการสืบทอดวัฒนธรรม เพราะวัฒนธรรมคือแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนในสังคม

อีกส่วนหนึ่งของภูมิปัญญาผู้สูงอายุเป็นเรื่องของคุณธรรมและความรู้ อันว่าด้วยความดีและความงาม ในฐานะที่ผ่านโลกมาก่อน ผู้สูงอายุอยู่ในฐานะอันเหมาะสมที่จะเป็นผู้ชี้แนะแก่อนุชนรุ่นหลังในสิ่งที่ถูกที่ควร (หรืออย่างน้อยก็ได้รับการคาดหวังว่าจะช่วยชี้แนะได้) บนพื้นฐานของการเรียนรู้และการได้ผ่านประสบการณ์มาก่อน มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในสุนทรียศาสตร์สาขาต่างๆ อันเป็นเอกลักษณ์ของชาติ

และได้ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นให้แก่คนรุ่นหลัง ทำให้มีการสืบสานศิลปวัฒนธรรมของชนชาติ จนหลายท่านได้รับการยอมรับและยกย่องให้เป็นศิลปินแห่งชาติสาขาต่างๆ นี่ต้องถือว่าเป็นบทบาทสำคัญของผู้สูงอายุในฐานะเป็นห่วงโซ่แห่งการสืบทอดทางวัฒนธรรม หรือเป็น *"ทุนทางวัฒนธรรม"*

รูปธรรมอีกอย่างหนึ่งของการเป็นทุนทางวัฒนธรรม จะเห็นได้จากผู้สูงอายุที่เป็นปราชญ์ชาวบ้าน ผู้ถึงพร้อมด้วยวัยวุฒิและคุณวุฒิ ดำรงชีวิตเป็นแบบอย่าง เป็นเหมือนขุมทรัพย์ของชุมชนท้องถิ่น เป็นที่เคารพนับถือของคนทั่วไป ปราชญ์ชาวบ้านนั้นมีอยู่ทั่วไปในทุกท้องถิ่น ส่วนมากมักจะอยู่ในวัยผู้สูงอายุ หลายคนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเครือข่ายวัฒนธรรมและมีบทบาทสำคัญในการเป็น "ผู้ให้" และมีส่วนร่วมในการจัดตั้งหรือเป็นกรรมการในสภาวัฒนธรรมจังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งในปัจจุบันมีอยู่มากกว่า 3,000 แห่ง มีศูนย์วัฒนธรรม ประมาณ 250 แห่ง รวมถึงศูนย์บูรณาการวัฒนธรรมไทยสายใยชุมชนอีกกว่า 100 แห่ง กระจายอยู่ทั่วประเทศ ผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในองค์กรเหล่านี้ในฐานะเป็นผู้ให้ความรู้ ความคิด ให้คำปรึกษา และขวนขวายในกิจกรรมขององค์กรชุมชน

มองในแง่นี้ผู้สูงอายุก็เป็นคลังแห่งภูมิปัญญา หรือเป็น "ธนาคารสมอง" โดยแท้ ซึ่งคนรุ่นหลังสามารถจะขอคำปรึกษาและเรียนรู้เพื่อใช้ประโยชน์หรือปรับปรุงต่อยอดให้เหมาะสมสอดคล้องกับยุคสมัยของตนได้

ดังนั้น จึงเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่จะให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมให้มากขึ้น เพราะนอกจากสังคมจะได้รับประโยชน์แล้ว ผู้สูงอายุเองก็มีส่วนได้ด้วยที่มีโอกาสใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดี เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งในหมู่ผู้สูงอายุด้วยกันเอง และกับคนรุ่นใหม่

การถ่ายทอดภูมิปัญญาและการสืบสานวัฒนธรรมจากผู้สูงอายุสู่อนุชนรุ่นหลังนั้น ไม่มีที่ไหนจะเหมาะสมเท่ากับในครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุอยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชนมากที่สุด อีกประการหนึ่ง การอบรมบ่มเพาะในครอบครัวและชุมชนทำได้ง่ายกว่าในบริบทของสถาบันอื่น ในวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทยนั้นความรู้และแบบแผนการปฏิบัติที่ถูกต้องตาม

ธนาคารสมอง

ก่อตั้งขึ้นโดยมติของคณะรัฐมนตรี ในปี 2543 เพื่อสนองพระราชดำริของสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2543 ที่ทรงมีพระราชประสงค์จะให้มีการรวมเอาผู้ที่เกษียณอายุ ซึ่งยังมีความสามารถเปรียบเสมือนธนาคารสมอง มาร่วมกันทำงานเพื่อส่วนรวม ธนาคารสมองทำหน้าที่เป็นศูนย์รวมผู้ทรงคุณวุฒิที่เกษียณอายุเพื่อส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันดีงามจากผู้อาวุโสสู่คนรุ่นใหม่ ดำเนินการภายใต้มูลนิธิพัฒนาไท โดยมีกลุ่มประสานงานและอำนวยการธนาคารสมอง สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ

ธนาคารสมอง จัดทำทำเนียบผู้ทรงคุณวุฒิ จำแนกเป็นรายสาขาตามความรู้ความสามารถ มีทั้งหมด 21 สาขา มีสมาชิก 2,629 คน (พ.ศ. 2548) จากทุกจังหวัด สมาชิกของธนาคารสมองเรียกว่า "วุฒิอาสาธนาคารสมอง" ซึ่งมีบทบาททั้งในเชิงรับและเชิงรุก เช่น ในด้านการเป็นที่ปรึกษาและเป็นวิทยากรบรรยายตามที่ได้รับเชิญ ส่งเสริมเศรษฐกิจฐานรากในระดับท้องถิ่น เสริมสร้างทุนทางสังคม และการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นต้น

ที่มา : ข้อมูลจาก: http://brainbank.nesdb.go.th/ และจาก สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2547

ครรลองวัฒนธรรม ตลอดจนคุณธรรมหลายอย่าง ได้รับการถ่ายทอดปลูกฝังในครอบครัว หรือไม่ก็ในชุมชนเป็นหลัก และผู้ที่ทำหน้าที่นี้ได้ดีที่สุดคือ ผู้สูงอายุรุ่น ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งเป็นที่เคารพนับถือของคนส่วนใหญ่

แต่ก็น่าเป็นห่วงว่า สถาบันครอบครัวและชุมชนจะทำหน้าที่นี้ต่อไปได้อีกนานเท่าไร เพราะทุกวันนี้ทั้งสองสถาบันนี้ดูเหมือนจะอ่อนแอลงมากแล้ว ครอบครัวและชุมชนอ่อนแอลงเพราะอิทธิพลของการศึกษาสมัยใหม่ที่ไม่ได้ให้ความสำคัญแก่การทำหน้าที่ของสถาบันหลักทั้งสองนี้เท่าที่ควร ประกอบกับมีความคิดและค่านิยมแบบใหม่ที่ไหลบ่าเข้ามาผ่านทางสื่อต่างๆ โดยที่ครอบครัวและชุมชนเองก็ตั้งรับไม่ถูก และที่ทำให้ทั้งสองสถาบันนี้อ่อนแอลงไปอีกคือ การที่สมาชิกในวัยแรงงานทั้งรุ่นใหญ่และรุ่นเล็กจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ย้ายออกไปหางานทำหรือไปอยู่ที่อื่น ทำให้เกิดความห่างเหินกันของคนสองรุ่น ทั้งในด้านการติดต่อและในทางความคิด ทำให้โอกาสที่ครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นสถาบันหลักในสังคมจะเป็นพื้นที่ในการถ่ายทอดภูมิปัญญาและคุณธรรม จากผู้สูงอายุสู่อนุชนรุ่นต่อไปลดน้อยลง

ภายใต้สถานการณ์เช่นนี้ ถ้าจะทำให้ผู้สูงอายุเป็นพลังทางสังคมที่ยังประโยชน์ต่อการพัฒนาได้อย่างแท้จริง ก็คงไม่มีทางใดที่ดีกว่าทำให้ครอบครัวและชุมชนเข้มแข็งขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสอยู่กับสมาชิกอื่นของครอบครัวและชุมชน ได้ถ่ายทอดภูมิปัญญาและเชื่อมโยงห่วงโซ่แห่งวัฒนธรรมให้สืบทอดต่อไป การที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายนี้สังคมอาจจะต้องสร้างกลไกใหม่ขึ้นมา พร้อมกับปรับปรุงกลไกที่มีอยู่เดิมหลายอย่างให้เข้มแข็งขึ้น ตั้งแต่ในระดับครอบครัว ไปจนถึงระดับชุมชนและสังคม

ปัจจุบัน มีความพยายามที่จะให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมสำคัญๆ ของชุมชนและสังคมมากขึ้น ผู้สูงอายุเองก็ตระหนักในเรื่องนี้มานาน ดังจะเห็นได้จากการก่อตั้งเป็นชมรมและสมาคมผู้สูงอายุที่เกษียณอายุจากการทำงานแล้ว ของหน่วยงานในระดับกระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ เช่น กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ ฯลฯ ตลอดจนรัฐวิสาหกิจและภาคเอกชนบางส่วน นอกจากนี้ยังมีกลุ่มหรือชมรมที่ผู้สูงอายุในชุมชนที่จัดตั้งกันขึ้นเอง

หรือได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม สร้างเสริมสุขภาพ และความสามัคคีในหมู่ผู้สูงอายุกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุเหล่านี้มีอยู่จำนวนมากทั้งในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท กิจกรรมที่ทำก็มีหลากหลาย นับตั้งแต่สันทนาการ การออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา งานสังคม และกิจกรรมเสริมรายได้ครอบครัว เป็นต้น

สถานการณ์และแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุ

เพราะผู้ที่อยู่ในปัจฉิมวัยมีความต้องการและความจำเป็นแตกต่างจากคนในวัยหนุ่มสาว จึงมีความจำเป็นที่สังคมจะต้องให้การดูแลและเกื้อหนุนผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ความต้องการและความจำเป็นเหล่านี้ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของร่างกาย ซึ่งยังผลให้สมรรถภาพของอวัยวะต่างๆ เสื่อมถอย เจ็บป่วยง่าย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนาน หรือในขั้นรุนแรงอาจจะมีภาวะทุพพลภาพ ช่วยเหลือตัวเองในการดำรงชีวิตประจำวันไม่ได้ ทั้งหมดนี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแล หรือต้องพึ่งพิงผู้อื่นในหลายด้าน ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในเรื่องของสุขภาพทางกายและทางจิตเท่านั้น หากยังรวมถึงด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย

การนำเสนอต่อไปนี้จะกล่าวถึงสถานการณ์และแนวโน้มของบริการเกื้อหนุนสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยจะชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ที่เป็นอยู่ของความต้องการและบริการเฉพาะในด้านที่มีความสำคัญมากๆ ได้แก่ด้านสุขภาพ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การเกื้อหนุนทั้งในและนอกครอบครัว และการประกันความมั่นคงทั้งทางสุขภาพและรายได้

○ สุขภาพผู้สูงอายุ: โรคเปลี่ยน ความต้องการเปลี่ยน

แม้ว่าการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยและการสาธารณสุขในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมา จะทำให้คนทุกวันนี้เข้าสู่วัยสูงอายุในสภาพที่ยังมีสุขภาพดีมากกว่าคนในสมัยก่อน แต่ถึงกระนั้น อัตราการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุก็สูงกว่าในประชากรวัยอื่น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมากกว่าคนในกลุ่มอายุอื่นอีกด้วย ความหมายเชิงนโยบายของความจริงข้อนี้ก็คือ ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุนั้นอัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายจะสูง นั่นหมายความว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพจะสูงตามไปด้วย

ประสบการณ์ของประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์เป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับประเทศไทย ในสิงคโปร์ ปี 2538 มีประชากรสูงอายุ (อายุ 65 ปี ขึ้นไป) เพียงร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศเท่านั้น แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 17 ของการรักษาประเภทนี้ทั้งหมด และคิดเป็นร้อยละ 19 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ส่วนในญี่ปุ่น ปี 2545 ชาวญี่ปุ่นที่อายุ 65 ปีขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพต่อหัว (per capita health expenditure) มากกว่าร้อยละ 10 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัว (per capita GDP) ในผู้สูงอายุวัย 80 ปีขึ้นไป สัดส่วนของค่าใช้จ่ายนี้ยิ่งสูงขึ้นไปอีก คือตั้งแต่ร้อยละ 25 ขึ้นไป จนถึงมากกว่าร้อยละ 30

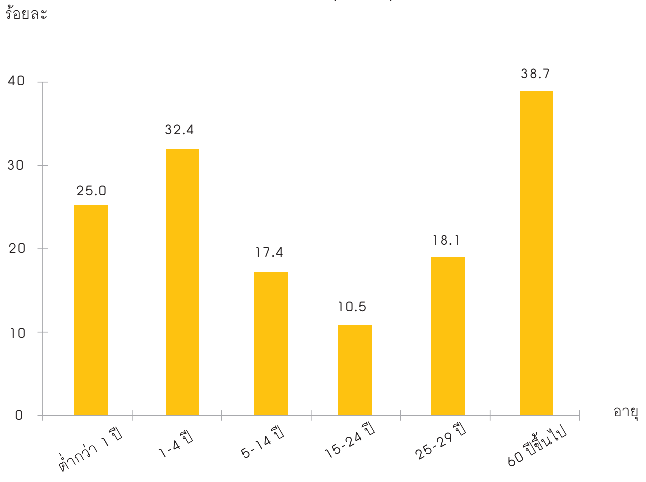
ในประเทศไทยข้อมูลเรื่องเดียวกันนี้มีจำกัด แต่เนื่องจากการเจ็บป่วยทั่วไปและอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัว มีอัตราสูงที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้พออนุมานได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับในวัยอื่นน่าจะมีสัดส่วนอยู่ในระดับสูง แม้ว่าจะไม่เท่ากับในสิงคโปร์และญี่ปุ่นก็ตาม

การศึกษาของนักเศรษฐศาสตร์ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งเผยแพร่เมื่อปี 2542 ให้ภาพประมาณการกว้างๆ ของค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ในระดับหนึ่ง (แม้ว่าตัวเลขนี้จะค่อนข้างเก่าแล้วก็ตาม) การคาดประมาณนี้ครอบคลุมช่วงเวลา 15 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2540-2554 โดยแบ่งค่าใช้จ่ายออกเป็น 2 ส่วนหลักๆ คือ *ส่วนที่หนึ่ง* เป็นค่าใช้จ่ายของภาครัฐผ่านกระทรวงสาธารณสุข กับค่าใช้จ่ายจากสำนักงบประมาณเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ *ส่วนที่สอง* เป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้สูงอายุทั่วไปจ่ายเองจากรายได้ของตน ในการคาดประมาณผู้ศึกษาใช้อัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อปีของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดเป็นเกณฑ์ในการคำนวณ ข้อค้นพบที่น่าสนใจของการศึกษานี้ได้สรุปไว้ใน ตารางประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2540-2554

ในภาพรวม ข้อมูลในตารางดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายทุกประเภทรวมกันจะเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า ในช่วงเวลา 15 ปี จาก 14,340.9 ล้านบาท ในปี 2540 เป็น 35,549.7 ล้านบาท ในปี 2554 ที่เพิ่มมากที่สุดคือค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญซึ่งเพิ่มถึง 7 เท่าขณะที่ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีบำเหน็จบำนาญ เพิ่มเพียง 1.5 เท่าเท่านั้น (โปรดสังเกตว่าในตอนที่ทำการศึกษาเรื่องนี้ยังไม่มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาท) แน่นอนว่า เมื่อจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นและเมื่อระบบสวัสดิการในเรื่องนี้เปลี่ยนไป ค่าใช้จ่ายก็จะเปลี่ยนไปด้วย

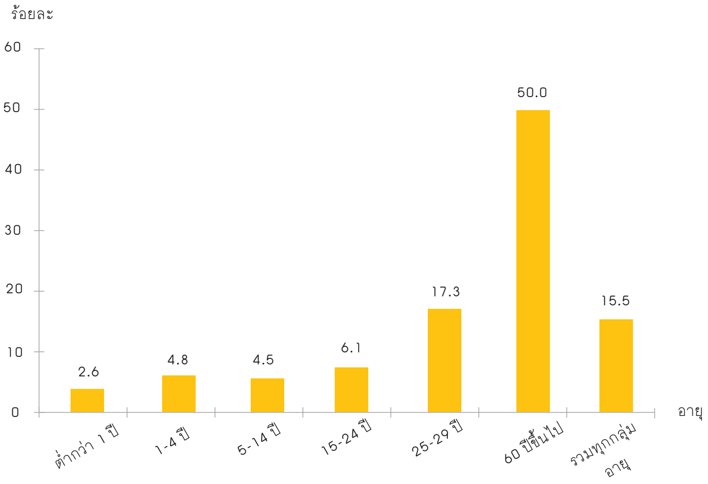
ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุนั้น รูปแบบของการเจ็บป่วยมักมีลักษณะเฉพาะต่างไปจากสังคมที่ประชากรมีอายุเยาว์ (young-population society) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการเจ็บป่วยเช่นนี้ ในทางทฤษฎีเรียกว่าเป็น "การเปลี่ยน

ร้อยละของประชากรที่เจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย จำแนกกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ร้อยละของประชากรที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคประจำตัว จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2540-2554

แหล่งที่มาของรายจ่าย	พ.ศ.				ส่วนที่เพิ่มขึ้น (เท่า)
	2540	2545	2550	2554	
ค่าใช้จ่ายผ่านกระทรวงสาธารณสุข	2,325.2	4,446.0	6,432.4	8,307.7	3.6
ค่าใช้จ่ายเพื่อข้าราชการบำนาญ (ผ่านทางสำนักงบประมาณ)	1,762.1	4,232.0	9,352.2	12,278.9	7.0
ผู้สูงอายุ (หรือญาติ) ที่ไม่ใช่ข้าราชการบำนาญ	10,253.6	11,852.4	13,279.6	14,963.1	1.5
รวมทั้งสิ้น	14,340.9	20,530.4	29,064.2	35,549.7	2.5

หมายเหตุ: ประมาณการนี้ทำเมื่อก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท)

ที่มา: เรียบเรียงใหม่จากข้อมูลในรายงานของสุกัญญา นิธังกร และ นงนุช สุนทรชวกานต์, 2542

ผ่านทางระบาดวิทยา" (epidemiological transition) กล่าวคือ ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุนั้น โรคติดต่อและโรคอันเกิดจากโภชนาการบกพร่องมีสัดส่วนที่ลดลง ขณะที่โรคเรื้อรัง และโรคที่มีสาเหตุจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะ รวมทั้งโรคสมองเสื่อม มีสัดส่วนสูงขึ้น ตัวอย่างของโรคและอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น มะเร็ง โลหิตจาง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ วัณโรค และข้อเสื่อม โรคหรืออาการเหล่านี้รักษาให้หายได้ยาก หรือไม่หายขาด ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

ข้อมูลจาก "การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547" แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคหรือมีอาการข้างต้น อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง มีอัตราสูงมาก คือประมาณ 4 ใน 5 ในผู้สูงอายุวัยต้น และประมาณ 9 ใน 10 ในผู้สูงอายุวัยปลาย โดยที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยหรือมีอาการโรคเหล่านี้สูงกว่าเพศชาย นอกจากนี้แล้ว ในกรณีที่มีการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ผู้สูงอายุก็มีอัตราการครองเตียงโดยเฉลี่ยยาวนานกว่าคนที่อายุน้อย ทั้งหมดนี้หมายถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่สูงกว่าในกลุ่มอายุอื่นๆ ด้วย

ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุนั้นอัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายจะสูง นั่นหมายความว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพจะสูงตามไปด้วย

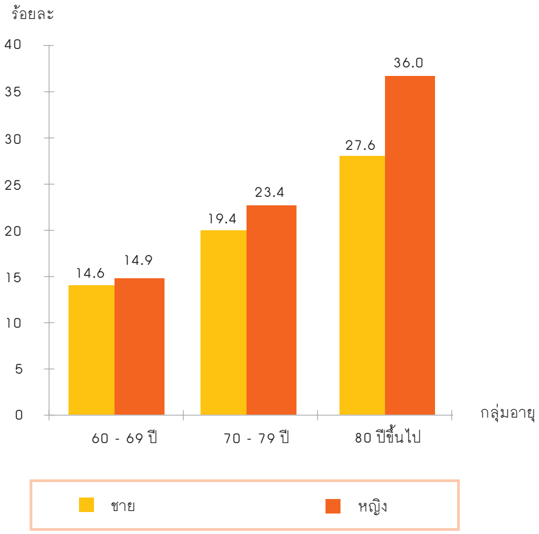
การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุนั้นต้องการบริการด้านการแพทย์และพยาบาลที่ต่างจากคนในวัยอื่น ดังนั้น ในสังคมผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะมีบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่เหมาะสม หลายประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุจัดบริการเช่นนี้สำหรับผู้สูงอายุเป็นพิเศษ ประเทศไทยเราก็ได้ตระหนักถึงความต้องการนี้มานานแล้ว โดยเริ่มเปิดบริการ "คลินิกผู้สูงอายุ" ตั้งแต่ปี 2506 และก่อนหน้านั้นหนึ่งปีมีการตั้งโครงการสุขภาพผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุแห่งแรกขึ้น **แต่การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรมจริงๆ ยังมีไม่มากพอ และที่มีอยู่ก็ไม่ชัดเจนว่ามีมาตรฐานอยู่ในระดับใด** คลินิกเหล่านี้ปัจจุบันมีอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เพิ่งจะมาเมื่อต้นปี 2548 นี้เอง ที่รัฐมีนโยบาย "หนึ่งโรงพยาบาลชุมชน หนึ่งคลินิกผู้สูงอายุ" เพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติเรื่องสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองทางการแพทย์และสาธารณสุข ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 บริการที่จัดให้ในคลินิกผู้สูงอายุ อาจจะแตกต่างกันไปตามศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล แต่หลักๆ แล้วมักจะมีห้องตรวจโรคสำหรับผู้สูงอายุแยกจากคนไข้กลุ่มอายุอื่น ให้สิทธิคนไข้สูงอายุไม่ต้องคอยนาน และจัดที่นั่งรอรับบริการสำหรับผู้สูงอายุแยกต่างหาก

บริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลของรัฐจัดเป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุมีจำกัด ที่เห็นชัดเจนก็คือ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบางแห่งอาจมีบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนเป็นการเฉพาะ ตามความคิดริเริ่มและศักยภาพของตน แต่ก็ยังคงมีจำนวนจำกัด ส่วนหอผู้ป่วยสูงอายุที่ให้บริการดูแลระยะยาวเป็นบริการที่ยังไม่แพร่หลาย มีเฉพาะในโรงพยาบาลบางแห่งเท่านั้น ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่เน้นการให้บริการที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้นๆ แต่การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมักเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการดูแลระยะยาว บริการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพเท่าที่มีอยู่เป็นบริการที่จัดโดยภาคเอกชน ในรูปของ "โรงพยาบาลผู้สูงอายุ" ซึ่งมีค่าบริการสูง และเป็นการยากที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้าถึงได้

การให้บริการทางแพทย์แก่ผู้สูงอายุนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายด้าน หนึ่งในนั้นคือบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

คุณลุงจำรัส สร้อยเสริมทรัพย์ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชุมชน อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา สีไวโอลินเพื่อสร้างความผ่อนคลายให้กับผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลให้กับผู้เข้ารับบริการ (นพ. สุวัฒน์ วิริยะพงศ์สุกิจ เอื้อเฟื้อภาพ)

ร้อยละภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทย จำแนกตามเพศและอายุ พ.ศ. 2542



ที่มา : ข้อมูลปรับจาก UNFPA Country Technical Service Team for East and South-East Asia, 2006

โดยตรง และตอบสนองต่อรูปแบบของการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไปด้วย ปัจจุบันแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการฝึกมาทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของไทยยังมีน้อยมาก ส่วนพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จากสภาการพยาบาลก็มีจำนวนน้อยเช่นกัน แต่นั่นก็ไม่ได้เป็นอุปสรรคสำคัญ เพราะอายุรแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว หรือเวชศาสตร์ฟื้นฟู ก็สามารถทำหน้าที่สนองความต้องการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้อย่างดีอยู่แล้ว พยาบาลก็เช่นเดียวกัน แม้ส่วนมากจะไม่ได้ฝึกอบรมมาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ แต่ก็สามารถให้บริการตอบสนองความต้องการด้านนี้ได้โดยไม่มีปัญหา

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีความเจ็บป่วยพร้อมกันหลายอย่าง เวลาไปพบแพทย์ถ้าเป็นโรงพยาบาลใหญ่ๆ อาจต้องพบแพทย์ทีเดียวหลายคน ขึ้นอยู่กับจำนวนโรคที่เป็น ในกรณีเช่นนั้น ผู้สูงอายุอาจได้ยามากินทีละมากๆ ถ้ามีแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านโรคผู้สูงอายุมาบ้างจะช่วยให้บริการแบบผสมผสานมากขึ้นและดีขึ้น ดังนั้น ในปัจจุบันการผลิตแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางจริงๆ อาจจะมีความจำเป็นในระดับหนึ่งเท่านั้น แต่ยังไม่มากนัก

การดูแลระยะยาว: ยังต้องพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม

อีกด้านหนึ่งของความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุคือการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว คือ ผู้ที่ช่วยตัวเองได้น้อยหรือช่วยไม่ได้เลย เช่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือมีภาวะทุพพลภาพ รวมถึงผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแล เพราะไม่มีบุตรหลาน หรือเพราะบุตรหลานไม่ได้อยู่ด้วย

ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุนั้นมีอัตราสูงกว่าในกลุ่มอายุอื่นอยู่แล้ว ยิ่งอายุมากขึ้น ภาวะทุพพลภาพก็ยิ่งสูงขึ้นตามไปด้วย เช่น ผู้หญิงในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) มีภาวะทุพพลภาพประมาณร้อยละ 15 แต่ในวัยสูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีถึงร้อยละ 36 ผู้ชายในวัยสูงอายุตอนต้นก็มีอัตราไม่ต่างจากผู้สูงอายุหญิงในวัยเดียวกัน แต่ในวัยสูงอายุตอนปลายมีประมาณร้อยละ 28

มองไปในอนาคตอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพยิ่งจะสูงขึ้นไปอีก จากการศึกษาเรื่อง "ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย" โดย ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ และเผยแพร่เมื่อ พ.ศ. 2542 พบว่า ในปี 2558 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพรวม 1,648,685 คน หรือประมาณร้อยละ 18 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด 9 ล้านเศษ ในปีนั้น ในจำนวนนี้จะเป็นผู้ที่ออกจากบ้านไปไหนมาไหนตามลำพังไม่ได้ 412,910 คน นอนติดเตียงเคลื่อนไหวไม่ได้ 78,622 คน และต้องพึ่งคนอื่นในการทำกิจวัตรส่วนตัว 602,316 คน

คำถามหลักๆ ในการให้บริการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุก็คือ ใครจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้เหล่านี้ และจะให้การดูแลที่ไหน?

ตามธรรมเนียมและบรรทัดฐานที่ปฏิบัติสืบมาของสังคมไทย **การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุตรหลาน และทำกันในครอบครัวซึ่งถือว่าเป็นที่ที่เหมาะสมที่สุด** สังคมให้คุณค่าการปฏิบัติเช่นนี้ว่าเป็นการตอบแทนพระคุณผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับหลักคำสอนทางศาสนา คือเรื่องความกตัญญูกตเวที อย่างไรก็ตาม แม้เรื่องนี้จะยังเป็นบรรทัดฐานที่มีคุณค่าสูงในอุดมคติของสังคมไทยปัจจุบัน แต่ในทางปฏิบัติแล้วการให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวกำลังเป็นงานที่ท้าทายขึ้นเรื่อยๆ เพราะเหตุผลอย่างน้อยก็ 2 ประการต่อไปนี้ คือ

การดูแลผู้สูงอายุในบริบทของครอบครัว กำลังเป็นปัญหาที่ท้าทายมากขึ้น

หนึ่ง ครอบครัวจำนวนมากขาดคนที่จะให้การดูแลได้ต่อเนื่อง เพราะคนที่พอจะดูแลได้ก็มีความจำเป็นต้องทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว หรือออกจากครอบครัวไปทำมาหากินที่อื่น ทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่กันตามลำพังสองคน หรืออยู่กับหลานวัยเด็ก ซึ่งนอกจากช่วยเหลือผู้สูงอายุไม่ค่อยได้แล้วยังเป็นภาระแก่ผู้สูงอายุอีกด้วย ยิ่งไปกว่านั้น มีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ไม่มีคนดูแล

นักวิชาการบางท่านวิเคราะห์ว่า ตามธรรมเนียมปฏิบัติในสังคมตะวันออกรวมทั้งสังคมไทย แต่ไหนแต่ไรมา **ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุและเด็กที่ช่วยตัวเองไม่ได้นั้น ส่วนใหญ่แล้วคือผู้หญิง** เพราะในสมัยก่อนผู้หญิงไม่ค่อยได้ออกไปทำงานนอกบ้าน หรือมิฉะนั้นก็ถูก "มอบหมาย" ให้ทำงานประเภทนี้ (แม้จะไม่ค่อยเป็นธรรมนักก็ตาม) มาในสมัยปัจจุบันที่ผู้หญิงต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ขณะที่ผู้ชายก็ยังไม่ได้ปรับบทบาทของตนมากนัก และสังคมก็ยังไม่มีกลไกที่เข้ามาทำหน้าที่นี้ได้อย่างเหมาะสมและเพียงพอ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุและเด็กในครอบครัว จึงเป็นปัญหาที่ท้าทายมากขึ้น และสังคมไทยกำลังประสบกับปัญหานี้มากขึ้นเรื่อยๆ

สอง ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงคนอื่นนั้น มักมีปัญหาด้านสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลโดยผู้ที่มีความรู้และผ่านการฝึกฝนมาโดยเฉพาะเช่นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะทุพพลภาพ ปัญหาสุขภาพจิต และโรคสมองเสื่อม เป็นต้น **การให้การดูแลในครอบครัวแม้ว่าจะมีข้อดีมากในด้านความอบอุ่นทางจิตใจ ทั้งของผู้สูงอายุเองและสมาชิกผู้ให้การดูแล แต่ก็มีจุดอ่อนตรงที่มักขาดบุคลากรที่มีความรู้ มีประสบการณ์ และในหลายกรณีขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลด้วย**

เมื่อเป็นเช่นนี้ สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้จำนวนหนึ่ง คงจำเป็นต้องได้รับการดูแลนอกบริบทของครอบครัว อาจจะเป็นการดูแลในชุมชนหรือในสถาบัน ภายใต้การจัดการที่เหมาะสม

นี่คือประเด็นที่ท้าทายในสังคมไทยปัจจุบัน เพราะเป็นที่แน่นอนว่า ในอนาคตอันใกล้นี้ความต้องการการดูแลระยะยาวจะมากขึ้น เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้เพราะเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพจะมีมากขึ้น ภายใต้สถานการณ์ที่ความกดดันเพิ่มขึ้นเช่นนี้ ประเทศไทยจะสามารถดำเนินการให้มีสถาบันที่ให้การดูแลผู้สูงอายุได้เพียงพอหรือไม่ และจะสามารถผลิตกำลังคนที่จะรองรับความต้องการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้นได้หรือไม่

คำตอบที่ชัดเจนยังไม่มีในวันนี้ แต่เนื่องจากเริ่มมีการมองเห็นความต้องการและปัญหาในด้านนี้มาไม่น้อยกว่า 10 ปีแล้ว โดยเฉพาะในสังคมเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร ดังนั้น จึงเริ่มมีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบใหม่ ซึ่งแปลกไปจากการดูแลโดยครอบครัวที่เคยปฏิบัติมาในอดีต เริ่มแรกเป็นบริการในรูปของการจัดให้มี **ผู้ช่วย** ในการดำรงชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือช่วยตัวเองไม่ได้เลย และสมาชิกในครอบครัวก็ไม่สามารถให้การดูแลได้ รูปแบบของบริการโดยมากเป็นการว่าจ้างผู้ช่วยจากศูนย์ดูแลต่างๆ ให้เข้ามาดูแลผู้สูงอายุ ปัจจุบันบริการเช่นนี้มีหลายรูปแบบ ตามความต้องการของสังคม เช่น บริการที่จัดให้ในบ้าน ในโรงพยาบาลผู้สูงอายุ หรือในสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) เป็นต้น สถานบริการเหล่านี้บางแห่งรับผู้สูงอายุเข้ามาอยู่ประจำ ให้การดูแลทั้งในด้านการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน และการดูแลด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการให้บริการในรูปแบบอื่นอีก ที่ดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชน เช่น สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชน และศูนย์บริการทางสังคม เป็นต้น

แต่บริการเหล่านี้ยังจำกัดอยู่เฉพาะในเขตเมืองเป็นหลัก และส่วนมากเป็นบริการที่จัดโดยภาคเอกชนที่หวังผลกำไร ทำให้การเข้าถึงบริการเป็นไปได้อย่างจำกัด ส่วนบริการที่จัดในชนบทเพื่อประโยชน์ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่นั้นยิ่งมีจำกัดมาก และโดยมากยังอยู่ในขั้นทดลองเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม

การฝึกบุคลากรสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก็เริ่มมีมากว่า 10 ปี แล้วเช่นกัน แต่จำนวนสถานฝึกอบรมและจำนวนผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมประเภทนี้ ยังหาตัวเลขสมบูรณ์ที่เป็นปัจจุบันได้ยาก เพราะเชื่อว่าสถานที่ให้การฝึกอบรมด้านนี้มีทั้งที่จดทะเบียนถูกต้อง และที่ไม่ได้จดทะเบียน ตัวเลขสะสมเมื่อปี 2548 จากสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (สช.) กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลสถานฝึกอบรมประเภทนี้โดยตรง ระบุว่า มีจำนวนโรงเรียนทั้งหมด 98 แห่ง อยู่ในกรุงเทพฯ 36 แห่ง และในภูมิภาค 62 แห่ง มีครูผู้สอน 587 คน และนักเรียน 6,552 คน โรงเรียนเหล่านี้หลายแห่งฝึกทั้งผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ให้การดูแลเด็กเล็กไปพร้อมกัน ในฐานะที่เป็นสถานศึกษา โรงเรียนเหล่านี้จะต้องจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติการศึกษาเอกชน แต่เชื่อว่าคงมีอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้จดทะเบียนให้ถูกต้อง ด้านหลักสูตรนั้นกระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและสภาการพยาบาล เป็นผู้กำหนด

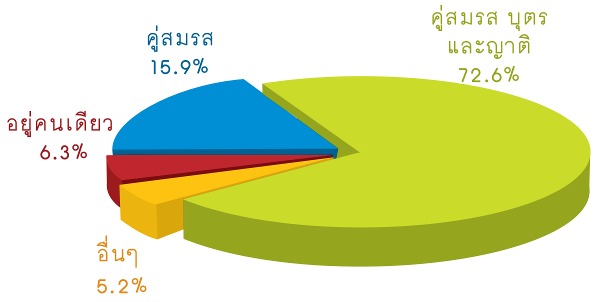
จำนวนสถานบริการผู้สูงอายุประเภทต่างๆ

ประเภทสถานบริการ	จำนวน
1. ดำเนินการโดยภาครัฐ	
คลินิกเฉพาะผู้สูงอายุ	808
ในโรงพยาบาลศูนย์	25
ในโรงพยาบาลชุมชน	716
ในโรงพยาบาลทั่วไป	67
ศูนย์บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ	7
สถานสงเคราะห์ (บ้านพักคนชรา) หรือศูนย์พัฒนาการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ	20
2. ดำเนินงานโดยภาคเอกชน	
สถานสงเคราะห์ (บ้านพักคนชรา)	18
สถานพยาบาล	54
สถานดูแลและพักฟื้นผู้สูงอายุ	12
มูลนิธิ	598
สมาคม	57
อื่นๆ	28
3. ดำเนินงานโดยชุมชน	
ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชน	200

ที่มา : http://oppo.opp.go.th/

นักวิชาการของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คาดประมาณความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกอบรมสำหรับอนาคตในอีก 20 ปีข้างหน้า (นับจากปี 2538) พบว่า จะมีความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 41,275 - 64,798 คน โดยเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (นอกสถาบัน) ประมาณ 21,303 - 42,607 คน และผู้ดูแลในสถาบันประมาณ 19,972 - 22,191 คน คณะผู้ศึกษาเสนอว่ารัฐควรจะหาทางสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ภายในครอบครัว หรือในชุมชนให้มากที่สุด

ผู้สูงอายุอยู่กับใคร



ที่มา : รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

◌ การเกื้อหนุนในครอบครัว: แนวโน้มแผ่วลง

ในอุดมคติของครอบครัวไทย การดูแลเกื้อหนุนพ่อแม่ที่แก่ชราเป็นหน้าที่ของบุตรหลาน หน้าที่อันนี้ถูกทำให้เป็น **"ภารกิจอันศักดิ์สิทธิ์"** ด้วยคำสอนและความเชื่อทางศาสนา เช่น เรื่องความกตัญญูกตเวที บาปบุญ และเรื่องนรกสวรรค์ โดยมีบรรทัดฐานทางสังคมทำหน้าที่คอยกำกับ ในสังคมไทยปัจจุบันนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (เกือบ 3 ใน 4) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีคู่สมรส บุตร และญาติใกล้ชิด คนใดคนหนึ่งอยู่ด้วย ผู้สูงอายุที่อยู่กันตามลำพังสองคนตายาย อยู่คนเดียว หรืออยู่ในลักษณะอื่น เช่น อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา และในวัด เป็นต้น รวมกันแล้วมีมากกว่า 1 ใน 4 เล็กน้อย เท่านั้น

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัวนี้นับว่าเป็นส่วนน้อย แต่ก็เป็นส่วนน้อยที่สำคัญพอที่จะแสดงให้เห็นว่า ครอบครัวไทยได้เปลี่ยนแปลงไปแล้วอย่างไร และอะไรคือปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่รออยู่ข้างหน้า ที่น่าสนใจก็คือ สภาพการอยู่อาศัยเช่นนี้คล้ายกันทั้งในเมืองและในชนบท และมีแนวโน้มว่าลักษณะการอยู่อาศัยแบบไม่เป็นครอบครัวที่สมบูรณ์เช่นนี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แม้จะไม่เพิ่มขึ้นรวดเร็ว แต่ก็คาดว่าจะเพิ่มขึ้นต่อไป นี่เป็นผลพวงของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในยุคปัจจุบัน ซึ่งทำให้สมาชิกครอบครัวกระจัดกระจายกันไปตามแหล่งที่มีงานทำ หรือมีโอกาสที่ดีขึ้นในชีวิต

ลักษณะการอยู่อาศัยเป็นเครื่องบ่งชี้ได้ในระดับหนึ่งว่า ใครคือผู้ที่ให้การดูแลเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุ ถ้าพิจารณาจากคนที่ผู้สูงอายุอยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกันจะเห็นว่า บุตร ทั้งที่ยังโสดและที่สมรสแล้ว มีสัดส่วนมากที่สุด รองลงไปจากนั้นเป็นคู่สมรส ญาติ และคนอื่นๆ ตามลำดับ บุคคลเหล่านี้เองคือผู้ให้การเกื้อหนุนหลักแก่ผู้สูงอายุในบริบทของครอบครัว การเกื้อหนุนที่ได้รับนั้น ส่วนใหญ่ที่สุดเป็นเรื่องการเงิน อาหาร เสื้อผ้า ของใช้ และการดูแลในชีวิตประจำวัน รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 ระบุว่าสัดส่วนผู้ที่ได้รับการเกื้อหนุนในเรื่องที่กล่าวมานี้มีตั้งแต่ร้อยละ 56 จนถึงร้อยละ 82 ตามความจำเป็นของแต่ละคน

แต่การอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับสมาชิกอื่นๆ นั้น ใช่ว่าผู้สูงอายุจะเป็นผู้รับการเกื้อหนุนแต่ฝ่ายเดียว ความจริงการเกื้อหนุนนั้น ในหลายกรณีเป็นการเกื้อหนุนกันทั้งสองฝ่าย คือ ฝ่ายผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุน และในเวลาเดียวกันก็เป็นผู้ให้การเกื้อหนุนแก่สมาชิกอื่นในครัวเรือนด้วย ถ้อยทีถ้อยพึ่งพาอาศัยกัน ข้อนี้ชัดเจน โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุยังมีสุขภาพแข็งแรงพอที่จะทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งได้ ถ้าไม่ทำงานที่เป็นการผลิตหรือการหารายได้มาจุนเจือครอบครัวอย่างเป็นล่ำเป็นสัน ชนิดที่ถือได้ว่า

เป็นหลักสำคัญในด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน ผู้สูงอายุก็ทำงานเล็กๆ น้อยๆ ในบ้านได้ อย่างน้อยที่สุดก็ช่วยเฝ้าบ้าน ดูแลบ้าน หรือมิฉะนั้นก็ช่วยเลี้ยงหลาน ซึ่งก็เป็นงานที่สำคัญมาก เพราะไม่เพียงแต่เป็นการสร้างความรักความผูกพันต่อกันระหว่างสมาชิกต่างรุ่นของครัวเรือนเท่านั้น แต่ยังทำให้สมาชิกวัยแรงงานสามารถเอาเวลาของตนไปทำงานอย่างอื่นได้เต็มที่ ทุกวันนี้ครอบครัวยังเป็นแหล่งให้ความเกื้อหนุนที่สำคัญแก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในเรื่องปัจจัยที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีพ เช่น อาหาร เสื้อผ้า เงิน ฯลฯ การได้อยู่ในครัวเรือนเดียวกับสมาชิกอื่นเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การได้รับ (และการได้เป็นผู้ให้) การเกื้อหนุน แม้ว่าเราจะไม่สามารถวิเคราะห์ถึงคุณภาพและความพอเพียงของการเกื้อหนุน ที่ผู้สูงอายุได้รับในบริบทของครอบครัว แต่ก็พอกล่าวได้ว่า การได้อยู่ร่วมและได้แลกเปลี่ยนการเกื้อหนุนกับสมาชิกอื่นในครอบครัวนั้น เป็นสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจอย่างยิ่งในปัจฉิมวัย

กระนั้นก็ตาม เนื่องจากมีแนวโน้มที่ชัดเจนขึ้นเรื่อยๆ ว่าครอบครัวไทยกำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่จะทำให้สถาบันครอบครัวอ่อนแอลง การเปลี่ยนแปลงนี้จะมีผลทำให้การอยู่ร่วมกันและการเกื้อหนุนกันของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนไป ดังนั้น การเกื้อหนุนที่ผู้สูงอายุจะได้รับจากครอบครัวก็จะเปลี่ยนไปด้วย ความจริงการเปลี่ยนแปลงในทิศทางดังกล่าวนี้ได้ปรากฏขึ้นแล้วในสังคมไทย และในอนาคตที่ไม่ไกลนักความเปลี่ยนแปลงนี้ก็คงจะชัดเจนมากขึ้น การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในบริบทของครอบครัวจะเปลี่ยนไปมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมว่าจะแรงและเร็วเพียงใด และขึ้นอยู่กับการปรับตัวภายในสังคมไทยว่าจะตั้งรับกระแสความเปลี่ยนแปลงทันหรือไม่

บทเรียนจากประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นสังคมอุตสาหกรรม และประสบกับการมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นรวดเร็วมาก่อนไทย ชี้ให้เห็นว่าในช่วงเวลาไม่น้อยกว่า 20 ปีที่ผ่านมานี้ บทบาทของครอบครัวในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุลดลงในแทบทุกด้าน โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลระยะยาวและการเกื้อหนุนด้านการดำรงชีวิต การดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่นค่อยๆ เคลื่อนออกจากครอบครัว ไปเป็นความรับผิดชอบของสถาบันและองค์กรนอกครอบครัวมากขึ้นมานานพอสมควรแล้วเพราะเหตุนั้นการออมและการประกันตนในลักษณะต่างๆ ของบุคคลจึงมีบทบาทสำคัญมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงในทิศทางดังกล่าวนี้เห็นได้ชัด แม้กระทั่งในระดับค่านิยมและทัศนคติของคนญี่ปุ่น จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจว่า ในสังคมที่สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งมากสังคมหนึ่งอย่างเช่นญี่ปุ่นนั้น บัดนี้มีข้อมูลจากการสำรวจต่อเนื่องกันมาหลายรอบ ในช่วงเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่ามีคนรุ่นใหม่จำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ที่เห็นว่า การดำรงไว้ซึ่งธรรมเนียมปฏิบัติอันดีงามในอดีต เช่น การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุในครอบครัว และการบูชาวิญญาณบรรพบุรุษ ไม่ใช่สิ่งที่มีความสำคัญสำหรับตัวเขามากนัก ส่วนผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุที่คาดหวังว่าจะได้พึ่งพิงบุตรในยามแก่ชราก็มีน้อยลง พวกเขาหวังพึ่งการออมของตัวเองมากกว่า แน่นอนว่า การเปลี่ยนแปลงในทิศทางนี้คงได้ซึมลึกลงไปถึงระดับความคิด อันเป็นฐานสำคัญของพฤติกรรมเกี่ยวกับครอบครัวของคนญี่ปุ่นแล้ว

การเปลี่ยนแปลงในระดับที่ว่านี้อาจจะยังไม่เห็นชัดในสังคมไทยในวันนี้ แต่อีกไม่นานเราอาจจะได้เห็นภาพนั้น เหมือนที่เกิดขึ้นมาแล้วในญี่ปุ่นก็ได้

ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทการเกื้อหนุนที่ให้แก่สมาชิกในครัวเรือน พ.ศ. 2545
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

การเกื้อหนุนสิ่งที่ให้	ร้อยละ
ดูแลภายในบ้าน	29.5
เงิน	26.9
เลี้ยงหลาน	26.4
หาอาหาร, เตรียมอาหาร	26.2
อาชีพ	3.0

ที่มา : รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในบริบทของครอบครัวจะเปลี่ยนไปมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมว่าจะแรงและเร็วเพียงใด และขึ้นอยู่กับการปรับตัวภายในสังคมไทยว่าจะตั้งรับกระแสความเปลี่ยนแปลงทันหรือไม่

◌ การเกื้อหนุนนอกครอบครัว: ชุมชนคือความหวัง

เพราะบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุเริ่มอ่อนแอลง หรือไม่อยู่ในสภาพที่จะทำหน้าที่ได้อย่างดีเท่าที่ควร จึงทำให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยสถาบันอื่นนอกบริบทของครอบครัว กลายเป็นรูปแบบที่จำเป็นขึ้นมา และจะจำเป็นมากขึ้นต่อไปในอนาคต พร้อมกับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในทศวรรษข้างหน้านี้

ในอดีต การเกื้อหนุนผู้สูงอายุนอกบริบทของครอบครัวในสังคมไทย ไม่ค่อยมีความจำเป็น เพราะคนส่วนมากอยู่อาศัยรวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่เป็นภาระที่หนักเกินไป อีกทั้งในสมัยก่อนคนส่วนใหญ่มีอายุไม่ค่อยยืน และรูปแบบของการเจ็บป่วยไม่ได้ทำให้มีผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากนัก ผู้สูงอายุที่ยากไร้ไม่มีที่ทำกินหรือไม่มีบุตรหลานเลี้ยงดู ก็มักได้รับการดูแลจากญาติ หรือจากชุมชน ทำให้พออยู่ได้ หรือมิฉะนั้นก็มีสถาบันศาสนา อย่างเช่นวัด เป็นที่พึ่งสุดท้าย ให้ความอนุเคราะห์ ให้ข้าวกิน ให้ที่พัก และให้ความสงบทั้งกายและใจในบั้นปลายของชีวิตได้ ผู้สูงอายุที่ยากไร้ขาดที่พึ่งในสมัยก่อนจึงมักจะบวชเป็นพระหรือเป็นแม่ชี ทำให้ปัญหาที่ควรจะมีถูกดูดซับออกไปด้วยระบบทุนทางสังคมที่มีอยู่

การเกื้อหนุนนอกชุมชนสำหรับผู้สูงอายุเท่าที่มีมาตั้งแต่อดีต มักจะอยู่ในรูปของการสงเคราะห์ ซึ่งรัฐหรือองค์กรเอกชนบางแห่งเป็นผู้ดำเนินการ แม้ในปัจจุบันการเกื้อหนุนเช่นนี้ก็ยังเป็นรูปแบบที่รู้จักกันดีอยู่ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น บริการแบบการสงเคราะห์นี้เริ่มมีครั้งแรกตั้งแต่ พ.ศ. 2496 เมื่อมีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ภายใต้การดำเนินงานของกรมประชาสงเคราะห์ และต่อมาก็จัดตั้งสถานสงเคราะห์ขึ้นในทุกภาคของประเทศ รวม 20 แห่ง ปัจจุบันทั้งหมดอยู่ภายใต้การดูแลของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รับผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากขาดผู้อุปการะเข้าอยู่ประจำ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและประเภทที่เสียค่าใช้จ่าย ปัจจุบันมีผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐทั้งหมดประมาณ 2,500 คน

สถานสงเคราะห์คนชรามีข้อดี คือ ช่วยบรรเทาความเดือดร้อนของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะยากลำบากได้ แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากร ทำให้รับผู้สูงอายุได้จำนวนน้อยกว่าที่มีผู้แสดงความจำนง จุดอ่อนสำคัญประการหนึ่งของสถานสงเคราะห์คือผู้สูงอายุถูกแยกออกจากครอบครัวและชุมชน ทำให้มิติทางด้านจิตใจและสังคมที่สำคัญขาดหายไป

มาในระยะหลังนี้ รัฐมีแนวคิดที่จะลดการเกื้อหนุนผู้สูงอายุแบบให้การสงเคราะห์ และให้การเกื้อหนุนเป็นงานที่อยู่ภายใต้การจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้มากที่สุด ทั้งนี้เพราะเชื่อว่าท้องถิ่นและชุมชนอยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุดย่อมรู้และเข้าใจสภาพปัญหา ตลอดจนความต้องการของผู้สูงอายุได้ดี ด้วยแนวคิดนี้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงถ่ายโอนภารกิจของสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุที่ได้รับโอนมาจากกรมประชาสงเคราะห์ก่อนหน้านี้ ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือองค์การบริหารส่วนตำบล ที่มีความพร้อม ตั้งแต่ปี 2546 ด้านกระทรวงมหาดไทยก็ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งศูนย์บริการ

ผู้สูงอายุในวัดโดยชุมชนขึ้น ทั้งหมดนี้เป็นเพียงตัวอย่างของความพยายามที่จะให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในกิจการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แนวคิดที่จะให้ชุมชนมีบทบาทในกิจกรรมสำหรับเกื้อหนุนผู้สูงอายุนั้นมีทั้งข้อดีและข้อจำกัด และขณะเดียวกันก็มีสิ่งที่ท้าทายหลายอย่างในการขับเคลื่อนแนวคิดนี้ไปสู่การปฏิบัติ

ข้อดีนั้นคือ ถ้าประสบความสำเร็จจะทำให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับชุมชนและครอบครัวของตน อีกทั้งผู้ให้การดูแลก็อาจจะเป็นคนในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ปัญหาเรื่องความแปลกหน้าและความรู้สึกแปลกแยกหมดไป ชุมชนหลายแห่งอาจจะมีศักยภาพอยู่แล้วในระดับหนึ่ง เช่น ในด้านทุนทรัพย์ ด้านทุนทางสังคม หรืออาจจะทั้งสองอย่าง สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปได้ ถ้าชุมชนสามารถระดมทุนเพื่อการดำเนินงานได้เอง หรือได้บางส่วนก็จะช่วยแบ่งเบาภาระด้านงบประมาณของรัฐได้ส่วนหนึ่ง ถ้าชุมชนส่วนใหญ่จัดบริการของตนได้ ปัญหาในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุก็จะทุเลาลงมาก

แต่บริการที่ผู้สูงอายุได้รับจากชุมชนอาจจะมีจำกัด โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพอาจจะหย่อนกว่าทางด้านสังคม บริการด้านสุขภาพที่ได้รับอาจเป็นบริการเบื้องต้น หากต้องการบริการที่ซับซ้อนกว่านั้น เช่น ต้องการการบำบัดหรือการรักษาโดยแพทย์หรือพยาบาล ผู้สูงอายุอาจจะต้องแสวงหาจากสถาบันนอกชุมชน เช่น จากสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจังหวัด

ส่วนสิ่งท้าทายนั้น นอกจากเรื่องงบประมาณแล้ว สิ่งสำคัญและที่ท้าทายมากกว่าคือการทำให้ชุมชนเข้มแข็งพอที่จะดำเนินการเรื่องสำคัญเช่นนี้ได้ นั่นย่อมหมายถึงการสร้างกลุ่มผู้นำชุมชนที่มีวิสัยทัศน์ การระดมความร่วมมือและระดมทุนทางสังคม ทั้งภายในและภายนอกชุมชน ตลอดจนการบริหารจัดการที่เหมาะสม ประเด็นท้าทาทายเหล่านี้ไม่ต่างกันเท่าใดนักระหว่างชุมชนเมืองกับชนบท

แต่ไม่ว่าจะท้าทายอย่างไร แนวคิดนี้ก็ยังเป็นสิ่งที่พึงหวัง และสังคมควรจะเดินหน้าต่อไปบนเส้นทางที่จะทำให้ความหวังนี้เป็นความสำเร็จให้ได้

วันนี้อาจจะยังไม่มีรูปแบบที่ลงตัวสำหรับการจัดระบบบริการเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยชุมชน แต่ก็เริ่มมีนิมิตที่ดีเพราะเริ่มมีความพยายามที่จะทำกิจกรรมในระดับชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อสนองความต้องการของผู้สูงอายุ (นอกเหนือจากเป้าหมายเรื่องอื่น) เช่น โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุตามบ้าน (อผส.) ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในชุมชนชนบท และโครงการรูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน แม้จะแตกต่างกันในโครงสร้าง รูปแบบของการดำเนินงาน และผลที่เกิดแก่ผู้สูงอายุ แต่ทั้งสองอย่างนี้เหมือนกันตรงที่มุ่งให้บริการภายในชุมชนและโดยคนในชุมชน โดยยึดหลักที่ว่าผู้สูงอายุไม่ควรถูกแยกออกไปจากสิ่งแวดล้อมที่ตัวเองคุ้นเคย และชุมชนต้องเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินการ

เมื่อปลายปี 2549 มีรายงานการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชนของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นการศึกษากรณีตัวอย่างการจัดบริการโดย

ชุมชน 4 รูปแบบ ใน 4 จังหวัดคือ 1) ชุมชนตำบลบ้านถ้ำ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา 2) ชุมชนตำบลศรีฐาน อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร 3) ชุมชนตำบลบุ่งค้า อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี และ 4) ชุมชนตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ชุมชนกรณีตัวอย่างทั้ง 4 นี้ แตกต่างกันในด้านลักษณะทั่วไป ทุนทางสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานบริการสุขภาพของรัฐที่มีอยู่ภายในชุมชน ลักษณะที่แตกต่างกันเหล่านี้ มีส่วนสำคัญที่นำไปสู่การจัดรูปแบบบริการที่แตกต่างกัน และผลสำเร็จก็แตกต่างกันด้วย

โดยรวมแล้วชุมชนที่ศึกษาทั้ง 4 นี้ ให้ทั้งบริการทางสังคมและบริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ แต่ก็เห็นได้ชัดว่า ในทุกชุมชนบริการด้านสังคมค่อนข้างจะเด่นกว่าด้านสุขภาพ เฉพาะชุมชนที่นครศรีธรรมราชเท่านั้นที่จัดบริการสุขภาพได้ดีและรูปแบบของการจัดบริการก็ค่อนข้างจะใหม่ คือ นอกจากจะให้บริการระดับปฐมภูมิ เช่น การออกกำลังกาย การคัดกรองโรคผู้สูงอายุบางชนิด คลินิกเบาหวาน/ความดัน การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการเยี่ยมบ้าน เช่นเดียวกับในชุมชนอีก 3 แห่ง ที่เหลือแล้ว ยังมีบริการดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง ระบบการดูแลฉุกเฉินและการส่งต่อ ให้ความรู้และตรวจสุขภาพเดือนละครั้ง กายภาพฟื้นฟู การออกกำลังกายเพื่อคุมปัจจัยเสี่ยง และสายด่วนให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การที่ชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราชสามารถจัดบริการได้ดีกว่าที่อื่นเป็นเพราะเป็นชุมชนเทศบาลนครขนาดใหญ่ อยู่ในเขตเมืองและกึ่งเมือง มีงบประมาณมาก และนักการเมืองท้องถิ่นมีบทบาทสูง และมีบุคลากรพร้อมกว่าที่อื่นๆ

จากกรณีศึกษาทั้ง 4 มีข้อสังเกตเกี่ยวกับเงื่อนไข/ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงาน ดังนี้

1. **ทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง** ทั้งทุนมนุษย์และทุนสถาบัน เช่น มีผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา ผู้นำภาครัฐ และผู้นำท้องถิ่น ที่มีวิสัยทัศน์ มีองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรศาสนา อสม. และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ประชาชนให้ความเชื่อถือ
2. **ภูมิปัญญาและวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง** ชุมชนมีความยึดมั่นในขนบประเพณีที่เหนียวแน่น มีงานประเพณีที่ช่วยตอกย้ำความร่วมมือและความสามัคคีของคนในชุมชน สืบทอดคุณธรรมด้านความกตัญญูกตเวทีเข้มแข็ง
3. **ทุนทางเศรษฐกิจ** ชุมชนมีงบประมาณ หรือไม่ก็สามารถเข้าถึงแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุน มีกองทุนในระดับหมู่บ้านหรือระดับท้องถิ่น เช่น ธนาคารหมู่บ้าน กองทุนสวัสดิการหมู่บ้าน กองทุนสุขภาพตำบล สถาบันการเงินชุมชน งบประมาณ อบต. งบประมาณเทศบาล และการระดมทุนตามประเพณีหรือในโอกาสต่างๆ เช่น การทอดผ้าป่า
4. **องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ให้การสนับสนุนอย่างเข้มแข็ง
5. **ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร** ชุมชนมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติที่เข้มแข็ง มีประชาคมหลายกลุ่มและมีคณะกรรมการหลายคณะในชุมชน เอื้ออำนวยต่อการสื่อสาร ทั้งจากภายในและภายนอกชุมชน
6. **แนวนโยบายของรัฐ** ที่เป็นตัวเอื้ออำนวย เช่น พระราชบัญญัติกระจายอำนาจ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แผนระยะยาวผู้สูงอายุแห่งชาติ และกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล

พิจารณาดูให้ดีจะเห็นว่า เงื่อนไขหรือปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จดังกล่าวมาข้างต้น (ยกเว้นแนวนโยบายของรัฐ) แท้จริงแล้วคือสิ่งที่ประกอบกันเข้าเป็นคุณสมบัติของชุมชนเข้มแข็งนั่นเอง ดังนั้นจึงอาจจะกล่าวได้ว่า ชุมชนเข้มแข็ง

สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายของผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 บัญญัติว่า "ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนด้านต่างๆ ดังนี้

1. บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ที่จัดไว้ให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
2. ให้การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ต่อการดำเนินชีวิต
3. ส่งเสริมอาชีพและฝึกอาชีพที่เหมาะสม
4. ส่งเสริมการพัฒนาตนเอง สร้างเครือข่าย และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม
5. อำนวยความสะดวกและความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่และบริการสาธารณะ
6. ช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม
7. ยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
8. ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกทอดทิ้ง
9. ให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว
10. จัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
11. สงเคราะห์เบี้ยยังชีพ ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม
12. สงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
13. อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ที่มา: พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

คือปัจจัยขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ปราศจากคุณสมบัติข้อนี้ งานที่สำคัญเช่นนี้คงเป็นไปได้ยาก

○ หลักประกันความมั่นคง: ระบบที่เป็นธรรม คือคำตอบ

ความมั่นคงในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ได้รับการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งให้ความคุ้มครองหลายด้าน เช่น ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม กฎหมาย การศึกษา อาชีพ การพัฒนาตนเอง และความช่วยเหลือเมื่ออยู่ในภาวะทุกข์ยากลำบาก เป็นต้น

นับแต่ปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา ผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยากเดือดร้อน ฐานะยากจน หรือไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู ได้รับเบี้ยยังชีพ โดยรัฐเป็นผู้จ่ายให้ ในตอนแรกให้เดือนละ 200 บาท ปัจจุบันปรับเป็นเดือนละ 500 บาท แต่เนื่องจากงบประมาณมีจำกัด ผู้สูงอายุที่จะได้รับเบี้ยยังชีพจะต้องถูกคัดเลือกโดยคณะกรรมการในชุมชน ทำให้มีผู้ที่ได้รับมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนผู้ที่เดือดร้อนและควรได้รับความช่วยเหลือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดประมาณว่า ผู้สูงอายุที่เดือดร้อน ไม่มีรายได้ ไม่มีที่พึ่ง มีประมาณร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุทั้งประเทศ ในปี 2549 มีผู้สูงอายุประมาณ 6,617,300 คน ดังนั้นจึงมีผู้สูงอายุที่ยากไร้ ควรได้รับเบี้ยยังชีพประมาณ 668,300 คน แต่รัฐจ่ายเบี้ยยังชีพให้ได้ 400,000 คน เท่านั้น นอกจากนี้ยังมีการวิจัยพบว่าการบริหารจัดการเบี้ยยังชีพยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เช่น การคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อรับเบี้ยยังชีพยังไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของโครงการ ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพจำนวนหนึ่งไม่ใช่ผู้ยากไร้จริง อีกทั้งการจ่ายเงินให้แก่ผู้สูงอายุที่มีสิทธิก็ล่าช้า

ในที่นี้จะกล่าวถึงหลักประกันความมั่นคงชราภาพที่สำคัญ 2 ด้าน คือ หลักประกันด้านสุขภาพ และหลักประกันด้านรายได้

○ หลักประกันสุขภาพ: ที่ดีที่สุดคือต้องเตรียมตัวก่อนแก่

สวัสดิการด้านสุขภาพอนามัยที่ผู้สูงอายุได้รับทุกวันนี้รวมอยู่ในระบบเดียวกันกับของประชาชนทั่วไป บริการด้านการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุ

(ไม่ใช่ทุกคน) ได้รับในปัจจุบัน มีอยู่ในระบบประกันที่สำคัญ ต่อไปนี้ คือ

1. สวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ จำกัดการใช้บริการอยู่กับสถานบริการทางสุขภาพของรัฐเป็นหลัก ใช้บริการของสถานพยาบาลเอกชนได้เฉพาะในกรณีที่ฉุกเฉิน และแพทย์ลงความเห็นว่าจะเป็นอันตรายต่อชีวิตเท่านั้น เป็นระบบบริการสุขภาพที่รัฐอุดหนุนจากงบประมาณแผ่นดิน และครอบคลุมผู้สูงอายุได้ไม่เกินร้อยละ 5 เท่านั้น
2. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (หรือที่แต่เดิมเรียกว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) เป็นโครงการที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทุกคน รวมทั้งผู้สูงอายุ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ไม่ครอบคลุมผู้ที่มีสิทธิ์ได้รับสวัสดิการในระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ เดิมทีเดียวประชาชนที่ถือบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องเสียค่าบริการ 30 บาทต่อครั้งที่ไปรับบริการ แต่หลังจากมีการปฏิรูปการ

ยุทธศาสตร์และมาตรการสำคัญของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาว ฉบับที่ 2 (2545-2564)

ยุทธศาสตร์	มาตรการ
1. เตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ	• สร้างหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ • จัดการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต • สร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
2. การส่งเสริมผู้สูงอายุ	• ส่งเสริมความรู้ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเอง • ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ • ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ • สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ • ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ • สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย
3. ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ	• คุ้มครองด้านรายได้ • คุ้มครองด้านครอบครัว • จัดระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน • ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ • บริการทางสุขภาพและทางสังคมในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุด • ส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชน ท้องถิ่น องค์กรศาสนา องค์กรเอกชน
4. การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ	• การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ • ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
5. การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ	• สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ • มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 • พัฒนาระบบข้อมูลด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

ที่มา: แผนผู้สูงอายุแห่งชาติระยะยาวฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 - 2564, http://oppo.opp.go.th

ปกครองเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2549 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ยกเลิกการเก็บเงิน 30 บาท และผู้ไปขอรับบริการเพียงแต่มีบัตรที่บอกให้ทราบว่าอยู่ในความดูแลของสถานพยาบาล (ของรัฐ) แห่งใดเท่านั้น ก็สามารถได้รับบริการจากสถานบริการนั้นได้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอีกต่อไป

3. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ เป็นประกันสุขภาพภาคเอกชน เช่น บริการของบริษัทประกัน และ ธนาคารพาณิชย์ต่างๆ ระบบนี้ครอบคลุมผู้สูงอายุจำนวนน้อย โดยมากจะเป็นผู้ที่มีฐานะดี
4. แต่ไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสุขภาพแบบไหน ก็ไม่อาจให้หลักประกันที่มีประสิทธิภาพได้เท่ากับการเตรียมตัวเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและต้องเตรียมมาตลอดชีวิต กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ หลักประกันสุขภาพในวัยสูงอายุนั้นเป็นสิ่งที่ต้องสร้างกันตั้งแต่ยังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุ ด้วยการดูแลสุขภาพของตนอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการบริโภคและการกระทำที่จะเป็นพิษเป็นภัยต่อสุขภาพกายและจิต ดังนั้น ในเชิงนโยบายแล้ว การใช้จ่ายสาธารณะใดๆ ที่จะส่งเสริมให้คนมีสุขนิสัยที่ดีทั้งทางกายและใจ จึงไม่ใช่สิ่งที่ต้องประหยัดเกินไป

◌ หลักประกันรายได้: ต้องเริ่มตั้งแต่วัยหนุ่มสาว

การมีหลักประกันรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตอย่างมั่นคง โดยเฉพาะในปัจฉิมวัยที่ไม่ได้ทำงานหารายได้อีกต่อไปแล้ว เนื่องจากปัจจุบันคนมีแนวโน้มอายุยืนมากขึ้น แต่โอกาสการมีงานทำและมีรายได้สำหรับผู้สูงอายุมีจำกัด จึงทำให้ผู้สูงอายุมีช่วงเวลาที่มีจะชีวิตอยู่โดยปราศจากการทำงานที่มีรายได้ ยาวนานขึ้น ถ้าไม่มีหลักประกันรายได้เลย ชีวิตในวัยนี้ก็ไม่มั่นคง

สมัยก่อน คนไทยมีธรรมเนียมปฏิบัติในการสร้างหลักประกันความมั่นคงด้านรายได้และการดูแลในวัยชรา ธรรมเนียมปฏิบัตินี้สืบทอดกันมาจนเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่งของครอบครัวไทย ดังจะเห็นได้จากการแบ่งมรดกให้แก่ลูกที่แต่งงานแล้ว ในครอบครัวไทยแต่เดิมมา พ่อแม่จะแบ่งมรดก (เช่นที่ดินทำกิน หรือทรัพย์สินอย่างอื่น) ให้ลูกทุกคน คนละเท่าๆ กัน พร้อมกับกันส่วนหนึ่งไว้สำหรับตัวเองด้วย ส่วนของพ่อแม่นี้ เป็นส่วนที่เก็บเอาไว้เพื่อเป็นหลักประกันว่า หากไม่มีลูกคนใดเลี้ยงดูตัวเองในยามแก่เฒ่าเลย ก็จะได้ใช้จ่ายส่วนนี้เพื่อการดูแลชีวิตในบั้นปลาย แต่ถ้ามีลูกคนใดคนหนึ่งดูแล (ซึ่งก็มักจะเป็นคนที่พ่อแม่ให้อยู่ด้วยหลังแต่งงาน) พ่อแม่ก็จะยกมรดกส่วนของตนให้แก่ลูกคนนั้น นี่เป็นกุศโลบายง่ายๆ แต่ได้ผล ในการประกันความมั่นคงด้านรายได้และการดูแลในวัยสูงอายุของคนสมัยก่อน

อย่างไรก็ตาม วิธีนี้อาจจะเหมาะสมในสถานการณ์ที่ครอบครัวมีทรัพยากรซึ่งจะสามารถใช้เป็น "เครื่องต่อรอง" หรือเป็นสิ่งจูงใจให้ลูกดูแลตนในยามแก่เฒ่าได้ และมักจะได้ผลดีภายใต้เงื่อนไขที่ลูกไม่มีทางเลือกมากนักในด้านอาชีพ หรือในด้านการเข้าถึงทรัพยากรที่จะใช้เป็นทุนเริ่มต้นชีวิตครอบครัว แต่ในสถานการณ์ที่ทรัพยากรของครอบครัวมีน้อย คนรุ่นหลังสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรอื่นได้และมีทางเลือกด้านอาชีพอยู่พอสมควรเช่นในปัจจุบัน ธรรมเนียมปฏิบัตินี้อาจจะไม่ใช่หลักประกันที่มีประสิทธิภาพเสมอไป

เพราะสังคมและวัฒนธรรมเปลี่ยนไป ในทิศทางที่ทุกคนต้องยืนอยู่บนขาของตัวเองตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนถึงวัยชรา การสร้างหลักประกันความมั่นคงด้านรายได้เฉพาะตัวของแต่ละคนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การสร้างหลักประกันทำนองนี้ยิ่งจะทวีความสำคัญขึ้นไปอีกในอนาคต เพราะผู้สูงอายุมี

จำนวนมากขึ้น อายุยืนยาวขึ้น และความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุก็สูงตามไปด้วย ทั้งหมดนี้บอกให้ทราบว่า ความมั่นคงด้านรายได้ในวัยสูงอายุคือคำตอบสำคัญที่จะชี้ให้เห็นสภาพความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในอนาคต คนที่เข้าสู่วัยสูงอายุโดยที่ไม่ได้มี(สร้าง)หลักประกันด้านรายได้ของตัวเองไว้เลย อาจจะเสี่ยงต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มั่นคง

เช่นเดียวกับเรื่องสุขภาพ หลักประกันความมั่นคงด้านรายได้ เป็นสิ่งที่ต้องสร้างตั้งแต่คนเรายังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุ วิธีที่ดีที่สุดที่จะสร้างหลักประกันที่ว่านี้ คือ การออม ซึ่งอาจจะแบ่งออกได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ การออมแบบบังคับกับการออมแบบสมัครใจ

ระบบการออมเพื่อการชราภาพในปัจจุบัน

การออมแบบบังคับ		การออมแบบสมัครใจ	
กองทุนประกันสังคม (กรณีชราภาพ+สงเคราะห์บุตร)	กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ	กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ
▪ กำหนดผลประโยชน์ตอบแทน ▪ สำหรับลูกจ้างเอกชน และลูกจ้างชั่วคราวราชการ ▪ ลูกจ้าง+นายจ้าง จ่ายฝ่ายละ 3% ของค่าจ้าง รายเดือน (ฐานค่าจ้างไม่เกิน 15,000 บาท) ▪ รัฐบาลจ่าย 1% ของค่าจ้าง	▪ กำหนดเงินสมทบ ▪ สำหรับข้าราชการเท่านั้น ▪ ข้าราชการ+รัฐบาล จ่ายฝ่ายละ 3% ของเงินเดือน	▪ กำหนดเงินสมทบ ▪ สำหรับลูกจ้างเอกชน ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจและลูกจ้างประจำราชการ ▪ ลูกจ้าง+นายจ้าง จ่าย ฝ่ายละ 2-15% ของค่าจ้าง แล้วแต่กรณี	▪ สำหรับประชาชนทั่วไป ▪ ซื้อหน่วยลงทุนไม่ต่ำกว่าปีละ 5,000 บาท ▪ ผลประโยชน์นำไปหักภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาได้ไม่เกิน 15% หรือไม่เกิน 300,000 บาท

ที่มา: สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง www.fpo.go.th/fseg/Source/Research/R13/Presentation.ppt สืบค้นวันที่ 15 ธันวาคม 2549

ก. การออมแบบบังคับ

เป็นการออมระยะยาวที่แรงงานกลุ่มที่อยู่ในข่ายถูกกำหนดให้ออมเพื่อประกันว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและเกษียณจากการทำงานแล้วจะมีรายได้เพื่อการดำรงชีวิตโดยไม่ลำบาก แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. **กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ** เป็นกองทุนที่ครอบคลุมเฉพาะแรงงานในภาคราชการ มีการกำหนดอัตราการสมทบที่แน่นอน (defined contribution) คือ ข้าราชการจ่ายเงินเข้ากองทุนในอัตราร้อยละ 3 ของเงินเดือน และรัฐบาลสมทบให้อีกร้อยละ 3 สถานะของกองทุนในเดือนธันวาคม 2549 มีสมาชิกผู้ประกันตน ประมาณ 1.2 ล้านคน

2. **กองทุนประกันสังคม** เป็นกองทุนสำหรับลูกจ้างเอกชน และลูกจ้างชั่วคราวรัฐบาล มีการกำหนดผลประโยชน์ทดแทนไว้แน่นอน (defined benefit) บริหารจัดการโดยภาครัฐ ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม ซึ่งกำหนดให้แรงงานในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปต้องประกันตนในกองทุนนี้ แรงงานและนายจ้างต้องส่งเงินเบี้ยประกันเข้ากองทุนในอัตราเท่าๆ กัน โดยรัฐสมทบให้อีกส่วนหนึ่ง ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ทดแทน 7 ด้าน คือเจ็บป่วย / ประสบอันตราย คลอดบุตร ทุพพลภาพ ตาย สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน เมื่อแรงงานจ่ายเงินเบี้ยประกันติดต่อกันไม่น้อยกว่า 15 ปี และมีอายุ 55 ปีขึ้นไป มีสิทธิ์ได้รับเงินบำนาญในอัตราตามสูตรการคำนวณที่กำหนดไว้ ปัจจุบันยังไม่มีการจ่ายเงินบำนาญชราภาพ เนื่องจากเริ่มการประกันกรณีนี้มายังไม่ครบ 15 ปี จะครบกำหนด 15 ปีใน พ.ศ. 2557 สถิติเมื่อสิ้นเดือนธันวาคม 2549 กองทุนประกันสังคมมีแรงงานที่ประกันตนทั้งสิ้นประมาณ 8.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 24 ของแรงงานที่มีงานทำทั้งหมด

ได้มีความเคลื่อนไหวที่จะจัดตั้ง "กองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ" โดยสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง เป็นผู้ขับเคลื่อน ถ้าจัดตั้งได้สำเร็จกองทุนนี้จะเอื้อต่อการประกันตนของแรงงานทุกกลุ่ม คือทั้งแรงงานในระบบ (ลูกจ้างในภาครัฐและภาคเอกชน) และแรงงานนอกระบบ (เกษตรกรและผู้ประกอบอาชีพอิสระทุกชนิด) ปัจจุบันโครงการอยู่ในกระบวนการทางกฎหมายในการจัดตั้งกองทุน

ข. การออมแบบสมัครใจ

เป็นการออมระยะยาวที่มีจุดมุ่งหมายคล้ายกับการออมแบบบังคับ แต่เอกชนเป็นผู้บริหารจัดการภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ มีกองทุน 2 ประเภท คือ

1. **กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (PVD-Provident Fund)** มุ่งหมายเพื่อประโยชน์ของลูกจ้างภาคเอกชนลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างประจำข้าราชการ ผู้ประกันตนและนายจ้างจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฝ่ายละ 2-15% ของค่าจ้าง เมื่อสิ้นเดือนธันวาคม 2549 กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ มีสมาชิกประมาณ 1.8 ล้านคน

2. **กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (RMF - Retirement Mutual Fund)** เป็นกองทุนเพื่อการ

อัตราเงินสมทบกองทุนประกันสังคม

ประเภทประโยชน์ทดแทน	อัตราสูงสุดที่กฎหมายกำหนด	ลูกจ้าง	นายจ้าง	รัฐบาล
เจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพ ตาย	1.5	1.5	1.5	1.5
สงเคราะห์บุตร ชราภาพ	3.0	3.0	3.0	1.0
ว่างงาน	5.0	0.5	0.5	0.25
รวม	9.5	5.0	5.0	2.75

หมายเหตุ: เงินสมทบ คือเงินที่ลูกจ้างและนายจ้างจะต้องนำส่งเข้ากองทุนประกันสังคมทุกเดือน โดยคำณวนจากฐานค่าจ้างรายเดือนต่ำสุดเดือนละ 1,650 บาท สูงสุดเดือนละ 15,000 บาท
ที่มา: กองประโยชน์ทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

ออมระยะยาวที่เปิดให้ผู้สนใจทั่วไปซื้อหน่วยลงทุน เงื่อนไขของการลงทุนคือผู้ลงทุนจะต้องซื้อหน่วยลงทุนปีละไม่ต่ำกว่า 5,000 บาท และต้องลงทุนติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปี จึงจะขอรับเงินต้นและประโยชน์ทดแทนคืนได้ เงินที่ลงทุนในแต่ละปีสามารถนำไปหักลดหย่อนในการเสียภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาได้ไม่เกินร้อยละ 15 ของรายได้ในปีที่ลงทุน หรือสูงสุดไม่เกิน 300,000 บาท ณ สิ้นเดือนธันวาคม 2549 มีกองทุนรวมเลี้ยงชีพทั้งสิ้น 70 กองทุน

หลักประกันความมั่นคงด้านรายได้ เป็นสิ่งที่ต้องสร้างตั้งแต่คนเรายังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุ วิธีที่ดีที่สุดที่จะสร้างหลักประกันที่ว่านี้คือ การออม

ในระยะยาว ระบบกองทุนในปัจจุบัน เช่น กองทุนประกันสังคมและกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ อาจจะประสบปัญหา หากไม่มีการปรับรูปแบบการออม รัฐบาลอาจจะต้องมีภาระจ่ายมากขึ้นเพราะจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเร็ว ขณะที่อัตราการเข้าสู่วัยแรงงานจะช้าลง เพราะอัตราเกิดลดลง ผลก็คือกองทุนต่างๆ จะต้องจ่ายเงินจำนวนมากเพื่อการดำรงชีพของสมาชิกผู้สูงอายุที่เกษียณหรือพ้นวัยทำงานแล้ว แต่เงินที่ไหลเข้ากองทุนจะลดลงเพราะประชากรวัยแรงงานเพิ่มไม่ทัน

แม้ว่าแนวโน้มของการออมระยะยาวแบบสมัครใจในรูปแบบต่างๆ จะเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน แต่จำนวนผู้ที่ออมก็ยังไม่มากพอเมื่อเทียบกับจำนวนคนวัยแรงงานทั้งประเทศ และผู้ออมโดยมากก็กระจุกตัวกันอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีรายได้สม่ำเสมอ ซึ่งไม่ใช่คนส่วนใหญ่ของประเทศ สถิติจำนวนผู้ออมระยะยาวจากกองทุนต่างๆ ทั้งประเภทบังคับและประเภทสมัครใจ รวมทั้งประเทศมีประมาณ 12 ล้านรายเศษ คิดเป็นประมาณ 1 ใน 3 ของแรงงานทั้งประเทศ (ซึ่งมี 36.68 ล้านคน) เท่านั้น แรงงานอีก 2 ใน 3 ที่ไม่อยู่ในระบบการประกันเพื่ออนาคตใดๆ เลยนั้น เกือบทั้งหมดคือเกษตรกร และแรงงานที่ทำงานอาชีพอิสระ เช่น รับทำงานที่บ้าน รับจ้างทั่วไปนอกบ้าน รับเหมา รับช่วงงาน รับจ้างทำงานในครัวเรือน และขับรถรับจ้าง พ่อค้าแม่ค้า เป็นต้น

แรงงานที่ไม่อยู่ในระบบการออมระยะยาวรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเลยนั้น ความจริงอาจจะไม่ใช่เพราะพวกเขาไม่ต้องการ แต่อาจจะเป็นเพราะไม่มีรายได้ที่จะออมมากกว่าหรืออาจจะเป็นเพราะขาดความรู้เกี่ยวกับระบบการออม หรือทั้งสองอย่างก็เป็นได้ แต่ไม่ว่าจะด้วยเหตุใด แรงงานเหล่านี้มีโอกาสที่จะประสบความไม่มั่นคงด้านการเงินภายหลังการเกษียณจากการทำงานแล้ว

สถานะกองทุนเพื่อการประกันระยะยาวในปัจจุบัน ณ ธันวาคม 2549		
ประเภท	เงินกองทุน (ล้านบาท)	สมาชิก (ราย)
กองทุนประกันสังคม - รวมทุกกรณี - กรณีชราภาพ + สงเคราะห์บุตร	396,910.37 322,395.78	8,882,922
กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ	320,762.98	1,176,514
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ	386,251.94	1,801,753
กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ	25,475.24	70 กองทุน

ที่มา: สำนักนโยบายการออมและการลงทุน สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง

นอกจากการออมในระบบสถาบันตามรูปแบบที่กล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีการออมนอกระบบสถาบันซึ่งเริ่มมีแพร่หลายมากขึ้นในปัจจุบัน นั่นคือ การออมกับองค์กรจัดตั้งในชุมชน ซึ่งอาจมีชื่อเรียกต่างๆ กัน เช่น กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ กองทุนชุมชน ธนาคารหมู่บ้าน และกลุ่มฌาปนกิจ เป็นต้น เป้าหมายหลักขององค์กรการเงินในชุมชนโดยมากคือการระดมทุนด้วยการออม เพื่อจัดสวัสดิการช่วยเหลือกันเองภายในชุมชน ให้หลักประกันแก่สมาชิกตั้งแต่เรื่องการประกอบอาชีพ ไปจนถึงเรื่องการศึกษาของบุตร การรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายเมื่อเสียชีวิต

จุดมุ่งหมายอีกอย่างหนึ่งคือการสร้างจิตสำนึกในการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันในชุมชน เป็นการสร้างคนให้มีจิตสำนึกและมีศักยภาพในการพึ่งตนเอง บนพื้นฐานของคุณธรรมและความพอเพียง องค์กรการเงินในชุมชนที่มีความพร้อมบางแห่งอาจนำดอกผลจากการออมมาใช้จ่ายเพื่อการชราภาพของสมาชิกชุมชน ตัวอย่างของกลุ่มออมทรัพย์ที่สำคัญได้แก่ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์บ้านน้ำขาว จังหวัดสงขลา กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ตำบลคลองเปียะ อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา กลุ่มสัจจะออมทรัพย์จังหวัดกระบี่ ตราด และจันทบุรี เป็นต้น

มีการตั้งข้อสังเกตว่า พฤติกรรมการออมของคนไทยยังไม่เอื้อต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการออมแบบบังคับหรือแบบสมัครใจก็ตาม ความหมายของข้อนี้ก็คือ คนไทยยังออมเพื่อประกันความมั่นคงในอนาคตกันน้อยเกินไป และขาดความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการเงินออมอย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากไม่มีระบบการออมที่จูงใจพอ เพราะจะว่าไปแล้วประเทศไทยเพิ่งมีระบบการออมระยะยาวเพื่อการชราภาพเมื่อไม่นานมานี้เอง เทียบกับบางประเทศ เช่น เกาหลี และไต้หวัน แล้วแตกต่างกันมาก

การออมระยะยาวเพื่อความมั่นคงทางการเงินหลังการเกษียณ เป็นนโยบายสำคัญของทุกประเทศที่เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุมาก่อนไทย เพราะการออมประเภทนี้ไม่เพียงแต่เป็นการประกันความมั่นคงสำหรับบุคคลแต่ละคนเท่านั้น แต่ยังเป็นคุณูปการต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศด้วย เนื่องจากเป็นการระดมทุน เพื่อเพิ่มเงินทุนในประเทศ ซึ่งเป็นประโยชน์โดย

พฤติกรรมการออมของคนไทยยังไม่เอื้อต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คนไทยยังออมเพื่อประกันความมั่นคงในอนาคตกันน้อยเกินไป

ตรงต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และช่วยลดการขาดดุลบัญชีเดินสะพัดได้ทางหนึ่งด้วย

เตรียมพร้อม: รับมือกับสิ่งท้าทาย

จากสถานการณ์ทางประชากร และแนวโน้มด้านการดูแลผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้มองเห็นว่า มีประเด็นท้าทายหลายเรื่องรออยู่ข้างหน้าในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ในที่นี้จะกล่าวถึงประเด็นท้าทายที่สำคัญบางประเด็น พร้อมทั้งสิ่งที่สังคมจะต้องเตรียมพร้อมเพื่อการนี้ โดยจะพิจารณาเป็น 2 ระยะเวลา คือในระยะสั้น และระยะยาว ในตอนท้ายจะกล่าวถึงกลไกที่จำเป็นในการขับเคลื่อนภารกิจเหล่านี้ไปสู่ความสำเร็จ

◌ การเตรียมพร้อมในระยะสั้น

ในระยะที่กำลังจะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ จะเกิดช่วงเวลาสั้นๆ ที่ถือว่าเป็น "ช่วงเวลาทอง" สำหรับการพัฒนา ในช่วงเวลาดังกล่าวนี้อัตราส่วนประชากรที่อยู่ในสถานะผู้พึ่งพิง (เด็กและผู้สูงอายุ) ต่อประชากรวัยแรงงานต่ำมาก ซึ่งถือว่าเอื้อต่อการออมและการพัฒนาประเทศอย่างยิ่ง ถ้าประชากรวัยแรงงานมี "คุณภาพ" ที่ดีพอ ประเทศจะได้รับอานิสงส์อย่างมหาศาล แต่เนื่องจากช่วงเวลาแห่งการปันผลทางประชากรนี้เหลืออยู่อีกไม่มาก ภายในประมาณ 10 ปี ข้างหน้านี้ ช่วงเวลาที่ดีที่สุดนี้ก็จะผ่านไป

ประเด็นท้าทายอยู่ที่ว่า ทำอย่างไรจึงจะทำให้ช่วงเวลาทองนี้เป็นเวลาที่เกิดการพัฒนาสูงสุด และทำอย่างไรคนไทยจึงจะได้รับอานิสงส์สูงสุดจากช่วงเวลานี้

คำตอบสำคัญคงจะหนีไม่พ้นการทำให้แรงงานที่มีอยู่ทั้งหมดกว่า 36.68 ล้านคนเป็นแรงงานที่มีคุณภาพ คือมีความสามารถในการผลิตสูง ยิ่งแรงงานมีความสามารถในการผลิตสูงเท่าไร ผลผลิตส่วนที่จะเหลือกินเหลือใช้ยิ่งจะมากเท่านั้น เนื่องจากคนที่ทำการผลิต(แรงงาน)มีมาก แต่คนที่ต้องเลี้ยงดู (เด็กและผู้สูงอายุ) ยังมีน้อย ดังนั้น เศรษฐกิจก็จะเข้มแข็ง ถ้าสังคมไทยสามารถได้รับประโยชน์สูงสุดจากช่วงเวลาทองนี้ ก็จะเป็นการเตรียมพร้อมทางเศรษฐกิจที่ดีที่สุด ก่อนที่จะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มขั้นในช่วงเวลาต่อไป

งานที่ยากในช่วงนี้คือการยกระดับความสามารถในการผลิตของแรงงานไทยให้สูงขึ้น และต้องทำให้สูงขึ้นโดยเร็ว ก่อนที่เวลาทองนี้จะผ่านพ้นไป จุดอ่อนของประเทศไทยก็คือ แรงงานไทยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ และคุณภาพของการศึกษายังไม่ดีเท่าที่ควร อีกทั้งการผลิตกำลังคนของสถาบันการศึกษาก็ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานที่มีฝีมือระดับกลาง

ท่ามกลางสิ่งท้าทายเหล่านี้ รัฐและภาคเอกชนควรกำหนดยุทธศาสตร์และมาตรการที่จะยกระดับฝีมือแรงงานให้สูงขึ้น รวมทั้งสร้างจิตวิญญาณของการเป็นแรงงานที่พึงประสงค์ ให้เหมาะสมกับยุคสมัยแห่งการแข่งขัน การยกระดับคุณภาพแรงงานนี้ต้องเร่งทำให้ได้ด้วยแผนระยะสั้น ไม่ใช่ด้วยแผนระยะยาว

◌ การเตรียมพร้อมในระยะยาว

ประเด็นท้าทายในระยะยาวอยู่ที่การเตรียมความพร้อมของคนและระบบเพื่อการเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพในทุกด้าน มิติสำคัญในการเตรียมความพร้อมในระยะยาวควรครอบคลุมถึงประเด็นต่อไปนี้

- การเตรียมคนในทุกช่วงวัย (วัยเด็ก, วัยแรงงาน, วัยสูงอายุ) ให้สามารถเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและมีความมั่นคง ทั้งในด้านสุขภาพอนามัยและในการเป็นแรงงานที่มีความสามารถในการผลิตสูง
- การสร้างระบบและกลไกของสังคมที่เอื้อต่อการเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มั่นคง
- การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้สามารถจัดการกับปัญหาผู้สูงอายุได้ด้วยตัวเอง
- การสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม และทางกายภาพ ที่เหมาะสมกับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ
- การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ

มีความจำเป็นต้องเสนอประเด็นเหล่านี้ให้ประชาชน หน่วยงานรัฐ และภาคีที่เกี่ยวข้องได้มองเห็นปัญหาที่ท้าทายร่วมกัน เพื่อร่วมมือกันขับเคลื่อนการดำเนินงาน ให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างรวดเร็วและจริงจัง

มาตรการสำคัญเพื่อตอบสนองต่อประเด็นท้าทายในการเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ควรครอบคลุมถึงเรื่องต่อไปนี้

1. การสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง หัวใจสำคัญในเรื่องนี้อยู่ที่ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ที่จะทำให้คนมีสุขนิสัยที่ดี เริ่มตั้งแต่ในวัยเด็กไปจนตลอดชีวิต สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม และสามารถจัดการดูแลสุขภาพของสมาชิก โดยเฉพาะสมาชิกวัยสูงอายุ อย่างน้อยในขั้นปฐมภูมิ สร้างเสริมระบบรักษาสุขภาพที่ไม่เป็นภาระด้านงบประมาณแก่รัฐมากเกินไป และควรมีหลายระบบเพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกได้ แต่ทุกระบบจะต้องได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับได้

2. การเพิ่มผลิตภาพของแรงงานทุกกลุ่มทุกวัย เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและทิศทางการขยายตัวของภาคการผลิต ปรับเป้าหมายและกระบวนการผลิตกำลังคนของสถาบันการศึกษาให้มีประสิทธิภาพ กำหนดสัดส่วนของผู้เรียนในด้านต่างๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน สร้างจิตวิญญาณของการเป็นแรงงานที่พึงประสงค์และพร้อมกันนั้นรัฐต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีนิสัยใฝ่การเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะการเรียนรู้ด้วยตัวเองผ่านศูนย์การเรียนรู้สาธารณะต่างๆ เช่น ห้องสมุด สื่ออิเล็กทรอนิก และเทคโนโลยีสารสนเทศ

3. สร้างระบบและกลไกที่เอื้อต่อการสร้างความมั่นคงระยะยาว หัวใจสำคัญของการเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มั่นคง อยู่ที่เรื่องสำคัญ 2 เรื่อง คือ (1) ระบบการจ้างงานที่เอื้อต่อการทำงานของผู้สูงอายุ และ (2) ระบบประกันความมั่นคงเพื่อการชราภาพที่เหมาะสมและจูงใจ ระบบการจ้างงานนั้นควรให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานต่อไป เช่น งานที่ไม่ต้องออกแรงมากเกินไปและงานที่ทำแบบไม่เต็มเวลา เป็นต้น ส่วนการประกันเพื่อชราภาพนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องสร้างระบบประกันที่ครอบคลุมถึงกลุ่มแรงงานทั้งใน

ปัญหาท้าทายและการเตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ: ทัศนะจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

◌ ปัญหาผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ในวันนี้และในอนาคตคืออะไร และกระทรวงมีนโยบายหรือโครงการอะไรบ้าง

ปัญหาสำคัญคือเรื่องการดูแล เนื่องจากความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เมืองทำให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุขาดการดูแล และต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทและไม่สามารถรับบริการและสวัสดิการทางสังคมได้อย่างทั่วถึง กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ จึงมีนโยบายที่ให้ความสำคัญกับ "ชุมชน" และ "การมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน" เป็นลำดับแรก จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ทางสังคมเพื่อรองรับสภาพปัญหาในปัจจุบันและแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้กลไกของชุมชน ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเครือข่ายต่างๆทั้งภาครัฐ เอกชน และอาสาสมัครจัดทำระบบสวัสดิการสังคม โดยมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักกลุ่มหนึ่ง ตลอดจนส่งเสริมระบบอาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้เกิดขึ้นในทุกชุมชน เพื่อนำไปสู่สังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน

◌ รัฐจะจัดการอย่างไรกับช่องว่างด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในสังคมที่แตกต่างกัน

ทางภาครัฐได้ปรับเปลี่ยนมุมมองผู้สูงอายุจากบุคคลที่สมควรได้รับการตอบแทน หรือในฐานะ "ผู้รับ" เป็น บุคคลในฐานะ "ผู้ให้" หรือผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ได้ทำประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้นานที่สุด ดังนั้นผู้สูงอายุจึงได้รับการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐาน ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เพื่อขยายโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคมผ่านการสนับสนุนการประกอบอาชีพจากกองทุนผู้สูงอายุ ระบบประกันสุขภาพ เบี้ยยังชีพ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ฯลฯ สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพที่ดีและยังคงมีศักยภาพ ได้ส่งเสริมสนับสนุนผ่านไปยังชมรม สมาคมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมเพื่อกลุ่มผู้สูงอายุ หรือเพื่อสังคม และการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ

ระบบและนอกระบบ เช่น ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และผู้ทำงานอิสระต่างๆ

4. สร้างเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศจะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่อาจมีต่อครอบครัวและชุมชนท้องถิ่น ส่งเสริมการพัฒนาทรัพยากรและการสร้างงานในท้องถิ่นเพื่อเอื้อต่อการได้อยู่ร่วมกัน หรืออยู่ใกล้ชิดกัน ของสมาชิกครอบครัว อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการดูแลจากบุตรหลานมากที่สุด สร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนโดยการสนับสนุนการรวมกลุ่มและการสร้างองค์กรท้องถิ่น เพื่อดำเนินงานทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของประชาชน บนพื้นฐานของการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกัน

5.สร้างเสริมความเข้มแข็งทางสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มั่นคง ส่งเสริมและฟื้นฟูสถาบันทางสังคมในระดับชุมชน เช่น วัด โรงเรียน และองค์กรชุมชน ให้เกิดการร่วมมือกันเข้มแข็ง จรรโลงคุณธรรมและหลักปฏิบัติทางวัฒนธรรมอันดีงามของสังคม เช่น เรื่องความกตัญญูกตเวที การปฏิบัติตามหลักธรรมทางศาสนา และการเคารพและให้เกียรติผู้สูงอายุ วางกฎเกณฑ์การจัดบริการสาธารณะและที่อยู่อาศัย ให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ประโยชน์ได้โดยไม่เสี่ยงต่อสุขภาพ คุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายอย่างเป็นรูปธรรม

6.ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนาทั้งในระดับชุมชนและในระดับชาติ มีกลไกที่จะให้โอกาสผู้สูงอายุ ในฐานะคลังแห่งภูมิปัญญา ได้ถ่ายทอดประสบการณ์และภูมิปัญญาสู่คนรุ่นหลังอย่างจริงจัง สถาบันการศึกษาและองค์กรจัดตั้งในระดับชุมชนและท้องถิ่นควรเข้ามามีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้ ควรพิจารณาขยายอายุการเกษียณให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงทางประชากร ความต้องการทำงานของผู้สูงอายุ ระบบการจ้างงานในตลาดแรงงาน และความมั่นคงของบุคคลในปัจฉิมวัย

ประเด็นสำคัญที่กล่าวมาทั้งหมดนี้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และมาตรการที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2

◌ กลไกขับเคลื่อนสู่ความสำเร็จ

การที่จะขับเคลื่อนภารกิจสำคัญ ในการเตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุให้บรรลุถึงความสำเร็จได้ จะต้องอาศัยความเข้มแข็งและการร่วมมือกันของกลไกหลายส่วน ที่สำคัญและใคร่จะเน้นเป็นพิเศษในที่นี้คือ 3 กลไกหลัก อันประกอบด้วย กลไกวิชาการ กลไกการเมืองและระบบราชการ และกลไกสังคม

กลไกวิชาการเปรียบเสมือนมันสมอง มีบทบาทในการค้นคว้าวิจัยและเสนอแนะปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาเหล่านั้น ขณะเดียวกันก็ติดตามและประเมินผลในทุกมิติ ที่แล้วมาดูเหมือนว่ากลไกวิชาการมีจะความไวต่อเรื่องนี้พอสมควร ดังจะเห็นว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากในปัจจุบัน แม้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะไม่ได้ตั้งโจทย์เพื่อตอบปัญหาเชิงนโยบายโดยตรง แต่ก็มีงานวิจัยจำนวนไม่น้อยที่ชี้ให้เห็นลักษณะของปัญหาและความต้องการในเรื่องนี้ กล่าวได้ว่างานทาง

◌ ทำอย่างไร สถาบันทางสังคม เช่น ครอบครัวและชุมชนจะคงบทบาทการดูแลผู้สูงอายุเหมือนในอดีตที่ผ่านมา

ภาครัฐได้วางแนวทาง คือ การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ท้องถิ่น เพื่อเพิ่มบทบาทให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายในท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดบริการสวัสดิการสังคมภายในชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชน ทำให้เกิดความตระหนักในปัญหาและผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน จนกระทั่งครอบครัวและชุมชน สามารถจัดการแก้ไข และป้องกันปัญหาในชุมชนเองได้ และส่งผลให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

◌ ความมั่นคงในวัยสูงอายุสมควรจะได้รับการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมได้อย่างไร

ในปัจจุบันภาคส่วนต่างๆ ได้เริ่มมีการขับเคลื่อนในประเด็น "ความมั่นคงในผู้สูงอายุ" และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มความเข้มข้นในการดำเนินการมากขึ้น หากมองในภาพรวมของประเทศไทย ความมั่นคงในผู้สูงอายุจะเป็นการเตรียมความพร้อมของสังคมไทย โดยมีการเตรียมการในทุกกลุ่ม ตั้งแต่วัยเด็ก วัยแรงงาน จนถึงวัยสูงอายุ และทุกมิติของการพัฒนาจะเป็นองค์รวมการพัฒนาศักยภาพของคน หลักประกันทางเศรษฐกิจ การมีส่วนร่วมในสังคม และสวัสดิการสังคม ทั้งนี้การดำเนินการดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐ ภาคเอกชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้มีการบรรจุประเด็นต่างๆ ในยุทธศาสตร์ และมาตรการภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ เป้าหมาย และระยะเวลาดำเนินอย่างชัดเจน แนวทางหลักในการดำเนินงานมี 3 ประการ คือ (1) สร้างความเข้มแข็งให้องค์กรผู้สูงอายุทั้งระดับนโยบายและชุมชน (2) ให้ชุมชนและท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการ และ (3) คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยภาครัฐและเอกชนจะต้องเป็นผู้กำหนดทิศทางนโยบาย ยุทธศาสตร์ และให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นดังกล่าวในทุกมิติ

ที่มา: นายวัลลภ พลอยทับทิม ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, พฤศจิกายน 2549

วิชาการในเวลานี้ มีมากพอที่ฝ่ายนโยบายจะสามารถนำมาสังเคราะห์ เพื่อขับเคลื่อนสู่ภาคปฏิบัติต่อไปได้

กลไกการเมืองและระบบราชการที่ผ่านมาทำงานค่อนข้างจะช้า เห็นได้จากกระบวนการผลักดันพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ. 2537 กว่าจะเสร็จสมบูรณ์ก็ใช้เวลาไปเกือบ 10 ปี (สำเร็จ ในปี 2546) ในระยะหลังๆ อาจจะเคลื่อนไหวเร็วขึ้นบ้าง แต่เรื่องสำคัญๆ เช่น ระบบการประกันความมั่นคงด้านรายได้ที่จะครอบคลุมแรงงานทุกภาคส่วนยังไม่บรรลุผลสำเร็จ

ปัญหาอีกประการหนึ่งคือ ภาครัฐยังทำงานแบบแยกส่วน ดังจะเห็นว่า งานที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในปัจจุบันกระจัดกระจายอยู่ใน 16 หน่วยงานระดับกรมของ 11 กระทรวง และงานเหล่านี้ส่วนใหญ่ยังยึดแนวทางการให้การสงเคราะห์เป็นหลัก โครงการที่ช่วยพัฒนาผู้สูงอายุให้ไม่ต้องพึ่งพิง และให้ครอบครัวและชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถรับภาระงานด้านผู้สูงอายุได้เอง ยังมีน้อย เท่าที่มีอยู่มักเป็นโครงการที่เพิ่งเริ่มต้น และอยู่ในระหว่างหารูปแบบที่เหมาะสม

ส่วนการเคลื่อนไหวของกลไกสังคมโดยรวมก็ยังค่อนข้างเชื่องช้า เพราะขาดความตระหนักและขาดทรัพยากร

ประเด็นสำคัญที่จะขับเคลื่อนไปสู่ความสำเร็จนี้ มิได้อยู่ที่ความเข้มแข็งของแต่ละกลไกเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่ความร่วมมือกันอย่างเป็นเอกภาพของกลไกเหล่านี้ด้วย เรื่องนี้ก็ดูเหมือนจะยังต้องพัฒนาอยู่อีกมาก ความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้ง่ายกว่า ถ้าฝ่ายนโยบายและหน่วยงานภาครัฐ (กลไกการเมืองและระบบราชการ) ทำงานอย่างใกล้ชิดและบนพื้นฐานของข้อมูลที่ป้อนมาจากกลไกวิชาการ และกลไกสังคม ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับต่างๆ อาศัยนโยบายจากกลไกการเมือง และความรู้จากกลไกวิชาการเป็นแนวทาง การทำงานสอดประสานกันอย่างเป็นเอกภาพเช่นนี้ มีโอกาสจะประสบความสำเร็จมากกว่า

วันนี้ จึงได้เวลาที่ประเทศไทยจะเตรียมพร้อมอย่างจริงจัง เพื่อว่าสังคมจะได้รับความร่มเย็นจากร่มเงาของลำดวนอย่างเต็มที่ และเพื่อที่ในวันข้างหน้าดอกและใบของลำดวนจะได้ร่วงลงไปเป็นปุ๋ย เสริมสร้างทุนทางสังคมของไทยให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

คุณยายทัศนา จงพีร์เพียระ แปดสิบยังแจ๋ว

ในวัย 83 ปีเศษ คุณยายทัศนา จงพีร์เพียร ยังดูกระฉับกระเฉง เคลื่อนไหวคล่องแคล่ว และที่สำคัญคุณยายดูแจ่มใส ไร้ริ้วรอยของความทุกข์ความกังวล เพียงเห็นก็บอกได้ว่า เป็นผู้สูงวัยที่สุขภาพดีทั้งกายและใจ

หลายคนที่ได้พบคุณยายอดไม่ได้ที่จะถามว่า อะไรคือเคล็ดลับของการมีสุขภาพดีในวัยสูงอายุ

"กรรมพันธุ์ก็อาจจะมีส่วนมั้ง เพราะคุณแม่มีอายุถึง 102 ปี" คุณยายตอบ "แต่ที่สำคัญจริงๆ คือเป็นคนชอบออกกำลังกายมาตั้งแต่เป็นเด็ก ทุกวันนี้ก็ยังออกกำลังกายอยู่เสมอ"

คุณยายเล่าว่าตอนเรียนอยู่ชั้นมัธยมเป็นนักกีฬาวิ่ง 100 เมตร และวิ่งผลัดของโรงเรียน ตื่นมาซ้อมวิ่งตอนตี 3 ถึงตี 5 ทุกวัน หลังแต่งงานก็ยังเล่นกีฬาอย่างต่อเนื่อง ที่เล่นเป็นประจำก็มีกอล์ฟ เทนนิส และแบดมินตัน พออายุย่างเข้าวัย 50 ปี ก็หันมาออกกำลังกายเบาๆ เช่น แอโรบิค เต้นรำ และร้องเพลง

เคล็ดลับอีกข้อหนึ่งของคุณยายคือทำจิตใจให้ร่าเริงอยู่เสมอ ไม่เครียด และเข้าสังคมกับเพื่อนฝูงที่สนิทสนมกันเป็นประจำ แต่ที่สำคัญคือคุณยายมีครอบครัวที่อบอุ่น มีลูกหลานที่ดีมีความกตัญญู สิ่งเหล่านี้นำความสุขมาให้ และเป็นเสมือนยาอายุวัฒนะขนานหนึ่ง

การทำงานคืออีกสิ่งหนึ่งที่ทำให้คุณยายรู้สึกมีพลังอยู่เสมองานที่คุณยายทำส่วนมากมักเป็นงานด้านสังคมสงเคราะห์ ทุกวันนี้คุณยายทำงานเป็นอาสาสมัครขององค์กรต่างๆ หลายแห่ง และทำติดต่อกันมากว่า 50 ปีแล้ว การทำงานสังคมสงเคราะห์ ทำให้ได้เพื่อน ได้ประสบการณ์และได้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ ที่สำคัญคือได้ความสุขและความภูมิใจ

ดูเหมือนว่าคุณยายจะทำงานสังคมสงเคราะห์แทบทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นงานอาสาสมัครคุมประพฤติประจำศาลอาญา (เป็นประธานคณะกรรมการ) อาสาสมัครสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และสมาชิกสมทบสภาสตรีแห่งชาติในพระบรมราชินูปถัมภ์ รวมถึงงานสังคมสงเคราะห์ในยามที่เกิดวิบัติภัย เช่น น้ำท่วม สึนามิ ไฟไต้ และเยี่ยมทหารที่ชายแดน เป็นต้น คุณยายทำงานเหล่านี้ด้วยใจรักและด้วยจิตวิญญาณ เพราะ "ทำงานเหล่านี้แล้วจิตใจเราก็มีความสุข"

คุณยายยึดพระดำรัสของสมเด็จย่าที่ว่า "อย่าให้ลมหายใจสูญเปล่า" เป็นอุดมคติ

ในวัยกว่า 83 ปี คุณยายทัศนาบอกว่ายังจะทำงานเหล่านี้ไปเรื่อยๆ ในยามว่างนอกจากจะดูแลบ้าน อ่านหนังสือที่ชอบ และติดตามข่าวสารบ้านเมืองแล้ว คุณยายยังใช้เวลาส่วนหนึ่งเขียนบทกวีด้วย แต่ที่ออกจะพิเศษมากๆ คือตอนนี้คุณยายกำลังเรียนร้องเพลงและเต้นรำ

อย่างนี้ต้องบอกว่า **"แปดสิบยังแจ๋ว"**

สัมภาษณ์ คุณยายทัศนา จงพีร์เพียร
25 กุมภาพันธ์ 2550

....

นายแพทย์เฉก ธนะสิริ: ผมตั้งใจจะแก่แล้วตายเมื่ออายุ 120

เอ่ยนามนายแพทย์เฉก ธนะสิริ คงมีน้อยคนที่ไม่รู้จัก แต่ในหมู่คนที่บอกว่ารู้จักนั้น คงมีไม่มากที่รู้ว่า อะไรคือเคล็ดลับของการมีสุขภาพที่แข็งแรงแม้ในวัยหลัง 80 ของคุณหมอ แข็งแรงและสุขภาพดีจนอยากจะให้ฉายาท่านว่า "เป็นผู้สูงวัยที่ยังหนุ่มทั้งกายและใจ"

ในรอบ 40 ปีที่ผ่านมา คุณหมอเฉกไม่เคยกินยาเลย เคยเป็นหวัดเพียง 2 ครั้งเท่านั้น ครั้งสุดท้ายเมื่อกว่า 10 ปีมาแล้ว แต่ก็ไม่ได้กินยา ความเจ็บป่วยอย่างอื่นที่มากกว่าหวัดนั้น ไม่ต้องพูดถึง ดูเหมือนคุณหมอจะลืมไปหมดแล้ว

การทำให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอแม้ในวัยสูงอายุ สำหรับคุณหมอไม่ใช่เคล็ดลับ แต่ทุกคนทำได้ ถ้าใส่ใจเรื่องอาหาร ออกกำลัง และทำจิตใจให้สงบแจ่มใส

กินอย่างไรให้แข็งแรงและอายุยืน? "กินอย่างช้าง ม้า วัว ควาย แรด ยีราฟซิ" คุณหมอตอบเหมือนกับจะพูดเล่น แต่ความหมายที่ขยายต่อคือ กินอาหารจำพวกผักสด ผลไม้และธัญพืช ซึ่งเป็นอาหารที่ให้วิตามินเยอะๆ กินอาหารจำพวกเนื้อสัตว์และไขมันให้น้อย ยิ่งอายุมากขึ้น ยิ่งควรกินพวกเนื้อสัตว์และไขมันให้น้อยลง ร่างกายจะแข็งแรงและห่างไกลโรค คุณหมอเน้นว่า "เรื่องการกินอย่างเดียวนะ คนชนบทเขากินดีกว่าคนกรุง"

เรื่องการออกกำลังกายคุณหมอเน้นเป็นพิเศษว่า ไม่จำเป็นต้องลงทุนเพื่อออกกำลัง การทำงานทุกอย่าง แม้แต่งานในเรือกสวนไร่นา ของชาวชนบท หรือการทำงานบ้านของแม่บ้าน ก็เป็นการออกกำลังที่ดี ถ้าการทำงานแบบก้มๆเงยๆทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับหลังหรือเข่า ก็อาจบรรเทาด้วยการออกกำลังแบบ passive exercise คือให้ผู้อื่นบีบนวดให้ยิ่งการออกกำลังด้วยการวิ่ง ว่ายน้ำ ดัดตัว โยคะ ชี่กง ไท้เก๊ก หรือแอโรบิก ก็ยิ่งเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่เคล็ดลับอยู่ที่ต้องออกกำลังอย่างสม่ำเสมอ

คุณหมอเฉกได้ชื่อว่าเป็นผู้สูงวัยชั้นแนวหน้าคนหนึ่งที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะว่ายน้ำในช่วงเวลา 40 ปีที่ผ่านมา คุณหมอว่ายน้ำคิดเป็นระยะทางสะสมกว่า 7,900 กิโลเมตรแล้ว สถิตินี้บันทึกไว้ชัดเจนที่สระว่ายน้ำของสปอร์ตคลับแห่งราชกรีฑาสโมสร ทั้งนี้ ไม่นับรวมถ้วยรางวัลจำนวนเกือบเต็มตู้ที่ได้จากการแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ

ความสุขของผู้สูงอายุสำหรับคุณหมอเฉก ต้องตั้งต้นจากครอบครัวที่อบอุ่น มีกินมีใช้พอเพียง ซึ่งต้องเก็บหอมรอมริบสะสมมาตั้งแต่ยังหนุ่มยังสาว "พระพุทธเจ้าสอนว่า สำหรับชาวบ้าน ความสุขเกิดจากการมีทรัพย์ ใช้ทรัพย์เป็น และไม่เป็นหนี้" คุณหมออ้างหลักทางพุทธศาสนา

แต่ความสงบทางใจก็สำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน ความสงบทางใจของผู้สูงอายุนั้นได้จากการตั้งมั่นอยู่ในหลักธรรมของศาสนา ถ้าเป็นพุทธก็ต้องรักษาศีลห้า และถ้าให้ดีขึ้นไปอีกก็ต้องทำจิตให้มีสมาธิ จะทำสมาธิที่ไหนก็ได้ ที่บ้าน ที่วัด หรือแม้แต่ขณะที่ทำงานหรือออกกำลังกายอยู่ก็ทำใจให้เป็นสมาธิได้ โดยการทำใจให้แน่วแน่ จดจ่ออยู่กับสิ่งที่ทำเท่านั้น

"เวลาผมว่ายน้ำ 30-40 นาที ผมว่ายน้ำจงกรม... ซ้ายไป ขวาไป นิ่งไปเลย เกิดพลังมหาศาล"

"ผมตั้งเป้าชีวิตของผมไว้ 120 ปี ตั้งแต่ 15 ปีที่แล้ว ... ตั้งใจจะแก่แล้วตายเมื่ออายุ 120 ปี" คุณหมอกล่าวด้วยน้ำเสียงเรียบๆ แต่จริงจัง ที่สำคัญคุณหมอบอกว่าใครๆ ก็ทำอย่างท่านได้

กินผัก ผลไม้และธัญพืชเยอะๆ ลดเนื้อสัตว์และไขมัน ออกกำลังกายสม่ำเสมอและทำใจให้สงบ นี่คือกุญแจสำคัญที่ทำให้แข็งแรงและเป็นสุขในวัยสูงอายุ ตามแบบของนายแพทย์เฉก ธนะสิริ คุณหมอวัยหลัง 80 ที่ยังไม่รู้จักคำว่าแก่

เรียบเรียงจากการสัมภาษณ์นายแพทย์เฉก ธนะสิริ
7 พฤศจิกายน 2549

....

14 ตัวชี้วัดทางสุขภาพ

1.ภาวะสมองเสื่อม มหันตภัยใกล้ตัว

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. 2548. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547., พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนกันยายน 2548. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

Current Therapeutic Research. Clinical and Experimental.Lancet .2005. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study,Vol.366. December 2005.

2. สุขภาพแรงงาน

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2545. รายงานการเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2545.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2546. รายงานการเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2546.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2547. รายงานการเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2547.

สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. เอกสารออนไลน์ (http://www.sso.go.th/knowledge/link/36-48.htm)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2549.รายงานลักษณะของประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2548-2549. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

3. ทุกข์ทางใจ

กรมสุขภาพจิต.2546.การสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับประเทศ ปี 2546.นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต.2546.ความเครียดของคนไทย: การศึกษาระดับชาติ ปี 2546. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

ธรณินทร์ กองสุข, (บรรณาธิการ).2549. องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์.2547.ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตของลูกจ้างสถานประกอบการในประเทศไทย: การศึกษาระดับประเทศ.ใน วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2547; ปีที่ 12 ฉบับที่3

4. ความสุข

กรอบแนวคิดการพัฒนาดัชนีอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย. เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549. 27-29 ตุลาคม 2549.

รศรินทร์ เกรย์ และคณะ.2549. ดัชนีความสุขจังหวัดชัยนาท และกาญจนบุรี: หนึ่งในโครงการวิจัยบูรณาการเชิงพื้นที่เพื่อแก้ปัญหาความยากจนอย่างมีส่วนร่วมในภูมิภาคตะวันตก.

ศูนย์ภูฏานศึกษา แปลโดย เจษณี สุขจิรัตติกาล.2547. ความสุขมวลรวมประชาชาติ มุ่งสู่กระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนา.

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. 2549. รายงานดัชนีความสุขมวลรวมของประชาชนภายในประเทศ. ประจำเดือน ธันวาคม.

อภิสิทธิ์ ธำรงวรางกูร และทานพิพย์ ธำรงวรางกูร.2549. การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน เพื่อคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมดี จังหวัดขอนแก่น.

The new economics foundation. The Unhappiness index. 2006. available online at http://www.happyplanetindex.org/survey.htm

5. ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

คณะทำงานโครงการภาระโรค สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. 2549.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ.2549.รายงาน การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Noncommunicable Disease and Mental Health. World Health Organization.2002. Integrated Management of Cardiovascular risk. Report of a WHO Meeting Geneva, 9-12 July 2002.

6. อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง

บุปผา ศิริรัศมี และคณะ.2548. โครงการติดตามผลกระทบจากนโยบายควบคุมการบริโภคยาสูบการสำรวจระดับประเทศ รอบที่ 1 พฤติกรรม ความคิดเห็น และความเชื่อต่อการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นไทย.

มณฑา เก่งการพานิช และคณะ.2548. สถานการณ์การดำเนินงานและความคิดเห็นต่อพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ 2535. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เนาวรัตน์ เจริญค้า และคณะ. Global Air Monitoring Study : A multi-Country Comparison of Levels of Indoor Air Pollution in Different Workplaces.Results from Thailand May 2005. รายงานที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์.

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ .2547.ความคิดเห็นของเด็กต่อผู้ปกครองที่สูบบุหรี่ : กรณีศึกษานักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 2-4 ในเขตกรุงเทพมหานคร.

7.ของเสียอันตราย

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.แนวทางการจัดการซากฟลูออเรสเซนต์ในประเทศไทย. เอกสารออนไลน์(http://www.pcd.go.th/info_serv/haz_lamp.htm)

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.2548. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทยและเหตุการณ์สำคัญในปี พ.ศ. 2548. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ, ตุลาคม 2548.

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.2549.รายงานเหตุการณ์ฉุกเฉิน/สถานการณ์สำคัญด้านมลพิษและสิ่งแวดล้อม. เอกสารออนไลน์. (http://gendb.pcd.go.th/hers/)

กรมควบคุมมลพิษ. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2544, 2547, และ2549.

กรมควบคุมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.2548.รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2547.

8. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

กระทรวงสาธารณสุข.2548. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร .ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 293) พ.ศ. 2548 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2548.

กองควบคุมอาหาร.2549.คำถาม อาหารเสริมยี่ห้อ ... ลดความอ้วนได้จริงไหมคะ กินแล้วจะมีอันตรายไหมคะ ตอบ 4/11/2548. สืบค้นเมื่อ 13 กพ 2549 ที่ http://www.qmaker.com/fda/new/web_cms/topic.php?Top_ID=170&SubCol_ID=56&Col_ID=19&PHPSESSID=6741fcefae676c19461426fe5a801e71.

แก้ว กังสดาลอำไพ.2546. .สร้างสุขภาพอย่างไรไม่ต้องพึ่งอาหารเสริม. ข้อมูลชุดที่ 6 ของรายงานฉบับสมบูรณ์ ของ โครงการ สร้างสุขภาพอย่างไรไม่พึ่งอาหารเสริม.

แก้ว กังสดาลอำไพ และทัศนีย์ แน่นอุดร .2546.แนวโน้มของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจ ข้อมูลชุดที่ 3 ของรายงานฉบับสมบูรณ์ ของ โครงการ สร้างสุขภาพอย่างไรไม่พึ่งอาหารเสริม.

คณะรัฐมนตรี.2547.รายงานการประชุมคณะรัฐมนตรี วาระเรื่อง ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์สมุนไพร.

ทัศนีย์ แน่นอุดร.2546. สถานการณ์การการส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร.ข้อมูลชุดที่ 3 ของรายงานฉบับสมบูรณ์ ของ โครงการ สร้างสุขภาพอย่างไรไม่พึ่งอาหารเสริม.

นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี.2546. มาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในประเทศต่างๆ. ข้อมูลชุดที่ 5 ของรายงานฉบับสมบูรณ์ ของ โครงการ สร้างสุขภาพอย่างไรไม่พึ่งอาหารเสริม.

นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี. 2549.การสำรวจเวปไซต์โฆษณาอาหารเสริม .

นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี.2549.บริโภคนิยม บริโภคสุขภาพ. ใน อุบลรัตน์ ศิริยุวศักดิ์ (บรรณาธิการ) สิทธิผู้บริโภคสิทธิพลเมือง 2547-2548 เลขมาตรฐานสากลสำหรับหนังสือ 974-94244-2-5 พิมพ์ครั้งที่ 1.

บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด.2548. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรปี'48 : มูลค่าตลาด 48,000 ล้านบาท.

บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด.2547. พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร. โพลล์ศูนย์วิจัยกสิกรไทย บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.

บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด.2547.ผลิตภัณฑ์เครื่องเทศและสมุนไพรไทย. อ้างใน ผู้จัดการออนไลน์ 12 เมย 47.

บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด.2547. พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรรักษาป้องกัน.

บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด.2546.ยาสมุนไพรไทย อนาคตที่สดใส ทั้งตลาดใน และตลาดนอก. มองเศรษฐกิจ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1288 (27 มิย 46).

บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด.2543. อาหารเสริมสุขภาพปี'44 : ตลาดจะขยายตัว... ต้องให้ความรู้ผู้บริโภค. กระแสทรรศน์ ฉบับที่ 964 21 ธันวาคม 2543.

บริษัท ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด.2542.สมุนไพรไทย : อนาคตสดใส ... ในปี 2000 .กระแสทัศน์ ปีที่ 5 ฉบับที่ 769 วันที่ 27 ธันวาคม 2542.

วรรณา ศรีวิริยานุภาพ.2549. การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อดูแลสุขภาพของสตรีสูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

9. การคุ้มครองผู้บริโภค

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, 2549.

สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.), 2549.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2549

10. รายได้ เงินออม หนี้สิน

กรุงเทพธุรกิจ. 2549.หวยบนดิน เป้าหมายล้างอิทธิพล .วันอังคารที่ 17 ตุลาคม 2549 หน้า 5.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2541. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2541. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2543. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2545. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2547. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2549. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

11.เศรษฐกิจพอเพียง

เกษม วัฒนชัย.2549.การเรียนรู้ที่แท้และพอเพียง.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน.

สถาบันไทยพัฒน์ มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. 2549.

สถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม.2549. สรุปจากการพัฒนาตัวชี้วัดเศรษฐกิจพอเพียงด้านสิ่งแวดล้อม. การประชุมวิชาการและนิทรรศการ เศรษฐกิจพอเพียง: ร่วมเรียนรู้ สานข่าย ขยายผล. 23-37 พฤศจิกายน 2549 ณ สำนักพิพิธภัณฑ์และวัฒนธรรมการเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน.

อภิสิทธิ์ ธำรงวรางกูร และทานพิพย์ ธำรงวรางกูร.2549. การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน เพื่อคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมดี จังหวัดขอนแก่น. เอกสารออนไลน์ (http://sufficiencyeconomy.blogspot.com/2006/08/sufficiency-strategy-map.html)

12. เด็กไทยยุครวยลัดวัดดวง

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย เอกสารออนไลน์ (www.krc.co.th/tfrc/cgi/ticket/ticket.exe/9483290129/tfrc/thai/research/res06/jun/lbus874.htm.)

สำนักวิจัยเอแบคโพล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.2548. การสำรวจภาคสนามเรื่อง "โครงการวิจัยเพื่อเฝ้าระวังรักษาคุณภาพเยาวชนไทยกับปัจจัยเสี่ยงต่ออบายมุขและสิ่งเสพติดรอบสถาบันการศึกษา.

สังคิต พิริยะรังสรรค์ และคณะ.2547. เศรษฐกิจการพนัน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ร่วมด้วยช่วยอ่าน.

สวนดุสิตโพล.คนไทยกับการพนันฟุตบอล. เอกสารออนไลน์(http://dusitpoll.dusit.ac.th/2549/2549_040.html)

อมรวิชช์ นาครทรรพ และคณะ.2549. การสำรวจวัฒนธรรมการใช้ชีวิตของเยาวชนในเรื่อง "ชีวิตกับความเสี่ยง. โครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงวัฒนธรรมกับสถาบันรามจิตติ.

อมรวิชช์ นาครทรรพ และคณะ.2548. เด็กไทยในมิติวัฒนธรรม. กลุ่มเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกษา.

อมรวิชช์ นาครทรรพ และคณะ. 2548.โครงการการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch) 2547-4548. โดยสถาบันรามจิตติ ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

13. เด็กไทยในยุคไซเบอร์

โครงการศึกษาและเฝ้าระวังสื่อเพื่อสุขภาวะของสังคม (Media Monitor).2548. เอกสารออนไลน์ (http://www.mediamonitor.in.th/)

สถาบันรามจิตติ. 2549.รายงานการสำรวจ “พฤติกรรมการเล่นเกมในวัยรุ่น และการดูแลลูกๆ กับการเล่นเกม”. โครงการวิจัยเชิงสำรวจโดยความร่วมมือระหว่างสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์และสถาบันรามจิตติ.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เอกสารออนไลน์ (http://www.thaihealth.or.th/.)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2549. รายงานผลการการสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.2549.การสำรวจความคิดเห็นของเยาวชนใน “สถานการณ์ปัญหาการคุกคามทางเพศและเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน”. เอกสารออนไลน์ (http://www.abacpoll.com)

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.2548. โครงการสำรวจภาคสนามเรื่อง พฤติกรรมการติดเกมส์ออนไลน์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทย: กรณีศึกษาตัวอย่างประชาชนอายุ 12 ปีขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล.

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. เอกสารออนไลน์ (http://www.abacpoll.com)

สุริยเดว ทีปตรี หัวหน้าคลินิกเพื่อนวัยทีน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. เอกสารออนไลน์ (http://www.thaihealth.or.th/news)

อมรวิชช์ นาครทรรพ และคณะ. 2549.การสำรวจวัฒนธรรมการใช้ชีวิตของเด็กและเยาวชนเรื่อง “ชีวิตไซเบอร์” การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่และความบันเทิงแบบไฮเทคของเยาวชน. โครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงวัฒนธรรมกับสถาบันรามจิตติ. กลุ่มเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม.

อมรวิชช์ นาครทรรพ และคณะ.2548. เด็กไทยในมิติวัฒนธรรม. กลุ่มเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกษา.

อมรวิชช์ นาครทรรพ และคณะ.2548. สมุดยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาเด็ก เยาวชนและครอบครัว. โครงการการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch) 2547-4548 โดยสถาบันรามจิตติ ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).

อมรวิชช์ นาครทรรพ และจุฬากรณ์ มาเสถียรวงศ์. 2549.รู้สาร ทันสื่อ : แนวคิดและแนวทางการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้เรื่องการรับสื่ออย่างมีคุณค่าด. เอกสารชุดแนวคิดและแนวทางการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างสุขภาพและทักษะชีวิตให้แก่เด็ก. โดยสถาบันรามจิตติ ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

14. ความไม่เท่าเทียมทางการศึกษา

กระทรวงศึกษาธิการ. รายงานสถิติพื้นฐานการศึกษา ปีการศึกษา 2548. เอกสารออนไลน์. (http://www.moe.go.th/data_stat/)

วิเชียร เกตุสิงห์. จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยปี 2547, 2548. เอกสารออนไลน์. (http://www.moc.moe.go.th/Download/write/Learning_Agv.pdf)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.2549. รายงานลักษณะของประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2548-2549. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2540 และ 2545. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540 และ 2545.

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ และ ผลงานดีๆ ของคนไทย เพื่อสุขภาพคนไทย ปี 2550

(1). หวยบนดินจะอยู่หรือไป ทางสองแพร่งที่รัฐบาลต้องตัดสินใจ

1. “555” ตำรวจแสยะยิ้ม “หวยใต้ดิน” ฟื้นคืนชีพ!. ผู้จัดการออนไลน์. 20 พฤศจิกายน 2549.
2. เราจะจัดการเรื่อง “หวย” อย่างไรดี. กรุงเทพธุรกิจ Bizweek. 15 ธันวาคม 2549.
3. หวยบนดิน. ข่าวสด. 27 พฤศจิกายน 2549.
4. คนไทยติดทั้งหวยบนดิน-ใต้ดิน ผู้มีรายได้ต่ำ การศึกษาน้อย อายุเยอะ ชอบเสี่ยงสุด. ไทยรัฐ. 6 ธันวาคม 2549.
5. หมื่นล้าน...กำไรหวย ถังข้าวสาร..นักการเมือง. มติชน. 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549.
6. ชงเลิกรางวัลแจ๊กพ็อต ‘หวยบนดิน’ ปลัด ยธ.ระบุ’มอมเมา’. เดลินิวส์ 6 ตุลาคม 2549.
7. เสนอ รมว.ยุติธรรมเลิกปลัดคลังชี้แค่ความเห็นกองสลากผวา-ยอดวูบ. เดลินิวส์. วันที่ 6 ตุลาคม 2549.
8. ได้เวลาเดินหน้าหวยออนไลน์ รื้อระบบหวยบนดิน แก้กติกาจ่ายรางวัล. ผู้จัดการรายสัปดาห์. 19 พฤศจิกายน 2549.
9. ท่าทีคลังต่อ “หวยบนดิน” ท่าทีไม่จริงใจที่จะแก้ปัญหา ห่วงทั้งกระแสห่วงทั้งรายได้. มติชนสุดสัปดาห์. 24 พฤศจิกายน 2549.
10. ไฟเขียวหวยบนดิน แก้กฎหมายส่งรายได้เข้ารัฐ. สืบค้นจาก http://www.prachatai.com 22 พฤศจิกายน 2549.
11. รัฐบาลถอยดีกว่า กม.หวย “บนดิน” เว้นยาว. ไทยรัฐ. วันที่ 1 ธันวาคม 2549.
12. “หวยใต้ดิน” VS “หวยบนดิน” ในทัศนะของคนไทย. สืบค้นจาก (http://dusitpoll.dusit.ac.th/2546/2546_399.html)
13. หวยใต้ดิน...ไม่มีวันตาย. ประชาชาติธุรกิจ. 1 มิถุนายน 2549.
14. การสำรวจภาคสนามเรื่อง ตำรวจกับเจ้ามือหวยในสายตาประชาชน: กรณีศึกษาประชาชนในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด. สืบค้นจาก www.abacpoll.au.edu/policereform/academic/Resdoc.html
15. เด็กกรุงเทพฯ-ปริมณฑลครองแชมป์เล่นหวยบนดิน. กรุงเทพธุรกิจ. 4 ธันวาคม 2549.
16. “หม่อมอุ๋ย”ลั่นเลิกหวยบนดิน หากกฤษฎีกายืนยันล้างมลทิน. มติชนรายวัน. 12 มกราคม 2550.
17. ป๊ั้ว-เดินโพยโวยแหลก ปชป. จี้รัฐเอาผิดทักษิณ คตส. ฮึ่มลับมีดรอเชือด. เดลินิวส์. 19 พฤศจิกายน 2549.
18. ทีดีอาร์ไอหวั่นสังคมแตกแยก แนะศึกษาพฤติกรรมการเล่นหวย ก่อนชูธงค้านหรือเดินหน้าหวยบนดิน. โพสต์ทูเดย์. 23 พฤศจิกายน 2549.
19. ผีหวยเฮี้ยนไม่เลิก 70% ยอมให้หลอก. ไทยโพสต์. วันที่ 13 ธันวาคม 2549.
20. ปลัด ยธ. แนะไอเดีย ออกหวยเดือนละงวดเดียว. ไทยรัฐ. 21 พฤศจิกายน 2549.
21. ได้เวลาเดินหน้าหวยออนไลน์ รื้อระบบหวยบนดิน แก้กติกาจ่ายรางวัล. ผู้จัดการรายสัปดาห์. 19 ตุลาคม 2549.
22. หวยบนดิน-ทางออกสู่ภาคสังคม. ผู้จัดการออนไลน์.. 18 กุมภาพันธ์ 2550.
23. รัฐตั้งทีมรณรงค์ละเลิกเล่นหวย เน้นเด็ก-คนจนเป็นเป้าสำคัญ. คมชัดลึก. 29 พฤศจิกายน 2549.

(2). จากแชทรูมสู่คลิปวิดีโอและแคมฟร็อก : วิถีชีวิตออนไลน์ที่ต้องรู้เท่าทัน

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สรุปผลเบื้องต้นการสำรวจโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) พ.ศ. 2549.
2. ‘รู้ตัว-โป๊ camfrog 10 สาวช่าตะลึง-สาวออฟฟิศ’. ข่าวสด. 21 ธันวาคม 2549.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. http://portal.nso.go.th/otherWS-world-context-root/index.jsp
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สรุปผลเบื้องต้นการสำรวจโครงการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) พ.ศ. 2549.
5. สืบค้นจากเว็บไซต์วิกิพีเดียไทย http://th.wikipedia.org. เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2550.
6. ‘มหันตภัยโลกไซเบอร์ !!! บทเรียนสอนใจ เตือนภัยคนชอบแชท’. ผู้จัดการรายวัน. 15 พฤษภาคม 2549.
7. ณัฐยา บุญภักดี. ‘ภัยทางเพศ.. จะออนไลน์หรือออฟไลน์ดี?’ คอลัมน์คิดต่างอย่างผู้หญิง. โลกวันนี้. วันที่ 19 พฤษภาคม 2549.
8. ‘จับเณรมารศาสนา แชทลวงนักศึกษา ขยี้กาม ในกุฏิวัด’. เดลินิวส์. 2 สิงหาคม 2549.
9. ‘แชทเสียว ภาพสะท้อนของสังคมทราม’. มติชน. 5 มิถุนายน 2549.
10. ‘แชทไลน์ ธุรกิจสีเทาที่ต้องการคำตอบ...’. มติชน. 4 กรกฎาคม 2549.
11. ‘คลิปฉาวโผล่อีก! 5 นักเรียนชายรุมโทรม 2 นักเรียนหญิง ม.ต้น’. เดลินิวส์. 28 มิถุนายน 2549
12. 7 โจ๋โทรม ม2 อัดวีดิโอแจก แพร่เว็บไซต์ ร.ร.’. ข่าวสด. 29 กรกฎาคม 2549
13. ‘สลด! เด็กหญิง 11 ขวบถูกขืนใจตกเป็นเหยื่อคลิปมือถือ!’. ผู้จัดการออนไลน์. 13 พฤศจิกายน 2549.
14. ‘รวบมือแพร่คลิปโป๊ แบล็กเมล์อดีตแฟน’. คมชัดลึก. 15 พฤษภาคม 2549.
15. ‘พระครู-สาวใหญ่ คลิปโผล่บนเตียงในรีสอร์ต’. ข่าวสด. 29 มิถุนายน 2549.
16. ‘อัลบั้มภาพออนไลน์...เมื่อ สมบัติส่วนตัว กลายเป็นสาธารณะสมบัติ’. ผู้จัดการออนไลน์. 28 พฤศจิกายน 2549
17. ‘‘คลิปโป๊’ ภัยร้ายจากเทคโนโลยี’. ผู้จัดการรายวัน. 28 พฤศจิกายน 2549.
18. ‘จี้จัดระเบียบทีวีสาธารณะสกัดมิวสิคโป๊. คมชัดลึก. 5 ธันวาคม 2549.
19. ‘โจ๋ไทยนับแสนแห่เล่น’แคมฟร็อก’โชว์ลามก’. ข่าวสด. วันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2549.
20. ‘ตะลึง!! คนไทยเล่นเว็บ ‘แคมฟร็อก’ มากเป็นอันดับ 3 ของโลก’. กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. 19 ธันวาคม 2549.
21. ‘‘คลิปโป๊’ ภัยร้ายจากเทคโนโลยี’. ผู้จัดการรายวัน . 28 พฤศจิกายน 2549.
22. ‘คลิปโป๊ภัยร้ายจากเทคโนโลยี’. ผู้จัดการรายวัน. 28 พฤศจิกายน 2549.
23. ‘รู้ตัว-โป๊ camfrog 10 สาวช่าตะลึง-สาวออฟฟิศ’. ข่าวสด. 21 ธันวาคม 2549.
24. ‘โจ๋ไทยนับแสนแห่เล่น’แคมฟร็อก’โชว์ลามก’. ข่าวสด. วันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2549.
25. ‘ตะลึง!! คนไทยเล่นเว็บ ‘แคมฟร็อก’ มากเป็นอันดับ 3 ของโลก’. กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. 19 ธันวาคม 2549.
26. ศิริพงษ์ วิทยวิโรจน์. ประสบการณ์ ‘แคมฟร็อก’ โปรแกรม ‘โชว์สด’ บนเน็ต. มติชนสุดสัปดาห์. 16-22 กุมภาพันธ์ 2550. หน้า 100.
27. ‘ภัยออนไลน์ระบาดหนัก โจ๋ไทยรับ-เล่นเน็ตหาเซ็กส์!’ ข่าวสด.14 กุมภาพันธ์ 2550.

(3). ‘ประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์’ : การปะทะกันระหว่างสิทธิของแพทย์กับสิทธิผู้ป่วย

1. แพทยสภา. ประกาศ ที่ 46/2549 เรื่อง ข้อเท็จจริงทางการแพทย์. วันที่ 30 พฤศจิกายน 2549.
2. มติชนรายวัน. วันที่ 7 ธันวาคม 2549.
3. มติชนรายวัน. วันที่ 11 ธันวาคม 2549.
4. ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์. “ยุ่งนักก็อย่ารักษา”. เมดิคัลไทม์ ฉบับประจำวันที่16-31ธันวาคม 2548. หน้า 45.
5. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. เอกสารถอดความ คำให้สัมภาษณ์ เรื่อง “ร่างประกาศข้อเท็จจริงทางการแพทย์” ทางสถานีวิทยุจุฬา. วันที่ 18 พฤษภาคม 2549.
6. โพสต์ทูเดย์. 16 ธันวาคม 2549.
7. มติชนรายวัน. 17 ธันวาคม 2549.
8. ประดิษฐ์ เจริญไทยทวี. โพสต์ทูเดย์.18 ธันวาคม 2549.
9. สารี อ๋องสมหวัง และ นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ. ไทยโพสต์. วันที่ 18 ธันวาคม 2549.
10. ข้อบังคับแพทยสภา. ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549. ราชกิจจานุเบกษา.หน้า 25. เล่ม 123 ตอนพิเศษ 115 ง.
11. เจษฎ์ โทณะวณิก . ผู้จัดการออนไลน์ . 17 ธันวาคม 2549.

(4). เด็กไทยกับภัยทางเพศ: เรื่องใกล้ตัวที่ยังไร้กลไกคุ้มครอง

1. “จับจ้องมองเด็กไทย ข่าวดี-ข่าวร้ายปี 2549”. ผู้จัดการรายวัน. 29 ธันวาคม 2549.
2. “สถิติความรุนแรงต่อเด็ก-สตรีพุ่ง ตะลึง! ทุก 15 นาทีมีเหยื่อถูกข่มขืน 20 คน”. เดลินิวส์. 8 ธันวาคม 2549.
3. “สถิติคดีอาญาที่น่าสนใจรายเดือนทั่วราชอาณาจักร” สืบค้นจากเว็บไซต์ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ http://www.police.go.th/statistic/dn_main.htm.
4. “49 สถิติวัยโจ๋ก่อความรุนแรง-ปัญหาทางเพศเพิ่มขึ้น 3 เท่า”. เดลินิวส์. 10 มกราคม 2550.
5. “จับแล้ว 6 ใน 30 ทรชนหื่นข่มขืน 2 เด็กสาว”. เดลินิวส์. 15 มีนาคม 2549.
6. “ดญ.วัย 14 โดน 4 โจ๋รุมโทรมดับอนาถ”. ข่าวสด. 4 กันยายน 2549.
7. “จับแก๊งหื่นโทรม น.ร.หญิง-ถ่ายคลิป”. ข่าวสด. 1 กันยายน 2549.
8. “รวบแล้ว 3 เยาวชนขืนใจ-ถ่ายคลิป ป.6”. บ้านเมือง. 15 พฤศจิกายน 2549.
9. “จ่อรวบ 11 โจ๋รุมโทรม ม.3 รอผล รพ. มัด”. คมชัดลึก. 21 พฤศจิกายน 2549.
10. “จับแก๊งโจ๋-ข่มขืนถ่าย “คลิป” ดญ.14”. ข่าวสด. 23 พฤศจิกายน 2549.
11. “กทม.ตีกลับผลสอบครูข่มขืนเด็กสั่งสอบเพิ่มให้เวลาอีก 7 วัน”. เดลินิวส์. 22 สิงหาคม 2549.
12. “อภิรักษ์คลอดกฎเหล็กป้องกันละเมิดทางเพศเด็กใน ร.ร”. ไทยรัฐ. 16 สิงหาคม 2549.
13. “2 ครูสาบานหน้าพระหลวงพ่อโสธร ยันบริสุทธิ์ไม่ได้ข่มขืนเด็ก”. เดลินิวส์. 16 สิงหาคม 2549.
14. “สลดสังคม!! พ่อพิมพ์ของชาติขอมีเซ็กซ์กับนร. แลกเกรด”. เดลินิวส์. 10 กันยายน 2549.
15. จิตติมา ภาณุเตชะ. “สถานศึกษาต้องสร้างกลไกเชิงระบบเพื่อสู้ปัญหาข่มขืน”. โพสต์ทูเดย์. 19 สิงหาคม 2549.

(5). วิกฤตน้ำท่วมซ้ำซาก ภัยธรรมชาติที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

1. สรุปสถานการณ์สาธารณภัยเดือนพฤษภาคม 2549 กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. สืบค้นจาก (http://www.disaster.go.th)

2. สรุปสถานการณ์สาธารณภัยเดือนกรกฎาคม 2549 กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. สืบค้นจาก (http://www.disaster.go.th)
3. สรุปสถานการณ์สาธารณภัยเดือนสิงหาคม 2549 กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. สืบค้นจาก (http://www.disaster.go.th)
4. สรุปสถานการณ์สาธารณภัยเดือนพฤศจิกายน 2549 กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย. สืบค้นจาก (http://www.disaster.go.th)
5. ข่าวเกิดคลื่นลมแรงและอุทกภัยภาคใต้ วันที่ 9 มกราคม 2549 สืบค้นจาก http://www.moph.go.th/show_hotnew.php?idHot_new=2860.
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานภาวะสังคม ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 เดือนธันวาคม 2549 หน้า12.
7. มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 26 ธันวาคม 2549. สืบค้นจาก (http://www.thaigov.go.th)
8. "...มันมากับน้ำท่วม"!!! ระวัง...5โรคร้ายระบาดหนัก. แนวหน้า. 18 ตุลาคม 2549.
9. ภัยน้ำท่วม ร้ายกว่าที่คิด. ข่าวสด. 18 ตุลาคม 2549.
10. สธ. เสนอของบ 141 ล. ช่วยหลังน้ำลด พบชาวบ้านคิดฆ่าตัวตาย 72 ราย. เดลินิวส์. 16 ธันวาคม 2549.
11. สธ.ชี้พบผู้ป่วยจากภัยน้ำท่วมพุ่งกว่า 700,000 ราย. ผู้จัดการออนไลน์. 19 พฤศจิกายน 2549.
12. สูญเสีย-ซึมเศร้า-คิดสั้น "ฆ่าตัวตาย" อุทกภัย..คล้ายสึนามิ. เดลินิวส์. 26 ตุลาคม 2549.
13. พิษ "น้ำท่วม" นาน 7% คิดฆ่าตัวตาย. บ้านเมือง. 11 พฤศจิกายน 2549.
14. ผู้ประสบภัยเครียดจัด สธ. จัดทีมฟื้นฟูสภาพจิตใจ. มติชน. 6 พฤศจิกายน 2549.
15. พิษ "น้ำท่วม" นาน 7% คิดฆ่าตัวตาย. บ้านเมือง. 11 พฤศจิกายน 2549.
16. สธ. เสนอของบ 141 ล. ช่วยหลังน้ำลด พบชาวบ้านคิดฆ่าตัวตาย 72 ราย. เดลินิวส์. 16 ธันวาคม 2549.
17. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานภาวะสังคม ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 เดือนธันวาคม 2549. หน้า12-13.
18. แสงสินธุ์ กิจตั้งจรัส. มหันตภัย "น้ำท่วม" ทางออกที่ "คลองขุด". มติชนรายวัน. 26 ธันวาคม 2549. หน้า 6.
19. กก. ทรัพยากรน้ำ เตรียมเสนอ ครม. อนุมัติแผนแม่บทบรรเทาอุทกภัย 24 ต.ค. นี้. แนวหน้า. 20 ตุลาคม 2549.
20 . มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 7 พฤศจิกายน 2549. สืบค้นจาก (http://www.thaigov.go.th)
21. รายงานเสวนา: โลกร้อนกับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. สืบค้นจาก (http://www.biothai.net/autopage1/show_page.php?t=16&s_id=47&d_id=46)
22. "โลกร้อน"กับเมืองไทย ใครว่าเป็นเรื่องไกลตัว. ข่าวสด. 3 มกราคม 2549.

(6). ไฟใต้ยังคงระอุหนักหลังรัฐประหาร

1. "คิงดอมออฟเฟียร์ (1) เมื่อย่ำค่ำ ฆาตกรก็มาเยือน". เทศมองไทย. มติชนสุดสัปดาห์. 3-9 กุมภาพันธ์ 2549.
2. "หนีภัยใจรใต้ ยกช่องไปมาเลย์ นักเที่ยวไม่ข้ามมา สาวไทยบุกกลันตัน". ข่าวสด. 28 สิงหาคม 2549.
3. ศรีสมภพ จิตรภิรมย์. 2549. "32 เดือนแห่งความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้: รายงานเหตุการณ์ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2547- 31 สิงหาคม 2549". คณะรัฐศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
4. "ไทยพุทธปิดถนนทวงรัฐต้านกฎหมู่แลกผู้ต้องหา". โพสต์ทูเดย์. 28 ธันวาคม 2549.
5. "ไฟใต้ทำชาวบ้านป่วยโรคทางจิตเพิ่มจากความเครียด หวาดระแวง". ผู้จัดการ. 27 ธันวาคม 2549
6. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อาจารย์วัลลี ธรรมโกสิทธิ์ ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 15 อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2550.
7. แพทยสภาเบรก "ม.นราธิวาส" ผลิตหมอ อ้างไม่ตั้งคณะวิทย์ฯ-ไม่ได้ร่างหลักสูตร. มติชนรายวัน. 20 ธันวาคม 2549.
8. ฝ่ายวิเคราะห์และประมวลข่าวสาร กลุ่มสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. 22 ธันวาคม 2549. สืบค้นจาก http://www.moph.go.th/news_ole.php?idNews=01&select_page=13&current=14
9. "สุรยุทธ์ลงใต้ให้เลิกบัญชีดำ" . ไทยรัฐ. 9 พฤศจิกายน 2549. และ "พลเอกสนธิส่งคนหารือกลุ่มป่วน ใต้แต่ไม่ใช่การเปิดโต๊ะเจรจา". โพสต์ทูเดย์. 5 ตุลาคม 2549.
10. "มหาธีร์เผยแผนสันติภาพ เจรจากลุ่มป่วนใต้". กรุงเทพธุรกิจ. 9 ตุลาคม 2549.
11. "พระใต้ผวา ลดบิณฑบาต". ไทยโพสต์. 12 พฤศจิกายน 2549.
12. "องค์กรสิทธิ์เรียกร้องผู้ก่อความไม่สงบ หยุด! ใช้พลเรือนเป็นเป้า". สถาบันข่าวอิศรา สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย. วันที่ 17 พฤศจิกายน 2549. (สืบค้นจาก http://www.tjanews.org.)
13. "หมอประเวศเชื่อดับไฟใต้ ไม่เหมือนการเปิดสวิตช์ไฟ". ไทยรัฐ. 21 พฤศจิกายน 2549
14. "ตั้งพระนาย นั่ง ผอ.ศอ.บต. ขยายจว. ชายแดนใต้เป็น 5 จังหวัด". มติชนสุดสัปดาห์. 3-9 พฤศจิกายน 2549.
15. เอกสารแนะนำศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบ จังหวัดชายแดนใต้ (ศวชต.) คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี อำเภอเมือง จังหวัด ปัตตานี .
16. องค์กรสิทธิ์เรียกร้องผู้ก่อความไม่สงบ หยุด! ใช้พลเรือนเป็นเป้า . สถาบันข่าวอิศรา สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย. 17 พฤศจิกายน 2549. (สืบค้นจากhttp://www.tjanews.org)
17. สุรชาติ บำรุงสุข. 2549. "วัยรุ่นติดอาวุธ นักรบใหม่ในภาคใต้". มติชนสุดสัปดาห์. 1-9 ธันวาคม 2549. หน้า 37.
18. สำนักข่าวอิศรา สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย. สรุปเหตุร้ายรายวัน สืบค้นจาก http://www.tjanews.org/cms/
19. 'ความเหมือน ในความต่างรัฐบาลสุรยุทธ์-ทักษิณ กับ 'ไฟใต้' ที่ยังไม่สงบ. มติชนสุดสัปดาห์. 23 กุมภาพันธ์ - 1 มีนาคม 2550. หน้า 11.
20. "ทหารเปิด 4 มาตรการดับไฟใต้ เชื่อปี 50 สถานการณ์ทุเลา". กรุงเทพธุรกิจ. 8 มกราคม 2550.

(7). เด็กนักเรียนไทยกับภัยความรุนแรงในรั้วโรงเรียน

1. "ตะลึง ผลวิจัยสุขภาพ เด็กไทยด้อยสติปัญญา-ฮิตความรุนแรง". มติชนรายวัน. 1 พฤศจิกายน 2549.
2. "นักเรียนหญิงชั้นม.ต้นตบแหลกแย่งแฟนหนุ่ม กัดติ่งหูเลือดสาด". คมชัดลึก. 15 กุมภาพันธ์ 2549.
3. "น.ร. หญิงตะลุมบอน ตบกันนัว แย่ง ม. 5 ลูกชายเสี่ย". ไทยรัฐ. 19 กุมภาพันธ์ 2549.
4. "สังคมตื่นตะลึง น.ร. หญิงเลือดเดือด จิกหัวตบ-กระทืบซ้ำ อัดใชว์ คลิปวิดีโอ". มติชนสุดสัปดาห์. 23-29 มิถุนายน 2549 : หน้า 97
5. www.thaihealth.or.th
6. "ห่วงเด็กประถมทำร้ายกันมากขึ้น". มติชน. 28 มิถุนายน 2549.
7. นิธิ เอียวศรีวงศ์. "มาฮือตื่น เย็นนี้เจอกัน". มติชนสุดสัปดาห์. 14-20 กรกฎาคม 2549.
8. "ตะลึงวัยรุ่นไทยกว่า 10 % อยู่ในวัฏจักร ตบ-ตี-ตื๊บ". มติชน. 28 มิถุนายน 2549.
9. "สรุปสถานการณ์เด็กไทยปี' 48-49 ตะลึง วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 19 ทำคลอดวันละ 200 คน". มติชน. 28 ธันวาคม 2549.
10. "โรงเรียนคุ้มครองเด็ก ลดปัญหาการรังแกกันในเด็กนักเรียน". มติชน. 27 มิถุนายน 2549.
11. สมบัติ ตาปัญญา. 2549. การสำรวจทัศนคติต่อการสร้างวินัยและพฤติกรรมในการสร้างวินัยของครูต่อนักเรียน. รายงานวิจัยเสนอต่อมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
12. สมบัติ ตาปัญญา. 2549. การสำรวจปัญหาการรังแกกันของนักเรียน. รายงานวิจัยเสนอต่อมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
13. "สื่อโทรทัศน์กับการใช้ความรุนแรงในกลุ่มเยาวชน: กรณีศึกษานักเรียน/นักศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร". สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. 5-21 มิถุนายน 2549.

(8). พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติจากอุดมการณ์สู่การปฏิบัติจริง ต้องเกาะติดต่อไปอย่างไม่กะพริบตา

1. อำพล จินดาวัฒนะ. 2543. ปฏิรูประบบสุขภาพ ทำไม อะไร อย่างไร. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
2. คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2545. หนึ่งปีปฏิรูป: หนึ่งปีแรกของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
3. คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2545. อ้างแล้ว.
4. เก็บความจาก ประเวศ วะสี. 2546. การปฏิวัติเงียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. น. 30-35. และ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2545. ธรรมนูญสุขภาพคนไทย. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
5. กฤตยา อาชวนิจกุล, ประภาส ปิ่นตบแต่ง และกุลภา วจนสาระ. 2548. รายงานสังเคราะห์กระบวนการเรียนรู้ของสมัชชาสุขภาพกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ. รายงานวิจัยในโครงการประเมินผล แผนงานสร้างการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
6. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2545. "กว่าจะถึงวันนี้ของร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ" ใน มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับ 6-12 มกราคม 2549.
7. อำพล จินดาวัฒนะ. 2550. เกาะติดสนช. เฝ้ารอพ.ร.บ.สุขภาพ: จดหมายเปิดผนึกฉบับที่ 20. เอกสารอัดสำเนา.
8. "สภาผ่านร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ สมเกียรติเตือนระวังการุณยฆาต". มติชนรายวัน. 5 มกราคม 2550.
9. "สนช.ไฟเขียวพรบ.สุขภาพ ให้สิทธิการตายผู้ป่วยโคม่า-หมดทางรักษา" แนวหน้า. 5 มกราคม 2550.
10. ข่าวประชาสัมพันธ์บนเว็บไซต์สมาคมหมออนามัย สืบค้นจาก http://www.mohanamai.com/program/index.php?Category=document
11. ธีรยุทธ บุญมี. 2545. บทวิเคราะห์ วิจารณ์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ. เอกสารอัดสำเนา. น. 10.
12. ความเห็นของนายแพทย์มงคล ณ สงขลา หลังกฎหมายผ่านสภา ใน อำพล จินดาวัฒนะ. 2550. อ้างแล้ว.

(9). งดโฆษณาเหล้า 100% ฝันให้ไกลแม้ยังไปไม่ถึง

1. พระไพศาล วิสาโล. ประวัติศาสตร์การบริโภคสุราในประเทศไทย. อ้างถึงใน บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ. 2548. วิวัฒนาการนโยบายควบคุมปัญหาสุราของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. หน้า 3-4.
2. บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ. 2548. วิวัฒนาการนโยบายควบคุมปัญหาสุราของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. หน้า 6-7.
3. เพิ่งอ้าง, หน้า 8-9.
4. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. 2550. "วิจัยพบขี้เมาขับรถวันละ 1.5 ล้านคน เสี่ยงเจ็บ-ตายทุกนาที" ใน กรุงเทพธุรกิจ. 15 มกราคม 2550.
5. " 'ทักษิณ' ต้านเสียงกลุ่มทุนน้ำเมาไม่ไหว เบรก 'พินิจ จารุสมบัติ' " ฐานเศรษฐกิจ. 16 กุมภาพันธ์ 2549.
6. "ตีกลับพรบ.คุมสุรา ทบทวน ต่ำกว่า 25 ห้ามซื้อ" ไทยรัฐ. 18 ตุลาคม 2549.
7. " 'ต่ำกว่า20ปีห้ามซื้อ-เพิ่มภาษี2%' มติ 7 รมต.กำหนดในพ.ร.บ.เหล้า" คมชัดลึก. 24 ตุลาคม 2549.
8. "แข่งเรือยาวตายสนิทเจอก.ม.คุมเหล้า-เบียร์" ใน คมชัดลึก. 24 ตุลาคม 2549.
9. "กีฬาไทยโอดไร้เงินขาดใจ ห้ามโฆษณาเหล้ากระเทือนหนักแน่" คมชัดลึก. 18 ตุลาคม 2549 .
10. "ธุรกิจน้ำเมาในอุ้งมือรัฐ บีบกัดตาย คลายก็รอด" ไทยโพสต์. 22 ตุลาคม 2549.
11. "ครม.ตีกลับกม.คุมเหล้า สุรยุทธ์ชี้ห้าม 25 ปีทางปฏิบัติทำยาก" คมชัดลึก. 18 ตุลาคม 2549.
12. สัญญาลักษณ์ ดอนศรี. 2549. "ครูเพลงอีสานใต้รัฐ งดเหล้าผ่านสื่อไร้ผล" ใน คมชัดลึก 23 ตุลาคม 2549.
13. "หมออนามัยขู่ล่าชื่อ10ล้าน สนับสนุนคุมโฆษณาเหล้า". มติชน.1 ธันวาคม 2549.
14. "2 กฎหมายคุมเหล้าเข้าสภานิติบัญญัติ 28 สนช.เสนอ 14ก.พ.นี้ประกบร่างรบ." มติชนรายวัน. 10 กุมภาพันธ์ 2550.
15. บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ. 2548. อ้างแล้ว. หน้า 13-14.

(10). การบังคับใช้สิทธิผลิตยาที่มีสิทธิบัตร 3 ชนิดเพราะสิทธิที่คนไทยจะมีชีวิตอยู่ย่อมเหนือกว่าผลประโยชน์ทางการค้า

1. "ไทยประกาศความเป็นไท ด้วยการบังคับลดราคายาเอดส์. โพสต์ทูเดย์. 12 ธันวาคม 2549.
2. วิทยา กุลสมบูรณ์, สถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล และวรสันต์ ภิญโญวิวัฒน์. 2547. "การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้เพื่อรวมสิทธิประโยชน์การให้ยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า" วารสารวิชาการสาธารณสุข 13(6):1022-1033.
3. "หมอไร้พรมแดนกร้าว สหรัฐอย่าขวางรัฐบาลขิงแก่ใช้มาตรการผลิตยาถูกให้ผู้ติดเชื้อ". ประชาไท. 6 มกราคม 2550.
4. ข้อมูลความจริง 10 ประเด็นร้อน การใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร 3 ชนิดในประเทศไทย. เอกสารเพื่อการพัฒนาภูมิปัญญาของสังคมไทย กระทรวงสาธารณสุข. กุมภาพันธ์ 2550.
5. "ไทยประกาศความเป็นไท ด้วยการบังคับลดราคายาเอดส์. อ้างแล้ว
6. จิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ. อ้างแล้ว.
7. "ไทยประกาศความเป็นไท ด้วยการบังคับลดราคายาเอดส์. อ้างแล้ว
8. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ ครั้งที่ 1/2549 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2549. เอกสารอัดสำเนา.
9. "ไทยประกาศความเป็นไท ด้วยการบังคับลดราคายาเอดส์. อ้างแล้ว
10. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ. อ้างแล้ว
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. "เลขา สปสช. ย้ำสิทธิมนุษยชนต้องอยู่เหนือการค้าในการบังคับใช้สิทธิบัตรยาเอดส์". ข่าวแจกเพื่อสื่อมวลชน วันที่ 29 พฤศจิกายน 2549. เอกสารอัดสำเนา.
12. "หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์". ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม. ลงวันที่ 8 ธันวาคม 2549. เอกสารอัดสำเนา.

13. วิทยา กุลสมบูรณ์. 2550. "ใช้สิทธิผลิตยาเพื่อสมดุลย์การค้าและสุขภาพ". โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เผยแพร่ในเว็บไซต์มหาวิทยาลัยเที่ยงคืน. (http://www.midnightuniv.org)
14. วิภาคแห่งวิพากษ์. "กรณีบังคับใช้สิทธิ สาธารณสุขยุคหมอมงคลกับบรรษัทยาข้ามชาติ" มติชนรายวัน. 15 กุมภาพันธ์ 2550.
15. "บริษัทยาประกาศหยุดลงทุนในไทย ตอบโต้ สธ.ลุยผลิตยาติดสิทธิบัตร". ผู้จัดการออนไลน์. 25 มกราคม 2550.
16. ศัลยา ประชาชาติ. 2550. "อียูร้องทัก 'มาตรการบังคับใช้สิทธิ' ดอกไม้แด่ผู้ป่วย ก้อนหินถึงบริษัทยา (ข้ามชาติ)". มติชนสุดสัปดาห์.16-22 กุมภาพันธ์ 2550. หน้า 14.
17. ถอดเทปการบรรยายของจิราพร ลิ้มปานานนท์. 2548. ใน รายงานการประชุมวิชาการแห่งประเทศไทยว่าด้วย "สิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาเกี่ยวกับข้อตกลงเขตการค้าเสรี ประเด็นเกี่ยวกับการบริโภคยา". สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. 2548.

4 ผลงานดีๆ ของคนไทย เพื่อสุขภาพคนไทย ปี 2550

(1). รถเข็นอัจฉริยะช่วยคนพิการและคนสูงอายุ
- รถเข็นไฟฟ้าติดจอยสติ๊กช่วยผู้พิการสัญจรปลอดภัย.กรุงเทพธุรกิจ. 21 ธันวาคม 2548.
- รถเข็นไฮเทคช่วยคนพิการ ควบคุมผ่านจอยสติ๊กสั่งรถเลี้ยว-ข้ามสิ่งกีดขวาง. 22 ธันวาคม 2548.

(2). ความก้าวหน้าในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกของประเทศไทย
- กรมวิทย์คิดค้นชุดทดสอบไข้หวัดนกสำเร็จ. มติชน, 6 กันยายน 2549.
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พร้อมผลิตวัคซีนหวัดนก "พันธุ์ใหม่", กระทรวงสาธารณสุข . 18 สิงหาคม 2549.
- นักวิจัยไบโอเทค- จุฬาฯ สังเคราะห์สารตั้งต้นยาต้าน "หวัดนก" ได้เอง. ผู้จัดการออนไลน์ .3 สิงหาคม 2549.
- หวั่นไข้หวัดนกระบาดใหญ่ อาจคร่าชีวิตคนถึง 62 ล้าน. ไทยรัฐ . 25 ธันวาคม 2549.
- ไบโอเทคจับมือศิริราชพัฒนาวัคซีนต้านหวัดนก เสนอตั้งโรงงานผลิต. ผู้จัดการออนไลน์. 20 ธันวาคม ฝ 2549.
- ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการบริหาร ศช. ครั้งที่ 8/2548 เอกสารประกอบวาระที่ 3.1 หมายเลข 2 หน้า 24/7
- Flu 'could wipe out 62 million'. http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/6199717.stm.
- http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/country/cases_table_2007_01_12/en/index.html.

(3). การพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกใกล้สำเร็จ
- ปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์. การบรรยายพิเศษ เรื่องการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในพิธีมอบรางวัลโรงเรียนดีเด่นในการดำเนินงานต้านภัยไข้เลือดออก ปี 2549 ของพื้นที่สาธารณสุขเขต 4.
- เม็ดแบคทีเรียกำจัดลูกน้ำ ผลงานกรมวิทย์ ช่วยตัดตอนไข้เลือดออก. คมชัดลึก, 20 มิถุนายน 2548.
- ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ. 2548. จากความรู้สู่การป้องกัน : กรณีระบาดไข้เลือดออก. เอกสารดาวน์โหลดจาก www.biotec.or.th
- สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ประจำสัปดาห์ที่ 52 เดือนธันวาคม 2549. htpp://dhf.ddc.moph.go.th.
- อภิวัฏ ธวัชสิน, อุษาวดี ถาวระ และ เย็นจิตร เตชะดำรงสิน. ขมิ้นชัน : ประสิทธิภาพในการป้องกันกำจัดยุง. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันวิจัยสมุนไพร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.

(4). นักศึกษาไทยชนะเลิศการแข่งขันสร้างหุ่นยนต์กู้ภัย "อินดีเพนเดนท์" ในเวทีระดับโลก
- ชุมชนคนรักหุ่นยนต์. http://www.tpa.or.th/robot/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1
- ทีมนักประดิษฐ์ หุ่นยนต์กู้ภัย ไปเยอรมนี ถึงเวลาโชว์ ไอคิวเด็กไทย ให้โลกทึ่ง!!! มติชนรายวัน . 7 มิถุนายน 2549
- เด็กไทยสร้างความสำเร็จเป็นครั้งแรก คว้าแชมป์โลก หุ่นยนต์กู้ภัย "World Robocup Rescue 2006" ที่เยอรมนี. 19 มิถุนายน 2549. www.siamcement.com/newsite/th.
- เบื้องหลังความสำเร็จ หุ่นยนต์กู้ภัย ฝีมือเยาวชนไทยในเวทีโลก. ไทยรัฐ. 3 กรกฎาคม 2549.
- สมาคมวิชาการหุ่นยนต์ไทย. http://www.trs.or.th/.
- Thailand Rescue Robot 2006. http://www.rescue.eng.kmitnb.ac.th/.

หอมกลิ่นลำดวน เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ

ภาษาไทย

จิราลักษณ์ จงสถิตมั่น, พรประภา สินธุนาวา และ นภัส ศิริสัมพันธ์. 2543. การประเมินสงเคราะห์คนชราของรัฐ" ศึกษาเฉพาะกรณีสถานสงเคราะห์ 3 แห่ง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
เฉก ธนะสิริ. 2545. โฉมหน้าบริการทางการแพทย์ของคนไทยในอนาคตจะเป็นอย่างไร?. กรุงเทพฯ: บริษัท คีเนติก จำกัด.
ช.ชยินทร์ เพ็ชญไพศิษฎ์. 2544. แนวทางและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
ชัชนี จันทจรูญพงษ์ และ วิธาน เจริญผล. การออมทรัพย์ช่วยพัฒนาเศรษฐกิจและตลาดหุ้นไทยได้อย่างไร. บทความใน SET NOTE. ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. แหล่งที่มา: http://www.set.or.th/setresearch/setnote_p1.html. (15 พฤศจิกายน 2549)
ปราโมทย์ ประสาทกุล. 2549. "คนร้อยปี" หรือ ประชากรที่มีอายุเกิน 100 ปีในประเทศไทย. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์. 2549. ประชากรสูงอายุของประเทศไทย. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต).2538. ธรรมะสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : มูลนิธิพุทธธรรม.
เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธ์ บุณยรัตน์พันธุ์, บรรณาธิการ. 2549. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุทัศรา อติโพธิ. 2543. สภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข .
วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และ ผ่องพรรณ อรุณแสง, บรรณาธิการ. 2545.การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อนจัดทำข้อเสนอ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
วรเวศม์ สุวรรณระดา. 2549. แนวคิดและระบบการจัดสวัสดิการเพื่อการชราภาพ: ประเทศญี่ปุ่นและประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุม 19 กรกฎาคม 2549จัดโดยแผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
วาทินี บุญชะลักษี และ ยุพิน วรสิริอมร. 2544.รายงานการวิจัยเรื่องภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2549. การพัฒนาการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. เอกสารประกอบการประชุมเวทีนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเรื่อง "บทบาทท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ . 13 กรกฎาคม 2549 ณ โรงแรมโรแยลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร.
ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม. 2549. โครงการทบทวนความรู้เรื่อง "ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นทางการของไทย". กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568. พิมพ์ครั้งที่ 1 . นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
สมชัย ฤชุพันธุ์ และสุรัสวดี หุ่นพยนต์.2548. โครงการศึกษาความเสี่ยงและผลกระทบทางสังคมสำหรับแรงงานนอกระบบของประเทศไทย : ทางเลือกสำหรับรูปแบบการออมและการออมเพื่อการเษียณอายุ. สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง.
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ. 2549. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
สมาคมนักประชากรไทย, 2549. การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2549. 23-24 พฤศจิกายน 2549. กรุงเทพฯ : สมาคมนักประชากรไทย, 2549.
สิรินทร ฉันสิริกาญจน. 2549. การดูแลต่อเนื่องครบวงจรที่บ้านเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย. เอกสารประกอบการประชุมเวทีนโยบายสาธารณะเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเรื่อง "บทบาทท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. 13 กรกฎาคม 2549 ณ โรงแรมโรแยลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร.
สุกัญญา นิธังกร และ นงนุช สุนทรชวกานต์. 2542. แนวทางการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการลงทุนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. 2542. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. 2545. "ผู้สูงอายุในประเทศไทย" รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพฯ: สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพฤฒาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
สุวัฒนา ศรีภิรมย์. 2549. การเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ. สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง. แหล่งที่มา : http://oppo.opp.go.th/info/news_public.htm. (14 กันยายน 2549)
สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, พินทุสร เหมพิสุทธิ์ และทิพวรรณ อิสรพัฒนาสกุล. 2540. การศึกษาวิเคราะห์ ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ ในอีก 2 ทศวรรษหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข.
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักนายกรัฐมนตรี. 2548. กรอบยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ.
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สำนักนายกรัฐมนตรี.2549. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบ พ.ศ. 2550-2554.
สำนักงานประกันสังคม. 2549. รายงานประจำปี 2548. นนทบุรี : สำนักงานประกันสังคม.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2546. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2548. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2549. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
อภิญญา เวชยชัย. 2544. การศึกษาโครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน "โครงการเบี้ยยังชีพ". นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

Ghazy Mujahid. 2006. Population Ageing in East and South-East Asia: Current Situation and Emerging Challenges. Bangkok : UNFPA Country Technical Services Team for East and South-East Asia , 2006. (Papers in Population Ageing : No. 1)

John Knodel and Chanpen Seangtienchai. 2005. Rural Parents with Urban Children: Social and Economic Implications of Migration on the Rural Elderly in Thailand. Population Studies Center research Report . [Online]. [cited 2006 Aug 23]; Available from : URL: www.globalaging.org/ruralaging/world/2005/urban.pdf

Merril Silverstein, Zhen Cong and Shuzhuo Li. 2006. Intergenerational Transfer and Living arrangements of Older People in Rural China: Consequences for Psychological Well-Being. Journal of Gerontology: Social Sciences 2006. Vol. 61B, No.5, S256-S266.

Ogawa, Naohiro and Robert Retherford, D. 1993. Care of the Elderly in Japan: Changing Norms and Expectations. Journal of Marriage and the Family. 55(3):585-597.

Ogawa, Naohiro and Robert Retherford, D. 1997. Shifting Costs of Caring for the Elderly Back to Families in Japan: Will It Work?. Population and Development Review. 23:59-94.

Rakchanyaban, Uthaitip. 2004. Active life expectancy among the Thai Elderly Population. doctoral dissertation. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

World Health Organization. 2002. Current and Future Long-Term Care Needs. [Online]. [cited 2006 Aug 23]; Available from : http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_needs/en/index.html

แหล่งข้อมูลบุคคล

เฉก ธนะสิริ. สัมภาษณ์, 7 พฤศจิกายน 2549.

ทัศนา จงพีร์เพียร. สัมภาษณ์, 25 กุมภาพันธ์ 2550.

บุญราศรี บุรพธานินทร์. ผู้อำนวยการกองประโยชน์ทดแทน. สัมภาษณ์, 7 ธันวาคม 2549.

วัลลภ พลอยทับทิม. ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ขอความอนุเคราะห์ข้อมูล, 15 ธันวาคม 2549.

เกณฑ์ในการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย 2550

ดัชนีชี้วัดสุขภาพคนไทย

วิธีการทำงาน

1. มีคณะผู้เชี่ยวชาญหรือบุคคลจากหน่วยงานหรือองค์กรที่มีชุดตัวชี้วัดสุขภาพที่น่าเชื่อถือ ยินดีร่างเนื้อหา กำหนดตัวชี้วัด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนั้น โดยแต่ละหมวดมีข้อพิจารณาประกอบการจัดทำ ดังนี้
- สื่อสาระสำคัญของเรื่องนั้นต่อสาธารณชน
- เนื้อหาเชื่อมโยงตัวชี้วัดที่คัดเลือกในแต่ละหมวด
- เป็นข้อมูลล่าสุดที่ได้จากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือสูง

2. เมื่อได้ร่างเนื้อหาจากคณะทำงานแต่ละเรื่องแล้ว คณะทำงานโครงการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทยทำการสังเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อปรับเปลี่ยนรายละเอียดให้สมบูรณ์ และมีความสอดคล้องของการนำเสนอข้อมูลในหมวดอื่นๆ โดยหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเรื่องการปรับเปลี่ยนข้อมูลหรือเนื้อหา พร้อมนำเสนอบทสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประมวลข้อมูลที่ได้จากตัวชี้วัดทุกหมวด

3. ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหาและตัวชี้วัดที่คัดเลือก

4. คณะทำงานโครงการฯ แก้ไขเนื้อหา และร่วมวางแผนกับ Graphic designer นำเสนอข้อมูลเป็นแผนภาพที่ ง่ายต่อการสื่อสารต่อสาธารณชน

เกณฑ์การคัดเลือกหมวดดัชนีประจำปี

การคัดเลือกหมวดดัชนีสุขภาพประจำปีว่าจะมีจำนวนกี่หมวดประกอบด้วยเรื่องใดบ้างจะเป็นการให้ความเห็นของคณะทำงานชี้ทิศทางต่อร่างหมวดตัวชี้วัดสุขภาพที่คณะทำงานคัดเลือก การคัดเลือกหมวดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย มีดังนี้คือ
- เป็นตัวชี้วัดที่มาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และเป็นการเก็บข้อมูลระดับประเทศ/ ภาค
- ข้อมูลจากผลการวิจัย หรือผลการสำรวจความคิดเห็น จะถูกนำมาใช้ในการแสดงเรื่องราวของดัชนีหมวดนั้นให้มีความเชื่อมโยงกัน
- ตัวชี้วัดบางส่วนจะมาจากคำแนะนำ/ ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ
- เป็นข้อมูลล่าสุดที่นำเสนอ

สถานการณ์เด่น 10 ในรอบปี และผลงานดีๆ ของคนไทย ในรอบปี

สถานการณ์ในรอบปี ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นลำดับ 1 ถึง 10 และผลงานดีๆ ของคนไทย เพื่อสุขภาพของคนไทยอีก 4 สถานการณ์ ซึ่งเรียกงานส่วนนี้ว่า “สถานการณ์เด่น 10+4” เกณฑ์การเลือกสถานการณ์ และเกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น มีดังนี้

เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น
- เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2549
- มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายรวมถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
- เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี
- สำหรับผลงานดีๆ ของคนไทยทางสุขภาพ เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้นความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น

- สำรวจความคิดเห็นจากประชาชนทั่วไป โดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์ที่มีสถานการณ์สำคัญในสังคมไทยทั้งที่เป็นข่าวและไม่เป็นข่าว เกิดขึ้นตั้งแต่ต้นปี 2549 จนถึง ณ เวลาที่ทำการสำรวจสถานการณ์ การเรียงลำดับสถานการณ์ในแบบสำรวจจัดเรียงโดยการจับสลาก ซึ่งไม่ใช่การจัดลำดับความสำคัญ สำหรับตัวเลือกความคิดเห็นของประชาชนแต่ละสถานการณ์นั้นจะให้ความสำคัญ โดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 อันดับ คือ มาก (คะแนน =2 คะแนน) ปานกลาง (คะแนน =1 คะแนน) และน้อย (คะแนน =0 คะแนน)
- การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสถิติ (SPSS) เพื่อหาค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย จากนั้นนำมาเรียงลำดับความสำคัญ
- การตัดสินเลือกสถานการณ์เด่นประจำปี2550 ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการชี้ทิศทางโครงการสุขภาพคนไทย

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ คือ เป็นเรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (target group oriented) กับเรื่องเฉพาะประเด็น (issue oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องแต่ละลักษณะสลับกันไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมาก็ได้ หลักเกณฑ์สำคัญในการเลือกประจำฉบับคือ
- เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
- เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
- เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

วิธีการทำงาน

1. คณะกรรมการชี้ทิศทางประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
2. ทีมงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงร่างของรายงาน
3. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อร่างเนื้อหารายงานในเชิงวิชาการ โดยทำงานอย่างใกล้ชิดกับทีมงานสุขภาพคนไทย
4. ทีมงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ อีกครั้ง
5. ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหารายงานและปรับแก้ไขครั้งสุดท้ายก่อนส่งให้ graphic designer วาง artwork ก่อน เข้าโรงพิมพ์

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2550

ชื่อ	หน่วยงาน	ผู้ทบทวนรายงานฉบับสมบูรณ์
1. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	ทบทวนทั้งเล่ม
2. นพ. วิชัย โชควิวัฒน	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ทบทวนทั้งเล่ม
3. คุณปาริชาต ศิวะรักษ์	นักวิจัยอิสระ	ทบทวนทั้งเล่ม
		ผู้เชี่ยวชาญ
1. นพ. วิชัย เอกพลากร	โรงพยาบาลรามาธิบดี	ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. พญ. อรพิชญา ไกรฤทธิ์	โรงพยาบาลรามาธิบดี	ภาวะสมองเสื่อม มหันตภัยใกล้ตัว
3. พญ. สิรินทร ฉันศิริกาญจน	โรงพยาบาลรามาธิบดี	ภาวะสมองเสื่อม มหันตภัยใกล้ตัว
4. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่		อันตรายจากควันบุหรี่มือสอง
5. ผศ. วิทยา กุลสมบูรณ์	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	การคุ้มครองผู้บริโภค
6. ผศ. วรรณา ศรีวิริยานุภาพ	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	การคุ้มครองผู้บริโภค และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
7. ผศ.ดร. นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร
8. นพ. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	ทุกข์ทางใจ
9. ดร. อมรวิชช์ นาครทรรพ	สถาบันรามจิตติ	เด็กไทยยุครวยลัดวัดดวง และเด็กไทยในยุคไซเบอร์
10. คุณจุฬากรณ์ มาเสถียรวงศ์	สถาบันรามจิตติ	เด็กไทยยุครวยลัดวัดดวง และเด็กไทยในยุคไซเบอร์
11. คุณรังสรรค์ ปิ่นทอง	กรมควบคุมมลพิษ	ของเสียอันตราย
12. คณะทำงานสุขภาพคนไทย	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	ความสุข รายได้ เงินออม หนี้สิน ความไม่เท่าเทียมทางการศึกษา สุขภาพแรงงาน และเศรษฐกิจพอเพียง

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง ปี 2550

ชื่อ	หน่วยงาน	ตำแหน่ง
1. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. นพ. วิชัย โชควิวัฒน	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
3. นพ. อำพล จินดาวัฒนะ	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)	กรรมการ
4. ทพ. กฤษดา เรืองอารีย์รัชต์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
5. นพ. พินิจ ฟ้าอำนวยผล	สำนักงานพัฒนาข้อมูลระบบสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
6. นพ. ณรงค์ กษิติประดิษฐ์	สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
7. นพ. ชูชัย ศุภวงศ์	สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ	กรรมการ
8. รศ. อภิญญา เวชยชัย	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ม. ธรรมศาสตร์	กรรมการ
9. ดร. สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ	สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
10. คุณยุวดี คาดการณ์ไกล	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กรรมการ
11. คุณปาริชาต ศิวะรักษ์	นักวิจัยอิสระ	กรรมการ
12. คุณจิราวรรณ บุญเพิ่ม	สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรรมการ	กรรมการ
13. คุณวรัญญา เตียวกุล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
14. คุณพิภพ ธงไชย	มูลนิธิเด็ก	กรรมการ
15. ผศ. ดร. วิลาสินี พิพิธกุล	คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
16. คุณสุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์	องค์กรชุมชนคลองขนมจีนอำเภอเสนา จ. อยุธยา	กรรมการ
17. คุณเบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
18. รศ. ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและเลขานุการ
19. รศ. ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
20. รศ. ดร. ชาย โพธิสิตา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
21. ดร. อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
22. คุณสุภรต์ จรัสสิทธิ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	เจ้าหน้าที่โครงการ
23. คุณกุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	เจ้าหน้าที่โครงการ
24. คุณหทัยรัตน์ เสียงดัง	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	เจ้าหน้าที่โครงการ

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย

1.	รศ. ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา	บรรณาธิการ
2.	รศ. ดร. ชาย โพธิสิตา	เรียบเรียงและประมวล "หอมกลิ่นลำดวน เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ"
3.	รศ. ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล	เรียบเรียงและประมวล "สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ"
4.	อาจารย์ ดร. อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์	เรียบเรียงและประมวล "ตัวชี้วัดสุขภาพ"
5.	คุณสุภรต์ จรัสสิทธิ์	เรียบเรียงและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น
6.	คุณกุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล	เรียบเรียงและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น
7.	คุณหทัยรัตน์ เสียงดัง	เรียบเรียงและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น

จากใจผู้จัดทำ

คณะทำงานสุขภาพคนไทยขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนที่มีส่วนในการจัดทำรายงานฉบับนี้ ซึ่งผู้ที่มีส่วนร่วมมาตั้งแต่รายงานฉบับแรก คือประธานคณะกรรมการชี้ทิศทาง นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะกรรมการทุกท่าน ที่ให้ความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำรายงาน

ส่วนนักวิชาการในส่วนดัชนีชี้วัดสุขภาพที่มีส่วนร่วมในการจัดทำรายงานฉบับปัจจุบัน ได้ช่วยเขียนร่างรายงาน ให้ข้อมูล และให้ความคิดเห็นทางวิชาการ ทำให้รายงานในส่วนดัชนีมีความถูกต้องและทันสมัย

ผู้ที่ทบทวนรายงานนี้อย่างละเอียด และช่วยปรับแก้ต้นฉบับมีสามท่าน คือ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน และคุณปาริชาต ศิวะรักษ์ ทีมงานขอขอบคุณเป็นอย่างสูงสำหรับความเห็นในระดับมืออาชีพที่ช่วยให้งานออกมาดีสมใจ

ที่ขาดไม่ได้ คือทีมงานฝ่ายเลขาที่เข้มแข็งทั้งสามคน คือ คุณกุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล คุณสุภรต์ จรัสสิทธิ์ และคุณหทัยรัตน์ เสียงดัง ทำให้ทีมวิชาการเบาแรงไปได้มาก เพราะช่วยรวบรวมข้อมูล เรียบเรียงเนื้อหาเบื้องต้น และประสานงานกับนักวิชาการท่านอื่นๆ ทำให้งานลื่นไหลไปได้อย่างราบรื่น

ขอขอบคุณทุกๆ ท่านด้วยใจ

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย

ฉลาดเลือก เลือกสุขภาพ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)