สุขภาพคนไทย 2549

อยู่อย่างไรกับไข้หวัดนก ?
ปรับเปลี่ยนเพื่ออยู่รอด

13 ตัวชี้วัดสุขภาพ

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สุขภาพคนไทย 2549

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สุขภาพคนไทย 2549

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2549 / ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา [และคนอื่น ๆ]. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม:
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 2549.
(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 309)
คณะผู้ดำเนินงาน: ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิสิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, วาสนา อิ่มเอม, กุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล, หทัยรัตน์ เสียงดัง, สุภรต์ จรัสสิทธิ์

ISBN 974-11-0449-9

1. สุขภาพ. I. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. II. ชาย โพธิสิตา. III. กฤตยา อาชวนิจกุล. IV. วาสนา อิ่มเอม. V. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. VI. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. VII. ชื่อชุด.

RA776 ส743 2549
[DNLM: 1. สุขภาพ. WA100 ส743 2549]

ภาพประกอบ: ศูนย์ข้อมูลหนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ, ศูนย์ข้อมูลหนังสือพิมพ์มติชน, lonaelyplanetimages.com
ออกแบบและจัดรูปเล่ม: ณัฐ เริงมงคล
กราฟฟิกในหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ: kemmiko@hotmail.com
พิสูจน์อักษร: นฤมล อารีสินพิทักษ์
จัดพิมพ์โดย: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ที่: บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
โทรศัพท์: 0 2882 1010, 0 2422 9000
จำนวนพิมพ์: 10,000 เล่ม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์: 02 441 0201-4 ต่อ 300, 302 และ 304 โทรสาร: 02 441 9333
E-mail: directpr@mahidol.ac.th
http://www.population.mahidol.ac.th.

สำนักกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
เลขที่ 979 ชั้น 34 อาคารเอสเอ็มทาวเวอร์ ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์: 02 298 0500 โทรสาร: 02 298 0501
http://www.thaihealth.or.th.

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้
ไม่สงวนลิขสิทธิ์ แต่ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

สุขภาพคนไทย 2549

บอกกล่าว

หนังสือ **"สุขภาพคนไทย 2549"** ที่ตั้งใจให้ทุกคนรู้เรื่องสุขภาพ นับเป็นฉบับที่สามแล้ว ทีมงานยังคงเป็นทีมเดิม ที่ทุ่มเททำงานให้กับหนังสือเล่มนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้หนังสือที่มีคุณภาพมากที่สุด

ฉบับที่สามนี้ ยังคงรูปแบบเดิมของหนังสือไว้ คือ ประกอบด้วยสามส่วน โดยเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการทำงานโดยให้ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้น หมวดดัชนีบางหมวดได้รับความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ เป็นผู้จัดทำ โดยจะเห็นได้จากชื่อของผู้เชี่ยวชาญที่ปรากฏในแต่ละหมวด เรื่องประจำฉบับซึ่งปีนี้คือเรื่องไข้หวัดนกที่ยังคงเป็นปัญหาของประเทศไทย และประเทศในภูมิภาค และเริ่มแพร่ไปสู่ภูมิภาคอื่นๆแล้วนั้น ทีมงานได้รับความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็นเป็นผู้เรียบเรียงเนื้อหาวิชาการให้ และทีมงานได้นำมาร้อยเรียงใหม่ให้ง่ายต่อความเข้าใจของคนส่วนใหญ่ ส่วนเนื้อหาสาระซึ่งผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้เรียบเรียงไว้นั้นมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง แต่ไม่อาจจะนำมาเผยแพร่ในหนังสือสุขภาพคนไทยได้หมด เราจึงคิดจัดทำพ็อกเก็ตบุ๊คสำหรับเรื่องประจำฉบับขึ้น เพื่อให้เนื้อหาสาระอันเป็นประโยชน์เหล่านั้นได้ถ่ายทอดและเผยแพร่ในวงกว้าง ดังนั้นหลังจากหนังสือสุขภาพคนไทยแต่ละฉบับปรากฏออกสู่สายตาแล้ว อดใจรออีกไม่นาน จะมีพ็อกเก็ตบุ๊คเรื่องไข้หวัดนกที่มีเนื้อหาที่ครบถ้วนสมบรูณ์มากขึ้นออกตามมา

เนื้อหาในหนังสือ สุขภาพคนไทย 2549 ประกอบด้วยสามส่วน ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง ดัชนีชี้วัดสุขภาพคนไทย ปีนี้นำเสนอ 13 หมวด ประกอบด้วย กลุ่มสุขภาพกาย 2 หมวด คือ สุขภาพฟัน สุขภาพทางเพศ กลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค 4 หมวด คือ โภชนาการ สุรา ออกกำลังกาย อุบัติเหตุจราจรและการบาดเจ็บ กลุ่มระบบสุขภาพ 1 หมวด คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มสุขภาพจิต 1 หมวด คือ สุขภาพจิต กลุ่มสุขภาพ ปัญญา 1 หมวด คือ สุขภาพปัญญาแนวพุทธ และกลุ่มสุขภาพสังคม 4 หมวด คือ การขาดแคลนน้ำ เด็กกับโทรทัศน์และการเรียนรู้ ชีวิตครอบครัว และ สารเคมีควบคุมศัตรูพืช

ส่วนที่สอง ประมวลสถานการณ์เด่นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยในรอบปี โดยการรวบรวมสิ่งที่เกิดขึ้นและวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพมานำเสนอ

10 สถานการณ์เด่นในปี 2548-2549 มีอะไรบ้าง?

สถานการณ์ไฟใต้บนแนวทางสมานฉันท์และพ.ร.ก.ฉุกเฉิน

จะปล่อยให้รายการโทรทัศน์กำหนดชะตาเด็กไทยไปถึงไหน?

วิกฤตการณ์น้ำมันแพงกับการแสวงหาความมั่นคงด้านพลังงาน

คนไข้ "ฟ้องหมอ" ความผุกร่อนของความสัมพันธ์หมอ-คนไข้

การระบาดและกลโกงของหนี้เงินด่วน
แปรรูปรัฐวิสาหกิจ ประชาชนได้อะไร
สึนามิกับผลกระทบทางสุขภาพ
ท้อง แท้ง ทิ้ง ปัญหาใหญ่ที่ยังไม่มีใครดูแล
ศึกเพื่อสยบ "บุหรี่-เหล้า" ยังไม่จบในสังคมไทย
"สภาผู้บริโภค" อีกก้าวหนึ่งของพลังผู้บริโภคไทย

ส่วนอีก 10 สถานการณ์สำคัญ ซึ่งรวบรวมไว้ได้แก่ มลพิษเมืองกรุงเข้าขั้นอันตราย ภัยแล้ง/น้ำท่วม ฆ่าตัวตาย ปรับนโยบาย 30 บาท เพื่อคนไทยห่างไกลทุกโรค ไข้เลือดออก แก๊งซิ่งมอเตอร์ไซค์กับวัยรุ่นกวนเมือง เกษตรกรรมยั่งยืน โรคขาดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ วัยรุ่นไทยติดเอดส์มากขึ้น แรงงานไทยเสี่ยงเป็นโรคและได้รับอันตรายจากการประกอบอาชีพ

สถานการณ์ทั้ง 10+10 นี้ ทีมงานได้สอบถามความคิดเห็นจากประชาชน นักวิชาการ และผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมด 6 ครั้ง จากจำนวน 770 คน เพื่อคัดเลือกเรื่องที่เห็นว่าสำคัญต่อสุขภาพก่อนที่จะนำมาจัดลำดับอีกครั้ง

ส่วนที่สาม คือเรื่องประจำฉบับ ปีนี้เสนอเรื่อง **"อยู่อย่างไรกับไข้หวัดนก ? ปรับเปลี่ยนเพื่ออยู่รอด"**

เรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญมากและจะส่งผลกับสังคมไทยไปอีกนาน เพราะปัญหาเรื่องไข้หวัดนกเป็นปัญหาที่มีผลกระทบทั้งต่อสุขภาพประชาชนโดยตรง ต่อการเลี้ยงสัตว์ปีก และปัญหาทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อเศรษฐกิจ สังคม และวิถีชีวิตของคนในสังคมไทย อาจเป็นการยากที่จะหลีกเลี่ยงการเกิดไข้หวัดนก แต่เราสามารถที่จะหาหนทางป้องกันการแพร่ระบาด การยืดเวลาการกลายพันธุ์อันอาจจะนำไปสู่การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ได้ ทั้งหมดนี้ ขึ้นอยู่กับการกำหนดมาตรการที่เหมาะสมและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเลี้ยงสัตว์ปีกให้ปลอดภัยด้วย

หนังสือสุขภาพคนไทยฉบับปีที่แล้วได้จัดทำเป็นภาษาอังกฤษด้วย ซึ่งได้เผยแพร่ในการประชุมระดับนานาชาติ 2-3 ครั้ง โดยแจกจ่ายไปทั้งหมดเกือบ 2,000 เล่ม และมีหลายประเทศอยากใช้เป็นแบบอย่างในการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน หนังสือสุขภาพคนไทยจึง "โกอินเตอร์" และได้รับการตอบรับอย่างดี

เสียงตอบรับและข้อเสนอแนะต่างๆที่ทีมงานได้รับ ถือเป็นสิ่งที่มีค่าที่เรานำมาใช้ในการปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นเรื่อยๆ จึงขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะแก่เราเสมอมา

"ฉลาดเลือก เลือกสุขภาพ" วันนี้ท่านเลือกสุขภาพหรือยัง?

สารบัญ

13 ตัวชี้วัดสุขภาพ

สุขภาพฟัน	12
ท้องไม่พร้อม	14
โภชนาการ	16
สุรา	18
ออกกำลังกาย	20
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	22
สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	24
สุขภาพปัญญาแนวพุทธ	26
การขาดแคลนน้ำ	28
อุบัติเหตุจราจรและการบาดเจ็บ	30
เด็กกับโทรทัศน์และการเรียนรู้	32
ชีวิตครอบครัว	34
สารเคมีควบคุมศัตรูพืช	36

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

สถานการณ์ไฟใต้บนแนวทางสมานฉันท์และพ.ร.ก.ฉุกเฉิน 40
จะปล่อยให้รายการโทรทัศน์กำหนดชะตาเด็กไทยไปถึงไหน? 46
วิกฤตการณ์น้ำมันแพงกับการแสวงหาความมั่นคงด้านพลังงาน 50
คนไข้ "ฟ้องหมอ": ความผูกร่อนของความสัมพันธ์หมอ-คนไข้ 54
การระบาดและกลโกงของหนี้เงินด่วน 58
แปรรูปรัฐวิสาหกิจ ประชาชนได้อะไร 62
สึนามิกับผลกระทบทางสุขภาพ 66
ท้อง แท้ง ทิ้ง ปัญหาใหญ่ที่ยังไม่มีใครดูแล 70
ศึกเพื่อสยบ "บุหรี่-เหล้า" ยังไม่จบในสังคมไทย 74
"สภาผู้บริโภค" อีกก้าวหนึ่งของพลังผู้บริโภคไทย 78
10 สถานการณ์สำคัญในรอบปี 2548 82
10 สถานการณ์เด่น ปี 2547 เปลี่ยนแปลงอย่างไร ในปี 2548 84

อยู่อย่างไรกับไข้หวัดนก? ปรับเปลี่ยนเพื่ออยู่รอด 88

ภาคผนวก

บรรณานุกรม 112
เกณฑ์ในการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย 118
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 119
รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง 120

ภาพ: ศูนย์ข้อมูลหนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ

1
2
3
4
5
6
7

13 ตัวชี้วัดสุขภาพ

13 ตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย 2549

13 ตัวชี้วัดสุขภาพ สะท้อนให้เห็นภาพปัจจุบันของสถานการณ์สุขภาพคนไทยในด้านการบริโภคอาหารพบว่าเด็ก วัยเรียน (6-14 ปี) ร้อยละ 8.1 เป็นเด็กอ้วน คือได้รับพลังงานเกินกว่าความต้องการของร่างกาย จากอาหารที่มีไขมันสูง สาเหตุที่เด็กวัยเรียนอ้วนเกิดจาก หนึ่ง อาหารถูกปากของเด็กส่วนใหญ่ ประกอบด้วย แป้ง ไขมัน และเกลือ โดยเฉพาะอาหารฟาสต์ฟู้ด สอง ความนิยมบริโภคเครื่องดื่มที่มีแคลอรี่และน้ำตาลสูง และสาม การเลือกกินอาหารที่ไม่มีประโยชน์ และไม่ออกกำลังกาย

การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องนอกจากจะนำไปสู่โรคอ้วนแล้วยังทำให้เกิดฟันผุอีกด้วย พบว่าเด็กวัยเรียนจำนวนมากฟันผุ เกิดจากการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ชอบขนมขบเคี้ยวและของหวาน แปรงฟันไม่ถูกวิธี อีกทั้งเด็กไม่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้เอง เด็กในชนบทที่ฟันผุมีเพิ่มมากขึ้นและส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา

ในด้านของสรรถภาพและความแข็งแรงของร่างกายนั้นเพียง 1 ใน 3 ของคนไทยออกกำลังกายพอเพียง ซึ่งแท้จริงแล้วการออกกำลังกายไม่ต้องใช้เวลานานมากเพียงวันละ 30 นาทีก็พอ หรือหากไม่มีเวลาจริงๆ ออกกำลังกายให้ได้สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที และหากไม่มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายหรือ ไม่มีเครื่องมือออกกำลังกาย การเดินเร็วก็เป็นวิธีการออกกำลังกายที่ดีหากปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

การดื่มสุรายังเป็นเรื่องน่าห่วงของคนไทยที่ต้องจับตามอง ข้อมูลจากคณะกรรมการบริหารวิชาการสารเสพติด พบว่าคนไทยติดสุราเพิ่มขึ้นถึงเกือบเท่าตัวจาก 1.8 ล้านคนในปี 2546 เป็น 3.1 ล้านคนในปี 2547 แม้ว่าจะมีมาตรการควบคุมการตลาด และ การโฆษณาการจำหน่ายสุราที่เข้มงวดขึ้นก็ตาม คนดื่มสุราส่วนหนึ่งเป็นพวก "เมาแล้วขับ" นำไปสู่อุบัติเหตุจราจรซึ่งเป็นสาเหตุการตายลำดับต้นในขณะนี้ สื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงหลังมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตของคนไทยอย่างมาก เห็นได้จากธุรกิจการโฆษณาสุรามีกลยุทธ์ในการสร้างภาพลักษณ์ใหม่ๆ ที่กระตุ้นผู้บริโภคให้เกิดความรู้สึกอยากลอง อีกทั้งมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลากหลายชนิดให้เลือกมากขึ้น หาซื้อได้สะดวก

การท้องเมื่อไม่พร้อมยังคงเป็นปัญหาใหญ่ของคนไทย โดยในแต่ละปีมีผู้หญิงราว 300,000 รายที่ท้องโดยไม่พร้อม พบว่าร้อยละ 70 อุ้มท้องต่อจนคลอดและที่เหลือเลือกทำแท้งเป็นทางออก การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องวิธีการคุมกำเนิดและการขาดทักษะต่อรองทางเพศของผู้หญิงกับคู่ล้วนแต่นำไปสู่การท้องไม่พร้อมโดยเฉพาะในผู้หญิงที่มีอายุน้อยหรือในผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ แต่ยังไม่พร้อมต่อการมีชีวิตครอบครัว

ในด้านสุขภาพจิตนั้น สุขภาพจิตที่ดีควรได้รับการบ่มเพาะมาจากการเลี้ยงดูนับตั้งแต่วัยเด็ก ครอบครัวจึงเป็นส่วนสำคัญในการแสดงความรักเอาใจใส่เด็กในระดับพอดี เป็นที่พึ่งหรือให้คำปรึกษาแก่เด็กได้ในยามที่มีปัญหา แต่เพียง 1 ใน 3 ของเด็กและวัยรุ่นเท่านั้นที่รู้สึกว่าพ่อแม่ให้ความรักและเอาใจใส่ดี ในขณะที่เด็กจำนวนมากรู้สึกว่าพ่อแม่ ห่าง-เหิน ห่วงเกิน หรือไม่รัก การที่พ่อแม่ไม่มีเวลาให้กับลูกทำให้เด็กใช้เวลาดูโทรทัศน์วันละ 4-6 ชั่วโมง และช่วงปิดเทอมเด็กวัยเรียนส่วนใหญ่อยู่บ้านเฉยๆ ไม่มีกิจกรรมทำอะไรเป็นพิเศษ

ในด้านของชีวิตครอบครัวพบว่าการเริ่มต้น ใช้ชีวิตคู่ของคนไทยเกิดจากความพร้อมใจของทั้งสองฝ่ายแต่ผู้หญิงราว 3 ล้านคนไม่ได้เลือกคู่ครองจากความพร้อมใจของทั้งตนและคู่ด้วยกัน การใช้ชีวิตคู่ส่วนใหญ่มีการจัดพิธีตามประเพณีหรือตามศาสนาราว 1 ใน 10 ของการใช้ชีวิตคู่มีการทะเลาะกันบ่อยระหว่างสามีภรรยา

ในด้านสุขภาพปัญญาแนวพุทธ พบว่าคนไทยพุทธทำบุญโดยการตักบาตรมากกว่าการประกอบกิจทางศาสนาด้านอื่น การตักบาตรยังถือว่าเป็นการทำบุญที่เป็นกิจวัตรประจำของชาวพุทธ ประโยชน์ที่เกิดจากการทำกิจกรรมทางศาสนา คือ การสืบทอดพุทธศาสนา และส่งเสริมความดีของผู้ปฏิบัติทั้งผู้ตักบาตรและพระภิกษุสามเณร

การดูแลรักษาสุขภาพอย่างเหมาะสมเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคร้าย แต่เมื่อถึงคราวเจ็บป่วย คนไทยก็มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น คนไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นจากในอดีตนับตั้งแต่การเริ่มประกาศใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544

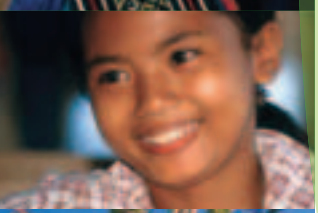
การสร้างสมดุลย์ของสุขภาพนั้น เมื่อมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดีแล้วสภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องที่ส่งผลต่อสุขภาพคนไทยด้วยเช่นกัน ความพยายามเร่งให้มีการส่งออกด้านเกษตรกรรมให้สามารถแข่งขันกับประเทศอื่นได้ ทำให้เกษตรกรหันมาใช้สารเคมีควบคุมศัตรูพืช ในปริมาณเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยผู้ใช้ขาดความรู้เรื่องวิธีการใช้ที่ถูกต้องและการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี ทำให้ในแต่ละปีมีเกษตรกรจำนวนมากเจ็บป่วยจากการใช้สารเคมี

ในด้านการจัดการน้ำ คนไทยยังเผชิญหน้ากับปัญหาภัย-แล้งที่ต้องการการทำฝนหลวงมากขึ้นกว่าเดิม แม้ว่าหลายภูมิภาคเกิดปัญหาอุทกภัยอย่างรุนแรง

1 สุขภาพฟัน

จัดทำโดย ทญ. จันทนา อึ้งชูศักดิ์ กองทันตสาธารณสุข

เด็กในชนบทอายุต่ำกว่า 12 ปี ไม่น้อยกว่า 6.6 ล้านคนฟันผุ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา



มีเด็กเล็กจำนวนมากที่ฟันผุ ทั้งนี้เนื่องจากขนมและเครื่องดื่มอันแสนโปรดปรานของเด็กทั้งหลายล้วนมีปริมาณน้ำตาลสูง ประกอบกับเด็กๆ ยังไม่รู้จักวิธีการแปรงฟันอย่างถูกต้อง ทำให้เด็กเล็กจำนวนมากต้องสูญเสียฟันไปก่อนวัยอันควร

ปกติเด็กจะมีฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่เมื่อมีอายุ 3 ปี แต่กว่าจะถึงวัยนั้นก็พบว่า 2 ใน 3 ก็มีฟันผุแล้ว โดยเฉลี่ยเด็กจะมีฟันผุ 3-4 ซี่ ซึ่งเด็กในชนบทมีโอกาสฟันผุมากกว่าเด็กในกรุงเทพฯ ถึง 1 เท่าตัว และร้อยละ 69.6 ไม่ได้รับการรักษา ขณะที่มีเด็กฟันผุในกรุงเทพฯ ที่ไม่ได้รับการรักษาเพียงร้อยละ 36.1

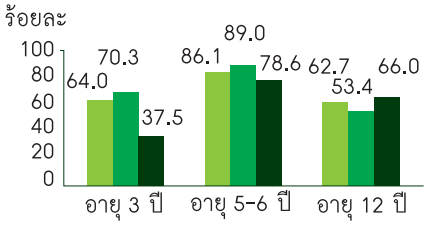
กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย สำรวจพบว่าตั้งแต่ปี 2545 มีเด็กฟันผุลดน้อยลงทุกภาค ยกเว้นภาคใต้ที่ตัวเลขยังคงเดิมคือร้อยละ 72.5 ขณะที่การสำรวจข้อมูลล่าสุดปี 2547 พบว่าจังหวัดนครปฐมมีเด็กอายุ 3 ปี ฟันผุน้อยที่สุด ในขณะที่เด็กจากหลายจังหวัดของภาคใต้ตอนล่างมีฟันผุจำนวนมาก

เมื่อเด็กมีอายุ 5-6 ปี ถึงวัยเข้าโรงเรียน พบว่าเด็กมีฟันผุมากขึ้นเฉลี่ยคนละ 4-6 ซี่ มีเด็กในชนบทเพียงร้อยละ 11.0 เท่านั้นที่ฟันไม่ผุ และเมื่อฟันแท้ขึ้นครบ 28 ซี่เมื่อเด็กมีอายุ 12 ปี ก็พบว่าเด็กมีฟันผุน้อยลงคือ เฉลี่ย 1-2 ซี่ และเด็กในชนบทมีฟันผุน้อยกว่าเด็กในเมือง แต่มีเพียงครึ่งเดียวเท่านั้นที่ได้รับการรักษา

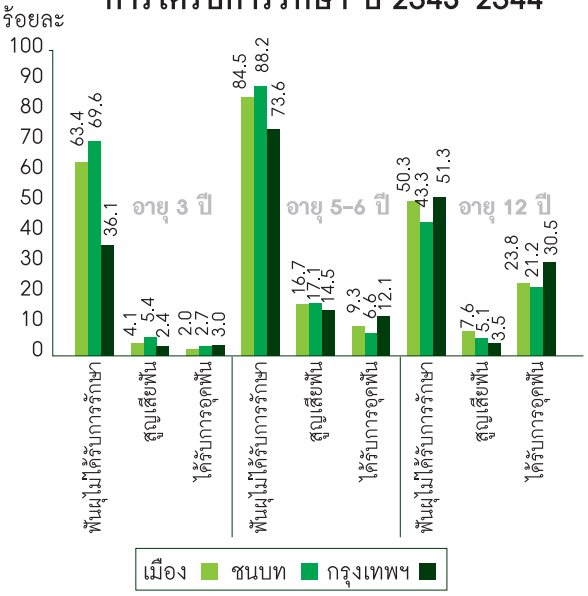
ทุกๆ ปีเด็กราว 1 แสนคนมีฟันผุใหม่ สาเหตุหลักที่ทำให้เด็กฟันผุเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งปัญหาการขาดบริการทันตกรรมสำหรับเด็กเล็ก โดยเฉพาะในเขตชนบท ประกอบกับอิทธิพลของสื่อโฆษณาและการเติมน้ำตาลในอาหารทุกรูปแบบ โดยปัจจุบันเด็กประถมศึกษาซื้อขนมเฉลี่ยวันละ 13 บาท/คน และเพิ่มเป็น 19 บาทในวันหยุด หรือเด็กอายุ 6-12 ปี ซึ่งมีจำนวน 6.7 ล้านคน ใช้เงินซื้อขนมเป็นมูลค่าสูงถึง 40,000 ล้านบาท/ปี

> “เด็กจำนวนมากฟันผุและต้องสูญเสียฟันก่อนวัยอันควร จากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและไม่ได้รับการดูแลรักษา”

ฟันผุในเด็ก ปี 2543-2544

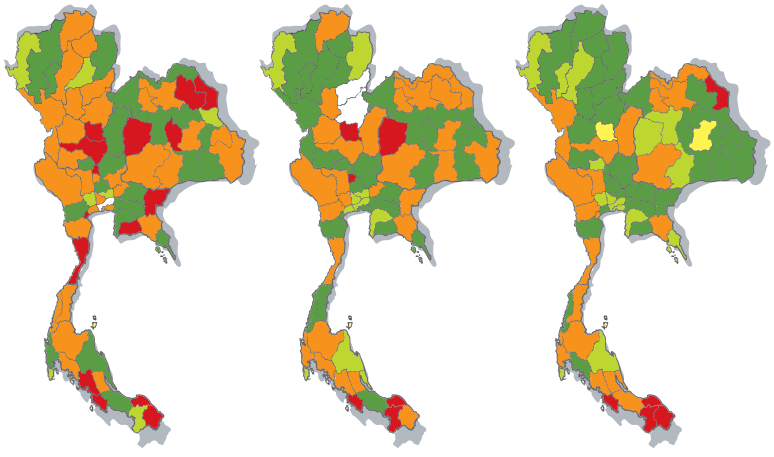


การได้รับการรักษา ปี 2543-2544



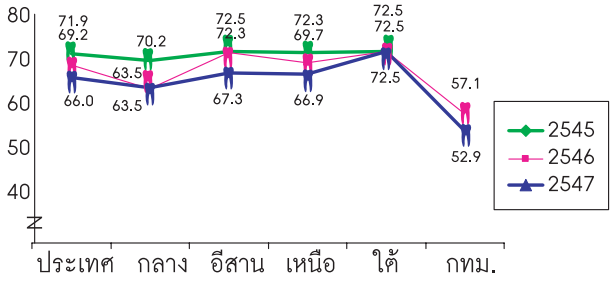
ที่มา: รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544, กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

เด็ก 3 ปีที่มีฟันผุ



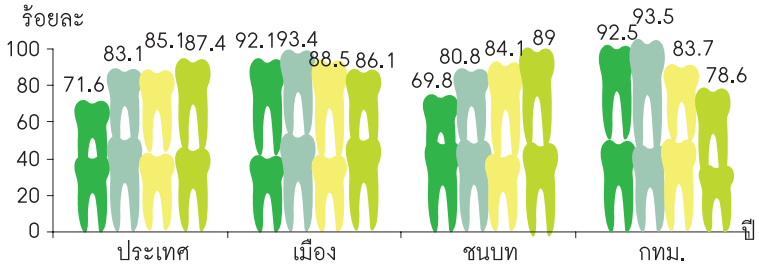
- มีปัญหาไม่เกิน 60%
- มีปัญหามากกว่า 60-70%
- มีปัญหามากกว่า 70-80%
- มีปัญหามากกว่า 80%
- จังหวัดที่ไม่มีผลสำรวจ

ฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี

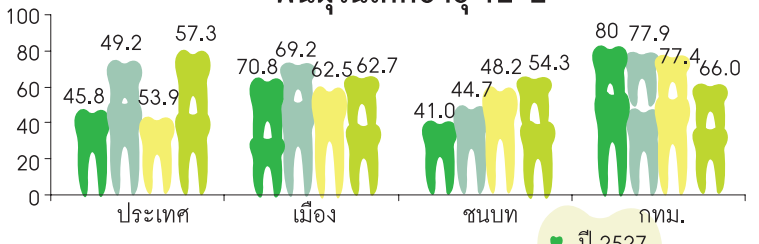


ที่มา: รายงานผลการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี พ.ศ. 2547 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ฟันผุในเด็กอายุ 5-6 ปี



ฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี



- ปี 2527
- ปี 2532
- ปี 2537
- ปี 2544

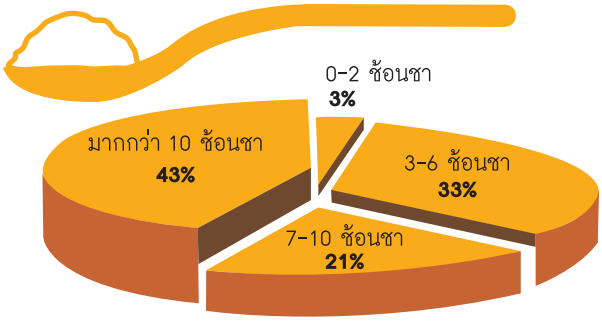
ที่มา: รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544, กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ค่าเฉลี่ยฟันผุ (ซี่ต่อคน)

อายุ	2527	2532	2537	2543-2544
3 ปี	-	4	3.4	3.6
6 ปี	4.9	5.6	5.7	6.0
12 ปี	1.5	1.5	1.6	1.6

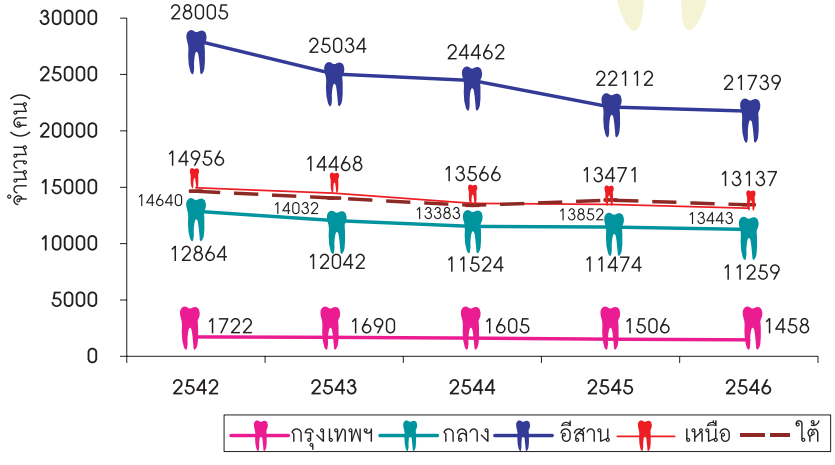
ที่มา: รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2,3,4,5 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ปริมาณน้ำตาลที่บริโภคของเด็กอายุ 3-5 ปี



ที่มา: จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2547

จำนวนประชากรต่อทันตแพทย์ 1 คน



ที่มา: รายงานบุคคลากรคน ทันตสาธารณสุขประจำปี 2542- 2546 กรมอนามัย

การรับบริการทันตกรรม

กลุ่มอายุ	ร้อยละ
0-4	7.1
5-9	8.9
10-14	6.3
15-19	11.0
20-29	20.5
30-39	17.5
40-49	13.3
50-59	7.6
60+	7.7
รวม	100

ที่มา: การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545

2

ท้องไม่พร้อม

จัดทำโดย มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง

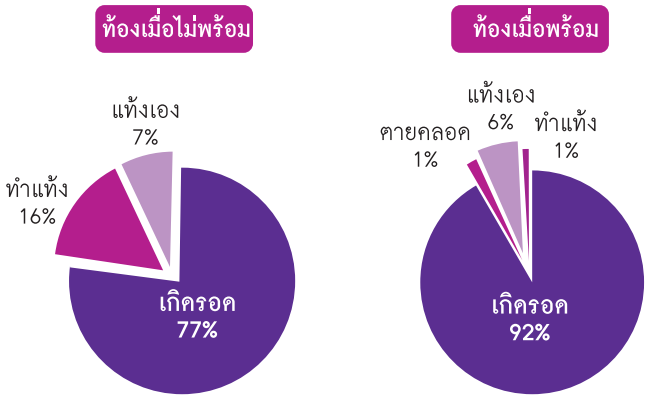
ในแต่ละปีผู้หญิงประมาณ 300,000 คน ท้องในขณะที่ไม่พร้อม

> ผู้หญิงจำนวนมากตั้งท้องในขณะที่ตนไม่พร้อม ส่วนหนึ่งเลือกการทำแท้งเป็นทางออก แต่ที่เหลืออีกจำนวนมากกว่าร้อยละ 70 อุ้มท้องต่อจนคลอด

แม้ว่าอัตราการคุมกำเนิดของผู้หญิงไทยคงอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอด แต่กลับพบว่าการท้องไม่พร้อมมีมาก ดังรายงานการสำรวจผู้หญิงอายุ 15-49 ปี ใน 2 จังหวัดที่พบว่า ร้อยละ 13 ของผู้หญิงที่คลอด ไม่ต้องการมีลูก ร้อยละ 20 ต้องการมีลูกแต่ตั้งท้องในช่วงเวลาที่ตนยังไม่พร้อม และร้อยละ 4 ที่รู้สึกอย่างไรก็ได้ ทำให้อัตราการตั้งท้องเมื่อไม่พร้อมนั้นสูงถึง ร้อยละ 33 ของการตั้งท้องในแต่ละปี ในขณะที่การทำสำมะโนประวัติการตั้งครรภ์ ใน 2 ชุมชน พบว่าผู้หญิงที่ไม่พร้อมต่อการตั้งท้อง มีอัตราการทำแท้งสูงกว่าผู้หญิงที่ท้องเมื่อพร้อมถึง 16 เท่าตัว ทั้งนี้พบว่า 1 ใน 4 ของ การท้อง ที่ไม่ได้วางแผนเป็นการท้องทั้งที่มีการคุมกำเนิด การท้องที่ไม่พร้อมนำไปสู่ผลกระทบทางสังคมหลายประการ

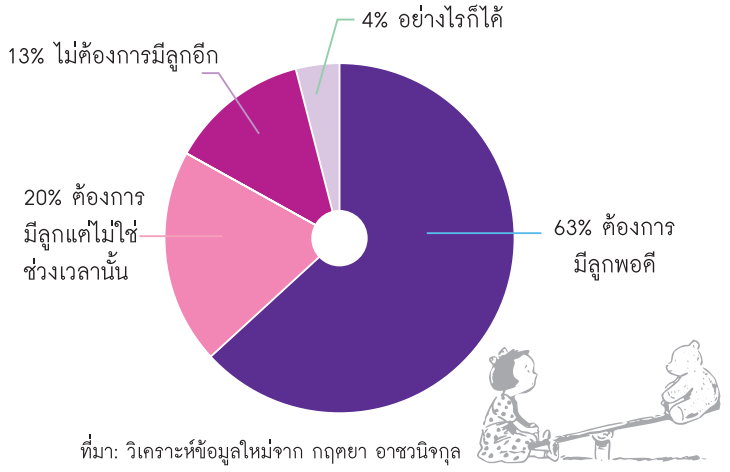
ไม่ว่าจะเป็นการทำแท้ง การทอดทิ้งทารกการ ฆ่าทารก แม้ว่ายังขาดสถิติที่ชี้ให้เห็นระดับความรุนแรงของปัญหาเหล่านี้ แต่ข้อมูลเท่าที่ปรากฏอยู่จากการนำเสนอ รายงานในรูปแบบต่างๆ ล้วนแต่สะท้อนสภาพความรุนแรงของปัญหา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2542 มีผู้หญิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐจากการมีอาการแทรกซ้อนจากการทำแท้งมากถึง 13,090 คน เป็นมูลค่าการสูญเสียต่อการจัดการปัญหาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน รุนแรงจากการทำแท้งเป็นเงิน 21,024 บาท ต่อการทำแท้ง 1 ครั้ง แม้ว่ามีผู้หญิงท้องไม่พร้อมจำนวนมาก แต่ในด้านการจัดการกับปัญหานั้น กลับพบว่าผู้หญิงที่เผชิญหน้ากับปัญหากลับถูกปล่อยให้จัดการปัญหาตามลำพัง ต้องหลบซ่อนจากการถูกตำหนิติเตียนของสังคม ยังขาดมาตรการรองรับอย่างเป็นระบบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงเป็นข้อท้าทายว่าสังคมไทยจะร่วมกันจัดการกับปัญหานี้อย่างสร้างสรรค์ได้อย่างไร

ผลการตั้งท้องตามความพร้อม



ที่มา : โครงการสำมะโนระดับชุมชนเรื่องสุขภาพผู้หญิงและประวัติการตั้งครรภ์ สภาประชากร, 2545 ได้ข้อมูลจากการทำสำมะโนชุมชน 2 หมู่บ้าน

ความพร้อมของการตั้งท้องของหญิงไทย



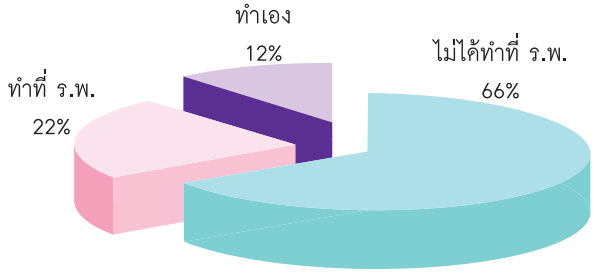
ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลใหม่จาก กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2548 (หมายเหตุ ได้ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนผู้หญิง อายุ 15 – 49 ปี ของ ก.ท.ม. และนครสวรรค์ จำนวนผู้ให้ข้อมูล 2,800 รายเลือกวิเคราะห์เฉพาะหญิงที่คลอดบุตรช่วง 5 ปี ที่ผ่านมาจำนวน 630 ราย)

จำนวนการให้คำปรึกษาการตั้งท้องไม่พึงประสงค์

ตั้งท้องไม่พึงประสงค์	ปี 2544	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548
ความไม่พร้อม	-	25	26	49	44
พลาดคุมกำเนิด	-	4	9	15	6
ชายไม่รับผิดชอบ/หลอกลวง	-	7	31	37	54
ข่มขืน	-	5	-	5	7
รวมผู้มาขอคำปรึกษาการตั้งท้องไม่พึงประสงค์	152	41	66	106	111
รวมผู้มาขอคำปรึกษาด้านสังคมสงเคราะห์ทั้งหมด	869	281	558	750	748

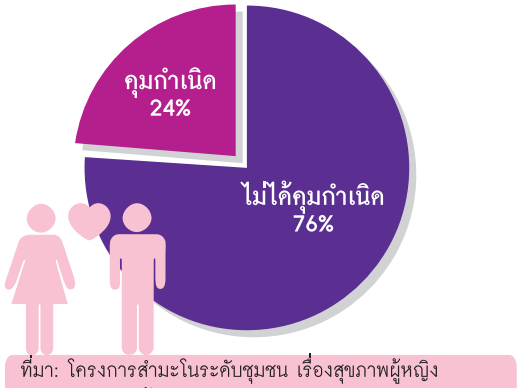
ที่มา: ศูนย์ข้อมูล มูลนิธิเพื่อนหญิง, 2544-2548
หมายเหตุ: 1. ข้อมูลปี 2544 เป็นข้อมูลรวมการตั้งท้องไม่พึงประสงค์โดยไม่ได้แยกปัญหาย่อย
2. ผู้มาขอคำปรึกษาด้านสังคมสงเคราะห์มีทั้งหมด 4 ด้าน
คือ 1. ครอบครัว 2. ตั้งท้องไม่พึงประสงค์ 3. ปัญหาสังคม 4. ปัญหาอื่นๆ เช่น ภาวะกังวล/เครียด ละเมิดทางเพศ เป็นต้น
2. ผู้มาขอคำปรึกษาด้านสังคมสงเคราะห์มีทั้งหมด 4 ด้าน

ร้อยละ 66 ของการทำแท้งไม่ได้ทำที่โรงพยาบาล



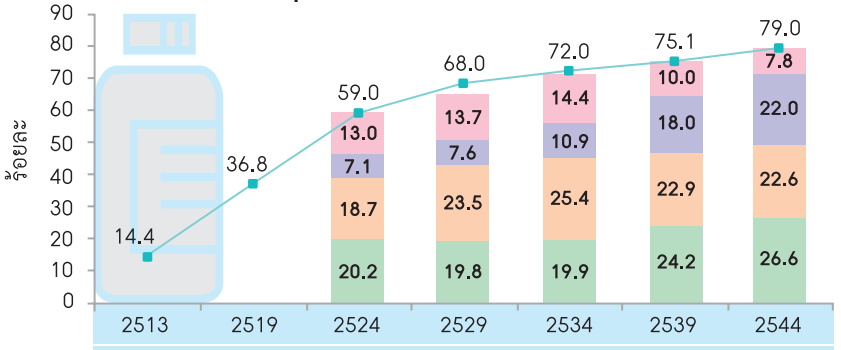
ที่มา: สถานการณ์การแท้งในประเทศไทย พ.ศ. 2542

ร้อยละ 24 ของการท้องที่ไม่ได้วางแผนเป็นการท้องที่มีการคุมกำเนิด



ที่มา: โครงการสำมะโนระดับชุมชน เรื่องสุขภาพผู้หญิงและประวัติการตั้งครรภ์, สภาประชากร, 2545

อัตราการคุมกำเนิดและวิธีการใช้ในประเทศไทย



ที่มา: Reproductive Health Division, Department of Health, 2003

- ยาเม็ดคุมกำเนิด
- หมันหญิง
- ยาฉีดคุมกำเนิด
- อื่นๆ
- อัตราการคุมกำเนิด

หมายเหตุ: วิธีคุมกำเนิดอื่นๆ ได้แก่ ห่วงคุมกำเนิด หมันชาย ยาฝังคุมกำเนิด ถุงยางคุมกำเนิด

3 โภชนาการ

จัดทำโดย พญ. แสงโสม สีนะวัฒน์ กรมอนามัย

เด็กวัยเรียน 6-14 ปี ในกรุงเทพฯ กว่า 100,000 คน กินอาหารฟาสต์ฟู้ดทุกวัน

"เด็กวัยเรียนในกรุงเทพฯ เป็นโรคอ้วนมากกว่าเด็กในภาคอื่นๆ ประมาณ 3-5 เท่า มีสาเหตุจากพฤติกรรมการกินที่นิยมบริโภคฟาสต์ฟู้ด น้ำอัดลม และขนมหวาน ที่ล้วนมีรสชาติถูกปาก แต่มีน้ำตาลและไขมันสูง"

อาหารจานด่วนจากวัฒนธรรมตะวันตกหรือที่เรียกว่าอาหารฟาสต์ฟู้ด ไม่ว่าจะเป็นแฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด มันฝรั่งทอด หรือพิซซ่า ได้รับความนิยมอย่างสูงใน กลุ่มเด็กและวัยรุ่น โดยพบว่ามีเด็กวัยเรียนในกรุงเทพฯ จำนวนถึง 109,500 คน ที่กินอาหารจานด่วนทุกวัน และอีก 205,808 คนกินอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ทั้งๆ ที่ทราบกันดีว่าอาหารฟาสต์ฟู้ดเหล่านี้มีแป้งและไขมันในปริมาณสูง จึงทำให้มีรสชาติถูกปาก แต่การบริโภคต่อเนื่องเป็นเวลานานจะเกิดผลเสียต่อร่างกายในระยะยาว เพราะไขมันจะเพิ่มระดับคอเลสเทอรอลในกระแสเลือด สะสมจนกระทั่งทำให้เกิดหลอดเลือดอุดตัน นำไปสู่โรคความดันโลหิตสูง ส่วนน้ำตาลจะทำให้ฟันผุและอ้วน นำไปสู่โรคเบาหวานและเมื่อประเมินจากน้ำหนักและส่วนสูง พบว่าเด็กวัยเรียนในกรุงเทพฯ เป็นโรคอ้วนมากกว่าเด็กภาคอื่นๆ 3-5 เท่า

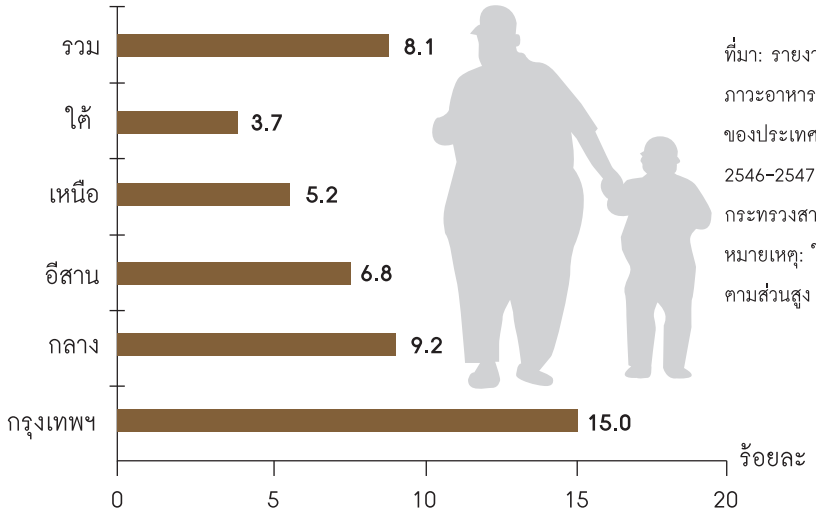
อย่างไรก็ตาม ความนิยมบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะเด็กกรุงเทพฯ เท่านั้น เพราะยังพบว่าร้อยละ 4-6 ของเด็กวัยเรียนในภาคอื่นๆ ต่างก็บริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งทั้งสิ้น ดังนั้นจึงพบสัดส่วนของเด็กวัยเรียนที่อ้วนมากกว่าเด็กวัยเรียนที่ผอมในทุกภาค ยกเว้นภาคเหนือ

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index -BMI)

คำนวณโดยใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง สำหรับคนปกติจะมีค่ามาตรฐานอยู่ระหว่าง 20-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร เช่น น้ำหนัก 45 กิโลกรัม สูง 160 เซ็นติเมตร ดัชนีมวลกายจะเท่ากับ

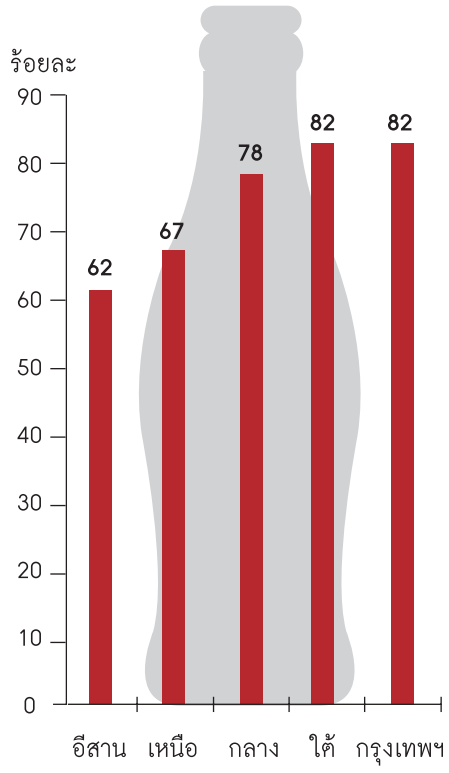
$$\frac{45}{1.60^2} = \frac{45}{2.56} = 17.58 \text{ กิโลกรัม / ตารางเมตร}$$

โรคอ้วนในเด็กวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี)



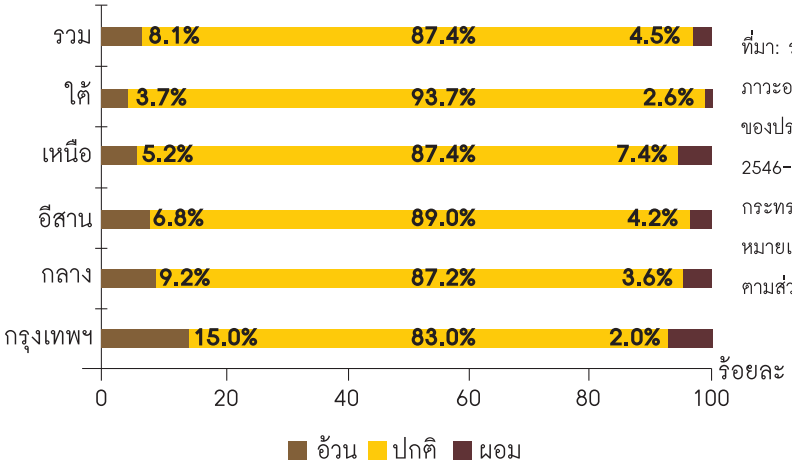
ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พ.ศ. 2546-2547, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ: ใช้เกณฑ์น้ำหนักตามส่วนสูง

การบริโภคน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน



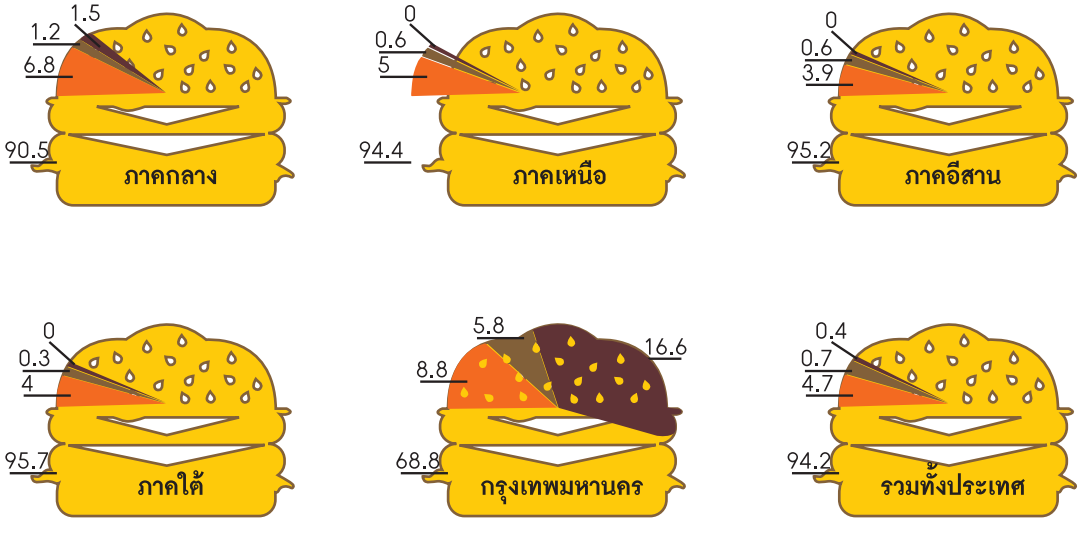
ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี



ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประชาชนไทย พ.ศ. 2546-2547 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ: ใช้เกณฑ์น้ำหนักตามส่วนสูง

ร้อยละของเด็กนักเรียน (6-14 ปี) ที่บริโภคฟาสต์ฟู้ด



- ไม่กิน/กินบางสัปดาห์
- 1-4 วัน/สัปดาห์
- 5-6 วัน/สัปดาห์
- ทุกวัน

ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประชาชนไทย พ.ศ. 2546-2547 กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

4 สุรา

จัดทำโดย นพ. บัณฑิต ศรไพศาล สถาบันวิจัยปัญหาสุรา

การควบคุมการตลาดอย่างเดียว ไม่ทำให้คนไทยดื่มสุราลดลง

"รัฐกำหนดมาตรการจำกัดเวลาโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทางโทรทัศน์และวิทยุระหว่างเวลา 05.00-22.00 น. แต่กลับพบว่าการดื่มสุราเป็นประจำกลับเพิ่มขึ้นจาก 1.8 ล้านคนในปี 2546 เป็น 3.1 ล้านคนในปี 2547"

แนวโน้มการดื่มสุราของคนไทยเพิ่มขึ้นเป็นเรื่องน่าจับตามองเป็นพิเศษ ซึ่งคณะกรรมการบริหารวิชาการสารเสพติดพบว่าในปี 2544 คนไทยไม่น้อยกว่า 1.5 ล้านคน ดื่มสุรามากกว่า 20 วัน/เดือน ทำให้ถูกจัดว่าเข้าข่าย "ติดสุรา" และในปี 2546 มีผู้ติดสุราเพิ่มขึ้นเป็น 1.8 ล้านคน ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี 2547 พบว่าคนไทยที่ดื่มสุรามากกว่า 16 ครั้งในแต่ละเดือน จนถึงดื่มทุกวันมีถึง 3.1 ล้านคนเหตุที่คนไทยยังดื่มสุรามากอยู่ ส่วนหนึ่งเกิดจากความอ่อนแอของมาตรการควบคุมอุปทานสุราของรัฐ อีกทั้งอุตสาหกรรมสุรายังคงใช้งบโฆษณาผ่านสื่อทุกประเภทเป็นมูลค่ามหาศาล และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามมาตรการจำกัดเวลาโฆษณาทางวิทยุและโทรทัศน์ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2546 ทำให้งบโฆษณาสุราผ่านสื่อวิทยุและโทรทัศน์ลดลงในปี 2547 แต่สำหรับสื่อที่ไม่ควบคุม เช่น หนังสือพิมพ์ สื่อโฆษณาเคลื่อนที่ และสื่อในห้างร้านต่างๆ กลับเพิ่มขึ้นแม้ว่างบประมาณที่ใช้จะไม่มากก็ตาม

นอกจากนั้น การกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตจำหน่ายสุราทั้งสุราไทยและสุรานอกก็ต่ำมาก เพียง 110 บาท/ปี และ 1,650 บาท/ปี ซึ่งแสดงให้เห็นถึงถึงการขาดนโยบายและมาตรการควบคุมอย่างจริงจัง อีกทั้งรัฐยังเก็บภาษีสุราในอัตราที่ต่ำมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง "เหล้าขาว" ที่นอกจากอัตราภาษีจะไม่ได้เพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของเงินเฟ้อแล้วยังกลับลดลงเพื่อสนับสนุนนโยบายการส่งเสริมสุราชุมชน เหล้าขาวจึงได้รับความนิยมมากที่สุด เพราะหาได้ง่ายและสามารถเมาได้ในราคาถูก

อัตราภาษีสุรา

สุราแช่

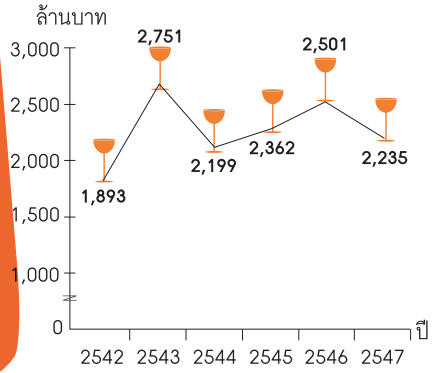
	ตามมูลค่าร้อยละ	บาท/ลิตร
เบียร์	55	100
ไวน์	60	100
สุราแช่พื้นเมือง	25	70

สุรากลั่น

	ตามมูลค่าร้อยละ	บาท/ลิตร
เหล้าขาว	25	70
เหล้าผสม	50	400
เหล้าปรุงพิเศษ	50	400
บรั่นดี	40	400
วิสกี้	50	400

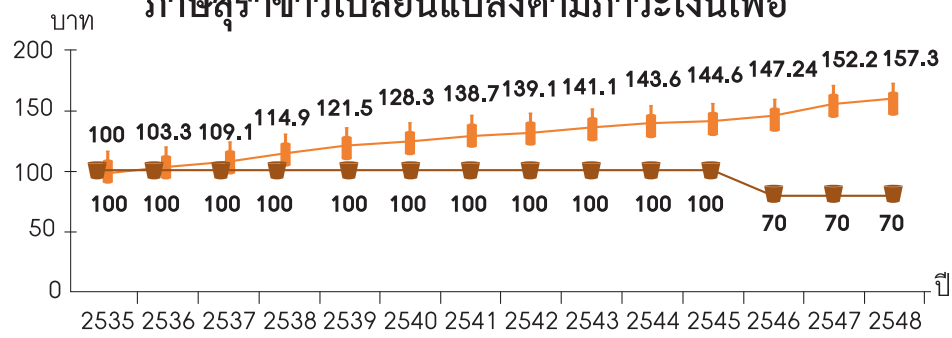
ที่มา: กรมสรรพสามิต, 2548

งบโฆษณาของอุตสาหกรรมสุรา



ที่มา: AC NEILSEN, 2547

อัตราภาษีสุราขาวและกรณีสมมติอัตราภาษีสุราขาวเปลี่ยนแปลงตามภาวะเงินเฟ้อ



ที่มา: * กรมสรรพสามิต
** คำนวณตามภาวะเงินเฟ้อ

อัตราภาษีสุราขาว*
อัตราภาษีสุราขาวหากมีการเปลี่ยนแปลงตามภาวะเงินเฟ้อ**

มาตรการควบคุมการโฆษณาการจำหน่ายสุรา: มติคณะรัฐมนตรีวันที่ 29 กรกฎาคม 2546

*ควบคุมการโฆษณาทางโทรทัศน์ และวิทยุระหว่างเวลา 05.00-22.00 น.

*ควบคุมเนื้อหาการโฆษณาไม่ให้เป็นไปในลักษณะจูงใจให้ดื่มระหว่างเวลา 22.00-05.00 น.

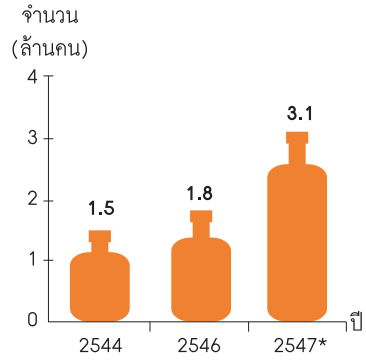
*ห้ามโฆษณาป้ายกลางแจ้งภายในรัศมี 500 เมตร รอบสถานศึกษา

งบประมาณโฆษณาสุราตามสื่อประเภทต่างๆ

	2546 (ล้านบาท)	2547 (ล้านบาท)	ส่วนต่าง (%)
รวมทุกสื่อ	2,501	2,235	-10.6
โทรทัศน์	1,727	1,412	-18.2
วิทยุ	172	87	-49.1
หนังสือพิมพ์	236	346	46.5
นิตยสาร	61	69	13
โรงภาพยนตร์	222	239	7.6
สื่อกลางแจ้ง	78	62	-20.7
สื่อโฆษณาเคลื่อนที่	2	12	582.8
สื่อในห้างร้านต่างๆ	3	8	147.8

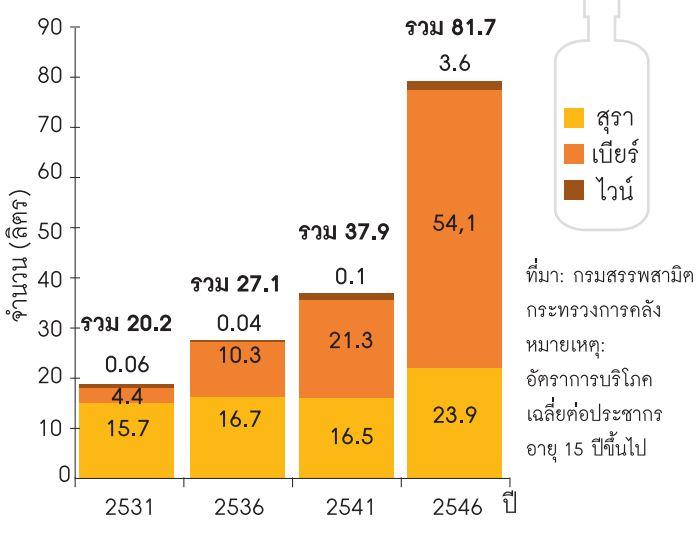
ที่มา: AC NEILSEN, 2547

แนวโน้มการติดสุรา



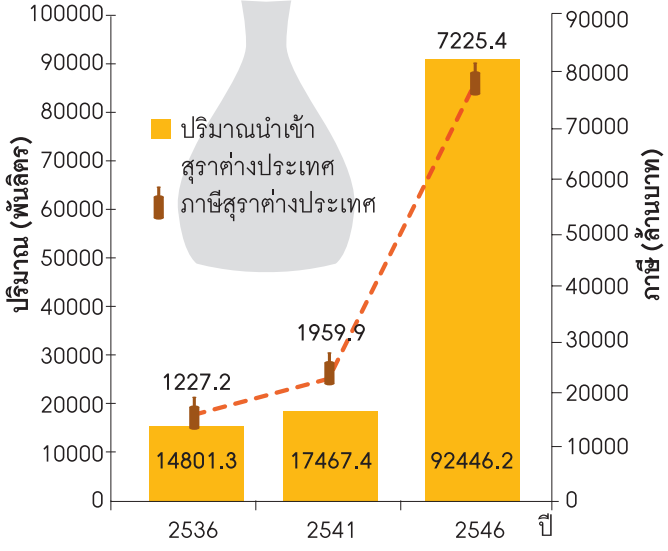
ที่มา: คณะกรรมการบริหารวิชาการสารเสพติด 2544-2546 ข้อมูลประชากร 12-65 ปี ที่ดื่มมากกว่า 20 วันต่อ 1 เดือน
* ปี 2547 การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ดื่มมากกว่า 16 ครั้งต่อเดือน

การบริโภคดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อคน



ที่มา: กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
หมายเหตุ: อัตราการบริโภคเฉลี่ยต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ปริมาณนำเข้าและภาษีสุราต่างประเทศ



ที่มา: กรมสรรพสามิตกระทรวงการคลัง, 2546

5 ออกกำลังกาย

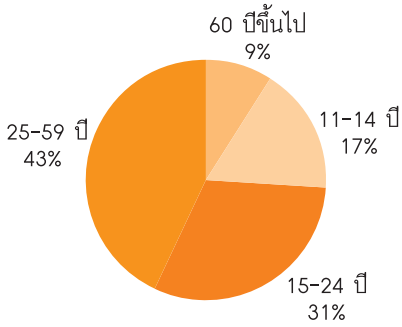
จัดทำโดย คณะทำงานสุขภาพคนไทย

ปี 2547 เพียง 1 ใน 3 ของคนไทย ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3-5 วัน

"เป็นที่ทราบกันดีว่า การออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรง แต่คนไทยส่วนใหญ่ยังคงให้ความสำคัญกับงานหรือสิ่งต่างๆ จนไม่มีเวลาออกกำลังกาย"

ปี 2545 เป็นปีที่กระทรวงสาธารณสุขเริ่มต้นรณรงค์การรวมพลังสร้างสุขภาพตามกรอบ 5 อ. และได้เพิ่ม เป็น 6 อ.ในปี 2548 ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคยา อนามัยสิ่งแวดล้อม และ อบายมุข แนวทางตาม นโยบาย 6 อ. นั้นคือ ให้คนไทยมีการออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งมีเพียงร้อยละ 23.2 เท่านั้นที่ออกกำลังกายตามที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ดี คนไทยออกกำลังกายเพิ่มขึ้นในทุกภาค โดยร้อยละ 70 ของคนไทยออกกำลังกายเพราะต้องการให้ร่างกายแข็งแรง การออกกำลังกายเพราะเพื่อนชวนนั้นในภาคอีสานมีมากกว่าภาคอื่นถึง 1-3 เท่า แต่การออกกำลังกายเพราะมีปัญหาทางสุขภาพพบในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 19.9 วัยเด็ก และวัยสูงอายุเป็นวัยที่ควรออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมและรักษาสภาพร่างกายให้แข็งแรง พบว่าช่วงอายุ 11-14 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 17 และร้อยละ 9 ตามลำดับ

กิจกรรมการออกกำลังกายในปี 2547 ที่เพิ่มขึ้นจากปี 2544 ได้แก่ การวิ่ง การเต้นแอโรบิค การเล่นกีฬา แต่การเดินลดลงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนลิฟต์ การปั่นจักรยานไปทำงานหรือซื้อของ หรือการทำงานบ้าน ต่างก็เป็นกิจกรรมหนึ่งที่เรียกได้ว่าเป็นการออกกำลังกายได้เช่นกัน หากทำเป็นเวลานานพอ



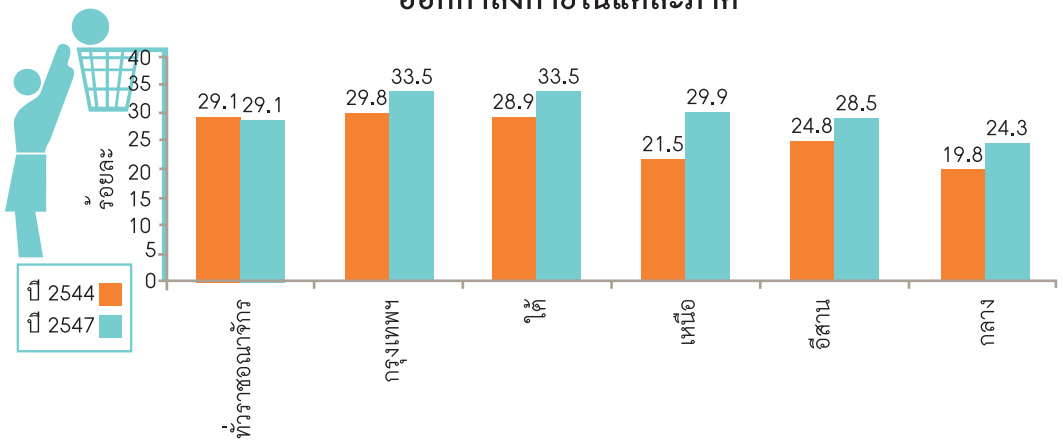
ออกกำลังกาย 2547

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ.2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ:

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติให้คำจำกัดความการออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใดๆ ที่มีความเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสนุกสนาน เพื่อสังคมโดยใช้กิจกรรมง่ายๆ หรือกติกาการแข่งขันง่ายๆ เช่น เดิน วิ่ง กระโดดเชือก การบริหารร่างกายการยกน้ำหนัก เป็นต้น ยกเว้นการออกกำลังกายในอาชีพ และการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน
2. เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการออกกำลังกายในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์
3. ปี 2544 สัมภาษณ์ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
4. ปี 2547 สัมภาษณ์ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป

ออกกำลังกายในแต่ละภาค



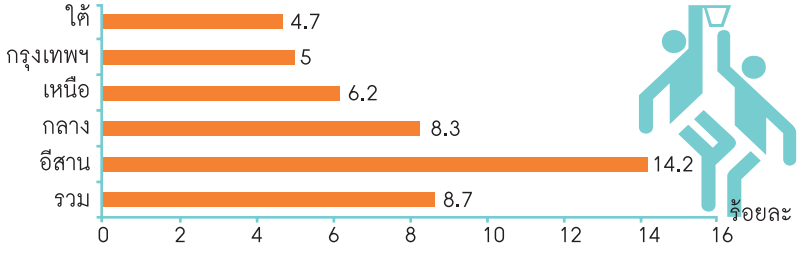
ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ.2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สาเหตุที่ออกกำลังกายและไม่ออกกำลังกายของคนไทย

เหตุผลที่ไม่ออกกำลังกาย	ร้อยละ	เหตุผลที่ออกกำลังกาย	ร้อยละ
1. ทำงาน ไม่มีเวลา/ เลี้ยงลูก หลาน คนแก่	76.7	1. ต้องการให้ร่างกายแข็งแรง	70.7
2. ร่างกายไม่แข็งแรง	12.7	2. เพื่อนชวน	8.8
3. ไม่อยากทำ ไม่ชอบทำ ขี้เกียจ ไม่สนใจ	6.0	3. มีปัญหาสุขภาพ	5.2
4. เรียนหนังสือ ไม่มีเพื่อน ไม่มีครูฝึก	2.9	4. คลายเครียด	5.1
5. สถานที่ไม่เอื้ออำนวย ไกล ไม่มีอุปกรณ์	1.1	5. ลดน้ำหนัก	3.9
6. ฝนตก ต้องการพักผ่อน	0.7	6. อื่นๆ	6.3

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547
กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย

ออกกำลังกายเพราะเพื่อนชวนในแต่ละภาค



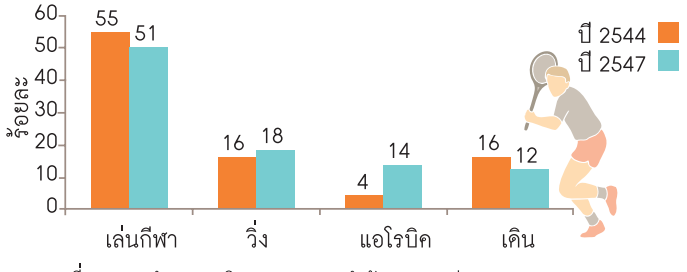
ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ.2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การเป็นสมาชิกในชมรมออกกำลังกายของคนไทย

ปี	จำนวนชมรม (แห่ง)	จำนวนสมาชิก (คน)
2544	1118	57302
2545	12974	172103
2546	35532	4577277

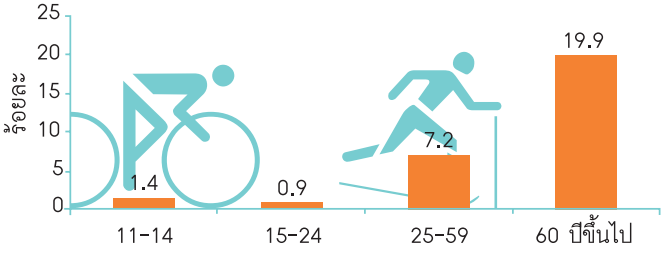
ที่มา : 1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ประเภทการออกกำลังกาย



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ.2544 และ 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ออกกำลังกายเพราะมีปัญหาสุขภาพรายอายุ



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ.2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

6 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จัดทำโดย นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพแห่งชาติ

คนไทยเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น การใช้ทรัพยากรสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น

> ในยุคที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงและมีโอกาสใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น คนที่ได้ประโยชน์มากคือคนจน เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเต็มตามต้นทุน โดยรัฐบาลช่วยอุดหนุนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพในภาครัฐทั้งระดับตำบลและอำเภอในสัดส่วนที่สูงกว่าคนรวย

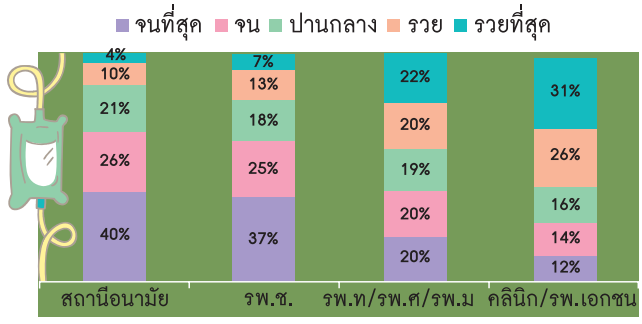
หลังประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 172.5 ล้านครั้งในปี 2544 เป็น 213 และ 220.2 ล้านครั้ง ในปี 2546 และ 2547 ส่วนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 5 ล้านครั้งในปี 2544 เป็น 5.3 และ 6.1 ล้านครั้งในปี 2546 และ 2547 ตามลำดับ

เมื่อส่งเสริมให้ใช้บริการจากสถานพยาบาลในพื้นที่ และมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การใช้บริการที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดลดลงอย่างชัดเจน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพของครัวเรือนลง อีกทั้งสะท้อนให้เห็นว่า ระบบสุขภาพไทยในระดับต่างๆ มีประสิทธิภาพสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การอุดหนุนบริการผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ช่วยให้คนจนที่มีรายได้ในกลุ่มที่ต่ำที่สุดได้รับประโยชน์ในสัดส่วนร้อยละ 40 และ 37 ขณะที่คนรวยได้รับประโยชน์เพียงร้อยละ 4 และ 7

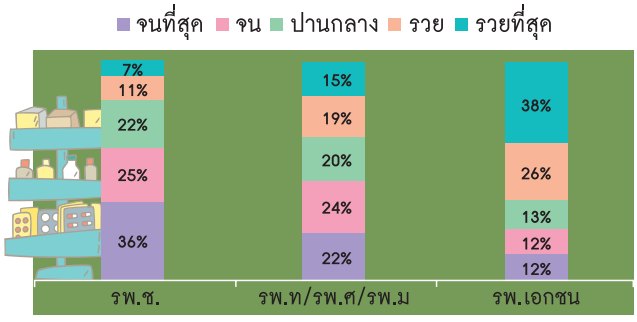
ส่วนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพที่แต่ละครัวเรือนรับผิดชอบ พบว่า ร้อยละ 5.4 ของครัวเรือนทั้งหมดมีภาระรายจ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายประจำในปี 2543 ซึ่งลดลงเหลือร้อยละ 3.3 และ 2.8 ในปี 2545 และ 2547 ถึงแม้ครัวเรือนที่ยากจนมีรายจ่ายสุขภาพที่แม้เปรียบเทียบแล้วยังต่ำกว่ากลุ่มครัวเรือนระดับอื่นๆ แต่ก็มีส่วนทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนที่ยากจนอยู่แล้วฝืดเคืองมากขึ้น

*ระดับรายได้ จนที่สุด จน ปานกลาง รวย รวยที่สุด คือ นำกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนถือครองรายได้ต่ำสุดเรียงไปสู่กลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนถือครองรายได้สูงสุด แบ่งเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 20% ดังนั้น จนที่สุด คือ คนที่มีรายได้ต่ำ สุด 20% แรก
รวยที่สุด คือ คนที่มีรายได้สูงสุด 20% สุดท้าย

ส่วนแบ่งการอุดหนุนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพผู้ป่วยนอก

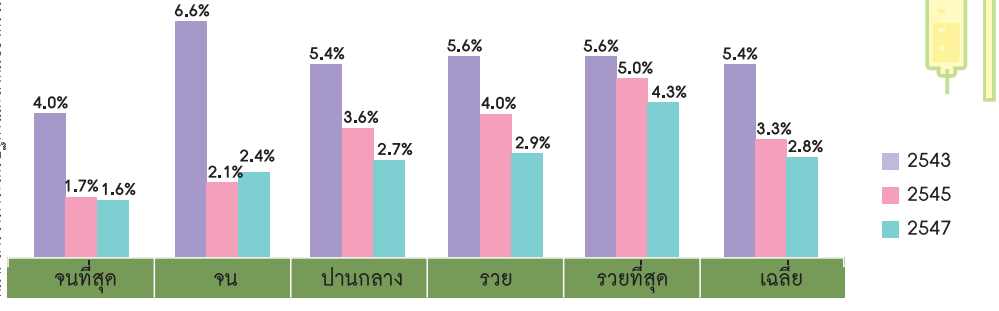


ส่วนแบ่งการอุดหนุนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพผู้ป่วยใน



หมายเหตุ: การอุดหนุนงบประมาณบริการสุขภาพ คำนวณจาก จำนวนการใช้บริการ x (ต้นทุนต่อครั้ง - เงินที่จ่ายจากกระเป๋า)
ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ คำนวณจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี 2547

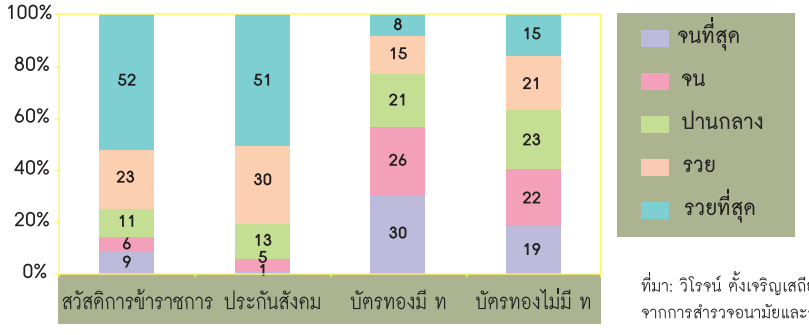
สัดส่วนครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพสูง



ที่มา: สำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน, 2543-2547

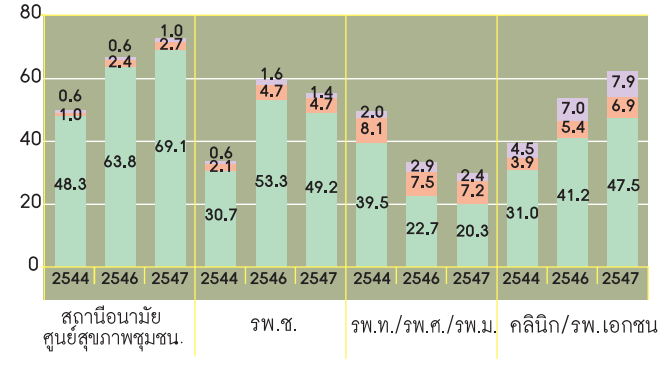
หลังการประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ "30 บาท" รักษาทุกโรค ในปี 2544 เป็นต้นมา ซึ่งในปี 2548 ได้ปรับเปลี่ยนโฉมใน โครงการ "30 บาท ช่วยคนไทยห่างไกลโรค" พบว่า ปี 2547 ครึ่งหนึ่งของผู้มีสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม เป็นกลุ่มคนรวยที่สุดในประเทศ (ร้อยละ 52 และ 51 ตามลำดับ) แต่ในทางกลับกัน ร้อยละ 56 ของผู้มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ต้องจ่าย 30 บาท (บัตรทองมี ท.) และร้อยละ 41 ของผู้มีสิทธิในกลุ่มที่ต้องจ่าย 30 บาท (บัตรทองไม่มี ท.) เป็นกลุ่มคนจน หรือจนที่สุด

ประชากรจำแนกตามหลักประกันสุขภาพ และระดับรายได้



ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ คำนวณจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2547

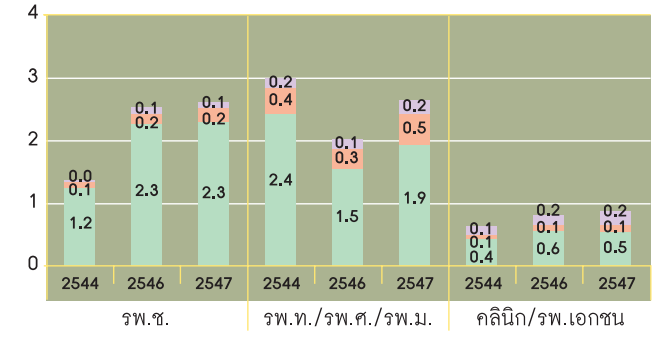
การใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามหลักประกันสุขภาพ และสถานพยาบาล ปี 2544 2546 และ 2547



ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ คำนวณจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544, 2546 และ2547

บัตรทอง
สวัสดิการข้าราชการ
ประกันสังคม

การใช้บริการแบบผู้ป่วยใน จำแนกตามหลักประกันสุขภาพ และสถานพยาบาล ปี 2544 2546 และ 2547



บัตรทอง: บัตรทอง ในปี 2544 คือผู้ที่มีใช่ สวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคมเนื่องจากยังไม่มีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ส่วนในปี 2546 และ 2547 นั้น คือผู้มีบัตรทองและผู้ที่ไม่ทราบสิทธิ

รพ.ช. = โรงพยาบาลชุมชน
รพ.ท = โรงพยาบาลทั่วไป
รพ.ศ = โรงพยาบาลศูนย์
รพ.ม = โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ คำนวณจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2544, 2546 และ2547

บัตรทอง
สวัสดิการข้าราชการ
ประกันสังคม

7 สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

จัดทำโดย นพ. ธรณินทร์ กองสุข

เด็กและวัยรุ่นเพียงร้อยละ 30 รู้สึกว่าพ่อแม่ให้ความรักและเอาใจใส่ดี อีกกว่า 600,000 คน กำลังมีปัญหาสุขภาพจิตที่ควรได้รับความช่วยเหลือ

"อนาคตของประเทศไทยต้องขึ้นกับสุขภาพจิตและความแข็งแรงของเด็กและวัยรุ่นไทยในปัจจุบัน แต่เด็กเหล่านี้จำนวนมากโดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้และกรุงเทพฯ กำลังมีปัญหาที่สะท้อนให้เห็นถึงการขาดความอบอุ่นและความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวปัจจุบัน"

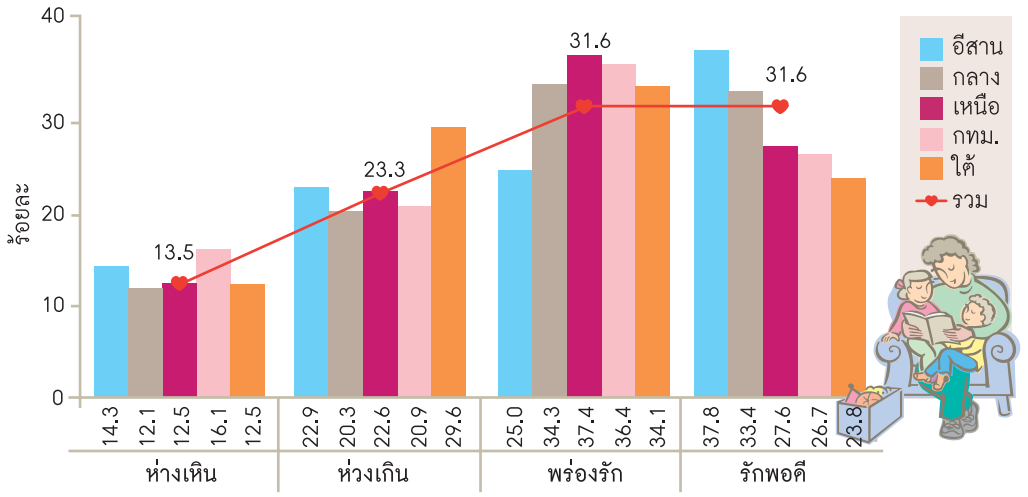
ผลการสำรวจระบาดวิทยาปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่นไทย ปี 2548 พบว่า เด็กและวัยรุ่นไทยที่มี อายุ 6-18 ปี จำนวน 687,798 คนหรือร้อยละ 5.1 ของเด็กวัยดังกล่าว มีปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมในระดับที่ถือว่า "ผิดปกติ" ต้องพบจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ซึ่งปัญหาดังกล่าวได้แก่ อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า คิดฆ่าตัวตาย พฤติกรรมเด็กกว่าวัย เกเร ผิดกฎระเบียบ อยู่ไม่สุข หุนหันพลันแล่น ปัญหาสังคม พฤติกรรมก้าวร้าว และปัญหาทางเพศ โดยวัยรุ่นหญิงจะมีปัญหามากที่สุด และพบมากที่สุดในภาคใต้ถึงร้อยละ 9.8 รองลงมาคือกรุงเทพฯ ร้อยละ 7.7 นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 6.2 ของเด็กนักเรียนและนักศึกษาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดประเภทต่างๆ

ถึงแม้ว่ามีเด็กจำนวนมากสมควรได้รับความช่วยเหลือจากจิตแพทย์ แต่ทว่าในแต่ละปีมีจิตแพทย์เพิ่มขึ้นน้อยมาก รวมทั้งประเทศแล้วมีจำนวนไม่ถึง 500 คน และส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ

ขณะที่การปลูกฝังสุขภาพจิตที่ดีเริ่มต้นจากการสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวตั้งแต่วัยเด็ก แต่กลับพบว่าความสัมพันธ์พ่อ-แม่-ลูกในครอบครัวไทยกำลังเผชิญปัญหารุนแรง ซึ่งการวัดความสัมพันธ์ภายในครอบครัวทางด้านจิตวิทยานั้นจำแนกออกได้ 4 ลักษณะคือ 1. แสดงความรักเอาใจใส่ และควบคุมไม่มากเกินไป (รักพอดี) 2. รักเอาใจใส่ แต่ควบคุมมาก (ห่วงเกิน) 3. ควบคุม แต่ไม่แสดงความรักเอาใจใส่ (พร่องรัก) และ 4. ไม่มีความผูกพันเลย (ห่างเหิน)

พบว่าความสัมพันธ์แบบควบคุมแต่ไม่แสดงความรักเอาใจใส่ หรือความ "พร่องรัก"มีมากกว่า ความสัมพันธ์แบบอื่นในแทบทุกภาค โดยภาคอีสานความสัมพันธ์ในครอบครัวดี แม้ว่าจะมีความยากจนกว่าภาคอื่นก็ตาม สังคมไทยจึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีโดยเริ่มต้นจากที่บ้าน

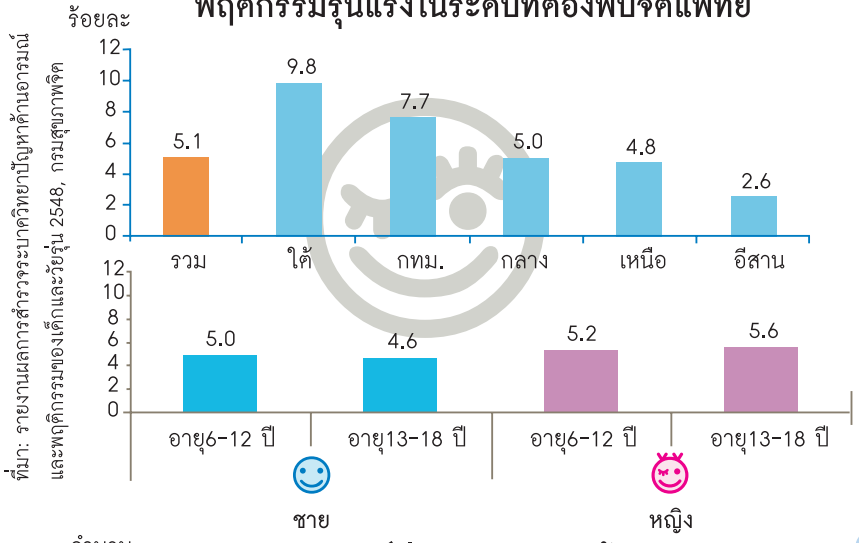
ความสัมพันธ์แม่กับลูก



ที่มา: รายงานผลการสำรวจระบาดวิทยาปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น 2548, กรมสุขภาพจิต

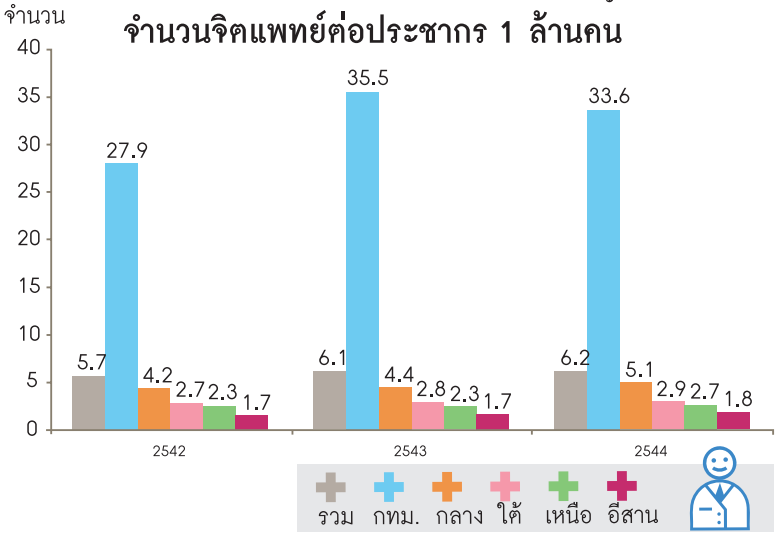
หมายเหตุ: ร้อยละแสดงความสัมพันธ์พ่อกับลูกไม่แตกต่างจากร้อยละแสดงความสัมพันธ์แม่กับลูก จึงนำเสนอตัวเลขเพียงความสัมพันธ์แม่กับลูกในที่นี้

เด็กและวัยรุ่นไทยมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมรุนแรงในระดับที่ต้องพบจิตแพทย์



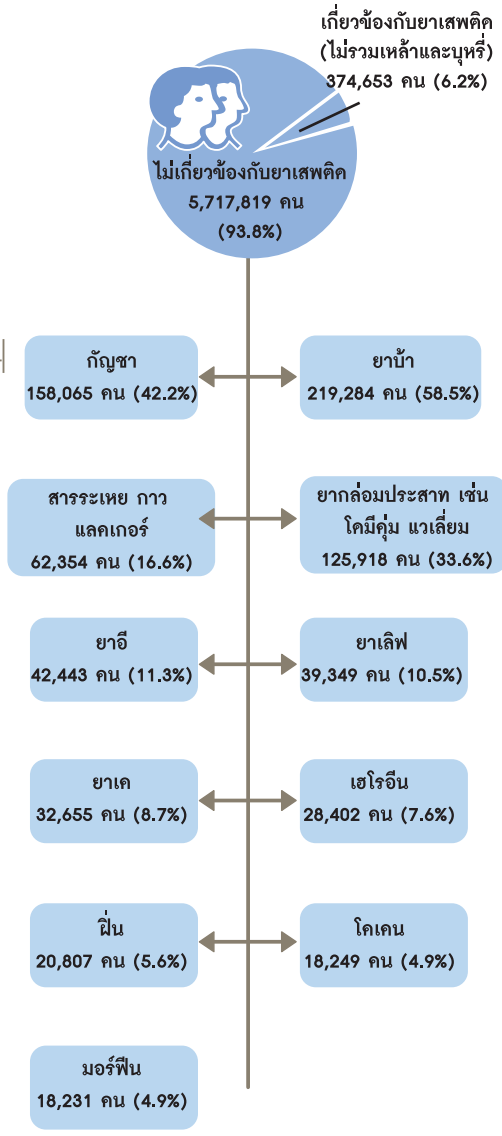
ที่มา: รายงานผลการสำรวจระบาดวิทยาปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น 2548, กรมสุขภาพจิต

จำนวนจิตแพทย์ต่อประชากร 1 ล้านคน



ที่มา: คำนวณจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533-2563 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2568 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

จำนวนนักเรียน/นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดปี 2544



ที่มา: การประมาณการจำนวนนักเรียนนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด: กรณีตัวอย่างนักเรียนนักศึกษาจากสถาบันการศึกษาทั้งสิ้นทั่วประเทศ สำนักวิจัยแอเคะ-เคอสซินเตอร์เน็ต (เอแบคโพลล์) 2544

8 สุขภาพปัญญาแนวพุทธ

สนับสนุนข้อมูลโดย พระครรชิต คุณวโร วัคญาณเวศกวัน, อรุณี วชิราพรทิพย์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล, นพ. ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

คนไทยพุทธมีแนวโน้มประกอบศาสนกิจมากขึ้น โดยเฉพาะการทำสมาธิเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัว

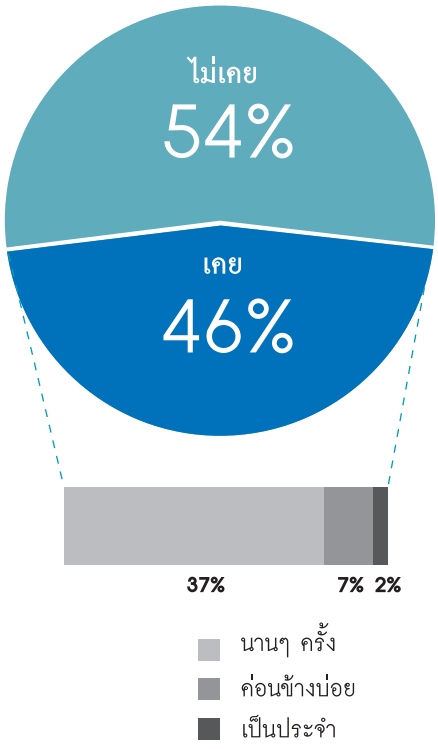
> "การมีสุขภาวะที่ดีตามแนวทางของพุทธศาสนา จะต้องเป็นการพัฒนาที่สมดุล ครบถ้วนทั้งด้านกายภาพ สังคม จิตใจ และปัญญา ตามความหมายของสุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ"

ในมุมมองตามหลักพุทธศาสนาแล้ว สุขภาพไม่ใช่เรื่องของการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่จะต้องมีองค์ประกอบดังนี้คือ วิชชา-ความสว่าง วิมุตติ-ความเสรี วิสุทธิ-ความสะอาด และสันติ-ความสงบ เพราะการขาดองค์ประกอบอย่างหนึ่งอย่างใดย่อมทำให้ชีวิตเสียสมดุลย์ การพัฒนาสุขภาวะที่สมบูรณ์จึงต้องพัฒนาทั้งระดับภายในตัวบุคคล ท่าทีต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม และการชี้วัดว่าบุคคลมีสุขภาวะอย่างไรนั้น ให้ดูจากผลของการพัฒนาด้านต่างๆ ที่เรียกว่า "ภาวนา 4" คือ จิตภาวนา ปัญญาภาวนา ศีลภาวนา และกายภาวนา

มีแนวโน้มว่าชาวพุทธที่สนใจประกอบกิจทางศาสนาจนกลายเป็นกิจวัตรประจำวันมีมากขึ้น โดยเฉพาะการตักบาตร สวดมนต์ และถือศีล 5 โดยพบว่า 2 ใน 10 ของชาวพุทธที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเลือกอ่านหนังสือธรรมะ ส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปก็จะประกอบกิจทางศาสนามากขึ้น

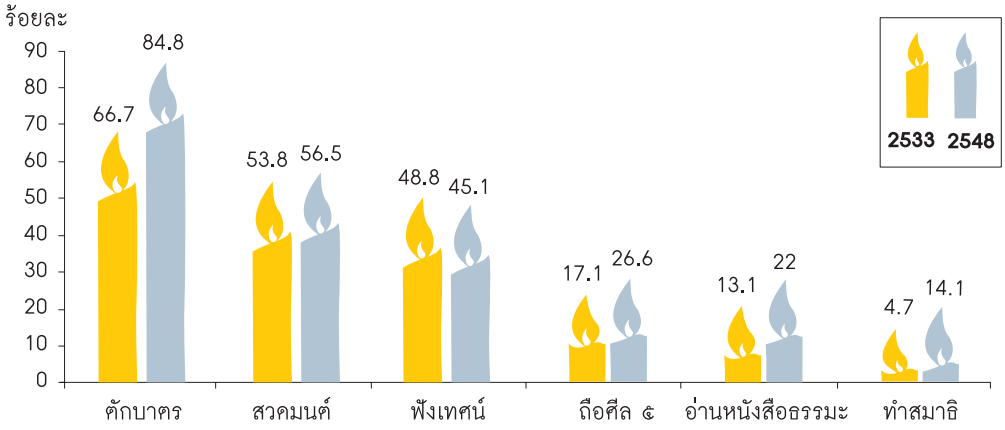
อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจพบด้วยว่า ชาวพุทธเกือบครึ่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ไม่เต็มใจที่จะทำบุญ แต่ต้องทำบุญเพราะกลัวเสียหน้าหรือเกรงใจ และ 1 ใน 4 ของคนไทยในเมืองหลวงหวังที่จะได้รับความสบายใจจากการทำบุญ รองลงไปทำบุญอุทิศส่วนกุศลเพื่อความสุขในชาตินี้ หรือหวังให้รอดพ้นจากเรื่องเลวร้ายที่ประสบอยู่ เป็นต้น ทั้งนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งเชื่อว่าคนไทยยังมีคุณธรรม และนำความเชื่อในคติธรรมทางศาสนามาเป็นหลักปฏิบัติ เช่น กรรมมีจริง ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ทำให้ไม่เบียดเบียนกันและอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติในสังคม

เคยทำบุญเพราะเกรงใจ/กลัวเสียหน้า



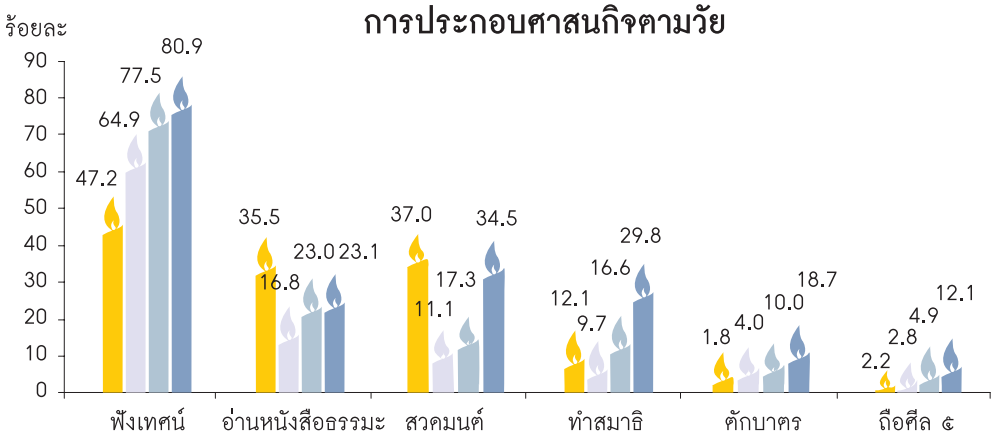
ที่มา: คนไทยกับการทำบุญ 2548, ศูนย์วิจัยกรุงเทพโพลล์

การประกอบศาสนกิจของประชาชนไทย



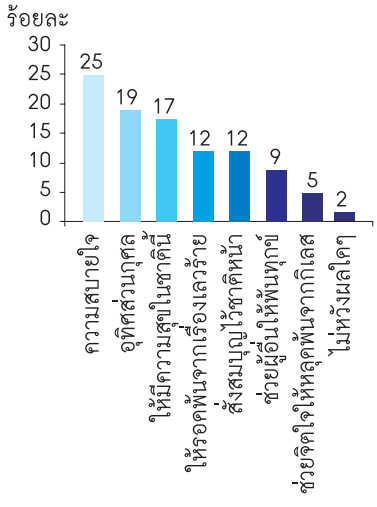
ที่มา: การสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาของประชากร, 2533-2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การประกอบศาสนกิจตามวัย



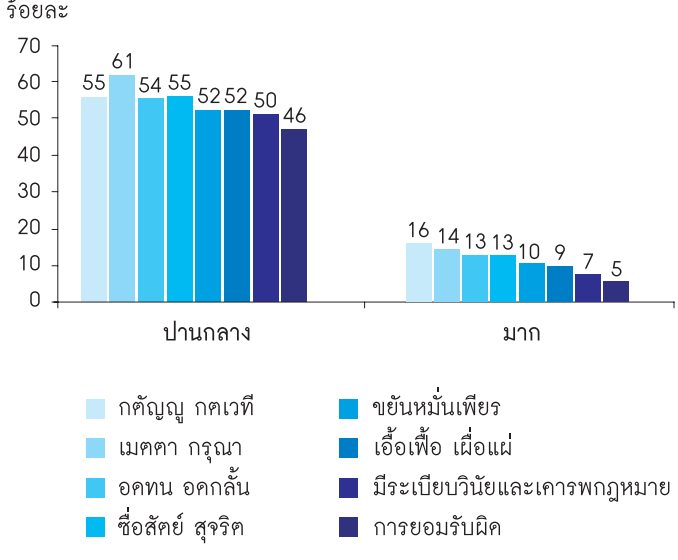
ที่มา: การสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาของประชากร 2538, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ทำบุญหวังอะไร

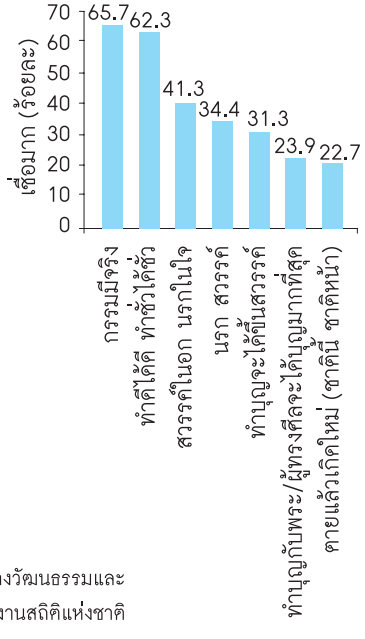


ที่มา: คนไทยกับการทำบุญ 2548, ศูนย์วิจัยกรุงเทพโพลล์

ระดับความเชื่อว่าคนไทยมีคุณธรรม



ระดับความเชื่อทางคติธรรมทางศาสนา



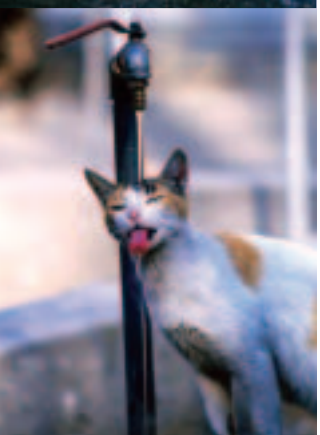
ที่มา: การสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาของประชากร 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

9 การขาดแคลนน้ำ

จัดทำโดย แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

ปี 2548 เกิดปัญหาน้ำ ทั้งน้ำท่วมในภาคเหนือและภาคใต้ และปัญหาการขาดแคลนน้ำในภาคตะวันออก

> ถ้าจัดการโดยมุ่งหาแหล่งน้ำเพียงอย่างเดียว โดยไม่สนใจความต้องการใช้น้ำที่เพิ่มขึ้นอย่างไม่สิ้นสุดและไม่คำนึงถึงศักยภาพทางธรรมชาติ ก็เป็นไปได้สูงว่า ประเทศไทยกำลังก้าวไปเผชิญหน้ากับปัญหาการขาดแคลนน้ำที่รุนแรงขึ้น

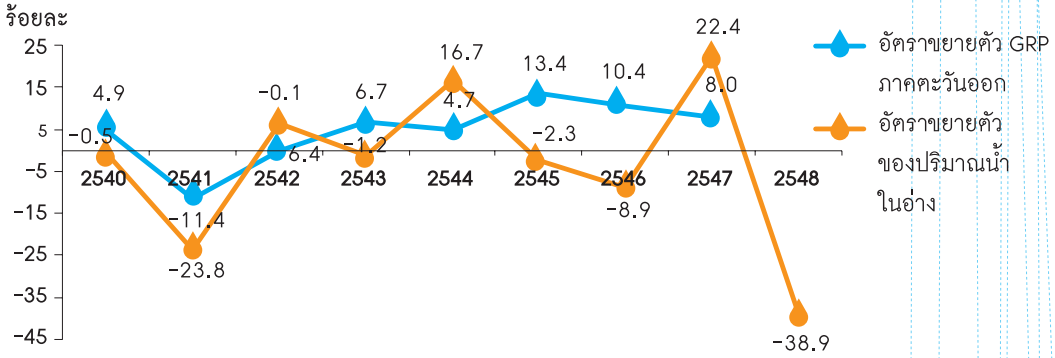


หากจะพิจารณาสถานการณ์ขาดแคลนน้ำต้องทำควบคู่กัน 2 ด้าน ทั้งปริมาณน้ำต้นทุนและความต้องการใช้น้ำ ปริมาณน้ำฝนเป็นดัชนีสำคัญที่สะท้อนต้นทุนน้ำภายในประเทศ แต่ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมาปริมาณน้ำฝนมีแนวโน้มลดลง ประกอบกับการเกิดฝนทิ้งช่วง ภาครัฐจึงแก้ปัญหาโดยใช้ปฏิบัติการฝนเทียมอย่างเข้มข้น เฉพาะปี 2548 เพียงปีเดียวมีการทำฝนหลวงทั้งหมด 3,118 ครั้ง เพิ่มขึ้น 2.5 เท่าจากปี 2539 ในขณะที่ความต้องการใช้น้ำในปี 2549 จะเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 จากปี 2539 นั่นทำให้ประเทศไทยอาจต้องขาดแคลนน้ำมากถึง 12,560 ล้าน ลบ.ม.

ภาคตะวันออกเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนของสภาวะขาดแคลนน้ำซึ่งนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งในสังคม ด้วยอัตราการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมภาคตะวันออกในปี 2546 ที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.4 ขณะที่ปริมาณน้ำในเขื่อนบางพระและหนองปลาไหลกลับติดลบถึงร้อยละ 8.9 จากปี 2540 รัฐบาลจึงคิดจะผันน้ำจากลุ่มน้ำอื่นที่อยู่ใกล้เคียงเข้ามาบรรเทาปัญหา แต่ก็ต้องเจอการประท้วงของประชาชน เพราะพื้นที่นั้นก็ประสบปัญหาขาดแคลนน้ำเช่นกัน

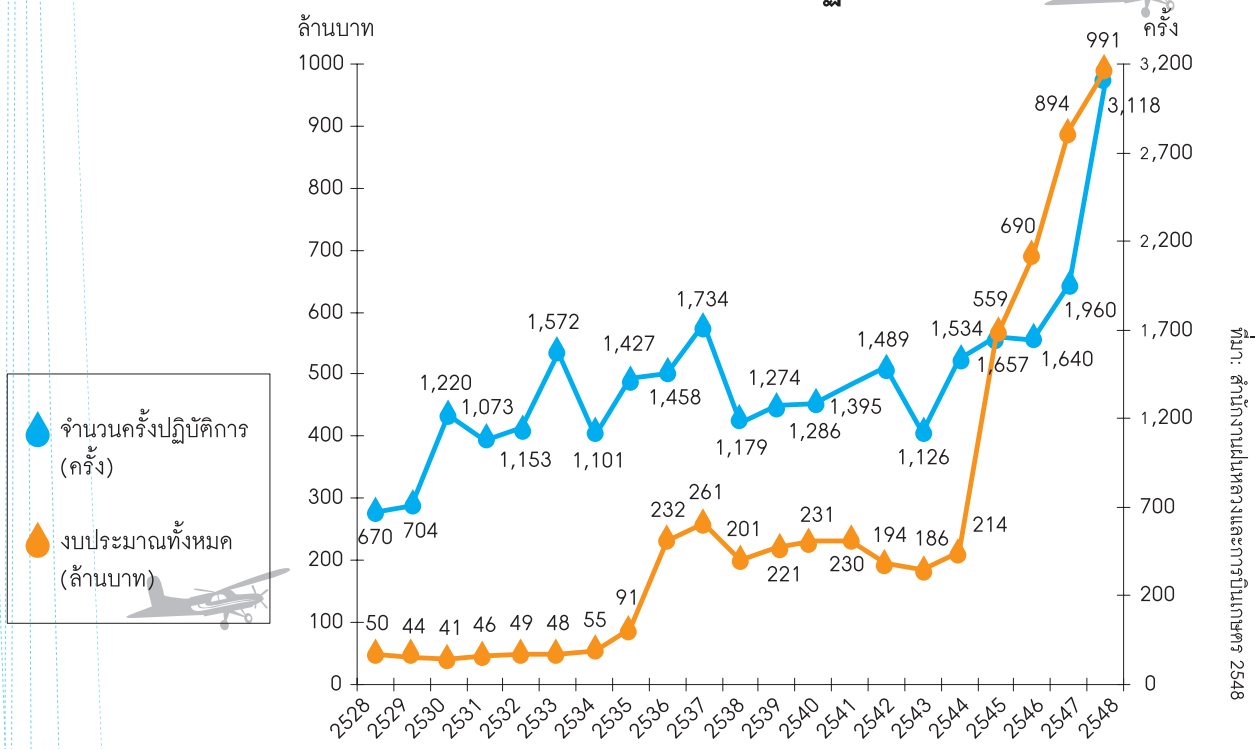
เมื่อความต้องการใช้น้ำไม่มีทีท่าจะลดลงมีแต่จะเพิ่มมากขึ้น รัฐบาลจึงต้องหาทางจัดการปัญหาการขาดแคลนน้ำรวมถึงการจัดสรรน้ำแก่พื้นที่ต่างๆ อย่างเป็นธรรมและเพิ่มประสิทธิภาพการกักเก็บน้ำให้ได้มากที่สุด โจทย์เหล่านี้เป็นสิ่งที่ยาก แต่ก็จำเป็นต้องทำเพื่อเตรียมรับมือกับวิกฤตน้ำที่นับวันจะรุนแรงขึ้นในปีต่อๆ ไป

แนวโน้มการขยายตัวระหว่างมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภาคตะวันออกและปริมาณน้ำในอ่าง ที่นำมาใช้งานได้



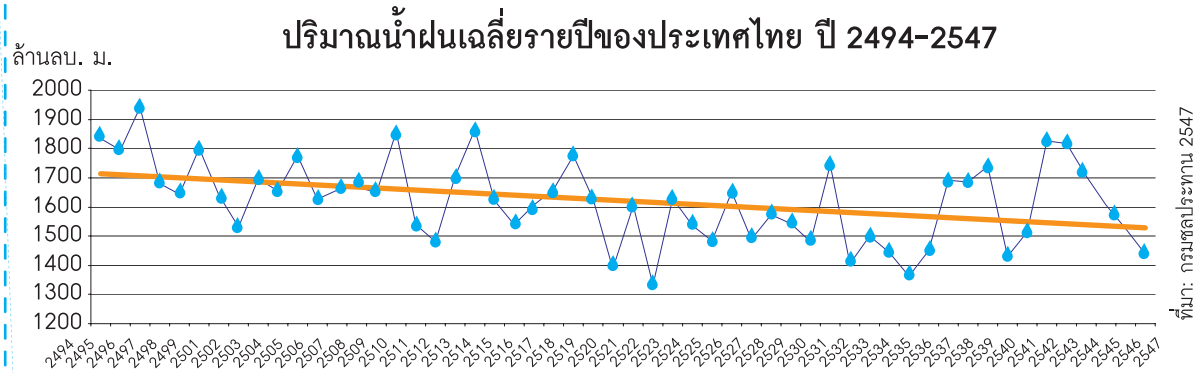
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2548, กรมชลประทาน 2548
หมายเหตุ: ปริมาณน้ำในอ่างเก็บน้ำบางพระและหนองปลาไหล

งบประมาณและจำนวนครั้งปฏิบัติการฝนหลวง



ที่มา: สำนักงานฝนหลวงและการบินเกษตร 2548

ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยรายปีของประเทศไทย ปี 2494-2547



ที่มา: กรมชลประทาน 2547

ปริมาณความต้องการน้ำใช้จำแนกตามลุ่มน้ำในปี 2539 และ 2549

ลุ่มน้ำ	ปริมาณความต้องการใช้น้ำ ล้าน ลบ.ม. ต่อปี		% เพิ่ม	การขาดแคลนน้ำ ล้าน ลบ.ม. ต่อปี		% เพิ่ม
	2539	2549		2539	2549	
ลุ่มน้ำภาคเหนือ	10,655	13,065	22.6	1,408	2,792	98.3
ลุ่มน้ำภาคกลาง	45,613	47,336	3.7	2,179	3,089	41.8
ลุ่มน้ำภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	8,409	11,814	40.5	1,003	2,637	162.9
ลุ่มน้ำภาคตะวันออก	4,761	5,935	24.6	591	756	27.9
ลุ่มน้ำภาคใต้	6,282	9,345	48.7	1,132	3,286	190.3
รวม	75,720	87,495	15.5	6,313	12,560	98.9

ที่มา: กรมทรัพยากรน้ำ 2547

10 อุบัติเหตุจราจร และการบาดเจ็บ

จัดทำโดย นพ. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล โรงพยาบาลรามาธิบดี

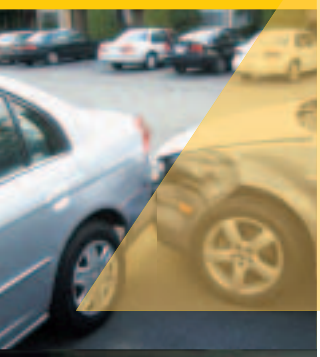
ถนน: แหล่งกลืนชีวิตคนไทยอย่างน้อย 40 คนต่อวัน

> คนไทยส่วนใหญ่จะมีวิถีชีวิตที่ผูกผันกับท้องถนนอย่างแนบแน่น จนมองเห็นแต่ความสะดวกสบายที่ได้รับ ทำให้อันตรายจากการใช้รถใช้ถนนถูกมองข้าม ส่งผลให้ความพยายามที่จะลดทอนความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการใช้รถใช้ถนน มีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

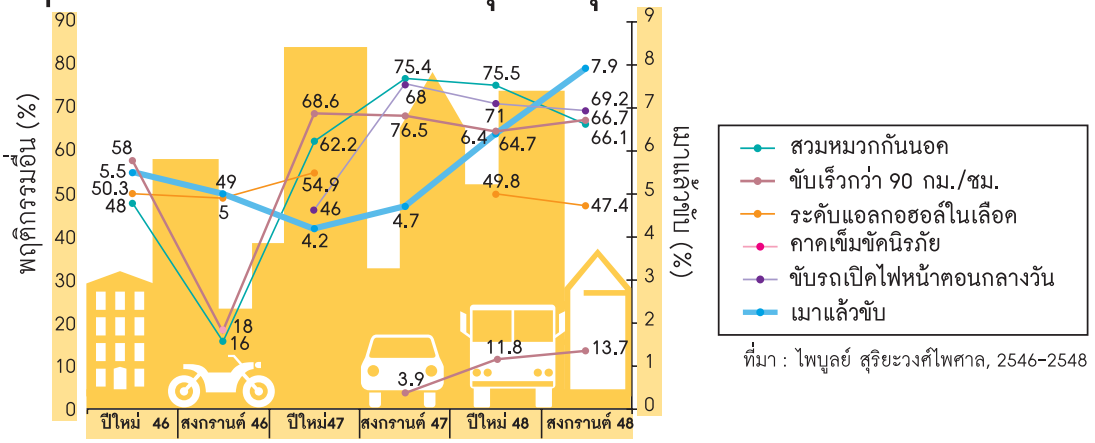
ตัวเลขกว่า 1 แสนล้านบาทต่อปีคือมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจของสังคมไทยจากอุบัติเหตุจราจร ยิ่งรัฐบาลลงทุนสร้างถนนเพิ่มมากขึ้นเท่าใด อุบัติเหตุจราจรก็เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย โดยวัยรุ่นและหนุ่มสาวตกเป็นเหยื่อของอุบัติเหตุจากการจราจรมากที่สุด

และแม้ว่ารถจักรยานยนต์จะมีความเสี่ยงบนท้องถนนมากที่สุด แต่คนไทยยังคงคุ้นเคยกับการใช้ชีวิตแบบเนื้อหุ้มเหล็กโลดแล่นไปทุกหนแห่งได้อย่างรวดเร็ว ขณะเดียวกันคนเดินถนนก็กลายเป็นผู้รับเคราะห์บนท้องถนนมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามค่ำคืน

หนทางแก้ไขเพื่อลดอันตรายจากท้องถนนต้องมีหลายระดับทั้งบุคคลและโครงสร้าง อย่างไรก็ตามถือเป็นสัญญาณที่ดีที่ช่วงเทศกาลมีการรณรงค์ให้ขับขี่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น และสิ่งที่น่าสนใจก็คือการเปิดไฟหน้าของรถจักรยานยนต์ กลายเป็นแนวปฏิบัติโดยยังไม่มีกฎหมายรองรับ



พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุจราจร



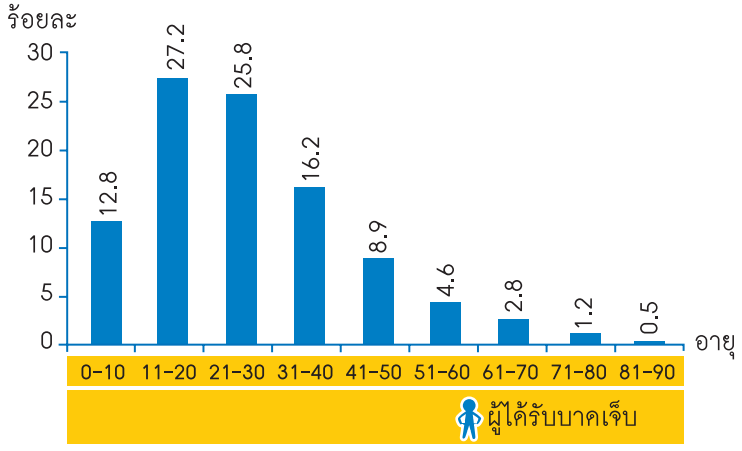
ที่มา : ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2546-2548

ร้อยละผลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (จากจำนวนผู้บาดเจ็บ 118,501 ราย)

	คนเดินเท้า	คนขับ	ผู้โดยสาร	รวม
ผู้ได้รับบาดเจ็บทั้งหมด	6.0	64.0	30.0	100.0
ผู้เสียชีวิต	2.5	1.3	1.1	1.3
ผู้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน	36.0	39.0	34.0	37.3

ที่มา: ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2538-2541

อายุของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร



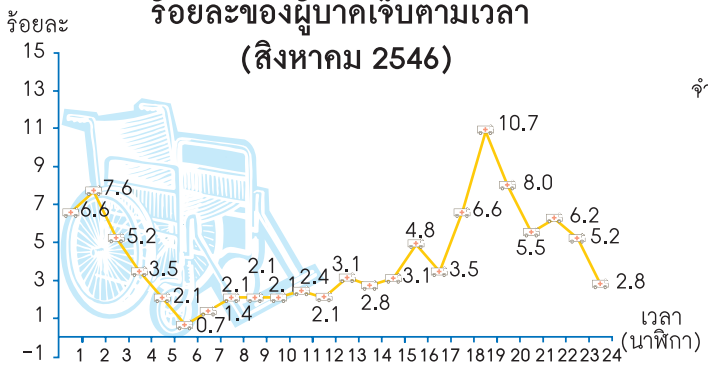
ที่มา : ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2538-2541

ความเสียหายจากอุบัติเหตุจราจรต่อสังคมไทย

- ทางเศรษฐกิจ ปีละ 106,994-115,932 ล้านบาท[1, 2]
- พิการสะสม 65,000 รายใน พ.ศ.2545[3]
- เสียชีวิต ปีละ 14,000 ราย[4]
- บาดเจ็บปีละ 9.5แสน ถึง 1 ล้านราย[5]

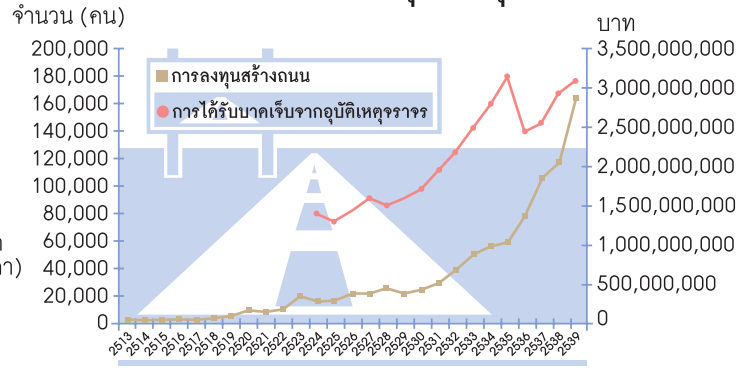
ที่มา: 1. ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548
2. ADB-ASEAN REGIONAL SAFETY PROGRAM, 2004
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2545
4. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ พ.ศ. 2546
5. กระทรวงสาธารณสุข

ร้อยละของผู้บาดเจ็บตามเวลา (สิงหาคม 2546)



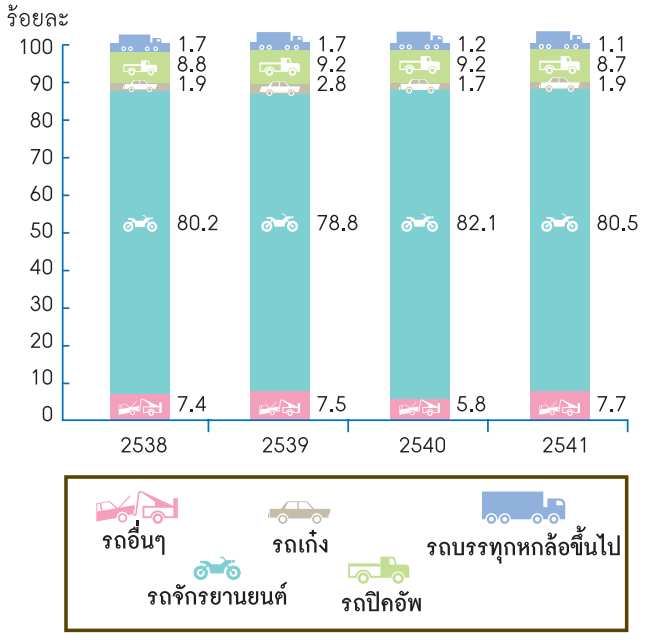
ที่มา: เพ็ญประภา ศิวิโรจน์ และคณะ, 2546

แนวโน้มของการลงทุนสร้างถนนและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร



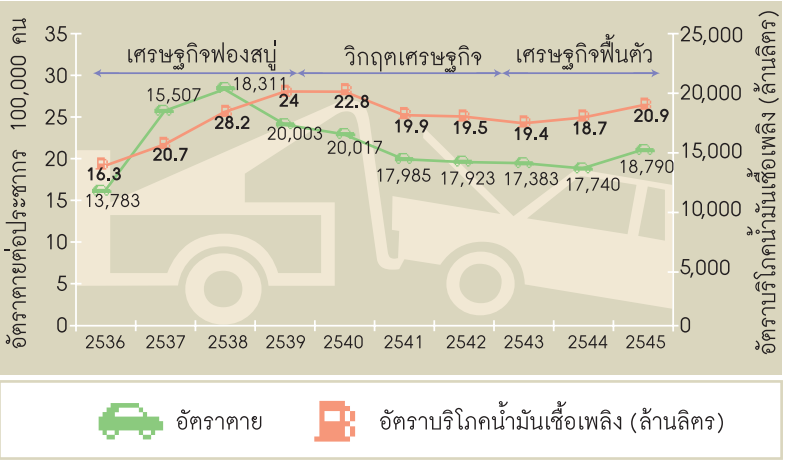
ที่มา: Tosutho R ECONOMIC LOSS AND ROAD ACCIDENT RELATED FACTORS, 1997

ผู้บาดเจ็บ/เสียชีวิต จำแนกตามชนิดยานพาหนะที่ใช้เดินทาง



ที่มา: ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล , 2538-2541

อัตราการบริโภคน้ำมันเชื้อเพลิงและอัตราตายด้วยอุบัติเหตุจราจร



ที่มา : สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ,กรมการปกครอง และกรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน, 2536-2545

11 เด็กกับโทรทัศน์และการเรียนรู้

จัดทำโดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก

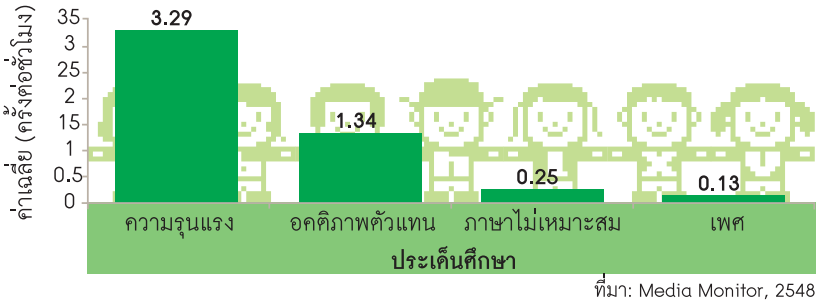
เด็กใช้เวลาวันละ 4-6 ชั่วโมงดูโทรทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหาไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก

"เด็กและเยาวชนไทยใช้เวลาดูโทรทัศน์มาก ขณะที่เนื้อหาที่นำเสนอทางโทรทัศน์มีความรุนแรงทั้งในด้านภาษาและการแสดงออก ซึ่งล้วนแต่สื่อถึงค่านิยมที่ไม่เอื้อต่อการพัฒนาของเด็ก ในขณะเดียวกันเด็กก็ทำกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้น้อย เนื่องจากขาดแหล่งการเรียนรู้ที่เหมาะสม"

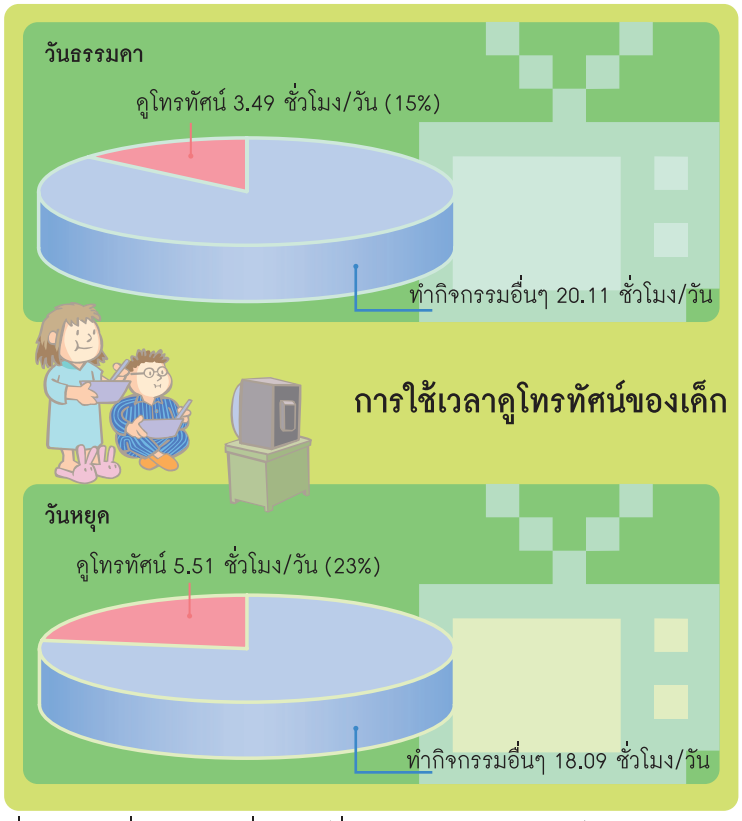
สื่อโทรทัศน์คือแหล่งบันเทิงราคาถูกสำหรับทุกคนในครอบครัว เด็กไทยดูโทรทัศน์ในวันปกติเฉลี่ย 4 ชั่วโมงและเพิ่มเป็น 5.51 ชั่วโมงในวันหยุด สื่อโทรทัศน์ที่เผยแพร่ในช่วงเวลาของเด็กและครอบครัว (16.00-22.00 น.) ยังมีเนื้อหาความรุนแรง ตลอดจนใช้ภาษาและสื่อสารเรื่องเพศได้ไม่เหมาะสม จากการสำรวจใน ปี 2548 ของมีเดียมอนิเตอร์ พบว่าละครโทรทัศน์มีประเด็นความรุนแรงมากที่สุดถึงร้อยละ 88 บางเรื่องมีฉากความรุนแรงถึง 11 ครั้ง/ชั่วโมง

ในด้านโฆษณาทางโทรทัศน์ ซึ่งตามระเบียบของราชการกำหนดให้โฆษณาได้ไม่เกิน 12 นาที /ชั่วโมง แต่กลับพบว่า ละครร้อยละ 70 มีโฆษณาเกินกว่าระเบียบที่ตั้งไว้ บางรายการโฆษณานานถึง 19 นาที/ชั่วโมง และจากการสุ่มสำรวจโฆษณาในปี 2547 พบว่า มีการโฆษณาทั้งทางตรงและแฝงบ่อยครั้งมาก กล่าวคือในช่วง 3 ชั่วโมงครึ่งของรายการสำหรับเด็ก จะมีโฆษณารวมกันถึง 487 ครั้ง หรือเฉลี่ยทุก 26 วินาที/ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโฆษณาขนมที่ไม่มีคุณค่า เมื่อย้อนไปมองแหล่งเรียนรู้และแหล่งนันทนาการสร้างสรรค์ที่จะช่วยสร้างเสริมการเรียนรู้ของเด็กกลับพบว่า ในแต่ละจังหวัดมีสถานเริงรมย์มากกว่าสถานนันทนาการสร้างเสริมการเรียนรู้ถึง 10 เท่าตัว จึงไม่น่าแปลกใจที่พบว่าเมื่อถึงเวลาปิดเทอมเด็กส่วนใหญ่จึงอยู่เฉยๆ และใช้เวลาว่างดูทีวีเป็นส่วนใหญ่

ความถี่ในการนำเสนอเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม ของละครในช่วงเวลาของเด็ก-เยาวชน แผนภูมิแสดงค่าเฉลี่ยรวมทุกรายการ (ครั้งต่อชั่วโมง)



ที่มา: Media Monitor, 2548



ที่มา: การวิจัยเรื่องอิทธิพลของสื่อโทรทัศน์ที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของเด็ก โดยสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ, 2546

งบประมาณโฆษณาเปรียบเทียบกับงบประมาณของกรมการศาสนา

รายได้จากการขายเวลาโฆษณาของสถานีโทรทัศน์ทุกช่อง (3, 5, 7, 9 และ ไอทีวี) ในไตรมาสแรกของปี 2548 รวมเป็นเงิน 11,051 ล้านบาท ซึ่งมากกว่างบประมาณในด้านการพัฒนาเด็กของหลายหน่วยงาน เช่น แผนงานศาสนาและศิลปวัฒนธรรมของกรมการศาสนาปี 2548 มีงบประมาณเพียง 230 ล้านบาท

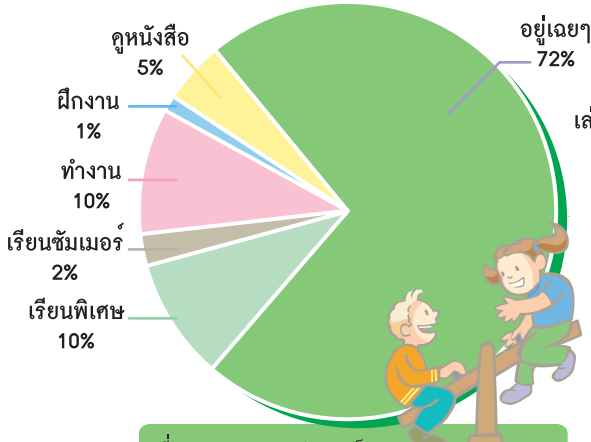
ที่มา: Nielson Media Research, 2548

แหล่งเรียนรู้

แหล่งเรียนรู้นันทนาการ ของเด็กและเยาวชนมีน้อยเมื่อเทียบกับสถานบันเทิงเริงรมย์ แต่ละจังหวัดมีสถานเริงรมย์เฉลี่ย มากกว่า 200 แห่ง ในขณะที่มีสนามกีฬาสวนสาธารณะเพียงจังหวัดละ 20 แห่ง

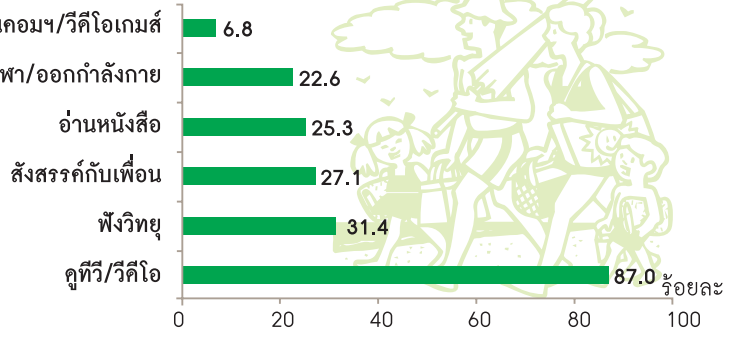
ที่มา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, โครงการ Child Watch, 2545

กิจกรรมช่วงปิดเทอมของเด็กและเยาวชนที่กำลังเรียน อายุ 3-24 ปี



ที่มา: รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

กิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง ของเด็กและเยาวชน อายุ 6-24 ปี



ที่มา: รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การอ่านหนังสือของเด็กและเยาวชน

จำนวนประชากรเด็ก-เยาวชน อายุ 6-24 ปี (คน)	จำนวนเด็ก-เยาวชน อายุ 6-24 ปี (คน) ที่อ่านหนังสือ	จำนวนเด็ก-เยาวชน อายุ 6-24 ปี (คน) ที่ไม่อ่านหนังสือ
20,893,420 (100%)	17,806,592 * (85.22%)	3,086,828 (14.78)

*หมายเหตุ: ในจำนวนผู้อ่านหนังสือ มีจำนวน 2.3 ล้านคน อ่านหนังสือในอินเทอร์เน็ต

ที่มา: รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการอ่านหนังสือของประชากร พ.ศ.2548 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

12 ชีวิตครอบครัว

จัดทำโดย คณะทำงานสุขภาพคนไทย

ร้อยละ 17.7 หรือ ราว 2.9 ล้านของผู้หญิงที่ใช้ชีวิตคู่ ไม่ได้เลือกคู่ครองจากความพร้อมใจของทั้งสองฝ่าย

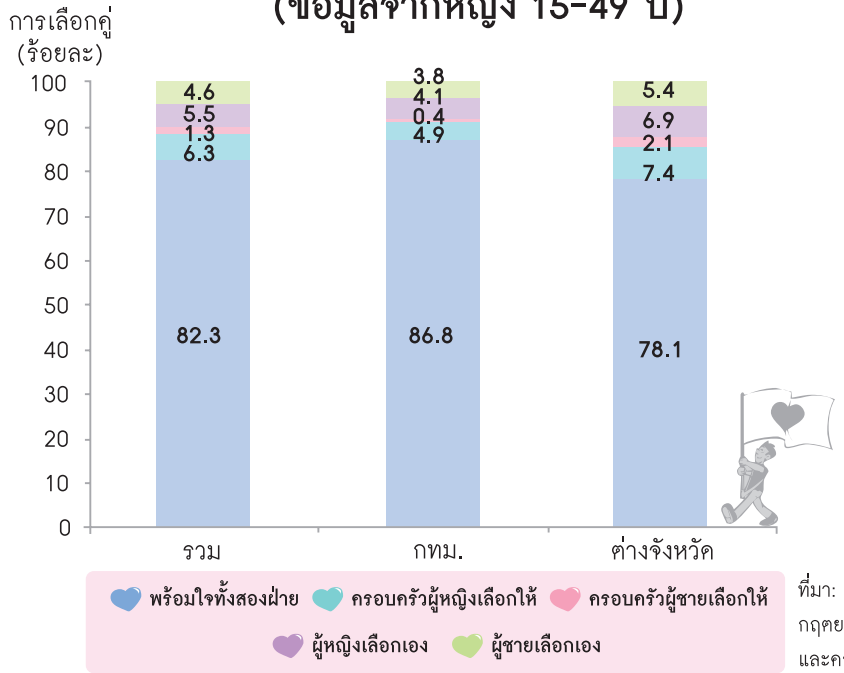
"การมีชีวิตคู่ที่ดีคือความใฝ่ฝันของคนจำนวนมาก แต่ชีวิตคู่ของหลายครอบครัวก็เกิดจากความไม่พร้อม และเป็นชีวิตที่เลือกไม่ได้หรือไม่มีสิทธิเลือก ไม่ว่าจะเป็นการเลือกคู่ครอง การจดทะเบียนสมรส การใช้ชีวิตร่วมกัน"

แม้ว่าการใช้ชีวิตคู่ของคนไทยส่วนใหญ่จะเริ่มจากการตัดสินใจร่วมกันของทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย แต่ร้อยละ 7.6 ของผู้ใช้ชีวิตคู่ในปัจจุบันกลับไม่เป็นเช่นนั้น เพราะครอบครัวเป็นฝ่ายเลือกคู่ครองให้แทน โดยส่วนใหญ่มากแล้วครอบครัวของฝ่ายหญิงจะเป็นผู้เลือกคู่ให้มากกว่าฝ่ายชาย และในบรรดาผู้ใช้ชีวิตคู่นั้นร้อยละ 13.6 อยู่กินด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงานหรือจดทะเบียน อีกทั้งราว 1 ใน 3 ของผู้ใช้ชีวิตคู่อาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือญาติพี่น้องของฝ่ายหญิง

ปี 2547 ประเทศไทยมีครัวเรือนทั้งหมด 18,905,400 ครัวเรือน โดย 1 ใน 3 เป็นครัวเรือนที่ประกอบด้วยพ่อ-แม่-ลูก ส่วนอีก 1 ใน 3 เป็นครัวเรือนที่มีเครือญาติอาศัยร่วมด้วยมากกว่า 1 ครอบครัว มีเพียงร้อยละ 13.5 ที่อาศัยอยู่ตามลำพังเพียงสามี-ภรรยา อีกร้อยละ 11.6 เป็นครัวเรือนที่มีผู้อาศัยอยู่ตามลำพังเพียงคนเดียว และร้อยละ 7.8 เป็นครัวเรือนที่มีเฉพาะพ่อหรือแม่เพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่กับลูกตามลำพัง

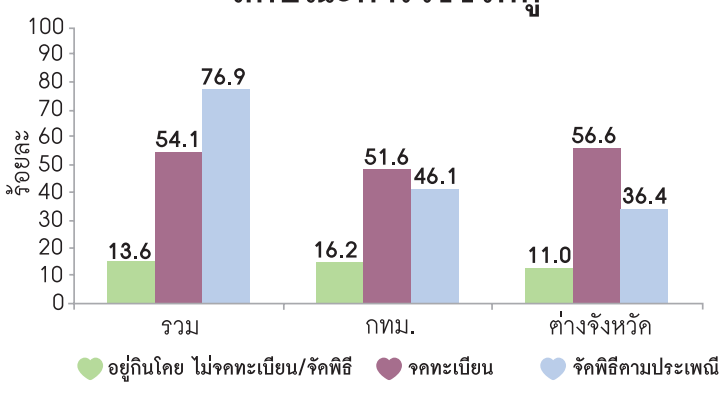
เมื่อใช้ชีวิตคู่เพียง 2 ใน 3 ของผู้หญิงอาศัยอยู่ใกล้ญาติพี่น้องที่ไปมาหากันได้สะดวก และร้อยละ 3 ไม่ค่อยได้พบญาติพี่น้องเมื่อใช้ชีวิตคู่ไปแล้ว ประมาณร้อยละ 13 ของผู้ที่ใช้ชีวิตคู่ มีปัญหาทะเลาะกันบ่อยครั้งระหว่างสามีภรรยา

การเลือกคู่ของผู้ใช้ชีวิตคู่ (ข้อมูลจากหญิง 15-49 ปี)



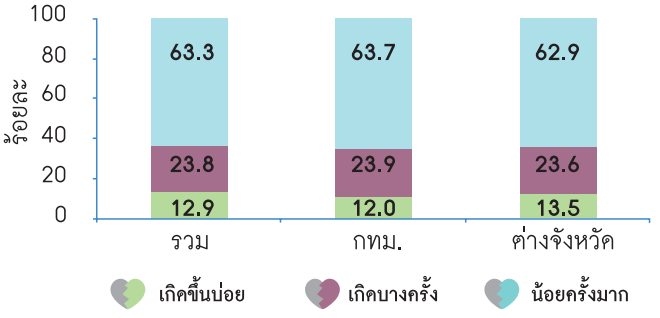
ที่มา: คำนวณใหม่จาก กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2543

ลักษณะการใช้ชีวิตคู่

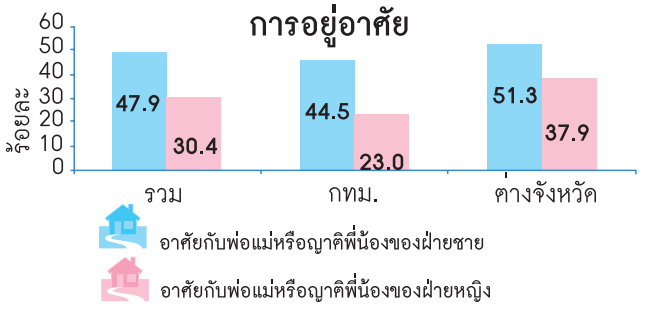


หมายเหตุ: บางคู่จดทะเบียนแต่ไม่ได้จัดพิธีตามประเพณี บางคู่จัดพิธีแต่ไม่จดทะเบียนทำให้ตัวเลขรวมลักษณะการใช้ชีวิตคู่เกิน 100%

การทะเลาะกัน ระหว่างสามีภรรยา



การอยู่อาศัย

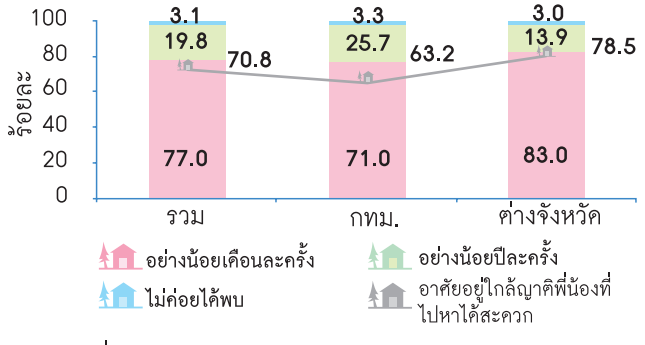


ลักษณะการอยู่อาศัยในครัวเรือน

	ร้อยละ			
	2544	2545	2546	2547
ครอบครัวเดี่ยว				
สามี-ภรรยา	12.5	13.4	13.5	13.5
สามี-ภรรยา ลูก	35.4	34.4	33.2	33.2
สามีหรือภรรยา ลูก	8.3	7.7	7.8	7.8
อยู่คนเดียว	11.5	11.8	11.6	11.6
อยู่รวมกับเครือญาติ (ครอบครัวขยาย)	31.7	32.1	33.3	33.3
อยู่กับคนที่ไม่ใช่ญาติ	0.6	0.6	0.6	0.6

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2544-2547 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การอาศัยอยู่ใกล้และการไปพบญาติพี่น้อง



ที่มา: คำนวณใหม่จาก กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2543
หมายเหตุ: เฉพาะผู้หญิงที่ใช้ชีวิตคู่

13 สารเคมีควบคุมศัตรูพืช

จัดทำโดย สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

การนำเข้าสารเคมีควบคุมศัตรูพืชมีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เกษตรกรในภาคเหนือป่วยจากการรับสารพิษมากที่สุด

"เพื่อให้ได้ผลผลิตทางการเกษตรที่เพิ่มขึ้น ประเทศไทยได้นำเข้าสารเคมีควบคุมศัตรูพืชในปริมาณมากขึ้น ซึ่งจากการต้องการเพิ่มมูลค่าการส่งออกเราได้เพิ่มอันตรายของสารพิษที่ทวีความรุนแรงขึ้นด้วยเช่นกัน"

นโยบายพัฒนาประเทศที่เน้นสร้างรายได้โดยเพิ่มการส่งออกหรือคาดหวังให้ไทยก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งครัวของโลก ส่งผลต่อการขยายพื้นที่เกษตรกรรมอย่างรวดเร็ว เกือบทั้งหมดเป็นการปลูกพืชเชิงเดี่ยวที่หวังผลทางการค้าและเกษตรกรจำนวนไม่น้อยก็พึ่งพาสารเคมีในการปกป้องผลผลิตจากศัตรูพืช

แต่การใช้โดยปราศจากความรู้ความเข้าใจ เช่น ผสมสารเคมีหลายยี่ห้อเข้าด้วยกันเป็น "สูตรค็อกเทล" ก่อนฉีดพ่น หรือใช้สารกำจัดวัชพืชที่มีชื่อทางการค้าแตกต่างกัน ทั้งๆ ที่มันเป็นสารเคมีชนิดเดียวกันย่อมทำให้เกิดการใช้สารเคมีมากเกินจำเป็น ซึ่งจะส่งผลกระทบทางสุขภาพของผู้คนทุกระดับและขยายวงไปถึงสิ่งแวดล้อม

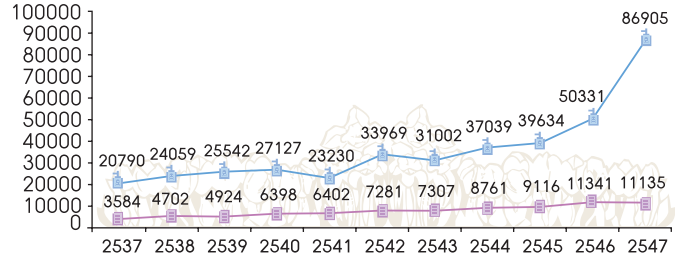
ปี 2547 ประเทศไทยนำเข้าสารเคมีควบคุมศัตรูพืชมากถึง 86,905 ตัน มูลค่า 11,135 ล้านบาท คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.6 ต่อปี และผู้ที่ได้รับพิษจากสารเคมีมากที่สุดก็คือ เกษตรกรนั่นเอง โดยภาคเหนือครองแชมป์ติดต่อกันหลายปีด้วยตัวเลขผู้ป่วยที่สูงที่สุด ส่วนหนึ่งน่าจะจากพื้นที่เกษตรกรรมทางภาคเหนือส่วนใหญ่เป็นสวนส้ม ซึ่งขึ้นชื่อว่าเป็นพืชที่มีการใช้สารเคมีมากเป็นอันดับต้นๆ

สถิติการป่วยและตายจากสารเคมีที่ปรากฏเป็นตัวเลขต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยนิยมรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยตนเองและไม่มาพบแพทย์ อีกทั้งการได้รับสารเคมีในระยะยาวก็เป็นการตายผ่อนส่ง ซึ่งมักไม่มีความชัดเจนพอที่จะสรุปว่าเป็นผลของสารเคมี ในแง่ของสิ่งแวดล้อมพบว่า สารเคมีทางการเกษตรตกค้างในดินมากที่สุด รองลงมาเป็นน้ำ ผลไม้ ผัก และไม้ผล

จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสารเคมีควบคุมศัตรูพืชในแต่ละกลุ่ม

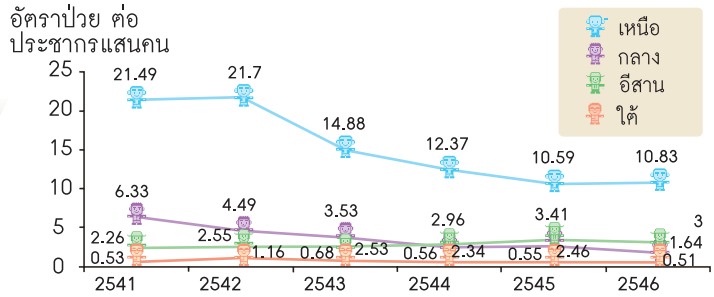
ที่มา: การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีจำกัดศัตรูพืช, 2547

การนำเข้าสารเคมีควบคุมศัตรูพืช



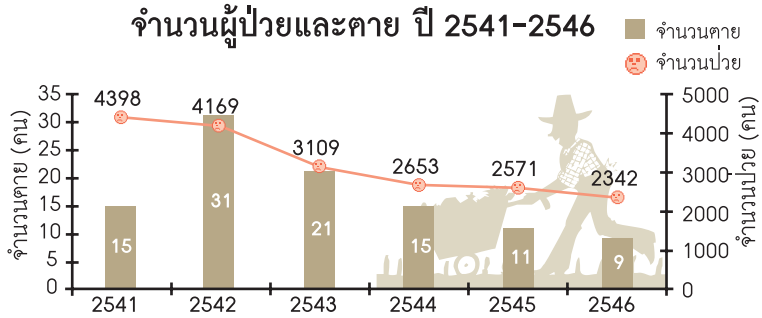
ที่มา: ฝ่ายวัตถุมีพิษ สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร กรมวิชาการเกษตร
หมายเหตุ: ปี 2546 ยังไม่รวมสารเคมีควบคุมศัตรูพืชจำพวกจุลินทรีย์ ซึ่งปริมาณ 127 ตัน มูลค่า 39 ล้านบาท

ผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช



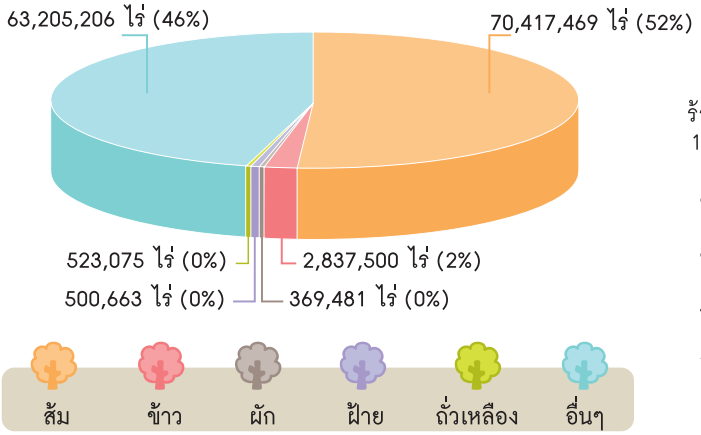
ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2546

จำนวนผู้ป่วยและตาย ปี 2541-2546



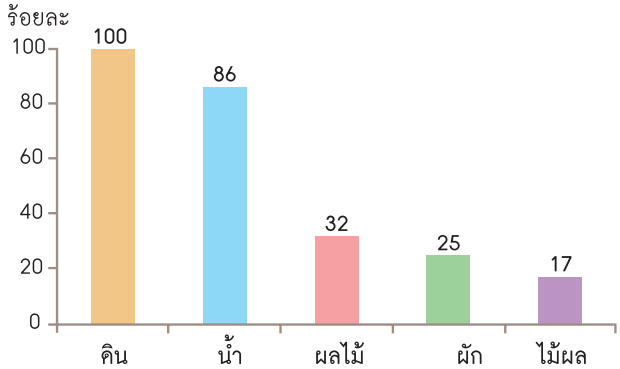
ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2546

ปริมาณพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีควบคุมศัตรูพืช (ไร่)

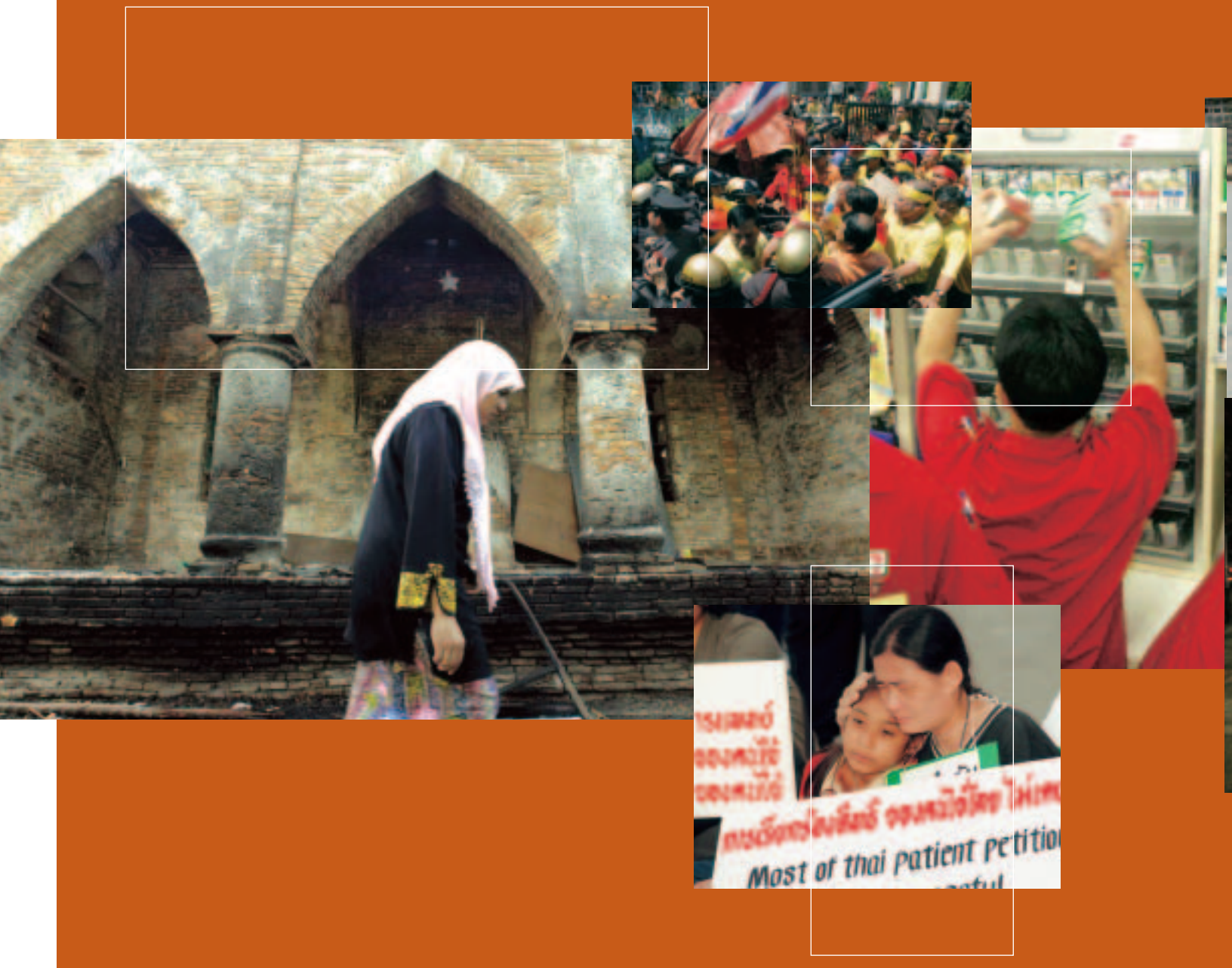


ที่มา: กองกีฏและสัตว์วิทยา กรมวิชาการ, 2537

การตกค้างของสารเคมีควบคุมศัตรูพืชในจำนวนตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์



ที่มา: National Environment Board Cited in Thai-German Plant Protection Programme, 1993


Most of thai patient petitio

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1

สถานการณ์ไฟใต้บนแนวทางสมานฉันท์และ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน

ภาพ: ศูนย์ข้อมูลหนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ

จากปลายปี 2546 ต่อเนื่องมาถึงต้นปี 2549 ความไม่สงบในพื้นที่ 4 จังหวัดภาคใต้ คือ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส และบางพื้นที่ในจังหวัดสงขลายังคงรุนแรงและคุกรุ่นอยู่ตลอดเวลา แม้รัฐบาลจะประกาศปรับแผนรับมือกับสถานการณ์ไฟใต้เป็นระยะๆ ก็ตาม ดูเหมือนว่าความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ได้หยั่งรากลึกจนน่าหวั่นวิตก ปี 2548 รัฐบาลเลือกเดินสองแนวทางในการแก้ปัญหานี้ คือ การแต่งตั้งคณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ และการประกาศพระราชกำหนดสถานการณ์ฉุกเฉิน และทั้งสองแนวทางยังไม่อาจหยุดยั้งเปลวไฟที่ยังคงลุกโชนในภาคใต้ได้

เริ่มต้นแนวทางแห่งสันติภาพ

ปัญหาความไม่สงบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ก้าวเข้าสู่ปีที่ 3 โดยยังไม่มีวี่แววว่าจะยุติลงเมื่อใด ขณะที่ตัวเลขผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และแม้ว่าผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนของสำนักวิจัยเอแบคโพล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ในช่วงต้นปี 2548 จะระบุว่า การแก้ไขปัญหาความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือของขวัญที่ประชาชนอยากได้จาก รัฐบาลมากที่สุด[1] แต่เมื่อเวลาล่วงเลยมาจนถึงสิ้นปีความสุขสงบ ก็ยังคงไม่เกิดขึ้นในพื้นที่ชายแดนภาคใต้

ผลจากการเข้าพบนายกรัฐมนตรีเมื่อปลายปี 2547 ของบรรดานักวิชาการ นำมาซึ่งคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ (กอส.) เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2548 โดยมีนายอานันท์ ปันยารชุน อดีตนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน และนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นรองประธาน มีกรรมการที่มาจากทุกภาคส่วนของสังคมรวม 48 คน ขณะเดียวกันมีคำให้สัมภาษณ์ของนายกรัฐมนตรี ที่ระบุว่าได้คิดทบทวนดูแล้วโดยจะต้องลดท่าทีของการปราบปราม และหันมายึดกฎหมายเป็นหลักมากกว่าการปราบปรามในเชิงของทหาร รวมทั้งมีการประกาศมติคณะรัฐมนตรีเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการปราบปรามผู้ชุมนุมที่ อ.ตากใบ จ.นราธิวาส เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2547 อย่างเป็นรูปธรรมในวงเงิน 30 ล้านบาท[2] ทำให้หลายฝ่ายเชื่อว่าสถานการณ์ไฟใต้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น และรัฐบาลกำลังก้าวเดินไปในทิศทางที่สร้างสรรค์

แต่ 6 วันต่อมา คือ เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2548 ยังไม่ทันที่ กอส. จะเริ่มต้นนับหนึ่งในการปฏิบัติหน้าที่ เสียงระเบิดที่ดังขึ้นในเวลาไล่เรี่ยกันรวม 3 จุดในพื้นที่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา คือ สนามบิน โรงแรม และห้างสรรพสินค้า ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 1 คน บาดเจ็บ 73 คน ทำให้อุณหภูมิของความรุนแรงในพื้นที่ภาคใต้พุ่งสูงขึ้นอีกครั้ง ถึงขั้นที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลียออกประกาศเตือนให้ประชาชนในประเทศของตนหลีกเลี่ยงการเดินทางมายังพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย หลังจากเหตุการณ์ครั้งนั้นไม่นาน รัฐบาลได้สั่งปรับโครงสร้างองค์กรใหม่เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ภาคใต้ให้กระชับและฉับไวมากยิ่งขึ้น โดยให้ พล.ท.ขวัญชาติ กล้าหาญ แม่ทัพภาคที่ 4 ควบเก้าอี้ผู้อำนวยการเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ผอ.สสส.จชต.) ไปพร้อมกัน

ผลจากการระเบิดที่หาดใหญ่ ยิ่งทำให้ภาวะเศรษฐกิจในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้คำดิ่งอยู่ในภาวะซบเซาจนแทบไร้อนาคต โดยเฉพาะด้านการท่องเที่ยวที่หดหายและโรงแรมที่ถูกยกเลิกการจอง ธนาคารแห่งประเทศไทยสรุปสถานการณ์ในระยะไตรมาสแรกของปี 2548 ว่าเศรษฐกิจภาคใต้ชะลอตัวลงอย่างต่อเนื่องในทุกด้าน[3]

หลังจากวินาศกรรมที่หาดใหญ่เป็นต้นมา กอส.ก็เริ่มลงพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีเป้าหมายเพื่อพบปะกับพี่น้องชาวมุสลิมซึ่งส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากความไม่สงบในเหตุการณ์ก่อการร้าย และร่วมรับฟังปัญหาและความรู้สึกนึกคิดของชาวบ้าน ทำให้ได้รับทราบว่าชาวบ้านรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่รัฐมีความน่ากลัวไม่แพ้โจรใต้ และเชื่อว่าครึ่งหนึ่งของเหตุการณ์รุนแรงไม่ทราบว่ามาจากน้ำมือของใคร[4]

ข้อเรียกร้องจาก กอส. ขณะนั้นคือขอให้เปิดเผยผลสอบเหตุการณ์วิปโยคทั้งที่กรือเซะและตากใบ เพื่อสร้างความมั่นใจให้พี่น้องชาวมุสลิมมิให้เกิดความหวาดระแวงและหวาดกลัวเจ้าหน้าที่รัฐ และรัฐต้องยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเสียก่อน และพร้อมที่จะแก้ไขความผิดพลาดนั้นๆ ซึ่งได้รับการตอบสนองจากรัฐบาลเป็นอย่างดี แต่ยังไม่พิจารณาข้อเสนอการยกฟ้องผู้ต้องหากรณีชุมนุมที่หน้าสถานีตำรวจตากใบจำนวน 58 คน ส่วนการขอให้ยกเลิกกฎอัยการศึกนั้น ได้รับแรงต่อต้านจากทหารว่าทหารใช้กฎอัยการศึกเพียงบางส่วนเท่านั้น จึงทำให้การประกาศใช้กฎอัยการศึกในพื้นที่ภาคใต้ยังคำรงอยู่ต่อไป

ต่อมาแรงตอบโต้ต่อการทำงานของ กอส. ได้เพิ่มความร้อนระอุมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะจากรายการวิทยุบางรายการซึ่งเป็นของหน่วยงานรัฐได้ก่อกระแสชาตินิยมไทยต่อคนมุสลิมในภาคใต้ ซึ่งสวนทางกับแนวทางที่ กอส. ต้องการเรียกร้องความเข้าใจจากคนในชาติให้ยอมรับในความแตกต่างทางศาสนาและวัฒนธรรม จนในที่สุดหลังการประชุม กอส. เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2548 นายสุริชัย หวันแก้ว กรรมการคนสำคัญของ กอส. ก็ออกมาแถลงว่า นายกรัฐมนตรีต้องตัดสินใจเด็ดขาดจัดการใครก็ตามที่คัดค้านหรือละเลยความพยายามนำภาคใต้สู่ความสงบโดยสันติวิธี ไม่ว่าจะเป็นนักการเมือง รัฐมนตรี เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือสื่อมวลชน[5]

เมื่อ กอส. สะดุด พ.ร.ก. ฉุกเฉิน

วันที่ 14 กรกฎาคม 2548 เหตุการณ์โจมตีและก่อวินาศกรรมทั่วเทศบาลเมืองยะลาอย่างพร้อมเพรียงกันรวม 23 จุด ทั้งการวางระเบิดเสาไฟฟ้าแรงสูงทำให้ไฟฟ้าดับทั่วเมือง และโจมตีเจ้าหน้าที่ตำรวจหลายจุด รวมทั้งวางระเบิดย่านการค้า ทำให้มีผู้เสียชีวิต 2 คน บาดเจ็บ 17 คน ได้กลายเป็นที่มาของการเรียกประชุมคณะรัฐมนตรีนัดพิเศษเพื่อออกพระราชกำหนด (พ.ร.ก.) การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2548 กำหนดกรอบบังคับใช้ พ.ร.ก. ดังกล่าว อันประกอบด้วย

1. ให้ออกประกาศพระบรมราชโองการยกเลิกการใช้กฎอัยการศึกใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

2. แต่งตั้ง พล.ต.อ.ชิดชัย วรรณสถิตย์ เป็นประธานกรรมการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน

3. มอบอำนาจให้ พล.ต.อ.ชิดชัย สั่งการต่างๆ ตาม พ.ร.ก. แทนนายกรัฐมนตรี ในส่วนที่เกี่ยวกับการเยียวยา ฟื้นฟู บูรณะ ได้มอบหมายให้ นายจาตุรนต์ ฉายแสง รองนายกรัฐมนตรี เป็นผู้ดูแล ส่วนมาตรการที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายมอบหมายให้ นายวิษณุ เครืองาม เป็นที่ปรึกษา

4. เห็นชอบให้พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นดินแดนที่มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรง แต่ไม่รวมถึง 4 อำเภอ ใน จ.สงขลา เพราะไม่เห็นความจำเป็นต้องขยายไปถึงขนาดนั้น[6]

แม้ว่ามติ ครม. กำหนดไม่ให้นำมาตรการบางข้อมาบังคับใช้ แต่อำนาจที่เบ็ดเสร็จเด็ดขาดของนายกรัฐมนตรีภายใต้กฎหมายฉบับนี้ก็ลิดรอนสิทธิและเสรีภาพของประชาชนโดยตรงเป็นอันมาก จึงทำให้เกิดปฏิกิริยาในเชิง "คัดค้าน" อย่างกว้างขวาง ไม่ว่าจะเป็นสภาการหนังสือพิมพ์แห่งชาติ นักวิชาการ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้ก่อให้เกิดความปั่นป่วนถึงขั้นมีกรรมการของ กอส. เสนอให้ยุติบทบาทของ กอส. เพราะการประกาศใช้ พ.ร.ก. ฉบับนี้สวนทางกับแนวทางสันติวิธีที่ กอส. ยึดถือเป็นแนวทาง

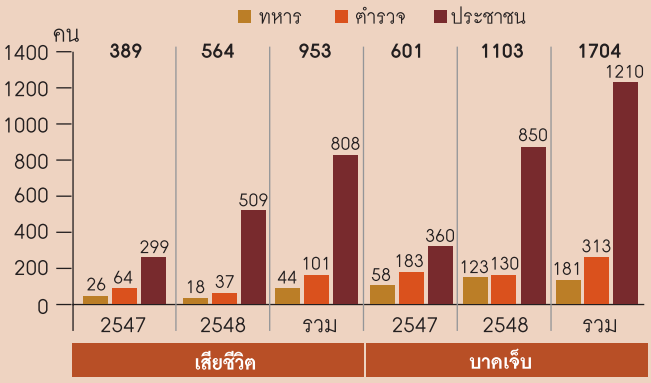
ความคิดดังกล่าวถูกยับยั้งจาก นายอานันท์ ปันยารชุน พร้อมกับเสนอทางออกด้วยการเดินทางเข้าพบนายกรัฐมนตรีเพื่อแสดงความไม่เห็นด้วยต่อการออก พ.ร.ก. สถานการณ์ฉุกเฉินและกระแสความขัดแย้งครั้งนี้นำไปสู่การออกโทรทัศน์ร่วมกันของนายกรัฐมนตรี และ นายอานันท์ ปันยารชุน ประธาน กอส. ในเวลาต่อมา รวมทั้งมีการยื่นข้อเสนอ 14 ข้อของ กอส. ต่อรัฐบาลเพื่อให้นำไปใช้ควบคู่กับการมี พ.ร.ก.ฉบับดังกล่าว[7]

ข้อเสนอของ กอส. ดังกล่าวนี้ ต่อมาได้รับการปรับปรุงเป็นร่างแนวทางการแก้ไขปัญหาความรุนแรงของสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้อย่างยั่งยืน 4 ระดับ คือระดับบุคคล โครงสร้าง วัฒนธรรม และกระบวนการยุติธรรม ผ่านการทำงาน 4 แนวคิดพร้อมวิธีการ (ดูรายละเอียดในตารางท้ายเรื่อง)

คนไทยในสถานการณ์ไฟใต้

จากสถานการณ์ที่ยังคงเข้มข้นด้วยการก่อการร้ายโดยไม่เลือกเป้าหมาย ข้อมูลจากศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานตำรวจแห่งชาติส่วนหน้า (ศปก.ตร.สน.) เปิดเผยสถิติความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ตลอด 2 ปีเต็มพบว่า ปี 2548 มีความรุนแรงเกิดขึ้นมากกว่าปี 2547 จำนวน 480 ครั้ง (ปี 2547 มีคดีความมั่นคงเกิดขึ้น 975 ครั้ง ปี 2548 เกิดขึ้น 1,455 ครั้ง)[8] ส่งผลให้จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บของปี 2548 สูงกว่าปี 2547 มาก คือจำนวนผู้เสียชีวิตในปี 2547 มี 389 คน ปี 2548 เพิ่มเป็น 564 คน และผู้บาดเจ็บปี 2547 มี 601 คน และเพิ่มสูงถึง 1,103 คน ในปี 2548 น่าสังเกตว่า ตำรวจ บาดเจ็บ/ตายลดลง ขณะที่ทหารบาดเจ็บมากขึ้น ตายลดลง แต่ประชาชนทั้งบาดเจ็บและตายเพิ่มมากขึ้นมาก (ดูภาพ)

ตารางเปรียบเทียบจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ปี พ.ศ. 2547-2548



ที่มา: กองบัญชาการตำรวจสอบสวนกลาง, ได้รับข้อมูลวันที่ 4 มกราคม 2549

นอกจากนี้ ยังส่งผลให้ครูใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ขอย้ายออกนอกพื้นที่ราว 2,700 คน กระทรวงศึกษาธิการจึงต้องผลิตเสื้อเกราะแจกจ่าย ท่ามกลางเสียงเรียกร้องขอให้ครูพกปืนได้ ส่วนพระก็ต้องอาศัยเจ้าหน้าที่คุ้มครองความปลอดภัยขณะออกบิณฑบาต และทำให้วัดจำนวน 50 แห่งขาดผู้จองทอดกฐินในช่วงหลังเทศกาลออกพรรษา แน่นอนว่ากิจกรรมทางศาสนาต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ การเวียนเทียนจึงต้องมีขึ้นในเวลากลางวัน เช่นเดียวกับงานประเพณีต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีใบปลิวออกมาข่มขู่สร้างความหวาดกลัวต่อประชาชนในพื้นที่จนต้องหยุดงานและปิดร้านในวันศุกร์ตามที่ระบุไว้ในใบปลิว จนทำให้รัฐบาลต้องระดมบรรดาดารา นักร้อง และนักแสดง ลงพื้นที่ภาคใต้พร้อมเปิดตลาดนัดจำหน่ายสินค้าราคาถูกในวันศุกร์เพื่อเชิญชวนให้ประชาชนออกมาใช้ชีวิตตามปกติ

แต่เหตุการณ์ที่สร้างผลกระทบได้สะเทือนไกลและเกือบบานปลายเป็นข้อขัดแย้งระหว่างประเทศก็คือ การเดินทางหลบหนีข้ามแดนไปยังรัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย เพื่อขอลี้ภัยของคนไทย 131 คนจาก จ.นราธิวาส ระหว่างปลายเดือนสิงหาคมถึงต้นเดือนกันยายน โดยระบุว่ากลัวจะถูกเจ้าหน้าที่ไทยทำร้าย ขณะที่รัฐบาลไทยระบุว่ามีคนไทยบางคนในกลุ่มดังกล่าวถูกศาลจังหวัดนราธิวาสออกหมายจับในฐานะผู้ต้องหาก่อความไม่สงบในภาคใต้ ซึ่งจนถึงปัจจุบัน (กุมภาพันธ์ 2549) ก็ยังไม่ความชัดเจนในกรณีนี้ แม้จะมีข่าวหลายครั้งว่าคนไทยกลุ่มนี้จะเดินทางกลับประเทศไทย

จากความไม่สงบที่เกิดขึ้นแทบทุกวัน ถึงขั้นที่เจ้าหน้าที่ต้องออกประกาศแนวทางการขับรถให้รอดพ้นจากการตกเป็นเป้าหมายของการวางระเบิด ทำให้รัฐบาลต้องขอให้บริษัทประกันภัยรับประกันชีวิตและทรัพย์สินให้กับประชาชนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นกรณีพิเศษ โดยจะได้รับการคุ้มครองถึงภัยจลาจล ภัยนัดหยุดงาน และภัยก่อการร้ายด้วย[9]

โศกนาฏกรรม ณ ตันหยงลิมอ

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่กลายเป็น "ฝันร้าย" แห่งปี 2548 ของคนไทยทั้งประเทศ เกิดขึ้นในคืนวันที่ 20 กันยายน 2548 เมื่อคนร้ายใช้อาวุธสงครามยิงถล่มร้านน้ำชากลางหมู่บ้านเล็กๆ ที่ชาวบ้านส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามชื่อ ตันหยงลิมอ อ.ระแงะ จ.นราธิวาส มีชาวบ้าน เสียชีวิต 2 คน บาดเจ็บ 4 คน ทำให้นาวิกโยธินจากค่าย จุฬาภรณ์ 2 นายคือ เรือโทวินัย นาคบุตร และพันจ่าเอกคำธร ทองเอียด ซึ่งเป็นที่คุ้นเคยของคนในหมู่บ้านถูกจับเป็นตัวประกัน ด้วยความเข้าใจผิดว่าเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และถูกรุมทำร้ายจนเสียชีวิตอย่างโหดเหี้ยมในวันต่อมา ทั้งนี้ กระบวนการเจรจาของเจ้าหน้าที่รัฐแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ได้พยายามทำตามข้อเรียกร้องของกลุ่มชาวบ้านอย่างสุดความสามารถ

โศกนาฏกรรมที่เกิดขึ้นที่หมู่บ้านตันหยงลิมอครั้งนี้ นำมาซึ่งเสียงเรียกร้องจากคนบางกลุ่มให้รัฐบาลปราบปรามโดยใช้ความรุนแรง โดยมีความพยายามชี้นำว่าแนวทางสันติไม่สามารถแก้ปัญหาได้ จนทำให้ กอส. ต้องออกแถลงการณ์เรื่องมาตรการลดความแตกแยกระหว่างผู้คนในสังคมไทย พร้อมเรียกร้องให้เร่งตั้งคณะกรรมการสันติสุขชุมชนเพื่อเป็นตัวกลางระหว่างรัฐกับประชาชนในพื้นที่เพื่อรื้อฟื้นความไว้วางใจระหว่างกันให้กลับคืนมา

ต่ออายุ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน

ก่อนที่ พ.ร.ก.การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 จะหมดอายุลง ก็เกิดเหตุรุนแรงที่เกิดขึ้นกลางคืนของวันที่ 16 ตุลาคม 2548 ที่วัดพรหมประสิทธิ์ อ.ปะนาเระ จ.ปัตตานี เมื่อคนร้ายบุกเข้าไปฆ่าพระภิกษุและลูกศิษย์วัด รวม 3 ศพ พร้อมกับวางเพลิงเผาโบสถ์และกุฏิเสียหายหนึ่งหลัง ความเหี้ยมโหดที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งการรุมประณามจากหลายฝ่าย ทั้งสื่อมวลชน นักวิชาการ นักการเมือง กอส. คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ คณะกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย และ กอ.สสส.จชต. โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการแถลงการณ์ของคณะสงฆ์จังหวัดปัตตานีที่ต้องการให้ยุบและยกเลิก กอส. เพราะไม่ได้ทำให้เกิดความสมานฉันท์และลำเอียง แถลงการณ์ดังกล่าวยังเสนอข้อเรียกร้องที่โน้มเอียงไปในทิศทางที่ต้องการให้จัดการปัญหาแบบเด็ดขาดและรุนแรง[10]

ในที่สุดที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อ 18 ตุลาคม 2548 มีมติต่ออายุการบังคับใช้ พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ ออกไปอีกสามเดือน คือ จากวันที่ 20 ตุลาคม 2548 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2549 ด้วยเหตุผลว่าฝ่ายก่อความไม่สงบพยายามสร้างความเสียหายให้เจ้าหน้าที่ ทำลายความน่าเชื่อถือของภาครัฐในการคุ้มครองประชาชนผู้บริสุทธิ์ ต่อมาในเดือนมกราคม 2549 กฎหมายฉบับนี้ก็ได้รับการต่ออายุอีกสามเดือนหลังจากใช้บังคับแล้ว

หกเดือน ท่ามกลางการวิพากษ์วิจารณ์ว่าการประกาศใช้ พ.ร.ก. ฉุนเฉิน ไม่ได้ช่วยให้สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ลดน้อยลงแต่อย่างใด

ก่อนข้ามปี 2548 รัฐบาลก็มีคำสั่งเปลี่ยนตัวแม่ทัพภาคที่ 4 จาก พล.ท.ขวัญชาติ กล้าหาญ มาเป็น พล.ท.องค์กร ทองประสม ท่ามกลางเสียงวิพากษ์วิจารณ์ว่ามีการโยกย้ายแม่ทัพภาคที่ 4 ซึ่งถือว่าเป็นตำแหน่งที่มีบทบาทสำคัญต่อการแก้ปัญหาความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ บ่อยครั้งมากเกินไป

การขานรับข้อเสนอ กอส.

จากร่างแนวทางการแก้ปัญหาที่เสนอโดย กอส. (ดูตารางท้ายเรื่อง) มีการสนองตอบจากรัฐบาลใน 2 เรื่องคือ **หนึ่ง** การออกกฎหมาย plea-bargaining หรือการลดโทษให้แก่ผู้ต้องหาที่ให้การรับสารภาพ แต่ไม่ใช่การนิรโทษกรรมตามที่ กอส.เสนอ และไม่ใช่การเป็นผู้พัฒนาชาติไทย ซึ่งขณะนี้กฎหมายดังกล่าวอยู่ระหว่างการยกร่าง โดยคณะรัฐมนตรีเห็นชอบเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2548[11] และ**สอง** การตั้งคณะกรรมการอิสระเพื่ออำนวยความยุติธรรมและส่งเสริมสิทธิเสรีภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (กอยส.) มีนายอุกฤษ มงคลนาวิน อดีตประธานรัฐสภา เป็นประธาน และคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยสิทธิเสรีภาพและความยุติธรรม (กสย.) มีนายกระมล ทองธรรมชาติ อดีตประธานศาลรัฐธรรมนูญ เป็นประธาน ซึ่งครม.เห็นชอบเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2549

องค์ประกอบของคณะกรรมการ 2 ชุดนี้ ประกอบด้วยกรรมการที่มาจากภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ต่อประเด็นนี้นายอานันท์ ปันยารชุน ประธานกอส. แสดงความไม่เห็นด้วยที่มีภาคประชาชนเข้าร่วมน้อย เพราะมองได้ว่ารัฐบาลให้ความสำคัญกับภาคราชการมากกว่า ประชาชนในพื้นที่อาจไม่ได้รับความเป็นธรรม ขณะที่กระบวนการสืบสวนก็ไม่สอดคล้องกับแนวทางยุติธรรม โดยหลักการจึงคิดว่าองค์ประกอบของคณะกรรมการฯ น่าจะหนักไปทางภาคประชาชนเพราะประชาชนเดือดร้อน แต่รัฐบาลกลับเห็นว่าหน่วยงานราชการควรจะมีบทบาทมากกว่า[12]

ความคืบหน้าที่น่าสนใจอีกมิติหนึ่งคือ การตั้งศูนย์ "**นิติธรรมสมานฉันท์**" ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง กอส. คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และสภาทนายความ เพื่อให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ต่อมาศูนย์นิติธรรมสมานฉันท์ ได้ร่วมมือกับสถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม พิสูจน์และติดตามผู้สูญหายจากเหตุการณ์ไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพราะมีข่าวว่ามีผู้สูญหายไปเป็นจำนวนมาก สร้างผลกระทบให้กับครอบครัวผู้สูญหายอย่างใหญ่หลวง

ศูนย์นี้มีขั้นตอนการทำงาน 3 ขั้นตอน คือ (1) **รับแจ้งคนหาย** ทางสภาทนายความของภาค 9 เป็นผู้รับแจ้ง (2) **คือการตรวจพิสูจน์ศพ** เริ่มจากศพนิรนาม 300 ศพที่ถูกฝังอยู่ในสุสานแห่งหนึ่งในจังหวัดปัตตานี ยังหาญาติพี่น้องมารับศพไม่ได้ คาดว่าศพส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานข้ามชาติ แต่ต้องพิสูจน์โดยหลักนิติวิทยาศาสตร์ หากรู้ว่าเป็นใครมาจากไหนจะได้ดำเนินการต่อไป จากนั้นก็เริ่มพิสูจน์ศพใหม่ที่มีการแจ้งเข้ามา และ (3) **ติดตามว่าผู้ตายคือใคร**

แม้สถานการณ์ไฟใต้ดูเหมือนจะเบาบางลง แต่ไฟกองนี้คงยังจะอยู่ต่อไปอีกยาว...

สันติและความสุขสงบจะกลับคืนสู่พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เมื่อใด เป็นคำถามที่หาคำตอบได้ยากยิ่ง เพราะระยะเวลาที่ผ่านมาเหตุรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ปรากฏให้เห็นชัดเจนว่าความหวาดระแวงของคนในพื้นที่ที่มีต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐยังคงเป็นปัญหาใหญ่และละเอียดอ่อนจนน่าหวั่นวิตก ท่ามกลางเสียงระเบิดของอาวุธสงครามสารพัดชนิดที่ดังขึ้นในพื้นที่ภาคใต้ และการบาดเจ็บล้มตายของผู้คนไม่เลือกชาติ ศาสนา หรืออาชีพ สถานการณ์ก่อการร้ายได้พัฒนามาไกลจนกระทั่ง พล.อ. ชวลิต ยงใจยุทธ อดีตนายกรัฐมนตรีที่หวนกลับมานั่งเก้าอี้ประธานที่ปรึกษานายกรัฐมนตรีในการแก้ปัญหาความยากจนถึงกับระบุว่า[13]

"จากปัญหาที่เกิดจากความคับแค้นทางจิตใจของพี่น้อง 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตอนนี้ทุกคนกลายเป็นแกนนำไปหมดแล้ว" อีกทั้งยังยกตัวอย่างการแก้ปัญหาที่นำไปสู่ความสับสนที่เกิดขึ้นจากการนำชาวบ้านบางคนมาสอบ แล้วบอกว่าจะพาไปอบรมได้เงินวันละ 100 บาท ชาวบ้านก็ดีใจ ปรากฏว่าพาไปออกทีวี แถลงข่าวว่าพวกนี้เป็นผู้มอบตัว ตรงนี้ถือว่าขาดความต่อเนื่องในการทำความเข้าใจ

ทั้งนี้ วันที่ 4 มกราคม 2549 สำนักข่าวเอพีได้เผยแพร่รายงานขององค์การนิรโทษกรรมสากล กรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ ที่ระบุว่า รัฐบาลไทยรับมือกับสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทางภาคใต้ด้วยการกักขังประชาชนอย่างไร้เหตุผล ใช้การทรมานและการสอบสวนอย่างไม่มีเหตุผล[14]

นายธีรยุทธ บุญมี นักวิชาการและนักวิพากษ์การเมือง "ขาประจำ"[15] มองว่าเหตุการณ์ไฟใต้เป็น 1 ใน 4 สถานการณ์สำคัญของสังคมไทยที่ต้องระมัดระวัง เพราะเป็นปัญหาที่ปะทุมาจากความซับซ้อนทางอัตลักษณ์ ศาสนา และชาติพันธุ์ ซึ่งคงจะเป็นปัญหาอีกยาวนาน ทั้งนี้การที่ พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ เข้าร่วมแก้ปัญหาภาคใต้เป็นเรื่องน่ายินดี เพราะมีประสบการณ์ตรงในการแก้ไขปัญหาสงครามกับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย ปัจจุบันแม้สถานการณ์ภาคใต้จะดูเบาบางลง แต่ผู้ก่อการยังยึดมั่นในอุดมการณ์ จึงต้องระมัดระวังเรื่องการก่อการร้ายอย่างสูง ต้องใช้งบประมาณในการข่าวและการป้องกันให้มาก ต้องลงทุนลงแรงและมีความตั้งใจแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง ดังเช่นแนวนโยบาย 66/23 ในอดีต

อีกไม่นาน คณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ (กอส.) จะเสนอรายงานฉบับสุดท้ายต่อรัฐบาลพร้อมยุติบทบาทการทำงานที่ยากยิ่งตลอดระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา และไม่ว่าสถานการณ์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปี 2549 จะก้าวเดินไปในทิศทางใด การก่อตั้ง "เครือข่ายสมานฉันท์และสันติวิธี" ขึ้นมาทดแทนในทั่วประเทศก็กำลังเริ่มต้นอย่างเป็นรูปธรรม เพราะความเข้าใจในหนทางสมานฉันท์และสันติวิธีเท่านั้นที่จะคลี่คลายวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน

ตารางสรุปข้อเสนอร่างแนวทางแก้ไขปัญหาความรุนแรงของสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนภาคใต้อย่างยั่งยืน เสนอโดย คณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ (กอส.)

ระดับและแนวคิดวิธีการ

ระดับโครงสร้าง

แนวคิด:

ออกพระราชบัญญัติเสริมสร้างสันติสมานฉันท์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้

- จัดตั้งองค์กรพิเศษปกครอง โดยประชาชนในพื้นที่มีบทบาทสำคัญ ส่วนทหาร ตำรวจเป็นฝ่ายสนับสนุน
- ออกกฎหมายนิรโทษกรรมแก่ผู้กระทำผิด
- ออกกฎหมายให้สิทธิชุมชนจัดการทรัพยากรบนฐานความเชื่อทางศาสนา
- เปิดพื้นที่ทางสังคมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกำหนดนโยบายความมั่นคงในพื้นที่
- ขจัดความไม่เป็นธรรม การกดขี่ขูดรีดสร้างความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน
- ลดช่องว่างทางรายได้
- สร้างสำนึกรักในแผ่นดินเดียวกัน
- จัดตั้งสภาที่ปรึกษาวัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงจังหวัดชายแดนภาคใต้

ระดับวัฒนธรรม

แนวคิด: สร้างสมานฉันท์ท่ามกลางความหลากหลายทางวัฒนธรรม

- ใช้ภาษามาลายูเป็นภาษาทางการภาษาที่สอง หรือภาษาที่ใช้ทำงาน
- จัดการศึกษาในระบบโรงเรียนให้มีความหลากหลาย รัฐไม่กระทำสิ่งใดให้เกิดการแบ่งแยกในกลุ่มเยาวชนหลากหลายเชื้อสาย
- ไม่ยึดถือความเป็นเอกลักษณ์หรือความเป็นหนึ่งเดียวเป็นตัวตั้ง
- จัดให้มี "ศาสนาเสวนา" เวทีต้านความรุนแรง

ระดับบุคคล

แนวคิด: ยุติความรุนแรง ใช้สันติวิธีเป็นแนวทาง

- ปฏิบัติต่อผู้ก่อความไม่สงบที่เข้ามามอบตัวหรือจับได้ ด้วยความเป็นมิตรสร้างชีวิตใหม่ให้กลับมาอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม
- ตั้งกองทัพไม่ติดอาวุธ "สยามสันติเสนา" โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำทางศาสนาทั้งอิสลามและพุทธมีส่วนร่วมในการแก้ความรุนแรงแทรกแซงในกรณีที่เกิดความขัดแย้ง
- แลกเปลี่ยนอุดมการณ์ความคิดทั้งการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ระหว่างรัฐกับประชาชนในพื้นที่

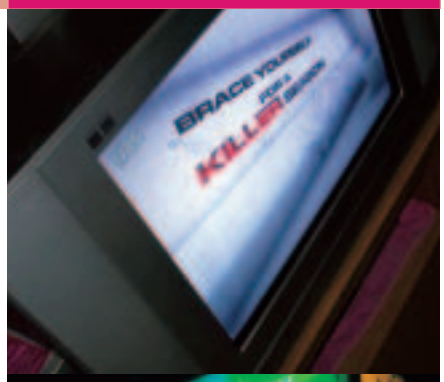
ระดับกระบวนการยุติธรรม

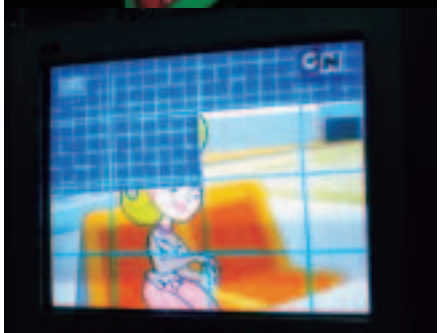
แนวคิด: ใช้หลักนิติธรรม ประชาชนมีส่วนร่วมรักษาความยุติธรรม

- ตั้ง "หน่วยพิทักษ์ยุติธรรม" และ "ยุวชนยุติธรรม"
- รัฐไม่เลือกปฏิบัติ ช่วยเหลือผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ยากจน
- ทำความจริงให้ปรากฏในเรื่องที่ชาวบ้านทุกข์ร้อน เช่น คนหาย
- เปิดโอกาสให้ผู้ต้องหาที่ถูกคุมขังปฏิบัติศาสนากิจอย่างเหมาะสม
- เร่งคืนของกลางให้เจ้าของเมื่อคดีสิ้นสุด
- เร่งรัดคดีและตรวจสอบความก้าวหน้าของคดีอย่างสม่ำเสมอ

ที่มา: สรุปโดยโครงการสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2549. [ข้อมูลจากเว็บไซต์ศูนย์ข่าวอิศรา http://www.tjanews.org/cms/ เรื่องเปิดร่าง กอส.ฉบับ 2 รูปธรรมสมานฉันท์ที่ยั่งยืนและออก พ.ร.บ.เสริมสร้างสันติสมานฉันท์ดับไฟใต้ เสนอโดย คณะกรรมการอิสระเพื่อความสมานฉันท์แห่งชาติ (กอส.) วันที่ 17 มกราคม 2549]

2 จะปล่อยให้รายการโทรทัศน์กำหนดชะตาเด็กไทยไปถึงไหน?



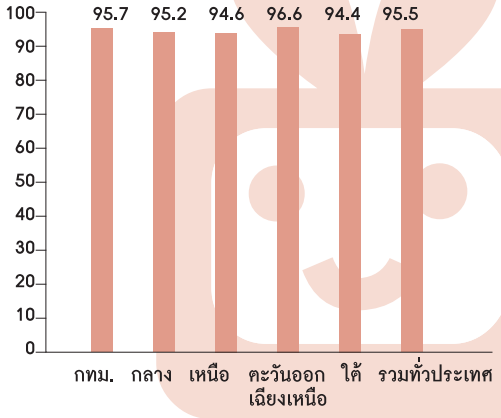


ปฏิเสธไม่ได้ว่าโทรทัศน์เป็นช่องทางการสื่อสารชั้นเยี่ยม เพียงแค่เสียบปลั๊กและกดปุ่มให้มันเริ่มต้นทำงาน ภาพและเสียงของเรื่องราวต่างๆ จากทุกมุมโลกก็เดินทางมาถึงผู้ชมที่นั่งอยู่หน้าจออย่างง่ายดาย แต่ประโยชน์มหาศาลของโทรทัศน์จะแปรเปลี่ยนเป็นพิษภัยหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับ "สาร" ที่ผู้ผลิตรายการส่งมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ชมตัวน้อยซึ่งยังอ่อนด้อยต่อการใช้วิจารณญาณตัดสินว่า สิ่งที่อยู่ในโทรทัศน์ควรแก่การลอกเลียนปฏิบัติหรือไม่

ด้วยเหตุที่รายการโทรทัศน์มีอิทธิพลอย่างมากต่อการกำหนดความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของประชาชน เมื่อสังคมก้าวเข้าสู่ยุคสมัยที่ผู้คนทุกเพศทุกวัยนิยมเสพข้อมูลผ่านทางโทรทัศน์ การรับข้อมูลข่าวสารจากจอแก้วแทรกซึมไปในทุกพื้นที่ "สาร" ซึ่งเปี่ยมด้วยสาระและคุณภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะมันคืออาหารคุณค่าสูงที่จะช่วยหล่อเลี้ยงสมอง เพิ่มพูนปัญญา และพัฒนาจิตใจของผู้คนในสังคม

ในทางกลับกันหาก "สาร" นั้นไม่สร้างสรรค์และด้อยคุณภาพก็จะกลาย "สารพิษ" ที่มอมเมาให้หลงผิดไปในทางเสื่อมและบ่มเพาะความอ่อนแอให้แก่สังคม โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่เกือบทุกหลังคาบ้านมีโทรทัศน์อย่างต่ำบ้านละหนึ่งเครื่อง ครัวเรือนไทยมีโทรทัศน์สูงถึงร้อยละ 95.5 (ดูภาพ) โทรทัศน์ทุกวันนี้จึงรุกคืบเข้ามามีบทบาทต่อการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชนมากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าผู้ใหญ่ยังเพิกเฉย ปล่อยให้ "สารพิษ" โลดแล่นในจอสี่เหลี่ยมต่อไป คงคาดเดาได้ไม่ยากว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับอนาคตของชาติ

ภาพแสดงร้อยละของครัวเรือนที่มีสมาชิกชมโทรทัศน์ จำแนกตามภาค พ.ศ.2546



ที่มา: ผลการสำรวจสื่อมวลชน (โทรทัศน์) พ.ศ. 2546, เอกสารรายงาน,สำนักสถิติแห่งชาติ, 2546

"เลี้ยงลูกด้วยโทรทัศน์" กระแสที่ยังแรงดีไม่มีตก

ในปี 2546 มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกันดำเนินการสำรวจภาคสนามในประเด็นเรื่องผลกระทบของสื่อโทรทัศน์ที่มีต่อเด็กและเยาวชน จำนวน 7 เรื่อง **พบผลโดยทั่วไปว่า**[1] **เด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาว่าง "ดูทีวี" มากที่สุด** การนั่งชมโทรทัศน์เป็นกิจกรรมในครอบครัวที่ได้รับความนิยมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 98 โดยระหว่างวันจันทร์ถึงวันศุกร์เด็กใช้เวลาดูโทรทัศน์เฉลี่ย 3.49 ชั่วโมงต่อวัน และเพิ่มขึ้นเป็น 5.51 ชั่วโมงต่อวันในวันเสาร์-อาทิตย์ ทั้งนี้ช่วงเวลาที่เด็กชอบนั่งอยู่หน้าโทรทัศน์มากที่สุด คือ 4 โมงเย็นถึง 2 ทุ่ม รองลงมาคือ 2 ทุ่มถึง 4 ทุ่ม จึงไม่ผิดนักหากจะพูดว่า ระหว่าง 16.00-22.00 น. เป็นเวลาโทรทัศน์สำหรับครอบครัวที่สมาชิกทุกคนได้ใช้เวลาร่วมกันมากที่สุด

หากหันมาพิจารณาสาระของรายการโทรทัศน์ โครงการศึกษาและเฝ้าระวังสื่อเพื่อสุขภาวะของสังคมชี้ว่า จากการวิเคราะห์รายการละครของสถานีฟรีทีวีทั้ง 5 ช่อง ในเดือนสิงหาคม 2548 ระหว่างช่วงเวลาที่มีผู้ชมมากที่สุดคือ 16.00-22.00 น. พบว่ามีการนำเสนอเนื้อหาด้านเพศ ความรุนแรง และการดูถูกคนบางกลุ่มแทรกอยู่ทุกเรื่อง ช่อง 7 และช่อง 3 เป็นช่องที่มีรายการละครท่วมจอคือ ออกอากาศในช่วงเวลาดังกล่าวมากถึง 1,480 และ 1,470 นาทีต่อสัปดาห์ โดยเนื้อหาส่วนใหญ่ยังคงวนเวียนอยู่ในเรื่องชิงรักหักสวาท[2] ที่ร้ายกว่านั้นคือ ละครก่อนข่าวภาคค่ำ (16.00-20.00น.) มีปริมาณความรุนแรงมากกว่าละครช่วงดึก (20.00-22.00น.) เสียอีก[3]

แต่จำนวนรายการโทรทัศน์ที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาการศึกษาและการเรียนรู้ของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ในปี 2546 ลดลงร้อยละ 4.75 เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2536[4] ทั้งนี้ยังสำรวจพบว่า ช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม 2546 รายการโทรทัศน์สำหรับเด็กมีเวลาออกอากาศเพียง 45 ชั่วโมง 22 นาทีต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 4.94 ของเวลาออกอากาศทั้งหมดเกือบ 1,000 ชั่วโมง[5]

จึงน่าเป็นห่วงว่า เด็กที่ถูกปล่อยให้ดูโทรทัศน์เพียงลำพังจะเรียนรู้พฤติกรรมก้าวร้าวจากโทรทัศน์ คุ้นชินกับความรุนแรง จนรู้สึกว่าเป็นเรื่องปกติ ความอ่อนไหวในอารมณ์ลดลง และบางครั้งความรุนแรงที่ปรากฏในโทรทัศน์ก็สร้างความหวาดกลัวให้ตกค้างอยู่ในใจเด็กได้นานนับสัปดาห์[6]

วูบเดียวจบเหมือนไฟไหม้ฟาง

ข้อเท็จจริงดังกล่าวนำไปสู่มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2546 เพื่อกำหนดแนวทางและมาตรการการใช้สื่อของรัฐเพื่อการศึกษาและการเรียนรู้ของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่มีใจความสำคัญว่า **"ให้จัดสัดส่วนเวลาสำหรับเนื้อหาสาระของรายการวิทยุและโทรทัศน์เพื่อเด็ก เยาวชน และครอบครัว ร้อยละ 10-15 ของเวลาออกอากาศ และเพิ่มจากเกณฑ์เดิมที่กำหนดไว้อย่างน้อยครึ่งชั่วโมงในระหว่าง 16.00-18.30น. เป็นอย่างน้อยหนึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงครึ่งในเวลา 16.00-22.00 น."**

หลังจากนั้นไม่นานองค์กรที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมโทรทัศน์ ไม่ว่าจะเป็นผู้ผลิตรายใหญ่-รายย่อย ผู้นำเข้ารายการ สถานีโทรทัศน์ บริษัทผู้สนับสนุน และเอเยนซี่ ก็เปลี่ยนแปลงการทำรายการโทรทัศน์ครั้งใหญ่ เรียกได้ว่าขานรับมติ ครม. กันอย่างพร้อมเพรียง

ช่อง 3 มีการ์ตูนคิดส์คับเบิ้ลยูบี สารคดีทุ่งแสงตะวัน ละครน้องใหม่ร้ายบริสุทธิ์ เกมโชว์ดาวอัจฉริยะ ช่อง 5 มีสู้เพื่อแม่ ครุณธรรม สารคดีสำรวจโลก ช่อง 7 มีการ์ตูนเทพจ๊ะทิงจา ครอบครัวอลเวง วาไรตี้พ่อครัวตัวน้อย ละครกลิ้งไว้ก่อนพ่อสอนไว้ และช่อง 9 มีเกมโชว์ซูเปอร์จิ๋ว เกมทศกัณฐ์เด็กบัณฑิตน้อย สารคดีคิดส์คัฟเวอรี่ เปิดโลกวัยซน ขณะที่ไอทีวีก็มีละครวัยซนคนมหัศจรรย์ สถานีโทรทัศน์เห็ดหรรษา เป็นต้น ทั้งหมดนี้ ดร. วิลาสินี พิพิธกุล คณะนิเทศศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกรรมการวิชาการโครงการศึกษาและเฝ้าระวังสื่อเพื่อสุขภาวะของสังคม ฟันธงว่าเป็นเพียงรายการเด็กที่ "ใช่" ทางปริมาณ แต่ในทางคุณภาพหลายรายการยัง "ไม่ใช่"[7]

เมื่อเวลาผ่านไป ไฟที่ไหม้ฟางก็มอดดับลง การปรับผังรายการที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งกลืนรายการสำหรับเด็กจนหายไปจากจอโทรทัศน์ กระทั่งกลับเข้าสู่สภาพเดิมที่รายการดีๆ สำหรับเด็กและเยาวชนเป็นสิ่งหาดูได้ยาก[8] ช่วงเวลาหลัง 16.00 น. ซึ่งมติ ครม. จัดสรรให้เป็นรายการที่มีเนื้อหาสาระสำหรับเด็กถูกนายทุนยึดกลับมาผลิตละครและเกมโชว์อีกครั้ง[9]

ทีวีฟอร์คิดส์ (TV4KIDS) ต่อยอดมติ ครม.

อีกหนึ่งผลพวงจากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2546 ที่ก่อร่างขึ้นจนเห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน คือ โครงการศึกษาวิจัยและพัฒนารายการโทรทัศน์เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก เยาวชน และครอบครัว หรือที่เรียกสั้นๆ ว่า "ทีวีฟอร์คิดส์" (TV4KIDS แปลว่าทีวีเพื่อเด็ก) ซึ่งทำหน้าที่ศึกษาวิจัยองค์ความรู้เดิมและองค์ความรู้ใหม่ รวมทั้งผลักดันการจัดการปัญหาเรื่องรายการโทรทัศน์ในสังคมไทย

แนวคิดหลักในการทำงานของ TV4KIDS วางอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของสังคมในทุกภาคส่วน มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความรู้ให้เป็นรากฐานในการพัฒนารายการสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว สร้างความเคลื่อนไหวในแวดวงสื่อโทรทัศน์ สร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในการเฝ้าระวังและพัฒนารายการโทรทัศน์ให้เป็นไปในทางสร้างสรรค์ เคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วม และสังเคราะห์ความรู้ไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยมีเว็บไซต์ www.tv4kids.org เป็นสื่อกลาง ทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลงานวิจัย นำเสนอข้อมูล ข่าวสาร บทความ บทสัมภาษณ์เกี่ยวกับวงการโทรทัศน์ เปิดพื้นที่ให้กลุ่มบุคคลที่ใส่ใจและให้ความสำคัญกับคุณภาพของรายการโทรทัศน์สำหรับเด็กได้เข้ามาแสดงความคิดเห็น

นายอิทธิพล ปรีติประสงค์ ผู้รับผิดชอบโครงการนี้กล่าวถึงอุปสรรคสำคัญในการพัฒนารายการโทรทัศน์ที่มีคุณค่าต่อเด็กก็เพราะคนส่วนใหญ่มักคิดกันว่าเรื่องนี้เป็นภารกิจของภาครัฐที่จะออกกฎเกณฑ์ กฎหมาย รวมทั้งนโยบายมากำกับดูแล ขณะที่ประชาชนก็ได้แต่เรียกร้องเรื่องนี้อย่างสิ้นหวัง ส่วนพวกนักวิชาการและผู้ผลิตสื่อสำหรับเด็กก็ทำงานเรื่องนี้ไปอย่างโดดเดี่ยว และบนความไม่เข้าใจของภาคธุรกิจและกลุ่มผู้เรียกร้อง ทำให้การพัฒนารายการโทรทัศน์สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัวถูกวางไว้คนละทิศละทางจากทุกฝ่าย ดังนั้น เพื่อให้เกิดการร่วมคิดร่วมแสวงหาแนวทางอย่างสมานฉันท์ แนวคิดเรื่องประชาคมเพื่อการพัฒนารายการโทรทัศน์จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง[10]

เรตติ้งและผลกำไรพ่นพิษ รายการเด็กใกล้สูญพันธุ์

แต่ไหนแต่ไรผู้ผลิตมองรายการโทรทัศน์สำหรับเด็กว่าเป็นรายการในอุดมคติ คือ มีสาระ ทำยาก และขายไม่ค่อยได้ ในโลกแห่งความจริงที่ต้องแข่งขันทางธุรกิจและแย่งชิงผู้สนับสนุนรายการอย่างดุเดือด รายการเด็กแทบจะแพ้หลุดรุ่ย เพราะรายการอื่นที่เข้าตาผู้ชมมากกว่ามักจะโกยสปอนเซอร์ไปหมดแล้ว

ปัญหาหลักที่ทำให้รายการโทรทัศน์สำหรับเด็กอยู่รอดได้ยากก็คือ รายรับน้อย ส่งผลให้จำนวนผู้สนับสนุนรายการน้อยตามไปด้วย จึงไม่จูงใจสปอนเซอร์ ทั้งยังมีปัญหาด้านรายจ่ายในกระบวนการผลิตรายการ ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์ ฉาก ค่าเช่าสตูดิโอ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งในการผลิตรายการสำหรับเด็กให้น่าสนใจและมีคุณภาพนั้น ต้องใช้เม็ดเงินลงทุนสูง หากรายรับน้อยก็มีแนวโน้มว่ารายการจะต้องอำลาจอโทรทัศน์ไปในที่สุด[11]

"สโมสรผึ้งน้อย" ที่เคยครองใจเด็กเมื่อประมาณ 10-20 ปีที่แล้ว เป็นตัวอย่างชัดเจนของรายการดีที่อยู่ไม่ได้ นางภัทรจารีย์ อัยศิริ หรือน้านิดที่เด็กๆ คุ้นเคย เปิดใจว่า สโมสรผึ้งน้อยปิดตัวไปเพราะเจอเรื่องภาษีที่ต้องจ่ายเท่ากับรายการบันเทิงอื่นๆ แต่กลับไม่มีสปอนเซอร์เข้ามาสนับสนุน สำหรับคนทำรายการเด็กแล้ว ทำได้อย่างมากก็แค่พออยู่ ถ้าทำแล้วไม่เหลืออะไรก็ต้องเลิกไป

เช่นเดียวกับความเห็นของ นายวีระ สุวรรณโชติ ผู้อำนวยการศูนย์ข่าวเยาวชนไทย อดีตโปรดิวเซอร์รายการ "หนูดีมีเรื่องเล่า" และ "จิ๋วแจ๋วเจาะโลก" ที่ว่า รายการเด็กอยู่ไม่ได้เพราะกระแสทุนนิยม แม้เรตติ้งดีแต่ไม่มีสปอนเซอร์ ค่าเช่าเวลาก็แพง จึงอยู่ไม่ได้ ขณะที่รายการน้องใหม่อย่าง "สมอลทอล์ก" ที่อยู่ยาวมานานกว่า 4 ปี สุดท้ายก็ต้องปิดตัว เพราะเรตติ้งลดลงประกอบกับการแข่งขันที่สูงขึ้นเรื่อยๆ[12]

หลายคนจึงเห็นตรงกันว่า การผลิตรายการสำหรับเด็กและเยาวชนเป็นหน้าที่ของรัฐบาลที่ต้องเข้ามาสนับสนุนและควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องมีกระบวนการในการสร้างแรงจูงใจ นอกจากการสนับสนุนด้านเงินทุนแล้ว ยังสามารถสนับสนุนสิ่งที่มิใช่ตัวเงิน คือ การสนับสนุนด้านเวลา และการลดภาษีให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารายการโทรทัศน์สำหรับเด็กอย่างครบวงจร ซึ่งเป็นมาตรการหนึ่งรัฐสามารถกระทำได้ หากปล่อยให้สื่อโทรทัศน์อยู่ในมือของภาคเอกชน การมุ่งหวังกำไรตอบแทนสูงสุดก็จะเป็นเป้าหมายหลักซึ่งทำให้รายการโทรทัศน์สำหรับเด็กสูญพันธุ์ในที่สุด

ต้องปรับกระบวนการทำเรตติ้งใหม่ พัฒนาจากเชิปริมาณสู่ความรู้

หากหันมาดูวิธีการที่ภาครัฐใช้คัดกรองรายการโทรทัศน์และภาพยนตร์ในบ้านเรา ชี้ชัดว่าเราใช้กรอบของกฎหมายเป็นหลัก คือต้องไม่ขัดต่อพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการทำให้แพร่หลายและการค้าวัตถุอันลามก พระราชบัญญัติภาพยนตร์ และพระราชบัญญัติควบคุมกิจการเทปและวัสดุโทรทัศน์ ดังนั้นกระบวนการพิจารณารายการจึงเน้นว่าเรื่องอะไร แบบไหน เมื่อไหร่ ที่ไหน และอย่างไร จะเป็นสิ่งต้องห้ามเผยแพร่ตามกฎหมาย ซึ่งมักอยู่บนเหตุผลเรื่องความมั่นคงของสังคม รัฐ และประชาชน ทำให้องค์กรที่ทำหน้าที่กลั่นกรองเนื้อหามักถูกตั้งคำถามต่อวิธีคิด และกระบวน การในการกลั่นกรองเสมอ

ขณะที่เรตติ้งในทางธุรกิจ คือ ตัวบ่งชี้ว่ารายการไหนได้รับความนิยมจากคนดูมากหรือน้อย ซึ่งเป็นตัวคัดกรองว่ารายการใดจะได้รับการสนับสนุนจากสปอนเซอร์และสถานีโทรทัศน์ให้จัดต่อไป วิธีการวัดเรตติ้งที่ว่านี้เน้นการติดตามจำนวนผู้ชมโทรทัศน์รายบุคคล บริษัทที่ได้รับความเชื่อถือเรื่องเรตติ้งนี้มักเป็นบริษัทเอกชนข้ามชาติ เรตติ้งที่บริษัทเหล่านี้ประกาศออกมานับเป็นลมหายใจของผู้จัดรายการทั้งหลาย หากเรตติ้งสูงคือคนชมมากก็จะทำให้รายการของตนได้รับการสนับสนุนต่อไปเรื่อยๆ

อย่างไรก็ตาม กระบวนการจัดทำเรตติ้งในเชิงธุรกิจก็ได้รับ ความกังขาว่ากระบวนการในการสำรวจอาจไม่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม และการให้ผู้ใหญ่เป็นผู้ชี้วัดระดับความนิยมในรายการสำหรับเด็ก เยาวชน ตัวเลขของเรตติ้งที่ได้จึงถูกตั้งคำถามอยู่เสมอ

สิ่งที่สังคมไทยควรใส่ใจเพื่อให้ได้มาถึงกระบวนการวัดความนิยมรายการโทรทัศน์อย่างสร้างสรรค์ คือการสร้างกระบวนการเรตติ้งเชิงความรู้ คือ ผสมผสานเรตติ้งเชิงต้องห้ามเชิงปริมาณ และเชิงความรู้เข้าด้วยกัน ซึ่งจะเป็นการพัฒนาเรตติ้งอย่างมีคุณภาพ น่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยสร้างให้รายการโทรทัศน์มีคุณภาพมากขึ้น[13]

ฝากความหวังไว้ที่อีทีวี (ETV)

ยามที่รายการโทรทัศน์สำหรับเด็กโดนมรสุมทุนนิยมกระหน่ำซ้ำเติมจนผู้ผลิตบอบช้ำไปตามๆ กัน อย่างน้อยก็ยังมีข่าวดีสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองที่ใส่ใจบุตรหลานและต้องการให้เด็กๆได้รับ "สาร" ที่มีคุณภาพ เมื่อกระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายพัฒนาอีทีวีเป็นหนึ่งในโครงการเมกะโปรเจ็คต์ เพื่อส่งเสริมให้เกิดฟรีทีวีที่เป็นช่องทางการศึกษาที่ทันสมัย ภายใต้ความร่วมมือกับ สสส. และเครือข่ายสื่อเพื่อเด็ก

โดยกระทรวงศึกษาธิการจะเป็นเจ้าภาพในการดำเนินงาน ส่วน สสส. ทำหน้าที่คัดเลือกผู้ที่เหมาะสมเข้าไปเป็นคณะกรรมการร่วมเพื่อสนับสนุนและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะแรก รวมทั้งผลักดันมาตรการสนับสนุนอื่นๆ ในระยะยาว ซึ่งอาจเป็นการตั้งกองทุนสนับสนุนหรือใช้มาตรการทางภาษี[14]

ในเบื้องต้นผังรายการแบ่งออกเป็น 4 ส่วนเพื่อให้เหมาะกับช่วงอายุที่แตกต่างกันของเด็กและเยาวชน คือ 06.30-08.00น. สำหรับเด็กเล็กอายุ 3-5 ขวบ 15.00-16.30น. เป็นรายการสำหรับเด็กเล็ก 17.00-18.00น. สำหรับเด็กวัยเรียน 6-12 ปี และสุดท้ายช่วงหัวค่ำจนถึง 22.00น. ซึ่งเป็นเวลาปิดสถานี สำหรับเด็กวัยรุ่นและครอบครัว โดยในช่วง 11.00-13.00น. จะนำรายการที่พิจารณาแล้วว่าเหมาะสมมาออกอากาศซ้ำอีกครั้ง

เนื่องจากอีทีวีเป็นสถานีของกระทรวงศึกษาธิการ รายการที่นำเสนอจึงอยู่ในช่วงเวลาที่เด็กสามารถดูได้ที่โรงเรียน ทั้งตอนเช้าก่อนเข้าเรียน ตอนพักรับประทานอาหารกลางวัน ตอนเย็นหลังเลิกเรียนหรือระหว่างรอผู้ปกครองมารับ โดยรับชมทาง UBC 96 เคเบิ้ลทีวีท้องถิ่น จานรับสัญญาณดาวเทียม และทางบรอดแบรนด์ www.etvthai.tv ช่องทางรับชมที่หลากหลายน่าจะช่วยให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงอีทีวีได้มากรองจากฟรีทีวี ทั้งนี้จะต้องประชาสัมพันธ์ให้พ่อแม่ผู้ปกครอง เด็ก และเยาวชน ได้รู้จักกับอีทีวีให้มากขึ้น[15]

นายสุนทร พรหมรัตนพงษ์ ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา (ETV) เปิดเผยว่า รายการที่ออกอากาศทางอีทีวีมีทั้งที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. รายการที่สั่งซื้อมาจากต่างประเทศ และรายการที่ผลิตขึ้นเอง ซึ่งเนื้อหาทั้งหมดส่งเสริมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ ภาษาไทย วิทยาศาสตร์ ประวัติศาสตร์ ดาราศาสตร์ ฯลฯ โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะเปิดโลกการเรียนรู้ของเด็กให้กว้างขึ้น

เด็กหลายคนยังใฝ่ฝันถึงรายการโทรทัศน์น้ำดีที่เหมาะสมกับพวกเขา ผู้ใหญ่ในวันนี้จึงควรร่วมมือกัน โดยดึงเด็กเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ในการสร้าง "สาร" ดีๆ ให้เป็นภูมิคุ้มกันชีวิตของเด็กๆ เพื่อที่วันข้างหน้าจะเติบโตขึ้นมาสืบทอดหน้าที่ในการสร้างสังคมที่แข็งแรงต่อไป จากนี้คงต้องช่วยกันจับตาดูว่าความหวังเล็กๆ เรื่องอีทีวีที่เพิ่งจุดประกายขึ้นจะได้รับการสานต่อและเป็นรูปธรรมอย่างที่ตั้งใจไว้มากน้อยเพียงใด

3 วิกฤตการณ์น้ำมันแพงกับการแสวงหาความมั่นคงด้านพลังงาน

กลางปี 2548 รัฐบาลเลิกแทรกแซงราคาน้ำมันดีเซล ปล่อยให้ราคาขึ้น-ลงของน้ำมันเป็นไปตามกลไกตลาด ปัญหาน้ำมันราคาแพงก็ส่งผลให้ค่าครองชีพพุ่งสูงขึ้นทันที ขณะที่มาตรการประหยัดพลังงานดูเหมือนจะไปไม่ถึงไหน ทางรอดของประเทศไทยจึงต้องเร่งแสวงหาพลังงานทดแทนอย่างจริงจัง

รับมือน้ำมันแพงด้วยการ "อุดหนุน" ให้น้ำมันราคาถูก

ตลอดปี 2548 สถานการณ์พลังงานกลายเป็น "วิกฤตการณ์" ที่ประชาชน ทุกคนต้องแบกรับภาระอย่างเต็มรูปแบบอันเนื่องมาจากการเข้าแทรกแซงราคาน้ำมันของรัฐบาล เค้าลางของปัญหาน้ำมันแพงเริ่มมาตั้งแต่ปลายปี 2546 ราคาน้ำมันดิบทั่วโลกถีบตัวสูงขึ้น จากประมาณ 1,200 บาทต่อบาเรล[1] เป็น 2,000 บาทต่อบาเรล เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2547 รัฐบาลจึงเริ่มเข้าแทรกแซงราคาน้ำมัน ทั้งเบนซินและดีเซล การตรึงราคาน้ำมันในห้วงเวลาดังกล่าว แม้ว่าจะทำให้คนไทยได้ใช้น้ำมันในราคาต่ำกว่าความเป็นจริง แต่รัฐบาลก็ต้องควักเงินอุดหนุนราคาน้ำมันถึงวันละประมาณ 80 ล้านบาท ทำให้มีเสียงวิพากษ์วิจารณ์ถึงการตัดสินใจดำเนินการแทรกแซงราคาน้ำมันของรัฐบาลว่าเป็นการบิดเบือนกลไกตลาด ไม่ก่อให้เกิดการประหยัดพลังงาน และความพยายามที่จะช่วยกันค้นหาทางออกอย่างจริงจังรวมทั้งยังก่อให้เกิด "ภาระหนี้" จำนวนมหาศาล

ในที่สุดรัฐบาลจึงประกาศลอยตัวน้ำมันเบนซินเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2547 แต่ยังคงตรึงราคาน้ำมันดีเซลต่อไป การตัดสินใจดังกล่าวของรัฐบาลทำให้ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่ารัฐบาลกำลังทำให้ราคาน้ำมันกลายเป็นประเด็น "การเมือง" เอาไปผูกไว้กับการหาเสียงและสร้างภาพลักษณ์กับชาวบ้าน โดยไม่บอกความจริงว่าเงินที่เอามาอุ้มราคาน้ำมันให้ต่ำกว่าความเป็นจริงนั้น ล้วนแต่เป็นเงินจากภาษีของประชาชนทั้งสิ้น[2] ทั้งนี้เนื่องจากจะมีการเลือกตั้งทั่วไปใน วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2548 และเพียงแค่ 16 วัน หลังการเลือกตั้งผ่านพ้นไปราคาน้ำมันดีเซลก็ทยอยปรับราคาสูงขึ้น โดยในวันที่ 23 มีนาคม 2548 น้ำมันดีเซลปรับราคาสูงรวดเดียว 3 บาทต่อลิตร

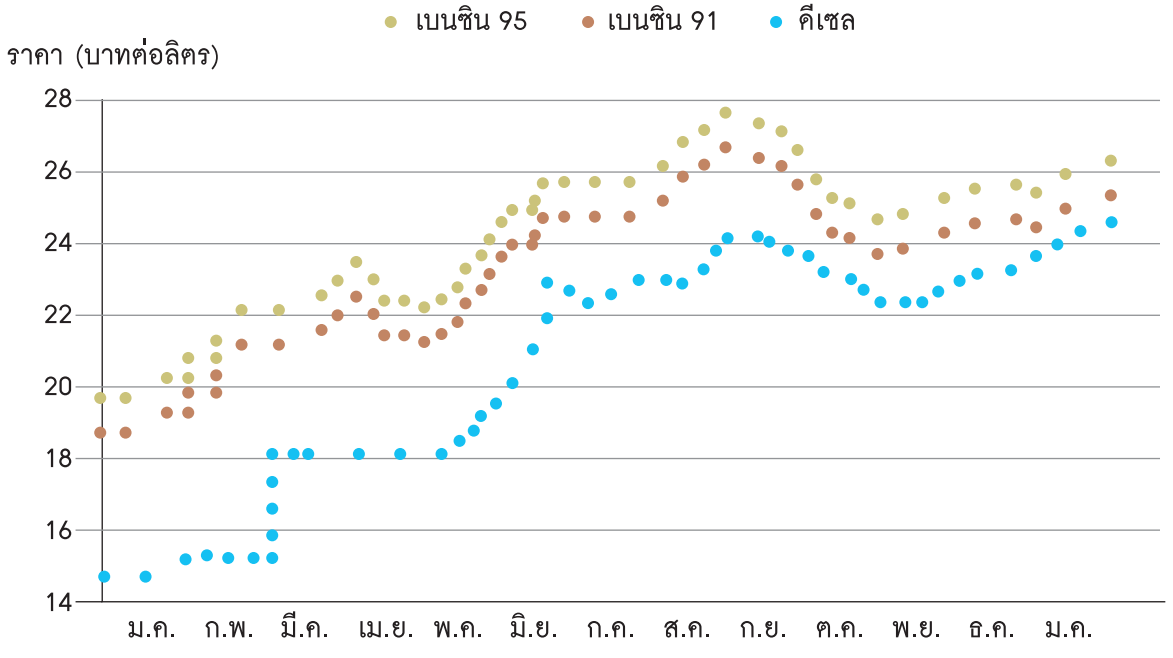
ต่อกรณีนี้ นายโสภณ สุภาพงษ์ สมาชิกวุฒิสภา และอดีตผู้บริหารบริษัท บางจากปิโตรเลียม จำกัด (มหาชน) ออกมาระบุว่ามีผู้ได้ประโยชน์โดยมิชอบจากการขึ้นราคาน้ำมันดีเซล

ครั้งนี้คิดเป็นมูลค่า 6,000 ล้าน บาท จากการสต๊อคน้ำมันจำนวน 2,000 ล้านลิตร พร้อมกับยกเป็นบทเรียนของการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ เนื่องจากบริษัทปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย (มหาชน) หรือ ปตท. เป็นเจ้าของตลาดน้ำมันดีเซลเกือบครึ่ง เมื่อเข้าตลาดหุ้นแล้วก็ต้องทำ เพื่อประโยชน์ให้กับผู้เล่นหุ้นในตลาดหลักทรัพย์ ทำให้ไม่มีคนดูแลผลประโยชน์ของผู้บริโภค[3] แต่ผู้เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพลังงาน รวมทั้งบริษัทน้ำมันรายใหญ่อย่าง ปตท. ต่างออกมาปฏิเสธเรื่องดังกล่าว และเรื่องนี้ก็ค่อยๆ เลือนหายไปจากความสนใจของสังคม

น้ำมันราคาแพง ค่าครองชีพพุ่ง

ในที่สุด 13 กรกฎาคม 2548 รัฐบาลจึงประกาศลอยตัวน้ำมันดีเซล แต่ยังคงลดภาษีสรรพสามิตและภาษีเทศบาลให้ลิตรละ 1.1 บาทต่อลิตร โดยมีตัวเลข **"หนี้กองทุนน้ำมัน" อันเนื่องมาจากการนำเงินไปอุดหนุนราคาน้ำมันนานนับปีรวม 92,070 ล้านบาท** (ชดเชยเบนซิน 286 วัน และดีเซล 551 วัน)[4] และผลจากการชดเชยราคาน้ำมันทำให้รัฐบาลต้องหาทางออกด้วยการออกพันธบัตร ตั้งวงเงินไว้ที่ 80,000 หมื่นล้านบาท ซึ่งหากคำนวณดอกเบี้ยโดยประมาณที่ร้อยละ 5 ต่อปี เท่ากับผู้ใช้น้ำมันต้องแบกรับภาระดอกเบี้ยปีละ 4,000 ล้านบาท พันธบัตรนี้มีอายุ 5 ปี เท่ากับต้องเสียดอกเบี้ยรวม 20,000 ล้านบาท![5]

ภาพแสดงราคาน้ำมันขายปลีกรายเดือน ตั้งแต่ มกราคม 2548-2549



ที่มา บริษัท ปตท.จำกัด (มหาชน)

กรมธุรกิจพลังงานรายงานว่า นับตั้งแต่มีการแทรกแซงราคาน้ำมัน มีการใช้น้ำมันเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดโดยเปรียบเทียบตัวเลขการนำเข้าน้ำมันสำเร็จรูปเฉพาะเดือนพฤษภาคม ปี 2546 เทียบกับเดือนพฤษภาคม ปี 2547 จาก 9 ล้านลิตรเพิ่มเป็น 245 ล้านลิตร คิดเป็นมูลค่าการนำเข้าเพิ่มขึ้นจาก 72 ล้านบาท เป็น 2,206 ล้านบาท ผลจากราคาน้ำมันที่เพิ่มสูงขึ้นนี้เอง ทำให้ธนาคารแห่งประเทศไทยต้องประกาศปรับลดตัวเลขการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในปี 2548 จากเดิมที่คาดว่าจะเติบโตร้อยละ 5.25-6.25 ลงมาอยู่ที่ร้อยละ 4.5-5.5[7]

นับตั้งแต่รัฐบาลลอยตัวราคาน้ำมันดีเซลจากลิตรละ 14.59 บาทจนถึง 24 บาทเศษ ในเดือนมกราคม 2549 ราคาน้ำมันได้กลายเป็น "ตัวแปร" ต่อค่าครองชีพอย่างเห็นได้ชัด ไม่ว่าจะเป็นค่าโดยสารรถเมล์ในกรุงเทพฯ รถขนส่งระหว่างจังหวัดและเครื่องบิน ต่างประกาศปรับราคาสูงขึ้น สินค้าอุปโภคบริโภคซึ่งถูกควบคุมเรื่องราคาจำหน่ายต่างพากันหันไปใช้กลยุทธ์ปรับลดปริมาณสินค้าลงแทน ชาวประมงในหลายจังหวัดถึงกับประกาศหยุดจับปลาเพราะไม่สามารถแบกรับราคาน้ำมันที่เพิ่มสูงขึ้นได้ เช่นเดียวกับผู้ประกอบการรถบรรทุกสินค้าที่ต้องหยุดวิ่ง

ขณะที่สินค้าหลักที่ใช้ในชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นสบู่ ผงซักฟอก น้ำปลา นม ปูนซีเมนต์ สีทาบ้าน ปุ๋ยเคมี และ ฯลฯ ได้พาเหรดกันขึ้นราคาถ้วนหน้าในต้นปี 2549 เพราะหากรัฐไม่ยอมให้ขึ้นราคา อาจเกิดการขาดแคลนสินค้าเหล่านี้ หรือเกิดตลาดมืดขึ้นมาได้ คือ เมื่อไม่สามารถหาซื้อสินค้าในราคาควบคุมได้ แต่ถ้ายินยอมซื้อในราคาที่สูงกว่าราคาควบคุมก็จะมีสินค้าให้เสมอ

มาตรการรับมือน้ำมันแพงแบบกลัวเศรษฐกิจพัง

การแก้ปัญหาของรัฐบาลเพื่อต่อสู้กับวิกฤตการณ์น้ำมันแพงที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด คือ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2548 ให้ใช้มาตรการประหยัดพลังงาน 3 ประการ คือ

1. ปิดสถานีบริการน้ำมัน ห้ามจำหน่ายเชื้อเพลิงทุกชนิดระหว่างเวลา 22.00-05.00 น. ยกเว้นสถานีที่ตั้งอยู่บนถนนสายหลักของการขนส่งสินค้า และคนโดยสารในเวลากลางคืน

2. กำหนดเวลาใช้ไฟฟ้าในการโฆษณาป้ายสินค้าหรือบริการ หรือประดับสถานที่ทำธุรกิจ ป้ายชื่อร้าน ป้ายชื่อโรงภาพยนตร์ ระหว่างเวลา 19.00-22.00 น.

3. ห้ามหน่วยงานของรัฐเบิกจ่ายค่าน้ำมันเบนซิน ถ้าใช้น้ำมันก๊าซโซฮอล์สามารถเบิกได้ โดยคาดว่ามาตรการดังกล่าวจะสามารถช่วยประหยัดน้ำมันเชื้อเพลิงได้คิดเป็นมูลค่า 6,680 ล้านบาท ต่อปี[8]

หลังจากมตินี้แล้ว ราคาน้ำมันยังคงทะยานสูงขึ้นต่อเนื่อง แต่ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นแทบจะทุกครั้งที่ราคาน้ำมันปรับสูงขึ้น รัฐบาลก็จะขยับตัวเรื่องมาตรการบังคับประหยัดน้ำมันในหลายรูปแบบ แต่ท้ายที่สุดแล้วก็เป็นเพียง "การหารือ" แล้วก็ผ่านไป ดังตัวอย่างเมื่อเดือนกันยายน 2548 ราคาน้ำมันเบนซินปรับสูงขึ้น 160 บาทต่อบาเรลภายในวันเดียว ทำให้นายกรัฐมนตรีสั่งการให้กระทรวงพลังงานเร่งศึกษาถึงมาตรการประหยัดพลังงานอย่างเร่งด่วน ส่งผลให้กระทรวงพลังงานเสนอมาตรการเสริมออกมาดังนี้

1. ปิดปั๊มน้ำมันเร็วขึ้น 1-2 ชั่วโมง

2. จำกัดความเร็วของรถให้ไม่เกิน 100 กิโลเมตรต่อชั่วโมง

3. เพิ่มจุดจอดแท็กซี่จาก 200 แห่ง เป็น 400 แห่ง

4. ให้สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) กำหนดมาตรฐานบังคับประหยัดไฟฟ้าเบอร์ 5 ในเครื่องใช้ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น

แต่มาตรการดังกล่าวก็ไม่ถูกนำมาใช้แต่อย่างใด[9] เพราะดูเหมือนว่าถึงที่สุดแล้วความวิตกกังวลต่อผลกระทบทางเศรษฐกิจที่รัฐบาลให้ความสำคัญก็เป็นฝ่าย "กำชัย" เสมอ เห็นได้ชัดจากการประกาศให้ห้างสรรพสินค้าร่นระยะเวลาเปิด-ปิดทำการเพื่อประหยัดพลังงาน แต่ท้ายที่สุดก็ไม่ประสบผลสำเร็จ ทำได้เพียงแค่ขอความร่วมมือในการขับรถความเร็วไม่เกิน 90 กิโลเมตรต่อชั่วโมง การปิดเครื่องปรับอากาศในช่วง 12.00-13.00 น. และการปิดไฟที่ไม่ได้ใช้บ้านละ 1 ดวงพร้อมกันทั่วประเทศ มิหนำซ้ำยิ่งนานวันไปการรณรงค์ต่างๆ ก็ค่อยๆ ทยอยเลือนหายไปจากการปฏิบัติ เช่นเดียวกับการรณรงค์ให้ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีถอดสูทเพื่อประหยัดแอร์

หากจะว่าไปแล้วสังคมไทยเคยเผชิญหน้ากับวิกฤตการณ์ด้านพลังงานมาก่อนหน้า โดยเมื่อปี 2523 สมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ มีการออกพระราชกำหนดแก้ไขและป้องกันภาวะการขาดแคลนน้ำมันเชื้อเพลิง พ.ศ. 2516 นำมาซึ่งมาตรการประหยัดพลังงานหลายประการ อาทิ ปิดโทรทัศน์ในเวลา 18.30-20.00น. ปิดปั๊มน้ำมันเวลา 18.00-06.00น. สถานบันเทิงเปิดได้เฉพาะเวลา 21.00-01.00น. ปิดไฟฟ้าป้ายโฆษณาต่างๆ[10] ผลจากวิกฤตการณ์พลังงานในยุคของรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ทำให้รัฐบาลไทยต้องเร่งมือจัดหาพลังงานภายในประเทศอย่างจริงจัง จนกระทั่งประสบผลสำเร็จในปีต่อมาเมื่อมีการค้นพบแหล่งก๊าซธรรมชาติในอ่าวไทย และมีการนำไปใช้ผลิตกระแสไฟฟ้าทดแทนน้ำมันที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศได้บางส่วน

ทางออกคือแสวงหาพลังงานทดแทน แต่ก็ก่อปัญหาใหม่ตามมา

พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีระบุว่า ราคาน้ำมันเป็นสิ่งที่ควบคุมไม่ได้ จึงต้องให้ความสำคัญกับเรื่องพลังงานทดแทนการส่งเสริมไบโอดีเซล เอทานอล ทำให้คณะรัฐมนตรีมีมติเรื่องยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาพลังงานของประเทศเมื่อ 17 พฤษภาคม 2548 มีเป้าหมายลดการใช้พลังงานโดยรวมร้อยละ 13 ในปี 2551 และร้อยละ 20 ในปี 2552 ให้ใช้เชื้อเพลิงอื่นแทนน้ำมัน โดยวางเป้าหมายว่าภายในเดือนธันวาคม 2551 จะใช้ก๊าซธรรมชาติหรือก๊าซเอ็นจีวี (NGV) ทดแทนน้ำมันเบนซินและดีเซลได้ร้อยละ 10 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2550 เป็นต้นไปจะให้มีการใช้ก๊าซโซฮอล์ 91 และ 95 ทั่วประเทศและยกเลิกการขายเบนซิน 95 สำหรับไบโอดีเซลมีการวางเป้าหมายว่าจะใช้ไบโอดีเซลวันละ 8.5 ล้านลิตร ในปี 2555 โดยให้เร่งปลูกปาล์มน้ำมันเพื่อนำมาผลิตไบโอดีเซลอย่างเร่งด่วน[12]

การโหมประชาสัมพันธ์ให้หันมาใช้พลังงานทดแทน โดยเฉพาะก๊าซโซฮอล์ (ทดแทนน้ำมันเบนซิน) ทำให้ยอดขายพุ่งสูงขึ้นถึง 9 เท่าตัว ส่งผลให้เกิดปัญหาขาดแคลนเอทานอลซึ่งเป็นส่วนผสมสำคัญ จนต้องนำเข้าจากต่างประเทศ และกลายเป็นปัญหาใหม่ที่สวนทางกับเป้าหมายของการส่งเสริมให้หันมาใช้ก๊าซโซฮอล์ เพื่อลดการนำเข้าพลังงานจากต่างประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการด้านราคาเอทานอลที่ไม่สอดคล้องระหว่างผู้ผลิตและรับซื้อ นั่นคือ ขณะที่ต้นทุนการผลิตโดยเฉพาะกากน้ำตาลพุ่งสูงขึ้นถึงลิตรละ 20 บาท แต่การรับซื้อกลับมีราคาเพียงลิตรละ 15 บาทเท่านั้น ด้วยเหตุนี้โรงงานเอทานอลที่ได้รับใบอนุญาตเรียบร้อยแล้วจึงต้องหยุดการผลิต ทำให้เกิดขาดแคลนเอทานอลตามมา[13]

ส่วนการส่งเสริมให้ใช้น้ำมันไบโอดีเซลทดแทนน้ำมันดีเซลนั้นก็ต้องอาศัยการจัดการพื้นที่เพาะปลูกและพัฒนาพืชผลิตน้ำมันโดยเฉพาะปาล์มน้ำมันที่ยังอยู่ระหว่างการเริ่มต้น และจากบทเรียนที่เกิดขึ้นกับก๊าซโซฮอล์ที่นำไปสู่การขาดแคลนจนต้องนำเข้าเอทานอลจากต่างประเทศหลายระลอก เป็นบทเรียนให้การส่งเสริมให้ใช้ไบโอดีเซลต้องดำเนินการอย่างรอบคอบมากยิ่งขึ้น ล่าสุดจึงมีการร่วมมือกันระหว่างกระทรวงพลังงานกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เพื่อดูแลเรื่องพืชวัตถุดิบในการผลิตไบโอดีเซล ทั้งการปลูกในประเทศไทยและ ประเทศเพื่อนบ้าน ขณะที่การส่งเสริมให้ใช้ก๊าซเอ็นจีวีก็นำมาซึ่งคำครหาถึงการผูกขาดผลประโยชน์ของ ปตท. เพราะเหตุว่า ปตท. คือผู้รับสัมปทานและจำหน่ายก๊าซธรรมชาติ เอ็นจีวีเพียงรายเดียวในประเทศไทย

การแก้ปัญหาที่ยั่งยืนต้องเน้นการพึ่งตนเองทางด้านพลังงาน

ในท่ามกลางแรงกดดันทั้งจากราคาน้ำมันในตลาดโลก การเพิ่มพูนผลกำไรของธุรกิจพลังงานขนาดใหญ่ และความขัดแย้งที่ยังดำรงอยู่ในโครงการต่างๆ สังคมไทยจึงยังคงต้องแบกรับความเสี่ยงอันเนื่องมาจากระบบพลังงานไทยต่อไป มีข้อเสนอแนะจากนักวิชาการที่ศึกษาปัญหาด้านพลังงานว่าหากสังคมไทยจะลดทอนความเสี่ยงเหล่านั้นในอนาคต รัฐบาลจำเป็นต้องมีนโยบายด้านพลังงานที่ชัดเจนคือ[14]

1. ต้องเน้นยุทธศาสตร์การพึ่งตนเองทางด้านพลังงานมากขึ้น

2. ปรับแนวทางการแปรรูประบบพลังงานไปสู่การเปิดกว้างและความเป็นธรรมให้มากขึ้น มิใช่เน้นที่การผูกขาดและผลกำไรเหมือนที่ผ่านมา

3. เปิดตลาดพลังงานหมุนเวียนโดยไม่ต้องผูกติดกับน้ำมันเชื้อเพลิงจากภายนอกประเทศเป็นหลักอย่างเดียว

4. เปิดกว้างให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวาง-แผนและจัดการพลังงานอย่างจริงจังในทุกระดับ

ควรย้ำตรงนี้ว่า การแสวงหาทางออกเพื่อจะ "ก้าวให้พ้น" ไปจากยุคน้ำมันราคาแพง จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการลงมือทำในหลายระดับและเร่งด่วน ไม่ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับค่าครองชีพที่เพิ่มสูงขึ้น การอนุรักษ์พลังงานอย่างเข้มข้นเป็นมาตรการที่จำเป็น เช่นเดียวกับการใช้พลังงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ขณะเดียวกันการส่งเสริมพลังงานทางเลือกอื่นๆ ที่สามารถหาได้ในประเทศซึ่งมีการดำเนินการอยู่แล้ว เพียงแต่ขาดมาตรการจูงใจรวมทั้งการขจัดอุปสรรคปัญหาที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติ เป็นเรื่องที่ล้วนแล้วแต่สามารถนำมาซึ่งความมั่นคงทางด้านพลังงานของประเทศได้ทั้งสิ้น

ปี 2549 กระทรวงพลังงานเตรียมประกาศให้เป็นปีของพลังงานทดแทน ขณะที่อัตราค่าไฟฟ้าจะปรับราคาเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน หากรัฐบาลปัจจุบันยังคงบริหารประเทศโดยเน้นไปที่ตัวเลขการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ น่าสนใจว่ารัฐบาลจะเลือกแนวทางใดในการผลักดันเศรษฐกิจให้ก้าวเดินต่อไป ภายใต้เงื่อนไขสำคัญอย่างปัญหา "น้ำมันราคาแพง" ที่ยังไม่จบลง เพราะยิ่งนานวันราคาน้ำมันในตลาดโลกก็ยังไม่มีวี่แววว่าจะหวนคืน ผู้เชี่ยวชาญด้านพลังงานต่างสรุปตรงกันว่า ถึงเวลาแล้วที่ต้องยอมรับความจริงว่า "หมดยุคน้ำมันราคาถูก"

ความมั่นคงทางด้านพลังงานที่มาจากการพึ่งตนเองจะเกิดขึ้นจริงในสังคมไทยได้หรือไม่ จึงเป็นเรื่องที่ต้องติดตามต่อไป

4

คนไข้ "ฟ้องหมอ" ความผุกร่อนของความสัมพันธ์หมอ-คนไข้

"สถานการณ์การฟ้องร้องแพทย์ กำลังทวีความรุนแรงมากขึ้นในสังคมไทย ทั้งด้านจำนวนคดีที่มีการฟ้องร้อง เรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา ไปจนถึงการร้องเรียนกล่าวหาผ่านสื่อมวลชนหลายแขนง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อบุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมไปถึงประชาชนทั่วไป ความสัมพันธ์ระหว่าง "หมอ" กับ "คนไข้" จะเดินไปในทิศทางใด และทางออกของปัญหาจะเป็นอย่างไรต่อไป เป็นเรื่องที่สังคมต้องมองหาทางออกที่เหมาะสมร่วมกัน

สถิติจำนวนกรณีแพทย์ถูกร้องเรียนต่อแพทยสภา

รายงานของแพทยสภาในเดือนมกราคม 2549 ได้สรุปจำนวนกรณีที่แพทย์ถูกร้องเรียนในปี 2548 ว่า มีเรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา รวม 258 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 0.8 ต่อจำนวนประชากรแพทย์ที่ยังมีชีวิตอยู่ และ ร้อยละ 4.1 เรื่อง ต่อจำนวนประชากรแสนคน โดยเรื่องลำดับต้นๆ ที่ถูกร้องเรียน คือ มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และการโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ดูตาราง)

ตารางแสดงจำนวนกรณีแพทย์ถูกร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาในปี พ.ศ. 2548

เรื่อง	จำนวน	ร้อยละ
มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	149	57.7
การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	66	25.6
การทำให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ	11	4.3
การไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย	8	3.1
การไม่เคารพกฎหมายบ้านเมือง	8	3.1
การออกใบรับรองเท็จและให้ความเห็นไม่สุจริต	5	1.9
การสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพที่ผิดกฎหมาย	4	1.5
การไม่ยกย่องให้เกียรติผู้ร่วมวิชาชีพ/ ผู้ร่วมงาน	3	1.2
การปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่สุภาพ	2	0.8
การปฏิเสธการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย	1	0.4
การทำการทดลองในมนุษย์โดยไม่ได้รับอนุญาต	1	0.4
รวม	258	100.0

ที่มา: แพทยสภา. 2549. รวมเรื่องทั้งหมดที่เข้าสู่การพิจารณาของคณะอนุกรรมการแพทยสภาตั้งแต่ปี 2536 จนถึงปัจจุบัน. เอกสารอัดสำเนา

นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา ชี้ว่าสาเหตุของการฟ้องร้องแพทย์ที่เกิดขึ้นเฉลี่ยวันละเกือบ 1 ครั้ง มาจากหลายปัจจัยประกอบกันคือ มาตรฐานของวิชาชีพลดลง และความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ลดน้อยลง โดยเฉพาะการสื่อสารที่ดีระหว่างหมอกับคนไข้ การให้สัญญามากเกินไปจากหมอ ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่สูงขึ้น การรักษาพยาบาลโรคบางโรคซับซ้อนขึ้น ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินมาก หมอไม่รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติ ไม่เปิดโอกาสให้มีส่วนตัดสินใจ ไม่บอกความจริงกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยทราบความจริงจากผู้อื่นก็ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจ[1]

ณ เดือนมกราคม 2549 มีเรื่องร้องเรียนที่ยังค้างอยู่ระหว่างการพิจารณาของแพทยสภาถึง 353 เรื่อง (คงค้างเรื่องเดิม 218 เรื่อง และ 135 เรื่องในปี 2548) ในจำนวนนี้แพทยสภาได้พิจารณาสิ้นสุดแล้ว 218 เรื่อง แยกเป็นเรื่องที่มีมูล 76 เรื่อง (ร้อยละ 35.5) ไม่มีมูล 138 เรื่อง (ร้อยละ 64.5) และมีการจำหน่ายเรื่องส่งกลับอีกรวม 4 เรื่อง สำหรับรอบปี 2548 จำนวนคดีที่มีมูลและผ่านการพิจารณาของคณะอนุกรรมการสอบสวนเรียบร้อยแล้ว มีรวม 154 เรื่อง คณะกรรมการแพทยสภามีมติให้ส่งกลับและอื่นๆ 23 เรื่อง ยกข้อกล่าวหา/กล่าวโทษ 85 เรื่อง มีมติลงโทษ 46 เรื่อง แยกเป็น ว่ากล่าวตักเตือน 38 เรื่อง ภาคทัณฑ์ 7 เรื่อง และพักใช้ใบอนุญาต 1 เรื่อง

ควรตั้งข้อสังเกตว่า **นับตั้งแต่มีการก่อตั้งแพทยสภามาตั้งแต่ปี 2511 มีการลงโทษเพิกถอนใบอนุญาตแพทย์เพียง 2 ราย เท่านั้น**[2]

ข้อมูลข้างต้นนี้ ทำให้เข้าใจได้ว่า เพราะเหตุใดประชาชนหรือผู้บริโภคจึงมีการร้องเรียนและกล่าวหาแพทย์ผ่านทางสื่อมวลชนมากขึ้น รวมถึงการฟ้องร้องทางคดีที่มีขนาดและมูลค่าความเสียหายที่เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสูงขึ้น สาเหตุส่วนหนึ่งคงมาจากกระบวนการสอบสวนข้อเท็จจริงที่มีปัญหาในเรื่องความไม่โปร่งใสและคุณภาพของการตรวจสอบกันเองขององค์กรวิชาชีพ ที่สำคัญคือ ปัจจุบันประชาชนรับรู้ถึงความมี "สิทธิ" มีเสียงของตนเองมากขึ้น โอกาสในการเข้าถึงสื่อมวลชนมีมากขึ้น และสังคมให้ความสนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นมากขึ้นด้วย

จาก "คลพร" ถึง "คอกรัก"

ปี 2548 อาจกล่าวได้ว่า เป็นปีแห่งความโชคดีของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการรับบริการทางการแพทย์ เพราะวงการสุขภาพหันมาเอาใจใส่เรื่องนี้มากขึ้นมาก โดยเฉพาะคดีของ **นางคอกรัก เพ็ชรประเสริฐ** ที่ศาลจังหวัดนนทบุรีมีคำพิพากษาให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขชดใช้เงินค่าเสียหายเป็นเงิน 800,000 บาท พร้อมอัตราดอกเบี้ยอีกร้อยละ 7.5 ต่อปี เป็นเวลานาน 6 ปี รวมเป็นเงินเกือบ 2 ล้านบาท จากกรณีที่ผู้เสียหายเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์แล้วเกิดอาการแพ้ยาจนตาบอดสนิททั้ง 2 ข้าง

แม้ว่าคดีของ "คอกรัก" จะไม่ใช่คดีแรกในประวัติศาสตร์ที่คนไข้ลุกขึ้นมาทวงสิทธิของตนเองจากแพทย์ แต่ก็ถือได้ว่าเป็นคดีที่สร้างความตื่นตัวในวงการแพทย์บ้านเราไม่น้อย

ย้อนกลับไปเมื่อประมาณกว่า 10 ปีที่แล้ว **นางคลพร ล้อเสริมวัฒนา** ประธานเครือข่ายผู้ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ ฟ้องร้องโรงพยาบาลพญาไท 1 ฐานทำคลอดจนบุตรชายพิการโดยปักหลักต่อสู้คดีนานกว่า 13 ปี ล่าสุดศาลมีคำสั่งยกฟ้อง ไม่ใช่ด้วยเหตุผลของความผิดถูก แต่เนื่องจากคดีหมดอายุความ

อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้เสียหายอีกจำนวนมาก ที่ได้รับผลกระทบจากบริการทางการแพทย์ แต่ไม่สามารถต่อสู้เรียกร้องให้ได้รับความเป็นธรรมได้ ไม่ว่าจะด้วยปัญหาของการขาดความรู้ทั้งด้านการแพทย์ และกฎหมาย ที่บางครั้งกระบวนการฟ้องร้องคดีทางศาล อาจมีข้อจำกัดที่เพิ่มความทุกข์ให้กับผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหาย จนในที่สุดต้องตัดสินใจ "ถอนฟ้อง" หรือ "ยอมความ" มากกว่าที่จะต่อสู้ในสภาพรักษาตัวไปสู้คดีไป และในที่สุดก็อาจจะประสบกับภาวะเช่นเดียวกับนางคลพร คือ "คดีหมดอายุความ" โดยโจทก์หรือผู้ร้อง ต้องสิ้นเปลืองเงินทองทรัพย์สิน รวมถึงต้องแบกรับความทุกข์อันเกิดจากความยากลำบากดังกล่าว

ตัวอย่างคดีที่มีการฟ้องร้องแพทย์ปรากฏทางสื่อมวลชนในช่วงปี 2548

คดีนิ่วในกรวยไต นางสุมาลี นิกรแสน ฟ้องแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถึงการเสียชีวิตของนางระเบียบ ชุ่ยหิรัญ ภายหลังเข้ารับการรักษาด้วยโรคนิ่วในกรวยไต แต่ต่อมาแพทย์ระบุว่าเสียชีวิตเนื่องจากเสียเลือดมาก[3] นายแพทย์วินิจ พัวประดิษฐ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี ชี้แจงว่าเรื่องที่เกิดขึ้นเป็นความไม่เข้าใจระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย

คดี "น้องครีม" นายพูลสวัสดิ์ พิฑูรธรรม เจ้าของอู่รถยนต์ย่านลาดพร้าว ฟ้องร้องแพทย์โรงพยาบาลรามคำแหง กรณีการรักษาด้วยวิธีเจาะไขสันหลัง ด.ญ.พัณณิตา พิฑูรธรรม หรือน้องครีม วัย 4 เดือน บุตรสาวที่เข้ารักษาตัวด้วยอาการซึม อาเจียน ไม่ยอมกินนม จนเสียชีวิต โดยแพทย์ระบุว่าเด็กเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต[4]

คดีทำคลอดถึงตาย นายอกนิษฐ์ เต็มไพโรจน์ แจ้งความดำเนินคดีกับ พ.ท.นายแพทย์ยรรยง อิ่มสุวรรณ สูตินรีแพทย์โรงพยาบาลเอกปทุม กรณีการเสียชีวิตของนางไพจิตร เมืองตุ้ม หลังจากเข้ารับการทำคลอดและเกิดอาการตกเลือด ซึ่งแพทย์ยืนยันว่าเป็นเหตุสุดวิสัย เนื่องจากการตั้งครรภ์มีความผิดปกติ และตำแหน่งรกเกาะต่ำ[5]

คดีเด็กช็อคจากการทำฟันจนเป็นเจ้าชายนิทรา นางสาวทิวากาล อ่อนใย ฟ้องเรียงค่าเสียหายจากกระทรวงสาธารณสุข ต้นสังกัดโรงพยาบาลชุมแสง อ.ชุมแสง จ.นครสวรรค์ กรณีที่รักษาอาการฟันผุและเกิดความผิดพลาด จนทำให้ ด.ช. ชนายุทธ ปะคังถาเน บุตรชายวัย 3 ขวบ (ปัจจุบันอายุ 6 ขวบ) สมองและร่างกายพิการมือขาลีบ อาการคล้ายเจ้าชายนิทรา ตั้งแต่ปี 2546 จวบจนเดือนมกราคม 2549 ศาลแพ่ง จ.นนทบุรี จึงตัดสินให้กระทรวงสาธารณสุขชดใช้ค่าเสียหายให้ ด.ช. ชนายุทธ เป็นเงิน 2,400,000 บาท และจ่ายให้กับ น.ส. ทิวากาล ผู้เป็นมารดาเป็นค่าอุปการะ 1,070,000 บาท พร้อมดอกเบี้ยร้อยละ 7.5 ต่อปี รวมทั้งค่าทนายความ 20,000 บาท[6]

"กรณีน้องเซน" ความเห็นที่ไม่ลงรอยระหว่างรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขกับแพทยสภา

กรณีที่ดูเหมือนจะเป็นการสะท้อนให้เห็นภาพของการปกป้องบุคคลในวิชาชีพจากองค์กรวิชาชีพมากที่สุด คือ กรณีของ น้องเซน หรือ ด.ช. พิรชัช ชนะราวี ที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ หลังจากมีอาการไข้สูงถึง 41 องศาเซลเซียส และมาโรงพยาบาลถึงสองครั้งแต่แพทย์ไม่ยอมรับตัวไว้รักษาจนกระทั่งเสียชีวิต และต่อมานายพินิจ จารุสมบัติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกมายอมรับผิด และว่าเป็นความบกพร่องในการทำงานของแพทย์ สร้างความไม่สบายใจให้กับกรรมการแพทยสภาที่ต้องทำหนังสือขอเข้าพบเพื่อชี้แจงข้อเท็จจริงต่อรัฐมนตรี จนนำไปสู่การจัดเวทีสัมมนาวิชาการเพื่อหาทางออกของ "วิกฤติความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้" เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2549

แพทย์หญิงเชิดชู อริยศรีวัฒนา อนุกรรมการและเลขานุการ คณะอนุกรรมการบริหารแพทยสภา กล่าวถึงกรณีดังกล่าวว่า ไม่ได้เป็นความไม่พอใจของแพทยสภา หากแต่เป็นความไม่สบายใจต่อการให้สัมภาษณ์ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาวิกฤตในวงการแพทย์อันเนื่องมาจากการขาดขวัญและกำลังใจในการทำงานของแพทย์ ซึ่งขณะนี้ต้องทำงานภายใต้ความขาดแคลนและข้อจำกัดต่างๆ อย่างมาก ที่สำคัญในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนั้น แม้ว่าแพทย์จะได้ใช้ดุลยพินิจในการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว แต่โอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนก็มีอยู่ไม่ใช่ไม่มีเลย

แพทย์หญิงเชิดชู ระบุว่า **ปัจจุบันการฟ้องร้องแพทย์ทั้งคดีแพ่งและอาญาในข้อหาฆ่าคนตายโดยประมาท ส่งผลให้โรงพยาบาลอำเภอบางแห่งเลิกผ่าตัด และ เลิกทำคลอด โดยเฉพาะในรายที่คลอดลำบาก โดยส่วนใหญ่จะตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความพร้อมมากกว่า** และว่ารัฐบาลควรจัดตั้งกองทุนชดเชยเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนแก่ประชาชนที่อาจจะเกิดโรคแทรกซ้อนหรืออาการอันไม่พึงประสงค์จากการรักษาพยาบาล โดยไม่ถือว่าเป็น "ความผิด" ของแพทย์ผู้รักษา โดยเฉพาะหากพิสูจน์ได้ว่าแพทย์ได้ประกอบวิชาชีพโดยสุจริตตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว[7]

"แพทยสภา" ออกประกาศคุ้มครองตนเอง

อนึ่งก่อนหน้านี้แพทยสภาได้นำเสนอ "ร่างประกาศแพทยสภา เรื่องข้อเท็จจริงทางการแพทย์" ที่ถือได้ว่าเป็นครั้งแรกของวงการแพทย์แผนปัจจุบันของประเทศไทย ที่จะมีการประกาศต่อสาธารณะว่า สมาชิกของแพทยสภา (ซึ่งหมายถึงแพทย์ทุกคนในประเทศไทย) จะเลือกตรวจหรือไม่ตรวจรักษาคนไข้ก็ได้ หากเป็นกรณีที่ไม่ฉุกเฉิน[8] เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งในอีกด้านหนึ่งอาจมองได้ว่า เพื่อเป็นการปกป้องแพทย์จากการถูกฟ้องหรือดำเนินคดีนั่นเอง!

แพทยสภาประกาศว่าจะผลักดันร่างประกาศดังกล่าวในปี 2549 นี้ ถือเป็นการประกาศสิทธิผู้ป่วย ฉบับที่ 2 ที่มีสิทธิของแพทย์รวมอยู่ด้วย เพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างแพทย์กับประชาชน[9]

"ระบบชดเชยความเสียหาย" คือคำตอบสุดท้าย... จริงหรือ ?

ในปัจจุบัน เราไม่สามารถปฏิเสธความเป็นธุรกิจของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้

ที่สำคัญเมื่อบริการสุขภาพหลากหลายรูปแบบกลายเป็นการตลาดที่มีแพทย์เป็น "ผู้ขายบริการ" และผู้ป่วยเป็น "ผู้ซื้อบริการ" มากกว่าที่จะเป็นเรื่องของการเยียวยารักษาหรือช่วยชีวิตแต่เพียงด้านเดียว ซึ่งหากไม่มีระบบการดูแลความเสียหายที่เกิดขึ้นจากบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพแล้ว

เชื่อว่าในอนาคตปัญหาการฟ้องร้องแพทย์จะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบในทางลบต่อประชาชนมากขึ้นด้วย

ในสหรัฐอเมริกา มีระบบชดเชยความเสียหายที่เรียกว่า "เวชศาสตร์เงินนำ"[10] ที่แพทย์ใช้วิธีการทำประกันชีวิตเพื่อป้องกันตนเอง โดยจ่ายเบี้ยประกันในอัตราที่สูง และทำการตรวจรักษาแบบครอบคลุมหรือเกินความจำเป็นเพื่อเป็นการป้องกันตนเอง (defensive medicine) นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เปิดเผยตัวเลขค่าใช้จ่ายเหล่านี้ในสหรัฐอเมริกาว่า[11] สูงถึงร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายในด้านสาธารณสุข หรือคิดเป็นร้อยละ 4 ของจีดีพีของสหรัฐฯ ที่ถูกใช้ไปเพื่อกระบวนการทางกฎหมาย เงินจ่ายเบี้ยประกัน แทนที่จะนำมาเพื่อรักษา

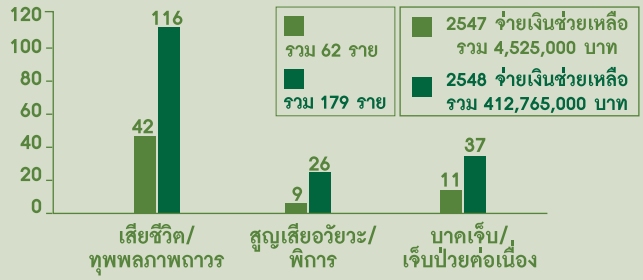
ขณะที่ในอังกฤษ นิวซีแลนด์ แคนาดา ฟินแลนด์ และฝรั่งเศส **มีระบบชดเชยความเสียหาย ที่ไม่ได้มุ่งไปที่การหาคำตอบว่า "ใครผิด" แต่ดูว่าความผิดพลาดนั้นเกิดขึ้นจริงหรือไม่ และเป็นความผิดพลาดที่เกิดจากการรักษาหรือไม่ มีการจัดตั้งกองทุนขึ้นมาเพื่อดูแลเมื่อเกิดความเสียหาย** และมีคณะกรรมการกลางพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับบริการทางการแพทย์ ข้อดีของระบบนี้ส่งผลให้เกิดการช่วยเหลือชดเชยให้แก่ผู้เสียหายอย่างทันท่วงที ทำให้ในประเทศเหล่านี้ มีการฟ้องร้องทางคดีต่อแพทย์น้อยกว่าในสหรัฐอเมริกาถึง 3-4 เท่า[12]

ที่น่าสนใจ ก็คือในประเทศเหล่านี้ ผู้ที่เรียกร้องให้เกิดระบบชดเชยนี้คือ กลุ่มวิชาชีพแพทย์ เพื่อก้าวหลุดจากการฟ้องร้อง ขณะที่ในเมืองไทย ผู้ที่เรียกร้องระบบชดเชยความเสียหายกลับเป็นกลุ่มผู้เสียหายขณะที่แพทย์มัววุ่นกับการหาทางป้องกันตนเองในระบบฟ้องแพทย์

สำหรับประเทศไทย มาตรา 41 ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีกลไกชดเชยความเสียหายแต่ครอบคลุมเฉพาะผู้อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการเยียวยาความผุกร่อนของระบบบริการการแพทย์และลดขนาดความรุนแรงของปัญหาการฟ้องร้องแพทย์ในบ้านเรา เนื่องจากหากปล่อยให้มีการใช้มาตรการทางกฎหมายมาควบคุมหรือป้องกันความผิดพลาดในการรักษา อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างหมอกับคนไข้มากขึ้น ที่สำคัญการใช้กฎหมายอาจนำไปสู่ความล่มสลายของระบบบริการในที่สุด และผู้ที่เสียประโยชน์ก็คือประชาชนนั่นเองที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น และแพทย์สามารถปฏิเสธการรักษาเพื่อป้องกันตนเองมากขึ้น

ในช่วงปี 2547-2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในฐานะหน่วยงานภายใต้กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 โดยใช้เงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปแล้วจำนวน 17 ล้านบาท โดยในปี 2547 จ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นจำนวน 4.5 ล้านบาท และเพิ่มเป็น 12.7 ล้านบาท ในปี 2548 คิดเป็นร้อยละ 7.2 ของเงินช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งหมดที่กันไว้ ในปี 2547 มีผู้ขอรับเงินช่วยเหลือจำนวน 85 ราย เข้าเกณฑ์ได้รับเงินช่วยเหลือ 62 ราย ปี 2548 ผู้ขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มขึ้นเป็น 218 ราย เข้าเกณฑ์ที่สมควรได้รับเงินช่วยเหลือ 179 ราย เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของการขอรับเงินช่วยเหลือดังกล่าวพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66) เป็นผู้เสียหายที่ถึงแก่ชีวิตหรือทุพพลภาพ รองลงมาเป็นผลมาจากการบาดเจ็บต่อเนื่อง และการสูญเสียอวัยวะหรือพิการ (ดูภาพ)

ภาพแสดงผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลและได้รับการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ปีงบประมาณ 2547-2548



สำหรับสังคมไทย ขณะนี้สัญญาณของการเดินตามก้นสหรัฐอเมริกา ในเรื่องของการฟ้องร้องแพทย์เริ่มปรากฏชัดมากขึ้น เมื่อบริษัทประกันชีวิตของไทยบางแห่ง เริ่มมีการออกกรมธรรม์ "ประกันความผิดพลาดในการประกอบวิชาชีพ" หรือที่เรียกว่า Malpractice Insurance มาเสนอขายให้กับผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แล้ว นอกจากนี้ สำนักงานทนายความบางแห่ง ลงประกาศโฆษณาทางหนังสือพิมพ์ว่า "รับทำคดีการรักษา" เรียกง่ายๆ ว่า "คดีฟ้องแพทย์"[13] หากสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นจริงในสังคมไทย ก็เชื่อแน่ว่าผู้ที่รับเคราะห์ในเรื่องนี้ก็คือ "ประชาชน" นั่นเอง เพราะกระบวนการของระบบกรมธรรม์ดังกล่าว และระบบคดีจากการรักษานั้นจะก่อให้เกิดผลติดตามมาดังนี้

(1) ประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น เพราะค่าประกันความผิดพลาดในการประกอบวิชาชีพ และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากวิธีการรักษาเพื่อพยายามป้องกันตนเองของแพทย์ ได้แก่ การสั่งตรวจด้วยเครื่องมือแพทย์ ราคาแพทย์ หรือการพึ่งพิงเทคโนโลยีทางการแพทย์มากขึ้นโดยไม่จำเป็น ซึ่งค่าใช้จ่ายทุกอย่างนี้จะล้วงมาจากกระเป๋าคนไข้ทั้งสิ้น

(2) การถูกตรวจและรักษาโดยไม่จำเป็นมากขึ้นนี้ นอกจากทำให้คนไข้เสียเวลาแล้ว ยังอาจได้รับอันตรายมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกามีรายงานจากสถาบันเวชกรรม (Institute of Medicine) ว่าการรักษาเกินความจำเป็นนี้ส่งผลให้มีการตายปีละถึง 50,000-100,000 คน ซึ่งสูงกว่าการตายจากอุบัติเหตุ

(3) กระบวนการทั้งหมดนี้ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับหมอตึงเครียดขึ้น ทั้งหมอและคนไข้อาจเกิดความมั่นใจในการรักษา ขณะที่ญาติและคนไข้จะขาดความไว้วางใจกระบวนการรักษาพยาบาล

5 การระบาดและกลโกงของหนี้เงินด่วน

"ภาวะหนี้ท่วมตัวไม่เพียงส่งผลร้ายต่อเศรษฐกิจของประเทศ แต่ส่งผลถึงการดำรงชีวิตในปัจจุบันของลูกหนี้และอนาคตที่มืดมนเพราะสิ้นไร้การออม มีรายได้เท่าไรก็ไปจบลงที่การชำระหนี้ การเป็นหนี้คือความทุกข์สาหัสของลูกหนี้เมื่อไม่มีปัญญาจ่ายคืนได้ เพราะจะถูกกดดันอย่างหนักหน่วงจากเจ้าหนี้ ซึ่งอาจนำไปสู่ทางออกที่ไม่พึงประสงค์ คือ เกิดอาการเครียดจนซึมเศร้า เป็นโรคจิตประสาท จนถึงการฆ่าตัวตาย หรืออาจลงเอยด้วยการก่อคดีอาชญากรรม

ปัญหากลโกงของหนี้เงินด่วนต่างๆ ที่ปะทุเห็นชัดเจนในปี 2548 ชี้ว่า ความยากจนคงจะไม่มีวันหมดไปจากสังคมไทยเป็นแน่ เพราะแม้สภาวะเศรษฐกิจของประเทศเติบโตอย่างต่อเนื่องดูเหมือนว่าประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่ทว่าค่าครองชีพก็ทยานสูงขึ้นเทียมกันหรือสูงกว่า จนครอบครัวจำนวนมากเกิดปัญหารายจ่ายสูงกว่ารายได้ ต้องดิ้นรนขวนขวายกู้หนี้ยืมสินจนเกิดภาวะ "หนี้สินท่วมตัว" ซึ่งมีทั้งหนี้ที่เกิดจากความเต็มใจเพื่อสนองความต้องการทางด้านวัตถุ หนี้ที่เกิดจากความจำเป็นทางเศรษฐกิจส่วนตัว และหนี้ไม่รู้จบจากความไร้เดียงสาไม่ทันเหลี่ยมคู่ทางธุรกิจบริการสินเชื่อหรือแก๊งเงินกู้นอกระบบ

ประชาชนไม่จับจ่าย เศรษฐกิจย่อมไม่โต

ด้วยหวังกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศ รัฐบาลจึงส่งเสริมให้ประชาชนจับจ่ายใช้สอยและลงทุนกันมากขึ้น โดยสนับสนุนธุรกิจให้บริการสินเชื่อทั้งที่เป็นสถาบันการเงินทางการอย่างธนาคาร และสถาบันการเงินที่ไม่ใช่ธนาคาร จนกลายเป็นแหล่งเงินกู้ที่เข้าถึงง่ายสำหรับประชาชน แต่การเข้าถึงแหล่งเงินกู้ได้สะดวกมีทั้งส่วนดีและส่วนเสีย

ส่วนดี คือช่วยให้การดำเนินธุรกิจและการดำเนินชีวิตคล่องตัวขึ้น สามารถนำมาเป็นทุนเพื่อการใช้จ่ายในการสะสมสินทรัพย์ประเภททุนที่สามารถสร้างหรือมีมูลค่าเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป สามารถลดต้นทุนจากการกู้ยืมเงินนอกระบบที่มีอัตราดอกเบี้ยสูงมาก

ส่วนเสีย คือ ถ้าไม่มีวินัยทางการเงินที่ดีแล้ว การเข้าถึงแหล่งเงินกู้ได้ง่ายจะส่งผลเสียอย่างรุนแรง โดยเฉพาะการกู้ยืมเพื่อใช้จ่ายไปกับสินทรัพย์ที่มีแนวโน้มเสื่อมค่าสูง ไม่ได้สร้างผลตอบแทนกลับคืนแต่กลับสร้างภาระหนี้สินเพิ่มสูงขึ้น

คนไทยสนใจก่อหนี้มากกว่าการออม และส่วนมากเป็น หนี้ "นอกระบบ"

ภาวะหนี้สินมีความสัมพันธ์ชัดเจนต่อปัญหาความยากจน ดังรายงานเรื่อง "ปัญหาความยากจนในสังคมไทยกับภาระหนี้สินภาคครัวเรือน" ของศูนย์วิจัยกสิกรไทย ในปี 2547 ที่พบว่า การก่อหนี้ของประชาชนไทยยังคงเป็นไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้นและยังมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับการเพิ่มขึ้นของรายได้ ในปี 2548 มีงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้จ่ายและการออมของประชาชน และนัยของแนวโน้มคุณภาพของแรงงานหลังวัยเกษียณ ได้ข้อสรุปที่น่าสนใจ คือ[1]

ระดับการออมของครัวเรือนที่เคยอยู่ในระดับสูง แต่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง คือ จากระดับสูงสุดร้อยละ 35 ในปี 2534 ลดลงต่ำเหลือร้อยละ 31 ในปี 2546 การลดลงของการออมสุทธิภาครัฐและภาคครัวเรือนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การออมในภาพรวมของประเทศลดลงเป็นเพราะ

1. การออมภาคครัวเรือนลดลงจากการเพิ่มขึ้นของการบริโภค โดยเฉพาะกลุ่มสินค้าคงทน เช่น รถยนต์ โทรศัพท์มือถือ เครื่องใช้ไฟฟ้า ฯลฯ การเพิ่มขึ้นของการบริโภคในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ส่วนหนึ่งเกิดจากการเข้าถึงแหล่งเงินกู้ยืมได้สะดวกขึ้น

2. ครัวเรือนทุกกลุ่มอายุมีการอุปโภคบริโภคเพิ่มสูงขึ้น อัตราการออมของกลุ่มผู้มีรายได้น้อยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มรายได้อื่น ปัจจัยที่ทำให้การออมของภาคครัวเรือนลดลงคือ การสามารถเข้าถึงการกู้ยืมได้สะดวกกว่าเดิม ทำให้เกิดชะล่าใจและไม่กังวลว่าเงินจะขาดมือเมื่อมีเหตุจำเป็น

การทวงหนี้แบบกัดไม่ปล่อย

เมื่อเกิดความสัมพันธ์ "เจ้าหนี้-ลูกหนี้" หากลูกหนี้ผิดนัดชำระเงิน ก็เกิดการทวงหนี้ขึ้น ซึ่งมีหลายวิธีด้วยกันคือ กรณีหนี้ในระบบ สถาบันการเงินจะมีทั้งส่วนที่เป็นฝ่ายติดตามทวงหนี้ของสถาบันฯเอง และส่วนหนึ่งใช้วิธีว่าจ้างบริษัทรับทวงหนี้จากภายนอก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสำนักงานบริการด้านกฎหมาย โดยสถาบันการเงินให้ผลตอบแทนในอัตราร้อยละ 20 - 40 หากติดตามหนี้กลับมาได้

ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่มาของการติดตามทวงหนี้แบบ "ไม่ไว้หน้า" จิกกัดไม่ปล่อย ลูกหนี้หลายรายถูกคุกคาม และถูกตามรังควานจากการทวงหนี้ ที่ว่ากันว่าไม่ต่างอะไรจากการขู่กรรโชกหรือทำร้ายจิตใจลูกหนี้ บางรายเข้าขั้นคุกคามไปถึงผู้คนในครอบครัว ประจานให้ลูกหนี้ต้องอับอายในที่ทำงานด้วยการบอกกล่าวกับบุคคลที่สาม

ในกรณีเงินกู้นอกระบบ ส่วนใหญ่ผู้ให้กู้จะเป็นผู้มีอิทธิพลในท้องถิ่นหรือชุมชน ซึ่งวิธีการทวงหนี้จะมีหลากหลายรูปแบบยิ่งกว่าหนี้ในระบบ มีทั้งการข่มขู่คุกคามที่อาจรุนแรงถึงขั้นทำลายทรัพย์สินและทำร้ายร่างกายอย่างที่ปรากฏเป็นข่าวให้ได้ประจักษ์กันบ่อยครั้ง

สินเชื่อส่วนบุคคลกับดอกเบี้ยสุดโหด

ก่อนหน้าวันที่ 1 กรกฎาคม 2548 มีสถาบันการเงินที่ไม่ใช่ธนาคารซึ่งเรียกกันทั่วไปว่า น็อนแบงก์ (non-bank) ได้เปิดให้บริการ "สินเชื่อส่วนบุคคล" หรือเรียกง่ายๆ ว่า "บริการให้กู้เงินด่วนอย่างรวดเร็ว" ขึ้นมากมาย เช่น อีซี่บาย จีอีแคป-ปิตอล ควิกแคช และอิออน เป็นต้น ด้วยวิธีการโฆษณาของสถาบันเหล่านี้ที่เน้นความง่ายในการเข้าถึงเงิน ทำให้มีผู้บริโภคจำนวนมาก "หลง" เข้าไปเป็นลูกค้า โดยไม่ได้ตระหนักเลยว่า ตอนกู้นั้นง่ายจริง แต่การทำให้ตัวเองพ้นภาระหนี้สินกับน็อนแบงก์เหล่านี้ช่างยากเหลือเกิน จนวันที่ 21 พฤศจิ-กายน 2548 ทนายความอิสระและผู้บริโภคจำนวน 7 ราย ได้แจ้งความดำเนินคดีกับบริษัทสยามเอแอนด์ซี หรืออีซี่บาย ในข้อหาเรียกดอกเบี้ยเกินกว่าอัตรากฎหมายกำหนด เรื่องดอกเบี้ยโหดน็อนแบงก์ จึงกลายเป็นกระแสร้อนแรงในช่วงปลายปี 2548

ประสบการณ์ของผู้บริโภครายหนึ่งที่กู้เงินจากบัตรอีซี่บาย[2]

วันที่ 13 พฤษภาคม 2547 กู้เงิน 52,000 บาท

หักค่าธรรมเนียม 4,000 บาท ได้รับเงิน 48,000 บาท

กำหนดผ่อนชำระเดือนละ 2,000 บาท แต่ไม่มีการระบุจำนวนงวดที่ต้องผ่อนชำระ

ผ่อนไป 13 งวดต่อเนื่องไม่เคยขาดส่ง รวมเป็นเงิน 26,000 บาท วันที่ 7 กรกฎาคม 2548 ได้รับแจ้งว่ามียอดหนี้คงเหลือถึง 51041.56 บาท เท่ากับส่ง 13 เดือน 26,000 บาท ถูกหักเป็นเงินต้นเพียง 958.44 บาท ที่เหลือคือดอกเบี้ย 25,041.56 บาท (26,000 บาท - 958.44 บาท)

คิดเป็นดอกเบี้ยเท่ากับ 48 ต่อปี

การคิดดอกเบี้ยโหดระดับเกือบร้อยละ 50 นี้ ทางอีซี่บายได้ออกมาแถลงการณ์ยอมรับว่า เป็นเรื่องจริง แต่เกิดขึ้นเฉพาะลูกค้าที่ทำสัญญาเงินกู้ก่อนวันที่ 1 กรกฎาคม 2548 ซึ่งธนาคาร แห่งประเทศไทยได้ออกประกาศเพื่อควบคุมการประกอบธุรกิจสินเชื่อส่วนบุคคลภายใต้การกำกับ สำหรับผู้ประกอบธุรกิจที่มิใช่สถาบันการเงิน โดยมีข้อกำหนดในเรื่องอัตราค่าธรรมเนียมและดอกเบี้ยไว้ดังนี้

"การคิดอัตราดอกเบี้ยให้คิดได้ในอัตราไม่เกินร้อยละ 15 ต่อปี และเมื่อรวมกับค่าปรับ ค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ตามที่ได้จ่ายไปจริง และพอสมควรแก่เหตุไม่ให้คิดเกินกว่าอัตราร้อยละ 28 ต่อปี"

ปัจจุบันมีผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากกรณีการคิดดอกเบี้ยโหดสุดๆ นี้ ได้ทยอยแจ้งความต่อเนื่องนับเป็นจำนวนกว่าร้อยราย แต่ละคนมีปัญหาไม่แตกต่างกัน ซึ่งทางสถาบันการเงินดังกล่าวได้พยายามปรับตัวเพื่อลดกระแสความร้อนแรงของสังคม ด้วยการเรียกลูกหนี้มาปรับสัญญาใหม่ ทางองค์กรผู้บริโภคได้พยายามเรียกร้องให้ผู้บริโภคอย่ายินยอมปรับสัญญาใหม่ แต่ให้สู้กันให้ถึงที่สุดในชั้นศาลเพื่อให้ความจริงได้ประจักษ์ชัดว่า ลูกหนี้มิได้มีเจตนาจะโกงเงินกู้ แต่เป็นเพราะเจ้าหนี้มีเจตนาผูกพันลูกหนี้ไว้ด้วยดอกเบี้ยและค่าธรรมเนียมที่สูงเกินกว่าจะยอมรับได้

ในประเด็นทางกฎหมาย การกู้เงินลักษณะสินเชื่อเงินสดนี้ ได้ทำให้เกิดความคิดเห็นเป็นสองฝ่าย คือ การคิดดอกเบี้ยและค่าธรรมเนียมต่างๆ ตามที่ธนาคารแห่งประเทศไทยประกาศไว้ที่ร้อยละ 28 ต่อปีนั้นก็ยังถือว่า "ผิด" เพราะขัดต่อประมวลกฎหมายกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ที่กำหนดไม่ให้คิดดอกเบี้ยเกินกว่าร้อยละ 15 ต่อปี

แต่ทางฝ่ายธนาคารแห่งประเทศไทยชี้แจงว่า เจตนาของการออกหลักเกณฑ์ดังกล่าวเพื่อดูแลและคุ้มครองประชาชนไม่ให้ถูกเอารัดเอาเปรียบจากผู้ประกอบการ ซึ่งก่อนที่ธนาคารแห่งประเทศไทยจะออกหลักเกณฑ์มานั้น ผู้ประกอบการบางรายคิดอัตราดอกเบี้ยสินเชื่อส่วนบุคคล รวมกับค่าบริการ ค่าปรับ ค่าธรรมเนียมสูง ถึงร้อยละ 30-50 ทั้งนี้ หากว่าธนาคารแห่งประเทศไทยเป็นฝ่ายผิด จะทำให้หลักเกณฑ์ที่ออกมาต้องถูกยกเลิกไปและจะส่งผลให้ประชาชนต้องกลับไปพึ่งสินเชื่อนอกระบบเช่นที่ผ่านมา นอกจากนี้ การใช้อำนาจออกกฎเกณฑ์ดังกล่าวเป็นไปตามประกาศของกระทรวงการคลังที่อาศัยอำนาจตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 58 ดังนั้นหากระบุว่า ธนาคารแห่งประเทศไทยมีความผิดก็จะส่งผลไปถึงกระทรวงการคลังด้วย[3] ซึ่งใครจะเป็นฝ่ายผิดฝ่ายถูกทางทนายความอิสระซึ่งเป็นผู้นำผู้บริโภคไปแจ้งความจับน็อนแบงก์ได้นำเรื่องสู่ศาลปกครองแล้ว

เงินด่วนฉุกเฉินกับนิติกรรมอำพราง: การต่อยอดของนักฉวยโอกาส

ในรอบปี 2548 ธนาคารแห่งประเทศไทยได้สำรวจพบพฤติกรรมธุรกิจในรูปแบบการปล่อยสินเชื่อส่วนบุคคลไม่ถูกต้องตามกฎหมายจำนวนหลายร้อยรายที่ดำเนินการแสวงหาผลประโยชน์และเอาเปรียบประชาชน โดยใช้วิธีการให้ลูกค้าทำทีเป็นรูดบัตรเครดิตเพื่อซื้อสินค้าอย่างใดอย่างหนึ่ง แล้วจ่ายเป็นเงินสดให้ลูกค้าในมูลค่าที่ต่ำกว่าราคาสินค้านั้นแทน โดยมีการหักค่าหัวคิวไว้ส่วนหนึ่งเรียกว่าได้กำไร 2 ต่อโดยไม่มีความเสี่ยงเพราะได้ผลักภาระการเรียกเก็บชำระเงินลูกค้าไปให้กับสถาบันการเงินหรือผู้ออกบัตรเครดิตดังกล่าว[4]

วิธีการที่ว่าข้างต้นนี้เกิดขึ้นในช่วงเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมา แต่มาเป็นประเด็นร้อนในปี 2548 เพราะลูกหนี้เริ่มรู้ผลร้ายของการเป็นหนี้กับแก๊งเงินด่วนประเภทนี้ ข้อความหรือประกาศทำนองต่อไปนี้ *"หากคุณร้อนเงินเราช่วยคุณได้ เพียงมีบัตรเครดิต บัตรผ่อนสินค้า ...วงเงินเต็มไม่เป็นไร ติดต่อมาที่ 01-XXX-X XXX"* ระบาดอยู่ทั่วไป ตามเสาไฟฟ้า ตู้โทรศัพท์ เครื่องเอที เอ็ม บนรถเมล์ หน้าหนังสือพิมพ์ และในอินเตอร์เน็ต คนที่ไม่ ร้อนเงินคงไม่สนใจ แต่สำหรับคนที่เดือดร้อนเงินขาดมือ หรือต้องการกู้เงินเพื่อไปผ่อนหนี้ที่พอกพูนสะสมไว้ สิ่งนี้อาจเป็น หนทางรอดสายหนึ่งก็ได้ เพราะวิธีการกู้ยืมช่างง่ายดายเสียเหลือเกิน แต่คงไม่มีใครคาดคิดหรอกว่านี่คือกับดักที่อาจนำภัยมาสู่ผู้กู้เงินถึงคุกตะรางได้

วิธีการของเงินกู้ลักษณะนี้คือ หลังจากที่ลูกหนี้ที่เดือดร้อนต้องการใช้เงินสดด่วน ติดต่อไปตามโทรศัพท์ที่โฆษณาไว้ นายหน้าก็จะนัดหมายให้ไปพบเพื่อทำการกู้ยืมเงิน ซึ่งโดยมากมักจะเป็นร้านขายเครื่องใช้ไฟฟ้าหรือโทรศัพท์มือถือ เบื้องต้นนายหน้าก็จะขอหมายเลขบัตรผ่อนสินค้า เพื่อตรวจสอบเครดิตที่ลูกค้าได้รับและยอดเงินคงเหลือ ตัวอย่างเช่น ต้องการเงินสดสัก 20,000 บาท หากมียอดเงินคงเหลือที่บริษัทบัตร ก. อนุมัติให้อยู่ที่ 30,000 บาท เจ้าหนี้จะให้ลูกหนี้ทำสัญญาเช่าซื้อสินค้าชิ้นใดชิ้นหนึ่งในร้านไปในราคา 30,000 บาท โดยมีบริษัท ก. เป็นผู้ให้เช่าซื้อ ส่วนลูกหนี้ก็เป็นผู้เช่าซื้อ มีหน้าที่ต้องผ่อนค่าเช่าซื้อเดือนละ 3,000 บาท เป็นเวลา 10 เดือน ทั้งที่ในความเป็นจริงไม่มีการเช่าซื้อสินค้าใดๆ ทั้งสิ้น

หลังจากทำสัญญาเช่าซื้อเรียบร้อย เจ้าหนี้ก็จะมอบเงินสดให้ลูกหนี้ 20,000 บาท หักไว้ 10,000 บาท เป็นค่าดำเนินการและดอกเบี้ยล่วงหน้า 10 เดือน ลูกหนี้ก็มีหน้าที่ผ่อนชำระค่าเช่าซื้อกับบริษัท ก. ทุกเดือน ถ้าผ่อนครบก็ไม่มีปัญหาอะไร แต่ถ้าลูกหนี้ขาดส่งค่าเช่าซื้อสัก 2-3 งวด บริษัท ก. ก็จะเริ่มทวงสินค้าคืน ถึงตรงนี้ลูกหนี้ก็อาจงุนงงว่าเคยไปซื้อสินค้าอะไรกับบริษัท ก. เพราะสินค้าหน้าตาเป็นยังไงก็ไม่เคยเห็น เห็นแต่สัญญาเช่าซื้ออย่างเดียว

จุดนี้เองที่ลูกหนี้มีโอกาสที่จะติดคุก เพราะเมื่อสัญญาเป็น "สัญญาการเช่าซื้อ" ไม่ใช่ "สัญญากู้เงิน" ตามหลักกฎหมาย ตราบใดที่ผู้เช่าซื้อยังชำระค่าเช่าซื้อไม่ครบ กรรมสิทธิ์ในทรัพย์ก็ยังเป็นของผู้ให้เช่าซื้อ ส่วนผู้เช่าซื้อเป็นได้แค่ผู้ครอบครองและมีสิทธิใช้สอยทรัพย์เท่านั้น ดังนั้นหากลูกหนี้ไม่มีสินค้าไปคืน บริษัท ก. ก็จะแจ้งความดำเนินคดีอาญาในข้อหายักยอกทรัพย์ เรื่องนี้จึงเป็นนิติกรรมอำพรางเพราะเจตนาจริงๆ คือลูกหนี้ต้องการ "สัญญากู้เงิน" แต่ถูกอำพรางด้วยสัญญาเช่าซื้อสินค้า

ในบางกรณีพบว่า แม้ไม่มีบัตรอะไรมาก่อนเลย ก็สามารถกู้เงินจากแหล่งนี้ได้ เพียงติดต่อไป นายหน้าจะพาไปสมัครเป็นผู้ถือบัตร จากนั้นให้ซื้อสินค้ากับทางร้านที่ทำบัตรด้วย โดยรายละเอียดในสัญญาจะระบุเป็นการซื้อสินค้าเงินผ่อนกับร้านดังกล่าว ขั้นตอนในการขออนุมัติทางร้านจะโทรศัพท์ติดต่อไปยังสถาบันการเงินที่ไม่ใช่ธนาคารให้ก่อน โดยผู้กู้ไม่ต้องแสดงตน ทั้งนี้มีความเป็นไปได้สูงที่สถาบันการเงินซึ่งออกบัตรให้โดยไม่ได้พิจารณาเอกสารอย่างละเอียด จะรู้เห็นกับแก๊งเงินกู้ เมื่อนายหน้าตรวจสอบข้อมูลภายในหากได้รับอนุมัติ ก็จะบอกรหัสอนุมัติให้แก่ร้านค้าไว้ระบุในสัญญา เมื่อเสร็จกระบวนการค้านเอกสารสัญญาแล้ว

ทั้งนี้ในการซื้อสินค้าเงินผ่อนดังกล่าว ลูกค้าจะไม่ได้ตัวสินค้าไป แต่จะได้เงินสดในสัดส่วนประมาณร้อยละ 70-80 ของราคาสินค้าตามที่ระบุในป้าย ที่เหลือร้อยละ 20-30 จะตกเป็นของนายหน้า นั่นหมายถึงลูกค้าต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น 3 ต่อ คือ[5]

1. ดอกเบี้ยบัตรเครดิตหรือบัตรสินเชื่อส่วนบุคคล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับร้อยละ 1 ต่อเดือน

2. ส่วนต่างจากการเปลี่ยนสินค้าเป็นเงินสดที่ลูกค้าจะได้เงินสดน้อยกว่ามูลค่าสินค้าตามราคาป้าย ประมาณร้อยละ 20-30 เป็นอย่างต่ำ

3. ดอกเบี้ยที่ลูกค้าต้องจ่ายให้กับนายหน้าเงินกู้ ที่มีตั้งแต่ร้อยละ 1, 2, หรือ 5 จนถึงร้อยละ 10-20 เป็นต้น

มีความเป็นไปได้ว่า นายหน้าเงินกู้เหล่านี้อาจร่วมมือกับร้านค้าที่นำสินค้ามาวางจำหน่ายในระบบเงินผ่อน ก็จะนำสินค้านั้นๆ กลับไปจำหน่ายหน้าร้านในราคาเต็มตามที่ระบุในป้ายราคาสินค้า เพราะยังเป็นสินค้าใหม่ ซึ่งนายหน้าก็คงจะได้รับส่วนแบ่งตรงนี้เพิ่มเติมอีก

พฤติกรรมการปล่อยสินเชื่อส่วนบุคคลในรูปแบบนี้ เริ่มระบาดหนักเรื่อยๆ เมื่อทุกธนาคารพาณิชย์หันมาเปิดบริการบัตรเครดิตให้กับลูกค้า จึงเกิดศึกแย่งชิงลูกค้าด้วยการส่งเสริมการขาย ลด แลก แจก แถม รวมถึงการลดหย่อนเงื่อนไขการเป็นสมาชิกผู้ถือบัตร ทำให้การมีบัตรเครดิตง่ายขึ้นกว่าเดิม

สถานการณ์ปัจจุบันจากการผ่อนเครื่องใช้ไฟฟ้าธรรมดา "แก๊งเงินด่วน" ได้พัฒนารูปแบบไปอีกขั้น โดยขยายการให้บริการเข้ามาในห้างดังที่จำหน่ายพวกอุปกรณ์ค้านไอที โดยจะเข้าไปจัดตั้งหน้าร้านขายคอมพิวเตอร์แบบพกพาหรือโน้ตบุ๊กและอุปกรณ์ไอทีเป็นฉากบังหน้า ภายหลังจากมีผู้ใช้บริการติดต่อเข้าไปตามหมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ระบุไว้ในโฆษณาก็จะนัดมาทำเรื่องที่หน้าร้าน หลังจากนั้นจะใช้วิธีให้ผู้ใช้บริการจัดซื้อสินค้าโน้ตบุ๊กผ่านบริการสินเชื่อบัตรเครดิตที่ถืออยู่ เมื่อได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว ร้านค้าเหล่านี้จะใช้วิธีจ่ายเป็นเงินสดให้ผู้ใช้บริการแทนสินค้าโดยหักค่านายหน้าในการให้บริการไว้ร้อยละ 20-30 ของวงเงินที่ได้รับอนุมัติและแนะนำให้ผู้ใช้บริการผ่อนชำระค่าสินค้าไปสักประมาณ 2-3 งวดแล้วหยุดชำระเงิน

หลังจากนั้นผู้ให้บริการเหล่านี้ก็จะนำโน้ตบุ๊กมาจำหน่ายต่อผ่านหน้าร้านหรือเว็บไซต์ หรือที่ในวงการเรียกว่าเครื่องรีไฟ-แนนซ์ ราคาต่ำกว่าท้องตลาดมากกว่าร้อยละ 10-15 ซึ่งสร้างผลกระทบให้กับร้านค้าที่ถูกต้องตามกฎหมาย เพราะสินค้าที่ผู้ให้บริการเงินด่วนนำมาจำหน่ายในท้องตลาดเป็นสินค้าซึ่งมีที่มาแบบไม่ปกติ อีกทั้งการซื้อขายยังไม่มีใบกำกับภาษีมูลค่าเพิ่ม

ธุรกิจดังกล่าวนี้ ส่งผลกระทบกับผู้บริโภคหลงเชื่อซื้อโน้ตบุ๊กที่มีราคาจำหน่ายต่ำกว่าท้องตลาดเป็นจำนวนมาก เพราะสินค้าที่ร้านค้าเหล่านี้นำมาจำหน่ายเป็นของผู้ให้บริการสินเชื่อ เนื่องจากเวลาทำเรื่องผ่อนชำระจะต้องมีการระบุชื่อรุ่นและหมายเลขเครื่องลงใบแบบฟอร์มขออนุมัติสินเชื่อ ซึ่งหากผู้ให้บริการสินเชื่อทำเรื่องแจ้งไปยังศูนย์บริการว่าโน้ตบุ๊กเครื่องดังกล่าวเป็นเครื่องที่ไม่มีการผ่อนชำระต่อ ศูนย์บริการสามารถยึดเครื่องจากผู้บริโภคที่นำเครื่องมาใช้บริการจากทางศูนย์ได้ทันที และแจ้งผู้ให้บริการสินเชื่อให้ดำเนินคดีในข้อหารับซื้อของโจรด้วย

ล้างการสร้างหนี้ให้ได้ ต้องสร้างเสริมการประหยัดและการออม

การที่บริษัทเงินด่วนทั้งหลายยังหากินได้คล่อง และขยายตัวอย่างรวดเร็วในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา ด้านหนึ่งย่อมสะท้อนได้ว่าประชาชน "สร้างหนี้ได้ง่ายกว่าที่คิด" ซึ่งสวนทางกับภาพยุคเศรษฐกิจพอเพียงกับการสร้างภาพ "มีออม ไม่มีอด" ของรัฐบาล ทิศทางหนี้สินภาคประชาชนจะอยู่หรือจะไป **สะท้อนได้จากพฤติกรรมและความเคยชินของประชาชน ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากเงื่อนไขและบรรยากาศทางเศรษฐกิจ ที่รัฐเป็นผู้กำหนดกติกาหรือวางแนวทางให้อัดฉีดมาก กระตุ้นมาก ล่อใจให้เกิดการบริโภคมากก็มีแนวโน้มที่จะฟุ้งเฟ้อมาก ในทางตรงกันข้ามหากเน้นให้ประหยัด อดออม และจูงใจให้เกิดการออมและการสะสมทุนอย่างจริงจัง รากฐานของชีวิตและระบบเศรษฐกิจก็จะแข็งแกร่งคงทน**

ขณะนี้ไม่เพียงคนเมืองเท่านั้นที่เป็นหนี้จากการเข้าถึงแหล่งเงินกู้ได้ง่าย กระแสบริโภคนิยม เน้นเรื่องความสะดวกสบายได้แทรกซึมเข้าไปในวิถีชีวิตของคนในชนบท เช่น การซื้อโทรศัพท์มือถือ การซื้อทุกอย่างที่เห็นในโฆษณา ทั้งๆ ที่รายได้ไม่ได้เอื้อให้มีสินค้าเหล่านั้น กำลังจะนำพาให้เป็นหนี้กันทั่วถ้วนเป็นโรคใหม่ "โรคประชานิยมหนี้" ซึ่งที่สุดก็จะนำไปสู่ปัญหาต่างๆ ในสังคม ไม่ว่าคนฆ่าตัวตาย โรคจิตโรคประสาท และปัญหาความมั่นคงของประเทศ

6

แปรรูปรัฐวิสาหกิจ ประชาชนได้อะไร?

ภาพ: ศูนย์ข้อมูลหนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ

“

การแปรรูปรัฐวิสาหกิจ โดยเฉพาะรัฐวิสาหกิจที่ดำเนินการเกี่ยวกับระบบสาธารณูปโภค เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา น้ำมัน โทรศัพท์ โดยนำเข้าตลาดหลักทรัพย์ จะส่งผลกระทบต่อค่าสาธารณูปโภคที่เพิ่มขึ้น เพราะกิจการเหล่านี้ต้องหากำไรจากการดำเนินการ ซึ่งย่อมกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนที่ต้องใช้จ่ายมากขึ้นอย่างไม่มีทางเลือก

ทำไมจึงต้องมีการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ มีความจำเป็นแค่ไหน

เหตุผลที่มักอ้างถึงมีอยู่ 3 ข้อ คือ **ประการแรก เรื่องเม็ดเงินในการลงทุน** กิจการต่างๆ ต้องการเงินทุนเพื่อขยายการดำเนินการ และด้วยความเป็นรัฐวิสาหกิจ รัฐจึงต้องเป็นผู้ค้ำประกันเงินกู้ยืม และหนี้สิน ทำให้รัฐต้องสูญเสียเงินส่วนนี้ไปไม่น้อย หรือกล่าวได้ว่า เงินส่วนนี้ก็คือ เงินของประชาชนนั่นเอง **ประการที่สอง คือปัญหาการดำเนินงานของรัฐวิสาหกิจเอง** ที่มีโครงสร้างเทอะทะ ไม่คล่องตัว ซ้ำซ้อน มีประสิทธิภาพต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และ**ประการสุดท้ายคือ แรงผลักดันภายนอก** โดยเฉพาะข้อตกลงหรือพันธสัญญาที่ทำไว้กับกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ที่ให้มีการแปรรูปรัฐวิสาหกิจหลังวิกฤตเศรษฐกิจ เมื่อปี 2540

บนเวทีที่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เราจะพบทั้งความคิดเห็นที่เห็นด้วย เห็นด้วยบางส่วน และคัดค้านการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ ดังที่มีนักวิชาการบางคนมองว่าเหตุผลข้างต้นเป็นวัตถุประสงค์รองของการแปรรูป วัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุดของการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ คือ การปรับโครงสร้างกิจการ การเปิดให้มีการแข่งขัน เพื่อให้ได้ต้นทุนที่ต่ำที่สุด พื้นฐานความคิดลักษณะนี้ เป็นอิทธิพลจากแนวคิดเสรีนิยมใหม่ที่มีสถาบันเศรษฐกิจและการเงินโลก เป็นหัวหอกในการดำเนินการผลักดันการเปิดการค้าเสรีที่ขึ้นกับระบบตลาดและการแข่งขัน โดยมองว่ารัฐไม่ควรเข้ามามีส่วนในกิจการต่างๆ แต่ควรปล่อยให้เอกชนทำ เพราะเอกชนจะทำได้ดีกว่า นักวิชาการบางคนชี้ว่าจากประสบการณ์ของหลายๆ ประเทศ เช่น การแปรรูปไฟฟ้าของประเทศอังกฤษ พบว่ามีการคอรัปชั่นควบคู่มากับการแปรรูป และเมื่อเวลาผ่านไปจะพบเล่ห์ของเอกชนที่ขึ้นค่าไฟฟ้าที่ประชาชนต้องยอมรับโดยไม่มีทางหลีกเลี่ยง เนื่องจากไฟฟ้าเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานของชีวิต[1]

ดังนั้นจึงมีผู้ที่มองว่าการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ โดยเฉพาะส่วนที่เป็นสาธารณูปโภคนั้นไม่ควรทำ เพราะมีพื้นฐานความคิดว่า รัฐวิสาหกิจเหล่านี้ดำเนินงานเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนมากกว่ามุ่งหากำไร ซึ่งถือเป็นหน้าที่ของรัฐในด้านการให้บริการ และสวัสดิการทางสังคมแก่ประชาชน เป็นการสร้างความมั่นคงในชีวิตให้กับคนในชาติ[2]

ความคิดแปรรูปรัฐวิสาหกิจมาจากไหน

ความคิดที่ต้องการแปรรูปรัฐวิสาหกิจของไทยนั้น มีมาตั้งแต่เมื่อเริ่มวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับแรกที่จ้างผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารโลกมาช่วยวางแผน และพยายามกำหนดนโยบายเพื่อเพิ่มบทบาทเอกชนในรัฐวิสาหกิจ ความคิดนี้ปรากฏในแผนพัฒนาฉบับต่อมาอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่มีการดำเนินการอย่างจริงจัง มีเพียงการยุบรัฐวิสาหกิจที่ไม่จำเป็นเท่านั้น ในเวลาต่อมาเมื่อเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์มากขึ้น ประเทศไทยก็มีพันธกรณีในฐานะสมาชิกขององค์การการค้าโลก (WTO: World Trade Organization) ที่ให้มีการเปิดเสรีการค้าบริการ แรงผลักดันจากภายนอกนี้ สะท้อนถึงกระแสแนวคิดทุนนิยมที่ส่งอิทธิพลผ่านเข้ามาในองค์การระหว่างประเทศ เช่น ไอเอ็มเอฟ ธนาคารโลก หรือบริษัทข้ามชาติ ซึ่งพยายามผลักดัน กดดันให้ประเทศต่างๆ ก้าวไปสู่ระบบทุนนิยม ด้วยการถ่ายโอนกรรมสิทธิ์ และผลประโยชน์สาธารณะจากวิสาหกิจต่างๆ ให้เป็นกรรมสิทธิ์ และประโยชน์ของภาคเอกชน

ดูเหมือนว่าการแปรรูปรัฐวิสาหกิจที่ผ่านมา มักไม่พบปัญหาหรือการคัดค้านเท่าการแปรรูปรัฐวิสาหกิจด้านสาธารณูปโภค โดยเฉพาะการแปรรูปกิจการไฟฟ้า ส่วนหนึ่งเป็นเพราะ ที่ผ่านมารัฐวิสาหกิจที่ได้รับการแปรรูปมักเป็นกิจการที่ตั้งขึ้นมาเพื่อรองรับการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า หรือเพื่อส่งเสริมอาชีพคนไทย ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปก็หมดความจำเป็น เช่น องค์การกระสอบ องค์การฟอกหนัง องค์การแก้ว โรงงานผลิตยาขัดรองเท้า โรงงานทำเตา โรงงานไม้ขีดไทย เป็นต้น ซึ่งกิจการเหล่านี้ภาคเอกชนสามารถทำได้ดีกว่าอย่างชัดเจน

แต่ในกรณีของรัฐวิสาหกิจที่เป็นสาธารณูปโภคนั้นจะมีความเกี่ยวพันกับชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนค่อนข้างมาก การแปรรูปที่ให้เอกชนเข้าไปทำอาจส่งผลกระทบถึงค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันที่ต้องเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่เป้าหมายหลักของการก่อตั้งรัฐวิสาหกิจลักษณะนี้ก็เพื่อเป็นสาธารณูปโภคพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึง และได้ใช้ในราคาที่ถูก แม้กิจการนั้นจะขาดทุนก็ตาม นอกจากนี้ในกรณีของ**การแปรรูปการไฟฟ้า** ที่เป็นกิจการที่สร้างกำไรมหาศาลแก่องค์กร กลับกระทำอย่างเร่งด่วน และขาดการชี้แจงผลได้ผลเสียอย่างชัดเจน การทำประชาพิจารณ์ที่ผ่านมาก็ดำเนินการอย่างไม่โปร่งใสเท่าใดนัก ทำให้เกิดคำถามขึ้นมากมายในสังคม ผลที่ตามมา คือมีการคัดค้านอย่างต่อเนื่องจนในที่สุดก็ไม่สามารถนำกิจการไฟฟ้าเข้าตลาดหลักทรัพย์ได้ตามกำหนดที่วางไว้

คำถามที่ยังค้างคาใจต่อแผนการแปรรูปการไฟฟ้าฝ่ายผลิต

บทเรียนจากแปรรูปรัฐวิสาหกิจขนาดใหญ่ คือ การสื่อสารแห่งประเทศไทย (กสท.) องค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทย (ทศท.) องค์การสื่อสารมวลชนแห่งประเทศไทย (อสมท.) บริษัทการบินไทยจำกัด บริษัทท่าอากาศยานไทย และปตท. ที่ทยอยถูกแปรรูป และนำเข้าตลาดหลักทรัพย์เพื่อขายหุ้นให้แก่สาธารณะ ในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา (ดูตาราง) ทำให้มีหลายคำถามที่สังคมต้องการคำตอบที่ชัดเจนจากการแปรรูปการไฟฟ้า แต่ภาครัฐยังไม่สามารถให้คำตอบที่ชัดเจน

ตารางแสดงชื่อรัฐวิสาหกิจด้านสาธารณูปโภคที่ถูกแปรรูปเป็นบริษัทมหาชน จำกัด (บมจ.)

ชื่อใหม่	ชื่อเดิม	ปีที่แปรรูป	ปีที่เข้าตลาดหลักทรัพย์
บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน)	บริษัท เดินอากาศไทย จำกัด	2531	2534
บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน)	การปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย	2544	2544
บริษัท ท่าอากาศยานไทย จำกัด (มหาชน)	การท่าอากาศยานแห่งประเทศไทย	2545	2546
บริษัท ทีโอที จำกัด (มหาชน)	องค์การโทรศัพท์แห่งประเทศไทย	2545	2545
บริษัท กสท. โทรคมนาคม จำกัด (มหาชน)	การสื่อสารแห่งประเทศไทย	2546	2546
บริษัท อ.ส.ม.ท. จำกัด (มหาชน)	องค์การสื่อสารมวลชนแห่งประเทศไทย	2547	2547
บริษัท กฟผ. จำกัด (มหาชน)	การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย	2548	ศาลปกครองสูงสุดมีคำพิพากษาให้ระงับการดำเนินการขายหุ้น กฟผ. จนกว่าจะมีคำพิพากษาอื่น

ที่มา โครงการสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2549.
(รวบรวมข้อมูลจากเว็บไซต์ของรัฐวิสาหกิจแต่ละแห่ง)

(1) **ใครได้ประโยชน์จากการเข้าตลาดหุ้น** คำถามที่ทุกคนอยากรู้มากที่สุด คือ เมื่อเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์ ผู้ที่จะได้ผลประโยชน์จากการซื้อขายหุ้น คือ ประชาชนทั่วๆไป หรือคนบางกลุ่มที่มีโอกาสได้จองหุ้นก่อนคนอื่น เหมือนกรณีการเปิดซื้อขายหุ้นของ ปตท. ที่ขายหมดภายในเวลาไม่ถึง 2 นาที และต่อมาก็พบว่า มีเพียงคนไม่กี่คนหรือคนไม่กี่กลุ่มเท่านั้นที่ได้ประโยชน์มหาศาลจากราคาหุ้นของปตท.ที่ถีบตัวสูงอย่างมาก ทำให้ผู้ถือหุ้นได้กำไรมหาศาล ภาครัฐจึงต้องให้คำตอบที่ชัดเจนว่า ได้เตรียมมาตรการที่จะป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์แบบ ปตท. อีกได้อย่างไร และรัฐมีความจริงใจมากน้อยแค่ไหนที่จะป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น

สำหรับแผนการการกระจายหุ้นของการไฟฟ้าฝ่ายผลิต (กฟผ.) จำนวน 2,000 ล้านหุ้น หรือร้อยละ 25 ของจำนวนหุ้นทั้งหมดที่จะนำออกขายนั้น มีหลายคนกังวลว่า ในที่สุดหุ้นส่วนใหญ่ก็จะตกอยู่ในมือของกลุ่มทุนต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มทุนต่างชาติ ที่แม้มีการอธิบายชี้แจงว่าต่างชาติมีสิทธิ์เป็นเจ้าของหุ้นเพียงร้อยละ 30 จากร้อยละ 25 ของหุ้นที่นำออกขายทั้งหมด แต่มีคำถามว่าเมื่อมีการเปิดการค้าเสรี แล้วรัฐยังสามารถกีดกันการลงทุนของต่างชาติไม่ให้เข้ามาซื้อหุ้นเพิ่มได้หรือไม่

(2) **ทำไมต้องรีบร้อนเข้าตลาดหุ้นนัก** ความเร่งรีบที่จะนำการไฟฟ้าเข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์ก็เป็นอีกหนึ่งคำถามที่ผู้คนสนใจ นักวิชาการส่วนหนึ่งที่เห็นความจำเป็นของการแปรรูปคิดว่าควรมีการปรับโครงสร้างการดำเนินงานของกฟผ.ก่อนเพื่อเปิดโอกาสให้มีการแข่งขัน แต่ต้องทำอย่างระมัดระวังและให้มีองค์กรกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ และโปร่งใส ทั้งนี้เพราะเห็นว่าหากยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงขององค์กร โดยยังคงเป็นการผูกขาดการดำเนินงานของ กฟผ. และแม้เมื่อเข้าตลาดหลักทรัพย์แล้ว โอกาสที่จะมีการปรับปรุงโครงสร้างกิจการให้มีประสิทธิภาพก็คงยาก และยังคงจะไม่มีประสิทธิภาพเช่นเดิม เพราะมีงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า การลงทุนในตลาดหลักทรัพย์ของไทยไม่ได้สะท้อนถึงความมีประสิทธิภาพที่แท้จริงของบริษัทที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์เลย[3]

ประเด็นความเร่งรีบนี้ ผู้คัดค้านส่วนหนึ่งเห็นว่า น่าจะมีเรื่องของผลประโยชน์ของคนบางกลุ่มที่ผลักดันอยู่ โดยเฉพาะเมื่อมีการกระจายหุ้นในตลาดหลักทรัพย์ของรัฐวิสาหกิจที่สร้างกำไรมาตลอด เช่น เรื่องของการใช้ประโยชน์จากทรัพย์สินของ กฟผ. ที่มีการลงทุนอย่างมหาศาล แต่หลังจากการแปรรูปแล้วจะให้มีการเช่าเพื่อดำเนินการ ในราคาที่ถูกมาก ในขณะที่ บมจ. กฟผ. ได้กำไรอย่างมากมายจากการผลิต และขายไฟฟ้าระบบสายส่ง ที่ใช้ใยแก้วนำแสงไฟเบอร์ออฟติค ที่สามารถเชื่อมต่อกับสัญญาณเคเบิลทีวี อินเทอร์เนต โดยเฉพาะโทรศัพท์ ทั้งโทรศัพท์บ้าน และมือถือได้ และในการแปรรูปได้มีการแยกบริษัทลูกออกมาเป็น EGAT Telecom แต่พบว่า EGAT Telecom มีปัญหาต้องการหุ้นส่วนทางธุรกิจ ซึ่งผู้ที่จะสามารถเข้ามาเป็น หุ้นส่วนได้จะต้องมีเครือข่ายโทรคมนาคมที่สมบูรณ์ที่สุดในประเทศไทย ซึ่งในประเทศไทยเป็นบริษัทใดก็เป็นที่ทราบกันอยู่

(3) **แปรรูปแล้ว ค่าไฟฟ้าจะขึ้นไหม** อีกคำถามหนึ่งที่ทุกคนอยากรู้เพราะกระทบประชาชนโดยตรง เรื่องของการขึ้นค่าไฟฟ้านั้น มีผู้เห็นว่าแม้ยังไม่มีการแปรรูป ก็มีการขึ้นค่าไฟฟ้ามาตลอดอยู่แล้ว และเป็นค่าไฟฟ้าที่มีราคาเกินจากราคาต้นทุนอยู่มาก นอกจากนี้ทางรัฐเองก็ยังไม่สามารถให้คำตอบที่ชัดเจนว่า จะมีหลักประกันได้อย่างไรว่า การดำเนินการหลังจากเข้าตลาดหลักทรัพย์แล้วจะไม่มีความพยายามทำกำไรสูงสุดแก่องค์กร โดยทำให้ราคาค่าหุ้นสูงขึ้นเพื่อเป็นการสนองประโยชน์แก่ผู้ถือหุ้นที่แม้จะมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 25 ที่ถูกกระจายขายออกไปก็ตาม เพราะกรรมการของบริษัท กฟผ. คงต้องมาจากผู้ถือหุ้นใหญ่บางส่วน และยังมีผู้ถือหุ้นรายย่อยที่คงไม่เต็มใจที่จะยอมให้ค่าไฟฟ้าลดลง หรือไม่เพิ่มขึ้น เพราะเป็นผลประโยชน์โดยตรงของผู้ถือหุ้น

แม้ภาครัฐจะให้เหตุผลว่า หลังการแปรรูปจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการกำกับดูแลเรื่องค่าไฟฟ้า แต่คนส่วนใหญ่ยังคงไม่มั่นใจในคณะกรรมการที่จะจัดตั้งขึ้นมา ด้วยกลัวว่าจะมีการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความไม่โปร่งใสในกระบวนการการจัดตั้งและคัดเลือก หรือหากโปร่งใสจริง รัฐหรือกระทรวงการคลังจะสามารถคงอำนาจตัดสินใจได้นานแค่ไหน ดังนั้นแนวโน้มที่จะมีการขึ้นค่าไฟฟ้าคงเป็นไปได้สูง โดยอาจจะไม่ขึ้นในทันทีทันใด หรือในระยะเวลาใกล้ๆ นี้ แต่มีการยืดระยะเวลาไปช่วงเวลาหนึ่ง ดังตัวอย่างที่เกิดขึ้นในการแปรรูปไฟฟ้าในประเทศอังกฤษ หรืออาจมีการขึ้นค่าไฟฟ้าไม่มากนัก

อย่างไรก็ตาม จากแนวคิดของนักวิชาการส่วนหนึ่งที่เคยเสนอว่า ควรให้มีการปฏิรูปกิจการไฟฟ้าก่อนการแปรรูปที่เน้นการกระจายหุ้นในตลาดหลักทรัพย์ การปฏิรูปกิจการไฟฟ้าได้แก่ ให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการผูกขาดการผลิตและสิทธิผูกขาดของระบบสายส่ง โดยเปิดโอกาสให้เอกชนสามารถผลิตไฟฟ้าเพื่อใช้ในกิจการอุตสาหกรรมที่มีอยู่ หรือที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยผลที่ตามมา คือค่าไฟฟ้าที่ถูก เพราะจะมีการแข่งขันกัน ทำให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้จากผู้ผลิตที่เสนอราคาต่ำที่สุด ทั้งนี้จะต้องมีองค์กรอิสระที่มีความเป็นอิสระจริงๆ มากำกับดูแลกิจการ เพื่อช่วยกำหนดทิศทางของกิจการ ตลอดจนกำหนดค่าไฟฟ้าที่เหมาะสมและเป็นธรรม แนวคิดลักษณะนี้จะสอดคล้องกับข้อเสนอที่ทางกลุ่มผู้คัดค้านการนำกฟผ.เข้าสู่ตลาดหลักทรัพย์[4] ที่ได้ประกาศไว้หลังจากที่ศาลปกครองให้ชะลอการนำ กฟผ. กระจายหุ้นในตลาดหลักทรัพย์

สรุปเหตุการณ์สำคัญในการแปรรูปการไฟฟ้าฝ่ายผลิต

วันที่ 8 พฤศจิกายน 2548 สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค (สอบ.) ตัวแทนผู้ฟ้องคดีทั้ง 12 คน ยื่นฟ้องต่อศาลปกครองสูงสุดให้พิพากษาเพิกถอนพระราชกฤษฎีกา แปรรูปการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย 2 ฉบับ คือ พระราชกฤษฎีกากำหนดอำนาจ สิทธิ และประโยชน์ของ บมจ. การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2548 และพระราชกฤษฎีกากำหนดเงื่อนไขเวลายกเลิกกฎหมายว่าด้วยการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พ. ศ. 2548

วันที่ 9 พฤศจิกายน 2548 สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค (สอบ.) ตัวแทนผู้ฟ้องคดีทั้ง 12 คน เดินทางมายื่นคำร้องไต่สวนฉุกเฉินขอให้ศาลปกครองสูงสุดกำหนดมาตรการคุ้มครองชั่วคราวระงับการกระจายหุ้น กฟผ. ในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ในวันที่ 16-17 พฤศจิกายน 2548

วันที่ 15 พฤศจิกายน 2548 ศาลปกครองสูงสุดมีคำพิพากษาให้ระงับการดำเนินการขายหุ้น กฟผ. จนกว่าจะมีคำพิพากษาอื่น

วันที่ 7 มกราคม 2549 คณะอนุกรรมาธิการการศึกษาและรับฟังปัญหาการแปรรูป กฟผ. ในคณะกรรมการการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ วุฒิสภา จัดประชาพิจารณ์เรื่องปัญหาการแปรรูป กฟผ. ที่รัฐสภา โดยมีกลุ่มองค์กรต่างๆ และประชาชน เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นจำนวน 260 คน และผู้ที่เข้าร่วมประชาพิจารณ์ คือ นายแก้วสรร อติโพธิ ส.ว.กทม. ได้แสดงความผิดหวังที่ไม่มีตัวแทนจากภาครัฐเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นและชี้แจง โดยให้เหตุผลว่าเกรงจะขัดกับคำสั่งศาลปกครองที่ระบุว่า ห้ามรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเสนอขายหุ้น หรือดำเนินการใดๆ เกี่ยวกับการขายหุ้น จนกว่าศาลปกครองจะมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่ง ซึ่งทางกรรมาธิการพิจารณาเห็นว่าไม่เกี่ยวข้องกับการทำประชาพิจารณ์เลย

แปรความขัดแย้งในการแปรรูปให้เป็นความเข้มแข็งของสังคม

นายขวัญสรวง อติโพธิ นักวิชาการด้านประชาสังคมเสนอแนะว่า ให้แปรความแตกต่างในความคิดเห็นเรื่องการแปรรูปรัฐวิสาหกิจให้เป็นโอกาสของกระบวนการใคร่ครวญร่วมกันของสาธารณชน (public deliberation) ที่จะสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชน หลักการ คือ ให้ภาคประชาชนพยายามเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ไม่ปฏิเสธรัฐ แต่ทำงานร่วมกับรัฐ โดยในส่วนของผู้คัดค้านก็ให้มีการพัฒนายกระดับความคิด และการเคลื่อนไหวให้หลุดพ้นจากการเป็นม็อบกดดัน และต่อรอง ให้เป็นเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องการแปรรูปด้วยการร่วมกันค่อยๆใคร่ครวญ และไตร่ตรองจนเกิดวิจารณญาณ คือ สติปัญญา ความสามารถในการพิจารณาเรื่องของสาธารณะ เพื่อเป็นการสร้างพลังสาธารณะอย่างสันติ ซึ่งวิจารณญาณภาคประชาชนจะสามารถช่วยตรวจสอบตลอดจนวิพากษ์วิจารณ์กระบวนการแปรรูป ทำให้ภาครัฐต้องคิด และไม่กล้าทำอะไรที่เป็นการขัดกับภาคพลเมือง

ต้องสรุปบทเรียนจากการแปรรูปที่ผ่านมา

การแปรรูปรัฐวิสาหกิจที่เป็นกิจการสาธารณูปโภคนั้นมีความซับซ้อน และละเอียดอ่อนเกินกว่าจะกระทำอย่างเร่งรีบ โดยไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจนในกระบวนการแปรรูป อีกทั้งควรรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงหากมีการแปรรูป นอกจากนี้ควรพยายามใช้บทเรียนของการแปรรูปที่ผ่านมาเป็นตัวอย่างในการพิจารณา เพื่อให้การแปรรูปที่จะดำเนินการต่อไปมีประสิทธิภาพ และไม่ผิดพลาดอีก

ในขณะนี้ยังอาจไม่มีข้อสรุป หรือแนวทางที่ชัดเจนว่าขั้นตอนการแปรรูปควรจะออกมาในรูปใด ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดให้มีการผลักดันให้มีการกระจายหุ้นต่อไป การหันกลับมาปฏิรูปการดำเนินการกิจการก่อน หรือหารูปแบบใหม่ที่จะเป็นประโยชน์ต่อชาติ และประชาชนมากที่สุด ควรใช้โอกาสนี้ศึกษาถึงผลได้ ผลเสีย อย่างรอบคอบ นอกจากนี้อาจต้องคิดสักนิดหนึ่งว่า อาจไม่จำเป็นที่ต้องมีกระบวนการแปรรูปที่เหมือนกันทุกรัฐวิสาหกิจ หรือมีความจำเป็นต้องดำเนินการแปรรูปในทุกรัฐวิสาหกิจ เงื่อนไขของประเทศไทยอาจจะไม่เหมือนชาติอื่น การแปรรูปที่ไม่รอบคอบ ขาดความระมัดระวัง หรือไม่โปร่งใส อาจกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนตาดำๆ ที่ควรจะมีชีวิตที่มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ที่เกี่ยวข้องอาจต้องคิดถึงประโยชน์ของคนส่วนใหญ่มากกว่าความร่ำรวยทางเศรษฐกิจทั้งของบุคคล หรือประเทศชาติแต่เพียงอย่างเดียว

7 สึนามิ กับผลกระทบทางสุขภาพ

ตลอดหนึ่งปีหลังเหตุการณ์สึนามิ ประเทศไทยได้มีการเตรียมพร้อมอย่างฉับไว ในการรับมือกับความรุนแรงจากธรรมชาติที่มีโอกาสจะเกิดซ้ำรอยในวันข้างหน้า ในด้านผลกระทบต่อผู้ประสบภัยพบว่ากว่า 18,000 คน ต้องเข้ารับการฟื้นฟูทางจิตใจ และประมาณ 3,000 คน กลายผู้ป่วยที่ตกอยู่ในภาวะเครียดรุนแรงหลังภัยพิบัติ (Post Traumatic Stress Disorder - PTSD) แต่พร้อมกันนี้ก็พบว่าเกิดปัญหาที่ซับซ้อนหลายมิติในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย

ภาพ: ศูนย์ข้อมูลหนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ

หนึ่งปีผ่านไปกลิ่นอายความเศร้ายังไม่จาง

คืนวันล่วงเลยมาจนครบขวบปีที่ภัยธรรมชาติครั้งร้ายแรงเล่นงาน 6 จังหวัดชายฝั่งอันดามัน ยังไม่มีใครลืมนาทีระทึกของวันที่ 26 ธันวาคม 2547 ซึ่งนำความโศกสลดมาสู่คนไทยทั้งประเทศ เพื่อเป็นการไว้อาลัยแก่ผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ธรณีพิบัติภัย และสร้างขวัญกำลังใจในการเริ่มต้นชีวิตใหม่ให้กับผู้ประสบชะตากรรม พร้อมกับเผยแพร่ภาพลักษณ์ที่ดีและความมีน้ำใจของคนไทยสู่สายตาชาวโลก ภาครัฐและเอกชนจึงร่วมมือกันจัดงานวันรำลึก 1 ปีสึนามิขึ้นอย่างยิ่งใหญ่ เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2548 ในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ 7 แห่ง คือ บ้านบางเนียง และบ้านน้ำเค็ม จังหวัดพังงา หาดป่าตอง หาดกมลา และสุสานไม้ขาว จังหวัดภูเก็ต เกาะพีพี จังหวัดกระบี่ และหาดเจ้าไหม จังหวัดตรัง โดยใช้เงินงบประมาณกว่า 300 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และจัดเตรียมที่พักสำหรับผู้ประสบภัย และญาติของผู้เสียชีวิตทั้งชาวต่างชาติและคนไทยที่เดินทางมาร่วมงาน รวมทั้งกิจกรรมการแสดงภายในงาน[1]

ในขณะที่รัฐบาลคาดหวังให้การจัดงานครั้งนี้ช่วยจุดประกายการฟื้นตัวด้านการท่องเที่ยว แต่ชาวต่างชาติจำนวนไม่น้อยก็ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานรำลึก 1 ปีสึนามิ ด้วยเหตุผลที่ว่าไม่อยากซ้ำเติมผู้ประสบเหตุ ประกอบกับค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลไทยออกให้สำหรับการเดินทางและที่พักนั้นเป็นเงินภาษีของประชาชน ซึ่งพวกเขาต้องการเดินทางมาเที่ยวด้วยงบประมาณส่วนตัวหลังจากเสร็จสิ้นงานรำลึกหรือผ่านพ้นช่วงเทศกาลปีใหม่ไปแล้วมากกว่า

เมื่อความช่วยเหลือกลายเป็นปัญหา

แม้รัฐบาลได้ยืนยันหลักการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างทัดเทียม ต่อเนื่อง และให้ครอบคลุมเท่าที่จะทำได้[2] โดยเงินที่ได้รับบริจาคผ่านรัฐบาลจำนวนประมาณ 1,300 ล้านบาทถูกจัดตั้งเป็นกองทุนช่วยเหลือผู้ประสบภัยสึนามิ มีการเบิกจ่ายเงินเพื่อช่วยเหลือด้านการสร้างที่พัก ซื้อของใช้ที่จำเป็น และสร้างหอเตือนภัยสึนามิ จนถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2548 เหลือเงินในกองทุนประมาณ 170 ล้านบาท กระนั้นก็ยังมีข่าวว่า ธารน้ำใจที่หลั่งไหลไปซับน้ำตาพี่น้องอันดามันตั้งแต่วันเกิดเหตุจวบจนวันนี้ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย[3]

ผลจากการสำรวจภาคสนามของเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ เรื่อง "สภาพความเป็นอยู่ สังคม เศรษฐกิจ และจิตใจ ภายหลังครบรอบ 1 ปีเหตุการณ์สึนามิ: กรณีศึกษาผู้รอดชีวิตจากเหตุการณ์สึนามิและประชาชนทั่วไปในพื้นที่ประสบภัย 6 จังหวัดภาคใต้" ชี้ให้เห็นว่า การเยียวยาผู้รอดชีวิตและผู้ประสบภัยสึนามิตลอดระยะเวลาที่ผ่านมายังไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะเรื่องการช่วยเหลือด้านการเงิน วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือในการประกอบอาชีพ และการจัดหางานหรือจัดสรรที่ดินทำกิน ทั้งนี้รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนประสบภัยสึนามิอยู่ที่ 15,337 บาทต่อเดือน หลังเกิดสึนามิรายได้เฉลี่ยเหลือเพียง 10,119 บาทต่อเดือน ลดลงถึงเดือนละ 5,218 บาท[4]

โครงการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยในพื้นที่ประสบภัยที่รัฐบาลจัดทำขึ้นเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชนอย่างเร่งด่วน โดยใช้กำลังจากกองทัพบก กองทัพอากาศ และหน่วยงานเอกชนจำนวนมาก ทำให้บ้านใหม่ของผู้สูญเสียมีหน้าตาต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ขึ้นอยู่กับว่าเป็นผลงานสร้างของหน่วยงานใด ซึ่งนักวิชาการตั้งข้อสังเกตว่า เป็นการสร้างบ้านแบบไม่สนใจผู้อยู่ และไม่ศึกษาวิถีชีวิตชาวบ้านให้ถ่องแท้ อีกทั้งวัสดุที่ใช้ก็ไม่แข็งแรงพอที่จะรับมือกับพายุฝนรุนแรงในแถบนี้ได้[5]

บ้านพักถาวรในหลายพื้นที่สร้างติดกันเป็นแนวยาว ต่างจากบ้านแบบเดิมที่ชาวบ้านอาศัยอยู่ก่อนเกิดสึนามิ เมื่อต้องย้ายเข้าไปอยู่ท่ามกลางเพื่อนบ้านใหม่ที่ไม่เคยรู้จักกัน ทำให้รู้สึกอึดอัดและเริ่มเกิดความขัดแย้ง[6] ขณะเดียวกันหลายครอบครัวยังต้องอาศัยอยู่ในบ้านพักชั่วคราว เนื่องจากบ้านพักถาวรยังสร้างไม่เสร็จหรือสร้างเสร็จแล้วแต่ไม่มีน้ำ ไม่มีไฟฟ้า[7]

ชาวประมงส่วนใหญ่สูญเสียเรือให้กับความเกรี้ยวกราดของทะเล มีจำนวนไม่น้อยที่กลับไปโลดแล่นทำประมงในท้องทะเลพร้อมกับเรือลำใหม่ที่ได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัญหาก็คือบางคนที่ไม่เคยมีเรือกลับได้รับเรือประมง ขณะที่บางคนซึ่งเป็นลูกประมงดั้งเดิมยังไม่ได้รับการพิจารณาเพื่อแจกจ่ายเรือ หรือไม่ก็ได้รับเรือประมงแล้วแต่ขาดอุปกรณ์ทำประมงทั้งหมด[8] สถานการณ์นี้ไม่ต่างจากการจ่ายเงินชดเชยที่ล่าช้า ไม่ทั่วถึง และไม่เป็นธรรม[9]

เหล่านี้เป็นเพียงส่วนเสี้ยวของปัญหาที่เกิดขึ้นจากความช่วยเหลือหลังสึนามิ ซึ่งงานวิจัยของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เรื่อง "ระบบการรับมือกับภัยพิบัติสึนามิ ด้านสังคมและการจัดการปกครอง: ถอดประสบการณ์เชิงระบบ"[10] ระบุว่า มีสาเหตุมาจากการขาดการวางแผนงานฟื้นฟูพื้นที่ประสบภัยอย่างเป็นระบบ ความช่วยเหลือมีมากมาย แต่ไม่มีการเก็บข้อมูลเรื่องความต้องการและความจำเป็นของผู้ประสบภัย ชาวบ้านไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใดๆ การสร้างบ้านพักถาวรก็เป็นไปอย่างเร่งรีบและขาดการจัดการที่ดี เมื่อย้ายเข้าไปอยู่จึงเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ของบริจาคจำนวนมากก็เป็นชนวนของความขัดแย้ง เพราะต่างคนต่างนำของไป และกำหนดเป้าหมายว่าให้เด็ก ให้ชาวมอแกน จนชาวบ้านรู้สึกว่าได้รับไม่เท่าเทียมกัน เมื่อช่วยเหลืออย่างไร้ทิศทางและไม่ตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริง ความปรารถนาดีจึงกลายเป็นต้นตอปัญหาโดยไม่ได้ตั้งใจ

สิทธิที่ดินยังวุ่นวายไม่รู้จบ

เนื่องจากหมู่บ้านเคราะห์ร้ายส่วนใหญ่เป็นชุมชนประมง ได้แก่ กลุ่มชาวเล (ไทยใหม่) เผ่ามอแกน อุรักลาโว้ย ไทยมุสลิม และไทยพุทธ ซึ่งอาศัยอยู่บนผืนดินริมทะเลโดยไม่มีเอกสารสิทธิ์ เมื่อสึนามิซัดกระหน่ำพื้นที่ชายฝั่งทะเลจึงไม่เพียงปลิดชีวิตและทำลายทรัพย์สินจนเสียหาย แต่กลับเปิดผืนพรมให้เห็นขยะกองใหญ่ที่ซ่อนไว้ข้างใต้ นั่นคือปัญหาเรื่องกรรมสิทธิ์ที่ดิน

ตลอดปีที่ผ่านมามีการร้องเรียนต่อคณะอนุกรรมการแก้ปัญหาที่ดินในพื้นที่ธรณีพิบัติภัย 6 จังหวัด ให้พิจารณาข้อขัดแย้งมากถึง 56 กรณี ซึ่งคณะอนุกรรมการฯ สามารถหาข้อยุติได้แล้ว 53 กรณี ทั้งหมดเป็นข้อพิพาทระหว่างชาวบ้านกับหน่วยงานรัฐ เหลือเพียงข้อพิพาทระหว่างชาวบ้านกับเอกชน 3 กรณีเท่านั้นที่ยังไม่มีข้อยุติ เพราะอยู่ในระหว่างการตรวจสอบเอกสารสิทธิ ได้แก่ ชุมชนแหลมป้อม ชุมชนในไร่ และชุมชนทับตะวัน ในจังหวัดพังงา

นอกจากนี้ยังมีชุมชนที่เพิ่งจะเรียกร้องให้คณะอนุกรรมการฯ เข้ามาสนับสนุนการแก้ปัญหาที่ดินเพิ่มเติมอีก 17 ชุมชนซึ่งมีประเด็นที่แตกต่างกัน ทั้งข้อพิพาทระหว่างชาวบ้านกับเอกชนที่อ้างสิทธิในที่ดิน กรณีเขตอุทยานแห่งชาติและป่าสงวนแห่งชาติซ้อนทับพื้นที่ชุมชน กรณีที่ดินชาวบ้านซ้อนทับที่ดินสาธารณประโยชน์หรือซ้อนทับที่ราชพัสดุ

ในส่วนของเกาะพีพี จังหวัดกระบี่ ซึ่งแต่เดิมพื้นที่บางส่วนซ้อนทับกับเขตอุทยานแห่งชาติ และหลังเกิดสึนามิ องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนก็ประกาศให้เกาะพีพีเป็นพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยว พร้อมห้ามชาวบ้านเข้าไปฟื้นฟูสภาพความเสียหาย ชาวบ้านและผู้ประกอบการที่เดือดร้อนก็ยื่นเรื่องให้คณะอนุกรรมการฯ เข้ามาพิจารณาด้วยเช่นกัน[11]

ปัญหาที่ดินหลายกรณีค้างคามาตั้งแต่ก่อนเกิดสึนามิ เมื่อผนวกกับกรณีที่เกิดขึ้นหลังเหตุการณ์คลื่นยักษ์ ความขัดแย้งก็ยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น แม้คณะอนุกรรมการฯ จะเข้ามาช่วยแก้ไขความวุ่นวายในหลายชุมชน แต่ข้อสรุปที่ได้อาจไม่เอื้อต่อการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนของชาวบ้านได้ หากคณะอนุกรรมการฯ และคณะทำงานในพื้นที่ยังไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่ดินของตนเอง

แรงงานข้ามชาติไร้การเหลียวแล

ธรณีพิบัติภัยครั้งร้ายแรงนี้สร้างความเสียหายเป็นบริเวณกว้าง ส่งผลให้การดูแลผู้ประสบภัยเป็นไปแบบฝนตกไม่ทั่วฟ้า เกิดความเหลื่อมล้ำในการได้รับความช่วยเหลือ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไร้หลักฐานหรือเอกสารการพิสูจน์ตัวตนตามกฎหมาย

จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียนตามกฎหมายและทำงานอยู่ในพื้นที่ชายฝั่งอันดามัน 6 จังหวัด มีประมาณ 60,000 คน ส่วนใหญ่เป็นแรงงานมาจากประเทศพม่า ซึ่งมีทั้งที่ได้รายงานตัวเพื่อขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตทำงาน และที่ลักลอบทำงานอย่างผิดกฎหมาย ในกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องก็มักมีปัญหาด้านเอกสาร ทั้งจากการระบุชื่อผิดพลาดหรือขาดการต่ออายุ ข้อมูลจากสำนักจัดหางานจังหวัด ปี 2547 ระบุว่า

จังหวัดพังงามีแรงงานพม่า 22,668 คน ประมาณ 7,000 คน ทำงานที่บ้านน้ำเค็ม และมีอีกไม่น้อยที่ทำงานก่อสร้างรีสอร์ตบริเวณชายหาดต่างๆ ทั้งนี้ไอโอเอ็ม (IOM – International Organization for Migration) องค์กรนานาชาติที่ทำงานเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติคาดว่า สึนามิทำให้แรงงานกลุ่มนี้เสียชีวิตประมาณ 800 คน[12]

แรงงานพม่าที่ขึ้นทะเบียนจะมีรอยพิมพ์นิ้วมือเป็นหลักฐานในการตรวจสอบศพ แต่เมื่อระบุได้ก็ยังไม่สามารถให้ญาติรับศพไปประกอบพิธีทางศาสนาได้ เพราะต้องรอการตกลงระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลพม่า จนถึงตอนนี้ญาติพี่น้องและครอบครัวของแรงงานพม่าที่เสียชีวิตก็ยังไม่ได้รับเงินช่วยเหลืออะไรเลย แทบไม่ต่างอะไรจากแรงงานพม่าที่ยังมีลมหายใจ แม้จะรอดชีวิตจากเงื้อมมือของภัยธรรมชาติก็มีปัญหาในการได้รับความช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูชีวิตใหม่[13]

จากแถลงการณ์ของศูนย์พิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลและส่งกลับสำนักงานตำรวจแห่งชาติเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2548 ระบุว่า มีศพผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์สึนามิที่รอการพิสูจน์อีกประมาณ 800 กว่าศพ แยกเป็นศพคนต่างชาติ 70 ศพ ที่เหลือประมาณ 730 ศพ เป็นศพคนไทยและแรงงานข้ามชาติ[14] ซึ่งสันนิษฐานว่าส่วนใหญ่คือศพแรงงานข้ามชาตินั่นเอง

12 เดือน...น้อยเกินไปสำหรับการเยียวยาบาดแผลในใจ

หน่วยงานรัฐที่รับมือกับวิกฤตหลังสึนามิได้อย่างน่าชื่นชมและมีผลงานให้เห็นเป็นรูปธรรม คงจะหนีไม่พ้นกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ลงไปช่วยเหลือผู้รอดชีวิตที่สภาพจิตใจย่ำแย่ตั้งแต่ในช่วงแรกและดำเนินงานต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ ที่ตำบลคึกคัก อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา เพื่อดูแลสุขภาพจิตของผู้ประสบภัยใน 6 จังหวัด ควบคู่กับการส่งทีมสุขภาพจิตออกให้บริการผู้ป่วยถึงชุมชนในพื้นที่ห่างไกลหรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลได้ด้วยตนเอง[15]

การฟื้นฟูแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มตามระดับอายุ คือ ผู้สูงอายุ ผู้ใหญ่ และเด็ก ทั้งนี้จำนวนเด็กกำพร้ามีรวมสูงถึง 1,671 คน โดยเป็นเด็กในจังหวัดที่ได้รับผลกระทบ 1,203 คน[16] หลังเหตุการณ์สึนามิในช่วงแรกเด็กจะซึมเศร้าและร้องไห้คิดถึงพ่อแม่ บางคนหวาดผวากลัวน้ำ แต่หลังจาก 6 เดือนผ่านไป เด็กจะปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ หากยังซึมเศร้าร้องไห้ ทีมแพทย์สุขภาพจิตก็จะต้องเข้าไปดูแลอย่างใกล้ชิด

ผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นแล้ว แต่ประเด็นที่น่าเป็นห่วงคือ วัยแรงงานมีพฤติกรรมติดเหล้าเพิ่มขึ้นถึง 10 เปอร์เซ็นต์ โดยมีสาเหตุจากภาวะความเครียด เมื่อไม่ได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐอย่างที่คาดหวังไว้ก็เลือกที่จะจับกลุ่มดื่มสุราเพื่อให้ลืมปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากที่สุด คือ มีอาการเครียด นอนไม่หลับ ทั้งนี้หากเป็นผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวเพราะลูกหลานเสียชีวิต ทีมแพทย์สุขภาพจิตต้องหมั่นเข้าไปเยี่ยมเยียนเพื่อไม่ให้รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งและดึงเข้ามาร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ[17]

ตลอด 12 เดือน กรมสุขภาพจิตเข้าช่วยเหลือฟื้นฟูทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัยสึนามิรวม 18,697 คน จังหวัดพังงาซึ่งโดนเล่นงานหนักที่สุด มีผู้เข้ารับการรักษาทางจิตใจถึง 9,736 ราย นับว่ามากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับอีก 5 จังหวัดที่ได้รับผลกระทบร่วมกัน โดยจำนวนผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดด้วยยาทางจิตทั้ง 6 จังหวัดรวม 4,815 คน (ดูตาราง) ในจำนวนนี้ประมาณ 3,000 คน เป็นผู้ป่วยที่ตกอยู่ในภาวะเครียดรุนแรงหลังภัยพิบัติ (Post Traumatic Stress Disorder – PTSD) และจนถึงเดือนมกราคม 2549 มีผู้ป่วยที่ต้องติดตามดูอาการต่อเนื่องอีกร่วม 300 ราย

ผู้ป่วยด้วยโรค PTSD ในเหตุการณ์สึนามิเป็นกลุ่มตัวอย่างของโครงการวิจัยทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรค PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) ที่ดำเนินการโดยภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต สนับสนุนโดยศูนย์ความเป็นเลิศทางด้านชีววิทยาศาสตร์ของประเทศไทย สำนักนายกรัฐมนตรี โครงการนี้เริ่มต้นสำรวจผู้ป่วยใน 6 จังหวัดมาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2548 โดยในช่วงเดือนธันวาคม 2548 ต่อต้นปี 2549 จะมีการเก็บรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวและตัวอย่างเลือดจากกลุ่มตัวอย่าง 3,000 คนที่ป่วยเป็น PTSD ซึ่งทั้ง 3 หน่วยงานวิจัยจะเป็นผู้ดูแลดีเอ็นเอที่ได้จากเลือดทั้งหมด

นายแพทย์วีรยุทธ ประพันธ์พจน์ นักวิจัยในโครงการกล่าวว่า *"น่าสนใจว่า หลังจากผ่านมา 1 ปี สถิติผู้ประสบภัยที่ป่วยเป็นโรคทางจิตลดน้อยลงเป็นที่น่าพอใจ รวมทั้งโรค PTSD ด้วย แต่ขณะเดียวกันก็พบว่า ตัวเลขในผู้ป่วยเด็กกลับไม่ลดลงเลย ซึ่งน่าเป็นห่วงและยังไม่มีการศึกษากันในรายละเอียดว่าเป็นเพราะเหตุใด"*

โครงการนี้จะกลายเป็นคลังข้อมูลดีเอ็นเอของคนไทยที่ใหญ่ที่สุดในการค้นคว้าเชิงพันธุกรรม ซึ่งถูกตั้งคำถามในประเด็นเชิงจริยธรรมทั้งในเรื่องความเข้าใจและความสมัครใจของอาสาสมัคร สิทธิความเป็นเจ้าของงานวิจัย ระบบรักษาความเป็นส่วนตัวในข้อมูล เป็นต้น เนื่องจากขณะนี้ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายควบคุมการศึกษาวิจัยในมนุษย์[18]

ตารางแสดงการช่วยเหลือและฟื้นฟูทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัยกรณีธรณีพิบัติจำแนกรายจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ 27 มกราคม 2549)

จังหวัด	ชนิดของการให้บริการ (ครั้ง)	บำบัดด้วยยาทางจิต	การให้คำปรึกษาแนะนำ	ตรวจสุขภาพ
กระบี่	3,617	839	1,966	1,312
พังงา	9,736	3,110	6,334	3,626
ภูเก็ต	2,600	634	2,052	995
ระนอง	1,484	178	1,115	278
สตูล	646	48	167	532
ตรัง	614	6	594	0
รวม	18,697	4,815	12,228	6,743

หมายเหตุ: ผู้ป่วย 1 รายรับบริการมากกว่า 1 อย่าง และอาจมากกว่า 1 ครั้ง
ที่มา: หน่วยบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [http://www.dmh.go.th/dmhmcc/dmh_tsunami/snm10-1.asp]

ภาวะเครียดรุนแรงหลังภัยพิบัติ (Post Traumatic Stress Disorder: PTSD)

- เป็นความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรงจากเหตุการณ์ไม่คาดคิด เกิดได้กับคนทุกกลุ่ม ทั้งเด็กและผู้สูงอายุ ที่ควรทราบคือ บางครั้ง PTSD มิได้เกิดกับผู้รอดชีวิตเท่านั้น แต่เกิดกับผู้ที่เห็นเหตุการณ์หรือญาติของผู้รอดชีวิตได้ด้วย เพราะฉะนั้นกลุ่มเสี่ยงจึงมิได้มีเพียงเหยื่อแต่ยังรวมถึงญาติและอาสาสมัครจำนวนมากที่เข้าไปในพื้นที่และพบเห็นความรุนแรงที่หลงเหลืออยู่

- โดยทั่วไป PTSD เกิดขึ้นประมาณ 3 เดือนหลังเกิดเหตุ แต่บางรายจะเกิดอาการเมื่อใกล้ครบรอบเดือนหรือครบรอบปี บางคนหายเองภายใน 6 เดือน แต่บางคนเป็นนานและไม่ยอมหายจนกว่าจะได้รับการรักษา พฤติกรรมที่บ่งบอกว่ามีอาการ PTSD คือ สั่น กลัว คลุ้มคลั่ง เมื่อประสบเหตุการณ์คล้ายๆ กับที่เคยเกิดขึ้น หลีกหนีที่จะพูดถึงเหตุการณ์หรือเข้าไปยังสถานที่เกิดเหตุ เลื่อนลอย ตกใจง่าย ฉุนเฉียวง่าย นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ หวาดผวา ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีพฤติกรรมที่เป็นลบต่อตนเอง เช่น ติดเหล้า มักทำร้ายตัวเอง หรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อชีวิต ที่มา: นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. "PTSD เป็น อย่างไร" มติชนรายวัน. วันที่ 12 มกราคม 2548.

ฝากหวังไว้ที่ระบบเตือนภัยสึนามิ

ศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติ (ศตช.) ได้จัดตั้งขึ้นตามคำสั่งของรัฐบาลเมื่อ 30 พฤษภาคม 2548 โดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นศูนย์กลางในการป้องกันและเตือนภัยธรรมชาติทุกชนิดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในความปลอดภัยแก่ประชาชนและนักท่องเที่ยวต่างชาติ ทั้งนี้ไทยถือเป็นประเทศแรกในบรรดาประเทศที่ได้รับผลกระทบจากคลื่นยักษ์ที่มีความพร้อมในการจัดตั้งศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติ[19]

ในส่วนของการติดตั้งระบบสัญญาณเตือนภัย 62 จุดตามแนวชายฝั่งทะเลอันดามันของระนอง พังงา กระบี่ ภูเก็ต ตรัง และสตูล ก็สามารถใช้งานได้แล้วเป็นส่วนใหญ่ เหลืออีกเพียงเล็กน้อยซึ่งคาดว่าจะเสร็จสมบูรณ์ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2549 โดยอุปกรณ์สัญญาณเตือนภัยจะมีเครื่องรับสัญญาณวิทยุทำหน้าที่รับสัญญาณจากสถานีส่งสัญญาณที่กรุงเทพฯ และใช้พลังงานจากแบตเตอรี่ที่เติมพลังงานด้วยระบบโซลาร์เซลล์ จึงไม่ต้องใช้บุคลากรควบคุมการทำงาน

กรณีที่เกิดเหตุแผ่นดินไหวและมีแนวโน้มจะเกิดสึนามิ สถานีควบคุมที่ศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติจะส่งสัญญาณเตือนภัยผ่านดาวเทียมไปยังตัวรับสัญญาณที่ติดตั้งอยู่บนหอเตือนภัยทุกจุด ภายในเวลา 2 นาที เครื่องรับสัญญาณจะส่งเสียงไซเรนเตือนภัยให้ได้ยินในรัศมี 1-1.5 กิโลเมตร จากนั้นจะเตือนเป็นคำพูด 5 ภาษา คือ ไทย อังกฤษ เยอรมัน จีน ญี่ปุ่น นอกจากนี้ศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติจะถ่ายทอดสัญญาณโทรทัศน์แจ้งการเตือนภัยผ่านทางสถานีโทรทัศน์กองทัพบกช่อง 5 พร้อมทั้งส่งข้อความสั้นไปยังโทรศัพท์มือถือ[21]

สถานีโทรทัศน์กองทัพบกช่อง 5 ซึ่งเป็นแม่ข่ายของการเตือนภัยพิบัติแห่งชาติได้จัดให้มี "จุดสีเขียว-เหลือง-แดง" ปรากฏอยู่เหนือโลโก้สถานีกองทัพบกช่อง 5 (ททบ. 5) ที่มุมขวาด้านบนของจอโทรทัศน์ตลอดเวลา เพื่อประโยชน์ในการเตือนภัยในกรณีเกิดเหตุการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนภายในประเทศ ซึ่งจุดสีเขียวหมายถึงไม่มีภัยพิบัติเกิดขึ้นหรือมีภัยพิบัติแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อประเทศไทย จุดสีเหลืองหมายถึง เกิดภัยพิบัติแต่ส่งผลกระทบต่อคนไทยไม่มากและจะมีการรายงานข่าวเหตุการณ์นั้นเป็นช่วงๆ ส่วนจุดสีแดงหมายถึง เกิดภัยพิบัติที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อประเทศไทยจะมีการรายงานข่าวด่วน และต้องติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง โดย ททบ. 5 จะตัดเข้าสู่การรายงานข่าวจากศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติทันทีที่ได้รับสัญญาณ[22]

นอกจากเครื่องมือทันสมัยที่ใช้ในระบบการเตือนภัยแล้ว ยังต้องมีการฝึกซ้อมแผนอพยพประชาชนในพื้นที่เสี่ยงภัยควบคู่กันไปด้วย ซึ่งกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยได้ดำเนินการไปแล้วใน 6 พื้นที่ คือ หาดป่าตอง จ. ภูเก็ต เทศบาลตำบลแหลมสัก จ. กระบี่ บ้านน้ำเค็ม จ. พังงา หาดปากเมง จ. ตรัง หาดประพาส จ. ระนอง และหาดบ้านปากบารา จ. สตูล สำหรับการฝึกซ้อมในพื้นที่เสี่ยงภัยอื่นๆ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยมอบหมายให้อำเภอ กิ่งอำเภอ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเร่งจัดการแผนอพยพประชาชนและฝึกซ้อมอย่างทั่วถึง[23] อีกสิ่งที่ขาดไม่ได้คือการติดตั้งป้ายเตือนภัยแบบสากลและป้ายบอกเส้นทางการอพยพหนีภัยที่ชัดเจนในพื้นที่ชุมชน แหล่งท่องเที่ยว และชายหาดที่เคยประสบเหตุสึนามิ

แม้กลิ่นอายของความเศร้ายังไม่จางไปหมดสิ้น แต่ทั้งหมดที่กล่าวมาน่าจะสร้างความเชื่อมั่นในความปลอดภัยให้ประชาชนและนักท่องเที่ยวได้อุ่นใจว่า ตลอดหนึ่งปีประเทศไทยมีการเตรียมพร้อมอย่างฉับไวในการรับมือกับความรุนแรงจากธรรมชาติที่อาจเกิดซ้ำรอยในวันข้างหน้า

อย่างไรก็ตามภัยธรรมชาติเป็นสิ่งที่อยู่เหนือการควบคุมของมนุษย์ หากยืนยันจะใช้ชีวิตต่อไปในแผ่นดินเดิมที่คุ้นเคย เราต้องทำความเข้าใจความเป็นไปของธรรมชาติและยอมรับความเสี่ยงที่จะโดนสึนามิเล่นงานในอนาคต ...ต่างกันก็เพียงวันนี้คนไทยมีประสบการณ์เป็นบทเรียนและมีระบบเตือนภัยเป็นอาวุธป้องกันตัว เมื่อพ่วง "สติสัมปชัญญะ" เข้าไปด้วยคลื่นยักษ์ลูกต่อไปก็น่าจะสร้างความเสียหายได้น้อยกว่าที่เคย...

8

ท้อง แท้ง ทิ้ง ปัญหาใหญ่ที่ยังไม่มีใครดูแล

ปี 2548 เป็นปีที่มีข่าวทารกหรือเด็กถูกทิ้ง พบซากตัวอ่อนจากการทำแท้ง การทลายคลินิกทำแท้ง รวมถึงการเปิดเผยสถานการณ์และวิธีการทำแท้ง เป็นข่าวขึ้นหน้าหนึ่งของหนังสือพิมพ์รายวันอย่างต่อเนื่อง แต่ดูเหมือนว่าสังคมไทยยังไม่มีการขับเคลื่อนเชิงบูรณาการเพื่อที่จะมองปัญหาเหล่านี้อย่างเชื่อมโยงและอ่านทะลุไปให้ถึงยุทธศาสตร์และมาตรการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเชิงระบบ

ความสุกงอมของปัญหาท้องไม่พร้อม ทำแท้ง ทิ้งเด็ก

ข้อมูลจากโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด พบว่ากรุงเทพมหานครเป็นแชมป์ในเรื่องนี้อัตราที่ทารกถูกทิ้งต่อจำนวนประชากรแสนคนสูงสุดถึง 7.43 ขณะที่อัตราทั่วประเทศอยู่ที่ 2.61 (ดูตาราง)[1] ถ้าพูดเป็นจำนวน ตัวเลขสรุปได้ว่าตลอดทั้งปีมีทารกถูกทิ้ง 700-800 คน หรือเฉลี่ยแล้วมีทารกถูกทิ้งวันละ 2 คน นี่ยังไม่นับรวมข่าวพบซากทารกถูกทิ้งในที่ต่างๆ และข่าวผู้หญิงท้องตกเลือดในห้องน้ำสาธารณะที่สันนิษฐานว่าเกิดจากการพยายามทำแท้งด้วยตัวเอง ขณะที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์รายงานสถานการณ์เด็กถูกทอดทิ้งระหว่างปี 2546-2547 ว่าได้ให้การสงเคราะห์เด็กจำนวน 1,975 คน ที่ถูกทิ้งไว้ที่โรงพยาบาล หรือทิ้งไว้กับผู้รับจ้างเลี้ยง รวมถึงการทิ้งในที่สาธารณะ

ตารางแสดงอัตราทารกถูกทิ้งต่อประชากรแสนคน จำแนกตามรายภาค ปี 2548

ภาค	อัตรา
กรุงเทพมหานคร	7.43
ภาคกลาง	0.79
ภาคตะวันออก	0.85
ภาคเหนือตอนบน	0.37
ภาคเหนือตอนล่าง	0.42
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.80
ภาคใต้	1.67
เฉลี่ยรวมทั้งประเทศ	2.61

ที่มา: โครงการคิดตามสถานการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch), สถาบันรามจิตติ [http://www.childwatchthai.com].

รูปธรรมของปัญหาต่างๆ เหล่านี้มีความเชื่อมโยงกับสถานการณ์การท้องที่ไม่พร้อมอย่างแยกไม่ออก หากพิจารณาจากสถิติสำมะโนการตั้งครรภ์ระดับชุมชนที่สำรวจเมื่อปี 2544 โดยโครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์[3] พบว่าสังคมไทยกำลังเผชิญกับวิกฤตของปัญหาท้องที่ไม่พร้อมอย่างหนัก เพราะจากประวัติการตั้งท้องของผู้หญิงอายุระหว่าง 15-59 ปี ใน 2 ชุมชนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าในจำนวนท้องทั้งหมดที่นับได้ 2,496 ท้องจากผู้หญิงที่เคยท้อง 925 คน เป็นการท้องที่ไม่ได้วางแผนสูงถึง ร้อยละ 45 ของจำนวนท้องทั้งหมด และในจำนวนท้องที่ไม่ได้วางแผนพบว่ามีอัตราการทำแท้งสูงถึงร้อยละ 16 นอกจากนี้ ยังพบว่ามากกว่าครึ่งของผู้หญิงที่ทำแท้งรายงานสาเหตุของการทำแท้งว่าเป็นเพราะมีปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยกลุ่มอายุที่ทำแท้งมากที่สุดคือ 20-29 ปี[4]

ผู้หญิงที่ทำแท้งมีอายุน้อยลง

นายแพทย์สุริยะเดว ทรีปาตี หัวหน้าคลินิกวัยทีน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เปิดเผยว่าประมาณร้อยละ 20 ของผู้มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลมีอายุต่ำกว่า 20 ปี และพบว่าในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งมีวัยรุ่นมาคลอดลูกถึง 1,200 คนต่อปี โดยวัยรุ่นที่อายุน้อยที่สุดคือ 12 ปี ขณะที่บางคนเพียงอายุ 13 ปีก็ตั้งท้องเป็นครั้งที่ 2 แล้ว นอกจากนี้ยังพบด้วยว่าเด็กไทยเรียนรู้เพศศึกษาเมื่ออายุ 13.5 ปี ขณะที่นักเรียนชั้นมัธยมปีที่หนึ่งมีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น โดยไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย[5]

ข้อสรุปเรื่องนี้ถูกยืนยันอีกครั้งในปี 2548 นี้โดยผลสำรวจเรื่องพฤติกรรมความรุนแรงและปัญหาเพศศึกษาในกลุ่มอายุ 13-18 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ทุกอำเภอทั่วประเทศจำนวนกว่า 2 แสนคน พบว่าอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดน้อยลงจริง คือ เริ่มต้นที่อายุ 13 ปี และยังพบมีปัญหา ท้อง-แท้ง-ทิ้ง และเอชไอวี/เอดส์ตามมาเป็นลูกโซ่อีกด้วย[6] ทั้งนี้แพทย์บางส่วนเริ่มพบว่ามีวัยรุ่นที่ตกเลือดและติดเชื้อจากการทำแท้งมารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ[7]

มีวิธีทำแท้งใหม่ๆ เกิดขึ้น

เมื่อเกิดปัญหาการท้องโดยไม่ตั้งใจ ผู้ประสบปัญหาพยายามหาทางแก้ปัญหาด้วยตัวเองตามประสบการณ์และข้อมูลที่แต่ละคนมีอยู่ ส่วนใหญ่วิธีการทำแท้งได้แก่สารพัดสูตรยาตามคำบอกเล่าแบบปากต่อปาก ซึ่งมักเป็น "ยาร้อน" ต่างๆ ใช้เหล้าผสมยาผงในท้องถิ่น ข้อมูลเหล่านี้เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาดั้งเดิมที่เกิดขึ้นอยู่แล้วที่ผู้หญิงสามารถทำด้วยตัวเองได้ ปัจจุบันมีวิธีที่ได้รับความนิยมมากขึ้นคือการใช้ยาเหน็บ ซึ่งอาจใช้เองหรือคนอื่นทำให้ ยาเหน็บนี้ที่จริงคือยากินใช้เพื่อรักษาอาการโรคกระเพาะ และระบุว่าหญิงตั้งครรภ์ห้ามรับประทาน ชื่อยาคือไซโตเทค (cytotec) เข้าใจว่าเริ่มต้นอาจจะมีการใช้ยานี้ในโรงพยาบาล เพื่อรักษาผู้ป่วยที่เข้ามาเพราะมีอาการที่เรียกกันว่า แท้งไม่ครบ (incomplete abortion) จากการใช้ในโรงพยาบาลก็อาจมีการบอกกันปากต่อปากต่อกันมาเรื่อยๆ[8]

ต่อประเด็นนี้ นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น เปิดเผยว่า มีการใช้วิธีใหม่ๆ ในการทำแท้ง เป็นต้นว่าการนำยาในกลุ่มยาลดความอ้วนมาใช้ทำแท้ง ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดเพราะไม่มีผลถึงขั้นแท้ง แต่ที่น่าเป็นห่วงเพราะอันตรายมากคือ การนำยารักษาสิวมาใช้ทำแท้ง เนื่องจากตัวยาสามารถหาซื้อได้ง่ายและมีราคาถูก แต่มีความเสี่ยงสูงที่จะตกเลือดและมีความเสี่ยงที่ทารกจะพิการด้วย ในกรณีที่กินยาตัวอื่นร่วมกับยาขับประจำเดือนเพื่อให้แท้งก็อาจส่งผลให้เกิดการแท้งไม่ครบ ซึ่งมักมีการติดเชื้อและต้องมาขูดมดลูกในภายหลังอันอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว นอกจากนี้ หากกินยาเพื่อให้แท้งในขณะที่อายุครรภ์มากถึง 4 หรือ 5 เดือน อาจทำให้มดลูกเกิดการบีบรัดตัวมากเกินไปจนทำให้มดลูกแตก เกิดการตกเลือดมากและช็อคจนอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้[9]

ความพยายามที่จะแก้ปัญหาจากภาครัฐแต่พายเรือไปคนละทาง

ขณะที่ปัญหาท้องไม่พร้อมอยู่ในอัตราเร่งที่รวดเร็วและส่งผลกระทบรุนแรงมากขึ้น ส่วนหนึ่งของสังคมกลับมีทัศนคติที่ผลักไสให้ผู้ที่กำลังเผชิญปัญหาต้องตกอยู่ในภาวะยากลำบากยิ่งขึ้นไปอีก ผู้มีบทบาทชี้นำความคิดหลายคนจากภาครัฐแสดงความห่วงใยว่าถ้าวัยรุ่นหญิงไม่ยึดมั่นในค่านิยมรักนวลสงวนตัว การแก้ไขปัญหาต่างๆ คงทำได้ยาก ส่วนอีกด้านหนึ่งของการดำเนินมาตรการจัดการปัญหา ก็มุ่งเน้นจับกุมปราบปรามคลินิกทำแท้ง ที่นอกจากจะไม่มีประสิทธิภาพในเชิงการลดอัตราการทำแท้งแล้ว ยังส่งผลให้บริการดังกล่าวยิ่งกลายเป็นบริการใต้ดินชั้นลึกที่สุดที่ไม่สามารถตรวจสอบได้ทั้งคุณภาพ มาตรฐานความปลอดภัยและการเอารัดเอาเปรียบผู้ที่กำลังหาทางแก้ไขวิกฤติของชีวิต

นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า ในการตรวจสอบคลินิกที่ได้รับแจ้งว่าให้บริการทำแท้งนั้น เจ้าหน้าที่คงดูได้เพียงว่าเป็นคลินิกที่เปิดโดยถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ รวมทั้งตรวจสอบใบประกอบโรคศิลปะของแพทย์ แต่เชื่อว่าคงไม่สามารถลงโทษอะไรได้[10]

ในอีกด้านหนึ่ง สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและพิทักษ์เด็กและเยาวชนฯ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พยายามที่จะให้แม่ที่คลอดลูกแต่ไม่พร้อมจะเลี้ยงดูทำสัญญากับรัฐ โดยสัญญานี้มีข้อตกลงให้เลือกสองกรณี กรณีแรกคือยินดีมอบให้รัฐดูแลจนกว่าจะมีความพร้อม ผู้เป็นแม่จะทราบว่าลูกที่ฝากเลี้ยงไว้อยู่ที่ใด เมื่อใดมีความพร้อมอาจจะเรียนจบ หรือมีงานทำก็สามารถมารับลูกคืนกลับไปเลี้ยงได้ทันที ส่วนกรณีที่สอง คือ มอบลูกให้กับรัฐเป็นสิทธิขาดไปเลย[11]

ทางด้านกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ร่วมมือกับสถาบันอุดมศึกษาจัดโครงการพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่นไทย เพื่อบรรจุการเรียนการสอนเพศศึกษาในระดับปริญญาตรี ซึ่งจะสนับสนุนให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะข้อมูลเรื่องเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ รวมถึงส่งเสริมการจัดให้มีบริการสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรและตอบสนองความต้องการของวัยรุ่น นอกจากนี้ยังตั้งเป้าหมายให้โรงเรียนมัธยมเป็นสถานที่ที่วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการปรึกษาด้านสุขภาพเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย[12]

อย่างไรก็ดี เราคงต้องยอมรับว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านคุมกำเนิดของวัยรุ่นยังคงมีช่องว่าง ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่วิธีคิดของสังคมที่ไม่ต้องการยอมรับเรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น และนำไปสู่ความไม่เต็มใจที่จะให้วัยรุ่นได้รับข้อมูลและบริการคุมกำเนิด ช่องว่างนี้ยังคงมีอยู่แม้แต่ในกลุ่มวัยรุ่นเอง เพราะผลการสำรวจในปี 2548 พบว่า แม้วัยรุ่นในกรุงเทพมหานครร้อยละ 41 เห็นด้วยกับการติดตั้งตู้จำหน่ายถุงยางอนามัยในสถาบันอุดมศึกษา แต่เกินกว่า 1 ใน 3 หรือร้อยละ 37 กลับไม่เห็นด้วย ขณะที่ร้อยละ 23 ไม่มีความเห็น[13]

เพศศึกษาจะเป็นแสงสว่างที่ปลายอุโมงค์ได้อย่างไร

เมื่อสถานการณ์ปัญหาสุกงอมได้ที่ กระทรวงศึกษาธิการก็เริ่มเปิดใจให้กับกิจกรรมนำร่องที่ร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชนบางแห่ง จัดอบรมครูทั่วประเทศเพื่อนำหลักสูตรเพศศึกษาที่ใช้ชื่อว่า "ก้าวย่างอย่างเข้าใจ" ไปใช้ในการจัดการเรียนรู้แก่นักเรียนในช่วงชั้นต่างๆ เพื่อให้เด็กไทยมีภูมิคุ้มกันเชิงสังคม หัวใจของหลักสูตรนี้อยู่ที่ผู้สอน กระบวนการ และบรรยากาศในการจัดการเรียนการสอน ที่ต้องเน้นการไม่ชี้นำทางความคิดและค่านิยม โดยยึดว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือ การจัดการเรียนรู้ที่เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้เรียน[14]

แม้ว่าจะมีหลักสูตรเพศศึกษาที่ดี มีประสิทธิภาพ สามารถลดความเสี่ยงของเยาวชนได้จริงแล้ว แต่เราก็ยังต้องทำอะไรอีกหลายอย่างเพราะปัญหาท้องที่ไม่พร้อม การทำแท้ง การทิ้งเด็ก การฆ่าทารก เป็นปัญหาใหญ่ สลับซับซ้อน และเชื่อมโยงกันชนิดที่แตะข้างซ้ายก็สะเทือนข้างขวา การแก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในสภาวการณ์ที่ปัญหาสุกงอมเช่นนี้

ทางออกที่ต้องอาศัยการประสานงานจากทุกภาคส่วน

ในสถานการณ์เฉพาะหน้าเช่นนี้ สังคมไทยต้องพิจารณามาตรการเร่งด่วน ที่สามารถคลี่คลายปัญหาได้อย่างยั่งยืนและควรลงมือทำทันที ภายใต้การทำงานประสานระหว่างหน่วยงานของรัฐและภาคเอกชน ดังต่อไปนี้

(1) มาตรการเร่งด่วนเพื่อลดการทอดทิ้งหรือทำร้ายทารกและการทำแท้ง

- จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลแบบรอบด้านแก่ผู้หญิงที่ประสบปัญหาท้องไม่พร้อม โดยต้องเคารพในสิทธิและความต้องการของเจ้าของปัญหา
- จัดให้มีบ้านพักเพื่อให้ผู้หญิงอยู่อาศัยระหว่างรอคลอดทุกจังหวัดพร้อมมีการดูแลสุขภาพการตั้งครรภ์และการคลอดที่ได้มาตรฐาน
- จัดให้มีบริการรับเลี้ยงเด็กชั่วคราวและบริการหาครอบครัวบุญธรรม
- กำหนดกฎระเบียบที่ชัดเจนสำหรับการให้ความช่วยเหลือผู้หญิงที่ท้องเพราะถูกข่มขืนเพื่อให้ได้รับการแก้ไขปัญหาโดยเร็วที่สุด

แก้วรับรู้ความต้องการของแฟน เธอตัดสินใจไปหาหมอ เพื่อขอร้องให้เขาจัดการให้ ราคาที่ต้องจ่ายไปเกือบห้าพันบาท ทำให้ชีวิตของแฟนและตัวเธอเองดำเนินต่อไปอย่างที่ครอบครัวคาดหวัง

(2) มาตรการเร่งด่วนเพื่อลดแรงกดดันทางสังคมต่อผู้หญิงที่ท้องโดยไม่ตั้งใจ

- สถานศึกษาโดยเฉพาะภายใต้การควบคุมของกระทรวงศึกษาธิการ ต้องทบทวนท่าทีของตนต่อปัญหาการท้องของนักเรียนนักศึกษา โดยต้องใส่ใจต่อการประคับประคองให้ผู้ประสบปัญหาสามารถแก้ไขปัญหาของตนได้มากกว่ามุ่งแก้ปัญหาเรื่องชื่อเสียงของสถานศึกษาเอง และยึดหลักการให้โอกาสแก่นักเรียนนักศึกษาในการพิสูจน์ตัวเองด้านวิชาการแก้ไขกฎระเบียบทุกประเภทที่เป็นอุปสรรคต่อการตั้งท้องและมีบุตรของผู้หญิง
- ปรับระเบียบราชการและองค์กรต่างๆให้เด็กที่เกิดนอกสมรสได้รับสิทธิประโยชน์จากรัฐและองค์กรโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ

(3) มาตรการเร่งด่วนเพื่อลดปัญหาการท้องที่ไม่ตั้งใจ

- ให้ความรู้และบริการคุมกำเนิดอย่างจริงจัง ครอบคลุมบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบคลุมถึงกลุ่มผู้หญิงที่ยังไม่ได้แต่งงาน เช่น วัยรุ่นหญิงทั้งในโรงเรียนตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมต้นขึ้นไปและวัยรุ่นนอกระบบโรงเรียน รวมถึงควรมีสถานบริการด้านคุมกำเนิดในระดับชุมชนด้วย
- ต้องให้ความรู้เรื่องเพศที่มีเนื้อหาหลุดพ้นจากวัฒนธรรม ที่ก่อให้เกิดการกดขี่ทางเพศ รวมทั้งต้องมุ่งเน้นการเปลี่ยนทัศนคติของเพศชายในเรื่องเพศและการเอาเปรียบทางเพศ และส่งเสริมความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงและชายด้วย โดยเป็นการให้ความรู้ที่จัดให้กับประชาชนอย่างถ้วนหน้าไม่จำกัดเฉพาะในสถานศึกษาเท่านั้น

อยากให้เรื่องการคุมกำเนิดแพร่หลายในวัยรุ่นมากกว่านี้[15]

เพศสัมพันธ์ครั้งแรกในชีวิตของเด็กสาววัยแรกรุ่นหลายคนคงเริ่มต้นคล้ายกับแก้ว เริ่มต้นจากความสัมพันธ์ยาวนานที่กลายมาเป็นความรัก ความไว้เนื้อเชื่อใจ และความผูกพัน จนวันหนึ่งฝ่ายชายเริ่มต้นพูดถึงความรักในมิติใหม่ที่สาวน้อยไม่เคยคิดมาก่อน มันคือความรักที่เดินคู่มากับความใคร่ ถ้าหากรักก็ต้องมีเซ็กซ์ ไม่มีเซ็กซ์แปลว่าไม่รัก

"แต่ก่อนนี้ จับมือก็ห้าม ไม่เคยจับมือกันเลย ไม่เคยสัมผัสตัวกันเลย แล้วพอมาเป็นแบบนี้ แก้วก็ไม่ยอม ยังไงก็ไม่ยอม ไม่เคยคิดว่าเราจะมีแบบนี้ แก้วคิดว่าต้องแต่งงานก่อนแล้วค่อยมี ก็ไม่คิดว่าเขาจะบังคับ"

ลองนึกดูเถอะว่า เพียงแค่นี้ก็ผิดความคาดหมายไปมากพอแรงแล้ว มิพักต้องพูดถึงการป้องกันอะไรทั้งสิ้น

"ไม่กล้าค่ะ เพราะแก้วอาย ไม่กล้าพูดถึงเรื่องแบบนี้ เด็คขาดเลย แล้วก็ไม่รู้จัก ใช้ไม่เป็น ไม่รู้จะไปเริ่มต้นยังไง ทานยังไง คุมยังไง ทำนองเนี้ยค่ะ"

แก้วอายุสิบเจ็ดปี ปีนี้เธอยังเรียนอยู่ชั้น ม.6 เป็นลูกสาวคนเดียว มีพี่ชายน้องชายอย่างละหนึ่งคน ในสายตาของทุกคน แก้วเป็นเด็กดี ซึ่งเธอก็เชื่ออย่างนั้น และภูมิใจในความเป็นเด็กดีของตน แก้วกับรุ่นพี่ที่โรงเรียนคบหากันมาได้กว่าห้าปีแล้ว จนกระทั่งฝ่ายชายเรียนจบและเริ่มทำงานครอบครัวของทั้งคู่รับรู้และยินดีกับความสัมพันธ์ใสสะอาดของหนุ่มสาวคู่นี้ พ่อแม่ของฝ่ายชายกำลังรอวันที่ลูกชายจะบวชตามประเพณีและจะจัดพิธีแต่งงานให้ทั้งคู่หลังจากแก้วเรียนจบปริญญาตรี

ไม่กี่เดือนหลังจากที่ความสัมพันธ์ของทั้งคู่แนบแน่นขึ้นจากเหตุการณ์ในคืนนั้น แก้วพบว่าตัวเองตั้งท้อง เธอปรึกษาครอบครัว ทุกคนปลอบประโลมและให้เธอเป็นคนตัดสินใจเอง แก้วตัดสินใจตั้งท้องต่อไป โดยมีครอบครัวของเธอช่วยประคับประคอง แต่แฟนหนุ่มของเธอวิตกกังวลอย่างมาก เขารู้ว่าพ่อแม่ต้องเสียใจที่ลูกชายมาเบียดก่อนบวช

แก้วรับรู้ความต้องการของแฟน เธอตัดสินใจไปหาหมอ เพื่อขอร้องให้เขาจัดการให้ ราคาที่ต้องจ่ายไปเกือบห้าพันบาท ทำให้ชีวิตของแฟนและตัวเธอเองดำเนินต่อไปอย่างที่ครอบครัวคาดหวัง

"อยากให้เรื่องการคุมกำเนิดมันแพร่หลายมากกว่านี้ เคยเรียนมาก็แต่เรื่องเอดส์ ถ้าเดินไปให้ทั่วประเทศไทย แก้วว่าเราจะเห็นเด็กที่เกิดมาโดยไม่พร้อมมีอยู่เต็มไปหมด เด็กที่ต้องไปเป็นขอทาน ไปเป็นโจร มีอนาคตที่ไม่ดี เราสามารถป้องกันเด็กที่เกิดโดยไม่พร้อมได้ถ้าเรื่องนี้ (การคุมกำเนิด) มันแพร่หลาย"

9

ศึกเพื่อสยบ "บุหรี่-เหล้า" ยังไม่จบ ในสังคมไทย

ภาพ: ศูนย์ข้อมูลหนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ

การรณรงค์และสร้างมาตรการคุมเข้มต่างๆ เพื่อลดปริมาณการบริโภคบุหรี่และเหล้าในสังคมไทย ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมและความจริงจังจริงใจของภาครัฐ เพื่อบรรลุเป้าหมายสำคัญร่วมกันคือ ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม และสร้างเสริมทั้งสุขภาพสังคมและสุขภาพปัจเจกบุคคล

ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศผู้นำด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมานี้ การรณรงค์เคลื่อนไหวเรื่องบุหรี่-เหล้า ของภาคประชาสังคม และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ส่งผลให้เกิด มาตรการคุมเข้มการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบขึ้นหลายรูปแบบ ดังตัวอย่างการกำหนดระยะเวลาจำหน่ายสุราตั้งแต่เวลา 11.00-14.00น. และ เวลา 17.00-24.00น. การห้ามจำหน่ายบุหรี่ และแอลกอฮอล์ให้กับเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี และการกำหนดภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ในปี 2548-2549 สถานการณ์ศึกต่อต้านการบริโภคบุหรี่-เหล้า โดยเฉพาะเพื่อลดการมอมเมาในกลุ่มเยาวชนก็ยิ่งมีความเข้มข้นมากขึ้น และเป็นประเด็นที่สนใจใคร่รู้ของประชาชนในลำดับต้นๆ เสมอมา

การต่อสู้เพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ ในปี 2548-2549

การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เรื่องพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2547 พบว่าประชากรที่สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวน 11.3 ล้านคน โดยสูบเป็นประจำหรือสูบทุกวัน 9.6 ล้านคน **กว่าร้อยละ 90 ของผู้ที่สูบบุหรี่เริ่มสูบตั้งแต่เป็นเยาวชน**[1] เยาวชนจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่บริษัทบุหรี่หันมาสนใจและเริ่มหาทางเจาะกลุ่มเป้าหมายนี้ให้ได้

ขณะที่รัฐบาลร่วมกับภาคประชาสังคมก็พยายามสร้างมาตรการที่เข้มข้นในปี 2548 เพื่อวางเป้าหมายดูแลเด็กและเยาวชนให้มากขึ้น เช่น การห้ามจำหน่ายบุหรี่และแอลกอฮอล์ให้กับเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี และการกำหนดภาพคำเตือนบนซองบุหรี่ ซึ่งมีเพียงไม่กี่ประเทศในโลกที่มีการบังคับใช้มาตรการในลักษณะนี้ หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขบังคับใช้กฎหมายคำเตือนบนซองบุหรี่ พบว่าผู้ที่เคยพบเห็นภาพบนซองบุหรี่แล้ว ร้อยละ 21 เลิกสูบบุหรี่เมื่อเห็นภาพคำเตือนบนซอง ร้อยละ 57 สูบบุหรี่น้อยลง และร้อยละ 22 ยังคงสูบบุหรี่ต่อไป[2]

แต่ก็ยังไม่สามารถทำให้ปริมาณการบริโภคลดลงได้มากนัก เยาวชนยังคงสามารถหาซื้อบุหรี่ได้ เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เข้มงวด และจากการโฆษณา ณ จุดขาย หรือการรับรู้จากสื่อต่างๆ ทำให้เยาวชนบางส่วนยังมีความอยากลองสูบบุหรี่อยู่ ในปี 2548 ต่อเนื่อง 2549 เราจึงเห็นมาตรการเชิงรุกใหม่ๆ เพื่อลดยอดจำหน่ายบุหรี่ลง

(1) ศึกเก็บบุหรี่จากชั้น ความสำคัญของการโฆษณา ณ จุดจำหน่ายต่อผู้ผลิตบุหรี่มีความจำเป็นสูง บริษัทผลิตบุหรี่มองว่าจุดจำหน่ายที่อยู่ตรงหน้าผู้ซื้อทำให้มีโอกาสสุดท้ายที่จะชี้ชวนให้ลูกค้าได้เลือกบุหรี่ยี่ห้อนั้นๆ และการได้จุดวางขายที่ดีย่อมทำให้ผู้สูบอาจตัดสินใจเลือกบุหรี่ของตนได้ การวางการโฆษณาบุหรี่ปะปนกับขนม ของขบเคี้ยว หมากฝรั่งและน้ำอัดลม จึงเป็นการจูงใจเด็กและเยาวชนให้หันมาสูบบุหรี่มากขึ้น แต่ละปีบริษัทบุหรี่ข้ามชาติจะใช้งบประมาณสูงถึงหนึ่งแสนล้านเหรียญหรือประมาณ 4 ล้านล้านบาท เพื่อใช้ในการโฆษณา ลดแลกแจกแถม และส่งเสริมการขาย ณ จุดซื้อ จากงบประมาณเพื่อทำการตลาดบุหรี่ทั้งหมดประมาณ 4.56 ล้านล้านบาท[3]

รัฐบาลหันมาทำศึกกับการโฆษณา ณ จุดขาย โดยใช้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 มาตรา 8 ที่ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือแสดงชื่อหรือเครื่องหมายของผลิตภัณฑ์ยาสูบในสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรือสิ่งอื่นใดที่ใช้โฆษณาได้ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้วันที่ 24 กันยายน 2548 ผู้ประกอบการค้าปลีก ร้านสะดวกซื้อทั้งหมดต้องเก็บสินค้าลงจากชั้นวาง ผู้ฝ่าฝืนโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบ ณ จุดขายต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 200,000 บาท

จากผลประโยชน์และผลทางการค้าจำนวนมหาศาลที่จะกระทบต่อยอดขาย ทำให้มีการคัดค้านจากบริษัทเซเว่นอีเลเว่นและบริษัทผู้ผลิตบุหรี่ทั้งในและต่างประเทศ โดยใช้ช่องโหว่ของกฎหมายทุกทางส่งผลให้ต้องมีการยื่นตีความการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวไปยังคณะกรรมการกฤษฎีกา อย่างไรก็ตามผลจากการที่ทุกภาคส่วนของสังคมกดดันกลุ่มบริษัทที่คัดค้านอย่างหนัก ทำให้บริษัทเซเว่นอีเลเว่นยอมจำนน เป็นผลให้เรื่องการตีความกฎหมายจึงเป็นอันระงับไป

(2) เพิ่มภาษีบุหรี่ ประเทศไทยไม่ได้ปรับเพดานภาษีบุหรี่มาเป็นเวลา 4 ปี ในขณะที่การขยายตัวทางเศรษฐกิจดีขึ้น กำลังการซื้อเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อรายได้ประชากรเพิ่มร้อยละ 10 ยอดจำหน่ายบุหรี่จะปรับเพิ่มขึ้นร้อยละ 7 เพดานภาษีที่นิ่งในช่วงเวลาดังกล่าวกระตุ้นให้มีการสูบบุหรี่มากขึ้น ยอดจำหน่ายบุหรี่ในปี 2547 จึงเพิ่มขึ้นจากปี 2544 จาก 1,727 ล้านซองเป็น 2,110 ล้านซอง[4] ในเดือนกันยายน 2548 รัฐบาลจึงนำมาตรการทางภาษีมาใช้โดยปรับเพิ่มค่าแสตมป์ยาสูบชนิดบุหรี่ซิกาแรต ให้สูงขึ้นจากเดิมร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 79 เกือบชนเพดานภาษีสูงสุดตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ.2509 ซึ่งกำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 ซึ่งคาดว่าจะทำให้ปริมาณของผู้บริโภคยาสูบลดลงราวร้อยละ 10

นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีแผนการแก้ไขกฎหมายขยายเพดานภาษีบุหรี่เพิ่มขึ้นจากปัจจุบันที่อยู่ที่ร้อยละ 80 ของมูลค่าบุหรี่ เพื่อให้การปรับเพิ่มอัตราภาษีในครั้งต่อไป สามารถดำเนินการได้ทันทีโดยไม่ติดกฎหมาย โดยจะมีการเร่งให้เกิดขึ้นในปี 2549 และถ้าเพดานสูงถึงร้อยละ 200 หรือ 300 ได้ก็เป็นสิ่งที่ดีเมื่อถึงเวลาก็สามารถปรับอัตราภาษีได้ทันที จากการประเมินของโรงงานยาสูบคาดว่า ในปี 2549 จะมีการบริโภคลดลงร้อยละ 7 แต่กรมสรรพสามิตประมาณการบริโภคจะลดลงร้อยละ 10-12 โดยการเพิ่มภาษีบุหรี่ครั้งนี้จะทำให้การเก็บภาษีบุหรี่เพิ่มขึ้นอีกปีละ 3 พันล้านบาท[5]

(3) การขยายพื้นที่ปลอดภัยต่อปอดของผู้ไม่สูบบุหรี่ ประเทศไทยมีพื้นที่ปลอดบุหรี่แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ สถานที่ที่ให้มีการคุ้มครองของสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ทั้งร้อยเปอร์เซ็นต์ และพื้นที่ที่คุ้มครองสุขภาพของผู้สูบบุหรี่โดยมีข้อยกเว้น ในวันที่ 30 ธันวาคม 2548 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2 ฉบับ กำหนดเครื่องหมายของเขตสูบบุหรี่และเขตปลอดบุหรี่ และการกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่เพิ่มเติมจากกฎหมายเดิมที่มี 31 ประเภท โดยเพิ่มขึ้นอีก 3 ประเภท ได้แก่ ล็อบบี้โรงแรมที่ติดแอร์ทุกแห่ง สถานพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทยและธุรกิจบริการสุขภาพตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สปาเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อสุขภาพ และร้านเสริมสวยเพื่อสุขภาพ และแก้ไขประกาศเดิมซึ่งครอบคลุมเฉพาะตู้รถไฟชนิดปรับอากาศ แต่ประกาศฉบับใหม่นี้จะครอบคลุมตู้โดยสาร

รถไฟทั้งขบวน โดยมาตรการดังกล่าวนี้จะเริ่มใช้ตั้งแต่เดือนมกราคม 2549 เป็นต้นไป การเพิ่มพื้นที่ปลอดบุหรี่เป็นมาตรการที่จะช่วยเหลือให้พ้นจากพิษของควันบุหรี่มือสองได้อย่างน้อยก็ลดภาระโรคมะเร็งในกลุ่มของคนที่ไม่สูบบุหรี่

ปี 2548 กับดักน้ำเมายังเติบโตและมอมเมาเยาวชน

เป็นที่ชัดเจนว่า การบริโภคแอลกอฮอล์ทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทั้งจากการสูญเสียกำลังผลิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และค่าเสียหายรวมรายจ่ายของรัฐจากอาชญากรรมและความรุนแรง ประเทศไทยมีภาระโรคจากการบริโภคแอลกอฮอล์เป็นอันดับ 3 รองจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และการบริโภคยาสูบ โดยประมาณการความเสียหายทางเศรษฐกิจจากการดื่มแอลกอฮอล์ เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจรถูกประมาณไว้ในระดับร้อยละ 2-3 ของรายได้ประชาชาติหรือราวหนึ่งแสนล้านบาทต่อปี ถ้ารวมความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งหมดคาดว่าไม่ต่ำกว่า 5 แสนล้านบาทต่อปี

ปี 2548 สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญได้ทำการสำรวจพฤติกรรมและความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในกรุงเทพฯและปริมณฑล จำนวน 1,672 ตัวอย่าง พบว่าประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55 ยอมรับว่าดื่มเหล้าเบียร์ โดยเฉลี่ยคนละ 3.8 แก้วต่อวัน ร้อยละ 45 ดื่มเป็นครั้งคราว และร้อยละ 10 ดื่มประจำทุกวัน โดยเบียร์ไทยเป็นที่นิยมมากที่สุด รองลงมาคือเหล้าไทย และเหล้านอกตามลำดับ ในกลุ่มผู้มีรายได้เฉลี่ย 8,825 บาท หมดเงินไปกับการดื่มแอลกอฮอล์ 3,588 บาทต่อเดือน ผู้ที่ดื่มส่วนใหญ่เคยได้รับบาดเจ็บ คือเกิดอุบัติเหตุจากการดื่มร้อยละ 15 รู้ตัวว่าทำให้อารมณ์ผิดปกติร้อยละ 14 ทำให้ขาดงาน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงร้อยละ 13 แต่ผู้ดื่มเกินครึ่งคือร้อยละ 52 ก็ยังไม่คิดจะเลิก ในกลุ่มผู้พยายามจะเลิกดื่มแต่ทำไม่สำเร็จมีสูงถึงร้อยละ 78[6]

นอกจากผลกระทบทางเศรษฐกิจการดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบต่อภาคสังคม คือ เหล้าเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวและที่สาธารณะ ดังที่ปรากฏให้เห็นผ่านสื่อและเว็บไซต์ต่างๆ พบว่าตั้งแต่เดือนมกราคม 2545 - เดือนมิถุนายน 2548 มีสถิติความรุนแรงที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์สูงถึง 3,427 ราย โดยปี 2546 เกิดเหตุและคดีความมากที่สุด 1,198 ราย รองลงมา คือปี 2547 มี 944 ราย และเพียง 6 เดือนแรกของปี 2548 มี 422 ราย ประเภทของคดีความที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ การใช้ความรุนแรง 1,146 ราย ฆาตกรรม 963 ราย ความผิดเกี่ยวกับเพศ 440 ราย อุบัติเหตุ 321 ราย และฆ่าตัวตาย 229 ราย[7]

มาตรการในปี 2548-2549 เพื่อหยุดยั้งคอทองแดง

(1) **เพิ่มภาษีสุรา** ปัจจุบันกรมสรรพสามิตจัดเก็บภาษีสุราภายใต้ 2 เงื่อนไข คือจัดเก็บภาษีตามมูลค่า (ราคา) หรือจัดเก็บภาษีตามปริมาณแอลกอฮอล์ (ดีกรี) คือหากภาษีรูปแบบใดสูงกว่ากันให้จัดเก็บภาษีตามวิธีการนั้น ทั้งนี้อัตราภาษีสุรากลั่นปรุงพิเศษของกรมสรรพสามิตสูงสุดตามมูลค่าอยู่ที่ร้อยละ 50 และตามดีกรีอยู่ที่ 400 บาทต่อลิตร แต่จัดเก็บภาษีจริงตามดีกรีที่ 240 บาทต่อลิตร ในวันที่ 6 กันยายน 2548 ซึ่งเป็นวันเดียวกันกับที่คณะรัฐมนตรีมีมติเพิ่มภาษีบุหรี่ก็ได้มีมติขึ้นอัตราภาษีสรรพสามิตสุราด้วย โดยเป็นการปรับขึ้นในเพดานสูงสุดที่อัตราภาษีกำหนดในกลุ่มสุรากลั่นที่จัดเก็บอยู่ 2 ประเภทคือ สุรากลั่นปรุงพิเศษ เช่น แม่โขง และสุราพิเศษ เช่น วิสกี้ บรั่นดี และอื่นๆ การปรับอัตราภาษีครั้งนี้ให้เก็บที่เพดานสูงสุดคือ 400 บาทต่อลิตร และบรั่นดีที่ปัจจุบันเสียภาษีจริงตามมูลค่าราคาร้อยละ 35 ให้ปรับขึ้นไปเก็บภาษีบรั่นดีตามมูลค่าในอัตราร้อยละ 40

การขึ้นภาษีเหล้าครั้งนี้ รัฐบาลไม่ได้แตะสุราขาว สุราผสม และสุราแช่ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มของสุราพื้นบ้าน โดยให้เหตุผลว่าเป็นการช่วยเหลือชุมชน และยังเป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาไทย ต่อประเด็นนี้ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) เห็นว่ารัฐควรขึ้นภาษีสรรพสามิตสุราทุกประเภทพร้อมๆ กัน และกำหนดอัตราภาษีสุราที่มีปริมาณแอลกอฮอล์สูงในอัตราก้าวหน้า โดยอัตราภาษีจะต้องไม่สูงจนก่อให้เกิดการลักลอบค้าสุราเถื่อนหรือต้มสุราเถื่อนอย่างกว้างขวางสอดคล้องกับความเห็นของศูนย์วิจัยปัญหาสุราที่ว่า รัฐบาลไม่มีความจำเป็นที่จะยกเว้นสุราขาว โดยคิดภาษีต่ำกว่าสุราประเภทอื่น เพราะเหล้าขาวไม่เพียงเสียภาษีต่ำที่สุดและขายถูกที่สุด แต่ยังแพร่หลายมากที่สุดและมีคนติดมากที่สุดด้วย นอกจากนี้ยังเป็นเหล้าที่เข้าถึงกลุ่มชนชั้นล่างซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ ตลอดจนเยาวชนได้ง่ายเพราะราคาถูก และไม่มีมาตรการคุมเข้มมากนัก

ดังตัวอย่าง ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวนร้านเหล้าประเภทแบ่งขายหรือเหล้าตอง[10] ซึ่งเป็นเหล้าที่มีราคาถูก และเยาวชนซื้อหาได้อย่างง่ายดาย มีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี 2546 มีจำนวน 389 ร้าน แต่ในปี 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 482 ร้าน คิดเป็น ร้อยละ 21 ซึ่งร้านขายเหล้าประเภทนี้มักพบหนาแน่นบริเวณเส้นทางที่ผ่านชุมชนที่มีความหนาแน่น หอพัก อาบอบนวด และคิวรถ[9]

ภาพ: ศูนย์ข้อมูลหนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ

(2) จำกัดสถานที่ เวลาจำหน่ายและห้ามการโฆษณาสุรา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2549 กระทรวงการคลังประกาศข้อกำหนดการออกใบอนุญาตจำหน่ายสุรา โดยสั่งห้ามไม่ให้ร้านค้าในปั๊มน้ำมัน สถานศึกษา และศาสนสถาน จำหน่ายสุรารวมไปถึงเบียร์และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด และกรมสรรพสามิตจะไม่ต่ออายุใบอนุญาตจำหน่ายสุราให้กับร้านค้าในปั๊มน้ำมันประมาณ 1 หมื่นราย จากใบอนุญาตทั้งหมด 5.8 แสนรายทั่วประเทศ ซึ่งปกติแล้วกรมสรรพสามิตจะมีการต่ออายุให้ในเดือนธันวาคมของทุกปี

นอกจากนี้ยังประกาศกำหนดการขายสุราใหม่ โดยกำหนดให้ขายได้ 2 ช่วงเวลาเหมือนเดิม คือตั้งแต่ 11.00-14.00น. และ 17.00-24.00น. จากเดิมที่ให้ขายได้ตั้งแต่ 17.00-02.00น. ทั้งนี้ในขั้นต่อไปรัฐบาลมีแนวคิดที่จะผลักดันการห้ามขายแอลกอฮอล์วันอาทิตย์ ซึ่งถือเป็นวันครอบครัว นอกจากลดการบริโภคยังเป็นการสร้างความอบอุ่นสายสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวแล ช่วยลดปัญหาสังคม

ที่สำคัญคือในปี 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายที่จะห้ามดำเนินการไม่ให้มีการโฆษณาสินค้าแอลกอฮอล์ทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะผ่านสื่อชนิดไหนก็ตาม

(3) เพิ่มโทษผู้ดื่มสุราที่ขับขี่ยานพาหนะ ในปี 2548 รัฐบาลอนุมัติการแก้ไขเพิ่มเติม พ.ร.บ. จราจรทางบก พ.ศ. 2522 เกี่ยวกับการเพิ่มโทษของผู้ขับขี่ที่ดื่มสุรา หรือเสพยาเสพติดให้โทษ หรือเสพวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยมีสาระสำคัญคือ เพิ่มโทษทั้งจำและปรับผู้ที่ขับขี่รถยนต์ในขณะเมาสุรา โดยหากเกิดอุบัติเหตุทำให้ผู้อื่นได้รับอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจ หรือได้รับอันตรายสาหัส หรือเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย โทษก็จะสูงขึ้นตามลำดับ ในกรณีหลังสุดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3-10 ปี ปรับไม่เกิน 60,000-200,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และให้ศาลสั่งเพิกถอนใบอนุญาตขับขี่โดยไม่ต้องรอคำพิพากษาถึงที่สุด

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก้าวสำคัญที่สุดของการลดละเลิกบุหรี่และเหล้า

เจตนารมณ์ในการลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ ถือเป็นเป้าหมายสำคัญที่หากทำให้เกิดขึ้นได้จริงจะช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม ซึ่งการสร้างมาตรการที่เข้มแข็งต้องอาศัยทุกภาคส่วนและความจริงจังจริงใจของภาครัฐเป็นสำคัญ

ผลจากการทำงานของกลุ่มผู้รณรงค์เรื่องนี้ตลอดสิบปีที่ผ่านมา เห็นความสำเร็จชัดเจนในมาตรการต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในปี 2548-2549 เป็นมาตรการที่รุกคืบหน้ามากขึ้น คือตีวงให้ผู้บริโภคเข้าถึงบุหรี่และเหล้าได้จำกัดลง เพื่อลดยอดการบริโภคบุหรี่-เหล้า อย่างไรก็ตามเป้าหมายในการแก้ปัญหาและจำนวนผู้บริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ ยังคงต้องเดินหน้าสร้างค่านิยมใหม่ 2 "ไม่" คือ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราให้เข้มข้นมากขึ้น เพราะค่านิยมใหม่ในเรื่องนี้จะเป็น "ศีล" ที่ช่วยกำกับใจของผู้บริโภคให้ละและเลิกการบริโภคได้อย่างถาวร

ปัจจัยที่จะทำให้การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำได้สำเร็จต้องอาศัยการสร้างเครือข่ายการรณรงค์กับวงการต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน สามารถชี้ให้สังคมเห็นว่าการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ดื่มสุรา มิใช่เป็นหน้าที่วงการแพทย์และสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว การใช้กลยุทธ์ด้านบวกในการนำเสนอและแก้ไขปัญหา ข้อมูลที่เชื่อถือได้ คณะทำงานต้องประกอบด้วยผู้ที่มีความรู้จากสาขาต่างๆ มีแผนการดำเนินงานที่เป็นระบบ มีเงินทุนจำนวนหนึ่งและกระบวนการดำเนินงานมีความครอบคลุมในทุกระดับ[10]

การรณรงค์ดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องทำในกลุ่มเยาวชนเป็นกรณีพิเศษ โดยเฉพาะการวางแนวทางป้องกันเยาวชนไม่ให้เสพติดบุหรี่และดื่มสุราตั้งแต่ต้น ในกลุ่มที่เสพติดต้องสร้างมาตรการและแรงจูงใจทางบวกให้เลิก และมีมาตรการคุ้มครองผู้ที่ไม่สูบไม่ให้ได้รับควันบุหรี่ และผู้ไม่ดื่มสุราไม่ให้ได้รับภัยจากผู้ดื่มสุราจนก่อเหตุให้ผู้อื่นหรือทรัพย์สินเสียหาย

การรณรงค์ทั้งหมดต้องวางกลยุทธ์ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการให้ข้อมูลข่าวสาร การชักชวนกลุ่มหรือบุคคลที่มีอิทธิพลทางสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วม การสร้างการมีส่วนร่วมของสังคมในการร่วมรณรงค์ การใช้มาตรการกฎหมายและกระบวนการทางการเมือง การใช้กระบวนการด้านการตลาดเพื่อสังคม การสร้างค่านิยมที่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุราผสมผสานเข้าไปในระบบการเรียนการสอน และผ่านสื่อมวลชนให้เข้มข้นขึ้น

10

"สภาผู้บริโภค" อีกก้าวหนึ่งของพลังผู้บริโภคไทย

ภาพ: ศูนย์ข้อมูลหนังสือพิมพ์ฐานเศรษฐกิจ

ผู้บริโภคไทยส่วนใหญ่ยังขาดข้อมูล และไม่มีการรวมตัวจนมีพลังมากพอที่จะกดดันให้ผู้ผลิตทั้งภาครัฐและเอกชนเลิกเอาเปรียบทั้งทางตรงและทางอ้อม ถึงเวลาแล้วที่คนไทยควรจัดตั้งองค์กรอิสระเพื่อปกป้องและคุ้มครองผลประโยชน์ของผู้บริโภคทั้งมวลให้จริงจังเสียที

ท่ามกลางกระแสเชี่ยวกรากของบริโภคนิยม ดูเหมือนว่าคนไทยเกือบทั้งประเทศกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยงและถูกเอาเปรียบจากการบริโภคสินค้าและบริการตลอดเวลา นับตั้งแต่อาหารตัดแต่งยีน ผัก ผลไม้ที่มากไปด้วยสารเคมี สิ่งปลอมปนในอาหารสำเร็จรูปตามท้องตลาด เครื่องใช้ไฟฟ้าราคาถูกไม่ได้มาตรฐาน และสินค้าขนาดใหญ่ราคาสูงอย่างรถยนต์หรือบ้านที่เมื่อซื้อมาแล้วพบว่าไม่เป็นไปตามที่บริษัทโฆษณาชวนเชื่อไว้ รวมถึงการถูกชักชวนให้กระหน่ำส่งเอสเอ็มเอส (SMS) ผ่านโทรศัพท์มือถือตามรายการโทรทัศน์ต่างๆ

ปี 2548 เป็นปีที่พลังการต่อสู้ของผู้บริโภคไทยคนเล็กๆ หลายกรณีได้รับความสนใจจากสื่อมวลชนและสาธารณชนอย่างกว้างขวาง และเป็นกรณีตัวอย่างที่ทำให้คนไทยทั่วไปตื่นตัวและรอความหวังที่จะมีองค์กรอิสระทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ดังที่มีการระบุไว้ในมาตรา 57 ของรัฐธรรมนูญ ฉบับปี 2540 ที่ว่า *"สิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครอง ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ ตามวรรคหนึ่งต้องบัญญัติให้มีองค์การอิสระซึ่งประกอบด้วยตัวแทนผู้บริโภคทำหน้าที่ให้ความเห็นในการตรากฎหมาย กฎ และข้อบังคับ และให้ความเห็นในการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค"*

ทุบรถจนโด่งดังไปทั่วโลก

ข่าวโด่งดังของปัญหาผู้บริโภคไทยที่แพร่ไปทั่วโลกคือ ข่าวทุบรถเมื่อต้นปี 2548 โดย "เดือนเพ็ญ ศิลาเกษ" แม่ค้าสาวใจกล้า ที่สร้างปรากฏการณ์สะเทือนวงการบริษัทผลิตรถยนต์ด้วยการทุบรถโชว์สื่อมวลชนจนกลายเป็นข่าวโด่งดังทั่วโลก หลังจากรถยนต์ซีอาร์วีป้ายแดง ราคา 1.3 ล้านบาท ออกอาการสตาร์ตไม่ติด พวงมาลัยเอียงซ้าย ศูนย์ถ่วงเสียจนต้องเข้าอู่หลายครั้งหลังออกรถใหม่มาหมาดๆ ความไม่พอใจของเดือนเพ็ญปะทุขึ้นสูงเมื่อบริษัทที่ขายรถบอกว่า รถ 100 คันจะมีปัญหาแค่คันเดียวเท่านั้น และปฏิเสธที่จะเปลี่ยนรถคันใหม่ ด้วยความผิดหวังในท่าทีและการบอกปัดอย่างไร้ความรับผิดชอบของบริษัทผลิตรถยนต์ ทำให้เธอนำรถที่ซื้อออกมาทุบประจานด้วยความสะใจ ท่ามกลางความสนใจของประชาชนทั่วประเทศ ท้ายสุดจบลงด้วยบริษัทรถยี่ห้อนั้นยอมกลับลำหันมาเจรจาด้วยสันติวิธี และซื้อรถคืนด้วยราคาเต็มเพื่อกู้ภาพลักษณ์บริษัทคืน[1]

กระแสข่าวการทำลายรถผ่านสื่อได้สร้างปรากฏการณ์ลูกโซ่ในระยะเวลาไม่กี่วัน เมื่อผู้ซื้อรถยนต์รายอื่นๆ เกือบทุกยี่ห้อออกมาเผยปัญหารถยนต์ของตนให้สาธารณชนได้รับรู้ หลังจากที่เคยถามหาความรับผิดชอบจากทางบริษัทมาแล้ว แต่กลับได้รับการบอกปัดและท่าทีที่เฉยเมยเช่นเดียวกัน มีการพัฒนาการประท้วงออกมาหลายลักษณะ นอกจากทุบรถแล้ว ก็มีการเผารถ วางโลงศพพร้อมพวงหรีด ตลอดจนรวมตัวกันประท้วง ทำลายรถป่วยต่อหน้าผู้คนจำนวนมากในงานแสดงรถยนต์ครั้งที่ผ่านมาเมื่อเดือนมีนาคม 2548[2]

ปัญหาความไร้มาตรฐานของรถยนต์ที่ทยอยออกมาจนยอดการขายรถยนต์ตกลงทันที ทำให้สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม (สมอ.) และ สถาบันยานยนต์เร่งตั้ง "ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนด้านคุณภาพยานยนต์" ในเดือนมีนาคม 2548 โดยเพียงช่วงเวลาเดือนเศษ มีผู้ร้องเรียนผ่านศูนย์ฯ กว่า 190 ราย[3] ในขณะเดียวกันบริษัทผู้ผลิตรถยนต์ทั้งหมดก็หันมาปรับทิศทางใหม่ ดูแลเอาใจใส่ด้านคุณภาพการผลิตและการบริการมากขึ้น จนปัญหาการร้องเรียนผ่านศูนย์ฯ ค่อยๆ ลดลง[4]

บ้านสีดำกับปัญหาเรื้อรังสิบเอ็ดปี

ข่าวใหญ่ในรอบปีปลุกกระแสเรียกร้องสิทธิผู้บริโภคไม่แพ้กันเมื่อ "รัตนา สัจจเทพ" ผู้เป็นเหยื่อจากการซื้อบ้านจัดสรร ทาสีบ้านตนเองเป็นสีดำโดยมีเครือข่าย "บ้านไม่สมหวัง" และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคร่วมกันละเลงในครั้งนี้ด้วย เพื่อเป็นการไว้อาลัยให้กับหน่วยงานรัฐที่ปกป้องนายทุนบ้านจัดสรรที่หลอกขายบ้านบนที่สาธารณะให้เธอ

ทุกข์ของรัตนาเริ่มขึ้นเมื่อ 10 กว่าปีที่แล้ว เมื่อบ้านเกิดรอยร้าวมากขึ้นจากการที่ข้างบ้านผนังติดกันต่อเติมอาคาร รัตนาจึงไปร้องทุกข์ที่สำนักงานเขตบึงกุ่มเพื่อให้ข้างบ้านหยุดต่อเติม เจ้าหน้าที่ของสำนักงานเขตกลับแจ้งว่า ถ้าให้สำนักงานเขตบึงกุ่มดำเนินคดีกับบ้านข้างๆ ที่ต่อเติม ก็ต้องดำเนินคดีกับเธอด้วย เพราะว่าซื้อสิ่งปลูกสร้างในพื้นที่สาธารณะที่ใช้เป็นที่กลับรถ แม้ว่าทางเขตเองได้ให้บ้านเลขที่และออกทะเบียนบ้านให้รัตนาเรียบร้อยมาหลายปีแล้วก็ตาม

นับแต่นั้นเป็นต้นมารัตนาจึงกลายมาเป็น "ผู้ถูกหลอกซื้อบ้าน" ที่ปลูกสร้างผิดกฎหมาย เธอได้ร้องเรียนไปยังหน่วยงานต่างๆ ที่พอจะหวังเป็นที่พึ่งได้ แต่ไม่มีหน่วยงานใดคลี่คลายปัญหาให้ได้เลย[5] สิ่งที่รัตนาพยายามต่อสู้มาจนถึงทุกวันนี้ก็หวังแค่หาตัวเจ้าหน้าที่ที่กระทำผิดมาลงโทษให้ได้เท่านั้น และที่สำคัญก็คือทำเพื่อคนอีกหลายคนที่ถูกเอาเปรียบจากความไม่ชอบธรรมของเจ้าหน้าที่รัฐและเจ้าของบ้านจัดสรร จนถึงบัดนี้ (กุมภาพันธ์ 2549) ทางราชการก็ยังไม่สามารถหาผู้ผิดมาลงโทษได้ แสดงให้เห็นถึงความไร้ประสิทธิภาพ หรือความพิการของระบบตรวจสอบของภาคราชการเอง[6]

จนถึงปีที่ 11 ของความอดทน ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้ร่วมคลี่คลายปัญหาด้วยการตกลงให้ค่าชดเชยแก่รัตนาเพื่อเยียวยาความทนทุกข์จิตใจ 12.5 ล้านบาท ไปซื้อบ้านหลังใหม่ เมื่อปลายปี 2548

ความเข้มแข็งของ "เดือนเพ็ญ" และ "รัตนา" แม้เป็นเพียงกรณีผู้บริโภคเล็กๆ ที่พยายามพึ่งตนเองในการแก้ปัญหาก็ตาม แต่ก็ได้สร้างความสะเทือนต่อวงการผลิตรถยนต์ และบ้านจัดสรร รวมทั้งจุดกระแสของสิทธิผู้บริโภคให้เด่นชัดขึ้นอีกครั้งในสังคมไทย ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างอื่นๆของปัญหาผู้บริโภคที่ปะทุขึ้นในปี 2548 คือ

เอสเอ็มเอสดูดเงิน รายการโทรทัศน์หลายรายการปลุกกระแสคนดูด้วยการโหวตผ่านมือถือ หรือเชิญชวนเข้าไปแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรายการหรือประเด็นข่าว ที่เป็นข่าวใหญ่ปีนี้เมื่อรายการดัง "บิ๊กบราเธอร์" และ "อคาเดมีแฟนตาเซีย" ให้มีการโหวตคะแนนให้ผู้แข่งขันพร้อมชิงรางวัล และดูดเงินคนไทยเพิ่มขึ้นอีกเมื่อให้โหวตผู้ที่ถูกโหวตออกไปแล้วกลับเข้ามาอีก ผู้ผลิตได้กำไรแต่ผู้บริโภคไทยขาดทุน

โหลดมือถือโกงเงิน บริษัทหัวใสหวังฟันกำไรโดยเฉพาะจากเด็กวัยรุ่นที่ยังหาเงินไม่ได้ ด้วยการให้บริการโหลดเพลง ภาพหน้าจอ ภาพเคลื่อนไหว ข้อความสองแง่สองง่าม ลูกค้าบางรายใช้บริการโหลดเพียงครั้งเดียว แต่ผู้ประกอบการกลับพ่วงการโหลดอื่นๆ และคิดค่าบริการเพิ่มเติม บางรายก็เสียเงินค่าโทรไปฟรีๆ ส่วนใหญ่โฆษณาดาวน์โหลดเหล่านี้จะพบเห็นมากในนิตยสารบันเทิง หนังสือพิมพ์รายวัน เว็บไซต์ต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย

โฆษณาสร้างค่านิยม ผอม ผมยาว ขาว อ่อนวัย หน้าใส มุ่งเน้นกลุ่มผู้บริโภคผู้หญิงเป็นหลัก สร้างความงาม และ คุณค่าของผู้หญิงด้วยภาพลักษณ์ภายนอก เช่น ผิวขาว รูปร่างผอม ผมสวย หน้าใส เป็นต้น

รถเมล์เมืองกรุงสายมรณะ มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บของรถเมล์เมืองกรุงหลายรายทั้งที่เป็นข่าวดังและไม่ดัง ส่วนใหญ่เป็นรถเมล์เอกชนร่วมบริการที่เก็บค่าบริการแพงกว่ารถเมล์ ขสมก. แต่ไม่มีการปรับปรุงการบริการให้ดีขึ้น

เครื่องใช้ไฟฟ้าไม่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะสินค้านำเข้าจากบางประเทศที่มีราคาถูก แต่ผลิตไม่ได้ตามมาตรฐานสินค้าอุตสาหกรรมของไทย อายุการใช้งานสั้น ทำให้ต้องซื้อเปลี่ยนใหม่บ่อย เป็นการเพิ่มขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมทางอ้อม

รากปัญหาของสิทธิผู้บริโภคในสังคมไทย

ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภค ส่วนหนึ่งคือ ระบบกฎหมายของไทย แม้ว่าเรามีหน่วยราชการที่ทำงานด้านสิทธิผู้บริโภคมาตั้งแต่ ปี 2522 ในนาม "สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)" สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2541 ซึ่งบัญญัติสิทธิของผู้บริโภคไว้ 5 ประการคือ

(1) สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ (2) สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ (3) สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ (4) สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา และ (5) สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย เมื่อมีการละเมิดสิทธิของผู้บริโภคตามข้อ 1, 2, 3 และ 4 ข้างต้น

รวมทั้งเรายังมีกฎหมายที่สามารถนำมาใช้คุ้มครองผู้บริโภคได้เป็นจำนวนมาก[7] ได้แก่ พรบ.ขายตรงและ ตลาดแบบตรง พ.ศ. 2545 และพรบ.ที่เกี่ยวข้องอีก 37 ฉบับ พระราชกฤษฎีกา 2 ฉบับ และพระราชกำหนดการกู้ยืมเงินที่เป็นการฉ้อโกงประชาชน พ.ศ. 2527 รวมถึง 11 กฎกระทรวง ตลอดจนประกาศ ระเบียบ และคำสั่งรวม 33 เรื่อง!!!

แต่กฎหมายเหล่านี้กลับถูกนำมาใช้ปกป้องคุ้มครองผู้บริโภคน้อยมาก เพราะจุดโหว่ในตัวกฎหมายเอง และความไม่เอาจริงเอาจังของเจ้าหน้าที่รัฐในการบังคับใช้กฎหมาย ดังข้อเท็จจริงในกรณีของ "รัตนา สัจจเทพ" ที่ได้รวบรวมหลักฐานที่ชี้ให้เห็นถึงข้อผิดพลาดบกพร่องทั้งของผู้ประกอบการเอกชนและเจ้าหน้าที่รัฐหลายหน่วยงาน แต่ก็ไม่ปรากฏว่ามีผู้ถูกลงโทษ และต้องใช้ระยะเวลาร้องเรียนถึง 11 ปีกว่าที่จะได้รับการเยียวยาแก้ไข

รากปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ผู้บริโภคไม่มีช่องทาง หรือเวทีแสดงความคิดเห็นที่สนับสนุนให้ประชาชนในฐานะผู้บริโภคได้รับข้อมูลและทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต รู้เท่าทันการโฆษณา คนส่วนใหญ่โดยเฉพาะในชนบท ผู้มี รายได้น้อย และผู้ขาดโอกาสทางการศึกษา ไม่มีความรู้และทางเลือกที่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ นอกจากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการโฆษณา

อีกทั้งยังไม่เคยมีการเปิดโอกาสให้ตัวแทนผู้บริโภค สื่อมวลชน องค์กรภาคประชาชน ตัวแทนนักเรียนนักศึกษา เข้าร่วมในการกำหนดมาตรการ กฎ ข้อบังคับต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบกับผู้บริโภคโดยตรง ผู้บริโภคอยู่อย่างกระจัดกระจายและไม่เข้มแข็ง องค์กรเอกชนที่มีความพยายามแสดงบทบาทคุ้มครองผู้บริโภค ก็ขาดกำลังคนงบประมาณการทำงานและส่งเสริมการรวมพลังผู้บริโภคให้ต่อต้านอำนาจนายทุนที่เข้มแข็งได้ เช่นเดียวกันกับ สคบ. หน่วยงานของรัฐที่สามารถบรรเทาทุกข์ผู้บริโภคได้ก็ไม่สามารถดำเนินการได้ทันที ขั้นตอนของระเบียบราชการที่ทำให้ล่าช้า จึงไม่สามารถไล่ตามและรับมือกับกลโกงของบรรดาพ่อค้าแม่ค้า ผู้ประกอบการที่จ้องเอาเปรียบผู้บริโภค

ควรย้ำด้วยว่า กลไกภาครัฐเองก็ยังเอื้อให้ผู้ผลิตไม่ยอมเปิดเผยข้อมูล หรือเปิดเผยข้อมูลไม่หมดโดยเฉพาะผลกระทบหรือผลข้างเคียง เช่น อาหาร ยา เครื่องสำอาง การศัลยกรรม สารเคมีที่ใช้ในการเกษตร ทำให้ผู้บริโภครับรู้แต่ข้อดีของสินค้านั้น เมื่อเกิดปัญหาขึ้นมาจึงไม่มีหนทางเอาผิดผู้ผลิตหรือผู้ขายได้ นอกจากนี้ยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบหลักที่คอยคัดกรองคำโฆษณาที่เป็นเครื่องมือขายสินค้าและบริการหรือตรวจสอบคุณภาพว่าเป็นไปตามที่กล่าวอ้างหรือไม่

ปัญหาสำคัญที่สุดข้อหนึ่งก็คือ การปล่อยเลยตามเลยของผู้บริโภค ผู้มีปัญหาจากการบริโภคหลายคนเห็นตัวอย่าง

ปัญหาผู้บริโภครายอื่นที่พยายามฟ้องร้อง สู้คดี ตามกฎหมาย แต่ต้องถูกฟ้องร้องกลับทำให้เสียเวลาและเสียเงินมากขึ้นไปอีก ยิ่งไปกว่านั้นกระบวนการฟ้องร้องแสนจะยุ่งยาก ซับซ้อนและใช้เวลาข้ามปี ดังนั้น ข้อมูลจาก "กลุ่มพลังเงียบ" ที่ไม่อยากเอาเรื่องเอาราว จึงไม่ได้ถูกรวบรวมเก็บไว้เป็นฐานข้อมูลเพื่อหาช่องทางกฎหมายในการเอาชนะฝ่ายตรงข้ามที่เข้มแข็งได้

การร้องเรียนผ่านรัฐน้อยลง ผ่านองค์กรพัฒนาเอกชนมากขึ้น

น่าสังเกตว่าในปี 2548 แม้จะมีข่าวการร้องเรียนของผู้บริโภคตีพิมพ์ในหน้าแรกของหนังสือพิมพ์รายวันจำนวนมาก และหลายกรณีได้มีการเผยแพร่รายละเอียดติดต่อกันผ่านช่องทางของสื่อมวลชนหลายชนิด ทั้งวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อไซเบอร์ทางเว็บไซต์ต่างๆ แต่จำนวนการร้องเรียนต่อสคบ. ในปี 2548 น้อยลงกว่าปี 2547 เกือบหนึ่งพันเรื่อง ปีที่มีการร้องเรียนสูงสุด คือปี 2542 เกือบ 8 พันเรื่อง น่าจะมาจากวิกฤตเศรษฐกิจที่ทำให้เกิดกรณีการโกงและละเมิดมาก โดยเฉพาะในเรื่องอหังสาริมทรัพย์

แต่หากพิจารณาจำนวนกรณีที่เข้าร้องเรียนกับมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ที่เป็นองค์กรหัวหอกของภาคประชาชนในการทำงานปกป้องและคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ปรากฏว่าจำนวนการร้องเรียนในปี 2548 สูงเป็น 3 เท่าของปี 2547 (ดูตาราง) สะท้อนให้เห็นว่าการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนได้รับความไว้วางใจสูงขึ้นจากประชาชน ขณะเดียวกันก็อาจเป็นคำถามกลับไปที่กลไกของรัฐ ที่ดูเหมือนว่าประชาชนหวังจะพึ่งพาน้อยลง

ตารางแสดงการร้องเรียนผ่านสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

เรื่องร้องเรียน	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
บ้าน อาคาร ที่ดิน	7060	3829	3422	2068	2040	2249	1747
สินค้าและบริการ	424	771	1775	2026	2602	2956	2956
การโฆษณาต่างๆ	462	590	490	373	389	735	516
ขายตรงและตลาดแบบตรง	0	0	0	0	0	33	40
รวม	7946	5190	5687	4467	5031	6238	5259

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

ตารางแสดงการร้องเรียนผ่านมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

หมวดร้องเรียน	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
คุณภาพงานบริการ	3	24	98	87	89	56	73
อสังหาริมทรัพย์	43	64	27	22	32	38	67
บริการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	3	83	28	24	35	14	28
มาตรฐานผลิตภัณฑ์	1	0	29	33	23	24	100
สาธารณูปโภค	0	0	0	1	36	20	17
อื่น ๆ (หนี้)	0	2	0	0	21	23	233
อื่น ๆ	16	35	54	10	32	43	143
รวม	66	208	236	236	268	218	661

ที่มา: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

สภาผู้บริโภค บันไดความหวังสู่องค์กรอิสระคุ้มครองผู้บริโภค

จากจำนวนการร้องเรียนข้างต้น และข่าวจากสื่อมวลชนแขนงต่างๆ ชี้ชัดว่า ผู้บริโภคไทยกำลังมีปัญหาและต้องการการดูแลช่วยเหลือ หากไม่มีกลไกหรือองค์กรที่จะทำให้ผู้บริโภคเกิดความมั่นใจ ว่าจะได้รับการคุ้มครอง เรื่องนี้จะยิ่งทวีความรุนแรง กลายเป็นปัญหาระยะยาวระหว่างผู้บริโภคกับผู้ผลิต จนสุดท้ายจะทำลายระบบเศรษฐกิจ และต้องยอมรับว่ากฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคมีอยู่อย่างกระจัดกระจายประมาณ 100 กว่าฉบับ จึงเป็นความยากลำบากในแง่การปฏิบัติและคุ้มครอง[8]

สถานการณ์การละเมิดสิทธิผู้บริโภคหลายต่อหลายกรณีในปี 2548 และการรู้ถึงสิทธิของประชาชนในฐานะผู้บริโภคสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการรวมตัวของชมรมผู้บริโภคหลากหลายรูปแบบ และในที่สุดการเคลื่อนไหวของพลังผู้บริโภคนี้ก็พัฒนาในเชิงคุณภาพและสร้างสรรค์ คือร่วมกันจัดตั้ง "สภาผู้บริโภค" ขึ้น โดยมีมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และหน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในฐานะแกนนำ พร้อมด้วยเครือข่ายบ้านไม่สมหวัง กลุ่มผู้ที่ไม่ได้รับความเป็นธรรม สินค้าไม่ได้มาตรฐาน และทุกข์จากการรักษาโรค ผู้ที่เดือดร้อนจากการกู้เงิน หนี้บัตรเครดิต และหนี้นอกระบบเป็นพลังผลักดันสำคัญ

งานเปิดตัว "สภาผู้บริโภค" ถูกจัดขึ้นเมื่อวันที่ 24 เมษายน 2548 ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อเปิดเวทีถกปัญหา เป็นที่รับเรื่องราวร้องทุกข์และรวมตัวกันของผู้บริโภคที่ประสบปัญหาในเรื่องบ้าน รถ สินค้า สุขภาพ หนี้ โดยมีผู้ให้ความสนใจมาร่วมงานนับพันคน คำรง พุฒตาล สมาชิกวุฒิสภากรุงเทพมหานคร ในฐานะประธานสภาผู้บริโภค ได้กล่าวในวันเปิดงานว่า รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันออกมาแล้ว 8 ปี และมาตรา 57 บังคับให้ตั้งองค์กรเพื่อผู้บริโภค แต่ทุกวันนี้ยังไม่เกิดขึ้น ทั้งๆที่องค์กรอิสระอื่นๆ ล้วนตั้งขึ้นมาแล้วทั้งสิ้น ในแง่ของวุฒิสภาที่อยู่ในภาคนิติบัญญัติทำได้แค่ผลักดันให้เกิดองค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญ แต่บ้านเมืองไม่สนใจ[9]

การรวมพลังจัดตั้ง "สภาผู้บริโภค" ให้เกิดขึ้นครั้งนี้ จึงเป็นการกระตุ้นเตือนให้รัฐบาลเร่งออกกฎหมายจัดตั้งองค์กรอิสระคุ้มครองผู้บริโภคและศาลผู้บริโภคที่ตัวแทนประชาชนคนส่วนใหญ่ให้เกิดขึ้นโดยพลัน เพื่อให้ระบบการบริโภคของคนไทยเป็นการสรรค์สร้างการผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ผู้ซื้อและผู้ขายได้ผลประโยชน์ร่วมกันในที่สุด

10 สถานการณ์สำคัญในรอบปี 2548

1. มลพิษเมืองกรุงเข้าขั้นอันตราย

คนกรุงเทพฯ กำลังอยู่ในพื้นที่อันตรายต่อสุขภาพทั้งเสียงที่ดังเกินปกติจนอาจทำให้หูดึงได้ และฝุ่นละอองหนาแน่นที่เป็นอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจถ้าอยู่ในบริเวณนั้นนานๆ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ริมถนนหรือเขตที่มีจราจรหนาแน่น กรมควบคุมมลพิษ รายงานว่า ปัญหาเสียงดังเกิน 70 เดซิเบลเอ (dBA) ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพนั้น ยังเป็นปัญหาเหมือนทุกปี ในปี 2548 ระดับเสียงโดยค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงของกรุงเทพมหานคร อยู่ที่ 72.4 เดซิเบลเอ (dBA) แต่บางพื้นที่โดยเฉพาะถนนสายหลัก เช่น พาหุรัด เยาวราช พหลโยธิน ลาดพร้าว มีเสียงดังเกินกว่า 80 เดซิเบลเอ อยู่ในระดับน่าห่วง ต้นตอปัญหาส่วนหนึ่งมาจากเสียงมอเตอร์ไซค์ที่นับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้น แถมบางคันยังปรับแต่งท่อไอเสียทำให้เกิดเสียงดังเกินกว่า 95 เดซิเบลเอ ด้วย สำหรับคุณภาพอากาศ ปัญหาหลักยังคงเป็นฝุ่นละอองขนาดเล็กที่สามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้ โดยพื้นที่ที่พบฝุ่นละอองขนาดเล็กมากที่สุด คือ ตามเส้นทางพระรามที่ 6 พระรามที่ 4 พหลโยธิน และดินแดง

2. ภัยแล้ง / น้ำท่วม

ปี 2548 นับเป็นปีที่ประเทศไทยประสบปัญหาภัยธรรมชาติ ทั้งภัยแล้งและน้ำท่วมอย่างหนักหนาสาหัสมากที่สุดในรอบ 10 ปี ซึ่งเป็นปัญหาต่อเนื่องจากปี 2547 เมื่อฝนตกในปริมาณน้อย อ่างเก็บน้ำหลายแห่งมีปริมาณน้ำน้อยกว่าที่ควรจะเป็น จนเกิดภัยแล้งเข้าขั้นวิกฤตเมื่อเดือนมีนาคมและยืดเยื้อนานกว่าครึ่งปี พบว่าพื้นที่ 71 จังหวัด 44,519 หมู่บ้าน และพื้นที่เกษตรเสียหายกว่า 23 ล้านไร่ ในขณะที่พื้นที่อุตสาหกรรมและท่องเที่ยวภาคตะวันออก ระยอง ชลบุรี จันทบุรี เดือดร้อนหนัก ต้องสั่งซื้อน้ำนอกพื้นที่ ต่อมาในช่วงครึ่งปีหลังเกิดเหตุการณ์น้ำท่วมครั้งใหญ่และรุนแรงในภาคเหนือและภาคใต้ หลายจังหวัดในภาคเหนือเจอทั้งฝนกระหน่ำ น้ำป่าไหลหลาก และดินถล่ม จังหวัดเชียงใหม่ถูกน้ำท่วม 4 ครั้ง ซ้อนในวิกฤตน้ำท่วมครั้งนี้ และจังหวัดใกล้เคียงต่างก็ได้รับผลกระทบทั่วถึง เหตุการณ์ภัยแล้งน้ำท่วม สภาพอากาศปรวนแปรเช่นนี้ นับว่าเป็นผลรูปธรรมสะสมจากโครงการพัฒนาของรัฐที่ไม่ใส่ใจต่อระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อม

3. ฆ่าตัวตาย

ปี 2548 มีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย 3,913 ราย เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 116 ราย (ข้อมูลจากการรายงานของโรงพยาบาล) ในแต่ละวัน มีคนพยายามฆ่าตัวตาย เฉลี่ยวันละ 10.7 ราย โดยทุกๆ 2 ชั่วโมง จะมีคนคิดฆ่าตัวตาย 1 ราย โดยที่ วัย 15-24 ปี คิดพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ จำนวน 1,633 คน หรือ คิดเป็น 42% ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด รองลงมา คือ วัยทำงาน อายุ 25-34 ปี จำนวน 951 คน หรือ คิดเป็น 24% ข่าวฆ่าตัวตายเกิดขึ้นบ่อยครั้งในหน้าหนังสือพิมพ์รายวันเป็นหนึ่งในสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง เมื่อหวั่นเกรงกันว่าการแพร่ภาพการฆ่าตัวตายรายวันของหนังสือพิมพ์เป็นตัวอย่างพฤติกรรมเลียนแบบ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนวัยที่มีจิตใจอ่อนไหวเปราะบาง ดังตัวอย่างการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในรอบปี เช่น หลายรายหนีปัญหาความรักในวัยเรียนด้วยการกระโดดน้ำหรือโดดตึกตาย เครียดจากการรับน้องจนต้องยิงตัวตาย หรือแม้แต่ผลการเรียนตกกลัวว่าพ่อแม่จะผิดหวังจึงหาทางออกด้วยการยิงตัวตาย รวมถึงหนุ่มนักศึกษาโดดตึกตายที่ห้างแห่งหนึ่งเพราะน้อยใจที่ถูกหาว่าเป็นลูกแหง่ สำนักสุขภาพจิตสังคม กระทรวงสุขภาพจิต ได้สรุปรายงานความรุนแรงในสังคมจากข่าวหนังสือพิมพ์จำนวน 10 ฉบับ ในรอบปีนี้ พบว่ามีข่าวการฆ่าตัวตาย 129 ครั้ง และข่าวฆ่าผู้อื่นและฆ่าตัวตายตาม 86 ครั้ง แม้ไม่สามารถชี้ชัดได้ว่าการฆ่าตัวตายเกี่ยวโยงกับข่าวการฆ่าตัวตาย แต่หนึ่งในเหตุการณ์สลดเกิดขึ้นเมื่อหนูน้อยวัย 6 ขวบ รู้เท่าไม่ถึงการณ์แขวนคอตัวเองเลียนแบบละครเรื่องหนึ่ง โชคดีที่รอดตายได้หวุดหวิด

4. ปรับนโยบาย 30 บาท เพื่อคนไทยห่างไกลทุกโรค

ในระยะเวลา 4 ปีที่ผ่านมา "นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค" ทำให้คนไทย 60.45 ล้านคน หรือร้อยละ 96 มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ในปี 2548 รัฐบาลได้ปรับเปลี่ยนคำขวัญของโครงการนี้ใหม่ เป็น "30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค" ต่อยอดนโยบายเดิมแต่เจาะกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษาโรค ส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพผ่านหน่วยงานต่างๆ เช่น ระดับชุมชน ระดับสถานที่ทำงาน ควบคู่ไปกับเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายสำคัญ คือ กลุ่มประชากร 4 กลุ่ม ได้แก่ เด็กเล็ก จัดให้มีโครงการเคลือบฟันเสริมไอโอดีน และธาตุเหล็ก รวมไปถึงหญิงตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจพัฒนาการของเด็กตั้งแต่อยู่ในท้องด้วย กลุ่มแรงงานหนุ่มสาวจัดให้มีการตรวจสุขภาพคนขับรถสาธารณะ และตรวจมะเร็งปากมดลูก กลุ่มผู้สูงอายุจัดทำฟันปลอมและเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มคนพิการจะได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

5. ไข้เลือดออก

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกยังเป็นภัยเงียบในสังคมไทยมาตลอด และยังจะคงต่อเนื่องเช่นนี้อีกหลายปีจนกว่าจะมีวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกผลิตออกมา ในปี 2548 สถิติจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีทั้งสิ้น 44,725 ราย เพิ่มขึ้นจากปี 2547 รวม 6,847 ราย จำนวนผู้เสียชีวิตมี 82 ราย เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว 31 ราย โดยสถานการณ์เมื่อต้นปี มีผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 2 เท่า เมื่อเทียบกับปี 2547 ในช่วงเดียวกัน และมีจำนวนผู้ป่วยอย่างเห็นได้ชัดขึ้นเมื่อเดือนพฤษภาคม กลายเป็นที่ตระหนกในสังคมวงกว้างเพราะกลัวว่าปีนี้สถานการณ์ไข้เลือดออกจะรุนแรงกว่าทุกปีที่ผ่านมา ทุกพื้นที่จึงมีการควบคุมการแพร่ระบาดอย่างเข้มงวด จำนวนผู้ป่วยจึงชะลอตัวลงในครึ่งปีหลัง สถานการณ์จึงไม่รุนแรงอย่างที่คาดหมายไว้ เหตุที่เกิดความตื่นตระหนกมากเรื่องไข้เลือดออกในปีนี้ นายแพทย์ชิษณุ พันธุ์เจริญ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่าเพราะสื่อนำเสนอข่าวอย่างต่อเนื่องและทางหน่วยงานงานสาธารณสุขมีการเฝ้าระวังเชิงรุก ทำให้เข้าใจว่าไข้เลือดออกมีความรุนแรง ก่อให้เกิดความตระหนกตกใจตลอดช่วงครึ่งปีแรกของการระบาดที่ผ่านมา ทั้งที่ความจริงการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นมากกว่าปีก่อนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และอัตราการตายของผู้ป่วยนั้นไม่ได้สูงมากกว่าที่เคยมี

6. แก๊งซิ่งมอเตอร์ไซค์กับวัยรุ่นกวนเมือง

ปัญหาวัยรุ่นนักซิ่งที่ชอบประลองความเร็วและคลั่งไคล้ความผาดโผน แข่งขันเดิมพันด้วยเงินหรือหญิงสาว ก่อความรำคาญแก่ชาวบ้านทั่วไปในยามค่ำคืน เจ้าหน้าที่ตำรวจพยายามปราบปรามดักจับ ไล่จับจนเกิดอุบัติเหตุมีให้เห็นเป็นข่าวอยู่บ่อยๆ นายวัฒนา เมืองสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในฐานะเจ้าภาพแก้ไขปัญหาสังคม เสนอความคิด สร้างสนามแข่งให้วัยรุ่นนักบิดด้วยเหตุผลส่วนตัวว่าจะได้ไม่ก่อความรำคาญให้กับประชาชน และไม่ต้องหนีจากการไล่จับของตำรวจจนก่อให้เกิดอันตราย แนวคิดนี้เป็นที่ถูกใจวัยรุ่น แต่เป็นความคิดที่สวนทางกับประชาชนส่วนใหญ่ เพราะเป็นการสนับสนุนให้มีการแต่งรถ และชักจูงให้มุ่งแต่แข่งรถโดยไม่สนใจการศึกษาเล่าเรียน อีกทั้งคำนึงถึงแต่กลุ่มคนเล็กๆ เพียงกลุ่มเดียว 25 กันยายน 2548 วันแรกของการเปิดสนามที่ตำบลคลอง 5 อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี มีวัยรุ่นเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าที่คิดไว้ และยังได้สร้างปัญหาให้กลับชุมชนที่อยู่บริเวณนั้น ท่ามกลางความไม่เห็นด้วยของสังคมในการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ แนวทางนี้จึงค่อย ๆ จางหายและล้มเลิกไปในที่สุด

7. เกษตรกรรมยั่งยืน

ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา ได้ให้ความสำคัญกับ "การเกษตรที่เอื้อต่อสุขภาพ" โดยมีจุดหมายหลักคือ หยุดการใช้สารเคมีการเกษตรทุกชนิด เนื่องจากเป็นภัยต่อสุขภาพร่างกายของเกษตรกรและประชาชนทั่วไปในฐานะผู้บริโภค ตลอด 3 ปีที่ผ่านมาเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและเวทีย่อยสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ได้จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษาดูงาน ส่งเสริมการทำเกษตรยั่งยืนทั่วทุกพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ความสำเร็จจากการผลักดันนโยบายส่งเสริมการเกษตรยั่งยืนหรือการทำเกษตรชีวภาพที่ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นเกษตรทฤษฎีใหม่ เกษตรอินทรีย์ เกษตรผสมผสาน หรือวนเกษตร ก่อให้เกิดการรวมกลุ่มของเกษตรกรแนวคิดเดียวกันมากขึ้น เห็นผลได้ชัดเจนทางด้านสุขภาพของเกษตรกรคือ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากสถิติปี 2541 พบผู้ป่วยสูงถึง 4,398 ราย ปี 2545 พบผู้ป่วย 2,571 ราย พอมาในปี 2547 พบผู้ป่วยเพียง 1,864 รายเท่านั้น

8. โรคไม่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ความไม่สงบสุขในสังคมไทยส่วนหนึ่งมาจากการไม่เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น จนปรากฏเป็นภาพความรุนแรงผ่านหนังสือพิมพ์รายวันเสมอๆ เช่น การตีกันของนักเรียนอาชีวะ การใช้กำลังในการยุติความขัดแย้ง การฆ่าตัดตอนในช่วงสงครามปราบปรามยาเสพติดรอบแรก และ ที่สำคัญที่สุดคือ สถานการณ์ความรุนแรงใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีฐานรากมาจากการขาดเคารพในอัตลักษณ์ของผู้คนที่มีวัฒนธรรมท้องถิ่น ทั้งด้านภาษาและการนับถือศาสนาแตกต่างไปจากวัฒนธรรมไทยกระแสหลัก ลักษณะทั้งหมดนี้ นายแพทย์ประเวศ วะสี กล่าวว่าเป็นอาการอย่างหนึ่งของ "โรคไม่เคารพศักดิ์ศรีของความเป็นคน" ถ้าเป็นกันมากขึ้นจะทำให้สังคมไทยอ่อนแอ และเสนอแนวทางการรักษาโรคนี้ว่าคนไทยควรสร้างจิตสำนึกในเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นคนใหม่ คือมีความเชื่อมั่นในพลังความสามารถของทุกคน เคารพในความแตกต่างหลากหลายของกลุ่มคนเล็กคนน้อยในสังคม สำนึกในความรู้ที่มีอยู่ในตัวที่ได้มาจากประสบการณ์ชีวิตและการทำงาน เมื่อสำนึกเช่นนี้ ทุกคนก็จะมีความภูมิใจและมั่นใจในตัวเอง ผู้คนหลากหลายฝ่ายจะสามารถรวมตัวร่วมคิดร่วมทำเรื่องดีๆ ช่วยกันขจัดสิ่งที่ไม่ดีออกไปจากสังคม ซึ่งจะนำพาไปสู่การสร้างความถูกต้องเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในสังคมไทยได้ในที่สุด

9. วัยรุ่นไทยติดเอดส์มากขึ้น

ในสังคมไทยทุกวันนี้ "เอดส์" โรคร้ายที่กลายมาเป็นปัญหาคุกคามสุขภาพวัยรุ่นอย่างรุนแรง มีแนวโน้มกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในระยะเวลาอันใกล้หากไม่มีการเร่งแก้ไขปัญหา ปี 2548 นี้ มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 18,000 ราย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น วัยเรียน นักศึกษา อายุ 15-24 ปี ซึ่งปัจจุบันรวมมีวัยรุ่นติดเชื้อแล้วมากกว่า 30,000 คน ที่น่าตกใจคือ 84% ของวัยรุ่น ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ สถานการณ์นี้น่าเป็นห่วงเพราะเมื่อวัยรุ่นจำนวนมากกำลังถูกผลักเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เปราะบางเรื่องเพศสัมพันธ์และการใช้สารเสพติด เป็นการเพิ่มโอกาสเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอดส์ ทั้งนี้มาจากข้อเท็จจริงที่ว่าวัยรุ่นวัยเรียนมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนมากขึ้น และมีการใช้ถุงยางอนามัยในอัตราที่ต่ำมาก เนื่องจากเข้าใจว่าเพื่อนไม่น่าจะมีโรคติดมาด้วย ขณะนี้วัยรุ่นหญิงไทยน่าเป็นห่วงกว่ากลุ่มอื่น โดยเฉพาะในรายที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน มีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศเพียงชั่วข้ามคืนเพิ่มมากขึ้น และมีช่องทางการขายบริการทางเพศอย่างง่ายดายผ่านทางเว็บไซต์ สำหรับแนวทางการแก้ไขที่เป็นประเด็นในสังคมไทยขณะนี้คือ เรื่องการติดตั้งตู้จำหน่ายถุงยางอนามัยแบบหยอดเหรียญในสถานศึกษา เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พึงปรารถนา จนนำไปสู่การทำแท้ง ก็มีทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับวิธีแก้ปัญหาดังกล่าว

10. แรงงานไทยเสี่ยงเป็นโรคและได้รับอันตรายจากการประกอบอาชีพ

แรงงานไทยในภาคอุตสาหกรรมประสบอุบัติเหตุจนถึงแก่ชีวิตหรือพิการในแต่ละปีเพิ่มมากขึ้น เมื่อดูสถิติจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงาน ที่ได้ให้การช่วยเหลือหรือจ่ายเงินทดแทน พบว่า ปี 2547 มีแรงงานไทยเสียชีวิต 861 ราย แต่ปี 2548 มีแรงงานเสียชีวิตสูงถึง 1,372 ราย ซึ่งสูงสุดในรอบ 10 ปี กิจกรรมที่ทำให้ได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต ได้แก่ อุบัติเหตุจากยานพาหนะ งานก่อสร้าง และ ไฟฟ้าดูดไฟฟ้าช็อต ส่วนโรคภัยที่เกิดขึ้นจากสภาวะการทำงานที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคปวดหลัง โรคพิษจากสัตว์และแมลง โรคผิวหนังอักเสบและภูมิแพ้ เป็นต้น แต่ข่าวคราวที่มักเกิดขึ้นเสมอๆ ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยในชีวิตการทำงานที่พบคือ การระเบิดและไฟไหม้ในโรงงานอุตสาหกรรม มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บคราวละมากๆ ตลอดจนสารเคมีรั่วไหลทำให้คนงานได้รับผลกระทบจากสารพิษโดยฉับพลัน หากยังปล่อยให้เป็นเรื่องเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ไม่คาดฝัน ยากที่จะควบคุมได้ ปีต่อๆ มาจะได้ยินได้พบเหตุการณ์ลักษณะนี้จนชินชาในสังคมไทย

10 สถานการณ์เด่นในรอบปี 2547 เปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง ในปี 2548

1. คลื่นมหาประลัย "สึนามิ" ธรณีพิบัติครั้งร้ายแรงที่สุดของโลก

ครบรอบ 1 ปีเหตุการณ์สึนามิ สรุปจำนวนคนไทยผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์สึนามิรวม 2,059 คน สูญหาย 1,921 คน และจำนวนหมู่บ้านที่ได้รับความเสียหาย 407 หมู่บ้าน รัฐบาลได้ใช้งบประมาณกว่า 300 ล้านบาท จัดงานรำลึกและทำบุญให้กับผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิ ขณะที่ความต้องการที่แท้จริงของชาวบ้านผู้ประสบภัยอยากให้นำเงินเหล่านั้นมาช่วยเหลือดูแลสภาพความเป็นอยู่ของผู้ที่รอดชีวิตมากกว่า เพราะขณะนี้ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ค่างตกอยู่ในภาวะที่ลำบาก ทั้งเป็นเด็กกำพร้า เป็นผู้พิการ ขาดที่พึ่ง ไร้ที่ดินทำกิน และเครื่องมือทำมาหาเลี้ยงชีพ นอกจากปัญหาที่อยู่ที่กินแล้ว หลายคนยังติดภาพเหตุการณ์เลวร้ายฝังในความทรงจำ ทำให้เกิดปัญหาบั่นทอนสุขภาพกายและจิตตามมาต่อเนื่อง กรมสุขภาพจิตจึงได้จัดตั้ง "**ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต**" อย่างเป็นทางการขึ้นที่ ต.คึกคัก อ.ตะกั่วป่า จ.พังงา เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2548 คอยดูแลให้กำลังใจกับทุกคนที่มาขอรับคำปรึกษาและรักษาผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตให้กลับมาดำเนินชีวิตได้ปกติดังเดิม

2. สถานการณ์ไฟใต้ บนเส้นทางสู่สันติภาพ

ความรุนแรงใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ นราธิวาส ปัตตานี ยะลา และสงขลา ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีนี้ มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บมากกว่าปีที่ผ่านมา ผู้ที่ได้รับความเสียหายหนักที่สุดคือประชาชน มีผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์ 509 คน บาดเจ็บ 850 คน ส่วนตำรวจ ทหารเสียชีวิต 55 คน บาดเจ็บ 253 คน เหตุการณ์ซ้ำๆ ที่เกิดมากที่สุดในปีนี้ยังคงเป็นการลอบยิงเจ้าหน้าที่ ประชาชน ลอบวางเพลิง วางระเบิดตามสถานที่ราชการและชุมชน ก่อกวน จับตัวประกัน เป็นต้น กล่าวโดยสรุป ตั้งแต่ พ.ศ. 2547-2548 รวมทั้งสองปีที่ผ่านมาเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงหรือความไม่สงบถึง 3,546 ครั้ง โดยในปี 2547เกิดเหตุการณ์ความรุนแรง 1,843 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2548 เกิดเหตุ 1,703 ครั้ง

3. ทางสองแพร่งของนโยบายไข้หวัดนก: จะเลือกสุขภาพคนหรือธุรกิจสัตว์ปีกส่งออก

การระบาดของไข้หวัดในสัตว์ปีกยังเกิดขึ้นในทุกพื้นที่และเกิดซ้ำในบางพื้นที่ เพราะเชื้อไข้หวัดนกยังไม่หมดไปจากประเทศไทย และระบาดอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะในช่วงที่อากาศเย็น ไข้หวัดนกในปีที่ 2 ประชาชนทั่วไปลดความหวาดกลัวในการบริโภคสัตว์ปีกลง หันมาบริโภคเป็ด-ไก่ตามปกติ อีกทั้งการสร้างความรู้เรื่องของไข้หวัดนกและการเผยแพร่ให้ประชาชนเข้าใจอย่างต่อเนื่อง รวมถึงระบบการควบคุมโรคของไทยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ได้รับความร่วมมือจากอาสาสมัครชุมชนในการเฝ้าระวังและรายงานเมื่อเกิดเหตุ ทำให้สามารถควบคุมโรคได้รวดเร็ว ประชาชนจึงมั่นใจถึงความปลอดภัยในการอยู่ร่วมกับไข้หวัดนกมากขึ้น สำหรับการระบาดในคนของไทย ตั้งแต่มกราคม 2547 จนถึง ธันวาคม 2548 มีผู้ป่วยจากโรคไข้หวัดนก 22 คน เสียชีวิต 14 คน และไม่เกิดการติดเชื้ออีกจนถึงปัจจุบัน ในขณะที่ประเทศอื่นๆ ยังมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขทั้งของไทยและนานาประเทศต่างวางแผนเตรียมรับมือกับการระบาด เพราะมีสัญญาณเตือนแล้วว่าอาจมีการระบาดใหญ่ทั่วโลกของไข้หวัดใหญ่ในคนในระยะเวลาอันใกล้นี้ เหมือนที่เคยเกิดขึ้นมาแล้วในอดีต ที่ทำให้มีคนเสียชีวิตนับล้านคนทั่วโลก

4. สังคมไทยกับภัยข่มขืน

ภัยข่มขืนยังคงเป็นภัยที่น่ากลัวในสังคมไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปีนี้ข่าวภัยทางเพศบนหน้าหนังสือพิมพ์รายวัน เพิ่มขึ้นถึง 391 คดี มากกว่าปีที่แล้ว 62 คดี และที่น่ากลัวกว่านั้นก็คือ คนใกล้ตัวกลายมาเป็นผู้กระทำผิดเสียเอง โดยพบว่า ร้อยละ 80 เป็นคนรู้จัก คนใกล้ชิด ซึ่งควรไว้วางใจได้มากกว่าคนแปลกหน้า เช่น คู่รัก เพื่อน ครูอาจารย์ นายจ้าง ผู้บังคับบัญชา ญาติพี่น้อง หรือบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะพ่อบังเกิดเกล้า ที่พยายามหาช่องทางขืนใจเหยื่อวัยเด็กที่ไม่สามารถหาทางหนีทีไล่ได้ บางรายต้องถูกกระทำนานนับปี จนเพื่อนบ้านต้องหาทางช่วยเหลือ กล่าวได้ว่าปัญหาละเมิดล่วงเกินทางเพศถึงขั้นวิกฤติ เพราะแม้เด็กเล็กๆ อยู่ในบ้านตัวเองก็ยังไม่มีความปลอดภัย ยิ่งไปกว่านั้นระบบอำนวยความยุติธรรมต่อผู้เสียหาย ภายใต้ระบบกฎหมายอาญาในปัจจุบัน ดูเหมือนจะเอาผิดผู้ล่วงละเมิดทางเพศได้ยาก ซึ่งเป็นมิติที่ได้รับการใส่ใจน้อย เลือนรางในกระบวนการนิติรัฐของเรา ขณะที่ผู้วางนโยบายก็ขาดความสนใจต่อการสร้างเสริมระบบป้องกันการทำความรุนแรงซ้ำซ้อนต่อผู้เสียหาย

5. น้ำตาลในนมและขนมเด็ก เรื่องไม่เล็กในสังคมไทย

เด็กติดหวาน เป็นอีกหนึ่งอาการน่าเป็นห่วงของเด็กไทย เมื่อเกรงกันว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพในอนาคต เพราะขณะนี้พบว่าเด็กไทยฟันผุมากขึ้นพอๆ กับเด็กไทยเข้าข่ายโรคอ้วน สถานการณ์ในปีนี้ก้าวเข้าสู่อีกขั้นหนึ่งของการรณรงค์ให้เด็กไทยกินน้ำตาลในปริมาณที่พอดี คือ ลดจากค่าเฉลี่ยวันละ 20 ช้อนชา ให้เหลือไม่เกินวันละ 6-8 ช้อนชา ซึ่งเป็นปริมาณที่เหมาะสำหรับเด็ก มีโครงการดีๆ เกิดขึ้นโดยเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน และ สสส. ที่ได้จัดโครงการ "โรงเรียนอ่อนหวาน" มีการชักชวนให้เด็กดื่มแต่นมรสจืด และควบคุมการขายขนมและน้ำอัดลมในโรงเรียน ขณะนี้นำร่องไปแล้ว 100 โรงเรียน และได้รับการตอบรับที่ดี อีกทั้งได้ขอความร่วมมือจากผู้ปกครอง แนะนำดูแลให้เด็กหันมากินผลไม้ เลือกกินขนมปังไม่เคลือบน้ำตาล และกินน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมอีกด้วย นอกจากนี้ยังมีอีกหนึ่งแรงผลักดันจากสถาบันวิจัยโภชนาการ ม.มหิดล หาแนวทางให้มีการติดฉลาก หรือติดคาวขนมตามท้องตลาด เพื่อตัดสินใจได้ง่ายขึ้นในการเลือกซื้อขนมที่เหมาะกับสุขภาพเด็ก

6. จากเปล้าน้อยถึงกวาวเครือ ฤาสมุนไพรไทยจะตกอยู่ในอุ้งมือต่างชาติ

กวาวเครือสมุนไพรท้องถิ่นไทยมากคุณค่า ถูกต่างชาติฮุบไปเป็นสมบัติส่วนตัวอีกแล้ว ซ้ำรอยเดิมเมื่อครั้งที่ประเทศญี่ปุ่นนำไปคิดค้นผลิตเครื่องสำอางปีที่แล้ว ปีนี้ไม่ต่างกันเมื่อบริษัทเครื่องสำอาง 2 แห่งในสหรัฐอเมริกาได้ยื่นคำขอรับสิทธิบัตรการสกัดกวาวเครือขาว เมื่อปลายปี 2548 ที่ผ่านมา หลังจากได้คิดค้นและผลิตออกมาเป็นเครื่องสำอาง บำรุงผิว กระชับรอบดวงตาและครีมนวดหน้าอก ซ้ำร้ายไปกว่านั้นยังได้นำเข้ามาขายในประเทศไทยแล้วในระหว่างที่รอรับสิทธิบัตร สมุนไพรไทยแต่ยี่ห้อต่างชาติอาจทำให้ผลิตภัณฑ์ภูมิปัญญาไทยขายยากขึ้นเมื่อคนไทยเองนิยมใช้ของนอกมากกว่าของที่ผลิตโดยฝีมือล้วนๆ ของคนไทยเอง ความหลากหลายของสมุนไพรไทยทำให้เป็นที่จับตามองของต่างชาติ เตรียมฉวยโอกาสนำไปจดสิทธิบัตร พืชสมุนไพร 11 ชนิด ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการถูกขโมยไป ได้แก่ ฟ้าทลายโจร หม่อน ส้มแขก ชุมเห็ดเทศ ลูกประคบ ขมิ้นชัน ไพล กระชายดำ บัวบก และพริกไทย

7. สื่อโป๊กับเรื่องเซ็กส์ของวัยรุ่น

สื่อโป๊ๆ หรือวีซีดีเอ็กซ์ เซ็กส์ เปลือย ที่เป็นปัญหาก่อคดีทางเพศและชักจูงให้หมกมุ่นแต่เรื่องเพศ ยังคงถูกปราบปรามไม่รู้จักจบจักสิ้น อีกทั้งความอยากรู้อยากเห็นของบุคคลก็เปลี่ยนไปกลายมาเป็นสนใจภาพหลุด ภาพแอบถ่าย หรือที่เรียกว่า คลิปวิดีโอ กันมากขึ้น ข่าวดังในปีนี้คือการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล โดยการนำวิดีทัศน์ร่วมเพศที่เป็นส่วนตัวเพราะถ่ายเพื่อเก็บไว้ดูเองส่งทอดต่อกันทางอินเตอร์เน็ตจนกลายเป็นข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ ภาพที่ไม่ได้ตั้งใจเผยแพร่จึงกลายเป็นภาพที่แพร่หลายภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ด้วยกระบวนการผลิตและเผยแพร่ที่ง่ายดายขึ้นเหล่านี้เอง ทำให้รัฐบาลเตรียมออกกฎหมายเอาผิดผู้ผลิต หรือผู้ที่ถ่ายรูปเก็บไว้ดูเอง ผู้ที่แจกจ่ายหรือส่งต่อ ไม่ว่าจะเป็นเอกสาร ภาพระบายสี ภาพโฆษณา สิ่งพิมพ์ แถบบันทึกเสียง รูปถ่าย ภาพยนตร์ วัสดุบันทึกภาพ ถ้อยคำทางโทรศัพท์ ที่ทำให้เกิดการยั่วยุอารมณ์ทางเพศ หากใครทำผิดมีโทษจำคุกมากกว่า 3 ปี และปรับสูงสุด 1 ล้านบาท

8. ความรุนแรงในวัยรุ่นอันธพาลหรือคึกคะนองผิดพลั้งหรือตั้งใจ

สำนักสุขภาพจิตสังคม ได้สรุปภาพรวมปัญหาของปัญหาความรุนแรงในสังคมไทย จากหนังสือพิมพ์ 10 ฉบับ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2548-31 ธันวาคม 2548 พบสถิติที่น่าสนใจ ดังนี้คือ เกิดเหตุความรุนแรงในสังคมรวมทั้งหมด 2,093 ครั้ง ความรุนแรงที่พบมากที่สุดเรียงลำดับ คือ 1. ฆ่าผู้อื่น 847 ครั้ง 2. ทำร้ายร่างกายผู้อื่น 531 ครั้ง 3. ถูกข่มขืน 362 ครั้ง 4. ฆ่าตัวตาย 129 ครั้ง 5. ฆ่าผู้อื่นและฆ่าตัวตาย 86 ครั้ง 6. ถูกกระทำอนาจาร 67 ครั้ง 7. ทำร้ายร่างกายตนเอง 42 ครั้ง และ 8. ถูกฆ่าและข่มขืน 29 ครั้ง โดยที่กลุ่มอายุ 16-25 ปี ก่อเหตุมากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 26-35 ปี ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นนี้ มาจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง คนหันมาให้ความสำคัญวัตถุมากกว่าความเป็นมนุษย์ หากสังคมยังอยู่แบบตัวใครตัวมัน คาดว่าแนวโน้มปัญหาในปี 2549 นี้จะเพิ่มขึ้นอีกแน่นอน

9. ขยะอันตรายภัยร้ายที่มองไม่เห็น

สถานการณ์ของเสียอันตราย ปี 2548 นี้ เป็นที่ประหลาดใจเมื่อดูตัวเลขแล้วพบว่า ประเทศไทยมีการผลิตและนำเข้าสารเคมีอันตรายจากต่างประเทศ รวมทั้งสิ้น 31.7 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้วประมาณ 7.5 ล้านตัน ส่วนซากแบตเตอรี่โทรศัพท์มือถือที่เพิ่มขึ้นปีละ 25 ล้านก้อน กรมควบคุมมลพิษยังคงจัดโครงการเรียกคืนซากแบตเตอรี่มือถือเหมือนปีที่ผ่านมา ร่วมรณรงค์ให้นำขยะอิเลคทรอนิกส์มาทิ้งในกล่องรับทิ้งที่จัดไว้ให้ทั่วประเทศ ซากเหล่านี้จะนำไปให้บริษัทรับกำจัด หรือเลาะเอาโลหะมีค่ากลับมาใช้ใหม่อีกครั้ง โดยที่บริษัทร่วมรณรงค์อาสารับกำจัดให้ฟรี ส่วนสถานการณ์ลักลอบทิ้งขยะ ของเสียอันตรายยังมีอยู่ต่อเนื่อง ปีนี้พบว่าขยะที่ลักลอบนำมาทิ้งมาจากเมืองใหญ่ๆ ที่เป็นข่าวบ่อยครั้ง คือ จ. เชียงใหม่ โดยบริษัทเอกชนที่รับกำจัดลักลอบนำขยะหลายคันรถไปทิ้งที่ชุมชนหมู่บ้านจังหวัดอื่นหรือตามข้างถนนในเวลากลางคืน จนชาวบ้านทนไม่ได้ต้องแจ้งตำรวจดักจับ มีการลักลอบทิ้งสารเคมีจากอุตสาหกรรมเมืองระยองไปทิ้งที่กลางหุบเขาใน จ.ชลบุรี กลิ่นที่ฉุนจนชาวบ้านทนไม่ไหวจึงต้องซุ่มดักจับ นอกจากนี้ยังมีประชาชนบางคนยังละเลยหรือไม่มีความรู้ในการกำจัดที่ถูกวิธี ได้นำน้ำมันเก่าที่ใช้แล้วทิ้งลงท่อระบายน้ำสาธารณะจนสร้างความเดือดร้อนให้กับคนในหมู่บ้าน ตัวอย่างที่ยกมาเป็นข่าวเงียบๆ แต่ส่งผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม ชุมชนคนรอบข้างอย่างใหญ่หลวง

10. เด็กไทยในกับดักอบายมุขเที่ยวกลางคืน สูบบุหรี่และดื่มเหล้า

เหล้าและบุหรี่ในสังคมไทยยังเป็นเรื่องใหญ่ตลอดปี 2548 กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเจ้าภาพได้ผลักดันให้ร้านค้าต่างๆ ห้ามวางขายบุหรี่บนตู้โชว์ที่ทำให้เห็นได้เด่นชัด ห้ามขายเหล้าและบุหรี่ให้เด็กต่ำกว่าอายุ 18 ปี ให้บริษัทแอลกอฮอล์งดการโฆษณาแพร่ภาพเหล้า เบียร์ทุกชนิดผ่านจอทีวีและวิทยุจนเป็นผลสำเร็จ ก้าวต่อไปที่จะเกิดขึ้นในปี 2549 คือ ร่วมมือกับกรมสรรพสามิตแก้ไขกฎหมาย ห้ามมีการแบ่งบุหรี่ขาย ห้ามผลิต นำเข้า จำหน่ายบุหรี่ซองเล็กหรือบุหรี่ที่บรรจุน้อยกว่า 20 มวน และห้ามเติมรสชาติหรือมีกลิ่นหอมคล้ายกลิ่นผลไม้ซึ่งมุ่งชักชวนให้วัยรุ่นและผู้หญิงอยากลองสูบมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็ขอความร่วมมืองดกินเหล้าและสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน ส่วนร้านค้าในวัด โรงเรียน สถานที่ราชการ ห้ามขายเหล้า โดยเริ่มที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นแห่งแรก และจะขยายผลต่อไปเพื่อสร้างสังคมดีๆ โดยมีผู้ใหญ่เป็นต้นแบบ ส่วนปัญหาแหล่งมั่วสุมมุ่งเล็งไปที่การจัดระเบียบหอพักหรืออพาร์ตเม้นท์ที่อยู่บริเวณโดยรอบมหาวิทยาลัย ทั้งในเขตกรุงเทพและต่างจังหวัด ให้ขึ้นทะเบียนเป็นหอพักที่ถูกตามกฎหมาย ยึดถือระเบียบห้ามนักศึกษาชายหญิงอยู่ด้วยกัน และไม่ควรอยู่แออัดในห้องเกิน 5 คน หอพักเถื่อนจะถูกกวาดล้าง ตั้งแต่ 1 เมษายน 2549 นี้เป็นต้นไป

อยู่อย่างไรกับไข้หวัดนก?

ปรับเปลี่ยนเพื่ออยู่รอด

อยู่อย่างไรกับไข้หวัดนก?: ปรับเปลี่ยนเพื่ออยู่รอด

ไข้หวัดนก โรคอุบัติใหม่ไร้พรมแดน ที่มีความรุนแรง ซับซ้อน และเกี่ยวโยงกับหลายด้านของชีวิตมนุษย์ เป็นปัญหาที่โลกในวันนี้กำลังจับตามองด้วยความวิตกกังวล

สิ่งที่ทำให้โลกวิตกกังวลมากก็คือ ธรรมชาติที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาของเชื้อไวรัส H5N1 อันเป็นสาเหตุของโรคระบาดนี้ ซึ่งในทุกขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงมักจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากเดิมที่เป็นไข้หวัดใหญ่ธรรมดาซึ่งพบเฉพาะในนกน้ำบางชนิด วันนี้เชื้อโรคนี้ได้เปลี่ยนแปลงตัวเองมาถึงจุดที่สามารถแพร่สู่สัตว์ชนิดอื่นและสู่คนได้ โดยมีอัตราการป่วยตายที่สูงมาก

นักวิทยาศาสตร์และผู้เชี่ยวชาญชี้ว่า วันนี้โลกมนุษย์ได้มาถึงรอยต่อระหว่างไข้หวัดนกกับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ในคน ถ้าเกิดการเปลี่ยนแปลงไปอีกระดับหนึ่ง เชื้อโรคนี้อาจจะแพร่จากคนสู่คนได้โดยตรง และเมื่อวันนั้นมาถึง การระบาดใหญ่ของโรคก็คงจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก นั่นหมายถึงชีวิตมนุษย์นับล้านอาจจะต้องสูญเสียไปภายในเวลาอันสั้น เหมือนอย่างที่เคยเกิดขึ้นมาแล้วถึง 6-7 ครั้ง ในรอบสองศตวรรษที่ผ่านมา

แต่ไม่ว่าวันนั้นจะมาถึงหรือไม่ และจะมาถึงเมื่อไร การระบาดของโรคไข้หวัดนกก็ยังดำเนินต่อไป แม้จะสามารถควบคุมได้ในพื้นที่หนึ่ง ก็ยังโผล่ขึ้นได้ในพื้นที่อื่น หรือกลับมาใหม่ได้อีกในพื้นที่เดิม

ปัญหาท้าทายในวันนี้คือ เราจะเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคระบาดนี้อย่างไรจึงจะสูญเสียน้อยที่สุด นี่เป็นเรื่องใหญ่ที่ไม่เพียงแต่ต้องการความชัดเจนในนโยบายเท่านั้น แต่ยังต้องการความร่วมมือ และปฏิบัติการที่โปร่งใสและฉับไวของทุกภาคส่วน ทั้งในระดับชาติและระดับโลกด้วย

โรคอุบัติใหม่ ไร้พรมแดน

ไข้หวัดนก (bird flu) ความจริงแล้วก็คือโรค **ไข้หวัดใหญ่** ที่เกิดกับสัตว์ปีก ซึ่งนักวิชาการเรียกว่า ไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีก (avian influenza หรือ avian flu) เพราะเป็นเชื้อไข้หวัดที่แพร่ระบาดอยู่ในสัตว์ปีกโดยเฉพาะนกน้ำ

ก่อนอื่นควรทราบเป็นความรู้เบื้องต้นว่า ไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีก (ในที่นี้จะเรียกสั้นๆ ว่า ไข้หวัดนก) นั้น มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสชนิดเดียวกันกับไข้หวัดใหญ่ในคน ไข้หวัดนกนั้นมีทั้งชนิดที่ก่อโรคในสัตว์ปีกอย่างรุนแรงและไม่รุนแรง แต่ที่ระบาดในประเทศไทยและในหลายประเทศในช่วงเวลาประมาณ 2 ปีกว่ามานี้ เป็นชนิดที่ก่อโรครุนแรง นักวิทยาศาสตร์กำหนดชื่อเรียกไวรัสตัวนี้ว่าเป็นสายพันธุ์ เอ็ช 5 เอ็น 1 (H5N1)

แต่ไหนแต่ไรมาไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 นี้ไม่เคยพบว่าติดต่อมาสู่คน พบแต่ในสัตว์ปีก โดยเฉพาะพวกนกน้ำที่เป็นนกอพยพบางชนิด ซึ่งอาศัยอยู่ตามธรรมชาติเท่านั้น เพิ่งจะพบว่ามีการติดต่อในคนครั้งแรกเมื่อเกิดการระบาดขึ้นในฮ่องกงในปี พ.ศ. 2540 และต่อมาก็ระบาดในประเทศอื่นๆ รวมทั้งประเทศไทยด้วย

การที่เชื้อไข้หวัดนกติดต่อมาถึงคนได้นั้น เป็นข้อที่ทำให้วิตกกังวลกันมากในหมู่นักวิทยาศาสตร์ และบรรดาองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน นับตั้งแต่ระดับประเทศไปจนถึงระดับโลก ข้อที่วิตกกังวลกันมากก็คือ เกรงว่าวันหนึ่งเจ้าไวรัสอันตรายนี้อาจจะกลายพันธุ์ จนสามารถติดต่อได้โดยง่ายจากคนสู่คนโดยตรง ถ้าวันนั้นมาถึง การระบาดรุนแรงไปทั่วโลก (pandemic) ก็คงจะหลีกเลี่ยงได้ยาก คนหลายร้อยล้านอาจจะเจ็บป่วยและอีกหลายสิบล้านอาจจะเสียชีวิต ดังที่เคยเกิดการระบาดเช่นนี้มาแล้วไม่น้อยกว่า 6-7 ครั้ง ในรอบสองศตวรรษเศษที่ผ่านมา

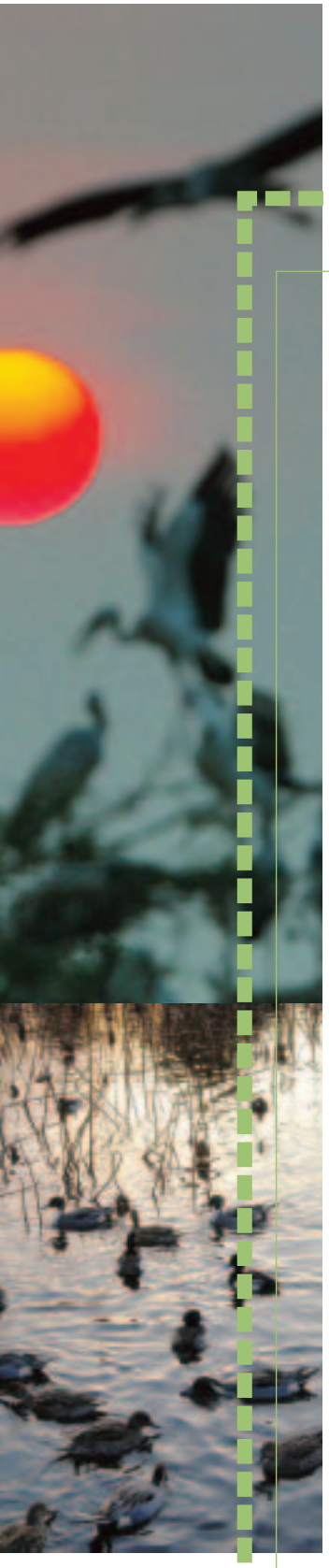
ไวรัสที่ก่อโรคไข้หวัดใหญ่ในคนและในสัตว์นั้นมีอยู่ด้วยกัน 3 ชนิดใหญ่ๆ นักวิทยาศาสตร์กำหนดชื่อเรียกง่ายๆ ว่า ชนิด เอ, บี, และ ซี แต่ละชนิดก็แบ่งออกไปอีกอย่างละหลายสายพันธุ์ย่อย

ไวรัสชนิด เอ สามารถก่อโรคได้รุนแรงและกว้างขวางมากกว่าชนิด บี และ ซี ร้อยละ 80 ของโรคไข้หวัดใหญ่ที่คนส่วนมากเป็นกันอยู่ทุกวันนี้ มีสาเหตุมาจากไวรัสชนิด เอ นี้เอง นอกจากก่อโรคในคนแล้ว ไวรัสชนิด เอ สายพันธุ์ย่อยต่างๆ ยังพบว่ามีอยู่ในสัตว์อื่นๆ อีกหลายชนิด เช่น สัตว์ปีกจำพวกนกน้ำชนิดต่างๆ เป็ด ไก่ สุกร ม้า แมว เสือ ปลาวาฬ และสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอีกบางชนิด

สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมส่วนใหญ่ รวมทั้งคน มีไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์เฉพาะประจำตัว และมักเรียกชื่อตามชนิดของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมชนิดนั้นๆ เช่น ไวรัสไข้หวัดใหญ่มนุษย์ ไวรัสไข้หวัดใหญ่สุกร ไวรัสไข้หวัดใหญ่ม้า ส่วนไวรัสของสัตว์ปีกซึ่งมักจะติดเชื้อข้ามไปมาระหว่างสัตว์ปีกชนิดต่างๆ ได้ง่ายนั้น นักวิทยาศาสตร์เรียกรวมๆ ว่า **"ไวรัสไข้หวัดนก"**

ไวรัสสายพันธุ์ บี และ ซี สามารถก่อโรคและติดต่อได้เฉพาะในคนเท่านั้น ไม่ติดต่อในสัตว์ (สายพันธุ์ ซี อาจติดต่อในสุกรได้) และไม่ได้ก่อโรคที่ร้ายแรง การระบาดของเชื้อทั้งสองสายพันธุ์นี้เท่าที่พบก็มีเป็นหย่อมเล็กๆ เท่านั้น

เนื่องจากเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคไข้หวัดใหญ่มีอยู่ในนกน้ำอพยพหลายชนิด และแพร่มาสู่สัตว์ปีกที่คนเลี้ยง เช่น เป็ดไก่ แล้วแพร่มาถึงคนได้ในที่สุด การระบาดของโรคนี้จึงควบคุมได้ยาก เพราะนกน้ำที่มีเชื้อไวรัสนี้สามารถอพยพข้ามประเทศ ข้ามภูมิภาค เกือบจะเรียกได้ว่าไม่มีพรมแดน เพราะเหตุนี้ โรคไข้หวัดนกจึงได้ชื่อว่าเป็น "โรคไร้พรมแดน" อย่างแท้จริง



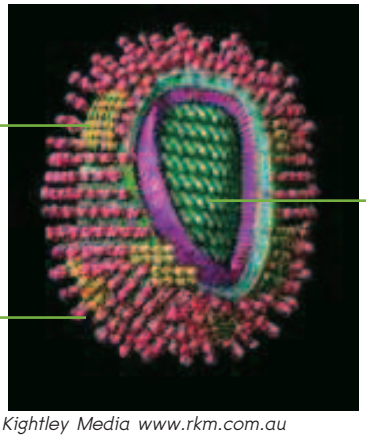
ไวรัสไข้หวัดใหญ่

ถ้ามองผ่านกล้องจุลทรรศน์ ไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิด เอ มีรูปพรรณสัณฐานเป็นทรงกลม และถ้าผ่าดูข้างในจะเห็นว่า ตรงกลางอนุภาคของไวรัสมีสารพันธุกรรม หรือที่ในทางเทคนิคเรียกว่า "จีโนม" (genome) ซึ่งเป็นกรดไรโบนิวคลีอิค เรียกสั้นๆ ว่า อาร์เอ็นเอ (RNA-Ribonucleic Acid) สารพันธุกรรมนี้มีลักษณะเป็นเกลียว แยกกันเป็นท่อนๆ หรือเป็นชิ้นๆ มีจำนวน 8 ชิ้น

สารพันธุกรรมที่อยู่ข้างในของไวรัสแต่ละตัวนั้น ถูกห่อหุ้มไว้ด้วยเยื่อโปรตีนสองชั้น ตรงผิวเปลือกนอกสุดมีปุ่มยื่นออกมาโดยรอบ คล้ายหนามทุเรียนจำนวนมาก ปุ่มเหล่านี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามคุณสมบัติของโปรตีนซึ่งเป็นส่วนประกอบของมัน ชนิดหนึ่งเรียกว่าโปรตีน ฮีแม็กกลูตินิน (Hemagglutinin เรียกย่อๆ ว่า H) ทำหน้าที่เป็นตัวเกาะติดกับตัวรับ (receptor) ที่อยู่บนผิวรอบนอกของเซลล์สิ่งมีชีวิตที่ไวรัสจะเข้าไปจับ อีกชนิดหนึ่งเรียกว่าโปรตีน นิวรามินิเดส (Neuraminidase เรียกย่อว่า N) มีคุณสมบัติเป็น เอ็นไซม์ (enzyme) ทำหน้าที่ย่อยโปรตีนบนผิวของเซลล์สิ่งมีชีวิตที่ไวรัสนี้เข้าไปจับ เป็นการ "เปิดทาง" ให้ไวรัสสามารถทะลวงเข้าไปภายในเซลล์ได้

โปรตีน H และโปรตีน N ยังแบ่งย่อยไปอีกหลายชนิด ข้อมูล ณ ปัจจุบันบอกว่า โปรตีน H มี 15 ชนิดย่อย (บางท่านว่ามีถึง 16 ชนิด) กำหนดชื่อเรียกเป็นหมายเลข H1, H2, H3...ถึง H15 ส่วนโปรตีน N มี 9 ชนิดย่อย กำหนดชื่อเรียกเป็นหมายเลข N1, N2, N3...ถึง N9 ไวรัสไข้หวัดใหญ่แต่ละสายพันธุ์อาจมีองค์ประกอบโปรตีน H และ N ที่มีหมายเลขตรงกัน เช่น H1N1, H7N7 หรือหมายเลขไม่ตรงกันก็ได้ เช่น H5N1, H3N2, เป็นต้น

เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่ติดต่อในคนส่วนใหญ่ได้แก่สายพันธุ์ที่ประกอบด้วยโปรตีน H1, H2, H3 กับโปรตีน N1 และ N2 เป็นหลัก ที่ประกอบด้วย H และ N หมายเลขอื่นก็มีบ้าง แต่น้อย ที่เรารู้จักกันดีในเวลานี้ก็คือสายพันธุ์ H5N1 ซึ่งแพร่จากนกมาสู่คนและระบาดในประเทศไทยมาตั้งแต่ ปี 2547 กับอีกสายพันธุ์หนึ่งคือ H7N7 ที่ระบาดในประเทศเนเธอร์แลนด์ เมื่อปี 2546 ส่วนเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ที่แพร่อยู่ในนกนั้น นักวิทยาศาสตร์พบว่าเป็นไวรัสที่ประกอบด้วยโปรตีน H และ N ทุกหมายเลข



ที่มา: ภาพประกอบจาก Russel Kightley Media www.rkm.com.au

การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ในรอบสองศตวรรษที่ผ่านมา

ปี พ.ศ. เริ่มระบาด	สายพันธุ์ไวรัส	การเกิดโรค
2324 - 2325	-	เริ่มระบาดในทวีปแอฟริกาเหนือ ในปีถัดมา เกิดขึ้นที่ประเทศจีน ประชาชนติดเชื้อประมาณ 10 ล้านคน
2432 - 2433	H2N2	เริ่มระบาดในเอเชียกลาง แล้วค่อยลามเข้ายุโรป ไปจนถึงรัสเซีย มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นเด็ก
2461 - 2462	H1N1	เชื่อกันว่าเกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาเมื่อครั้งสงครามโลกครั้งที่ 1 แต่ไม่มีการเปิดเผย เมื่อแพร่ระบาดเข้าในยุโรป ประเทศสเปนมีการรายงานการติดเชื้อ จึงเรียก ไข้หวัดใหญ่ที่เกิดขึ้นครั้งนี้ว่า "ไข้หวัดใหญ่สเปน" มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 20-40 ล้านคน
2500 - 2501	H2N2	เกิดขึ้นที่จีนเป็นแห่งแรก และได้ระบาดทั่วโลกภายในระยะเวลา 6 เดือน เรียกการเกิดครั้งนี้ว่า "ไข้หวัดใหญ่เอเชีย" มีผู้เสียชีวิตรวมแล้วประมาณ 1-2 ล้านคน
2511 - 2512	H3N2	เกิดการระบาดขึ้นที่ประเทศฮ่องกง มีผู้ป่วยราว 2 แสนคน จากนั้นจึงระบาดออกไปทั่วโลก เรียกการระบาดครั้งนี้ว่า "ไข้หวัดใหญ่ฮ่องกง" มีผู้เสียชีวิตประมาณ 1 ล้านคน
2520 - 2521	H1N1	จุดแรกเกิดขึ้นที่ประเทศรัสเซีย แล้วระบาดไปยังไซบีเรีย และบางส่วนของประเทศในยุโรป ชื่อที่รู้จักกันดี เรียกว่า "ไข้หวัดใหญ่รัสเซีย" ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กและวัยรุ่น แต่ไม่มีรายงานการเสียชีวิต

ที่มา ประเสริฐ ทองเจริญ, 2547
http://www.nature.com/nature/focus/avianflu/timeline.html
http://www.globalsecurity.org/security/ops/hsc-scen-3_pandemic-influenza.htm
http://www.andypryke.com/pub/InfluenzaPandemic

"ขณะนี้เป็นที่ชัดเจนแล้วว่า ไข้หวัดนกได้ระบาดไปถึงยุโรปและแอฟริกาแล้ว บางประเทศในยุโรป อย่างเช่นฝรั่งเศสและเนเธอร์แลนด์ ซึ่งได้รับผลกระทบจากโรคระบาดนี้ ก็ได้ตัดสินใจอนุมัติให้ใช้วัคซีนไข้หวัดนกแล้ว"

> "นักวิทยาศาสตร์และผู้เชี่ยวชาญบางท่านเชื่อว่า โรคไข้หวัดนกได้กลายเป็นโรคประจำถิ่นในภูมิภาคแถบนี้ไปแล้ว"

การเดินทางของไข้หวัดนก

ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเป็นหนึ่งเดียวว่า ไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 แพร่เข้ามาถึงบ้านเราได้อย่างไร แต่คำอธิบายที่ดูเหมือนจะมีน้ำหนักและมีหลักฐานสนับสนุนมากที่สุด ณ เวลานี้ คือ มาจากนกน้ำจำพวกที่เป็นนกอพยพระยะไกล เช่น นกเป็ดน้ำ และห่านป่า เป็นต้น

เชื่อกันว่าไวรัสสายพันธุ์ H5N1 คงมีวิวัฒนาการร่วมกับนกน้ำอพยพเหล่านี้มานาน จนทำให้สามารถอยู่ร่วมกันได้โดยไม่ก่อโรค นกน้ำอพยพเหล่านี้จึงเป็นแหล่งเก็บเชื้อตามธรรมชาติและเป็นพาหะที่พาไวรัสชนิดนี้ไปแพร่ในที่ต่างๆ บนเส้นทางอพยพของพวกมัน

เชื้อไวรัสในนกอพยพเหล่านี้ถูกปล่อยออกมาสู่สิ่งแวดล้อมจากการถ่ายมูลหรือจากสารคัดหลั่งต่างๆ เช่น เลือด น้ำมูก น้ำลาย น้ำตา เป็นต้น เมื่อสัตว์ปีกที่คนเลี้ยง เช่น เป็ด ไก่ ซึ่งหากินอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกันกับนกน้ำเหล่านี้ ได้สัมผัสกับเชื้อโดยทางใดทางหนึ่ง ก็จะทำให้เชื้อเข้าสู่ร่างกายของมันได้ ถ้าเชื้อมีจำนวนมากพอ ก็จะเป็นเหตุให้สัตว์ที่ได้รับเชื้อนั้นป่วยและตายได้ เนื่องจากไม่มีภูมิต้านทาน เชื้อจะแพร่ต่อไปยังสัตว์ตัวอื่นๆ ในฝูงเดียวกัน หรือในฝูงอื่นที่อยู่ใกล้เคียงกันโดยวิธีเดียวกันนี้ ดังนั้นเราจึงได้เห็นสัตว์ปีก เช่น เป็ด ไก่ ในเล้าเดียวกัน หรือแม้แต่ในชุมชนหรือท้องถิ่นเดียวกัน ตายหมู่ไปนับร้อยนับพันในเวลาเพียงไม่กี่วันเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม คำอธิบายนี้ ก็ไม่ได้ปราศจากข้อโต้แย้งเสียทีเดียว เช่น บางท่านตั้งข้อสังเกตว่า นกน้ำอพยพระยะไกลไม่น่าจะเป็นตัวนำเชื้อไปแพร่ในที่ต่างๆ เพราะมีหลักฐานว่านกเหล่านี้เองก็ติดเชื้อและตายไปเป็นจำนวนมากเหมือนกัน โดยเฉพาะในบริเวณที่มีการระบาดของไข้หวัดนกในสัตว์ปีกเลี้ยง ทำให้สงสัยว่าพวกมันอาจจะได้รับเชื้อมาจากแหล่งอื่น มากกว่าที่จะเป็นตัวนำเชื้อโรคไปให้สัตว์อื่น

ไม่ว่าเชื้อไวรัสไข้หวัดนก H5N1 จะแพร่เข้ามาสู่ประเทศไทยโดยทางใดก็ตาม ลักษณะการระบาดที่เกิดขึ้นมาแล้วทั้งในประเทศไทย ในประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ (คือในจีน เวียดนาม กัมพูชา ลาว มาเลเซีย และอินโดนีเซีย) และในภูมิภาคอื่นๆ อีกหลายประเทศ ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา นั้น ทำให้นักวิทยาศาสตร์และผู้เชี่ยวชาญบางท่านเชื่อว่า โรคไข้หวัดนกได้กลายเป็นโรคประจำถิ่นในภูมิภาคแถบนี้ไปแล้ว ซึ่งหมายความว่าเชื้อไวรัสจะหลบอยู่ในสิ่งแวดล้อม วันดีคืนดีเมื่อสบโอกาสเหมาะก็จะก่อให้เกิดการระบาดขึ้นเป็นระลอกๆ

การระบาดในประเทศไทย

จนถึงสิ้นปี 2548 ได้เกิดการระบาดของเชื้อไข้หวัดนกในประเทศไทยแล้ว 3 ระลอก คือ

* ระลอกแรกเริ่มมีสิ่งบอกเหตุ (สัตว์ปีกตายอย่างผิดสังเกต) มาตั้งแต่ปลายปี 2546 แต่รัฐบาลใช้เวลาในการพิสูจน์และตัดสินใจประกาศยอมรับอย่างเป็นทางการเมื่อปลายเดือนมกราคม 2547 การระบาดระลอกนี้สงบลงประมาณเดือนพฤษภาคมปีเดียวกัน มีการรายงานการระบาด 190 จุดใน 42 จังหวัด

* ระลอกที่สองเกิดขึ้นระหว่างเดือนกรกฎาคม 2547 ถึงเมษายน 2548 มีการรายงานการระบาดเป็นจุดเล็กๆ 1,542 จุดใน 51 จังหวัด

* ระลอกที่สามเริ่มในเดือนกันยายน 2548 จนถึงขณะนี้ (สิ้นเดือนธันวาคม 2548)

การระบาดของไข้หวัดนกในประเทศไทย พ.ศ. 2546-2548

ระลอก	ช่วงเวลา	พบการระบาด	สัตว์ปีก ตาย/ถูกทำลาย (ตัว)	ผู้ติดเชื้อ ป่วย	ผู้ติดเชื้อ ตาย
1	ปลายปี 2546 – พ.ค. 2547	190 จุด ใน 42 จังหวัด	60 ล้าน	12	8
2	ก.ค. 2547 – เม.ย. 2548	1,542 จุด ใน 51 จังหวัด	3 ล้าน	5	4
3	ก.ค. 2548 – ธ.ค. 2548	40 จุด ใน 5 จังหวัด	4 แสน	5	2

ที่มา: กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จับตาพื้นที่ชุ่มน้ำที่มีการเลี้ยงเป็ดหนาแน่น

รูปแบบและพื้นที่ที่พบการระบาดของเชื้อไข้หวัดนก H5N1 ในประเทศไทย มีข้อที่น่าสังเกตสองประการ ซึ่งอาจจะมีความหมายต่อการควบคุมโรคไม่มากก็น้อย

ประการแรก คือ การระบาดในระลอกแรกนั้น พบในสัตว์ปีกที่คนเลี้ยงในแทบทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการเลี้ยงแบบพื้นบ้านหรือการเลี้ยงในรูปของฟาร์มขนาดใหญ่ก็ตาม ที่เป็นเช่นนี้คงเป็นเพราะในการระบาดครั้งแรกนั้นผู้เลี้ยงในทุกระดับไม่มีข้อมูล ไม่มีความรู้ จึงตั้งรับไม่ทัน แต่ในระลอกที่ 2 และ 3 การระบาดส่วนใหญ่เกิดขึ้นเฉพาะในสัตว์ปีกที่เลี้ยงแบบพื้นบ้าน หรือที่เรียกว่าเลี้ยงในระบบเปิดเท่านั้นเนื่องจากการเลี้ยงในระบบนี้สัตว์ปีกจะถูกปล่อยให้หากินเองอย่างอิสระ เช่น การเลี้ยงไก่หลังบ้านหรือและการเลี้ยงเป็ดไล่ทุ่ง เป็นต้น สัตว์จึงมีโอกาสสัมผัสเชื้อที่นกในธรรมชาตินำเข้ามา ส่วนสัตว์ปีกที่เลี้ยงในระบบฟาร์มปิด ซึ่งโดยปกติมีระบบป้องกันการติดโรคจากภายนอกที่ดีกว่า แทบไม่ได้รับผลกระทบเลย

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ ที่แล้วมาพบว่ามีการระบาดอย่างหนาแน่นในบริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยา ซึ่งเป็นพื้นที่ราบชุ่มน้ำผืนใหญ่ที่สุดของประเทศไทยนับตั้งแต่จังหวัดในภาคกลางตอนบน เรื่อยลงมาจนถึงจังหวัดในภาคกลางตอนล่างทุกจังหวัด แม้จะพบการระบาดในภาคอื่นด้วย แต่ก็ไม่หนาแน่นเท่ากับในบริเวณนี้

เป็นที่น่าสนใจว่า ทำไมการระบาดในภาคกลางจึงหนาแน่นกว่าในภาคอื่น ระบบนิเวศและลักษณะการใช้ที่ดินของภาคกลาง มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกระจุกตัวของการระบาดไข้หวัดนกที่เกิดขึ้นนี้หรือไม่

เราทราบกันดีว่า พื้นที่ราบของภาคกลางเป็นพื้นที่ชุ่มน้ำที่อุดมสมบูรณ์ มีแหล่งน้ำธรรมชาติหลายรูปแบบ เช่น แม่น้ำ หนองและบึง แหล่งน้ำเหล่านี้ดึงดูดให้นกน้ำอพยพหลายชนิดเข้ามาหากิน โดยเฉพาะในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายนจนถึงเดือนมีนาคม ซึ่งนกอพยพจากแถบไซบีเรียอพยพหนีอากาศหนาวลงมาทางใต้ ถ้านกอพยพจำพวกนกเป็ดป่าต่างๆ เป็นที่เก็บเชื้อ (reservoir) ของไวรัส H5N1 ดังที่ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เชื่อกันจริง ก็มีเหตุผลที่น่าเชื่อได้ว่าพื้นที่ในภาคกลางของประเทศไทยคงมีโอกาสได้รับเชื้อไวรัสนี้ และมีการแพร่ระบาดมากกว่าในภาคอื่น เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่นกอพยพมารวมตัวกันมากเป็นเวลาหลายเดือน

ข้อเท็จจริงที่กล่าวข้างต้น เมื่อบวกกับลักษณะการใช้ที่ดินของเกษตรกรในบริเวณภาคกลางยิ่งทำให้มีน้ำหนักน่าเชื่อมากขึ้นว่าทำไมจึงมีการระบาดในภาคกลางมากกว่าภาคอื่น นั่นคือ พื้นที่ในภาคกลางมีการทำนามาก เกษตรกรทำทั้งนาปีและนาปรัง บางท้องที่ทำนาได้ถึงปีละ 3 ครั้ง การทำนานั้นทำให้ทุ่งนาชุ่มน้ำอยู่ตลอดเวลา นั่นหมายความว่า จะมีสัตว์ตัวเล็กตัวน้อยจำพวกหอย ปู ปลา และแมลงต่างๆ ที่เป็นอาหารของนกอุดมสมบูรณ์ ซึ่งยิ่งเพิ่มความดึงดูดให้นกอพยพเข้ามามากขึ้น

MP BIRDLAND เอื้อเฟื้อภาพ

นอกจากนี้ ทุ่งนาหลังการเก็บเกี่ยวยังอุดมไปด้วยอาหารที่เป็ดซึ่งเกษตรกรเลี้ยงสามารถหากินเองได้ ไม่ว่าจะเป็นเมล็ดข้าวเปลือกที่ตกหล่นจากการเก็บเกี่ยว หรือแมลงและกุ้งหอยปูปลา ที่มีอยู่ในทุ่งนาตามธรรมชาติก็ตาม ดังนั้นจึงปรากฏว่า ในพื้นที่บริเวณภาคกลางที่มีการทำนากันอย่างเข้มข้นนี้ก็มีการเลี้ยงเป็ดไล่ทุ่งกันอย่างหนาแน่นด้วย เนื่องจากมีอาหารสมบูรณ์ให้เป็ดหากินได้เอง โดยที่เจ้าของเป็ดไม่ต้องลงทุนมากนัก

ต้องยอมรับว่า การเลี้ยงเป็ดไล่ทุ่งในนาข้าวหลังการเก็บเกี่ยวนั้นเป็นนวัตกรรมทางความคิดและเป็นภูมิปัญญาชั้นยอด ที่มีความเหมาะสมทางระบบนิเวศ และเข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตของเกษตรกรในวัฒนธรรมการปลูกข้าวของไทยได้อย่างลงตัว ขณะที่เป็ดได้กินอาหารโดยที่เจ้าของแทบไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (ความจริงมีค่าใช้จ่ายแต่ราคาถูกเหมือนได้ของฟรี) เจ้าของนาก็ได้เป็ดมาช่วยกำจัดศัตรูข้าว เช่น หอยเชอรี่ และตั๊กแตน เป็นต้น แถมยังได้ปุ๋ยธรรมชาติฟรีๆ จากสิ่งขับถ่ายของเป็ดอีกด้วย

แต่ข้อเสียในยามที่มีเชื้อไข้หวัดนกระบาดอย่างในปัจจุบันนี้ก็คือ เป็ดไล่ทุ่งที่หากินในทุ่งนาบริเวณเดียวกันกับนกป่าอพยพ มีโอกาสที่จะได้รับเชื้อไวรัสที่นกอพยพปล่อยออกมาจากการถ่ายมูล หรือจากซากของตัวที่ตาย และนำมาแพร่ต่อได้อย่างง่ายดาย

การเลี้ยงเป็ดไล่ทุ่งนั้น เจ้าของจะต้อนเป็ดไปเลี้ยงตามทุ่งนาหลังการเก็บเกี่ยวข้าว เมื่ออาหารในบริเวณนั้นหมด ก็จะเคลื่อนย้ายไปที่อื่น ผู้เลี้ยงเป็ดไล่ทุ่งบางรายอาจจะนำเป็ดขึ้นรถบรรทุกไปหาที่เลี้ยงไกลๆ เช่นข้ามพรมแดนเข้าไปในจังหวัดใกล้เคียง หรืออาจจะไปไกลถึงภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือตอนล่าง การเคลื่อนย้ายในลักษณะเช่นนี้ ถ้ามีการระบาดของเชื้อไวรัสในฝูงเป็ดก็จะทำให้เชื้อแพร่ไปได้ไกลในเวลาอันสั้น ทำให้การควบคุมโรคทำได้ยาก

มีการศึกษาพบว่า เป็ดนั้นเมื่อได้รับเชื้อไวรัส H5N1 เข้าไปแล้ว ใหม่ๆ จะยังไม่แสดงอาการป่วยทันที แต่จะสามารถมีชีวิตอยู่และหากินเหมือนเป็ดปกติได้หลายวันจึงเริ่มแสดงอาการป่วย ถ้าข้อเท็จจริงเป็นเช่นนี้ ก็แปลว่า เป็ดที่ได้รับเชื้อไวรัส H5N1 เข้าไปแล้วนั้นจะสามารถแพร่เชื้อไปยังเป็ดตัวอื่นในฝูง หรือสัตว์ปีกชนิดอื่นได้อีกมาก จนกว่าตัวมันเองจะแสดงอาการป่วยและตายไปในที่สุด

เป็ดไล่ทุ่ง: นวัตกรรมและภูมิปัญญาเกษตรกรไทย

ลุงสน วัย 63 ปี ชาวสุพรรณบุรีโดยกำเนิด ยึดอาชีพเลี้ยงเป็ดไข่ไล่ทุ่งมามากกว่า 10 ปี ผ่านการเลี้ยงเป็ดมา 3-4 รุ่นแล้ว วันนี้ลุงสนมีเป็ดสาวกำลังให้ไข่กว่าสองพันตัว ทำรายได้ไม่ต่ำกว่าวันละ 2,000 บาท ลุงสนอยู่ได้อย่างสบายๆ ไม่เดือดร้อนเรื่องเงินเลย แรกเริ่มการเลี้ยงเป็ดแต่ละรุ่น ลุงสนจะไปซื้อลูกเป็ดเพิ่งฟักจากฟาร์มเพาะเลี้ยงแถบ จังหวัดสุพรรณบุรี ในราคาตัวละ 17-27 บาท พร้อมหัวอาหารและยา เลี้ยงในเล้าประมาณเดือนครึ่งจึงปล่อยเป็ดออกหาอาหารกินเอง เป็ดอายุสัก 4 เดือนก็เริ่มให้ไข่ได้ เช้าตรู่ของแต่ละวันหลังจากเก็บไข่ในเล้าเสร็จ ลุงสนจะต้อนเป็ดออกทุ่ง ให้เก็บกินหอยเชอรี่ กบ เขียด ปู ปลา แมงกะชอน ไกลออกไปเรื่อยๆ ยังที่ที่มีอาหารรออยู่ ถ้าอาหารธรรมชาติใกล้บ้าน หมดจะต้องไปหากินไกลหน่อย อาจจะจ้างคนเลี้ยงดูแลให้ เพื่อเฝ้าเป็ดทั้งวันทั้งคืน ทำเล้าเคลื่อนที่ให้เป็ดพักยามค่ำคืนและเก็บไข่ได้สะดวก

ลุงสนบอกว่าเป็ดเลี้ยงตามทุ่งจะเสียค่าอาหารตอนเริ่มเลี้ยง 1-2 เดือนแรกเท่านั้น เมื่อ เป็ดลงทุ่งก็แทบจะไม่เสียอะไรเลย นอกจากค่าจ้างเป็นบางครั้งบางคราวเท่านั้น ลุงสนไม่ค่อยพาเป็ดไปหากินนอกเขตอำเภอ เพราะจะยุ่งยากตอนขนส่ง แต่บางปีถ้ามีคนจากจังหวัดแถบภาคอีสานขอร้องให้เป็ดไปกินหอยเชอรี่ ลุงสนก็ขนเป็ดใส่รถบรรทุกไป แบบถึงไหนถึงกัน ทุ่งนาแถบสุพรรณบุรีมีอาหารอุดมสมบูรณ์ ฤดูกาลทำนาปีละ 3 ครั้ง ปลูกข้าวและเก็บเกี่ยวไม่พร้อมกัน จึงมีพื้นที่ให้หาอาหารหมุนเวียนไปเรื่อยๆ จากนานี้ไปนานี้ ลุงสนต้องคอยระวังไม่ให้เป็ดไปย่ำแปลงนาที่ข้าวกำลังตั้งท้อง หากต้นข้าวแข็งแรงแล้วเป็ด ก็จะเข้าไปกินหอยเชอรี่ รวมไปถึงวัชพืชอื่นๆ เป็นที่ถูกใจของชาวนายิ่งนัก ไม่ต้องเสียค่ายาปราบศัตรูพืชอีกด้วย แต่ลุงสนก็มักจะระวังไม่ให้ไปนาที่กำลังใส่ปุ๋ยเคมีและฉีดยาฆ่าหญ้า เพราะเป็ดอาจเป็นอันตรายได้

ลุงสนมีวิธีดูแลเป็ดอย่างง่ายๆ ถ้าสังเกตเห็นว่าตัวไหนเซื่องซึม ไอ จาม ก็ตำหัวหอมแดงหรือใบกะเพราละลายน้ำให้เป็ดกิน ข้ามคืนเดียว ก็กลับมาร่าเริงเหมือนเดิม เป็ดของลุงสนแข็งแรงดี เพราะว่าเป็ดได้ออกกำลังกาย เล่นน้ำ ได้กินอาหารที่มีประโยชน์ ไข่จึงดก ฟองใหญ่ สีขาวนวลอมชมพู ไข่แดงสีเข้ม และไม่คาว ได้ราคาดี ลุงสนบอกว่าถ้าเป็ดกินแต่หัวอาหารอย่างเดียวจะทำให้ไข่ใบเล็กและคาว ทำขนมไม่อร่อย

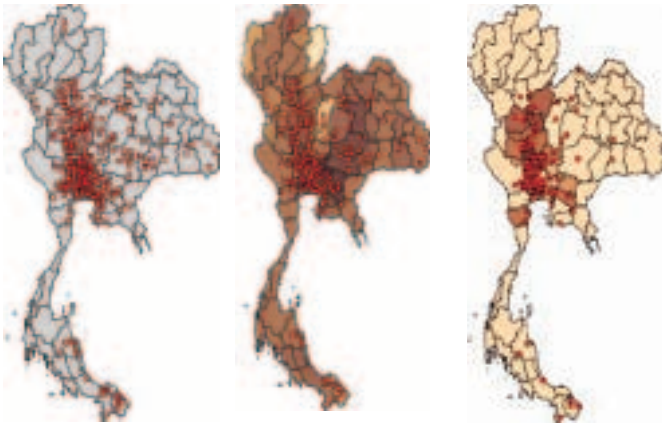
วันนี้ที่เราเจอกัน ลุงสนและเกษตรกรผู้เลี้ยงเป็ดไล่ทุ่งกว่า 700 คน กำลังให้ความสนใจกับเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์จังหวัดที่มาให้ความรู้เรื่องระบบสหกรณ์และชักชวนให้ผู้เลี้ยงนำเป็ดเข้าสู่ระบบโรงเรือน จากคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่ปศุสัตว์ว่าถ้าให้เป็ดเข้ามาอยู่ในโรงเลี้ยงแล้ว จะมีราคาดี สามารถส่งออกขายทั่วโลก ไข่เป็ดจะมีราคาดีขึ้นนั้น ดูเหมือนว่าลุงสนกำลังกังวลกับอนาคตของบรรดาเป็ดทั้งหลายที่เคยหากินได้อย่างอิสระเสรี ไม่มีค่าใช้จ่ายมากมายอะไร แต่จะต้องถูกขังอยู่โรงเลี้ยง ยิ่งไปกว่านั้น เงินจาก ธกส. ที่ให้กู้ไม่เกิน 300,000 บาท เพื่อสร้างโรงเรือนนั้นจะสร้างภาระหนี้สินให้กับลุงสนบั้นปลายของชีวิตอย่างแน่นอน

(ที่มา: สัมภาษณ์ ลุงสน เกษตรกรเลี้ยงเป็ดไล่ทุ่ง 6 มกราคม 2549)

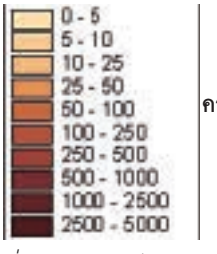
ทั้งหมดนี้คือคำอธิบายว่า ทำไมการระบาดของไข้หวัดนกในบริเวณภาคกลางแถบที่ราบลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยาจึงหนาแน่นมากกว่าในภาคอื่นๆ เป็นที่น่าสังเกตว่ารูปแบบของการระบาดในประเทศเวียดนามก็คล้ายๆ กัน นั่นคือมีการระบาดหนาแน่นในบริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำ เช่น ในบริเวณที่ราบปากแม่น้ำโขงทางภาคใต้ และบริเวณที่ราบปากแม่น้ำแดงทางภาคเหนือ ในขณะที่การระบาดในบริเวณอื่นเบาบางกว่า

ข้อสังเกตที่กล่าวข้างต้นนำไปสู่นโยบายควบคุมโรคไข้หวัดนกที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือนโยบายที่ให้จำกัดการเลี้ยงสัตว์ปีกในระบบเปิด เช่นการเลี้ยงไก่หลังบ้านและการเลี้ยงเป็ดไล่ทุ่ง อย่างที่ไทยกำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นที่ชัดเจนว่าการเลี้ยงในระบบนี้สัตว์ปีกมีโอกาสมากที่จะได้สัมผัสเชื้อที่นกป่านำมาปล่อยไว้

การระบาดของไข้หวัดนกระลอก 1 และ 2 กระจุกตัวอยู่ในบริเวณที่ราบชุ่มน้ำที่มีการเลี้ยงเป็ดหนาแน่น



การระบาดในเป็ดและไก่ทั่วประเทศ | การระบาดในไก่และความหนาแน่นของไก่ | การระบาดในเป็ดและความหนาแน่นของเป็ด



ความหนาแน่นของเป็ด/ไก่ ต่อตารางกิโลเมตร

ที่มา: กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์, 2547

เรื่องควรรู้เกี่ยวกับไข้หวัดนก

1. คนติดเชื้อไข้หวัดนกจากสัตว์ปีกได้อย่างไร

ผู้ป่วยไข้หวัดนกในประเทศไทยล้วนมีประวัติสัมผัสสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง เช่น สัมผัสมูลเป็ดไก่ น้ำมูก น้ำลาย หรือเลือด การนำเป็ดป่วยหรือตาย มาทำอาหารก็เป็นทางหนึ่งที่จะทำให้เชื้อเข้าสู่ร่างกายคนได้โดยง่าย

2. จะป้องกันตนเองจากโรคไข้หวัดนกอย่างไร

หลีกเลี่ยงการสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตาย ถ้าจำเป็นจริงๆ ต้องสวมถุงมือหรือถุงพลาสติกหลายๆ ชั้น ถ้าเลี้ยงเป็ดไก่ไว้ในบ้านต้องสังเกตว่าในละแวก มีการระบาดของไข้หวัดนกหรือไม่ และหมั่นดูอาการเป็ดไก่เสมอๆ หากพบว่ามีอาการป่วยหรือตายแบบเฉียบพลันให้รีบแจ้ง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. อบต. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ใกล้บ้านที่สุด

3. คนปรุงอาหารที่สัมผัสเนื้อไก่ ไข่ โดยตรง จะติดเชื้อหรือไม่

จนถึงบัดนี้ยังไม่เคยปรากฏว่า พ่อครัวแม่ครัว ติดเชื้อไข้หวัดนกเลย อย่างไรก็ตามเนื่องจากเชื้อไข้หวัดนกพบได้ในสัตว์ปีก ดังนั้นเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยง หลังจากสัมผัสเป็ดไก่และไข่จึงควรล้างมือและภาชนะให้สะอาดทุกครั้ง เพราะเชื้อนี้ถูกฆ่าตายได้โดยง่ายด้วยน้ำยาซักล้างและสบู่

4. เลือกซื้อไข่และเก็บไข่ไว้ในบ้านอย่างไรจึงจะปลอดภัย

ควรเลือกซื้อไข่ที่ไม่มีมูลไก่ติดเปลือกไข่ดูสะอาด ไม่ควรซื้อมาเก็บไว้คราวละมากๆ ไม่ควรอย่างยิ่งที่จะเก็บไข่ไว้ในตู้เย็น เพราะจะทำให้เชื้อไข้หวัดนกอยู่ได้นานกว่าเก็บไว้ข้างนอก และในช่วงที่มีการระบาดหลีกเลี่ยงการบริโภคไข่ลวก ไข่ต้มยางมะตูม ไข่คาวไม่สุก

5. คนป่วยไข้หวัดนกมีอาการอย่างไร

เมื่อได้รับเชื้อประมาณ 1-3 วัน ผู้ป่วยจึงแสดงอาการออกมาคล้ายเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ คือ มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย เจ็บคอ ไอ หายใจลำบาก จนถึงขั้นปอดอักเสบ

> "ไม่มีใครบอกได้ว่า การเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปนี้จะกินเวลาอีกนานเท่าใด กว่าไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 จะเกิดการกลายพันธุ์อย่างสมบูรณ์ บางท่านบอกว่าอาจจะใช้เวลาประมาณ 10 ปีหรือนานกว่านั้น แต่นั่นก็ไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มายืนยัน"

จากไข้หวัดนกสู่ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในคน: เวลาที่ใกล้เข้ามา?

ไวรัสไข้หวัดนกและไวรัสไข้หวัดใหญ่ในคนมีสารพันธุกรรมเป็นอาร์เอ็นเอ (RNA) ธรรมชาติอย่างหนึ่งของไวรัสชนิดนี้ก็คือมักมีอัตราการกลายพันธุ์สูงมาก การกลายพันธุ์ก็คือการเปลี่ยนแปลงลักษณะของสารพันธุกรรม ซึ่งมีผลทำให้ไวรัสตัวใหม่มีลักษณะและคุณสมบัติต่างไปจากเดิม ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายของคนและสัตว์ที่เคยติดเชื้อตัวนี้มาแล้วจำลักษณะของเชื้อเดิมไม่ได้ จึงเกิดการติดเชื้อซ้ำและป่วยได้อีก

การเปลี่ยนแปลงในไวรัสไข้หวัดใหญ่ (ไม่ว่าจะเป็นหวัดใหญ่นกหรือหวัดใหญ่คนก็ตาม) เกิดขึ้นได้ 2 แบบ คือ *แบบค่อยเป็นค่อยไป* และ *แบบฉับพลัน* การเปลี่ยนแปลงแต่ละแบบนี้สามารถนำไปสู่การกลายพันธุ์เป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ได้ และไวรัสสายพันธุ์ใหม่นั้นอาจเป็นไวรัสที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นกว่าเดิม เท่าเดิม หรือ น้อยกว่าเดิมก็ได้ โดยที่เราไม่สามารถจะพยากรณ์ล่วงหน้าได้เลย

การเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป: ธรรมชาติของไวรัสนี้เป็นเช่นนั้น

การเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดพลาดในกลไกการคัดลอกรหัสพันธุกรรม ในกระบวนการขยายจำนวนของไวรัสประเภทนี้ การเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปอย่างช้าๆ เปลี่ยนไปทีละน้อย นักวิชาการเรียกการเปลี่ยนแปลงแบบนี้ว่า "แอนติเจนิก ดริฟต์" (antigenic drift) ไวรัสไข้หวัดใหญ่ทุกชนิด (ทั้งหวัดใหญ่นกและหวัดใหญ่คน) มีการเปลี่ยนแปลงแบบนี้อยู่ตลอดเวลา นั่นแปลว่า เมื่อเวลาผ่านไปหน้าตาของไวรัสก็จะผิดไปจากเดิม มากบ้างน้อยบ้าง ขึ้นอยู่กับระยะเวลา

นักวิทยาศาสตร์พบว่า โดยเฉลี่ยแล้วความผิดพลาดของกลไกการคัดลอกรหัสพันธุกรรม ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปนี้ จะเกิดขึ้น 1 ตำแหน่ง ในทุกๆ 10,000 รหัสพันธุกรรมที่มีการคัดลอก นั่นหมายความว่า ในการคัดลอกรหัสสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ ซึ่งมีจำนวนรหัสพันธุกรรมโดยรวมในแต่ละอนุภาคของไวรัสประมาณ 13,000 รหัส จะมีโอกาสเกิดการผิดพลาดได้ประมาณ 1-2 ตำแหน่ง กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ ไวรัสแต่ละตัวที่เกิดขึ้นมาในกระบวนการเพิ่มจำนวนตามธรรมชาติของมันนั้น จะมีความแตกต่างผิดเพี้ยนไปเล็กๆ น้อยๆ เสมอ

ข้อเท็จจริงข้างต้น ทำให้มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนสายพันธุ์ของไวรัสที่ใช้เป็นต้นแบบในการผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่อยู่ทุกปี เพื่อให้ได้ไวรัสต้นแบบที่มีลักษณะเหมือนกับไวรัสตัวที่กำลังระบาดอยู่ให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ เพื่อว่าวัคซีนที่ได้จะมีประสิทธิผลในการป้องกันโรค แต่การที่ต้องเปลี่ยนไวรัสต้นแบบสำหรับผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ทุกๆ ปีนั้น ก็แน่นอนว่าจะทำให้ต้นทุนสำหรับการผลิตสูง และทำให้ราคาสำหรับประชาชนผู้บริโภคสูงด้วย

เนื่องจากไวรัสไข้หวัดใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงตัวเองอยู่ตลอดเวลาเช่นนี้เอง ในระยะยาวจึงเป็นไปได้ที่จะเกิดมีไวรัสตัวใหม่ ที่แตกต่างไปจาก "ต้นแบบ" ของมันอย่างสิ้นเชิง ทั้งในทางพันธุกรรมและในทางคุณสมบัติ เมื่อถึงขั้นนั้นก็กล่าวได้เต็มที่ว่า ไวรัสนั้นได้เกิดการกลายพันธุ์อย่างสมบูรณ์แล้ว

มีข้อสังเกตว่า ลักษณะที่ผิดเพี้ยนหรือแตกต่าง ไม่ว่าจะน้อยหรือมากก็ตาม ถ้าทำให้ไวรัสมีโอกาสอยู่รอดได้มากขึ้น เช่นทำให้ติดเชื้อได้ดีขึ้น หรืออยู่กับสัตว์รับเชื้อ (host) ได้หลากหลายชนิด หรือ มีลักษณะที่ต่างไปจากเดิมจนภูมิคุ้มกันในสัตว์ที่เคยมีเชื้อจำมันไม่ได้ ลักษณะเช่นนั้นก็จะถูกคัดเลือกไว้โดยกลไกการคัดเลือกตามธรรมชาติ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าลักษณะที่ผิดเพี้ยนแตกต่างไปนั้น ทำให้โอกาสการอยู่รอดของมันลดลง ลักษณะนั้นก็จะไม่ถูกคัดเลือกไว้ และไม่ช้าก็จะสูญไปเองตามธรรมชาติ

ด้วยกลไกการคัดเลือกตามธรรมชาติที่ชาญฉลาดเช่นที่กล่าวข้างต้น เราสามารถสรุปได้ว่า ไวรัสไข้หวัดใหญ่ ทั้งหวัดใหญ่นกและหวัดใหญ่คนที่มีอยู่ในโลกทุกวันนี้ จะค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไปขณะเดียวกันก็จะปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

ข้อเท็จจริงนี้มีความสำคัญต่อสถานการณ์ไข้หวัดนกที่ประเทศไทยและประเทศอื่นๆ กำลังประสบอยู่ในปัจจุบันอย่างมาก กล่าวคือ ถ้าไวรัสไข้หวัดนก H5N1 นี้ข้ามมาติดในคนได้บ่อยๆ และถ้าสภาพเช่นนี้มีต่อเนื่องไปเป็นเวลานาน ในที่สุด ไวรัสตัวนี้จะปรับตัวเข้ากับคน ซึ่งเป็นเสมือน "บ้านใหม่" ของมันได้ดี ทำให้ติดในคนได้ง่าย ซึ่งก็จะนำไปสู่การระบาดใหญ่ในคนได้เช่นกัน (ณ วันนี้ยังคิดได้ไม่ง่ายนัก)

ไม่มีใครบอกได้ว่า การเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปนี้จะกินเวลาอีกนานเท่าใด กว่าไวรัสไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 จะเกิดการกลายพันธุ์อย่างสมบูรณ์ บางท่านบอกว่าอาจจะใช้เวลาประมาณ 10 ปีหรือนานกว่านั้น แต่นั่นก็ไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มายืนยัน

การเปลี่ยนแปลงแบบฉับพลัน: อาจเกิดเมื่อไรก็ได้ ถ้า...

การกลายพันธุ์แบบฉับพลันเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและเกิดขึ้นได้ภายในเวลาอันสั้น การเปลี่ยนแปลงแบบนี้เกิดจาก *การแลกเปลี่ยนสารพันธุกรรมกันระหว่างไวรัสสายพันธุ์หนึ่งกับไวรัสอีกสายพันธุ์หนึ่ง* เช่น ระหว่างไวรัสไข้หวัดใหญ่ในคนกับไวรัสไข้หวัดใหญ่ในสัตว์ปีก นักวิชาการเรียกการเปลี่ยนแปลงแบบนี้ ว่า "แอนติเจนิก ชิฟต์" (antigenic shift) ไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงแบบนี้มักจะมีลักษณะที่ผิดไปจากไวรัส "ตัวต้นแบบ" ของมันอย่างมาก

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบนี้ขึ้น และเกิดไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ติดต่อจากคนสู่คนได้ง่าย การระบาดใหญ่ไปทั่วโลกอย่างที่เรียกว่า pandemic มักจะตามมา เนื่องจากร่างกายคนหรือสัตว์ไม่เคยรู้จักไวรัสตัวใหม่นี้มาก่อน จึงไม่มีภูมิคุ้มกัน ทำให้ติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อออกไปได้เร็ว ดังเช่นที่ได้เกิดการระบาดไข้หวัดใหญ่ขึ้นในโลกของเรามาแล้วอย่างน้อย 6-7 ครั้งในรอบสองศตวรรษที่ผ่านมา นักวิชาการเชื่อว่า การระบาดใหญ่ทั่วโลกทุกครั้งที่ผ่านมานั้นเป็นผลมาจากการกลายพันธุ์แบบฉับพลันนี้เอง

สถานการณ์ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแบบนี้ก็คือ เมื่อมีการติดเชื้อไวรัส 2 สายพันธุ์ในสัตว์หรือคนคนเดียวกันและในเวลาเดียวกัน เช่น มีการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่คนและไวรัสไข้หวัดใหญ่นกพร้อมกันในคนคนเดียวกัน สถานการณ์เช่นนี้อาจจะทำให้มีการแลกเปลี่ยนสารพันธุกรรมกันของไวรัสทั้งสองสายพันธุ์ในขณะที่มันเพิ่มจำนวน ทำให้ได้ไวรัสลูกผสมที่มีบางชิ้นของสารพันธุกรรมมาจากไวรัสสายพันธุ์หนึ่ง แต่ที่เหลือมาจากไวรัสอีกสายพันธุ์หนึ่ง ปรากฏการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นได้ เพราะสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ (ทั้งหวัดใหญ่นกและหวัดใหญ่คน) มีลักษณะแยกกันเป็นชิ้นๆ ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น

การแลกเปลี่ยนสารพันธุกรรมกันเช่นนี้ว่า "รีแอสซอร์ตเม็นต์" (reassortment) และไวรัสลูกผสมที่เกิดจากกระบวนการนี้จะมีลักษณะต่างไปจากเดิมมาก จนทำให้ระบบภูมิคุ้มกันที่อาจจะมีอยู่ในคนหรือสัตว์จำมันไม่ได้ (ซึ่งเท่ากับไม่มีภูมิคุ้มกันเลย) เมื่อสัตว์หรือคนติดเชื้อไวรัสตัวใหม่นี้เข้าไป ก็จะเกิดการเจ็บป่วยรุนแรง และแพร่กระจายเชื้อไปได้อย่างกว้างขวาง

ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การแลกเปลี่ยนสารพันธุกรรม กันของเชื้อไวรัสสองสายพันธุ์ หรือ "รีแอสซอร์ตเมนต์" มีทางที่จะเกิดขึ้นได้ อย่างน้อย 2 กรณี คือ

กรณีแรก ถ้าสุกร ซึ่งชาวบ้านในชนบทเลี้ยงเพื่อเป็นแหล่งรายได้เสริมในครัวเรือนทั่วไป เกิดป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ (หวัดใหญ่สุกร) แต่ขณะเดียวกันก็ได้รับเชื้อไวรัสไข้หวัดนก H5N1 เข้าไปอีกด้วย สถานการณ์เช่นนั้นอาจทำให้การแลกเปลี่ยนสารพันธุกรรมของไวรัสไข้หวัดใหญ่ทั้งสองสายพันธุ์เกิดขึ้นได้ ในกรณีเช่นนั้นสุกรเป็นเหมือน "เรือนผสม" (mixing vessel) ที่ทำให้เกิดไวรัสสายพันธุ์ใหม่ขึ้นมา

ไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ได้จากการมีสุกรเป็นเรือนผสมนี้ จะสามารถติดในคนได้โดยไม่ยาก เนื่องจากเซลล์เยื่อบุทางเดินหายใจของสุกร มีลักษณะคล้ายกับเซลล์เยื่อบุทางเดินหายใจของคนอยู่แล้ว เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่จากสุกรจึงสามารถติดต่อมาสู่คน และเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่จากคนก็สามารถติดต่อไปยังสุกรได้ด้วย

ในสถานการณ์ที่เชื้อไข้หวัดนกกำลังระบาดในสัตว์ปีก โดยเฉพาะเป็ดไก่ที่คนเลี้ยงอย่างเช่นในปัจจุบันนี้ การปล่อยให้เป็ดไก่และสุกรสามารถติดต่อกันได้อย่างอิสระในการเลี้ยงแบบพื้นบ้านซึ่งพบเห็นได้ทั่วไปในวิถีชีวิตชาวชนบทของไทย อาจจะเอื้ออำนวยต่อการแลกเปลี่ยนสารพันธุกรรมกันของไวรัสเชื้อไข้หวัดใหญ่สุกรและเชื้อไข้หวัดใหญ่นกได้ ทั้งนี้เนื่องจากในการเลี้ยงของชาวบ้านนั้นเป็ดไก่มักจะถูกปล่อยให้เข้าไปเก็บกินเศษอาหารที่ตกหล่นในเล้าสุกรได้อย่างอิสระอยู่แล้ว ถ้าบังเอิญสุกรเกิดป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่อยู่และถ้าบังเอิญเป็ดไก่ที่เข้าไปหากินในเล้าสุกรนั้นก็ได้รับเชื้อไข้หวัดนกด้วย โอกาสที่สุกรซึ่งกำลังป่วยนั้นจะได้รับเชื้อไข้หวัดนกจากเป็ดไก่จึงเป็นไปได้ค่อนข้างสูง ถ้าทั้งสองเหตุการณ์นี้มาประจวบกันเข้าเมื่อไร โอกาสที่ไวรัสจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันจนได้ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ขึ้นมาก็เป็นไปได้

กรณีที่สอง ถ้าไข้หวัดนกยังติดต่อจากสัตว์ปีกมายังคนได้ต่อไป โดยที่มาตรการควบคุมต่างๆ ยังไม่ได้ผลอย่างเบ็ดเสร็จ อาจมีโอกาสที่คนบางคน ซึ่งอาจจะติดเชื้อไข้หวัดใหญ่คนอยู่แล้ว จะได้รับเชื้อไข้หวัดใหญ่สัตว์ปีกซ้ำเข้ามาอีก (คือติดไข้หวัดใหญ่ทั้งสองสายพันธุ์ในเวลาเดียวกัน) ถ้าสถานการณ์เช่นนี้เกิดขึ้น ผลก็อาจจะเป็นอย่างที่กล่าวมาแล้วในกรณีแรก นั่นคือไวรัสสองสายพันธุ์ที่ติดอยู่ในคนคนเดียวกันนั้น อาจจะมีการแลกเปลี่ยนสารพันธุกรรมกันในระหว่างที่มีการขยายจำนวนของไวรัส จนทำให้เกิดการกลายพันธุ์ได้ไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ติดจากคนสู่คนได้โดยตรง และอาจจะรุนแรงมากกว่าเดิม ถ้าถึงขั้นนั้น การระบาดใหญ่อย่างรุนแรง เหมือนอย่างที่เกิดขึ้นมาแล้วในอดีตอาจยากที่จะหลีกเลี่ยงได้

ข้อเท็จจริงที่กล่าวมาข้างต้น มีนัยสำคัญมากต่อการควบคุมไม่ให้โรคไข้หวัดนกกลายเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่แพร่ระบาดใหญ่อย่างรุนแรงในคนได้ ประเด็นสำคัญของเรื่องนี้อยู่ที่การป้องกันไม่ให้สุกรที่ป่วยมีโอกาสได้รับเชื้อไข้หวัดนกจากเป็ดไก่ ดังนั้น การตัดไฟเสียแต่ต้นลมด้วยการแยกการเลี้ยงเป็ดไก่และการเลี้ยงสุกรออกจากกัน เพื่อไม่ให้สัตว์เลี้ยงสองประเภทนี้ติดต่อกันได้ จึงเป็นหนทางหนึ่ง ที่จะตัดตอนไม่ให้มีโอกาสที่ไวรัสไข้หวัดใหญ่สองสายพันธุ์จะแลกเปลี่ยนสารพันธุกรรมกันได้ และถ้าทำได้เช่นนั้น การกลายพันธุ์และการระบาดใหญ่ก็จะเกิดขึ้นได้ยาก

"

โลกได้เคลื่อนเข้ามาถึงรอยต่อระหว่างการระบาดของไข้หวัดนกกับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ในคนแล้ว ปัญหาจึงไม่ได้อยู่ที่ว่าจะเกิดการระบาดใหญ่ขึ้นหรือไม่ แต่อยู่ที่ว่าจะเกิดเมื่อไรและที่ไหนก่อนมากกว่า และเราจะชะลอหรือยับยั้งไม่ให้เกิดการระบาดนั้นขึ้นได้หรือไม่

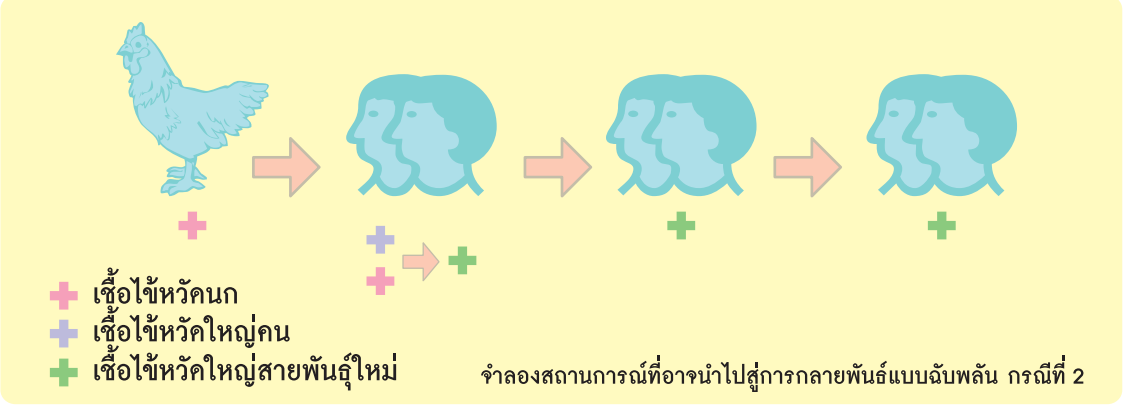
"

นัยอีกประการหนึ่งก็คือ ต้องควบคุมไม่ให้ไข้หวัดนกแพร่มาถึงคน เพราะตราบใดที่ไวรัสไข้หวัดนกยังคงแพร่มาสู่คน ไม่วันใดก็วันหนึ่งคนบางคนที่กำลังป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่อยู่อาจจะได้รับเชื้อไวรัสไข้หวัดนกเข้าจนได้ นั่นคือโอกาสที่จะเกิดการแลกเปลี่ยนสาร พันธุกรรมกันของไวรัสสองสายพันธุ์ อันจะนำไปสู่การกลายเป็นสายพันธุ์ใหม่ ถ้าไวรัสตัวใหม่นั้นรับเอาความรุนแรงของไข้หวัดใหญ่นกมารวมกับคุณสมบัติที่ติดต่อได้ง่ายของไข้หวัดใหญ่คน ก็จะทำให้การระบาดใหญ่เกิดขึ้นได้ ถ้าเป็นเช่นนั้นก็อาจจะสร้างความหายนะ อย่างใหญ่หลวงแก่มวลมนุษย์ แต่ถ้ากลับกัน การกลายพันธุ์อาจจะลดความรุนแรงของโรคลงก็ได้

การเฝ้าศึกษาลักษณะทางพันธุกรรมของเชื้อไวรัสไข้หวัดนก โดยผู้เชี่ยวชาญของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับกรมปศุสัตว์ ตลอดเวลาที่เกิดการระบาด 3 ระลอกในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในจุดสำคัญที่จะถือได้ว่าเป็นการกลายพันธุ์ของไวรัส H5N1 สายพันธุ์ที่ระบาดอยู่ในประเทศไทยแต่ประการใด มีเพียงการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเท่านั้น

สถานการณ์ที่อาจนำไปสู่การกลายพันธุ์และการระบาดใหญ่ ของไวรัสไข้หวัดใหญ่ในคน

จำลองสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่การกลายพันธ์แบบฉับพลัน กรณีที่ 1



จำลองสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่การกลายพันธ์แบบฉับพลัน กรณีที่ 2

อนึ่ง ยังไม่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจนว่า ไข้หวัดนกสามารถติดต่อได้จากคนสู่คน แม้จะพบว่ามีผู้ป่วยบางราย ทั้งในประเทศไทยและในประเทศเพื่อนบ้าน ที่เข้าข่ายสงสัยว่ามีการติดเชื้อจากคนสู่คนหรือไม่ก็ตาม ข้อนี้แสดงว่า การกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสไข้หวัดนกจนนำไปสู่การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ในคน ยังเป็นประเด็นที่นักวิทยาศาสตร์และวงการสุขภาพอนามัยทั่วโลกเป็นกังวลอยู่มาก

การระบาดใหญ่เป็นไปได้... แต่เมื่อไรและที่ไหน?

สิ่งที่นักวิชาการและวงการสาธารณสุขกลัวกันมากในวันนี้ก็คือการเปลี่ยนแปลงแบบฉับพลันที่นำไปสู่การกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัส H5N1 เพราะประสบการณ์ในรอบสองร้อยปีที่ผ่านมาของโลกได้ชี้ให้เห็นว่า เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบนี้ขึ้นมาทีไร การระบาดใหญ่อย่างรุนแรงของไข้หวัดใหญ่ที่คร่าชีวิตคนไปนับล้านๆ มักจะตามมา ที่รุนแรงที่สุดคือการระบาดในปี 2461-2462 ซึ่งรู้จักกันทั่วไปในชื่อว่า "สแปนิช ฟลู" (ไข้หวัดใหญ่สเปน) ที่ทำให้คนตายไปถึง 20-40 ล้านคน

"สุขภาพคนไทย 2549" ไม่ประสงค์จะให้ผู้อ่านตื่นกลัวกับข้อมูลที่นำเสนอมาข้างต้น โดยปราศจากความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เราเพียงต้องการให้สาธารณชนได้ตระหนักว่า ข้อมูลที่มีอยู่ ณ วันนี้เพียงพอที่จะสรุปว่า โลกได้เคลื่อนเข้ามาถึงรอยต่อระหว่างการระบาดของไข้หวัดนกกับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ในคนแล้ว ปัญหาจึงไม่ได้อยู่ที่ว่าจะเกิดการระบาดใหญ่ขึ้นหรือไม่ แต่อยู่ที่ว่าจะเกิดเมื่อไรและที่ไหนก่อนมากกว่า และเราจะชะลอหรือยับยั้งไม่ให้เกิดการระบาดนั้นขึ้นได้หรือไม่ อย่างไร

ในสองศตวรรษที่ผ่านมามีการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ในคน 6-7 ครั้งแล้ว แต่ละครั้งเวลาห่างกัน 10-40 ปี (โดยเฉลี่ย 27 ปี) ครั้งล่าสุดเกิดเมื่อปี พ.ศ. 2511 หรือเมื่อ 38 ปีที่แล้ว ซึ่งขณะนี้ได้เลยระยะเวลาเฉลี่ยไปแล้ว แต่ห่างจากระยะเวลาสูงสุดเพียง 2 ปีเท่านั้น ข้อมูลนี้ไม่จำเป็นต้องแสดงว่าอีก 2 ปี ข้างหน้าจะเกิดการระบาดใหญ่ขึ้นอีก แม้ว่าจะมีผู้เชี่ยวชาญบางท่านและองค์กรด้านสุขภาพอนามัยระดับนานาชาติบางแห่งหวั่นวิตกอยู่ก็ตาม แต่ถึงอย่างไรข้อมูลนี้ก็มีความสำคัญมากพอที่จะเตือนให้โลกตระหนักว่า การระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ในคนอาจจะอยู่ไม่ไกลจากวันนี้เท่าใดนัก

จะป้องกันการระบาดใหญ่ได้หรือไม่?

ถ้าจะป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ที่กลายพันธุ์ไปจากไข้หวัดนก โลกก็ต้องร่วมกันป้องกันไม่ให้ไวรัสไข้หวัดนกในวันนี้เกิดการกลายพันธุ์ แต่ดังที่ได้แสดงให้เห็นแล้วข้างต้นว่า ไวรัสทุกชนิดรวมทั้งไวรัสไข้หวัดนกมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สภาพเช่นนี้ทำให้เชื่อว่า ไม่วันใดก็วันหนึ่งในอนาคต เจ้าไวรัสที่เปลี่ยนแปลงตัวเองอยู่ตลอดเวลานี้อาจจะถึงจุดที่มันแตกต่างไปจากต้นแบบของมันในสาระสำคัญ นั่นคือการกลายพันธุ์เกิดขึ้น ผลก็อาจจะเป็นการระบาดใหญ่ในที่สุด แต่ทว่ากระบวนการนี้อาจจะใช้เวลานาน ซึ่งเราก็ไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าจะนานเท่าใด ในเรื่องนี้จริงๆ แล้วว่ามนุษย์คงทำอะไรไม่ได้มากนัก

แต่การกลายพันธุ์อีกแบบหนึ่ง ซึ่งเราเรียกในที่นี้ว่าการเปลี่ยนแปลงแบบฉับพลันนั้นมีสิ่งที่มนุษย์อาจทำได้มาก ที่สำคัญก็คือต้องกำจัดเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงแบบฉับพลันนี้ให้ได้ นั่นคือ ต้องหยุดการระบาดของเชื้อไวรัสในสัตว์ปีก และการแพร่เชื้อที่ติดมาสู่คนหรือสัตว์อื่นให้ได้อย่างสิ้นเชิง ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ขึ้นอยู่กับว่าประเทศต่างๆ ในโลกจะร่วมมือกันทำเรื่องนี้ได้อย่างมีประสิทธิผลและ "ทันเวลา" หรือไม่ เรื่องนี้จึงเป็นภาระของแต่ละประเทศเท่าๆ กับเป็นภาระของทุกประเทศในโลก หาไม่แล้ว หายนะอย่างใหญ่หลวงอาจจะเกิดขึ้นแก่มนุษยชาติได้

ผลกระทบของการระบาดไข้หวัดนก:

รุนแรงและหลายด้าน

ไข้หวัดนกก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงในหลายด้าน มีทั้งผลกระทบโดยตรงที่เกิดขึ้นทันทีทันใด และผลกระทบที่จะตามมาในระยะยาว ผลกระทบทั้งหมดสามารถแบ่งเป็น 3 ด้านหลักๆ คือ **ผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และ ผลกระทบทางสังคม** ผลกระทบทั้ง 3 ด้านนี้เกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด

ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน:

อัตราป่วยตายสูงมาก

ผลกระทบที่เห็นอย่างชัดเจนก็คือ จำนวนคนที่ติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ H5N1 ที่มีอาการป่วยและเสียชีวิต นับแต่มีการระบาดในปลายปี 2546 เป็นต้นมาจนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2549 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อไข้หวัดนกในทุกประเทศรวมกัน 174 คน เสียชีวิต 94 คน (ตัวเลข ณ วันที่ 1 มีนาคม 2549) ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเหล่านี้เกือบทั้งหมดอยู่ในประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ เวียดนาม ไทย อินโดนีเซีย จีน และกัมพูชา ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนหนึ่ง มาจากประเทศตุรกี และอิรัก ทั้งนี้ไม่รวมผู้เสียชีวิต 1 ราย จากผู้ป่วย 89 ราย ที่ติดเชื้อไข้หวัดนกสายพันธุ์ H7N7 ในประเทศเนเธอร์แลนด์ เมื่อปี 2546

เฉพาะในประเทศไทย นับตั้งแต่มีการระบาดระลอกแรก เมื่อต้นปี 2547 เป็นต้นมา มีผู้ป่วยที่ยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนกทั้งสิ้นจำนวน 22 คน ในจำนวนนี้เสียชีวิต 14 คน

ถ้าพิจารณาขนาดของปัญหาและความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับคนในขณะนี้อาจจะยังไม่มากนัก แต่ความตระหนกตกใจ บวกกับความกังวลต่อสถานการณ์ที่อาจจะเกิดการระบาดใหญ่แล้ว นับว่ามหาศาล

ในอีกด้านหนึ่ง ความรุนแรงของผลกระทบจากไข้หวัดนกอาจจะเห็นได้จากข้อเท็จจริงที่ว่า อัตราป่วยตายของคนที่ติดเชื้อไวรัสนี้สูงมาก โดยรวมแล้วอัตราการป่วยตายจากโรคไข้หวัดนก ณ เดือนมีนาคม 2549 เท่ากับ 54% แต่ถ้าคิดเฉพาะการป่วยและการตาย

จำนวนผู้ป่วยและตายเนื่องจากไข้หวัดนกในประเทศต่างๆ

พ.ศ. 2546 - 1 มีนาคม พ.ศ. 2549

ประเทศ	2546		2547		2548		2549		รวม	
	ผู้ป่วย	เสียชีวิต	ผู้ป่วย	เสียชีวิต	ผู้ป่วย	เสียชีวิต	ผู้ป่วย	เสียชีวิต	ผู้ป่วย	เสียชีวิต
กัมพูชา	0	0	0	0	4	4	0	0	4	4
จีน	0	0	0	0	8	5	6	3	14	8
อินโดนีเซีย	0	0	0	0	17	11	10	9	27	20
อิรัก	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
ไทย	0	0	17	12	5	2	0	0	22	14
ตุรกี	0	0	0	0	0	0	12	4	12	4
เวียดนาม	3	3	29	20	61	19	0	0	93	42
รวม	3	3	46	32	95	41	30	18	174	94

อัตราการตายร้อยละ 54

ที่มา องค์การอนามัยโลก (WHO), ข้อมูลวันที่ 1 มีนาคม 2549

"

ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ
อันเกิดจากการทำลายไก่
การบริโภคในประเทศที่ลดลง
และการยกเลิกการนำเข้าไก่
ของประเทศคู่ค้ารายใหญ่
ชั่วคราว คิดเป็นเงินไม่น้อย
กว่า 6-8 หมื่นล้านบาท

"

ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยในช่วงปี 2547-2548 อัตราการป่วยตายจาก โรคไข้หวัดนกสูงถึง 64% มีโรคเพียงไม่กี่ชนิดที่มีอัตราการป่วยตาย สูงขนาดนี้ นั่นแสดงว่าเชื้อไวรัสไข้หวัดนกที่ติดมายังคนนี้มีความรุนแรงมาก และยิ่งถ้าผู้ติดเชื้อเป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ด้วยแล้ว โอกาสที่จะเสียชีวิตสูงถึง 75% (เฉพาะในประเทศไทย) ที่ผ่านมาผู้ติดเชื้อไข้หวัดนกที่เป็นเด็กมีค่อนข้างมาก เพราะเด็กมักจะไม่มีความรู้ และป้องกันตัวเองได้น้อยกว่าผู้ใหญ่

ผลกระทบทางเศรษฐกิจ: เฉียบพลันและรุนแรง

ยังไม่มีตัวเลขอย่างเป็นทางการว่า ผลกระทบทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากไข้หวัดนกสำหรับประเทศไทยมีมูลค่าที่แท้จริงเท่าไร นอกจากนี้ แหล่งข้อมูลต่างกันก็อาจจะมีตัวเลขที่ต่างกัน แต่ที่แน่นอนก็คือ ความเสียหายส่วนนี้มีมูลค่ามหาศาล มีทั้งที่ปรากฏเป็นความเสียหายเฉพาะหน้า เกิดขึ้นทันที และที่เป็นความเสียหายต่อเนื่องไปในระยะยาว

ความเสียหายเฉพาะหน้าส่วนหนึ่งเกิดจากการที่สัตว์ปีกที่เลี้ยงในระดับต่างๆ

ผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกในประเทศไทย พ.ศ. 2547-2548

ลักษณะ/สาเหตุการติดเชื้อ	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	ร้อยละผู้ป่วยที่เสียชีวิต
อายุ			
ต่ำกว่า 15 ปี	12	9	75
15 ปี ขึ้นไป	10	5	50
ภาค			
เหนือ	6	4	67
กลาง	13	8	62
อีสาน	3	2	67
ใต้	ไม่มีรายงาน	-	-
สาเหตุการติดเชื้อ			
เชือด ถอนขน ชำแหละ ไก่ที่ป่วย/ตาย	5	3	60
อุ้ม เล่น สัมผัสไก่ที่ติดเชื้อ	4	4	100
นำซากไก่ตายไปทิ้งโดยไม่ป้องกันตัว	2	0	0
ดูดเสมหะ คลุกคลีไก่ชน	1	1	100
สัมผัสสารคัดหลั่งบริเวณพื้นที่ที่มีไก่ป่วยตาย	8	5	63
ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยที่น่าจะเป็นไข้หวัดนก	2	1	50
รวม	22	14	64

ที่มา: รายงานเฝ้าระวังการระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนสัตว์ปีกและครัวเรือนที่เลี้ยงสัตว์ปีกในประเทศไทย ปี 2548

ประเภท	จำนวนสัตว์ปีก (หน่วย : ล้านตัว)	จำนวนครัวเรือนเกษตรกร (หน่วย : พันครัวเรือน)
ไก่เนื้อ	147.6	32.9
ไก่ไข่	41.2	20.7
ไก่พื้นเมือง	65.3	2,892.8
ไก่ชน	13.0	970.7
ไก่แจ้ ไก่ต๊อก ไก่งวง	1.8	208.7
เป็ดเนื้อ	6.5	84.1
เป็ดไข่	10.5	99.6
เป็ดไล่ทุ่ง	11.0	12.1
เป็ดเทศ	4.4	426.0
นกกระทา	3.2	4.9
ห่าน	0.2	30.6
สัตว์ปีกอื่นๆ เช่น นกกระจอกเทศ นกเขา นกนางแอ่น นกสวยงาม	1.8	328.1
รวม สัตว์ปีกเลี้ยงในประเทศ 306.5 ล้านตัว (ข้อมูลเดือนธันวาคม 2548)		

ที่มา: กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ล้มตายและถูกทำลายในกระบวนการควบ คุมโรค เฉพาะที่ถูกทำลายตามมาตรการควบคุมโรคในการระบาดระลอกที่หนึ่งและระลอกที่สองที่ผ่านมานั้น มีจำนวนไม่น้อยกว่า 63.5 ล้านตัว ทำให้รัฐบาลต้องจ่าย ค่าชดเชยสัตว์ปีกที่ถูกทำลายไป และจัดหาพันธุ์ให้เกษตรกรเลี้ยงใหม่ คิดเป็นมูลค่าประมาณ 2,500 ล้านบาท โดยทางการคิดค่าชดเชยให้ 75% ของราคาประเมิน หรือเท่ากับตัวละ 40 บาท

ประมาณว่าจำนวนสัตว์ปีกที่ตายหรือ ถูกทำลายไปอันเนื่องมาจากการระบาดของไข้หวัดนก มีไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของสัตว์ปีกเลี้ยงทั้งหมดในประเทศ

ผลกระทบอีกส่วนหนึ่ง เกิดขึ้นในธุรกิจค้าขายสัตว์ปีก ซึ่งรวมถึงการค้าขายภายในประเทศ และการส่งออก ผลกระทบภายในประเทศนั้นเกิดจากการที่คนหลีกเลี่ยงการบริโภคสัตว์ปีก เพราะความตื่นกลัวในระยะเริ่มแรกของการระบาด ผลกระทบนี้เฉียบพลันและรุนแรง จนทำให้ธุรกิจเกี่ยวกับสัตว์ปีก ไม่ว่าจะเป็นการขายส่งเป็ดไก่ รวมทั้งไข่เป็ดไข่ไก่และธุรกิจร้านอาหารทั้งหลาย ซบเซาลงอย่างกะทันหัน จนทำให้ต้องมีการรณรงค์กินเป็ดกินไก่กันเป็นการใหญ่ ความเสียหายส่วนนี้ไม่มีรายงานตัวเลขที่ชัดเจน แต่น่าจะเป็นมูลค่า

"การเลี้ยงเป็ดไล่ทุ่ง ซึ่งเป็นนวัตกรรมอันแสดงถึงภูมิปัญญา ที่ปรับตัวเข้ากับสภาพทางนิเวศวิทยา และวิถีชีวิตของชุมชนชนบท อาจจะเหลือเพียงตำนาน"

สูงหลายร้อยล้านบาท แม้ว่าจะเกิดปัญหาในระยะเวลาสั้นๆ ก็ตาม

ส่วนความเสียหายอันเนื่องจากการสูญเสียตลาดส่งออกผลิตภัณฑ์สัตว์ปีกไปต่างประเทศนั้น มีตัวเลขที่พอจะมองเห็นได้ค่อนข้างชัดเจน เพราะทันทีที่รัฐบาลไทยประกาศเป็นทางการว่ามีการระบาดของเชื้อไข้หวัดนกเมื่อปลายเดือนมกราคม 2547 ประเทศที่เป็นผู้สั่งเข้าเนื้อไก่สดแช่แข็งรายใหญ่ๆ ของไทย คือญี่ปุ่นและกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป (EU) ก็งดการสั่งเข้าสินค้าดังกล่าวทันที และไม่นานหลังจากนั้น บรรดาประเทศที่เป็นตลาดเนื้อไก่สดแช่แข็งของไทยทั้งหมดก็ระงับการสั่งเข้าทั้งหมด ทำให้รายได้จากการส่งออกเนื้อไก่สดแช่แข็ง ซึ่งเป็นสินค้าที่ทำรายได้เข้าประเทศในปี 2546 (ก่อนหน้าการระบาด) เป็นเงินถึงกว่า 4.5 หมื่นล้านบาท อันตรธานไปในพริบตา

นับแต่นั้นมา เนื้อไก่สดแช่แข็งจากไทย ซึ่งเป็นประเทศผู้ผลิตและส่งออกไก่สดแช่แข็งรายใหญ่รายหนึ่งของโลก ก็ส่งออกไม่ได้อีกเลย เนื้อไก่ที่ไทยส่งออกนับแต่มีการระบาดไข้หวัดนกเป็นต้นมาต้องเป็นไก่ต้มสุกเท่านั้น แต่ก็ยังชดเชยรายได้และตลาดที่เสียไปทั้งหมดไม่ได้อยู่ดี นอกจากนี้แล้ว ต้นทุนของการส่งออกเนื้อไก่ต้มสุกยังสูงกว่าการส่งออกไก่สดแช่แข็ง ซึ่งส่งผลให้รายได้ของประเทศส่วนนี้ต้องลดลงโดยปริยาย การสูญเสียตลาดต่างประเทศในกรณีนี้ทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสียสถานะในตลาดโลกไปอย่างยากที่จะดึงกลับคืนมาได้

ความเสียหายทางเศรษฐกิจไม่ได้มีเพียงแค่นี้ ยังมีค่าใช้จ่ายในรูปอื่นๆ ที่รัฐต้องจ่ายเพื่อช่วยเหลือเกษตรกรที่ได้รับผลกระทบโดยตรงอีก ได้แก่ การช่วยเหลือในการพักชำระหนี้ ทั้งเงินต้นและดอกเบี้ย โดยรัฐจ่ายดอกเบี้ยให้ 1 ปี การจัดหาพันธุ์เป็ดไก่ให้แก่เกษตรกรผู้เสียหายเพื่อทดแทนส่วนที่ตายหรือถูกทำลายไป การจัดหาเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำให้แก่เกษตรกร เพื่อสร้างระบบการเลี้ยงที่ปลอดภัย และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และเกษตรกร เป็นต้น

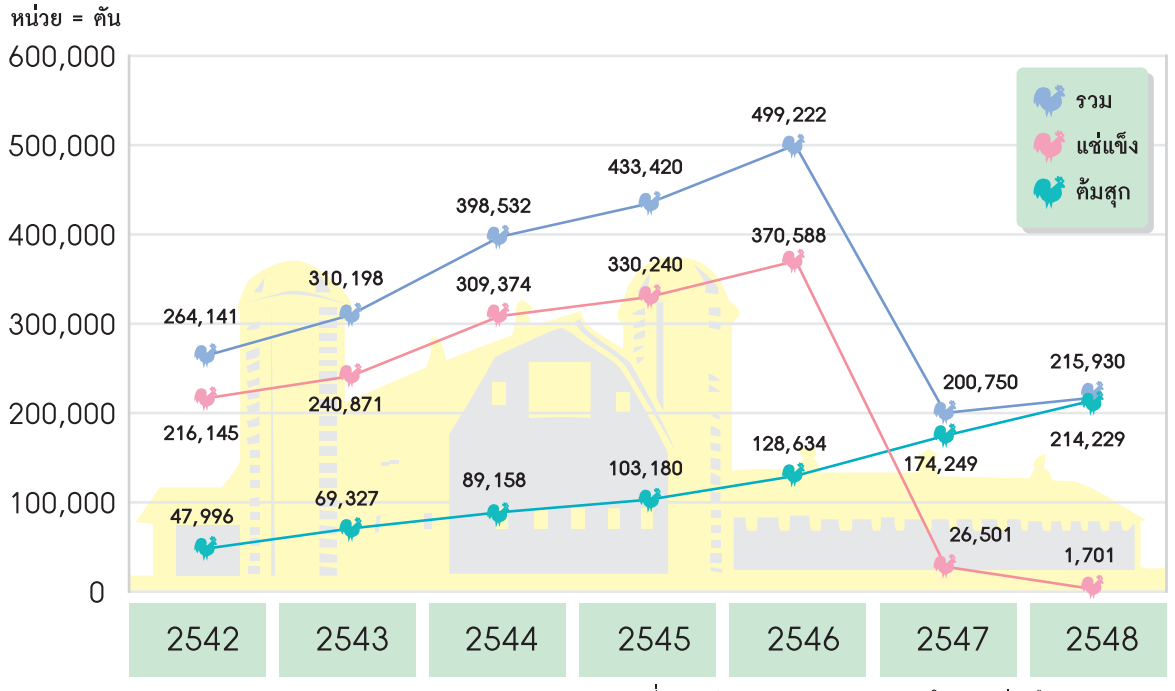
ผลกระทบต่อเนื่องอีกส่วนหนึ่งเกิดขึ้นในอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการจ้างงานจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุตสาหกรรมฟาร์มเลี้ยงสัตว์ปีก อุตสาหกรรมผลิตอาหารสัตว์ และโรงงานแปรรูปเนื้อสัตว์ปีก ซึ่งมีการจ้างแรงงานนับแสนคน แม้ว่าอุตสาหกรรมต่อเนื่องเหล่านี้จะได้รับผลกระทบในระยะสั้น แต่ความเสียหายที่เกิดขึ้นก็ส่งผลกระทบต่อรายได้ของผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างมาก

เอกสาร **แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก (พ.ศ. 2548-2550)** ของคณะกรรมการพิจารณาแก้ไขสถานการณ์โรคไข้หวัดนก ระบุว่า เฉพาะความสูญเสียทางเศรษฐกิจ อันเกิดจากการทำลายไก่ การบริโภคในประเทศที่ลดลง และการยกเลิกการนำเข้าไก่ของประเทศคู่ค้ารายใหญ่ชั่วคราว คิดเป็นเงินไม่น้อยกว่า 6-8 หมื่นล้านบาท ถ้ารวมความเสียหายในภาคส่วนที่ต่อเนื่องทั้งหมดมูลค่าอาจจะสูงถึง 1 แสนล้านบาท ดังที่มีการคาดประมาณอย่างไม่เป็นทางการจากบางแหล่งก็ได้

ผลกระทบทางสังคม: ความมั่นคงของการผลิตอาหารและภูมิปัญญาชาวบ้านจะถูกสั่นคลอน

ผลกระทบส่วนนี้ถ้าไม่พิจารณาให้ดีอาจจะมองไม่เห็น และเป็นการยากที่จะประเมินความเสียหายทั้งหมดออกมาเป็นตัวเลข เพราะ

ปริมาณการส่งออกไก่ พ.ศ. 2542-2548



ที่มา: สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร โดยความร่วมมือของกรมศุลกากร

หลายเรื่องไม่ได้เกี่ยวกับตัวเลขตรงๆ ผลกระทบที่สำคัญในด้านนี้จะเห็นได้ในเรื่องที่เกี่ยวกับวิถีชีวิตของชาวบ้านในชนบท ซึ่งมีทั้งส่วนที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตโดยตรง และส่วนที่เกี่ยวกับภูมิปัญญาชาวบ้าน

ไข้หวัดนกอาจจะเป็นหนึ่งในโรคระบาดเพียงไม่กี่ชนิด ที่ทำให้คนในชุมชนชนบทต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตบางอย่าง กล่าวอย่างเจาะจงก็คือ การเลี้ยงเป็ดไก่ไว้เป็นแหล่งอาหารโปรตีนราคาถูก หรือเป็นแหล่งรายได้เสริมภายในครัวเรือน ที่ทำกันมาหลายชั่วอายุคนอาจจะต้องเปลี่ยนไป หรือไม่ก็อาจจะหายไปจากครัวเรือนในชนบทเลย ทั้งนี้เนื่องจากการเลี้ยงแบบเดิม ที่เป็ดไก่ถูกปล่อยให้หากินเองอย่างอิสระ (ระบบเปิด) นั้น ได้รับการพิสูจน์ในทางหลักวิชาแล้วว่า ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดนกจากภายนอก และทำให้เชื้อมีโอกาสระบาดมาสู่คนได้ง่าย จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนมาเลี้ยงในระบบใหม่ ที่มีการจัดการด้านความปลอดภัยอย่างรัดกุม (ระบบปิด) เป็ดไก่อาจไม่มีโอกาสออกหากินในบริเวณรอบๆ บ้านอย่างเป็นอิสระได้อีกต่อไป

นั่นหมายความว่า การเลี้ยงเป็ดไก่ในครัวเรือนในชนบท ที่แต่เดิมมาแทบจะไม่มีค่าใช้จ่ายเลยนั้น จะมีต้นทุนที่ครัวเรือนต้องจ่าย หรือ มิฉะนั้น หลายครัวเรือนก็อาจจะไม่สามารถเลี้ยงเป็ดไก่ไว้เป็นอาหารหรือเป็นแหล่งรายได้เสริมอีกต่อไป

สำหรับครัวเรือนเกษตรกรที่สามารถเปลี่ยนมาเลี้ยงในระบบใหม่ได้ ย่อมเป็นสิ่งที่ดีอย่างไม่ต้องสงสัย ทั้งนี้เพราะ *หนึ่ง* แหล่งอาหารและแหล่งรายได้เสริมที่เคยมีอยู่แต่เดิมก็จะยังมีอยู่ต่อไป และ *สอง* การเลี้ยงแบบใหม่ ถ้าทำได้ถูกหลัก คนเลี้ยงและคนกินก็จะมีความปลอดภัยมากขึ้น แต่ก็มีข้อเสียสำคัญตรงที่มีต้นทุนที่ต้องจ่ายดังกล่าวแล้ว ประกอบกับความรู้และเทคโนโลยีที่จะใช้ในการเลี้ยงในระบบใหม่ก็อาจจะมีไม่เพียงพอ ลงท้ายครัวเรือนส่วนใหญ่อาจจะเห็นว่า วิธีการเลี้ยงแบบใหม่นั้นไม่สามารถปฏิบัติได้จริง

ขณะเดียวกัน อาจมีครัวเรือนในชุมชนชนบทอีกส่วนหนึ่งไม่สนใจที่จะเปลี่ยนมาเลี้ยงแบบใหม่ และจะยังคงเลี้ยงแบบดั้งเดิมต่อไป แต่การทำเช่นนั้นก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการที่สัตว์ปีกที่ตนเลี้ยงอาจจะนำโรคจากข้างนอกเข้ามาติดคนในครัวเรือนได้ และในระยะยาววิธีการเลี้ยงแบบดั้งเดิมก็อาจจะถูกกดดันให้ต้องเปลี่ยนแปลงจนได้ ลงท้าย ครัวเรือนในชนบทจำนวนไม่น้อยก็ต้องจำยอมละทิ้งวิถีชีวิตที่ตนคุ้นเคยมาเป็นเวลานาน

ความเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่กล่าวมานี้ ในที่สุดอาจจะทำให้การพึ่งตนเองด้านการผลิตอาหารของครัวเรือนในชุมชนชนบทลดลง และจำเป็นต้องพึ่งตลาดมากขึ้น นั่นอาจหมายถึงความมั่นคงด้านอาหารของครัวเรือนจำนวนมากที่มีรายได้น้อย ต้องได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยสรุปก็คือ ความเป็นอยู่และวิถีชีวิตชาวบ้านอาจจะเปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากมาตรการควบคุมและป้องกันการระบาดของไข้หวัดนก

ในเรื่องผลกระทบต่อภูมิปัญญาชาวบ้านนั้น เนื่องจากรัฐมีนโยบายชัดเจนที่จะให้ผู้เลี้ยงเป็ดไล่ทุ่งเลิกการเลี้ยงในระบบเปิดอย่างสิ้นเชิงภายในเดือนมีนาคม 2549 เจ้าของเป็ดไล่ทุ่งจะถูกห้ามนำฝูงเป็ดร่อนเร่ไปเลี้ยงตามแหล่งอาหารที่อยู่ห่างไกลเหมือนอย่างที่เคยทำมาในอดีต เมื่อเป็นเช่นนั้น การเลี้ยงเป็ดไล่ทุ่ง ซึ่งเป็นนวัตกรรมอันแสดงถึงภูมิปัญญาที่ปรับตัวเข้ากับสภาพทางนิเวศวิทยาและวิถีชีวิตของชุมชนชนบทมานาน (โดยเฉพาะในแถบลุ่มน้ำเจ้าพระยา) ก็จะต้องได้รับผลกระทบอย่างแน่นอน

เกษตรกรจำนวนมากจะไม่สามารถปรับเข้าสู่ระบบใหม่ได้ เพราะต้นทุนจะสูงมาก เนื่องจากต้องซื้ออาหารมาเลี้ยงเป็ด แทนการปล่อยให้เป็ดหากินได้เองเป็นส่วนใหญ่ แม้รัฐจะหาแหล่งเงินกู้ให้ แต่นั่นก็หมายถึงการเป็นหนี้สำหรับครัวเรือนของเขาอยู่ดี ถ้าการณ์เป็นไปในทิศทางนั้น จะมีครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบ ไม่น้อยกว่า 12,000 ครัวเรือน

การเลี้ยงไก่ชนก็ได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่นเดียวกับการเลี้ยงเป็ดไก่แบบพื้นบ้านทั่วไป ไก่ชนของไทยนั้นมีสายพันธุ์ที่โดดเด่นเฉพาะตัว การระบาดของไข้หวัดนกจะทำให้การเลี้ยงไก่ชน และการชนไก่เป็นสิ่งที่ทำได้ยากขึ้น และมีต้นทุนสูงขึ้น เพราะมีการควบคุมอย่างเข้มงวด เช่น ต้องขึ้นทะเบียนไก่ชน ไก่ชนจะต้องมีสมุดประจำตัว และมีการควบคุมการเคลื่อนย้ายอย่างเข้มงวด เป็นต้น ระเบียบและการควบคุมที่เข้มงวดในเรื่องนี้ อาจจะทำให้แรงจูงใจที่จะเลี้ยงและพัฒนาสายพันธุ์ไก่ชนของไทย ซึ่งนับถือกันว่าเป็นสายพันธุ์ที่ดีที่สุดลดลง ภูมิปัญญาที่สั่งสมและสืบทอดกันมาหลายชั่วอายุคนในเรื่องนี้ก็อาจจะหยุดชะงักไปได้

ครัวเรือนเกษตรกรและผู้เลี้ยงรายย่อยรับไปเต็มๆ

ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจหรือผลกระทบทางสังคมก็ตาม ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากไข้หวัดนกมากที่สุดคือผู้เลี้ยงรายย่อยและครัวเรือนเกษตรกรในชนบท ส่วนผู้เลี้ยงรายใหญ่ที่เลี้ยงเป็นอุตสาหกรรมนั้น อาจจะได้รับผลกระทบบ้างก็เฉพาะในการระบาดระลอกแรกเมื่อต้นปี 2547 เท่านั้น หลังจากนั้นผู้ผลิตรายใหญ่แทบไม่ได้รับผลกระทบเลย เนื่องจากมีทุน มีความรู้และมีเทคโนโลยีมากกว่า จึงสามารถจัดการระบบความปลอดภัยในการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เพื่อเข้าใจประเด็นทางสังคมในเรื่องนี้ เราควรทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับระบบการผลิตสัตว์ปีกในประเทศไทย เฉพาะอย่างยิ่งคือไก่เนื้อเพื่อการส่งออก ซึ่งเป็นสัตว์ปีกเศรษฐกิจสำคัญอันดับหนึ่งของประเทศ ดังนี้

การผลิตสัตว์ปีกในประเทศไทยอาจแบ่งออกได้ออกเป็น 4 ระดับ ตามขนาดและระดับความปลอดภัยในระบบการผลิต คือ:

*** ระดับที่หนึ่ง** เป็นการผลิตระดับอุตสาหกรรม มุ่งผลิตเพื่อการส่งออกเป็นหลัก ทำการผลิตแบบครบวงจร ตั้งแต่ผลิตพ่อแม่พันธุ์ ผลิตอาหารไก่ และการแปรรูปไก่เพื่อส่งออกสู่ตลาดทั้งภายในและต่างประเทศ ใช้เทคโนโลยีในการผลิตที่ทันสมัย มีระบบควบคุม

ที่เข้มงวดและมีความปลอดภัยสูง

* **ระดับที่สอง** เป็นการผลิตเพื่อการค้าในรูปของฟาร์มขนาดใหญ่ แต่ไม่ใช่การผลิตแบบครบวงจรเหมือนในระดับที่หนึ่ง มีระบบป้องกันโรคที่ดี มีความปลอดภัยใกล้เคียงกับการผลิตในระดับอุตสาหกรรม ผู้ผลิตในระดับนี้มักจะเชื่อมโยงเข้ากับการผลิตแบบอุตสาหกรรมในระดับใดระดับหนึ่ง

* **ระดับที่สาม** เป็นการผลิตเพื่อการค้าเป็นหลัก แต่เป็นฟาร์มขนาดเล็ก ดำเนินการในรูปธุรกิจขนาดเล็กในครัวเรือน โดยมากมักเป็นฟาร์มเปิด มีระบบการป้องกันโรคต่ำ

* **ระดับที่สี่** เป็นการเลี้ยงแบบพื้นบ้าน ไก่ถูกปล่อยให้หากินเองอย่างอิสระในบริเวณบ้าน ลักษณะสำคัญคือเป็นการเลี้ยงแบบฟาร์มเปิด มีระบบป้องกันโรคที่ไม่เข้มงวดและมีความปลอดภัยน้อยหรือไม่มีเลย การเลี้ยงไก่ชนและการเลี้ยงเป็ดไล่ทุ่งก็จัดอยู่ในระดับนี้

ประมาณร้อยละ 70 ของสัตว์ปีกที่ผลิตในประเทศไทย ณ วันนี้ เป็นการผลิตแบบอุตสาหกรรม (ระดับที่หนึ่ง) อีกร้อยละ 20 ผลิตโดยฟาร์มขนาดใหญ่ (ระดับที่สอง) ที่เหลืออีก ร้อยละ 10 ผลิตโดยฟาร์มขนาดเล็กหรือการเลี้ยงแบบพื้นบ้าน (ระดับที่สามและระดับที่สี่)

ข้อน่าสังเกตก็คือ ผู้ผลิตในระดับที่หนึ่งและระดับที่สอง ซึ่งผลิตประมาณร้อยละ 90 ของสัตว์ปีกทั้งหมดในประเทศนั้น มีจำนวนผู้ผลิตรวมกันแล้วไม่ถึงร้อยละ 2 ของผู้ผลิตทั้งหมด แปลว่า ผู้ผลิตที่เหลืออีกกว่าร้อยละ 98 นั้น ผลิตสัตว์ปีกเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น

ข้อเท็จจริงที่กล่าวข้างต้นนั้น มีความหมายทางสังคมอย่างน้อยสองประการ

ประการแรก ในแง่ของการกระจายรายได้ เห็นได้ชัดว่า รายได้เกือบทั้งหมดอันเกิดจากการเลี้ยงสัตว์ปีกในประเทศไทยนั้น ตกอยู่กับผู้เลี้ยงแบบอุตสาหกรรมเพื่อการส่งออกเพียงไม่กี่รายเท่านั้น (ที่เลี้ยงเพื่อการส่งออกจริงๆ มีไม่เกิน 20 บริษัทเท่านั้น)

ประการที่สอง เมื่อเกิดการระบาดของไข้หวัดนก ผู้เลี้ยงที่ถูกกระทบมากที่สุดคือบรรดาผู้เลี้ยงขนาดเล็กและผู้เลี้ยงในระดับครัวเรือน (ระดับที่สาม และระดับที่สี่) ซึ่งเป็นผู้เลี้ยงส่วนใหญ่ เพราะผู้เลี้ยงกลุ่มนี้เลี้ยงโดยใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านเป็นหลัก แทบไม่ได้ใช้เทคโนโลยีอะไรเลย ระบบความปลอดภัยในการป้องกันโรคก็แทบไม่มี ขณะที่ผู้เลี้ยงเพียงร้อยละ 2 ซึ่งเป็นผู้ผลิตสัตว์ปีกเกือบทั้งหมดในประเทศนั้น ได้รับผลกระทบบ้างก็เฉพาะในการระบาดระลอกแรกเท่านั้น เนื่องจากไม่ได้เตรียมตัวรับมือไว้ก่อน ในการระบาดระลอกที่สองและที่สาม ผู้เลี้ยงกลุ่มนี้ไม่ได้รับผลกระทบเลย ทั้งนี้เพราะกลุ่มนี้มีทุนมาก มีระบบการเลี้ยงในระบบปิด ใช้เทคโนโลยีทันสมัย จึงสามารถป้องกันการติดเชื้อจากข้างนอกได้ดี

ข้อเท็จจริงที่กล่าวมานี้ชี้ชัดว่า ผู้ที่ได้รับผลกระทบเต็มๆ จากการระบาดของไข้หวัดนก ก็คือประชาชนผู้เลี้ยงรายย่อย และครัวเรือนเกษตรกรที่เลี้ยงสัตว์ปีกไว้เป็นแหล่งอาหารโปรตีนราคาถูกและเป็นแหล่งรายได้เสริมในครัวเรือนนั่นเอง

ไม่เพียงแต่เท่านั้น ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการติดเชื้อไข้หวัดนกในประเทศไทย ยังชี้ให้เห็นด้วยว่า ผู้ที่ติดเชื้อและเสียชีวิตจากไข้หวัดนกทั้งหมด ได้แก่ประชาชนทั่วไปที่เลี้ยงเป็ดไก่ในครัวเรือน หรือเลี้ยงแบบพื้นเมืองทั้งนั้น ยังไม่เคยปรากฏว่ามีคนงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ปีกขนาดใหญ่ หรือที่เลี้ยงแบบอุตสาหกรรม ตกเป็นเหยื่อของไข้หวัดนกเลย ทั้งๆ ที่คนงานเหล่านี้ก็ทำงานสัมผัสอยู่กับสัตว์ปีกอย่างใกล้ชิดวันละหลายๆ ชั่วโมง ข้อนี้ก็แสดงว่า มีความแตกต่างทางสังคมของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากไข้หวัดนกอย่างชัดเจน

มาตรการควบคุมและป้องกันไข้หวัดนก

ในช่วงปลายปี 2546 เมื่อยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่ามีเชื้อไข้

ส่วนแบ่งการผลิตสัตว์ไก่เพื่อส่งออกในระดับต่างๆ ของไทย

ระดับ	% สัตว์ปีกที่ผลิต	% ผู้ผลิต
1. อุตสาหกรรม	70	2
2. ฟาร์มใหญ่	20	
3. รายย่อย	10	98
4. ครัวเรือน		

ที่มา: องค์กรอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ, FAO

หวัดนกระบาดในประเทศไทยหรือไม่ ขณะที่มีสัตว์ปีกล้มตายไปอย่างผิดสังเกต และขณะที่สัญญาณจากประเทศเพื่อนบ้านบอกชัดว่ามีการระบาดของเชื้อไวรัสไข้หวัดนก H5N1 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้แล้ว ในประเทศไทยการเคลื่อนไหวเพื่อรับมือกับปัญหานี้ (ในขณะนั้น) ยังไม่ได้แสดงออกถึงการมีมาตรการที่ชัดเจน เพียงแต่สะท้อนว่ามีแต่ความลังเลและความไม่พร้อม อันเนื่องมาจากแรงกดดันทางการเมืองและเศรษฐกิจ จึงอาจจะกล่าวได้ว่าช่วงเวลานั้นเป็นช่วงแห่งสุญญากาศ ปราศจากนโยบายและมาตรการที่ชัดเจน

แต่สิ่งที่ขาดมากในช่วงนั้นคือข้อมูลข่าวสารที่โปร่งใสและฉับไว ซึ่งจะทำให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจว่า โรคที่กำลังเกิดขึ้นนั้นคืออะไร เขาจะตั้งรับและอยู่กับมันได้อย่างไร เมื่อขาดข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันเวลา การตัดสินใจที่จะกำหนดนโยบายและหามาตรการรับมือที่ชัดเจนตั้งแต่ต้นจึงเป็นไปได้ยาก

ในช่วงแห่งสุญญากาศนี้เกษตรกรต้องช่วยตัวเอง แต่ก็เต็มไปด้วยความสับสนและกดดัน สำหรับผู้ผลิตสัตว์ปีกแบบอุตสาหกรรมและผู้ผลิตรายใหญ่แม้จะมีความยากลำบาก แต่เนื่องจากมีทุนหรือสามารถเข้าถึงแหล่งทุนได้มากกว่า และใช้เทคโนโลยีในการผลิตที่ดีกว่า ไม่ช้าก็สามารถตั้งหลักได้ ดังจะเห็นว่าในการระบาดในระยะต่อมาผู้ผลิตกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบน้อยมาก แต่สำหรับผู้ผลิตรายย่อยและครัวเรือนเกษตรกรผู้เลี้ยงเป็ดไก่ ผลกระทบนับว่ารุนแรงและยาวนาน

อย่างไรก็ตาม ช่วงเวลาแห่งสุญญากาศนี้ก็เป็นเพียงช่วงสั้นๆ ความเสียหายที่เกิดขึ้นจึงไม่มากจนเกินไปนัก เมื่อข้อมูลชัดเจนว่ามีการระบาดของเชื้อไวรัส H5N1 แน่นอนในช่วงต้นปี 2547 รัฐบาลจึงออกมายอมรับและเปิดเผยข้อมูลที่แท้จริงว่าเกิดอะไรขึ้น พร้อมกับมีมาตรการที่เข้มแข็งจริงจังในการควบคุมและป้องกันโรคนี้ในเวลาต่อมา

ในช่วงแรก มาตรการส่วนใหญ่มุ่งไปที่การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า คือหยุดการระบาดของไข้หวัดนกให้ได้โดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อมากขึ้นในสัตว์ปีกและป้องกันการติดต่อจากสัตว์ปีกมาสู่คน และลดผลกระทบต่อธุรกิจส่งออกไก่ของไทย ตลอดจนผลกระทบต่อเกษตรกรในชนบท

แต่การควบคุมการระบาดก็ไม่ได้ทำได้ง่ายๆ เพราะประเทศไทยมีการเลี้ยงสัตว์ปีกหลายระดับคือมีตั้งแต่ระดับที่ไม่ใช้เทคโนโลยีอะไรเลย (เลี้ยงแบบพื้นบ้าน) ไปจนถึงระดับที่ใช้เทคโนโลยีทันสมัย (เลี้ยงเป็นอุตสาหกรรมเพื่อส่งออก) อีกทั้งประสบการณ์และการจัดการความรู้ในด้านนี้ก็ยังไม่มากพอ ประการสำคัญคือ ไข้หวัดนกไม่ได้มีเฉพาะมิติทางด้านสุขภาพอนามัยเท่านั้น แต่ยังมีมิติทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมาตรการใดๆ ก็ไม่สามารถขับเคลื่อนให้เห็น

กลไกควบคุมและป้องกันไข้หวัดนกของไทย

รัฐบาลได้จัดตั้งกลไกขึ้นทำหน้าที่แก้ไขปัญหาไข้หวัดนก กลไกนี้คือ "คณะกรรมการแก้ไขสถานการณ์ไข้หวัดนกระดับชาติ" ซึ่งบูรณาการการทำงานของทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าด้วยกัน มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน หน่วยงานหลักในการดำเนินงานประกอบด้วย 3 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคในสัตว์ปีกที่เลี้ยงในทุกระบบ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคในสัตว์ปีก ทั้งนกอพยพและนกป่าประจำถิ่น และกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคในคน ทั้งนี้โดยให้ประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ และกรมประชาสัมพันธ์ องค์กรปกครองท้องถิ่น ภาคธุรกิจและภาคประชาชน

หน่วยงานต่างๆ เหล่านี้มีศูนย์ปฏิบัติการ หรือกลไกการดำเนินงานของตนอยู่ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับกระทรวง ไปจนถึงระดับชุมชน

ที่มา: เรียงเรียบจาก นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ และคณะ, 2548

การควบคุมโรคในสัตว์ปีก: หัวใจคือ ฉับไวและครอบคลุม

มาตรการควบคุมการระบาดในปศุสัตว์ มีการปรับตัวตามสถานการณ์ที่คลี่คลายไป ในการระบาด**ระลอกที่หนึ่ง** (มกราคม-พฤษภาคม 2547) ซึ่งมีรายงานการระบาด 190 จุดใน 42 จังหวัด และมีสัตว์ปีกตายและถูกทำลายไป 60 ล้านตัวนั้น มาตรการหลักคือการเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มข้น ที่เรียกว่า "เอ็กซเรย์ทุกตารางนิ้ว" หากพบการติดเชื้อจะต้องทำลายสัตว์ปีกทั้งฝูงหรือทั้งฟาร์ม รวมทั้งฝูงอื่นๆ ในรัศมี 5 กิโลเมตร ชดเชยค่าเป็ดไก่ที่ถูกทำลาย 75% ของราคาจริง ทำความสะอาดและฉีดน้ำยาฆ่าเชื้อทั่วโรงเรือนและบริเวณโดยรอบ สำรวจและเฝ้าระวังอย่างเข้มข้นในรัศมี 50 กิโลเมตร ห้ามเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกทุกชนิดในรัศมี 60 กิโลเมตร ห้ามการชนไก่ในพื้นที่ระบาด

ระลอกที่สอง (กรกฎาคม 2547-เมษายน 2548) มีรายงานการระบาดจุดเล็กๆ 1,542 จุดใน 51 จังหวัด เกือบทั้งหมดเป็นไก่พื้นบ้านและเป็ดปล่อย สัตว์ปีกตายและถูกทำลายราว 3.5 ล้านตัว ปรับมาตรการเป็นการทำลายสัตว์ปีกเฉพาะฝูงที่มีการระบาด ร่วมกับการสำรวจและเฝ้าระวังอย่างเข้มข้นในรัศมี 1 กิโลเมตรรอบจุดเกิดโรค ห้ามการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกทุกชนิดในรัศมี 5 กิโลเมตร เสริมด้วยการเฝ้าระวังเชิงรุกแบบเอกซเรย์ทุกทุกตารางนิ้วในทุกครัวเรือนทั่วประเทศ 2 รอบ ทำให้การระบาดลดลงมาก จนกระทั่งไม่พบโรคอยู่นาน 3 เดือน

ระลอกที่สาม (กรกฎาคม-ธันวาคม 2548) มีการเอกซเรย์ทุกตารางนิ้วเป็นรอบที่ 3 พบการระบาดเป็นจุดเล็กๆ ในไก่พื้นบ้าน เป็ดปล่อย และนกกระทา 40 จุด ใน 5 จังหวัด มาตรการส่วนใหญ่คล้ายกับการระบาดรอบที่ 2 สามารถควบคุมสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว

ที่มา: เรียงเรียบจาก นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ และคณะ ,2548

ผลได้ในเวลาอันสั้น

มาตรการต่างๆ ในช่วงต้นของการระบาดดำเนินไปอย่างค่อนข้างกระจัดกระจายและขาดความรู้ แต่ก็มีการปรับเปลี่ยนไปตามการคลี่คลายของสถานการณ์และความรู้ที่ค่อยๆ เพิ่มขึ้น สามารถบรรเทาปัญหาลงได้ระดับหนึ่ง แม้การระบาดในสัตว์ปีกและการติดเชื้อมายังคนจะมีต่อเนื่องมาประปราย จนถึงช่วงไตรมาสสุดท้ายของปี 2548 แต่การดำเนินงานเพื่อยับยั้งและควบคุมการระบาดก็เริ่มเข้าที่และเป็นระบบมากขึ้น ทำให้ประเทศไทยได้รับคำชมเชยจากองค์การอนามัยโลกว่า เป็นตัวอย่างของประเทศที่มีมาตรการควบคุมและป้องกันไข้หวัดนกที่มีประสิทธิภาพมากประเทศหนึ่ง

ปัญหา และความเห็นที่แตกต่าง

ถึงกระนั้น มองในระยะยาว การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคก็ยังมีความยากลำบากมากพอควร ที่แน่ๆ คือยังมีความเห็นที่แตกต่างในมาตรการควบคุมโรคบางอย่าง ที่สำคัญได้แก่ประเด็นว่า จะจัดการอย่างไรกับการเลี้ยงเป็ดไก่แบบพื้นบ้าน ที่อยู่คู่กับวิถีชีวิตชนบทของไทยมานาน จนกลายเป็นภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีคุณค่าอย่างหนึ่งไปแล้ว การเลี้ยงไก่ชนและเป็ดไล่ทุ่งก็เป็นหนึ่งในนี้ด้วย ส่วนความเห็นแตกต่างที่สำคัญนั้นคือประเด็นที่ว่า ควรจะใช้วัคซีนไข้หวัดนกในสัตว์ปีกหรือไม่

ทั้งสองประการนี้มีประเด็นที่น่าสนใจ ทั้งในเชิงนโยบายหรือเชิงสังคม และในเชิงวิชาการ

แม้ว่าใน แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก จะได้กำหนดมาตรการและแนวทางดำเนินงานไว้ว่า จะต้องปรับปรุงรูปแบบและระบบการเลี้ยง สำหรับสัตว์ปีกพื้นบ้าน สัตว์ปีกสวยงาม ไก่ชน และเป็ดไล่ทุ่งให้ถูกหลักสุขาภิบาล แต่แนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมในเรื่องนี้ ก็มีเฉพาะสำหรับไก่ชนและเป็ดไล่ทุ่งเท่านั้น แต่ทั้งสองชนิดนี้ก็มีผู้เลี้ยงจำนวนน้อยกว่าเป็ดไก่พื้นบ้าน (เพียง 1 ล้านครัวเรือน เปรียบเทียบกับ 3.5 ล้านครัวเรือนที่เลี้ยงไก่พื้นบ้าน) ถ้าจะว่าตามหลักการแล้ว วิธีการเลี้ยงที่ "ถูกหลักสุขาภิบาล" ก็คือการเลี้ยงในระบบปิด แต่ระบบปิดสำหรับเป็ดไก่พื้นบ้านเป็นอย่างไร ยังไม่มีคำตอบที่ลงตัว

เป็ดไล่ทุ่ง: ถึงคราวถูกต้อนเข้าระบบฟาร์ม

นับแต่นี้ไป การเลี้ยงเป็ดไล่ทุ่งแบบเดิม ที่เจ้าของต้อนฝูงเป็ดไปเลี้ยงตามทุ่งนาหลังการเก็บเกี่ยวในท้องที่ต่างๆ อาจจะเหลือเพียงตำนาน ทั้งนี้เนื่องจากรัฐบาล โดยกรมปศุสัตว์ ได้ประกาศนโยบายให้นำเป็ดไล่ทุ่งที่มีอยู่ทั้งหมดเข้าเลี้ยงในระบบฟาร์ม หรือเลี้ยงในโรงเรือน เหมือนกันหมดทั่วประเทศ ภายในเดือนมีนาคม 2549 นี้

แผนการดำเนินการตามนโยบายนี้คือ ให้ผู้เลี้ยงเป็ดไล่ทุ่งทุกจังหวัดเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มสหกรณ์ผู้เลี้ยงเป็ดไล่ทุ่ง และให้สมาชิกเลี้ยงเป็ดในระบบฟาร์มหรือโรงเรือนเท่านั้น รายที่ยังไม่พร้อมอนุโลมให้เลี้ยงในระบบเดิมได้ แต่ต้องอยู่ภายในพื้นที่ที่กำหนดให้เท่านั้น ห้ามเคลื่อนย้ายไปเลี้ยงในพื้นที่อื่นนอกเขตตำบลที่กำหนด แต่ทั้งนี้ อนุโลมให้ได้ไม่เกินวันที่ 31 มีนาคม 2549 เท่านั้น พ้นจากนั้นไปเกษตรกรที่ไม่เข้าสู่ระบบสหกรณ์และยังเลี้ยงเป็ดในระบบเดิมต่อไป จะถูกดำเนินการตามกฎหมายอย่างเด็ดขาด นอกจากนี้โรงฟักไข่เป็ด ก็จะต้องดำเนินการขึ้นทะเบียนให้แล้วเสร็จภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2548

ผู้เลี้ยงที่ไม่มีทุนในการปรับเปลี่ยนเข้าสู่ระบบใหม่ รัฐจะให้เครดิตผ่านธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร โดยให้กู้รายละไม่เกิน 300,000 บาท

เชื่อว่า ถ้าการดำเนินนโยบายนี้ประสบความสำเร็จ การควบคุมและป้องกันไข้หวัดนกจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่อีกด้านหนึ่ง เราอาจจะคาดการณ์ได้ว่า การต้อนเป็ดไล่ทุ่งเข้าระบบฟาร์มทั้งหมด อาจทำให้นิเวศวิทยาของการปลูกข้าวเปลี่ยนไป ทั้งนี้เพราะ ศัตรูสำคัญตัวหนึ่งของต้นข้าวคือหอยเชอรี่ ซึ่งแพร่พันธุ์ได้อย่างรวดเร็วและเป็นอันตรายต่อต้นข้าวอย่างมากไม่แพ้ศัตรูชนิดอื่นนั้น ต่อไปนี้จะไม่ถูกเป็ดมาเก็บกินเป็นการควบคุมจำนวนตามธรรมชาติอีกต่อไป เมล็ดข้าวที่ตกหล่นจากการเก็บเกี่ยวก็จะสูญเปล่า ปุ๋ยธรรมชาติจากมูลเป็ดจำนวนนับพันนับหมื่น ที่ปล่อยออกมาขณะที่พวกมันหากิน

กล่าวได้ว่า การเปลี่ยนมาเลี้ยงในระบบใหม่นั้น นอกจากต้นทุนของคนเลี้ยงเป็ดจะเพิ่มขึ้นแล้ว ต้นทุนของคนปลูกข้าวก็จะเพิ่มขึ้นด้วย อย่างน้อยก็มีค่ากำจัดศัตรูต้นข้าวที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ไม่นับรวมการสูญเสียภูมิปัญญาในด้านปศุสัตว์ ที่ปรับตัวเข้ากับระบบนิเวศของการปลูกข้าว ในที่ราบลุ่มเจ้าพระยามาช้านาน

ที่มา: กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

คุมเข้มไก่ชน และสนามชนไก่

นับแต่นี้ไป ไก่ชนทุกตัวในประเทศไทยจะต้องขึ้นทะเบียน มีพาสปอร์ตประจำตัว และจะต้องถูกคุมเข้มทั้งด้านสุขภาพและการเคลื่อนย้าย และพร้อมกันนั้น สนามชนไก่ทุกแห่งนอกจากจะต้องได้รับอนุญาตตามกฎหมายแล้ว ยังจะถูกคุมเข้มในเรื่องความปลอดภัยจากโรคไข้หวัดนกด้วย

การคุมเข้มนี้ เนื่องมาจากมีข้อมูลชี้ว่า ชาวบ้านในหลายพื้นที่เลี้ยงไก่ชนปะปนกับไก่พื้นเมือง หรือพัฒนาไก่ชนมาจากไก่พื้นเมือง ประกอบกับการชนไก่ทำให้มีการนำไก่จากหลายพื้นที่มารวมกัน เป็นโอกาสที่จะมีการรับหรือแพร่เชื้อโรคไข้หวัดนกไปประบาดในพื้นที่อื่นได้

กรมปศุสัตว์ประกาศเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2548 ให้เจ้าของไก่ชนต้องนำไก่ชนในครอบครองทุกตัวไปตรวจสุขภาพและขึ้นทะเบียน ในสถานที่ที่ทางปศุสัตว์จังหวัดกำหนด ภายในวันที่ 31 ธันวาคม 2548 นอกจากนี้ เจ้าของไก่ชนจะต้องปรับการเลี้ยงให้มีความปลอดภัย โดยให้จัดทำโรงเรือนที่มีระบบป้องกันโรค และมีตาข่ายป้องกันการสัมผัสกับนกจากภายนอกด้วย

ไก่ชนที่เจ้าของจะนำไปชน หรือซ้อมชนในสนาม จะต้องทำสมุดประจำตัว หรือพาสปอร์ต ตามที่กรมปศุสัตว์กำหนด และให้มีการตรวจโรคไข้หวัดนกทุก 30 วัน โดยให้บันทึกผลการตรวจโรคไว้ในสมุดด้วย พร้อมกับให้ทำการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การเคลื่อนย้ายไก่ชนจะต้องขออนุญาตจากปศุสัตว์อำเภอ และจะได้รับอนุญาตให้เคลื่อนย้ายได้เฉพาะรายที่ไม่มีโรคเท่านั้น

ขณะเดียวกัน สนามชนไก่ก็จะต้องมีมาตรการด้านความปลอดภัยที่เข้มงวด เช่น ต้องทำสมุดบันทึกคนที่ผ่านเข้าออก และจัดทำบันทึกข้อมูลไก่ที่นำเข้ามาชนทุกครั้ง จัดให้มีอ่างน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่บริเวณทางเข้า-ออก มีการพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อโรคยานพาหนะทุกคันที่ผ่านเข้า-ออก ตรวจสมุดประจำตัวไก่ชนทุกตัวที่นำมาชน ไก่ที่ไม่มีสมุดประจำตัว หรือไม่ผ่านการตรวจโรคจะไม่ได้รับอนุญาตให้ชน ภายหลังเสร็จสิ้นการชนไก่ทุกครั้ง ให้ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคบริเวณสนามชนไก่โดยละเอียด และให้ปล่อยสนามให้ว่างโดยไม่มีการนำไก่เข้ามาในสนาม อย่างน้อย 7 วัน สนามชนไก่จะต้องพร้อมที่จะให้สัตวแพทย์ผู้ได้รับมอบหมายเข้าตรวจได้ตลอดเวลา

ล่าสุด จนถึงต้นเดือนมกราคม 2549 มีเจ้าของไก่ชนนำไก่มาขึ้นทะเบียนแล้วประมาณ 190,000 ตัว น้อยกว่าที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ คือประมาณ 250,000 ตัว

ที่มา: กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

จะเอาอย่างไรกับวัคซีน?

ส่วนเรื่องที่ว่า ควรใช้หรือไม่ควรใช้วัคซีนในสัตว์ปีกเลี้ยงนั้น ดูเหมือนว่าประเด็นถกเถียงทางวิชาการอาจเป็นเพียงประเด็นที่ถูกหยิบยกขึ้นมาเพื่อกลบวาระซ่อนเร้นในเรื่องธุรกิจส่งออกมากกว่า ขณะที่ฝ่ายสนับสนุนการใช้วัคซีนในสัตว์ปีกเน้นประเด็นที่ว่า วัคซีนนั้นนอกจากสามารถลดการติดเชื้อ การแพร่เชื้อ และลดการตายของสัตว์ปีกลงได้แล้ว ยังสามารถใช้เพื่อการควบคุมโรคได้ด้วย ฝ่ายที่ไม่เห็นด้วยก็อ้างถึงปัญหาหลายอย่างในการใช้วัคซีน ได้แก่การกลายพันธุ์ของไวรัส อันตรายจากสัตว์ปีกที่ยังปล่อยเชื้ออยู่บ้างภายหลังการฉีดวัคซีน ความยากลำบากหรือเป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติที่จะให้วัคซีนแก่สัตว์ปีกได้อย่างครอบคลุม และที่ยิ่งยากไปกว่านั้นอีกก็คือการฉีดวัคซีนจะทำให้เกษตรกรไม่สนใจที่จะควบคุมความปลอดภัยในระบบการผลิต (หรือที่นักวิชาการเรียกว่า biosecurity) อย่างจริงจัง

จะอย่างไรก็ตาม จนถึงวันนี้ การใช้วัคซีนไข้หวัดนกในสัตว์ปีกเลี้ยงก็ยังถือว่าเป็นสิ่งต้องห้ามในประเทศไทย ยังไม่มีวัคซีนไข้หวัดนกในสัตว์ปีกที่ถูกกฎหมาย แต่ขณะเดียวกันก็มีข่าวการยึดวัคซีนจำนวนมากที่ลักลอบนำเข้าจากต่างประเทศหลายครั้งในรอบปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าน่าจะมีการลักลอบใช้วัคซีนในสัตว์ปีกอยู่ แหล่งข่าวไม่เป็นทางการจากเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่คือ ไก่พ่อพันธุ์แม่พันธุ์ ไก่ไข่ ไก่ชน และไก่สวยงาม ล้วนได้รับการฉีดวัคซีน (ที่ผิดกฎหมาย) ทั้งสิ้น

คำถามสำหรับประเทศไทยวันนี้คือ จะเอาอย่างไรกับวัคซีน จะปล่อยให้มีการใช้อย่างไม่เปิดเผย โดยไม่สามารถควบคุมความปลอดภัยได้ หรือจะประกาศให้ใช้อย่างเป็นทางการเสียเลย

แผนยุทธศาสตร์แก้ปัญหาไข้หวัดนก (พ.ศ. 2548-2550)

เป็นแผนแม่บทระยะ 3 ปี ที่รวมเอามาตรการต่างๆ ทุกด้านครอบคลุมทุกมิติของผลกระทบจากไข้หวัดนก และเกี่ยวข้องกับหน่วยงาน/องค์กรผู้ปฏิบัติทุกประเภท คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเมื่อ วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2548 เป้าหมายสำคัญของแผนคือ ควบคุมไม่ให้มีการระบาดของโรคในสัตว์ปีกเศรษฐกิจภายใน 2 ปี ไม่ให้มีการระบาดในสัตว์ปีกพื้นเมืองและสัตว์ปีกอื่นๆ ภายใน 3 ปี ไม่มีการติดต่อจากสัตว์สู่คนภายใน 2 ปี และให้ประเทศไทยพร้อมที่จะรับมือการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่อย่างมีประสิทธิภาพภายใน 1 ปี

หลักการสำคัญของแผนคือ ประชาชนต้องมีความปลอดภัยเป็นอันดับแรก ให้ความสำคัญเท่าเทียมกันระหว่างภาคธุรกิจและการดำเนินชีวิตของชาวบ้าน รักษาความหลากหลายทางชีวภาพของสัตว์ปีก เน้นการแก้ปัญหาแบบบูรณาการ และมุ่งเน้นประเด็นที่มีความจำเป็นเร่งด่วนและมีความสำคัญลำดับสูงเป็นหลัก แผนฯนี้ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์หลัก และ 19 มาตรการ ยุทธศาสตร์และมาตรการเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด

ใช้วัคซีนไข้หวัดนกในสัตว์ปีก?: ข้อดีและข้อเสีย

แม้ว่ารัฐจะมีนโยบายห้ามใช้วัคซีนไข้หวัดนกสำหรับสัตว์ปีกในประเทศไทยอย่างชัดเจนแล้ว แต่คนส่วนใหญ่อาจจะยังไม่ทราบว่า วัคซีนมีข้อดี-ข้อเสีย อย่างไร เราจึงขอสรุปสาระสำคัญมาเสนอต่อไปนี้

ข้อดี	ข้อเสีย
* เพิ่มความต้านทานต่อการติดเชื้อ	* ต้องใช้วัคซีนจากไวรัสชนิดเดียวกันกับเชื้อที่กำลังระบาด จึงจะกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันได้ ทำให้ต้องเปลี่ยนเชื้อที่นำมาผลิตวัคซีนบ่อยๆ เพราะเชื้อมีการเปลี่ยนแปลงตัวเองอยู่ตลอดเวลา
* ป้องกันการป่วยและตายในสัตว์ปีกได้ผลดี	* ไม่ได้ป้องกันการติดเชื้อ 100% สัตว์ที่ได้รับวัคซีนและติดเชื้อไข้หวัดนกประมาณร้อยละ 20 ยังสามารถปล่อยเชื้อไวรัสจำนวนเล็กน้อยได้ระยะหนึ่ง แม้ว่าอาจจะเป็นระยะเวลาสั้นๆ ก็ตาม
* ลดจำนวนไวรัสที่แพร่ออกมาจากสัตว์ปีกที่ป่วย ลดการปนเปื้อนไวรัสในสิ่งแวดล้อม และลดโอกาสการแพร่ระบาด	* แยกไม่ออกระหว่างสัตว์ที่ติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมกับสัตว์ที่ได้รับวัคซีน ทำให้การควบคุมโรคมีความซับซ้อน จัดการได้ยาก

ที่มา: ปรับจากข้อมูลในสไลด์ประกอบการบรรยาย ของ สพ.ญ. ดร. วันทนีย์ กัลล์ประวิทธ์, FAO

ทั้งข้อดีและข้อเสียข้างต้นประเด็นทางวิชาการ ซึ่งมีข้อมูลหลักฐานประกอบชัดเจนและมีวิธีการแก้ไขได้ แต่การที่รัฐบาลยังไม่มีนโยบายให้ใช้วัคซีนในสัตว์ปีกเลี้ยงนั้น เนื่องมาจากเงื่อนไขอื่น ที่สำคัญคือผลกระทบต่อการส่งออกไก่ และยิ่งกว่านั้นก็เกรงว่า การใช้วัคซีนจะทำให้เกษตรกรไม่สนใจมาตรการรักษาความปลอดภัย หรือ biosecurity ที่เข้มงวด แต่ในประเทศที่มีการใช้วัคซีนอย่างเข้มงวด เช่น ฮ่องกงก็ปรากฏว่ามาตรการ biosecurity มิได้ลดลง ยังคงเข้มข้น และดูเหมือนจะยิ่งเข้มข้นมากขึ้นด้วย ซึ่งก็พิสูจน์แล้วว่าได้ผลในการควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างน่าพอใจ เห็นได้จากปี 2547-2548 แม้จะมีการระบาดในหลายประเทศ แต่ที่ฮ่องกงไม่พบการระบาดเลย

ถึงแม้วัคซีนไข้หวัดนกจะผิดกฎหมายอยู่ก็ตาม แต่ก็เป็นที่ทราบกันทั่วไปว่า สัตว์ปีกที่เลี้ยงโดยมีอายุมากกว่า 2 เดือนขึ้นไป และมีราคาแพง เช่นไก่พ่อพันธุ์แม่พันธุ์ ไก่ไข่ ไก่ชน และนกสวยงาม ล้วนได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดนกแล้วแทบทั้งสิ้น ส่วนมากจะใช้วัคซีนที่มาจากประเทศจีน

ดังนั้น นโยบายเกี่ยวกับวัคซีนจึง เป็นนโยบายที่มาช่วยเสริมความเข้มแข็งของภาคเกษตรอุตสาหกรรมเพื่อการส่งออก ในขณะเดียวกันก็บั่นทอนความเข้มแข็งของภาคเกษตรชุมชนมากกว่า

แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก พ.ศ. 2548-2550

1. **พัฒนาการจัดการปศุสัตว์ที่ปลอดโรค** เพื่อให้ผู้บริโภคปลอดภัย โดยการจัดรูปแบบและระบบการเลี้ยงสัตว์ปีกพื้นบ้าน สัตว์ปีกสวยงาม ไก่ชน และเป็ดไล่ทุ่ง ให้ถูกหลักสุขาภิบาล กำหนดพื้นที่ควบคุมการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีก พัฒนาทีมเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพในทุกพื้นที่ ศึกษาสถานการณ์และเตรียมพร้อมสำหรับการใช้วัคซีนในสัตว์ปีก และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

2. **เฝ้าระวังและควบคุมเมื่อเกิดการระบาดของโรค** เพื่อให้สามารถตรวจจับการเกิดโรคทั้งในสัตว์และในคนได้อย่างฉับไว และติดตามความเปลี่ยนแปลงของโรคอย่างใกล้ชิด โดยให้มีการเฝ้าระวังเชิงรุกทั้งในสัตว์และในคน รายงานการเกิดโรคให้ได้ภายใน 12 ชั่วโมง เตรียมยาต้านไวรัส และวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ และจัดตั้งกลไกเฉพาะกิจในลักษณะบูรณาการในทุกระดับ

3. **สร้างและจัดการความรู้เรื่องไข้หวัดนก** โดยการสร้างองค์ความรู้พื้นฐานที่จำเป็นต่อการควบคุมและป้องกันไข้หวัดนกทั้งในสัตว์และในคน พัฒนาวัคซีนและยาให้พร้อมใช้สำหรับการระบาด พัฒนาชุดตรวจวินิจฉัยโรคให้สามารถคัดกรองปัญหาได้อย่าง ฉับไว และจัดให้มีองค์กรกลางทำหน้าที่จัดการความรู้โดยเฉพาะ

4. **สร้างเสริมศักยภาพขององค์กรและบุคลากร** เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรและบุคลากรที่ทำงานด้านเฝ้าระวังและควบคุมโรคทุกระดับ โดยการพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และชันสูตรโรคในคนและในสัตว์ ให้มีหน่วยระบาดวิทยาในทุกอำเภอ และพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวัง/รักษาโรคในโรงพยาบาล

5. **สร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและธุรกิจ** เพื่อให้ภาคประชาสังคมมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรค โดยการส่งเสริมการรวมกลุ่มจัดตั้งตนเองของประชาชน สร้างเครือข่ายอาสาสมัคร และพัฒนาระบบสื่อสารที่ฉับไวในทุกระดับ

6. **พัฒนาระบบกลไกการจัดการเชิงบูรณาการ** เพื่อให้กลไกการแก้ปัญหาไข้หวัดนกมีระบบ มีประสิทธิภาพและมีเอกภาพ ในภาวะปกติให้มีการจัดตั้งกลไกบริหารจัดการความรู้ ให้มีทีมงานทำงานเต็มเวลาและดำเนินงานเป็นองค์กรถาวร ในภาวะฉุกเฉินที่มีการระบาดมีการจัดตั้งคณะกรรมการและศูนย์ปฏิบัติการแห่งชาติ และพัฒนาระบบบริหารจัดการระดับพื้นที่

เพื่อการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์นี้ รัฐบาลได้กำหนดงบประมาณไว้ทั้งสิ้นกว่า 4,000 ล้าน ในช่วง 3 ปี

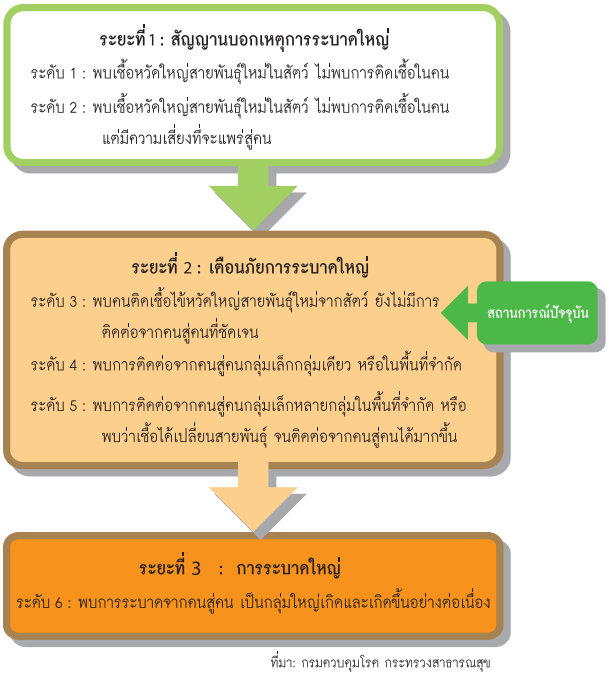
ที่มา: เก็บความจาก **"แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก (พ.ศ. 2548-2550)"**

ไทยพร้อมแค่ไหน ถ้าเกิดการระบาดใหญ่?

ข้อมูลการระบาดของไข้หวัดนกในปัจจุบันชวนให้สรุปว่าโลกวันนี้กำลังเข้าสู่ระยะ **"ก่อนการระบาดใหญ่"** ของไข้หวัดใหญ่ นักวิชาการและองค์การอนามัยโลกได้ออกมาเตือนว่า การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ในคนอาจจะเกิดขึ้น จากการกลายพันธุ์ของไข้หวัดนกที่กำลังเกิดขึ้นอยู่ในวันนี้ เหมือนที่เคยเกิดขึ้นมาแล้ว 6-7 ครั้งในสองศตวรรษที่ผ่านมา ในแต่ละครั้งของการระบาดที่ผ่านมานั้นเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่แพร่มาสู่คนก็ได้กลายพันธุ์มาจากไข้หวัดนก แบบเดียวกับที่กำลังเกิดขึ้นอยู่ในปัจจุบัน

เชื้อไวรัสไข้หวัดนก H5N1 ในวันนี้ ได้พัฒนามาถึงระดับที่ 3 ของการระบาดแล้ว คือระดับที่เชื้อสามารถแพร่จากสัตว์มาสู่คนได้ ถ้าเชื้อพัฒนาไปอีกระดับหนึ่ง จนสามารถแพร่จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งและคนต่อๆ ไปได้ ก็จะเป็นระดับที่ 4 ซึ่งในตอนแรกๆ อาจจะเป็นการระบาดจากคนสู่คนในกลุ่มเล็กๆ ในพื้นที่ที่จำกัด ต่อมาก็จะขยายเป็นการระบาดใหญ่ภายในประเทศ (ระดับที่ 5) และแพร่ไปทั่วโลก (ระดับที่ 6) มีการคาดการณ์ว่า ถ้าเกิดการระบาดใหญ่เช่นนั้นขึ้นจริง ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 6-28 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 2-7 ล้านคน

ขั้นตอนการระบาดของไข้หวัดใหญ่



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ถามว่า ถ้าเกิดการระบาดใหญ่ขึ้นตามที่คาดการณ์นั้น ประเทศไทยเราพร้อมแค่ไหนที่จะรับมือกับการระบาดใหญ่นี้?

คำถามนี้อาจจะยากเกินไปที่จะตอบอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด คำตอบในขณะนี้ก็คือ ประเทศไทยได้เตรียมการอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ และเชื่อว่าคงจะมีการปรับแผนไปตามการพัฒนาของโรค หรือเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป ณ วันนี้ประเทศไทยเป็นหนึ่งในจำนวนไม่กี่ประเทศที่มีแผนระดับชาติเพื่อเตรียมความพร้อม

สำหรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่แต่เนิ่นๆ (ปัจจุบัน ไม่ถึง 50 ประเทศทั่วโลกมีแผนเตรียมความพร้อมในเรื่องนี้) แผนนี้เรียกว่า *แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมในการป้องกันและแก้ปัญหาการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่* ซึ่งประกอบด้วยมาตรการและแผนดำเนินการ 5 ด้าน คือ

*** เฝ้าระวังโรคทั้งในสัตว์และในคน** มีการพัฒนาทีมเฝ้าระวังโรค เพื่อควบคุมโรคในสัตว์เลี้ยงในทุกระบบ ตั้งแต่การเลี้ยงในฟาร์มไปจนถึงการเลี้ยงแบบพื้นบ้านในระดับครัวเรือน พัฒนา *ทีมเฝ้าระวังโรคในคน* สำหรับทุกอำเภอและในส่วนกลางจำนวนกว่า 1,000 ทีม มีเครือข่ายศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์กระจายอยู่ในทุกเขตสาธารณสุข (12 เขต) มีห้องปฏิบัติการที่สามารถตรวจพิสูจน์เชื้อได้ภายในแต่ละเขต โดยไม่จำเป็นต้องส่งทุกตัวอย่างเข้ามาตรวจในส่วนกลาง

*** จัดเตรียมเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น** มีการสำรองยาต้านไวรัสและวัคซีน (สำหรับไข้หวัดใหญ่คน) เพื่อการใช้ภายในประเทศ ร่วมมือสำรองยากับประเทศในภูมิภาคอาเซียน เตรียมชุดตรวจเร็วและวัสดุอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ มีแผนที่จะผลิตยาและเวชภัณฑ์ใช้เองในระยะยาว

*** การเตรียมพร้อมให้การช่วยเหลือในสภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดการระบาด** มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร อบรมเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ให้มีความรู้ความชำนาญในการรักษาพยาบาล พัฒนาศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขให้พร้อมในด้านวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ เช่น ห้องแยกผู้ป่วย แผนการสำรองเตียง โรงพยาบาลสนาม วางแผนการปฏิบัติในการป้องกันทางสาธารณสุขและทางสังคม เช่นแยกกักผู้สัมผัสโรค และจำกัดการเดินทางเมื่อจำเป็นเป็นต้น

*** การให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน** โดยการจัดทำสื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันและวิธีการดูแลสุขภาพ พัฒนาทักษะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านการสื่อสารความเสี่ยง และพัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

*** การบริหารจัดการแบบบูรณาการ** เนื่องจากปัญหาไข้หวัดนกเกี่ยวกับหน่วยงานปฏิบัติจำนวนมาก มาตรการดำเนินงานในด้านนี้เน้นการประสานงาน มีการพัฒนากลไกการจัดการปัญหาโครงสร้าง แผนการทำงาน รวมถึงการระดมและกระจายทรัพยากรทั้งด้านการเงินและทรัพยากรอื่นๆ

การประสานความร่วมมือกับต่างประเทศ

ไข้หวัดนกมีลักษณะพิเศษกว่าโรคไร้พรมแดนอื่นๆ ตรงที่มีนกอพยพและสัตว์ปีกประจำถิ่นเป็นพาหะนำเชื้อโรคไปแพร่ในที่ต่างๆ แทบไม่มีขอบเขตจำกัด วิธีการควบคุมที่ใช้ได้กับโรคไร้พรมแดนอื่นอย่างเช่นโรคซาร์ส ไม่สามารถใช้ได้ผลกับโรคไข้หวัดนก ด้วยเหตุนี้โรคไข้หวัดนกจึงถือว่าเป็นภัยคุกคามสำหรับคนทั้งโลก การควบคุม

การสำรองยาและเวชภัณฑ์เพื่อรับมือการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่

รายการ	การดำเนินการ
1. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	- ปี 2548 เตรียมไว้ 295,000 โด๊ส - ปี 2549 สำรองไว้ 350,000 โด๊ส
2. ชุดทดสอบหาเชื้อไข้หวัดใหญ่	- สำรอง ปีละ 30,000-40,000 ชุด
3. ยาต้านไวรัส Oseltamivir	- สำรองยาสำเร็จรูปปีละ 1,000,000 เม็ด 3 ปี (รักษาได้ 3 แสนคน) - สำรองวัตถุดิบเพื่อผลิตยาอีก 20 ล้านเม็ด (รักษาได้ 2 ล้านคน)
4. หน้ากากป้องกันพิเศษ (N95) และหน้ากากอนามัย สำหรับเจ้าหน้าที่	- หน้ากากป้องกันพิเศษประมาณ 800,000 ชิ้น, หน้ากากอนามัย 3,000,000 ชิ้น
5. ห้องแยกผู้ป่วย	- เตรียมไว้ 100 แห่ง ตามโรงพยาบาลทั่วประเทศ
	ที่มา: แผนยุทธศาสตร์ แก้ไขปัญหาไข้หวัดนก 2548-2550

โรคไร้พรมแดนที่มีคุณสมบัติพิเศษเช่นนี้ต้องการความร่วมมือของทุกประเทศในโลก

ในระยะแรกซึ่งการระบาดไข้หวัดนกยังจำกัดอยู่เฉพาะในบางประเทศในเอเชียนั้น ความสนใจของประเทศทั่วโลกก็ยังไม่มากนัก จนกระทั่งการระบาดแพร่ไปหลายประเทศในเอเชีย และปัจจุบันเริ่มแพร่เข้าไปในยุโรปตะวันออก เช่น รัสเซีย โรมาเนีย และตุรกี ทำให้มีความตื่นตัวในโลกตะวันตก และหันมาทุ่มเททรัพยากรในการแก้ไขปัญหาในเอเชียมากขึ้น เห็นได้จากที่มีการจัดประชุมระหว่างประเทศในเรื่องนี้แทบทุกสัปดาห์ และเมื่อวันที่ 17-18 มกราคม 2549 มีการประชุมที่กรุงปักกิ่งประเทศต่างๆ ได้ร่วมกันลงขันถึง 1900 ล้านเหรียญสหรัฐเพื่อต่อสู้กับโรคนี้

ประเทศไทยมีการร่วมมือกับหลายประเทศทั้งในระดับภูมิภาคและในระดับโลกในหลายเวที มีการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ และบทเรียนที่ผ่านมา กับประเทศและองค์กรต่างๆ เช่น ตั้งคณะทำงานทางวิชาการระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์การอนามัยโลก และศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา แลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมมือกับองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ องค์การสุขภาพสัตว์โลก และกลุ่มประเทศอาเซียน บวก 3 (จีน ญี่ปุ่น เกาหลี) ประเทศไทยกับประเทศในภูมิภาคอาเซียนมีความพยายามที่จะร่วมมือกันตั้งคลังสำรองวัคซีนไข้หวัดใหญ่และยาต้านไวรัส สำหรับใช้ในภูมิภาคในกรณีฉุกเฉิน การเสนอความช่วยเหลือจากประเทศที่ร่ำรวย เช่น สหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่น ก็เป็นตัวอย่างอีกอันหนึ่งของการร่วมมือกับต่างประเทศ

บทสรุป: อยู่อย่างไรกับไข้หวัดนก?

ถ้ามองในทัศนะของระบาดวิทยาอาจกล่าวได้ว่า โลกในวันนี้ได้เดินทางมาถึงจุดวิกฤตที่เป็นรอยต่อระหว่างไข้หวัดนกกับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ในคนแล้ว แน่นอนว่า ไม่มีใครอยากเห็นการระบาดใหญ่นั้นเกิดขึ้น แต่หลายคนก็คงอดถามตัวเองไม่

ได้ว่า เราจะอยู่กับไข้หวัดนก ซึ่งได้กลายเป็นโรคประจำถิ่นในบ้านของเราไปแล้วได้อย่างไร และที่สำคัญยิ่งกว่านั้น ถ้าไข้หวัดนกพัฒนาไปได้อีกเพียงก้าวเดียว กลายเป็นไข้หวัดใหญ่ที่ติดต่อระหว่างคนได้ เหมือนอย่างที่โลกได้ประสบมาแล้วในอดีต เราจะรับมือกับมันอย่างไร

คำตอบบางส่วนของคำถามข้างต้นนั้น มีอยู่แล้วในสิ่งที่ได้นำเสนอมาในบทความนี้ โดยเฉพาะในเรื่องมาตรการควบคุมและป้องกันไข้หวัดนก มาตรการและสิ่งที่รัฐได้ทำมาทั้งหมดนั้นก็เพื่อหยุดยั้งการระบาดให้ได้โดยเร็วที่สุด เพื่อประกันความปลอดภัยให้แก่คนและสัตว์ เพื่อลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ และพร้อมกันนั้นก็เพื่อขจัดเงื่อนไขที่จะนำไปสู่การระบาดใหญ่ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

กล่าวอย่างตรงไปตรงมา ผลสำเร็จของมาตรการต่างๆ ที่ได้ทำมาแล้วในเรื่องนี้ เห็นได้อย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจนพอสมควรในด้านการควบคุมการระบาดของโรค หรือด้านสุขภาวะทางกาย แต่ในด้านสุขภาวะทางสังคม ซึ่งเกี่ยวกับวิถีชีวิตของชาวบ้านนั้น ยังมีสิ่งที่ต้องเรียนรู้และทำอีกมาก มาตรการในด้านนี้บางส่วนอาจจะต้องมีการปรับปรุง เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ได้เวลาปรับเปลี่ยน

สิ่งที่นำเสนอมาในบทความนี้ได้ตอบคำถามข้างต้นนั้นแล้วว่า ถ้าจะอยู่กับไข้หวัดนกอย่างปลอดภัย ก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องปรับตัวและปรับวิถีชีวิต เริ่มตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับสังคม ประการแรก ต้องปรับความคิดและความรู้ให้ถูกต้องก่อนว่า ไข้หวัดนกที่แพร่มาสู่คนนั้น แพร่ผ่านมาทางสัตว์ปีก โดยเฉพาะสัตว์ปีกที่เลี้ยงแบบพื้นบ้าน ข้อนี้หมายความว่า ผลกระทบใดๆ จากการใช้มาตรการเพื่อควบคุมและป้องกันการระบาด ไม่ว่าจะเป็นการทำลายเป็ดไก่เพื่อการควบคุมโรค หรือการบังคับให้เปลี่ยนระบบการเลี้ยงจากเดิมมาเป็นระบบฟาร์มปิด เพื่อป้องกันการสัมผัสเชื้อจากภายนอก ย่อมจะตกอยู่กับผู้เลี้ยงเป็ดไก่รายย่อยในชุมชนชนบทอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในขณะที่ผลกระทบต่อผู้เลี้ยงแบบอุตสาหกรรมมีน้อย ดังนั้น ถ้ามาตรการแก้ไขปัญหาไข้หวัดนกเรียกร้องให้มีการปรับตัว ก็จะเห็นได้ชัดว่า สุดท้ายแล้วใครคือผู้ที่จะต้องปรับตัวมากที่สุด

ประเด็นสำคัญและรีบด่วนขณะนี้คือชาวบ้านจะปรับตัวอย่างไรจึงจะได้รับผลกระทบน้อยที่สุด แน่นอนว่า การเปลี่ยนแปลงนี้จะมีผลกระทบทั้งในทางเศรษฐกิจและทางสังคม เช่น การเลี้ยงเป็ดไก่ในระดับครัวเรือนก็จะไม่ใช่สิ่งที่แทบจะไม่มีต้นทุนหรือไม่มีค่าใช้จ่ายอีกต่อไปแล้ว การเลี้ยงเป็ดไล่ทุ่งที่มีคุณค่าต่อเศรษฐกิจของครัวเรือนและมีคุณค่าในทางนิเวศวิทยา อาจจะกลายเป็นเพียงตำนาน ต่อนี้ไปไก่ชนจะต้องมีบัตรประจำตัว ขณะที่ไก่บ้านก็จะไม่มีสิทธิที่จะออกคุ้ยเขี่ยหาอาหารกินอย่างอิสระอีกต่อไป แต่อาจจะถูกต้อนเข้าไปเลี้ยงในกรง หรือในศูนย์อะไรสักอย่างที่สร้างขึ้นมาเพื่อการนี้โดยเฉพาะ เหล่านี้คือภาพความเปลี่ยนแปลงที่ชาวบ้านอาจจะได้เห็นไม่เร็วก็ช้า

วันนี้กระแสลมแห่งความเปลี่ยนแปลงนั้นเพิ่งจะเริ่มขึ้น จึงยังเร็วเกินไปที่จะบอกว่าอะไรคือขวากหนามและความยากลำบากที่รออยู่ข้างหน้า และเร็วเกินไปที่จะพูดถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลว ไม่ว่าจะในส่วนของชาวบ้าน หรือผู้รับผิดชอบต่อนโยบาย แต่ที่แน่ๆ ก็คือการปรับเปลี่ยนบางด้านของวิถีชีวิต คงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้แล้ว

ในการควบคุมและป้องกันโรคอุบัติใหม่อย่างเช่นไข้หวัดนก การจัดการความรู้เป็นสิ่งจำเป็น นับเป็นความรอบคอบที่แผนยุทธศาสตร์ แก้ปัญหาไข้หวัดนกของไทยได้ให้ความสำคัญแก่เรื่องนี้ ความรู้หลายอย่างยังเป็นเรื่องใหม่ ซึ่งจะต้องลงทุนจึงจะได้มา ไม่ว่าจะโดยการค้นคว้าวิจัย หรือโดยการหยิบยืมจากคนที่เขาค้นคว้ามาก่อนก็ตาม การร่วมมือกับนานาชาติเพื่อแก้ปัญหานี้ก็เป็นสิ่งจำเป็น แต่ความรู้บางอย่างอาจจะพอมีอยู่แล้วในภูมิปัญญาของไทย เช่น การป้องกันโรคในสัตว์ปีกเลี้ยง หรือการจัดการสัตว์เลี้ยงในภาวะวิกฤต เป็นต้น จึงเป็นสิ่งที่ดีแน่นอนที่จะหันมาสำรวจภูมิปัญญาที่มีอยู่ของเราว่าส่วนไหนยังใช้ได้คือยู่บ้าง ขณะเดียวกันก็มองหาวิธีที่จะเชื่อมโยงภูมิปัญญาเหล่านั้นเข้ากับความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่

การระบาดของไข้หวัดนกในประเทศไทยมีบทเรียนที่ทุกฝ่ายควรจะได้เรียนรู้ร่วมกันหลายอย่าง ที่สำคัญและควรตราไว้ในที่นี้คือ ความโปร่งใสและความฉับไวในการให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อเปิดโอกาสให้ปฏิบัติการเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ทันท่วงที รัฐและองค์กรในทุกภาคส่วนควรจะยึดหลักการที่ว่า ในเรื่องที่คุกคามโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ อย่างเช่นการเกิดโรคระบาดขึ้นนั้น ประชาชนต้องได้รับข้อมูลที่โปร่งใสและฉับไว การให้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการรักษาสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ต้องมาก่อนผลประโยชน์ทางธุรกิจของคนส่วนน้อย

ในประวัติศาสตร์ของกลุ่มชนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและกลไกบางอย่างในสังคมมักจะเกิดเมื่อมีแรงกดดันจากอุบัติการณ์ที่รุนแรงแบบไม่คาดคิด อุบัติการณ์เช่นนั้นอาจจะเป็นเรื่องของธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว หรือโรคระบาดรุนแรง เมื่อเผชิญกับอุบัติการณ์เช่นนั้นกลุ่มชนและสังคมจะถูกบังคับให้ดึงทุนทางความรู้และทุนทางสังคมที่มีอยู่ออกมาใช้ เพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่พยากรณ์ไม่ได้ เหล่านั้นหรือมิฉะนั้นสังคมก็ต้องยอมละทิ้งความเชื่อและวิถีชีวิตที่ยึดถือมาแต่เดิม เปลี่ยนวิธีคิดใหม่ หรือหันไปรับเอาความเชื่อและวิถีปฏิบัติแนวใหม่ กระบวนการเช่นนี้คือการปรับตัวเพื่อความอยู่รอด ไม่ใช่การอยู่รอดเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่เป็นการอยู่รอดของทั้งสังคมเลยทีเดียว

ไข้หวัดนกก็เป็นอุบัติการณ์ที่จะผลักดันให้สังคมไทยต้องปรับเปลี่ยนหลายด้าน เพื่อความอยู่รอดอย่างปลอดภัยของคนไทยและวิถีชีวิตไทย

1. สุขภาพฟัน

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสารณสุข.2545.รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กรุงเทพ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะปราศจากฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี พ.ศ. 2547. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ. รายงานการจัดกิจกรรมรณรงค์ "วันครอบครัวอ่อนหวาน" ปี 2547. สนับสนุนโดย เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน และ สสส. ไม่ปรากฏที่พิมพ์.

ปิยะดา ประเสริฐสม และคณะ. รายงานผลการศึกษาการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0-12 ปี บนฐานของความเชื่อ การรับรู้ และพฤติกรรมของเด็กและผู้ดูแลเด็ก.นนทบุรี : กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ. 2545. การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.วารสารทันตสาธารณสุข; 7(2) : หน้า 37-55.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, (บรรณาธิการ). 2548. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

2. ท้องไม่พร้อม

กรมสุขภาพจิต.กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีงบประมาณ 2547.

กฤตยา อาชวนิจกุล ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา วาสนา อิ่มเอม และอุษา เลิศศรีสันทัด.2546.รายงานการวิจัยความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิผู้หญิง.โครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์. สภาประชากร. 2545. การสำมะโนระดับชุมชนเรื่องสุขภาพผู้หญิงและประวัติการตั้งครรภ์.

นงลักษณ์ บุญไทย และสุวรรณา วรคามิน. สถานการณ์การแท้งในประเทศไทย ปี 2542. วารสารกรมอนามัย ปีที่ 7 ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2545.สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 2546. รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของประเทศ ไทย พ.ศ. 2546.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. 2548. ค่านิยมทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงในวันวาเลนไทน์ (14 กุมภาพันธ์ 2548) กรณีศึกษาเยาวชนอายุ 15-24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร. (เอกสารอัดสำเนา)

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, (บรรณาธิการ). 2548. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

Reproductive Health Division. Department of Health Ministry of Public Health. Thailand reproductive health profile. 2003. The World Health Organization (WHO) Regional office for South-East Asia. New Delhi.

3. โภชนาการกรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข . 2548. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พ.ศ. 2546-2547.

กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2538.

การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533-2563.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2548.

การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

แสงโสม สีนะวัฒน์. "สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย". โภชนาการ ปีที่ 3 ฉบับที่ 5 (กุมภาพันธ์ 2541).

4. สุรา

กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง. 2548.

คณะกรรมการบริหารวิชาการสารเสพติด. 2544-2546.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2548.

การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

AC NEILSEN. 2547.

5. ออกกำลังกาย

กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2547.สถานการณ์การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายของคนไทยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ประจำปี 2547. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.สรุปผลการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (เอกสารอัดสำเนา).

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, (บรรณาธิการ). 2548. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

6. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

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

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2544. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

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

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2546. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2547. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

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

7. สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.2548. รายงานผลการสำรวจระบาดวิทยาปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.2546. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545-2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2538.

การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533-2563.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2546. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2568. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, (บรรณาธิการ). 2548. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

8. สุขภาพปัญญาแนวพุทธ

กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. 2548. สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). ศูนย์วิจัย กรุงเทพโพลล์. 2548. คนไทยกับการทำบุญ. [http://research.bu.ac.th/poll/poll_list.php].

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2533. การสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2533. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2538. การสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2538. กรุงเทพฯ:

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2548. สรุปผลการสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม พ.ศ. 2548. (เอกสารอัดสำเนา).

9.การขาดแคลนน้ำ

กรมชลประทาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. 2548.

กรมทรัพยากรน้ำ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2547.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2548.

สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (2547). "รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2546" กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (2548). "รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2547" กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

สำนักฝนหลวงและการบินเกษตร. 2548. [http://www.royalrainmaking.thaigov.net].

10. อุบัติเหตุจราจรและการบาดเจ็บ

กรมการปกครอง และกรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน. 2545.

เพ็ญประภา ศิวิโรจน์และคณะ. 2546. ความเสี่ยงของคนไทยกับการใช้รถใช้ถนน. Road Safety Report Card of Thailand. ฉบับที่ 1 (สิงหาคม 2546). เสนอหน่วยจัดการความรู้เพื่อถนนปลอดภัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. 2548. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2546-2548.

ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.ความสูญเสียเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรทางบกในประเทศไทย. 2548.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2546. การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2568. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2538-2541.รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย.ADB-ASEAN REGIONAL SAFETY PROGRAM THE COST OF ACCIDENT IN THAILAND. MARCH 2004.

Tosutho R. ECONOMIC LOSS AND ROAD ACCIDENT RELATED FACTORS. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master Of Science in Health Economics. Department of Economics. Graduate School Chulalongkorn University. Academic Year 1997. ISBN : 974-639-265-4.

11. เด็กกับโทรทัศน์และการเรียนรู้

Nielson Media Research. รายงาน ผลการสำรวจของ.www.positioningmag.com.2548.

โครงการศึกษาและเฝ้าระวังสื่อเพื่อสุขภาวะของสังคม (มีเดียมอนิเตอร์) . 2548 . รายงานการแถลงผลการศึกษาและเฝ้าระวังสื่อ เรื่องรายการละครโทรทัศน์ที่ออกอากาศในเวลา 16.00-22.00 น. รอบที่ 1(สิงหาคม-กันยายน 2548) .สถาบันศิลปวัฒนธรรมเพื่อการพัฒนา (มายา). 2547.

รายงานการศึกษาโครงการเด็กไทยรู้ทัน .สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย . 2546 .โครงการ ติดตามสถานการณ์เด็กและเยาวชน (Child Watch) .สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2545.

รายงานเบื้องต้นการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545 .กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สำนักงานสถิติแห่งชาติ .2548.รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการอ่านหนังสือของประชากร พ.ศ. 2548 .

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ร่วมกับมูลนิธิเครือข่ายครอบครัวและมูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก .2546 . การสำรวจประชาชนและผู้ปกครองในเรื่องผลกระทบของสื่อโทรทัศน์ที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก และเยาวชน .

12. ชีวิตครอบครัว

กฤตยา อาชวนิชกุล ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา วาสนา อิ่มเอม และอุษา เลิศศรีสันทัด. 2546. รายงานการวิจัย ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิผู้หญิง.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2539. รายงานลักษณะของประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2538-2539. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2544. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2544. กรุงเทพฯ:

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2545. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2546. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2547. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2548. รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

13. สารเคมีควบคุมศัตรูพืชกำจัด

รามกุล, เพ็ญศรี อนันตกุลนธี และนลินี ศรีพวง. 2547. การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช . 2547. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ฝ่ายวัตถุมีพิษ สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร กรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2546. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2546. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

Division of Entomology and Zoology. 1994 : Annual Report 1993.National Environment Board Cited in Thai-German Plant Protection Programme. 1993.

1. สถานการณ์ไฟใต้บนแนวทางสมานฉันท์และพ.ร.ก.ฉุกเฉิน

1. มติชนสุดสัปดาห์. วันที่ 14-20 มกราคม 2548 ฉบับที่ 1274.
2. สรุปข่าวในประเทศ. มติชนสุดสัปดาห์. วันที่ 1-7 เมษายน 2548 ฉบับที่ 1285 : หน้า 7.
3. แฟ้มข่าว. มติชนสุดสัปดาห์. วันที่ 10-16 มิถุนายน 2548 ฉบับที่ 1295 : หน้า 21.
4. คอลัมน์ในประเทศ. มติชนสุดสัปดาห์ วันที่ 29 เมษายน-5 พฤษภาคม 2548 ฉบับที่ 1289 : หน้า 11.
5. "สู่เส้นทางที่อันตรายมาก". คอลัมน์โลกทรรศน์. มติชนสุดสัปดาห์ วันที่ 24-30 มิถุนายน 2548 ฉบับที่ 1297 : หน้า 16.
6. "ผลพวง "พ.ร.ก.ฉุกเฉิน" สร้างภาวะฉุกเฉินให้มือป่วนใต้หรืออัทักษิณ-รัฐบาล". มติชนสุดสัปดาห์. วันที่ 22-28 กรกฎาคม 2548 ฉบับที่ 1301 : หน้า 9.
7. "คลอด พ.ร.ก.ภาวะฉุกเฉินฯ รัฐบาล หรือกฎหมายที่มีปัญหา". กรุงเทพธุรกิจ. วันที่ 18 กรกฎาคม 2548.
8. ผู้จัดการรายวัน. วันที่ 5 มกราคม 2549.
9. สรุปข่าวในประเทศ. มติชนสุดสัปดาห์ วันที่ 14-20 ตุลาคม 2548 ฉบับที่ 1313 : หน้า 7.
10. "สมานะ"ฉัน" สมานะ"เธอ"" บทความพิเศษ. มติชนสุดสัปดาห์ วันที่ 28 ตุลาคม-3 พฤศจิกายน 2548 ฉบับที่ 1315 : หน้า 9.
11. ข่าวสด. วันที่ 28 ธันวาคม 2548.
12. ผู้จัดการรายวัน. วันที่ 23 มกราคม 2549.
13. ข่าวสด. วันที่ 3 มกราคม 2549.
14. มติชนรายวัน. วันที่ 5 มกราคม 2549.
15. ธีรยุทธ บุญมี. 2549. "เข้าใจสังคมไทย และ 4 ปัญหาที่ต้องแก้ไข การก่อตัวของสังคมซับซ้อน (complex society) เป็นต้นตอของปัญหา". เอกสารอัดสำเนาแจกจ่ายต่อสื่อมวลชนและผู้สนใจ ในวันแถลงข่าวที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วันอาทิตย์ที่ 22 มกราคม 2549.

2. จะปล่อยให้รายการโทรทัศน์กำหนดชะตาเด็กไทยไปถึงไหน?

1. สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. "รายงานสรุปผลการวิจัยเรื่องผลกระทบของสื่อโทรทัศน์ต่อเด็ก" สืบค้นจากเว็บไซต์ [http://168.120.31.165/webbase/2547/0108.html].
2. โครงการยุทธศาสตร์สื่อเด็ก มูลนิธิเพื่อพัฒนาการเด็ก. 2548. "รายการละครในช่วงเวลาเด็ก เยาวชน และครอบครัวทางสถานีโทรทัศน์ฟรีทีวี (3, 5, 7, 9, 11 และไอทีวี เดือนสิงหาคม 2548)" สืบค้นจากเว็บไซต์ http://www.childmedia.net/knowledge/researdh/re01.html
3. "เผยละครช่วงเด็ก-ครอบครัว รุนแรงเพิ่ม". มติชนรายวัน. วันที่ 25 ตุลาคม 2548.
4. พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา และอิทธิพล ปรีติประสงค์. 2546. บทคัดย่องานวิจัยและพัฒนา เรื่อง "สถาบันวิจัยและพัฒนารายการโทรทัศน์เพื่อส่งเสริมการศึกษาและการเรียนรู้ของเด็ก เยาวชน และครอบครัว : วันนี้ประเทศไทยพร้อมหรือยัง ???" เอกสารอัดสำเนา.
5. "บาปบริสุทธิ์ยุคตกยาก รายการทีวีเพื่อเด็ก". ประชาชาติธุรกิจ. วันที่ 17 พฤศจิกายน 2548.
6. โครงการยุทธศาสตร์สื่อเด็ก มูลนิธิเพื่อพัฒนาการเด็ก. 2548. อ้างแล้ว.
7. "บาปบริสุทธิ์ยุคตกยาก รายการทีวีเพื่อเด็ก". อ้างแล้ว.
8. "แฉภาพไม่เหมาะสมยังทะลักจอทีวี รายการเด็กเริ่มหด-เข้าสู่วังวนเดิม". มติชนรายวัน. วันที่ 11 ธันวาคม 2548.
9. "สื่อถามหาความจริงใจจากรัฐ". ไทยโพสต์. วันที่ 5 พฤศจิกายน 2548.
10. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อิทธิพล ปรีติประสงค์ นักวิจัยหลักผู้รับผิดชอบโครงการ TV4KIDS เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2548 โดยนักวิชาการโครงการสุขภาพคนไทย (กฤตยา อาชวนิจกุล)
11. "ทีวีสร้างสรรค์ (อาจ) ไม่เกินฝันของเด็ก". ไทยโพสต์. วันที่ 30 ตุลาคม 2548.
12. "บาปบริสุทธิ์ยุคตกยาก รายการทีวีเพื่อเด็ก". ประชาชาติธุรกิจ. วันที่ 17 พฤศจิกายน 2548.
13. การสัมภาษณ์อิทธิพล ปรีติประสงค์. อ้างแล้ว.
14. "ศธ. จับมือ สสส. และเครือข่ายสื่อเพื่อเด็ก พลิกโฉม ETV สู่ทีวีเด็กและครอบครัว". สืบค้นจาก [http://www.tv4kids.org/autopage/show_page.php?t=53&s_id=33&d_id=33].
15. "ฝันให้ไกลไปให้ถึง ฟรีทีวีเพื่อเด็ก". สยามรัฐ. วันที่ 4 มกราคม 2549.

3. วิกฤตการณ์น้ำมันแพงกับการแสวงหาความมั่นคงด้านพลังงาน

1. หนึ่งบาเรล เท่ากับ 159 ลิตร
2. "ราคาน้ำมัน...ใช้ภาษีเรา บิดเบือนให้เราตายใจ". กรุงเทพธุรกิจ. วันที่ 4 มีนาคม 2548 : หน้า 2.
3. "เรื่องรัฐปรับขึ้นราคาดีเซล ใครได้ประโยชน์?". มติชนรายวัน. วันที่ 25 มีนาคม 2548.
4. "สถานการณ์พลังงานไทย ปี 2548". มติชนสุดสัปดาห์. วันที่ 30 ธันวาคม 2548 - 5 มกราคม 2549, ฉบับที่ 1324 : หน้า 27.
5. "น้ำมันมหาโหด". มติชนรายวัน. วันที่ 25 มีนาคม 2548.
6. ""ปิยสวัสดิ์" แนะ "ทักษิณ" น้ำมันแพง-คนประหยัด ยิ่งชดเชยยิ่งแบกคอกเบี้ย". มติชนสุดสัปดาห์. วันที่1-7 กรกฎาคม 2548 ฉบับที่ 1298 : หน้า 13.
7. "ขาดดุลบัญชีเดินสะพัด ระเบิดเวลาลูกล่าสุด ระวังสะดุด...ฉุดเศรษฐกิจร่วง" . มติชนสุดสัปดาห์. วันที่ 6-12 พฤษภาคม 2548 ฉบับที่ 1290 : หน้า 22.
8. "สงครามแย่งชิงน้ำมัน วิกฤตพลังงานระลอกใหม่เมื่อบ่อน้ำมันเหือดแห้ง". 2548. กรุงเทพฯ : มติชน : หน้า 120.
9. ":บังคับประหยัดน้ำมัน" มาตรการแก้เกี้ยว ! อุ้มกำไรโรงกลั่น ?". มติชนสุดสัปดาห์. วันที่ 16-22 กันยายน 2548, ฉบับที่ 1309 : หน้า 22.
10. "วิกฤตน้ำมัน : โอกาสทองของการประชาสัมพันธ์". มติชนรายวัน. วันที่ 7 กรกฎาคม 2548.
11. "สงครามแย่งชิงน้ำมัน วิกฤตพลังงานระลอกใหม่เมื่อบ่อน้ำมันเหือดแห้ง". หน้า131, อ้างแล้ว.
12. "สถานการณ์พลังงานไทย ปี 2548". มติชนสุดสัปดาห์, วันที่ 30 ธันวาคม 2548 - 5 มกราคม 2549, ฉบับที่ 1324 : หน้า 27.
13. ผู้จัดการรายวัน, วันที่ 28 ธันวาคม 2548.
14. "สถานการณ์ปัญหาพลังงานไทย ในยุคทักษิณ 2". นิตยสารโลกสีเขียว ฉบับเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2548 : หน้า 57.

4. คนไข้ "ฟ้องหมอ": ความผุกร่อนของความสัมพันธ์หมอ-คนไข้

1. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. เอกสารประกอบการประชุม "ปัญหาความรับผิดชอบและจรรยาบรรณวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข". วันที่ 12 พฤศจิกายน 2548. โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร.
2. แพทยสภา. เอกสารเผยแพร่ "รวมเรื่องทั้งหมดที่เข้าสู่การพิจารณาของคณะอนุกรรมการแพทยสภาตั้งแต่ปี 2536 จนถึงปัจจุบัน". 2549.
3. "รามา ปัดกรณีรักษานิ่วแล้วตายทำดีที่สุดแล้ว จะให้กราบก็ยอม!". ผู้จัดการออนไลน์. วันที่ 5 มกราคม 2549.
4. "พ่อน้องครีมยันเอาเรื่องหมอ รพ. รามาถึงที่สุด". คม ชัด ลึก. วันที่ 28 มีนาคม 2548.
5. "ผจ.หนุ่มแจ้งความจับหมอทำคลอดเมียตาย". ไทยรัฐ. วันที่ 23 พฤษภาคม 2548.
6. "ศาลให้ สธ.ชดใช้ กว่า 3 ล้าน เด็กทำฟัน-ช็อก". ไทยรัฐ. วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2549.
7. เชิดชู อริยศรีวัฒนา. บทความเรื่อง "การประชุมคณะอนุกรรมการบริหารแพทยสภา" เอกสารเผยแพร่. ธันวาคม 2548.
8. ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์. บทความเรื่อง "ยุ่งนักก็อย่ารักษา" เมดิคัลไทม์ ฉบับประจำวันที่ 16-31 ธันวาคม 2548 : หน้า 45.
9. ชุมศักดิ์ พฤกษาพงษ์. อ้างแล้ว
10. อำพล จินดาวัฒนะ. บทความเรื่อง "ปัญหาความขัดแย้งระหว่างหมอกับคนไข้ : ต้องแก้เชิงระบบ 3 เรื่อง", เอกสารประกอบการประชุม : วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์. ห้องประชุมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, วันที่ 13 มกราคม 2549.
11. ภคภาส ศิริสุข. บทความ "หมอเจ็บ ระบบก็ป่วย". ผู้จัดการรายวัน. วันที่ 30 มกราคม 2549.
12. ประวิทย์ ลี่สถาพรวงศา. "ทำอย่างไรคนไทยจะหยุดการฟ้องร้องแพทย์". ฉลาดซื้อ. ปีที่ 12 ฉบับที่ 69 ตุลาคม-พฤศจิกายน 2548.
13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. บทความ "ฟ้อง-ไม่ฟ้องสูงสุดคืนสู่สามัญ" วารสารโรงพยาบาลชุมชน ปีที่ 7 ฉบับที่3.พฤศจิกายน -ธันวาคม 2548 : หน้า 33-34.

5. การระบาดและกลโกงของหนี้เงินด่วน

1. กอบศักดิ์ ภูตระกูล, ธรรมนูญ สดศรีชัย และเกียรติพงศ์ อริยปรัชญา. "การออมในประเทศไทย ความพอเพียงและความเสี่ยง". เอกสารเสนอในงานสัมมนาวิชาการธนาคารแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 17-18 สิงหาคม 2548.
2. สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. "เปิดอกคนเป็นหนี้กับนโยบายแก้ปัญหาหนี้นอกระบบของรัฐบาล". เอกสารออนไลน์ [http://168.120.31.165/webbase/2548/1001.html].
3. "แห่แจ้งความ "อีซีบาย" เก็บ คบ.เกินกม.กำหนด". คมชัดลึก. วันที่ 21 พฤศจิกายน 2548.
4. "ธปท.ยันเกณฑ์คุมนอนแบงก์ถูกกฎหมาย". มติชนรายวัน. วันที่ 20 ตุลาคม 2548.
5. "ข้อมูลแบงก์ชาติล้าหลัง รูดสินค้าเพื่อแลกเงินสด". ฐานเศรษฐกิจ. ฉบับที่ 2053, วันที่ 16 ตุลาคม - 19 ตุลาคม 2548.
6. "เงินนอกระบบระบาดหนักในภาคเหนือ ขยายข่ายข้ามจังหวัด - ตั้งโต๊ะนอนกิน 30%". ผู้จัดการรายวัน. วันที่ 22 พฤษภาคม 2548.
7. "กู้เงินด่วน แบบไม่เอาสินค้าจาก Easybuy" มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค,เอกสารออนไลน์[http://www.consumerthai.org/compliant_board1/view.php?id=343]

6. แปรรูปรัฐวิสาหกิจ ประชาชนได้อะไร

1. เกษียร เตชะพีระ. "ไปรเวไถเซชั่น: โคตรเหง้าเหล่ากอ". มติชนรายวัน. วันที่ 9 เมษายน 2547 : หน้า 6.
2. เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา. "แปรรูปรัฐวิสาหกิจ กับผลกระทบต่อคนในชาติ". กรุงเทพธุรกิจ. วันที่ 15 พฤศจิกายน 2548.
3. สมเกียรติ ตั้งกิจวนิชย์. "เบรกแปรรูป กฟผ. รอกลไกแข่งขัน". กรุงเทพธุรกิจ. วันที่ 7 เมษายน 2547. (เป็นบทสรุปความคิดเห็นของสมเกียรติ ตั้งกิจวนิชย์ สถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ในการระดมความคิดของนักวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแปรรูปการไฟฟ้าฝ่ายผลิต ที่จัดโดยหนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ).
4. ข้อเสนอของสหพันธ์องค์กรผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และสหพันธ์องค์กรผู้บริโภค. เรื่อง "ไฟฟ้าเป็นของประชาชน ห้ามขาย". วันที่ 20 พฤศจิกายน 2548.

7. สึนามิกับผลกระทบทางสุขภาพ

1. "ละเลงเงินสึนามิ-รำลึกสูญเปล่า". ผู้จัดการรายวัน. วันที่ 19 ธันวาคม 2548.
2. "คำปราศัยของนายกรัฐมนตรีในงานร่วมรำลึก 1 ปีสึนามิ". ผู้จัดการรายวัน. วันที่ 26 ธันวาคม 2548.
3. "ละเลงเงินสึนามิ-รำลึกสูญเปล่า". ผู้จัดการรายวัน. วันที่ 19 ธันวาคม 2548.
4. "เผย 1 ปีเหยื่อสึนามิไม่แฮปปี้เงินช่วยเหลือ-เครื่องมือทำกิน". ผู้จัดการรายวัน. วันที่ 22 ธันวาคม 2548.
5. วีระศักดิ์ จันทร์ส่งแสง. "สึนามิ: หนึ่งปีหลังวันนั้น". นิตยสารสารคดี. ปีที่ 21 ฉบับ 250 เดือนธันวาคม 2548.
6. "ชีวิตใหม่ใน "บ้านพักถาวร" ภัยระลอกสองหลังสึนามิ". กรุงเทพธุรกิจ. วันที่ 24 ธันวาคม 2548.
7 "ตั้ง มท.1 แก้ปัญหาเหยื่อ "สึนามิ" 3 ปม ข้อพิพาท-สัญชาติ-ที่ดิน" มติชนรายวัน. วันที่ 28 ธันวาคม 2548.
8 "ชีวิตใหม่ใน "บ้านพักถาวร" ภัยระลอกสองหลังสึนามิ". กรุงเทพธุรกิจ . วันที่ 24 ธันวาคม 2548.
9. "ตั้ง มท.1 แก้ปัญหาเหยื่อ "สึนามิ" 3 ปม ข้อพิพาท-สัญชาติ-ที่ดิน" มติชนรายวัน. วันที่ 28 ธันวาคม 2548.
10. ชาญชัย ชัยสุขโกศล. 2548. "ระบบการรับมือกับภัยพิบัติสึนามิ ด้านสังคมและการจัดการปกครอง: ถอดประสบการณ์เชิงระบบ". รายงานวิจัยเสนอต่อมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
11. "คลื่นปัญหาที่ดินยังซัดซ้ำอันดามัน". ผู้จัดการรายวัน. วันที่ 23 ธันวาคม 2548.
12. วีระศักดิ์ จันทร์ส่งแสง. "สึนามิ: หนึ่งปีหลังวันนั้น". นิตยสารสารคดี. ปีที่ 21 ฉบับ 250 เดือนธันวาคม 2548.
13. วีระศักดิ์ จันทร์ส่งแสง. อ้างแล้ว.
14. "ผู้เสียชีวิต 800 ศพ รอกลับบ้าน ตร.งัดวีดีโอแฉ "หมอพรทิพย์"". ผู้จัดการรายวัน. วันที่ 21 ธันวาคม 2548.
15. "สธ. เปิดศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ประสบภัยสึนามิ". ผู้จัดการรายวัน. วันที่ 29 พฤษภาคม 2548.
16. ระบบฐานข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบจากกรณีภัยพิบัติ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศฯ กระทรวงศึกษาธิการ. [สืบค้นจาก http://www.mis12.moe.go.th/tsunami].
17. "แฉเหยื่อสึนามิติดเหล้างอม ส่อซึมเศร้า-ฆ่าตัวตาย สธ. ตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต". ข่าวสด. วันที่ 12 กรกฎาคม 2548.
18. จากการนำเสนอของนายแพทย์วีรยุทธ ประพันธ์พจน์. โครงการวิจัยทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรค PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) ในการประชุมระดับชาติเรื่องชีวจริยธรรมครั้งที่ 2 เรื่อง "ชีวจริยธรรม: ประเทศไทยบนขบวนเทคโนโลยีในอนาคต". จัดโดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. ณ โรงแรมรามาการ์เด้นส์. วันที่ 22-23 ธันวาคม 2548.
19. สรุปข่าววันที่ 30 พฤษภาคม 2548. สืบค้นจากเว็บไซต์ของสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. [http://www.thaigov.go.th/news/press/48/May48/pr30may48-10.htm].
20. "สำรวจ 62 หอเตือนภัย 6 จังหวัดอันดามัน หลังผ่านสึนามิครบปี". ข่าวสด. วันที่ 22 ธันวาคม 2548.
21. "เตือนก่อนตาย ภัยร้ายสึนามิ". กรุงเทพธุรกิจ. วันที่ 22 ธันวาคม 2548.
22. สืบค้นจากเว็บไซต์ของสถานีโทรทัศน์กองทัพบกช่อง 5 . [http://www.tv5.co.th/newsclipsbox/newsclips.php?urlx= mms://203.144.136.82/news/oter/movie001.wmv].
23. สรุปข่าวการประชุมคณะรัฐมนตรีนอกสถานที่ วันที่ 6 กันยายน 2548. สืบค้นจากเว็บไซต์ของสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี [http://www.thaigov.go.th].

8. ท้อง แท้ง ทิ้ง ปัญหาใหญ่ที่ยังไม่มีใครดูแล

1. สถาบันรามจิตติ. โครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch), ข้อมูลเผยแพร่จาก [http://www.childwatchthai.com].
2. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพเด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. "รายงานสถานการณ์เด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2546 -2547". สิงหาคม 2548.
3. ปัจจุบัน คือ มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง
4. ณัฐยา บุญภักดีและดุสิตา พึ่งสำราญ. "สภาพปัญหาและอัตราการทำแท้งในประเทศไทย". รายงานเสนอในการสัมมนาระดับชาติเรื่อง "ทางเลือกของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม ตอนร่วมกันสร้างทางเลือกให้หลากหลาย" โรงแรมโซลทวิน กรุงเทพมหานคร. วันที่ 1 สิงหาคม 2545.
5. ""เซ็กซ์ ดื่ม เที่ยว รุนแรง" อิทธิพลของสื่อส่งเด็กหายนะ". ผู้จัดการรายวัน, วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2548.
6. "วัยทีนรุมอัด "สื่อลามก" ชนวนเหตุท้อง-แท้ง-ทิ้ง". สยามรัฐ. วันที่ 2 ธันวาคม 2548.
7. "วัยรุ่นยุคใหม่ฮิตยาแก้สิวทำแท้ง" ไทยรัฐ. วันที่ 4 เมษายน 2548.
8. กนกวรรณ ธราวรรณ. "บันทึกประสบการณ์ของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม". กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. 2548.
9. "วัยรุ่นยุคใหม่ฮิตยาแก้สิวทำแท้ง" ไทยรัฐ. วันที่ 4 เมษายน 2548.
10. "สธ.ชี้สื่อทำไก่ตื่น จัดการคลินิกทำแท้งเถื่อนย่านดินแดงไม่ได้" ผู้จัดการออนไลน์. วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2548.
11. "ทิ้ง คือ "แท้ง"" กรุงเทพธุรกิจ. วันที่ 6 กันยายน 2548.
12. "ตะลึง! วัยรุ่นไทยใจถึงสารพัดวิธีทำแท้งเถื่อน" ผู้จัดการออนไลน์. วันที่ 12 ตุลาคม 2548.
13. "โพลล์ชี้โจ๋นับแสนเลือก วาเลนไทน์ มีเซ็กซ์-ตกใจ "กามโรค" พุ่ง 3 เท่า". มติชนรายวัน. วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2548.
14. "ก้าวย่างอย่างเข้าใจ" หลักหลักสูตรเพศศึกษา พัฒนาโดยองค์กร PATH Thailand. [http://www.teenpath.net/Share/Manual.asp].
15. "อยากให้คุณได้รู้ : บันทึกประสบการณ์ของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม", โครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ สภาประชากร, เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง "ทางเลือกของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม" วันที่ 6 กรกฎาคม 2543 ณ โรงแรมอมารีวอเตอร์เกท กรุงเทพมหานคร.

9. ศึกเพื่อสยบ "บุหรี่-เหล้า" ยังไม่จบในสังคมไทย

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. "สรุปผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547". สารสถิติ. ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม 2548.
2. ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. โพลล์สำรวจความคิดเห็น "คิดอย่างไรเมื่อเห็นภาพคำเตือนบนซองบุหรี่" วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่. ฉบับที่ 64 เดือนพฤษภาคม.2548.
3. หทัย ชิตานนท์. 2548. "การโฆษณาส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย : ต้นเหตุสำคัญที่เด็กเริ่มสูบบุหรี่ และเข้าเป็นนักสูบหน้าใหม่". เอกสารเผยแพร่ทางเว็บไซต์มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, [http://www.ashthailand.or.th/th/index.php].
4. ประกิต วาทีสาธกกิจ. บทบรรณาธิการ. วารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่. ฉบับที่ 64 เดือนพฤษภาคม 2548.
5. "ขึ้น 5-8 บ. "ขี้ยาสำลักควัน" โพสต์ทูเดย์. วันที่ 7 ธันวาคม 2548.
6. "ผลเอแบคโพลล์ 61.2% ชี้ชัด โฆษณาเหล้าส่งผล". มติชนรายวัน. วันที่ 26 มกราคม 2549.
7. ข่าวเผยแพร่โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สำนักวิจัยเอแบคโพลล์และ สสส. ร่วมกันวิจัย "ผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยการเก็บรวบรวมสถิติจากข่าวที่ปรากฏผ่านสื่อ อาทิ ไทยรัฐ เดลินิวส์ ข่าวสด คมชัดลึก ไทยโพสต์ มติชน กรุงเทพธุรกิจ ผู้จัดการ สำนักข่าวไทย และเว็บไซต์ของสถานีโทรทัศน์ต่างๆ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2545 จนถึง มิถุนายน 2548).

8. เหล้าตอง คือ เหล้าแบ่งขายโดยใส่ภาชนะกระบอกตวง ซึ่งทำด้วยทองเหลือง หรือที่คนเมืองเหนือเรียกว่า ตอง
9. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และมหาวิทยาลัยจอห์นส์ฮอพกิ้นส์. "การเพิ่มจำนวนของร้านขายเหล้าตองในเมืองเชียงใหม่และพื้นที่ใกล้เคียง". เอกสารอัดสำเนา. 2548.
10. ประกิต วาทีสาธกกิจ. "กลยุทธ์การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม:กรณีศึกษาการดำเนินงานของโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่". จดหมายข่าวชุมชนคนรักสุขภาพ ฉบับ "สร้างสุข" ปีที่ 4 ฉบับที่ 52 ธันวาคม 2548.

10. "สภาผู้บริโภค" อีกก้าวหนึ่งของพลังผู้บริโภคไทย

1. "บทเรียนจากคุณเดือนเพ็ญ". มติชนรายวัน. วันที่ 31 มกราคม 2548.
2. "รวมพล-รถป่วย บุกประจานงานมอเตอร์โชว์". ข่าวสด, วันที่ 25 มีนาคม 2548.
3. "สมอ.ล้อมคอกปัญหา "รถยนต์" ตั้งคอลเซนเตอร์ - คุมมาตรฐาน". มติชนรายวัน. วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2548.
4. "เตรียมยุบศูนย์ร้องเรียนรถยนต์ อ้างคนโทร.น้อยเหตุบริการดีขึ้น". มติชนรายวัน. วันที่ 12 พฤษภาคม 2548.
5. " "รัตนา" ทาบ้านสีดำทั้งหลังไว้ทุกข์หน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภค". สำนักข่าวไทย. วันที่ 20 เมษายน 2548.
6. "อวสานบ้านสีดำ "รัตนา" รับ 13 ล้านสร้างหลังใหม่". ผู้จัดการออนไลน์. วันที่ 26 ธันวาคม 2548.
7. "กฎหมายเกี่ยวกับคุ้มครองผู้บริโภค" สืบค้นจากเว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) [http://www.ocpb.go.th/law.asp].
8. "นักวิชาการจุฬาฯ วิจัย "แนวทางการจัดตั้งองค์การอิสระคุ้มครองผู้บริโภคฯ" ยึดแนว สภาผู้บริโภคแห่งชาติ" . 23 กันยายน 2548. รายงานข่าวโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). [http://www.thaihealth.or.th/content.php?SystemModuleKey=news_sss&id=4781].
9 "สภาผู้บริโภค สภาแรกของเมืองไทย" วันที่ 28 เมษายน 2548.
รายงานข่าวโดยมูลนิธิกองทุนไทย. [http://www.thaingo.org/HeadnewsKan/consumer280448.htm].

10 สถานการณ์สำคัญในรอบปี 2548

1. มลพิษเมืองกรุงเข้าขั้นอันตราย
กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. "สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ.2548".
"คพ. อ่อนใจรถร่วม - มินิบัสเมินกม.มลพิษคลุ้ง". มติชน. วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2549. สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
2. ภัยแล้ง / น้ำท่วม
"ภัยแล้ง-น้ำท่วม-แผ่นดินไหว มหันตภัยที่ "ธรรมชาติ" เอาคืน". เคลินิวส์. วันที่ 1 มกราคม 2549.
3. ฆ่าตัวตาย
ศูนย์ข้อมูลระบาดวิทยา, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข 2548 http://epid.moph.go.th/dssur/y48/ac_Suicide_48.rtf
โรคเรื้อรัง เป็นสาเหตุฆ่าตัวตายมากที่สุด กรุงเทพธุรกิจ 28 พฤศจิกายน 2548
เลียนละคร 'นางบาป' 6 ขวบแขวนคอ หนังสือพิมพ์เคลินิวส์ 9 ม.ค. 2549
สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรรวงสาธารณสุข. "สถานการณ์ความรุนแรงในสังคมจากข่าวหนังสือพิมพ์ เดือนมกราคม 2548" ธันวาคม 2548" เอกสารออนไลน์ [http://www.dmhweb.dmh.go.th/social/].
"หยุดปัญหา...ฆ่าตัวตาย โจทย์ที่รัฐต้องมีคำตอบ" คมชัดลึก. วันที่ 3 มกราคม 2549.
4. ปรับนโยบาย 30 บาท เพื่อคนไทยห่างไกลทุกโรค
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). 2548. "รวมสคริปต์สถานีวิทยุ 30 บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค". เอกสารออนไลน์ [www.nhso.go.th].
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 2548. ผลการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2548 (1 ต.ค.47-30 มิ.ย.48) เอกสารออนไลน์, [www.nhso.go.th].
5. ไข้เลือดออก
"ชี้ต้นเหตุวิกฤติ" ผู้จัดการออนไลน์. วันที่ 7 เมษายน 2548.
สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. "รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์" ฉบับที่ 4. 3 กุมภาพันธ์ 2549.
6. แก็งค์ซิ่งมอเตอร์ไซด์กับวัยรุ่นกวนเมือง
"นักซิ่งสนามวัฒนา-มีแต่หน้าเก่าๆ ข่าวสด. วันที่ 26 กันยายน 2548.
"แม้วเบรกเอี๊ยดวัฒนา จยย.คว่ำสั่งเลิกจัดแข่งซิ่ง" .ข่าวสด. วันที่ 28 กันยายน 2548.
7. เกษตรกรรมยั่งยืน
สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [http://occ.ddc.moph.go.th].
สำนักควบคุมโรคระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [http://epid.moph.go.th/dssur/enocc/insecticide.htm].
8. โรคไม่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
""หมอประเวศ"ชี้ โรคขาดศักดิ์ศรีความเป็นคนอย่างรุนแรง ปม "เสนาะ" ระเบิดอารมณ์". มติชน. วันที่ 22 มิถุนายน 2548 : หน้า 2.
9. วัยรุ่นไทยติดเอดส์มากขึ้น
""เอดส์" กับ "วัยรุ่น" ปัญหาที่ต้องเร่งแก้ สถานการณ์ปัจจุบันเริ่มเข้าขั้นวิกฤติ" เคลินิวส์. วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2549.
""วัยรุ่น15-19 ปีติดเอดส์เพิ่ม "พินิจ" เตือนรักนวลสงวนตัว" มติชนรายวัน วันที่ 1 ธันวาคม 2548 : หน้า 10.
10. แรงงานไทยเสี่ยงเป็นโรคและได้รับอันตรายจากการประกอบอาชีพ
สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน .สถิติ (มกราคม-พฤศจิกายน 2548)
ผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2547 เครือข่ายเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ปีที่แล้ว

1. คลื่นมหาประลัย "สึนามิ" ธรณีพิบัติครั้งร้ายแรงที่สุดของโลก
ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศผู้ประสบภัยฯ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย [http://61.19.54.131/tsunami/overall.php?pack=report_10].
ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [http://www.mhrcthai.org].
"เผย 1 ปีเหยื่อสึนามิไม่แฮปปี้เงินช่วยเหลือ-เครื่องมือทำกิน", ผู้จัดการออนไลน์. วันที่ 22 ธันวาคม 2548.
2. สถานการณ์ไฟใต้ บนเส้นทางสู่สันติภาพ
กองบัญชาการตำรวจภูธรภาค 9 (ข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการ ตั้งแต่ มกราคม 26 ธันวาคม 2548) ได้รับข้อมูลวันที่ 4 มกราคม 2549.
"เปิดงานวิจัย 2 ปีไฟใต้ ตอนที่ 1" ปริศนาแห่งความรุนแรง" ศูนย์ข่าวอิศรา สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย. วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2549.
[http://www.tjanews.org/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=633].
3. ทางสองแพร่งของนโยบายไข้หวัดนก : จะเลือกสุขภาพคนหรือธุรกิจสัตว์ปีกส่งออก
องค์การอนามัยโลก. [www.who.int].
สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
4. สังคมไทยกับภัยข่มขืน
สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต. "สถานการณ์ความรุนแรงในสังคมจากข่าวหนังสือพิมพ์ เดือนมกราคม 2548 "ธันวาคม 2548". เอกสารออนไลน์, [http://www.dmhweb.dmh.go.th/social/].
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. "รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสสอง ปี 2548". เอกสารออนไลน์, [http://social.nesdb.go.th].
5. น้ำตาลในนมและขนมเด็ก เรื่องไม่เล็กในสังคมไทย
กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเลือกรับประทานอาหารทดแทน [http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/kanom/bank25.php].
"ตามไปดูโครงการ "โรงเรียนอ่อนหวาน"" ข่าวเผยแพร่โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) วันที่ 23 มกราคม 2549. [http://www.thaihealth.or.th/content.php?SystemModuleKey=Content2&id=5928].
"คิดคาวขนมเด็ก 5 คาวกินแล้วไม่โง่" ไทยรัฐ. วันที่ 14 มกราคม 2549.
6. จากเปล้าน้อยถึงกวาวเครือ ฤาสมุนไพรไทยจะตกอยู่ในอุ้งมือต่างชาติ
"เล็งฟ้อง 2 บริษัทมะกันจดสิทธิบัตรกวาวเครือ". มติชน วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2549 : หน้า 10.
"วอนรัฐปกป้องสิทธิบัตรกวาวเครือขาวจากมะกัน" ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2549.
"สมุนไพรในเอฟทีเอ ไทยเสีย..ไม่มีได้". ไทยรัฐ วันที่ 27 มกราคม 2549.
7. สื่อโป๊กับเรื่องเซ็กส์ของวัยรุ่น
"ร่างกฎหมาย ปราบยั่วยุทางเพศสุดเข้ม โทษหนักเท่าคดียาเสพติด ถ่ายไว้ดูเอง ก็ผิด". มติชน. วันที่ 2 กุมภาพันธ์ s2549.
"สั่งจำคุก 6 เดือน ลูกพตท.- ซีดีโป๊ ไทยรัฐ. วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2549.
"ไอซีที" วางเป้า 3 เดือนปิดเว็บลามก เอาผิดตามกฎหมายอาญาเริ่ม 1 ก.พ." ผู้จัดการออนไลน์. วันที่ 31 มกราคม 2549.
8. ความรุนแรงในวัยรุ่นอันธพาลหรือคึกคะนองผิดพลั้งหรือตั้งใจ
สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ความรุนแรงในสังคมจากข่าวหนังสือพิมพ์ เดือนมกราคม 2548 "ธันวาคม 2548. เอกสารออนไลน์. [http://www.dmhweb.dmh.go.th/social/].
9. ขยะอันตรายภัยร้ายที่มองไม่เห็น
กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. "สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548".
กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. "ความร่วมมือในการจัดการซากแบตเตอรี่โทรศัพท์มือถือ".[http://www.pcd.go.th/info_serv/haz_battery_pcd.htm].
"ก.ทรัพย์ฯ คุมเข้มขยะอิเล็กทรอนิกส์". บ้านเมือง. วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2549.
"ล้อมจับรถพ่วงขนสารเคมีทิ้งหุบเขาในสัตหีบ" ผู้จัดการ วันที่ 26 กันยายน 2548.
"จับ 4 บรรทุกขนขยะเชียงใหม่ ข้ามถิ่นลอบทิ้ง "บ้านต้นธง" มติชน วันที่ 26 กันยายน 2548.
"จับสิบล้อขนขยะเชียงใหม่แอบทิ้งลำปาง" กรุงเทพธุรกิจ. วันที่ 16 กันยายน 2548.
10. เด็กไทยในกับดักอบายมุขเที่ยวกลางคืน สูบบุหรี่และดื่มเหล้า
"เตือนโชว์บุหรี่ที่จุดขายผิด". ผู้จัดการรายวัน. วันที่ 26 มกราคม 2549.
"สธ.เตรียมเสนอห้ามดื่มเหล้าในสถานที่ราชการ วัด โรงเรียน ที่สาธารณะ" สำนักข่าวไทย. วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2549.
"พม.เร่งรณรงค์จัดระเบียบหอพัก" กองเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ วันที่ 8 พฤศจิกายน 2548.
[http://www.m-society.go.th/news/mbdetail.php?id=M040652].

แหล่งข้อมูลเอกสาร สิ่งพิมพ์ และอินเตอร์เน็ต

กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. "การดำเนินการจัดระบบการเลี้ยงเป็ดไล่ทุ่งให้เข้าสู่ระบบฟาร์มหรือโรงเรือน" ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2548. เอกสารออนไลน์ [http://www.dld.go.th/home/bird_flu/return/sys_duck.html].

กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. "โครงการรณรงค์การขึ้นทะเบียนไก่ชนและสนามชนไก่/ซ้อมชนไก่" เอกสารออนไลน์. [www.dld.go.th/home/bird_flu/return/project_fig.doc].

กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. "ประกาศกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เรื่องมาตรการควบคุมและป้องกันโรคไข้หวัดนกในไก่ชน". เอกสารออนไลน์. [http://www.dld.go.th/home/bird_flu/control-1.pdf].

กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. "สรุปประเด็นสำคัญ การประชุมกำหนดนโยบายเรื่องวัคซีนโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก". เอกสารออนไลน์. [http://www.dld.go.th/home/bird_flu/vaccine.pdf].

คณะกรรมการพิจารณาแก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก. 2548. "แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาไข้หวัดนก (พ.ศ.2548-2550)". เอกสารอัดสำเนา.

คณะกรรมการพิจารณาแก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก. 2548. "สรุปความก้าวหน้าของการสนับสนุนเวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ป้องกันโรคไข้หวัดนก" เอกสารอัดสำเนา.

คำนวณ อึ้งชูศักดิ์. 2549 . "บทสรุป : รอยต่อวิกฤตระหว่างไข้หวัดนกและการระบาดของไข้หวัดใหญ่ในคนทั่วโลก". บทความวิชาการประกอบรายงานสุขภาพคนไทย 2549. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ทวีศักดิ์ ส่งเสริม. "โรคไข้หวัดนกสัตว์(ฉบับชาวบ้าน)". บทความวิชาการประกอบรายงานสุขภาพคนไทย 2549. คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กำแพงแสน.

ประเสริฐ ทองเจริญ. 2547."ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก". พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ประชาช่าง.

ประเสริฐ เอื้อวรากูล.2549. "จากไข้หวัดนกสู่ไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ใหม่". บทความวิชาการประกอบรายงานสุขภาพคนไทย 2549 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรีชา เปรมปรี.2549. "ผลกระทบของไข้หวัดนกต่อสังคมไทย". บทความวิชาการประกอบรายงานสุขภาพคนไทย 2549. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

มรกต ตันติเจริญ และ นำชัย ชีววิวรรธน์, บรรณาธิการ.2548. ""ไข้หวัดนก" โรคอุบัติใหม่บนโลกใบเก่า" ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พิมพ์ครั้งที่ 1.

ยง ภู่วรวรรณ. บทความ, "รับมือไข้หวัดนก รอบ3". นิตยสารหมอชาวบ้าน ปีที่ 27 ฉบับที่ 320 เดือนธันวาคม 2548.

วันทนีย์ กัลล์ประวิทธ์. "โรคไข้หวัดนกแพร่ระบาดอย่างไร" สไลด์ประกอบคำบรรยาย.

วิชัย โชควิวัฒน. 2544. "ปริทัศน์โรคติดต่อ". พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์, คาริกา กิ่งเนตร และวรยา เหลืองอ่อน. 2549. "มาตรการป้องกันและการควบคุมการระบาดใหญ่ ของไข้หวัดใหญ่". บทความวิชาการประกอบรายงานสุขภาพคนไทย 2549. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคหวัดนกในคนทั่วโลก". รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ . ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 , เมษายน-มิถุนายน 2547. กลุ่มพัฒนาระบบและมาตรฐานงานระบาดวิทยา. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักเศรษฐกิจการเกษตร โดยความร่วมมือของกรมศุลกากร.2548. สถิติปริมาณการส่งออกผลิตภัณฑ์ไก่ 2542-2548.

สำนักเศรษฐกิจการคลัง. ผลกระทบของไข้หวัดนก . เผยแพร่วันที่ 10 ก.พ. 2547 . เอกสารออนไลน์. [http://www.scb.co.th/LIB/th/article/mof/data/4803-3.pdf].

องค์การอนามัยโลก (WHO), จำนวนผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนกทั่วโลก. [www.who.int].

Department of Livestock Development Ministry of Agriculture and cooperatives Bangkok, Thailand. "HPAI in Thailand" Available from. http://www.fao.org/ag/againfo/subjects/en/health/diseases-cards/cd/documents/Xraysurvey%20Thailand.pdf.

Emergency Centre for Transboundary Animal Diseases Operations (ECTAD), FAO. "Economic and Social Impacts of Avian Influenza". Available from.[www.fao.org/.../health/diseases-cards/cd/documents/ Economic-and-social-impacts-of-avian-influenza-Geneva.pd].

Ferguson NM, et al. "Strategies for containing an emerging influenza pandemic in Southeast Asia". Nature. 2005, August 5.

Mclood, A., Morgan, N., Prakash, A. and Hinrichs, J. 2005 "A Global Strategy for the Progressive Control of Highly Pathogenic Avian influenza"(HPAI) Published in May 2005 by the Food and Agriculture Organization (FAO, Rome) and the World Organization for Animal Health (Office International des Epizooties - OIE, Paris) in collaboration with the World Health Organization (WHO, Geneva).

T.M. Ellis, et al.."Vaccination of chickens against H5N1 avian influenza in the face of an outbreak interrupts virus transmission Avian Pathology" (August 2004) 33 (4), : p. 405-412.

WHO Global Influenza Programme; World Health Organization. Dept. of Communicable Disease Surveillance and Response. Responding to the avian influenza pandemic threat. Geneva : World Health Organization, 2005.

ดัชนีชี้วัดสุขภาพคนไทย

ดัชนีชี้วัดสุขภาพคนไทย

วิธีการทำงาน

1. มีคณะผู้เชี่ยวชาญหรือบุคคลจากหน่วยงานหรือองค์กรที่มีชุดตัวชี้วัดสุขภาพที่น่าเชื่อถือ ยินดีร่างเนื้อหากำหนดตัวชี้วัด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนั้น โดยแต่ละหมวดมีข้อพิจารณาประกอบการจัดทำดังนี้
- สื่อสาระสำคัญของเรื่องนั้นต่อสาธารณชน
- เนื้อหาเชื่อมโยงตัวชี้วัดที่คัดเลือกในแต่ละหมวด
- เป็นข้อมูลล่าสุดที่ได้จากแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือสูง

2. เมื่อได้ร่างเนื้อหาจากคณะทำงานแต่ละเรื่องแล้ว คณะทำงานโครงการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทยทำการสังเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อปรับเปลี่ยนรายละเอียดให้สมบูรณ์และมีความสอดคล้องของการนำเสนอข้อมูลในหมวดอื่นๆ โดยหารือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเรื่องการปรับเปลี่ยนข้อมูลหรือเนื้อหา พร้อมนำเสนอบทสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประมวลข้อมูลที่ได้จากตัวชี้วัดทุกหมวด

3. ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหาและตัวชี้วัดที่คัดเลือก

4. คณะทำงานโครงการฯ แก้ไขเนื้อหา และร่วมวางแผนกับ Graphic designer นำเสนอข้อมูลเป็นแผนภาพที่ง่ายต่อการสื่อสารต่อสาธารณชน

เกณฑ์การคัดเลือกหมวดดัชนีประจำปี

การคัดเลือกหมวดดัชนีสุขภาพประจำปีว่าจะมีจำนวนกี่หมวดประกอบด้วยเรื่องใดบ้าง เป็นการให้ความเห็นของคณะทำงานชี้ทิศทางต่อร่างหมวดตัวชี้วัดสุขภาพที่คณะทำงานคัดเลือก การคัดเลือกหมวดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทยมีดังนี้คือ
- เป็นตัวชี้วัดที่มาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และเป็นการเก็บข้อมูลระดับประเทศ/ ภาค
- ข้อมูลจากผลการวิจัย หรือผลการสำรวจความคิดเห็นจะถูกนำมาใช้ในการแสดงเรื่องราวของดัชนีหมวดนั้นให้มีความเชื่อมโยงกัน
- ตัวชี้วัดบางส่วนจะมาจากคำแนะนำ/ ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ
- เป็นข้อมูลล่าสุดที่มี

สถานการณ์ 10+10 ในรอบปี

สถานการณ์ 10+10 ในรอบปี

สถานการณ์ในรอบปี ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นลำดับ 1 ถึง 10 และสถานการณ์สำคัญๆ ที่มีเนื้อหาสั้นๆอีกประมาณ 10 เรื่อง ซึ่งเรียกงานส่วนนี้ว่า "สถานการณ์เด่น 10+10" และทุกปี จะมีการรายงาน 10 สถานการณ์เด่นของปีที่ผ่านมา มารายงานในปีปัจจุบัน เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลง ที่อาจจะกลับมาเป็นสถานการณ์เด่นได้อีก โดยใช้เกณฑ์การเลือกสถานการณ์ และเกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น ดังนี้

1. เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น

1.1 เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2548

1.2 มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง คำว่าผลกระทบหมายรวมถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย

1.3 เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน

1.4 เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน

1.5 เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

2. เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น

2.1 สำรวจความคิดเห็นจากประชาชนทั่วไป ในปีนี้ปรับเปลี่ยนวิธีการสำรวจความคิดเห็นที่จะให้ข้อมูลสั้นๆต่อสถานการณ์แต่ละเรื่อง และการเลือกให้ความสำคัญของแต่ละสถานการณ์โดยใช้หลัก Likert Scale ทำให้มีความละเอียดมากขึ้นในการจัดลำดับ เพราะแต่ละสถานการณ์จะได้น้ำหนักความคิดเห็นเป็นคะแนนละเอียดขึ้น จากแต่ก่อนจะเป็นเลือก และไม่เลือกเท่านั้น

2.2 สำรวจความคิดเห็นเพื่อจัดลำดับในรอบสุดท้ายโดยประมวลจากความคิดเห็นที่รวบรวมได้ทั้งหมด จากผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน และผู้สื่อข่าวสายสุขภาพ โดยเก็บข้อมูลจากการประชุม อย่างน้อย 2 ครั้ง

2.3 ความคิดเห็นจากคณะกรรมการชี้ทิศทางและผู้ทรงคุณวุฒิ ในการประชุม

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

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

วิธีการทำงาน

1. คณะกรรมการชี้ทิศทางประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี

2. ทีมงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงร่างของรายงาน

3. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อร่างเนื้อหารายงานในเชิงวิชาการ โดยทำงานอย่างใกล้ชิดกับทีมงานสุขภาพคนไทย

4. ทีมงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ อีกครั้ง

5. ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหารายงานและปรับแก้ไขครั้งสุดท้ายก่อนให้ graphic designer วาง artwork ก่อนเข้าโรงพิมพ์

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2549

ชื่อ	หน่วยงาน	ผู้ทบทวนรายงานฉบับสมบูรณ์
1. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข	ทบทวนทั้งเล่ม
2. นพ.วิชัย โชควิวัฒน	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	ทบทวนทั้งเล่ม
3. คุณปาริชาต ศิวะรักษ์	นักวิจัยอิสระ	ทบทวนทั้งเล่ม
		ผู้เชี่ยวชาญ
1. ทญ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์	กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	สุขภาพฟัน
2. พญ.แสงโสม สีนะวัฒน์	กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	โภชนาการ
3. คุณ ณัฐยา บุญภักดี	มูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง	สุขภาพทางเพศ
4. นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
5. คุณกัญจนา ศิษยาธิคม	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
6. นพ.ธรณินทร์ กองสุข	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี	สุขภาพจิต
7. คุณจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี	สุขภาพจิต
8. นพ.บัณฑิต ศรไพศาล	สถาบันวิจัยปัญหาสุรา	สุรา
9. คุณนาวิน โสภาภูมิ	แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ	การขาดแคลนน้ำ
10. คุณควงใจ รุ่งโรจน์เจริญกิจ	แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ	การขาดแคลนน้ำ
11. นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล	คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	อุบัติเหตุจราจรและการบาดเจ็บ
12. คุณเข็มพร วิรุฬพราพันธุ์	มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก	เด็กกับโทรทัศน์และการเรียนรู้
13. พระครรชิต คุณวโร	วัดญาณเวศวัน พุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม	สุขภาพปัญญาแนวพุทธ
14. คุณอรุณี วชิราพรทิพย์	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	สุขภาพปัญญาแนวพุทธ
15. นพ.ชูฤทธิ์ เค็งไตรสรณ์	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	สุขภาพปัญญาแนวพุทธ
16. คุณฐิติพร คหัฏฐา	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ	สารเคมีควบคุมศัตรูพืช
17. คุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ	สารเคมีควบคุมศัตรูพืช
18. ดร.ปาริชาติ วุสุทธิสมาจาร	คณะการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	สารเคมีควบคุมศัตรูพืช
19. รศ.นพ. ประเสริฐ เอื้อวรากูล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	ไข้หวัดนก
20. นพ.คำนวณ อึ้งชูศักดิ์	สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสารณสุข	ไข้หวัดนก
21. นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	ไข้หวัดนก
22. พญ.คาริกา กิ่งเนตร	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	ไข้หวัดนก
23. พญ.วรยา เหลืองอ่อน	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	ไข้หวัดนก
24. นพ.ปรีชา เปรมปรี	สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสารณสุข	ไข้หวัดนก
25. รศ.ดร.ทวีศักดิ์ ส่งเสริม	คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กำแพงแสน	ไข้หวัดนก
		ที่ปรึกษาด้านข้อมูล
26. สพ.ญ.ดร.วันทนีย์ กัลล์ประวิทธ์	ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะสัตวแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผลกระทบของไข้หวัดนกต่ออุตสาหกรรมเลี้ยงสัตว์ปีก
27. น.สพ.ดร. จิโรจ ศศิปรียจันทร์	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะสัตวแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	วัคซีนไข้หวัดนก

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง ปี 2549

ชื่อ	หน่วยงาน	ตำแหน่ง
1. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2. นพ.วิชัย โชควิวัฒน	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
3. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
4. ทพ.กฤษดา เรืองอารีย์รัชต์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
5. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล	สำนักงานพัฒนาข้อมูลระบบสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
6. นพ.ณรงค์ กษิติประดิษฐ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
7. นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ	กรรมการ
8. ผศ.อภิญญา เวชยชัย	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	กรรมการ
9. ดร.สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ	สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
10. คุณยุวดี คาดการณ์ไกล	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ	กรรมการ
11. คุณปาริชาต ศิวะรักษ์	นักวิจัยอิสระ	กรรมการ
12. คุณจีราวรรณ บุญเพิ่ม	สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
13. คุณวรัญญา เตียวกุล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ
14. อาจารย์พิภพ ธงไชย	มูลนิธิเด็ก	กรรมการ
15. ผศ.ดร.วิลาสินี พิพิธกุล	คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
16. อาจารย์สุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์	องค์กรชุมชนคลองขนมจีนอำเภอเสนา จ. พระนครศรีอยุธยา	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. รศ.ดร.วาสนา อิ่มเอม	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ขอบคุณจากใจ

กว่าจะเป็นหนังสือเล่มนี้ ทีมงานได้รับความอนุเคราะห์จากหลายท่าน ท่านแรกคือ

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนหลักของหนังสือเล่มนี้ ท่านได้ทุ่มเทเวลา สติปัญญาในการให้ข้อเสนอแนะ อ่านแก้ไข และปรับปรุงต้นฉบับ และเป็นประธานกรรมการชี้ทิศทางที่ให้ความสำคัญกับหนังสือเล่มนี้อย่างมาก

ทีมงานขอขอบคุณจากใจอีกครั้ง

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน และคุณปาริชาต ศิวะรักษ์ ที่ช่วยกรุณาอ่านแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะต้นฉบับทั้งหมด

คณะกรรมการชี้ทิศทางทุกๆท่าน ที่จัดสรรเวลาอย่างเต็มที่ให้กับหนังสือเล่มนี้มาตลอดปี

ผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละหมวดของดัชนี ผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องไข้หวัดนก ที่กรุณาร่างต้นฉบับที่มีเนื้อหาวิชาการครบถ้วนสมบูรณ์

กองบรรณาธิการฐานเศรษฐกิจ และศูนย์ข้อมูลหนังสือพิมพ์มติชน

สุดท้าย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของโครงการทั้งสามท่าน คือ คุณกุลวีณ์ ศิริรัตน์-มงคล คุณสุภรต์ จรัสสิทธิ์ และคุณหทัยรัตน์ เสียงดัง ที่ทำงานอย่างไม่รู้เหนื่อย เป็นความโชคดีของทีมงานที่ได้เจ้าหน้าที่โครงการที่มีความเข้มแข็งและทุ่มเทเช่นนี้

ขอได้รับความขอบคุณจากใจผู้จัดทำ

ฉลาดเลือก
เลือกสุขภาพ

คำเนินการโดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)