

# ICPD ปีที่ 15 ความก้าวหน้าและความท้าทาย

ของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาในประเทศไทย



# ICPD ปีที่ 15

ความก้าวหน้าและความท้าทายของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาในประเทศไทย

รายงานนี้จัดพิมพ์โดยกระทรวงสาธารณสุข ด้วยความสนับสนุนจากกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)

## ที่ปรึกษา

- น.พ.กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- นายนาจิบ แอสซีฟี ผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และรองผู้อำนวยการสำนักงานภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก

## บรรณาธิการและผู้จัดทำรายงาน

- นางปาริชาติ ศิวะรักษ์ บรรณาธิการที่ปรึกษา
- นางสาวสิริมน วิไลรัตน์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- นางสาววาสนา อิมเมม กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ
- น.พ. ทวีทรัพย์ จิระประภาศิริ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ
- นางสาวเวียนนารัตน์ ช่วงวิวัฒน์ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ

ออกแบบและภาพประกอบโดย นางสาวเวียนนารัตน์ ช่วงวิวัฒน์

พิมพ์เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2553

หนังสือนี้อาจจะนำไปอ้างอิง พิมพ์ซ้ำ หรือแปลบางส่วน หรือทั้งหมดได้โดยต้องอ้างอิงรายงานนี้ แต่ไม่อนุญาตให้พิมพ์ซ้ำเพื่อประโยชน์ทางการค้าใด ๆ โดยไม่ได้รับการยินยอมอย่างเป็นทางการจากกระทรวงสาธารณสุขก่อน

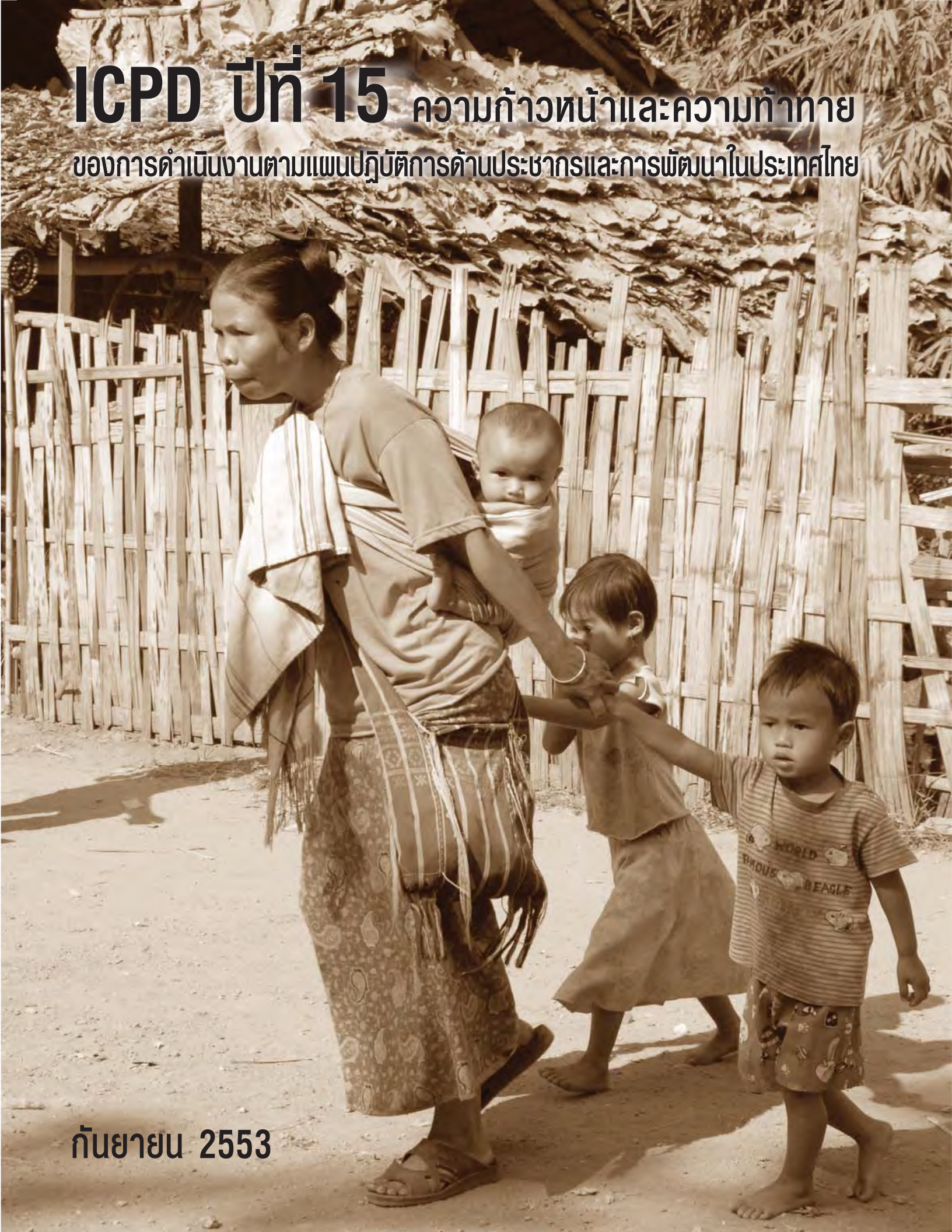
ข้อมูลสำหรับติดต่อ      สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์  
กรมอนามัย  
กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง  
จังหวัดนนทบุรี 11000 ประเทศไทย  
โทรศัพท์    (662) 590 4165, 590 4168  
โทรสาร      (662) 590 4163  
อีเมล      south@health.moph.go.th

ISBN: 978-616-11-0453-5



# ICPD ปีที่ 15

ความก้าวหน้าและความท้าทาย  
ของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาในประเทศไทย



กันยายน 2553



## คำนำ

พ.ศ. 2552 เป็นปีที่ครบรอบ 15 ปีของการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development - ICPD) และเป็นช่วง 5 ปีสุดท้ายของการทบทวนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการดังกล่าว (Programme of Action - PoA) ก่อนที่จะประเมินผลสุดท้ายในปี 2558

กระทรวงสาธารณสุขมีความยินดีที่ได้จัดทำรายงานนี้เพื่อแจ้งความก้าวหน้าและความท้าทายที่ยังคงมีอยู่ในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา (ICPD PoA) รายงานนี้ใช้ข้อมูลเบื้องต้นจากการทบทวนสถานการณ์ปัจจุบันของการดำเนินงานตามแผนดังกล่าวควบคู่กับเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals - MDGs) โดยการทบทวนเอกสารรายงานและสถิติของประเทศ และจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่เชื่อถือได้ รวมทั้งรายงานผลการประชุมเพื่อปรึกษากับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญ รายงานนี้ตั้งประสบการณ์จากการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของการประชุมประชากรและการพัฒนาและได้นำเสนอตัวอย่างการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จ บทเรียน ความท้าทาย ตลอดจนอุปสรรคต่างๆ ที่ประเทศไทยได้ประสบมา อีกทั้งแนะนำลำดับความสำคัญในการดำเนินงานเพื่อให้หลักการตาม ICPD ก้าวหน้าต่อไป

แม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายส่วนใหญ่ของ ICPD และ MDGs แต่ยังมีบางเรื่องที่ต้องการความเอาใจใส่และการทำงานร่วมกันอย่างพร้อมเพรียงเพื่อให้มั่นใจได้ว่าประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายเหล่านี้อย่างสมบูรณ์ภายในพ.ศ. 2558 และมากยิ่งขึ้นกว่านั้น ความท้าทายเหล่านี้รวมถึงการทำงานเพื่อการเข้าถึงบริการทางสังคมอย่างถ้วนหน้า การคุ้มครองทางสังคม การลดความไม่เท่าเทียม ช่องว่างและความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยง

กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ในการให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาโดยตลอด รวมทั้งช่วยเหลือในการทบทวนความก้าวหน้าในการดำเนินงานเป็นระยะ คือเมื่อครบรอบ 5 ปี (ICPD+5) ครบรอบ 10 ปี (ICPD+10) และ ครบรอบ 15 ปี (ICPD+15)



นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

## สารจากผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ

ในวาระครบรอบ 15 ปีของการประชุมครั้งประวัติศาสตร์เรื่องประชากรและการพัฒนา (ICPD) ที่กรุงไคโร เมื่อพ.ศ. 2537 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ได้ร่วมมือกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทบพทวนและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา (ICPD PoA) ในประเทศไทย กระบวนการทบทวนและประเมินผลเริ่มต้นตั้งแต่ปี 2552 จนถึงกลางปี 2553 ด้วยความร่วมมืออย่างกว้างขวางจากกระทรวงที่เกี่ยวข้องและองค์กรภาคประชาสังคม การทบทวนเน้นเรื่องความก้าวหน้า ช่องว่าง และความตั้งใจในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อบรรลุ เป้าหมายตาม ICPD PoA และ MDGs ตลอดจนข้อตกลงนานาชาติอื่น ๆ ที่ได้รับเริ่มขึ้นเพื่อการพัฒนา

รายงานนี้ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จตามตัวชี้วัดส่วนใหญ่ของ ICPD PoA และ MDGs อย่างไรก็ดี ความเหลื่อมล้ำ ยังคงมีอยู่ในบางเรื่อง โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่อาศัยอยู่ในที่ห่างไกล รวมทั้ง กลุ่มชาติพันธุ์และแรงงานย้ายถิ่น นอกจากนี้ ในฐานะที่ประเทศไทยก้าวขึ้นมาเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลาง (Middle Income Country - MIC) และกำลังเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างรวดเร็วซึ่งรวมถึงการมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งอัตราการพึ่งพิงทางประชากรเพิ่มสูงขึ้นขณะที่ประชากรวัยแรงงานลดลง ปัจจัยเหล่านี้จะมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาประเทศซึ่งต้องการความเอาใจใส่และการดำเนินงานเพื่อให้สามารถปรับตัวต่อผลที่ตามมาโดยที่ยังคงก้าวหน้าในการพัฒนาได้ต่อไป

ข้าพเจ้าขอขอบคุณกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งองค์กรภาคอื่น ๆ ที่ได้ให้ข้อมูลและมีส่วนร่วมในการพัฒนารายงานประเมินผลความก้าวหน้านี้ ขอขอบคุณคณะทำงานของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทยเป็นพิเศษในการให้ข้อมูลเนื้อหาวิชาการ ตลอดจนประสานการให้คำปรึกษาจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคม รวมทั้งภาคีอื่น ๆ เพื่อให้มั่นใจได้ว่ารายงานนี้ถูกต้องสมบูรณ์ สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณเป็นพิเศษต่อ คุณปาริชาติ ศิวะรักษ์ ที่ได้ทำงานอย่างหนักเพื่อให้รายงานเสร็จสมบูรณ์ภายในกำหนดเวลา

เราหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลที่น่าเสนอโดยรายงานฉบับนี้จะช่วยยกระดับการดำเนินงานตาม ICPD PoA ให้ดียิ่งขึ้น โดยให้ความเอาใจใส่ต่อการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ การบรรลุ ICPD PoA ได้อย่างสมบูรณ์จะมีส่วนช่วยโดยตรงต่อการบรรลุ MDGs ซึ่งมีเป้าหมายในการลดความยากจน ความหิวโหย สุขภาพไม่ดี โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) และความไม่เท่าเทียมทางเพศ ภายในพ.ศ. 2558



นายนาจิบ แอัสซิฟ

ผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย  
และรองผู้อำนวยการสำนักงานภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก



# สารบัญ

คำนำ .....	ii
สารจากผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ .....	iii
บทที่ 1 ประเทศไทยกับ ICPD .....	1
บทที่ 2 ประชากรและการพัฒนา .....	9
บทที่ 3 อนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิการเจริญพันธุ์ .....	25
บทที่ 4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและภาคีความร่วมมือ .....	43
บทที่ 5 เส้นทางสู่ปี พ.ศ. 2557 .....	47
ข้อมูลอ้างอิง .....	52
ตารางและแผนภูมิ	
ตารางที่ 1.1 ความเชื่อมโยงระหว่าง ICPD กับ MDGs .....	1
ตารางที่ 1.2 ตัวอย่างเป้าหมาย และตัวชี้วัด MDG และ MDG+ ในส่วนที่เกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็ก .....	3
ตารางที่ 2.1 ตัวชี้วัดทางประชากรที่สำคัญ .....	9
ตารางที่ 2.2 ตัวชี้วัดการพัฒนาเป็นเขตเมืองและการย้ายถิ่นในประเทศ .....	12
ตารางที่ 2.3 ตัวชี้วัดการย้ายถิ่นข้ามชาติ .....	13
ตารางที่ 2.4 ตัวชี้วัดความยากจน .....	17
ตารางที่ 2.5 ตัวชี้วัดการศึกษา .....	18
ตารางที่ 2.6 อัตราการคงอยู่ของนักเรียน พ.ศ. 2540-2551 .....	19
ตารางที่ 2.7 ตัวชี้วัดความเท่าเทียมทางเพศและการส่งบทบาทสตรี .....	21
ตารางที่ 2.8 สัดส่วนผู้หญิงในตำแหน่งผู้บริหารราชการส่วนกลาง .....	22
ตารางที่ 3.1 ตัวชี้วัดอนามัยแม่และเด็ก .....	25
ตารางที่ 3.2 การวัดสัดส่วนการตายของมารดาจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ .....	26
ตารางที่ 3.3 สัดส่วนการตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอนและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ .....	27
ตารางที่ 3.4 ตัวชี้วัดอนามัยการเจริญพันธุ์วัยรุ่น .....	30
ตารางที่ 3.5 ตัวชี้วัดการวางแผนครอบครัว .....	32
ตารางที่ 3.6 ตัวชี้วัดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (STI) และโรคมุ้มนกั่มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) .....	36
ตารางที่ 3.7 จำนวนเหยื่อจากความรุนแรงที่เป็นเด็กและสตรีที่ขอความช่วยเหลือจากศูนย์พึ่งได้ พ.ศ. 2547-2551 .....	41
ตารางที่ 5.1 ความก้าวหน้าของประเทศไทยในเรื่อง ICPD และ MDGs .....	47
ตารางที่ 5.2 ตัวชี้วัดบางตัวของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2552 .....	48
แผนภูมิที่ 3.1 อัตราการเกิดต่อสตรีพันคน พ.ศ. 2533-2551 .....	30
แผนภูมิที่ 3.2 จำนวนคดีอาชญากรรมทางเพศที่มีการรายงานแยกตามสถานะการจับกุม พ.ศ. 2540-2550 .....	40





# ประเทศไทย กับ ICPD

## 1.1 ICPD และ MDGs

ในปี พ.ศ. 2537 ผู้นำ 179 ประเทศที่ไปร่วมประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development-ICPD) ที่กรุงไคโรมีความเห็นร่วมกันว่าประชากรและการพัฒนาเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด พร้อมกับได้รับรองแผนปฏิบัติการ 20 ปีที่มุ่งหวังจะตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้หญิงในด้านการศึกษาและสุขภาพ ส่งเสริมความเท่าเทียมระหว่างหญิงชาย จัดความรุนแรงต่อผู้หญิง และส่งเสริมให้ ผู้หญิงสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง

อีกหกปีต่อมาในปี พ.ศ. 2543 ผู้นำ 189 ประเทศได้ร่วมประชุมสุดยอดสหประชาชาติ และได้ให้การรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) โดยมีเป้าหมายหลักที่จะลดความยากจนลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี พ.ศ. 2533-2558 เป้าหมาย MDGs ครอบคลุมประเด็นการพัฒนาหลายด้านรวมทั้งด้านประชากรและการพัฒนาซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการบรรลุพันธกิจที่ยิ่งใหญ่ของประชาคมโลกนี้ MDGs มีเป้าหมาย ครอบคลุมระยะเวลา

ตลอดจนตัวชี้วัดที่ชัดเจน และเป็นการรณรงค์ระดับโลกที่สำคัญที่สุดของสหประชาชาติร่วมกับผู้นำทุกประเทศในทศวรรษที่ผ่านมา

กระบวนการ ICPD และ MDGs กำหนดให้ประเทศต่างๆ รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกห้าปีเพื่อร่วมกันประเมินโอกาสในการบรรลุเป้าหมาย โดยประเทศต่างๆ และสหประชาชาติจะแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น บทเรียน ตัวอย่างความสำเร็จ ตลอดจนร่วมกันปรับแผนและยุทธศาสตร์ รวมทั้งอาจกำหนดเป้าหมายเพิ่มเติมด้วย ในการประชุมสุดยอดสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นการประชุมที่มีผู้นำประเทศเข้าร่วมมากที่สุด ได้มีการยืนยันว่าความเท่าเทียมทางเพศ การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นส่วนหนึ่งของประเด็นสำคัญที่สุดของวาระการพัฒนาของประชาคมโลก จึงได้มีการตั้งเป้าหมายเพิ่มเติม ซึ่งรวมเป้าหมายเกี่ยวกับการเข้าถึงอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2558 พร้อมกับเพิ่มตัวชี้วัด MDGs ที่เกี่ยวข้อง

ICPD และ MDGs จึงเป็นวาระและเป้าหมายการพัฒนาที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด และอาจกล่าวได้ว่าเป้าประสงค์ ICPD เป็นองค์ประกอบสำคัญของ MDGs

ตารางที่ 1.1 ความเชื่อมโยงระหว่าง ICPD กับ MDGs

แผนปฏิบัติการ ICPD	เป้าหมาย MDGs
บทที่ 3 วัตถุประสงค์ที่ 3.16 ....ดำเนินนโยบายและแผนงานประชากรและการพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากร โดยมีเป้าหมายที่จะลดความยากจน และรักษาการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในระดับที่สอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืน...	เป้าหมายที่ 1 ขจัดความยากจนและความหิวโหย เป้าหมายย่อย 1.A ลดสัดส่วนประชากรที่มีรายได้น้อยกว่า 1 เหรียญสหรัฐต่อวันลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี พ.ศ. 2533-2558 เป้าหมายย่อย 1.B ให้กำลังแรงงานทั้งหมดรวมผู้หญิงและเยาวชนได้ทำงานที่มีคุณค่า เป้าหมายย่อย 1.C ลดสัดส่วนประชากรที่หิวโหยลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี พ.ศ. 2533-2558
บทที่ 11 ปฏิบัติการที่ 11.6 ....ประเทศต่างๆ ควรผลักดันให้เด็กหญิงและชายทุกคนจบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่า โดยเร็วที่สุด อย่างช้าที่สุดคือก่อนปี พ.ศ. 2558...	เป้าหมายที่ 2 ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา เป้าหมายย่อย 2.A ให้เด็กทุกคนทั้งหญิงและชายสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาภายในปี พ.ศ. 2558
หลักการที่ 4 ส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศและบทบาทสตรี และขจัดความรุนแรงต่อสตรีทุกรูปแบบ พร้อมกับสนับสนุนให้แผนงานด้านประชากรและการพัฒนาต่างๆ เคารพหลักการสำคัญที่ว่าผู้หญิงต้องสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง	เป้าหมายที่ 3 ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและส่งเสริมบทบาทสตรี เป้าหมายย่อย 3.A ขจัดความไม่เท่าเทียมทางเพศในการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาภายในปี พ.ศ. 2548 และในทุกระดับการศึกษาภายในปี พ.ศ. 2558

แผนปฏิบัติการ ICPD	เป้าหมาย MDGs
<p><b>บทที่ 8 ปฏิบัติการที่ 8.16</b> ทุกประเทศควรตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการตายของทารกให้ต่ำกว่า 35 ต่อการเกิดมีชีพพันคน และอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีให้ต่ำกว่า 45 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ภายในปี พ.ศ. 2558</p>	<p><b>เป้าหมายที่ 4</b> ลดอัตราการตายของเด็ก  <b>เป้าหมายย่อย 4.A</b> ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลงสองในสามในช่วงปี พ.ศ. 2533-2558</p>
<p><b>บทที่ 8 ปฏิบัติการที่ 8.21</b> ประเทศต่างๆ ควรพยายามลดอัตราการตายของมารดาภายในปี พ.ศ. 2558 โดยในช่วงปี พ.ศ. 2533 ถึง 2543 ให้ลดลงครึ่งหนึ่ง และลดลงอีกครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2015</p>	<p><b>เป้าหมายที่ 5</b> พัฒนาสุขภาพมารดา  <b>เป้าหมายย่อย 5.A</b> ลดสัดส่วนการตายของมารดาลงสามในสี่ในช่วงปี พ.ศ. 2533-2558  <b>เป้าหมายย่อย 5.B</b> ให้ทุกคนเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2558</p>
<p>รายงาน ICPD+5 ...ให้ประชากรอายุ 15-24 ปีร้อยละ 90 เข้าถึงข้อมูลการศึกษา การสื่อสาร และการบริการเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตที่จะช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวีภายในปี พ.ศ. 2548 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95 ภายในปี พ.ศ. 2553 รวมทั้งลดอัตราความชุกของการติดเชื้อทั่วโลกภายในปี พ.ศ. 2568 โดยลดลงร้อยละ 25 ในกลุ่มประเทศที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์มากที่สุด (วอร์ด 70)</p>	<p><b>เป้าหมายที่ 6</b> ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ  <b>เป้าหมายย่อย 6.A</b> ชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2558  <b>เป้าหมายย่อย 6.B</b> ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการดูแลรักษาอย่างถ้วนหน้าถึงภายในปี พ.ศ. 2553  <b>เป้าหมายย่อย 6.C</b> ป้องกันและลดการเกิดโรคมาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2558</p>
<p><b>บทที่ 3 ปฏิบัติการที่ 3.5</b> ...บูรณาการประเด็นด้านประชากรในการกำหนด ดำเนินการ ติดตามและประเมินผลนโยบายและแผนงานเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน</p>	<p><b>เป้าหมายที่ 7</b> รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน  <b>เป้าหมายย่อย 7.A</b> กำหนดนโยบายและแผนพัฒนาประเทศให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืนและลดการสูญเสียทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม  <b>เป้าหมายย่อย 7.B</b> ลดอัตราการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพภายในปี พ.ศ. 2553  <b>เป้าหมายย่อย 7.C</b> ลดสัดส่วนประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงน้ำดื่มสะอาดและสุขอนามัยขั้นพื้นฐานครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ.2558  <b>เป้าหมายย่อย 7.D</b> ยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรในชุมชนแออัด 100 ล้านคนทั่วโลกภายในปี พ.ศ. 2563</p>
<p><b>บทที่ 15 วัตถุประสงค์ที่ 15.15a</b> ...เสริมสร้างภาคีการพัฒนา ระหว่างรัฐบาล องค์กรระหว่างประเทศ และภาคเอกชนเพื่อแสวงหาความร่วมมือรูปแบบใหม่ๆ</p>	<p><b>เป้าหมายที่ 8</b> ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก  <b>เป้าหมาย 8.A</b> พัฒนาระบบการค้าและการเงินแบบเปิดที่ทุกฝ่ายเคารพกฎและกติกาข้อตกลง มีความแน่นอนและไม่เลือกปฏิบัติ  <b>เป้าหมาย 8.B</b> ให้ความสำคัญกับประเทศพัฒนาแล้ว  <b>เป้าหมาย 8.C</b> ให้ความสำคัญกับประเทศที่ไม่มีพรมแดนติดทะเลและประเทศหมู่เกาะขนาดเล็กที่กำลังพัฒนา  <b>เป้าหมาย 8.D</b> จัดการปัญหาหนี้ของประเทศกำลังพัฒนาด้วยมาตรการภายในและระหว่างประเทศเพื่อบรรเทาและแก้ไขปัญหาในระยะยาว  <b>เป้าหมาย 8.E</b> ร่วมมือกับบรรษัทฯดำเนินการให้ประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นในราคาถูกลง  <b>เป้าหมาย 8.F</b> ร่วมมือกับภาคเอกชนเพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีใหม่ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีสื่อสารและสารสนเทศ</p>

## 1.2 ประเทศไทยและความท้าทายของ ICPD และ MDGs

หลังการประชุม ICPD ในปี พ.ศ. 2537 ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งระบุว่า “คนไทยทุกคน ชายและหญิงทุกกลุ่มอายุ จะต้องมียุทธศาสตร์การเจริญพันธุ์ที่สอดคล้องชีวิต” รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 และฉบับปี พ.ศ. 2550 ก็บัญญัติไว้ว่าบุคคลเท่าเทียมกันและต้องได้รับการคุ้มครองอย่างเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมาย ซึ่งหมายความว่าชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน รวมถึงเรื่องสิทธิต่างๆ เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย

ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2542 รัฐบาลไทยได้นำเสนอรายงานความก้าวหน้า ICPD ในวาระการครบรอบห้าปีของการประชุม ICPD

ในปี พ.ศ. 2547 ประเทศไทยจัดทำรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษฉบับแรก พร้อมกับจัดทำรายงาน ICPD+10 รายงานทั้งสองฉบับวิเคราะห์ว่าประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาส่วนใหญ่แล้ว แต่ยังมีความเหลื่อมล้ำในกลุ่มประชากรบางกลุ่มและในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ในบางมิติ การพัฒนาบรรลุเป้าหมายเชิงปริมาณ แต่ยังมีปัญหาในเชิงคุณภาพ รายงาน ICPD+10 ระบุยุทธศาสตร์สำคัญที่จะ

ขับเคลื่อนการพัฒนาให้ก้าวไกลเกินกว่าที่กำหนดให้เป็นเป้าหมาย ICPD และ MDGs ดังนี้

- ลดความยากจน และเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมในจังหวัดที่ยังล้าหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
- กำหนดนโยบายแผนงานเพื่อขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนและเยาวชน และเพิ่มบทบาทและศักยภาพของสตรี
- ให้ข้อมูล คำปรึกษา และบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นและเยาวชนอย่างกว้างขวาง
- ให้ผู้ชายมีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง
- รักษาระดับความเข้มข้นของการป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี
- พัฒนาข้อมูลประชากร สังคม และมติหญิง-ชายเพื่อเพิ่มความรู้พื้นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์

ประเทศไทยตอบรับความท้าทายของ MDGs โดยนำเสนอแนวคิดเรื่อง MDG Plus (MDG+) เป้าหมาย MDG+ บางประเด็นเป็นความพยายามที่จะบรรลุเป้าหมาย MDG ก่อนกำหนด เป้าหมายและตัวชี้วัด MDG+ บางเรื่องเป็นความพยายามที่จะขยายความก้าวหน้าของ MDG ให้กว้างขวางหรือลุ่มลึกมากขึ้นหรือเป็นการตั้งเป้าที่พื้นที่หรือกลุ่มประชากรที่ล้าหลังกว่าส่วนอื่นของประเทศ

ตารางที่ 1.2 ตัวอย่างเป้าหมายและตัวชี้วัด MDG และ MDG+ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอนามัยแม่และเด็ก

เป้าหมาย MDG	เป้าหมาย MDG+	ตัวชี้วัด MDG+
เป้าหมายย่อย 4.A ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลงสองในสามในช่วงปี พ.ศ. 2533-2558	ลดอัตราการตายของทารกเหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีพพันคนภายในปี พ.ศ. 2549  ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ลงครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2548-2558	อัตราการตายของทารกในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้  อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
เป้าหมายย่อย 5.A ลดสัดส่วนการตายของมารดาลงสามในสี่ในช่วงปี พ.ศ. 2533-2558	ลดสัดส่วนการตายของมารดาในพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ลงครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2548-2558	สัดส่วนการตายของมารดาในพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
เป้าหมายย่อย 5.B ให้ทุกคนเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2558	เป้าหมายนี้ถูกกำหนดในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยไม่ได้ตั้งเป้าหมาย MDG+ ในเรื่องนี้	ประเทศไทยไม่ได้กำหนดตัวชี้วัด MDG+ ในเรื่องนี้



รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ปี พ.ศ. 2547 นับเป็นรายงาน MDGs ของประเทศเล่มแรกที่น่าเสนอ สถานการณ์ ความสำเร็จ และความท้าทายต่างๆ ในการบรรลุ เป้าหมาย MDGs นอกจากรายงานฉบับนี้แล้ว ประเทศไทยยัง ได้จัดทำรายงานอื่นๆ และมีกระดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ MDGs โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความตระหนักและกระตุ้นให้เกิดการผลักดันให้บรรลุเป้าหมาย MDGs อาทิ

- ทุกสองปี ประเทศไทยจะรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ตามที่ประเทศสมาชิกสหประชาชาติได้รับรอง Declaration of Commitment on HIV/AIDS เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 ประเทศไทยนำเสนอรายงานประเทศต่อสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษเรื่องโรคเอดส์ ครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2553
- รายงาน “สิทธิของสตรีกับเสียงทางการเมืองในประเทศไทย” จัดทำโดยมูลนิธิผู้หญิงเพื่อการพัฒนาประชาธิปไตยและสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ในปี พ.ศ. 2549 นำเสนอเรื่องบทบาทของสตรีซึ่งเป็นมิติ การพัฒนาที่ประเทศไทยยังล้าหลังประเทศอื่นๆ

- โครงการนำร่อง MDG ระดับจังหวัดมีวัตถุประสงค์เพื่อนำ MDG ไปเสริมกระบวนการวางแผนและติดตามผลการพัฒนาของจังหวัด โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ
- กระทรวงสาธารณสุขได้จัดพิมพ์เอกสารและคู่มือหลาย ฉบับเกี่ยวกับเป้าหมาย ตัวชี้วัดและข้อมูล MDG ด้านสุขภาพ
- สำนักงานสถิติแห่งชาติได้นำตัวชี้วัด MDG เพิ่มเติมในชุด ตัวชี้วัดการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Information) ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อให้สำนักงานสถิติจังหวัดใช้ จัดเก็บและรวบรวมข้อมูลสำคัญของจังหวัด

ปัจจุบัน ประเทศไทยกำลังจัดทำรายงานผลการพัฒนาตามเป้าหมายแห่งสหัสวรรษฉบับที่ 2 ซึ่งจะนำเสนอในเดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2553 รายงานจะเสนอความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมาย ที่ดำเนินการไม่สำเร็จ เป้าหมายเดิมที่ยืนยันจะดำเนินการต่อไป เป้าหมายใหม่เพิ่มเติม ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานใน ระยะเวลาต่อไป





และ 70 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศตามลำดับ ปัญหายืดเยื้อทางการเมืองทำให้บ้านเมืองขาดเสถียรภาพและวิกฤตการเงินโลกเป็นข้อจำกัดสำคัญที่ทำให้เศรษฐกิจขยายตัวลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2.6 ในปี พ.ศ. 2551 และคาดการณ์ว่าอัตราการเติบโตเป็นลบในปี พ.ศ. 2552<sup>3</sup> อย่างไรก็ตาม แม้การเมืองไทยจะขาดเสถียรภาพและมีการเปลี่ยนรัฐบาลบ่อยครั้งในระยะเวลาที่ผ่านมา เศรษฐกิจไทยก็สามารถขยายตัวในปี พ.ศ. 2553 เพราะได้แรงหนุนจากการบริโภคในประเทศซึ่งช่วยลดผลกระทบจากการส่งออกที่มีอัตราการขยายตัวลดลงอันเนื่องมาจากภาวะเศรษฐกิจโลกถดถอย<sup>4</sup>

ความท้าทายที่สำคัญยิ่งของ MDGs และ ICPD คือ “กระบวนการ” ซึ่งจะต้องเป็นกระบวนการแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และเป็นกระบวนการเชิงบูรณาการที่ครอบคลุมไม่เฉพาะในช่วงการจัดทำรายงาน แต่รวมการดำเนินงานของแผนงานโครงการต่างๆ อย่างครบวงจร ประสบการณ์ความสำเร็จของ MDGs และ ICPD ส่วนใหญ่คืองานที่บูรณาการกับแผนพัฒนาระดับชาติซึ่งภาคส่วนต่างๆ มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ที่มีประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ วางแผน กำหนดเป้าหมาย และติดตามประเมินผลการพัฒนาอย่างแท้จริง

### 1.3 บริบทการพัฒนาของประเทศ

ในปี พ.ศ. 2537 ซึ่งเป็นจุดเริ่มของ ICPD ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียที่มีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูงสุดในช่วงปี พ.ศ. 2533-2537 ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเพิ่มระหว่างร้อยละ 8-11 ต่อปี จากนั้นมาประเทศไทยต้องประสบรสุมทางเศรษฐกิจและการเมืองอย่างต่อเนื่อง ครั้งแรกคือวิกฤตเศรษฐกิจซึ่งเริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2540 ซึ่งนำไปสู่การลดค่าเงินบาทและทำให้อัตราการเจริญเติบโตในปี พ.ศ. 2541 ลดลงเป็นติดลบร้อยละ -10.5 คริวเรือนประมาณร้อยละ 40 มีรายได้ลดร้อยละ 25 ถึง 50<sup>1</sup> สัดส่วนประชากรยากจนเพิ่มจากร้อยละ 14.8 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 17.5 ในปี พ.ศ. 2541 และร้อยละ 21.0 ในปี พ.ศ. 2543<sup>2</sup>

เศรษฐกิจฟื้นตัวในช่วงปี พ.ศ. 2545-2550 เมื่อเศรษฐกิจเติบโตอย่างน้อยร้อยละ 5 ต่อปี แต่ก็เป็นการฟื้นตัวเพียงระยะสั้นๆ และมีต้นทุนไม่น้อย เพราะเศรษฐกิจไทยผูกพันและพึ่งพิงเศรษฐกิจโลกมากขึ้น สินค้านำเข้าและส่งออกคิดเป็นประมาณร้อยละ 40

ประเทศไทยยังต้องรับผลกระทบจากภัยคุกคามระดับโลกและระดับภูมิภาค อาทิ โรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS) และไข้หวัดนกทำให้เกิดความตระหนักในไทยและหลายประเทศในเอเชียในช่วงปี พ.ศ. 2546-2549 ตามมาด้วยไข้หวัด H1N1 ในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งประมาณการว่ามีคนไทยติดเชื้อ 3 ล้านคน นอกจากนั้นประเทศไทยต้องเผชิญกับภัยพิบัติทางธรรมชาติที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน ได้แก่ คลื่นยักษ์สึนามิ ในปี พ.ศ. 2547 ส่วนภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นเป็นประจำ เช่น ภัยแล้งและอุทกภัยก็ทวีความรุนแรงขึ้น ในปี พ.ศ. 2550 ประชากร 2.3 ล้านคนต้องรับผลกระทบจากอุทกภัยในขณะที่ 12.8 ล้านคนรับผลกระทบจากภัยแล้ง<sup>5</sup>

ราคาน้ำมันและสินค้าโภคภัณฑ์ที่พุ่งสูงขึ้นมากในช่วงปลายทศวรรษ 2000 สร้างความเดือนร้อนให้ครัวเรือนทั้งในเมืองและชนบท ความไร้เสถียรภาพของราคาสินค้าทางการเกษตรในหลายปีที่ผ่านมาทำให้เกษตรกรกดดันเรียกร้องให้รัฐบาลกำหนดนโยบายและมาตรการอุดหนุนระยะยาว รวมทั้งให้คินยากจนสามารถเข้าถึงที่ดินทำกินทางการเกษตรได้มากขึ้น ความท้าทายที่สำคัญอีกประการหนึ่งได้แก่จำนวนเกษตรกรที่ลดลงและความเสี่ยงที่จะขาดแคลนแรงงานภาคการเกษตรในอนาคตอันใกล้ ทั้งหมดนี้นำไปสู่การอภิปรายถกเถียงถึงเรื่องความมั่นคงทางอาหารอย่างจริงจังเป็นครั้งแรกในหลายทศวรรษในประเทศที่มีชื่อเสียงว่าเป็นประเทศผู้ส่งออกอาหารลำดับต้นๆ ของโลกแห่งนี้

ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2547 ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีผลให้เกิดการสูญเสียชีวิตจำนวนมากและส่งผลกระทบต่อ

ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างรุนแรง ตลอดจนเป็นปัญหาอุปสรรคต่อความพยายามที่จะยกระดับคุณภาพบริการทางสังคมในพื้นที่ที่มีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม

นอกจากนั้น ความไม่สงบทางการเมืองซึ่งเริ่มคุกรุ่นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ได้ขยายตัวขึ้นในปี พ.ศ. 2552 และ 2553 และแสดงให้เห็นจุดยืนทางการเมืองที่แตกต่างกันของคนกลุ่มต่างๆ เพื่อแก้ไขสถานการณ์เหล่านี้ รัฐบาลได้ริเริ่มแผนการปฏิรูปประเทศซึ่งมีจุดมุ่งหมายสำคัญประการหนึ่งคือการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างคนจนและคนรวย กระบวนการยกร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ก็ได้ให้ความสำคัญกับการผนวกสาระสำคัญของวาระการปฏิรูปดังกล่าวเข้าไปในแผนพัฒนาฯ ด้วย พันธกิจสำคัญของกระบวนการปฏิรูปประเทศไทยคือการสร้างพลังการขับเคลื่อนการปฏิรูปให้เกิดขึ้นในสังคม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และสร้างพลังอำนาจให้เครือข่ายทางสังคมต่างๆ เพื่อให้เข้าร่วมเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูป ตัวอย่างเช่น คณะกรรมการเกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจะระดมชุมชนให้ร่วมในกระบวนการปฏิรูป ในขณะที่มหาวิทยาลัยต่างๆ จะมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการที่ทำงานด้านอุดมศึกษา และคณะกรรมการด้านการสื่อสารจะแสวงหาความร่วมมือจากสื่อมวลชนเพื่อส่งเสริมความตระหนักและการมีส่วนร่วมจากสาธารณชน<sup>6</sup>

โดยสรุป สิบห้าปีที่ผ่านมาเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาก่อน ICPD ซึ่งประเทศไทยมีความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องอันเป็นอานิสงฆ์จากแรงงานราคาถูก ความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติ การลงทุนจากต่างประเทศ และตลาดโลก ซึ่งยังมีการแข่งขันไม่รุนแรงมากนัก สาเหตุหนึ่งที่ประเทศไทยมีการเจริญเติบโตในอัตราสูงจนถึงปัจจุบันคือประโยชน์ที่เกิดจากการปันส่วนทางประชากรซึ่งเป็นระยะเวลาที่สังคมไทยมีประชากรวัยทำงานในสัดส่วนสูง ช่วงเวลานี้กำลังจะหมดไปหลังจากสัดส่วนประชากรวัยทำงานสูงสุดที่ร้อยละ 67 ในปี พ.ศ. 2552 และจะเริ่มลดลงเหลือร้อยละ 62 ในปี พ.ศ. 2568<sup>7</sup> นอกจากนี้ สัดส่วนเด็กและเยาวชนที่กำลังลดลง พร้อมกับสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้บ่งชี้ว่าสังคมไทยกำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมสูงอายุ

ในแง่บวก บทเรียนจากการพัฒนาในทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งรวมการที่ประเทศไทยเปิดกว้างต่อความเสี่ยงต่างๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตกระตุ้นให้ผู้กำหนดนโยบายและสาธารณชนสนใจเรื่องความมั่นคงของมนุษย์และประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับความอยู่ดีมีสุขมากขึ้น และมีพัฒนาการสำคัญเกิดขึ้นหลายประการที่สำคัญที่สุดคือรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 และฉบับต่อมา

ปี พ.ศ. 2550 ซึ่งรับรองศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ หลักการความเท่าเทียมทางเพศ และสิทธิในการศึกษาและสุขภาพอย่างชัดเจน

การปรับเปลี่ยนมโนทัศน์เกี่ยวกับการพัฒนาปรากฏชัดเจนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ซึ่งสนับสนุนแนวทางการพัฒนาแบบ “คนเป็นศูนย์กลาง” แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ซึ่งจัดทำตามแนวพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” และแสดงวิสัยทัศน์ไว้ว่า “คนไทยใน 20 ปีข้างหน้ามีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีอัตราการขยายตัว โครงสร้าง และการกระจายตัวของประชากรที่เหมาะสม และประชากรมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี” และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ได้ใช้ประชากรเป็นประเด็นสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์จะเตรียมประเทศไทยให้พร้อมต่อการรับมือกับสังคมสูงอายุ

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และ 2550 เป็นรากฐานการพัฒนาทางกฎหมายที่สำคัญ อาทิ

- พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
- พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550
- พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551
- พระราชบัญญัติโอนมัยการเจริญพันธุ์ (กำลังยกร่าง)

ในด้านสาธารณสุขก็มีพัฒนาการที่สำคัญมาก ประเทศไทยมีชื่อเสียงและประสบความสำเร็จในด้านการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพโดยการขยายบริการสาธารณสุขมูลฐาน ปัจจุบันระบบสุขภาพมีเครือข่ายทั่วประเทศ ประกอบด้วยบุคลากรวิชาชีพที่มีคุณภาพ โรงพยาบาลจังหวัดและอำเภอ สถานอนามัยระดับชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวนเกือบ 1 ล้านคน นอกจากนี้ในทศวรรษที่ผ่านมายังมีความริเริ่มและลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป็นมาตรการสำคัญในการต่อสู้กับโรคไม่ติดต่อซึ่งได้กลายเป็นภัยคุกคามสุขภาพอันดับหนึ่งของคนไทย

จุดเปลี่ยนที่สำคัญมากคือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเริ่มในบางจังหวัดเมื่อปลายปี พ.ศ. 2544 และขยายครอบคลุมทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2545 โดยมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รองรับ ปัจจุบันโครงการนี้เป็นเสาหลักของระบบประกันสุขภาพของคนไทย





เพิ่มเติมจากระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ประชากรที่มีประกันสุขภาพรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งจึงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.5 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 71.0 ในปี พ.ศ. 2544 และร้อยละ 96.3 ในปี พ.ศ. 2550<sup>8</sup> ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะได้รับการรักษาพยาบาลทั้งในกรณีคนไข้นอกและคนไข้ในโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สิทธิดังกล่าวครอบคลุมยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย

ระบบประกันสังคมก็มีความก้าวหน้าที่ดินบ่งตั้งแต่เริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ. 2533 ปัจจุบันครอบคลุมแรงงานในระบบจำนวน 8.8 ล้านคน นอกจากสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน ได้แก่ เจ็บป่วยและบาดเจ็บ ทูพลาภาพ เสียชีวิต และคลอดบุตรแล้ว ได้ขยายเพิ่มเติมเรื่องการสงเคราะห์บุตรและบำเหน็จบำนาญชราภาพในปี พ.ศ. 2545 และกรณีว่างงานในปี พ.ศ. 2547 เพื่อเตรียมรับมือประชากรสูงอายุที่เพิ่มจำนวนขึ้น ปัจจุบันรัฐบาลกำลังพัฒนาระบบการออมเพื่อการชราภาพให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบ 25 ล้านคนด้วย

ความก้าวหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งมีจุดเด่นที่กระบวนการร่างที่ประชาชนจำนวนมากมีส่วนร่วม และแนวทางของ พ.ร.บ. ที่ตั้งอยู่บนหลักการที่เน้นเรื่องสิทธิ สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ก็มีบทบาทที่โดดเด่นในกฎหมายฉบับนี้ด้วยเช่นกัน

โดยสรุป ตั้งแต่ ICPD ในปี พ.ศ. 2537 มีการเปลี่ยนแปลงบริบทการพัฒนาในระดับโลก ภูมิภาค และประเทศหลายด้านหลายทิศทาง ความไร้เสถียรภาพของเศรษฐกิจโลกส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประชาชนในสังคมที่เปิดกว้างเช่นสังคมไทยซึ่งเริ่มประสบความยากลำบากในการรักษาระดับความก้าวหน้าและการขับเคลื่อนให้พัฒนายิ่งขึ้นเพื่อตอบสนองความท้าทายของ MDGs และ ICPD อย่างไรก็ตาม รัฐบาลและประชาชนชาวไทยก็มีความตระหนักถึงความเสี่ยง มีความห่วงใย และเตรียมตัวรับมือกับอนาคตได้ดีขึ้นด้วย มีการวางรากฐานด้านโครงสร้างกลไกและสถาบันเพื่อสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาคนและสังคม และรัฐบาลได้ลงทุนจำนวนมากเพื่อขยายและยกระดับคุณภาพบริการทางสุขภาพและสังคม



# ประชากรและการพัฒนา

## 2.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร

ในสามทศวรรษที่ผ่านมา แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยที่สำคัญสามด้านคือ ประชากรสูงอายุ การพัฒนาเป็นเขตเมืองและการย้ายถิ่น และการเคลื่อนย้ายแรงงานและประชากรข้ามชาติ

### 2.1.1 ประชากรสูงอายุ

สังคมไทยกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีนัยสำคัญทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมากในระยะยาว

#### ความก้าวหน้า/ปัญหา

ในช่วงระยะเวลา 25 ปีหลังของศตวรรษที่ 20 ประชากรสูงอายุในประเทศไทยขยายตัวร้อยละ 3.7 ต่อปี ซึ่งเป็น

อัตราสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในปี พ.ศ. 2543 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุร้อยละ 9.6 ซึ่งนับว่ามากที่สุดใเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สัดส่วนนี้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ. 2553 และประมาณการว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.1 ในปี พ.ศ. 2568 และร้อยละ 26.4 ในปี พ.ศ.2593.<sup>9</sup> อัตราเพิ่มของประชากรสูงอายุนี้นับว่าเร็วกว่าที่เคยเกิดขึ้นในประเทศตะวันตกหลายเท่า

อัตราเพิ่มที่สูงมากนี้เกิดจากการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราเจริญพันธุ์รวมจากที่เคยสูงกว่า 6 คนต่อสตรีหนึ่งคนในทศวรรษ 1960 จนต่ำกว่าอัตรการทดแทนในต้นทศวรรษ 1990 พร้อมกันนี้ยุคาคดเฉลี่ยแรกเกิดของทั้งหญิงและชายก็เพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2550 สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี ภายในปี พ.ศ. 2573 ประชากรสูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นครั้งแรก เป็นผลให้สัดส่วนการเกื้อหนุนทางประชากร (สัดส่วนประชากร อายุ 15-59 ปีต่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป)

ตารางที่ 2.1 ตัวชี้วัดทางประชากรที่สำคัญ

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2548	2553
1 จำนวนประชากร (ล้านคน)	56.67	60.14	62.34	65.90	68.13
2 อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรหญิง (ปี)	73.0	73.1	72.8	72.0	72.8
3 อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรชาย (ปี)	64.6	63.6	64.0	65.7	67.8
4 อัตราเจริญพันธุ์รวม	2.05	1.86	1.81	1.81	1.85
5 อัตราการเติบโตทางประชากร (%)	1.19	0.72	1.12	0.65	0.52
6 ประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี (%)	30.0	27.3	25.1	22.9	21.5
7 ประชากรอายุ 60 ปีและสูงกว่า (%)	7.4	8.5	9.6	10.2	11.5
8 ประชากรพิการ (%)	1.8 (2534)	1.7 (2539)	1.7 (2545)	n.a.	2.8 (2550)

#### แหล่งข้อมูล

- 1-7 United Nations Population Division, World Population Prospects: The 2008 Revision.  
หมายเหตุ: มีข้อมูลจำนวนประชากรหลายแหล่ง ในจำนวนนี้ได้แก่ 1) จำนวนประชากรจากทะเบียนบ้าน เป็นข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 2) ประมาณการจำนวนประชากรซึ่งแต่ละหน่วยงานจัดทำขึ้น ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และกระทรวงศึกษาธิการ
- 8 สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2534, 2539; สสำรวจความพิการ 2545, 2550.  
หมายเหตุ: ข้อมูลจากสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 รวมประชากรที่พิการและทุพพลภาพ (เจ็บป่วยต่อเนื่องนานกว่าหกเดือน).



ลดลงจากที่เคยสูงกว่า 6.8 ในปี พ.ศ. 2543 เหลือต่ำกว่า 3 ในปี พ.ศ. 2568 และเนื่องจากปัจจุบันประชากรอายุยืนยาวขึ้น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนผู้มีอายุสูงมากเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน คาดว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีและสูงกว่า) จะเพิ่มขึ้นเกือบ 6 เท่า ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2593 (ร้อยละ 0.9 และร้อยละ 5.3) และจะมีสัดส่วนหญิงและชายแตกต่างกันมากด้วย เพราะผู้หญิงอายุยืนกว่าผู้ชายและมีจำนวนมากกว่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย<sup>10</sup>

แนวโน้มประชากรสูงอายุมีความเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรหลายด้าน คนหนุ่มสาวจะอพยพโยกย้ายจากเขตชนบทเข้าสู่เมือง แรงงานอพยพเหล่านี้มักจะทิ้งลูกเล็กๆ ให้อยู่อาศัยในชนบทดูแล ทำให้มีเด็กและผู้สูงอายุกระจุกตัวในเขตชนบทมาก รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุก็ต้องเปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยปฏิบัติมาในอดีตและปัจจุบัน



### กลไกเชิงสถาบันเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ

หลังจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุที่กรุงเวียนนา ในปี พ.ศ. 2525 ประเทศไทยก็ได้จัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ และจัดทำแผนปฏิบัติการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (2529-2544) ซึ่งต่อมาปรับปรุงเป็น กรอบนโยบายและมาตรการหลักของแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (2535-2554)

หลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 กลไกเชิงสถาบันนี้มีความเข้มแข็งขึ้นเมื่อปรับเป็นคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติในปี พ.ศ. 2542 โดยมีภารกิจในการให้คำแนะนำเชิงนโยบายให้แก่สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ในสังกัดสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุซึ่งจัดตั้งขึ้นใหม่ภายใต้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

คณะกรรมการฯ ได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545-2564) ที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ และความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการวิจัยและพัฒนาเพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายและแผนงานสำคัญ พัฒนาการเหล่านี้นำไปสู่การประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 ซึ่งกำหนดกรอบนโยบายด้านสวัสดิการ การคุ้มครอง และการเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ

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

อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการปัญหาสุขภาพหลายด้านในกลุ่มผู้สูงอายุย่อมสูงกว่าประชากรทั่วไป ซึ่งจะทำให้เกิดแรงกดดันเพิ่มขึ้นอย่างมากต่อโครงสร้างพื้นฐานและบริการสุขภาพ โดยสรุปการเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมไทยโดยรวม

ปัจจุบัน วัฒนธรรมประเพณีและความผูกพันในครอบครัวยังมีความสำคัญในสังคมไทย ลูกหลานยังยึดถือปฏิบัติว่ามีหน้าที่ดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุ เมื่อครอบครัวมีขนาดเล็กลง มีการอพยพโยกย้ายถิ่นฐาน ประชากรมีวิถีชีวิตทันสมัยมากขึ้น ก็จะทำให้ครัวเรือนจำนวนไม่น้อยจะมีปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องดูแลตัวเอง มากกว่าหนึ่งในสามต้องทำงานเพื่อหารายได้ แต่ก็ยังต้องพึ่งพาอาศัยสมาชิกครอบครัวที่มีอายุน้อยกว่า สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน 3 ใน 4 ของรายได้มาจากลูกหลาน<sup>11</sup>

### นโยบายและมาตรการสำคัญ

ประเทศไทยเริ่มพัฒนานโยบายและมาตรการเกี่ยวกับสังคมสูงอายุช้ากว่าประเทศอื่นๆ แต่ก็มีมีการปรับตัวอย่างรวดเร็วในทศวรรษที่ผ่านมา หน่วยงานภาครัฐและองค์กรอื่นๆ จำนวนมากให้ความสนใจอย่างมากต่อประเด็นนี้ ตัวอย่างเช่น กรอบความร่วมมือขององค์การสหประชาชาติในประเทศไทย (United Nations Partnership Framework พ.ศ. 2550-2554) ซึ่งเป็นแผนพัฒนาห้าปีระหว่างหน่วยงานในสังกัดองค์การสหประชาชาติในประเทศไทยกับรัฐบาลไทยได้กำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นหนึ่งใน “กลุ่มด้อยโอกาส”

## นโยบายและมาตรการสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันมาตรการสำคัญที่สุดคือเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในปีพ.ศ. 2536 รัฐบาลได้ริเริ่มให้เบี้ยยังชีพเดือนละ 200 บาทสำหรับผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่ในภาวะยากลำบาก ต่อมารัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 บัญญัติว่าผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐ และรัฐต้องให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและกลุ่มด้อยโอกาส ในระยะต่อมาเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นเป็นเดือนละ 500 บาท ในปี พ.ศ. 2549 มีผู้สูงอายุประมาณ 1 ล้านคนได้รับเบี้ยยังชีพนี้เมื่อเดือน เมษายน พ.ศ. 2552 ในช่วงที่ประเทศไทยประสบวิกฤตเศรษฐกิจ รัฐบาลได้ขยายสิทธินี้ให้ผู้สูงอายุทุกคนที่ไม่ได้รับบำนาญจากรัฐ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 มีผู้สูงอายุลงทะเบียนรับสิทธินี้จำนวน 5,958,767 คนหรือประมาณร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และจะมีการจดทะเบียนอีกรอบในปีงบประมาณ 2553 เพื่อให้ครอบคลุมผู้สูงอายุทั้งหมด

มาตรการอุดหนุนผู้สูงอายุอื่นๆ อาทิ การให้ส่วนลดค่ารถโดยสาร ส่วนลดภาษีรายได้ส่วนบุคคลแก่ลูกที่ดูแลพ่อแม่สูงอายุ และกองทุนผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพ ในด้านสุขภาพระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีบทบาทสำคัญในการลดค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุและครอบครัว โรงพยาบาลรัฐขนาด 120 เตียงขึ้นไปทุกแห่ง มีคลินิกผู้สูงอายุ นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนเปิดคลินิกผู้สูงอายุและให้มีบริการตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน

มาตรการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอื่นๆ เช่น การเรียนรู้ตลอดชีวิต ศูนย์สุขภาพ ความช่วยเหลือจากครอบครัว การให้คำปรึกษา และกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ริเริ่มโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งได้ขยายผลเป็นนโยบายระดับชาติ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับไปดำเนินงานทั่วประเทศ

รัฐบาลเล็งเห็นว่าผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มประชากรที่สำคัญ และมีศักยภาพที่จะทำประโยชน์ทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจแก่ประเทศมาก จึงได้ผลักดันให้สังคมปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ให้มีทัศนคติเชิงบวกต่อการสูงวัยและผู้สูงอายุ

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

ประเด็นที่น่าห่วงใยที่สุดคือเรื่องความมั่นคงทางรายได้ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 2 ใน 3 ของแรงงานอยู่ในภาคนอกระบบซึ่งไม่มีบำเหน็จบำนาญ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุก็เป็นเพียงมาตรการ ไม่ได้มีการระบุไว้ในกฎหมาย และไม่เพียงพอต่อการยังชีพ รัฐบาล นักวิชาการ และองค์กรภาคประชาสังคมต่างๆ กำลังพัฒนาระบบบำนาญสำหรับประชากรกลุ่มนี้โดยเฉพาะ

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังต้องการการสนับสนุนด้านอื่นๆ อย่างเร่งด่วน สถานบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีผู้ใช้บริการหนาแน่นมากและไม่เพียงพอ แม้จะมีความต้องการเพิ่มขึ้น แต่ภาครัฐยังไม่มียุทธศาสตร์ให้การดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยเอกชนได้รับความนิยมมากขึ้น แต่เป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่สามารถจ่ายค่าบริการราคาสูงได้เท่านั้น ขณะนี้ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่เป็นระบบเกี่ยวกับคุณภาพการบริการของสถานบริการเหล่านี้ เพราะหลายแห่งไม่จดทะเบียนตามความเป็นจริง<sup>12</sup>

ความท้าทายที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการสร้างหลักประกันว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพในราคาที่ต่ำไม่สูงเกินไป เพราะผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยและทุพพลภาพสูงกว่า ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีบทบาทสำคัญมาก แต่ก็น่าเป็นห่วงเพราะระบบจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นมากเพราะมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก

## กองทุนการออมเพื่อการชราภาพ

ปัจจุบันประเทศไทยไม่มีกองทุนเพื่อการเกษียณอายุแห่งชาติ การสำรวจปี พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 4.4 เท่านั้นที่มีบำเหน็จบำนาญเป็นรายได้หลัก ขณะนี้มีลูกจ้างภาคเอกชนเพียง 2 ล้านคนที่เป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพอีก 8.8 ล้านคนมีประกันสังคม ระบบบำเหน็จบำนาญข้าราชการและลูกจ้างรัฐวิสาหกิจครอบคลุมอีกประมาณ 3.5 ล้านคน

ในระยะแรก กองทุนการออมเพื่อการชราภาพ (กอส.) จะครอบคลุมแรงงานนอกระบบประมาณ 24 ล้านคน ซึ่งเป็นระบบสมัครใจ และรัฐบาลสมทบ

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550. สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550.  
สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ 2552. รายงานประจำปี 2552.  
สำนักงานประกันสังคม. 2551. รายงานประจำปี 2551.

ในด้านการวิจัยและพัฒนา สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (จัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2535) มีภารกิจในการพัฒนาและเผยแพร่ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ ศาสตร์เกี่ยวกับผู้สูงอายรรวมทั้งรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุ แนวทางที่มีประสิทธิภาพที่สุดจึงได้แก่การเพิ่มศักยภาพของกลุ่มองค์กรเหล่านี้ในการดูแลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพที่ดี

## 2.1.2 การพัฒนาเป็นเขตเมืองและการย้ายถิ่นในประเทศ

ปัจจุบันหนึ่งในสามของประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมือง การอพยพย้ายถิ่นมีหลายรูปแบบและหลายทิศทางโดยมีแรงดึงดูดและแรงผลักจากการพัฒนาของเมืองที่เป็นศูนย์กลางความเจริญในจังหวัดต่างๆ และวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 และ 2000

### ความก้าวหน้า/ปัญหา

หนึ่งในสามของคนไทยอาศัยอยู่ในเขตเมือง<sup>13</sup> การย้ายถิ่นเป็นส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงจากเศรษฐกิจฐานการเกษตรเป็นเศรษฐกิจอุตสาหกรรม การอพยพย้ายถิ่นของแรงงานยุคแรกเกิดขึ้นในช่วงต้นทศวรรษ 1980 เมื่อคนหนุ่มสาวจากพื้นที่ยากจนอพยพมาหางานทำในภาคอุตสาหกรรม ภาคบริการ และภาคนอกระบบในตอนกลางของประเทศ<sup>14</sup>

ในช่วงปี พ.ศ. 2548-2551 อัตราการย้ายถิ่นลดลงจากร้อยละ 4.3 เป็นร้อยละ 2.8 โดยผู้ชายมีอัตราสูงกว่าผู้หญิง ในปี พ.ศ. 2551 ครึ่งหนึ่งของผู้อพยพหรือประมาณ 980,000 คนเป็น



วัยแรงงานมีอายุ 25-59 ปี ประมาณ 650,000 คนเป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี เป็นเด็ก 210,000 คน และ 33,970 คนเป็นผู้สูงอายุ ต่อมาการย้ายถิ่นมีลักษณะและทิศทางที่หลากหลายมากขึ้น สถานการณ์ทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดการย้ายถิ่นระหว่างเมืองและชนบท แรงงานอพยพกลับหมู่บ้านเมื่อเศรษฐกิจชะลอตัวและเดินทางมาหางานที่มีรายได้ดีกว่าในเมืองเมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัว น่าสังเกตว่าในจำนวนประชากรย้ายถิ่นทั้งหมด 1.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2551 ร้อยละ 49.9 เป็นการย้ายถิ่นในภาคเดียวกัน (ร้อยละ 16.9 ระหว่างจังหวัดในภาคเดียวกัน และร้อยละ 33.0 ภายในจังหวัดเดียวกัน)<sup>15</sup>

ตารางที่ 2.2 ตัวชี้วัดการพัฒนาเป็นเขตเมืองและการย้ายถิ่นในประเทศ

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2548	2552
1 สัดส่วนประชากรในเขตเมือง (%)	18.7	20.2	31.1	30.1	n.a.
2 สัดส่วนประชากรในเขตชนบท (%)	81.3	79.8	68.9	69.9	n.a.
3 อัตราการย้ายถิ่น (%)	6.2 (2535)	4.9 (2537)	5.2 (2540)	4.3	2.8 (2551)
<b>แหล่งข้อมูล</b>					
1-2	สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำมะโนประชากรและเคหะ, 2533, 2543; สำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร, 2538/39, 2548/49.				
3	สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำรวจการย้ายถิ่นของประชากร, 2535, 2537, 2540, 2548, 2551.				
	หมายเหตุ: ตั้งแต่ปี 2548 คำนิยาม “การย้ายถิ่น” คือการโยกย้ายที่อยู่อาศัยภายในระยะเวลาหนึ่งปีที่ผ่านมาคำนิยามที่ใช้ในการสำรวจก่อนหน้านี้คือภายในระยะเวลาสองปี				

แต่สถานการณ์ไม่เป็นเช่นที่หลายฝ่ายวิตกกังวล การย้ายถิ่นยังไม่ทำให้เกิดปัญหาการทอดทิ้งผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนมากไม่มากนัก ขาดการติดต่อกับลูกๆ และถูกทอดทิ้งให้ต่อสู้ชีวิตเพียงลำพัง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับหรืออยู่ใกล้ลูกคนใดคนหนึ่ง และแรงงานอพยพส่วนใหญ่ยังติดต่อและส่งเงินให้พ่อแม่ในชนบท เงินที่แรงงานอพยพส่งให้โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ส่งจากกรุงเทพฯ คิดเป็นจำนวนไม่น้อยและมีส่วนสำคัญที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและฐานะความเป็นอยู่ของพ่อแม่ในชนบท โทรศัพท์มือถือ ก็ได้กลายเป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงแรงงานอพยพกับพ่อแม่ที่ดิ้ออีกทางหนึ่ง<sup>16</sup>

ผลกระทบสำคัญประการหนึ่งคือปัญหา “ประชากรแฝง” ซึ่งได้แก่ประชากรที่ไม่ได้อยู่อาศัยในเขตการปกครองที่ตนเองมีทะเบียนบ้าน เรื่องนี้เป็นปัญหาต่อการวางแผนพัฒนาเมืองและทำให้เกิดความไม่สมดุลในการจัดสรรทรัพยากร เพราะงบประมาณหรือเงินอุดหนุนบางประเภทใช้จำนวนประชากรตาม

ทะเบียนบ้านเป็นฐานในการจัดสรร ประชากรแฝงอีกประเภทหนึ่งคือกลุ่มที่พักอาศัยอยู่เขตปกครองหนึ่งแต่ในเวลากลางวันทำงานในอีกเขตหนึ่ง เนื่องจากที่อยู่อาศัยในกรุงเทพฯ มีราคาสูงและปัจจุบันมีโครงการการคมนาคมระหว่างกรุงเทพฯ กับปริมณฑลที่สะดวกรวดเร็ว จำนวนประชากรที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปริมณฑลแต่เดินทางเข้ามาทำงานในกรุงเทพฯ จึงเพิ่มจำนวนขึ้นมาก การมีข้อมูลที่ถูกต้องจะเป็นก้าวแรกของการแก้ไขปัญหานี้ สำมะโนประชากรและเคหะที่จะดำเนินการตอนกลางปี พ.ศ. 2553 จะเป็นสำมะโนครั้งแรกที่มีข้อมูลเพื่อจำแนกระหว่างประชากรที่มีทะเบียนบ้านในเขตที่ตนเองอยู่อาศัยและประชากรที่ไม่มีทะเบียนบ้านในเขตที่ตนเองอยู่อาศัย

### นโยบายและมาตรการสำคัญ

การย้ายถิ่นเป็นส่วนหนึ่งของพลวัตทางสังคมและเศรษฐกิจของทุกสังคม แรงงานอพยพช่วยทำให้ตลาดแรงงานมีความยืดหยุ่น

ตารางที่ 2.3 ตัวชี้วัดการย้ายถิ่นข้ามชาติ

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2548	2552
1 แรงงานต่างด้าวจากประเทศอนุภาคแม่น้ำโขง (GMS) ที่จดทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทย (ทร. 38/1) (จำนวน)				1,284,920 (2547)	625,883 (2550) 1,315,932 (2553*)
2 ใบอนุญาตทำงานที่ออกให้แรงงานทักษะต่ำในประเทศไทย (จำนวน)		147,095	106,684	705,293	288,433 (2553**)
3 แรงงานไทยที่ทำงานในต่างประเทศ (จำนวน)	63,200	202,300	177,709	139,667	147,711 (2552***)
4 ประมาณการประชากรต่างด้าวที่ทำงานและอาศัยอยู่ในประเทศไทย รวมทั้งแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้จดทะเบียน (จำนวน)				2,346,438 (2547)	2,802,950 (2550)
แหล่งข้อมูล					
1	ข้อมูลปี 2547 จาก Labour Migration Unit, International Organisation for Migration (IOM) ข้อมูลปี 2550 จาก Rosalia Sciortino and Sureeporn Punpuing, International Migration in Thailand, International Organisation for Migration, 2009. *จำนวนแรงงานจากประเทศ GMS ที่จดทะเบียน ณ วันที่ 27 เมษายน 2553 (แหล่งข้อมูล: สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน) • ณ วันที่ 12 พฤษภาคม 2553 แรงงานต่างด้าว 1,042,242 คนยื่นใบคำร้องขอให้ตรวจสอบสัญชาติ และกำลังรอคอยกระบวนการ (แหล่งข้อมูล: สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน) • ณ วันที่ 12 พฤษภาคม 2553 แรงงานต่างด้าวจำนวน 109,987 คนได้รับใบอนุญาตทำงานผู้ที่ยังอยู่ในกระบวนการตรวจสอบสัญชาติจะถือใบต่างด้าวและใบอนุญาตทำงานชั่วคราว และจะต้องดำเนินการตามกระบวนการดังกล่าวให้เสร็จสิ้นภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2555 (แหล่งข้อมูล: สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน) **ณ วันที่ 25 กรกฎาคม 2553 มีแรงงานต่างด้าวจำนวน 288,433 คน ที่ผ่านกระบวนการตรวจสอบสัญชาติและได้รับหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือใบรับรองสัญชาติพร้อมใบอนุญาตทำงานสองปี และสามารถขอรับการพิจารณาต่ออายุได้ทั้งสองปี ***จำนวนแรงงานไทยทั้งหมดที่ไปทำงานต่างประเทศอย่างถูกกฎหมายระหว่างมกราคมถึงธันวาคม 2552; แหล่งข้อมูล: สำนักงานบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ กระทรวงแรงงาน				
2-4 Labour Migration Unit, International Organisation for Migration					



ระบบบริการทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการศึกษาและสุขภาพจึงต้องมีความยืดหยุ่นพอที่จะตอบสนองต่อกลุ่มประชากรที่มักมีการเคลื่อนย้ายบ่อยๆ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นตัวอย่างที่ดีในเรื่องนี้ ในขณะที่สำมะโนประชากรและการสำรวจต่างๆ จะช่วยแสดงภาพรวมของการเปลี่ยนแปลงข้อมูลจากระบบทะเบียนซึ่งครอบคลุมประชากรเกือบทั้งหมดมักจะก้าวไม่ทันการเปลี่ยนแปลง จึงควรเชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูลทะเบียนกับข้อมูลประเภทอื่น รวมทั้ง การสำรวจสำมะโนและบันทึกการให้บริการเพื่อลดความคลาดเคลื่อนไม่ตรงกันของข้อมูล

นอกจากนั้นยังต้องคำนึงว่าประชากรผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่มีความอ่อนไหวต่อปัญหาทางสังคมต่างๆ ตัวอย่างเช่น อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงในจังหวัดที่มีการกระจุกตัวของแรงงานอพยพ จึงต้องออกแบบระบบการป้องกันและดูแลให้มีความเข้มข้นและมีทรัพยากรสนับสนุนอย่างเพียงพอ

### 2.1.3 การย้ายถิ่นข้ามชาติ

ในขณะที่แรงงานไทยเดินทางไปแสวงหาโอกาสที่ดีกว่านอกประเทศ ประเทศไทยก็กลายเป็นแหล่งรองรับผู้ลี้ภัยนับแสนและแรงงานต่างด้าวนับล้านจากประเทศเพื่อนบ้าน

#### ความก้าวหน้า/ปัญหา

ตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1970 ประชากรชนบทที่มีการศึกษาน้อยและไม่มีโอกาสที่จะหางานทำในภาคอุตสาหกรรมเริ่มแสวงหาโอกาสที่จะไปทำงานที่ต่างประเทศเป็นแรงงานรับจ้างหรือแรงงานอิสระ<sup>17</sup> ในระยะแรก แรงงานย้ายถิ่นส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย แต่ต่อมาเริ่มมีผู้หญิงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแรงงานที่ไม่จดทะเบียน

ในช่วงปลายทศวรรษ 1970 จนถึงกลางทศวรรษ 1980 แรงงานย้ายถิ่นชายมักไปทำงานที่ประเทศอาหรับผู้ร่ำรวยน้ำมันในอ่าวเปอร์เซีย ต่อมาจึงย้ายไปทำงานในประเทศกำลังพัฒนาใหม่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และตะวันออกเฉียงใต้ ผู้ย้ายถิ่นหญิงกลุ่มแรกๆ เดินทางไปยุโรป ออสเตรเลีย และประเทศตะวันตกอื่นๆ เพื่อมีครอบครัวและทำงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ในระยะหลังมีชายชาวยุโรปจำนวนมากอพยพมาใช้ชีวิตหลังเกษียณที่ประเทศไทย บ้างก็มาอยู่คนเดียว บ้างก็มีครอบครัว แรงดึงดูดสำคัญคือค่าครองชีพและบริการสุขภาพขั้นเยี่ยมกลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้น 7 เท่าตัวในช่วงปี พ.ศ. 2546-2550<sup>18</sup>



#### พัฒนาการล่าสุดเกี่ยวกับแรงงานจากประเทศอนุภาคแม่น้ำโขง (GMS) ในประเทศไทย

ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลไทยตัดสินใจดำเนินการลงทะเบียนแรงงานต่างด้าวรอบที่ 7 (รอบแรกในพ.ศ. 2544) เพื่ออนุญาตให้แรงงานจากประเทศ GMS ที่ทำงานใน 6 สาขาที่ไม่ได้ลงทะเบียนมาลงทะเบียนและขอใบอนุญาตทำงานชั่วคราวได้จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 (มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2553 ให้ยืดเวลาไปถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2553 จากนั้นประเทศไทยจะดำเนินการเกี่ยวกับแรงงานต่างด้าวตามบันทึกความเข้าใจซึ่งได้ทำกับประเทศลาว กัมพูชา และพม่า\*

กระบวนการพิสูจน์สัญชาติแรงงานจากพม่าเริ่มในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 และสิ้นสุดในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 บันทึกความเข้าใจที่ลงนามเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2546 ระบุว่าแรงงานจากพม่าที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติแล้วจะสามารถทำงานและอาศัยอยู่ในประเทศไทยได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยรัฐบาลพม่าจะออกหนังสือเดินทาง และรัฐบาลไทยจะออกวีซ่า แต่มีข้อห่วงใยว่ารัฐบาลพม่าอาจไม่ยอมรับให้ชนกลุ่มน้อยบางกลุ่มเข้ากระบวนการนี้ นอกจากนี้ยังมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์ว่ากระบวนการดังกล่าวซับซ้อนและค่าใช้จ่ายสูง แรงงานต่างชาติจึงมักตกเป็นเหยื่อนายหน้า แรงงานบางส่วนไม่แน่ใจว่าจะได้รับประโยชน์ และกลัวว่าจะถูกดำเนินคดี จึงเลือกที่จะเสี่ยงต่อกรถูกเนรเทศด้วยการรอดูสถานการณ์ก่อน\*\*

\*IOM. 2010. Migrant Information Note. Issue#7; \*\* Bangkok Post, 16 October 2009.

ปัจจุบันข้อมูลทางการแสดงว่าคนไทยกว่าแสนคนทำงานนอกประเทศ ในขณะที่เดียวกันแรงงานกว่าสองล้านคนจากประเทศอนุภาคแม่น้ำโขง (Greater Mekong Sub-region - GMS) ได้แก่ พม่า ลาว กัมพูชา ก็ทำงานและอาศัยอยู่ในประเทศไทย ส่วนใหญ่ทำงานประมง เกษตรอุตสาหกรรม ก่อสร้างและบริการ และบางส่วนตกเป็นเหยื่อขบวนการค้ามนุษย์<sup>19</sup>



ณ วันที่ 27 เมษายน ปี พ.ศ. 2553 มีแรงงานจากประเทศ GMS ที่จดทะเบียน 1,315,932 คน มาจากกัมพูชา 124,902 คน 111,039 คนจากลาว และพม่า 1,079,991 คน แรงงานจากกัมพูชาและลาวทำงานในประเทศไทยภายใต้บันทึกความเข้าใจแบบทวิภาคีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ในขณะที่บันทึกความเข้าใจกับพม่ามีผลในปี พ.ศ. 2552 นอกจากนั้นยังมีแรงงานอีกกว่าล้านคนที่ทำงานและอาศัยอยู่อย่างผิดกฎหมาย และส่วนใหญ่อยู่ยาวนานกว่าสามปี ประมาณร้อยละ 70-80 มาจากพม่า แรงงานที่มาจากกัมพูชาและพม่าเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง แต่แรงงานจากลาวเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย แรงงานต่างด้าวชาติทั้งหมดประมาณ 1.9 ล้านคนนี้คิดเป็นร้อยละ 5 ของกำลังแรงงานของประเทศไทย นอกจากนั้นในระยะเวลาสามทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ให้ที่พักพิงแก่ผู้อพยพลี้ภัยรวมประมาณ 1.2 ล้านคนจากประเทศ GMS และประเทศอื่นๆ ปัจจุบันยังคงเหลืออยู่บนับแสนคน<sup>20</sup>

ความอนุเคราะห์ที่ประเทศไทยมีต่อแรงงานและผู้อพยพจนถึงทุกวันนี้เป็นเรื่องที่น่าชื่นชม และประเทศไทยก็ควรจะได้รับประโยชน์จากการอพยพย้ายถิ่นเหล่านี้ แต่การดำเนินการต่างๆ ยังนับว่าน้อยเกินกว่าจะสามารถตอบสนองต่อขนาดและความซับซ้อนหลากหลายของปัญหาได้

## นโยบายและมาตรการสำคัญ

นโยบายที่มีลำดับความสำคัญสูงสุดควรจะเป็นการลดความเสี่ยงต่างๆ ที่มักเกิดขึ้นกับการอพยพย้ายถิ่น เช่น ทูพโยชนาการที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ความยากจน การไม่รู้หนังสือ การถูกกดขี่เอารัดเอาเปรียบและตกเป็นเหยื่อทางเพศ และการบาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน<sup>21</sup> ในหลายปีที่ผ่านมารัฐบาลไทยได้ดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อให้แรงงานต่างด้าวมีความ

เป็นอยู่ดีขึ้นและเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการศึกษามากขึ้น แรงงานต่างด้าวและครอบครัวที่ทำงานกับนายจ้างได้รับสิทธิประกันสังคมเท่าเทียมแรงงานไทย แรงงานอพยพที่จดทะเบียน ที่อยู่นอกระบบประกันสังคม เช่น กลุ่มที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม สามารถใช้บริการโครงการหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า แต่สิทธิภายใต้ระบบนี้เป็นสิทธิเฉพาะตัว ไม่ครอบคลุมครอบครัว ดังนั้นจึงควรขยายการเข้าถึงบริการต่างๆ เพื่อให้แรงงานต่างด้าวและครอบครัวได้รับบริการสุขภาพและการศึกษาอย่างเพียงพอ ไม่ว่าจะมีสถานภาพทางกฎหมายหรือไม่ก็ตาม

ปัจจุบัน การให้บริการสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้จดทะเบียนเป็นภาระหนักของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากประเทศไทยยังขาดนโยบายระยะยาวในการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวที่ครอบคลุมประเด็นต่างๆ ในระยะยาว ซึ่งมีผลต่อนโยบายด้านต่างๆ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของคนกลุ่มนี้ การกำหนดนโยบายทั้งระยะสั้นและระยะยาวจึงเป็นเรื่องจำเป็นมาก

การพัฒนาการคุ้มครองแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยและแรงงานไทยในต่างประเทศจำเป็นต้องอาศัยข้อมูล ระบบเอกสารรายงาน และการบริหารจัดการที่ดีในทุกขั้นตอน การขาดแคลนข้อมูลทำให้ไม่สามารถกำหนดนโยบาย ออกกฎหมาย และพัฒนากลไกสถาบันและแผนงาน โครงการที่เหมาะสมควรจะต้องจัดให้มีข้อมูลเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง ข้อมูลควรเปรียบเทียบกันได้ และมีคุณภาพ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการต่างประเทศ และกระทรวงแรงงานควรจะมีมือร่วมกันพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่ครอบคลุมแรงงานต่างด้าวทุกประเภทเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน

นอกจากนั้นยังจำเป็นต้องส่งเสริมความร่วมมือข้ามชาติกระตุ้นให้เกิดการปรึกษาหารือทั้งภายในและระหว่างประเทศที่รวมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม ตลอดจนความร่วมมือในการศึกษาศานาการณ์แรงงานอพยพเพื่อให้ความเข้าใจลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติเพื่อสนับสนุนการปรึกษาหารือและดำเนินการร่วมกัน



## 2.2 ประชากรและการพัฒนา

รายงานส่วนนี้จะนำเสนอเรื่องความยากจน การศึกษา และความเท่าเทียมทางเพศและการส่งเสริมบทบาทสตรี

### 2.2.1 ความยากจน

ในปี พ.ศ. 2550 สัดส่วนประชากรยากจนลดลงเหลือเพียงหนึ่งในสี่ของสัดส่วนประชากรยากจนในปี 2533 ซึ่งนับเป็นความสำเร็จที่เหนือเป้าหมาย MDG มาก แต่ความยากจนยังคงกระจุกตัวในชนบท โดยมีเด็ก เยาวชนและผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ยากจนที่สุด

#### ความก้าวหน้า/ปัญหา

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าเรื่องการลดความยากจนที่น่าชื่นชม เมื่อพิจารณาจากประชากรที่มีรายจ่ายรายเดือนต่ำกว่าเส้นความยากจนคือ 1,443 บาทต่อคน (1.4 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อวันที่อัตราแลกเปลี่ยน 34 บาท) จะพบว่าคือร้อยละ 8.4 ในปี พ.ศ. 2550 หรือเป็นเพียงหนึ่งในสี่ของปี พ.ศ. 2533 เท่านั้น อีกนัยหนึ่งจำนวนประชากรยากจนลดลงจาก 18.4 ล้านคนเหลือ 5.4 ล้านคนในช่วงปี พ.ศ. 2533-2550 โดยเป็นการลดลงอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ หลังวิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540 เท่านั้น

ความยากจนลดลงในทุกพื้นที่ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีอัตราและจำนวนคนจนมากที่สุดเป็นพื้นที่ที่ความยากจนลดลงมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2550 แม้ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งแห้งแล้งที่สุดของประเทศยังเป็นพื้นที่ที่มีประชากรยากจนอาศัยอยู่มากที่สุด แต่สัดส่วนประชากรยากจนลดลงเหลือร้อยละ 13 เท่ากับภาคเหนือ ข้อสังเกตคือความยากจนยังกระจุกตัวในพื้นที่ห่างไกล โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดชายแดน และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ความยากจนยังคงพบมากในเขตชนบท ช่องว่างระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทกว้างขึ้นเนื่องจากความยากจนในเขตเมืองลดลงเร็วกว่าในเขตชนบท ในสองทศวรรษที่ผ่านมา ความยากจนในเขตเมืองลดลงจากร้อยละ 20.5 เหลือร้อยละ 3.3 ในขณะที่ความยากจนในเขตชนบทลดลงจากร้อยละ 39.2 เหลือร้อยละ 10.6 โดยผู้หญิงมีอัตราความยากจนต่ำกว่าผู้ชาย ในปี พ.ศ. 2550 สัดส่วนคนจนในผู้หญิงคือร้อยละ 8.2 และในผู้ชายร้อยละ 8.8 ความแตกต่างนี้เกิดขึ้นทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทและในทุกภาค คริวเรือนที่มีผู้หญิงเป็นหัวหน้ามีสัดส่วนความยากจนต่ำกว่าคริวเรือนที่มีผู้ชายเป็นหัวหน้าด้วย ร้อยละ 7.1 ของคริวเรือนที่มีผู้หญิงเป็นหัวหน้ายากจน ในขณะที่ร้อยละ 8.2 ของคริวเรือนที่มีผู้ชายเป็นหัวหน้ายากจน แต่ควรสังเกตว่าในกลุ่มประชากรสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มยากจนที่สุดมีจำนวนผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายมาก<sup>22</sup>

#### นโยบายและมาตรการสำคัญ

การลดความยากจนเป็นวาระการพัฒนาที่สำคัญตลอดมา แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ตั้งเป้าหมายที่จะลดสัดส่วนประชากรยากจนเหลือร้อยละ 4 ซึ่งเป็นความท้าทายที่สำคัญเมื่อคำนึงถึงผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจและปัญหาการเมืองขาดเสถียรภาพ

ในทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลมีมาตรการใหม่ๆ ในการต่อสู้ความยากจน อาทิ กองทุนหมู่บ้านซึ่งให้สมาชิกในชุมชนกู้เงินเพื่อลงทุนประกอบอาชีพ โครงการเศรษฐกิจพอเพียงที่ให้การสนับสนุนกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมแบบพอเพียงและยั่งยืนของชุมชน และการให้ผู้มีหนี้สินกู้ยืมเงินเพื่อปรับจากหนี้นอกระบบเป็นหนี้ในระบบ นอกจากนั้นวิกฤตเศรษฐกิจทำให้รัฐบาลต้องให้ความสำคัญกับการลดผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจโดยรักษาการจ้างงานและรายได้ และช่วยลดรายจ่ายครัวเรือน

ความพยายามที่จะจัดตั้งกองทุนการออมเพื่อการชราภาพเป็นมาตรการที่เกี่ยวข้องโดยตรงและนับเป็นเรื่องท้าทายมากใน

## ตารางที่ 2.4 ตัวชี้วัดความยากจน

ตัวชี้วัด	2533	2539	2543	2547	2550
1 สัดส่วนประชากรที่มีรายจ่ายต่ำกว่าเส้นความยากจน (%)	33.6	18.9 (2537)	20.9	11.1	8.9
2 สัดส่วนประชากรยากจนในเขตเมือง (%)	20.5	9.9	8.6	4.6	3.3
3 สัดส่วนประชากรยากจนในเขตชนบท (%)	39.2	22.9	26.5	14.2	10.6
4 สัดส่วนประชากรยากจนในประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี (%)	n.a.	18.9	26.9	14.5	10.9
5 สัดส่วนประชากรยากจนในประชากรอายุ 15-60 ปี (%)	n.a.	12.3	17.9	9.1	6.5
6 สัดส่วนประชากรยากจนในประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (%)	n.a.	18.3	24.1	14.6	13.2
แหล่งข้อมูล					
1-6 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, การประเมินความยากจน ปี 2550, 2551. หมายเหตุ: “เส้นความยากจน” คำนวณจากต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายของปัจเจกบุคคลในการได้มาซึ่งอาหารและสินค้าบริการที่จำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน ในการคำนวณมีสมมติฐานว่าค่าใช้จ่ายสำหรับอาหารซึ่งคำนวณจากความต้องการทางโภชนาการของแต่ละปัจเจกบุคคลคิดเป็นประมาณร้อยละ 60 และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ประมาณร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด “คนจน” ก็คือผู้ที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าเส้นความยากจน สศช. คำนวณเส้นความยากจนจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนซึ่งจัดเก็บโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลจากการสำรวจเป็นข้อมูลระดับครัวเรือน ประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปีที่ยากจนจึงหมายถึงประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปีที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ยากจน การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนไม่ครอบคลุมแรงงานต่างด้าว ชนกลุ่มน้อยในเขตชนบทที่ห่างไกลและผู้ที่ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งการประเมินความยากจนจึงมีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าความเป็นจริง					

การเตรียมการคุ้มครองมิให้ผู้สูงอายุในอนาคตต้องตกอยู่ในกับดักความยากจน แต่ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตที่ห่างไกลไม่อาจยังประโยชน์แก่ผู้ที่ไม่ได้รับการคุ้มครองในปัจจุบัน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ยากจนที่อาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัวและเบี้ยยังชีพเดือนละ 500 บาท

อย่างไรก็ดี นโยบายและมาตรการเหล่านี้จะมีประสิทธิผลในการป้องกันไม่ให้กลุ่มเสี่ยงตกอยู่ใต้เส้นความยากจนมากกว่าจะช่วยให้คนยากจนหลุดพ้นกับดักความยากจน ความท้าทายที่สำคัญที่สุด ได้แก่ การค้นหากลุ่มเป้าหมายและเข้าไปถึงกลุ่มที่ยากจนที่สุด และพร้อมที่จะตอบสนองต่อความยากจนรูปแบบต่างๆ อย่างยืดหยุ่น

### ลักษณะประชากรยากจน ปี พ.ศ. 2550 ใครคือคนจน

- 4.8 ล้านคน หรือร้อยละ 88 ของประชากรยากจนอยู่ในเขตชนบท
- สามในห้าของประชากรยากจนอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ประชากรยากจนร้อยละ 53 มาจากครัวเรือนเกษตร แรงงานภาคเกษตร และแรงงานทั่วไป
- ประชากรยากจนร้อยละ 88 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
- ประชากรยากจนร้อยละ 47 มาจากครอบครัวที่มีสมาชิก 5 คนขึ้นไป
- ร้อยละ 30 ของประชากรยากจนคือเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 22 คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551, การประเมินความยากจน ปี 2550.

### ความยากจนในเด็กและผู้สูงอายุ

ปัจจุบันความยากจนเริ่มมีลักษณะเฉพาะกลุ่มอายุมากขึ้นกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรยากจนคือเด็กและผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลายเป็นกลุ่มที่เปราะบางที่สุด มีอัตราความยากจนถึงร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2550 เด็กเป็นอันดับสอง มีอัตราความยากจนร้อยละ 10.9

ครัวเรือนที่มีแต่เด็กยากจนร้อยละ 11.4 ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุยากจนอาศัยอยู่โดยลำพังยากจนร้อยละ 19.4 อัตราความยากจนสูงที่สุดคือร้อยละ 21.1 ในครัวเรือนที่มีทั้งเด็กและผู้สูงอายุ<sup>1</sup> ประเด็นนี้มีความสำคัญมากเพราะประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551, การประเมินความยากจน ปี 2550.



## 2.2.2 การศึกษา

ความสำเร็จที่น่ายกย่องคือการขยาย การเข้าถึงการศึกษา และนโยบาย รัฐบาลในการลดค่าใช้จ่ายของพ่อแม่ เรื่องการศึกษาของบุตรจะมีส่วน เพิ่มโอกาสทางการศึกษาให้มากยิ่งขึ้น แต่คุณภาพการศึกษายังเป็นประเด็น การพัฒนาที่สำคัญ



### ความก้าวหน้า/ปัญหา

ประเทศไทยมีโอกาสสูงที่จะบรรลุ เป้าหมายเรื่องการให้เด็กทุกคนได้ เข้าเรียนในระดับประถมศึกษา อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียน รวมสูงเกินร้อยละ 100 มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เพราะนักเรียน ส่วนหนึ่งมีอายุเกินเกณฑ์ที่กำหนด อัตราการคงอยู่ของนักเรียน ระดับประถมศึกษาสูงขึ้นจนถึงร้อยละ 90.4 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวมในระดับมัธยมศึกษา ก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยเช่นกันอันเนื่องมาจากการขยายการ ศึกษาภาคบังคับจนถึงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในปี พ.ศ. 2551 อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวมระดับมัธยมศึกษาตอน ต้นและตอนปลายสูงร้อยละ 95.6 และร้อยละ 68.1 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามการเพิ่มอัตราการคงอยู่ของนักเรียนให้จบระดับ มัธยมศึกษายังเป็นความท้าทายที่สำคัญ

แม้ว่าจะมีการขยายโอกาสการศึกษาอย่างรวดเร็ว แต่ประชากร บางกลุ่มก็ยังประสบปัญหาในการเข้าถึงการศึกษา ในปี พ.ศ. 2551 กระทรวงศึกษาธิการ ได้จัดการศึกษาให้เด็กยากจนประมาณ 2.5 ล้านคน ในจำนวนนี้รวมนักเรียนยากจนที่อยู่ห่างไกล 41,596 คน เด็กถูกบังคับขายแรงงาน 190 คน เด็กในธุรกิจทางเพศ 58 คน เด็กถูกทอดทิ้ง 88,295 คน เด็กในสถานพินิจ 299 คน เด็กเร่ร่อน 1,840 คน เด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ 8,775 คน ชน กลุ่มน้อยบนพื้นที่สูง 42,858 คน เด็กถูกทำร้ายทารุณ 1,750 คน เด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต 775 คน และเด็กที่มีปัญหาอื่นๆ จำนวน 35,421 คน ผู้พิการ 45,392 คน<sup>23</sup>

ตารางที่ 2.5 ตัวชี้วัดการศึกษา

ตัวชี้วัด	2535	2538	2543	2548	2551
1 อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียน สุทธิระดับประถมศึกษา (%)	70.1	77.1 (2539)	80.4 (2541)	n.a.	n.a.
2 อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวม ระดับประถมศึกษา (%)	99.2	103.4	103.2	104.2	104.8
3 อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวม ระดับมัธยมศึกษา (%)	38.8	55.8	69.7	78.6	81.9
4 อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวม ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (%)	50.6	73.1	82.8	95.5	95.6
5 อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวม ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (%)	26.9	39.2	57.3	63.8	68.1

#### แหล่งข้อมูล

1-4 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ.

หมายเหตุ: อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวมคำนวณจากจำนวนนักเรียนทั้งหมดโดยไม่คำนึงถึงอายุ ทารกด้วยจำนวนเด็กทั้งหมดในกลุ่มอายุของแต่ละระดับการศึกษา

## ตารางที่ 2.6 อัตราการคงอยู่ของนักเรียน พ.ศ. 2540-2551

ระดับการศึกษา	ปีการศึกษา	อัตราการคงอยู่ (%)
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1	2540	100
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (จบระดับประถมศึกษา)	2538	85.9
	2543	87.1
	2545	88.4
	2548	90.4
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น)	2547	74.6
	2548	74.4
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย)	2545	42.3
	2550	51.1
	2551	52.8

ที่มา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

สำหรับเด็กไทย แม้รัฐบาลจะได้ริเริ่มนโยบายเรียนฟรี 15 ปี ประเด็นสำคัญที่สุดคือเรื่องคุณภาพการศึกษา ระบบการศึกษาของไทยถูกวิพากษ์วิจารณ์ทั้งในเรื่องสัมฤทธิ์ผลทางการศึกษา และการที่เด็กไม่สามารถคิดเชิงวิพากษ์และขาดทักษะชีวิต ในปี พ.ศ. 2543 ผลการสำรวจของ Organization of Economic Cooperation and Development (OECD) แสดงว่าสามในสี่ของเด็กไทยอายุ 15 ปีอ่านออกเขียนได้ แต่มีความเข้าใจเกี่ยวกับสารัตถะและมีทักษะในการวิเคราะห์ต่ำ ในปี พ.ศ. 2549 การสำรวจอีกโครงการหนึ่งก็แสดงผลคล้ายกัน ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 ผลการทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติขั้นพื้นฐาน (Ordinary

National Education Test - O-NET) แสดงว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่ามีคะแนนสอบต่ำในวิชาที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และภาษาอังกฤษ<sup>24</sup> ผลการสำรวจทักษะการอ่านและการคำนวณของ OECD ในประเทศที่มีรายได้สูงและปานกลาง พบว่านักเรียนไทยมีคะแนนต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม<sup>25</sup> ปัญหานี้สะท้อนให้เห็นไม่เฉพาะเรื่องความสามารถในการแข่งขันของประเทศในระยะยาวเท่านั้น แต่รวมถึงเรื่องการจัดความยากจนด้วย เพราะการศึกษาเป็นเครื่องมือในการลดความยากจนที่สำคัญจากอดีตถึงปัจจุบัน

### การศึกษาของเด็กไร้สัญชาติ

กลุ่มด้อยโอกาสทางการศึกษาที่สำคัญได้แก่เด็กที่ไม่มีสัญชาติจำนวนประมาณ 1 ล้านคน ในจำนวนนี้ สองในสามคือลูกของแรงงานชาวพม่า เมื่อรัฐบาลไทยให้สัตยาบันอนุสัญญาสิทธิเด็กในปี พ.ศ. 2532 ก็ได้ให้โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งออกใบรับรองการเกิดให้เด็กทุกคนที่เกิดในประเทศไทย ไม่ว่าจะพ่อแม่เชื้อชาติสัญชาติใดและมีพื้นเพอย่างไร แต่แรงงานที่ไม่ได้จดทะเบียนมักกลัวว่าจะถูกจับส่งกลับประเทศ จึงเลือกที่จะคลอดที่บ้านโดยวิธีการแบบดั้งเดิม เด็กจึงไม่มีใบรับรองการเกิดและไม่ได้รับการฉีดวัคซีนที่จำเป็น\*

กระทรวงศึกษาธิการกำลังร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเพื่อเปิดโอกาสให้เด็กไร้สัญชาติประมาณ 100,000 คนที่เรียนที่ศูนย์การเรียนรัฐขององค์กรเอกชนและอีกประมาณ 40,000 คนที่อาศัยอยู่ในค่ายผู้ลี้ภัยได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐานเช่นเดียวกับเด็กไทย ส่วนลูกแรงงานต่างชาติที่ไม่ได้จดทะเบียนอีกประมาณ 60,000 คนนั้นได้รับสิทธิการศึกษาเท่าเทียมเด็กไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เมื่อรัฐบาลประกาศนโยบาย “การศึกษาเพื่อทุกคน” อย่างไรก็ตามเด็กไร้สัญชาติส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับประโยชน์จากนโยบายนี้ เพราะข้อจำกัดด้านภาษา บ้างก็ต้องทำงานเพื่อหาเงินช่วยเหลือครอบครัว\*\*

ที่มา: \*The Irrawaddy, 11 July 2009; \*\* Bangkok Post, 1 September 2009.

## นโยบายเรียนฟรี 15 ปี

นับตั้งแต่รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 คนไทยมีสิทธิที่จะได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน 12 ปีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย นักเรียนสามารถเข้าเรียนโดยไม่เสียค่าธรรมเนียม แต่ในปี พ.ศ. 2551 นักเรียนประมาณ 3 ล้านคนยังขาดเครื่องแบบนักเรียน หนังสือเรียน และอาหารกลางวัน ในปี พ.ศ. 2552 รัฐบาลจึงริเริ่มนโยบายเรียนฟรี 15 ปี (จากอนุบาลถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย) ครอบคลุมนักเรียนในและนอกระบบโรงเรียน นอกจากนี้ยังจัดสรรเงินอุดหนุนการศึกษา รัฐบาลยังจัดหนังสือเรียนให้สถานศึกษาทุกแห่ง และให้นักเรียนได้รับเครื่องแบบนักเรียน วัสดุอุปกรณ์ทางการศึกษาและกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเพิ่มงบประมาณอาหารกลางวันและนมโรงเรียนสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา

## นโยบายและมาตรการสำคัญ

การส่งเสริมให้กลุ่มด้อยโอกาสเข้าถึงการศึกษายังเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งระดับชาติและท้องถิ่นต้องร่วมมือกันอย่างแข็งขันในการค้นหาและเข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ พร้อมทั้งจัดหารูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับความจำเป็นและข้อจำกัดของแต่ละกลุ่ม

การลงทุนพัฒนาคุณภาพการศึกษาทั้งด้านหลักสูตร การพัฒนาครู และการศึกษาทางไกลแบบสองทางเป็นสิ่งจำเป็น การปฏิรูปการศึกษา ซึ่งดำเนินการหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการปรับโครงสร้างทางการบริหาร ปัจจุบันรัฐบาลและทุกฝ่ายต้องการการปฏิรูปที่กว้างขวางและครอบคลุมกว่านั้น และควรพิจารณาบทบาทบทบาทของภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการจัดการศึกษาด้วย

### 2.2.3 ความเท่าเทียมทางเพศและการส่งเสริมบทบาทสตรี

ผู้หญิงมีโอกาสในการศึกษาเท่าเทียมและสามารถใช้โอกาสนั้นได้ดีกว่าผู้ชาย ในด้านการทำงานก็เกือบมีความเท่าเทียมกัน แต่มีส่วนร่วมน้อยกว่าผู้ชายมากในการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจในระดับสูง

### ความก้าวหน้า/ปัญหา

เด็กหญิงและชายมีโอกาสเท่าเทียมกันในการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ข้อมูลปี พ.ศ. 2550 แสดงว่าในระดับอุดมศึกษาผู้หญิงมีสัดส่วนสูงกว่าผู้ชายในสาขาการศึกษา

ต่างๆ รวมทั้งวิทยาศาสตร์ (1.08:1) แต่มีผู้ชายมากกว่าในบางสาขา เช่น วิศวกรรมศาสตร์ (0.28:1)

นอกจากนั้น ในการศึกษาระดับที่สูงขึ้นก็มีผู้หญิงจำนวนมากกว่าผู้ชาย สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษารายงานว่าผู้หญิง 23,081 คนจบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรีในปี พ.ศ. 2550 คิดเป็นร้อยละ 60.9 จำนวนนี้รวมผู้หญิงที่จบปริญญาเอก 694 คน (ร้อยละ 58.2 ของผู้จบการศึกษาระดับปริญญาเอกทั้งหมด) และผู้หญิงที่จบปริญญาโท 22,387 คน (ร้อยละ 56.8 ของผู้จบการศึกษาระดับปริญญาโททั้งหมด)<sup>26</sup>

ผู้หญิงที่ไม่มีโอกาสเรียนในระบบโรงเรียนจะได้รับการส่งเสริมให้เรียนหลักสูตรนอกระบบโรงเรียน ในปี พ.ศ. 2548 ผู้หญิง 1,320,959 คนเรียนในการศึกษานอกระบบ หรือคิดเป็นร้อยละ 60.1 ของผู้สมัครเรียนทั้งหมด<sup>27</sup>

ทั้งหญิงและชายมีอัตราการอ่านออกเขียนได้สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชน แต่ยังมีช่องว่างทางเพศในกลุ่มประชากรสูงอายุ และแม้ว่าแผนพัฒนาสตรี (พ.ศ. 2545-2549) มีเป้าหมายจะลดอัตราการไม่รู้หนังสือในผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป แต่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก อัตราการไม่รู้หนังสือในประชากรกลุ่มนี้ยังคงอยู่ที่ร้อยละ 17.6 ในช่วงปี 2543-2548 ในขณะที่อัตราดังกล่าวในผู้ชายกลุ่มอายุเดียวกันคือร้อยละ 8.8<sup>28</sup>



ตารางที่ 2.7 ตัวชี้วัดความเท่าเทียมทางเพศและการส่งเสริมบทบาทสตรี

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2548	2552
1 อัตราส่วนหญิงต่อชายในระดับประถมศึกษา	0.95 (2534)	0.94 (2539)	0.93	0.94 (2549)	0.94 (2551)
2 อัตราส่วนหญิงต่อชายในระดับมัธยมศึกษา	0.97 (2534)	1.02 (2539)	1.01	1.04 (2549)	1.04 (2551)
3 อัตราส่วนหญิงต่อชายในระดับอุดมศึกษา	1.0	1.00	1.12	1.20 (2549)	1.19 (2551)
4 อัตราการอ่านออกเขียนได้ของผู้หญิงอายุ 15 ปีขึ้นไป (%)	91.0	90.0 (2537)	90.5	91.5	n.a.
5 อัตราการอ่านออกเขียนได้ของผู้ชายอายุ 15 ปีขึ้นไป (%)	95.5	96.1 (2537)	94.9	95.6	n.a.
6 อัตราการอ่านออกเขียนได้ของผู้หญิงอายุ 15-24 ปี (%)	97.9	98.7 (2537)	97.8	97.9	n.a.
7 อัตราการอ่านออกเขียนได้ของผู้ชายอายุ 15-24 ปี (%)	98.6	98.7 (2537)	98.1	98.2	n.a.
8 สัดส่วนผู้หญิงในการทำงานที่ได้รับค่าตอบแทนนอกภาคเกษตร (%) (2550)	45.1	44.0	46.1	45.4	45.0
9 สัดส่วนรายได้หญิงต่อชายในการทำงานที่ได้รับค่าตอบแทนนอกภาคเกษตร (%)	65	72	81	90	92 (2550)
10 สัดส่วนผู้หญิงในรัฐสภา (%)					
	n.a.	5.6 (2539)	9.2 (2544)	10.6	11.7 (2550)
	n.a.	n.a.	10.5	23.5 (2549)	15.8 (2551)
แหล่งข้อมูล					
1-3	คำนวณจากข้อมูลของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ				
4-7	สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนะในประชากรและเคหะ 2533, 2543; สำรจการอ่านออกเขียนได้ของประชากร 2537; สำรจการเปลี่ยนแปลงของประชากร 2548/49				
8-9	คำนวณจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำรจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาศ 3				
10	คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร และสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา				

ผู้หญิงไทยมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานอย่างแข็งขัน ในปี พ.ศ. 2550 ผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 45 ของแรงงานที่ได้รับค่าตอบแทนนอกภาคเกษตร โดยมีรายได้เป็นสัดส่วนร้อยละ 92 ของรายได้ผู้ชาย นับว่าดีขึ้นจากร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2548 เล็กน้อย ทั้งนี้ควรคำนึงว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 มีข้อมูลรายได้เฉพาะผู้มีสถานภาพเป็นเจ้าหน้าที่และลูกจ้างรัฐบาล รัฐวิสาหกิจ และภาคเอกชน ไม่รวมนายจ้าง ผู้ประกอบอาชีพอิสระ และแรงงานนอกระบบ ข้อมูลก่อนหน้านั้นแสดงว่าช่องว่างทางเพศในกลุ่มหลังสูงกว่ากลุ่มแรกเล็กน้อย<sup>29</sup>

แต่เรื่องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจสาธารณะ หญิงไทยยังมีบทบาทน้อยกว่าชายมาก แม้ว่าจะมีความก้าวหน้าในระยะเวลาสองทศวรรษที่ผ่านมา ผู้หญิงก็ยังคงมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 15.8 ในวุฒิสภาและร้อยละ 11.7 ในสภาผู้แทนราษฎร ผลการเลือกตั้งชี้ว่าผู้หญิงประสบความสำเร็จในการเลือกตั้งไม่แตกต่างจากผู้ชาย แต่เนื่องจากผู้หญิงสมัครรับเลือกตั้งน้อยกว่าจึงได้รับเลือกตั้งน้อยกว่า ทั้งนี้เพราะผู้หญิงส่วนใหญ่ยังลังเลที่จะลงสมัครรับเลือกตั้ง



## ความก้าวหน้าที่น่าชื่นชม

สัญญาณความก้าวหน้าที่สำคัญในเรื่องความเท่าเทียมทางเพศได้แก่การแก้ไขพระราชบัญญัตินามสกุล ในปี พ.ศ. 2545 กฎหมายปัจจุบันอนุญาตให้ผู้หญิงที่สมรสแล้วใช้คำนำหน้าเป็นนางหรือนางสาว และให้หญิงและชายที่สมรสแล้วตัดสินใจจะใช้นามสกุลของตัวเองหรือของสามี/ภรรยาก็ได้

การเปลี่ยนแปลงที่น่าชื่นชมอีกเรื่องคือการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาเพื่อขยายนิยามของการข่มขืน ให้ครอบคลุมทุกเพศ และการลงละเมิดทุกรูปแบบ รวมทั้งคุ้มครองภรรยาจากการข่มขืนระหว่างการสมรส และการแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์เรื่องการเรียกค่าทดแทนจากผู้อื่นซึ่งร่วมประเวณีหรือกระทำชำเราคู่หมั้นของตน รวมทั้งให้สิทธิหญิงและชายเท่าเทียมกันในเรื่องเหตุแห่งการฟ้องหย่า เดิมผู้ชายจะได้เปรียบเรื่องความไม่ซื่อสัตย์และการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่มีใจภรรยา

นอกจากนั้นยังควรสังเกตว่าสัดส่วน สมาชิกวุฒิสภา (สว.) และ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (สส.) หญิงที่มาจากการเลือกตั้งสูงกว่าที่มาจากการสรรหา/แต่งตั้ง การที่ สส.ที่มาจากบัญชีรายชื่อของพรรคการเมืองมีผู้หญิงเพียงร้อยละ 8.8 แสดงให้เห็นว่ายังมีอคติทางเพศค่อนข้างมากในพรรคการเมืองขนาดใหญ่ของไทย ในฝ่ายบริหารผู้หญิงก็มีสัดส่วนไม่เกินร้อยละ 8 ในคณะรัฐมนตรี 3 ชุดในช่วงปี พ.ศ. 2548-2551 ผู้หญิงมีบทบาทน้อยกว่าผู้ชายในการเมืองระดับท้องถิ่นด้วยเช่นกัน กล่าวคือมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 10-11 ของผู้บริหารและสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และตำบล ยกเว้นกรุงเทพมหานครที่สัดส่วนผู้หญิงที่เป็นสมาชิกสภาท. และสภาเขตสูงร้อยละ 17-18%<sup>30</sup> อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงยังมีช่องทางในการแสดงบทบาทในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น ในปี พ.ศ. 2551 ผู้นำองค์กรชุมชนเป็นผู้หญิงถึงร้อยละ 47.4%<sup>31</sup> ประเด็นที่ควรตั้งข้อสังเกตเพิ่มเติมคือเกือบร้อยละ 52 ของข้าราชการส่วนกลางเป็นผู้หญิง แต่มีผู้หญิงจำนวนน้อยมากที่สามารถก้าวไปถึงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงในช่วงปี พ.ศ. 2547-2550

## ผู้หญิงทำงาน

พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ให้หลักประกันความเท่าเทียมทางเพศในด้านการทำงานและค่าจ้าง ยกเว้นกรณีที่ลักษณะงานและสภาพการทำงานเป็นข้อจำกัด กฎหมายนี้ยังห้ามการเลือกปฏิบัติต่อลูกจ้างที่ตั้งครรภ์ นายจ้างไม่สามารถเลิกจ้างด้วยสาเหตุการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ลูกจ้างที่มีครรภ์จะมีสิทธิลาคลอดครรภ์ละ 90 วัน โดยนายจ้างจ่ายค่าจ้างให้ 45 วัน และลูกจ้างจะได้รับสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมในอัตราครึ่งหนึ่งของค่าจ้างตลอดระยะเวลาที่ลาคลอด 90 วัน นอกจากนี้ยังได้รับสิทธิประโยชน์อื่นๆ อาทิ ค่ารักษาพยาบาลในการคลอดบุตร การดูแลก่อนและหลังคลอด ตลอดจนการดูแลทารกแรกเกิด

ที่มา: Saejeng, Kittipong. (2009). Thailand Country Report, Presented in the Expert Group Meeting to Assess the Progress in the Implementation of the Plan of Action on Population and Poverty Adopted at the Fifth Asian and Pacific Conference. Bangkok: 3-5 February.

ตารางที่ 2.8 สัดส่วนผู้หญิงในตำแหน่งบริหารราชการส่วนกลาง

ตำแหน่งบริหาร	2547	2548	2549	2550
ปลัดกระทรวง ระดับ 11	10.5	12.9	10.5	5.3
เลขาธิการ/ผู้อำนวยการ ระดับ 11	8.3	16.7	18.2	15.4
รองปลัดกระทรวง ระดับ 10	7.6	14.3	21.4	10.5
รองเลขาธิการ/รองผู้อำนวยการ ระดับ 10	31.8	40.5	34.9	36.4
อธิบดี /ผู้อำนวยการ/เลขาธิการ ระดับ 10	14.6	17.9	17.1	20.5
รองอธิบดี/รองเลขาธิการ/รองผู้อำนวยการ ระดับ 9	24.4	23.2	25.3	24.5

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

## นโยบายและมาตรการสำคัญ

การเพิ่มโอกาสการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการเมืองและการบริหารเป็นเป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่งของแผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 โดยมุ่งหวังที่จะเพิ่มจำนวนและสัดส่วนผู้หญิงในการตัดสินใจทางการเมืองและนโยบายสาธารณะซึ่งรวมถึงการตัดสินใจระดับสูงสุดที่มีผลต่อการกำหนดวาระและทิศทางการพัฒนาประเทศ

ปัจจุบัน สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานกลางเรื่องความเท่าเทียมทางเพศและการส่งเสริมบทบาทสตรี โดยประสานงานกับกลไกเพื่อความก้าวหน้าของสตรี ได้แก่ผู้บริหารด้านการเสริมสร้างบทบาทหญิงชายและศูนย์ประสานงานด้านความเสมอภาคระหว่างหญิงชายของหน่วยงานระดับกรมทุกแห่ง สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัววางแผนจะขยายกลไกนี้ในระดับจังหวัดและท้องถิ่น และในรัฐวิสาหกิจ องค์กรมหาชน และองค์กรอิสระทุกแห่งด้วย

เครือข่ายความร่วมมือระหว่างสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม กลุ่มสตรีและครอบครัวมีความสำคัญยิ่งต่อการผลักดันนโยบาย สำนักงานฯ จะนำเสนอข้อเสนอแนะนโยบายจากหน่วยงานองค์กรต่างๆ ให้คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานพิจารณาเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

### แผนพัฒนาสตรีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554)

ประเด็นยุทธศาสตร์หลักในการส่งเสริมการพัฒนาสตรีและความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย คือ

- 1) เสริมสร้างเจตคติด้านความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย
- 2) เพิ่มโอกาสแก่สตรีในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางการเมือง และการบริหาร
- 3) ส่งเสริมสุขภาพและสิทธิการเจริญพันธุ์แก่สตรี
- 4) เสริมสร้างความมั่นคงในชีวิตแก่สตรี
- 5) ส่งเสริมให้สตรีมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ





# อนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิการเจริญพันธุ์

## 3.1 อนามัยแม่และเด็ก

สถานการณ์สุขภาพมารดาดีขึ้นมาก แต่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเพิ่มสูงขึ้น อัตราตายของทารกและอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีอยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมาย ICPD ปี พ.ศ. 2558 ที่กำหนดไว้

อย่างไรก็ดี ยังจะต้องผลักดันให้มีการขยายการเข้าถึงอนามัยการเจริญพันธุ์ ส่งเสริมให้ทารกได้กินนมมารดาอย่างเดียวในระยะ 4-6 เดือนแรกมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมการบริโภคเกลือไอโอดีน เพื่อลดช่องว่างเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็กในประชากรกลุ่มชายขอบและในพื้นที่เสี่ยง

ตารางที่ 3.1 ตัวชี้วัดอนามัยแม่และเด็ก

ตัวชี้วัด	2533	2548	2543	2548	2552
1 สัดส่วนการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	48	51	63	52	49 (2551)
2 สัดส่วนการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง (%)	n.a.	83.4	91.8	90.0	n.a.
3 อัตราส่วนการคลอดกับบุคลากรสาธารณสุข (%)	n.a.	94.5	98.1	99.4	n.a.
4 อัตราส่วนการคลอดในสถานพยาบาล (%)	47.9 (2532)	95.4	97.5	99.5	n.a.
5 อัตราตายของทารก (ต่อการเกิดมีชีพพันคน)	8.0	7.2	6.2	7.6	7.3 (2551)
6 อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี (ต่อการเกิดมีชีพพันคน)	2.8	11.6	11.9	10.8	9.9 (2551)
7 อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) (%)	10.2	8.1	9.0	8.5 (2549)	9.2 (2550)
8 อัตราการกินนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 4 เดือน (%)	1.3 (2536)	3.6	13.8 (2545)	20.7	15.5 (2549)
9 อัตราการกินนมแม่อย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือน (%)	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	5.4 (2549)
<b>แหล่งข้อมูล</b>					
1 WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. The New 2008 Maternal Mortality Estimate.					
2-3 ข้อมูลปี 2538, 2543 และ 2548 จากกรมอนามัย, โครงการประเมินผลงานอนามัยครอบครัวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7, 8 และ 9					
4 ข้อมูลปี 2532 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร 2532 ข้อมูลปี 2538, 2543, 2548 จากกรมอนามัย, โครงการประเมินผลงานอนามัยครอบครัวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7, 8, 9					
5-6 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข					
7 ข้อมูลปี 2533, 2538, 2543 จากกรมอนามัย, รายงานสรุปผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก โครงการลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ข้อมูลปี 2549 จากกรมอนามัย, รายงานการประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9, 2549 ข้อมูลปี 2550 จากกรมอนามัย					
8 ข้อมูลปี 2536 จากกองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย ข้อมูลปี 2538 จากกองโภชนาการ กรมอนามัย ข้อมูลปี 2545 จาก จินตนา พัฒนพงศ์ศรี และ ศันสนีย์ เจตน์ประยูรต์ การศึกษาอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน กรมอนามัย 2547 ข้อมูลปี 2549 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนวจอนามัยการเจริญพันธุ์ 2549					
9 สำนักงานสถิติแห่งชาติและองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย, การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยโดยการใช้ชุดขี้นี้แบบจัดกลุ่ม, 2550					



### ตารางที่ 3.2 การวัดสัดส่วนการตายของมารดาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ (ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2548	2552
1 สถิติชีพจากทะเบียนราษฎร	25.0	10.7	13.2	12.2	12.2 (2550)
2 โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย	36.0	16.8	26.9	18.2	17.3 (2551)
3 การศึกษาต่างๆ ในประเทศไทย	98.6	44.3	n.a.	37.4-44.5	49.9
4 ประเมินการ Lancet	44	n.a.	43	n.a.	47
5 ประเมินการใหม่ ปี 2551 (WHO, UNICEF, UNFPA, WB)	48	51	63	52	49
แหล่งข้อมูล					
1	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย				
2	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข				
3	ปี 2533 - การศึกษาอัตราส่วนการตายของมารดาในประเทศไทย โดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2540-2541 ปี 2538 - การศึกษาโดยใช้โมเดล Ramos โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2540-2541 ปี 2548 - Chandoeuwit, W. et al. Using Multiple Data for Calculating the Maternal Mortality Ratio in Thailand. TDRI Quarterly Review September 2007. ปี 2552 - จากการประเมินการโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยเทคนิคการเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายแหล่ง				
4	Margaret CH, Kyle JF, Mohsen N et al. Maternal Mortality for 181 countries. 1980-2008: A System analysis of progress towards MDGs. 2010. The Lancet เผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ตเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2553. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60518-1.				
7	WHO, UNFPA, UNICEF and World Bank. The New 2008 Maternal Mortality Estimate.				

#### ความก้าวหน้า/ปัญหา

สัดส่วนการตายของมารดาเป็นตัวชี้วัดที่มีการถกเถียงกันมากที่สุดเพราะมีแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง และมีข้อจำกัดแตกต่างกัน ข้อมูลจากการสำรวจ RAMOS ในปี พ.ศ.2538-2539 โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยคือ 44.1 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และ 36.4 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนในปี พ.ศ. 2541 ข้อมูลจากโครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยของกรมอนามัยก็แสดงว่ามีความก้าวหน้า คืออัตราส่วนการตายของมารดาตกลงจาก 26.9 เป็น 20.6 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนในช่วงปี พ.ศ. 2543-2550

รายงานผลการพัฒนาตามเป้าหมายแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย ประเมินว่าเป้าหมายการลดอัตราส่วนการตายของมารดาลงสามในสี่ในช่วงปี พ.ศ. 2533-2558 ไม่สามารถใช้ได้กับประเทศไทยเพราะอัตราส่วนการตายของมารดาเมื่อปี พ.ศ. 2533 ต่ำอยู่แล้ว คือ 36.2 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน พร้อมกับกำหนดเป้าหมาย MDG+ ไว้ว่าจะลดอัตราส่วนการตายของมารดาให้เหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนภายในปี พ.ศ. 2549 อย่างไรก็ตาม การศึกษาในระยะหลังชี้ว่าอัตราส่วนการตายของมารดาในช่วงเวลาดังกล่าวอาจสูงกว่าที่กำหนดเป็นเป้าหมาย MDG+5 การศึกษาที่ใช้วิธีเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายแหล่งชี้ว่าอัตราส่วนการตายของมารดาน่าจะอยู่ในช่วง 37.4-44.5 ต่อการเกิดมีชีพ

แสนคนในระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549<sup>32</sup> อย่างไรก็ตามก็ยังคงต้องปรับข้อมูลนี้อีกเมื่อคำนึงถึงการจดทะเบียนการเกิดและตายที่ยังไม่ครอบคลุมอย่างสมบูรณ์ การที่ข้อมูลด้านการบริการทางสุขภาพยังไม่ครอบคลุม และการที่ประมาณการนี้ยังไม่ได้รับการเสียชีวิตจากการทำแท้ง นอกจากนี้ยังมีข้อห่วงใยว่าในอนาคตประมาณการอัตราส่วนการตายของมารดาควรรวมข้อมูลแรงงานต่างชาติด้วย ในปี พ.ศ. 2553 มีคณะทำงาน 2 ชุด ใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์คำนวณและนำเสนอประมาณการอัตราส่วนการตายของมารดาที่สามารถเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ในระยะเวลาต่างๆ

ทั้งนี้ข้อมูลทุกแหล่งยืนยันว่าอัตราส่วนการตายของมารดาสูงเป็นพิเศษในประชากรบางกลุ่มและในบางพื้นที่ เช่น ชนกลุ่มน้อยในพื้นที่สูงในภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ความเชื่อ ประเพณี และระยะทางที่ห่างไกลจากบริการสุขภาพเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพมารดาในพื้นที่เหล่านี้ อนึ่งเนื่องจากในระดับจังหวัดมีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก มีจำนวนการเกิดแต่ละปีไม่มากนัก อัตราส่วนการตายของมารดาจึงอาจเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงสูงมาก จำเป็นต้องใช้วิธีการทางเทคนิคปรับให้ประมาณการระดับจังหวัดมีความคงเส้นคงวามากขึ้น

### ตารางที่ 3.3 สัดส่วนการตายของมารดาในจังหวัดแม่ฮ่องสอน และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ต่อการเกิดมีชีวิตคน)

จังหวัด	2546	2547	2548	2549	2550	2551
แม่ฮ่องสอน*	33.2	79.0	n.a.	27.2	113.4	29.7
ยะลา/ปัตตานี/นราธิวาส (ค่าเฉลี่ยสามจังหวัด)**	44.0	40.5	42.0	40.2	52.6	39.6

ที่มา: \* สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; \*\* กรมอนามัย

ปัญหาความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งปะทุขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ทำให้ทุกฝ่ายสนใจความขาดแคลนและด้อยโอกาสในพื้นที่รวมทั้งเรื่องสุขภาพมารดามากขึ้น นอกจากนี้จะเพิ่มความเข้มข้นของการป้องกันและดูแลสุขภาพแล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังได้จัดทำระบบข้อมูลพิเศษเพื่อติดตามสถานการณ์ซึ่งยังมีความก้าวหน้าไม่มากนัก ความแตกต่างทางภาษา วัฒนธรรม และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเด็กมีปัญหาน้อยกว่าเรื่องสุขภาพมารดา ปัญหาของข้อมูลอัตราตายทารกคือการแจ้งการเกิดการตายในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดารไม่ครบถ้วนหรือไม่ทันการณ์ ข้อมูลประมาณการชี้ว่าอัตราตายทารกลดลงกว่าครึ่งในสองทศวรรษที่ผ่านมาเหลือ 12 ต่อการเกิดมีชีวิตพันคนในปี พ.ศ. 2552 อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีก็ลดลงจาก 12.8 เหลือ 9.9 ต่อการเกิดมีชีวิตพันคนในช่วงปี พ.ศ. 2533-2551

การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยโดยการใช้พหุดัชนีแบบจัดกลุ่ม (MICS) ปี พ.ศ. 2550<sup>33</sup> โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ สนับสนุนโดยองค์การยูนิเซฟ เป็นการสำรวจเด็กและผู้หญิงที่มีตัวอย่างมากที่สุด ประชากร 43,000 ครัวเรือนให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับโภชนาการ สุขภาพ การศึกษา และประเด็นสำคัญอื่นๆ ผลการสำรวจชี้ให้เห็นประเด็นท้าทายเกี่ยวกับพัฒนาการของเด็กที่ควรได้รับความสนใจอย่างเร่งด่วนดังนี้

- การให้ทารกกินนมแม่อย่างเดียวย ทารกเพียงร้อยละ 5.4 ได้รับนมแม่อย่างเดียวยในช่วงหกเดือนแรก นับว่าอยู่ในกลุ่มที่อัตราต่ำที่สุดในโลก และต่ำกว่าร้อยละ 30 ซึ่งเป็นเป้าหมายของกรมอนามัยในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549)

- การบริโภคเกลือไอโอดีน ครัวเรือนเพียงร้อยละ 58 บริโภคเกลือไอโอดีน โดยครัวเรือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราค่าที่สุดคือร้อยละ 35 การขาดไอโอดีนอาจทำให้พัฒนาการทางสมองช้า แม้ขาดเพียงเล็กน้อยก็อาจส่งผลกระทบต่อสติปัญญาและการเรียนรู้ของเด็ก

นอกจากนั้นผลการสำรวจยังแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงและเด็กกลุ่มต่างๆ สามารถเข้าถึงความรู้ บริการ และเครื่องอุปโภคบริโภคในระดับแตกต่างกัน มีช่องว่างทั้งระหว่างเขตเมืองและชนบทระหว่างจังหวัดต่างๆ ชนเผ่า ภาษา (ไทยหรือภาษาอื่น) สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม และระดับการศึกษา ตัวอย่างเช่น

- เด็กในครอบครัวยากจนที่สุดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (น้ำหนักต่ออายุ) ร้อยละ 15 และร้อยละ 16 เติบโตช้า (ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยตามอายุ) เปรียบเทียบกับร้อยละ 4 และ 7 ในกลุ่มเด็กจากครอบครัวฐานะดีที่สุด
- ร้อยละ 13 ของเด็กที่มารดาไม่มีการศึกษามีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เปรียบเทียบกับร้อยละ 6 ในกลุ่มเด็กที่มารดามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
- ครัวเรือนยากจนร้อยละ 42 บริโภคเกลือไอโอดีน ในขณะที่ครัวเรือนที่มีฐานะดีบริโภคเกลือไอโอดีนร้อยละ 75





## นโยบายและมาตรการสำคัญ

การปรับปรุงการตรวจหาความเสี่ยงก่อนคลอดและการให้บริการสูติกรรมในภาวะฉุกเฉินให้ดีขึ้นจะช่วยป้องกันและลดสาเหตุการตายของมารดาได้หลายประการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 สตรีมีครรภ์กว่าร้อยละ 90 ได้รับการตรวจครรภ์ 4 ครั้งตามเกณฑ์ และร้อยละ 99.4 ของการเกิดทั้งหมดได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่านโยบายของสำนักงานประกันสังคมที่ให้เงินอุดหนุนการคลอดบุตรแบบเหมาจ่ายอาจเป็นอุปสรรคต่อความพยายามที่จะยกระดับคุณภาพการคลอดบุตร เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 สตรีมีครรภ์สามารถเลือกว่าจะรับบริการจากสถานบริการใด และเมื่อนำสูติบัตรไปแสดงก็จะได้รับเงินอุดหนุน 12,000 บาทสำหรับค่าใช้จ่ายก่อนและหลังการคลอด ค่าใช้จ่ายในการคลอดบุตรและการดูแลทารกแรกคลอด<sup>34</sup>

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขประจำสถานีอนามัยรวมทั้งมารดา ครอบครัวและชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพมารดาและเด็ก ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่สำคัญที่สุดก็คือการให้ผู้ชายมีบทบาทมากขึ้นในการดูแลสุขภาพมารดา การให้คำปรึกษาเรื่อง

## โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว

ในปี พ.ศ. 2549 กรมอนามัยริเริ่มโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว โดยได้รับการสนับสนุนจากพระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ มหิดล ในสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ ภายใต้วงเวลาสองปีโครงการนำร่องการพัฒนาเด็กแบบบูรณาการขยายจากโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน 49 แห่ง ครอบคลุมโรงพยาบาลประมาณ 200 แห่ง

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพมารดาและเด็กโดยกระบวนการและบริการที่มีคุณภาพทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอดบุตร หลังคลอด และระยะการเลี้ยงดูเด็ก ทั้งนี้ขอบเขตของกระบวนการและผู้ให้บริการขยายจากโรงพยาบาลไปสู่ครอบครัว และชุมชนด้วยกระบวนการต้นแบบรวมระยะก่อนคลอด โรงเรียนพ่อแม่ โภชนาการมารดา ทันตสุขภาพของมารดา โรงพยาบาลลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย คลินิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การตรวจสุขภาพและพัฒนาการเด็ก โภชนาการเด็ก สุขภาพฟันเด็ก การศึกษาและนันทนาการสำหรับเด็ก และการให้ชุมชนมีส่วนร่วมสนับสนุนให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง และเครือข่ายกลุ่มสายใยรักแห่งครอบครัว

โครงการมีเป้าหมายจะลดภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอดให้เหลือร้อยละ 30 ลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 0.5 ต่อปี เพิ่มอัตราการกินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อยหกเดือนร้อยละ 2.5 ต่อปี และให้เด็กอายุ 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 90 ทั้งนี้กรมอนามัยวางแผนจะขยายโครงการให้ครอบคลุมร้อยละ 90 ของโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนทั้งหมด

ที่มา: กรมอนามัย (2551). โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว, สิงหาคม.

สุขภาพมารดาและการเลี้ยงดูเด็ก รวมทั้งการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี การขยายบริการสุขภาพในระดับชุมชนก็มีส่วนสำคัญต่อการรักษาความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อาสาสมัครสาธารณสุข 1 ล้านคนจึงมีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ความรู้ จัดเก็บข้อมูล และเฝ้าระวังสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน

นโยบายและมาตรการเฉพาะพื้นที่เป็นเงื่อนไขความสำเร็จที่สำคัญของการลดช่องว่างด้านสัดส่วนการตายของมารดา การขยายการเข้าถึงและใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้และพื้นที่สูงภาคเหนือจะประสบผลสำเร็จก็ต่อเมื่อมีการยกระดับศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่และเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระดับจังหวัดและระดับชาติ ตลอดจนใช้แนวทางการปฏิบัติงานที่เคารพความแตกต่างด้านวัฒนธรรม อาทิ สถานบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้รับการปรับเปลี่ยนให้บิดาชาวมุสลิมสามารถทำพิธีให้พรบุตรแรกเกิดตามประเพณี เพื่อวัตถุประสงค์ในการเพิ่มอัตราการดูแลครรภ์ก่อนคลอดและการคลอดโดยบุคลากรสาธารณสุข

การรณรงค์สาธารณสุขและการสร้างภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวยจะช่วยสนับสนุนให้มารดาให้นมลูกได้นานขึ้นยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาเด็กคือการพัฒนาครอบครัวและพัฒนาเด็กแบบบูรณาการ มีการริเริ่มและดำเนินการโครงการสุขภาพและพัฒนาเด็กจำนวนมากเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทั้งทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ตัวอย่างเช่น โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว โครงการครอบครัวสามวัย โครงการคาราวานพัฒนาการเด็ก โครงการ Book Start โครงการโรงเรียนพ่อแม่

### ตัวอย่างแนวทางที่เคารพความแตกต่างด้านวัฒนธรรม การฝึกอบรมคู่วางสาวก่อนแต่งงาน ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

การฝึกอบรมเพื่อเตรียมตัวสำหรับชีวิตสมรสตามหลักศาสนาอิสลามและแนวปฏิบัติอนามัยการเจริญพันธุ์ช่วยให้ความรู้และทักษะแก่คนหนุ่มสาวในชุมชนมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (Planned Parenthood Association of Thailand - PPAT) ได้ดำเนินงานโครงการนำร่อง โดยได้รับการสนับสนุนจาก UNFPA ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2549 ปัจจุบันคณะกรรมการอิสลามของจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล เห็นประโยชน์และได้ดำเนินการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องโดยได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข

ที่มา: สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย

## โรงเรียนพ่อแม่

กรมอนามัยริเริ่มโครงการโรงเรียนพ่อแม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546/47 เพื่อให้พ่อแม่เมื่อใหม่ได้รับความรู้และทักษะ และมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคลากรสาธารณสุข เรื่องชีวิตครอบครัว การเลี้ยงดูลูกที่ถูกต้อง การฝึกอบรมมี 10 หลักสูตร 6 หลักสูตรเพื่อแนะนำวิธีการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง ให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและเหมาะสมกับสภาพทางสังคม และอีก 4 หลักสูตรสำหรับครอบครัวที่ลูกมีปัญหาพิเศษ

ที่มา: <http://www.jvkk.go.th/researchnew/details.asp?code=103420701022>

## 3.2 อนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น

*ปรากฏการณ์ “แม่วัยรุ่น” มีแนวโน้มสูงขึ้น ในการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นประเทศไทยควรใช้แนวทางการบูรณาการเพื่อเชื่อมโยงเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นกับประเด็นสุขภาพอื่นๆ รวมทั้ง การศึกษา การบริการทางสังคม*

### ความก้าวหน้า/ปัญหา

การลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวมตั้งแต่ทศวรรษ 1970 ส่งผลให้สัดส่วนประชากรอายุ 10-24 ปีค่อยๆ ลดลงตั้งแต่ทศวรรษ 1990 แต่ประชากรกลุ่มนี้ก็ยังมีความถึงหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด วัยรุ่นและเยาวชนมักมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขับขี่ด้วยความประมาท และมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

วัยรุ่นปัจจุบันเริ่มการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยกว่าในอดีต ซึ่งนำไปสู่เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี การตั้งครรถ์ในวัยรุ่น การทำแท้ง และปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมอื่นๆ แม้ว่าประเทศไทยจะได้รณรงค์ให้มีการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อคุมกำเนิดและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างกว้างขวางมานานแล้ว แต่การศึกษาต่างๆ ยังแสดงว่าวัยรุ่นไทยมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างต่ำ วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 20-30 ใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำ<sup>35</sup> ส่วนหนึ่งเป็นเพราะคิดว่ามีโอกาสน้อยที่จะติดเชื้อ และไม่คำนึงถึงโอกาสที่ผู้หญิงจะตั้งครรถ์<sup>36</sup>



### ตารางที่ 3.4 ตัวชี้วัดอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2548	2551
1 อัตราการเกิดจากมารดาอายุ 15-19 ปี (ต่อผู้หญิงอายุ 15-19 ปีพันคน)	42.2	41.2	31.1	49.3	50.1
2 อัตราการเกิดจากมารดาอายุต่ำกว่า 15 ปี (ต่อผู้หญิงอายุต่ำกว่า 15 ปีพันคน)	0.2	0.3	0.2	0.4	0.4

**แหล่งข้อมูล**

1-2 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุขประจำปี

ปัญหาสำคัญที่ตามมาคือการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม การที่วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่ว่าจะสมรสหรือไม่ได้สมรสนับเป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพ ยิ่งอายุน้อยก็ยิ่งเสี่ยงมาก แนวโน้มการมีบุตรโดยวัยรุ่นที่สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับแนวโน้มการมีบุตรของผู้หญิงทั้งหมดชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของแนวทางแบบบูรณาการเพื่อจัดการปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น

ในระหว่างปี พ.ศ. 2545-2550 อัตราการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ของเยาวชนเพิ่มขึ้นจาก 23.4 เป็น 34.8 ต่อประชากรแสนคน<sup>37</sup> ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่บ่งชี้ว่าเกือบสองในสามของการทำแท้งเกิดขึ้นในกลุ่มผู้หญิงอายุต่ำกว่า 25 ปี<sup>38</sup>

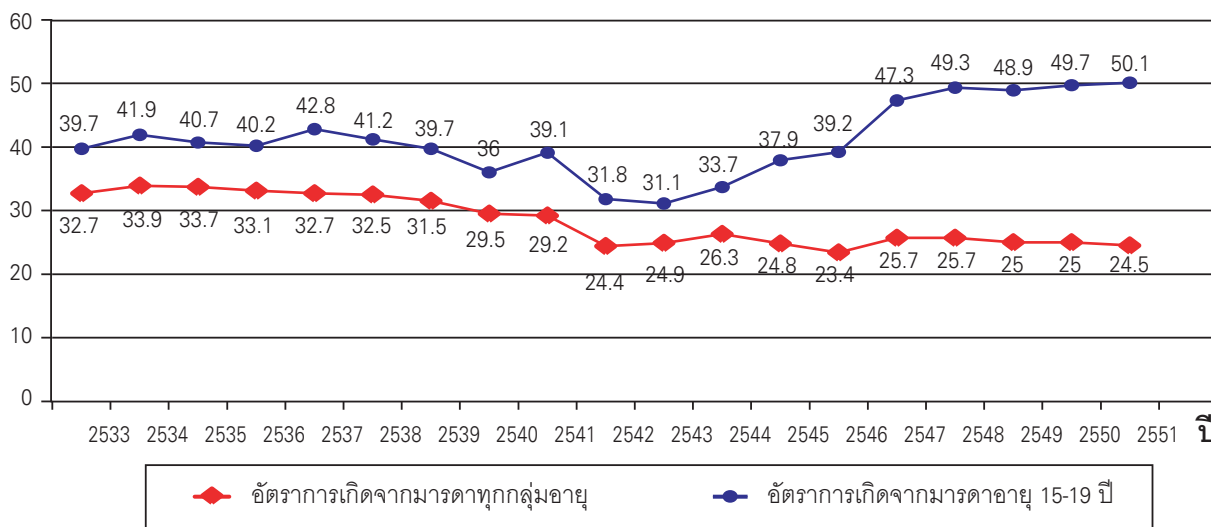
รัฐบาลได้ใช้แนวทางการพัฒนาเยาวชนเชิงสร้างสรรค์ และกำหนดยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับ 1) การส่งเสริมให้เยาวชนมีความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และอนามัยการเจริญพันธุ์

ให้รู้จักแก้ไขปัญหาและตัดสินใจ และให้มีทักษะชีวิต (2) การสร้างสภาวะแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้ออำนวย (3) การให้บริการที่เป็นมิตรต่อวัยรุ่น และ (4) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเยาวชน<sup>39</sup>

ปัจจุบัน เพศศึกษาและความรู้เรื่องโรคเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรในระบบโรงเรียน โรงเรียนมัธยมศึกษาทุกแห่งมีบริการให้คำปรึกษา โดยระบบให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนของโรงเรียนเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ มาตรการเหล่านี้นำไปสู่ความสำเร็จในการขยายขอบเขตด้านข้อมูลและการบริการ การดำเนินงานในระดับวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยที่กำลังพัฒนาให้กว้างขวางครอบคลุมมากขึ้น แต่ยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับคุณภาพของการให้ความรู้และบริการ เช่น มีข้อห่วงใยว่าครุมีทักษะตามเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่

แผนภูมิที่ 3.1 อัตราการเกิดต่อสตรีพันคน พ.ศ. 2533 - 2551

#### อัตราการเกิดต่อสตรีพันคน



ที่มา: สถิติสาธารณสุขประจำปี, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

## Lovecare Station ความร่วมมือภาคีรัฐและเอกชนเพื่อให้ บริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่เยาวชน

องค์การพัฒนาระบบเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข (Programme of Appropriate Technology in Health - PATH) ริเริ่มโครงการนำร่อง Lovecare Station ในปี พ.ศ. 2550 เพื่อให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่น โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรุงเทพมหานคร และ UNFPA โครงการให้บริการคำปรึกษาเรื่องเอดส์และตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งบริการคุมกำเนิด ณ สถานบริการสุขภาพ 3 แห่ง และคลินิกเอกชน 11 แห่งในกรุงเทพฯ วัยรุ่นสามารถเข้าถึงคลินิกเหล่านี้ได้สะดวก พนักงานบริการเป็นมิตร มีเวลาให้บริการที่ยืดหยุ่น และไม่คิดค่าใช้จ่าย (สนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

โครงการประสบความสำเร็จมาก เพราะมีรูปแบบการดำเนินงานหลากหลายที่สามารถเข้าถึงเยาวชนในโรงเรียน ชุมชน และแหล่งพบปะสังสรรค์ต่างๆ รวมทั้งทางอินเทอร์เน็ต Lovecare call center ให้บริการตรวจความเสี่ยงและแนะนำส่งต่อไปยังสถานบริการสุขภาพ ภายในเวลา 13 เดือนหนุ่มสาวกว่า 16,000 คนได้รับบริการตรวจความเสี่ยงและให้คำปรึกษา ในจำนวนนี้ 5,544 คนตัดสินใจตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 2.95 มีผลเป็นบวก (สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศถึง 5 เท่า) ร้อยละ 17 เข้ารับบริการรักษาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ต่อมากองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียสนับสนุนให้นำรูปแบบนี้ไปใช้ใน 43 จังหวัด

## Solution Exchange

เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 UNFPA ได้เปิดโครงการ Solution Exchange ซึ่งเป็นความพยายามที่จะผลักดันนโยบายต่างๆ เกี่ยวกับเยาวชนและโรคเอดส์ในประเทศผ่านเว็บไซต์ซึ่งองค์กรต่างๆ ในสังกัดสหประชาชาติร่วมกันดำเนินการ เว็บไซต์ <http://www.solutionexchange-un.net.in/Thailand/AIDS/index-en.htm> มีบทบาทในการกระตุ้นให้นักวิชาการ นักวิชาชีพ และกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่มีความสนใจแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กัน นับเป็นวิธีการสืบค้นและจัดการความรู้หลากหลายสาขาที่ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพ

จนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 มีประเด็นคำถาม 9 เรื่องจากเยาวชนด้อยโอกาส โดยได้มีการประมวลและเผยแพร่คำตอบเป็นหมวดหมู่ ประเด็นเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญ อาทิ บทบาทของผู้ปกครองในเรื่องเพศศึกษา บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรกับเยาวชน เยาวชนที่มีสุขภาพดีและมีความสุข การวางแผนครอบครัวสำหรับหนุ่มสาว การให้คำปรึกษาหารือทางอิเล็กทรอนิกส์เรื่องมาตรฐานบริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับคนหนุ่มสาว และเพศศึกษาในประเทศไทย

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้รับการสนับสนุนจาก UNFPA และหน่วยงานองค์กรต่างๆ ในการพัฒนามาตรฐานและระบบประกันคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อเยาวชน โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้โรงพยาบาลต่างๆ มีสภาพแวดล้อมและการให้บริการที่เป็นมิตรต่อเยาวชน และกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายที่จะให้โรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 80 บรรลุมาตรฐานนี้ภายในปี พ.ศ. 2556 ต้นแบบนี้ได้ถูกนำไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่น เช่น คลินิกเอกชน ศูนย์การค้า และชุมชนด้วย อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดที่จะพัฒนา การให้บริการอย่างรอบด้านที่เป็นมิตรและมีคุณภาพ ตัวอย่างเช่น วัยรุ่นมักไม่ได้รับบริการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลที่ผู้ให้บริการยังมีทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น

การมีส่วนร่วมของเยาวชนเป็นเงื่อนไขความสำเร็จที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ปัจจุบันกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้สนับสนุนให้ทุกจังหวัดจัดตั้งสภาเยาวชน โดยมีแผนที่จะขยายเครือข่ายไปสู่ระดับตำบล และสภาฯ ก็ได้รับเชิญให้ร่วมพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชน แต่ในทางปฏิบัติ เยาวชนเหล่านี้มักพบว่าไม่สามารถมีส่วนร่วมได้เต็มที่ หากขาดการมีส่วนร่วมจากเยาวชน แผนงานโครงการต่างๆ ก็มักจะล้มเหลว

## นโยบายและมาตรการสำคัญ

หน่วยงานภาครัฐควรใช้แนวทางเชิงบูรณาการที่เน้นความเชื่อมโยงระหว่างมิติสุขภาพ การศึกษา และบริการทางสังคม และขยายเครือข่ายกับภาคีทุกภาคส่วนในทุกระดับ ภาคีการพัฒนา ระหว่างภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชน เช่นกรณีกระทรวงศึกษาธิการและ PATH ที่ร่วมมือกันส่งเสริมหลักสูตรเพศศึกษาที่ครอบคลุมประเด็นต่างๆ บังชี้ว่ากำลังมีการพัฒนาที่สร้างสรรค์ในด้านนี้ การขยายจากโครงการนำร่องไปสู่ขอบเขตที่กว้างขวางและครอบคลุมเป็นเรื่องที่ควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน



ความท้าทายที่สำคัญที่สุดคือการปลูกฝังทัศนคติให้สังคมที่ยอมรับเพศภาวะในกลุ่มเยาวชนและให้เยาวชนมีบทบาทและการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองมากขึ้น ผู้ให้บริการสุขภาพ การศึกษา และบริการทางสังคมอื่นๆ แก่เยาวชนจะต้องมีความตระหนักและเข้าใจถึงความต้องการและสิทธิของชนกลุ่มนี้

การให้บริการสุขภาพต่างๆ แก่วัยรุ่นในบรรยากาศที่เป็นมิตร และวัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้สะดวกเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของวัยรุ่น บริการนี้ควรครอบคลุมการคุมกำเนิด การป้องกันและตรวจการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี การทำแท้งที่ปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการศึกษาวิจัยและทดลองรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่เยาวชนหลายรูปแบบ และกำลังเตรียมการจะขยายการดำเนินงานในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ในการนี้จะเป็นประโยชน์ยิ่งหากกระทรวงสาธารณสุขจะนำประสบการณ์และบทเรียนจากการดำเนินการดังกล่าวมาแลกเปลี่ยนกับภาคีเครือข่าย

ประการสุดท้าย สื่อมวลชนมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับวัยรุ่น จึงเป็นเรื่องสำคัญมากที่จะมีสื่อที่



สร้างสรรค์สำหรับวัยรุ่นทั้งในรูปแบบสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อกระจายเสียงและภาพ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์

### 3.3 การวางแผนครอบครัว

ความสำเร็จในการวางแผนครอบครัวนำไปสู่อัตราการคุมกำเนิดที่สูงมากในกลุ่มสตรีสมรสแล้ว แต่บริการคุมกำเนิดสำหรับผู้หญิงโสดและวัยรุ่นยังเป็นความท้าทายที่สำคัญ

ตารางที่ 3.5 ตัวชี้วัดการวางแผนครอบครัว

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2548	2552
1 อัตราการคุมกำเนิดของผู้สมรส (%)	64.7 (2532)	75.2	79.2	81.1 (2549)	79.6
2 วิธีการคุมกำเนิด (% ของยอดรวมทุกวิธี)					
ยาเม็ด	22.6	28.4	26.8	36.7	35.0
หมันหญิง	23.6	23.9	22.6	26.6	23.7
ยาฉีด	8.7	14.3	22.0	12.4	14.0
ถุงยางอนามัยชาย	-	0.5	1.7	1.2	2.3
ห่วงอนามัย	4.0	3.5	3.1	1.2	0.9
หมันชาย	3.5	1.9	1.2	0.9	0.9
ยาฝังคุมกำเนิด	-	1.3	1.5	0.8	0.4
อื่นๆ	2.3	1.4	0.3	1.3	2.4
3 อัตราการยังใช้การวางแผนครอบครัว (%)	n.a.	5.9 (2539)	1.2 (2544)	n.a.	n.a.
4 อายุเฉลี่ยเมื่อสมรสครั้งแรกของผู้หญิง (ปี)	23.5	n.a.	24.0	n.a.	n.a.
5 อายุเฉลี่ยเมื่อสมรสครั้งแรกของผู้ชาย (ปี)	25.8	n.a.	27.1	n.a.	n.a.
<b>แหล่งข้อมูล</b>					
1-2	ข้อมูลปี 2532, 2538, 2549 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร 2532, 2538/39, สสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทย 2549, 2552 ข้อมูลปี 2543 จากกรมอนามัย, การประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8, 2544				
3	ข้อมูลปี 2539 จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, โครงการสำรวจภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย 2539 ข้อมูลปี 2544 จาก นภาพร ชัยวรรณ และคณะ, ภาวะเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและครอบครัวในประเทศไทย, วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546				
4-5	สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำมะโนประชากรและเคหะ 2533, 2543				

## ความก้าวหน้า/ปัญหา

ความสำเร็จในการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยเป็นที่ทราบกันดีทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2552 อัตราการคุมกำเนิดในสตรีสมรสอายุ 15-49 ปีสูงถึงร้อยละ 79.6 โดยมีความแตกต่างระหว่างเขตเมืองและชนบทน้อยมาก

ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นวิธีที่นิยมที่สุด ตามด้วยการทำหมันหญิง ยาฉีดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ลูกยางอนามัย การทำหมันชาย การฝังคุมกำเนิด และอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2544 อัตราการยังใช้การวางแผนครอบครัวมีเพียงร้อยละ 2.1 เปรียบเทียบกับร้อยละ 5.9 ในปี พ.ศ. 2539.<sup>40</sup> แต่ข้อมูลนี้ไม่รวมผู้หญิง โสัด ที่มีเพศสัมพันธ์ อัตราการทำแท้งที่สูง และแนวโน้มความต้องการยาคุมกำเนิดฉุกเฉินที่เพิ่มสูงขึ้นซึ่งให้เห็นว่าจำเป็นต้องรณรงค์เรื่องการคุมกำเนิดอีกครั้ง โดยมีคนหนุ่มสาวเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมบริการคุมกำเนิดด้วย ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการคุมกำเนิดโดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัยในปี พ.ศ. 2548 แสดงว่าผู้รับบริการร้อยละ 80.8 พึงพอใจในบริการที่ได้รับจากสถานบริการภาครัฐและเอกชน<sup>41</sup> อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าสถานบริการเหล่านี้มักให้บริการคุมกำเนิดเฉพาะวิธีที่มีต้นทุนต่ำ เช่น ยาเม็ด ลูกยางอนามัย และยาฉีด และมักไม่ให้บริการคุมกำเนิดที่เป็นวิธีกึ่งถาวร เช่น ยาฝัง และห่วงอนามัย ทำให้ผู้รับบริการที่เคยใช้วิธีกึ่งถาวรต้องเปลี่ยนไปใช้วิธีชั่วคราว ส่วนนี้ก็คือความต้องการคุมกำเนิดที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง การปรับเปลี่ยนวิธีการคุมกำเนิดดังกล่าวเห็นได้จากกรณีลดลงของการใช้ห่วงอนามัยและยาฝังดังปรากฏในรายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ปี พ.ศ. 2549 และ 2552<sup>42</sup>

แม้ว่าอัตราการคุมกำเนิดทั่วประเทศจะอยู่ในระดับสูง อัตราการคุมกำเนิดในภาคใต้ซึ่งมีประชากรมุสลิมหนาแน่นต่ำกว่าพื้นที่อื่น คือเพียงร้อยละ 69.7 ในกลุ่มประชากรชายขอบเช่น ชาวเขา ผู้ลี้ภัย และแรงงานต่างชาตีก็นี้อัตราการคุมกำเนิดต่ำด้วยเช่นกัน ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขพยายามพัฒนาให้ดีขึ้น โดยได้รับความร่วมมือจากองค์กรพัฒนาเอกชน และ UNFPA



นอกจากนี้ยังมีเรื่องความไม่เท่าเทียมทางเพศดังจะเห็นได้จากวิธีการคุมกำเนิดที่ผู้ชายเป็นฝ่ายรับภาระมีอัตราต่ำมาก และควรเพิ่มความพยายามที่จะตอบสนองความต้องการของผู้หญิง โสัดและคนหนุ่มสาว ข้อมูลการคุมกำเนิดของผู้หญิง โสัดที่มีเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มวัยรุ่นนุ้ยยากและไม่มีการจัดเก็บเป็นระบบ ยิ่งกว่านั้น ข้อมูลแสดงว่าการผลิตและนำเข้ายาคุมกำเนิดฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจาก 3-4 ล้านชุดเป็นประมาณ 11 ล้านชุดนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548<sup>43</sup>

## นโยบายและมาตรการสำคัญ

การพัฒนาคุณภาพเป็นความท้าทายที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านซึ่งงบประมาณเพื่อการวางแผนครอบครัวส่วนใหญ่ได้ถูกโอนเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้จำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการทั้งในด้านวิชาการและการให้คำปรึกษาบนฐานสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์

การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์และการพัฒนาสุขภาพมารดาและเด็กแนวใหม่ที่ทำให้ผู้ชายมีความรับผิดชอบและบทบาทมากขึ้นน่าจะช่วยแก้ไขปัญหาลูกหลานว่างทางเพศได้ระดับหนึ่ง แผนงานโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้เพื่อให้ผู้ชายมีบทบาทแข็งขันขึ้นในการสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว อนามัยการเจริญพันธุ์ สุขภาพมารดาและการดูแลบุตร



นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการตอบสนองความต้องการคุมกำเนิดของกลุ่มวัยรุ่น และเริ่มดำเนินการตามแนวทางการให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตร แก่วัยรุ่น รวมทั้งได้เผยแพร่ความรู้แก่เยาวชนอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับผลกระทบทางลบจากการใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินติดต่อกันเป็นเวลานาน การยกเว้นพระราชบัญญัติอนามัยการเจริญพันธุ์ซึ่งกำลังดำเนินการในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิโดยเน้นการขยายการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนทั้งที่อยู่ในและนอกระบบโรงเรียน รวมทั้งการปกป้องสิทธินักเรียนนักศึกษาหญิงให้สามารถศึกษาต่อเมื่อมีครรภ์

### 3.4 การแท้งและภาวะแทรกซ้อน

*แม้ผู้หญิงจะมีอัตราการคุมกำเนิดสูง ใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินมากขึ้น อีกทั้งการปรับเปลี่ยนกฎหมายก็ทำให้สามารถเข้าถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยมากขึ้น การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยก็ยังเป็นปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญ*

ไม่มีใครทราบจำนวนที่แท้จริงและปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการแท้ง และการทำแท้ง การสำรวจสุขภาพด้วยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2



และ 3 ในปี พ.ศ. 2539-40 และ 2546-47 พบว่าอัตราความชุกของการแท้งและการทำแท้งของสตรีอายุ 15-59 ปีคือ ร้อยละ 19.3 และ 19.8 ตามลำดับ ประมาณร้อยละ 13.5-14.4 เป็นการแท้งโดยธรรมชาติ และร้อยละ 3.6-5.4 เป็นการทำให้แท้ง<sup>44</sup> ผลจากการสำรวจ ครั้งที่ 2 แสดงว่าร้อยละ 8.4 ของผู้หญิงที่มีประสบการณ์นี้ในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 1.8 เป็นการทำให้แท้ง

ในปี พ.ศ. 2542 มีการศึกษาข้อมูลจากคนไข้ในโรงพยาบาลของรัฐ 787 แห่งพบว่าร้อยละ 71.5 ของผู้หญิงที่มารับบริการแท้งโดยธรรมชาติ และร้อยละ 28.5 เป็นกรณีการทำแท้ง<sup>45</sup> ในจำนวนการทำแท้ง 13,090 กรณีร้อยละ 29.2 มีภาวะแทรกซ้อน อาทิ การติดเชื้อในกระแสโลหิต ปัญหาอื่นๆ เกี่ยวกับมดลูกหรืออาจถึงกับเสียชีวิต เกือบครึ่งหนึ่งของการทำแท้งเกิดขึ้นกับหญิงสาวอายุต่ำกว่า 25 ปี (ร้อยละ 0.7, 20 และ 26 ในกลุ่มผู้หญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี 15-19 ปี และ 20-24 ปีตามลำดับ)

การทำแท้งผิดกฎหมาย นอกจากกรณีที่ทำโดยแพทย์เพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพของสตรี หรือเพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่เกิดจากอาชญากรรมทางเพศ<sup>46</sup> “สุขภาพ” ในที่นี้มีนิยามที่จำกัด เฉพาะทางร่างกาย ผู้หญิงจึงมีช่องทางการเข้าถึงการทำแท้งที่ปลอดภัยน้อยมาก นำไปสู่การทำแท้งเถื่อนที่มีอัตราการป่วยและตายสูง

ความพยายามที่จะแก้ไขกฎหมายเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 ยังไม่ประสบความสำเร็จ ในปี พ.ศ. 2542 กรมอนามัย ร่วมกับแพทยสภาแห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และ มูลนิธิเพื่อสุขภาพและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีได้ขยายนโยบาย สุขภาพ ให้รวมสุขภาพจิตด้วย เพื่อให้ผู้หญิงเข้าถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2548 ขอบังคับแพทยสภาว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์ฉบับใหม่ได้รับการรับรองและประกาศในราชกิจจานุเบกษา

อย่างไรก็ตาม ยังมีเรื่องที่ต้องผลักดันและดำเนินการอีกมาก การทำแท้งยังเป็นเรื่องที่สังคมไม่ยอมรับ ผู้หญิงและผู้ที่เกี่ยวข้องมักถูกตราหน้า นอกจากนั้นประเทศไทยมีแพทย์เพียง 2,000 คนที่ได้รับการฝึกอบรมด้านสูตินรีเวชกรรม ถ้าแพทย์เหล่านี้มีทัศนคติว่าการทำแท้งเป็นเรื่องผิดกฎหมายและเป็นบาป และไม่ยอมให้บริการก็จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี ทำให้ผู้หญิงมักต้องทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยแม้ในขณะที่อายุครรภ์มากแล้ว

## นโยบายและมาตรการสำคัญ

กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานองค์กรอื่นๆ กำลังร่วมมือกันส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์และป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน โดยการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างรอบด้าน<sup>47</sup> การส่งเสริมบทบาทสตรี การส่งเสริมให้ผู้ชายมีความรับผิดชอบมากขึ้น และการขยายการเข้าถึงและการใช้บริการวางแผนครอบครัว

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรรณรงค์สื่อสารข้อมูลสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนัก เกี่ยวกับความเสี่ยงและความสูญเสียที่เกิดจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย และเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิเจริญพันธุ์ของผู้หญิง เพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างรอบด้าน ควรรวมความรู้เกี่ยวกับการแท้งและการทำแท้งด้วย ศูนย์ให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือต่างๆ สามารถมีบทบาทสำคัญในการลดการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

มาตรการที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือการพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการในการจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นหลังการแท้ง/ทำแท้ง

นอกจากนั้นยังจำเป็นต้องพยายามอุดช่องว่างด้านข้อมูล หากไม่มีข้อมูลที่น่าเชื่อถืออย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ก็จะเป็นเรื่องยากที่จะประเมินขอบเขตและแนวโน้มของปัญหา รวมทั้งปัจจัยสำคัญเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การสำรวจระดับชาติอย่างสม่ำเสมอ การวิจัย และการจัดเก็บข้อมูลจากการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบจะช่วยสนับสนุนการติดตามสถานการณ์และกำหนดนโยบายและมาตรการที่เหมาะสม

### 3.5 การตีตื้นเชิงเพศสัมพันธ์ เอชไอวีและโรคเอดส์

*เพื่อป้องกันไม่ให้โรคเอดส์กลับมากำกัดคุณภาพคนไทยอีกครั้งหนึ่ง จำเป็นต้องรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการขยายขอบเขตและการยกระดับมาตรฐานการดำเนินงานในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง*



## ความก้าวหน้า/ปัญหา

ไทยเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่มีผลงานที่แสดงถึงความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างดียิ่ง และสามารถบรรลุเป้าหมาย ICPD เกี่ยวกับโรคเอดส์ได้เกือบทั้งหมด ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 ประมาณการว่าจนถึงปัจจุบันประชากรจำนวน 1,115,000 คนติดเชื้อเอชไอวี<sup>48</sup> โรคเอดส์แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด หญิงบริการและผู้ชายที่ใช้บริการทางเพศในช่วงปลายทศวรรษที่ 1980 และต้นทศวรรษ 1990 ต่อมาก็ระบาดไปสู่ประชากรทั่วไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนหนุ่มสาว

ปัจจุบันประมาณการว่ามีประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ในปี พ.ศ. 2551 ประมาณ 585,800 คน รวมผู้ติดเชื้อรายใหม่ 12,800 รายในรอบปีล่าสุด<sup>49</sup> อัตราการติดเชื้อดังกล่าวลดลงมาจาก 140,000 รายในปี พ.ศ. 2534 อัตราการติดเชื้อในกลุ่มทหารเกณฑ์และสตรีที่มาตรฐานตรวจครรภ์ลดลงจากระดับสูงสุดร้อยละ 4 และร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2536 และ 2538 เหลือร้อยละ 0.5 และร้อยละ 0.7 ในปี พ.ศ. 2551 ตามลำดับ

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือเจตจำนงในระดับนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอ ความร่วมมือแบบพหุภาคี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันขององค์กรภาคประชาสังคม การมีระบบเฝ้าระวังและระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการใช้มาตรการระดับประเทศที่กำหนดโดยอาศัยหลักฐานข้อมูลสนับสนุนและการดำเนินการ นอกจากนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สนับสนุนยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วย

ตารางที่ 3.6 ตัวชี้วัดการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวีและโรคเอดส์

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2548	2551
1 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทหารประจำการ (%)	2.1	2.4	0.8	0.5	0.5
2 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์ (%)	0	2.3	1.5	1.0	0.7
3 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์อายุ 20-24 ปี (%)	n.a.	2.5	1.8	1.2	0.3
4 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี (%)	n.a.	2.4	1.0	0.7	0.2
5 อัตราความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (%)	n.a.	n.a.	<10	41.0 (2006)	67.2
แหล่งข้อมูล					
1	สถาบันวิจัยการแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก, การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี (ผลิตภัณฑ์ 2)				
2-4	สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, รายงานผลการสำรวจการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี				
5	คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูเอดส์ประเทศไทย, รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย รอบปี 2551-2552, 2553				

แผนงานให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขยายตัวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มใช้ยาสูตรผสมที่พัฒนาขึ้นในประเทศ ต่อมาในปี พ.ศ. 2550 รัฐบาลกำหนดให้การรักษาพยาบาลโรคเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยากับยานำเข้าบางประเภทก็มีผลทำให้สามารถขยายการให้บริการดังกล่าวได้อย่างกว้างขวาง อัตราความครอบคลุมของการได้รับยาต้านไวรัสในปี พ.ศ. 2551 สูงร้อยละ 67.2 (ร้อยละ 66.5 สำหรับผู้ใหญ่ และ 86.1 สำหรับเด็ก)<sup>55</sup>

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 มีความหวังว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์จะกลับมาระบาดอีกครั้งหนึ่ง สัญญาณที่ทำให้เกิดข้อห่วงใยนี้ได้แก่

- ในกรุงเทพฯ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสูงถึงร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2546 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.7 ในปี พ.ศ. 2550<sup>50</sup>
- อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดสูงอย่างต่อเนื่องที่ประมาณร้อยละ 40 ซึ่งแสดงว่ายุทธศาสตร์การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมีผลสำเร็จน้อยมาก<sup>51</sup>
- ในกรุงเทพฯ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการที่ทำงานไม่เป็นหลักแหล่งสูงถึงร้อยละ 20 ในขณะที่อัตราการติดเชื้อของหญิงบริการที่มีสถานที่ทำงานที่แน่นอนสูงเพียงร้อยละ 2.5<sup>52</sup>
- คนหนุ่มสาวที่มีประสบการณ์เพศสัมพันธ์ที่ทราบ

ข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ มีอัตราต่ำกว่าครึ่งหนึ่ง<sup>53</sup>

- ร้อยละ 40-45 ของการติดเชื้อใหม่ในปี พ.ศ. 2548 มาจากการติดเชื้อระหว่างคู่สมรส<sup>54</sup>

ผลกระทบจากโรคเอดส์ที่ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควรคือเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและป่วยด้วยโรคเอดส์ ประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี 15,000 คน รวมเด็กที่รับผลกระทบจากโรคเอดส์ 470,000 คน<sup>56</sup> ปัจจุบันรัฐบาลได้ดำเนินการให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเกือบทั้งหมดได้รับยาต้านไวรัส มีการนำร่องรูปแบบการดูแลและให้บริการเด็กติดเชื้อเอชไอวีอย่างครบวงจรในบางจังหวัด เมื่อเวลาผ่านไปวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีก็เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ จึงจำเป็นต้องมีแผนงานระดับชาติที่รวมการให้คำปรึกษา บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และการสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ สำหรับเด็กและคนหนุ่มสาวที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้

สำหรับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้น มีการสำรวจหลายครั้งที่แสดงว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคโกโนเรีย (หนองใน) และโรคหนองในเทียม การเฝ้าระวังทางชีววิทยาและพฤติกรรมพบการติดเชื้อโรคโกโนเรียร้อยละ 1-2 และการติดเชื้อโรคหนองในเทียมร้อยละ 10 ในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ<sup>57</sup>

ประเด็นที่น่าเป็นห่วงอีกเรื่องคือผลกระทบจากการกระจายอำนาจและการปฏิรูประบบบริการสุขภาพซึ่งทำให้ระบบการป้องกันโรคอ่อนแอลงเพราะขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การปฏิรูประบบสุขภาพเมื่อปี พ.ศ. 2545

มีผลให้อำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบด้านการป้องกันและให้บริการเกี่ยวกับการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ถ่ายโอนไปสู่วิทยาศาสตร์ การถ่ายโอนดังกล่าวขาดการวางแผนและประสานงานที่ระหว่งฝ่ายต่างๆ ทำให้ประชาชนเข้าถึง

### การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

ไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกที่มีแผนงานระดับประเทศเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Prong 3) ซึ่งเริ่มในปี พ.ศ. 2543 แผนงานนี้ประกอบด้วยทำให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอชไอวี การให้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องแก่สตรีมีครรภ์ที่มีผลเลือดเป็นบวก โดยเริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ไปจนถึงการคลอด หลังทารกคลอด 48 ชั่วโมง ก็จะเริ่มให้ยาต้านไวรัสแก่ทารกเป็นเวลา 1-6 สัปดาห์ขึ้นกับระยะเวลาที่มารดาได้รับยาต้านไวรัส มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับคำแนะนำไม่ให้ให้นมลูก แต่ให้ใช้นมซึ่งแผนงานจะจัดให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจนเด็กอายุ 2 ปี แผนงานนี้ประสบความสำเร็จอย่างสูงและสามารถลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกจากอัตราร้อยละ 25 เหลือร้อยละ 4 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มให้ยาต้านไวรัสแก่มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนสามีและลูกที่เข้าเกณฑ์ (Prong 4) ปัจจุบันการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก prong 3 และ 4 ดำเนินการโดยสถานพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง การดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี (Prong 2) ขยายตัวในปี พ.ศ. 2550 โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และได้มีการประยุกต์ใช้ต้นแบบการดำเนินการในโรงพยาบาลบางแห่ง และมีแผนจะขยายทั่วประเทศในปี

หญิงไทยมีความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับคูสมรส บ่อยครั้งที่ชายไทยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงที่มีคูสมรส โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเวลาที่คูสมรสตั้งครรภ์ การป้องกันมิให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีในสตรี (Prong 1) ยังค่อนข้างจำกัด ในปี พ.ศ. 2547 กรมอนามัยและ UNFPA ได้พัฒนาแผนงานส่งเสริมสุขภาพมารดาและเด็กและได้ริเริ่มระบบการบริการเพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวีปลอดภัยโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของคูสมรส (แม้ว่าคูสมรสอาจจะติดเชื้อแล้วหรือมีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ) โดยคูสมรสสามารถลงทะเบียนเข้าร่วมแผนงานดูแลครรภ์มารดาตามความสมัครใจ โครงการนี้มีชื่อว่า ผู้ชายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมารดา มีการออกแบบขั้นตอนการให้บริการเพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้ให้บริการสุขภาพในการส่งเสริมให้คูสมรสฝ่ายชายมีบทบาทสนับสนุนในระยะต่างๆ ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด การวางแผนครอบครัว และการดูแลบุตร ต้นแบบนี้ได้รับการยอมรับเป็นอย่างดีทั้งจากผู้ให้บริการสุขภาพและผู้รับบริการ และได้รับการผนวกเข้าเป็นแผนงานระดับชาติ ประเทศไทยจึงเป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติตามต้นแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก 4 รูปแบบภายใต้แผนการส่งเสริมสุขภาพมารดาและเด็กระดับชาติ

บริการเกี่ยวกับการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ยากขึ้น คุณภาพบริการลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการที่ให้กับกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ มีการให้บริการนอกสถานที่อย่างจำกัด และมีการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ลดลงและไม่สม่ำเสมอ เมื่อเร็วๆ นี้กระทรวงสาธารณสุขได้ศึกษาผลกระทบจากการกระจายอำนาจของระบบบริการสุขภาพ และได้ดำเนินการแก้ไขเพื่อลดผลกระทบและเพื่อควบคุมภัยคุกคามครั้งใหม่จากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

### จาก “แผนงานถุงยางอนามัย 100%” สู่ “แผนงานถุงยางอนามัยรอบด้าน Comprehensive Condom Programming (CCP)”

แผนงานถุงยางอนามัย 100% ของไทยได้รับการยอมรับจากทั่วโลกว่าเป็นหนึ่งในแผนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด แผนงานนี้อาศัยความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ อย่างกว้างขวาง ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ผู้ว่าราชการจังหวัด และเจ้าหน้าที่ในจังหวัด บุคลากรสายสุขภาพ และธุรกิจเอกชน

แผนงานเริ่มขึ้นที่จังหวัดราชบุรีในปี พ.ศ. 2434 และขยายทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2536 โดยการสนับสนุนจากคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญเอดส์ ยุทธศาสตร์สำคัญคือการเสริมสร้างพลังให้ผู้ให้บริการทางเพศสามารถปฏิเสธการให้บริการแก่ลูกค้าที่ไม่ยินยอมใช้ถุงยาง ถ้าไม่ใช้ถุงยาง...ก็ไม่มีเพศสัมพันธ์ อัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศมีส่วนสำคัญยิ่งต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีในประชากรทั่วไป ทำให้การติดเชื้อรายใหม่ลดลงจาก 150,000 ในปี 2534 เหลือต่ำกว่า 14,000 ในปี 2551 ต้นแบบนี้ถูกนำไปใช้ในประเทศกัมพูชา จีน ลาว พม่า มองโกเลีย ฟิลิปปินส์ และเวียดนามด้วย

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เพื่อขยายผลสำเร็จจากแผนงานถุงยางอนามัย 100% UNFPA ได้ให้การสนับสนุนรัฐบาลให้จัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ Comprehensive condom programming เพื่อขยายการดำเนินงานด้านถุงยางอนามัย จากเดิมที่จำกัดอยู่เฉพาะเรื่องการให้บริการทางเพศ มีการศึกษาและชี้ช่องว่างของแผนงานระดับชาติต่างๆ ประสานการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และองค์กรเอกชน ความพยายามนี้นำไปสู่การกำหนดแนวทางนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับถุงยางอนามัยอย่างครอบคลุม มีแผนยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงอุปทาน อุปสงค์ และกลไกสนับสนุนเพื่อให้หญิงและชายสามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพและราคาประหยัดได้อย่างกว้างขวาง มีการปรับภาพลักษณ์ถุงยางอนามัยให้เป็นเครื่องมือในการดูแลสุขภาพทางเพศ และนำเสนอถุงยางอนามัยสำหรับผู้หญิงในฐานะเครื่องมือในการเสริมสร้างอำนาจการตัดสินใจของสตรี



## นโยบายและมาตรการสำคัญ

ประเทศไทยมีความมุ่งมั่นที่จะขยายการเข้าถึงการป้องกันและดูแลรักษาต่างๆ ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2553 คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานตระหนักถึงความเสี่ยงต่อภัยคุกคามจากโรคเอดส์รอบใหม่จึงกำหนดเป้าหมายจะลดการติดเชื้อรายใหม่ลงร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2554 เพิ่มเติมจากการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและลดผลกระทบจากโรคเอดส์ (พ.ศ. 2550-2554)

### แผนยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและลดผลกระทบจากโรคเอดส์ (พ.ศ. 2550-2554)

แผนฯ มีเป้าหมายที่จะลดการติดเชื้อรายใหม่ลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่ง ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนที่มีความจำเป็นได้รับยาต้านไวรัส และดูแลให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวอย่างน้อยร้อยละ 80 เข้าถึงบริการและการสนับสนุนทางสังคม ยุทธศาสตร์ที่สำคัญได้แก่

- บูรณาการการป้องกันการติดเชื้อ การดูแลรักษาและการสนับสนุนต่างๆ ในการดำเนินงานพัฒนาทุกสาขา
- บูรณาการการป้องกันการติดเชื้อ การดูแลรักษาและการสนับสนุนต่างๆ ให้เป็นระบบที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงกัน
- ให้แผนงานโครงการต่างๆ สอดคล้องและส่งเสริมหลักการคุ้มครองสิทธิ
- ส่งเสริมการติดตาม ประเมินผล วิจัยและเสริมสร้างความรู้ที่เกี่ยวข้อง

สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าปัญหาโรคเอดส์ได้รับความสนใจจากนักการเมืองและผู้บริหารระดับสูงอีกครั้งหนึ่ง ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง การประสานงานที่ดี และการจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินการ ขณะนี้จำเป็นต้องมีสิ่งที่จะต้องพิจารณาการป้องกันต่างๆ สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง อาทิ ผู้ให้บริการทางเพศ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ฉีดยาเสพติด คนหนุ่มสาว และกลุ่มชายขอบ เช่น ผู้ถูกคุมขังและแรงงานต่างด้าว<sup>58</sup> คนบางกลุ่ม เช่น แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน และชนกลุ่มน้อยยังประสบความยากลำบากในการใช้สิทธิการดูแลป้องกันสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากข้อจำกัดด้านภาษาและระยะทางสู่จุดบริการคนกลุ่มอื่น อาทิ แรงงานต่างด้าวที่ไม่ขึ้นทะเบียน ไม่ได้รับสิทธิใดๆ ถ้าจะทำให้มาตรการการป้องกันการติดเชื้อมีประสิทธิภาพ ก็ควรจะเปิดโอกาสให้กลุ่มคนเหล่านี้เข้าถึงและสามารถใช้บริการเพื่อป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ด้วย

ประเด็นสุดท้ายคือการควบคุมการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จะไม่มีคามยั่งยืนหากปราศจากการบูรณาการเข้าสู่ระบบแผนงาน โครงการต่างๆ ของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนในทุกสาขาทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

## 3.6 ประเด็นอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ

*มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งทรวงอกเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของผู้หญิงไทย แต่ผู้หญิงจำนวนมากยังไม่ได้ใช้ประโยชน์จากการป้องกันโดยการตรวจค้นหาโรค*

### ความก้าวหน้า/ปัญหา

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Programme-HITAP) ชี้ว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA screening ในกลุ่มผู้หญิงอายุ 30-45 ปี และ Pap smear ในกลุ่มผู้หญิงอายุ 45-60 ปีเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่าสูง แต่ผลสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ปี พ.ศ. 2549 แสดงว่าผู้หญิงไทยอายุ 35-49 ปีเพียงร้อยละ 50 เคยใช้บริการดังกล่าวในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมา<sup>59</sup> นอกจากนั้นการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550 ก็แสดงว่าผู้หญิงไทยอายุ 35-75 ปีเพียงร้อยละ 52.7 เคยตรวจทดสอบดังกล่าวในระยะเวลาสามปีที่ผ่านมา ซึ่งนับว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.7 ในปี พ.ศ. 2548<sup>60</sup> สำหรับมะเร็งทรวงอก การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ปี พ.ศ. 2549 รายงานว่าร้อยละ 24 ของผู้หญิงอายุ 35-49 ปีเคยตรวจทรวงอกตัวเอง ร้อยละ 24 เคยตรวจโดย บุคลากรทางการแพทย์ และร้อยละ 13 เคยตรวจทั้งสองวิธี<sup>61</sup>

แผนงานตรวจทดสอบมะเร็งปากมดลูกระดับชาติเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2548 โดยมีเป้าหมายจะตรวจผู้หญิงปีละ 800,000 คน และให้ผู้หญิงอายุ 35-60 ปีทุกคนได้รับการตรวจทุกห้าปีในปี พ.ศ. 2552 กรมอนามัยได้นำร่องโครงการตรวจหามะเร็งปากมดลูกโดยใช้วิธี VIA และ Pap Smear ร่วมกันใน 2 จังหวัดคือ นครศรีธรรมราช และเชียงใหม่ ปัจจุบันกำลังอยู่ระหว่างการประเมินผลลัพธ์และปัจจัยที่กำหนดเทคนิควิธีร่วมดังกล่าว

อุปสรรคสำคัญของการขยายการตรวจหามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งทรวงอกคือผู้หญิงไทยมักจะอายที่จะรับการตรวจ ในกรณีที่พบโรคก็ยังมีข้อจำกัดในการให้บริการดูแลรักษา ประการแรกคือยังไม่มีระบบการส่งต่อและติดตามผลที่ดี ทำให้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบถ้วน นอกจากนั้นเครื่องมือและอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลมีราคาสูง มีเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น

## นโยบายและมาตรการสำคัญ

มาตรการที่มีประสิทธิผลที่สุดคือการสร้างความตระหนักเพื่อทำให้ผู้หญิงมีความต้องการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งทรวงอกด้วยแนวทางที่คำนึงถึงความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม และจะต้องเพิ่มความเข้มข้นของการสื่อสารทางสุขภาพเพื่อขจัดอุปสรรคที่สำคัญ นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยโดยเชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆ ทุกระดับ การเสริมสร้างทักษะการให้บริการและการฝึกอบรมผู้ให้บริการให้เคารพสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการก็มีผลสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพการบริการด้วยเช่นกัน

ปัจจุบันผลการวิจัยทางวิชาการยืนยันว่าสาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกคือไวรัส HPV และขณะนี้มีการพัฒนาและผลิตวัคซีน HPV ซึ่งมีราคาสูง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรประเมินความคุ้มค่า ต้นทุนและประโยชน์ระยะยาวของการนำวัคซีน HPV มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานระดับชาติ



### 3.7 สุขอนามัยหลังวัยเจริญพันธุ์และสุขภาพผู้สูงอายุ

หญิงไทยเห็นว่าการหมดประจำเดือนเป็นธรรมชาติของการเข้าสู่วัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามผู้หญิงกลุ่มอายุนี้ควรได้รับข้อมูลและคำปรึกษาอย่างรอบด้านเพื่อจะได้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

## ความก้าวหน้า/ปัญหา

ผู้หญิงไทยจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเมื่ออายุเฉลี่ย 47.7 ปี อาจก่อนหรือหลังนั้นประมาณ 5.5 ปี ผู้หญิงมีความรู้เกี่ยวกับการหมดประจำเดือนในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยให้ความสนใจกับสุขภาพในวัยหมดประจำเดือนเพราะเห็นว่าเป็นธรรมชาติของการที่มีอายุมากขึ้นและเริ่มเข้าสู่วัยชรา และมักมีความคิดในแง่บวกว่าเป็นการสิ้นสุดความยุ่งยากจากการมีประจำเดือนและการตั้งครรภ์ สำหรับผู้ชาย ร้อยละ 79 พบปัญหาวัยทอง เช่น เหนื่อยล้า วิตกกังวล และหุดหุด ด้วยเช่นกัน แต่ส่วนใหญ่ไม่ยอมรับว่าเป็นอาการวัยทอง เพราะรู้สึกว่าป็นภัยคุกคามต่อความเป็นชายชาติ<sup>62</sup>

ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนจำนวนมากใช้ฮอร์โมนและผลิตภัณฑ์เสริมเพราะเชื่อว่าสามารถลดปัญหาทางร่างกายและจิตใจซึ่งเกิดจากภาวะหมดประจำเดือน เช่น โรคกระดูกพรุน นुकผลการทางการแพทย์บางกลุ่มก็มีมุมมองว่าการหมดประจำเดือนเป็นการเจ็บป่วยรูปแบบหนึ่ง และเน้นให้การรักษามากกว่าจะให้ผู้หญิงมีทางเลือกอื่น เช่น ปรับเปลี่ยนรูปแบบวิถีชีวิต หรือส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจุบันมีความตระหนักเรื่องประชากรสูงอายุมากขึ้น เรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และสุขภาพหลังวัยเจริญพันธุ์จึงได้รับความสนใจมากขึ้นทั้งในระดับนโยบายและประชาชนทั่วไป มีการจัดตั้งคลินิกวัยทองขึ้นในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนทุกแห่ง แต่ยังมีเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการอีกมาก

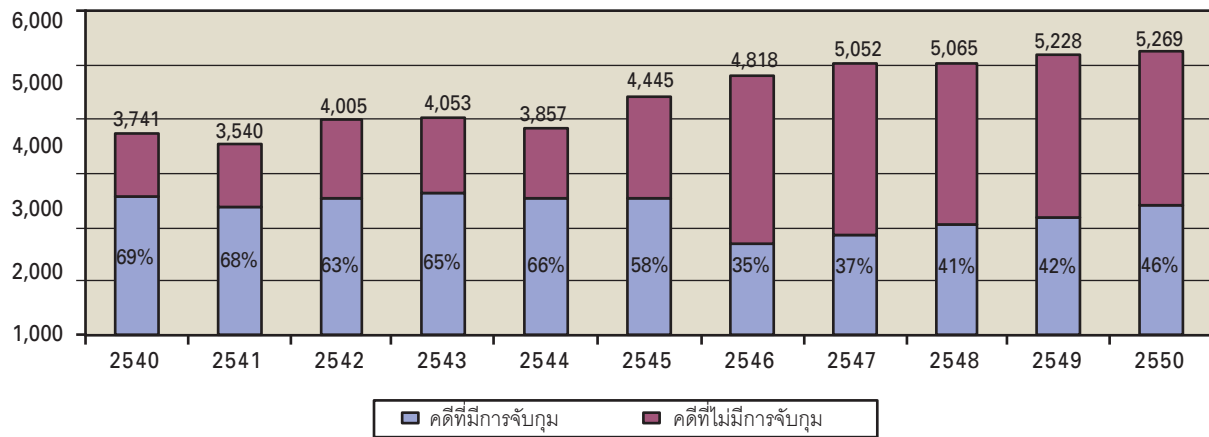
## นโยบายและมาตรการสำคัญ

การสื่อสารที่มีประสิทธิผลและการให้คำปรึกษาโดยให้ผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางเป็นหัวใจของการส่งเสริมและให้บริการสุขภาพแก่หญิงและชายวัยหลังระยะเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำมาตรฐานการให้บริการและฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขให้เข้าใจความจำเป็นและความต้องการของผู้รับบริการและให้ผู้รับบริการทราบถึงทางเลือกต่างๆ นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องให้ความรู้และความเข้าใจแก่ผู้หญิงเพื่อคุ้มครองมิให้ตกเป็นเหยื่อวิธีการบำบัดและผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพต่างๆ ที่มุ่งประโยชน์ทางการค้า และให้ผู้หญิงมีโอกาสตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและวิถีชีวิตของตนเอง

### 3.8 ความรุนแรงต่อสตรี

สังคมไทยมีความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อสตรีมากขึ้น การขยายบริการให้สามารถเข้าถึงได้สะดวกขึ้น

แผนภูมิที่ 3.2 จำนวนคดีอาชญากรรมทางเพศที่มีรายงานแยกตามสถานะการจับกุม พ.ศ. 2540-2550



ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

**การดูแลและคุ้มครอง ทำให้เหยื่อกล้าที่จะเรียกร้องขอความช่วยเหลือมากขึ้น นับเป็นประโยชน์ต่อการต่อสู้กับปัญหาซึ่งซ่อนเร้นอยู่ในมุมมืดมาช้านาน**

### ความก้าวหน้า/ปัญหา

ในทศวรรษที่ผ่านมา สังคมไทยมีความตระหนักรับรู้มากขึ้นเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรีรูปแบบต่างๆ ทั้งทางร่างกาย ทางเพศ จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งส่วนใหญ่ปรากฏให้เห็นในรูปแบบความรุนแรงในครอบครัว การคุกคามและละเมิดทางเพศ และการบังคับให้ขายบริการทางเพศ

ในช่วงปี พ.ศ. 2540-2550 สำนักงานตำรวจแห่งชาติได้รับแจ้งอาชญากรรมทางเพศเพิ่มขึ้นจาก 3,741 คดีต่อปีเป็น 5,269 คดีต่อปี แต่จับกุมผู้กระทำผิดได้น้อยกว่าครั้งหนึ่ง จำนวนคดีทางเพศที่พิจารณาแล้วเสร็จ โดยศาลแผนกคดีอาญาและศาลเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้นจาก 6,056 คดีต่อปีเป็น 10,094 คดีต่อปีในช่วงปี พ.ศ. 2546-2550<sup>63</sup> สถิติเหล่านี้เปรียบเสมือนยอดภูเขาน้ำแข็งเท่านั้น เพราะผู้หญิงจำนวนมากไม่ได้แจ้งความเมื่อถูกละเมิด

ข้อมูลอีกชุดหนึ่งมาจากศูนย์พึ่งได้ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรีในปี พ.ศ. 2542 กระทรวงสาธารณสุขสนำร่องโครงการนี้ในโรงพยาบาล 20 แห่งและต่อมาขยายสู่โรงพยาบาลจังหวัดทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2547 ในปัจจุบันศูนย์พึ่งได้เป็นเครือข่ายให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือที่ใหญ่ที่สุดในประเทศเหยื่อความรุนแรงที่มาขอความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นทุกปีจาก 6,951 รายในปี พ.ศ. 2547 เป็น 26,631 รายในปี พ.ศ. 2551 ผู้หญิง

ส่วนมากพบปัญหาการคุกคามละเมิดทางร่างกาย ส่วนเด็กมักตกเป็นเหยื่อความรุนแรงทางเพศ สาเหตุสำคัญของความรุนแรง ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติด และความหึงหวง ผู้หญิงและเด็กที่ตกเป็นเหยื่อธุรกิจทางเพศและการค้ามนุษย์ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการสนับสนุนด้านอื่นๆ ในระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549 ผู้หญิงและเด็กที่ขอรับความช่วยเหลือจากศูนย์พักพิงและศูนย์อื่นๆ ในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพิ่มขึ้นจาก 15,750 รายเป็น 18,617 ราย<sup>64</sup>

ผู้หญิงจำนวนมากจำเป็นต้องเผชิญกับความรุนแรงและความเจ็บปวดที่บ้านตัวเอง ความรุนแรงในครอบครัวมีมาช้านานและเกิดขึ้นในทุกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ไม่มีใครทราบว่าปัญหานี้มีขอบเขตกว้างขวางเพียงใด ค่านิยมและวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับความสมานฉันท์ในครอบครัวมากกว่าสิทธิสตรีทำให้ผู้หญิงกลัวที่จะเปิดเผย “เรื่องส่วนตัว” ต่อผู้อื่นและสังคมก็มักเลือกที่จะไม่ยุ่งเกี่ยวกับ “เรื่องในครอบครัว” ผู้อื่น

ผลการวิเคราะห์จากการศึกษาความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิงในประเทศต่างๆ ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. 2544 พบว่าผู้หญิง 1 ใน 5 มีประสบการณ์ทางเพศครั้งแรกแบบที่มีใต้อายุมพร้อมใจ โดยเด็กหญิงอายุ 10-14 เป็นกลุ่มที่มีอัตราสูงสุด (ร้อยละ 46) ผู้ละเมิดส่วนใหญ่คือสามี คู่รัก หรือเพื่อน และส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย<sup>65</sup> การสำรวจนี้ยังพบว่าผู้หญิงร้อยละ 44 ที่อยู่หรือเคยอยู่กับคู่ครองเคยถูกคู่ครองทำร้ายทางร่างกาย หรือทำร้ายทางเพศ<sup>66</sup>

ตารางที่ 3.7 จำนวนเหยื่อจากความรุนแรงที่เป็นเด็กและสตรีที่ขอความช่วยเหลือจากศูนย์พึ่งได้ พ.ศ. 2547 - 2551

ปี	จำนวน โรงพยาบาล	จำนวน ผู้รับบริการ	ผู้รับบริการ		
			ผู้หญิง	เด็กชาย	เด็กหญิง
2547	70	6,951	3,585	690	2,676
2548	109	11,542	5,656	792	5,094
2549	110	15,882	7,901	1,601	6,380
2550	297	19,067	9,469	1,826	7,772
2551	582	26,631	13,595	1,632	11,404

ที่มา: สถิติการให้บริการผู้หญิงและเด็กที่เป็นเหยื่อความรุนแรง ศูนย์พึ่งได้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

## นโยบายและมาตรการสำคัญ

การต่อสู้กับความรุนแรงทางเพศเข้มแข็งขึ้นเมื่อมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 และพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 ที่ออกมาทดแทนพระราชบัญญัติคุ้มครองและปราบปรามการค้าหญิงและเด็ก พ.ศ. 2540 นอกจากนี้ การแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาในปี พ.ศ. 2550 ทำให้การข่มขืนโดยคู่สมรสเป็นความผิดที่ต้องถูกลงโทษทางกฎหมาย กฎหมายเหล่านี้นับเป็นกลไกสำคัญในการป้องกัน คุ้มครอง และฟื้นฟูเหยื่อความรุนแรง รวมทั้งลงโทษผู้กระทำผิด



เครือข่ายที่กว้างขวางของศูนย์พึ่งได้เป็นโครงสร้างและกลไกสำคัญที่ช่วยควบคุมและลดความรุนแรงทางเพศ ปัจจุบันการรณรงค์ขยายไปถึงระดับท้องถิ่น ร้อยละ 75 ของโรงพยาบาลชุมชนมีบริการด้านความรุนแรงทางเพศ ส่วนศูนย์พัฒนาครอบครัวซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จัดตั้งขึ้นจะเน้นการทำงานในเชิงป้องกัน นอกจากนี้องค์กรพัฒนาเอกชนก็มีบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบายและรณรงค์ภาคสังคม ในปี พ.ศ. 2550 ผู้หญิง 2,716 คนขอความช่วยเหลือจากสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง และมูลนิธิผู้หญิง<sup>67</sup>

เช่นเดียวกับประเด็นมิติทางเพศทั่วไป รากฐานของปัญหาความรุนแรงต่อสตรีคือค่านิยมและทัศนคติของสังคม ฉะนั้น แผนพัฒนาสตรี (ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10) จึงให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างและปรับเปลี่ยนเจตคติของค่านิยมสังคมไทยที่ส่งเสริมศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์และความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย ซึ่งเป็น 1 ใน 5 ยุทธศาสตร์

นอกจากนี้ยังต้องส่งเสริมการศึกษาเกี่ยวกับมิติทางเพศและสิทธิมนุษยชน ผู้กำหนดนโยบายและสาธารณชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้นำทางความคิดของสังคม ต้นแบบและสื่อมวลชน ต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นที่ซับซ้อนและอ่อนไหวเกี่ยวกับมิติทางเพศและสิทธิมนุษยชนมากขึ้น ซึ่งจะมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินการให้ลุล่วงตามกฎหมายใหม่หลายฉบับที่มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมและลดความรุนแรงทางเพศ

ประเด็นสำคัญอีกเรื่องคือการเสริมสร้างสมรรถนะของระบบและกระบวนการยุติธรรมให้สามารถดำเนินการในประเด็นที่มีความซับซ้อนอ่อนไหวเหล่านี้ รวมทั้งให้สามารถรับมือกับความรุนแรงทางเพศที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชน





# การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ และภาคีความร่วมมือ

ในภาพรวม ประเทศไทยมีความพร้อมที่จะรับมือความท้าทาย และโอกาสต่างๆ มีการพัฒนาโครงสร้างและกลไกต่างๆ ตลอดหลายทศวรรษที่ผ่านมา

## 4.1 นโยบายระดับชาติ

จุดเริ่มต้นของนโยบายประชากรของประเทศคือเดือนมีนาคม พ.ศ. 2513 เมื่อรัฐบาลประกาศว่า “รัฐบาลไทยมีนโยบายที่จะสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยระบบสมัครใจเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับอัตราเพิ่มประชากรสูงมาก” หลังการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนา (ICPD) ประเทศไทยก็ประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ในปี พ.ศ. 2540 ซึ่งระบุว่า “คนไทยทุกคน ทั้งชายและหญิงทุกกลุ่มอายุ จะต้องมือนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีตลอดชีวิต” การวางแผนครอบครัวประสบความสำเร็จมากจนสามสิบปีต่อมา แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้ตั้งเป้าหมายที่จะรักษาอัตราเจริญพันธุ์รวมไม่ให้ต่ำกว่า 1.8 แต่ก็ไม่ประสบผลสำเร็จ แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) มีจุดเน้นที่จะเสริมสร้างศักยภาพและยกระดับคุณภาพของประชากร ในปี พ.ศ. 2552 ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ที่จะสนับสนุนให้ “การเกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมือนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง”

“กรอบทิศทางนโยบายการพัฒนาประชากร” ได้ระบุถึงอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ระบุถึงความจำเป็นด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน ปี พ.ศ. 2552 ก็ระบุให้รัฐมีภารกิจในการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ไว้ดังนี้

หมวดที่ 4 มาตรา 31:

“ให้รัฐจัดให้มีแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แบบมีส่วนร่วมและสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนให้เป็นรูปธรรม

ให้รัฐสนับสนุนให้มีการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย”

## คณะกรรมการระดับชาติ

คณะรัฐมนตรีมีมติให้จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 เพื่อให้อนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนตลอดชีวิต และได้แต่งตั้งคณะกรรมการฯ ชุดแรกเมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2552 โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ประกอบด้วยข้าราชการระดับสูงจากกระทรวงและกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้เชี่ยวชาญ และผู้แทนจากกรมอนามัย และองค์การพัฒนาเอกชน ในการประชุมครั้งแรก คณะกรรมการฯ ได้ให้การรับรองนโยบายการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยประสานงานระดับชาติในด้านสิทธิการเจริญพันธุ์ และอนามัยการเจริญพันธุ์ รับผิดชอบการพัฒนา นโยบาย การวิจัยและพัฒนา และมีภารกิจในการสนับสนุนศูนย์อนามัยและเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพให้ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์และยกระดับมาตรฐานคุณภาพบริการ

## นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามีการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (พ.ศ. 2553-2557)

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามีการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (พ.ศ. 2553-2557) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อ 14 กันยายน 2553 มีวัตถุประสงค์จะ “ให้การเกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมือนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยเฉพาะ สุขภาพทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น บนหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง” และเพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง อบอุ่น และมีคุณภาพ โดยเฉพาะการเกิดทุกรายต้องเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์การพัฒนามีการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย

- (1) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ ให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ
- (2) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมให้คนทุกเพศ ทุกวัย มีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม
- (3) ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎหมาย กฎ และระเบียบ เกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

(4) ยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบบริหารจัดการงานอนามัย การเจริญพันธุ์และสุขภาพทาง เพศแบบบูรณาการ

(5) ยุทธศาสตร์การพัฒนา กฎหมาย กฎ และระเบียบ เกี่ยว กับงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

(6) ยุทธศาสตร์การพัฒนา และการจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีอนามัยการเจริญ พันธุ์และสุขภาพทางเพศ



## 4.2 กรัฟฟาก

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 งบประมาณ ด้านการพัฒนาสังคม (รวมการ ศึกษา สาธารณสุข สวัสดิการสังคม ศาสนา วัฒนธรรม และ นันทนาการ) คิดเป็นประมาณร้อยละ 40 ของงบประมาณรัฐบาล<sup>68</sup> ในด้านสุขภาพประเทศไทยได้ลงทุนขยายสถานบริการและการ ให้บริการสุขภาพอย่างกว้างขวาง งบประมาณสาธารณสุขต่อ งบประมาณรัฐบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2533 เป็น ร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2552<sup>69</sup> เป็นผลให้ประชากรที่มีประกัน สุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.5 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 96.3 ในปี พ.ศ. 2550 โดยมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบใหญ่ที่สุด<sup>70</sup> และระบบนี้ครอบคลุมบริการอนามัย การเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศด้วย

## 4.3 บริการอนามัยการเจริญพันธุ์

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 มาตรฐานบริการสุขภาพของกระทรวง สาธารณสุขกำหนดให้สถานพยาบาลปฐมภูมิระดับตำบลทุก แห่งให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญทั้ง 3 ด้าน ซึ่งรวม สุขภาพมารดาและเด็ก การวางแผนครอบครัว และการตรวจ เบื้องต้นเพื่อค้นหาและเฝ้าระวังสืบทพันธุ์ ผู้รับบริการสามารถ เข้าถึงบริการดังกล่าวได้ในการเข้ารับบริการครั้งเดียว นอกจากนี้ นั้นภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้รับบริการยังจะได้ รับบริการขั้นสูงกว่านี้ที่สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติย ภูมิผ่านระบบการส่งต่อ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขกำลัง ลงทุนขนาดใหญ่เพื่อปรับปรุงยกระดับให้สถานพยาบาลปฐม ภูมิเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

เรื่องสำคัญที่ควรมีการปรับปรุงอีกประการหนึ่งคือข้อมูล ควรมีการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงและการใช้บริการอนามัย

การเจริญพันธุ์ที่สถานบริการทุกแห่งทั่วประเทศ และจำแนก ข้อมูลตามเพศ อายุ และกลุ่มประชากร ข้อมูลดังกล่าวจะมี ส่วนสำคัญมากในการติดตามสถานการณ์และพัฒนาบริการ

## 4.4 ภาคีและเครือข่าย

ความร่วมมือหลายฝ่ายเป็นฐานสำคัญของการทำงานด้าน ประชากรและการพัฒนารวมทั้งอนามัยการเจริญพันธุ์ใน ประเทศไทย การทำงานร่วมกันอย่างเข้มแข็งระหว่างภาคีใน ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรชุมชน ภาคประชาสังคม และองค์กรท้องถิ่นเป็นหัวใจของความสำเร็จของทุกแผนงาน นอกจากจะร่วมกันทำงานในพื้นที่แล้ว ผู้แทนองค์กรเหล่านี้ยัง ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการนโยบาย หลายชุด และมีบทบาทสำคัญในการวางแผนและดำเนินงาน ด้านประชากรและการพัฒนารวมทั้งแผนงาน โครงการด้าน อนามัยการเจริญพันธุ์

### ความร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชน <sup>71</sup>

การเสริมสร้างภาคีการพัฒนาและเครือข่ายทุกระดับเป็นสิ่งจำเป็น ในด้านประชากรและอนามัยการเจริญพันธุ์ หน่วยงานภาครัฐ ร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับองค์กรพัฒนาเอกชน มีองค์กรพัฒนา เอกชน 5 องค์กรที่มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการวางแผน ครอบครัวระดับชาติตั้งแต่เริ่มต้นในทศวรรษ 1970 ได้แก่ สมาคม วางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (PPAT) สมาคมพัฒนา ประชากรและชุมชน (PDA) สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย

(TAVS) สมาคมสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัวในด้าน ประชาสัมพันธ์แห่งประเทศไทย (ASIN) และสมาคมส่งเสริม การวิจัยทางเจริญพันธุ์แห่งประเทศไทย (TFRA) ปัจจุบัน PPAT และ PDA มีบทบาทสูงมากด้านการส่งเสริมสิทธิอนามัยการ เจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ กิจกรรมสำคัญคือการสร้างความตระหนักและให้คำปรึกษาและบริการด้านการวางแผน ครอบครัวยุคใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นและคน หนุ่มสาว

องค์กรพัฒนาเอกชนอื่นอีกจำนวนมากไม่น้อยทำงานด้านการ พัฒนาสตรีและประเด็นที่เกี่ยวข้อง องค์กรเหล่านี้มีบทบาทเด่น ในการผลักดันการแก้ไขกฎหมาย และได้รับการสนับสนุน อย่างกว้างขวางจากสาธารณชน อาทิ สภาสตรีแห่งประเทศไทย สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชทินนิตตามาตุ สถาบันวิจัย บทบาทหญิงชายและการพัฒนา the Thai Women Watch มูลนิธิปวีณา หงสกุลเพื่อเด็กและสตรี the Empowerment Foundation มูลนิธิผู้หญิง และมูลนิธิเพื่อนหญิง



## ความร่วมมือระหว่างประเทศ

ประเทศไทยได้รับอานิสงส์จากการทำงานร่วมกับองค์กรการ ระหว่างประเทศหลายแห่ง อาทิ UNFPA สำนักงานโครงการ พัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) องค์กรอนามัยโลก (WHO) องค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) สำนักงาน โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) องค์กร ความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (JICA) และ Canadian International Development Agency องค์กรเหล่านี้ให้การ สนับสนุนประเทศไทยทั้งด้านวิชาการและการเงิน

ในฐานะที่เป็นสมาชิกผู้ก่อตั้งของภาคีประชากรและการพัฒนา (Partners in Population and Development) ซึ่งเป็นความร่วมมือ ด้านความช่วยเหลือระหว่างประเทศกำลังพัฒนา (South-South Cooperation) ซึ่งเกิดขึ้นในการประชุม ICPD ในปี พ.ศ. 2537 ประเทศไทยได้จัดการฝึกอบรมและการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ระหว่างประเทศหลายครั้ง และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับความสำเร็จของงานวางแผนครอบครัวและอนามัยการ เจริญพันธุ์กับผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารแผนงานต่างๆ จาก หลายประเทศ

นับตั้งแต่ปี 2543 ประเทศไทยเริ่มให้ความช่วยเหลือประเทศ ที่ยากจนกว่าในการลดความยากจนตามเป้าหมาย MDG ผ่าน แผนงาน ODA ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2535 แผนงานความ ร่วมมือการพัฒนาดังกล่าวมีกิจกรรมหลายประเภท เช่น หลักสูตร ฝึกอบรม การดูงาน ทัศนศึกษา การสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญและ อาสาสมัคร<sup>72</sup>

### โครงการความร่วมมือระหว่างประเทศกำลังพัฒนา

สำนักงานพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ กระทรวงการ ต่างประเทศได้จัดทำยุทธศาสตร์ “ประเทศไทยในฐานะศูนย์ ความเป็นเลิศด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ประชากรและการ พัฒนา” สถาบันการศึกษาชั้นนำหลายแห่งในประเทศไทยได้ รับความช่วยเหลือทางวิชาการเพื่อพัฒนาความเป็นเลิศทาง วิชาการและสมรรถนะด้านการฝึกอบรม เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 UNFPA ได้จัดการประชุม ICPD ระดับภูมิภาคที่ กรุงเทพฯ เพื่อเปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในเรื่องความก้าวหน้าในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง กับประเด็นสำคัญของ ICPD





## 5.1 ความสำเร็จของประเทศไทย

ประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมาย ICPD และ MDG เกือบทั้งหมดดังสรุปในตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 5.1 ความก้าวหน้าของประเทศไทยในการดำเนินงานเรื่อง ICPD และ MDGs

เป้าหมายย่อย MDGs บางเรื่อง	สถานภาพ
MDG1.A - ลดสัดส่วนประชากรยากจนลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี พ.ศ. 2533-2558	บรรลุแล้ว
MDG2.A - ให้เด็กทุกคนทั้งชายและหญิงสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาภายในปี พ.ศ. 2558	บรรลุแล้ว
MDG3.A - ขจัดความไม่เท่าเทียมทางเพศในการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาภายในปี พ.ศ. 2548 และในทุกระดับการศึกษาภายในปี พ.ศ. 2558	บรรลุแล้ว
MDG4.A - ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลงสองในสามในช่วงปี พ.ศ. 2533-2558	ไม่สามารถใช้กับประเทศไทย (อัตราต่ำมากแล้ว)
MDG5.A - ลดอัตราส่วนการตายของมารดาลงสามในสี่ในช่วงปี พ.ศ. 2533-2558	มีโอกาสจะบรรลุสูง
MDG5.B - ให้ทุกคนเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2558	มีโอกาสจะบรรลุสูง (ยกเว้นเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเพิ่งได้รับความสนใจ)
MDG6.A - ชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2558	บรรลุแล้ว (แต่มีโอกาสที่จะระบาดอีกครั้งในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง)
MDG6.B - ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการดูแลรักษาอย่างทั่วถึงภายในปี พ.ศ. 2553	มีโอกาสจะบรรลุสูง
<b>เป้าหมาย ICPD บางตัว (นอกจากเป้าหมาย MDGs ข้างบน)</b>	
1. เพิ่มอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด	บรรลุแล้ว
2. ลดอัตราการตายของทารก	บรรลุแล้ว
3. ลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในเยาวชน	บรรลุแล้ว

## 5.2 ความท้าทายและโอกาส

ประเทศไทยบรรลุเป้าหมาย ICPD เกือบทั้งหมด แต่จะต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการรักษาความสำเร็จนี้ในบางประเด็น อาทิ การลดความรุนแรงต่อสตรี การตั้งครร์กของวัยรุ่น การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย และการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

ประชากรบางกลุ่มต้องการความสนใจและการดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่ เยาวชน ประชากรในพื้นที่ห่างไกล เช่น ชาวเขา และในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และกลุ่มชายขอบอื่นๆ เช่น แรงงานต่างด้าว ชนกลุ่มน้อย ผู้ให้บริการทางเพศ กลุ่มข้ามเพศ ผู้ใช้ยาเสพติด และนักโทษ

ตารางที่ 5.2 ตัวชี้วัดบางตัวของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2552

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2548	2552
1a สัดส่วนประชากรที่มีรายจ่ายต่ำกว่าเส้นความยากจน (%)	33.7	18.9 (2539)	20.9	11.1 (2547)	8.9 (2551)
2a อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวมระดับประถมศึกษา (%)	99.2 (2535)	103.4	103.2	104.2	104.8 (2551)
3a อัตราส่วนนักเรียนหญิงต่อชายระดับประถมศึกษา	0.95 (2534)	0.94 (2539)	0.93	0.94 (2549)	0.94 (2551)
3a อัตราส่วนนักเรียนหญิงต่อชายระดับมัธยมศึกษา	0.97 (2534)	1.02 (2539)	1.01	1.04 (2549)	1.04 (2551)
3a อัตราส่วนนักเรียนหญิงต่อชายระดับอุดมศึกษา	1.00	1.00	1.12	1.20 (2549)	1.19 (2551)
4a อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี (ต่อการเกิดมีชีพพันคน)	12.8	11.6	11.9	10.8	9.9 (2551)
5a อัตราส่วนการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	48	51	63	52	49 (2551)
5b อัตราการคุมกำเนิดของคู่สมรส (%)	64.7 (2532)	75.2	79.2	81.1 (2549)	79.6 (2552)
5b อัตราการยังใช้การคุมกำเนิด (%)	n.a.	5.9 (2539)	1.2 (2544)	n.a.	n.a.
5b สัดส่วนการคลอดบุตรที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข (%)	n.a.	94.5	98.1	99.4	n.a.
5b อัตราผู้หญิงอายุ 15-19 ปีที่คลอดบุตร (ต่อผู้หญิงอายุ 15-19 ปีพันคน)	42.2	41.2	31.1	49.3	50.1 (2551)
6a อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์ (%)	0	2.29	1.46	1.01	0.72 (2551)
6a อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกของประจำการ (%)	2.1	2.4	0.8	0.5	0.5 (2551)
6b ร้อยละของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่มีอาการที่ได้รับยาต้านไวรัส (%)	n.a.	n.a.	<10%	41%	67.2% (2552)
ICPD อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรเพศหญิง (ปี)	73.0	73.1	72.8	72.0	72.8
ICPD อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรเพศชาย (ปี)	64.6	63.6	64.0	65.7	67.8
ICPD อัตราการตายของทารก (ต่อการเกิดมีชีพพันคน)	8.0	7.2	6.2	7.6	7.3 (2551)
ICPD อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์อายุ 20-24 ปี (%)	n.a.	2.51	1.75	1.19	0.31 (2551)
ICPD อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์อายุ ต่ำกว่า 20 ปี (%)	n.a.	2.38	0.96	0.67	0.2 (2551)

ความท้าทายในอนาคตมีหลายประการ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญจะมีผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างกว้างขวาง ประเทศไทยต้องดูแลและสนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพ ยังมีเด็ก

จำนวนน้อยลงเด็กแต่ละคนจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งของสังคม ในขณะที่เดียวกันประเทศไทยจะต้องดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้นด้วย เพราะผู้สูงอายุกำลังจะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ ซึ่งจะต้องได้รับการคุ้มครองและดูแล และในขณะที่เดียวกันก็จะ

ต้องสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยังคงกระฉับกระเฉงทั้งทางกาย ใจ และ อารมณ์ และมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันทางเศรษฐกิจและสังคม การกิจที่สำคัญสองด้านนี้จะตกอยู่กับประชากรวัยทำงานซึ่งจะต้องมีการศึกษาที่มีคุณภาพเพื่อเตรียมรับมือกับโลกยุคโลกาภิวัตน์ที่มีความเชื่อมโยงและเปราะบางมากยิ่งขึ้น การกิจที่ยากลำบากและจะต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนคือการพัฒนาความคุ้มครองทางสังคมและระบบสุขภาพให้สามารถรองรับประชากรทุกกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่เปราะบางที่สุด ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นทิศทางที่ถูกต้อง แต่ก็ยังมีข้อสงสัยว่าในระยะยาวสังคมไทยจะสามารถรักษาคุณภาพบริการ และรับภาระทางการคลังจากระบบบริการสุขภาพที่ขยายตัวตลอดเวลาได้ดีเพียงใด เรื่องนี้เป็นประเด็นนโยบายที่สำคัญมากที่รัฐบาลและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะต้องให้ความสนใจ

นอกจากนี้ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศจะทวีความรุนแรงขึ้นในสองสามทศวรรษข้างหน้า ผลกระทบขั้นต้นน่าจะเป็นเรื่องความมั่นคงทางอาหารและสุขภาพ รัฐบาลและภาคีการพัฒนาต่างๆ จะต้องติดตามและเท่าทันสถานการณ์และแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้อย่างใกล้ชิด

ประเทศไทยได้เริ่มเตรียมการรับมือความท้าทายเหล่านี้บ้างแล้ว แต่ความท้าทายที่สำคัญที่สุดคือการจัดการกับปัญหาต่างๆ อย่าง

มีคุณภาพและทันการณ์ ปัญหาใหม่ๆ จะต้องได้รับความสนใจและการจัดการอย่างทันท่วงที ในขณะที่เดียวกันก็ต้องไม่ละเลยปัญหาเรื้อรังที่มีความสำคัญต่อความเป็นอยู่ของประชาชน และดูแลไม่ให้ประชากรกลุ่มใดถูกทอดทิ้ง

### 5.3 วาระการพัฒนาที่สำคัญ

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ (2553-2557) คำนึงถึงจุดแข็งและช่องว่างของระบบอนามัยการเจริญพันธุ์ปัจจุบัน การทบทวนสถานการณ์ในบทที่ 3 ได้ระบุถึงประเด็นที่มีลำดับความสำคัญสูงและชี้แนวทางการพัฒนาที่ควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน

#### 1. เสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ

คนไทยจำนวนมากเลือกที่จะใช้ชีวิตโสด ในกลุ่มที่สมรสก็มีบุตรน้อยลง ครอบครัวไทยยุคใหม่จึงจะแตกต่างจากครอบครัวไทยในปัจจุบัน เด็กแต่ละคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งของครอบครัวและของสังคม มารดา ครอบครัว และสังคมจึงควรมีการเตรียมการที่เหมาะสมเพื่อดูแลเด็กอย่างดีที่สุด การเน้นบทบาทครอบครัวสอดคล้องกับค่านิยมและวัฒนธรรมของ





สังคมไทย และนโยบายการพัฒนาสังคมของประเทศ ยิ่งกว่านั้น การให้ความสำคัญกับเยาวชนรุ่นใหม่ก็เป็นการตอบรับความวิตกกังวลของสังคมในปัจจุบัน

บทที่ 2 และ 3 แสดงให้เห็นว่าในขณะที่เด็กและเยาวชนเข้าถึงการศึกษาได้มากขึ้น แต่ประเภทและคุณภาพของการศึกษายังไม่เพียงพอที่จะทำให้พวกเขาพัฒนาการทางกาย จิตใจ และสังคมอย่างเต็มที่ ยังต้องได้รับการปกป้องจากโรคภัยไข้เจ็บและความเสี่ยงต่างๆ ทั้งเก่าและใหม่ แต่ประเด็นที่สำคัญที่สุดคือการตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของเด็กคือโอกาสหลากหลายกลุ่มในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ

## 2. ส่งเสริมให้คนไทยทุกเพศ ทุกวัย มีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

ประชาชนทุกคนทุกเพศทุกวัยมีสิทธิที่จะมีอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ จึงจำเป็นที่จะเข้าถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิตเกี่ยวกับมิติทางเพศ สิทธิการเจริญพันธุ์ อนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศบนพื้นฐานความเคารพซึ่งกันและกันและปลอดจากความรุนแรง

จุดเน้นควรจะเป็นวัยรุ่นและเยาวชนซึ่งมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้การคุมกำเนิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน การทำแท้ง การติดเชื้อเอชไอวี และความรุนแรงทางเพศ แต่สังคมไทยปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ ในขณะที่ปัญหาเกี่ยวกับเยาวชนขยายตัวอย่างรวดเร็ว ธรรมเนียมปฏิบัติและวัฒนธรรมยังเป็นอุปสรรคต่อการยอมรับและเผชิญหน้ากับปัญหา จำเป็นต้องใช้การสื่อสารสาธารณะและขับเคลื่อนสังคมอย่างชาญฉลาดสำหรับกลุ่มวัยรุ่น เยาวชน และกลุ่มอื่นๆ ในสังคม เครื่องมือสำคัญคือการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเคยมีบทบาทสำคัญในแผนงาน โครงการด้านสุขภาพต่างๆ มาแล้ว ตัวอย่างเช่น เรื่องการต่อสู้กับโรคเอดส์

สังคมควรจะมีมาตรฐานที่มากขึ้นเกี่ยวกับสิทธิการเจริญพันธุ์และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวกับสิทธิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิสตรี ความเท่าเทียมทางเพศ เพศภาวะวัยรุ่นและเยาวชน ภาวะข้ามเพศ การขับเคลื่อนสังคมไทยสู่แนวทางการพัฒนาที่เน้นสิทธิจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือหลายฝ่าย การผลักดันนโยบายและสื่อสารสาธารณะอย่างต่อเนื่อง การศึกษาข้อมูลและข้อเท็จจริง และกลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมและการใช้สื่อที่ชาญฉลาด

## 3. พัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิของประเทศไทยทุกแห่งให้บริการให้คำปรึกษาและบริการอื่นๆ ด้านอนามัยเจริญพันธุ์แบบบูรณาการ ซึ่งนับว่าเป็นตัวอย่างที่น่าชื่นชม อย่างไรก็ตาม ยังควรปรับปรุงคุณภาพการบริการ ซึ่งรวมทั้งด้านวิชาการและด้านอื่นๆ ที่ยังเป็นข้อจำกัด อาทิ ภาษาและธรรมเนียมประเพณี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนเกี่ยวกับการส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศในชนกลุ่มน้อยบนพื้นที่สูงในภาคเหนือและชาวมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในพื้นที่เหล่านี้และพื้นที่อื่นๆ บริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศจะต้องคำนึงถึงแง่มุมทางวัฒนธรรมและต้องให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วม

นอกจากนั้น ยังจำเป็นต้องพัฒนาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการเพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการ กล่าวคือ จำเป็นต้องมีข้อมูลจำแนกกลุ่มอายุ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและบริการสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม เช่น วัยรุ่นและเยาวชน

## 4. พัฒนาระบบการบริหารจัดการงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศแบบบูรณาการ

ในทศวรรษที่ผ่านมา การกระจายอำนาจมีผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อระบบบริการทางสังคม รวมทั้งอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ บุคลากรสาธารณสุขมีความกังวลว่าระบบการบริหารจัดการอนามัยการเจริญพันธุ์กำลังขาดเอกภาพและไม่มีประสิทธิผล แผนพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับจังหวัดเพื่อประสานงานการวางแผนและดำเนินงานประเด็นต่างๆ และทรัพยากรเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ระหว่างหน่วยงานระดับจังหวัดและท้องถิ่น โครงสร้างนี้อาจจะช่วยปรับปรุงการประสานงานได้ระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การทบทวนประสิทธิภาพการกระจายอำนาจ กรณีตัวอย่าง และบทเรียนจะช่วยสะท้อนภาพการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญยิ่งขึ้น และจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่รัฐบาลและทุกๆ ฝ่าย

## 5. พัฒนากฎหมาย กฎ และระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

ประเทศไทยกำลังจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อส่งเสริมความเชื่อมโยงระหว่างการบริหารจัดการอนามัยการเจริญพันธุ์กับนโยบายและการดำเนินงานด้านเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม และเพื่อสนับสนุนความร่วมมือ

ระหว่างฝ่ายต่างๆ ร้าง พรบ. ฉบับนี้ให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ การให้คำปรึกษาและบริการทั้งโดยภาครัฐและเอกชน นอกจากนั้นยังรับรองสิทธิของหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่จะได้รับบริการตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ในระหว่างตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอดและระยะหลังคลอด และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา รวมทั้งคุ้มครองหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงาน ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกคุมขัง มารดาที่ไม่สามารถดูแลบุตร ฯลฯ

### 6. พัฒนาและจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ นับว่าประเทศไทยมีข้อมูลที่มีคุณภาพ มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และนำไปใช้ในการวางแผนติดตามและประเมินผลนโยบายและแผนงานโครงการต่างๆ สำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นแหล่งผลิตข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับประชากรและการพัฒนา นอกจากนั้นหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก็ทำการสำรวจและจัดเก็บข้อมูลจากทะเบียนผ่านหน่วยงานระดับจังหวัดและสถานพยาบาลต่างๆ

ข้อมูลแหล่งต่างๆ ย่อมมีวัตถุประสงค์การใช้ประโยชน์อย่างเฉพาะเจาะจง แต่การมีข้อมูลหลายแหล่งก็สร้างความสับสนและทำให้เกิดข้อถกเถียงกันมาก กระทรวงสาธารณสุขประสพ

ความสำเร็จระดับหนึ่งในการบูรณาการการบริหารจัดการข้อมูล แต่การพัฒนาข้อมูลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ก็ยังเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการต่อไป

ในด้านการวิจัย ประเทศไทยมีสถาบันวิจัยหลายแห่งที่ผลิตงานวิจัยและการสำรวจที่มีคุณภาพด้านประชากรและการพัฒนา อาทิ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันเหล่านี้ทำงานอย่างใกล้ชิดกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ และองค์การระหว่างประเทศ และผลิตผลงานที่มีบทบาทสำคัญในการวางแผนและกำหนดนโยบายระดับประเทศ นอกจากนั้นสถาบันดังกล่าวยังจัดฝึกอบรมหลักสูตรปริญญาและหลักสูตรอื่นๆ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยซึ่งเป็นสถาบันวิจัยนโยบายที่มีบทบาทโดดเด่นที่สุดก็ผลิตงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายประเด็น อาทิ ความยากจน แรงงาน การคุ้มครองทางสังคม เศรษฐศาสตร์สุขภาพ

ประการสุดท้าย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์เองก็ทำงานวิจัยในหลายประเด็นสำคัญ อาทิ พฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ การประเมินและพัฒนาสมรรถนะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ ระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับกลุ่มคือยโอกาส แรงงานต่างด้าว ชุมชนแออัด ประชากรในพื้นที่ห่างไกล ผู้สูงอายุ และผู้ถูกทอดทิ้ง



## ข้อมูลอ้างอิง

- <sup>1</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2543. ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อครัวเรือน พ.ศ. 2542; และสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2544). ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อครัวเรือน พ.ศ. 2543.
- <sup>2</sup> สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. การประเมินความยากจน พ.ศ. 2550.
- <sup>3</sup> NESDB. 2009. Press Release, Economic Outlook: Thai Economic Performance in Q2 and Outlook for 2552, August 24.
- <sup>4</sup> กระทรวงการคลัง. 2553. รายงานความก้าวหน้า.
- <sup>5</sup> กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย
- <sup>6</sup> กระทรวงการต่างประเทศ. สิงหาคม 2553
- <sup>7</sup> Wongboonsin, Kua, Philip Guest, Vipap Prachuabmoh. 2005. Demographic Change and the Demographic Dividen in Thailand. Asian Population Studies. July.
- <sup>8</sup> สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2550. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548-2550. อ้างข้อมูลจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำรองอนามัยและสวัสดิการ, หลายปี
- <sup>9</sup> United Nations Population Division. (year). World Population Prospects: The 2008 Revision.
- <sup>10</sup> United Nations Population Division. year. World Population Prospects: The 2008 Revision.
- <sup>11</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2549. ผู้สูงอายุ 2549: มุมมองและเสียงสะท้อนจากการสำรวจ. หน้า. 48; สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550. สำรองประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550.
- <sup>12</sup> Knodel, J and Napaporn Chayovan. 2008. Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand: Past Trends, current situation and future challenges. Papers in Population Ageing No.5. Bangkok: UNFPA Thailand and Asia and the Pacific Regional Office.
- <sup>13</sup> คำนิยาม “เขตเมือง-เขตชนบท” เปลี่ยนไปในปี พ.ศ. 2542 เมื่อมีพระราชบัญญัติยกฐานะตำบลเป็นเทศบาล ซึ่งมีผลให้ประชากรเขตเมือง (ในเขตเทศบาล) เพิ่มจำนวนขึ้นมาก
- <sup>14</sup> Sciortino, Rosalia and Sureeporn Punpuing. 2009. International Migration in Thailand 2009. Bangkok: International Organisation for Migration.
- <sup>15</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. สำรองการย้ายถิ่น พ.ศ. 2551.
- <sup>16</sup> Knodel J. et al. 2007. Migration and Intergenerational Solidarity: Evidence from Rural Thailand. Bangkok: UNFPA Thailand and Country Technical Services Team for East and South-East Asia.
- <sup>17</sup> Chalamwong, Y. 2005. “International Migration and Security Issues in Thailand”, in Development, Migration and Security in East Asia: Jakarta: Habibie Centre. pp. 129-149.
- <sup>18</sup> ศูนย์สารสนเทศ. สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง. 2551.
- <sup>19</sup> IOM South East Asia. 2009. website: <http://www.iom-seasia.org>.
- <sup>20</sup> Sciortino, Rosalia and Sureeporn Punpuing. 2009. International Migration in Thailand 2009. Bangkok: International Organisation for Migration.
- <sup>21</sup> Sciortino, Rosalia, and Sureeporn Punpuing. 2009. International Migration in Thailand 2009. Bangkok: International Organisation for Migration.
- <sup>22</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2551. การประเมินความยากจน ปี 2550.
- <sup>23</sup> กระทรวงศึกษาธิการ. 2551.
- <sup>24</sup> กระทรวงศึกษาธิการ. 2551. แผนแม่บทอุดมศึกษา 15 ปี ฉบับที่ 2 (2551-2565).
- <sup>25</sup> ผู้จัดการรายสัปดาห์. 2552. 13-19 กรกฎาคม.
- <sup>26</sup> สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- <sup>27</sup> สำนักงานบริหารการศึกษานอกโรงเรียน. กระทรวงศึกษาธิการ.
- <sup>28</sup> คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2549. สำรองการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548/49.
- <sup>29</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2548. เอกสารข้อมูลการติดตามผลเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ปี 2548. หน้า 66.
- <sup>30</sup> สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- <sup>31</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. 2551. มิติหญิง-ชาย: ความแตกต่างบนความเหมือน.
- <sup>32</sup> Chandoevrit, W. et al. 2007. Using Multiple Data for Calculating the Maternal Mortality Ratio in Thailand. TDR Quarterly Review.
- <sup>33</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. 2550. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย โดยการใช้พหุดัชนีแบบจัดกลุ่ม (MICS).
- <sup>34</sup> สำนักงานประกันสังคม. 2551. คู่มือผู้ประกันตน. ตุลาคม.
- <sup>35</sup> สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. 2547. ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย.
- <sup>36</sup> Soonthornthada, Amara. 2002. "Sexuality, AIDS and Risk-Taking Behaviour Among Thai Youth", a paper presented at the seminar on "The Directions in Adolescent Reproductive Health Research", organized by the Institute for Population and Social Research, Bangkok, AD Avenue Hotel, 28 February.
- <sup>37</sup> สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. 2551. รายงานประจำปีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2551.
- <sup>38</sup> สุวรรณ วราคามิน และนงลักษณ์ บุญไทย. 2543. สถานการณ์แห่งในประเทศไทย ปี 2542. กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย.
- <sup>39</sup> Saejeng, Kittipong. 2009. Thailand Country Report, presented at the Expert Group Meeting to Assess the Progress in the Implementation of the Plan of Action on Population and Poverty Adopted at the Fifth Asian and Pacific Conference. Bangkok. 3-5 February.
- <sup>40</sup> นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. 2546. ภาวะเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและครอบครัวในประเทศไทย. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2539). การสำรวจภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2539.
- <sup>41</sup> Saejeng, Kittipong. 2009. Thailand Country Report, Presented in the Expert Group Meeting to Assess the Progress in the Implementation of the Plan of Action on Population and Poverty Adopted at the Fifth Asian and Pacific Conference. Bangkok: 3-5 February.
- <sup>42</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2549. สํารวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549; สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2552. สํารวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552.
- <sup>43</sup> สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2548-2551.
- <sup>44</sup> สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540; การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. <http://www.nheso.or.th/publication>
- <sup>45</sup> Suwanna Warakamin, et al. 2004. Induced Abortion in Thailand: Current Situation in Public Hospitals and Legal Perspectives. Reproductive Health Matters, 2004; Vol.12, Issue 24 Supplement: 147-156.
- <sup>46</sup> ประมวลกฎหมายอาญาระบุว่าอาชญากรรมทางเพศที่กฎหมายอนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้ คือ การข่มขืน การมีเพศสัมพันธ์กับเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีซึ่งมิใช่คู่สมรส และการมีเพศสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เช่น ระหว่างบิดาหรือมารดากับบุตร หรือระหว่างพี่น้อง
- <sup>47</sup> เพศศึกษาครบด้าน (Comprehensive sexuality and reproductive health education) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสภาวะทางเพศและความสัมพันธ์อย่างมีสภาวะระหว่างคนทุกกลุ่มอายุ ซึ่งรวมพัฒนาการทางชีวภาพ สัมพันธภาพ ทักษะทางสังคม พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ สุขภาวะและวัฒนธรรมทางเพศ ความแตกต่างด้านเพศวิถี อัตลักษณ์ทางเพศ รวมถึงการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่เจตนา การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ทั้งนี้โดยมีฐานคิดว่ามนุษย์ทุกคนรวมทั้งคนหนุ่มสาวต้องการข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะกับวัย และคำนึงถึงความละเอียดอ่อนด้านเพศวิถีและบริบทที่แตกต่างกัน และข้อมูลนี้จะต้องพัฒนาและปรับเปลี่ยนไปตามความต้องการและความสามารถในการรับข้อมูลและการใช้ดุลยพินิจ ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้ผู้รับข้อมูลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์และอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองอย่างรอบคอบและมีความรับผิดชอบ



- <sup>48</sup> Family Health International and Bureau of AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Infections, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. 2008. The Asian Epidemic Model (AEM). Projections for HIV/AIDS in Thailand 2005-2025.
- <sup>49</sup> เพิ่งอ้าง.
- <sup>50</sup> สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. 2552. รายงานผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อกลุ่มชายรักชาย ประจำปี 2551.
- <sup>51</sup> สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. รายงานผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย. <http://203.157.15.4/?page=sursys>, สืบค้น 13 มกราคม 2553.
- <sup>52</sup> National HIV/AIDS Committee. 2010. National Progress Report as per the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: Thailand 2008-2009. [http://data.unaids.org/pub/Report/2010\\_thailand\\_2010\\_country\\_progress\\_report-en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2010_thailand_2010_country_progress_report-en.pdf)
- <sup>53</sup> Family Health International and Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, MoPH. 2008. The Asian Epidemic Model (AEM). Projections for HIV/AIDS in Thailand 2005-2025.
- <sup>54</sup> คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ประเทศไทย. 2553. รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย รอบปี 2551-2552.
- <sup>55</sup> คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ประเทศไทย. 2553. รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย รอบปี 2551-2552.
- <sup>56</sup> Peerapatanapok, Wiwat. 2009. Preliminary Projection of Affected Children in Thailand 2543-2025, powerpoint presentation at the MoPH, 25 May.
- <sup>57</sup> สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
- <sup>58</sup> ข้อมูลจากโรงพยาบาลแสดงว่าจากปี พ.ศ. 2532 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 มีแรงงานต่างด้าวบริเวณชายแดนเป็นโรคเอดส์สะสมรวม 5,015 ราย
- <sup>59</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2549. สํารวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549.
- <sup>60</sup> กรมควบคุมโรค. 2551. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550.
- <sup>61</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2549. สํารวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549.
- <sup>62</sup> Department of Health, Ministry of Public Health. 2004. Thailand Reproductive Health Profile. Thailand and WHO Regional Office for Southeast Asia.
- <sup>63</sup> สำนักงานสาธาณสุข.
- <sup>64</sup> สำนักป้องกันและแก้ไขปัญหาค้าหญิงและเด็ก. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- <sup>65</sup> กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และ วาสนา อิมเอม. 2551. “เซ็กส์ครั้งแรกของคนไทย...ต้องการหรือถูกบังคับ? คุณนอนกับใคร และใช้ถุงยางหรือไม่?” ในกฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ) มติ “เพศ” ในประชากรและสังคม. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- <sup>66</sup> กฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, วาสนา อิมเอม และ อุษา เลิศศรีสันทัต. 2546. ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- <sup>67</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. 2551. มติหญิง-ชาย: ความแตกต่างบนความเหมือน
- <sup>68</sup> สำนักงบประมาณ. งบประมาณโดยสังเขป. หลายปี.
- <sup>69</sup> ข้อมูลปี 2533 และ 2549 มาจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2542-2543; ข้อมูลปี 2543, 2548 และ 2552 จากสำนักงบประมาณ, งบประมาณโดยสังเขป
- <sup>70</sup> สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2550. การสาธารณสุขไทย 2548-2550. อ้างอิงข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ. สํารวจอนามัยการเจริญพันธุ์. หลายปี
- <sup>71</sup> Saejeng, Kittipong. Thailand Country Report. 2009. presented at the Expert Group Meeting to Assess the Progress in the Implementation of the Plan of Action on Population and Poverty Adopted at the Fifth Asian and Pacific Conference. Bangkok: 3-5 February.
- <sup>72</sup> สำนักงานความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ. 2552. รายงานความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการของไทย พ.ศ. 2550-2551.





กรมอนามัย  
กระทรวงสาธารณสุข

ISBN: 978-616-11-0453-5



**GOING  
GREEN**

พิมพ์ด้วยกระดาษรีไซเคิล