

การสำรวจข้อมูลสุขภาวะ ผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ



แม่วัยรุ่น

หญิงพิการ

หญิงมีปัญหาสถานะบุคคล

หญิงบริการ

และนักบวชหญิง

กุลภา วานสาระ
: urnalกร

โครงการพัฒนาโลกและแนวทางเพื่อจัดทำฐานข้อมูล
สถานการณ์และปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ



การสำรวจข้อมูลสุขภาวะ ผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ



แม่วัยรุ่น

หญิงพิการ

หญิงมีปัญหาด้านบุคลิก

หญิงบริการ

และนักบวชหญิง

กฤตา วานสาระ
: บรรณาธิการ

โครงการพัฒนาทั่วโลกและแนวทางเพื่อจัดทำฐานข้อมูล
สถานการณ์และปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาวะผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ





การสำรวจข้อมูลสุขภาพผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ :

แม่วัยรุ่น หญิงพิการ หญิงมีปัญหาสถานะบุคคล หญิงบริการ และนักบวชหญิง

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.).

การสำรวจข้อมูลสุขภาพผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ : แม่วัยรุ่น หญิงพิการ หญิงมีปัญหาสถานะบุคคล
หญิงบริการ และนักบวชหญิง.-- นนทบุรี : มูลนิธิ, 2561.

216 หน้า.

1. สตรี -- สุขภาพและอนามัย. I. ชื่อเรื่อง.

613.04244

ISBN 978-616-92306-4-9

บรรณาธิการ กุลภา วจนสาระ

คณะผู้จัดทำเนื้อหา

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. กุลภา วจนสาระ | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. จิตติมา ภาณุเดชะ | มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง |
| 4. ปิยภา เมืองแมน | มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง |
| 5. ญาณธรา เจียรรัตนกุล | มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง |
| 6. สุมาลี ไตทอง | มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง |
| 7. รัชดา ธรรมภาค | มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง |
| 8. จารุพรรณ สิริสมบูรณ์ | มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง |

สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

จัดพิมพ์โดย

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)

86/58 ถนนนครอินทร์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2525 4922-3 <http://www.whaf.or.th>

ปกและรูปเล่ม

วารุณี อนุรักษชนะพล, สุมนา เลียบทวี

พิมพ์ที่

บริษัท พีเอ็นพี กรุ๊ปจำกัด

จำนวน

500 เล่ม





รายนามคณะทำงานวิชาการพัฒนาระบบการ เพื่อการศึกษาสถานการณืสุขภาวะผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ

1. รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
2. คุณกุลภา วจนสาระ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร.วราภรณ์ แซ่มสนิท ผู้จัดการ แผนงานสุขภาวะผู้หญิงและความเป็นธรรมทางเพศ
4. ผศ.ดร.เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์ หัวหน้าภาควิชาสังคมและสุขภาพ
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุจริตน์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข
6. ผศ.ดร.สุชาดา ทวีสิทธิ์ นายกสมาคมเพศวิถีศึกษา
7. อาจารย์สุนี ไชยรส ผู้อำนวยการ ศูนย์ส่งเสริมความเสมอภาค และความเป็นธรรม
วิทยาลัยนวัตกรรมการสังคม มหาวิทยาลัยรังสิต
8. คุณอัญชญา สุวรรณานนท์ HIV National Programme Officer,
HIV Prevention and Health Promotion Unit (HP2)
Bangkok
9. คุณบุญพลอย ตูลาพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
10. คุณธิดาพร เสาวณะ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
11. คุณสุรางค์ จันทน์แย้ม ผู้อำนวยการมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING)
12. ผศ.ดร.กนกวรรณ ธรารวรรณ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
13. คุณศุภอาภา องค์สกุล รองผู้อำนวยการบริหาร สหทัยมูลนิธิ
14. แพทย์หญิงวัชรา รั้วไพบูลย์ ผู้อำนวยการ สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)
15. คุณกาญจนา ศิริโกมล ผู้อำนวยการ สำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
16. แมซิ่นฐ์หทัย ฉัตรทินวัฒน์ วัดปากน้ำ ภาษีเจริญ
17. คุณจิตติมา ภาณุเดชะ มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง





คำนำ

ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 6 (หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ) ระบุว่า “สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม”

การระบุอย่างเฉพาะเจาะจงถึง “สุขภาพผู้หญิง” ในพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ มาจากแนวคิดที่ว่า บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น ต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ชนชั้น เชื้อชาติ มีความละเอียดต่อมิติทางสังคม และวัฒนธรรมที่เป็นปัจจัยสำคัญส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้หญิง การมีสุขภาพของผู้หญิงจึงต้องทำงานบนฐานคิดความหมายของ “สุขภาพ” ในมิติแบบกว้างที่เห็นความเชื่อมโยงอย่างลึกซึ้ง ถึงเงื่อนไขปัจจัยทางสังคมและบริบทชีวิตแวดล้อมของผู้หญิง

หนังสือ การสำรวจข้อมูลสุขภาพผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ : แม่วัยรุ่น หญิงพิการ หญิงมีปัญหาด้านสถานะบุคคล หญิงบริการ และนักบวชหญิง โครงการพัฒนาโลกและแนวทางเพื่อจัดทำฐานข้อมูลสถานการณ์และปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนสุขภาพประชาชนกรกลุ่มเฉพาะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มุ่งเน้นศึกษาภาพรวมของการจัดเก็บข้อมูลของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะได้แก่ กลุ่มแม่วัยรุ่น ผู้หญิงพิการ ผู้หญิงที่มีปัญหาด้านสถานะบุคคล ผู้หญิงบริการ และ





นักบวชหญิง เพื่อสะท้อนให้เห็นช่องว่างที่สำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาวะของผู้หญิงเฉพาะทั้ง 5 กลุ่มนี้ โดยใช้กรอบแนวคิดหลักในการศึกษา คือ ความเป็นธรรมทางเพศ (Gender Justice) ความเสมอภาคทางเพศ (Gender Equality) และแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of health : SDH)

การจะมองเห็นเงื่อนไขปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อผู้หญิงกลุ่มต่างๆ ได้นั้นจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันอย่างสอดประสานระหว่างการมีฐานข้อมูลและกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ที่คำนึงถึง *ความเป็นธรรมทางเพศ* และ *ความเป็นธรรมทางสุขภาพ* ในอีกนัยหนึ่งคือการทำงานร่วมกันอย่างเข้มข้นระหว่างข้อมูลและมุมมอง ซึ่งหากเราสามารถทำสิ่งเหล่านี้ให้เกิดขึ้นได้จริงจะเป็นต้นทุนสำคัญ เพื่อนำไปออกแบบกฎหมาย นโยบาย หรือรูปแบบบริการต่างๆ ที่สอดคล้องกับเงื่อนไขชีวิตของพวกเธอเหล่านั้น

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) ในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการฯ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ทั้งนักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลต่างๆ รวมถึงให้การเสนอแนะต่อรายงานฉบับนี้

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)





สารบัญ

คำนำ 4

1 บทนำ 9

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ 9

กรอบการศึกษา 10

วิธีการศึกษาและข้อจำกัดในการศึกษา 14

กรอบแนวคิดในการศึกษา 15

เอกสารอ้างอิง 31

2 แม่วิัยรุ่น 33

นิยาม 34

จำนวนและสถานการณ์แม่วิัยรุ่นในประเทศไทย 34

การสำรวจหน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลแม่วิัยรุ่น 42

ช่องว่างในการจัดเก็บข้อมูลแม่วิัยรุ่นในปัจจุบัน 63

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของแม่วิัยรุ่น 66

สรุป: แม่วิัยรุ่นกับความเป็นธรรมทางสังคม 75

เอกสารอ้างอิง 76

3 ผู้หญิงพิการ 81

นิยาม 82

จำนวนและสถานการณ์ผู้หญิงพิการ 83

สำรวจหน่วยงานจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงพิการ 90

ช่องว่างโดยสังเขปของการจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงพิการ 104

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของผู้หญิงพิการ: อนามัยการเจริญพันธุ์ 106

ก้าวต่อไป: สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ 113

เอกสารอ้างอิง 114





4 ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล 119

การจัดระบบทะเบียนคนไร้สัญชาติ	120
นิยาม	123
จำนวนและสถานการณ์ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล	123
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล	127
ช่องว่างการจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลในปัจจุบัน	133
สรุป	143
เอกสารอ้างอิง	145

5 ผู้หญิงบริการ 147

นิยาม	148
จำนวนและสถานการณ์ของผู้หญิงบริการ	149
สำรวจหน่วยงานจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงบริการ	152
ผู้หญิงบริการกับช่องว่างในการจัดเก็บข้อมูลกลุ่มประชากร	160
เมื่อเซ็กซ์แลกเงินเป็นเรื่องแปดเปื้อนของผู้หญิงที่รอรับ	
ประสบการณ์ทางเพศของผู้ชาย	162
สรุป	169
เอกสารอ้างอิง	171

6 นักบวชหญิง 175

นิยาม	176
ประวัติศาสตร์เกี่ยวกับนักบวชหญิงในประเทศไทย	176
จำนวนและสถานการณ์นักบวชหญิงในประเทศไทย	178
การสำรวจหน่วยงานจัดเก็บข้อมูลนักบวชหญิง	183
สรุปช่องว่างการจัดเก็บข้อมูลนักบวชหญิง	191
การวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาวนักบวชหญิง	192
สรุป	196
เอกสารอ้างอิง	198

7 สรุปข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ 199

ข้อค้นพบที่สำคัญ	20	0
ข้อเสนอแนะ	212	





1

บทนำ

1. ความเป็นมาและวัตถุประสงค์

ภายใต้หลักการที่ว่า สถานะสุขภาพของมนุษย์นั้นไม่ควรขึ้นอยู่กับสถานภาพทางสังคม เพราะเป็นเรื่องไม่เป็นธรรมหรือไม่ถูกต้องอย่างยิ่งที่ปล่อยให้สุขภาพผันแปรไปตามสถานภาพทางสังคม หากปล่อยให้ความแตกต่างทางสุขภาพเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและเห็นชัดขึ้น ทั้งๆ ที่ความแตกต่างนี้เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ ภาวะที่เกิดขึ้นนี้เรียกว่า “ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ” (องค์การอนามัยโลก, 2552) การศึกษาเพื่อสะท้อนให้เห็นเงื่อนไขหรือปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) จึงเป็นหลักฐานสำคัญที่เผยให้เห็นถึงปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อระดับสุขภาพและชีวิตของประชากร เพื่อให้กลไกด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องนำหลักฐานไปสนับสนุนนโยบายและมาตรการรวมถึงโครงการที่ลดหรือขจัดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในสังคม

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิงร่วมกับสำนักสนับสนุนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงจัดทำ “โครงการพัฒนากลไกและแนวทางเพื่อจัดทำฐานข้อมูลสถานการณ์

และปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ” มุ่งศึกษาเพื่อสะท้อนให้เห็น ช่องว่างที่สำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพของผู้หญิง กลุ่มเฉพาะ อันจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่สะท้อน ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานสร้างเสริม สุขภาวะของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะต่อไป

โครงการนี้เป็นโครงการนำร่องที่มีระยะเวลา 12 เดือน (สิงหาคม 2559 - กรกฎาคม 2560) เน้นศึกษาในภาพรวมของสถานการณ์ กำหนดวัตถุประสงค์ ในการศึกษาไว้ 3 ประการ คือ

- (1) เพื่อสำรวจการจัดเก็บข้อมูลประชากรและสถานการณ์ผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (Mapping) ว่าข้อมูลที่จัดเก็บ ในปัจจุบันสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health - SDH) อย่างไรบ้าง
- (2) เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดทำฐานข้อมูลโดยการใช้ปัจจัยสังคมที่กำหนด สุขภาวะ (SDH) ของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ
- (3) เพื่อสนับสนุนให้กลไกหลักที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญต่อการจัดทำ ฐานข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อพัฒนา ระบบฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำ นโยบายระบบและโครงการด้านสุขภาพต่อไป

2. กรอบการศึกษา

2.1 กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

โดยทั่วไปประชากรกลุ่มเปราะบางหมายถึงผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถูกชักจูง ครอบงำ และคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติต่างๆ ตลอดจนขาดศักยภาพในการจัดการกับปัจจัย เสี่ยงที่เผชิญอยู่และผลกระทบที่ตามมา ตัวอย่างกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น

กลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ ชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อย ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เด็กในครัวเรือนยากจน ผู้สูงอายุ คนเร่ร่อนไร้บ้าน ผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวี และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งรวมถึงการเจ็บป่วยทางจิต เป็นต้น เมื่อมองระดับมหภาคประชากรกลุ่มนี้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตไม่ดีนัก เนื่องจากเข้าไม่ถึงทรัพยากรในหลายด้าน เนื่องด้วยการเข้าถึงทรัพยากรของแต่ละกลุ่มขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน คือ (1) สถานภาพทางสังคมของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ (2) “ทุนสังคม” หรือการผูกพันกับเครือข่ายในสังคม ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว สถานภาพสมรส การมีเพื่อนหรือเครือข่ายต่างๆ และ (3) “ทุนมนุษย์” ได้แก่ การศึกษา การมีงานทำ รายได้ สภาพที่อยู่อาศัยและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม (วิจัยเปิดข้อมูล ‘ประชากรเปราะบาง’ ที่ถูกลืม แนวโอกาสพัฒนาหลักประกันสุขภาพ, 31 มกราคม 2560)

โครงการนี้ตระหนักดีว่าประชากรกลุ่มเปราะบาง หรือในการศึกษานี้ ขอเรียกว่า ประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยเฉพาะผู้หญิงกลุ่มเปราะบางเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิในด้านต่างๆ นั้นมีจำนวนมากหลากหลายกลุ่ม แต่ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษา จึงขอเลือกตัวอย่างการศึกษาเพียง 5 กลุ่ม คือ (1) แม่วัยรุ่น (2) ผู้หญิงพิการ (3) ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล (4) ผู้หญิงบริการ และ (5) นักบวชหญิง ตัวอย่างศึกษาทั้ง 5 กลุ่มนี้ต่างเป็นกลุ่มที่มีประเด็นปัญหาเฉพาะที่แตกต่างกัน แต่ได้รับการยอมรับและตระหนักรู้ในประเด็นปัญหาของแต่ละกลุ่มไม่เท่ากันและต่างกัน ทำให้แต่ละกลุ่มได้รับการแก้ไขปัญหา รวมถึงการรับรองและคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานจากรัฐแตกต่างกันและไม่เท่ากันตามไปด้วย

กล่าวคือ ประชากรสามกลุ่มแรก เป็นกลุ่มที่ได้รับการยอมรับและรัฐตระหนักถึงปัญหาจนนำไปสู่การออกกฎหมายนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาตามมา เริ่มจากกลุ่มแม่วัยรุ่นถูกมองว่าเป็นปัญหาระดับชาตินำมาสู่การออก พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่ให้การรับรอง

คุ้มครองสิทธิวัยรุ่น สำหรับ กลุ่มคนพิการ นั้น เป็นที่ตระหนักรู้มานานและมีการ ตรากฎหมายและนโยบายต่าง ๆ เช่น พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 พระราช บัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 และแผนพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 เป็นต้น กลุ่มต่อไปคือ กลุ่ม ผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล ก็เป็นที่ตระหนักและเข้าใจมานานเช่นกัน จะเห็นได้ จากรัฐเริ่มมีการสำรวจประชากรที่ไร้สัญชาติในประเทศมาตั้งแต่ พ.ศ. 2515 และตามมาด้วยกฎหมายนโยบายรวมถึงกระบวนการจัดการต่างๆ ในการพิสูจน์ สัญชาติ เพื่อให้คนเหล่านี้ได้เข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตต่างๆ เป็น ผลให้ปัจจุบันปัญหาสิทธิบางด้านของคนกลุ่มนี้ได้รับการแก้ไขไปในทางที่ดีขึ้น ดังรายละเอียดจะกล่าวต่อไปในบทที่ 4

ประชากรสองกลุ่มสุดท้ายที่ไม่ได้รับการยอมรับและถูกละเลยจากสังคม มาโดยตลอด คือ กลุ่มผู้หญิงบริการ ซึ่งแม้จะเป็นอาชีพที่มีมานานตั้งแต่ในอดีต จนถึงปัจจุบันและมีอยู่ในแทบทุกสังคม แต่การแสดงออกของรัฐที่มีต่อคนกลุ่มนี้ คือการไม่ยอมรับตัวตนว่ามีอยู่ในสังคม ขณะเดียวกันก็ไม่อาจปฏิเสธได้ว่าไม่มี คนกลุ่มนี้อยู่ในสังคม เมื่อไม่ยอมรับตัวตนคนเหล่านี้ รัฐจึงต้องดำเนิน นโยบายลดจำนวนคนเหล่านี้ ด้วยการออกกฎหมายเชิงป้องกันและปราบปราม ดังเช่น พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539 ที่ ระบุนักค้าประเวณีเป็นความผิดอาญา ส่วนกลุ่มสุดท้าย คือ กลุ่มนักบวชหญิง ไม่ถูกยอมรับว่ามีตัวตนอยู่ในสังคมมานาน นักบวชหญิงถูกมองไม่ต่างจากฆราวาส หรือบุคคลทั่วไปทำให้ไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างที่นักบวชหรือผู้ถือศีลควรได้รับ ไม่มีที่ทางให้คนกลุ่มนี้ได้อยู่ในสังคม เมื่อไม่ถูกมองว่ามีตัวตนจึงไม่มีกฎหมาย รองรับ และไม่มียุทธศาสตร์ที่จะกล่าวถึงเพื่อคุ้มครองสิทธิและให้พื้นที่เฉพาะ ของประชากรกลุ่มนี้เช่นกัน

2.2 วิธีการเลือกกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา

กลุ่มศึกษาที่เลือกมาทั้ง 5 กลุ่มล้วนได้รับผลกระทบเชิงลบจากบรรทัดฐาน ความสัมพันธ์หญิงชายที่ไม่เท่าเทียมและไม่เป็นธรรม โดยเฉพาะบรรทัดฐาน เรื่องเพศที่กดขี่และกีดกัน ทำให้ผู้หญิงกลุ่มเหล่านี้กลายเป็นคนชายขอบเสี่ยง ต่อการถูกละเมิดสิทธิต่างๆ ในชีวิต ไม่ให้เกียรติ จนถึงถูกตีตราจากสังคม เหล่า นี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้หญิงกลุ่มนี้ด้วยเช่นกัน และ เมื่อรัฐให้การยอมรับตระหนักรู้ในปัญหาของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 5 กลุ่ม แดกต่างกัน ทำให้มีการออกกฎหมายหรือดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับประชากร กลุ่มเฉพาะทั้ง 5 กลุ่มไม่เท่ากัน เป็นผลให้การปฏิบัติการเพื่อคุ้มครองสิทธิของ คนแต่ละกลุ่มต่างกัน มากบ้างน้อยบ้างตามนโยบายและกฎหมายที่มีอยู่ ทำให้ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประชากรแต่ละกลุ่มไม่เท่ากันทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การศึกษานี้ จึงขอใช้วิธีการเลือกกลุ่มศึกษาด้วยการพิจารณาความเป็นไปได้ใน การจัดเก็บข้อมูลของแต่ละกลุ่ม ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ กลุ่มที่มีข้อมูล จัดเก็บอยู่มากและกลุ่มที่ยังไม่ค่อยมีข้อมูลหรือขาดแคลนข้อมูล

กลุ่มที่มีข้อมูลจัดเก็บอยู่มาก ประกอบด้วย กลุ่มแม่วัยรุ่น ผู้หญิงพิการ และ ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล เป็นกลุ่มที่มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง มี กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีความเป็นไปได้ที่จะรวบรวมข้อมูลได้มาก กลุ่มนี้จึง เป็นกลุ่มศึกษาตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีการจัดเก็บข้อมูล อยู่เป็นจำนวนมาก

แม่วัยรุ่นนับเป็นปรากฏการณ์เป็นปัญหาระดับชาติ การทำงานหลายภาค ส่วนมุ่งไปตัวผู้หญิงเพื่อลดจำนวนแม่วัยรุ่นลง จึงทำการควบคุมและกำกับเรื่อง อนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มแม่วัยรุ่น ในขณะที่ตัวผู้ชายซึ่งเป็นผู้มีส่วนทำให้ผู้หญิง ท้องกลับถูกมองข้ามและบางครั้งหลงลืมและหายไปจากปรากฏการณ์นี้ ผู้หญิง พิการเป็นอีกกลุ่มที่เข้าไม่ถึงความฉลาดรู้เรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ เนื่องด้วยความพิการจึงถูกมองว่าไม่ควรมีลูก เพราะอคติที่ว่าผู้พิการเป็นผู้พึ่งพิง

เป็นภาระไม่สามารถทำหน้าที่แม่ได้อย่างเต็มที่ ส่วนผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลนั้น นอกจากจะมีสภาพชีวิตที่เข้าไม่ถึงสิทธิทางสังคมต่างๆ แล้ว ยังเป็นอีกกลุ่มที่เปราะบางอาจถูกล่วงละเมิดทางเพศได้ง่าย เพราะต้องดำเนินชีวิตแบบคนที่ไร้การคุ้มครองทางกฎหมาย

กลุ่มที่มีข้อมูลจำกัดหรือขาดแคลนข้อมูล ประกอบด้วย กลุ่มผู้หญิงบริการและนักบวชหญิง เป็นกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีข้อมูลน้อย กลุ่มผู้หญิงบริการมีข้อจำกัดที่ไม่ได้รับการคุ้มครองทางกฎหมาย จึงไม่อาจแสดงตัวตนเพื่อเข้าถึงสิทธิต่างๆ ที่เท่าเทียมกับคนอื่นได้ การเข้าถึงข้อมูลของคนกลุ่มนี้จึงทำได้ยากจำกัด ส่วนนักบวชหญิงนั้น เป็นอีกกลุ่มที่ถูกมองข้ามแทบจะไม่มีตัวตนในสังคมมีข้อมูลน้อยมากเช่นกัน

ประชากรสองกลุ่มสุดท้ายนี้จึงเป็นตัวแทนที่สะท้อนภาพข้อจำกัดของข้อมูลเกี่ยวกับประชากรกลุ่มเฉพาะที่ยังไม่ได้รับการยอมรับสถานะทางสังคม นั่นคือผู้หญิงบริการเป็นกลุ่มที่ถูกกีดกันทางสังคมด้วยเหตุที่อยู่นอกรอบกำกับเรื่องเพศ ผู้หญิงบริการถูกตีตราจากสังคมมากในขณะที่ผู้ชายที่ซื้อบริการถูกมองเป็นเรื่องปกติ การตีตราและไม่ยอมรับตัวตนคนเหล่านี้ ทำให้มีการออกกฎหมายที่ระบุให้การค้าบริการทางเพศเป็นความผิดและมีบทลงโทษผู้ค้าบริการ ในขณะที่ผู้ชายซื้อบริการส่วนมากเป็นชายไม่มีการพูดถึงที่ชัดเจน สำหรับกลุ่มสุดท้ายนักบวชหญิง ถูกกีดกันจากวิถีชีวิตในการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ เนื่องจากด้วยอิทธิพลความคิด ความเชื่อเรื่องเพศภาวะที่ผู้ชายอยู่เหนือผู้หญิงแม้แต่ในโลกของจิตวิญญาณด้วยนั่นเอง

3. วิธีการศึกษาและข้อจำกัดในการศึกษา

วิธีการศึกษาของโครงการนี้ประกอบด้วย (1) การค้นคว้าและวิเคราะห์จากเอกสารการวิจัยที่ตีพิมพ์ บทความวิชาการในเอกสาร/วารสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ข่าวออนไลน์ และข้อมูลต่างๆ จากเว็บไซต์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(2) การสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง และการเข้าพบเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บข้อมูลที่ต้องการ และ (3) การจัดประชุมระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการและเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องเพื่อมาให้อข้อมูล ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อการศึกษา

เนื่องจากเป็นโครงการนำร่องและมีระยะเวลาการศึกษาไม่มากนักเมื่อเทียบกับปัญหาของประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 5 กลุ่มที่มีความละเอียดอ่อน ซับซ้อน และหลากหลาย ทำให้ทีมศึกษาไม่สามารถเจาะลึกลงในรายละเอียดของแต่ละกลุ่มได้ตามกรอบเวลาที่กำหนด จึงขอทำการศึกษาให้เห็นลักษณะภาพรวมของข้อมูลที่มีอยู่ของแต่ละกลุ่มที่จัดเก็บโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากการสำรวจเอกสารหรือบทความเชิงวิชาการ งานวิจัยพบว่าบางกลุ่มมีการศึกษาอยู่เป็นจำนวนมาก แต่ในการศึกษานี้ไม่อาจยกการศึกษาทุกชิ้นขึ้นมาได้ จึงขอหยิบยกเฉพาะบางชิ้นที่ตรงกับข้อมูลที่โครงการนี้สนใจและนำมาใช้ในเชิงวิเคราะห์เพื่อสะท้อนให้เห็นปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (SDH) ของประชากรผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ ซึ่งข้อมูลนี้จะเป็ประโยชน์ต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ซับซ้อนแตกต่างกันของประชากรกลุ่มเฉพาะแต่ละกลุ่มนี้

4. กรอบแนวคิดในการศึกษา

โครงการศึกษานี้ใช้แนวคิดหลักในการวิเคราะห์ 2 แนวคิด คือ 1. แนวคิดความเป็นธรรมทางเพศ (Gender Justice) และความเสมอภาคทางเพศ (Gender Equality) และ 2. แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) แนวคิดหลักทั้งสองที่โครงการศึกษานี้ได้หยิบยกขึ้นมานั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้เป็นเครื่องมือการวิเคราะห์ให้เห็นถึงความไม่เป็นธรรมทางเพศที่กระทำผ่านโครงสร้างทางสังคม ด้วยการสร้างเงื่อนไขทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะทั้ง 5 กลุ่ม มิได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการถกเถียงเชิงแนวคิดทฤษฎีหรือหลักปรัชญาของแนวคิดทั้งสองแต่อย่างใด

ดังนั้นการนำเสนอกรอบแนวคิดทั้งหมดนี้จึงเป็นไปเพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์เท่านั้น

4.1 ความเป็นธรรมทางเพศและความเสมอภาคทางเพศ

เป็นที่ทราบกันดีว่า การที่ผู้หญิงและผู้ชายถูกคาดหวังจากบทบาทและหน้าที่แตกต่างกันในสังคมนั้น จึงเกิดการแบ่งงานกันทำตามเพศ โดยส่วนใหญ่ผู้ชายจะถูกคาดหวังให้ทำงานที่อยู่ในพื้นที่สาธารณะ เช่น การเป็นผู้นำประเทศ การเป็นหัวหน้าองค์กร การเป็นเจ้านาย ส่วนผู้หญิงจะถูกคาดหวังให้ต้องทำงานบ้าน ดูแลครอบครัว ดูแลเด็กและคนแก่ รวมถึงดูแลงานบริการเพื่อสนับสนุนการทำงานของผู้ชายด้วย ความคิดลักษณะดังกล่าวอาจแยกให้เห็นได้ 2 ขั้นตอนการทำงาน คือ ขั้นตอนแรกนั้นมาจากฐานคิดที่ว่าคนในสังคมมีเพียง 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มที่เป็นเพศหญิง และกลุ่มที่เป็นเพศชาย การแบ่งลักษณะนี้เป็นการแบ่งตามอวัยวะเพศที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ทำให้ทุกคนในสังคมถูกจัดจำแนกแยกเพศเพื่อส่งต่อเข้าสู่กระบวนการกล่อมเกล่าและความคาดหวังทางสังคมที่แตกต่างกันทันทีที่เกิด

แต่สิ่งที่สำคัญเกี่ยวกับเรื่องความเสมอภาคทางเพศคือ ปฏิบัติการในการให้คุณค่าความหมายต่อบทบาทและงานที่ผู้หญิงและผู้ชายทำแตกต่างกัน รวมถึงโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรของทั้งสองเพศที่ต่างกันด้วย โดยส่วนใหญ่แล้วเพศชายจะถูกยอมรับให้ทำงานที่ถูยกย่องว่ามีคุณค่าและมีความสำคัญมากกว่างานของผู้หญิง เช่น การเป็นผู้นำประเทศ ผู้นำองค์กรหรือสถาบันทางสังคม ส่วนผู้หญิงถูกคาดหวังให้ทำงานบ้าน ดูแลครอบครัวดูแลเด็กและคนแก่ รวมถึงคอยรับใช้ช่วยเหลือผู้ชาย ด้วยลักษณะการให้คุณค่าการทำงานตามลักษณะเพศเช่นนี้ ถ้าผู้หญิงคนไหนทำผิดความคาดหวังไม่ทำงานตามเพศของตัวเองก็ต่อองเผชิญกับอคติหรือไม่ได้รับการเชื่อถือยอมรับว่ามีความสามารถทำได้ อาจแสดงออก เช่นการได้รับอัตราค่าจ้างที่ต่ำกว่าผู้ชายในงานลักษณะเดียวกัน แสดงให้เห็นถึงการกีดกันไม่ให้ผู้หญิงเข้าถึงทรัพยากรบางอย่างด้วยเหตุแห่งเพศนั่นเอง

การแบ่งคนเป็น 2 เพศ เพื่อให้คุณค่าและกำหนดความคาดหวังในการทำงานที่แตกต่างกันตามเพศแต่กำเนิด เป็นความแตกต่างที่ทำให้เพศหนึ่งอยู่เหนืออีกเพศหนึ่ง หรือให้เพศหนึ่งเข้าถึงทรัพยากรได้มากกว่าอีกเพศหนึ่งนั้น ถือเป็น “ความไม่เสมอภาคทางเพศ” และ “ไม่เป็นธรรมทางเพศ” โดยสองคำนี้มาจากกรอบแนวคิดเรื่อง “ความเสมอภาคทางเพศ (Gender Equality)” และ “ความเป็นธรรมทางเพศ (Gender Justice)” ตามลำดับ ทั้งสองคำนี้มีความหมายคล้ายกัน บางครั้งก็ใช้แทนกัน แต่องค์การสหประชาชาติด้านผู้หญิง (United Nations Entity for Gender Equality and the Empower of Women [UNWOMEN]) ได้อธิบายว่า “ความเป็นธรรมทางเพศ” นำไปสู่การยุติความไม่เสมอภาคระหว่างหญิงชาย ซึ่งถูกสร้างขึ้นและผลิตซ้ำโดยครอบครัว ชุมชน ตลาด และรัฐ จากคำอธิบายนี้ทำให้เห็นภาพว่าความเป็นธรรมทางเพศมีความหมายกว้างและกินความถึงเรื่องความไม่เสมอภาคทางเพศด้วย (กฤตยา และกุลภา, 2558) ดังนั้น เพื่อทำความเข้าใจคำสองคำนี้จึงขออธิบายเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

ความเสมอภาคทางเพศ (Gender Equality) คือ การให้คุณค่าต่อสิทธิและโอกาสในด้านต่างๆ ทางสังคม วัฒนธรรม การเมืองระหว่างหญิงชายอย่างเท่าเทียมกัน ที่สำคัญคือการให้คุณค่าและปฏิบัติที่เสมอภาคกันระหว่างพฤติกรรมโดยอาจวัตรูปธรรมการส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศนี้ได้ด้วยจำนวนตัวแทนผู้หญิงและชายในบทบาทต่างๆ ในทุกแวดวงของสังคม หรือการเปรียบเทียบอัตราค่าตอบแทนของหญิงและชายในลักษณะเดียวกัน โดยองค์การสหประชาชาติได้กำหนด Gender Inequality Index เป็นดัชนีวัดความไม่เท่าเทียมทางเพศและระบุว่าความไม่เท่าเทียมทางเพศเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนามนุษย์ โดยผลสำรวจเกือบทั่วโลกพบว่าจำนวนผู้หญิงในทางการเมืองมีน้อยกว่าผู้ชาย ผู้หญิงได้ค่าตอบแทนน้อยกว่าผู้ชายในงานลักษณะเดียวกัน และงานบ้านซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานของผู้หญิงนั้นมีคุณค่าน้อย เป็นต้น

ความเป็นธรรมทางเพศ (Gender Justice) เกิดจากหลักการสิทธิมนุษยชนที่รับรองให้ทุกคนเกิดมาเท่าเทียมกันและมีสิทธิในการมีชีวิต สิทธิการเป็นพลเมือง สิทธิในการครอบครองทรัพย์สินที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่ดี มีคุณภาพ และมีศักดิ์ศรี และแนวคิดความเป็นธรรมทางสังคมของ John Rawls ที่เน้นเรื่อง การกระจายที่เป็นธรรม (distributive justice) ให้เสมอภาคเท่าเทียมตามเงื่อนไขชีวิตที่แตกต่างกัน จากที่กล่าวมาข้างต้น ลักษณะความเป็นเพศหญิงนั้นถูกโครงสร้างสังคมกดทับให้ด้อยอำนาจ เข้าถึงทรัพยากรได้น้อยกว่าผู้ชาย และบรรทัดฐานทางเพศของสังคมก็สกัดกั้นศักยภาพและทางโอกาสทางเลือกของผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย รวมถึงการแบ่งงานตามเพศซึ่งเป็นใจกลางความไม่เป็นธรรมทางเพศ

นอกจากนี้ ในงานของกฤตยา และกุลภา (2558) ได้สรุปความหมายของความเป็นธรรมทางเพศ ตามแผนงานสุขภาพผู้หญิงและความเป็นธรรมทางเพศ และได้เพิ่มเติมบางข้อความ (ขีดเส้นใต้) ดังนี้ **ความเป็นธรรมทางเพศ** หมายถึง “ภาวะทางสังคมที่เอื้อให้บุคคลเพศต่าง ๆ ที่เป็นสมาชิกของสังคม ทั้งหญิง ชาย และเพศอื่น ๆ สามารถเลือกดำเนินชีวิตตนเองในแบบใดก็ได้ที่ไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น และสามารถเข้าถึงโอกาส บริการ และสวัสดิการในทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม และได้รับการประกันและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานโดยไม่ถูกละเลย กีดกัน หรือเลือกปฏิบัติ อย่างไม่เป็นธรรมด้วยเหตุแห่งเพศ ครอบคลุมทั้งเพศภาวะ (gender) ซึ่งหมายถึงภาวะความเป็นหญิง ความเป็นชาย และความเป็นเพศอื่น ที่ถูกกำหนดและควบคุมด้วยเงื่อนไขทางสังคม และเพศวิถี (sexuality) ซึ่งหมายถึงความคิด อารมณ์ความรู้สึก วิธีปฏิบัติ การกำหนดและแสดงออกซึ่งอัตลักษณ์ ตลอดจนวิถีชีวิตโดยรวมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ การมี (หรือไม่มี) คู่ ความสัมพันธ์ทางเพศ และสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่ถูกกำหนดและควบคุมด้วยเงื่อนไขทางสังคมเช่นกัน”

จากนิยามและคำอธิบายข้างต้นสามารถสรุป “**ความเป็นธรรมทางเพศ**” ว่าเป็นเงื่อนไข/โครงสร้างทางสังคมที่ต้องเอื้อต่อสมาชิกทุกคนในสังคมที่ไม่ใช่แค่เพศหญิงหรือเพศชายเท่านั้น แต่หมายรวมถึงเพศทางเลือกอื่นด้วยให้สามารถเลือกดำเนินชีวิตโดยไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น และเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีศักดิ์ศรีได้อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม ไม่ถูกกลั่นแกล้ง กีดกันเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งเพศ อันหมายรวมถึงเพศหญิง เพศชาย และเพศทางเลือกอื่นด้วยเช่นกัน

4.2 แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health-SDH)

การศึกษาถึงแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health-SDH) ในการศึกษาสรุปและแบ่งออกเป็นสองส่วน คือ ส่วนแรกเป็นเรื่องความเป็นมาและแนวคิดที่เกี่ยวข้องจนถึงนิยามความหมาย ส่วนที่สองเป็นเรื่องความพยายามประยุกต์ใช้ SDH เช่น กรอบวิเคราะห์ SDH ข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก และการประยุกต์ใช้ SDH ในสังคมไทยเพื่อความ เป็นธรรมให้กับผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ โดยทั้งหมดนี้ได้อธิบายไว้ตามหัวข้อด้านล่าง ดังนี้

(1) ความเป็นมาและแนวคิดที่เกี่ยวกับความยุติธรรมถึงความเป็นธรรมทางสังคม

การทำความเข้าใจที่มาที่ไปของการเกิดแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ นั้นควรต้องกล่าวถึงที่มาของรากฐานความคิดนี้ คือ ความเป็นธรรมทางสังคมที่มีการถกเถียงเชิงปรัชญามาเป็นเวลานาน จากเดิมที่มองความยุติธรรมเน้นเป็นเรื่องกฎหมาย ความยุติธรรมคือการลงโทษตามความผิดเช่น ระบบกฎหมาย ตาต่อตาฟันต่อฟัน เป็นต้น จนถึงช่วงปลายศตวรรษที่ 18 ความคิดเรื่องความยุติธรรม ขยับไปสู่การพูดถึงสังคมที่เป็นธรรม ที่คำนึงถึงการจัดสรรทรัพยากร

ให้กับผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ที่เรียกว่าการจัดสรรปันส่วนอย่างเป็นธรรม (distributive justice) ที่เชื่อว่าคนทุกคนเสมอภาคกัน และควรได้รับการเคารพ ในคุณค่าความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน รวมถึงมีสิทธิในการปกครอง และสิทธิขั้นพื้นฐานต่างๆ ทางสังคม โดยรัฐมีหน้าที่จัดสรรและกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม (กุลภา, 2555)

ประเด็นเรื่องความเป็นธรรมทางสังคมนี้ ได้รับการถกเถียงเรื่อยมาและขยายวงมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงศตวรรษที่ 20 นักคิดคนสำคัญอย่าง John Rawls ไม่เห็นด้วยกับแนวคิดอรรถประโยชน์นิยม (utilitarianism) ในการกำหนดความยุติธรรม คือ การที่สังคมเอื้อประโยชน์ที่ต้งามที่สุดกับคนกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคมซึ่งยินยอมให้คนส่วนน้อยเสียประโยชน์หรือประสบกับความทุกข์ แนวคิดนี้ทำให้คนส่วนน้อยถูกกีดรอนสิทธิ และเสรีภาพของปัจเจกบุคคลมีความสำคัญรองจากผลประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่จึงเสนอว่าความยุติธรรมคือ การปฏิบัติต่อกันอย่างเป็นธรรม และหนทางแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรม คือ การกระจายหรือปันส่วนความยุติธรรม (distributive justice) ให้เสมอภาคเท่าเทียมกันตามเงื่อนไขแห่งชีวิตที่แตกต่างกัน¹ (กุลภา, 2555) นอกจากนี้ แนวคิดการกระจายหรือปันส่วนความยุติธรรม (distributive justice) ของ John Rawls ยังพูดถึงสุขภาพเป็นทรัพยากรที่มีส่วนสำคัญทำให้มนุษย์มีชีวิตที่ดีหรือประสบความสำเร็จในชีวิต เพราะการมีสุขภาพที่ดีและคุณภาพที่ดีนำไปสู่การแข่งขันอย่างเป็นธรรม (สุพจน์, 2553)

นอกจากนี้ แนวคิดที่เกี่ยวข้องซึ่งสำคัญต่อการพัฒนาความเป็นธรรมทางสังคม คือ การพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ และแนวคิดสิทธิมนุษยชน แนวคิดเรื่องการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ ของ Amartya Sen นักเศรษฐศาสตร์ที่ได้รับ

¹ งานชิ้นสำคัญ 2 ชิ้น ของ John Rawls คือ Justice as Fairness (1958) และ A Theory of Justice (1971) อ้างใน กุลภา, 2555

รางวัลโนเบล ที่มีแนวคิดที่ว่าความสำเร็จของการ “การพัฒนา” ไม่ใช่การวัดที่ตัวเงินหรือเศรษฐกิจ หากแต่เป็นการพัฒนามนุษย์ให้มีศักยภาพสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และตัวชี้วัดที่ดี คือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของคน ขณะที่แนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนรับรองให้ทุกคนที่เกิดมาบนโลกมีสิทธิในการมีชีวิตรอดที่ปลอดภัยอย่างมีศักดิ์ศรี มีสิทธิในการเป็นพลเมือง สิทธิในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงสิทธิทางการเมือง สังคม วัฒนธรรม และสุขภาพ และแทบทุกประเทศได้ลงนามยอมรับสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สิทธิทางสุขภาพที่หมายถึงทุกคนมีสิทธิที่จะมีสุขภาพที่ดีที่สุดหรือสูงที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ หรือกล่าวอีกทางหนึ่งว่า มนุษย์ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นในการมีชีวิต การกีดกันหรือพรากทรัพยากรไปจากพวกเขาและปล่อยให้เขาต้องทนทุกข์ทรมานหรือป่วยจากการขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็นถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน (สุพจน์, 2553)

(2) แนวคิดความเป็นธรรมทางสังคมสู่การแพทย์เชิงสังคม (Social medicine) รากฐานของแนวคิด PHC และ SDH

หากจะพูดถึงสาเหตุความเจ็บป่วยนอกเหนือจากเรื่องเชื้อโรคแล้วยังมีการเจ็บป่วยที่มาจากปัจจัยและสภาพแวดล้อมทางสังคมด้วย ซึ่งเรื่องการเจ็บป่วยที่มาจากสังคมนี้นี้มีการพูดถึงมานานแล้ว เช่น Frederick Engels ได้เขียนหนังสือเรื่อง Conditions of the working class in England ที่พูดถึงชีวิตคนงานในโรงงานทอผ้าที่มีสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยสกปรกอบnoxious ไม่ปลอดภัยทำให้คนงานป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร และตามมาด้วยงานของโรงงานอุตสาหกรรมที่มีสภาพแวดล้อม และการศึกษากระบวนการระบาดของโรคไข้รากสาดใหญ่อันมีเห็บ หมัด ไรและเหา เป็นพาหะในหมู่มนุษย์กลุ่มน้อยปรัสเซียนั้น เป็นผลมาจากการที่คนเยอรมันเลือกปฏิบัติต่อคนกลุ่มนี้ศึกษาโดย Dr.Rudolf Virchow ซึ่งการศึกษานี้ถือว่าเป็นการวางรากฐาน “การ

แพทย์เชิงสังคม Social medicine” นอกจากนี้ ยังมีผลการวิจัยที่สำคัญที่สามารถพิสูจน์ว่าปัจจัยทางสังคมส่งผลต่อสุขภาพและการเสียชีวิตของคน ดังเช่น การศึกษาสถิติการตายจากโรคติดเชื้อกว่าสองร้อยปีในอังกฤษของ Thomas McKeown และสถิติการตายด้วยโรคติดเชื้อกว่าร้อยปีใน New York ของ McKinlay ผลการศึกษาสองชิ้นพบตรงกันว่า การลดลงของอัตราการตายด้วยโรคติดเชื้อนั้นแทบไม่ได้เกี่ยวข้องกับมาตรการด้านการแพทย์ เช่น วัคซีน ยาปฏิชีวนะ และการให้ภูมิคุ้มกันเลย หากแต่สถิติการตายที่ลดลงนั้นเกี่ยวกับจำนวนอาหารที่เพิ่มมากขึ้นหรือการอดอยากที่น้อยลงเป็นหลัก (สุพจน์, 2553)

แนวคิดการแพทย์เชิงสังคม (Social medicine) ที่มองความเจ็บป่วยมาจากปัจจัยทางสังคมนั้น ได้รับการยอมรับในองค์การอนามัยโลกในช่วงปี ค.ศ. 1978 -2000 แต่ถูกปรับเปลี่ยนใหม่ด้วยแนวคิดการแพทย์เชิงวิทยาศาสตร์ที่เน้นงานปฏิบัติการด้านสาธารณสุขภายใต้ชื่อ Public health care – PHC (ประเทศไทยเรียกว่า สาธารณสุขมูลฐาน) ที่เน้นบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม แนวคิดความเจ็บป่วยจากสังคมเป็นที่ยอมรับในอังกฤษและยุโรป ด้วยผลการศึกษาของ Sir Michael Marmot นายแพทย์และศาสตราจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาสังคมที่ทำการศึกษาด้านระบาดวิทยามานานกว่า 35 ปี โดยเน้นเกี่ยวกับบทบาทของเชื้อชาติ วิธีการดำเนินชีวิต เศรษฐฐานะความไม่เท่าเทียมกัน ปัจจัยทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ ความอายุยืน และโอกาสในการเกิดโรคของประชากรในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงการเสนอแนวทางแก้ไขด้วยหลักปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social determinants of health) ซึ่งเป็นการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การป้องกันโรคและการสร้างเสริมพัฒนาศักยภาพของคนอย่างยั่งยืนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยชรา รวมถึงการคำนึงถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมชุมชน อาชีพ และรายได้ ซึ่งรัฐบาลของประเทศอังกฤษได้นำองค์ความรู้นี้ไปพัฒนาประเทศและได้กระจายออกไปอย่างกว้างขวาง

ในทวีปยุโรป (วิวัฒน์, 2559) โดยผลงานชิ้นสำคัญของ Sir Michael Marmot คือ สามารถพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคหัวใจกับงานได้ในโครงการ Whitehall Study² ทำให้ได้รับการยอมรับจากแพทย์ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้แนวคิดนี้กลับเข้ามาสู่องค์การอนามัยโลกอีกครั้ง ภายใต้ชื่อ Social Determinants of Health ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้นำแนวคิดนี้ไปวางแผนกลยุทธ์เป็นนโยบายสาธารณะมีผลต่อแนวทางปฏิบัติด้านสุขภาพทั่วโลก

(3) นิยามปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ/สุขภาพวะ

ความหมาย “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ” คือ ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมซึ่งบิดเบือนทำให้เกิดการกระจายทรัพยากร เงิน และอำนาจอย่างไม่เป็นธรรมผ่านโครงสร้างหรือสถาบันทางสังคมรวมทั้งสถาบันสุขภาพที่ไม่เป็นธรรมด้วย (สุพจน์, 2553) เพื่อความเข้าใจมากขึ้นจึงได้อธิบายความหมายดังกล่าวไว้ดังนี้

ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเป็นโครงสร้าง/เงื่อนไขทางสังคมที่มีการทำงานอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้คนกลุ่มหนึ่งต้องอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ ไม่ได้รับสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต ถูกกีดกันการเข้าถึงทรัพยากรทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้ เป็นผลให้มีสุขภาพแย่คุณภาพชีวิตไม่ดี และความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพจะยิ่งไม่เป็นธรรมเพิ่มขึ้น ถ้าเราสามารถจัดการกับเงื่อนไขที่ไม่เป็นธรรมทางสังคมได้เพื่อให้คนที่อยู่ในฐานะเสียเปรียบมีชีวิตที่ดีขึ้นได้ แต่เราไม่ทำหรือนิ่งเฉย

ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพนี้ถูกกำหนดโดยความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม นำไปสู่การกำหนดเรื่องการกระจายอำนาจทรัพยากรและเงิน เช่น

² Whitehall เป็นชื่อเรียกอาคารสำนักนายกรัฐมนตรีของอังกฤษที่มีข้าราชการประจำอยู่ มีการสำรวจข้าราชการอย่างต่อเนื่องยาวนานเกือบศตวรรษ ซึ่งริเริ่มโดยอาจารย์ของ Sir Marmot ซึ่งส่งต่อโครงการนี้ให้ Sir Marmot (สุปรिता, 2555)

ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมโดยให้ผู้ชายเป็นใหญ่ กัดขี้ กัดกันผู้หญิงไม่ให้เข้าถึงอำนาจทรัพยากรและเงิน หรือความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนไทยกับคนกลุ่มน้อยที่ถูกละเมิดและเข้าไม่ถึงสิทธิแทบทุกด้าน เป็นต้น ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมนี้กระทำผ่านโครงสร้างหรือสถาบันทางสังคมทั้งหลายให้บิดเบี้ยวเป็นไปตามความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นธรรมซึ่งส่งผลต่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในที่สุด

โดยสรุป ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ/สุขภาพภาวะ คือ โครงสร้าง/เงื่อนไขทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมที่แบ่งแยก กัดกัน กัดขี้ ให้คนกลุ่มหนึ่งไม่ได้รับการคุ้มครองและเข้าไม่ถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ด้วยการกระทำผ่านสถาบันทางสังคมต่างๆ เช่น สถาบันยุติธรรม การศึกษา การทำงาน สภาพแวดล้อม ชุมชน ความคิดความเชื่อ และการให้คุณค่าความหมายบางอย่าง เป็นต้น ส่งผลให้คนกลุ่มหนึ่งถูกกัดขี้/กัดกัน เสียเปรียบไร้อำนาจต่อรอง เข้าไม่ถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อการพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

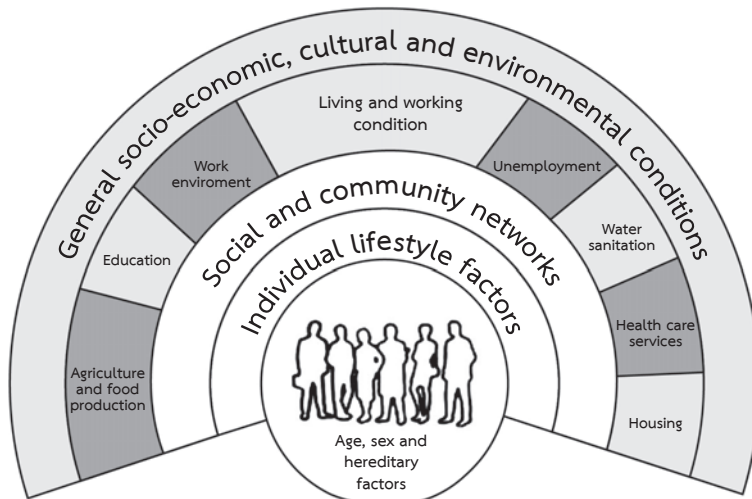
(4) กรอบวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

แนวคิด SDH จึงเน้นเรื่องความไม่เป็นธรรมทางสังคมเป็นหลัก มุ่งลดช่องว่างทางสุขภาพเพื่อความเป็นธรรมทางสุขภาพ และเน้นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ โดยเริ่มต้นอย่างเท่าเทียมกันในบ้านและโรงเรียน การมีงานทำและงานที่ดีอยู่ในสถาบันเศรษฐกิจ การมีบ้านชุมชนและเมืองที่ดีอยู่ในชุมชนและสังคม การมีระบบสวัสดิการสังคมที่ดีอยู่ที่รัฐ และการมีระบบสุขภาพที่มองสุขภาพเป็นสิทธิอยู่ในสถาบันสุขภาพ และเพื่อให้ SDH ชัดเจนขึ้น แนวคิดนี้จึงบอกว่า เงิน อำนาจ และทรัพยากรเป็นตัวกำหนดสุขภาพ มิใช่เชื้อโรคหรือพฤติกรรมเสี่ยง และเพื่อทำให้บรรลุเป้าหมาย ความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ จึงควรมีการปรับใช้แนวคิด SDH ให้เกิดรูปธรรมอย่างกว้างขวาง เพื่อเป็นหลักฐานพิสูจน์ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยน

โครงสร้างสังคมเพื่อการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรมต่อไป โครงการนี้จึงขอ
 วิทยากรรอบเพื่อใช้วิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์เชิงสังคมเข้าไปมีบทบาททางการแพทย์ภายใต้ศาสตร์ของ
 ระบาดวิทยา ทำให้การศึกษาไม่ใช่แค่โรคระบาดเท่านั้น แต่ยังสามารถศึกษาภาวะ
 เจ็บป่วยต่างๆ แม้จะเป็นโรคไม่ติดต่อก็ตาม ทำให้ศาสตร์ด้านนี้พ้นจากเรื่อง
 โรคระบาดมานานพอสมควร และถูกใช้ในเรื่องของสังคม แต่เรื่องของสังคมที่ใช้
 อย่างลึกซึ้งมีไม่กี่แห่งที่ใช้อยู่ ที่ University College London เป็นหนึ่งในโลก
 ที่ดีที่สุดในการใช้ศาสตร์อย่างนี้ (สุปรีดา, 2555)

รูป 1: A Conceptual model of the main determinants
 of health-layers of influence



ที่มา: ปรับจาก Dahlgren & Whitehead, 1991

แผนภาพนี้เป็นการอธิบายสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพบุคคล
 การอธิบายเริ่มจากวงกลมตรงกลางซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีลักษณะตายตัว
 ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆ เช่น เพศ อายุ พันธุกรรมหรือลักษณะที่ติดตัว
 มาแต่กำเนิด ขณะเดียวกันก็มีปัจจัยรอบนอกที่ส่งผลต่อคนที่อยู่ตรงกลางด้วย

เริ่มจาก ขั้นที่ (1) วงในสุดที่อยู่ติดกับบุคคลเป็นเรื่องพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตส่วนบุคคลซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ หรือพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น ขั้นที่ (2) เป็นอิทธิพลของชุมชนและสังคมที่ตอบสนองต่อพฤติกรรมของบุคคลทันที อาจเกี่ยวพันหรือไม่เกี่ยวพันสุขภาพก็ได้ ขั้นที่ (3) เป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างมีอิทธิพลต่อศักยภาพของบุคคลในการรักษาระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตไว้ได้แค่ไหน ซึ่งเป็นสภาพเงื่อนไขการใช้ชีวิต สภาพที่อยู่อาศัย สภาพการทำงานและการเข้าถึงสินค้าและบริการที่จำเป็น และสุดท้าย ขั้น (4) วงโค้งอยู่นอกสุดที่ครอบทุกอย่างไว้ นั่นเป็นเงื่อนไขปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อโครงสร้างทางสังคม ชุมชน และตัวบุคคลเป็นวงกว้าง เช่น ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม วัฒนธรรมแบบชายเป็นใหญ่ เป็นต้น

แผนภาพนี้แสดงให้เห็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับปัจจัยแวดล้อมชั้นต่างๆ โดยมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันดังนี้ วิถีชีวิตส่วนบุคคลจะฝังอยู่ในเครือข่ายชุมชนสังคม และเงื่อนไขการดำเนินชีวิตและการทำงานล้วนเกี่ยวพันกับสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจและสังคมที่ครอบทุกอย่างไว้ (Whitehead, Dahlgren, & Gilson, 2001)

(5) ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (The Commission on Social Determinants of Health)

ในปี 2006 องค์การอนามัยโลกได้ตั้งคณะกรรมการตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (Commission on Social Determinants of Health) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับสังคม ส่งผลทำให้ทิศทางการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกเปลี่ยนไป โดยการศึกษาปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยล้มตายของคน ที่แต่เดิมมุ่งศึกษาหาคำตอบแต่เรื่องของเชื้อโรคเท่านั้น การแพทย์เชิงสังคมภายใต้แนวคิด SDH ที่เข้าไปมีบทบาทในองค์การอนามัยโลกนำไปสู่การตั้งคณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (The Commission on Social Determinants of Health)

ขึ้นในปี 2006 และต่อมาในปี 2008 คณะกรรมการสุขภาพนี้ได้จัดทำรายงานข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาสุขภาพ (Closing the gap in a generation Health Equality through action on the social determinants of health, 2008) และถัดมาในปี 2009 สมัชชาองค์การอนามัยโลกได้มีมติรับแนวคิดในการพัฒนาสุขภาพที่ชื่อว่า Social determinants of health-SDH อันมีผลทำให้ทิศทางการพัฒนาสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเปลี่ยนไป (องค์การอนามัยโลก, 2552)

ในรายงานของคณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ กล่าวถึงความ เป็นธรรมทางสังคมว่าเป็นเรื่องความเป็นความตายของมนุษย์ ความเป็นธรรม ทางสังคมมีผลต่อวิถีการดำรงชีวิต ต่อโอกาสการเจ็บป่วยและโอกาสเสียชีวิต ทั้งๆ ที่ยังไม่สมควรเสียชีวิต สถานะสุขภาพที่แตกต่างกันนี้เกี่ยวข้องกับ ความด้อยโอกาสทางสังคมซึ่งมีอยู่ในทุกสังคม ความแตกต่างในระดับสุขภาพและ ความยืนยาวของชีวิตดังกล่าวนี้เป็นประเด็นของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ (health inequity) ซึ่งไม่ควรเกิดขึ้นและสามารถหลีกเลี่ยงได้ ความไม่เป็น ธรรมทางสุขภาพเหล่านี้เกิดขึ้นและแทรกตัวอยู่ทั่วไปในสิ่งแวดล้อมที่เราเกิด เติบโต อยู่อาศัยและใช้ชีวิตตั้งแต่เกิดจนแก่เฒ่า รวมทั้งระบบสุขภาพที่สร้างขึ้น มาดูแลรับผิดชอบความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมระบบที่ไม่เป็นธรรมนี้ มีระบบ การเมือง สังคม และเศรษฐกิจที่ไม่เป็นธรรมกำหนดอีกชั้นหนึ่ง ความไม่เป็นธรรม ทางสุขภาพล้วนมีสาเหตุมาจากการกระจายอำนาจ รายได้ สินค้าและบริการที่ ไม่เป็นธรรมทั้งในระหว่างประเทศและในประเทศ ผลของการกระจายทรัพยากร อย่างไม่เป็นธรรมนี้มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ที่เห็นได้ทันทีคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา อาชีพ นันทนาการ บ้าน ชุมชน เมือง ตลอดจนโอกาสที่จะมีชีวิตที่สุขสมบูรณ์ ความไม่เป็นธรรมที่ทำให้สุขภาพนี้ ไม่ใช่เรื่องธรรมชาติหรือปกติธรรมดา แต่เป็นผลรวมของนโยบายทางสังคมและ โครงการต่างๆ การจัดการเศรษฐกิจที่ไม่ยุติธรรม และการเมืองที่ไม่โปร่งใส รวมถึงความไม่รับผิดชอบต่อประชาชน (องค์การอนามัยโลก, 2552)

คณะกรรมการกิจการฯ ได้กล่าวถึงแนวทางใหม่ในการพัฒนาว่า สุขภาวะและความเป็นธรรมทางสุขภาพต้องเป็นหนึ่งในผลพวงของนโยบายสังคมหรือการพัฒนาทั้งหลาย เช่น นโยบายหลักอาจให้ความสำคัญกับการเติบโตทางเศรษฐกิจเพราะเศรษฐกิจสำคัญในประเทศที่ยากจน ทั้งนี้เพื่อให้มีทรัพยากรไปพัฒนาชีวิตประชาชนให้ดียิ่งขึ้น แต่การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างเดียวไม่มีนโยบายทำให้ผลประโยชน์กระจายตัวอย่างเป็นธรรมนั้นมีผลกระทบทางลบต่อสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อเป็นการลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ คณะกรรมการกิจการฯ ได้เสนอหลักในการดำเนินงาน 3 ข้อ คือ

(ก) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันที่คนเกิด เติบโต อาศัย ทำงาน และใช้ชีวิตตั้งแต่เกิดจนสูงอายุให้ดีขึ้น เช่น ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของการอยู่อาศัย การทำงาน สร้างนโยบายป้องกันคุ้มครองทางสังคมให้กับคนทุกคน เป็นต้น

(ข) จัดการกับความไม่เป็นธรรม โดยการกระจายอำนาจ เงิน และทรัพยากร ซึ่งเป็นตัวขับเคลื่อนเงื่อนไขการดำรงชีวิต ทั้งในระดับโลก ประเทศ และท้องถิ่น เช่น ความไม่เป็นธรรมเชิงโครงสร้างระหว่างหญิงชาย เพื่อลดความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่

(ค) ใช้กระบวนการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เข้าใจปัญหาและวางแผนการแก้ไขปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อขยายฐานความรู้ พัฒนากำลังคนให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับ SDH และสร้างตระหนักของสาธารณะเกี่ยวกับเรื่องนี้

(6) ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพกับการเพิ่มอำนาจให้คนชายขอบ

แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) ขององค์การอนามัยโลก เป็นแนวคิดที่มองสุขภาพอย่างองค์รวมให้ความสำคัญกับความสมดุลของสภาวะทางกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล เพื่อส่งเสริม

ความเป็นธรรมทางสุขภาพผ่านจิตวิญญาณของความเป็นธรรมทางสังคม

งานศึกษาของจากรูปภา (2559) สรุปหลักการพื้นฐาน 3 ประการของแนวคิด ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ประกอบด้วย (1) รากปัญหาที่ลึกสุดของความไม่ เป็นธรรมทางสุขภาพ เกิดจากปัญหาความไม่ เป็นธรรมทางการเมือง ซึ่งทำให้เกิด ความเหลื่อมล้ำทางสิทธิ การเข้าถึงทรัพยากรสาธารณะและการเลือกปฏิบัติ ดังนั้นจุดเริ่มต้นของการแก้ไขปัญหาจึงอยู่ที่การเพิ่มอำนาจให้ผู้เสียเปรียบที่สุด โดยภาคส่วนต่างๆ ของสังคมเข้ามาทำงานร่วมกัน (2) ปรากฎการณ์ที่เกิดขึ้น ในชีวิตประจำวันทั้งทางกาย จิต และพฤติกรรม คือการปรากฏตัวของรากปัญหา ทั้งที่อยู่ในโครงสร้างสังคมและระบบสุขภาพ (3) การแทรกแซงเพื่อลดช่องว่าง ความไม่ เป็นธรรมทางสุขภาพทำได้พร้อมกันในหลายประเด็นและหลายระดับ โดยการทำงานร่วมกันเพื่อเพิ่มอำนาจให้ผู้เสียเปรียบที่สุด เช่น การปรับปรุง สภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน การจัดการกับความ ไม่เป็นธรรมเชิงโครงการในการกระจายอำนาจ เงิน และทรัพยากร การติดตาม ประเมินผลกระบวนการแก้ปัญหา พัฒนากำลังคนที่เข้าใจแนวคิดปัจจัยสังคม ที่กำหนดสุขภาพ และทำให้สาธารณชนตระหนักถึงความสำคัญของแนวคิดนี้

กฤตยา และกุลภา (2558) นำเสนอปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพผู้หญิง กลุ่มเฉพาะในบริบทสังคมไทยผ่านปัจจัย 12 ประการ ได้แก่ (1) สถานะทาง เศรษฐกิจและสังคม (2) อาชีพ (3) การศึกษา (4) สิ่งแวดล้อมทางสังคม หมายถึง นโยบายทางการเมืองทางด้านสาธารณสุข (5) สภาพแวดล้อม (6) พัฒนาการ และการเลี้ยงดู (7) ความฉลาดรู้ในการดูแลตัวเองในเรื่องสุขภาพ (8) ระบบบริการ สุขภาพที่มีและสามารถเข้าถึงได้ (9) เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (10) ลักษณะ ทางชีววิทยาและพันธุกรรม (11) บริบททางวัฒนธรรม และ (12) เพศภาวะ

จากแนวคิดเรื่อง ความเสมอภาคทางเพศและความเป็นธรรมทางเพศ จนมา ถึงกรอบวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพนี้แสดงให้เห็นว่าความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงชายโดยการกำหนด

ให้ความเป็นชายอยู่เหนือความเป็นหญิงนั้น ได้กีดกันผู้หญิงไม่ให้เข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นได้เท่าเทียมกับผู้ชาย แนวคิดนี้ได้แทรกซึมเข้าไปในโครงสร้างทางสังคมผ่านสถาบันทางสังคมต่างๆ ทำให้เกิดการอกระเบียบกฎเกณฑ์รวมถึงบรรทัดฐานต่างๆ ซึ่งล้วนเป็นเงื่อนไขทางสังคมที่คอยสกัดกั้น/กีดกันไม่ให้ผู้หญิงเข้าถึงทรัพยากรด้านต่างๆ ทั้งสังคม เศรษฐกิจการเมือง ได้น้อยกว่าผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงจำนวนมากกลายเป็นคนที่ไร้อำนาจต่อรอง ต้องพึ่งพิง เสียเปรียบ และส่งผลให้ไม่สามารถพัฒนาศักยภาพและความสามารถที่จะรักษาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้



เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. (2558). มองผ่านเลนส์เพศภาวะและความหลากหลาย: ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อสุขภาวะผู้หญิง. นครปฐม: สมาคมเพศวิถีศึกษา.

กุลภา วจนสาระ. (2555). มองหาความเป็นธรรมในสังคมไทยผ่านคนชายขอบ. ใน กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2555: ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมทางสังคม. (17-36). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

จารุภา วะสี. (13 กุมภาพันธ์ 2559). แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health หรือ SDH) กับการเพิ่มอำนาจให้คนชายขอบ เพื่อสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพ. ค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2559, จาก <http://roottogether.net/leader/the-classroom/แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนด/>

วิจัยเปิดข้อมูล ‘ประชากรเปราะบาง’ ที่ถูกลืม แนะโอกาสพัฒนาหลักประกันสุขภาพ. (31 มกราคม 2560). ประชาไท. ค้นเมื่อ 17 เมษายน 2560, จาก <https://prachatai.com/journal/2017/01/69860>

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. (2559). บทบรรณาธิการ: ผู้รับรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตล ปี 2558. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25(1): 10-11.

สุปรีตา อุดุลยานนท์. (2 ตุลาคม 2555). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจากมุมมองระดับวิทยาลัยสังคม. เอกสารรายงานอภิปรายในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Update การศึกษาเรื่องปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ. ศศนิเวศ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดโดยโครงการพัฒนาความเป็นธรรมทางสังคม สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเครือข่ายชมช่องว่างทางสังคม (SIRNet). [เอกสารอัดสำเนา].

สุพจน์ เต๋นดวง. (2553). ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม. การประชุมวิชาการเรื่อง Determinants of Health วันที่ 22-26 พฤศจิกายน 2553 ณ ห้องเกษม ลีวงศ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. [เอกสารอัดสำเนา].

องค์การอนามัยโลก. (2552). ถมช่องว่างทางสุขภาพในช่วงชีวิตเรา: บรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ. สุพจน์ เต๋นดวง, แพลและเรียบเรียง. จาก Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. เชียงใหม่: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

ภาษาอังกฤษ

Whitehead, Margaret, Dahlgren, Goran & Gilson, Lucy. (2001). Developing the Policy Response to Inequalities in Health: A Global Perspective. In Challenging inequities in health care: from ethics to action. (309-323). New York: Oxford University Press.

2

แม่วัยรุ่น

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้รับการตระหนักว่าเป็นหนึ่งในประเด็นปัญหาที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ การทำความเข้าใจสถานการณ์และแนวโน้มของปัญหานี้ส่วนใหญ่อาศัยตัวเลขสถิติที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยเฉพาะการสำรวจอัตราการคลอดของวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ แล้วพบว่า อัตราการคลอดของวัยรุ่นในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตรา 31.1 ต่อประชากรหนึ่งพันคน ในปีพ.ศ. 2543 เพิ่มสูงขึ้นเป็น 53.4 ต่อประชากรพันคนใน พ.ศ. 2554 ถือได้ว่าอยู่ในกลุ่มที่สูงมากของโลกพอๆ กับประเทศสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร ในขณะที่ญี่ปุ่นมีอัตราต่อพันประชากรของการคลอดในช่วงอายุดังกล่าวเพียง 4.6 เท่านั้น (วิชัย, 2560) อัตราการคลอดในวัยรุ่นของไทยสูงกว่าของประเทศในภูมิภาคและเอเชียแปซิฟิกซึ่งมีค่าเฉลี่ยที่ 35 ต่อพันประชากร (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย, 2556) ด้วยอัตราการคลอดในวัยรุ่นที่สูงขึ้นนี้ทำให้องค์การอนามัยโลกแสดงความห่วงใย และระบุให้ภารกิจการลดจำนวนแม่วัยรุ่นเป็นหนึ่งในประเด็นท้าทายด้านสาธารณสุขของประเทศไทยที่ต้องทำให้บรรลุผล (World Health Organization [WHO], 2011: 45)

การตื่นตัวและตระหนักถึงสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นข้างต้นนี้ ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญ ร่วมกันขับเคลื่อนและผลักดันให้เกิดนโยบาย แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหลายลักษณะ เช่น ยุทธศาสตร์ป้องกันและ แก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม พ.ศ. 2554 และที่สำคัญในเวลา ต่อมาคือ การตราพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่กำหนดให้ 5 หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องร่วมทำงานอย่าง บูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ขณะเดียวกันก็คุ้มครองสิทธิใน การตัดสินใจ สิทธิในการได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น และสิทธิที่จะ ได้รับการดูแลในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญ ในการทำงานเพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างกว้างขวางของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม

1. นิยาม

“แม่วัยรุ่น” ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี ที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตร โดยอ้างอิงตามมาตรา 3 ของพระราชบัญญัติป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่ระบุช่วงอายุของวัยรุ่นไว้ที่ “เกินสิบปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึงยี่สิบปีบริบูรณ์”

2. จำนวนและสถานการณ์แม่วัยรุ่นในประเทศไทย

การทำความเข้าใจถึงสถานการณ์ปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งใน ประเด็นจำนวน ขนาด และแนวโน้มของประชากรกลุ่มนี้นั้น สะท้อนได้จาก ตัวเลขสถิติที่จัดเก็บโดยบางหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่สำรวจ สถานการณ์ด้านคุณภาพชีวิตของแม่วัยรุ่น การศึกษาครั้งนี้ได้เลือกสถิติตัวเลข ของบางหน่วยงานมาเป็นภาพสะท้อนสถานการณ์แม่วัยรุ่น ดังรายละเอียดต่อ ไปนี้

2.1 แม่วัยรุ่นคลอด 104,289 คน (พ.ศ. 2558) คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของจำนวนหญิงคลอดทั้งหมด

กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2559ก) จัดทำเอกสาร “ประชากรกลางปี 2558” ซึ่งใช้วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานตัวเลขประชากรทั้งประเทศที่จัดเก็บโดยสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ระบุว่า ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2558 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรรวมทั้งสิ้น 65,027,401 คน เป็นประชากรหญิง 33,095,309 คน ในจำนวนประชากรหญิงเหล่านี้เป็นวัยรุ่นหรือผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวน 4,226,560 คน คิดเป็นร้อยละ 12.77 ของประชากรหญิงทั้งประเทศ เมื่อใช้ฐานตัวเลขประชากรดังกล่าวมาคำนวณจำนวนการคลอดของประชากรหญิงจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ในจำนวนวัยรุ่นหญิงทั้งหมด 4,226,560 คนนั้น แบ่งเป็นผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 10-14 ปี จำนวน 1,963,728 คน ในช่วงวัยนี้มีจำนวนการคลอดทั้งสิ้น 2,990 คน อัตราการคลอดต่อพันประชากรเท่ากับ 1.5 และผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 2,262,832 คน ในกลุ่มนี้มีจำนวนการคลอด 101,301 คน อัตราการคลอดต่อพันประชากรเท่ากับ 44.8 (กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2559ข: 32) สอดคล้องกับตัวเลขของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (2559) ที่ระบุว่าผู้หญิงที่คลอดบุตรทั้งหมดในปี 2558 มีจำนวน 979,502 คน ในจำนวนนี้เป็นการคลอดของหญิงอายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวน 104,289 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15.3 ของจำนวนผู้หญิงที่คลอดทั้งหมด และเฉลี่ยแล้วมีจำนวนแม่วัยรุ่นคลอด 286 คนต่อวัน

ตาราง 2.1 จำนวนและอัตราการคลอดต่อพันประชากร
ของผู้หญิงอายุ 10-19 ปี พ.ศ. 2558

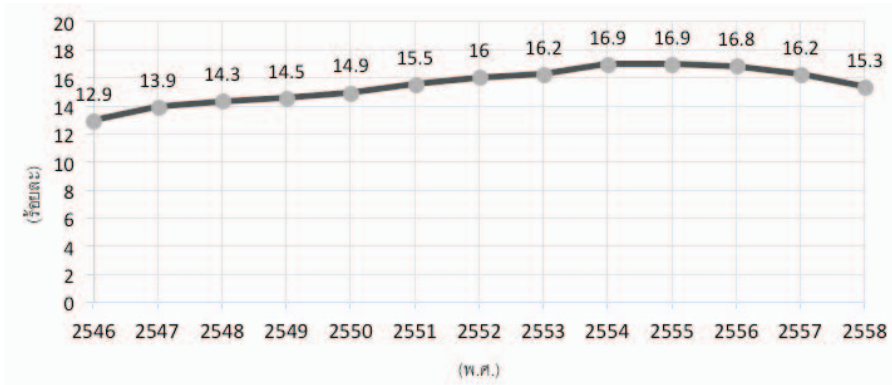
ประชากรหญิง	รวมทั้งประเทศ	จำนวน การคลอด	อัตราการคลอด ต่อพัน
ประชากรหญิง อายุ 10-14 ปี	1,963,728	2,988	1.5
ประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี	2,262,832	101,301	44.8
รวม	4,226,560	104,289	24.7

ที่มา: มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2560 ประมวลจาก กลุ่มภารกิจด้านข้อมูล
ข่าวสารสุขภาพ, 2559ข.

2.2 แม่วัยรุ่นไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นทั่วโลก

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ (2559) ได้จัดทำสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2558 โดยสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อเทียบกับอัตราการคลอดบุตรของผู้หญิงทั้งหมดในช่วง พ.ศ. 2546-2558 แล้ว จำนวนและอัตราการคลอดบุตรของผู้หญิงที่มีอายุ 10-19 ปีนั้นค่อยๆ เพิ่มสูงขึ้น โดยสูงถึงร้อยละ 16.9 ในช่วงปี 2554-2555 ก่อนจะลดลงเหลือร้อยละ 15.3 ในปี 2558 รายละเอียดดังรูป 2.1

รูป 2.1 ร้อยละของจำนวนหญิงคลอดบุตร ที่มีอายุ
ระหว่าง 10-19 ปี พ.ศ. 2546-2558



ที่มา: มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2560 ประมวลจาก สำนักอนามัย
การเจริญพันธุ์, 2559.

จากแนวโน้มและสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทยข้างต้น
เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก ถือได้ว่าสถิติแม่วัยรุ่นในประเทศไทยอยู่ใน
ระดับสูง ดังรายละเอียดในตาราง 2.2

ตาราง 2.2 อัตราการคลอดต่อพันประชากรของแม่วัยรุ่น พ.ศ. 2545-2555

ประเทศ	อัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นต่อพันประชากร										
	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555
ไทย	35.8	35.9	-	43.6	44.0	46.3	48.4	49.8	50.9	55.6	60.0
อังกฤษ	26.1	-	26.3	-	-	-	26.1	25.4	-	22.0	20.5
สหรัฐอเมริกา	41.6	40.2	39.9	39.5	41.3	41.9	40.7	39.0	34.2	30.6	28.5
สิงคโปร์	6.2	5.1	5.3	5.7	5.4	5.1	4.9	4.0	3.6	3.4	3.1
ญี่ปุ่น	6.1	5.8	5.6	5.1	5.0	4.9	5.1	4.9	4.6	4.5	4.3
กัมพูชา	-	52.0	-	-	-	-	48.0	-	-	30.0	-
อินโดนีเซีย	-	-	-	52.0	-	-	-	47.0	-	-	-
ลาว	-	-	-	110	-	-	-	96.5	94.0	-	-
มาเลเซีย	13.0	12.5	12.5	12.0	11.2	-	12.5	13.2	-	13.3	-
พม่า	-	-	-	-	16.9	-	-	-	-	-	-
ฟิลิปปินส์	-	-	-	-	53.0	-	-	-	-	59.0	-
เวียดนาม	23.0	32.0	31.0	30.0	28.0	35.0	-	35.0	38.0	-	45.0
จีน	2.7	5.3	5.6	6.3	4.6	3.8	5.3	6.2	-	-	-
อินเดีย	47.0	46.1	51.6	45.9	45.2	41.1	41.6	38.5	-	-	-

ที่มา: Development Indicators Unit, Statistics Division, United Nations, 2015.

2.3 คุณภาพชีวิตของแม่วัยรุ่น: ยากลำบากในการเลี้ยงดู ทั้งทางเศรษฐกิจ อารมณ์ และจิตใจ

จากตัวเลขสถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นไทยทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ แสดงให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์ปัญหาของแม่วัยรุ่นในเชิงจำนวนที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันก็มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาสถานการณ์ ในรายละเอียดของ ชีวิตแม่วัยรุ่นในด้านต่างๆ เช่น ประสบการณ์ชีวิต มาตรการให้ความช่วยเหลือ

สวัสดิการสังคม เพศศึกษาและการป้องกัน บทบาทและทักษะการเลี้ยงดู เป็นต้น การทำความเข้าใจสถานการณ์และปัญหาชีวิตของแม่วัยรุ่นในการศึกษาคั้งนี้ ขอหยิบยกงานวิจัยมาเป็นตัวอย่างพอสังเขป ดังนี้

ศิริพร และคณะ (2554) ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้หญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 3,623 คน ที่มาใช้บริการสูตินรีเวชในโรงพยาบาลชุมชน 7 จังหวัด โดยได้เก็บข้อมูลในเชิงคุณภาพเพื่อให้เห็นรายละเอียดในชีวิตของแม่วัยรุ่นร่วมด้วย พบลักษณะทั่วไปที่คล้ายคลึงกันของแม่วัยใสในทุกภาค นั่นคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือพักการเรียน และไม่ได้ประกอบอาชีพ เมื่อตั้งท้องแล้วก็อยู่กับพ่อแม่ ซึ่งประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปหรือกรรมกร และรายได้พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ เป็นต้น สอดคล้องกับ จิระพันธ์ (2557) ที่ระบุว่าครอบครัวแม่วัยรุ่นมีภาระทั้ง ด้านเศรษฐกิจและแรงงานนั่นคือ ครอบครัวของแม่วัยรุ่นมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นและ สมาชิกต้องช่วยกันดูแลลูก นอกจากนี้ยังเผชิญความเครียดและแรงกดดันทาง สังคม ไม่ว่าจะตัดสินใจท้องต่อหรือยุติการตั้งครรภ์ก็ตาม

กนกวรรณ และจิตติมา (2559) ได้ศึกษาถึงสถานการณ์ความต้องการสวัสดิการ ของแม่วัยรุ่นเป็นการเฉพาะ โดยแบ่งแม่วัยรุ่นเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นแม่วัยรุ่น ที่พร้อมทางอารมณ์และจิตใจที่จะมีลูก แม่วัยรุ่นกลุ่มนี้ออกจากโรงเรียนเพื่อ ทำงาน ใช้ชีวิตอย่างผู้ใหญ่และสร้างครอบครัวในที่สุด แต่พบว่าแม่วัยรุ่นที่ศึกษา ทั้งหมดมีฐานะยากจน ไม่ได้เรียนต่อในชั้นสูงไปกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างทั่วไป หาเช้ากินค่ำ รายได้น้อย ไม่มีเงินออม ทำให้ไม่สามารถ จัดสรรค่าใช้จ่ายรับภาระเลี้ยงดูลูกได้ ต้องให้พ่อแม่ช่วยเหลือ ครบครันจึง ต้องช่วยรับภาระในการเลี้ยงดู ต้องทำงานหนักขึ้น ประหยัดมากขึ้น โดยช่องทาง แก้ปัญหาเศรษฐกิจคือการหยิบยืมเงินจากญาติ คนรู้จัก หรือพึ่งพาเงินกู้ นอกระบบ ขณะที่แม่วัยรุ่นกลุ่มที่สองไม่มีความพร้อมทางอารมณ์และจิตใจที่จะ มีลูก แม่วัยรุ่นกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบมากกว่ากลุ่มแรก เผชิญความเครียดและ แรงกดดัน ทั้งจากครอบครัวและโรงเรียน ต้องออกจากการเรียนกลางคันส่วนใหญ่

ไม่สามารถเรียนต่อจนจบการศึกษาตามที่ตั้งใจได้ วุฒิการศึกษาต่ำกว่าเกณฑ์ที่จะรับเข้าทำงานประจำ ไม่มีการงานอาชีพรองรับ ไม่มีทักษะเชิงอาชีพที่เหมาะสม มักอยู่ในภาวะว่างงาน ไม่มีเงินใช้ รู้สึกเคืองแค้น ทั้งหมดนี้ยิ่งเพิ่มความเครียดและความไม่พร้อมที่จะดูแลลูกที่เกิดมา

การศึกษาทั้งสามชั้นได้แสดงให้เห็นความสอดคล้องกันในสถานการณ์ชีวิตและความเป็นอยู่ของแม่วัยรุ่นที่มักเผชิญกับความยากลำบาก ทั้งทางเศรษฐกิจ อยู่ในภาวะยากจน ว่างงาน การศึกษาน้อย ไม่มีโอกาสทำงานที่มีรายได้มั่นคง และทางจิตใจ โดยเฉพาะความเครียด ทั้งจากครอบครัว คนรอบข้าง และสังคม อย่างไรก็ตาม แม้ความยากลำบากทางเศรษฐกิจจะเป็นประเด็นสำคัญลำดับแรกๆ ในสถานการณ์ชีวิตแม่วัยรุ่น แต่ทว่าแม่วัยรุ่นแต่ละกลุ่มต่างเผชิญสถานการณ์ยากลำบากในชีวิตแตกต่างกัน ความต้องการสวัสดิการและความช่วยเหลือจึงแตกต่างกันไปด้วย

2.4 แม่วัยรุ่นกับสวัสดิการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด

การให้ความช่วยเหลือดูแลแม่วัยรุ่นหลังคลอดนั้น มีหลายหน่วยงานที่มีโครงการเฉพาะหรือบริการพิเศษขึ้นมารองรับ เช่น ในทางบริการสาธารณสุข โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีโครงการใส่ห่วงอนามัยและฝังยาคุมกำเนิดเฉพาะสำหรับกลุ่มแม่วัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีทุกคนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำขณะที่ในทางสวัสดิการสังคมนั้น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดทำโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดเป็นระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558 - 2560) เปิดโอกาสให้แม่ที่คลอดบุตร ไม่ว่าจะวัยใดก็ตามในครัวเรือนที่ยากจนสามารถลงทะเบียนรับเงินอุดหนุนรายเดือนเดือนละ 400 บาท/ครอบครัว และเพิ่มเป็น 600 บาท (ตั้งแต่ตุลาคม 2559) โดยในปีงบประมาณ 2560 ตั้งเป้าว่าจะสนับสนุนเงินช่วยเหลือ 200,000 คน โดยมีผู้ลงทะเบียนขอรับเงินช่วยเหลือ ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2560 เป็นจำนวน 151,035 หรือคิดเป็นร้อยละ 75.5 ของเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในจำนวนนี้แบ่งเป็น

กลุ่มแม่วัยใสอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 32,177 คน หรือประมาณร้อยละ 21 ของผู้มาลงทะเบียนทั้งหมด รายละเอียดดังตาราง 2.3

ตาราง 2.3 จำนวนผู้มาลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด จำแนกตามช่วงอายุ

ภาค	เป้าหมาย	ผู้ลงทะเบียน	ช่วงอายุ					
			ไม่ ระบุ อายุ	น้อย กว่า 20 ปี	20-25 ปี	26-30 ปี	31-39 ปี	40- 49 ปี
ภาคกลาง	70,370	23,175	176	6,463	7,595	4,016	4,181	744
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	38,920	57,628	321	13,373	19,449	10,672	11,895	1,918
ภาคใต้	52,020	38,822	215	5,540	12,349	9,192	9,761	1,765
ภาคเหนือ	38,690	31,410	175	6,801	10,511	6,368	6,451	1,104
รวม	200,000	151,035	887	32,177	49,904	30,248	32,288	5,531

ที่มา: กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560.

เมื่อพิจารณาเหตุผลหรือสภาพปัญหาของผู้มาขอรับเงินอุดหนุนเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พบว่าเป็นเพราะว่างงานสูงสุด ทั้งสิ้น 94,701 คน รองลงมาเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว 42,293 คน และแม่วัยใส 32,177 คน ทั้งนี้ สภาพปัญหาของผู้มาขอรับเงินอุดหนุนเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดเหล่านี้อาจรวมถึงความยากลำบากที่ทับซ้อนมากกว่าหนึ่งสถานการณ์ปัญหาด้วย เช่น อาจเป็นทั้งแม่วัยใสที่ว่างงานและต้องเลี้ยงลูกโดยลำพัง การกำหนดมาตรการให้ความช่วยเหลือจึงควรครอบคลุมมิติที่หลากหลายของชีวิต

ตาราง 2.4 จำนวนผู้มาลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนเลี้ยงดู
เด็กแรกเกิด จำแนกตามสภาพปัญหา

ภาค	ลักษณะสภาพปัญหา				
	แม่วัย ใส	แม่ว่าง งาน	แม่เลี้ยง เดี่ยว	แม่ ประสบ ปัญหา ที่อยู่ อาศัย	แม่กำลัง ศึกษา อยู่
ภาคกลาง	6,463	16,728	8,092	1,479	719
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	13,373	33,683	16,977	4,442	1,118
ภาคใต้	5,540	27,047	7,045	2,068	337
ภาคเหนือ	6,801	17,243	10,179	1,783	634
รวม	32,177	94,701	42,293	9,772	2,808

ที่มา: กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560.

3. การสำรวจหน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลแม่วัยรุ่น

ในการสำรวจตัวอย่างหน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลแม่วัยรุ่น สามารถแบ่งข้อมูล
ที่หน่วยงานจัดเก็บได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อมูลมหภาคหรือภาพรวมระดับประเทศ
ที่มีหน่วยงานหลักทางราชการเป็นผู้จัดทำ ในที่นี้ยกมาเป็นตัวอย่างจาก 6 หน
งานหลัก และข้อมูลระดับปฏิบัติการที่จัดเก็บโดยองค์กรที่ทำงานช่วยเหลือผู้หญิง
ที่ประสบปัญหาด้านต่างๆ ในชีวิต ซึ่งมักรวมถึงแม่วัยรุ่นด้วย เช่น การให้คำปรึกษา
ทางโทรศัพท์ การให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพ และสวัสดิการสังคม ซึ่งส่วนใหญ่
เป็นข้อมูลเชิงลึกกรายบุคคลที่สามารถสะท้อนสถานการณ์ชีวิตของแม่วัยรุ่นบาง
กลุ่มได้ดูรายละเอียดในตาราง 2.5 และ 2.6 ข้างล่างนี้

ตาราง 2.5 หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลภาพรวมของแม่วัยรุ่น

หน่วยงานที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ/จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
1. กระทรวงสาธารณสุข			
1.1 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์			
<ul style="list-style-type: none"> • กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> • เอกสาร “ประชากรกลางปี” (มีข้อมูลปี 2537-2558) จัดเก็บข้อมูลแยกเพศ จำแนกกลุ่มอายุ จำแนกรายภาค และรายจังหวัด รวมถึง เขตพื้นที่เครือข่ายบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> • สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (เริ่มใช้ พ.ศ.2535 ตามนโยบายของกระทรวงฯ) 	<ul style="list-style-type: none"> • เป็นแหล่งข้อมูลกลาง และจัดทำข้อมูลเชิงสถิติประชากรเป็นประจำทุกปี • ทราบถึงภาพรวมจำนวนประชากรทั่วประเทศ • ทราบถึงแนวโน้มจำนวนแม่วัยรุ่นว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลงในแต่ละปี
<ul style="list-style-type: none"> • กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> • เอกสาร “สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2558” นำเสนอตารางจำนวนและอัตราเจริญพันธุ์ โดยจำแนกตามกลุ่มอายุของมารดา พ.ศ. 2554-2558 		<ul style="list-style-type: none"> • มีการจำแนกกลุ่มอายุของแม่วัยรุ่น คือ ประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี

หน่วยงานที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ/จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
1.2 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย	<ul style="list-style-type: none"> เอกสาร “สถิติการคลอดบุตรของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ.2556” เอกสาร “สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2558” นำเสนอสถิติอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-19 ปี พ.ศ. 2546-2558, อัตราการคลอดซ้ำของวัยรุ่น, ข้อมูลสถานการณ์เพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น รวมถึงอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่น และอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น 	<ul style="list-style-type: none"> สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สธ. สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค สธ. 	<ul style="list-style-type: none"> เป็นข้อมูลอ้างอิงระดับชาติ ทราบถึงสถิติและแนวโน้มของอัตราการคลอดแม่วัยรุ่นและสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น เป็นข้อมูลเฝ้าระวังสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น มีพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ที่ระบุให้หน่วยงานมีภารกิจในการแก้ไขปัญหา และมีการกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาท้องวัยรุ่นระดับชาติ

หน่วยงานที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ/จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
<p>1.3 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</p>	<ul style="list-style-type: none"> เอกสาร “การสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียน Global school-based student health survey-GSHS” (มีนาคม 2551) พบว่า พฤติกรรมเสี่ยง คือ การติดยาเสพติด และมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อโรค เอชไอวี/เอดส์ เป็นอุบัติการณ์ที่พบได้ทั่วไปทั้งในเมืองและชนบทของประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> กรมอนามัย ร่วมกับ องค์การอนามัยโลก สำรวจโดยใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก 	<ul style="list-style-type: none"> เป็นเครื่องมือที่ องค์การอนามัยโลก และศูนย์ควบคุม ป้องกันโรคแห่ง สหรัฐอเมริกา พัฒนาขึ้นเพื่อติดตามอุบัติการณ์ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มเด็กวัยเรียน 13-15 ปี 9 ด้าน รวมพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์ จัดทำครั้งเดียว

หน่วยงานที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ/จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์			
2.1 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดฯ	<ul style="list-style-type: none"> เอกสาร “สถิติการคลอดบุตรของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2558” นำเสนออัตราการคลอดของแม่วัยรุ่น โดยจำแนกข้อมูลภาพรวมทั้งประเทศ รายจังหวัด อำเภอ และตำบล และ “จำนวนและอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นไทย พ.ศ.2554-2557” แสดงแนวโน้มการคลอดของวัยรุ่น 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลการจดทะเบียนการเกิดครั้งแรก จัดเก็บโดยสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่หรือจังหวัดสามารถใช้เป็นเครื่องมือกำหนดทิศทางและการดำเนินงานแก้ไขปัญหาท้องวัยรุ่นได้ จัดทำสถิติการคลอดของวัยรุ่นไทยตามนโยบายรัฐบาล และ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559

หน่วยงาน ที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
<p>2.2 กรมกิจการเด็ก และเยาวชน</p> <p>• โครงการเงิน อุดหนุนเด็ก แรกเกิด</p>	<ul style="list-style-type: none"> • รายงาน “สถานการณ์ ความต้องการ สวัสดิการแม่ วัยรุ่น” กันยายน 2559 • สถิติผู้มาลง ทะเบียนขอรับ เงินอุดหนุนเพื่อ การเลี้ยงดูเด็ก แรกเกิด แยกตาม ช่วงอายุ อาชีพ และสภาพปัญหา รวมแม่วัยรุ่น 	<ul style="list-style-type: none"> • สืบมาจากกลุ่ม ตัวอย่าง • จัดเก็บจากผู้มา ลงทะเบียน 	<ul style="list-style-type: none"> • สะท้อนเงื่อนไข ปัจจัยชีวิตของ วัยรุ่นได้ดี • สามารถเข้าถึง และติดตามกลุ่ม แม่วัยรุ่นที่มา ลงทะเบียนได้ • เป็นสวัสดิการ สำหรับแม่และ เด็กที่มีฐานะ ยากจนทั่วไป ไม่ได้เฉพาะ เจาะจงกลุ่ม แม่วัยรุ่น
3. กระทรวงศึกษาธิการ			
<p>กลุ่มสารสนเทศ สำนักงานคณะ กรรมการการ ศึกษาขั้นพื้น ฐาน (สพฐ.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ข้อมูลสถิติ สาเหตุ ที่นักเรียนลาออก รวมถึง “การแต่ง งาน” แต่ไม่ระบุ เรื่องการตั้งครรภ์ 	<ul style="list-style-type: none"> • รายงานของ โรงเรียนที่แจ้ง กลับเข้ามายัง สพฐ. 	<ul style="list-style-type: none"> • ทราบ สถานการณ์ ด้านการศึกษา ของวัยรุ่นใน ภาพรวม

หน่วยงาน ที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
			<ul style="list-style-type: none"> ผู้บริหารโรงเรียนอาจไม่ได้รายงานจำนวนนักเรียนตั้งครรภ์ (การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย : รายงานสังเคราะห์ 2558, UNICEF)
4. กระทรวงมหาดไทย			
สำนักบริหาร การทะเบียน	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลการจดทะเบียนการเกิดในประเทศไทย รวมถึงข้อมูลอายุของมารดา 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลการเกิดถูกบันทึกเข้าระบบคอมพิวเตอร์ ณ สำนักทะเบียนจังหวัด 	<ul style="list-style-type: none"> บันทึกข้อมูลบุคคลและเกือบเป็นข้อมูลล่าสุด (up to date) จัดส่งข้อมูลการเกิดให้กระทรวงสาธารณสุขตรวจสอบ
5. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม			
สำนักงาน สถิติแห่งชาติ	<ul style="list-style-type: none"> เอกสาร “การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Surveys -MICS) พ.ศ.2558-2559 	<ul style="list-style-type: none"> จัดเก็บข้อมูลจากครัวเรือนประมาณ 27,000 ครัวเรือน 	<ul style="list-style-type: none"> เป็นการสำรวจภายใต้โครงการ MICS เป็นตัวชี้วัดด้านสถานการณ์เด็กและสตรี

หน่วยงาน ที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
	<p>เป็นการสำรวจระดับชาติ ให้ข้อมูลลักษณะประชากรทั่วไป เหตุผลการมีบุตร และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มสตรีอายุ 15-49 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> • เอกสาร “การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์” พ.ศ. 2552 กลุ่มตัวอย่าง 30,000 คนทั่วประเทศเป็นการสำรวจการให้บริการต่าง ๆ ก่อนแต่งงาน อายุของการแต่งงานครั้งแรก การคลอด การให้นมบุตร การตรวจเต้านม มะเร็งปากมดลูก และการวางแผนครอบครัว เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> • สำรวจทุก 10 ปี กลุ่มตัวอย่าง ประมาณ 30,000 คน เรือนสำรวจครั้งแรกปี 2518 ครั้งล่าสุดปี 2552 	<ul style="list-style-type: none"> • การสำรวจมีเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับแม่วัยรุ่น คือ อัตราการเจริญพันธุ์รายอายุของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี

หน่วยงานที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
<p>6. สำนักงานหลัก ประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> “รายงานการ สร้างหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ประจำปี งบประมาณ 2559” แสดงอัตราการ คลอดบุตรของ หญิงอายุ 15-19 ปี ที่ใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.หลัก- ประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2550 	<ul style="list-style-type: none"> จัดเก็บข้อมูลเอง จากหน่วยบริการ ในสังกัด 	<ul style="list-style-type: none"> เป็นข้อมูล ภาพรวมของ ผู้ใช้สิทธิบริการ สาธารณสุขใน ระบบกองทุน หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 2.6 หน่วยงานให้บริการที่เกี่ยวข้องที่จัดเก็บข้อมูล
ณ หน่วยงานนั้นๆ

หน่วยงาน	ข้อมูลที่จัดทำ/ จัดเก็บ*	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
<p>กลุ่มหน่วยงานให้บริการช่วยเหลือ เช่น</p> <p>7.1 สายด่วน 1300 พม.</p> <p>7.2 สายด่วน 1323 สธ.</p> <p>7.3 สายด่วน 1663 มุลินิธีเข้าถึงเอดส์ (เอดส์และท้องไม่พร้อม)</p> <p>7.4 ศูนย์พึ่งได้ สธ.</p> <p>7.5 สหทัยมูลนิธิ</p> <p>7.6 บ้านพักฉุกเฉินฯ</p> <p>7.7 บ้านสุขฤทัย</p> <p>7.8 บ้านพระคุณ</p> <p>7.9 บ้านพักเด็กและครอบครัว พม.</p>	<ul style="list-style-type: none"> จำนวนผู้เข้ารับบริการซึ่งส่วนหนึ่งคือผู้ประสบปัญหาท้องไม่พร้อม รวมกลุ่มแม่วัยรุ่นด้วย เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพรายบุคคล เพื่อติดตามและให้ความช่วยเหลือ จัดทำข้อมูลแยกเพศ จำแนกตามกลุ่มอายุ บันทึกการท้องซ้ำ การคุมกำเนิด จังหวัด ประวัติครอบครัวและข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้รับบริการ โดยละเอียด เพื่อช่วยเหลือเฉพาะรายและต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> เก็บข้อมูลรายบุคคลจากผู้ใช้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> สามารถเปิดเผยข้อมูลสถิติตัวเลขภาพรวมของการให้บริการได้ ไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลเชิงลึกของแต่ละบุคคลได้

หมายเหตุ: *สรุปจากลักษณะข้อมูลรายบุคคลที่แต่ละหน่วยให้บริการจัดเก็บจากผู้ใช้บริการ

พินิจภาพรวมแม่วัยรุ่นจากข้อมูลที่จัดเก็บโดยหน่วยงานต่างๆ

เมื่อพิจารณาถึงข้อมูลระดับประเทศที่หน่วยงานของรัฐหลายหน่วยงานจัดเก็บและวิเคราะห์เพื่อเป็นฐานสำหรับการดำเนินเรื่องแม่วัยรุ่นแล้ว ข้อสังเกตในรายละเอียดมีดังต่อไปนี้

(1) จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรสู่สถิติแม่วัยรุ่นทั่วประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นสองกระทรวงหลักที่พยายามทำความเข้าใจขนาดของปัญหาแม่วัยรุ่น ด้วยการใช้ฐานข้อมูลตัวเลขจากทะเบียนราษฎรมาประมวลและวิเคราะห์ เพื่อให้เห็นขนาดและจำนวนในภาพรวมของสถานการณ์แม่วัยรุ่น โดยกระทรวงสาธารณสุขนั้นถือเป็นหนึ่งในหน่วยงานหลักที่มีภารกิจด้านการป้องกันแก้ไขปัญหาท้องวัยรุ่นตามกฎหมายและนโยบายเกี่ยวกับท้องวัยรุ่น หน่วยงานต่างๆ ในสังกัดได้จัดทำข้อมูลภาพรวมเกี่ยวกับแม่วัยรุ่นในหลายด้าน เช่น กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จัดทำข้อมูลเพื่อการอ้างอิง 2 ประเภท คือ (1) ฐานข้อมูลประชากรกลางปีที่แสดงถึงจำนวนกลุ่มประชากรตามรายอายุ รวมแม่วัยรุ่นในแต่ละปี และ (2) สถิติสาธารณสุข นำเสนอข้อมูลที่ประมวลจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร และดึงเอาส่วนที่เป็นสถิติชีพ ในเรื่องการเกิดและการตายมานำเสนอเป็นสถิติสาธารณสุข ข้อมูลทั้งสองลักษณะนี้เปรียบเสมือนฐานข้อมูลประชากรกลางด้านสาธารณสุข ที่หน่วยงานซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับแม่วัยรุ่นสามารถนำไปใช้อ้างอิง วิเคราะห์สถานการณ์แนวโน้ม และคำนวณขนาดของกลุ่มประชากรเพื่อการทำงานได้

นอกจากนี้ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ยังเป็นอีกหนึ่งหน่วยงานที่ประมวลสถิติข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแม่วัยรุ่นจากหน่วยงานต่างๆ เช่น สถิติทะเบียนจำนวนประชากร สถิติการคลอดจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นจากสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค มาจัดทำข้อมูลเชิงวิเคราะห์

แนวโน้มน้ของสถานการณ์การคลอดในวัยรุ๋นและอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ๋นในระดับประเทศ เพื่อมุ่งทำงานเชิงป้องกันและลดสถานการณ์ปัญหาที่แม่วัยรุ๋นต้องเผชิญ ทั้งเรื่องท้องไม่พร้อม การทำแท้ง เพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการลดจำนวนแม่วัยรุ๋น เป็นต้น

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดฯ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นอีกหนึ่งหน่วยงานที่ใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรมาประมวลและวิเคราะห์ให้เห็นถึงจำนวนและการกระจายตัวของประชากรแม่วัยรุ๋นที่มีอยู่ในประเทศไทย ในสถิติการคลอดบุตรของวัยรุ๋นไทย ซึ่งจำแนกเป็นรายภาค จังหวัด อำเภอ และตำบล ทั้งนี้เพื่อให้ข้อมูลดังกล่าวเป็นเครื่องมือให้หน่วยงานระดับปฏิบัติการในจังหวัดต่างๆ สามารถเห็นสถานการณ์แม่วัยรุ๋นในภาพรวมและนำไปวางแผนการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาท้องวัยรุ๋นในพื้นที่ของตนได้

(2) แม่วัยรุ๋นที่ต้องยุติสถานะนักเรียนก่อนเรียนจบ

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) กระทรวงศึกษาธิการ เป็นหน่วยงานที่จัดเก็บตัวเลขสถิตินักเรียนที่ออกจากโรงเรียนหรือระบบการศึกษาระหว่างปี ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ย้ายที่อยู่ตามผู้ปกครอง มีปัญหาในการปรับตัว มีปัญหาครอบครัว ฐานะยากจนต้องหาเลี้ยงครอบครัว เจ็บป่วย ต้องคดีความ และแต่งงาน โดยโรงเรียนในสังกัดทั่วประเทศส่งข้อมูลมาให้ แต่การมองเห็นภาพแม่วัยรุ๋นจากฐานข้อมูลส่วนนี้ยังไม่ชัดเจนเท่าใดนัก เนื่องจากการเก็บข้อมูลเพียงระบุสาเหตุของการออกจากโรงเรียนว่าเป็นเพราะแต่งงาน ไม่ได้เพราะตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการระบุเหตุผลของนักเรียนที่ออกจากระบบโรงเรียนกลางคันว่าตั้งครรภ์นั้นเป็นเรื่องละเอียดอ่อน และอาจมีผลกระทบต่อทั้งตัวนักเรียนและชื่อเสียงของโรงเรียน จึงอาจเลี่ยงไประบุด้วยสาเหตุอื่นแทน ภาพของแม่วัยรุ๋นจากสถิตินักเรียนออกกลางคันจึงสะท้อนได้

เพียงการขาดโอกาสทางการศึกษาเท่านั้น จากจำนวนนักเรียนที่ออกกลางคันทั้งสิ้น 5,568 คน ในปีการศึกษา 2558 พบผู้ที่ระบุเหตุผลว่าเพราะแต่งงาน 636 คน ซึ่งจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และท่ามกลางจำนวนนักเรียนชายที่ออกกลางคันมีมากกว่านักเรียนหญิงในทุกเหตุผล ยกเว้นแต่งงานเพียงสาเหตุเดียวที่ทำให้นักเรียนหญิง (ร้อยละ 90) ออกกลางคันมากกว่านักเรียนชาย (ร้อยละ 10) ดังรายละเอียดในตาราง 2.7 และ 2.8

ตาราง 2.7 จำนวนนักเรียนออกกลางคัน ปีการศึกษา 2558 จำแนกตามสาเหตุ

สาเหตุ	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	มัธยมศึกษาตอนปลาย	รวม
ย้ายที่อยู่ตามผู้ปกครอง	932	481	200	1,613
มีปัญหาในการปรับตัว	128	686	339	1,153
มีปัญหาครอบครัว	113	677	314	1,104
หาเลี้ยงครอบครัว	44	388	226	658
สมรส	42	371	223	636
ฐานะยากจน	27	181	79	287
เจ็บป่วย/อุบัติเหตุ	27	39	30	96
ต้องคดีความ/ถูกจับ	1	14	6	21
รวม	1,314	2,837	1,417	5,568

ที่มา: ประมวลจาก กลุ่มสารสนเทศ สำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2560.

ตาราง 2.8 จำนวนนักเรียนออกกลางคัน ปีการศึกษา 2558
จำแนกตามสาเหตุและเพศ

สาเหตุ	ชาย	หญิง	รวม
ย้ายที่อยู่ตามผู้ปกครอง	935	678	1,613
มีปัญหาในการปรับตัว	804	349	1,153
มีปัญหาครอบครัว	677	427	1,104
หาเลี้ยงครอบครัว	461	197	658
สมรส	63	573	636
ฐานะยากจน	183	104	287
เจ็บป่วย/อุบัติเหตุ	54	42	96
ต้องคดีความ/ถูกจับ	21	0	21
รวม	3,198	2,370	5,568

ที่มา: ประมวลจาก กลุ่มสารสนเทศ สำนักงานนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2560.

(3) สถานการณ์เด็กและสตรี และภาวะเจริญพันธุ์: การสำรวจระดับชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นอีกหนึ่งหน่วยงานหลักในการสำรวจสถานการณ์ด้านต่างๆ ของประชากรในประเทศไทย หนึ่งในนั้นคือการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมทางภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรในช่วงอายุ 15-49 ปี เช่น อายุแรกสมรส การมีบุตร การตั้งครรรภ์ การเลี้ยงดูบุตร อนามัยแม่และเด็ก ขนาดของครอบครัวที่ต้องการ การตรวจมะเร็งในระบบสืบพันธุ์ การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด ความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น โดยทำการสำรวจทุก 10 ปี³ ในกลุ่มตัวอย่างระดับครัวเรือน ประมาณ 30,000 ครัวเรือนทั่วประเทศ

นอกจากนั้น สำนักงานสถิติแห่งชาติยังเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการสำรวจ สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ภายใต้โครงการ MICS⁴ มีการเก็บข้อมูล ทั้งในภาพรวมทั้งประเทศและระดับจังหวัด โดยร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เป็นต้น ในการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย พ.ศ. 2558- 2559 ซึ่งเป็นโครงการ MICS รอบที่ 5 นั้น มีจำนวนตัวอย่างกว่า 28,000ครัวเรือน ตัวชี้วัดส่วนใหญ่เป็นเรื่องของสุขภาพและโภชนาการ การเลี้ยงดูและพัฒนาการ การศึกษา การคุ้มครองเด็ก น้ำและสุขาภิบาล ออนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งรวมถึง ออนามัยการเจริญพันธุ์ของแม่วัยรุ่น เช่น อัตราการมีบุตรของวัยรุ่น การแต่งงาน ก่อนอายุ 15 ปี เป็นต้น

³ การสำรวจครั้งแรกเกิดขึ้นในปีพ.ศ. 2518 ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2529 ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2539 ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2549 และครั้งล่าสุดคือ พ.ศ. 2552 โดยในบางปีมีหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องสนับสนุนและเข้าร่วมสำรวจกับ สำนักงานสถิติแห่งชาติด้วย เช่น วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนประชากร แห่งสหประชาชาติ กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย เป็นต้น

⁴ The Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) หรือโครงการสำรวจพหุดัชนีแบบจัดกลุ่ม แสดง สถานการณ์ด้านเด็กและสตรีผ่านมาตรฐานตัวชี้วัดด้านต่างๆ ได้รับการพัฒนาโดยองค์การยูนิเซฟ โดย ให้งานระดับชาติของแต่ละประเทศเป็นผู้เก็บข้อมูล เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างประเทศ ติดตามความคืบหน้า และปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ของเด็กให้ดีขึ้นได้ตามปฏิญญาสากล ที่สำคัญคือ เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (The Millennium Development Goals – MDG) และเป้าหมาย ของโลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก (A World Fit for Children (WFFC) เริ่มจัดทำครั้งแรกช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 – กุมภาพันธ์ 2549 ครั้งที่สองช่วงกันยายน - พฤศจิกายน 2555 และครั้งล่าสุด เดือน พฤศจิกายน 2558 - มีนาคม 2559

(4) แม่วัยรุ่นกับการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพ

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นสิทธิการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ซึ่งครอบคลุมประชากรไทยกว่า 48 ล้านคนนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เก็บข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ ของผู้มาใช้สิทธิในแต่ละปี

ตาราง 2.9 จำนวนผู้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอด และรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จากการแท้ง ปีงบประมาณ 2559

ผู้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	จำนวน
ผู้หญิงที่มาฝากครรภ์ในหน่วยบริการ	119,183
ผู้หญิงที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล	80,291
ผู้หญิงที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจากการแท้ง	5,165

ที่มา: ประมวลจาก กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ สปสช., 2560.

นอกจากนี้แล้ว สปสช. ยังให้บริการฝังยาคุมกำเนิดและห่วงอนามัยแก่หญิงวัยรุ่นในสถานบริการที่เป็นเครือข่ายของสปสช. โดยสนับสนุนค่าใส่ห่วงอนามัย 800 บาทต่อราย ค่าบริการยาฝังคุมกำเนิด 2,500 บาทต่อราย ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2557 มีจำนวนวัยรุ่นไปใช้บริการกว่า 20,000 รายต่อปี

ตาราง 2.10 จำนวนการให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ในวัยรุ่น
อายุไม่ถึง 20 ปี ปีงบประมาณ 2558-2559

บริการ/ปีงบประมาณ	2558	2559
ใส่ห่วงอนามัย	345	311
ยาฝังคุมกำเนิด	25,490	21,326

ที่มา: ประมวลจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560.

(5) แม่วัยรุ่นที่ผ่านองค์กรให้ความช่วยเหลือ

องค์กรหรือหน่วยงานที่มีภารกิจหลักในการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ แก่เด็กและผู้หญิง ซึ่งรวมถึงแม่วัยรุ่นนั้น มักมีการรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพของแม่วัยรุ่นที่มาใช้บริการเป็นรายบุคคล เพื่อติดตามการดำเนินงานและให้การช่วยเหลือเป็นรายกรณี ในการศึกษาจำแนกประเภทขององค์กรที่ให้บริการและความช่วยเหลือแก่แม่วัยรุ่นตามภารกิจออกเป็น 3 ลักษณะ คือ (1) สายด่วนให้คำปรึกษาช่วยเหลือ (2) บริการบ้านพัก และ (3) สวัสดิการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังตาราง 2.11 ด้านล่างนี้

ตาราง 2.11 กลุ่มหน่วยงานให้บริการช่วยเหลือแม่วัยรุ่น

ประเภท	หน่วยงาน	รูปแบบการให้บริการ	หมายเหตุ
สายด่วนให้คำปรึกษาช่วยเหลือและศูนย์ช่วยเหลือ	1. สายด่วน 1300 ศูนย์ช่วยเหลือสังคม กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)	<ul style="list-style-type: none"> ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (โทรฟรี 24 ชม.) เดินทางเข้ามาพบ Line, Facebook, E-mail 	<ul style="list-style-type: none"> เปลี่ยนชื่อจากศูนย์ประชาบดี 9 เม.ย. 56 ศูนย์กลางให้คำปรึกษาในกรุงเทพฯ แต่สามารถให้หน่วยงานในสังกัด พม. เข้าช่วยเหลือได้ทั่วประเทศ

ประเภท	หน่วยงาน	รูปแบบการให้บริการ	หมายเหตุ
		<ul style="list-style-type: none"> • บริการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง • มีหน่วยเคลื่อนที่เร็วให้บริการในกรณีฉุกเฉิน 	
	2. สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ศูนย์พัฒนาผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> • ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (โทรฟรี 24 ชม.) • บริการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> • เน้นการให้คำปรึกษาทางด้านความวิตกกังวลความเครียดก่อนส่งต่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
	3. สายด่วน 1663 มูลนิธิเข้าถึงเอดส์	<ul style="list-style-type: none"> • ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทุกวัน 09.00-21.00 น. • Facebook • บริการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> • เริ่มให้บริการเรื่องท้องไม่พร้อม 1 ก.ย. 2556
	4. ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.)	<ul style="list-style-type: none"> • ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงครบวงจร • ครอบคลุมด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้านกฎหมายและสวัสดิการสังคม 	<ul style="list-style-type: none"> • ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในสังกัด สธ. จำนวน 829 แห่ง • มีนโยบายขยายไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9,750 แห่ง ในปี 2560
บ้านพัก	1. บ้านพักเด็กและครอบครัว กรมกิจการเด็กและเยาวชน พม.	<ul style="list-style-type: none"> • บ้านพักरोตลอด - หลังตลอด • บริการรับฝาก/ช่วยเหลือผู้เด็กแรกเกิดจนแม่สามารถมารับไปเลี้ยงดูด้วยตนเองได้ 	<ul style="list-style-type: none"> • ย้ายจากกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ พม. มี.ค. 58 • กระจายตัวในทุกจังหวัดทั่วประเทศ

ประเภท	หน่วยงาน	รูปแบบการให้บริการ	หมายเหตุ
		<ul style="list-style-type: none"> • บริการหาคอบครัวอุปการะ/รับบุตรบุญธรรม 	
	2. บ้านพักที่ดำเนินงานโดยองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น 2.1 สหทัยมูลนิธิ 2.2 บ้านพักฉุกเฉินฯ 2.3 บ้านสุขฤทัย 2.4 บ้านพระคุณ	<ul style="list-style-type: none"> • บ้านพักรอกตลอด - หลังคลอด • สถานรับเลี้ยงเด็ก (ชั่วคราว) • บริการหาคอบครัวอุปการะ/รับบุตรบุญธรรม 	
สวัสดิการอื่น ๆ	1. โครงการบริการปรึกษาด้านสุขภาพแก่สตรีวัยรุ่นและให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาล-ผดุงครรภ์เจ้าของใช้ที่คลินิกดาวชมพู (หน่วยฝากครรภ์ รพ.ศิริราช)	<ul style="list-style-type: none"> • ให้คำปรึกษาและดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งแต่ระหว่างตั้งครรภ์คลอด และหลังคลอด ทั้งทางโทรศัพท์ และเดินทางเข้ามาพบ (จ-ศ 08.00-16.00น.) • เน้นให้คำปรึกษาแม่วัยรุ่นที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ 	<ul style="list-style-type: none"> • ให้คำปรึกษาและบริการ โดยคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ (ศิริราช) มหาวิทยาลัยมหิดล
	2. โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด	<ul style="list-style-type: none"> • ช่วยเหลือพ่อแม่ที่มีลูกแรกคลอด และเข้าเกณฑ์ที่กำหนดเป็นผู้มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุน • มาลงทะเบียนเพื่อรับเงินอุดหนุนรายเดือน 	<ul style="list-style-type: none"> • ตามระเบียบกรมกิจการเด็กและเยาวชน ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ.2559 • เป็นโครงการ 3 ปี (2558-2560)

ประเภท	หน่วยงาน	รูปแบบการให้บริการ	หมายเหตุ
	3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	<ul style="list-style-type: none"> • สนับสนุนบริการยาฝังคุมกำเนิดและใส่ห่วงอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น อายุต่ำกว่า 20 ปี 	

ที่มา: มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง 2560 ประมวลจาก นิทรรศการในการประชุมระดับชาติเรื่องสุขภาวะทางเพศ ครั้งที่ 2: Sex เปิดในวัยรุ่น. วันที่ 8-10 กุมภาพันธ์ 2560. โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ.

(1) บริการสายด่วนให้คำปรึกษาและช่วยเหลือ เป็นการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ 2 แห่ง คือ สายด่วน 1300 และ 1323 ขณะที่สายด่วน 1663 เป็นบริการขององค์กรพัฒนาเอกชน ดำเนินงานโดยมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ลักษณะการทำงานของบริการสายด่วนให้คำปรึกษานี้จะสอบถามสถานการณ์ปัญหาและบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ที่โทรเข้ามารับบริการมีการติดตามข้อมูลเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อเนื่อง รวมถึงส่งต่อบริการช่วยเหลือไปยังหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง ในช่วงปีงบประมาณ 2559 นั้นพบว่าผู้ที่โทรเข้ามาใช้บริการสายด่วน 1663 เนื่องจากประสบปัญหาท้องไม่พร้อม มีจำนวน 13,465 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้มีอายุไม่เกิน 20 ปี 4,577 คน ซึ่งยังไม่แน่ใจว่าท้องหรือไม่ 3,401 คน ตั้งครรภ์แล้ว 1,176 คน (ตัดสินใจท้องต่อ 98 คน เลือุกยุติการตั้งครรภ์ 883 คน และที่เหลือยังไม่ตัดสินใจ)⁵

⁵ เป็นข้อมูลโดยสรุปจากผู้ที่โทรเข้ามาปรึกษาสายด่วน 1663 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 30 กันยายน 2559 โดยการสัมภาษณ์เอมอร คงศรี หัวหน้าทีมปฏิบัติการ

(2) **บริการบ้านพัก** การให้บริการบ้านพักแก่ผู้ที่มีปัญหาหรือยากลำบาก ในสถานการณ์ห้องไม่พร้อมนั้น แบ่งได้เป็น กลุ่มบ้านพักที่ดำเนินงานโดยภาครัฐ ได้แก่ บ้านพักเด็กและครอบครัว สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และบริการบ้านพักของภาคเอกชน ซึ่งมีอยู่ทั่วประเทศ ในที่นี้ยกตัวอย่างมาเพียง 4 แห่ง ได้แก่ (1) สหทัยมูลนิธิ (2) บ้านพักฉุกเฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ (3) บ้านสุขฤทัย คณะภคินีศรีชุมพาบาล และ (4) บ้านพระคุณ บริการบ้านพักเหล่านี้ให้ความช่วยเหลือแม่วัยรุ่นทั้งในเรื่องที่พัก อาหาร สุขภาพ การตั้งครรรภ์ รวมถึงการคลอด การช่วยเหลือ/ดูแลหลังคลอด การหาครอบครัวอุปถัมภ์และการช่วยเหลือเพื่อให้แม่วัยรุ่นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตัวเอง

ตาราง 2.12 จำนวนผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่เข้ารับบริการความช่วยเหลือจากสหทัยมูลนิธิ บ้านพักฉุกเฉินฯ และบ้านสุขฤทัย พ.ศ. 2557-2559 จำแนกตามรายอายุ

อายุ	บ้านพักฉุกเฉินฯ	สหทัยมูลนิธิ	บ้านสุขฤทัย	รวม	ร้อยละ
ต่ำกว่า 20 ปี	47	85	49	181	35
อายุ 21-30 ปี	85	102	49	236	46
อายุ 31-40 ปี	38	30	17	85	16
อายุ 41 ปีขึ้นไป	5	5	5	15	3
รวม	175	222	120	517	100
อายุน้อยที่สุด (ปี)	13 ปี	12 ปี	12 ปี	-	-
อายุมากที่สุด (ปี)	44 ปี	43 ปี	48 ปี	-	-

ที่มา: มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2560 ประมวลผลจาก นิทรรศการในการประชุมระดับชาติเรื่องสุขภาพทางเพศ ครั้งที่ 2: Sex เปิดในวัยรุ่น. วันที่ 8-10 กุมภาพันธ์ 2560. โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ.

เมื่อพิจารณาข้อมูลที่จัดเก็บโดยบ้านพักของเอกชนแต่ละแห่งในช่วงปี 2557-2559 พบว่าบ้านพัก 3 แห่ง คือ สหทัยมูลนิธิ บ้านพักอุกฉิน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ และบ้านสุขฤทัย คณะภคินีศรีชุมพาบบาลได้ให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาตั้งครมไม่พร้อมจำนวน 517 คน กว่าหนึ่งในสามเป็นกลุ่มแม่วัยรุ่น (อายุต่ำกว่า 20 ปี) คือจำนวน 181 คน โดยจะเห็นว่าผู้ที่เข้ามาขอรับบริการช่วยเหลือนั้นมีอายุต่ำสุดประมาณ 12-13 ปีเท่านั้น

(3) **สวัสดิการอื่น ๆ** สำหรับแม่วัยรุ่นที่ยกตัวอย่างไว้ในการศึกษาครั้งนี้คือ โครงการสนับสนุนการใส่ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด สำหรับกลุ่มแม่วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เป็นระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558–2560) โดยกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

4. ช่องว่างในการจัดเก็บข้อมูลแม่วัยรุ่นในปัจจุบัน

ภาพของแม่วัยรุ่นที่สะท้อนผ่านสถิติตัวเลขของหน่วยงานต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ แม้จะเริ่มต้นจากสถิติการคลอดในวัยรุ่นจากฐานข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย สู่ตัวเลขแม่วัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) กว่าหนึ่งแสนคนของสำนักกอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตัวเลขแม่วัยใส 32,177 คน ผู้ลงทะเบียนรับสิทธิเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด ของกรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และจำนวนผู้หญิงอายุไม่ถึง 20 ปีที่ไปเข้ารับบริการใส่ห่วงคุมกำเนิดและยาฝังคุมกำเนิดในสถานบริการที่เป็นเครือข่ายของ สปสช. กว่าสองหมื่นคนต่อปี รวมถึงจำนวนวัยรุ่นที่โทรเข้าไปปรึกษาเรื่องท้องไม่พร้อมกับสายด่วน 1663 อีกกว่า 4,500 คน และจำนวนนักเรียนออกกลางคันด้วยสาเหตุแต่งงานเกือบ 600 คนนั้นน่าจะแสดงภาพปะติดปะต่อของแม่วัยรุ่นในการเผชิญสถานการณ์ปัญหาต่างๆ ในชีวิตที่ไม่พร้อมได้เป็นอย่างดี สถิติตัวเลขข้างต้นนี้แม้จะมีการจัดเก็บในหลายระดับโดยหน่วยงานสำคัญ ที่เกี่ยวข้อง แต่ทว่ายังไม่มี

หน่วยงานใดที่สามารถรวบรวมและจัดเก็บฐานข้อมูลของแม่วัยรุ่นเป็นการเฉพาะ และยังคงมีแม่วัยรุ่นอีกจำนวนไม่น้อยที่เดียวที่ต้องการความช่วยเหลือแต่เข้าไม่ถึงบริการ/สวัสดิการที่มีอยู่

การทำความเข้าใจสถานการณ์แม่วัยรุ่นผ่านสถิติตัวเลขข้างต้นนี้ยังมีช่องว่าง และข้อท้าทายที่ควรตระหนักสำหรับการดำเนินงานต่อไป ดังนี้

(1) เข้าใจที่มาและการนำข้อมูลไปใช้

แม้การทำความเข้าใจสถานการณ์และขนาดของปัญหาแม่วัยรุ่นจะเป็นภารกิจแรกๆ ของหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแม่วัยรุ่นต้องคำนึงถึง ซึ่งโดยมากแล้วข้อมูลเชิงปริมาณจากฐานข้อมูลของหน่วยงานของรัฐจะทำให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์ได้ ทั้งในระดับประเทศภูมิภาคจังหวัดหรือชุมชน ก็ตาม นอกจากนี้ยังช่วยให้เห็นภาพของกลุ่มแม่วัยรุ่นที่ต้องการและเข้าถึงบริการช่วยเหลือที่รัฐจัดให้ได้อีกจำนวนหนึ่ง แต่สิ่งที่ควรต้องตระหนักในการนำข้อมูลลักษณะนี้ไปใช้ก็คือ สถิติตัวเลขหรือข้อมูลเชิงปริมาณนั้นไม่สามารถอธิบายหรือให้รายละเอียดในประเด็นที่เป็นนามธรรมหรือประเด็นละเอียดอ่อนในแต่ละกรณีได้ การนำข้อมูลเชิงปริมาณไปใช้อย่างเหมารวมจึงอาจกลายเป็นการสร้างหรือตอกย้ำภาพเหมารวมของแม่วัยรุ่นที่สังคมส่วนใหญ่มองว่าเป็นปัญหา เช่น ท่ามกลางจำนวนคลอดของผู้หญิงอายุไม่ถึง 20 ปีจากสำนักบริหารการทะเบียน และการคำนวณจำนวนแม่วัยรุ่นจากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ว่ามีกว่าแสนรายทั่วประเทศนั้น อารวมเอาหญิงวัยรุ่นที่ตั้งใจจะเป็นแม่และไม่ได้มีปัญหาอะไรกับการเป็นแม่วัยรุ่นเข้าไปด้วย การทำความเข้าใจตัวเลขเหล่านี้เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและวางแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาแม่วัยรุ่นจึงต้องระมัดระวัง ละเอียดอ่อนต่อความแตกต่างและต้องอาศัยการจำแนกแยกแยะให้เห็นกลุ่มเป้าหมายในการทำงานชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อช่วยป้องกันการละเมิดสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของแม่วัยรุ่นภายใต้เจตนาที่ดี

อย่างไรก็ดี หน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพและสวัสดิการส่วนใหญ่ ไม่ได้จัดเก็บข้อมูลของผู้เข้ารับบริการในรายละเอียดต่างๆ ของชีวิตมากนัก เพียงบันทึกและประมวลเป็นภาพรวมเชิงปริมาณตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เท่านั้น หน่วยบริการระดับปฏิบัติส่วนใหญ่มักจัดเก็บข้อมูลเชิงลึกที่แสดงรายละเอียดของชีวิตผู้เข้ารับบริการค่อนข้างรอบด้านตามภารกิจที่ต้องติดตามความช่วยเหลือ ขณะที่การศึกษาวิจัยแม่วัยรุ่นในเชิงคุณภาพก็ช่วยให้เห็นภาพในรายละเอียดของสถานการณ์แม่วัยรุ่นในเชิงลึกได้ การทำความเข้าใจสถานการณ์แม่วัยรุ่นอย่างรอบด้านจึงควรตระหนักถึงที่มาและลักษณะข้อมูลที่แตกต่างกันเหล่านี้

(2) ตระหนักถึงภาพเหมารวมหรืออคติที่อยู่เบื้องหลังข้อมูล

ภายใต้สถานการณ์แม่วัยรุ่นนั้น ส่วนหนึ่งมีทัศนคติที่มองแม่วัยรุ่นว่า เป็นปัญหาและมักกำหนดเป้าหมายในการทำงานว่าเพื่อมุ่งลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกเหนือจากการรวบรวมสถิติตัวเลขเพื่อสะท้อนขนาดความรุนแรงของปัญหาแม่วัยรุ่นแล้ว ยังมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่พยายามทำความเข้าใจสถานการณ์และเงื่อนไขการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นเป็นกรณีศึกษาในเชิงลึก ทั้งนี้เพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และลดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การศึกษาในลักษณะนี้มักเน้นที่พฤติกรรมส่วนบุคคลและสิ่งที่วัยรุ่นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย และมักมีข้อเสนอในลักษณะให้แก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงส่วนบุคคล ซึ่งอาจกลายเป็นทัศนคติเหมารวมแม่วัยรุ่น เช่น วัยรุ่นมักมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยมองข้ามแนวปฏิบัติเชิงบวกบางลักษณะที่สอดคล้องและนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของแม่วัยรุ่นได้

(3) มองสถานการณ์แม่วัยรุ่นให้รอบด้าน: ทำแห่ง ท้องต่อ

ภายใต้การทำงานในประเด็นแม่วัยรุ่นนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีข้อมูลที่รอบด้านเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาในทุกมิติ ทั้งจำนวนหญิงวัยรุ่นจำนวนคลอดของหญิงวัยรุ่น และจำนวนการทำแท้งของหญิงวัยรุ่น แต่ทว่า ข้อมูล

ส่วนหนึ่งที่ขาดหายไปตลอดมาคือการยุติการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อม และไม่ต้องการเป็นแม่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ทำให้มองไม่เห็นภาพอีกด้านหนึ่งของวัยรุ่นท้องไม่พร้อมที่ไม่ต้องการท้องต่อจนคลอดและเป็นแม่ จากรายงานการเฝ้าระวังการแท้งประเทศไทย พ.ศ. 2557 ที่ศึกษาผู้หญิงที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการด้วยการแท้งจำนวน 1,710 คน พบว่า ร้อยละ 40 เป็นผู้ที่ทำแท้งและกว่าสองในสามต้องการทำแท้งเนื่องจากเหตุผลด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว ปัญหาสำคัญเป็นเรื่องทางการเงิน และยังไม่จบการศึกษาต้องการเรียนต่อ ในจำนวนนี้ร้อยละ 30 อายุต่ำกว่า 20 ปี และความเสี่ยงต่อชีวิตที่ผู้หญิงเหล่านี้ต้องเผชิญคือการแสวงหาบริการยุติการตั้งครรภ์ที่อาจไม่ปลอดภัยหากทำโดยผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ จนอาจเกิดผลแทรกซ้อน อันตรายจากการทำแท้ง เช่น ติดเชื้อ ตกเลือด เป็นต้น (กิตติพงศ์, บุญฤทธิ์, ธีวัฒน์ และปิยะรัตน์, 2559)

ไม่เพียงภาพและข้อมูลการทำแท้งในวัยรุ่นจะมีอย่างจำกัดมากเท่านั้น หากแต่การรับมือกับสถานการณ์แม่วัยรุ่นยังไม่รอบด้านครบทุกมิติ เนื่องจากยังขาดการศึกษาถึงความต้องการสวัสดิการทางสังคมที่รองรับทุกมิติของชีวิตแม่วัยรุ่นระยะยาว เพื่อพัฒนาให้เกิดโครงข่ายระบบสวัสดิการทางสังคมที่รอบด้านต่อการโอบอุ้มแม่วัยรุ่นให้สามารถดำเนินชีวิตและเลี้ยงดูลูกได้อย่างมีคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นด้านสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งโอกาสในการศึกษา

5. ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของแม่วัยรุ่น

การวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของแม่วัยรุ่น ในการศึกษาปีประยุกต์จากแนวคิดเรื่อง Social Determinants of Health ของ Dahlgren & Whitehead (1991) ที่จัดประเภทของปัจจัยสำคัญๆ ที่ส่งผลไปสู่คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลในระดับต่างๆ กัน 4 ระดับ เริ่มต้นจากปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ลักษณะทางพันธุกรรม ฯลฯ ต่อด้วยขั้นที่ 1 ซึ่งเป็นลักษณะการใช้ชีวิตหรือวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ขั้นที่ 2 คือเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม

และชุมชน ชั้นที่ 3 คือองค์ประกอบด้านต่างๆ ของการดำเนินชีวิต เช่น การเข้าถึงสุขอนามัยพื้นฐาน บริการสุขภาพ ที่อยู่อาศัย การงานอาชีพ เป็นต้น และชั้นที่ 4 คือลักษณะของสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อม สำหรับแม่วัยรุ่นแล้วกล่าวได้ว่ากำลังอยู่ในช่วงวัยแรกเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งพิงครอบครัวทางด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ยังอยู่ในวัยที่ศึกษาเรียนรู้เรื่องต่างๆ สำหรับการดำเนินชีวิตอิสระในอนาคต ส่วนใหญ่อาจไม่มีวุฒิภาวะมากนักในการเป็นแม่โดยลำพัง ที่สำคัญสำหรับแม่วัยรุ่นคือการต้องเผชิญกับอคติของสังคมที่ตีตราพฤติกรรมทางเพศนอกบรรทัดฐาน ไม่ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ท้องในวัยเรียน แม่วัยรุ่น ฯลฯ ดังรายละเอียดของปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีส่วนในการกำหนดสุขภาวะของแม่วัยรุ่นในตาราง 2.13

ตาราง 2.13 การวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาวะของแม่วัยรุ่น

ปัจจัยส่วนบุคคล	1 วิถีชีวิตส่วนบุคคล (individual lifestyle)	2 เครือข่ายสังคมชุมชน (social & community)	3 ลักษณะการดำเนินชีวิต (living conditions)	4 สังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรม
ผู้หญิงในช่วงวัยแรกรุ่นหรือเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและอารมณ์	<ul style="list-style-type: none"> ภาวะไร้เตียงสาคขาดประสบการณ์ และทักษะชีวิต อาจนำไปสู่ความเสี่ยงเรื่องเพศ เช่น เพศสัมพันธ์ ไม่ปลอดภัย ถูกละเมิดและตั้งครรภ์ไม่พร้อม 	<ul style="list-style-type: none"> ในครอบครัวที่ขาดการสื่อสาร มักมีช่องว่างระหว่างวัยกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง มักมีทัศนคติต่อเรื่องเพศว่า เป็นเรื่องไม่เหมาะสมจึงไม่มีการพูดคุยเรื่องเพศ 	<ul style="list-style-type: none"> เติบโตและถูกหล่อหลอมด้วยค่านิยมเรื่องเพศแบบสองมาตรฐาน: ผู้หญิงรักนวลสงวนตัว ผู้ชายต้องขำของเรื่องเพศ 	<ul style="list-style-type: none"> แนวคิดหลักของสังคมในเรื่อง Gender & Sexuality ส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางเพศ

ปัจจัย ส่วน บุคคล	1 วิถีชีวิตส่วนบุคคล (individual lifestyle)	2 เครือข่ายสังคม ชุมชน (social & community)	3 ลักษณะการ ดำเนินชีวิต (living conditions)	4 สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม
	<ul style="list-style-type: none"> เพื่อนเป็นแหล่งให้คำปรึกษาสำคัญ รวมทั้งการค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต เมื่อรู้ว่าท้องมักพยายามหาทางออกด้วยตัวเอง เครียด รู้สึกผิด อับอาย ทำให้ครอบครัว ผิดหวัง ฯลฯ วัยรุ่นท้องจำนวนหนึ่งต้องออกจากระบบโรงเรียน 	<ul style="list-style-type: none"> สังคมมีภาพเหมารวมและตอกย้ำอคติว่าวัยรุ่นที่ท้องเป็นเด็กใจแตก สังคมคาดหวังให้แม่วัยรุ่นต้องดูแลลูก ประณามหญิงทิ้งลูกหรือทำแท้ง อคติที่มองว่านักเรียนท้องเป็นตัวอย่างไม่ดีจึงต้องออกจากโรงเรียน 	<ul style="list-style-type: none"> อยู่ในสังคมที่กำหนดให้ผู้หญิงเป็นรอง มีอำนาจตัดสินใจและต่อรองเรื่องเพศน้อย จึงอาจถูกเอาเปรียบหรือละเมิดได้ง่าย ส่วนใหญ่ยังเรียนต้องการเรียนไม่มีรายได้/อาชีพมั่นคง พึ่งพาครอบครัวในเรื่องค่าใช้จ่ายประจำวันที่อยู่อาศัย บริการ-สุขภาพ ฯลฯ 	<ul style="list-style-type: none"> สื่อกระแสหลักยังคงผลิตและตอกย้ำเรื่องเพศสองมาตรฐานและตีตราผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศนอกแบบแผนสังคม เข้าถึงสื่อสมัยใหม่ได้ง่ายและรวดเร็ว
การดำเนินงานเกี่ยวกับแม่วัยรุ่นในปัจจุบัน				
<ul style="list-style-type: none"> บริการทางสาธารณสุขเพื่อการคุมกำเนิดและควบคุมโรค สวัสดิการและเงินช่วยเหลือเฉพาะราย หน่วยบริการช่วยเหลือและบ้านพักต่างๆ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 				

ที่มา: ปรับจาก Dahlgren & Whitehead, 1991.

สำหรับปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของแม่วัยรุ่นนั้น ที่สำคัญ ได้แก่

5.1 บรรทัดฐานเรื่องเพศของสังคมที่กำกับพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิง ส่งผลกระทบต่อโอกาสและความฉลาดรู้เรื่องเพศของแม่วัยรุ่น

ในหลายสังคมมีการกำหนดบรรทัดฐานหรือแบบแผนทางเพศให้กับคนทุกเพศ ทุกวัย การไม่ทำตามแบบแผนที่กำกับพฤติกรรมดังกล่าวก็นำมาซึ่งการลงโทษ หลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะผู้หญิงที่สังคมทั้งกำหนด สร้างคุณค่า และควบคุม พฤติกรรมทางเพศให้เป็นไปตามกรอบเหล่านั้น เมื่อผู้หญิงวัยรุ่นคนหนึ่งไม่ทำตาม แบบแผนที่สังคมกำหนดให้ว่ายังไม่ถึงวัยที่เหมาะสมที่จะมีเพศสัมพันธ์ ยังไม่ใช่ วัยที่จะเป็นแม่คน และด้วยระดับการศึกษาไม่สูงนัก จึงยังไม่ใช่วัยที่จะหาเลี้ยง ครอบครัวยุคใหม่และมีอาชีพ/รายได้มั่นคงได้ ไม่นับรวมถึงปัจจัยทางกายภาพส่วนบุคคล เช่น พัฒนาการของร่างกายที่พร้อมสำหรับการเป็นแม่ ความเสี่ยงในการคลอด ลูกเมื่ออายุน้อย รวมทั้งวุฒิภาวะในการเผชิญการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต ทั้งหมดนี้กลายเป็นเหตุผลอันชอบธรรมที่สถาบันทางสังคมระดับต่างๆ ทั้งสถาบัน ครอบครัวยุคใหม่ เครือข่ายความสัมพันธ์ในชุมชน สื่อ และสถาบันการศึกษา ใช้อธิบาย ว่าทำไมแม่วัยรุ่นจึงเป็นสถานการณ์ปัญหาของสังคมปัจจุบัน และที่สำคัญก็คือ แม่วัยรุ่นเหล่านี้ต้องเผชิญกับการลงโทษทางสังคมหรือตีตราในรูปแบบต่างๆ เช่น การดูถูกดูแคลนหรือประณามให้อับอายว่าเป็นวัยรุ่นใจแตก สำนอน ไม่ รู้จักรักษาชื่อเสียงตัว ชิงสุกก่อนห่าม ฯลฯ

แต่ในทางกลับกัน สิ่งที่สังคมไม่เคยตระหนักมาตลอดก็คือ ผลของการกำกับ ควบคุมพฤติกรรมของคนในสังคมด้วยแบบแผนทางเพศสองมาตรฐานนั้นบั่นทอน ศักยภาพในการสร้างความฉลาดรู้เรื่องเพศของวัยรุ่นไปโดยปริยาย พลเมืองรุ่น ใหม่ของสังคมทั้งชายและหญิงไม่มีโอกาสเข้าถึงความรู้เรื่องเพศที่จำเป็นและ เหมาะสมกับวัยของตัวเอง โดยเฉพาะการปิดกั้นโอกาสที่ผู้หญิงจะได้เรียนรู้ เข้าถึง ข้อมูลทางเพศที่ถูกต้อง และพัฒนาศักยภาพเป็นคนฉลาดรู้เรื่องเพศ ที่ในที่สุด แล้วจะนำไปสู่การมีชีวิตทางเพศที่ปลอดภัย สามารถต่อรองเพื่อป้องกันการ

ท้องไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีอำนาจตัดสินใจในชีวิตการเจริญพันธุ์ของตัวเองอย่างชาญฉลาด

สิ่งที่เกิดขึ้นกับแม่วัยรุ่นปัจจุบันนี้คือสังคมสร้างเงื่อนไขกำกับและปิดกั้นโอกาสการได้เรียนรู้และเข้าถึงข้อมูลทางเพศที่ถูกต้อง เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่มีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย กังวลเรื่องท้องไม่พร้อม จึงมักใช้วิธีหาความรู้และทางออกจากปัญหานี้ผ่านเพื่อนที่อาจรู้เท่าๆ กัน หรือหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต ซึ่งอาจแยกแยะข้อมูลที่ถูกต้องไม่ได้หรือได้ยาก ภาพที่แสดงว่าวัยรุ่นไทยยังไม่มี ความฉลาดรู้เรื่องเพศช่วงต้นนี้สะท้อนให้เห็นผ่านสายด่วนให้คำปรึกษาต่างๆ ที่มีผู้โทรเข้ามาด้วยเรื่องวิธีคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และการประเมินสถานการณ์ท้องไม่พร้อมนั่นเอง ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้เรื่องเพศแบบสองมาตรฐาน เป็นบรรทัดฐานกำกับชีวิตทางเพศของคนนั้น ที่จริงแล้วได้กลายเป็นปัจจัยหนึ่งของความไม่เป็นธรรมทางสังคมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของแม่วัยรุ่นในที่สุด

5.2 แม่วัยรุ่นเป็นจำเลยเพศเดียวในสถานการณ์ท้องไม่พร้อม

สถานการณ์ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นตัวอย่างหนึ่งที่สะท้อนถึงความไม่เป็นธรรมทางเพศในสังคมไทยได้อย่างดี เนื่องจากเห็นได้ชัดเจนมากกว่าแม่วัยรุ่นถูกผลักให้เป็นฝ่ายที่ต้องรับผิดชอบและเผชิญสถานการณ์ท้องไม่พร้อมนั้นแต่ฝ่ายเดียว ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตแม่วัยรุ่นนั้นใหญ่หลวงและแตกต่างอย่างยิ่งกับคู่/ผู้ชายที่มีส่วนร่วมในเพศสัมพันธ์ครั้งนั้น ความไม่เป็นธรรมทางเพศที่ว่านี้อาจมองเห็นได้ผ่านสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตของผู้หญิงตั้งแต่ก่อนจะเป็นแม่วัยรุ่น เช่น การให้ความหมายกับเพศสัมพันธ์ว่าเป็นการให้หรือพิสูจน์ความรักเมื่อผู้ชายรับร้อ้งขอ ผู้หญิงอยู่ในสถานะรองหรือมีอำนาจต่อรองต่ำกว่าผู้ชายในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การคุมกำเนิดเป็นความรับผิดชอบของผู้หญิง การไม่ควบคุมความต้องการทางเพศของผู้ชายกลายเป็นเรื่องปกติ เป็นต้น หากมองในแง่นี้ การที่ผู้หญิงวัยรุ่นคนหนึ่งถูกผลักให้กลายเป็นแม่จึงเป็นผลลัพธ์สำคัญของความไม่เป็นธรรมทางเพศ และต้องรับผลกระทบนั้นแต่เพียงฝ่ายเดียว เห็น

ได้ชัดเจนจากตัวเลขนักเรียนหญิงที่ต้องออกจากระบบการศึกษาหรือโรงเรียน ด้วยสาเหตุแต่งงานสูงกว่านักเรียนชายถึง 9 เท่า ซึ่งยังไม่มีการศึกษาหรือตัวเลขที่ชัดเจนว่าแม่วัยรุ่นเหล่านี้ถูกบังคับให้แต่งงาน เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกประณามให้อับอายว่าเป็นท้องไม่มีพ่อ ถูกกดดันให้ออกจากโรงเรียนกลางคันเพื่อไม่ให้เป็นตัวอย่างไม่ดีแก่นักเรียนคนอื่น และกระทบต่อชื่อเสียงของสถาบันการศึกษาอื่นๆ มากน้อยเพียงใด

5.3 เมื่อท้องแล้วต้องเป็นแม่: ความคาดหวังของสังคม

แรงกดดันจากความไม่เป็นธรรมทางเพศอีกประการหนึ่งต่อกรณีแม่วัยรุ่นก็คือ การหล่อหลอมทางสังคมที่พยายามกำหนดความหมายให้กับความสัมพันธ์ระหว่างเพศว่า เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ผู้หญิงกลายเป็นเมีย และเมื่อท้องผู้หญิงต้องกลายเป็นแม่ ภายใต้การหล่อหลอมเรื่องเพศดังกล่าวนี้ จึงยิ่งผลักดันแม่วัยรุ่นติดกับดักความคิดทางสังคมที่ว่าเมื่อท้องแล้วต้องเป็นแม่ และต้องใช้พลังมากมายต่อสู้ต่อรองกับอีกทางเลือกคือยุติการตั้งครรภ์ เพื่อจะไม่ต้องเป็นแม่ให้โอกาสตัวเองดำเนินชีวิตต่อไป ซึ่งขึ้นอยู่กับการตัดสินใจและความพร้อมที่จะรับมือกับแรงเสียดทานต่างๆ นานาในชีวิต ได้แก่ ถูกตำหนิ หรือประณามจากครอบครัว เพื่อนใกล้ชิด และชุมชนใกล้ตัว จึงไม่น่าแปลกใจที่วัยรุ่นจำนวนหนึ่งจำยอมรับสถานะแม่ รับภาระในการเลี้ยงดูลูก ความคาดหวังอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวเนื่องกับความเป็นแม่ของวัยรุ่นก็คือ การสร้างครอบครัวที่มีองค์ประกอบครบสมบูรณ์ ทั้งพ่อ แม่ และลูก แม่วัยรุ่นหลายคนจึงมักถูกครอบครัวกดดันหรือกระทั่งบังคับให้แต่งงาน เพื่อหลีกเลี่ยงคำครหานินทาจากสังคมชุมชนรอบข้าง การโน้มน้าวหรือกำกับชีวิตแม่วัยรุ่นให้แต่งงานสร้างครอบครัวเช่นนี้ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะทำให้แม่วัยรุ่นเหล่านั้นมีชีวิตที่อบอุ่นสมบูรณ์แต่อย่างใด หลายคนไม่สามารถครองความสัมพันธ์ได้ยาวนานนักและลงเอยด้วยการเลิกหย่าร้างในที่สุด

5.4 การถมช่องว่างในสถานการณ์แม่้วยรุ่น

ภายใต้สถานการณ์ตั้งครรภ์ไม่พร้อมใน้วยรุ่นปัจจุบันที่กลายเป็นวาระเร่งด่วนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะด้านสาธารณสุข สวัสดิการสังคม และการศึกษานั้น ได้กลายเป็นการผนึกกำลังกันเพื่อรับมือกับสถานการณ์แม่้วยรุ่นช่วยประคองประคองให้แม่้วยรุ่นผ่านพ้นประสบการณ์ชีวิตอันยากลำบากนี้ไปได้ตามสมควร และกลายเป็นการช่วยถมช่องว่างของการดำเนินงานด้านแม่้วยรุ่นไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อสังเกตต่อการทำงานเรื่องแม่้วยรุ่น ดังนี้

(1) การแก้ปัญหาท้อง้วยรุ่น: จากจำนวนสู่คุณภาพชีวิตและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

แม่้วยรุ่นเป็นเรื่องที่สังคมไทยพยายามทำความเข้าใจขนาดของสถานการณ์แม่้วยรุ่นผ่านสถิติตัวเลขต่างๆ ทางประชากร โดยเฉพาะอายุและอัตราการคลอดของหญิง้วยรุ่น ทั้งเปรียบเทียบกับต่างประเทศ เปรียบเทียบกับกลุ่มประชากร้วยอื่นๆ และเปรียบเทียบระหว่างปีเพื่อจะดูแนวโน้มของสถานการณ์แม่้วยรุ่นในประเทศ หลายโครงการหลายมาตรการดำเนินงานด้านแม่้วยรุ่นจึงเกิดขึ้นโดยมุ่งเป้าไปที่การลดอัตราตัวเลขที่แสดงความรุนแรงของสถานการณ์แม่้วยรุ่นเหล่านั้นลงเป็นหลัก การตระหนักถึงคุณภาพชีวิตและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของแม่้วยรุ่นอาจกลายเป็นเรื่องรองโดยไม่ได้ตั้งใจ

ที่จริงแล้ว เป็นข้อกังวลในทางสาธารณสุขประการหนึ่งที่แม่้วยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่าแม่้วยอื่นๆ เนื่องจากปัจจัยทางชีววิทยา เช่น เพิ่มโอกาสในการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย มีความเสี่ยงที่ทารกจะเสียชีวิตสูงกว่า รวมทั้งมีผลกระทบต่อสุขภาพอื่นๆ ของแม่้วยรุ่น เช่น ภาวะเลือดจาง เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ไม่ได้รับการดูแลฝากครรภ์ที่เหมาะสม เป็นต้น (Cunnington, 2001 อ้างใน ศรีเพ็ญ และคณะ, 2556) การรับมือกับสถานการณ์แม่้วยรุ่นจึงควรคำนึงถึงคุณภาพชีวิต

ของประชากรให้มากกว่าหรือควบคู่ไปกับสถิติตัวเลขต่างๆ นอกเหนือจากนี้ การดำเนินงานเพื่อรับมือกับสถานการณ์แม่วัยรุ่นด้วยโครงการและมาตรการด้านสิทธิประโยชน์ต่างๆ เช่น บริการยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัยในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกสิทธิสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายนั้น ควรดำเนินไปบนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน และระมัดระวังไม่ให้เกิดกลายเป็นการละเมิดสิทธิที่จะตัดสินใจในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงเช่นกัน

(2) สร้างสวัสดิการที่รอบด้านและครบวงจรสำหรับแม่วัยรุ่น

ในการศึกษาชิ้นนี้ได้สำรวจสวัสดิการที่ช่วยเหลือแม่วัยรุ่นที่ประสบความยากลำบากในชีวิต ทั้งที่เป็นการช่วยเหลือเฉพาะหน้า การติดตามให้ความช่วยเหลือเฉพาะราย และสวัสดิการของรัฐที่รวมอยู่กับการให้ความช่วยเหลือผู้หญิงที่ประสบปัญหาทั่วไป เช่น ยากจน ท้องไม่พร้อม และความรุนแรงในครอบครัว ฯลฯ สวัสดิการสำหรับแม่วัยรุ่นที่ชัดเจนขณะนี้ ได้แก่ โครงการเงินสนับสนุนเด็กแรกเกิดสำหรับผู้มีฐานะยากจนทั่วไป โดยให้เงินอุดหนุนครอบครัวละ 600 บาทต่อเดือน มีระยะเวลา 3 ปี ภายใต้การกำกับดูแลของกรมกิจการเด็กและเยาวชน แต่ทว่าความช่วยเหลือทางสังคมที่ให้กับแม่วัยรุ่นนั้นอาจไม่รอบด้านและไม่ครบวงจรเพียงพอกับความยากลำบากที่แม่วัยรุ่นต้องเผชิญ เช่น การศึกษาทางเลือกเพื่อชดเชยค่าเสียโอกาสทางการศึกษา สวัสดิการด้านการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพของแม่วัยรุ่น การสนับสนุนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ เป็นต้น

(3) พ.ร.บ.ท้องวัยรุ่นฯ รับประกันสิทธิการตัดสินใจของวัยรุ่น

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ได้กำหนดมาตรการสำคัญๆ สำหรับการปกป้องสิทธิของแม่วัยรุ่น เช่น ให้เด็กนักเรียนท้องได้เรียนอย่างต่อเนื่อง⁶ รวมทั้งรับรองสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ด้านต่างๆ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การรักษาความลับ ความเป็นส่วนตัวในการเข้ารับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้รับสวัสดิการสังคมที่

มีอยู่⁷ ซึ่งถือว่าเป็นกลไกสำคัญที่เปิดพื้นที่และเปิดโอกาสให้หน่วยงานระดับต่างๆ ได้จัดสรรทรัพยากรและร่วมกันทำงานเพื่อแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม นอกจากการรับประกันสิทธิในการตัดสินใจด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นแล้ว รัฐและสังคมไทยควรจะพัฒนาโลกที่รับประกันคุณภาพชีวิต สภาพแวดล้อม วัฒนธรรมที่ไม่มีอคติทางเพศ และปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของวัยรุ่นอย่างรอบด้านร่วมด้วย

(4) ระบบหลักประกันสุขภาพ หนึ่งในความพยายามสร้างสังคมที่เป็นธรรม

นับตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 ที่พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีผลบังคับใช้เป็นต้นมา คนไทยทุกคนที่ไม่เคยมีสิทธิสวัสดิการด้านสุขภาพก็ได้รับความคุ้มครอง สามารถเข้าถึงสิทธิรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานโดยเท่าเทียมกัน โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้บริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน จนถึงวันนี้นี้อาจกล่าวได้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลไกระดับมหภาคที่พยายามสร้างเงื่อนไขทางสังคมให้ทุกคนมีโอกาสที่จะใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพที่ดี และเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ กระจายทรัพยากรทางสุขภาพ คนจนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น ป้องกันความยากจนจากค่ารักษาพยาบาล ลดความแตกต่างของบริการสุขภาพ

⁶ ระบุในมาตรา 6 (3) ให้สถานศึกษาดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยจัดให้มีระบบการดูแล ช่วยเหลือ และคุ้มครองนักเรียนหรือนักศึกษาซึ่งตั้งครรภ์ให้ได้รับการศึกษาด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งจัดให้มีระบบการส่งต่อให้ได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม

⁷ ระบุในมาตรา 5 วัยรุ่นมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง และมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และได้รับสิทธิอื่นใดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ตามพระราชบัญญัตินี้ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ

ลดช่องว่างระหว่างงบประมาณด้านสุขภาพที่รัฐอุดหนุนในหลักประกันสุขภาพที่แพงที่สุดกับที่ถูกที่สุด จากที่เคยแตกต่างกัน 8-10 เท่าเหลือเพียง 3-4 เท่า (ศุภสิทธิ์, 2548) และสำหรับสถานการณ์แม่วัยรุ่นก็ถือได้ว่า สปสข. เป็นส่วนหนึ่งของกลไกในการลดอัตราการตั้งครรภ์และท้องไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยสนับสนุนให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัย

6. สรุป: แม่วัยรุ่นกับความเป็นธรรมทางสังคม

หนึ่งในประเด็นสำคัญของการศึกษาครั้งนี้ต่อสถานการณ์แม่วัยรุ่นก็คือ แม้ว่าการทำความเข้าใจขนาดและแนวโน้มของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังจำเป็นจะต้องอาศัยสถิติตัวเลขต่างๆ โดยเฉพาะอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทยซึ่งพบว่าอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก ประกอบกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพหรือเชิงลึกที่พบว่าความเป็นแม่วัยรุ่นมีผลกระทบต่อประสบการณ์ชีวิตในมิติที่หลากหลาย ทั้งในด้านสุขภาพของแม่และบุตร เพิ่มโอกาสของภาวะแทรกซ้อนในการคลอด การเสียโอกาสทางการศึกษา เพิ่มภาวะพึ่งพิงพ่อแม่/ครอบครัว เพิ่มต้นทุนค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจและอาชีพ ฯลฯ ทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรในภาพรวม การแก้ปัญหาแม่วัยรุ่นตามวิธีคิดข้างต้นนี้ นั่นคือ ลดอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นลง ซึ่งอาจช่วยแก้ภาพลักษณ์ของประเทศในสายตานานาชาติได้ แต่สิ่งที่ควรใส่ใจให้ความสำคัญควบคู่กันไปในั้นน่าจะเป็นเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของแม่วัยรุ่นและบุตรเพื่อเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพของประเทศในอนาคต

และอีกหนึ่งบริบทสำคัญของการคลี่คลายสถานการณ์ท้องในวัยรุ่นก็คือ การลดอคติและความไม่เป็นธรรมทางเพศที่หล่อหลอมแบบแผนพฤติกรรมทางเพศแบบสองมาตรฐาน ซึ่งส่งผลให้คนในสังคมไม่มีโอกาสเรียนรู้หรือมีความฉลาดรู้เรื่องเพศ ใช้ชีวิตทางเพศภายใต้ความเสี่ยง ทั้งเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ท้องไม่พร้อม ความรุนแรงทางเพศ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบของปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาวะของแม่วัยรุ่นในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกรวรรณ ธรวารรณ และจิตติมา ภาณุเตชะ. (2559). รายงานสถานการณ์ความต้องการสวัสดิการของแม่วัยรุ่น. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผน กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. [เอกสารอัดสำเนา].
- กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). ผลการดำเนินงานโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ 2560. ค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2560, จาก <https://csg.dcy.go.th/csg-infomation/index.php>
- กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2559ก). ประชากรกลางปี 2558. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2559, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/pop2558_new.pdf
- กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2559ข). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สำนักสารสนเทศและประเมินผลลัพท์สุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2560). จำนวนผู้หญิงสิทธิ UC อายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอด และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจากการแท้ง ปีงบประมาณ 2559. [เอกสารอัดสำเนา].
- กลุ่มสารสนเทศ สำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). สถิติทางการศึกษา ปี 2559. ค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2560, จาก http://www.bopp-obec.info/home/?page_id=22308
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. (2556). แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย.

- กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง, บุญฤทธิ์ สุจริตน์, ธัชฉันท พันตรา และปิยะรัตน์ เอี่ยมคง. (2559). รายงาน
 เฝาระวังการแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- จิระพันธ์ กัลลประวิทย์. (2557). สถานการณ์และมาตรการภาครัฐต่อปัญหาการตั้งครรภ์
 ในวัยรุ่น. นำเสนอในการประชุมระดับชาติ เรื่องสุขภาพทางเพศ ครั้งที่ 1 “การตั้ง
 ครรภ์ในวัยรุ่น” วันที่ 8 กันยายน 2557. อิมแพค ฟอรั่ม เมืองทองธานี นนทบุรี.
 ค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2559, จากhttp://thaihealthsex.com/userfiles/pdf/8sep14/Plenary2_8.pdf
- ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง และอารีรัตน์ จันทร์ลำภู. (2557). สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย
 ปี พ.ศ. 2556. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
 พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. (31 มีนาคม
 2559). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 133 ตอนที่ 30 ก, หน้า 1-9.
- มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง. (2560). (ร่าง) การศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการ
 จัดทำฐานข้อมูลสถานการณ์และปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ.
 เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดทำฐานข้อมูล
 สถานการณ์หญิงกลุ่มเฉพาะ โรงแรมริชมอนด์ กรุงเทพฯ วันที่ 31 พฤษภาคม 2560.
 [เอกสารอัดสำเนา].
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2560). ภาพที่อยากเห็นในการแก้ปัญหาท้องวัยรุ่นในประเทศไทย. ปาฐกถา
 พิเศษในการประชุมระดับชาติเรื่องสุขภาพทางเพศ ครั้งที่ 2: Sex เปิดในวัยรุ่น.
 10 กุมภาพันธ์ 2560. โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ. [เอกสารอัดสำเนา].
- ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และคณะ. (2556). สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556.
 นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
- ศิริพร จิรวัดนกุล และคณะ. (2554). รายงานการวิจัยการศึกษาแนวทางการป้องกันและ
 แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส). ขอนแก่น: ศูนย์ประสานงาน
 องค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น. [เอกสารอัดสำเนา]
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (บรรณาธิการ). (2548). ความเป็นธรรมทางสุขภาพ บทเรียนจาก
 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความ
 เป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และสถาบันวิจัย

ระบบสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาทางวิชาการ ณ โรงแรม มิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ วันที่ 27-28 มิถุนายน 2548.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัด กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). *สถิติการคลอดบุตรของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ:ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

สปสช.-กรมอนามัย เพิ่มสิทธิฝังยาคุม-ห่วงอนามัย ลดปัญหาแม่วัยรุ่น. (24 พฤษภาคม 2558). ASTVผู้จัดการออนไลน์. ค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2559, จาก<http://manager.co.th/politics/ViewNews.aspx?NewsID=9580000058817>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *การสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559*: รายงานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ประเทศไทย.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถานการณอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2558*. ค้นเมื่อ 18 ตุลาคม 2559, จาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/สถานการณ_RH2558_WEBSITE.pdf

องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย. (2559). *การวิเคราะห์สถานการณการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย: รายงานสังเคราะห์ 2558*. กรุงเทพฯ: องค์การยูนิเซฟประจำประเทศไทย.

ภาษาอังกฤษ

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2008). *The GlobalSchool-based Student Health Survey (GSHS) in Thailand*. Retrieved April 17, 2017, from http://www.who.int/chp/gshs/GSHS_FINAL_Report_Thailand_2008.pdf

Cunnington, A. J. (2001). What's so bad about teenage pregnancy? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 27(1): 36-41.

Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

Development Indicators Unit, Statistics Division, United Nations. (2015, 6 July). Millennium Development Goals Indicators: Adolescent birth rate, per 1,000 women. Retrieved March 21, 2017, from <https://mdgs.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=761>

World Health Organization [WHO]. (2011). *WHO Country Cooperation Strategy Thailand 2012-2016*. Bangkok: WHO Country Office for Thailand.



3

ผู้หญิงพิการ

คนพิการถือได้ว่าเป็นกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันหรือมีความยากลำบากในการดำรงชีวิตมากกว่าคนทั่วไป เนื่องจากความบกพร่องในสมรรถภาพบางด้านของร่างกาย รัฐและหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบโดยตรงได้เห็นถึงความจำเป็นพิเศษของการให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการแต่ละประเภท เพื่อให้สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ทั้งในชีวิตส่วนตัวและชีวิตสาธารณะได้อย่างไม่ลำบากมากนัก ผ่านสิทธิประโยชน์ สวัสดิการ สังคมต่างๆ และสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะ ดังจะเห็นได้จากนโยบายและกฎหมายหลายฉบับ⁸ รวมทั้งการดำเนินงานของหน่วยงานที่ทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจำนวนมาก ทั้งภาครัฐและเอกชน⁹

⁸ เช่น พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2560-2564) และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศตริพิการ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2556-2559) ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้แก่คนพิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 เป็นต้น

⁹ ตัวอย่างเช่น ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (พก.) สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย สมาคมเพื่อคนพิการทางสติปัญญาแห่งประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย มูลนิธิส่งเสริมอาชีพคนตาบอด มูลนิธิคนพิการไทย มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทย ในพระราชนิอุปถัมภ์ มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ มูลนิธิวิถีอิสระของคนพิการ เป็นต้น

ท่ามกลางความก้าวหน้าของการทำงานเพื่อส่งเสริมสิทธิและคุณภาพชีวิตของคนพิการเหล่านี้ สิ่งหนึ่งที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างช้ามากคือทัศนคติของสังคมที่ยังคงมองคนพิการอย่างเหมารวมว่าเป็นคนที่มีความบกพร่องทางร่างกายไม่ครบสมบูรณ์ ไม่มีความสามารถเทียบได้กับคนส่วนใหญ่ของสังคม มีชีวิตอย่างพึ่งพิงหรือกระทั่งเป็นภาระของผู้อื่น ไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมหรือถูกนับรวมในกิจกรรมทางสังคม ฯลฯ และเมื่อคำนึงถึงเรื่องความเป็นธรรมทางเพศเข้าไปในการทำงาน ประเด็นคนพิการด้วยแล้ว เห็นได้ชัดว่าผู้หญิงพิการนั้นยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันมากกว่าผู้ชายพิการในภาพรวม ที่สำคัญคือการตัดสินใจในชีวิตการเจริญพันธุ์ของตัวเอง ผู้หญิงพิการจำนวนมากเข้าไม่ถึงความรู้ ข้อมูล และบริการทางสุขภาพที่จำเป็นด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จำนวนไม่น้อยตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงและการละเมิดทางเพศ อีกจำนวนหนึ่งไม่สามารถเลือกตัดสินใจด้านการเจริญพันธุ์ของตัวเองได้ตามต้องการ เนื่องจากอคติที่มองว่าผู้หญิงพิการนั้นมีข้อบกพร่องทางกายภาพจึงไม่ควรคิดที่จะมีชีวิตครอบครัว เยี่ยงคนส่วนใหญ่ของสังคม ไม่ควรมีลูก หรือควรทำหมัน และเมื่อตั้งครรภ์ก็ควรทำแท้ง เป็นต้น

1. นิยาม

เนื่องจากการศึกษานี้มุ่งศึกษาเฉพาะกลุ่มประชากรผู้หญิง จึงกำหนดความหมายของ “ผู้หญิงพิการ” ในการศึกษาอ้างอิงตามมาตรา 4 ของพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 ว่าหมายถึงคนพิการเพศหญิงที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป

2. จำนวนและสถานการณ์ผู้หญิงพิการ

2.1 คนพิการคิดเป็นร้อยละ 2.17 ของประชากรทั้งประเทศ แม้ผู้หญิงพิการจะมีสัดส่วนมากกว่าเพียงเล็กน้อย แต่มีข้อจำกัดในชีวิต ไม่มีอาชีพและการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมสูงกว่าผู้ชายมาก

สำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นหน่วยงานที่ทำการสำรวจประชากรพิการทั่วประเทศมาตั้งแต่ พ.ศ. 2517 และได้แยกโครงการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพออกมาเป็นการเฉพาะ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีการสำรวจในระดับครัวเรือนทุก 5 ปี ในการสำรวจความพิการนี้เป็นการสำรวจข้อมูลคนพิการแยกเพศ วัย ถิ่นที่อยู่อาศัย ลักษณะความพิการ ข้อจำกัดหรือความลำบากในการดูแลตัวเองและทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการเข้าถึงสวัสดิการความช่วยเหลือที่รัฐจัดให้ (กลุ่มสถิติสังคม, 2551)

เมื่อเปรียบเทียบผลการสำรวจความพิการ 3 ครั้งที่ผ่านมา (พ.ศ. 2545, 2550 และ 2555) พบว่าสัดส่วนของคนพิการต่อประชากรทั้งประเทศอยู่ที่ประมาณร้อยละ 2 โดยในปี 2550 และ 2555 พบว่าจำนวนผู้หญิงพิการมีมากกว่าผู้ชายพิการ (ร้อยละ 53 เทียบกับร้อยละ 46 ตามลำดับ) และในการสำรวจครั้งล่าสุด พ.ศ. 2555 มีคนพิการรวมทั้งประเทศ 1,478,662 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้หญิง 789,042 คน ผู้ชาย 689,619 คน ดังรายละเอียดในตาราง 3.1

ตาราง 3.1 จำนวนและร้อยละของคนพิการ จำแนกตามเพศ เปรียบเทียบ 3 ปี (2545, 2550 และ 2555)

ปี	ผู้หญิง	ผู้ชาย	ร้อยละของ หญิง:ชาย*	คนพิการทั้ง ประเทศ	ร้อยละ**	ประชากร ทั้งประเทศ
2545	442,992	657,769	40:60	1,100,761	1.75	62,871,016
2550	1,007,832	864,028	54:46	1,871,860	2.85	65,566,359
2555	789,042	689,619	53:47	1,478,662	2.17	68,007,361

ที่มา: มูลนิธิสร้างเสริมความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2560 ประมวลจาก กลุ่มงานวิเคราะห์และ
พยากรณ์สถิติเชิงสังคม, 2546; กลุ่มสถิติสังคม, 2551; กลุ่มสถิติสังคม, 2557.

หมายเหตุ: *คิดเป็นร้อยละของคนพิการทั้งประเทศ

**คิดเป็นร้อยละของคนพิการรวมต่อประชากรทั้งประเทศ

แต่ประเด็นที่สำคัญนอกเหนือจากจำนวนคนพิการเหล่านี้ก็คือ ข้อจำกัดหรือ
ความยากลำบากในการใช้ชีวิต ดังที่พบว่าแม้คนพิการส่วนใหญ่จะได้รับสวัสดิการ
ค่ารักษาพยาบาล แต่ร้อยละ 15.8 เข้าไม่ถึงอุปกรณ์ช่วยเหลือ คนพิการประมาณ
4 ใน 5 ต้องการให้รัฐช่วยเหลือหรือเพิ่มสวัสดิการ โดยเฉพาะสนับสนุนด้านการเงิน
อาชีพ เนื่องจากคนพิการเกือบ 3 ใน 4 ไม่ได้ทำงาน โดยเฉพาะผู้หญิงพิการ
(ร้อยละ 80) เมื่อเปรียบเทียบโอกาสและข้อจำกัดด้านต่างๆ ในการดำรงชีวิต
แล้วพบว่า ส่วนใหญ่ผู้หญิงพิการได้รับโอกาสน้อยและมีความยากลำบากในการ
ใช้ชีวิตมากกว่าผู้ชาย เช่น ในจำนวนคนพิการที่มีงานทำนั้นเป็นผู้ชายสูงกว่าผู้หญิง
ในทุกลักษณะอาชีพ โดยเฉพาะการเป็นนายจ้างรวมทั้งเจ้าของกิจการนั้นเป็น
ผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงเกือบ 2 เท่า โอกาสด้านการศึกษา พบว่าร้อยละ 80 ของ
คนพิการไม่ได้เรียนหรือไม่จบการศึกษาในระดับประถม และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง
ผู้ชายพิการเรียนจบชั้นประถมและระดับที่สูงกว่ามากกว่าผู้หญิงประมาณสองเท่า
เนื่องจากเหตุผลต่างๆ ได้แก่ พิการจนไม่สามารถเรียนได้ ไม่มีเงิน คิดว่าไม่มี

ประโยชน์ที่จะเรียน ไม่มีหรือเข้าไม่ถึงโรงเรียนพิเศษสำหรับคนพิการ ถูกเพื่อนล้อเลียน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้หญิงพิการยังเผชิญความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งในบ้านและในชุมชนมากกว่าผู้ชาย ด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น สภาพความพิการ การเดินทางไม่สะดวก คนในบ้านไม่ต้องการให้ทำ ไม่มีผู้ช่วยเหลือพาไป สังคมไม่ต้องการให้มีส่วนร่วม เป็นต้น และยังพบว่าส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลคนพิการเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึง 4 เท่า (กลุ่มสถิติสังคม, 2557)

2.2 ผู้หญิงพิการเข้าถึงและได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการน้อยกว่าผู้ชาย

การเข้าถึงสวัสดิการและความช่วยเหลือด้านต่างๆ ที่รัฐจัดให้สำหรับคนพิการนั้น จำเป็นต้องได้รับการลงทะเบียนหรือรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ว่ารัฐจะต้องจัดให้มีกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เพื่อคุ้มครองและพัฒนาสมรรถภาพคนพิการ รวมถึงสิทธิด้านการศึกษา การประกอบอาชีพ และสนับสนุนงานด้านคนพิการ โดยกำหนดให้มีการออกบัตรประจำตัวคนพิการ ซึ่งมีอายุใช้งาน 8 ปีนับแต่วันออกบัตร เพื่อให้คนพิการแสดงตนเพื่อขอใช้สิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลือจากรัฐตามที่กฎหมายกำหนด ต่อมามีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัตินี้ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 กำหนดให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากบริการสาธารณะ รวมถึงสวัสดิการต่างๆ ที่จำเป็น และกำหนดให้รัฐจัดสวัสดิการแก่คนพิการทุกคนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยหากคนพิการถูกปฏิเสธไม่ให้ได้รับสวัสดิการตามสิทธิ สามารถร้องต่อคณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มคนพิการแห่งชาติได้ จากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ โดยกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่าจำนวนสะสมของคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ ณ มิถุนายน 2560 นั้นมีทั้งสิ้น 1,802,375 คน ซึ่งแม้

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติจะพบว่าสัดส่วนของผู้หญิงพิการมีมากกว่าผู้ชายพิการ แต่พบว่าแม้คนพิการจะขึ้นทะเบียนและออกบัตรฯ เพิ่มมากขึ้น แต่สัดส่วนผู้ชายพิการที่มาขอขึ้นทะเบียนและออกบัตรฯ นั้นมีมากกว่าผู้หญิงพิการ (ดังตัวเลขในตาราง 3.2) ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นได้ว่าผู้หญิงพิการมีโอกาสเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการที่รัฐจัดให้ได้น้อยกว่าผู้ชาย

ตาราง 3.2 จำนวนและร้อยละของคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการจำแนกตามเพศ ธันวาคม 2553 - มิถุนายน 2560¹⁰

ข้อมูลสิ้นสุด ณ	ผู้หญิงพิการ	ผู้ชายพิการ	ร้อยละของหญิง : ชาย	รวม
ธันวาคม 2553	459,398	567,842	44.7:55.3	1,027,240
ธันวาคม 2554	544,604	662,567	45.1:54.9	1,207,171
ธันวาคม 2555	603,615	723,852	45.5:54.5	1,327,467
ธันวาคม 2556	678,183	806,464	45.7:54.3	1,484,647
ธันวาคม 2557	748,809	885,751	45.8:54.2	1,634,560
ธันวาคม 2558	808,679	932,119	46.5:53.5	1,740,816
ธันวาคม 2559	810,203	915,398	47.0:53.0	1,725,601
มิถุนายน 2560	851,176	951,199	47.2:52.8	1,802,375

ที่มา: มุณิธิสร้างคามเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2560 ประมวลจาก กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ, 2560ก และ 2560ข.

¹⁰ เป็นตัวเลขสะสมตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2537 เนื่องจากการจดทะเบียนคนพิการเริ่มต้นขึ้นตั้งแต่ปี 2537 ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 และปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงการจดทะเบียนคนพิการมาเป็นการออกบัตรประจำตัวคนพิการ ตามมาตรา 19 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 (อมรฯ และอักษรภาค, 2555)

ข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการนั้น นอกจากแสดงจำนวนของคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ โดยแยกเพศชายและหญิงแล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงภูมิภาคที่อยู่ของคนพิการ ที่ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคเหนือ ภาคกลาง และตะวันตก ภาคใต้ และกรุงเทพฯ นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นจำนวนคนพิการ ทั้งชายและหญิง โดยจำแนกออกตามลักษณะหรือประเภทของความพิการ 7 ประเภทที่กำหนดไว้ในพ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ การมองเห็น การได้ยินหรือสื่อความหมาย การเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ และทางออทิสติก ดังรายละเอียดในตาราง 3.3

**ตาราง 3.3 จำนวนและร้อยละคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ
จำแนกตามลักษณะความพิการ ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2560**

ลักษณะความพิการ	หญิง	ชาย	ร้อยละของ หญิง : ชาย	รวม	ร้อยละ
การมองเห็น	99,066	88,984	53:47	188,050	10.43
การได้ยินหรือสื่อ ความหมาย	161,292	168,145	49:51	329,437	18.28
การเคลื่อนไหวหรือ ทางร่างกาย	419,264	459,624	48:52	878,888	48.76
ทางจิตใจหรือ พฤติกรรม	51,397	81,964	39:61	133,361	7.40
ทางสติปัญญา	57,602	68,136	46:54	125,738	6.98
ทางการเรียนรู้	2,522	5,823	30:70	8,345	0.46
ทางออทิสติก	1,908	8,309	19:81	10,217	0.57

ลักษณะความ พิการ	หญิง	ชาย	ร้อยละของ หญิง : ชาย	รวม	ร้อยละ
พิการมากกว่า 1 ประเภท	99,066	64,397	45:55	117,164	6.50
ไม่ระบุประเภท ความพิการ	5,358	5,817	48:52	11,175	0.62
รวม	851,176	951,199	47:53	1,802,375	100

ที่มา: มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2560 ประมวลจาก กรมส่งเสริมและพัฒนา
คุณภาพชีวิตคนพิการ, 2560ก

2.3 ผู้หญิงพิการที่เข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพและได้รับบริการฟื้นฟู สมรรถภาพทางการแพทย์น้อยกว่าผู้ชายเช่นกัน

สิทธิหลักประกันสุขภาพของคนพิการนั้นอยู่ภายใต้ 3 สิทธิหลัก คือ (1) สิทธิ
สวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สำหรับคนพิการที่เป็นข้าราชการ
โดยกรมบัญชีกลางเป็นผู้ดูแลระบบ (2) สิทธิประกันสังคม สำหรับคนพิการที่
เป็นผู้ประกันตน/มีงานทำ โดยสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้ดูแลระบบและเบิก
จ่ายค่ารักษาพยาบาล และ (3) สิทธิหลักประกันสุขภาพ เป็นสิทธิที่จะเข้าถึง
บริการสุขภาพสำหรับคนพิการทั่วไปที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก
นอกเหนือจากสิทธิที่กล่าวถึงข้างต้น

คนพิการในประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ซึ่งรวมถึง คนพิการที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพสำหรับ
คนพิการ และคนพิการที่ทั้งได้รับและไม่ได้รับการจดทะเบียนตามพ.ร.บ.ส่งเสริม
และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2)
พ.ศ. 2556 นั้นหมายถึง ไม่ว่าจะมียบัตรประจำตัวคนพิการหรือไม่ก็ตาม สำหรับ
คนพิการที่ยังไม่ได้รับการจดทะเบียนเป็น ท.74 นั้นจะต้อง (1) ได้รับการตรวจ

วินิจฉัยและออกใบรับรองความพิการที่ระบุประเภทความพิการจากแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือ (2) แสดงบัตรประจำตัวคนพิการ เพื่อประกอบการลงทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ท.74) โดยคนพิการที่ลงทะเบียนแล้วจะได้รับสิทธิประโยชน์หลัก อันเป็นบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ได้ในสถานบริการของรัฐทุกแห่ง โดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ และสิทธิเฉพาะสำหรับคนพิการ คือ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาศักยภาพ เช่น กายภาพบำบัด การฟื้นฟูการได้ยินการมองเห็น ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยตามประเภทความพิการ เป็นต้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560ก)

จำนวนคนพิการที่มาลงทะเบียน (ท.74) กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 361,472 คนในปี 2548 เป็น 1,183,474 คนในปีงบประมาณ 2559 คนเหล่านี้ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามลักษณะความพิการและการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560ข) โดยในรายงานประจำปีที่เคยเผยแพร่ต่อสาธารณะนั้นไม่ได้จำแนกข้อมูลตามเพศเพื่อให้เห็นสถานการณ์การเข้าถึงสิทธิและบริการด้านสุขภาพของผู้หญิงพิการ

2.4 ผู้หญิงพิการเผชิญกับอคติทับซ้อน ทั้งทางเพศและความพิการ

การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงพิการโดยเพ็ญจันทร์ (2555) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้หญิงพิการด้านการเคลื่อนไหวด้านการมองเห็น และด้านการได้ยินจำนวนหนึ่ง ในประเด็นประสบการณ์ชีวิตและการได้รับสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ พบว่าผู้หญิงพิการนั้นไม่ได้มองข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความพิการลักษณะต่างๆ เป็นความผิดปกติแต่อย่างใด หากมองว่าเป็นสมาชิกส่วนหนึ่งของสังคมที่ต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตเท่าเทียมกับคนอื่น โดยเฉพาะสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ โดยสังคมกำหนดชีวิตทางเพศให้กับผู้หญิงพิการ ซึ่งมีถูกลดทอน กีดกัน หรือละเมิดในหลายลักษณะด้วยกัน เช่น ไม่จำเป็นต้องได้รับข้อมูล

ความรู้เรื่องเพศศึกษา การดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ และการตัดสินใจในเนื้อตัวร่างกายของตนเอง ไม่ได้รับการสนับสนุนหรือถูกละเมิดสิทธิที่จะมีความรัก ความสัมพันธ์ มีความสุขทางเพศ สร้างและรับผิดชอบครอบครัว รวมทั้งสิทธิที่จะเป็นแม่/มีและเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงพิการมีความเสี่ยงต่อการถูกระทำการรุนแรงและการละเมิดทางเพศ เป็นต้น

สอดคล้องกับการศึกษาถึงความยากลำบากของผู้หญิงพิการในการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ที่พบว่าข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลและบริการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการนั้นขึ้นอยู่กับความหลากหลายและระดับของความพิการ สถานบริการภาครัฐไม่สามารถบริการได้อย่างเพียงพอและรอบด้าน อุปกรณ์และข้อมูลข่าวสารไม่เหมาะสมตามความต้องการ มีช่องว่างในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขและผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องสื่อสารผ่านคนกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองที่มีลูกสาวพิการจะมีความกังวลหรือกดดันมากกว่าลูกชายพิการ เนื่องจากมองว่าสังคมไม่ปลอดภัย ลูกสาวพิการมีความเสี่ยงหรือใช้ชีวิตอย่างยากลำบากกว่าลูกชายพิการ การใช้ชีวิตของผู้คนพิการมักถูกมองว่าไม่ราบรื่น รวมทั้งกังวลว่าลูกที่เกิดมาอาจจะพิการตามแม่และเป็นภาระของครอบครัว (อมรา และอักษรวิภา, 2555)

ตัวอย่างการศึกษาทั้งสองชิ้นที่ยกมาในที่นี่ แสดงให้เห็นอย่างสอดคล้องตรงกันว่าสังคมมีกระบวนการที่ทำให้ผู้หญิงพิการกลายเป็นคนไม่ปกติ ไม่สามารถมีชีวิตทางเพศและตัดสินใจในชีวิตการเจริญพันธุ์และร่างกายของตนเองตามต้องการได้

3. สำรวจหน่วยงานจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงพิการ

จากการสำรวจหน่วยงานต่างๆ ที่มีการรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการโดยเฉพาะผู้หญิงพิการ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้หยิบยกมาเป็นตัวอย่าง 9 หน่วยงาน รายละเอียดการจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงพิการของแต่ละหน่วยงานมีดังต่อไปนี้

ตาราง 3.4 หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิงพิการ

หน่วยงานที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ/จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม	<ul style="list-style-type: none"> “การสำรวจความพิการ 2555” จัดทำทุก 5 ปี สํารวจจากครัวเรือนตัวอย่าง ประมาณ 72,800 ครัวเรือน รายละเอียดในการเก็บข้อมูล ได้แก่ เพศ ถิ่นที่อยู่อาศัย ความยากลำบากในการดูแลตนเอง การเข้าถึงความช่วยเหลือ/สวัสดิการของรัฐ ฯลฯ “สำมะโนประชากรและเคหะ” จัดทำทุก 10 ปี ข้อมูลล่าสุดปี 2553 จัดทำข้อมูลแยกเพศ แบ่งลักษณะความพิการ 	จัดเก็บเองโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ	<ul style="list-style-type: none"> เป็นข้อมูลอ้างอิงระดับชาติ มีการทำข้อมูลแยกเพศ “การสำรวจความพิการ 2555” พบว่าจำนวนผู้หญิงพิการมากกว่าชาย และแสดงให้เห็นความไม่เท่าเทียมระหว่างเพศในหลายประเด็น เช่น การศึกษาที่ผู้ชายพิการได้เรียนสูงกว่าผู้หญิงพิการอาชีพ ที่ผู้ชายพิการมีอาชีพหรือทำงานสูงกว่าผู้หญิงพิการ

หน่วยงานที่ จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ/จัดเก็บ	แหล่งข้อมูลจาก	ข้อสังเกต
	5 ลักษณะ คือพิการ ทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว ทางจิต หรือออทิสติก และ สติปัญญา รวมถึงพิการ มากกว่าหนึ่งลักษณะ		
2. กระทรวง การพัฒนา สังคมและ ความมั่นคง ของมนุษย์ (พม.)	<ul style="list-style-type: none"> “รายงานข้อมูล สถานการณ์ คนพิการใน ประเทศไทย” (ข้อมูลล่าสุดที่พบคือ มีนาคม 2560) จัดทำทุก 3 เดือน เพื่อรายงานถึง สถานการณ์คนพิการทั่ว ประเทศ สาเหตุความ พิการ ประเภทความ พิการ การศึกษา และ การทำงาน ข้อมูลที่เผยแพร่ในเว็บไซต์ เช่น สถานการณ์ข้อมูล คนพิการ องค์กรคนพิการ ในประเทศไทย สถิติ คนพิการในด้านต่างๆ เช่น จำนวนคนพิการที่มา จดทะเบียน จำนวนผู้ได้ รับเบี้ยยังชีพ จำนวนผู้ ประกอบอาชีพและจำนวน หน่วยงานบริการคนพิการ เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ฐานข้อมูล ทะเบียนกลาง คนพิการ กรม ส่งเสริมและ พัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนพิการ 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลอ้างอิง ระดับชาติ จำนวนคนพิการ ที่บันทึกคือคน พิการที่ไปขึ้น ทะเบียนเพื่อ รับบัตรประจำ ตัวคนพิการ ซึ่ง อาจไม่ครบถ้วน

หน่วยงานที่ จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ/จัดเก็บ	แหล่งข้อมูลจาก	ข้อสังเกต
	<ul style="list-style-type: none"> “แผนยุทธศาสตร์การ พัฒนาสตรีพิการ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2556-2559” ประมวลข้อมูลสถานการณ์ ด้านการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้หญิงพิการ อาทิ ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ความรุนแรง ความยุติธรรม ฯลฯ เพื่อกำหนดกรอบ และทิศทางของ ยุทธศาสตร์ 		
<p>3. กรมส่งเสริม การปกครอง ส่วนท้องถิ่น กระทรวง มหาดไทย</p>	<ul style="list-style-type: none"> ระบบสารสนเทศ การ จัดการฐานข้อมูลเบี้ย ยังชีพขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น แสดงจำนวน ผู้รับเบี้ยคนพิการ 800 บาท/เดือน ซึ่งต้องมี บัตรประจำตัวคนพิการ ตามกฎหมายว่าด้วยการ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต คนพิการ (เป็นระบบที่ใช้ เฉพาะภายในหน่วยงาน) 	<ul style="list-style-type: none"> กรมส่งเสริมการ ปกครองส่วน ท้องถิ่น 	<ul style="list-style-type: none"> แสดงข้อมูล จำนวนคนพิการ ที่แยกเป็นพื้นที่ ได้ จัดเบี้ยคนพิการ ตามระเบียบ กระทรวง มหาดไทยว่าด้วย หลักเกณฑ์การ จ่ายเบี้ยความ พิการขององค์กร ปกครองส่วน ท้องถิ่น พ.ศ. 2553 และ ระเบียบ

หน่วยงานที่ จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูลจาก	ข้อสังเกต
			คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	<ul style="list-style-type: none"> “รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559” จัดทำข้อมูลคนพิการที่ใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 	<ul style="list-style-type: none"> จัดเก็บข้อมูลผู้เข้ารับบริการจากหน่วยบริการในสังกัด 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลแสดงจำนวนคนพิการที่เข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ สามารถประมวลผล จำแนกตามเพศ อายุ ประเภทผู้ป่วย พื้นที่บริการ กลุ่มโรค ฯลฯ
5. กระทรวงศึกษาธิการ	<ul style="list-style-type: none"> รายงานนักเรียนนักศึกษาพิการของกระทรวงศึกษาธิการ มีการจำแนกตามสังกัดและประเภทความ 	<ul style="list-style-type: none"> ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.ศธ. รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดต่างๆ ได้แก่ สำนัก 	<ul style="list-style-type: none"> แสดงจำนวนนักเรียนพิการที่เข้ารับการศึกษาในระดับต่างๆ (เฉพาะเขตพื้นที่ สพฐ.)

หน่วยงานที่ จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูลจาก	ข้อสังเกต
	<p>พิการและเผยแพร่ทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> จัดเก็บสถิติจำนวนนักเรียนนักศึกษาพิการในแต่ละหน่วยบริการ 	<p>งานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา (สอศ.) สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) และสำนักงานส่งเสริมการศึกษา นอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลที่เผยแพร่ต่อสาธารณะไม่ได้แยกเพศ การศึกษาของเด็กพิการอยู่ภายใต้ พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ ระบุถึงสิทธิเรียนฟรีและการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกและช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังมีระเบียบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระเบียบกระทรวงศึกษาธิการ ว่าด้วยการอุดหนุนนักเรียนพิการในโรงเรียนเอกชน 2558 และแผนพัฒนาการจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2555-2559)
	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลโรงเรียนเฉพาะความพิการทั่วประเทศเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ 	<ul style="list-style-type: none"> สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ ภายใต้ สพฐ. 	

หน่วยงานที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ/จัดเก็บ	แหล่งข้อมูลจาก	ข้อสังเกต
6. กระทรวงแรงงาน	<ul style="list-style-type: none"> “สถิติแรงงานประจำปี” แสดงจำนวนคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการที่ได้รับสิทธิตามมาตรา 35 พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 จำแนกตามประเภทการขอใช้สิทธิ แสดงจำนวนคนพิการที่เข้าถึงอาชีพตามกฎหมายกำหนด แยกตามประเภทอุตสาหกรรม รายงานจำนวนผู้ขอเงินทดแทนกองทุนประกันสังคมเนื่องจากทุพพลภาพ (2558) 	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมการจัดหางาน สำนักงานประกันสังคม 	<ul style="list-style-type: none"> ในรายงานที่เผยแพร่ไม่แยกข้อมูลชายหญิง <u>แนวปฏิบัติตาม</u> <u>กฎหมาย:</u> <ul style="list-style-type: none"> การจ้างงานคนพิการเข้าทำงานหน่วยงานรัฐหรือนายจ้างที่มีลูกจ้างมากกว่า 100 คน ต้องจ้างคนพิการในอัตรา 100:1 คน และเศษเกิน 50 คน ให้จ้างคนพิการ 1 คน (มาตรา 33) หากนายจ้าง (เอกชน) ไม่จ้างคนพิการตามมาตรา 33 ให้ส่งเงินเข้ากองทุนฯ หรือปฏิบัติตามทางเลือก ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> (1) ให้สัมปทาน (2) จัดสถานที่จำหน่ายสินค้า (3) จ้างเหมาช่วงงาน (4) ฝึกงาน (5) ให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก

หน่วยงานที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ/จัดเก็บ	แหล่งข้อมูลจาก	ข้อสังเกต
			(6) ล่ามภาษามือ และ (7) ความช่วยเหลืออื่นแก่คนพิการ (มาตรา 34 และ 35)
<p>7. กระทรวงสาธารณสุข</p>	<ul style="list-style-type: none"> งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างตัวชี้วัดในการตรวจราชการที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว 	<ul style="list-style-type: none"> กรมการแพทย์ ซึ่งมีสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพด้านการฟื้นฟู 	<ul style="list-style-type: none"> เป็นศูนย์กลางทางด้านวิชาการที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการทางด้านร่างกายและการเคลื่อนไหว รวมถึงอวัยวะเทียมเน้นการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับผู้พิการทางด้านร่างกายในภาพรวม ไม่มีการให้บริการที่เฉพาะเจาะจงกับผู้หญิงพิการ
	<ul style="list-style-type: none"> เอกสาร รายงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตคนพิการ แยกตามประเภทความพิการ 	<ul style="list-style-type: none"> กรมสุขภาพจิต 	<ul style="list-style-type: none"> แบ่งเป็นจิตเวชเด็ก โดยสถาบันราชานุกูล/ยุวประสาท และสุขภาพผู้ใหญ่ โดยโรงพยาบาลศรีธัญญา

ตาราง 3.5 หน่วยงานให้บริการที่เกี่ยวข้องที่มีการ
จัดเก็บข้อมูล ณ หน่วยงานนั้นๆ

หน่วยงานที่ จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูลจาก	ข้อสังเกต
1.วิทยาลัย ราชสุดา มหาวิทยาลัย มหิดล	<ul style="list-style-type: none"> จำนวน นักศึกษาที่ กำลังศึกษา และจบการ ศึกษา งานวิจัยและ บทความเผย แพร่ในวารสาร วิทยาลัย ราชสุดาเพื่อ การวิจัยและ พัฒนาคน พิการ 	<ul style="list-style-type: none"> นักศึกษาที่ เข้าเรียน งานวิจัย/ บทความวิชาการ 	<ul style="list-style-type: none"> เป็นหลักสูตรระดับอุดม ศึกษาสำหรับผู้พิการและ ผู้ที่มีดูแลคนพิการในระดับ ปริญญาตรี (สาขาวิชา มนุษยศึกษา) ปริญญา โท (สาขาวิชาวิทยาการ ฟื้นฟูสมรรถภาพคน พิการ, สาขาวิชาการ ศึกษาสำหรับบุคคลที่มี ความต้องการพิเศษ) และปริญญาเอก (สาขา วิชาการพัฒนาคูณภาพ ชีวิตคนพิการ) ต้นแบบของระบบการ ช่วยเหลือนักศึกษาพิการ
2.มูลนิธิคน พิการต่างๆ จำนวน มากกว่า 500 องค์กร	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูล จำนวน และสถานการณ์ คนพิการด้าน ต่าง ๆ ของแต่ ละหน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้เข้ารับบริการ ในแต่ละ หน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ประกอบด้วยองค์กรที่ เกิดจากการรวมกลุ่มของ คนพิการประเภทต่างๆ และองค์กรที่ทำงานเพื่อ คนพิการกระจายตัวอยู่ ทั่วประเทศ

ข้อสังเกตต่อข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการจากทั้งสองตารางข้างต้น มีประเด็น
สำคัญในรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ภาพคนพิการในหน่วยงานหลักของรัฐ: ความช่วยเหลือและสวัสดิการ

ในฐานะที่รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสวัสดิภาพของประชาชน โดยเฉพาะคนพิการนั้น พบว่ามีอย่างน้อย 6 กระทรวงสำคัญที่มีภารกิจต้องดูแลคนพิการด้านต่างๆ นั่นคือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงดิจิทัลเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม กล่าวโดยสรุป ทั้ง 6 หน่วยงานมีการทำงานเกี่ยวกับคนพิการใน 5 ด้านสำคัญ ดังนี้

(1) การฟื้นฟูสมรรถนะทางการแพทย์แก่คนพิการ หน่วยงานหลักที่ดูแล คือ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ มีสถาบันสรีรวิทยาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติทำหน้าที่คล้ายหน่วยวิชาการ รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ดูแลเรื่องมาตรฐานการฟื้นฟูด้านต่างๆ แก่คนพิการ

(2) สวัสดิการสังคมและคุณภาพชีวิต มีสองหน่วยงานหลักที่ดูแล คือ หนึ่ง กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีหน้าที่รับลงทะเบียนเพื่อออกบัตรประจำตัวให้กับคนพิการ โดยมีการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านทางรายงานสถานการณ์คนพิการที่ได้รับการออกบัตรฯ รวมทั้งผ่านเว็บไซต์สถานการณ์คนพิการในประเทศไทย เพื่อแสดงข้อมูลจำนวนผู้มาลงทะเบียนเพื่อรับบัตรประจำตัวคนพิการ มีการจำแนกตามเพศ ภูมิภาค และประเภทความพิการ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับคนพิการ รวมถึงองค์กร/หน่วยงานคนพิการร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม ในข้อมูลที่เผยแพร่ต่อสาธารณะนั้น มีการจำแนกข้อมูลแยกเพศที่สามารถเปรียบเทียบชายหญิงได้แต่ในรายละเอียดอื่นๆ กลับไม่ได้นำเสนอข้อมูลแยกเพศ ดังนั้นจึงไม่อาจเปรียบเทียบระหว่างเพศได้ ทั้งในมิติด้านประเภทความพิการ สาเหตุความพิการ การศึกษา และอาชีพ สอง กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย มีการแจกเบี้ยพิการ 800 บาท/เดือน ให้กับคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและลงทะเบียนรับเบี้ยคนพิการกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเชื่อมโยง

ข้อมูลจำนวนผู้มาขึ้นทะเบียนใช้สิทธิเบี่ยงชีพร่วมกับกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

(3) **โอกาสทางการศึกษา** มีกระทรวงศึกษาธิการเป็นหน่วยงานหลัก โดยศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ เป็นหน่วยงานที่รวบรวมข้อมูลจำนวนนักเรียนนักศึกษาพิการทั่วประเทศจากหน่วยงานในสังกัด รวมทั้งจัดเก็บข้อมูลด้านการศึกษาของนักเรียน นักศึกษา พิการ มีการจำแนกตามอายุ เพศ ระดับชั้นการศึกษา และลักษณะความพิการ¹¹ เป็นต้น และนำเสนอสถิติดังกล่าวในรูปของสถิติข้อมูลนักเรียนนักศึกษาพิการของกระทรวงศึกษาธิการ ประจำปีการศึกษาต่างๆ (ปัจจุบันมีข้อมูล พ.ศ. 2557) ในจำนวนนักเรียนนักศึกษาพิการ 404,602 คนนั้น กว่าครึ่งหนึ่งเป็นนักเรียน นักศึกษาที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ (ร้อยละ 59) รองลงมาคือทางสติปัญญา ทางร่างกาย และผู้ที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพ และโดยส่วนใหญ่เรียนร่วมอยู่ในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน (เสถียร, ภคปภา และปานันท์, 2558) แต่ข้อมูลที่เผยแพร่ต่อสาธารณะส่วนใหญ่มักนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่มีการจำแนกให้เห็นความแตกต่างระหว่างเพศ ทำให้ไม่เห็นสถานการณ์ ข้อจำกัด ในการเข้าถึงและโอกาสทางการศึกษาของผู้หญิงพิการ

อย่างไรก็ดี ประเทศไทยได้ออกกฎหมายและนโยบายด้านการศึกษาของคนพิการหลายฉบับด้วยกัน ตัวอย่างเช่น (1) พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 10 วรรค 3 ระบุให้จัดการศึกษาแก่คนพิการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และมีสิทธิได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ และบริการความช่วยเหลือทางการ

¹¹ ประเภทความพิการที่กระทรวงศึกษาจัดเก็บนั้น แบ่งเป็น 9 ประเภท คือ การมีปัญหาทางการเรียนรู้ ความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องทางร่างกายหรือสุขภาพ ความบกพร่องทางการได้ยิน ความบกพร่องทางการเห็น ความบกพร่องทางการพูดและภาษา ออทิสติก พิการซ้อน มีปัญหาทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ (เสถียร, ภคปภา และปานันท์, 2558)

ศึกษาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง (2) ระเบียบกระทรวงศึกษาธิการ ว่าด้วยการอุดหนุนนักเรียนพิการในโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2543 กำหนดให้มีการอุดหนุนนักเรียนที่เรียนในโรงเรียนสำหรับคนพิการหรือที่เรียนร่วมกับนักเรียนปกติในโรงเรียนเอกชน กำหนดให้มีการอุดหนุนนักเรียนที่เรียนในโรงเรียนสำหรับคนพิการหรือที่เรียนร่วมกับนักเรียนปกติในโรงเรียนเอกชน และ (3) แผนการพัฒนาการจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิการ พ.ศ. 2555-2559 โดยกำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “คนพิการได้รับการศึกษาตลอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ ทั้งถึง และเสมอภาค”

(4) *โอกาสทางอาชีพ* กระทรวงแรงงานเป็นหน่วยงานดูแลหลักในเรื่องนี้ คือ การดูแลสิทธิการเข้าทำงานของคนพิการและกองทุนเงินทดแทนกองทุนประกันสังคมเนื่องจากทุพพลภาพ มีการรวบรวมข้อมูลคนพิการที่ต้องมีงานทำออกมาเป็นสถิติแรงงานประจำปี ตามพ.ร.บ. ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550¹² โดยคนพิการที่เข้าข่ายนี้แยกเป็นสถานประกอบการ 1,128 แห่ง รวม 5,769 คน ในหน่วยงานของรัฐอีก 15 แห่ง รวม 152 คน แต่คนพิการที่ได้รับสิทธิตามมาตรา 33 จำนวนเกือบ 6,000 คนนี้ สถานประกอบการกว่า 1,143 แห่ง และหน่วยงานของรัฐอีก 15 แห่ง เลือกที่จะขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 โดยเฉพาะการจัดสถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการ (ร้อยละ 83.6) นอกจากนี้ยังมีสถิติผู้ใช้บริการกองทุนประกันสังคมเนื่องจากทุพพลภาพ ซึ่งเป็นคนพิการรายใหม่ในปี 2558 จำนวน 1,586 คนทั่วประเทศ ส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ

¹² กำหนดไว้ในมาตรา 33 ว่า เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้นายจ้างหรือ เจ้าของสถานประกอบการ และหน่วยงานของรัฐรับคนพิการเข้าทำงานตามลักษณะของงานในอัตราส่วนที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการหรือหน่วยงานของรัฐ (ต้องจ้างคนพิการในอัตรา 100:1 คน และเศษเกิน 50 คนให้นายจ้างคนพิการ 1 คน) ทั้งนี้ หากนายจ้าง (เอกชน) ไม่นายจ้างคนพิการตามมาตรา 33 ให้ส่งเงินเข้ากองทุนฯ ในอัตราราคาแรงขั้นต่ำ $\times 365$ วัน \times จำนวนคนพิการที่ต้องรับ) หรือปฏิบัติตามทางเลือก ดังนี้ (1) ให้สัมปทาน (2) จัดสถานที่จำหน่ายสินค้า (3) จ้างเหมาช่วงงาน (4) ฝึกงาน (5) ให้มีอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวก (6) ล่ามภาษามือ และ (7) ความช่วยเหลืออื่นแก่คนพิการ (มาตรา 34 และ 35)

และปริมาณผลงาน 547 ราย (กองเศรษฐกิจการแรงงาน, 2559) อย่างไรก็ตามสถิติแรงงานข้างต้นนี้ไม่ได้มีการเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างระหว่างเพศแต่อย่างใด

(5) การจัดเก็บและนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมระดับชาติ เพื่อการวางแผนและพัฒนาโยบายด้านคนพิการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลัก คือ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ภายใต้กระทรวงดิจิทัลเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยทำการสำรวจจำนวนและสถานการณ์คนพิการเป็นประจำทุก 5 ปี มีการสำรวจถิ่นที่อยู่อาศัย ประเภทความพิการ ความเป็นอยู่ และการเข้าถึงสวัสดิการต่างๆ การจัดเก็บข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาตินี้มีการจำแนกให้เห็นจำนวนคนพิการตามเพศ ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาค ประเภทความพิการ และการเข้าถึงสวัสดิการต่างๆ ซึ่งสามารถให้ภาพหรือแสดงสถานการณ์ของคนพิการได้ค่อนข้างครอบคลุม ทั้งในมิติของความแตกต่างระหว่างผู้หญิงและผู้ชายพิการในเรื่องเนื้อหาของชีวิต การเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการต่างๆ ที่รัฐจัดให้ อันจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการทำงานและพัฒนานโยบายเพื่อให้สอดคล้องกับเงื่อนไขชีวิตของผู้หญิงและผู้ชายพิการ

3.2 สุขภาพของคนพิการ: ความคุ้มครองภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพ

ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นอีกภาพหนึ่งที่สำคัญของสถานการณ์ด้านสุขภาพของคนพิการ โดยคนพิการที่จดทะเบียนรับสิทธิประกันสุขภาพสำหรับคนพิการ (ท.74) กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น นอกจากจะได้รับสิทธิบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์แล้วยังได้รับสิทธิเฉพาะสำหรับคนพิการ เช่น บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทั้งในและนอกหน่วยบริการ ได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยตามประเภทความพิการ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพรูปแบบต่างๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีระบบการจัดเก็บข้อมูลการใช้สิทธิของคนพิการที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ต่างๆ ข้างต้นนี้จากหน่วยบริการในสังกัด สามารถประมวลผลและแสดงให้เห็น

ทั้งข้อมูลภาพรวมและในรายละเอียด เช่น เพศ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยสามารถจำแนกเพศถิ่นที่อยู่ ประเภทบริการ และกลุ่มโรคได้

3.3 องค์กรของรัฐและภาคประชาสังคมด้านคนพิการ: การเข้าถึงสิทธิสวัสดิการ พัฒนาคุณภาพชีวิต และการศึกษาทุกระดับ

หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับการช่วยเหลือและพัฒนาศักยภาพของคนพิการนั้นมีอยู่เป็นจำนวนมากและกระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ ประมาณ 500 องค์กร ทั้งที่เป็นองค์กรของคนพิการประเภทต่างๆ เช่น สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย ฯลฯ และองค์กรที่ทำงานเพื่อคนพิการ เช่น มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ มูลนิธิพระมหาไถ่เพื่อการพัฒนาคนพิการ ศูนย์พัฒนาสมรรถภาพคนตาบอด มูลนิธิวิถีอิสระของคนพิการ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เป็นต้น องค์กรเหล่านี้ทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการด้านต่างๆ ทั้งการสนับสนุนให้ช่วยเหลือด้านสวัสดิการ สิทธิประโยชน์ การรักษาพยาบาล การศึกษา การทำงาน และสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะ

สำหรับโอกาสด้านการศึกษาซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญของการดำรงชีวิตอิสระของคนพิการนั้น นับว่าเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของรัฐ โดยเฉพาะการจัดให้คนพิการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ส่วนในระดับการศึกษาที่สูงขึ้น นอกจากมหาวิทยาลัยต่างๆ จะเปิดรับและมีโควตารับนักศึกษาพิการเข้าเรียนในคณะต่างๆ ที่เปิดสอนตามปกติแล้ว ยังมีวิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาสำหรับคนพิการเป็นการเฉพาะ เปิดหลักสูตรที่รับทั้งนักเรียนทั่วไปและนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยินเรียนร่วมกัน โดยมีกลไกช่วยเหลือผู้บกพร่องทางการได้ยิน ได้แก่ ล่ามภาษามือ ครูผู้ช่วยสอน ผู้จดคำบรรยาย และบันทึกวิดีโอการสอน ทั้งในระดับปริญญาตรี (ศิลปศาสตรบัณฑิต

สาขาวิชาสหเวชศาสตร์ (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาวิทยาการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ และศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษา สำหรับบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ) และปริญญาเอก (ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพัฒนาคูณภาพชีวิตคนพิการ) (วิทยาลัยราชสุดา, 2555)

4. ช่องว่างโดยสังเขปของการจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงพิการ

ข้อมูลที่รวบรวมและจัดเก็บโดยหน่วยงานต่างๆ ข้างต้นนั้น ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลในลักษณะมหภาคที่แสดงสถานการณ์ของคนพิการในภาพรวมระดับชาติ โดยเฉพาะการสำรวจความพิการที่จัดเก็บโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่แสดงให้เห็นการเข้าถึงโอกาสด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตของคนพิการซึ่งเปรียบเทียบระหว่างผู้หญิงและผู้ชายได้เป็นอย่างดี ทั้งในด้านการศึกษา อาชีพการงาน ความช่วยเหลือและสวัสดิการ เนื่องจากมีการจำแนกเพศ อายุ ถิ่นที่อยู่ และประเภทความพิการ อย่างไรก็ดี ตัวเลขในภาพรวมจากหน่วยงานต่างๆ เหล่านี้มีข้อสังเกตสำคัญประการหนึ่ง นั่นคือ ขณะที่การสำรวจความพิการ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบตัวเลขจำนวนคนพิการเพศหญิงสูงกว่าเพศชายมาโดยตลอดระยะเวลาที่สำรวจกว่า 15 ปีที่ผ่านมา แต่ตัวเลขสถิติจากกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการกลับแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงพิการนั้นได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการน้อยกว่าผู้ชายมาโดยตลอด ตัวเลขเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงช่องว่างที่ควรศึกษาเชิงลึกถึงเงื่อนไขปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงพิการจำนวนหนึ่งเข้าไม่ถึงสิทธิประโยชน์ด้านต่างๆ ตามที่ควรได้รับ

นอกจากนี้ ข้อมูลสถิติคนพิการที่มีอยู่ในปัจจุบันอาจไม่สะท้อนสถานการณ์เฉพาะของผู้หญิงพิการที่ต้องการบริการและสวัสดิการที่ละเอียดอ่อนได้เพียงพอ เนื่องจากการจัดเก็บตัวเลขหลายด้านไม่ได้แยกให้เห็นความแตกต่างระหว่างเพศ มีเพียงการสำรวจความพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่นำเสนอสถานการณ์ชีวิตของผู้หญิงพิการในมิติต่างๆ แม้จะไม่สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้ เนื่องจากไม่มีตัวเลขเปรียบเทียบระหว่างเพศ เช่น การศึกษา

ที่พบว่าร้อยละ 80 ของคนพิการไม่ได้เรียนหรือไม่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ขณะที่ผู้ชายพิการเรียนจบชั้นประถมศึกษาและระดับที่สูงกว่ามากกว่าผู้หญิงประมาณสองเท่า การทำงาน ที่พบว่าผู้หญิงพิการ ร้อยละ 80 ไม่มีงานทำ ขณะที่ในจำนวนคนพิการที่มีงานทำนั้น เป็นผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงในทุกลักษณะอาชีพ เป็นต้น

ที่สำคัญคือ สถิติตัวเลขเหล่านี้ไม่สามารถสะท้อนภาพของผู้หญิงพิการซึ่งมีประเด็นเรื่องเพศผนวกเข้ากับปัจจัยในเรื่องความพิการได้ สถานการณ์ด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการจึงยังเป็นอีกหนึ่งช่องว่างของการจัดเก็บข้อมูลที่ยังไม่มีหน่วยงานใดรวบรวมจัดเก็บเป็นการเฉพาะเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ สิทธิและการตัดสินใจในชีวิตเจริญพันธุ์ ทัศนคติของสังคมที่ส่งผลต่อการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ อนามัยการเจริญพันธุ์ในผู้หญิง พิการซ้ำซ้อน ซึ่งจะยิ่งเพิ่มความซับซ้อนให้กับสถานการณ์ชีวิตของผู้หญิงพิการมากขึ้น

ขณะเดียวกัน ข้อจำกัดในการใช้ชีวิตของคนพิการนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะความ พิการที่ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและเข้าร่วมกับสังคมได้ สะดวกนัก ข้อจำกัดที่ว่านี้จะยิ่งซับซ้อนขึ้นในกลุ่มคนพิการที่มีความบกพร่อง มากกว่าหนึ่งอย่าง ซึ่งยังไม่มีหน่วยงานใดจัดเก็บรวบรวมสถิติตัวเลขของคนพิการ ซ้ำซ้อนเป็นการเฉพาะและคลี่ให้เห็นเงื่อนไขอันจำกัดมากกว่าคนพิการทั้ง 7 ประเภท ที่สำคัญคือ ผู้หญิงพิการในแต่ละประเภทความพิการรวมทั้งที่พิการ ซ้ำซ้อนนั้น อาจมีสถานการณ์และเงื่อนไขในการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน การจัดเก็บ และนำเสนอข้อมูลเหล่านี้ในแต่ละรายละเอียดของชีวิตเป็นเรื่องจำเป็นและน่าจะ เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการทำงานด้านคนพิการ

5. ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพะผู้หญิงพิการ: อนามัยการเจริญพันธุ์

ภายใต้สถานการณ์การดำเนินชีวิตของผู้หญิงพิการที่มองเห็นจากสถิติตัวเลขต่างๆ ข้างต้น เมื่อพิจารณาควบคู่ไปกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพะแล้ว มีประเด็นสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องดังตาราง 3.9

ตาราง 3.9 ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพะของผู้หญิงพิการ

ปัจจัยส่วนบุคคล	1 วิถีชีวิตส่วนบุคคล (individual lifestyle)	2 เครือข่ายสังคมชุมชน (social & community)	3 สภาพการใช้ชีวิต (living conditions)	4 สังคมเศรษฐกิจวัฒนธรรม
ผู้หญิงที่มีความพิการหรือบกพร่องทางร่างกายหรือสติปัญญา	<ul style="list-style-type: none"> ผู้หญิงพิการจำนวนหนึ่งต้องการใช้ชีวิตอิสระอย่างคนทั่วไป ผู้หญิงพิการจำนวนหนึ่งเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศและเรียนรู้เรื่องนี้จากเพื่อน/คนพิการ ผู้หญิงพิการเสี่ยงต่อการถูกระงับความรุนแรงและเอาเปรียบทางเพศ 	<ul style="list-style-type: none"> สังคม/ชุมชนมองผู้หญิงพิการว่าไม่ปกติ เป็นกรรมแต่ชาติปางก่อนที่ต้องยอมรับในชาตินี้ ต้องพึ่งพิงคนอื่นเป็นภาระของครอบครัวและชุมชน และมักเน้นการสงเคราะห์ช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ สังคม/ชุมชนยังมีอคติเมื่อผู้หญิงพิการต้องการมี 	<ul style="list-style-type: none"> สถาบันทางการแพทย์มองคนพิการว่าผิดปกติ/พันธุกรรมไม่เหมาะสม ไม่มีบริการสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้หญิงพิการ ผู้หญิงพิการเสี่ยงต่อการถูกละเมิดทางเพศได้มากกว่าผู้หญิงทั่วไปและมีศักยภาพในการต่อสู้เอาตัวรอดน้อยกว่าคนทั่วไป 	<ul style="list-style-type: none"> บรรทัดฐานทางเพศแบบสองมาตรฐานให้ความสำคัญกับผู้ชายมากกว่า อคติเรื่องความพิการว่าเป็นภาระต้องพึ่งพิง โดยเฉพาะทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยส่วนบุคคล	1 วิถีชีวิตส่วนบุคคล (individual lifestyle)	2 เครือข่ายสังคมชุมชน (social & community)	3 สภาพการใช้ชีวิต (living conditions)	4 สังคมเศรษฐกิจวัฒนธรรม
		<p>เพศสัมพันธ์/มีคู่/มีลูก</p> <ul style="list-style-type: none"> • ครอบครัวชุมชนไม่ค่อยเรื่องเพศ เพราะมองว่าไม่จำเป็น/ไม่เหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> • ระบบโครงสร้างพื้นฐาน ส่วนใหญ่ ยังไม่อำนวยความสะดวกต่อคนพิการ • ผู้ประกอบการมองคนพิการเป็นภาระ ไม่สามารถทำงานได้ จึงยอมที่จะใช้ทดแทนอื่นทดแทนการจ้างงาน 	<ul style="list-style-type: none"> • เน้นให้ความช่วยเหลือหรือสงเคราะห์มากกว่าเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน
การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้หญิงพิการในปัจจุบัน				
<ul style="list-style-type: none"> • พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 เน้นด้านการรักษาเยียวยาทางกาย • พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 เพื่อสิทธิประโยชน์และสวัสดิการ • พ.ร.บ.การจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2551 • แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศรีพิการ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2556-2559 • อนุสัญญาระหว่างประเทศ เช่น CRPD^ก, ยุทธศาสตร์อินซอน^ข และ SDGs^ค เป็นต้น 				

ที่มา: ปรับจาก Dahlgren & Whitehead, 1991.

หมายเหตุ: ⁱCRPD คือ Convention on the Rights of Persons with Disabilities หรืออนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันในปี 2551 และต้องจัดทำรายงานความก้าวหน้าด้านคนพิการทุก 5 ปี

ⁱⁱยุทธศาสตร์อินซอน เพื่อ “ทำสิทธิให้เป็นจริง” สำหรับคนพิการในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก กำหนดเป้าประสงค์ 10 ประการเพื่อสร้างหลักประกัน ส่งเสริม และยึดถือสิทธิคนพิการ ตามกรอบเวลาดำเนินงานในช่วง พ.ศ. 2556-2565 ต้องจัดทำความก้าวหน้าทุก 3 ปี

ⁱⁱⁱSDGs คือ Sustainable Development Goals หรือ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 17 ข้อ ที่องค์การสหประชาชาติกำหนดให้เป็นกรอบทิศทางการพัฒนาของโลก ในช่วงปี 2015-2030 ต่อเนื่องจาก MDGs (Millennium Development Goals)

ด้วยภาพลักษณ์ของผู้หญิงพิการที่สังคมมักมองอย่างเหมารวมด้วยความเมตตาสงสาร ที่ต้องยกลำบากในชาตินี้เนื่องจากกรรมที่ทําไว้ในชาติก่อนๆ ซึ่งที่จริงแล้วมีนัยที่สะท้อนอคติที่ยังมองว่าความพิการเป็นความผิดปกติ บกพร่อง ไม่สมประกอบ เป็นภาวะที่ต้องดูแล เป็นกรรมที่ต้องชดใช้ และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนคนส่วนใหญ่ในสังคม ที่สำคัญกว่าคือผู้หญิงพิการนั้นทั้งเผชิญกับอคติต่อความพิการและอคติทางเพศ โดยจะเห็นได้ชัดในประเด็นเรื่องสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ ที่ไม่เพียงข้อจำกัดทางร่างกายจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้หญิงพิการเท่านั้น แต่ยังเป็นเงื่อนไขการใช้ชีวิต ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน หรือสังคม และโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมด้วยเช่นกัน ดังนี้

5.1 มายาคติเรื่องความพิการและความไม่เป็นธรรมทางเพศส่งผลให้ผู้หญิงพิการขาดความฉลาดรู้เรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

คำอธิบายในทางสังคมและการแพทย์ต่างมองว่าคนพิการเป็นคนที่มีความบกพร่องทางร่างกาย จิตใจ การเรียนรู้และสติปัญญา ที่ต้องการการฟื้นฟูดูแลเป็นพิเศษ ต้องสงเคราะห์ช่วยเหลือ ไม่มีความสามารถเหมือนคนส่วนใหญ่ของสังคม และเข้าใจไปว่าคนพิการเป็นภาวะที่ต้องพึ่งพิงทั้งครอบครัวและชุมชน

ไปตลอดชีวิต อคติเช่นนี้ทำให้คนพิการยังต้องกลายเป็นคนที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลายเป็นคนที่ถูกลืม และถูกมองว่าไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมหรือถูกนับรวมในกิจกรรมทางสังคม ยิ่งเมื่อผนวกเข้ากับอคติหรือความไม่เป็นธรรมทางเพศแล้ว ผู้หญิงพิการจึงมักถูกมองว่าเพราะมีข้อบกพร่องทางกายภาพหรือสติปัญญาจึงไม่สามารถยืนยันความต้องการของตัวเองได้ แต่ขึ้นอยู่กับผู้ชายในชีวิต เช่น พ่อ พี่ชาย หรือสามี ไม่ควรคิดที่จะมีชีวิตครอบครัวเคียงคนส่วนใหญ่ของสังคม ด้วยความสามารถในการดูแลตัวเอง จึงเสี่ยงต่อการถูกละเมิด ไม่ควรมีลูก หรือควรทำหมัน และเมื่อตั้งครรรภ์ก็ควรทำแท้ง เป็นต้น ผู้หญิงพิการยังมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันมากกว่า เข้าถึงโอกาสด้านการศึกษาน้อยกว่า โอกาสที่จะมีงานอาชีพทำก็น้อยกว่า การเข้าถึงข้อมูลความรู้ก็ยิ่งจำกัดมากกว่าผู้ชาย

ด้วยมายาคติเรื่องเพศและความพิการข้างต้นนี้ ผู้หญิงพิการจำนวนมาก จึงถูกลดทอน กีดกัน หรือละเมิดสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในหลายลักษณะด้วยกัน เช่น ไม่ได้รับข้อมูลความรู้เรื่องเพศศึกษาและสุขภาวะทางเพศ เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ และการตัดสินใจในเนื้อตัวร่างกายของตัวเอง ด้วยเข้าใจว่าคนพิการไม่จำเป็นต้องเรียนรู้ให้เข้าใจเรื่องเพศ ไม่ได้รับการสนับสนุนให้มีความรักความสัมพันธ์ ไม่สามารถสร้างและรับผิดชอบครอบครัวได้ ไม่สามารถเป็นแม่หรือเลี้ยงดูลูกได้เหมือนคนอื่นทั่วไป ในอีกด้านหนึ่งการเพิกเฉยต่อการให้ความรู้ข้อมูลในเรื่องสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ให้แก่ผู้หญิงพิการ เข้าใจข้อจำกัดของตัวเอง ไม่ว่าจะป็นหลักสูตรเรื่องเพศรอบด้านสำหรับคนพิการ ในโรงเรียน หรือบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่ละเอียดอ่อนต่อผู้หญิงพิการ เป็นการเฉพาะในสถานบริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้หญิงพิการจำนวนไม่น้อยไม่รู้ หรือไม่มีความฉลาดรู้ในเรื่องเพศเพียงพอที่จะดูแลตัวเองให้มีสุขภาวะทางเพศได้ ผู้หญิงพิการจำนวนไม่น้อยตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงและการละเมิดทางเพศ โดยไม่อาจสื่อสารบอกใครได้ อีกจำนวนหนึ่งไม่สามารถเลือกตัดสินใจในชีวิต การเจริญพันธุ์ของตัวเองได้ตามต้องการ เนื่องจากมายาคติในเรื่องความพิการ และอคติทางเพศทำให้บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวตัดสินใจในเรื่อง

อนามัยเจริญพันธุ์แทน ด้วยการโน้มน้าวให้ทำหมัน หรือยุติการตั้งครรภ์

5.2 มายาคติเรื่องความพิการทำให้คนพิการกลายเป็นปัจจัยการผลิตที่บกพร่อง เป็นต้นทุนที่สูงขึ้นในการผลิต รวมทั้งการสงเคราะห์และสวัสดิการ

เมื่อสังคมส่วนใหญ่ทำให้คนที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา กลายเป็นคนพิการที่ด้อยสมรรถภาพ ไม่มีศักยภาพที่จะดำเนินชีวิตในทุกมิติได้เท่าคนทั่วไปและกลายเป็นความเวทนาสงสารในโชคชะตาที่ทั้งครอบครัวและสังคมรอบข้างจะต้องให้ความช่วยเหลือดูแล วิธีคิดที่มองคนพิการเชิงสังเคราะห์ช่วยเหลือนี้เองที่ผลักดันให้คนพิการกลายเป็นคนอื่น ลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และไม่ได้รับการสนับสนุนให้พัฒนาศักยภาพของตัวเองตามที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะโอกาสทางการศึกษาและการงานอาชีพซึ่งสำคัญมากสำหรับการดำรงชีวิตอิสระ แต่คนพิการเกือบ 3 ใน 4 ไม่ได้ทำงาน โดยเฉพาะผู้หญิงพิการ (ร้อยละ 80 ไม่ได้ทำงาน) ขณะที่ในจำนวนคนพิการที่มีงานทำก็เป็นผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงในทุกลักษณะอาชีพ โดยเฉพาะการเป็นนายจ้างหรือเจ้าของกิจการ ซึ่งเป็นผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงเกือบ 2 เท่า

แม้ว่าในปัจจุบันนี้ ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะได้พยายามสร้างกลไกเชิงนโยบายและกฎหมายหลายฉบับเพื่อส่งเสริมศักยภาพและโอกาสจ้างงานคนพิการให้มากขึ้น เช่นพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2556 ระบุให้หน่วยงานราชการและสถานประกอบการต้องรับคนพิการเข้าทำงานตามโควตาที่กำหนด (พนักงาน 100 คน ต่อคนพิการ 1 คน) แต่ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้ประกอบการ/นายจ้างมีทางเลือกอื่นแทนการจ้างงานคนพิการด้วยเช่นกัน ทั้งการส่งเงินเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และทางเลือกอื่นตามมาตรา 35 ดังนั้น จากจำนวนคนพิการที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15-60 ปี) ทั่วประเทศ 818,749 คน เพียงไม่ถึงหนึ่งในห้าเท่านั้นที่มีงานทำ (185,623 คน คิดเป็นร้อยละ 23) และยังมีคนพิการอีกกว่าสองในสาม หรือ

526,602 คน (ร้อยละ 64) ที่มีศักยภาพและความสามารถที่จะทำงานได้แต่ไม่ถูกจ้างงานแต่อย่างใด (ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ, 2560) ซึ่งที่จริงแล้วเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ทั้งนี้เป็นเพราะนายจ้าง/สถานประกอบการเห็นว่าการจ้างงานผู้พิการนั้นมีต้นทุนสูงซึ่งต้องหาคนพิการที่มีทักษะเหมาะสม ต้องปรับสภาพแวดล้อมในที่ทำงานให้เหมาะสม ที่สำคัญคือขาดความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับคนพิการ และคิดว่าเป็นภาระ จึงเลือกวิธีอื่นซึ่งเป็นต้นทุนที่ต่ำกว่าทดแทนการจ้างงาน แม้สถานประกอบการส่วนใหญ่จะจ้างงานคนพิการ (ร้อยละ 53) แต่อีกกว่าหนึ่งในสามใช้วิธีส่งเงินเข้ากองทุนฯ ขณะที่ภาครัฐนั้นมีการจ้างงานคนพิการเพียงร้อยละ 18 เท่านั้นเอง (วิชสิณี, 2560)

ด้วยเหตุนี้เอง กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ¹³ ที่เติบโตจาก 25 ล้านบาทเมื่อแรกตั้งในปี 2536 เป็น 10,476,233,545.24 บาทในปัจจุบัน (มีนาคม 2560) จึงกลายเป็นคำถามที่สำคัญประการหนึ่งต่อประสิทธิภาพของการบริหารจัดการกองทุนฯ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และเมื่อกระทรวงการคลังเรียกเก็บเงินจำนวน 2,000 ล้านบาทจากกองทุนฯ ไปเป็นรายได้แผ่นดิน ด้วยถือว่าเป็นเงินเกินสภาพคล่องหรือเกินความจำเป็นที่ต้องใช้ จึงทำให้สมาคมสภาคนพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทยยื่นฟ้องศาลปกครองให้ถอนคำสั่งเนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (คนพิการยื่นฟ้องศาลปกครอง ระบุว่าคำสั่งเรียกคืนกองทุนคนพิการ 2 พันล้าน, 31 มกราคม 2560)

¹³ จัดตั้งขึ้นตามมาตรา 23 ตาม พ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 โดยโอนบรรดาทรัพย์สิน สิทธิ หนี้ เงินงบประมาณ และรายได้ที่ประกอบเป็นกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ตาม พ.ร.บ.การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ไปเป็นของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยรัฐบาลจัดสรรงบประมาณอุดหนุนให้กองทุนฯ ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2536 จำนวน 25 ล้านบาท เพื่อเป็นทุนสำหรับการใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองและพัฒนาสมรรถภาพคนพิการ การศึกษาและการประกอบอาชีพของคนพิการ รวมทั้งการส่งเสริมและการสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ โดยจัดสรรให้อย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

5.3 การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้หญิงพิการในปัจจุบัน

แม้ว่ารัฐและหน่วยงานของรัฐที่มีภารกิจดูแลคุณภาพชีวิตของคนพิการโดยตรง ได้เห็นถึงความจำเป็นพิเศษของการให้ความช่วยเหลือแก่คนพิการแต่ละประเภท เพื่อให้สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ทั้งในชีวิตส่วนตัวและชีวิตสาธารณะได้อย่างไม่ลำบากมากนัก ผ่านสิทธิประโยชน์ และสวัสดิการสังคมต่างๆ ที่จำเป็น ดังจะเห็นได้จากนโยบายและกฎหมายหลายฉบับ นับแต่พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งเน้นการจัดให้มีการรักษาฟื้นฟูร่างกายคนพิการเป็นสำคัญ ก่อนจะขยายการทำงานมาให้ความสำคัญกับสิทธิประโยชน์ และสวัสดิการคนพิการ ด้วยกฎหมายหลายฉบับ เช่น พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556 แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2560-2564) และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศรีพิการ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2556-2559) เป็นต้น รวมทั้งการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาของคนพิการผ่านพระราชบัญญัติการจัดการศึกษาของคนพิการ พ.ศ. 2551

นอกจากนี้แล้ว การทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการนั้นยังมีนโยบายและข้อกฎหมายระหว่างประเทศมาเกี่ยวข้องด้วยหลายฉบับ เช่น ยุทธศาสตร์อินซอน เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ ที่สำคัญคืออนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities-CRPD) ที่ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันไว้ในปี 2551 และต้องรายงานความก้าวหน้าของการทำงานด้านคนพิการทุก 5 ปี มีการกล่าวถึงผู้หญิงพิการเป็นการเฉพาะในข้อ 6 เรื่องสตรีพิการ และข้อ 16 เรื่อง เสรีภาพและการถูกแสวงหาประโยชน์ ความรุนแรง การล่วงละเมิด ซึ่งประเด็นเรื่องสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการเป็นข้อห่วงกังวลสำคัญ ของคณะกรรมการ CRPD โดยเฉพาะการบังคับทำหมันและการถูกล่วงละเมิดทางเพศ

6. ก้าวต่อไป: สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ

ท่ามกลางความก้าวหน้าของการทำงานเพื่อส่งเสริมสิทธิประโยชน์ สวัสดิการ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการนั้น ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการมีสุขภาพของคนพิการคือทัศนคติของสังคมที่มองคนพิการอย่างเหมารวมว่าเป็นคนที่มีความบกพร่องทางร่างกาย ไม่ครบสมบูรณ์ ไม่อาจมีความสามารถเทียบได้กับคนส่วนใหญ่ของสังคม มีชีวิตอย่างพึ่งพิงหรือเป็นภาระของผู้อื่น ไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมหรือถูกนับรวมในกิจกรรมทางสังคม ฯลฯ และมองผู้หญิงพิการด้วยอคติทางเพศ ผู้หญิงพิการจำนวนมากจึงถูกลดทอน กีดกัน หรือละเมิดสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในหลายลักษณะด้วยกัน เช่น เพิกเฉยต่อการจัดความรู้ ข้อมูลในเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ให้แก่ผู้หญิงพิการเข้าใจข้อจำกัดของตัวเอง ไม่มีบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่ละเอียดอ่อนต่อผู้หญิงพิการเป็นการเฉพาะในสถานบริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้หญิงพิการจำนวนไม่น้อยไม่รู้หรือไม่มีความฉลาดรู้ในเรื่องเพศเพียงพอที่จะดูแลตัวเองให้มีสุขภาพทางเพศได้ ผู้หญิงพิการจำนวนไม่น้อยตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงและการละเมิดทางเพศโดยไม่อาจสื่อสารบอกใครได้ อีกจำนวนหนึ่งไม่สามารถเลือกตัดสินใจในเนื้อตัวร่างกายและชีวิตการเจริญพันธุ์ของตัวเองได้ตามต้องการ จึงไม่น่าแปลกใจที่การตัดสินใจในชีวิตการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการไม่น้อยขึ้นอยู่กับคนอื่น โดยเฉพาะผู้ชาย เช่น พ่อสามี พี่ชาย ฯลฯ ไปจนถึงแพทย์ มายาคติในเรื่องความพิการและอคติทางเพศนี้เองที่ทำให้เรื่องของสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ยังคงเป็นประเด็นท้าทายในการทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้หญิงพิการ ทัศนคติและความเข้าใจผิดที่มองว่าคนพิการไม่จำเป็นต้องเรียนรู้ให้เข้าใจเรื่องเพศ ไม่จำเป็นต้องมีความรักความสัมพันธ์ ไม่สามารถสร้างและรับผิดชอบครอบครัวได้ ไม่สามารถเป็นแม่หรือเลี้ยงดูลูกได้เหมือนคนอื่นทั่วไป ฯลฯ เหล่านี้เองที่ทำให้ผู้หญิงคนหนึ่งกลายเป็นคนพิการ

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560ก). *สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามภูมิภาคและเพศ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2537 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2560*. ค้นเมื่อ 9 กรกฎาคม 2560, จาก https://www.m-society.go.th/article_attach/20018/20919.pdf

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560ข). *ผลการจดทะเบียนคนพิการทั่วประเทศ*. ค้นเมื่อ 27 กรกฎาคม 2560, จาก https://www.m-society.go.th/more_news.php?cid=81

กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). *รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

กลุ่มสถิติประชากร สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553: ทั่วราชอาณาจักร*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

กลุ่มสถิติสังคม สำนักสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชามิติ 2 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

กลุ่มสถิติสังคม สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

กองเศรษฐกิจการแรงงาน สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน กระทรวงแรงงาน. (2559). *สถิติแรงงานประจำปี 2558*. กรุงเทพฯ: กระทรวงแรงงาน.

คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2560-2564*. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- คนพิการยื่นฟ้องศาลปกครอง ระบุว่าคำสั่งตั้งเรียกคืนกองทุนคนพิการ 2 พันล้าน. (31 มกราคม 2560). *ประชาไท*. ค้นเมื่อ 23 พฤษภาคม 2560, จาก <http://prachatai.org/journal/2017/01/69859>
- ณิชการ ศรีเพชรดี. (2560, 25 กรกฎาคม). Interview: เพราะความสงสาร จึงสร้างความ เป็นอื่น. *Way Magazine*. ค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2560, จาก <https://waymagazine.org/saowalak/>
- พระราชบัญญัติการจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ.2551. (5 กุมภาพันธ์ 2551). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 125 ตอนที่ 28 ก, หน้า 1-13.
- พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534. (25 พฤศจิกายน 2534). *ราชกิจจานุเบกษา*. ฉบับพิเศษ เล่มที่ 108 ตอนที่ 205, หน้า 18-29.
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (19 สิงหาคม 2542). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 116 ตอนที่ 74 ก, หน้า 1-23.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556. (29 มีนาคม 2556). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 130 ตอนที่ 30 ก, หน้า 6-12.
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550. (27 กันยายน 2550). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 124 ตอนที่ 61 ก, หน้า 8-24.
- พะโยม ชิณวงศ์, สอองค์ จงสวัสดิ์พัฒนา, นงคันุช โอวาทชัยพงศ์, นุชจิวรรณ บัวดอก และ เกชา นวลเปียน. (2555). *แผนการพัฒนาการจัดการศึกษาสำหรับเด็กพิการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2555-2559)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์. (2555). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เพศวิถีและปัญหา ออนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). [เอกสารอัดสำเนา].
- มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง. (2560). *(ร่าง) การศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดทำฐานข้อมูลสถานการณ์และปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ*. เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดทำฐานข้อมูล สถานการณ์หญิงกลุ่มเฉพาะ โรงแรมริชมอนด์ กรุงเทพฯ วันที่ 31 พฤษภาคม 2560. [เอกสารอัดสำเนา].

- ระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยความพิการให้คนพิการของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2559. (2559, 25 พฤษภาคม).
ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 133 ตอนพิเศษ 120 ง, หน้า 3-4.
- ระเบียบกระทรวงศึกษาธิการว่าด้วยการอุดหนุนนักเรียนพิการในโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2558.
(2558, 20 สิงหาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 132 ตอนพิเศษ 192 ง, หน้า 1-10.
- วิชสิทธิ์ วิบุผลประเสริฐ. (2560). *การให้ความช่วยเหลือด้านอาชีพแก่ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ
ในเชิงกายภาพ*. กรุงเทพฯ: โครงการศึกษาการลงทุนด้านสังคมเพื่อการพัฒนาอย่าง
ยั่งยืนของภาคีสุขภาพะ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. [ไฟล์ powerpoint
นำเสนอ].
- วิทยาลัยราชสุดา มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *การศึกษา*. ค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2560,
จาก <http://www.rs.mahidol.ac.th/thai/>
- ศูนย์ข้อมูลคนพิการและเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). *รายงานข้อมูลสถานการณ์
ด้านคนพิการในประเทศไทย*. ค้นเมื่อ 17 เมษายน 2560, จาก [http://dep.go.th/
?q=th/news/รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยประจำเดือน
มีนาคม-2560](http://dep.go.th/?q=th/news/รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยประจำเดือนมีนาคม-2560)
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์. (2556). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศตรึพิการ ฉบับที่ 1
(พ.ศ. 2556-2559)*. ค้นเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2560, จาก [http://dep.go.th/?q
=th/law/แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศตรึพิการ-ฉบับที่1-พศ-2556-2559](http://dep.go.th/?q=th/law/แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศตรึพิการ-ฉบับที่1-พศ-2556-2559)
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2555). *การตรวจประเมิน
รับรองมาตรฐานองค์กรด้านคนพิการ*. ค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2560, จาก [http://
dep.go.th/sites/default/files/km2_2555.docx](http://dep.go.th/sites/default/files/km2_2555.docx)
- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (2557). *ทำเนียบองค์กรด้าน
คนพิการ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *ยุทธศาสตร์อินชอน... เพื่อ “ทำสิทธิให้เป็นจริง” สำหรับคนพิการในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก*. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [สปสช.]. (2560ก). *คู่มือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับคนพิการ (ท.74XXXXXXXX)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [สปสช.]. (2560ข). *รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- เสถียร อูสาหะ, ภคปภา รัตนอารีกุล และปภานันท์ อรัญญิก. (2558). *นักเรียนนักศึกษาพิการของกระทรวงศึกษาธิการ ปีการศึกษา 2557*. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงศึกษาธิการ.
- อมรา สุนทรธาดา และอักษรารักษ์ หลักทอง. (2555). *สตรีผู้พิการและการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์*. ใน กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2555: ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมทางสังคม* (หน้า 167-184). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

ภาษาอังกฤษ

- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.



4

ผู้หญิงที่มีปัญหา สถานะบุคคล

การกำหนดสถานะบุคคลในประเทศไทยนั้นเกิดขึ้นพร้อมกับการเข้าสู่การเป็นรัฐสมัยใหม่ในช่วงปลายสมัยรัชกาลที่ 5 (พ.ศ. 2411-2453) ที่เปลี่ยนรูปแบบการปกครองเป็นการรวมศูนย์เข้าสู่ส่วนกลาง และมีการสำรวจจำนวนประชากรทั้งประเทศเป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2454 ต่อมาในต้นสมัยรัชกาลที่ 6 (พ.ศ. 2453 - 2468) มีการตราพระราชบัญญัติสัญชาติฉบับแรก ในพ.ศ. 2456 และมีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดสถานะบุคคลของประชากรติดตามมาอีกหลายฉบับที่สำคัญๆ ได้แก่ กฎหมายกำหนดให้ประชากรทุกคนต้องมีบัตรประจำตัวประชาชน ในพ.ศ. 2486 และกฎหมายการทะเบียนราษฎร เพื่อบันทึกการเคลื่อนไหวของประชากรเกี่ยวกับการเกิด การตาย และการย้ายที่อยู่ ในพ.ศ. 2495 (กฤษฎา, 2554) นับตั้งแต่มีการประกาศใช้กฎหมายเหล่านี้และการสำรวจประชากรตั้งแต่นั้นยุคแรกๆ จนถึงปัจจุบัน ก็ยังมีประชากรกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ทุรกันดาร และเข้าถึงยากตกสำรวจจำนวนมาก จนเกิดกลุ่มคนที่แม้อาศัยหรืออยู่ในประเทศไทยมานานกลายเป็นคนไม่มีสัญชาติที่เรียกกันว่า “คนไร้สัญชาติ” ซึ่งก็คือ “ชนกลุ่มน้อย” หรือ “คนไร้รัฐทางทะเบียนราษฎร” ซึ่งต่อมาได้ถูกเรียกรวมๆ กันว่า “กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล” กระจายอยู่ทั่วประเทศ

ในการจัดการเชิงระบบนั้น ประเทศไทยเริ่มมองเห็นตัวตนของคนกลุ่มนี้ เมื่อ พ.ศ. 2515 โดยกระทรวงมหาดไทยเริ่มต้นการจัดระบบทะเบียนคนกลุ่มนี้ ด้วยการสำรวจประชากรที่อยู่ตามแนวตะเข็บชายแดนในพื้นที่สูง หลังจากนั้นก็มีการทำงานเพื่อคลี่คลายปัญหาที่ทั้งจากภาครัฐและภาคประชาสังคม ซึ่งใช้ระยะเวลานานถึง 40 ปีเศษ สถานการณ์ปัญหาของ “กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคล” จึงค่อยๆ คลี่คลายลงเป็นลำดับ ได้แก่ เรื่องการจดทะเบียนเกิด และการเข้าถึง บริการทางการศึกษา และการรักษาพยาบาล ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวกมากขึ้น แต่ก็ยังคงมีปัญหาบางเรื่องที่ยังคงค้างคาอยู่ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ได้แก่ ปัญหาไม่ได้รับความไม่มั่นคงในเรื่องที่ทำกิน และการไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายแรงงาน เป็นต้น (กฤตยา และกุลภา, 2556)

ที่สำคัญคือ ปัญหาที่มีต่อคนกลุ่มนี้สืบเนื่องจากอคติทางสังคมที่มองว่าเป็นประชาชนชั้นสอง แม้อยู่มานานหลายชั่วอายุคนหรืออยู่มาตั้งแต่เกิด ไม่ใช่คนไทย เป็นภัยต่อความมั่นคงของชาติ มีโอกาสที่อาจทำผิดกฎหมาย ไม่ว่าจะเรื่องค้า ยาเสพติด หรือทำลายป่าก็ตาม อคติและการตีตราเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของคนกลุ่มนี้ให้กลายเป็นประชากรชายขอบ ทั้งในทางกายภาพ และในจินตนาการของคนไทยทั่วไป

1. การจัดระบบทะเบียนคนไร้สัญชาติ

เนื่องจากประชากรกลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลนั้นมีลักษณะหลากหลายและหลายสาเหตุที่ทำให้กลายมาเป็นคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2515 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยได้ทำการจดทะเบียนและจำแนกแบ่งกลุ่มคนไร้สัญชาติตามลักษณะปัญหา เพื่อจัดสถานะและสิทธิการทำงานและการเดินทางนอกพื้นที่ไว้ ต่อมาพ.ศ. 2526 กรมการปกครองได้ออกบัตรให้แก่กลุ่มคนไร้สัญชาติ และจำแนกออกเป็น 19 กลุ่มทั่วประเทศ ประกอบด้วย บุคคลบนพื้นที่สูง, อดีตทหารจีนคณะชาติ, จีนฮ่ออพยพพลเรือน, จีนฮ่ออิสระ, ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า, ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากพม่าหลัง 9 มีนาคม 2519 (มีถิ่นที่อยู่ถาวร), ผู้หลบหนี

เข้าเมืองจากพม่าหลัง 9 มีนาคม 2519 (อยู่กับนายจ้าง), ญวนอพยพ, ลาวอพยพ, เนปาลอพยพ, อดีตจีนคอมมิวนิสต์มาลาया, ไทลื้อ, ผีตองเหลือง, ผู้อพยพเชื้อสายไทยจากเกาะกงกัมพูชา (ก่อน 15 พฤศจิกายน 2520), ผู้อพยพเชื้อสายไทยจากเกาะกงกัมพูชา (หลัง 15 พฤศจิกายน 2520), ผู้หลบหนีเข้าเมืองจากกัมพูชา, ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทยเข้ามาก่อน 9 มีนาคม 2519, ผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่าเชื้อสายไทยเข้ามาหลัง 9 มีนาคม 2519, และชุมชนบนพื้นที่สูง กล่าวโดยสรุป ลำดับความเป็นมาของการจัดแบ่งประเภทบุคคลเหล่านี้ มีดังนี้ (กฤตยา, 2554)

พ.ศ. 2515 กระทรวงมหาดไทยสำรวจคนไร้สัญชาติครั้งแรก โดยเริ่มสำรวจตามแนวตะเข็บชายแดนบนพื้นที่สูงเรียกชาวเขาหรือชนกลุ่มน้อยทะเบียนที่นับจดทะเบียนชนกลุ่มน้อยนี้เรียกว่า “ทร.13”

พ.ศ. 2526 กระทรวงมหาดไทยจัดทำเลขบัตรประชาชน 13 หลัก สำหรับผู้มีสัญชาติไทยและไม่มีสัญชาติไทย โดยคัดลอกมาจากทะเบียนที่จัดทำในพ.ศ. 2515 ใช้สีบัตรประจำตัวบุคคลเพื่อจำแนกชนกลุ่มน้อยได้ 19 กลุ่มย่อย แต่ละกลุ่มได้รับสถานะบุคคลแตกต่างกันไป รวมถึงถูกจำกัดสิทธิในการเดินทางและทำงานนอกพื้นที่

พ.ศ. 2547 กระทรวงมหาดไทยออกระเบียบ “ข้อกำหนดเกี่ยวกับบัตรประชาชนคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย” คนไม่มีสัญชาติไทยตามระเบียบนี้ หมายถึง คนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในประเทศไทยเป็นกรณีพิเศษตามอำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย โดยการอนุมัติของคณะรัฐมนตรีตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง

กระทรวงมหาดไทย โดยกรมการปกครอง ได้จัดการออกบัตรประจำตัวบุคคล 13 หลัก สำหรับผู้มีสัญชาติไทยและไม่มีสัญชาติไทย โดยใช้เลขเริ่มต้น 1-8, 0, 00 และ 000 เป็นเลขหลักในการแบ่งประเภทบุคคลได้ 11 กลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 4.1 ประเภทบุคคล (เลขหลักแรก) ของกรมการปกครอง
กระทรวงมหาดไทย

เลข	ประเภทบุคคล
1*	คนสัญชาติไทย ได้แจ้งเกิดภายในกำหนดเวลาและเกิดตั้งแต่ 1 มกราคม 2527 เป็นต้นไป
2*	คนสัญชาติไทย ได้แจ้งเกิดเกินกำหนดเวลาและเกิดตั้งแต่ 1 มกราคม 2527 เป็นต้นไป
3*	คนไทยและคนต่างด้าวที่มีใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าวและมีที่อยู่ในทะเบียนบ้านในสมัยเริ่มแรกตั้งต่อก่อน 31 พ.ค. 2527
4*	คนไทยและคนต่างด้าวที่มีใบสำคัญคนต่างด้าวแต่แจ้งย้ายเข้าโดยยังไม่มีเลขประจำตัวประชาชนในสมัยเริ่มแรก ตั้งต่อก่อน 31 พ.ค. 2527
5*	คนไทยที่ได้รับอนุมัติให้เพิ่มชื่อเข้าในทะเบียนบ้านในกรณีตกสำรวจหรือกรณีอื่น ๆ
6*	ผู้ที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายและผู้ที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมาย แต่จะอยู่ในลักษณะชั่วคราว ผู้เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย เช่น ชาวเขาหรือชนกลุ่มน้อยตามแนวชายแดน ส่วนผู้ที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายคือคนต่างชาติที่ถือพาสปอร์ตประเทศตนและมีสามีหรือภรรยาเป็นคนไทย ต้องการขึ้นทะเบียนเพื่อมีชื่อในทะเบียนบ้านของสามีหรือภรรยา
7*	บุตรของบุคคลประเภทที่ 6 ซึ่งเกิดในประเทศไทย
8*	คนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย คือ ผู้ที่ได้รับใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว หรือคนที่ได้รับการแปลงสัญชาติเป็นสัญชาติไทย และคนที่ได้รับการให้สัญชาติไทย ตั้งแต่หลังวันที่ 31 พฤษภาคม 2527 เป็นต้นไปจนปัจจุบัน
0 **	คนไร้รัฐ/ไร้รากเหง้า
00**	แรงงานข้ามชาติจากสามประเทศเพื่อนบ้าน (พม่า/กัมพูชา/ลาว)
000**	ผู้อพยพลี้ภัยจากประเทศพม่าที่อยู่ในที่พักพิงที่หน่วยงานราชการไทยจัดให้

ที่มา: สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ องค์การมหาชน, 2557; กฤตยา และกุลภา, 2556.

2. นิยาม

จากความเป็นมาของการจัดระบบทะเบียนของผู้มีปัญหาลานสถานะบุคคลโดยสังเขปข้างต้น กล่าวได้ว่า กลุ่มคนดังกล่าวแบ่งย่อยได้เป็นหลายกลุ่มหลายประเภท แต่เนื่องจากการศึกษานี้เป็นโครงการนำร่อง จึงจะทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มประชากรที่ได้ถูกจัดระบบและมีเลขบัตรประชาชนขึ้นต้นด้วยเลข “6” ซึ่งหมายถึง ผู้เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย ส่วนใหญ่เป็นชนกลุ่มน้อยตามแนวชายแดนได้รับสิทธิอาศัยอยู่ชั่วคราวมานานแล้ว และส่วนใหญ่จึงเป็นผู้สูงอายุ รุน่ป่วย/ตายาย ขณะที่ผู้มีเลขประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข “7” เป็นบุตรหลานของบุคคลประเภท “6” และเลข “0” เป็นบุคคลไม่มีสถานะทางทะเบียนบ้าน ทั้งสามกลุ่มส่วนใหญ่คือชนกลุ่มน้อยไร้สัญชาติที่เกิดในประเทศไทย รอพิสูจน์สัญชาติเพื่อการเข้าถึงสิทธิที่จำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิต

การศึกษานี้ได้กำหนดความหมายคำว่า “ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล” คือ ผู้หญิงที่เกิดในประเทศไทยหรืออาศัยอยู่ในประเทศไทยมาเป็นเวลานาน ได้รับการจำแนกและทำบัตรประจำตัวประชาชนที่ขึ้นต้นด้วยเลข “6”, “7”, และ “0” แต่ไร้สัญชาติ ทำให้ถูกสันนิษฐานว่าเป็นกลุ่มคนต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย ต้องรอการพิสูจน์สัญชาติไทย

3. จำนวนและสภาพการณ์ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล

3.1 จำนวนผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลทั่วประเทศ

เนื่องจากข้อมูลของผู้มีเลข 13 หลักนี้จัดเก็บโดยสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ซึ่งจากการศึกษาของกฤตยาและกุลภา (2556) ที่ได้ข้อมูลของผู้มีเลขประจำตัว 13 หลัก ขึ้นต้นด้วยเลข “6” เลข “7” และเลข “0” ณ วันที่ 13 มีนาคม 2556 ได้แสดงจำนวนผู้ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 614,360 คน (เฉพาะผู้มีบัตรประชาชนขึ้นต้นเลข “6” เลข “7” และเลข “0”) เป็นผู้หญิงจำนวน 300,093 คน หรือคิดเป็นประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรกลุ่มดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม จำนวนของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธินี้ มีหน่วยราชการอื่นๆ ได้จัดเก็บด้วยคือ กลุ่มประกันสุขภาพ¹⁴ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดเก็บข้อมูลจำนวนคนกลุ่มนี้ที่มอลงทะเบียนกับ “กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” เพื่อเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยตัวเลข ณ วันที่ 31 มีนาคม 2560 เฉพาะผู้มีบัตรประจำตัวประชาชนที่ขึ้นต้นด้วยเลข “6” มีจำนวน 205,605 คน เลข “7” มีจำนวน 73,180 คน และเลข “0-00” มีจำนวน 14,417 คน รวมเป็น 293,203 คน แต่ไม่แสดงข้อมูลแยกเพศ แต่คาดประมาณได้ว่าผู้หญิงน่าจะมียู่ประมาณครึ่งหนึ่งของตัวเลขรวมนี้ คือประมาณ 1.45 แสนคน

ขณะที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีข้อมูลผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่มาใช้สิทธิรักษาพยาบาลตามมติคณะรัฐมนตรี 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 เรื่องกองทุนคืนสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข (ดังตัวเลขที่แสดงในตาราง 4.2) ซึ่งฐานข้อมูลอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจาก สปสช. เป็นกองทุนเฉพาะผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น คนที่รอการพิสูจน์สิทธิหรือสถานะจะอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข การทำงานลักษณะดังกล่าวต้องมีการประสานส่งต่อฐานข้อมูลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีข้อมูลชุดเดียวกัน แต่ที่ผ่านมาเกิดปัญหาเรื่องการประสานงาน ทำให้มีบุคคลที่ไร้สถานะไม่อยู่ในฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขจำนวนเกือบหนึ่งแสนคน นั้นหมายความว่า ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลกลุ่มนี้กำลังประสบปัญหาด้านการบริการสุขภาพและเข้าไม่ถึงสิทธิทางสุขภาพ โดยไม่มีหน่วยงานรองรับและเกิดปัญหา ร้องเรียนขึ้นมา อย่างไรก็ตาม สปสช. ได้ทำหนังสือแจ้งไปยังกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ปรับฐานข้อมูลดังกล่าวเมื่อ 27 ธันวาคม 2556

¹⁴ ปัจจุบัน (พ.ศ. 2560) เปลี่ยนชื่อเป็น กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

ตาราง 4.2 จำนวนครั้งของผู้มาใช้สิทธิตามหลักสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกตามกลุ่มผู้ใช้บริการปีงบประมาณ 2555-2559 (คนใช้นอก - OPD)

ปีงบประมาณ	จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการ (ครั้ง)		บุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ครั้ง)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
2555	69,824,196	95,461,110	124,419	180,455
2556	77,138,652	104,032,482	172,510	250,654
2557	80,187,567	108,162,646	229,381	341,605
2558	87,041,663	117,358,728	225,163	342,343
2559	89,770,866	120,223,757	223,914	335,592

ที่มา: ระบบคลังข้อมูล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560

จากการประมวลผลการใช้บริการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้มีปัญหาละเลยสถานะบุคคล โดยนับเป็นรายครั้งที่เข้ารับบริการในตาราง 4.2 พบว่า ผู้มีปัญหาละเลยสถานะบุคคลเพศหญิงมาใช้บริการสุขภาพกองทุนหลักประกันสุขภาพมากขึ้นทุกปี และแต่ละปีมีเข้าใช้บริการมากกว่าเพศชาย

3.2 ผู้มีปัญหาละเลยสถานะบุคคลได้รับการปฏิบัติด้านการรักษาพยาบาลที่ไม่เท่าเทียม

จากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ว่า ผู้มีปัญหาละเลยสถานะบุคคลถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนและขาดสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุขในเกือบทุกด้าน มีสภาพความเป็นอยู่ที่ไม่ประจบประแจง มีโอกาสสูงที่จะถูกเอาเปรียบถูกแสวงหาประโยชน์ และถูกเลือกปฏิบัติและถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 8 ด้าน คือ (1) การถูกบังคับให้เป็นผู้พลัดถิ่นในประเทศ (2) การขาดความมั่นคงเรื่องที่ทำกิน

(3) การถูกปฏิเสธให้จดทะเบียนการเกิด (4) ความยากลำบากในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล (5) การทำงานและได้รับการคุ้มครองแรงงานตามกฎหมายไทย (6) ความยากลำบากในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม (7) การห้ามเดินทางออกนอกพื้นที่ควบคุม และ (8) ความยากลำบากในการเข้าถึงการศึกษา (กฤตยา, 2554) สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาแต่ละด้านข้างต้นนี้มีจำนวนมากและไม่สามารถนำมาแสดงได้หมดภายใต้กรอบเวลาของโครงการนี้ ดังนั้นโครงการฯ จะขอหยิบยกตัวอย่างเฉพาะปัญหาการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลของประชากรกลุ่มนี้มาอภิปรายอย่างละเอียด

ก่อนการประกาศนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2545 คนไร้สัญชาติที่มีบัตรประจำตัวขึ้นต้นด้วยเลข “6” และ เลข “7” มีสิทธิซื้อบัตรสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยใน “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล” (สปร.) สามารถใช้สิทธิรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่เมื่อเกิดโครงการบัตรทอง (30 บาทรักษาทุกโรค) ให้สิทธิการรักษาเฉพาะบุคคลที่มีสัญชาติไทย ทำให้คนเหล่านี้ถูกริบสิทธิด้านการรักษาพยาบาล ต่อมาภาคประชาชนที่ทำงานกับผู้มีปัญหาสถานะบุคคลได้รณรงค์ให้รัฐบาลคืนสิทธินี้สำเร็จใน พ.ศ. 2553 มีผู้ได้รับคืนสิทธิจำนวน 457,409 คน (กฤตยา, 2554) และเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2558 คณะรัฐมนตรีเศรษฐกิจอนุมัติเพิ่มกลุ่มคนไร้สถานะในกองทุนคืนสิทธิจำนวน 208,631 คน (วิวัฒน์, 2558)

ถึงแม้คนกลุ่มนี้บางส่วนจะได้รับการคืนสิทธิ แต่สิทธิการรักษาก็ไม่เทียบเท่ากับกองทุนอื่น เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วิวัฒน์ ตามี¹⁵ ยอมรับ

15 วิวัฒน์ ตามี ผู้จัดการโครงการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้มีปัญหาสถานะบุคคล ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาประชาชนบนพื้นที่สูง (ศปส.) มูลนิธิพัฒนาภาคเหนือ หนึ่งในผู้ผลักดันการจัดตั้ง กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขให้กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะ

ว่ากองทุนนี้มีปัญหาด้านการบริหารจัดการ ส่งผลให้เกิดความความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากเป็นกองทุนที่ดูแลคนเพียง 4-5 แสนคน ทำให้งบประมาณและการบริหารจัดการเป็นไปอย่างจำกัด กลุ่มคนที่รอพิสูจน์สถานะและสิทธินี้ไม่ต่างกับคนไทย เพราะเป็นกลุ่มคนที่อยู่ในประเทศไทยมานานจึงควรได้รับสิทธิที่เท่าเทียม โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลที่ไม่ควรถูกเลือกปฏิบัติ แต่ประเทศไทยก็ยังมีทัศนคติที่มองว่าพวกเขาไม่ใช่คนไทย แม้จะให้สิทธิรักษาพยาบาลก็ยังไม่เป็นสิทธิที่ไม่เท่าเทียมและเหลื่อมล้ำ เป็นพลเมืองชั้น 2 ในแผ่นดินเกิดของตัวเองอยู่ตลอดเวลา (ทำความเข้าใจ “แรงงานข้ามชาติ” ในไทย พลเมืองชั้น 2 - สุขภาพชั้นล่างสุด (ตอนที่1), 1 สิงหาคม 2559)

นอกจากนี้ ผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลต้องรอการพิสูจน์สัญชาติที่ใช้เวลานาน ไม่มีกรอบเวลาที่ชัดเจน ดังรายงานการประเมินสถานการณ์สิทธิมนุษยชนในประเทศไทย และรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2557 ที่ระบุว่ากระบวนการพิสูจน์และรับรองสถานะของประชากรกลุ่มนี้มีความล่าช้า และเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความเข้าใจด้านกฎหมาย (คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, 2558)

4. หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล

ตารางที่ 4.3 แสดงหน่วยงานจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล

ตาราง 4.3 แสดงหน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล

หน่วยงาน ที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
1. กระทรวง มหาดไทย	<ul style="list-style-type: none"> บัตรประจำตัวบุคคลผู้ที่ย้ายถิ่นคำร้องขอทำบัตรประจำตัวตามระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการจัดทำบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย พ.ศ.2551 	<ul style="list-style-type: none"> สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลภาพรวมระดับประเทศ แสดงจำนวนยอดรวมประชากรไม่มีสัญชาติไทย หากต้องการข้อมูลเฉพาะเจาะจงต้องทำหนังสือขอ
2. กระทรวง สาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> เว็บไซต์ “กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” บริการข้อมูลและให้รายละเอียดการสมัครการตรวจสอบสิทธิและสิทธิประโยชน์ทางการรักษา และจำนวนผู้มาขึ้นทะเบียนรายเดือนแยกตามเลขรหัส เขตพื้นที่ และจังหวัด ข้อมูลการได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข ตามมติ ครม. 23 มี.ค. 2553 	<ul style="list-style-type: none"> กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลภาพรวมการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพของผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ แสดงข้อมูลไม่แยกเพศ จัดเก็บจำนวนประชากร กลุ่ม 0-00, 0-89, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8

หน่วยงาน ที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
3. สำนักงาน หลักประกัน สุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.)	<ul style="list-style-type: none"> “รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ 2559” ข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณ แยกเป็นประเภทผู้มาใช้สิทธิกองทุนฯ เช่น บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ 	<ul style="list-style-type: none"> จัดเก็บจากสถานพยาบาลในสังกัด มีระบบฐานข้อมูลภายใน สามารถเรียกดูข้อมูลได้ และสามารถทำข้อมูลแยกเพศได้ 	<ul style="list-style-type: none"> แยกให้เห็นกลุ่มประชากรผู้มีปัญหาสถานะบุคคลและสิทธิที่เข้ามาใช้สิทธิในสถานพยาบาลในสังกัด แต่การทำรายงานประจำปี นำเสนอข้อมูลรวม ไม่แยกเพศ
4. กระทรวง ศึกษาธิการ	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลพื้นฐานผู้เข้ารับการศึกษา โดยศูนย์การเรียนรู้จำแนกชนเผ่า/ชนกลุ่มน้อย/กลุ่มชาติพันธุ์/เด็กชายขอบ 	<ul style="list-style-type: none"> สถานศึกษาจัดเก็บข้อมูลจากนักเรียน โดยแบบเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลเด็กรหัส G 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลที่อาจสะท้อนให้เห็นการเข้าถึงสิทธิทางการศึกษา ไม่พบข้อมูลสถิติจำนวนนักเรียนชนเผ่า/ชนกลุ่มน้อย/กลุ่มชาติพันธุ์/เด็กชายขอบ จากการรายงานประจำปีของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.ศธ.

หน่วยงาน ที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
5. โรงเรียน ตำรวจ ตระเวน ชายแดน สำนักงาน ตำรวจแห่ง ชาติ	<ul style="list-style-type: none"> จำนวนนักเรียนตามโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน 	<ul style="list-style-type: none"> สถานศึกษาจัดเก็บข้อมูลจากนักเรียน 	
6. เครือข่าย ชนเผ่าพื้น เมืองแห่ง ประเทศไทย	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขในกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลจากองค์กรเครือข่าย 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลจากองค์กรเครือข่าย
7. ศูนย์ มานุษย วิทยา สิรินธร (องค์การ มหาชน)	<ul style="list-style-type: none"> เว็บไซต์ของศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร บริการเอกสาร/ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> จัดทำเอง 	<ul style="list-style-type: none"> เป็นแหล่งข้อมูลทางด้านมานุษยวิทยา และกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย 36 กลุ่ม ตั้งแต่ พ.ศ.2541

สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังต่อไปนี้

4.1 หน่วยงานรัฐและและเอกชนที่จัดเก็บข้อมูลจำนวนประชากรผู้มีปัญหาสถานะบุคคล

หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลจำนวนผู้มีปัญหาสถานะบุคคล แบ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชน โดยหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ (1) สำนักบริการการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย จัดเก็บข้อมูลประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย ในยอดรวม (2) กระทรวงศึกษาธิการ จัดเก็บจำนวนนักเรียนนักศึกษาไร้สัญชาติ (เด็กรหัส G: Generate คือ การออกเลขประจำตัว 13 หลัก ซึ่งเป็นเลขที่ถูก กำหนดขึ้น โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำหรับ หน่วยงานอื่น มีการกำหนดรหัสอื่นเพื่อใช้ภายในของแต่ละหน่วยงาน) ภายใต้ โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) ในปี 2559 มีเด็กนักเรียนรหัส G ตั้งแต่ชั้นอนุบาลถึงมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ทั้งสิ้น 68,914 คน แบ่งเป็น นักเรียนหญิง 33,690 คน นักเรียนชาย 35,224 คน ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับประถมศึกษาจำนวน 49,567 คน หรือประมาณร้อยละ 72 (รังสรรค์, 2560) นอกจากนี้ยังพบนักเรียนชนกลุ่มน้อยตาม (3) โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตามแนวพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตน-ราชสุดาฯ ส่วนองค์กรพัฒนาเอกชน ได้แก่ เครือข่ายชนเผ่าพื้นเมืองแห่ง ประเทศไทย ทำงานกับคนที่มีปัญหาสถานะบุคคลเพื่อผลักดันให้ได้รับกองทุน คินสิทธิการรักษาพยาบาลกลุ่มคนไร้สถานะ

4.2 กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. มีการจัดเก็บข้อมูลผู้มีปัญหาสถานะบุคคลในด้านการเข้าถึงบริการทางสุขภาพในภาพรวมทั้งประเทศ

หน่วยงานที่พบว่ามีการจัดเก็บข้อมูลผู้มีปัญหาสถานะบุคคล คือ (1) กลุ่ม ประกันสุขภาพ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำข้อมูลบุคคลมีปัญหา สถานะและสิทธิ ที่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข ตามมติคณะรัฐมนตรี 23 มีนาคม 2553 ในฐานะหน่วยงานดำเนินการ และมีเว็บไซต์ “กองทุนบุคคล ที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” บริการข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น วิธีการลงทะเบียน

เข้ากองทุน การตรวจสอบสิทธิ สิทธิประโยชน์ และจัดเก็บจำนวนผู้มาลงทะเบียน เป็นรายเดือนแยกตามเลขนรหัสกลุ่มประชากร และแบ่งตามเขตพื้นที่ รายจังหวัด ไม่พบการแยกเพศ (2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดเก็บข้อมูล จำนวนบุคคลที่มีปัญหาสถานะที่มาลงทะเบียนสิทธิฯ จำแนกตามปีงบประมาณ ยังไม่พบข้อมูลแยกเพศที่จัดทำเผยแพร่ทั่วไป แต่สามารถทำเรื่องขอเป็นการ เฉพาะได้

4.3 สถานศึกษาหรือสถาบันวิจัยมีการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา คนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิเพื่อประโยชน์ในการผลักดันนโยบาย คุ่มครองสิทธิ

จากการศึกษาพบการวิจัยศึกษาเกี่ยวกับคนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ หลายชิ้น แต่โครงการศึกษานี้ขอหยิบยกเฉพาะบางชิ้นเพื่อเป็นตัวอย่าง คือ งาน ศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ทำการศึกษาถึงสภาพปัญหาและสถานการณ์ที่คนกลุ่มนี้ที่ถูกเลือกปฏิบัติและ เข้าไม่ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานที่จำเป็นโดยเฉพาะสิทธิด้านการรักษาพยาบาล ส่วน สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ เกี่ยวกับ คนที่มีปัญหาสถานะบุคคลเพื่อการขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านสุขภาพ

4.4 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้มีปัญหาสถานะบุคคลในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นสถิติ เชิงปริมาณแสดงจำนวนประชากรและจำนวนผู้เข้าถึงกองทุนทางสุขภาพ ข้อมูลแยกเพศมีจำกัด

ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้มีปัญหาสถานะบุคคลมีหน่วยงานจัดเก็บตัวเลขใน ภาพรวม คือ สำนักบริหารการทะเบียน ที่แยกประเภทกลุ่มบุคคลเหล่านี้ตาม ลักษณะปัญหา และใช้รหัสตัวเลขนำหน้าบัตรประชาชนระบุประเภทกลุ่มประชากร และคาดว่าจะสามารถจัดทำข้อมูลแยกเพศได้ แต่การศึกษานี้ยังไม่พบข้อมูลแยกเพศ ที่จัดทำเพื่อการเผยแพร่ทั่วไป ส่วนข้อมูลจำนวนนักเรียนนักศึกษาที่ไร้สัญชาติ

จัดเก็บโดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และพบจำนวนเรียน
โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ยังไม่พบข้อมูลแยกเพศ

ข้อมูลการเข้าถึงกองทุนให้สิทธิ (คีนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานทางสาธารณสุขให้
คนที่มีปัญหาสถานะบุคคล (ชื่อตามมติ ครม.) มีหน่วยงานหลักที่ให้บริการข้อมูล
และบันทึกจำนวนผู้ลงทะเบียนตามสิทธิเป็นรายเดือนผ่านเว็บไซต์ “กองทุน
บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ” และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
มีการแสดงจำนวนประชากรที่มาลงทะเบียนสิทธิจำแนกตามประเภทสิทธิซึ่ง
รวมผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลด้วยนั้น จัดทำรายงานเป็นตัวเลขเชิงสถิติภาพรวม
ไม่พบการแยกเพศ

ข้อมูลเชิงวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการถูกเลือกปฏิบัติ และเข้าไม่ถึงสิทธิ
จำเป็นขั้นพื้นฐาน เช่น สิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิการศึกษา สิทธิแรงงานได้รับ
การคุ้มครองตามกฎหมาย สิทธิในทรัพย์สินและที่ทำกิน เป็นต้น จากการสำรวจ
พบว่ามีการศึกษาอยู่จำนวนมาก แต่โครงการขอขยับขามาเป็นตัวอย่างบางชิ้น
ซึ่งงานเหล่านี้เป็นข้อมูลเชิงลึกเพื่อผลักดันทางกฎหมายและนโยบาย มีการจัดทำ
โดยสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ที่มีการเผยแพร่บทความการศึกษาที่ตีพิมพ์
นอกจากนี้ยังมีสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สนับสนุนโครงการพัฒนา
องค์ความรู้เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายด้านสิทธิสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้

5. ช่องว่างการจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล ในปัจจุบัน

จากการศึกษาพบว่า มีการจัดเก็บข้อมูลจำนวนประชากรผู้ที่มีปัญหาสถานะ
บุคคลในระดับภาพรวมทั้งประเทศ และจำนวนผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลที่ได้ลง
ทะเบียนกองทุนให้สิทธิ (คีนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่เป็น
ข้อมูลจำนวนรวมที่น่าจะเสนอแบบแยกเพศได้ การจัดทำรายงานเพื่อเผยแพร่
ทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่เป็นข้อมูลภาพรวม มีข้อมูลแยกเพศอย่างจำกัด ทำให้อาจ

ไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์ปัญหาเฉพาะของผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล ซึ่งข้อมูลนี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเรื่องการกำหนดและดำเนินนโยบายที่ละเอียดอ่อนต่อสภาพปัญหาที่แตกต่างกันของหญิงและชายได้

ทั้งนี้ การจัดทำฐานข้อมูลที่ไม่แยกเพศนั้นไม่ได้หมายความว่า ตัวผู้ปฏิบัติงานไม่ตระหนักหรือไม่ละเอียดอ่อนต่อประเด็นเพศสภาพหรือเงื่อนไขทางชีวิตที่แตกต่างระหว่างหญิงชาย หากแต่อาจเป็นเรื่องระบบการดำเนินการ เริ่มตั้งแต่การกำหนดนโยบายที่มักพูดถึงเฉพาะปัญหาร่วมแบบภาพรวม นำไปสู่การกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานที่อาจมองปัญหาในภาพรวม ซึ่งอาจจะเลยเรื่องความแตกต่างระหว่างเพศ ส่งผลต่อการปฏิบัติการต่างๆ รวมถึงการจัดทำข้อมูลให้ออกมาในลักษณะตัวเลขรวมไม่แยกเพศ ทำให้ปัญหาเฉพาะของผู้หญิงไม่มีโอกาสปรากฏตัวออกมาให้เห็น เพราะถูกปิดบังด้วยปัญหาร่วมเท่านั้น ส่งผลให้ระดับนโยบายไม่ได้รับข้อมูลในส่วนนี้ จึงนำไปสู่การดำเนินนโยบายแบบภาพรวมต่อไป

เพื่อเป็นการลดช่องว่างและแก้ปัญหาการจัดทำฐานข้อมูลผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล โครงการศึกษานี้ จึงขอเสนอกรอบการวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health) ของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ เพื่อให้สามารถแยกแยะถึงปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้หญิงรวมถึงให้ทราบรากเหง้าต้นตอปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้หญิงกลุ่มดังกล่าวได้ โดยจะนำเสนอในหัวข้อถัดไป

5.1 การวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล

กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลในการศึกษานี้ ทำการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับการวิเคราะห์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน โดยสามารถแยกแยะให้เห็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลได้ดังตารางด้านล่างนี้

ตารางที่ 4.4 วิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ
ของผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	1 วิถีชีวิต ส่วนบุคคล (individual lifestyle)	2 เครือข่าย สังคมชุมชน (social & community)	3 สภาพการ ใช้ชีวิต (living conditions)	4 สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม
<p>ผู้หญิงที่มี ปัญหา สถานะ บุคคล: เกิดมาเป็น ผู้หญิงชาติ พันธุ์ชน กลุ่มน้อย</p>	<ul style="list-style-type: none"> • มีภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่างไปแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ • ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรมและหรือรับจ้างทั่วไป • มีโอกาสในการเลือกดำเนินชีวิตค่อนข้างน้อย • มีการศึกษาโดยเฉลี่ยน้อยกว่าคนที่มิสถานะบุคคลแล้วเนื่องจากเข้าถึงการศึกษาได้ลำบาก 	<ul style="list-style-type: none"> • กลัว และไม่มั่นใจเมื่อต้องไปใช้บริการต่างๆ จากภาครัฐ • ถูกมองว่าเป็นภัยต่อความมั่นคงของประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> • ถูกจำกัดการเดินทางบังคับให้ใช้ชีวิตในพื้นที่ห่างไกลจากระบบสาธารณสุขที่ดี • มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพหรือได้รับบริการที่ด้อยกว่าคนสัญชาติไทย • มีข้อจำกัดการเข้าถึงการศึกษาระดับสูง • มีข้อจำกัดในการเลือกอาชีพที่ก้าวหน้าหรือได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> • อคติความไม่เป็นธรรมทางเพศที่กดขี่เพศหญิงแฝงในวัฒนธรรมของแต่ละชาติพันธุ์ • แนวคิดสร้างรัฐชาติ สมัยใหม่และชาตินิยม • แนวคิดความมั่นคงของชาติ

ปัจจัยส่วน บุคคล	1 วิถีชีวิต ส่วนบุคคล (individual lifestyle)	2 เครือข่าย สังคมชุมชน (social & community)	3 สภาพการใช้ ชีวิต (living conditions)	4 สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม
			<ul style="list-style-type: none"> • มีข้อจำกัดในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม • เสี่ยงต่อการถูกแสวงหาผลประโยชน์ด้วยการจ้างวานให้ทำผิดกฎหมาย 	
การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลในปัจจุบัน				
<ul style="list-style-type: none"> • มติ ครม. 5 ก.ค. 2547 และระเบียบ ศษ. พ.ศ.2548 เรื่องจัดการศึกษาแก่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล • ประกาศ มท. 2 ก.พ. 2553 อนุญาตให้ออกนอกพื้นที่ควบคุมชั่วคราวเพื่อเข้าเรียน • ประกาศ มท. 1 ต.ค. 2551 อนุญาตให้อยู่อาศัยชั่วคราว • พรบ.การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2551 ไม่เอื้อต่อให้มีอาชีพที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย • กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ตามมติ ครม. 23 มี.ค. 2553 				

ที่มา: Dahlgren and Whitehead, 1991.

จากตารางข้างต้นจะพบว่า ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลต้องเผชิญกับเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตมาก ทำให้เข้าไม่ถึงสิทธิและโอกาสต่างๆ ทางสังคม รวมถึงยังมีเรื่องความไม่เป็นธรรมทางเพศที่แฝงไว้ในขนบประเพณีของแต่ละ

ชาติพันธุ์ด้วย เหล่านี้ย่อมส่งผลเสียต่อสุขภาพ ดังจะได้อธิบายต่อไปนี้

5.2 ผู้หญิงชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยถูกระบวนการผลักดันให้เป็นคนชายขอบ ทำให้ตกอยู่สภาพชีวิตที่ยากลำบากไร้ทางเลือก และเข้าไม่ถึงสิทธิจำเป็น ในการดำเนินชีวิตเกือบทุกด้าน เป็นการลดทอนศักยภาพที่จะรักษาสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การที่ผู้หญิงคนหนึ่งเกิดมาเป็นชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อย ซึ่งถูกทำให้กลายเป็นคนชายขอบของสังคม นำมาซึ่งการถูกแบ่งแยกกีดกันและถูกพรากสิทธิการมีชีวิต ในฐานะมนุษย์คนหนึ่งบนโลกได้อย่างไร้นั้น งานของกุลภา (2555) นำเสนอให้เห็นกระบวนการผลักดันคนให้เป็นชายขอบในสังคมไทย โดยเริ่มจากกระบวนการสร้างรัฐชาติไทย (Thai-ization) ที่มีการกำหนดอาณาเขตระหว่างประเทศและมีการสำรวจคนไว้ในชาติเดียวกันภายใต้การปกครองเดียว และลัทธิชาตินิยมหรือสร้างวัฒนธรรมแห่งชาติที่เป็นแบบแผนเดียวกันทำให้ผู้คนที่หลากหลายชาติพันธุ์ต่างวัฒนธรรมที่เคยอาศัยปะปนอยู่ในดินแดนแถบนี้จำนวนไม่น้อย กลายเป็นคนชายขอบไปโดยปริยาย อีกทั้งการพัฒนาประเทศดำเนินตามกระแสโลก คือการก้าวสู่ความทันสมัย (modernization) ด้วยเศรษฐกิจทุนนิยมเสรี โดยใช้นโยบายทางเศรษฐกิจที่ไม่เป็นธรรมให้ความสำคัญกับชาวเมืองมากกว่าชนบท ส่งเสริมอุตสาหกรรมมากกว่าเกษตรกรรม ทำให้ภาคเกษตรถูกทอดทิ้ง ก้นออกจากระแสการพัฒนาและกลายมาเป็นผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ (globalization) ทำให้เศรษฐกิจทุนนิยมไร้พรมแดนแผ่ครอบคลุมโลกอย่างเสรีทำให้เกิดช่องว่างระหว่างชนชั้นที่ช่องว่างของรายได้ระหว่างคนจนและคนรวยห่างกว้างขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสรุปแล้ว การถูกทำให้เป็นชายขอบเกิดจากกระบวนการใช้อำนาจในโครงสร้างความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมและการสร้างวาทกรรมการรับรู้การจำแนกแยกพวก (exclusion) คนในสังคม

ด้วยกระบวนการดังกล่าว ทำให้ผู้หญิงชาติพันธุ์กลุ่มน้อยถูกกีดกันออกจากสิทธิการเป็นพลเมือง การเมือง สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ส่งผลให้ขาดสิทธิขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติเกือบทุกด้าน อาทิเช่น ไม่มีเสรีภาพในการเดินทาง ไม่มีสิทธิทางการเมือง ไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพหรือได้บริการที่ไม่เท่าเทียมกับคนสัญชาติไทย ไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย แรงงาน ไม่ได้เรียนหนังสือหรือไม่มีโอกาสเรียนในระดับสูง เข้าไม่ถึงกระบวนการยุติธรรมคุ้มครองตามกฎหมาย และไม่สามารถใช้ชีวิตที่มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เป็นต้น

การถูกกีดกันจากสิทธิขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ทำให้ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลต้องใช้ชีวิตอย่างยากลำบาก มีเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตมากมายที่เป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเอง หรือทำให้ตัวเองมีความก้าวหน้าในอาชีพการงานอันจะนำมาซึ่งศักยภาพในการรักษาสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในที่สุด

5.3 ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล ใช้ชีวิตยากลำบากไร้ทางเลือกทำให้ชีวิตเสี่ยงต่อการถูกเอาเปรียบให้ทำงานผิดกฎหมาย นำมาซึ่งทัศนคติแง่ลบต่อชนกลุ่มน้อย ยิ่งตอกย้ำซ้ำเติมให้ออกห่างจากบริการต่างๆ โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น

การถูกทำให้เป็นคนชายขอบที่มีชีวิตลำบากยากจนทำให้ไร้อำนาจต่อรองใดๆ หลายคนเป็นเกษตรกรมีรายได้ต่ำ หลายคนรับจ้างใช้แรงงานทั่วไป และหลายคนอาจเสี่ยงต่อการถูกแสวงหาผลประโยชน์ด้วยการถูกจ้างวานให้ทำผิดกฎหมาย เช่น ตัดไม้ทำลายป่า หรือขนยาเสพติด ด้วยวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการถูกเอาเปรียบลักษณะนี้ทำให้เกิดอคติทางชาติพันธุ์ (ดูถูกเหยียดหยาม) ถูกมองว่าเป็นภัยความมั่นคงของชาติ เป็นต้นเหตุของการแพร่ระบาดของยาเสพติด และเป็นพวกตัดไม้ทำลายป่า ก็ยิ่งทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติและอคติต่อคนกลุ่มนี้มากขึ้น ซึ่งยิ่งเพิ่มความไม่เป็นชายขอบมากกว่าเดิม (กาญจนา และธีรณรงค์, 2555)

ด้วยอคติดังกล่าวที่นำไปสู่การเลือกปฏิบัตินี้กลายเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการต่างๆ โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพหลังมีการประกาศนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค ส่งผลให้คนเหล่านี้ถูกกีดรอนสิทธิด้านสุขภาพในการซื้อบัตรสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยจากโรงพยาบาลใกล้บ้านในโครงการ “สวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล” (สปร.) ราคา 300-500 บาทต่อครอบครัวและรัฐสมทบให้ส่วนหนึ่งสามารถรับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ผลจากนโยบาย 30 บาทนี้ทำให้บัตรสุขภาพดังกล่าวถูกยกเลิก คนกลุ่มนี้ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเอง โรงพยาบาลบางแห่งก็ให้ความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรม บางแห่งก็กลัวว่าถ้ารักษาจะผิดกฎหมาย (กฤตยา, 2554) ทำให้ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพ มีงานวิจัยหลายชิ้นยืนยันสอดคล้องกันว่า หากแรงงานข้ามชาติและผู้มีปัญหาสถานะบุคคลเจ็บป่วยไม่มากมักซื้อยามกินเอง ยกเว้นเมื่อเจ็บป่วยหนักหรือประสบอุบัติเหตุร้ายแรงจึงจะมาใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐ โดยจ่ายค่ารักษาเอง แต่ในกรณีที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจไม่เต็มใจนักในการให้บริการ เพราะรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองมีภาระเพิ่มขึ้น และมีอุปสรรคเรื่องการสื่อสารเพราะภาษาที่แตกต่างด้วย (ทำความเข้าใจ “แรงงานข้ามชาติ” ในไทย พลเมืองชั้น 2 - สุขภาพชั้นล่างสุด (ตอนที่ 1), 1 สิงหาคม 2559)

นอกจากนี้ คนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติจำนวนมากรู้สึกว่าคุณค่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจไม่เต็มใจให้บริการคนชายขอบอย่างพวกเขา เช่น ให้การรักษาจริงแต่ไม่ได้ยาที่ดีมีคุณภาพ (กฤตยา, 2554) แม้ปัจจุบันผู้มีปัญหาสถานะบุคคลได้รับคืนสิทธิการซื้อบัตรประกันสุขภาพแล้วตามกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข แต่คุณภาพการให้บริการก็ยังมีปัญหาอยู่มากดังจะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะพบว่าผลกระทบทำให้เป็นคนชายขอบและทัศนคติเชิงลบต่อชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อย ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตเชิง

ลต่อสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถรักษาสุขภาพเองได้และไม่ได้รับการคุ้มครองในระบบสุขภาพ นั้นหมายรวมถึงผู้หญิงชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยที่มีปัญหาสถานะบุคคลที่ต้องการบริการที่จำเป็นทางสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น การตรวจมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก หรือปัญหาด้านสุขภาพทางเพศเฉกเช่นผู้หญิงจำนวนมาก ก็ยิ่งห่างไกลจากบริการด้านสุขภาพดังกล่าวเป็นสาเหตุให้ชีวิตของหญิงเหล่านี้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้มากกว่าคนส่วนใหญ่ของประเทศ

5.4 ผู้หญิงชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อยเผชิญกับความไม่เป็นธรรมทางเพศที่แฝงอยู่ในชนบประเพณีของแต่ละชาติพันธุ์

ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงชาติพันธุ์/ชนกลุ่มน้อย ซึ่งถูกกีดรอนสิทธิในการดำรงชีวิตในทุกด้าน การใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนที่เป็นชาติพันธุ์ของตัวเองยังถูกเอาเปรียบและกดขี่ด้วยวัฒนธรรมชนบประเพณีไม่เป็นธรรมทางเพศ

วัฒนธรรมทางเพศของชนเผ่า ไม่ว่าจะเป็ น ลานู๋ อาฮา เมียน ลีซู มัง ที่ค่อนข้างเปิดให้เด็กที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นนอายุระหว่าง 12-15 ปี สามารถจับกัน/มีเพศสัมพันธ์กันได้ เช่น การมีสถานที่เฉพาะให้หญิงชายได้มาเก็ยวพาราสีกันเป็นปกติอย่าง ที่เรียกว่า “กะลาล่าเซอ” ของอาฮา หรือสามารถกระทำได้ในที่สาธารณะทั่วไป ดังนั้น การท้องก่อนแต่งจึงไม่ได้เป็นปัญหาใหญ่ในเผ่า และผู้หญิงชนเผ่ามักแต่งงานเมื่ออายุน้อย หลังจากแต่งงาน ผู้หญิงต้องไปอยู่บ้านผู้ชายและต้องทำงานหนัก ทั้งงานบ้านและงานในไร่ และบางเผ่าถือว่าการแต่งงานคือการหาแรงงานเพิ่ม ถือเป็นการซื้อผู้หญิงเข้าบ้าน หากพ่อแม่ฝ่ายหญิงพอใจกับค่าสินสอดก็สามารถตกลงให้ลูกสาวแต่งงานโดยไม่ต้องถามความสมัครใจ ขณะที่ชนเผ่าอาฮา ถ้าผู้หญิงไม่สามารถมีลูกชายได้ ผู้ชายสามารถหาภรรยาใหม่ได้ และในเกือบทุกเผ่าผู้ชายสามารถมีเมียได้หลายคน ในขณะที่ผู้หญิงเมื่อแต่งงานถือเป็นสมบัติของสามี (กฤตยา, 2541)

ผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว เหมือนถูกขายเป็นแรงงานในบ้าน ต้องทำงานหนัก มีผู้หญิงจำนวนหนึ่งทนงานหนักไม่ไหวทำให้ต้องหย่าร้าง แต่สิ่งที่ต้องเจอต่อไป คือ อาจถูกเรียกคืนสินสอด ต้องมีการไต่สวน และหลายเผ่ามีวัฒนธรรมไม่ยอมให้ลูกสาวที่แต่งงานออกไปแล้วกลับมาอยู่บ้านเดิม ทำให้ผู้หญิงบางคนที่ย่าร้าง ต้องออกไปทำงานนอกหมู่บ้าน หรือหลายคนไม่มีที่ไปและไม่มีทางเลือกต้องทนรับสภาพเป็นแรงงานในครัวเรือนต่อไป ความไม่เป็นธรรมทางเพศที่แฝงมาในรูปของชนบประเพณีวัฒนธรรมลักษณะนี้ ที่ทำร้ายสุขภาพกาย ใจ และทำให้ผู้หญิงใช้ชีวิตที่ไร้ทางเลือกและไร้ทางออก ถูกกระทำซ้ำๆ ส่งต่อไปยังผู้หญิงรุ่นต่อรุ่น จนกลายเป็นเรื่องปกติ

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาได้มีความพยายามทำงานในกลุ่มผู้หญิงชนเผ่าเพื่อแก้ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางเพศนี้ โดยเฉพาะในกรณีที่ถูกสาวแต่งงานแล้ว หากหย่าหรือสามีตาย หรือถูกไล่ออกจากบ้านสามี ไม่สามารถกลับมาอยู่บ้านเดิมตนเองได้ ซึ่งเริ่มประสบความสำเร็จในบางชุมชนและในบางเผ่า (รับลูกสาวกลับบ้าน: ขจัดความไม่เท่าเทียมทางเพศในชุมชนม้งด้วยพิธีกรรม, 28 พฤศจิกายน 2560)

5.5 การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลในปัจจุบัน

จากตารางที่ 4.4 พบว่าการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลในปัจจุบันยังไม่มีเป็นการเฉพาะ การดำเนินงานทั้งหมดเป็นไปในภาพรวมไม่จำแนกแยกเพศหรือมีมาตรการพิเศษเฉพาะสำหรับผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล ปัจจุบันมีการดำเนินงานเพื่อช่วยให้ผู้มีปัญหาสถานะบุคคลเข้าถึง สิทธิในการพำนักในประเทศไทยเป็นการชั่วคราวในเขตพื้นที่ควบคุม สิทธิทางการศึกษาและสิทธิเดินทางออกนอกพื้นที่เพื่อเข้าเรียนในสถานศึกษา และสิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนสิทธิที่ยังไม่มีการดำเนินนโยบายที่ชัดเจน คือ สิทธิในการทำงาน

การดำเนินงานที่ส่งผลบวกแก่ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล เพื่อช่วยให้เข้าถึงสิทธิ ด้านต่างๆ ได้มากกว่าเดิม เช่น เรื่องที่อยู่อาศัย มีประกาศของกระทรวงมหาดไทย

วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2551 อนุญาตให้ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล/คนไร้สัญชาติ ฟ่านักอาศัยชั่วคราวในเขตพื้นที่ควบคุม เรื่องการศึกษา มีมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2547 และระเบียบกระทรวงศึกษาธิการว่าด้วยเรื่องการรับ นักเรียนนักศึกษาเข้าสถานศึกษา พ.ศ. 2548 เพื่อให้มีการจัดการศึกษาแก่บุคคล ที่ไม่มีหลักฐานทางทะเบียนราษฎรหรือไม่มีสัญชาติไทย อย่างไรก็ตามก็ยังมีปัญหาการ ปฏิบัติในบางพื้นที่เนื่องจากความไม่รู้ของผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลและหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงทัศนคติของผู้บังคับใช้กฎหมายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ ตามมาด้วยประกาศของกระทรวงมหาดไทย วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2553 อนุญาต ให้ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล/ไร้สัญชาติออกนอกพื้นที่ควบคุมเป็นการชั่วคราว เพื่อเข้าเรียนในสถานศึกษา ส่วนสิทธิในการทำงานยังไม่มีกฎหมายนโยบายที่ ชัดเจน ทำให้คนไร้สัญชาติถูกปฏิเสธการจ้างงานหรือถูกเอาเปรียบ ไม่สามารถ ได้ทำงานตรงกับความรู้ที่ได้ศึกษาอบรมมา การไม่ได้ครอบครองทรัพย์สินเพื่อใช้ในการ ประกอบอาชีพ อาจถูกล่อลวงให้ทำอาชีพที่ผิดกฎหมาย (คณะกรรมการการ วิสามัญศึกษาปัญหาการบังคับใช้กฎหมายและแนวทางการไร้สถานะและ สิทธิของบุคคลในประเทศไทย วุฒิสภา, 2554) ประกอบกับการมีพระราชบัญญัติ การทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2551 ไม่เอื้อให้ผู้มีปัญหาสถานะบุคคล/ไร้สัญชาติ ได้ประกอบอาชีพตามวุฒิการศึกษาทำให้ไม่สามารถมีอาชีพที่ได้รับการคุ้มครอง ตามกฎหมาย (กฤตยา, 2554)

เรื่องการเข้าถึงสิทธิบริการทางสุขภาพ มีกองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐาน ด้านสาธารณสุขให้กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 23 มีนาคม 2553 ที่คล้ายเป็นกองทุนรักษาพยาบาลเฉพาะกิจที่ถูกตั้งขึ้นมา เพื่อดูแลสิทธิการรักษาพยาบาลสำหรับกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิที่ยัง รอคการพิสูจน์สิทธิอยู่ ปัจจุบันดูแลประชากรประมาณ 4.5 แสนคน และเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2558 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติเพิ่มกลุ่มคนรอการพิสูจน์สถานะและ สิทธิที่ตกค้าง 208,631 คน ให้ได้รับสิทธินี้ (วิวัฒน์, 2558)

ถึงแม้ปัจจุบันจะมีกองทุนให้สิทธิ (กองทุนคืนสิทธิ) ขั้นพื้นฐานด้านสาธารณสุข ให้ผู้มีปัญหาสุขภาพะบุคคลสามารถซื้อบัตรสุขภาพได้แล้วก็ตาม แต่คุณภาพการ ให้บริการยังเหลื่อมล้ำมากเมื่อเทียบกับกองทุนด้านสุขภาพอื่น การบริหารจัดการ กองทุนส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในด้านการบริการรักษาพยาบาล เนื่องจาก เป็นกองทุนขนาดเล็กทำให้งบประมาณด้านการบริหารจัดการมีจำกัด อีกทั้งกลุ่ม ประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่รับผิดชอบกองทุนนี้ มี เจ้าหน้าที่ทำงานไม่กี่คน ทั้งยังต้องดูแลกองทุนรักษาพยาบาลแรงงานข้ามชาติทำให้ งานล้นมือและดูแลปัญหาไม่ทั่วถึง (วิวัฒน์, 2558)

กล่าวโดยสรุป ถึงแม้จะมีนโยบายและการดำเนินการเพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพะ บุคคลเข้าถึงสิทธิด้านต่างๆ เช่น เรื่องที่อยู่อาศัย การศึกษา และบริการด้านสุขภาพ แต่การปฏิบัติจริงในทุกด้านก็ยังคงมีข้อติดขัด ทำให้ไม่สามารถได้รับสิทธิดังกล่าว ได้อย่างที่ควรเป็น ส่วนประเด็นปัญหาของผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพะบุคคลก็ยังไม่ได้รับหยิบยกมาพิจารณาเพื่อกำหนดเป็นนโยบายแนวทางแก้ไขปัญหา

6. สรุป

ในภาพรวมแล้ว ผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพะบุคคลในประเทศไทยในปัจจุบัน ยังถูกรีดรอนสิทธิที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตในหลายๆ ด้าน เริ่มจากประสบปัญหา ไม่มีที่พำนักอย่างถาวร การถูกจำกัดพื้นที่การเดินทางให้อยู่เฉพาะเขตควบคุม เข้าไม่ถึงการศึกษา อาชีพ และบริการด้านสุขภาพ ต้องดำเนินชีวิตในสภาพเงื่อนไข ที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดี และแม้จะพยายามพัฒนาตัวเอง อย่างไร ก็ตามก็ไม่สามารถก้าวพ้นเงื่อนไขโครงสร้างทางสังคมที่ไม่เป็นธรรมได้ เช่น แม้จะ มีการศึกษาสูงแต่ก็ไม่สามารถเข้าทำงานตามการศึกษาเพื่อให้ก้าวหน้าในอาชีพ ที่มั่นคงและได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายได้ ต้องทำงานที่ใช้แรงงานมีรายได้น้อยและไม่ได้รับการคุ้มครองทำให้ไร้อำนาจต่อรอง ไร้ทรัพยากรที่จำเป็นต่อการ มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ปრაกฏการณ์ที่ผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพะบุคคลต้อง

เผชิญดังกล่าวนี้อาจเกิดปัจจัยสังคมที่สำคัญคือแนวคิดเรื่องการเป็นรัฐสมัยใหม่
ชาตินิยม

แม้ปัจจุบันจะมีนโยบายหรือกฎหมายเพื่อช่วยปรับเงื่อนไขการดำเนินชีวิต
ของผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลในหลายด้าน เช่น ที่อยู่อาศัย การศึกษา และ
การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ แต่ในทางปฏิบัติก็ยังไม่ได้รับบริการที่แตกต่างเหลื่อมล้ำ
อยู่ในทุกด้าน เพราะนโยบายกฎหมายเหล่านี้เกิดมาเพื่อบรรเทาสภาพชีวิตที่ยาก
ลำบากในขณะที่รอการพิสูจน์สัญชาติไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพและคุณภาพ
ชีวิตของผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลอย่างเต็มที่

กล่าวได้ว่า คุณภาพการให้บริการต่อผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคลยังมีความ
เหลื่อมล้ำอยู่มาก และปัญหาเฉพาะของผู้หญิงชาติพันธุ์ก็ยังไม่ได้รับการพิจารณา
หรือนำเสนอให้เห็นอย่างเด่นชัด อีกทั้งผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลซึ่งส่วนใหญ่
เป็นผู้หญิงชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อย ต้องเผชิญกับชนบประเพณีที่เอาเปรียบและกดขี่
ทางเพศในกลุ่ม/เผ่าของตนอย่างไรทางออกอีกด้วย



เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ. (2556). *การย้ายถิ่นไม่ปกติกับข้อเท็จจริงของแรงงานข้ามชาติและผู้มีปัญหาลสถานะบุคคลในประเทศไทย*. รายงานวิจัยเสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). [เอกสารอัดสำเนา].
- กฤตยา อาชวนิจกุล. (2541). *โสเภณีชาวเขาและชนกลุ่มน้อยกับขบวนการค้าหญิงในประเทศไทยและข้ามชาติ*. ชุดโครงการวิจัยประเมินสถานภาพองค์ความรู้เรื่อง “สถานภาพและการดำรงชีวิตของชาวเขาและชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย”. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.). [เอกสารอัดสำเนา].
- กฤตยา อาชวนิจกุล. (2554). *การจัดระบบคนไร้รัฐในบริบทประเทศไทย*. ใน สุรีย์พร พันพิ่ง และมาลี สันสุวรรณ (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2554: จุดเปลี่ยนประชากรจุดเปลี่ยนสังคมไทย* (103-126). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- กลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (6 กรกฎาคม 2560). *รายงานการขึ้นทะเบียนประจำเดือนมิถุนายน ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2560*. ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2560, จาก <http://state.cfo.in.th/Portals/0/แจ้งข่าวหน่วยงาน/เดือนมิถุนายน60.pdf>
- กลุ่มวิจัยและพัฒนานโยบาย สำนักงานนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2558). *รายงานประจำปี 2558 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ.
- กาญจนา เทียนลาย และธีรณรงค์ สกกุลศรี. (2555). *ประชากรชายขอบ: มุมมองในเชิงจำนวนและการกระจาย*. ใน กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2555: ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมทางสังคม* (37-60). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- กุลภา วจนสาระ. (2555). *มองหาความเป็นธรรมในสังคมไทยผ่านคนชายขอบ*. ใน กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). *ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย* (17-36). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (2558). *รายงานการประเมินสถานการณ์สิทธิมนุษยชนในประเทศไทย และรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2557*. ค้นเมื่อ 23 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.nhrc.or.th/getattachment/4533fa69-fa52-40f6-bff6-c6f25d213688/รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี-2558.aspx>



คณะกรรมการการวิสามัญศึกษาปัญหาการบังคับใช้กฎหมายและแนวทางแก้ไขการไร้สถานะและสิทธิของบุคคลในประเทศไทย วุฒิสภา. (2554). *ปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคลในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.

ทำความเข้าใจ “แรงงานข้ามชาติ” ในไทย พลเมืองชั้น 2 - สุขภาพชั้นล่างสุด (ตอนที่ 1). (1 สิงหาคม 2559). *Hfocus*. ค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2560, จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/08/7579>

ปลดล็อกให้คนต่างด้าวอยู่เมืองไทยมานาน-ผู้รอพิสูจน์สัญชาติไทยทำงานได้ทุกประเภท. (15 พ.ย. 2559). *ประชาชาติ*. ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2560, จาก <https://prachatai.com/journal/2016/11/68838>

ระบบคลังข้อมูล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *จำนวนครั้งของผู้นำใช้สิทธิตามหลักสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกตามกลุ่มผู้ใช้บริการ ปีงบประมาณ 2555-2559 (คนไข้นอก - OPD)*. [เอกสารอัดสำเนา].

รังสรรค์ มณีเล็ก. (18 พฤษภาคม 2560). *ตารางที่ 28 จำนวนนักเรียนติด G ปีการศึกษา 2559*. [จดหมายอิเล็กทรอนิกส์].

รับลูกสาวกลับบ้าน: ขจัดความไม่เท่าเทียมทางเพศในชุมชนม้งด้วยพิธีกรรม. (28 พฤศจิกายน 2560). *BBC Thai*. ค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2560, จาก <http://www.bbc.com/thai/thailand-42148052>

วิวัฒน์ ตามี: การไร้สัญชาติคือความอยุติธรรม. (26 กุมภาพันธ์ 2558). *Hfocus*. ค้นเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <https://www.hfocus.org/content/2015/02/9385>

สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงศึกษาธิการ. (2559). *คู่มือและแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการศึกษาแก่บุคคลที่ไม่มีหลักฐานทะเบียนราษฎรหรือไม่มีสัญชาติไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ องค์การมหาชน. (22 กรกฎาคม 2557). *เลข 13 หลักในบัตรประชาชนสำคัญฉันใด*. ค้นเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <https://www.egov.go.th/th/content/817/78/>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (10 มีนาคม 2557). *สปสช.แจงไม่ได้ตัดสิทธิ์คนไร้สถานะ 9 หมื่นคน ยันทำตามมติครม.ที่ให้สธ.ดูแล แจงสธ.อย่างเป็นทางการตั้งแต่อันว่า 56 แล้ว*. ค้นเมื่อ 23 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=OTU3>



5

ผู้หญิงบริการ

ภายใต้กรอบความคิดเรื่องเพศและเพศวิถีของสังคมไทยที่กำหนดวิถีทางเพศให้กับคนในสังคม โดยเฉพาะเพศวิถีที่ต้องเป็นความสัมพันธ์ต่างเพศ มีเพศสัมพันธ์ในการแต่งงาน หรือในวัยอันสมควร รวมไปถึงไม่ควรเป็นการค้าหรือซื้อขาย ประเด็นเรื่องเพศหลายลักษณะที่ไม่อยู่ภายใต้แบบแผนทางเพศที่สังคมกำหนดข้างต้นนี้ จึงกลายเป็นเรื่องเพศนอกรอบที่มักต้องเผชิญกับการลงโทษทางสังคมในรูปแบบต่างๆ มากน้อยต่างกันบ้างอยู่เสมอ หากกล่าวเฉพาะประเด็นเพศสัมพันธ์ที่เป็นการซื้อขายหรือการค้าบริการทางเพศนั้น แม้จะเป็นที่รับรู้กันโดยทั่วไปว่ามีธุรกิจเพศพาณิชย์ดำรงอยู่ในสังคมไทยมายาวนาน ดังที่มีบันทึกในเอกสารประวัติศาสตร์สมัยอยุธยา (จิตร, 2518; Thanh-Dam, 1990 อ้างใน ชาย และคณะ, 2537) หรือที่ระบุในกฎหมายเพื่อควบคุมโรคทางเพศ¹⁶ ซึ่งเคยยอมรับอาชีพบริการทางเพศโดยให้จดทะเบียนทั้งสถานบริการ และผู้หญิงบริการ ซึ่งต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี (Skrobanek, 1983: 32 อ้างใน ชาย และ

¹⁶ ได้แก่ พระราชบัญญัติป้องกันสัณจรโรค ร.ศ. 127 (พ.ศ.2451) ต่อมามีการระบุในประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499 ลักษณะ 9 หมวดที่ว่าด้วยความผิดเกี่ยวกับเพศ มาตรา 286 ให้การดำรงชีพด้วยรายได้ของหญิงค้าประเวณีเป็นความผิดทางเพศอย่างหนึ่ง การค้าประเวณีจึงกลายเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายนับแต่นั้นมา ก่อนจะออกพระราชบัญญัติปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2503

คณะ, 2537: 3) แต่ทว่า มาตรการเชิงนโยบายที่รัฐไทยใช้มาตลอดก็คือการออกกฎหมายปรามไม่ยอมรับให้มีการค้าบริการทางเพศ และกำหนดให้เป็นความผิดตามกฎหมายในเวลาต่อมา ดังนั้น การให้บริการทางเพศที่แลกกับเงินตอบแทนนั้นจึงเป็นเพศวิถีนอกกรอบนอกแบบแผน ที่ทั้งมีบทลงโทษตามกฎหมายและได้รับบทลงโทษทางสังคม ผ่านการตีตรา อคติ และการดูถูกเหยียดหยาม

ที่ทางและสถานะของผู้หญิงบริการ (ทางเพศ) ในสังคมไทยจึงเป็นภาพที่ไม่เคยชัดเจน ไม่อาจมีตัวตน และไม่สามารถมีตำแหน่งแห่งที่ที่ชัดเจนในสังคมได้ แม้สังคมไทยจะมีภาพเหมารวมของผู้หญิงบริการว่าเป็นหญิงสาวจากชนบทห่างไกลฐานะยากจน มีความเป็นอยู่แร้นแค้น การศึกษาน้อย ไร้ทางเลือกในการประกอบอาชีพ กลายเป็นแรงงานราคาถูกในภาคอุตสาหกรรม ไม่ยึดถือศีลธรรมเรื่องเพศ ใช้อวัยวะแลกเงิน เป็นแรงงานสำคัญในอุตสาหกรรมเริงรมย์ อาจเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์หรือถูกบังคับล่อลวง ฯลฯ ทั้งหมดนี้ สะท้อนภาพชีวิตผู้หญิงบริการที่มีเพศวิถีนอกกรอบของผู้หญิง “ดี” (เปิดงานวิจัย “ค้าบริการทางเพศ” ฉบับ ‘ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์’ บนทาง 3 แพร่ง ‘กำจัด-ควบคุม-รับรอง’, 10 ตุลาคม 2554; ยศ, 2534; ชาย และคณะ, 2537) ขณะเดียวกัน ความพยายามเข้าถึงและทำความเข้าใจผู้หญิงกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักดำเนินไปภายใต้สถานการณ์เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมไปถึงประเด็นเรื่องความรุนแรงและการละเมิดทางเพศ ด้วยเหตุที่เป็นหนึ่งในกลุ่มเปราะบางหรือกลุ่มเสี่ยงสำคัญ

1. ปิยาม

ประเทศไทยได้ตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ให้บริการนั้นคือ พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539 ระบุไว้ในมาตรา 4 ว่า “การค้าประเวณีหมายความว่า การยอมรับการกระทำชำเราหรือการยอมรับการกระทำอื่นใด หรือการกระทำอื่นใดเพื่อสำเร็จความใคร่ในทางกามารมณ์ของผู้อื่น อันเป็นการสำส่อนเพื่อสินจ้างหรือประโยชน์อื่นใด ทั้งนี้ไม่ว่าผู้ยอมรับการกระทำ และผู้กระทำจะเป็นบุคคลเพศเดียวกันหรือคนละเพศ”

นอกจากนี้ยังระบุให้ผู้ค้าประเวณีต้องมีความผิดอาญาตามมาตรา 5 “ผู้ใดเข้าติดต่อกับ ชักชวนแนะนำตัว ติดตาม หรือรับเร้า บุคคลตามถนน หรือสาธารณสถาน หรือกระทำการดังกล่าวในที่อื่นใด เพื่อการค้าประเวณีอันเป็นการเปิดเผยและน่าอับอายหรือเป็นที่เดือดร้อนรำคาญแก่สาธารณชน ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท” ซึ่งเป็นการรับรองให้บริการทางเพศเป็นความผิดและกำหนดบทลงโทษผู้ที่ค้าบริการ ขณะที่บทบัญญัติในกฎหมายที่อาจจะถือว่าให้ความคุ้มครองผู้ค้าบริการ เฉพาะกรณีที่ถูกบังคับล่อลวง คือ พระราชบัญญัติมาตรการในการป้องกันและปราบปรามการค้าหญิงและเด็ก พ.ศ. 2540 และพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 ที่กำหนดบทลงโทษผู้แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ ซึ่งได้แก่ การแสวงหาประโยชน์จากการค้าประเวณี การผลิตหรือเผยแพร่วัสดุหรือสื่อลามก การแสวงหาประโยชน์ทางเพศในรูปแบบอื่น การเอาคนลงเป็นทาสหรือให้มีฐานะคล้ายทาส การนำคนมาขอราน การตัดอวัยวะเพื่อการค้า การบังคับใช้แรงงานหรือบริการ หรือการอื่นใดที่คล้ายคลึงกันอันเป็นการขูดรีดบุคคล ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม

การศึกษาผู้หญิงบริการในโครงการนี้ข้อกำหนดนิยามของ “ผู้หญิงบริการ” หมายความว่า ผู้หญิงที่ทำงานให้บริการทางเพศ ทั้งที่โดยสมัครใจหรือถูกบังคับ ล่อลวงให้ค้าบริการอยู่ในประเทศไทย

2. จำนวนและสถานการณ์ของผู้หญิงบริการ

2.1 เนื่องจากสังคมไทยไม่ยอมรับและให้ที่ทางกับการค้าบริการ การทำความเข้าใจสถานการณ์ของผู้หญิงบริการจึงทำได้เพียงคาดประมาณเท่านั้นทั้งจำนวนผู้ให้บริการและสถานบริการทางเพศ

ประเทศไทยไม่เคยมีตัวเลขจำนวนผู้ค้าบริการอย่างเป็นทางการ มีเพียงการคาดประมาณจากบางองค์กรหรือหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องเท่านั้น ตัวเลขที่เชื่อถือได้ค่อนข้างมากได้จากการสำรวจของกองกามโรค กรมควบคุมโรค กระทรวง

สาธารณสุข ที่ได้พยายามรวบรวมตัวเลขมาตั้งแต่ปี 2522 (ชาย และคณะ, 2537) ซึ่งกำหนดให้มีการสำรวจพร้อมกันทุกจังหวัดทั่วประเทศในช่วงเดือนมกราคมของทุกปี โดยเพิ่มเติมประเภทของแหล่งบริการให้ครอบคลุมทุกรูปแบบมากที่สุด ตัวเลขที่ได้จากการสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2558 โดยกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹⁷ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า มีแหล่งบริการทางเพศ 19,335 แห่งทั่วประเทศ และมีพนักงานบริการรวม 57,066 คน เป็นผู้หญิง 46,502 คน และเป็นผู้ชาย 10,564 คน (ทำเนียบ, 2558)

อย่างไรก็ดี การสำรวจแหล่งหรือสถานบริการเพื่อระบุจำนวนประชากรของพนักงานบริการนี้ไม่อาจระบุตัวเลขได้ง่ายนัก เนื่องจากปัจจุบันได้มีช่องทางที่หลากหลายมากขึ้นมากในการติดต่อระหว่างผู้ให้บริการทางเพศกับผู้ใช้บริการทางเพศ นอกเหนือจากการสังกัดสถานบริการโดยตรง เช่น สถานบริการแฝง การให้บริการแบบชั่วคราว การติดต่อซื้อบริการทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น ทั้งนี้ จากการสำรวจแหล่งบริการและผู้ให้บริการทางเพศทั่วประเทศ ปี 2550-2558 ของกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าจำนวนพนักงานบริการส่วนใหญ่ยังคงเป็นผู้หญิง ดังตาราง 5.1

17 ชื่อเดิมคือกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามคำสั่งที่ สธ 0446.3/6586ลง ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2559

ตาราง 5.1 จำนวนแหล่งบริการและผู้ให้บริการทางเพศ
ที่สำรวจพบทั่วประเทศ พ.ศ.2550-2558

พ.ศ.	จำนวน แหล่งบริการ	ผู้ให้บริการ				
		หญิง	ร้อยละ	ชาย	ร้อยละ	รวม
2550	13,954	54,719	90.23	5,922	9.77	60,641
2551	15,108	67,424	89.56	7,858	10.44	75,282
2552	16,270	67,171	90.87	6,746	9.13	73,917
2553	17,459	73,485	89.00	9,083	11.00	82,568
2554	15,061	62,658	87.16	9,234	12.84	71,892
2555	21,781	66,949	82.06	14,638	17.94	81,587
2556	22,737	34,602	87.34	5,014	12.66	39,616
2557	20,495	46,686	92.08	4,013	7.92	50,699
2558	19,355	46,502	81.49	10,564	18.51	57,066

ที่มา: มูลนิธิสร้างสุขเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง, 2560 (คำนวณจาก กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

2.2 การยุบคลินิกกามโรคที่มีความเข้าใจและละเอียดอ่อนต่อปัญหาสุขภาพของผู้หญิงบริการ กลายเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้หญิงกลุ่มนี้

ความเสี่ยงสำคัญทางสุขภาพของกลุ่มผู้หญิงบริการมีหลายประการด้วยกัน หนึ่งในนั้นคือความเสี่ยงทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ อันได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ทั้งโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะภายหลังการปฏิรูป

ระบบราชการ ปี 2545 ที่ได้โอนภารกิจด้านป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดและการดูแลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคลินิกกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ไปอยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลในพื้นที่ต่างๆ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเพศในพื้นที่ และทำให้กลุ่มผู้ชายบริการเข้าถึงบริการสุขภาพยากมากขึ้น ขณะเดียวกัน สถานบริการด้านสาธารณสุขสำหรับพนักงานบริการก็ลดจำนวนลงไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ การจัดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ดูแลสุขภาพของผู้หญิงบริการจึงไม่ครอบคลุมและเข้าถึงคนกลุ่มนี้ได้อย่างที่ควรเป็น (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ สำนักงานประจำประเทศไทย, 2550; อมรรัตน์, 2555)

3. สำรวจหน่วยงานจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงบริการ

จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่าหน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลผู้หญิงบริการนั้นประกอบด้วย 5 หน่วยงานสำคัญ แบ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐ 3 แห่ง คือ กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และกรมคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ขณะที่หน่วยงานภาคเอกชนอีก 2 แห่ง คือ มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง (EMPOWER) และมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING) ดังตาราง 5.2 ข้างล่างนี้

ตาราง 5.2 หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิงบริการ

หน่วยงานที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ/จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
1. กระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> “รายงานแหล่งบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศ” สํารวจสถานบริการพร้อมกันทุกจังหวัดในช่วงเดือนมกราคมของทุกปี และจัดทำรายงานเป็นประจำอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามสถานการณ์แนวโน้มและใช้วางแผนจัดบริการควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ 	<ul style="list-style-type: none"> กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (เริ่มใช้ชื่อกลุ่มบางรักปี 2559) ให้บริการตรวจสุขภาพและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับพนักงานบริการฟรีทุกเดือน และตรวจหาเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส ฟรีทุก 3 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> เป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงและสะท้อนสถานการณ์แนวโน้มพฤติกรรมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ สํารวจเฉพาะสถานบริการที่มีหลักแหล่งชัดเจน ไม่แบ่งกลุ่มอายุ และเชื้อชาติ เริ่มมีการสำรวจกลุ่มกะเทย สาวประเภทสอง และผู้หญิงข้ามเพศครั้งแรกใน พ.ศ.2560 ใช้เป็นข้อมูลการวางแผนนโยบายด้านสาธารณสุข

หน่วยงาน ที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
	<ul style="list-style-type: none"> “มาตรฐานการดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการดูแลสุขภาพะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับพนักงานบริการหญิง” กันยายน 2556 	<ul style="list-style-type: none"> เว็บไซต์ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค 	<ul style="list-style-type: none"> รวบรวมข้อมูลสถิติและงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นเอกสารเผยแพร่ สาธารณะที่สามารถดาวน์โหลดได้
2. กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	<ul style="list-style-type: none"> “ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2558” เริ่มทำเป็นระบบเมื่อปี 2532 โดยมีพนักงานบริการเป็นหนึ่ง ประชากรกลุ่มเป้าหมายของการเฝ้าระวัง (เก็บข้อมูลช่วงมิ.ย.-ก.ค. ทุกปี รายงานล่าสุด พ.ศ.2558) 	<ul style="list-style-type: none"> สถานพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลตามความสมัครใจของผู้เข้ารับบริการ ตรวจเลือดทั้งในสถานบริการและที่สาธารณะ เช่น จำนวนผู้มารับบริการ อายุ สัญชาติ ประเภทสถานบริการ ประวัติด้านสุขภาพ เช่น การกินยาต้านไวรัส ประวัติการตรวจเอชไอวี การตั้งครรภ์ 	<ul style="list-style-type: none"> แหล่งข้อมูลอ้างอิงและสะท้อนปัญหาแนวโน้มปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ของประชากรกลุ่มต่างๆ เก็บข้อมูลเกี่ยวกับสัญชาติแต่ไม่มีรายละเอียดนำเสนอ ยังไม่พบการวิเคราะห์ปัจจัยสภาพทางสังคม

หน่วยงาน ที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
	<ul style="list-style-type: none"> เว็บไซต์ข้อมูลหน่วยบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ฯ สังกัด ก.ท.ม. บริการข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงกิจกรรมเพื่อการดำเนินการเฝ้าระวัง การติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อวางมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ 	<ul style="list-style-type: none"> เว็บไซต์ของหน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> เป็นแหล่งข้อมูลสถานที่ให้บริการตรวจโรคในสังกัดกรุงเทพฯ และสามารถดาวน์โหลดความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ได้
3. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	<ul style="list-style-type: none"> “รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ของประเทศไทย ประจำปี 2557” แสดงสถานการณ์และจำนวนผู้ถูกแสวงหาประโยชน์ทางเพศและบังคับใช้แรงงานทั้งชาวไทยและต่างชาติ ตาม พ.ร.บ. ป้องกันและปราบปรามการค้า 	<ul style="list-style-type: none"> สำนักงานเลขาธิการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ ข้อมูลบางส่วนได้จากสถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ เช่น สถานคุ้มครองและพัฒนาอาชีพ บ้านเกร็ดตระการ จ.นนทบุรี สถานคุ้มครองและพัฒนาอาชีพ บ้านนารีสวัสดิ์ จ.นครราชสีมา 	<ul style="list-style-type: none"> เป็นแหล่งข้อมูลภาพรวมสถานการณ์และการทำงานป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ของประเทศไทย

หน่วยงาน ที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
	<p>มนุษย์ พ.ศ. 2551 นอกจากนี้ยังมี นโยบายและ มาตรการเพื่อ แก้ไขปัญหา</p>	<p>สถานคุ้มครองและ พัฒนาอาชีพ บ้านสองแคว จ.พิษณุโลก สถานคุ้มครอง และพัฒนาอาชีพ ภาคใต้ (บ้านศรีสุราษฎร์) จ.สุราษฎร์ธานี เป็นต้น</p>	
<p>4. มูลนิธิ ส่งเสริม โอกาส ผู้หญิง (EMPOWER)</p>	<ul style="list-style-type: none"> เว็บไซต์ข้อมูลเพื่อ พัฒนาศักยภาพ ผู้หญิงบริการ ทั้งด้านการศึกษา และอาชีพ ก่อตั้ง และทำงานกับ ผู้หญิงบริการกว่า 30,000 คน ตั้งแต่ ปี 2528 นอกจากนี้ นี้ยังเผยแพร่ เอกสาร/บทความ ที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> หน่วยงานจัดตัวเอง และเก็บข้อมูลจาก ผู้มารับบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> เน้นการทำงาน และข้อมูลเพื่อเสริม ศักยภาพผู้บริการ ให้สามารถอยู่ใน สังคมได้อย่าง ทัดเทียมกับคน ทั่วไป

หน่วยงาน ที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
5. มูลนิธิ เพื่อน พนักงาน บริการ (SWING)	<ul style="list-style-type: none"> เว็บไซต์รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพและสถิติด้านการรักษาที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อพนักงานบริการ ทั้งข้อมูลด้านสุขภาพ สวัสดิการ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงเอกสารงานศึกษาวิจัยบางชิ้น ที่เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ของพนักงานบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> หน่วยงานจัดทำเอง โดยรวบรวมจากประสบการณ์ทำงานกับผู้หญิงบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> ก่อตั้งปี 2547 เน้นการทำงานให้กลุ่มพนักงานบริการได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่รู้สึกสะดวกใจและปลอดภัย ให้คำปรึกษา บริการตรวจโรคและบริการอุปถัมภ์ป้องกัน

จากตาราง 5.2 ข้างต้น แม้หน่วยงานต่างๆ จะจัดเก็บข้อมูลของผู้หญิงบริการอย่างจำกัด แต่ก็สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังต่อไปนี้

(1) ผู้หญิงบริการกับข้อมูลสุขภาพทางเพศ

จากการสำรวจพบว่าหน่วยงานที่ให้บริการคำปรึกษาและตรวจโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น คลินิกนรินาม สภากาชาดไทย คลินิกกามโรค และศูนย์บริการสาธารณสุขบางพื้นที่ โดยเฉพาะ 3 หน่วยงานในการศึกษาชิ้นนี้ อันได้แก่ (1) กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2) กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานมัย กรุงเทพ

มหานคร และ (3) มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการนั้น ส่วนใหญ่มีการจัดเก็บข้อมูล ทั้งในด้านจำนวนผู้มารับบริการและประวัติสุขภาพของผู้มารับบริการ บางหน่วยงานมีการจัดทำสถิติจำนวนผู้เข้ารับการตรวจโรคเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์แนวโน้มการระบาดของ เช่น สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค เป็นต้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าทั้งหมดนี้อาจเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินสถานการณ์ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นสำคัญ ทั้งในด้านการระบาด และการควบคุมโรค

(2) สถานการณ์ด้านการบังคับค้าประเวณีในกลุ่มผู้หญิงบริการ

รายงานสถานการณ์การค้ามนุษย์ (Trafficking in Persons Report: TIP Report) พ.ศ.2558 ขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations on Drugs and Crime: UNODC) ระบุว่าประเทศไทยถูกจับตามองเป็นระดับ Tier 3 ในฐานะที่เป็นทั้งประเทศต้นทาง ปลายทาง และทางผ่านสำหรับผู้ชาย ผู้หญิง และเด็กที่เป็นเป้าหมายของการบังคับใช้แรงงาน รวมทั้งการค้ามนุษย์เพื่อการค้าประเวณี การปราบปรามการค้ามนุษย์จึงถูกให้ความสำคัญเป็นวาระแห่งชาติ โดยเฉพาะการค้ามนุษย์ในรูปแบบการแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศ (สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559) โดยมีสถานคุ้มครองสวัสดิภาพผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานดูแลผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือจากการถูกบังคับค้าประเวณี ทั้งชาวไทยและต่างชาติ มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนสัญชาติและข้อมูลรายบุคคลเพื่อติดตามการช่วยเหลือด้านสุขภาพ สิทธิและสวัสดิการตามที่กฎหมายกำหนด

(3) เข้าใจและเข้าถึงผู้ให้บริการทางเพศผ่านการสำรวจสถานบริการและจัดทำสถิติแหล่งบริการและผู้ให้บริการทางเพศ รวมทั้งเก็บข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้ารับบริการ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีการสำรวจข้อมูลจำนวนแหล่งบริการทางเพศและจำนวนผู้ให้บริการ โดยแยกเพศหญิง-ชายเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นข้อมูลเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ นอกจากนี้หน่วยงานให้บริการ เช่น กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคฯ ของกรุงเทพมหานคร หรือคลินิกบางรัก กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากจะให้บริการตรวจสุขภาพทางเพศแล้ว ยังได้เก็บข้อมูลส่วนตัวของผู้มารับบริการ อันได้แก่ ประวัติด้านสุขภาพของผู้เข้ารับบริการตรวจเลือดและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับทางคลินิกอีกด้วย

การเข้าถึงตัวผู้ให้บริการเหล่านี้ยังมีองค์กรภาคประชาสังคม เช่น SWING ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา บริการถุงยาง และตรวจโรคแก่พนักงานบริการที่เป็นหญิงชาย เกย์ และสาวประเภทสอง มีการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ผ่านเว็บไซต์ ประชาสัมพันธ์การให้บริการ รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สิทธิด้านสาธารณสุข และสิทธิที่เป็นประโยชน์ต่อพนักงานบริการ

(4) การศึกษาสถานการณ์ชีวิตและปัญหาของผู้หญิงบริการ

ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยของหน่วยงานที่ทำงานด้านสิทธิ สถาบันการศึกษา และองค์กรระหว่างประเทศที่ทำงานเกี่ยวข้อง เช่น มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง (EMPOWER) และมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING) เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเสริมศักยภาพหญิงบริการในด้านต่างๆ เช่น สุขภาพ การศึกษา และอาชีพ มีการจัดทำข้อมูลด้านการเสริมศักยภาพผ่านเว็บไซต์ ขณะที่องค์กรระหว่างประเทศ เช่น UNFPA มีการจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้หญิงบริการ ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี ในธุรกิจบริการทางเพศ และนำเสนอรูปแบบการค่าบริการที่เปลี่ยนแปลง

ไปตามสถานการณ์ เป็นการศึกษาจากเอกสารงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ทั้งในและต่างประเทศ ข้อมูลสถานการณ์ของผู้หญิงบริการเหล่านี้ส่วนใหญ่แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

(ก) ข้อมูลเชิงวิเคราะห์เพื่อสะท้อนสถานการณ์แนวโน้มการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี ข้อมูลลักษณะแรกนี้มีอยู่ค่อนข้างมาก ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลภาพรวมที่สะท้อนแนวโน้มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์มักใช้วิธีการศึกษาจากเอกสารตีพิมพ์ ซึ่งเป็นข้อมูลวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยา และใช้การอ้างอิงถึงแหล่งข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข เป็นส่วนใหญ่

(ข) ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนมิติทางสังคม วัฒนธรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้หญิงบริการ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงลึก ใช้การสังเกตและสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้หญิงบริการโดยตรง เช่น งานเรื่อง “นางงามตุ๊กกระจก: กระบวนการกลายเป็นหมอนวดไทย” ของ ศุภีมาน (2544) หรือการศึกษาเพื่อสะท้อนสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้หญิงบริการ “ประมวลสถานการณ์ทางด้านสุขภาพอนามัยของหญิงบริการทางเพศ” ของ อุไรวรรณ และสุภาณี (2542) เป็นต้น

4. ผู้หญิงบริการกับช่องว่างในการจัดเก็บข้อมูลกลุ่มประชากร

กล่าวได้ว่าในปัจจุบันนี้หน่วยงานที่เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในการจัดเก็บจำนวนหญิงบริการที่เป็นทางการที่สุดในปัจจุบัน คือ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่มีหน่วยให้บริการที่เข้าถึงกลุ่มผู้หญิงบริการตามสถานบริการต่าง ๆ และวิธีการจัดเก็บนั้นเป็นตัวเลขจากพนักงานบริการในสถานบริการ/สถานบันเทิง จัดทำการสำรวจทุกปี ทำให้มีตัวเลขเปรียบเทียบเพื่อวิเคราะห์แนวโน้มจำนวนผู้หญิงบริการ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การให้บริการทางเพศนั้นมีการเปลี่ยนแปลง มีลักษณะและรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น ผู้ให้บริการบางส่วนทำอย่างอิสระ

ไม่สังกัดสถานบริการ หรือบางส่วนใช้ช่องทางการติดต่อผ่านโทรศัพท์และสื่อสมัยใหม่ในการติดต่อซื้อขาย ตัวเลขที่จัดเก็บจากสถานบริการเพียงอย่างเดียวจึงไม่อาจสะท้อนจำนวนประชากรที่แท้จริงของคนกลุ่มนี้ได้

ข้อมูลจำนวนผู้หญิงบริการที่หน่วยงานของรัฐจัดเก็บนี้ ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลตั้งต้นสำหรับการวางแผนในการดำเนินนโยบายควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น กามโรค หรือเอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น เนื่องจากมีทัศนคติว่าอาชีพให้บริการทางเพศนี้มีความเสี่ยงสูง ทั้งในด้านการติดโรคและเป็นแหล่งแพร่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อมูลที่จัดเก็บส่วนใหญ่จึงเน้นการควบคุมและติดตามเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคให้ได้มากที่สุด โดยมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างละเอียด มีการเก็บตัวเลขจำนวนพนักงานบริการในสถานบริการทั้งหมด และแยกกลุ่มเป็นผู้ให้บริการทางเพศหรือพนักงานทั่วไป มีการทำข้อมูลแยกเพศ แยกตามประเภทแหล่งให้บริการ มีจำนวนตัวเลขจัดทำ รายจังหวัด และภาพรวมทั้งประเทศ

ขณะที่ข้อมูลในเชิงสุขภาพและสถานการณ์ชีวิตของผู้หญิงบริการนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมักมีการบรรยายให้เห็นสภาพชีวิตความเป็นอยู่ และเงื่อนไขการทำงานที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้หญิง โดยมีลักษณะการศึกษาจากทั้งงานวิจัยก่อนหน้า ประมวลประเด็นสุขภาพต่าง ๆ และการสัมภาษณ์เจาะลึกบางกลุ่มเป็นกรณีตัวอย่าง

จึงอาจสรุปเป็นภาพรวมได้ว่า การจัดเก็บข้อมูลปัจจัยสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้หญิงอย่างเป็นทางการเป็นฐานข้อมูลนั้นยังไม่เห็นภาพชัดเจนนัก หน่วยบริการที่เข้าถึงผู้หญิงบริการส่วนใหญ่ยังคงให้ความสำคัญไปที่บริการตรวจโรคและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นหลัก การศึกษาถึงปัจจัยเงื่อนไขในการทำงานอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงบริการนั้นยังเป็นเรื่องรอง การดำเนินนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้อาจทำได้เพียงบางด้านเท่านั้น

5. เมื่อเช็ชแลกเจินเป็นเรื่องแปดเปื้อนของผู้หญิงที่รองรับ ประสบการณ์ทางเพศของผู้ชาย

ในการศึกษานี้ได้วิเคราะห์เพื่อให้เห็นว่าปัจจัยสังคมใดบ้างที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้หญิงบริการ และแต่ละปัจจัยส่งผลต่อกันอย่างไร รวมถึงการดำเนินงานในปัจจุบันว่าสามารถแก้ไขหรือปรับโครงสร้างสังคมให้เอื้อหรือสนับสนุนให้ผู้หญิงบริการสามารถรักษาสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้หรือไม่ สรุปได้ดังตารางข้างล่างนี้

ตาราง 5.3 วิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของผู้หญิงบริการ

ปัจจัย ส่วน บุคคล	1 วิถีชีวิตส่วนบุคคล (individual lifestyle)	2 เครือข่าย สังคมชุมชน (social & community)	3 สภาพการใช้ชีวิต (living conditions)	4 สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม
ผู้หญิง ทำอาชีพ บริการ	<p>ผู้หญิงที่ทำเป็นอาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> หลายคนรู้สึกผิดต้องปกปิดไม่ให้ครอบครัว ชุมชนคนรอบข้างรู้ หลายคนอาจไม่มีโอกาสเลือกลูกค้า ผู้หญิงจำนวนหนึ่งอาจใช้สารเสพติดเพื่อให้ทำงานได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ถูกละเมิด ข่มขืน ไม่เป็นที่ยอมรับ มองว่าทำผิดกฎหมายและผิดศีลธรรม ทำให้เสียภาพพจน์ต่อครอบครัว/ชุมชน/สังคม/ประเทศ ถูกมองเป็นแหล่งแพร่เชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ขึ้นอยู่กับผู้ชายที่เป็นลูกค้า ซึ่งแตกต่างตามฐานะผู้ซื้อ เสี่ยงต่อการถูกเอาผิด เนื่องจากไม่มีกฎหมายคุ้มครอง อาจถูกเอาเปรียบจากเจ้าของสถานบริการ ขาดสวัสดิการหรือการคุ้มครองแรงงาน 	<ul style="list-style-type: none"> อยู่บนบรรทัดฐานที่ไม่เป็นธรรมทางเพศ ที่ควบคุมเรื่องเพศของผู้หญิง ขณะเดียวกันก็ต้องเป็นฝ่ายรองรับความต้องการของเพศชายด้วย ทัศนคติที่มองเรื่องเพศไม่ควรเป็นเรื่องซื้อขาย/การค้า

ปัจจัย ส่วน บุคคล	1 วิถีชีวิตส่วน บุคคล (individual lifestyle)	2 เครือข่าย สังคมชุมชน (social & community)	3 สภาพการ ใช้ชีวิต (living conditions)	4 สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม
	<ul style="list-style-type: none"> • หลายคนรับรู้ ว่าอาชีพนี้เสี่ยง ต่อสุขภาพจึง มีวิธีดูแลตัวเอง ตามสภาพ และสถานะ <u>ผู้หญิงที่ถูก ล่อลวง/บังคับ</u> • ถูกควบคุม บังคับทั้งจิตใจ และร่างกาย • หากขัดขึ้นจะ ถูกกระทำความ รุนแรงได้ตลอด 	<ul style="list-style-type: none"> • เห็นใจ/ ให้ความช่วย เหลือแก่ผู้ ที่ถูกล่อลวง/ บังคับมากกว่า 	<ul style="list-style-type: none"> • อาชีพที่เสี่ยง ต่อโรคติดต่อ ทางเพศ- สัมพันธ์ บาดเจ็บหรือ ถูกทำร้าย ร่างกาย 	
	<p>การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลในปัจจุบัน</p> <ul style="list-style-type: none"> • การให้บริการตรวจสุขภาพแก่ผู้หญิงบริการด้วยเหตุผลทางสุขภาพ และควบคุมโรค • พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539 การค้า บริการเป็นความผิด • พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้าหญิงและเด็ก พ.ศ. 2540 และ พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 เน้นคุ้มครองผู้ถูกบังคับค้า และลงทะเบียนผู้จัดหา/บังคับ/ล่อลวง 			

ที่มา: ปรับจาก Dahlgren & Whitehead, 1991.

5.1 ชีวิตที่ไม่อยู่ภายใต้บรรทัดฐานทางเพศของสังคม: เช็ทซ์แลกเงิน/ นอกรางวัล/ไม่รักนวลสงวนตัว

ด้วยบรรทัดฐานเรื่องเพศของสังคมที่กำหนดและควบคุมพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิงให้อยู่ในกรอบเรื่องเพศที่กำหนดแบบแผนพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม/ดีงาม ผู้หญิงบริการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้เส้นแบ่งที่ว่านี้ และต้องต่อสู้ต่อรองกับบรรทัดฐานทางเพศที่ผลักดันให้กลายเป็นคนอีกกลุ่มหนึ่งในสังคมมาโดยตลอด แม้จะรับรู้ว่ามีผู้หญิงกลุ่มนี้อยู่ในสังคมมานานแล้ว แต่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม และมักเป็นที่รังเกียจหรือถูกเหยียดหยามจากคนทั่วไป (อุไรวรรณ และ สุภาณี, 2542) สังคมส่วนใหญ่มักรับรู้เพียงว่าผู้หญิงบริการนั้นช่วยรองรับและระบายอารมณ์ทางเพศของผู้ชาย ซึ่งน่าจะช่วยลดปัญหาละเมิดทางเพศให้กับสังคมได้ (วิลาสินี และคณะ, 2552) ทั้งที่ทัศนคติดังกล่าวนี้เป็นวิธีคิดที่อยู่บนพื้นฐานของความไม่เป็นธรรมทางเพศ มองพฤติกรรมความรุนแรงและเอาเปรียบทางเพศของผู้ชายว่าเป็นเรื่องปกติของผู้ชายทั่วไปที่ไม่อาจอดกลั้นอารมณ์ทางเพศได้และจำเป็นต้องให้ปลดปล่อยหรือระบายออก ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจควบคุมหรือแก้ไขได้ ความคิดความเชื่อลักษณะนี้นำไปสู่ความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิงจำนวนมาก

ภายใต้บรรทัดฐานความไม่เป็นธรรมทางเพศนี้ มีผู้ชายจำนวนมากในทุกชนชั้น ทุกสถานะทางสังคมพร้อมซื้อบริการทางเพศ และสามารถเลือกซื้อบริการทางเพศได้ตามแต่ฐานะทางเศรษฐกิจของแต่ละคน มีสถานที่/สถานบริการมากมายหลายรูปแบบที่เป็นแหล่งซื้อขายบริการทางเพศ และเรื่องนี้ก็เป็นที่ยอมรับ/รับรู้กันทั่วไป โดยในอดีตการค้าบริการทางเพศในประเทศไทยยังไม่ผิดกฎหมาย มีการขอใบอนุญาตและเรียกเก็บภาษีเจ้าของกิจการ จนกระทั่งมีพระราชบัญญัติปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2503 ที่มีบทลงโทษผู้ค้าประเวณีและผู้ประกอบกิจการ ทำให้ธุรกิจค้าบริการทางเพศต้องปิดบังหรือมีลักษณะแอบแฝงในรูปสถานบริการ/บันเทิงรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเลี่ยงกฎหมาย และต้องสนองความต้องการอันซับซ้อน

ของผู้ใช้บริการ (อุไรวรรณ และสุภาณี, 2542: 13)

ต่อมามีการออกพระราชบัญญัติสถานบริการ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2546 ที่อนุญาตให้ตั้งสถานบริการรวมทั้งสถานบันเทิงประเภทต่างๆ ได้ตามกฎหมาย แต่ไม่มีการระบุถึงหลักเกณฑ์ของสถานะลูกจ้างในสถานบริการดังกล่าว (กิตติศักดิ์ และคณะ, 2558: 7) ส่งผลให้ผู้ค้าบริการทางเพศที่แฝงอยู่ในสถานบริการ/สถานบันเทิงรูปแบบต่างๆ เสี่ยงต่อการถูกสถานบริการเอาเปรียบได้ง่าย ไม่มีการคุ้มครองแรงงานและสวัสดิการ รวมถึงเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายจากผู้ซื้อบริการ และไม่อาจขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่รัฐได้ (UNFPA, 2550) ขณะที่ผู้ซื้อบริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ชายนั้นมักไม่มีการเอาผิดที่ชัดเจน จนกระทั่งมีพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539 ที่ระบุโทษผู้ซื้อบริการทางเพศกับเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีเท่านั้น ในทางกลับกัน ผู้หญิงที่มีอาชีพขายบริการทางเพศนั้นถือเป็นความผิดมาโดยตลอด รวมทั้งการตีตรา ประณาม รังเกียจ และการออกกฎหมายมุ่งเอาโทษผู้ค้าประเวณีโดยตรง คือ พระราชบัญญัติปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2503 ซึ่งกฎหมายดังกล่าวถูกบังคับใช้กว่าสามสิบปีจึงถูกยกเลิกและแทนที่ด้วยพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539 ที่ลดอัตราโทษของผู้ค้าประเวณีให้เบาลง แต่อย่างไรก็ตาม อาชีพนี้ยังคงถือว่าเป็นผิดกฎหมาย และไม่มีการคุ้มครองแรงงานหรือสวัสดิการให้กับผู้ประกอบการอาชีพนี้ได้

5.2 ความเสี่ยงและคุณภาพชีวิตผู้หญิงบริการภายใต้ความไม่เป็นธรรมทางเพศ

จากประวัติศาสตร์ในอดีตของไทย การที่ผู้หญิงต้องมีอาชีพเป็นโสเภณีนั้น เชื่อว่าเกิดจากการถูกขายโดยผู้ปกครอง เช่น นายทาส สามี พ่อแม่ ฯลฯ จนมาถึงสมัยที่มีการประกาศเลิกทาสและการใช้ระบบผัวเดียวเมียเดียว ทำให้ผู้หญิงจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้ง ไร้ที่พึ่งพิง ซึ่งอาจเลือกประกอบอาชีพนี้เองเพื่อความอยู่รอด จนมาถึงยุคที่เศรษฐกิจเน้นการพัฒนาภาคอุตสาหกรรม การพัฒนากระจุกตัว

อยู่ในเมืองใหญ่ ภาคชนบทถูกทอดทิ้ง ก็เชื่อว่าผู้หญิงจากชนบทจำนวนมากที่ยากจนอาจถูกล่อลวงหรือสมัครใจทำอาชีพนี้เพื่อหาเงินเลี้ยงครอบครัว และธุรกิจการค้าบริการทางเพศขยายตัวอย่างมากในยุคสงครามเวียดนามที่ประเทศไทยยอมให้ทหารอเมริกันเข้ามาตั้งฐานทัพในประเทศ (UNFPA, 2550) จนมาถึงยุคเฟื่องฟูทางเศรษฐกิจที่มาพร้อมวัตถุนิยม ที่สังคมยอมรับนับถือกันที่ทรัพย์สินเงินทอง/ความร่ำรวย ทำให้อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนเลือกทำอาชีพด้วยความสมัครใจ เพราะเห็นเป็นช่องทางหนึ่งที่จะสามารถยกระดับฐานะทางเศรษฐกิจได้เพิ่มขึ้น (ภาวดี, 2537)

ปัจจุบัน สภาพสังคมเศรษฐกิจมีการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น สาเหตุของการเลือกประกอบอาชีพนี้ย่อมสลับซับซ้อนตามไปด้วย แต่ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม ในประเทศไทย ผู้ประกอบอาชีพนี้นอกจากจะไม่ได้รับการคุ้มครองแรงงานแล้ว หลายคนต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้า การบาดเจ็บทางกาย เสี่ยงต่อถูกทำคามรุนแรง เสี่ยงต่อการติดเชื้อ/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความทุกข์ใจ และความเครียดจากการทำงาน และต้องปิดบังสถานะไม่ให้ครอบครัว คนรอบข้าง หรือชุมชนรู้

นอกจากนี้ ผู้หญิงบริการมีโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สูงมาก หากไม่คุมกำเนิดอย่างต่อเนื่องและจริงจัง การตั้งครรภ์ลักษณะนี้มีกบลงด้วยการทำแท้ง ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้หญิงได้มากหากเข้าไม่ถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย หญิงบริการส่วนใหญ่มักใช้การคุมกำเนิดโดยวิธีที่นิยมใช้มากที่สุดคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด และผลข้างเคียงคือ ประจำเดือนกะปริบกะปรอย สามารถรับแขกได้ตลอดทั้งคืน อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่าหญิงบริการเคยตั้งครรภ์และเคยทำแท้งระหว่างประกอบอาชีพมีสัดส่วนค่อนข้างสูง เหตุผลน่าจะมาจากการใช้วิธีคุมกำเนิดไม่ถูกวิธี เช่น การกินยาคุมไม่สม่ำเสมอ และมีบางส่วนไม่คุมกำเนิด สภาพแวดล้อมและการทำงานของหญิงบริการเสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดีทั้งกายและใจ (อุไรวรรณ และสุภาณี, 2542: 25)

กล่าวได้ว่า ผู้หญิงบริการสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้เพียงพอที่จำเป็น เนื่องจากลักษณะอาชีพ เช่น บางที่เลือกแขกไม่ได้ พักผ่อนไม่พอ หรือการใช้ยา/สารเสพติดเพื่อจะได้ทำงานได้ (ทิพย์วิมล และเกษราวัลณ์, 2555) อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงบริการส่วนใหญ่ได้พยายามใส่ใจดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับการทำงานโดยตรงมาก และมีก่ายทอดวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง มีทั้งที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้โดยการบอกต่อกันมา เช่น การทำความสะอาดบริเวณช่องคลอดหลังให้บริการ ด้วยการใช้น้ำเปล่า สบู่ น้ำยาอนามัย หรือ ยาสีฟัน เป็นต้น

ภายใต้คำอธิบายทางการแพทย์และฐานคิดเชิงระบาดวิทยาที่มีการจัดพฤติกรรมบางประเภทว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับหรือแพร่เชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้หญิงบริการจึงถูกมองว่าเป็นหนึ่งในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หน่วยบริการสาธารณสุขจึงขอความร่วมมือกับสถานบริการเพื่อให้บริการตรวจสุขภาพแก่ผู้หญิงบริการ โดยทำในลักษณะเอื้อประโยชน์ทั้งสองฝ่าย การตรวจจะเน้นตรวจภายใน และตรวจเลือดหาโรคซิฟิลิส โดยมีการนัดตรวจเป็นระยะเพื่อควบคุมโรคและติดตามผู้ที่ติดเชื้อด้วย ทำให้มีผู้หญิงบริการจำนวนน้อยมากที่ไม่เคยตรวจภายใน ส่วนผู้หญิงบริการอิสระและชายบริการชั่วคราวมักไม่ค่อยตรวจสุขภาพยกเว้นเกิดอาการผิดปกติขึ้นมา (อุไรวรรณและสุภาณี, 2542: 25) และด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี/เอดส์ ยิ่งตอกย้ำให้คนมีทัศนคติแบบเหมารวมซึ่งหล่อเลี้ยงอคติทางเพศว่า ผู้หญิงบริการเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงเอชไอวีด้วย ทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้ถูกจับตาเฝ้าระวังจากหลายหน่วยงาน ดังเช่นการศึกษาการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีที่เกี่ยวกับธุรกิจบริการทางเพศในประเทศไทย (UNFPA, 2550) เป็นต้น

5.3 ผลกระทบจากกฎหมายป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ต่อผู้หญิงที่เลือกทำอาชีพบริการ

แม้รูปแบบของการค้าบริการทางเพศจะมีการเปลี่ยนแปลงปรับตัวไปตาม การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จากการค้าบริการทางเพศ ในอดีตที่ผู้หญิงส่วนใหญ่ถูกนายทาสหรือสามีขายให้เป็นโสเภณี เมื่อหมดยุคทาส มีผู้หญิงบางส่วนก้าวสู่อาชีพนี้เพื่อความอยู่รอด จนถึงยุคที่การเติบโตทางเศรษฐกิจ กระจายตัวอย่างไม่เป็นธรรม ผู้หญิงยากจนในชนบทจำนวนมากถูกล่อลวง ชักจูง หรือบางคนสมัครใจประกอบอาชีพนี้เพื่อหาเงินจุนเจือครอบครัว และจนมาถึง ปัจจุบันที่เหตุปัจจัยในการเลือกประกอบอาชีพนี้มีมากกว่าการถูกบังคับค้าหรือ การถูกบีบบังคับทางเศรษฐกิจ

แต่ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม สังคมไทยก็ยังตีตราประณามผู้ประกอบอาชีพ บริการนี้อยู่ และกฎหมายเพียงให้การคุ้มครองเฉพาะผู้ที่พิสูจน์ได้ว่าถูกบังคับค้า ประเวณีเท่านั้น ดังที่ปรากฏในการออกพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปราม การค้าหญิงและเด็ก พ.ศ. 2540 และพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 ที่เน้นคุ้มครองผู้บังคับค้าบริการและลงโทษผู้เป็นธุระจัดหา หรือทำการล่อลวง ทำให้มีการบุกทลายสถานให้บริการโดยใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับเพื่อเอาผิดผู้ประกอบการ ในขณะที่เดียวกันผู้หญิงบริการ ที่ทำงานในสถานบริการไม่ว่าจะสมัครใจประกอบเป็นอาชีพหรือไม่ก็ตาม ต่างถูก ส่งตัวเข้าสู่กระบวนการตามกฎหมาย ซึ่งยังมีข้อถกเถียงถึงการละเมิดสิทธิมนุษยชน ของพนักงานบริการในหลายขั้นตอนปฏิบัติ เช่น การถ่ายรูปและเป็นข่าวสาธารณะ การบังคับตรวจสุขภาพ การถูกกักในสถานสงเคราะห์เพื่อกันไว้เป็นพยานโดยไม่มี เกณฑ์ที่แน่นอน เป็นต้น (ทีม RATS-W และมูลนิธิเอ็มพาวเวอร์, 2555) ทั้งนี้ ที่ องค์กร Amnesty International ได้มีมติรับรองนโยบายคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ของพนักงานบริการ เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2558 ในการประชุม International Council Meeting ณ กรุงกรุงดับลิน สาธารณรัฐไอร์แลนด์ โดยมีผู้แทนจากทั่วโลก และไทยเข้าร่วมประชุมในครั้งนี้ด้วย (ชานาญ, 2558)

ปรากฏการณ์ข้างต้นจึงทั้งสะท้อนและตอกย้ำให้เห็นว่า เงื่อนไขและสถานะของผู้มีอาชีพบริการในปัจจุบันที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้นดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้นนั้น อาจยังคงไม่สามารถทำให้มองเห็นภาพเหมารวมได้ว่า ผู้ค้าบริการทุกคนต้องเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ เนื่องจากยังมีพนักงานบริการในสถานบริการที่ได้ตัดสินใจเลือกวิถีชีวิต ซึ่งต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องได้รับการคุ้มครองแรงงานและสวัสดิการต่างๆ ที่จำเป็นและสมควรในฐานะพลเมือง เช่นเดียวกับคนกลุ่มอื่นๆ ในสังคมอย่างเท่าเทียมกัน

6. สรุป

การค้าบริการทางเพศได้ดำรงอยู่ในสังคมไทยมาช้านาน แม้เหตุปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองจะปรับเปลี่ยนไปอย่างไร การค้าบริการนี้ก็ยังคงอยู่และปรับเปลี่ยนไปตามยุคสมัย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการให้บริการที่หลากหลาย ทั้งบริการตรงและบริการแฝง ทั้งแบบชั่วคราวและยึดเป็นอาชีพ เหตุปัจจัยอันที่ทำให้คนเข้าสู่อาชีพนี้ก็เปลี่ยนแปลงเพิ่มความสลับซับซ้อนมากขึ้นตามสภาพสังคม จนไม่อาจชี้เฉพาะเจาะจงเพียงแค่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งได้ ความต้องการซื้อบริการทางเพศยังมีอยู่ทั่วไปในสังคมทุกยุคทุกสมัย ทั้งเคยทำได้อย่างถูกกฎหมายและถูกประกาศให้เป็นสิ่งผิดกฎหมายในเวลาต่อมา แต่ไม่ว่าอย่างไรก็ตาม อาชีพให้บริการเช่นนี้กลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจไทยมาโดยตลอด

แม้อาชีพนี้จะกลายเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป แต่ผู้ประกอบการอาชีพซึ่งจำนวนมากเป็นผู้หญิงยังถูกคนดูถูก ไม่ให้เกียรติ และถือว่าเป็นอาชีพที่ผิดศีลธรรม อีกทั้งยังมีกฎหมายที่เอาผิดผู้ค้าบริการ ทำให้ผู้ประกอบการ/เจ้าของสถานบริการ มีกฎหมายรองรับการดำเนินธุรกิจสามารถกระทำได้โดยถูกต้อง แต่ยังไม่มีการพูดถึงเกณฑ์หรือสิทธิแรงงานและสวัสดิการของพนักงานบริการ ส่วนผู้ซื้อบริการเองซึ่งผู้ชายก็ไม่มีการระบุความผิดชัดเจน

ซึ่งกลายเป็นนัยว่า สังคมนี้อนุญาตให้ผู้ชายซื้อบริการได้ และอาจยินยอมให้มีการเป็นธุรกิจจัดหาได้ แต่กลับเอาผิดผู้ให้บริการ/ผู้มีอาชีพบริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง

กรณีเช่นนี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ผู้หญิงบริการมีชีวิตอยู่บนบรรทัดฐานทางเพศที่ไม่เป็นธรรม กำหนดให้ผู้ชายมีอิสระทางเพศมากกว่าผู้หญิง และอาจทำ ความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิงได้ ในขณะที่ผู้หญิงถูกคาดหวังให้ต้องมีชีวิตทางเพศในกรอบและตั้งรกรับความต้องการของผู้ชาย ความคิดความเชื่อนี้ส่งผลให้เงื่อนไขทางสังคมเปิดโอกาสให้ผู้ชายแสวงหาประโยชน์ทางเพศจากผู้หญิงได้ง่าย ขณะที่ผู้หญิงบริการที่กลับถูกดูถูก/ประณามแต่ฝ่ายเดียว และมีสภาพการทำงานที่ไม่เอื้อให้มีสุขภาพที่ดี เสี่ยงต่อความรุนแรงและการถูกละเมิด และการถูกเอาเปรียบแรงงาน ไม่ได้รับสวัสดิการในอาชีพ ที่สำคัญคือการไม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นอีกหนึ่งกลุ่มประชากรของสังคมที่สมควรมีชีวิตที่มีสุขภาวะที่ดีได้อย่างเท่าเทียมกับคนอื่นๆ ในสังคมเช่นกัน



เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ สำนักงานประจำประเทศไทย (UNFPA Thailand). (2550) รายงานทบทวนและสังเคราะห์สถานการณ์ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจบริการทางเพศ. กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ สำนักงานประจำประเทศไทย.
- กิตติศักดิ์ เจิมสิทธิประเสริฐ และคณะ. (2558). รายงานการวิจัยเรื่องการค้าประเวณีหญิงจากประเทศในแถบอนุภูมิภาคุ่มแม่น้ำโขงในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และสถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย.
- จิตร ภูมิศักดิ์. (2518). โฉมหน้าศักดินาไทย. กรุงเทพฯ: เจริญวิทยการพิมพ์.
- ชาย โพธิสิตา, แอนโทนี ประมวลยุทธิน, อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม, มาเรีย เจ. เวเวอร์ และเรจินา แม็คนามารา. (2537). หนูคิดใหม่ที่ขายตัว บริบททางสังคมวัฒนธรรมของหญิงบริการทางเพศ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชำนาญ จันทร์เรือง. (19 สิงหาคม 2558). ข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของ Sex Workers. กรุงเทพฯธุรกิจ.
- ทำเนียบ สังกวาลประกายแสง. (2558). แหล่งบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศในประเทศไทย ปีพ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ทิพย์วิมล เดชภูมิ และเกษราวัลณ์ นิลวรางกุล. (2555). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของหญิงขายบริการทางเพศในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ สาขากาตตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(ก.ค.-ก.ย.): 122-130.
- ทีม RATS-W และมูลนิธิเอ็มพาวเวอร์. (2555). ชนแล้วหนี ผลกระทบจากนโยบายและวิธีต่อต้านการค้ามนุษย์กับสิทธิมนุษยชนของพนักงานบริการในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเอ็มพาวเวอร์.
- เปิดงานวิจัย “ค้าบริการทางเพศ” ฉบับ ‘ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์’ บนทาง 3 แพร่ง ‘กำจัด-ควบคุม-รับรอง’. (10 ตุลาคม 2554). คม ชัด ลึก. 15 กรกฎาคม 2560, จาก <http://www.komchadluek.net/news/crime/111453>

- พรรณณี ชัยโพธิ์ศรี และคณะ. (2559). *ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2558*. กรุงเทพฯ: กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานนาย กรุงเทพมหานคร.
- พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี พ.ศ. 2539. (22 ตุลาคม 2539). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 113 ตอนที่ 54 ก, หน้า 1-13.
- พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560. (27 มกราคม 2560). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 134 ตอนที่ 12 ก, หน้า 19-22.
- พระราชบัญญัติมาตรการในการป้องกันและปราบปรามการค้าหญิงและเด็ก พ.ศ. 2540. (16 พฤศจิกายน 2540). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 114 ตอนที่ 72 ก, หน้า 37-41.
- ภาวดี ทองอุไร. (2537). เพศพาณิชย์ในยุค NIC. ใน จรรยา เศรษฐบุตร และสุภาณี เวชพงศา (บรรณาธิการ). *NICS - เขตปลอดโสเภณี? (67-83)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยศ สันตสมบัติ. (2534). *แม่หญิงสี่ขาตัว: ชุมชน และการค้าประเวณีในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิลาสินี โสภากุล และคณะ. (2552). *โสเภณีองค์พระ*. รายงานวิชาการเปรียบเทียบวิถีชีวิตทางสังคมศาสตร์ และศึกษาวิจัยชุมชน โครงการเวทีวิชาการระดับปริญญาตรีสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ครั้งที่ 1 คณะอักษรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ศุภีมาน (นฤมล) วงศ์สุภาพ. (2544). *นางงามตุ้กระจก: การศึกษากระบวนการกลายเป็นหมอนวดไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สยาม.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). *สถานการณ์ทางสังคม 10 เรื่องเด่น 10 เรื่องที่รุนแรง ประจำปี 2558* ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). *รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ของประเทศไทย ประจำปี 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *มาตรฐานการดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการดูแลสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับพนักงานบริการหญิง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อมรรัตน์ จงตระการสมบัติ. (2555). สภาพการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อหญิงบริการ ภายหลังจากการยุบคลินิกกามโรคจากการปฏิรูประบบราชการปี 2545 ของจังหวัดในประเทศไทย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค*, 4 (ก.ค.-ก.ย.) : 1-13.
- อุไรวรรณ คณิตสุขเกษม และสุภาณี เวชพงศา. (2542). *ประมวลสถานการณ์ทางด้านสุขภาพอนามัยของหญิงบริการทางเพศ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Fondation Scelles. (2017). *Prostitution by Country: Thailand*. Retrieved 2017, 14 October, from <http://www.fondationscelles.org/en/prostitution/prostitution-by-country>
- Skrobaneck, Siriporn. (1983). *The Transnational Sex-exploitation of Thai Women*. M. A. Research Paper, the Institute of Social Studies, The Hague. [Unpublished Document].
- Thanh-Dam, Truong. (1990). *Sex, Money and Morality: Prostitution and tourism in Southeast Asia*. London: Zed Book Ltd.



6

นักบวชหญิง

ในการศึกษาชิ้นนี้ใช้คำว่านักบวชหญิงเพื่อรวมความถึงผู้หญิงที่อยู่ในสถานะนักบวช ทั้งที่เป็นภิกษุณี สามเณรี และแมชี ซึ่งในประเทศไทยยังไม่ให้การรับรองทางกฎหมาย ให้มีสถานภาพเป็นนักบวชในพุทธศาสนาที่ชัดเจน เหมือนพระภิกษุและสามเณรที่มีพระราชบัญญัติคณะสงฆ์รองรับอยู่ นักบวชหญิงเหล่านี้จึงถูกมองว่าไม่ต่างจากฆราวาสทั่วไป แม้คนเหล่านี้จะแสดงให้เห็นว่ามีจริยวัตรและประพฤติปฏิบัติตามธรรมวินัยรวมถึงทำประโยชน์ต่างๆ ในทางพุทธศาสนา เช่น การสอนพระปริยัติธรรม สอนกรรมฐาน และบรรยายธรรม เป็นต้น เมื่อเทียบกับประชากรหญิงกลุ่มเฉพาะทั้ง 4 กลุ่มก่อนหน้านี้ (อันได้แก่ แม่วัยรุ่น ผู้หญิงพิการ ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล และผู้หญิงบริการ) อาจกล่าวได้ว่านักบวชหญิงเป็นกลุ่มที่ถูกสังคมมองข้ามความสำคัญและละเลยความเป็นอยู่มากที่สุด ตัวตนคนกลุ่มนี้จึงเลื่อนรางมากในสังคมไทย ปัญหาการไร้สถานะทางสังคมที่คนกลุ่มนี้ต้องเผชิญรวมถึงการถูกละเมิดสิทธิไม่ได้รับการตระหนักหรือมองว่าเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข ทำให้ไม่มีกฎหมายหรือนโยบายที่จะช่วยส่งเสริมสถานภาพและคุ้มครองสิทธิและที่ทางของคนเหล่านี้ในฐานะนักบวช

1. ปิยาม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ระบุความหมายของคำว่า “นักบวช” หมายถึง ผู้ที่ได้เข้าพิธีบวชตามลัทธิศาสนาต่างๆ เช่น ภิกษุ สามเณร บาทหลวง นอกจากนี้ยังให้ความหมายคำว่า “ภิกษุณี” หมายถึง หญิงที่บวชในพระพุทธศาสนา “สามเณรี” หมายถึง หญิงที่บวชเป็นสามเณร” และคำว่า “ชี” หมายถึง คำเรียกหญิงที่นุ่งขาวห่มขาว โคนคิ้ว โคนผม ถือศีลแปด” และจากการรวบรวมเอกสารและข้อมูลอันจำกัดเกี่ยวกับนักบวชหญิงในเมืองไทย พบว่ายังมีคำเรียกนักบวชหญิงในศาสนาต่างๆ อีกเช่น ภคินี (Sister) และนักพรตหญิง (Nun) ในศาสนาคริสต์ ภิกษุณี สามเณรี แม่ชี พุทธสาวิกา (เสถียรธรรมสถาน)¹⁸ และสิกขมาตุ (สันตือโสภ)¹⁹ ในศาสนาพุทธ เป็นต้น

เนื่องด้วยข้อจำกัดทางข้อมูลและระยะเวลาของการศึกษา โครงการนี้จึงทำการศึกษาการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับนักบวชหญิงในศาสนาพุทธเท่านั้น ดังนั้นนิยามคำว่า “นักบวชหญิง” ในการศึกษาครั้งนี้จึงหมายความเฉพาะ ภิกษุณี สามเณรี และแม่ชีที่อยู่ในประเทศไทย

2. ประวัติศาสตร์เกี่ยวกับนักบวชหญิงในประเทศไทย

ในสังคมที่คนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธนิกายเถรวาทนั้นไม่ได้ยอมรับให้ผู้หญิงสามารถบวชเป็นภิกษุณีสงฆ์ได้เหมือนเช่นนิกายมหายานในประเทศศรีลังกาหรือไต้หวัน ประวัติศาสตร์เกี่ยวกับภิกษุณีสงฆ์ในประเทศไทยนั้นไม่เคยมีบันทึกมาก่อน จนกระทั่งสมัยรัชกาลที่ 7 พ.ศ. 2471 ที่นายนรินทร์ ภาซิด สนับสนุนให้ผู้หญิงบวชภิกษุณีโดยจัดบวชลูกสาวเป็นสามเณรี แต่ได้รับคำสั่งห้ามจากสมเด็จพระสังฆราชประกาศห้ามไม่ให้พระ/เณรทุกนิกายบวชหญิงไทยเป็นภิกษุณี/

¹⁸ จำนวนแม่ชีที่จำพรรษาในสำนัก 30 ท่าน และพุทธสาวิกาจำนวน 4 ท่าน (สอบถามทางโทรศัพท์ 7 ก.พ. 60)

¹⁹ จำนวนสิกขมาตุในสำนัก 24 รูป (สอบถามทางโทรศัพท์ 7 ก.พ. 60)

สามเณรี เพราะผิดพุทธบัญญัติ ศาลจังหวัดนนทบุรีจึงเข้าจับกุมตัวสามเณรี ส่วนเจ้าหน้าที่เรือนจำและนักโทษหญิงก็ใช้กำลังบังคับสามเณรีทั้งสองเปลื้องผ้าเหลืองออกจากตัวเพื่อใส่ชุดนักโทษแทน (ศักดิ์นา, 2541 : 35-39 อ้างใน แม่ชีณัฐหทัย, 2552) ผลจากคำสั่งของสมเด็จพระสังฆราช ทำให้สถานภาพการบวชของผู้หญิงไทยมีเฉพาะการบวช “แม่ชี” เท่านั้น

สำหรับ “แม่ชี” ในประเทศไทยนั้น มีบันทึกประวัติศาสตร์ตั้งแต่สมัยอยุธยา ซึ่งพบว่าสตรีสูงศักดิ์นิยมออกบวช เรียกว่า “พระรูปชี” ประชาชนทั่วไปเคารพนับถือ ยอมรับโดยพลตินัยว่าเป็นนักบวช ดังปรากฏในจดหมายของนิโคลาส แซร์แวง ชาวต่างประเทศที่เข้ามาในรัชสมัยของสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ได้บันทึกเกี่ยวกับแม่ชีไว้ว่า เมื่อผู้หญิงไทยมีอายุเกิน 50 ปีแล้วจะไปบำเพ็ญเพียรภาวนาในวัดตลอดอายุขัยที่เหลือ มีน้อยรายที่จะออกจากวัด และเพื่อป้องกันการครหา ก็ต้องโกนหัว โกนคิ้ว เหมือนภิกษุสงฆ์และนุ่งห่มสีขาบ และประพฤติปฏิบัติตามวินัยสงฆ์ทุกอย่าง มีหน้าที่ปรนนิบัติพระสงฆ์ จัดอาหารและช่วยเหลือกิจการต่างๆ รวมถึงงานสงเคราะห์คนยากจนและคนเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยเหตุนี้จึงได้รับสิทธิต่างๆ เท่ากับพระสงฆ์และได้รับการนับถือโดยเท่าเทียมกัน มีผู้นิมนต์ไปในงานศพและจะได้รับการถวายเป็นจตุปัจจัย และมีการเรียก นางชี คือ นักบวชหญิง (สันต์, 2526: 195 อ้างใน แม่ชีณัฐหทัย, 2552)

ในสมัยรัตนโกสินทร์ รัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราชได้จัดให้มีการรวบรวมและสังคายนาพระวินัยของสงฆ์ ซึ่งกระจัดกระจายให้เป็นหมวดหมู่ มีการออกระเบียบปฏิบัติระหว่างฆราวาสกับพระสงฆ์ ฝ่ายชีก็มีการออกระเบียบห้ามแม่ชีอยู่ภายในวัดหรือใกล้วัด ระเบียบดังกล่าวนี้แสดงให้เห็นถึงสถานภาพที่ไม่ได้รับการยอมรับและการตัดขาดแม่ชีออกจากวัด ตัดออกจากการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ แม้ว่าต่อมาแม่ชีจะได้รับการติดต่อสัมพันธ์หรือพักอาศัยในบริเวณใกล้เคียงกับวัดอีก แต่ก็ยังคงมีลักษณะของการไม่ยอมรับแม่ชีในสถานภาพนักบวช (Cook, 1981 : 41 อ้างในแม่ชีณัฐหทัย, 2552) หลัง

จากนั้นมาสถานะของแมชชีก็เปลี่ยนไปในทางคลุมเครือเช่นในปัจจุบัน ดังที่จะกล่าวถึงต่อไป

3. จำนวนและสถานการณ์นักบวชหญิงในประเทศไทย

โครงการศึกษาวิจัยนี้ได้ทำการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับนักบวชหญิงผ่านเว็บไซต์ และการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับนักบวชหญิงในประเทศไทยนั้นมีอยู่อย่างจำกัดมาก แม้แต่จำนวนที่แท้จริงของประชากรกลุ่มนี้ก็ยังไม่มีความชัดเจนรับรอง จำนวนที่ใช้จึงได้จากการคาดประมาณเท่านั้น

3.1 นักบวชหญิงไทย: ไม่เคยมีตัวเลขอย่างเป็นทางการ

จากการสำรวจข้อมูลที่มีอยู่ทั้งหมดไม่อาจทราบจำนวนที่แท้จริงของนักบวชหญิงทั่วประเทศได้ อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์แมชชีณัฐหทัย ฉัตรทิณวัฒน์ ผู้ทำการศึกษาศาสนาภาพแมชชี กรณีศึกษาแมชชีวัดปากน้ำ ภาษีเจริญ กรุงเทพฯ ได้ข้อมูลคาดประมาณจำนวนแมชชีไทย ณ ปี 2558 ไว้ว่ามีจำนวน 2,000 คน โดยอิงจากจำนวนแมชชีที่มากขึ้นทะเบียนใบสุทธิบรรณ²⁰ ทุกปีกับมูลนิธิสถาบันแมชชีไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ (สัมภาษณ์ ณ วันที่ 20 ตุลาคม 2559)

²⁰ ระเบียบปฏิบัติของมูลนิธิสถาบันแมชชีไทย อันเป็นฝ่ายธุรการของมูลนิธิสถาบันแมชชีไทย ในพระบรมราชินูปถัมภ์ พุทธศักราช 2514 (ฉบับประชุมแก้ไขเพิ่มเติม) วันที่ 21 กรกฎาคม 2542 หมวดที่ 3 การปฏิบัติ ข้อ 21 ระบุว่า แมชชีทุกท่านต้องมีหนังสือสุทธิบรรณประจำตัว เพื่อเป็นเครื่องแสดงหลักฐานแสดงสังกัด และเมื่อจะเลิกจากความเป็นแมชชีต้องมอบสุทธิบรรณนั้นแก่หัวหน้าสำนัก โดยหลักการออกสุทธิบรรณประกอบด้วย (1) ต้องส่งสำมะโนครัวสำรวจ ส่งหัวหน้าประจำจังหวัดมีลายเซ็นเจ้าอาวาส (สำนักที่อยู่) และลายเซ็นหัวหน้าสำนัก (2) ต้องบวชมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (3) ท่องจำศีล 8 ทั้งอรอดทั้งแปล องค์ศีล 8 กรรมบถ 10 ธรรมที่บรรพชิตควรพิจารณาเรื่อยๆ 10 มารยาท 5 อดิภรณ์ ปฏิภา 3 เมถุนสังโยค 7 และต้องสอบทาน (4) ต้องศึกษาระเบียบของสถาบันแมชชีไทยให้เข้าใจ (5) ต้องรับรองว่าจะไม่นำไปใช้ในทางที่เสื่อมเสียแก่คณะแมชชีไทย (6) ผู้มีอายุ 75 ปี หรือเป็นคนต่างด้าว หรือผู้ลี้ภัย ไม่ต้องออกสุทธิบรรณ ถ้ามีความสงสัยต้องขอดูบัตรประจำตัว

แม่ชีวีรี ชื่อทัศนะ รองประธานมูลนิธิสถาบันแม่ชีไทย ให้ข้อมูลในการประชุม การพัฒนาแนวทางการจัดทำฐานข้อมูลประชากรผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ เมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2560²¹ ว่า ปัจจุบันแม่ชีทั่วประเทศคาดว่าจะมีประมาณ 10,000 คน ทางสถาบันแม่ชีไทยพยายามทำการสำรวจตัวเลขจริงของจำนวนแม่ชีทั่วประเทศ โดยการส่งหนังสือขอความร่วมมือไปยังวัดต่างๆ ที่มีแม่ชีอาศัยอยู่ แต่ได้รับความ ร่วมมือน้อยจนไม่สามารถรู้จำนวนที่แท้จริงได้ ส่วนเรื่องสถานะความเป็นอยู่ของ แม่ชีตามวัดนั้นคือ แม่ชีส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อยและต้องทำงานในวัดเป็นหลัก ถ้าไม่ทำงานก็ไม่สามารถอยู่ในวัดได้ ทำให้มีเวลาศึกษารธรรมหรือปฏิบัติธรรมน้อย และที่จริงแล้วสำนักพระพุทธศาสนาสามารถสำรวจจำนวนพระและเณรทั่ว ประเทศได้ แต่ไม่รวมถึงการสำรวจจำนวนแม่ชี เนื่องจากมองว่าแม่ชีเป็นเพียง อุบาสิกาไม่ใช่สำนักบวชดังเช่นพระภิกษุและสามเณร (เจ้าหน้าที่สำนักพระพุทธ ศาสนา, 14 กุมภาพันธ์ 2560, สัมภาษณ์)

การสำรวจข้อมูลและจำนวนภิกษุณีสงฆ์ซึ่งหมายรวมถึงภิกษุณีและสามเณรี ในประเทศไทยนั้นยังมีแหล่งข้อมูลให้สำรวจน้อยมาก หลวงแม่ธัมมันทา (รศ.ดร.ฉัตรสุมาลย์ กบิลสิงห์) วัดทรงธรรมกัลยาณี ให้สัมภาษณ์ไทยรัฐออนไลน์ วันที่ 26 พฤศจิกายน 2556 ว่า ประเทศไทยมีภิกษุณีประมาณ 100 รูปอยู่ใน 20 จังหวัดทั่วประเทศ เฉพาะวัดทรงธรรมกัลยาณีมีข้อมูลจำนวนนักบวชหญิง ทั้งภิกษุณีและสามเณรี ที่อาศัยอยู่ในปี 2559 จำนวน 30 รูป²²

21 การประชุมการพัฒนาแนวทางการจัดทำฐานข้อมูลประชากรผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2560 จัดโดยมูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริม สุขภาพ

22 ข้อมูลจากการโทรศัพท์สอบถามกับวัดทรงธรรมกัลยาณี วันที่ 14 พฤศจิกายน 2559

3.2 สถานะนักบวชหญิง: ไม่เป็นที่ยอมรับและเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิ

จากความพยายามสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับนักบวชหญิงในประเทศไทยที่มีอยู่อย่างจำกัดนี้ สะท้อนให้เห็นว่าประชากรกลุ่มนี้ถูกละเลย ถูกมองข้าม ตกสำรวจจนกลายเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับความคุ้มครองทางกฎหมายใด ดังปรากฏการณ์หลายอย่างที่เกิดขึ้น อาทิเช่น แม่ชีไทยที่อาศัยอยู่ตามวัดต้องทำงานเพื่อแลกกับอาหารและที่อาศัยอยู่ในวัด แม่ชีทำงานหนักจนไม่มีเวลาศึกษาและปฏิบัติธรรมตามเจตนาที่ตั้งใจ อีกทั้งอาจไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างละเอียดอ่อน ในฐานะผู้ทรงศีล ส่วนสำนักพระพุทธศาสนาก็มองข้ามละเลยกลุ่มแม่ชี เช่น สำนักพระพุทธศาสนาสามารถจัดเก็บจำนวนพระและเณรจากวัดต่างๆ ทั่วประเทศได้ทุกปี และมีศักยภาพที่จะจัดเก็บข้อมูลจำนวนแม่ชีได้ทั่วประเทศ แต่ไม่เคยจัดเก็บหรือจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับแม่ชีเลย

ภิกษุณีและสามเณรีในประเทศไทย นอกจากจะยังไม่มีกฎหมายรับรองสถานะการเป็นนักบวชแล้ว บางครั้งยังถูกละเมิดสิทธิที่จะเข้าถึงการศึกษาทางธรรม ดังเหตุการณ์ที่เป็นข่าวเกิดขึ้นอย่างน้อยสองเหตุการณ์ คือ เหตุการณ์แรก ในสมัยรัชกาลที่ 7 พ.ศ. 2471 นายนรินทร์ ภาซิด สนับสนุนให้ผู้หญิงบวชภิกษุณี โดยจัดบวชลูกสาว นางสาวสาระและจงดี เป็นสามเณรี แต่ได้รับคำสั่งห้ามจากสมเด็จพระสังฆราชไม่ให้พระสงฆ์ทุกนิกายบวชหญิงไทยเป็นภิกษุณี/สามเณรี เพราะภิกษุณีได้หมดสิ้นลงตั้งแต่คราวสังคายนาพระไตรปิฎกครั้งที่ 3 ศาลจังหวัดนนทบุรีได้เข้าจับกุมตัวสามเณรี ส่วนเจ้าหน้าที่เรือนจำและนักโทษหญิงใช้กำลังบังคับสามเณรีทั้งสองเปลื้องผ้าเหลืองออกจากตัวเพื่อใส่ชุดนักโทษแทน ผลจากคำสั่งของสมเด็จพระสังฆราช ทำให้สถานภาพการบวชของผู้หญิงไทยมีเฉพาะการบวช “แม่ชี” เท่านั้น เหตุการณ์นี้ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งไม่เห็นด้วยกับคณะสงฆ์ และยังคงมีการถกเถียงจากนักวิชาการที่ต้องการให้สนับสนุนการบวชภิกษุณี แม้ว่าปัจจุบันนี้จะมี รศ.ดร.ฉัตรสุมาลย์ กบิลสิงห์ อดีตอาจารย์คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ได้บรรพชาเป็นสามเณรี และต่อมา

ได้รับการอุปสมบทเป็นภิกษุณีธัมมณันทาที่ประเทศศรีลังกา และกลับมาจำพรรษาที่วัดทรงธรรมกัลยาณี ประเด็นภิกษุณียังคงเป็นข้อขัดแย้งกับคณะสงฆ์ไทยอยู่โดยตลอด (แม่ชีณัฐหทัย, 2552)

เหตุการณ์ที่สอง เป็นเหตุการณ์ล่าสุดที่ปรากฏเป็นข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์หลายฉบับในช่วงปลายปี 2559 และบทความในมติชนสุดสัปดาห์ ฉบับที่ 6 วันที่ 12 มกราคม 2560 เรื่อง “ภิกษุณีห้ามเข้า ถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าไปในพระที่นั่งมหาปราสาท” โดยฉัตรสุมาลย์ กบิลสิงห์ โดยเมื่อปลายปี 2559 มีภิกษุณีสงฆ์ (ภิกษุณีและสามเณรี) จำนวน 2 คณะ (คณะแรกมีจำนวน 22 รูป และคณะที่สองมีจำนวน 70 รูป) เดินทางไปยังพระที่นั่งดุสิตมหาปราสาทเพื่อถวายสักการะพระบรมศพในหลวงรัชกาลที่ 9 นอกจากจะถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าไปถวายสักการะพระบรมศพแล้ว ยังถูกมองว่าทำผิดกฎหมายและไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างเช่นที่นักบวชทั่วไปควรได้รับ

เหตุการณ์ล่าสุดนี้นำไปสู่การเคลื่อนไหวในด้านการยกสถานะของนักบวชหญิงผ่านกลไกของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ โดยเมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2560 นายไพฑูลย์ นิตติตะวัน อดีตประธานคณะกรรมการปฏิรูปแนวทางและมาตรการปกป้องพิทักษ์กิจการพระพุทธศาสนา สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ พร้อมด้วยคณะภิกษุณี เข้ายื่นหนังสือร้องเรียนต่อคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (กสม.) ขอให้ตรวจสอบการละเมิดสิทธิสตรีและการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม กรณีมหาเถรสมาคมมีมติห้ามบวชภิกษุณีในประเทศไทย และ กสม. ได้ดำเนินการตรวจสอบเสร็จสิ้นแล้วตามรายงานผลการตรวจสอบที่ 344/2558 และแจ้งรายงานผลการตรวจสอบไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ยังไม่พบการดำเนินการใดๆ โดยล่าสุดมีการห้ามไม่ให้ภิกษุณีเข้าไปในพระที่นั่งดุสิตมหาปราสาทเพื่อกราบพระบรมศพในหลวงรัชกาลที่ 9 พร้อมทั้งเสนอให้มีการแก้ไข พ.ร.บ. คณะสงฆ์ 2505 มาตรา 5 ทวิ โดยให้เพิ่มภิกษุณีเป็นคณะสงฆ์อื่นไว้ในมาตราดังกล่าวมีผลให้การปฏิบัติของภิกษุณีไม่ถูกกล่าวหาว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายผิดธรรม

วินัย โดยทาง กสม. ได้รับเรื่องดังกล่าวเพื่อดำเนินการต่อไป (ไพบูลย์-ภิกษุณีร้อง กสม. เสนอกรม.แก้กฎหมายให้หญิงบวชได้, 7 กุมภาพันธ์ 2560)

3.3 การขับเคลื่อนเรื่องสถานะนักบวชหญิง

แม่ชีเป็นนักบวชหญิงที่มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับภิกษุณีและสามเณรี และเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2512 มีคณะแม่ชีไทยทั่วทุกภาคของประเทศ จำนวน 1,000 คน มารวมตัวกัน ณ ตึกสภาการศึกษา มหามกุฏราชวิทยาลัย วัดบวรนิเวศวิหาร และมีมติร่วมกันจัดตั้ง “สถาบันแม่ชีไทย” ขึ้นเป็นครั้งแรกขึ้น ทะเบียนเป็น “มูลนิธิสถาบันแม่ชีไทย” ใน พ.ศ. 2515 และต่อมาอยู่ในพระบรมราชินูปถัมภ์ ใน พ.ศ. 2520 มูลนิธิสถาบันแม่ชีไทยฯ ได้พยายามยกร่างพระราชบัญญัติแม่ชีไทยใน พ.ศ. 2539 มีวัตถุประสงค์ให้การรับรองสถานะแม่ชีให้เป็นนักบวชอย่างชัดเจน และส่งร่างให้กรมการศาสนาพิจารณา แต่ได้รับจดหมายจากกรมการศาสนาลงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2545 ระบุว่าจากการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติแม่ชีไทยนั้น พบว่าไม่สอดคล้องกับหลักธรรมวินัยของคณะสงฆ์ ฝ่ายเถรวาทและพระราชบัญญัติคณะสงฆ์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (สุขสันต์, 2549) ความพยายามรวมกลุ่มและขับเคลื่อนทางกฎหมายเพื่อให้แม่ชีได้รับการรับรองสถานะทางกฎหมายในฐานะนักบวชจึงไม่ได้รับการยอมรับจากรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพียงแต่สามารถรวมกลุ่มรวมตัวเป็นสถาบันหรือมูลนิธิ เหมือนฆราวาสทั่วไปเท่านั้น

ในปี พ.ศ.2537 มูลนิธิสถาบันแม่ชีไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ และสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี ในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ ได้ดำริร่วมกันในการกำหนดบทบาทและสถานภาพของสตรี ร่วมกันจัดตั้งสถานศึกษาในลักษณะที่เป็นสถานศึกษาสำหรับสตรี ที่จัดการศึกษานบนพื้นฐานเฉพาะทางพระพุทธศาสนา องค์กรสตรีทั้งสององค์กร โดยการนำของแม่ชีคุณหญิงกนิษฐา วิเชียรเจริญ ที่ปรึกษามูลนิธิสถาบันแม่ชีไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ ได้ประสานงานขอความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยมหามกุฏราช

วิทยาลัย เพื่อจัดการศึกษาตามคำริ่ดงกล่าว และสภามหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ในการประชุมครั้งที่ 12/2541 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2541 ได้มีมติสนับสนุนโครงการและให้เป็นวิทยาลัยในสังกัดมหาวิทยาลัย จึงถือว่าโครงการจัดสร้างสถานศึกษาสำหรับสตรีนี้เป็นส่วนหนึ่งในแผนการจัดการศึกษาของมหาวิทยาลัย โดยในระยะเริ่มต้นให้เปิดดำเนินการเรียนการสอนในสาขาวิชาพุทธศาสตร์ (Buddhist Studies) ที่สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร ภายใต้ชื่อว่า “มหาปชาบดีเถรีวิทยาลัย” ในช่วงแรกเปิดการเรียนการสอนที่สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ ในพ.ศ. 2544 ทำการเรียนการสอนที่อำเภอป้ดงชัย จังหวัดนครราชสีมา จนถึงปัจจุบัน และใช้ชื่ออย่างเป็นทางการในปัจจุบันว่า “มหาปชาบดีเถรีวิทยาลัย ในสังฆราชูปถัมภ์ในสังกัดมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย”

กลุ่มแม่ชีมีความพยายามผลักดันเพื่อให้เข้าถึงโอกาสทางการศึกษาอย่างเป็นทางการแต่ยังไม่มืกฎหมายใดๆ มาร้บรอง ทำให้การตั้งสถานศึกษานี้ต้องอยู่ภายใต้การบริหารของมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ซึ่งมีพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย พ.ศ. 2540 รั้บรองอยู่ ต่อมาเสถียรธรรมสถานภายใต้การนำของแม่ชีศันสนีย์ เสถียรสุต ก่อตั้ง “สาวิกาสิกขาลัย” ขึ้นใน พ.ศ.2551 ทำหน้าที่สอนหลักสูตรปริญญาโทภาคพิเศษ สาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต ภายใต้กำกับของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

4. การสำรวจหน่วยงานจัดเก็บข้อมูลนักบวชหญิง

จากการสำรวจข้อมูลพบว่า ข้อมูลของแต่ละหน่วยงานจัดเก็บอย่างเป็นอิสระต่อกัน และข้อมูลที่จัดเก็บเหล่านี้เรียกว่ามีจำนวนจำกัด ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังตารางที่ 6.1

ตาราง 6.1 หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับนักบวชหญิง

หน่วยงานที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่ทำ/จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
1. มูลนิธิสถาบันแม่ชีไทยในพระบรมราชูปถัมภ์	<ul style="list-style-type: none"> จำนวนแม่ชีที่มาลงทะเบียนขอใบสุทธิบรรณ พยายามสำรวจจำนวนแม่ชีตามวัดต่างๆ แต่ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือทำให้ไม่สามารถจัดทำฐานข้อมูลที่แท้จริงของจำนวนแม่ชีได้ 	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ลงทะเบียนใบสุทธิบรรณทุกปี ทำหนังสือสอบถามไปยังวัดต่างๆ ที่มีแม่ชีอาศัยอยู่ 	<ul style="list-style-type: none"> ยังมีแม่ชีที่ไม่ได้ลงทะเบียนใบสุทธิบรรณอีกหลายท่าน วัดต่างๆ ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการสำรวจ
2. วัดปากน้ำภาษีเจริญ กรุงเทพฯ	<ul style="list-style-type: none"> ตัวเลขรวมจำนวนภิกษุ สามเณร ผู้รักษาศีล ศิษย์วัด และแม่ชี ณ ปี 2556 รวม 447 รูป/คน เป็นแม่ชี 127 ท่าน 	<ul style="list-style-type: none"> วัดจัดเก็บเองจากจำนวนผู้เข้ามาบวชจำพรรษา และอาศัยอยู่ในวัด 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลนำเสนอผ่านเว็บไซต์ของวัด
3. วัดทรงธรรม กัลยาณี	<ul style="list-style-type: none"> นับจำนวนภิกษุณีและสามเณรีจำพรรษาที่วัดทรงธรรมกัลยาณี ณ ปี 2559 มีจำนวน 30 รูป 	<ul style="list-style-type: none"> บันทึกจัดเก็บเองจากผู้เข้ามาจำพรรษา 	<ul style="list-style-type: none"> ทีมศึกษาโทรสอบถามกับทางวัดทรงธรรมกัลยาณี (14 กันยายน 2559)

หน่วยงาน ที่จัดเก็บ	ข้อมูลที่จัดทำ /จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ข้อสังเกต
	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลและบทความเกี่ยวกับนักบวชหญิง ทั้งบทความ ธรรมวินัย และประวัติ นักบวชหญิงใน พุทธศาสนา 		
4. เสถียร ธรรมสถาน	<ul style="list-style-type: none"> นับจำนวนแม่ชีที่จำพรรษาในสำนัก 30 ท่าน 	<ul style="list-style-type: none"> บันทึกจัดเก็บเองจากผู้เข้ามาจำพรรษา ไม่ได้ขึ้นกับสถาบันแม่ชีไทยฯ (สอบถาม 7 กุมภาพันธ์ 2560) 	<ul style="list-style-type: none"> สาวิกาสิกขาลัย เสถียรธรรมสถาน ร่วมกับภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เปิดสอนสาขาวิชาพุทธศาสตร์และศิลปะแห่งชีวิต ปริญญาโท

จากตารางแสดงหน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับนักบวชหญิงข้างต้น ซึ่งแสดงข้อมูลที่จัดเก็บโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในด้านสถิติตัวเลขและการเข้าถึงสิทธิด้านการศึกษา โครงการศึกษานี้พบข้อสังเกตที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้

4.1 ไม่มีหน่วยงานใดทำฐานข้อมูลประชากรนักบวชหญิงทั่วประเทศ

โครงการศึกษาฯ ได้พยายามสำรวจหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลว่ามีหน่วยงานที่จัดทำฐานข้อมูลนักบวชหญิงในระดับประเทศบ้าง พบว่ามูลนิธิสถาบันแม่ชีไทยฯ เป็นหน่วยงานเดียวที่พยายามสำรวจจำนวนแม่ชีทั่ว

ประเทศ โดยการขอความร่วมมือไปยังวัดต่างๆ ที่มีแม่ชีอาศัยอยู่แต่ได้รับความร่วมมือน้อยมาก จนอาจทำให้ฐานข้อมูลที่มีอยู่ไม่สามารถนำไปใช้วิเคราะห์สถานการณ์จำนวนแม่ชีได้ โดยข้อมูลที่สามารถจัดเก็บได้เป็นประจำทุกปี คือ จำนวนแม่ชีที่มาลงทะเบียนใบสุทธิบรรณ ซึ่งมีจำนวนประมาณ 2,000 ท่าน

ขณะที่สำนักพระพุทธศาสนาซึ่งมีหน้าที่ดูแลวัดและพระเถรทั่วประเทศ มีการจัดเก็บข้อมูลวัด จำนวนพระและเถรทั่วประเทศทุกปี ส่วนสำนักเลขาธิการมหาเถรสมาคม มีการรวบรวมข้อมูลแม่ชีชาวต่างชาติผู้ขอหนังสือรับรองให้ต่ออายุวีซ่าตามระเบียบการออกหนังสือรับรองให้ต่ออายุวีซ่าแก่ชาวต่างประเทศ ผู้เข้ามาศึกษาหรือปฏิบัติธรรมทางพระพุทธศาสนาในประเทศไทย พ.ศ. 2546 ของสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (ข้อมูล 1 ม.ค.2558: กรุงเทพฯ มี 25 รูป ภูมิภาค 19 รูป) ซึ่งสามารถค้นข้อมูลส่วนนี้ได้จากสำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์องค์การมหาชน (สรอ.)

4.2 นักบวชหญิงกระจายตัวอยู่ในวัดและสถานปฏิบัติธรรม

จากการสำรวจเบื้องต้นทำให้ทราบว่า วัดหรือสถานปฏิบัติธรรมส่วนมาก มีการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับนักบวชหญิงในลักษณะคล้ายคลึงกัน นั่นคือ การจัดเก็บทำกันเองโดยอิสระภายในวัดหรือสถานปฏิบัติธรรมนั้นๆ บางแห่งอาจมีระบบจัดเก็บเป็นประจำทุกปี บางแห่งอาจไม่มีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ แต่ใช้วิธีนับจำนวนเป็นครั้งคราวเมื่อต้องการทราบ และไม่มีความร่วมมือประสานงานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

ปัจจุบัน แม่ชีส่วนใหญ่กระจายพำนักตามวัดต่างๆ ทั่วประเทศ ส่วนภิกษุณีและสามเณรีในประเทศไทยนั้น นอกจากพำนักที่วัดทรงธรรมกัลยาณี อ.เมือง จ.นครปฐมแล้ว ยังมีแยกกระจายจำพรรษาอยู่ในที่ต่างๆ เช่น ทิพยสถานธรรมภิกษุณีอาราม (เกาะยอ) อ.เมือง จ.สงขลา วัดภิกษุณีปาฏิโมกขธัมมะติปิฎกาะ อ.เลิงนกทา จ.ยโสธร เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ใดๆ ก็ดี โครงการศึกษานี้ขอสำรวจเฉพาะวัดปากน้ำ ภาษีเจริญและวัดทรงธรรมกัลยาณี เพื่อเป็นตัวอย่างการจัดเก็บข้อมูล

ขององค์กรที่มีลักษณะเป็นวัดและสถานปฏิบัติธรรม โดยวัดปากน้ำ ภาษีเจริญ มีการจัดเก็บจำนวนพระและคนที่อาศัยอยู่ในวัดรายปีอย่างเป็นระบบ และจำแนกเป็นกลุ่มประชากรดังนี้คือ ภิกษุ สามเณร ผู้รักษาศีล ศิษย์วัด และแม่ชี ซึ่งมีการเผยแพร่ทางเว็บไซต์ของวัด

สำหรับวัดทรงธรรมกัลยาณินั้น ทีมศึกษาได้ใช้วิธีสอบถามทางโทรศัพท์ โดยได้ข้อมูลว่าในปี 2558 มีจำนวนภิกษุณีและสามเณรอาศัยอยู่ในวัดประมาณ 30 ท่าน นอกจากนี้ยังพบว่าเว็บไซต์ของทางวัดได้รวบรวมกิจกรรมและบทความที่เกี่ยวข้องกับวชหญิงไว้จำนวนหนึ่ง รวมถึงข้อวัตรปฏิบัติและประวัติเกี่ยวกับนักบวชหญิงในทางพระพุทธศาสนา

4.3 แม่ชีในฐานะหัวข้อศึกษาในวิทยานิพนธ์และงานวิชาการ

สถานศึกษาด้านศาสนาที่โครงการได้สำรวจ 2 แห่ง คือ มหาปชาบดีเถรีวิทยาลัย ในสังฆราชูปถัมภ์ในสังกัดมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย และสาวิกาลิขาลัย ในสังกัดมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย โดยพบว่ามหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยนั้นมีการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับแม่ชี ส่วนใหญ่เป็นงานวิทยานิพนธ์และงานวิชาการที่ผู้ศึกษาสามารถเลือกหัวข้อศึกษาได้โดยอิสระตามความสนใจ แต่ยังเป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่ม ไม่พบการศึกษาภาพรวมระดับประเทศ ขณะที่มหาปชาบดีเถรีวิทยาลัยฯ ที่เปิดสอนสำหรับผู้หญิงที่ต้องการศึกษาทางด้านพุทธศาสนานั้น มีการเก็บข้อมูลจำนวนแม่ชีที่เข้ามาศึกษาในวิทยาลัย และเผยแพร่ข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ เช่น ในปี 2558 นักศึกษาจำนวน 95 คน แบ่งเป็น แม่ชี 11 ท่าน และคฤหัสถ์ 84 คน

4.4 นักบวชหญิงกับการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้มาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยข้อมูลดังกล่าวได้จากโรงพยาบาลในสังกัดหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบฐานข้อมูลดังกล่าวได้จำแนกผู้มาใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในกรณีนี้ได้แก่ พระภิกษุ

สามเณร แม่ชี นักบวช และนักพรตในพระพุทธศาสนาซึ่งมีหนังสือสุทธิรับรองระบบข้อมูลดังกล่าวนี้สามารถแยกเพศ แยกเป็นจำนวนครั้งที่ผู้มาใช้สิทธิตามปีงบประมาณนั้นๆ และนอกจากนี้ยังสามารถเรียกดูสถานการณ์ด้านสุขภาพของกลุ่มนักบวชได้ โดยแยกเป็นผู้ป่วยใน (IPD) และผู้ป่วยนอก (OPD) ดังตารางด้านล่างนี้

ตาราง 6.2 จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มาใช้สิทธิตามหลักสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกตามกลุ่มผู้ใช้บริการ ปีงบประมาณ 2555-2559

ปีงบประมาณ	จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการ (ครั้ง)		พระภิกษุ สามเณร แม่ชี นักบวช และนักพรต ในพระพุทธศาสนาซึ่งมีหนังสือสุทธิรับรอง (ครั้ง)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
2555	69,824,196	95,461,110	435,495	23,355
2556	77,138,652	104,032,482	468,149	25,785
2557	80,187,567	108,162,646	494,370	27,870
2558	87,041,663	117,358,728	544,300	30,012
2559	89,770,866	120,223,757	570,478	30,874

ที่มา ระบบคลังข้อมูล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มิถุนายน 2560.

ตาราง 6.3 จำนวนครั้งของผู้ป่วยใน (IPD) ที่มาใช้สิทธิตามหลักสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกตามกลุ่มผู้ใช้บริการ ปีงบประมาณ 2557-2559

ปีงบประมาณ	จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการ (ครั้ง)		พระภิกษุ สามเณร แม่ชี นักบวช และนักพรตในพระพุทธศาสนาซึ่งมีหนังสือสิทธิรับรอง (ครั้ง)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
2557	2,842,333	3,192,403	30,774	1,171
2558	2,910,652	3,258,651	31,969	1,238
2559	3,059,962	3,386,515	32,524	1,281

ที่มา: ระบบคลังข้อมูล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มิถุนายน 2560.

จากข้อมูลที่แสดงการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลของประชากรที่มีสถานะเป็นนักบวชนั้น เพียงสะท้อนว่ามีผู้หญิงนักบวชเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่บ้าง ซึ่งตัวเลขยังต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากไม่มีตัวเลขจากกองทุนรักษาพยาบาลข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม เข้ามาช่วยขยายภาพด้วยได้

4.5 ข้อจำกัดของข้อมูลเรื่องนักบวชหญิง ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

จากการสำรวจหาจำนวนที่แท้จริงของนักบวชหญิงในประเทศไทยพบว่าไม่สามารถรวบรวมข้อมูลที่ใกล้เคียงหรือที่สะท้อนจำนวนที่แท้จริงได้ ที่มีเพียงการใช้วิธีคาดเดาและประมาณการ ดังตัวอย่างที่มูลนิธิสถาบันแม่ชีไทยฯ พยายามทำการสำรวจจำนวนที่แท้จริงของแม่ชีโดยการขอความร่วมมือไปยังวัดต่างๆ ทั่วประเทศที่มีแม่ชีอาศัยอยู่ให้แจ้งจำนวนแม่ชีที่มีอยู่ในวัด แต่ไม่ค่อยได้รับความร่วมมือ จนไม่สามารถจัดทำฐานข้อมูลประชากรของคนกลุ่มนี้ได้อย่างเป็นทางการ จึงอาจกล่าวได้ว่า ขณะนี้ไม่มีวิธีเดียวที่พอจะสำรวจจำนวนแม่ชีได้อย่างถูกต้อง

และเป็นระบบ คือ การนับจากจำนวนแม่ชีที่มาลงทะเบียนใบสุทธิบรรณกับทางมูลนิธิสถาบันแม่ชีไทยฯ ซึ่งในปี 2558 มีผู้มาลงทะเบียนประมาณ 2,000 ท่าน แต่ตัวเลขดังกล่าวยังต่ำกว่าจำนวนที่แท้จริงอยู่มาก เพราะไม่ทราบจำนวนแม่ชีที่ไม่ได้มาลงทะเบียนใบสุทธิบรรณ โดยแม่ชีวรี ชื้อทศนะ รองผู้อำนวยการมูลนิธิสถาบันแม่ชีไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ คาดประมาณว่าน่าจะมีแม่ชีอยู่ทั่วประเทศราว 10,000 ท่าน

การขาดข้อมูลประชากรขั้นต้นฐานในการศึกษาสถานการณ์ของผู้หญิง-นักบวชเหล่านี้ ทั้งในด้านจำนวนประชากร ลักษณะประชากรในเชิงคุณภาพ สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ทำให้สังคมไทยขาดการทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาของกลุ่มประชากรเหล่านี้ไปโดยปริยายและกลายเป็นข้อจำกัดในการออกนโยบาย กฎหมาย หรือมาตรการแนวทางปฏิบัติ อันจะเป็นการแก้ไขปัญหาหรือส่งเสริมสถานภาพของกลุ่มประชากรเหล่านี้ได้อย่างเป็นรูปธรรม

สถานการณ์และสถานภาพของนักบวชหญิงนั้นได้รับความสนใจศึกษาในทางวิชาการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผ่านเอกสารชั้นสอง (งานเอกสาร บทความ และวิทยานิพนธ์) หรือเป็นการวิเคราะห์ผ่านมุมมองของตัวผู้เขียนเอง (ส่วนใหญ่เป็นบทความ) หรือเป็นการศึกษาเฉพาะกรณีใช้กลุ่มตัวอย่าง เช่น งานวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาสถานภาพแม่ชี กรณีศึกษาแม่ชีวัดปากน้ำภาษีเจริญ” ของแม่ชีณัฐหทัย ฉัตรทินวัฒน์ (2552) หรือบทความของแม่ชีกฤษณา รักษาโฉม และ Martin Seeger (2556) เรื่อง “แม่ชีกับสภาพปัญหาและโอกาสในการเข้าถึงอุดมศึกษาที่จัดโดยคณะสงฆ์ไทย” อันเป็นการสัมภาษณ์ผู้สอนและผู้เรียนชั้นอุดมศึกษาที่จัดโดยคณะสงฆ์ไทย การศึกษาในลักษณะข้างต้นนี้เป็นการศึกษาตามสถานการณ์หรือความสนใจส่วนตัวของผู้ศึกษา ซึ่งยังไม่พบการศึกษาที่เป็นความร่วมมือในระดับหน่วยงานหรือในระดับภาพรวมทั้งประเทศ ที่จะส่งผลอย่างสำคัญต่อการผลักดันนโยบายที่ส่งเสริมสถานภาพของนักบวชหญิงในประเทศไทยได้

5. สรุปร่องว่างการจัดเก็บข้อมูลนักบวชหญิง

จากการสำรวจและรวบรวมข้อมูลประชากรกลุ่มเฉพาะทั้ง 5 กลุ่ม ในโครงการศึกษานี้ พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับนักบวชหญิงมีน้อยที่สุด แม้แต่จำนวนประชากรที่แท้จริงของคนกลุ่มนี้ก็ยังไม่สามารถทราบได้แน่ชัด ทำได้แต่เพียงการคาดประมาณตามแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่ส่วนใหญ่จัดทำกันเองอย่างอิสระ ไม่สามารถสรุปเป็นภาพรวมทั้งประเทศได้ โดยในปัจจุบันพบว่ามูลนิธิสถาบันแม่ชีไทยฯ เป็นหน่วยงานที่พยายามจัดเก็บภาพรวมแม่ชีทั้งหมดในประเทศ โดยแจ้งขอความร่วมมือไปที่วัดต่างๆ ทั่วประเทศเพื่อทราบจำนวนแม่ชีในวัดนั้นๆ แต่ก็ไม่ได้รับความร่วมมือเท่าไรนัก ส่วนหนึ่งอาจมาจากความไม่เข้าใจว่าจะนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ประโยชน์อะไรได้ และด้วยความไม่เข้าใจนี้อาจทำให้บางวัดอาจหวาดระแวงไม่ให้ข้อมูล ซึ่งที่จริงแล้วแสดงให้เห็นอีกเช่นกันว่าความไม่เข้าใจและหวาดระแวงดังกล่าวนั้น อาจเป็นผลมาจากความรู้สึกคลุมเครือต่อสถานะแม่ชีว่าเป็นนักบวชหรือฆราวาส เนื่องจากหน่วยราชการตีความสถานะแม่ชีขัดแย้งกัน เช่น มหาเถรสมาคมไม่ให้การรับรองสถานะแม่ชีในฐานะนักบวชทางพระพุทธศาสนา ทำให้แม่ชีไม่ได้รับสิทธิบางประการสำหรับนักบวช เช่น การลดค่าโดยสารสาธารณะ แต่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตีความว่าแม่ชีอยู่ในฐานะนักบวช ทำให้แม่ชีเสียสิทธิทางโลกบางอย่าง เช่น การไม่มีสิทธิลงคะแนนเลือกตั้ง การไม่ได้รับเงินอุดหนุนผู้มีรายได้ต่ำ เป็นต้น

นอกจากความเข้าใจอันคลุมเครือที่ส่งผลต่อการตีความสถานะทางสังคมของแม่ชีแล้ว แม่ชีที่อยู่ในวัด โดยเฉพาะแม่ชีที่ยากจนไม่ได้รับสิทธิหรือการอำนวยความสะดวกสำหรับการปฏิบัติธรรมเช่นที่พระสงฆ์ได้รับ แต่ต้องทำงานหนักเพื่อแลกกับการได้อาศัยอยู่ในวัด เช่น การทำงานในโรงครัว เป็นต้น ดังข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนสถานการณ์แม่ชีที่ยากลำบาก ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับนักบวชที่มีอยู่นั้นส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในบางพื้นที่ ไม่พบงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน เพื่อศึกษาให้เห็นถึง

สถานการณ์/สภาพการณ์เกี่ยวกับนักบวชทั้งในเชิงลึกและภาพรวมทั้งประเทศ ให้เป็นระบบ อันจะนำไปสู่การสะท้อนในระดับนโยบายหรือมุ่งปรับเปลี่ยนนโยบาย เพื่อส่งเสริมหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักบวชหญิงในประเทศไทยได้

6. การวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพะนักบวชหญิง

การจำแนกให้เห็นว่าวิถีชีวิต สุขภาพและคุณภาพชีวิตของนักบวชหญิงนั้น เป็นผลจากปัจจัยสังคมอย่างไรบ้าง เพื่อนำไปสู่การเชื่อมโยงถึงการแก้ไขปัญหาที่ถูกจุดนั้น โครงการนี้จึงขอเสนอการวิเคราะห์สถานการณ์นักบวชหญิงด้วยการประยุกต์ใช้ตัวแบบ A concept model of the main determinants of health ซึ่งเป็นการแยกแยะให้เห็นถึงรากของการกีดกันผู้หญิงออกจาเส้นทางความเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ และนำไปสู่การเลือกปฏิบัติสร้างเงื่อนไขการดำเนินชีวิตให้ยากลำบากในเส้นทางความเป็นนักบวช เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรม สุขภาพและคุณภาพชีวิตของนักบวชหญิงในลักษณะต่างๆ ดังแสดงไว้ในตารางด้านล่างนี้

ตาราง 6.4 วิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพะนักบวชหญิง

ปัจจัย ส่วน บุคคล	1 วิถีชีวิตส่วนบุคคล (individual lifestyle)	2 เครือข่ายสังคม ชุมชน (social & community)	3 สภาพการใช้ชีวิต (living conditions)	4 สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม
นักบวชหญิงเป็นผู้หญิง	<ul style="list-style-type: none"> นักบวชหญิงดำเนินชีวิตแบบนักบวชถือศีลปฏิบัติตามธรรมวินัย 	<ul style="list-style-type: none"> แม่ซีมีสถานภาพคลุมเครือ สังคมเห็นเป็นเรื่องปกติที่แม่ซีต้องทำงานให้วัดและรับใช้พระ เณร 	<ul style="list-style-type: none"> ถูกกีดกาคติความแม่ซีอยู่ในกลุ่มนักบวชทำให้เสียสิทธิสวัสดิการบางอย่าง เช่น สิทธิในการเลือกตั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> บรรทัดฐานความสัมพันธ์หญิงชายที่ไม่เป็นธรรมให้ความสำคัญกับผู้ชายมากกว่าผู้หญิง

ปัจจัย ส่วน บุคคล	1 วิถีชีวิตส่วนบุคคล (individual lifestyle)	2 เครือข่าย สังคมชุมชน (social & community)	3 สภาพการใช้ชีวิต (living conditions)	4 สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม
	<ul style="list-style-type: none"> • นักบวชหญิง อดทนต่อ ทักษะคติทางลบ และการไม่ได้ รับการยอมรับ นับถือ เช่น พระสงฆ์ • แม่ชีส่วนใหญ่ ต้องพึ่งพิง พระสงฆ์ และวัด • แม่ชีที่ยากจน ทำงานหนัก ในวัด • แม่ชีที่พอมีเงิน มีการศึกษาดี อาจได้รับการ ผ่อนผันไม่ต้อง ทำงานหนัก ในวัด 	<ul style="list-style-type: none"> • สังคมบางส่วน มีทัศนคติ เชิงลบต่อ แม่ชีมองว่า ออกหักรักคุด ยากจน จึง บวชเป็นชี • ภิกษุณีไม่มี สถานภาพ ทางกฎหมาย • ภิกษุณีไม่ได้ รับการยอมรับ และไม่ได้ ความสะดวก เหมือน พระสงฆ์ 	<ul style="list-style-type: none"> • มหาเถรสมาคม ไม่รับรองแม่ชี ในสถานะนักบวช ทำให้เสียสิทธิ ในฐานะนักบวช • ไม่มีการสนับสนุน ให้ผู้หญิงสามารถ ดำรงสถานภาพ เป็นนักบวชได้ เช่นเดียวกับผู้ชาย • ไม่มีกฎหมาย รับรองสถานภาพ นักบวชหญิงให้กับ ภิกษุณีและแม่ชี 	
การดำเนินงานเกี่ยวกับนักบวชหญิงในปัจจุบัน				
<ul style="list-style-type: none"> • มหาปชาบดีเถรีวิทยาลัยและสาวิกาสิกขาลัย สำหรับแม่ชีหรือผู้หญิง • มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ให้สิทธิแม่ชีเข้าเรียนแต่ไม่ได้รับ พัตยศและนิตยภัตเช่นพระสงฆ์ • มูลนิธิสถาบันแม่ชีไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ 				

ที่มา Dahlgren and Whitehead (1991)

6.1 สถานะและชีวิตผู้หญิงนักบวชภายใต้บรรทัดฐานทางเพศที่ไม่เป็นธรรม

ภายใต้บรรทัดฐานทางสังคมที่กำหนดให้ความเป็นชายได้รับสถานะและการยกย่องทางสังคมมากกว่าความเป็นหญิงนั้น ส่งผลต่อทุกชีวิตทางสังคม ทั้งทางโลกและทางธรรม แม้ในเอกสารหลักฐานทางพุทธศาสนาจะระบุชัดเจนว่าสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้อนุญาตให้มีภิกษุณี (นักบวชหญิง) ได้ ในประวัติศาสตร์มีภิกษุณีจำนวนมากอยู่ในพุทธศาสนา มีภิกษุณีหลายรูปที่สามารถเข้าถึงธรรมสูงสุดดังที่สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าได้ทรงบอกทางไว้และมีภิกษุณีอีกหลายรูปเช่นกันที่ได้รับการยกย่องยอมรับจากสมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าว่าเป็นเลิศในการปฏิบัติจนเชี่ยวชาญสัมฤทธิ์ผล เช่น พระภัททากัจจนาเถรี (โยโสธรา) เป็นเลิศในการบรรลุอุภยญาณใหญ่ (มีฤทธิ์มาก) เช่น สามารถระลึกชาติได้ถึงสองขัย แต่ในสังคมที่ยึดมั่นกับความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงชายนี้ได้ตีความให้ความจริงทางประวัติศาสตร์ข้อนี้ลเลือนไป ด้วยการกีดกันผู้หญิงออกจากเส้นทางที่จะก้าวสู่การเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณในสังคม จนกระทั่งผู้หญิงนักบวชต้องอยู่อย่างไร้ตัวตนไร้สถานะในสังคมไทย

ไม่เพียงเท่านั้น ด้วยอคติที่ไม่ยอมรับผู้หญิงเป็นนักบวชนำไปสู่การกระทำ ความรุนแรงต่อชีวิตและจิตใจของผู้หญิงที่ต้องการใช้ชีวิตทางธรรม ดังเช่นกรณี นายนรินทร์ (กลิง) ภาซิด ที่บวชลูกสาวเป็นเหตุให้ถูกจับกุมด้วยข้อหาแต่งกาย เลียนแบบบรรพชิต และตอกย้ำด้วยคำสั่งอย่างเป็นทางการว่าห้ามบวชผู้หญิงเป็นภิกษุณี เป็นการสร้างเงื่อนไขทางสังคมที่ปิดตายเส้นทางความเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณของผู้หญิง นอกจากนี้ภิกษุณียังต้องเผชิญกับความรุนแรงจากอคติ ดังกล่าวในรูปแบบต่างๆ เช่น ภิกษุณี ดร.ลี คูณี ซึ่งร้องเรียนว่าถูกข่มขู่ให้ออกนอกพื้นที่ ขัดขวางการบิณฑบาต และวางเพลิงศูนย์ปฏิบัติธรรม เป็นเหตุให้ คณะกรรมการสิทธิต้องลงพื้นที่ตรวจสอบข้อเท็จจริง (สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, 2559)

นักบวชหญิงในสังคมไทยจึงมีชีวิตอยู่ภายใต้การต่อสู้ดิ้นรนเพื่อรักษาสถานะความเป็นนักบวชในดินแดนที่เลือกปฏิบัติทางเพศ ต้องทนอยู่กับสภาพที่ถูกมองว่าผิดกฎหมาย ไม่ได้รับการสนับสนุนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองในหลายส่วน เสี่ยงต่อการถูกนิทว่าร้ายโดยเฉพาะเรื่องชู้สาว และถูกข่มขู่คุกคามทำร้าย แม้จะปฏิบัติตามธรรมวินัยเคร่งครัด ต้องการศึกษาระบบในขั้นสูง ทำงานช่วยเหลือสังคม ก็ยังยากที่จะได้รับการยอมรับนับถือให้เกียรติ ด้วยเหตุนี้เองจึงทำให้สภาพชีวิตและเงื่อนไขการใช้ชีวิตของนักบวชหญิงดำเนินไปอย่างยากลำบาก ความพยายามผลักดันกฎหมายเพื่อรับรองสถานะนักบวชของแม่ชีไทยก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ ทำได้เพียงการเปิดโอกาสทางการศึกษาให้ผู้ที่สนใจพุทธศาสนาสามารถเข้าเรียนได้ภายใต้กำกับดูแลของมหาวิทยาลัยสงฆ์เท่านั้น เหล่านี้คือผลของโครงสร้างสังคมที่กีดกันและผลักไสให้ผู้หญิงไม่สามารถเลือกเส้นทางการใช้ชีวิตทางธรรมได้ เพราะเส้นทางนี้ถูกกันไว้เฉพาะผู้ชายเท่านั้น

จากการสรุปการดำเนินงานเกี่ยวกับนักบวชหญิงในประเทศไทยข้างต้น พบว่ามีความก้าวหน้าน้อย การทำงานเพื่อยกสถานะนักบวชหญิงทำได้แค่ในระดับชุมชนที่จำกัด เช่น อาจมีบางชุมชนรอบข้างเริ่มยอมรับนับถือนักบวชหญิง แต่ก็ยังไม่ถึงระดับการปรับโครงสร้างสังคมบางอย่าง เช่น การผลักดันให้เกิดกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องรับประกันคุณภาพชีวิตของนักบวชหญิงได้

6.2 แม่ชีกับสถานะที่คลุมเครือ: การเสียดสิทธิต่างโลกหรือทางธรรม คุณภาพชีวิตในวัดขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษา

แม่ชีเป็นนักบวชหญิงที่มีจำนวนมากว่าอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับภิกษุณี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีสถานะคลุมเครือ เนื่องจากหน่วยงานราชการตีความขัดแย้งกัน ทำให้แม่ชีเป็นผู้เสียดสิทธิต่างหลายด้าน โดยคณะกรรมการกฤษฎีการะบุไว้ชัดเจนว่า “ชี” ตามรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันนั้นรวมความอยู่ในคำว่า “นักบวช” ด้วย ทำให้แม่ชีไม่มีสิทธิลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง แต่กรรมการ

ศาสนาตีความว่า “ชี” ไม่ใช่หนักบวช กระทบวงศมนาคมจึงไม่ลดหย่อนค่าโดยสารให้ ต้องเสียค่าโดยสารแบบคนทั่วไป กระทบวงศาธารณสุขไม่มีนโยบายยกเว้นค่ารักษาพยาบาลแม่ชีเจ็บป่วย เมื่อไปติดต่อกะทรวงศศึกษาธิการเพื่อศึกษาต่อ หรือติดต่อกะทรวงศการต่างประเทศเมื่อต้องการเดินทางไปต่างประเทศต้องใช้บัตรประชาชนเป็นต้น ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเช่นนี้ทั้งสร้างคลุมเครือและสับสน แม่ชีจึงกลายเป็นคนชายขอบทั้งในวัดและสังคม (แม่ชีณัฐหทัย, 2552)

เมื่อสถานภาพของแม่ชีเป็นเพียงอุบาสิกา จึงไม่สามารถบิณฑบาตได้ ต้องพึ่งพิงพระสงฆ์และอาศัยอยู่ในวัด โดยถูกมอบหมายให้มีหน้าที่ต้องทำกิจต่างๆ ซึ่งสถานภาพของแม่ชีในวัดนั้นมีความแตกต่างกันตามฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษา แม่ชีที่มีฐานะหรือการศึกษาดีส่วนใหญ่ไม่ต้องทำงานครัวหรือทำงานหนัก และมีสภาพชีวิตดีกว่าแม่ชีที่ยากจนการศึกษาน้อย ที่มักได้รับมอบหมายให้ทำงานที่ใช้แรงงาน เช่น ทำครัว ทำความสะอาด เป็นต้น แม่ชีเหล่านี้ต้องเรียนรู้ ปรับตัวต่อผู้ดีนรณเพื่อที่จะเอาตัวรอดหรือมีชีวิตอยู่ภายใต้สภาพการณดังกล่าว เป็นภาพขัดแย้งกับผู้ชายที่ไม่ว่าจะมาจากคนฐานะยากจนหรือร่ำรวย มีการศึกษาระดับไหนก็ตาม เมื่อเข้าสู่เพศบรรพชิตก็ได้รับการยอมรับนับถือและได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้สามารถใช้ชีวิตทางธรรมรวมถึงการได้ศึกษาเล่าเรียนได้อย่างเต็มที่ ผลจากการที่แม่ชีได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากพระสงฆ์เช่นว่านี้เอง ทำให้เงื่อนไขการใช้ชีวิตในวัดของแม่ชีไม่ได้สะดวกสบาย แม่ชีต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้สามารถอาศัยอยู่ในวัดได้ หลายครั้งต้องรู้สึกอึดอัดคับข้องใจต่อความรู้สึกว่าไม่ได้รับความเป็นธรรมบางอย่าง ไม่ได้ศึกษาพระธรรมอย่างที่ตั้งใจ (แม่ชีณัฐหทัย, 2552) สถานการณ์เช่นนี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพกาย ใจ และคุณภาพในการดำเนินชีวิตของแม่ชีในที่สุด

7. สรุป

ปัญหาสำคัญของกลุ่มนักบวชหญิงคือการที่สังคมไม่ให้การยอมรับสถานะทางสังคมว่าเป็นอีกหนึ่งกลุ่มประชากรที่เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณได้ อยู่ในสังคม

อย่างไร้ตัวตน และมีสถานะที่คลุมเครือ รากเหง้าของปัญหาดังกล่าวนี้สืบเนื่อง จากแนวคิดที่ยอมรับความสัมพันธ์ระหว่างเพศที่ไม่เท่ากัน โดยยกย่องให้ความ เป็นชายอยู่เหนือความเป็นหญิงมาโดยตลอด ผ่านปฏิบัติการที่กระทำผ่านสถาบัน หลักในสังคม เช่น ศาสนา การศึกษา ยุติธรรม เป็นต้น สถานะที่คลุมเครือของ นักบวชหญิงในประเทศไทยส่งผลให้ชีวิตของผู้หญิงกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการถูกกระทำ ความรุนแรง ช่มชู้ ทำร้าย ไม่ได้รับการสนับสนุน สูญเสียสิทธิทางสังคม และเข้าไม่ถึงสวัสดิการของรัฐตามสมควร ผู้กำหนดนโยบายมองไม่เห็นตัวตนของนักบวชหญิง และไม่อาจทำความเข้าใจได้อย่างลึกซึ้งว่าการที่นักบวชหญิงต้องเผชิญกับการ มีชีวิตที่ลำบากและเสี่ยงภัยนี้ เป็นผลจากโครงสร้างสังคมที่รัฐไม่สามารถสนับสนุน หรือช่วยเหลือชีวิตผู้หญิงนักบวชกลุ่มนี้เลย การทำงานปัจจุบันจึงทำได้เพียงให้ ความช่วยเหลือเป็นรายกรณี ดังเช่น กรณีการช่มชู้และเผาสถานปฏิบัติธรรม ของภิกษุณีสงฆ์ เป็นต้น แต่ยังไม่สามารถมีนโยบายระดับชาติเพื่อช่วยลดเงื่อนไข ที่ยากลำบากในชีวิตของนักบวชหญิงได้

จากการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับนักบวชหญิง นอกจากจะพบว่าข้อมูลน้อย มากเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นในการศึกษาเดียวกันแล้ว โครงการนี้ยังพบอีกว่าข้อมูลนั้น กระจัดกระจาย ไม่มีการรวบรวมเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของสถานการณ์ อย่างเป็นระบบ การศึกษาเชิงลึกส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ที่กำหนดหัวข้อตาม แต่ผู้ศึกษาจะสนใจ งานวิจัยที่สะท้อนปัญหาและเงื่อนไขปัจจัยสังคมที่ส่งผลล บต่อชีวิตนักบวชหญิงได้รอบด้านนั้นมีอย่างจำกัด ทำให้การพูดหรืออภิปราย ประเด็นนักบวชหญิงในที่สาธารณะอาจมีข้อมูลสนับสนุนไม่เพียงพอหรือเป็นแค่ การยกกรณีตัวอย่างที่เกิดขึ้นเป็นรายๆ จึงถูกมองว่าเป็นปัญหาเฉพาะราย ยังไม่ม ีการรวบรวมปัญหาเพื่อสะท้อนออกมาเป็นปัญหาร่วมของกลุ่มนี้ได้อย่างมีหลักฐาน รองรับ ทั้งที่เป็นสิ่งสำคัญต่อการพูดคุยหารือในสังคม เพื่อสร้างความตระหนักรู้ ของสังคมและส่งผลไปถึงผู้กำหนดนโยบายในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- เจ้าหน้าที่สำนักพระพุทธศาสนา. 14 กุมภาพันธ์ 2560. สัมภาษณ์.
 ฉัตรสุมาลย์ กบิลสิงห์. (11 มกราคม 2560). 'ภิกษุณีห้ามเข้า' ถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าไปใน
 พระที่นั่งดุสิตมหาปราสาท. *มติชนสุดสัปดาห์*. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2560, จาก
https://www.matichonweekly.com/column/article_20947
- ไพบูลย์-ภิกษุณีร้อง กสม. เสนอกรรม. แก่กฎหมายให้หญิงบวชได้. (7 กุมภาพันธ์ 2560).
ประชาไท. ค้นเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <http://prachatai.com/journal/2017/02/69950>
- มูลนิธิสถาบันแม่ชีไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2542). *ระเบียบปฏิบัติของมูลนิธิสถาบันแม่ชีไทย อันเป็นฝ่ายธุรการของมูลนิธิสถาบันแม่ชีไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พุทธศักราช 2514 (ฉบับประชุมแก้ไขเพิ่มเติม)*. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แสวงสุทธิการพิมพ์.
- แม่ชีกฤษณา รักษาโฉม และ Martin Seeger. (2556). แม่ชีกับสภาพปัญหาและโอกาสในการเข้าถึงอุดมศึกษาที่จัดโดยคณะสงฆ์ไทย. *วารสารพุทธศาสนศึกษา*, 20(2): 59-89.
- แม่ชีณัฐหทัย ฉัตรทินวัฒน์. (2552). *สถานภาพของแม่ชี: กรณีศึกษาแม่ชีวัดปากน้ำ ภาษีเจริญ กรุงเทพฯ*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสตรีศึกษา วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ระบบคลังข้อมูล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มาใช้สิทธิตามหลักสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกตามกลุ่มผู้ใช้บริการ ปีงบประมาณ 2555-2559*. [เอกสารอัดสำเนา].
- ระบบคลังข้อมูล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอก (IPD) ที่มาใช้สิทธิตามหลักสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ แยกตามกลุ่มผู้ใช้บริการ ปีงบประมาณ 2557-2559*. [เอกสารอัดสำเนา].
- สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (2559). คณะอนุกรรมการด้านสิทธิสตรีลงพื้นที่ตรวจสอบศูนย์ปฏิบัติธรรมแห่งสตรีนานาชาติ จากกรณีความเดือดร้อนสถานปฏิบัติธรรม ณ อำเภอเมือง จังหวัดระยอง ถูกคุกคาม วางเพลิงทำลายทรัพย์สิน. *มุมมองสิทธิ*. 4(เมษายน): 5.
- สุขสันต์ จันทะโชโต. (2549). *การศึกษาเชิงวิเคราะห์พระราชบัญญัติคณะแม่ชีไทย กรณีศึกษาการพัฒนาองค์การและการพัฒนาสถานภาพแม่ชีไทยในมิติของพระพุทธศาสนาเถรวาท*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต (พระพุทธศาสนา) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

7

สรุปข้อค้นพบและ ข้อเสนอแนะ

การศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดทำฐานข้อมูลสถานการณ์และปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาวะผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ อันประกอบไปด้วย กลุ่มแม่วัยรุ่น กลุ่มผู้หญิงพิการ กลุ่มผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล (ชาติพันธุ์/ชนกลุ่มน้อย) กลุ่มผู้หญิงบริการ และกลุ่มนักบวชหญิง มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำภาพรวมข้อมูลเกี่ยวกับประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีอยู่ในปัจจุบัน ว่ามีการจัดเก็บโดยหน่วยงานใดบ้าง และข้อมูลที่จัดเก็บได้นั้นสะท้อนให้เห็นปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาวะผู้หญิงกลุ่มเฉพาะข้างต้นอย่างไร เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาแนวทางการจัดเก็บข้อมูลปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาวะผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ ทั้งนี้ ผลจากการศึกษาน่าจะเป็นประโยชน์ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะแก่ผู้หญิงกลุ่มเฉพาะต่อไป

วิธีการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากเอกสาร โดยการเข้าไปสืบค้นข้อมูลทางหน้าเว็บไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมการสืบค้นงานวิจัยต่างๆ ทางอินเทอร์เน็ต แต่ด้วยข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาทำให้การศึกษาแต่ละกลุ่มไม่อาจเจาะลึกลงรายละเอียดได้ทั้งหมด การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเพื่อให้ทราบสถานการณ์สำคัญบางประการ อันนำไปสู่การวิเคราะห์ให้เห็นถึงปัจจัยสังคมใดบ้างที่กำหนดสุขภาพผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ โดยสมมติฐานการศึกษาคือ ประชากรผู้หญิงกลุ่มเฉพาะเหล่านี้ ล้วนได้รับผลกระทบจากความไม่เป็นธรรมทางเพศ ที่ทำงานผ่านโครงสร้างทางสังคมและส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้หญิง

การศึกษาในแต่ละบทนั้น แบ่งเนื้อหาได้เป็นสองส่วนสำคัญ คือ *ส่วนแรก* เป็นการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมถึงสำรวจภาพรวมหน่วยงานที่มีการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ว่ามีการจัดเก็บข้อมูลอะไรบ้าง เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพหรือปริมาณ *ส่วนที่สอง* เป็นส่วนของการวิเคราะห์ให้เห็นปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ โดยข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์นั้น ส่วนใหญ่อ้างอิงจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากเป็นข้อมูลเชิงลึกทำให้เห็นมิติการใช้ชีวิตของผู้หญิงแต่ละเอเยนทรอบด้าน แต่อาจมีข้อจำกัดในการศึกษาเนื่องจากงานวิจัยบางกลุ่มมีการศึกษาไม่มากนัก และบางครั้งเจาะจงเลือกกลุ่มศึกษาเฉพาะทำให้อาจไม่ได้ภาพกลุ่มศึกษาที่หลากหลาย แต่อย่างไรก็ดี งานวิจัยเชิงคุณภาพเหล่านี้ล้วนมีคุณูปการสำคัญในการช่วยให้เราเข้าใจสถานการณ์ปัญหาของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะในมิติเชิงลึกได้

7.1 ข้อค้นพบที่สำคัญ

ข้อค้นพบที่สำคัญจากการศึกษานี้แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ (1) การประมวลภาพรวมการจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงกลุ่มเฉพาะของหน่วยงานต่างๆ และ (2) การวิเคราะห์ปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้หญิงกลุ่มเฉพาะแต่ละกลุ่ม

(1) การประมวลภาพรวมการจัดเก็บข้อมูลผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ

การประมวลภาพรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ อันประกอบด้วย กลุ่มแม่วัยรุ่น กลุ่มผู้หญิงพิการ กลุ่มผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล กลุ่มผู้หญิงบริการ และกลุ่มนักบวชหญิงนั้น รวบรวมจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลส่วนใหญ่มีการจัดเก็บในลักษณะภาพรวมเชิงตัวเลขอย่างเป็นระบบ สามารถสะท้อนแนวโน้มสถานการณ์ปัญหา รวมถึงการแก้ไขปัญหาบางอย่างได้ นอกจากนี้ยังมีกรณีศึกษาเชิงลึกที่ใช้กลุ่มตัวอย่างเฉพาะ เพื่อศึกษาในเชิงรายละเอียดและเงื่อนไขสังคมที่ส่งผลต่อสถานการณ์ชีวิตของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะให้ครอบคลุมทุกมิติ อันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินนโยบายให้สอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริง แต่การวิจัยดังกล่าวอาจมีข้อจำกัดบางอย่างทำให้กลุ่มศึกษาตัวอย่างมีจำนวนไม่มากนักหรือไม่ก็อาจได้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่หลากหลาย อย่างไรก็ตามจากการประมวลข้อมูลทำให้พบทั้งประเด็นร่วมและประเด็นที่แตกต่างในการจัดเก็บข้อมูลของผู้หญิงเฉพาะแต่ละกลุ่ม ดังนี้

ข้อมูลแม่วัยรุ่น

เนื่องด้วยปัญหาวัยรุ่นได้รับการตระหนักและยกระดับเป็นปัญหาระดับชาติ จึงมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีหน่วยงานหลักที่สำคัญ เช่น กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีการจัดเก็บข้อมูลลักษณะเดียวกันและใช้ฐานข้อมูลจากแหล่งเดียวกัน คือ สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง แต่การนำข้อมูลมาวิเคราะห์อาจต่างช่วงเวลากัน ทั้งสองกระทรวงหลักมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อแสดงอัตราการคลอดแม่วัยรุ่นในภาพรวมทั้งประเทศ ที่สามารถสะท้อนแนวโน้มสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ชัดเจน นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยศึกษาเพื่อมุ่งลดจำนวนอัตราการคลอดแม่วัยรุ่นหลายชิ้น และตามมาด้วยการออกนโยบายคุมกำเนิดแม่วัยรุ่นฟรีทั่วประเทศ

ข้อสังเกตต่อการนำข้อมูลภาพรวมเชิงตัวเลขไปใช้ คือ ควรมีความละเอียด และระมัดระวัง เพราะในกลุ่มแม่วัยรุ่นเองนั้นก็ยังมีลักษณะที่หลากหลายแตกต่างกัน ทำให้แม่วัยรุ่นอาจไม่ได้เป็นปัญหาทุกคน เช่น มีวัยรุ่นบางกลุ่มที่ต้องการสร้างครอบครัว มีแฟน และอยากมีลูก ดังนั้น เพื่อเป็นการช่วยคัดกรองกลุ่มเป้าหมายในการทำงานแก้ไขปัญหาท้องวัยรุ่น ผู้ปฏิบัติงานจึงควรละเอียดต่ออ่อนต่อมุมมอง ปัญหาแม่วัยรุ่นซึ่งจะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหามาตรังกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

ข้อมูลเกี่ยวกับนักบวชหญิง และผู้หญิงบริการ

เนื่องด้วยผู้หญิงสองกลุ่มนี้ไม่ได้รับการยอมรับสถานะในสังคม โดยผู้หญิงบริการนั้นกฎหมายไม่ให้ความคุ้มครอง ขณะที่นักบวชหญิง เช่น ภิกษุณี สามเณรี และแม่ชี เรียกว่ามีสถานะที่คลุมเครือ ไม่ได้รับการยอมรับสถานะให้มีตัวตน ในสังคมไทย ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนที่แท้จริงของผู้หญิงสองกลุ่มนี้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนและการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงสองกลุ่มนี้ยากที่จะมีหน่วยงานใดจัดทำอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพราะไม่มีกฎหมายหรือระเบียบรองรับการทำงาน การจัดทำข้อมูลในปัจจุบันจึงมีลักษณะขอความร่วมมือหรือสอบถามระหว่างกัน ทำให้ตัวเลขที่ได้มาเป็นเพียงการคาดประมาณอย่างไม่เป็นทางการ

ข้อสังเกตสำหรับการจัดทำข้อมูลนักบวชหญิงนั้น มีช่องทางและโอกาสจัดทำให้เป็นระบบได้โดยอาจใช้กลไกหน่วยงานภาครัฐ คือ กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม ที่สามารถปรับแก้ไขระเบียบเพื่อให้มีการสำรวจจำนวนนักบวชหญิงที่หมายรวมถึงภิกษุณี/สามเณรีและแม่ชี เพื่อจัดทำฐานข้อมูลประชากรกลุ่มนี้ ขณะที่กลุ่มผู้หญิงบริการนั้น การจัดเก็บจำนวนที่แท้จริงและข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบอาจเป็นไปได้ยากกว่าตราบใดที่อาชีพนี้ยังคงผิดกฎหมาย ทำให้ผู้หญิงบริการต้องอยู่ใต้ดินและเสี่ยงต่อการถูกเอาเปรียบและละเมิดสิทธิสูง

ข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิงพิการ และผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล

ทั้งสองกลุ่มนี้อาจมีลักษณะที่ต่างจากกลุ่มข้างต้นเล็กน้อย ในแง่ที่การจัด

เก็บข้อมูลส่วนใหญ่ของกลุ่มคนพิการและผู้มีปัญหาสถานะบุคคลนั้น เป็นการนำเสนอข้อมูลภาพรวมทั้งประเทศ ไม่ค่อยมีการแยกเพศ แม้ข้อมูลภาพรวมเกี่ยวกับประชากรสองกลุ่มนี้จะมีการจัดทำอย่างเป็นระบบ สามารถสะท้อนสถานการณ์ปัญหา รวมถึงสถานการณ์การเข้าถึงสิทธิประโยชน์และสวัสดิการสังคมได้ แต่การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่นำเสนอเป็นภาพรวม ไม่แยกเพศ ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิงพิการและผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลไม่ปรากฏออกมาให้เห็น นำไปสู่การดำเนินนโยบายในภาพรวมที่อาจไม่ครอบคลุมปัญหาเฉพาะบางอย่างของผู้หญิงสองกลุ่มนี้ได้

ข้อสังเกต นักบวชหญิงเป็นเพียงกลุ่มเดียวที่การจัดเก็บข้อมูลยังไม่มีระบบที่สามารถสะท้อนสถานการณ์หรือสถิติตัวเลขระดับมหภาคได้ ส่วนกลุ่มแม่วัยรุ่น ผู้หญิงพิการ ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล และผู้หญิงบริการ มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบชัดเจน การจัดทำข้อมูลสามารถทำได้อย่างเป็นระบบและมีประโยชน์มากต่อการวิเคราะห์ให้เห็นถึงสถานการณ์ปัญหาในระดับภาพรวมทั้งประเทศ และในระดับพื้นที่ ดังนั้น การนำเสนอข้อมูลทุกครั้งควรมีการแยกเพศในทุกมิติ เช่น เศรษฐกิจ การศึกษา อาชีพ และสวัสดิการสังคม เพื่อเพิ่มความละเอียดอ่อนของข้อมูลให้สะท้อนสถานการณ์ของกลุ่มประชากรหญิงและชายที่อาจแตกต่างกัน เช่น การจัดทำข้อมูลแยกเพศในเรื่องโอกาสการเข้าถึงสวัสดิการสังคมต่างๆ จะทำให้เห็นตัวเลข/สัดส่วนการเข้าถึงโอกาสดังกล่าวของผู้หญิงและผู้ชายนั้นว่าใกล้เคียงกันหรือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางการศึกษา อันจะนำไปสู่การศึกษาเชิงลึกเพื่อหาสาเหตุของปรากฏการณ์ดังกล่าว

โดยทั่วไปแล้ว ด้วยวัฒนธรรม ค่านิยม และความเชื่อเรื่องบทบาทความเป็นหญิงความเป็นชายในหลายประเทศ ทำให้ผู้หญิงมักถูกกีดกันหรือจำกัดโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรแทบทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เหล่านี้เป็นเหตุให้ผู้หญิงจำนวนมากไร้อำนาจต่อรองและหลายคนต้องดำเนินชีวิตแบบพึ่งพิง ซึ่งถือปัญหาเรื่องความไม่เสมอภาคทางเพศและความไม่เป็นธรรม

ทางเพศ และประเด็นปัญหาดังกล่าวเป็นที่ห่วงใยและได้รับการตระหนักในระดับสากลมาเป็นเวลานาน ดังนั้น การจัดทำข้อมูลแยกเพศ โดยเฉพาะข้อมูลระดับมหภาคนั้น มีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยสะท้อนสถานการณ์ปัญหาของผู้หญิง โดยเฉพาะผู้หญิงกลุ่มเฉพาะให้ปรากฏขึ้นมาให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่การศึกษาเชิงลึกเพื่อทราบถึงปัจจัยสำคัญ อันเป็นอุปสรรคต่อชีวิตของประชากรแต่ละกลุ่มโดยเฉพาะผู้หญิงกลุ่มเฉพาะข้างต้นนี้ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้การกำหนดและดำเนินนโยบายมีความละเอียดอ่อนและสอดคล้องต่อประเด็นปัญหาเฉพาะของแต่ละกลุ่มประชากรต่อไป

(2) การวิเคราะห์ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิงกลุ่มเฉพาะทั้ง 5 กลุ่ม เพื่อสะท้อนให้เห็นว่า มีปัจจัยสังคมใดบ้างที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ และส่งผลกระทบต่ออย่างไรบ้าง ข้อค้นพบในส่วนนี้ มีสองประเด็นสำคัญ คือ

หนึ่ง ผู้หญิงกลุ่มเฉพาะเหล่านี้ถูกรังแกเนื่องจาก “ความไม่เป็นธรรมทางเพศ” ที่แฝงมาในรูปของค่านิยม การให้คุณค่าและการตีตรา ความคิด ความเชื่อ และขนบประเพณีบางอย่าง โดยกระทำผ่านโครงสร้างที่สำคัญทางสังคม เช่น กฎหมาย/นโยบาย การศึกษา ศาสนา การทำงาน กระบวนการยุติธรรม ชุมชนและครอบครัว เป็นต้น

สอง คำว่า “สุขภาพ” ของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะ ไม่ใช่แค่เรื่องความเจ็บไข้ได้ป่วยทางกายเท่านั้น แต่หมายรวมถึงสุขภาพจิต/สุขภาพใจ และการดำเนินชีวิตในสังคมที่เอื้อหรือสนับสนุนให้ผู้หญิงกลุ่มนี้ได้มีโอกาสเข้าถึงทรัพยากร และบริการสุขภาพที่จำเป็นและเพียงพอที่จะทำให้สามารถรักษาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเองได้อย่างมีศักดิ์ศรี และเพื่อเป็นการอธิบายให้เห็นถึงข้อค้นพบที่สำคัญทั้งสองข้างต้น จึงแสดงไว้ในผลการศึกษาของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มแม่วัยรุ่น

บรรทัดฐานความสัมพันธ์หญิงชายที่ไม่เท่าเทียม โดยเฉพาะการกำกับควบคุมเรื่องเพศของผู้หญิงให้อยู่ในกรอบ ด้วยการตีตราผู้หญิงที่มีพฤติกรรมทางเพศนอกขนบประเพณีและธรรมเนียม เช่น ผู้หญิงต้องสำรวมเรื่องเพศ ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรหรือก่อนแต่งงาน บวกกับทัศนคติที่มองเรื่องเพศเป็นเรื่องไม่ดี ทำให้ผู้ใหญ่ไม่กล้าคุยเรื่องเพศกับเด็ก ทัศนคติดังกล่าวทำให้เด็กผู้หญิง/วัยรุ่นหญิง/ผู้หญิงส่วนมากถูกปิดกั้นไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและจำเป็นตามวัย เพื่อเสริมสร้างความฉลาดรู้เรื่องเพศ เมื่อวัยรุ่นหญิงที่กำลังเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ และเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย จนกระทั่งเผชิญกับสถานการณ์ “ท้องในวัยเรียน/ท้องไม่พร้อม” ขึ้นในชีวิต ซึ่งต้องรับมือจัดการกับแรงกดดันจากคนรอบข้าง ครอบครัว ชุมชน และโรงเรียน

เมื่อการ “ท้องในวัยรุ่น” ในภาพรวมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทางสถิติ และเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ไทยกลายเป็นประเทศที่มีท้องวัยรุ่นสูงเป็นลำดับต้นๆ ของโลก ทำให้เกิดการตื่นตัวจนประเด็นเรื่องท้องวัยรุ่นกลายเป็นปัญหาระดับชาตินำไปสู่การออกกฎหมาย/นโยบายที่เน้นลดจำนวนท้องวัยรุ่น โดยมีกรอบเวลากำกับชัดเจน ทำให้ฝ่ายปฏิบัติการเร่งดำเนินการทุกทางเพื่อสนองนโยบายดังกล่าว เช่น การให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรแก่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีฟรีในแทบทุกสิทธิการรักษาพยาบาล เช่น สิทธิบัตรทอง ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ เหล่านี้เป็นการปฏิบัติการที่ต้องการความละเอียดอ่อนและระมัดระวังอย่างมากต่อปัญหาท้องวัยรุ่น เพื่อการจำแนกแยกแยะให้เห็นกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน ณ ปัจจุบันมีแม่วัยรุ่นประมาณแสนกว่าคนอยู่ในประเทศไทย การดำเนินนโยบายด้านคุณภาพชีวิตของแม่วัยรุ่นก็เป็นสิ่งสำคัญไม่แพ้การลดอัตราการคลอด ซึ่ง ณ เวลานี้การช่วยเหลือหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตแม่วัยรุ่นยังมีไม่ครบวงจร

กลุ่มผู้หญิงพิการ

นอกจากจะถูกบรรทัดฐานความสัมพันธ์ทางเพศคอยกำหนดควบคุมเรื่องเพศของผู้หญิงให้อยู่ในกรอบและไม่ควรแสดงออกเรื่องเพศแล้ว ผู้หญิงพิการยังถูกกดทับซ้ำด้วยทัศนคติเกี่ยวกับความพิการว่า “ผิดปกติ” เป็น “ผู้ป่วย” ต้อง “พึ่งพิง” และ “เป็นภาระ” ด้วยทัศนคติต่อคนพิการดังกล่าว ทำให้คนพิการถูกมองว่าไม่สามารถทำงานหรือทำหน้าที่ได้เทียบเท่าพลเมืองคนอื่นๆ และมองว่าคนพิการคือภาระที่ต้องพึ่งพิง การออกกฎหมายและนโยบายต่างๆ เกี่ยวกับคนพิการจำนวนมากเป็นเชิงสงเคราะห์ช่วยเหลือเป็นหลัก รองลงมาคือยเป็นการพัฒนาความรู้ความสามารถ/พัฒนาศักยภาพ และการส่งเสริมให้คนพิการได้ใช้ชีวิตอย่างที่คนทั่วไปทำได้ เช่น การสร้างพื้นที่สาธารณะที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตคนพิการ การให้ผู้พิการได้มีอาชีพที่มั่นคงเหมาะกับวุฒิการศึกษา รวมถึงการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อคนพิการที่ไม่มองคนพิการเป็นภาระหรือผู้พึ่งพิง ซึ่งมีอยู่ไม่มากนัก ผู้พิการจึงถูกมองว่าไม่สามารถทำงานได้และเป็นภาระให้กับหน่วยงานหรือองค์กร ดังจะเห็นจากการที่ผู้ประกอบการจำนวนมาก เลี่ยงการจ้างงานคนพิการตามกฎหมายแรงงาน ด้วยการเลือกจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแทน ทำให้ ณ ปัจจุบัน กองทุนดังกล่าวมีเงินเหลือกว่าหมื่นล้านบาท ทำให้กระทรวงการคลังประกาศเรียกคืนเป็นรายได้เข้าคลังประมาณสองพันล้านบาท ด้วยเหตุผลว่ากองทุนนี้มีเงินเหลือเกินเงินหมุนเวียนที่จำเป็น

นอกจากนี้ ผู้พิการยังถูกมองเป็นภาพรวม/ไม่มีเพศ เพราะอคติที่มีฐานจากแนวคิดทางการแพทย์ที่มองว่าผู้พิการแต่กำเนิดนั้นมีความ “ผิดปกติ” ทางพันธุกรรม มีความเสี่ยงในการถ่ายทอดยีนส์ผิดปกติไปสู่ลูก ทำให้สังคมและคนส่วนใหญ่ลืมเรื่องเพศของคนพิการและคาดหวังว่าคนพิการไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ การกำหนดนโยบายหรือการดำเนินการเกี่ยวกับคนพิการจึงแทบไม่มีประเด็นเรื่องสุขภาพทางเพศของคนพิการ ทำให้ปฏิบัติการหลายอย่างอาจมองข้าม

ความแตกต่างทางเพศ ดังปรากฏในเอกสารรายงานสถานการณ์คนพิการด้านต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเสนอจำนวนสถิติภาพรวมไม่แยกเพศ เช่น จำนวนผู้พิการที่เข้าถึงการศึกษาระดับสูง การเข้าทำงาน การรักษาพยาบาล เป็นต้น จำนวนสถิติภาพรวมเหล่านี้ไม่สามารถรู้ได้ว่ามีผู้หญิงพิการได้เข้าถึงโอกาสและสิทธิต่างๆ นี้นาน้อยเพียงใด นอกจากนี้ ตัวเลขรวมไม่แยกเพศไม่อาจสะท้อนให้เห็นปัญหาเฉพาะของผู้หญิงพิการได้ โดยเฉพาะปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ

ด้วยเพศสภาพที่เป็นผู้หญิงและทัศนคติเกี่ยวกับคนพิการ ทำให้ผู้หญิงพิการถูกกีดกันออกจากความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับเรื่องเพศ รวมถึงถูกคาดหวังให้สำรวมเรื่องเพศ ไม่ควรแสดงออกทางเพศ ทำให้ผู้หญิงพิการขาดข้อมูลความรู้ที่จำเป็นและสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทางเพศของตัวเอง ในขณะที่ด้วยกันผู้หญิงพิการก็มีความรู้สึก ต้องการความรัก ความสัมพันธ์ที่ดี รวมถึงการมีคู่/การมีครอบครัว และมีลูก นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ได้เหมือนกัน ซึ่งมีความสลับซับซ้อนไปตามลักษณะความพิการที่หลากหลาย ทำให้จำเป็นต้องได้รับความรู้และการดูแลเป็นการเฉพาะ

ด้วยอคติความไม่เป็นธรรมทางเพศ และอคติเกี่ยวกับคนพิการ ทำให้ผู้หญิงพิการถูกกีดกัน/เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น เช่น การไม่กล้าปรึกษาหมอเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ถ้าผู้หญิงพิการอยากมีลูกก็มักจะถูกห้ามหรือโน้มน้าวไม่ให้มีลูกเพราะกลัวจะเป็นภาระเพิ่ม (เนื่องจากอคติที่มองคนพิการไม่สามารถทำงานหรือพึ่งตัวเองได้) หรือผู้หญิงพิการอาจถูกชักจูง โน้มน้าวให้ทำหมัน ปัญหาข้างต้นนี้ยังทวีความรุนแรงในกลุ่มผู้หญิงพิการทางการสื่อสาร ซึ่งยากที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องด้วยสถานบริการหลายแห่งไม่มีล่ามหรืออุปกรณ์อำนวยความสะดวกในด้านนี้ เหล่านี้ล้วนเป็นการปิดกั้นโอกาสไม่ให้ผู้หญิงพิการได้เข้าถึงบริการทางสุขภาพที่จำเป็นและละเอียดอ่อนต่อปัญหาเฉพาะของผู้หญิงพิการแต่ละประเภท

กลุ่มผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล

ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลเผชิญกับอคติทางสังคมที่ซ้ำซ้อน เริ่มจากแนวคิดการสร้างชาติสมัยใหม่ที่ต้องกำหนดเขตแดนและนับจำนวนประชากร ทำให้มีชนกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะผู้อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรืออยู่ตามแนวตะเข็บชายแดน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชนเผ่า/ชาติพันธุ์ต้องตกสำรวจ กลายเป็นคนไร้สัญชาติทำให้เสียสิทธิในการดำเนินชีวิตแทบทุกด้าน นอกจากนี้ ยังต้องเจอกับอคติของสังคมที่มองคนกลุ่มนี้ว่าเป็นภัยต่อความมั่นคงและเป็นกลุ่มที่ลักลอบทำผิดกฎหมาย

การต้องตกเป็นผู้ที่มีปัญหาสถานะบุคคล ทำให้ต้องถูกรีดรอนสิทธิทางการเมือง รวมถึงสิทธิความเป็นพลเมือง เช่น การถูกกีดรอนสิทธิด้านการประกอบอาชีพ/ทำมาหากิน ถูกจำกัดการเดินทาง เข้าไม่ถึงกระบวนการยุติธรรม และการไม่ได้รับสวัสดิการที่จำเป็นต่อชีวิต เป็นต้น เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้คนกลุ่มนี้มีโอกาสเลือกทางเดินของชีวิตได้อย่างจำกัด เสี่ยงต่อการถูกเอาเปรียบแสวงหาผลประโยชน์ด้วยการชักจูงให้ทำงานที่เสี่ยงและผิดกฎหมาย อันนำมาซึ่งการเกิดอคติทางสังคมว่า คนกลุ่มนี้อาจเป็นภัยต่อความมั่นคงของชาติและเป็นกลุ่มที่ทำผิดกฎหมาย เหล่านี้ก็ยังทำให้คนกลุ่มนี้ถูกกีดกันเลือกปฏิบัติเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาติพันธุ์/ชนกลุ่มน้อย นอกจากต้องตกอยู่ในสภาพการถูกรีดรอนสิทธิและเผชิญกับปัญหาอคติทางสังคมอันเกิดจากสถานะบุคคลข้างต้นแล้ว ยังต้องเจอกับความไม่เป็นธรรมทางเพศที่คอยกดขี่และเอาเปรียบผู้หญิง ผ่านวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมภายในชนเผ่าของตัวเอง ผู้หญิงชาติพันธุ์ส่วนใหญ่เมื่อแต่งงานต้องไปอยู่บ้านสามีและทำงานหนักให้ครอบครัวสามี และมีบางเผ่าถือว่าการแต่งงานเป็นการขายแรงงาน พ่อแม่ผู้หญิงอาจขายลูกสาวให้แต่งงานโดยไม่ต้องถามความสมัครใจได้ถ้าพอใจค่าสินสอดที่ฝ่ายชายเสนอ

ชีวิตแต่งงานทำให้ผู้หญิงเหล่านี้ต้องทำงานหนัก ทำให้ผู้หญิงบางคนทนรับสภาพไม่ไหวจึงนำไปสู่การหย่าร้างเพื่อผู้หญิงจะได้กลับไปอยู่กับครอบครัวของตนเองหรือออกไปทำงานนอกหมู่บ้าน แต่ยังมีขนบธรรมเนียมของหลายเผ่าที่ไม่อนุญาตให้ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วกลับไปอยู่บ้านเดิม ผู้หญิงหลายคนต้องทนกับสภาพการทำงานที่หนักโดยไม่มีทางเลือก นอกจากนี้ ความไม่เป็นธรรมทางเพศในวัฒนธรรมชนเผ่า ยังให้ผู้ชายชนเผ่าสามารถมีภรรยาได้หลายคน ในขณะที่ผู้หญิงเมื่อแต่งงานแล้วต้องเป็นสมบัติของสามีเท่านั้น

อาจกล่าวได้ว่า ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล นอกจากไม่ได้รับสิทธิที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตแทบทุกด้านแล้ว ยังต้องถูกเอาเปรียบกดขี่จากความเป็นธรรมทางเพศที่แฝงอยู่ในวัฒนธรรมของตนเอง เหล่านี้ล้วนบั่นทอนสุขภาพกาย สุขภาพใจ และทำให้ผู้หญิงเหล่านี้หมดอำนาจต่อรอง เข้าไม่ถึงทรัพยากรที่จะช่วยให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตและเลือกใช้ชีวิตได้

ผู้หญิงบริการ

ภายใต้บรรทัดฐานทางเพศที่ไม่เป็นธรรมนั้น ผลักให้ผู้หญิงบริการอยู่นอกกรอบแบบแผนทางเพศที่สังคมกำหนดให้ และมักถูกลงโทษทางสังคมด้วยการประณามตีตราว่าทำผิด เป็นผู้หญิงไม่ดี ทั้งที่อาชีพให้บริการเพื่อสนองความต้องการทางเพศของผู้ชายนั้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบเศรษฐกิจและมีอยู่คู่สังคมไทยมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเกิดขึ้นภายใต้ความไม่เป็นธรรมทางเพศ ที่กำกับควบคุมพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิงฝ่ายเดียวเท่านั้น แต่ไม่กำกับควบคุมเรื่องเพศของผู้ชาย มองเห็นพฤติกรรม/การแสดงออกทางเพศของผู้ชายเป็นเรื่องปกติธรรมดา เช่น เป็นธรรมดาของผู้ชายที่ต้องเป็นผู้นำทางเพศ แสดงออกและระบายความต้องการทางเพศ ความรุนแรงและการละเมิดรูปแบบต่างๆ เช่น เจ้าชู้ ทะเลาะผู้หญิง ไปจนถึงการละเมิดทางเพศนั้น ถูกทอนให้เป็นเรื่องปกติธรรมดา/เป็นธรรมชาติไม่อาจปรับปรุงแก้ไขได้ ผู้ชายที่ได้ประโยชน์จากบรรทัดฐานเช่นนี้จึงไม่ถูกขัดเกลาหรือหล่อหลอมให้สำรวมระวังพฤติกรรมทางเพศของ

ตัวเอง และไม่มีกระบวนการขัดเกลาให้ผู้ชายไม่ล่วงละเมิดหรือทำร้ายทางเพศ ผู้หญิงด้วยกัน

ความไม่เป็นธรรมทางเพศที่กำกับควบคุมเรื่องเพศกับผู้หญิงฝ่ายเดียวนั้น ผลักดันให้ผู้หญิงที่ให้บริการทางเพศกลายเป็นคนชายขอบของสังคม ไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย นอกจากผู้หญิงบริการเหล่านี้มีชีวิตอยู่บนความเสี่ยงต่อการถูกระทำรุนแรง การแสวงประโยชน์ ไปจนถึงเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว ยังต้องรับเอาภาวะเครียด กัดดัน รู้สึกเป็นคนผิดบาปเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต ส่วนใหญ่ปิดบังสถานะอาชีพไม่ให้คนในครอบครัว/คนรอบข้างรู้ รวมทั้งไม่ได้รับการคุ้มครองแรงงานและสวัสดิการตามกฎหมาย ยกเว้นผู้ที่ตกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์ นโยบายที่ส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพของผู้หญิงบริการ คือ การให้บริการตรวจโรคที่ค่อนข้างทั่วถึงครอบคลุม ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นสวัสดิการทางสังคมเดียวที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้หญิงกลุ่มนี้ แม้จุดมุ่งหมายหลักจะเป็นไปเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะ เอชไอวี/เอดส์เป็นสำคัญก็ตาม

นักบวชหญิง

บรรทัดฐานความสัมพันธ์ระหว่างเพศที่ไม่เท่าเทียม ให้ความสำคัญกับความ เป็นชายสูงกว่าความเป็นหญิงในหลายๆ ด้าน รวมถึงเรื่องทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ยอมรับเพียงผู้ชายเท่านั้นที่มีสิทธิบวชเป็นภิกษุ และได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ใช้ชีวิตทางธรรมผ่านชนบประเพณีการบวช ลูกชายเพื่อให้พ่อแม่เกาะชายผ้าเหลืองขึ้นสวรรค์ ลูกสาวมักถูกคาดหวังให้ต้อง ดำเนินชีวิตในทางโลกที่ต้องดูแลครอบครัวและพ่อแม่ และผู้หญิงสามารถอุปถัมภ์ ค้ำจุนพุทธศาสนาได้หลายทางยกเว้นการเข้ามาเป็นนักบวชหรือผู้นำทางศาสนา/ จิตวิญญาณ ผู้หญิงจึงถูกกีดกันไม่ให้เข้าไปมีส่วนในทางศาสนาความเชื่อมากนัก เช่น หลายวัดกำหนดพื้นที่เฉพาะให้สำหรับผู้ชายเท่านั้น ด้วยคำอธิบายว่าผู้หญิง ห้ามเข้า เนื่องจากบาป ไม่เป็นมงคล และนำความเสื่อมเสีย/เสียหายมาให้พื้นที่

อันศักดิ์สิทธิ์ หรือการห้ามผู้หญิงบวชในสังคมไทย ทำให้นักบวชหญิงมีสถานะที่คลุมเครือ มีชีวิตอย่างไร้ตัวตน และเสี่ยงต่อการถูกละเมิดรูปแบบต่างๆ

แม้จะมีผู้หญิงจำนวนมากที่ต้องการโอกาสเพื่อเข้าสู่เส้นทางธรรม เช่นผู้ชาย และการบวชเป็น “แม่ชี” อาจเป็นทางเลือกเดียวที่สังคมไทยเปิดโอกาสให้ แต่สถานะและการรับรองนั้นไม่เทียบเท่าภิกษุในทุกด้าน แม่ชีที่อยู่ในวัดโดยเฉพาะแม่ชีที่ยากจนและการศึกษาน้อยต้องทำงานหนัก รับประทานพระสงฆ์เพื่อแลกกับการได้อยู่ในวัด ส่วนด้านการศึกษา นั้น แม่จะมีระเบียบเปิดโอกาสให้แม่ชีเข้าศึกษาในสถาบันเดียวกับสงฆ์ได้แล้ว แต่เมื่อจบการศึกษาก็ไม่ได้รับนิยัตินักบวช (เงินเดือน) เหมือนกับภิกษุสามเณร นอกจากนี้สถานะแม่ชียังคลุมเครือ หน่วยราชการเองก็ตีความแม่ชีต่างกัน กฤษฎีกาตีความแม่ชีเป็นนักบวช ทำให้แม่ชีเสียสิทธิความเป็นพลเมืองและสวัสดิการทางสังคมบางอย่าง เช่น ไม่มีสิทธิเลือกตั้ง ไม่ได้รับการลดหย่อนหรือสวัสดิการโดยसारสาธารณะ และไม่มีสิทธิได้รับเงินอุดหนุนคนจน เป็นต้น แต่ในทางธรรมที่ปกครองโดยคณะสงฆ์ สถานะแม่ชีคือฆราวาสทั่วไปไม่ใช่ นักบวช ทำให้แม่ชีไม่ได้รับสิทธิหรือสวัสดิการช่วยเหลือใดๆ ในฐานะนักบวช แม่จะมีการต่อสู้เรื่องการแก้ระเบียบกฎหมายเพื่อให้รับรองสถานะแม่ชี ในฐานะนักบวชมาเป็นเวลานาน แต่ยังไม่ได้รับการแก้ไข สะท้อนถึงความไม่เป็นธรรมทางเพศที่กระทำผ่านกฎหมายและกฎระเบียบของสังคม

ทั้งภิกษุณีและแม่ชีในสังคมนั้นจึงต่างได้รับผลกระทบจากความไม่เป็นธรรมทางเพศ ที่กระทำผ่านกฎหมาย ขนบวัฒนธรรมบางอย่างดังที่กล่าวข้างต้น ส่งผลให้นักบวชหญิงในสังคมไทยต้องดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อการถูกข่มขู่ทำร้ายไม่ให้เกียรติ และเสียสิทธิและสวัสดิการทางสังคมบางอย่าง เหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อสุขภาพกาย สุขภาพใจ และคุณภาพชีวิตของนักบวชหญิงทั้งสิ้น

7.2 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอในภาพรวม:

(1) ควรจัดเก็บข้อมูลด้วยการคำนึงถึงความหลากหลายและละเอียดอ่อนทางเพศภาวะ (gender diversity)

จากข้อค้นพบที่ได้จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิงกลุ่มเฉพาะทั้ง 5 กลุ่ม อันประกอบด้วย แม่วัยรุ่น ผู้หญิงพิการ ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล ผู้หญิงบริการ และนักบวชหญิง ทำให้ทราบว่าข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มประชากรข้างต้นนี้ ส่วนใหญ่มีการจัดเก็บเป็นระบบในระดับมหภาค ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ/สถิติที่สามารถแยกเพศได้ แต่การนำเสนอหรือการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนใหญ่ยังไม่แยกเพศ ทำให้ข้อมูลสถานการณ์ต่างๆ ไม่สะท้อนปัญหาของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะเท่าใดนัก จึงควรแยกทำข้อมูลแยกเพศเพื่อทราบถึงสถานการณ์ที่อาจแตกต่างกันของหญิงและชาย

นอกจากนี้ข้อมูลที่จัดเก็บควรคำนึงถึงความหลากหลายของแต่ละคน เช่น การจัดทำข้อมูลจำแนกตามสภาพปัญหาผู้มาลงทะเบียนในโครงการเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดนั้น ที่จำแนกเป็นปัญหาด้านที่อยู่อาศัย แม่เลี้ยงเดี่ยว เศรษฐกิจ การศึกษานั้น แต่ละคนอาจตกอยู่ในสถานการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนมากกว่าหนึ่งปัญหาได้ เช่น เป็นแม่วัยรุ่นที่ต้องออกจากโรงเรียน ตกงาน ไร้ที่อยู่ และเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ดังนั้น การจัดทำข้อมูลที่คำนึงถึงความซับซ้อนของปัญหาของแต่ละคนอย่างรอบด้านจึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องทำความเข้าใจ และจัดเก็บ เพื่อสะท้อนภาพความเป็นจริงของชีวิตคนได้มากที่สุด อันจะนำไปสู่คุณภาพการฉายภาพเหล่านี้ในระดับนโยบายให้สอดคล้องกับความเป็นจริง

(2) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ยังมุ่งเก็บข้อมูลเฉพาะ กายภาพ สุขภาพและความเจ็บป่วย ขาดความละเอียดอ่อนในด้าน บริบททางวัฒนธรรมในชีวิตผู้หญิง

ข้อมูลเกี่ยวกับประชากรทั้งห้ากลุ่มนี้ นอกจากจะเป็นเรื่องจำนวนประชากรแล้ว ยังมีข้อมูลสถิติที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งมีการจัดทำเป็นระบบ สามารถเรียกดูสถิติเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล รวมถึงสถิติการรักษาในแต่ละกลุ่มโรค ตามการจำแนกของกระทรวงสาธารณสุขได้ ดังเช่น ระบบฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ที่มีการจัดเก็บฐานข้อมูลประชากรด้านการใช้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพที่จำแนกเป็นประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น นักบวช แม่วัยรุ่น คนพิการ ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ ฐานข้อมูลนี้สามารถนำไปสู่การวิเคราะห์แยกเพศและศึกษาสถานการณ์ปัญหาเฉพาะของประชากรกลุ่มต่างๆ ได้ดีในแง่การเป็นข้อมูลด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย แต่ข้อมูลที่มีจำกัด คือ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านบริบทชีวิตและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อชีวิตของผู้หญิง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้พบได้ในการศึกษาวิจัยเชิงลึก แต่การนำข้อมูลเหล่านี้มาทำเป็นรูปธรรมหรือนำเสนอให้เห็นเชิงตัวเลข/สถิติในเชิงภาพรวมยังมีจำกัดมาก ดังนั้น เพื่อให้ข้อมูลที่มีอยู่ได้สะท้อนปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเฉพาะนี้ การเก็บข้อมูลต่างๆ ควรเพิ่มความละเอียดอ่อนต่อประเด็นด้านวัฒนธรรมและบริบทในชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ด้วย

(3) แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลควรเป็นรายบุคคลและมีข้อมูลส่วนบุคคล ที่ครอบคลุมให้เห็นสภาพชีวิตของบุคคลนั้นมากที่สุด

จากข้อเสนอแนะต่อการจัดทำข้อมูลประชากรกลุ่มเฉพาะข้างต้น ทั้งที่เป็นเรื่องความละเอียดอ่อนต่อประเด็นเพศสภาพหญิงและชายรวมถึงสถานการณ์ปัญหาที่ทับซ้อนในชีวิตแต่ละคน และการคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่และผู้ที่เกี่ยวข้องต้องมีความรู้ความเข้าใจในมุมมองเรื่อง

เพศสภาพ ความเสมอภาคระหว่างเพศ และความเป็นธรรมทางเพศ รวมถึงกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ การเสริมทักษะความรู้ในประเด็นเหล่านี้ อยู่อย่างต่อเนื่องรวมถึงการจัดให้เจ้าหน้าที่ได้มีโอกาสพูดคุยถึงในประเด็นดังกล่าว เพื่อทำความเข้าใจร่วมกันอย่างลึกซึ้ง จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการทำงาน อันจะนำไปสู่การจัดเก็บและจัดทำข้อมูลที่สำคัญถึงความแตกต่างทางเพศโดยเฉพาะใน ผู้หญิงประชากรกลุ่มเฉพาะ เมื่อเจ้าหน้าที่มีความเข้าใจและมีมุมมองที่ละเอียดอ่อนต่อประเด็นดังกล่าวแล้ว ก็อาจนำไปสู่การพัฒนาหรือประยุกต์ใช้เครื่องมือ ในการจัดเก็บข้อมูลประชากรกลุ่มเฉพาะได้อย่างละเอียดและรอบด้าน ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับแต่ละกลุ่มประชากร:

แม่วัยรุ่น: สถานการณ์ปัญหาส่วนใหญ่ของแม่วัยรุ่นนั้นเป็นเรื่องการเข้าถึงสิทธิ ด้านต่างๆ โดยเฉพาะสิทธิด้านการศึกษา แม่วัยรุ่นจำนวนหนึ่งมักถูกกีดกันให้ออกจากโรงเรียนและไม่สามารถกลับไปเรียนต่อให้จบชั้นสูงได้ ทำให้ขาดโอกาส การมีอาชีพการงานที่มีรายได้มั่นคง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ ที่ไม่อาจ หางานทำ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ หรือประสบปัญหาเศรษฐกิจ และการเผชิญปัญหาศักยภาพในการเลี้ยงดูลูก ทั้งความพร้อมด้านอารมณ์ความรู้สึก และสถานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งสวัสดิการแม่วัยรุ่นในปัจจุบันยังไม่ครบวงจร มีเพียง บางส่วนเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมได้ ข้อควรคำนึงถึงในการ ดำเนินงานเกี่ยวกับแม่วัยรุ่นควรให้ความสำคัญกับการเคารพการตัดสินใจของ วัยรุ่น/ผู้หญิงว่าจะเลือกตั้งครรภ์ต่อหรือไม่ รวมถึงการดำเนินนโยบายด้านการ คุมกำเนิดฟรีแก่วัยรุ่น ควรเป็นไปตามความสมัครใจไม่ควรโน้มมน้ำหนักงูด้วย เหตุที่ว่าท้องวัยรุ่นทุกคนเป็นปัญหา

ผู้หญิงพิการ: เป็นกลุ่มประชากรที่มีสภาพปัญหาซับซ้อน ทั้งแง่ข้อจำกัดทาง กายภาพที่แบ่งประเภทความพิการออกได้ 7 ประเภท คือ ทางการเห็น การได้ยิน หรือสื่อความหมาย การเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จิตใจหรือพฤติกรรม สติปัญญา

การเรียนรู้ และอภิสติค นอกจากนี้ คนพิการยังเผชิญกับอคติทางสังคมที่มองภาพเหมารวมว่า คนพิการเป็นภาระที่ต้องพึ่งพิง สงเคราะห์ช่วยเหลือ ไม่สามารถทำงานได้ ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วคนพิการจำนวนมากไม่น้อยสามารถทำงานได้ แต่ด้วยอคติเหมารวมดังกล่าวทำให้มีคนพิการไม่มากที่มีอาชีพที่มั่นคง

เมื่อพิจารณาถึงผู้หญิงพิการ ซึ่งเผชิญกับอคติซ้ำซ้อนเรื่องเพศที่มองว่าคนพิการไม่ควร (เสียง) มีลูกหรือผลิตพลเมืองที่ (อาจ) ไม่ครบสมบูรณ์ ทำให้คนพิการโดยเฉพาะผู้หญิงพิการ ขาดข้อมูลความรู้เรื่องเพศ ถูกปิดกั้นเข้าไม่ถึงความฉลาดรู้เรื่องเพศ และต้องเผชิญกับการถูกละเมิดสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สูง ผู้หญิงพิการต้องเผชิญกับการถูกเอาเปรียบหรือกระทำความรุนแรงทางเพศได้มากกว่าคนทั่วไป เพื่อให้ปัญหาดังกล่าวได้รับการตระหนักในระดับนโยบายและถูกหยิบยกมาแก้ไขปัญหา จึงควรมีการศึกษาเรื่องสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิงพิการอย่างจริงจังและเป็นระบบ

ผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคล: เป็นกลุ่มประชากรที่ถูกจำกัดโอกาสการเข้าถึงสิทธิและบริการทางสังคมและบริการทางสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยเรื่องภาษายังเพิ่มความซ้ำซ้อนของปัญหาในการเข้าถึงสิทธิและบริการต่างๆ ยิ่งไปกว่านั้นผู้หญิงที่มีปัญหาสถานะบุคคลซึ่งจำนวนหนึ่งเป็นหญิงชนกลุ่มน้อยเผ่าต่างๆ ที่อาศัยในประเทศไทย ต้องเผชิญกับวัฒนธรรมในกลุ่มของตนเองที่เอาเปรียบและกดขี่ผู้หญิง โดยเฉพาะวัฒนธรรมเรื่องเพศ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลสภาพปัญหาและบริบทสังคมของผู้หญิงกลุ่มเฉพาะนี้ให้เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน อันจะนำไปสู่การใช้วางแผนในการดำเนินและปฏิบัติการเกี่ยวกับประเด็นผู้มีปัญหาสถานะบุคคลที่ละเอียดอ่อนมากขึ้น

ผู้หญิงบริการ: ยังเป็นอาชีพที่ไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายในประเทศไทย เนื่องจากถูกให้ความหมายว่าอยู่นอกกรอบหรือแบบแผนเรื่องเพศของสังคม มีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับเงิน มักถูกมองในเชิงระบอบาติวิทยาในฐานะเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทักษะคิดดังกล่าวทำให้อาชีพพนักงานบริการไม่ได้รับคุ้มครองแรงงานตามกฎหมายแรงงาน เสี่ยงต่อการถูกเอาเปรียบแรงงานและถูกแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศโดยไร้การคุ้มครอง ส่วนบริการด้านสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มนี้เน้นไปที่เพื่อการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนกลุ่มนี้จึงควรมีมาตรการคุ้มครองแรงงานในฐานะแรงงานคนหนึ่งและการบริการด้านสุขภาพที่ละเอียดอ่อนมากขึ้น

นักบวชหญิง: เป็นกลุ่มประชากรหญิงที่ถูกเลือกปฏิบัติเพราะความแตกต่างทางเพศ ที่สังคมไทยไม่ยอมรับผู้หญิงในสถานะนักบวช แม้ในความจริงจะมีผู้หญิงจำนวนหนึ่งได้ใช้ชีวิตเยี่ยงนักบวชอย่างเปิดเผย แต่ยังไม่มีความหมายรองรับสถานะภิกษุณี ขณะที่แม่ชีได้รับการยอมรับในสังคมแต่ยังมีสถานะคลุมเครือ หน่วยราชการตีความขัดกันทำให้สูญเสียสิทธิบางประการทั้งทางโลกและทางธรรม ข้อเสนอแนะต่อประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นการเรื่องปรับ/แก้ให้มีกฎหมายรับรองสถานะของนักบวชหญิงอย่างเช่นนักบวชชายในประเทศไทย ไม่ว่าจะ เป็นภิกษุณี สามเณรี หรือแม่ชี เป็นต้น

