

รายงานการประชุมสัญจร
การขับเคลื่อนสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม ครั้งที่ 27

วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2554 เวลา 09.30 – 15.00 น.
ณ ห้องประชุมราชาวดี ชั้น 4 โรงแรมทีเคพาเลส

จัดโดย แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)
สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กำหนดการประชุมหารือ
“การขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม ครั้งที่ 27”
วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2554 เวลา 09.30 – 15.00 น.
ณ ห้องประชุมราชาวดี ชั้น 4 โรงแรมทีเคพาเลส

09.30 – 10.00 น.	กล่าวต้อนรับและสรุปความเป็นมาของเครือข่ายฯ โดย รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
10.00 – 10.30 น.	นำเสนองานวิจัย กฎหมายคุ้มครองผู้ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว “ฐานความคิด โอกาส และอุปสรรค” โดย ดร.วราภรณ์ แซ่มสนิท นักวิชาการอิสระ
10.30 – 10.45 น.	แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและรับประทานอาหารว่างร่วมกัน
10.45 – 11.00 น.	สรุปสาระสำคัญของการประชุมหารือ ครั้งที่ 26 โดย คุณณัฐยา บุญภักดี มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง
11.00 – 12.00 น.	รายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานโดยสมาชิก <ul style="list-style-type: none">● สมาชิกใหม่แนะนำตัว● ความก้าวหน้าของการดำเนินงานด้านต่างๆ<ul style="list-style-type: none">○ ความร่วมมือกับกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์○ ความก้าวหน้าอื่น ๆ
12.00 – 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00 – 15.00 น.	รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของสมาชิกเครือข่ายฯ <ul style="list-style-type: none">● ด้านการป้องกันการท้องไม่พร้อม● ด้านการให้การปรึกษาทางเลือก● ด้านการจัดบริการบ้านพักรอคลอด● ด้านการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

***ดำเนินการประชุมตลอดวัน โดย รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

รายงานสรุปการประชุม
“การขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม ครั้งที่ 27”
วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2554 เวลา 09.30 – 15.00 น.
ณ ห้องประชุมราชาวดี ชั้น 4 โรงแรมทีเคพาเลส

สาระของการประชุม ประกอบด้วย

1. นำเสนองานวิจัย “กฎหมายคุ้มครองผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัวฐานความคิด โอกาส และอุปสรรค”
2. สรุปสาระสำคัญของการประชุมหารือ ครั้งที่ 26
3. รายงานความก้าวหน้าและหารือ

ผลของการประชุมหารือ

รศ.ดร.กฤตยา กล่าวถึงการประชุมการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมครั้งที่ 27 มีการประชุมทุก 2 เดือน เครือข่ายฯ มีอายุเข้าปีที่ 6 จะสรุปความเป็นมาของเครือข่ายฯ เรียกสั้นๆ ว่าเครือข่าย Choices โดยส่วนตัวเริ่มทำงานเรื่องนี้เมื่อ 20 ปีที่แล้ว ร่วมกับ อาจารย์นภภรณ์ หะวานนท์ ตั้งแต่ยังไม่เป็นเครือข่าย เป็นโครงการรณรงค์สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ โดย Pop Council หัวหน้าทีมคือ ดร.กนกวรรณ ธรรมวรรณ ทำงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม คำว่า “ท้องไม่พร้อม” เกิดจากการสัมภาษณ์ผู้หญิงซึ่งมีท้องต้องการยุติการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ท้องแล้วยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย เรียกว่า “กลุ่มปลอดภัย” กลุ่มที่ท้องและทำแท้งแต่เกิดอาการแทรกซ้อน เรียก “กลุ่มแทรกซ้อน” กลุ่มที่ท้องและกำลังหาที่ทำแท้ง แต่หาไม่ได้ เรียก “กลุ่มท้องอยู่” สุดท้ายกลุ่มที่ท้องและคลอด เรียก “กลุ่มคลอด” กลุ่มละ 20 คน เก็บข้อมูล 2 จังหวัด คือกรุงเทพฯ และนครสวรรค์ เหตุที่เลือกนครสวรรค์ เพราะสถิติของกระทรวงสาธารณสุขชี้ว่า จำนวนผู้ทำแท้งและมีอาการแทรกซ้อนมีสถิติสูงสุด รองจากกรุงเทพฯ โดยสรุปวิจัยนี้นำมาซึ่งคำว่า “ท้องไม่พร้อม” ไม่ว่าผู้หญิงโสด ท้องในวัยเรียน มีปัญหาเศรษฐกิจ ตกงาน ผู้หญิงพูดเหมือนกันว่า “ท้องไม่พร้อม” งานวิจัยชุดที่สอง เป็นเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลระดับชุมชน คือ นครสวรรค์กับขอนแก่น 2 – 3 หมู่บ้าน เก็บข้อมูลผู้หญิงทุกคนในชุมชน อายุ 15 – 59 ปี ศึกษาประวัติการตั้งครรภ์ ประมาณ 1,000 ครรภ์ พบว่า คนที่ไม่วางแผน จะยุติการตั้งครรภ์มากกว่าคนที่วางแผน 1% ที่ทำแท้ง ทำให้เห็นว่าผู้หญิงที่วางแผนก็ยังมีคนทำแท้ง แต่คนไม่ได้วางแผน ทำแท้งสำเร็จ 16% โดยสรุป คนที่ท้องไม่พร้อมและทำแท้ง ส่วนใหญ่ไม่ใช่วัยรุ่น เป็นวัยทำงาน ประเทศไทยยังไม่มีงานวิจัยที่ชี้ถึงสัดส่วนการทำแท้ง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ไม่มีที่มาที่ไป เช่น ตัวเลขผู้หญิงไทยทำแท้งปีละ 3 แสนคน ใช้ประมาณการ จึงไม่มีตัวเลขแท้จริง

สรุปบทเรียนการทำงานเรื่องนี้ ถ้าจะทำให้เกิดทางเลือกของผู้หญิง ต้องทำงานกับทุกภาคส่วน แม้มีความคิดเห็นที่แตกต่างกันก็อยู่ร่วมกันได้ จึงรวมตัวเป็นเครือข่ายมีชื่อว่า “เครือข่ายทางเลือก” ตัวเครือข่ายฯ มีการขับเคลื่อนอย่างชัดเจนเมื่อ 6 ปีที่ผ่านมา ทำงานอย่างเท่าเทียม มีสมาชิกมากกว่า 54 องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน สิ่งที่ได้ผล หนึ่ง)สามารถช่วยลดปัญหาของผู้หญิง มีการส่งต่อยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย องค์กรที่ช่วยได้มาก คือ สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน และสมาคมวางแผน

ครอบครัวแห่งประเทศไทยฯ นอกจากนี้พบว่าปัญหาที่ให้บริการไม่ได้ แม้ท้องถิ่นเข้าข่ายที่กฎหมายอนุญาต แพทย์ก็ลังเลใจที่จะให้บริการ เพราะไม่มีระบบรองรับ ฉะนั้นในโรงพยาบาลควรมีการยอมรับภายใน โรงพยาบาลก่อน (สอง)สร้างวิธีการที่จะให้เกิดการสนับสนุนทางเลือก คือมีระบบบริการปรึกษาทางเลือก เรียกว่า option counseling มีทุนสนับสนุนให้สมาชิกเครือข่ายฯ เข้าฝึกอบรม พบว่าถ้าไปอบรมคนเดียวก็เป็นเรื่องยากที่จะทำงานต่อ ต้องเชิญเป็นทีม เพื่อร่วมสร้างระบบในที่ทำงาน จึงเป็นที่มาของโครงการโรงพยาบาลนำร่อง 5 จังหวัด (สาม)ผลักดันให้การปรึกษาทางเลือกเข้าไปอยู่ในระบบ เป็นความพยายาม แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ

การที่ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขระดับที่มีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบายสัญญาว่า จะทำให้เกิดเป็นระบบ ขณะเดียวกันนายแพทย์ชาญวิทย์ ทระเทพ ไปประชุมที่ประเทศเจนีวา ประเด็นการเข้าถึงการบำบัดที่ปลอดภัย เป็นประเด็นที่ประเทศเจนีวาให้การชมเชยมาก ซึ่งหวังว่าประเทศไทยจะพยายามทำให้เกิดการเข้าถึงบริการได้ และนำผลจากการประชุมนานาชาติ กับผลการประชุมเมื่อวานนี้ ไปหารือกับท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสร้างระเบียบวิธีการปฏิบัติให้เกิดในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เพราะหลายโรงพยาบาลไม่ให้บริการ ซึ่งถือเป็นความรุนแรง เพราะถ้าถูกรถชนขาหักก็ต้องให้บริการ เป็นความเดือดร้อนของผู้ป่วย นอกจากนี้ได้ทำงานร่วมกับทีมของศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา กับคุณนงลักษณ์ บุญไทย เพื่ออบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล มีหมอบ พยาบาล ทำมา 10 กว่าปี แต่พบว่ายังมีปัญหาเท่าเดิม จึงคิดว่าต้องแก้ไขเชิงระบบ ถ้ามีระเบียบวิธีการปฏิบัติออกมา หวังว่าโรงพยาบาลของรัฐจะยุติการตั้งครม.ให้กับผู้หญิงที่เข้าข่ายตามกฎหมายได้ ส่วนคนที่ไม่เข้าข่ายตามกฎหมายก็ส่งต่อ เพราะมีเครือข่ายฯ ที่ให้บริการ เช่น women on web ซึ่งใช้ยาเป็นทางเลือกที่จะยุติการตั้งครม. สุดท้ายวิธีการทำงานของเครือข่ายฯ มีมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิงกับองค์การแพชผลัดกันประสานงาน เพื่อให้เกิดการประชุม ทุกคนมีความสำคัญเท่าเทียมกัน องค์กรในเครือข่ายฯ สามารถพูดถึงงานเครือข่ายฯ ได้ คือ (หนึ่ง)ท่านเป็นโฆษกของตัวเอง (สอง)ท่านเป็นโฆษกของเครือข่ายฯ (สาม)ท่านเป็นโฆษกของเครือข่ายฯ (สี่)ท่านเป็นโฆษกของเครือข่ายฯ ได้ เพราะเมื่อเกิดกรณี 2,002 ชาก ตอนนั้นสื่อมีความต้องการข่าวมาก ทุกคนออกพูดในนามเครือข่ายฯ ฉะนั้นทุกคนสามารถจะเป็นโฆษกของเครือข่ายฯ ได้ การประชุมทุกครั้งจะสรุปการประชุม และนำผลการประชุมขึ้นเว็บไซต์ สามารถดาวน์โหลดได้

ในปี พ.ศ.2551 มีสมัชชาสุขภาพเกิดขึ้นปีแรก เครือข่ายฯ สามารถผลักดันมติให้มีประเด็นเรื่องเพศ สุขภาวะทางเพศ ซึ่งรวม 3 ประเด็น คือ ความรุนแรงทางเพศ ท้องไม่พร้อม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หนังสือที่แจกเรื่อง “ถึงเวลาต้องเข้าใจฯ” ผลักดันให้เข้าไปอยู่ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 มีมติให้องค์กรของรัฐรับมติไปปฏิบัติ นำเข้าคณะรัฐมนตรี ให้รับรองมติ ส่งไปให้หน่วยงานต่างๆ ทำงาน ต่อเนื่อง เนื่องจากมติคณะรัฐมนตรี กระทรวงยุติธรรม ในกรมคุ้มครองสิทธิฯ มีเงินเยียวยา ส่งมตินี้ให้องค์กรปกครองท้องถิ่น แต่การปฏิบัติจริงมีน้อย ในปี 2553 สามารถผลักดันเรื่อง “แม่วัยรุ่น” เชื่อมกับเรื่องท้องไม่พร้อม ซึ่งกลายเป็นเรื่องแม่วัยรุ่น สถิติสูงระดับเอเชีย จึงเป็นวาระแห่งชาติ มีนโยบายและยุทธศาสตร์ขึ้นมามากมาย

คุณทัศนัย ขอเพิ่มเติมว่า หนังสือเครือข่ายฯ หลายเรื่องที่เป็นองค์ความรู้เรื่องท้องไม่พร้อมถูกรวบรวมไว้ มีชื่อสมาชิกที่ให้บริการครบวงจร มีที่อยู่และเบอร์โทรติดต่อได้ เครือข่ายฯ บางส่วนไม่ลง เช่น

โรงพยาบาลรามมาฯ แต่มีการส่งต่อ เรื่องสมัชชาสุขภาพ มติปี 2551 และ 2553 ก็มีในเล่มนี้ มีข้อมูลเว็บไซต์ที่น่าสนใจ เรื่องยุติการตั้งครรภ์ ใช้คำว่าท้องไม่พร้อม 101, ท้องไม่พร้อม 102 เป็น 2 ชุดที่คนทำงานเครือข่ายฯ ต้องเข้าใจ ต้องเรียนรู้ เช่น ผู้หญิงท้องต่อ มีเกณฑ์การดูแลอย่างไร มีแผนว่าจะนำหนังสือเล่มนี้ลง e-book ในเว็บไซต์เครือข่ายฯ

รศ.ดร.กฤตยา กล่าวว่า จะเห็นได้ว่ารายชื่อเครือข่ายฯ จะมีน้อยกว่าตัวเครือข่ายฯ จริงๆ เพราะว่าโรงพยาบาลที่เป็นของรัฐบางแห่งที่เป็นเครือข่ายฯ ส่งต่อ ขอสงวนนามเอาไว้ก่อน ส่วน PDA และ สวท.ก็มีกฎเกณฑ์ กติกาว่าต้องไม่เกิน 12 สัปดาห์ แล้วถ้าเกินก็มีที่ส่งต่อให้

คุณณัฐยา เสนอประเด็นว่า การยุติฯ โดยเร็ว เป็นเรื่องหนึ่งที่ต้องหารือกัน เพราะว่า 5 โรงพยาบาลที่ให้บริการยุติฯ หลายที่เริ่มเป็นที่รู้จัก พบว่ามีผู้รับบริการมากขึ้น ส่วนผู้ที่ทำงานบ้านพัก ที่ดูแลเรื่องท้องต่อ มีผู้รับบริการจำนวนมากเช่นกัน คือเมื่อก่อนให้คำปรึกษาแบบครบวงจร บอกทางเลือก ลองทำความเข้าใจความต้องการ แม้ว่าบางคนต้องการจะยุติฯ เมื่อรู้ว่ามีทางเลือก มีเจ้าหน้าที่พร้อมทำงานกับครอบครัว ไม่ใช่แค่ให้คำปรึกษาแล้วปล่อยให้ไปแก้ปัญหาเอง มีแนวโน้มจะตัดสินใจท้องต่อมากขึ้น แต่ล่าสุดแม้จะให้คำปรึกษาแบบมีทางเลือก แต่เกิน 50% ต้องการยุติฯ

รศ.ดร.กฤตยา เสริมว่า ประเด็นที่ต้องการท้องต่อพยายามจะสร้างระบบ เช่น องค์กร สคส.ก็ไปทำงานกับ พม. เพื่อสร้างระบบบ้านพักของรัฐบาล เพราะบ้านพักขององค์กรเอกชน พอถึงจุดหนึ่งก็รับไม่ได้

คุณสมรรถธรรม กล่าวว่า พบแหล่งพักพิงใหม่ เป็นทางเลือกที่อยู่จนคลอดได้ คือ โรงเรียนหนองชุมแสง จังหวัดเพชรบุรี รับเด็กที่มีปัญหาทุกรูปแบบ ตั้งแต่ ม.1 – ม.6 แต่กำลังมองว่า เด็กกลุ่มนี้จะไม่ยอมรับว่าตัวเองเป็นแม่ ให้ยายเป็นแม่แทน เมื่อเชื่อมกับโรงเรียนแกนนำ ตอนนี้พบว่า เด็กที่ถูกข่มขืนแจ้งความได้ ถ้าตัดสินใจยุติฯ ไม่ต้องดำเนินคดี ถ้าท้องต่อจะเรียกผู้ชายมาเจรจา เรียกเงินประมาณ 2 แสน ซึ่งไม่ได้มองอนาคตว่าเด็กจะอยู่กันได้อีกหรือไม่ ตอนนี้ฝ่ายคลินิกของ PDA เปิดใจยอมรับกับคนไข้ โดยให้ทางเลือกในการตั้งครรภ์ต่อ

รศ.ดร.กฤตยา เครือข่ายฯ พยายามจะสร้างให้เกิดการสนับสนุนทางเลือกได้จริง มีการดำเนินชีวิตต่อ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทุกครั้งในการจัดประชุม มีการแนะนำสมาชิกใหม่ นำเสนองานขององค์กรที่ไปประชุมในพื้นที่ต่างๆ และมีการเดินสายประชุมในพื้นที่การทำงานขององค์กรสมาชิก ครั้งแรกที่มาประชุมในโรงแรม และวันนี้ได้เชิญ ดร.วราภรณ์ แซ่มสนิท เป็นหัวหน้าโครงการกฎหมายคุ้มครองผู้ถูกระทำรุนแรงในครอบครัว มาแลกเปลี่ยนงานที่อาจารย์ได้ทำมา

1. นำเสนองานวิจัย “กฎหมายคุ้มครองผู้ถูกระทำ ความรุนแรงในครอบครัวฐานความคิด โอกาสและอุปสรรค”

ดร.วราภรณ์ กล่าวว่า เป็นครั้งแรกที่มาร่วมประชุมของเครือข่ายฯ ได้ยินชื่อเครือข่ายฯ มานาน แต่ไม่เคยเข้าร่วม รู้สึกดีใจ รู้สึกว่าน่าอบอุ่นกับการทำงานเครือข่ายฯ ในลักษณะนี้ ขอเกริ่นถึงงานที่จะนำเสนอเรื่องตัวกฎหมาย ประเด็นผู้หญิงในที่นี้คงมีผู้เชี่ยวชาญมากกว่า ถ้ามีอะไรที่ไม่ครบถ้วนในด้านกฎหมายก็ช่วยกันเพิ่มเติม ส่วนผู้ที่เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ.คุ้มครองผู้ถูกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว อาจช่วยกันแบ่งปันว่า ในการปฏิบัติงานจริงตาม พรบ.นี้เป็นอย่างไร

กฎหมายที่ไปเกี่ยวเนื่องกับความรุนแรงในครอบครัวที่ใช้ได้มีหลายฉบับ รวมทั้งประมวลกฎหมายอาญาด้วย แต่วันนี้จะเสนอเฉพาะกรอบของ พรบ.ปี 2550 คือ พรบ.ผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว ที่มาของกฎหมายมาจากหลายส่วน ส่วนหนึ่งที่ได้เห็นได้ชัดเจน มีอิทธิพลมาจากรัฐบาลไทยไปลงนาม เป็นภาคีของอนุสัญญาว่าด้วยการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบของสหประชาชาติ รัฐบาลต้องส่งรายงานทุกๆ 4 ปี ทิศทางการทำงานของกรมการสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรี คือ จะถามประเทศนั้นๆว่า มีกฎหมายเฉพาะเรื่องหรือไม่ เช่น กฎหมายเรื่องยุติความรุนแรงต่อผู้หญิง กฎหมายเรื่องความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ฝ่ายรัฐภาคีนิติบัญญัติหันมาสนใจ ที่ต้องมีกฎหมายเฉพาะ เดิมสหประชาชาติจะพูดในกรอบความรุนแรงของผู้หญิง และคุ้มครองสิทธิของผู้หญิง แต่น่าสนใจว่า พอมาเมืองไทยกรอบกลายเป็นเรื่องแคบลง เป็นเพียงเรื่องความรุนแรงในครอบครัว แล้วเรื่องเจตนาารมณ์ของกฎหมาย ก็ต่างไปจากกรอบดั้งเดิมในระดับนานาชาติ ที่เน้นเรื่องคุ้มครองสิทธิของผู้หญิง ซึ่งเป็นผู้ถูกกระทำ อีกส่วนหนึ่งเรื่องการผลิตกันของกลุ่มผู้หญิง ภาคประชาสังคม กลุ่ม NGOs ผู้หญิงในประเทศไทยผลิตกันมานาน

เนื้อหาของ พรบ.คือ กฎหมายมาตรฐานระหว่างประเทศ มีความพยายามออกมาตรฐานเกี่ยวกับกฎหมายเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิงประเด็นความรุนแรงในครอบครัว ควรจะมีมาตรฐาน มีมาตรการที่จะเป็นไปเพื่อการคุ้มครองสิทธิ กำหนดกรอบความรุนแรงในครอบครัวไว้ 3 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ และทางเพศ แต่กฎหมายไทยระบุเรื่องอันตรายเป็นต่อร่างกาย จิตใจ และสุขภาพ โดยไม่ระบุเรื่องเพศ คำอธิบายของนักกฎหมายบอกว่า เพราะมีประมวลกฎหมายอาญาว่าด้วยการข่มขืน การทำร้ายทางเพศ โทษที่หนักกว่า และไม่จำเป็นต้องใส่ไว้ในกฎหมายนี้ คนที่ทำงาน มีตีความรุนแรงในครอบครัวกับนักกฎหมายส่วนใหญ่ บอกว่าเป็นประเด็นที่ยังขาดความชัดเจนของการนิยามความหมาย เพราะกฎหมายมีลักษณะการเขียนแบบอมความ เป็นวิธีการของกฎหมายไทย ส่วนเรื่องจิตใจบอกว่า เป็นประเด็นที่ยากในการชี้ชัด ว่า “แค่ไหน” ที่จะเป็นอันตรายเป็นต่อจิตใจ และชี้ชัดอย่างไรว่าเป็นผลมาจากความรุนแรงในครอบครัว หรือแม้แต่เรื่องสุขภาพ เช่น สามีสูบบุหรี่ในบ้าน ภรรยาหรือลูกกับควันบุหรี่ จะถือว่าเป็นอันตรายเป็นต่อคนในบ้านหรือไม่ เป็นประเด็นที่นักกฎหมายยอมรับว่ามีความคลุมเครือ ส่วนข้อท้าทายคือ การตีความขึ้นอยู่กับคู่ ผู้ปฏิบัติแต่ละฝ่ายก็จะตีความไม่เหมือนกัน ตัวที่จะก่อให้เกิดอันตรายเป็นต่อคลุมเครือ การบังคับ หรือใช้อำนาจครอบงำ คงไม่ลงรายละเอียด พอให้เห็นเป็นตัวอย่างว่า ตัวกฎหมาย โดยตัวเองมีความท้าทาย แต่ก็มีโอกาสบางอย่างในตัวกฎหมาย เช่น นิยามบุคคลในครอบครัว ค่อนข้างจะครอบคลุม ถือเป็นข้อดีของกฎหมาย ว่าครอบคลุมรวมถึงผู้ที่เคยอยู่กินกันฉันสามีภรรยา ไม่จำเป็นว่าตอนนี้จะเป็นสามีภรรยา กัน ทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียน ข้อท้าทายคือ ถ้าเป็นคู่ที่เป็นเพศเดียวกัน จะได้รับการคุ้มครองหรือไม่ หรือคู่ลักษณะความรุนแรงที่คบกันเป็นแฟนยังไม่เป็นครอบครัว จะได้รับการคุ้มครองหรือไม่ หรือคนที่ทำงานรับใช้ในบ้าน เข้าข่ายประโยคที่ว่า “เป็นบุคคลใดๆ ที่ต้องพึ่งพาอาศัยอยู่ในครัวเรือน” เพราะบางประเทศกฎหมายลักษณะนี้จะครอบคลุมคนทำงานรับใช้ในบ้านด้วย

เรื่องการแจ้งเหตุ ยกมาบางประเด็นที่น่าสนใจ การแจ้งเหตุมาตรา 5 หรือผู้ถูกกระทำ ที่น่าสนใจคือ ผู้พบเห็นหรือทราบการกระทำ ถือว่าเป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่ต้องแจ้งความ แต่กฎหมายไม่ได้ระบุไว้ว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ มีบทลงโทษหรือไม่ แต่อีกด้านแสดงให้เห็นพัฒนาการในทางความคิดที่แสดงออก

ผ่านกฎหมายของไทย ประเด็นเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิง เหตุการณ์ความรุนแรงต่อผู้หญิง อย่างน้อยตัวกฎหมายก็รับรองว่าเป็นเรื่องของคนในสังคมต้องให้ความสำคัญ ไม่ใช่เรื่องส่วนตัว เป็นความผิดต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ เป็นความก้าวหน้าที่ปรากฏอยู่ในกฎหมายนี้ แม้ในชีวิตจริงอาจจะยังไม่เกิดมาก อีกส่วนหนึ่งเป็นกฎหมายที่ไม่มีเจตนาบงกชทางอาญาแก่ผู้กระทำผิด แต่มีมาตรการให้ความช่วยเหลือ บรรเทาทุกข์แก่ผู้ถูกระทำ เป็นโอกาสและความก้าวหน้าอีกด้านหนึ่ง คือ พนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ.มีอำนาจที่จะจัดการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อเข้าสู่กระบวนการร้องทุกข์ สามารถร้องทุกข์แทนผู้เสียหายได้ หรือพนักงานเจ้าหน้าที่และศาล สามารถออกคำสั่งกำหนดมาตรการหรือวิธีการบรรเทาทุกข์ให้กับผู้ถูกระทำได้ รวมทั้งการตรวจรักษา ให้ผู้กระทำผิดจ่ายเงินช่วยเหลือ ห้ามเข้าใกล้ผู้ถูกระทำ ห้ามเข้าเคหะสถานของผู้ถูกระทำ เป็นต้น ส่วนเนื้อหากฎหมาย การลงโทษ มาตรา 4 ตามพรบ.ความรุนแรงในครอบครัว บอกว่าความผิดนี้จำคุกไม่เกิน 6 เดือน ปรับไม่เกิน 6 พันบาท และเป็นความผิดที่ยอมความได้

อีกประเด็นที่เป็นข้อท้าทายคือ มีเสียงจากคนทำงานด้านผู้หญิงบอกว่า โทษตาม พรบ.ที่ออกใหม่ค่อนข้างเบา ถ้าเป็นความผิดตามมาตรา 295 เดิมมีโทษ 2 ปี ยอมความได้ ซึ่งเป็นข้อกังวลว่า ความผิดลักษณะเดียวกับกฎหมายอาญา แต่กฎหมายใหม่เป็นเรื่องเฉพาะกัลยาระบุโทษไว้ต่ำกว่า เรื่องการลงโทษ ลักษณะเด่นของกฎหมายอาญาทั่วไป คือมาตรา 12 ศาลให้กำหนดการฟื้นฟูบำบัด ควบคุมความประพฤติของผู้กระทำฯ ให้ชดใช้เงิน ให้ทำงานบริการสาธารณะ และอื่นๆ หรือทำทัณฑ์บน แทนการลงโทษผู้กระทำ ความผิด โดยผ่านกระบวนการบางอย่าง ศาลจะพิจารณาว่าไม่ต้องลงโทษทางอาญา ไม่ต้องปรับ ไม่ต้องจำคุก แต่ให้ทำงาน เช่น บริการสาธารณะแทนการลงโทษ ประเด็นเรื่องมาตรฐานกฎหมาย ในระดับนานาชาติมีความห่วงใย ต้องระวังเพราะบางทีไปเน้นเรื่องการประนีประนอม/ไกล่เกลี่ย เช่น ศาลสั่งให้บำบัดฟื้นฟูผู้กระทำ แต่นำมาใช้แทนการลงโทษ ซึ่งน่าจะใช้จำกัดเฉพาะกรณี ในระดับที่ไม่รุนแรงมาก และเป็นกรกระทำผิดครั้งแรก

ประเด็นเรื่องเจตนารมณ์ของกฎหมาย มาตรา 15 ไม่ได้เขียนโดยตรงว่าเป็นเจตนารมณ์ของกฎหมาย เป็นตัวสะท้อนว่าเจตนารมณ์ของกฎหมายออกมาเพื่ออะไร มาตรา 15 มีรายละเอียดว่า 1)การพิจารณาคดีความรุนแรงในครอบครัวดำเนินไปนานเพียงใด ศาลเปรียบเทียบให้คู่ความยอมความกัน โดยมุ่งความสงบสุขและอยู่ร่วมกันในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ คำนึงถึงการคุ้มครองสิทธิของผู้ถูกระทำ มีข้อสงสัยก็คือคำว่า "สิทธิ" เป็นสิ่งเดียวที่ปรากฏอยู่ในกฎหมายฉบับนี้ ส่วนเรื่องการให้ความช่วยเหลือ/บรรเทาทุกข์ ไม่ใช่คำว่าสิทธิโดยตรง แต่เป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ถูกระทำ เน้นการไกล่เกลี่ย เปรียบเทียบให้ยอมความ 2)คำนึงถึงการสงวนและคุ้มครองสถานภาพการสมรส ที่สมัครใจเข้ามาอยู่กินกันฉันท์สามีภรรยา แต่ยังไม่รวมคนที่รักเพศเดียวกันที่อยู่เป็นคู่

อีกส่วนหนึ่งที่ปรากฏเจตนารมณ์ของกฎหมาย อยู่ในหมายเหตุท้าย พรบ. ซึ่งบอกเหตุผลของการออกกฎหมาย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้กระทำผิดได้รับโอกาสกลับตัว รวมทั้งรักษาความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวไว้ จะเห็นว่าเจตนารมณ์ของกฎหมาย อาจพลิกผันไปจากเรื่องการคุ้มครองสิทธิของผู้ถูกระทำ เป็นเรื่องการรักษาสถาบันครอบครัวไว้ องค์กรผู้หญิงจะพูดเรื่องนี้ แต่นักกฎหมายส่วนใหญ่ยังไม่เห็นว่ากฎหมายมีเจตนารมณ์รักษารครอบครัวจะเป็นปัญหา เพราะคิดว่าคนส่วนใหญ่ต้องการอยู่เป็นครอบครัวและทำถูกต้องแล้ว ตรงนี้เป็นเรื่องของฐานคิดที่แตกต่างกัน

ในแง่ข้อท้าทาย นอกจากตัวบทหรือตัวเนื้อหาของ พรบ. ตามที่ยกตัวอย่างว่าด้วยขอบเขตอำนาจศาล ที่ว่าจะไปขึ้นศาลไหน ..มีข้อท้าทายในเรื่องนิยามที่ขาดความชัดเจน เปิดโอกาสให้มีการตีความที่แตกต่างกัน จะขัดแย้งกันเรื่องบทลงโทษ ที่ยังลักลั่นอยู่กับภาระทำความผิดในลักษณะเดียวกัน แต่เป็นการทำความผิดตามกฎหมายอาญา รวมทั้งการยอมความได้หรือยอมไม่ได้ ถ้าเป็นความผิดตามกฎหมายอาญา ยอมความไม่ได้ แต่พอเป็นความผิดลักษณะเดียวกัน ฟ้องตามกฎหมายนี้ ยอมความได้ ข้อท้าทายอีกอย่างคือเรื่องกลไกการปฏิบัติ กฎหมายออกแบบไว้ค่อนข้างจะดี มีกลไกให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น มีมาตรการบรรเทาทุกข์ มีมาตรการฟื้นฟู/บำบัดผู้กระทำ แต่ในความเป็นจริงกลไกของภาครัฐและภาคเอกชน ภาคของประชาสังคมมีกลไก มีหน่วยงานที่ให้บริการพร้อมหรือไม่ การทำงานในลักษณะประสานงานที่ตีระหว่างหน่วยงาน ซึ่งในระดับชาติได้มีการเคลื่อนแล้ว แต่ในระดับพื้นที่ ระบบการประสานงานอาจมีปัญหาติดขัด อีกส่วนหนึ่งเรื่องฐานคิดของสังคม รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนรับผิดชอบหรือวิถีคิดของสังคมยังไม่มีสำนึกในทางกฎหมาย การยอมรับว่าความรุนแรงในครอบครัวเป็นอาชญากรรม เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ ดูได้จาก คดี คำพิพากษาต่างๆ ความเชื่อ การสั่งสอน อีกส่วนหนึ่งกฎหมาย รวมทั้งผู้ปฏิบัติขาดความอ่อนไหวและความละเอียดอ่อนต่อเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ ซึ่งไม่เท่าเทียมกัน ถ้าดูตัวกฎหมายจะเห็นว่า มีความเป็นกลางทางเพศ คือคุ้มครองทุกเพศที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว แต่ถ้าดูข้อเสนอของระดับนานาชาติ ประเทศที่มีกฎหมายในลักษณะนี้พูดว่า ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ไม่ได้เป็นปัญหาที่เป็นกลางทางเพศ การออกกฎหมายที่แก้ปัญหาได้จริง ต้องไม่เป็นกลางทางเพศ เช่น รู้ว่าผู้ถูกกระทำส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เป็นความสัมพันธ์หญิงชายที่ไม่เท่าเทียมมาจากวัฒนธรรม กฎหมายจะได้ผลต้องแก้วัฒนธรรม

สุดท้ายเรื่องโอกาสในการใช้ พรบ. ให้มีประสิทธิภาพ ในตัวเนื้อหา พรบ. มีความก้าวหน้าในบางส่วน เมื่อเทียบกับกฎหมายอาญา หรือกฎหมายที่มีก่อนหน้านี้ การมีตัวกฎหมายคิดได้หลายทางว่า กฎหมายนำความเห็นของสังคม หรือสังคมเป็นตัวนำให้เกิดกฎหมาย การที่มีกฎหมายเฉพาะก็แสดงให้เห็นว่า รัฐฝ่ายนิติบัญญัติเห็นความสำคัญของประเด็นนี้ ส่วนกลไกการปฏิบัติมีข้อท้าทายเรื่องการประสานงาน เรื่องการมีกลไกที่พร้อม มีความพยายามที่จะทำภายใต้การสนับสนุนของ UNWOMEN โดยพยายามที่จะเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตาม พรบ. นี้ มาหาแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน หาข้อบกพร่อง แล้วสร้างเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ระยะเวลา พรบ. นี้ยังมีข้ออ่อนหรือช่องว่างอยู่หลายส่วน ฉะนั้นมีความจำเป็นที่ต้องแก้ไข แต่ในประเทศไทยการแก้ไขปัญหามีการบังคับใช้แล้วใช้ระยะเวลายาวนาน และมีหลายขั้นตอนมาก

รศ.ดร.กฤตยา การนำเสนอทำให้เห็นว่า ตัวพรบ. ให้ทั้งโอกาส และมีอุปสรรคตรงไหน แล้วฐานคิดคืออะไร การทำงานเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงทางเพศ ความรุนแรงต่อผู้หญิง ต่อเด็ก เรื่องท้องไม่พร้อม ต้องเป็นการทำงานในระดับสหสาขา สหวิชาชีพ ต้องมีนักกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นผู้พิพากษา อัยการ ทนาย ตำรวจ รวมทั้งผู้ให้บริการ ผู้เยียวยา ผู้เก็บหลักฐาน เช่น ศูนย์พึ่งได้ เป็นส่วนที่สำคัญที่ทำให้ตัวการใช้กฎหมายสามารถเดินก้าวหน้าหรือเดินถอยหลัง

คุณณัฐยา กล่าวว่าในระดับนโยบายมีการหาหน้เรื่องช่องโหว่ของการบังคับใช้ พรบ.นี้ ส่วนเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติต้องเผชิญกับความไม่ชัดเจน ความไม่ลงตัวของ การบังคับใช้ อยากฟังว่า “พื้นที่มองเรื่องนี้อย่างไร” มีวิธีการแก้ปัญหาอย่างไร

คุณบุญพลอย ได้มีโอกาสอยู่ในคณะทำงานการร่างแนวทางปฏิบัติ ทำให้ทราบว่ายังมีปัญหาตั้งแต่เริ่มต้น เช่น มาตรา 5 เรื่องการแจ้งเหตุ การรายงานการแจ้งเหตุ เดิมให้เจ้าหน้าที่โทรรายงานไปที่พนักงานเจ้าหน้าที่ของบ้านพักเด็กและครอบครัว ถ้านอกเวลาราชการติดต่อที่ศูนย์ประชาบดี ประสานพนักงานเจ้าหน้าที่ลงรับเหตุ แต่ในความเป็นจริงทำไม่ได้ พอคุยกับนักกฎหมาย ท่านผู้พิพากษาบอกว่าให้ข้อมูลไม่ได้ เพราะขัดกับพรบ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 7 ที่จะให้ข้อมูลคนไข้ไม่ได้ ยกเว้น 1)คนไข้ยินยอม 2)กฎหมายบัญญัติให้ต้องรายงาน เช่น พรบ.คุ้มครองเด็ก ต้องรายงาน ก็เป็นข้อถกเถียงว่าขอบเขตการรายงานหรือการแจ้งเหตุแค่ไหนถึงจะเหมาะสม ต้องหารูปแบบหรือแบบฟอร์มในการรายงาน ปัจจุบัน OSCC คงให้รายละเอียดมากกว่านี้ไม่ได้ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องลงทำงานพร้อมกัน ไปประเมินสถานการณ์ และค้นหารายละเอียด ส่วนการรายงานต้องดูขอบเขตการรายงาน โดยเฉพาะรายงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นแบบฟอร์มตามมาตรา 29 ของ พรบ.คุ้มครองเด็ก ยังมีปัญหาอีกว่า บ้านพักเด็กและครอบครัวมีเจ้าหน้าที่น้อย ต้องทำหลายเรื่อง เรื่องการทำงานนอกเวลาควรเป็นหน้าที่ของใคร จะมีการจัดระบบอย่างไร ซึ่งควรเป็นความรับผิดชอบของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาความรุนแรงในครอบครัว แต่กลับมีเจ้าหน้าที่เป็นลูกจ้าง ทำงาน 8 โมงเช้า - 4 โมงเย็นเท่านั้น มีอยู่ทุกจังหวัด ตั้งอยู่ที่พมจ. ทำให้สับสนว่าทิศทางในการทำงานจะเป็นอย่างไร ส่วนพนักงานเจ้าหน้าที่ที่อยู่ต่างหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุข ใครที่ผ่านการอบรมต้องปฏิบัติหน้าที่ การไปรับแจ้งเหตุในพื้นที่เป็นการทำงานเกินขอบเขตหน้าที่ แต่ถ้าอยู่ในโรงพยาบาลจะดูแลให้ดีที่สุด ประเมินคนไข้ ถ้าจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากจิตแพทย์ หรือการบำบัด/ฟื้นฟู ให้บริการครบ ส่วนเรื่องกฎหมาย กระทรวง พม.ควรดำเนินการและติดตามในระยะยาว อีกประเด็นคือ การแจ้งความ การร้องทุกข์ เดิมเป็นหน้าที่ของ OSCC ต้องพูดให้ผู้รับบริการเห็นถึงความสำคัญของการแจ้งความ แต่ OSCC ไม่ค่อยถนัดเรื่องกฎหมาย จะขอแค่รายงานให้พนักงานเจ้าหน้าที่ลงมาประเมิน หลังจากนั้นควรช่วยกันดูว่าจะดำเนินการอย่างไร เช่น ถูกตีมาสัก 10 ครั้งหรือมากกว่า 4 – 5 ครั้ง แสดงว่าอยู่ไม่ได้แล้ว ก็ต้องช่วยกันประเมิน แต่ปรากฏว่า กระทรวง พม. เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ซึ่งภารกิจของกระทรวง สธ.ก็มีเรื่องการบำบัด/ฟื้นฟู ที่ยังต้องมีการพัฒนาว่าทำอย่างไร เพื่อรองรับการบำบัด/ฟื้นฟูตาม พรบ.ศาลเยาวชนและครอบครัว แล้วเวลาบำบัด/ฟื้นฟูตามคำสั่งศาล เช่น สามีกรรยาบำบัดกันคนละที่ แต่กรอบของ UC ไม่ยอมให้เบิกจ่าย ต้องมาจัดระบบอีกที เบื้องต้นถ้าอาการไม่มากสำนักงานปลัดอาจจะบำบัดได้ เพราะมีจิตแพทย์ แต่ถ้ามีความซับซ้อน ต้องส่งต่อที่ชัดเจน สามารถเบิกจ่ายได้ตามระบบ และต้องมีระบบภายในที่ชัดเจน

คุณสุเพ็ญศรี ขอเรียนว่า กฎหมายเริ่มตั้งแต่เนียม ค่อนข้างที่จะครอบคลุมและผู้ที่จะเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการทางกฎหมาย คนทำงานในองค์กรที่มีหน้าที่ และได้รับโอกาสให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ มีการจัดระบบงาน โดยเฉพาะคำว่า “พนักงานเจ้าหน้าที่” ตามมาตรา 3 กฎหมายเขียนว่า ต้องได้รับการอบรม ต้องมีหน้าที่ตามระเบียบว่าด้วยการรับแจ้งเหตุ ระเบียบว่าด้วยการสอบสวน ท้องที่ใดไม่มีพนักงานเจ้าหน้าที่ที่รัฐมนตรีแต่งตั้ง ให้พนักงานสอบสวนตามป.วิอาญา เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ.

นี้ ปัจจุบันมีผู้ผ่านการอบรม 500 คน ไม่รวมพนักงานสอบสวนที่ประจำอยู่สถานีตำรวจต่างๆ มีทั้งนักสังคม
ฯ นักจิตวิทยา พยาบาล ปลัดอบต. ศอบต.เขตพื้นที่การศึกษา ตำรวจสายอื่น องค์กรพัฒนาเอกชน และ
เจ้าหน้าที่มูลนิธิ สมาคม บางจังหวัดไม่มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ เช่น จังหวัดชัยภูมิ

การสอบสวน การทำรายงานการแจ้งเหตุ การเข้าไปประจับเหตุ ในมาตรา 50 บอกว่าผู้พบเห็นหรือผู้
ทราบ ต้องแจ้ง แต่อุปสรรคคือ แจ้งไปแต่ปฏิบัติการไม่ได้ เพราะศูนย์ปฏิบัติการมีสร้างโครงสร้างใหญ่มาก
หัวหน้าศูนย์/ผู้อำนวยการศูนย์ คือ พจม.จังหวัดกรุงเทพฯ อยู่ที่สำนักสปป. กฎหมายฉบับนี้ทำงานไปฝาก
ให้กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ รักษาการ แต่การปฏิบัติงาน implement ไปฝากไว้ที่ศูนย์ฟังได้กับบ้านพัก
เด็กและครอบครัว ซึ่งบ้านพักเด็กและครอบครัว ทำหน้าที่รองรับผู้ประสบปัญหาทั้งผู้หญิงและเด็ก แต่
อุปสรรคคือ มีเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่จำนวนน้อย การผ่านการอบรมเป็นพนักงาน
เจ้าหน้าที่ในมาตรา 6 หรือมาตรา 7 ที่จะเข้าระงับเหตุ หรือเข้าไปช่วย แต่มีอุปสรรคโดยเฉพาะกรณีคน
ทั่วไป ยุ่งยากในการดำเนินการกับสามี แม้จะไม่ฟ้องร้อง กฎหมายไม่พูดถึงหมวด 15 ตาม พรบ.ศาล
เยาวชนและครอบครัว วิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว โดยอิงหลักมาตรา 7 กฎหมายคุ้มครอง
เมื่อคดีขาดอายุความ แต่ยังไม่ตัดสินจะมีการคุ้มครองสวัสดิภาพ ตัวปัจจัยที่จะทำให้บุคคลลุกขึ้น ที่จะร้อง
ตามมาตรา 11 ต้องมีการร้องทุกข์ การแจ้งความ การดำเนินคดี และการสอบปากคำ ตามมาตรา 10 ซึ่ง
ดร.วราภรณ์พูดว่า เป็นเรื่องที่พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องใช้ดุลยพินิจ ในขณะที่ดำเนินการสอบปากคำ ผู้กระทำ
ยังมาคุกคาม ควรมีมาตรการคุ้มครองพิเศษ ตั้งแต่จ่ายเงินช่วยเหลือ ห้ามเข้าใกล้ หรือนำไปบำบัดฟื้นฟู
โดยหลักพนักงานเจ้าหน้าที่ ต้องเป็นเจ้าพนักงานฝ่ายปกครองชั้นผู้ใหญ่ หรือเจ้าหน้าที่ชั้นผู้ใหญ่ เช่น ผู้
กำกับสถานี พมจ. หรือนายอำเภอ เป็นต้น แต่เป็นอุปสรรค เพราะผู้ใช้อำนาจเคยใช้ผิด ถ้าพนักงาน
เจ้าหน้าที่ไม่มีความเข้าใจ ขาดความตระหนัก และไม่กล้าหาญพอ ในกรณีที่ผู้กระทำตัวใหญ่มาก เพราะใน
กฎหมายบอกว่าเมื่อพบเห็น เมื่อทราบ หรือการเข้าไปช่วยเหลือตามมาตรา 6 รวมถึงสนับสนุนให้เข้าไปสู่
กระบวนการคุ้มครอง ถ้าแจ้งความไม่ได้ พนักงานเจ้าหน้าที่จะต้องใช้อำนาจ แต่ถ้าเป็นคดีที่ยอมความได้
แม้เป็นมาตรา 295 ก็ตาม ในทางกฎหมายความผิดตามพรบ.นี้ อนุญาตให้ยอมความได้ ถ้าผู้เสียหายไม่
มอบอำนาจหรือไม่ยินยอม จะไปร้องทุกข์แทนไม่ได้ นี่ก็เป็นอุปสรรคอีกอันหนึ่ง และที่สำคัญจะใช้อำนาจ
เองไม่ได้ และกฎหมายไม่ได้ออกแบบมาสำหรับให้จับตัวใหญ่ๆ ได้

รศ.ดร.กฤตยา กล่าวเสริมว่า เหมือนกฎหมายทั่วไปที่ว่าจัดการได้กับคนตัวเล็กตัวน้อย คนที่
ไม่ได้มีอิทธิพล คนที่ไม่ได้มีฐานะ กลายเป็นว่าผู้ที่มีอิทธิพล มีฐานะ มีตำแหน่ง ก็จัดการอะไรไม่ได้

คุณสุเพ็ญศรี เพิ่มเติมว่า ทำที่สุดผู้หญิงก็จะนิ่ง ไม่กล้า แม้เจ้าหน้าที่ยินดีที่จะรับมอบอำนาจ การ
ใช้จึงใช้ในเงื่อนไขมาตรการคุ้มครองตามเจตนารมณ์ มาตรการคุ้มครองสวัสดิภาพ ในมาตรา 10, 11 หาก
ผู้ถูกกระทำมีความไม่ปลอดภัย เจ้าหน้าที่สามารถใช้อำนาจแทน หรือมีคำสั่งมาตรา 10 นายอำเภอออก
คำสั่ง แต่ถ้าเจอคนใหญ่ๆ กระทำผิดความผิด จะทำอย่างไร มาตรา 10 ให้รัฐมนตรีมอบหมาย ถ้ามว่า
สังคมไทย โดยเฉพาะระบบราชการตรงนี้เป็นอุปสรรคสำคัญมาก เพราะผู้หญิงส่วนใหญ่ค่อนข้างจะกลัว
สามี ไม่ว่าจะตัวเล็กหรือตัวใหญ่ อำนาจมากหรืออำนาจน้อย กฎหมายเปิดโอกาสให้ใช้มาตรการตาม
มาตรา 10 และมาตรา 65 ได้ แต่ผู้เสียหายผู้ถูกละเมิดสิทธิ ไม่ยอมมอบอำนาจให้ แต่ถ้าเป็นกรณีเด็ก
พนักงานเจ้าหน้าที่สามารถแทรกแซงเข้าไปใช้อำนาจแทนได้ แต่กรณีผู้ใหญ่ยังทำไม่ได้ อุปสรรคที่สำคัญคือ

กลไกในการดำเนินการ เช่น กลไกที่กระทรวง พม.เขียนว่า เพื่อก่อให้เกิดการดำเนินการตามมาตรา 10,11,12 เป็นเรื่องกลไกเงื่อนไขเพื่อเข้าไปคุ้มครอง เยียวยา ป้องกัน และทำงานกับผู้กระทำ 10,11,12 แต่คนที่ใช้อำนาจ คนที่เข้าไปใช้สิทธิต่างกัน แต่กฎหมายบอกให้กระทรวง พม. จัดระบบใหม่ สนับสนุนให้เกิดตามมาตรา 10,11,12 ทำให้เกิดการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการในกรุงเทพฯ อยู่ในกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ต่างจังหวัดอยู่ที่ พมจ. แต่อุปสรรคคือ เจ้าหน้าที่ทำงานเช้า – เย็น นอกเวลาไม่มีเจ้าหน้าที่ให้บริการ ซึ่งก็พยายามจะจัดระบบ

ส่วนวิธีการแก้ปัญหา คือ มีคู่มือ มีระเบียบปฏิบัติ ได้งบประมาณจาก UN WOMEN ไปทดลองทำใน 2 จังหวัดคือ กรุงเทพฯ และพังงา เชิญผู้เกี่ยวข้องทั้งตำรวจ อัยการ พยาบาล นักสังคมฯ แพทย์ เจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กฯ มาจัดทำแผนร่วมกัน โดยให้มีการเสนอตั้งคณะกรรมการสหวิชาชีพจังหวัด มีการจัดประชุม ส่วนงบประมาณไปหากันเอง อีกส่วนหนึ่งมีการจัดงานเพื่อให้เกิดการ implement แต่ไม่มีงบประมาณ

สิ่งที่เป็นติดขัดคือ เมื่อต้องรักษาหรือนำผู้ชายไปบำบัด เพราะตัวเลขเมื่อกันยายน 2554 ของศูนย์ปฏิบัติการ 86% กว่าๆ ผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ถ้าผู้ถูกระทำจะเข้าไปสู่กระบวนการการใช้สิทธิทางศาล หรือใช้สิทธิตามกฎหมาย ต้องมีการสั่งตามมาตรา 10 หรือ 11 เพื่อนำผู้กระทำไปบำบัด/ฟื้นฟู ซึ่งก็เป็นอุปสรรค เช่น โครงการโรงซ่อมสามมี เป็นโครงการที่ผู้ทำและผู้อยากทำสมัครใจ และหาเงินมาทำเอง อุปสรรคคือ ค่ารักษาใครเป็นคนออก ถ้าไม่มีเงิน

มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล โดยการสนับสนุนของ สสส.ก็เห็นความสำคัญตรงนี้ มีการพัฒนาแผนร่วมกัน มีการให้ทดลองตั้งเป็นคณะทำงาน เพื่อพัฒนากลไก มีงานวิจัยที่จะศึกษา ว่าต่างประเทศทำอย่างไร ประเทศไทยมีหรือไม่ ทำแล้วเป็นอย่างไร ศึกษาจาก case study ว่ากลไกที่เคยมีกระบวนการบำบัดอย่างไร เพื่อถอดรูปแบบการทำงาน ที่น่าห่วงคือ กระบวนการดูแลผู้หญิง คุ้มครองผู้หญิง กรณีที่ผู้กระทำเป็นข้าราชการชั้นผู้ใหญ่ จะทำงานได้ยากลำบากมาก ควรมีการระดมสรรพกำลัง ต้องมีช่องทางที่จะนำไปสู่การแก้ไข ข้ออุปสรรคอีกข้อ คือกฎกระทรวงว่าด้วยการบริหารงานตามพรบ.ที่รองรับมาตรา 10, 11, 12 เพราะคนที่ทำหน้าที่ตามกฎหมายเป็นผู้ที่ไม่ได้ทำหน้าที่ คนที่ทำหน้าที่ตามกฎหมายก็ไม่อยู่ในอำนาจหน้าที่ ต้องยกฐานะให้บ้านพักเด็กและครอบครัวมีอำนาจหน้าที่ และต้องมีการฝึกอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่อื่นๆ ปัจจุบันยังไม่มีการจัดระบบเท่าที่ควร พนักงานเจ้าหน้าที่ควรเป็นคนของกระทรวง พม. เพราะมีอำนาจหน้าที่โดยตรง สุดท้ายเรื่องกฎหมาย ขณะนี้คนทำงานด้านกฎหมาย ได้มีการรวมตัวกันเพื่อแก้ไขกฎหมายคุ้มครองเด็ก เพราะความรุนแรงในครอบครัวก็ไปกระทำกับเด็ก จะต้องแก้กฎหมายคุ้มครองเด็ก แก้กฎหมายคุ้มครองผู้ถูกระทำ การปลดล็อกอุปสรรคของกฎหมาย ข้อท้าทายคือเรื่องสหวิชาชีพที่พบกับตัวผู้ประสบปัญหา ต้องร่วมทำงาน ร่วมสนับสนุน และคนที่มีความจำเป็นมากคือตำรวจ ต้องทำให้ตำรวจเป็นเพื่อนและเข้าใจ มาตรา 10,11,12 อีกส่วนหนึ่งได้เสนอให้แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะผู้หญิงไปฝึกอบรมพนักงานสอบสวน ในเรื่องของ choices เพื่อให้ทำงานได้ง่ายขึ้น

พรบ.ทั้งหมดมี 700 กว่าฉบับ ซึ่งการบังคับใช้ก็ยังไม่ได้ผลทั้ง 700 กว่าฉบับ เช่น การสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ในโรงพยาบาล ยังไม่มีการบังคับใช้ ส่วนการบังคับใช้กฎหมายตามพรบ.ฉบับคุ้มครองผู้ถูกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว ตั้งแต่ออก พรบ.ใช้สอบสวนแค่ครั้งเดียว โดยสหวิชาชีพร่วมสอบสวน

มีจิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ตำรวจ ในกฎหมายไม่ได้ให้อำนาจใครในการสอบสวน เช่น กรณีหนึ่งตำรวจนำผู้ถูกกระทำรุนแรงและผู้กระทำรุนแรงมาสอบสวนในโรงพยาบาล เพราะมีเจ้าหน้าที่พร้อมกว่า การสอบผู้ถูกกระทำจะสอบพร้อมกับค้นหาความต้องการ การสอบผู้กระทำจะสอบพร้อมกับใกล้เคียงด้วย หลังจากนั้นส่งสำนวนไปให้อัยการ ทำให้เห็นว่า หนึ่งตำรวจอาจเข้าไม่ถึงกฎหมายฉบับนี้ อาจเป็นแค่อัยการที่เข้าถึง “เข้าถึง” หมายถึง ความเข้าใจในระดับปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ สองการขัดกันของกฎหมาย เช่น พรบ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำรุนแรง พรบ.คุ้มครองเด็ก พรบ.สุขภาพแห่งชาติ แต่คงเหมือนที่คุณบุญพลอยพูดว่า จะต้องรายงานสักแค่ไหน ที่ไม่ไปล้วงลึกละเมิดสิทธิของผู้ถูกกระทำ ต้องป้องกันผู้ถูกกระทำด้วยเช่นกัน

คุณเยาวเรศ กล่าวเสริมว่าด้านการบำบัดผู้กระทำ ความรุนแรงในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลนำร่องของอาจารย์รณชัย คงสภรณ์ โรงพยาบาลรามมาช ทำเล็กๆ ไม่ได้เป็นระบบ เช่น กรณีหนึ่งที่ตียำ และตีเด็ก ผู้กระทำเป็นแอลกอฮอล์ลึกลับ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นและเป็นปัจจัยเสี่ยง จึงชักจูงเข้ามาบำบัด เข้ามารักษา กับเรา พอบำบัดรักษาได้ จะให้ใช้สิทธิบัตรทอง ผลสุดท้ายผู้กระทำก็ดีขึ้น แต่ไม่ได้มีการติดตามมาก ทราบว่าไปเป็นเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ตอนนี้ไม่มีแล้ว และเลิกใช้ความรุนแรง

คุณเรณู เป็นนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ขอเสริมที่คุณบุญพลอยพูด เรื่องการบำบัดไม่จำเป็นต้องเป็นนักจิตฯ จิตแพทย์ หรือพยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ก็เรียนทางด้านนี้มา และอยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากกว่า จึงเป็นด่านหน้าที่พบผู้รับบริการ ถ้ากรณีที่ไม่มีความรู้สึกมาก ไม่จำเป็นต้องพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ก็เรียนทางจิตเวช เรียนทางด้านไซโคบำบัด

คุณธมนอร ขอเสริมนิดหนึ่ง ได้รับเสียงสะท้อนจากญาติของผู้ถูกกระทำเหตุเกิดนี้เกิดที่แถวบางนา เกี่ยวกับบทบาทของพนักงานเจ้าหน้าที่ กรณีที่เกิดเหตุในเขตกทม. เนื่องจากที่อยู่ของผู้ถูกกระทำที่จะเข้าไปคุ้มครองเป็นแฟลต พนักงานเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปเป็นผู้ชาย 3 คน ผู้ถูกกระทำจึงค่อนข้างเกิดความหวาดกลัวไม่กล้าให้ข้อมูลเพิ่มเติมมากนัก ฉะนั้นบทบาทของพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ไม่สามารถจะทำให้ผู้ถูกกระทำมีความเชื่อมั่นระดับหนึ่ง จะมีลำดับการช่วยเหลืออย่างไร อีกประการหนึ่งเรื่องเจ้าหน้าที่น้อยเรื่องยานพาหนะที่ใช้ในการปฏิบัติงาน เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการช่วยเหลือของผู้ประสบปัญหา

รศ.ดร.กฤตยา ขอถามว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ เฉพาะของกระทรวง พม.มีกี่คน ตามมาตรา 3 เพราะคุณสุเพ็ญศรีพูดว่ามาจากหลายองค์กรทั่วประเทศ แต่มีไม่มากนัก ขอขอบพระคุณทุกท่าน ที่ให้ความเห็น ซึ่งเป็นประโยชน์ทำให้ภาพของการใช้กฎหมายฉบับนี้ ซึ่งจะมีอุปสรรคมากกว่าโอกาส คงจะต้องทำเรื่องนี้สืบเนื่องต่อไป

2.สรุปสาระสำคัญของการประชุมหารือ ครั้งที่ 26

คุณณัฐยา กล่าวว่า เนื่องจาก สคส.ได้สนับสนุนงานในหลายๆ ส่วน งานวิจัยนี้ช่วยวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส ของพรบ.คุ้มครองผู้ถูกกระทำในครอบครัว ผลจากการวิจัยนี้จะเป็นฐานความรู้ นำไปผลักดันร่วมกับฝ่ายต่างๆ ในการปรับปรุง ปัญหาและระบบที่จะมารองรับกฎหมาย ซึ่งสมาชิกเครือข่ายฯ ไม่ได้ทำเฉพาะเรื่องท้องไม่พร้อม แต่ทำเรื่องความรุนแรงด้วย ฉะนั้นเครือข่ายฯ ควรความรู้เรื่อง

นี้เพิ่มเติมประเด็นต่างๆ เป็นระยะ และตอนนี้ รศ.ดร.กฤตยา กำลังเขียนเป็นตำราทางวิชาการ ว่าด้วยเรื่อง ความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย

รศ.ดร.กฤตยา กล่าวว่า การได้มาเข้าร่วมมีความรู้สึกที่ต้องรีบทำที่หนึ่งใหม่ คือพยายามคิดว่าจะ สื่อสารอย่างไรให้คนเข้าใจ โดยเฉพาะความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม

คุณณัฐยา คิดว่ามีความจำเป็นสำหรับคนทำงานทางด้านนี้ จะเข้าใจความเชื่อมโยงของความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม ฉะนั้นจึงได้เชิญ ดร.วราภรณ์ แซ่มสนิทมาเป็นวิทยากรในโอกาสต่อไปจะชวนคุยเรื่อง ความรุนแรงทางเพศ ถ้าสมาชิกต้องการเชิญวิทยากรเรื่องอะไร ขอให้เสนอกันเข้ามา

ส่วนเรื่องสรุปรายงานครั้งที่ 26 จัดประชุมที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ เนื่องจากโรงพยาบาลสมุทรปราการได้ทำวิจัยสำรวจปัญหาและความต้องการของผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ว่ามีปัญหาอะไรบ้าง ต้องการความช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพอะไร การเสริมศักยภาพควรทำอย่างไร มีการแลกเปลี่ยนหลายเรื่อง ทั้งการให้ความช่วยเหลือ ตัวระบบการเชื่อมต่อ ที่สำคัญ คือจะบูรณาการอย่างไร ซึ่งหารือกันในเรื่อง ความก้าวหน้ามากกว่า เรื่องการทำงานในโรงพยาบาลนำร่อง 5 แห่งปิดโครงการ มีการถอดบทเรียน มีการเขียนหนังสือ ได้หารือว่าจะจัดงานเปิดตัวหนังสือ ซึ่งเป็นการจัดงานเมื่อวานนี้ ช่วงท้ายของการประชุมคราวที่แล้ว มีการรายงานความก้าวหน้าของกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่ม เมื่อมีสมาชิกมากขึ้นได้แบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม คือ งานป้องกัน การท้องไม่พร้อม งานยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย งานให้คำปรึกษาทางเลือก งานบ้านพัก ซึ่งงานบ้านพักจะรวมถึงการดูแลเด็กด้วย เป็นการแบ่งกลุ่มตามลักษณะงานที่ต่างกัน เพื่อให้แต่ละคนได้คุยกันลงลึกมากขึ้น โดยแบ่งตามสมัครใจ ทุกหน่วยงานสนใจเข้าร่วมได้ทุกกลุ่ม แต่ละกลุ่มมีเจ้าภาพ เช่น “กลุ่มยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย” องค์การแพธเป็นเจ้าบ้าน “กลุ่มบ้านพักรอลอดและการดูแลเด็ก” สหทัยมูลนิธิเป็นเจ้าบ้าน “กลุ่มพัฒนาการปรึกษาทางเลือก” สคส.เป็นเจ้าบ้าน กลุ่มสุดท้ายคือ “กลุ่มการป้องกันการท้องไม่พร้อม” สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัยเป็นเจ้าบ้าน แต่ละกลุ่มมีจังหวะของการขับเคลื่อนไปตามภารกิจของสมาชิกแต่ละกลุ่ม เน้นความเป็นกัลยาณมิตร เพื่อจะให้ลงลึกในแต่ละเรื่อง มีเวลาที่น่าเรื่องความหนักใจมาเล่าสู่กันฟัง หรือเพิ่มเติมความรู้ตามสถานการณ์

3.รายงานความก้าวหน้าและหารือ

- **แนะนำสมาชิกใหม่**

เยาวเรศ คำประนาท โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับศูนย์ มีสมาชิกตามมาด้วย 3 ท่าน พยาบาล 1 ท่านกับนักสังคมสงเคราะห์

กวีธา แก้วประดิษฐ์ สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี ทำงานอยู่งานเชิงรุก ที่ให้ความรู้ในเชิงป้องกัน

กนิษฐา สิริกานนท์ เป็นพยาบาลจากสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน จริงๆ เคยเข้าประชุมเรื่องท้องไม่พร้อมหลายครั้ง เป็นทำงานปลายทาง เป็นการช่วยผู้หญิงท้องไม่พร้อมและเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์ และเห็นด้วยว่าการป้องกันสำคัญมาก ถ้าการป้องกันดีปัญหาก็ไม่เกิด สมาคมฯ มีนโยบายช่วยเหลือคนที่ท้องไม่พร้อม ฉะนั้นการส่งคนไข้ไม่จำเป็นต้องมีใบส่งตัว มีนักสังคมสงเคราะห์ เรื่องราคาประมาณ 1,800 บาท ถ้าผู้มารับบริการมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ก็คุยกันได้ ให้บริการทุกชาติทุกภาษา เพราะคลินิกเรามีชื่อ CP international ถ้าเปลี่ยนใจไม่ยุติการตั้งครรภ์ได้ก็เป็นเรื่องที่ดี ไม่ใช่ medical

abortion แต่เป็น one stop service ใช้เวลา 1 – 2 นาที ตอนมาเริ่มต้นทำงานใหม่ก็มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการทำ abortion แต่พอทำงานและเห็นปัญหา ก็รู้สึกว่าเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข

อัมพร ศรีสารवल สำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค มีโครงการในระดับประเทศ โดยเฉพาะโครงการถุงยางอนามัย 100% สนับสนุนทุกกลุ่มเป้าหมาย การป้องกันเรื่องถุงยางมีแล้ว แต่จะให้ใช้ หรือฉลาดในการที่จะป้องกัน อันนี้เป็นงานหนักที่เครือข่ายฯ จะต้องร่วมด้วยช่วยกันในอนาคต

ธมนอร ชุนพงษ์ นักสังคมสงเคราะห์ จากพัฒนาสังคมกรุงเทพมหานคร ในส่วนของนักพัฒนาสังคม ถ้าปฏิบัติงานจริงๆ จะอยู่ตามโรงพยาบาล คือสำนักงานแพทย์ ควรเชิญเจ้าหน้าที่จากสำนักงานแพทย์เข้ามาร่วมด้วย เพราะมีทั้งหมด 10 โรงพยาบาล ขณะนี้กำลังผลักดันให้เกิดการใช้เงิน ในกองทุนป้องกันและแก้ไขความรุนแรงที่มีอยู่ในกทม.

ละมัย มีรดา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ จบปริญญาเอกจากจุฬาฯ เมื่อปีที่แล้ว เพิ่งเข้ามาทำงานได้ 1 ปีกว่าๆ ขอเสนอเรื่องการป้องกัน เป็นเรื่องทัศนคติหลายอย่าง เช่น “ตีสองตีสามหาถุงยางไม่ได้” หรือว่า “น้ำท่วม ร้านปิดหมด” ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย คือ การหักห้ามใจ สิ่งล่อลวงต่างๆ การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษารอบด้าน แต่จะต้องรอบตัวด้วย เพราะไม่สามารถจะเจาะจงได้ว่าจะเกิดเหตุการณ์ขึ้นกับใคร จังหวัดนครสวรรค์พยายามชักจูงกระทรวงศึกษาธิการให้เข้ามาร่วม ซึ่งต้องใช้เทคนิคหลายอย่าง ขอเรียนปรึกษาเรื่องยุติการตั้งครรภ์ พบหลายคนไม่มีสตางค์ ไม่มีค่าเดินทาง อาจารย์แพทย์เริ่มเกษียณ และมีปัญหาว่าไม่อยากบังคับโรงพยาบาลถ้าไม่เต็มใจ จะทำให้ทั้งผู้ทำและผู้ถูกกระทำรู้สึกไม่ดีต่อกัน จะเป็นไปได้หรือไม่จะแบ่งเป็นโซน ภาคเหนือตอนล่าง ภาคกลางตอนบน หรือภาคตะวันออก และตั้งงบประมาณไว้สำหรับเรื่องนี้ เมื่อเกิดปัญหาเด็กสามารถเบิกจ่ายได้ เพราะบางทีพ่อแม่มีสตางค์ แต่เด็กบอกไม่ได้ เมื่อรู้ควรรีบส่ง หรือให้ข้อมูลเด็กว่าถ้าพลาดแล้วมีทางช่วย ข้อมูลเหล่านี้ควรถึงชุมชน อสม. ผู้นำชุมชน อบต. จะทำให้ช่องทางการส่งต่อรวดเร็วขึ้น หรือสมาคมพัฒนาประชากรฯ ตั้งงบประมาณว่าโซนนี้มีเครือข่ายสองร้อย ควรจะให้บริการได้

รศ.ดร.กฤตยา ผากไธเดียวกับคุณบุญพลอยได้ว่า ถ้าทำงานเชิงระบบ ประเด็นเรื่องสถานบริการจะแบ่งเป็นโซน หรือแบ่งอย่างไรคงต้องคุยต่อเนือง

ชลัช กลิ่นอุบล จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ก็พยายามที่จะขับเคลื่อนเกี่ยวกับเครือข่าย OSCC ภายในจังหวัด มองว่าภายในจังหวัดมีความเข้มแข็ง ส่วนของโรงพยาบาลต่างๆ จังหวัดต้องเข้ามาเป็น back up ที่จะช่วยเหลือ

พรพิมล อินทร์คุณาภาส สำนักบริการสาธารณสุข เป็นเภสัชกร เนื่องจากกระทรวง สธ. มีความซับซ้อน กลุ่มงานที่คุณบุญพลอยอยู่เป็นกลุ่มงานเทคนิคบริการครอบคลุมกว้างมาก ทั้งงาน OSCC งานสังคมสงเคราะห์ ซึ่งได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหน่วยงานให้ดูเรื่องนี้ แล้วหาช่องทางสนับสนุน และส่วนตัวมีความสนใจทางด้านนี้

เกศินี สำโรง จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร อยู่ฝ่ายยาเสพติดและสุขภาพจิต ถ้ามีหนังสือการประชุมเกี่ยวกับศูนย์ฯ ฟังได้จะนำมาฝ่ายสุขภาพจิต แต่ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ มีเจ้าหน้าที่ทำงานเรื่องท้องไม่พร้อม ที่มาร่วมประชุมเพราะหนังสือแจ้งชัดว่า ให้ผู้ทำงานศูนย์ฯ ฟังได้มาประชุม และต้องการรู้ว่ามี

การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอย่างไร เห็นความสำคัญว่าการช่วยเหลือเด็กท้องไม่พร้อม ต้องลงไปคุย หรืองานด้านการป้องกันมีกิจกรรมและงบประมาณอย่างไร จะเชื่อม OSCC โรงพยาบาลจังหวัดมาร่วมด้วย

พิชญา บำรุงศิริ เป็นนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลมุกดาหาร ขอแลกเปลี่ยนประเด็นความรุนแรงในครอบครัว คิดว่าศูนย์พึ่งได้ มีการทำงานร่วมกันและไม่ได้มองว่าประเด็นกฎหมายยังเป็นปัญหา แต่ทำงานในรูปแบบของกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ หรือสวัสดิการสังคม ทีมสหวิชาชีพในจังหวัดทำงานเรื่องการคุ้มครองผู้ถูกกระทำ กรณีแม่หรือภรรยาที่ถูกกระทำ ความรุนแรง เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลมุกดาหาร ถ้ารักษาบาดเจ็บจะประสานกับทีมในจังหวัด มีพมจ. สสจ. บ้านพักเด็กและครอบครัว หน่วยประสาน คือมูลนิธิเพื่อนหญิง ทำบันทึกข้อตกลง เพื่อคุ้มครองไม่ให้ถูกกระทำซ้ำ เพื่อปรามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ชายที่เป็นฝ่ายกระทำ ถ้าผู้ชายไม่ยอมมากลึงไปทำงานในพื้นที่ โดยมีผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใหญ่ในชุมชนร่วมด้วย โดยให้ผู้ใหญ่ในชุมชนติดตามพฤติกรรมของผู้ชาย อีกรูปแบบหนึ่งทำ Group support กับกลุ่มผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงที่มีบาดแผลทางร่างกายและจิตใจ เพื่อเป็นเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน แล้วให้แง่คิดมุมมอง วิทยากรเป็นทีมจากจังหวัด ส่วนเรื่องกฎหมายตำรวจส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคย ไม่อยากรับแจ้งความ และพบว่าส่วนใหญ่ผู้หญิงที่มาศูนย์พึ่งได้ก็ไม่อยากแจ้งความ

กิริกมล ฉายบัณฑิตขันธ์ เป็นนักสังคมสงเคราะห์ มูลนิธิเพื่อนหญิง ดูแลผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีบริการให้คำปรึกษาทางเลือก มีการประสานส่งต่อหน่วยงานสหวิชาชีพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประเด็นเรื่องท้องไม่พร้อมเป็นประเด็นที่ค่อนข้างละเอียดอ่อนและมีความซับซ้อน ในการทำงานพบอุปสรรคและปัญหามากมาย

กุลธิดา คำบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จังหวัดบึงกาฬ ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตและยาเสพติด ความคาดหวังคือ จะพัฒนาระบบของโรงพยาบาล เพื่อที่จะได้ต่อยอดกับโรงพยาบาลชุมชน เพราะเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ไม่มีข้อมูลในการทำงาน เมื่อได้ฟังเกี่ยวกับ option counseling อยากให้สัญจรไปที่หนองคาย นครพนม หรือบึงกาฬ เพราะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนสนใจมาก กรณีมีผู้หญิงมาปรึกษาว่า ท้องควรทำอย่างไร ที่ให้บริการอยู่จะพยายามชักจูงให้เอาเด็กไว้ เพราะพื้นฐานของโรงพยาบาลไม่ให้ทำแท้ง วันนี้อายุได้เครือข่ายฯ

ไสว ศรีบรินทร์ เป็นนักสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ครั้งต่อไป ควรเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องหลัก เช่น สูติแพทย์ เพราะพบปัญหาว่า สูติแพทย์ไม่กล้าให้บริการ เนื่องจากไม่รู้ว่าจะทำอะไรได้แค่ไหน และไม่ยอมไปขึ้นศาล

เพ็ญจันทร์ ทองพิมพ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ปัญหาที่พบ คือ ถ้ามีเรื่องเงินเข้ามาเกี่ยวข้อง พ่อแม่จะให้เด็กตั้งครรภ์ต่อ เหมือนใช้เด็กเป็นเครื่องต่อรองเพื่อที่จะได้เงินจากผู้ชาย มีจำนวนค่อนข้างมากพอได้เงินแล้วก็เลิกกันไป เด็กเกิดมาก็ไม่มีคุณภาพ ปัญหาแบบนี้จะแก้ไขอย่างไร

อารีวรรณ จตุทอง อยู่ฝ่ายทนายความด้านเด็ก สตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ

นลินธยาน์ มนต์รัตนสาร เครือข่ายครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว เป็นทางเลือกที่ผู้หญิงต้องการท้องต่อ มีกิจกรรมรองรับ เกี่ยวกับการดูแลตัวเอง วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2555 มีกิจกรรมการดูแลอารมณ์ตนเองของคุณพ่อคุณแม่เลี้ยงเดี่ยว เพราะเข้าใจว่าการดูแลลูกโดยไม่มีคูชีวิต บางทีก็เกิดความเครียดและลงผลกับลูกโดยตรง จึงมีกิจกรรมที่ช่วยควบคุมตัวเอง แต่จะให้ได้ผลต้องผ่านกิจกรรมหลายๆ ครั้ง

- **รายงานความก้าวหน้า**

คุณณัฐยา รายงานว่า ผอ.อนุกุล ปิดแก้วไม่ได้มาวันนี้และฝากรายงาน เนื่องจากเป็นความร่วมมือระหว่าง สคส.กับ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ เรื่องการขยายผลเครือข่าย choices ในระดับจังหวัดมี 5 จังหวัด ซึ่ง 4 จังหวัดมี OSCC นำร่อง ที่เพิ่มคือกรุงเทพฯ โดยทั้ง 5 จังหวัด จะมีการทำงานที่เข้มข้นกับ บ้านพักเด็กและครอบครัว คือ 1)พัฒนาศักยภาพบุคลากรในบ้านพักเด็กและครอบครัว ให้สามารถรับมือกับปัญหาแม่วัยรุ่นท้องไม่พร้อม ความรุนแรง โดยนำความรุนแรงเป็นเป้าหมายหลัก แต่พิจารณาภารกิจโดยรวมของบ้านพักเด็กและครอบครัว ค้นหาวิธีการสร้างความเข้มแข็งให้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดแนวทางพัฒนาเจ้าหน้าที่และนำไปขยายผลต่อได้ 2) พัฒนาระบบการช่วยเหลือกรณีท้องไม่พร้อม มีวิธีการให้ความช่วยเหลืออย่างไร 3)การเชื่อมต่อกับ choices ในจังหวัด เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างครบวงจร อีกส่วนหนึ่งจะเชื่อมต่อกับ OSCC ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ รวบรวมข้อมูลจาก 5 บ้านพักว่ามีระบบเดิมอย่างไร กำลังคนเท่าไร มีวิธีการช่วยเหลืออย่างไร และนำมาวิเคราะห์ความต้องการเฉพาะเจาะจง พื้นที่การทำงานมี กรุงเทพฯ นครสวรรค์ ศรีสะเกษ ปทุมธานี และขอนแก่น ส่วนบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดอุตรดิตถ์ ยังไม่ได้เข้าโครงการนี้ แต่สนใจอาจจะมีการทำงานในรายละเอียดๆ ร่วมกันก่อน

- **กลุ่มป้องกันการท้องไม่พร้อม**

คุณสุรัตนา พูดถึงการประชุมครั้งล่าสุดว่า มีการหารือเกี่ยวกับงานป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ช่วงที่เกิดน้ำท่วมมีปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำนวนมาก จึงมีแนวคิดร่วมกันว่า จะป้องกันและจัดบริการรองรับในภาวะฉุกเฉินอย่างไร เช่น ควรมีสายด่วนให้คำปรึกษา มีโมบายคลินิก มีการผลิตสื่อเอกสาร สื่อที่สำคัญคือสื่อด้านอินเทอร์เน็ต เพราะเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นได้ดี อีกเรื่องคือ การเข้าถึงการคุมกำเนิดของทุกคน ของทุกกลุ่ม โดยคำนึงถึงสิทธิตามหลักสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้เรื่องบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายฯ เกี่ยวกับการป้องกัน ว่าแต่ละหน่วยงานมีหน้าที่บริการอะไร สามารถส่งข้อมูลเข้ามาเพื่อนำขึ้นเว็บไซต์ของกรมอนามัย

คุณสมรรถธรรม ได้เสนอความคิดว่า ได้ไปเป็นคณะทำงานของสภาวิชาชีพ เรื่องสื่อด้านเอดส์ ได้เสนอให้ใส่ถุงยางอนามัยแจก เพราะมีคนกินยาคุม แล้วขาดการกินต่อเนื่องด้วยสาเหตุต่างๆ แต่สภาวะแวดล้อมเป็นใจ เพราะน้ำท่วมทุกคนก็ใส่ซาสัน ดูเช็กซีมาก ที่พักบางที่มีแอร์ มีเดินท์ เหมือนได้ไปพักผ่อน

คุณอัมพร กล่าวว่าช่วงหลังน้ำท่วม ท้องไม่พร้อมจะเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น 30 กว่า ขอให้กรมอนามัยสนับสนุนยาคุม ซึ่งในรอบที่ผ่านมาก็พยายามใส่อุปกรณ์คุมกำเนิดในถุงยังชีพ แต่เกิดปัญหาเรื่องความเข้าใจ การถูกตำหนิหลายๆ อย่าง ต้องมีกระบวนการทำความเข้าใจกับคนที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดปัญหาเรื่องนี้ เมื่อได้ลงเก็บข้อมูลหลังน้ำท่วมที่จังหวัดลพบุรี ได้พบปัญหาของความไม่เข้าใจกับผู้ทำข่าวในพื้นที่ ไม่เข้าใจว่าใส่ถุงยางอนามัยในถุงยังชีพเพื่ออะไร

คุณบุญพลอย กล่าวว่าในช่วงน้ำท่วม กลุ่มงานบริการรับภารกิจเรื่องบรรเทาทุกข์จากอุทกภัย รับผิดชอบในเรื่องโลจิสติกส์ ถ้ามีการสนับสนุนเรื่องอุปกรณ์ ไม่ว่าจะเป็นยาคุมหรือถุงยาง รวมไปถึงเครื่องชูชีพ เรือ มีการจัดทำเครือข่าย ส่งไปที่ สสจ. เพราะรู้จักพื้นที่ดีก่อนจะส่งไปยังพื้นที่จริง

คุณเรื่องรำไพ ขอแลกเปลี่ยนในฐานะเป็นผู้ดูแลเว็บไซต์ ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นโดยตรง มีน้องเยาวชนขอให้มีการขยายอาณาเขต อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ เพราะช่วงที่น้ำท่วมมีเสียงเรียกร้องว่า “พีเค หนีออกไปหาหมอข้างนอกไม่ได้” “ยาคุมฉุกเฉินกินมากแล้ว” “อยากจะมียาคุม” ที่สำคัญคือ ขอให้มีการหีบห่อที่สวยงาม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการป้องกันในช่วงวิกฤต และมองว่าควรมีการพูดคุยเรื่องนี้ให้มากขึ้น เพื่อให้มีความชัดเจนและเป็นระบบ

คุณทัศนัย วันนั้นกลุ่มป้องกันมีการหารือว่า การดำเนินงานของงานป้องกัน แต่อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ถูกกระจายไปตามกลุ่มโรงพยาบาล ส่วนกลางไม่มีงบประมาณซึ่งเป็นข้อจำกัด ต้องไปขอจากบริษัทฯ มีการวิเคราะห์ว่าจะใช้งบส่วนกลาง ที่เป็นงบจาก สปสช. เรื่องนี้คงต้องดำเนินงานต่อ ค้นหาว่าจะใช้งบเชิงรุกนำมาให้ทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินงานป้องกันอย่างครอบคลุมกว่านี้ได้หรือไม่ รวมทั้งการจัดซื้ออุปกรณ์คอมพิวเตอร์ด้วย ขอให้กลุ่มป้องกันค้นหาตัวอย่างของการดึงงบจาก สปสช. เช่น เขตสระบุรี 10 จังหวัดสามารถนำงบดังกล่าวมาใช้ทำโครงการขนาดใหญ่ได้ ทั้งเรื่องป้องกันและเรื่องท้องไม่พร้อม จะเห็นว่างบประมาณไม่ใช่ปัญหาเพราะมีอยู่แล้ว แต่ไม่รู้ช่องทางว่างบอยู่ที่ใด

➤ กลุ่มปรึกษาทางเลือก

คุณณัฐยา ขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร ปรับหลักสูตรจากที่ 7 วัน ให้เหลือ 3 วัน ระดมสมองกันมา รวมตัวผู้ผ่านการอบรมได้ 30 กว่าคน จัดที่พญา เพื่อหาข้อสรุปว่าการอบรม 3 วันจะประกอบไปด้วยอะไรบ้าง การประยุกต์ใช้ ถอดบทเรียน เช่น การอบรมใช้เวลา 3 วัน กลุ่มเป้าหมาย 20 คน จะมีวิธีการอบรมอย่างไรจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หลังผ่านการอบรมจะมีการติดตามเพื่อนำมาปรับหลักสูตร มองว่าประมาณปลายปีน่าจะเห็นความนิ่งของหลักสูตร 3 วัน ทั้งหมดนี้เป็นกระบวนการทดลองทั้งสิ้น อบรมครั้งละ 3 วัน แต่ละรุ่นจะคัดเลือกเจ้าหน้าที่บ้านพักเด็กและครอบครัวทั้ง 5 จังหวัด ถ้ามีโควต้าเหลือจะให้ OSCC ขั้นตอนการเตรียมที่จะจัดอบรม 3 วัน จะมีการทำ TOT โดยผู้ผ่านการอบรมไปแล้วมาร่วมเป็นทีมฝึกอบรม 3 วัน ถ้าสนใจจะเป็นทรนเนอร์ให้ติดต่อมา

คุณสายวรุณ เป็นนักสังคมสงเคราะห์ มีผู้ใช้บริการที่โทร.มาเล่าให้ฟังว่า เรื่องการไปฝากครรภ์ เนื่องจากตัดสินใจท้องต่อ เป็นนักศึกษา ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลระดับอำเภอ ต้องให้พ่อกับแม่ของเด็กมาด้วย แต่ผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมทำให้ไม่สามารถนำพ่อกับแม่ของเด็กมาได้ อีกเรื่องการปรึกษาทางเลือกเมื่อไม่พร้อม ขอยกกรณีตัวอย่างมา 3 ราย 1)เด็กอายุ 16 ตั้งครรภ์ เชิญมาที่มูลนิธิฯ แต่ไม่มา เพราะตัดสินใจจะยุติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 1 เดือนกว่า และบอกว่า “หนูสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์แล้วคะ 3,400 บาท วันจันทร์จะได้รับยา แต่สิ่งที่กลัวคือการใช้ยาจะตกเลือดไหม อากาจะเป็นอย่างไร” 2)อายุ 24 ปี ท้องได้ 1 เดือน เป็นลูกคนที่สองกับผู้ชายอีกคน เลือกว่าจะใช้ยาเหน็บ สิ่งที่เจอทำให้อึ้งเหมือนกัน แต่รายนี้ให้ความร่วมมือ ได้คุยกับผู้ชาย และตกลงไม่ยุติ เรารู้สึกดีใจมาก 3)ท้องได้ 5 เดือน อายุ 18 ปี พยายามยุติการตั้งครรภ์ มีโรคประจำตัวทาลัสซีเมีย ต้องการเหน็บยา จึงบอกให้ตั้งครรภ์ต่อ เพราะอีก 4 เดือนก็คลอด เธอบอกว่าทำไมคนอื่นยุติได้ หนูยุติไม่ได้ ทำให้คนรับโทรศัพท์รู้สึกเครียด แต่สุดท้ายก็แนะนำให้ไปปรึกษาที่ PDA คิดว่าต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องว่ายุติได้หรือไม่

คุณณัฐยา ขอเสนอเพิ่มว่า ผู้ที่ต้องให้คำปรึกษากับผู้ที่ท้องไม่พร้อม ควรมีความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับอายุครรภ์และวิธีการทำแท้ง แต่ละวิธีที่เหมาะสมกับแต่ละอายุครรภ์ เป็นความรู้ที่จำเป็นต้องรู้หรือไม่ แต่การ

อบรม 3 วัน อาจเป็นไปได้ แต่กำลังจะฝากการอบรมเรื่องนี้ เพราะที่ผ่านมารอบรมเรื่องยาซึ่งเป็นเครื่องมือ ควรอธิบายว่าอายุครรภ์เท่านี้ วิธีการที่ใช้ได้คืออะไร ใช้อะไร ผลข้างเคียงเป็นอย่างไร ต้องดูแลตัวเองอย่างไร

➤ กลุ่มบ้านพักครอบครัว

คุณกรวิณท์ กลุ่มบ้านพักครอบครัว ผู้เข้าร่วมมีบ้านสุขฤทัย บ้านพักเด็กและครอบครัว สคส. สหทัยมูลนิธิ และบ้านพักฉุกเฉินดอนเมือง หรือร่วมกันเรื่ององค์ความรู้เกี่ยวกับครอบครัว มีสหทัยมูลนิธิเป็นวิทยากร ได้เรียนรู้เกี่ยวกับครอบครัวทดแทน และครอบครัวอุปถัมภ์ เติมเต็มความรู้ที่จะนำไปช่วยเหลือคนที่ต้องการท้องต่อ หรือต้องการยกบุตรบุญธรรม และหรือเรื่องบ้านพักเด็กและครอบครัว ขบวนการทำงานหาจุดยืนของบ้านเด็กและครอบครัวของ พม. ซึ่งมองว่าบ้านพักเด็กและครอบครัว ทำงานหลายกลุ่มเป้าหมาย คุณศุภภาภาเสนอแนะว่าควรปรับเป็น Emergency Home เน้นการเก็บข้อมูล แล้วส่งต่อแต่ยังไม่ได้สรุปแน่นอน และหรือเรื่องการปรึกษาทางเลือก และการทำงานของนักสังคมสงเคราะห์ที่อยู่ในบ้านพัก เพื่อเสริมพลัง เพราะกลุ่มนี้กำลังประสบปัญหานักสังคมฯ ทำงานหนักและเครียด มีการลาออกอย่างต่อเนื่อง ทำให้กำลังคนขาดแคลน เด็กรุ่นใหม่เข้ามาทำงานได้ระยะสั้นๆ จึงตั้งเป้าหมายร่วมกันว่าจะพยายามพัฒนาหรือเสริมศักยภาพ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้บุคลากรในบ้านพักทุกบ้าน ให้เห็นคุณค่าของตนเอง โดยเชิญเจ้าหน้าที่ทั้งคนใหม่และคนเก่ามาร่วมแลกเปลี่ยนปัญหาและกัน จะจัดในวันที่ 23 มีนาคม 2555 เรื่องการเข้าใจตนเองและครอบครัว เพื่อที่จะเข้าใจตนเองและผู้อื่น อีกส่วนหนึ่งคือ ทำงานเสริมศักยภาพกับกลุ่มผู้หญิงและเด็ก มีการเวียนไปทำในแต่ละบ้าน

คุณณัฐยา ขอเพิ่มเติม คือมี 2 เรื่อง เรื่องแรกคือการเสริมศักยภาพตัวเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร เพราะเป็นหน่วยงานรองรับผู้หญิงที่ไม่ได้ยุติการตั้งครรภ์ ความท้าทายคือกระบวนการเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่กับอาสาสมัคร กระบวนการทำให้รู้จักเยียวยาฟื้นฟูตัวเอง เพราะการทำงานให้คำปรึกษาเชิงลึกมากๆ บางทีกินนอนฝันร้าย ต้องมีการดูแลคนทำงานค่อนข้างดี เพื่อให้ไปดูแลผู้รับบริการได้ เรื่องที่สองคือเพื่อจะได้แลกเปลี่ยนกระบวนการทำงานกัน โดยเข้าไปร่วมในการปฏิบัติงานจริง เช่น บ้านสุขฤทัยจะจัดกิจกรรม group support บ้านพักอื่นๆจะเข้าร่วมสังเกตการณ์เท่าที่จะทำได้ เพื่อดูกระบวนการ เพื่อให้บุคลากรที่ทำงานแต่ละบ้าน ได้นำไปพัฒนาทักษะการทำงานที่บ้านตัวเอง

➤ กลุ่มยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

คุณทัศนัย ขออนุญาตนำสไลด์มาเสนอ มี 6 หน้า สมาชิกจะประกอบด้วยหน่วยงานที่ให้บริการยุติฯ และหน่วยงานที่ทำงานเชิงนโยบาย คือ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ องค์การแพธ รศ.ดร.กฤตยา เป็นผู้นำ มีการประชุมกันอย่างไม่เป็นทางการหลายครั้ง ที่เป็นทางการมี 2 ครั้ง สรุปว่างานด้านยุติฯแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1)เรื่องการส่งต่อ เมื่อเพื่อนสมาชิกพบผู้รับบริการตัดสินใจเลือกยุติการตั้งครรภ์ มีการส่งต่อที่ชัดเจนและเป็นระบบ 2)เรื่องเวทีวิชาการ เพราะเป็นเรื่องที่คนไม่ค่อยรู้ ทุกวันนี้ยังคิดว่าการทำแท้งคือการชูดมดลูก ซึ่งองค์การอนามัยโลกใช้แล้ว แต่ประเทศไทยยังใช้อยู่ถือว่าล้าสมัยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นในโลกนี้ ประเทศเพื่อนบ้านอย่างประเทศกัมพูชาก็ใช้กันแล้ว ฉะนั้นในเวทีวิชาการพยายามให้องค์ความรู้ที่ถูกต้อง จัดครั้งแรกเมื่อเดือนสิงหาคม กรมอนามัยเป็นเจ้าภาพ เนื้อหาทั้งหมดเรื่องการใช้จ่าย วิธีคุมกำเนิด ปัจจุบันยาคุมกำเนิดฉุกเฉินมีประสิทธิภาพต่ำมาก คือถ้าใช้ตกไปแล้ว กินไม่

ได้ผล และมีผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกมาร่วมให้ข้อคิดเห็นด้วย 3) เรื่องการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้เครื่องมือแพทย์ จะจัดอีกครั้งหนึ่งวันที่ 13 มีนาคม 2555 จัดที่กรุงเทพฯ เรื่องการนำผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศซึ่งไม่ใช่แพทย์ไม่ใช่พยาบาล แต่เป็นผู้ที่ทำงานเรื่องสิทธิของผู้หญิงในการเข้าถึงบริการ มาพูดเกี่ยวกับการใช้ยาลดการตายของแม่ และช่วยผู้หญิงได้อย่างไร กำหนดการ 1 วัน รับจำนวน 30 คน ถ้าท่านใดสนใจที่จะเข้าร่วม ลงชื่อข้างหลังได้ ส่งจดหมายเชิญอิเล็กทรอนิกส์ไปให้ อีกเรื่อง คือ การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ต้องทำแบบค่อยเป็นค่อยไป คือมีคณะกรรมการที่ตั้งขึ้นมา ประกอบด้วยโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาฯ โรงพยาบาลรามาฯ สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ Concept Foundation และองค์การแพช ซึ่งองค์การอนามัยโลกพยายามที่จะผลักดันให้มีการจดทะเบียนขึ้นทะเบียน ยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา ปัจจุบันถ้าเปิดอินเทอร์เน็ต วิธีการใช้ไม่ถูกต้อง น้อยมากที่มีการสอนการใช้ 4 เม็ดหลัง เมื่อยาไม่ถูกกฎหมาย ไม่สามารถให้ความรู้อย่างใจแจ้งได้ ก็ทำให้เกิดการใช้ที่ผิด สิ่งที่ทำได้คือ เมื่อพบผู้หญิงที่ตั้งท้องไม่พร้อมจะให้วิธีการใช้ที่ถูกต้อง และมีความพยายามที่จะขึ้นทะเบียนยาตัวนี้ เหลือแต่เอกสารที่ขึ้นทะเบียนยา แต่บริษัทยาจะช้ามาก เนื่องจากยาตัวนี้ไม่ทำกำไร เป็นยาเพื่อมนุษยชาติ ที่ผ่านมาจากที่นี้ รวมทั้ง สสส.และนายแพทย์สัญญา ภัทรราชย์ ได้ไปให้ข้อมูลกับสำนักสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้เห็นอีกช่องทางหนึ่ง เพื่อสนับสนุนเรื่องนี้ ถ้าขึ้นทะเบียนได้ ยาจะมีราคาต่ำกว่า 500 บาท แต่อินเทอร์เน็ตขายกันราคา 7000 บาท อีกประเด็นหนึ่งของการขับเคลื่อนด้านนโยบาย เป็นผลสืบเนื่องมาจากการประชุมของกลุ่มป้องกัน แม้มีบริการยุติการตั้งครรภ์ถูกต้องตามกฎหมาย ก็ยังถูกปฏิเสธบริการ ที่สำคัญคือ ประกันสังคมปฏิเสธการให้บริการทุกกรณี เพราะการผิดปกติของทารกในครรภ์ ไม่ได้ส่งผลเสียกับผู้เอาประกัน อีกเรื่องถ้าไปยุติการตั้งครรภ์แบบไม่ปลอดภัย แล้วตกเลือดกลับมา ถือว่าเป็นอุบัติเหตุที่ไปทำตัวเองมา ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ฉะนั้นต้องทำการขับเคลื่อนกับสำนักงานประกันสังคมอันดับแรก มีการจัดประชุมในนามของเครือข่ายฯ เชิญคนที่รู้ปัญหาจริงมาแลกเปลี่ยน กลุ่มญาติฯ จะทำจดหมายเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องและมาร่วมให้ข้อมูล กับสำนักงานประกันสังคม มีกรณีศึกษาที่ประกันสังคมยอมจ่าย เช่น โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นกรณีศึกษาที่สำเร็จชี้ให้เห็นว่า ไม่ควรให้คนไข้ต้องต่อรองเป็นรายๆ ไป แต่สำนักงานประกันสังคมต้องออกเป็นระเบียบให้ชัดเจน

รศ.ดร.กฤตยา ขอเสริมตรงนี้ว่า ต้องแก้เชิงระบบ ใครมีกรณีแบบนี้ ช่วยเขียนมา เพื่อที่จะสามารถเข้าไปขับเคลื่อนให้เห็นว่าเรื่องจริง เสียงจริงเป็นอย่างไร แล้วจะนำไปเขียนในตำราด้วย

คุณทัศนัย ทุกโรงพยาบาลมีคนที่ตัดสินใจว่าได้หรือไม่ได้รับสิทธิ เป็นเจ้าหน้าที่ระดับลูกจ้างโรงพยาบาลจ้างมาเพื่อให้ทำการตรวจสอบสิทธิ ส่วนใหญ่จะบอกว่าไม่ได้ตามระเบียบ เรื่องการส่งต่อที่พยายามจัดระบบ ขณะนี้ผู้ส่งกับหน่วยบริการมีระบบในการส่งต่อ 1)เป็นการปรึกษาทางเลือกแบบตัวต่อตัว 2)เป็นข้อมูลทางเลือกจากการรับโทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ต ถ้าจะให้เจอแบบตัวต่อตัว ให้ศูนย์ฟังได้เป็นตัวหลัก

ส่วนเรื่องการยุติฯ ในอายุไม่เกิน 9 สัปดาห์ ยังไม่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลนำร่องจะเริ่มเดือนมีนาคม 2555 ส่วน 12 สัปดาห์มีคลินิกของ PDA 4 สาขา สวท. 10 สาขา โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ กับโรงพยาบาลตำรวจรับกรณีข่มขืนล่วงละเมิดทางเพศและเป็นคดีความเท่านั้น แต่อายุครรภ์มากกว่า 12

สัปดาห์เป็นปัญหา เพราะสถานบริการส่วนใหญ่ไม่รับ ถ้าเกิน 12 สัปดาห์ให้ส่งโรงพยาบาลคลองตัน รับได้ถึง 24 สัปดาห์ เป็นเครือข่ายที่ PDA หรือโรงพยาบาลต่างๆ ส่งต่อ แต่ถ้าคนไข้ไม่มีกำลังจ่าย ส่งที่โรงพยาบาลรามมา รับถึง 22 สัปดาห์ คนไข้ยากจน ถ้ามีลูกมากและต้องการทำหมันจะทำหมันให้ฟรีด้วยกรณีที่มีมากกว่า 24 สัปดาห์ หลายคนอาจสงสัยว่าทำไมไม่ท้องต่อ เพราะไม่ปลอดภัย ประเด็นคือทีมยุติการทำงานร่วมกันและมองว่า ถ้าผู้รับบริการโทรมาและบอกว่าอันตราย ไม่ปลอดภัย ให้ตั้งครรภ์ต่อ ผู้รับบริการก็จะจบการสนทนาและไปหาวิธีเสี่ยงด้วยตัวเอง เนื่องจากไม่ใช่คำตอบของเขา ทางทีมยุติฯ เป็นห่วงว่าผู้หญิงจะไม่ปลอดภัย ฉะนั้นการประชุมครั้งที่ 2 ได้เชิญผู้ส่งและผู้รับบริการมาประชุมร่วมกัน ตกลงกันว่าถ้าพบกรณียากๆ ที่ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ให้ส่งไปที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลปทุมธานี จะช่วยให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว อีกส่วนที่สวท. สาขารังสิต มีอีกหน่วยงานหนึ่งที่เพิ่งไปสร้างเครือข่าย คือคลินิกสุขภาพวัยรุ่นโรงพยาบาลรามมา ทำทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น อ้วน สิว ท้องไม่พร้อม มีบริการเฉพาะวันพุธกับวันศุกร์เท่านั้น ถ้าพบกรณีอายุครรภ์สูงแล้ว จะส่งเข้าไปในระบบฝากท้องได้เลย และเจ้าหน้าที่ได้รับการเตรียมการแล้ว มีข้อจำกัดคือ รับเฉพาะกรุงเทพฯ และปริมณฑลเท่านั้น

คุณวรัญญา สวท. กล่าวเพิ่มเติมถึง การเปิดคลินิกเพื่อที่จะรองรับกรณีที่เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมภาคอีสานที่มีขอนแก่น อุบลฯ ภาคเหนือที่เชียงราย เชียงใหม่ ภาคใต้ที่หาดใหญ่ ภูเก็ต กรุงเทพฯ มีที่สำนักงานใหญ่บางเขน รังสิต ดินแดง และปิ่นเกล้า อายุครรภ์ต้องต่ำกว่า 12 สัปดาห์ จะเคารพสิทธิของผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีการปรึกษาก่อนให้บริการ ส่วนราคาพิจารณาเป็นกรณีไป ถ้าส่งจากเครือข่ายๆ เพื่อจะได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ให้แจ้งเป็นจดหมายน้อยให้ผู้รับบริการไป หรือโทรศัพท์แจ้งก่อน ดูแลเป็นพิเศษเพราะรู้ว่ามีปัญหา และผ่านการให้คำปรึกษาแล้ว การบริการมี 2 วิธี คือ MVA และ MA แต่จะพิจารณารายๆ พบว่าบางรายไม่ปฏิบัติตามที่แนะนำ บางรายเข้ามาเพื่อจะรับยาและนำไปขายต่อ ซึ่งทำให้เป็นห่วงมาก ขอสนับสนุนสิ่งที่คุณทัศนัยพูดว่าเรื่อง medical abortion ที่มีขายตามเวปไซด์ ราคาประมาณ 3,500 – 8,000 บาท แต่ให้เหินบอย่างเดียวนั้น เป็นตัวยาตัวเดียวซึ่งจะไม่ประสบความสำเร็จ ต้องเป็นตัวยาสองตัว ต้องใช้ระยะเวลา มันไม่ใช่วันเดียว ต้องใช้เวลา 3 วัน ต้องกินยาก่อน รอ 48 ชั่วโมง และให้มาเหินบหรืออมยา จึงจะสมบูรณ์

อีกสิ่งหนึ่งฝากคุณณัฐยาด้วยว่า ถ้าอบรม option counseling คิดว่า counselor ทุกคนมีทักษะในการให้การปรึกษา แต่ความรู้ก็สำคัญ โดยเฉพาะเรื่อง abortion ต้องมีความรู้เรื่องวางแผนครอบครัวด้วยเรื่องการคุมกำเนิด เรื่องวิธีการ counselor ต้องมีทั้ง option counseling และต้องให้ education ไปด้วยไม่อย่างนั้นจะไม่ได้ผล มี follow up คนไข้ พบว่า 3 - 4 % ที่กลับมา follow up บางรายที่กลับมา เพราะไม่ยอมคุมกำเนิด จึงมีมาตรการให้ post abortion counseling แล้วให้คุมกำเนิด คือให้ยาคุมไปด้วย ระยะเวลาหลังได้ผลว่าไม่ค่อยกลับมา

คุณพวงเพชร ขอเสนอเรื่องการบูรณาการคลินิก ในนามตัวแทนต่างจังหวัด จริงๆ แล้วคลินิกสุขภาพวัยรุ่นทำงานร่วมกัน เกือบ 80% ทั่วประเทศเป็นโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด ทำงานร่วมกันระหว่าง OSCC กับคลินิกสุขภาพวัยรุ่น เพราะฉะนั้นกลุ่มของกรมอนามัย ที่ไปประสานกับสสจ. ควรเชื่อมกันและทำงานให้บูรณาการเป็นเรื่องเดียวกัน ที่จังหวัดขอนแก่น จะบูรณาการร่วมกันได้ในเชิง

ป้องกัน แต่ภารกิจในเชิงบริการคือภารกิจของแต่ละหน่วยจะไม่เหมือนกัน แต่มีเป้าหมายเป็นจุดเดียวกันว่า ต้องการช่วยเด็กวัยรุ่นที่มีปัญหา

รศ.ดร.กฤตยา เป็นประเด็นที่มีความสำคัญ เรื่องการบูรณาการ โดยเฉพาะการทำให้เป็นระบบ

ว่าที่ พ.ต.ท.หญิงวาริณี โรงพยาบาลตำรวจ เพิ่งเริ่มจัดระบบ มีประเด็นเพิ่มเติมว่า การยุติฯ อยู่ภายใต้มิติของคณะกรรมการยุติฯ มีนักสังคมฯ สูตินารีแพทย์ แพทย์ทางด้านชันสูตร แพทย์ด้านกุมารแพทย์ ฯลฯ ใช้เวลาถึง 2 สัปดาห์ ก็พยายามที่จะปรับปรุงระบบตรงนี้ ปัจจุบันขอให้โทรศัพท์มาแจ้งก่อนส่งทุกราย

คุณสุรตนา ในเชิงระบบเรื่องประกันสังคมและสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรสร้างความเข้าใจในประเด็นนี้ ต้องให้เกิดความเข้าใจที่สังคมสงเคราะห์ของทุกที่ด้วย จะได้ไม่เข้าใจเพียงแค่ว่าไม่มีเงิน ไม่มีสิทธิ์ ทำให้เข้าถึงระบบบริการไม่ได้ สิ่งที่เกิดขึ้นมักติดอยู่กับทัศนคติของบุคคล บางแห่งเป็นเรื่องของผลประโยชน์มากกว่ามนุษยธรรม แต่ถ้าก่อให้เกิดเป็นระบบที่ชัดเจน จะช่วยเรื่องการลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการได้

คุณธิดารัตน์ ขอยกตัวอย่างเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ เมื่อก่อนมี ARV เข้ามาในระบบการป้องกันการถูกข่มขืน การตั้งครุฑ โรงพยาบาลระยองไม่เคยดูว่ามีข้อยกเว้น ในเรื่องการป้องกัน ยาตั้งครุฑ แต่เกิดเป็นระเบียบวิธีปฏิบัติในโรงพยาบาลเป็นที่ทราบร่วมกัน และถือว่าเป็นพื้นฐานของผู้ที่เข้ามาในระบบ OSCC แล้ว UC จะให้หมดทุกราย จะใช้หลายวิธีการเพื่อทำให้เกิดเป็นระเบียบวิธีปฏิบัติในโรงพยาบาล เช่น รวมกำลังขับเคลื่อนให้เป็นประเด็นใหญ่ ทำความเข้าใจในที่ประชุมว่า ถ้าเข้าไปในระบบของสังคมสงเคราะห์ต้องคุ้มครอง ส่วนเรื่องการประชาสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ไปตกอยู่ที่ OSCC นักสังคมสงเคราะห์เข้ามามีบทบาทในการให้บริการค่อนข้างมาก บางแห่งไม่ทราบเรื่อง option counseling บางแห่งอาจจะทราบเพื่อให้ผู้มารับบริการเข้าถึง ซึ่งมองว่า ถ้าผู้รับบริการต้องการเข้ารับบริการปรึกษาทางเลือก อาจใช้เครือข่ายนักสังคมสงเคราะห์ที่เป็นโรงพยาบาลทางเลือก ในการให้บริการที่ปลอดภัยสำหรับกลุ่มเป้าหมาย แต่คงยังไม่มีการประชุมแบบส่งเมลล์ เพียงขอให้นักสังคมสงเคราะห์ที่อยู่จังหวัดใกล้เคียง เป็นพี่เลี้ยงให้ เพื่อส่งต่อในเชิงวิชาชีพมากกว่า

รศ.ดร.กฤตยา กล่าวว่าเน้นการทำงานในกลุ่มเครือข่ายเป็นหลักก่อน ทานทั้งหลายที่ให้ชื่อไว้ ถ้าอยากเป็นสมาชิกช่วยยืนยันกับข้างหลังอีกครั้ง การประชุมเครือข่ายคราวหน้าในระยะใกล้ๆ ยังไม่สามารถมีค่าเดินทางให้กับผู้ซึ่งมาจากต่างจังหวัด ถ้าจะเข้าร่วมต้องเบิกต้นสังกัด แต่ยินดีทำจดหมายเชิญให้

คุณณัฐยา อยากจะเสนอว่า ควรพบกันทุก 3 เดือน เพราะตอนนี้มีกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ทำให้ค่อนข้างจะถี่เกินไป ในระหว่างนั้นกลุ่มย่อยจะได้ลงลึกของตัวเอง

- **นัดหมายการประชุมครั้งต่อไป**

วันศุกร์ที่ 18 พฤษภาคม ครั้งต่อไป พบกันอีก 3 เดือนข้างหน้า สถานที่ที่จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง

รายนามสมาชิกเครือข่ายฯ ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 71 คน

หน่วยงานภาครัฐ

1. คุณบุญพลอย ตูลาพันธ์ สำนักบริหารการสาธารณสุข
2. คุณพรพิมล จันทร์คุณภาส สำนักบริหารการสาธารณสุข
3. คุณเรืองรำไพ พันธุ์เมธีศรี สำนักบริหารการสาธารณสุข
4. คุณฉัตรรัตน์ สุวรรณ สำนักบริหารการสาธารณสุข
5. คุณสุรัตนา เตาะไธสง สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
6. คุณพัชรีวรรณ เจนสาริกกรณี สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
7. คุณอัญชลี คติอนุรักษ์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
8. คุณอัมพร ศรีสำรวจ สำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค
9. คุณนุชนารถ เทพอุดมพร โรงพยาบาลสมุทรปราการ
10. คุณวรัทธร แสงแก้ว โรงพยาบาลปทุมธานี
11. คุณพรทิพย์ คณิตบุตร โรงพยาบาลปทุมธานี
12. คุณกฤษณา ปันมิตร โรงพยาบาลปทุมธานี
13. คุณมณีทิพย์ วีระรัตนมณี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
14. คุณสุพาพิชญ์ วาตะบุตร โรงพยาบาลบางจาก
15. คุณเอกกมล สำลีรัตน์ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์
16. คุณอโณทัย ฉิมสุข บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดนครสวรรค์
17. คุณวันเพ็ญ พิมพ์หนู บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดนครสวรรค์
18. คุณเอลาวัน วรรณวงษ์ บ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดศรีสะเกษ
19. คุณดาวใจ เทียนสี โรงพยาบาลบางบ่อ
20. ว่าที่ พ.ต.ท.หญิงวาริณี ชันธสิทธิ์ โรงพยาบาลตำรวจ
21. คุณธีร์ ภวังคนันท์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
22. คุณสุพรรณ ทองศรี สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา
23. คุณอินฐิรา สายสิญจน์ สำนักคุ้มครองสวัสดิภาพหญิงและเด็ก
24. คุณจิตรา เย็นนะสา สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กแห่งชาติ
25. คุณพีรพงษ์ ใจหาญ สำนักป้องกันและแก้ไขการค้าหญิงและเด็ก
26. คุณอภิรดี สุธุทธิ สำนักกิจการสตรีแลสถาบันครอบครัว
27. พ.ต.ท.คุณรัช มุสิกานนท์ กองบังคับการปราบปรามการกระทำผิดเกี่ยวกับการค้ามนุษย์

หน่วยงานภาคเอกชน

28. คุณณัฐยา บุญภักดี มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง
29. คุณณัฐชยา เดชดี มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง
30. คุณกานต์วี ดาวเรือง มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง

31. คุณสุมาลี	โตกทอง	มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง
32. คุณปัทมาพร	พูนมีทรัพย์	มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง
33. คุณน้ำทิพย์	เกตุสัมพันธ์	มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง
34. คุณสุสินี	วรศรีโสทร	มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง
35. คุณจารุพรรณ	สิทธิสมบูรณ์	มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง
36. คุณทัศนัย	ชั้นตยาภรณ์	องค์การแพธ
37. คุณสุเพ็ญศรี	ฟิ่งโคกสูง	มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล
38. คุณกรวิทย์	วรสุข	สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ บ้านพักฉุกเฉิน
39. คุณกวีธา	แก้วประดิษฐ์	สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีฯ บ้านพักฉุกเฉิน
40. คุณสายวรุณ	ฉัตรภรณ์	สหทัยมูลนิธิ
41. คุณรัฐวดีชัย	จันทิ	สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน
42. คุณสมรธรรม	สุนิรันดร์	สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน
43. คุณปณิตดา	อันตะริกานนท์	สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน
44. คุณวรัญญา	พิทักษ์เทพสมบัติ	สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย
45. คุณกิริกมล	ฉายบัณฑิษฐ์	มูลนิธิเพื่อนหญิง

หน่วยงานภาควิชาการ

46. รศ.ดร.กฤตยา	อาชวณิชกุล	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
47. รศ.ดร.สุชาดา	ทวีสิทธิ์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
48. ดร.วราภรณ์	แซมสนิท	นักวิชาการอิสระ

หน่วยงานที่เข้าร่วมใหม่

49. คุณนลินธยาน์	มนตรีธนसार	ตัวแทนพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว
50. คุณวรรณาก	อัครมายกาชาติ	ตัวแทนพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว
51. คุณอารีวรรณ	จตุทอง	ทนายความ
52. คุณวัชระ	ประคองศรี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
53. คุณเกษศิณี	ลำโรง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร
54. คุณเรณู	แสงสุวรรณ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
55. คุณพิชญา	บำรุงศิริ	โรงพยาบาลมุกดาหาร
56. คุณปานใจ	ดุรงค์ฤทธิ์ชัย	โรงพยาบาลพระพุทธบาท
57. คุณไฉว	ศรีบุรินทร์	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
58. คุณนิตา	หวานเข้ม	โรงพยาบาลศรีสังวาลย์
59. คุณดวงจันทร์	ทองคำ	โรงพยาบาลศรีสังวาลย์
60. คุณสายวสันต์	สวยสมเยี่ยม	โรงพยาบาลบึงกาฬ
61. คุณกุลธิดา	คำบาล	โรงพยาบาลบึงกาฬ
62. คุณธมนอร	ขุนพงษ์	พัฒนาสังคมกรุงเทพมหานคร
63. คุณวันดี	กาบคำ	โรงพยาบาลน่าน

64. คุณชัชชัย	กลีนอุบล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
65. คุณพนิดา	เมืองคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
66. คุณเทียมจันทร์	ทองพิมพ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
67. คุณละม้าย	มีนรดา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
68. คุณพวงเพชร	นามวันทา	โรงพยาบาลขอนแก่น
69. คุณมะลิวัลย์	เถายา	โรงพยาบาลขอนแก่น
70. คุณผกาภาส	เทพชวลี	โรงพยาบาลขอนแก่น
71. คุณเยาวเรศ	คำมะนาด	โรงพยาบาลขอนแก่น