



สุภาพ
คนไทย
๒๕๖๗

รอบรู้อย่างรอบคอบ

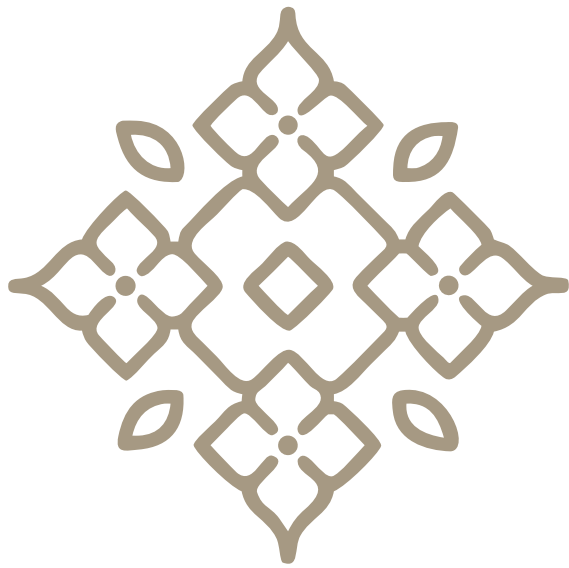
ความรู้ด้านสุขภาพบนพื้นที่ดิจิทัล



10 หมวด ตัวชีวิต “การเปลี่ยนแปลงทางประชากร กับสุขภาพคนไทย”

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย



ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2569: รอบรู้รอบคอบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพบนพื้นที่ดิจิทัล/ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล --
พิมพ์ครั้งที่ 1. - นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2569.

(เอกสารทางวิชาการ/สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 613) 170 หน้า.

ISBN : 978-616-622-108-4

1. สุขภาพ – ไทย. 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. 3. สุขภาพ – แง่สังคม 4. ไทย – ประชากร. 5. การเปลี่ยนแปลงประชากร – ไทย.
I. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. II. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. III. ชื่อชุด.
WA100 ส743 2569

ออกแบบและศิลปกรรม	ฟ้าใส ผลผลาหาร และ นิภาพร ฮวบเจริญ
ภาพวาดประกอบเนื้อหา	เทิดธัณวา คະนะมะ
พิสูจน์อักษร	พิมลพรรณ นิตยัณรา และ ญัฐณิชา ลอยฟ้า
จัดทำเนื้อหาและจัดพิมพ์โดย	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)
ได้รับการสนับสนุนทุนจาก	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักพิมพ์	บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน) 376 ถนนชัยพฤกษ์ แขวงตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170 โทรศัพท์ 0-2422-9000 โทรสาร 0-2433-2742
จำนวนพิมพ์	4,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 1	มีนาคม 2569

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)

เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-0201-4 โทรสาร 0-2441-9333

เว็บไซต์ www.ipsr.mahidol.ac.th

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เลขที่ 99/8 อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

โทรศัพท์ 02-343-1500 โทรสาร 02-343-1551

เว็บไซต์ <http://www.thaihealth.or.th>

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

บอกกล่าว

รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2569 นำเสนอบทความพิเศษเรื่อง “สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถพระบรมราชชนนีพันปีหลวง กับสุขภาพคนไทย” ซึ่งถ่ายทอดพระราชกรณียกิจ และพระเมตตาธรรมของสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ที่ทรงอุทิศพระองค์เพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของคนไทยมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การเสด็จเยี่ยมราษฎรในพื้นที่ทุรกันดาร การบรรเทาทุกข์ยามวิกฤต ไปจนถึงการส่งเสริมสุขอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน บทความชวนผู้อ่านย้อนมองบทบาท “สมเด็จพระแม่” ผู้เป็นศูนย์รวมพลังใจ และแรงบันดาลใจด้านสุขภาพของสังคมไทยตลอดหลายทศวรรษ

หมวดตัวชี้วัดสุขภาพ เสนอเรื่อง “การเปลี่ยนแปลงทางประชากร กับสุขภาพคนไทย” นำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพของคนไทย ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่กำลังเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่การเกิดน้อย สังคมสูงวัย รูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ วิถีชีวิต ระบบบริการสุขภาพ และนโยบายสาธารณะ เพื่อชวนผู้อ่านทำความเข้าใจความท้าทายสำคัญของสังคมไทย และร่วมมองทิศทางการรับมืออย่างยั่งยืนในอนาคต

สถานการณ์เด่นทางสุขภาพปี 2569 รวบรวมข่าวสารและเหตุการณ์สำคัญ นำเสนอในบทสังเคราะห์เชิงลึกเกาะติดสถานการณ์ ได้แก่ 1) โรคไม่ติดต่อ (NCDs): ปัญหาท้าทายสุขภาพไทย 2) ประกันสังคม: ถึงเวลาต้องปฏิรูปก่อนจะถึงจุดวิกฤติ 3) นโยบายสหรัฐฯ กับผลกระทบต่อสุขภาพในไทย 4) จากแก๊งคอลเซ็นเตอร์ สู่อการค้ำมนุษย์ข้ามพรมแดน 5) การศึกษาไร้พรมแดน: เด็กนักเรียนข้ามชาติกับสังคมไทย 6) แผ่นดินไหว ภัยพิบัติที่ไม่อาจมองข้าม 7) มหานทีเปื้อนพิษข้ามพรมแดน สารพิษในลุ่มน้ำกก สาย รวก และโขง 8) ลมหายใจชายแดน ในวันที่ยังไม่สิ้นเสียงปืน 9) สมรสเท่าเทียม: การยอมรับทางสังคมของความหลากหลายทางเพศ และ 10) จากการ ‘สังเคราะห์’ สู่อการคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตและสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์

ส่วน 4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย นำเสนอประเด็นความสำเร็จทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ 1) ไทยผลิตยาอิมมูรานิบ 100: ก้าวสำคัญของการรักษาโรคมะเร็งแบบมุ่งเป้า 2) ศิริราช ผลิตกระดูกเข้าสะโพกไทเทเนียมด้วยนวัตกรรมการพิมพ์สามมิติ 3) ชุมชนสุขภาพดี ต้นแบบขยายผล: สู่การสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืน และ 4) ไทยแบนนำเข้าเศษพลาสติก 2568: สู่ความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะคนไทย

เรื่องพิเศษประจำฉบับในปี 2569 นำเสนอบทความเรื่อง “รอบรู้อย่างรอบคอบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพบนพื้นที่ดิจิทัล” โดยชวนผู้อ่านทำความเข้าใจ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ในโลกยุคดิจิทัล วิเคราะห์ทั้งโอกาสและความท้าทายของการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์ ตั้งแต่ข่าวสุขภาพ อินฟลูเอนเซอร์ ไปจนถึงบริการแพทย์ดิจิทัล พร้อมสะท้อนให้เห็นว่า แม้คนไทยจะมีข้อมูลมากขึ้น แต่การตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยังไม่เกิดขึ้นเสมอไป บทความจึงเสนอแนวคิดและทิศทางเชิงนโยบาย เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้นำไปสู่การ “คิดเป็น เลือกเป็น และดูแลสุขภาพได้จริง” ในชีวิตประจำวัน

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย 2569 ขอขอบคุณผู้อ่านที่ติดตามและใช้ประโยชน์จากรายงานสุขภาพคนไทยตลอดมา ทั้งในด้านการศึกษาวิจัย การกำหนดแผนหรือนโยบาย และขับเคลื่อนงานในพื้นที่ นับเป็นกำลังใจสำคัญให้กับคณะทำงานในการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทยให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป

โปรดติดตามอ่านหนังสือรายงานสุขภาพคนไทยและบทความที่น่าสนใจเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์ www.thaihealthreport.com

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย


สารบัญ

หน้า

เนื้อหา

9	บทความพิเศษ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง กับสุขภาพคนไทย
51	10 หมวดตัวชี้วัด “การเปลี่ยนแปลงทางประชากร กับสุขภาพคนไทย”
54	สถานการณ์และแนวโน้มประชากรไทย
58	การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสุขภาพ
60	สุขภาพประชากรกลุ่มเปราะบาง
62	สถานภาพสมรสและครอบครัว
64	เครือข่ายสังคมและชุมชน
66	การศึกษาและการเรียนรู้
68	การทำงาน
70	ระบบสาธารณสุข
72	เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม
74	นโยบายด้านประชากร
79	10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ
80	โรคไม่ติดต่อ (NCDs): ปัญหาท้าทายสุขภาพไทย
87	ประกันสังคม: ถึงเวลาต้องปฏิรูปก่อนจะถึงจุดวิกฤติ
90	นโยบายสหรัฐฯ กับผลกระทบต่อด้านสุขภาพในไทย
96	จากแก๊งคอลเซ็นเตอร์ สู่อัยการคุ้มครองผู้บริโภค
101	การศึกษาไร้พรมแดน: เด็กนักเรียนข้ามชาติกับสังคมไทย
106	แผ่นดินไหว ภัยพิบัติที่ไม่อาจมองข้าม
111	มหานครที่เปื้อนพิษข้ามพรมแดน สารพิษในลุ่มน้ำกก สาย รวก และโขง
116	ลมหายใจชายแดน ในวันที่ยังไม่สิ้นเสียงปืน
121	สมรสเท่าเทียม: การยอมรับทางสังคมของความหลากหลายทางเพศ
126	จากการ ‘สงเคราะห์’ สู่อัยการคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตและสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์

131	4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย
132	ไทยผลิตยาอิมมูรอนิบ 100: ก้าวสำคัญของการรักษาโรคมะเร็งแบบมุ่งเป้า
133	ศิริราช ผลิตกระดูกเข้าสะโพกไทเทเนียมด้วยนวัตกรรมการพิมพ์สามมิติ
134	ชุมชนสุขภาพดีต้นแบบขยายผล: สู่การสร้างสุขภาพที่ยั่งยืน
135	ไทยแบนนำเข้าเศษพลาสติก 2568: สู่ความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมและสุขภาพคนไทย
137	เรื่องพิเศษประจำฉบับ “รอบรู้यरอบคอบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพบนพื้นที่ดิจิทัล”
157	บรรณานุกรม
166	ภาคผนวก
167	เกณฑ์การจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย
168	รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทางรายงานสุขภาพคนไทย
168	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2569
169	รายชื่อคณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย
170	ขอบคุณจากใจ



สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์
พระบรมราชินีนาถ
พระบรมราชชนนีพันปีหลวง



กับ สุขภาพคนไทย

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์



บทนำ



ฝนตั้งฝนสั่งฟ้า สงรัชกาลที่ห้า เสด็จเมื่อเมืองสวรรคต⁽¹⁾

หลังวันคล้ายวันเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระปิยมหาราชเจ้า เพียง 1 วัน สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนี พันปีหลวง ก็เสด็จสู่สวรรคาลัย ในวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2568 เวลา 21.21 น. ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในวันรุ่งขึ้น มีพิธีอัญเชิญพระบรมศพเคลื่อนสู่พระที่นั่งดุสิตมหาปราสาท ในพระบรมมหาราชวัง

ครั้งพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว เป็นครั้งแรก ในสมัยรัตนโกสินทร์ที่เสด็จสวรรคตไกลจากที่ประดิษฐานพระบรมศพ การเคลื่อนพระบรมศพใช้คนหามมาตามถนนราชดำเนิน พระยานมาศปีกเสวตฉัตร 9 ชั้น ทำให้ต้องตัดสายไฟฟ้าที่ซึ่งข้ามถนน เพราะยานมาศพระโกศและเสวตฉัตร ลอดไม่ได้ เส้นทางอัญเชิญพระบรมศพซึ่งเป็นเวลาเย็นค่ำ จึงปราศจากแสงไฟฟ้า สองข้างทางถนนราชดำเนินมีราษฎร ชายหญิงนั่งเรียงราย จุดธูปเทียนบูชาพระบรมศพเห็นแสงเทียน เป็นแถว เห็นตัวคนตะคุ่มๆ หรือไม่เห็นเลย ได้ยินแต่เสียงร้องไห้ ระงมไป วันนั้นฝนตั้งเค้ามาแต่ยังไม่ทันค่ำ ฟ้าแลบแปลบปลาบ เป็นระยะ ะ พระบรมโกศทองคำแต่งด้วยพุ่ม ชำยระย้า และ กระจิงรอบสะเอว เครื่องแต่งทั้งสามอย่างนั้น ทำด้วยดินเงิน เมื่อต้องแสงสว่างก็มีประกายเหมือนเพชร ตลอดเส้นทาง ลมฝนพัดมาแรงดังพายุกว้าง

คนที่เดินมาในขบวน นี้กว่าไม่ซ้ำจะต้องเปียกโชก แต่ตลอดทาง มีแต่ฟ้าคะนอง และลมแรง จนเมื่อพระบรมศพเข้าสู่พระที่นั่งดุสิตมหาปราสาทแล้ว ฝนจึงเทลงมาทำใหญ่

พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระปิยมหาราชเจ้า ทรงครองราชย์ถึง 42 ปี ยาวนานกว่าพระมหากษัตริย์พระองค์ใดในอดีตก่อนหน้านั้น ได้ทรงสร้างคุณูปการแก่ประเทศชาติและประชาชนอนเอกอนันต์ จึงเป็นที่รักยิ่งของราษฎร เมื่อมีการอัญเชิญพระบรมศพจากพระราชวังดุสิตสู่พระที่นั่งดุสิตมหาปราสาทในพระบรมมหาราชวัง จึงมีราษฎรมานั่งเรียงรายร้องไห้ส่งเสด็จ แม้จะมีดคำ ฝนตั้งเค้าลมแรง และฟ้าคะนอง

สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนี พันปีหลวง แม้มิได้ทรงเป็นพระมหากษัตริย์ แต่ทรงเป็นพระบรมราชินีนาถ ทรงเป็นพระนางแก้วคู่พระบารมี พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ยาวนานร่วมเจ็ดทศวรรษ ทรงทำหน้าที่เพื่อพสกนิกรชาวไทย รวมทั้งราษฎรจากประเทศเพื่อนบ้านที่หนีร้อนมาพึ่งเย็น เป็นที่ประจักษ์แก่ชาวโลก ยากที่จะหาพระราชินีองค์ใดในประวัติศาสตร์โลกเทียบเทียมได้ ทั้งในฐานะพระราชินีแห่งพระมหากษัตริย์ และพระราชกรณียกิจที่ทรงริเริ่มสร้างสรรค์ด้วยพระองค์เอง



พระราชสมภพ

สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนี พันปีหลวง เป็นพระธิดาองค์ใหญ่ของพลเอกพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมหมื่นจันทบุรีสุรนาถ (หม่อมเจ้านักขัตรมงคล กิติยากร) กับหม่อมหลวงบัว กิติยากร เสด็จพระราชสมภพเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2475 ทรงได้รับพระราชทานนามจาก สมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี พระบรมราชินีในพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวว่า "สิริกิติ์" อันมีความหมายว่า

ผู้เป็นศรีแห่งกิติยากร

มีพี่น้องร่วมสายพระโลหิต ได้แก่ พระเชษฐา คือ ม.ร.ว. กัลยาณกิติ์ กับหม่อมราชวงศ์อดุลกิติ์ และพระขนิษฐา คือ ม.ร.ว.บุษบา ขณะมีพระชนมายุได้ 5 พรรษา ในราว พ.ศ. 2480 ทรงเข้ารับการศึกษาในระดับชั้นอนุบาลที่โรงเรียนราชินี ได้เลขประจำตัว 2414 ซึ่งตามรายงานของครูผู้สอนบันทึกไว้ว่าทรงเรียนด้วยความสนุกสนานไม่ร้องไห้แง่งเช่นนักเรียนอื่น และชอบรำละคร ต่อมา พ.ศ. 2483 ทรงย้ายไปศึกษาระดับชั้นประถมและมัธยมที่โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสซาเวียร์คอนแวนต์ ถนนสามเสน ซึ่งอยู่ไม่ไกลจากที่ประทับสามารถเดินไปโรงเรียนเองได้⁽²⁾



เหตุที่ทรงย้ายไปเรียนที่โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสซาเวียร์ เพราะพระมารดาทรงเห็นว่า ช่วงนั้นเป็นช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ฐานะครอบครัวไม่ดีนัก ลูก ๆ โดยเฉพาะลูกผู้หญิงจะต้องมีอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ อาชีพที่พระมารดาเห็นว่าดีคือการเป็นครูสอนเปียโน จึงทรงย้ายโรงเรียนใหม่ซึ่งมีครูสอนเปียโน การเล่นที่นิยมกันมากสมัยนั้น คือ วิ่งเปี้ยว ซึ่งสมเด็จพระเจ้า ธีอว่า เป็นกีฬาโปรด ทรงเป็นหัวหน้าทีม

“ทรงแอบรับประทานขนมในห้องเรียน ส่วนใหญ่จะเป็นมะยม ส่งเวียนกันทั้งห้อง เราจะแอบทานกันช่วงบ่าย สมเด็จพระเจ้า ก็ทานด้วย เพราะเรียนภาษาไทยแล้วมันง่วงใจคะ เราจึงกินขนมกันหน่อย”⁽³⁾

เมื่อ พ.ศ. 2489 ทรงติดตามพระบิดาซึ่งได้รับมอบหมายจากรัฐบาลให้ดำรงตำแหน่งราชทูตวิสามัญ และอัครราชทูตผู้มีอำนาจเต็ม ประจำราชสำนักเซนต์เจมส์ สหราชอาณาจักร ราชอาณาจักรเดนมาร์ก และสาธารณรัฐฝรั่งเศสตามลำดับ

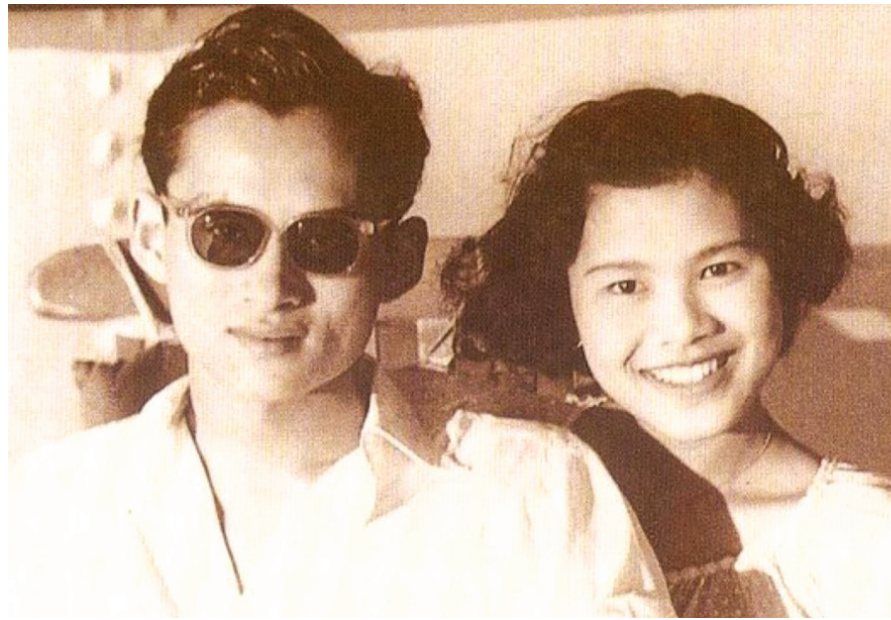
นางแก้วคู่พระบารมี

ขณะที่สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ประทับที่ปารีส ประเทศฝรั่งเศส ใน พ.ศ. 2489 นั้น พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ประทับอยู่ที่โลซานน์ สวิตเซอร์แลนด์ พรหมแดนสองประเทศติดกัน ระยะทางห่างกันราว 350 กิโลเมตร สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีได้รับสั่งกับพระโอรสถึงธิดาทั้งสองของหม่อมเจ้านักขัตรมงคลว่า

ให้ทอดพระเนตรว่า สวยน่ารักไหม เพราะหม่อมเจ้านักขัตรมงคล ก็ไม่ใช่ใครอื่น เป็นหลานแท้ ๆ ของสมเด็จพระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า) และเป็นคนดี หม่อมหลวงบัว ก็เป็นลูกสาวเจ้าพระยาวงศาฯ ซึ่งก็เป็นคนดี ชื่อตรง โดยทรงกำชับว่า ‘ถึงปารีสแล้วโทรบอกแม่ด้วย’



และเมื่อพระบาท
สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จ
พระราชดำเนินไปถึง
ปารีสแล้ว จึงทรงโทรศัพท์
ถึงสมเด็จพระราชชนนี
และทูลตอบถึงธิดาของ
หม่อมเจ้านักขัตรมงคล
ที่ได้ทูลขอพระเนตรว่า
'เห็นแล้ว... น่ารักมาก'⁽⁴⁾



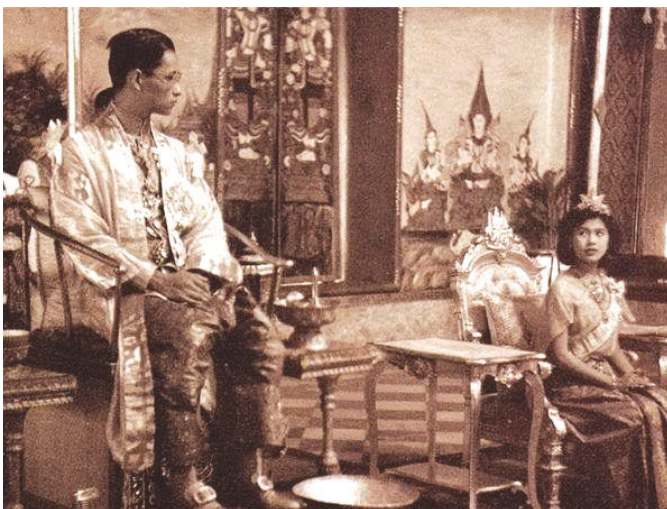
⁴ที่มา: กรมศิลปากร, 2565

การพบกันครั้งแรกนั้น เกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2491 พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร พระชนมายุ 21 พรรษา เสด็จขึ้นครองราชย์แล้ว ส่วนสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง พระชนมายุ 16 พรรษา ช่วงที่ประทับอยู่ที่โลซานน์ รัฐบาลถวายเงินรายปีให้ปีละ 1 แสนบาท ทุกพระองค์จึงต้องใช้จ่ายอย่างมัธยัสถ์ ครั้งนั้นรถยนต์พระราชพาหนะ มีสภาพเก่าคร่ำคร่าจึงเกิดเครื่องเสีย และน้ำมันหมดต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าจะเสด็จไปถึง ฝ่ายอรับเสด็จจึง “เปลี่ยนจากยืมแยมแจ่มใสกลายเป็นมูย”

ถึงขั้น “เดินตุปัดตุเป่หน้าอคอยถอนสายบัว” ซึ่งฝ่ายรับเสด็จก็ให้เหตุผลว่า “หน้าต้องงอ เพราะให้แต่ผู้ใหญ่ร่วมโต๊ะเสวย เด็กกลับถูกไล่ให้ไปกินที่อื่น”⁽⁵⁾ และไม่มีใครรู้ว่าเหตุการณ์ครั้งนั้นเป็น “รักแรกพบ”

ครั้งนั้น ทรงถ่ายรูปหม่อมราชวงศ์สิริกิติ์ เป็นครั้งแรก “เป็นรูปหมู่ที่บุคคลเข้าเฝ้าฯ ณ สถานทูต และหม่อมราชวงศ์สิริกิติ์ อยู่เป็นคนท้ายสุด ไม่เห็นหน้าชัด จึงรับสั่งว่า ‘อยู่คนข้างหลังโผล่หน้ามาหน่อยซิ’ รูปนั้นภายหลังทรงขยายและตัดเฉพาะหน้าหม่อมราชวงศ์สิริกิติ์เก็บไว้ในกระเป๋า”⁽⁶⁾

ต่อมาในวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2491 พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร พร้อมด้วยคุณอร่าม พระสวามีของ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวง นราธิวาสราชนครินทร์ ทรงขับรถยนต์จะไปฟังเพลงแจ๊ส ที่เจนีวา เกิดอุบัติเหตุชนท้ายรถบรรทุกอย่างแรงทำให้ ทั้งคู่บาดเจ็บสาหัส⁽⁷⁾ ทรงเข้ารับการรักษาพระองค์ ที่โรงพยาบาลเอกชนในโลซานน์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีเสด็จไปเยี่ยม “สิ่งแรก เมื่อรู้สึกพระองค์ คือทรงหยิบรูปหม่อมราชวงศ์สิริกิติ์ออกจากพระกระเปาะ และส่งถวายสมเด็จพระราชชนนีพร้อมกับรับสั่งว่า ‘แม่ เรียกสิริกิติ์’”⁽⁸⁾ เมื่อครอบครัวของสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ฯ ไปทรงเยี่ยม “พอไปถึงให้จับพระหัตถ์ ท่าน (ในหลวง) ก็จับพระหัตถ์ทุกคน ที่นี้พอถึงสมเด็จพระเจ้า (พระบรมราชินีนาถ) ท่านไม่ทรงปล่อย สมเด็จพระเจ้า ท่านตกพระทัยมาก เพราะไม่เข้าใจ ว่าจับพระหัตถ์ท่านไว้ทำไม ไปเฝ้ากันทุกวันเลย พอถึงสมเด็จพระเจ้า ท่านก็จับพระหัตถ์ไว้นาน ๆ ทุกครั้ง ทรงให้สมเด็จพระเจ้านิยาม หนังสืออาหารบราตรีเป็นภาษาไทยถวาย ก็...ไม่ได้คิดอะไร...”⁽⁹⁾



²ที่มา: กรมประชาสัมพันธ์, 2568

ในที่สุด สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีก็มีรับสั่ง ขอหม่อมราชวงศ์สิริกิติ์ต่อหม่อมเจ้านักขัตรมงคล และทรง ประกอบพิธีหมั้นเป็นการส่วนพระองค์ เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2492 ทรงสวมพระอัครมงคเป็นของหมั้น พระอัครมงค นั้นเป็นองค์เดียวกับที่สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ทรงมอบแต่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และทรงประกาศข่าว “ทรงหมั้น” ให้ชาวไทยทราบ โดยทั่วกัน ในวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2492 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดงานเลี้ยงฉลองอย่างเรียบง่าย สถานเอกอัครราชทูตไทยในกรุงลอนดอนประเทศอังกฤษ ต่อมาทรงมีพระราชพิธีราชาภิเษกสมรส ณ วังสระปทุม เมื่อวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2493 โดยสมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า ทรงถวายน้ำพระพุทธรูปมณฑปเทพมณฑป และทรงเจิมทั้งสองพระองค์ และเมื่อพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงตั้งการพระราชพิธีบรมราชาภิเษก ณ พระที่นั่งไพศาลทักษิณ พระบรมมหาราชวัง เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2493 ก็ได้ทรงสถาปนาสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ฯ เป็นสมเด็จพระบรมราชินี⁽¹⁰⁾

ขณะนั้น ทรงพระชนมพรรษา เพียง 17 พรรษา 8 เดือน 24 วัน เท่านั้น และ ณ บัดนั้นก็ต้องทรงปฏิบัติหน้าที่ พระนางแก้วคู่พระบารมีมาตลอดเวลายาวนานกว่า 66 ปี



ทรงปฏิบัติหน้าที่
พระนางแก้ว
คู่พระบารมี
มาตลอดเวลา
ยาวนานกว่า
๖๖ ปี

ศูนย์รวมจิตใจ ของปวงชนชาวไทย



ประชาชนชาวไทยมีความผูกพันแน่นแฟ้นกับสถาบันพระมหากษัตริย์มายาวนาน เมื่อพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงสละราชสมบัติ รัฐบาลและรัฐสภาได้กราบบังคมทูลอัญเชิญพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล ขึ้นครองราชย์ ก็ยังทรงพระเยาว์และพระพลานามัยไม่แข็งแรงนัก รวมทั้งยังทรงศึกษาอยู่ในต่างประเทศ รัฐบาลได้เพียรพยายามกราบบังคมทูลให้เสด็จนิวัติพระนครเพื่อความอุ่นใจแก่พสกนิกร แต่กว่าจะเสด็จได้ก็เป็นเวลาหลายปี และเสด็จมาเพียงช่วงสั้น ๆ หลังเสด็จกลับมาเป็นครั้งที่สอง ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 บ้านเมืองก็ระส่ำระสายจากพิษภัยของสงคราม และก่อนเสด็จกลับไม่กี่วันก็เกิดเหตุร้าย

หลังจากนั้นเมื่อพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ได้เสด็จขึ้นครองราชย์ ไม่นานก็ต้องเสด็จไปทรงศึกษาต่อ ท่ามกลางความอาลัยรักของปวงราษฎร เกรงจะทรง “ละทิ้ง” ราษฎร จึงเมื่อเสด็จกลับมาและมีพระราชพิธีบรมราชาภิเษก พร้อมด้วยพระราชพิธีอภิเษกสมรสและสถาปนา “สมเด็จพระบรมราชินี” ยังความปลาบปลื้มแก่ราษฎรอย่างยิ่ง ในพระราชวโรกาสนั้น ทั้งสองพระองค์ได้เสด็จออกสีหบัญชร ณ พระที่นั่งสุทไธสวรรย์ปราสาท ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระบรมวโรกาสให้ประชาชนเฝ้าฯ ถวายพระพรชัยมงคลในครั้งนั้น

“...สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินี ทอดพระเนตรไปทิศใด ก็ทรงเห็นประชาชนล้นหลามสุดสายพระเนตร ทำให้ทรงอบอุ่นต้นตื้นพระราชหฤทัยในเวลาเดียวกัน ทั้งที่พระชนม์ยังน้อย ก็ทรงคิดได้ถึงความรู้สึกพระองค์เองว่ามีความเข้มแข็งและมั่นพระทัยในสัมพันธแห่งพลังใจของประชาชน ทั้งทรงตั้งพระราชปณิธานที่จะทรงร่วมรอยพระยุคลบาทแห่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จะทรงร่วมรับมิว่าทุกข์หรือสุขของประชาชน เท่ากับทุกข์หรือสุขของพระองค์เอง”⁽¹⁾

ทรงปฏิบัติหน้าที่ “พระนางแก้วคู่พระบารมี” ได้อย่างงดงามยอดเยี่ยมที่สุด ทั้ง ๆ ที่พระชนมายุยังน้อย เพราะ

“ตอนสิบเจ็ดที่ได้มาเป็นพระราชินียังไม่มีความรู้อะไรเลย ก็ได้พระบารมีของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงดูแลสั่งสอนมาตลอด ว่าสิ่งใดควรทำไม่ควรทำบ้าง ทรงสอนให้ข้าพเจ้ารู้จักว่าการที่จะเป็นพระราชินีของไทยจะต้องวางตนอย่างไรบ้าง และมีหน้าที่อย่างไรบ้าง ข้อสำคัญรับสั่งว่า ต้องเป็นที่ไว้น้ำใจของราษฎร ให้เขามีความสนิทสนมที่ราษฎรจะออกปากเล่าความทุกข์ของเขาให้ฟังได้ และพระองค์ท่านก็ได้ปฏิบัติพระองค์เป็นตัวอย่าง ทำให้ข้าพเจ้ารู้จักการทำตนใกล้ชิดกับราษฎร เช่น เวลาที่พระราชปฏิสันถารกับราษฎร ซึ่งเป็นชั่วโมง ๆ ที่เดียว ทรงคุยกับราษฎรนี้ก็ไม่ทรงโปรดยืน ทรงถือขนบธรรมเนียมไทยที่จะไม่ยื่นค้ำผู้เฒ่าผู้แก่ จะประทับลงรับสั่งกับราษฎรเสมอมา แม้จะเป็นตอนเที่ยงแดดร้อนเปรี้ยงก็ตาม ซึ่งข้าพเจ้าก็เห็นพระจริยวัตรนี้มาแต่ต้นรัชกาลแล้ว...”⁽²⁾

ทรงเป็น “สมเด็จพระแม่”

ภายหลังพระราชพิธีราชาภิเษกสมรส สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงมีพระประสูติกาล พระราชธิดาองค์แรก คือ

สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าอุบลรัตน์ราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ประสูติ ณ สถานพยาบาลมงมัวซี เมืองโลซานน์ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เมื่อวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2494

จากนั้นมีพระประสูติกาลพระราชโอรส คือ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณบดินทรเทพยวรางกูร พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว ณ พระที่นั่งอัมพรสถาน พระราชวังดุสิต เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2495

จากนั้นมีพระประสูติกาลพระราชธิดาพระองค์ที่ 2 คือ สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ณ พระที่นั่งอัมพรสถาน พระราชวังดุสิต เมื่อวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2498

และทรงมีพระประสูติกาล พระราชธิดาพระองค์เล็ก คือ สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมสมเด็จพระศรีสววงศ์มณฑลรัตนราชชนนี ณ พระที่นั่งอัมพรสถาน พระราชวังดุสิต เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2500



ภาพถ่ายฝีพระหัตถ์พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร

ที่มา: rama9art, 2560



ตลอดช่วงเวลาที่ต้องทรงอภิบาลพระราชโอรสธิดาทั้ง 4 พระองค์ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ฯ ต้องตามเสด็จพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ออกทรงเยี่ยมเยียนราษฎรในประเทศ และทรงออกไปเจริญสัมพันธไมตรีกับนานาประเทศ ทรงทุ่มเทพระราชหฤทัยและกำลังพระวรกายในการอภิบาล โดยทรงมุ่งเห็นความสำคัญในด้านสุขอนามัยและการศึกษาเล่าเรียนของทุกพระองค์เป็นปัจจัยสูงสุด⁽¹³⁾



อันความ กรุณาปราณี จะมีใครบังคับ ก็หาไม่

เมื่อวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2497 เกิดไฟไหม้ตลาดอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี กินเนื้อที่กว่า 1 แส่นตารางวา มีอาคารบ้านเรือนต้องอัคคีภัย 832 หลังคาเรือน มีผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 3 คน มีผู้ประสบภัย 5,904 คน ค่าเสียหายเป็นมูลค่า 61,542,254.75 บาท พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ได้ทรงขับรถยนต์ด้วยพระองค์เอง พร้อมด้วยสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ออกจากพระที่นั่งอัมพรสถาน เมื่อวันที่ 13 กันยายน เวลา 09.00 น.เศษ โดยเจ้าหน้าที่ถวายอารักขาไม่ทันทราบ มาทราบเมื่อเสด็จไปนานแล้ว ขบวนถวายอารักขาจากพระนครตามไปทันรถพระที่นั่งที่นครปฐม ทรงประทับเสวยพระกระยาหารกลางวันที่พระที่นั่งขลิบมณฑล ในพระราชวังสนามจันทร์ แล้วทรงรถยนต์พระที่นั่งถึงบ้านโป่ง เสด็จฯ รอบบริเวณเพลิงไหม้ ทรงทักถามทุกข์สุขของประชาชนที่ประสบภัย ทรงพระราชทานเสื้อผ้า อาหาร ยารักษาโรค และพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์จำนวน 1 แส่นบาท เพื่อบรรเทาทุกข์ราษฎรยังความปลาบปลื้ม ไม่เพียงผู้ประสบภัยที่บ้านโป่งเท่านั้น แต่เป็นข่าวใหญ่ไปทั่วราชอาณาจักร⁽¹⁴⁾

การเสด็จเยี่ยมเยียนราษฎร

เป็นที่ชัดเจนว่าการเสด็จเยี่ยมเยียนบรรเทาทุกข์ราษฎรที่ประสบอัคคีภัยครั้งใหญ่ที่บ้านโป่ง เป็นประจักษ์พยานที่ไพบรียายให้ความชุ่มเย็นแก่ราษฎรที่ได้ทุกข์ร้อนอย่างยิ่ง ทั้งสองพระองค์จึงถือการเยี่ยมเยียนราษฎรเป็นพระราชภารกิจที่สำคัญ เพราะทรงเห็นว่าทุกข์สุขของประชาชนคือทุกข์สุขของพระองค์เอง และภูมิภาคแรกที่ทรงเลือกคือภาคอีสาน ซึ่งเป็นดินแดนทุรกันดารยากลำบากที่สุด ต้องไม่ลืมว่าในช่วงนั้นถนนมิตรภาพซึ่งเป็นประตูสำคัญสู่ภาคอีสานยังไม่เกิดขึ้น

ภาคอีสาน

การเสด็จเยือนภาคอีสานของทั้งสองพระองค์ ช่วงวันที่ 2–20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2498 เริ่มต้นด้วยขบวนรถไฟพิเศษ ออกจากสถานีจิตรลดา เวลา 07.40 น. ไปยังจังหวัดนครราชสีมา ก่อนเปลี่ยนพระราชพาหนะเป็นรถยนต์พระที่นั่งเพื่อเสด็จฯต่อไปยังชัยภูมิ ขอนแก่น เลย อุดรธานี หนองคาย สกลนคร นครพนม กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด อุบลราชธานี ศรีสะเกษ สุรินทร์ และบุรีรัมย์ สถาปนนวนหนทางเวลานั้นส่วนใหญ่ “จะไปในที่ทุรกันดารทั้งนั้น ทั้งไกล ทั้งลำบาก แต่ก็ทรงมุ่งมั่นที่จะเสด็จฯไป ไม่ว่าจะต้องเสด็จฯทางรถไฟ รถยนต์ เครื่องบิน เรือพาย เรือยนต์ ทรงช้าง ทรงม้า ทรงพร้อมเสมอ แต่ส่วนใหญ่จะประทับรถจี๊ป ถนนก็ยังไม่ดีราวบางที่ที่ต้องลุยลงไปในน้ำแล้วป็นขึ้นตลิ่ง... เวลาเสด็จฯ ออกเยี่ยมราษฎรพระองค์ท่านจะไม่ค่อยเสวย บางที่ทรงงานอยู่จนมืดค่ำทีหนึ่ง ตีสอง ทรงงานไปเรื่อย ๆ ด้วยความเพลิดเพลิน เรื่องเสวยนี้ไม่สำคัญเลย แล้วยังสามารถทรงงานได้ทุกหนทุกแห่งทุกที่ที่สามารถทรงพระอักษรได้อย่างไม่ต้องเป็นกิจจะลักษณะ โต๊ะเก้าอี้ไม้โปรตติก โปรตประทับกับพื้น ทรงนั่งได้ครั้งละนาน ๆ ทรงจดจ่ออยู่กับงาน ทรงไต่ถามทุกข์สุขของประชาชนสมัยก่อนอย่าได้ทูลพระองค์เสวยนะ ว่าถึงเวลาเสด็จฯ กลับไม่ทรงยอมหรือ ทรงอยากจะช่วยเหลือประชาชนให้ได้มากที่สุด ไม่ทรงคิดถึงพระองค์เอง ทรงห่วงประชาชนมากกว่าสำหรับพระองค์แล้ว ประชาชนต้องมาทีหนึ่ง...”⁽¹⁵⁾

ช่วงที่เสด็จฯ เยี่ยมเยือนราษฎรภาคอีสานนั้น สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงพระชนมายุ 23 พรรษา 3 เดือน มีพระราชโอรสและพระราชธิดาแล้ว 3 พระองค์ ช่วงนั้นสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงพระชนมพรรษาได้ 7 เดือน



ภาคเหนือ

เป็นภาคที่ 2 ที่ทั้งสองพระองค์เสด็จฯ เยี่ยมเยือน ตั้งแต่วันที่ 27 กุมภาพันธ์–17 มีนาคม พ.ศ. 2501 เสด็จฯ โดยรถไฟ ทรงเยี่ยม 10 จังหวัด เริ่มต้นจากพิษณุโลก ผ่านสุโขทัย ตาก ลำปาง ลำพูน เชียงใหม่ เชียงราย แพร่ น่าน และอุตรดิตถ์

ภาคใต้

เป็นภาคที่ 3 ที่เสด็จฯ ไปทรงเยี่ยมเยือน ตั้งแต่วันที่ 6–26 มีนาคม พ.ศ. 2502 เสด็จเยือน 14 จังหวัด เริ่มต้นจากชุมพร ผ่านระนอง พังงา ภูเก็ต กระบี่ นครศรีธรรมราช ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ยะลา ปัตตานี นราธิวาส แล้วย้อนกลับมาที่สุราษฎร์ธานีเป็นจังหวัดสุดท้าย

ภาคใต้ หลายจังหวัดราษฎรเป็นชาวมุสลิม การเสด็จฯ ไปทรงเยี่ยมราษฎรในภาคใต้ครั้งนั้น นับเป็นห้วงเวลาสำคัญที่ทำให้ทั้งสองพระองค์ทรงตระหนักอย่างลึกซึ้งในพระราชหฤทัยว่าประชาชนในภูมิภาคนี้ล้วนจงรักภักดีต่อทั้งสองพระองค์อย่างยิ่ง ดังที่ท่านผู้หญิงเกษมหลง สนิทวงศ์ ณ อยุธยา ได้เล่าไว้ว่า “ราษฎรไม่ว่าไทยพุทธหรือมุสลิมต่างถวายความรักและภักดีเหมือนกันทั้งหมด ไทยพุทธเชิญพระหัตถ์ขึ้นทูนหัว ไทยมุสลิมถือว่าการจับพระหัตถ์เป็นการแสดงความเคารพ บางคนถลาเข้ามากราบแทบพระบาท ในสุเหร่า ซึ่งชาวไทยมุสลิมได้กราบบังคมทูลอัญเชิญพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวประทับบนที่นั่งคล้ายธรรมมาสน์ของวัดไทยเวลาพระเทศน์ ซึ่งปกติแล้วจะไม่ยอมให้คนต่างศาสนาเข้าไปนั่งเลย เป็นการแสดงถึงความความเป็นไทยด้วยกันอย่างแท้จริง”⁽¹⁶⁾

ภาคกลาง

สำหรับภาคกลาง ระยะทางไม่ไกลมากจากกรุงเทพฯ พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เสด็จฯ ไปเยี่ยมเยือนเป็นระยะ ๆ บางจังหวัดเสด็จฯ ไปหลายครั้ง เช่น จังหวัดนครนายก เสด็จฯ ไปถึง



⁴ที่มา: กรมประชาสัมพันธ์, 2568

12 ครั้ง นอกจากทรงเป็นหยาดฝนที่รินรดลงบนหัวใจอันแห้งผากของประชาชนแล้ว ยังมีโครงการตามพระราชดำริตามมามากมาย ดังเช่นที่จังหวัดนครนายก ทรงเป็นแบบอย่างแสดงถึงการ “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” อย่างแท้จริง ทำให้โครงการเขื่อนขุนด่านปราการชล สามารถสร้างขึ้นจนสำเร็จพร้อมด้วยอ่างเก็บน้ำตามโครงการพระราชดำริ 7 อ่าง ได้แก่ อ่างเก็บน้ำทรายทอง อ่างเก็บน้ำคลองโบท อ่างเก็บน้ำห้วยปรือ อ่างเก็บน้ำคลองสี่เสียด อ่างเก็บน้ำบ้านวังม่วง อ่างเก็บน้ำบ้านริมบอน (คลองยาง) และอ่างเก็บน้ำคลองกลาง แก้ปัญหาทั้งความแห้งแล้งและอุทกภัยให้แก่ราษฎรได้อย่างกว้างขวาง⁽¹⁷⁾

นอกจากความยากลำบากจากความยากจนทรมานกันดารแล้ว ต่อมาเมื่อปัญหาความขัดแย้งทางอุดมการณ์รุนแรงขึ้น ก็มีได้ทรงหวาดกลัวแก่ภัยอันตรายที่รุนแรงนั้น ดังพระดำรัสพระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าวิภาวดีรังสิตที่ว่า

“...ตั้งแต่ พ.ศ. 2510 เป็นต้นมา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ ก็ไม่ได้เสด็จออกไปเยี่ยมกรายต่างประเทศอีกเลย มัวแต่เสด็จเยี่ยมทหาร ตำรวจ และราษฎร ตามภาคต่าง ๆ โดยเฉพาะตามแหล่งที่ถูกคุกคามหรือที่เดือดร้อนด้วยภัยธรรมชาติ ข้าพเจ้ายังจำได้ ตอนที่เสด็จไปทรงเยี่ยมทหารและราษฎรที่ห่างไกลที่บ้านปอน อำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน ตอนก่อนเสด็จฯ นั้นเอง หน่วยแห่งนี้ถูกโจมตีอย่างรุนแรงถึงบาดเจ็บล้มตายไปหลายคนทางกรุงเทพฯ ทราบเข้าก็ขอร้องให้ทรงงด ก็ไม่ทรงยอมเพราะนัดไว้แล้ว ไม่โปรดให้ใครคอยแก้...เมื่อเสด็จ

พระราชดำเนินไปถึงก็ทรงกระทำตามหมายกำหนดการทุกอย่าง ซึ่งตามทางเสด็จมีสะเก็ดระเบิดสด ๆ ร้อน ๆ ยิ่งตระเกะระกะทั่ว ลูกระเบิดที่ไม่ระเบิดก็ยังไม่มีความขุดออก แต่ไม่ว่าพระเจ้าอยู่หัวจะเสด็จแห่งใด สมเด็จฯ เป็นเสด็จไปด้วยทุกครั้ง ไม่ว่าจะเป็นการเสี่ยงภัยอันตรายสักเพียงไรก็ไม่ทรงย่อท้อ ท่านไม่เคยทรงมีวันหยุดอย่างคนอื่นเขา เห็นทรงกระทำราชการทุกวันทุกโอกาส ข้าพเจ้ามีความเห็นว่าทั้งสองพระองค์ทรงเป็นผู้นำทำงานหนักที่สุดในเมืองไทย...”⁽¹⁸⁾

เหตุร้ายเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ที่ร้ายแรงที่สุดครั้งหนึ่ง คือ เหตุระเบิดที่ยะลา เมื่อวันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2520 เมื่อพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง พร้อมด้วยสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และสมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี กรมพระศรีสวางควัฒนวรขัตติยราชนารี เสด็จฯ ไปพระราชทานรางวัลแก่ครูสอนศาสนาอิสลามภาคใต้ และพระราชทานธงประจำรุ่นแก่ลูกเสือชาวบ้าน ที่สนามโรงช้างเผือก ในสวนสาธารณะเทศบาลเมืองยะลา ขบวนการพูโล ได้วางระเบิด 2 ลูก ใกล้เคียงบริเวณประจำพิธี ระเบิดลูกแรกระเบิดห่างพลับพลาที่ประทับเพียง 55 เมตร ลูกที่สอง 110 เมตร มีผู้ได้รับบาดเจ็บถึง 47 คน บาดเจ็บสาหัส 11 คน ทุกคนตกใจวิ่งหนีกันอลหม่าน แต่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงมีพระสติสัมปชัญญะดีเยี่ยม หลังเกิดเหตุชุลมุน ทำให้พระราชพิธีชะงักลงชั่วคราว และส่งคนเจ็บไปโรงพยาบาลแล้ว ท่านทรงงานต่อโดยมีพระราชดำรัสกับผู้มาร่วมงานในพิธีว่า

“ขอให้ทุกคนมีจิตใจเข้มแข็ง ไม่ตื่นเต้นต่อสถานการณ์เปิดหูเปิดตาให้ตีก็สามารถจัดอันตรายเหล่านั้นได้ คนไทยไม่ว่าอยู่ภาคไหนมีจิตใจอย่างเดียวกัน คือ รักษาความสงบใคร่ก่อความไม่สงบ เราก็ต้องป้องกัน ขอชมเชยลูกเสือชาวบ้านที่ปฏิบัติตนได้อย่างดีตามที่ฝึกไว้ ขอให้ทุกคนมีจิตใจ เข้มแข็ง ปลอดภัยและมีความสำเร็จทุกประการ”

สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนี
พันปีหลวง ทรงพระราชทานสัมภาษณ์แก่กลุ่มนักข่าวหญิง
ในเรื่องนี้ว่า

หลังเสร็จพระราชพิธี ตำรวจราชสำนักกราบบังคมทูล
ให้เสด็จกลับพระตำหนักทักษิณราชินีเวสตันเพื่อความ
ปลอดภัย แต่ทรงขอไปเยี่ยมคนเจ็บที่โรงพยาบาล ตำรวจขอว่า
“อย่าเสด็จเลย” อันตราย เพราะทางที่จะกลับ ถ้าค่ำแล้วยิ่ง
อันตรายใหญ่ เขาอาจจะยิงด้วยจรวดก็ได้ ให้รีบกลับเสียแต่
วัน ๆ เอะ แต่ทรงยืนยันว่า

ไม่ได้ เขามา เจ็บเพราะเรา เขามาหาเรา เราต้องไปเยี่ยม



⁵ที่มา: Sanook, 2568

“มีรายงานบอกว่าไม่ได้เจ็บกันมากพระเจ้าข้า ข้าพเจ้า
รับรอง ได้ข่าวว่าแผลขีดข่วนเท่านั้น ใส่ยาแดงแล้วก็
กลับบ้านได้”

ฉันคิดว่าการที่พระมหากษัตริย์ของบางประเทศล้ม เพราะ
เหตุอย่างนี้ คือเพราะเชื่อตามคำบอก

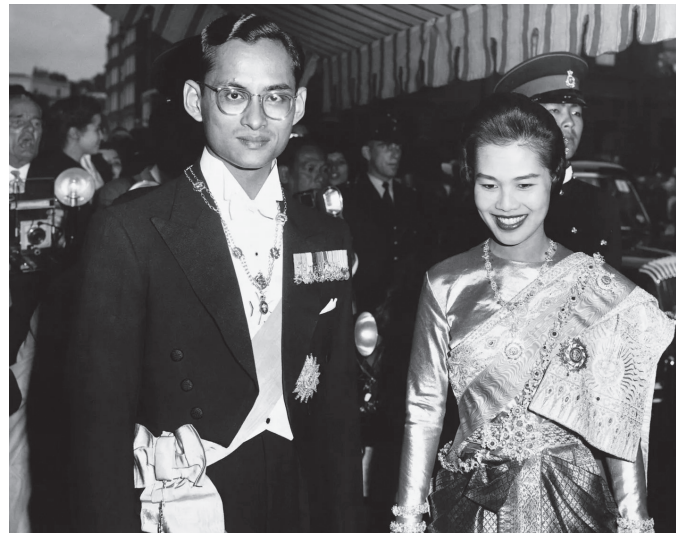
พระเจ้าอยู่หัวรับสั่งว่าขีดข่วนก็จะไปดู เขาไม่ยอม
สั่งรถพระที่นั่งให้กลับพระตำหนัก รถพระที่นั่งวิ่งกลับ
พระเจ้าอยู่หัวสั่งให้เลี้ยวกลับเดี๋ยวนี้ ฉันจะไปโรงพยาบาล
คนขับรถกลัว เลี้ยวไปอีกทางที่โรงพยาบาล พอไปถึง
เราตกตะลึง เพราะเลือดสดเต็ม แล้วมีเด็กผู้หญิงสาว
อายุสัก 17-19 กำลังหอบ ปอดยุบไปข้าง ถ้าเราไม่ไป
ก็ตายแล้ว เด็กอีกคนตาก็จะบอด คือคนนอนกันเต็ม
เห็นแต่เลือด เลือดทั้งนั้น พอเข้าไป เด็กสาวเห็นเรา
เขาก็ร้องไห้ บอกท่านคะ หนูเจ็บเหลือเกิน หนูหายใจ
ไม่ออก หนูเจ็บ พ่อแม่ก็ไม่ได้มา ท่านช่วยหนูด้วย...”⁽¹⁹⁾

การที่ทรงไม่กลัวต่อความทุกข์ยากลำบาก เสี่ยงภัยอันตราย
เสด็จฯ ออกไปเยี่ยมเยียนราษฎรในที่ทุรกันดาร และเยี่ยมทหาร
ตำรวจ ถึงแนวหน้า ก็เพราะ “...พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
ทรงสอนลูก ๆ ทุกคน สอนข้าพเจ้าก่อน แล้วก็สอนลูกว่า
เมื่อคนเขายกย่องนับถือให้เป็นประมุขเท่าไร เราต้องรู้สึก
ว่าเราต้องทำงานให้หนักกว่าทุกคน ต้องมีความรับผิดชอบ
มีความเสียสละ...นักข่าวต่างประเทศเขาก็ถามถึงว่าเหตุใด
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จึงต้องวิ่งไปเที่ยวช่วยพัฒนา
เห็นทรงเหนื่อยมาแล้วไม่เห็นทรงพักบ้างเลย ก็เลยบอกว่า
เหตุที่ต้องทรงวิ่งไปช่วยพัฒนานี้เพราะเหตุว่าเหนื่อยไม่ได้
พวกเราเหนื่อยไม่ได้ เพราะว่าบ้านเมืองของเรานี้ยังมี
คนที่ยากจนและรอความช่วยเหลืออีกมากมายกายกอง”⁽²¹⁾



ทรงได้รับ การสถาปนาเป็น “สมเด็จพระบรม ราชินีนาถ”

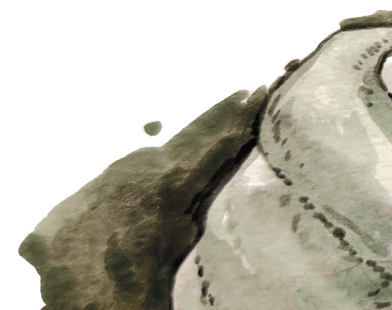
ระหว่างที่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงพระผนวช ช่วงวันที่ 22 ตุลาคม–5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2499 รวมเป็นเวลา 15 วัน ทรงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินี ให้ทรงดำรงตำแหน่งผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์ และได้ทรงสถาปนาขึ้นเป็น “สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ” นับเป็น “สมเด็จพระบรมราชินีนาถ” พระองค์ที่สอง ของกรุงรัตนโกสินทร์ สืบต่อจากสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง พระอัครมเหสีในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ซึ่งได้รับพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้เป็นสมเด็จพระบรมราชินีนาถ เมื่อคราวเสด็จประพาสยุโรปครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2440 สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถฯ ได้ทรงประกอบพระราชกิจในฐานะผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์ ได้ทรงปฏิญาณพระองค์ในรัฐสภา ณ พระที่นั่งอนันตสมาคม และทรงประกอบพระราชกิจในฐานะผู้สำเร็จราชการแทนพระองค์ ได้ทรงเข้าร่วมประชุมคณะองคมนตรี และทรงลงพระนามาภิไธยในกฎหมายฉบับ⁽²⁰⁾



⁶ที่มา: VOGUE Thailand, 2568

การเสด็จเยือน นานาชาติ

หลังเสด็จเยี่ยมเยียนราษฎรทั่วทุกภูมิภาคแล้ว ก็ถึงเวลาเสด็จเยือนนานาชาติ รวมแล้วถึง 27 ประเทศ เริ่มจากประเทศเพื่อนบ้าน ประเทศแรกที่เสด็จเยือนอย่างเป็นทางการคือ สาธารณรัฐเวียดนาม ในช่วงวันที่ 18-21 ธันวาคม พ.ศ. 2503 จากนั้น ได้เสด็จเยี่ยมสาธารณรัฐอินโดนีเซีย ช่วงวันที่ 8-16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2503 ซึ่งได้เสด็จไปนมัสการบุโรพุทโธ พุทธสถานอันเลื่องชื่อ และต่อมาได้เสด็จเยือนสหภาพพม่า ช่วงวันที่ 2-5 มีนาคม พ.ศ. 2503 โดยได้ทรงนมัสการมหาเจดีย์ชเวดากองด้วย





สหรัฐอเมริกา

หลังจากนั้น ได้เสด็จเยือนสหรัฐอเมริกา เป็นเวลายาวนานถึง 1 เดือนเศษ ช่วงวันที่ 14 มิถุนายน-15 กรกฎาคม พ.ศ. 2503 นับเป็นช่วงเวลาประกาศศักดิ์สยามสู่สากลอย่างแท้จริง ด้วยการประกาศจุดยืนแห่งอุดมการณ์ประชาธิปไตยให้เป็นที่ยอมรับแก่ชาวโลก และเป็นการสานสัมพันธ์ไมตรีกับมิตรประเทศให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น โดยทั้งสองพระองค์ได้รับการถวายการต้อนรับอย่างสมพระเกียรติยิ่ง ดังความในสาส์นของประธานาธิบดีไอเซนฮาวร์แห่งสหรัฐอเมริกา ที่ได้กราบบังคมทูลพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ความตอนหนึ่งว่า

“การเสด็จฯ เยือนสหรัฐของพระองค์และสมเด็จพระบรมราชินีนาถครั้งนี้ ไซ้ว่าจะเป็นเพียง ‘การกลับมาสู่บ้านเกิดเมืองนอน’ เท่านั้นก็หาไม่ได้ หากยังเป็นเครื่องหมายใหม่อีกชั้นหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นมิตรภาพอันเก่าแก่ในประวัติศาสตร์ระหว่างประชาชนของเราทั้งสอง อีกทั้งแสดงให้เห็นปรากฏซึ่งความนิยมนับถืออย่างลึกซึ้งและอบอุ่นที่ชาวอเมริกันทั่วทุกแห่งหนมีต่อพระองค์และสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ตลอดจนประชาชนชาวไทยอีกด้วย...”⁽²²⁾



ที่มา: ThaiPBS, 2568

สหราชอาณาจักร

ต่อจากนั้น ได้เสด็จฯ เยือนสหราชอาณาจักร ช่วงวันที่ 19–23 กรกฎาคม พ.ศ. 2503 ซึ่งสมเด็จพระราชินีนาถเอลิซาเบธที่ 2 แห่งสหราชอาณาจักร ได้ทรงรับเสด็จอย่างสมพระเกียรติ ณ สถานีรถไฟวิกตอเรีย สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงเล่าว่า



ที่มา: The Standard, 2560

“ข้าพเจ้ามีความรู้สึกส่วนตัวว่า ทุกครั้งที่พระเจ้าอยู่หัว ทรงพบกับพระราชินีนาถเอลิซาเบธ ท่านทรงคุยกันอย่างคุ้นเคย ทั้ง ๆ ที่ทรงพบกันเป็นครั้งแรกเมื่อไม่กี่วันมานั้นเอง โดยเฉพาะคืนนั้นมีการทรงเข้าเฝ้ากันอย่างสนิทสนม ทำให้พวกเราที่ร่วมโต๊ะเสวยพลอยสนุกสนานขบขันไปด้วย ทั้งนี้ เห็นจะเป็นเพราะทั้งสองพระองค์ทรงมีพระชะตาต้องกัน และพระชันษาก็ใกล้เคียงกันมากนั่นเอง...”⁽²³⁾

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

ประเทศต่อมาที่เสด็จฯ เยือนอย่างเป็นทางการ คือ สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ช่วงวันที่ 25 กรกฎาคม– 2 สิงหาคม พ.ศ. 2503 สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงเล่าว่า

“...การไปเยี่ยมเยอรมันครั้งนั้น ข้าพเจ้าจำได้ว่า เราได้บทเรียนที่ดี ทางราชการเยอรมันขอให้ราชทูตไทยที่กรุงบอนน์ส่งหมายกำหนดการเสด็จครั้งนั้นอย่างละเอียด ไปถวายพระเจ้าอยู่หัวทอดพระเนตรตั้งแต่ตอนอยู่ที่อเมริกา... ครั้นได้เห็นหมายกำหนดการเยือนเยอรมันทั้ง 9 วันเข้าก็หน้าซีด รู้สึกว่าหนักเหลือกำลัง เพราะขณะที่อยู่อเมริกาก็เหนื่อยเต็มทนอยู่แล้ว อดหลับอดนอน ออกแขก ขึ้นเรือบินอยู่ทุกวี่ทุกวันตลอดเดือนนี้... ไม่มีเวลาที่จะพักผ่อนเอาเรี่ยวแรงกลับคืนมา จึงทูลขอร้องพระเจ้าอยู่หัวให้ราชเลขาธิการติดต่อไปที่ราชทูตไทยที่กรุงบอนน์ให้ลองถามไปอย่างส่วนตัวว่าจะมีหนทางตัดอะไรที่จำเป็นน้อยหน่อย ออกไปเสียบ้างจะได้หรือไม่ ก็ได้รับคำตอบเป็นใจความย่อ ๆ ว่าไม่น่าจะโปรดให้ตัดรายการอะไร เพราะการเสด็จพระราชดำเนินเยือนเยอรมันทางราชการเช่นนี้ ควรจะพระราชทานโอกาสให้เขาได้ถวายการต้อนรับเต็มที่... ถ้าทรงตัดออกเสีย เขาก็จะไม่พอใจในการต้อนรับเสด็จ ข้าพเจ้าได้คิดทันทีว่าเขาพูดถูก เราสองคนไปครั้งนั้น ไม่น่าจะคิดถึงความสะดวกสบายก็เมื่อไปทำงานในฐานะเป็นประมุขของประเทศของเรา เรื่องอะไรจะไปคิดสงสารตัวเองว่าเหนื่อยมาจากประเทศอื่นแล้ว จะไปขอต่อรองลดหย่อนกับประเทศที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับความเหน็ดเหนื่อยของเราดูจะไม่เป็นการยุติธรรมแก่เขา จึงเป็นอันว่าเรายอมตกลงรับรายการที่ทางรัฐบาลเยอรมันจัดให้ทุกประการ...”⁽²⁴⁾

จากเยอรมนี ได้เสด็จเยือนประเทศต่าง ๆ ตามลำดับ ได้แก่ สาธารณรัฐโปรตุเกส สมาพันธรัฐสวิส ราชอาณาจักรเดนมาร์ก ราชอาณาจักรนอร์เวย์ ราชอาณาจักรสวีเดน สาธารณรัฐอิตาลี นครรัฐวาติกัน ราชอาณาจักรเบลเยียม สาธารณรัฐฝรั่งเศส ราชอาณาจักรลักเซมเบิร์ก ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ สเปน สาธารณรัฐอิสลามปากีสถาน สหพันธรัฐมลายา นิวซีแลนด์ เครือรัฐออสเตรเลีย ทรงตรากตรำพระวรกายมาก ทรงเล่าว่า

“...พระเจ้าอยู่หัวเริ่มประจวบหัวต้อนเสด็จเบลเยี่ยม ถ้าได้บรรทมพักผ่อนเสียสักวันหรือ 2 วัน พระอาการก็คงจะไม่กำเริบ นี่ต้องเสด็จออกงานตั้งแต่เช้าจรดค่ำไม่เว้นว่างเสด็จเดินทางไปตามเมืองต่าง ๆ อากาศก็ค่อนข้างเย็นฝนตกทุกวัน ทำให้ทรงโดนละอองฝนที่หนาวเย็นตลอดเวลา พอวันที่ 2 ก็เลยประชวรไข้ หมอประจำพระองค์จึงถวายยาทุก 4 ชั่วโมง เลยทำให้ทรงร่วง ซึม พระอาการไข้ก็ไม่ลด แต่กระนั้นก็ทรงฝืนพระทัยกระปรีกระเปร่า เสด็จออกงานทุกงานไม่เว้นว่าง ไม่มีใครนอกจากพวกเราที่ทราบว่ายานานประชวรเพียงไร ทรงคุยภาษาฝรั่งเศสที่ อังกฤษทีในวันหนึ่ง ๆ ต้องประทานพระหัตถ์ให้คนจับเห็นจะร่วมพันคน ข้าพเจ้าสงสารเห็นพระทัยท่านยิ่งนัก ถ้าข้าพเจ้าเจ็บถึงขนาดนั้นก็ไม่น่าใจเหมือนกันว่าจะทนสู้ไหวหรือไม่ ยิ่งเห็นพระพักตร์พระเจ้าอยู่หัวซีดเซียว พระเนตรปรือเพราะพิษไข้ ข้าพเจ้ายิ่งกลุ้มใจ แต่ที่สุดปัญญาารู้ที่จะแก้อย่างไร ข้าพเจ้าทราบดีว่าท่านจะทรงอดทนจนถึงที่สุดทีเดียว ไม่มีวันที่จะทรงยอมแพ้เป็นอันขาด นึกถึงประโยคที่พวกฝรั่งชอบพูด “as happy as a king” แล้วข้าพเจ้าอยากจะทำอะไรจะก้าวออกมาอย่างเยาะเย้ยและขมขื่น...”⁽²⁵⁾

ที่สาธารณรัฐอิสลามปากีสถาน ทรงเล่าว่า

กรรมกรที่โรงงานต้นเต็น
ในการเสด็จพระราชดำเนินของพระเจ้า
แผ่นดินไทย นำพวงมาลัยคล้อง
พระศอกถวายทุกแผนกที่เสด็จ
ให้ร้องถวายพระพรว่า
ซินเดบัด (ทรงพระเจริญ)
ด้วยเขาชอบที่พระเจ้าแผ่นดินไทย
ไม่ถือพระองค์ ทรงเป็นกันเอง
กับพวกกรรมกร...⁽²⁶⁾



⁹ที่มา: กรมประชาสัมพันธ์, 2568

ระหว่างที่เสด็จฯ เยือนนิวซีแลนด์ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงประชวรทรงเล่าว่า

“...คำวันหนึ่งเราเดินทางไปถึงที่พักช้ากว่ากำหนด เพราะคนเฝ้ามาตลอดทาง รถต้องแล่นช้าเลยทำให้เสียเวลา พอถึงที่พักก็ต้องเตรียมตัวเพื่อไปงานเลี้ยงบุฟเฟ่ต์ใหญ่ทันที หัวตของข้าพเจ้ากำเริบมากจนมิใช่ จึงทูลพระเจ้าอยู่หัวขอทูลลาไม่ไปในงานสักคืนหนึ่ง เพราะเป็นการเลี้ยงบุฟเฟ่ต์ไม่ใช่หนังโต๊ะอย่างที่เคย พระเจ้าอยู่หัวทอดพระเนตรเห็นข้าพเจ้าเป็นหวัดอย่างแรง ทั้งตัวก็ร้อน จึงทรงเห็นใจยอมตามที่ขอพระราชทาน แต่เมื่อไปแจ้งให้เจ้าหน้าที่ของเขาทราบเท่านั้น เขาก็อ่อนวอนวอนให้ไปสักประเดี๋ยวเถิด ผู้คนมากมายจะเสียใจและผิดหวัง ข้าพเจ้าก็เสียอ่อนวอนไม่ได้ก็เลยตกลงใจที่จะไป แต่ได้รับประทานยาต่อต้านไข้หวัดไปเต็มที ครั้นแล้วก็เห็นว่าความอดทนของข้าพเจ้าครั้งนั้นไม่เสียเปล่า ออกจะคุ้มค่าทีเดียว เพราะทุกคนที่มาในงานต่างก็เข้ามาขอโทษข้าพเจ้าที่ไม่สบายแล้วยังอุตสาหะฝืนใจแต่งตัวมาให้เขาได้พบ ดูเขาจะเห็นใจ พอใจข้าพเจ้าเป็นพิเศษทีเดียว เป็นอันว่าวันนั้นข้าพเจ้าได้บทเรียนว่าคนที่มีตำแหน่งอย่างข้าพเจ้า จำต้องมีความอดทนทั้งร่างกายและจิตใจ และบทเรียนอันนี้ในประเทศต่อไป ข้าพเจ้าก็ต้องใช้เป็นอย่างมากทีเดียว...”⁽²⁷⁾

เครือรัฐออสเตรเลีย

ไม่เพียงต้องทรงอดทนพระวรกายเท่านั้น ที่เครือรัฐออสเตรเลียระหว่างวันที่ 26 สิงหาคม-12 กันยายน พ.ศ. 2502 ต้องทรงเผชิญกับการ “ต้อนรับ” ที่ร้อนแรง ในขณะที่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เสด็จฯ ไปทรงรับการทูลเกล้าฯ ถวายปริญญานิติศาสตรดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์จากมหาวิทยาลัยเมลเบิร์น ทรงเล่าว่า

“เมื่อเราเข้าไปถึง ในหอประชุมนั้นมีผู้คนเต็มไปหมด เกือบทุกที่นั่ง เป็นนักศึกษา ศาสตราจารย์ คนสำคัญของเมืองเมลเบิร์น และนักหนังสือพิมพ์ เป็นต้น เขาจัดให้ข้าพเจ้าและผู้ติดตามนั่งอยู่ตรงที่คนดูข้างล่าง แถวหน้า ส่วนพระเจ้าอยู่หัวเสด็จขึ้นไปบนเวทีพร้อมด้วยอธิการบดี คณบดี และกรรมการของมหาวิทยาลัย เมื่อพิธีเริ่มต้น อธิการบดีก็ลุกขึ้นไปอ่านคำสดุดีพระเกียรติพระเจ้าอยู่หัวก่อนที่จะถวายปริญญา ทันใดนั้นเองข้าพเจ้าได้ยินเสียงเอะอะเหมือนโห่ปนฮาอยู่ข้างนอกคือจากกลุ่ม “ปัญญาชน” ซึ่งยืนท่าต่าง ๆ ที่ไม่น่าดู เช่นเอาเท้าพาดต้นไม้บ้าง ถ่างขา มือทำวสะเอวบ้าง เสียงโห่ปนฮาของเขาดังพอที่จะรบกวนเสียงที่อธิการบดีกำลังกล่าวอยู่ที่เดียว ข้าพเจ้ารู้สึกถึงความโกรธพุ่งขึ้นมาทันที เกือบจะระงับสติอารมณ์ไว้ไม่ไหว มองขึ้นไปบนเวทีเห็นบรรดาศาสตราจารย์และกรรมการมหาวิทยาลัยที่นั่งอยู่บนนั้นต่างก็หน้าจ้อย ซีดแทบไม่มีสีเลือด ท่าทางกระสับกระส่ายด้วยความละอายไปด้วยกันทั้งนั้น ถ้าคนกลุ่มนั้นเป็นเด็กเล็ก ๆ ก็คงจะมีผู้ใหญ่ลุกขึ้นออกไปตีคนละเฝียะสองเฝียะ เพื่อสั่งสอนอบรมให้รู้จักมารยาทของเจ้าของบ้าน แต่นี่เป็นผู้ใหญ่ซึ่งสมมติว่าเป็น “ปัญญาชน” ด้วยกันทั้งนั้นที่ส่งเสียงไม่น่าฟังออกมาอย่างผิดเวลา ผิดกาลเทศะที่สุด”

"ข้าพเจ้าชำเลืองดูพวกเราเห็นนั่งตัวแข็งไปตาม ๆ กัน ครั้นอธิการบดี อ่านคำสดุดีพระเกียรติจบลง ก็ถวายปริญญาต่อจากนั้นก็ถึงเวลาที่พระเจ้าอยู่หัวจะเสด็จไปพระราชทานพระราชดำรัสที่เครื่องขยายเสียงกลางเวที ยังไม่ทันจะอะไร ก็มีเสียงโห่ปนฮาดังขึ้นมาจากกลุ่ม “ปัญญาชน” ข้างนอกอีกแล้ว ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามือเย็นเฉียบ หัวใจก็หวิว ๆ อยากรีพิกล รู้สึกสงสารพระเจ้าอยู่หัวจนทำอะไรไม่ถูก ไม่กล้าแม้แต่จะมองขึ้นดูพระพักตร์ท่าน ด้วยความสงสารและเห็นพระทัยในที่สุดก็ฝืนใจมองขึ้นไปเพื่อถวายกำลังใจพระทัย แต่แล้วข้าพเจ้านั่นเองแหละที่เป็นผู้ได้กำลังใจกลับคืนมาเพราะมองดูท่านขณะที่ทรงพระดำเนินไปยืนกลางเวทีเห็นพระพักตร์สงบเฉยทันใดนั้นเอง คนที่อยู่ในหอประชุมทั้งหมดก็ปรบมือเสียงสนั่นหวั่นไหวคล้ายจะถวายกำลังใจพระทัยท่าน พอเสียงปรบมือเงียบลง คราวนี้ข้าพเจ้ามองขึ้นไปบนเวทีอีก ก็เห็นพระเจ้าอยู่หัวทรงเปิดพระมालาที่ทรงคู้กับฉลองพระองค์ครุย แล้วหันพระองค์ไปโค้งคำนับคนกลุ่มที่ส่งเสียงอยู่ข้างนอกอย่างงดงาม น่าดูที่สุด พระพักตร์ยิ้มนิท ๆ พระเนตรมีแววเยาะหย่อย ๆ แต่พระสุรเสียงราบเรียบยิ่งนัก

ขอบบใจ
ท่านทั้งหลาย
เป็นอันมาก
ในการต้อนรับ
อันอบอุ่นและ
สุภาพเรียบร้อย
ที่ท่านแสดงต่อ
แขกเมืองของท่าน



¹⁰ที่มา: HELLO Thailand, 2564

"รับสั่งเพียงเท่านั้นเองแล้วก็หันพระองค์มารับสั่งต่อกับผู้ที่นั่งฟังอยู่ในหอประชุม ตอนนั้นข้าพเจ้าอยากจะหวั่นเราออกมาดัง ๆ ด้วยความสะใจ เพราะเสียงฮานั้นเจียบลงทันทีราวกับปิดสวิทช์ แล้วตั้งแต่นั้นก็ไม่มีอีกเลย

"ทุกคนทั้งข้างนอกข้างในต่างนั่งฟังพระราชดำรัสเฉย ทำทางดูขบคิด ข้าพเจ้าเห็นว่า พระราชดำรัสส่วนนั้นดีมากรับสั่งสด ๆ โดยไม่ทรงใช้กระดาษเลย ทรงเล่าถึงวัฒนธรรมอันเก่าแก่ของไทยเราว่า เรามีเอกราช มีภาษาของเราเอง มีตัวหนังสือซึ่งคิดค้นขึ้นใช้เอง เราตั้งบทกฎหมายการปกครองของเราเอง ให้สิทธิเสรีภาพแก่ประชาชนมา ๗๐๐ ปีกว่ามาแล้ว"

"ตอนนั้นข้าพเจ้าขำแทบแย้ เพราะหลังจากรับสั่งว่า ...๗๐๐ ปีกว่ามาแล้ว... ทรงทำท่าเหมือนเพิ่งนึกออก ทรงสะอึกนิด ๆ และทรงโค้งพระองค์อย่างสุภาพเมื่อตรัสว่า....ขอโทษ....ลืมไป... ตอนนั้นยังไม่มีประเทศออสเตรเลียเลย...แล้วทรงเล่าต่อไปว่า แต่ไหนแต่ไรมา คนไทยเรามีน้ำใจกว้างขวาง พร้อมทั้งจะให้โอกาสคนอื่นและฟังความเห็นของเขา เพราะเรามักใช้ปัญญาขบคิด ไตร่ตรองหาเหตุผลก่อน จึงจะตัดสินใจว่า สิ่งใดเป็นอย่างไร ไม่สุ่มสี่สุ่มห้าตัดสินใจอะไรตามใจชอบโดยไม่ใช้เหตุผล...เมื่อพิธีเสร็จแล้วอธิการบดีก็เชิญเสด็จพระเจ้าอยู่หัวและข้าพเจ้าออกจากหอประชุมไปในห้องห้องหนึ่ง ถวายเครื่องดื่มและมิงานรับรองเล็ก ๆ ถวาย เพื่อเปิดโอกาสให้ศาสตราจารย์และแขก

ที่ได้รับเชิญมาเข้าเฝ้า ทุกคนเข้ามาชมเชยพระราชดำรัส ศาสตราจารย์บางคนก็นำสงสาร ละล่ำละลักเข้ามาแก้แทนเสียงที่ไม่สุภาพนั้นว่า เด็ก ๆ เขาทะเลาะกันเองต่างหาก ไม่ได้เกี่ยวกับพิธีถวายปริญญาดอก อันที่จริงข้าพเจ้าก็ไม่ได้โทษใครทั้งสิ้น ทางบ้านเมืองและมหาวิทยาลัยต่างก็ถวายพระเกียรติพระเจ้าอยู่หัวและข้าพเจ้าเต็มที การที่นักศึกษาบางพวกทำตัวไม่น่าดูจนศาสตราจารย์ของเขาเองอายุต้องออกตัวว่าเป็นเด็ก ๆ แทนที่จะเรียกว่านักศึกษา เห็นจะเป็นเพราะนักศึกษาเหล่านั้น นึกว่าพวกเขามีเสรีที่จะแสดงความคิดเห็นได้ตามใจชอบ ไม่ว่าจะความคิดเห็นนั้นจะถูกด้วยเหตุผลและสมควรแก่กาลเทศะหรือไม่นั้น เขาคิดไม่ออก เขาท่องจำไว้แต่อย่างเดียวว่า ถ้าเป็นนักศึกษาแล้วก็ต้องมีเสรีภาพ ก็เลยใช้เสรีภาพอย่างเต็มที่ในวันนั้น

"พอเสร็จงานเลี้ยงรับรองแล้ว เมื่อจะไปขึ้นรถพระที่นั่งกลับก็จำต้องเสด็จผ่านคนกลุ่มนั้นอีก เขายังยืนคอยดูเราอยู่ที่เก่า แต่อกำปภิริยาเปลี่ยนไปหมด บางคนก็หน้าเฉย ๆ เงื่อน ๆ ดูหลบตาพวกเราไม่มีการมองอย่างประหลาดอีกแล้ว แต่บางพวกก็มีน้ำใจนักกีฬาพอที่จะยิ้มแย้มแจ่มใส โบกมือและปรบมือให้เราตลอดทาง จนถึงที่ซึ่งรถพระที่นั่งจอดอยู่"⁽²⁷⁾

ช่วงเสด็จเยือนเครือรัฐออสเตรเลียทรงประสบกับการต้อนรับอัน "ร้อนแรง" ตั้งแต่ที่สนามบิน และอีกหลายครั้ง แต่ก็ทรงปฏิบัติพระราชภารกิจตลอดช่วง 17 วัน ที่เป็นพระราชอาคันตุกะ ด้วยพระจริยวัตรอันเปี่ยมด้วยพระเมตตาและพระมหากรุณา อย่างสง่า งดงาม ทำให้สัมพันธ์ไมตรีระหว่างประเทศไทยและเครือรัฐออสเตรเลีย มั่นคง ยืนยาวตลอดมา



หลังจากนั้น สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ยังได้ตามเสด็จฯ เยือนประเทศต่าง ๆ อีกหลายประเทศ ในช่วง พ.ศ. 2506- 2510 ได้แก่ ญี่ปุ่น สาธารณรัฐจีน สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ สาธารณรัฐออสเตรเลีย สาธารณรัฐอิสลามอิหร่าน สหรัฐอเมริกา แคนาดา และเมื่อวันที่ 16-31 ตุลาคม พ.ศ. 2543 ก็ได้เสด็จเยือนสาธารณรัฐประชาชนจีนอย่างเป็นทางการ พร้อมสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้ทรงเยือนเมืองต่าง ๆ ได้แก่ กรุงปักกิ่ง นครซีอาน นครเซี่ยงไฮ้ เมืองซูโจว มณฑลเหอหนาน และเมืองกุ้ยหลิน โดยสาธารณรัฐประชาชนจีนได้จัดพิธีต้อนรับอย่างสมพระเกียรติและเปี่ยมด้วยความอบอุ่นในทุกแห่งหน ที่เสด็จฯ ไปทรงเยี่ยมเยือน และในปี พ.ศ. 2550 ก็ได้ทรงเป็นผู้แทนพระองค์สมเด็จพระบรมชนกชาติเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เสด็จฯ ไปเยือนสหพันธรัฐรัสเซียอย่างเป็นทางการตามคำกราบบังคมทูลเชิญของประธานาธิบดีวลาดิมีร์ ปูติน ระหว่างวันที่ 2-11 กรกฎาคม พ.ศ. 2550 ในโอกาส ปีที่ 110 แห่งความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับรัสเซีย ซึ่งนอกจากรัฐบาลรัสเซียจะได้ถวายการต้อนรับอย่างสมพระเกียรติแล้ว มหาวิทยาลัยแห่งนครเซนต์ปีเตอส์เบิร์ก ยังได้ทูลเกล้าฯ ถวายปริญญาคุณวุฒิบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาภาษาและวัฒนธรรม ตะวันออกแก่พระองค์ด้วย⁽²⁸⁾

การเสด็จเยือนนานาชาติอารยประเทศจำนวนมาก ต้องทรงตรากตรำพระวรกาย ทรงปฏิบัติพระราชภารกิจแม่เมื่อประจวบ โดยเริ่มตั้งแต่ พระธิดา พระโอรส ยังพระชนมพรรษาน้อย ต้องเผชิญเหตุการณ์ในบางประเทศที่มีทัศนคติทางลบต่อพระองค์แต่ทรงปฏิบัติพระราชภารกิจจนประสบความสำเร็จอย่างยิ่งใหญ่ ดังคำกราบบังคมทูลของเอกอัครราชทูตไทยประจำกรุงปารีสที่ว่า



¹¹ที่มา: VOGUE Thailand, 2568

“การเสด็จพระราชดำเนิน กระทำให้ชาวต่างประเทศหลาย ๆ ร้อยล้านนั้นรู้จักเมืองไทยแน่นอนในทางดีที่สุดแตกต่างกว่าที่เขารู้จักมา ได้ประจักษ์ในพระอัจฉริยะที่ทรงพระดำรัสได้ตอบอย่างแตกฉาน ได้ทราบถึงพระราชกรณียกิจที่ได้ทรงปฏิบัติอย่างดีเยี่ยมที่ผ่านมาทุก ๆ ประเทศได้ชมพระบารมีของทั้งสองพระองค์อย่างเต็มตา ยิ่งสมเด็จพระนางเจ้าฯ ด้วยแล้ว ทั้งข้าพเจ้าทั้งบรมรูปพิมพ์แพร่กระจายไปทั่วจักรวาลแล้วยอมรับกันแล้วว่า เป็นพระราชินีที่สวยงามที่สุดในโลก”⁽²⁹⁾



องค์สภานายิกา สภากาชาดไทย

สภากาชาดไทย เป็นองค์กรการกุศลเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมแก่ประชาชนทุกหมู่เหล่าโดยไม่จำกัดเชื้อชาติและศาสนา ก่อตั้งขึ้นตามอย่างนานาอารยประเทศ ในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2436 เมื่อแรกก่อตั้ง พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงเป็น “ทานมยุปถัมภก” และทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ทรงดำรงตำแหน่ง “สภานายิกา” เป็นพระองค์แรก สมเด็จพระศรีสวรินทิราบรมราชเทวี พระพันวัสสาอัยยิกาเจ้า ทรงดำรงตำแหน่ง “สภาชนนี” ต่อมาทรงดำรงตำแหน่งเป็น “สภานายิกาพระองค์ที่ 2 จนสวรรคต พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงดำรงตำแหน่งสภานายิกาสภากาชาดไทยสืบต่อมาเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2499 ซึ่งทรงประกอบพระราชกรณียกิจต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนกิจการของสภากาชาดให้ก้าวหน้าและมั่นคงมาโดยตลอด ทั้งทรงเป็นประธานในการประชุมคณะกรรมการ เสด็จไปทรงตรวจเยี่ยมหน่วยงานต่าง ๆ





ทรงเป็นประธานในการจัดหารายได้บำรุงสภากาชาดไทย ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดงานกาชาดเป็นงานประจำปี เพื่อหารายได้และเสด็จไปทรงร่วมงานออกร้านเป็นประจำทุกปี ทรงส่งเสริมงานด้านบริจาคโลหิต และเสด็จไปพระราชทานเข็มและของที่ระลึกแก่ผู้บริจาคอย่างต่อเนื่องเป็นประจำนับสิบปี เป็นเหตุให้การบริจาคโลหิตได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ รวมทั้งประชาชนทั่วไปอย่างแพร่หลาย

หนึ่งในพระราชภารกิจเกี่ยวกับกิจการของสภากาชาดซึ่งเป็นที่ตราตรึงอยู่ในความทรงจำของประชาชนทั่วโลก คือการพระราชทานความช่วยเหลือชาวกัมพูชาที่อพยพหนีภัยสงครามเข้ามาสู่ประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2522



¹²ที่มา: สภากาชาดไทย, 2568

“...ชาวเขมรหนีตายเข้ามาทางชายแดนไทย เฉพาะทางชายแดนด้านจังหวัดตราดเมื่อเดือนพฤษภาคม 2522 มีจำนวนเขมรอพยพ ร่วมแสนคน สุดปัญญาที่ทางจังหวัดจะบรรเทาความเดือดร้อนได้หวาดไหว สภาพเขมรอพยพในขณะนั้น เป็นที่น่าสังเวชใจของผู้พบเห็นเป็นอย่างยิ่ง แต่ละคนอยู่ในสภาพซูบผอม ออดอยาก หิวโหย บางรายมีแต่หนังหุ้มกระดูก สภาพเหมือนศพเดินได้ บางรายเจ็บป่วยนอนกับพื้นดินอย่างระเกะระกะ ผู้อพยพส่วนใหญ่ เป็นสตรีและผู้สูงอายุ ส่วนเด็กอยู่ในสภาพบ้านแตกสาแหรกขาด พ่อแม่ตายระหว่างทาง มีเด็กเล็กนอนรอความตายเป็นจำนวนมาก เนื่องจากขาดอาหารและผู้ดูแล เด็กอ่อนบางรายถูกวางทิ้งไว้ตามลำพัง นอนหายใจรอความตายอย่างช้า ๆ บนพื้นดินที่เต็มไปด้วยโคลนและอุจจาระ ด้วยเหตุที่เขมรอพยพจำนวนมากเหล่านั้น ล้วนอดอยาก หิวโหย เจ็บป่วย เกินกำลังของทางจังหวัดจะดูแลช่วยเหลือได้

...เมื่อความทราบฝ่าละอองธุลีพระบาท สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ในฐานะที่ทรงเป็นสมเด็จพระองค์สภานายิกา สภากาชาดไทย ทรงตัดสินพระราชหฤทัยพระองค์เองโดยมิทรงคำนึงถึงความปลอดภัยส่วนพระองค์ ทรงนึกถึงมนุษยธรรม เป็นข้อสำคัญที่หนึ่ง

ดังนั้น ณ วันที่ 26 พฤษภาคม พุทธศักราช 2522 สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในฐานะสมเด็จพระองค์สภานายิกา สภากาชาดไทย จึงได้เสด็จพระราชดำเนินทรงเยี่ยมผู้อพยพชาวเขมร ซึ่งเวลานั้นรวมกันอยู่ที่บ้านเขาถ้ำ ตำบลไม้รูด อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด เป็นการฉุกเฉินโดยเสด็จพระราชดำเนินไปจากพระราชวังไกลกังวล อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เมื่อทางเจ้าหน้าที่ได้รับแจ้งว่า สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ

จะเสด็จพระราชดำเนินมาเยี่ยมผู้อพยพที่บ้านเขาล้านด้วยความเป็นห่วงในความปลอดภัย จึงได้พยายามจัดรวบรวมนำเอาผู้อพยพส่วนหนึ่งที่อยู่ในสภาพที่ดีมารวมกันที่โรงเรียนบ้านไม้รุศ อำเภอมือง จังหวัดตราด เพื่อเฝ้าหูละออกรัฐีพระบาทรับเสด็จฯ แต่เมื่อสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ทอดพระเนตรเห็น ทรงเห็นว่าไม่ตรงกับรายงานที่นายปัญญา ฤกษ์อุไร ผู้ว่าราชการจังหวัดตราดรายงาน จึงรับสั่งให้หาข้อเท็จจริง รวมความด้วยกันว่า ที่นั่นไม่ใช่ที่ที่ผู้ลี้ภัยจากเขมรมาชุมนุมกันอยู่ แต่ที่จริงจะมีอีกแห่งชื่อว่า เขาล้าน ซึ่งอยู่ไม่ห่างไกลจากโรงเรียนบ้านไม้รุศนัก จากนั้นทรงซักถามรายละเอียดต่าง ๆ กับนายปัญญา ฤกษ์อุไร ผู้ว่าราชการจังหวัดตราด พร้อมทั้งรับสั่งถึงสถานที่ที่จะจัดตั้งศูนย์สภากาชาดไทย เพื่อจะได้ดำเนินการช่วยเหลืออพยพได้ทันทีในวันนั้น นอกจากนี้ยังได้รับสั่งกับศาสตราจารย์นายแพทย์หม่อมหลวงเกษตร สนิทวงศ์ เลขาธิการสภากาชาดไทย ซึ่งเฝ้าหูละออกรัฐีพระบาทอยู่ในที่นั้นว่า ‘คุณลุงขา กรุณาไปดูที่ตั้งศูนย์บรรเทาทุกข์ที่ทางไม้รุศให้ทีเกิด’ และท้ายที่สุดทรงมีพระราชกระแสรับสั่งกับนายปัญญา ฤกษ์อุไร ว่า

ฉันคิดว่า
ฉันอยากจะไปดูด้วยตนเอง
จะได้วางแผนช่วยเหลือได้ถูก
และฉันอยากเห็น
คนตกทุกข์ได้ยาก
เหล่านั้นด้วย ฉันจะไปดูที่ตั้ง
ศูนย์บรรเทาทุกข์ของ
สภากาชาดไทย
ที่เขาล้านด้วยตนเอง...

“...ฉันยังจำได้ดี...เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2522 ขณะนั้นพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวประทับแรมที่หัวหิน ผู้ว่าราชการจังหวัดตราดแจ้งมาว่ามีเขมรลี้ภัยลี้ภัยหนีเข้ามาในเขตไทยบริเวณเขาล้าน อำเภอลองใหญ่ จังหวัดตราด ผ่านเข้ามาทางแนวเทือกเขาบรรทัดจำนวนกว่าสองแสนคนอยู่ในสภาพทุกข์ทรมานแสนสาหัส มีเด็ก ๆ เจ็บหนักเนื่องจากขาดอาหาร จำนวนคนมีกรรมหน้าที่ลี้ภัยเข้ามาที่นี่มากเกินความสามารถของทางจังหวัดที่จะรับผิดชอบช่วยเหลือได้ ฉันเป็นสภานายิกาของกาชาดจึงบินไปดูด้วยตนเอง พบว่าบริเวณเขาล้านไปจนจรดชายทะเลแนวนอนไปด้วยชาวเขมรลี้ภัย ไม่น่าเชื่อว่าพื้นที่ใหญ่ ๆ เช่นนั้น ซึ่งมีลมทะเลพัดอยู่ตลอดเวลา กลิ่นอุจจาระและปัสสาวะจะคลุ้งกลับไปหมดถึงเพียงนี้ ภาพชาวเขมรบ้านแตกเมืองล่มที่เห็นอยู่ต่อหน้านั้น เป็นภาพที่จะประทับอยู่ในความทรงจำของฉันไม่มีวันลืมเลือน พวกเขาอนอนอยู่บนพื้นดินแฉะ ๆ ท่ามกลางแดดร้อนเปรี้ยว แต่ละก้าวที่ฉันเดินตรวจตราดูสภาพผู้ลี้ภัย ยังต้องคอยระวังมิให้เหยียบไปบนคนที่นั่งนอนระเกะระกะ และเสปียงอาหารที่เขาคอยติดตัวมาด้วย คือปลาตัวเล็ก ๆ ที่วางฝั่งแดดอยู่คละไปกับกองอุจจาระ ตลอดจนไล่ใส่ข้าวสารที่เขาแบกสะพายมา พื้นดินบางที่ก็เป็นบ่อ เวลาฝนตก น้ำจะขังอยู่เป็นแอ่ง... นั่นแหละ คือน้ำที่เขาใช้ดื่มกินสภาพของผู้คนที่สุดแสนจะน่าเวทนาเหล่านี้ เป็นภาพที่ฉันไม่เคยเห็นมาก่อน ซึ่งฉันอยากให้ผู้ที่อยู่สุขสบายตามเมืองใหญ่ ๆ ได้เห็นสภาพของคนที่สิ้นชาติสิ้นแผ่นดินเช่นนี้เหลือเกิน...”

“เมื่อเสด็จพระราชดำเนินกลับในเวลาก่อนค่ำวันที่ 26 พฤษภาคม 2522 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ท่านผู้หญิงสุประภาดา เกษมสันต์ คุณหญิงจรูญจิตต์ ทีชะระ และคุณชวลี วัฒตกุล ซึ่งตามเสด็จพระราชดำเนินมาจากหัวหินยังคงอยู่ปฏิบัติงานที่นั่นต่อไป งดโครงการและรงกาชาดได้โบกสะบัดอยู่คู่กันบนยอดเสาศูนย์สภากาชาดไทย บ้านเขาล้าน ซึ่งตั้งขึ้นโดย พระราชเสาวนีย์สำหรับเป็นศูนย์กลางให้ความช่วยเหลือตามหลักมนุษยธรรมแก่ผู้อพยพ ไม่เลือกเขาเลือกเรา...”⁽³⁰⁾

การแพทย์ และการสาธารณสุข



พระราชกรณียกิจด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง เริ่มจากการได้เสด็จฯ ไปเยี่ยมเยียนราษฎร ได้พบเห็นผู้ป่วยเจ็บด้วยพระองค์เอง ทรงเอาใจใส่บันทึกชื่อ รายละเอียดเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของราษฎรที่ทรงเยี่ยมเยียนด้วยพระองค์เองอยู่เสมอ⁽³¹⁾ มีคนไข้จำนวนมากที่ทรงรับไว้ในพระราชานุเคราะห์ เพื่อช่วยเหลือให้พ้นความทุกข์ยากอย่างแท้จริง ดังความในพระราชดำรัสตอนหนึ่งว่า

“การช่วยเหลือราษฎรที่เจ็บไข้ได้ป่วยเป็นงานด้านหนึ่งที่ข้าพเจ้าได้เคยปฏิบัติถวายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาเป็นเวลานาน ในเวลาเสด็จพระราชดำเนินทรงเยี่ยมราษฎร พระองค์ท่านมักทรงงานทางด้านการเกษตรและการหาน้ำในการเพาะปลูกให้ประชากรราษฎร ซึ่งงานนี้ต้องใช้เวลามาก เป็นงานที่ต้องทุ่มเทพระวิจาร์ณญาณเป็นพิเศษ ข้าพเจ้าจึงได้อาสารับงานด้านดูแลความเป็นอยู่และสุขภาพอนามัยของประชาชนตลอดจนเรื่องจัดหาอาชีพเสริมมาปฏิบัติถวายเพื่อแบ่งเบาพระราชภาระ...”

ดังคำกล่าวที่ว่า ‘จิตใจที่แจ่มใสย่อมอยู่ในร่างกายที่แข็งแรง’ หากประชาชนมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย เขาก็จะมีสติปัญญาเล่าเรียน ประกอบสัมมาอาชีพสร้างสรรค์ความเจริญต่าง ๆ ให้แก่ชาติบ้านเมือง ดังนั้นถ้าเราจะกล่าวว่า ‘พลเมืองที่แข็งแรงย่อมสามารถสร้างชาติที่มั่นคง’ ก็คงจะไม่ผิด...”⁽³²⁾

ข้าพเจ้าเห็นว่า เรื่องสุขภาพ อนามัยนี้ เป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นพื้นฐาน ของสิ่งมีชีวิตทั้งมวล

หน่วยแพทย์พระราชทาน

เป็นหน่วยงานที่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2512 เพื่อช่วยเหลือประชาชนที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดาร ห่างไกล และยากไร้ขาดแคลนบุคลากรและสถานบริการด้านการแพทย์ ซึ่งต่อมาสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ได้ทรงรับพระราชธรรมาภิบาล ทรงติดตามงานและทรงดูแลหน่วยแพทย์พระราชทานอย่างต่อเนื่อง โดยมีเจ้าหน้าที่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ จากหลายหน่วยงาน คอยทำหน้าที่ตรวจรักษาประชาชนทุกครั้ง ที่ตามเสด็จ หรือไปให้บริการประชาชนในท้องถิ่นทุรกันดาร ซึ่งทุกคนที่เข้ามาทำงานในโครงการล้วนทุ่มเทสนองพระราชปณิธาน ดังเรื่องเล่าจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อในเด็ก เล่าถึงประสบการณ์ที่มาทำงานถวายว่า



สถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี

¹³ที่มา: กรมประชาสัมพันธ์, 2568

“บางแห่งที่ออกหน่วยนี้ เดินทางไปก็ไม่แน่ใจว่าจะไปถึงหรือเปล่า ลงรถแล้วก็ไปต่อเฮลิคอปเตอร์ ตรวจสอบตั้งแต่เที่ยงครึ่งถึงประมาณ 6 โมง ทุ่มหนึ่ง และอาจต่อกับคนไข้ อีกจำนวนหนึ่งที่นางงานศิลปาชีพไปถวายสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ แล้วจึงมาตรวจคนไข้ที่มีปัญหาเรื่องตา บางทีเลยไปถึงสองทุ่ม แล้วก็ไม่ใช่เฉพาะเรื่องร่างกายเท่านั้น แต่เป็นเรื่องจิตใจด้วย โดยเฉพาะเรื่องเอตส์...”

“ผู้หญิงคนหนึ่งสามีตายจากโรคเอตส์ ชาวบ้านในระยะ 500 เมตรนี้รู้หมด ไปสมัครงานที่ไหนคนก็ไม่รับ ถ้ามีใครว่าจ้างคนในหมู่บ้านไปทำงาน ต้องขงกันไปที่คันรถ แล้วผู้หญิงคนนี้ไป คนอื่นก็จะไม่ไปด้วย เขาเลยมีปัญหาค่าใช้จ่าย ลูกจะไม่ได้เรียนหนังสือ ก็เลยถามเขาว่าทอผ้าเป็นไหม สนใจทำงานศิลปาชีพไหม คนใช้น้ำตาคลอเลย... เขาอยากมีโอกาสตรงนี้”

ในวโรกาสที่สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา ในปี พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการเฉลิมพระเกียรติเพื่อสุขภาพของประชาชนในชนบท โดยมีโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (พ.ศ. 2535–2544) เพื่อยกระดับการบริการของสถานีอนามัยโดยสร้างสถานีอนามัยขนาดใหญ่ ทั้งการก่อสร้างสถานีอนามัยเดิม และก่อสร้างสถานีอนามัยใหม่รวมทั้งสิ้น 1,576 แห่ง โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2535

สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง
ทรงพระกรุณาพระราชทานนาม
“สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา
นวมินทราชินี” มีชื่อย่อว่า สอน.
เมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2536
แก่สถานีอนามัยขนาดใหญ่ 80 แห่ง



¹⁴ที่มา: หน่วยราชการในพระองค์, 2568



หลังการก่อสร้างสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จำนวน 80 แห่งแล้วเสร็จ มียอดเงินที่พสกนิกรร่วมบริจาคเหลือจากการก่อสร้าง จำนวน 8,620,787.32 บาท กระทรวงสาธารณสุขจึงขอจัดตั้งเป็นมูลนิธิ โดยได้รับอนุญาตจากกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2537 ต่อมาพระวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ ทรงรับเป็นองค์นายกิตติมศักดิ์ และสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงมีพระราชานุญาตให้ใช้ตราพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคม 2535 ซึ่งต่อมาทำเป็นรูปหยดน้ำ ประดิษฐานที่หน้าบันด้านหน้าสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี เป็นมิ่งมงคลและเป็นเอกลักษณ์แก่ “สอน.” ทุกแห่ง ต่อมา มี “สอน.” เพิ่มจำนวนขึ้น กระจายอยู่ตามเขตและจังหวัดต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และพระบรมวงศานุวงศ์พระองค์อื่น ดังนี้

เขต 1

1. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ดอยตุง ต.แม่ฟ้าหลวง อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย
2. สถานีนามัยพระราชทาน อำเภอแม่จัน จ.เชียงราย
3. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านปางมะโอ ต.บ่อแก้ว อ.สะเมิง จ.เชียงใหม่
4. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.สถาน อ.น่าน้อย จ.น่าน
5. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.แม่เปิม อ.เมือง จ.พะเยา
6. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.อนาลัย อ.เมือง จ.พะเยา
7. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.แม่จ๊ะ อ.เด่นชัย จ.แพร่
8. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.บ้านโป่งสา อ.ปาย จ.แม่ฮ่องสอน
9. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ บ้านทุ่งกล้วย ต.บ้านเอื้อม อ.เมืองลำปาง จ.ลำปาง
10. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.ป่าซาง อ.ป่าซาง จ.ลำพูน

เขต 2

1. สถานีนามัยแม่จะเรา อ.แม่ระมาด จ.ตาก
2. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.บ้านกลาง อ.วังทอง จ.พิษณุโลก
3. สถานีนามัยบ้านวังงาม อ.หล่มสัก จ.เพชรบูรณ์
4. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (เอิบจิตต์ ยศสุนทร อุทิศ)
5. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 2530 บ้านน้ำลาด จ.เพชรบูรณ์
6. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เมืองเก่า ต.เมืองเก่า อ.เมืองสุโขทัย จ.สุโขทัย
7. สถานีนามัยวังงาม อ.เมืองอุตรดิตถ์ จ.อุตรดิตถ์

เขต 3

1. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านไตรตรังษ์ ต.ไตรตรังษ์ อ.เมือง จ.กำแพงเพชร
2. สถานีนามัยห้วยกรด อ.สรรคบุรี จ.ชัยนาท
3. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านหนองเบน อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์
4. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สำนักขุนแผน อ.ตงเจริญ จ.พิจิตร
5. สถานีนามัยบ้านประดู่ยืน ต.ประดู่ยืน อ.ลานสัก จ.อุทัยธานี

เขต 4

1. สถานีนามัยสาริกา ต.สาริกา อ.เมืองนครนายก จ.นครนายก
2. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ร. 9 ตำบลทรายมูล จ.นครนายก
3. สถานีนามัยคลองมะสง อ.ไทรน้อย จ.นนทบุรี
4. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบ พระชนมพรรษา (วัดประยุร) ต.คูคต จ.ปทุมธานี
5. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเจ้า 84 ต.บึงน้ำรักษ์ อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี
6. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.บ่อเงิน จ.ปทุมธานี
7. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านกลาง อ.เมืองปทุมธานี จ.ปทุมธานี
8. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี นครหลวง อ.นครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา
9. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.โคกสูง อ.พัฒนานิคม จ.ลพบุรี
10. สถานีนามัยลำพญากลาง อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี
11. สถานีนามัยพิบูลทอง อ.ท่าช้าง จ.สิงห์บุรี
12. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี บ้านทุ่งกล้วยน้อย ต.พิทหัน อ.บางระจัน จ.สิงห์บุรี
13. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านยางซ้าย อ.โพธิ์ทอง จ.อ่างทอง

เขต 5

1. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลวังศาลา อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี
2. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลห้วยม่วง อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม
3. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านนิคม กม.5 อ.เมือง จ.ประจวบคีรีขันธ์
4. สถานีอนามัยบ้านร่วมใจพัฒนา อ.แก่งกระจาน จ.เพชรบุรี
6. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.คูบัว อ.เมืองราชบุรี จ.ราชบุรี
7. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บางขันแตก อ.เมืองสมุทรสงคราม จ.สมุทรสงคราม
8. สถานีอนามัยบ้านคอกกระบือ อ.เมืองสมุทรสาคร จ.สมุทรสาคร
9. สถานีอนามัยบ้านดอนไร่ อ.สามชุก จ.สุพรรณบุรี
10. สถานีอนามัยบ่อสุพรรณ อ.สองพี่น้อง จ.สุพรรณบุรี

เขต 6

1. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี คลองพล อ.ชาติชุมภูฏ จ.จันทบุรี
2. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ดอนฉิมพลี อ.บางน้ำเปรี้ยว จ.ฉะเชิงเทรา
3. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯหลวงสิริราชสมบัติครบ 50 ปี บ้านแม่ลำปัด อ.บ้านบึง จ.ชลบุรี
4. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี เขาคันทรง อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี
5. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.หนองบอน อ.บ่อไร่ จ.ตราด
6. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านระเบาะไม้ อ.ศรีมหาโพธิ์ จ.ปราจีนบุรี
7. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติจุฬารัตน์อำเภอรามัญ จ.ปราจีนบุรี
8. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านน้ำใส อ.เขาชะเมา จ.ระยอง
9. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านคลองบางปิ้ง อ.เมือง จ.สมุทรปราการ
10. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สาขาวัดบางปิ้ง อ.เมืองสมุทรปราการ จ.สมุทรปราการ
11. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี วังสมบูรณ์ อ.วังสมบูรณ์ จ.สระแก้ว

เขต 7

1. สถานีอนามัยโพธาราม อ.กมลาไสย จ.กาฬสินธุ์
2. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบ้านเมืองใหม่ อ.เวียงเก่า จ.ขอนแก่น
3. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบ้านกระบาศ อ.ชื่นชม จ.มหาสารคาม
4. สถานีอนามัยบ้านสี่แก้ว อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด

เขต 8

1. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านนาหมื่น จ.นครพนม
2. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี หนองหิน อ.หนองหิน จ.เลย
3. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านขาม อ.สว่างแดนดิน จ.สกลนคร
4. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านโคกแสง อ.วานรนิวาส จ.สกลนคร
5. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีฝ้ายไร่ อ.ฝ้ายไร่ จ.หนองคาย
6. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีทุ่งโปร่ง อ.เมือง จ.หนองบัวลำภู
7. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี นาม่วง อ.ประจักษ์ศิลปาคม จ.อุดรธานี

เขต 9

1. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี หนองบัวโคก อ.จตุรัส จ.ชัยภูมิ
2. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี นิคมลำตะคอง อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา
3. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านหนองใหญ่ อ.สตึก จ.บุรีรัมย์
4. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีร่มโพธิ์ ต.เมืองฝาง อ.เมือง จ.บุรีรัมย์
5. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านรุน ต.บักได อ.พนมดงรัก จ.สุรินทร์

เขต 10

1. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านนาโสก อ.เมืองมุกดาหาร จ.มุกดาหาร
2. สถานีอนามัยบ้านห้วยตาเปอะเฉลิมพระเกียรติ ต.บ้านอ้อ อ.คำชะอี จ.มุกดาหาร
3. สถานีอนามัยบ้านแดง อ.กุศุม จ.ยโสธร
4. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีภูมิ ขรอล อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ
5. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ปลาข้าว อ.เมืองอำนาจเจริญ จ.อำนาจเจริญ
6. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ไร่ใต้ อ.พิบูลมังสาหาร จ.อุบลราชธานี
7. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติในสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ บ้านยางน้อย ต.ก้อแอ้ อ.เขื่องใน จ.อุบลราชธานี

เขต 11

1. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านคลองพน ต.คลองพน อ.คลองท่อม จ.กระบี่
2. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านหาดยาย อ.หลังสวน จ.ชุมพร
3. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านหัวคลองแหลม ต.แหลม อ.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช
4. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บางม่วง ต.บางม่วง อ.ตะกั่วป่า จ.พังงา
5. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.ฉลอง อ.เมือง จ.ภูเก็ต
6. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี กำพวน อ.สุขสำราญ จ.ระนอง
7. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านควนยุง อ.เมืองสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี

เขต 12

1. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.ควนเมา อ.รัชฎา จ.ตรัง
2. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี โอปาโจ ต.ภูเขาทอง อ.สุคีริน จ.นราธิวาส
3. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 601 พรรษา นวมินทราชินี ต.ปยุต อ.เมือง จ.ปัตตานี
4. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านควนป้อม ต.โคกทราย อ.ป่าบอน จ.พัทลุง
5. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี โฉลง ต.ปยุต อ.กรงปินัง จ.ยะลา
6. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.พะตง อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
7. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี นิคมพัฒนา อ.มะนัง จ.สตูล

ปัจจุบันสถานีอนามัยทั่วประเทศ รวมทั้งสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ได้รับการยกฐานะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลายสาขาวิชาชีพไปประจำให้บริการจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนในระดับตำบลทั่วประเทศ สามารถเข้าถึงบริการใกล้บ้านได้สะดวกและมีคุณภาพสูงขึ้นอย่างมากมาย

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหाराชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชินี ถือกำเนิดตั้งแต่ พ.ศ. 2494 เป็นแผนกเด็กของโรงพยาบาลหญิง เดิมเป็นโรงพยาบาลเพื่อมุ่งพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ต่อมาโรงพยาบาลหญิงพัฒนาเป็น **โรงพยาบาลทั่วไป (general hospital)** และแผนกเด็กได้พัฒนามาเป็นลำดับ โดยแยกเป็นโรงพยาบาลในโรงพยาบาลหญิง ตั้งแต่ พ.ศ. 2497 และแยกออกมาเป็นโรงพยาบาลหนึ่งในสังกัดกรมการแพทย์ในครั้งที่มีการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. 2517 โรงพยาบาลเด็กได้ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะสำหรับเด็ก มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลรักษาเด็กที่มีโรคยากซับซ้อนที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจน สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง เสด็จไปเยี่ยมเยียนราษฎร ได้ทรงรับผู้ป่วยเด็กจำนวนมากไว้ในพระราชานุเคราะห์ โรงพยาบาลเด็กก็ได้มีโอกาสสนองพระราชกรณียกิจ และได้รับความไว้วางพระราชหฤทัยในการดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อนในพระบรมราชานุเคราะห์มาอย่างต่อเนื่อง

เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2539 โรงพยาบาลเด็กได้รับพระราชทานพระมหากรุณาธิคุณจากสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง พระราชทานนามใหม่แก่โรงพยาบาลว่า “**สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชินี**” ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการ รับ-ส่ง ตัวผู้ป่วยหนักหรือรุนแรง จากโรงพยาบาลทั่วประเทศทั้งรัฐและเอกชน การวิจัยด้านโรคเด็กและการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางโรคเด็ก ดำเนินงานตามรอยพระยุคลบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโดยไม่เลือกชั้นวรรณะ



¹⁵ที่มา: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชินี, 2562

ในปี พ.ศ. 2553 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชินีได้รับงบประมาณก่อสร้างศูนย์การแพทย์เฉพาะทางโรคเด็กสูง 27 ชั้น และชั้นใต้ดิน 1 ชั้น และได้รับพระราชทานนามอาคารจากสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ว่า “**อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหाराชินี (ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางโรคเด็ก)**” เนื่องในวโรกาสที่ทรงเจริญพระชนมพรรษา 80 พรรษา ในวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2555 รวมทั้งได้รับพระมหากรุณาธิคุณเป็นล้นพ้นจากสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวงในการเสด็จมาทรงวางศิลาฤกษ์อาคารหลังนี้ด้วยพระองค์เอง เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2555 ในวโรกาสดังกล่าว นอกจากทรงประกอบพิธีวางศิลาฤกษ์ และพระราชทานของที่ระลึกแก่ผู้มีอุปการคุณบริจาคเงินสมทบการก่อสร้างอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหाराชินีแล้ว ยังพระราชทานวโรกาสให้บุคคลต่าง ๆ เข้าเฝ้าทูลละอองพระบาท เช่น ร.ท.दनัย คมคาย อดีตผู้อภัยพยพ เข้ามาพักผ่อนในศูนย์สภากาชาดไทย เขาล้าน ตอนอายุ 3 ขวบ และมีโอกาสเดินทางพร้อมแม่ไปตั้งถิ่นฐานในสหรัฐอเมริกา

น.ส.ศุภิสรา ลัคนาศิโรรัตน์ นักเรียนจากโรงเรียนศรีทธา
ราชินี จังหวัดตรัง เคยเป็นโรคหัวใจและเป็นผู้ป่วยในพระบรม
ราชานุเคราะห์ นำผลการเรียนเกรดเฉลี่ยสะสม 3.14
มาทูลเกล้าฯ ถวายเพื่อทออดพระเนตร รวมทั้งผู้ป่วยเด็ก
หลายราย ซึ่งเป็นคนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์ขณะนั้น
ได้เข้าเฝ้าฯ ทรงมีพระราชดำริสถามถึงความเป็นอยู่ อาการ
ป่วยไข้ และพระราชทานกำลังใจแก่ผู้ป่วยเด็กเหล่านั้น⁽³⁶⁾



¹⁶ที่มา: หน่วยราชการในพระองค์, 2568



¹⁷ภาพ: หน่วยราชการในพระองค์, 2568

บ้านพักคนไข้ ในพระบรมราชานุเคราะห์

ผู้ป่วยเด็กที่สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ
พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงรับไว้ในพระบรม
ราชานุเคราะห์เข้ารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
มหาราชนิณี ตั้งแต่ครั้งยังเป็นโรงพยาบาลเด็กกั้นนั้น ทรงมี
พระราชเสาวนีย์ให้สร้างสถานที่พักพิงในกรุงเทพฯ ในซอย
สุคันธาราม เขตดุสิต สำหรับผู้ป่วยที่มารับการรักษา
ผู้ป่วยที่กลับมาพบแพทย์ตามนัด และญาติหรือผู้ปกครอง
ที่ต้องมาดูแลบุตรหลานในขณะรักษาตัว โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
ใดๆทั้งสิ้น เพื่อให้ครอบครัวได้มีโอกาสอยู่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วย
ได้อย่างเต็มที่ แสดงให้เห็นประจักษ์ชัดว่า สมเด็จพระนางเจ้า
สิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงมี
ความห่วงใยและเข้าพระราชหฤทัยในการอนามัยและการรักษา
พยาบาลผู้ป่วยเด็กอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยเด็กที่เดินทาง
จากต่างจังหวัดเข้ามารับการรักษาในกรุงเทพฯ ต้องมีพ่อแม่
ผู้ปกครองเดินทางมาด้วย และหากไม่มีที่พักยอมสร้าง
ภาระแก่ผู้ปกครองและสร้างความลำบากแก่ผู้ป่วยเด็ก
เป็นอย่างมาก⁽³⁷⁾

การส่งเสริม อาชีพด้าน ศิลปาชีพ

การได้ตามเสด็จพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ออกไป เยี่ยมเยียนประชาชนในท้องถิ่นทุรกันดารทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่ พ.ศ. 2498 ทำให้สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงเห็น ศักยภาพของราษฎรในชนบท ที่นอกจากการประกอบอาชีพ เกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่แล้ว ยังมีภูมิปัญญาทางด้าน หัตถกรรมที่ราษฎรประดิษฐ์เป็นเครื่องนุ่งห่มและเครื่องใช้ ในครัวเรือน ตลอดจนสามารถทำเป็นอาชีพเสริมหารายได้ จึงทรงพระราชทานแนวพระราชดำริเรื่องโครงการศิลปาชีพ พิเศษขึ้นครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2508 โดยทรงชักชวนหญิง ชาวบ้านเขาเต่า อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ให้หัตถ์ผ้าเพื่อเป็นอาชีพเสริม และต่อมาทรงจัดตั้งโครงการ ทอผ้าไหมมัดหมี่ขึ้นที่จังหวัดนครพนม เป็นโครงการศิลปาชีพ อย่างเป็นทางการขึ้นเป็นครั้งแรก ยังผลให้ราษฎรมีชีวิต ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้ง มูลนิธิส่งเสริมศิลปาชีพพิเศษในพระบรมราชินูปถัมภ์ขึ้น เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2519 ภายหลังได้เปลี่ยนชื่อเป็น มูลนิธิส่งเสริมศิลปาชีพในสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรม ราชินีนาถ สองปีต่อมาทรงก่อตั้งโรงฝึกศิลปาชีพ สวนจิตรลดา ขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2521 และขยายโครงการออกไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย ทรงคัดเลือกราษฎรผู้ยากจนจากทั่วทุก ภูมิภาคของประเทศมาพัฒนาฝีมือ จนเป็นบุคลากรที่มีผลงาน ประณีตศิลป์ชั้นสูง โดยทรงยึดมั่นในพระราชปณิธานที่จะช่วย สร้างชีวิตที่ดีขึ้นให้แก่ราษฎร ควบคู่ไปกับการดำรงรักษาและ พัฒนามรดกศิลป์ไทย

ต่อมา เมื่อวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2553 รัฐบาลได้ประกาศ ยกฐานะโรงฝึกศิลปาชีพ สวนจิตรลดา ขึ้นเป็น “สถาบันสิริกิติ์” เพื่อเฉลิมพระเกียรติในโอกาสสมหามงคลที่สมเด็จพระนางเจ้า สิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงเจริญพระชนมพรรษา 80 พรรษา ในปี พ.ศ.2555 ทรงมี พระราชดำรัสเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า

“...ความจริงข้าพเจ้าไปบังเอิญเห็นเข้า ราษฎรที่มาเฝ้าฯ แสนยากจนเหลือเกิน เห็นผ้าชิ้นที่เขาใส่แลบออกมาจาก ซิ่นตัวใหม่หน้อยที่เขาใส่มารับข้าพเจ้า เห็นผ้าชิ้นข้างใน สวยเหลือเกิน เป็นลายเก่าโบราณข้าพเจ้าก็เลยขอเขา เรียกมากระซิบทัวต่อตัวว่านี่ลายนี้อย่างที่ไม่ใส่อยู่นี้ ข้างในนี้ ทอให้พระราชินีได้ไหม ประชาชนเขาก็ตอบว่า เอาไปทำไมกัน ถ้าฉันทอ ทอให้ได้ แต่เอาไปทำไม ผ้าอย่างนี้ คนรับใช้ในกรุงเทพฯ เท่านั้นที่ใส่กัน ไม่มีใครใส่หรอก ข้าพเจ้าก็บอก สัญญา ฉันสัญญาว่า ถ้าแม่ทั้งหลายทอให้ฉัน ฉันจะใส่ จะใส่ไปงานไปการ จะใส่ให้เป็นที่ประจักษ์ว่า มัดหมี่ของชาวอีสานสวยสุดขีดอย่างไร เขาก็บอก เอ้า จันทกลง... ปู่ย่าตายายสอนเขามา เขาทอแล้วไปขายใน ท้องตลาด โดนเจ้าแก่กดราคาเสียจน...พูดแล้วก็ร้องไห้ จนกระทั่งไม่ทราบจะนั่งทออดหลับอดนอนตลอดคืนไป ทำไม เขาก็เลยตั้งใจว่า ทั้งเลยศิลปะนี้ และข้าพเจ้าก็บอก รับรอง ถ้าเผื่อทอให้พระราชินี พระราชินีใส่ ข้าพเจ้าก็ได้ทำ ตามคำมั่นสัญญาแล้ว และไปที่ประเทศต่าง ๆ ในโลก ก็ได้ ใส่มัดหมี่ตลอดเวลา...”⁽³⁹⁾



...คนเหล่านี้เป็นลูกชาวไร่ชาวนา
ที่ยากจน และข้าพเจ้าเลือกมาเป็นพิเศษ
เลือกจากความยากจน
ครอบครัวไหนยากจนที่สุด
แล้วมีลูกมากที่สุด จะเลี้ยงตัวเองไม่ได้
ข้าพเจ้าจึงเลือกมาแล้วมาอยู่ใน
พระบรมมหาราชวังที่ตึกเก่า ๆ
ที่ตั้งเดิมเป็นที่อยู่ของ
เจ้านายต่าง ๆ มากมายก่ายกอง
ข้าพเจ้าให้เขาอยู่ที่นั่นแล้ว
ก็มาทำการฝึกที่จิตรลดา...



การส่งเสริม ศิลปวัฒนธรรมไทย



¹⁸ที่มา: ThaiPBS, 2568

สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงส่งเสริมศิลปวัฒนธรรมไทยอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทั้งเพื่อเป็นสมบัติอันล้ำค่าของชาติ และเชิดชูศิลปวัฒนธรรมไทยให้เป็นที่นิยมยกย่องไปทั่วโลก ดังพระราชดำรัสที่พระราชทานไว้ตอนหนึ่งว่า

“...ถ้าหากย้อนนึกไปถึงอายุของชาติไทย ซึ่งเป็นชาติอันเก่าแก่สืบเผ่าพันธุ์มาช้านานนับพันปีด้วยแล้ว ก็ให้เห็นได้ว่า บรรพบุรุษของเราได้สร้างสมสิ่งที่ดี ที่งาม ที่เป็นประโยชน์ ไว้ให้แก่เราที่เป็นลูกหลาน และแม่แก่โลก สิ่งนี้ก็คือวัฒนธรรมของเรานั้นเอง ทุกคนจึงควรภูมิใจในเผ่าพันธุ์ไทยและวัฒนธรรมอันเก่าแก่ของเรา และสำนึกว่าเป็นหน้าที่โดยตรงที่จะรักษาให้ดำรงอยู่ได้ตลอดไป...”

โครงการศิลปะปาซีของสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง นำไปสู่การรังสรรค์ศิลปกรรม หัตถกรรม ชั้นราชสำนักอันทรงคุณค่า ถึง 23 สาขา ได้แก่ ช่างทองหลวง ช่างเครื่องเงิน ถมทอง ทำคร่ำ ลงยาสี ทอผ้าไหม (ผ้าไทยพื้น ผ้าหางกระรอก ผ้าเกล็ดเต่า ผ้าลายลูกแก้ว ผ้าลาย ผ้าขาม้า ผ้าไหมมัดหมี่) ทอผ้าแพรวา ทอผ้าจก ทอผ้ายกดอกและผ้าลายขิด การแกะสลักไม้ แกะสลักหินสบู่ แกะสลักหนังตะลุง สานย่านลิเภา สานไม้ไผ่ลายขิด ช่างไม้ และช่างหวาย ปั้นตุ๊กตาชาววัง เขียนลายटकแต่งด้วยปีกแมลงทับ ประดับมุก ปักผ้า ดอกไม้ประดิษฐ์ ตัดเย็บเสื้อผ้า และบรรจุภัณฑ์ ผลงานเหล่านี้เป็นที่ประจักษ์และนิยมไปทั่วโลก ต่อมาได้ทรงคัดเลือกผลงานที่มีความงามเป็นเลิศ จัดแสดงให้ประชาชนได้เข้าชมที่พระที่นั่งอนันตสมาคม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 โดยใช้ชื่อนิทรรศการ “ศิลป์แผ่นดิน” ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้ใช้พระที่นั่งอนันตสมาคม เป็น “พิพิธภัณฑ์ศิลป์แผ่นดิน” ทรงมีพระราชดำรัสพระราชทานแก่บุคคลต่าง ๆ ที่เข้าเฝ้าถวายพระพรชัยมงคล เนื่องในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา ณ ศาลาดุสิดาลัย สวนจิตรลดา เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2550 ว่า “...คนเหล่านี้เป็นลูกชาวไร่ชาวนาที่ยากจน และข้าพเจ้าเลือกมาเป็นพิเศษ เลือกจากความยากจน ครอบครัวยากจนที่สุดแล้วมีลูกมากที่สุด จะเลี้ยงตัวเองไม่ได้ ข้าพเจ้าจึงเลือกมาแล้วมาอยู่ในพระบรมมหาราชวังที่ตึกเก่าๆ ที่ดั้งเดิมเป็นที่อยู่ของเจ้านายต่าง ๆ มากมายกายกอง ข้าพเจ้าให้เขาอยู่ที่นี่แล้วก็มาทำการฝึกที่จิตรลดา...”⁽³⁹⁾



ทรงผสมผสานรากฐานความเป็นไทย ฝีมืออันประณีตของ
ผ้าไทย ประยุกต์เข้ากับค่านิยมยอมรับของสากลปรากฏเป็น
ชุดไทย เติบโตไปทั่วไทยและทั่วโลก ได้แก่ ชุดไทยบรมพิमान
ชุดไทยเรือนต้น ชุดไทยจิตรลดา ชุดไทยอมรินทร์ ชุดไทยจักรี
ชุดไทยดุสิต ชุดไทยจักรพรรดิ และชุดไทยศิวาลัย ต่อมา
ทรงขอพระบรมราชานุญาตจากพระบาทสมเด็จพระบรม
ชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร
ใช้อาคารหอรัษฎากรพิพัฒน์ ในพระบรมมหาราชวัง จัดตั้งเป็น
พิพิธภัณฑ์ผ้าในสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ
เปิดดำเนินการอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม
พ.ศ. 2555⁽⁴¹⁾

โขนพระราชทาน

เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2546 กรมศิลปากรได้จัดแสดง
โขน ตอนนิ้วเพชร ต่อด้วย พระรามรบทศกัณฐ์ ถวายสมเด็จพระ
พระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปี
หลวงทอดพระเนตรเป็นการส่วนพระองค์ ณ พระตำหนัก
ภูพานราชนิเวศน์ จังหวัดสกลนคร ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ
ให้ผู้แสดงเข้าเฝ้าฯ อย่างใกล้ชิด และมีพระราชดำรัสว่า
ทรงห่วงเรื่องเครื่องแต่งกายโขนที่แตกต่างจากสมัยเดิมมาก
ต่อมาจึงมีการตั้งคณะกรรมการทำงานด้านโขนสนองพระ
ราชดำริ โดยรวบรวมข้อมูลศึกษาค้นคว้าองค์ประกอบต่าง ๆ
ที่เกี่ยวกับการแสดงโขน ทั้งจากเอกสารโบราณ และผู้เชี่ยวชาญ
ด้านประณีตศิลป์และพัสดุกรณ เพื่อจัดสร้างเครื่องแต่งกาย
โขน เครื่องประดับและหัวโขนขึ้น จากนั้นรวบรวมครูในสาขา
นาฏศิลป์และคีตศิลป์ ร่วมกันจัดการแสดงโขน โดยเริ่มจัดการ
แสดงในชุด พรหมาศ เป็นปฐมทัศน์ เนื่องในโอกาสมหามงคล
ที่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชม

มหาราช บรมนาถบพิตร ทรงเจริญพระชนมพรรษา 80 พรรษา
และสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราช
ชนนีพันปีหลวง ทรงเจริญพระชนมพรรษา 75 พรรษา เมื่อ
พ.ศ. 2550 ได้รับความชื่นชมจากประชาชนเป็นอย่างมาก
สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนี
พันปีหลวง ทรงปลาบปลื้มพระราชหฤทัย ดังพระราชดำรัส
ตอนหนึ่งว่า

“...การแสดงโขนครั้งนี้ไม่ใช่จะประสบความสำเร็จ
เพียงแค่นี้ได้เผยแพร่ศิลปะการแสดงชั้นสูงของไทยเรา
เท่านั้น แต่ยังเกิดสิ่งที่มีคุณค่าเพิ่มขึ้นมาอีก คือพวกเรา
ได้สร้างช่างฝีมือรุ่นใหม่เอี่ยมขึ้นมา รุ่นใหม่ที่เข้าใจถ่องแท้
ถึงศิลปะการสร้างเครื่องแต่งกายโขนและได้เห็นความ
ผูกพันอย่างใกล้ชิดแบบสังคมไทยสมัยโบราณ ลูกหลาน
จงพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย คนแก่ในบ้านไปดูโขนครั้งนี้...”

ความสำเร็จครั้งนี้ ทรงมีพระราชดำริให้จัดการแสดงโขน
ต่อเนื่องมาหลายปี ซึ่งรู้จักกันแพร่หลายในชื่อ “โขนพระราชทาน”
ได้แก่ ตอนนางลอย (พ.ศ. 2553) ศีกมัยราพณ์ (พ.ศ. 2554)
จองถนน (พ.ศ. 2555) ศีกกุมภกรรณ ตอนโมกข์ศักดิ์
(พ.ศ. 2556) ศีกอินทรชิต ตอนนาคบาศ (พ.ศ. 2557)
ศีกอินทรชิต ตอนพรหมาศ (พ.ศ. 2558) เป็นต้น⁽⁴²⁾ ล่าสุด
คือ ตอนสัตยาพาฬ ที่ได้จัดแสดงหลังการเสด็จสวรรคตของ
สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนี
พันปีหลวง ซึ่งได้แสดงในช่วงวันที่ 6 พฤศจิกายน ถึง 8 ธันวาคม
พ.ศ. 2568

การอนุรักษ์ ทรัพยากรธรรมชาติ



การเสด็จฯ ไปทรงเยี่ยมราษฎรในท้องถิ่นทุรกันดารทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย ทำให้สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงตระหนักถึงความสำคัญของธรรมชาติว่าเป็นรากฐานสำคัญในการดำรงอยู่ของทุกชีวิตอย่างยั่งยืน การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ทั้งดิน น้ำ ป่าไม้ พันธุ์พืช และพันธุ์สัตว์ จึงเป็นพระราชปณิธานที่สำคัญยิ่งอีกประการหนึ่งของพระองค์ท่าน ดังพระราชดำรัสตอนหนึ่งว่า

“...เราเรียกแผ่นดินนี้ว่าแผ่นดินแม่ ก็เพราะแผ่นดินนี้เป็นที่เกิดและเลี้ยงดูคนไทยมากกว่า 700 ปี ควรที่เราทั้งหลายจะบำรุงรักษาแผ่นดินให้คงความอุดมสมบูรณ์ไว้ ถ้าเรามัวแต่ตัดทวงผลประโยชน์จากผืนดิน เช่น เอาแต่ตัดไม้ขายจนป่าสูญสิ้นไป ใช้น้ำฆ่าแมลงและฆ่าวัชพืชจนดินเสียหมด หรือทิ้งของเสียสิ่งปฏิกูลลงในแม่น้ำลำคลองโดยไม่หวังใยแผ่นดินเลย หากเรากระทำทารุณกรรมกับแผ่นดินโดยไร้ความสำนึกถึงบุญคุณเช่นนี้ สักวันหนึ่งแผ่นดินแม่คงตายจากเราไป โดยไม่มีวันหวนกลับคืนมา คงเหลือไว้ซึ่งแผ่นดินที่แห้งแล้ง สิ้นสภาพจากการเป็นดินที่จะทำการเพาะปลูกได้ คงจะมีแต่ฝุ่นคลุ้งตลบไปหมดเหมือนแผ่นดินไร้วิญญาณ ไร้ความหมายใด ๆ ต่อชีวิตบนผืนโลก ขณะนี้เรายังมีเวลาและโอกาสที่จะฟื้นฟูรักษาแผ่นดินแม่..”



¹⁹ที่มา: กรมประชาสัมพันธ์, 2568

ตลอดพระชนมชีพ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงมีโครงการต่าง ๆ หลายโครงการ ได้แก่ **โครงการอนุรักษ์ป่า** “ให้ป่าอยู่กับคนได้ คนอยู่กับป่าได้ โดยไม่มีการทำลายซึ่งกันและกัน...” **โครงการป่ารักษ์น้ำ** **โครงการบ้านเล็กในป่าใหญ่** **โครงการฟื้นฟูทรัพยากรชายฝั่งทะเลอันเนื่องมาจากพระราชดำริ** ซึ่งมีการอนุรักษ์ป่าชายเลน การอนุรักษ์พันธุ์เต่าทะเล **โครงการอนุรักษ์ทรัพยากร ธรรมชาติทางทะเลตามพระราชดำริ พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตรและสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ 9⁽⁴⁰⁾** โครงการต่าง ๆ เหล่านี้แม้ไม่สามารถต้านทานกระแสการทำลายซึ่งเป็นกระแสใหญ่ทั่วโลก แต่สามารถชะลอปัญหาและเป็นพลังสำคัญให้แก่บุคคลและองค์กรต่าง ๆ ให้มีขวัญกำลังใจและความเพียรพยายามในการทำงานอนุรักษ์โลกและแผ่นดินไทยสืบต่อไป

รางวัลทรงเกียรติ จากนานาชาติ

นอกจากที่กล่าวแล้ว สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงปฏิบัติพระราชกรณียกิจต่าง ๆ อีกมากมาย จนพระเกียรติคุณแผ่ไพศาลไปในนานาอารยประเทศ ทำให้ทรงได้รับถ้วยรางวัลต่าง ๆ มากมาย อาทิ



เหรียญเซเรส (Ceres Medal)

ทูลเกล้าฯ ถวายโดยผู้อำนวยการใหญ่องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) เพื่อเฉลิมพระเกียรติที่ทรงอุทิศพระองค์เพื่องานด้านการส่งเสริมอาชีพราษฎร การเกษตร การสังคมสงเคราะห์ และการช่วยเหลือเด็กกำพร้า เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2522 ณ พระที่นั่งจักรีมหาปราสาท คำจารึกด้านหลังมีข้อความว่า “TO GIVE WITHOUT DISCRIMINATION” ถอดเป็นภาษาไทยได้ว่า “ให้โดยไม่เลือกที่รักมักที่ชัง”

รางวัลสดุดีพระเกียรติคุณ เป็นบุคคลดีเด่นด้านพิทักษ์เด็ก (First Distinguished Service Award)

ทูลเกล้าฯ ถวายโดยสหพันธ์พิทักษ์เด็ก (Save the Children Federation) อันเนื่องมาจากการที่ทรงช่วยเหลือผู้ลี้ภัยชาวเขมรที่เขาล้าน จังหวัดตราด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็ก ๆ ด้วยพระเมตตากรุณาอย่างยิ่ง ณ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2524

รางวัลมนุษยธรรม (The Humanitarian Award)

ทูลเกล้าฯ ถวายโดย Mr.Robert B. Oxnam ประธานสมาคมเอเชีย (Asia Society) ในฐานะที่ทรงช่วยเหลือผู้ลี้ภัย ทรงส่งเสริมศิลปหัตถกรรมไทย ทรงเป็นผู้มองการณ์ไกล และทรงมีความเป็นผู้นำ ณ นครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2528

ประกาศนียบัตรเฉลิมพระเกียรติ ในฐานะนักอนุรักษ์ดีเด่นด้านป่าไม้และสัตว์ป่า

ทูลเกล้าฯ ถวายโดย Mr. Russel Train ประธานกรรมการบริหารกองทุนอนุรักษ์สัตว์ป่าแห่งโลก ในฐานะที่ทรงเป็นนักอนุรักษ์ดีเด่นด้านป่าไม้และสัตว์ป่า ณ พระตำหนักจิตรลดารโหฐาน พระราชวังดุสิต เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529



²¹ที่มา: พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติเจ้าสรีริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ, 2568

รางวัลด้านความช่วยเหลือผู้ลี้ภัย ประจำปี 1990 (The Center for Migration Studies Immigration and Refugee Policy Award 1990)

ทูลเกล้าฯ ถวายโดยศูนย์ศึกษาการอพยพ (The Center for Migration Studies : CMS) เพื่อเฉลิมพระเกียรติที่ทรงเป็นผู้นำดีเด่นด้านมนุษยธรรมในการให้ความช่วยเหลือผู้ลี้ภัยจากประเทศต่าง ๆ ในคาบสมุทรอินโดจีนที่เข้ามาในประเทศไทย ให้ได้มีที่พักพิง ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจ และเห็นใจบรรดาผู้ลี้ภัยในหมู่คนไทยที่เป็นเจ้าของประเทศ ในโอกาสนี้ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระเจ้าน้องนางเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี สมเด็จพระศรีสววงศ์วัฒนวรชัตติยานารี เป็นผู้แทนพระองค์ไปทรงรับรางวัล ณ กรุงวอชิงตัน ดี.ซี. สหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2533



²⁰ที่มา: พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติเจ้าสรีริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ, 2568

สมาชิกภาพกิตติมศักดิ์ (The Honorary Fellowship)

ทูลเกล้าฯ ถวายโดยราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งกรุงลอนดอน เพื่อเฉลิมพระเกียรติที่ทรงช่วยเหลือราษฎรที่ป่วยไข้ และทรงสนับสนุนการแพทย์และการสาธารณสุขไทยให้เจริญก้าวหน้า ณ พระที่นั่งจักรีมหาปราสาท ในพระบรมมหาราชวัง เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2531

รางวัลด้านมนุษยธรรมระหว่างประเทศ (First International Humanitarian Award)

ทูลเกล้าฯ ถวายโดยกลุ่มผู้สนับสนุนพิพิธภัณฑสถานเด็กแห่งกรุงวอชิงตัน ดี.ซี. (The Friends of the Capital Children's Museum) โดย Mrs. Esther Coopersmith ประธานกลุ่ม เพื่อเฉลิมพระเกียรติที่ทรงบำเพ็ญพระราชกรณียกิจเพื่อประโยชน์สุขของมวลมนุษยชาติมาโดยตลอด เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534 โอกาสนี้ นายกเทศมนตรีแห่งกรุงวอชิงตัน ดี.ซี. ได้ประกาศให้วันที่ 1 พฤศจิกายน ของทุกปี เป็น Queen Sirikit Day ด้วย



เหรียญบุโรพุทโธทองคำ (Borobudur Gold Medal)

ทูลเกล้าฯ ถวายโดย Mr. Federic Mayor ผู้อำนวยการใหญ่ องค์การเพื่อการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่ง สหประชาชาติ (ยูเนสโก) เพื่อเฉลิมพระเกียรติที่ทรงพัฒนางาน ศิลปหัตถกรรมเพื่อช่วยเหลือประชาชนให้มีรายได้เลี้ยงตนเอง ณ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2535



²²ที่มา: พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ, 2568

เหรียญรางวัลพิเศษ องค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (The UNICEF Special Recognition Award)

ทูลเกล้าฯ ถวายโดย Mrs. Karin Shampoo รองประธาน ยูนิเซฟเพื่อเฉลิมพระเกียรติคุณในพระมหากษัตริย์คุณที่ทรงมี ต่อแม่และเด็กผ่านหน่วยงานในพระบรมราชินูปถัมภ์ และ โครงการพระราชดำริต่าง ๆ ณ อาคารใหม่ สวนอัมพร พระราชวัง ดุสิต เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2535



ภาพจาก Bangkok Post
²³ที่มา: พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ, 2568

รางวัลแห่งความเป็นเลิศของกองทุนพัฒนา เพื่อสตรีแห่งสหประชาชาติ (The UNIFEM Award of Excellence)

ทูลเกล้าฯ ถวายโดย Mrs. Sharon Capling Alakya ผู้อำนวยการกองทุนพัฒนาเพื่อสตรีแห่งสหประชาชาติ เพื่อเฉลิมพระเกียรติที่ทรงเป็นเลิศในพระราชกรณียกิจ ด้าน การส่งเสริมบทบาทสตรี ณ อาคารใหม่ สวนอัมพร พระราชวัง ดุสิต เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2536



²⁴ที่มา: พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ, 2568

รางวัลหุยศี ปาสเตอร์

ทูลเกล้าฯ ถวายโดยคณะกรรมการหม่อนไหมสากล (Inter-national Sericultural Commission : ISC) เพื่อเฉลิมพระเกียรติคุณที่ทรงมีต่อวงการหม่อนไหมของโลก ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2545⁽⁴³⁾



ดอนญ่า
“ควีนสิริกิติ์”



บัว
“ควีนสิริกิติ์”



กล้วยไม้คัทเลีย
“ควีนสิริกิติ์”

ดอกไม้ ในพระนามาภิไธย และดอกไม้ชื่อพระราชทาน

พระสิริโฉมที่เกริกก้องระบือไกลไปทั่วโลก และพระราชกรณียกิจนานัปการเพื่อการอนุรักษ์ป่าไม้ สัตว์ป่า และพันธุ์ไม้นานาชนิด ทำให้องค์กรต่าง ๆ ทั้งในต่างประเทศและในประเทศได้รับพระราชทาน พระราชานุญาตอัญเชิญพระนามาภิไธยไปเป็นชื่อดอกไม้ที่ได้รับรางวัลยอดเยี่ยมประเภทต่าง ๆ เพื่อเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 6 ชนิด ได้แก่ กล้วยไม้คัทเลีย “ควีนสิริกิติ์”, ดอนญ่า “ควีนสิริกิติ์”, กุหลาบ “ควีนสิริกิติ์”, บัว “ควีนสิริกิติ์”, โมกราชินี และมหาพรหมราชินี

นอกจากนี้ยังมีดอกไม้อีกหลายพันธุ์ที่ทรงพระราชทานชื่อจำนวน 6 ชนิด ได้แก่ ดุสิตา, มณีเทวา, สร้อยสุวรรณา, ทิพเกสร, สร้อยจันทร์ และนิมมานนรดี



กุหลาบ
“ควีนสิริกิติ์”



มหาพรหมราชินี



โมกราชินี

24 ตุลาคม

วันนางฟ้ากลับสวรรค์



สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงเป็นนางฟ้าที่จุติลงมาเป็นนางแก้วคู่พระบารมีแห่งพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ตั้งแต่วันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2475 วันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2568 คือวันที่เสด็จกลับสู่สวรรคาลัย

แต่สำหรับประชาชนชาวไทย วันนี้คือวันที่ “อาทิตย์อัสดง” ตามเนื้อร้อง และทำนองเพลงที่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ทรงพระราชนิพนธ์ขึ้น เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2492 เมื่อต้องทรงห่างไกลกัน ในยามที่ความรัก ฝลึงาม

... ร้างกัน

วันห่างไปไกล

มิดมนหมองมัวปานใด

เยือกเย็นเข็ญใจรัญจวน

ไกลกัน

พาพรันใจครวญ

ร่างกายทรุดโทรมทุกส่วน

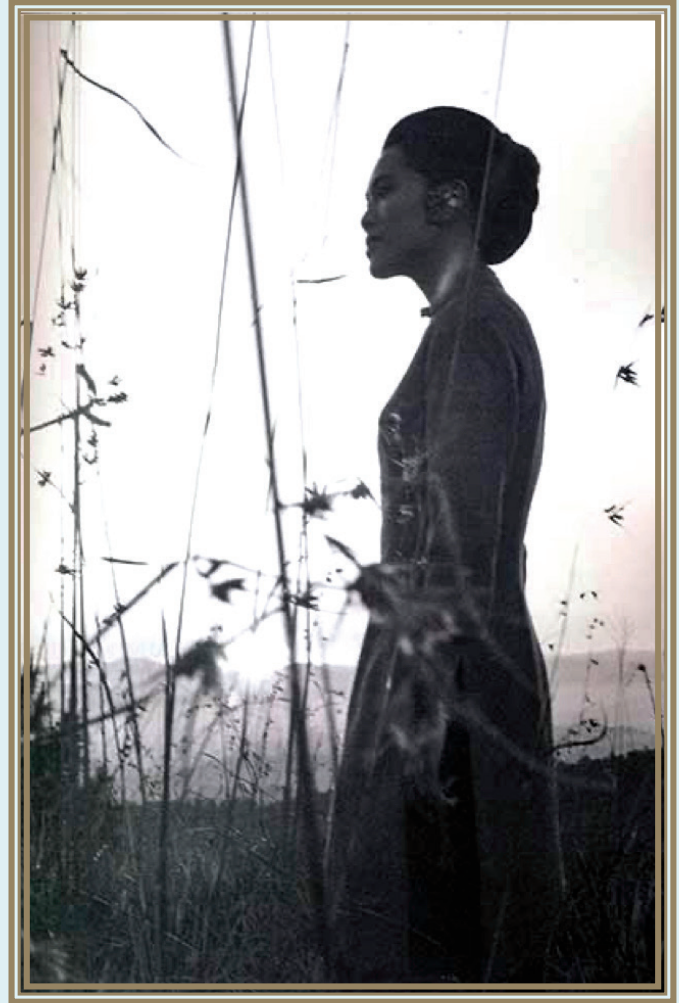
จิตใจร้อนรนแรงอ่อน ...



ทรงจุมพิตมาให้ปวงชนชาวไทยได้รักและเทิดทูน เป็นเวลา 93 ปี 2 เดือน 12 วัน ก็ต้องเสด็จกลับสู่สรวงสวรรค์ ทรงสถิตอยู่ “ในดวงใจนิรันดร์” แห่งพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ดั่งเนื้อร้องและทำนองเพลงที่ทรงพระราชนิพนธ์ขึ้นใน พ.ศ. 2508

... สุดประพันธ์บรรเลงให้ครบครัน
วันอาจจะผ่านเวียนผันไป
รักนั้นจะเนาแน่นแฟ้นใน
ดวงใจนิรันดร์

สำหรับประชาชนชาวไทย สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวงก็ทรงสถิตอยู่ในดวงใจนิรันดร์ เฉกเช่นเดียวกัน

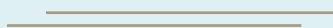


ภาพถ่ายฝีพระหัตถ์พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร

²⁵ที่มา: rama9art, 2560



ของทรงเสวยสุขในสรวงสวรรค์ ร่วมกับ
พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร
มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร
และทรงปกป้องคุ้มครองประเทศไทยและประชาชน
บนผืนแผ่นดินไทย ให้ผ่านพ้นภัยพาล
มีความผาสุกร่มเย็นและเจริญรุ่งเรือง
ตลอดกาลนิรันดร์



สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2569. (ชื่อบทความ). *สุขภาพคนไทย 2569* (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2569. สถานการณ์และแนวโน้มประชากรไทย. *สุขภาพคนไทย 2569* (หน้า 54-55).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



10 หมวดตัวชี้วัด
การเปลี่ยนแปลงทางประชากร
กับสุขภาพคนไทย



10 หมวดตัวชี้วัด

“การเปลี่ยนแปลงทางประชากรกับสุขภาพคนไทย”

สุขภาพคนไทย 2569 เสนอตัวชี้วัด “การเปลี่ยนแปลงทางประชากรกับสุขภาพคนไทย” เพื่อสะท้อนปรากฏการณ์ทางประชากรครั้งสำคัญที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ ตั้งแต่อัตราเกิดที่ลดลง อายุที่ยืนยาวขึ้น การย้ายถิ่น การขยายตัวของเมือง โครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนไป จนถึงการเปลี่ยนผ่านทางเศรษฐกิจและสังคมที่ล้วนส่งผลต่อสุขภาพกาย จิต และสังคมของประชาชน

การนำเสนอตัวชี้วัดในรายงานนี้ แบ่งเป็นทั้งหมด 10 หมวด ภายใต้ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่

- 1 สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางประชากรไทย (หมวด 1)
- 2 ผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากร (หมวด 2-3)
- 3 การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (หมวด 4-9)
- 4 นโยบายเพื่อรับมือการเปลี่ยนแปลงทางประชากร (หมวด 10)

ประเทศไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่ทำให้ภาพประชากรไทยวันนี้แตกต่างจากในอดีตอย่างสิ้นเชิง แนวโน้มการเกิดที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง นานนับทศวรรษ ทำให้ทุกวันนี้ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงกว่าการเกิด และขนาดประชากรเริ่มหดตัว ประกอบกับอายุคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้โครงสร้างอายุเปลี่ยนไปโดยสิ้นเชิงด้วยแนวโน้มเช่นนี้ ภายในปี 2578 คาดว่าวัยเด็กและวัยทำงานจะลดลงรวมกว่า 7 ล้านคน ขณะที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 3.6 ล้านคน กระทั่งกำลังแรงงานและศักยภาพเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันคุณภาพแรงงานยังเผชิญข้อจำกัดจากทักษะที่ไม่สอดคล้องกับตลาดงาน สะท้อนความท้าทายทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

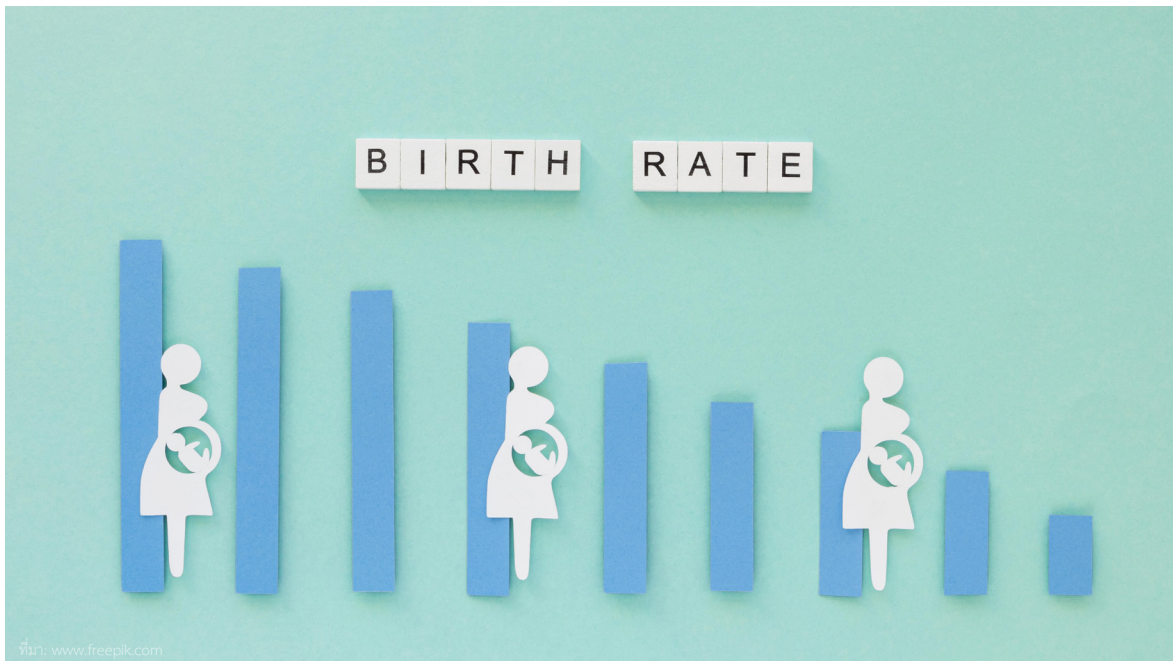
การเปลี่ยนแปลงทางประชากรนี้เกี่ยวข้องกับประเด็นทางสุขภาพโดยตรง ทุกวันนี้ คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ย 75.6 ปี แต่มีช่วงชีวิตที่อยู่กับภาวะเจ็บป่วยยาวถึง 6.9 ปี (และสูงถึง 9.6 ปีในผู้หญิง) สะท้อนภาวะ “อายุยืนแต่ป่วยนาน” พฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่วัยรุ่นส่งผลต่อโรคเรื้อรังในวัยปลาย ขณะที่สุขภาพแม่และเด็กยังเผชิญปัญหามีบุตรยาก การดูแลก่อนและหลังคลอดที่ลดลง และโภชนาการเด็กไม่เหมาะสม ความท้าทายด้านสุขภาพจึงครอบคลุมตลอดช่วงชีวิต นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางประชากรเพิ่มความเปราะบางด้านสุขภาพของบางกลุ่ม ทั้งเด็กยากจนและเยาวชนที่ออกนอกระบบการศึกษาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มอยู่ลำพังเพิ่มสูงถึงร้อยละ 12.9 และแรงงานข้ามชาติราวครึ่งหนึ่งยังขาดหลักประกันสุขภาพ

นอกจากผลกระทบทางตรง **การเปลี่ยนแปลงทางประชากรทำให้ภาพครอบครัวไทยในปัจจุบันเปลี่ยนไป** ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพคนไทยได้เช่นกัน การเพิ่มขึ้นของการเป็นโสดและการอยู่อาศัยลำพังสะท้อนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวไทย ข้อมูลชี้ว่าคนโสดหรือหย่าร้างมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเฉลี่ยสูงถึง 14 ชั่วโมงต่อวัน เกินเกณฑ์ที่แนะนำ โดยเฉพาะหญิงโสดกว่าร้อยละ 50 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ในขณะที่ผู้ที่อยู่กับคู่สมรสและมีบุตรมีแนวโน้มรับประทานอาหารเช้าครบมื้อและบริโภคผักผลไม้สม่ำเสมอ

เมื่อ**ครัวเรือนพ่อแม่ลูกลดลงและการอยู่อาศัยลำพังเพิ่มขึ้น** ทำให้เกิดเทรนด์ใหม่ในสังคม เช่น การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงเหมือนลูก โดยเฉพาะในกลุ่มคนโสด นอกจากนี้ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัล ทำให้เครือข่ายสังคมในโลกออนไลน์มีบทบาทสำคัญมากขึ้น โดยคนไทยใช้เครือข่ายออนไลน์นี้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและตัดสินใจด้านสุขภาพ และยังเป็นช่องทางสำคัญในการติดต่อครอบครัวและเพื่อน

การศึกษาและการเรียนรู้เป็นอีกมิติทางสังคมที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเกิดที่ลดลง โรงเรียนเกือบ 2,000 แห่งต้องปิดตัว และกว่า 8,000 แห่งถูกลดขนาดในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา กระทั่งโอกาสและคุณภาพการเรียนรู้ ในขณะที่โครงสร้างครอบครัวและข้อจำกัดทางเศรษฐกิจทำให้เด็กจากครอบครัวขนาดใหญ่มีโอกาสหลุดจากระบบการศึกษาสูงกว่า อีกทั้งการแต่งงานและการตั้งครรภ์ในวัยเรียนยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทักษะ





ตลาดแรงงานกำลังเผชิญปัญหาวัยแรงงานลดลง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ทำงานหรือประสงค์ทำงานเพิ่มขึ้น จาก 3.3 ล้านคนในปี 2560 เป็น 5.0 ล้านคนในปี 2567 สะท้อนบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุ และตลาดแรงงานที่ต้องปรับตัว ขณะเดียวกัน ภาวะครอบครัวและการดูแลบุตรยังจำกัดโอกาสการทำงานของผู้หญิงบางกลุ่ม ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องวางแผนแรงงาน เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของแรงงานในประเทศ พัฒนาทักษะ และบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติ

การสูงวัยของประชากรกำลังสร้างแรงกดดันต่อระบบสาธารณสุขไทย ทั้งด้านการเข้าถึงบริการ กำลังคน และความยั่งยืนทางการเงิน แม้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ผู้สูงอายุยังเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วน “ป่วยแล้วไม่ได้รับการรักษา” สูง จากข้อจำกัดด้านการเดินทางและการรอคอย ขณะเดียวกัน ความต้องการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดว่าในปี 2580 ไทยอาจต้องการผู้ดูแลที่บ้านกว่า 212,896 คน ทั้งหมดนี้เป็นความท้าทายของระบบสาธารณสุขไทย ที่ต้องสร้างระบบนิเวศการดูแลที่ยั่งยืนรองรับสังคมสูงวัย

การเข้าสู่สังคมสูงวัยกำลังสร้างแรงกดดันทางเศรษฐกิจ การคลัง และโครงสร้างสังคมไทยอย่างชัดเจน โดยแนวโน้มแรงงานหดตัวและทุนมนุษย์พัฒนาช้าทำให้การเติบโตทางเศรษฐกิจระยะยาวชะลอลง ขณะเดียวกัน โครงสร้างงบประมาณสังคมเปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยรายจ่ายด้านการเกษียณอายุเพิ่มสูงสุดถึงร้อยละ 46.2 ในระดับครัวเรือน ผู้สูงอายุจำนวนมากมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการบริโภค ขณะที่ความขัดแย้งระหว่างรุ่นเพิ่มขึ้นท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเทคโนโลยี

การรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของไทยจำเป็นต้องอาศัยนโยบายเชิงรุกและบูรณาการตลอดช่วงชีวิต โดยมีแผนพัฒนาประชากรระยะยาว (พ.ศ. 2565–2580) เป็นกรอบหลักที่มุ่ง “เกิดดี อยู่ดี และแก่ดี” แม้มีความก้าวหน้า เช่น มาตรการวันลาคลอดที่เพิ่มขึ้น แต่ประเทศไทยยังเผชิญข้อจำกัดจำนวนมาก ทั้งด้านเศรษฐกิจ คุณภาพและความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา การขาดแรงงานทักษะสูง และความท้าทายในการดึงดูดแรงงานข้ามชาติ ตลอดจนแรงกดดันต่อความยั่งยืนทางการเงินการคลังสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรได้นำมาซึ่งความท้าทายต่อประเทศและคุณภาพชีวิตของคนไทย หากประเทศสามารถยกระดับคุณภาพประชากร ลดความเหลื่อมล้ำ และเชื่อมโยงนโยบายประชากรกับเศรษฐกิจ แรงงาน และสวัสดิการได้อย่างเป็นระบบ ก็จะสามารถเปลี่ยนแรงกดดันนี้ให้กลายเป็นโอกาสการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาวได้

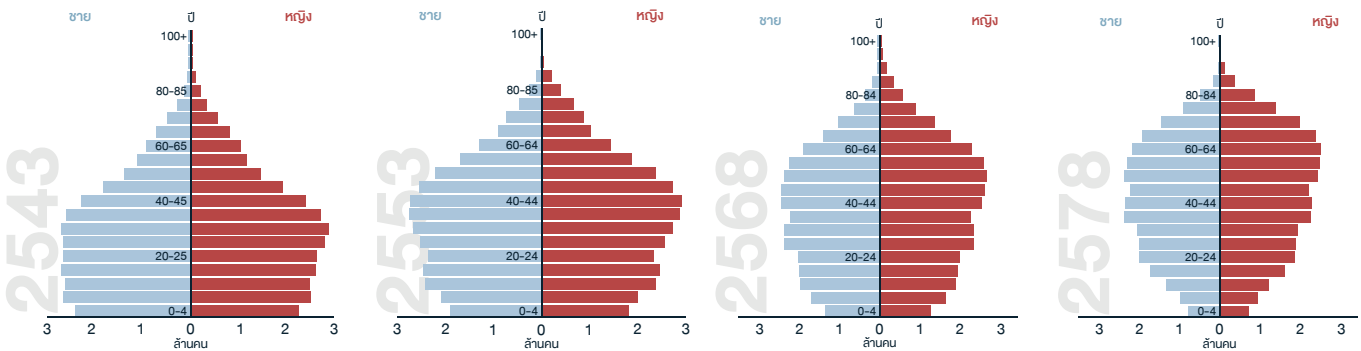
1

สถานการณ์และแนวโน้มประชากรไทย

ปี 2564 เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการเปลี่ยนผ่านประชากร เมื่อการเกิดลดน้อยกว่าการตาย สะท้อนการเริ่มหดตัวของประชากรไทย

ประเทศไทยกำลังเผชิญการเปลี่ยนผ่านทางประชากรทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ จากการเกิดที่ลดลงอย่างรวดเร็ว การก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ และการพัฒนาทุนมนุษย์ที่ยังไม่เต็มศักยภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้มีบทบาทกำหนดทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศไทยในระยะยาว

พีระมิดประชากร

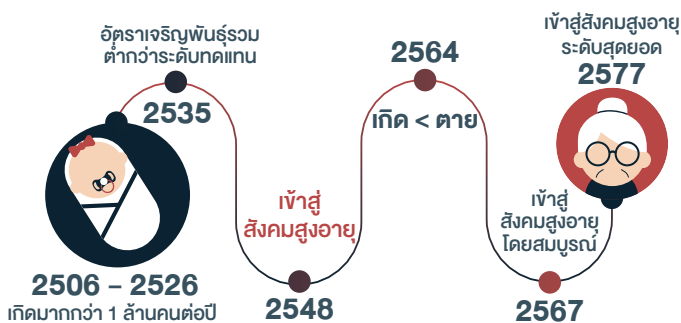


หมายเหตุ: การคาดประมาณนี้ใช้วิธีองค์ประกอบกลุ่มประชากร (Cohort-Component Method) โดยตั้งสมมติฐานว่าอัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR) ลดลงจาก 1.0 เป็น 0.7 ขณะที่อายุคาดเฉลี่ยของประชากรทั้งชาย และหญิงจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามแนวโน้มความก้าวหน้าด้านสาธารณสุข และไม่มีการย้ายถิ่นเกิดขึ้น

ที่มา: สำนักทะเบียนประชากร ปี 2543 และ 2553; ข้อมูลปี 2568 และการคาดประมาณปี 2578 จากการศึกษาโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ประเทศไทยได้เปลี่ยนจากสังคมที่มีวัยแรงงานเป็นฐาน ไปสู่สังคมสูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา จากปี 2543 ถึงปี 2568 พีระมิดประชากรแสดงการหดตัวของฐานประชากรเด็กและการขยายตัวของกลุ่มผู้สูงอายุ ข้อมูลคาดประมาณปี 2578 ชี้ให้เห็นแนวโน้มดังกล่าวชัดเจนยิ่งขึ้น โดยฐานพีระมิดแคบลงและยอดพีระมิดกว้างขึ้น สะท้อนการลดลงของประชากรวัยเด็กควบคู่กับการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของประชากรวัยสูงอายุ ภายในปี 2578 ประชากรวัยเด็กและวัยทำงานจะหายไป 3.8 ล้านคน และ 3.4 ล้านคนตามลำดับ ในขณะที่ประชากรวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้น 3.6 ล้านคน นับเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากรไทยอย่างมีนัยสำคัญ

ครึ่งศตวรรษประชากรไทยจากเด็กเกิดล้านสู่สังคมสูงอายุ



หมายเหตุ: (1) อัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำกว่าระดับทดแทน คือ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีตลอดชีวิตของเธอ อยู่ในระดับที่ต่ำกว่า 2.1 ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้ประชากรคงที่

(2) สังคมสูงอายุ หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7), สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14), สังคมสูงอายุนับสุดยอด หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20)

ที่มา: รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2558-2559, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

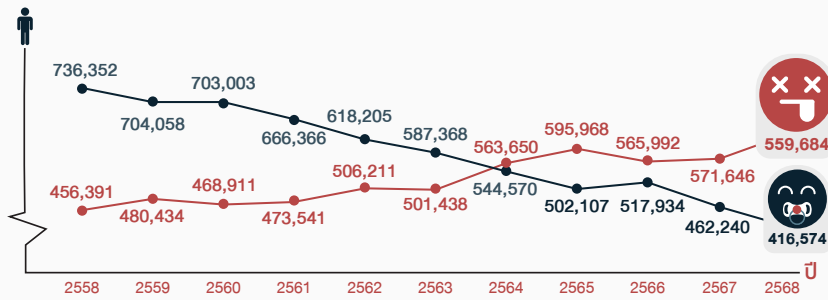
ประชากรไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า

กลุ่มอายุ	ปี 2568	คาดประมาณ ปี 2578	เปลี่ยนแปลง
วัยเด็ก (0-14 ปี)	9.6	5.8	-3.8
วัยทำงาน (15-59 ปี)	41.9	38.5	-3.4
วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	13.9	17.5	+3.6
รวม	65.5	61.9	-3.6

: ล้านคน

ที่มา: คำนวณโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

แนวโน้มจำนวนเกิดและตาย (คน)

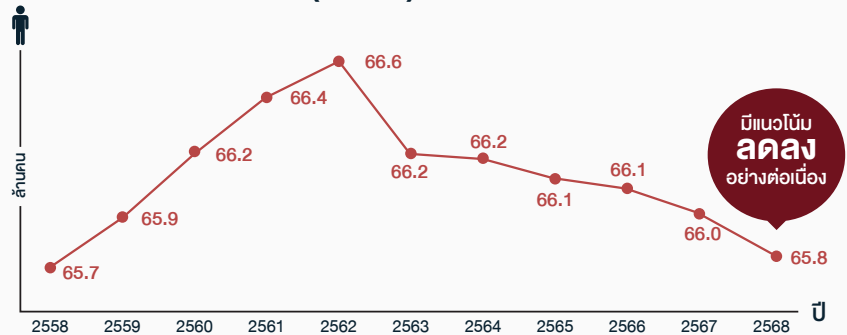


ที่มา: สถิติจำนวนการเกิดและการตาย พ.ศ. 2558-2568, กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุสามารถสะท้อนให้เห็นจากแนวโน้มจำนวนการเกิดและการตายในช่วงปี 2558-2568 ที่เห็นจำนวนการเกิดลดลงอย่างรวดเร็ว จาก 736,352 คนในปี 2558 เหลือเพียง 416,574 คนในปี 2568 สวนทางกับจำนวนการตายที่เพิ่มขึ้นจากปีละ 456,391 คนในปี 2558 เป็น 559,684 คนในปี 2568

ปี 2564 เป็นจุดเปลี่ยนประวัติศาสตร์เมื่อจำนวนการตายสูงกว่าจำนวนการเกิดเป็นครั้งแรก สะท้อนการเริ่มหดตัวตามธรรมชาติของประชากรไทย (natural population decline) ในภาพรวมจึงเห็นขนาดประชากรในประเทศไทยเริ่มหดตัวลงจาก 66.6 ล้านคนในปี 2562 เป็น 65.8 ล้านคนในปี 2568 และจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความท้าทายทั้งในด้านแรงงาน ระบบสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชากรในระยะยาว

แนวโน้มจำนวนประชากร (ล้านคน)



หมายเหตุ: รวมประชากรสัญชาติไทย และไม่ใช้สัญชาติไทย
ที่มา: สถิติจำนวนประชากรทางการทะเบียนรายปี พ.ศ. 2558-2568, กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

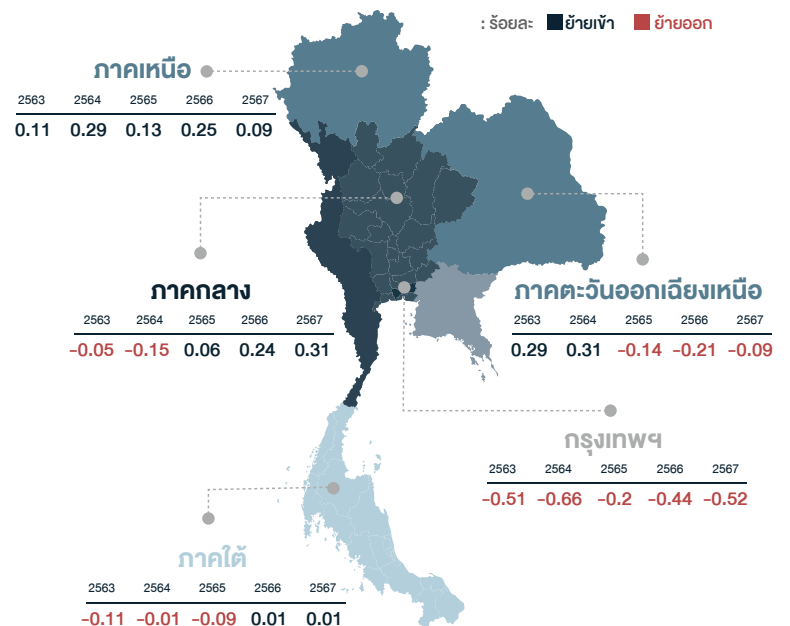
การย้ายถิ่น เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่กำหนดโครงสร้างประชากรในแต่ละพื้นที่ ปี 2567 มีจำนวนผู้ย้ายถิ่นเกือบ 8 แสนคน เป็นผู้ย้ายถิ่นในภาคเดียวกันมากที่สุด ตามด้วยระหว่างภาค และผู้ย้ายถิ่นมาจากต่างประเทศ ข้อมูลสัดส่วนการย้ายออกสุทธิสะท้อนให้เห็นความแตกต่างเชิงพื้นที่ คือพบว่ากรุงเทพฯ มีแนวโน้มประชากรย้ายออกมากกว่าย้ายเข้า ขณะที่ภาคเหนือและภาคกลาง มีแนวโน้มประชากรย้ายเข้ามามากกว่าย้ายออก ทั้งนี้ สาเหตุหลักของการย้ายถิ่นของประชากรไทยยังคงเป็นเรื่องการงาน คิดเป็นร้อยละ 35.9 สะท้อนถึงการกระจายตัวของโอกาสทางเศรษฐกิจ และมีนัยสำคัญต่อการวางแผนเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของประชากรในแต่ละภูมิภาค

ประเภทของการย้ายถิ่น ปี 2567 (แสนคน)



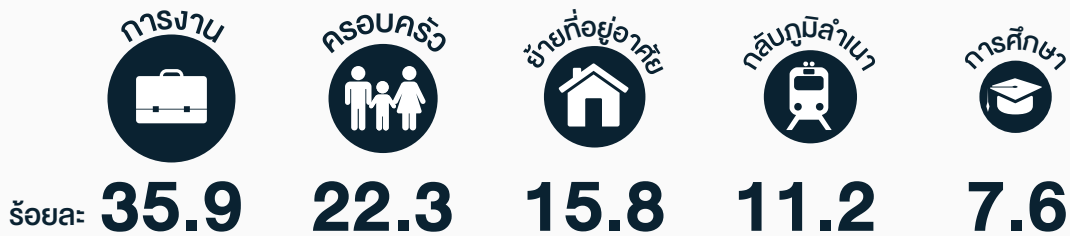
หมายเหตุ: จากจำนวนผู้ย้ายถิ่น 7.99 แสนคน
ที่มา: การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2567, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ร้อยละของการย้ายสุทธิ



ที่มา: การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2567, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

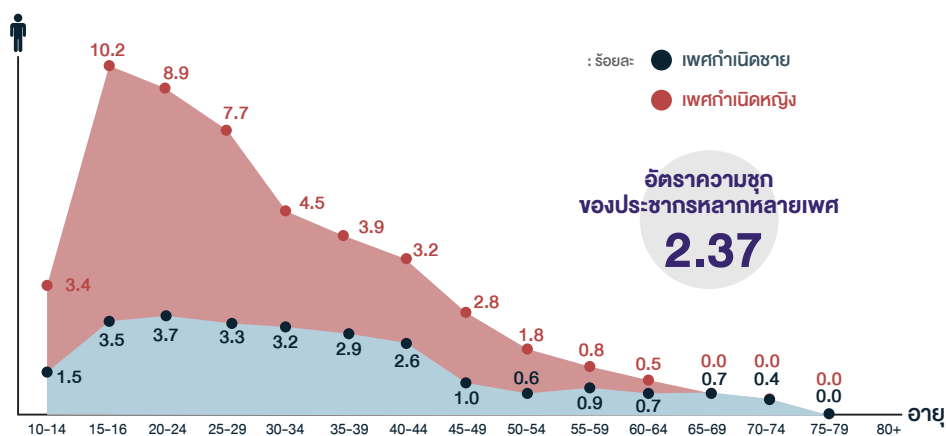
5 สาเหตุหลักของการย้ายถิ่น ปี 2567



ที่มา: การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2567, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากจำนวนและโครงสร้างอายุ ประชากรไทยยังมีความเปลี่ยนแปลงในเชิงคุณลักษณะทางสังคม โดยเฉพาะความหลากหลายทางเพศ ที่ส่งผลต่อรูปแบบครอบครัว และการตัดสินใจมีบุตร ปัจจุบันประชากรหลากหลายทางเพศอยู่ที่ร้อยละ 2.4 ของประชากรทั้งหมด โดยเพศหญิง อายุ 15-19 ปีมีอัตราสูงที่สุด ที่ร้อยละ 10.2 ซึ่งให้เห็นความจำเป็นในการออกแบบนโยบายด้านครอบครัว สุขภาพ และสวัสดิการ ที่รองรับความหลากหลายของประชากรมากยิ่งขึ้น

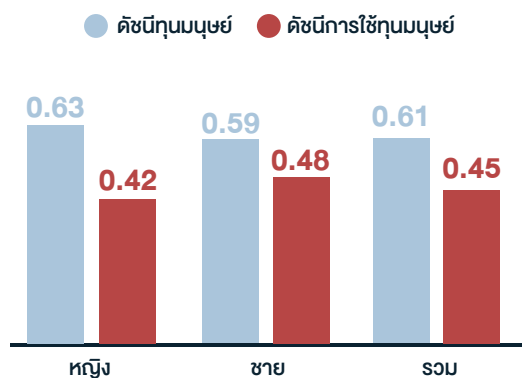
อัตราความชุกของประชากรหลากหลายทางเพศ จำแนกตามเพศกำเนิดและกลุ่มอายุ ปี 2567



หมายเหตุ: ปรับอัตราความชุกของกลุ่มอายุ 20-24, 35-39 และ 50-54 ในเพศกำเนิดชาย และของกลุ่มอายุ 35-39 ในเพศกำเนิดหญิง

ที่มา: รายงานโครงการการคาดประมาณขนาดประชากรหลากหลายทางเพศ และสถานการณ์ชีวิตและสุขภาพของ LGBTQ+, พ.ศ. 2567, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

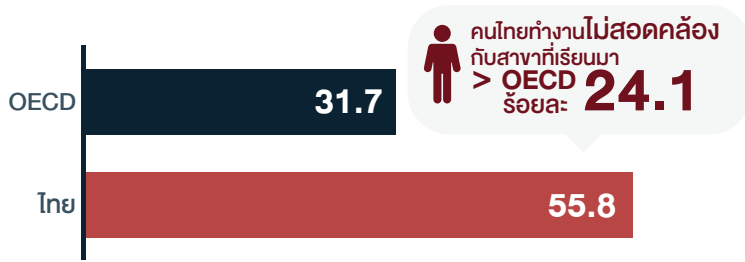
ดัชนีทุนมนุษย์และดัชนีการใช้ทุนมนุษย์ ปี 2563



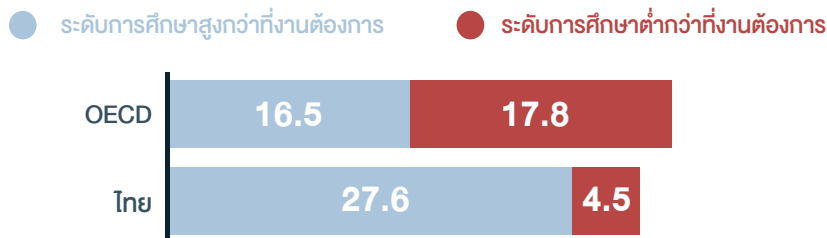
ที่มา: Human Capital Country Brief: Thailand. (2025). World Bank.

ด้านคุณภาพของประชากรไทย พบว่าศักยภาพของประชากรยังถูกใช้ไม่เต็มที่ และไม่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ ในภาพรวมดัชนีทุนมนุษย์อยู่ที่ 0.61 หมายถึงเด็กที่เกิดในประเทศไทยวันนี้ จะสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้เพียงร้อยละ 61 ของศักยภาพสูงสุดที่ควรจะเป็น โดยเด็กผู้หญิงมีค่าดัชนีทุนมนุษย์สูงกว่าเด็กผู้ชาย สะท้อนถึงการสะสมทุนมนุษย์ที่ดีกว่าในระบบการศึกษา อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาดัชนีที่ปรับด้วยการใช้ประโยชน์จริงในตลาดแรงงาน พบว่าค่าดัชนีลดลงเหลือเพียง 0.45 และพบว่าเด็กผู้หญิงมีระดับดัชนีต่ำกว่าผู้ชาย สะท้อนให้เห็นว่าศักยภาพของผู้หญิงไม่สามารถถูกแปรเปลี่ยนเป็นผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจได้อย่างเต็มที่ ด้วยข้อจำกัดด้านโอกาสการจ้างงานและภาวะบทบาททางสังคม

ความไม่สอดคล้องของแรงงานกับความต้องการแรงงานในแนวราบ ปี 2565



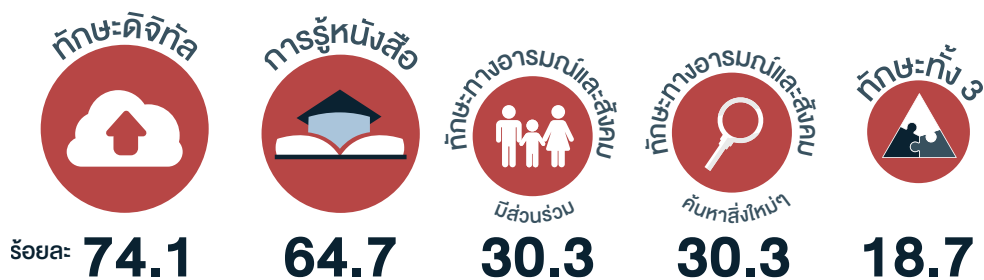
ความไม่สอดคล้องของแรงงานกับความต้องการแรงงานในแนวตั้ง ปี 2565



ที่มา: รายงาน "Human Capital Development in Thailand: An Examination of Gaps, Bottlenecks, and Policy Options" 2025, UNICEF-Thailand

นอกจากนี้ ข้อมูลด้านทักษะยังชี้ให้เห็นข้อจำกัดเชิงคุณภาพของประชากรไทย โดยพบว่าเยาวชนและประชากรวัยแรงงานมีระดับทักษะพื้นฐานชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์ที่ควรเป็น โดยเฉพาะทักษะดิจิทัล ซึ่งมีสัดส่วนผู้ที่มีทักษะต่ำกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 74.1 สถานการณ์ดังกล่าวเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อการปรับตัวของแรงงานไทยในบริบทเศรษฐกิจดิจิทัล การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี และตลาดแรงงานในอนาคต

สัดส่วนเยาวชนและวัยแรงงานที่แสดงทักษะต่ำกว่าเกณฑ์ของทักษะพื้นฐานชีวิต ปี 2564



ที่มา: ทิศทางพัฒนาทักษะพื้นฐานชีวิต เพื่ออนาคตที่เข้มแข็งและยั่งยืนของประเทศ พ.ศ. 2564, กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา และธนาคารโลก

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศไทยเป็นการเปลี่ยนผ่านทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ อนาคตของประเทศไทยจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับแนวความคิด นโยบาย และมาตรการการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการยกระดับคุณภาพประชากรที่ดีและเท่าทันสถานการณ์



2

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสุขภาพ

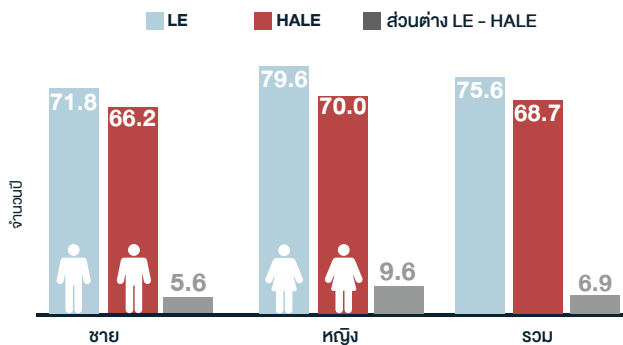
คนไทยอายุยืนยาวขึ้นเป็น 75.6 ปี

แต่ช่วงชีวิตที่อยู่กับสุขภาพที่ไม่ดี ยาวนานถึง 6.9 ปี

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรของไทย - อายุยืนขึ้น เด็กเกิดน้อยลง และสังคมสูงอายุ - กำลังเปลี่ยนภูมิทัศน์สุขภาพของประเทศอย่างชัดเจน ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และมิติทางสังคม โดยความท้าทายไม่ได้จำกัดอยู่ที่ช่วงวัยใดวัยหนึ่ง หากเชื่อมโยงตลอดทุกช่วงชีวิต

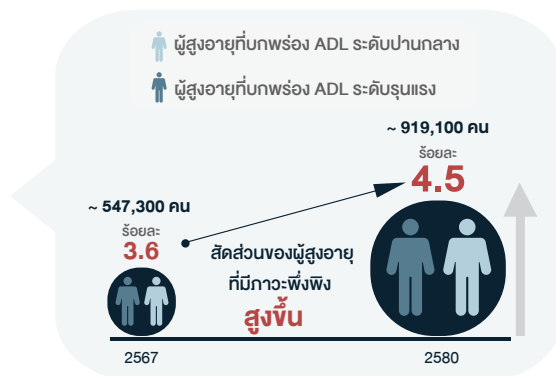
ในภาพรวม สุขภาพกายของคนไทยสะท้อน “อายุยืนแต่ป่วยนาน” ช่วงปี 2552-2567 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) เพิ่มขึ้น 75.6 ปี แต่ช่วงอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพ (Health-Adjusted Life Expectancy: HALE) อยู่ที่ 68.7 ปี หมายถึงช่วงชีวิตที่อยู่กับภาวะเจ็บป่วยหรือพึ่งพิงยาวถึง 6.9 ปี โดยเฉพาะในผู้หญิงที่ยาวนานถึง 9.6 ปี แนวโน้มนี้สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มจากร้อยละ 3.6 ในปี 2567 เป็นร้อยละ 4.5 ในปี 2580 โดยจำนวนผู้พึ่งพิงรวมจะเพิ่มจากราว 547,300 คน เป็นประมาณ 919,100 คน

อายุคาดเฉลี่ย (LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพ (HALE) เมื่อแรกเกิด ณ ปี 2567



หมายเหตุ: LE - Life Expectancy เมื่อแรกเกิด; HALE- Health-Adjusted Life Expectancy เมื่อแรกเกิด
ที่มา: รายงานอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพ (Health-Adjusted Life Expectancy: HALE) ของประชากรไทย, สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กลุ่มงานพัฒนาดัชนีภาวะโรคแห่งประเทศไทย

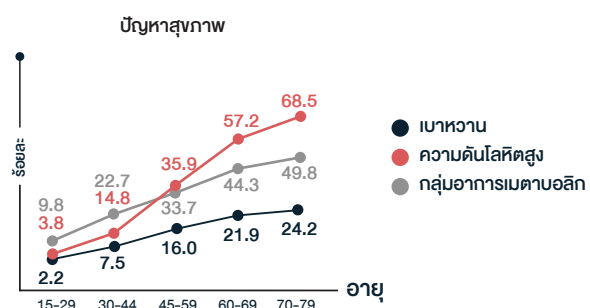
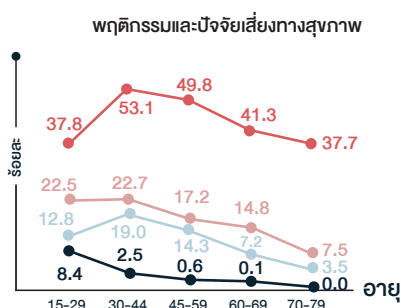
คาดการณ์จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



หมายเหตุ: ประเมินจากความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ระดับปานกลางและระดับรุนแรง
ที่มา: Care at home: Projecting Thailand's need for national and migrant labour for home-based care for older persons 2025, International Labour Organization

ปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุจำนวนมากมีรากฐานจากพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นและวัยทำงาน ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2567-2568) ชี้ว่ากลุ่มอายุน้อยยังสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า ดื่มสุรานั้นมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอและพฤติกรรมการใช้รถไม่เหมาะสมที่นำไปสู่การมีภาวะอ้วน ขณะที่โรคเรื้อรังอย่างเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกลุ่มอาการเมตาบอลิก มักปรากฏชัดในวัยสูงอายุ สะท้อนความจำเป็นของนโยบายป้องกันเชิงรุกตั้งแต่วัยต้น

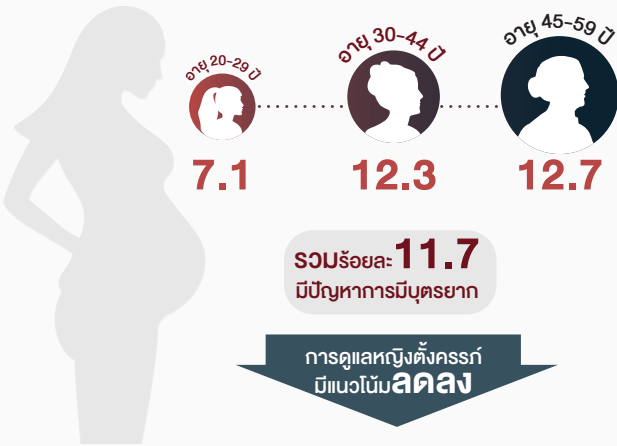
พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และปัญหาสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2567-2568



ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

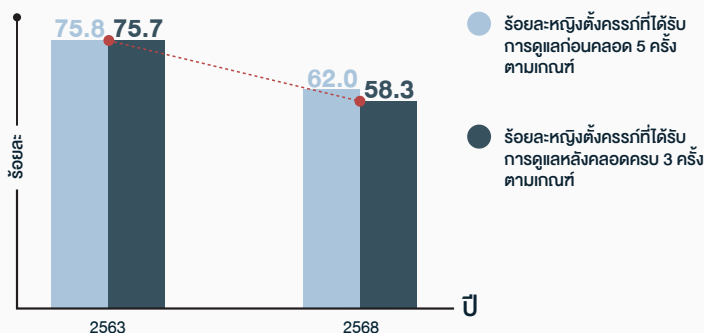
สุขภาพมารดาและเด็กเล็กยังเป็นโจทย์ที่ท้าทายในช่วงต้นของวงจรชีวิต ประเทศไทยเผชิญทั้งภาวะเกิดน้อยและปัญหาทุพโภชนาการ โดยผู้หญิงที่มีคู่สมรสอายุ 20-59 ปี มากกว่า 1 ใน 10 (ร้อยละ 11.7) กำลังประสบภาวะมีบุตรยาก ขณะเดียวกันตัวชี้วัดการฝากครรภ์และการดูแลหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง ขณะที่ภาวะแคะแกร็นและภาวะน้ำหนักเกินในเด็กอายุ 0-5 ปี กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2567 สัดส่วนเพิ่มเป็นร้อยละ 12.9 และ 9.3 ตามลำดับ สะท้อนถึงความเปราะบางของการลงทุนด้านสุขภาพมนุษย์ในระยะยาว

ความชุกภาวะการมีบุตรยาก ในหญิงอายุ 20-59 ปี ที่มีคู่สมรส ปี 2567-2568



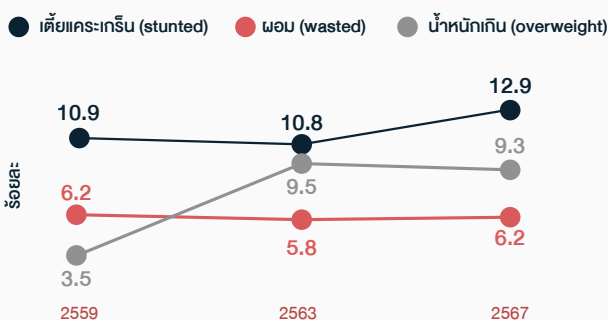
ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดและหลังคลอด



ที่มา: ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

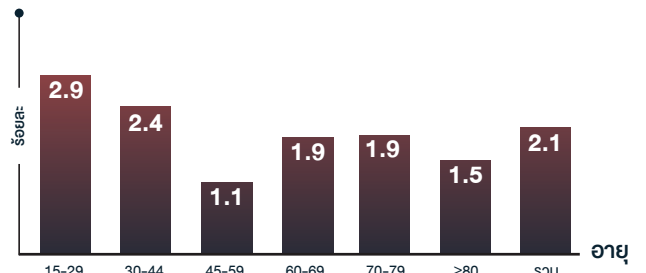
ปัญหาทุพโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี



ที่มา: รายงาน "Human Capital Development in Thailand: An Examination of Gaps, Bottlenecks, and Policy Options 2025", UNICEF-Thailand

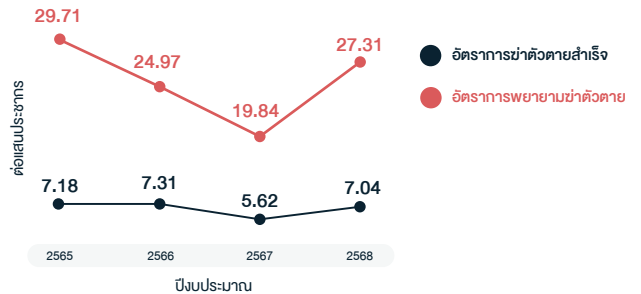
ด้านสุขภาพจิตและสังคม ความเปราะบางปรากฏเด่นในกลุ่มเยาวชนและวัยทำงานตอนต้น การสำรวจปี 2567-2568 พบว่าร้อยละ 2.1 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า แม้ผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุด แต่กลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี กลับมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด สัญญาณนี้สะท้อนความเปราะบางของประชากรวัยหัวเลี้ยวหัวต่อ ซึ่งเป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาในอนาคตของประเทศ

ความชุกภาวะซึมเศร้า จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2567-2568



ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ และการพยายามฆ่าตัวตาย



ปีงบประมาณ 2568	กลุ่มอายุ 5-14 ปี	15-19 ปี	20-59 ปี	≥ 60 ปี	รวมทุกอายุ
อัตรา การฆ่าตัวตาย สำเร็จ	0.43	3.45	8.12	9.97	7.04
อัตรา การพยายาม ฆ่าตัวตาย	19.21	132.83	26.31	8.19	27.31

หมายเหตุ : เฉพาะกรณีที่มีการยืนยันว่าเป็นการฆ่าตัวตายหรือการพยายามฆ่าตัวตาย อาจไม่ครอบคลุมทุกกรณีที่เกิดขึ้นจริงและมีข้อจำกัดด้านความเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศ
ที่มา : วิเคราะห์จากรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง ปีงบประมาณ 2565-2568 และประชากรกลางปี 2565-2568, ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรไม่ใช่เพียงประเด็นจำนวนคน แต่คือโจทย์สุขภาพตลอดช่วงชีวิตที่ต้องการนโยบายบูรณาการ ตั้งแต่การป้องกันโรคตั้งแต่วัยเด็ก การดูแลระยะยาว การส่งเสริมการเกิดคุณภาพ ไปจนถึงการดูแลสุขภาพจิต เพื่อสร้างสังคมไทยที่อายุยืนและอยู่ดีอย่างยั่งยืน

3

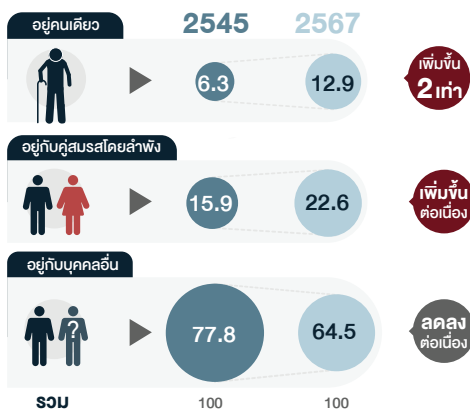
สุขภาพประชากรกลุ่มเปราะบาง

เด็กเล็กอยู่กับพ่อแม่เพียงร้อยละ 55.6 ขณะที่ผู้สูงอายุอยู่ลำพังสูงถึงร้อยละ 12.9

และคนจนในเมืองมีจำนวนใกล้เคียงกับคนจนชนบทแล้ว

การเปลี่ยนแปลงทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของไทย กำลังทำให้ความเปราะบางด้านสุขภาพของประชากรบางกลุ่มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และสถานะทางสิทธิ ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดีตลอดช่วงชีวิต

ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทย: เปรียบเทียบ ปี 2545 และ 2567



ที่มา: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2545 และ 2567, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง เป็นกลุ่มที่ต้องจับตาอย่างใกล้ชิด ข้อมูลปัจจุบันชี้ว่าผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มอยู่อาศัยตามลำพัง หรืออยู่กับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันเพิ่มขึ้น งานศึกษาหลายชิ้นพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีความเสี่ยงต่อความต้องการด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนความจำเป็นของระบบดูแลระยะยาวและการสนับสนุนทางสังคมในระดับชุมชน

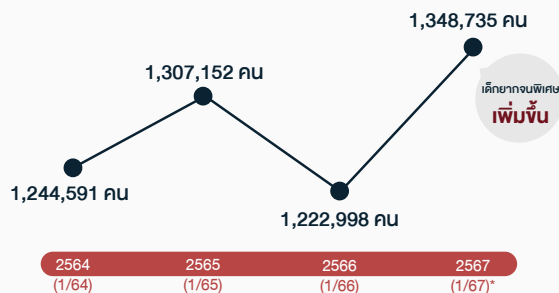


ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง มีความต้องการด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet health need) สูงกว่า ผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้อื่น 1.6 เท่า⁽¹⁾ เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า สูงกว่า 1.2 เท่า⁽²⁾ การอยู่อาศัยลำพัง โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ พบว่า สัมพันธ์กับความพยายามและการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ความเหงาและความรู้สึกถูกทอดทิ้ง เป็นปัจจัยสำคัญต่อการฆ่าตัวตายในช่วงปลายชีวิต^(3,4)

ที่มา: (1) Paek, S. C., & Zhang, N. J., 2025.
(2) Paek, S. C., & Zhang, N. J., 2019.
(3) Luo, Z., Wang, J., Chen, X., Cheng, D., & Zhou, Y., 2024.
(4) De Leo, D., 2022.

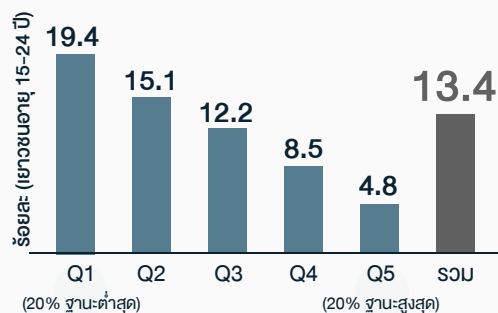
จำนวนนักเรียนยากจนพิเศษ ปีการศึกษา 2564–2567

เด็ก และ เยาวชน กลุ่มเปราะบาง เผชิญความเสี่ยงตั้งแต่วัยต้นเด็กอายุ 0–5 ปี มีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 78 และมีเพียงร้อยละ 55.6 ที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ ซึ่งการอยู่อาศัยร่วมกันและมีปฏิสัมพันธ์ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อพัฒนาการเด็กติดกันในวัยเรียน ปัญหาความยากจนยังซ้ำเติมความเปราะบาง โดยจำนวนเด็กยากจนพิเศษเพิ่มจาก 1.24 ล้านคน เป็น 1.35 ล้านคนในช่วงปี 2564–2567 และเยาวชนอายุ 15–24 ปี ในครัวเรือนรายได้ต่ำสุด มีสัดส่วนอยู่นอกกระบวนการศึกษา การจ้างงาน และการพัฒนาทักษะสูงกว่าเยาวชนกลุ่มฐานะติถึง 4 เท่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและโอกาสในระยะยาว



* ข้อมูล ณ วันที่ 25 ตุลาคม 2567
ที่มา: รายงานสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาปี 2567 และทิศทางการศึกษาปี 2568, สำนักงานกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.)

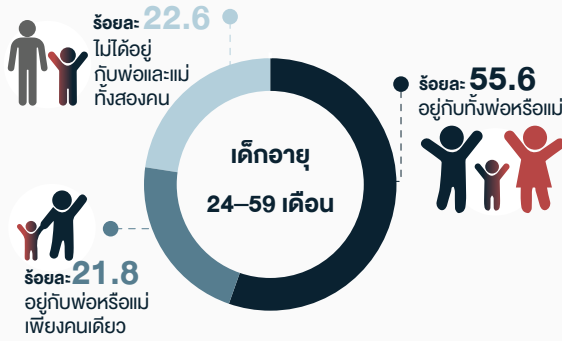
ร้อยละเยาวชนนอกระบบการศึกษา การจ้างงานและการพัฒนาทักษะฝีมือ จำแนกตามระดับเศรษฐกิจฐาน: ปี 2564



หมายเหตุ: (1) เยาวชนนอกระบบการศึกษา การจ้างงานและการพัฒนาทักษะฝีมือ หรือ Not in Education, Employment or Training: NEET
(2) ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2564
(3) ระดับเศรษฐกิจฐาน หรือ quintiles 1-5 (Q1- Q5)

ที่มา: รายงาน "Human Capital Development in Thailand: An Examination of Gaps, Bottlenecks, and Policy Options" 2025, UNICEF-Thailand

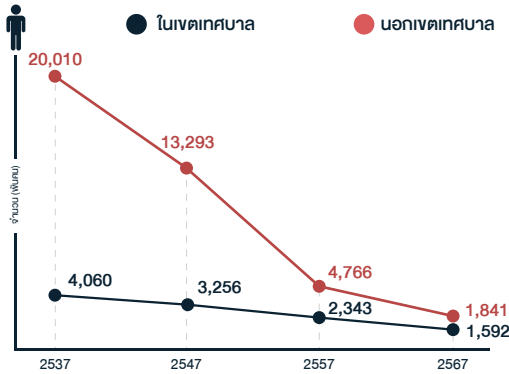
รูปแบบการอยู่อาศัยของเด็กอายุ 24–59 เดือน ปี 2565



ที่มา: (1) การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS) พ.ศ. 2565, สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2) Topothai, T., Phisanbut, N., Topothai, C., Suphanchaimat, R., & Tangcharoensathien, V., 2025.

การอยู่อาศัยกับทั้งพ่อและแม่ หรืออย่างน้อยกับพ่อหรือแม่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์ของพ่อแม่กับเด็กในระดับสูง (adjusted odds ratio = 2.59 และ 2.14 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อพัฒนาการสมวัย ทั้งนี้ พบว่าประมาณ ร้อยละ 12 ของพ่อแม่ไทย มีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอายุ 2–4 ปี ในระดับต่ำ ขณะที่ **ดัชนีพัฒนาการเด็กปฐมวัย** หรือ สัดส่วนเด็กอายุ 24–59 เดือน ที่มีพัฒนาการตามเกณฑ์ของไทยในปี 2565 อยู่ที่ **ร้อยละ 78**

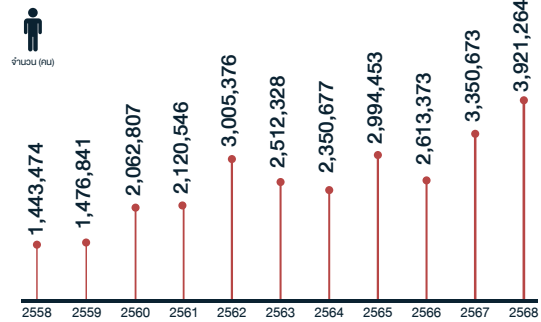
จำนวนคนจน จำแนกตามเขตเทศบาล (พันคน)



กลุ่มเปราะบางทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะคนจนเมือง เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ ปี 2567 ประเทศไทยมีคนจนราว 3.4 ล้านคน โดยคนจนในเขตเมืองมีจำนวนใกล้เคียงกับคนจนชนบท ความไม่มั่นคงด้านรายได้ ที่อยู่อาศัยแออัด และต้นทุนการดำรงชีวิตที่สูง ทำให้คนจนเมืองเผชิญความเสี่ยงด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตในหลายมิติ

ประชากรข้ามชาติ ยังคงเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพจากช่องว่างความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพ ภาพรวมพบว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติในไทยประมาณครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่มีหลักประกันสุขภาพ แม้จะมีช่องทางการคุ้มครองทั้งผ่านระบบประกันสังคมและบัตรประกันสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติ แต่ในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดด้านการขึ้นทะเบียน ความต่อเนื่องของสิทธิและความเข้าใจในระบบ ส่งผลให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ยังเป็นโจทย์เชิงนโยบายที่สำคัญ

จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตคงเหลือในไทย

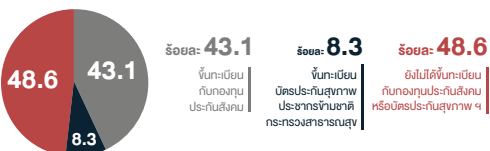


หมายเหตุ: ข้อมูลเดือนธันวาคม ยกเว้น ปี 2568 เป็นข้อมูลเดือนพฤศจิกายน
ที่มา: สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือที่ราชอาณาจักร พ.ศ. 2558-2568, สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน

ผู้ขึ้นทะเบียนกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ท.99) (พ.ย. 2568) มีจำนวนรวม 746,346 คน

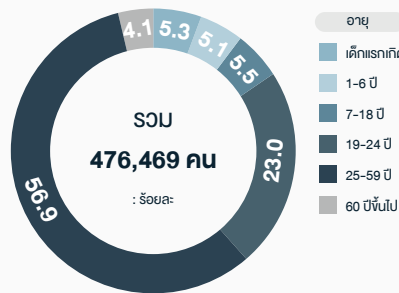
ที่มา: สถิติจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกองทุนสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ท.99), กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ความครอบคลุมของหลักประกันทางสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ปี 2567



หมายเหตุ: ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2567 จากจำนวนแรงงานข้ามชาติที่มีเอกสารรวม 3.02 ล้านคน
ที่มา: Thailand Migration Report 2024, United Nations

จำนวนการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพประชากรข้ามชาติ กระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี 2567



หมายเหตุ: ข้อมูล ณ วันที่ 12 มี.ค. 2568
ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานประกันสุขภาพของประชากรต่างด้าว ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567, กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

สุขภาพของประชากรกลุ่มเปราะบางสะท้อนความท้าทายเชิงโครงสร้างที่ต้องการนโยบายแบบบูรณาการ ครอบคลุมทั้งมิติครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อให้ทุกกลุ่มประชากรสามารถเข้าถึงสุขภาพที่เหมาะสม

“

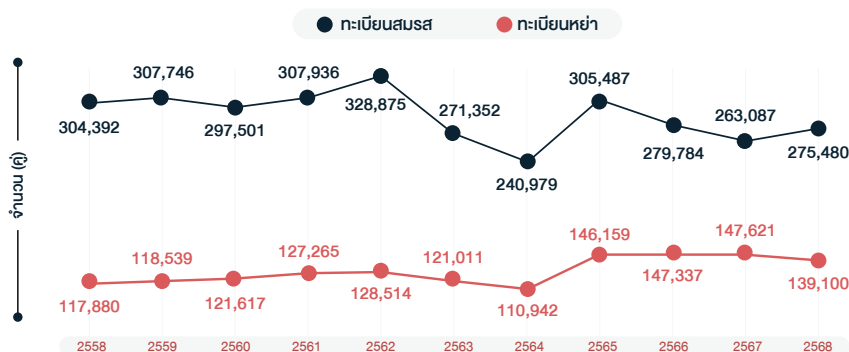
สถานภาพสมรสและครอบครัว

กว่าร้อยละ 50 ของหญิงโสด มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ
เสี่ยงต่อการเกิดออฟฟิศซินโดรม

การเป็นโสดและการอยู่อาศัยลำพังที่เพิ่มขึ้น สะท้อนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวของสังคมไทย จากการลดลงของการจดทะเบียนสมรสและอัตราการหย่าร้างที่สูงขึ้น ซึ่งเชื่อมโยงกับภาวะเด็กเกิดน้อย และเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของประชากรวัยแรงงานในระยะยาว

สถานภาพสมรสมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพของวัยแรงงาน ข้อมูลการสำรวจพบว่าคนโสดและผู้ที่หย่าหรือแยกกันอยู่กับคู่สมรส มีเวลาในการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเฉลี่ยสูงถึง 14 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มหญิงโสดที่กว่าร้อยละ 50 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

แนวโน้มการจดทะเบียนสมรสและการจดทะเบียนหย่า 10 ปีที่ผ่านมา



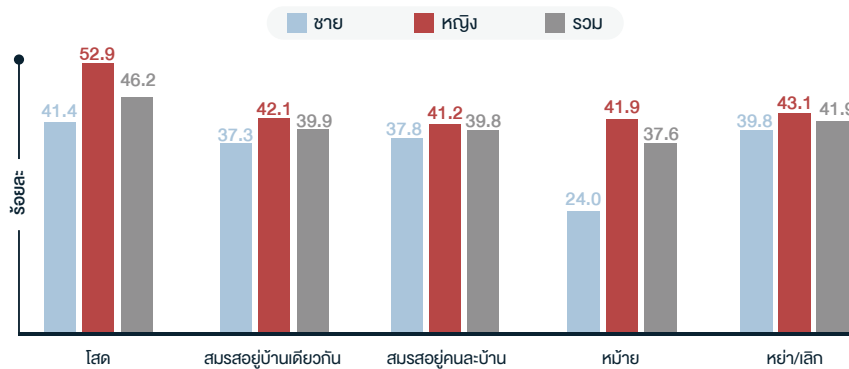
ที่มา: รายงานสถิติจำนวนทะเบียนสมรสและรายงานสถิติจำนวนทะเบียนหย่า พ.ศ. 2558-2568, สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่งของคนไทย ปี 2567



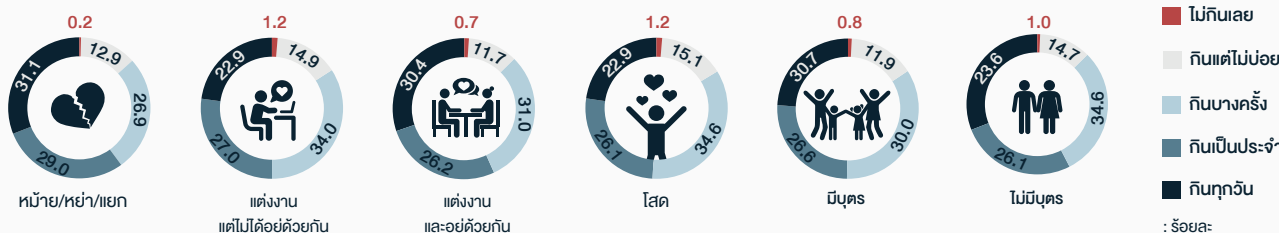
หมายเหตุ: จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันในการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของคนวัยทำงานตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกไม่ควรเกิน 13 ชั่วโมงต่อวัน
ที่มา: โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายประชากรไทย, ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) พ.ศ. 2567, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ จำแนกตามสถานภาพสมรส ปี 2567-2568



หมายเหตุ: กิจกรรมทางกายที่เพียงพอตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก คือ กิจกรรมทางกายระดับปานกลางมากกว่าหรือเท่ากับ 150-300 นาที/สัปดาห์ กิจกรรมทางกายระดับหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 75-150 นาที/สัปดาห์
ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

กินผักผลไม้ในชีวิตประจำวัน จำแนกตามสถานภาพสมรส และการมีบุตร ปี 2568

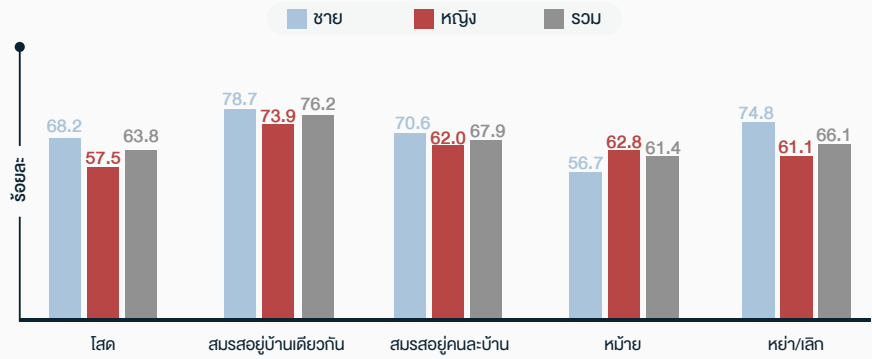


ที่มา: แอปพลิเคชันมิเตอร์: การสำรวจระดับประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2568, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

นอกจากกิจกรรมทางกายแล้ว พฤติกรรมโภชนาการยังแสดงความแตกต่างตามสถานภาพสมรสอย่างชัดเจน คนวัยทำงานที่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและมีบุตรมีแนวโน้มบริโภคผักและผลไม้ในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ และรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อมากกว่าคนที่ยังโสด สะท้อนอิทธิพลของการอยู่ร่วมกับครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพ

และการจัดการชีวิตประจำวัน ความแตกต่างนี้มีความสำคัญต่อสุขภาพระยะยาว โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มการเป็นโรคที่เพิ่มสูงขึ้นของประชากรไทย

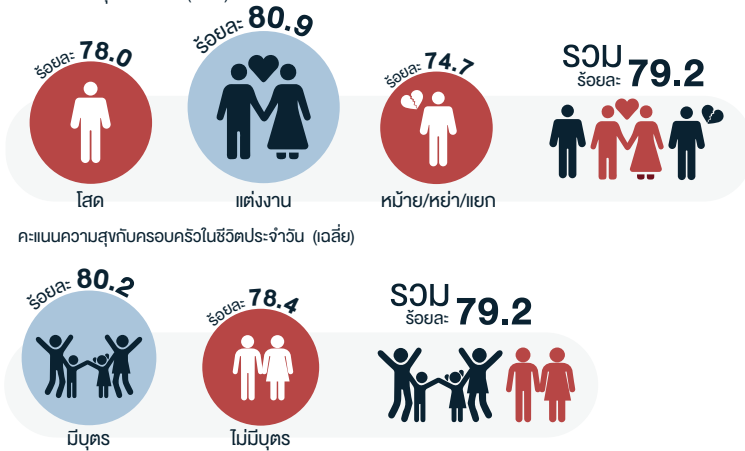
สัดส่วนของผู้ที่กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน จำแนกตามสถานภาพสมรส ปี 2567-2568



ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คะแนน (เฉลี่ย) ความสุขกับครอบครัวในชีวิตประจำวัน จำแนกตามสถานภาพสมรส และการมีบุตร ปี 2568

คะแนนความสุขครอบครัว (เฉลี่ย)



คะแนนความสุขกับครอบครัวในชีวิตประจำวัน (เฉลี่ย)

ที่มา: แอปพลิเคชันมิเตอร์: การสำรวจระดับประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2568, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

7 ข้อดี ของคนโสด

การโสดไม่ใช่เรื่องแย่ แค่เปลี่ยนมุมมอง

1. ได้รักตัวเอง มากกว่าที่เคย
2. เรียนรู้การอยู่คนเดียว อย่างมีความสุข
3. มีอิสระในการลองทำสิ่งใหม่ๆ ได้อย่างเต็มที่
4. ตามใจตัวเอง ได้อย่างเต็มที่
5. เปิดโอกาส ได้เจอคนที่ใช่กว่าเดิม
6. ได้ใช้เวลากับคนรอบข้าง
7. มีเวลาดูแล สุขภาพตัวเองมากขึ้น

ที่มา: 7 ข้อดีของคนโสด พ.ศ. 2568, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ด้านสุขภาพจิต ผลการสำรวจระดับประเทศ ด้านสุขภาพจิต ความเป็นอยู่ที่ดี และเพิ่มผลผลิตในการทำงาน ปี 2568 พบว่า วัยทำงานที่แต่งงานมีคู่ และผู้ที่มีบุตร มีคะแนนความสุขในชีวิตประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่เป็นโสดหรือไม่มีบุตร สะท้อนความสำคัญของการมีคู่และการมีบุตรต่อการสนับสนุนทางอารมณ์ การบรรเทาความเครียด และความสุขในชีวิตประจำวัน

อย่างไรก็ตาม การมีหรือไม่มีคู่สมรส “ไม่ใช่เงื่อนไขเดียว” ของความสุข การเป็นโสดก็สามารถส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ หากใส่ใจโภชนาการ มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ พัฒนาตนเอง และสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ ความสุขไม่จำเป็นต้องผูกติดกับการมีคู่ แต่เกิดจากการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมาย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวของประเทศไทยจึงเป็นมากกว่าประเด็นทางสถิติประชากร แต่เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสวัสดิการของประชากรในวงกว้าง การออกแบบนโยบายสาธารณะจำเป็นต้องคำนึงถึงความหลากหลายของรูปแบบครอบครัวและสถานภาพสมรส เพื่อส่งเสริมให้ประชากรทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงโอกาสในการมีสุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน ไม่ว่าจะเลือกใช้ชีวิตในรูปแบบใด



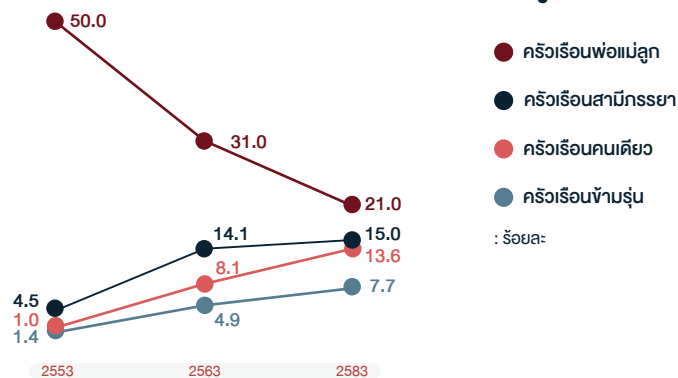
เครือข่ายสังคมและชุมชน

เมื่อโครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนไป โซเชียลมีเดียกลายเป็นสายใยหลัก
โดยพบว่าคนไทยร้อยละ 58 ใช้เพื่อติดต่อสื่อสารกับครอบครัวและเพื่อน

การลดลงของครัวเรือนพ่อแม่ลูก และการเพิ่มขึ้นของรูปแบบการอยู่อาศัยเพียงลำพัง ส่งผลให้เครือข่ายสังคมและชุมชน ทั้งในโลกจริงและโลกออนไลน์มีบทบาทสำคัญยิ่งขึ้น การเชื่อมโยงผู้คนและสนับสนุนสุขภาวะในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเมื่อโครงสร้างครอบครัวแบบดั้งเดิมเปลี่ยนแปลงไป เพิ่มความเสี่ยงต่อความโดดเดี่ยวทางสังคมและการขาดผู้ดูแลใกล้ชิดในยามฉุกเฉิน

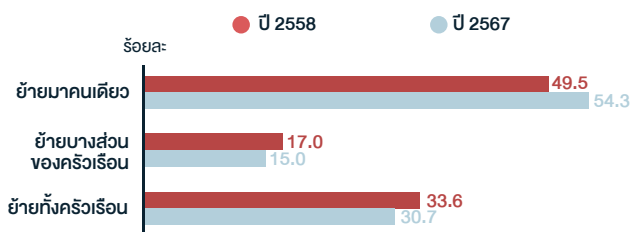
ภายใต้บริบทของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลง การย้ายถิ่นในปี 2567 ส่วนใหญ่เป็นการย้ายเพียงลำพังถึงร้อยละ 54.3 ส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ “ครอบครัวแห่วงกลาง” เพิ่มมากขึ้น ทำให้ภาระการดูแลถูกถ่ายโอนไปสู่เครือข่ายในชุมชน เพื่อนบ้าน และกลไกสนับสนุนต่าง ๆ ในชุมชน ขณะเดียวกัน แนวโน้มการมีลูกน้อยลงและการอยู่อาศัยเพียงลำพังที่มากขึ้น ทำให้ “สัตว์เลี้ยง” ถูกยกระดับเป็น “สมาชิกในครอบครัว” หรือ “เป็นลูก” โดยผู้ที่เลี้ยงสัตว์เลี้ยงเกือบครึ่งหนึ่งคิดเป็น ร้อยละ 49 เลี้ยงสัตว์แทนลูก และร้อยละ 80.7 ของผู้เลี้ยงสัตว์มีสถานะโสด สัตว์เลี้ยงจึงทำหน้าที่เป็นเครือข่ายสนับสนุนทางอารมณ์ที่สำคัญช่วยลดความเหงา ความเครียด และส่งเสริมสุขภาพจิตของเจ้าของ

แนวโน้มสัดส่วนครัวเรือนวัยแรงงาน จำแนกตามรูปแบบครัวเรือน



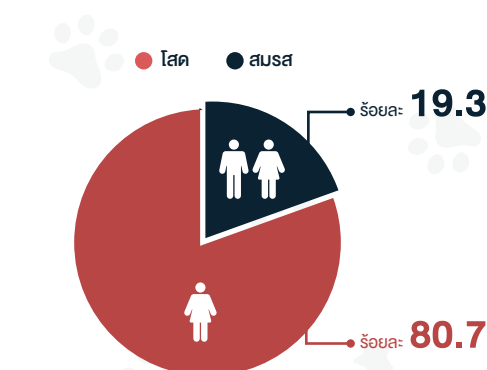
ที่มา: ครัวเรือนไทยในอนาคต: พ.ศ. 2583, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สัดส่วนของการย้ายถิ่น จำแนกตามรูปแบบการย้ายถิ่น



ที่มา: การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2558-2567, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สภาพภาพสมรสของผู้เลี้ยงสัตว์



ที่มา: Petsumer Marketing เจาะลึกอินไซด์โดนใจทาสสายเปย์ (2566), วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ชุมชนจึงต้องเข้ามามีบทบาทเป็นเครือข่ายสนับสนุนที่สำคัญมากยิ่งขึ้น ตัวอย่างหนึ่งที่สะท้อนบทบาทนี้ คือ การขับเคลื่อน “ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ: ศพอส.” โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในฐานะกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ศูนย์ดังกล่าวเป็นพื้นที่รวมกลุ่มในการจัดกิจกรรมและบริการที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการสร้างรายได้และงานที่เหมาะสม เป็นการยกระดับการจัดบริการและสวัสดิการทางสังคมเพื่อคุ้มครอง ส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับชุมชน

อัตราส่วนผู้สูงอายุต่อศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ปี 2567

5 จังหวัดที่มีอัตราส่วนผู้สูงอายุ ต่อ ศพอส. 1 แห่ง **มากที่สุด**

- สมุทรปราการ 35,133
 - นนทบุรี 32,933
 - สมุทรสาคร 27,978
 - นครปฐม 23,487
 - ปทุมธานี 19,309
- (คน/1 แห่ง)

ภาคเหนือ

จำนวนชมรมผู้สูงอายุ 9,586 ชมรม
จำนวนสภาองค์กรชุมชน 1,671 แห่ง

กรุงเทพมหานคร

จำนวนผู้สูงอายุ 1,456,740 คน
จำนวน ศพอส. 1 ศูนย์
จำนวนชมรมผู้สูงอายุ 571 ชมรม
จำนวนสภาองค์กรชุมชน 50 แห่ง

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จำนวนชมรมผู้สูงอายุ 17,657 ชมรม
จำนวนสภาองค์กรชุมชน 2,908 แห่ง

5 จังหวัดที่มีอัตราส่วนผู้สูงอายุ ต่อ ศพอส. 1 แห่ง **น้อยที่สุด**

- บราฮีวาส 2,716
 - น่าน 2,684
 - สตูล 2,627
 - หนองบัวลำภู 2,471
 - พะเยา 2,466
- (คน/1 แห่ง)

ภาคกลาง

จำนวนชมรมผู้สูงอายุ 4,426 ชมรม
จำนวนสภาองค์กรชุมชน 1,988 แห่ง

ภาคใต้

จำนวนชมรมผู้สูงอายุ 2,290 ชมรม
จำนวนสภาองค์กรชุมชน 1,176 แห่ง



ที่มา: คำนวณโดยผู้เขียน จาก รายงานจำนวนศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2567, กรมกิจการผู้สูงอายุ และ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมี ศพอส. จำนวน 2,234 แห่ง จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด 7,852 แห่ง คิดเป็นเพียงร้อยละ 28.5 เท่านั้น ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากอาจขาดโอกาสในการเข้าถึงการดูแลเชิงป้องกัน การรับรู้สิทธิประโยชน์ และการเข้าร่วมกิจกรรมหรือเครือข่ายทางสังคมที่จำเป็น

เหตุผลหลักที่คนไทยเลือกใช้โซเชียลมีเดีย ปี 2568



การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรยังทำให้ "ชุมชน" ที่แท้จริงย้ายไปอยู่ในโลกดิจิทัล เป็น "ชุมชนออนไลน์" โดยเฉพาะโซเชียลมีเดีย ซึ่งกลายเป็นชุมชนหลักที่คนไทยใช้ในการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล ชุมชนออนไลน์เหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงพื้นที่สื่อสารทั่วไป แต่ยังเป็นเครือข่ายเฉพาะที่มีอิทธิพลสูงต่อการตัดสินใจ โดยเฉพาะการตัดสินใจด้านสุขภาพ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือกลุ่มคนรักสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทเป็นแหล่งข้อมูล การสนับสนุนทางอารมณ์ และการแบ่งปันประสบการณ์

เครือข่ายสังคมและชุมชนที่เข้มแข็งเปรียบเสมือน "วัคซีนทางสังคม" ที่สำคัญที่สุด การลงทุนเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้และความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคมทั้งในโลกจริงและโลกดิจิทัล จึงเป็นการลงทุนที่จำเป็นเร่งด่วน เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืนสำหรับคนไทยทุกคนในยุคที่โครงสร้างครอบครัวและรูปแบบการอยู่อาศัยเปลี่ยนแปลงไป

ที่มา : Digital 2026: Thailand. DataReportal. 2026, We Are Social.

6

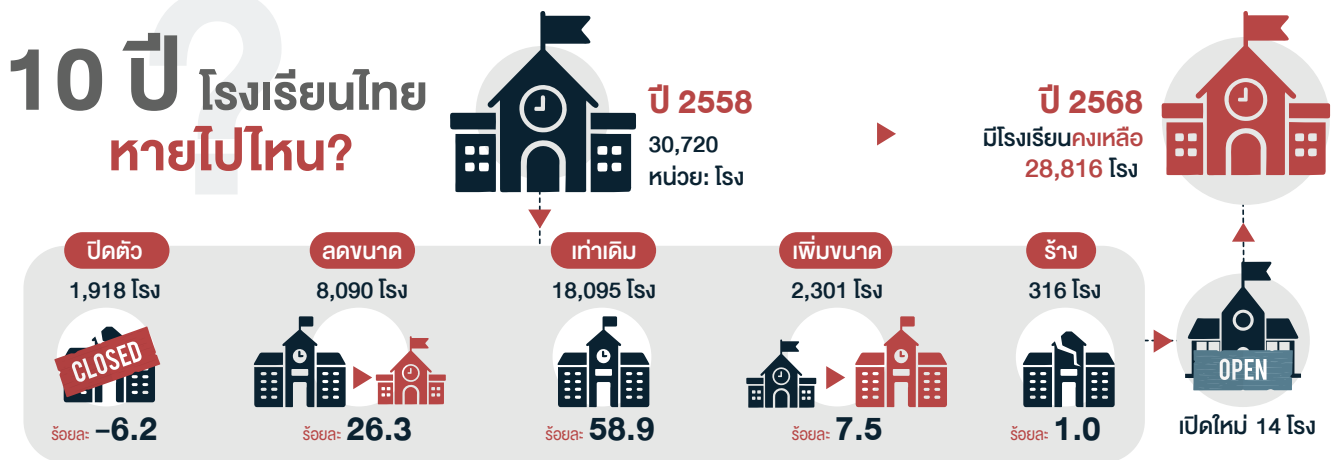
การศึกษาและการเรียนรู้

อัตราการเกิดที่ลดลงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรงเรียนต้องปิดตัวเกือบ 2,000 แห่ง
ลดขนาดอีกกว่า 8,000 แห่งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึง
และคุณภาพการศึกษา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังกระทบต่อระบบการศึกษาและการเรียนรู้ของประชากร
ในทุกช่วงวัย ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนไทยในระยะยาว โดยเฉพาะในบริบทของการเกิดที่ลดลง
อย่างรวดเร็วและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ถึงเวลาแล้วที่การศึกษาไทยต้องเน้นการพัฒนาคุณภาพ
มากกว่าปริมาณ ซึ่งจะมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาทุนมนุษย์และคุณภาพชีวิตของคนไทยในระยะยาว

ในระบบการศึกษา การเกิดที่ลดลงอย่างรวดเร็วสร้างแรงกดดันอย่างมากต่อสถาบันการศึกษา โดยเฉพาะในพื้นที่
ห่างไกล ข้อมูลระหว่างปี 2558-2568 แสดงให้เห็นว่าโรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจำนวนมาก
ต้องปิดตัวลง โดยเกือบทั้งหมดเป็นโรงเรียนขนาดเล็ก สถานการณ์นี้อาจส่งผลต่อการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพและเพิ่ม
ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะชุมชนชนบทที่เด็กต้องเดินทางไกลขึ้นหรือสูญเสียโอกาสทางการศึกษา

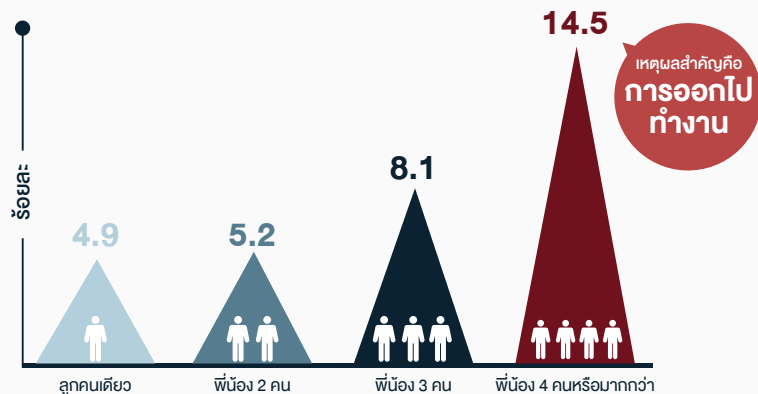
จำนวนโรงเรียนที่ปิดตัวและลดขนาด ปี 2558-2568



ที่มา: เด็กเกิดน้อย โรงเรียนสูญหาย และการศึกษาที่ถูกปิดตาย, The Active

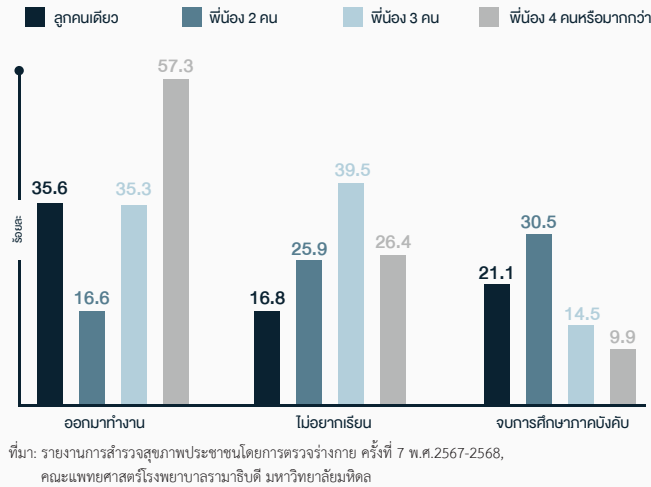
ในระดับครัวเรือน โครงสร้างครอบครัวมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับโอกาสทางการศึกษาของเด็ก ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าเด็กอายุ 10-19 ปีที่มีพี่น้องตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป มีโอกาสไม่อยู่ในระบบการศึกษาสูงกว่าเด็กที่เป็นลูกคนเดียวเกือบ 3 เท่า โดยเหตุผลสำคัญคือการออกไปทำงาน สะท้อนแรงกดดันทางเศรษฐกิจที่ผลักดันให้เด็กในครอบครัวขนาดใหญ่ต้องแสวงหาโอกาสทางการศึกษาเพื่อมีส่วนร่วมสร้างรายได้ครอบครัว

สัดส่วนประชากร 10-19 ปี ที่ไม่ได้ศึกษาแล้ว จำแนกตามจำนวนพี่น้อง ปี 2567-2568



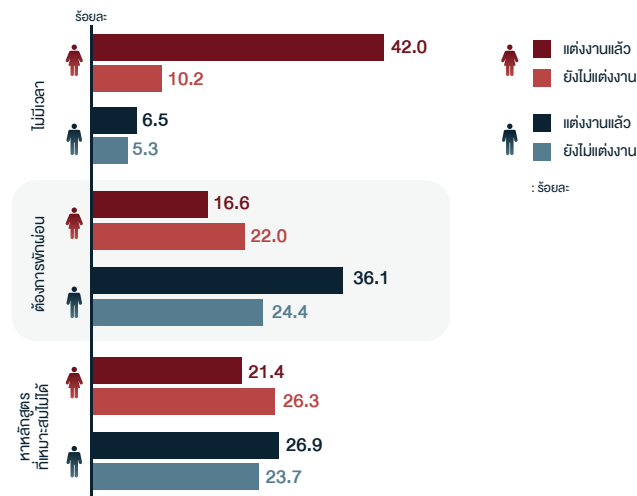
ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สาเหตุที่ไม่ได้ศึกษาแล้ว จำแนกตามจำนวนพี่น้อง ปี 2567-2568



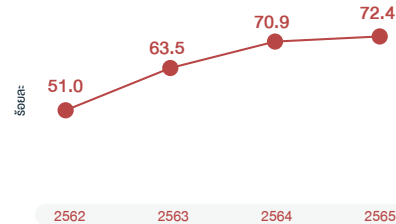
ขณะเดียวกัน การแต่งงานยังเป็นปัจจัยจำกัดการเรียนรู้ โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนหญิงที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา การจ้างงาน หรือการฝึกอบรม พบว่ากลุ่มที่แต่งงานแล้วถึงร้อยละ 42 ไม่พัฒนาทักษะเนื่องจากไม่มีเวลา เทียบกับร้อยละ 10.2 ในกลุ่มที่ยังไม่แต่งงาน สะท้อนถึงภาระหน้าที่และบทบาทครอบครัวที่เกิดจากการแต่งงานในวัยเรียน กลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาตนเอง

สัดส่วนกลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา การทำงาน หรือการฝึกงาน (NEET) จำแนกตามเหตุผลที่ไม่พัฒนาทักษะ สถานะสมรส และเพศ ปี 2564



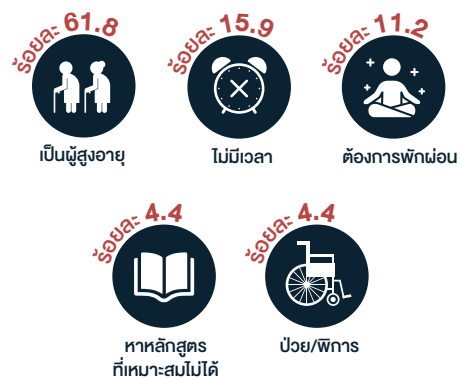
ในระดับปัจเจก การตั้งครุภในวัยเรียนยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อเส้นทางการศึกษา ในช่วงปี 2562-2565 สัดส่วนนักเรียนหญิงตั้งครุภที่สามารถเรียนต่อในระบบเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากร้อยละ 51 เป็นร้อยละ 72.4 การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนถึงความก้าวหน้าในการปรับตัวของระบบการศึกษาไทยในการรองรับความหลากหลายของเส้นทางชีวิต และการลดตราบาททางสังคม

สัดส่วนนักเรียนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่ตั้งครุภ และได้เรียนต่อในระบบ



เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเรียนรู้ตลอดชีวิตยังไม่เป็นบรรทัดฐานทางสังคม ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 61.8 ให้เหตุผลในการไม่พัฒนาทักษะว่าเป็นผู้สูงอายุแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องเรียนรู้เพิ่มเติม ทศนคติดังกล่าวสะท้อนความเชื่อทางสังคมที่จำกัดบทบาทการเรียนรู้ไว้เฉพาะวัยเรียนและวัยทำงาน ทั้งที่ในบริบทของสังคมสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นความจำเป็นสำหรับการรักษาคุณภาพชีวิต และการมีส่วนร่วมทางสังคม

5 เหตุผลหลักที่ผู้สูงอายุไม่รับการฝึกอบรม ปี 2564



ที่มา: Potranandana, W., 2024

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจึงส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการเรียนรู้ในทุกมิติ ตั้งแต่การปิดตัวของสถานศึกษา ความเหลื่อมล้ำจากโครงสร้างครอบครัว ไปจนถึงอุปสรรคต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต ความท้าทายเหล่านี้หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ จะสะสมเป็นความเหลื่อมล้ำด้านทุนมนุษย์ที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนไทยในระยะยาว

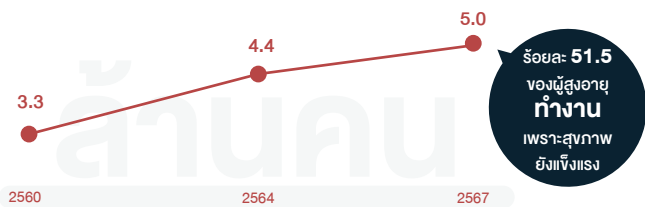


การทำงาน

จำนวนผู้สูงอายุที่ทำงานหรือต้องการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
จาก 3.3 ล้านคน ในปี 2560 เป็น 5 ล้านคนในปี 2567

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากรของไทย โดยเฉพาะการลดลงของสัดส่วนวัยทำงาน กำลังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ ประเทศไทยจำเป็นต้องวางแผนแรงงานอย่างรอบด้าน ทั้งการเพิ่มการมีส่วนร่วมของแรงงานภายในประเทศ การพัฒนาคุณภาพแรงงานรุ่นใหม่ และการวางแผนนำเข้าแรงงานข้ามชาติเพื่อทดแทนแรงงานที่ขาดแคลน

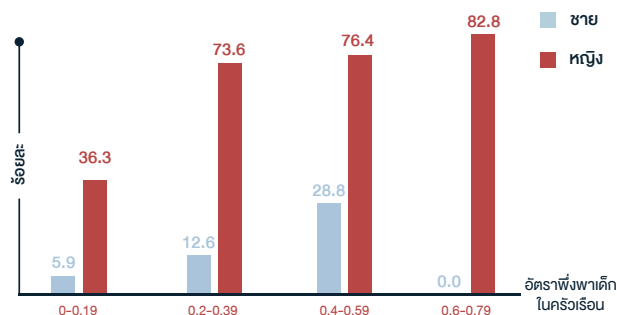
จำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการทำงานหรือกำลังทำงานอยู่ (ล้านคน)



โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นกำลังแรงงานที่มีบทบาทสำคัญขึ้นเรื่อย ๆ โดยเหตุผลหลักที่ผู้สูงอายุทำงานหรือต้องการทำงานคือยังมีสุขภาพดีและสามารถทำงานได้ สถานการณ์นี้สะท้อนว่าผู้สูงอายุจะเป็นกำลังสำคัญของตลาดแรงงานไทย หากมีการออกแบบรูปแบบการจ้างงานและสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสมรองรับ

สัดส่วนกลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา การทำงาน หรือการฝึกงาน จำแนกตามเหตุผลที่ไม่ทำงานเพราะเป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน และอัตราส่วนพึ่งพิงของเด็กในครัวเรือนและเพศ ปี 2564

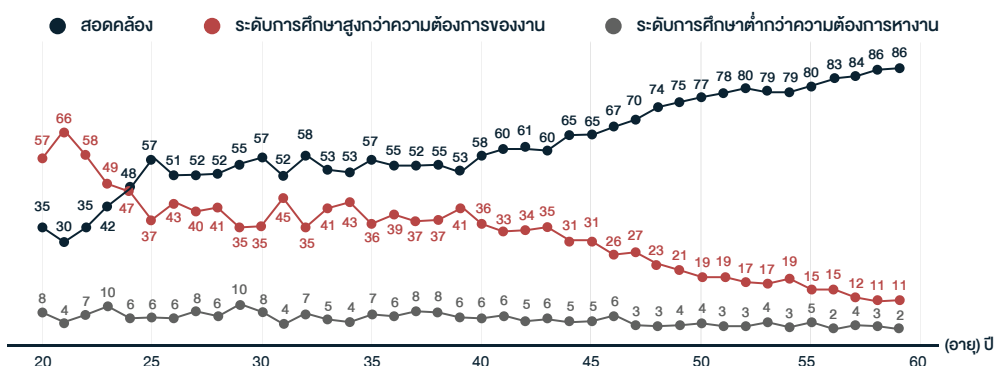
การมีลูกจำนวนน้อยลงอาจเพิ่มโอกาสการทำงานของผู้หญิง ข้อมูลเยาวชนหญิงกลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในระบบแรงงาน การศึกษา หรือการฝึกอบรม (NEET) ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีอัตราพึ่งพิงเด็กค่อนข้างสูง (0.6-0.79) พบว่าร้อยละ 82.8 ระบุสาเหตุที่ไม่ได้ทำงานคือการเป็นแม่บ้านหรือทำงานบ้าน สูงกว่ากลุ่มเยาวชนหญิงที่อาศัยในครัวเรือนที่มีอัตราพึ่งพิงเด็กต่ำ (0-0.19) มากกว่าเท่าตัว



ที่มา: รายงาน "Human Capital Development in Thailand: An Examination of Gaps, Bottlenecks, and Policy Options" 2025, UNICEF-Thailand

ขณะเดียวกัน การเตรียมความพร้อมเยาวชนให้เป็นแรงงานคุณภาพยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ ข้อมูลชี้ว่าเยาวชนอายุ 21 ปีถึงร้อยละ 70 ทำงานไม่สอดคล้องกับระดับการศึกษา โดยร้อยละ 66 ทำงานต่ำกว่าวุฒิการศึกษา สะท้อนปัญหาการเปลี่ยนผ่านจากระบบการศึกษาเข้าสู่ตลาดแรงงานที่ยังไม่ราบรื่น และการใช้ศักยภาพของแรงงานรุ่นใหม่ได้ไม่เต็มที่

สัดส่วนแรงงานที่ทำงานไม่สอดคล้องกับระดับการศึกษา จำแนกตามอายุ ปี 2565



ที่มา: รายงาน "Human Capital Development in Thailand: An Examination of Gaps, Bottlenecks, and Policy Options" 2025, UNICEF-Thailand

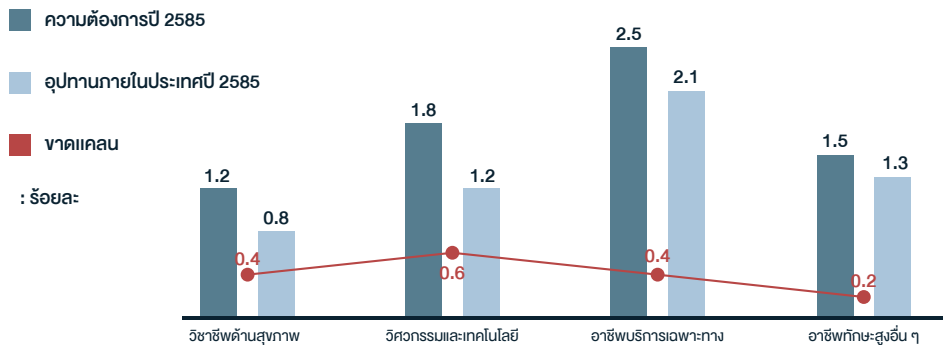
ในมิติพื้นที่ การทำงานยังเป็นแรงขับเคลื่อนหลักของการย้ายถิ่นภายในประเทศ ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่จะจูงใจให้แรงงานกลับไปทำงานหรือธุรกิจในภูมิภาคในวงกว้างมากขึ้น เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจทางการเงิน โอกาสทางเศรษฐกิจ และคุณภาพของการศึกษาที่ทัดเทียมเมืองใหญ่

5 ปัจจัยหลักที่จะจูงใจให้กลับไปทำงานในภูมิภาค ปี 2568



ภายใต้บริบทที่กำลังแรงงานลดลง ประเทศไทยกำลังเผชิญภาวะขาดแคลนแรงงานทักษะสูง โดยเฉพาะในสาขาวิศวกรรมและเทคโนโลยี ที่คาดว่าจะความต้องการจะอยู่ที่ประมาณ 1.8 ล้านคน ขณะที่กำลังแรงงานในประเทศมีเพียง 1.2 ล้านคน การบริหารจัดการและออกแบบนโยบายเพื่อดึงดูดและพัฒนาแรงงานทั้งภายในและข้ามชาติจึงเป็นกลไกสำคัญในการบรรเทาช่องว่างดังกล่าว

การคาดการณ์ขาดแคลนแรงงานรายสาขา ปี 2585 (ล้านคน)



ที่มา: สักกรินทร์ นิยมศิลป์, 2568.

AI กับอนาคตแรงงานไทย

เทคโนโลยี AI เข้ามาช่วยสนับสนุนงานหลากหลายด้าน และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของแรงงานอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานในอนาคตอาจไม่รุนแรงเท่าที่เคยคาดการณ์ไว้

ผลการศึกษาจากประเทศสมาชิก OECD ช่วงปลายปี 2567 ระบุว่า ในกลุ่มธุรกิจ SME ร้อยละ 39.1 พบว่า AI ช่วยทดแทนการขาดทักษะหรือประสบการณ์ของแรงงานได้ และร้อยละ 25.2 พบว่า AI สามารถช่วยบรรเทาปัญหาการขาดแคลนแรงงานโดยรวม

ที่มา: Generative AI and the SME Workforce: New Survey Evidence 2025, OECD

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร กำลังกำหนดรูปแบบชีวิตการทำงานของคนไทยในทุกช่วงวัย ความท้าทายด้านแรงงานของประเทศไทยไม่ได้จำกัดอยู่เพียงปริมาณ แต่รวมถึงการออกแบบระบบการทำงาน นโยบายแรงงาน และสวัสดิการที่รองรับชีวิตการทำงานที่ยาวขึ้น และหลากหลายขึ้นอย่างเหมาะสม เพื่อให้ทุกคนสามารถมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจได้อย่างเต็มศักยภาพ

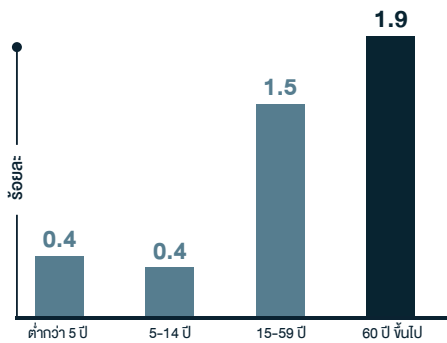


ระบบสาธารณสุข

ในปี 2580 ประเทศไทยอาจต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่บ้าน
ประมาณ 212,896 คน มากกว่าที่มีในปัจจุบัน 13 เท่า

การสูงวัยของประชากรกำลังสร้างแรงกดดันต่อระบบสาธารณสุขไทยในหลายมิติ ตั้งแต่ความต้องการใช้บริการที่เพิ่มสูงขึ้น ข้อจำกัดของการเข้าถึง การขาดแคลนกำลังคน ไปจนถึงความยั่งยืนด้านการคลัง ซึ่งทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลสุขภาพของประเทศ

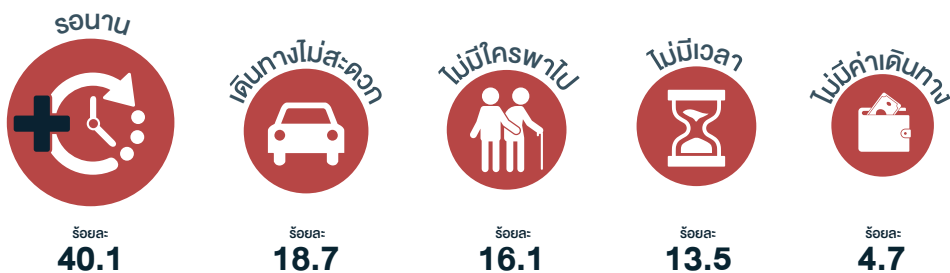
สัดส่วนผู้ที่เคยป่วยและจำเป็นต้องการบริการตรวจรักษา แต่ไม่ได้ไปรับบริการตรวจรักษา ปี 2566



ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2566, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ความท้าทายแรกอยู่ที่การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ แม้ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ผู้สูงอายุกลับเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของผู้ที่ “เคยป่วยแต่ไม่ได้ไปรับบริการตรวจรักษา” สูงที่สุดในทุกกลุ่มอายุที่ร้อยละ 1.9 อุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน การเดินทางที่ไม่สะดวก และการไม่มีคนพาไป สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการสุขภาพที่ยังพึ่งพาสถานพยาบาลเป็นศูนย์กลางไม่สอดคล้องกับข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและโครงสร้างครอบครัวของผู้สูงอายุในปัจจุบัน โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุจำนวนมากอาศัยอยู่ตามลำพังหรือกับคู่สมรสที่สูงอายุเช่นกัน

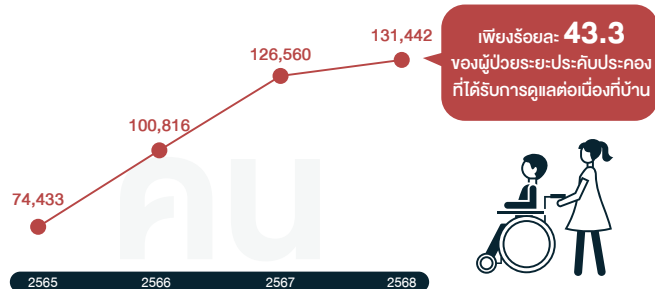
5 เหตุผลหลักของผู้สูงอายุไม่ได้ไปตรวจรักษา ปี 2566



ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ 2566, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ความต้องการดูแลระยะยาวของไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจำนวนผู้ป่วยในระยะประคับประคองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2568 มีผู้สูงอายุในระยะประคับประคองจำนวน 131,442 คน แต่ไม่ถึงครึ่งที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ช่องว่างนี้จะทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคาดว่าจะเพิ่มขึ้นในอนาคต การจัดหากำลังคน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่บ้าน (home-based care) พร้อมทั้งออกแบบระบบการจ้างงาน สวัสดิการ และการคุ้มครองแรงงานที่เหมาะสม จึงเป็นความท้าทายสำคัญ

จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (คน)



หมายเหตุ: ปีงบประมาณ เข้าถึงข้อมูล 31 ธันวาคม 2568
ที่มา: ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ พ.ศ. 2568, กระทรวงสาธารณสุข

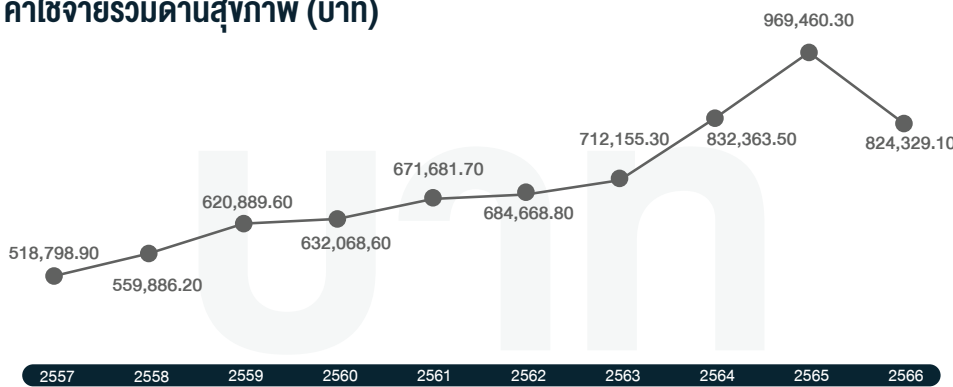
ในมิติการเงิน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ยังอยู่ที่บริการทางการแพทย์ สิ้นค้าสุขภาพ และบริการรักษาผู้ป่วย ขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาว การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียังมีส่วนค่อนข้างต่ำ โครงสร้างการใช้จ่ายดังกล่าวไม่เพียงสร้างภาระต่อความยั่งยืนของระบบการคลังสาธารณสุข แต่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมสูงวัยที่ต้องการการดูแลเชิงป้องกันและการดูแลระยะยาวมากกว่าการรักษาโรค

คาดประมาณความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง ปี 2580 (คน)



หมายเหตุ : สภาพจ้างงานคงเดิม หมายถึง แรงงานยังเสียสิทธิ์แรงงาน เช่น ชั่วโมงการทำงานเกินกฎหมายกำหนด และไม่มีค่าล่วงเวลา อุดช่องว่างของการดูแล หมายถึง หากสามารถครอบคลุมช่องว่างของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแล หรือไม่สามารถจ่ายค่าดูแลที่บ้านได้
ที่มา: Care at home: Projecting Thailand's need for national and migrant labour for home-based care for older persons 2024, International Labour Organization

ค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ (บาท)



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2567, มูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

จำแนกค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามกิจกรรม ปี 2566



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2567, มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)



ค่ารักษาพยาบาลในช่วงสองปีก่อนเสียชีวิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ **119,318 บาทต่อคน** คิดเป็นสัดส่วนราว **ครึ่งหนึ่งของ** ผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อประชากร

ที่มา: การวิเคราะห์และจัดทำข้อมูลการประเมินค่ารักษาพยาบาลด้านสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตสำหรับประชากรไทย, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจึงเป็นสัญญาณเตือนให้ประเทศไทยต้องปรับเปลี่ยนทิศทางการลงทุนด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบจากรูปแบบที่เน้นการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลในชุมชนและที่บ้าน จากการรักษาเมื่อเจ็บป่วยไปสู่การส่งเสริมและป้องกันโรคเชิงรุก และจากการพึ่งพากำลังคนในระบบเพียงอย่างเดียวไปสู่การสร้างระบบนิเวศของการดูแลที่มีส่วนร่วมจากครอบครัว ชุมชน และเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้ระบบสาธารณสุขไทยสามารถรองรับสังคมสูงวัยได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน



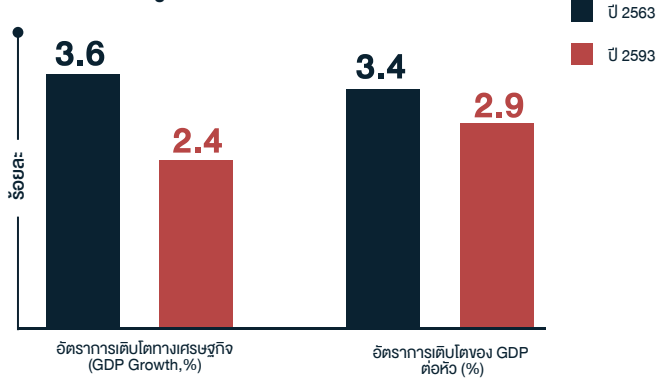
9

เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

สัดส่วนงบประมาณทางสังคมของไทยเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องในด้านการเกษียณอายุ
ขณะที่ด้านสุขภาพและการศึกษาลดลง

การเข้าสู่สังคมสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทย กำลังสร้างแรงกดดัน
ต่อเศรษฐกิจ การคลัง และเสถียรภาพทางสังคม การรับมือกับความท้าทายนี้ต้องมีประสิทธิภาพ
จำเป็นต้องอาศัยการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคมอย่างเป็นระบบ

ผลกระทบการสูงวัยของประชากรต่อเศรษฐกิจไทย

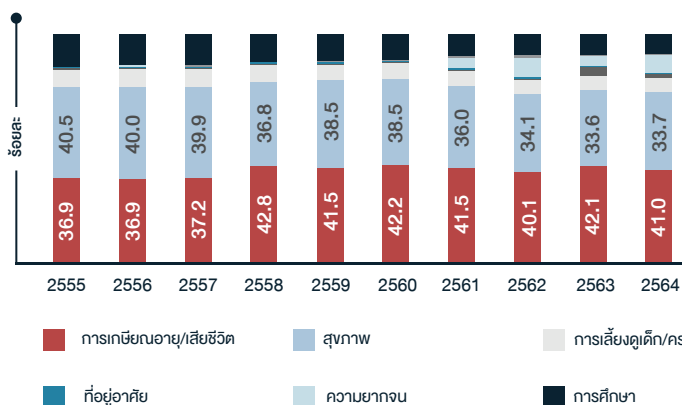


หมายเหตุ: (1) GDP – Gross Domestic Product หรือ ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ
(2) เป็นการคาดการณ์ภายใต้บริบทเศรษฐกิจตามที่เป็นอยู่ (business as usual)
ที่มา: Bandaogo, M. and R. Van Doorn, 2021.

ธนาคารโลกประเมินว่าแนวโน้มประชากรที่เติบโตช้าลง แรงงานที่หดตัว การพัฒนาทุนมนุษย์ที่ล่าช้า และประสิทธิภาพการลงทุนที่ลดลง จะทำให้เศรษฐกิจไทยเติบโตลดลงจากร้อยละ 3.6 ในปี 2563 เหลือเพียงร้อยละ 2.4 ในปี 2593 การชะลอตัวนี้ไม่เพียงกระทบต่อรายได้ประชาชาติ แต่ยังส่งผลกระทบต่อขีดความสามารถในการจัดสรรทรัพยากรสาธารณะเพื่อรองรับความต้องการด้านสุขภาพและสวัสดิการที่เพิ่มขึ้น

แรงกดดันทางการคลังสะท้อนชัดเจนผ่านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างงบประมาณด้านสังคม ในปี 2567 ใช้จ่ายด้านการเกษียณอายุและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นสัดส่วนสูงสุดที่ร้อยละ 46.2 ขณะที่รายจ่ายด้านการศึกษาลดลงเหลือเพียงร้อยละ 7.6 สะท้อนการเลื่อนไหลของทรัพยากรจากการลงทุนในคนรุ่นใหม่ไปสู่การดูแลผู้สูงอายุ หากไม่มีการปรับสมดุลอย่างรอบคอบ อาจนำไปสู่วงจรของการลงทุนในทุนมนุษย์ที่ไม่เพียงพอและผลิตภาพแรงงานที่ต่ำลงในระยะยาว

โครงสร้างรายจ่ายงบประมาณด้านสังคม (social budgeting) จำแนกตามลักษณะงาน



ที่มา: (1) Social Budgeting : เครื่องมือในการวิเคราะห์การจัดสรรทรัพยากรทางสังคม พ.ศ. 2566, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
(2) สรุพัฒนา เลขาพิชัย, 2568

ข้อมูลล่าสุด พบว่า รายจ่ายงบประมาณด้านสังคมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสวัสดิการด้าน “การเกษียณอายุ/เสียชีวิต” ยังคงเป็นสัดส่วนรายจ่ายสูงสุด และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 46.2 ของรายจ่ายทั้งหมดในปี 2567 ขณะที่รายจ่ายด้าน “การศึกษา” ลดลงจากประมาณ ร้อยละ 14 ในปี 2555 เหลือเพียง ร้อยละ 7.6

ในระดับครัวเรือน ข้อมูลจากบัญชีกระแสการโอนประชาชาติชี้ว่า การบริโภคของผู้สูงอายุไทยยังไม่ยั่งยืน โดยมีระดับที่สูงกว่ารายได้จากการทำงานและต่ำกว่าช่วงก่อนสูงอายุ หากต้องการรักษาระดับการบริโภคเดิม จำเป็นต้องเพิ่มการทำงานหรือเร่งการออมตั้งแต่อายุยังน้อย สะท้อนความไม่มั่นคงทางการเงินในวัยสูงอายุ ท่ามกลางระบบบำนาญที่ยังไม่ครอบคลุมและการออมส่วนบุคคลที่ยังอยู่ในระดับต่ำ

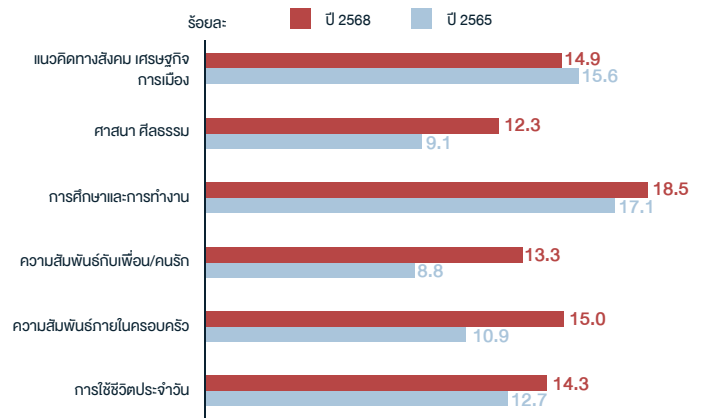
การวิเคราะห์บัญชีกระแสการโอนประชาชาติ (National Transfer Accounts: NTA) พบว่า ค่าการปรับการบริโภค (consumption adjustment) ของประชากรไทยอายุ 49 ปีขึ้นไปเท่ากับ 0.812 หมายความว่า เพื่อให้การบริโภคในวัยสูงอายุมีความยั่งยืน จำเป็นต้องลดการบริโภคลงเหลือ ร้อยละ 81.2 ของระดับเดิม สะท้อนว่าเงินออมในปัจจุบันยังไม่เพียงพอรองรับการบริโภคในอนาคต จึงต้องทำงานมากขึ้น บริโภคน้อยลง (ออมเพิ่ม) ซึ่งหากเลือกไม่ลดการบริโภค ก็จำเป็นต้องทำงานมากขึ้นในวัยนี้โดยรวมประมาณ ร้อยละ 23

หมายเหตุ: ภายใต้อัตราคาดเฉลี่ยคนไทย 76.1 ปี และอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 7 ต่อปี ซึ่งหากอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น หรืออัตราดอกเบี้ยเพิ่มขึ้น "ค่าการปรับการบริโภค" ก็อาจลดลงไปอีก
ที่มา: วัชรพล วงศ์นิยมเกษตร, 2566



ในมิติสังคมและวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงของโลกการทำงาน เทคโนโลยี และบริบททางสังคม การเมือง กำลังขยายช่องว่างระหว่างรุ่น รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ปี 2568 พบว่า ปัญหาสำคัญในครอบครัวคือ “ความคิดเห็นที่ขัดแย้งกัน” โดยเฉพาะในประเด็นการศึกษา การทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และแนวคิดทางสังคม ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2565 ความตึงเครียดนี้ไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว แต่ยังอาจกระทบต่อความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุและการถ่ายทอดคุณค่าทางสังคม

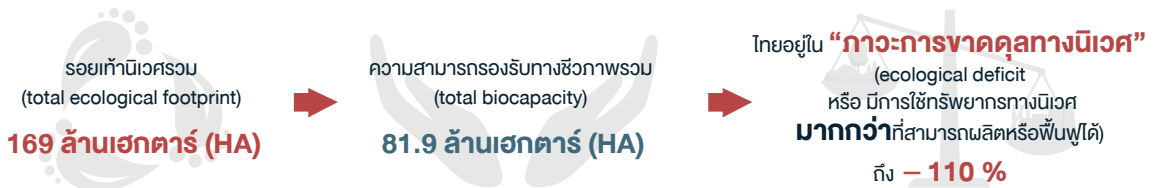
ร้อยละเยาวชนอายุ 15–25 ปี ที่มีความคิดขัดแย้งกับผู้ใหญ่ ในครอบครัวในประเด็นต่าง ๆ มากถึงมากที่สุด ปี 2568



ที่มา: รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2025, ศูนย์ความรุนแรงในวัยเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์)

ด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ประเทศไทยอยู่ในภาวะการขาดดุลทางนิเวศ (ecological deficit) โดยการใช้ทรัพยากรต่อหัวสูงกว่าศักยภาพการรองรับของประเทศกว่าเท่าตัว แม้การลดลงของประชากรอาจบรรเทาแรงกดดันต่อทรัพยากรธรรมชาติในระยะยาว แต่ผลที่แท้จริงขึ้นอยู่กับ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการผลิตและการบริโภคของสังคม การสูงวัยของประชากรอาจเป็นโอกาสในการเปลี่ยนผ่านไปสู่เศรษฐกิจหมุนเวียนและการบริโภคที่ยั่งยืน หากมีนโยบายที่เหมาะสมรองรับ

การขาดดุลทางนิเวศของประเทศไทย ปี 2568



หมายเหตุ: รอยเท้านิเวศ (ecological footprint) หมายถึง ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากกิจกรรมต่าง ๆ ของประชากร เช่น การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ การตัดไม้ทำลายป่า การทำเหมือง และการจัดการของเสีย ขณะที่ความสามารถรองรับทางชีวภาพ (biocapacity) คือ ศักยภาพของพื้นที่ในการรองรับและสนับสนุนรอยเท้านิเวศของประชากร เช่น การดูดซับคาร์บอนผ่านป่าไม้ การฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ

ที่มา: Ecological Footprint by Country 2026, World Population Review

การเปลี่ยนแปลงประชากรของไทยกำลังท้าทายทั้งเศรษฐกิจ การคลัง ความสัมพันธ์ทางสังคม และฐานทรัพยากรของประเทศ อนาคตที่ยั่งยืนต้องอาศัยการปรับตัวเชิงนโยบายที่บูรณาการระหว่างรุ่น ระหว่างภาคเศรษฐกิจ และระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ทุกรุ่นสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพและเป็นธรรม



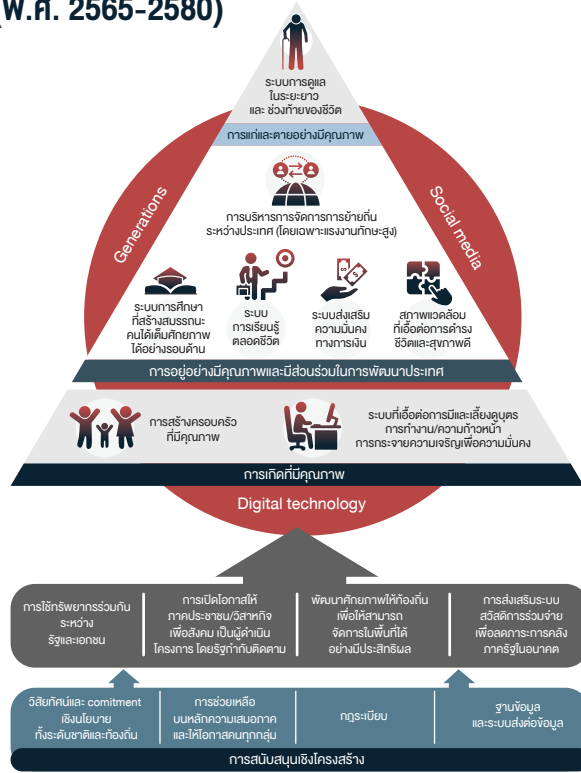
การเกิดที่ลดลงอาจไม่ใช่ข้อจำกัดเสมอไป หากนโยบายประชากรมุ่งพัฒนาคุณภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ และเตรียมกำลังแรงงานให้พร้อมรับอนาคต

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรของไทยต้องการนโยบายที่บูรณาการ เชิงรุก และสอดคล้องกับความเป็นจริงในทุกช่วงชีวิต หนวุดนี้จึงทบทวนนโยบายหลักของประเทศไทยในปัจจุบัน เพื่อประเมินความสอดคล้อง และช่องว่างเชิงนโยบายในการรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย

ประเทศไทยมี แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565 – 2580) เป็นกรอบนโยบายหลักที่มุ่งให้คนไทย “เกิดดี อยู่ดี และแก่ดี” ผ่านการเสริมสร้างความมั่นคงทางประชากรตลอดทุกช่วงชีวิต ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมการเกิดที่มีคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพชีวิตตลอดช่วงชีวิต การเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย และการบริหารจัดการประชากรเชิงพื้นที่

ในมิติการเกิดที่มีคุณภาพ ประเทศไทยมีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ที่มุ่งส่งเสริมการเกิดเพิ่มขึ้นด้วยความสมัครใจ เพียงพอสำหรับทดแทนประชากร และการเกิดทุกรายมีการวางแผน มีความตั้งใจและมีความพร้อมในทุกด้านนำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัย ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรงพร้อมที่จะเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ ยังมีความก้าวหน้าเชิงนโยบายด้านสวัสดิการแรงงาน เช่น การขยายวันลาคลอดเป็น 120 วัน การจัดตั้งคลินิกส่งเสริมการมีบุตร และการผลักดันนโยบายที่เป็นมิตรต่อครอบครัวผ่าน 4 มิติ ได้แก่ ด้านเวลา การเงิน ระบบสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตร และกฎหมาย

องค์ประกอบสำคัญต่อการพัฒนาประชากรตามแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565-2580)



ที่มา: แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว พ.ศ. 2565-2580, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตัวอย่างนโยบายที่เกี่ยวข้องกับประชากรในประเทศไทย

แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565-2580)	รับมือกับสังคมสูงวัย การเกิดน้อย และคุณภาพประชากร
นโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569)	ส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ
พ.ร.บ. คุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2568 ว่าด้วยสิทธิการลาคลอดบุตร	ให้ลูกจ้างหญิงมีสิทธิลาคลอดบุตรได้ไม่เกิน 120 วัน (รวมวันลาทั้งก่อนและหลังคลอด โดยนายจ้างจ่ายค่าจ้างไม่เกิน 60 วัน) และลาเลี้ยงดูบุตรป่วยได้เพิ่มอีก 15 วัน โดยได้รับค่าจ้างร้อยละ 50

เกิด

มาตรการเพื่อช่วยเหลือคู่สมรสที่มีบุตรยาก	<p>ส่วนคุณพ่อสามารถช่วยภรรยาคลอดบุตรได้ 15 วัน ภายใน 90 วัน หลังคลอด โดยได้รับค่าจ้างร้อยละ 100</p> <p>ประกันสังคมจ่ายเงินสงเคราะห์การคลอดบุตร (25,000 บาทต่อครั้ง) และเงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 50 (สำหรับ 90 วัน)</p>
นโยบายที่เป็นมิตรต่อครอบครัว	<p>ดัชนีสุขภาพ มติที่ 16.3 เร่งผลักดันนโยบายที่เป็นมิตรต่อครอบครัว ผ่าน 4 มิติ ได้แก่ ด้านเวลา ด้านการเงิน ด้านระบบสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตร ด้านกฎหมาย</p>
สมรสเท่าเทียม	<p>เปลี่ยนคำว่า “สามี-ภรรยา” เป็นคู่สมรส ให้ทุกคู่รักมีสิทธิและสวัสดิการทางกฎหมายเทียบเท่ากัน</p>

อยู่

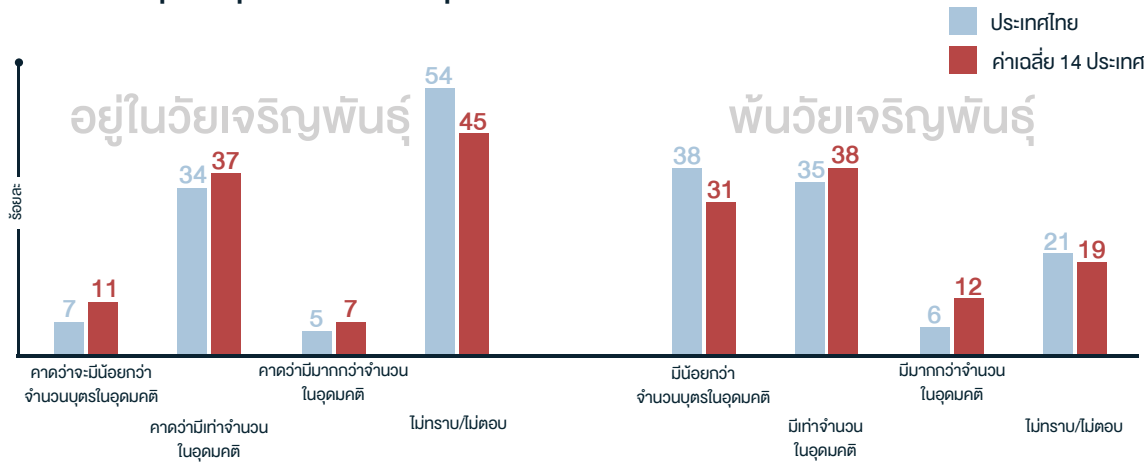
พ.ร.บ. ส่งเสริมการเรียนรู้ พ.ศ. 2566	<p>มุ่งเน้นสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ใน 3 รูปแบบ คือ เรียนรู้ตลอดชีวิต เรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง และเรียนรู้เพื่อคุณวุฒิตามระดับ</p>
มาตรการขับเคลื่อนประเทศเพื่อแก้ปัญหาเด็กและเยาวชนนอกระบบการศึกษาให้กลายเป็นศูนย์ (Thailand Zero Dropout)	<p>เพื่อแก้ปัญหาเด็กหลุดจากระบบการศึกษา โดยค้นหาและติดตามเด็กนอกระบบการศึกษา การสร้างการศึกษาที่ยืดหยุ่น ให้เด็กเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา และประสานงานระหว่างหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ</p>
แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579)	<p>เป็นแผนแม่บทเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพไทย เน้น 4 ยุทธศาสตร์ ความเป็นเลิศ ได้แก่ ส่งเสริมและป้องกันโรค บริการ บุคลากร และบริหารจัดการ</p>

แก้

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580)	<p>เป็นกรอบงานเพื่อรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก มีวิสัยทัศน์ “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม” มุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมคนก่อนสูงวัย ยกกระดับคุณภาพชีวิต ปฏิรูปการบริหารจัดการ และส่งเสริมวิจัย/นวัตกรรม</p>
ประเด็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18 ว่าด้วย “การสร้างโอกาสในเศรษฐกิจสูงวัย” (silver economy)	<p>ได้เสนอ 4 ขอบเขต ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การสร้างศักยภาพของผู้สูงอายุให้คงอยู่ในตลาดแรงงานและมีรายได้เพียงพอ 2) การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงสินค้าและบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ 3) การสร้างระบบนิเวศที่เหมาะสมและเป็นมิตร 4) การสื่อสารเพื่อสร้างพลังขับเคลื่อนในเศรษฐกิจสูงวัย

อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจพบว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์ร้อยละ 7 คาดว่าจะมีบุตรจริงน้อยกว่าจำนวนบุตรในอุดมคติ ในขณะที่ผู้พ้นวัยเจริญพันธุ์แล้วร้อยละ 38 บอกว่าตนมีบุตรน้อยกว่าที่ต้องการ โดยเหตุผลสำคัญ คือ ข้อจำกัดทางการเงิน ความไม่มั่นคงทางการงาน และการไม่มีคู่ที่เหมาะสม

เปรียบเทียบจำนวนบุตรในอุดมคติดกับจำนวนบุตรที่คาดว่าจะมี/มีแล้ว ปี 2567



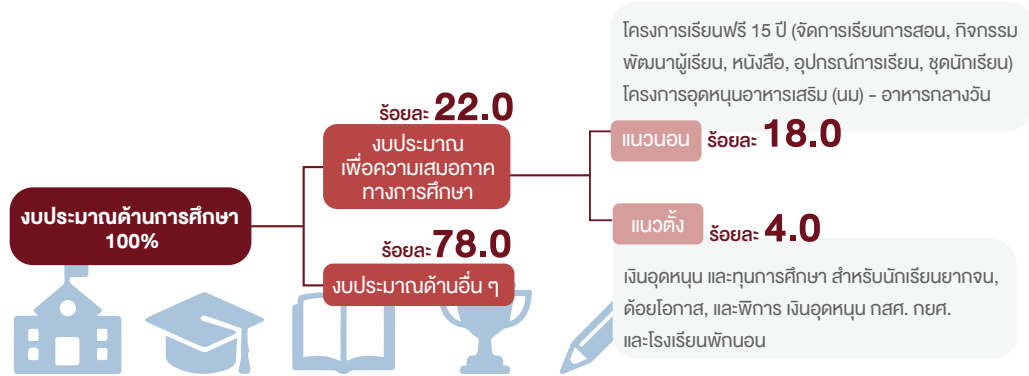
หมายเหตุ: วัยเจริญพันธุ์ในการสำรวจนี้ หมายถึง ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี และผู้ที่พ้นวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ประเทศที่ได้รับการสำรวจ ได้แก่ สาธารณรัฐเกาหลี อิตาลี ฮังการี เยอรมัน สวีเดน บราซิล เม็กซิโก สหรัฐอเมริกา อินเดีย อินโดนีเซีย โมร็อกโก แอฟริกาใต้ ไนจีเรีย และไทย
ที่มา: The real fertility crisis: Why people aren't having the families they desire 2023, UNFPA

อุปสรรคในการมีบุตรตามจำนวนในอุดมคติ ปี 2567



หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
ที่มา: The real fertility crisis: Why people aren't having the families they desire, UNFPA

สัดส่วนงบประมาณเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา ปีการศึกษา 2564

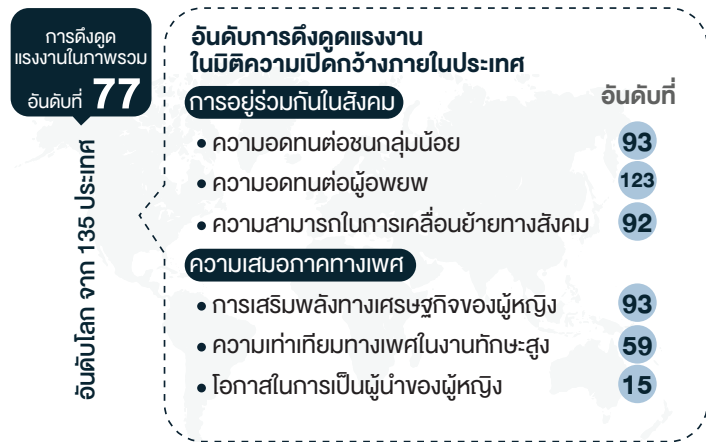


ที่มา: 5 ข้อค้นพบปลดล็อกวิกฤตทุนมนุษย์สู่อนาคตที่เสมอภาค พ.ศ. 2567, กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.)

ในมิติของการอยู่อย่างมีคุณภาพ ประเทศไทยมีความก้าวหน้าเชิงนโยบายผ่านพระราชบัญญัติส่งเสริมการเรียนรู้ พ.ศ. 2566 ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และมาตรการ Thailand Zero Dropout และมีกลไกตามพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. 2561 ที่มุ่งลดการหลุดออกจากระบบการศึกษาของเด็กไทยให้เป็นศูนย์ เพื่อไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง แม้จะมีนโยบายด้านการศึกษาและการเรียนรู้ แต่ประเทศไทยยังคงเผชิญข้อจำกัดในด้านคุณภาพทุนมนุษย์ โดยเฉพาะในด้านความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา ข้อมูลจากปีงบประมาณ 2564 พบว่า ประเทศไทยจัดสรรงบประมาณเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นเพื่อลดช่องว่างของเด็กและโรงเรียนที่ยากจนหรือด้อยโอกาส (ความเสมอภาคแนวตั้ง)

การดึงดูดแรงงานข้ามชาติทักษะสูงเป็นแนวทางสำคัญในการทดแทนกำลังแรงงานที่ลดลง แต่ยังคงเป็นข้อท้าทายของประเทศไทย โดยเฉพาะในด้านทัศนคติและการยอมรับทางสังคม โดยประเทศไทยถูกจัดอันดับอยู่ที่ 123 จาก 135 ประเทศ ในด้านความอดทนต่อผู้ย้ายถิ่นข้ามชาติ ในขณะที่เดียวกันประเทศไทยมีจุดแข็งเรื่องความเท่าเทียมทางเพศ ที่โอกาสในการเป็นผู้นำของผู้หญิงของไทยดีเป็นอันดับ 15 ของโลก

ดัชนีการดึงดูดแรงงานของประเทศไทย ปี 2568



ที่มา: Global Talent Competitiveness Index 2025: Resilience in the age of disruption 2025, INSEAD & Portulans Institute

ในมิติของการแก่และตายอย่างมีคุณภาพ ประเทศไทยมีแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) ที่เน้นการเตรียมความพร้อมประชาชนเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ และยังมีแนวคิดในเรื่องการสร้างโอกาสในเศรษฐกิจสูงวัย (silver economy) ที่พลิกความท้าทายด้านโครงสร้างประชากรให้เป็นโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตามยังคงมีประเด็นท้าทายในเชิงนโยบายด้านความยั่งยืนของระบบสุขภาพ เนื่องจากค่าใช้จ่ายสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 3 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 5 ในปี 2565

รายจ่ายด้านสุขภาพในปัจจุบันต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ



ที่มา: Global health expenditure database: Health expenditure trackingHealth Expenditure Tracking 2024, WHO

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

แม้ประเทศไทยจะมีกรอบนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรตลอดช่วงชีวิตค่อนข้างครบถ้วน แต่ยังคงมีช่องว่างสำคัญด้านการบูรณาการนโยบายข้ามภาคส่วน การเชื่อมโยงนโยบายประชากรกับนโยบายเศรษฐกิจ แรงงาน และระบบสวัสดิการ รวมถึงการปรับทัศนคติและโครงสร้างทางสังคมให้สอดคล้องกับบริบทประชากรที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การยกระดับการดำเนินนโยบายจาก “การมีแผน” ไปสู่ “การขับเคลื่อนเชิงระบบ” จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญ เพื่อให้ประเทศไทยสามารถรับมือกับการเปลี่ยนผ่านโครงสร้างประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และยั่งยืนในระยะยาว



สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2569. (ชื่อบทความ). *สุขภาพคนไทย 2569* (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

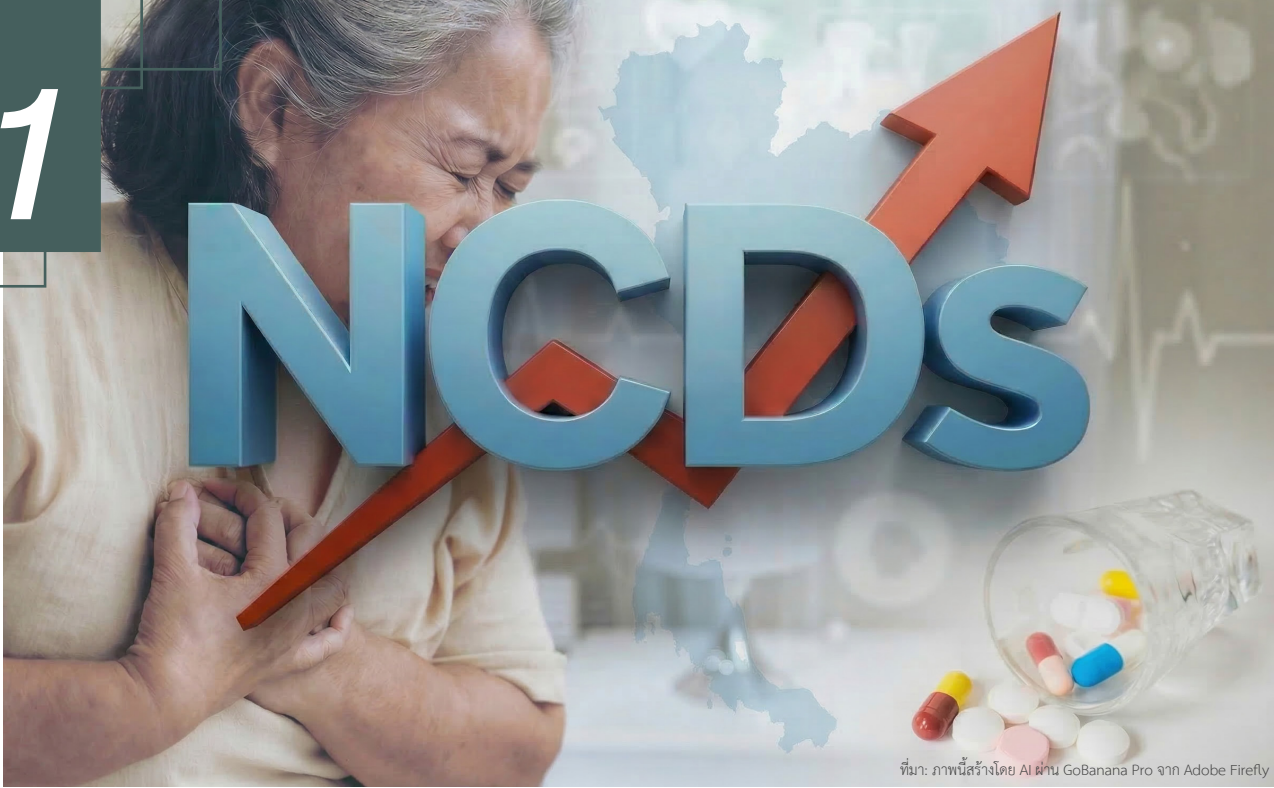
โครงการสุขภาพคนไทย. 2569. โรคไม่ติดต่อ (NCDs): ปัญหาท้าทายสุขภาพไทย. *สุขภาพคนไทย 2569* (หน้า 80-84).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ





โรคไม่ติดต่อ (NCDs): ปัญหาท้าทายสุขภาพไทย

โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) ถือเป็นหนึ่งในความท้าทายด้านสุขภาพที่สำคัญที่สุดของประเทศไทยในศตวรรษที่ 21 ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ ประมาณ 400,000 รายต่อปี

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในประเทศไทยมากกว่ากลุ่มโรคติดต่อ โดยคิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยมีโรคมะเร็ง, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นกลุ่มโรคหลักที่นำกังวล ทั้งนี้มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อประมาณ 400,000 รายต่อปี โดยมีผู้สูงอายุในประเทศไทยกว่า 7.5 ล้านคนกำลังเผชิญกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อ คาดว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นจาก 4.8 ล้านคนในปี 2566 เป็น 5.3 ล้านคนในปี 2583

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังดำเนินนโยบายหลายประการเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว อาทิ มาตรการทางภาษี ด้วยการเพิ่มภาษีเครื่องดื่ม การขยายเขตปลอดบุหรี่ การพัฒนาแอปพลิเคชัน “เป้าตั้งสุขภาพ” เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายและติดตามสุขภาพ การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และจัดทำโครงการรณรงค์ “ลดเค็ม ลดโรค” ร่วมกับอุตสาหกรรมอาหาร และ “เดิน 10,000 ก้าว ลด NCDs” ในชุมชน เป็นต้น คาดว่ามาตรการข้างต้นจะช่วยชีวิตผู้คนได้ถึง 310,000 ราย และสร้างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจได้ถึง 4.3 แสนล้านบาทในอีก 15 ปีข้างหน้า

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังเผชิญความท้าทายอีกหลายประการ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนจากการกินเกิน การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่ออย่างทั่วถึง รวมทั้งความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยชุมชนห่างไกลยังขาดการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ บทความนี้เป็นการศึกษาการสรุปลักษณะของกลุ่มโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยและแนวโน้มผลกระทบในด้านต่าง ๆ และข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ในไทย

กลุ่มโรคไม่ติดต่อถือเป็นหนึ่งในความท้าทายด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะในบริบทของสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยมากกว่ากลุ่มโรคติดต่อ คิดเป็นร้อยละ 74¹ ของการเสียชีวิตทั้งหมด ครอบครัวกลุ่มโรคหลัก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่สำคัญการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อจำนวนมากเกิดขึ้นในกลุ่มวัยแรงงาน หรือเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งส่งผลกระทบต่อตรงต่อศักยภาพแรงงานของประเทศ และนำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการลดลงของผลิตภาพแรงงานอย่างมีนัยสำคัญ²

ในแต่ละปีประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อประมาณ 400,000 ราย และสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึง 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อไม่ได้เป็นเพียงปัญหาสาธารณสุข แต่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่เป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศในระยะยาว ทั้งในมิติของเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะเมื่อการเจ็บป่วยเรื้อรังนำไปสู่การสูญเสียรายได้ของครัวเรือน ภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจของแรงงานและครอบครัว

ความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหากกลุ่มโรคไม่ติดต่อยิ่งทวีความสำคัญมากขึ้นเมื่อพิจารณาร่วมกับแนวโน้มสังคมสูงวัยของประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 7.5 ล้านคน โดยประชากรกลุ่มนี้จำนวนมากต้องเผชิญกับภาวะโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน³ สถานการณ์ดังกล่าวไม่เพียงเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงโดยตรงกับภาวะพึ่งพิงในสังคมสูงวัย หากงบประมาณภาครัฐต้องถูกใช้ไปกับการรักษาพยาบาล และการดูแลระยะยาวมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้ทรัพยากรสำหรับการลงทุนเพื่อพัฒนาประเทศในด้านอื่น ๆ ลดลง และทำให้ประเทศไทยมีความเสี่ยงที่จะตกอยู่ใน “กับดักโรคเรื้อรัง” อย่างถาวร หากไม่มีการดำเนินมาตรการเชิงป้องกันและเชิงระบบอย่างจริงจังตั้งแต่วันนี้

กลุ่มโรคไม่ติดต่อในไทย และผลกระทบ

สถานการณ์กลุ่มโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นจาก 4.8 ล้านคนในปี 2566 เป็น 5.3 ล้านคนในปี 2583⁴ แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงข้อจำกัดในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง ซึ่งฝังรากอยู่ในวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน ทั้งจากการเข้าถึงอาหารแปรรูปได้ง่าย ราคาที่เอื้ออำนวย และการตลาดอาหารที่จูงใจ รวมไปถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารปรุงสำเร็จที่ส่งถึงบ้านกำลังแพร่หลายและง่ายยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันการขาดกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การควบคุมโรคเบาหวานและกลุ่มโรคไม่ติดต่อโดยรวมเป็นไปได้ยาก แม้จะมีการรณรงค์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง⁵

นอกจากโรคทางกายแล้ว ปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นอีกหนึ่งมิติสำคัญของกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นอย่างน่ากังวล โดยจำนวนผู้ป่วยทางจิตเวชในประเทศไทยเพิ่มจาก 1.3 ล้านคนในปี 2558 เป็น 2.9 ล้านคนในปี 2566⁶ การเพิ่มขึ้นดังกล่าวเกิดจากความเครียดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และภาระทางเศรษฐกิจของครัวเรือน อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิต ขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพจิตก็อาจส่งผลย้อนกลับไปเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงต่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ทำให้เกิดวงจรซ้ำซ้อนของปัญหาสุขภาพทั้งกายและใจ

ผลกระทบของกลุ่มโรคไม่ติดต่อจึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงด้านสุขภาพของปัจเจกบุคคล หากแต่ขยายไปสู่หลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การสูญเสียผลิตภาพแรงงาน และภาระงบประมาณด้านสุขภาพ ด้านสังคมจากภาระการดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ลดลง รวมถึงด้านระบบสุขภาพที่ต้องเผชิญกับความแออัดของสถานพยาบาล ภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ และต้นทุนการรักษาโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁷ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและชุมชนห่างไกลซึ่งยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการตรวจคัดกรองและบริการป้องกันโรคเชิงรุก ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากเข้าสู่ระบบการรักษาเมื่อโรคมียุ่รุนแรงแล้ว และเพิ่มภาระต่อระบบสุขภาพในระยะยาว⁸



ที่มา: www.freepik.com



สส.ร่วมภาคีชวน “เดิน รัง ลดโรค” หลังข้อมูล 20 ปี NCDs พุ่ง เบาหวาน ความดัน โรคอ้วน
ที่มา: <https://www.hfocus.org/content/2026/01/36827>

มาตรการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาของไทย

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้พยายามใช้มาตรการเชิงนโยบายในการรับมือกับปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่อ โดยการออกกฎหมาย มาตรการเชิงโครงสร้าง และโครงการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ มาตรการสำคัญได้แก่ มาตรการทางภาษีต่อเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล การขยายเขตปลอดบุหรี่ในพื้นที่สาธารณะ การควบคุมการโฆษณาผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านโครงการและแคมเปญรณรงค์ต่าง ๆ ซึ่งสะท้อนถึงความตระหนักของภาครัฐต่อความรุนแรงของปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่อในระดับนโยบาย

ในมิติของนวัตกรรมและเทคโนโลยี รัฐได้พัฒนาเครื่องมือดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการป้องกันและการดูแลสุขภาพ เช่น แอปพลิเคชัน “เป้าตั้งสุขภาพ” เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายและติดตามพฤติกรรมสุขภาพ และการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงใน รพ.สต.⁹ รวมถึงการขับเคลื่อนโครงการรณรงค์ระดับชุมชน เช่น “ลดเค็ม ลดโรค”¹⁰ ที่ทำงานร่วมกับภาคอุตสาหกรรมอาหาร และ “เดิน 10,000 ก้าว ลด NCDs”¹¹ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย จากการประเมินในเชิงนโยบาย คาดว่ามาตรการเหล่านี้จะช่วยลดการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อได้ถึงประมาณ 310,000 ราย และสร้างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจราว 4.3 แสนล้านบาทภายใน 15 ปีข้างหน้า¹²

แม้ประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าในเชิงนโยบายและนวัตกรรม แต่ในทางปฏิบัติยังเผชิญกับภาวะท้าทายเชิงโครงสร้างและปัจจัยแวดล้อมที่ซับซ้อน ดังนี้:

1. ขาดการบูรณาการในการดำเนินงาน รูปแบบการทำงานยังคงลักษณะ “ต่างคนต่างทำ” ระหว่างหน่วยงานรัฐ เอกชน และประชาสังคม โดยขาดกลไกกลางในการเชื่อมโยงข้อมูลและติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้มาตรการต่าง ๆ ไม่สามารถเสริมพลังกันเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างได้อย่างเต็มที่

2. สภาพแวดล้อมที่กระตุ้นการบริโภคเกินขีดจำกัด ปัญหาสำคัญไม่ได้เกิดจากนโยบายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบอาหารและพฤติกรรมในปัจจุบัน ได้แก่:

- **ปริมาณอาหารและการตลาด:** ปริมาณอาหารในตลาดเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (ราว 20 เท่าของการเพิ่มขึ้นในการซื้อของประชากร) ประกอบกับการตลาดที่เข้มข้นของอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่ม
- **พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary lifestyle):** วิถีชีวิตที่ขยับร่างกายน้อยลงสวนทางกับปริมาณแคลอรีที่ได้รับ
- **รสนิยมตามธรรมชาติและการบริโภคหวาน:** ธรรมชาติของมนุษย์ที่พึงพอใจในรสชาติ “หวาน มัน เค็ม” นำไปสู่การบริโภคเครื่องดื่มและของหวานนานาชนิดที่เกินความจำเป็นต่อร่างกาย

3. อิทธิพลของกลุ่มอุตสาหกรรมและข้อจำกัดด้านกฎหมาย อิทธิพลของอุตสาหกรรมอาหาร เครื่องดื่ม และยาสูบ ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางการบังคับใช้นโยบายสุขภาพ โดยเฉพาะมาตรการทางภาษีและ การควบคุมโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่สามารถลดการเข้าถึงหรือการบริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ

4. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (aging society) อย่างรวดเร็ว ทำให้กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อมีสัดส่วนมากขึ้น เพิ่มภาระต่อระบบสาธารณสุขในระยะยาว

แนวทางการปฏิรูประบบนิเวศเพื่อจัดการกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ และประชาชนในพื้นที่ห่างไกล มักขาดโอกาสในการตรวจคัดกรองที่มีคุณภาพและการบริการป้องกันโรคเชิงรุก ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาเมื่อโรคมีความรุนแรงแล้ว กลายเป็นภาระต่อระบบสุขภาพในระยะยาว แม้ประเทศไทยจะมีหน่วยงานและกลไกที่ขับเคลื่อนด้านกลุ่มโรคไม่ติดต่ออยู่มากมาย แต่ปัญหาสำคัญคือการเชื่อมประสานงานภายใต้ระบบนิเวศที่ซับซ้อน หากพิจารณาตามบทบาทหน้าที่ที่ผ่านมาจะพบว่า **กระทรวงสาธารณสุข (สปสข., กรมอนามัย, กรมควบคุมโรค)** เน้นการจัดบริการสุขภาพ การคัดกรอง และการรักษาพยาบาล **สสส. และ สข.** เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม **และภาคส่วนอื่น ๆ** รวมถึงท้องถิ่น ดูแลสุขภาพระดับพื้นที่ ภาควิชาการที่ผลิตงานวิจัย และภาคเอกชนมีบทบาททั้งในแง่การสร้างผลกระทบและการร่วมรับผิดชอบต่อสังคม

จากการวิเคราะห์ข้างต้น ช่องว่างที่แท้จริงไม่ใช่การขาด “กลไกอำนาจ” ใหม่ แต่คือ **การยกระดับกระทรวงสาธารณสุข (กสร.)** ในฐานะ **Health Authority** ให้ทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการ **“สานพลังนโยบาย” (Policy Synergy)** โดยไม่ใช้การใช้อำนาจสั่งการเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการขับเคลื่อนบนฐานความรู้และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ภายใต้หลักการสำคัญ ดังนี้:

- **สร้างนำซ่อม:** ปรับทิศทางจากเน้นการรักษามาเป็นการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม
- **Health Promotion & HIAP (Health in All Policies):** ผลักดันให้ทุกนโยบายของรัฐคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดการกับปัจจัยทางการค้าที่เป็นอุปสรรค
- **Participatory Health:** เปิดพื้นที่ให้ภาคประชาสังคม ชุมชน และท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบนโยบายระดับพื้นที่เพื่อปิดช่องว่างเชิงระบบ

ทั้งนี้การแก้ปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่ออย่างยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยการปรับจูนระบบนิเวศเดิมที่มีอยู่ให้ทำงานสอดประสานกัน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้เชื่อมโยงมาตรการต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองประโยชน์สาธารณะและสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียม

บทเรียนจากต่างประเทศ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ประสบการณ์จากหลายประเทศชี้ให้เห็นว่า การลดภาระกลุ่มโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยนโยบายเชิงโครงสร้างที่มุ่งเปลี่ยน “สภาพแวดล้อมที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพ” (health-determining environments) มากกว่าการพึ่งพาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลเพียงอย่างเดียว ประเทศที่ประสบความสำเร็จมักใช้ชุดมาตรการที่ผสมผสานทั้งด้านกฎหมาย เศรษฐศาสตร์ นโยบายสังคมและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการแทรกแซงตั้งแต่ต้นทางของปัจจัยเสี่ยงต่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

บทเรียนสำคัญจากต่างประเทศที่ได้รับการผลักดันในประเทศไทย ได้แก่ การบังคับใช้การติดฉลากโภชนาการด้านหน้า (front-of-pack labeling) ที่เข้าใจง่าย ชัดเจน และส่งผลต่อการตัดสินใจของผู้บริโภคจริง¹³ ตลอดจนการออกแบบเมืองและระบบคมนาคมที่เอื้อต่อการเดิน การใช้จักรยาน และการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ควบคู่กับการควบคุมการตลาดและการโฆษณาอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง รวมถึงการลงทุนอย่างต่อเนื่องในระบบป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ และการคัดกรองเชิงรุกในชุมชน มาตรการเหล่านี้ไม่เพียงช่วยลดอัตราการเกิดโรค

การออกแบบเมืองและระบบคมนาคมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย



และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่ยังช่วยสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในระยะยาว ทั้งนี้บทเรียนจากต่างประเทศชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของแนวทาง “ทั้งระบบ” (whole-of-system approach) ซึ่งเชื่อมโยงนโยบายสุขภาพเข้ากับนโยบายเศรษฐกิจ การศึกษา การพัฒนาเมือง และนโยบายสังคม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างอย่างยั่งยืน¹⁴

บทเรียนจากต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า การแก้ไขปัญหา กลุ่มโรคไม่ติดต่ออย่างยั่งยืนต้องอาศัยนโยบายเชิงโครงสร้างที่เข้มแข็ง การบูรณาการข้ามภาคส่วน และการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมอย่างจริงจัง สำหรับประเทศไทย การผลักดันบทเรียนเหล่านี้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติจะเป็นกุญแจสำคัญในการลดภาระโรค กลุ่มโรคไม่ติดต่อ และสร้างระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรมและยั่งยืนในระยะยาว โดยมีแนวทางหลักสามประการ ดังนี้

1 การเสริมพลัง (empowerment) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจ บทบาท และงบประมาณเพียงพอในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในระดับพื้นที่ เช่น การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการเดินและการออกกำลังกาย การจัดการอาหารในโรงเรียนและชุมชน จะช่วยให้มาตรการด้านสุขภาพสอดคล้องกับบริบทพื้นที่และลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ¹⁵ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องสร้างกลไกความร่วมมือข้ามภาคส่วน ที่เชื่อมโยงบทบาทของท้องถิ่นเข้ากับนโยบายระดับมหภาคและการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มแข็งจากส่วนกลาง เพื่อให้มาตรการในระดับพื้นที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและสามารถลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

2 การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล (digital health integration) เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ ตั้งแต่ระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันจะช่วยสนับสนุนการคัดกรอง การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการตัดสินใจเชิงนโยบายที่มีความแม่นยำและทันต่อสถานการณ์มากขึ้น¹⁶

3 การขับเคลื่อนพลังทางสังคม (social mobilization) โดยเสริมบทบาทของภาคประชาสังคมในฐานะผู้สร้างการตระหนักรู้และผู้เฝ้าระวังนโยบายสาธารณะ เพื่อตรวจสอบและถ่วงดุลการแทรกแซงนโยบายจากภาครัฐกิจที่อาจขัดต่อประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชน ควบคู่กับการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อเสริมพลังให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางนโยบายและการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง

ความจริงที่ต้องขบคิด

- กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเร่งด่วนที่สุดประการหนึ่งของประเทศไทย ปัญหาสุขภาพนี้
- ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นในบริบทของสังคมสูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญกับโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ส่งผลให้
- ภาระต่อระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหานี้ไม่ได้เกิดจากพฤติกรรม
- ของปัจเจกบุคคลเพียงลำพัง หากแต่เป็นผลลัพธ์ของสภาพแวดล้อมและโครงสร้างสังคมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งรูปแบบ
- การบริโภคอาหาร การออกแบบเมือง ระบบคมนาคม เงื่อนไขการทำงาน และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ
- สุขภาพ ประเทศไทยจำเป็นต้องขับเคลื่อนนโยบายเชิงโครงสร้างอย่างจริงจังผ่านแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ”
- (Health in All Policies) ซึ่งบูรณาการมิติสุขภาพเข้าไปในการกำหนดนโยบายของทุกภาคส่วน ควบคู่กับ
- การเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- หากสามารถขับเคลื่อนแนวทางดังกล่าวได้อย่างเป็นรูปธรรม ประเทศไทยจะมีโอกาสลดภาระกลุ่มโรคไม่ติดต่อและ
- สร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและเป็นธรรมในระยะยาวได้อย่างแท้จริง



ที่มา: สร้างโดย AI ผ่าน Gobarana Pro จาก Adobe Firefly

ประกันสังคม: ถึงเวลาต้องปฏิรูปก่อนจะถึงจุดวิกฤติ

ความยั่งยืนของกองทุนประกันสังคมเป็นประเด็นที่น่ากังวล เนื่องจากรายจ่ายของกองทุนชราภาพ จะเริ่มสูงกว่ารายรับตั้งแต่ราวปี 2570 เป็นต้นไป และเงินสำรองสะสมของกองทุนมีแนวโน้ม จะถูกใช้จนหมดภายในปี 2585

บทนำ

ในช่วงปีที่ผ่านมา (ปี 2568) ได้เกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์การทำงานของสำนักงานประกันสังคม ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนที่ต่ำกว่ากองทุนสุขภาพอื่น ๆ และความไม่โปร่งใสของการบริหารกองทุน เช่น การลงทุน ในตึกสำนักงานในราคาที่สูงกว่าราคาตลาดหลายพันล้านบาท การจัดสรรงบประมาณจำนวนมากเพื่อศึกษาดูงานในต่างประเทศ ของผู้บริหาร ตลอดจนการเลือกตั้งคณะกรรมการประกันสังคมที่มีการแทรกแซงของฝ่ายการเมือง ประเด็นเหล่านี้สะท้อน คำถามสำคัญเกี่ยวกับความศรัทธาต่อการบริหารจัดการกองทุนที่มีมูลค่านับล้านล้านบาท ว่ามีความเป็นมืออาชีพเพียงพอ ที่จะบริหารกองทุนและคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนหรือไม่

ระบบประกันสังคมในไทยกำลังประสบปัญหาในหลายมิติ ทั้งด้านการบริการ ระบบธรรมาภิบาล และความยั่งยืน ของระบบ จึงมีกระแสเรียกร้องให้มีการปฏิรูปกองทุนอย่างจริงจัง ประเด็นสำคัญประกอบด้วย **ความยั่งยืนทางการเงิน ในระยะยาว** มีการคาดการณ์ว่าเงินกองทุนอาจไม่เพียงพอในอนาคตอันใกล้ เนื่องจากอัตราเงินสมทบไม่สอดคล้อง กับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการจ่ายเงินบำนาญชราภาพท่ามกลางโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคม สูงวัยอย่างสมบูรณ์ **ความเหลื่อมล้ำและสิทธิประโยชน์ที่ไม่เพียงพอ** ผู้ประกันตนมองว่าสิทธิการรักษาพยาบาลด้อย กว่าระบบอื่น และสิทธิประโยชน์ระหว่างผู้ประกันตนมาตรา 33, 39 และ 40 มีความแตกต่างกันอย่างไม่เป็นธรรม **การบริหารจัดการกองทุนที่ไม่โปร่งใส** มีการใช้จ่ายงบประมาณที่ไม่คุ้มค่า เช่น กรณีงบดูงานต่างประเทศและ งบประมาณสัมพันธ์ รวมถึงการขาดการมีส่วนร่วมของผู้ประกันตนในการบริหารกองทุน **ความไม่ศรัทธาของผู้ประกันตน** โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่จำนวนไม่น้อยที่เริ่มมองว่าการหักเงินสมทบเป็นภาระที่ไม่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ บทความนี้จะวิเคราะห์ระบบประกันสังคม ปัญหาและความท้าทาย พร้อมทั้งแนวทางการปฏิรูประบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคมไทย: เสาหลักของสวัสดิการที่ไม่สมบูรณ์

ระบบประกันสังคมของไทยในปัจจุบันครอบคลุม 7 สิทธิประโยชน์ ได้แก่ การรักษาพยาบาล การคลอดบุตร การทุพพลภาพ การเสียชีวิต การสงเคราะห์บุตร การว่างงาน และชราภาพ สิทธิประโยชน์เหล่านี้มีความครอบคลุมทุกช่วงเวลาในชีวิตของผู้ประกันตน โดยถูกออกแบบให้เป็นระบบ “สมทบร่วม” ระหว่างลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐ ภายใต้แนวคิดการกระจายความเสี่ยงและภาระค่าใช้จ่ายผ่านหลักการ “ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว” โดยสมาชิกในสังคมร่วมกันสมทบเงินในกองทุน เพื่อดูแลผู้ที่ประสบความเสี่ยงในแต่ละช่วงเวลาของชีวิต แทนที่จะปล่อยให้แต่ละคนต้องรับภาระเพียงลำพัง

กองทุนประกันสังคมของไทยแบ่งผู้ประกันตนออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 เป็นแรงงานในระบบที่อยู่ในภาคบังคับ เช่น ลูกจ้างบริษัทเอกชนทั่วไป ที่มีอายุระหว่าง 15–60 ปี และได้รับความคุ้มครอง 7 สิทธิประโยชน์ที่ได้กล่าวข้างต้น

ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 เป็นแรงงานที่เคยอยู่ในระบบตามมาตรา 33 มาก่อน แต่ลาออกจากงานและสมัครใจส่งเงินสมทบต่อ เพื่อรักษาสิทธิประกันสังคม โดยได้รับความคุ้มครองลดลงเหลือ 6 สิทธิประโยชน์ ยกเว้นการว่างงาน

ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เป็นแรงงานนอกระบบหรือผู้ประกอบการอาชีพอิสระ สามารถเลือกแผนการประกันตามระดับเงินสมทบและความคุ้มครองที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การคุ้มครองขั้นพื้นฐานไปจนถึงรูปแบบที่มีสิทธิประโยชน์ใกล้เคียงแรงงานในระบบมากขึ้น

4 ความท้าทายใหญ่ของระบบประกันสังคมไทย

เมื่อมองระบบประกันสังคมในภาพรวมร่วมกับระบบสวัสดิการอื่นในสังคมไทย จะพบความท้าทายในเชิงโครงสร้างที่สำคัญหลายประการ ทั้งในแง่ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ระหว่างกลุ่มผู้ประกันตน และความสัมพันธ์กับระบบสวัสดิการอื่นของรัฐ สรุปความท้าทายของระบบประกันสังคมได้ ดังนี้

1. ความยั่งยืนทางการเงิน: เมื่อการสมทบเพิ่มเพียงอย่างเดียวไม่ใช่คำตอบ

หนึ่งในความท้าทายที่ถูกพูดถึงมากที่สุดในปัจจุบัน คือ ความสามารถของกองทุนชราภาพในการรองรับภาระการจ่ายบำนาญในระยะยาว การประเมินเสถียรภาพทางการเงินของกองทุนประกันสังคมจากหลายงานวิจัยชี้ตรงกันว่า¹ หากยังคงดำเนินนโยบายในรูปแบบเดิมโดยไม่มีการปฏิรูปเชิงโครงสร้าง กองทุนชราภาพจะเผชิญภาวะขาดดุลในอนาคตอันใกล้ เนื่องจากกองทุนชราภาพในระบบประกันสังคมไทยมีลักษณะที่เรียกว่าระบบบำนาญแบบผลประโยชน์กำหนดตายตัว (Defined Benefit: DB) จากจำนวนเงินที่สมทบและระยะเวลาการทำงาน โดยไม่ขึ้นกับผลตอบแทนจากการลงทุน ภาระความเสี่ยงทางการเงินจึงตกอยู่กับกองทุนโดยตรงที่ต้องมีเงินเพียงพอในการจ่ายเงินบำนาญในอนาคต

จากข้อกังวลดังกล่าว บอร์ดประกันสังคมได้มีมติเห็นชอบในปี 2558 เพื่อปรับสูตรบำนาญชราภาพเป็นแบบ CARE (Career-Average Revalued Earnings) คือการคำนวณบำนาญจาก *ค่าเฉลี่ยรายได้ตลอดช่วงชีวิตการทำงาน* โดยนำรายได้ในแต่ละปีมาปรับค่าให้สะท้อนมูลค่าปัจจุบันก่อนนำมาเฉลี่ย มีการปรับเพิ่มเพดานค่าจ้างสูงสุดในการคำนวณเงินสมทบจาก 15,000 บาท เป็น 17,500 บาท ในช่วงปี 2569–2571 จากนั้นปรับเป็น 20,000 บาทในช่วงปี 2572–2574 และตั้งแต่ปี 2575 เป็นต้นไป เพดานค่าจ้างสูงสุดเป็น 23,000 บาท วิธีนี้ช่วยลดความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้ที่มีรายได้สูงช่วงท้ายกับผู้ที่มีรายได้ผันผวน ส่งผลให้เงินบำนาญสะท้อนการสมทบจริงตลอดอาชีพ และเพิ่มความเป็นธรรมภายในระบบบำนาญแบบ DB มากขึ้น การปรับเพดานค่าจ้างสูงสุดดังกล่าวยังมาพร้อมกับการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นที่นอกเหนือจากเงินบำนาญ โดยมีการปรับเพิ่มเงินทดแทนกรณีเจ็บป่วย ทุพพลภาพ ว่างงาน และอื่น ๆ ที่ขยับตามฐานเพดานค่าจ้างสูงสุดเช่นเดียวกัน²

อย่างไรก็ตาม ผลการประมาณการความยั่งยืนทางการเงินของกองทุนบำนาญชราภาพภายใต้สถานการณ์ปัจจุบันประกอบกับการปรับปรุงสูตรบำนาญชราภาพแบบ CARE โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย พบว่าความยั่งยืนของกองทุนยังคงเป็นประเด็นที่น่ากังวล เนื่องจากรายจ่ายของกองทุนชราภาพจะเริ่มสูงกว่ารายรับตั้งแต่ราวปี 2570 เป็นต้นไป และเงินสำรองสะสมของกองทุนมีแนวโน้มจะถูกใช้จนหมดภายในช่วงปี 2585 เนื่องจากปัจจุบันมีแรงงานในระบบประกันสังคมเพียงร้อยละ 36 เท่านั้นที่มีรายได้เท่ากับหรือมากกว่าเพดานสูงสุด (15,000 บาท)³ ดังนั้นการปรับเพิ่มเพดานสูงสุดจึงไม่ส่งผลต่อรายรับของกองทุนมากนัก การขาดดุลดังกล่าวสะท้อน “จุดเปลี่ยนเชิงโครงสร้าง” ของระบบ จากกองทุนที่เคยมีรายรับสูงกว่ารายจ่าย มาเป็นกองทุนที่ต้องพึ่งพาเงินสำรองและผลตอบแทนจากการลงทุนเพื่อจ่ายสิทธิประโยชน์เป็นหลัก

นอกจากนั้น ปัจจัยหลักที่ทำให้ความยั่งยืนของกองทุนถูกสั่นคลอน คือ โครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในอีกสิบปีข้างหน้า ผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีสัดส่วนประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด ส่งผลให้จำนวนผู้รับบำนาญเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ฐานผู้จ่ายเงินสมทบไม่ขยายตัวในระดับเดียวกัน ดังนั้นการเพิ่มเงินสมทบควบคู่กับการปรับกลไกการลงทุน หรือการบริหารสิทธิประโยชน์อย่างค่อยเป็นค่อยไป อาจช่วยขยายความยั่งยืนของกองทุนออกไปได้อีกระยะหนึ่ง ความท้าทายด้านความยั่งยืนของกองทุนประกันสังคมจึงไม่ใช่ปัญหาเชิงเทคนิคทางการเงินเท่านั้น หากแต่เป็นประเด็นเชิงโครงสร้างที่เชื่อมโยงกับประชากรตลาดแรงงาน และหลักความเป็นธรรมระหว่างรุ่น (intergenerational equity) การไม่ปรับเปลี่ยนนโยบายในวันนี้ย่อมหมายถึงการผลักภาระไปสู่คนรุ่นหลังในอนาคต

2. ความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์และคุณภาพบริการ

นอกจากเรื่องความยั่งยืนทางการเงิน ประเด็นที่ส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ประกันตนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ เรื่องความเหลื่อมล้ำของสิทธิประโยชน์และคุณภาพบริการ โดยเฉพาะเมื่อแรงงานในระบบไม่สามารถเลือกได้อย่างเสรีว่าจะอยู่ภายใต้ระบบใด เนื่องจากสิทธิประโยชน์ของประกันสังคมไม่ได้ดำรงอยู่โดยลำพังและมีคู่แข่งเปรียบเทียบในหลายระบบ ทั้งของรัฐและเอกชนที่ให้ความคุ้มครองในมิติสุขภาพและบำนาญชราภาพเช่นเดียวกัน

ในด้านสิทธิการรักษาพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) แม้ทั้งสองระบบจะมีเป้าหมายร่วมกันคือการคุ้มครองสุขภาพประชาชน แต่กลับมีการจัดสรรงบประมาณ กลไกการจ่ายเงิน และการให้บริการที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนในสายตาของผู้ประกันตน สิทธิการรักษาพยาบาลของประกันสังคมถูกมองว่ามีข้อจำกัด ทั้งในด้านความคล่องตัวของการเข้าถึงบริการ ระยะเวลารอคอย และขอบเขตการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับระบบบัตรทองที่มีเครือข่ายบริการครอบคลุมมากกว่า แม้ผู้ประกันตนจะจ่ายเงินสมทบทุกเดือน ขณะที่ผู้ใช้บัตรทองไม่ต้องจ่ายเงินสมทบโดยตรง ข้อสำคัญผู้ประกันตนเป็นผู้อยู่ในวัยแรงงาน เจ็บป่วยน้อยกว่าประชาชนในระบบบัตรทอง ซึ่งมีเด็กและผู้สูงอายุอยู่จำนวนมาก แต่ค่าใช้จ่ายในการให้บริการกลับแพงกว่า โดยไม่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งกรณีบริการทันตกรรมและการคลอด ยังต้องจ่ายค่าบริการเพิ่มต่างหากด้วย

สิทธิประโยชน์ รับสิทธิเพิ่มขึ้น

จากการปรับเพดานค่าจ้าง

ระยะที่	ปี พ.ศ.	เพดานค่าจ้างสูงสุด	บาท
ระยะที่ 1	(ปี พ.ศ. 2569-2571)	17,500	เงินสมทบสูงสุด 875 บาท/เดือน
ระยะที่ 2	(ปี พ.ศ. 2572-2574)	20,000	เงินสมทบสูงสุด 1,000 บาท/เดือน
ระยะที่ 3	(ปี พ.ศ. 2575 เป็นต้นไป)	23,000	เงินสมทบสูงสุด 1,150 บาท/เดือน

ระยะที่ 1 (ปี พ.ศ. 2569-2571)

ค่าจ้าง	เงินสมทบสูงสุด
17,500 บาท	875 บาทต่อเดือน

เงินทดแทนและเงินสงเคราะห์ กรณีที่จ้าง

- ▷ เงินวัย สูงสุด 7,500 บาทต่อเดือน เป็นเงิน 8,250 บาทต่อเดือน
- ▷ เงินลาภ สูงสุด 7,500 บาทต่อเดือน เป็นเงิน 8,250 บาทต่อเดือน
- ▷ ค่าชดเชย สูงสุด 7,500 บาทต่อเดือน เป็นเงิน 8,250 บาทต่อเดือน
- ▷ เงินสงเคราะห์กรณีชดเชย 22,500 บาทต่อครั้ง เป็นเงิน 22,250 บาทต่อครั้ง
- ▷ เงินสงเคราะห์กรณีเสียชีวิต 90,000 บาท เป็นเงิน 105,000 บาท
- ▷ เงินบำนาญในกรณีถึงสิ้นสมบทสุข 15 ปี สูงสุด 3,000 บาทต่อเดือน เป็นเงิน 3,500 บาทต่อเดือน
- ▷ เงินบำนาญในกรณีถึงสิ้นสมบทสุข 25 ปี สูงสุด 5,250 บาทต่อเดือน เป็นเงิน 6,125 บาทต่อเดือน

1506 สายด่วน 24 ชั่วโมง

www.sso.go.th | ssofacebook | ssothai | ssoplus | ssonews1506

ศูนย์สารสนเทศ ฝ่ายข่าว Information Center

ภาพที่ 1 แนวทางการปรับเพดานค่าจ้างและสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนในประกันสังคม มาตรา 33

ที่มา: สำนักงานประกันสังคม

ในมิติของบ้านาญและรายได้ยามชราภาพ ความเหลื่อมล้ำยิ่งปรากฏชัด สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนแตกต่างกันตามสถานะการจ้างงานและรูปแบบการสมทบ ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ซึ่งเป็นแรงงานในระบบ มีโอกาสได้รับบ้านาญรายเดือนในระดับที่สูงกว่าและมีความมั่นคงมากกว่า ขณะที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 และ 40 ต้องเผชิญข้อจำกัดทั้งด้านเพดานการสมทบ ระยะเวลาการส่งเงิน และการขาดส่วนสมทบจากนายจ้าง ส่งผลให้บ้านาญหรือบำเหน็จที่ได้รับต่ำกว่า นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับระบบบ้านาญอื่นของรัฐ เช่น กองทุนบำเหน็จบ้านาญข้าราชการ กลับให้ความคุ้มครองที่สูงกว่าและมั่นคงกว่าระบบประกันสังคมอย่างชัดเจน

ปัญหาข้างต้นสะท้อนว่า การจัดการระบบสวัสดิการด้านสุขภาพและบ้านาญของไทยยังคงมีลักษณะแยกส่วน และกระจายความคุ้มครองอย่างไม่เท่าเทียม กลุ่มที่มีความมั่นคงทางรายได้สูง เช่น ข้าราชการหรือแรงงานในระบบ กลับได้รับความคุ้มครองมากกว่า ในขณะที่แรงงานนอกระบบซึ่งมีความเปราะบางสูง กลับได้รับการคุ้มครองต่ำที่สุด ความไม่สมดุลนี้ไม่เพียงเป็นประเด็นเชิงความเป็นธรรมทางสังคม แต่ยังสะท้อนความท้าทายเชิงนโยบายของระบบสวัสดิการในประเทศไทยที่ต้องมองปัญหาอย่างองค์รวม

3. Gig Economy กับอนาคตของระบบประกันสังคม

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ตลาดแรงงานไทยและทั่วโลกเผชิญการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ งานประจำแบบเต็มเวลาซึ่งเคยเป็นฐานสำคัญของระบบประกันสังคม กำลังลดบทบาทลง ขณะที่งานรูปแบบใหม่ ระบบเศรษฐกิจแบบ “งานชั่วคราว” หรือ “งานรับจ้างอิสระ” ที่ไม่ได้ยึดติดกับงานประจำที่เรียกว่า Gig Economy และการทำงานผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล การจ้างงานระยะสั้น งานตามสัญญาจ้างหรือฟรีแลนซ์ หรือการทำงานหลายอาชีพพร้อมกันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง งานศึกษาขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO)⁴ และธนาคารโลก⁵ ชี้ตรงกันว่า แรงงานจำนวนมากกำลังอยู่ในการทำงานบนแพลตฟอร์มหรืองานในรูปแบบชั่วคราวที่เพิ่มขึ้น รวมถึงแนวโน้มการเปลี่ยนงานที่เพิ่มมากขึ้นของแรงงานรุ่นใหม่ การทำงานไม่ผูกกับนายจ้างรายเดียว และการให้ความสำคัญกับความยืดหยุ่นของเวลาและรายได้ได้มากกว่าความมั่นคงในรูปแบบเดิม แต่ระบบประกันสังคมไทยยังคงยึดโยงกับการจำแนกแรงงานอย่างชัดเจน ในรูปแบบของในระบบและนอกระบบเท่านั้น ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของตลาดแรงงานในอนาคตที่มีลักษณะไหลลื่นมากยิ่งขึ้น จากงานศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยเมื่อปี 2564 ได้ชี้ให้เห็นถึงรูปแบบการทำงานของแรงงานนอกระบบ โดยสามารถแบ่งออกเป็นแรงงานนอกระบบรูปแบบดั้งเดิมที่เราคุ้นเคยกัน เช่น แรงงานภาคเกษตร แรงงานรับจ้างรายวัน กับกลุ่มแรงงานนอกระบบรูปแบบใหม่ ที่เป็นกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางถึงสูง มีความคุ้นเคยกับเทคโนโลยี มีลักษณะการทำงานผ่านแพลตฟอร์มต่าง ๆ ซึ่งคนกลุ่มนี้มีรูปแบบการจ้างงานและความต้องการในสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างจากแรงงานในระบบเดิม⁶

หลายประเทศเริ่มตระหนักถึงข้อจำกัดของระบบประกันสังคมที่ผูกติดกับสถานะการจ้างงานแบบดั้งเดิม ซึ่งอาจไม่สามารถรองรับการทำงานในรูปแบบใหม่ได้อย่างเพียงพอ จึงเกิดความพยายามพัฒนาโลกเสริมทั้งในมิติของบ้านาญและสิทธิประโยชน์ทางสังคม⁷ ในปี 2568 กระทรวงแรงงานได้มีนโยบายขยายความคุ้มครองทางสังคมไปยังแรงงานแพลตฟอร์มมากขึ้น ทั้งในมิติการประกันอุบัติเหตุ สุขภาพ และการออมเพื่อวัยชรา ซึ่งสะท้อนการยอมรับโดยนัยว่าเส้นแบ่งแรงงานในระบบและนอกระบบอาจไม่ตอบโจทย์อีกต่อไป



4. ธรรมชาติและการบริหารกองทุน เงินไขตั้งต้นของการปฏิรูป

การแก้ไขปัญหาระบบประกันสังคมไม่อาจอาศัยเพียงการปรับตัวเลขเชิงเทคนิค ไม่ว่าจะเงินสมทบหรือสิทธิประโยชน์ หากแต่ต้องอาศัยกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายที่ซับซ้อน ซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์ความรู้ทางวิชาการ การสื่อสาร เพื่อสร้างความเข้าใจแก่สาธารณะ และที่สำคัญที่สุด คือ “ความเชื่อใจ” ต่อกลไกการบริหารจัดการกองทุน ปัญหาด้านธรรมชาติจึงกลายเป็นเรื่องเร่งด่วนลำดับแรกที่ต้องได้รับการแก้ไข ก่อนที่จะสามารถขับเคลื่อนการปฏิรูปในประเด็นอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลายปีที่ผ่านมา ระบบประกันสังคมไทยเผชิญข้อกังวลเกี่ยวกับธรรมชาติและความสำเร็จในการบริหารกองทุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในประเด็นโครงสร้างคณะกรรมการประกันสังคมที่ถูกตั้งคำถามเรื่องความเป็นอิสระและการเป็นตัวแทนของผู้ประกันตน การเปิดเผยข้อมูลที่ยังไม่เอื้อต่อการตรวจสอบ รวมถึงกรณีข่าวเกี่ยวกับการใช้งบประมาณในกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับภารกิจหลักของกองทุน⁶ ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อความรู้สึกเป็นเจ้าของและศรัทธาของผู้ประกันตน การยกระดับธรรมชาติ ความสำเร็จ และการมีส่วนร่วมของผู้ประกันตน จึงอาจเป็นเรื่องเร่งด่วนลำดับแรกที่สำคัญที่สุดของการปฏิรูประบบประกันสังคมไทย สิ่งสำคัญที่ต้องปฏิรูปโดยเร่งด่วน คือ

- 1 | ต้องนำสำนักงานประกันสังคมออกจากระบบราชการ ให้มีโครงสร้างเป็นองค์การมหาชน และสร้างระบบอภิบาล (governance system) ให้เป็นธรรมชาติอย่างแท้จริง
- 2 | การลงทุนของกองทุนประกันสังคมจะต้องเปลี่ยนแปลงขั้นปฏิรูป โดยต้องมีระบบในการกำหนดนโยบายการลงทุนที่ถูกต้องเหมาะสม การคัดเลือกผู้บริหารกองทุนต้องมีความโปร่งใส ถูกต้อง เหมาะสม ต้องมีการประเมินผลประกอบการ รวมทั้งการประเมินผลเป็นระยะ ๆ

ก้าวต่อไปหลังจากนี้

- การปฏิรูประบบประกันสังคมไทยเป็นภารกิจเร่งด่วนที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน
- ทั้งการปรับโครงสร้างองค์กร โครงสร้างเงินสมทบและสิทธิประโยชน์ให้เป็นธรรมและยั่งยืนการเพิ่มความโปร่งใส
- และการมีส่วนร่วมของผู้ประกันตนในฐานะเจ้าของกองทุน โดยต้องเร่งดำเนินการใน 3 มาตรการหลัก คือ
- หนึ่ง การขยายฐานอายุเกษียณและปรับสูตรการจัดเก็บเงินสมทบ ให้สอดคล้องกับโครงสร้างสังคมสูงวัย
- เพื่อป้องกันภาวะกองทุนติดลบในอีก 30 ปีข้างหน้า สอง การปฏิรูปโครงสร้างบอร์ดประกันสังคมให้เป็น
- มืออาชีพ (Professional Board) โดยลดสัดส่วนตัวแทนจากภาครัฐและเพิ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการลงทุนอิสระ
- เพื่อจัดปัญหาผลประโยชน์ทับซ้อนและการใช้เงินผิดประเภท และสาม การยกระดับความโปร่งใสผ่านระบบ
- Digital Dashboard ที่เปิดเผยพอร์ตการลงทุนและงบประมาณบริหารจัดการแบบเรียลไทม์เพื่อให้ผู้ประกันตน
- ตรวจสอบได้ทุกขั้นตอน หากรัฐบาลขาดความกล้าหาญเชิงนโยบายในการบังคับใช้มาตรการเหล่านี้
- จะนำไปสู่ความล้มเหลวของระบบสวัสดิการที่กระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจของคนไทยทั้งประเทศ
- อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้





ที่มา: สร้างโดย AI ผ่าน GoBanana Pro จาก Adobe Firefly

นโยบายสหรัฐฯ กับผลกระทบด้านสุขภาพในไทย

นโยบาย America First เป็นการเปลี่ยนตรรกะของระเบียบโลก ซึ่งส่งแรงสะท้อนมาถึงระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ การรับมือกับนโยบายดังกล่าวไม่อาจจำกัดอยู่ที่การเจรจาการค้า แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนมาบูรณาการนโยบายเศรษฐกิจ การค้า สังคม และสุขภาพเข้าด้วยกัน

บทนำ

ในปี 2025 โลกต้องเผชิญแรงสั่นสะเทือนครั้งใหญ่จากนโยบายภาษีตอบโต้ (Reciprocal Tariffs) ของสหรัฐอเมริกา ภายใต้การนำของประธานาธิบดี โดนัลด์ ทรัมป์ ซึ่งประกาศใช้นโยบายดังกล่าวในวันที่ 2 เมษายน 2025 พร้อมถ้อยแถลงเชิงสัญลักษณ์ว่าเป็น “วันอิสรภาพทางเศรษฐกิจ” ของสหรัฐฯ นโยบายนี้มีเป้าหมายชัดเจนในการจัดเก็บภาษีนำเข้าสินค้าจากประเทศคู่ค้าที่สหรัฐฯ เห็นว่าได้เปรียบทางการค้า เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดดุลการค้าที่สะสมมาอย่างยาวนาน โดยอัตราภาษีที่เรียกเก็บแตกต่างกันไปตามระดับการเกินดุลการค้าของแต่ละประเทศ ประเทศที่ถูกเรียกเก็บภาษีในอัตราสูงล้วนเป็นประเทศที่สหรัฐฯ ขาดดุลการค้าอย่างมาก เช่น เวียดนามถูกเรียกเก็บภาษีร้อยละ 46 กัมพูชาร้อยละ 49 และประเทศไทยร้อยละ 36¹

นโยบายภาษีตอบโต้ดังกล่าวไม่ได้หยุดอยู่เพียงมาตรการเชิงลงโทษทางการค้า หากแต่ถูกใช้เป็น “เครื่องมือต่อรอง” เพื่อบีบให้ประเทศคู่ค้าเข้ามาเจรจาทำข้อตกลงทางการค้าใหม่กับสหรัฐฯ ในลักษณะทวิภาคี โดยมีเงื่อนไขที่เอื้อประโยชน์ต่อสหรัฐฯ มากขึ้น แม้หลายประเทศรวมทั้งไทยจะได้รับการลดอัตราภาษีตอบโต้ลงภายหลังการเจรจา (ยุติการสู้รบกับกัมพูชาตามความประสงค์ของผู้นำสหรัฐฯ) โดยต้องแลกกับการยอมรับเงื่อนไขด้านการเปิดตลาด การปรับปรุงมาตรฐาน ไปจนถึงการแก้ไขกฎระเบียบ ซึ่งไม่ได้ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเท่านั้น หากยังลุกลามไปถึงมิติทางสังคมและสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้²

บทความนี้มีเป้าหมายเพื่ออธิบายที่มาและตรรกะของนโยบายสหรัฐฯ ในยุค America First พร้อมทั้งวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับประเทศไทย โดยเน้นมิติด้านสุขภาพเป็นหลัก รวมถึงทบทวนแนวนโยบายที่ไทยมีอยู่ในปัจจุบัน และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องเพื่อรับมือกับแรงกระแทกจากการเปลี่ยนแปลงเชิงภูมิรัฐศาสตร์ดังกล่าว

นโยบาย “อเมริกาต้องมาก่อน” (America First) กับประเทศไทย

ในบริบทประวัติศาสตร์สมัยใหม่ แนวคิด “America First” ปรากฏขึ้นอย่างเป็นทางการในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 โดยถูกใช้เป็นคำขวัญทางการเมืองในช่วงก่อนและระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 1 สะท้อนแนวคิดของลัทธิโดดเดี่ยว (isolationism) และความต้องการให้สหรัฐฯ มุ่งเน้นผลประโยชน์ภายในประเทศเป็นหลัก ประธานาธิบดีวูดโรว์ วิลสัน เคยใช้ถ้อยคำดังกล่าวในการหาเสียงปี 1916 เพื่อสื่อสารกับสาธารณชนถึงจุดยืนในการหลีกเลี่ยงการเข้าไปพัวพันกับสงครามในยุโรป อย่างไรก็ตาม “America First” ในยุคนี้เป็นเพียง สโลแกนทางการเมืองมากกว่าการเป็นนโยบายต่างประเทศที่ชัดเจน และไม่ได้หมายถึงการปฏิเสธบทบาทของสหรัฐฯ ในเวทีโลก³

นโยบาย America First ได้กลับมาอีกครั้งอย่างชัดเจนในปี 2025 ผ่านการหาเสียงของโดนัลด์ ทรัมป์ โดยมีสาระสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การย้ายอธิปไตยของชาติ การปกป้องเศรษฐกิจภายใน ความไม่ไว้วางใจต่อข้อตกลงและสถาบันพหุภาคี และการจัดลำดับผลประโยชน์ของสหรัฐฯ เป็นลำดับแรกในด้านการค้า ความมั่นคงและการทูต แนวคิดดังกล่าวนำไปสู่การทบทวนและรีโอโครงสร้างความร่วมมือเดิมเกือบทั้งหมด และเป็นรากฐานของนโยบายภาษีตอบโต้ในปี 2025 รัฐบาลไทยได้เข้าสู่การเจรจากับสหรัฐฯ และได้ข้อสรุปเบื้องต้นในรูปแบบ joint statement⁴ ว่าประเทศไทยจะได้รับการลดอัตราภาษีตอบโต้จากร้อยละ 36 เหลือร้อยละ 19 แต่ต้องแลกกับการยกเลิกภาษีศุลกากรสำหรับสินค้านำเข้าจากสหรัฐฯ ประมาณร้อยละ 99 รวมถึงการลดอุปสรรคที่ไม่ใช่ภาษี และการยกระดับมาตรฐานด้านแรงงาน สิ่งแวดล้อม ทรัพย์สินทางปัญญา การแข่งขัน และการเปิดเสรีภาคบริการในบางสาขา

ข้อตกลงกำหนดหลักการด้านดิจิทัลและบริการ รวมไปถึงความร่วมมือด้านรัฐวิสาหกิจ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และห่วงโซ่อุปทาน พร้อมดีลซื้อขายเชิงพาณิชย์จากสหรัฐฯ



สรุปสาระสำคัญของข้อตกลงการค้าแบบตอบโต้ ระหว่างสหรัฐฯ-ไทย (ตุลาคม 2025)

ข้อตกลงกำหนดให้ไทยยกเลิกภาษีศุลกากรประมาณร้อยละ 99 ครอบคลุมสินค้าอุตสาหกรรม อาหาร และสินค้าเกษตรจากสหรัฐฯ ควบคู่กับการลดอุปสรรคที่ไม่ใช่ภาษี โดยไทยยอมรับมาตรฐานรถยนต์และการปล่อยมลพิษของสหรัฐฯ ยอมรับใบรับรองและการอนุญาตล่วงหน้าจากสำนักงานอาหารและยาสหรัฐฯ (U.S. Food and Drug Administration: FDA) สำหรับยาและเครื่องมือแพทย์ อนุญาตนำเข้าเอทานอล แก๊สกฎหมายศุลกากรยกเลิกระบบรางวัลนำจับ และนำหลัก Good Regulatory Practices มาใช้

ด้านอาหารและเกษตร ไทยเร่งการเข้าตลาดของเนื้อสัตว์และสัตว์ปีกที่ได้รับการรับรองจาก Food Safety and Inspection Service (FSIS) กำจัดอุปสรรคทางการค้าโดยยึดหลักวิทยาศาสตร์และการประเมินความเสี่ยง และยอมรับใบรับรองที่ตกลงกันแล้วจากหน่วยงานสหรัฐฯ พร้อมกันนี้ไทยจะยกระดับสิทธิแรงงาน การบังคับใช้กฎหมายแรงงาน ปกป้องสิ่งแวดล้อมต่อต้านการค้าไม้และสัตว์ป่าผิดกฎหมาย ปฏิบัติตามพันธกรณีประมงขององค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) และเสริมการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา (แก้คังคัง สิทธิบัตร ปราบสินค้าละเมิด และคุ้มครองสิ่งบ่งชี้ทางภูมิศาสตร์ (Geographical Indication: GI)

ข้อตกลงยังกำหนดหลักการด้านดิจิทัลและบริการ เช่น ไม่เก็บภาษีดิจิทัลที่เลือกปฏิบัติ รับรองการโอนข้อมูลข้ามพรมแดน สนับสนุนการงดเก็บภาษีข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ผ่อนคลายข้อจำกัดการถือหุ้นต่างชาติในโทรคมนาคม และยกเลิกข้อกำหนดประมวลผลข้อมูลการชำระเงินในประเทศ รวมถึงความร่วมมือด้านรัฐวิสาหกิจ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และห่วงโซ่อุปทาน พร้อมดีลซื้อขายเชิงพาณิชย์จากสหรัฐฯ ได้แก่ สินค้าเกษตร 2.6 พันล้านดอลลาร์ต่อปี พลังงาน 5.4 พันล้านดอลลาร์ต่อปี และเครื่องบิน 80 ลำ มูลค่า 18.8 พันล้านดอลลาร์

ทั้งนี้ นโยบายที่เกิดขึ้นจริงอาจมีการปรับเปลี่ยนได้อีกจนกว่าการเจรจาจะได้ออกแถลงอย่างสมบูรณ์ โดยข้อมูลในเวลาต่อมาพบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ เช่น การปรับเพิ่มรายการที่ทางสหรัฐฯ ยกเว้นการเก็บภาษีตอบโต้ กับสินค้าเกษตรบางชนิดแบบเป็นการทั่วไป (ใช้กับทุกประเทศ) เช่น กาแฟ ชา กล้วย ส้ม มะเขือเทศ โกโก้ เครื่องเทศ⁵ และการพิจารณารายการที่ยกเว้นเฉพาะของแต่ละประเทศภายใต้ Annex III ที่อยู่ระหว่างการพิจารณาร่วมกัน⁶

ต่อมา สหรัฐฯ ได้ประกาศเอกสารยุทธศาสตร์สุขภาพโลกตามนโยบายอเมริกันมาก่อน (America First Global Health Strategy) ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนทิศทางของสหรัฐฯ ในระบบสุขภาพโลก จากการเป็น “ผู้สนับสนุนสาธารณสุขประโยชน์โลก” ไปสู่การใช้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือเชิงยุทธศาสตร์ ผ่าน 3 เสาหลัก ได้แก่ การปกป้องความมั่นคงของสหรัฐฯ ผ่านระบบเฝ้าระวังโรค การยกระดับขีดความสามารถการแข่งขันของอุตสาหกรรมการแพทย์สหรัฐฯ และการเชื่อมโยงความช่วยเหลือต่างประเทศเข้ากับผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจของสหรัฐฯ โดยตรง⁷

ผลกระทบด้านสุขภาพต่อประเทศไทย

แม้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในปัจจุบันยังมีข้อจำกัด เนื่องจากข้อตกลงหลายประเด็นยังไม่สิ้นสุด และนโยบาย America First ยังคงมีความไม่แน่นอนสูง แต่จากการทบทวนเอกสารล่าสุด สามารถประเมินได้ว่าผลกระทบต่อสุขภาพของไทยอาจเกิดขึ้นอย่างน้อยใน 4 มิติหลัก ดังนี้

- 1 มาตรฐานสินค้าอาหารและสุขภาพ** ข้อตกลงทางการค้าบางส่วนเร่งการเข้าตลาดของเนื้อสัตว์และสัตว์ปีกจากสหรัฐฯ ที่ได้รับการรับรองจาก Food Safety and Inspection Services (FSIS) ซึ่งในเชิงการค้าอาจช่วยลดต้นทุนและเพิ่มทางเลือกให้ผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่ากังวลอย่างยิ่งคือความพยายามผลักดันการนำเข้าเนื้อหมูที่ใส่สารเร่งเนื้อแดง ซึ่งประเทศไทยห้ามใช้และห้ามนำเข้าอย่างเด็ดขาดมาโดยตลอด เนื่องจากมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ชี้ถึงผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความเสี่ยงต่อโรคร้ายแรงในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การยอมผ่อนคลายนโยบายดังกล่าวจึงไม่ใช่เพียงประเด็นทางเทคนิคของการค้า แต่เป็นการตั้งคำถามต่อหลักการป้องกันไว้ก่อน (precautionary principle) และระบบคุ้มครองผู้บริโภคของไทยเอง หากเปิดช่องให้มาตรฐานด้านสุขภาพถูกลดลงเพื่อแลกกับผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจในระยะสั้น ย่อมสร้างต้นทุนทางสาธารณสุขในระยะยาว ซึ่งท้ายที่สุดจะย้อนกลับมาเป็นภาระของรัฐและระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ⁸
- 2 สิทธิบัตรและการผูกขาดทางยา** การยกระดับการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาตามแนวทางของสหรัฐฯ โดยเฉพาะในกรอบที่เข้มข้นกว่ามาตรฐานขององค์การการค้าโลก มีความเสี่ยงจะซ้ำเติมปัญหา *evergreening* หรือการต่ออายุการผูกขาดผ่านสิทธิบัตรรอง เช่น การปรับสูตรยา เปลี่ยนวิธีใช้ หรือเปลี่ยนรูปแบบการให้ยาเพียงเล็กน้อย โดยไม่ก่อให้เกิดคุณค่าทางการรักษาที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์คือยาราคาแพงจะคงอยู่ในตลาดนานขึ้น ขัดขวางการเข้าสู่ตลาดของยาสามัญ และลดอำนาจต่อรองด้านราคาของรัฐ ส่งผลให้ต้นทุนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น ในเชิงนโยบาย นี้ไม่เพียงเป็นปัญหาด้านงบประมาณ แต่ยังบั่นทอนความสามารถในการเข้าถึงยาที่จำเป็นของประชาชน โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อยและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาต่อเนื่องระยะยาว
- 3 การตัดความช่วยเหลือต่างประเทศ** การระงับหรือชะลอเงินช่วยเหลือแก่ NGO ด้านผู้ลี้ภัยและสิทธิมนุษยชนของสหรัฐฯ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อบริการสุขภาพตามแนวชายแดนของไทย โดยเฉพาะพื้นที่ที่ดูแลผู้ลี้ภัยจากเมียนมา ซึ่งพึ่งพาเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศในการให้บริการขั้นพื้นฐาน เช่น การรักษาโรคเมื่อคลินิกชุมชนเหล่านี้ต้องหยุดหรือจำกัดบริการ ภาระการรักษาจะถูกผลักเข้าสู่โรงพยาบาลของไทยโดยปริยาย ทั้งที่ไม่ได้มีการจัดสรรงบประมาณรองรับอย่างเพียงพอ สถานการณ์เช่นนี้ไม่เพียงสร้างแรงกดดันต่อบุคลากรและงบประมาณสาธารณสุข แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงด้านความมั่นคงทางสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนที่มีความเปราะบางสูง⁹



4

ผลกระทบในเชิงมหภาค นโยบาย America First มีแนวโน้มกดทับการเติบโตของเศรษฐกิจโลก ผ่านการค้าและการลงทุนที่ชะลอตัว ซึ่งย่อมสะท้อนกลับมาสู่ฐานรายได้ภาครัฐและความสามารถในการลงทุน ด้านสุขภาพและสวัสดิการของประเทศต่าง ๆ รวมถึงประเทศไทย อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี ต้องยอมรับว่าข้อตกลงบางส่วนอาจก่อให้เกิดแรงกระตุ้นเชิงบวกผ่านการแข่งขันที่เพิ่มขึ้น เมื่อสินค้านำเข้าจากสหรัฐฯ จำนวนมาก ได้รับการยกเว้นภาษีนำเข้า ผู้ผลิตไทยที่เคยได้รับการคุ้มครองย่อมเผชิญแรงกดดันให้ปรับตัว เพิ่มประสิทธิภาพ และยกระดับคุณภาพสินค้า ผลบวกดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้จริงก็ต่อเมื่อรัฐเข้ามา มีบทบาทเชิงรุกในฐานะ “หุ้นส่วนการพัฒนา” ไม่ใช่เพียงผู้เปิดตลาด โดยต้องสนับสนุนในมิติที่ภาคธุรกิจไม่สามารถปรับตัวได้เอง เช่น การลงทุนด้านการพัฒนาทักษะแรงงาน การวิจัยและพัฒนา และการยกระดับมาตรฐานการผลิต ควบคู่ไปกับการบริหารต้นทุนทางสังคมและสุขภาพอย่างรอบคอบ มิฉะนั้น ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจในระยะสั้น อาจถูกแลกมาด้วยความเปราะบางของระบบสุขภาพและความเหลื่อมล้ำที่รุนแรงขึ้นในระยะยาว

ตารางที่ 1: สรุปประเด็นความเสี่ยงด้านสุขภาพจากนโยบาย America First และข้อเสนอเชิงนโยบาย

ประเด็น	ปัญหา/ความเสี่ยง	ข้อเสนอแนะระยะสั้น	ข้อเสนอแนะระยะยาว
มาตรฐานสินค้าอาหาร และสุขภาพ	เปิดตลาดเนื้อสัตว์นำเข้า เนื้อหมูที่มีสารเร่งเนื้อแดง	ไม่ควรใช้เป็นสินค้าในข้อตกลง เจริญ หรือหากจำเป็นควรจะ จำกัดการนำเข้าให้ได้มากที่สุด เช่น การใช้โควตาเฉพาะ ที่ขาดแคลน	การปรับโครงสร้างเศรษฐกิจ และสังคมไทยอย่างเป็นระบบ ทั้งการกระจายตลาด ยกกระดับ ท่างใช้มูลค่า พัฒนาทักษะ และนวัตกรรม ควบคู่กับการ ออกแบบนโยบายคุ้มครอง สุขภาพ เพื่อเสริมอำนาจต่อรอง และความยั่งยืนของประเทศ ในเวทีการค้าโลก
สิทธิบัตรและการผูกขาด ทางยา	ความเข้มข้นของมาตรฐาน ทรัพย์สินทางปัญญาที่อาจจะ นำไปสู่ปัญหา evergreening patents	เพิ่มกลไกการคัดกรอง ตรวจสอบและคัดค้าน สิทธิบัตร ตลอดจนส่งเสริม ยาสามัญที่จำเป็น	
การตัดความช่วยเหลือ จากต่างประเทศ	ระงับความช่วยเหลือ NGO ที่ดูแลผู้ลี้ภัยตามชายแดน	ระดมทุนจากแหล่งทุนอื่น ร่วมกันกับการยกระดับ กลไกการดูแล	
ผลกระทบเชิงมหภาค	กดทับการค้าการลงทุนโลก แต่ช่วยกระตุ้นการแข่งขัน เพื่อพัฒนา	ใช้การเจรจาเชิงเลือกสรร ให้เหมาะกับการพัฒนา และ เยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบ	



ที่มา: www.freepik.com

แนวทางรับมือของไทยและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบัน ยังไม่พบว่าไทยมีนโยบายสาธารณะที่ออกแบบมาเพื่อตอบโต้นโยบาย America First โดยตรง อย่างไรก็ตาม ไทยมีการวางแผนพัฒนาระบบสุขภาพในระยะยาวที่สามารถนำมาใช้เป็นฐานรองรับผลกระทบได้บางส่วน เช่น ผลพวงจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ประเทศไทยมีแผนในการยกระดับการผลิตวัคซีน ยา และเวชภัณฑ์ในประเทศ และลดการพึ่งพาห่วงโซ่อุปทานจากต่างประเทศ¹⁰

อย่างไรก็ตาม สำหรับนโยบายที่ไทยได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงและเร่งด่วน จะพบว่าภาครัฐได้มีการวางแผนทางเพื่อการรับมือเป็นรายประเด็น เช่น กรณีการตัดเงินช่วยเหลือ ภาครัฐได้จัดทำ “แผนเปลี่ยนผ่าน” เพื่อประคับประคองบริการสุขภาพชายแดนในช่วงที่เงินทุนต่างประเทศไม่แน่นอน โดยให้โรงพยาบาลรัฐรับบทบาทมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยอาการหนัก การส่งต่อ และการประสานงานกับ NGO เพื่อจัดลำดับความสำคัญของบริการที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม แผนดังกล่าวยังเป็นมาตรการชั่วคราว และยังไม่ตอบโจทย์ความยั่งยืนในระยะยาว ประเทศไทยจึงควรพิจารณาแนวทางเชิงนโยบาย ดังนี้

ระยะสั้น

รัฐบาลไทยจำเป็นต้องใช้การเจรจาทางการค้าอย่างรอบคอบและเลือกสรร (selective engagement) เพื่อหาจุดสมดุลที่เหมาะสมระหว่างการยอมรับข้อเสนอที่อาจช่วยกระตุ้นการแข่งขัน การปรับตัว และการพัฒนาเศรษฐกิจกับการจำกัดความเสี่ยงและต้นทุนด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชนและระบบสาธารณสุข



กรณีการนำเข้าเนื้อหมูที่ใช้สารเร่งเนื้อแดง แนวทางที่เหมาะสมที่สุดคือ ไม่ควรนำสินค้าประเภทนี้มาเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงทางการค้า เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้บริโภคอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม หากมีความจำเป็นต้องใช้เป็นประเด็นในการเจรจา ไทยควรกำหนดเงื่อนไขอย่างเข้มงวด โดยจำกัดการนำเข้าเฉพาะเนื้อหมูที่ไม่ใช้สารเร่งเนื้อแดง และกำหนดปริมาณนำเข้าให้สอดคล้องกับภาวะขาดแคลนภายในประเทศเท่านั้น



กรณีสิทธิบัตรและการค้า ในระยะสั้น ไทยควรยกระดับมาตรฐานการตรวจสอบสิทธิบัตรให้มีความเข้มงวดและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อคัดกรองสิทธิบัตรที่มีคุณภาพต่ำหรือเข้าข่ายการต่ออายุสิทธิบัตรโดยไม่จำเป็น (evergreening patents) ออกจากระบบ ควบคู่กับการเสริมความเข้มแข็งของกลไกการคัดค้านสิทธิบัตรโดยภาครัฐและภาคประชาสังคม พร้อมทั้งส่งเสริมการใช้ยาสามัญที่มีความจำเป็นเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุข และจำกัดอำนาจการผูกขาดของผู้ถือสิทธิบัตรในช่วงเปลี่ยนผ่านของกติกาการค้าใหม่



กรณีการตัดความช่วยเหลือต่างประเทศ ไทยต้องปรับโครงสร้างการดูแลสุขภาพผู้ลี้ภัยอย่างเร่งด่วน โดยระดมทุนทดแทนจากผู้บริจาครายอื่น ควบคู่กับการบูรณาการบริการเข้าสู่ระบบสาธารณสุขระดับจังหวัด เสริมความมั่นคงด้านบุคลากร และพัฒนากลไกการเงินที่เหมาะสม พร้อมทั้งยกระดับการเฝ้าระวังโรคตามแนวชายแดน ภายใต้กรอบ “ความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ” มากกว่าเพียงภารกิจด้านมนุษยธรรม



การรับมือผลกระทบในเชิงมหภาค ในภาพรวม ควรใช้การเจรจาเชิงเลือกสรร แยกสินค้าที่มีความอ่อนไหวสูงต่อเศรษฐกิจและสุขภาพออกจากโต๊ะต่อรอง พร้อมกับใช้มาตรการเยียวยาผู้ประกอบการและผู้ส่งออกที่ได้รับผลกระทบเฉพาะกลุ่ม เพื่อบรรเทาความผันผวนและแรงกระแทกต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม

ระยะยาว

การรับมือกับข้อตกลงการค้าใหม่ต้องปรับเปลี่ยนจากการเจรจาเชิงรับสู่การวางแผนเชิงโครงสร้างที่จับต้องได้ โดยมีมาตรการสำคัญดังนี้



การยกระดับห่วงโซ่มูลค่าและเศรษฐกิจสร้างสรรค์ เร่งส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมเป้าหมาย (S-Curve) และเศรษฐกิจสร้างสรรค์ (Creative Economy) โดยใช้ Soft Power และทุนทางวัฒนธรรม มาเพิ่มมูลค่าสินค้าและบริการ แทนการแข่งขันด้านราคา เพื่อสร้างเอกลักษณ์ที่ยากต่อการทดแทนในตลาดโลก



เทคโนโลยีและนวัตกรรม สนับสนุนสิทธิประโยชน์ทางภาษีและเงินทุนหมุนเวียนสำหรับการวิจัยและพัฒนา เพื่อเปลี่ยนไทยจากผู้ประกอบชิ้นส่วนเป็น «เจ้าของเทคโนโลยี» หรือผู้ผลิตนวัตกรรมขั้นสูงที่สอดคล้องกับมาตรฐานสิ่งแวดล้อมและสากล



การกระจายความเสี่ยงและตลาดส่งออก ลดการพึ่งพาสหรัฐฯ ผ่านการรุกตลาดกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจใหม่ ๆ (เช่น BRICS+ หรือตะวันออกกลาง) และใช้ประโยชน์จากสิทธิประโยชน์ในกรอบ FTA ที่มีอยู่ให้เต็มประสิทธิภาพ



การพัฒนาทุนมนุษย์ ปฏิรูปทักษะแรงงาน (reskill/upskill) ให้พร้อมรองรับเศรษฐกิจดิจิทัลและระบบอัตโนมัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและอำนาจต่อรองในเวทีการค้า



นโยบายคุ้มครองสุขภาพที่ยืดหยุ่น ออกแบบกลไกการคลังด้านสุขภาพและระบบประกันสังคมที่เข้มแข็ง เพื่อเป็น “ตาข่ายรองรับ” จากแรงกดดันของการเปิดเสรีทางการค้า โดยเฉพาะการเข้าถึงยาและบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่ไม่ถูกจำกัดด้วยข้อกำหนดด้านทรัพย์สินทางปัญญาที่เข้มงวดเกินไป การขับเคลื่อนประสานกันในทุกมิตินี้ จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้เศรษฐกิจไทยเติบโตได้อย่างสมดุลและยั่งยืนภายใต้ระเบียบโลกใหม่

สารตกะกึ่งท้าย

นโยบาย America First ไม่ใช่เพียงนโยบายการค้าหรือการกีดกัน หากเป็นการเปลี่ยนตรรกะของระเบียบโลก ซึ่งส่งแรงสะท้อนมาถึงระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ รวมถึงประเทศไทย

- การรับมือกับนโยบายดังกล่าวจึงไม่อาจจำกัดอยู่กับการเจรจาการค้า หรือการแก้ปัญหาเชิงเทคนิคด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมกัน
- บูรณาการนโยบายเศรษฐกิจ การค้า สังคม และสุขภาพเข้าด้วยกัน เพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชนไทยในโลกที่กำลังปั่นป่วนจากการเปลี่ยนแปลงของภูมิรัฐศาสตร์โลก การลงทุนเชิงป้องกัน การรักษามาตรฐานด้านอาหารและยา การออกแบบระบบคุ้มครองทางสังคมที่ยืดหยุ่น และการเสริมสร้างศักยภาพของระบบสาธารณสุขให้สามารถรองรับแรงกระแทก
- จากความผันผวนภายนอก เป็นเงื่อนไขจำเป็นของการพัฒนาประเทศ ภายใต้ระเบียบโลกใหม่ที่การค้า เมือง เศรษฐกิจ และสุขภาพเชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก
- รัฐที่สามารถบริหารความเสี่ยงเหล่านี้ได้อย่างบูรณาการเท่านั้น จึงจะสามารถปกป้องทั้งชีวิตประชาชนและความสามารถในการเติบโตของเศรษฐกิจไปพร้อมกันได้



ที่มา: สร้างโดย AI ผ่าน GoBanana Pro จาก Adobe Firefly

จากแก๊งคอลเซ็นเตอร์ สู่อำนาจข้ามพรมแดน

รายได้ของขบวนการสแกมเมอร์ในเมียนมา-ลาว-กัมพูชา สูงถึง 4.38 หมื่นล้านดอลลาร์ หรือกว่า 1.5 ล้านล้านบาท ในปี 2566 คิดเป็นเกือบร้อยละ 40 ของ GDP ทั้ง 3 ประเทศรวมกัน สำนักงานข้าหลวงใหญ่สิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ (UNHCR) รายงานว่ามีเหยื่อที่ถูกหลอกให้ไปทำงานในเมียนมามากกว่า 120,000 คน และในกัมพูชากว่า 100,000 คน

บทนำ

ประเทศไทยเปิดศักราชปี 2568 ด้วยข่าวที่โด่งดังไปทั่วโลก เมื่อหวัง ชิง¹ หรือ ชิงชิง นักแสดงชาวจีน หายตัวไปจากแม่สอด จังหวัดตาก เมื่อวันที่ 3 มกราคม ซึ่งต่อมาพบว่าถูกกักขังในพื้นที่ KK Park เมืองเมียวดี ประเทศเมียนมา ซึ่งขึ้นชื่อว่าเป็นพื้นที่ปฏิบัติการของขบวนการสแกมเมอร์จำนวนมาก ชิงชิง ถูกหลอกมาให้มาคัดตัวเป็นนักแสดงที่ประเทศไทย ก่อนจะถูกลักพาตัวไปโกนหัวและบังคับให้ทำอาชญากรรมทางไซเบอร์ เหตุการณ์ดังกล่าว สร้างความไม่พอใจให้กับรัฐบาลจีนเป็นอย่างมาก ถึงขั้นส่งนายหลิว จงอี้ ผู้ช่วยรัฐมนตรีกระทรวงความมั่นคงสาธารณะของประเทศจีนลงพื้นที่ จนนำมาซึ่งแรงกดดันให้รัฐบาลไทยต้องออกมาตรการตัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมาที่เชื่อมโยงกับขบวนการสแกมเมอร์² มาตรการดังกล่าวทำให้กลุ่มสแกมเมอร์ในเมียนมาบางส่วนย้ายฐานปฏิบัติการไปยังประเทศกัมพูชาเพิ่มขึ้น³

เหตุการณ์ใหญ่เกิดขึ้นอีกครั้งเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2568 เมื่อมีการพบศพ พัดมินโฮ⁴ นักศึกษาชาวเกาหลีใต้วัย 22 ปี ที่ถูกหลอกและบังคับให้ไปทำงานส่งยาเสพติด ก่อนจะถูกขายให้กับขบวนการสแกมเมอร์ในกัมพูชาและถูกทุบตีจนเสียชีวิต เหตุการณ์ดังกล่าวทำให้โซ ฮยอน⁵ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศเกาหลีใต้เดินทางเยือนกัมพูชา เพื่อกดดันให้ นายฮุน มาเนต นายกรัฐมนตรีกัมพูชา เร่งปราบปรามขบวนการสแกมเมอร์ที่หลอกลวงและบังคับใช้แรงงานชาวเกาหลีใต้ ทางด้านแอมเนสตี้ อินเตอร์เนชั่นแนล⁶ รายงานว่าในประเทศกัมพูชามีศูนย์หลอกลวงขนาดใหญ่กว่า 53 แห่ง โดยรัฐบาลกัมพูชามีส่วนรู้เห็นกับธุรกิจผิดกฎหมายเหล่านี้ ส่วนสำนักงานข้าหลวงใหญ่สิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ ได้รายงานว่ามีเหยื่อที่ถูกหลอกให้ไปทำงานในเมียนมา 120,000 คน และในกัมพูชาประมาณ 100,000 คน⁷



รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศเกาหลีใต้ โซ ฮยอน เดินทางเยือนกัมพูชา

ที่มา: สำนักข่าว Agence Kampuchea Presse (AKP), <https://akp.gov.kh/post/detail/352795>

หลายเหตุการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ขบวนการสแกมเมอร์ในภูมิภาคอินโดจีน มีความเชื่อมโยงกับเส้นทางการค้ามนุษย์ข้ามแดนอย่างใกล้ชิด แก๊งคอลเซ็นเตอร์มักใช้ภูมิภาคอินโดจีนเป็นฐานปฏิบัติการ เนื่องจากความอ่อนแอในระบบการควบคุมและการบังคับใช้กฎหมาย ขบวนการค้ามนุษย์ในอินโดจีน ประกอบด้วย

- 1 การล่อลวงเหยื่อในประเทศต่าง ๆ เช่น ไทย เวียดนาม อินโดนีเซีย ด้วยข้อเสนองานที่มีรายได้สูงในต่างประเทศ งานที่มีกฎเกณฑ์ผ่อนปรนคือ งานด้านไอที งานบริการ
- 2 การขนส่งข้ามแดน เส้นทางค้ามนุษย์มักใช้พื้นที่ชายแดนที่มีการควบคุมหละหลวม เช่น ไทย-กัมพูชา ไทย-เมียนมา และเขตสามเหลี่ยมทองคำ
- 3 การบังคับใช้แรงงานในคอลเซ็นเตอร์ เมื่อถึงปลายทางเหยื่อจะถูกบังคับให้ทำงานเป็นคนหลอกลวงทางโทรศัพท์ (scammers) ผู้ที่ปฏิเสธอาจถูกลงโทษด้วยความรุนแรง เช่น การกักขัง การทรมาน หรือการทำร้ายร่างกาย งานที่บังคับให้ทำอาจรวมถึงการโทรศัพท์หลอกลวง การแฮกบัญชี หรือการหลอกลวงผ่านโซเชียลมีเดีย

บทความนี้ เป็นการอธิบายถึงปัญหาการค้ามนุษย์ที่เชื่อมโยงกับขบวนการสแกมเมอร์ในอินโดจีน ผลกระทบที่เกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไขปัญหา

การขยายตัวของกลุ่มสแกมเมอร์ในไทยและอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง

ขบวนการสแกมเมอร์ในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขงมีต้นกำเนิดจากประเทศจีน โดยมีจุดเริ่มต้นมาจากการประกอบกิจการกาสิโนและเว็บไซต์พนัน ที่เริ่มกระจายตัวเข้าสู่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มาตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ 2000⁸ จุดเปลี่ยนสำคัญคือเหตุการณ์โควิด-19 ส่งผลให้กำไรจากการท่องเที่ยวกาสิโนลดลงอย่างมาก จึงเริ่มมีการตัดแปลงกาสิโนให้เป็น “ศูนย์ฉ้อโกง” เพื่อใช้ในการหลอกลวงทางออนไลน์ รายงานจากสถาบันสันติภาพแห่งสหรัฐอเมริกา (United States Institute of Peace: USIP) ปี 2566 รายงานว่ารายได้ของขบวนการหลอกลวง-ค้ามนุษย์ในเมียนมา-ลาว-กัมพูชา สูงถึงกว่า 4.38 หมื่นล้านดอลลาร์ หรือกว่า 1.5 ล้านล้านบาท คิดเป็นเกือบ 40% ของจีดีพี (GDP) ทั้ง 3 ประเทศรวมกัน⁹ รายได้อย่างมหาศาลก่อให้เกิดการขยายตัวของอุตสาหกรรมดังกล่าว รวมทั้งดึงดูดให้เกิดผู้เล่นรายย่อยใหม่ ๆ ในการตั้งศูนย์ปฏิบัติการหลอกลวงทางไซเบอร์ ซึ่งบางส่วนได้มาตั้งฐานปฏิบัติการขนาดเล็กในประเทศไทยด้วย¹⁰

องค์กรอาชญากรรมเหล่านี้ได้พัฒนาไปสู่เครือข่ายที่ซับซ้อน และมีการเชื่อมโยงกับกลุ่มผู้มีอำนาจในประเทศต่าง ๆ ในอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง ตั้งแต่กองกำลังติดอาวุธ หน่วยงานรัฐบาล นักการเมืองระดับชาติ และท้องถิ่น จนถึงนักธุรกิจที่มีอิทธิพล ความอ่อนแอของสถาบันทางการเมืองและความขัดแย้งในบางประเทศ เช่น เมียนมา ล้วนเป็นปัจจัยเอื้อให้ขบวนการสแกมเมอร์ปฏิบัติการได้อย่างอิสระภายใต้การคุ้มครองของผู้มีอำนาจในแต่ละพื้นที่ เปิดช่องว่างให้ธุรกิจผิดกฎหมายเหล่านี้เติบโตอย่างรวดเร็ว

ในประเทศไทยเอง ก็มีคนบางกลุ่มที่ถูกระบุว่า มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับเครือข่ายสแกมเมอร์ เมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2568 สำนักงานควบคุมทรัพย์สินต่างประเทศ¹¹ (Office of Foreign Assets Control: OFAC) กระทรวงการคลังสหรัฐฯ ได้ออกแถลงการณ์คว่ำบาตรบุคคลและบริษัทที่อยู่ในเมียนมาและไทย ฐานมีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์กรอาชญากรรมไซเบอร์ อาทิ บริษัท ทรานส์เอเชีย อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล โฮลดิ้ง กรุ๊ป ไทยแลนด์ จำกัด (ทรานส์เอเชีย) โดยมีนายชามู สว่าง (Chamu Sawang) สัญชาติไทย หรือที่รู้จักกันในชื่อ หยู เจียนจวิน (Yu Jianjun) เป็นผู้อำนวยการของทรานส์เอเชีย

นายรังสิมันต์ โรม สส.บัญชีรายชื่อจากพรรคประชาชน ได้อภิปรายในการประชุมร่วมรัฐสภา เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2568 ว่า เบนจามิน เมาเออร์เบอร์เกอร์ หรือเบน สมิต ชายชาวแอฟริกาใต้ที่มีประวัติเกี่ยวข้องกับขบวนการสแกมเมอร์ในกัมพูชา มีความสัมพันธ์กับนักการเมืองที่ดำรงตำแหน่งระดับสูงในรัฐบาล¹² นักการเมืองดังกล่าวได้ยอมรับว่ารู้จักกับ เบน สมิต แต่ได้ปฏิเสธความผิดและเรียกร้องให้มีการพิสูจน์ความบริสุทธิ์¹³ ยิ่งไปกว่านั้น คณะกรรมการพิจารณาเรื่องร้องเรียนตำรวจยังได้ชี้มูลความผิดทางวินัยต่ออดีตผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติและเจ้าหน้าที่ตำรวจอีกร่วม 200 นาย ในข้อหาถูกกล่าวว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับผลประโยชน์จากขบวนการเก็บส่วยจากเว็บพนันออนไลน์ซึ่งเชื่อมโยงกับกลุ่มสแกมเมอร์¹⁴

เสียงจากผู้รอดชีวิต บันทึกความโหดร้ายจากศูนย์หลอกลวง

เรื่องราวจากผู้รอดชีวิตเป็นหลักฐานสำคัญที่แสดงถึงความโหดร้ายของขบวนการค้ำมนุษย์ยุคใหม่ ในปี 2566



นายไอซ์ (นามสมมติ) ชาวลำปางวัย 33 ปี และแฟนสาวที่กำลังตกงานและถูกคุกคามจากแก๊งทวงเงินกู้ยืมระบบ ดัดสินใจเดินทางไปทำงานที่เมืองมณฑลเลย์ ประเทศเมียนมา หลังถูกเสนอเงินเดือน 25,000 บาท ผ่านการโพสต์รับสมัครงานบนเฟซบุ๊ก เมื่อเดินทางถึงเมืองเล่าก์กาย ซึ่งตั้งอยู่ทางตอนเหนือของเมียนมาติดกับจีน พวกเขาถูกทหารยึดเอกสารและถูกบังคับให้ทำงานหลอกลวงทางออนไลน์ โดยมีการขู่ว่าจะทำร้ายร่างกายหรือขายตัวหากทำผลงานไม่ถึงเป้าหมาย ไอซ์ถูกบังคับให้สร้างโปรไฟล์ปลอมทางโลกออนไลน์ขึ้นมา และตระเวนหาเหยื่อตามแอปพลิเคชันต่าง ๆ เพื่อหลอกให้ลงทุนออนไลน์ หากพวกเขาทำไม่ได้ตามเป้าหมายก็จะถูกทำร้ายร่างกายและขายต่อไปให้กับกลุ่มอื่น ๆ ไอซ์รอดมาได้จาก “ปฏิบัติการ 1027” เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2566 ที่รัฐบาลจีนให้การสนับสนุนกลุ่มกองกำลังติดอาวุธปราบปรามอาชญากรรมออนไลน์ ที่ใช้เมืองเล่าก์กายเป็นศูนย์กลาง¹⁵

ในปี 2567-2568 น.ส. แชน (นามสมมติ) นักเรียนวัยรุ่นถูกหลอกให้ไปทำงานเป็นพนักงานเสิร์ฟในกัมพูชาระหว่างปิดเทอม อย่างไรก็ตาม เธอไม่ได้ถูกบังคับให้เป็นสแกมเมอร์ในทันที แต่กลายเป็น “บัญชีม้า” ถูกบังคับให้ใช้บัญชีธนาคารส่วนตัวรับโอนเงินที่ได้มาจากการหลอกลวงผู้อื่น และถูกบังคับให้สแกนใบหน้าเพื่อยืนยันตัวตนในการโอนเงิน เมื่อบัญชีถูกอายัด เธอก็ถูกขายต่อไปยังแก๊งคอลเซ็นเตอร์ เธอพยายามหลบหนีแต่ถูกลงโทษ แชนถูกทารุณกรรมทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อนจะถูกทิ้งในทุ่งนาและได้รับการช่วยเหลือจากชาวกัมพูชา

“เขาเอาเหล็กฟาดเท้าขวาหนู” แชนกล่าวและเปิดรอยแผลเป็นให้ดู “เขาจับหนูขึ้นไปขังไว้ และใช้กุญแจข้อมือล็อกตัวหนูไว้กับเตียง”

ปัจจุบันเธอกลับมาไทยและตกเป็นผู้ต้องหาคดีฟอกเงิน เนื่องจากบัญชีของเธอถูกใช้แบบผิดกฎหมาย กรณีของแชน สะท้อนชะตากรรมของเหยื่อขบวนการค้ำมนุษย์ที่กลับมากลายเป็น “ผู้ต้องหา” จากการถูกบังคับให้กระทำผิด¹⁶



ข้อมูลจากองค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) ชี้ว่า คดีค้ำมนุษย์เพื่อการบังคับให้ก่ออาชญากรรมในศูนย์หลอกลวงออนไลน์ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพิ่มขึ้นจาก 296 คดีในปี 2565 เป็น 978 คดีในปี 2566 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 230¹⁷

ปี 2565
296 คดี



ปี 2566
978 คดี



การค้ำมนุษย์

มาตรการของไทยในการแก้ปัญหาการค้ามนุษย์ข้ามพรมแดน

เนื่องจากปัญหาการค้ามนุษย์ข้ามพรมแดนสร้างผลกระทบทางความมั่นคงและเศรษฐกิจต่อประเทศไทยอย่างมาก ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับปัญหาการค้ามนุษย์ข้ามพรมแดนในฐานะเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ มาตรการหลักแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

Policy



มาตรการด้านนโยบายและกฎหมาย ประเทศไทยได้ยกระดับความเข้มงวดของ พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อให้ครอบคลุมลักษณะความผิดใหม่ ๆ โดยเฉพาะการ “บังคับใช้แรงงานหรือบริการ” ซึ่งมักเกิดขึ้นในการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามพรมแดน¹⁸ นอกจากนี้ ยังมีการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการว่าด้วยกลไกการส่งต่อระดับชาติ (National Referral Mechanism: NRM) เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีมาตรฐานเดียวกันในการคิดแยกเหยื่อ¹⁹

Prosecution



มาตรการด้านการดำเนินคดีและปราบปราม รัฐบาลได้เพิ่มประสิทธิภาพในการสืบสวนคดีข้ามพรมแดนผ่านหน่วยงานเฉพาะทาง โดยการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการร่วม มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างกองบัญชาการตำรวจสืบสวนสอบสวนอาชญากรรมทางเทคโนโลยี (สอท.) และกองบังคับการปราบปรามการค้ามนุษย์ (บก.ปคม.) เพื่อทำลายเครือข่ายที่ใช้ไซเบอร์ลอบลักลอบคนไปทำงานในเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน²⁰ และการขยายผลเส้นทางการเงิน โดยสำนักงาน ป.ป.ง. ได้เข้ามา มีบทบาทหลักในการยึดทรัพย์สินของขบวนการค้ามนุษย์ เพื่อตัดวงจรทุนที่ใช้ในการข้ามพรมแดน²¹

Protection



มาตรการด้านการคุ้มครองและเยียวยา โดยการคัดแยกผู้เสียหายเพื่อป้องกันไม่ให้เหยื่อถูกดำเนินคดีในข้อหาเข้าเมืองผิดกฎหมาย ผ่านกลไกการส่งต่อระดับชาติ รัฐบาลไทยกำหนดระยะเวลา “การฟื้นฟูและไตร่ตรอง” เพื่อให้ผู้ที่สงสัยว่าเป็นเหยื่อได้รับการดูแลก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการคัดแยกอย่างเป็นทางการ²² และศูนย์ช่วยเหลือชายแดน โดยการจัดตั้งจุดคัดกรองบริเวณด่านชายแดนสำคัญ เช่น แม่สอด สระแก้ว เพื่อตรวจสอบกลุ่มเสี่ยงที่ถูกส่งกลับจากประเทศเพื่อนบ้าน²³

Prevention



มาตรการป้องกัน เน้นการสกัดกั้นตั้งแต่ต้นทางและสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่กลุ่มเสี่ยง โดยการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว เช่น การทำบันทึกความเข้าใจ (MOU) กับประเทศเพื่อนบ้านเพื่อนำเข้าแรงงานอย่างถูกกฎหมาย ลดการพึ่งพานายหน้าเถื่อนที่เป็นช่องทางหลักของการค้ามนุษย์ และการตรวจสอบจุดผ่านแดนทางธรรมชาติ เพื่อสกัดกั้นขบวนการพาลูกค้าข้ามไปทำงานในบ่อนหรือศูนย์คอลเซ็นเตอร์²⁴

Partnership



ความร่วมมือระหว่างประเทศ เนื่องจากการค้ามนุษย์มีลักษณะเป็นอาชญากรรมข้ามชาติ ประเทศไทยจึงได้ร่วมมือกับองค์กรสากลและประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะความร่วมมือกับอาเซียน ในการปฏิบัติตามอนุสัญญาอาเซียนว่าด้วยการต่อต้านการค้ามนุษย์ โดยเฉพาะผู้หญิงและเด็ก (ASEAN Convention against Trafficking in Persons, Especially Women and Children: ACTIP) เพื่อส่งต่อพยานหลักฐานและส่งกลับผู้เสียหายอย่างปลอดภัย²⁵ และความร่วมมือกับสหรัฐอเมริกา โดยปรับปรุงมาตรฐานการทำงานเพื่อขยับอันดับในรายงานสถานการณ์การค้ามนุษย์ (Trafficking in Persons Report) ให้ดีขึ้น²⁶

ในการประชุมสุดยอดผู้นำอาเซียน (ASEAN Summit) ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซียระหว่างวันที่ 26 - 28 ตุลาคม 2568 ได้มีการหารือเรื่องความร่วมมือในการปราบปรามสแกมเมอร์และอาชญากรรมออนไลน์ข้ามชาติ ประเทศไทยได้ผลักดันแนวคิดการจัดตั้ง “กองกำลังร่วมเฉพาะกิจพิเศษ” (Special Joint Taskforce) เพื่อดำเนินสแกมเมอร์ของกลุ่มประเทศอาเซียน โดยจะร่วมมือกับจีน ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ด้วย²⁷

นอกจากภาครัฐแล้ว ภาคประชาสังคมก็มีบทบาทสำคัญในความพยายามเพื่อแก้ปัญหาการค้ามนุษย์ข้ามพรมแดนและช่วยเหลือเหยื่อจากการค้ามนุษย์ มูลนิธิอิมมานูเอลเป็นองค์กรเอกชนที่มีบทบาทหลักในการให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ที่ถูกหลอกไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้าน (โดยเฉพาะกัมพูชา) โดยประสานงานพาเหยื่อกลับประเทศฟื้นฟูสภาพจิตใจ บำบัด และสร้างความตระหนักรู้เพื่อป้องกันการถูกหลอกลงซ้ำ รวมถึงส่งเสริมให้เหยื่อมีส่วนร่วมในการหยุดยั้งวงจรการค้ามนุษย์ ดังนี้²⁸

- กู้ภัยและช่วยเหลือเหยื่อข้ามพรมแดน** มูลนิธิเป็นช่องทางสำคัญในการรับเรื่องร้องเรียนและประสานงานนำคนไทยที่ถูกหลอกไปทำงานผิดกฎหมาย เช่น เป็นคอลเซ็นเตอร์หรือบัญชีม้าในประเทศกัมพูชา กลับสู่ประเทศไทย
- ฟื้นฟูและเยียวยาผู้เสียหาย** ให้การบำบัดและดูแลผู้ที่กลับมาจากการเป็นเหยื่อ ซึ่งมักเผชิญกับภาวะเครียดและบาดแผลทางจิตใจ เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ
- รณรงค์และสร้างความตระหนักรู้** นำประสบการณ์จริงของอดีตเหยื่อมาเผยแพร่ เพื่อเตือนภัยและป้องกันไม่ให้เยาวชนหรือประชาชนคนอื่นถูกหลอกไปทำงานเป็นสแกมเมอร์
- ตัดวงจรขบวนการค้ามนุษย์** ทำงานเพื่อทำความเข้าใจและวิจัยข้อเท็จจริงของปัญหา เพื่อหาทางป้องกันและลดจำนวนเหยื่อที่จะตกเป็นทาสของแก๊งอาชญากรรมไซเบอร์
- การสนับสนุนด้านกฎหมายและสังคม** ช่วยเหลือให้เหยื่อเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม และร่วมกับหน่วยงานรัฐในการแก้ไขปัญหาค้ามนุษย์ที่ซับซ้อน

ทิศทางในอนาคต

- อาชญากรรมไซเบอร์ที่ผสมผสานกับการค้ามนุษย์ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้กลายเป็น
- “ภัยคุกคามต่อความมั่นคงของมนุษยชาติ” (Human Security Threat) ระดับเดียวกับการก่อการร้าย
- และการค้ายาเสพติด ขบวนการสแกมเมอร์และการค้ามนุษย์ข้ามชาติในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
- ยังคงเป็นภัยคุกคามรุนแรงที่สร้างความเสียหายทั้งทางเศรษฐกิจ สิทธิมนุษยชน และความมั่นคง
- ของประชาชนทั่วโลก โดยเฉพาะจากฐานปฏิบัติการในเมียนมาและกัมพูชา ปัจจุบันได้มีความพยายามในการ
- ปราบปรามขบวนการดังกล่าวในหลายประเทศ รวมทั้งมาตรการตัดวงจรสาธารณูปโภค-การเงิน-การสื่อสาร
- ข้ามพรมแดนของไทย ด้วยการยกระดับความร่วมมือระหว่างประเทศ กอปรกับการปฏิรูปกฎหมายเพื่อ
- ปกป้องเหยื่อ การใช้เทคโนโลยีป้องกันและตรวจจับสแกมเมอร์ รวมถึงการสร้างภูมิคุ้มกันดิจิทัลให้ประชาชน
- น่าจะเป็นการค่อย ๆ ทำลายรากฐานของเครือข่ายอาชญากรรมเหล่านี้ลง ทั้งนี้ ไทยควรยกระดับความร่วมมือ
- ระหว่างประเทศเพื่อทำลายโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลและเส้นทางการเงินของเครือข่ายสแกมเมอร์ โดยเน้น
- การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการร่วม ที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลได้แบบเรียลไทม์ เพื่อติดตามเส้นทางการเงิน
- คริปโตและบัญชีม้าข้ามพรมแดน ควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดกับผู้ให้บริการโทรคมนาคมและ
- แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง และตรงไปตรงมา



ที่มา: สร้างโดย AI ผ่าน GoBanana Pro จาก Adobe Firefly

การศึกษาไร้พรแดน: เด็กนักเรียนข้ามชาติกับสังคมไทย

ในปี 2565-2566 ประเทศไทยมีนักเรียนที่ได้รับรหัส G-code (เด็กข้ามชาติ/ไร้สัญชาติ/ไม่มีเอกสารทางทะเบียน) กว่า 134,821 คน เด็กกลุ่มนี้กำลังเผชิญความท้าทาย จากโรงเรียนที่แออัดและขาดแคลนทรัพยากร งบประมาณด้านการศึกษาที่จำกัด อุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม และอคติจากชุมชน

บทนำ

ความขัดแย้งระหว่างไทย-กัมพูชาในปี 2568 ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อทางกายภาพต่อประชาชนทั้งสองฝั่งพรมแดน แต่ยังส่งผลกระทบต่อกระแสชาตินิยมของทั้งสองประเทศ จนลามไปถึงกระแสต่อต้านทางเชื้อชาติ วัฒนธรรม และแม้แต่การศึกษาของนักเรียนข้ามชาติ โดยเมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2568 ได้เกิดเหตุการณ์ที่นักเรียนชาวกัมพูชาวัย 13 ปี ที่ศึกษาในประเทศไทย ถูกตำรวจจับกุมและเตรียมส่งกลับประเทศกัมพูชา หลังถูกแจ้งความว่าเป็นบุคคลต่างด้าวที่ไม่มีเอกสารอยู่อาศัยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แม้ว่าเด็กคนดังกล่าวจะเกิดและเติบโตในประเทศไทย¹ ความคิดเห็นในโลกออนไลน์ต่อกรณีดังกล่าวแบ่งเป็น 2 ฝั่ง มีทั้งคนที่รู้สึกเห็นใจเด็กนักเรียน ในขณะที่อีกฝั่งมองว่าเด็กคนดังกล่าวละเมิดข้อกำหนดทางกฎหมาย จึงจำเป็นต้องดำเนินการตามกฎหมายโดยไม่มีข้อยกเว้น แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายการศึกษาถ้วนหน้า (Education for All: EFA)² โดยมติคณะรัฐมนตรีให้สิทธิการเข้าถึงการศึกษาแก่เด็กทุกคนมาตั้งแต่ปี 2548 (มติ ครม. 5 กรกฎาคม 2548) ที่ให้เด็กทุกคน รวมถึงเด็กข้ามชาติและไร้เอกสาร มีสิทธิเรียนฟรี 15 ปี โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางกฎหมาย แต่จนถึงปัจจุบันการศึกษาของเด็กกลุ่มนี้ยังคงเผชิญกับความท้าทายและการตั้งคำถามจากสังคมถึงความเหมาะสมที่ไทยควรสนับสนุนด้านการศึกษาให้กับเด็กข้ามชาติหรือไม่

ปัจจุบัน เด็กนักเรียนข้ามชาติ รวมถึงบุตรของแรงงานข้ามชาติ เด็กผู้ลี้ภัย และเด็กไร้สัญชาติในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา (เช่น แม่สอด จังหวัดตาก และสังขละบุรี จังหวัดกาญจนบุรี) ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสาเหตุดังนี้

- 1 | การย้ายถิ่นฐานของครอบครัวแรงงานข้ามชาติบางกลุ่ม โดยแรงงานในภาคการเกษตร การประมง และการก่อสร้าง มีแนวโน้มอาศัยอยู่ใกล้ชายแดน
- 2 | ความไม่มั่นคงในประเทศเพื่อนบ้าน จากความขัดแย้งทางการเมืองในเมียนมา โดยเฉพาะหลังการรัฐประหารในปี 2564 ทำให้มีผู้อพยพจำนวนมากหนีภัยเข้ามายังประเทศไทย
- 3 | เด็กจำนวนไม่น้อยไม่มีเอกสารทางราชการของประเทศต้นทาง เช่น สูติบัตร หรือบัตรประชาชน ทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการศึกษาในประเทศต้นทาง ผู้ปกครองบางรายจึงเลือกให้บุตรหลานเข้าโรงเรียนไทย เพราะหวังให้ได้รับการศึกษาที่ดีกว่าในประเทศบ้านเกิด

ปัจจัยดังกล่าวทำให้เกิดปัญหา^{3,4,5} ดังนี้



ความแออัดของนักเรียนในโรงเรียนชายแดน โรงเรียนชายแดนในหลายพื้นที่ เช่น แม่สอด (จังหวัดตาก) และสังขละบุรี (จังหวัดกาญจนบุรี) มีนักเรียนเพิ่มขึ้นจนเกินขีดความสามารถ ในบางโรงเรียน นักเรียนกว่าร้อยละ 50 เป็นเด็กข้ามชาติ ทำให้ทรัพยากรและบุคลากรการศึกษามีไม่เพียงพอ



ปัญหาด้านงบประมาณ โรงเรียนที่มีเด็กข้ามชาติมาก มักไม่ได้รับงบประมาณที่เหมาะสม เนื่องจากเด็กเหล่านี้มักไม่มีสถานะทางกฎหมาย ทำให้ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณตามจำนวนนักเรียนได้



ปัญหาภาษาและวัฒนธรรม เด็กข้ามชาติส่วนใหญ่มักไม่สามารถพูดภาษาไทย ทำให้เกิดอุปสรรคในการเรียนการสอน ครูต้องเผชิญกับความท้าทายในการสื่อสาร รวมถึงการปรับหลักสูตรให้เหมาะสมกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม



ความขัดแย้งในชุมชน ในบางพื้นที่ชุมชนคนไทยอาจไม่พอใจกับการที่เด็กข้ามชาติได้รับโอกาสทางการศึกษา เนื่องจากมองว่าเป็นการแย่งทรัพยากร เช่น อาหารกลางวัน หรืออุปกรณ์การเรียน

บทความนี้เป็นการอภิปรายถึงสถานการณ์ของนักเรียนข้ามชาติในไทย มาตรการในการแก้ไขปัญหา และข้อเสนอของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

ทำไมเด็กข้ามชาติต้องมาเรียนในประเทศไทย

ย้อนกลับไปเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2567⁶ คลิปเด็กนักเรียนชาวเมียนมาในศูนย์การเรียน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ร้องเพลงชาติเมียนมาถูกเผยแพร่โดยบัญชีผู้ใช้งานติ๊กต็อก คลิปดังกล่าวตกเป็นที่สนใจของสังคม ทำให้ทางการไทยเข้าตรวจสอบ และสั่งปิดศูนย์การเรียนดังกล่าว ทางศิริพร แก้วสมบัติ ตัวแทนจากมูลนิธิช่วยไร้พรมแดน (Help Without Frontiers Foundation Thailand) ที่ทำงานดูแลศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติ 10 แห่ง ครอบคลุมนักเรียนกว่า 2,400 คนทั่วประเทศ ได้ให้ข้อมูลว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีสาเหตุมาจากหลายพื้นที่ในประเทศไทยไม่เคยมีศูนย์การเรียน เด็กข้ามชาติมาก่อน แต่สถานการณ์ความไม่สงบในประเทศเมียนมา ทำให้มีแรงงานเมียนมาเข้ามาในประเทศไทยมากขึ้น ซึ่งเด็ก ๆ เหล่านี้ได้ติดตามพ่อแม่มา

ข้อมูลปีการศึกษา 2564 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนนักเรียนที่ได้รับรหัส G-code (เด็กข้ามชาติ/ไร้สัญชาติ/ไม่มีเอกสารทางทะเบียน) ทั้งหมด 43,318 คน⁷ ก่อนจะพุ่งสูงขึ้นเป็นกว่า 134,821 คน ในปี 2565-2566 หลังเหตุการณ์รัฐประหาร และความรุนแรงที่เกิดขึ้นในเมียนมา สถานการณ์ในเมียนมานั้นเข้าสู่ “วิกฤตการศึกษา” อย่างรุนแรง โดยมีการประเมินว่า เด็กวัยเรียนกว่า 5 ล้านคน กำลังอยู่นอกระบบการศึกษา เนื่องจากหลังการรัฐประหาร 2564 ระบบการศึกษาของรัฐล่มสลาย โรงเรียนหลายแห่งถูกทิ้งระเบิดหรือใช้เป็นฐานทางทหาร⁸ วิกฤตทางการศึกษาไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในเมียนมาเพียงอย่างเดียว รายงานของยูเนสโกเผยว่าปัจจุบันมีเด็กและเยาวชนที่อยู่นอกระบบการศึกษาทั่วโลกจำนวน 272 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มี 18 ล้านคนอยู่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁹

ด้วยเหตุนี้ประเทศไทยจึงเป็นหนึ่งในจุดหมายปลายทางของนักเรียนในประเทศเพื่อนบ้านอย่างเมียนมา กัมพูชาและลาว ด้วยสาเหตุหลักคือ คุณภาพของระบบการศึกษาไทย นโยบายการศึกษาถ้วนหน้าที่รับเด็กทุกสัญชาติเข้าเรียน การมุ่งเรียนภาษาไทยเพื่อโอกาสในการทำงานในอนาคต รวมทั้งการที่ผู้ปกครองของเด็กย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในประเทศไทย

อย่างไรก็ดีโรงเรียนบางแห่งยังคงเผชิญกับข้อจำกัดต่อการรับนักเรียนข้ามชาติ ไม่ว่าจะเป็นเพราะการขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากร อดคิดต่อกลุ่มคนข้ามชาติ และความกังวลเรื่องการปรับตัวเข้ากับเด็กไทย จึงเป็นที่มาของการเกิดขึ้นของศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติ ที่อยู่นอกระบบการศึกษาของไทย เพื่ออุดช่องว่างด้านการศึกษาของเด็กข้ามชาติ และช่วยในการปรับตัวของเด็กข้ามชาติก่อนเข้าศึกษาในระบบโรงเรียนของไทย

“ศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติ” ตัวช่วยแบ่งเบาภาระโรงเรียนไทย

ศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติ (Migrant Learning Centres: MLCs) คือสถานศึกษาทางเลือกที่จัดตั้งขึ้นโดยชุมชน แรงงานข้ามชาติ องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) หรือกลุ่มศาสนา เพื่อให้เด็กข้ามชาติส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงการศึกษาได้ แม้จะไม่มีเอกสารวุฒิการศึกษา หรือการเทียบโอนเข้าศึกษาในระบบโรงเรียนของไทย การมีอยู่ของศูนย์การเรียนฯ สามารถสร้างประโยชน์ให้สังคมไทยหลายประการ เช่น การช่วยให้เด็กเหล่านี้ยังคงอยู่ในระบบการศึกษา และไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมผิดกฎหมาย กระทรวงการศึกษาไทยไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณสนับสนุน และเป็นหนึ่งในช่องทางสร้างกำลังแรงงานให้กับเศรษฐกิจไทยในระยะยาว เพราะหลายศูนย์การเรียนมีการฝึกทักษะวิชาชีพและสอนภาษาไทยด้วย¹⁰

นอกจากนั้น ในพื้นที่เขตชายแดนประเทศไทย ยังมีกลุ่มคนหรือองค์กรที่พยายามให้ความช่วยเหลือเด็กในพื้นที่ห่างไกลให้สามารถเข้าถึงการศึกษาได้ ยกตัวอย่างเช่น Bamboo School ตำบลบ้องตี้ อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี ศูนย์พักพิงที่ให้การช่วยเหลือเด็กข้ามชาติและเด็กที่เข้าไม่ถึงโอกาส จากปัญหาทางครอบครัว แคทเธอริน รูธ โรลีย์ ไบรอัน ผู้ก่อตั้ง Bamboo School ได้กล่าวว่า เด็กที่เข้ามาที่นี่พวกเขาจะใช้เวลาในการปรับตัวและสื่อสารภาษาไทยในช่วงแรก จากนั้นจะถูกส่งเข้าโรงเรียนในพื้นที่ เพื่อเป็นใบเบิกทางในการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น¹¹

“ฉันเชื่อว่าตอนที่พวกเขายังเด็ก เราสามารถทำให้พวกเขาคิดว่าพวกเขาเป็นส่วนหนึ่งกับสังคมได้ เราเปิดโอกาสให้เด็กใน Bamboo School ทำกิจกรรมช่วยเหลือชุมชน เพื่อให้พวกเขาเห็นว่าตนเองมีอนาคตในพื้นที่แห่งนี้”

แคทเธอรินกล่าว

ไม่ใช่เพียงแคในพื้นที่ชายแดนเท่านั้น ในเมืองหลวงอย่างกรุงเทพฯ¹² ก็มีนโยบายจัดการศึกษาเพื่อเด็กทุกคนอย่างเสมอภาค โดยในปีการศึกษา 2568 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพฯ จำนวน 437 โรงเรียน มีนักเรียนทั้งสิ้น 256,703 คน ในจำนวนนี้เป็นนักเรียนที่ไม่มีหลักฐานทะเบียนราษฎร หรือไม่มีสัญชาติไทย จำนวน 24,221 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 ซึ่งการรับนักเรียนกลุ่มดังกล่าว ไม่กระทบสิทธิของนักเรียนสัญชาติไทยแต่อย่างใด ในทางกลับกัน หากอัตราการเกิดของสังคมไทยยังต่ำคงที่เหมือนทุกวันนี้ ในอนาคตข้างหน้ามีโอกาสที่ระบบเศรษฐกิจไทยจะมีกำลังแรงงานไม่เพียงพอ¹³ อย่างเหตุการณ์ปิดโรงเรียนไผทอุดมศึกษา ซึ่งเป็นโรงเรียนเอกชนเก่าแก่ สาเหตุหนึ่งก็มาจากจำนวนเด็กไทยที่เกิดน้อยลง¹⁴ ดังนั้นการให้การศึกษาแก่เด็กกลุ่มข้ามชาติ ทางหนึ่งจึงเปรียบเสมือนการลงทุนในระยะยาวให้กับระบบเศรษฐกิจและสังคมไทย เพราะการศึกษาถือเป็นหนึ่งใน Soft Power ของประเทศ¹⁵ ที่หากนักเรียนข้ามชาติได้รับประสบการณ์ที่ดี พวกเขาจะกลายเป็นผู้สนับสนุนให้แก่ประเทศปลายทางที่พวกเขาจำเรียนในระยะยาว

จากส่วนเกิน สู่ส่วนหนึ่งของสังคมไทย

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีจำนวนเด็กไร้รัฐไร้สัญชาติที่สูงมาก ในปี 2567 มีจำนวนถึง 169,241 คน¹⁶ โดยส่วนใหญ่มาจากชุมชนชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในประเทศมานานหลายทศวรรษ โดยเด็กนักเรียนรหัส G เหล่านี้จะได้รับเงินอุดหนุนทางการศึกษารายปีที่รัฐจัดสรรให้เฉลี่ย 2,556 บาทต่อคน¹⁷ นอกจากนี้ยังพบว่า แม่เด็กเหล่านี้จะพาตัวเองเรียนจบการศึกษาในระดับที่สูงและสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมไทย แต่ก็พบความท้าทายในการหางานทำ สืบเนื่องจากการไม่มีสัญชาติไทย¹⁸ สำหรับแนวทางการบูรณาการเรื่องนี้นั้น ทางองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF)¹⁹ ได้ให้คำแนะนำว่า ควรรับรองบทบาทของศูนย์การเรียนรู้ฯ ให้เป็นส่วนเสริมของระบบการศึกษาไทย เปิดช่องทางให้ศูนย์การเรียนรู้ฯ เหล่านี้สามารถจดทะเบียนได้ถูกต้องตามกฎหมาย ผ่านหน่วยงานทางการศึกษาที่เกี่ยวข้องอย่างกรมส่งเสริมการเรียนรู้ (สกร.) โดยมีพื้นที่กรณีศึกษาในจังหวัดตาก ที่มีหน่วยงานอย่าง Migrant Educational Coordination Center คอยประสานงานระหว่างองค์กรภาคประชาสังคมและหน่วยงานรัฐ ดูแลนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในศูนย์การเรียนรู้ฯ จังหวัดตากทั้งสิ้น 18,591 คน²⁰ นอกจากนี้ การเพิ่มการสนับสนุนการเรียนการสอนภาษาไทยควบคู่ไปกับการสอนภาษาแม่ของเด็กนักเรียนข้ามชาติ จะเป็นตัวช่วยให้เด็กข้ามชาติสามารถปรับตัวเข้ากับการเรียนตามหลักสูตรของโรงเรียนรัฐ²¹



เพื่อแก้ไขปัญหาการศึกษาของเด็กข้ามชาติในประเทศไทย องค์การระหว่างประเทศและเครือข่ายด้านการศึกษาในไทย มีข้อเสนอแนะการแก้ไขเชิงระบบ ดังนี้

- 1 ยกระดับและรับรองสถานะศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติ (Migrant Learning Centres: MLCs)** โดยจดทะเบียน MLCs ให้ถูกกฎหมายอย่างเป็นทางการในพื้นที่ชายแดนและพื้นที่ที่มีเด็กข้ามชาติหนาแน่น (ไม่จำกัดเฉพาะชายแดน) โดยให้ขึ้นทะเบียนครูและนักเรียน เพื่อรับงบประมาณตามจำนวนหัวจาก สพฐ. และเชื่อมโยงหลักสูตรให้สามารถโอนย้ายเข้าสู่ระบบโรงเรียนรัฐได้ง่ายขึ้น รวมถึงสนับสนุนการสอนสองภาษา (ไทย-เมียนมา/เขมร) เพื่อลดอุปสรรคทางภาษา ทั้งนี้คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (กสม.) ได้เสนอให้จัดตั้งศูนย์ประสานงานการจัดการศึกษาเด็กต่างด้าว เพื่อประสานโรงเรียนรับเด็กทุกคน และขยาย MLCs ไปยังพื้นที่อุตสาหกรรม เช่น สมุทรสาคร ชลบุรีด้วย²²
- 2 ปรับปรุงการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรให้ครอบคลุมเด็กข้ามชาติ** ปรับเกณฑ์จัดสรรงบ สพฐ. ให้รวมเด็กข้ามชาติทุกคน (ไม่ว่าจะมีสถานะหรือไม่) ตามจำนวนจริง (headcount) โดยเพิ่มงบพิเศษสำหรับโรงเรียนชายแดนที่มีเด็กข้ามชาติเกินร้อยละ 50 เช่น ค่าอาหารกลางวัน อุปกรณ์การเรียน และค่าตอบแทนครูเพิ่มเติม รวมถึงจัดตั้งกองทุนพิเศษจากงบกลางเพื่อรองรับการไหลเข้าเพิ่มจากวิกฤตชายแดน โดย UNICEF ชี้ว่าการขาดงบประมาณทำให้โรงเรียนไม่สามารถรองรับเด็กข้ามชาติได้เต็มที่ ส่วน IOM แนะนำให้รวมเด็กข้ามชาติในระบบงบประมาณการศึกษาและสวัสดิการเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน²³
- 3 แก้ไขอุปสรรคด้านภาษา วัฒนธรรม และการฝึกอบรมครู** โดยพัฒนาหลักสูตรสองภาษา (bilingual education) ในโรงเรียนชายแดนและพื้นที่ที่มีเด็กข้ามชาติสูง โดยฝึกอบรมครูให้มีความรู้ทักษะการสอนเด็กหลากหลายวัฒนธรรมและภาษาไทย เป็นภาษาที่สอง (Thai as a second language) รวมถึงเพิ่มวิชาเรียนที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม และจัดชั้นเรียนเตรียมภาษาไทยเข้มข้นก่อนเข้าเรียนปกติ ทั้งนี้ UNHCR รายงานว่าการฝึกภาษาไทยเข้มข้นช่วยเพิ่มการเข้าเรียนในระบบรัฐได้ร้อยละ 62 ในปี 2567²⁴ ส่วน UNICEF แนะนำให้เสริมสร้างความสามารถในการจัดการความหลากหลาย เพื่อลดการหลุดจากระบบ
- 4 ลดความขัดแย้งในชุมชนและสร้างการยอมรับ** โดยณรงค์สร้างความเข้าใจในชุมชนและโรงเรียนว่าการศึกษาของเด็กข้ามชาติเป็นประโยชน์ต่อสังคม (เช่น ลดอาชญากรรม ลดแรงงานเด็ก เพิ่มศักยภาพแรงงานในอนาคต) โดยร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นและสื่อ เพื่อลดอคติและการมองว่า “แย่งทรัพยากร” พร้อมกำหนดนโยบายไม่เลือกปฏิบัติในโรงเรียน (non-discrimination policy) เนื่องจากการเสนอตัดงบเด็กข้ามชาติเพิ่มความเกลียดชัง รัฐจึงควรยึดหลักสิทธิมนุษยชนเพื่อสร้างพลเมืองที่เกื้อกูล²⁵

เราจะไปต่อกันอย่างไร

- ปัญหาการศึกษาของเด็กข้ามชาติในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดน เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่เกิดจาก
- ความแออัด ขาดงบประมาณ อุปสรรคด้านภาษาและวัฒนธรรม รวมถึงความขัดแย้งในชุมชน ส่งผลกระทบต่อโอกาส
- การพัฒนาและอนาคตของเด็กเหล่านี้อย่างมาก แม้ประเทศไทยจะมีนโยบาย “การศึกษาถ้วนหน้า” ที่ก้าวหน้า มาตั้งแต่ปี
- 2546 และมีมติเร่งรัดแก้ไขสถานะบุคคลไร้สัญชาติในช่วงปี 2567-2568 แต่การนำไปปฏิบัติยังมีช่องว่าง โดยเฉพาะในด้านการ
- จัดสรรงบประมาณ ทรัพยากรครู และการยอมรับจากชุมชน หากรัฐบาลและภาคีเครือข่ายดำเนินการตามข้อเสนอแนะเชิงระบบ
- เช่น การรับรองและอุดหนุนศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติ การปรับงบตามจำนวนจริง การพัฒนาหลักสูตรสองภาษา
- และการรณรงค์ลดอคติ จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความยั่งยืนทางการศึกษา และส่งเสริมให้เด็กข้ามชาติเหล่านี้เติบโต
- เป็นพลเมืองของโลกที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และหลักสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของ
- ประเทศไทยในที่สุด

.....



แผ่นดินไหว ภัยพิบัติที่ไม่อาจมองข้าม

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีความเสี่ยงแผ่นดินไหวสูง เช่น ญี่ปุ่น และนิวซีแลนด์ จุดอ่อนสำคัญของไทย ไม่ได้อยู่ที่การขาดองค์ความรู้หรือมาตรฐานทางวิศวกรรม แต่เป็นช่องว่างในเชิงปฏิบัติด้านระบบเตือนภัย การสื่อสารแบบรวมศูนย์ และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของประชาชนในช่วงเกิดเหตุ

บทนำ

เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2568 ได้เกิดแผ่นดินไหวขนาด 7.7 ริคเตอร์ และตามด้วยอาฟเตอร์ช็อกขนาด 6.4 ริคเตอร์ บริเวณรอยเลื่อนสะกาย (Saging Fault) ใกล้เมืองมณฑลทะเล ประเทศเมียนมาที่ความลึก 10 กิโลเมตร ส่งผลกระทบรุนแรงกับเมียนมา รวมถึงประเทศไทยรอบข้าง ได้แก่ ไทย ลาว บังคลาเทศ จีน โดยในเมียนมามีผู้เสียชีวิตยืนยันกว่า 3,471 ราย และความเสียหายของวัดและเจดีย์กว่า 4,800 แห่ง¹ ส่วนประเทศไทยมีรายงานความเสียหายใน 23 จังหวัด มีผู้เสียชีวิต 97 ราย บาดเจ็บ 35 ราย² ในกรุงเทพมหานคร มีอาคารที่กำลังก่อสร้างพังทลายลงมา 1 อาคาร มีบางอาคารพบความเสียหายเชิงโครงสร้าง และอาคารสูงหลายอาคารพบความเสียหายด้านสถาปัตยกรรม การตรวจสอบอาคารใน 76 จังหวัด จำนวน 5,741 อาคาร พบว่า มีความเสียหายปานกลาง แต่สามารถใช้งานได้ (สีเหลือง) จำนวน 298 อาคาร และโครงสร้างมีความเสียหายอย่างหนักโดยได้สั่งให้ระงับการใช้งานอาคาร (สีแดง) จำนวน 50 อาคาร³

แผ่นดินไหวครั้งนี้มีสาเหตุมาจากการเลื่อนตัวตามแนวราบบนรอยเลื่อนสะกาย ซึ่งเป็นรอยเลื่อนระหว่างแผ่นเปลือกโลกอินเดียและแผ่นยูเรเชีย ที่มีคาบการเกิดซ้ำของแผ่นดินไหวขนาด 8.0 ประมาณ 100 ปี ส่งผลให้เกิดแรงสั่นสะเทือนรุนแรงในบริเวณใกล้ศูนย์กลาง สำหรับกรุงเทพมหานครการขยายตัวของคลื่นแผ่นดินไหวมีความสัมพันธ์กับชั้นดินอ่อนหนา ซึ่งสามารถขยายคลื่นแผ่นดินไหวทั้งในแง่ของแอมพลิจูดและระยะเวลาการสั่น โดยเฉพาะคลื่นคาบยาวที่ส่งผลต่ออาคารสูง แต่เนื่องจากประเทศไทยมีกฎหมายและมาตรฐานการออกแบบอาคารต้านแผ่นดินไหวตั้งแต่ปี 2550 หากอาคารที่สร้างหลังปีดังกล่าวมีการออกแบบและก่อสร้างถูกต้องตามกฎหมายและมาตรฐาน จะไม่เกิดความเสียหายในเชิงโครงสร้างหรืออาจมีความเสียหายเล็กน้อย แต่ไม่ถึงขั้นพังทลาย ขณะเดียวกัน อาคารที่สร้างก่อนปี 2550 ก็อาจมีความแข็งแรงเพียงพอ หากมีการประเมินและเสริมกำลังอย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้ ความเสียหายจากแผ่นดินไหวจึงไม่รุนแรงมาก บทความนี้เป็นกรณีศึกษาสถานการณ์ภัยพิบัติในไทย ความเสี่ยง แนวทางการจัดการภัยพิบัติในอนาคต และข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยกับความเสี่ยงของแผ่นดินไหว และแผ่นดินไหวใหญ่ในอดีต

แนวโน้มการเกิดแผ่นดินไหวส่วนใหญ่มักเกิดตามแนวรอยเลื่อนที่มีพลัง ซึ่งประเทศไทยมีแนวรอยเลื่อนส่วนใหญ่อยู่ที่ภาคเหนือและภาคตะวันตก ขณะที่แผ่นดินไหวขนาดใหญ่ไม่ได้เกิดบ่อยเท่ากับประเทศที่อยู่บริเวณวงแหวนแห่งไฟ แต่ไทยมีความเสี่ยงจากแนวมุดตัวซุนดาในมหาสมุทรอินเดียที่เกิดเหตุการณ์แผ่นดินไหวครั้งใหญ่และคลื่นสึนามิเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 และอาจเกิดขึ้นได้อีกตั้งแต่หมู่เกาะอันดามัน นิโคบาร์ ไปจนถึงแนวอาระกันเลียบชายฝั่งตะวันตกของประเทศเมียนมา ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อไทยได้รวมถึงพื้นที่กรุงเทพมหานคร แม้ว่าจะเป็นด้วยแผ่นดินไหวขนาดใหญ่ระยะไกล เช่นเดียวกับเหตุการณ์ครั้งที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามก็ยังมีรอยเลื่อนที่ภาคเหนือและภาคตะวันตกในประเทศไทยก็ประมาณไม่ได้ แม้ในช่วงก่อนหน้านี้ไม่เคยเห็นแผ่นดินไหวขนาดใหญ่บ่อยครั้ง แต่ก็เคยเกิดขึ้นมาแล้ว เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2557 โดยแผ่นดินไหวขนาด 6.3 เกิดขึ้นที่บริเวณอำเภอแม่ลาว อำเภอพาน และอำเภอแม่สรวย ทำให้อาคารเสียหายกว่า 10,000 หลัง มีอาคารที่อันตรายประมาณ 400-500 หลัง อาคารที่พังถล่มลงมาประมาณ 20-30 หลัง⁴ ทั้งนี้พื้นที่ภาคเหนือและภาคตะวันตกสามารถเกิดแผ่นดินไหวขนาด 7 ได้เช่นกัน โดยเฉพาะรอยเลื่อนแม่จันและรอยเลื่อนศรีสวัสดิ์ อย่างไรก็ตามก็เกิดแผ่นดินไหวขนาด 6 ที่รอยเลื่อนแม่ทาที่อาจส่งผลกระทบต่อรุนแรงกับพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่นในเมืองเชียงใหม่ได้

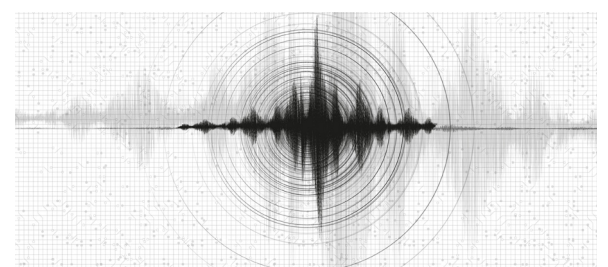
28 มีนาคม 2568 เกิดแผ่นดินไหวขนาด 7.7 บริเวณรอยเลื่อนสะกาย (Sagaing Fault) ใกล้เมืองมัณฑะเลย์ ประเทศเมียนมา



ที่มา: https://www.banthaluang.go.th/index/load_data/?doc=16166

เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาค ความเสี่ยงแผ่นดินไหวของไทยจัดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่ตั้งอยู่บนแนวรอยต่อแผ่นเปลือกโลกโดยตรง เช่น อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์ ขณะที่ญี่ปุ่นมีความเสี่ยงสูงมากจากทั้งแนวมุดตัวและรอยเลื่อนภายในประเทศ อย่างไรก็ตามความเสี่ยงของไทยมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างออกไป กล่าวคือ แม้ความถี่ของแผ่นดินไหวขนาดใหญ่จะต่ำกว่า แต่ประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากทั้งรอยเลื่อนที่มีพลังภายในประเทศ และแผ่นดินไหวขนาดใหญ่ในประเทศเพื่อนบ้านอย่างเมียนมา จีน และลาว โดยเฉพาะจากเมียนมาและแนวมุดตัวซุนดาในมหาสมุทรอินเดีย ถึงแม้รอยเลื่อนสะกายจะเพิ่งเกิดแผ่นดินไหวใหญ่ในปี 2568 แต่เราก็ประมาณไม่ได้เนื่องจากอาจเกิดแผ่นดินไหวบริเวณทางตอนใต้แถบอย่างกึ่ง ซึ่งไม่ได้เกิดแผ่นดินไหวขนาดใหญ่มานานเกือบร้อยปี สามารถก่อให้เกิดแรงสั่นสะเทือนระยะไกลที่ส่งผลกระทบต่อกรุงเทพมหานครได้ โดยผ่านกลไกการขยายคลื่นในชั้นดินอ่อน ความเสี่ยงในลักษณะนี้ทำให้ประเทศไทยมีความเปราะบางเชิงระบบ⁵

งานวิจัยด้านแผ่นดินไหวในประเทศไทยที่ดำเนินการมากกว่า 20 ปี มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลสำหรับการออกกฎกระทรวงและมาตรฐานด้านความปลอดภัย ภายใต้ความร่วมมือระหว่าง 2 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ในฐานะผู้สร้างองค์ความรู้ และกระทรวงมหาดไทย ในฐานะผู้กำกับดูแลและบังคับใช้กฎหมาย เพื่อพัฒนาการป้องกันภัยพิบัติของประเทศ ส่วนภาคเอกชนก็มีบทบาทสำคัญเช่นกัน โดยเฉพาะวิศวกรผู้ออกแบบอาคาร หากเข้าใจหลักการออกแบบด้านแผ่นดินไหวอย่างถูกต้อง จะช่วยสร้างความปลอดภัยที่เพียงพอ และยังคงคุ้มค่าในเชิงธุรกิจอีกด้วย บทเรียนจากแผ่นดินไหวในปี 2568 ควรถูกนำมาใช้เพื่อยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยของทุกคนอย่างยั่งยืน⁶



ผลกระทบของแผ่นดินไหวต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ

แผ่นดินไหวในปี 2568 สร้างความความตื่นตระหนกต่อประชาชนจนนำไปสู่การอพยพออกจากอาคารสูงอย่างเร่งรีบและไม่เป็นระบบ มีรายงานการอพยพผ่านลิฟท์ในอาคารสูงหรือบันไดเป็นจำนวนมาก โดยไม่ได้รอให้การสันสะเทือนหยุดก่อน การอพยพในลักษณะดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การหกล้ม การเบียดเสียด และอาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บโดยไม่จำเป็น สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงช่องว่างด้านความรู้และการสื่อสารความเสี่ยงต่อสาธารณชน โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสมระหว่างและหลังการเกิดแผ่นดินไหวในอาคารสูง การขาดแนวทางการอพยพที่ชัดเจนโดยเฉพาะอาคารในโรงพยาบาลที่การอพยพผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาเครื่องมือแพทย์หรือการดูแลอย่างใกล้ชิดอาจนำไปสู่ความสูญเสียที่ไม่จำเป็น ในขณะเดียวกัน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของอาคารจากเหตุการณ์อาคารถล่ม ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต ประสิทธิภาพการทำงาน และความเชื่อมั่นต่อระบบการจัดการภัยพิบัติของรัฐในระยะยาว

ภายหลังแผ่นดินไหว กรุงเทพมหานครได้แจ้งเจ้าของอาคารภาคเอกชนทำการตรวจสอบอาคารจำนวนประมาณ 11,000 แห่ง พบว่ามีความเสียหายปานกลางแต่สามารถใช้งานได้ (สีเหลือง) จำนวน 251 อาคาร โดยมีการตรวจสอบให้คำปรึกษาแก่พี่น้องประชาชนผ่าน Traffy fondue ซึ่งข้อมูล ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2568 ได้รับแจ้งทั้งหมด 20,432 เรื่อง ดำเนินการแล้วเสร็จ 19,029 เรื่อง⁷ ส่วนการตรวจสอบอาคารภาครัฐโดยกรมโยธาธิการและผังเมือง สหสมตั้งแต่วันที่

28 มีนาคม - 10 พฤษภาคม 2568 จำนวน 309 หน่วยงาน 908 อาคาร พบว่ามีความเสียหายปานกลาง แต่สามารถใช้งานได้ (สีเหลือง) จำนวน 75 อาคาร และโครงสร้างมีความเสียหายอย่างหนักมีสภาพไม่ปลอดภัย (ห้ามใช้งาน) (สีแดง) จำนวน 1 อาคาร นอกจากนี้ สมาคมวิศวกรโครงสร้างแห่งประเทศไทยเปิดเผยว่า การตรวจสอบอาคารโดยวิศวกรอาสาในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลซึ่งส่วนมากเป็นอาคารที่พักอาศัย ระหว่างวันที่ 28 มีนาคม - 24 เมษายน 2568 มีการตรวจสอบ 129 อาคาร พบว่าอาคารส่วนใหญ่ไม่มีความเสียหายทางโครงสร้าง จำนวน 108 อาคาร คิดเป็นร้อยละ 83.7 ของอาคารทั้งหมด อาคารที่มีความเสียหายเล็กน้อยจำนวน 18 อาคาร (ร้อยละ 13.9) และมีความเสียหายปานกลาง จำนวน 3 อาคาร (ร้อยละ 2.3) ข้อมูลแสดงให้เห็นว่าอาคารส่วนใหญ่ยังคงมีความมั่นคงแข็งแรง และสามารถใช้งานได้อย่างปลอดภัย

ด้านผลกระทบทางเศรษฐกิจ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย คาดว่ามูลค่าความเสียหายไม่ต่ำกว่า 20,000 ล้านบาท และส่งผลให้ GDP ของประเทศไทยในปี 2568 อาจลดลงประมาณร้อยละ 0.06 นอกจากนี้ ภาคอสังหาริมทรัพย์เป็นอีกส่วนที่ได้รับผลกระทบ โดยยอดขายและการโอนกรรมสิทธิ์คอนโดมิเนียมในกรุงเทพฯ ชะลอตัวลง ในทางกลับกัน ความต้องการเช่าที่พักอาศัยอาจเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้คนอาจไม่อยากแบกรับภาระการเป็นเจ้าของในช่วงที่ยังมีความไม่แน่นอน สำหรับภาคการท่องเที่ยว นักท่องเที่ยวต่างชาติได้ยกเลิกหรือเลื่อนการเดินทางโดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพฯ และเชียงใหม่ ส่งผลให้ปริมาณการจำหน่ายนักท่องเที่ยวต่างชาติในปี 2568 ต้องปรับลดลง⁸



ภารกิจค้นหาผู้สูญหายจากอาคาร สดง.ถล่มจากเหตุแผ่นดินไหว

ที่มา: Facebook เพจสำนักงานเขตจตุจักร

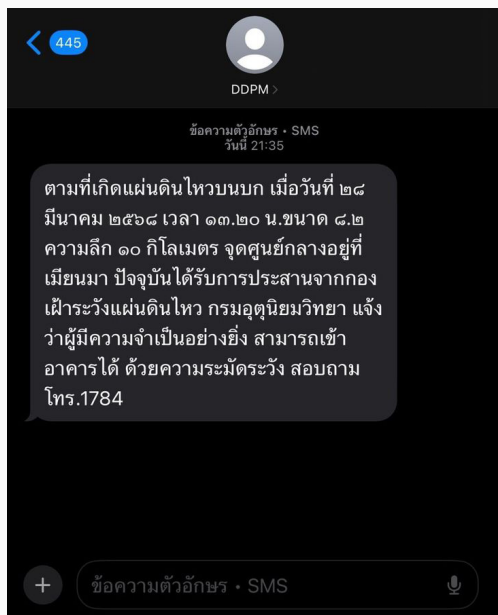
มาตรการของรัฐในการแก้ไขปัญหา

แม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายออกแบบอาคารต้านแผ่นดินไหวตั้งแต่ปี 2550 ส่วนอาคารที่สร้างก่อนปี 2550 ก็อาจมีความแข็งแรงพอที่จะรับเหตุการณ์แผ่นดินไหวได้ ถ้ามีการประเมินความแข็งแรงและเสริมกำลังอย่างถูกต้อง แต่ไทยยังมีจุดอ่อนเชิงโครงสร้างหลายประการที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ ประการแรก อาคารเดิมที่ก่อสร้างก่อนปี 2550 มีสัดส่วนจำนวนมากในเขตเมืองใหญ่ ปัจจุบันยังไม่มีงบบังคับเชิงรุกสำหรับการประเมินและเสริมกำลังอาคารมากนัก ประการที่สอง ความเสียหายที่พบส่วนใหญ่เป็นความเสียหายขององค์ประกอบที่ไม่ใช่โครงสร้าง เช่น ผนังก่อ ระบบฝ้า ระบบท่อ และอุปกรณ์ภายในอาคาร แม้ไม่ก่อให้เกิดการพังทลายของโครงสร้างหลัก แต่สามารถสร้างความตื่นตระหนกและความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของผู้อยู่อาศัยได้อย่างมีนัยสำคัญ ประเด็นนี้สะท้อนถึงช่องว่างของมาตรฐานและแนวปฏิบัติที่ยังไม่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยเชิงสถาปัตยกรรมและระบบของอาคารทั้งหลาย ประการที่สาม บริบททางธรณีวิทยาของกรุงเทพมหานครที่เป็นแอ่งดินอ่อน ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของคลื่นแผ่นดินไหวคาบยาว ซึ่งมีผลกระทบต่ออาคารขนาดกลางถึงอาคารสูง

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีความเสี่ยงแผ่นดินไหวสูง เช่น ญี่ปุ่น นิวซีแลนด์ จะเห็นความแตกต่างเชิงระบบอย่างชัดเจน ในกรณีของญี่ปุ่น ระบบเตือนภัยสามารถแจ้งเตือนประชาชนและโครงสร้างพื้นฐานสำคัญล่วงหน้าได้ตั้งแต่ไม่กี่วินาทีถึงหลายสิบล้านวินาทีก่อนที่คลื่นสั่นสะเทือนจะมาถึง ระบบดังกล่าวถูกเชื่อมโยงเข้ากับโทรศัพท์มือถือ ระบบขนส่งมวลชน โรงพยาบาล และโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้สามารถหยุดการทำงานโดยอัตโนมัติ ช่วยลดอุบัติเหตุและลดความตื่นตระหนกของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่นิวซีแลนด์มีการบูรณาการข้อมูลการเฝ้าระวังแผ่นดินไหว ซึ่งทำหน้าที่เป็นทั้งระบบเฝ้าระวังการสื่อสารความเสี่ยง และฐานข้อมูลสาธารณะ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลเหตุแผ่นดินไหว คำแนะนำด้านความปลอดภัย และการประเมินผลกระทบได้จากแหล่งเดียว ลดความสับสนและเพิ่มความเชื่อมั่นต่อระบบการจัดการภัยพิบัติของภาครัฐ เมื่อเปรียบเทียบกับไทยจะเห็นได้ว่า จุดอ่อนสำคัญไม่ได้อยู่ที่การขาดองค์ความรู้หรือมาตรฐานทางวิศวกรรม แต่เป็นช่องว่างในเชิงปฏิบัติด้านระบบเตือนภัย การสื่อสารแบบรวมศูนย์ และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของประชาชนในช่วงเกิดเหตุ

การสื่อสารในสถานะฉุกเฉินในลักษณะ Single Command Center จะทำให้ควบคุมสถานการณ์ได้ การลงทุนในระบบเตือนภัยจะทำให้ประชาชนสามารถตอบสนองต่อภัยได้อย่างทันทั่วถึง รวมถึงการซักซ้อมแนวปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อเตรียมความพร้อมอยู่เสมอ แต่เนื่องจากไทยมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ การบูรณาการระหว่างหน่วยงานจึงมีความสำคัญมาก แต่ละหน่วยงานควรกำหนดบทบาทอย่างชัดเจน แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน และซักซ้อมแนวปฏิบัติระหว่างกัน จะทำให้การรับมือในสถานะฉุกเฉินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

SMS แจ้งเตือนการเกิดแผ่นดินไหว จาก DDPM



ที่มา: <https://www.sanook.com/news/9771194/>

ข้อเสนอแนะเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ

การจัดการภัยพิบัติของประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการยกระดับจากการมุ่งตอบสนองภายหลังเกิดเหตุ ไปสู่การบริหารจัดการความเสี่ยงเชิงรุกอย่างเป็นระบบ ตามหลักการของ Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030⁹ ซึ่งเน้นการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ มากกว่าการจัดการเฉพาะเหตุการณ์ ดังนี้

- 1 เสริมสร้างธรรมาภิบาลและความชัดเจนของกลไกสถาบัน (Sendai Priority 2: Strengthening Disaster Risk Governance)** โดยทบทวนและปรับปรุงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภัยพิบัติ เพื่อกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน ตลอดจนทบทวนโครงสร้างการจัดการภัยพิบัติ ตั้งแต่การสังเกตการณ์การเฝ้าระวัง การเตือนภัย ไปจนถึงการช่วยเหลือฟื้นฟูและฟื้นคืนสภาพ

- 2 **ยกระดับฐานข้อมูลและองค์ความรู้ด้านความเสี่ยงภัยพิบัติ (Sendai Priority 1: Understanding Disaster Risk)** บูรณาการข้อมูลทางวิชาการ และข้อมูลการตรวจวัดด้านภัยพิบัติให้มีความทันสมัย ครบคลุม และสามารถใช้งานได้จริง การสนับสนุนทุนวิจัย ครอบคลุมเน้นการศึกษาในระดับพื้นที่เฉพาะ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพของการประเมินความเสี่ยง การจัดทำแผนลดความเสี่ยง และการกำหนดมาตรการเชิงพื้นที่อย่างเหมาะสม

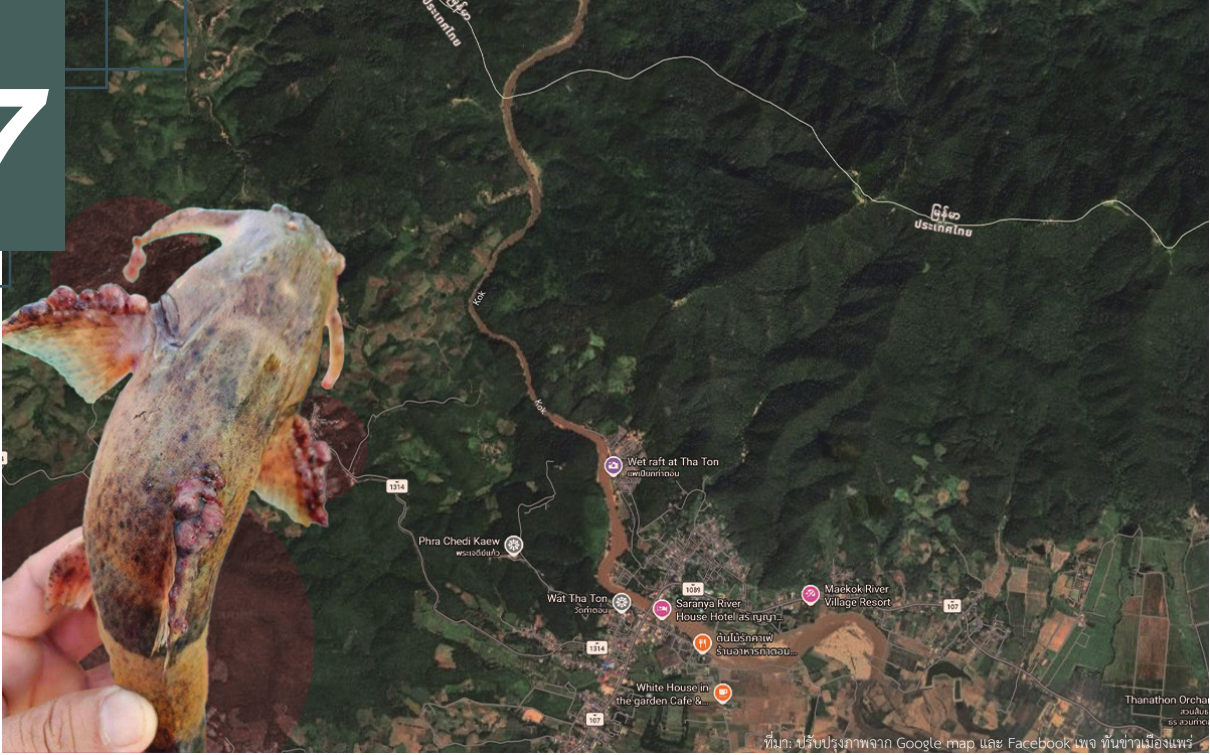
- 3 **ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Sendai Priority 4 และหลักการ “Build Back Better”)** โดยเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ให้มีบทบาทในการประเมินความเสี่ยง การวางแผนรับมือ การเตรียมความพร้อม และการฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ การดำเนินการในลักษณะนี้จะช่วยสร้างพลังประสานในระดับพื้นที่ เพิ่มความสามารถในการพึ่งพาตนเอง และเสริมสร้างความยืดหยุ่นของสังคมต่อภัยพิบัติในระยะยาว

- 4 **ลงทุนเชิงป้องกันในโครงสร้างพื้นฐานที่คุ้มค่าและยั่งยืน (Sendai Priority 3: Investing in Disaster Risk Reduction for Resilience)** การออกแบบควมยืดแนวคิดโครงสร้างพื้นฐานอเนกประสงค์ เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ในภาวะปกติได้ เช่น เป็นพื้นที่สาธารณะ หรือพื้นที่นันทนาการ เพื่อความคุ้มค่าในการลงทุนและการยอมรับจากประชาชน

บทเรียนเพื่อวันพรุ่งนี้

แม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายและแนวปฏิบัติในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยที่เป็นสากล แต่หากประชาชนขาดความเชื่อมั่นในความปลอดภัยในระบบ (System Safety) หรือขาดความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ความเสี่ยงจากภัยพิบัติย่อมเป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นประเทศไทยจึงจำเป็นต้องปฏิรูปเชิงโครงสร้างตามกรอบ Sendai Framework ที่ครอบคลุมทั้งด้านธรรมาภิบาล ข้อมูล การมีส่วนร่วมของชุมชน และการลงทุนเชิงป้องกัน หัวใจสำคัญของการปฏิรูปคือการสร้างระบบที่มีความปลอดภัยในเชิงวิศวกรรมและเทคโนโลยีโดยต้องมี กลไกป้องกันความผิดพลาด (Fail-safe mechanisms) และระบบสำรองที่เชื่อถือได้ เพื่อลดโอกาสเกิดความสูญเสียจากความบกพร่องของระบบหรือมนุษย์ นอกจากนี้การมีศูนย์บัญชาการเดียว (Single Command Center) ยังมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างเอกภาพด้านข้อมูลและการสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน ขณะเดียวกัน ทุกภาคส่วนต้องทราบบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และซักซ้อมแนวทางปฏิบัติร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

.....



มหานทีเปื้อนพิษข้ามพรมแดน สารพิษในลุ่มน้ำกก สาย รวก และโขง

ตั้งแต่ต้นปี 2568 แม่น้ำกกและลุ่มน้ำสาขาเผชิญวิกฤตมลพิษข้ามพรมแดนจากสารหนูที่มีต้นกำเนิดจากเหมืองแร่แร่เอิร์ธกว่า 40 แห่งในรัฐฉาน ประเทศเมียนมา สารหนูเกินมาตรฐานกว่า 2 เท่าแพร่กระจายเข้าสู่ห่วงโซ่อาหาร กระทบสุขภาพประชาชนไทยนับแสนคน

บทนำ

การปนเปื้อนสารพิษ เช่นสารหนู (arsenic) ในระบบนิเวศแม่น้ำข้ามพรมแดนถือเป็นภัยคุกคามด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพประชาชนที่รุนแรงที่สุดกรณีหนึ่งของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในลุ่มน้ำกก แม่น้ำสาย แม่น้ำรวก และแม่น้ำโขงตอนบน ครอบคลุมพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่และเชียงราย¹ การปนเปื้อนดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อคุณภาพน้ำผิวดินและตะกอนดินเท่านั้น แต่ยังแพร่กระจายเข้าสู่ห่วงโซ่อาหาร ส่งผลต่อสุขภาพมนุษย์ การทำประมง และการเกษตรในระยะยาว

ปัญหานี้เริ่มปรากฏชัดขึ้นตั้งแต่เดือนมีนาคม 2568 เมื่อชาวบ้านที่ตำบลท่าตอน จังหวัดเชียงใหม่ สังเกตเห็นสีน้ำในแม่น้ำกกเปลี่ยนเป็นสีขุ่นผิดปกติ ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนไหวของภาคประชาชนและการตรวจสอบจากหน่วยงานรัฐ จนนำไปสู่การยืนยันการปนเปื้อนสารหนูเกินมาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน (ไม่เกิน 0.01 มก./ลิตร ตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)² จนถึงต้นปี 2569 ปัญหายังคงดำเนินต่อเนื่อง แม้จะมีการเจรจาชั่วคราวในช่วงฤดูฝนหนัก (เช่น หลังพายุวิภาในเดือนกันยายน 2568) แต่ผลการตรวจวัดล่าสุดยังพบสารหนูเกินมาตรฐานในหลายจุด โดยเฉพาะในแม่น้ำสายและแม่น้ำรวกที่อยู่ใกล้แหล่งกำเนิดมากกว่า³ การปนเปื้อนนี้ไม่เพียงกระทบต่อคุณภาพน้ำและตะกอนดิน แต่ยังแพร่กระจายเข้าสู่ห่วงโซ่อาหาร ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน การประมง เกษตรกรรม และเศรษฐกิจชุมชนริมน้ำในระยะยาว

บทความนี้มุ่งวิเคราะห์พัฒนาการของปัญหา แหล่งกำเนิด ข้อมูลการตรวจวัด ผลกระทบต่อระบบนิเวศและสุขภาพ รวมถึงแนวทางการแก้ไข โดยอาศัยข้อมูลจากหน่วยงานรัฐ สื่อสารมวลชน และองค์กรภาคประชาสังคม



ที่มา: สายัณห์ ซีนอุณสวัสดิ์ดี <https://bkktribune.com/รายงานพิเศษชุด-สายน้ำที่/>

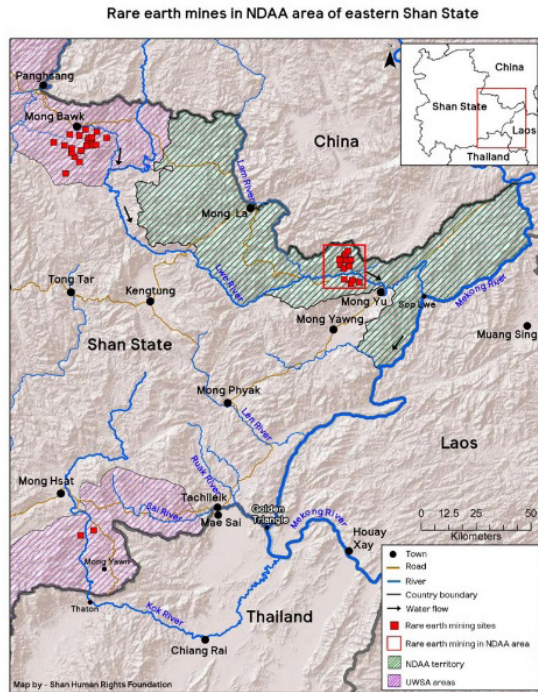
จุดเริ่มต้นและพัฒนาการของปัญหา

ปัญหาเริ่มต้นอย่างชัดเจนในเดือนมีนาคม 2568 เมื่อชาวบ้านท่าตอนพบความผิดปกติของสีน้ำในแม่น้ำกก ซึ่งมีต้นกำเนิดจากเทือกเขาในรัฐฉาน ประเทศเมียนมา ก่อนไหลเข้าสู่ประเทศไทยที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ และไหลผ่านจังหวัดเชียงราย ลงสู่แม่น้ำโขง ที่บ้านสบกก อำเภอเชียงแสน⁴ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมดุลย์ อุตเจริญ (เขต 7 จังหวัดเชียงใหม่ พรรคประชาชน) เป็นผู้ริเริ่มตรวจสอบและเผยแพร่ข้อมูลเบื้องต้น จนนำไปสู่การตรวจวัดอย่างเป็นทางการ โดยกรมควบคุมมลพิษ (คพ.) และสำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 1 เชียงใหม่ (สคพ.1) ผลการตรวจครั้งแรกเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2568 พบสารหนูที่บ้านแก่งตุ้ม อำเภอแม่สาย สูงถึง 0.026 มก./ลิตร (เกินมาตรฐานกว่าเท่าตัว) พร้อมความขุ่นสูงเกินปกติ 8-9 เท่า⁵

ต่อมาในวันที่ 5 มิถุนายน 2568 เครือข่ายประชาชนปกป้องแม่น้ำกก สาย รวก โขง จัดกิจกรรม “ปอยหลวงปิดเหมืองพื้นฟูลุ่มน้ำกก สาย รวก โขง” พร้อมยื่นจดหมายเปิดผนึก 5 ภาษา (ไทย อังกฤษ จีน เมียนมา ไทใหญ่) ถึงรัฐบาลไทย เมียนมา จีน และกองทัพสหรัฐอเมริกา (UWSA) เพื่อเรียกร้องปิดเหมืองและฟื้นฟูระบบนิเวศ⁶ กิจกรรมดังกล่าว ได้รับความสนใจจากสถานทูตจีนประจำประเทศไทย ซึ่งแสดงความห่วงใยและยืนยันจะตรวจสอบผู้ลงทุนจีน

จากนั้นกรมควบคุมมลพิษได้กำหนดแผนตรวจวัดต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงกันยายน 2568 โดยเก็บตัวอย่างน้ำเดือนละ 2 ครั้ง และตะกอนดินเดือนละ 1 ครั้ง ผลการตรวจวัด 11 ครั้ง (มีนาคม-กันยายน 2568) พบสารหนูเกินมาตรฐานในหลายรอบ โดยเฉพาะในฤดูฝนที่น้ำไหลแรงและมีการระบายจากฝายเชียงราย⁷ นอกจากนี้ยังตรวจพบตะกั่ว (Pb) เกินมาตรฐานในบางจุด และบางครั้ง แต่โลหะหนักอื่น ๆ เช่น แคดเมียม ทองแดง นิกเกิล โครเมียม สังกะสีและปรอท ยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

หลักฐานจากภาพถ่ายดาวเทียม (Google Earth และ GISTDA) ชี้ชัดว่ามีการเปิดหน้าดินและกิจกรรมเหมืองแร่กว่า 40 แปลงในพื้นที่ต้นน้ำแม่น้ำกกและแม่น้ำสาย-รวก ในรัฐฉาน ประเทศเมียนมา โดยเฉพาะในเขตเมืองสาต เมืองยอน และพื้นที่ควบคุมของ NDAA และ UWSA⁸



รูปที่ 1 เหมืองแร่แร่เอิร์ธในพื้นที่รัฐฉานตะวันออก ทั้งในเขตว่าเหนือ, ว่าใต้ และเมืองลา

ที่มา: <https://prachatai.com/journal/2025/08/114381>

ทางด้านมูลนิธิสิทธิมนุษยชนไทใหญ่ (SHRF) รายงานเมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2568 ว่า พบเหมืองแร่แร่เอิร์ธ (Rare Earth Elements) ใหม่ 19 แห่งในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (เพิ่มจากเดิมเพียง 3 แห่งในปี 2564) ซึ่งการทำเหมืองดังกล่าวต้องใช้สารเคมีละลายแร่ ส่งผลให้สารหนูและโลหะหนักอื่น ๆ ไหลลงสู่แม่น้ำไหลย (Lwe River) ซึ่งเป็นสาขาของแม่น้ำโขง ห่างจากสามเหลี่ยมทองคำเพียง 125 กม. (รูปที่ 2)⁹



รูปที่ 2 เหมืองแร่แร่เอิร์ธตามลุ่มน้ำโขงและสาขา (รวมกก, สาย, รวก) ใกล้สามเหลี่ยมทองคำ

ที่มา: <https://www.stimson.org/2025/toxic-rare-earth-mining-is-ruining-mekong-tributaries-in-the-golden-triangle>

นอกจากนี้ยังพบเหมืองแมงกานีส ยาวต่อเนื่อง 8 กม. ริมแม่น้ำโหลย โดยมี แรงงานจีนกว่า 1,000 คน และเหมืองแร่ แร่แร่เอิร์ธบางแห่งห่างจากชายแดนไทย เพียง 25 กม. บางจุดห่างจากแม่น้ำกก เพียง 2.6-3.6 กม. (รูปที่ 3)¹⁰ โดยพบว่า มีการขุดเจาะเพิ่มขึ้นอย่างมากตั้งแต่ กลางปี 2566-2567 ซึ่งสอดคล้องกับ ช่วงเวลาที่เริ่มพบความผิดปกติในแม่น้ำกก



รูปที่ 3 เหมืองแร่เอิร์ธฝั่งตะวันตกของแม่น้ำกก รัฐฉานใต้ ประเทศเมียนมา

ที่มา: <https://www.aljazeera.com/news/2025/8/7/satellite-images-show-surge-in-rare-earth-mining-in-rebel-held-myanmar>

ผลกระทบต่อห่วงโซ่อาหารและสุขภาพ ประชาชน

การปนเปื้อนสารหนูส่งผลกระทบต่อห่วงโซ่อาหารอย่างชัดเจน แม้ผลตรวจ ปลาเบื้องต้นจากกรมประมงระบุว่า พบสารหนู < 0.13 มก./กก. ซึ่งไม่เกิน มาตรฐาน¹¹ แต่ชาวบ้านรายงานพบปลา ผิดปกติ เช่น ปลาแซ่ ปลาคัง มีตุ่มที่หัวและ หนวด สะท้อนความเสียหายระบบนิเวศ จากความขุ่นน้ำที่ยืดเยื้อ ทำให้แพลงก์ตอน สิ่งเคราะห์แสงไม่ได้ และปริมาณปลาตกลง ผลตรวจจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ 1 เชียงราย พบสารตะกั่วและสารหนู ในน้ำประปาหมู่บ้าน ผัก และปลาบางชนิด¹² นอกจากนี้มีการตรวจพบสารหนูในปัสสาวะ เด็ก 2 ราย (อายุ 6 ขวบและ 2 ขวบ) ในหมู่บ้านแก่งทรายมูล ซึ่งบริโภคน้ำจาก แม่น้ำกกเป็นประจำ¹³ ทางด้านสำนักงาน เกษตรจังหวัดเชียงใหม่ได้ตรวจผักและพืช 119 ตัวอย่าง พบสารหนูใน 21 ตัวอย่าง แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน¹⁴ อย่างไรก็ตาม การสะสมระยะยาวยังคงเป็นความเสี่ยง โดยเฉพาะต่อเด็ก หญิงตั้งครรภ์ และ ผู้สูงอายุ เนื่องจากสารหนูเป็นสารก่อมะเร็ง และเป็นพิษต่อระบบประสาท ไต หัวใจ และตับ¹⁵ นอกจากนี้การใช้แหล่งน้ำดิบ ผลิตประปาได้รับผลกระทบอย่างหนัก การประปาส่วนภูมิภาคเชียงรายต้องหา แหล่งน้ำใหม่ ชาวบ้านหลายพื้นที่เลิกใช้ น้ำประปา เนื่องจากเกิดอาการผื่นคัน หลังอาบน้ำ และต้องซื้อน้ำบรรจุถังแทน¹⁶

การดำเนินการของภาครัฐและประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหา

ภาคประชาชนโดยเฉพาะเครือข่ายประชาชนปกป้องแม่น้ำกก สาย รวก โขง ได้เป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหานี้มาตั้งแต่ต้นปี 2568 ดังนี้

- 1 จัดกิจกรรมรณรงค์และชุมนุมต่อเนื่อง วันที่ 5 มิถุนายน 2568 (วันสิ่งแวดล้อมโลก) ได้จัดกิจกรรม “ปอยหลวงปิดเหมืองฟื้นฟูแม่น้ำกก สาย รวก โขง” ที่แม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย พร้อมยื่นจดหมายเปิด ผนึก 5 ภาษา (ไทย อังกฤษ จีน เมียนมา ไทใหญ่) ถึงรัฐบาลไทย เมียนมา จีน และกองทัพสหรัฐว่า (UWSA)¹⁷ และตั้งแต่กลางปีถึงปลายปี 2568 ได้จัดเวทีเสวนารณรงค์ออนไลน์ และกิจกรรมภาคสนามต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักและกดดันหน่วยงานรัฐ
- 2 ยื่นข้อเรียกร้องและหนังสือต่าง ๆ เช่น วันที่ 3-5 ตุลาคม 2568 ได้ยื่น หนังสือพร้อม 10 ข้อเรียกร้องต่อนายกรัฐมนตรี (ขณะนั้น นายอนุทิน ชาญวีรกูล เป็นนายกรัฐมนตรี) ให้ดำเนินการภายใน 4 เดือน อาทิ จัดหาแหล่งน้ำดิบใหม่ทดแทนสำหรับการผลิตน้ำประปาภูมิภาคและ หมู่บ้าน ตรวจสอบคุณภาพดินในพื้นที่รับตะกอน 12,000 ไร่ ในตำบล ท่าตอน อำเภอแม่เมาะ ตรวจข่าวนาปีกว่า 1 แสนไร่ ในจังหวัดเชียงราย ก่อนเก็บเกี่ยว จัดตั้งศูนย์ตรวจสอบโลหะหนักระดับจังหวัด หาแหล่งน้ำใหม่ สำหรับเกษตรกรและอุปโภคบริโภค เยียวยาชาวบ้านที่ได้รับผลกระทบ จัดตั้งคณะทำงานร่วมรัฐ-วิชาการ-ประชาชน เพื่อแสวงหาแนวทางปิดเหมือง ฝักระวัง และเยียวยารวมทั้งสร้างมาตรการป้องกันระยะยาว และผลักดัน ให้เป็นวาระระดับชาติ¹⁸ ต่อมาเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2568 ได้ยื่นหนังสือ ต่อคณะกรรมการแม่น้ำโขง (Mekong River Commission: MRC) ขอให้ ยกประเด็นมลพิษข้ามพรมแดนเป็นระเบียบวาระเร่งด่วน ตรวจสอบภาพ น้ำตลอดสายแม่น้ำโขง และใช้มาตรฐานน้ำเดียวกันในภูมิภาค¹⁹
- 3 ทำงานร่วมกับนักวิชาการจัดสัมมนากับคณะกรรมการธิการสภาฯ ศูนย์แม่โขงศึกษาจุฬาฯ และองค์กรระหว่างประเทศ เช่น มูลนิธิไฮน์ริช โบล์ล (Heinrich Böll Foundation) เพื่อผลักดันให้ปัญหานี้เป็นวาระ ระดับชาติและภูมิภาค รวมถึงเรียกร้องให้รัฐบาลใหม่ตั้งคณะกรรมการ ระดับชาติเพื่อแก้ไขปัญหา²⁰

ตั้งแต่ปัญหาการปนเปื้อนสารหนูในแม่น้ำกกเริ่มปรากฏชัดเจนในเดือนมีนาคม 2568 รัฐบาลไทยได้ดำเนินการหลายระดับ ทั้งการตรวจวัด เฝ้าระวังสุขภาพ และการเจรจาระหว่างประเทศ ดังนี้



ที่มา: www.freepik.com

1 การตรวจวัดและเฝ้าระวังคุณภาพน้ำ กรมควบคุมมลพิษ (คพ.) และสำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 1 เชียงใหม่ ได้เพิ่มความถี่การตรวจวัดคุณภาพน้ำในแม่น้ำกก สาย รวก และโขง (ตะกอนดิน) ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2568 เป็นต้นมา ผลการตรวจวัดครั้งที่ 11 (1-5 กันยายน 2568) ยังคงพบสารหนูเกินมาตรฐานในหลายจุดของแม่น้ำกกและแม่น้ำสาย²¹ กรมทรัพยากรน้ำจึงเพิ่มความถี่ตรวจวัดและควบคุมการเปิด-ปิดประตูระบายน้ำของฝายเชียงราย เพื่อลดการไหลของตะกอนปนเปื้อน²²



ที่มา: <https://pr.moph.go.th/online/index/news/316997online/index/event>

2 การเฝ้าระวังสุขภาพและห่วงโซ่อาหาร กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการตรวจสอบสุขภาพประชาชนและตัวอย่างอาหาร (น้ำประปาหมู่บ้าน ผัก ปลา) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนเมษายน-สิงหาคม 2568 โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง (เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ)²³ นอกจากนี้ยังมีการแจ้งเตือนประชาชนให้ล้างผักผลไม้ก่อนบริโภค และหลีกเลี่ยงการบริโภคปลาน้ำจืดจากลำน้ำเสี่ยง



ที่มา: www.khaosod.co.th/around-thailand/news_4922516

3 กลไกการทำงาน รัฐบาลได้ตั้งคณะอนุกรรมการแก้ไขปัญหาคุณภาพน้ำในกลุ่มน้ำกก โดยมีแผน 3 ระยะ ได้แก่

- **ระยะสั้น:** เพิ่มเครื่องมือตรวจวัด (Acoustic Doppler Current Profiler: ADCP) 3 ชุด และพัฒนา Cloud Service สำหรับติดตามแบบเรียลไทม์
- **ระยะกลาง:** การขุดลอกลำน้ำในจุดวิกฤต
- **ระยะยาว:** การก่อสร้างฝายดักตะกอน (อยู่ในขั้นตอนศึกษาและรับฟังความคิดเห็นประชาชน)²⁴



ที่มา: www.naewna.com/local/927116

4 การเจรจาและความร่วมมือระหว่างประเทศ ประเทศไทยใช้กลไกคณะกรรมการแม่น้ำโขง เป็นช่องทางหลักในการประสานงานกับเมียนมา ลาว และประเทศสมาชิกอื่น MRC ได้จัดทำรายงานและการประเมินคุณภาพน้ำตั้งแต่กลางปี 2568 พบสารหนูเกินมาตรฐานในหลายจุดบริเวณชายแดนไทย-เมียนมา-ลาว (ระดับ 0.025 มก./ล. หรือสูงกว่า 2.5 เท่าของมาตรฐาน WHO)²⁵ MRC ได้เสนอแผนการตรวจวัดคุณภาพน้ำร่วม (Joint Water Quality Monitoring) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากประเทศสมาชิกและเมียนมา (เมียนมาไม่ได้เป็นสมาชิก MRC อย่างเป็นทางการ แต่มีสถานะเป็น “ภาคีคู่เจรจา”) แม้เมียนมาจะแจ้งว่าอาจไม่สามารถเข้าถึงพื้นที่ควบคุมโดยกองกำลังชาติพันธุ์บางแห่งได้

ข้อเสนอแนะ

จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มาตรการส่วนใหญ่เป็นการแก้ปัญหาในประเทศ ซึ่งมีข้อจำกัด ไม่สามารถแก้ปัญหาในระดับภูมิภาคได้ ประเทศไทยจึงควรดำเนินการเร่งด่วน โดยการเร่งเจรจาและสร้างกลไกระดับสูง (ไทย-เมียนมา-จีน-ลาว) ภายใต้กรอบ MRC หรือกลไกทวิภาคี เพื่อเข้าถึงพื้นที่เหมืองและกำหนดมาตรฐานการจัดการของเสียจากเหมืองแร่แรร์เอิร์ธ นอกจากนี้ควรเสริมระบบเฝ้าระวังและสาธารณสุข เพิ่มจุดตรวจวัดเรียลไทม์ทั่วลุ่มน้ำ โดยตั้งศูนย์ตรวจสอบสุขภาพสารโลหะหนักถาวรในจังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ และขยายการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงทุก 3-6 เดือน อีกทั้งหาแหล่งน้ำทดแทนและฟื้นฟูระบบนิเวศ เร่งพัฒนาแหล่งน้ำดิบใหม่สำหรับประปา และเกษตรกรรม ปรับปรุงระบบประปาหมู่บ้าน และศึกษาการฟื้นฟูดิน ตะกอนที่ปนเปื้อน และจัดตั้งคณะทำงานร่วมและกองทุนเยียวยา โดยตั้งคณะทำงานสามฝ่าย (รัฐ-วิชาการ-ประชาชน) ตามข้อเรียกร้องของเครือข่าย และจัดตั้งกองทุนเยียวยาชาวบ้านที่ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ

บทส่งท้าย

- การปนเปื้อนสารพิษในลุ่มน้ำกก-อิง เป็นวิกฤตมลพิษ
- ห้ามพรมแดนที่สะท้อนความเปราะบางของการบริหาร
- จัดการทรัพยากรน้ำระหว่างประเทศ หากไม่มีการแก้ไข
- ที่ต้นเหตุอย่างเร่งด่วน อาจนำไปสู่หายนะทางสิ่งแวดล้อม
- และสุขภาพในระยะยาวต่อประชาชนนับล้านคนในพื้นที่
- ตอนล่างของลุ่มน้ำอิง ปัญหานี้ควรได้รับการผลักดันให้เป็นวาระนโยบายระดับชาติและภูมิภาค โดยบรรจุปัญหามลพิษ
- ห้ามพรมแดนจากเหมืองแร่ในนโยบายสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ
- และผลักดันให้ MRC มีบทบาทมากขึ้นในการจัดการมลพิษ
- ห้ามพรมแดนจากการทำเหมืองแร่ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำอิง

.....

กรมอนามัยและประชาชนหลักเสี่ยงการดื่ม-ใช้น้ำกก

ที่มา: Facebook เพจ สวท.เชียงราย กรมประชาสัมพันธ์





ที่มา: Facebookเพจ สวท.บุรีรัมย์ กรมประชาสัมพันธ์

ลมหายใจชายแดน ในวันนี้ยังไม่สิ้นเสียงปืน

การปะทะชายแดนไทย-กัมพูชาในปี 2568 ส่งผลให้มีเจ้าหน้าที่และประชาชนเสียชีวิตและบาดเจ็บรวมเกือบร้อยคน อีกทั้งประชาชนราว 258,000 คน ต้องอพยพไปยังศูนย์พักพิงชั่วคราวกว่า 900 แห่ง ในจังหวัดศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ อุบลราชธานี สระแก้ว ตราด และจันทบุรี โดยมีกลุ่มประชากรที่ต้องดูแลพิเศษกว่า 46,000 คน

บทนำ

ความตึงเครียดชายแดนไทย-กัมพูชาในปี 2568 ถือเป็นวิกฤตที่รุนแรงที่สุดนับตั้งแต่กรณีพิพาทปราสาทพระวิหารเมื่อปี 2551-2554 เหตุการณ์เริ่มต้นตั้งแต่ต้นปีที่บริเวณช่องบก อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี และบานปลายกลายเป็นการปะทะครั้งใหญ่ในช่วงปลายเดือนกรกฎาคม 2568 เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2568 เกิดการยิงปืนใหญ่ข้ามชายแดนเข้ามาในพื้นที่พลเรือนของไทยในจังหวัดศรีสะเกษและสุรินทร์ ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บ บ้านเรือนประชาชนได้รับความเสียหาย และนำไปสู่การสู้รบหลายจุดตามแนวชายแดน เช่น บริเวณภูมะเขือ ช่องอานมัว ช่องบก ปราสาทตาควาย และปราสาทตาเมือนธม

การปะทะเกิดขึ้นอีกครั้งในเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2568 โดยเริ่มที่บริเวณชายแดนจังหวัดศรีสะเกษและขยายไปยังพื้นที่ใกล้เคียง การสู้รบยืดเยื้อและรุนแรงขึ้น ไทยใช้ปฏิบัติการทางบกและทางอากาศ ส่วนฝั่งกัมพูชามีการยิงปืนใหญ่จรวดหลายลำกล้อง (เช่น BM-21) เข้าพื้นที่พลเรือนไทยหลายจุด กระทั่งในหลายจังหวัด (เช่น บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี สระแก้ว ตราด) ประชาชนหลายแสนคนต้องอพยพ เกิดความเสียหายต่อบ้านเรือน โรงเรียน วัด และโครงสร้างพื้นฐาน ก่อนที่การปะทะจะยุติลง

เมื่อ 27 ธันวาคม 2568 โดยทั้งสองฝ่ายลงนามถ้อยแถลงร่วม (Joint Statement) ผ่านคณะกรรมการชายแดนทั่วไป (General Border Committee - GBC) ตกลงหยุดยิงทันทีภายใต้แรงกดดันจากนานาชาติ การสู้รบระหว่างสองฝ่ายส่งผลกระทบต่อชีวิตประชาชน การค้า การท่องเที่ยว และความสัมพันธ์ทวิภาคี แม้หยุดยิงแล้ว แต่ความตึงเครียดยังคงอยู่ และอาจปะทุใหม่ได้หากไม่มีการเจรจาแก้ไขรากเหง้าปัญหาอย่างถาวร บทความนี้เป็นการสรุปและอภิปรายปัญหาที่เกิดขึ้น ผลกระทบต่อประชาชนชายแดน รวมถึงมาตรการในการบรรเทาปัญหาของประชาชน และการเตรียมการสำหรับเหตุการณ์ความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต

สาธารณสุขสงฆ์ที่สระแก้ว ติดตามความพร้อมด้านการแพทย์ ย้ำดูแลผู้อพยพ-กลุ่มเปราะบาง



ที่มา: Facebook เพจ สวท.สระแก้ว

สรุปเหตุการณ์ปะทะไทย-กัมพูชา ในปี 2568

เหตุการณ์ปะทะชายแดนไทย-กัมพูชาในปี 2568 เกิดจากพื้นที่พิพาททับซ้อน (เช่น ช่องบก เนิน 481 ปราสาทตาเมือนธม เขาพระวิหาร) มีการปะทะ 2 รอบหลัก: รอบแรกช่วงกรกฎาคม (รุนแรงที่สุด) และรอบสองช่วงธันวาคม (หลังมีการยุบสภาฯ ของไทย) ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต ทหาร พลเรือนหลายสิบราย ผู้พลัดถิ่น ผู้อพยพหลายแสนคน ไทมีไลน์สำคัญ ได้แก่



ที่มา: <https://thestandard.co/border-clash-thai-cambodia-650m-trench/>



ที่มา: กรมประชาสัมพันธ์



ที่มา: Youtube เกิดเหตุปะทะชายแดนไทย-กัมพูชา วันที่ 24 กรกฎาคม 2568 #NBTZHD



ที่มา: <https://themomentum.co/report-thailand-cambodia-joint-declaration-of-relationships-an-summit-2025/>



ที่มา: กองทัพอากาศที่ 2



ที่มา: www.thansettakij.com/politics/647659

28 พฤษภาคม 2568: เกิดการปะทะครั้งแรกที่ช่องบก จ.อุบลราชธานี เมื่อทหารกัมพูชาชุดเคลื่อนที่เร็วในพื้นที่อ้างสิทธิ์ทับซ้อน เหตุการณ์ยุติเร็วโดยไม่มีผู้บาดเจ็บ และใช้กลไกคณะกรรมการธิการเขตแดนร่วม (Joint Boundary Commission: JBC) ประชุมในวันที่ 14-15 มิถุนายน ที่กัมพูชา แต่ไม่มีแถลงการณ์ร่วม

16-23 กรกฎาคม 2568: ทหารไทยบาดเจ็บจากทุ่นระเบิดที่เนิน 481 และช่องอานม้า มีผู้สูญเสียวา 1 นาย และบาดเจ็บหลายนาย ไทยปิดด่านชายแดน 4 จุด และปราสาทโบราณบางแห่ง

24-28 กรกฎาคม 2568: การปะทะเต็มรูปแบบเกิดขึ้นหลายจุด (อุบลราชธานี ศรีสะเกษ สุรินทร์) มีการใช้ปืนใหญ่และจรวด BM-21 ไทยแจ้งเตือนให้ประชาชนอพยพในรัศมี 20-40 กม. วันที่ 28 กรกฎาคม มีการเจรจาที่บุตราจา ประเทศมาเลเซีย บรรลุข้อตกลงหยุดยิงโดยไม่มีเงื่อนไข (มีผล 24.00 น.) รวม 13 ข้อ ซึ่งรวมถึงการถอนกำลังและการประชุม GBC

26 ตุลาคม 2568: ลงนามปฏิญญาสันติภาพที่กัวลาลัมเปอร์ โดยนายอนุทิน ชาญวีรกูล และ ฮุน มาเนต โดยมีประธานาธิบดีทรัมป์ (สหรัฐฯ) และนายกรัฐมนตรีอันวาริ อิบราฮิม (มาเลเซีย) เป็นสักขีพยาน ประกอบด้วย 4 ข้อหลัก คือ

- (1) ถอนอาวุธหนัก
- (2) เก็บทุ่นระเบิด
- (3) ปราบสแกมเมอร์
- (4) บริหารพื้นที่ทับซ้อนร่วมกัน

7-27 ธันวาคม 2568: การปะทะรอบใหม่เริ่มที่ภูผาเหล็ก-พลาญหินแปดก้อน จังหวัดศรีสะเกษ ขยายไปยังอุบลราชธานี บุรีรัมย์ สุรินทร์ กัมพูชาใช้โดรนพลีชีพและ BM-21 ขณะที่ไทยใช้เครื่องบิน F-16 โจมตีตอบโต้ และยึดพื้นที่บางจุด (เช่น ช่องคณา ช่องระยี่) ประชาชนอพยพจำนวนมาก วันที่ 22 ธันวาคม อาเซียนหารือแต่ไร้ผลหยุดยิง จนกระทั่ง 27 ธันวาคม มีการเจรจา GBC ที่จันทบุรี และลงนามหยุดยิงทันที (มีผล 12.00 น.) ไทยปล่อยเชลยกัมพูชา 18 นาย หลังสังเวยการ 72 ชั่วโมง และอนุญาตให้ประชาชนประกอบอาชีพชายแดนตามปกติ

การเจรจาเพื่อหาทางออกเกิดขึ้นถึง 4 ครั้ง โดยข้อตกลงครั้งแรกเมื่อ 28 กรกฎาคม 2568 ในสมัยรัฐบาลเพื่อไทย หลังการเจรจาที่มาเลเซียโดยมีอาเซียน สหรัฐฯ และจีนเข้าร่วม ครั้งที่สอง เมื่อ 6 สิงหาคม 2568 เป็นข้อตกลง 13 ข้อจากการประชุม GBC ครั้งที่สาม คือข้อตกลงสันติภาพที่เกิดขึ้นในช่วงการประชุมอาเซียนซัมมิทที่มาเลเซีย และล่าสุดคือข้อตกลงหยุดยิง เมื่อ 27 ธันวาคม 2568¹

การสู้รบชายแดนกับผลกระทบต่อประชาชน



ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การปะทะทำให้ทหารและประชาชนได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมาก ในการสู้รบรอบแรก ทหารไทยเสียชีวิต 8 นาย และบาดเจ็บ 103 นาย ส่วนการสู้รบรอบที่สอง มีทหารและเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยเสียชีวิต 15-26 นาย บาดเจ็บ 120-270 นาย และมีพลเรือนไทยเสียชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม 42-44 ราย (ตามสรุปกองทัพบกและกระทรวงกลาโหม ณ วันที่ 23 ธันวาคม 2568) และบาดเจ็บจำนวนหนึ่ง สื่อ Khmer Times ระบุว่า การปะทะในช่วงเดือนธันวาคมที่ยาวนานส่งผลให้มีพลเรือนกัมพูชาเสียชีวิต 30 คน และมีประชาชนต้องอพยพกว่า 6 แสนคน² สำหรับไทย มีผู้พลัดถิ่นจาก 7 จังหวัด มากถึง 258,000 คน ในช่วงกลางเดือนธันวาคม³ ความเสียหายขยายไปถึงบ้านเรือน โรงเรียน วัด และโครงสร้างพื้นฐาน นอกจากนี้ยังมีการลักลอบวางกับระเบิดหรือวัตถุระเบิดตกค้าง ซึ่งสร้างความเสี่ยงในระยะยาว



ผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของประชาชน จากข้อมูล ณ วันที่ 29 กรกฎาคม 2568 ในช่วงการปะทะรอบแรก มีผู้อพยพจากความไม่สงบชายแดน จำนวนรวม 188,734 คน และในการปะทะรอบที่สองเพิ่มเป็น 258,000 คน โดยเข้าพักพิงในศูนย์พักพิงชั่วคราวกว่า 900 แห่ง ใน 7 จังหวัด (ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ อุบลราชธานี สระแก้ว ตราด และจันทบุรี) มีกลุ่มเปราะบางที่ต้องดูแลพิเศษกว่า 46,000 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง (เช่น ฟอกไต หัวใจ) และหญิงตั้งครรภ์⁴

สภาพแวดล้อมในศูนย์พักพิงมีความแออัด ผู้ป่วยเรื้อรังขาดการรักษาต่อเนื่องเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (เช่น ผู้ป่วยฟอกไต หัวใจ) ระบบสาธารณสุขในพื้นที่รับภาระหนัก โรงพยาบาลหลายแห่งปิดหรือจำกัดบริการ เกิดความเสี่ยงจากโรคติดต่อและปัญหาสุขภาพจิต อนามัย⁵ แม้ภายหลังการหยุดยิงแล้ว ตัวเลขผู้อพยพจะลดลง แต่ยังมีหลายหมื่นคนที่ยังอาศัยในศูนย์พักพิง



ผลกระทบด้านการศึกษา องค์การยูนิเซฟประเทศไทยรายงานว่า มีเด็กหยุดเรียนหลายหมื่นคนเพื่ออพยพไปยังศูนย์พักพิง เด็กและเยาวชนต้องเผชิญความหวาดกลัว ความตึงเครียดและความกังวล การปะทะยืดเยื้อทำให้การเรียนรู้หยุดชะงัก เสี่ยงหลุดจากระบบการศึกษา งานวิจัยหลายชิ้นพบว่า การปิดเรียนและการสอนชดเชยออนไลน์มีประสิทธิภาพไม่ถึงครึ่งหากเทียบกับการเรียนในห้องเรียน ประเทศไทยมีภาวะการเรียนรู้ถดถอย (learning loss) ในกลุ่มเด็กปฐมวัยด้านภาษา คณิตศาสตร์ และสติปัญญา นับตั้งแต่เกิดโควิด-19 ส่งผลต่อทักษะของเด็ก เช่น การนับตัวเลข การอ่านหนังสือ⁶



ผลต่อสุขภาพจิตของผู้คนในพื้นที่ กรมสุขภาพจิตที่ลงพื้นที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เครียดกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ได้คัดกรองสุขภาพจิตประชาชนที่ศูนย์พักพิงกว่า 150,000 คน พบเครียดสูงสะสมกว่า 1,300 คน และเสี่ยงทำร้ายตนเองสะสม 169 คน⁷ กลุ่มที่น่าห่วงที่สุดคือทหารผู้อยู่แนวหน้าของการสู้รบ ซึ่งงานวิจัยยืนยันว่าทหารที่ผ่านศึกจะเกิดความเครียดสะสม⁸



ระบบเศรษฐกิจและวิถีชีวิตของประชาชน การปิดด่านชายแดนหรือจำกัดการเข้าออกส่งผลต่อการค้าชายแดนและรายได้ของประชาชนที่พึ่งพาการค้าชายข้ามแดน การท่องเที่ยวชายแดนลดลง ส่งผลต่อธุรกิจท้องถิ่น ศูนย์วิจัย Krungthai COMPASS ประเมินความเสียหายไม่น้อยกว่า 17,000 ล้านบาทต่อเดือน โดยการค้าชายแดนเพียงอย่างเดียวอาจสูญเสียมูลค่ากว่า 14,011 ล้านบาทต่อเดือน (การส่งออกลดลงราว 11,410 ล้านบาท และการนำเข้าลดลงราว 2,601 ล้านบาท)⁹



การอพยพของแรงงานกัมพูชาออกจากประเทศ การปิดด่านชายแดน และการรณรงค์จากผู้นำกัมพูชาให้แรงงานชาติตนคืนถิ่น ทำให้แรงงานกัมพูชาในไทยอพยพกลับประเทศมากกว่า 600,000 คน (แรงงานที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องประมาณ 300,000 คน และแรงงานนอกระบบอีก 300,000 คน)¹⁰ ทางกรมกัมพูชารายงานว่ามีแรงงานกลับประเทศมากถึง 940,000 คน¹¹ การย้ายถิ่นนี้ส่งผลกระทบต่อตลาดแรงงานไทยที่ประสบปัญหาขาดแคลน โดยเฉพาะภาคก่อสร้าง เกษตรกรรม และการผลิตอาหาร¹²



ความขัดแย้งในสังคม ความขัดแย้งไทย-กัมพูชา ปลูก “กระแสชาตินิยม” นำมาสู่การทำร้ายร่างกายแรงงานกัมพูชาในไทย และการทำร้ายคนไทยในกัมพูชา คนไทยเองแบ่งออกเป็นสองกลุ่มชัดเจน คือ กลุ่มที่หนุนสงคราม และกลุ่มที่ไม่เห็นด้วย การโต้เถียงระหว่างสองกลุ่มรุนแรงบานปลายในโลกโซเชียลจนนำไปสู่การชุมนุมทำร้าย เช่น กรณีของอังคณา นีละไพจิตร สว. และนักเคลื่อนไหวสิทธิมนุษยชน กับกันจอมพลัง¹³ ทำให้นางอังคณาและนักปกป้องสิทธิมนุษยชนถูกโจมตี คุกคาม และข่มขู่เอาชีวิตบนโลกออนไลน์

แมรี ลอร์เลอร์ ผู้รายงานพิเศษแห่งสหประชาชาติว่าด้วยสถานการณ์นักปกป้องสิทธิมนุษยชน ได้ออกแถลงผ่านแพลตฟอร์ม X (Twitter), Facebook และ Bluesky ระบุว่า “ดิฉันมีความกังวลอย่างยิ่งต่อรายงานการข่มขู่เอาชีวิตและการโจมตีทางออนไลน์ต่ออังคณา นีละไพจิตร การปกป้องความจริง ความยุติธรรม และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไม่ใช่อาชญากรรม เธอควรได้รับการคุ้มครอง ไม่ใช่ถูกประณาม” และเรียกร้องให้รัฐบาลไทยคุ้มครองนางอังคณาด้วย¹⁴

ประเทศไทยกับการจัดการปัญหาชายแดน

รัฐบาลไทยได้ดำเนินมาตรการต่าง ๆ เพื่อบรรเทาผลกระทบจากการสู้รบชายแดน ดังนี้

- 1 การจัดการผู้อพยพและการอพยพประชาชน** รัฐบาลไทยดำเนินการผ่านกองทัพบกและกระทรวงมหาดไทย จัดตั้งศูนย์พักพิงชั่วคราวและพื้นที่รวบรวมพลเรือนในจังหวัดชายแดน มีการอพยพประชาชนออกจากพื้นที่เสี่ยงภัยอย่างรวดเร็ว รวมถึงใช้โรงเรียนในพื้นที่ปลอดภัยเป็นที่พักชั่วคราว โดยบูรณาการหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กองอาสารักษาดินแดน (อส.) ชูรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน และหน่วยปกครองท้องถิ่น¹⁵
- 2 ความปลอดภัยและการรักษาความมั่นคง** มาตรการด้านความปลอดภัยมุ่งเน้นการป้องกันชีวิตประชาชน และลดความเสี่ยงจากอาวุธยุทโธปกรณ์และทุ่นระเบิด โดยกองทัพอากาศที่ 2 และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ตั้งจุดตรวจและเฝ้าระวังแนวชายแดนอย่างเข้มงวด รวมถึงการแจ้งเตือนภัยและการอพยพล่วงหน้า นอกจากนี้ยังมีการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพในศูนย์พักพิง โดยเฉพาะในพื้นที่รับภาระผู้อพยพจำนวนมาก¹⁶
- 3 การเรียนหนังสือและการศึกษา** รัฐบาลไทยใช้โรงเรียนในพื้นที่ปลอดภัยเป็นศูนย์พักพิงชั่วคราว โดยบางแห่งยังคงจัดกิจกรรมการเรียนรู้เบื้องต้นเพื่อไม่ให้เกิดการศึกษาหยุดยั้ง กระทรวงศึกษาธิการและหน่วยงานท้องถิ่นประสานงานจัดหาครูอาสาและอุปกรณ์การเรียน บางกรณีมีการจัดชั้นเรียนชั่วคราวในศูนย์อพยพเพื่อรักษาความต่อเนื่องทางการศึกษา อย่างไรก็ตาม ปัญหาหลักคือการขาดแคลนครูและสื่อการเรียนรู้อุปกรณ์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน¹⁷

4 **การประกอบอาชีพและรายได้** ประชาชนในพื้นที่ชายแดนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การค้าชายแดน และแรงงานข้ามชาติ การสู้รบทำให้พื้นที่เพาะปลูกถูกทิ้งร้างและการค้าชายหยุดชะงัก ส่งผลให้รายได้ลดลงอย่างมาก รัฐบาลไทยได้ดำเนินมาตรการเยียวยาเบื้องต้น เช่น การแจกจ่ายสิ่งของอุปโภคบริโภค และเงินช่วยเหลือฉุกเฉิน แต่ในเหตุการณ์ล่าสุด ยังเน้นการบรรเทาแรงกดดันมากกว่าการฟื้นฟูระยะยาว¹⁸

5 **การเยียวยาและการชดเชย** ในปี 2568 คณะรัฐมนตรีอนุมัติงบประมาณกลางกว่า 2,444 ล้านบาท สำหรับกองทัพบกและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการอพยพ การดูแลศูนย์พักพิง และการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ กระทบวงมทไทยและหน่วยงานท้องถิ่นดูแลการแจกจ่ายความช่วยเหลือ เช่น อาหาร น้ำดื่ม และยา โดยเน้นกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก และผู้พิการ¹⁹

อัตราค่าเยียวยาเป็นดังนี้ เจ้าหน้าที่รัฐ (ทหาร ทหารพราน ตำรวจ ตำรวจตระเวนชายแดน) ที่เสียชีวิตและทุพพลภาพได้รับเยียวยา รายละ 10,000,000 บาท บาดเจ็บสาหัส รายละ 1,000,000 บาท ส่วนประชาชนที่เสียชีวิตและทุพพลภาพได้รับเยียวยา รายละ 8,000,000 บาท บาดเจ็บสาหัส รายละ 800,000 บาท บาดเจ็บมาก รายละ 400,000 บาท²⁰

มาตรการเหล่านี้สะท้อนแนวทางของรัฐบาลไทยที่ให้ความสำคัญกับการปกป้องประชาชนโดยใช้กลไกทหารและพลเรือนร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ความท้าทายยังคงมีอยู่ เช่น การฟื้นฟูเศรษฐกิจระยะยาวและการป้องกันความขัดแย้งซ้ำรอยซึ่งต้องอาศัยการเจรจาทางการทูตและความร่วมมือระหว่างประเทศต่อไป

ประเด็นที่น่าจับตามอง

- ความขัดแย้งชายแดนไทย-กัมพูชา เป็นเหตุการณ์ที่สะท้อนถึงความเปราะบาง
- ของสันติภาพในระดับภูมิภาคและภูมิภาค แม้จะมีการลงนามข้อตกลงหยุดยิงหลายครั้ง
- และการถอนกำลังบางส่วน แต่สถานการณ์โดยรวมยังคงเปราะบางและมีความเสี่ยง
- ต่อการปะทุซ้ำได้ทุกเมื่อ สงครามไม่เคยมีผู้ชนะ ผู้ที่ได้รับความเสียหายและความเจ็บปวด
- สูงสุดคือประชาชนทั้งสองฝ่าย
- ในระยะยาว การแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยแนวทางสันติวิธีและการทูตอย่างจริงจัง
- โดยมีอาเซียนเป็นเวทีหลักในการเจรจาและสร้างกลไกป้องกันความขัดแย้งซ้ำ ควบคู่
- ไปกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนชายแดนอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านเศรษฐกิจ
- การศึกษา สาธารณสุข และความมั่นคงทางสังคม หากทั้งสองประเทศพร้อมที่จะวาง
- ผลประโยชน์ระยะสั้นลง และหันมาทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ผ่านกลไกภูมิภาค
- และภูมิภาค ความขัดแย้งครั้งนี้จะกลายเป็นบทเรียนอันล้ำค่าและสามารถคลี่คลายลงได้

.....



ที่มา: สร้างโดย AI ผ่าน GoBanana Pro จาก Adobe Firefly

สมรสเท่าเทียม:

การยอมรับทางสังคมของความหลากหลายทางเพศ

การต่อสู้เพื่อสิทธิในการสร้างครอบครัวของกลุ่ม LGBTQAN+ ในประเทศไทย มีใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงชั่วข้ามคืน แต่เป็นผลลัพธ์จากการขับเคลื่อนภาคประชาชนที่ยาวนานกว่า 20 ปี เพื่อพยายามสื่อสารต่อสังคมว่าความรักไม่ควรถูกจำกัดด้วยเพศสภาพ

บทนำ

23 มกราคม 2568 เป็นวันที่กฎหมายสมรสเท่าเทียมหรือ พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ฉบับที่ 24) พ.ศ. 2567 มีผลใช้บังคับอย่างเป็นทางการ มอบสิทธิให้กับบุคคลที่มีอัตลักษณ์ทางเพศไม่ว่าเพศใดสามารถจดทะเบียนสมรสได้อย่างเท่าเทียมภายใต้กฎหมายสมรสเท่าเทียม คือการยอมรับและให้สิทธิในการสมรสแก่คู่รักทุกเพศ โดยไม่จำกัดเฉพาะคู่รัก ชาย-หญิงเท่านั้น เป็นการยอมรับความหลากหลายทางเพศและความรักในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน กฎหมายสมรสเท่าเทียมนำไปสู่การปรับปรุงระเบียบต่าง ๆ เช่น ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจดทะเบียนครอบครัว ซึ่งมีการปรับถ้อยคำจาก “ชาย-หญิง” เป็น “บุคคล” และ “สามี ภรรยา” เป็น “คู่สมรส”

กฎหมายสมรสเท่าเทียม เป็นกฎหมายที่กำหนดให้บุคคลไม่ว่าเพศใดสามารถจดทะเบียนสมรสกันได้ตามความต้องการ¹ โดยไทยเป็นประเทศแรกในอาเซียนที่มีกฎหมายสมรสเท่าเทียม และเป็นประเทศที่สามในเอเชียที่มีกฎหมายนี้ ต่อจากไต้หวันและเนปาล กฎหมายสมรสเท่าเทียมผูกพันกับการพัฒนาและก่อตัวของสิทธิของกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ (กลุ่ม LGBTQAN+) ในทางประวัติศาสตร์กลุ่ม LGBTQAN+ ถูกกดให้ต่ำมาช้านาน จนเมื่อมีการขับเคลื่อนและผลักดันสิทธิในการสมรสของกลุ่ม LGBTQAN+ การประกาศใช้กฎหมายสมรสเท่าเทียมสำเร็จส่งผลให้สิทธิของกลุ่ม LGBTQAN+ ในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม ได้รับการผลักดันและสนับสนุนให้มีความเท่าเทียมเสมอหน้ากันเช่นเดียวกับชายหรือหญิง ดังนั้นจึงนับได้ว่ากฎหมายสมรสเท่าเทียมนี้คือคุณูปการที่สำคัญที่เป็นจุดเริ่มต้นให้สิทธิของกลุ่ม LGBTQAN+ ได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น

บทความนี้เป็นการอภิปรายเรื่องสิทธิ และความเท่าเทียมทางเพศในสังคมไทย สาระสำคัญของกฎหมายสมรสเท่าเทียม จุดเด่น จุดด้อย และผลกระทบในด้านต่าง ๆ และเสนอแนะข้อคิดเห็นถึงสิ่งที่ต้องดำเนินการต่อไปในอนาคต

กฎหมายกับการต่อสู้เพื่อสิทธิของกลุ่ม LGBTQAN+

การทำความเข้าใจเรื่อง “สมรสเท่าเทียม” จำเป็นอย่างยิ่งต้องเข้าใจบริบทสถานะและความสัมพันธ์ของบุคคลตั้งแต่อดีตผ่านวรรณกรรมทางศาสนา ข้อเขียนในทางประวัติศาสตร์หรือกฎหมายเก่าซึ่งถือเป็นรากฐานของการจัดระเบียบสังคมในนั้น และปูทางไปสู่การวางแผนและคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ประวัติศาสตร์ไทยไม่มีการพูดถึงเรื่องสมรสเท่าเทียม แต่ปรากฏร่องรอยของการมีอยู่ของความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกัน กฎหมายตราสามดวงกำหนดให้กระเทยและบันเดาะไม่อาจเป็นพยานตามกฎหมายได้² กฎมณเฑียรบาลกำหนดห้ามการเล่นเพื่อนของสตรีสูงศักดิ์³ ในเกมส์การเมืองและการชิงอำนาจมีการใช้ความสัมพันธ์ระหว่างเพศเดียวกันกล่าวหาลงโทษหรือป้ายสี เช่น กรณีกรมหลวงรักษัรณเรศ (หม่อมไกรสร) ซึ่งเป็นพระราชโอรสในรัชกาลที่ 1 ที่มีอำนาจล้นฟ้าในสมัยรัชกาลที่ 3 แต่กลับถูกลงพระอาญาประหารชีวิตด้วยท่อนจันทน์เนื่องจากถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดหลายกระทง ทั้งการ “ฉ้อราษฎร์บังหลวง” รับสินบนจากการกำกับกรมศาลและการศาสนา มีพฤติกรรม “เล่นเพื่อน” โดยนำเงินภาษีไปเลี้ยงดูโจนผู้ชายอย่างฟุ่มเฟือย รวมถึงมีพฤติกรรม “มักใหญ่ใฝ่สูง” “ช่องสุ่มกำลัง”⁴

รัฐสมัยใหม่ต่างหากที่ทำให้กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQAN+) หายไปจากการรับรู้ของสังคม โดยเมื่อมีการปฏิรูประบบราชการเพื่อทำให้สยามเป็นรัฐสมัยใหม่ ส่งผลให้มีการรับแนวคิดต่าง ๆ จากสังคมตะวันตกเข้าสู่สยาม โดยเฉพาะวัฒนธรรมทางเพศแบบวิกิตอเรีย ทำให้แนวคิดผัวเดียวเมียเดียวและสังคมมี 2 เพศเท่านั้น ซึ่งมีอิทธิพลต่อการพัฒนานโยบาย สังคมและกฎหมายไทยมาก ส่งผลให้รัฐสมัยใหม่ไม่มีเพศอื่นนอกจากชายและหญิง กลุ่มประชากร LGBTQAN+ หายไปจากการรับรู้ของรัฐ ต้องแอบซ่อนอยู่ในสังคม

ในประวัติศาสตร์ยุคใกล้ การต่อสู้เรียกร้องเพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิของการสมรสของคนเพศเดียวกันเริ่มต้นเมื่อมีบันทึกว่า วันพุธที่ 2 พฤษภาคม 2471 มีการสมรสระหว่าง นางซ้อย กับนางสาวถม หนังสือพิมพ์สมัยนั้นนำเสนอข่าวกันหลายฉบับ ส่วนมากจะพาดหัวทำนอง ‘วิวาห์ลึกลับ’ หรือเรียกว่า ‘เจ้าบ่าวลึกลับ’⁵

การต่อสู้เพื่อสิทธิในการสร้างครอบครัวของกลุ่ม LGBTQAN+ ในประเทศไทย มิใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงชั่วข้ามคืน แต่เป็นผลลัพธ์จากการขับเคลื่อนภาคประชาชนที่ยาวนานกว่า 20 ปี เริ่มต้นจากการเคลื่อนไหวในระดับรากหญ้าและการก่อตั้งองค์กรสิทธิความหลากหลายทางเพศในช่วงทศวรรษ 2540 ที่พยายามสื่อสารต่อสังคมว่าความรักไม่ควรถูกจำกัดด้วยเพศสภาพ⁶

ต่อมาในเดือนกันยายน 2554 คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และองค์กรพัฒนาเอกชน ได้เสนอร่างกฎหมายว่าด้วยการสมรสของคนเพศเดียวกัน พร้อมขอการสนับสนุนกฎหมายดังกล่าวจากรัฐบาล จากนั้นในเดือนกันยายน 2556 นายเนติ ธีระโรจนพงษ์ ประธานกลุ่มเกย์การเมืองแห่งประเทศไทย ได้ขอจดทะเบียนสมรสกับคู่ครองชายแต่ถูกเจ้าหน้าที่ปฏิเสธ ต่อมาในเดือนมิถุนายน 2563-2565 พรรคก้าวไกลได้เสนอร่างกฎหมายสมรสของคนเพศเดียวกัน แต่ไม่ผ่านการพิจารณาของรัฐสภา

เหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นในปี 2564 เมื่อคู่รักเพศเดียวกันยื่นคำร้องต่อศาลรัฐธรรมนูญเพื่อขอให้วินิจฉัยว่าประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1448 ขัดต่อหลักความเสมอภาคในรัฐธรรมนูญหรือไม่ (มาตรา 1448 คือบทบัญญัติหลักที่วางเงื่อนไขเรื่อง “อายุ” และ “เพศ” ของผู้ที่จะทำสมรสกันตามกฎหมายไทย) แม้ศาลจะวินิจฉัยว่ากฎหมายเดิมไม่ขัดรัฐธรรมนูญ แต่นำไปสู่การตื่นตัวของภาคการเมืองและสังคมที่มองว่ากฎหมายที่มีอยู่นั้น “ล้าหลัง” และ “ไม่สอดคล้องกับพลวัตของโลกสมัยใหม่” ทำให้เกิดแรงกดดันให้มีการร่างกฎหมายสมรสเท่าเทียมขึ้นมาแทนที่แนวคิดเรื่อง “ร่างพระราชบัญญัติคู่ชีวิต”⁷ ซึ่งถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นการแบ่งแยกสิทธิให้ไม่เท่ากับคู่สมรสชายหญิง⁸

ภายหลังการเลือกตั้งทั่วไปในปี 2566 ประเด็นสมรสเท่าเทียมกลายเป็นระเบียบวาระเร่งด่วนที่พรรคการเมืองฝ่ายบริหารและฝ่ายค้านให้การสนับสนุนอย่างเป็นเอกฉันท์ คณะรัฐมนตรีในรัฐบาลนายเศรษฐา ทวีสิน ได้เห็นชอบในหลักการร่างกฎหมายการแต่งงานของคนเพศเดียวกัน จนกระทั่งในวันที่ 27 มีนาคม 2567 สภาผู้แทนราษฎรได้ลงมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ด้วยคะแนนเสียงท่วมท้น ตามมาด้วยความเห็นชอบจากวุฒิสภาในวันที่ 18 มิถุนายน 2567 สาระสำคัญของกฎหมายฉบับนี้คือการเปลี่ยนนิยามทางกฎหมายจาก “ชายและหญิง” เป็น “บุคคลสองฝ่าย” และเปลี่ยนคำสรรพนามจาก “สามีและภรรยา” เป็น “คู่สมรส” [พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ฉบับที่ 24), 2567] การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้คู่รักเพศเดียวกันได้รับสิทธิครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการจัดการสินสมรส การรับบุตรบุญธรรมร่วมกัน การรับมรดกในฐานะทายาทโดยธรรม สิทธิในการยินยอมรักษาพยาบาล และสวัสดิการจากรัฐในฐานะคู่สมรส

วันที่ 19 พฤษภาคม 2568 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินี ทรงประกอบพิธีสมรสพระราชทานให้แก่คู่สมรสเท่าเทียมคู่แรกของประเทศไทย ซึ่งนับเป็นประวัติศาสตร์หน้าใหม่ของประเทศไทยที่แสดงถึงการเปิดกว้างและความหลากหลายในความรัก

ประเทศไทยนับเป็นประเทศที่สามของทวีปเอเชียที่มีกฎหมายสมรสเท่าเทียม โดยประเทศแรก ๆ ที่มีกฎหมายนี้คือไต้หวันและเนปาล ในไต้หวันกฎหมายสมรสเท่าเทียมเป็นกฎหมายที่ได้ดำเนินการตามที่ศาลรัฐธรรมนูญแห่งไต้หวันได้วินิจฉัยโดยมีการออกเป็นพระราชบัญญัติกำหนดสิทธิหน้าที่ของคู่สมรสตามกฎหมายอย่างชัดเจน⁹ สำหรับในเนปาลนั้นต่างออกไป กฎหมายสมรสเท่าเทียมของเนปาลคือการตีความคำพิพากษาศาลฎีกาแห่งเนปาลทำให้เกิดข้อจำกัดและความคลุมเครือของสิทธิของคู่สมรสบางประการ^{10, 11} สำหรับไทยและไต้หวันมีความคล้ายกัน เนื่องจากเป็นกฎหมายระดับพระราชบัญญัติซึ่งกำหนดสิทธิและหน้าที่ของคู่สมรสไว้อย่างชัดเจน

วิเคราะห์กฎหมายสมรสเท่าเทียม

กฎหมายสมรสเท่าเทียม หรือพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ฉบับที่ 24) พ.ศ. 2567¹² มีเจตนารมณ์ในการแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 5 ครอบครัว กฎหมายใหม่นี้ได้ให้การรับรองการสมรสระหว่างบุคคลสองฝ่ายโดยไม่ได้กำหนดว่าต้องเป็นเพศใด โดยใช้คำว่า “การสมรสจะกระทำได้อต่อเมื่อบุคคลทั้งสองฝ่ายมีอายุสิบแปดปีบริบูรณ์แล้ว” นอกจากนี้ยังได้เปลี่ยนแปลงหลักการของการหมั้น การสมรส สิทธิหน้าที่ของคู่สมรส การจัดการทรัพย์สิน สถานะของบุตรและบุตรบุญธรรม ที่แต่เดิมจะต้องทำโดย “ชายและหญิง” มาเป็น “บุคคลทั้งสองฝ่าย” ทั้งนี้เพื่อเป็นการรับรองให้เพศใดก็ได้สามารถสมรสและได้สิทธิตามกฎหมายที่เท่าเทียมกัน

นอกจากนั้นกฎหมายใหม่นี้ยังช่วยแก้ไขปัญหาเรื่องสิทธิของคู่สมรสในกฎหมายฉบับอื่นด้วย เนื่องจากในประเทศไทยมีกฎหมายอีกเป็นจำนวนมากที่เกี่ยวกับสิทธิของบุคคลในการสมรสซึ่งใช้คำว่า ชาย หญิง สามี ภริยา โดยกฎหมายใหม่ได้กำหนดว่า บรรดาบทบัญญัติแห่งกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด ข้อบัญญัติ ประกาศ คำสั่ง หรือมติคณะรัฐมนตรีใดที่อ้างถึงสามี ภริยา หรือสามีภริยา ให้ถือว่าอ้างถึงคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรสตามกฎหมายใหม่นี้ ยกเว้นเรื่องที่กำหนดไว้เฉพาะความเป็นเพศชายหรือหญิงเท่านั้น (เช่น การลาคลอด) อีกทั้งกฎหมายใหม่ยังกำหนดให้หน่วยงานของรัฐทุกแห่งต้องทบทวนกฎหมายในความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับสิทธิและหน้าที่ของสามีภริยา ให้รองรับสิทธิและหน้าที่ตามกฎหมายใหม่ด้วย

จุดแข็งของกฎหมายสมรสเท่าเทียมคือสิทธิหน้าที่ตามกฎหมายครอบครัว ได้แก่ สิทธิในการจัดการทรัพย์สินที่หามาได้ในระหว่างสมรสด้วยกัน สิทธิในการจัดการดูแลทรัพย์สินของคู่สมรสอีกฝ่าย สิทธิในการปกครองบุตร การรับมรดก สำหรับในเรื่องสุขภาพกฎหมายสมรสเท่าเทียมก่อให้เกิดสิทธิของคู่สมรสในการดูแลซึ่งกันและกัน โดยการดูแลนี้ รวมถึงการให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลแทนกันและกันได้ เนื่องจากคู่วิด LGBTQAN+ ที่ตัดสินใจใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันโดยใช้ชีวิตคู่กันมายาวนานโดยไม่ได้ติดต่อกับ ‘ญาติสายตรงหรือญาติทางสายเลือด’ แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น หากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้แล้ว มักจะเกิดปัญหาขึ้นเสมอคือ บุคลากรด้านสุขภาพมักต้องการติดต่อกับญาติสายตรงหรือญาติทางสายเลือดเพื่อให้ทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย และปฏิเสธไม่ยอมรับคู่วิดของผู้ป่วยในการเป็นผู้ตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย กรณีเหล่านี้จะสร้างปัญหาต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมาก เนื่องจากญาติทางสายเลือดก็ไม่ทราบว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบใด แต่คู่วิดซึ่งเป็นบุคคลที่ทราบความต้องการของผู้ป่วยกลับไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแล ซึ่งสุดท้ายแล้วก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่หากคู่วิด LGBTQAN+ ไม่ประสงค์จะจดทะเบียนสมรส ยังพอมีทางออกในการดูแลผู้ป่วยได้หากมีการเตรียมการไว้ก่อนที่จะป่วย โดยคู่วิดทั้งสองฝ่ายสามารถทำ “พินัยกรรมชีวิต”¹³ โดยกำหนดให้คู่วิดอีกฝ่ายเป็นผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจในการดูแลรักษาพยาบาลในช่วงวาระท้ายของชีวิตแทนญาติทางสายเลือด

จุดอ่อนของกฎหมายสมรสเท่าเทียม คือ จะได้สิทธิก็ต่อเมื่อมีการจดทะเบียนสมรส ถ้าไม่จดทะเบียนก็ไม่ได้รับสิทธิตามกฎหมายสมรสเท่าเทียม ดังนั้นจึงจะต้องมีการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิตามกฎหมายให้คู่ชีวิตที่มีความหลากหลายรับรู้รับทราบ รวมทั้งหาช่องทางในการช่วยเหลือในเรื่องทางกฎหมายแก่คู่ชีวิตที่มีความหลากหลายทางเพศที่ไม่อาจสมรสได้ด้วยเช่นกัน

จุดอ่อนประการถัดมาของการขับเคลื่อนกฎหมายสมรสเท่าเทียมและการพัฒนาสิทธิของกลุ่ม LGBTQAN+ คือความล่าช้าของระบบราชการ เนื่องจากกฎหมายสมรสเท่าเทียมกำหนดให้หน่วยงานของรัฐทุกแห่งจะต้องปรับปรุงกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบเพื่อให้ตอบสนองต่อกฎหมายสมรสเท่าเทียม แต่ด้วยความล่าช้าของระบบราชการที่ทำให้กระบวนการปรับปรุงกฎหมายเกิดขึ้นไม่ทันต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยมีตัวอย่างที่ชัดเจนคือ การที่คู่สมรสเท่าเทียมยังไม่อาจมีบุตรโดยใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ได้ตามกฎหมายเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ได้ ซึ่งปัจจุบันกฎหมายเทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์กำหนดให้เฉพาะชายและหญิงที่จดทะเบียนสมรสเท่านั้นถึงจะมาใช้สิทธิตามกฎหมายนี้ได้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพซึ่งเป็นหน่วยงานที่ขับเคลื่อนกฎหมายนี้กำลังอยู่ในช่วงของการเสนอขอแก้ไขกฎหมายเพื่อให้รองรับกฎหมายสมรสเท่าเทียม^{14, 15}

อนาคตที่ต้องสู้ต่อไป

แม้กฎหมายสมรสเท่าเทียมจะมีผลใช้บังคับ ในแง่หนึ่งก็ยังมี การคัดค้านอย่างต่อเนื่องโดยพรรคการเมืองและกลุ่มผู้ใช้ความเชื่อทางศาสนาว่าบุคคลเพศเดียวกันไม่ควรสมรสกัน แต่เมื่อวันและเวลาผ่านไปเสียงคัดค้านของคนกลุ่มเหล่านี้ก็เบาบางไปเรื่อย ๆ เหนือสิ่งอื่นใดกฎหมายสมรสเท่าเทียมยังทำให้เกิดการตื่นตัวในแง่ของการกำหนดสวัสดิการของรัฐให้กลุ่ม LGBTQAN+ โดยมีการจัดเสวนา การอภิปราย การโต้เถียงกันทางสังคมถึงเรื่องสิทธิของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ทั้งสิทธิการรักษาพยาบาลหรือสิทธิในการรับสวัสดิการของรัฐประเภทต่าง ๆ มีการขยายขอบเขตแนวคิดว่ามี ความหลากหลายทางเพศควรได้รับสิทธิตามกฎหมายให้เหมาะสมกับเพศสภาพของตนเอง ไม่ต่างจากสิทธิของชายหรือหญิง ปัจจุบันแนวคิดเรื่องการพัฒนาสิทธิของคู่ชีวิตกลุ่ม LGBTQAN+ ไปไกลถึงขั้นเอื้อให้คนโสดแต่ต้องการมีลูกด้วย¹⁶ หรือต้องการเปลี่ยน คำนำหน้าชื่อของกลุ่ม LGBTQAN+ ให้เหมาะสมกับเพศสภาพตน¹⁷



ที่มา: www.freepik.com

ปัจจุบัน สิทธิในการรับบริการสาธารณสุขของกลุ่ม LGBTQAN+ ของทั้ง 3 กองทุนมีความไม่เท่าเทียมกัน โดยกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความมีความก้าวหน้ามากกว่ากองทุนประกันสังคมกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้อาฮอร์โมนยืนยันเพศสภาพทั้งแบบกินและฉีด 6 รายการ¹⁸ โดยผู้ที่รับฮอร์โมนต้องผ่านการประเมินจากนักจิตวิทยาและแพทย์ มีการผ่าตัดแปลงเพศ ถ้าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่ามีภาวะ “Gender Dysphoria หรือเพศสภาพไม่ตรงกับจิตใจจนส่งผลต่อสุขภาพ”¹⁹ นอกจากนี้ในบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมะเร็งบริการตรวจคัดกรองเอชไอวี (HIV) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ฟรี การให้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) และยาป้องกันหลังการสัมผัสเชื้อ (PEP) อีกด้วย ส่วนกองทุนประกันสังคมไม่ครอบคลุม การจ่ายยาฮอร์โมนเพื่อการยืนยันเพศสภาพ (Gender Affirming Hormone Therapy) เว้นแต่จะเป็นการใช้ฮอร์โมนเพื่อรักษาโรคตามความจำเป็นทางการแพทย์ แต่ไม่สามารถผ่าตัดแปลงเพศได้เนื่องจากเป็นศัลยกรรมเพื่อความงาม²⁰ แต่คู่สมรสเท่าเทียมสามารถรับสิทธิประกันสังคมได้แก่ เงินสงเคราะห์บุตร ค่าทำคลอด และสิทธิบำนาญร่วมกันของคู่สมรสได้ สำหรับสิทธิสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ยาฮอร์โมนสามารถเบิกได้หากเป็นข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด ไม่มีชุดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่ม LGBTQAN+ โดยเฉพาะ ไม่มีการกำหนดสิทธิสำหรับผู้ป่วยข้าราชการที่เป็น LGBTQAN+ ให้ผ่าตัดแปลงเพศได้ เว้นแต่มีความผิดปกติทางอวัยวะเพศแต่กำเนิดหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่ข้าราชการที่เป็น LGBTQAN+ นำคู่สมรสเพศเดียวกันมา “ใช้สิทธิจ่ายตรง” ร่วมกันได้ทันที

ช่องว่างที่เติมเต็ม

กฎหมายสมรสเท่าเทียมเป็นผลพวงของการพัฒนาและการต่อสู้

- เพื่อสิทธิของกลุ่ม LGBTQAN+ ในสังคมไทย กฎหมายสมรสเท่าเทียม
- ถือเป็นกุญแจดอกแรกที่เปิดโอกาสในการพัฒนาสิทธิของกลุ่ม
- ประชากรเหล่านี้ สิ่งที่ต้องดำเนินการคือการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
- ให้คู่ชีวิต LGBTQAN+ ได้รับความรู้สามารถจดทะเบียนสมรสได้
- ทั้งสิทธิต่าง ๆ ของการจดทะเบียนดังกล่าว นอกจากนี้ต้องกระตุ้น
- ให้หน่วยงานรัฐปรับปรุงกฎหมายหรือกฎระเบียบเพื่อรองรับกฎหมาย
- สมรสเท่าเทียม รวมถึงการขับเคลื่อนแนวคิดและค่านิยมเกี่ยวกับ
- ความเท่าเทียมกันของผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศให้เท่าเทียมกับชาย
- หรือหญิงต่อไป อาทิ สิทธิในการรับบริการสาธารณสุข เป็นต้น





ที่มา: <https://prachatai.com/journal/2025/07/113815>

จากการ ‘สงเคราะห์’ สู่การคุ้มครอง และส่งเสริมวิถีชีวิตและสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์

สิทธิกลุ่มชาติพันธุ์มิใช่เพียงประเด็นทางวัฒนธรรม หากเป็นประเด็นเชิงโครงสร้างที่เชื่อมโยงกับกฎหมาย นโยบายรัฐ และการจัดการทรัพยากรของประเทศ พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ สะท้อนความพยายามของรัฐไทยในการปรับเปลี่ยนกรอบการจัดการความหลากหลาย จากแนวคิดแบบสมานลักษณะไปสู่แนวคิดที่ให้ความสำคัญกับสิทธิและศักดิ์ศรีของกลุ่มชาติพันธุ์มากขึ้น

บทนำ

เมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2568 สภาผู้แทนราษฎร มีมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) คุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ พ.ศ. ในวาระที่ 3 ด้วยคะแนนเสียง 312 เสียง ต่อ 84 เสียง (งดออกเสียง 2 เสียง) กฎหมายฉบับนี้มุ่งคุ้มครองสิทธิและส่งเสริมวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ ในประเทศไทย โดยให้ความสำคัญกับการรักษาอัตลักษณ์ วัฒนธรรม ประเพณี และภาษาของแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์

วัตถุประสงค์หลักของกฎหมายนี้คือ การรับรองสิทธิให้กลุ่มชาติพันธุ์ได้รับการยอมรับและคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญและหลักการสากลด้านสิทธิมนุษยชน การแก้ไขปัญหาที่กลุ่มชาติพันธุ์เผชิญ เช่น ปัญหาที่ดิน การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการถูกเลือกปฏิบัติรวมถึงการส่งเสริมความหลากหลายทางวัฒนธรรมของประเทศ และสร้างสังคมที่อยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข

อย่างไรก็ตาม กฎหมายดังกล่าวมีปัญหาท้าทายในเรื่องการกำหนดพื้นที่คุ้มครองวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิทธิในที่ดิน ซึ่งอาจขัดแย้งกับผลประโยชน์ของกลุ่มบุคคลหรือบางองค์กรภาคประชาชนบางกลุ่มได้แสดงความกังวลว่า พื้นที่คุ้มครองวิถีชีวิตชาติพันธุ์จะต้องอยู่ภายใต้กฎหมายอื่นเช่น พ.ร.บ.ป่าไม้ พ.ร.บ.ป่าสงวนและคุ้มครองสัตว์ป่า และ พ.ร.บ.อุทยานแห่งชาติ ขณะที่ฝ่ายการเมืองบางกลุ่มคัดค้านโดยอ้างว่าอาจกระทบความมั่นคงของประเทศ

บทความนี้เป็นการอภิปรายถึงสิทธิกลุ่มชาติพันธุ์ในกรอบแนวคิดทางกฎหมายและวัฒนธรรม วิเคราะห์สาระสำคัญของกฎหมาย พิจารณาพัฒนาการของนโยบายชาติพันธุ์ไทยรวมถึงวิเคราะห์ความท้าทายและโอกาสที่กฎหมายฉบับนี้สร้างขึ้นต่อกลุ่มชาติพันธุ์ไทย

สิทธิกลุ่มชาติพันธุ์ในสังคมไทย

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา “สิทธิกลุ่มชาติพันธุ์” เป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญของการถกเถียงทางวิชาการและนโยบายสาธารณะในประเทศไทยในฐานะที่เป็นสังคมพหุวัฒนธรรม แม้ว่าความหลากหลายทางวัฒนธรรมอาจมิได้ถูกยอมรับหรือได้รับการคุ้มครองอย่างทั่วถึงครอบคลุมทุกภาคส่วน หากแต่ถูกจัดวางอยู่ภายใต้กรอบรัฐชาติที่มุ่งเน้นบูรณาภาพเหนือดินแดนเป็นหลัก

คำว่า “สิทธิ” (rights) ในเชิงกฎหมายและสิทธิมนุษยชน หมายถึง อำนาจหรือเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลพึงมีและพึงได้รับการคุ้มครองจากรัฐตามกฎหมายเมื่อพิจารณาในบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์แล้ว สิทธิไม่ได้จำกัดอยู่เพียงสิทธิพลเมืองหรือสิทธิทางการเมือง หากยังครอบคลุมถึงสิทธิทางวัฒนธรรม สิทธิชุมชน และสิทธิในการกำหนดชะตาชีวิตและอัตลักษณ์ของตนเอง สิทธิเหล่านี้สะท้อนความสัมพันธ์เชิงลึกระหว่างผู้คนกับพื้นที่ ทรัพยากร ระบบการผลิต และภูมิปัญญาที่สืบทอดผ่านรุ่นสู่รุ่น

ในเชิงแนวคิด สิทธิกลุ่มชาติพันธุ์สามารถมองได้ในสามมิติหลัก¹ ได้แก่

- 1 มิติของการมีตัวตน (recognition)** หมายถึงการได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยไม่ถูกทำให้เป็นชายขอบ
- 2 มิติของการคุ้มครอง (protection)** เกี่ยวข้องกับการป้องกันการละเมิดสิทธิ การกีดกัน หรือการเลือกปฏิบัติ
- 3 มิติของการส่งเสริม (promotion)** เปิดโอกาสให้กลุ่มชาติพันธุ์สามารถพัฒนาและสืบทอดวิถีชีวิต วัฒนธรรม และระบบความรู้ของตนอย่างยั่งยืน ภายใต้กรอบนี้ สิทธิกลุ่มชาติพันธุ์จึงมิใช่เพียงประเด็นทางวัฒนธรรม หากเป็นประเด็นเชิงโครงสร้างที่เชื่อมโยงกับกฎหมาย นโยบายรัฐ และการจัดการทรัพยากรของประเทศ

การจัดทำ พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ พ.ศ. 2568² สะท้อนความพยายามของประเทศไทยในการปรับเปลี่ยนกรอบการจัดการความหลากหลาย จากแนวคิดแบบสมานลักษณะ³ ไปสู่แนวคิดที่ให้ความสำคัญกับสิทธิและศักดิ์ศรีของกลุ่มชาติพันธุ์มากขึ้น กฎหมายฉบับนี้จึงไม่ได้เกิดขึ้นอย่างลอย ๆ หรืออย่างง่ายดาย หากเป็นผลลัพธ์ของพัฒนาการเชิงนโยบาย การเคลื่อนไหวของภาคประชาชน และกระแสสิทธิมนุษยชนในระดับสากลที่ส่งอิทธิพลต่อสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง

พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เสด็จพระราชดำเนินไปทรงเยี่ยมชาวไทยภูเขา



ที่มา: <https://tek-prapai.org/home/view.php?id=5254>

ข้อมูลจากเว็บไซต์ของศูนย์พัฒนาสังคม หน่วยที่ 83 จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้เล่าเรื่อง *พัฒนาการของการพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา อันอาจนับเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์* ที่เริ่มต้นในปี 2500 ในช่วงนั้นภาครัฐได้นิยามปัญหาของชาวเขา หรือกลุ่มชาติพันธุ์หลายกลุ่มที่อาศัยกระจายตัวบริเวณภูเขาสูงชัน และ/หรือพื้นที่ชายแดนห่างไกล ทุรกันดาร ที่ต้องเผชิญกับปัญหาความเป็นอยู่ที่ยากไร้ สุขภาพอนามัยไม่ดี ไม่มีสถานะความเป็นพลเมืองไทยโดยสมบูรณ์ และมีบางกลุ่มที่ยังชีพในลักษณะที่สุ่มเสี่ยงต่อการทำลายทรัพยากรธรรมชาติ⁴ เพื่อหาทางออกแก้ปัญหาดังกล่าว รัฐบาลจึงได้จัดตั้งกองสงเคราะห์ชาวเขา และสร้างศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาขึ้นในช่วงปี 2506 คำว่า “สงเคราะห์” มีนัยว่า ชาวเขาหรือกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ อยู่ในสถานะที่ด้อยกว่า โดยเปรียบเทียบกับประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศ

คู่ขนานกับการดำเนินงานของรัฐบาล พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ได้เสด็จพระราชดำเนินไปทรงเยี่ยมชาวไทยภูเขาในพื้นที่ต่าง ๆ และมีพระราชดำริจัดตั้งโครงการหลวงขึ้น ดังพระราชดำรัสที่พระราชทานไว้เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2517 ในโอกาสเสด็จพระราชดำเนินไปทรงเยี่ยมคณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่า “ช่วยชาวเขา ช่วยชาวเรา ช่วยชาวโลก” เพื่อให้ทราบข้อมูลจำนวนชาวเขาได้แม่นยำมากขึ้น พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศรฯ จึงได้มีพระราชกฤษฎีกาจัดทำเหรียญที่ระลึกชาวเขาขึ้น⁵ พระราชทานให้แก่ชาวเขาที่อยู่อาศัยในประเทศไทย เหรียญดังกล่าวนี้เป็นพื้นฐานสำคัญของการขึ้นทะเบียนราษฎรในเวลาต่อมา และมีนัยสำคัญของความพยายามรวมชาวเขาให้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทย

นโยบายการพัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาที่สำคัญประกาศใช้ในปี 2519 คือ “นโยบายรวมพวก” (integration policy) อันมีจุดมุ่งหมายให้ชาวเขาในฐานะที่เป็นพลเมืองไทย สามารถอยู่ร่วมกับคนไทยได้อย่างสันติ ในทางวิชาการนั้นมีหนังสือเกี่ยวกับชาวเขาหรือกลุ่มชาติพันธุ์จำนวนมาก อาทิ หนังสือ 30 ชาติในเชียรราย ของบุญช่วย ศรีสวัสดิ์⁶ โดยมีข้อเสนอหลักแบบ “ชาตินิยมทางวัฒนธรรม” ที่มองว่ากลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ คือเครือญาติของคนไทยที่ตกค้างอยู่ในพื้นที่ห่างไกล จึงควรเร่งศึกษาและรวบรวมข้อมูลไว้เป็นมรดกทางวัฒนธรรม และเสนอให้รัฐนำแนวคิดการพัฒนาแบบสร้างความทันสมัย เข้าไปแทนที่ความเชื่อเรื่องผีและไสยศาสตร์ เพื่อ “ยกระดับ” กลุ่มชาติพันธุ์ให้มีอารยธรรมและผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของรัฐไทยอย่างสมบูรณ์

ในช่วงเวลาดังกล่าวได้มีงานว่าด้วยสิทธิชุมชนและแนวทางการศึกษาชาติพันธุ์ที่ขยายมิติไปจากงานเชิงชาติพันธุ์วรรณา ชาติพันธุ์วิทยา ด้วยมุมมองความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่สมมาตร และพยายามหาทางเปลี่ยนโครงสร้างดังกล่าว ด้งานของ ฉวีวรรณ ประจวบเหมาะ ว่าด้วยการศึกษาชาติพันธุ์⁷ หรือปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี บรรณาธิการในหนังสือชุด อัตลักษณ์ชาติพันธุ์และความเป็นชายขอบของศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร

กระแสการพัฒนาที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 8 ที่ให้ความสำคัญแก่ภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้นำไปสู่งานวิจัยด้านชาติพันธุ์จำนวนมาก เช่น ยศ สันตสมบัติ และคณะ⁸ เรื่องนิเวศวิทยาชาติพันธุ์ และงานวิจัยของรัตนพร เศรษฐกุล เรื่องสิทธิชุมชนท้องถิ่นชาวเขาในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งช่วยสร้างแรงกระเพื่อมเรื่องสิทธิชุมชนชาวเขา กอปรกับงานวิชาการที่ได้การพัฒนากระแสหลักจากภาครัฐ เช่น งานของนิติ ภาวครพันธุ์⁹ ที่เสนอว่า การพัฒนาของรัฐมักถูกใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมและจัดระเบียบกลุ่มชาติพันธุ์ โดยการเปลี่ยนอัตลักษณ์ที่หลากหลายให้กลายเป็น “อื่น” นอกจากนี้งานของไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร¹⁰ ได้เน้นการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมตามมาด้วย ขบวนการวิจัยท้องถิ่นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย เหล่านี้ล้วนเป็นระบบนิเวศทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์ในระยะต่อมา

อีกบทหนึ่งของการพัฒนาของกลุ่มชาติพันธุ์ คือ เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2568 ได้มีการออก พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ พ.ศ. 2568 ตามเจตนารมณ์ว่า

“กลุ่มชาติพันธุ์มีอัตลักษณ์และการสั่งสมทางวัฒนธรรมเป็นของตนเอง มีความสืบเนื่องทางประวัติศาสตร์วัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับสังคมไทย จึงจำเป็นต้องมีบทบาทนิติเพื่อคุ้มครองสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์ให้สามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีสิทธิดำรงชีวิตในสังคม และวิถีชีวิตดั้งเดิมตามความสมัครใจได้อย่างสงบสุข เท่าที่ไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ หรือ สุขภาพอนามัย”



ที่มา: Facebook เพจ ชาติพันธุ์ประชาชน

สาระสำคัญของ พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์

กฎหมายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อรับรองสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์ในการดำรงชีวิตตามวิถี วัฒนธรรม และภูมิปัญญาของตนอย่างเป็นทางการ โดยกำหนดให้รัฐมีบทบาทในการคุ้มครอง ส่งเสริม และไม่กระทำการใดที่เป็นการทำลายรากฐานวัฒนธรรมเหล่านั้น

สาระสำคัญของกฎหมายแบ่งออกเป็น 5 หมวด ได้แก่:

หมวด 1: บททั่วไป นิยาม “กลุ่มชาติพันธุ์” ว่าเป็นกลุ่มที่มีภาษา วิถีชีวิต และวัฒนธรรมเฉพาะของตน โดยอิงหลักการนิยามตนเองและการยอมรับร่วมกัน ยืนยันหลักสิทธิมนุษยชน การมีส่วนร่วม และความหลากหลายทางวัฒนธรรม

หมวด 2: สิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์ รับรองสิทธิในการดำรงวิถีชีวิต ความเชื่อ ภาษา ทรัพยากร ภูมิปัญญา และการจัดการตนเองของชุมชน รวมถึงสิทธิในระบบเกษตร อาหาร การแพทย์พื้นบ้าน และการศึกษา ภาษาแม่

หมวด 3: คณะกรรมการชาติพันธุ์แห่งชาติ กำหนดให้มีคณะกรรมการซึ่งมีผู้แทนกลุ่มชาติพันธุ์ หน่วยงานรัฐ และผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกันกำหนดนโยบาย ส่งเสริมสิทธิ และติดตามการดำเนินงานของรัฐ

หมวด 4: การส่งเสริมและสนับสนุนโดยรัฐ รัฐต้องจัดสรรงบประมาณ พื้นที่ และมาตรการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการดำรงวิถีของกลุ่มชาติพันธุ์ และสร้างความเข้าใจทางวัฒนธรรมในสังคมวงกว้าง

หมวด 5: บทเฉพาะกาล กำหนดกรอบเวลาในการตั้งกลไกที่เกี่ยวข้อง เปิดให้ชุมชนจดทะเบียนองค์กร ชาติพันธุ์ และให้หน่วยงานรัฐทบทวนกฎหมายที่ขัดแย้งกับเจตนารมณ์ของ พ.ร.บ. ฉบับนี้

เมื่อพิจารณาพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ในฐานะเครื่องมือเชิงนโยบายและกฎหมาย จะพบว่า กฎหมายฉบับนี้มีทั้งศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง และข้อจำกัดที่อาจส่งผลกระทบต่อการบังคับใช้ในทางปฏิบัติ การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และความท้าทายจึงมีความสำคัญ เพื่อทำความเข้าใจว่ากฎหมายสามารถสร้างผลลัพธ์เชิงสิทธิ และวัฒนธรรมได้มากน้อยเพียงใดภายใต้บริบทสังคมไทย

จุดแข็งของพระราชบัญญัติ

- การยกระดับสิทธิกลุ่มชาติพันธุ์จากระดับนโยบายสู่ระดับกฎหมายเฉพาะ ซึ่งทำให้สิทธิทางวัฒนธรรม สิทธิชุมชน และสิทธิในการดำรงวิถีชีวิตได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการ แตกต่างจากที่ผ่านมา ซึ่งสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์มักถูกกล่าวถึงในลักษณะเชิงอุดมการณ์ หรือแนวนโยบายที่ขาดกลไกบังคับใช้ที่ชัดเจน
- การเปิดพื้นที่ให้กลุ่มชาติพันธุ์มีส่วนร่วมในโครงสร้างการตัดสินใจ ผ่านการจัดตั้ง คณะกรรมการและสภาคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งมีผู้แทนจากกลุ่มชาติพันธุ์ร่วมอยู่ในกลไกการกำหนดนโยบาย การติดตาม และการเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา
- การยอมรับวิถีชีวิตและภูมิปัญญาดั้งเดิมในฐานะระบบความรู้ที่มีคุณค่า โดยเฉพาะในประเด็นการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ ระบบการผลิต และการดำรงชีพอย่างสมดุล แนวคิดนี้ช่วยทำหยากรอบการพัฒนาแบบเดิมที่มองวิถีชาติพันธุ์เป็นสิ่งล้าหลัง และเปิดโอกาสให้วัฒนธรรมท้องถิ่นถูกนำมาใช้เป็นฐานของการพัฒนาที่ยั่งยืนมากขึ้น

จุดอ่อนและข้อจำกัดของพระราชบัญญัติ

- ความคลุมเครือของนิยามและขอบเขตการบังคับใช้ โดยเฉพาะคำว่า “กลุ่มชาติพันธุ์” และ “วิถีชีวิตดั้งเดิม” ซึ่งอาจถูกตีความแตกต่างกันไปในทางปฏิบัติ ความคลุมเครือนี้อาจนำไปสู่การรับรองสถานะ หรือการบังคับใช้ที่ไม่สม่ำเสมอระหว่างพื้นที่ และอาจกลายเป็นช่องว่างให้เกิดความไม่เป็นธรรมรูปแบบใหม่
- ความซ้อนทับของกฎหมาย พระราชบัญญัตินี้ต้องดำเนินการควบคู่กับกฎหมายด้านป่าไม้ ที่ดิน และทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งตั้งอยู่บนกรอบการควบคุมแบบรวมศูนย์ แม้กฎหมายชาติพันธุ์จะเปิดพื้นที่ให้ชุมชนจัดการทรัพยากร แต่หากไม่มีการปรับปรุงกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องอย่างสอดคล้องกัน ก็อาจทำให้สิทธิที่ได้รับการรับรองในทางหลักการนี้ไม่สามารถใช้ได้จริงในภาคสนาม
- ศักยภาพของกลไกการบังคับใช้ ไม่ว่าจะเป็นอย่างงบประมาณ บุคลากร ความรู้ความเข้าใจด้านชาติพันธุ์ และทัศนคติของเจ้าหน้าที่รัฐ หากกลไกเหล่านี้ขาดความเข้มแข็ง กฎหมายอาจกลายเป็นเพียงกรอบเชิงสัญลักษณ์โดยไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างได้อย่างแท้จริง

ความท้าทายของพระราชบัญญัติ

ความท้าทายที่สำคัญที่สุดของพระราชบัญญัติคือ การสร้างสมดุลระหว่างสิทธิทางวัฒนธรรมกับโครงสร้างเศรษฐกิจและการพัฒนาสมัยใหม่ แม้วิถีชีวิตดั้งเดิม เช่น ระบบการทำไร่หมุนเวียนหรือเศรษฐกิจยังชีพ จะได้รับการรับรองในเชิงสิทธิ แต่ในบริบทเศรษฐกิจตลาด วิถีเหล่านี้มักสร้างรายได้ที่จำกัด และอาจทำให้กลุ่มชาติพันธุ์เผชิญความเปราะบางทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมีความท้าทายด้าน อำนาจในการนิยามอัตลักษณ์ กล่าวคือ แม้กฎหมายจะมุ่งคุ้มครองความแตกต่าง แต่การรับรองสิทธิผ่านกระบวนการของรัฐ อาจนำไปสู่การทำให้อัตลักษณ์ชาติพันธุ์ถูก “ตรึง” อยู่ในกรอบที่รัฐยอมรับ มากกว่าการเปิดพื้นที่ให้ชุมชนสามารถปรับเปลี่ยนและต่อรองอัตลักษณ์ของตนได้อย่างมีพลวัต

ความท้าทายที่รออยู่

พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงกรอบการ

- จัดการความหลากหลายของรัฐไทยอย่างมีนัยสำคัญ ถือเป็นความสำเร็จก้าวหนึ่งในความพยายาม
 - คุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตและสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีการพลัดถิ่นและจับเคลื่อนกันมายาวนาน
 - แต่ความสำเร็จของกฎหมายมิได้ขึ้นอยู่กับตัวบทเพียงอย่างเดียว หากขึ้นอยู่กับการศึกษา
 - การบังคับใช้ และการสร้างความสมดุลระหว่างสิทธิ วัฒนธรรม และโครงสร้างทางเศรษฐกิจ
 - ซึ่งจะนำไปสู่คำถามสำคัญว่า กลุ่มชาติพันธุ์จะสามารถใช้กฎหมายฉบับนี้ให้เกิดประโยชน์
 - ต่อวัฒนธรรมของตนได้อย่างไร หากเรามองสิทธิกลุ่มชาติพันธุ์ในฐานะองค์ประกอบของ “สุขภาพ
 - ทางวัฒนธรรม” (cultural well-being) ซึ่งรวมถึงศักดิ์ศรี ความมั่นคง และเสรีภาพในการเลือก
 - วิถีชีวิตของตน การบรรลุเป้าหมายดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยสิ่งต่าง ๆ มากกว่ากฎหมาย
 - คือ ต้องมีนโยบายสนับสนุนที่สอดคล้องกับบริบทจริง และเปิดพื้นที่ให้กลุ่มชาติพันธุ์ร่วม
 - ออกแบบอนาคตของตน บนฐานแห่งความเป็นธรรมและเคารพความหลากหลาย แนวทางหนึ่ง
 - คือการจัดทำแผนวัฒนธรรมของชุมชนเพื่อเป็นฐานการสร้างสรรคร่วมกันกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ
- ในสังคม





4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย



ไทยผลิตยาอิมครานิบ 100: ก้าวสำคัญของการ รักษาโรคมะเร็งแบบมุ่งเป้า



ที่มา: <https://www.hfocus.org/content/2025/07/34612>

โรคมะเร็งยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรไทย โดยข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลระบุว่า อัตราการตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ในอดีตการรักษาหลักคือการใช้เคมีบำบัดที่ส่งผลกระทบต่อทั้งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลข้างเคียงที่รุนแรง อย่างไรก็ตาม ความก้าวหน้าทางชีวโมเลกุลนำไปสู่การพัฒนา “ยามุ่งเป้า” (Targeted Therapy) ที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อโปรตีนหรือยีนที่ควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง ยาในกลุ่มนี้ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ด้วยราคาที่สูงจากการนำเข้า ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากเข้าไม่ถึงการรักษาที่ประเทศไทยสามารถผลิตยา “อิมครานิบ” (Imcranib) ได้เอง จึงเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำทางการแพทย์ โดยยาอิมครานิบ 100 เป็นยาในกลุ่ม Tyrosine Kinase Inhibitor (TKI) ใช้รักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรังแบบไม้อิลอยด์ (CML) และเนื้องอกในระบบทางเดินอาหาร (GIST) โดยให้ผลดีในผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้

ความสำเร็จของยาอิมครานิบ 100 มิลลิกรัม (Imatinib Mesylate) เกิดจากการบูรณาการงานวิจัยเข้ากับภาคอุตสาหกรรม โดย ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงมหามานูนาธิราช โดยทรงวางรากฐานผ่านสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ เพื่อสนับสนุนการศึกษาวิจัยด้านมะเร็งวิทยา พระปณิธานของพระองค์คือการช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งทุกระดับชั้นเข้าถึงยาคุณภาพสูงในราคาที่เหมาะสม² นำไปสู่การเชื่อมโยงงานวิจัยสู่การผลิตเชิงพาณิชย์เพื่อประโยชน์

ของประชาชนชาวไทย โดยในปี 2568 ประเทศไทยได้ก้าวสู่ระยะที่ 2 ของโครงการผลิตยามะเร็ง โดยมีการขยายกำลังการผลิตเพื่อรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนี้:

- 1 การขยายผลสู่บัญชียาหลัก** ภายในต้นปี 2568 มีการบรรจุยาอิมครานิบเข้าสู่ระบบจัดซื้อจัดจ้างของภาครัฐอย่างเต็มรูปแบบ ทำให้สถานพยาบาลทั่วประเทศสามารถสั่งซื้อยาได้ในราคาต้นทุนที่ลดลงกว่า 20% จากปีที่ผ่านมา³
- 2 เพิ่มความมั่นคงทางการแพทย์** โดยในปี 2568 ไทยสามารถพึ่งพาตนเองในการผลิตยาอิมครานิบได้ถึงร้อยละ 80 ของความต้องการในประเทศ ช่วยลดความเสี่ยงจากการขาดแคลนยาในระดับโลก
- 3 โครงการ Tender Offer ด้านสุขภาพ** นอกจากตัวยาแล้ว ยังมีการร่วมมือกับภาคเอกชนในการจัดหาระบบกระจายยาที่ทันสมัย เพื่อให้ยาถึงมือผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลได้อย่างรวดเร็ว

การผลิตยาอิมครานิบ 100 ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขหลายประการ อาทิ ช่วยลดภาระงบประมาณ เพื่อนำไปใช้สนับสนุนการรักษาโรคมะเร็งอื่น ๆ ได้ และช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและสามารถรับยาต่อเนื่องได้ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

ในอนาคต ประเทศไทยยังมีแผนการพัฒนาต่อยอดการผลิตยาแบบมุ่งเป้า โดยการผลิตยาชีววัตถุ เพื่อผลิตยาภูมิคุ้มกันบำบัดที่ซับซ้อนมากขึ้น⁴ รวมทั้งตั้งเป้าเป็นผู้ส่งออกยามะเร็งคุณภาพสูงแก่กลุ่มประเทศ CLMV ภายในปี 2570 นอกจากนี้ ยังจะพัฒนาการผลิตยาเฉพาะบุคคล โดยการใช้ข้อมูลทางพันธุกรรมร่วมกับการใช้ยา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาเป็นรายบุคคลอีกด้วย

ศิริราช ผลิตกระดูกเข้าสะโพกไทเทเนียม ด้วยนวัตกรรมการพิมพ์สามมิติ

โรคข้อสะโพกเสื่อมหรือกระดูกสะโพกตายจากการขาดเลือด เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก แม้ว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมาตรฐานจะเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง แต่ในกรณีผู้ป่วยที่มีการสูญเสียเนื้อกระดูกอย่างรุนแรง (Bone Loss) หรือมีโครงสร้างกระดูกผิดปกติแต่กำเนิด ข้อสะโพกเทียมแบบมาตรฐานทั่วไปมักไม่สามารถยึดเกาะกับกระดูกเดิมของผู้ป่วยได้อย่างมั่นคงเพียงพอ¹ ด้วยเหตุนี้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงได้ร่วมมือกับหน่วยงานวิจัยต่าง ๆ รวมถึงบริษัทเอกชนอย่าง Meticuly และ OSS3O พัฒนาการผลิต “กระดูกเข้าสะโพกเทียมเฉพาะบุคคล” (Patient-Specific Implants - PSI) โดยใช้โลหะไทเทเนียมและเทคโนโลยีการพิมพ์สามมิติ เพื่อแก้ปัญหาคความซับซ้อนในการผ่าตัดและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้ดียิ่งขึ้น² ล่าสุดในปี 2568 ศิริราชประสบความสำเร็จเป็นแห่งแรกของโลกในการผลิตกระดูกเข้าสะโพกไทเทเนียมเฉพาะบุคคลด้วยการพิมพ์สามมิติภายในโรงพยาบาล (Point-of-Care Manufacturing) โดยใช้ระบบ Vulcan Box และนำไปผ่าตัดในผู้ป่วยจริงสำเร็จตั้งแต่ต้นปี³

นวัตกรรมหัวใจหลักคือ **กระบวนการขึ้นรูปโลหะ** ที่เรียกว่า Selective Laser Melting (SLM) ซึ่งแตกต่างจากการผลิตแบบดั้งเดิม ประกอบด้วย

การขึ้นรูปจากผงโลหะด้วยการป้อนผงไทเทเนียมเกรดการแพทย์ ลงบนฐานพิมพ์ จากนั้นใช้ลำแสงเลเซอร์กำลังสูงละลายผงโลหะให้หลอมละลายและแข็งตัวเป็นเนื้อเดียวกันตามแบบจำลองดิจิทัลทีละชั้น

การสร้างเข้าสะโพกที่มี “รูพรุน” เลียนแบบโครงสร้างกระดูกตามธรรมชาติ ซึ่งการหล่อหรือกลึงแบบสมัยก่อนทำไม่ได้ จึงช่วยกระตุ้นให้เซลล์กระดูกงอกเข้ามาผนึกเป็นเนื้อเดียวกับโลหะ

สร้างความแม่นยำระดับไมโครเมตร โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ควบคุมความหนาของแต่ละชั้นพิมพ์ ทำให้ได้เข้าสะโพกที่มีรูปทรงสอดคล้องกับความเว้าแหว่งของกระดูกผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ⁴



ที่มา: Facebook เพจ sirirajpr

จากการนำนวัตกรรมนี้ไปใช้จริงในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่า ใช้ได้ผลดีกับผู้ป่วยทั้งกลุ่มผ่าตัดแก้ไข (ซึ่งเคยผ่าตัดข้อสะโพกเทียมมาแล้ว) และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด (รายที่เข้าสะโพกตื้นกว่าปกติอย่างรุนแรง) โดยในกลุ่มผ่าตัดแก้ไขจนกระดูกเข้าสะโพกเดิมสลายตัวไปมากจนไม่สามารถใส่ข้อเทียมมาตรฐานได้ ทีมแพทย์ได้ใช้เทคโนโลยี 3D Printing ออกแบบเข้าสะโพกที่มี “ตั้งยึดเกาะ” เฉพาะจุดที่ผู้ป่วยยังมีกระดูกเหลืออยู่ ผลปรากฏว่าผู้ป่วยสามารถกลับมาลงน้ำหนักและเดินได้ภายในระยะเวลาอันสั้น⁵ ส่วนผู้ป่วยที่มีความผิดปกติแต่กำเนิด การใช้เข้าสะโพกพิมพ์ 3 มิติช่วยลดความจำเป็นในการปลูกถ่ายกระดูก (Bone Graft) ปริมาณมาก ซึ่งมักมีความเสี่ยงจากกระดูกที่ปลูกถ่ายละลายตัวในภายหลัง⁶

ทั้งนี้ นวัตกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยหลายประการ อาทิ มีความแม่นยำสูง ลดปัญหาความไม่พอดีของข้อเทียม ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ลดระยะเวลาในการผ่าตัดลงได้ประมาณร้อยละ 30-50 ลดการสูญเสียเลือดและลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ เกิดความทนทานจากโลหะไทเทเนียมที่มีความเข้ากันได้ทางชีวภาพสูง ไม่ก่อให้เกิดอาการแพ้หรือเป็นพิษต่อร่างกาย เกิดการพึ่งพาตนเอง จากการลดการนำเข้าอุปกรณ์ราคาแพงจากต่างประเทศ และช่วยพัฒนาการแพทย์แม่นยำ อีกทั้งสามารถต่อยอดสู่การผลิตกระดูกเทียมส่วนอื่น ๆ เช่น กระดูกขากรรไกร หรือกระดูกกะโหลกศีรษะ⁷

ชุมชนสุขภาพดีต้นแบบขยายผล: สู่การสร้างสุขภาวะที่ยั่งยืน



ที่มา: Facebook เพจ สุขภาวะชุมชน

ในทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยเผชิญกับรอยต่อสำคัญทางสุขภาพ ทั้งการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และภาระโรคจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ที่สูงขึ้น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เล็งเห็นว่า “โรงพยาบาล” ไม่ใช่คำตอบเดียวของการมีสุขภาพที่ดี แต่ “ชุมชน” คือป้อมปราการด่านแรก การขยายผลชุมชนต้นแบบจึงไม่ใช่เพียงการส่งต่อรูปแบบกิจกรรม แต่คือการส่งต่อแนวทางการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในระดับโครงสร้างสังคม¹ ผ่านโครงการ “ชุมชนสุขภาพดี” ที่มุ่งสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพแบบยั่งยืน ในปีงบประมาณ 2568 โครงการนี้ได้ขยายผลอย่างกว้างขวาง ครอบคลุมกว่า 3,000 ตำบลทั่วประเทศ โดยใช้พื้นที่ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนานโยบายเพื่อสุขภาพ โดยบูรณาการกับภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม

โครงการ “ชุมชนสุขภาพดี” มุ่งส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม (total well-being) ที่สมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยสร้างชุมชนที่จัดการสุขภาพตนเองได้ ปลูกพลังชุมชนให้เป็น “ผู้ออกแบบอนาคต” การขยายผลของชุมชนต้นแบบยึดโยงกับ 3 แนวคิดหลัก ดังนี้

พลังสามพราน² (Tri-Power Strategy) คือการผนึกกำลังระหว่างพลังปัญญา (ความรู้/งานวิจัย), พลังสังคม (การรวมกลุ่มของชาวบ้าน), และพลังนโยบาย (ท้องถิ่น/เทศบาล) เพื่อขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพอย่างเป็นระบบ³

ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health - SDH) โดยเน้นไปที่สภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น รายได้ การศึกษา ความมั่นคงในที่อยู่อาศัย และการเข้าถึงอาหารปลอดภัย⁴

การจัดการความรู้ (Knowledge Management) เปลี่ยนประสบการณ์จาก “คนทำงานจริง” ให้กลายเป็นบทเรียนที่จับต้องได้ เพื่อให้ชุมชนอื่นสามารถนำไปปรับใช้ (replicate) ได้โดยไม่ต้องเริ่มจากศูนย์

กระบวนการขยายผลถูกขับเคลื่อนผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย ซึ่งถูกออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดังนี้

1 การสร้าง “นักถักทอชุมชน” (social operators) กิจกรรมสำคัญคือการพัฒนาศักยภาพแกนนำ ให้มีความสามารถในการประสานงานระหว่างหน่วยงานรัฐและชาวบ้าน⁵

2 ธรรมนูญสุขภาพและกติกาชุมชน เป็นการสร้าง “ข้อตกลงร่วม” เช่น ในภาคอีสานมีการขยายผลโครงการ “งานศพปลอดเหล้า” ซึ่งช่วยลดอุบัติเหตุและลดภาระหนี้สินของครัวเรือนได้มหาศาล

3 นวัตกรรมพื้นที่สร้างสรรค์ เปลี่ยนพื้นที่รกร้างให้กลายเป็น “ลานกีฬา” หรือ “สวนผักชุมชน” กิจกรรมนี้ไม่เพียงส่งเสริมกิจกรรมทางกาย แต่ยังเป็นพื้นที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างวัย ที่ให้เด็กและผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน⁶

ในปี 2568 สสส. ได้จัดเวที “สานพลัง สร้างนวัตกรรม สู่สุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน ปี 2568” เมื่อวันที่ 3-5 กรกฎาคม 2568 ที่อิมแพ็ค เมืองทองธานี โดยมีผู้เข้าร่วมกว่า 3,000 คน จากเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ 3,658 ตำบลทั่วประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประกาศเจตนารมณ์ 12 ประเด็น 34 เป้าหมาย ขับเคลื่อนระบบสุขภาพจากฐานราก⁷ เช่น การป้องกัน NCDs การเฝ้าระวังโรค การส่งเสริมการออกกำลังกาย อาหารสุขภาพ การสร้าง “ผังแม่บทชุมชน” ที่ใช้เทคโนโลยีท้องถิ่น เช่น แอปติดตามสุขภาพชุมชน สร้างศูนย์เรียนรู้ข้ามรุ่น และส่งเสริมเศรษฐกิจหมุนเวียนที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ และสนับสนุนแผนชุมชนจัดการสุขภาพ เช่น ลดการบริโภคเกลือ-น้ำตาล ส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี และกิจกรรมออกกำลังกายชุมชน นอกจากนี้ในปี 2568 ยังมีการขยายผลโมเดลต้นแบบ เช่น “นครพนมโมเดล” ที่ใช้ อสม. เป็นกลไกหลักในการจัดการโรคเบาหวานให้หายได้ โดยบูรณาการชุมชนและบริการสุขภาพปฐมภูมิอีกด้วย⁸

ไทยแบนนำเข้าเศษพลาสติก 2568: สู่ความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมและสุขภาพคนไทย

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ปัญหาขยะพลาสติกกลายเป็นวิกฤตการณ์ระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศทั้งบนบกและทางทะเล ประเทศไทยในฐานะหนึ่งในประเทศที่มีปริมาณขยะพลาสติกไหลสู่ทะเลสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก ได้เผชิญกับความท้าทายในการจัดการขยะภายในประเทศควบคู่ไปกับการทะลักเข้ามาของเศษพลาสติกจากต่างประเทศ¹ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาสีสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน รัฐบาลไทยจึงได้ประกาศนโยบาย “ห้ามนำเข้าเศษพลาสติกจากต่างประเทศ” โดยกระทรวงพาณิชย์ได้ออกประกาศกำหนดให้เศษพลาสติก (พิกัดศุลกากร 39.15) เป็นสินค้าต้องห้ามนำเข้า โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2567 และมีผลบังคับใช้เต็มรูปแบบ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568² นโยบายนี้ไม่เพียงแต่เป็นมาตรการทางสิ่งแวดล้อม แต่ยังเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการขับเคลื่อนประเทศไทยสู่เศรษฐกิจหมุนเวียน (circular economy) และการปกป้องสุขภาพของพลเมืองในระยะยาวอีกด้วย³

ย้อนกลับไปในปี 2561 หลังจากที่ประเทศจีนประกาศนโยบายยุติการนำเข้าขยะพลาสติกและขยะอิเล็กทรอนิกส์ ส่งผลให้ห่วงโซ่ขยะโลกเปลี่ยนทิศทางมายังภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่มาตรการทางกฎหมายในขณะนั้นยังไม่รัดกุมพอ การนำเข้าเศษพลาสติกจำนวนมากมหาศาลทำให้ราคาเศษพลาสติกในประเทศตกต่ำอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่ออาชีพ “ซาเล้ง” และผู้คัดแยกขยะรายย่อย⁴ นอกจากนี้ผลกระทบทางเศรษฐกิจแล้ว การตรวจสอบมาตรฐานเศษพลาสติคนำเข้ามักพบการปนเปื้อนของขยะอันตรายและพลาสติกที่ไม่สามารถรีไซเคิลได้จริง ซึ่งสร้างภาระในการกำจัดและก่อให้เกิดมลพิษสะสมในดินและแหล่งน้ำ

ความสำคัญของการแบนนำเข้าในปี 2568 จึงอยู่ที่การปรับสมดุลโครงสร้างการจัดการขยะ โดยบีบให้ภาคอุตสาหกรรมหันมาลงทุนในเทคโนโลยีการคัดแยกเพื่อใช้เศษพลาสติกภายในประเทศเป็นวัตถุดิบหลักแทน⁵ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบการกำหนดตัวเลขการนำเข้าเศษพลาสติกแบบขั้นบันได และเริ่มต้นการแบน 100% ในวันที่ 1 มกราคม 2568⁶ การสิ้นสุดของการนำเข้าเศษพลาสติกในปี 2568 ไม่เพียงแต่ช่วยลดปริมาณขยะสะสม แต่ยังส่งผลเชิงบวกต่อมิติทางสังคมและสุขภาพของประชาชนไทยอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้



ที่มา: www.freepik.com

1 การลดมลพิษจากกระบวนการจัดการขยะที่ไม่เหมาะสม ที่ผ่านมา การนำเข้าขยะพลาสติกมักพ่วงมาด้วย “โรงงานเถื่อน” ที่ลักลอบคัดแยกและหลอมพลาสติกโดยไม่มีระบบกรองอากาศซึ่งปล่อยสารก่อมะเร็ง เช่น ไดออกซิน (dioxins) และฟิวแรน (furans) สู่ชุมชน เมื่อการนำเข้าหยุดลงและมีการกวดขันโรงงานให้ใช้ขยะในประเทศที่มีการควบคุมแหล่งที่มาได้ดีกว่า จะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยทางเดินหายใจและโรคเรื้อรังของประชาชนรอเขตนิคมอุตสาหกรรม⁷

2 การสร้างความเข้มแข็งให้เศรษฐกิจฐานราก เมื่ออุตสาหกรรมไม่สามารถพึ่งพาสิ่งนำเข้าได้ ความต้องการขยะพลาสติกในไทยจะสูงขึ้น ทำให้ราคาขายขยะพลาสติกของคนเก็บขยะและซาเล้ง (waste pickers) มีเสถียรภาพและเพิ่มสูงขึ้น⁸ เป็นการกระจายรายได้สู่กลุ่มผู้เปราะบางในสังคมโดยตรง และช่วยยกระดับอาชีพคนเก็บขยะให้เข้าสู่ระบบการจัดการขยะอย่างเป็นทางการ

3 การปลูกฝังวินัยและวัฒนธรรมการแยกขยะ นโยบายนี้จะส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงครัวเรือน เมื่อโรงงานต้องการพลาสติกประชาชนจะได้รับการสนับสนุนและจูงใจให้คัดแยกขยะที่ต้นทางมากขึ้น เกิดเป็น “วินัยทางสังคม” ที่ยั่งยืน เพราะขยะที่แยกแล้วสามารถขายได้ราคาและถูกนำไปรีไซเคิลจริง⁹

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2569. (ชื่อบทความ). *สุขภาพคนไทย 2569* (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2569. ร้อยอย่างรอบคอบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพบนพื้นที่ดิจิทัล. *สุขภาพคนไทย 2569* (หน้า 137-156).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



เรื่องพิเศษประจำฉบับ
รอบรู้อย่างรอบคอบ
ความรู้ด้านสุขภาพบนพื้นที่ดิจิทัล





ที่มา: www.freepik.com

รอบรู้อย่างรอบคอบ ความรู้ด้านสุขภาพบนพื้นที่ดิจิทัล

เปิดประเด็น

จะเกิดอะไรขึ้น หากทุกคนตื่นตัวดูแลสุขภาพของตัวเองและคนรอบข้างอย่างจริงจัง ด้วยการหาข้อมูลด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการกิน การอยู่ การออกกำลังกาย นำข้อมูลนั้นมาปรับใช้ให้เข้ากับชีวิตของตัวเอง ปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง และยังแบ่งปันข้อมูลดี ๆ ให้ผู้อื่น รวมถึงคอยให้กำลังใจในการดูแลรักษาสุขภาพ

เชื่อได้ว่าระบบสาธารณสุขไทยจะผ่อนคลายความตึงตัวลงอย่างมาก ทั้งในเรื่องการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข เวชภัณฑ์ และพื้นที่การให้บริการ เพราะประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น จำนวนผู้ป่วยลดลง และสามารถดูแลรักษาตนเองเบื้องต้นได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้วยแนวคิดนี้เองที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อน “ความรู้ด้านสุขภาพ” (health literacy) เพื่อให้เป็นจุดคานงัดที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) มองว่าจะทำให้เกิดความยั่งยืนด้านสุขภาพอย่างแท้จริง เป็นการดึงประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ (health co-creation) ซึ่งจะสร้างพลังมหาศาลในการขับเคลื่อนด้านสาธารณสุข

ใน พ.ศ. 2541 WHO ให้คำจำกัดความของ “ความรู้ด้านสุขภาพ” ว่าเป็น “ทักษะทางปัญญาและทางสังคม ซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข่าวสาร และใช้ข้อมูลในวิถีที่ส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี”¹ (Cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand, and use information in ways that promote and maintain good health.)

ต่อมา ใน พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลกผลักดันการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อภาระโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable Diseases: NCDs) เพิ่มสูงขึ้น จัดการฝึกอบรมในประเทศต่าง ๆ และให้ความสำคัญกับการระดมผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสมาชิกชุมชนมาร่วมกันออกแบบกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่²

ประเทศไทยเริ่มให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. 2557 เมื่อสภาปฏิรูปแห่งชาติ (ด้านสาธารณสุข) กำหนดให้การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ เป็นหนึ่งในแปดเป้าหมายของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งต่อมาได้มอบหมายให้กรมอนามัยเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน จนมีการผลักดันให้บรรจุไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 รวมทั้งยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ที่กำหนดเป้าหมายชัดเจนว่า “สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ” (health literate societies)

ความท้าทายที่สำคัญได้แก่:

การจัดตั้งสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (Thai Health Literacy Association: THLA) เมื่อ พ.ศ. 2561

การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย

การพัฒนาประเด็นสื่อสารหลัก 66 ข้อเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระยะ 10 ปี

หลักการอันเป็นหัวใจของความรู้ด้านสุขภาพคือสมรรถนะ 4 ด้านของบุคคล ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (access) การเข้าใจในข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเหล่านั้น (understand) การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (appraise) และการประยุกต์ใช้ให้เกิดผล (apply)³

เมื่อกรมอนามัยนำแนวคิดดังกล่าวมาขับเคลื่อนในประเทศไทย ได้มีการปรับเป็น 6 สมรรถนะ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทด้านสาธารณสุขของไทย ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ การตอบโต้ชักถาม การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการบอกต่อ

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับ การสื่อสารเป็นอย่างมาก ทำให้กลยุทธ์และเทคโนโลยีการสื่อสารมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างน่าจับตามอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคที่สื่อดิจิทัลและเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) มีประสิทธิภาพสูงในการเข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม ทุกเพศ ทุกวัย เปิดโอกาสให้เกิดการตอบโต้ชักถามในรูปแบบการสื่อสารสองทาง (two-way communication) มีอิทธิพลอย่างมากต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรม รวมไปถึงการบอกต่อ

การเปลี่ยนแปลงของภูมิทัศน์ข้อมูลสุขภาพ

การพัฒนาของเทคโนโลยีดิจิทัลแห่งศตวรรษที่ 21 ได้เปลี่ยนภูมิทัศน์ของข้อมูลสุขภาพในหลายมิติ ซึ่งต้องระมัดระวังเพื่อให้การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพสัมฤทธิ์ผล

- **ประการที่หนึ่ง** พื้นที่ดิจิทัลเปิดโอกาสให้ผู้คนสามารถผลิตเนื้อหาสุขภาพได้อย่างกว้างขวาง ผิดจากแต่ก่อนที่ความรู้ด้านสุขภาพจะมาจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และเอกสารวิชาการที่ผ่านการตรวจสอบอย่างรัดกุม การที่สื่อดิจิทัลเปิดพื้นที่อย่างอิสระให้แก่คนทั่วไปทั้งในฐานะผู้ผลิตและผู้ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ โดยที่ยังไม่สามารถควบคุมความถูกต้องของเนื้อหาได้อย่างเต็มที่ อาจทำให้เกิดผลร้ายต่อประชาชน นอกจากนี้ ยังอาจเป็นช่องทางในการเผยแพร่ข่าวลวง (fake news) การโฆษณาเกินจริง หรือการให้ข้อมูลที่บิดเบือน
- **ประการที่สอง** มีความท้าทายในด้านการรักษาความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีที่รวดเร็ว การออกแบบเนื้อหาที่ตอบสนองต่อความหลากหลายของกลุ่มเป้าหมาย และการสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจในระบบสุขภาพดิจิทัล

การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปี เมื่อ พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1)⁴ จากกลุ่มตัวอย่าง 722 คน ใน 6 จังหวัดที่เป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาค พบว่าร้อยละ 61.2 ของกลุ่มตัวอย่างยังมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ “ไม่เพียงพอ” (คะแนนต่ำกว่า 261 จาก 348 คะแนน) โดยเฉพาะในมิติเชิงพฤติกรรม เช่น การตัดสินใจและการปฏิบัติ แม้บางกลุ่ม อย่างกลุ่มที่มีการศึกษาสูงหรืออยู่ในเขตเมือง บางจังหวัดจะมีคะแนนเฉลี่ยในระดับดี เช่น จังหวัดชลบุรีนอกเขตอำเภอเมือง มีคะแนนการทบทวนและตัดสินใจสูงถึงร้อยละ 73.1 และร้อยละ 71.7 ตามลำดับ แต่การสำรวจยังพบว่า กลุ่มที่มีคะแนนรวมสูงก็ยังคงเป็นเหยื่อของการหลอกลวงด้านสุขภาพได้

การสำรวจรอบที่ 2 ในปี พ.ศ. 2562⁵ เป็นการสำรวจในระดับครัวเรือน ใช้กลุ่มตัวอย่าง 7,380 ครัวเรือนทั่วประเทศ พบว่าเขตสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง เช่น เขตสุขภาพที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ย 69 ขณะที่เขตที่มีคะแนนต่ำที่สุดมีค่าเฉลี่ยเพียง 33 คะแนนเท่านั้น แสดงถึงความเหลื่อมล้ำของระดับความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่

แม้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากจะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับ “เพียงพอ” หรือ “ดี” ตามเกณฑ์ แต่ข้อมูลสะท้อนว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการป้องกันภัยจากมิจฉาชีพ เช่น การลอกขยาผลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกินจริง หรือการชักชวนในโลกออนไลน์ที่อ้างอิงข้อมูลทางสุขภาพปลอม ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนไม่น้อยมีแนวโน้มในการ “เข้าใจข้อมูลสุขภาพ” แต่ขาดทักษะในการ “ประเมินและตัดสินใจ” อย่างพินิจพิเคราะห์ ทำให้ตกเป็นเหยื่อของกลลวงได้ง่าย จึงชี้ให้เห็นว่าแม้การณรงค์เพิ่มระดับความรู้สุขภาพจะประสบความสำเร็จในแง่ของการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูล แต่ยังคงเสริมด้าน “การรู้เท่าทันอย่างมีวิจารณญาณ” (critical literacy) และการคิดวิเคราะห์ เพื่อใช้ข้อมูลอย่างปลอดภัยในชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เรื่องพิเศษในรายงานสุขภาพคนไทยปี 2569 เรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของการสื่อสารดิจิทัล” นี้ จะฉายภาพให้เห็นแนวคิดและการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย วิเคราะห์โอกาสและความท้าทาย และเสนอแนะแนวทางในการผลักดันนโยบายความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยสื่อดิจิทัล

สามวัย สามคน บนเส้นทางความรอบรู้สุขภาพ “ดิจิทัล”

ในเช้าวันหยุดวันหนึ่ง คนสามวัยได้ขยายคาเดียนกัน ตื่นขึ้นมาและกำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพของตัวเองด้วยเรื่องราวที่แตกต่างกัน



เจมมี วัย 19 ปี:
เจนซิงก์กับटकโฆษณา
ออนไลน์

เจมมี สาวน้อยวัย 19 ปี ตื่นสาย เพราะเมื่อคืนเล่นเกมออนไลน์กับเพื่อนจนตึกตามสไตล์เด็กรุ่นใหม่ และที่บ้านก็ไม่ได้ซีเรียสที่จะต้องตื่นเช้ามาช่วยทำงานบ้านเหมือนเด็กยุคก่อน แม้จะตื่นแล้วแต่ก็ยังงัวเงียครึ่งหลับครึ่งตื่น แต่มือก็ความหาสมาร์ทโฟนคู่มือใจที่ตกอยู่สักที่ข้างหมอนจนเจอ

เธอเปิดดู “ตึกตอก” (TikTok) เป็นแอปพลิเคชันแรก แล้วเริ่ม “ไถหน้าจอล” ไปเรื่อย ๆ ล้วนเป็นเรื่องราวที่เธอสนใจด้วยความฉลาดล้ำของอัลกอริทึม (algorithm) ที่รู้จักเธอดีกว่าใคร ๆ และอาจจะรู้ดีกว่าตัวเองด้วยซ้ำ จนมาคลิปหนึ่งที่สะกดให้เธอต้องหยุด เพราะเนื้อหาโดนใจราวกับทำเพื่อส่งมาให้เธอโดยเฉพาะ

“พอมใน 7 วัน! ไม่ต้องออกกำลังกาย” อินฟลู (influencer) สาวหุ่นนางแบบกำลังถือขวดอาหารเสริม รับประกันด้วยผู้ชม 2.3 ล้านวิว (view) เจมมีเลื่อนลงไปอ่านคอมเมนต์ (comment) “ได้ผลจริง!” “ส่งไปแล้ว 2 ขวด” เธอรู้ตัวดีว่าต้องระวัง และควรตรวจสอบข้อมูล มีบางคอมเมนต์ที่ดูจะไม่สนับสนุนผลิตภัณฑ์เท่าไร ทำให้เจมมีสองจิตสองใจอยู่ชั่วขณะ

อีกเพียงไม่กี่นาทีต่อมา เธอกดสั่งซื้อด้วยการโอนเงินไป 2,500 บาท ไม่ได้ปรึกษาหมอแม้แต่คำเดียว เสียงจากคนรีวิวที่เธอเลือกฟังเพียงพอแล้วที่จะยืนยันว่าเธอจะพอมเพริ้ว โดยไม่ต้องเสียเหงื่อแม้สักหยด!



พองแบงค์ วัย 42 ปี:
เจนวายกับความกังวล
ต่อเทคโนโลยีใหม่

พองแบงค์ หนุ่มใหญ่เจนวายวัย 42 ปี คุณพ่อของเจมมี นั่งที่โต๊ะอาหารในห้องครัว รู้สึกเจ็บและระคายคอเล็กน้อยมาตั้งแต่เมื่อวานแต่ไม่มีเวลาไปหาหมอเลย พองแบงค์บ่นกับเพื่อนร่วมงานและได้คำแนะนำให้ลองใช้บริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ปรึกษาหมอทางออนไลน์ ซึ่งเพื่อนคนนั้นเคยลองมาแล้ว สะดวกดี ไม่ต้องเสียเวลาขับรถไปโรงพยาบาล

เขาเปิดมือถือ พิมพ์ค้นหาด้วยคำหลายคำ ทั้ง “แพทย์ทางไกล” “ปรึกษาออนไลน์ไม่ต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาล” “telemedicine” และอีกหลายคำ จากหลากหลายเว็บไซต์ซึ่งต่างก็แนะนำหลายช่องทาง รวมทั้งแอปพลิเคชันที่น่าจะเกี่ยวข้อง พองแบงค์ก็รู้สึกว่ามันน่าสนใจ และคงจะช่วยเหลือเขาได้

แต่... เขาไม่รู้จะเริ่มต้นอย่างไร กลัวใช้ผิด กลัวความซับซ้อน กลัวหมอออนไลน์ไม่น่าเชื่อถือที่สุดท้ายตัดสินใจปิดมือถือ ขับรถไปหาหมอที่โรงพยาบาล เสียเวลาครึ่งค่อนวันเหมือนเดิม



ยายพิศ วัย 68 ปี:
ผู้สูงอายุกับटकมิจฉาชีพ

ยายพิศ วัย 68 ปี กำลังจะส่งสติ๊กเกอร์ดอกไม้สีเหลืองสดใส พร้อมข้อความ “สวัสดีวันจันทร์” ให้กับเพื่อน ๆ ลูก ๆ และหลาน ๆ ทันใดนั้นก็มีการข้อความสั้น (Short Message Service: SMS) แจ้งเตือนขึ้นมา.... “ยินดีด้วย! คุณได้รับสิทธิเยียวยา โควิด-19 งวดใหม่ 3,000 บาท กรุณาคลิกด้านล่างเพื่อลงทะเบียน...”

ยายพิศตื่นตื่น เพราะช่วงที่โควิด-19 กำลังระบาด ยายพิศไม่ได้รับเงินชดเชยจากบริษัทประกันที่ลูกสาวทำไว้ให้ จึงคิดว่านี่เป็นเงินที่เขาส่งมาให้ล่าช้า

ดีใจสุดขีด ยายพิศกดคลิกทันที พร้อมกับเตรียมกรอกเลขบัตรประชาชน เบอร์โทรศัพท์ และเกือบแจ้งหมายเลขบัญชีธนาคารเพื่อให้เป็นช่องทางในการรับเงินโอน แต่โชคดีที่ลูกสาวเข้ามาเห็นทันและเตือนว่านี่คือมิจฉาชีพที่กำลังเป็นข่าว

เรื่องราวของคนทั้งสามคนนี้ ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกัน ต่างวัยกัน ปัญหาต่างกัน แพลตฟอร์มที่ใช้ก็ต่างกัน แต่ถ้าเรามองให้ลึกลงไป จะพบว่าต่างเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องซับซ้อนกันระหว่างสุขภาพกับโลกยุคดิจิทัล



เจมมี เด็กเจนซี ถือว่าเป็นชาวดิจิทัลมาตั้งแต่เกิด (digital native) มีทักษะรู้เท่าทันสื่อสูง ใช้เครื่องมือดิจิทัล และเข้าถึงเนื้อหาได้อย่างคล่องแคล่ว รู้จักและใช้แอปพลิเคชันใหม่ ๆ ก่อนใคร เข้าใจเนื้อหาได้ดี และรู้วิธีประเมินข้อมูล แอปพลิเคชัน TikTok ช่วย**ให้เธอเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น** เห็นผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ได้รวดเร็ว ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา แต่ในขณะเดียวกัน TikTok และอินฟลู อาจทำให้เธอตัดสินใจผิดพลาดไปด้วยความอ่อนประสบการณ์

พ่อแบงค์เห็นประโยชน์ของการแพทย์ทางไกลชัดเจน มีความรู้พอสมควรและความพร้อมทางดิจิทัล แม้จะไม่คล่องแคล่วเท่ากับเจมมี แต่เขาสามารถหาข้อมูลที่จะช่วยให้เขาประหยัดเวลาโดยไม่ต้องขับรถ ไม่ต้องรอคิวงาน ประหยัดทั้งเวลา พลังงาน และลดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม แต่ในเวลาเดียวกัน การแพทย์ทางไกลกลับ**ทำให้เขากลัว** เพราะไม่มีการสร้างความมั่นใจ ดูซับซ้อน ไม่รู้ว่าหมอออนไลน์น่าเชื่อถือหรือไม่ และยังติดอยู่กับความคุ้นเคย ที่จะต้องไปที่โรงพยาบาล และพบกับหมอตัวต่อตัว

ส่วนยายพิศ เป็นคนในกลุ่มวัยที่มีเวลาว่างมาก และสามารถใช้เวลาเกือบทั้งวันอยู่กับโซเชียล แม้จะได้รับการเตือนจากสื่อของภาครัฐเป็นประจำว่าผู้สูงอายุมักจะตกเป็นเหยื่อ และใช้ช่องทางที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นสิ่งสนใจหลัก เพราะผู้สูงอายุส่วนต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพนานับประการ แต่โซเชียลเชียลก็ยังสามารถหลอกคนรุ่นคุณยาย ด้วยมุกเดิม ๆ รูปแบบเดิม ๆ เป็นข่าวให้ได้ยินอยู่ตลอดเวลา

*ราล์ฟ วอลโด เอเมอร์สัน เป็นกวี นักคิด และนักเขียนชาวอเมริกัน มีชีวิตอยู่ในช่วง พ.ศ. 2346-2425 งานของเขามีอิทธิพลอย่างมากต่อแนวคิดการพึ่งพาตนเอง (Self-reliance) จิตวิญญาณ และความเป็นปัจเจกนิยมในสังคมอเมริกัน

ความรอบรู้สูงชัน แต่พฤติกรรมสุขภาพไม่ได้ดีขึ้น

นี่คือความย้อนแย้ง (paradox) ที่น่าเป็นห่วงของความรอบรู้ด้านสุขภาพบนโลกยุคดิจิทัล

คนไทยมี**ข้อมูลด้านสุขภาพมากขึ้น** ด้วยพลังของการสื่อสารยุคดิจิทัล รวมทั้งนโยบายความรอบรู้ด้านสุขภาพของไทยเดินทางมาตั้งแต่ พ.ศ. 2557 มีกฎหมาย มียุทธศาสตร์ มีหน่วยงานขับเคลื่อน มีงบประมาณสนับสนุน

ในขณะที่เดียวกัน แพลตฟอร์มดิจิทัลก็ขยายตัวอย่างรวดเร็ว อัตราการครอบครองสมาร์ตโฟน (smartphone penetration) เพิ่มขึ้น มีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตแพร่หลาย (internet access) สามารถเข้าถึงโซเชียลมีเดีย (social media) ได้ทุกที่ทุกเวลา และบริการสุขภาพดิจิทัล (digital health services) เริ่มมีให้เลือกมากขึ้น เทคโนโลยีจึงช่วยให้การดูแลสุขภาพง่ายขึ้น **ดีขึ้น เข้าถึงได้มากขึ้น**

แต่ที่เกิดขึ้นจริงคือ พฤติกรรมเสี่ยง**ไม่ได้ลดลง**

จากงานวิจัยวัยรุ่นหญิงมีอัตราการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยไม่ปรึกษาแพทย์สูงขึ้น⁶ วิทยาการด้านบริการทางการแพทย์หลายอย่างที่จะสามารถช่วยให้ความแออัดของโรงพยาบาลลดลง กลับไม่ได้รับความไว้วางใจเพราะขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ⁷ ผู้สูงอายุตกเป็นเหยื่อมิจฉาชีพ แม้จะรู้ว่าทุกวันนี้มีข่าวปลอมมากมาย และมีจำนวนไม่น้อยที่ใช้ประเด็นสุขภาพในการหลอกหลวง⁸

รอบรู้สุขภาพ “ทราบ”...แล้ว... “เปลี่ยน”

An ounce of action is worth a ton of theory

ลงมือทำเพียงนิด ดีกว่ามัวแต่คิด แต่ไม่ลงมือทำ



Ralph Waldo Emerson
ราล์ฟ วอลโด เอเมอร์สัน

นักปรัชญาและนักเขียนที่วางรากฐานแนวคิดเรื่องการพึ่งพาตนเองและเสรีภาพทางปัญญา ในวัฒนธรรมอเมริกัน

วิชา “**สุขศึกษา**” ปรากฏอยู่ในการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับชั้นอนุบาล มีเป้าหมายเพื่อให้เด็กมีความรู้ในการดำเนินชีวิตตามครรลองของสุขภาวะที่ดี กินอาหารที่มีประโยชน์ ดูแลรักษาส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลียงจากสิ่งต่าง ๆ ที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพแต่แล้วสุขศึกษาก็เหมือนกับวิชาอื่น ๆ ที่กลายเป็น**ความรู้ในการดำรงชีวิต เป็นความรู้สำหรับการสอบให้ได้ผลการเรียนที่ดีเพื่อการเลื่อนขั้นต่อไป** จากการมุ่งเน้นที่ความเข้าใจ และการปฏิบัติให้เกิดผล กลายเป็นการท่องจำเพื่อกำตอบที่ถูกต้องในข้อสอบเท่านั้น

ส่วนการที่รู้สุขศึกษาแล้ว จะทำตามอย่างที่รู้หรือไม่...ไม่มีใครจะรับประกันได้ และไม่มีรางวัลใด ๆ

ไม่มีใครตอบได้ว่าคนในสังคมดำเนินชีวิตตามที่ได้เรียนมาในวิชาสุขศึกษาหรือไม่ คนที่ป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ที่เกิดจากการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่ดีต่อสุขภาพล้วนโรงพยาบาลมาน้อยแค่ไหน

บทความ “**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป้าหมายของการสาธารณสุข: ความท้าทายร่วมสมัยของสุขศึกษาและการสื่อสารสุขภาพ**” (Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication)⁹ โดย ศาสตราจารย์ ดร.โดนัลด์ นัทบีม (Donal Nutbeam) นักวิชาการสาธารณสุขชาวออสเตรเลียตีพิมพ์ในวารสาร Health Promotion International ใน ค.ศ. 2000 นับเป็นงานเขียนที่ได้รับการยอมรับว่ามีอิทธิพลอย่างกว้างขวาง และเป็นรากฐานของพัฒนาการในระยะต่อ ๆ มา ของการผลักดันแนวคิดความรอบรู้สุขภาพ

บทความดังกล่าว ได้นำเสนอคำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ในฐานะที่เป็นแนวคิดใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ ใช้เป็นคำรวม ๆ ที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขศึกษา และการสื่อสารสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการนำไปสู่การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยดูจากทั้ง**ความรู้ (knowledge) ทักษะ (attitudes) แรงจูงใจ (motivations) พฤติกรรม (behaviours) ความตั้งใจ (intentions) ทักษะ (personal skills) และศักยภาพแห่งตน (self-efficacy)** ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเกิดขึ้น เพื่อผลักดันให้คนในสังคมนำความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ผู้คนทั้งหลายเรียนมาในวิชาสุขศึกษา และจากแหล่งความรู้อื่น ๆ ไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อพ้นจากความเสี่ยงภัยด้านสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หากมองให้ลึกซึ้งแล้ว ความรอบรู้สุขภาพ โดยเฉพาะในแง่ที่ให้คุณค่าเข้าถึงข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง เป็นเครื่องมือสำคัญในการ**เสริมพลัง (empowerment) และสร้างความเท่าเทียม (equity)** แก่คนทั้งหลายให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ด้วยการให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เพื่อไม่ให้คนทำในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง

หัวข้อของ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ”

ทศวรรษ 1970:
จุดเริ่มต้น

แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพนี้ เกิดขึ้นครั้งแรกในทศวรรษ 1970 เป็นแนวคิดที่ว่าด้วยการสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ด้านสุขภาพทั้งในระบบการศึกษา เพื่อให้เด็กและเยาวชนได้เรียนรู้ข้อมูลสำคัญด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และการสื่อสารมวลชน¹⁰ ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้เข้ารับบริการสุขภาพไม่สามารถสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการรู้หนังสือ อ่านออกเขียนได้ (literacy) ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอ่านใบสั่งยา ฉลากยา การฟังคำอธิบายการกินยาจากเภสัชกร การรายงานตัวเลข และข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง

จึงนับว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่วงแรก ๆ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการอ่านออก เขียนได้ ฟังเข้าใจ เป็นหลัก ทั้งนี้ ในกลุ่มคนที่มีอัตราการรู้หนังสือน้อยก็จะมีความเสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่ไม่ดี¹¹ และยังซับซ้อนไปกว่านั้นคือ คนที่อ่านออกเขียนได้น้อย (low literacy) ก็มักเป็นคนยากจน ทำให้องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญต่อ **ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health)** ในการส่งเสริมสุขภาพด้วยความเสมอภาค¹²

ทศวรรษ 1990:
การจัดการสุขภาพส่วนบุคคล

ในทศวรรษที่ 1990 แนวคิดนี้มุ่งเน้นไปที่ทักษะความสามารถของแต่ละคนในการจัดการด้านสุขภาพ การรับมือกับโรคภัยต่าง ๆ ซึ่งถือว่าเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล ที่ครอบคลุมถึงการเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งความเข้าใจในระบบบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ¹³ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่มีความยั่งยืน

ต่อมาใน ค.ศ. 1998 องค์การอนามัยโลก ได้ขยายคำนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมถึงพฤติกรรมส่วนบุคคล และการใช้ข้อมูลต่าง ๆ ด้านสุขภาพ โดยกำหนดให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางการเรียนรู้ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของคนในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อการส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง^{**}, 14

ภายหลังมีการแยกความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็นระดับบุคคล (personal health literacy) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเข้าถึง และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของแต่ละคน และระดับองค์กร (organizational health literacy) ว่าด้วยความรับผิดชอบขององค์กรด้านสุขภาพ และองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนให้คนประชาชนเข้าถึงและใช้ข้อมูล เพื่อการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ¹⁵

องค์การอนามัยโลกกับการผลักดันแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เป็นเวลาเกือบยี่สิบปี ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญและผลักดันแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้เป็นแนวทางร่วมของประเทศสมาชิก ทั้งนี้เพื่อสร้างสังคมสุขภาพระดับโลกที่มีความยั่งยืน ลดภาระโรคและแรงกดดันต่อระบบบริการสุขภาพ เหตุการณ์ที่นับว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดขึ้นในการประชุมนานาชาติ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 9 (9th Global Conference on Health Promotion) ณ นครเซี่ยงไฮ้ สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อ พ.ศ. 2559

ในครั้งนั้น ที่ประชุมประกาศนโยบายเพื่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และกำหนดให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นหนึ่งในสามเสาหลักในการบรรลุเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยที่อีกสองเสาหลัก คือ ธรรมาภิบาล (good governance) และการพัฒนาเมืองสุขภาพ (healthy city)¹⁶

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกทำหน้าที่ในการสนับสนุนทรัพยากรและผู้เชี่ยวชาญเพื่อช่วยเหลือประเทศต่าง ๆ ในการผลักดันยุทธศาสตร์ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้การฝึกอบรมสร้างสมรรถนะให้แก่บุคลากร การแบ่งปันข้อมูล เพื่อการพัฒนานโยบายและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (functional) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive) และ ระดับวิจารณ์ญาณ (critical) ซึ่งแต่ละระดับสะท้อนทักษะและสมรรถนะที่สูงขึ้นในการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷

ระดับที่ 1: ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy)

คือความรู้และทักษะพื้นฐานด้านการอ่าน การเขียน ที่จะช่วยให้คนเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามข้อมูลด้านสุขภาพเหล่านั้นในชีวิตประจำวันได้

ตัวอย่าง: การอ่านฉลากยา เข้าใจตัวเลข ไบอินยอม สามารถกินยาได้ถูกต้อง การอ่านใบนัดหมายแพทย์ หรือเอกสารให้ความรู้ด้านสุขภาพ การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพของตนเอง

ความรอบรู้ระดับพื้นฐานถือว่าเป็นผลลัพธ์ของงานสุขศึกษาและการสื่อสารสุขภาพในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็ปัจจัยเสี่ยง ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และแนวทางการใช้บริการสาธารณสุขของระบบสุขภาพ เป็นประโยชน์ทั้งในระดับบุคคล กล่าวคือ ผู้คนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ และในระดับสังคมเพราะจะทำให้สังคมโดยรวมมีภูมิคุ้มกันดีขึ้น ลดภาระระบบสาธารณสุขโดยรวม

^{**}“Health literacy represents the cognitive and social skills that determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand, and use information in ways that promote and maintain good health”

ระดับที่ 2: ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy)

เป็นทักษะทางปัญญาที่สูงขึ้นมาจากระดับพื้นฐาน อันเป็นทักษะการคิดและการรู้หนังสือที่มีความซับซ้อนขึ้น การประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ รวมทั้งทักษะทางสังคมที่จะทำให้สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป สามารถแยกแยะความแตกต่างของข้อมูลข่าวสารที่มีความซับซ้อน

ตัวอย่าง: สามารถซักถามเมื่อเกิดความสงสัย หรือต้องการยืนยันให้เกิดความมั่นใจ เปรียบเทียบแนวทางการรักษาก่อนการตัดสินใจที่จะรับการรักษา หรือดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดที่เกี่ยวกับสุขภาพ¹⁸

ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์นี้ เน้นไปที่การพัฒนาทักษะ และความสามารถด้านสุขภาพส่วนบุคคลในการสร้างแรงจูงใจในการเสาะหา ข้อเสนอ คำปรึกษา และข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพสุขภาพ

ระดับที่ 3: ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy)

เป็นทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นสูงสุดที่ครอบคลุมความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างมีวิจารณ์ญาณ เข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพในภาพรวมวางแผนและลงมือจัดการปัจจัยเหล่านั้นเพื่อการควบคุมป้องกัน หรือแก้ไขปัญหาได้

ตัวอย่าง: สามารถใช้ข้อมูลมลพิษทางอากาศในพื้นที่เพื่อลดปัญหาโรคทางเดินหายใจ¹⁹ นอกจากนี้ยังเป็นทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปรับวิธีการดูแลสุขภาพที่ได้รับมาให้เข้ากับบริบทของตนเองอย่างเหมาะสม ไม่ใช่เป็นการทำตามตรง ๆ ทั้งหมดทั้งสิ้นตามข้อมูลที่ได้รับรู้มาโดยไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ของตัวเอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณนี้ สะท้อนการกลั่นกรองข้อมูลต่าง ๆ ด้านสุขภาพก่อนที่จะตัดสินใจดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของทั้งตนเอง คนรอบข้าง และสังคมในภาพรวม ซึ่งครอบคลุมปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพทั้งหมด

การออกแบบมาตรการเพื่อพัฒนาการรู้เท่าทันด้านสุขภาพควรคำนึงถึงระดับเหล่านี้ เพื่อให้ประชาชนไม่เพียงแค่เข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ แต่ยังทำให้เกิดการใช้ข้อมูลนั้นเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับบุคคลและสังคมได้²⁰

ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งสามระดับมีความเกี่ยวข้องสืบเนื่องกันเป็นลำดับขั้น กล่าวคือหากความรอบรู้ระดับพื้นฐานดีพอ ก็จะทำให้บุคคลเข้าถึงและเข้าใจข้อมูล และความรู้ด้านสุขภาพ ที่ได้รับผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์จะทำให้บุคคลสามารถแสวงหาข้อมูลและความรู้สุขภาพใหม่ ๆ เมื่อสภาพแวดล้อมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสามารถทวนสอบความเข้าใจถูกต้องหรือไม่ เกิดการกลั่นกรองข้อมูลสุขภาพ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความตั้งใจ ตลอดจนพฤติกรรม ตามข้อมูลที่ได้กลั่นกรองแล้วนั้น ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของทั้งตนเองให้ดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะ และของคนรอบข้างและส่วนรวม ด้วยการจัดการอย่างหนึ่งอย่างใดกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมของตนเอง



องค์การพบความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการ “เฝ้า” ระบบสาธารณสุข ไทย

ในปี 2557 สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ด้านสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายของแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขให้

ประชาชนทุกภาคส่วนมีความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนร่วม
ในการวางระบบในการดูแลสุขภาพ
ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการ
เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข
ที่จำเป็น....²¹

นอกจากนี้ยังได้กำหนดเป้าหมายด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561 – 2565) ให้ประกอบด้วย



1. ประชาชนไทยทุกคนมีทักษะในการเข้าถึงและประมวลข้อมูลสุขภาพ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ สังคมที่ประชาชนทุกคนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ของประชาชน สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

3. ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุขการศึกษา สวัสดิการสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลและบริการต่าง ๆ ในสังคม เพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

กรอบนโยบายระดับชาติที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมขึ้นจากการกำหนดโครงสร้าง 3 เสาหลัก

เสาหลักที่หนึ่ง คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กำหนดให้รัฐมีหน้าที่จัดให้ประชาชนได้รับข้อมูลและความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพถูกยกระดับเป็นภารกิจเชิงโครงสร้างที่รัฐต้องดำเนินการ

เสาหลักที่สอง คือ ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) ด้านสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนรอบรู้ด้านสุขภาพ” เป็นหนึ่งในเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพไทย

เสาหลักที่สาม คือ แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2561–2565) ได้กำหนด “การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ” ให้เป็นประเด็นปฏิรูปสำคัญ ทำให้กลไกกำกับและติดตามการดำเนินงานมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น โดยมีกรมอนามัยเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานผ่านหน่วยงานเฉพาะกิจ เช่น สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน รวมถึงการกำหนดเป้าหมาย “สังคมไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ” และพัฒนาประเด็นสื่อสารหลัก 66 ข้อ (66 key messages) ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน²²

นอกจากนี้ยังมี คณะกรรมการสร้างเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ในการกำกับและติดตามการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ มีการทำงานร่วมกับหลายหน่วยงาน เช่น กระทรวงสาธารณสุขเพื่อผลักดันให้เกิดโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate hospital) กระทรวงศึกษาธิการเพื่อผลักดันให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate school) และกระทรวงมหาดไทยเพื่อผลักดันให้เกิดชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate community) เพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นในทุกระดับ และมุ่งเป้าให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ คนไทยมีทักษะในการเข้าถึงและประมวลข้อมูลสุขภาพเพื่อประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีการจัดตั้งสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (Thai Health Literacy Association: THLA) เพื่อสนับสนุนทางวิชาการในการประสานองค์ความรู้ และการดำเนินงานเพื่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ



การพัฒนานโยบายและโครงสร้างเชิงสถาบันดังกล่าวนำไปสู่การสำรวจระดับชาติครั้งสำคัญเพื่อวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย โดยการสำรวจของกรมอนามัย พ.ศ. 2560 พบว่า ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปกว่าร้อยละ 80 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ และมีเพียงร้อยละ 18.6 อยู่ในระดับดี²³ ขณะที่การสำรวจในปี พ.ศ. 2562 โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขพบว่า ประชาชนประมาณหนึ่งในสี่ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ²⁴ สะท้อนถึงความท้าทายเชิงโครงสร้างในการพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้เชิงนโยบาย



นอกจากกลไกภาครัฐโดยเฉพาะหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ที่เข้ามาร่วมกันผลักดันความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยได้มีการกำหนดแผนปฏิรูปที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีการผลิตสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งหน่วยงานอื่น ๆ อาทิ โรงพยาบาลเอกชน เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพดุสิตเวชการ (Bangkok Dusit Medical Services: BDMS) ที่ผลิตสื่อวีดิทัศน์ผ่านช่องทางยูทูปอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ และแนวปฏิบัติที่ถูกต้องตามแนวทางความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ ทั้งปัญหาการทำงานแบบแยกส่วนระหว่างหน่วยงาน ความไม่ต่อเนื่องของทรัพยากร งบประมาณ และข้อจำกัดของระบบติดตามประเมินผลที่ยังไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ความเหลื่อมล้ำด้านดิจิทัลยังเป็นข้อกังวลสำคัญ เนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านเทคโนโลยีมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่และกลุ่มประชากร ทำให้การพึ่งพาสื่อออนไลน์หรือสื่อดิจิทัลอาจส่งผลให้กลุ่มประชากรบางกลุ่มถูกจำกัดโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและจำเป็น รวมทั้งปัญหาที่เกิดจากคุณภาพ และความน่าเชื่อถือของข้อมูลผ่านสื่อดิจิทัล

วีชีพ (V-shape): 6 องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพบนสื่อดิจิทัล จากการเข้าถึงสู่การบอกต่อ

ใน พ.ศ. 2555 ดร.คริสติน โซเรนเซน (Kristine Sørensen) นักวิจัยชาวเดนมาร์กผู้ก่อตั้ง Global Health Literacy Academy และเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการขับเคลื่อนแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ แทนเรื่องสุขศึกษาแบบเก่า โดยเสนอว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึง (access) เข้าใจ (understand) ประเมิน (appraise) ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และที่สำคัญคือ การนำไปใช้ (apply) ซึ่งเป็นขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ต่อมาองค์การอนามัยโลก ได้ร่วมเผยแพร่และใช้อำนาจประกอบทั้ง 4 นี้เป็นกรอบในการผลักดันแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กรมอนามัยได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ได้ปรับองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพจากเดิม 4 องค์ประกอบเป็น 6 องค์ประกอบ การปรับครั้งนี้ ไม่ใช่เพียงแค่การเพิ่มกระบวนการจากเดิม แต่เป็นการปรับการสื่อความหมายให้สอดคล้องกับบริบทด้านการสาธารณสุขของประเทศไทยให้มากขึ้น โดยองค์ประกอบทั้ง 6 ได้แก่ การเข้าถึง ความเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการบอกต่อ²⁵



การเข้าถึง (access) ในที่นี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วย สิ่งใดดีต่อสุขภาพ สิ่งใดไม่ดีต่อสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพ เกี่ยวข้องกับทักษะความสามารถในการเสาะแสวงหาข้อมูล สามารถประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล มีการสอบถามจนแน่ใจว่าข้อมูลนี้มีคุณภาพเชื่อถือได้

ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญอย่างมาก ถือเป็นประตูที่จะเปิดสู่ความรู้ด้านสุขภาพ เพราะหากเข้าไม่ถึงเสียแล้ว ก็ไม่สามารถดำเนินการขั้นตอนอื่น ๆ ได้



ความเข้าใจ (understand) เน้นที่ทักษะการทำความเข้าใจในข้อมูลและเนื้อหาต่าง ๆ ที่ได้รับและคัดกรองมาแล้วว่ามีความน่าเชื่อถือ เมื่อได้รับข้อมูลแล้ว รู้วิธีการใช้ข้อจำกัด ข้อควรระวังต่าง ๆ เข้าใจถึงที่มาที่ไปในระดับที่พอสมควร แม้ไม่ถึงกับเข้าใจในความซับซ้อนทางวิทยาศาสตร์ที่อยู่เบื้องหลังของข้อมูลหรือความรู้เหล่านั้น แต่ต้องพอจะเห็นความเป็นเหตุเป็นผลได้ เช่น การอ่านฉลากยาได้อย่างถูกต้อง การให้ข้อมูลการกรอกข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลให้กับแพทย์



การตอบโต้ ชักถาม (interaction) รวมทั้งทักษะการสื่อสาร (communication skills) คือความสามารถในการสื่อสารความเจ็บป่วย ความจำเป็นและความต้องการด้านสุขภาพ รวมทั้งการพูดคุยเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ต้องการ ได้รับข้อมูลที่เพียงพอสามารถเจรจาต่อรองกับบุคคลที่มีความรู้และมีอำนาจ เช่น หมอ พยาบาล เกษีกร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลและการบริการที่เกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองและบริบทของครอบครัวและชุมชนของตนเองได้



การตัดสินใจ (decision) หมายถึง การเชื่อ หรือไม่เชื่อในข้อมูลที่ได้รับหลังจากที่ได้วิเคราะห์ เปรียบเทียบ ใคร่ครวญ ชั่งใจ ไตร่ตรองข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับมา การตัดสินใจนี้เป็นทักษะสำคัญอย่างหนึ่งที่จะนำไปสู่ความเชื่อ หรือไม่เชื่อในข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับมา อาจเรียกได้ว่าเป็นวิจารณญาณซึ่งแตกต่างกันตามแต่ละบุคคล แม้จะได้รับข้อมูลชุดเดียวกัน แต่อาจเชื่อไปคนละอย่าง ขึ้นอยู่กับทักษะทางความคิด (cognitive skill) ของแต่ละคน



การจัดการตนเอง (self-management) เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ได้ตัดสินใจเชื่อหรือไม่เชื่อข้อมูลสุขภาพนั้น ๆ และมีการจัดการตัวเองและสภาพแวดล้อมเพื่อให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติตาม หรือไม่ปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับมา รวมทั้งการปรับประยุกต์เพื่อให้เข้ากับบริบทของตนเอง เพื่อการบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพที่ตนเองตั้งไว้



การให้คำชี้แนะ บอกต่อ หรือเผยแพร่ (dissemination) ข้อมูลสุขภาพที่ตนเองกลั่นกรองมาแล้วว่าน่าเชื่อถือ และเป็นประโยชน์ด้านสุขภาพต่อผู้อื่น เป็นการให้คำชี้แนะ ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน เพื่อนบ้านในชุมชนเดียวกัน ตลอดจนคนสาธารณชนทั่วไป ซึ่งจะทำให้เกิดสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวอย่างมีสุขภาพ

เรื่องเล่าความสำเร็จของโครงการภาคีเจริญกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ***

เช้าวันหนึ่งในชุมชนเล็ก ๆ เขตภาษีเจริญ เครื่องวัดความดันโลหิตถูกหยิบขึ้นมาใช้อย่างคุ้นมือ เสียงพูดคุยไม่ได้เต็มไปด้วยความกังวลเหมือนครั้งก่อน ๆ หากแต่เป็นบทสนทนาแลกเปลี่ยนว่า

“สัปดาห์นี้เดินได้กี่วัน”

“ลองลดหวานมือเย็นแล้ว น้ำตาลลงจริงนะ”

ภาพเช่นนี้ไม่ได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญ หากเป็นผลลัพธ์ของการเดินทางร่วมกันของโครงการพัฒนาแกนนำชุมชน ที่ค่อย ๆ เปลี่ยน “ผู้ป่วย” ให้กลายเป็น “ผู้รู้” และเปลี่ยน “ข้อมูลสุขภาพ” ให้กลายเป็น “เครื่องมือในการตัดสินใจชีวิต”

จุดเริ่มต้น: การเข้าถึงที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง โครงการนี้ เริ่มต้นจากคำถามง่าย ๆ แต่สำคัญว่า **คนในชุมชนรู้จักสุขภาพของตัวเองดีแค่ไหน?** การวัดความดัน เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และวัดรอบเอว ไม่ได้ถูกใช้เพื่อ “ตัดสิน” ว่าใครป่วยหรือไม่ป่วย แต่เป็นจุดตั้งต้นให้ทุกคน เข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองเป็นครั้งแรกอย่างแท้จริง หลายคนเพิ่งรู้ว่าค่าที่เห็นทุกครั้งหมายความว่าอะไร และเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันอย่างไร

ข้อมูลไม่ได้มาในรูปแบบเอกสารซับซ้อน แต่ถูกถ่ายทอดผ่านภาพ เรื่องเล่า และประสบการณ์ของเพื่อนในชุมชน ทำให้การเข้าถึงข้อมูลไม่ใช่เรื่องของการศึกษา แต่เป็นเรื่องของความใกล้ชิด

เมื่อเข้าใจข้อมูล สุขภาพก็ไม่ใช่เรื่องไกลตัว เมื่อแกนนำและผู้เข้าร่วมเริ่มเข้าใจความหมายของตัวเลขความดันที่สูงไม่ใช่แค่ “หมอบอกว่าอันตราย” แต่เชื่อมโยงกับอาการเวียนหัว เหนื่อยง่าย หรือการเสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ที่เคยเห็นในคนรู้จัก น้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นแค่ผลตรวจ แต่ผูกโยงกับอาหารมือเย็น น้ำหวานที่ดื่มทุกวัน และพฤติกรรมกรนงนาน ๆ

การเรียนรู้จึงไม่ใช่การจำ แต่เป็นการ “เห็นภาพชีวิตตัวเอง” ผ่านข้อมูลสุขภาพ

จากความเข้าใจสู่การประเมินและเลือกทางของตนเอง หัวใจสำคัญของโครงการคือการไม่บอกว่า “ต้องทำอะไร” แต่ชวนให้ทุกคนถามตัวเองว่า “ทางเลือกไหนเหมาะกับชีวิตเรา”

บางคนเลือกเริ่มจากการเดินวันละ 10 นาที

บางคนลดหวานแต่ยังไม่พร้อมเลิกทั้งหมด

บางคนจัดการอารมณ์ก่อน เพราะรู้ว่าความเครียดทำให้น้ำตาลพุ่ง

นี่คือจุดที่ health literacy ก้าวจากความรู้สู่การประเมินและตัดสินใจ เพราะผู้เข้าร่วมไม่ได้ทำตามคำแนะนำเดียวกัน แต่เลือกวิธีที่สอดคล้องกับเงื่อนไขชีวิตของตนเอง

การเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อมั่น ไม่ใช่ความกลัว

เมื่อการตัดสินใจเป็นของตัวเอง การเปลี่ยนแปลงจึงค่อย ๆ เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น

มีกลุ่มเล็กๆ ที่รวมตัวกันออกกำลังกาย เกิดขึ้นในชุมชน

อาหารว่างเปลี่ยนจากขนมหวานเป็นผักและผลไม้

การวัดความดันไม่ใช่เรื่องน่ากลัว แต่เป็นกิจวัตรที่ทำร่วมกัน

ที่สำคัญ แกนนำเริ่มถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเองให้ผู้อื่น ไม่ใช่ในฐานะผู้เชี่ยวชาญ แต่ในฐานะ “เพื่อนที่เคยผ่านจุดเดียวกันมาแล้ว”

ผลลัพธ์ที่มากกว่าตัวเลข

แม้ผลลัพธ์เชิงสุขภาพจะสะท้อนภาพชัด แกนนำกว่าร้อยละ 92 สามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้และขยายผลไปสู่ผู้ป่วยในชุมชนได้เกือบร้อยละ 90 แต่ความสำเร็จที่สำคัญยิ่งกว่า คือ การเกิดชุมชนที่คิดและตัดสินใจได้เอง และลงมือดูแลสุขภาพร่วมกัน จากที่เคยรอคำสั่งจากระบบบริการสุขภาพกลายเป็นคนที่ใช้ข้อมูลดูแลตัวเองได้ และจากการดูแลตัวเองขยายไปสู่การดูแลกันและกันในชุมชน

เรื่องเล่าที่สะท้อนความหมายของ health literacy

โครงการภาคีเจริญแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่เรื่องของความรู้เพียงอย่างเดียว แต่คือกระบวนการที่ทำให้ผู้คน “เข้าใจตัวเอง เชื่อมมั่นในตนเอง และเลือกทางสุขภาพที่เหมาะสมกับชีวิตของตน” และเมื่อคนในชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น สุขภาวะของชุมชนก็เริ่มเติบโตอย่างเป็นรูปธรรม

*** เรียบเรียงใหม่ จากรายงานการจัดกิจกรรม การพัฒนาชุมชนรอบรู้ภาคีเจริญ ซึ่งเป็นโครงการนำร่องในการสนับสนุนกลุ่มประชาชนให้สามารถจัดการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รับผิดชอบโดยรองศาสตราจารย์ ดร.ชนนทพอง ธนสุกาญจน์

ความท้าทายของ “วี-เฮฟ” ในโลกยุคดิจิทัล

ไม่ว่าจะเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบ 4 องค์ประกอบแบบดั้งเดิม หรือแบบ 6 องค์ประกอบของประเทศไทย ล้วนแต่เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นในยุคที่การสื่อสารดิจิทัลยังไม่แพร่หลายกว้างขวางอย่างในปัจจุบัน แนวทางและเครื่องมือสื่อสารต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในโลกยุคดิจิทัล ที่เสริมแรงด้วยปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) อย่างเช่นทุกวันนี้ กลายเป็นเหรียญสองด้านของการผลักดันความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างน่าจับตามอง

การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ...ในยุคข้อมูลเสรี

การหาข้อมูลในยุค “แอนะล็อก” (analog) อาจหมายถึงการเปิดหนังสือ ค้นคว้าในห้องสมุด หรือในแหล่งข้อมูลที่เป็นสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ โทรศัพท์ถามบุคลากรทางการแพทย์ หรือแม้แต่สายด่วน สายตรง สารพัดหมายเลข แต่ในยุคดิจิทัลนี้ เพียงหยิบโทรศัพท์มือถือขึ้นมา พิมพ์แค่ “ปวดหัวข้างเดียวมาหลายวัน”

อย่าว่าแต่เสียเวลาพิมพ์ซึ่งเป็นการลำบากต่อผู้พิการ ผู้สูงอายุ หรือแม้แต่เด็ก ๆ เจนซี เดียวนี้ก็ไม่ค่อยจะมีใครเสียเวลาพิมพ์กันแล้ว ส่วนใหญ่การค้นหาใช้การพูดสิ่งที่อยากรู้ลงไปบนกูเกิล (Google) คำตอบทั้งหลายก็พรุ้งพรุ้งออกมาภายในเสี้ยววินาที

หรือหากอยากได้คำตอบที่มีคนพูดให้ฟังโดยไม่ต้องเสียเวลานั่งอ่านก็สามารถค้นหาได้เลยในยูทูป (YouTube) มีคนสร้างเนื้อหาและเผยแพร่ไว้มากมายหลายแง่มุม และหากอยากได้เร็วกว่านั้นเพื่อสนองตอบขีดความอดทนของคนยุคดิจิทัล ก็สามารถค้นหาได้ในแอปพลิเคชันติ๊กต็อก (Tiktok) ที่มีเนื้อหากระชับ และส่วนใหญ่มีลีลาการนำเสนอที่เร้าใจเพื่อให้ได้ใจความสำคัญในเวลาอันจำกัด

มีหน้าซ้ำ หากปัญหาสุขภาพที่ตัวเองกำลังเผชิญอยู่ มีรายละเอียดเฉพาะซับซ้อน อยากรจะตั้งเป็นกระทู้ถามในช่องทางต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบล็อก (Blog) บนเว็บไซต์ต่าง ๆ หรือการโพสต์ข้อความบนอินสตาแกรม (Instagram) เอ็กซ์ (X) ซึ่งเดิมคือทวิตเตอร์ ฯลฯ จะมีผู้คนต่าง ๆ ทั้งที่รู้จักและไม่รู้จักเข้ามาช่วยให้ความเห็น ทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลจากหลายแง่มุม ได้อย่างเสรี ซึ่งก็มีทั้งที่ “จริงจังตั้งใจ” “จริงจังแต่ไม่ตั้งใจ” ไปจนถึง “ไม่จริงจัง และก็ไม่ตั้งใจ” แต่ชอบที่จะตอบกระทู้ต่าง ๆ เป็นความบันเทิงส่วนตัว

การเข้าถึงข้อมูลยุคดิจิทัล ไม่มีอะไรง่ายไปกว่านี้อีกแล้ว

ที่สำคัญคือ ไม่มีเวลาราชการ ค้นหาที่ไหน เมื่อไหร่ ก็ได้ทันที!

ความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเหล่านี้ นับเป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่นำไปสู่การเสริมพลัง (empowerment) ให้แก่ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้านสุขภาพอย่างก้าวกระโดด

นั่นหมายถึง ทั้งผู้คนทั่วไปรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์²⁶ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างมากมายมหาศาล จนแทบจะไร้ขีดจำกัดสำหรับคนที่มีความพร้อมในการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งนั่นก็อาจทำให้ผู้คนประสบกับภาวะ “ข้อมูลท่วม” (information overload) จากการผลิตข้อมูลใส่เข้าไปในระบบโดยใครก็ได้ ทั้งที่มีความรู้จริง ในเรื่องนั้น ๆ หรือที่รู้ครึ่ง ๆ กลาง ๆ จนถึงใครต่อใครที่อาจไม่มีความรู้อะไรเลยแต่สร้างข้อมูลขึ้นเพื่อประโยชน์ทางใดทางหนึ่ง

ดาบทั้งสองคมนี้ จะยิ่งคมมากขึ้นทั้งในด้านที่เป็นประโยชน์ต่อการมีข้อมูลอันเป็นประโยชน์มากมาย และในด้านที่มีข้อมูลที่เป็นอันตรายต่าง ๆ ที่มีปริมาณมหาศาลไม่แพ้กัน



ที่มา: www.freepik.com

ข้อมูลดิจิทัล...เข้าใจ “ง่าย” หลงเชื่อก็ “ยิ่งง่าย”

ในปริมาณข้อมูลอันมหาศาลนั้น ไม่ว่าผู้ผลิตข้อมูลจะมีความตั้งใจที่บริสุทธิ์ หรือแฝงด้วยความไม่ประสงค์ดี ต่างมีเป้าหมายเดียวกันอย่างหนึ่ง นั่นคือ ความหวังที่จะให้ผู้คนได้เข้าถึง และเข้าใจ เพื่อจะได้คล้อยตาม และทำตามที่ตนเองตั้งใจไว้

เป้าหมายนี้เองที่ทำให้ผู้ผลิตข้อมูลต่าง ๆ พยายามทำให้ข้อมูลเข้าใจง่ายที่สุด และในระยะเวลาสั้นที่สุด นี่ไม่ใช่ความพยายามที่จะใช้พื้นที่ และเวลาของสื่อให้กระชับเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เพราะเมื่อเทียบกับราคาของเวลาในการเผยแพร่แล้ว โลกยุคดิจิทัลนับว่าให้พื้นที่และเวลาแก่ผู้ผลิตข้อมูลอย่าง “เหลือเฟือ” จนสื่อกระแสหลักดั้งเดิมที่เก็บค่าออกอากาศแพงลิ่ว ปรับตัวไม่ทันและต้องล้มหายตายจากไป

แต่ที่สิ่งที่คุณผลิตสื่อยุคดิจิทัลแย่งกันทำเนื้อหาให้สั้น และกระชับที่สุด คือ “ความอดทน” ของผู้เสพสื่อที่ดูจะยิ่งน้อยลงไปทุกวัน นิ้วโป้งของผู้บริโภคสื่อรุ่นเยาว์ และนิ้วชี้ของผู้บริโภคสื่อสูงวัย พร้อมที่จะ “สไลด์” ทัณฑ์หากเจออะไรที่ “ยากและเยิ่นเย้อ”

ผู้ผลิตข้อมูลสุขภาพในโลกยุคดิจิทัลปรับตัวอย่างมากในการทำข้อมูลให้กระชับและดึงดูดมากที่สุด มาทั้งในรูปแบบ การใช้ท่วงท่าลีลา การนำเสนอที่มีเอกลักษณ์เฉพาะที่เรียกกันว่า “อินฟลู” (หมายถึง อินฟลูเอนเซอร์- influencer) การทำวิดีโอสั้น ซึ่งนับวันจะยิ่งสั้นขึ้น จากยุคความยาวขนาดหลายสิบนาทีในยูทูบ จนถึงยุคที่ทุกอย่างต้องจบภายใน 30 วินาทีอย่างตึกตอก

อีกทั้งเนื่องจากสมองมนุษย์สามารถจดจำและประมวลผลภาพได้ภายใน 13 มิลลิวินาที เทียบกับการเข้าใจตัวอักษรแต่ละคำที่ใช้เวลา 150-300 มิลลิวินาที ซึ่งเร็วกว่าหลายเท่าตัว ทำให้มีการนำการสื่อสารในรูปแบบอินโฟกราฟิก (infographic) ผสมกับการย่อข้อมูลเป็นส่วนเล็ก ๆ และค่อย ๆ นำเสนอเป็นขั้น ๆ เพื่อให้รับรู้และเรียนรู้ทีละเล็กละน้อย (micro learning) มาใช้ประกอบอย่างแพร่หลาย²⁷

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวข้องกับหลักฐานและเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ที่ไม่สามารถทำให้ง่ายและกระชับจนเกินไป (oversimplified) และยิ่งการใช้การนำเสนอที่หือหวา (overdramatic) จนเกินจากความจริงที่ควรจะเป็น ยิ่งเป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ

ยิ่งไปกว่านั้น มีงานวิจัยพบว่าผู้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อโซเชียลเชื่อถือข้อมูลจากคุณภาพและความดูดีของการผลิตสื่อ (quality of production) รวมทั้งผู้นำเสนอ (presenter) ซึ่งหมายความว่า หากมุกมกล้อ ภาพ เสียง คำพูดทำออกมาดูดี คนฟังก็เชื่อไปแล้วโดยไม่ให้ความสำคัญว่าข้อมูลเหล่านั้นมาจากไหน

อินฟลูที่รูปร่างดี หน้าตาดี พูดจาแคล่วคล่อง สวมชุดกาวน ก็สร้างความเชื่อมั่นใส่แก่ผู้ฟังได้อย่างสนิทใจโดยไม่สนใจว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์มาพูดจริง ๆ และให้ข้อมูลที่เป็นจริงหรือไม่²⁸

แต่หากอธิบายเหตุผลที่มา อ้างอิงหลักฐานอย่างยืดเยื้อ และยิ่งหากเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการทดลองทางวิทยาศาสตร์ที่มีความซับซ้อน ก็ไม่ได้เป็นผลดีต่อความเข้าใจของสาธารณชนทั่วไป และอาจกลายเป็นการปฏิเสธที่จะรับรู้ข้อมูลสำคัญเหล่านั้นเสียอีก

ตัวอย่างเช่น “น้ำมันมะพร้าวรักษามะเร็ง!”

พิศ ลองน้ำมันมะพร้าวรักษามะเร็งได้



อ่านแล้ว
12.33

เดี๋ยวฉันจะไปหากินเยอะๆ

เพื่อนสมัยประถมของยายพิศ ได้รับข้อความจากกลุ่มเพื่อนมัธยม และทราบว่ายายพิศเพิ่งตรวจพบมะเร็งในช่องปากจากการกินหมากมาเกือบทั้งชีวิต จึงรีบส่งข้อความนี้ให้ยายพิศทันที ยายพิศก็รีบไปหาซื้อน้ำมันมะพร้าวมาหลายขวดทันทีเช่นกัน และอาจส่งต่อให้กับเพื่อนคนอื่น ๆ ทุกไลน์กลุ่ม เพื่อแชร์ข้อมูลสุดมหัศจรรย์นี้

ข้อความที่ส่งมาสุดแสนจะกระชับ ฟังดูเข้าใจง่าย จุดประกายความหวังให้กับยายพิศ แต่ความจริงและที่มาซับซ้อนกว่านั้นมาก

มีการศึกษาทดลองแล้วพบว่า กรดไขมันสายกลาง (medium-chain fatty acids: MCFAs) ในน้ำมันมะพร้าว เช่น กรดลอริก (lauric acid) สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งบางชนิดเช่นมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งผิวหนัง ในหลอดทดลอง โดยการกระตุ้นการตายของเซลล์ตามระบบ ซึ่งเรียกว่า อะพอพโทซิส (apoptosis) และลดการมีชีวิตของเซลล์ร้อยละ 70-90^{29,30} แต่นั่นก็ห่างไกลจากการ “รักษามะเร็งในมนุษย์ได้” อย่างลิบลับ เพราะยังไม่มีการศึกษาทดลองในมนุษย์ (clinical trials) พิสูจน์ความปลอดภัยและประสิทธิผลอย่างละเอียดถี่ถ้วน

9.00

อ่านแล้ว
12.33

สวัสดีวันจันทร์

ถ้าส่งข้อมูลทั้งหมดนี้ให้ยายพิศทางไลน์ ยายพิศก็คงเลื่อนผ่านเพราะข้อความยาวเกินกว่าความอดทนและสังขารสลายตา หรือไม่ก็ส่งต่อให้เพื่อนอีกกลุ่มทันทีโดยไม่ต้องอ่าน

เว้นเสียแต่ยายพิศจะเป็นนักวิทยาศาสตร์!

ชักถาม ได้ตอบ กันใจ...แต่ “ใคร” เป็นคนตอบ?



ที่มา: <https://spd.moph.go.th/mohprom/>

เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ หลายเรื่อง เป็นเรื่องที่ซับซ้อน อธิบายยาก เข้าใจยาก ทั้งจากฝ่ายผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้รับบริการสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความรู้สึก และความต้องการบางอย่างมันยาก ที่จะอธิบาย

ไม่เพียงเท่านั้น บางเรื่องยังมีความลำบากใจที่จะสื่อสาร เป็นเรื่องที่มีความอ่อนไหว เพราะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเป็นไปส่วนบุคคล อย่างเช่น อวัยวะภายใน การหลุดถึง หรือ การอธิบายตรง ๆ สร้างความกระตาคาย ที่อาจทำให้ผู้รับบริการสุขภาพรู้สึก ไม่อยากไปพบปะพูดคุย หรือขอคำปรึกษา จากสถานให้บริการสุขภาพ ไม่ว่าจะ เป็น โรงพยาบาล คลินิก หรือร้านขายยา

โปรแกรมตอบกลับอัตโนมัติ หรือแชทบอท (chatbot) ลดความ ประดักประเดิดเหล่านี้ไปได้มาก ผู้คน ทั่วไปสามารถเข้าไปพูดคุย สอบถามข้อมูล ไม่ว่าจะ เป็น ข้อมูลที่มีความอ่อนไหว แค่นั้น หรือคับข้องใจเพียงใด

ปัจจุบันมีการพัฒนาแชทบอท เพื่อเป็นช่องทางให้ประชาชนทั่วไป ได้พูดคุย ชักถามข้อมูลสุขภาพ และข้อมูล การบริการสุขภาพหลากหลายช่องทาง แชทบอทที่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย และ เป็นแชทบอทด้านสุขภาพแรก ๆ ของ ประเทศไทยคือ “หมอพร้อม” ที่แต่เดิม ใช้ชื่อ เอ็มโอพีเอช คอนเนคต์ (MOPH Connect) พัฒนาโดยกระทรวง สาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 เป็นแชทบอทที่มีส่วนสำคัญอย่างมากในการสื่อสาร ระดับบุคคลกับประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการรับวัคซีน ติดตามอาการ และการ ให้การบริการสุขภาพ³¹

นอกจากนี้ยังมีแชทบอทอื่น ๆ ที่เป็นช่องทางการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communication) ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น “ใส่ใจ” (Psyjai) พัฒนาโดยโรงพยาบาลศิริราช “แชทซัวร์” (Chat Sure) พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) “อัน อัน บอท” (AN AN BOT) พัฒนาโดยโรงพยาบาล วิมุต “แผนไทย เอไอ ดีกเตอร์” (Panthai AI Doctor) และ “แผนไทย แชทบอท” (Panthai Chatbot) พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ที่เน้นบริการแพทย์แผนไทย โดยเฉพาะ และเพิ่งเปิดตัวในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568



ที่มา: Facebook เพจ Psyjai

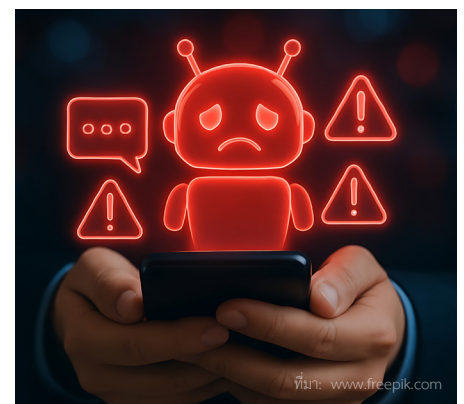


ที่มา: Facebook เพจ Social Marketing Thaihealth by สสส.

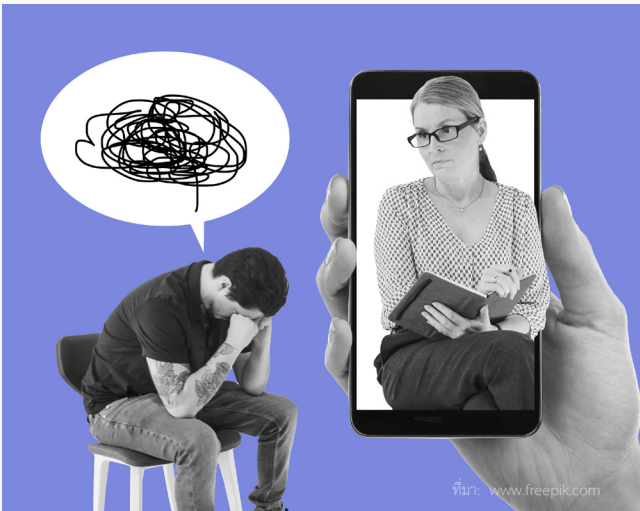
แชทบอทเป็นการใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าด้านดิจิทัลและปัญญา ประดิษฐ์ในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพและบริการสุขภาพเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาการรอคอยทั้งจากการโทรศัพท์สอบถามจากพนักงานหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และจากการเดินทางไปด้วยตัวเอง ลดระยะเวลาในการพบอาการ (early identification) และการคัดกรอง (screening) ลงได้อย่างมาก แต่ก็มีข้อควรระวังที่ผู้ใช้ต้องตระหนักและพึงระมัดระวัง ส่วนหน่วยงานที่ให้ บริการก็ต้องอาศัยการพัฒนาให้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยจากมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด (Stanford) รายงานว่าแชทบอทส่วนใหญ่ถูกออกแบบมาให้ เชื่อฟัง และคล้อยตามผู้ใช้ หลีกเลี่ยงความขัดแย้งซึ่งในบางสถานการณ์อาจไม่ใช่เรื่องที่เหมาะสม เช่น ในกรณีการใช้แชทบอทที่ทำงานโดยระบบภาษาขนาดใหญ่ (Large Language Model: LLM-based systems) เพื่อให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต³² และยังมี การศึกษาด้วยการสร้างโมเดลจำลอง (simulation) จากมหาวิทยาลัยเยล (Yale) ที่พบว่าแชทบอทสั่งให้มีการส่งตรวจในห้องแล็บ (lab test) ที่ไม่จำเป็นถึง ร้อยละ 91.9 และสั่งยาไม่เหมาะสมร้อยละ 57.8³³

ผลร้ายจากข้อบกพร่อง เหล่านี้ กว่าจะปรากฏก็อาจสาย ไปเสียแล้ว และอาจจะเหมือน กรณีอุบัติเหตุที่เกิดจากรถยนต์ ไร้คนขับ (autonomous car) ที่ยังไม่ทราบว่าจะอยู่ในความรับผิดชอบของใคร กลายเป็นช่องโหว่สำคัญในระบบความรอบรู้ ด้านสุขภาพบนสื่อดิจิทัล



ที่มา: www.freepik.com



ใน พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิตรายงานว่าคนไทยราว 4.4 ล้านคน เป็นโรคจิตเวชและมีปัญหาสุขภาพจิต เด็กไทยป่วยซึมเศร้ามีราว 2,200 คน ต่อประชากรแสนคน และเสี่ยงทำร้ายตัวเองกว่าร้อยละ 17.0³⁴ แต่มีเพียงร้อยละ 10.6 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต³⁵ ในสภาพเช่นนี้ แชนบอทเป็นความหวังอย่างมากที่จะช่วยผ่อนคลายความตึงตัวของระบบการให้บริการสุขภาพจิต แต่จะต้องทดสอบให้มั่นใจว่าปลอดภัยจริง ๆ ไม่เช่นนั้น อาจยังอันตราย เพราะคนจำนวนมากสามารถเข้าถึงแชนบอทเหล่านี้ได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว

“รีวิว” และ “คอมเมนต์” ช่วยการตัดสินใจ

การเข้าถึงข้อมูลที่มากขึ้น มาพร้อมกันเสมอกับ “ทางเลือก” ที่มากขึ้น

ในอดีต ตัวเลือกการให้บริการต่าง ๆ มาจากหมอเป็นหลัก...จะรักษาทางยา หรือจะผ่าตัด? หากจะผ่าตัดก็อาจมีทางเลือกอีกว่าจะใช้อุปกรณ์แบบไหน

การตัดสินใจสุดท้ายกลับไปให้ผู้รับบริการสุขภาพ ซึ่งหลายครั้งก็สร้างความหนักใจไม่น้อย แม้หมอจะให้ข้อมูลต่าง ๆ มาแล้วอย่างละเอียดถี่ถ้วน พร้อมกับให้แผ่นพับที่มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์อย่างแน่น!

ปัจจุบัน “กูเกิล” กลายเป็นที่ปรึกษาด้านแรกเสมอเมื่อต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตัดสินใจ และจากกูเกิลนั่นเอง ก็จะค่อย ๆ ช่วยคลำทางไปถึงแหล่งข้อมูล และกลุ่มคนต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญการตัดสินใจเดียวกัน หรือคล้ายกัน หรือเคยผ่านประสบการณ์มาแล้ว มาช่วยให้ความเห็น

สิ่งที่ล้ำกว่ากูเกิล คงต้องยกให้เอไอ (ปัญญาประดิษฐ์) สารพัดยี่ห้อ



การตัดสินใจง่ายขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก และนอกจากการช่วยตัดสินใจแล้ว ก็ยังอาจพาไปพบทางเลือกอื่นอีก นอกเหนือจากที่หมอหรือคนอื่น ๆ บอกมาก่อนหน้า

ในการตัดสินใจที่จะเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ หรือใช้บริการสุขภาพอะไรทุกวันนี้ การอ่าน “รีวิว” (review) หรือ “คอมเมนต์” (comment) ซึ่งหมายถึงการแสดงความคิดเห็นของคนที่มีประสบการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ หรือบริการเหล่านั้นมาก่อน ช่วยให้การพิจารณาตัดสินใจมีความเหมาะสมกับบริบทของตนเองได้มากขึ้น ไม่ว่าจะป็นลักษณะของอาการ ความสะดวกในด้านต่าง ๆ รวมทั้งราคาและเงินในกระเป๋า ซึ่งบางครั้งก็เป็นสิ่งอัดอั้นที่ไม่อยากจะถามหรือบอกตรง ๆ

อย่างไรก็ตาม รีวิว และคอมเมนต์ส่วนใหญ่หรือแทบจะทั้งหมดเขียนขึ้นโดยคนที่ไม่มีทางทราบได้ว่าเป็นใคร มีความรู้ และประสบการณ์อย่างนั้นจริง ๆ หรือไม่

นอกจากนี้ นวัตกรรมสื่อดิจิทัลมีการพัฒนาให้อยู่ในรูปแบบที่ช่วยให้เข้าใจได้ชัดเจนมากขึ้น ไม่ใช่แต่เพียงการทำรูปภาพกราฟิก แต่ยังสามารถแสดงภาพจริง หรือภาพเสมือนจริงผ่านสื่อใหม่ ๆ ไม่ว่าจะป็นเทคโนโลยี **ความจริงเสริม (Augmented Reality: AR)** เป็นการซ้อนข้อมูลดิจิทัล เช่น รูปภาพหรือกราฟิก ลงบนภาพโลกจริง **ความจริงเสมือน (Virtual Reality: VR)** หมายถึงการสร้างสภาพแวดล้อมเสมือนจริง ซึ่งต้องมองผ่านอุปกรณ์เสริม เช่น แว่น VR **ความจริงผสม (Mixed Reality: MR)** คือการรวมทั้ง AR และ VR เข้าด้วยกัน ทำให้วัตถุดิจิทัล และวัตถุจริงอยู่บนหน้าจอ เพื่อเสริมความเข้าใจให้มากขึ้น และ**ความจริงขยาย (Extended Reality: XR)** คือการใช้ทั้ง AR VR และ MR ด้วยกัน

ตัวอย่างเช่น มีการทดลองใช้ VR เพื่อสื่อสารและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บปวดเรื้อรังจากโรคต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของคนจำนวนมาก และพบว่าได้ผลลัพธ์ค่อนข้างดี และกำลังมีการขยายผลเพื่อประยุกต์ใช้กับการเจ็บป่วยกรณีอื่น ๆ^{36, 37} และการใช้ VR และ AR เพื่อช่วยเหลือการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังจากการผ่าตัดหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวเนื่องจากหลอดเลือดในสมองตีบ (stroke rehabilitation)³⁸



จัดการพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยแพลตฟอร์มและอุปกรณ์ดิจิทัล

ไม่ต้องตกใจหากระหว่างการประชุมจะมีใครที่อยู่ ๆ ก็ลุกขึ้นไปยืนหลังห้องประชุม และเดินไปเดินมาเล็กน้อยหลังจากที่สวมสมาร์ทวอช (smart watch) ที่ข้อมือของเขาคนนั้นสั้นเตียนเบา ๆ

นั่นเป็นการส่งข้อความผ่านสมาร์ทวอชเพื่อเตือนว่าเขา “เนือยนิ่ง” (sedentary) มาเป็นเวลานานเกินไปแล้ว ถึงเวลาที่ต้องขยับหรือยืนเพื่อให้ร่างกายมีปริมาณกิจกรรมต่อวันที่พอเพียง...เป็นเรื่องที่หลายปีก่อนหน้านี้แทบจะไม่มีใครสนใจ หรือใส่ใจเลย

สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในปัจจุบัน ทำให้การดำเนินชีวิตมีความสะดวกสบายขึ้นอย่างมาก จนทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลงจนถึงระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และยิ่งเมื่อคนเสพติดการใช้โทรศัพท์มือถือ ยิ่งทำให้เคลื่อนไหวของร่างกายลดลงไปอย่างน่าตกใจ³⁹ จนเกิดการรณรงค์ให้คนมีการก้าวเดินต่อวันในปริมาณที่เหมาะสม และทำให้เกิดอุปกรณ์สวมใส่บนร่างกาย (wearable devices) ที่สามารถตรวจจับจำนวนก้าวในแต่ละวัน ต่อมาอุปกรณ์เหล่านี้มีพัฒนาการมากขึ้นเรื่อย ๆ และสามารถเก็บข้อมูล ที่สามารถสะท้อนสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวันอื่น ๆ และสัญญาณชีพ (vital signs) ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นอุณหภูมิร่างกาย ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต

ข้อมูลเหล่านี้สะดวก และแม่นยำกว่าการตรวจวัดและบันทึกเอง ทำให้เป็นระเบียบข้อมูลสำคัญในการประเมินสุขภาพ และการใช้ชีวิตประจำวัน

ยิ่งไปกว่านั้น อุปกรณ์เหล่านี้อำนวยความสะดวกในการจัดการตัวเอง (self-management) ด้วยการแจ้งเตือน แสดงผลการวิเคราะห์เบื้องต้น ส่งข้อความให้กำลังใจ

มีการศึกษายืนยันว่า อุปกรณ์เหล่านี้ช่วยให้คนเดินได้ 1,500 ก้าวต่อวันเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 25 และทำให้คนเชื่อมั่นในผลดีต่อสุขภาพโดยรวมจากการออกกำลังกาย⁴⁰

ถ้าจะบอกว่า **อุปกรณ์เหล่านี้กำลังทำหน้าที่โค้ช (coach) ส่วนตัว** ก็ไม่น่าจะผิดไปเท่าไรนัก

นอกจากนี้ หากเกิดการแข่งขันกันระหว่างเพื่อนด้วยการอวดตัวเลขจำนวนก้าว หรือจำนวนชั่วโมงในการออกกำลังกายบนโซเชียล ก็จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดพลังในการสร้างสุขภาพระดับกลุ่มที่เป็นวงกว้างขึ้นไปอีก อุปกรณ์เหล่านี้อาจเป็นพยาบาลส่วนตัวที่คอยตรวจสอบสัญญาณผิดปกติในร่างกาย เช่น การเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ แล้วแจ้งเตือน หรือแม้แต่แจ้งไปยังแพทย์ด้วยซ้ำไป

อุปกรณ์สวมบนร่างกายเหล่านี้ เป็นเครื่องมือที่ทำงานร่วมกับแอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่มีการพัฒนาออกมาเรื่อย ๆ ปัจจุบันมีแอปพลิเคชันเพื่อการดูแลสุขภาพที่อยู่ทั้งบนแอปสโตร์ (App Store) และกูเกิลเพลย์ (Google Play) มากกว่า 350,000 แอปพลิเคชัน⁴¹ ครอบคลุมการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านอื่น ๆ อีก ไม่ว่าจะเป็นการกิน การนอน หรือแม้แต่มลพิษในอากาศ เช่น ปริมาณฝุ่น PM_{2.5}



อย่างไรก็ตาม ผลเสียของอุปกรณ์ดิจิทัลเหล่านี้ก็มีอยู่บ้าง เช่น การหมกมุ่นกับการติดตามข้อมูลเหล่านี้มากเกินไป (tracking obsession)

งานวิจัยพบว่า ผู้ใช้อุปกรณ์เหล่านี้บางคนเกิดอาการ “กระวนกระวาย” ในการติดตามตรวจสอบข้อมูลเหล่านี้บ่อยเกินไป กังวลเมื่อไม่ได้ใส่ อุปกรณ์ รู้สึกผิดเมื่อไม่ถึงเป้าหมาย และไม่สามารถหยุดติดตามได้แม้จะอยากพัก การศึกษาของมหาวิทยาลัยโคเปนเฮเกน (University of Copenhagen) ใน พ.ศ. 2562 พบว่า หลายคนเกิดความกลัวและความวิตกกังวลโดยไม่จำเป็น⁴²

หญิงวัย 70 ปีรายหนึ่งในสหรัฐอเมริกาที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว (paroxysmal atrial fibrillation) จึงสวมสมาร์ทวอชเพื่อติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ แต่เธอตรวจดูอัตราการเต้นของหัวใจบ่อยมากจนเกิดอาการวิตกกังวลรุนแรง และต้องรับการบำบัดทางจิตถึงหกครั้งเพื่อจัดการกับความวิตกกังวลดังกล่าว

นอกจากนี้ หลายคนอาจไม่ทันตระหนักว่า อุปกรณ์เหล่านี้ไม่ใช่อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยังมีปัญหาความแม่นยำ อุปกรณ์เหล่านี้ออกแบบมาเพื่อเก็บข้อมูลระดับประมาณการ และมักจะประเมินเกินจากความเป็นจริง (overestimate)

อีกทั้ง ราคาขยับอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ทำให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง ส่งผลให้ “ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ” ยังคงเป็นประเด็นสำคัญในสังคมต่อไป



“คลิก และ แชร์” ... แปลว่า “หวังดี”?

โดยหลักการแล้ว ข้อมูลในอินเทอร์เน็ตสามารถเดินทางได้ราว 299,000 กิโลเมตรต่อวินาที ซึ่งใกล้เคียงกับความเร็วแสง (ประมาณ 300,000 กิโลเมตรต่อวินาที)... แต่นั่นก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ!!

นักวิทยาศาสตร์ยังเชื่อว่าข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ตสามารถเดินทางได้เร็วขึ้นกว่านั้นได้อีก!! ถ้าสามารถแก้ไขปัญหาเรื่อง “ความหน่วงของเครือข่าย” (network latency) ได้

การ “บอกต่อ” (share) ข้อมูลสุขภาพในยุคดิจิทัลจึงสามารถทำได้รวดเร็วมาก และยิ่งง่ายเมื่อเครื่องมือในการ ส่ง-รับ **อยู่ในมือของทุกคน**

ข้อมูลที่ส่งต่อ ไม่เพียงแต่ไประดับความรู้ของผู้รับ แต่ยังสามารถโน้มน้าวจิตใจ ปรับ และเปลี่ยนทัศนคติ และอาจรวมถึงพฤติกรรม หากข้อมูลเหล่านั้นมีพลังเพียงพอ

ระหว่างการระบาดของโควิด-19 สื่อโซเชียลมีบทบาทสำคัญในทุกพื้นที่ทั่วโลกในการเข้าถึงประชาชนเพื่อสื่อสารเกี่ยวกับการรับมือกับสถานการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ...เป็นการทำให้ข้อมูลเป็นของสาธารณะชน (democratization of information) อย่างแท้จริง

การแชร์เรื่องราวดี ๆ สามารถสร้างการเคลื่อนไหวในวงกว้าง ตั้งแต่ระดับประเทศ ไปถึงระดับโลก เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ดี อย่างเช่น ALS Ice Bucket Challenge ซึ่งเป็นกิจกรรมรณรงค์น้ำแข็งใส่ตัวเพื่อระดมทุนวิจัยเพื่อการรักษาโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Amyotrophic Lateral Sclerosis: ALS) ที่สามารถระดมทุนมหาศาลราว 115 ล้านดอลลาร์สหรัฐ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั่วโลกกว่า 17 ล้านคน โดยไม่มีใครต้องเสียค่าเดินทางไปไหนเลยแม้แต่ครั้งเดียว⁴³ สามารถสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคนี้ได้อย่างกว้างขวาง และมีพลัง

ในยุคการสื่อสารดิจิทัลที่มีช่องทางการสื่อสารมากมายหลายช่องทาง แต่ละช่องทางมีลักษณะเฉพาะที่เหมาะสมกับคนแต่ละกลุ่ม เช่น เฟซบุ๊ก (Facebook) สำหรับการสื่อสารเรื่องราวส่วนตัว กลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเจเนอเรชันวาย แต่หากจะสื่อสารกับเจเนอเรชันซี ก็ต้องใช้อินสตาแกรม (Instagram) หากเป็นการสื่อสารข้อมูลที่ค่อนข้างเป็นสาระ การสื่อสารผ่านแพลตฟอร์มเอ็กซ์ (X) จะเหมาะสมกว่าช่องทางอื่น ๆ ความเร็ว และความกว้างขวางของการครอบคลุมไม่ใช่ปัญหาแต่อย่างใด แต่ความน่าเชื่อถือ และเหมาะสมของข้อมูลที่จะบอกต่อ เป็นสิ่งที่น่าห่วงมากกว่าในโลกยุคดิจิทัล เพราะมีผลต่อทัศนคติ และพฤติกรรมอย่างมาก

การวิเคราะห์ข้อมูลที่เผยแพร่บนทวิตเตอร์ (Twitter ปัจจุบันคือ X) ระหว่างปี พ.ศ. 2549–2560 พบว่า “ข้อมูลเท็จ” มีแนวโน้มถูกเผยแพร่สูงกว่าข้อเท็จจริงถึงร้อยละ 70 ในทุกประเภทของเนื้อหา อีกทั้งมักแพร่กระจายได้ไกลกว่า เร็วกว่า และกว้างขวางกว่ามาก ขณะเดียวกันยังมีการศึกษาที่ระบุว่า แพทย์กว่า 94% ในมลรัฐนอร์ทแคโรไลนา ประเทศสหรัฐอเมริกา เคยพบผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ผิดพลาดจากสื่อสังคมออนไลน์

นอกจากนี้ ผู้ใช้จำนวนไม่น้อยยังแชร์ข้อมูลด้วยความหวังดี โดยไม่ได้อ่านเนื้อหาให้ครบถ้วน ตรวจสอบแหล่งที่มา หรือพิจารณาความน่าเชื่อถือให้รอบด้าน ส่งผลให้ชาวปลอม ไม่ว่าจะเป็ วิตามินครอบจักรวาล ยาวิเศษรักษาสารพัดโรค หรือชาแก้ทุกอาการ ยังคงปรากฏแพร่หลายและสร้างความเข้าใจผิดในวงกว้าง

โลกดิจิทัลจึงเปิดทั้ง “โอกาส” และ “ความท้าทาย” ต่อการทำงานด้านสุขภาพในทุกองค์ประกอบของ วิ-เซพ ตั้งแต่ การเข้าถึงข้อมูลที่ง่ายขึ้น แต่เสี่ยงเจอข้อมูลเท็จมากขึ้น ความเข้าใจที่เกิดเร็ว แต่ถูกชักจูงได้ง่าย การสื่อสารตอบโต้ที่ทันใจ แต่ได้รับการรับรองความถูกต้อง การตัดสินใจจากข้อมูลที่มากจนคัดกรองไม่ไหว และคำแนะนำจากแหล่งที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเทคโนโลยีล้ำสมัย ซึ่งอาจตามมาด้วยค่าใช้จ่ายที่สูง การบอกต่อที่ทำได้ง่ายตาย แต่หากขาดการตรวจสอบ ก็อาจแพร่ความเสี่ยงและความเข้าใจผิด

ท้ายที่สุด ความหวังดีอาจไม่ก่อให้เกิดผลดีนัก หากปราศจาก “วิจารณญาณ” ในการรับรู้และส่งต่อข้อมูล

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ช่องว่างสามประการที่ทำให้การผลักดันความรอบรู้ด้านสุขภาพในโลกดิจิทัลขาดความครอบคลุม

ในโลกยุคดิจิทัล ข้อมูลสุขภาพมีอยู่มากมายจนล้นหลาม คนเข้าถึงได้ง่าย เข้าใจได้เร็ว สื่อสารได้สะดวก แต่สิ่งที่เกิดขึ้นจริงกลับไม่เป็นไปตามความหวัง อย่างเรื่องราวของเจมี พ่อแบงก์ และยายพิศ

การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพบนพื้นที่ดิจิทัลชี้ให้เห็นช่องว่างสำคัญสามประการ คือ

ประการแรกคือ “กลไกที่หายไป” การเผยแพร่ข้อมูลในอดีต โดยเฉพาะข้อมูลสุขภาพต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบหลายชั้น แต่ในโลกดิจิทัล กลไกเหล่านี้หายไป ใคร ๆ ก็สามารถเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพได้โดยไม่ต้องผ่านการตรวจสอบ อินฟลูเอนเซอร์ที่ไม่มีความรู้ทางการแพทย์รีวิวลิตภัณฑ์สุขภาพได้ มีฉลากซีพสร้างเว็บไซต์ปลอมได้ แชนบอทที่ยังไม่ผ่านการทดสอบให้คำแนะนำสุขภาพได้ กฎหมายที่มีอยู่ถูกเขียนขึ้นเมื่อสี่สิบกว่าปีก่อน เมื่ออินเทอร์เน็ตยังไม่มีเมื่อ AI ยังไม่เกิด จึงตามไม่ทันปัญหา

ประการที่สองคือ “กลไกที่ทำงานผิดพลาด” อัลกอริทึมของแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียถูกออกแบบมาเพื่อเพิ่ม “การเข้าร่วม” (engagement) ไม่ใช่เพื่อเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้อง เนื้อหาที่ล้าสมัย น่าตื่นตื้น กระตุ้นอารมณ์จะถูกแสดงมากกว่าข้อเท็จจริง ชาวว่า “น้ำมันมะพร้าวรักษามะเร็งได้!” แพร่กระจายเร็วกว่าบทความวิชาการ ระบบรีวิวลิตภัณฑ์สุขภาพมีการซื้อรีวิวลิตภัณฑ์สุขภาพปลอม แม้แต่อุปกรณ์สุขภาพดิจิทัลที่ออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือ ก็อาจสร้างปัญหาใหม่ การติดตามข้อมูลสุขภาพอย่างหมกมุ่นทำให้เกิดความวิตกกังวลรุนแรง ข้อมูลที่ไม่แม่นยำทำให้เกิดตัดสินใจผิดพลาด

ประการที่สามคือ “กลไกที่ไม่เพียงพอ” บริการการแพทย์ทางไกลมีแล้ว แต่ยังไม่เพียงพอ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพมีอยู่ แต่แข่งขันกับข่าวปลอมที่มิงบประมาณมหาศาลไม่ได้ ที่สำคัญคือ การพัฒนาความรอบรู้เชิงวิพากษ์ยังไม่เพียงพอ การสำรวจพบว่า แม้คนที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงก็ยังคงตกเป็นเหยื่อได้ การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่พอ ต้องมีวิจารณญาณ ต้องคิดวิเคราะห์ ตั้งคำถาม ตรวจสอบ เปรียบเทียบ และตัดสินใจอย่างมีเหตุผล แต่ระบบการศึกษาเน้นการท่องจำมากกว่าการคิดวิเคราะห์ สื่อสารมวลชนเน้นความรวดเร็วมากกว่าความถูกต้อง วัฒนธรรมสังคมเน้นความเคารพอาวุโสมากกว่าการตั้งคำถาม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในยุคดิจิทัลจึงไม่ได้หมายถึงเพียงแค่การรู้มาก แต่หมายถึงการรู้รอบคอบ โดยรอบคอบทั้งในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ รอบคอบในการเข้าใจอย่างถูกต้อง รอบคอบในการสื่อสารกับคนที่เชื่อถือได้ รอบคอบในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล รอบคอบในการเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี รอบคอบในการแชร์สิ่งที่ถูกต้อง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่สามารถพัฒนาได้ด้วยการให้ข้อมูล หรือรับข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยระบบนิเวศที่เอื้อให้ผู้คน “คิดเป็น เลือกรับ และดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับบริบทชีวิตของตน” ดังเช่นบทเรียนจากโครงการภาษาเจอร์แมนี่ที่แสดงให้เห็นว่า เมื่อชุมชนมีพื้นที่เรียนรู้ร่วมกัน มีผู้นำทางความคิด และมีเครื่องมือที่เหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะค่อย ๆ งอกงามจากภายใน และขยายผลไปสู่การดูแลกันและกันในระดับชุมชน

ดังนั้น การขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพบนพื้นที่ดิจิทัลในระยะต่อไป จำเป็นต้องขยับจากการมอง “ปัจเจกบุคคล” ไปสู่การมอง “ระบบ” และ “โครงสร้าง” ที่รายล้อมผู้คนอยู่ ทั้งในระดับนโยบาย เทคโนโลยี การสื่อสาร และวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลสุขภาพ

ข้อคิดสำหรับการขับเคลื่อนนโยบาย

สำหรับช่องว่างแรก เราต้องมีการพัฒนาองค์การที่กำกับดูแลข้อมูลสุขภาพบนสื่อดิจิทัล กำหนดมาตรฐานสำหรับแพลตฟอร์มและแอปพลิเคชันสุขภาพ รับรองผู้ให้คำปรึกษา สร้างเครื่องหมายที่ประชาชนตรวจสอบได้ และประสานกับแพลตฟอร์มต่าง ๆ เพื่อสร้างระบบเตือนภัย นอกจากนี้ เราอาจต้องพัฒนาระบบปัญญาประดิษฐ์ที่วิเคราะห์เนื้อหาสุขภาพแบบเรียลไทม์ ตรวจสอบคำกล่าวอ้างที่เกินจริง เปรียบเทียบกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ และแจ้งเตือนอัตโนมัติ การมีแพลตฟอร์มกลางที่รวบรวมบริการสุขภาพดิจิทัลที่ผ่านการรับรอง เชื่อมโยงสิทธิการรักษา เก็บประวัติสุขภาพอย่างปลอดภัย จะสร้างความเชื่อมั่น

สำหรับช่องว่างที่สอง ต้องมีการกำหนดจรรยาบรรณสำหรับผู้ที่เผยแพร่ข้อมูลต่าง ๆ โดยเฉพาะข้อมูลด้านสุขภาพ ห้ามให้คำแนะนำทางการแพทย์หากไม่มีคุณสมบัติ มีหลักฐานรองรับ และรับผิดชอบต่อนเนื้อหา แต่จรรยาบรรณจะมีความหมายก็ต่อเมื่อมีกลไกบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ เราต้องสร้างแรงจูงใจให้แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดียปรับอัลกอริทึมเพื่อส่งเสริมข้อมูลที่มีคุณภาพ ลดเนื้อหาที่กล่าวอ้างเกินจริง เพิ่มเนื้อหาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เพิ่มบริบท และอาจมีกลไกชะลอการแชร์สำหรับข้อมูลที่อาจเป็นเท็จ การมีมาตรฐานสำหรับอุปกรณ์สุขภาพดิจิทัลในเรื่องความแม่นยำ การแจ้งเตือน การปกป้องข้อมูล และคำเตือนเกี่ยวกับข้อจำกัด จะช่วยป้องกันปัญหา

ส่วนช่องว่างที่สาม คำถามคือ เราจะสร้างวิจาร์ณญาณให้กับคนทุกคนได้อย่างไร การศึกษาเป็นรากฐาน หลักสูตรสุขภาพต้องสอนให้เด็กกล้าตั้งคำถาม ตรวจสอบแหล่งที่มา เปรียบเทียบข้อมูล และป้องกันอคติและผลประโยชน์ทับซ้อน ประชาชนต้องได้รับการสอน การคิดวิเคราะห์ และสร้างวิจาร์ณญาณสำหรับทุกช่วงวัย การมีศูนย์กลางที่ประชาชนถามคำถาม และได้คำตอบที่เชื่อถือได้ผ่านช่องทางหลากหลาย มีผู้เชี่ยวชาญ มีฐานข้อมูลคำถามที่พบบ่อย และตอบรวดเร็ว

และที่สำคัญที่สุด จะต้องมีการ **สร้างวัฒนธรรมการสื่อสารสุขภาพที่รับผิดชอบ** ทั้งจากภาครัฐ สื่อมวลชน ผู้ผลิตเนื้อหา และประชาชนทั่วไป โดยตระหนักว่า “คลิกและแชร์” ไม่ได้แปลว่า “หวังดี” เสมอไป แต่ทุกการสื่อสารด้านสุขภาพล้วนมีผลกระทบต่อความคิดเห็นและชีวิตของผู้อื่น

เคล็ดลับการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพออนไลน์

5 คำถามก่อนเชื่อและแชร์:

- 1. ใครเป็นผู้เขียน?** มีคุณสมบัติด้านสุขภาพหรือไม่?
- 2. แหล่งที่มาคืออะไร?** มีการอ้างอิงงานวิจัยหรือแหล่งที่เชื่อถือได้หรือไม่?
- 3. ข้อมูลตรงกับแหล่งอื่นหรือไม่?** ลองค้นหาจากแหล่งอื่นเปรียบเทียบ
- 4. มีผลประโยชน์ทับซ้อนหรือไม่?** กำลังขายสินค้าหรือบริการหรือไม่?
- 5. ฟังดูดีเกินจริงหรือไม่?** หากฟังดูเหมือนปาฏิหาริย์ อาจไม่จริง

แหล่งข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้:

- เว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข (moph.go.th)
- เว็บไซต์กรมอนามัย (anamai.moph.go.th)
- แอปพลิเคชัน “หมอพร้อม”
- เว็บไซต์โรงพยาบาลชั้นนำ
- สมาคมวิชาชีพทางการแพทย์

ความรู้ด้านสุขภาพในโลกดิจิทัลมีให้เลือกมากมาย หากแต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม การก้าวจาก “รอบรู้” ไปสู่ “รอบคอบ” จึงเป็นโจทย์สำคัญของประเทศไทย โจทย์ที่ต้องอาศัยทั้งปัญญา เทคโนโลยี และความรับผิดชอบร่วมกัน เพื่อให้โลกดิจิทัลเป็นพลังเสริมของสุขภาพ มิใช่กับดักของความเข้าใจผิดที่ดูจะรุนแรงและเป็นอันตรายขึ้นทุกวัน

เส้นทางข้างหน้าอาจยาวไกล และท้าทาย แต่หากเราร่วมมือกัน เราจะสามารถสร้างสังคมที่**รอบรู้และรอบคอบ** ด้านสุขภาพ สังคมที่ผู้คนสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพวะที่ดีอย่างแท้จริง และสังคมที่ไม่มีใครถูกทิ้งไว้ข้างหลังในยุคดิจิทัล



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

บทความพิเศษ เรื่อง สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง กับสุขภาพคนไทย

- 1 พระราชวรวงศ์เธอ กรมหมื่นพิทยาลงกรณ์. สามกรุง, สำนักพิมพ์คลังวิชากรุงเทพฯ พ.ศ. 2518 น. 440-447
- 2 พล.อ.ไพโรจน์ รัตนพล และคณะ. 84 พรรษา นางแก้วคู่พระบารมี หนังสือเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ ในพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคล เฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 12 สิงหาคม 2559 บริษัท รุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด กรุงเทพฯ น.16-18
- 3 วิทย์ บันตติกุล 100 เรื่อง พระราชินีของฉันทน์ บริษัทสถาพรบุ๊ค จำกัด กรุงเทพฯ พ.ศ. 2553 น. 7-8
- 4 เพิ่งอ้าง น.12
- 5 อ้างแล้วใน (2) น.26
- 6 อ้างแล้วใน (3) น.14
- 7 ลีของศรี เซ.เซโรดาร์สิ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 และเจ้านายในโลซานน์ บันทึกความทรงจำของครูสอนพระองค์ในรัชกาลที่ 9 ดร.รงค์เทพ เวณจันทร์ แปล. สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา พิมพ์ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2559 น.210-229
- 8 อ้างแล้วใน (3) น.13
- 9 เพิ่งอ้าง น.14
- 10 อ้างแล้วใน (2) น.28-42
- 11 เกนหลง สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. บันทึก “เป็น อยู่ คือ” สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ. กรุงเทพฯ เมจิก โปรดักชั่นส์, 2535
- 12 ประมวลพระราชดำรัส สมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ ที่พระราชทานในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา พระราชดำรัส สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถในรัชกาลที่ 9 พระราชทานแก่คณะบุคคลต่างๆ ที่เข้าเฝ้าฯ ถวายพระพรชัยมงคลในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา ณ ศาลาดุสิดาลัย พระราชวังดุสิต วันที่ 11 สิงหาคม 2534. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. กรุงเทพฯ, 2548
- 13 อ้างแล้วใน (2) น. 48 – 61
- 14 ชาญวิทย์ เกษตรศิริ และคณะ. แม่ : กลับจากบ้านไปจนถึงปากน้ำ. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกรุงเทพฯ. น.541-615
- 15 กองราชเลขาฯ ในการในพระองค์สมเด็จพระบรมราชินีนาถ. ด้วยพลังแห่งรัก. กรุงเทพฯ : บริษัทศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด (มหาชน)
- 16 อ้างแล้วใน (11)
- 17 นครนายก, จังหวัด, 2560 ตามรอยเสด็จพระราชดำเนินจังหวัดนครนายก: เอกสารชุดข้อมูลเกี่ยวกับพระราชกรณียกิจและการทรงงานของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ที่จังหวัดนครนายก
- 18 พระราชดำรัส พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าวิภาวดีรังสิต ในงานสมาคมนักเรียนเก่าภาคพื้นยุโรป เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2515
- 19 สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง พระราชทานสัมภาษณ์... แก่ผู้สื่อข่าวหญิง. รอยยิ้มของในหลวง. ใน : ภาณุมาศ ทักษิณา, บรรณาธิการ. ประมวลพระราชดำรัส สมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ ที่พระราชทานในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ ฅรัฐพลการพิมพ์. 2554. น.89
- 20 พระราชดำรัสสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง พระราชทานแก่คณะบุคคลต่างๆ ที่เข้าเฝ้าฯ ถวายพระพรชัยมงคลในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา ณ ศาลาดุสิดาลัย พระราชวังดุสิต วันที่ 12 สิงหาคม 2522. สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี กรุงเทพฯ 2548 น. 42-50
- 21 อ้างแล้วใน (2) น. 44-47
- 22 อุดม ประมวลวิทยา. เสด็จประพาส 27 ประเทศ พระนคร : อักษรสมัย, 2514
- 23 พระราชินีพันปี สมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ. ความทรงจำในการตามเสด็จต่างประเทศอย่างเป็นทางการ. พิมพ์ครั้งที่ 1 เนื่องในโอกาสทรงเจริญพระชนมพรรษา 3 รอบ 12 สิงหาคม 2511 ครั้งที่ 2 เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 12 สิงหาคม 2547 ศิลนาการพิมพ์ กรุงเทพฯ. น. 109
- 24 เพิ่งอ้าง น. 115-116
- 25 เพิ่งอ้าง น. 153
- 26 อ้างแล้วใน (11)
- 27 อ้างแล้วใน (22) น. 191-193
- 28 เพิ่งอ้าง น. 205-211
- 29 อ้างแล้วใน (2) น. 138-140
- 30 อ้างแล้วใน (22) น. 301
- 31 สภาอากาศไทย. ราชอาณาจักร. พิมพ์เฉลิมพระเกียรติในมหามงคลสมัยเฉลิมพระชนมพรรษา ห้ารอบ สมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ และวโรกาสเสด็จพระราชดำเนินทรงเปิด “ศาลาธาราจารย์” จังหวัดตราด พฤษภาคม 2537. ความงาม (ไม่มีเลขหน้า).
- 32 อ้างแล้ว (2) น. 225
- 33 ประมวลพระราชดำรัส สมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถ ที่พระราชทานในโอกาสวันเฉลิมและชนมพรรษา. พระราชดำรัสที่พระราชทานแก่คณะบุคคลต่างๆ ที่เข้าเฝ้าฯ ถวายพระพรชัยมงคลในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา ณ ศาลาดุสิดาลัยสวนจิตรลดา วันพฤหัสบดีที่ 11 สิงหาคม 2531. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี กรุงเทพฯ. 2548. น. 192

- 34 อ้างแล้วใน (3) น. 101
- 35 <https://healthserv.net> เข้าถึงเมื่อ 4 ธันวาคม 2568
- 36 กองทุนอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชาินี มูลนิธิโรงพยาบาลเด็ก. ด้วยพลังแห่งรักและเมตตาต่อเด็ก จัดพิมพ์เนื่องในโอกาสพระราชพิธีเปิดอาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชาินี (ศูนย์การแพทย์เฉพาะทางโรคเด็ก). บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) กรุงเทพฯ พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2562 น. 76-107
- 37 เพิ่งอ้าง น.55
- 38 อ้างแล้วใน (2) น. 176-181
- 39 เพิ่งอ้าง น. 186
- 40 เพิ่งอ้าง น. 206-223
- 41 เพิ่งอ้าง น. 231-247
- 42 เพิ่งอ้าง น. 248-253
- 43 เพิ่งอ้าง น. 258-267

อ้างอิงภาพ

- 1 กรมศิลปากร. (2565) *ขอเชิญชมนิทรรศการพิเศษ เรื่อง “คู่แก้วอมขวัญแผ่นดินไทย” ณ พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ สวรรครวณายก* สืบค้นจาก <https://www.finearts.go.th/main/view/35101>
- 2 กรมประชาสัมพันธ์. (2568). *๒ พระองค์ทรงเคียงข้าง ปฏิบัติพระราชกรณียกิจเพื่อประชาชนชาวไทย น้อมสำนึกถึงพระมหากรุณาธิคุณ รัชกาลที่ ๙ และสมเด็จพระบรมราชชนนีพันปีหลวง สถิตใจชาวไทยตลอดไป*. สืบค้นจาก <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/9/iid/4344412>
- 3 rama9art. (2560). *Through the Lens of His Majesty King Bhumibol Adulyadej*. นิตยสารภาพถ่ายสีพระหัตถ์ โดยสมาคมถ่ายภาพแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และหอศิลป์วัฒนธรรมแห่งกรุงเทพมหานคร, 2 กันยายน 2560 – 7 มกราคม 2561 ณ หอศิลป์วัฒนธรรมแห่งกรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก http://www.rama9art.orgartisan/2017/september/through_lens_king_bhumibol/index.html
- 4 กรมประชาสัมพันธ์. (2568). *Humanitarian Work of Her Majesty Queen Sirikit The Queen Mother*. สืบค้นจาก <https://thailand.prd.go.th/en/content/category/detail/id/3324/iid/464388>
- 5 Sanook. (2568). *ภาพความประทับใจ “พระพันปีหลวง”*. สืบค้นจาก <https://www.sanook.com/news/9852914/>
- 6 VOGUE Thailand. (2568). *จากเกลียดแรกพบสู่รักนิรันดร์: ในหลวงรัชกาลที่ 9 และสมเด็จพระบรมราชชนนีพันปีหลวง*. สืบค้นจาก <https://vogue.co.th/article/the-lovestory-of-kingramaix-and-queensirikit>
- 7 Thai PBS. (2568). *พระบารมีของสมเด็จพระบรมราชชนนีพันปีหลวง ระหว่างการเสด็จเยือนสหรัฐอเมริกาและยุโรป พ.ศ. 2503*. สืบค้นจาก <https://www.thaipbs.or.th/now/content/3304>
- 8 THE STANDARD. (2560). *King Rama IX in international media*. สืบค้นจาก <https://thestandard.co/kingrama9-in-international-media/>
- 9 กรมประชาสัมพันธ์. (2568). *Queen Sirikit Enhanced the Prestige of Thailand Overseas*. สืบค้นจาก <https://thailand.prd.go.th/en/content/category/detail/id/3324/iid/456019>
- 10 HELLO Thailand. (2564). *King Vajiralongkorn: Moment Visit Australia*. สืบค้นจาก <https://www.th-hellomagazine.com/royalty-news/king-vajiralongkorn-moment-visit-australia/>
- 11 VOGUE Thailand. (2568). *จากเกลียดแรกพบสู่รักนิรันดร์: ในหลวงรัชกาลที่ 9 และสมเด็จพระบรมราชชนนีพันปีหลวง*. สืบค้นจาก <https://vogue.co.th/article/the-lovestory-of-kingramaix-and-queensirikit>
- 12 สภาชาติไทย. (2568). *Queen Sirikit as a Pillar of Thailand’s Humanitarian Tradition*. สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/ThaiRedCrossSociety> และ <https://www.thailandnow.in.th/life-society/queen-sirikit-as-a-pillar-of-thailands-humanitarian-tradition/>
- 13 กรมประชาสัมพันธ์. (2568). *Queen Sirikit: The Benefactress of the Land*. สืบค้นจาก <https://thailand.prd.go.th/en/content/category/detail/id/3324/iid/445274>
- 14 หน่วยราชการในพระองค์. (2568). *คนใช้ในพระบรมราชานุเคราะห์*. สืบค้นจาก <https://www.royaloffice.th/12/12/2025/คนใช้ในพระบรมราชานุ/>
- 15 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชาินี. (2562). *มูลนิธิโรงพยาบาลเด็ก*. สืบค้นจาก <https://www.childrenhospital.go.th/การบริจาค/มูลนิธิโรงพยาบาลเด็ก/>
- 16 หน่วยราชการในพระองค์. (2568). *คนใช้ในพระบรมราชานุเคราะห์*. สืบค้นจาก <https://www.royaloffice.th/12/12/2025/คนใช้ในพระบรมราชานุ/>
- 17 หน่วยราชการในพระองค์. (2568). *คนใช้ในพระบรมราชานุเคราะห์*. สืบค้นจาก <https://www.royaloffice.th/12/12/2025/คนใช้ในพระบรมราชานุ/>
- 18 Thai PBS World. (2568). *The Queen Who Taught Her People to Help Themselves*. สืบค้นจาก <https://world.thaipbs.or.th/detail/the-queen-who-taught-her-people-to-help-themselves/59334>
- 19 กรมประชาสัมพันธ์. (2568). *Queen Sirikit: The Benefactress of the Land*. สืบค้นจาก <https://thailand.prd.go.th/en/content/category/detail/id/3324/iid/445274>

- 20 Queen Sirikit Museum of Textiles. (2568). Collection and exhibitions. สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/qsmthailand/>
- 21 Queen Sirikit Museum of Textiles. (2568). Collection and exhibitions. สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/qsmthailand/>
- 22 Queen Sirikit Museum of Textiles. (2568). Collection and exhibitions. สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/qsmthailand/>
- 23 Queen Sirikit Museum of Textiles. (2568). Collection and exhibitions. สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/qsmthailand/>
- 24 Queen Sirikit Museum of Textiles. (2568). Collection and exhibitions. สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/qsmthailand/>
- 25 rama9art. (2560). *Through the Lens of His Majesty King Bhumibol Adulyadej*. นิทรรศการภาพถ่ายพิพิธภัณฑ์ โดยสมาคมถ่ายภาพแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และหอศิลป์วัฒนธรรมแห่งกรุงเทพมหานคร, 2 กันยายน 2560 – 7 มกราคม 2561 ณ หอศิลป์วัฒนธรรมแห่งกรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก http://www.rama9art.org/artisan/2017/september/through_lens_king_bhumibol/index.html

10 หมวด ตัวชี้วัด เรื่อง “การเปลี่ยนแปลงทางประชากร กับสุขภาพคนไทย”

หมวด 1 สถานการณ์และแนวโน้มประชากรไทย

- กรมการปกครอง. (2568). สถิติจำนวนการเกิดและการตาย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2558-2568. สำนักบริหารการทะเบียน. <https://stat.bora.dopa.go.th>
- กรมการปกครอง. (2568). สถิติจำนวนประชากรทางการทะเบียนรายปี พ.ศ. 2558-2568. สำนักบริหารการทะเบียน. <https://stat.bora.dopa.go.th>
- กุลภา วจนสาระ, กฤตยา อาชวนิจกุล, และ ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2567). รายงานโครงการการคาดประมาณขนาดประชากรหลากหลายทางเพศ และสถานการณ์ชีวิตและสุขภาพของ LGBTQ+. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนาคารโลก. (2564). *ทิศทางพัฒนาทักษะพื้นฐานชีวิต เพื่ออนาคตที่เข้มแข็งและยั่งยืนของประเทศ*. <https://www.worldbank.org/th/country/thailand>
- ธนาคารโลก. (2567). *สรุปข้อมูลทุนมนุษย์รายประเทศ: ประเทศไทย (Human capital country brief: Thailand)*. <https://humancapital.worldbank.org/content/dam/sites/data/humancapital/pdf/country-briefs-2024/Thailand.pdf>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2568). *สำมะโนประชากร ปี 2543 และ 2553*; ข้อมูลปี 2568 และการคาดประมาณปี 2578.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2558-2559*.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2567*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2568). *การพัฒนาทุนมนุษย์ในประเทศไทย: การศึกษาช่องว่างอุปสรรค และทางเลือกเชิงนโยบาย*. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. <https://www.unicef.org/thailand/th/reports/การพัฒนาทุนมนุษย์ในประเทศไทย>
- World Bank. (2025). Thailand: Human Capital Complementary Indicators. World Bank. <https://humancapital.worldbank.org/content/dam/sites/data/humancapital/pdf/Thailand.pdf>

หมวด 2 การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสุขภาพ

- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2025). *หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์*. จาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/postnatal?year=2025>
- เริงฤดี ปธานวนิช. (บก.) (2568) *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ราชชนนินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2568). *รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง (รง5065 v11) ปีงบประมาณ 2565-2568 และประชากรกลางปี 2565-2568*. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (ม.ป.ป.). *รายงานอายุคาดเฉลี่ย (Life expectancy: LE) และอายุคาดเฉลี่ยของเรามีสุขภาพ (Health-adjusted life expectancy: HALE) ของประชากรไทย พ.ศ. 2562-2565*. กลุ่มงานพัฒนาต้นน้ำภาวะโรคแห่งประเทศไทย.
- International Labour Organization. (2025). *Care at home: Projecting Thailand's need for national and migrant labour for home-based care for older persons*.
- UNICEF Thailand. (2025). *Human Capital Development in Thailand: An Examination of Gaps, Bottlenecks, and Policy Options*. UNICEF.

หมวด 3 สุขภาพประชากรกลุ่มเปราะบาง

- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. (2567). *รายงานผลการดำเนินงานประกันสุขภาพของประชากรต่างด้าว ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. (2568). *สถิติจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (ท.99) ประจำปีเดือนพฤศจิกายน 2568*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2568). *รายงานสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาปี 2567 และทิศทางสำคัญในปี 2568*.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ ยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2566). *การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565*.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2545 และ 2567*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2568). *รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2567*. สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน. (2569). *สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร*. จาก <https://www.doe.go.th/alien>
- De Leo, D. (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*, 2(1), 7–12. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00160-1>
- Luo, Z., Wang, J., Chen, X., Cheng, D., & Zhou, Y. (2024). Assessment of the relationship between living alone and suicidal behaviors based on prospective studies: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 12, 1444820.
- Paek, S. C., & Zhang, N. J. (2019). Employment and self-rated depression among older persons in Thailand. *Journal of Health Research*, 33(6), 231–239. <https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=1078&context=jhr>
- Paek, S. C., & Zhang, N. J. (2025). Unmet health-care needs among older adults living alone in Thailand. *International Journal of Population Studies*, 11(2), 64–74. <https://doi.org/10.36922/ijps.1218>
- Topothai, T., Phisanbut, N., Topothai, C., Suphanchaimat, R., & Tangcharoensathien, V. (2025). Determinants of Parental Interaction in Early Childhood: Insights from the 2022 Multiple Indicator Cluster Survey in Thailand. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 16, 109–119. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S516635>
- UNICEF Thailand. (2025). *Human Capital Development in Thailand: An Examination of Gaps, Bottlenecks, and Policy Options*. UNICEF.
- United Nations Network on Migration in Thailand. (2024). *Thailand Migration Report 2024*. United Nations.

หมวด 4 สถานภาพสมรสและครอบครัว

- กรมการปกครอง. (2558-2568). *รายงานสถิติจำนวนทะเบียนสมรสและรายงานสถิติจำนวนทะเบียนหย่า*. สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย.
- เริงฤดี ปธานวนิช. (บก.) (2568) *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค). (2567). *โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายประชากรไทย*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์วิจัยความสุขคนทำงานแห่งประเทศไทย. (2568). *แฮปปี้โนมิเตอร์: การสำรวจระดับประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2568*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2568). *7 ข้อดีของคนโสด*. <https://www.thaihealth.or.th/7-ข้อดีของคนโสด/>

หมวด 5 เครือข่ายสังคมและชุมชน

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *รายงานจำนวนศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ประจำปี 2567*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). *Petsumer Marketing เจาะลึกอินไซต์โดนใจทาสสายเปย์*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *ครอบครัวไทยในอนาคต: พ.ศ. 2583*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *รายงานการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2558-2567*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- Cherniack, E. P., & Cherniack, A. R. (2014). *The benefit of pets and animal-assisted therapy to the health of older individuals*. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2014, Article 623203. <https://doi.org/10.1155/2014/623203>
- We Are Social. (2569). *Digital 2026: Thailand*. DataReportal. <https://datareportal.com/reports/digital-2026-thailand>

หมวด 6 การศึกษาและการเรียนรู้

- ยูนิเซฟ ประเทศไทย และ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2566). *การพัฒนาทุนมนุษย์ในประเทศไทย: การศึกษาช่องว่าง อุปสรรค และทางเลือกเชิงนโยบาย*. ยูนิเซฟ ประเทศไทย.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ร้อยละนักเรียนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีที่ตั้งครรภ์และได้เรียนต่อในระบบ*. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- เริงฤดี ปธานวนิช. (บก.) (2568) *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- The Active. (2568). *เด็กเกิดน้อย โรงเรียนสูญหาย และการศึกษาที่ถูกปิดตาย*. <https://theactive.thaipbs.or.th/data/low-birth-rate-learning-crisis>

Warawich Potranandana. (2024, September). *An examination of gaps and policy options to promote human capital development and labor force participation of older persons*. TDR Quarterly Review, 39(3). https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2025/05/Q_Sep2024-1.pdf

หมวด 7 การทำงาน

ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ. (2567). *การสำรวจแรงจูงใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานกลับไปยังภูมิลำเนาและสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้แรงงานคืนถิ่นสามารถยกระดับเศรษฐกิจฐานราก: กรณีศึกษาในกรุงเทพฯ ชลบุรี เชียงใหม่ ขอนแก่น และสงขลา*. สักรินทร์ นิยมศิลป์. (2568, 22 กรกฎาคม). *การย้ายถิ่นระหว่างประเทศของไทย* [เอกสารนำเสนอ]. เวทีสานพลังไทยรับมือสังคมสูงวัยไปด้วยกัน ครั้งที่ 4/2568 ประเด็น “การย้ายถิ่นทดแทนประชากรรับมือสังคมสูงวัย: โอกาสและความท้าทายที่รอการจัดการ”, นนทบุรี, ไทย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

OECD. (2025). *Generative AI and the SME workforce: New survey evidence*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/2d08b99d-en>

UNICEF Thailand. (2025, July). *Human capital development in Thailand: An examination of gaps, bottlenecks, and policy options*. <https://www.unicef.org/thailand/reports/human-capital-development-thailand>

หมวด 8 ระบบสาธารณสุข

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (ม.ป.ป.). *การวิเคราะห์และจัดทำข้อมูลการประเมินค่ารักษาพยาบาลด้านสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตสำหรับประชากรไทย*. กรุงเทพมหานคร.

มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2567). *บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย*.

ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ. (2568). *จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง*. กระทรวงสาธารณสุข. <https://hdcservice.moph.go.th>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2566*. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

International Labour Organization. (2024). *Care at home: Projecting Thailand's need for national and migrant labour for home-based care for older persons*. ILO Regional Office for Asia and the Pacific.

หมวด 9 เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

วัชรพล วงศ์นิยมเกษตร. (2566, 16 กุมภาพันธ์). *Current work on Thailand NTA: The 2021 revision of Thailand NTA and implications for sustainable consumption by the elderly* [เอกสารนำเสนอ]. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

ศูนย์ความรู้ในนโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์). (2568). *ถูกสาปให้พ่ายแพ้ในกระแสความเปลี่ยนแปลง: รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2025*.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *Social budgeting: เครื่องมือในการวิเคราะห์การจัดสวัสดิการทางสังคม*.

สุพัฒน์ดา เลหาชัย. (2568, 22 กันยายน). *แนวโน้มระบบควบคุมครองทางสังคมของไทยภายใต้มุมมองจากข้อมูลงบประมาณด้านสังคม (Social Budgeting)* [เอกสารนำเสนอ]. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

Bandaogo, M., & Van Doorn, R. (2021). *The macroeconomic and fiscal impact of aging in Thailand*. World Bank.

World Population Review. (2026). *Ecological footprint by country 2026*. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/ecological-footprint-by-country>

หมวด 10 นโยบายด้านประชากร

กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. (2567). *5 ข้อค้นพบปลดล็อกวิกฤตทุนมนุษย์สู่อนาคตที่เสมอภาค*.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). *แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศไทยระยะยาว (พ.ศ. 2565-2580)*. สำนักงานกฤษฎีกา.

INSEAD & Portulans Institute. (2025). *Global talent competitiveness index 2025: Resilience in the age of disruption*. Portulans Institute.

UNFPA. (2023). *The real fertility crisis: Why people aren't having the families they desire*. United Nations Population Fund. <https://www.unfpa.org/news/real-fertility-crisis>

World Health Organization. (2024). *Global health expenditure database: Health expenditure tracking*. <https://apps.who.int/nha/database>

10 สถานการณ์ด้านสุขภาพ

โรคไม่ติดต่อ (NCDs): ปัญหาท้าทายสุขภาพไทย

- 1 WHO. (2021). *Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Thailand – The Case for Investment*. World Health Organization.
- 2 Health Policy Watch. (2025, July 15). *PAHO Warns of Massive Economic Losses Related to NCDs*. <https://healthpolicy-watch.news/paho-warns-of-massive-economic-losses-related-to-ncds/>
- 3 Kaikeaw, S., Punpuing, S., Chamchan, C. et al. Socioeconomic inequalities in health outcomes among Thai older population in the era of Universal Health Coverage: trends and decomposition analysis. *Int J Equity Health* 22, 144 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01952-0>
- 4 ThaiHealth Promotion Foundation & The Nation Thailand. (2025). *Top health issues in Thailand 2025: Non-communicable diseases and diabetes trends*. The Nation Thailand.
- 5 WHO. (2025, September 25). *Noncommunicable diseases*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases?utm_source=
- 6 Department of Mental Health and National Economic and Social Development Council. (2024). *Trends in mental health service utilization in Thailand: From 2015 to 2023*.
- 7 Pan American Health Organization & World Health Organization. (2025). *Economics of non-communicable diseases*. WHO. NCDs
- 8 Kaewkart, S., Suebtam, P., Thatong, S., Kaewkart, N., Pinasu, A., Inmonthian, P., Kohklang, N., Wantanajittikul, K., Pornprasert, S., Shah, F., Carraway, T. S., & Khamduang, W. (2025). Feasibility assessment of telehealth-based non-communicable disease screening and monitoring by community health leaders in remote areas: A pilot study in Chiang Mai, Thailand. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2025.03.11.25323802>
- 9 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564, 10 กุมภาพันธ์). *เช็คลิสต์สวัสดิการสุขภาพฟรีผ่าน “กระเป๋าสุขภาพ” บนเป่าตั้ง 24 ชั่วโมง จองคิววัดซีนใช้หัวเข็มถึง 31 มี.ค. นี้*. https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_3002
- 10 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2567, 23 ธันวาคม). *“ลดเค็มลดโรค” สร้างสังคมลดเสี่ยง NCDs กระตุ้นประชาชนปรับลดพฤติกรรมเค็มเกินกว่า 85%*. <https://www.thaihealth.or.th/ลดเค็มลดโรค-สร้างสังคม/>
- 11 Topothai, T., Suphanchaimat, R., Tangcharoensathien, V., Putthasri, W., Sukaew, T., Asawutnantikul, U., Topothai, C., Piancharoen, P., & Piyathawornanan, C. (2020). Daily Step Counts from the First Thailand National Steps Challenge in 2020: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8433. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228433>
- 12 World Health Organization, United Nations Development Programme & Ministry of Public Health, Thailand. (2021). *Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Thailand – The Case for Investment*. <https://thailand.un.org/en/159788-prevention-and-control-noncommunicable-diseases-thailand-%E2%80%93-case-investment>
- 13 Champagne, B., Arora, M., ElSayed, A., Løgstrop, S., Naidoo, P., Shilton, T., McGhie, D. V., & Kelcey. (2020). Healthy choices for healthy hearts: How front-of-pack food labeling can help reverse the global obesity epidemic. *Global Heart*, 15(1), 16. <https://doi.org/10.5334/gh.777>
- 14 World Health Organization. (2022). *Regional Action Framework for Noncommunicable Disease Prevention and Control in the Western Pacific*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/87599158-7f55-452b-94f8-cd2f1b6cdade/content>
- 15 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2568, 11 เมษายน). *สข.เดินหน้าจับมือภาคีเครือข่าย Non Health sector ร่วมขับเคลื่อนงานใน 4 ภาค 8 จังหวัด เสริมกำลังสาธารณสุขเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ*. <https://www.nationalhealth.or.th/associate/th/33>
- 16 Kijsanayotin, B., Ratchatorn, A., & Suwanthawameesuk, K. (2024). Finding digital health governance mechanism to support country's health systems: Thailand case study. *Oxford open digital health*, 2, oqae019. <https://doi.org/10.1093/oodh/oqae019>

ประกันสังคม: ถึงเวลาต้องปฏิรูปก่อนจะถึงจุดวิกฤติ

- 1 International Labour Organization. (2024). *Actuarial valuation of Thailand Social Security Fund as of 31 December 2020: Report to the Social Security Office*. <https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-12/actuarial-valuation-report-2024-en.pdf>
- 2 นฤา วะสี และพิทวัส พูนผลกุล. (2068, 21 มีนาคม). *กองทุนชราภาพระบบประกันสังคม: ปรับได้แค่ไหนให้ยั่งยืน เพียงพอ และยุติธรรม*. สถาบันวิจัยเศรษฐกิจป๋วย อึ๊งภากรณ์. <https://www.pier.or.th/blog/2025/03/01/>
- 3 สำนักงานประกันสังคม. (2568). *จำนวนผู้ประกันตนมาตรา 33 จำแนกตามกลุ่มค่าจ้างและเพศ ณ พฤษภาคม 2568*. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน.

- 27 CH7HD News. (2568, 28 ตุลาคม). ไทยเสนอเป็นเจ้าภาพประชุมปราบสกมเมอรัว เดินหน้าจับมือประเทศนอกอาเซียน | สยามข่าว 7 สี. <https://www.youtube.com/watch?v=xEOhuCrJtWM>
- 28 ศุภวิชัย ศิริสวัสดิ์วัฒนา. (2567, 8 พฤศจิกายน). วังวนคนหลอกลอน: สำนวณเส้นทางและการช่วยเหลือนักเรียนกัมพูชาที่หนีภัยข้ามชายแดน. *101 World*. <https://www.the101.world/jaruwat-jinmonca-scammers-interview>
- 22 สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (2568, 15 พฤษภาคม). *กสม. ขอบคอบรัฐบาลชานรับข้อเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาการศึกษาของเด็กลูกหลานแรงงานต่างด้าวหลังเกิดกรณีปิดศูนย์การเรียนรู้เด็กต่างด้าว*. <https://www.nhrc.or.th/th/NHRC-News-and-Important-Events/14501>
- 23 IOM. (2024). *Thailand Migration Report 2024*. <https://roasiapacific.iom.int/sites/g/files/tmzbd6l671/files/documents/2024-12/thailand-migration-report-2024.pdf>
- 24 UNHCR. (2025). *Annual Results Report 2024 Thailand MCO*. <https://www.unhcr.org/sites/default/files/2025-06/Thailand%20MCO%20ARR%202024.pdf>
- 25 The Active. (2568, 25 สิงหาคม). *เวทีสิทธิมนุษยชน มอง ตัดงบประมาณการศึกษาเด็กข้ามชาติไทยเสียมากกว่าได้*. <https://theactive.thaipbs.or.th/news/law-rights-20250824>

การศึกษาไร้พรมแดน: เด็กนักเรียนข้ามชาติกับสังคมไทย

- 1 The MATTER. (2568, 28 สิงหาคม). *สรุปกรณีนักเรียนกัมพูชาในไทยวัย 13 ปี ถูกจับและเตรียมถูกส่งกลับประเทศ*. <https://thematter.co/brief/cambodian-student-repatriate-2025/248167>
- 2 สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2556). *รายงานการติดตามการศึกษาเพื่อปวงชนระดับโลก: ประเทศไทย*. <https://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1171-file.pdf>
- 3 Save the Children. (2026). *Survey report: Education on the edge: Access to education for conflict-displaced and migrant children along the Thailand-Myanmar border*. <https://reliefweb.int/report/thailand/survey-report-education-edge-access-education-conflict-displaced-and-migrant-children-along-thailand-myanmar-border>
- 4 The Active. (2568, 24 สิงหาคม). *เวทีสิทธิมนุษยชน มอง ตัดงบ การศึกษาเด็กข้ามชาติไทยเสียมากกว่าได้*. <https://theactive.thaipbs.or.th/news/law-rights-20250824>
- 5 ณัชชา สิ้นศิริ. (2567, 12 ธันวาคม). *“การศึกษาที่ดีควรเหมือนแหวนที่โอบกอดทุกคนไว้” ทนายเก่าแห่งคดีเรื่องการศึกษานักเรียนข้ามชาติ กับ โรยทราย วงศ์สุพรรณ*. *The 101 World*. <https://www.the101.world/roisai-wongsuban-interview>
- 6 Thai PBS. (2567, 5 กันยายน). *ศส.สั่งปิดศูนย์การเรียนรู้ฯ ลอยแพเด็กพม่า*. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/343879>
- 7 Bangkok Post. (2023, October 29). *Education for all in name only*. <https://www.bangkokpost.com/opinion/opinion/2673688/education-for-all-in-name-only>
- 8 Mizzima. (2025, July 2) *The Myanmar Junta Stole Their Education*. <https://eng.mizzima.com/2025/07/23/24668>
- 9 องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ. (2568, 10 กรกฎาคม). *รายงานของยูเนสโกเผย: เด็กและเยาวชน 18 ล้านคน ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อยู่นอกระบบการศึกษา*. <https://www.unesco.org/th/articles/rayngankhngxyuenseokephy-edkaelaeyawchn-18-lankhn-inexechiitawanxxkechiinyngitxyuunxkrabbkarsueksa>
- 10 Workpoint Today. (2568, 27 พฤษภาคม). *สังคมไทยได้ประโยชน์อะไร จากกรณีขอยุ้ของศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติ*. <https://www.workpointtoday.com/migrant-children-training-center-763253-2>
- 11 NG Thai. (2568, 15 ตุลาคม). *จากไม้ไผ่สู่ ‘บ้านพักพิง’ การศึกษาที่เปลี่ยนชีวิตเด็กผู้ลี้ภัยใน Bamboo School*. <https://ngthai.com/education/79727/bamboo-school-childrens-refuge/>
- 12 มติชน ออนไลน์. (2568, 28 สิงหาคม). *กมท.เปิดรับ.ร. แม้ไม่มีสัญชาติไทย เผย 9.44% ไร้หลักฐานทะเบียนราษฎร แต่ไม่กระทบสิทธิเด็กไทย*. https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_5344183
- 13 จงจิตต์ ฤทธิรงค์. (2568, 3 มกราคม). *จำนวนเด็กไทยเกิดต่ำสุดเป็นประวัติการณ์ ส่วนทางนโยบายมีลูกเพื่อชาติ*. *The Prachakorn*. <https://www.theprachakorn.com/newsDetail.php?id=1002>
- 14 ไทยรัฐ ออนไลน์. (2568, 2 ธันวาคม). *เปิดประวัติ “โรงเรียนไม่ทอดทิ้งการศึกษา” หลังประกาศเลิกกิจการ ปิดตำนาน 55 ปี*. <https://www.thairath.co.th/news/society/2899409>
- 15 Priya Gauttam et al. (2567). *Education as a soft power resource: A systematic review*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10806264/>
- 16 องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติประเทศไทย. (2567, พฤศจิกายน). *เด็กรุ่นใหม่ไร้รัฐไร้สัญชาติไม่ควรมีเด็กคนใดต้องเผชิญกับอนาคตที่ไร้ตัวตน*. <https://www.unicef.org/thailand/endstatelessness>
- 17 สำนักข่าวประชาไท. (2568, 11 ธันวาคม). *เด็กรหัส G ที่มี ‘ค่า’ 25,000 คน ลูกแรงงานเขมรในไทย ความขัดแย้งชายแดนกับสิทธิเด็ก (1)*. <https://prachatai.com/journal/2025/12/115869>
- 18 Thairath Plus. (2568, 16 มิถุนายน). *แม้ความสามารถจะมากแค่ไหน ทักษะของผู้ลี้ภัยถูกจำกัดเพราะไม่มีสัญชาติ*. <https://plus.thairath.co.th/topic/politics&society/105480>
- 19 องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2566). *เพื่อการศึกษานี้ให้ประโยชน์อย่างแท้จริง การจดทะเบียนศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติในประเทศไทย: ภูมิทัศน์ทางนโยบายและเส้นทางในอนาคต*. <https://www.unicef.org/thailand/media/11696/file/Make%20learning%20count%20TH.pdf>
- 20 ศูนย์ประสานงานการจัดการศึกษาเด็กต่างด้าว. (2568). *ข้อมูลนักเรียน ปรับปรุงเดือนกันยายน 2568*. <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/2d-dc672e-7bb6-4a06-b69e-bb316845b95c/page/aU5hD>
- 21 Save the Children. (2014). *Pathways to a Better Future: Education for Migrant Children in Thailand*. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/migrant_education_annual_report_full_resized.pdf

แผ่นดินไหว กภัยพิบัติที่ไม่อาจมองข้าม

- 1 ALJAZEERA. (2025, April 6). *Rains add to misery in quake-hit Myanmar as death toll rises to 3,471*. <https://www.aljazeera.com/news/2025/4/6/rains-add-to-misery-in-quake-hit-myanmar-as-death-toll-rises-to-3471>
- 2 ศูนย์ข้อมูลสาธารณภัย. (2568, 8 เมษายน). *สรุปสถานการณ์แผ่นดินไหว วันที่ 28 มีนาคม 2568 ข้อมูล ณ วันที่ 8 สิงหาคม 2568 ระบบข้อมูลสาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย*. <https://datacenter.disaster.go.th/datacenter/cms/2733?id=129007>
- 3 MGR Online. (2568, 5 เมษายน). *โยธาฯ สรุปผลตรวจอาคารหลังแผ่นดินไหว 6,276 แห่ง สั่งห้ามใช้ 52 ตึก รวม ตม-สรรพากร*. https://mgronline.com/onlinesection/detail/9680000032697#google_vignette วันที่ 18 ม.ค. 2569
- 4 Akapin, J., Ruangrassamee, A., & Pailoplee, S. (2025). *Empirical vulnerability function development based on the damage caused by the 2014 Chiang Rai earthquake, Thailand*. *Geosciences*, 15(9), 355.
- 5 The Active. (2567, 5 พฤษภาคม). *ย้อนรอย ‘แผ่นดินไหวใหญ่’ ในไทย ตรงไหนยังเสี่ยง!*. <https://theactive.thaipbs.or.th/data/earthquake-in-thailand>
- 6 Facebook page “Earthquake Research Center of Thailand” โดยศูนย์วิจัยแผ่นดินไหวแห่งชาติ (EARTH) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.). (2568, 30 กันยายน). *6 เดือนผ่านไป... บทเรียนแผ่นดินไหวที่กรุงเทพฯ ต้องไม่ลืม*.
- 7 รายงานตรวจสอบอาคารในพื้นที่กรุงเทพมหานครโดยผู้ตรวจสอบอาคาร. (2569, 10 กุมภาพันธ์). *รายงานผลการตรวจสอบอาคาร*. <https://opencontract.bangkok.go.th/bkkbuilding.html>
- 8 ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2568, 31 มีนาคม). *ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากเหตุแผ่นดินไหวคาดเบื้องต้นไม่ต่ำกว่า 20,000 ล้านบาท*. <https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-social-media/Pages/Econ-Earthquake-CIS3571-FB-2025-03-31.aspx>
- 9 UNDRR. (2015). *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030*. *United Nations Office for Disaster Risk Reduction*. <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>

มหานทีเปื้อนพิษข้ามพรมแดน สารพิษในลุ่มน้ำกก สาย รวก และโขง

- 1 สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 1 (เชียงใหม่). (2568, 4 เมษายน). *ผลการตรวจวัดคุณภาพน้ำกัก พื้นที่อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ พบการปนเปื้อนโลหะหนัก ขอให้พี่น้องประชาชนที่จะลงเล่นน้ำดูแลสุขภาพ หลีกเลี่ยงการนำไปใช้ประโยชน์*. <https://epo01.pcd.go.th/th/news/detail/181868>
- 2 Thai PBS. (2568, 4 เมษายน). *ด่วน! สคพ.1 ตรวจพบ “สารหนู” แม่น้ำกก อ.แม่เมาะ*. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/350938>
- 3 กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *รายงานผลการเฝ้าระวังและติดตามระดับสารโลหะหนักในห่วงโซ่อาหารและสุขภาพประชาชน ลุ่มน้ำกก-โขง ระยะ 4 เดือน (เมษายน-สิงหาคม 2568)*. กรมอนามัยและศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1 เชียงราย.
- 4 กรมควบคุมมลพิษ. (2568, 4 เมษายน). *ผลการตรวจวัดคุณภาพน้ำกัก พื้นที่อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ พบการปนเปื้อนโลหะหนัก*. สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 1 (เชียงใหม่). <https://epo01.pcd.go.th/th/news/detail/181868>
- 5 กรมควบคุมมลพิษ. (2568, 24 มีนาคม). *ติดตามตรวจสอบคุณภาพน้ำ กรณีแม่น้ำกกมีสีขุ่นผิดปกติ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย*. สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 1 (เชียงใหม่). <https://epo01.pcd.go.th/th/news/detail/181606>
- 6 Thai PBS. (2568, 4 เมษายน). *ด่วน! สคพ.1 ตรวจพบ “สารหนู” แม่น้ำกก อ.แม่เมาะ จ.เชียงใหม่*. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/350938>
- 7 กรมควบคุมมลพิษ. (2568, 4 เมษายน). *อ้างแล้ว*
- 8 กรมควบคุมมลพิษ. (2568, 24 มีนาคม). *อ้างแล้ว*
- 9 Shan Human Rights Foundation. (2025, December 16). *Rare earth mining expansion in southern Shan State and transboundary pollution risks to Thailand*. <https://www.shanhumanrights.org/>
- 10 Shan Human Rights Foundation. (2025, December 16). *อ้างแล้ว*
- 11 สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 1 (เชียงใหม่). (2568, 4 เมษายน). *อ้างแล้ว*
- 12 Hfocus.org. (2568, 31 พฤษภาคม). *สสจ.เชียงราย กรมวิทย์ เผยผลตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำ ยัน ‘น้ำประปาหมู่บ้าน-ฝัก-ปลา’ปลอดภัย*. <https://www.hfocus.org/content/2025/05/34287>

- 13 Hfocus. (2568, 10 กรกฎาคม). พบสารหนูในเด็กจากแม่ตั้งครรภ์. <https://www.hfocus.org/content/2025/07/34646>
- 14 Thai PBS. (2568, 11 พฤศจิกายน). ผลตรวจพิษฝักและผลผลิตทางการเกษตรจากกลุ่มน้ำกอกพบสารหนูแต่ยังไม่เกินมาตรฐาน. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/358441>
- 15 สำนักงานสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษที่ 1 เชียงใหม่. (2568, 4 เมษายน). อ้างแล้ว
- 16 Chiang Mai News. (2568, 31 พฤษภาคม). ยืนยันปลอดภัย! เจ.เจียงราย แกลงผลกระทรวจรวิเคราะห์คุณภาพน้ำประปา-อาหารในพื้นที่เสี่ยง. <https://www.chiangmainews.co.th/news/3672955>.
- 17 Thai PBS. (2568, 5 มิถุนายน). ปอยหลวงปิดเหมืองพื้นฟูลุ่มน้ำกอก สาย รวก โงง: จัดกิจกรรมรณรงค์และยื่นจดหมายเปิดผนึก. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/>
- 18 Thai PBS. (2568, 5 ตุลาคม). เครือข่ายประชาชนปกป้องแม่น้ำกอก สาย รวก โงง ยื่น 10 ข้อเรียกร้องต่อ “รัฐบาลอนุทิน” แก้ปัญหาสารปนเปื้อนแม่น้ำกอก. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/>
- 19 Chiang Mai News. (2568, 26 พฤศจิกายน). เครือข่ายประชาชนยื่นหนังสือต่อคณะกรรมการแม่น้ำโขง (MRC) ขอให้ยกประเด็นมลพิษข้ามพรมแดนเป็นวาระด่วน. <https://www.chiangmainews.co.th/social/3830173/>
- 20 Thai Post. (2568, 26 กันยายน). รัฐบาลใหม่ตั้งกรรมการระดับชาติแก้ปัญหาสารพิษปนเปื้อนแม่น้ำกอก. <https://www.thaipost.net/public-relationships-news/876172>
- 21 Thai PBS. (2568, 3 ตุลาคม). คพ.สรุปผลตรวจ “น้ำกอก-น้ำสาย-น้ำโขง” บางจุดพบสารหนูมีค่าสูงเกินเกณฑ์. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/357226>
- 22 Thai PBS. (2568, 8 พฤษภาคม). ส่งเพิ่มความถี่ตรวจวัด-เฝ้าระวังพื้นที่สารหนูปนเปื้อนแม่น้ำกอก. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/351984>
- 23 Thai PBS. (2568, 21 พฤษภาคม). สธ.เฝ้าระวัง “สารหนู-ตะกั่ว” ปนเปื้อน “แม่น้ำกอก” พบเกินมาตรฐานหลายจุด. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/352357>
- 24 มติชน ออนไลน์. (2568, 9 ตุลาคม). รว.ทส. เดินหน้าแก้ปัญหาคุณภาพน้ำแม่น้ำกอก ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย-เชียงใหม่. https://www.matichon.co.th/publicize/news_5405683
- 25 Mekong River Commission. (2568, 20 ตุลาคม). MRC updates on response to arsenic contamination in the Mekong River [Media release]. <https://www.mrcmekong.org/media-releases/mrc-updates-on-response-to-arsenic-contamination-in-the-mekong-river/2025>

ลมหายใจชายแดน ในวันที่ยังไม่สิ้นเสียงปืน

- 1 ไทยโพสต์. (2568, 31 ธันวาคม). บุคคลแห่งปี 2568 สดุดี วีรชนชาติ ทหารกล้า กลางสมรภูมิรบไทย-เขมร ละระงายกาย-ชีวิต ปกป้องอธิปไตย. <https://www.thaipost.net/articles-news/924214/>
- 2 Khmer Times. (2025, December 25). 30 civilians dead, over 600,000 displaced by continued Thai aggression. <https://www.khmertimeskh.com/501815069/30-civilians-dead-over-600000-displaced-by-continued-thai-aggression/>
- 3 Policy Watch จัปตานโยบายสาธารณะ Thai PBS. (2568, 11 ธันวาคม). ส่องสาธารณสุข 7 จว.ชายแดนไทย-กัมพูชา รับภาระผู้อพยพนับแสน. <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-231>
- 4 Policy Watch จัปตานโยบายสาธารณะ Thai PBS. อ้างแล้ว
- 5 Policy Watch จัปตานโยบายสาธารณะ Thai PBS. อ้างแล้ว
- 6 ภัคจิรา มาดาพิทักษ์. (2565, 20 กันยายน). เข้าใจ ‘วิกฤตการณ์เรียนรู้อดรอย’ บาดแผลจากโรคระบาดที่ตอกย้ำปัญหาได้พบการศึกษาไทย. กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา. <https://www.eef.or.th/learning-loss-policy-forum/>
- 7 Thai PBS. (2568, 17 ธันวาคม). นักจิตวิทยา ชี้ปะทะชายแดน กระทบความเป็นอยู่ปชช. พบเครียดสะสมเสี่ยงซึมเศร้า-ทำร้ายตนเอง. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/500137>
- 8 Thai PBS. (2568, 15 สิงหาคม). ญาติคาดพลทหารเครียด-กดดัน จากการสู้รบ “ปราสาทตาควาย”. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/355382>
- 9 The active. (2568, 11 สิงหาคม). เศรษฐกิจซ็อก! ชายแดนกระทบหนัก จากความขัดแย้งไทย-กัมพูชา. <https://theactive.thaipbs.or.th/read/border-economic-shock>
- 10 TNN ข่าวค่ำ. (2568, 7 สิงหาคม). “กัมพูชา” แท้กลับ 6 แสนคน ไทยจ่อใช้แรงงาน “ศรีลังกา” แทน [วิดีโอ]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=CZ9j7V72NuM>
- 11 PPTV HD36. (2568, 7 ตุลาคม). กัมพูชาเผย แรงงานที่กลับจากไทยได้งานแล้ว 300,000 คน เหลืออีก 640,000 คน. <https://www.pptvhd36.com/news/ต่างประเทศ/258660>
- 12 สักรินทร์ นิยมศิลป์. (2568, 15 ธันวาคม). ผลกระทบจากแรงงานย้ายถิ่นกลับบ้านและการปลดล็อกแรงงานจากแหล่งอื่น พลิกวิกฤตเกิดน้อย-สังคมสู้วัย. The Prachakorn. <https://www.theprachakorn.com/newsDetail.php?id=1137>
- 13 PPTV HD36. (2568, 13 กันยายน). “กัน จอมพลัง” ซัด “สว.อังคณา” ท่วงโยคนไทยหรือห่วงใยกัมพูชา. <https://www.pptvhd36.com/news/สังคม/259101>
- 14 The Standard. (2568, 16 ตุลาคม). ผู้รายงานพิเศษแห่ง UN กังวลการฆ่าชีวิต-คุกคามออนไลน์ต่อ สว.อังคณา ชี้การปกป้องความจริงไม่ใช่อาชญากรรม. <https://thestandard.co/angkhana-death-threats-un-concern/>
- 15 กรมประชาสัมพันธ์.(2568, 25 กรกฎาคม). สรุปสถานการณ์การสู้รบตามแนวชายแดน ไทย-กัมพูชา. <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/3219/iiid/409068>
- 16 Policy Watch จัปตานโยบายสาธารณะ Thai PBS. อ้างแล้ว
- 17 BBC News ไทย. (2568, 2 มิถุนายน). ไทย-กัมพูชา: ย้อนรอยกรณีพิพาทเขตแดน. <https://www.bbc.com/thai/articles/cy4kw59e3zo>
- 18 Crisis Group. (2025, July 1). Border dispute with Cambodia sparks political disarray in Thailand. <https://www.crisisgroup.org/asia-pacific/thailand-cambodia/border-dispute-cambodia-sparks-political-disarray-thailand>
- 19 BBC News ไทย. (2568, 16 ธันวาคม). ไทย-กัมพูชา: ครม.อนุมัติงบกลาง 2.4 พันล้านรองรับสถานการณ์ชายแดน. <https://www.bbc.com/thai/articles/cm2v15rg6pjo>
- 20 กรมประชาสัมพันธ์. (2568, 6 สิงหาคม). ครม. อนุมัติเงินเยียวยาผู้เสียชีวิต เหตุปะทะชายแดนไทย-กัมพูชา ทหาร 10 ล้าน ประชาชน 8 ล้าน. <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/39/iiid/412286>

สมรสเท่าเทียม: การยอมรับทางสังคมของความหลากหลายทางเพศ

- 1 พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ฉบับที่ 24) พ.ศ. 2567
- 2 กฎหมายตราสามดวง เล่ม 2 พระโยการลักษณญาณ ฉบับองค์การคำครุสภา หน้า 74
- 3 ศิลปวัฒนธรรม. (2567, 30 พฤศจิกายน). บันทึกรัก “หม่อมเป็ดสวรรค์” สัมพันธ์ของคนเพศเดียวกันในราชสำนัก หญิง-หญิง “เล่นเพื่อน”. https://www.silpa-mag.com/culture/article_4301
- 4 Thepeople. (2566, 16 มิถุนายน). แกะรอย ‘กรมหลวงรักษ์ธรมเรศ’ เจ้านายที่ถูกประหารเพราะเป็น ‘ชายรักชาย’ จริงหรือ?. <https://www.theppeople.co/history/nostalgia/51824>
- 5 The Matter. (2563, 16 กุมภาพันธ์). งานวิวาห์ผู้หญิงกับผู้หญิง ในเมืองไทย เมื่อกว่า 100 ปีก่อน. <https://thematter.co/thinkers/woman-marriage-in-siam/100878>
- 6 โครงการอินเทอร์เน็ตเพื่อกฎหมายประชาชน. (2567). สภาสมาชิกผู้ร่างกฎหมายสมรสเท่าเทียม ฉบับผ่านสภาฯ: เปลี่ยนนิยามครอบครัวไทยให้เท่าเทียม. <https://law.or.th/node/6829>
- 7 ร่าง พ.ร.บ.คู่ชีวิต (Civil Partnership Bill) คือร่างกฎหมายที่เคยถูกเสนอขึ้นเพื่อเป็น “ทางเลือก” ในการรับรองสิทธิของคู่รักเพศเดียวกัน แต่ “ไม่ใช่การสมรส” ตามกฎหมายแพ่งปกติ ประเด็นสำคัญของ พ.ร.บ.คู่ชีวิต: สถานะทางกฎหมาย ไม่ใช่คำว่า “คู่สมรส” แต่ใช้คำว่า “คู่ชีวิต” และไม่ได้อำนาจไปแก้ไขประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ป.พ.พ.) ที่เป็นกฎหมายหลักของคนทั้งประเทศ, สิทธิที่ได้รับ ให้สิทธิบางประการคล้ายคู่สมรส เช่น การจัดการทรัพย์สิน การรับมรดก และการยินยอมรักษาพยาบาล, สิ่งที่ไม่ได้ คือการไม่ครอบคลุมสิทธิบางอย่าง เช่น การจัดการศพ การรับบุตรบุญธรรมที่สมบูรณ์เท่ากันทั่วไป สิทธิในสวัสดิการข้าราชการบางประเภท หรือสิทธิในการใช้นามสกุล ซึ่งดูเหมือนเป็นการสร้าง “ชนชั้น” ของความรักขึ้นมาใหม่
- 8 มติชนออนไลน์. (2568, 22 มกราคม). โทมัสโลว์ 23 ปี ผ่าคำครหา “อยากได้เงินเกินตัว” อดีตรัฐมนตรีกระทรวงสตรี ‘สมรสเท่าเทียม’. https://www.matichon.co.th/lifestyle/social-women/news_5012031
- 9 Cambridge University Press. (2024, 8 November). LGBTQ+ Families, Welfare, and Same-sex Marriage Legalisation in Taiwan: A Social Policy Perspective. <https://www.cambridge.org/core/journals/social-policy-and-society/article/lgbtq-families-welfare-and-samesex-marriage-legalisation-in-taiwan-a-social-policy-perspective/29FC44ECBD97B1EACE4CDD4FE72464C7>
- 10 Boyce, P., & Coyle, D. (2013). *Development, discourse and law: transgender and same-sex sexualities in Nepal (Version 1)*. University of Sussex. <https://hdl.handle.net/10779/uos.23447834.v1>
- 11 Durga Prasad Khanal. (2023, July 19). *Queer Rights in Nepal*. Nepal Republic Media. <https://myrepublica.nagariknetwork.com/news/queer-rights-in-nepal>
- 12 ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 141 ตอนที่ 58 ก วันที่ 24 กันยายน 2567 โดยกฎหมายกำหนดให้มีผลบังคับใช้เมื่อพ้น 120 วันนับแต่วันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งทำให้กฎหมายฉบับนี้มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2568
- 13 พินัยกรรมชีวิตคือหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living will) ซึ่งเป็นสิทธิของผู้ป่วยตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งจะช่วยให้การดูแลสอดคล้องกับความต้องการทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย
- 14 Hfocus. (2568, 16 พฤษภาคม). สสส. เดินหน้าพัฒนาร่างกฎหมายคุ้มครองฉบับ 2 รองรับกลุ่มสมรสเท่าเทียม. <https://www.hfocus.org/content/2025/05/34115>
- 15 ซึ่งกรณีนี้ จะต่างจากการรับบุตรบุญธรรมที่คู่สมรสตามกฎหมายสมรสเท่าเทียมสามารถรับบุตรบุญธรรมได้ เหมือนคู่สมรสชายและหญิง เนื่องจากมีการรับบุตรบุญธรรมจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
- 16 Hfocus. (2568, 13 มกราคม). แก้ไขกฎหมาย “อ้อมบุญ” รับ พ.ร.บ.สมรสเท่าเทียม คนโสดอยากมีลูก ครอบครัวยุคใหม่. <https://www.hfocus.org/content/2025/01/32801>
- 17 ilaw. (2566, 29 กันยายน). เปิดข้อเสนอรับอัครังค์หมั้นทางเพศ-ค่าน้ำหนัก จากร่างกฎหมาย 3 ฉบับ. <https://www.ilaw.or.th/articles/6232>
- 18 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2568, 8 กันยายน). สปสช.แจงรายละเอียดสิทธิประโยชน์บริการฮอโรโมนสำหรับคนข้ามเพศ. <https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/2025-09-07-04-08-35>
- 19 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2568, 7 กรกฎาคม). บอร์ด สปสช. ไฟเขียว “บริการฮอโรโมนยืนยันเพศสภาพ” ดูแลกลุ่มคนข้ามเพศทุกสิทธิ. <https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/2025-07-07-08-08-06>
- 20 ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

จากการ ‘สงเคราะห์’ ผู้การคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตและสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์

- 1 องค์การสหประชาชาติ. (พ.ศ. 2550). *ปฏิญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิของชนพื้นเมือง* [United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples] (มติสมัชชาใหญ่ที่ 61/295). https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf
- 2 พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ พ.ศ. 2568 2568, 18 กันยายน. *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 142 ตอนที่ 61 ก หน้า 1-20. <https://ratchakittha.soc.go.th/documents/83911.pdf>
- 3 สมานลักษณ์ (accommodation) คือ กระบวนการปรับตัวเข้าหากันของบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความขัดแย้งหรือแตกต่างกัน เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันได้หรือทำงานร่วมกันต่อไปได้ โดยไม่ต้องละทิ้งเอกลักษณ์เดิมของตนเอง เป็นรูปแบบหนึ่งของการสร้างมนุษยสัมพันธ์ที่ลดความขัดแย้งลงแต่ยังไม่ได้กลืนกลาย (assimilation) เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน
- 4 ศูนย์พัฒนาสังคม หน่วยที่ 43 จังหวัดแม่ฮ่องสอน. (ม.ป.ป.). *ศูนย์พัฒนาสังคม หน่วยที่ 43 จังหวัดแม่ฮ่องสอน*. <https://www.mhscd.org/ks2.htm>
- 5 Brand Think. (2564, 30 มีนาคม). *‘เหรียญชาวเขา’ สัญลักษณ์การเป็นคนไทยของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ในประเทศไทย*. <https://www.brandthink.me/content/symbolofethnic>
- 6 บุญช่วย ศรีสวัสดิ์. (2495). *30 ชาติในเชิงราย*. โรงพิมพ์อุทัย.
- 7 อภิวัฒน์ ประจวบเหมาะ. (2547). *บทบาทแนวทางการศึกษาชาติพันธุ์ข้ามยุคสมัยกับการศึกษาในสังคมไทย ว่าด้วยแนวทางการศึกษาชาติพันธุ์*. กรุงเทพฯ : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- 8 ยศ สันตสมบัติ และคณะ. (2547). *นิเวศวิทยาชาติพันธุ์ ทรัพยากรชีวภาพ และสิทธิชุมชน*. เชียงใหม่ : วิธอินดีเซน.
- 9 นิตี ภักดิ์พันธุ์. (2558). *ชนนอก ชาติและชาติพันธุ์*. กรุงเทพฯ : สยามปริทัศน์.
- 10 ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2554). *วาทกรรมการพัฒนา อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกลักษณ์ และความเป็นอื่น*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : วิชาษา.

4 ผลงานที่ ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

ไทยผลิตยาอิมมูราณี 100: ก้าวสำคัญของการรักษาโรคมะเร็งแบบมุ่งเป้า

- 1 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2566). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์
- 2 ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์. (2564). *เจ้าฟ้านักวิทยาศาสตร์กับการพัฒนาสาธารณสุขไทย*. <https://www.cra.ac.th>
- 3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2568). *รายงานความคืบหน้าการจัดซื้อยามะเร็งประจำปีงบประมาณ 2568*. กรุงเทพฯ: สปสช.
- 4 กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ. (2565). *โอกาสของอุตสาหกรรมยาไทยในตลาดโลก*. <https://www.ditp.go.th>

ศิริราช ผลิตกระดูกเข้าสะโพกไทเทเนียมด้วยนวัตกรรมการพิมพ์สามมิติ

- 1 Hfocus (2568, 3 เมษายน). *ศิริราชขอความสำเร็จแห่งแรกในโลก ผลิตกระดูกเข้าสะโพกไทเทเนียมฯ รักษาผู้ป่วยแล้ว 2 ราย*.
- 2 ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ. (2565). *ความร่วมมือการพัฒนาวัสดุฝังในทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีการขึ้นรูปโลหะ*. *วารสารเทคโนโลยีวัสดุไทย*.
- 3 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2568). *ศิริราชกับความสำเร็จระดับโลก ครั้งแรกในการผลิตกระดูกเข้าสะโพกไทเทเนียมเฉพาะบุคคล ด้วยนวัตกรรมการพิมพ์สามมิติในโรงพยาบาล*. <https://www2.si.mahidol.ac.th/th/press-release/10295/>
- 4 ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ. (2565). (อ้างแล้ว)
- 5 กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ. (2568, 4 พฤษภาคม). *คนไทยเก่ง...!! นวัตกรรมใหม่ ครั้งแรกของโลก “รพ.ศิริราช” ผลิตกระดูกข้อสะโพกไทเทเนียม 3 มิติ*. <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/39/1/386511>
- 6 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2566). *มาตรฐานและการทดสอบวัสดุฝังในทางการแพทย์ที่ผลิตด้วยเทคโนโลยีการพิมพ์ 3 มิติ*. รายงานประจำปีด้านนวัตกรรมสุขภาพ.
- 7 ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ. (2565). (อ้างแล้ว)

ชุมชนสุขภาพดีต้นแบบขยายผล: ผู้สร้างสุขภาวะที่ยั่งยืน

- 1 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). (2566). *ทิศทางและเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574)*. กรุงเทพฯ: สสส.
- 2 พลังสามพราน (Tri-Power Strategy) คือยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนสังคมที่เน้นการประสานพลังจาก 3 ส่วนหลัก ได้แก่ พลังปัญญา (การใช้ความรู้และงานวิจัยเป็นฐาน), พลังสังคม (การเคลื่อนไหวและสร้างการยอมรับจากภาคประชาชน) และ พลังรัฐ/การเมือง (การผลักดันผ่านนโยบายและอำนาจรัฐ) เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยเชื่อว่าหากขาดส่วนใดส่วนหนึ่งไป การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะมักจะติดขัดหรือไม่สามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างได้จริง
- 3 ประเวศ วะสี. (2565). *ยุทธศาสตร์ทางปัญญาเพื่อการปฏิรูปประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- 4 World Health Organization (WHO). (2023). *Social Determinants of Health: Thailand Case Study*. Geneva: WHO Press.

- 5 กิจกรรมชุมชนสัมพันธ์. (2567). *บทบาทของนักกิจกรรมชนกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ*. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา*, 15(1), 88-105
- 6 ชัยยันต์ ประเสริฐ. (2566). *พื้นที่สร้างสรรค์และสุขภาวะคนเมือง: บทเรียนจากเครือข่ายชุมชนแออัด*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 7 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). (2568). *สานพลัง สร้างนวัตกรรม สุขภาวะชุมชนที่ยั่งยืน ปี 2568*. <https://thaihealth.or.th>
- 8 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). (2568). *นครพนมโมเดล ต้นแบบระบบสุขภาพจากฐานราก*. <https://thaihealth.or.th>

ไทยแบนนำเข้าเศษพลาสติก 2568: ผู้ความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะคนไทย

- 1 กรมควบคุมมลพิษ. (2566). *รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2565*. กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
- 2 กรมการค้าต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์. (2567). *ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้เศษพลาสติกเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้าในราชอาณาจักร พ.ศ. 2567*. *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 141 ตอนที่พิเศษ 308 ง (16 ธันวาคม 2567)
- 3 กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2565). *แผนปฏิบัติการด้านการจัดการขยะพลาสติก ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570)*. กรุงเทพฯ
- 4 มูลนิธิกระจกเงา. (2566). *ผลกระทบของราคาขยะนำเข้าต่ออาชีพชาเล้งในเขตเมือง*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิกระจกเงา.
- 5 สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2566). *ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจหมุนเวียนในภาคอุตสาหกรรมไทย*. กรุงเทพฯ: TDRI.
- 6 Today line. (2566, 25 กุมภาพันธ์). *กรม เห็นชอบนโยบายห้ามนำเข้าเศษพลาสติก 100% เริ่มปี 68*. <https://today.line.me/th/v3/article/oqN9YWW>
- 7 เครือข่ายบูรณะนิเวศ (EARTH). (2565). *รายงานมลพิษข้ามพรมแดน: กรณีโรงงานรีไซเคิลขยะพลาสติกปนเปื้อน*. <http://www.earththailand.org>
- 8 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2567). *รายงานสุขภาวะชุมชนกับการจัดการขยะที่ยั่งยืน*. กรุงเทพฯ: สสส.
- 9 สถาบันวิจัยภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2566). *แนวทางการสร้างพฤติกรรมมารแยกขยะในระดับครัวเรือนเพื่อรองรับเศรษฐกิจหมุนเวียน*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

- 1 Parnell, T. A. (2014). Health literacy: History, definitions, and models. In *Health literacy in nursing: Providing person-centered care* (pp. 3-32). Springer Publishing Company.
- 2 WHO. (2019, December 18). *Promoting health literacy as powerful tool to address public health challenges*. <https://www.who.int/europe/news/item/18-12-2019-promoting-health-literacy-as-powerful-tool-to-address-public-health-challenges>
- 3 Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- 4 วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง และสายชล คล้อยเอี่ยม. (2561). *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1)*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- 5 สายชล คล้อยเอี่ยม และวิมล โรมา. (2562). *ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- 6 ธนัญชนก จันทร์เพ็ญ และวิรัช พงษ์เล็ก. (2568). *อิทธิพลของการเปิดรับสื่อออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 8(2).
- 7 Hoonsopon, D., Ketkaew, C., Puriwat, W., Viriyasitavat, W., & Tripopsakul, S. (2025). How digital health literacy affects willingness to adopt telemedicine in an emerging country: The case of Thailand. *SAGE Open*, 15(3). <https://doi.org/10.1177/21582440251378068>
- 8 ไทยพีบีเอส. (2567, 8 มกราคม). *พบวัยเก่า 80% ตกเป็นผู้เสียหาย ถูกหลอกโอนเงิน-ข้อมูลส่วนตัว*. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/335738>
- 9 Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- 10 Parnell, T. A. (2014). Health literacy: History, definitions, and models. In *Health literacy in nursing: Providing person-centered care* (pp. 3-32). Springer Publishing Company. <https://connect.springerpub.com/content/book/978-0-8261-6173-4/part/part01/chapter/ch01>
- 11 Parker, R. (2000). Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277-283.
- 12 Marmot, M. (2007). Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153-1163.
- 13 Cutilli, C. C., & Bennett, I. M. (2009). Understanding the health literacy of America: Results of the National Assessment of Adult Literacy. *Orthopaedic Nursing*, 28(1), 27-32.

- 14 World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Division of Health Promotion, Education and Communications Health Education and Health Promotion Unit.
- 15 Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). Introduction. In *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*.
- 16 World Health Organization. (2017). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health Promotion International*, 32(1), 7-8.
- 17 Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- 18 Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- 19 Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2006). *Navigating health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future.
- 20 Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, 42(4), 450-456.
- 21 วุฒิสภา. (ม.ป.ป.). *แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข*. [https://www.senate.go.th/assets/portals/181/fileups/328/files/07สาธารณสุข\(1\).pdf](https://www.senate.go.th/assets/portals/181/fileups/328/files/07สาธารณสุข(1).pdf)
- 22 กรมอนามัย. (2561, 12 มีนาคม). 66 ปี กรมอนามัย สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่าน 66 Key Message เพื่อส่งเสริมคนไทยสุขภาพดี. <https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/18906>
- 23 กรมอนามัย. (2560). *รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป (พ.ศ. 2560)*. กระทรวงสาธารณสุข. https://borc.anamai.moph.go.th/web-upload/24xe82d9421a764bd38b31a4171c44f37a6/tiny/mce/KPI/2565/KPI1_36/L2/1KPI1-36_2-2-8.pdf
- 24 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2562). *รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2562*. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5216?locale-attribute=th>
- 25 BDMS. (2563). *EP.3 6 องค์ประกอบของ Health Literacy*. BDMS Health Research Center. <https://www.youtube.com/watch?v=WhECCXS0XRE>
- 26 Klerings, I., Weinhandl, A. S., & Thaler, K. J. (2015). Information overload in healthcare: Too much of a good thing?. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109(4-5), 285-290.
- 27 Potter, M. C., Wyble, B., Hagmann, C. E., & McCourt, E. S. (2014). Detecting meaning in RSVP at 13 ms per picture. *Attention, Perception, & Psychophysics*, 76(2), 270-279.
- 28 Suarez-Lledo, V., & Alvarez-Galvez, J. (2021). Prevalence of health misinformation on social media: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e17187.
- 29 Lappano, R., Sebastiani, A., Cirillo, F., Rigracchio, D. C., Galli, G. R., Curcio, R., ... & Maggolini, M. (2017). The lauric acid-activated signaling prompts apoptosis in cancer cells. *Cell Death Discovery*, 3(1), 1-9. <https://doi.org/10.1038/cddiscovery.2017.63>
- 30 Narayanan, A., Baskaran, S. A., Amalaradjou, M. A., & Venkitanarayanan, K. (2015). Anticarcinogenic properties of medium chain fatty acids on human colorectal, skin and breast cancer cells in vitro. *International Journal of Molecular Sciences*, 16(3), 5014-5027. <https://doi.org/10.3390/ijms16035014>
- 31 Hfocus. (2568, 3 ตุลาคม). 8 ปี แห่งการวางรากฐานดิจิทัลสุขภาพของไทย: จาก “หมอพร้อม” สู่มลฑลพร้อมสุขภาพแห่งชาติ. <https://www.hfocus.org/content/2025/10/35475>
- 32 HAI: Human-centered Artificial Intelligence. (2025, June 11). *Exploring the dangers of AI in mental health care*. Stanford University. <https://hai.stanford.edu/news/exploring-the-dangers-of-ai-in-mental-health-care>
- 33 Yale School of Public Health. (2025, October 15). *Rewards, risks with AI chatbots in chronic disease care*. <https://ysph.yale.edu/news-article/rewards-risks-with-ai-chatbots-in-chronic-disease-care/>
- 34 Hfocus. (2568, 11 มกราคม). *เด็กไทยป่วยซึมเศร้าสูง 2.2 พันคนต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจิต*. <https://www.hfocus.org/content/2025/01/32784>
- 35 คลังความรู้สุขภาพจิต. (2566). *ความชุกและการเข้าถึงบริการของโรคจิตเวชและมีปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 12 เดือน: การสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566*. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1803>
- 36 Skidmore, N., Ryan, C. G., Mankelov, J., & Martin, D. (2025). Expectations for adopting virtual reality to promote health literacy in patients with persistent pain: Qualitative analysis of UK-based physiotherapists. *Pain Research and Management*, 2025(1), 5547227.
- 37 BBC. (2025, July 16). *Virtual reality therapy 'helps cut chronic pain'*. <https://www.bbc.com/news/articles/cnvmgvj4v08o>
- 38 Khokale, R., Mathew, G. S., Ahmed, S., Maheen, S., Fawad, M., Bandaru, P., ... & Mathew, G. S. (2023). Virtual and augmented reality in post-stroke rehabilitation: A narrative review. *Cureus*, 15(4).
- 39 Woessner, M. N., Tacey, A., Levinger-Limor, A., Parker, A. G., Levinger, P., & Levinger, I. (2021). The evolution of technology and physical inactivity: The good, the bad, and the way forward. *Frontiers in Public Health*, 9, 655491.
- 40 Althoff, T., White, R. W., & Horvitz, E. (2016). Influence of Pokémon Go on physical activity: Study and implications. *Journal of Medical Internet Research*, 18(12), e315.
- 41 PatentPC. (2025). *Digital health apps & wearable integration stats*. <https://patentpc.com/blog/digital-health-apps-wearable-integration-stats>
- 42 National Geographic. (2024). *Wearable fitness trackers are making us anxious—here's how to stop it*. <https://www.nationalgeographic.com/science/article/how-wearable-tech-can-trigger-anxiety-and-how-to-manage-it>
- 43 ALS. (2014). *The ALS Ice Bucket Challenge*. <https://www.als.org/ibc>



(ภาคผนวก)

เกณฑ์การจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย 2569

ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัดสุขภาพ

กระบวนการทำงาน

1. คัดเลือกประเด็นเด่นของตัวชี้วัดด้านประชากรและสุขภาพ โดยผ่านการพิจารณาร่วมกันระหว่างคณะกรรมการชี้ทิศทางการและคณะทำงานโครงการฯ
2. ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในตัวชี้วัดที่กำหนด และมีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ รวมถึงมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เพื่อขอรับข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน
3. กำหนดกรอบระยะเวลาในการจัดทำบทความ โดยร่วมกันกำหนดแนวทางการเขียน วัตถุประสงค์ของการนำเสนอในแต่ละหมวดตัวชี้วัด รวมถึงกรอบเวลาเบื้องต้นสำหรับการค้นคว้าข้อมูลและจัดทำเนื้อหา ในขณะทำงานผู้รับผิดชอบแต่ละหมวด
4. ร่างเนื้อหาตัวชี้วัดสุขภาพ
5. จัดประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อพิจารณาร่างตัวชี้วัดด้านสุขภาพ ร่วมกันประเมินความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา และความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด ผ่านการประชุมคณะทำงานที่มีวิชาการ และคณะกรรมการชี้ทิศทางการสุขภาพคนไทย
6. ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและทบทวนหมวดตัวชี้วัดด้านสุขภาพ โดยอ่านภาพรวมของทุกหมวดในชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย พร้อมให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา

เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

1. กำหนดสาระสำคัญ (Key message) ของแต่ละหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้การนำเสนอเนื้อหาที่มีทิศทางชัดเจนและไม่กระจัดกระจาย
2. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสถิติของตัวชี้วัดที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปีเพื่อแสดงแนวโน้มของสถานการณ์ รวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อสะท้อนภาพรวมของสถานการณ์ปัจจุบัน
3. นำเสนอเนื้อหาในรูปแบบที่กระชับ อ่านง่าย และเข้าใจได้ โดยผู้อ่านทุกกลุ่มวัย

ส่วนที่ 2 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ และ 4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

สถานการณ์ในรอบปี ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นลำดับ 1 ถึง 10 และผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทยอีก 4 สถานการณ์ ซึ่งเรียกส่วนนี้ว่า “สถานการณ์เด่น 10+4” เกณฑ์การเลือกสถานการณ์ทางสุขภาพ มีดังนี้

1. เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2568 หรือเป็นสถานการณ์ที่เคยรายงานไปแล้ว แต่นำมาเสนออีกครั้ง เพื่อให้เห็นพัฒนาการหรือความเปลี่ยนแปลง เป็นบทเรียนในสังคมไทย

2. เป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายถึงรวมถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
3. เป็นนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
4. เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
5. เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

สำหรับผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้น ความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

ส่วนที่ 3 เรื่องพิเศษประจำฉบับ

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ คือ เรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (target group oriented) และเรื่องเฉพาะประเด็น (issue oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องที่น่าสนใจสลับไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมา หรือหัวข้อของตัวชี้วัดทางสุขภาพที่น่าสนใจ

หลักเกณฑ์ในการเลือกเรื่องพิเศษประจำฉบับ คือ

1. เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
2. เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
3. เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

กระบวนการทำงาน

1. คณะกรรมการชี้ทิศทางการสุขภาพคนไทยประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
2. ทีมงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงสร้างของรายงาน
3. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลประกอบการจัดทำรายงาน
4. คณะทำงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้น ๆ อีกครั้ง
5. ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหารายงานและปรับแก้ไข

รายชื่อคณะกรรมการชั่งตวงวัด รายงานสุขภาพคนไทย

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์	ที่ปรึกษา
รศ.นพ.สรนิต ศิลธรรม	กรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และประธานกรรมการบริหารแผนคณะที่ 7	ประธานกรรมการ
คุณสุรียนต์ ธีรกิจจานุกิจ	ที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)	กรรมการ
นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์	ผู้อำนวยการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)	กรรมการ
นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท	หัวหน้ากลุ่มวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
คุณหทัยชนก ชินอุปราวัฒน์	รองผู้อำนวยการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
ดร.ทิพิชา โปษยานนท์	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	กรรมการ
ดร.ยุวดี คาคการณ์ไกล	รองประธานและรักษาการณประธานสถาบันคลังปัญญา ด้านยุทธศาสตร์ชาติ	กรรมการ
ดร.ณัฐพันธ์์ ศุภกา	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ สสส.	กรรมการ
คุณณัฐยา บุญภักดี	ผู้อำนวยการสำนักอาวุโส สำนักสนับสนุนสุขภาวะ เด็ก เยาวชน และครอบครัว (สำนัก 4 สสส.)	กรรมการ (สิ้นสุด 24 ธันวาคม 2568)
คุณนครินทร์ ภาระมรทัต	รักษาการผู้อำนวยการศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สสส.	กรรมการ
คุณฉัตร คำแสง	ผู้อำนวยการศูนย์ความรู้นโยบายสาธารณะ เพื่อการเปลี่ยนแปลง 101	กรรมการ
คุณสมพร เพ็งคำ	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาระบบประเมิน ผลกระทบทางสุขภาพโดยชุมชน	กรรมการ
ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
รศ.ดร.ชาย โพธิ์สิตา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและเลขานุการ
รศ.ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
รศ.ดร.มนสิการ กาญจนนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
ผศ.ดร.สักกรินทร์ นิยมศิลป์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2569

ทบวงรายงานทั้งเล่ม

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์
ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตตรา

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา

ทีมเขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพร่างแรก

คุณพิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน
คุณณัฐภาพ สังเกต
คุณชาคร เลิศนันทน์
รศ.ดร.ชิตชยางค์ ยมาภัย
คุณสาสินี เทพสุวรรณ

ดร.นณริฎ พิศลยบุตร
ผศ.ดร.ปานนท์ ลาซโรจน์
คุณอรวรรณ สุขโข
คุณณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

รศ.ดร.ชชนวนทอง ธนสุภาณจน์

รายชื่อคณะกรรมการรายงานสุขภาพคนไทย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ปรึกษาทีมวิชาการ

ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตตรา

รศ.ดร.ชาย โพธิ์สีตา

ผู้อำนวยการโครงการ

รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์

ตัวชี้วัดสุขภาพ

รศ.ดร.มนสิการ กาญจนะจิตตรา
กัญญา อภิพรชัยสกุล

รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์

สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

ผศ.ดร.สักรินทร์ นิยมศิลป์

กาญจนา เทียนลาย

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

รศ.ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร
กัญญาพัชร สุทธิเกษม

รศ.ดร.ชาย โพธิ์สีตา

ขอบคุณจากใจ

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมและผู้ให้ความอนุเคราะห์ในการจัดทำหนังสือฉบับนี้เป็นอย่างยิ่ง ได้แก่ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา และศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ชินนุทัย กาญจนะจิตรา ที่กรุณาทบทวนบทความต้นฉบับทั้งสามส่วน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงภาษาและเนื้อหา เพื่อให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสมยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ป้องกันการค้าตัวตายแห่งชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค) และศูนย์วิจัยความสุขคนทำงานแห่งประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้สนับสนุนข้อมูลอันเป็นประโยชน์สำหรับการจัดทำหมวดตัวชี้วัดทางสุขภาพทั้ง 10 หมวดในรายงานฉบับนี้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่กรุณาเขียนเนื้อหาร่างแรกในหมวด 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ อันทำให้รายงานสุขภาพคนไทยประจำปีนี้มีประเด็นที่น่าสนใจ สะท้อนสถานการณ์สุขภาพของสังคมไทยได้อย่างรอบด้าน และชวนติดตาม

ขอขอบคุณนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ที่ปรึกษาคณะกรรมการชี้ทิศทางโครงการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย ผู้เขียนบทความเรื่อง สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง กับสุขภาพคนไทยตลอดจนนายเทิดธัญวาคะนะมะ ผู้วาดภาพประกอบจากพระบรมฉายาลักษณ์ ซึ่งช่วยเติมเต็มคุณค่าและความสมบูรณ์ให้แก่รายงานสุขภาพคนไทย 2569

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ประกอบงานเขียนเกี่ยวกับความรู้สุขภาพ ในเรื่องพิเศษประจำฉบับนี้

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทยอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด

ท้ายที่สุดนี้ คณะทำงานขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ติดตามรายงานสุขภาพคนไทยอย่างสม่ำเสมอ ความสนใจและการสนับสนุนจากท่านนับเป็นกำลังใจสำคัญ ที่ช่วยผลักดันให้คณะทำงานมุ่งมั่นพัฒนารายงานสุขภาพคนไทยให้มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อสังคมไทยต่อไป

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย



ติดตามรายงานสุขภาพคนไทย ได้ที่

  สุขภาพคนไทย  30 5 สุขภาพคนไทย  @ThaiHealthReport  www.thaihealthreport.com





ฉลาดเลือก เลือกสุขภาพ



www.thaihealthreport.com



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)