

สุขภาพคนไทย

2567



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

- 11 หมวดตัวชี้วัด “เทคโนโลยีดิจิทัลกับสุขภาพคนไทย”
- 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ
- 4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

ความ

เครียด

ภัยเงียบของสังคมไทย

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2567: ความเครียด ภัยเงียบของสังคมไทย / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล - พิมพ์ครั้งที่ 1. - นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2567.
(เอกสารทางวิชาการ/สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 601) 136 หน้า.
ISBN 978-616-443-901-6

1. สุขภาพ - ไทย. 2. สุขภาพ - แง่สังคม. 3. เทคโนโลยีดิจิทัล - แง่สุขภาพ. 4. ความเครียด.

I. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. II. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. III. ชื่อชุด.
WA100 ส743 2567

ออกแบบและศิลปกรรม พิสูจน์อักษร	ส้มโมทิก สวิชญาน และ นัทชา กาญจนะจิตรา พิมพ์พรรณ นิตยัณรา
จัดทำเนื้อหาและจัดพิมพ์โดย ได้รับการสนับสนุนทุนจาก	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักพิมพ์	บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน) 376 ถนน ชัยพฤกษ์ แขวงตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170 โทรศัพท์ 0-2422-9000 โทรสาร 0-2433-2742
จำนวนพิมพ์ พิมพ์ครั้งที่ 1	4,000 เล่ม เมษายน 2567

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)

เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-0201-4 โทรสาร 0-2441-5221

เว็บไซต์ www.ipsr.mahidol.ac.th www.thaihealthreport.com

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

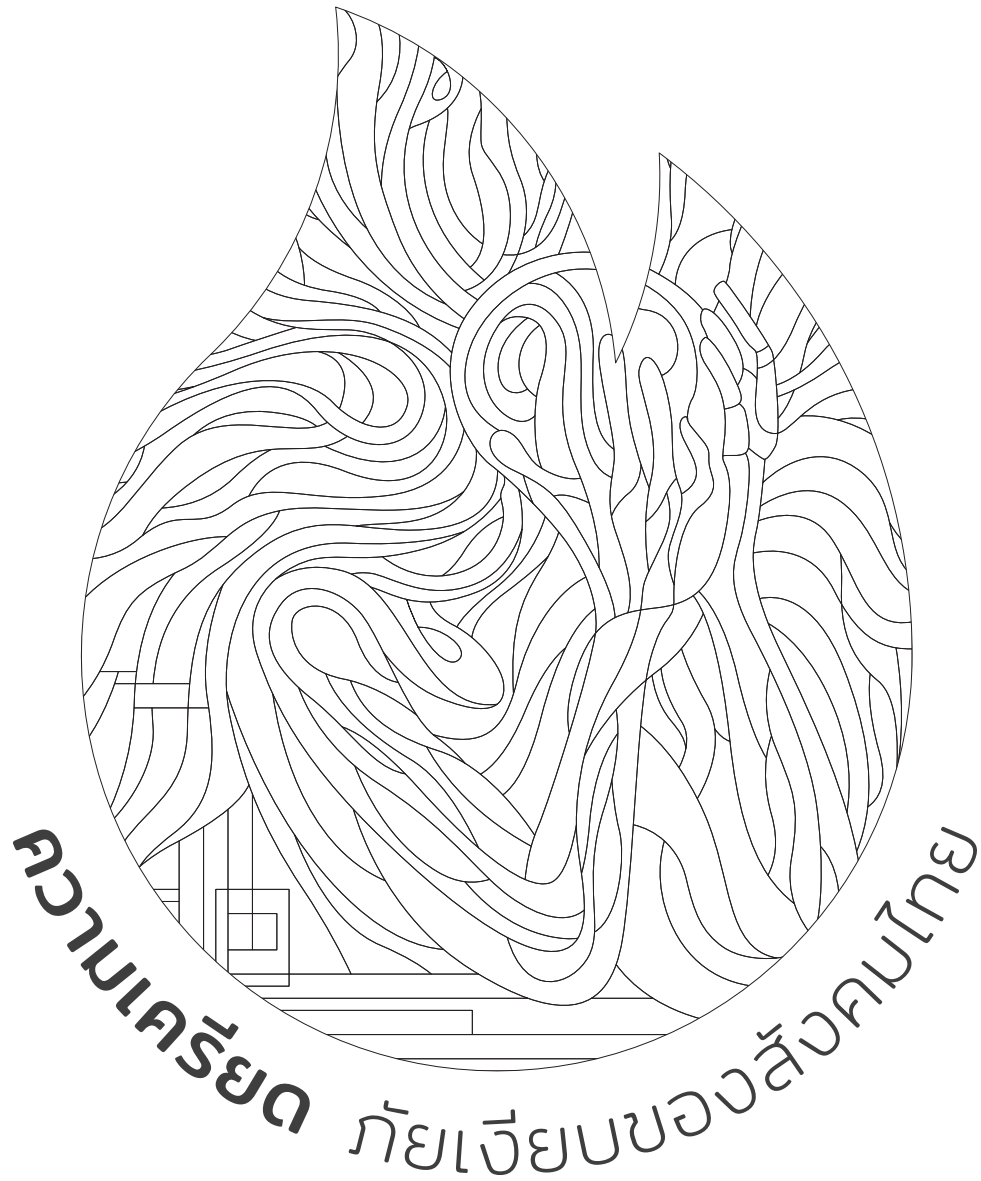
เลขที่ 99/8 อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

โทรศัพท์ 0-2343-1500 โทรสาร 0-2343-1551

เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

สุขภาพ คนไทย 2567



บอกกล่าว

รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2567 ตัวชี้วัดสุขภาพ นำเสนอเรื่อง “เทคโนโลยีดิจิทัลกับสุขภาพคนไทย” โดยใช้กรอบแนวคิดจาก 1) The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world 2) Classification of Digital Health Interventions, ขององค์การอนามัยโลก 3) ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) และ 4) ปัจจัยการค้ากำหนดสุขภาพ (Commercial Determinants of Health) โดยมี 11 หมวดตัวชี้วัดที่นำเสนอ ดังนี้ 1) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพของประชาชน 2) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้ให้บริการสาธารณสุข 3) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อระบบสาธารณสุข 4) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อบริการทางข้อมูล 5) เทคโนโลยีดิจิทัลกับการอยู่อาศัย สภาพแวดล้อม และคุณภาพความเป็นอยู่ 6) สภาพแวดล้อมการทำงานกับเทคโนโลยีดิจิทัล 7) การศึกษากับเทคโนโลยีดิจิทัล 8) เครือข่ายและสื่อสังคมออนไลน์ 9) วิถีชีวิตกับเทคโนโลยีดิจิทัล 10) การตลาดดิจิทัล และ 11) แนวทางการส่งเสริมเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพคนไทย

10 สถานการณ์เด่นปีนี้ นำเสนอประเด็นที่น่าสนใจ ได้แก่ 1) การกราดยิงกับแนวทางการควบคุมอาวุธปืน 2) ปัญหาแพทย์ลาออก ควรดำเนินการอย่างไร? 3) สองทศวรรษของบัตรทอง: การขยายสิทธิประโยชน์แบบจัดหนักจัดเต็ม 4) การพนันออนไลน์: กีบดักเยาวชนและคนหนุ่มสาว 5) เกิดแล้วเกิดอีก! อุบัติเหตุจากโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่ 6) มาเฟียข้ามชาติกับการแก้ไขปัญหา 7) แรงงานไทยในตะวันออกกลาง: ทางสองแพร่งระหว่าง “ความมั่งคั่ง” กับ “ความมั่นคงในชีวิต” 8) มลพิษทางอากาศคร่าชีวิตคนไทย 3 หมื่นคนต่อปี: ถึงเวลาทวงสิทธิอากาศสะอาด 9) การถ่ายโอนรพ.สต.ไป อบจ.: ความเป็นมา ปัญหา และความท้าทาย 10) ธรรมนูญสุขภาพฉบับที่ 3: มุ่งสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม

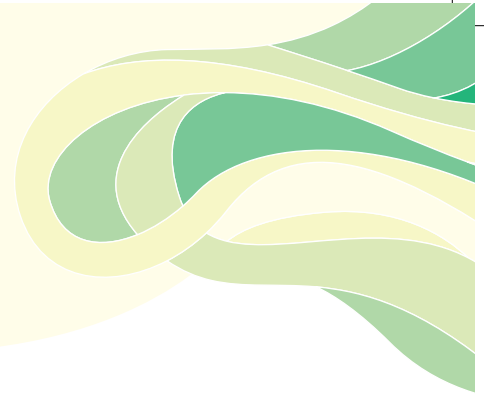
สำหรับ 4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทยปีนี้ ได้แก่ 1) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ วีรบุรุษสาธารณสุขของโลก 2) องค์การอนามัยโลกยกย่อง ศ.พิเศษ นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร 3) เครือข่ายกองทุนเสริมสร้างสุขภาพนานาชาติประกาศปฏิญญากรุงเทพฯ มุ่งสู่สุขภาพที่เป็นธรรม และ 4) กรมอนามัย จับมือ ผู้ค้าออนไลน์ ส่งเมนูสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม

เรื่องพิเศษประจำฉบับ นำเสนอเรื่อง “ความเครียด ภัยเงียบของสังคมไทย” โดยให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับนิยามความเครียด สถานการณ์ความเครียดของคนไทยทุกช่วงวัย สาเหตุของปัญหา และแนวทางจัดการความเครียด ที่จะทำให้อ่านเข้าใจความเครียดและสามารถจัดการความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสมได้

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย 2567 ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามและใช้ประโยชน์จากรายงานสุขภาพคนไทยตลอดมา ทั้งในด้านการศึกษาวิจัย การกำหนดแผนหรือนโยบาย และขับเคลื่อนงานในพื้นที่ นับเป็นกำลังใจสำคัญให้กับคณะทำงานในการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทยให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป โปรดติดตามอ่านหนังสือรายงานสุขภาพคนไทยและบทความที่น่าสนใจเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์ www.thaihealthreport.com

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย

สารบัญ



6 11 หมวดตัวชี้วัด “เทคโนโลยีดิจิทัลกับสุขภาพคนไทย”

8	การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพของประชาชน	92
10	การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้ให้บริการสาธารณสุข	
12	การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อระบบสาธารณสุข	93
14	การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อบริการทางข้อมูล	
16	เทคโนโลยีดิจิทัลกับการอยู่อาศัย สภาพแวดล้อม และคุณภาพความเป็นอยู่	94
18	สภาพแวดล้อมการทำงานกับเทคโนโลยีดิจิทัล	
20	การศึกษาเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล	95
22	เครือข่ายและสื่อสังคมออนไลน์	
24	วิถีชีวิตกับเทคโนโลยีดิจิทัล	
26	การตลาดดิจิทัล	
28	แนวทางการส่งเสริมเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสร้างเสริมสุขภาพคนไทย	97

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

32	การกราดยิงกับแนวทางการควบคุมอาวุธปืน	124
38	ปัญหาแพทย์ลาออก ควรดำเนินการอย่างไร?	133
44	สองทศวรรษของบัตรทอง: การขยายสิทธิประโยชน์แบบจัดหนัก จัดเต็ม	135
51	การพนันออนไลน์: กัดกัดเยาวชนและคนหนุ่มสาว	
56	เกิดแล้วเกิดอีก! อุบัติเหตุจากโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่	
61	มาเพียข้ามชาติกับการแก้ไขปัญหา	
67	แรงงานไทยในตะวันออกกลาง: ทางสองแพร่งระหว่าง “ความมั่งคั่ง” กับ “ความมั่นคงในชีวิต”	
73	มลพิษทางอากาศคร่าชีวิตคนไทย 3 หมื่นคนต่อปี: ถึงเวลาทวงสิทธิอากาศสะอาด	
79	การถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ.: ความเป็นมา ปัญหาและความท้าทาย	
85	ธรรมนูญสุขภาพฉบับที่ 3: มุ่งสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม	

4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
วิบุรุษสาธารณสุขของโลก
องค์การอนามัยโลกยกย่อง
ศ.พิเศษ นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร
เครือข่ายกองทุนเสริมสร้างสุขภาพนานาชาติ
ประกาศปณิธานกรุงเทพฯ:
มุ่งสู่สุขภาพที่เป็นธรรม
กรมอนามัย จับมือ ผู้ค้าออนไลน์
ส่งเสริมสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

ความเครียด ภัยเงียบของสังคมไทย

ภาคผนวก

บรรณานุกรม
เกณฑ์ในการจัดทำ
รายงานสุขภาพคนไทย 2567
รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง,
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ,
รายชื่อคณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย

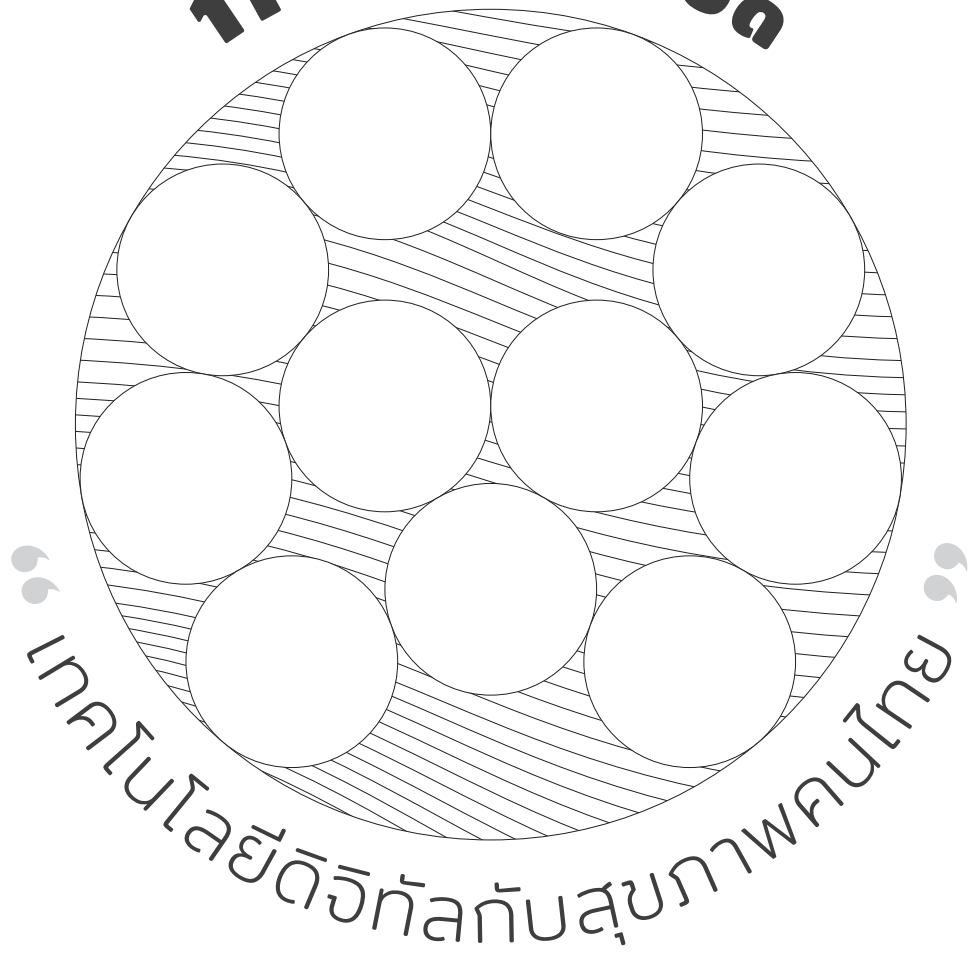
สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2567. (ชื่อบทความ). *สุขภาพคนไทย 2567* (เลขหน้าของบทความ)
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2567. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพของประชาชน. *สุขภาพคนไทย 2567* (หน้า 8-9)
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

11 หมวดตัวชี้วัด



11 หมวดตัวชี้วัด

“เทคโนโลยีดิจิทัลกับสุขภาพคนไทย”

สุขภาพคนไทย 2567 เสนอตัวชี้วัดสุขภาพ “เทคโนโลยีดิจิทัลกับสุขภาพคนไทย” เพื่อชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของเทคโนโลยีดิจิทัลต่อสุขภาพคนไทย ในมิติต่าง ๆ

ทุกวันนี้ เทคโนโลยีดิจิทัล เข้ามามีบทบาทในการให้บริการทางสาธารณสุขและชีวิตประจำวันของคนไทยมากยิ่งขึ้น ในรายงานฉบับนี้ เทคโนโลยีดิจิทัลนั้นรวมถึง เครื่องมือ อุปกรณ์ และระบบดิจิทัลต่าง ๆ ที่ใช้ในการสร้าง จัดเก็บ และจัดการข้อมูลเพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ได้แก่ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ แท็บเล็ต อุปกรณ์อัจฉริยะ หุ่นยนต์ แอปพลิเคชัน สื่อสังคมออนไลน์ ข้อมูลขนาดใหญ่ เทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) และปัญญาประดิษฐ์ (AI)

เทคโนโลยีดิจิทัลส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบทางตรงเกิดขึ้นเมื่อเทคโนโลยีดิจิทัลถูกนำมาใช้เพื่อสุขภาพโดยตรง ได้แก่



ที่มา : chulalongkornhospital.go.th/kcmh/category/health-knowledge

1 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพของประชาชนเอง เช่น การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาข้อมูล และการใช้อุปกรณ์อัจฉริยะในการติดตามสุขภาพตนเอง

2 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้ให้บริการทางการแพทย์ เช่น การให้บริการการแพทย์ทางไกล และการใช้หุ่นยนต์ผ่าตัด

3 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อยกระดับระบบสาธารณสุข เช่น การจัดคิวผู้ป่วย และการจัดระบบการกระจายยาและเวชภัณฑ์

4 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อช่วยการจัดการบริการทางข้อมูล เช่น การใช้เทคโนโลยีบล็อกเชน (blockchain) ในการจัดการฐานข้อมูล และการนำเสนอข้อมูลสาธารณสุขผ่านแดชบอร์ด (dashboard) ให้ประชาชนและผู้ให้บริการเข้าถึงได้สะดวก



ที่มา : unsplash.com/photos/a-close-up-of-a-person-wearing-a-smart-watch-_tLfi2wKxfU

ถึงแม้ว่า เทคโนโลยีดิจิทัลโดยทั่วไปอาจไม่ได้ถูกนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางสุขภาพโดยตรง แต่การใช้ในด้านต่าง ๆ นั้นส่งผลต่อสภาพแวดล้อม สภาพความเป็นอยู่และการทำงาน การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและชุมชน และการดำเนินชีวิตของประชาชน ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยสังคมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของประชาชนในทางอ้อมด้วย

ตัวชี้วัดสุขภาพ “เทคโนโลยีดิจิทัลกับสุขภาพคนไทย” นำเสนอข้อมูลเพื่อสะท้อนถึงผลกระทบของเทคโนโลยีดิจิทัลต่อสุขภาพคนไทยทั้งทางตรง (หมวด 1-4) และทางอ้อม (หมวด 5-10) และปิดท้ายด้วยการนำเสนอแนวทางการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพคนไทย (หมวด 11)

ประเทศไทยมีแนวโน้มการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพมากขึ้น สำหรับประชาชนทั่วไป พบโดยส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการใช้อินเทอร์เน็ตในการติดตามข่าวสารและค้นหาข้อมูลสุขภาพ อินเทอร์เน็ตทำให้ประชาชนโดยทั่วไปเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้สะดวกยิ่งขึ้น แต่ก็เพิ่มความเสี่ยงการได้รับข่าวเท็จและข่าวปลอมทางสุขภาพเช่นกัน ประชาชนจำเป็นต้องมีความรอบรู้ในการคัดกรองความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล

การให้บริการการแพทย์ทางไกลเป็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์ที่น่าจับตามอง เพราะสามารถช่วยให้เข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึง ประหยัดเวลาการเดินทาง และลดความแออัดภายในสถานพยาบาล ในช่วงการระบาดของโควิด 19 พบการให้บริการการแพทย์ทางไกลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สิ่งที่ควรระวังในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับผู้ให้บริการสาธารณสุข คือต้นทุนที่อาจเพิ่มขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีที่ไม่จำเป็น

เทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทช่วยยกระดับระบบสาธารณสุขโดยรวมของประเทศไทย ในภาพรวม โรงพยาบาลราวครึ่งหนึ่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีสถานะเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ คือได้นำเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการบริการ ลดต้นทุนการบริหารจัดการ และลดความแออัดในสถานบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในภาพรวม ประเทศไทยยังต้องติดตามความเหลื่อมล้ำทางเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นระหว่างโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสารสนเทศอย่างต่อเนื่องในระดับสากล จัดว่ามีโครงสร้างเพื่อรองรับการแลกเปลี่ยนชุดข้อมูลสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตาม ยังคงมีประเด็นเรื่องการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน


เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพผ่านปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ในด้านการอยู่อาศัย กรุงเทพฯ ในฐานะเมืองหลวงของประเทศไทย ถูกจัดอันดับอยู่ที่ 88 จาก 141 เมืองทั่วโลกในการเป็นเมืองอัจฉริยะ ซึ่งอันดับมีแนวโน้มแย่ลงตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมา ในด้านสภาพแวดล้อมการทำงาน เทคโนโลยีดิจิทัลทำให้ผู้คนจำนวนมากสามารถทำงานทางไกลจากที่บ้านได้ คนไทยกว่า 4 ใน 5 ยังคงมีการทำงานทางไกลจากที่บ้านเป็นบางวัน เป็นการช่วยลดเวลาในการเดินทางในแต่ละวัน แต่อาจนำมาซึ่งความเครียดที่เพิ่มขึ้นจากการใช้เวลาหน้าจอกอมพิวเตอร์เป็นเวลานานขึ้น

ในด้านการศึกษา การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเรียนรู้ ในประเทศไทยยังพบความเหลื่อมล้ำระหว่างภูมิภาคในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของโรงเรียน โดยโรงเรียนในภาคเหนือมีสัดส่วนที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศมากกว่าเท่าตัว และสูงกว่าภาคกลางมากกว่า 8 เท่า จึงเป็นประเด็นที่อาจนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาต่อไปในอนาคต

เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของคนไทยในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น การซื้อขายสินค้า และการทำธุรกรรมทางการเงิน ถึงแม้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยอำนวยความสะดวกให้กับชีวิตผู้คนจำนวนมาก การเฝ้าระวังความเสี่ยงและภัยที่ตามมาเป็นสิ่งที่ไม่สามารถละเลยได้เป็นอันขาด ตัวอย่างเช่น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่อาจมาพร้อมกับปัญหาการระรานทางไซเบอร์ โดยเด็กไทยอายุ 9-18 ปี รายงานว่าถูกระรานทางไซเบอร์เป็นจำนวนมากถึง 1 ใน 4 นอกจากนี้ ยังมีคดีออนไลน์ที่มีเฉลี่ยกว่า 570 คดีต่อวัน เสียหายราว 80 ล้านบาทต่อวัน จากการหลอกลวงซื้อขายสินค้า หลอกโอนเงินเพื่อทำงาน และหลอกให้กู้เงิน และยังมีประเด็นความเสี่ยงในการเห็นโฆษณาที่เป็นความเสี่ยงสุขภาพ เช่น บุหรี่ไฟฟ้า เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการพนันออนไลน์

เทคโนโลยีดิจิทัลมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลจำเป็นต้องมีแนวทางการพัฒนาที่ชัดเจน ได้แก่

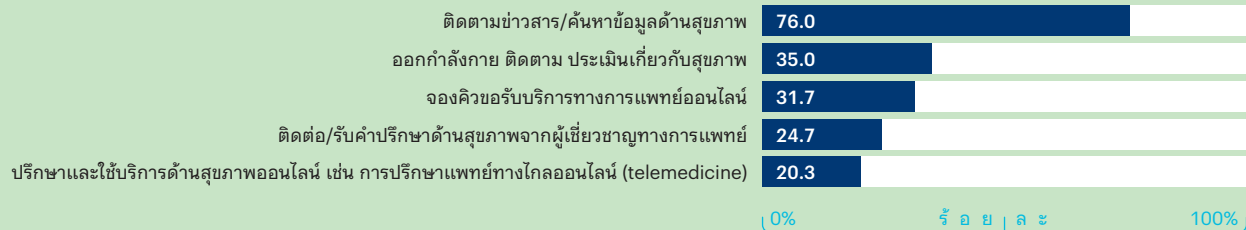
- 1 การตระหนักรู้ว่าเทคโนโลยีดิจิทัลได้กลายเป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ
- 2 การสร้างธรรมาภิบาล และความเชื่อมั่นสาธารณะในการใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพ
- 3 การพัฒนาแนวทางการเก็บและใช้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน
- 4 การลงทุนและวางแผนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพอย่างเหมาะสม

สุขภาพคนไทย 2567 หวังเป็นอย่างยิ่งว่าตัวชี้วัดสุขภาพ “เทคโนโลยีดิจิทัลกับสุขภาพคนไทย” สามารถชี้ให้เห็นบทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัลที่ส่งผลต่อสุขภาพคนไทย เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายทางสุขภาพระดับชาติ ผู้ให้บริการสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป 

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพของประชาชน

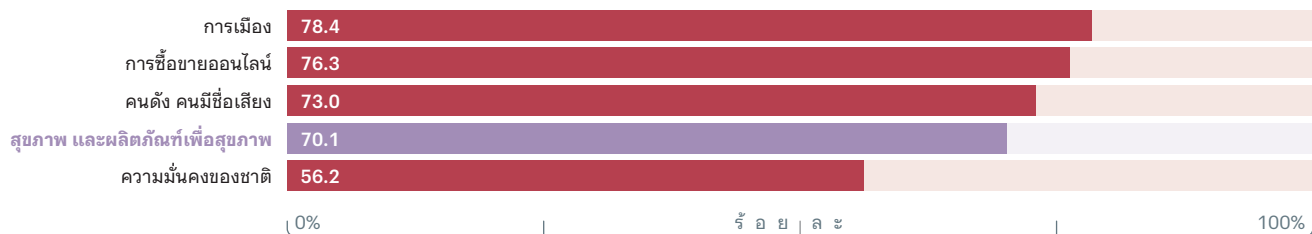
“ คนไทยใช้อินเทอร์เน็ตทางด้านสุขภาพ เพื่อติดตามข่าวสารและค้นหาข้อมูลสุขภาพ (ร้อยละ 76.0) ออกกำลังกาย ติดตาม ประเมินเกี่ยวกับสุขภาพ (ร้อยละ 35.0) และ จองคิวขอรับบริการทางการแพทย์ออนไลน์ (ร้อยละ 31.7) ”

กิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อรับบริการออนไลน์ทางด้านสาธารณสุขและสุขภาพ



ที่มา : กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565

ประเภทข่าวปลอม ที่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเคยพบเห็นมากที่สุด 5 อันดับแรก



ที่มา : กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2563

สมาร์ทวอตซ์ ช่วยให้คนขยับตัวมากขึ้นหรือไม่?

ประชาชนทั่วไปเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น เช่น นาฬิกาอัจฉริยะ ที่สามารถติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ ติดตามจำนวนก้าวในแต่ละวัน เพื่อช่วยส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายของประชาชน ในปี 2565 พบว่า ประชาชนผู้เข้าถึงอินเทอร์เน็ตของประเทศไทยมีเพียง

ร้อยละ 5.4

ที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตผ่านนาฬิกาอัจฉริยะ อย่างไรก็ตาม งานศึกษาพบว่า ลำพังการสวมใส่นาฬิกาอัจฉริยะไม่สามารถลดพฤติกรรมเนือยนิ่งในแต่ละวันได้ หากไม่มีนโยบายในระดับสังคม องค์กร และสิ่งแวดล้อมควบคู่ไปด้วย

ที่มา : กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565 และ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2565

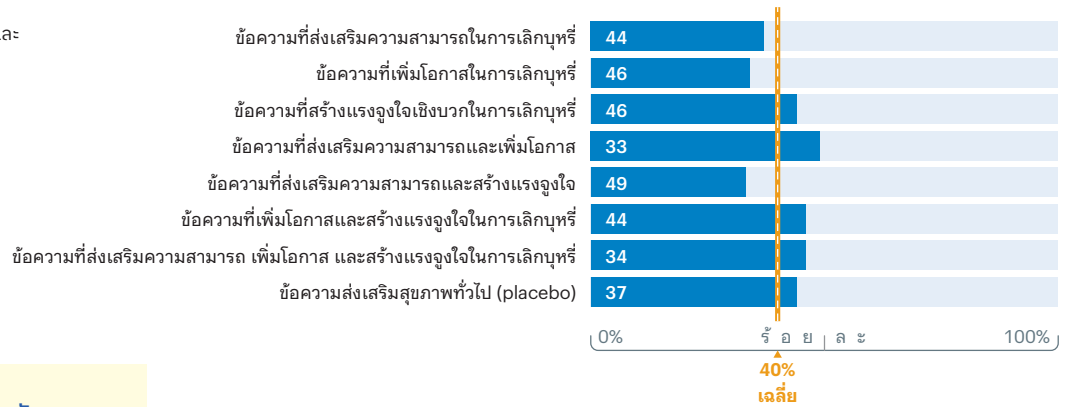
8 – สุขภาพคนไทย 2567

เทคโนโลยีดิจิทัลถูกนำมาใช้ประโยชน์สำหรับประชาชนทั่วไปได้หลายช่องทาง เช่น การค้นหาข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต การติดตามสุขภาพของตนเองผ่านอุปกรณ์อัจฉริยะ การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดีผ่านการส่งข้อความทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ และการเพิ่มความรอบรู้สุขภาพผ่านการใช้ออปพลิเคชัน

เทคโนโลยีดิจิทัลพลิกโฉมการดูแลสุขภาพของคนไทยอย่างมาก โดยเฉพาะการใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ แต่การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ยั่งยืนมีภัยตามมา สำหรับข่าวปลอมเกี่ยวกับสุขภาพในปี 2563 ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ 70 รายงานเคยพบเห็น ข่าวปลอม ที่เกี่ยวกับสุขภาพและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ จัดเป็น 1 ใน 5 ข่าวปลอมที่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเคยพบเห็นมากที่สุด

สัดส่วนผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ จากมาตรการส่งข้อความทางโทรศัพท์มือถือ

ที่มา : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2563



ข่าวปลอม มีได้หลายลักษณะ



ข่าวเท็จ

ไม่จริงโดยสิ้นเชิง



ข่าวผิดพลาดคลาดเคลื่อน

ผิดไปจากความเป็นจริง



ข่าวเสกสรรปั้นแต่ง

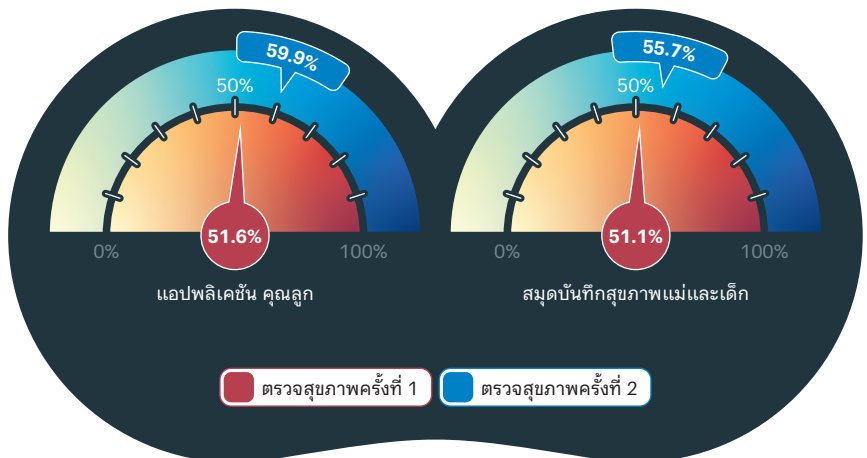
มีความจริง แต่ถูกปั้นแต่งให้ผิดเพี้ยนไป

การส่งข้อความผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่เป็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการกระตุ้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นการส่งข้อความเพื่อเตือนในการรับประทานยา แปรงฟัน รับประทานผักผลไม้ หรือเพื่อสนับสนุนการเลิกบุหรี่ งานศึกษาพบว่า การส่งข้อความผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่สามารถเพิ่มโอกาสช่วยเลิกบุหรี่ได้และมีความคุ้มค่าทางการเงิน โดยเฉลี่ยร้อยละ 40 ของผู้ได้รับข้อความสามารถเลิกบุหรี่ได้ และหากใช้ข้อความที่มีลักษณะการให้ความรู้ควบคู่ไปกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะสามารถเพิ่มสัดส่วนผู้เลิกบุหรี่ได้เป็นร้อยละ 49

ปัจจุบันความรู้สุขภาพที่เคยอยู่ในรูปแบบคู่มือ ถูกนำมาปรับเปลี่ยนเป็นแอปพลิเคชัน เพื่อความสะดวกในการหาข้อมูล อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อกังวลว่าข้อมูลในรูปแบบแอปพลิเคชันจะมีประสิทธิผลได้เทียบเคียงกับหนังสือหรือไม่ การศึกษาประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชัน “คุณลูก” เปรียบเทียบกับการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กพบว่า ผู้ปกครองที่ใช้แอปพลิเคชันมีสัดส่วนผู้มีระดับความรอบรู้สุขภาพในระดับสูงที่สูงกว่า ซึ่งนอกจากการใช้แอปพลิเคชันแล้ว ปัจจุบันยังมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างแพร่หลายในการสร้างชุมชนการเลี้ยงลูกออนไลน์ที่คอยให้คำปรึกษา แลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้

เทคโนโลยีดิจิทัลมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพของคนไทยได้อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ระดับความรอบรู้ทางเทคโนโลยีดิจิทัล และความสามารถในการคัดกรองข้อมูลอย่างเหมาะสม สิ่งเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องส่งเสริมควบคู่กันไปเพื่อยกระดับสุขภาพคนไทย

สัดส่วนผู้ปกครองที่มี
ความรอบรู้สุขภาพในระดับสูง
เปรียบเทียบระหว่าง
ผู้ใช้แอปพลิเคชันคุณลูกและ
ผู้ใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก



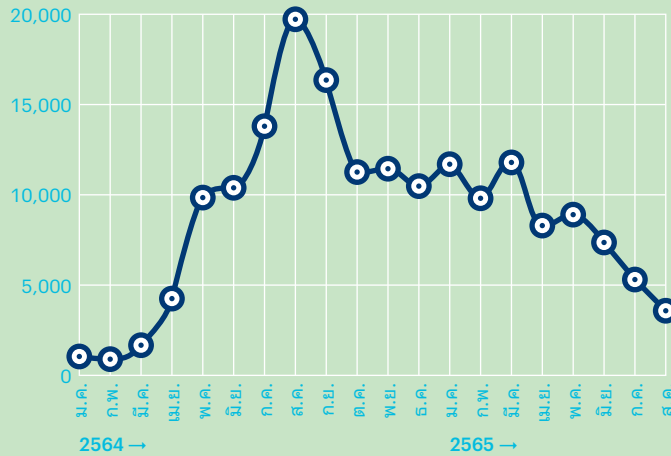
ที่มา : Areemit et al., 2023

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้ให้บริการสาธารณสุข

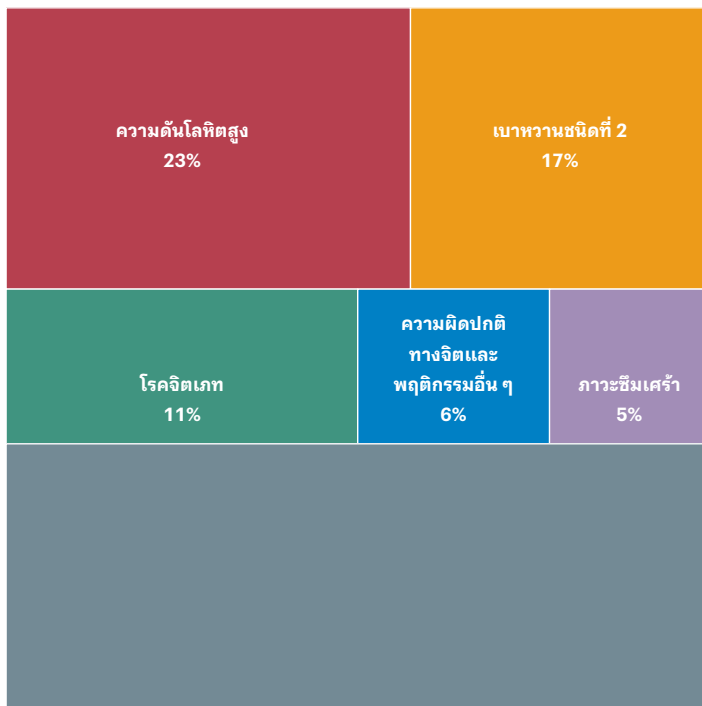
การใช้บริการการแพทย์ทางไกล สูงขึ้น 1.2–3.5 เท่าในช่วงที่ โควิด-19 ระบาด เปรียบเทียบกับ ช่วงก่อนการระบาด

ที่มา : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2566

จำนวนการใช้บริการแพทย์ทางไกล



กลุ่มโรคที่มีการเข้ารับบริการ การแพทย์ทางไกลมากที่สุด 5 อันดับแรก



เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถนำมายกระดับการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นบริการการแพทย์ทางไกล การใช้หุ่นยนต์ผ่าตัด การคัดกรองคนไข้ หรือการแพทย์แม่นยำ

บริการการแพทย์ทางไกล เป็นช่องทางหนึ่งที่น่าความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2564 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้บรรจุบริการการแพทย์ทางไกลเป็นสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ มกราคม 2564–สิงหาคม 2565 การเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกลพบเป็นกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 23) ตามด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 (ร้อยละ 17) และโรคจิตเภท (ร้อยละ 11)

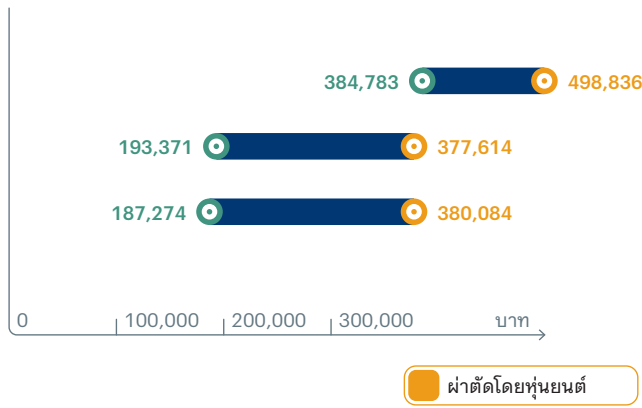
การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์เป็นอีกหนึ่งเทคโนโลยีที่สามารถช่วยยกระดับการให้บริการทางการแพทย์ได้ การใช้หุ่นยนต์ผ่าตัดมีแนวโน้มที่เกิดแผลเล็กกว่า ฟื้นตัวเร็วกว่า และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าวิธีการดั้งเดิม แต่ยังคงมีคำถามเรื่องความคุ้มค่าทางการเงิน โดยเฉพาะหากจำนวนผู้ป่วยรับการผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์มีไม่มาก อาจไม่คุ้มค่ากับการลงทุนซื้อหุ่นยนต์ ในกรณีของการผ่าตัดมะเร็งต่อมลูกหมาก ค่าใช้จ่ายในการใช้หุ่นยนต์ผ่าตัดสูงกว่าแบบส่องกล้องราวเท่าตัวในกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำถึงปานกลาง และไม่ได้มีความแตกต่างในด้านคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ



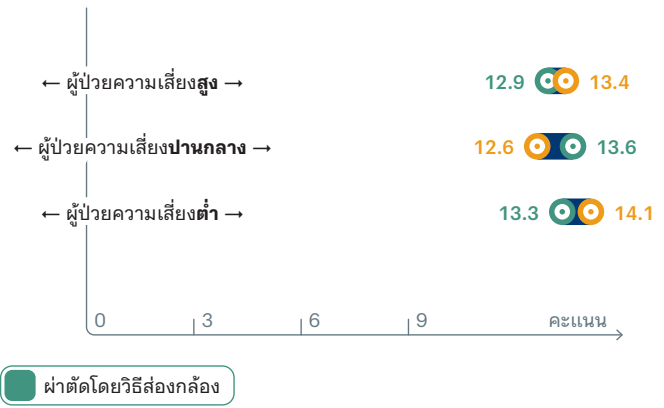
หมายเหตุ : ข้อมูลครอบคลุมการใช้บริการตั้งแต่เดือน มกราคม 2564 ถึงเดือนสิงหาคม 2565 เฉพาะผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้การเบิกจ่ายชดเชยในระบบ e-claim จำนวนทั้งสิ้น 68,963 คน ใช้บริการการแพทย์ทางไกลทั้งหมด 177,296 ครั้ง

ที่มา : โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ, 2566

ต้นทุนในการผ่าตัด มะเร็งต่อมลูกหมาก



คะแนนคุณภาพชีวิตภายหลังการผ่าตัด มะเร็งต่อมลูกหมาก



หมายเหตุ : ข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมาก และได้รับการผ่าตัดโดยใช้วิธีส่องกล้อง 65 ราย และผ่าตัดโดยหุ่นยนต์ 104 ราย ที่โรงพยาบาลรามารินทร์ รวมต้นทุนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

หมายเหตุ : ความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องและโดยหุ่นยนต์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

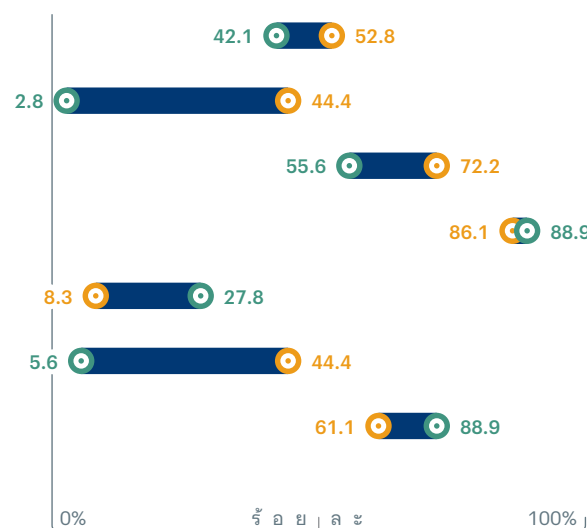
ที่มา : Komvuttikarn et al., 2021

เทคโนโลยีดิจิทัลยังถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการผ่านการใช้แอปพลิเคชันคัดกรองคนใช้ การศึกษานำร่องพบว่า การใช้แอปพลิเคชันในการคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บเปรียบเทียบกับแนวทางดั้งเดิมในการคัดกรอง มีศักยภาพในการเพิ่มความแม่นยำการคัดกรองในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.1 เป็นร้อยละ 52.8 และลดเวลาการทำงานในการส่งต่อผู้ป่วยจาก 95 วินาที เป็น 82 วินาที อย่างไรก็ตาม วิธีการดั้งเดิมมีประสิทธิภาพสูงกว่าการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บ ทั้งด้านความถูกต้องในการประเมินและความรวดเร็ว

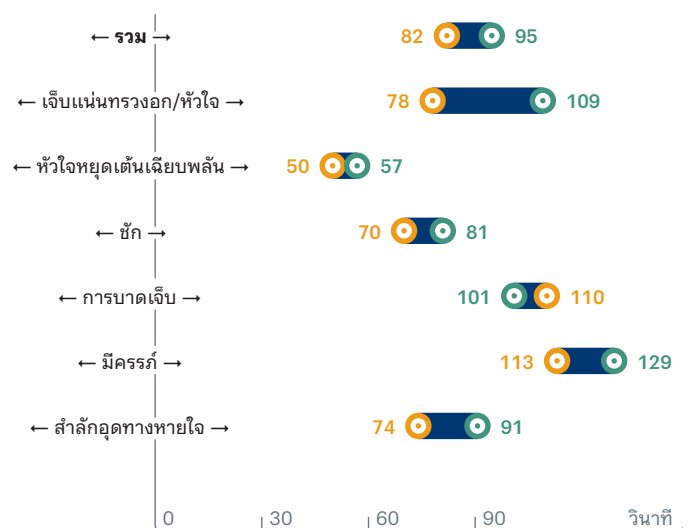
โดยรวมแล้ว เทคโนโลยีดิจิทัลมีโอกาสในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพของผู้ให้บริการได้ อย่างไรก็ตาม ต้องมีการคำนึงถึงความคุ้มค่าทางการเงิน เนื่องจากเทคโนโลยีเหล่านี้มีราคาสูง ซึ่งทำให้ต้นทุนการรักษาเพิ่มขึ้น

เปรียบเทียบประสิทธิภาพการคัดกรองคนใช้ระหว่างการใช้ออปพลิเคชันและวิธีการดั้งเดิม

สัดส่วนความถูกต้องของการประเมินระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย



ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่การรับแจ้งถึงเวลาส่งการเพื่อส่งต่อผู้ป่วย



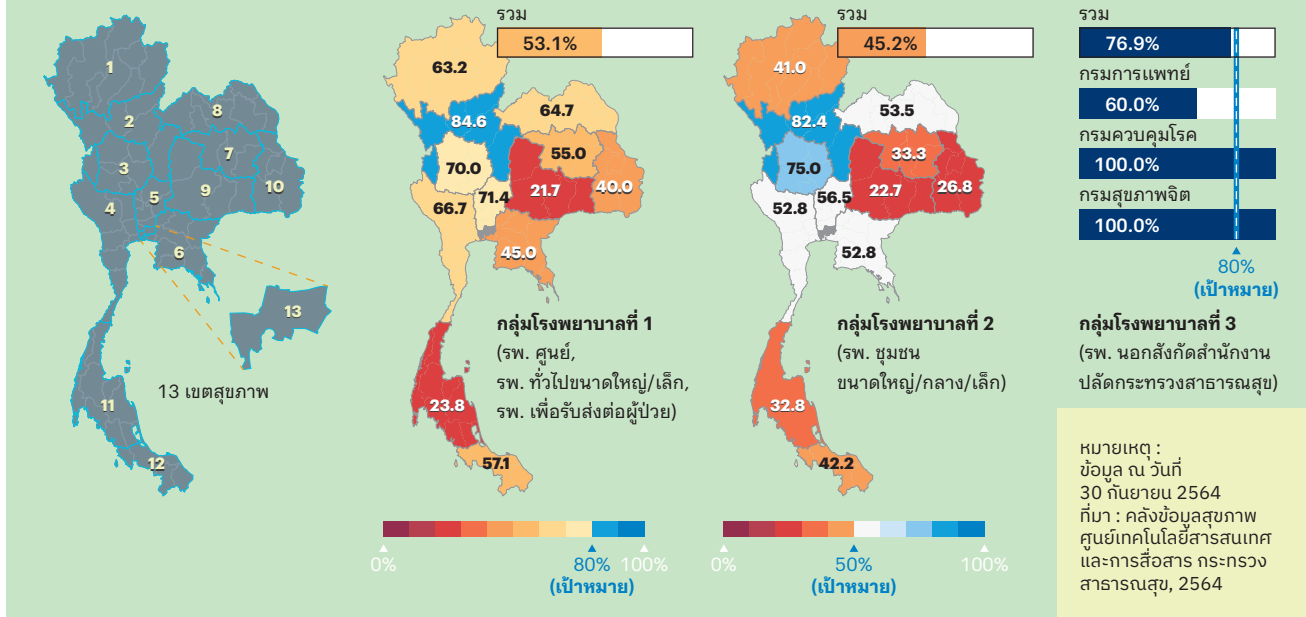
วิธีการดั้งเดิม แอปพลิเคชัน

ที่มา : Jengsuebsan et al., 2022

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อระบบสาธารณสุข

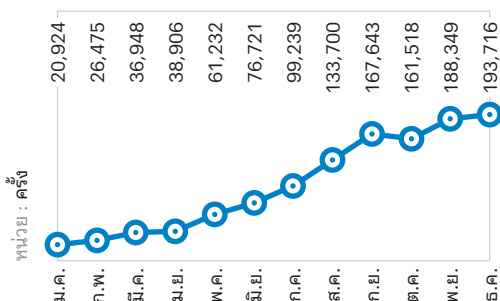
ประเทศไทย ยังต้องผลักดันให้โรงพยาบาลเป็น
โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ในปี 2564 มีเพียงเขตสุขภาพเดียวที่สามารถผลักดัน
โรงพยาบาลให้เป็น Smart Hospital ได้ตามเป้าหมาย

สัดส่วนหน่วยพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ



การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการระบบสาธารณสุข สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ลดต้นทุนในการบริหารจัดการ และลดความแออัดในสถานบริการสุขภาพ เช่น การผลักดันให้สถานบริการสุขภาพเป็น Smart Hospital การพัฒนาระบบเพื่อจัดการระบบกระจายยาและเวชภัณฑ์ และรองรับการใช้บริการตามสถานบริการสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ และการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล

จำนวนครั้งในการใช้บริการผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยา



หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 28 ธันวาคม 2566 เวลา 17.30 น. รวมผู้ที่ใช้บริการซ้ำ ที่มา : คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 2564

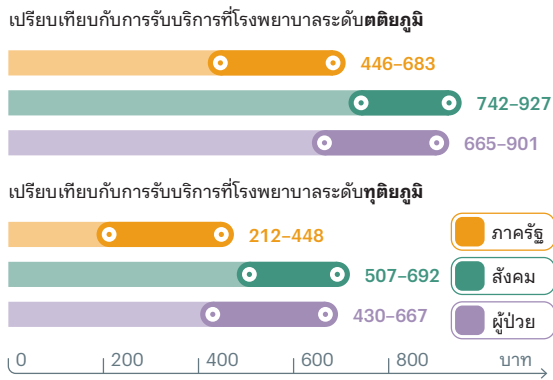
ประเทศไทยพยายามผลักดันให้หน่วยบริการเป็น Smart Hospital หรือโรงพยาบาลที่มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการให้บริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

ระบบการจัดการบริหารยา

ยาบางชนิดมีความจำเป็นต้องได้รับการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ยาต้านพิษ เป็นยาที่ใช้บ่อยแต่จำเป็น และต้องมีอย่างเพียงพอและทันต่อการรักษา การบริหารจัดการข้อมูลฐานข้อมูลการสำรองยาผ่านระบบ Vendor-Managed Inventory ร่วมกับระบบ GIS ช่วยให้หน่วยบริการสามารถสืบค้นยาต้านพิษและเซรุ่มแก้พิษงูผ่านพิกัดแผนที่เพื่อหาคลังยาที่ต้องการที่อยู่ใกล้เคียงมากที่สุดแบบทันทีทันที ทำให้การจัดส่งเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

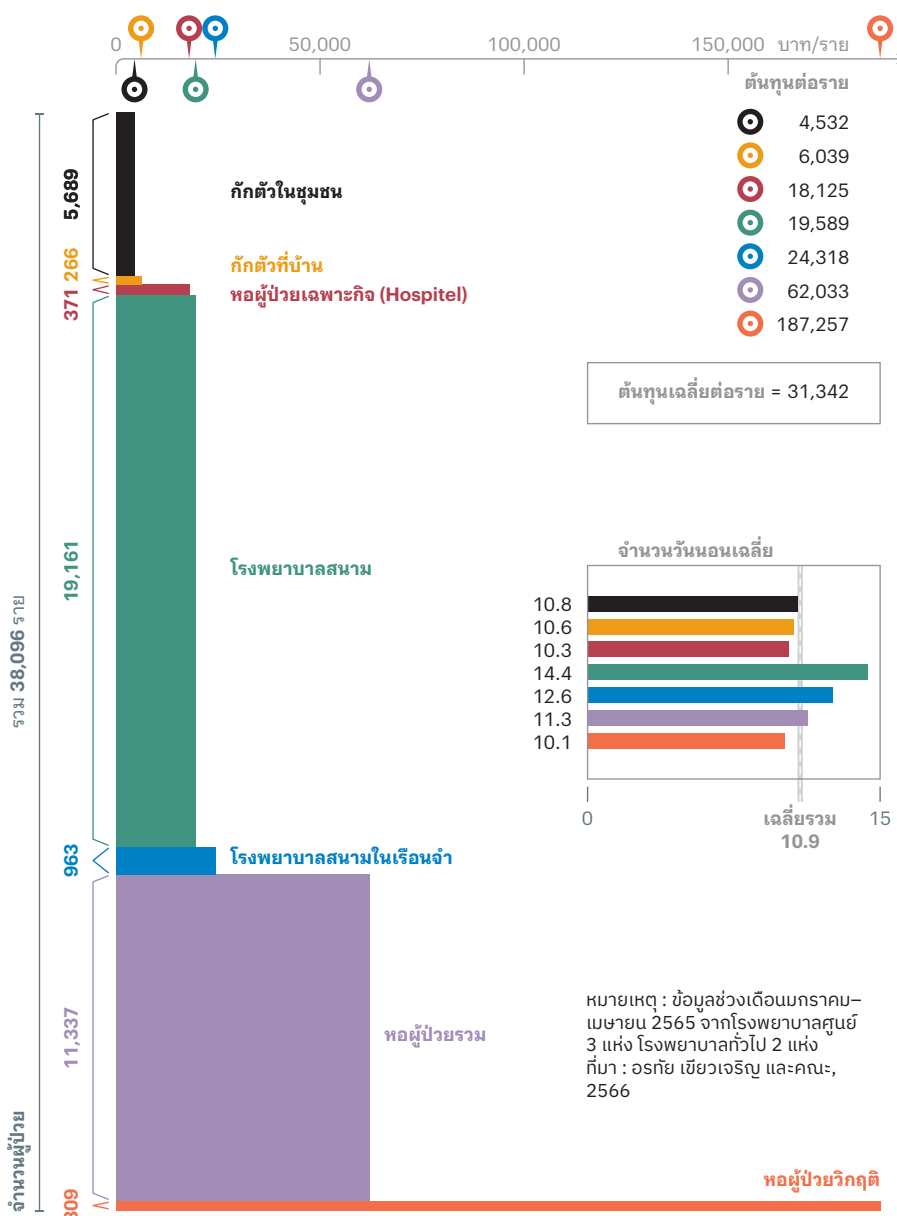
กรณี เด็กอายุ 5 ขวบที่ได้รับสารไซยาไนด์เมื่อวันที่ 6 มกราคม 2567 และต้องได้รับยาต้านพิษอย่างเร่งด่วน โรงพยาบาลขุนยวม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอนไม่มียาดังกล่าว จึงติดต่อไปที่ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี ซึ่งได้ช่วยประสานต่อไปที่โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ที่มีคลังยาต้านพิษและอยู่ในพื้นที่ ทำให้สามารถจัดส่งยาเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ทันที่ทั้งนี้ ระบบดังกล่าวทำให้แต่ละหน่วยบริการไม่จำเป็นต้องมียาลำรองไว้ทุกชนิด ช่วยลดปัญหาการจัดเก็บยา ยาขาด และยาหมดอายุ

ต้นทุนที่ประหยัดได้เฉลี่ยต่อครั้ง สำหรับการรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย จำแนกตามภาครัฐ สังคม และผู้ป่วย



หมายเหตุ : ภาครัฐ ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ (เช่น ค่ายา ค่าแพทย์), สังคม ประกอบด้วย ต้นทุนทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ (เช่น ค่าเดินทาง) และต้นทุนทางอ้อม (เช่น ระยะเวลารอคอยในการรับบริการ), ผู้ป่วย ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์
ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2566

ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วย ในช่วงโควิด-19 ในแต่ละรูปแบบบริการ



การลดความแออัดของสถานบริการสามารถทำได้โดยการให้คนที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดข้อ เจ็บกล้ามเนื้อ เป็นพื้น หรือปวดท้อง ไม่ต้องเข้ามาใช้บริการสาธารณสุขที่โรงพยาบาล แพลตฟอร์ม A-MED Care Pharma ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเชื่อมร้านขายยาในการบันทึกข้อมูล และการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยสามารถไปรับยาที่ร้านขายยาโดยมีเภสัชกรจ่ายยาและให้คำแนะนำ

ในปี 2566 พบผู้ป่วยใช้บริการร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงการลดภาระการให้บริการในโรงพยาบาล และยังเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนอีกด้วย

นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยสามารถเข้ารับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้านได้ ช่วยประหยัดต้นทุนทั้งจากภาครัฐ ภาคสังคม และตัวผู้ป่วยเอง ได้ถึง 201-927 บาทต่อครั้ง การบริการการแพทย์ทางไกล เป็นอีกแนวทางสำคัญในการลดความแออัดในสถานบริการ และมีส่วนสำคัญในการจัดการระบบสาธารณสุขในช่วงการระบาดของโควิด-19 ด้วยการบริการการแพทย์ทางไกลทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยสามารถเลือกที่จะกักตัวที่บ้านหรือที่ชุมชนและยังสามารถเข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้แม้ไม่ได้เข้าโรงพยาบาล นอกจากการกักตัวที่บ้านหรือชุมชนเป็นการช่วยลดภาระบุคลากรด้านหน้าในช่วงวิกฤต แนวทางดังกล่าวยังช่วยลดต้นทุนอีกด้วย ข้อมูลจากปี 2565 พบว่า ต้นทุนในการให้บริการกักตัวในชุมชนและที่บ้านมีต้นทุนที่ 4,532 บาทและ 6,039 บาทต่อราย ซึ่งต่ำกว่าการเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยรวมที่ 62,033 บาทอย่างมาก

เทคโนโลยีดิจิทัลมีศักยภาพในการยกระดับระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ช่วยลดความแออัดของสถานบริการ ลดต้นทุนการดำเนินการ และเพิ่มการเข้าถึงประชากรในทุกพื้นที่ของประเทศ การส่งเสริมความรู้ทางเทคโนโลยีดิจิทัล ทั้งสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จะทำให้การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสาธารณสุขเกิดประโยชน์กับประชากรทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงยิ่งขึ้น

ประเทศไทยสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพประชาชนได้ถึงร้อยละ 95 สูงเป็นอันดับ 4 หากเปรียบเทียบกับประเทศ OECD 22 ประเทศ

ในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล ข้อมูลสุขภาพของประชาชนเป็นตัวแปรสำคัญที่จะช่วยยกระดับการบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความสามารถในการแบ่งปันแลกเปลี่ยนและเชื่อมต่อฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสุขภาพเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวและต้องรักษาความเป็นส่วนตัว จึงจำเป็นต้องมีกลไกในการป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน

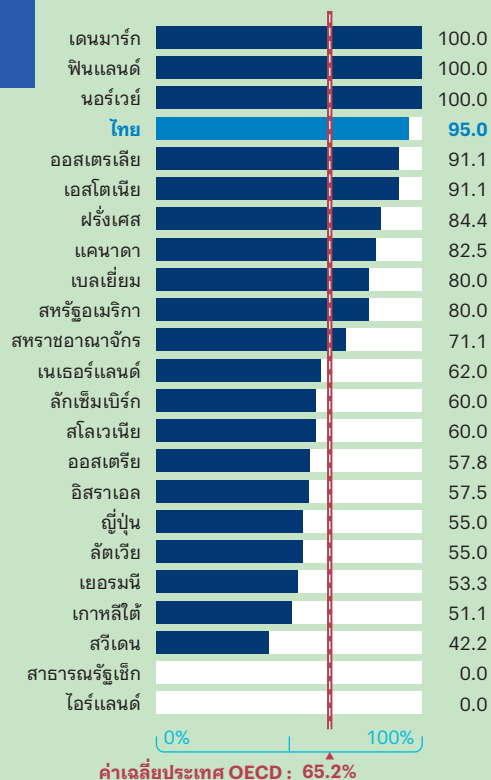
เทคโนโลยีดิจิทัลถูกนำมาใช้เพื่อสนับสนุนการใช้ข้อมูลเพื่อบริการทางสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการเชื่อมโยงฐานข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ การใช้ปัญญาประดิษฐ์ การเพิ่มความโปร่งใสและความเชื่อมั่นในการเก็บข้อมูลสุขภาพ

การเชื่อมต่อฐานข้อมูลมีความสำคัญต่อการให้บริการสาธารณสุขของประเทศไทย เพราะสามารถลดความซ้ำซ้อนของสิทธิ และอำนวยความสะดวกให้กับประชาชน ในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถใช้เพียงบัตรประชาชนใบเดียวในการระบุประเภทสิทธิรักษาพยาบาลได้ทันที เนื่องจากข้อมูลมีการเชื่อมต่อ รับส่งข้อมูลระหว่างสำนักทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคมแบบออนไลน์และตามเวลาจริง

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัล รวมถึงระบบสารสนเทศทำให้การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่เป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประเทศไทยได้ริเริ่มโครงการจีโนมิกส์ประเทศไทย เพื่อศึกษาหาต้นเหตุกรรมของคนไทย

เทคโนโลยีดิจิทัลที่ช่วยสนับสนุนการใช้ข้อมูลเพื่อบริการทางสาธารณสุข

สัดส่วนของชุดข้อมูลสุขภาพประชาชนที่สามารถแลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานได้เปรียบเทียบกับประเทศ OECD



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2566 และ OECD Going Digital Toolkit, 2023

เพื่อเข้าใจกลไกของการเกิดโรคต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การวินิจฉัย การเลือกวางแผนการรักษา รวมถึงการทำนายโอกาสการเกิดโรคต่าง ๆ ที่มีความ “แม่นยำ” มาก

เทคโนโลยีดิจิทัล ตัวอย่างการดำเนินการของประเทศไทย

บูรณาการเชื่อมโยงฐานข้อมูล	การบูรณาการจัดระบบทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชน
เทคโนโลยีจีโนมิกส์	ในปี 2562 ครม. อนุมัติแผนปฏิบัติการบูรณาการจีโนมิกส์ประเทศไทย (พ.ศ. 2563–2567)
การใช้ปัญญาประดิษฐ์	ในปี 2564 สปสช. ได้เริ่มโครงการตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินชดเชยอัตโนมัติด้วยปัญญาประดิษฐ์ที่จะช่วยการตรวจจับข้อมูลผิดปกติได้ทันที และสามารถตรวจสอบข้อมูลจำนวนมากได้อย่างรวดเร็ว
เทคโนโลยีที่ช่วยสร้างความโปร่งใสและความเชื่อมั่นในการเก็บข้อมูลสุขภาพ	ในปี 2565 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) บริษัทโทรคมนาคมแห่งชาติ จำกัด และบริษัท ปิกคิบีเวลด์เทคโนโลยี จำกัด ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ “โครงการจัดทำระบบนำร่องเพื่อให้บริการสุขภาพ” เพื่อผลักดันให้เกิดการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้บริการสุขภาพ โดยการนำเทคโนโลยีบล็อกเชนมาใช้เพื่อจัดการฐานข้อมูลที่ใช้ในการยืนยันตัวตนในการทำธุรกรรมทางการแพทย์ให้มีความปลอดภัย และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลให้ดียิ่งขึ้น

ที่มา : ปรับจาก Data for Better Lives, World Bank Group; ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการข้อมูลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สปสช.; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566

ขึ้น ในระยะแรกของโครงการ ได้ตั้งเป้า การถอดรหัสพันธุกรรมอาสาสมัคร คนไทย 50,000 คนจาก 5 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหายาก โรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง โรคติดเชื้อ และเภสัชพันธุศาสตร์ ภายใน 5 ปี เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลความเสี่ยงการเกิดโรคและแนวทางการรักษาที่เหมาะสมสำหรับประชาชนคนไทย โดยเฉพาะ

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสุขภาพเป็น ข้อมูลที่ต้องมีความระมัดระวังสูง ข่าวนข้อมูลส่วนบุคคลรั่วไหลจากการแฮกข้อมูลจากแอปพลิเคชัน เป็นส่วนหนึ่ง ที่สร้างความวิตกให้แก่ ประชาชนจำนวนมาก ดังนั้นหน่วยบริการ ต้องมีความเคร่งครัดในการเลือกเก็บ ข้อมูลผู้ให้บริการไม่กินความจำเป็น และพัฒนามาตรการการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลให้แน่นหนา

การบริการข้อมูลให้แก่ประชาชน และหน่วยบริการ

แดชบอร์ด (dashboard) เป็นรูปแบบการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อบริการข้อมูลผ่านการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ มาไว้ในที่เดียว โดยออกแบบให้เข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ ได้อย่างง่าย สปสช. เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีข้อมูลเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขของประเทศไทยจำนวนมาก จึงได้จัดทำแดชบอร์ดเพื่อเป็นการคืนข้อมูลให้แก่สาธารณะเพื่อได้ใช้ประโยชน์ โดยแบ่งเป็นแดชบอร์ดตามกลุ่มเป้าหมายดังนี้

สำหรับประชาชนทั่วไป

มีข้อมูลเกี่ยวกับการบริการตามสิทธิประโยชน์ บริการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 บริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น

สำหรับหน่วยบริการ

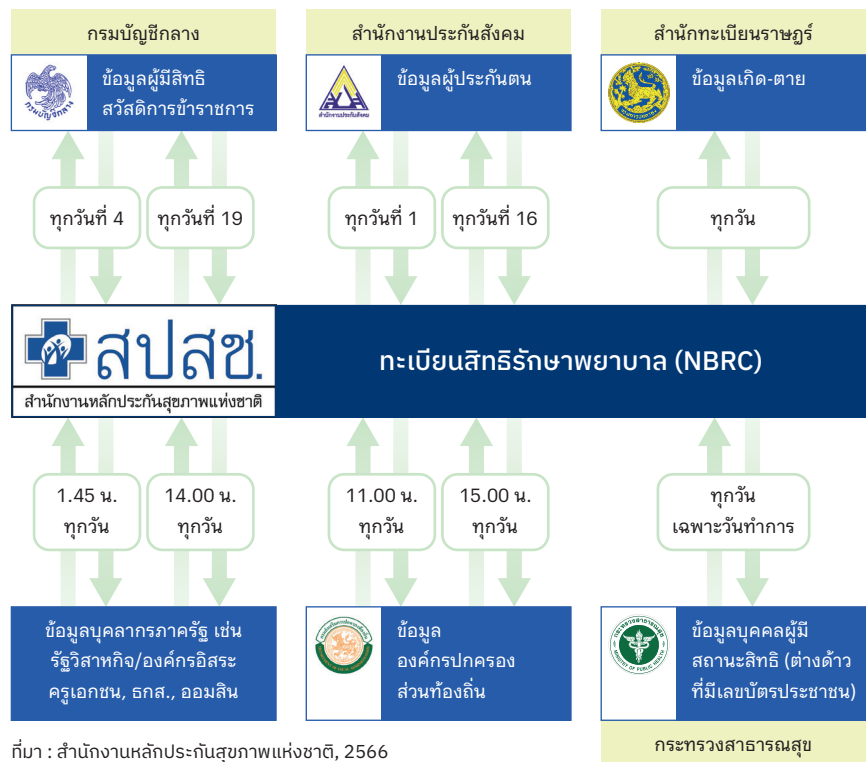
มีข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ ข้อมูลการเบิกจ่าย เป็นต้น

ตัวเลขที่เกี่ยวข้องในการสร้างฐานข้อมูลพันธุกรรมขนาดใหญ่ของคนไทย



หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 5 มกราคม 2567
ที่มา : สนาครกรัพยากรชีวภาพแห่งชาติ, 2566; ศิษย์เอก กองสึบา, 2566

การบูรณาการจัดการระบบทะเบียนสิทธิรักษาพยาบาลของประชาชน



ปัจจุบันประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 7 เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล และพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ที่เริ่มบังคับใช้อย่างเต็มรูปแบบเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงประวัติสุขภาพ พ.ร.บ. ดังกล่าวจะครอบคลุมตั้งแต่การเก็บรวบรวมการใช้หรือประมวลผล มาตรการด้านความปลอดภัย การส่งหรือเปิดเผยข้อมูล และการกำกับดูแลข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อช่วยป้องกันการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชน

กรุงเทพฯ อยู่อันดับที่ 88 จาก 141 ในการเป็นเมืองอัจฉริยะ

เทคโนโลยีดิจิทัลถูกนำมาใช้เพื่ออำนวยความสะดวก เพิ่มความปลอดภัย และบริหารจัดการทั้งภายในบ้าน ที่อยู่อาศัย และเมือง หากนำเทคโนโลยีมาใช้อย่างเหมาะสม จะสามารถยกระดับความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตของคนได้

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างระบบออนไลน์ในการรายงานปัญหาที่พบในเมือง เป็นประเด็นหนึ่งที่ถูกนำมาพิจารณาในการจัดอันดับเมืองอัจฉริยะ ปัจจุบันกรุงเทพมหานครมีการใช้ระบบออนไลน์ในการบริหารเมืองเพิ่มขึ้น เช่น Traffy Fondue ที่เป็นแพลตฟอร์มบริหารจัดการปัญหาเมือง ข้อมูลจากเว็บไซต์สะท้อนให้เห็นลักษณะปัญหาที่ชาวเมืองกรุงเทพมหานครประสบและแจ้งร้องเรียน โดยปัญหาถนน เป็นปัญหาอันดับ 1 ที่ได้รับการร้องเรียน เช่น ถนนลื่น แตก หรือเป็นหลุมเป็นบ่อ

การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการยกระดับความเป็นอยู่ของชาวเมือง อาจต้องแลกมาด้วยการสูญเสียความเป็นส่วนตัว สำหรับคนกรุงเทพมหานคร ประมาณ 3 ใน 4 ยินดีเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวหรืออนุญาตให้ใช้เทคโนโลยีจดจำใบหน้า หากการกระทำดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาจราจรติดขัดหรือปัญหาอาชญากรรมในเมือง

5 อันดับการร้องเรียนปัญหาเส้นเลือดฝอยในกรุงเทพมหานคร

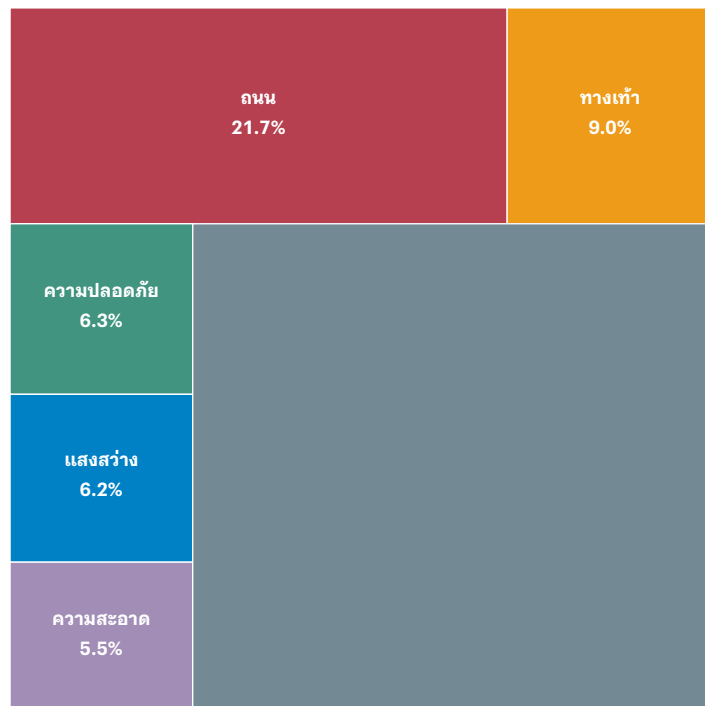
Traffy*

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2566 เวลา 15.30 น.
ไม่รวมอื่น ๆ ที่ร้อยละ 12.2
ที่มา : Traffy Fondue Citizen Engagement & Empowerment Platform, 2566

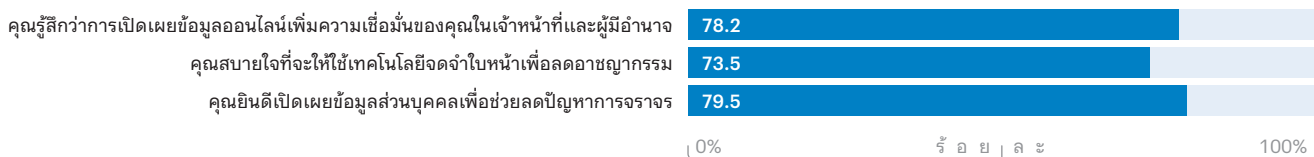
อันดับการเป็นเมืองอัจฉริยะของประเทศไทยในเวทีโลก (กรุงเทพมหานคร)



ที่มา : IMD/World Competitiveness Center, 2023
หมายเหตุ : การจัดอันดับเมืองอัจฉริยะ มาจากการวัดระดับความรู้ (perception) ของผู้อยู่อาศัยในเมืองนั้น ๆ ต่อระบบโครงสร้างและเทคโนโลยีของเมืองใน 5 มิติ ได้แก่ สุขภาพและความปลอดภัย การเคลื่อนย้าย กิจกรรม โอกาส และธรรมาภิบาล



สัดส่วนคนกรุงเทพมหานครที่เห็นด้วยกับการใช้เทคโนโลยีในการพัฒนาคุณภาพความเป็นอยู่



หมายเหตุ : ร้อยละของผู้ที่ตอบว่าเห็นด้วยหรือเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ
ที่มา : IMD/World Competitiveness Center, 2023

เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถช่วยให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันตนเองจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม ประชาชนไทยเริ่มต้นตัวในเรื่องฝุ่นละอองมากขึ้น การตรวจสอบคุณภาพอากาศผ่านแอปพลิเคชัน ช่วยให้ประชาชนสามารถประเมินการใช้ชีวิตในวันนั้นได้ ข้อมูลตั้งแต่ปี 2565 เป็นต้นมา พบสัดส่วนอย่างน้อย 1 ใน 3 ที่มีพฤติกรรมตรวจสอบคุณภาพอากาศก่อนออกนอกบ้านเป็นประจำ (ยกเว้นในช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน ปี 2565 ที่มีการตรวจสอบเป็นประจำต่ำเนื่องจากเป็นช่วงที่มีค่าฝุ่นต่ำ)

เทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามาในที่พักอาศัยมากขึ้นด้วย อุปกรณ์บ้านอัจฉริยะช่วยอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการทำความสะอาดบ้าน การดูแลความปลอดภัย หรือการช่วยประหยัดพลังงาน ประเทศไทยเริ่มเห็นแนวโน้มการใช้อุปกรณ์เหล่านี้มากขึ้น โดยในปี 2565 มีจำนวนบ้านที่มีอุปกรณ์บ้านอัจฉริยะเพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้าถึงร้อยละ 11.9 โดยเครื่องใช้อัจฉริยะ เช่น หุ่นยนต์ดูดฝุ่น มีมูลค่าทางตลาดราวครึ่งหนึ่งของอุปกรณ์บ้านอัจฉริยะทั้งหมดตามด้วยอุปกรณ์รักษาความปลอดภัย และอุปกรณ์ควบคุมและเชื่อมต่อ

ในอนาคตการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อยกระดับคุณภาพความเป็นอยู่คงเติบโตต่อไป โดยหวังว่าประชาชนไทยทุกคนจะได้รับประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน

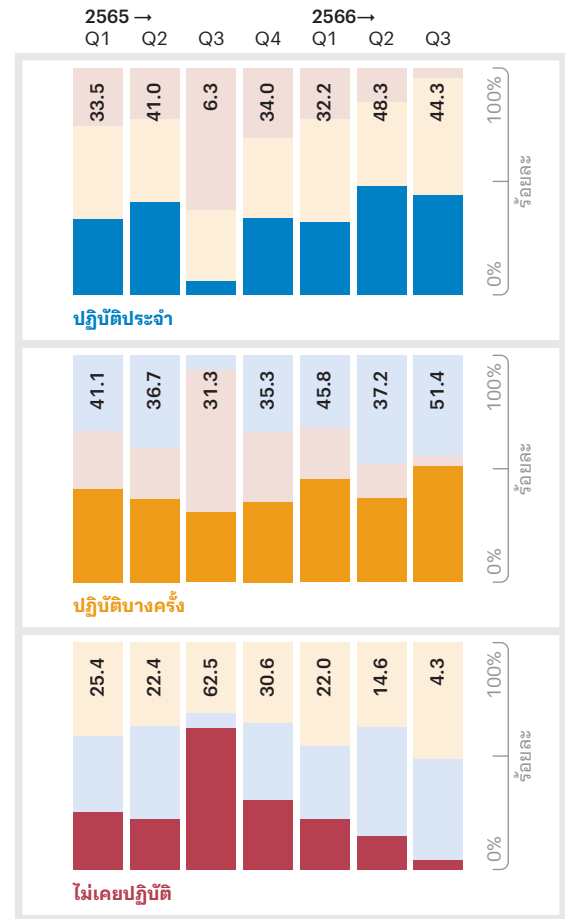
บ้านอัจฉริยะและการสูงวัยในถิ่นที่อยู่

การสูงวัยในถิ่นที่อยู่ (aging in place) คือความสามารถในการอาศัยอยู่ในบ้านและชุมชนที่ตนเองอยู่อาศัยได้อย่างปลอดภัย เป็นอิสระ สะดวกสบาย โดยไม่คำนึงถึงอายุ รายได้ หรือระดับการพึ่งพิง

บ้านอัจฉริยะ เป็นเทคโนโลยีหนึ่งที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้อยู่สูงวัยสามารถใช้ชีวิตในบ้านตัวเองได้อย่างปลอดภัย การติดตั้งเซ็นเซอร์เพื่อจับวัดการใช้ชีวิตในบ้าน เช่น การเข้าออกบ้าน การเปิดตู้ยา หรือตู้เย็น จะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลติดตามกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของผู้สูงวัย และสามารถพบเห็นความผิดปกติในการใช้ชีวิตของผู้สูงวัยได้ ผลวิจัยพบว่าบ้านอัจฉริยะ อาจช่วยยืดระยะเวลาที่สามารถอาศัยในบ้านตัวเองได้ 1.7 ปี ก่อนต้องย้ายไปอยู่ศูนย์ดูแลผู้สูงวัย

ที่มา : Kim et al., 2017

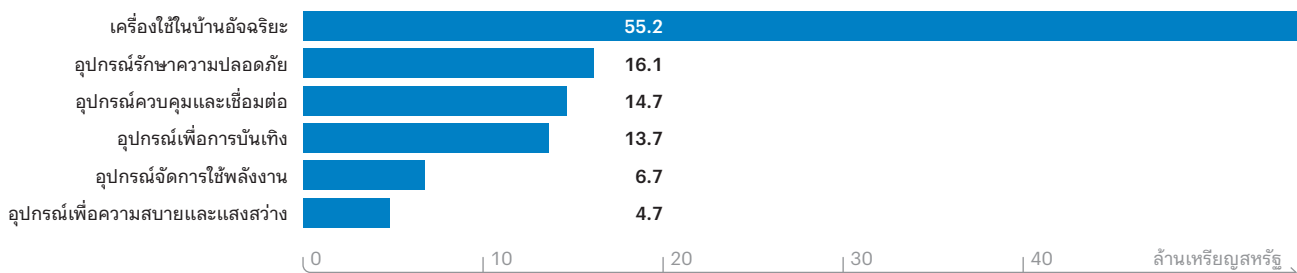
สัดส่วนประชากรที่ตรวจสอบคุณภาพอากาศ ก่อนออกนอกบ้าน



ที่มา : คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 2566



มูลค่าตลาดอุปกรณ์บ้านอัจฉริยะ

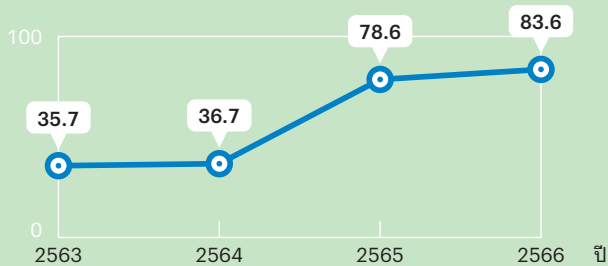


ที่มา : We Are Social, 2022

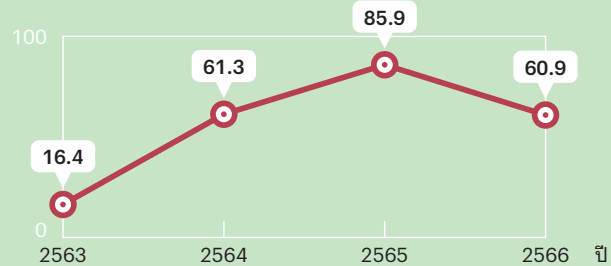
กว่า 4 ใน 5 ของคนไทยยังมีการทำงานทางไกลจากที่บ้าน (เป็นบางเวลา) การใช้เวลาทำงานหน้าจอเป็นเวลานานมีความเสี่ยงทางสุขภาพที่ต้องเฝ้าระวัง

การทำงานทางไกลจากที่บ้าน และความเครียดระหว่างการทำงานกับคอมพิวเตอร์

ร้อยละของบุคคลทั่วไปที่มีการทำงานทางไกลจากที่บ้าน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง



ร้อยละของลูกจ้างที่เกิดความเครียดระหว่างการทำงาน ที่มีการใช้คอมพิวเตอร์มากกว่าครึ่งของเวลาทำงานทั้งหมด

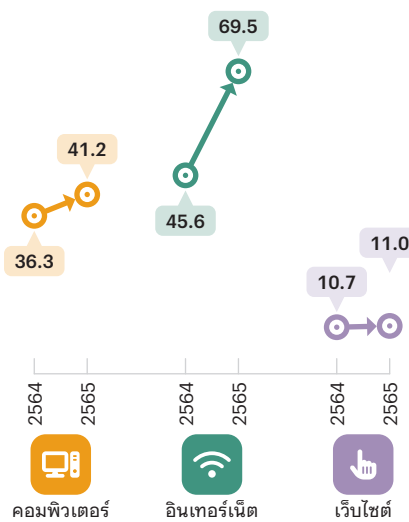


ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566

ปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (information and communication technology: ICT) เข้ามามีบทบาทในชีวิตการทำงานของคนไทยมากขึ้น สถานประกอบการต่างๆ มีแนวโน้มใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยี ICT ที่เกี่ยวข้อง เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต รวมถึงการสื่อสารผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์รูปแบบต่างๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้สภาพแวดล้อมรวมถึง รูปแบบการทำงานของพนักงานมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ช่วงปี 2563-2565 เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดเร็วยิ่งขึ้น การทำงานทางไกลจากที่บ้าน (work from home: WFH) ด้วยอุปกรณ์ ICT เป็นรูปแบบการทำงานที่คนทำงานและสถานประกอบการจำนวนมากปรับตัวนำมาใช้เพื่อลดความเสี่ยงและควบคุมการแพร่ระบาดในช่วงดังกล่าว การปรับรูปแบบมาเป็นการทำงานลักษณะนี้ มีการศึกษาที่พบว่า ส่งผลต่อวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมการทำงานของคนทำงานทั้งในด้านที่เป็นโอกาส (เช่น การได้ใช้เวลาและมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวเพิ่มขึ้น) และด้านที่เป็นความเสี่ยง โดยเฉพาะต่อสุขภาพของคนทำงานในบางเรื่อง เช่น การมีกิจกรรมทางกายในแต่ละวันลดลง พฤติกรรมการนอนที่ไม่ปกติเพิ่มขึ้น ขณะที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ และการบริโภคตรงเวลาก็ดลดลงเช่นกัน

ร้อยละสถานประกอบการที่มีการใช้ คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต และเว็บไซต์



หมายเหตุ : เป็นข้อมูลภาพรวมของกลุ่มกิจกรรมธุรกิจทางการค้าและธุรกิจทางการบริการ (ไม่รวม ห้างสรรพสินค้า หอจดหมายเหตุน) การผลิต โรงพยาบาลเอกชน และกิจกรรมด้านข้อมูลข่าวสารและการสื่อสาร (ไม่รวม การโทรคมนาคม)

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565

การทำงานทางไกล (จากที่บ้าน) กับความเครียด

งานวิจัยโดยวิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ในปี 2566 พบว่า ปัจจัยของการทำงานทางไกล (remote work) ที่มีอิทธิพลสำคัญต่อระดับความเครียด (work stress) ของคนทำงาน ประกอบด้วย

บรรยากาศการทำงานทั่วไปขององค์กร

ระดับความพึงพอใจต่องานที่ทำ

การจัดการสมดุระหว่างครอบครัวและงาน

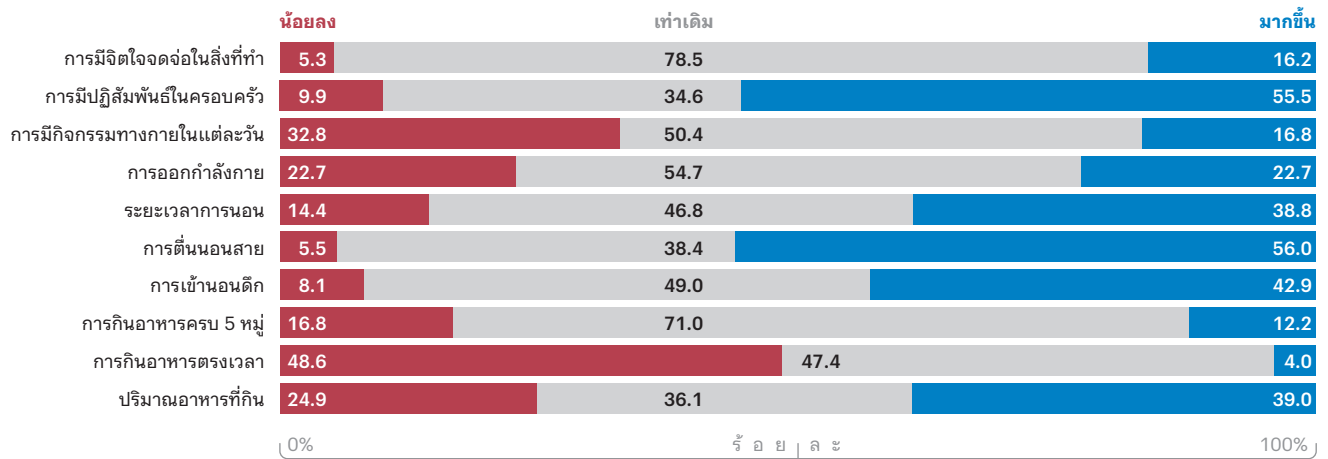
แพลตฟอร์มดิจิทัลที่ใช้ในการทำงาน

ความเป็นอิสระของตัวงานที่ทำ

การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงาน

ที่มา : Dávila Morán, R. C., 2023.

วิถีชีวิตของคนทำงานไทยที่เปลี่ยนแปลงจากการทำงานทางไกลจากที่บ้านช่วงโควิด-19



ที่มา : Ekpanyaskul and Padungtod, 2021

กลุ่มตัวอย่าง 869 คน

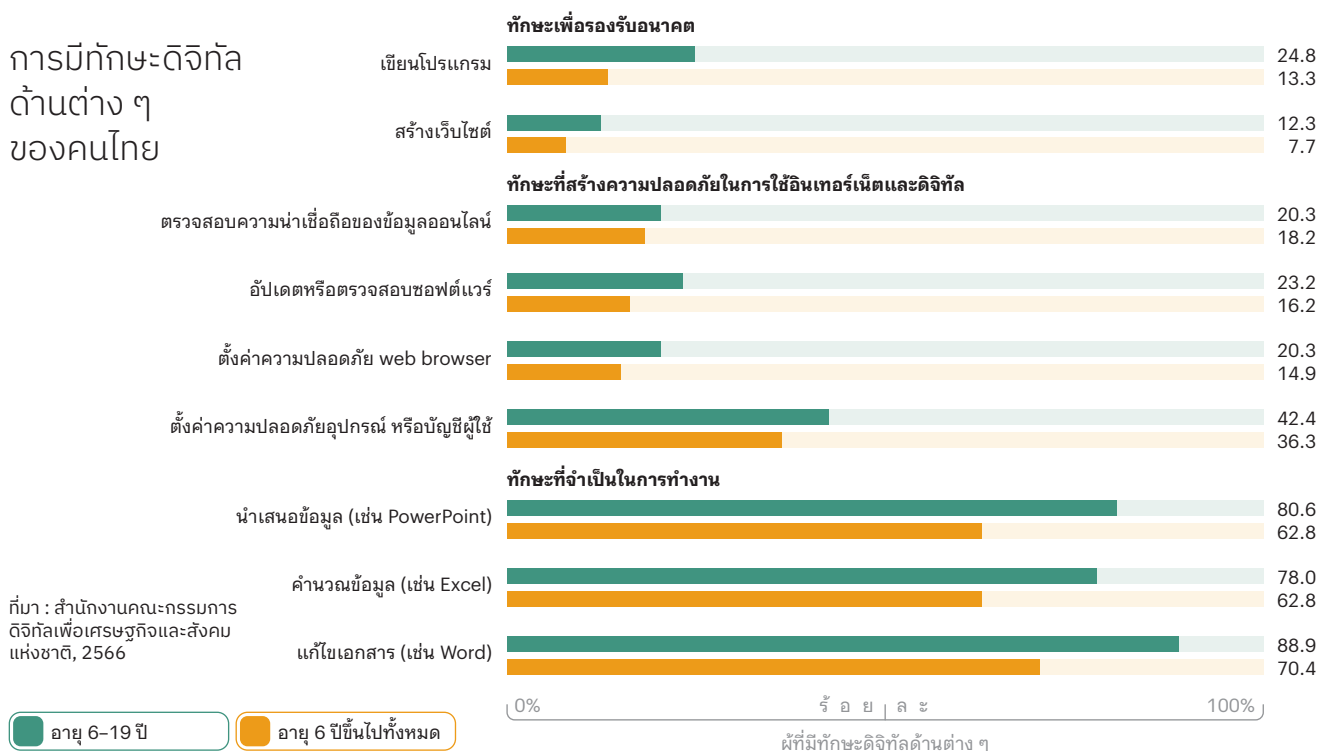
การสำรวจในปี 2566 พบว่าคนไทยมากถึงร้อยละ 83.6 ยังคง WFH อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การทำงานทางไกลผ่านเครื่องมือดิจิทัลมีข้อดีหลายประการ ได้แก่ ช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายและเวลาที่ต้องใช้ในการเดินทาง รวมถึง ลดความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเดินทางไปทำงาน แต่ขณะเดียวกันก็อาจเพิ่มความเสี่ยงทางสุขภาพที่เป็นผลกระทบจากการทำงานผ่านเครื่องมือดิจิทัลเป็นเวลานานที่ต้องเฝ้าระวังเพิ่มเติม โดยเฉพาะปัญหาความเครียดจากการทำงาน (work stress) ภายใต้บริบทสภาพแวดล้อมการทำงานที่เปลี่ยนไป รวมถึง

การต้องปรับตัวและเพิ่มพูนทักษะดิจิทัลในด้านต่างๆ ที่จำเป็นต่อบริบทการทำงานในยุคใหม่

ข้อมูลในช่วงปี 2564-2566 พบว่า คนทำงานไทยที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลามากกว่าครึ่งของเวลาทำงานทั้งหมด มากถึงร้อยละ 61-86 รายงานว่าเกิดความเครียดระหว่างการทำงาน

ในด้านทักษะดิจิทัล แม้คนไทยส่วนใหญ่จะมีทักษะที่จำเป็นในการทำงาน (เช่น การแก้ไขเอกสาร คำนวณข้อมูล และการนำเสนอข้อมูล) แต่จำนวนมากยังขาดทักษะด้านความปลอดภัยและทักษะขั้นสูงเพื่อรองรับอนาคต (เช่น การเขียนโปรแกรม สร้างเว็บไซต์) โดยประชากรที่ค่อนข้างสูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องมีการปรับตัวและพัฒนาทักษะดิจิทัลมากกว่าเมื่อเทียบกับประชากรรุ่นใหม่

การมีทักษะดิจิทัลด้านต่างๆ ของคนไทย



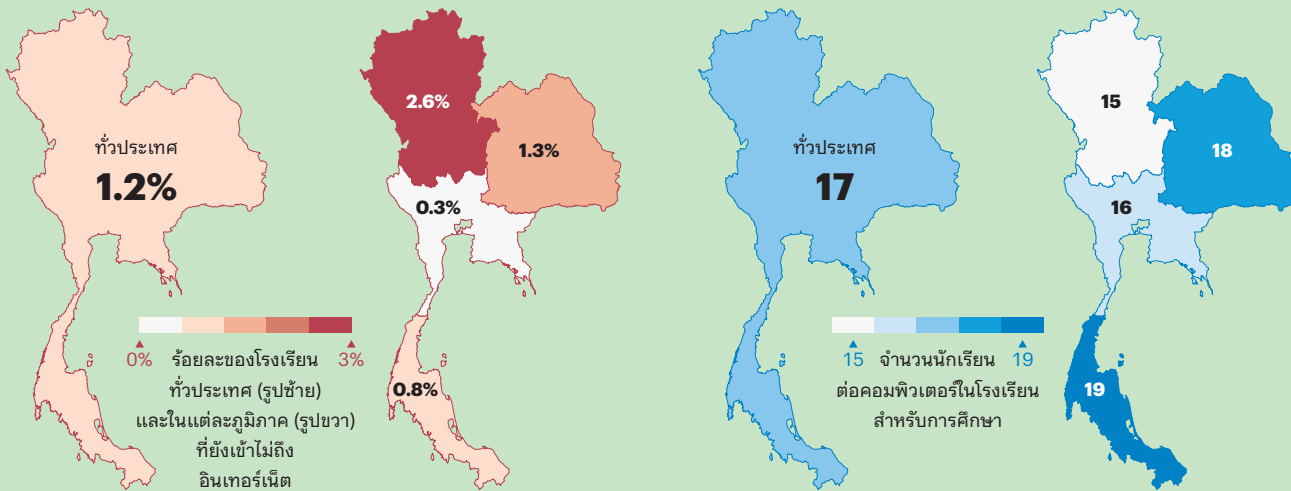
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566

สุขภาพคนไทย 2567 - 19

การศึกษาเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล

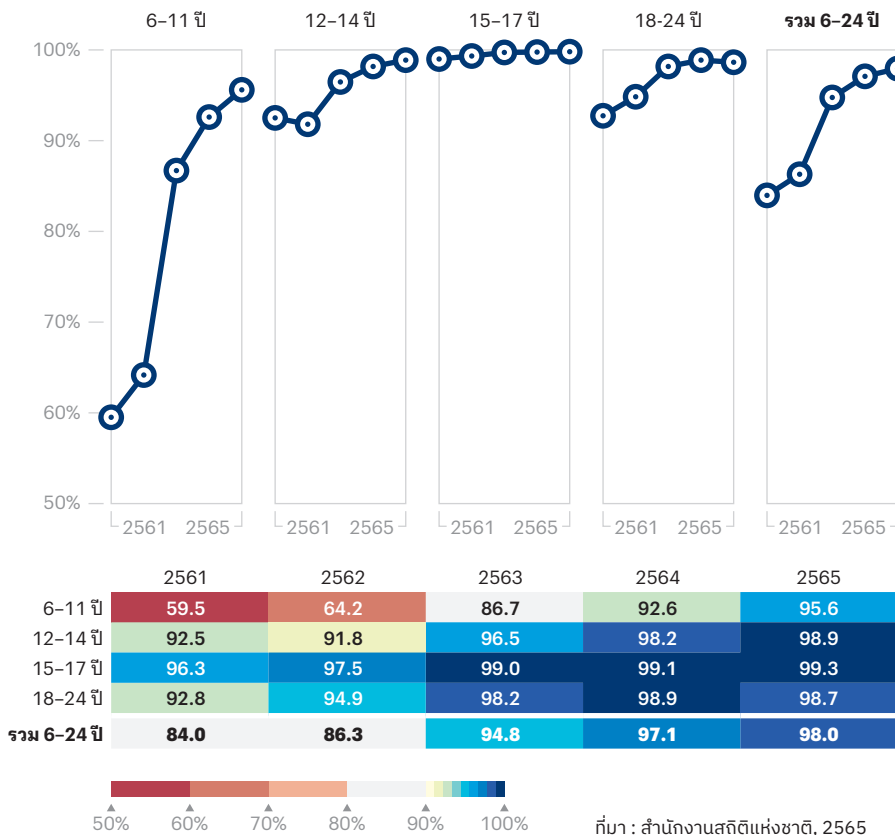
ภาคเหนือมีสัดส่วนโรงเรียนที่เข้าไม่ถึงอินเทอร์เน็ตมากที่สุด ขณะที่ภาคใต้มีคอมพิวเตอร์เพื่อการศึกษต่อจำนวนผู้เรียนจำกัดที่สุด

การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของโรงเรียน และจำนวนนักเรียนเฉลี่ยต่อคอมพิวเตอร์เพื่อการศึกษ จำแนกตามภาค



หมายเหตุ : (1) เฉพาะโรงเรียนในสังกัด สพฐ. (2) ข้อมูลกระทรวงศึกษาธิการ ปี 2563
ที่มา : International Telecommunication Union Development Sector, 2022

ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ 6–24 ปีที่ใช้อินเทอร์เน็ต



ความท้าทายสำคัญของการใช้เทคโนโลยีในภาคการศึกษา คือ 1) ความไม่ครอบคลุมและไม่เท่าเทียมของการเข้าถึงเทคโนโลยีโดยผู้สอนและผู้เรียนแต่ละกลุ่ม 2) การใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ส่งเสริมประโยชน์ทางการเรียนรู้ 3) การปรับตัวของภาคการศึกษาที่ไม่ทันต่อเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง และ 4) การขาดการพิจารณาอย่างรอบด้านเกี่ยวกับประโยชน์และผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว

การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร หรือ ICT โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการเรียนรู้โดยมีรูปแบบการใช้ที่เหมาะสม สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ แต่การใช้แบบทั่วไป อาจไม่มีผลที่มีนัยสำคัญ และยิ่งไปกว่านั้น หากใช้มากเกินไปอาจส่งผลเสียต่อการเรียนรู้ได้ ปัจจุบันเด็กวัยเรียนไทยมีสัดส่วนใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ที่ต้องเฝ้าระวัง คือ กลุ่มประถมศึกษาอายุ 6–11 ปี มีสัดส่วน

ผู้ใช้เพิ่มขึ้นอย่างมากจากร้อยละ 59.5 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 95.6 ในปี 2565 อย่างไรก็ตาม การใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ใช้วัยเรียนไทยส่วนใหญ่ยังเป็นกิจกรรมด้านสื่อสังคมออนไลน์และการสื่อสาร ขณะที่การใช้ด้านการศึกษาหรือกิจกรรมการเรียนรู้ ยังมีไม่ถึงร้อยละ 20 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจในปี 2566 เกี่ยวกับเนื้อหาวิดีโอออนไลน์ที่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตไทยเข้าชม พบว่ามีเพียงประมาณ 1 ใน 5 เท่านั้นที่เป็นการเข้าชมวิดีโอทางการศึกษา หรือ วิดีโอสอนวิธีการ หรือวิธีทำต่าง ๆ เพื่อเพิ่มทักษะ

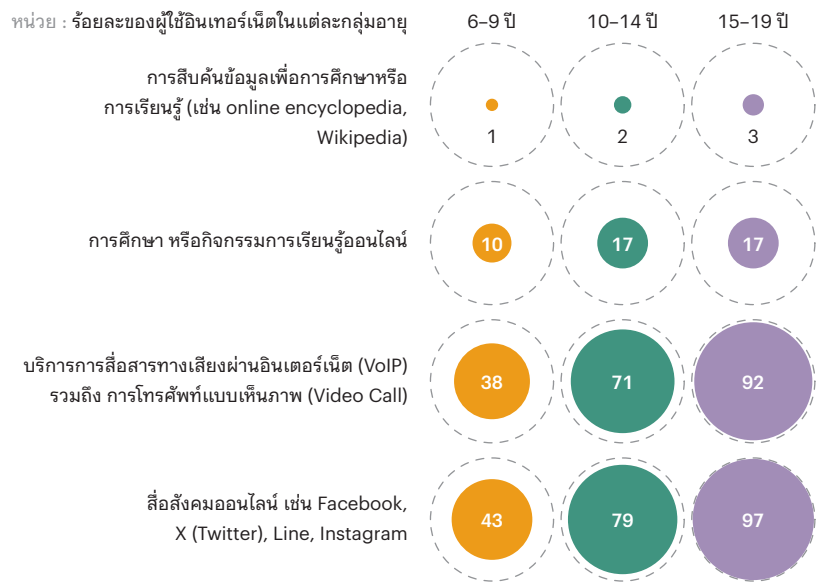
การพัฒนาแพลตฟอร์มการศึกษาออนไลน์ในรูปแบบต่างๆ นับเป็นการเพิ่มโอกาสที่จะส่งเสริมให้ประชากรเด็กวัยเรียน รวมถึงคนไทยทุกวัยสามารถเข้าถึงการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตได้ดียิ่งขึ้น สถิติการเข้าใช้งานระบบ Thai MOOC (Thailand Massive Open Online Course) ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มการจัดการเรียนการสอนออนไลน์แบบเปิดของประเทศไทย ในช่วงปี 2565-2566 แสดงให้เห็นจำนวนผู้เรียน และจำนวนรายวิชาที่เปิดสอนออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมของโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรและอุปกรณ์เทคโนโลยีพื้นฐานเพื่อการศึกษา เช่น อินเทอร์เน็ตและคอมพิวเตอร์ ของสถานศึกษาและกลุ่มผู้เรียนในแต่ละภูมิภาค ยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ

การใช้ ICT กับผลการเรียนรู้ของนักเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูลคะแนน PISA ปี 2561 ของ 44 ประเทศ พบว่าระดับการใช้ ICT ในโรงเรียนมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้าม กับผลคะแนนการสอบของนักเรียน ทั้งในวิชาการอ่าน คณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

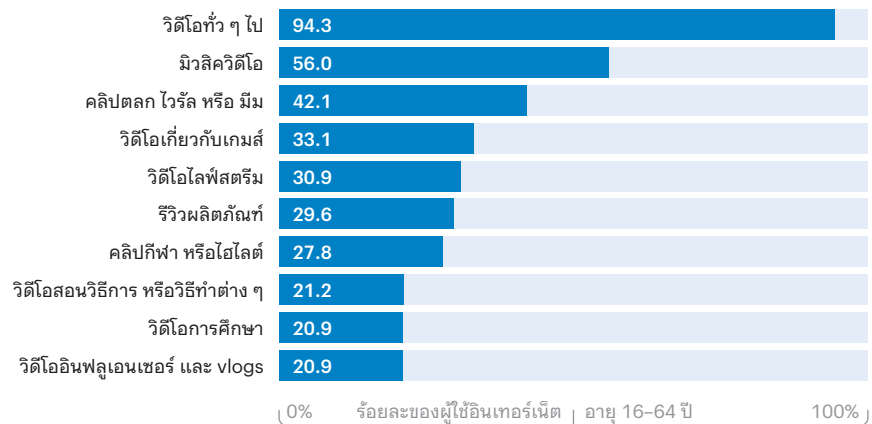
ที่มา : Vargas-Montoya, et al., 2023

กิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ใช้ที่อยู่ในวัยเรียน



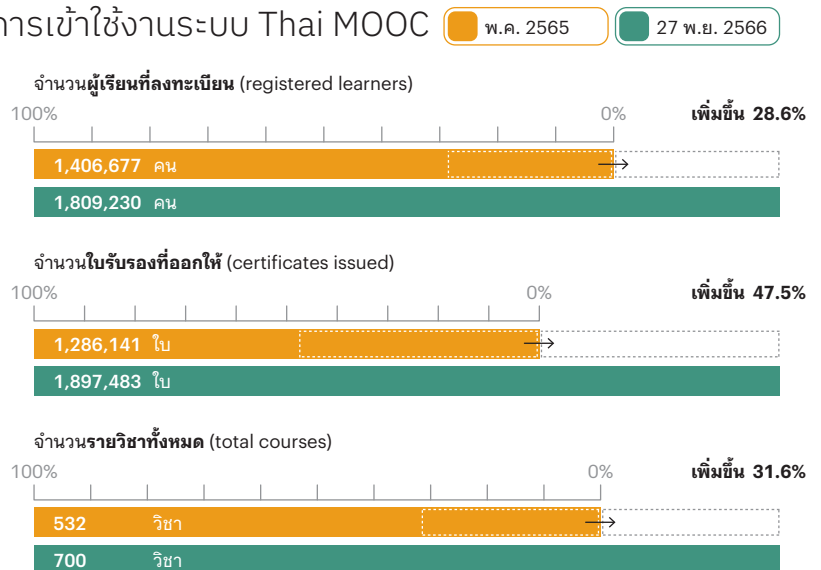
ที่มา : International Telecommunication Union Development Sector, 2022

เนื้อหาวิดีโอออนไลน์ที่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตไทยเข้าชม



ที่มา : We Are Social, 2023

สถิติการเข้าใช้งานระบบ Thai MOOC

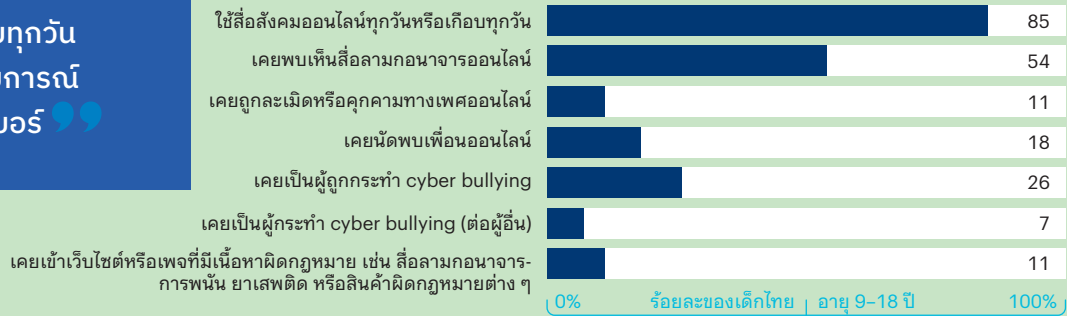


ที่มา : โครงการมหาวิทยาลัยไซเบอร์ไทย, 2566

เครือข่ายและสื่อสังคมออนไลน์

เด็กไทยอายุ 9-18 ปี ส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ทุกวันหรือเกือบทุกวัน 1 ใน 4 มีประสบการณ์ถูกระรานทางไซเบอร์

เด็กไทยกับภัยออนไลน์



ที่มา : มูลนิธิธันวาคมเพื่อประเทศไทย และ ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ (COPAT), 2565

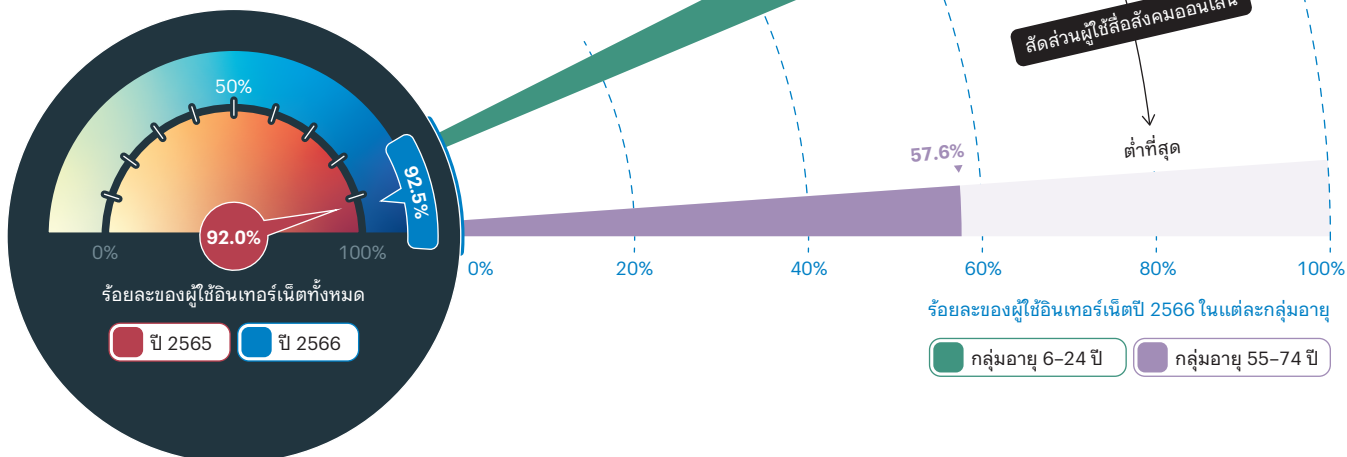
เครือข่ายทางสังคมของคนในปัจจุบันขยายวงกว้างได้อย่างไม่มีขอบเขตด้วยการติดต่อกันผ่านสื่อสังคมออนไลน์ช่องทางต่าง ๆ ซึ่งเป็นทั้งโอกาส และความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นจากภัยออนไลน์รูปแบบต่าง ๆ ที่ผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์ต้องมีความรอบรู้เท่าทัน

การใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทยมากกว่าร้อยละ 90 เป็นไปเพื่อเชื่อมต่อกับเครือข่ายทางสังคมและชุมชนบนโลกออนไลน์ โดยเหตุผลอันดับต้น ๆ ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ คือ เพื่อติดต่อกับเพื่อนและครอบครัว ติดตามข่าวสารทั่วไป เป็นการใช้เวลาว่าง และติดตามข่าวสารที่เป็นประเด็นหรือกระแสสังคม เป็นต้น

ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่เป็นเด็กและเยาวชนอายุ 6-24 ปี เป็นกลุ่มที่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรวัยอื่น ในแง่ของโอกาส หากมีการใช้อย่างเหมาะสม ก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งทั้งในด้านการศึกษาและประสบการณ์การเรียนรู้ พัฒนากิจกรรมทางสังคมในด้านต่าง ๆ แต่ในแง่ของความเสี่ยง ก็มีผลกระทบทางลบและภัยจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่สังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องช่วยกันเฝ้าระวัง และสนับสนุนพัฒนาความรอบรู้เท่าทันให้กับเด็กและเยาวชน

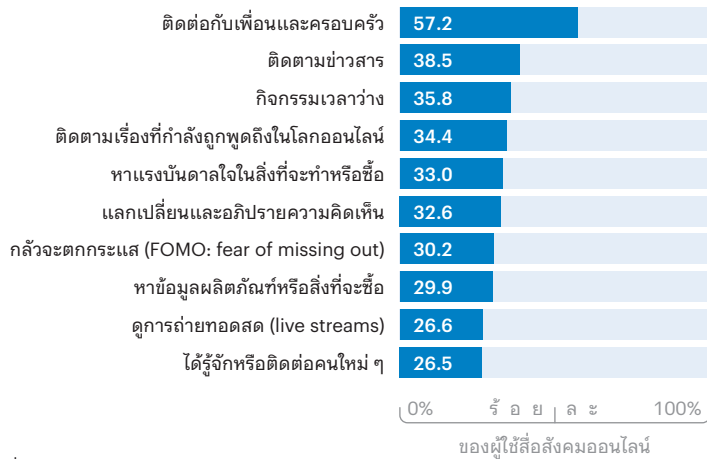
การใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเข้าถึงสังคมออนไลน์ ปี 2566

เยาวชนในช่วงอายุ 6-24 ปี มีสัดส่วนการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากที่สุดถึงร้อยละ 96.2 ขณะที่กลุ่มอายุ 55-74 ปี มีสัดส่วนการใช้ต่ำที่สุดที่ร้อยละ 57.6



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566

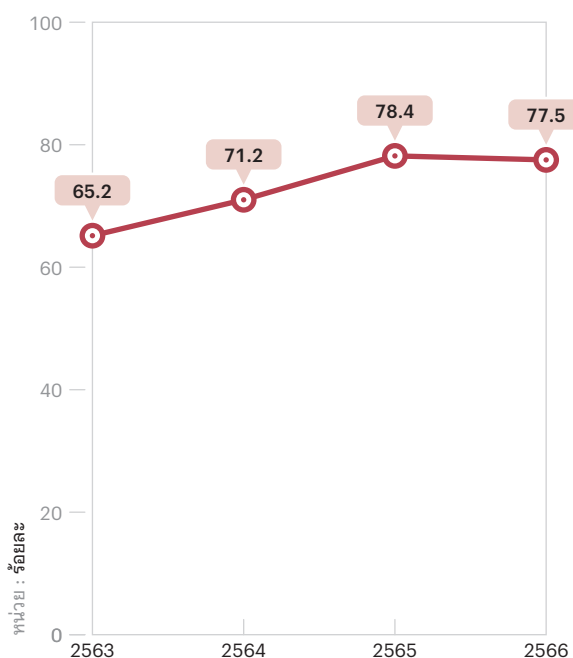
10 เหตุผลหลักของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ปี 2566



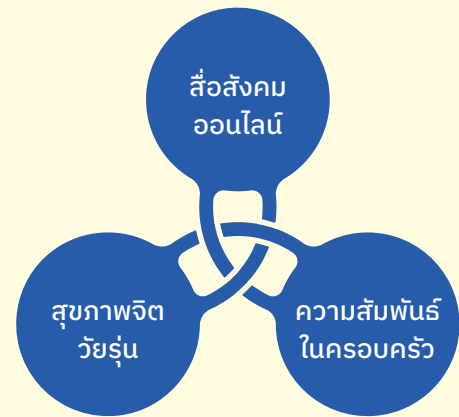
ที่มา : We Are Social, 2023

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น รวมถึงมีผลกระทบต่อระดับความผูกพันและคุณภาพของปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสำรวจในปี 2566 พบว่า เด็กนักเรียนไทยอายุ 15-16 ปี มากกว่า 3 ใน 4 (ร้อยละ 77.5) มีความรู้สึกเป็นกังวลเมื่อไม่สามารถใช้งานหรือเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยสัดส่วนนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตั้งแต่ปี 2563

นักเรียนอายุ 15-16 ปี ที่รู้สึกเป็นกังวล เมื่อไม่สามารถใช้งานหรือเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566

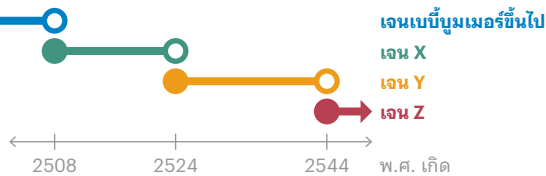


การทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่า การใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นทุก 30 นาที สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองและภาวะซึมเศร้า และส่งผลต่อระดับการนับถือตนเองที่ลดลงในวัยรุ่น การใช้งานในเวลา กลางคืนส่งผลต่อคุณภาพการนอนและสุขภาพทางอารมณ์ด้วยเช่นกัน⁶ ในมิติครอบครัว พบความสัมพันธ์ ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ กับระดับความผูกพันในครอบครัว การศึกษาบางส่วน พบว่าช่วยเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น ในขณะที่บางส่วนก็พบผลกระทบทางลบต่อคุณภาพของปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว⁷

ที่มา : (ก) สุกข์ เหลืองรุ่งโรจน์ และคณะ, 2566 (ข) Tariq et al., 2021

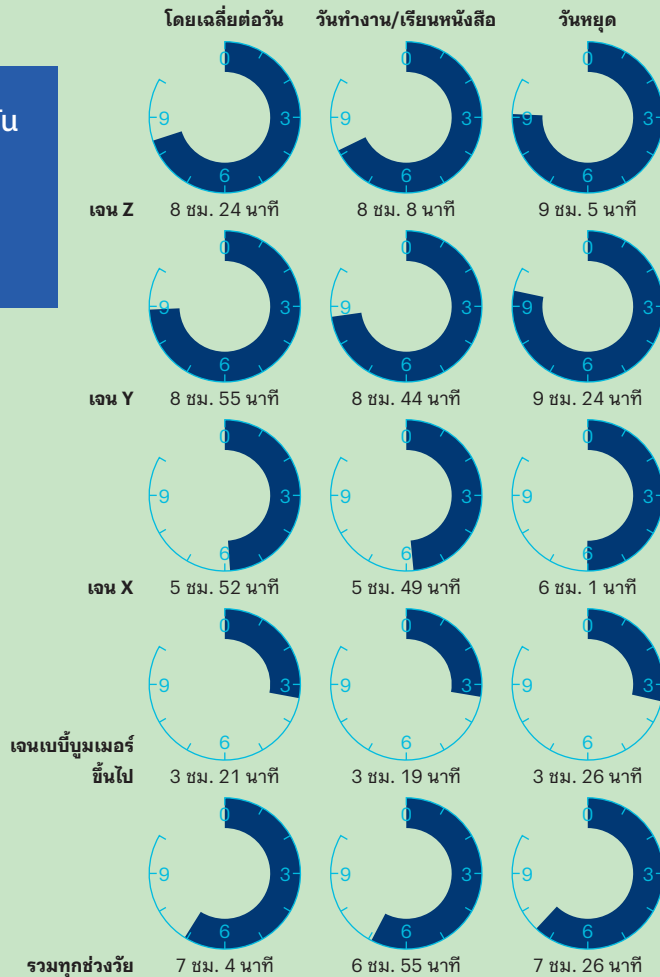
การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ ผู้ใช้ที่เป็นเด็กและเยาวชน อาจนำไปสู่ภัยออนไลน์ รูปแบบต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงตัวเด็กและเยาวชน ได้ง่ายขึ้นเช่นกัน ทั้งภัยที่อาจเป็นผลจากพฤติกรรมเสี่ยง ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของตัวเองและเยาวชนเอง และภัยออนไลน์จากภายนอกหรือผู้อื่น เช่น จากสื่อ ลามกอนาจาร เว็บไซต์หรือเพจที่มีเนื้อหาผิดกฎหมาย การละเมิดหรือการคุกคามทางเพศ รวมถึง การกระชาน ทางไซเบอร์ (cyber bullying) ทั้งการตกเป็นเหยื่อ ผู้ถูกกระทำ และการเป็นผู้กระทำต่อผู้อื่น

คนไทยโดยเฉลี่ยใช้อินเทอร์เน็ต 7 ชั่วโมง 4 นาทีต่อวัน โดยเจน Y ครองตำแหน่งการใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดต่อวัน และทุกช่วงวัยใช้อินเทอร์เน็ตในวันหยุดมากกว่าวันทำงานหรือวันเรียนหนังสือ

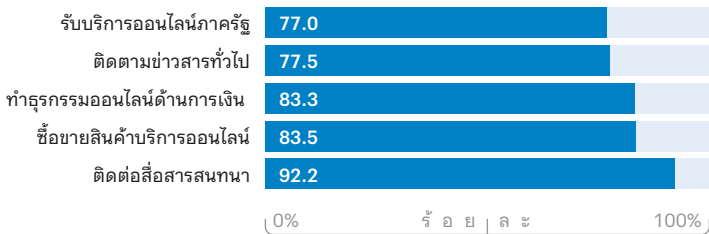


เทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทสำคัญในการอำนวยความสะดวกให้กับวิถีชีวิตประจำวันของคนไทย ไม่ว่าจะเป็น การสื่อสาร การซื้อของ การทำธุรกรรม การเงิน และความบันเทิง อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในชีวิตประจำวันนั้นมาพร้อมความเสี่ยง เช่น การถูกหลอกลวง อาชญากรรมทางเทคโนโลยี และยังคงส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีกด้วย

ที่มา : สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565

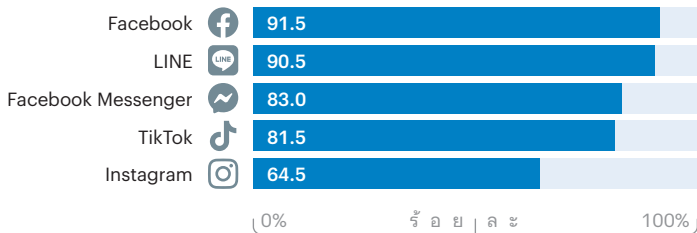


สัดส่วนประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต จำแนกตามวัตถุประสงค์



หมายเหตุ : สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
ที่มา : สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565

แพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย ที่คนไทยนิยมใช้มากที่สุด



คนไทยใช้งานโซเชียลมีเดียเฉลี่ย 6.7 แพลตฟอร์ม

ที่มา : We Are Social, 2024

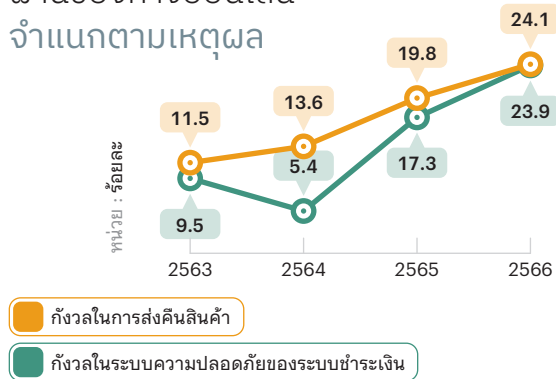
24 – สุขภาพคนไทย 2567

เทคโนโลยีได้เข้ามาปฏิวัติวิถีชีวิตคนไทยและเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันของเราได้อย่างกลมกลืน ทุกวันนี้คนไทยใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการติดต่อสื่อสาร สนทนามากที่สุด (ร้อยละ 92.2) รองลงมาเป็นการทำธุรกรรมออนไลน์ทางการเงิน (ร้อยละ 83.8) ตามด้วยการซื้อขายสินค้าออนไลน์ (ร้อยละ 83.5)

การซื้อของออนไลน์เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของคนไทย ในการจับจ่ายใช้สอยอย่างมาก อย่างไรก็ตาม การซื้อขายออนไลน์มีช่องทางในการถูกหลอกลวงค่อนข้างมาก ปัจจุบันความไม่ไว้วางใจในระบบการซื้อสินค้าออนไลน์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 ราว 1 ใน 4 ไม่เลือกซื้อสินค้าหรือบริการผ่านช่องทางออนไลน์เนื่องจากกังวลในระบบความปลอดภัยของการชำระเงิน และ/หรือ กังวลในการส่งคืนสินค้า

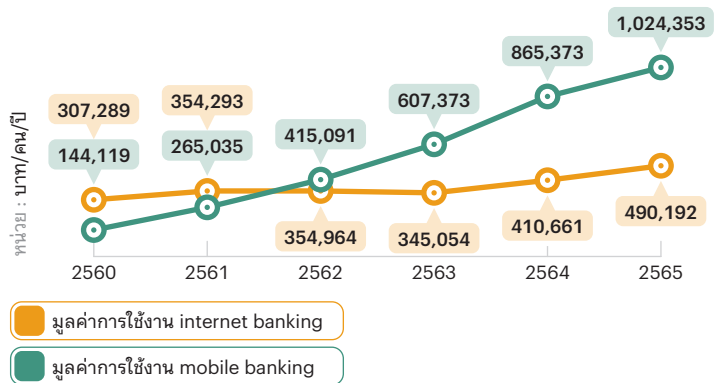
การทำธุรกรรมออนไลน์เป็นกิจกรรมอันดับ 3 ในการใช้อินเทอร์เน็ตของคนไทย การทำธุรกรรมชำระเงินออนไลน์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา โดยเฉพาะการใช้งานผ่าน mobile banking ที่มีมูลค่าเพิ่มขึ้นมากกว่า 7 เท่า

สัดส่วนของผู้ที่ไม่เลือกซื้อสินค้า/บริการผ่านช่องทางออนไลน์ จำแนกตามเหตุผล



หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 เหตุผล
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2566

มูลค่าธุรกรรมการชำระเงินออนไลน์

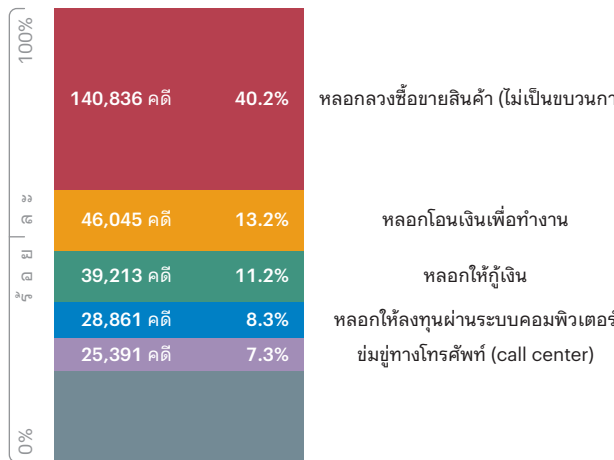


ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2566

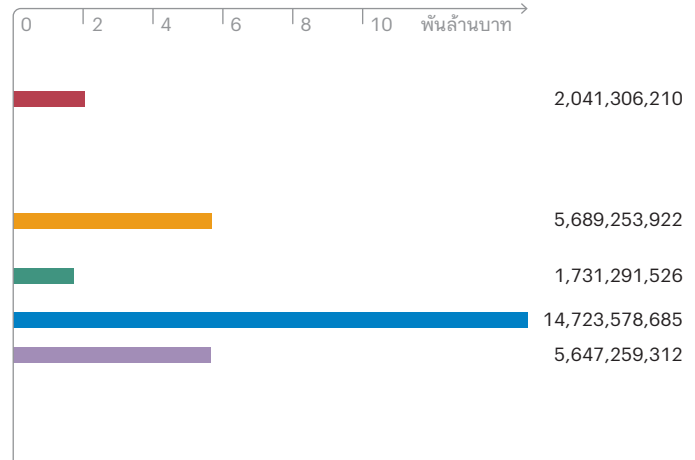
5 อันดับ การแจ้งความคดีออนไลน์ สูงสุด



จำนวนคดีอาชญากรรมทางเทคโนโลยีจำแนกตามประเภท



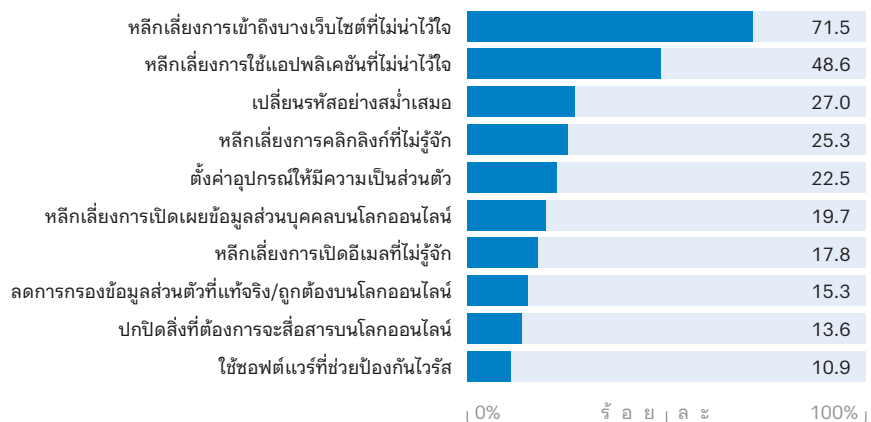
มูลค่าความเสียหาย



หมายเหตุ : ข้อมูลสะสมตั้งแต่ 1 มีนาคม 2565-25 ตุลาคม 2566 (รวม 604 วัน)
ที่มา : ศูนย์บริหารรับแจ้งความออนไลน์ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2566

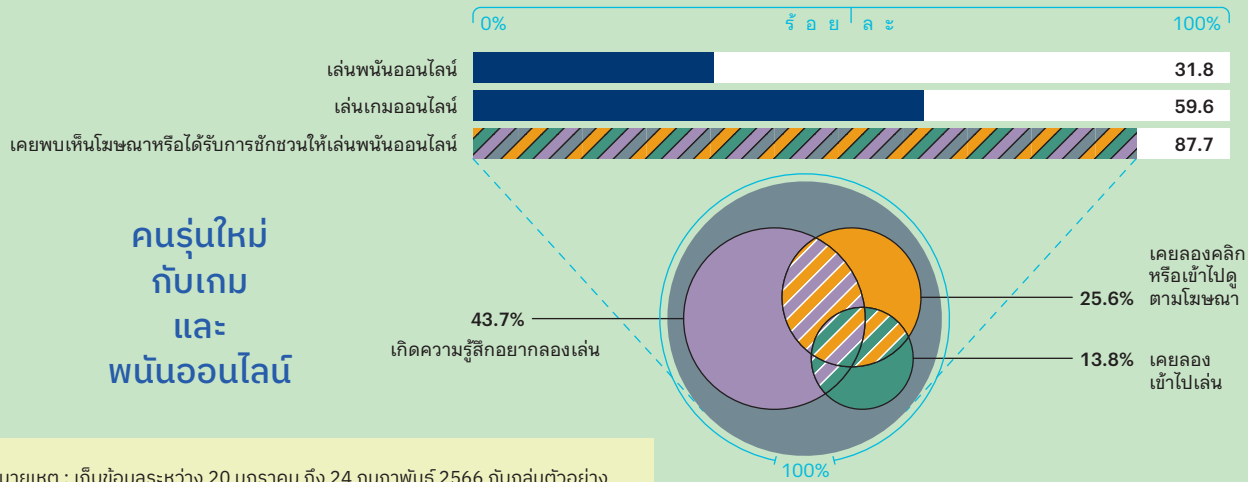
เทคโนโลยีดิจิทัล แม้จะทำให้ชีวิตประจำวันมีความสะดวกสบายมากขึ้น แต่ก็พบอาชญากรรมทางเทคโนโลยีเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว การส่งเสริมความรู้ทางดิจิทัลเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมการป้องกันการเกิดปัญหาด้านความปลอดภัยจากการใช้อินเทอร์เน็ต ปัจจุบันคนไทยน้อยกว่าครึ่งที่หลีกเลี่ยงการใช้แอปพลิเคชันที่ไม่น่าไว้วางใจ ราว 1 ใน 4 เปลี่ยนรหัสอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการคลิกลิงก์ที่ไม่รู้จัก และ/หรือตั้งค่าอุปกรณ์ให้มีความเป็นส่วนตัว

วิธีการป้องกันการเกิดปัญหาด้านความปลอดภัยทางอินเทอร์เน็ต



หมายเหตุ : สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
ที่มา : สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565

เด็กและเยาวชนไทยอายุ 15-25 ปี ถึงร้อยละ 87.7 เคยพบเห็นโฆษณาหรือได้รับการชักชวนให้เล่นพนันออนไลน์



คนรุ่นใหม่กับเกมและพนันออนไลน์

หมายเหตุ : เก็บข้อมูลระหว่าง 20 มกราคม ถึง 24 กุมภาพันธ์ 2566 กับกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-25 ปี รวม 5,010 คน โดยทุกคนมีการใช้งานอินเทอร์เน็ต
ที่มา : ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน, 2566

แพลตฟอร์มและสื่อสังคมออนไลน์ถูกนำมาใช้ในการค้าและการตลาดดิจิทัล (digital marketing) ของสินค้าที่ไม่ดีต่อสุขภาพและสิ่งเสพติดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ บุหรี่ไฟฟ้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เกม และการพนันออนไลน์ การกำหนดมาตรการและการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดการปัจจัยการค้ากำหนดสุขภาพ (commercial determinants of health) ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ผ่านช่องทางออนไลน์รูปแบบต่าง ๆ จึงต้องมีการติดตามและปรับเพื่อตามให้ทัน

ข้อมูลข่าวสารที่ปัจจุบันเข้าถึงได้ง่ายผ่านสื่อออนไลน์จำนวนมากเป็นสื่อทางการค้าและการตลาด

การตลาดดิจิทัล (Digital Marketing)

“ การส่งเสริมการขายผ่านสื่อดิจิทัลโดยตั้งใจให้มีอิทธิพลต่อผู้บริโภคมากขึ้นผ่านวิธีการและเทคนิคต่าง ๆ เช่น การเชิญชวนที่มุ่งเป้าทำงานกับกลไกอารมณ์ของผู้บริโภค เช่น การสร้างอารมณ์ร่วมของผู้บริโภคให้เกิดการส่งต่อสื่อในกลุ่ม หรือไปยังวงกว้างเป็นทอด ๆ (e-Word-of-Mouth) การใช้เทคนิคการเล่าเรื่องที่มีมุกขบขัน การว่าจ้าง influencer หรือ vlogger เพื่อช่วยโฆษณาสินค้า การใช้ภาพจำลองสามมิติ เกมออนไลน์ และสิ่งแวดล้อมเสมือนจริงในสื่อ เพื่อดึงดูดและเข้าถึงผู้บริโภคกลุ่มต่าง ๆ อย่างเฉพาะเจาะจง ”

ที่มา : Pan American Health Organization, 2017 อ้างใน กนิษฐา ไทยกล้า, 2565

อิทธิพลของข้อมูลข่าวสารต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจสูบบุหรี่ไฟฟ้า

1 ข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้า เป็นเชิงบวกมากกว่าเชิงลบ

- บุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัยและอันตรายต่อสุขภาพน้อยกว่าบุหรี่ซิการ์เรต ❌
- บุหรี่ไฟฟ้ามีประสิทธิภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ได้ ❌
- ขาดการนำเสนอข้อมูลด้านลบของบุหรี่ไฟฟ้า

2 ข้อมูลการบังคับใช้กฎหมายบุหรี่ไฟฟ้า ไม่เข้มงวด

- ไม่เชื่อมั่นในกระบวนการบังคับใช้กฎหมาย
- ไม่เกรงกลัวต่อการถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย
- โทษในการทำผิดกฎหมายบุหรี่ไฟฟ้า มีความรุนแรงน้อย

3 ข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้ายังขาดความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง

- แหล่งข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือสามารถเข้าถึงได้ง่าย
- ข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้าที่ได้รับไม่ถูกต้อง ทำให้สับสนและเข้าใจผิด

❌ ไม่เป็นความจริง

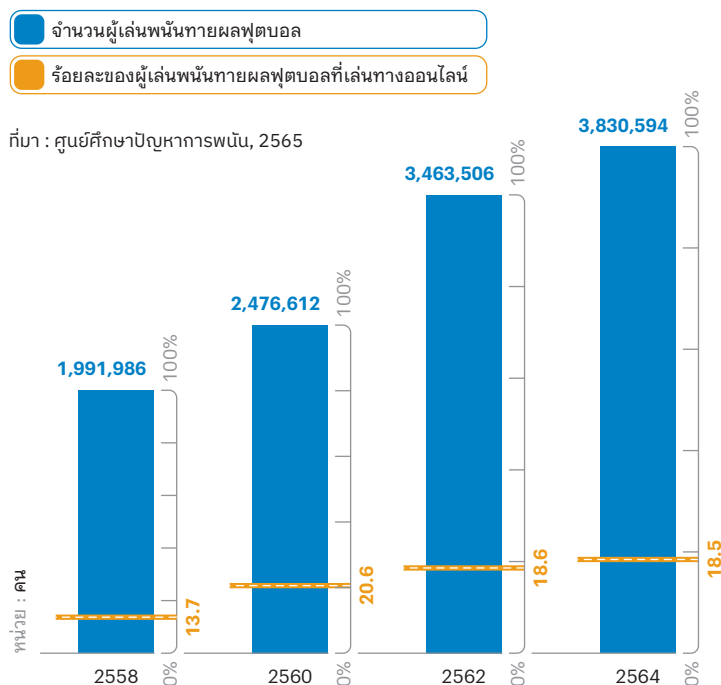
ที่มา : กัททริธา ปริญญาภิรักษ์ และคณะ, 2565

เป็นปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและสุขภาพของประชาชน การศึกษาในปี 2565 พบว่า สถานะข้อมูลที่เป็นเชิงบวกมากกว่าเชิงลบ ข้อมูลการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เข้มงวด รวมถึงข้อมูลที่ทำได้ในปัจจุบันยังขาดความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจสูบบุหรี่ไฟฟ้าของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า

เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า แม้สัดส่วนของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่จะยังมีสัดส่วนค่อนข้างน้อยเพียงร้อยละ 0.1 แต่ในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ พบว่าการได้มาซึ่งบุหรี่ไฟฟ้า มากกว่า 2 ใน 3 เป็นการซื้อจากแหล่งที่มีการโฆษณาและเสนอขายผ่านสื่อออนไลน์แพลตฟอร์มต่าง ๆ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดูแลจัดการและควบคุมได้ยาก เช่นเดียวกับกรณีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้ค้ากลุ่มต่าง ๆ มีแนวโน้มทำการตลาดออนไลน์เพิ่มขึ้น

โดยผลการเฝ้าระวังการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนอินเทอร์เน็ตของไทย ในปี 2565 พบว่า การตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 63.5 อยู่ในแพลตฟอร์มเฟซบุ๊ก ตามด้วยติ๊กต็อก ไลน์ และอินสตาแกรม ตามลำดับ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องมากที่สุด ร้อยละ 46.3 เป็นกลุ่มร้านอาหารและเครื่องดื่ม และร้อยละ 27.8 เป็นกลุ่มนักรีวิว บล็อกเกอร์หรืออินฟลูเอนเซอร์

ผู้เล่นพนันกายผลฟุตบอล ปี 2558-2564



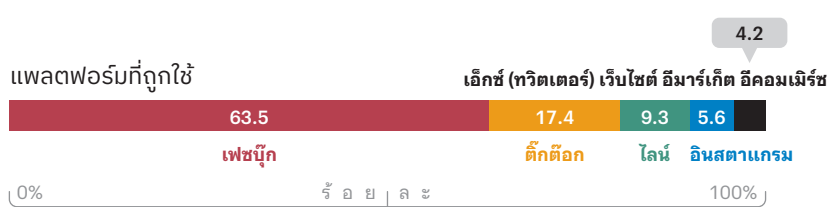
ที่มา : ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน, 2565

แหล่งซื้อบุหรี่ไฟฟ้าของผู้ที่สูบ



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564

การตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนสื่อสังคมออนไลน์



ผู้ที่เกี่ยวข้อง



หมายเหตุ : สถานการณ์ช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออนไลน์ทั้งสิ้น 1,125 ราย จำนวน 2,574 โพสต์
ที่มา : กนิษฐา ไทยกล้า, 2565

ในส่วนของการพนัน ข้อมูลการเล่นพนันทายผลฟุตบอล พบจำนวนผู้เล่นที่ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีสัดส่วนการเล่นผ่านช่องทางออนไลน์ที่ประมาณร้อยละ 18-20 ในช่วงปี 2560-2564 ซึ่งสูงกว่าในปี 2558 ที่มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 13.7

เด็กและเยาวชนคนรุ่นใหม่เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของการตลาดบุหรี่ไฟฟ้า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงสิ่งเสพติดต่าง ๆ เช่น เกมและพนันออนไลน์ การสำรวจกับประชากรคนรุ่นใหม่อายุ 15-25 ปี ในปี 2566 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สำรวจทั้งหมดมีการใช้อินเทอร์เน็ต โดยที่ร้อยละ 31.8 มีประสบการณ์เล่นพนันออนไลน์ ร้อยละ 59.6 เล่นเกมออนไลน์ และร้อยละ 87.7 เคยพบเห็นโฆษณาหรือได้รับการชักชวนให้เล่นพนันออนไลน์ โดยเกือบทั้งหมดเป็นการพบเห็นผ่านช่องทางออนไลน์ ที่น่าสนใจคือ ในกลุ่มผู้ที่เคยพบเห็นนี้ มากถึงร้อยละ 43.7 บอกว่าเกิดความรู้สึกอยากลองเล่น และร้อยละ 25.6 เคยลองคลิกหรือเข้าไปดูตามโฆษณา

แนวทางการส่งเสริมเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพคนไทย

ในภาพรวม ประเทศไทยมีความพร้อมในเชิงโครงสร้างทางเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ยังต้องพัฒนาเรื่องความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงและความรอบรู้ทางเทคโนโลยีดิจิทัลของประชาชน รวมถึงกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพที่เป็นไปตามมาตรฐานสากล

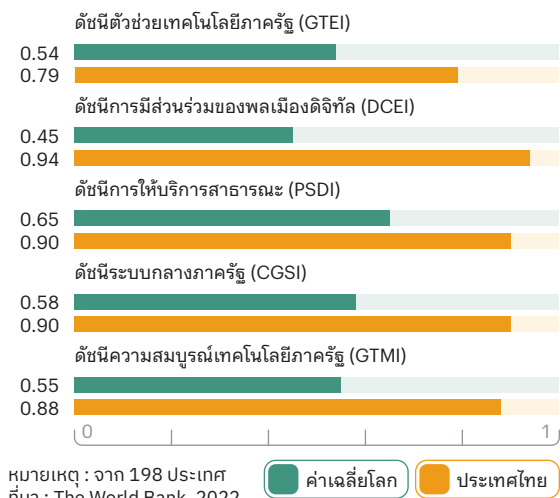
เทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทสำคัญในการกำหนดอนาคตของสุขภาพคนไทย ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัลมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในทางสุขภาพมีข้อควรระมัดระวัง จึงจำเป็นต้องมีแนวทางในการปกป้องประชาชนและภัยที่อาจเกิดขึ้น

The Lancet and Financial Times Commission ได้จัดทำรายงานเพื่อเสนอแนวทางในการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อความยั่งยืนของสุขภาพในอนาคตไว้ 4 ประการ ได้แก่

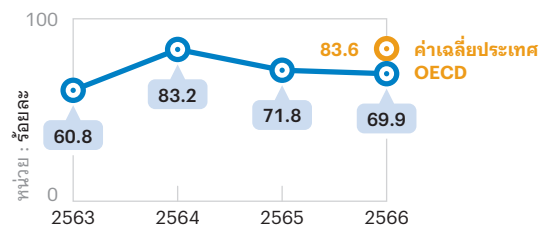
1 การให้ความสำคัญของเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ทุกวันนี้คงปฏิเสธไม่ได้แล้วว่าเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่ง และจะมีบทบาทต่อการกำหนดสุขภาพประชาชนมากยิ่งขึ้นในอนาคต ดังนั้น การยกระดับโครงสร้างทางเทคโนโลยีดิจิทัลของประเทศจึงมีความสำคัญในแง่สุขภาพของประชาชน ทุกวันนี้ประเทศไทยถือว่ามีโครงสร้างทางเทคโนโลยีดิจิทัลที่ดีมาก ดัชนีความสมบูรณ์เทคโนโลยีภาครัฐของธนาคารโลก (The World Bank) จัดอันดับให้ภาครัฐของประเทศไทยมีความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัลอยู่ในระดับ A โดยมีค่าเฉลี่ยรวมและรายมิติสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลก อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีคะแนนความพร้อมในด้านเทคโนโลยีดิจิทัล แต่ประเทศไทยยังต้องพัฒนาด้านความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต เพราะจะเป็นสาเหตุของความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพต่อไปในอนาคตได้ ปัจจุบัน ประมาณ 2 ใน 3 ของบุคคลที่มีรายได้ต่ำในประเทศไทยในปี 2566 เท่านั้นที่ใช้งานอินเทอร์เน็ต ซึ่งถือเป็นสัดส่วนที่ต่ำหากเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ OECD ที่ร้อยละ 83.6

ดัชนีความสมบูรณ์เทคโนโลยีภาครัฐ



ร้อยละบุคคลทั่วไปที่มีระดับรายได้ครัวเรือนอยู่ในช่วงร้อยละ 25 ที่ต่ำที่สุด (ควอไทล์ที่ 1) ที่ใช้งานอินเทอร์เน็ต



2 การสร้างธรรมาภิบาล และความเชื่อมั่นสาธารณะในการใช้เทคโนโลยีในทางสุขภาพ

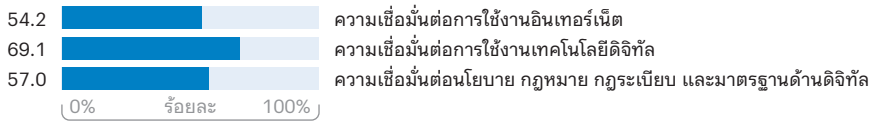
การสร้าง ความเชื่อมั่นสาธารณะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นแนวทางที่จำเป็นในการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในทางสุขภาพ เนื่องจากประชาชนโดยทั่วไปต้องมีความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลจึงจะเกิดการใช้ประโยชน์ได้ ประเทศไทยถือว่า

การดำเนินการในการสร้างธรรมาภิบาล เพื่อความปลอดภัยของข้อมูลและการปกป้องความเป็นส่วนตัว

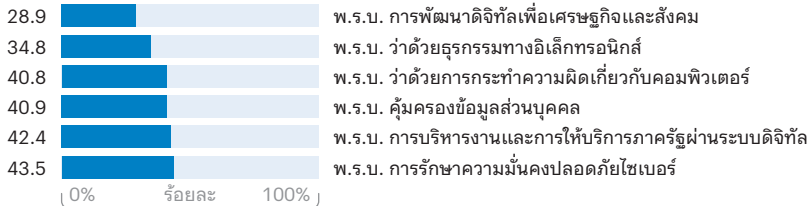
การมีกรอบกฎหมายสำหรับการป้องกันข้อมูล (ความปลอดภัย/ความปลอดภัยทางไซเบอร์) ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดิจิทัล	1	2	3	4	5
การมีกฎหมายหรือข้อบังคับเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว การยินยอม ความลับ และการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ (ความเป็นส่วนตัว)	1	2	3	4	5
การมีข้อกำหนดสำหรับการควบคุมหรือรองรับอุปกรณ์ และ/หรือบริการด้านสุขภาพ	1	2	3	4	5
การมีข้อกำหนดเกี่ยวกับความปลอดภัยข้อมูลและการแบ่งปันข้อมูลข้ามพรมแดน	1	2	3	4	5

หมายเหตุ: จาก 67 ประเทศ
ที่มา: Global Digital Health Monitor, 2023

สัดส่วนประชาชนที่มีความเชื่อมั่นในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนโยบายด้านดิจิทัลของประเทศ



สัดส่วนประชาชนที่ตระหนักรู้ในกฎหมายดิจิทัล



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2566

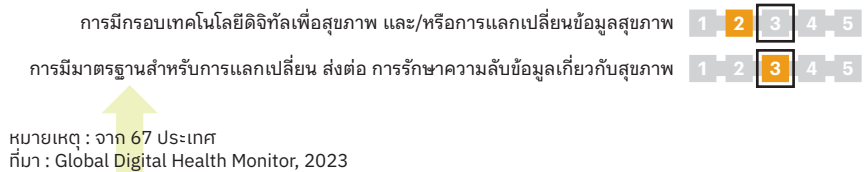
มีการดำเนินการในการสร้างธรรมาภิบาลที่ดีในแง่การผลักดันให้เกิดกรอบกฎหมายและข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อความปลอดภัยของข้อมูล และการปกป้องความเป็นส่วนตัว ถึงแม้ประเทศไทยจะเริ่มมีกฎหมายปกป้องและคุ้มครองความปลอดภัยของข้อมูล และความเป็นส่วนตัว แต่สัดส่วนประชาชนที่มีความเชื่อมั่นในการใช้งานอินเทอร์เน็ต เทคโนโลยีดิจิทัล และนโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบ และมาตรฐานด้านดิจิทัลของประเทศอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 54.2 69.1 และ 57.0 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักรู้ในกฎหมายดิจิทัล ไม่ว่าจะเป็นกฎหมายว่าด้วยการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ กฎหมายว่าด้วยการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล และกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

3 พัฒนาแนวทางการเก็บและใช้ข้อมูลสุขภาพไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อส่งเสริมการใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ของสาธารณะ

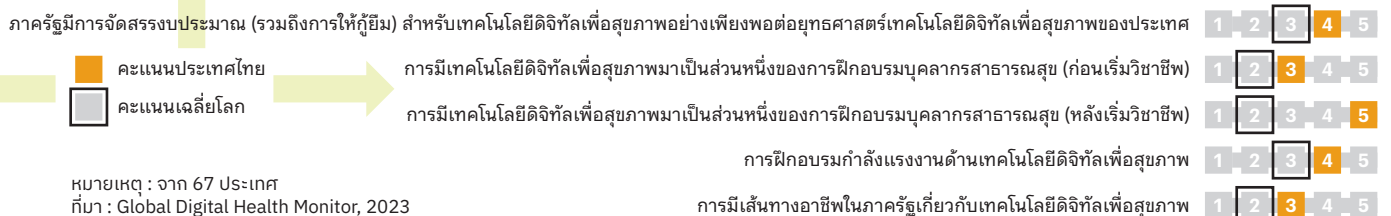
ข้อมูลสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ ภาครัฐจำเป็นต้องมีกรอบแนวคิดและหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ รวมถึงกฎระเบียบและกระบวนการในการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพที่เป็นไปตาม

การลงทุนและวางแผนเพื่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ



หมายเหตุ : จาก 67 ุสเเทศ
ที่มา : Global Digital Health Monitor, 2023

การลงทุนและวางแผนเพื่อการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ



หมายเหตุ : จาก 67 ุสเเทศ
ที่มา : Global Digital Health Monitor, 2023

มาตรฐานสากล สำหรับประเทศไทย กรอบดิจิทัลเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพและ/หรือการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพยังต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของโลก

4 การลงทุนและวางแผนในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ

เนื่องจากเทคโนโลยีดิจิทัลมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน การลงทุนและวางแผนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลจึงสำคัญ ประเทศไทยมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพในการวางแผนงบประมาณ แต่อาจยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของประเทศ ส่วนในแง่การฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขในด้านเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ พบว่าสิ่งที่ประเทศไทยทำได้ดี คือการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขที่เริ่มปฏิบัติงานแล้ว ส่วนเส้นทางอาชีพสำหรับบุคลากรด้านเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ ยังอยู่ในช่วงเริ่มต้น และยังต้องพัฒนาในประเด็นนี้ต่อไป

การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลต้องขับเคลื่อนเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม ประเทศไทยต้องให้ความสำคัญกับการสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ สร้างความเชื่อมั่นในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการจัดเก็บข้อมูล และให้ความสำคัญกับการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลในกลุ่มเปราะบาง เพราะทุกวันนี้ เทคโนโลยีดิจิทัลคือปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่สำคัญของประชาชนคนไทย

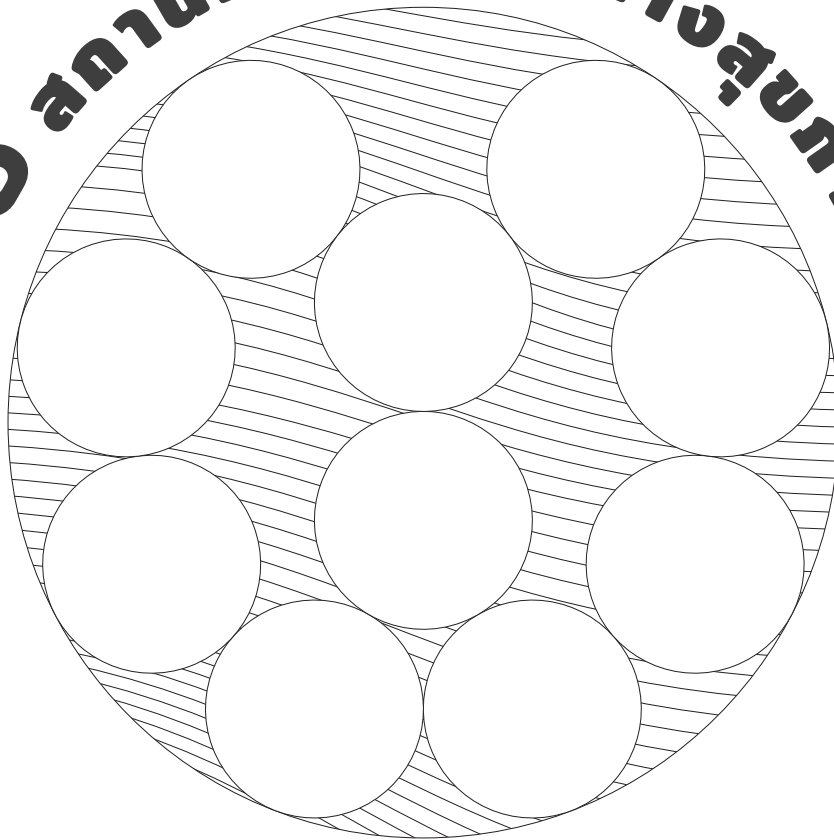
สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2567. (ชื่อบทความ). *สุขภาพคนไทย 2567* (เลขหน้าของบทความ)
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2567. การกราดยิงกับแนวทางการควบคุมอาวุธปืน. *สุขภาพคนไทย 2567* (หน้า 32-37)
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ



การกราดยิงกับแนวทางการควบคุมอาวุธปืน

“ ในปี 2560 คนไทยครอบครองปืน 10 ล้านกระบอก เฉลี่ย 15.1 กระบอก ต่อ 100 คน ซึ่งมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของอาเซียน และอันดับที่ 13 ของโลก นอกจากนี้ ไทยยังมีผู้เสียชีวิตจากอาวุธปืนในปี 2559 ถึง 3,830 คน คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.45 ราย ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 11 ของโลก ”

บทนำ

การกราดยิงที่สยามพารากอน เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2566 ไม่เพียงแต่จะทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บหลายรายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของประชาชนอย่างกว้างขวาง และกระทบต่อภาคการท่องเที่ยวของไทย ทำให้นักท่องเที่ยวบางส่วนระงับการเดินทางมายังประเทศไทย เหตุการณ์กราดยิงดังกล่าว ไม่ใช่ครั้งแรก แต่เกิดขึ้นแล้วหลายครั้งในประเทศไทย เช่น เหตุการณ์กราดยิงประชาชนในห้างสรรพสินค้าของจังหวัดนครราชสีมา ในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 และอดีตตำรวจเข้าไปทำร้ายเด็กและครูพี่เลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดหนองบัวลำภู ในเดือนตุลาคม 2565 ทำให้มีผู้เสียชีวิตเกือบ 40 คน บทความนี้เป็นการอภิปรายถึงการกราดยิงในประเทศไทยที่มุ่งไปยังประเด็นการแพร่หลายของอาวุธปืน บทบาทของสื่อออนไลน์ และแนวทางการควบคุม กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอาวุธปืน วิเคราะห์ประเด็นเรื่องการเข้าถึงอาวุธปืนในประเทศไทย และข้อเสนอแนะในการควบคุมอาวุธปืน

ย้อนเหตุการณ์กราดยิงที่คนไทยไม่เคยลืม

การกราดยิง หรือ “mass shooting” อาจจะมีนิยามที่แตกต่างกันไปตามบริบทของเหตุการณ์และจำนวนผู้เสียชีวิต แต่องค์การไม่แสวงผลกำไรที่ติดตามสถานการณ์ความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการใช้อาวุธปืนในสหรัฐอเมริกาอย่าง Gun Violence Archive ได้ให้ความหมายของคำว่า “การกราดยิง” ว่าหมายถึง การใช้อาวุธปืนก่อความรุนแรงจนทำให้มีคนบาดเจ็บหรือเสียชีวิตอย่างน้อย 4 คน¹ ส่วนในประเทศไทย จากข้อมูลเหตุการณ์กราดยิงในที่สาธารณะโดยไม่ได้มีเหตุจูงใจทางการเมืองหรือปัญหาความขัดแย้งในพื้นที่ชายแดน พบว่ามี 5 เหตุการณ์ ที่ถูกเรียกว่าเป็นการกราดยิง ซึ่งเกิดขึ้นต่อเนื่องในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา ดังนี้

1 **เหตุการณ์กราดยิงภายในร้านทอง** จังหวัดลพบุรี เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2563 โดยมีมือปืนคือ นายประสิทธิ์ชัย เขาแก้ว หรือ ผอ.กอล์ฟ อดีตผู้อำนวยการโรงเรียนประถมในจังหวัดสิงห์บุรี หลังคิดการใหญ่ สวมชุดอำพรางสีดำทั้งตัว พร้อมด้วยหมวกไหมพรม และกระเป่าเป้ บุกรุกเข้าไปบริเวณร้านทองในห้างโรบินสัน พร้อมควักปืนยิงผู้อยู่ในเหตุการณ์เสียชีวิตทันที 3 ราย ได้แก่ รปภ.ของห้าง พนักงานร้านทอง และเด็กชายวัย 2 ขวบ และมีผู้บาดเจ็บอีก 4 ราย ก่อนจะกวาดเอาทองหนัก 28 บาท แล้วขับรถจักรยานยนต์หลบหนีไป

2 **เหตุการณ์จำคั่ง** กราดยิงที่โคราช เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2563 ภายในห้างสรรพสินค้าเทอร์มินอล 21 จังหวัดนครราชสีมา โดยผู้ก่อเหตุคือ ส.อ.จักรพันธ์ ถมมา เขียวชาญ ด้านการยิงปืนระยะไกล คลั่งก่อเหตุยิง พ.อ.อนันต์ธวัชโรจน์ กระแส ผู้บังคับบัญชาและเมีย นายอนงค์ มิตรจันทร์ เนื่องจากปัญหาภายในบ้านพักทหาร จากนั้นได้ยิงทหารเวรเพื่อเข้าไปชิงอาวุธปืน ก่อนขับรถไปที่ห้างเทอร์มินอล 21 เพื่อจับตัวคนในห้างสรรพสินค้าเป็นตัวประกัน และทำการไล่ฟัด ขณะก่อเหตุมาตรการสมยอมของขวัณลงเฟซบุ๊ก โดยเหตุการณ์ดังกล่าว ทำให้มีผู้เสียชีวิต 31 ราย บาดเจ็บกว่า 58 ราย

ที่มา : <https://www.thaipbs.or.th/now/content/787>

คำไว้อาลัยตำรวจที่เสียชีวิตจากการปฏิบัติหน้าที่ระงับเหตุกราดยิงที่โคราช

32 — สุภาพคนไทย 2567

3 เหตุกราดยิงที่จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2565 บริเวณลานตลาดอุบลสแควร์ ณ ห้างสรรพสินค้าบีซี ถือเป็นหนึ่งในเหตุการณ์กราดยิงที่สร้างความหวาดกลัวให้ผู้คนได้มากที่สุด เนื่องจากการทะเลาะวิวาทของ 2 แก๊งวัยรุ่น คือ “แก๊งขามใหญ่” และ “แก๊งหาดวัดใต้” นำไปสู่การสูญเสียของผู้เสียชีวิต 3 ราย และบาดเจ็บจำนวนมาก



ภาพภายนอกห้างสยามพารากอน ระหว่างเกิดเหตุ

4 เหตุกราดยิงที่จังหวัดหนองบัวลำภู ภายในศูนย์เด็กเล็ก ในช่วงบ่ายของวันที่ 6 ตุลาคม 2565 โดย ส.ต.ท.ปัญญา คำราบ เป็นผู้ก่อเหตุ คาดว่าอาจมาจากปมให้ออกจากราชการ เพราะพัวพันคดียาเสพติด ทำให้มีผู้เสียชีวิต 36 ราย เป็นเด็กถึง 24 ราย ที่น่าสลดใจกว่าก็คือเด็กที่ถูกยิงเสียชีวิตมีอายุต่ำสุดเพียง 3 ขวบเท่านั้น



สื่อมวลชนเกาะติดเหตุการณ์ยิงใต้ห้างสยามพารากอน

5 เหตุกราดยิงสุดสะเทือนขวัญที่ศูนย์การค้าสยามพารากอน เมื่อ 3 ตุลาคม 2566 โดยผู้ก่อเหตุเป็นเด็กชาย อายุ 14 ปี ใช้ปืนแบบลอคกั้นดัดแปลงกราดยิงภายในศูนย์การค้าสยามพารากอน ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 3 ราย และได้รับบาดเจ็บอีก 4 ราย



เจ้าหน้าที่กองบังคับการปฏิบัติการพิเศษมาถึงสถานที่เกิดเหตุ

ที่มา : www.thaipbs.or.th/news/content/332409

นอกจากนี้ ยังมีเหตุกราดยิงที่ทำให้เกิด แอชแทก #กราดยิง ด้วยเช่นกัน แต่ไม่มีผู้เสียชีวิต คือ เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2566 ภายในสนามฟุตบอลหญ้าเทียม 9 อพารีนา จังหวัดปทุมธานี โดยผู้ก่อเหตุเป็นแรงงานชาวกัมพูชาซึ่งรถจักรยานยนต์เข้ามายิงปืนขึ้นฟ้า 4 นัด ระหว่างการแข่งขันฟุตบอล มีผู้เข้าร่วมกว่า 200 คน ต้องวิ่งหนีเอาชีวิตรอดจำนวนมาก รวมถึงกรณีวันที่ 14 มีนาคม 2566 ที่สารวัตรกานต์ ตำรวจคลั่ง กราดยิงภายในบ้านพักของตนย่านสายไหม ก่อเหตุนานกว่า 26 ชั่วโมง ถึงแม้เหตุการณ์เหล่านี้จะไม่ได้เกิดความสูญเสียเหมือนเหตุการณ์อื่น ๆ แต่เรื่องราวเหล่านี้ถูกตั้งคำถามขึ้นว่า เหตุการณ์ความรุนแรงแบบนี้ทำไมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

วิเคราะห์สาเหตุการกราดยิงในต่างประเทศและในไทย

เมื่อมีเหตุการณ์การกราดยิงเกิดขึ้นแต่ละครั้ง คำพูดที่มักจะถูกพูดถึงทันทีจนกลายเป็นสมมุติฐานพื้นฐานของสาเหตุ คือ ความเจ็บป่วยทางจิต ปัญหาความเครียด และปัญหายาเสพติดทำให้เกิดการป่วยทางจิตขึ้น หรือปัญหาการมีพฤติกรรมเลียนแบบจากเกม ที่อาจมีสาเหตุจากปัญหาทางครอบครัว แต่การด่วนสรุปทันทีว่าการกราดยิงที่เกิดขึ้นเกิดจากปัญหาเหล่านี้ก็อาจจะไม่ถูกต้องไปทั้งหมด

เหตุกราดยิงเกี่ยวเนื่องอย่างไรกับอาการทางจิต² เจฟฟรีย์ สวอนสัน อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยดุ๊ก ในสหรัฐฯ อธิบายว่า โศกนาฏกรรมอย่างเหตุกราดยิงที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้เกิดความพยายามค้นหาสาเหตุและหนทางแก้ไข คำอธิบายที่ได้มักจะตื่นเขิน เพียงเพื่อที่จะจะเหมารวมได้ว่า “อ้อ เป็นเพราะป่วยทางจิตสินะ” แต่การด่วนสรุปเช่นนี้ถือเป็นการข้ามเติมและตีตราบาปให้กับผู้ป่วยทางจิตเวชมากขึ้นไปอีก ทั้งที่คนเหล่านี้ต้องมีชีวิตอย่างยากลำบากอยู่แล้ว แต่ในความเป็นจริง มาตรการน้อยรายนักที่ป่วยด้วยโรคทางจิตขั้นร้ายแรง เช่น โรคจิตเภท ไบโพลาร์ หรือ โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว งานวิจัยในปี 2547 พบว่า ผู้ก่อเหตุสังหารหมู่เพียง 6% เท่านั้นที่มีอาการทางจิต โดยงานวิจัยล่าสุดของสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐฯ เมื่อปี 2559 พบว่า สถิติการก่อเหตุฆาตกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาวุธปืนที่เกิดขึ้นตลอดทั้งปี มีคนร้ายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชไม่ถึง 1%

การเสวนาทงวิชาการ ถอดบทเรียนทางจิตวิทยา “เหตุกราดยิง: ที่มา ทางแก้ และป้องกัน” วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2563 ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รศ. ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต นักจิตวิทยาการปรับพฤติกรรม อดีตคณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาฯ³ อธิบายว่าพฤติกรรมความรุนแรงเกิดขึ้นกับคนปกติได้ ทุกคนมีโอกาสที่จะกระทำความรุนแรงได้ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำหรือคำพูดเกิดขึ้นได้กับทุกคน ไม่ใช่ทุกคนที่จะต้องเป็นคนที่มีความผิดปกติจึงจะกระทำความผิดปกติบางคนก็ไม่ก้าวร้าว คนปกติพอถึงเวลาที่พอเหมาะ มีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น มี trigger (ตัวกระตุ้น) ก็สามารถเกิดพฤติกรรมความรุนแรงหรือความก้าวร้าวได้ เพราะความก้าวร้าวเป็นธรรมชาติของมนุษย์และสัตว์ทั้งหลาย เป็นพฤติกรรมเพื่อการอยู่รอด เพราะฉะนั้นสิ่งที่เราควรตระหนักคือ การควบคุมไม่ให้แสดงออกนั้นสำคัญกว่า เราจะสังเกตได้ว่าในอดีตเหตุการณ์รุนแรงแบบนี้ไม่ค่อยเกิดขึ้น ความก้าวร้าวไม่ค่อยแสดงออกในลักษณะนี้ เท่าที่ศึกษาลักษณะของสังคม ตอนนี้เกิดปัญหาคล้ายกันทั่วโลกคือ เด็กอยู่ในสังคมที่เรียกว่าไฮเทคเทคโนโลยี⁴ เราถูกสร้างลักษณะบางอย่างขึ้นโดยไม่รู้ตัว ไม่ได้ตั้งใจ แต่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ นั่นคือความหุนหันพลันแล่น (impulsiveness) เนื่องจากเราทำทุกอย่างด้วยความรวดเร็ว มีอะไรเราก็กดโทรศัพท์ เราไม่รอ เราไม่ได้สอนเด็กให้ควบคุมตัวเอง มีวินัย ยอมรับกฎระเบียบของสังคม ประเด็นต่อมา ตามหลักจิตวิทยาคนที่มีความโน้มเอียงแสดงความก้าวร้าวสูง คือคนที่มองโลกในแง่ร้าย มักจะมีความรู้สึกที่ว่าทำไมตนเองต้องถูกกระทำ ทำไมต้องมาทำกับฉันแบบนี้ แล้วจะแสดงพฤติกรรมต่อต้าน ต่อมาคือ การที่เรามองปัญหาไปทางคนอื่น เราไม่ค่อยมองสาเหตุที่ตัวเรา เราจะรู้สึกที่ว่าทำไมคนอื่นทำแบบนี้ ทำไมสังคมเป็นแบบนี้ และจะมีแนวคิดที่ว่า เธอทำฉัน ฉันก็ทำเธอ หรือเพื่อปกป้อง ฉันก็ทำเธอ ก่อน อีกข้อคือการที่ชอบดูอะไรที่โหดร้าย ก็จะมีแนวโน้มที่จะแสดงออกทางก้าวร้าว แต่ก็อาจจะแสดงผลตรงข้ามก็ได้ คือพอดูอะไรแบบนี้แล้วก็เหมือนเป็นการได้ระบาย

ขณะที่ ดร.นันทิ จิตสว่าง นักอาชญาวิทยา อดีตอธิบดีกรมราชทัณฑ์ ชี้ว่าปัจจัยที่ทำให้คนก่อเหตุอาชญากรรมคือ มูลเหตุจูงใจและโอกาส โดยมูลเหตุจูงใจ คือ การตัดสินใจของคน พฤติกรรมของคน และโอกาส คือช่วงจังหวะเวลา สถานที่ ที่ทำให้ประกอบอาชญากรรมได้ เช่น การเข้าถึงอาวุธปืน และการเข้าถึงสถานที่

สถิติการครอบครองอาวุธปืนและการก่อเหตุในไทย

ข้อมูลจากองค์การวิจัยในสวีตเซอร์แลนด์⁵ (Small Arms Survey) ระบุว่า เมื่อปี 2560 คนไทยครอบครองปืนอยู่ 10,342,000 กระบอกเฉลี่ย 15.1 กระบอก ต่อ 100 คน นั่นทำให้ไทยครองครองอาวุธปืนมากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของอาเซียน และอยู่ที่อันดับ 13 ของโลก โดยฝั่งเจ้าหน้าที่รัฐพบว่า กองทัพไทยครอบครองปืนอยู่ที่ 1,052,815 กระบอก⁶ รั้งอันดับ 3 ในอาเซียน ส่วนตำรวจครอบครองปืนอยู่ราว 230,000 กระบอก ในปี 2561 ส่วนการใช้อาวุธปืนก่อเหตุในไทย ข้อมูลล่าสุดที่รวบรวมโดยกองสารสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ⁷ ในปี 2562 มีจำนวนทั้งหมด 31,419 ครั้ง แบ่งเป็นปืนสั้นมีทะเบียน 6,410 ครั้ง ไม่มีทะเบียน 24,348 ครั้ง และเป็นปืนยาว 661 ครั้ง

ขณะที่ผู้เสียชีวิตจากการใช้อาวุธปืนนั้น รายงานการวิจัย “Global Mortality From Firearms, 1990–2016” ของสถาบันเพื่อการวัดและประเมินผลด้านสุขภาพ (Institute of Health Metrics and Evaluation: IMHE) มหาวิทยาลัยวอชิงตันในสหรัฐฯ⁸ ระบุว่า ไทยมีผู้เสียชีวิตในปี 2559 อยู่ที่ 3,830 คน คิดเป็นค่าเฉลี่ย 4.5 รายต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมากกว่าสหรัฐฯ ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.9 และหากคิดจากค่าเฉลี่ยของโลก ไทยจะอยู่อันดับที่ 11 ของโลก

ปัญหาดังกล่าว ทำให้มีการเคลื่อนไหวเพื่อแก้ปัญหาในรัฐสภา โดย นพ.อำพล จินดาวัฒนะ สมาชิกวุฒิสภาและกรรมการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา ได้ตั้งกระทู้ต่อ รมว. มหาดไทย เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2565 เพื่อให้เร่งควบคุมอาวุธปืนและสิ่งเทียมปืน เนื่องจากประเทศไทยมีพลเรือนที่มีอาวุธปืนมากถึง 10–12 ล้านกระบอก ทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย โดยยังไม่นับรวมสิ่งเทียมปืนอื่น ๆ อีก เช่น Blank gun, BB gun โดยมีการซื้อขายกันแพร่หลาย แต่ระบบควบคุมหย่อนยาน ต่อมาเมื่อมีการกราดยิงที่สยามพารากอน วุฒิสภาก็ได้มีการอภิปรายเรื่องนี้อีกในวันที่ 6 ตุลาคม 2566⁹

จะเห็นได้ว่า การครอบครองอาวุธปืนในไทยเป็นปัญหายาวนานและเป็นปัจจัยหนึ่งของการก่อเหตุ ไม่ว่าจะเกิดเหตุกราดยิงทะเลาะวิวาท หรือการฆ่าตัวตาย ที่ในหน้าข่าวบ่อยครั้งเกิดจากการใช้อาวุธปืน อาจด้วยค่านิยมของคนในท้องถิ่น ที่นิยมครอบครองอาวุธไว้เพื่อป้องกันตัว หรือเพื่อแสดงอิทธิพลก็ตาม ในขณะที่บางคนมีค่านิยมพกพาอาวุธปืนเพื่ออวดเบ่งอีกด้วย

บทบาทของสื่อสังคมและแนวทางการควบคุม

ประเด็นหนึ่งที่ถูกพูดถึงเมื่อเกิดเหตุกราดยิง คือ การทำหน้าที่ของสื่อมวลชน และสื่อโซเชียลมีเดียของประชาชนเอง แน่นนอนว่าประเทศไทยมีอิสรภาพในการสื่อสารค่อนข้างมาก คนทุกกลุ่มเข้าถึงเทคโนโลยีรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว การเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในแง่หนึ่งอาจเป็นประโยชน์ ที่ประชาชนจะรับรู้ข่าวสารทันสถานการณ์และเฝ้าระวังเพื่อความปลอดภัย แต่อีกด้าน

กลับกลายเป็นดาบสองคมเพราะการนำเสนอข้อมูลในสื่อโซเชียลมีเดียและสื่อมวลชน นอกจากจะสร้างความตื่นตระหนกแล้ว ยังอาจเป็นการยั่วยุผู้ก่อเหตุที่กำลังติดตามสถานการณ์ที่ตนเองก่อขึ้นผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย นอกจากสถานการณ์ขณะเกิดเหตุแล้ว การทำหน้าที่ของสื่อหลังจากเหตุการณ์ความรุนแรงได้ถูกพิจารณาว่า อาจนำมาซึ่งพฤติกรรมการลอกเลียนแบบส่วนการตีแผ่ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ก่อเหตุที่กระทบไปถึงครอบครัว สถานศึกษา และสังคมของผู้ก่อเหตุ ถือเป็น การตีตราบาปให้กับผู้ก่อเหตุไปตลอดชีวิตได้อีกด้วย และอาจกลายเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดการกระทำซ้ำอีกได้ในอนาคต

นพ.ธิตติ แสงธรรม รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต¹⁰ กล่าวว่า การนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ก่อเหตุไม่ว่าอย่างไรก็ตาม หลังจากผ่านการรับโทษไปแล้ว จะเป็นแผลติดตัวเขา และมีปัญหาในเรื่องการดำเนินชีวิตต่อไปในสังคมเป็นรอยแผลลึก ๆ อยู่ในใจเขาเสมอไป ถ้าเป็นไปได้ เป้าหมายในการนำเสนอข่าว ควรเป็นไปเพื่อระมัดระวังคนรอบข้างในระยะที่เกิดเหตุ รู้ถึงวิธีดำเนินการหากเกิดเหตุการณ์ในลักษณะนี้ หรือระแวดระวังเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิด และเมื่อเกิดขึ้น จะได้นำญาติพี่น้องคนใกล้ตัวส่งรักษาอย่างถูกต้อง และถูกวิธี ขณะที่ อ.ธาม เชื้อสถาปนศิริ อาจารย์ประจำสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล มองปรากฏการณ์นี้ว่า น่ากังวลใจ เพราะส่งผลกระทบต่อคนข้างมาก ต้องระวังการนำเสนอข่าวแล้วทำให้คนก่ออาชญากรรมกลายเป็นฮีโร่ หรือหลงใหลในการก่ออาชญากรรม ซึ่งพฤติกรรมที่มีอิทธิพลมาจากสื่อมากคือ ก๊อปปี้แคท หากสื่อนำเสนอมาก ๆ จะทำให้มีข้อมูลที่สืบค้นหาได้ ทำให้เกิดกรณีเลียนแบบ อาชญากรรมปัจจุบันอาจไม่ได้เกิดขึ้นเพราะบันดลโทสะ อาชญากรที่ก่ออาชญากรรมในลักษณะนี้ มีการค้นหาข้อมูล วางแผนเตรียมการ ฝึกซ้อมยิงเมื่อสื่อมวลชนพุ่งความสนใจไปที่ตัวผู้ก่ออาชญากรรมมาก ๆ ก็อาจทำให้เกิดการเลียนแบบ คนที่อยากจะมีชื่อเสียงโด่งดังก็อาจทำตาม เนื่องจากไปกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกว่าถ้าฉันทำสิ่งนี้ สื่อมวลชนทั้งประเทศจะให้ความสำคัญกับฉัน ในทางสังคมศาสตร์เรียกความรู้สึกนี้ว่า **15 minutes of fame หรือ 15 นาทีแห่งความโด่งดังในชีวิตสักครั้งหนึ่ง** สื่อมวลชนทั้งประเทศจะนำเสนอชื่อ ภาพ เสียง และประวัติของเรา เรื่องราวชีวิตของเราจะถูกรายงานผ่านสื่อมวลชนทั้งประเทศ ทั้งนี้ อ.ธาม เห็นว่า ในขณะที่สื่อสารมวลชนทั่วไป เช่น วิทยุ

และโทรทัศน์ มีความระมัดระวังค่อนข้างมาก มีการเซ็นเซอร์ แต่ที่เป็นปัญหาคือโซเชียลมีเดีย ถ้ามีภาพหลุดในโซเชียลมีเดีย หลุดแล้วก็หลุดเลย ไม่มีทางรู้ว่า จะแชร์ส่งต่อไปที่ไหน เช่น เมื่อมีการขุดสื่อไปดูคลิปซ้อมยิง ทำให้สังคมตามล่าหาอดีต การปกป้องพิดีพีเอทำได้ยาก แม้จะมีกฎหมายคุ้มครองก็ตาม

การควบคุมอาวุธปืนในไทย

ปัจจุบันประเทศไทย มีพระราชบัญญัติอาวุธปืน เครื่องกระสุนปืน วัตถุระเบิด ดอกไม้เพลิง และสิ่งเทียมอาวุธปืน พ.ศ. 2490 ใช้บังคับ มีการแก้ไขเพิ่มเติมทั้งสิ้น 9 ครั้ง โดยการแก้ไขครั้งล่าสุด เกิดขึ้นเมื่อปี 2543 เป็นการแก้ไขเพิ่มเติมหวังลดปัญหาอาชญากรรมที่เกิดจากการใช้อาวุธปืนที่ใช้เฉพาะในการสงคราม หรือปืนเถื่อน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนที่ต้องการมีและใช้อาวุธปืนดังกล่าวว่าอาวุธปืนนั้นมาขออนุญาต หรือนำมามอบให้แก่ชายทะเบียนท้องที่ การขออนุญาตมีและใช้อาวุธปืน หรือใบ ป.4 สามารถครอบครองอาวุธปืนกระบอกนั้นได้ตลอดโดยไม่ต้องมาต่อใบอนุญาต เรียกได้ว่าเป็นการขออนุญาตมีและใช้อาวุธปืนตลอดชีพ กฎหมายดังกล่าวเป็นวิธีหนึ่งในการลดปัญหาปืนเถื่อน ปืนไม่มีทะเบียน แต่ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายที่จะแก้ปัญหาการกราดยิงโดยตรง ซึ่งหลังเกิดเหตุกราดยิงในแต่ละครั้ง สิ่งที่ถูกทวงถามไปที่ภาครัฐนั้นก็คือ การกำหนดมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก แต่สังคมมักมุ่งสนใจที่ปัญหาของแต่ละเหตุการณ์ จนลืมให้ความสำคัญกับมาตรการป้องกัน อย่างกรณีจำลองในห้างที่โคราช สังคมได้มุ่งความสนใจไปที่ปัญหาการก๊วยเงินสวัสดิการกองทัพที่ไม่เป็นธรรม แต่ไม่ได้ให้ความสนใจไปที่มาตรการป้องกันการพกอาวุธปืนของเจ้าหน้าที่รัฐไปในที่สาธารณะ

ศ. ดร.สุณีย์ กัลยาณีจิตร อาจารย์หลักสูตรอาชญาวิทยา และงานยุติธรรม (หลักสูตรนานาชาติ) ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระบุไว้ในบทความถอดบทเรียนเหตุกราดยิงที่จังหวัดหนองบัวลำภูว่า¹¹ คดีกราดยิงหลายคดีในบ้านเราจะพบว่าผู้ก่อเหตุเป็นทหารหรือตำรวจ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ คนเหล่านี้มีอาวุธปืนในครอบครองไม่ว่าจะเป็นปืนจากภาครัฐ และการครอบครองปืนส่วนตัว เมื่อมีปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความคิดหรือจิตใจของเขา ปืนจึงกลายเป็นอาวุธสังหารผู้บริสุทธิ์ที่อยู่รอบข้างได้อย่างง่ายดาย กรณีเจ้าหน้าที่ทหาร ตำรวจ ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการรักษาความสงบเรียบร้อยนั้น จะมีอาวุธปืนประจำกายสำหรับใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ บางคนจะเป็นอาวุธปืนของทางราชการ แต่บางคนก็จะใช้อาวุธปืนที่เป็นของตัวเอง โดยใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ สามารถซื้ออาวุธปืนได้ในราคาสวัสดิการ (ราคาปืนจะต่ำกว่าราคาท้องตลาดมาก) การกราดยิงที่หนองบัวลำภูเป็นปืนส่วนตัวของผู้กระทำความผิด เมื่อถูกให้พ้นจากราชการ ผู้กระทำความผิดก็มีอาวุธปืนไว้ในครอบครองโดยชอบด้วยกฎหมาย ด้วยการอนุญาตให้มีและใช้ตั้งแต่เมื่อครั้งเป็นข้าราชการตำรวจ จึงเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้ก่อเหตุที่มี

ประวัติการเสพยา สามารถมีอายุขัยได้ในครอบครัว ได้จนกระทั่งไปก่อเหตุดังกล่าว ขณะที่ในต่างประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลีย จะไม่อนุญาตให้ครอบครัว อายุขัยตลอดชีพ ผู้ครอบครองใบอนุญาตอายุขัย และพัวพันการก่ออาชญากรรมที่มีความรุนแรง จะถูกยึดใบอนุญาตทันที นอกจากนี้กระบวนการคัดกรอง ผู้ที่มีอายุขัย และใช้อายุขัยจะมีกระบวนการที่เป็น ขั้นตอน และมีการตรวจสอบประวัติบุคคล ประวัติการ ก่ออาชญากรรม และตรวจสอบสุขภาพจิต

ภายหลังการกราดยิงที่สยามพารากอน เมื่อ 3 ตุลาคม 2566 ที่เด็กอายุ 14 ปี ใช้ปืนแบบกึ่งอัตโนมัติ กราดยิง จนมีผู้เสียชีวิต 3 ราย บาดเจ็บอีก 4 ราย กลายเป็นเหตุสะเทือนขวัญที่ทุกภาคส่วนกลับมาตั้งคำถาม ถึงมาตรการป้องกันอย่างจริงจัง เนื่องจากประเทศไทย ยังไม่มีกฎหมายควบคุมแบบล่งคั่น โดยการครอบครอง หรือซื้อขายไม่จำเป็นต้องขอใบอนุญาต ทำให้มีการ ทบหวนมาตรการควบคุมอาวุธปืนขึ้น¹² โดย**เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2566** นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ได้ ประชุม**พิจารณาควบคุมการครอบครอง การพกพา อาวุธปืน เครื่องกระสุน สิ่งเทียมปืน** ร่วมกับ อธิบดี กรมการปกครอง พร้อมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมศุลกากร กระทรวงดิจิทัล เพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงสาธารณสุข และมีการ กำหนดมาตรการทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น

มาตรการระยะสั้น

งดการออกใบอนุญาตให้สิ่ง นำเข้า หรือค้า ซึ่ง สิ่งเทียมอาวุธปืนทุกชนิด และไม่อนุญาตให้รายใหม่ ขออนุญาตเป็นผู้ค้า สิ่งนำเข้าสิ่งเทียมอาวุธปืนเพิ่มอีก ให้ผู้ครอบครองแบบล่งคั่น บีบีกัน หรือสิ่งเทียมอาวุธปืน ที่อาจจะดัดแปลงเป็นอาวุธปืนได้ ไปแสดงและทำบันทึก ต่อนายทะเบียนอาวุธปืน ให้กรมศุลกากรตรวจสอบ การนำเข้าสิ่งเทียมอาวุธปืน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แบบล่งคั่น ให้การกีฬาแห่งประเทศไทย ซึ่งกำกับดูแล สนามยิงปืนที่ได้จดทะเบียนเป็นสมาคมกีฬาทั่วประเทศ ห้ามผู้มีอายุไม่เกิน 20 ปี เข้าสนามยิงปืน ยกเว้นได้รับการ อนุญาตตามระเบียบการกีฬาแห่งประเทศไทย ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทั่วประเทศ และผู้บัญชาการ ตำรวจแห่งชาติ งดออกใบอนุญาตให้มีอาวุธปืนติดตัว ให้หน่วยทะเบียนงดการออกใบอนุญาตสิ่งนำเข้าอาวุธปืน ของร้านค้าอาวุธปืน ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป และ

ปราบปรามและปิดเว็บไซต์ เพจออนไลน์ซื้อขายอาวุธปืนเถื่อน สิ่งเทียมอาวุธปืนดัดแปลงเป็นอาวุธปืน โดยขอให้รายงานผลการ ปฏิบัติให้กระทรวงมหาดไทยทราบทุก 15 วัน

มาตรการระยะยาว

มาตรการระยะยาว คือ การแก้ไขกฎหมาย พ.ร.บ. อาวุธปืน เครื่องกระสุนปืน วัตถุระเบิด ดอกไม้เพลิง และสิ่งเทียมอาวุธปืน พ.ศ. 2490 เช่น ขออนุญาตซื้ออาวุธปืนและเครื่องกระสุนปืนต้องมี เอกสารใบรับรองแพทย์ที่รับรองเรื่องสุขภาพจิตและภาวะทางจิตใจ กำหนดให้ผู้ที่จะซื้อสิ่งเทียมอาวุธปืนที่สามารถดัดแปลงเป็นอาวุธปืน ได้ ต้องยื่นคำขอต่อนายทะเบียนอาวุธปืน และให้ใบอนุญาตมีและใช้อาวุธปืน (ป.4) มีอายุของใบอนุญาต ซึ่งผู้ที่ได้รับใบอนุญาตไปแล้ว จะต้องนำอาวุธปืนมารายงานตัวกับนายทะเบียน ในทุก 5 หรือ 10 ปี เพื่อพิจารณาต่ออายุใบอนุญาต เช่นเดียวกับใบขับขี่รถยนต์ เป็นต้น

ปัจจุบัน มาตรการห้ามการออกใบอนุญาตพกอาวุธปืน เป็นเวลา 1 ปี มีผลบังคับใช้แล้ว เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566 ตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีและกระทรวงมหาดไทย ที่ 3877/2566 เรื่องห้ามการออก ใบอนุญาตให้มีอาวุธปืนติดตัว (แบบ ป.12) เป็นการชั่วคราว

การนิรโทษกรรมปืนเถื่อน

อีกปัญหาสำคัญคือปัญหาปืนเถื่อน ปืนดัดแปลง ซึ่งมีอยู่จำนวนมาก นำมาสู่ความพยายามในการแก้ไขปัญหปืนเถื่อนด้วยการ นิรโทษกรรมให้กับผู้ครอบครอง โดยที่**ประชุมคณะรัฐมนตรีวันที่ 14 มีนาคม 2566**¹³ **มีมติเห็นชอบร่าง พ.ร.บ. อาวุธปืน เครื่อง กระสุนปืน วัตถุระเบิด ดอกไม้เพลิง และสิ่งเทียมอาวุธปืน (ฉบับที่ ...) พ.ศ. ... ตามที่กระทรวงมหาดไทยเสนอ ซึ่งเป็นการแก้ไข เพิ่มเติมพระราชบัญญัติอาวุธปืน เครื่องกระสุนปืน วัตถุระเบิด ดอกไม้ เพลิง และสิ่งเทียมอาวุธปืน พ.ศ. 2490** ซึ่ง ผศ. ดร.ฐนนท์ดรศักดิ์ บวรนนท์กุล¹⁴ อดีตประธานหลักสูตรอาชญาวิทยา การบริหารงาน ยุติธรรม มหาวิทยาลัยมหิดล ชี้ว่าเหตุผลที่ตามต่างจังหวัดที่อยู่ ห่างไกลมีความต้องการใช้ปืนมาก โดยส่วนใหญ่มีเอาไว้ป้องกันตัวเอง และทรัพย์สินจากโจรผู้ร้ายที่มาขโมยวัว ควาย และผลผลิตทางการเกษตร เมื่อมีพระราชบัญญัติอาวุธปืน เครื่องกระสุนปืน วัตถุ ระเบิด ดอกไม้เพลิง และสิ่งเทียมอาวุธปืนออกมา พ.ศ. 2490 ทำให้ ผู้ที่มีปืนในครอบครองต้องนำไปขึ้นทะเบียน การครอบครองปืน ของคนไทยเป็นไปได้อย่างยากขึ้นกว่าเดิม และปืนถูกกฎหมายมีราคาสูง ขึ้นมากหลายเท่าตัว จึงเกิดตลาดปืนผลิตเอง หรือที่เรียกว่า “ปืนไทย ประดิษฐ์” เพราะการทำปืนไม่ได้มีความสลับซับซ้อนอะไรมาก ทำให้ ไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากปืนสูง โดยราว 82% เป็นการเสียชีวิตด้วย อาวุธปืนที่ยังออกมาจากปืนเถื่อน

ดังนั้น การนิรโทษกรรมปืนไม่ได้เป็นการแก้เป็นหาที่ถูกต้อง การนิรโทษกรรมปืนเถื่อนจะทำให้จำนวนปืนเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ เนื่องจากอาจเปิดช่องทางให้ผู้ผลิตปืนเถื่อนและผู้ซื้อปืนเถื่อนมีจำนวนมากขึ้น เพราะราคาที่ถูกลงกว่า โดยจะมีคนที่เห็นว่าถ้ารัฐบาลรับนิรโทษกรรมปืนเถื่อนแบบนี้ ก็จะทำให้ช่องทางครอบครองปืนเถื่อนเพื่อมาเข้ารับการนิรโทษกรรมให้ถูกกฎหมายได้ง่าย ๆ โดย ดร.ฐนันดรศักดิ์ เห็นว่า ถ้าจะแก้ปัญหารีบบังต้องเอาข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาดูให้หมดว่ามีปืนเท่าไร มีปืนที่ใช้ก่อเหตุจำนวนเท่าไร คนก่อเหตุเป็นชนกลุ่มใด เพราะสาเหตุใด ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาก็ถูกจุด ไม่ใช่เหวี่ยงแหอย่างการทำนิรโทษกรรมปืนเถื่อน

ส่วนภาคประชาสังคม อย่างมูลนิธิหญิงชายก้าวไกล มูลนิธิเด็กเยาวชนและครอบครัว ก็เริ่มออกมาขับเคลื่อนเรื่องนี้ โดยเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2566¹⁵ นางสาวอังคณา อินทสา หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศ มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล พร้อมด้วยแกนนำมูลนิธิเด็ก เยาวชนและครอบครัว และแกนนำชุมชนกว่า 30 คน ได้เข้ายื่นหนังสือถึง นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย เพื่อสนับสนุนนโยบายควบคุมอาวุธปืน และมีข้อเสนอจำเป็นเร่งด่วน หลังผลการเก็บข้อมูลสรุปลสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวจากช่วงปี 2565 เพิ่มขึ้นสูงกว่า 3 เท่า โดยมีเครื่องดัมแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยกระตุ้น และอาวุธที่ใช้กระทำความรุนแรงมากที่สุดคืออาวุธปืน โดย**มูลนิธิหญิงชายก้าวไกล มูลนิธิเด็ก เยาวชนและครอบครัว และเครือข่ายชุมชนลดปัจจัยเสี่ยง ขอแสดงจุดยืนและมีข้อเสนอถึงกระทรวงมหาดไทย ดังนี้**

- 1 **ขอสนับสนุนมาตรการเกี่ยวกับอาวุธปืนของกระทรวงมหาดไทย** อันได้แก่ การอนุญาตให้มีและใช้อาวุธปืน ต้องเพิ่มเติมเอกสารใบรับรองแพทย์ หนังสือรับรองจากต้นสังกัด/นายจ้าง การห้ามออกใบอนุญาต การป้องกันและปราบปรามในเชิงรุก การป้องกันการค้าอาวุธปืนบนแพลตฟอร์มดิจิทัล โดยต้องการให้เห็นผลที่ชัดเจน
- 2 **การอนุญาตให้มีและใช้อาวุธปืน ควรเพิ่มเติมให้มีใบรับรองแพทย์** ระบุให้ชัดว่าไม่ได้เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้ความรุนแรงทั้งในครอบครัวและสาธารณะ
- 3 **กรณีผู้มีใบอนุญาตให้มีและใช้อาวุธปืน (เก่า) ต้องมีมาตรการให้ขอใบรับรองแพทย์เช่นเดียวกับข้างต้น และต้องมีการตรวจสุขภาพจิต** โดยมีหนังสือรับรองแพทย์ว่าไม่เป็นผู้ป่วยจิตเวช หรือมีพฤติกรรมชอบใช้ความรุนแรง ทุก ๆ 5 ปี ซึ่งเดิมเป็นใบอนุญาตทะเบียนอาวุธปืนมีกำหนดตลอดชีพ
- 4 **ขอให้ปรับปรุงกำลังคนผู้ปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาความรุนแรง โดยเพิ่มนักสังคมสงเคราะห์ประจำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** เน้นการทำงานกับชุมชนในการป้องกัน ฝ้าระวัง และประสานส่งต่อกรณีปัญหาความรุนแรง รวมถึงให้ทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกร่างประกาศเจตนารมณ์ที่แน่วแน่ ในการลดปัญหาความรุนแรงในเด็ก สตรีและครอบครัว รวมถึงไม่ให้มีการคุกคามทางเพศในทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สรุป

การกราดยิงที่เกิดขึ้นในประเทศไทย เกิดขึ้นบ่อยครั้งในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา แม้ว่าอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสภาพทางจิตของผู้ก่อเหตุ แต่ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการครอบครองอาวุธปืนถึงกว่าสิบล้านกระบอกในประเทศ โดยยังไม่รวมถึงอาวุธดัดแปลงบางประเภท เช่น แบลงค์กัน ที่สามารถใช้สังหารคนได้ ทำให้มีการใช้อาวุธปืนก่อเหตุรุนแรง เมื่อผู้ครอบครองอาวุธปืนที่มีเป็นจำนวนมากได้รับการกระตุ้นด้วยปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมลอกเลียนแบบ จากการเสพสื่อสังคมต่าง ๆ ที่รายงานเหตุการณ์รุนแรงต่าง ๆ อย่างเจาะลึก ดังนั้นการแก้ไขกฎหมายที่ล้าสมัย และกำหนดมาตรการควบคุมที่สอดคล้องกับพัฒนาการของสังคมและเทคโนโลยีจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดเหตุกราดยิงอีก โดยในปี 2566 รัฐบาลได้ออกมาตรการระยะสั้น และระยะยาวหลายมาตรการ รวมทั้งแก้ไขกฎหมาย เพื่อตอบสนองต่อข้อเรียกร้องของสังคม ที่สำคัญคือผู้ขอใบอนุญาตครอบครองอาวุธปืนต้องตรวจสอบสุขภาพจิต และต้องต่อใบอนุญาตเป็นระยะ ๆ อย่างไรก็ดี บางมาตรการ เช่น การนิรโทษกรรมปืนเถื่อน หรือปืนดัดแปลง ยังได้รับการตั้งคำถามถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น จึงควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิด และปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานให้ทันกับสถานการณ์ รวมทั้งภาครัฐต้องร่วมมือกับภาคประชาสังคมและอปท. ในการทำงานกับชุมชนในการป้องกัน ฝ้าระวัง และประสานส่งต่อกรณีปัญหาความรุนแรงต่าง ๆ

ปัญหาแพทย์ลาออก ควรดำเนินการอย่างไร?

“ ภาวะทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ในช่วง ปี 2556–2565 ไทยมีแพทย์ลาออกเฉลี่ยปีละ 455 คน นอกจากนี้ยังมีเกษียณอายุปีละ 150–200 คน ทำให้แต่ละปี ภาวะทรวงสาธารณสุข ต้องสูญเสียบุคลากรแพทย์เฉลี่ยปีละ 655 คน นักวิชาการบางคนเรียกปรากฏการณ์ที่แพทย์ ลาออกดังกล่าวว่าเป็นภาวะ The Great Resignation หรือ การลาออกครั้งใหญ่ของบุคลากร สาธารณสุข ”

บทนำ

ปัจจุบันระบบสาธารณสุขไทยกำลัง “ตระหนก” กับปัญหาขาดแคลนแพทย์ ส่วนหนึ่งมาจากการกระพือข่าวบุคลากรทางการแพทย์ลาออกจากระบบเป็นจำนวนมากในแต่ละปี **โดยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีแพทย์ลาออกเฉลี่ยปีละ 455 คน นอกจากนี้ยังมีแพทย์เกษียณอีกปีละ 150–200 คน โดยไทยมีสัดส่วนแพทย์เฉลี่ยต่อประชากรอยู่ที่ราว 1 ต่อ 1,680 คน ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานสากล** จึงมีการเชื่อมโยงปรากฏการณ์ดังกล่าวกับบริการสาธารณสุข ว่าการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์จะส่งผลกระทบต่อประชาชนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และทำให้ผู้ที่ปฏิบัติงานต้องทำงานหนักเกินกว่ามาตรฐานสากล ซึ่ง**โดยข้อเท็จจริงแล้ว ปัญหาเรื่องการให้บริการทางการแพทย์มีความซับซ้อนกว่านั้น อาจมาจากหลายสาเหตุ** เช่น ปัญหาเรื่องการกระจายแพทย์ โดยมีทั้งปัญหาแพทย์ขาดและแพทย์เกินในแต่ละพื้นที่ ปัญหาของระบบบริการ ซึ่งเป็นปัญหาของระบบราชการที่ขาดประสิทธิภาพ ปัญหาภาระงานจากระบบบัตรทองที่มีผู้มาใช้บริการจำนวนมาก ทำให้แพทย์บางส่วนทำงานหนักเกินกว่ามาตรฐาน และปัญหาเชิงโครงสร้างของสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่ขาดความคล่องตัวและมีทรัพยากรจำกัด จึงจำเป็นต้องปรับตัวให้เป็นเอกชน หรือองค์กรมหาชนมากขึ้น **บทความนี้เป็นการอภิปรายถึงสถานการณ์ที่บุคลากรทางการแพทย์ลาออก และวิเคราะห์ถึงสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการแก้ไขปัญหา**

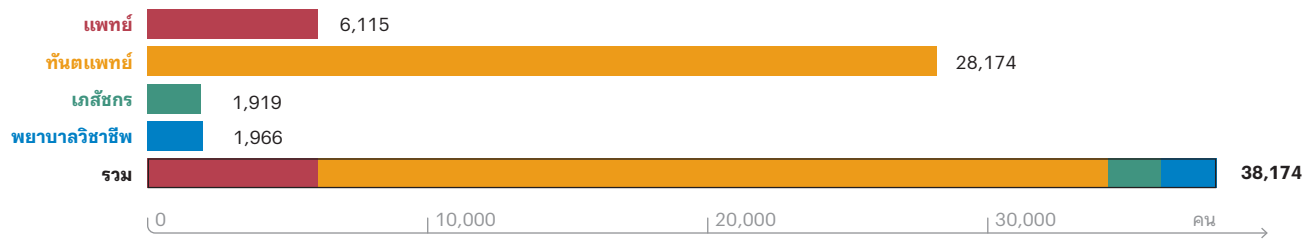
องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดมาตรฐานจำนวนแพทย์ต่อประชากรไว้ที่แพทย์ 1 คนต่อประชากร 1,000 คน¹ กำหนดสัดส่วนพยาบาลต่อจำนวนประชากรไว้ที่ 1 ต่อประชากร 200 คน² โดยข้อมูลแพทยสภา ณ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 พบว่า ประเทศไทยมีแพทย์ที่ยังมีชีวิต มีใบอนุญาต จำนวน 71,611 คน เป็นชาย 37,685 คน หญิง 33,926 คน นอกจากนี้ ยังจำแนกเป็นแพทย์ที่สามารถติดต่อได้จำนวน 69,603 คน เป็นแพทย์อยู่ในกรุงเทพฯ 33,499 คน แพทย์ที่อยู่ในต่างจังหวัด จำนวน 36,104 คน³ จากจำนวนแพทย์ดังกล่าว พบว่าประเทศไทยมีแพทย์เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก จากอดีต แต่หากถามถึงความเพียงพอ การมีมากย่อมส่งผลดีต่อระบบบริการ เพื่อรองรับการใช้บริการของประชาชนได้มากขึ้น และความเหมาะสมในการจัดสรรเวลาทำงานของบุคลากร แม้จำนวนแพทย์จากแพทยสภาจะมีจำนวนมาก แต่ในความเป็นจริงนั้น ไม่ใช่แพทย์ทุกคนจะปฏิบัติงานรักษาคนไข้ แพทย์จำนวนหนึ่งได้เบนสายการทำงานไปในด้านอื่น ๆ เช่น งานบริหาร งานวิชาการ งานนอกสายวิชาชีพอื่น ๆ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรในปี 2564 ดังนี้ **แพทย์ 1 คน ต่อประชากร 1,680** ทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 8,057 คน เภสัชกร 1 คน ต่อประชากร 4,053 คน พยาบาล วิชาชีพ 1 คน ต่อประชากร 353 คน และพยาบาลเทคนิค 1 คน ต่อประชากร 15,933 คน⁴ ตามภาพที่ 1

ภาพที่ 1 สัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรในปี 2564



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2567

ภาพที่ 2 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังขาดแคลน



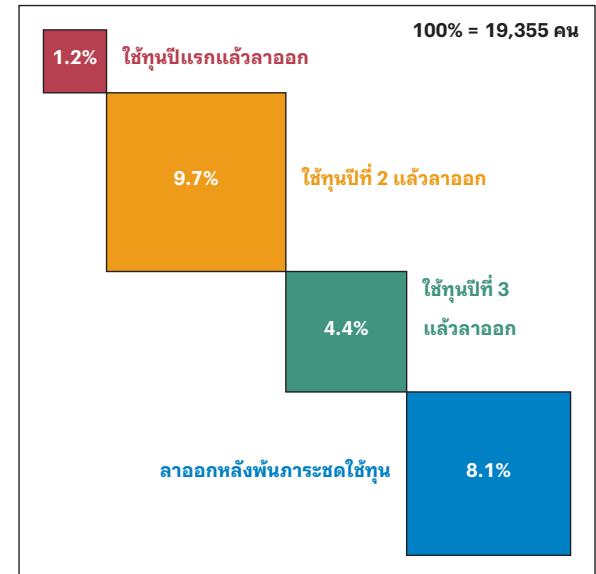
เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานจำนวนแพทย์ต่อประชากรที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนด พบว่าประเทศไทยยังมีอัตรากำลังแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งข้อมูลจากแผนกำลังคน ตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563-2567 (Blueprint of Health Service and Human Resource) รายงานจำนวนตัวเลขวิชาชีพหลักของงานสาธารณสุขในประเทศไทย อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และทันตแพทย์ หากนับจากสถิติกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้ง 12 เขตสุขภาพที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานการณ์ของทั้ง 4 วิชาชีพรวมกันนั้นยังคงขาดแคลนถึง 38,174 ตำแหน่ง โดยยังมีความต้องการเพิ่มของแพทย์ 6,115 ตำแหน่ง พยาบาล 28,174 ตำแหน่ง เภสัชกร 1,919 ตำแหน่ง และทันตแพทย์อีก 1,966 ตำแหน่ง⁵ ตามภาพที่ 2

ปรากฏการณ์ “แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ลาออก”

กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดเผยข้อมูลจำนวนแพทย์ และการลาออกของแพทย์ระหว่างปี 2556-2565 ว่า ตลอดระยะเวลา 10 ปีดังกล่าว มีแพทย์บรรจุในระบบรวม 19,355 คน จำแนกแพทย์ที่ลาออกเป็นแพทย์ใช้ทุนปีแรกแล้วลาออก จำนวน 226 คน คิดเป็น 1.2% เฉลี่ยปีละ 23 คน แพทย์ใช้ทุนปีที่ 2 แล้วลาออก จำนวน 1,875 คน คิดเป็น 9.7% เฉลี่ยปีละ 188 คน แพทย์ใช้ทุนปีที่ 3 แล้วลาออก จำนวน 858 คน คิดเป็น 4.4% เฉลี่ยปีละ 86 คน และแพทย์ลาออกหลังพ้นภาระชดใช้ทุน จำนวน 1,578 คน คิดเป็น 8.1% เฉลี่ยปีละ 158 คน โดยสรุปภาพรวมเฉลี่ยลาออกปีละ 455 คน นอกจากนี้ยังมีเกษียณปีละ 150-200 คน รวมประมาณปีละ 655 คน ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาในระบบบริการสาธารณสุขที่สืบเนื่องมาเป็นระยะเวลานาน⁶

ปรากฏการณ์แพทย์ลาออกถูกยืนยันจาก รศ. ดร. นพ.บวรศม สิริระพันธ์ รองหัวหน้าศูนย์นโยบายและการจัดการสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เรียกสถานการณ์นี้ว่า ภาวะ “The Great Resignation” หรือ “การลาออกครั้งใหญ่ของบุคลากรสาธารณสุข” โดยเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมาไม่ต่ำกว่า 10 ปี เป็นวิกฤตของระบบสาธารณสุขไทยที่มีอยู่จริง การจัดการปัญหาด้วยแนวคิดเชิงคุณภาพ ไม่ได้ดูแค่ตัวเลขจำนวนแพทย์และพยาบาลที่ผลิต แต่ต้องพิจารณาปัญหาเชิงระบบในการปฏิบัติงานจริง ๆ ของบุคลากรซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการหาทางออกของปัญหาส่วนหนึ่งมาจากภาระงานที่ล้นมือของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยของคนไข้ในการรับบริการ และเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการที่เพียงพอ มีมาตรฐาน จากทีมบุคลากร

ภาพที่ 3 ร้อยละของช่วงเวลาการลาออกของแพทย์ที่บรรจุในระบบ ระหว่างปี 2556-2565



ที่ครบถ้วน ขณะที่ทีมบุคลากรก็ต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย⁷ **อีกทั้งในปัจจุบันมีสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นจำนวนมาก รวมทั้งการเฟื่องฟูของธุรกิจเสริมความงาม ทำให้มีการดึงแพทย์และพยาบาลออกไปจากโรงพยาบาลของรัฐจำนวนมาก** ทำให้คนที่เหลือต้องรับภาระหนักเพิ่มขึ้น **โดยสถานพยาบาลเอกชนมีแรงจูงใจที่สูงกว่า** มีสภาพการทำงานที่ดีกว่างานไม่หนักเท่าสถานพยาบาลของรัฐ อีกทั้งค่าตอบแทนก็สูงกว่า⁸

ประธานสถาบันแพทย์แห่งประเทศไทย เผยว่า **สถานการณ์บุคลากรทางการแพทย์ลาออกจากรัฐไม่ใช่เพียงแพทย์ แต่ยังรวมไปถึง พยาบาล-เภสัชกร และวิชาชีพอื่น ๆ** ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออกของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มาจากหลายสาเหตุ เช่น แพทย์รายนั้นทำงานครบระยะการใช้ทุน จึงลาออกไปทำที่อื่น หรือด้วยเหตุผลส่วนตัว ภาระงานที่หนัก ค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าเอกชน ระบบการทำงานในโรงพยาบาลที่กดดันการทำงานของแพทย์จบใหม่ ฯลฯ **กระทรวงสาธารณสุขจึงมีแผนการผลิตแพทย์ โดยเป็นการปรับกรอบอัตราค่าจ้างในปี 2565–2570 และตั้งเป้าหมายในการผลิตแพทย์ให้ได้ 35,000 คน ในปี 2570 ซึ่งเพิ่มจากกรอบเดิมประมาณ 10,000 คน**¹⁰

สาเหตุของการลาออกของแพทย์

จากสถานการณ์การลาออกครั้งใหญ่ของบุคลากรสาธารณสุข (The Great Resignation) หลายฝ่ายต่างยอมรับว่าปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาเรื้อรังที่เกิดขึ้นมาเป็นเวลานานหลายสิบปี มีความซับซ้อน ซึ่งอาจไม่สามารถแก้ไขให้ลุล่วงได้ในทันที และที่สำคัญคือปัญหาดังกล่าวเป็น ‘ปัญหาเชิงระบบ’ ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาลงได้ด้วยนโยบายระยะสั้น หรือใช้การแก้ไขเฉพาะหน้าเท่านั้น โดยสามารถสรุปวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการลาออกของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ ได้ดังนี้

1. ภาระงานที่หนัก

ภาระงานในการดูแลให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทยนั้นเพิ่มมากขึ้นจากหลายปัจจัยประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางประชากรส่งผลให้ประชากรไทยสูงวัยขึ้น และต่อภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไทยด้วย

จากการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบบริการระดับทุติยภูมิของประเทศไทยในปี 2569 งานศึกษาชี้ว่าในอนาคตประเทศไทยจะมีความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกสาขา จึงต้องเตรียมความพร้อมด้านการจัดสรรกำลังคนให้เพียงพอกับความต้องการในอนาคตนั้น¹¹

อีกทั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ส่งเสริมให้ประชากรเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมนั้น ทำให้ประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า แต่ก็อาจส่งผลให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐมีภาระงานมากขึ้น แม้จะมีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นก็ตาม แต่อาจเกิดการกระจุกตัวของผู้มารับบริการในสถานพยาบาลบางแห่ง โดยปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออกจากระบบสาธารณสุขรัฐเกิดจากภาระงานที่หนัก จากข้อมูลพบว่า แพทย์ในโรงพยาบาลบางแห่งต้องทำงานหนักอยู่เวรติดต่อกันหลายชั่วโมงต่อสัปดาห์ อาจเนื่องมาจากบุคลากรไม่เพียงพอ หรือการบริหารจัดการของสถานพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ ทำให้แพทย์ต้องอยู่เวรนอกเวลาราชการต่อเนื่องไปจนถึงเวลาราชการของอีกวันหนึ่ง โดยในบางกรณี แพทย์อาจทำงานมากถึงสัปดาห์ละ 100–120 ชั่วโมง¹²

2. ค่าตอบแทนต่ำ

กรอบอัตราค่าจ้างการบรรจุแพทย์ในระบบข้าราชการมีเพดานไว้ไม่เกิน 40% ของงบประมาณด้านบุคลากร ทำให้ไม่สามารถบรรจุแพทย์ทั้งหมดเป็นข้าราชการได้ จึงต้องจ้างในลักษณะสัญญาจ้าง ซึ่งค่าตอบแทนของภาครัฐนั้นต่ำกว่าภาคเอกชน แพทย์หลายคนจึงเลือกเปิดคลินิกส่วนตัว หรือทำงานที่โรงพยาบาลเอกชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

3. สวัสดิการและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนัก

แพทย์ไม่ได้มีหน้าที่รักษาคนไข้เพียงอย่างเดียวแต่อาจจะต้องทำงานด้านเอกสาร กรอกข้อมูลต่าง ๆ ส่ง สปสช. หรือทำข้อมูลรายงานเพื่อรองรับการตรวจสถานพยาบาลหรือ HA ด้วย และยังมีการประชุมนอกสถานที่ นอกจากนี้สำหรับแพทย์จบใหม่ บ้านพักแพทย์ที่เก่าเฒ่าเป็นอีกปัญหาสำคัญที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตเมื่อเทียบกับอาชีพอื่น อีกทั้งยังมีปัญหาเรื่องสวัสดิการค่าตอบแทน รวมถึงภาระหน้าที่ของแพทย์อาวุโสในแต่ละโรงพยาบาลในการให้คำปรึกษาและช่วยงานและความเป็นธรรมในการจัดภาระงาน อาทิ การดูแลคนไข้นอกเวลาและในวันหยุด ความเสี่ยงของคดีความ ดังนั้นความช่วยเหลือด้านกฎหมายของโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญที่จะทำให้แพทย์ใหม่ปฏิบัติงานและปรับตัวผ่านช่วงเพิ่มพูนทักษะได้ รวมถึงการสนับสนุนทุนการศึกษาต่อด้วย เพราะแพทย์กว่า 80% ต้องการความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ ด้วยการเรียนต่อเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

๔ วัฒนธรรมองค์กรและสิ่งแวดล้อม

เป็นที่ยอมรับกันว่าวัฒนธรรมองค์กรของแพทย์ค่อนข้างมีชั้น โดยแพทย์จบใหม่ หรือ intern จะมีพี่เลี้ยงเป็นแพทย์รุ่นพี่ แต่แพทย์รุ่นพี่บางคนมักจะผลักระงานให้แพทย์รุ่นน้อง มีการพูดจาไม่ถนอมน้ำใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นวัฏจักรที่แพทย์รุ่นพี่เองเคยพบปัญหาแบบนี้เมื่อครั้งเป็น intern มาก่อน จึงกลายเป็นวัฒนธรรมรุ่นพี่กดดันรุ่นน้องสืบทอดกันมา จึงควรปรับโครงสร้างของระบบการทำงาน หรือปรับกฎกติกาที่กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือหน่วยงานที่ต้องทำงานร่วมกัน โดยปัญหาซับซ้อนและเรื้อรังไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลเท่านั้น แต่ยังเกิดจากปัจจัยที่ฝังอยู่ในโครงสร้างของระบบ (endogeneity) ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่วนบุคคลของคนหรือองค์กรอีกด้วย จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบ (structural change) ที่ส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมของคนหรือองค์กรในระยะยาวเพื่อแก้ไขปัญหายั่งยืน¹³

๕ ความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชน

ปัญหาแพทย์ขาดแคลนกำลังเกิดขึ้นในหลายประเทศ ส่วนหนึ่งมาจากสังคมสูงวัยทำให้มีผู้มารับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และส่วนหนึ่งมาจากนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ในหลายประเทศ ทำให้เกิดความต้องการบุคลากรแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมากในภาคเอกชนทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งภาคเอกชนนั้นมีปัจจัยดึงดูดที่น่าสนใจ ไม่ว่าจะเป็นด้านค่าตอบแทนที่สูงกว่า หรือสวัสดิการและคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีกว่า จึงเกิดการลาออกของแพทย์จากระบบราชการจำนวนหนึ่งเพื่อไปทำงานในภาคเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ¹⁴

แนวทางการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์

ในการแก้ไขปัญหาบุคลากรแพทย์ขาดแคลนนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาได้หลายแนวทางประกอบกัน ดังนี้

๑ แก้ปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรแพทย์

จากรายงานข้อมูลทรัพยากรของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2565 ระบุว่า บุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรในระดับประเทศเท่ากับ แพทย์ 1 คนต่อประชากร 1,665 คน¹⁵ (ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2564 ที่รายงานว่า ไทยมีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 1,680 คน) แต่ในความเป็นจริงการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ถูกจัดสรรเท่ากันทุกพื้นที่ ส่งผลให้บางจังหวัดสัดส่วนแพทย์สูงกว่าจำนวนค่าเฉลี่ยประชากรถึง 2-3 เท่า ข้อมูลบุคลากรแพทย์ของแพทยสภาสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจุบันบุคลากรแพทย์ในประเทศไทยมีการกระจุกตัวอยู่ในเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานครมากถึง 48%³ แต่ในเขตอื่น ๆ แพทย์แต่ละพื้นที่จะมีสัดส่วนแตกต่างกันไป โดยเขตเมืองใหญ่จะมีการจูงใจเรื่องเศรษฐกิจและสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้มีแพทย์ไปอยู่จำนวนมาก จึงเป็น

ความท้าทายในการดำเนินการแก้ไขปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องเร่งกระจายแพทย์ให้ทั่วถึง¹⁶ จากงานวิจัยเรื่อง “การศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายในการกระจายแพทย์ไปยังหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ขาดแคลนหรือห่างไกลในชนบท” ได้เสนอมาตรการในการดำเนินงานเป็น 2 ด้าน ได้แก่

มาตรการด้านการป้องกันการสูญเสียแพทย์ออกจากชนบท ทั้งการสรรหาและธำรงรักษา เช่น รับนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทให้เข้าเรียนแพทย์ ช่วยเหลือแพทย์กรณีเกิดการฟ้องร้อง กำหนดภาระงานของแพทย์ให้เหมาะสม (work-life balance) การกระจายอำนาจการบริหารจัดการแพทย์จากส่วนกลางไประดับท้องถิ่น ฯลฯ

มาตรการสร้างแรงจูงใจและพัฒนา เช่น การจัดให้มีระบบที่ปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่หรือผู้เชี่ยวชาญ การพัฒนาระบบ telemedicine/consult เพื่อกระจายความรู้และให้แพทย์ในชนบทมีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น การให้ค่าตอบแทนที่ยุติธรรมและตรงเวลา การกำหนดความก้าวหน้าตามความรู้ความสามารถที่ทำงานในชนบทโดยไม่ต้องย้ายไปรับตำแหน่งนอกพื้นที่ ออกแบบระบบบริการสุขภาพที่ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรทั้งของภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น เพื่อการจัดบริการร่วมกัน ฯลฯ¹⁷

๒ เพิ่มการผลิตแพทย์รุ่นใหม่

ในแผนการผลิตแพทย์ แนวทางการเพิ่มบุคลากรแพทย์ใหม่ ๆ ในระบบสาธารณสุขจำเป็นต้องหาแนวทางใหม่ ๆ เพิ่มเติม โดยกระทรวงอุดมศึกษา มีแผนผลิตแพทย์เพิ่มประมาณ 3,000 คน ในช่วงปี 2561–2570 รวมจำนวนแพทย์ทั้งหมด 33,780 คน ส่วนกระทรวงสาธารณสุขก็มีโครงการผลิตแพทย์เพิ่มประมาณปีละ 1 พันกว่าคน โดยหากผลิตจนถึงปี 2570 จะได้แพทย์เพิ่มอีกราว 11,516 คน¹⁸ ทั้งนี้ ดร.วิโรจน์ ณ ระนอง ผู้อำนวยการวิจัยด้านนโยบายสาธารณสุขและการเกษตรของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ได้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาการผลิตแพทย์ โดยพิจารณาให้โรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพเปิดสอนเป็นโรงเรียนแพทย์ และเปิดสอนแพทย์เฉพาะทาง หรือวิทยาลัยพยาบาลได้ เนื่องจากระยะเวลาที่สั้นกว่าปีที่ผ่านมา มีอาจารย์จากโรงเรียนแพทย์จำนวนมากถูกดึงหรือซื้อตัวไปอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนชั้นนำ ทำให้โรงพยาบาลเหล่านั้นมีอาจารย์ที่มีศักยภาพและประสบการณ์ในการสอน จึงควรดึงศักยภาพตรงนั้นมาใช้แก้ปัญหาคารขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง¹⁹

๓ จัดสรรค่าตอบแทน และสวัสดิการที่จูงใจ

เป็นอีกปัจจัยสำคัญในการดึงดูดให้แพทย์ยังคงตัดสินใจปฏิบัติงานในระบบ โดยมีประเด็นสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการคือพิจารณาปรับค่าแรงให้บุคลากรการแพทย์ที่เหมาะสมและสามารถสร้างแรงจูงใจการทำงานในระบบได้ ปรับเวลาการทำงานของแพทย์ให้เหมาะสม ไม่ให้มีภาระงานมากเกินไปอย่างที่เป็นอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน อีกทั้งมีการพิจารณาสวัสดิการในการศึกษาดูงานหรือทุนการศึกษาเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ของแพทย์อย่างทั่วถึง และการบริหารจัดการองค์กรโดยเฉพาะการจัดการกำลังคนภายในแต่ละสถานพยาบาลบนพื้นฐานความแตกต่างของแนวคิดระหว่างวัย (generation gap) ทั้งนี้ แพทยสภาได้เน้นจัดการปัญหาแพทย์ลาออกด้วยการปรับสวัสดิการค่าตอบแทน รวมถึงให้ความเป็นธรรมในการจัดการงาน อาทิ การดูแลคนไข้ ความเสี่ยงของคดีความ ความช่วยเหลือด้านกฎหมายของโรงพยาบาล และการจัดสรรทุนการศึกษาต่อ²⁰

๔ บริหารโรงพยาบาลของรัฐอย่างเอกชนเพื่อประชาชน

ศ. นพ.ประเวศ วะสี ได้เสนอให้รัฐบาลปรับมุมมองการบริหารโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โดยเปลี่ยนเป็นการบริหารแบบเอกชน ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลรัฐสามารถจัดการบริการได้ดีขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้เทียบเท่ากับโรงพยาบาลที่เอกชนเป็นเจ้าของ ในประเทศไทยมีตัวอย่างโรงพยาบาลรัฐที่บริการแบบเอกชนแล้วอย่างโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าโรงพยาบาลบ้านแพ้วสามารถบริหารคล่องตัวแบบเอกชน มีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้น สภาวะแวดล้อมในการทำงานของบุคลากรดีขึ้น สามารถให้บริการประชาชนได้อย่างดี ทำให้ประชาชนในอำเภอบ้านแพ้วส่วนใหญ่เลือกรับบริการที่โรงพยาบาลบ้านแพ้ว การบริหารโรงพยาบาลของรัฐแบบเอกชนนั้นยังสามารถสร้างการทำงานเป็นเครือข่าย และร่วมใช้เทคโนโลยีราคาแพงได้อีกด้วย²¹

๕ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาและดำเนินการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง

แม้แพทยสภาในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลแพทย์ จะให้ความสำคัญในปัญหาการลาออกจากระบบภาครัฐของแพทย์ แต่ก็แก้ไขปัญหาได้เพียงบางส่วนเท่านั้น เนื่องจากปัญหานี้มีความซับซ้อนและมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก ที่สำคัญคือเกิดการขาดแคลนแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลบางแห่ง จนเกิดการควบแวน เมื่อเทียบกับภาระงานหรือจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ทำให้ต้องทำงานมากกว่าที่ควรเป็น โดยรัฐบาลต้องจัดสรรงบประมาณในการจัดจ้างบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มเติมจากภายนอก นอกเหนือจากที่ได้บรรจุแพทย์จบใหม่ โดยอาจมาจากผู้ที่เกษียณอายุราชการ หรือจ้างงานแพทย์ในลักษณะ part-time จากโรงพยาบาลอื่น เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลที่ดี และมีนโยบายดูแลสุขภาพเพื่อลดความเจ็บป่วย

หรือกระจายผู้ป่วยให้เข้าถึงด้วยเทคโนโลยีต่าง ๆ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำลังดำเนินการอยู่ สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะของผู้ดูแลหน่วยบริการภาครัฐควรมีนโยบาย และแนวทางในการ**ดูแลบุคลากรให้สามารถทำงานอย่างมีความสุข มีสมดุลในการใช้ชีวิต (work-life balance)** เพื่อให้แพทย์สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ ส่วน**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรพิจารณาการจ่ายเงินสนับสนุนหน่วยบริการที่เอื้อต่อการดำเนินงานของหน่วยบริการ และจูงใจให้แพทย์สนใจทำงานในหน่วยบริการในชุมชน** ทั้งนี้ รศ. นพ.ธีระ วรธนารัตน์ จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ให้ความคิดเห็น ว่า สิ่งที่ต้องทำคือ**ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานและการใช้ชีวิต เพื่อ “รักษาบุคลากรเดิม”** ไม่เช่นนั้น ถึงจะเร่งผลิตแพทย์ไป ก็จะมีปัญหาแบบเดิม สอดคล้องกับความคิดเห็นของ นพ.แมนวัฒน์ โชคสุวัฒน์สกุล สูตินรีแพทย์ โรงพยาบาลโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่กล่าวว่า แนวทางการแก้ไขปัญหานั้น **ควรรักษาแพทย์ในระบบให้ดีกว่า โดยเฉพาะการกำหนดภาระงานของแพทย์อินเทิร์นให้ชัดเจน หรือเพิ่มตำแหน่งแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปมาประจำในโรงพยาบาลใหญ่ ให้ทำงานบางอย่างแทนแพทย์อินเทิร์น**²²

สรุป

สถานการณ์การลาออกครั้งใหญ่ของบุคลากรสาธารณสุข (The Great Resignation) มีสาเหตุหลายประการ อาทิ ภาระงานที่หนัก ค่าตอบแทนต่ำ สวัสดิการที่ไม่จูงใจ สภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมองค์กรที่กดดันแพทย์รุ่นใหม่ ระบบราชการที่จัดสรรทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรอื่น ๆ อย่างขาดประสิทธิภาพ และแรงดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์จากสถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น โดยส่วนหนึ่งเป็นปัญหาเชิงระบบที่ต้องอาศัยภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมกันแก้ไขทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กระแสการถกเถียงกันอย่างกว้างขวางในเรื่องนี้ ก่อให้เกิดโอกาสในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบด้วยเช่นกัน โดยผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรเร่งทบทวนมาตรการในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายใหญ่เพื่อมุ่งไปสู่การกระจายแพทย์ไปยังพื้นที่ชนบทที่มีความขาดแคลนแพทย์ โดยพยายามแก้ไขปัญหาก็ที่แพทย์ต้องประสบจากการทำงาน เช่น ลดเวลาการทำงานของแพทย์ลง เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการใช้ชีวิต และมี work-life balance ในการทำงาน ซึ่งไม่ได้แค่จำกัดเฉพาะวิชาชีพแพทย์เท่านั้น แต่รวมไปถึงการแก้ปัญหาของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่น ๆ ในโรงพยาบาลด้วย มีการจ้างแพทย์ในลักษณะ part-time โดยเฉพาะแพทย์ที่เกษียณแล้ว รวมทั้งการปรับรูปแบบของหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ ให้เป็นหน่วยบริการที่มีรูปแบบการบริหารงานที่คล่องตัวขึ้น โดยบริหารงานคล้ายภาคเอกชน ดังเช่นโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นต้น



ที่มา : commons.wikimedia.org/wiki/File:Covid-19_San_Salvatore_09.jpg

สองทศวรรษของบัตรทอง การขยายสิทธิประโยชน์แบบจัดหนัก จัดเต็ม

“ การดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ไม่เพียงมุ่งเน้นการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการรักษาทุกโรค เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสุขภาพให้แก่ประชาชน แต่ยังมุ่งขยายบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงทุกบริการที่จำเป็นได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ไม่แออัด และเท่าเทียมกัน ”

บทนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ปรับปรุงบริการบัตรทองอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2566 ได้อนุมัติงบประมาณทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว 161,602.67 ล้านบาท หรือเฉลี่ย 3,385.98 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ โดยมีการเพิ่มเติมบริการใหม่ ที่สำคัญ ได้แก่ **การดูแลภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด บริการรากฟันเทียม บริการห้องฉุกเฉินคุณภาพภาครัฐ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่และแผ่นรองขับ บริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มยา จ.2 จำนวน 14 รายการ บริการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน บริการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับพิษ และขยายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค** เป็นต้น นอกจากนี้ยังเพิ่มการเข้าถึงยา ทั้งยาารักษาเมเร็ง และยาที่มีส่วนผสมของกัญชา (บัญชียาหลักแห่งชาติ) เพิ่มการเข้าถึงบริการเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง โดยปรับการจ่ายตามรายการบริการ เพิ่มสัดส่วนสมทบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับจังหวัดตามความพร้อมแต่ละพื้นที่ และเพิ่มบริการผ่าตัดข้อเข่าและผ่าตัดต่อกระดูก อีกรทั้ง ได้ปรับระบบขยายบริการข้ามเขต เป็นต้น ซึ่งเป็นการยกระดับมาตรฐานบริการด้านสุขภาพของไทยอย่างต่อเนื่อง บทความนี้เป็นสรุปถึงพัฒนาการของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภูมิหลังและกรอบแนวคิดของบัตรทอง การพัฒนาสิทธิประโยชน์จากอดีตถึงปัจจุบัน และข้อคิดเห็นและเสนอแนะต่ออนาคตของบัตรทอง

ภูมิหลังของบัตรทอง

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) มีเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ซึ่งเป็นแนวทางที่จะสร้างความเสมอภาคและความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศ¹ หลักการนี้เป็นเป้าหมายหนึ่งของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่สหประชาชาติ ได้กำหนดไว้² ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถเกิดขึ้นสำเร็จได้ด้วยการขับเคลื่อนของภาคส่วนต่างๆ โดยมี พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นกฎหมายที่มีรากฐานส่วนหนึ่งมาจากการขับเคลื่อนของภาคประชาชน^{3,4} สาระสำคัญของ พ.ร.บ. ดังกล่าว คือ การจัดให้มีกลไกของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในทางกฎหมาย โดยอาศัยหลักธรรมาภิบาลที่ดี (good governance) และการมีกลไกอภิบาล (governing bodies) ในการขับเคลื่อนให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการ และประชาชนผู้รับบริการสาธารณสุข โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการ เพื่อให้กระบวนการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับประชาชนทุกคน ให้ได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก่อตั้งเมื่อปี 2545 โดยจัดตั้งตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดย พ.ร.บ. ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของ สปสช. ให้ดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน ให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างเท่าเทียม และป้องกันความเสี่ยงทางการเงินจากการรักษาพยาบาล จากบทบาทหน้าที่ดังกล่าว จะเห็นได้ว่า สปสช. มีหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการให้ประชาชนได้รับสิทธิประโยชน์บริการสาธารณสุขตามความจำเป็น (benefits package) ซึ่งถือเป็นผลิตภัณฑ์หลักที่ส่งมอบให้กับประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีกระบวนการหลักของการบริหารจัดการประกอบด้วย การออกแบบนโยบายด้านสิทธิประโยชน์ การจัดทำงบประมาณ การออกแบบและบริหารจัดการระบบการเบิกจ่ายไปยังหน่วยบริการ

การตรวจสอบการเบิกจ่ายและคุณภาพบริการ การสนับสนุนระบบบริการและการกำกับมาตรฐาน รวมถึงการสร้างการรับรู้และการคุ้มครองสิทธิ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน ผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ประชาชนชาวไทยที่ไม่ได้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิการรักษาพยาบาลประกันสังคม สิทธิการรักษาพยาบาลของหน่วยงานของรัฐ ยกเว้นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ประชาชนชาวไทยทุกคนมีสิทธิรับบริการ โดยงบประมาณในการดำเนินการของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มาจากงบประมาณแผ่นดิน⁵

กรอบแนวคิดของบัตรทอง

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) มุ่งเน้นการดำเนินงานตามแนวความคิดระบบหลักประกันด้านสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีเป้าหมายในการให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ และเป็นธรรมทางการเงิน ให้แก่ประชากรทุกคนในประเทศ โดยไม่มีการแบ่งแยกตามสภาพเศรษฐกิจ วัย หรือสถานะสังคม โดยทั่วไป UHC มีเป้าหมายในการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งปริมาณและความต้องการของประชากรทุกประเภท โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญ คือ การให้สิทธิในการใช้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างครอบคลุม เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีคุณภาพ โดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน ซึ่งในการให้สิทธิดังกล่าวจำเป็นต้องใช้กลไกทางการเงิน การคลัง เพื่อปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของครัวเรือน สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในการรับบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปกป้องคนจนที่อาจจะไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพที่มีราคาแพง หรือเกิดภาวะล้มละลายจากการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพได้

แนวทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (The Path to Universal Coverage) ได้ระบุรูปแบบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าเปรียบเสมือนลูกบาศก์ (UHC Cube) ที่แสดงมิติในความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่

1 ความครอบคลุมประชากร โดยเพิ่มความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ

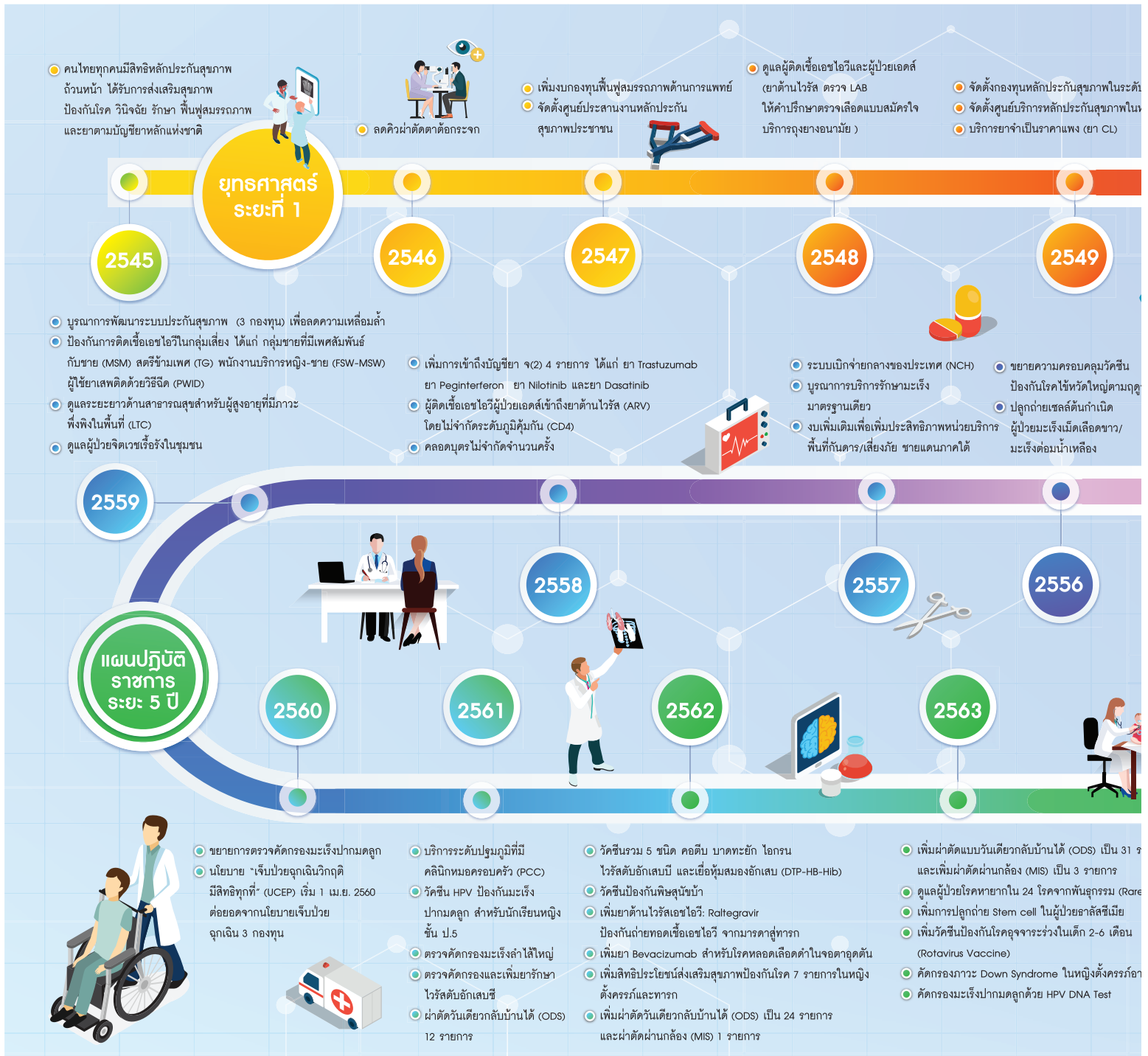
2 ความครอบคลุมบริการสุขภาพที่เป็นสิทธิประโยชน์ โดยขยายขอบเขตและประเภทบริการสุขภาพที่อยู่ในสิทธิประโยชน์ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน

3 ความครอบคลุมค่าใช้จ่ายการให้บริการ โดยการพยายามลดค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเมื่อไปใช้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายหลักของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินของประชาชน ไม่ทำให้เกิดภาระทางการเงินจนต้องหลีกเลี่ยงการไปใช้บริการสุขภาพ หรือการล้มละลายในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของบัตรทอง จากอดีตถึงปัจจุบัน

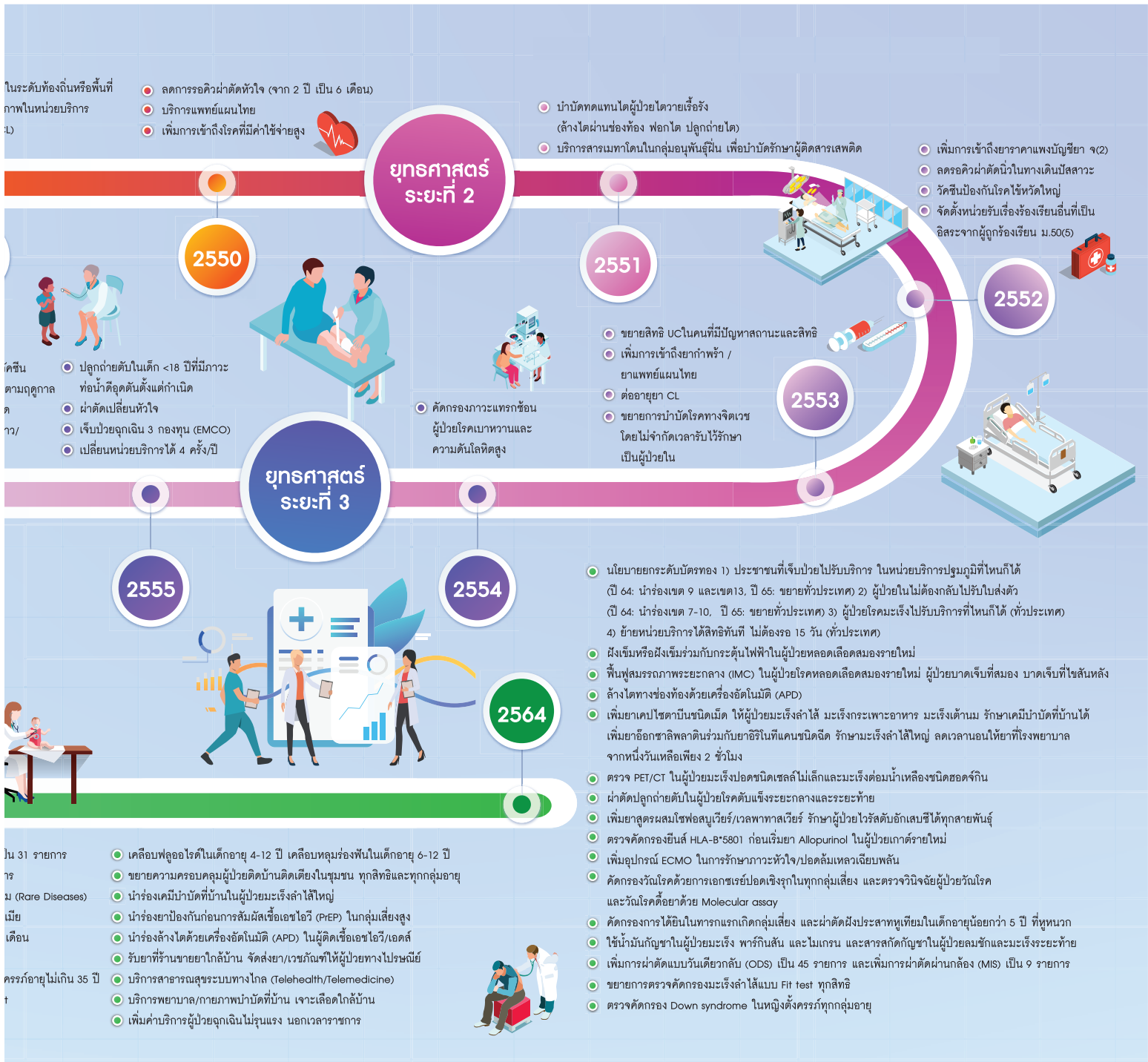
ในระยะแรกของการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ สปสช. ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลากหลายแขนงเพื่อกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยพัฒนาจากสิทธิประโยชน์ของระบบอื่นที่มีอยู่ ณ ขณะนั้น (สิทธิราชการ และสิทธิประกันสังคม) อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และชุดสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมมาตรฐานด้านสุขภาพที่จำเป็นหรือมีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่มีบริการที่ไม่เพียงพอ ประชาชนเข้าถึงยาก หรือมีราคาแพงจนทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึง ด้วยเหตุนี้ สปสช. จึงเล็งเห็นความจำเป็นในการประกาศรายการสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมให้เหมาะสมกับบริบท และมีความชัดเจนในการเข้ารับบริการยิ่งขึ้น โดยมีคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทำหน้าที่พิจารณาบริการสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมในการบรรจุเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ⁶

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. ใช้วิธีการเปิดรับข้อเสนอมาตรการสุขภาพจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นประจำทุกปี โดยมีหลักการการพัฒนาระบบการที่มุ่งเน้นการดำเนินงานที่เป็นระบบ มีความโปร่งใสเพื่อให้ครอบคลุมมาตรการด้านสุขภาพที่จำเป็น บนพื้นฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ โดยมีกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการแต่ละขั้นตอน ซึ่งข้อเสนอดังกล่าวจะถูกนำมาจัดลำดับความสำคัญ และตัดสินใจโดยใช้หลายหลักเกณฑ์ที่กำหนดในการพิจารณาปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ฯ ก่อนที่คณะกรรมการจะทำการประเมินและตัดสินใจคัดเลือกเป็นสิทธิประโยชน์



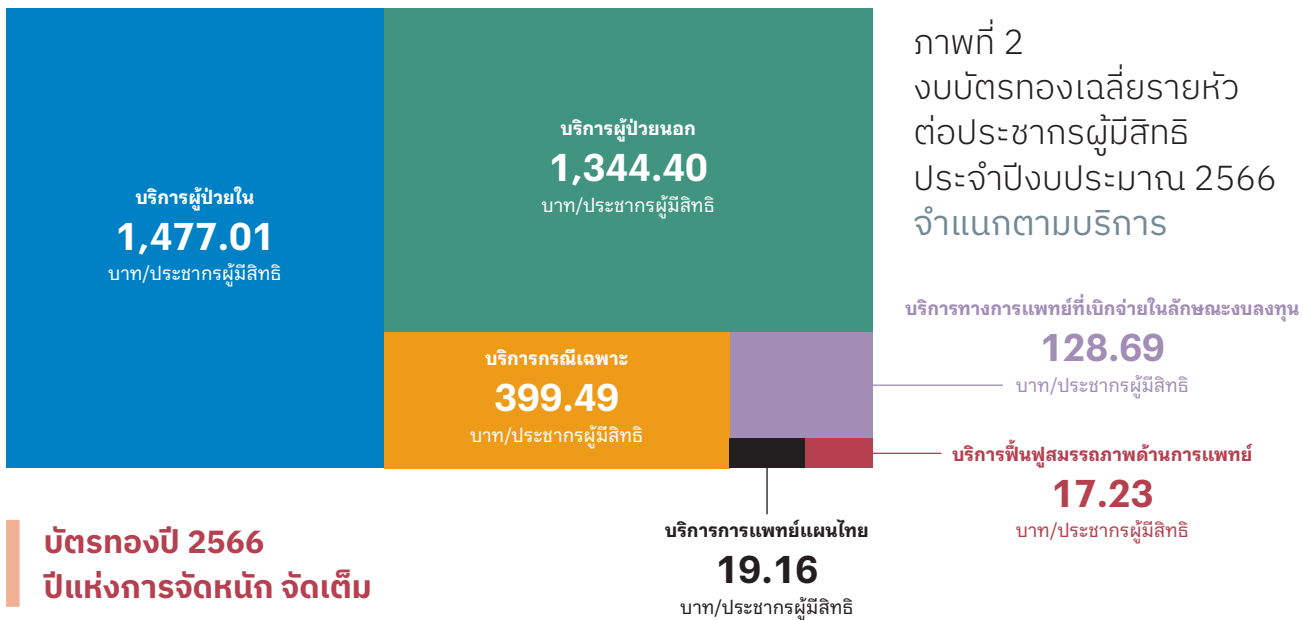
กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

- 1 การเสนอหัวข้อ
- 2 การจัดลำดับ ความสำคัญและการคัดเลือกหัวข้อ
- 3 การประเมินเทคโนโลยี (HTA) การประเมินประสิทธิผลของความปลอดภัย หลักประกันสุขภาพ (Effective Coverage) หรือการประเมินการเข้าถึงบริการ (Access to Care)
- 4 การพิจารณาและตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย



ในแต่ละขั้นตอนมีข้อกำหนด เกณฑ์ และแนวทางการพิจารณา สำหรับข้อเสนอแต่ละประเภท เช่น ข้อเสนอสิทธิประโยชน์ใหม่ เกณฑ์ คัดกรองเบื้องต้น เกณฑ์จัดลำดับความสำคัญเพื่อนำเข้าสู่การประเมิน และแนวทางการตัดสินใจว่าจะบรรจุมาตรการ/บริการในชุดสิทธิประโยชน์ การประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบด้านงบประมาณ⁷ โดยการพัฒนานิติประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง⁸ ตามภาพที่ 1

ภาพที่ 1 การพัฒนานิติประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2545–2565



ภาพที่ 2
งบอุดหนุนเฉลี่ยรายหัว
ต่อประชากรผู้มีสิทธิ
ประจำปีงบประมาณ 2566
จำแนกตามบริการ

บัตรทองปี 2566 ปีแห่งการจัดหนัก จัดเต็ม

ในปีงบประมาณ 2566 กรม. ได้มีมติอนุมัติงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือบัตรทอง วงเงิน 204,140.02 ล้านบาท เป็นงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว 161,602.66 ล้านบาท หรือเฉลี่ย 3,385.98 บาทต่อประชากรผู้มีสิทธิ โดยจัดสรรเป็นงบบริการผู้ป่วยนอก 1,344.40 บาท ผู้ป่วยใน 1,477.01 บาท บริการกรณีเฉพาะ 399.49 บาท บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ 17.23 บาท บริการการแพทย์แผนไทย 19.16 บาท และค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน 128.69 บาท โดยมีการเพิ่มเติมบริการใหม่ที่สำคัญ 13 รายการ ได้แก่ 1) บริการทันตกรรม Vital Pulp Therapy หรือการรักษาเนื้อเยื่อในฟันกรมแท้ 2) ผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่ไม่มีฟันทั้งปาก 3) ตรวจไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ในหญิงตั้งครรภ์ 4) คัดกรองธาลัสซีเมียในสามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย 5) คัดกรองซิฟิลิสในสามี/คู่ของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย 6) ตรวจคัดกรองการได้ยินในเด็กไทยแรกเกิดทุกคน 7) ตรวจยีน BRCA1 BRCA2 ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งรังไข่ที่มีความเสี่ยงสูงและญาติสายตรงที่มีประวัติครอบครัวตรวจพบยีนกลายพันธุ์ 8) ตรวจคัดกรองผู้ป่วยโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกด้วยเครื่อง Tandem mass spectrometry (TMS) ในทารกแรกเกิด 9) คัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (CA Oral Screening) 10) ตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) 11) บริการสายด่วนเลิกบุหรี่และสายด่วนสุขภาพจิต (โทร 1600) 12) คัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 13) คัดกรองและค้นหาวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง (active case finding)

ตามที่ สปสช. ดำเนินการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCBP) ตามที่ได้กล่าวข้างต้นแล้วนั้น พบว่าในกระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์มีเกณฑ์การคัดเลือกชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นขั้นตอนหนึ่งในเกณฑ์ที่สำคัญคือ **เกณฑ์ในการคำนึงถึงด้านค่าใช้จ่ายหรือต้นทุน ซึ่งมีอยู่ 2 ข้อ ได้แก่**

- เกณฑ์เรื่องความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์
- เกณฑ์เรื่องภาระงบประมาณ

ทำให้สิทธิประโยชน์ในกลุ่มเทคโนโลยีหรือมาตรการที่มีค่าใช้จ่ายสูง อาจไม่เข้าข่ายในการคัดเลือกเป็นสิทธิประโยชน์ได้ เนื่องจากเป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง แต่อย่างไรก็ตาม สปสช. ได้ตระหนักถึงปัญหาการเข้าถึงบริการในกลุ่มเทคโนโลยีหรือมาตรการที่มีค่าใช้จ่ายสูงว่าบริการกลุ่มนี้ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการของประชาชน และทำให้ประชาชนบางส่วนตกอยู่ในภาวะล้มละลายภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาได้ เกณฑ์การประเมินสิทธิประโยชน์เหล่านั้นจึงไม่ใช่ตัวชี้ขาดว่าเทคโนโลยีหรือมาตรการนั้นจะได้รับการบรรจุเข้าในชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่ แต่ยังคงต้องพิจารณาถึงปัจจัยในมิติอื่นด้วย เช่น การพิจารณาความเป็นไปได้เชิงสังคม (social aspect) และจริยธรรม (ethical aspects) เป็นหนึ่งในเกณฑ์การตัดสินใจ⁷ ซึ่งเห็นได้จากสิทธิประโยชน์หลายรายการที่มีค่าใช้จ่ายสูง แต่ สปสช. ได้กำหนดให้เป็นสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับประชาชน โดยเฉพาะสิทธิประโยชน์ที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ดังเช่น

สิทธิประโยชน์การผ่าตัดใส่รากฟันเทียม

เป็นการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในกระดูกขากรรไกรทดแทนรากฟันธรรมชาติที่เสียไป เพื่อช่วยยึดหรือรองรับฟันเทียมชนิดถอดได้และชนิดติดแน่น ช่วยทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ฟันเทียมถอดได้ ฐานอะคริลิกสามารถใช้ฟันเทียมในการบดเคี้ยวได้ดีขึ้น การผ่าตัดใส่รากฟันเทียมช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอม แต่ประสบปัญหาฟันเทียมหลวม ไม่ยึดติด บดเคี้ยวอาหารไม่ได้ ให้สามารถกลับมาใช้ฟันในการบดเคี้ยวอาหารได้อีกครั้ง สปสช. ได้จัดให้เป็นสิทธิประโยชน์ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นมา¹⁰ โดยมีต้นทุนการให้บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมเป็น 21,387 บาทต่อคน และต้นทุนในการบำรุงรักษา เป็น 1,224 บาทต่อครั้ง

สิทธิประโยชน์ผ่าตัดข้อเข่า

โรคข้อเข่าเสื่อมที่เป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพ พบในกลุ่มวัยกลางคนและผู้สูงอายุ พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีสาเหตุหลักมาจากความเสื่อมตามวัย และจะยิ่งเสื่อมมากขึ้นถ้ามีพฤติกรรมการยกของหนักหรือมีกิจกรรมที่ต้องใช้ขาและเข่าเป็นเวลานาน ทั้งนี้ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นสิทธิประโยชน์บัตรทอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเข้าถึงการรักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹¹ โดยการผ่าตัดรักษาเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีค่าใช้จ่ายอยู่ประมาณ 50,000-100,000 บาท แล้วแต่โรงพยาบาลที่ให้บริการ เฉพาะค่าข้อเข่าเทียมอย่างเดียวไม่รวมการรักษา เฉลี่ยอยู่ที่ 46,000 บาท¹² สปสช. ได้ให้การรักษารักษาการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าอยู่ในสิทธิประโยชน์ โดยให้การรักษาทันที ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

สิทธิประโยชน์การผ่าตัดต่อกระดูก

ต่อกระดูก เป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากความเสื่อมของเลนส์แก้วตา โดยเป็นไปตามวัย คือเมื่ออายุมากขึ้น เลนส์แก้วตาปกติที่มีความใส จะเกิดการเปลี่ยนแปลงและเริ่มขุ่นมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้มองเห็นไม่ชัด รวมถึงอาจมองเห็นภาพซ้อน เห็นแสงไฟกระจาย เห็นสีผิดเพี้ยน สู้แสงสว่างไม่ได้ และค่าสายตาผิดปกติหรือสั้นเพิ่มขึ้น ถ้าปล่อยไว้นานและไม่ได้รับการรักษา อาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคต้อหินเฉียบพลัน หรือการอักเสบรุนแรงในดวงตา ซึ่งมีความร้ายแรงถึงขั้นทำให้ “ตาบอด” ได้ ในอดีตการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมยังมีราคาค่อนข้างสูง เฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 18,000-40,000 บาท หรือขึ้นอยู่กับโรงพยาบาล ซึ่งด้วยข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายนี้เองที่ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่เลือกไม่ได้รับการรักษา และเลือกที่จะอดทนแม้ตนเองจะต้องสูญเสียการมองเห็น¹³ แต่ทุกวันนี้ ผู้ใช้สิทธิบัตรทอง มีสิทธิประโยชน์ผ่าตัดต่อกระดูก สิทธิประโยชน์นี้ครอบคลุมตั้งแต่ตรวจพบ การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ไปจนถึงการตรวจสุขภาพตาหลังการผ่าตัด โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

สิทธิประโยชน์ทั้ง 3 บริการข้างต้น เป็นตัวอย่างชุดสิทธิประโยชน์ที่มีราคาค่อนข้างสูง แต่ สปสช. ได้กำหนดให้เป็นสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชน เนื่องจากตระหนักถึงความจำเป็นในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังได้รับการรักษา และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้

ระบบบัตรทองกับแนวโน้มและความท้าทายต่ออนาคต

แม้ว่าในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยการจัดตั้งสปสช. (บัตรทอง) และพัฒนาบริการด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ในอนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากการพัฒนาสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมตามความจำเป็นของประชาชนแล้วนั้น สปสช. ยังคงต้องคำนึงเรื่องการเข้าถึงบริการของประชาชนชาวไทยทุกคน และการดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงทางการเงินของกองทุนอีกด้วย การดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความท้าทายหลายประการ จากการเปลี่ยนแปลงทาง เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมการใช้ชีวิต และสิ่งแวดล้อม เช่น **การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร** ผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพ ซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อบุคคลอายุ 50-90 ปี **การเปลี่ยนแปลงแบบแผนของโรคจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อ** เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนที่เพิ่มขึ้น ทั้งจากการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายที่ลดลง หรือพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ส่งผลให้รายจ่ายผู้ป่วยในของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น

อย่างต่อเนื่อง¹⁴ **สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป** ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น การเพิ่มขึ้นของโรคอุบัติใหม่หรือโรคที่มีแมลงเป็นพาหะ โรคระบบทางเดินหายใจซึ่งเกิดจากปัญหามลพิษ และ**การบริหารกองทุนให้เกิดความยั่งยืนทางการเงินการคลังด้านสุขภาพ** เนื่องจาก สปสช. มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์ใหม่ ๆ ให้แก่ประชาชนเพิ่มขึ้นทุกปี เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการรักษามีราคาสูงขึ้น แนวโน้มการรับการรักษาของประชาชนเพิ่มขึ้น การบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์อันสูงสุด ในงบประมาณที่จำกัดจึงถือเป็นความท้าทายที่สำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในอนาคต การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพควรมุ่งลดความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาล ลดความแออัดและระยะเวลารอคอยในการรับบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และเพิ่มคุณภาพของบริการสุขภาพ ดังนี้

- 1 พัฒนาลิทธิประโยชน์ใหม่ ๆ** ให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพประชาชนให้ และเพียงพอต่อความจำเป็นในการรับบริการของประชาชน
- 2 ใช้เทคโนโลยีในการดูแลรักษาสุขภาพ** เช่น การใช้ระบบ Telemedicine และนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการดูแลประชาชน
- 3 เพิ่มหน่วยบริการในการดูแลประชาชน** โดยเพิ่มหน่วยบริการในระบบรูปแบบใหม่ ๆ เช่น เจ็บป่วยเล็กน้อยสามารถรับยาที่ร้านยาได้ มีหน่วยบริการทันตกรรมด้วยรถบริการเคลื่อนที่ เจาะเลือดในคลินิกเทคนิคการแพทย์ ฯลฯ นอกจากนี้จะเป็นการเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังสามารถลดเวลาการรอคอย และลดความแออัดในสถานพยาบาลได้อีกด้วย
- 4 ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมป้องกันโรคมายิ่งขึ้น** เนื่องจากการส่งเสริมป้องกันโรคเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ต้นเหตุ และมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาพยาบาล ปัจจุบันประชาชนมีแนวโน้มในการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นโรคที่เกี่ยวกับนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต หากมีการส่งเสริมป้องกันโรคอย่างทั่วถึงจะสามารถลดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ระบบรักษาพยาบาลในอนาคตได้
- 5 สปสช. ต้องให้ความสำคัญในการบริหารกองทุน ด้วยแนวคิดการบริหารงบประมาณแผ่นดินให้มีประโยชน์สูงสุด และแสวงหาแหล่งเงินทุนใหม่ ๆ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนทางการเงินการคลัง**

สรุป

การดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ไม่เพียงจะมุ่งเน้นการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมการรักษาทุกโรค เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสุขภาพให้แก่ประชาชน แต่มุ่งขยายบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาได้สะดวก รวดเร็ว และไม่แออัด อีกทั้งยังมุ่งมั่นในการขยายชุดสิทธิประโยชน์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงทุกบริการจำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งการขยายสิทธิประโยชน์ส่งผลโดยตรงต่องบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. จึงควรมีการเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณในอนาคต เพื่อรองรับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายดังกล่าวอย่างเหมาะสม โดยต้องคำนึงถึงศักยภาพของระบบบริการสาธารณสุขควบคู่กันไป ในอนาคต การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพควรมุ่งลดความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาล ลดความแออัดและระยะเวลารอคอยในการรับบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และเพิ่มคุณภาพของบริการสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (สร้าง นำ ช่อม) เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาล หากมีการส่งเสริมป้องกันโรคอย่างทั่วถึง จะสามารถลดงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยที่จะเข้าสู่ระบบรักษาพยาบาลในอนาคตได้

ที่มา : unsplash.com/photos/woman-in-white-long-sleeve-shirt-and-white-pants-doing-exercise-sTTeaN4wwrU

การพนันออนไลน์: กับดักเยาวชนและคนหนุ่มสาว

“ จากการสำรวจในปี 2566 ของศูนย์ศึกษาปัญหาการพนันของคนหนุ่มสาวอายุ 15–25 ปี ใน 19 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า มีผู้เล่นการพนันมากถึง 42.1% โดยเป็นการพนันออนไลน์ 11.9% การพนันทั้งออฟไลน์และออนไลน์ 20.4% โดย 1 ใน 4 เป็นนักพนันออนไลน์หน้าใหม่ ”

บทนำ

ตลอดปี 2566 สื่อต่าง ๆ ได้โหมข่าวเกี่ยวพันกับการพนันออนไลน์อย่างต่อเนื่อง¹ โดยเฉพาะข่าวการจับกุมเครือข่ายการพนันออนไลน์รายใหญ่ ซึ่งรวมไปถึงการบุกยึดทรัพย์ เพราะเข้าข่ายผิดกฎหมายฟอกเงิน โดยหลายครั้งเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง เช่น แยม ธมลพรรณณ์ อดีตดาราร่วมสามีโปรแกรมเมอร์ สามีของหยาดทิพย์ อดีตนักแสดง และบอสตาส อดีตประธานสโมสรทีมฟุตบอลลำพูนวอริเออร์ เป็นต้น รวมถึงข้าราชการตำรวจ โดยเฉพาะกรณีสารวัตรชัช ผู้ถือหุ้นใหญ่ของบริษัทเป็นต่อกรุ๊ป ซึ่งถูกกล่าวหาว่ามีความเกี่ยวข้องกับเว็บพนันออนไลน์ มาเก๊า 888 สืบเนื่องจากการเปิดโปงของซูวิทย์ กมลวิศิษฎ์ ซึ่งในเครือข่ายนี้ก็มีเบนซ์ เดม่อน นักแข่งรถซูเปอร์คาร์ชื่อดังร่วมอยู่ด้วย จากการแฉของดิว อริสราในฐานะแฟนเก่า นอกจากนี้ยังมีข่าวคนก่อคดีความผิดเกี่ยวกับทรัพย์เพราะติดการพนันออนไลน์ เช่น กรณีสุนทรฟู อดีตครูภาษาไทยดีเด่นที่ติดการพนันจนผันตัวเองไปหลอกเอาเงินมัดจำจองที่พักรถของเหยื่อผ่านเฟซบุ๊ก รวมไปถึงข่าวแอมไฮยาไนด์ คดีฆาตกรต่อเนื่องในประเทศไทย ซึ่งมีหลักฐานให้เชื่อได้ว่าเธอวางยาฆ่าตัวตายได้ 15 คดีในพื้นที่ 8 จังหวัด ระหว่างปี 2558–2566 โดยมีผู้เสียชีวิต 14 ราย และนำเงินของผู้ตายไปใช้เล่นการพนันออนไลน์ เคยเสียมากที่สุดถึงวันละ 1 ล้านบาท ตามมาด้วยการทลายเครือข่ายเว็บพนัน FUN88 จากการตรวจสอบเส้นทางการเงินของแอมพบว่ามีการเปิดบัญชีเป็นผู้เล่นการพนันกับเว็บไซต์แห่งนี้ มีประวัติการเล่นได้เสียเป็นเงินหมุนเวียนกว่า 93 ล้านบาท

แม้ว่าการพนันออนไลน์จะเป็นเรื่องใหม่สำหรับคนส่วนใหญ่ แต่ไม่ใช่เรื่องไกลตัวอีกต่อไป โดยเฉพาะกับคนหนุ่มสาว อีกทั้งยังเป็นกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้เล่นการพนัน ไม่ว่าจะเป็นการติดพนัน สถานะการเงินสิ้นคลอน ความแปรปรวนทางอารมณ์ กระทั่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โดยงานวิจัยของ David C. Hodgins และ Rhys M.G. Stevens (2021) ที่ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบจากการติดพนันรวมทั้งสิ้น 17 ชิ้น พบว่า ลักษณะของกลุ่มนักพนันที่เล่นเพิ่มขึ้นสามารถพบได้ทั้งคนที่อายุน้อยและมากปะปนกัน มีทั้งผู้ชายและผู้หญิง ส่วนใหญ่มีงานทำเต็มเวลา รายได้ดี มีอาการวิตกกังวล เป็นโรคซึมเศร้า และดื่มแอลกอฮอล์ โดยสาเหตุที่ทำให้เล่นเพิ่มขึ้น ได้แก่ เกิดความเบื่อหน่าย ต้องการคลายเครียด ปัญหากดดันทางการเงิน และปรารถนาที่จะได้เงิน² บทความนี้เป็นการอภิปรายถึงปัญหาการพนันออนไลน์ ทั้งการพนันในบริบทโลก การพนันออนไลน์ในไทยโดยมุ่งที่กลุ่มเยาวชนและคนหนุ่มสาว นโยบายของรัฐไทย และแนวทางการแก้ปัญหา

การพนันออนไลน์ในบริบทโลก: เมื่ออำนาจอิทธิพลของรัฐพรั่นเลือก³

การพนันแบบดั้งเดิมมีมากมายหลายชนิด แบ่งอย่างกว้าง ๆ ได้เป็นลอตเตอรี พนันกีฬา และกาสิโน ส่วนการพนันออนไลน์ก็คือ การเล่นเกมพนันชนิดต่าง ๆ เหล่านี้ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตนั่นเอง การพนันออนไลน์ปรากฏให้เห็นเด่นชัดตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1990 อันเนื่องมาจากพัฒนาการทางคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ และขยายตัวเรื่อยมา โดยเว็บไซต์การพนันออนไลน์ที่ได้รับอนุญาตเป็นแห่งแรกของโลก คือ Swiss Lottery ของสวิตเซอร์แลนด์ ในปี 1993 ในช่วงคาบเกี่ยวกันนั้นบริษัท Microgaming ของประเทศไอล์ออฟแมน (Isle of Man) ก็สามารถสร้างซอฟต์แวร์เกมการพนันสำเร็จ (ค.ศ. 1994) และบริษัท CryptolLogic ที่ก่อตั้งในไอร์แลนด์ได้ริเริ่มพัฒนาระบบความปลอดภัยขึ้นรองรับการทำธุรกรรมการเงินทางอิเล็กทรอนิกส์ (ค.ศ. 1995) พร้อมกับที่ประเทศแอนติกา (Antigua and Barbuda) ออกกฎหมายดึงดูดให้นักลงทุนต่างชาติเข้ามาจัดตั้งบริษัทในประเทศ (Free Trade and Processing Zone Area Act, 1994) ด้วยการออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ประกอบการธุรกิจพนันออนไลน์ หมายเหตุสำคัญเกิดขึ้นในปี 1995 เมื่อ InterCasino เว็บไซต์กาสิโนออนไลน์แห่งแรกของโลกเปิดตัว ระยะเวลาหนึ่งไปที่การพนันกีฬาอย่างเห็นได้ชัด แอนติกาจึงกลายเป็นตัวอย่างให้หลายประเทศหมู่เกาะ (Offshore Country) ลอกเลียนแบบ

ทำให้หลายประเทศที่อุตสาหกรรมการพนันภายใน
เข้มแข็งจำเป็นต้องปรับตัวตาม เช่นในปี 1996 ทั้งอังกฤษ
และออสเตรเลียตัดสินใจเปิดตลาดการพนันออนไลน์
เป็นครั้งแรก โดยเริ่มขยับจากพนันกีฬา ก่อน ได้แก่
Eurobet, Centrebet และชัดเจนยิ่งขึ้นนับตั้งแต่
ต้นทศวรรษที่ 2000 เป็นต้นมา โดยชนิดการพนัน
ซึ่งเป็นที่นิยมไม่แพ้โป๊กเกอร์ออนไลน์ (online poker)
ที่มีพัฒนาการมาก่อนแล้ว

ด้วยการพนันออนไลน์เข้าถึงง่าย มีความเป็นส่วนตัว
สูง สามารถเล่นได้จากอุปกรณ์ชนิดพกพาต่าง ๆ
โดยเฉพาะอย่างยิ่งโทรศัพท์มือถือ ผ่านเว็บไซต์หรือ
แอปพลิเคชันเข้ากับคุณลักษณะของกลุ่มนักการพนัน
รุ่นใหม่ที่ยุ่่น้อย วัตถุประสงค์เทคโนโลยี และมีสถานภาพทาง
สังคมค่อนข้างสูง จึงเติบโตขยายตัวได้อย่างรวดเร็ว
จนส่วนแบ่งการตลาดของการพนันที่ถูกต้องตามกฎหมาย
ใหญ่ที่สุดอยู่ในทวีปยุโรป ซึ่งฐานสำคัญกว่า
ครึ่งมาจากการพนันทายผลการแข่งขันกีฬา ยิ่งไปกว่านั้น
ยังมีการพนันออนไลน์ใต้ดินที่มีเม็ดเงินหมุนเวียน
มหาศาลในตลาดเอเชีย เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของ
โควิด-19 ส่งผลให้การพนันออนไลน์เป็นผู้ฉกฉวย
โอกาสจากวิกฤตครั้งนี้จนสามารถขยายตัวอย่าง

ก้าวกระโดดสวนทางกับผลประกอบการโดยรวมของอุตสาหกรรม
การพนันซึ่งถูกระทบหนักอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน

ในสายตาของรัฐ การพนันออนไลน์น่ากังวลกว่าการพนันแบบเก่า
เพราะมีลักษณะ ‘ลอดรัฐ’⁴ ผู้ประกอบการลงทุนตั้งเซิร์ฟเวอร์และ
ขอใบอนุญาตจากประเทศที่ยอมรับให้ถูกกฎหมาย แต่คาดหวัง
กลุ่มผู้เล่นหลักที่อาศัยอยู่ในประเทศอื่น ซึ่งการพนันออนไลน์ยังคง
ผิดกฎหมาย ไม่สามารถปราบปรามที่ประเทศต้นทางได้ เนื่องจาก
มีแนวนโยบายที่ขัดแย้งกัน กอปรกับกระแสโลกาภิวัตน์เน้นการ
เปิดเสรีทางเศรษฐกิจ ทำให้บทบาทของรัฐชาติลดน้อยถอยลงไป
บางประเทศจึงมีนโยบายตรงกันข้าม นั่นคือเน้นการคุมเข้มและ
ปราบปรามจริงจัง โดยเฉพาะจีนมีปฏิบัติการตัดห่วงโซ่การพนัน
ออนไลน์ เนื่องจากมองว่าสร้างความเสียหายต่อเศรษฐกิจ และ
ก่อให้เกิดปัญหาสังคมอย่างรุนแรง โดยกดดันให้ประเทศที่มีกาลีโน
ออนไลน์ถูกกฎหมายในแถบเอเชีย ได้แก่ ฟิลิปปินส์กับกัมพูชายุติ
การให้บริการภายในปี 2562 ซึ่งกัมพูชาสนองตอบแต่โดยดี ขณะที่
ฟิลิปปินส์ทำเพียงเพิ่มความรัดกุมในการออกใบอนุญาตยิ่งขึ้นเท่านั้น
นอกจากนี้ยังมุ่งจับกุมกลุ่มบุคคลที่อยู่ในขบวนการนี้ ทั้งที่อยู่ภายใน
ประเทศหรือประสานความร่วมมือกับประเทศที่บุคคลเหล่านี้หลบหนีไป
เช่น ฟิลิปปินส์ (กัมพูชา) คิงส์โรมัน (สามเหลี่ยมทองคำ, ลาว)
เพื่อป้องกันมิให้เงินตราไหลออกนอกประเทศอันเนื่องมาจาก
การพนัน ซึ่งมีมูลค่ามากกว่า 1 ล้านล้านหยวนในแต่ละปี⁵

การพนันออนไลน์ในสังคมไทย: จากรับแทงบอลสู่กาลีโนออนไลน์

การพนันออนไลน์ไม่ใช่การพนันอุบัติใหม่ หากแต่เข้ามาในไทยตั้งแต่เมื่อราว 20 ปีก่อน ภายหลังจากการมาถึงของเทคโนโลยี
ที่เปลี่ยนโลกอย่างอินเทอร์เน็ต ทว่าจุดเปลี่ยนสำคัญเพิ่งเกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 นี้เอง โดยการพนันออนไลน์
ในช่วงต้นทศวรรษ 2000 ยังจำกัดอยู่ในวงแคบเพียงคนไม่กี่กลุ่ม และหมายถึงการพนันฟุตบอลต่างประเทศ ดำเนินการโดย
บริษัทรับแทงบอลออนไลน์ในต่างประเทศ ผ่านการสนับสนุนการแข่งขันฟุตบอลนัดสำคัญ เช่น แลด์บรอคส์ (Ladbrokes)
เป็นผู้สนับสนุนคาดอกเลื้อให้กับทีมบีอีซี เทโร ออลสตาร์ลงแข่งกับทีมบาร์เซโลนาเมื่อปี 2002

เหตุที่การพนันออนไลน์ไม่เป็นที่นิยมในกลุ่มนักเล่นชาวไทยในช่วงแรก เนื่องจากข้อจำกัดการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และ
ภาษาที่ใช้เป็นภาษาอังกฤษ ต่อมาจึงค่อย ๆ ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามการพัฒนาของเทคโนโลยี โดยเฉพาะมือถือแบบ
สมาร์ทโฟน การขยายตัวของผู้ประกอบการที่เป็นคนไทย อัตราต่อรองแบบเอเชีย (Asian Handicap) และการที่สามารถเล่นแบบ
เรียลไทม์ได้ ผวนกับเจ้าหน้าที่เพิ่มความเข้มข้นในการปราบปรามเจ้ามือ-โต๊ะรับแทงบอลในช่วงที่มีเทศกาลฟุตบอลสำคัญ ๆ⁶
ทำให้นักพนันบางส่วนหันมาเล่นพนันออนไลน์

แต่จุดเปลี่ยนที่ชัดเจนเกิดมาจากการระบาดของโควิด-19 มาตรการต่าง ๆ ที่รัฐไทยนำมาใช้รับมือควบคุมโรค เช่น การ
ปิดเมือง (lock down) การรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) ส่งผลให้การพนันแบบดั้งเดิมเผชิญภาวะชะงักงัน
(Disruption) โดยเฉพาะบ่อนเถื่อนและบ่อนชายแดน⁷ ทำให้การพนันออนไลน์กลายเป็นชีวิตวิถีใหม่ (new normal) ด้วยเป็น
ช่องทางการเล่นที่ทั้งสะดวก เข้าถึงง่าย ปลอดภัย สามารถเล่นได้ทุกที่ทุกเวลา มีการเคลื่อนย้ายฐานคนเล่นจากแบบเก่าไปยัง
แบบใหม่อย่างรวดเร็ว

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน เป็นองค์กรที่ทำการสำรวจสถานการณ์ พฤติกรรม และผลกระทบการพนันในประเทศไทย
มาอย่างต่อเนื่อง ทุก ๆ 2 ปี ตั้งแต่ปี 2553-54, 2556, 2558 และ 2560 ได้เริ่มเจาะประเด็นการพนันออนไลน์แยกต่างหาก
จากการพนันทั่วไปในการสำรวจเมื่อปี 2562 และปี 2564 จากการสำรวจแบบปูพรมภายหลังผ่านพ้นสถานการณ์โควิด-19
ในปี 2564 ในกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปใน 24 จังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 6,871 ตัวอย่าง พบว่ามีนักพนันออนไลน์

เพิ่มขึ้น 135.8% (ปี 2562 รวม 825,924 คน ปี 2564 รวม 1,947,205 คน) และวงเงินหมุนเวียนรวม 107,077 ล้านบาท เพิ่มขึ้น 431.3% เมื่อเทียบกับผลสำรวจในปี 2562 (ดูภาพที่ 1) โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดใช้โทรศัพท์มือถือเป็นหลัก (99.6%) และส่วนใหญ่นิยมเล่นบาคาร่า/โป๊กเกอร์ (78.8%)^๑

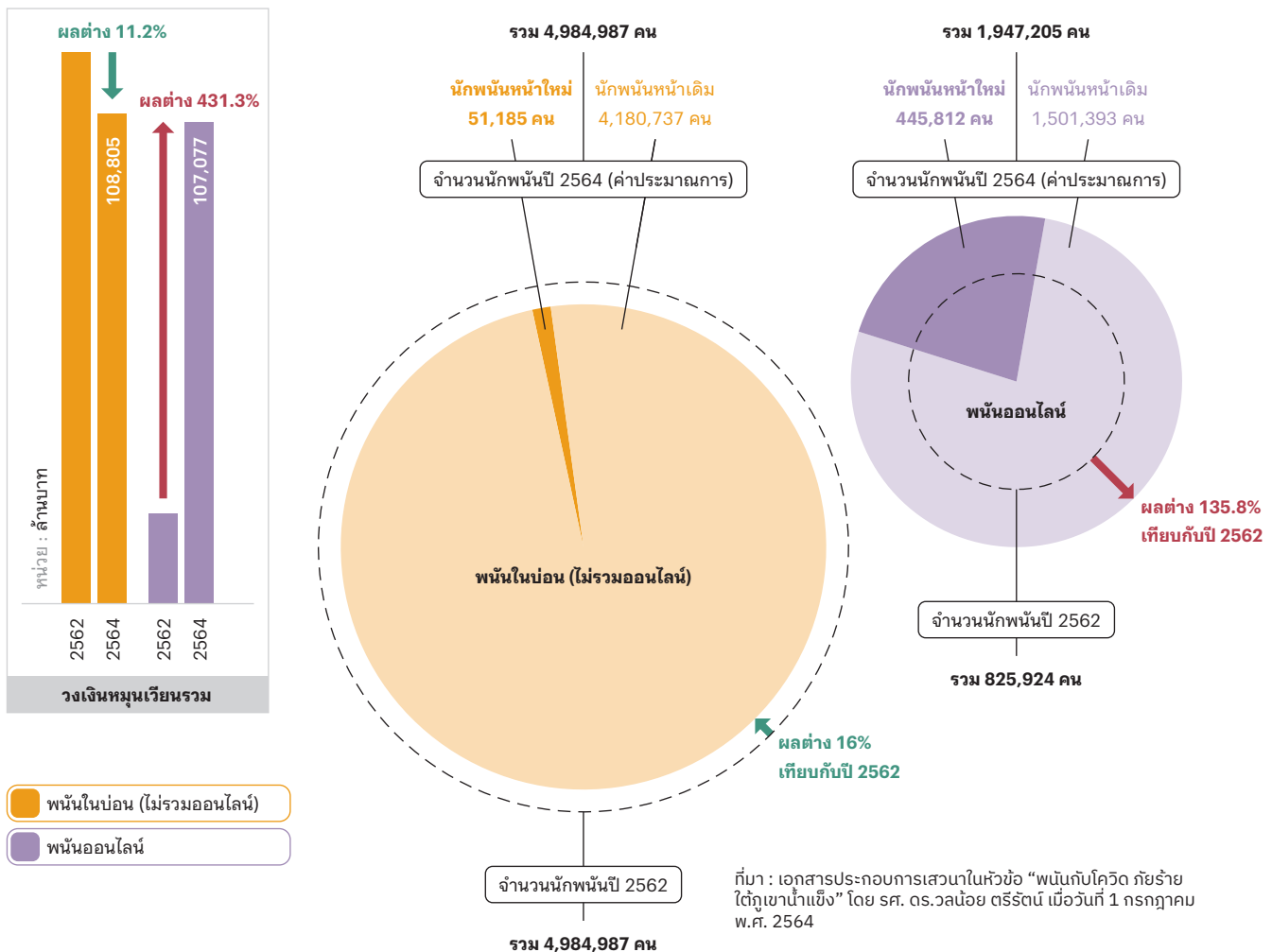
การพนันออนไลน์กับคนรุ่นใหม่

การสำรวจครั้งล่าสุดในปี 2566 ยิ่งปรากฏชัดว่ากลุ่มคนซึ่งนิยมเล่นการพนันออนไลน์มีอายุโดยเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มคนซึ่งเล่นการพนันแบบเก่า โดยกลุ่มผู้เล่นหลักเป็นกลุ่มเยาวชน นักเรียน นักศึกษาที่ใช้ชีวิตสัมพันธ์อยู่กับโลกออนไลน์ตลอดเวลา การสำรวจของศูนย์ศึกษาปัญหาการพนันในปี 2566 ได้มุ่งเจาะฐาน “คนรุ่นใหม่”^๑ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีอายุ 15-25 ปี ที่ได้จากการสุ่มตามหลักสถิติใน 19 จังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งหมด 5,010 ตัวอย่าง พบว่าในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา **คนรุ่นใหม่ 42.1% เล่นการพนัน** (รวมออฟไลน์และ

ออนไลน์) เฉพาะออนไลน์ 11.9% ทั้งออฟไลน์และออนไลน์ 20.4% และเฉพาะออฟไลน์ 9.8% อาจกล่าวได้ว่าคนรุ่นใหม่ 32.3% หรือประมาณเกือบ 3 ล้านคนเล่นพนันออนไลน์ในรอบปี 2565 โดยประมาณ 1 ใน 4 เป็นนักพนันออนไลน์หน้าใหม่ที่เพิ่งเริ่มเล่นครั้งแรกในปีที่ผ่านมา หรือคิดเป็นจำนวน 0.74 ล้านคนเลยทีเดียว

ทั้งนี้ ได้มีการประเมินว่าประมาณ 23% หรือ 6.9 แสนคนเป็นผู้ที่เข้าข่ายเป็นนักพนันที่มีปัญหา และ 48% หรือ 1.4 ล้านคนมีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นนักพนันที่มีปัญหา โดยประเภทการพนันที่เล่นมากที่สุดคือ สล็อตแมชชีน/ตู้พนัน 1.1 ล้านคน (ช่องทางหลักที่ใช้เล่นคือเว็บไซต์) ถัดมาคือ หวยใต้ดิน สลากกินแบ่งรัฐบาล (ผ่านทั้งแอปพลิเคชันของรัฐบาลและแพลตฟอร์มออนไลน์ของเอกชน) ไพ่พนัน และพนันฟุตบอล จำนวน 1.03 ล้านคน 9.8 แสนคน และ 4.4 แสนคน ตามลำดับ ส่วนใหญ่เคยเห็นโฆษณาและถูกชักชวนให้เล่นพนันออนไลน์ ร้อยละ 44.0 เห็นแล้วอยากลองเข้าไปเล่น ร้อยละ 1.0 ในแง่ผลกระทบ ร้อยละ 33.5 ของคนรุ่นใหม่ที่เล่นพนันออนไลน์หรือราว 1 ล้านคนระบุว่าตนเองได้รับผลกระทบจากการเล่นพนันออนไลน์ หลัก ๆ คือขาดเงินใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีปัญหาความเครียด/เสียสุขภาพจิต เสียเวลาทำงาน/การเรียน สุขภาพเสื่อมโทรม และมีปากเสียงทะเลาะกับคนในครอบครัว

ภาพที่ 1 สถานการณ์การเล่นพนันในบ่อนและแบบออนไลน์ ในปี 2564 เทียบกับปี 2562



ที่มา : เอกสารประกอบการเสวนาในหัวข้อ “พนันกับโควิด กภัยร้าย ใต้ภูเขาที่แข็ง” โดย รศ. ดร.วณิชชยา ตรีรัตน์ เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564

การพนันออนไลน์กับธุรกิจสีเทา

การพนันออนไลน์ นอกจากจะก่อปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพเป็นอย่างมากแล้ว ธุรกิจนี้ยังสัมพันธ์กับขบวนการค้ามนุษย์ข้ามชาติ โดยองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติได้ล่อลวงผู้หางานจากทั่วโลกด้วยการเสนอให้ทำงานการพนันออนไลน์ด้วยค่าตอบแทนสูง จากนั้นก็ลักลอบนำเหยื่อเหล่านั้นข้ามพรมแดนไปเป็นทาสทางไซเบอร์เพื่อทำงานหลอกหลวงทางอินเทอร์เน็ต (scam) หรือที่คนไทยเรียกจนติดปากว่า call center โดยส่วนใหญ่อยู่ในเขตพื้นที่ยกเว้น (space of exception) แถบประเทศลุ่มน้ำโขง เช่น เขตปกครองพิเศษเขตเศรษฐกิจพิเศษ ซึ่งการบังคับใช้กฎหมายย่อหย่อน เช่น ชเวโก๊กโก่ เคเคพาร์ค (เมียวดี, เมียนมา) เล่าก์ก่าย (โกก้าง, เมียนมา) ปอยเปต และสิหนุวิลล์ (กัมพูชา) โดยแก๊งค์มตุ่นเหล่านี้ได้แตกตัวออกมาจากธุรกิจพนันออนไลน์ และใช้อุตสาหกรรมการพนันออนไลน์ที่กำลังเฟื่องฟูในพื้นที่แถบนี้ เพื่อเป็นระบบธนาคารเงาในการเคลื่อนไหวและฟอกเงินสกปรกอย่างลับ ๆ มากขึ้นเรื่อย ๆ

รัฐไทยกับภาวะอิหลักอิเหลื่อ

ประเทศไทยไม่ได้มีกฎหมายควบคุมการพนันทางอินเทอร์เน็ต โดยเฉพาะ หากแต่นำ พ.ร.บ. การพนัน พ.ศ. 2478 มาปรับใช้ ถึงแม้จะล้าสมัยเพราะใช้บังคับมาเกือบ 90 ปี แต่ก็ถือว่าการพนันออนไลน์ทุกชนิดผิดกฎหมาย (illegal betting) ยกเว้นลอตเตอรี¹⁰

ตามกฎหมายดังกล่าวที่ออกมาตั้งแต่หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง ได้แบ่งการพนันออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

บัญชี ก. ห้ามมิให้ออกใบอนุญาตเด็ดขาด เช่น ไพ่สามใบ ไฮโลว์ บาคารา สล็อตแมชีน ยกเว้นสถานกาสีโนของรัฐบาล ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังจัดตั้งขึ้นเท่านั้นที่สามารถเล่นได้

บัญชี ข. สามารถออกใบอนุญาตให้ได้ เช่น ชนโค แข่งม้า บิงโก บิลเลียด

มุมมองของรัฐไทยต่อการพนันจึงค่อนข้างปิดกั้น การพนันถูกกฎหมายซึ่งเป็นที่นิยมที่สุดคือ สลากกินแบ่งรัฐบาล นอกนั้นได้แก่ ชนไก่ ชนวัว แข่งม้า และมวยไทย แต่ก็ได้เคร่งครัด เราจึงได้เห็น หวยใต้ดิน การพนันกีฬา (แทงบอล)¹¹ และบ่อนเถื่อนยังคงแพร่หลาย เชื่อว่าเพราะมีการจ่ายส่วย จึงลักลอบเปิดดำเนินการได้ โดยเจ้าหน้าที่บ้านเมืองแสรังเอาหูไปนาเอาตาไปไร่

เว็บไซต์พนันออนไลน์ที่คนไทยนิยมเล่น ประกอบด้วยหลายชนิด การพนันให้เล็กลงเล่น ไม่ว่าจะพนันทายผลกีฬา (ซึ่งไม่ได้มีแต่ฟุตบอล) บาคารา หวย เกม (ยิงปลา) สล็อต ฯลฯ โดย**ผู้ให้บริการจำแนกออก**

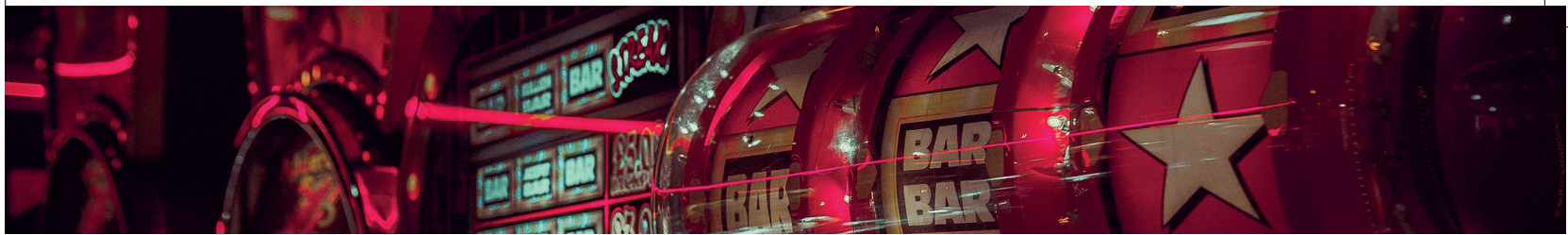
เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ที่ดำเนินการภายใต้มาตรฐานและความน่าเชื่อถือที่แตกต่างกัน เรียงจากน้อยไปหามาก ดังนี้

1 **เอเยนต์รายย่อย** (ชื่อซอฟต์แวร์สำเร็จรูปมาทำตลาดเอง) มีทั้งลักลอบเปิดอยู่ในไทย และในฝั่งเพื่อนบ้านที่มีชายแดนติดต่อกับไทย ซึ่งคนไทยสามารถข้ามเข้าไปทำงานได้สะดวก กลุ่มนี้คือเว็บไซต์ที่ขึ้นต้นด้วยคำว่า SBO, UFA, Galaxy, Royal

2 **ผู้ให้บริการที่ทำกาสีโนชายแดนอยู่ในฝั่งประเทศเพื่อนบ้าน** จุดเด่นอยู่ที่มีรูปแบบการเล่นแบบเล่นจริง (Live Casino) เสมือนกำลังเล่นอยู่ในกาสีโน โดยถ่ายทอดสดจากกาสีโนเหล่านั้น เช่น <https://www.myawaddy888.com> ของเมียวดีคอมเพล็กซ์

3 **บริษัทรับพนันข้ามชาติที่จดทะเบียนอย่างถูกต้องในประเทศที่ยอมรับให้การพนันออนไลน์ถูกกฎหมาย** ตัวอย่างผู้ให้บริการ เช่น SBOBET (ฟิลิปปินส์), bet365 (อังกฤษ), Bodog (แอนติกา)

แม้ว่าเราจะสามารถพบเห็นโฆษณาการพนันออนไลน์ได้หลากหลายลักษณะจนเป็นเรื่องปกติ ตั้งแต่ป้ายโฆษณาข้างสนามฟุตบอลในลีกยุโรปเวลารับชมการถ่ายทอดสด โดยเฉพาะบนเครือข่ายสังคมออนไลน์ ยอดนิยม ซึ่งมักใช้โปรโมชันสอนกลวิธีการโกง และอาศัยเน็ตไอดอลมาล่อตาล่อใจนักพนันหน้าใหม่ แต่ตาม พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ 2550 นั้น ศาลมีอำนาจสั่งปิดกั้นการเข้าถึงเว็บไซต์การพนันได้ เพราะเข้าข่ายขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน แต่ไม่ค่อยได้ผล อีกทั้งค่อนข้างมีขั้นตอนทางกฎหมายและเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ทั้งสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (ดีอี) ตลอดจนคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) และถึงแม้ศาลจะมีคำสั่งปิดกั้น URL ไปแล้ว แต่เว็บพนันก็กลับมาเปิดในชื่อใหม่ได้อีกแทบจะในทันที แม้ว่าข้อมูลจากกระทรวงดีอีจะยืนยันว่าได้ปิดกั้นเว็บพนันไปในฝั่งประมาณ



ที่มา : unsplash.com/photos/close-up-photography-of-lucky-arcade-with-bar-bar-and-star-7H7KVCIhBvI

2566 (1 ตุลาคม 2565–30 กันยายน 2566) ตกเดือนละ 172 เว็บ หรือเฉลี่ยวันละ 5.6 เว็บก็ตาม¹² ถึงกระนั้น การปราบปรามการพนันออนไลน์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถิติอาชญากรรมที่รัฐเป็นผู้เสียหาย ปรากฏว่ามีคดีการพนันออนไลน์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในแง่ของจำนวนคดีและจำนวนผู้ต้องหา โดยเฉพาะนับตั้งแต่หลังสถานการณ์โควิด-19 ในปี 2563 เป็นต้นมา แต่กลับลดลงอย่างมากในปีงบประมาณ 2566 อยู่ที่ 38,283 คดี และจับกุมผู้ต้องหาได้ 56,734 คน¹³

อย่างไรก็ตาม ได้มีความเคลื่อนไหวที่จะผลักดันให้เกิด “กาสิโนออนไลน์” จากกลุ่มการเมือง โดยเฉพาะในการเลือกตั้ง เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2566 พรรคก้าวไกลมีนโยบายหาเสียงเรื่องนี้ โดยเสนอให้มี “กาสิโนออนไลน์ถูกกฎหมาย รัฐกำกับดูแล” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายเศรษฐกิจโปร่งใส โดยเล็งเห็นเป็นช่องทางในการหารายได้แบบใหม่เข้าประเทศ ทว่าเมื่อมีการพลิกข้อจำกัดตั้งรัฐบาลที่นำโดยพรรคเพื่อไทย นโยบายเรื่องนี้จึงไม่ปรากฏอยู่ในคำแถลงนโยบายของนายกรัฐมนตรีต่อรัฐสภา แต่ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาการศึกษาการเปิดสถานบันเทิงครบวงจร (entertainment complex) เพื่อแก้ปัญหาการพนันผิดกฎหมายและเพื่อประโยชน์ด้านเศรษฐกิจของประเทศโดยสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งหมายถึงเฉพาะกาสิโนแบบมีที่ตั้ง (land-based casino) จึงเป็นที่แน่ชัดว่า การพนันออนไลน์ทุกชนิดไม่อยู่ในขอบข่ายการพิจารณาของคณะกรรมการชุดนี้

การแก้ไขปัญหาคารพนันออนไลน์

แม้ว่าการพนันออนไลน์จะเป็นปัญหาอาชญากรรมและปัญหาสังคมที่ยากต่อการแก้ไขอันเนื่องมาจากบทบาทรัฐที่จำกัดในการควบคุมเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต อีกทั้งกฎหมายที่ก้าวตามไม่ทันกับธุรกรรมออนไลน์และขบวนการพนันออนไลน์จำนวนมากมีฐานปฏิบัติการข้ามพรมแดน แต่ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมก็ควรใช้ความพยายามเพื่อควบคุมปัญหาดังกล่าว ดังนี้

ประการแรกสุด ต้องมีการปฏิรูปกฎหมายว่าด้วยการพนันทั้งระบบให้ทันสมัย ยืดหยุ่น และต้องใช้ได้กับการพนันทางอินเทอร์เน็ตซึ่งมีพลวัตสูง สำหรับ

ประเด็นปลีกย่อยอื่น เช่น อัตราโทษต้องมีความแตกต่างระหว่างผู้จัดให้มีคนเล่น และผู้โฆษณา เพิ่มฐานความผิดสำหรับผู้สนับสนุนโดยอ้อม มีมาตรการควบคุมการโฆษณาชักชวนให้เล่นการพนัน รวมถึงเพิ่มอายุของผู้เล่นที่สูงขึ้น

ประการต่อมา ควรจัดตั้งองค์กรควบคุมดูแลการพนันแห่งชาติ เข้ามาทำหน้าที่วางนโยบาย กำหนดชนิดประเภทของการพนัน ซึ่งสามารถยื่นขออนุญาตได้ตามกฎหมาย พร้อมวางมาตรฐานผู้ประกอบการ มีมาตรการคุ้มครองผู้เล่น ตลอดจนช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ติดการพนัน การพนันชนิดใดผิดกฎหมายต้องดำเนินการปราบปรามจริงจัง กรณีการพนันแบบออนไลน์ที่ตั้งเซิร์ฟเวอร์อยู่ในประเทศอื่นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศในการสกัดกั้นจึงจะเห็นผล

ประการสุดท้าย พึงระลึกเสมอว่าการพนันออนไลน์เข้าถึงกลุ่มคนรุ่นใหม่ได้ง่ายเพราะทันต่อเทคโนโลยี ขณะเดียวกันก็มีพิษภัยร้ายแรง ซึ่งคนกลุ่มนี้ไม่เคยมีประสบการณ์ตรงมาก่อน **ภาครัฐและภาคประชาสังคมต้องเร่งสร้างภูมิคุ้มกันในโลกดิจิทัล และทำให้คนในสังคมตระหนักถึงด้านลบของมัน โดยพยายามขับเคลื่อนองค์กรในหมู่เด็กและเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มหลักที่มักตกเป็นเหยื่อ**

สรุป

การระบาดของโควิด-19 เปรียบเสมือนพายุลูกใหญ่ที่ถาโถมเข้าใส่แวดวงการพนันโลก อันส่งผลต่ออุตสาหกรรมการพนันในหลายมิติ โดยเฉพาะกับเรื่องช่องทางการเล่น ทำให้ตลาดการพนันออนไลน์ฉกฉวยโอกาสจากวิกฤตครั้งนี้ ในรอบปีที่ผ่านมานี้ ประเทศไทยมีคดีเกี่ยวกับการพนันออนไลน์จำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีชื่อเสียงในหลายวงการทั้งศิลปิน ข้าราชการตำรวจ และนักธุรกิจข้ามชาติ โดยส่วนใหญ่เชื่อมโยงกับธุรกิจฟอกเงินและอาชญากรรมข้ามชาติอื่น ๆ แม้ว่าในประเทศไทยจะถือว่าการพนันออนไลน์เกือบทุกชนิดผิดกฎหมาย (ยกเว้นสลากกินแบ่งรัฐบาลที่จำหน่ายผ่านแอปพลิเคชันเป๋าตัง) แต่การควบคุมจัดการปัญหาดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพ และเยาวชนจำนวนมากหลายล้านคนเข้าสู่วงจรการพนันออนไลน์ สะท้อนความรุนแรงของปัญหาที่กำลังขยายตัวขึ้นเรื่อย ๆ นั้นหมายความว่าสังคมไทยไม่อาจเพิกเฉยต่อปัญหานี้ได้อีกต่อไป ทุกฝ่ายจำเป็นต้องปฏิรูปกฎหมายว่าด้วยการพนันทั้งระบบให้ทันสมัย ยืดหยุ่น และจัดตั้งองค์กรควบคุมดูแลการพนันแห่งชาติเข้ามาทำหน้าที่วางนโยบายและคุ้มครองผู้เล่น อีกทั้งต้องเร่งสร้างภูมิคุ้มกันกลุ่มเยาวชนและคนหนุ่มสาวในโลกดิจิทัล มิให้ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาชวนเชื่อให้เข้าสู่เว็บพนันต่าง ๆ

เกิดแล้วเกิดอีก! อุบัติเหตุจากโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่

“ อุตุสาหกรรมก่อสร้างเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานที่สูงเป็นอันดับหนึ่ง ตลอดช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยในปี 2562 มีอุบัติเหตุจากการก่อสร้างรวมทั้งสิ้น 11,599 กรณี คิดเป็น 12% จากอุบัติเหตุทั้งหมด 94,906 กรณี แต่มีสัดส่วนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการก่อสร้างสูงถึง 29% หรือมีจำนวน 186 กรณี จากจำนวนอุบัติเหตุที่มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 639 กรณี ”



ภาพเหตุการณ์หลังโครงการก่อสร้างทางยกระดับอ่อนนุช-ลาดกระบังเกิดการถล่ม

ที่มา : 4occ.isoc.go.th/04news/?p=16780

บทนำ

หนึ่งในอุบัติเหตุจากโครงการก่อสร้างครั้งใหญ่ในปี 2566 คงหนีไม่พ้นเหตุการณ์โครงการก่อสร้างทางยกระดับอ่อนนุช-ลาดกระบัง ที่พังถล่มลงมาจนทำให้มีผู้เสียชีวิต 2 คน บาดเจ็บอย่างน้อย 7 คน รวมถึงทรัพย์สินของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงจุดเกิดเหตุได้รับความเสียหาย นอกจากนี้ ในปีเดียวกัน ยังมีอุบัติเหตุที่รุนแรงอีก โดยแบบหล่อหัวเสาทางยกระดับ² ในโครงการก่อสร้างบนถนนพระราม 2 ช่วงซอย 82 ได้ร่วงทับคนงานชาวเมียนมาเสียชีวิต 1 คน บาดเจ็บ 1 คน เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2566 เฉพาะแค่โครงการก่อสร้างบริเวณถนนพระราม 2³ พื้นที่เดียว ได้เกิดอุบัติเหตุขึ้นอย่างน้อย 7 ครั้ง ในช่วงเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี 2564 ถึง 2566

ไม่เพียงเท่านั้นในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา ยังเกิดอุบัติเหตุจากโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่อีกหลายเหตุการณ์เช่น เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2565 แผ่นปูนหนัก 5 ตัน หล่นจากสะพานกัลปพฤกษ์ถนนพระราม 2 ทับรถยนต์อย่างน้อย 4 คัน มีผู้เสียชีวิต 2 ราย และเหตุการณ์ชิ้นส่วนประกอบเครนก่อสร้างรถไฟฟ้าสายสีเหลืองตกลใส่รถจักรยานยนต์ ขณะวิ่งผ่านบริเวณหน้าปากซอยศรีนครินทร์ 1 เขตบางกะปิ ทำให้คนขี่รถได้รับบาดเจ็บขาซ้ายหัก



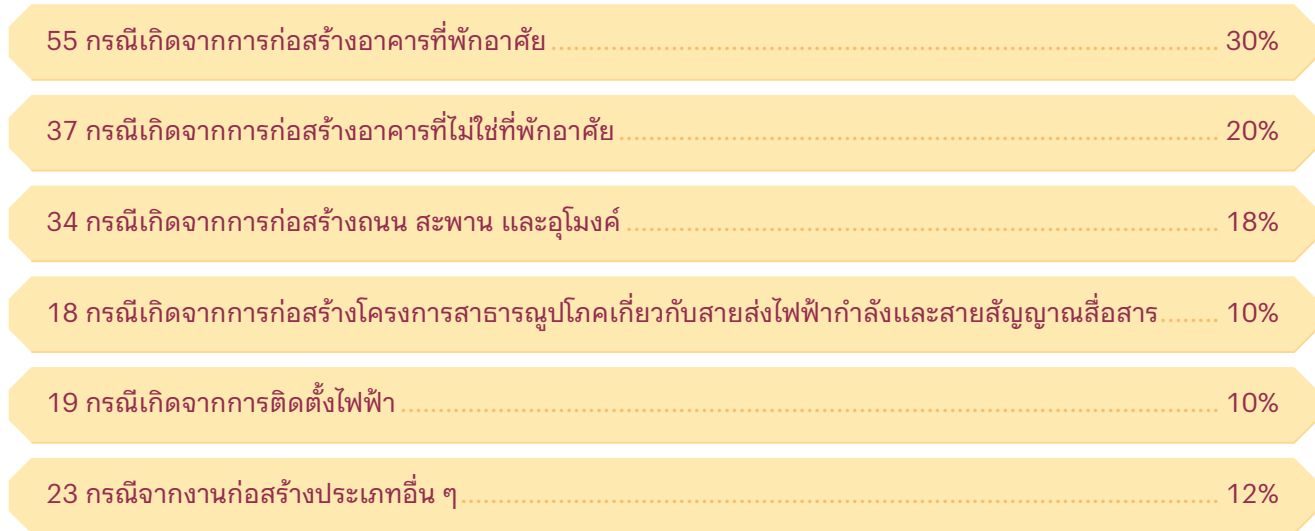
จะเห็นได้ว่า อุบัติเหตุจากโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่ที่เกิดขึ้น กลายเป็นภาพชินตาของสังคมไทย ที่ผ่านมาสภาผู้บริโภคร่วมรวบรวมข้อมูลอุบัติเหตุจากการก่อสร้างทางสาธารณะระหว่างปี 2561-2566⁴ พบว่ามีคนเสียชีวิตจากการก่อสร้างถึง 11 รายและบาดเจ็บอีก 34 ราย โดยมีแนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรงบ่อยครั้งขึ้นตามปริมาณการก่อสร้างที่มากขึ้น แต่ไร้การกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ บทความนี้เป็นกรณีศึกษาถึงสภาพปัญหาของอุบัติเหตุจากการก่อสร้างโครงการขนาดใหญ่ การจัดการปัญหาดังกล่าว และแนวทางการแก้ปัญหาในเชิงระบบ เพื่อให้เกิดมาตรฐานความปลอดภัยที่ดีขึ้น

ภาพเหตุการณ์หลังแผ่นปูนหนัก 5 ตัน หล่นจากสะพานกัลปพฤกษ์ถนนพระราม 2

ที่มา : www.thaipbs.or.th/news/content/318023

อุตสาหกรรมก่อสร้างกับการเกิดอุบัติเหตุ

ข้อมูลสถิติจากกองทุนเงินทดแทน⁵ พบว่า อุตสาหกรรมก่อสร้างมีอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานสูงเป็นอันดับหนึ่งตลอดช่วงหลายปีที่ผ่านมา เมื่อเทียบกับการทำงานในลักษณะอื่น ๆ โดยข้อมูลจากปี 2562 พบว่ามีอุบัติเหตุจากการก่อสร้างรวมทุกกรณีตั้งแต่การหยุดงาน จนถึงสูญเสียชีวิตอวัยวะ ทุพพลภาพ และตาย รวมทั้งหมด 11,599 กรณี คิดเป็น 12% จากอุบัติเหตุทั้งหมด 94,906 กรณี แต่กลับมีสัดส่วนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการก่อสร้าง สูงถึง 29% หรือมีจำนวน 186 กรณี จากจำนวนอุบัติเหตุที่มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 639 กรณี โดยเมื่อจำแนกผู้เสียชีวิตจากอุตสาหกรรมก่อสร้างทั้ง 186 กรณีพบว่า



ทั้งนี้ ข้อมูลจากงานวิจัยที่ชื่อว่า “การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุในบริเวณพื้นที่ก่อสร้าง รถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทยโดยรูปแบบสภาพการณ์ดัชนี”⁶ ได้ระบุว่าในช่วง 10 ปี ระหว่างปี 2555–2565 ซึ่งมีการก่อสร้างรถไฟฟ้าจำนวน 6 สายในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ได้เกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ก่อสร้างทั้งสิ้น 417 กรณี โดยปีที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือปี 2559 รวมเกิดอุบัติเหตุทั้งสิ้น 71 ครั้ง

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอย่างสหรัฐอเมริกา ข้อมูลจากรายงาน National Construction Accident Statistics⁷ ปี 2021 รายงานว่าสถานที่ก่อสร้างถือเป็นสถานที่ทำงานที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บเช่นกัน โดย 20% ของการเสียชีวิตจากการทำงานเกิดขึ้นในอุตสาหกรรมก่อสร้าง โดยสาเหตุของอุบัติเหตุจากการก่อสร้างที่พบบ่อยที่สุดในสหรัฐอเมริกาคือ การเกิดจากการพลัดตกหรือลื่นล้ม การถูกรถบรรทุกด้วยของแข็ง การถูกไฟฟ้าช็อต และการถล่มหรือการถล่มวัตถุทับ

รายงานจาก An investigation of fall accident in a high-rise building project ของ IOPscience⁸ ก็กล่าวไปในทิศทางเดียวกับข้อมูลที่พบในประเทศสหรัฐอเมริกาว่า การพลัดตกหรือลื่นล้มเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในหมู่คนทำงานอุตสาหกรรมก่อสร้าง จากการเก็บข้อมูลในประเทศอินโดนีเซียพบว่า พื้นที่เสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดเกิดขึ้นบริเวณนั่งร้าน 52% พื้นที่โครงสร้าง 28% และพื้นที่โครงสร้างการทำงาน 20%

ในอนาคต ประเทศไทยยังคงมีโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก ข้อมูลจาก SCB EIC Industry insight Construction Outlook 2023⁹ กล่าวว่า ภาครัฐมีแผนลงทุนในโครงการเมกะโปรเจกต์ (mega project) ทั้งในกรุงเทพฯ ปริมณฑล และภูมิภาค โดยเฉพาะ EEC เช่น โครงสร้างพื้นฐาน การคมนาคม โครงข่ายทางหลวง โครงข่ายระบบราง การเพิ่มขึ้นของโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่เหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุสูงขึ้นด้วย หากประเทศไทยยังไม่มีมาตรการในการป้องกันที่ดีพอ

อุบัติเหตุในโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่ เกิดขึ้นจากอะไร?

เมื่อเวลา 18.10 น. ของวันที่ 10 กรกฎาคม 2566 ได้เกิดเสียงถล่มของทางยกระดับถนนอ่อนนุช-ลาดกระบังจวนดังสนั่นไปทั่วบริเวณ พร้อมด้วยกลุ่มควันโขมง นำมาซึ่งความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินจำนวนมาก ปรากฏการณ์สะเทือนขวัญดังกล่าวทำให้เกิดคำถามของสังคมว่าเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นได้อย่างไร เมื่อหมอกควันของเหตุการณ์เริ่มสงบ ได้มีการชี้แจงว่า

สาเหตุที่เกิดการถล่มขึ้น เนื่องจากอุปกรณ์ตัวร้อยคานคอนกรีต (launcher) รับน้ำหนักไม่ไหวจนเกิดการพลิกตัว และพื้นทางคอนกรีตที่อยู่ระหว่างการติดตั้งหลุดจากหัวเสาตอม่อ

ก่อนหน้านี้เพียง 2 เดือน ในช่วงเย็นวันที่ 7 พฤษภาคม 2566¹⁰ ภาพจากกล้องวิดีโอหน้ารถคันหนึ่งเผยให้เห็นวินาทีคานทางด่วนบนถนนพระราม 2 หล่นลงมาบนถนน ส่งผลให้มีคนงานเสียชีวิต 1 ราย และรถยนต์ได้รับความเสียหาย 2 คัน โดยนายสุรเชษฐ์ เหล่าพูลสุข ผู้ว่าการการทางพิเศษแห่งประเทศไทย ได้เข้าตรวจสอบอุปกรณ์และวัสดุที่เป็นหลักฐานในที่เกิดเหตุร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุมี 2 สาเหตุคือ

- 1 วัสดุ PT Bar ที่นำมาใช้งานมีความบกพร่อง ทำให้ไม่สามารถรับน้ำหนักขึ้นงานที่ยกได้และขาดลงมา ถึงแม้ว่าการยกชิ้นงานนี้ใช้ PT Bar จำนวน 4 เส้น สามารถรับน้ำหนักได้ถึง 4 เท่าของน้ำหนักชิ้นงาน แต่อุปกรณ์ PT Bar หากใช้ซ้ำหลาย ๆ ครั้งอาจเกิดการล้าในเนื้อวัสดุ หรืออาจมีการทุบกระแทกให้มีตำหนิ หรือเกิดรอยแตกภายในเนื้อวัสดุ อันมีผลทำให้เกิดการฉีกขาดของวัสดุเมื่อรับแรงดึงสูงจากการหิ้วชิ้นงาน
- 2 ผู้ปฏิบัติงานไม่ปฏิบัติตามก่อสร้างให้เป็นไปตามขั้นตอนการก่อสร้างอย่างถูกต้องและครบถ้วน

หลังจากเหตุการณ์ดังกล่าวการทางพิเศษแห่งประเทศไทย ได้มีมาตรการยกระดับความปลอดภัย ในการก่อสร้างบนถนนพระราม 2 โดยได้มีการกำหนดมาตรการเพิ่มเติมในระยะสั้น ดังนี้

กำหนดให้มีการทดสอบวัสดุ PT Bar ด้วยวิธี Ultrasonic Testing (UT) หรือ Magnetic Particle Testing (MT) ทุก ๆ 30 span (ช่วงเสา) จากเดิมตรวจสอบทุก ๆ 50 span

- 2.1 ขั้นตอนการดำเนินงานติดตั้ง segment ทุกกิจกรรมจะให้ดำเนินการเฉพาะช่วงที่มีการปิดกั้นการจราจรในช่วงเวลากลางคืนเท่านั้น จนกว่าขั้นตอนการดึงลวดจะแล้วเสร็จ
- 2.2 ให้ผู้รับจ้างโซนที่เกิดเหตุทำการเปลี่ยนชุด PT Bar ใหม่ “ยกชุด” พร้อมตรวจสอบใบรับรองวัสดุก่อนออกไปรับรองก่อนเริ่มปฏิบัติงาน
- 2.3 เพิ่มการติดตั้งระบบ sensor อุปกรณ์หลักที่ใช้ในการยกแขวน segment เพื่อการ monitor ระบบการทำงานและแจ้งเตือนไม่ให้งานเกินขีดจำกัดของอุปกรณ์การยก
- 2.4 ติดตั้งกล้อง CCTV เพื่อตรวจสอบจุดเสี่ยงในการทำงานของอุปกรณ์โครงสร้าง launching

แต่ดูเหมือนว่ามาตรการดังกล่าวยังไม่ได้ผลเท่าใดนัก เพราะหลังจากนั้น ยังเกิดอุบัติเหตุตามมาอีกอย่างน้อย 2 ครั้งในปีเดียวกันบนถนนพระราม 2 ได้แก่ เมื่อ 31 สิงหาคม 2566 เศษวัสดุก่อสร้างทางต่างระดับพระราม 2 ตกใส่รถทัวร์ และ 15 ธันวาคม 2566 แม่แบบเหล็กก่อสร้างบนสะพานหล่นทับคนงาน

สมาคมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน¹¹ ได้ระบุว่า 48% ของอุบัติเหตุมาจากงานก่อสร้างเฉพาะทาง เช่น ฐานราก โครงสร้าง คอนกรีต 17% มาจากงานวิศวกรรมโยธาและเครื่องจักรกลหนัก เช่น งานสะพาน ถนน สาธารณูปโภค รางระบายน้ำ 16% มาจากงานก่อสร้างอาคาร บ้าน งานปรับปรุงอาคาร 12% มาจากงานระบบไฟฟ้า ประปา ปรับอากาศ และระบายอากาศ และ 7% มาจากงานตกแต่งอาคาร เช่น ผนังตกแต่งอาคาร สี พื้น

ข้อมูลจากงานวิจัยของสุรเดช โนสูงเนิน เรื่องสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในงานก่อสร้างอาคารขนาดใหญ่¹² ปี 2563 จากการสอบถามกลุ่มวิศวกรและผู้ดูแลงานความปลอดภัย และวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ส่วนมากโครงการก่อสร้างที่มีมูลค่าก่อสร้างระหว่าง 100-500 ล้านบาท มีงบสำหรับการบริหารด้านความปลอดภัยในโครงการน้อยกว่า 1 เปอร์เซ็นต์ของงบประมาณของโครงการก่อสร้าง โดยปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุในงานก่อสร้าง ได้แก่

- 1 ความประมาทของคนงานก่อสร้าง เช่น การแต่งกายไม่รัดกุม ความเชื่อมั่นมากเกินไปเนื่องจากการทำงานมานาน และสภาพร่างกายที่ไม่พร้อมทำงาน
- 2 ลักษณะของงานที่อาจมีความเสี่ยงสูง เช่น การพังของโครงสร้างชั่วคราว การใช้เครื่องมือเครื่องจักรและอุปกรณ์ต่าง ๆ

๓ **สิ่งแวดล้อมในการทำงาน** เช่น การทำงานในที่ที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอ การมีฝุ่นละอองมาก เสียงดังมากเกินไป และทำงานในที่อับอากาศ

๔ **เกิดจากการทำงานที่เกิดความผิดพลาด** เช่น ความมั่งง่ายของผู้ปฏิบัติงาน การหยอกล้อกันในขณะปฏิบัติงาน อันตรายจากเครื่องมือ เครื่องจักร อันตรายจากการใช้นั่งร้าน และกองวัสดุล้มพังทลาย

ถึงเวลาจัดการความปลอดภัย ยุติการเกิดอุบัติเหตุซ้ำซาก

รศ. ดร.คมสัน มาลีสี ผู้เชี่ยวชาญวิศวกรรมโยธา อธิการบดีสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง (สจล.) ได้ออกมาให้ความเห็นหลังเกิดเหตุการณ์ชั้นส่วนสะพานคอนกรีตสำเร็จรูปขนาดใหญ่หล่นลงบนถนนพระรามที่ 2 กระทบพื้นถนนและทับคนงานก่อสร้างเสียชีวิต โดยมีข้อเสนอว่า¹³ **ควรยกระดับความปลอดภัยในโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่ โดยเป็นการปรับปรุงแก้ไขเชิงมาตรการและแนวทางป้องกัน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในทุกโครงการก่อสร้างที่อยู่ในพื้นที่ ซึ่งมีการจราจรและประชาชนสัญจรไปมา ทั้งโครงการในปัจจุบันและอนาคต โดยผู้รับเหมาต้องตรวจสอบชุดอุปกรณ์หรือเครื่องจักรที่ใช้ในการก่อสร้างที่อาจชำรุด และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องก่อนลงมือปฏิบัติงาน จัดให้มีการปิดกั้นช่องทางจราจรให้ห่างจากพื้นที่ก่อสร้างอันตรายขณะดำเนินการก่อสร้าง สำหรับผู้ใช้รถใช้ถนน ควรหลีกเลี่ยงการใช้เส้นทางที่มีการก่อสร้างหรือหากจำเป็นควรสังเกตความผิดปกติขณะขับผ่านพื้นที่ก่อสร้าง**

ในระยะยาวทางคณะวิศวกรรมศาสตร์ ภาควิชาวิศวกรรมโยธา สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง (สจล.) ได้มีหลักสูตรการพัฒนาคณะความรู้ให้กับนักศึกษาที่กำลังจะก้าวเป็นวิศวกร เรียนรู้ถึงมาตรการความปลอดภัยทางวิศวกรรมโยธา โดยจะได้รับการฝึกอบรมตั้งแต่ชั้นปีที่ 3 เรื่อง safety first เพื่อให้ได้เรียนรู้ถึงอันตรายประเภทต่าง ๆ และการป้องกันภัยที่อาจเกิดขึ้นในไซต์งานก่อสร้างและชุมชนที่แวดล้อม

เนื่องจากในปี 2566 ที่ผ่านมามีได้เกิดอุบัติเหตุจากโครงการก่อสร้างที่รุนแรงหลายครั้ง ทำให้หลายภาคส่วนเริ่มตื่นตัวและออกมาเคลื่อนไหวถึงแนวทางการจัดการและการควบคุมงานก่อสร้างขนาดใหญ่ โดยทางสภาผู้บริโภคร¹⁴ ได้เชิญ ศ. ดร.สุชัยวีร์ สุวรรณสวัสดิ์ อดีตนายกสภาวิศวกร และอธิการบดี สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง มาร่วมหาแนวทางป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคต

ดร.สุชัยวีร์กล่าวว่า ประเทศไทยจำเป็นต้องมีองค์กรที่มีผู้เชี่ยวชาญร่วมกันกำหนดและบังคับใช้ระเบียบมาตรฐานความปลอดภัย และได้เชิญชวนให้ประชาชนร่วมกันลงรายชื่อเพื่อเรียกร้องให้มีการจัดตั้ง**องค์กรอิสระเพื่อความปลอดภัยสาธารณะ** โดยหน่วยงานดังกล่าว จะทำหน้าที่ดูแลความปลอดภัยที่เป็นอิสระไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการก่อสร้าง รวมทั้งดำเนินงานโดยผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะ นอกจากนี้หากองค์กรดังกล่าวเกิดขึ้น ยังสามารถดำเนินการตรวจสอบหลังการเกิดอุบัติเหตุเพื่อหาหลักฐานตามหลักวิชาการ พร้อมทั้งการเตรียมหลักฐานส่งมอบให้กับตำรวจและอัยการหลังเกิดเหตุ ทำให้เกิดบทลงโทษอย่างจริงจังและให้มีการเยียวยาประชาชนที่เที่ยงธรรมและเป็นระบบ โดยข้อมูลถึงวันที่ 6 มกราคม 2567 พบว่า¹⁵ มีผู้ร่วมลงชื่อแล้วมากกว่า 6,000 รายชื่อ เพื่อเสนอร่างกฎหมายเพื่อจัดตั้ง **“องค์กรเพื่อความปลอดภัยสาธารณะ”**

ทางด้านสภาผู้บริโภคร¹⁴ ได้เล็งเห็นว่า มีแนวโน้มที่จะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากขึ้นทุกปี จากปริมาณการก่อสร้างที่มากขึ้น แต่ไร้การกำกับดูแล **สภาผู้บริโภครจึงมีข้อเสนอในกรณีการก่อสร้างถนน - สะพานสาธารณะ ดังนี้**

๑ **กระทรวงคมนาคมหรือหน่วยงานรับผิดชอบ ต้องตรวจสอบมาตรการความปลอดภัยของการก่อสร้างทุกโครงการ** อย่างน้อยต้องมีเส้นทางคูขนานในการเดินทางที่ปลอดภัย

๒ **ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เวลาก่อสร้างน้อยที่สุด** ไม่ใช้เวลานาน เหมือนถนนพระรามที่ 2

๓ **ขอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบ และบริษัทผู้รับเหมาทุกโครงการ ต้องมีการทำประกันภัย และชดเชยความเสียหายต่อบุคคลที่ 3** หากมีความเสียหาย และเยียวยาความเสียหายแบบลงโทษ โดยมีอัตราที่แน่นอน เช่น หากมีผู้เสียชีวิต ต้องชดเชยเยียวยาเป็นจำนวนเงิน 7.5 ล้านบาทขึ้นไป

ทางด้านภาครัฐ นายสรวิชญ์ ทรงศิริโล อธิบดีกรมทางหลวง (ทล.) มีข้อคิดเห็นต่อบตลงโทษผู้รับเหมาก่อสร้างที่ทำงานผิดพลาดและมีปัญหาว่า จะมีการปรับลดขั้นผู้รับเหมา ชะลอการได้โครงการใหม่ เพื่อให้เกิดการทำงานตามเกณฑ์มาตรฐานต่อไป โดยการลงโทษผู้รับเหมาโครงการก่อสร้างที่เห็นได้ชัดที่สุด เป็นกรณีภาคพงศ์ ศิริกันทรมาศ ผู้ว่าการการรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย (รฟม.) ได้ลงโทษให้หยุดเดินรถ สำหรับกรณีล้อประคองของขบวนรถไฟฟ้าสายสีเหลือง ร่วงตกใส่รถแท็กซี่ที่จอดอยู่จนได้รับความเสียหาย เมื่อวันที่ 2 มกราคม 2567 และกรณีรางจ่ายกระแสไฟฟ้ารถไฟฟ้าสายสีชมพูหลุดร่วงลงมากระแทกพื้นราบ เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2566 แต่ยังไม่สามารถมีบทลงโทษด้วยการปรับค่าเสียหายได้ เนื่องจากไม่ได้อยู่ในสัญญาที่ตกลงกันไว้

ทางด้านนายสุริยะ จรุงเรืองกิจ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคม ได้เรียกบริษัท “EBM” ในเครือบีทีเอส ในฐานะผู้รับสัมปทานรถไฟฟ้า เข้ามาชี้แจงถึงสาเหตุที่เกิดขึ้น พร้อมหารือกับบริษัทผู้รับสัมปทาน กรณีเกิดอุบัติเหตุต่อการเดินรถไฟฟ้า พร้อมเตรียมออกกฎเกณฑ์ตัดสิทธิการได้สัมปทานครั้งต่อไป

เสริมสร้างความรู้เรื่องความปลอดภัยกับประชาชน

เนื่องจากสถานที่ก่อสร้างโครงการขนาดใหญ่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสาธารณชน¹⁶ การรอภาครัฐให้แก่ปัญหาจึงไม่เพียงพอต่อการลดการสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ดังนั้นความตระหนักรู้จะช่วยประชาชนเข้าใจและหลีกเลี่ยงถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ประชาชนต้องได้รับความรู้ถึงอันตรายในโครงการก่อสร้างในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับตัวพวกเขา ผ่านป้ายต่าง ๆ ที่แสดงให้เห็นอันตรายทั่วไปในสถานที่ก่อสร้าง คำแนะนำด้านความปลอดภัย และข้อมูลการติดต่อในกรณีฉุกเฉิน นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่นและบริษัทก่อสร้าง จะต้องมีส่วนร่วมกับชุมชน จัดประชุม อบรม และจัดการกับข้อกังวลด้านความปลอดภัยให้กับคนในพื้นที่

แต่จะเห็นได้ว่าจากสถานการณ์ปัจจุบัน วิธีการแก้ไขปัญหของหน่วยงานรัฐเน้นที่การหยุดพักงานและลงโทษผู้รับเหมา โดยไม่ได้คำนึงถึงการสร้างความเข้าใจถึงวิธีการป้องกันอุบัติเหตุให้กับคนในพื้นที่ ไม่ต่างจากสถานประกอบการเอง ที่มีกำกับดูแลเรื่องความปลอดภัยเพียงแค่ขอบเขตการทำงานที่อยู่ภายใต้การดูแลของตนเอง โดยไม่คำนึงถึงชุมชนโดยรอบ ในเรื่องคู่มือเกี่ยวกับความปลอดภัยในพื้นที่การก่อสร้างทั้งจากของภาครัฐและเอกชน ก็จะพบเพียงคู่มือสำหรับผู้คุมงาน ผู้รับเหมาและผู้ปฏิบัติงานเท่านั้น โดยไม่ได้มีคู่มือความปลอดภัยจากงานก่อสร้างฉบับของประชาชน

ที่มากไปกว่านั้นคือการปลูกฝังและสร้างองค์ความรู้ด้านความปลอดภัยและการระวังตัวต่อสถานที่ก่อสร้างไว้ในหลักสูตรของโรงเรียน เพื่อให้ความรู้แก่เด็ก ๆ เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามหลักสูตรดังกล่าวยังไม่ได้รับการพูดถึงหรือมีอยู่ในสังคมไทย แต่เมื่อลองดูกรณีศึกษาในประเทศอื่น ๆ พบว่า ในเมืองเซอร์รีย์ รัฐบริติชโคลัมเบีย ประเทศแคนาดา ได้มีการบรรจุเนื้อหา Awareness Building Activities¹⁷ ไว้สำหรับเด็กนักเรียนในเมืองได้เรียนรู้การประเมินความเสี่ยงในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น ความสามารถที่จะระบุอันตรายที่จะเกิดขึ้นเมื่ออยู่ภายนอก วิธีการวางแผนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการสอนให้สังเกตผ่านการเรียนรู้การสำรวจพื้นที่ เพื่อฝึกให้เด็กเป็นคนขี้สงสัยต่อสภาพแวดล้อมรอบข้าง

สรุป

ในแต่ละปี ได้เกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากโครงการก่อสร้างจำนวนมาก โดยในปี 2566 มีอุบัติเหตุที่ร้ายแรงหลายกรณีทั้งโครงการของรัฐและเอกชน เช่น ชิ้นส่วนสะพานคอนกรีตสำเร็จรูปขนาดใหญ่หล่นลงบนถนนพระรามที่ 2 การก่อสร้างโครงการทางพิเศษสายพระราม 3-ดาวคะนอง-วงแหวนรอบนอก และการถล่มลงมาของโครงการก่อสร้างทางยกระดับอ่อนนุช-ลาดกระบัง ทำให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมากไม่น้อย การจะป้องกันและลดการเกิดอุบัติเหตุจากโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่ได้นั้น ภาครัฐจะต้องเข้มงวดกวดขัน และเพิ่มบทลงโทษแก่ผู้รับเหมาที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ทั้งผู้รับเหมาเองก็ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย และข้อกำหนดเรื่องความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการอบรมพนักงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ในฝั่งภาคประชาชนก็จำเป็นที่จะต้องได้รับความรู้ด้านความปลอดภัย และการเอาตัวรอดเมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้น นอกจากนี้ ภาคประชาสังคมกำลังพยายามขับเคลื่อนให้เกิดองค์อิสระเพื่อความปลอดภัยสาธารณะ เพื่อทำหน้าที่ดูแลความปลอดภัยที่เป็นอิสระ ดำเนินการตรวจสอบหลังการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อหาหลักฐานตามหลักวิชาการ และส่งมอบให้กับตำรวจและอัยการหลังเกิดเหตุ ทำให้เกิดบทลงโทษอย่างจริงจังและให้มีการเยียวยาประชาชนที่เที่ยงธรรมและเป็นระบบด้วย

“ ปัจจุบัน มาเฟียข้ามชาติได้แทรกซึมเข้าทำธุรกิจผิดกฎหมายในบ้านเราเป็นจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นสถานบันเทิงผิดกฎหมาย ขบวนการค้ายาเสพติด การฟอกเงิน ปัญหาแก๊งคอลเซ็นเตอร์ ขบวนการค้ำมนุษย์ ซึ่งเป็นปัญหาที่ก่อดร่อนสังคมไทย เป็นภัยความมั่นคง และภัยเศรษฐกิจ นอกจากนี้ มาเฟียข้ามชาติบางกลุ่มยังสามารถสร้างเครือข่ายกับฝ่ายการเมืองและเจ้าหน้าที่รัฐ จนเกิดเป็นการทุจริตในหลายโครงการ ”

บทนำ

ตั้งแต่ช่วงปลายปี 2565 เป็นต้นมา ได้มีเรื่องอื้อฉาวเกี่ยวกับอาชญากรรมทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มทุนข้ามชาติสีเทาจำนวนมาก เช่น กรณีนายตู้ห่าวที่พัวพันกับคดีการฟอกเงิน ค้ายาเสพติด และสถานบันเทิงผิดกฎหมาย และการจ้างวานนอมินี โดยรัฐได้อายัดทรัพย์สินจำนวน 3,020 ล้านบาท และมีการกวาดล้างทุนข้ามชาติสีเทาอีกหลายขบวนการ โดยพบเจ้าหน้าที่รัฐเข้าไปร่วมกระทำความผิดจำนวนมาก เช่น การอนุมัติวีซ่าให้กลุ่มอาชญากรรมที่ใช้ใบรับรองของมูลนิธิ หรือโรงเรียนสอนภาษามากกว่า 3,000 คน ในปี 2564 ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาการค้ามนุษย์ ปัญหาความมั่นคง ปัญหาเศรษฐกิจนอกระบบ และปัญหาสังคม บทความนี้เป็นกรอกรายถึงปัญหามาเฟียข้ามชาติในไทย (ซึ่งในบทความนี้มีความหมายเดียวกันกับขบวนการอาชญากรรมข้ามชาติ) รูปแบบและประเภทของอาชญากรรมข้ามชาติในไทย ปัญหาทุนข้ามชาติสีเทาในประเทศเพื่อนบ้าน ผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านความมั่นคง เศรษฐกิจ และสังคม และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ปัญหามาเฟียข้ามชาติในไทยเมื่อไฟลามทุ่ง

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา กลุ่มมาเฟียข้ามชาติได้เข้ามาแทรกซึมในสังคมไทย จนกลายเป็นกลุ่มผู้มีอิทธิพลที่เข้ามาทำธุรกิจผิดกฎหมายและก่ออาชญากรรมข้ามชาติ รวมทั้งกดขี่เอาเปรียบคนไทยมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่กลับได้รับการปกป้องจากเจ้าหน้าที่รัฐและผู้มีอิทธิพลทางการเมืองซึ่งมีผลประโยชน์ร่วมกัน จนในปี 2565 เป็นต้นมา ปัญหาที่สั่งสมมาก็ได้ปะทุขึ้น โดยเกิดเรื่องอื้อฉาวเกี่ยวกับกลุ่มทุนข้ามชาติสีเทา

และการกระทำผิดกฎหมายข้ามพรมแดนมากมายที่เกี่ยวข้องกับมาเฟียข้ามชาติชาวจีน ไม่ว่าจะเป็นกรณีสถานบันเทิงผิดกฎหมาย ขบวนการค้ายาเสพติด การฟอกเงิน ปัญหาแก๊งคอลเซ็นเตอร์ ขบวนการค้ำมนุษย์ หรือแม้แต่ค้ำอวัยวะ และอีกมากมายที่ล้วนเป็นปัญหาก่อดร่อนสังคมไทย เป็นภัยความมั่นคงที่ส่งกระทบทางการเมือง ระบบเศรษฐกิจ และความมั่นคงทางสังคม

ข้อมูลจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานว่า¹ อาชญากรรมข้ามชาติได้ก่อปัญหาที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยยะสำคัญต่อประเทศไทย 4 ประการ ได้แก่

1 **ปัญหายาเสพติด** สารตั้งต้นยาเสพติดและเคมีภัณฑ์ที่เป็นองค์ประกอบของสารเสพติด โดยนำเข้าประเทศผ่านแนวชายแดนและทางท่าอากาศยาน จนเกิดวงจรรยาเสพติด ตั้งแต่การผลิต จำหน่ายและเสพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจมากมาย

2 **ปัญหาแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย** โดยเฉพาะจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาทำงานในประเทศไทย นำไปสู่ปัญหาอาชญากรรม สุขอนามัยและสาธารณสุข รวมถึงเป็นภาระของรัฐทั้งด้านการคุ้มครองสิทธิและสถานะของบุคคลตามกฎหมาย ตลอดจนจนบริการสาธารณะด้านการศึกษา สาธารณสุขและอื่น ๆ

3 **ปัญหาการค้ามนุษย์** เชื่อมโยงกับการลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมาย การใช้แรงงานเด็กและค่าประเวณี ซึ่งประเทศไทยมีสถานะเป็นทั้งประเทศต้นทาง ปลายทาง และทางผ่านของขบวนการค้ามนุษย์ ทำให้ถูกกล่าวหาว่าไม่ปฏิบัติตามกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ

4 **ปัญหาการฟอกเงิน** เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ผิดกฎหมายต่าง ๆ และเชื่อมโยงกับการก่ออาชญากรรมข้ามชาติอื่น ๆ เช่น การก่อการร้าย การค้ายาเสพติด การค้ามนุษย์ การค้าสินค้าละเมิดลิขสิทธิ์ การค้าอาวุธ ฯลฯ

ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางของการค้าการลงทุน การท่องเที่ยว และเป็นเส้นทางการคมนาคมขนส่งที่สำคัญ เพราะมีที่ตั้งอยู่ในจุดยุทธศาสตร์ของภูมิภาค ส่งผลให้กลุ่มมาเฟียข้ามชาติจำนวนมากนิยมเข้ามาบุกตลาดในไทยเพื่อหลีกเลี่ยงการดำเนินคดีในประเทศต้นทาง หรือใช้ไทยเป็นศูนย์กลางในการก่ออาชญากรรมในไทยและประเทศใกล้เคียง โดยกลุ่มมาเฟียข้ามชาติในไทยมักจะแอบแฝงมาในคราบน้ำกท่องเที่ยว ก่อนจะผันตัวเป็นนักศึกษา อาสาสมัคร หรือนักธุรกิจเพื่ออยู่อาศัยและทำธุรกิจในไทย โดยมักประกอบอาชีพที่ห้ามคนต่างด้าวทำ รวมไปถึงธุรกิจผิดกฎหมายต่าง ๆ เช่น ยาเสพติด ค้ามนุษย์ แก๊งคอลเซ็นเตอร์ โดยมักจะมีคนไทยเข้าไปเป็นνομินีให้กับกลุ่มอาชญากรเหล่านี้

กรณีนายตู้ห่าว ถือว่าเป็นตัวอย่างของกลุ่มทุนจีนสีเทาที่ถูกเปิดโปงภายหลังเจ้าหน้าที่ตำรวจบุกจับจีนหลิง ยานยานนาวา ที่ลักลอบเปิดโดยไม่ได้รับอนุญาต สามารถจับกุมนักท่องเที่ยวชาวจีนได้ 237 คน และตรวจยึดยาเสพติดได้จำนวนหนึ่ง ทำให้มีการแจ้งข้อกล่าวหาจำหน่ายยาเสพติด ข้อหาร่วมกันฟอกเงิน และมีส่วนร่วมในองค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ ต่อมาได้มีการขยายผลสืบสวนและจับกุมบุคคลที่เกี่ยวข้องพบทรัพย์สินมากกว่า 9 พันล้านบาท ทั้งนี้ นายตู้ห่าวได้เดินทางเข้ามาอยู่ในไทยเมื่อ 20 กว่าปีก่อน โดยทำงานเป็นไกด์ให้กับนักท่องเที่ยวจีนในประเทศไทย ต่อมาได้สร้างความสัมพันธ์กับนักการเมืองคนสำคัญ ๆ โดยเคยบริจาคเงินให้กับพรรคการเมืองพรรคหนึ่งเป็นเงิน 3 ล้านบาท นายตู้ห่าวได้รับสัญชาติไทยจากการแต่งงาน จนสามารถขยายกิจการได้อย่างรวดเร็วจากธุรกิจทัวร์ศูนย์เหรียญ โดยเป็นเจ้าของกิจการทัวร์ ร้านอัญมณี ของที่ระลึก หมอนยางพารา รังนก และโรงแรม รวมถึงธุรกิจผิดกฎหมายในรูปแบบต่าง ๆ เมื่อมีการจับกุมนายตู้ห่าว ก็ได้มีกระแสเรียกร้องให้ปราบปรามกลุ่มทุนข้ามชาติสีเทาในประเทศไทย และมีการกวาดจับขบวนการอื่น ๆ ตามมา เช่น แก๊งคอลเซ็นเตอร์ และแก๊งพนันออนไลน์

กลุ่มมาเฟียข้ามชาติในไทย

ปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติในไทยและอาเซียนเกี่ยวข้องกับขบวนการมาเฟียข้ามชาติจากประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เข้ามาทำ ธุรกิจค้ายาเสพติด การค้ามนุษย์ การเรียกค่าคุ้มครอง การพนัน การค้าอาวุธเถื่อน และการค้าบริการทางเพศ สำหรับปัญหาการค้ามนุษย์ มาเฟียข้ามชาติได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากเป็นธุรกิจที่สร้างกำไรงามแต่มีความเสี่ยงต่ำ ส่วนในธุรกิจค้ายาเสพติด มาเฟียข้ามชาติสำคัญที่เข้ามาปฏิบัติการในประเทศอาเซียน ส่วนใหญ่มาจากฮ่องกง ไต้หวัน จีน ญี่ปุ่น และละตินอเมริกา เป็นต้น²

ที่ผ่านมา มาเฟียข้ามชาติที่เข้ามาก่ออาชญากรรมข้ามชาติในไทยมาจากหลากหลายประเทศ โดยส่วนใหญ่มาจากประเทศในเอเชียด้วยกัน ที่สำคัญ ได้แก่³ 1) แก๊งยาภูเขาจากญี่ปุ่น ทำธุรกิจการพนันและฟอกเงิน 2) มาเฟียยุโรป เช่น รัสเซีย อังกฤษ เยอรมนี ทำธุรกิจ

ฟอกเงิน กรรโชกทรัพย์ ค้ายาเสพติด และค้ามนุษย์ 3) แก๊งเงินดำจากแอฟริกาที่ผลิตธนบัตรปลอม 4) แก๊งอั้งยี่ชาวจีน เกี่ยวพันกับการค้ายาเสพติด ค้าบริการทางเพศ ค้ามนุษย์และลักลอบขนแรงงานเถื่อน 5) แก๊งคอลเซ็นเตอร์ โดยมากเป็นชาวไต้หวันและจีน 6) มาเฟียจากเอเชียกลาง เช่น ซีเรีย เกี่ยวพันกับการปลอมแปลงหนังสือเดินทาง ค้ายาเสพติด และค้ามนุษย์ 7) แก๊งลูกแมวจากประเทศอาเซียนมักโจรกรรมของมีค่าและสิ่งของกระเป๋า ในโรงแรมและร้านค้าอัญมณี 8) มาเฟียข้ามชาติในพื้นที่พม่าที่ค้าอาวุธ กรรโชกทรัพย์ ค้าบริการทางเพศ และปลอมแปลงบัตรเครดิต 9) ขบวนการมิถิลชาซีพจากประเทศเพื่อนบ้าน ที่เข้ามาขอทาน โจรกรรม 10) แก๊งอาชญากรรมจากเอเชียใต้ ที่ปลอมแปลงหนังสือเดินทาง 11) แก๊งอาชญากรรมชาวเมียนมา เน้นไปที่การค้ามนุษย์และการค้ายาเสพติด

นอกจากนี้ ยังมีอาชญากรรมข้ามชาติอีกประเภทหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาความมั่นคง คือ การปลอมแปลงเอกลักษณ์บุคคล โดยประเทศไทยถูกใช้เป็นศูนย์กลางในการปลอมแปลงหนังสือเดินทางและเอกลักษณ์บุคคลของกลุ่มมาเฟียข้ามชาติ เนื่องจากเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญมีนักท่องเที่ยวต่างชาติจำนวนมาก ทำให้สามารถโจรกรรมทรัพย์สินและเอกสารของเหยื่อได้ง่าย โดยกลุ่มมาเฟียข้ามชาติจะปลอมแปลงหนังสือเดินทาง ใบขับขี่และบัตรประชาชน โดยมีกลุ่มลูกค้าเป็นขบวนการอาชญากรรมข้ามชาติจากที่ต่าง ๆ

ปัญหาทุนจีนสีเทา

ปัจจุบัน กลุ่ม “ทุนจีนสีเทา” หรือมาเฟียข้ามชาติจากจีนได้ขยายเครือข่ายธุรกิจมายังประเทศเพื่อนบ้านอย่างรวดเร็ว เนื่องจากจีนได้ปราบปรามคอร์รัปชันและธุรกิจผิดกฎหมายในจีนอย่างหนัก จนทำให้กลุ่มคนจีนที่ทำธุรกิจสีเทาบางกลุ่ม เช่น แก๊งคอลเซ็นเตอร์และการพนันออนไลน์ กระจายออกมาอยู่นอกประเทศ โดยเฉพาะในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งไทย เนื่องจากเป็นจุดหมายที่ชาวจีนเดินทางมาเที่ยวจำนวนมาก ทำให้การแยกแยะระหว่างนักท่องเที่ยวและผู้เดินทางด้วยวัตถุประสงค์อื่นทำได้ยาก อีกทั้งการบังคับใช้กฎหมายขาดประสิทธิภาพ มีเจ้าหน้าที่ของรัฐบางรายเข้าร่วมขบวนการกลุ่มทุนจีนสีเทา และช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินการต่าง ๆ

ข้อมูลจากกรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์เปิดเผยว่า ได้มีการตรวจสอบกลุ่ม “νομินีทุนจีนสีเทา” ในไทย ปี 2566⁴ พบกลุ่มธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับทุนจีนสีเทา ดังนี้

1 ธุรกิจท่องเที่ยวและเกี่ยวเนื่อง 161 ราย

2 ธุรกิจค้าที่ดิน อสังหาริมทรัพย์ และถือครองอสังหาริมทรัพย์ 123 ราย

3 ธุรกิจโรงแรมและรีสอร์ท 41 ราย

โนมินีทุนจีนสีเทาดังกล่าวมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี 2564 ที่พบทั้งสิ้น 145 ราย แบ่งออกเป็นธุรกิจท่องเที่ยวและธุรกิจที่เกี่ยวข้อง จำนวน 44 ราย ธุรกิจอสังหาริมทรัพย์และเกี่ยวเนื่อง จำนวน 89 ราย ธุรกิจโรงแรม รีสอร์ท จำนวน 3 ราย และธุรกิจบริการ 9 ราย

ชัยฤกษ์ แก้วพรหมมาลัย สรุปลไว้ในบทความจากวารสารศูนย์เหรียญถึงทุนจีนสีเทา: ผลกระทบกับความมั่นคงของชาติ ระบุว่า กลุ่มทุนจีนสีเทาซึ่งมาทำธุรกิจสีเทา และก่ออาชญากรรมในประเทศไทย ปัจจุบันมี 5 กลุ่มใหญ่ ซึ่งเข้ามาประกอบธุรกิจสถานบันเทิงผ่านโนมินี ประกอบด้วย⁵

1 กลุ่มนายตู้ท้าว หรือ ท้าว เจ้อ ตู้ เจ้าของผับจีนหลัง และธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการประกอบการท่องเที่ยวของคนจีน

2 นายเดวิด หรือ ส่วย ไท่ เหว่ย เจ้าของร้านเบบี่เฟยย่านคลองตัน

3 กลุ่มนายหยู่ ฉาง เฟย เจ้าของคลับวัน พัทยา

4 กลุ่มนายโทนี่ เจ้าของสเปซพลัส กรุงเทพฯ

5 กลุ่มนายหมิง ร้านทิวปวัน ที่สุทธิสาร

ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีเครือข่ายและโนมินีในการดำเนินธุรกิจสีเทาและอาชญากรรมต่าง ๆ ปัจจุบันสามารถจับกุมได้แล้ว 4 คน ยังเหลือแต่นายหมิงซึ่งหลบหนีออกนอกประเทศไปแล้ว

เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 66 พล.ต.ท.จิรภพ ภูริเดช ผู้บัญชาการตำรวจสอบสวนกลาง ได้แถลงผลปฏิบัติ

การทลายแก๊งคอลเซ็นเตอร์ หลังกระจายกำลังเข้าตรวจค้นพื้นที่เป้าหมาย 5 จุด ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี สมุทรสาคร เชียงราย สุราษฎร์ธานี และสระแก้ว สามารถจับกุมผู้ต้องหาบวกรวมการดังกล่าวได้ 5 ราย ทั้งคนไทย คนจีน และคนกัมพูชา โดยตั้งข้อหาร่วมกันฉ้อโกงประชาชน ร่วมกันหลอกลวงโดยการนำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งข้อมูลอันเป็นเท็จ มีส่วนร่วมในองค์การอาชญากรรมข้ามชาติ สมคบฟอกเงินและร่วมกันฟอกเงิน⁶

จากการสอบสวนยังพบว่า มีกลุ่มมิจฉาชีพที่ปลอมเพจเฟซบุ๊กของกองบัญชาการตำรวจสอบสวนกลาง และหน่วยงานอื่น ๆ อาทิ DSI ตำรวจไซเบอร์ (บช.สอท.) และ องค์กรต่าง ๆ ที่ไม่มีอยู่จริง รวมถึงเว็บไซต์หลอกลวงทุนต่าง ๆ รวมกว่า 133 เว็บไซต์เพื่อหลอกลวงประชาชน มีการใช้วิธียิงโฆษณาผ่านเว็บไซต์สืบค้นข้อมูล Google Ads ที่ค้นหาคำว่า “แจ้งความออนไลน์” เพื่อรับคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องที่จะแจ้งความ และแจ้งกับผู้เสียหายว่าเงินที่ถูกโกงหรือถูกหลอกไปได้ถูกนำไปฟอกในเว็บไซต์การพนันออนไลน์ต่างประเทศ ก่อนอ้างว่าสามารถนำเงินกลับคืนมาได้ โดยให้ดำเนินการตามที่บอก เพื่อเข้าสู่เว็บไซต์หลอกลวงและต้องเสียทรัพย์สินเพิ่มเติม โดยเว็บไซต์ปลอมดังกล่าวมีการใช้ IP-Address ที่ประเทศกัมพูชา กลุ่มคนร้ายจะใช้บัญชีม้าในการรับโอนเงินจากผู้เสียหาย แล้วถ่ายเทเงินไปยังบัญชีม้าแฉวต่าง ๆ ก่อนแปลงเป็นเหรียญสกุลเงินดิจิทัลคริปโตเคอร์เรนซี ผ่านแพลตฟอร์มต่าง ๆ ก่อนจะส่งต่อไปยังกระเปาะที่เป็นของระดับผู้สั่งการหรือนายทุนต่อไป ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2566 เป็นต้นมาพบว่า บัญชีม้าและกระเปาะเงินดิจิทัลต่าง ๆ ในกลุ่มของคนร้ายมียอดเงินหมุนเวียนมากกว่า 7,000 ล้านบาท จนนำไปสู่การออกหมายจับคนร้ายในขบวนการ แบ่งเป็น กลุ่มพนักงาน กลุ่มโปรแกรมเมอร์ กลุ่มฟอกเงิน และกลุ่มระดับสั่งการหรือนายทุน จำนวน 12 ราย ประกอบด้วยคนไทย 8 ราย คนกัมพูชา 1 ราย และคนจีน 3 ราย หนึ่งในนั้นคือ นาย หง เว่ย เหลียง ชาวจีน ผู้ต้องหารายสำคัญ ที่เชื่อว่าอยู่ในระดับนายทุนและเป็นเจ้าของเว็บไซต์ปลอมดังกล่าว



“ตู้ท้าว” พร้อมทนายความเดินทางเข้ามาพบกับพนักงานสอบสวนชุดคลี่คลายคดีนายทุนจีนสีเทา ที่สโมสรตำรวจ ถ. วิทยาดิ

ที่มา : www.thaipbs.or.th/news/content/321855

อาชญากรรมข้ามชาติเหล่านี้ไม่เพียงแต่แทรกซึมอยู่ในระดับสังคมทั่วไปเท่านั้น แต่ยังเข้าไปถึงระดับนโยบายของรัฐบาล ผ่านการตั้งสมาคมที่เข้ามามีบทบาทเป็นเครือข่าย กลายเป็นขบวนการทุจริตระดับชาติในหลายโครงการ กรณีล่าสุดคือการ นำเข้าหมูเถื่อน โดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย นับหมื่นตู้คอนเทนเนอร์ มูลค่าความเสียหายกว่า 6,000-7,000 ล้านบาท ผ่านสำแดงเท็จ และมีเจ้าหน้าที่รัฐเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องอีกเช่นเคย โดยที่คุณภาพของหมูไม่สามารถควบคุมได้โดยเฉพาะโรคที่มากับ เนื้อหมูเหล่านี้ อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน⁷ เช่น ท้องเสีย หรืออาจมีโรคระบาดที่ติดมากับเนื้อหมูที่ทำให้แพร่ระบาดสู่สัตว์ จนเกิดโรคติดต่อในหมูได้อีกด้วย โดยกรมสอบสวนคดีพิเศษ หรือ ดีเอสไอ เรียกขบวนการเหล่านี้ ว่าจัดเป็น “กลุ่มองค์กร อาชญากรรมที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงด้านอาหารและเกษตรกรรม”⁸ ต่อมา มีการจับกุม เจิ้งเจียวลี่⁹ หรือ เอี้ยเก้ว มีตำแหน่ง เป็นนายกสมาคมการค้าแลกเปลี่ยนเศรษฐกิจไทย-เอเชีย และบุตรชาย พร้อมพวก รวม 4 หมายจับ หลังพบหลักฐานแอบ ลักลอบนำเข้า-ส่งออกสินค้าเถื่อนออกนอกประเทศ และพบความเชื่อมโยงในคดีหมูเถื่อน และมีรายงานข่าวว่า ในจำนวน ผู้ที่ถูกจับกุมมีบุคคลใกล้ชิดนักการเมืองระดับอดีตรัฐมนตรี ทั้งเป็นกรรมการบริษัทในขบวนการซื้อขายหมูเถื่อน และกลุ่มที่รับ โอนเงิน โดยมีเส้นทางเงินเชื่อมโยงชัดเจนด้วย¹⁰

ศ. ดร. ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี อาจารย์คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹¹ วิเคราะห์ว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่ม “ทุนจีน สีเทา” ขยายอาณาเขตออกนอกประเทศตัวเองมีหลายปัจจัยด้วยกัน ปัจจัยแรก นับตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมา รัฐบาลจีนเริ่ม ตั้งต้นกวาดล้างองค์กรอาชญากรรมในประเทศ ที่เรียกว่า “การกวาดล้างความมิดมิดและสิ่งชั่วร้าย” ตามมาด้วยการออก กฎหมายต่อต้านองค์กรอาชญากรรม ในปี 2564 ปัจจัยที่สอง การเกิดขึ้นของโครงการ BRI (Belt and Road Initiative) หรือ หนึ่งแถบหนึ่งเส้นทางของจีน เปิดโอกาสให้ธุรกิจสีเทา เกาะกระแส BRI โดยสร้างภาพลักษณ์ใหม่ให้กับธุรกิจสีเทา เช่น โครงการ สร้างเมืองใหม่ที่เชื่อมต่อกับเส้นทาง BRI เพื่อปิดบังธุรกิจผิดกฎหมาย ปัจจัยที่สาม ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ส่วนใหญ่ตอบรับการลงทุนจากนายทุนจีน ทำให้ทุนจีนสีเทาหันมาใช้ประเทศเหล่านี้เป็นฐานในการดำเนินธุรกิจผิดกฎหมาย และปัจจัยที่สี่ แม้รัฐบาลจีนจะปราบปรามองค์กรอาชญากรรมอย่างหนัก แต่ไม่ได้ทำให้อุปสงค์ด้านการพนันออนไลน์ลดลง ทำให้ การพนันออนไลน์ และแก๊งคอลเซ็นเตอร์ สามารถย้ายฐานที่ตั้งไปยังประเทศที่ระบบกฎหมายอ่อนแอ

ผลกระทบของอาชญากรรมข้ามชาติ

ข้อมูลจากรายงาน ปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ ในประเทศไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ¹² ได้สรุป ผลกระทบของอาชญากรรมข้ามชาติ ไว้ว่า สหประชาชาติ ได้พิจารณาว่า อาชญากรรมข้ามชาติเป็นภัยคุกคาม ความมั่นคงรูปแบบใหม่ที่มีผลกระทบต่อความมั่นคง ของรัฐและประชาชนในสังคม บั่นทอนความเข้มแข็ง ของสถาบันทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงลดระดับความน่าเชื่อถือของรัฐในการรักษา ความสงบเรียบร้อยและคุ้มครองประชาชนภายในรัฐ จนอาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ กล่าวคือ ทำให้ความสามารถของรัฐที่จะจัดหาบริการขั้นพื้นฐาน ให้กับประชาชนลดน้อยลง และทำให้เกิดความเสียหาย ต่อระบบเศรษฐกิจมากถึง 3.6% ของรายได้เศรษฐกิจ โลก รายงานของสหประชาชาติประเมินว่าเฉพาะการ พอกเงินอย่างเดียวส่งผลกระทบต่อมากถึง 2% ของ รายได้ประชาชาติ

อาชญากรรมข้ามชาติส่งผลกระทบต่อความมั่นคง ของประเทศในหลายมิติ และในบางประเทศอาชญากรรม ข้ามชาติมีความเชื่อมโยงอย่างแนบแน่นกับสถาบัน การเมืองและหน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย ดังนั้น รัฐจึง

จำเป็นต้องกำหนดมาตรการเชิงนโยบายและกฎหมายในการจัดการ ปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติอย่างเหมาะสมให้เกิดประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อลดความสูญเสียและความเสียหายที่จะเกิดขึ้น จากกิจกรรมผิดกฎหมายขององค์กรอาชญากรรมข้ามชาติ โดยควร แสวงหาความร่วมมือกับนานาประเทศทั้งในระดับรัฐบาลภาคธุรกิจ และภาคประชาชน ทั้งนี้ผลกระทบของการที่กลุ่มเงินเทามาประกอบ ธุรกิจหรือก่ออาชญากรรมในประเทศอาจพิจารณาเป็น 3 ด้าน¹³ ดังนี้

ด้านเศรษฐกิจ

การแข่งขันทางธุรกิจกับผู้ประกอบการชาวไทยจากการที่กลุ่ม ทุนจีนเข้ามาซื้อธุรกิจ โรงงาน โรงแรมที่ดินและกิจการของคนไทย เป็นการแก่งแย่งการประกอบอาชีพของคนไทย เนื่องจากทุนจีน เหล่านี้ใช้นอมนิในการเข้ามาซื้อกิจการหรือตั้งบริษัท ทำให้ธุรกิจไทย ต้องเสียเปรียบ เพราะผู้ประกอบการชาวไทยต้องเสียภาษีเงินได้ ธุรกิจ แต่นักลงทุนต่างชาติ แคหา “นอมนิ” ในการทำสัญญาเช่า ก็สามารถตั้งธุรกิจได้โดยไม่ต้องเสียภาษี และรายได้ส่วนใหญ่ ก็ส่งกลับประเทศ นอกจากนี้ ยังใช้ประเทศไทยเป็นฐานในการพอกเงิน ที่ได้จากการประกอบอาชญากรรมและธุรกิจสีเทาในต่างประเทศ ซึ่งการ พอกเงินนี้สามารถทำได้หลายวิธีเช่น การซื้อขายหุ้นในตลาดหลักทรัพย์ ของไทย โดยที่ไทยยังไม่มีกฎระเบียบในการตรวจสอบแหล่งที่มา ของเงินในการซื้อหุ้น



ที่มา : unsplash.com/photos/black-car-on-road-during-night-time-JXg7Yq5b1wE

๒) ด้านการเมือง

เนื่องจากทุนจีนสีเทาต้องการสร้างเครือข่ายเพื่ออำนวยความสะดวกในการประกอบธุรกิจสีเทา หรือก่ออาชญากรรมต่าง ๆ ดังนั้น กลุ่มทุนเหล่านี้จึงต้องแสวงหาความร่วมมือกับนักการเมือง เช่น นายตู้ห่าว ให้การสนับสนุนพรรคการเมือง หรือสร้างความสนิทสนมกับนักการเมือง ดังจะเห็นได้ว่าภายหลังผู้จับกุมในเดือนตุลาคม 2565 ต่อมาเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2565 ได้มีตำรวจบุกเข้าค้นบ้านอดีตรัฐมนตรีคนหนึ่ง โดยกล่าวหาว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับทุนจีนสีเทา ทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางการเมือง และเป็นประเด็นที่ทำให้พรรคฝ่ายค้านนำมาโจมตีรัฐบาลได้ นอกจากนี้ ยิ่งอาจมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ระหว่างไทย-จีนอีกด้วย เนื่องจากทุนจีนสีเทาใช้ประเทศไทยเป็นที่ตั้งของคอลเซ็นเตอร์ที่โทรไปหลอกลวงคนในประเทศจีน

๓) ด้านสังคม

การแพร่ระบาดของยาเสพติดที่กระทบต่อสุขภาพคนไทย นำมาซึ่งการก่ออาชญากรรมมากมายไม่เว้นแต่ละวัน ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้คนสามารถเสพยาได้อย่างโจ่งแจ้งในสถานบริการของกลุ่มทุนจีนสีเทา ผ่านการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่รัฐที่ประพฤติมิชอบ เช่น กรณีของนายตู้ห่าวเพียงคดีเดียวมีเจ้าหน้าที่ของรัฐมากกว่า 100 นาย ถูกกล่าวหาว่าเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งตำรวจตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) ตำรวจท่องเที่ยว เจ้าหน้าที่กรมสอบสวนคดีพิเศษ อัยการและฝ่ายปกครอง นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งมูลนิธิและโรงเรียนเถื่อนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือเป็นจำนวนมากขึ้นมาบังหน้าและช่วยเหลือให้คนจีนได้วีซ่านักเรียนและวีซ่าอาสาสมัครปีละ 7-8 พันคน¹⁴ ทำให้ขบวนการเงินเทาเติบโตอย่างรวดเร็วและกัดกร่อนสังคมไทย นอกจากนี้ ยังมีความพยายามแต่งงานกับคนไทยเพื่อให้ได้สัญชาติไทย หรือแม้กระทั่งเมื่อหญิงชาวจีนตั้งท้องก็ขอให้ผู้ชายไทยรับเป็นพ่อเพื่อให้เด็กนั้นได้รับสัญชาติไทย มีการสวมบัตรประชาชนไทยของคนจีน รวมถึงการอุ้มบุญ¹⁵ ซึ่งเป็นการค้ำมนุษย์อย่างไม่เกรงกลัวกฎหมาย

๑) แนวทางการแก้ไขปัญหา

แม้ประเทศไทยจะมี พ.ร.บ. ป้องกันและปราบปรามการมีส่วนร่วมในองค์การอาชญากรรมข้ามชาติ พ.ศ. 2556 แต่กลับไม่เท่าทันกระบวนการเล่ห์เหลี่ยมของกลุ่มทุนสีเทา ในรายงานยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ พ.ศ. 2558-2564 สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี¹⁶ ได้สรุปประเมินผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติและรับฟังสภาพปัญหาในเชิงปฏิบัติของหน่วยงานที่มีภารกิจเกี่ยวข้อง พบ**ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ** ดังนี้

๑) **ด้านนโยบายระดับชาติ** ไทยมุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจ มีนโยบายส่งเสริมการท่องเที่ยวและการเป็นศูนย์กลางของภูมิภาคในด้านต่าง ๆ แต่กลับเป็นช่องทางให้คนแสวงประโยชน์ในการกระทำความผิดได้ง่าย

๒) **ด้านกลไกภาครัฐ** ประกอบด้วยปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ การบริหารจัดการกลไกภาครัฐ กฎหมายและการบังคับใช้ระบบฐานข้อมูล บุคลากรภาครัฐ เครื่องมือและเทคโนโลยี และงบประมาณ

๓) **ด้านความตระหนักของประชาชน** ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักเกี่ยวกับภัยและผลกระทบจากปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ โดยมองว่าปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติเป็นเรื่องไกลตัว ส่งผลให้ประชาชนบางส่วนตกเป็นเหยื่อ รวมถึงขาดการให้ความร่วมมือกับภาครัฐ

๔) **ด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ** ยังต้องการความร่วมมือในการป้องกันปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติกับประเทศเพื่อนบ้านในระดับปฏิบัติมากขึ้น รวมทั้งการดำเนินการเชิงรุกในการแสวงประโยชน์จากกรอบหรือกลไกความร่วมมือทั้งระดับทวิภาคีและพหุภาคี

สำหรับแนวทางการแก้ปัญหา ตามยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ พ.ศ. 2558-2564 **สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ** อาทิ

1 ด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย ให้มีการทบทวนและปรับปรุงเพื่อพัฒนากฎหมาย กฎระเบียบมาตรการระเบียบปฏิบัติ รวมถึงบทลงโทษ ให้มีความทันสมัยมีประสิทธิภาพเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์และสภาพปัญหา บังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังในการป้องกันและปราบปรามบุคคล กลุ่มบุคคล กลุ่มขบวนการ หรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้าอาชญากรรมข้ามชาติในทุกรูปแบบ

2 ด้านการข่าวกรอง เน้นการข่าวกรองเพื่อการป้องกันและการเฝ้าระวังเพื่อมิให้อาชญากรรมขยายตัวหรือพัฒนาเป็นปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ เสริมสร้างประสิทธิภาพกลไกและระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านการข่าวกรองให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมเวทีการหารือและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและข่าวกรอง การประเมินสถานการณ์และแนวโน้ม และองค์ความรู้เกี่ยวกับปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ

3 ด้านความร่วมมือกับภาคประชาชน เสริมสร้างศักยภาพของคน ชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง ส่งเสริมสถาบัน/องค์กรทางสังคม อาทิ สถาบันครอบครัวสถานศึกษา สถาบันทางศาสนา ฯลฯ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชน โดยเน้นบทบาทและการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และส่งเสริมความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างประชาชนหรือชุมชนชายแดนของไทยกับประเทศเพื่อนบ้านในการเฝ้าระวังปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ

4 ความร่วมมือกับภาคเอกชน พัฒนากลไกหรือส่งเสริมโครงการความร่วมมือแบบหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐและเอกชนอย่างเป็นรูปธรรม ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ และส่งเสริมหลักบรรษัทภิบาลและพัฒนามาตรการสร้างความโปร่งใสในการทำธุรกิจของภาคเอกชน

นอกจากการแก้ไขปัญหาข้างต้นแล้ว **การทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐของไทยกับจีน มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ปัญหาทุนจีนสีเทาคลี่คลายลงได้** เพราะเรื่องนี้เป็นปัญหาระหว่างประเทศที่กระทบต่อความสัมพันธ์และความรู้สึกของประชาชนทั้งสองประเทศ ขณะที่ประชาชนในสังคมเอง ก็ต้องไม่เห็นผิดเป็นชอบในการเข้าร่วมเป็นนอมินี หรือให้ความช่วยเหลือกลุ่มมาเฟียข้ามชาติ

นอกจากการแก้ปัญหาของภาครัฐแล้ว ภาคประชาสังคมก็มีบทบาทสำคัญเช่นกัน ปัจจุบันหลายสถาบันการศึกษาเริ่มจัดกิจกรรมรวมกลุ่มเยาวชนให้รู้เท่าทันปัญหาที่เกิดจากกลุ่มอาชญากรรมข้ามชาติ

อย่างปัญหาแก๊งคอลเซ็นเตอร์ เช่น โครงการขอร้องคุณลุงคุณป้าอย่าเ็นอย่าโอน ของคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์¹⁷ ที่ให้ความรู้กับกลุ่มผู้สูงอายุถึงรูปแบบอาชญากรรมแก๊งคอลเซ็นเตอร์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังมีมูลนิธิหลายมูลนิธิที่หันมาให้ความสำคัญกับปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติมากขึ้น อย่างมูลนิธิอิมมานูเอล ซึ่งก่อตั้งขึ้นโดยคริสตจักรอิมมานูเอล เพื่อต่อสู้กับปัญหาการค้ามนุษย์ในประเทศไทย เช่น การช่วยเหลือ 266 คนไทย ที่ถูกหลอกไปทำงานที่เมืองเล้าก์ก่ายในเมียนมา และต้องหนีภัยสู้รบในพื้นที่¹⁸ โดยมูลนิธิอิมมานูเอล รับหน้าที่ประสานงานช่วยเหลือผู้เสียหายกับสถานเอกอัครราชทูตไทยในเมียนมา จนได้รับการช่วยเหลือกลับไทยในที่สุด หรือกรณีของ นายชูวิทย์ กมลวิศิษฎ์ อดีตนักการเมืองที่นำภาพกล้องวงจรปิดภายในสถานบันเทิงจีนหลังฝั่บออกมาเปิดโปง และแฉข้อมูลของนายตู้ห่าว จนเป็นกระแสโด่งดังที่ทำให้สังคมตื่นตัว จนหน่วยงานรัฐต้องเข้ากวาดล้างกลุ่มอิทธิพลเหล่านี้ในที่สุด

สรุป

ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติมายาวนาน โดยกลุ่มมาเฟียข้ามชาติอาศัยประโยชน์จากนโยบายเปิดกว้างของไทยที่ส่งเสริมการท่องเที่ยวและการดึงดูดการลงทุนจากต่างประเทศ เป็นช่องทางให้เข้ามาทำธุรกิจผิดกฎหมาย โดยอาศัยนอมินีชาวไทย และร่วมมือกับเจ้าหน้าที่รัฐ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการปราบปรามขบวนการอาชญากรรมข้ามชาติในจีน กลุ่มทุนจีนสีเทาจำนวนมากได้เคลื่อนย้ายมายังประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านในอินโดจีน ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา และก่ออาชญากรรมข้ามชาติหลายรูปแบบ จนส่งผลกระทบต่อไทย แต่ภาครัฐก็ไม่สามารถจัดการกับปัญหามาเฟียข้ามชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐบาลควรยกระดับปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ ปรับปรุงระบบกฎหมาย และกลไกในการแก้ปัญหา ร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับประเทศเพื่อนบ้าน รวมทั้งประสานงานกับเครือข่ายภาคประชาชน เพื่อเสริมศักยภาพของประชาชนและสังคมในการเฝ้าระวัง และประสานงานด้านการข่าว รวมทั้งสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชนอย่างกว้างขวาง เพื่อมิให้ตกเป็นเหยื่อของมาเฟียข้ามชาติได้โดยง่าย



แรงงานไทยในตะวันออกกลาง

ทางสองแพร่งระหว่าง

ความมั่งคั่ง กับ ความมั่นคงในชีวิต

“แม้รัฐบาลไทยจะออกแบระบบการจัดส่ง และติดตามคุณภาพชีวิตและการทำงานของแรงงานไทยในตะวันออกกลางอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่ายังมีช่องโหว่ที่ก่อให้เกิดปัญหาและความท้าทายในหลายด้าน “ความเป็นธรรม – สงคราม – สุขภาพ” คือสามปัจจัยที่ท้าทายความมั่นคงชีวิตของแรงงานไทย”

บทนำ

สงครามระหว่างอิสราเอลและปาเลสไตน์ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 เป็นต้นมา ได้ส่งผลกระทบต่อแรงงานไทยจำนวนมาก โดยมีแรงงานไทยเสียชีวิตหลายสิบราย และถูกจับเป็นตัวประกันอีกจำนวนหนึ่ง นอกจากนี้ แรงงานไทยจำนวนหลายพันคนก็ได้อพยพกลับประเทศไทย ข้อมูลกระทรวงแรงงาน รายงานว่า ในเดือนกันยายน 2566 มีแรงงานไทยในตะวันออกกลางรวม 28,364 คน โดยส่วนใหญ่ทำงานในอิสราเอลจำนวน 25,887 คน ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับแรงงานไทยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงและความท้าทายของแรงงานไทยในตะวันออกกลาง เช่น ปัญหาความขัดแย้งของกลุ่มที่ต่างชาติพันธุ์และศาสนา ความขัดแย้งทางภูมิรัฐศาสตร์ที่ทวีความสำคัญมากขึ้น ปัญหาหนี้จากการกู้ยืมเพื่อไปทำงานในต่างประเทศ ปัญหาการถูกหลอกลวง ปัญหาสภาพการทำงาน และปัญหาการคุ้มครองแรงงาน เป็นต้น บทความนี้เป็นกรอกรายถึงนโยบายและมาตรการจัดส่งและคุ้มครองแรงงาน สภาพการจ้างงานของแรงงานไทยในตะวันออกกลาง สวัสดิภาพแรงงาน ปัญหาความท้าทายต่าง ๆ และแนวทางในการคุ้มครองแรงงาน

หกทศวรรษของแรงงานไทยในตะวันออกกลาง

ทศวรรษที่ 2510 นับเป็นหมุดหมายสำคัญที่แรงงานไทยจำนวนมากเริ่มเดินทางไปทำงานในต่างประเทศภายใต้การสนับสนุนของรัฐ โดยภาครัฐเริ่มจัดส่งแรงงานไปยังประเทศที่ผ่านการตรวจสอบและอนุญาตจากภาครัฐตั้งแต่ปี 2516 โดยมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่

1 ช่วงปี 2518 เป็นช่วงที่ประเทศไทยประสบปัญหาเศรษฐกิจและการเมือง หลังการถอนฐานทัพอเมริกันออกจากประเทศไทย ทำให้แรงงานไทยจำนวนมากที่เคยทำงานในฐานทัพต่าง ๆ ของสหรัฐฯ ว่างงานอย่างกระชั้นหันจึงต้องแสวงหางานใหม่ ซึ่งรวมถึงตลาดแรงงานในต่างประเทศ โดยเฉพาะตลาดตะวันออกกลาง

2 ในช่วงเวลาเดียวกันนั้นกลุ่มประเทศตะวันออกกลาง เช่น ซาอุดีอาระเบีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ลิเบีย อิรัก อิหร่าน และคูเวต กำลังมั่งคั่งจากการจำหน่ายน้ำมัน จึงมุ่งพัฒนาสาธารณูปโภคครั้งใหญ่ โดยเปิดตลาดแรงงานจากต่างประเทศ ซึ่งแรงงานไทย เป็นที่ต้องการจากตลาดตะวันออกกลาง เนื่องจากมีแรงงานฝีมือที่เคยทำงานในฐานทัพสหรัฐฯ มาก่อน โดยคนเหล่านี้มีทักษะที่หลากหลาย และสามารถสื่อสารด้านภาษาได้¹

ในภูมิภาคตะวันออกกลาง การจัดส่งแรงงานไทยไปทำงานในตะวันออกกลาง มักดำเนินการผ่านตัวแทนจัดหางาน ซึ่งค่าจ้างและค่าตอบแทนมีอัตราสูง ช่วยให้แรงงานไทยมีรายได้เพียงพอและสามารถส่งเงินกลับมาให้ครอบครัวเป็นจำนวนมาก และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของแรงงานและครอบครัวดีขึ้นตามลำดับ ในช่วงทศวรรษที่ 2510-2530 นับว่าเป็นยุคทองของแรงงานไทย จนเกิดประโยคที่ว่า “ถ้าต้องการความร่ำรวยให้ไปบูตทองที่ซาอูฯ” อย่างไรก็ตาม ในปี 2533 ภูมิภาคตะวันออกกลางเผชิญกับสงครามอ่าวเปอร์เซีย ส่งผลให้ตลาดแรงงานไทยในภูมิภาคตะวันออกกลางซบเซาลงตามลำดับ

ด้วยเหตุนี้ ไทยจึงได้ขยายตลาดแรงงานไปยังภูมิภาคอื่น โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกมากขึ้น ทำให้ปัจจุบันตลาดสำคัญของแรงงานไทยประกอบด้วย 4 ภูมิภาค ได้แก่

1 **เอเชียตะวันออก** ประเทศ/ดินแดนเป้าหมายหลัก ได้แก่ ไต้หวัน ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย โดยส่วนใหญ่แรงงานไทยเลือกทำงานในภาคอุตสาหกรรมการผลิต และก่อสร้าง

2 **ตะวันออกกลาง** ประเทศเป้าหมายหลัก ได้แก่ อิสราเอล สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ กาตาร์ คูเวต บาห์เรน โดยแรงงานไทยจะเข้าไปทำงานภาคอุตสาหกรรมก่อสร้าง โรงงานนิวเคลียร์ ภาคบริการ และภาคเกษตรเป็นหลัก

3 **สหภาพยุโรป** แรงงานไทยที่เดินทางไปทำงานในสหภาพยุโรปมักเป็นแรงงานที่มีทักษะเฉพาะ เช่น พ่อครัวแม่ครัวไทย พนักงานนวดแผนไทย

4 **ทวีปอเมริกา** แรงงานไทยที่เดินทางไปทำงานมักเข้าไปในตำแหน่งพ่อครัว/แม่ครัว พนักงานบริการต่าง ๆ ในร้านอาหารไทย แต่ส่วนใหญ่เป็นการลักลอบทำงาน ที่เรียกกันว่า “โรบินฮู้ด”²

สำหรับตลาดอิสราเอล ได้เติบโตขึ้นในปี 2538 เมื่ออิสราเอลเปิดรับแรงงานไทยเข้าไปทำงานมากขึ้นประกอบกับเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่ได้หวันซึ่งเคยเป็นตลาดแรงงานสำคัญมีความต้องการแรงงานไทยลดลง แรงงานไทยจำนวนหนึ่งจึงหันไปเป็นเกษตรกรในอิสราเอลเพิ่มขึ้น³ กองบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ กระทรวงแรงงานเปิดเผยข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2566 ว่า **มีแรงงานไทยที่ยังทำงานในต่างประเทศจำนวน 128,982 คน โดยเป็นแรงงานในตะวันออกกลางจำนวน 28,364 คน ซึ่งอิสราเอลเป็นประเทศที่มีแรงงานไทยมากที่สุด คือ 25,887 คน**

ข้อมูลจากสถานทูตไทยประจำประเทศต่าง ๆ ในตะวันออกกลาง เช่น ที่ประเทศสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ได้เปิดเผยแนวโน้มและโอกาสของแรงงานไทยว่า มีความต้องการในภาคก่อสร้างที่ใช้ทักษะฝีมือ เช่น งานเชื่อม งานช่างไม้ และภาคบริการ ได้แก่ พนักงานนวด พ่อครัว ผ่านระบบการจ้างงานแบบรัฐต่อรัฐ อย่างไรก็ตาม แรงงานไทยจำเป็นต้องพัฒนาทักษะโดยเฉพาะการฝึกทักษะความรู้ภาษาอังกฤษทั้งทั่วไปและเฉพาะทางมากขึ้น⁴

อยากไปขุดทองหรือดิ้นรนเพื่อเอาชีวิตรอด

แม้มีคำพูดว่าการไปทำงานในตะวันออกกลางคือการไปขุดทองในความหมายที่เข้าใจง่ายคือการไปกอบโกยค่าจ้างและค่าตอบแทนที่สูงกว่าไทย แต่ที่จริงแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่จูงใจและผลักดันให้แรงงานไทยย้ายถิ่นไปต่างประเทศ งานศึกษาของ คັນสนีย์ จิมโฌม ได้ทบทวนวรรณกรรมและสรุปแนวคิดที่เกี่ยวกับการตัดสินใจไปทำงานต่างประเทศของแรงงานไทย ว่ามีองค์ประกอบทั้งสิ้น 3 ด้าน ดังนี้⁵

1 **แรงจูงใจด้านเศรษฐกิจ** เนื่องจากค่าจ้างที่ดีกว่า รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ดีและเหมาะสมกับความสามารถเฉพาะตัวมากกว่า นอกจากนี้ยังมีการย้ายเพื่อความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน โดยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีงานทำอยู่แล้ว เพียงต้องการโอนหรือย้ายตำแหน่งไปที่อื่นเพื่อตำแหน่งที่ดีกว่า

2 **แรงจูงใจด้านสังคม** เช่น แรงจูงใจทางการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น และแรงจูงใจทางการสร้างครอบครัว

3 **แรงจูงใจด้านการดำเนินชีวิต** โดยเป็นการย้ายถิ่นเพื่อต้องการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตอันเนื่องมาจากความเบื่อหน่ายไม่ชอบวิถีชีวิตเดิมที่เป็นอยู่ รวมถึงต้องการมีชีวิตที่รื่นรมย์และตื่นเต้นกว่า

ขณะที่การศึกษาของ กฤษดา แสงวงดี และคณะ ซึ่งสำรวจแรงจูงใจในการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศของพยาบาลไทย ได้ข้อค้นพบว่า**แรงจูงใจที่ดึงดูด**ให้พยาบาลย้ายไปทำงานต่างประเทศ ได้แก่

- 1 ค่าตอบแทนที่ดีกว่า
- 2 แสวงหาประสบการณ์ใหม่
- 3 เพื่อสร้างอนาคตครอบครัว
- 4 เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี
- 5 เพื่อโอกาสในการศึกษาต่อ

นอกจากนี้ยังมีการระบุถึง**แรงผลักดัน** 3 ประการที่ทำให้ไม่ยอมทำงานต่อในไทย ได้แก่

- 1 ไม่พึงพอใจระบบและสภาพแวดล้อมในการทำงาน
- 2 ขาดความก้าวหน้าในตนเองและวิชาชีพ
- 3 ค่าตอบแทนน้อยไม่เหมาะสมกับภาระงาน⁶

หากสำรวจแรงจูงใจในการเดินทางไปทำงานในประเทศแถบตะวันออกกลาง งานศึกษาของ พีระชัยชาญ ชี้ว่า สาเหตุที่แรงงานไทยเลือกเดินทางไปทำงานต่างประเทศเนื่องจากความต้องการรายได้ที่สูงขึ้นเพื่อยกระดับมาตรฐานการครองชีพให้ดีขึ้น เพื่อหาประสบการณ์ใหม่ ต้องการหาเงินไถ่ถอนทรัพย์สินที่จำนองไว้ และเพื่อชำระหนี้สิน⁷

นโยบายการจัดส่งและคุ้มครองแรงงานไทยไปตะวันออกกลาง

ความต้องการไปทำงานในตะวันออกกลางของแรงงานไทยส่งผลให้ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในไทยและประเทศปลายทางออกแบบระบบและมาตรการเพื่อรองรับการจัดส่ง รับ และติดตามคุ้มครองแรงงานให้ครอบคลุมและเกิดประสิทธิภาพ โดยการ**จัดส่งแรงงานไปทำงานต่างประเทศปัจจุบันมีช่องทางที่ถูกต้องตามกฎหมายทั้งสิ้น 5 ช่องทาง** ได้แก่

1 บริษัทจัดหางานจัดส่ง

2 **กรมการจัดหางานจัดส่ง** โดยเป็นบริการของรัฐที่ส่งคนหางานไปทำงานต่างประเทศ ไม่ต้องเสียค่าบริการ นอกจากค่าใช้จ่ายที่จำเป็น เช่น ค่าตัวเครื่องบิน ค่าวีซ่า ค่าภาษีสนามบิน ค่าสมาชิกกองทุนฯ ค่าที่พักสำหรับเตรียมตัวก่อนเดินทาง

3 **เดินทางไปทำงานด้วยตัวเอง** โดยคนหางานติดต่อนายจ้างต่างประเทศด้วยตนเอง หรือคนงานที่ทำงานครบสัญญาจ้างแล้วได้ต่อสัญญาจ้าง เมื่อเดินทางกลับมาประเทศไทยและจะเดินทางไปทำงานอีก ต้องแจ้งต่อกรมการจัดหางานก่อนวันเดินทางไม่น้อยกว่า 15 วัน

4 **นายจ้างในประเทศไทยพาลูกจ้างไปทำงาน** โดยนายจ้างในประเทศไทยที่มีบริษัทในเครืออยู่ในต่างประเทศ หรือประมุขงานในต่างประเทศได้ ส่งลูกจ้างที่อยู่ในประเทศไทยไปทำงาน แต่ต้องขออนุญาตต่อกรมการจัดหางาน

5 **นายจ้างในประเทศไทยส่งลูกจ้างไปฝึกงาน**⁸

ตัวอย่างโครงการที่จัดส่งโดยรัฐไปทำงานในตะวันออกกลาง คือ โครงการความร่วมมือไทย-อิสราเอล เพื่อการจัดหางาน (Thailand-Israel Cooperation on the Placement of Workers: TIC) เพื่อจัดส่งแรงงานไทยไปทำงานภาคเกษตรในประเทศอิสราเอล เป็นระบบการจ้างงานแบบรัฐต่อรัฐ โดยมีกรมการจัดหางาน สำนักงานบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ (สรต.) กระทรวงแรงงาน เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ ซึ่งการจะสมัครโครงการนี้จะต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนด เช่น ต้องมีอายุระหว่าง 23-39 ปี ไม่เคยทำงานในประเทศอิสราเอล มีสุขภาพแข็งแรง ตาไม่บอดสี โดยค่าใช้จ่ายก่อนการเดินทางไปทำงานอิสราเอลจะอยู่ที่ 70,350 บาท ส่วนกระบวนการคัดเลือกจะมีการคัดกรองคุณสมบัติ คัดเลือกความเหมาะสมกับตำแหน่งงาน สัมภาษณ์ และจัดส่งรายชื่อให้นายจ้างและบริษัทจัดหางานประเทศอิสราเอลเพื่อยืนยันการจ้างงาน ก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นตอนเตรียมความพร้อมก่อนการเดินทาง ทั้งนี้ **กระทรวงแรงงาน เปิดเผยว่ารายได้ของแรงงานไทยในอิสราเอลเฉลี่ยอยู่ที่ 55,000 บาทต่อเดือน โดยแรงงานจะสามารถเดินทางไปทำงานได้เพียง 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 ปี 3 เดือน**

สำหรับ การจัดส่งแรงงานไปทำงานในประเทศซาอุดีอาระเบีย ปัจจุบันมีแรงงานไทยเข้าไปทำงานในประเทศนี้มากกว่า 20,000 คน เฉพาะในภาคตะวันตกของซาอุดีอาระเบียมีแรงงานไทยจำนวน 15,000 คน เป็นแรงงานที่เดินทางไปทำงานตามสัญญาจ้าง (ถูกกฎหมาย) ราว 4,000 คน และเป็นแรงงานที่เดินทางโดยวีซ่าอุมเราะห์หรือผู้แสวงบุญและหลบหนีทำงาน (ผิดกฎหมาย) ราว 11,000 คน อย่างไรก็ตามภายหลังไทยฟื้นฟูความสัมพันธ์กับซาอุดีอาระเบีย ได้มีความพยายามจัดทำข้อตกลงความร่วมมือด้านแรงงานระหว่างไทยกับซาอุดีอาระเบีย หากสำเร็จจะส่งผลให้แรงงานไทยมีโอกาสกลับเข้าไปทำงานในซาอุดีอาระเบียอีกครั้งหนึ่ง หลังจากที่ซาอุดีอาระเบียระงับการให้วีซ่าแรงงานไทยนานกว่า 30 ปี ซึ่งในระยะแรกกระบวนการจัดส่งแรงงานไทยไปซาอุดีอาระเบียจะเป็นแบบรัฐต่อรัฐ เพื่อป้องกันปัญหาการหักหัวคิวหรือการถูกหลอก รวมถึงจะดูแลสิทธิและสวัสดิการแรงงานไทย ด้านซาอุดีอาระเบียเองก็มีมาตรการดูแลคุณภาพชีวิตและสวัสดิการของแรงงานต่างชาติที่ดี โดยมี E-Contract Program ซึ่งเป็นการทำสัญญาจ้างอิเล็กทรอนิกส์ที่มุ่งรักษาสิทธิของลูกจ้างและลดความขัดแย้งระหว่างลูกจ้างกับนายจ้าง⁹

ที่ผ่านมา รัฐบาลไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์การบริหารการจัดส่งคนหางานไปทำงานในต่างประเทศ พ.ศ. 2560-2564 ภายใต้วิสัยทัศน์ “แรงงานไทยไปทำงานต่างประเทศมีศักยภาพ ได้รับการคุ้มครองตามหลักสากลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน” โดยมีสาระสำคัญประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- ยุทธศาสตร์ที่ 1** การพัฒนาระบบ กลไกการบริหาร และฐานข้อมูลแรงงานไทยไปต่างประเทศแบบบูรณาการ
- ยุทธศาสตร์ที่ 2** การพัฒนาศักยภาพ และเตรียมความพร้อมแรงงานไทยก่อนไปทำงานต่างประเทศ
- ยุทธศาสตร์ที่ 3** การส่งเสริมแรงงานกลับคืนถิ่นให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน
- ยุทธศาสตร์ที่ 4** การรักษาและขยายตลาดแรงงานไทยในต่างประเทศ¹⁰

“ความเป็นธรรม – สงคราม – สุขภาพ” สามปัจจัยท้าทายความมั่นคงทางชีวิตของแรงงานไทย

แม้กระทรวงแรงงานจะพยายามออกแบบระบบการจัดส่งและติดตามคุณภาพชีวิตและการทำงานของแรงงานไทยในตะวันออกกลางมาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่ายังมีช่องโหว่ที่ก่อให้เกิดปัญหาและความท้าทายซึ่งแรงงานไทยต้องเผชิญและแบกรับในหลายด้านสรุปปัญหาที่สำคัญอย่างน้อย 3 ด้าน ได้ดังนี้

ปัญหาด้านการจ้างงานที่เป็นธรรม

ข้อมูลจากบีบีซีไทยเปิดเผยการเอาเปรียบและละเมิดสิทธิแรงงานในอิสราเอลว่ามีหลากหลายรูปแบบ ตั้งแต่การได้รับค่าตอบแทนต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนด สภาพการทำงานของแรงงานไม่ตรงตามสัญญา หลายคนทำงาน 6 วันต่อสัปดาห์ โดยชั่วโมงการทำงานเกินกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน ขณะที่ในเดือนตุลาคม ปี 2560 แรงงานไทยเคยนัดหยุดงานประท้วง เนื่องจากนายจ้างไม่จ่ายเงินเดือนกว่า 2 เดือน นอกจากนี้ การศึกษาในปี 2564 โดย Kav LaOved (องค์กรช่วยเหลือแรงงานต่างชาติในอิสราเอล) และแพทย์เพื่อสิทธิมนุษยชนอิสราเอลเปิดเผยว่า แรงงานภาคเกษตรทำงานหนักมากในสภาพอากาศร้อนจัด บางครั้งแรงงานได้รับอันตราย และพักอาศัยในที่พักที่ต่ำกว่ามาตรฐาน¹¹

ปัญหาด้านการสู้รบและความไม่สงบในพื้นที่ตะวันออกกลาง

เป็นปัญหาที่ยืดเยื้อมาอย่างยาวนานและปะทุระดับความรุนแรงขึ้นบ่อยครั้ง โดยเฉพาะการสู้รบระหว่างอิสราเอลกับขบวนการฮามาสนั้นส่งผลกระทบต่อแรงงานไทยในอิสราเอลซึ่งมีอยู่ราว 3 หมื่นคน โดยในการสู้รบที่ปะทุขึ้นเมื่อ 7 ตุลาคม 2566 พบว่าแรงงานไทยอยู่ในจุดที่มีความเสี่ยงมากกว่า 5 พันคน ขณะที่ข้อมูล ณ 21 พฤศจิกายน 2566 มีคนไทยเสียชีวิตจากเหตุความรุนแรงระหว่างทั้งสองฝ่ายกว่า 39 ราย ถูกจับเป็นตัวประกัน 26 ราย¹² สะท้อนถึงความเสี่ยงในชีวิตที่ต้องดิ้นรนหลบหนีจากอันตรายของการสู้รบ

ปัญหาด้านสุขภาพ

ข้อมูลจากบีบีซีไทยเปิดเผยประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตของแรงงานไทยว่า สภาพที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ หลายคนต้องอยู่ในที่พักขอมขอไม่ต่างจากสลัม นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานทำงานฉีดยาฆ่าแมลงโดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกันที่ดีพอ ซึ่งการสัมผัสยาฆ่าแมลงอยู่บ่อยครั้งส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจและระบบประสาท ต่อมา รัฐบาลอิสราเอลจึงออกกฎระเบียบว่า แรงงานที่ต้องฉีดยาฆ่าแมลงจะต้องมีเสื้อคลุม หน้ากากที่มีเครื่องกรอง รองเท้าบู๊ตและถุงมือ¹³

นอกจากปัญหาทั้งสามด้านข้างต้นแล้ว ยังพบว่า **แรงงานไทยต้องเผชิญกับความท้าทายอย่างน้อยอีก 3 เรื่อง** ได้แก่

1 **ระดับการศึกษาและทักษะทางภาษา** เช่น ภาษาอังกฤษ และอาหรับ ที่แรงงานไทยมีทักษะด้านนี้ค่อนข้างต่ำ ทำให้กลายเป็นจุดอ่อนในการเข้าถึงงานในระดับที่สูงขึ้น

2 **การปรับตัวในการใช้ชีวิต** เนื่องจากประเทศตะวันออกกลางโดยส่วนใหญ่เป็นประเทศมุสลิม มีขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม และข้อจำกัดในการดำรงชีวิตที่แตกต่างจากสังคมไทยอยู่มาก เช่น ห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ห้ามเล่นการพนัน ห้ามมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา โดยมีบทลงโทษที่รุนแรง ซึ่งผลให้เกิดความยากลำบากในการปรับตัว จนอาจนำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพจิตได้

3 ความไม่เคยชินกับสภาพภูมิอากาศที่อาจร้อนจัดและหนาว

ทั้งนี้ หน่วยงานภาครัฐของไทยได้พยายามจัดการกับปัญหาและความท้าทายต่าง ๆ ผ่านแนวทางและกิจกรรมในหลากหลายรูปแบบ เช่น การจัดทำ **Line Official Account ชื่อ “คู่มือแรงงานไทยในต่างประเทศ”** โดยสถาบันอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อช่วยเหลือและให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่แรงงานไทยในต่างประเทศ โดยมีฟังก์ชันหลากหลาย ตั้งแต่การซักประวัติอาการ/โรค การพบแพทย์ สำหรับแรงงานที่ต้องการปรึกษาแพทย์เรื่องอาการเจ็บป่วย รวมถึงความรู้โรคจากการทำงาน ขณะที่ความช่วยเหลือด้านการจ้างงานที่ไม่เป็นธรรม แรงงานไทยสามารถร้องทุกข์ได้โดยตรงกับสำนักงานแรงงานในต่างประเทศที่แรงงานทำงานอยู่ และมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือคนหางานไปทำงานในต่างประเทศ โดยแรงงานที่เข้าเป็นสมาชิกจะได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น¹⁴ นอกจากนี้ยังมีการเสริมสร้างทักษะแก่แรงงานไทย เช่น การอบรมเพิ่มทักษะด้านภาษาต่างประเทศ โดยมีสำนักงานและสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานเป็นเจ้าภาพหลัก ซึ่งครอบคลุมทั้งภาษาอังกฤษ จีน ญี่ปุ่น เกาหลี และภาษาในกลุ่มอาเซียน

ขณะที่ภาคส่วนอื่น ๆ ก็มีความพยายามทั้งการปกป้องสิทธิคุ้มครอง และให้ความช่วยเหลือแรงงานไทยตัวอย่างที่เห็นได้ชัด เช่น กรณีสหภาพนายความจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือทางกฎหมายแก่แรงงานไทยผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในประเทศอิสราเอล โดยให้คำปรึกษาหรือแนะนำเผยแพร่ความรู้ทางกฎหมาย การจัดหาทนายความ การแสวงหาข้อเท็จจริง และเป็นหน่วยงานกลางในการประสานงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อช่วยเหลือแรงงานไทย¹⁵

สงครามอิสราเอล-ฮามาสกับการคุ้มครองช่วยเหลือแรงงานไทย

เมื่อเกิดการสู้รบระหว่างอิสราเอลกับขบวนการฮามาส ทางกรมการไทยได้กำหนดมาตรการในการปกป้องชีวิตและช่วยเหลือในการอพยพ โดยรัฐบาลไทยได้จัด

เครื่องบินเพื่ออพยพชาวไทยกลับบ้านอย่างน้อย 9,000 คน โดยมีการประสานสถานที่พักพิงกับสหรัฐอเมริกาเพื่ออำนวยความสะดวกในการขนถ่ายแรงงานไทยให้ได้จำนวนมากและรวดเร็วยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม มีเสียงวิพากษ์วิจารณ์ว่าความช่วยเหลือของรัฐบาลไทยเกิดขึ้นล่าช้ากว่าที่ควร จึงเป็นเหตุให้แรงงานไทยต้องเสียชีวิตมากถึง 39 ราย และถูกจับเป็นตัวประกันอีก 26 ชีวิต โดย สุธาสนิ แก้วเหล็กไหล รองผู้อำนวยการมูลนิธิเพื่อสิทธิแรงงาน เปิดเผยกับบีบีซีไทยว่า เมื่อพิจารณาระยะเวลา นับตั้งแต่การโจมตีโดยกลุ่มฮามาสในเขตอิสราเอล ตั้งแต่วันที่ 7 ตุลาคม 2566 รัฐบาลเข้าไปช่วยเหลือคนงานในอิสราเอลล่าช้ามาก และขาดข้อมูลที่ทันเหตุการณ์¹⁶

สำหรับมาตรการในการเยียวยาและช่วยเหลือเพื่อให้เข้าถึงงานใหม่ ประกอบด้วยมาตรการหลักอย่างน้อย 4 มาตรการ ได้แก่

1 “เยียวยา” แรงงานไทยที่เป็นสมาชิกกองทุนเพื่อช่วยเหลือคนหางานไปทำงานต่างประเทศ เมื่อกลับมาถึงประเทศไทย กระทรวงแรงงานจ่ายเงินให้รายละ 15,000 บาท ทั้งนี้ ตามสิทธิประโยชน์เงินสงเคราะห์ ทั้งนี้แรงงานที่เสียชีวิตจะได้รับ 40,000 บาท เป็นค่าทำศพ และเงินเยียวยาสำหรับครอบครัวรายละ 40,000 บาท สำหรับผู้บาดเจ็บจะได้รับเงินเยียวยา รายละ 15,000 บาท

2 “หางานใหม่ ทั้งในและต่างประเทศ” กระทรวงแรงงานจะเจรจาประสานให้กับแรงงานไทยที่ยังไม่หมดสัญญาและประสงค์จะกลับไปทำงานที่อิสราเอลเมื่อเหตุการณ์สงบ รวมทั้งสอบถามความสมัครใจของแรงงาน หากไม่ประสงค์กลับไปทำงานที่อิสราเอล สามารถแจ้งความประสงค์เพื่อเดินทางไปทำงานยังประเทศอื่น ในส่วนผู้ที่ประสงค์จะทำงานในประเทศไทย ทางกระทรวงแรงงานจะหางานให้

3 “ฝึกทักษะฝีมือ รองรับอาชีพใหม่” กับกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน สามารถเข้ารับการฝึกทักษะด้านอาชีพเสริม และประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัว

4 “ดูแลสิทธิประโยชน์ และค่าจ้างค้างจ่าย” ประธานนายจ้างเพื่อดำเนินการจ่ายค่าจ้างส่วนที่ยังค้างจ่าย นอกจากนี้ยังมีมาตรการช่วยเหลือจากรัฐบาลอิสราเอล โดยกรณีบาดเจ็บ ถ้าได้รับบาดเจ็บเกินกว่า 10% แต่ไม่เกิน 19% จะเยียวยา 1.4 ล้านบาท ถ้าบาดเจ็บเกิน 20% ขึ้นไป จะให้การดูแลตลอดชีวิต ส่วนกรณีเสียชีวิต ภรรยาจะได้เงินตลอดระยะเวลาที่ยังไม่แต่งงานใหม่ ประมาณ 30,000 กว่าบาทต่อเดือน และบุตรจะได้รับการดูแลเดือนละ 10,000-15,000 บาท จนถึงอายุ 18 ปี¹⁷

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เนื่องจากแรงงานไทยในตะวันออกกลางต้องเผชิญมีปัญหาและความท้าทายหลายด้าน ภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับการยกระดับคุณภาพชีวิตและความมั่นคงปลอดภัยของแรงงานไทย โดย**ศูนย์บริหารข้อมูลตลาดแรงงานภาคกลาง** ได้มีข้อเสนอแนะที่น่าสนใจ ดังนี้

- 1 **ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรยกระดับมาตรฐานฝีมือแรงงานไทย โดยเฉพาะด้านภาษาและเทคโนโลยี** เพื่อลดข้อเสียเปรียบของแรงงานไทย โดยเร่งรัดทำหลักสูตรทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติในการเรียนการสอน
- 2 **ควรมีการเจรจากับประเทศผู้รับแรงงาน เพื่อแก้ปัญหาแก่แรงงานไทยในกรณีที่มีปัญหาอันเกิดจากนายจ้าง** ในต่างประเทศ
- 3 **ควรจัดทำข้อมูลขนาดใหญ่ เพื่อใช้ในการศึกษาพฤติกรรม การทำงาน รายได้ รวมถึงข้อมูลต่าง ๆ เพื่อการพัฒนา ปรับปรุงการจัดส่งแรงงานไปทำงานในต่างประเทศ การคุ้มครองดูแลความเป็นอยู่ของแรงงาน การส่งกลับแรงงาน และการดำเนินชีวิตภายหลังกลับมาจากต่างประเทศ¹⁸**

สำหรับ **การคุ้มครองแรงงานจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ตะวันออกกลาง** สุธาณี แก้วเหล็กไหล รองผู้อำนวยการมูลนิธิเพื่อสิทธิแรงงาน เสนอแนะผ่านบีบีซีไทยว่า รัฐบาลควรจัดการอย่างน้อย 4 ประการ ได้แก่

- 1 **รัฐบาลควรประเมินความเสี่ยงที่เป็นไปได้ของแต่ละประเทศ ก่อนลงนามในบันทึกความเข้าใจ หรือ MOU เพื่อส่งคนไทยไปทำงานต่างประเทศ**
- 2 **รัฐบาลไทยจะต้องจัดการหรือมีมาตรการลงโทษกับบริษัทตัวแทน หรือนายจ้างที่บังคับแรงงานไทยทำงานในพื้นที่เสี่ยง** แทนที่จะอพยพแรงงานไทยออกจากพื้นที่ดังกล่าว
- 3 **รัฐบาลควรมุ่งมั่นในการสร้างความมั่นคงในการทำงานในประเทศ** โดยมีค่าจ้างที่เพียงพอและเป็นธรรม เพื่อให้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของแรงงานไทยที่ไม่ต้องการเดินทางไปทำงานในต่างประเทศ
- 4 **ควรอนุมัติเงินกองทุนเพื่อช่วยเหลือคนไปทำงานในต่างประเทศ จำนวน 15,000 บาท เป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้สามารถเยียวยาครอบครัวทันที** โดยไม่ต้องยื่นเอกสาร เพื่อพิสูจน์ทราบผลกระทบที่แท้จริง¹⁹

สรุป

การเคลื่อนย้ายและอพยพชีวิตไปทำงานในประเทศแถบตะวันออกกลางนั้นเกิดขึ้นต่อเนื่องมาอย่างยาวนาน โดยมีเหตุปัจจัยทางเศรษฐกิจ คือ การได้รับค่าตอบแทนที่ค่อนข้างสูงเป็นปัจจัยดึงดูดสำคัญ อย่างไรก็ตาม แรงงานไทยในตะวันออกกลางยังต้องเผชิญกับปัญหาและความท้าทายด้านสังคม สุขภาพ และความไม่สงบในพื้นที่อยู่บ่อยครั้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของแรงงานไทยไม่น้อย อีกทั้งยังมีการจ้างงานที่ไม่เป็นธรรมซึ่งทำให้แรงงานถูกเอารัดเอาเปรียบด้วยทุกฝ่ายจึงควรพยายามจัดการกับปัญหาและความท้าทายต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งภาครัฐเองก็ได้นำนวัตกรรมใหม่ ๆ รวมทั้งพัฒนาระบบติดต่อสื่อสารเพื่อการคุ้มครองดูแลแรงงานไทยให้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีภารกิจอีกหลายประการที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจัง เช่น การคุ้มครองแรงงานไทยจากการบังคับใช้แรงงาน โดยร่วมมือกับรัฐบาลประเทศปลายทาง เพื่อควบคุมกำกับดูแลนายจ้าง การดูแลเรื่องสวัสดิการและสวัสดิภาพแรงงานในพื้นที่ห่างไกล และพื้นที่เสี่ยงและที่สำคัญคือ พัฒนาทักษะและฝีมือแรงงานไทย เพื่อให้สามารถต่อรองกับนายจ้างและพิทักษ์สิทธิของตนได้ดีขึ้น รวมทั้งเสริมสร้างโอกาสและศักยภาพของแรงงานไทยที่เดินทางกลับมาทำงานในประเทศไทย

มลพิษทางอากาศคร่าชีวิตคนไทย 3 หมื่นคนต่อปี ถึงเวลาทวงสิทธิ์อากาศสะอาด

“ กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ในปี 2563 พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่อาจมีความสัมพันธ์กับมลพิษทางอากาศ ทั่วประเทศจำนวน 6,880,709 ราย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคทางเดินหายใจ ตามด้วยโรคผิวหนังอักเสบ ตาอักเสบ และกลุ่มโรคหัวใจ หลอดเลือดและสมองอุดตัน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าเมื่อปี 2561 ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากมลพิษทางอากาศมากถึง 33,456 ราย ”

บทนำ

ปี 2566 เป็นปีที่มลพิษในอากาศและปริมาณ PM2.5 ปกคลุมประเทศไทยตอนบนตั้งแต่ภาคเหนือจนถึงอ่าวไทยตอนบนเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพกับประชาชนจำนวนมาก ข้อมูลเฝ้าระวังโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 – 19 มีนาคม 2566 พบผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ รวม 1,730,976 ราย โดยกลุ่มโรคที่พบสูงสุด ได้แก่ กลุ่มโรคทางเดินหายใจ กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ และกลุ่มโรคตาอักเสบ ทั้งนี้ **PM 2.5 สามารถแทรกซึมเข้าสู่ร่างกายและทำลายระบบอวัยวะต่าง ๆ ทำให้เกิดโรคเรื้อรังและมะเร็ง สามารถก่อให้เกิดโรคมามากมาย ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคผิวหนัง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเยื่อตาอักเสบ** สำหรับการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งปอดในไทย พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2563 พบรายงานผู้ป่วยมะเร็งปอด 122,104 ราย คิดเป็น 186.26 ต่อแสนประชากร บทความนี้เป็นกรณีศึกษาถึงปัญหาหมอกพิษทางอากาศ โดยเฉพาะ PM2.5 กับผลกระทบต่อสุขภาพในไทย การกำหนดมาตรฐาน PM2.5 และพัฒนาการของกฎหมายและแนวทางแก้ไขปัญหา

มลพิษทางอากาศกับผลกระทบต่อสุขภาพ

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีปัญหามลพิษระดับสูง โดยได้รับการจัดอันดับให้เป็นประเทศที่มีมลพิษมากที่สุดเป็นอันดับที่ 28 จาก 98 ประเทศทั่วโลก จากการจัดอันดับในรายงานคุณภาพอากาศโลกประจำปี 2562 ของ IQAir's 2019 World Air Quality Report โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีการเพิ่มขึ้นของค่าดัชนีคุณภาพอากาศ (AQI) ของมลพิษในอากาศที่สูงถึงระดับที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน หรือ PM2.5 เกินค่าแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) ถึง 2 เท่า¹

ผลกระทบต่อสุขภาพของ PM2.5 เกิดขึ้นได้กับทั้งอวัยวะภายนอก ตาและผิวหนัง และอวัยวะภายใน ตลอดเส้นทางที่เข้าสู่ร่างกาย ได้แก่ ทางเดินหายใจ ตั้งแต่เยื่อจมูก ลำคอ หลอดลม หลอดลมย่อยในปอด ถุงลมฝอยที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อเนื้อเยื่อระบบภูมิคุ้มกันและระบบอื่น ๆ ในปอดต่อไปยังผลกระทบที่เกิดกับระบบเส้นเลือดที่เป็นเส้นทางผ่านไปทั่วร่างกาย โดยเฉพาะเส้นเลือดในอวัยวะสำคัญอย่างหัวใจและสมอง และมีผลต่ออวัยวะภายในต่าง ๆ ของร่างกาย มลพิษทางอากาศจึงกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่ได้รับความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและเชิงนโยบายมากยิ่งขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้น พบว่า มีทั้งผลเฉียบพลันและเรื้อรัง มีทั้งผลกระทบที่ทำให้เกิดการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น และที่สำคัญกว่านั้นคือ การเกิดโรคไม่ติดต่อของอวัยวะต่าง ๆ²

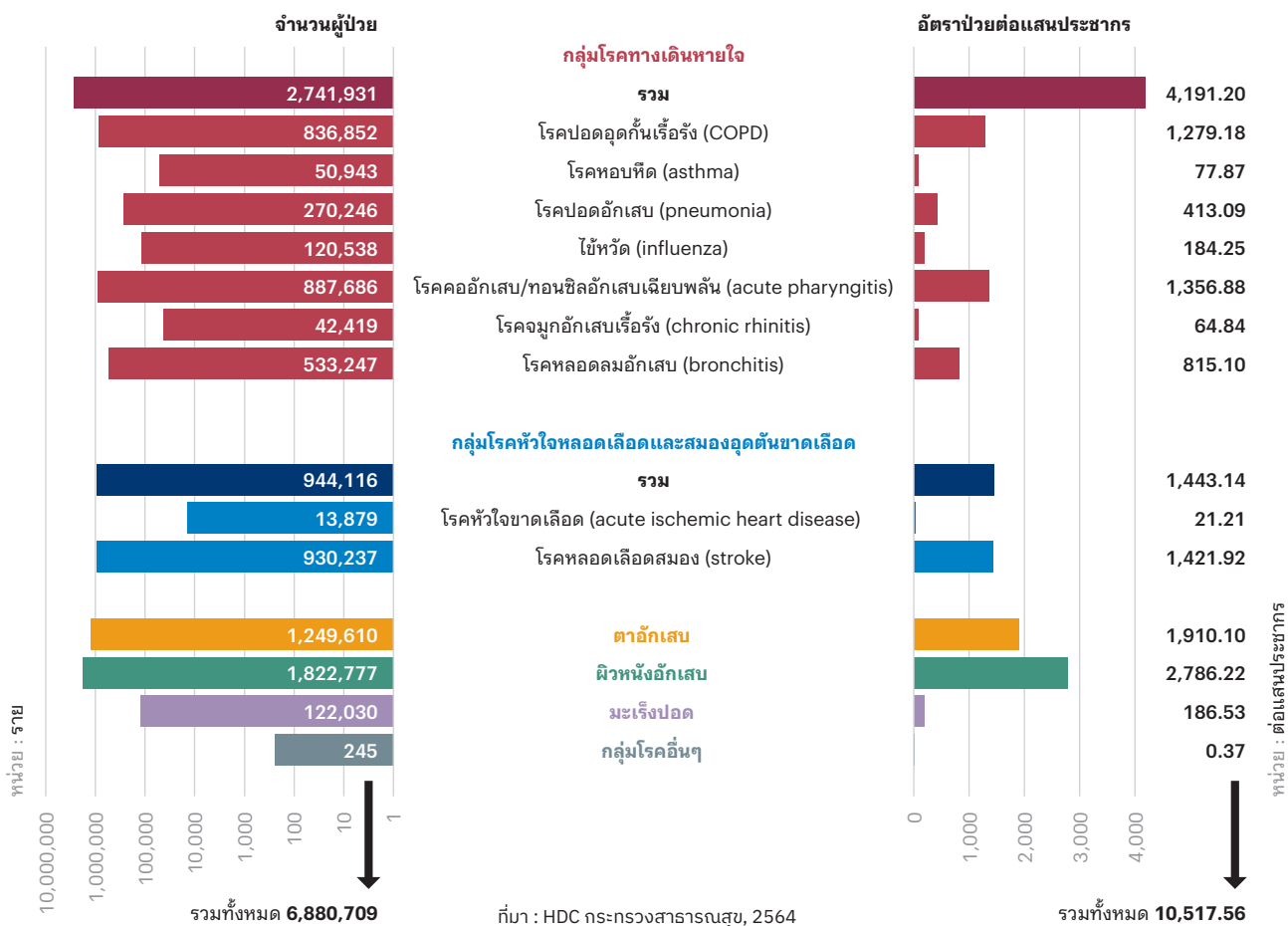
ทั้งนี้ การเสียชีวิตจากมลภาวะทางอากาศของไทย ที่เผยแพร่ในฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี 2561 พบว่าประเทศไทยมีการเสียชีวิต ที่มีสาเหตุมาจากมลพิษทางอากาศ ทั้งหมด 33,456 ราย หรือคิดเป็นจำนวน 48.71 คนต่อแสนประชากร โดยแยกออกเป็น 4 กลุ่มโรค คือ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง มะเร็งปอด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้น³

แม้ว่าการรายงานการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศในประเทศไทยในฐานะข้อมูลขององค์การอนามัยโลก บวกกับสภาพอากาศของประเทศไทยที่ต้องเผชิญฤดูฝุ่นซ้ำ ๆ ติดต่อกันมาเป็นเวลานานในช่วง 10 กว่าปีให้หลัง ทำให้เกิดกระแสการตื่นตัวเรื่องมลพิษทางอากาศอย่างกว้างขวาง แต่ข้อมูลผลกระทบด้านสุขภาพยังคงมีจำกัดมาก หากหน่วยงานภาครัฐจะยึดข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกก็ยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากไม่ได้แสดงแหล่งที่มาของข้อมูล ที่ประชาชนจะสามารถตรวจสอบได้อย่างครบถ้วน หรืออธิบายวิธีการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน นอกจากนี้ ยังมีการนำเสนอข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพในประเทศไทย จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน แม้แต่ข้อมูลของรัฐบาลไทย ก็มีข้อมูลที่จำกัด **ถึงแม้ว่าข้อมูลการเสียชีวิตจากทุกกลุ่มโรคในประเทศไทยจะมีครบทั้ง 77 จังหวัด แต่มีเพียงบางจังหวัดเท่านั้น ที่มีข้อมูลมลพิษทางอากาศและข้อมูลอุบัติเหตุที่เพียงพอ** ทำให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างมลพิษทางอากาศและการเสียชีวิตได้เฉพาะในบางจังหวัดเท่านั้น โดยเพิ่งเริ่มศึกษาวิเคราะห์ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา

ทำให้การพัฒนาฐานข้อมูลผลกระทบด้านสุขภาพของไทยยังมีข้อจำกัดและต้องการงานศึกษาวิจัย และการเก็บข้อมูลอีกมาก

ด้วยเหตุนี้ ในปี 2564 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศจากเขตสุขภาพต่าง ๆ ทั่วประเทศ ใน **รายงานสถานการณ์สุขภาพจากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Centre (HDC) ปี 2563 พบว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่อาจมีความสัมพันธ์กับมลพิษทางอากาศ ในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 1-13 มีจำนวนมากถึง 6,880,709 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 10,517.6 ต่อแสนประชากร** โดย กลุ่มโรคทางเดินหายใจเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด มีจำนวน 2,741,931 ราย (คิดเป็นอัตราป่วย 4,191.2 ต่อแสนประชากร) รองลงมาคือ ผิวหนังอักเสบ จำนวน 1,822,777 ราย (คิดเป็นอัตราป่วย 2,786.2 ต่อแสนประชากร) ตาอักเสบ จำนวน 1,249,610 ราย (คิดเป็นอัตราป่วย 1,910.1 ต่อแสนประชากร) กลุ่มโรคหัวใจ หลอดเลือดและสมองอุดตันขาดเลือด จำนวน 944,116 ราย (คิดเป็นอัตราป่วย 1,443.1 ต่อแสนประชากร) และกลุ่มมะเร็งปอด จำนวน 122,030 ราย (คิดเป็นอัตราป่วย 186.5 ต่อแสนประชากร) และกลุ่มโรคอื่น ๆ จำนวน 245 ราย (คิดเป็นอัตราป่วย 0.37 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ (ภาพที่ 1)⁴ ทั้งนี้ พื้นที่ซึ่งเป็นกลุ่มจังหวัดในภาคเหนือตอนบนนั้น มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคทางเดินหายใจอุดกั้น กลุ่มโรคตาอักเสบ และกลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ

ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยด้วยโรคที่อาจมีความสัมพันธ์กับมลพิษทางอากาศในปี 2563



สำหรับในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (PM2.5) ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563-26 ตุลาคม 2564 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจและหัวใจและหลอดเลือด มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วงที่ปริมาณความเข้มข้นของมลพิษทางอากาศและฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนสูงขึ้นเช่นกัน จากรายงานการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวัง พบว่า ในช่วงที่มีปัญหาหมอกพิษทางอากาศและฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน (พฤศจิกายน 2563-มีนาคม 2564) มีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาจำนวน 2,631 ราย ได้แก่ โรคหอบหืด จำนวน 970 ราย (ร้อยละ 36.8) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 912 ราย (ร้อยละ 34.7) โรคระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ 730 ราย (ร้อยละ 27.8) และโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 19 ราย (ร้อยละ 0.7) มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน 1,664 ราย (ร้อยละ 63.2) และแผนกผู้ป่วยนอก 967 ราย (ร้อยละ 36.8) สรุปได้ว่า เมื่อพิจารณาในภาพรวมของการเกิดโรคเทียบกับค่าเฉลี่ยของปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน พบว่า มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน และการรายงานผู้ป่วยจะเพิ่มมากขึ้นในช่วงที่มีวิกฤตมลพิษทางอากาศและฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ระหว่างปลายเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนมีนาคมปีถัดไป⁵

การกำหนดค่ามาตรฐาน PM2.5 และมาตรการด้านสุขภาพ

เนื่องจากความรุนแรงของโรคและการเจ็บป่วยของประชาชนจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเข้มข้นของปริมาณฝุ่น PM2.5 การกำหนดค่ามาตรฐานจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง องค์การอนามัยโลกจึงมีการประกาศเกณฑ์มาตรฐานแนะนำ พร้อมระบุว่าไม่มีระดับความเข้มข้นของฝุ่น PM2.5 ในระดับที่ปลอดภัย ทุกประเทศจึงควรบรรลุเป้าหมายในการทำให้ระดับค่าฝุ่นต่ำที่สุดและสอดคล้องกับบริบทของประเทศนั้น ๆ โดยในเดือนกันยายน 2564 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศ “เกณฑ์แนะนำคุณภาพอากาศ” (Air Quality Guidelines: AQGs) ฉบับใหม่ ซึ่งเป็นการปรับเกณฑ์ครั้งแรกในรอบ 16 ปี นับตั้งแต่การปรับครั้งล่าสุดเมื่อปี 2548 โดยค่าเฉลี่ยรายปีของ PM2.5 ที่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยจะไม่เกิน 5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร และค่าเฉลี่ยราย 24 ชั่วโมง จะต้องไม่เกิน 15 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร

เนื่องจากประเทศไทยไม่สามารถขยับเกณฑ์ค่าฝุ่นให้อยู่ในระดับต่ำได้ ศูนย์แก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ (ศกพ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ตั้งขึ้นมาภายใต้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (กค.วล.) จึงออกมาให้ความเห็นว่า ค่ามาตรฐาน PM2.5 ดังกล่าวนั้น “ค่อนข้างต่ำมาก” และไม่ควรมานำมาเปรียบเทียบกับมาตรฐานของแต่ละประเทศ เพราะ “อาจจะเป็นการประเมินสถานการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของหลายประเทศ” แต่เนื่องจากมีเสียงเรียกร้องจากหลายฝ่ายโดยเฉพาะภาคประชาชนที่ติดตามปัญหาเรื่องนี้ ในวันที่ 1 มิถุนายน 2566 ประเทศไทยจึงได้มีการประกาศใช้ค่าดัชนีคุณภาพอากาศ (AQI) ตามค่ามาตรฐาน PM2.5 ใหม่โดยปรับจาก 50 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เป็น 37.5 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร

นอกจากนี้ได้มีการปรับการแจ้งเตือนมลพิษจากฝุ่น PM2.5 จากเดิมที่ระดับสีแดงมีค่า AQI 91 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เป็น 75.1 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เป็นไปตาม (ร่าง) ประกาศกรมควบคุมมลพิษ เรื่องดัชนีคุณภาพอากาศของประเทศไทย พ.ศ. ... เพื่อปรับความหมายและข้อความแจ้งเตือนการแนะนำการปฏิบัติตนสำหรับประชาชนในการดูแลสุขภาพใหม่ ซึ่งนับเป็นความก้าวหน้าที่สุดในการปรับค่ามาตรฐานของไทยนับตั้งแต่มีการกำหนดค่ามาตรฐานครั้งแรกในปี 2553⁶

แต่ในมุมมองของนักวิชาการและภาคประชาชน ยังเห็นว่า การแจ้งเตือนกลุ่มเสี่ยงด้วยค่าดัชนีคุณภาพอากาศเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ไม่สามารถสะท้อนและปกป้องคุ้มครองสุขภาพของประชาชนได้ทันทั่วถึง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วย จึงมีการเสนอแนวคิดค่าเฉลี่ยราย 3 ชั่วโมง แบบเดียวกับที่ใช้กันในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา ซึ่งมีการศึกษาในระดับพื้นที่และมีงานวิจัยรองรับว่าการแจ้งเตือนรายงานในช่วงเวลาดังกล่าว จะสะท้อนและคุ้มครองสุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้จริง แนวคิดดังกล่าวถูกผลักดันเข้าไปถึงกระทรวงสาธารณสุข แต่โครงการดังกล่าวยังไม่ถูกดำเนินการ เนื่องจากประเทศไทยยังมีปัญหาในระดับข้อมูลเชิงพื้นที่ที่ยังไม่มากพอ รวมถึงเกรงว่าประชาชนจะสับสนกับการรายงานค่าดัชนีคุณภาพอากาศที่กรมควบคุมมลพิษรายงานในปัจจุบัน

ต่อมาเครือข่ายภาคประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ ภายใต้สภามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้นำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ ควบคู่กับการระดมทีมนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ติดตั้งเครื่องมือตรวจวัดแบบง่ายที่ได้มาตรฐานในราคาไม่แพงในชื่อ DustBoy โดยติดตั้งให้กระจายทั่วพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูล และรายงานเป็นค่าดัชนีคุณภาพอากาศที่ครอบคลุมข้อมูลด้านสุขภาพแบบรายชั่วโมง หรือที่เรียกว่า เชียงใหม่ AQHI (Air Quality Health Index) รวมถึงยังมีหลายมาตรการซึ่งเกิดขึ้นในระดับพื้นที่ เช่น ห้องปลอดฝุ่น และอุปกรณ์แบบง่ายในการกรองฝุ่นสำหรับใช้ในครัวเรือน ชุมชน ซึ่งเป็นโมเดลของการลุกขึ้นมา

ปกป้องสุขภาพของคนในพื้นที่ ตลอดจนหาแนวทางการแก้ปัญหาจากแหล่งกำเนิดด้วยการเสนอกฎหมายอากาศสะอาดภาคประชาชน ส่วนภาครัฐคือออกมาตรการเพื่อปกป้องสุขภาพประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ เช่น แจกหน้ากากอนามัยที่ปกป้องฝุ่น PM2.5 และการให้อำนาจผู้ว่าราชการจังหวัดสั่งปิดโรงเรียน แต่วิธีการเหล่านี้ก็เป็นเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึงเมื่อเทียบกับขนาดและความรุนแรงของปัญหา

ในระดับนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นแม่งานใหญ่ของเรื่องนี้ ได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จัดตั้งเครือข่ายการเฝ้าระวังด้านสุขภาพ การเปิดคลินิกมลพิษ ควบคู่กับการออกระเบียบให้โรงพยาบาลสอบสวนโรคที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ และสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับประชาชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานในพื้นที่เสี่ยงต่อมลพิษทางอากาศ ทั้งพื้นที่เขตเมือง พื้นที่หมอกควัน 9 จังหวัดภาคเหนือ และพื้นที่ตำบลหน้าพระลาน จังหวัดสระบุรี

มองลึกลงไปกว่า PM2.5 เพื่อค้นหาแหล่งกำเนิดของมลพิษ

ประเด็นสำคัญที่จะช่วยในการวิเคราะห์ถึงต้นตอของฝุ่น PM2.5 และแก้ปัญหาที่แหล่งกำเนิดอย่างตรงจุด ก็คือ การศึกษาวิเคราะห์สารพิษที่อยู่ใน PM2.5 ว่าระดับความเข้มข้นของสารพิษแต่ละประเภทอยู่ในเกณฑ์ปกติตามที่ค่ามาตรฐานสากลกำหนดไว้หรือไม่ แต่ประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดค่ามาตรฐานของสารพิษหลายชนิดในชั้นบรรยากาศ อย่างเช่นโพลีไซคลิกอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (Polycyclic Aromatic Hydrocarbons: PAHs) สารไดออกซิน หรือกลุ่มโลหะหนัก เช่นปรอท แคดเมียม อย่างไรก็ตาม ความเข้มข้นของมลพิษระดับเดียวกันในพื้นที่ต่างกัน หรือพื้นที่เดียวกันแต่ต่างเวลากัน อาจส่งผลต่อความเสี่ยงด้านผลกระทบต่อสุขภาพที่ต่างกันไปตาม “องค์ประกอบ” ของสารมลพิษที่อยู่ในอากาศ จึงทำให้ต้องพิจารณาย้อนกลับไป “แหล่งกำเนิด” และ “การปลดปล่อย” สารดังกล่าว

ในส่วนของ “แหล่งกำเนิด” ต้องพิจารณาว่า สารมลพิษนั้นมาจากแหล่งกำเนิดประเภทใดบ้าง และในแต่ละแหล่งที่ผลิตมลพิษนั้นมีองค์ประกอบอะไรบ้าง และ “ปล่อย” สารมลพิษเหล่านั้นออกด้วยกระบวนการอะไร เช่น การเผาไหม้ในพื้นที่เกษตร โรงงานอุตสาหกรรม และควันจากไอเสียรถยนต์ ดังนั้นผู้ที่อาศัยหรือใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ที่มี “แหล่งกำเนิด” ที่สร้างมลพิษที่มีอันตราย มี “การปลดปล่อย” มลพิษมาก และไม่มีมาตรการกักจับหรือกำจัดที่เหมาะสม และในพื้นที่ซึ่งมีความเข้มข้นของมลพิษสูง จึงเป็นประชากรที่มีความเสี่ยงต่อผลกระทบต่อสุขภาพมากกว่าคนอื่น ๆ

นอกจากการพิจารณาถึงพิษที่มาจากแหล่งกำเนิดแล้ว ยังมีอีกปัจจัยหนึ่งที่ต้องพิจารณาควบคู่กัน คือ “ปริมาณ” PM2.5 และ มลพิษทางอากาศอื่น ๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย คือ ปริมาณอากาศที่หายใจเข้าสู่ร่างกาย ในช่วงเวลานั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับอัตราการหายใจและปริมาณอากาศที่ถูกสูดเข้าไปในปอดในการหายใจแต่ละครั้ง ดังนั้นถ้ายิ่งหายใจเร็วและหายใจลึกก็จะได้รับสารมลพิษในปริมาณสูงมากกว่าคนอื่น อย่างไรก็ตาม มนุษย์แต่ละคนมีการตอบสนองด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน แม้จะได้รับปริมาณ PM2.5 เข้าสู่ร่างกายในปริมาณที่เท่ากันและมีองค์ประกอบเดียวกัน อาจเรียกได้ว่าเป็น ความไวต่อการเกิดผลจากการรับสารมลพิษที่แตกต่างกันของแต่ละคน ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยของร่างกายที่ทำให้มีความเสี่ยงสูงกว่าคนอื่น ๆ ในการได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM2.5 ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงตามวัย โดยเฉพาะ เด็ก ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพร่างกายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ อยู่แล้ว



เครื่องตรวจวัดปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กในบรรยากาศด้วยระบบเซนเซอร์ (DustBoy)

ที่มา : www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/39/iid/228445

มาตรการในการลดผลกระทบด้านสุขภาพ

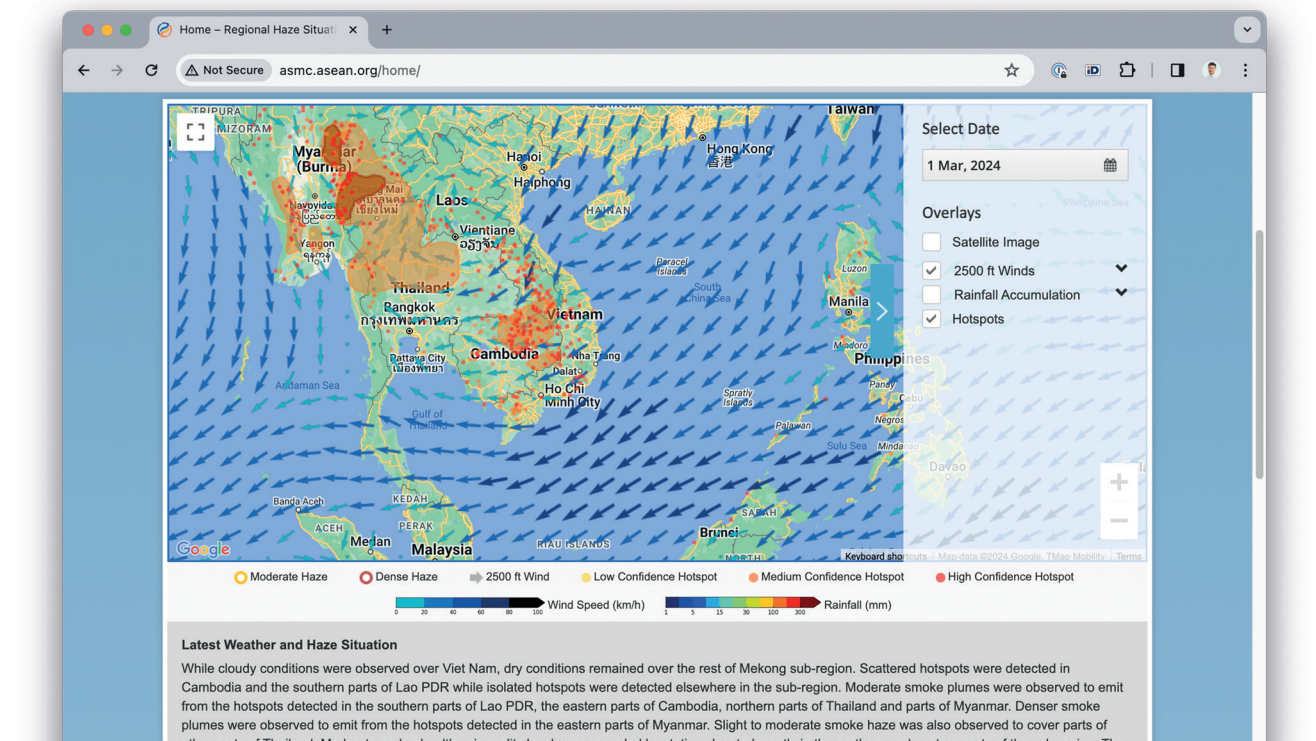
มลพิษทางอากาศได้สร้างมูลค่าความเสียหายให้กับสังคมไทยอย่างมหาศาล ซึ่งสะท้อนจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเสียโอกาสในการทำงานหารายได้ ปัญหาสุขภาพที่เสื่อมโทรม ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ป้องกัน ไม่ว่าจะเป็นหน้ากากอนามัยและเครื่องฟอกอากาศ และทำให้ความสุขของประชาชนลดลง มีการประเมินว่า **ความสูญเสียเหล่านี้อาจมีมูลค่าสูงถึง 2.1 ล้านล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 12.6 ของ GDP** โดยมูลค่าความเสียหายข้างต้นจัดว่าเป็นความเสียหายขั้นต่ำ⁷ แม้จะไม่มีผลการประเมินผลกระทบด้านเศรษฐกิจอย่างเป็นระบบ แต่ก็เป็นที่ชัดเจนว่ามลพิษทางอากาศได้สร้างผลกระทบต่อด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก การจะลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่เกิดจากมลพิษทางอากาศของฝุ่นละอองขนาดเล็กที่มีความเป็นพิษสูงอย่าง PM2.5 ได้สำเร็จ จำเป็นที่จะต้องลดการสร้างและปลดปล่อยมลพิษจากแหล่งกำเนิด

เมื่อปี 2562 ประเทศไทยมีแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ การแก้ไขปัญหาหมอกพิษด้านฝุ่นละออง ที่กำหนดมาตรการแก้ไขปัญหามาจากแหล่งกำเนิดทั้งระยะสั้นและระยะยาว ครอบคลุมแหล่งกำเนิดที่สำคัญในแต่ละแหล่งเอาไว้ได้อย่างครอบคลุม พร้อมระดมมาตรการและเป้าหมายในการบรรลุของแต่ละมาตรการ ได้แก่

1 **รถยนต์** ควบคุมและลดมลพิษจากยานพาหนะ เช่น เพิ่มทางเลือกในการเดินทางสัญจรให้ประชาชน ทดแทนรถราชการเก่าด้วยรถยนต์ไฟฟ้า กำหนดพื้นที่และมาตรการในการจำกัดจำนวนรถเข้าในเขตใจกลางเมือง และบังคับใช้มาตรฐานการระบายมลพิษทางอากาศจากรถยนต์ใหม่ Euro5 ภายในปี 2564 และ Euro6 ภายในปี 2565

2 **ควบคุมและลดมลพิษจากการเผาในที่โล่ง/ภาคการเกษตร** เช่น ให้โรงงานน้ำตาลรับอ้อยไฟไหม้ เข้าหีบได้ไม่เกินร้อยละ 20 ต่อวัน ภายในปี 2564 และให้อ้อยไฟไหม้หมดไปภายในปี 2565 จัดการขยะมูลฝอยเพื่อไม่ให้เกิดการกำจัดขยะโดยการเผาในที่โล่ง จัดระเบียบการเผาภาคการเกษตร ควบคุมและลดมลพิษ จากการก่อสร้างและผังเมือง เพิ่มพื้นที่สีเขียวในเขตเมืองให้ได้ตามมาตรฐานสากล และบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดกับการทำให้เศษวัสดุก่อสร้างตกหล่น รื้อไหล ปลิวฟุ้งกระจายลงบนถนน

แผนที่แสดงหมอกควัน (haze) ที่เผยแพร่ไว้บนเว็บไซต์ของศูนย์เชี่ยวชาญด้านอุตุนิยมวิทยาแห่งอาเซียน (ASEAN Specialised Meteorological Centre: ASMC)



ที่มา : asmc.asean.org/home/

3 **ควบคุมและลดมลพิษจากภาคอุตสาหกรรม** กำหนดมาตรฐานการระบายมลพิษทางอากาศโดยคำนึงถึงความสามารถหรือศักยภาพในการรองรับมลพิษทางอากาศของพื้นที่ ติดตั้งระบบตรวจสอบการระบายมลพิษทางอากาศที่ปล่อยของโรงงานอุตสาหกรรมบางประเภทและรายงานผลผ่านระบบออนไลน์ไปยังกระทรวงอุตสาหกรรม และจัดทำทำเนียบการปลดปล่อยและเคลื่อนย้ายมลพิษ

4 **การแก้ไขปัญหาหมอกพิษข้ามแดน** โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานตามโรดแมปอาเซียนปลอดหมอกควันข้ามแดน (ASEAN Transboundary Haze Roadmap) ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการเชิงรายชื่อ 2017 เพื่อป้องกัน มลพิษจากหมอกควันข้ามแดน และประสานความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาหมอกควันข้ามแดน

แต่ตลอดระยะเวลา 4 ปี ภายใต้แผนดังกล่าว มาตรการส่วนใหญ่ไม่สามารถบรรลุได้ตามแผนจนเกิดเป็น “ความล้มเหลวเชิงนโยบาย” เนื่องจากขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ไม่มีเจ้าภาพที่สั่งการได้อย่างแท้จริง ไม่มีหน่วยงานกำกับดูแลนโยบายอย่างจริงจัง แต่เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เช่น จับรถควันดำที่วิ่งใน เขต กทม. และปริมณฑล บางนโยบาย เช่น การให้หยุดเผาในที่โล่งก็ทำไม่สำเร็จ เพราะไม่กล้าบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง และไม่สามารถควบคุมอ้อยไฟไหม้ไม่ให้เข้าโรงงาน นอกจากนี้ หลายนโยบายก็ไม่คืบหน้า เช่น การลดปริมาณรถยนต์ดีเซลในเขตเมือง การนำน้ำมันยูโร 5 เข้ามาใช้เพื่อลดควันดำ การบังคับใช้กฎหมายห้ามเผา การช่วยเหลือเกษตรกรในการไถกลบตอซัง ฟางข้าว การนำเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรมาใช้ประโยชน์ การลดการเกิดไฟฟ้าในพื้นที่อนุรักษ์ และการเจรจาและใช้มาตรการกดดันเพื่อลดฝุ่นควันข้ามแดนจากประเทศใกล้เคียง

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากเลือกตั้ง ปี 2566 **ที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรได้มีมติเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2567 เห็นชอบเป็นเอกฉันท์ 443 เสียง งดออกเสียง 1 รับหลักการร่าง พ.ร.บ. บริหารจัดการเพื่ออากาศสะอาด ที่คณะรัฐมนตรี (นายเศรษฐา ทวีสิน) เป็นผู้เสนอ รวมทั้งยังรับหลักการ ร่างกฎหมายอากาศสะอาด ที่ภาคประชาชนกว่า 22,000 รายชื่อ และพรรคการเมือง ทั้งพรรคเพื่อไทย พรรคภูมิใจไทย พรรคพลังประชารัฐ พรรคก้าวไกล และพรรคประชาธิปัตย์ เสนอ รวมทั้งสิ้น 7 ฉบับ** แต่การรับร่างดังกล่าวยังคงมีขั้นตอนทางนิติบัญญัติอีกระยะหนึ่ง ภายหลังจากที่ได้มีความพยายามเสนอร่างกฎหมายอากาศสะอาดมาก่อนหน้านี้ ในสมัยรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา แต่ถูกตีตกไป

โดยภาคประชาชนเห็นว่า หากประเทศไทยจะมีกฎหมายอากาศสะอาดเหมือนกับนานาประเทศที่พัฒนาแล้ว จำเป็นที่จะต้องให้กฎหมายมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพจริง กฎหมายควรมีเขี้ยวเล็บอย่างกองทุนสิ่งแวดล้อม ซึ่งกำหนดให้ผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย และเอาเงินที่ได้ไปฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม เยียวยาประชาชนที่ได้รับผลกระทบ ไม่เช่นนั้นก็จะกลายเป็นเพียงกฎหมายที่กำหนดแค่หน้าที่และอำนาจให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและไปรอการจัดสรรงบประมาณเท่านั้น นอกจากนี้สาระสำคัญของร่างกฎหมายฉบับภาคประชาชนยังคง

แตกต่างจากร่างฯ ที่เสนอโดยภาครัฐ คือ การพูดถึงสิทธิของประชาชนที่จะมีสิทธิหายใจในอากาศสะอาด และการปรับโครงสร้างของหน่วยงานกำกับดูแลที่ภาคประชาชนต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในองค์กรดังกล่าว เป็นต้น⁸

สรุป

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศจำนวนมากในแต่ละปี นอกจากนี้ ยังมีผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากมลพิษอากาศปีละหลายหมื่นราย งานศึกษาวิจัยต่าง ๆ ได้พิสูจน์ในระดับหนึ่งแล้วว่า PM2.5 เป็นสาเหตุของโรคภัยไข้เจ็บและการเสียชีวิต โดยประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ประสบปัญหาหมอกพิษทางอากาศในระดับสูง โดยเฉพาะในช่วงฤดูแล้งราวเดือนพฤศจิกายน ถึงมีนาคม ในแต่ละปี แม้รัฐบาลจะได้จัดทำแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ การแก้ไขปัญหาหมอกพิษด้านฝุ่นละอองเมื่อปี 2562 ที่ครอบคลุมการแก้ปัญหาในด้านต่าง ๆ แต่ไม่ได้มีการปฏิบัติตามแผนอย่างจริงจัง ด้วยเหตุนี้จึงมีความเคลื่อนไหวของฝ่ายต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคประชาสังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ เพื่อปรับมาตรฐานของคุณภาพอากาศ และแจ้งเตือนประชาชน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น จนมีการปรับมาตรฐานเรื่อง PM2.5 ให้เป็นสากลมากขึ้น และมุ่งไปสู่การศึกษาและกำหนดค่ามาตรฐานของสารพิษต่าง ๆ ที่แฝงอยู่ใน PM2.5 ด้วย นอกจากนี้ ได้มีความเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันร่างกฎหมายสะอาดเนื่องจากอากาศสะอาดถือเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนที่ต้องได้รับการดูแล คุ้มครอง โดยต้องมีหน่วยงานกำกับดูแลและบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว

การถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. ความเป็นมา ปัญหาและความท้าทาย

“ การกิจในการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลนั้นมีเป้าหมายเพื่อให้หน่วยงานในท้องถิ่นเป็นศูนย์สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สามารถดำเนินงานด้านสาธารณสุขทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และอาจพัฒนาการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นได้ ซึ่งการถ่ายโอนดังกล่าวนี้ เป็นการดำเนินการตามกฎหมาย ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตาม ”

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของไทยกำลังมีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เมื่อมีการกระจายอำนาจด้วยการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชานวามินทราธิณี (สอน.) ให้ไปอยู่กับ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในปีงบประมาณ 2566 ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2565 ที่เห็นชอบการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. ไป อบจ. จำนวน 3,264 แห่ง บุคลากรรวมจำนวน 23,117 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ยังคงมีบทบาทและหน้าที่ในการควบคุมมาตรฐานการให้บริการสุขภาพ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนงานแพทย์ฉุกเฉินและการคุ้มครองผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม กระบวนการถ่ายโอนดังกล่าวแม้ว่าจะมีข้อดี เช่น ได้รับงบประมาณสนับสนุนและอัตราค่าจ้างเพิ่มขึ้น จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แต่ก็ประสบความท้าทายหลายประการ เช่น ความพร้อมของ อปท. แต่ละแห่ง สวัสดิการและความก้าวหน้าของบุคลากรวิชาชีพ และปัญหาการเมืองท้องถิ่น บทความนี้เป็นกรณีศึกษาถึงแนวคิด กระบวนการถ่ายโอนดังกล่าว ข้อท้าทายที่เกิดขึ้น และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ที่มา และแนวคิดการถ่ายโอน รพ.สต.

ในการดำเนินการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. อาจดูเหมือนว่าจะเริ่มต้นจากประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ สอน. และ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ลงวันที่

5 ตุลาคม 2564 และประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 แต่ในความเป็นจริงต้องย้อนอดีตไปดูเรื่องราวความเป็นมากว่า 20 ปีก่อนหน้า โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 กำหนดให้มี พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรท้องถิ่น ซึ่งบัญญัติขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2542 กำหนดให้มีการถ่ายโอนบริการสาธารณะ 6 ด้าน ให้แก่องค์กร โดยคณะกรรมการภายใต้ พ.ร.บ. ดังกล่าว ได้แก่ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร ได้ออกแผนการกระจายอำนาจและแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนในการกระจายอำนาจให้แก่อปท. (ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2543 และฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551) ซึ่งมีสาระสำคัญคือให้มีการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่เทศบาลและองค์กรปกครองส่วนตำบล (อบต.) และให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (กสพ.) เพื่อเป็นกลไกสนับสนุนในระดับพื้นที่ แต่ปรากฏว่าการดำเนินการถ่ายโอนดังกล่าวเป็นไปด้วยความล่าช้า ทำให้กว่า 10 ปีของการดำเนินการดังกล่าว (ตั้งแต่ ปี 2551-2563) มี รพ.สต. และ สอน. ถ่ายโอนไปอยู่กับเทศบาล และ อบต. เพียง 84 แห่งเท่านั้น¹

บทบัญญัติแห่ง พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 17 (19) และกฎกระทรวงมหาดไทยซึ่งออกตามความใน พ.ร.บ. องค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและบำบัดรักษาโรคติดต่อ รวมทั้งในแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข ถ่ายโอนสถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม และในระยะสุดท้ายให้ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด²

ในปี 2565 การถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชานวามินทราธิณี (สอน.) จำนวน 3,000 กว่าแห่ง ให้ไปขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นหนึ่งในเหตุการณ์สำคัญของวงการสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากจำนวนการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน.

ในครั้งนี้มีจำนวนมากถึง 1 ใน 3 ของ รพ.สต. และ สอน. ทั้งหมด เหตุการณ์นี้จึงอาจนับได้ว่าเป็นหมุดหมายสำคัญอันหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในหน้าประวัติศาสตร์การสาธารณสุขของประเทศไทย ที่มีการถ่ายโอนบทบาท อำนาจ หน้าที่และทรัพยากรของวงการสาธารณสุขแบบ “บีกลีต” เป็นการถ่ายโอนอำนาจการดูแลจากเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลระบบสุขภาพไทยรายใหญ่ ไปสู่การดูแลโดยกระทรวงมหาดไทย คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ด้วยการดูแลระบบสุขภาพในท้องถิ่น³

ภารกิจในการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลนั้นมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้หน่วยงานในท้องถิ่นเป็นศูนย์สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายให้ดำเนินงานด้านสาธารณสุข ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และอาจพัฒนาการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นได้ ซึ่งการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. นั้น เป็นการดำเนินการตามกฎหมาย มีการประกาศเพื่อบังคับใช้ ซึ่งเป็นเรื่องที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตาม และไม่มีข้อยกเว้นให้ส่วนราชการใช้ดุลพินิจในการตัดสินใจไม่ถ่ายโอนการดำเนินงาน ซึ่งหากกระทำลักษณะเช่นนั้นจะเข้าข่ายความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 157 ฐานละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ และ มาตรา 165 ฐานขัดขวางการดำเนินการตามกฎหมาย มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี ซึ่งจะลงโทษหัวหน้าส่วนราชการ ฉะนั้นเรื่องการกระจายอำนาจจึงไม่ใช่เรื่องเล่น ๆ แต่มีบทบังคับตามกฎหมายที่ประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา⁴

ด้านกระทรวงสาธารณสุข มีความคิดเห็นเรื่องการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. ว่าเห็นด้วยกับหลักการการกระจายอำนาจ ซึ่งการดำเนินการนั้นจะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนภารกิจทั้งสองหน่วยงานก่อน โดยตามมติเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2565 และวันที่ 26 กรกฎาคม 2565 มีมติให้ทำการถ่ายโอน สอน. และ รพ.สต. จำนวน 3,264 แห่ง โดยมีบุคลากรรวม 21,829 คน บุคลากรประกอบด้วย ข้าราชการ 11,992 คน และประเภทการจ้างงานอื่น 9,837 คน เมื่อจำแนกตามสายงานพบว่า เป็นสายงานบริการทางการแพทย์ 13,034 คน คิดเป็น 59.7% ของบุคลากรที่ประสงค์ถ่ายโอนทั้งหมด สายสนับสนุนวิชาชีพและสายสนับสนุนงานบริหาร 8,795 คน คิดเป็น 40.3%⁵ และคณะรัฐมนตรียังได้อนุมัติงบประมาณเพื่อสนับสนุนการถ่ายโอนรวม 5,932 ล้านบาท พร้อมตั้งคณะทำงานติดตามการดำเนินการถ่ายโอนทั้งบุคลากร ทรัพย์สิน และภารกิจบริการ และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นช่วงเปลี่ยนผ่าน และยืนยันยังให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนได้ตามเดิม⁶

แนวทางการดำเนินงานและกระบวนการถ่ายโอน รพ.สต.

หากย้อนดูเส้นทางการดำเนินการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. คงจะต้องกล่าวถึงประกาศหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจหน่วยงานทั้งสองให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่มีการลงนามเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2564 และเผยแพร่ในเว็บไซต์ราชกิจจานุเบกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างแท้จริง จึงได้กำหนดหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบจ. ดังต่อไปนี้⁷

- 1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น หมายความว่า เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เมืองพัทยา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง
- 2 ให้ อบจ. ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. และ สอน. มีอำนาจและหน้าที่เกี่ยวกับการป้องกันและบำบัดโรค การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน การรักษาพยาบาลอย่างง่าย การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค
- 3 ให้ อบจ. ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. และ สอน. ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐอย่างเหมาะสม และไม่ก่อให้เกิดภาระทางการเงินการคลังแก่ อบจ. แห่งนั้น
- 4 ให้โครงสร้างและอัตรากำลังของ รพ.สต. และ สอน. ที่ถ่ายโอนให้ อบจ. อย่างน้อยเป็นไปตามโครงสร้างและอัตรากำลังของ รพ.สต. และ สอน. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- 5 ให้การถ่ายโอนบุคลากรของ รพ.สต. และ สอน. เป็นไปตามความสมัครใจ หากบุคลากรไม่สมัครใจโอนย้ายไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. และ สอน. ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดและส่วนราชการต้นสังกัดเดิม ปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด
- 6 ในกรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นมีความพร้อมและประสงค์ขอรับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. และ สอน. ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่ อบจ. แล้ว ให้ดำเนินการถ่ายโอนให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นที่ขอรับการถ่ายโอนภารกิจตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนที่คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด
- 7 ให้ทุกส่วนราชการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ อบจ. ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. และ สอน. ให้แก่ อบจ. ตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการกระจายอำนาจกำหนด
- 8 ให้คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจตีความวินิจฉัยปัญหา กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติ

ในการดำเนินการดังกล่าว คณะกรรมการกระจายอำนาจฯ ได้แต่งตั้ง **คณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น** ที่มีนายเลอพงศ์ ลิ้มรัตน์ เป็นประธาน ทำหน้าที่ดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องการถ่ายโอน รพ.สต. โดยเปิดรับสมัครองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีความพร้อมในการรับการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. ทั่วประเทศ ซึ่งได้รับการตอบรับจาก อบจ. ที่สนใจและมีความพร้อมในการดำเนินงานส่งหนังสือมาขอรับการถ่ายโอน ทั้งหมด 49 แห่ง เมื่อมีการประเมินศักยภาพแล้วพบว่า มี อบจ. ที่ผ่านการประเมินระดับดีเลิศ 45 แห่ง และอยู่ในระดับดีมาก 4 แห่ง ทำให้มีการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดในรอบแรกในวันที่ 1 ตุลาคม 2565 (ปีงบประมาณ 2566) รวม 3,384 แห่ง⁹ โดยในจำนวนนี้มีการถ่ายโอน 100% ทั้งจังหวัดจำนวน 6 จังหวัด ได้แก่ Mukดาหาร หนองบัวลำภู ร้อยเอ็ด ขอนแก่น ปราจีนบุรี และสุพรรณบุรี ซึ่งได้มีการพยายามจัดการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ผ่าน **กลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (กสพ.) โดยการสนับสนุนงบประมาณให้ รพ.สต. ตามขนาดโครงสร้าง S, M และ L** แห่งละ 4 แสนบาท 6.5 แสนบาท และ 1 ล้านบาท โดยเกิดแนวคิดและข้อเสนอที่หลากหลายทั้งในการจัดการระดับพื้นที่และเชิงนโยบายเพื่อให้กระบวนการถ่ายโอนและการดูแลประชาชนในพื้นที่ดำเนินงานต่อไปได้อย่างราบรื่นมากที่สุด¹⁰

ข้อดี ข้อเสีย และความท้าทาย

ภายหลังประกาศหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนสอน. และ รพ.สต. ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดดังกล่าว คลื่นของความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในวงกว้าง มีกระแสวิพากษ์วิจารณ์ถึงข้อดีข้อเสียของการถ่ายโอน รวมถึงการแสดงความคิดเห็นทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการถ่ายโอนดังกล่าว

โดยประเด็นหลักประเด็นหนึ่งที่ถูกหยิบยกขึ้นมาพูดถึง ซึ่งจะเป็นประเด็นต่อเนื่องไปจนภายหลังการดำเนินการถ่ายโอนแล้ว นั่นคือ **กระแสเชิงบวกจากการถ่ายโอน รพ.สต. มาจากบุคลากรบางส่วนที่มีความรู้ดีกว่า** ที่ผ่านมา มีความเหลื่อมล้ำในกลุ่มวิชาชีพของผู้ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติงานอยู่ใน รพ.สต. และ สอน. บุคลากรของ รพ.สต. และ สอน. ไม่ได้ได้รับความเป็นธรรม ขาดการดูแล ไม่มีความก้าวหน้าในสายงาน รวมถึงการที่ รพ.สต. และ สอน. ขาดการสนับสนุนด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ และทรัพยากรให้เพียงพอต่อการทำงานตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมา ดังนั้น **การถ่ายโอนการบริหารจัดการไปยัง อบจ. จึงเป็นความหวังและแสงสว่างของบุคลากรที่ต้องการการเปลี่ยนแปลง โดยมีความหวังว่าจะเกิดระบบการทำงานใหม่ ๆ ที่จะช่วยแก้ไข และพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในท้องถิ่นได้**

ความคิดดังกล่าว เป็นหนึ่งในมูลเหตุที่ผลักดันให้เกิดประกาศของสำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และส่งผลต่อเนื่องในเรื่องการถ่ายโอนภารกิจจัดการบริการปฐมภูมิไปสู่ท้องถิ่น จนเกิดปรากฏการณ์ที่อาจนิยามได้ว่า “เลือดไหลออก” จากกระทรวงสาธารณสุข¹¹ ซึ่งความคาดหวังของบุคลากรที่ต้องโอนย้ายสังกัดนั้น มีความมุ่งหวังว่าจะเกิดข้อดีของการถ่ายโอน คือ **บุคลากรมีโอกาสในความก้าวหน้าในสายงานมากกว่าเดิม** เพราะคนที่ถ่ายโอนไปต้องการ

ขึ้นตำแหน่งชำนาญการพิเศษ ซึ่งเป็นโอกาสในการเลื่อนระดับตำแหน่งที่มากกว่าการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข **อีกทั้ง อาจได้รับ การสนับสนุนงบประมาณมากขึ้น** เนื่องจากไม่จำเป็นต้องรอนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพียงอย่างเดียว แต่ท้องถิ่นจะมั่งคั่งให้เพิ่มขึ้นอีกเฉลี่ย รพ.สต.ละ 1 ล้านบาท **และการจัดสรรอัตรากำลังเมื่อสังกัดท้องถิ่น ที่ท้องถิ่นอาจจัดสรรบุคลากรเพิ่มให้ครบโครงสร้าง หรือมากกว่าจำนวนที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรให้**

แต่ในทางกลับกัน ภายหลังจากดำเนินการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. ให้แก่ อบจ. ในช่วงต้นของปีงบประมาณ 2566 ก็ได้มีการสะท้อน **ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ** เมื่อพบว่า การดำเนินการมีความหลากหลาย แตกต่างกันไปในพื้นที่ปฏิบัติงาน และพบปัญหาการดำเนินการ เช่น **ปัญหาการโอนกรรมสิทธิ์ที่ดินสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ การเปลี่ยนแปลงระเบียบและกฎเกณฑ์ต่าง ๆ จากระเบียบและกฎเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขเป็นระเบียบและกฎเกณฑ์ของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การเบิกค่าใช้จ่ายเงินต่าง ๆ** ไม่ว่าจะเป็นค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าตอบแทน หรือกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง นอกจากนี้ยังพบ **ปัญหา ด้านการปฏิบัติงานสาธารณสุขเมื่อทำการโอนย้าย** พบว่า การทำงานแบบเครือข่ายหน่วยบริการในรูปแบบเดิมที่เคยดำเนินการก่อนโอนย้ายหายไป ทำให้ **รพ.สต. และ สอน. ขาดการสนับสนุนจากหน่วยบริการแม่ข่าย (CUP) ทั้งเรื่องงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ และบุคลากร** ทำให้เกิดปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรในการให้บริการ นอกจากนี้ยังประสบกับปัญหา และอุปสรรคในการประสานงานระหว่าง รพ.สต./ สอน. กับหน่วยงานในพื้นที่ระดับอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล ชุมชน และ รพ.สต. ด้วยกันเองอีกด้วย

ความใหม่และความไม่พร้อมในการบริหารงานของ อบจ. ทำให้การบริหาร รพ.สต./ สอน. เกิดภาวะขาดแคลนบุคลากรใน **กองสาธารณสุขของ อบจ.** ฯลฯ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อ การให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่โดยตรง รวมไปถึงอาจพบเจอ **อุปสรรค ในการดำเนินงานหากการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของ รพ.สต. ไม่สอดคล้องกับนโยบายของนักการเมืองท้องถิ่น**¹²

ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้จัดทำ **“รายงานการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระยะที่ 1”** โดยได้ศึกษาและสรุปความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ รพ.สต. ที่ได้รับการถ่ายโอนไป อบจ. ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้¹³

1 **ความเปลี่ยนแปลงการจัดการทรัพยากร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล** เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสูงที่สุดในประเด็น ความเพียงพอ สมรรถนะทางวิชาการและแรงจูงใจ ทรัพยากรการเงิน ส่งผลต่อการดำเนินการและลำดับ ความสำคัญของภารกิจ **ทรัพยากรในกลุ่มยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ ที่มีแนวโน้มได้รับการสนับสนุน จากโรงพยาบาลแม่ข่ายน้อยลง รวมถึงลดบทบาทความช่วยเหลือจากเภสัชกรโรงพยาบาล และการสนับสนุนการ จัดบริการอื่น ๆ** เช่น การที่โรงพยาบาลยกเลิกการจัดคลินิกตรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ รพ.สต.

2 **ความเปลี่ยนแปลงของการจัดบริการ** ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องมาจากการจัดสรรทรัพยากร รวมถึงการจัดสรรทรัพยากร บุคคลที่เปลี่ยนแปลงไป และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและทีมบุคลากรในพื้นที่ **ทำให้ประชาชนไม่ได้รับบริการ ที่เคยได้รับ** เช่น การจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (NCDs) บริการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะประคับประคอง ผู้ป่วย หลังคลอดและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

3 **ความเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานด้านสาธารณสุข** เป็นผลต่อเนื่องมาจากการจัดสรรทรัพยากร รวมถึงการจัดสรร ทรัพยากรบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไป และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและทีมบุคลากรในพื้นที่ เช่น การรายงาน การเฝ้าระวังและสอบสวนโรคที่ลดลงในหลายพื้นที่ พบว่า **รพ.สต. มีแนวโน้มยุติ หรือลดการดำเนินการในส่วนที่ เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่เห็นว่าไม่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ หรือไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน ที่เป็นรูปธรรม**

ภายหลังจากครบรอบ 1 ปี ของการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. ไปให้ อบจ. แบบ “บีกล็อต” เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ได้ **มีรายงานการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. ในบางจังหวัด** เช่น งานวิจัยของ รศ. ดร. รัชเชลิม สุทธิพงษ์ประชา สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ศึกษาพื้นที่ที่ถ่ายโอน รพ.สต. โดยกำหนดให้ อบจ. ปราชินบุรี เป็นพื้นที่ในการศึกษา เนื่องจากเป็นพื้นที่นำร่องที่ดำเนินการถ่ายโอน รพ.สต. ทั้งจังหวัด ผลการศึกษา สรุปได้ ดังนี้^{14,15}

- ๑ จังหวัดปราจีนบุรีมีภาวะผู้นำแบบครบวงจร ทั้งการเมืองท้องถิ่น และการเมืองสนามใหญ่ระดับประเทศ มีวิสัยทัศน์ในการทำงานทิศทางเดียวกันทำให้มีเสถียรภาพมั่นคงและชัดเจน ส่งผลดีให้เกิดการสร้างภาวะผู้นำร่วม และจุดมุ่งหมายเดียวกัน
- ๒ การมีส่วนร่วมของประชาชนพบว่า ตัวแทนภาคประชาชนในจังหวัดปราจีนบุรีมีความเชื่อมั่นในบทบาทด้านสุขภาพของ อบจ.
- ๓ ด้านการบริหารพบว่า สัมพันธภาพระหว่าง อบจ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ รพ.สต. มีสัมพันธภาพที่ดีตั้งแต่ก่อนการถ่ายโอน มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความชัดเจนและตั้งอยู่บนพื้นฐานความเคารพซึ่งกันและกัน ทำให้การถ่ายโอนภารกิจเป็นไปได้ด้วยความราบรื่น
- ๔ ด้านโครงสร้างและอัตรากำลังของกองสาธารณสุขใน อบจ. ปราจีนบุรี ประสบปัญหาเดียวกันกับ อบจ. ทั่วประเทศ แต่หลังการถ่ายโอนภารกิจ อบจ.ปราจีนบุรี ได้แต่งตั้งผู้อำนวยการ รพ.สต. แห่งหนึ่ง เป็นรักษาการผู้อำนวยการกองสาธารณสุข ซึ่งช่วยบรรเทาข้อจำกัดของ อบจ. และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่บุคลากร รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมาได้อย่างมาก
- ๕ รูปแบบการบริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิของ รพ.สต. ใน อบจ.ปราจีนบุรี มีความหลากหลายของระบบการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและ รพ.สต. ทำให้รูปแบบการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิของแต่ละอำเภอมีความแตกต่างกัน และยังต้องการการพัฒนาศักยภาพในหลายด้าน จึงต้องมีการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ต่อไป

แนวทางการดำเนินการเพื่อลดผลกระทบต่อประชาชน

จากข้อมูล “รายงานการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ระยะที่ 1” ของศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการบริหารจัดการเชิงระบบ แนวทางการใช้เครื่องมือทางการเงินการคลัง สารสนเทศและกฎหมาย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่¹⁶

๑ การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายในพื้นที่ของผู้เกี่ยวข้อง

การสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานในพื้นที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ และหากได้รับความเห็นชอบจากระดับนโยบายในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นระดับการเมืองท้องถิ่น หรือหน่วยงานภาครัฐ จะยิ่งเป็นแรงเสริมให้การดำเนินงานคล่องตัวยิ่งขึ้น และนอกจากระดับนโยบายแล้วความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน และคนทำงานก็มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน ดังนั้นการจัดทำโครงสร้างในการทำงานให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน โดยมีเป้าหมายด้านสุขภาพของประชาชนเหมือนกัน จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในความสำเร็จของการสร้างสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน

๒ การสนับสนุนข้อมูลสารสนเทศและวิชาการ

มีความสำคัญ เพื่อให้การดำเนินงานถ่ายโอน รพ.สต. เป็นไปได้อย่างราบรื่น สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด และสามารถดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริงตามเป้าหมายการกระจายอำนาจ ข้อมูลสารสนเทศและข้อมูลในการศึกษาวิจัย จึงนับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญ ที่จะเป็นตัวสะท้อนปัญหา และความต้องการในพื้นที่เป็นเชิงประจักษ์ ทำให้ผู้บริหาร และคนทำงานสามารถบริหารจัดการพื้นที่ได้ตรงตามความต้องการ และสอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่อย่างแท้จริง



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านโพธิ์ ต. ตำนาน อ. พัทลุง

ที่มา : maung.ptho.moph.go.th/web/hosp.php#menu1

๓ การจัดสรรและการจัดการทรัพยากร

การจัดสรรทรัพยากรครอบคลุม 1) บุคลากร 2) งบประมาณ 3) ยา เวชภัณฑ์ 4) เครื่องมือแพทย์ ควรคำนึงถึงความเพียงพอ คุณภาพหรือสมรรถนะความสามารถ ความสอดคล้องระหว่างงานและทรัพยากรที่มี รวมถึงการใช้ประโยชน์ร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มีอย่างจำกัดของพื้นที่และของประเทศ ทั้งนี้การจัดสรรและการจัดการทรัพยากรควรมีการพิจารณาและเตรียมพร้อมไว้ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางสุขภาพ

นอกเหนือจากแนวทางข้างต้นแล้ว **ในการดำเนินงานด้านปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุขควรทำการชักจูงความเข้าใจกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสถานพยาบาลในกำกับทุกแห่ง เรื่องการสนับสนุนยาเวชภัณฑ์ และบุคลากร ที่เบิกจ่ายด้วยเงินจากกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และต้องดำเนินการเหมือนเดิม** เพื่อความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ทั้ง รพ.สต. และหน่วยบริการอื่น ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ที่ไม่ได้รับผลกระทบจากการถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. และสามารถรับบริการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้หากองค์การบริหารส่วนจังหวัดต้องการจัดซื้อยาเวชภัณฑ์ ที่อยู่นอกเหนือจากสิทธิขั้นพื้นฐานนั้น สามารถทำได้ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2561

สำหรับการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรองค์การบริหารส่วนจังหวัดควรจัดกรอบอัตรากำลังข้าราชการ ตามขนาดของ รพ.สต. หรือ สอน. โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลเป็นเงินเดือน ค่าตอบแทน และสิทธิประโยชน์ ไม่น้อยกว่าที่เคยได้รับภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคลากรตัดสินใจโอนย้ายมาสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในการแก้ปัญหาคความสับสนในการควบคุมการประกอบวิชาชีพ เมื่อมีการโอนย้ายสังกัดจากกระทรวงสาธารณสุข ไปยังกระทรวงมหาดไทย ในช่วงเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. และ สอน. ควรให้**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพ ให้กับ รพ.สต. ไปก่อน ซึ่งเป็นไปตามข้อยกเว้นของ พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง** โดยให้ผู้มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็นผู้ควบคุมได้

ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ควรมุ่งพัฒนาระบบบริการที่ไร้รอยต่อเพื่อเชื่อมสาธารณสุขมูลฐานเข้ากับบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ด้วยการพัฒนาระบบบริการแบบรับผิดชอบร่วมกันด้วยพันธสัญญา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ มีคุณภาพและได้มาตรฐาน โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และ องค์การบริหารส่วนจังหวัด และจัดสัมมนาหรือเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด อันจะนำไปสู่การร่วมคิด ร่วมพัฒนา และแก้ปัญหาร่วมกัน¹⁷

สรุป

การถ่ายโอน รพ.สต. และ สอน. ให้แก่ อบจ. เป็นความพยายามในการกระจายอำนาจเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระยะยาว ตามทิศทางการพัฒนาประเทศที่ลดอำนาจรัฐและการกิจส่วนกลางไปสู่ชุมชนท้องถิ่นเพื่อการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น แม้จะมีกระแสวิพากษ์วิจารณ์ถึงข้อดีข้อเสียของการถ่ายโอน รวมถึงการแสดงความคิดเห็นทั้งที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการถ่ายโอนดังกล่าว ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอาจถือเป็นเพียงจุดติดขัดเล็ก ๆ ที่ต้องเกิดขึ้นเส้นทางยังทอดยาวไปอีกไกลและทุกฝ่ายยังต้องร่วมมือเดินทางต่อไปเพื่อพัฒนาระบบบริการที่ไร้รอยต่อ เชื่อมสาธารณสุขมูลฐานเข้ากับบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ทั้งในด้านการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานในพื้นที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ รวมถึงการพัฒนาและจัดทำข้อมูลสารสนเทศและข้อมูลในการศึกษาวิจัยเพื่อสะท้อนปัญหา และความต้องการในพื้นที่ เพื่อช่วยในการบริหารจัดการพื้นที่ได้ตรงตามความต้องการของประชาชนและการจัดสรรทรัพยากรที่ใช้ประโยชน์ร่วมกันในพื้นที่ โดยคำนึงถึงความเพียงพอ คุณภาพและประสิทธิภาพ รวมถึงการแก้ไขปัญหาในทางปฏิบัติต่าง ๆ ในช่วงเปลี่ยนผ่าน โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และ องค์การบริหารส่วนจังหวัด



ธรรมนูญสุขภาพฉบับที่ 3 มุ่งสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 มีทิศทางที่มุ่งให้เกิด “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ให้มีความสำคัญกับกลุ่มคนที่เสียเปรียบหรือถูกละทิ้งในสังคม การคุ้มครองกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง รวมไปถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากประชาชนและทุกภาคส่วนในสังคม กล่าวคือ เป็นระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรมทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคม กับทุกกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย

บทนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติถึงสถานะของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพไว้ว่า **ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ¹ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้วให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน²**

โดยในทางปฏิบัติ **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมีสถานะเป็น “กรอบทิศทางของระบบสุขภาพไทย” ที่เปรียบเสมือน “ร่ม” ที่แสดงให้เห็นถึงเป้าหมายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ความเชื่อมโยงระหว่าง ยุทธศาสตร์ชาติ แผนระดับชาติ และแผนปฏิบัติการหรือแผนในทุกระดับในระบบสุขภาพ** ทั้งนี้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไม่ใช่แผนในระดับปฏิบัติการ และยังมีลักษณะเป็นเหมือน **“ข้อตกลงร่วม” หรือ “แนวคิดร่วม” ที่ทุกภาคส่วนมีความเข้าใจ** ซึ่งหากเกิดการปฏิบัติใดที่ไม่สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติให้มีการทำความเข้าใจและตกลงร่วมกันหรือให้ข้อเสนอแนะถึงการดำเนินการที่สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ³ เนื้อหาของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติจะต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่อง 1) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ 2) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ 3) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ 4) การสร้างเสริมสุขภาพ 5) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ 6) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ 7) การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ 8) การคุ้มครองผู้บริโภค 9) การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ 10) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 11) การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข และ 12) การเงินการคลังด้านสุขภาพ⁴

กฎหมายกำหนดให้มีการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี⁵ ปัจจุบันได้ประกาศใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นฉบับที่ 3 แล้ว ที่ผ่านมามีการประกาศธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปแล้ว 2 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2552 และ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)⁶ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน⁷ เป็นผู้จัดทำร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเสร็จแล้วให้เสนอธรรมนูญดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบและเมื่อให้ความเห็นชอบแล้ว ให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา⁸

เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2565 ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติเห็นชอบ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565” ซึ่งเปรียบเสมือน “แผนที่นำทาง” หรือ เข็มทิศนโยบายสุขภาพของประเทศไทย ที่จัดทำขึ้นด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ทั้งหน่วยงานรัฐ องค์กรธุรกิจ เอกชน ประชาชน และเยาวชน ภายใต้แนวคิด “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และช่วยพลิกฟื้นประเทศไทย” โดยมุ่งให้เกิด “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ทั้งในระบบบริการสุขภาพ (healthcare system) และระบบการสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มคนเปราะบาง รวมไปถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและกลไกทางสังคมด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม บทความนี้เป็นสาระที่ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ประกอบด้วยความสำคัญและเนื้อหาของธรรมนูญสุขภาพฉบับที่ 3 จุดเด่นและความท้าทาย และแนวทางการขับเคลื่อน

สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพ ในระยะ 5 ปี

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้กล่าวถึงสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อระบบสุขภาพไว้ 7 ประการ ได้แก่

1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และความแตกต่างระหว่างวัย

ทำให้เกิดภาระของงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ วัยแรงงานที่ลดลงแล้วยังก่อให้เกิดปัญหาช่องว่างและความแตกต่างระหว่างวัยในหลายมิติ ทั้งในด้านความคิด มุมมองต่อสังคม วัฒนธรรม การใช้ชีวิต ความคิดเห็นทางการเมืองการปกครอง รวมไปถึงการแสดงออกและวิถีชีวิต หากไม่สามารถยอมรับความแตกต่างหลากหลายนี้ได้ อาจนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้ง ความแตกแยกและความรุนแรงในสังคมตามมาได้



2 การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรค และปัญหาสุขภาพ

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา รวมทั้งผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทำให้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในขณะที่โรคติดต่อ เช่น โรคเอดส์ มาลาเรีย โรคไวรัสตับอักเสบบี มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ทำให้เห็นได้ว่าการเกิดโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้และมักไม่อาจคาดการณ์ได้ล่วงหน้า



3 การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมือง

แม้ว่าการขยายตัวของความเป็นเมืองจะก่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจและสังคมในหลายมิติ แต่การขยายตัวของสังคมเมืองและการพัฒนาเชิงพื้นที่ยังมีลักษณะของการกระจุกตัวสูงหรือมีการรวมศูนย์ความเจริญ เกิดปัญหามลภาวะ ปัญหาสังคม ปัญหาแรงงานข้ามชาติ ปัญหาการกระจายรายได้ที่นำไปสู่ปัญหาด้านรายได้ และค่าใช้จ่ายในครัวเรือน



๔ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว

เป็นทั้งปัจจัยเชิงบวกและเชิงลบต่อความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ ปัจจัยเชิงบวก ได้แก่ ทำให้เกิดการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้เกิดการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล การตรวจสอบคุณภาพบริการ การบริหารจัดการเพื่อการควบคุมโรค ไปจนถึงการให้บริการ การแพทย์ทางไกล (telemedicine) และการรักษาพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงระดับบุคคล อย่างไรก็ตาม ผลทางลบ ได้แก่ ทำให้เกิดการแพร่ของข้อมูลข่าวสารทั้งข้อมูลที่ผิด และข้อมูลที่บิดเบือนจากความจริง การล่องละเมิดทางเพศออนไลน์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม



๕ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สภาพภูมิอากาศ และภาวะโลกร้อน

มีแนวโน้มจะเกิดการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและรุนแรงขึ้นกว่าที่คาดการณ์ไว้ หลายภูมิภาคอาจเผชิญกับความถี่ของพายุฝนหรืออุทกภัยที่บ่อยและรุนแรงขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทรัพยากรธรรมชาติ ภูมิประเทศและความหลากหลายทางชีวภาพ ระบบสุขภาพก็ได้รับผลกระทบมากขึ้น ทั้งจากการกลายพันธุ์ของเชื้อโรค การแพร่กระจายของโรคตามฤดูกาลที่มีแนวโน้มรุนแรงขึ้น เกิดโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากมลภาวะสิ่งแวดล้อม

๖ การขาดแคลนทรัพยากรและงบประมาณ

ปัจจุบันประเทศไทยมีภาระหนี้สาธารณะสูงจนเกือบเกินเพดานทางการคลังของประเทศ ประกอบกับหนี้ในภาคครัวเรือนของไทยที่เคยอยู่ในระดับสูงมากที่สุดแห่งหนึ่งของโลก ปัญหานี้สินนี้ เป็นประเด็นท้าทายหนึ่งที่ส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินการคลังของระบบสุขภาพของประเทศ รวมถึงปัญหาการขาดแคลนยา วัคซีน และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ รัฐจึงจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการกระจายทรัพยากรให้กับประชาชนอย่างมีธรรมาภิบาล เพื่อให้เกิดความทั่วถึงและเท่าเทียม





๗ การแบ่งขั้วทางการเมืองของโลก และการค้าระหว่างประเทศ

อาจมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ การสู้รบ การก่อการร้ายและสงครามในรูปแบบต่าง ๆ การกีดกันทางการค้า รวมทั้งมาตรการแข่งขันทางเศรษฐกิจ อาจมีผลกระทบต่อกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาและการเข้าถึงยา เทคโนโลยีทางการแพทย์ ส่งผลให้ประชาชนขาดความมั่นคงทางด้านสุขภาพ เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงยา เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและทันสมัยได้ ทั้งจากความขาดแคลน และราคาแพง

ทั้งนี้ แนวโน้มสถานการณ์และปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้น ทำให้ทิศทางการพัฒนาควรให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเชิงระบบที่มุ่งไปสู่การขจัดความยากจนและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม โดยยึดหลักธรรมาภิบาล (good governance) และการปกครองด้วยหลักนิติธรรม (rule of law)

กรอบแนวคิด ปรัชญาและเป้าหมายร่วมของระบบสุขภาพในรัฐธรรมนูญ ฉบับที่ 3

กรอบแนวคิด ปรัชญาและเป้าหมายร่วมของระบบสุขภาพในรัฐธรรมนูญ ฉบับที่ 3 สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561–2580 ที่เป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล ยุทธศาสตร์การพัฒนาให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง”

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 มีทิศทางที่มุ่งให้เกิด “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ให้ความสำคัญกับกลุ่มคนที่เสียเปรียบหรือถูกละทิ้งในสังคม การคุ้มครองกลุ่มคนที่อยู่ในสถานะเปราะบางรวมถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากประชาชนและทุกภาคส่วนในสังคม กล่าวคือ เป็นระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรมทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคม กับทุกกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย โดยสามารถลดความเหลื่อมล้ำ ไม่เลือกปฏิบัติ ทั้งในเรื่องระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ที่รวมถึงการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ และที่สำคัญคือ เป็นระบบสุขภาพ ที่สามารถแบกรับ ตอบสนอง ปรับตัว ปรับเปลี่ยน พันตัวได้อย่างทันการณ์ คงอยู่ได้และสามารถรับการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม โดยสามารถปรับตัวเพื่อให้ดำรงอยู่และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ยอมรับในความแตกต่าง และมีความยั่งยืน โดยมาตรการสำคัญที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่เป้าหมายของระบบสุขภาพพึงประสงค์ ประกอบด้วย

๘ กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีและมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน

เป้าหมาย เป็นระบบสุขภาพที่สร้างเสริมให้เกิดความเป็นธรรม ด้วยกระบวนการนโยบายสาธารณะทางเศรษฐกิจ และสังคม ที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพตามหลักทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ

โดยมีมาตรการสำคัญ คือสร้างการพัฒนาที่ยั่งยืนผ่านกระบวนการนโยบายสาธารณะจากชุมชน และนโยบายของรัฐในระดับต่าง ๆ ตามหลักการพัฒนาทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ มุ่งส่งเสริมบทบาทของภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดการสังคมและสุขภาพในประเทศและระดับพื้นที่ สร้างกลไก เครื่องมือ และพื้นที่กลาง เช่น สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ ในเชิงประเด็นหรือเชิงพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนทุกภาคส่วนมีความร่วมมือกันและสร้างความเป็นเจ้าของในสังคมและสุขภาพทุกระดับ ให้กลุ่มคนที่อยู่ในสถานะเปราะบางหรือขาดโอกาสทางสังคม สามารถเข้าร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะได้อย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม ไม่ทำให้เป็นปัจจัยเพิ่มความเหลื่อมล้ำทางสังคมและสุขภาพ การผูกขาดเชิงอำนาจและระบบอุปถัมภ์



ที่มา : unsplash.com/photos/person-in-white-long-sleeve-shirt-doing-thumbs-up-sign-F68HtpYHu_w

๒ การสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ

โดยมีเป้าหมาย เป็นระบบสุขภาพที่กำหนดนโยบายสนับสนุนให้มีสภาพแวดล้อมและปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยที่เกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ จนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต สามารถดำรงตนและพัฒนาสุขภาพตนเองอย่างสมดุลทั้งกาย จิต ปัญญา และสังคม

มาตรการสำคัญ ได้แก่ ส่งเสริมแนวคิดการสร้างทุนสังคมและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม ส่งเสริมการสร้างชุมชนและเมืองสุขภาพ (healthy city) ที่สอดคล้องกับมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ส่งเสริมการสร้างชุมชน นโยบายและพื้นที่สาธารณะทั้งทางกายภาพและโลกเสมือนจริง ที่ส่งเสริมและตระหนักถึงความสำคัญกับการอนุรักษ์และฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ สนับสนุนให้ประชาชนสร้างระบบสุขภาพชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพตาม “แนวทาง ป่าชุมชนและป่าครอบครัว” กับการอนุรักษ์ ปกป้อง และใช้สมุนไพรอย่างยั่งยืน”

๓ การจัดการระบบบริการสุขภาพ

โดยมีเป้าหมาย คือ ทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่เป็นธรรม มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเน้นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อย่างเท่าเทียมกันของบุคลากรและผู้รับบริการ ด้วยการบูรณาการตั้งแต่ปฐมภูมิ ทูติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ

มาตรการสำคัญ ได้แก่ ใช้ระบบบริการปฐมภูมิเป็นฐานของหลักประกันสร้างการเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม พัฒนาและออกแบบรูปแบบการจัดบริการสุขภาพชุมชน/เมืองหรือพื้นที่จำเพาะ รวมไปถึงชุมชนเสมือน (virtual community) และชุมชนออนไลน์ที่สามารถตอบสนองความต้องการของคนทุกกลุ่ม พัฒนาระบบบริการของหน่วยบริการสุขภาพทุกรูปแบบทั้งของภาครัฐ และเอกชน ให้มีคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัย พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและการสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการสุขภาพ ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้เข้มแข็ง และเชื่อมต่อกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ จัดการดูแลกลุ่มที่อยู่ในสภาวะเปราะบางทางสังคมและสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกการทำงานอาสาสมัคร/จิตอาสาเพื่อส่งเสริมระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมและพัฒนาการศึกษาวิจัยและพัฒนากิจการศึกษาวินิจฉัยและพัฒนากิจการบริหารจัดการงานวิจัย/สร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

วิเคราะห์จุดเด่นและความท้าทายของธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3

ธรรมนูญฯ ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 เน้นในเรื่องของระบบสุขภาพที่สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบสุขภาพมีความครอบคลุม ทัวถึง มีคุณภาพประสิทธิภาพที่เท่าเทียมกัน โดยเนื้อหาของธรรมนูญสุขภาพเน้น **“การสร้างแต่มีต่อให้กลุ่มคนที่มีภาวะเปราะบางทางสุขภาพ”** ให้เข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี เท่าเทียม ทัวถึงและเป็นธรรม ทั้งนี้เป็นไปตาม ม. 5 และ 6 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550⁹

ส่วนความท้าทายของธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 คือ การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติให้มีผลเป็นรูปธรรมตามเป้าหมายที่ไว้ แม้ว่าสถานะทางกฎหมายของธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 จะมีลักษณะเป็นกรอบในการกำหนดนโยบายของหน่วยงานรัฐ แต่**ไม่มีอำนาจบังคับตามกฎหมายแต่อย่างใด** ดังนั้นการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 จึงต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนผลักดันให้เกิดธรรมนูญฉบับนี้ โดยเป้าหมายหลักของกระบวนการขับเคลื่อนที่ทุกฝ่ายเห็นตรงกันคือ ต้องการให้**ธรรมนูญฯ ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับนี้มีสถานะเป็น “ร่ม” ที่เชื่อมโยงเป้าหมายยุทธศาสตร์ หรือแผนงานด้านสุขภาพในระดับต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกันในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ พร้อมลักษณะที่เป็นเหมือนสัญญาประชาคม (social contract) ที่ทุกภาคส่วนมีความเข้าใจ ยอมรับ และนำไปปฏิบัติร่วมกัน** ดังนั้น กระบวนการประสานประโยชน์ สร้างการมีส่วนร่วม และความเป็นเจ้าของในธรรมนูญฯ ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจุดนี้จะต้องใช้พลังและความร่วมมือของทุกฝ่ายในการดำเนินการร่วมกัน

การขับเคลื่อนธรรมนูญ ฉบับที่ 3

คณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ที่ได้รับการแต่งตั้งโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ดำเนินการเผยแพร่และขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่

๑ การเผยแพร่โดยใช้เอกสารและช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ

โดยได้แจกจ่ายให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดกระทรวงทุกกระทรวง ทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข องค์กรของรัฐ ภาคีเครือข่ายประชาสุขภาพแห่งชาติ กลไกคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังได้เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ และ E-book พร้อมทั้ง QR Code ทาง website ของ สช. นอกจากนี้ยังได้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 เป็นฉบับภาษาอังกฤษ และจัดทำฉบับย่อ หรือ policy brief และทำเป็น infographic เพื่อให้เข้าใจง่ายและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยง่าย

๒ การขับเคลื่อนกับภาคียุทธศาสตร์ต่าง ๆ

ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ที่เน้นการพัฒนานโยบายในทุกระดับเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ (economic) กายภาพ (physical) และสังคม (social) เป็นสำคัญ และสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ทุกกลุ่มได้รับประโยชน์จากนโยบายสุขภาพอย่างทั่วถึง ครอบคลุม และโปร่งใส โดยมีการประสานงานกับภาคีเครือข่ายในระดับยุทธศาสตร์ ได้แก่

กระทรวงมหาดไทย

นำมาตรการสำคัญตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ไปใช้เป็นกรอบในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงมหาดไทย แผนพัฒนาจังหวัด แผนพัฒนาท้องถิ่น แผนปฏิบัติราชการระดับจังหวัดและอำเภอ ตลอดจนการติดตามและประเมินผล และการสนับสนุนให้มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่แบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ รวมไปถึงธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์ นโยบาย หลักเกณฑ์ส่งเสริมการลงทุน ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปของประเทศ และคำนึงถึงกรอบทิศทางของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 และการจัดทำกรอบแนวทางการประเมินผลการส่งเสริมการลงทุนที่สอดคล้องกับเป้าหมาย อันนำไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและการพัฒนาสังคมอย่างยั่งยืน

กระทรวงศึกษาธิการ

เพื่อนำมาตรการสำคัญตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ไปใช้เป็นกรอบในการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงศึกษาธิการ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนแบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นกรอบ ทิศทาง/ข้อตกลงร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นธรรม/การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การสร้างองค์ความรู้และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข

นำมาตรการสำคัญตามธรรมนูญฯ ไปแปลงเป็นแผนปฏิบัติการ ราชการ ตลอดจนการติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เช่น เรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ การบริการสาธารณสุข สุขภาพจิต รวมทั้งสานและเสริมพลังการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพร่วมกันแบบหุ้นส่วน การพัฒนาอย่างยั่งยืน เพื่อนำไปสู่สังคมและระบบสุขภาพที่เป็นธรรม

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ขับเคลื่อนเพื่อนำไปสู่เป้าหมายสังคมและสุขภาพที่เป็นธรรม นอกจากนี้ยังสร้างความร่วมมือแบบหุ้นส่วนการพัฒนาในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศ ระยะยาว ปี 2565-2580 ให้เกิดผลเป็นรูปธรรม และสื่อสารรวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมณูญฯ ฉบับที่ 3 ในการทำความเข้าใจในการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัด/กลุ่มจังหวัดประจำปีต่อผู้ว่าราชการจังหวัดเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันต่อไป และขับเคลื่อนงานทั้งในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดมากขึ้น เพื่อนำไปสู่ “สังคมและระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

นำไปใช้ในการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่กับทุกกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลไกสภาเด็กและเยาวชน เครือข่ายผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบสิทธิการแสดงความไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การพัฒนาและผลักดันนโยบายบ้านาญแห่งชาติ/หลักประกันรายได้แห่งชาติ การขับเคลื่อนสวัสดิการชุมชนผ่านการจัดทำแผนสวัสดิการชุมชนระดับจังหวัด

๓ การขับเคลื่อนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในเบื้องต้นมีผู้แทนองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 10 จังหวัด ได้แก่ พะเยา ร้อยเอ็ด นครสวรรค์ ตราด สิงห์บุรี ระยอง กาญจนบุรี นครราชสีมา พัทลุง และสุราษฎร์ธานี เข้าร่วม เช่น การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิกับ อบจ.พะเยา การขับเคลื่อน “ธรรมณูญสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด”

๔ แผนการดำเนินการขับเคลื่อนในอนาคต

การขับเคลื่อนธรรมณูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ฉบับที่ 3 ในอนาคตอาจเน้นที่สถานศึกษาเพื่อจัดทำธรรมณูญสุขภาพในระดับสถานศึกษาได้ โดยนำธรรมณูญสถานศึกษาฉบับเดิมมาเพิ่มเติมเนื้อหาด้านสุขภาพ 4 มิติให้เป็นภาษาที่ครู นักเรียน ผู้ปกครอง เข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้แต่ละสถานศึกษาอาจเพิ่มเนื้อหาที่แตกต่างกันออกไป เพื่อให้ธรรมณูญสุขภาพระดับสถานศึกษามีความหลากหลาย เหมาะสมตามสภาพของสังคม วัฒนธรรมในพื้นที่ และในการขับเคลื่อนธรรมณูญในระดับสถานศึกษาอาจร่วมมือกับสำนักสร้างเสริมระบบสื่อและสุขภาวะทางปัญญา ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สรุป

ธรรมณูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ แม้ว่าสถานะทางกฎหมายของธรรมณูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติจะเป็นกรอบในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ แต่ไม่มีอำนาจในการบังคับทางกฎหมายให้หน่วยงานต่าง ๆ ต้องดำเนินการ ดังนั้นกระบวนการขับเคลื่อนธรรมณูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นความท้าทายที่สำคัญ โดยกระบวนการดำเนินการที่ผ่านมา ได้มีการขับเคลื่อนในหลากหลายรูปแบบ ทั้งการเผยแพร่โดยใช้เอกสารและช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ ขับเคลื่อนกับภาคียุทธศาสตร์ต่าง ๆ โดยเฉพาะหน่วยงานของรัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมในอนาคตคงต้องแสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพิ่มเติม เช่น สถานศึกษาในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีความเป็นธรรมทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิต ปัญญา และสังคม กับทุกกลุ่ม และประชากรตลอดทุกช่วงวัยตามกรอบแนวคิด ปรัชญาและเป้าหมายร่วมของระบบสุขภาพในธรรมณูญฯ ฉบับที่ 3



4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ วีรบุรุษสาธารณสุขของโลก



นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ในการประชุมบอร์ด สปสช.

ที่มา : hcrp.nhso.go.th/news/4098

เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2566 องค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กรุงนิวเดลี (WHO SEARO) ได้มีพิธีมอบรางวัล “วีรบุรุษสาธารณสุข” (Award for the Heroes of Public Health) ประจำปี ค.ศ. 2023 แก่ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ในฐานะผู้มีผลงานโดดเด่น สร้างระบบสาธารณสุขไทยให้เข้มแข็ง โดยเป็นผู้มีส่วนร่วมในการจัดตั้งชมรมแพทย์ชนบทและการขยายบริการทางการแพทย์สู่พื้นที่ชนบทในประเทศไทย และเป็นบุคคลที่ร่วมผลักดันนโยบายและกลไกต่าง ๆ ที่ทำให้ระบบบัตรทองเกิดขึ้นและพัฒนาขึ้นในประเทศไทย จนเป็นที่ยอมรับและยกย่องไปทั่วโลก โดยช่วยให้ประชาชนไทยที่มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นได้

นพ.สุวิทย์ ยังมีบทบาทสำคัญในเวทีสาธารณสุขโลกอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับเชิญเป็นประธานร่วม (Co-Chair) ของกองทุนโลกเพื่อเอ็ดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria) การเข้าร่วมประชุมเจรจาในเวทีสมัชชาองค์การอนามัยโลก ณ นครเจนีวา รวมทั้งเป็นผู้แทนประเทศไทยในการทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก (WHO Executive Board Members) คณะกรรมการบริหารและที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEARO) ประธาน Asia Pacific Action Alliance on Human Resources for Health (AAAH) ประธาน Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies (the APO) และกรรมการใน International Organizing Committee ของการจัดประชุม Prince Mahidol Award Conference (PMAC)¹ เป็นต้น

ปัจจุบัน นพ.สุวิทย์ ดำรงตำแหน่งคณะกรรมการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (กวทช.) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ปรึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านการต่างประเทศ) ประธานกรรมการมูลนิธิสถาบันพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ประธานมูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาพ (มสส.) และประธานมูลนิธิธินโยบายท้องถิ่นปลอดภัย (มนป.) เป็นต้น

ทั้งนี้ WHO SEARO ได้มอบรางวัล Award for the Heroes for Public Health เป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นเกียรติแก่บุคคลที่ผลงานเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีในภูมิภาค นอกเหนือจาก นพ.สุวิทย์ แล้ว WHO SEARO ยังได้มอบรางวัลดังกล่าวให้แก่ Dr. Virna Maria Gusmao dos. Reis Martins จากติมอร์-เลสต์ และ Dr. G. Nageswara Rao จากอินเดียด้วย โดย Dr. Virna Maria Gusmao dos. Reis Martins มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้แก่เด็กในติมอร์-เลสต์ ส่วน Dr. G. Nageswara Rao เป็นผู้ร่วมก่อตั้งสถาบัน “แอลจีประสาท” ซึ่งช่วยประชาชนในอินเดียราว 30.6 ล้านคน

องค์การอนามัยโลกยกย่อง ศ.พิเศษ นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร



ศ.พิเศษ นพ.วิชัย เทียนถาวร รับมอบโล่รางวัล Sasakawa Health Prize

ที่มา : apps.who.int/gb/awards/e/Sasakawa.html

เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2566 ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 152 ได้ประกาศรับรองให้บุคลากรสาธารณสุขไทย คือ ศาสตราจารย์พิเศษ นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก ได้รับรางวัล Sasakawa Health Prize ประจำปี 2566 เนื่องจากเป็นผู้มีบทบาทในการพัฒนาการแพทย์ปฐมภูมิ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคธาลัสซีเมียในประเทศไทย¹

เมื่อครั้งดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมอนามัย นพ.วิชัย ได้ริเริ่มการรณรงค์ “เลือกคู่ เลือกครุฑ เลือกคลอดปลอดภัยซีเมีย” เพื่อลดความชุกของโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงในไทย และเมื่อครั้งดำรงตำแหน่งคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ม.พะเยา ได้ริเริ่มโครงการ “ป้องกัน-จรรยาบรรณ 7 สี” ซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารที่ช่วยให้ประชาชนปรับปรุงพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นการคัดกรองโรคขั้นพื้นฐาน อีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางค่ารักษาพยาบาล และช่วยลดภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขได้ด้วย

นอกจากนี้ ยังได้ผลักดันให้สถาบันพระบรมราชชนก รับสมัครนักเรียนมัธยมปลายที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนและพื้นที่ห่างไกล เข้ารับการศึกษาและฝึกอบรมในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เมื่อสำเร็จการศึกษาสามารถกลับไปดูแลประชาชนในภูมิลำเนา รวมทั้งสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาลแก่ อสม. เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลประชาชนในชุมชนด้วย² ทั้งนี้ นพ.วิชัย ได้มุ่งเน้นการทำงานสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ที่เน้น “สร้างนำซ่อม” อย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า “ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพของตนเองได้”³

สำหรับรางวัล “Sasakawa Health Prize” ก่อตั้งขึ้นในปี 2527 เพื่อมอบให้กับบุคคล สถาบัน องค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรที่ประสบความสำเร็จในการทำงานด้านนวัตกรรมที่โดดเด่นในการพัฒนาบริการสาธารณสุขมูลฐาน มาตั้งแต่ครั้งที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศกลยุทธ์ความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพของคนทั่วโลก ด้วยสโลแกน “Health for All by the year 2000” หรือ “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” ซึ่งที่ผ่านมา มีบุคลากรสาธารณสุขของไทยได้รับรางวัล Sasakawa Health Prize จำนวน 2 ท่าน ได้แก่ ศ. นพ.อมร นนทสุต ในปี 2529 และ นพ.ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข ในปี 2565

เครือข่ายกองทุนเสริมสร้างสุขภาพนานาชาติ ประกาศปฏิญญากรุงเทพฯ: มุ่งสู่สุขภาวะที่เป็นธรรม

ในช่วงวันที่ 8-10 พฤศจิกายน 2566 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับเครือข่ายกองทุนสร้างเสริมสุขภาพนานาชาติ (the International Network of Health Promotion Foundations – INHPF) จัดการประชุมเครือข่ายกองทุนสร้างเสริมสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ 20 ประจำปี 2566 The 20th International Network of Health Promotion Foundations 2023 หรือ The 20th INHPF Annual Meeting 2023 ภายใต้ธีม “ก้าวต่อไปของเครือข่าย สสส. โลก: ขับเคลื่อนนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพสู่สุขภาวะที่เป็นธรรม” The Next Step of INHPF: Accelerating Health Promotion Innovations towards Equitable Well-being โดยมีผู้เข้าร่วมจากนานาชาติมากกว่า 300 คนเข้าร่วม

ดร.สุปริดา อุดุลยานนท์ ผู้จัดการกองทุน สสส. กล่าวว่า 23 ปีที่แล้ว เครือข่าย INHPF หรือ สสส. ถูกก่อตั้งขึ้น เพื่อเสริมสร้างศักยภาพประเทศต่าง ๆ ที่สนใจงานสร้างเสริมสุขภาพประชากรผ่านการดำเนินงานของกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ก้าวต่อไปของเครือข่าย สสส. โลก จะมุ่งขับเคลื่อนกลยุทธ์เชิงนวัตกรรม เพื่อสร้างสรรค์สุขภาวะที่เป็นธรรมสำหรับทุกคน โดยจะขับเคลื่อนและเดินหน้าทำงานต่อเนื่องในการรณรงค์สังคม พัฒนานวัตกรรมในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะประเด็นบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอาหารทำลายสุขภาพ โดยมุ่งเน้นที่กลุ่มเด็ก และเยาวชน ให้มีสุขภาวะที่ดี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ การประชุมครั้งนี้ เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่าย INHPF ผ่านการแบ่งปันความรู้ และประสบการณ์ ส่งเสริมความเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือซึ่งกันและกัน ร่วมประกาศจุดยืน ยกระดับงานสร้างเสริมสุขภาพสู่ระดับโลก สุขภาพระดับโลก

ในโอกาสนี้ ที่ประชุมเครือข่าย INHPF ได้ร่วมกันประกาศปฏิญญากรุงเทพฯ ยกระดับสร้างเสริมสุขภาพมุ่งสู่สุขภาวะที่เป็นธรรม ซึ่งเรียกร้องให้องค์กรสมาชิกของเครือข่าย ระดมทรัพยากรขับเคลื่อนโครงสร้างพื้นฐานสร้างเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอ และยั่งยืน สร้างความตระหนักรู้ถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพที่กำลังเปลี่ยนแปลง รวบรวมแนวปฏิบัติ



องค์กรเครือข่าย INHPF ร่วมประกาศปฏิญญากรุงเทพฯ เมื่อ 9 พ.ย. 2566 ที่อาคารเรียนรัฐสุภวาระ สสส.

ที่มา : www.thaihealth.or.th/8-องค์กรเครือข่าย-inhpf-ร่วมปล

การเรียนรู้ร่วมกัน สร้างเสริมความรู้เท่าทันด้านดิจิทัลและเพิ่มโอกาสเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพโดยมุ่งเน้นกลุ่มเปราะบาง ส่งเสริมความโปร่งใส ความรับผิดชอบ สร้างความเชื่อมั่นของประชาชนต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนสานพลังความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและระหว่างประเทศ โดยสุขภาวะที่เป็นธรรม คือการให้สุขภาพเป็นสิทธิของทุกคนโดยไม่แบ่งแยก ไม่ว่าจะเป็นสถานะสังคมฐานะทางเศรษฐกิจ หรือความแตกต่างทางเชื้อชาติ มีเป้าหมายเน้นการปรับปรุงระบบสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพที่ไม่พึ่งแต่ระบบรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังเน้นปัจจัยทางสังคม และเศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล และชุมชน และมีเป้าหมายให้สุขภาพเป็นสิทธิของทุกคนในทุกสังคม²

ทั้งนี้ ปฏิญญาฯ ได้เสนอข้อเรียกร้องต่อองค์กรภายใต้สหประชาชาติให้ร่วมสนับสนุนความพยายามในการระดมทรัพยากร และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งของธรรมาภิบาลด้านสุขภาวะที่เอื้อไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน นอกจากนี้ยังเชิญชวนให้รัฐบาลประเทศต่าง ๆ พัฒนาแผนงานด้านสุขภาวะแบบบูรณาการ ผลักดันกฎหมาย สนับสนุนทรัพยากรและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สร้างและขยายระบบสวัสดิการสังคม เร่งสร้างความก้าวหน้าไปสู่การบรรลุเป้าหมายโลกด้านสุขภาพ ท้ายที่สุด ปฏิญญาฯ ยังกระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ ส่งเสริมและขยายเครือข่ายพหุภาคี ประสานการดำเนินการข้ามภาคส่วน และส่งเสริมกลไกการเงินการคลังที่ยั่งยืนเพื่อสร้างสังคมสุขภาวะในทุกกระดับที่เป็นธรรมอีกด้วย



ความร่วมมือขับเคลื่อนเมนูสุขภาพและหวานน้อยสั่งได้กับ food delivery

ที่มา : anamai.moph.go.th/th/news-anamai/43262

กรมอนามัยรายงานว่ ปัจจุบันกลุ่มวัยทำงานมักมีปัญหาเรื่องสุขภาพซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านบริโภคอาหาร ที่มีรสชาติ หวาน มัน เค็ม และขาดการออกกำลังกาย จากข้อมูลด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2560-2562 พบว่า คนไทยบริโภคน้ำตาลทรายจำนวน 2.5-2.6 ล้านตันต่อปี โดยในปี 2562 คนไทยดื่มเครื่องดื่มผสมน้ำตาลเฉลี่ย 3 แก้วต่อวัน และจากข้อมูลของเครือข่ายลดบริโภคเค็ม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า คนไทยบริโภคเกลือโซเดียมมากถึง 3,636 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กำหนด คือ 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยสาเหตุการตาย 3 อันดับแรกได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 คน 47.1 คน และ 31.8 คนต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

ด้วยเหตุนี้ กรมอนามัยจึงได้ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับผู้บริการออนไลน์หลายรายในช่วงต้นปี 2566 ในการขับเคลื่อนเมนูสุขภาพและหวานน้อย เพื่อให้ผู้บริโภคสั่งได้ เช่น LINE MAN Wongnai

Robinhood เพื่อลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตในปัจจุบันของคนไทย ที่สั่งอาหารผ่าน food delivery มากขึ้น โดยศูนย์วิจัยกสิกรไทยรายงานว่ ในปี 2564 คนไทยสั่งอาหารผ่านแพลตฟอร์ม food delivery มากกว่า วันละ 330,000 ครั้ง หรือปีละกว่า 120 ล้านครั้ง เพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่าตัว เมื่อเทียบกับปี 2562 ช่วงก่อนโควิด-19 ระบาด ที่มีจำนวนราว 35-45 ล้านครั้ง¹

ทั้งนี้ การร่วมมือกับผู้บริการออนไลน์ต่าง ๆ ก็เพื่อให้ประชาชนมีช่องทางเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และเป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ประชาชน ในการเลือกอาหารและเครื่องดื่มที่ดี เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อให้มีสุขภาพดีแบบยั่งยืน โดยการขับเคลื่อน “โครงการหวานน้อยสั่งได้” และ “เมนูสุขภาพ”

ภายหลังจากดำเนินโครงการมาเป็นระยะเวลา 10 เดือน (มกราคม-ตุลาคม 2566) พบว่าทั้งร้านค้าและผู้บริโภคสนใจลดความหวานของเครื่องดื่มอย่างจริงจัง โดยพบว่า มีร้านเครื่องดื่มทั่วประเทศต้นตัวเพิ่มตัวเลือกระดับความหวานกว่า 35,000 ร้าน เพิ่มขึ้นจากเดิมก่อนเริ่มโครงการถึง 5 เท่า และสัดส่วนการสั่งเมนูเครื่องดื่มที่ลดระดับความหวาน (หวานน้อยกว่า 100%) มีมากถึง 57% จากยอดสั่งเครื่องดื่มทั้งหมด นอกจากนี้ผู้บริโภคส่วนใหญ่กว่า 850,000 แก้ว ยังเลือกระดับความหวานที่ร้อยละ 50 สรุปได้ว่า โครงการดังกล่าวช่วยลดการบริโภคน้ำตาลของคนไทยไปกว่า 10 ตัน ภายในระยะเวลา 10 เดือนนับจากเริ่มโครงการ²

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2567. (ชื่อบทความ). *สุขภาพคนไทย 2567* (เลขหน้าของบทความ)
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2567. ความเครียด ภัยเงียบของสังคมไทย. *สุขภาพคนไทย 2567* (หน้า 97-123)
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ความเครียด

ภัยเงียบของสังคมไทย



เรื่องพิเศษ
ประจำฉบับ

สุขภาพคนไทย 2567 – 97

ใครบ้างอยากจะเครียด?

คงจะเป็นคำถามที่ไม่ว่าคนตอบจะตอบตรง ๆ หรืออ้อม ๆ แนวปรัชญาวิชาการล้าลึก หรือแนวบ้านๆ ใดๆ ก็คงเก็บข้อความหนึ่งใจว่า “ถามอะไรที่อ้อ ๆ” (หรืออาจแรงกว่านั้น)

มีใครที่ไหนในโลกที่อยากจะเครียด และถึงจะมีแนวคิดสาย “โลกสวย” คอยบอกว่ามันมีด้านดีอยู่บ้าง เหมือนยาขมที่มีสรรพคุณดี เหมือนเหตุการณ์เลวร้ายที่ให้อภัยเหมือนอุปสรรคที่สร้างความอึดเหนี่ยวทำให้ฝ่าฟันไปสู่ความสำเร็จ ... แต่ถ้าเป็นไปได้ก็ขอแบบไม่ต้องเครียดจะดีกว่า!!

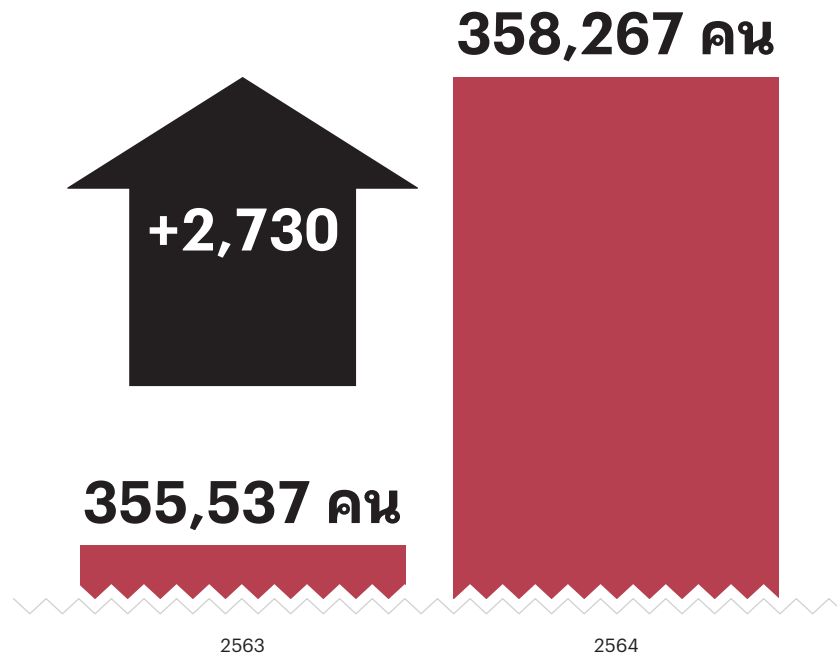
และเอาจริง ๆ ... **มีใครบ้างที่ไม่เคยเครียด หรือหลบพ้นความเครียดไปได้?**

นับวัน ความเครียดจะตกเป็นจำเลยที่เป็นต้นเหตุของผลร้ายต่างๆ ที่ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ แต่ยังส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น การเบื่ออาหาร หรือกินอาหารเกินความพอดี ประสิทธิภาพการทำงานของกระเพาะอาหาร การนอนไม่หลับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อภาวะความเครียดมีอยู่ต่อเนื่องยาวนานจนกลายเป็นภาวะความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) ที่สามารถนำไปสู่การตีพิมพ์แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด¹ และการฆ่าตัวตาย รวมทั้งผลกระทบต่อเชิงสังคม ตั้งแต่ในบ้านออกไปถึงชุมชนทั้งใกล้และไกล ยิ่งในโลกยุคโซเชียลที่ทำให้ขอบเขตของผลกระทบกว้างใหญ่ไพศาลอย่างคาดไม่ถึง รวมทั้งผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั้งระดับครัวเรือนที่ต้องขาดรายได้ แถมยังมีรายจ่ายในการแก้ทั้งต้นเหตุและปลายเหตุ อันได้แก่

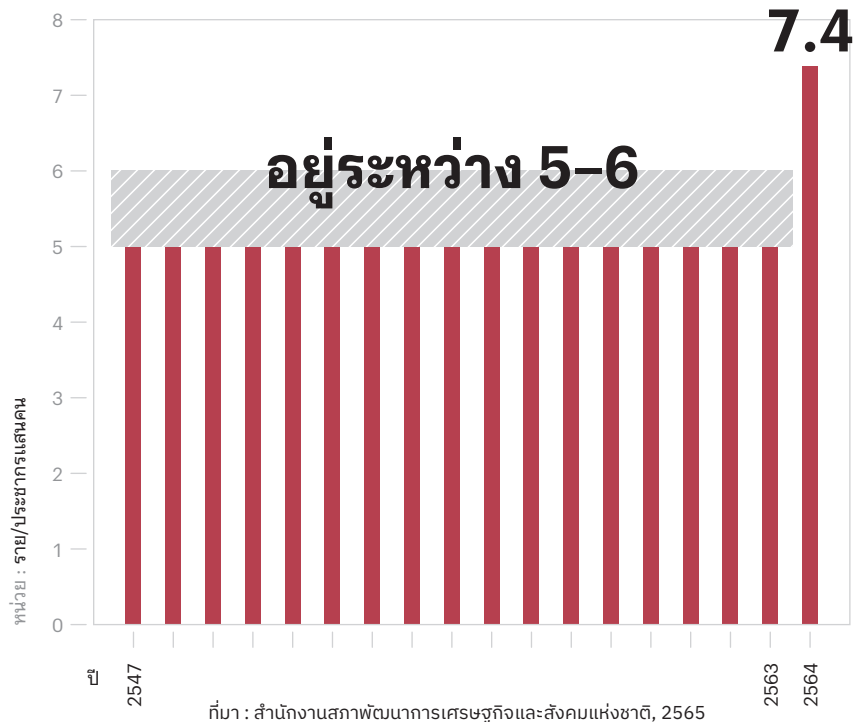
อาการวิปริตแปรปรวนต่างๆ ที่เกิดจากความเครียด ไปจนถึงระดับประเทศที่ผลิตภาพของทรัพยากรมนุษย์ลดลง จนองค์การอนามัยโลกประกาศให้ความเครียดเป็น “โรคระบาดแห่งศตวรรษที่ 21” (Health Epidemic of the 21st Century)²

ในรายงานภาวะสังคมไตรมาส 4 และภาพรวม พ.ศ. 2565 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ระบุว่า คนไทยเป็นโรคซึมเศร้าและมีการฆ่าตัวตายจากปัญหาสุขภาพจิตยังมีอัตราเพิ่มขึ้น โดยในปี 2563 มีจำนวน 355,537 คน เพิ่มขึ้นเป็น 358,267 คน ในปี 2564 และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2564 จำนวน 7.4 รายต่อประชากรแสนคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากในช่วงปี 2547-2563 ที่มีจำนวน 5-6 รายต่อประชากรแสนคน โดยกลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายสูงสุดคือกลุ่มอายุ 15-34 ปี³

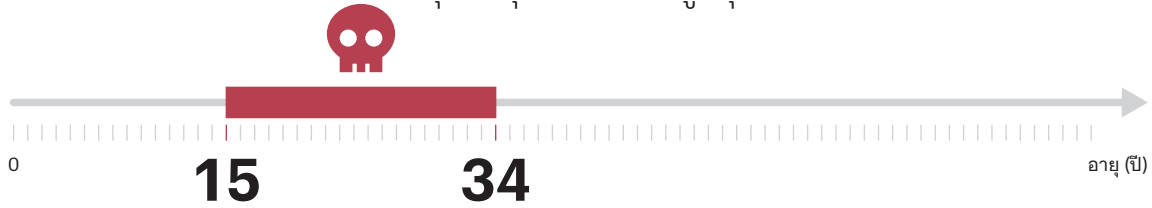
จำนวนคนไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า
และมีการฆ่าตัวตายจากปัญหาสุขภาพจิต



อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ



กลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายสูงสุด



ในจำนวนการฆ่าตัวตายนี้ ยังมีกรณีที่ฆ่าคนในครอบครัวทั้งหมดก่อนที่จะฆ่าตัวตายตามที่เป็นข่าวอย่างน้อยปีละครั้ง เช่น ในกรณีอดีตสมาชิกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2564⁴ และกรณีรองสารวัตรสอบสวน สถานีตำรวจนครบาลทุ่งครุ กรุงเทพฯ เมื่อเดือนมิถุนายน 2565⁵

แม้รายงานในไตรมาส 3 พ.ศ. 2566 ได้รายงานแนวโน้มของผู้มีปัญหาความเครียด เสี่ยงซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตาย และมีภาวะหมดไฟ (burnout) ลดลงจากช่วงเดียวกันของ พ.ศ. 2566⁶ แต่ก็เพียงเล็กน้อยและยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตรายงานเมื่อเดือนมีนาคม 2565 พบว่าประชาชนมีความเครียดสูงขึ้น 2.1 เท่า โรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 4.8 เท่า เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึง 5.9 เท่า จากปี 2564⁷ และในรายงาน “การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ระบบและบริการสนับสนุนทางจิตและจิตสังคมสำหรับเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย” โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สนับสนุนโดยองค์การ

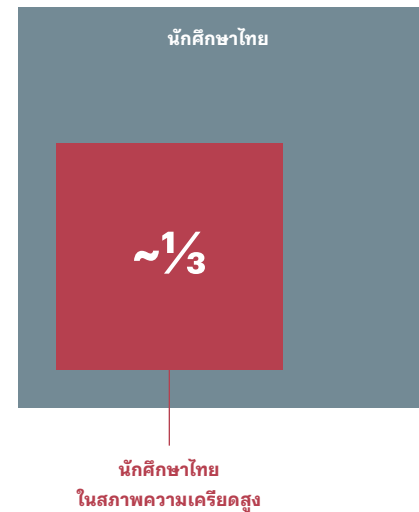
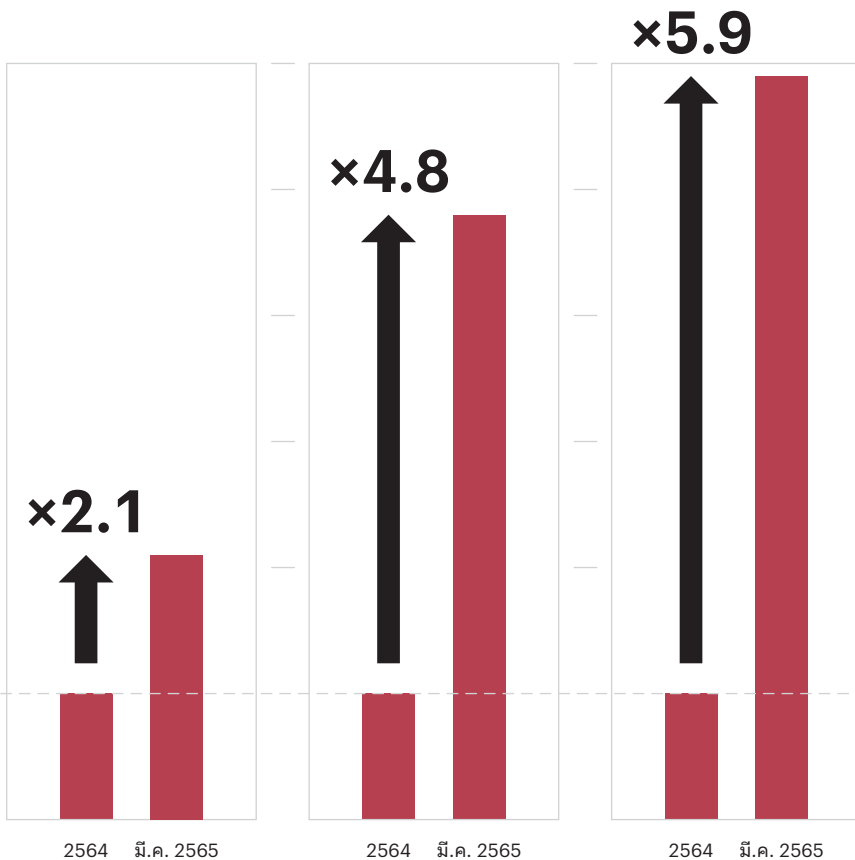
ยูนิเซฟ ก็รายงานว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุหลัก 1 ใน 3 ของการตายในเด็กและวัยรุ่นของประเทศไทย⁸ อีกทั้งในรายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนิสิตนักศึกษาไทย โดยสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ก็รายงานว่า นักศึกษาไทยเกือบ 1 ใน 3 อยู่ในสภาพความเครียดสูง⁹ อีกทั้งคนไทยยังใช้เงินไปกว่า 21,500 ล้านบาทเพื่อจัดการกับปัญหาโรคเครียดเรื้อรัง¹⁰

ระดับความเครียด

ระดับโรคซึมเศร้า

ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

นักศึกษาไทยเกือบ 1 ใน 3 อยู่ในสภาพความเครียดสูง



เส้นฐาน

ความเจ็บของความเครียด

มีคนจำนวนไม่น้อยที่เก็บงำความเครียดเอาไว้เพราะคิดว่าการมีความเครียดหรือการแสดงออกถึงความเครียดเป็นความอ่อนแอ เป็นความล้มเหลวหรือความบกพร่องบางอย่าง และได้รับการปลุกฝังที่จะต้อง “เก็บ” และ “กด” เอาไว้ภายในจิตใจ ภายใต้การแสดงออกที่เป็นปกติเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น และเป็นการแสดงออกถึงความเข้มแข็งทางจิตใจ

เช่นคนที่ เป็นหัวหน้าเก็บซ่อนความเครียดไว้เพื่อไม่ให้ลูกน้องหรือเจ้านายรู้สึกว่าคุณอ่อนแอหรือมีความลำบากในการควบคุมสถานการณ์ ลูกน้องเก็บซ่อนความเครียดไว้เพื่อรักษาตำแหน่งหน้าที่การงาน สามี-ภรรยา พ่อ-แม่เก็บซ่อนความเครียดไว้ไม่ให้ลูกและคนในครอบครัวเห็น เพราะไม่อยากให้ทุกคนพลอยกังวลหรือเป็นทุกข์ และลูกก็เก็บซ่อนความเครียดไว้ด้วยเหตุผลเดียวกัน หรือเพราะกลัวถูกตำหนิ และต้องพยายามต่อสู้กับความเครียดเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวัง

นอกจากนี้ การบำบัดความเครียดโดยเฉพาะด้วยการไปหาจิตแพทย์ นักจิตวิทยา รวมไปถึงจนถึงการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ เป็นสิ่งที่สังคมและคนรอบข้างตั้งคำถาม หรือแสดงท่าทีแปลกแยกจนกลายเป็นการตีตรา (stigmatization) กลายเป็นการลงโทษทางสังคมที่ซ้ำเติมลงไปในความเครียดที่มีอยู่แต่เดิม

มวลความเครียดที่ถูกเก็บซ่อนไว้นี้ กลายเป็นเหมือนระเบิดเวลาที่รอการระเบิด หรือความร้อนนที่มาได้พิภพที่รอการปะทุออกมาเป็นภูเขาไฟ สร้างหายนะต่อผู้คนและสิ่งรอบข้างอย่างเกรี้ยวกราด รวมถึงต่อตนเองอย่างน่าสะพรึงกลัวที่สุดได้

ความเครียดดูจะเป็นประสบการณ์ร่วมของทุกคนและมีแนวโน้มที่ทวีความรุนแรงขึ้น แต่จริง ๆ แล้ว **ความเครียดคืออะไรกันแน่?** และ **ที่ว่าทุกคนเครียดนั้น แต่ละคนแต่ละวัยมีความเครียดเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร?** และเมื่อเผชิญกับความเครียดคนทั้งหลายใช้ **วิธีการอะไรในการบำบัดความเครียด?**

บทความพิเศษในรายงานสุขภาพคนไทยฉบับนี้จะค่อย ๆ คลี่คลายแต่ละประเด็น เพื่อให้เรารู้จักความเครียด และรับมือกับความเครียดได้อย่างมีสติ และมีสุขภาวะที่ดี

Hans Selye นักวิชาการด้านต่อมไร้ท่อชาวฮังการีผู้บุกเบิกการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด
ที่มา : commons.wikimedia.org/wiki/File:Portrait_Hans_Selye.jpg

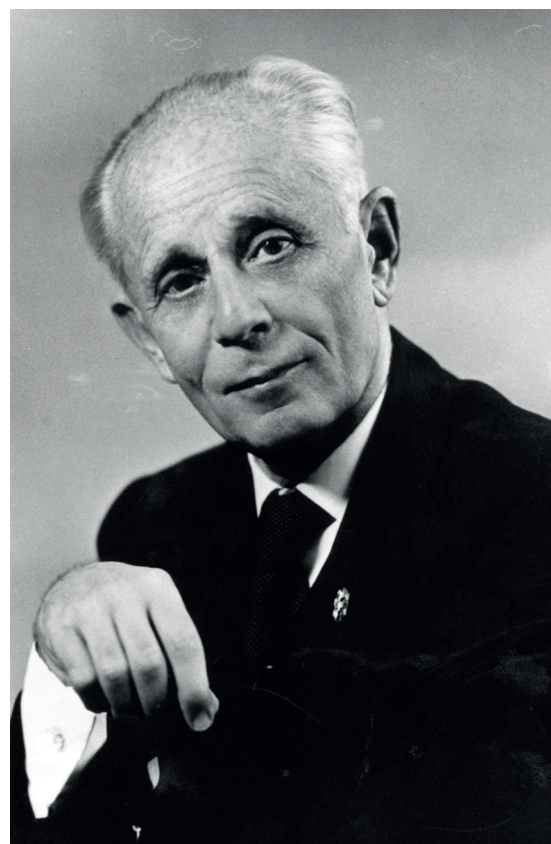
นิยามความเครียด

Everyone knows what stress is, but nobody really knows.

Hans Selye นักวิชาการด้านต่อมไร้ท่อชาวฮังการีผู้บุกเบิกการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด¹¹ เคยกล่าวไว้ว่า “ทุกคนรู้จักความเครียด แต่ดูเหมือนไม่มีใครรู้ว่ามันคืออะไร”¹²

คำว่า “เครียด” เป็นคำที่พูดกันคล่องปากและพูดกันเป็นการทั่วไปเพื่อสื่อถึงอารมณ์ และความรู้สึกด้านลบ มีระดับความมากน้อยของอารมณ์หรือความรู้สึกนั้น จนเหมือนกับว่าอะไรที่ไม่เป็นที่สบอารมณ์ หรือไม่เป็นที่พอใจก็จัดเป็นความเครียดไปเสียหมด จนไม่สามารถเจาะให้ได้คำนิยามที่ชัดเจนของความเครียดว่าแตกต่างจากความรู้สึกด้านลบอื่น ๆ อย่างเช่น ความทุกข์ใจ ความน้อยใจ ความผิดหวัง ความเกลียดชัง ฯลฯ อย่างไร

หรือแท้จริงแล้วความเครียดเป็นอนุพันธ์ของอารมณ์ และความรู้สึกทางลบเหล่านั้นอีกต่อหนึ่ง กล่าวคือเป็นสิ่งที่เกิดหลังจากที่มีอารมณ์และความรู้สึกทางลบบางอย่างเกิดขึ้นแล้ว เช่น ผิดหวังแล้วจึงเครียด เสียใจแล้วจึงเครียด หรือหนักใจแล้วจึงเครียด



หากเป็นเช่นนั้นก็มีคำถามต่อไปอีกว่า จะมีบ้างไหมที่เมื่อเกิดอาการหรือความรู้สึกด้านลบบางอย่างแล้ว แต่ไม่เกิดภาวะเครียดตามมา หรือต้องเกิดภาวะความเครียดร่วมด้วยเสมอ หรือว่าขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอารมณ์และความรู้สึกทางลบ เช่น ต้องมีระดับความรู้สึกที่เป็นลบมากถึงระดับหนึ่งจึงจะเครียด ในขณะที่ระดับความเป็นลบน้อยจะไม่เครียด ... กลไกและเงื่อนไขของการเกิดความเครียดคืออะไร?

คำถามเหล่านี้ ทำให้เกิดการจำแนกเพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างความเครียด กับอารมณ์และความรู้สึกทางลบอื่น ๆ เพื่อจะได้เข้าใจอย่างถูกต้องว่า สิ่งที่กำลังเผชิญอยู่นั้นคือความเครียดใช่หรือไม่ หรือเป็นเพียงความไม่สุขสบายใจ ความผิดหวังเล็ก ๆ น้อย ๆ โดยทั่วไปเท่านั้น และยังไม่ถึงระดับ “เครียด”

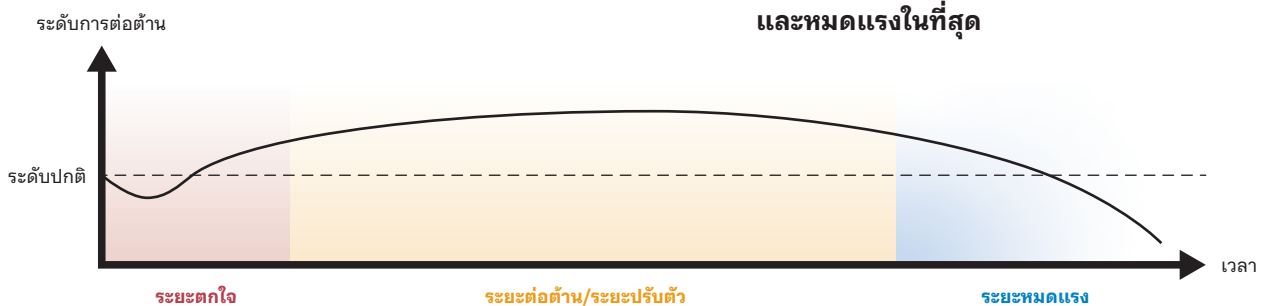
จากความเครียดของหนู สู่ความเครียดของคน

ย้อนกลับไปราว 80 ปีก่อน ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1930s ขณะที่ Hans Selye ยังเป็นนักศึกษาแพทยวัย 29 ปี กำลังศึกษาอยู่ ณ มหาวิทยาลัยแมคกิลล์ (McGill) เมืองมอนทรีออล ประเทศแคนาดา เขาสนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในหนูทดลอง กลับพบว่าหนูมีการตอบสนองไม่เพียงแค่การฉีดฮอร์โมน และยาหลอก (placebo) เท่านั้น แต่ยังมีปฏิกิริยาต่อความเครียดจากการทดลองอีกด้วย

ในการผ่าหนูทดลองทั้งที่ได้รับการฉีดฮอร์โมนและยาหลอก เขาพบ **การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนเหมือนกัน 3 ประการ (stress triad)** ได้แก่

1. ต่อมหมวกไตขยายตัว และมีเลือดคั่ง (hyperemia)
2. ต่อมไทมัส (thymus gland) และต่อมน้ำเหลืองลีบ
3. ภาวะอาหารอักเสบและมีเลือดออก (hemorrhagic gastric erosion)

General Adaptation Syndrome (GAS)



ที่มา : ปรุบจาก Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. Nature, 138(3479), 32-32.

Selye ตีพิมพ์บทความชื่อ “A syndrome produced by diverse nocuous agents”¹³ ซึ่งมีความยาวเพียง 595 คำ (ราว ๆ ครึ่งหน้า A4) ในวารสาร Nature ในปี 1936 รายงานผลการทดลองดังกล่าว และสรุปอาการที่เกิดจากความเครียดของหนูอย่างละเอียดว่า อาการเครียดของหนูเกิดขึ้น 3 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรกเกิดขึ้นในช่วง 6-48 ชั่วโมงแรกหลังจากหนูถูกทดลอง ในขั้นตอนนี้ขนาดของต่อมไทมัส ม้าม และต่อมน้ำเหลืองลดลงอย่างชัดเจน เนื้อเยื่อไขมันหายไป เกิดอาการบวมที่ต่อมไทมัส และเนื้อเยื่อหลังเยื่อหุ้มท้องมีการสร้างน้ำที่เยื่อหุ้มปอดและในเยื่อช่องท้อง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง อุณหภูมิลดต่ำลง **มีแผลในทางเดินอาหารเฉียบพลัน โดยเฉพาะในกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก และไส้ติ่ง สารที่หลั่งจากต่อมหมวกไตลดลง และบางครั้งผิวแดงขึ้น ตาโปน สารคัดหลั่งเพิ่มมากขึ้นเช่น น้ำตาและน้ำลาย เลนส์แก้วตาขุ่น ในกรณีที่มีอาการรุนแรงตับบางส่วนจะถูกทำลาย**

ในขั้นตอนที่ 2 เริ่มขึ้นหลังจากการทดลองผ่านไป 48 ชั่วโมง ต่อมหมวกไตจะโตขึ้น เริ่มมีสารคัดหลั่งกลับมา อาการบวมในเซลล์ลดลง เกิดเซลล์ basophils จำนวนมากในต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ต่อมไทรอยด์ (thyroid gland) โตขึ้น **ร่างกายหยุดการเติบโต อวัยวะสืบพันธุ์ฝ่อ ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมจะพบว่าน้ำนมหยุดไหล ต่อมใต้สมองหยุดสร้างฮอร์โมนการเจริญเติบโต** ฮอร์โมนที่เกี่ยวกับการสืบพันธุ์ และฮอร์โมนที่กระตุ้นการหลั่งน้ำนม และกระตุ้นให้ร่างกายสร้างฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ และต่อมหมวกไตมากขึ้นจนเกิดเป็นภาวะฉุกฉิน และหากการทดลองดำเนินต่อไป สัตว์จะสร้างการต่อต้านซึ่งทำให้อวัยวะต่าง ๆ กลับมาทำงานเป็นปกติ

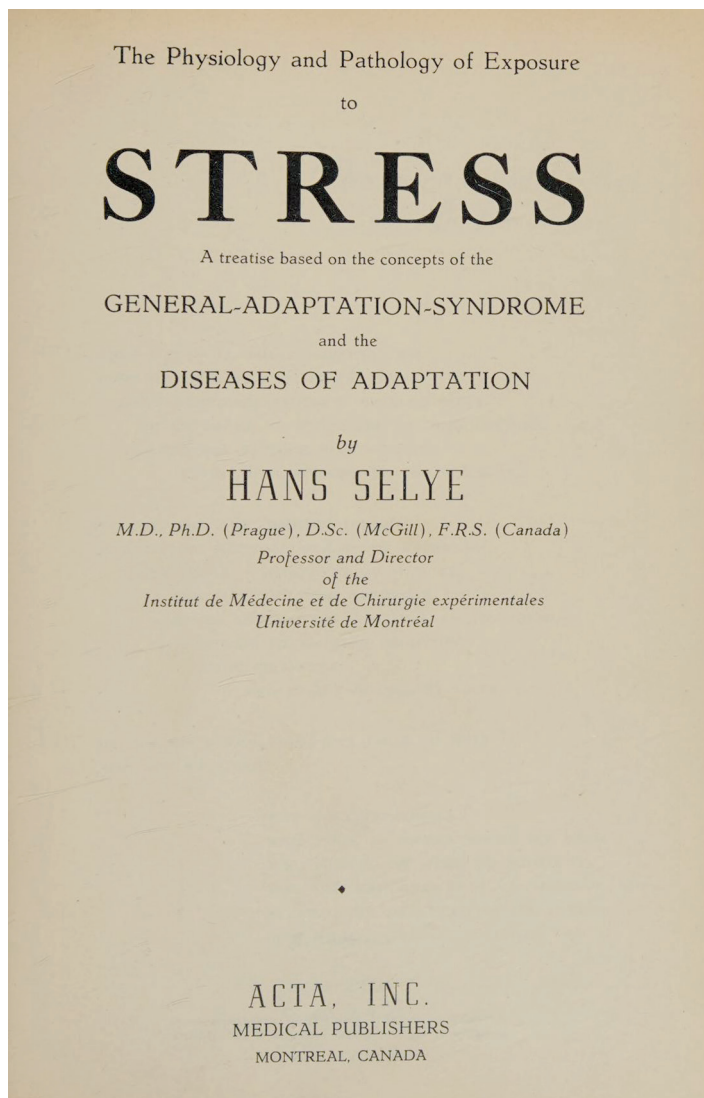
อย่างไรก็ตาม หากการทดลองยังดำเนินต่อเนื่องไปอีกราว 1-3 เดือน **สัตว์จะสูญเสียความสามารถในการต่อต้านและป้องกันตนเอง และกลับไปมีอาการเหมือนขั้นตอนแรก ในขั้นตอนที่ 3 นี้สัตว์จะเหนื่อยและหมดแรงในที่สุด**

ขั้นตอนทั้ง 3 นี้ได้กลายมาเป็นตัวแบบของการตอบสนองต่อความเครียดที่เรียกว่า **General Adaptive Syndrome (GAS)**

โดยขั้นตอนแรกเป็นระยะตกใจ (alarm reaction) ระยะที่ 2 เป็นระยะต่อต้าน (resistance) หรือระยะปรับตัว (adaptation) และระยะที่ 3 เป็นระยะหมดแรง (exhaustion phase)

อย่างไรก็ตาม ในบทความอันเป็นปฐมบทของการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดกลับไม่ปรากฏคำว่า “สเตรส” (stress, ความเครียด) เลย แต่มาปรากฏครั้งแรกในบทความวิชาการเฉพาะประเด็น (monograph) ของ Selye ในปี 1950 เรื่อง “The physiology and pathology of exposure to stress”¹⁴ ซึ่งเขาได้ให้คำจำกัดความของความเครียดว่าเป็น “การตอบสนองที่ไม่เฉพาะเจาะจงของประสาทต่อมไร้ท่อของร่างกาย”¹⁵ ภายหลัง Selye ตัดคำว่า ประสาทต่อมไร้ท่อออกเพราะระบบอื่น ๆ ของร่างกายก็ได้รับผลกระทบจากขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของ GAS เช่นเดียวกัน

การค้นพบและการศึกษาอย่างต่อเนื่องของ Selye ทำให้เขาได้รับการยกย่องว่าเป็น “บิดาของความเครียด” (father of stress)¹⁶ และทำให้เกิดการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในศาสตร์อื่น ๆ ต่อมา



กลไกของ “ความเครียด” ในคน

Claude Bernard นักสรีรศาสตร์ชาวฝรั่งเศสได้ศึกษาเกี่ยวกับหน้าที่ของสภาพแวดล้อมภายในของเซลล์ (milieu intérieur)¹⁷ ที่ไม่ได้ทำหน้าที่แต่เพียงการหล่อเลี้ยงเซลล์เท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่รักษาสภาพที่สมดุลเมื่อเซลล์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่นความเข้มข้นของกรด หรือก๊าซต่าง ๆ ต่อมา Bradford Cannon ได้พัฒนาแนวคิด “ภาวะธำรงดุล” (homeostasis) และได้เขียนไว้ในหนังสือ “Wisdom of the Body”¹⁸ ตีพิมพ์ครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1939 ซึ่งกล่าวถึงกลไกภายในร่างกายที่จะมีการปรับตัวเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าใด ๆ เพื่อรักษาสมดุลด้วยการปรับสภาวะทางชีวเคมีของร่างกาย นอกจากนี้ Claude Bernard ยังพบว่าในระยะตกใจซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของระบบตอบสนองความเครียด (GAS) สัตว์จะมีการตัดสินใจที่จะ “สู้หรือหนี” (fight-or-flight) เรียกกระบวนการนี้อย่างเป็นทางการว่า “การตอบสนองอย่างเฉียบพลันต่อความเครียด” (acute stress response)

ภายหลังต่อมา ภาวะธำรงดุล ซึ่งเป็นแนวคิดในการสร้างเสถียรภาพของร่างกายด้วยการรักษาความสม่ำเสมอคงที่ (stability through constancy) ถูกโต้แย้งโดย Peter Sterling และ Joseph Eyer¹⁹ และนำเสนอแนวคิด “ภาวะไม่ธำรงดุล” (heterostasis) ซึ่งเป็นแนวคิดการรักษาเสถียรภาพด้วยการเปลี่ยนแปลง (stability through change)

ความเครียดมีกระบวนการและกลไกทางสรีรศาสตร์ที่เกิดขึ้นในตัวคน โดยที่เมื่อคนประสบเหตุการณ์ใด ๆ ที่สร้างความเครียด แกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล (hypothalamic-pituitary-adrenal axis – HPA axis) และระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system – ANS) จะเริ่มทำงาน ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) จะสังเคราะห์และหลั่งสาร corticotropin-releasing factor (CRF) ซึ่งหลั่งแล้วจะทำให้ต่อมใต้สมอง (pituitary gland) ปล่อย adreno-corticotropic hormone (ACTH) เข้าสู่กระแสเลือดไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนนอก (adrenal cortex)

ปกในของบทความวิชาการเฉพาะประเด็น (monograph) ของ Selye ในปี 1950 เรื่อง “The physiology and pathology of exposure to stress”

ที่มา : archive.org/details/physiologypathol0000hans

ให้ผลิต glucocorticoid (GC) ที่เป็นฮอร์โมนความเครียดหลักตัวหนึ่ง และจะทำให้ความเข้มข้นของ free cortisol ที่ไหลเวียนในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น เมื่อทั้งหมดนี้มีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ CRF จะถูกยับยั้ง และทำให้ ACTH และ cortisol ลดระดับลง เรียกกระบวนการนี้ว่า วงรอบแบบยับยั้งย้อนกลับ (negative feedback loop) ของฮอร์โมน

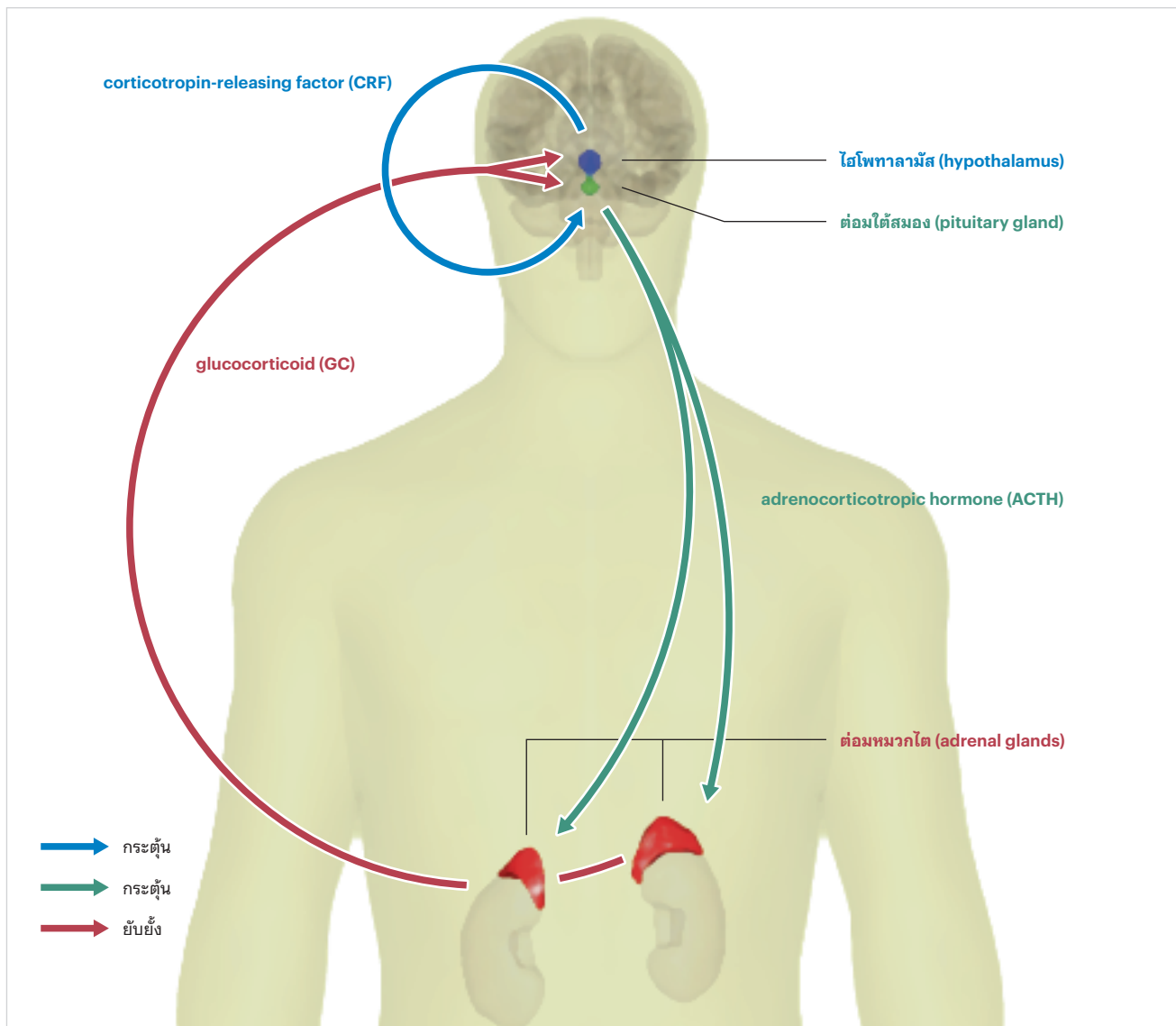
ในการตอบสนองกับความเครียด ร่างกายจะมีการยับยั้งกระบวนการสร้างภูมิคุ้มกัน ดึงเอาพลังงานสะสม

มาใช้ และกระตุ้นกระบวนการบางอย่างของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) เช่นการเรียนรู้ และความจำ

อย่างไรก็ตามการมีระดับ CRF และ cortisol เพิ่มสูงขึ้นเป็นเวลานาน จะมีผลร้ายตามมา เช่น การรบกวนกระบวนการเรียนรู้ (cognitive disturbances) อารมณ์เสีย กังวล ระบบภูมิคุ้มกันขาดเสถียรภาพ ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง

ในทางพันธุศาสตร์ก็ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับผลของพันธุกรรมที่มีต่อความเครียดในแต่ละคน อย่างเช่นการศึกษาของ Avshalom Caspi และคณะในปี 2002 ที่สรุปว่า เอนไซม์โมโนเอมีนออกซิเดส ชนิด A (monoamine oxidase A) หากมีมากเกินไปจะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย หรือตัวส่งสารสื่อประสาทเซโรโทนิน (serotonin transporter หรือ SERT) ช่วยให้คนสามารถต้านทานเหตุการณ์ในชีวิตที่มีความเครียดมากๆ ได้

แกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล (Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis)



ที่มา : ปรับจาก commons.wikimedia.org/wiki/File:HPA-axis_-_anterior_view_(with_text).svg และ commons.wikimedia.org/wiki/File:HPA_Axis_Diagram_(Brian_M_Sweis_2012).svg

สภาพแวดล้อมกับความเครียดในเชิงจิตวิทยา

ในขณะที่นิยามความเครียดของ Selye และนักสรีรศาสตร์อื่น ๆ ฤทธิพิภกษวิจาร์ณว่ามุ่งไปที่กลไกความเครียดที่เกิดขึ้นต่อร่างกาย (somatic stress หรือ biological stress) มากเกินไป แต่ก็**ไม่อาจปฏิเสธได้ว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาการรักษา ผู้ได้รับผลกระทบจากความเครียดด้วยการใช้ยา และเทคนิคอื่น ๆ ทางการแพทย์ และจะว่าไปแล้วอาจเป็นส่วนที่คนทั่วไปรู้ร้น้อยที่สุด แม้จะเกิดขึ้นในร่างกายของคนเราทุกคนเมื่อเกิดความเครียดขึ้น**

สำหรับความเครียดในทางจิตวิทยา (psychological stress) นั้น นิยามที่ได้รับการอ้างอิงมากที่สุดเป็นของ Lazarus และ Folkman²⁰ ซึ่งนิยามไว้ว่า **“เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสภาพแวดล้อมซึ่งคนประเมินแล้วเห็นว่าเกินกว่ากำลังทรัพยากรของตนเองและเป็นภัยคุกคามต่อความอยู่ดีมีสุข”**²¹ ซึ่งจะเห็นว่ามีการให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมมากขึ้น

แม้แต่ในการศึกษาความเครียดในเชิงพันธุกรรมที่อธิบายว่า ความสามารถในการควบคุมความเครียดได้รับอิทธิพลจากลักษณะทางพันธุกรรมด้วย ก็ยังให้น้ำหนักกับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมค่อนข้างมาก อย่างเช่นการศึกษาของ Fergusson และคณะ (2011)²² ซึ่งศึกษา**อิทธิพลร่วมระหว่างพันธุกรรมกับสภาพแวดล้อม (gene-environment interactions หรือ G×E)** แม้ผลสรุปจะยังไม่หนักแน่นมากนัก อีกทั้งการศึกษาแนวทางนี้ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นก็ตาม

ในการศึกษาของ Jeansok Kim และ David Diamon (2002)²³ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในทางสรีรศาสตร์ ก็เสนอว่า ปริมาณความเครียดเป็นผลจากองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

- 1 ความตื่นเต้นหรือเร้าใจ (excitability/arousal)
- 2 ความรู้สึกว่าเป็นสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (perceived aversiveness)
- 3 ความไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ (uncontrollability)

ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมภายนอกทั้งสิ้น

ความเป็นมาของการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด และนิยามความเครียด ทั้งในเชิงสรีรศาสตร์ซึ่งเป็นเรื่องราวความซับซ้อนที่เกิดขึ้นในระดับเซลล์และพันธุกรรมของร่างกาย และในเชิงจิตวิทยา ซึ่งรวมเอาอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกร่างกายเอาไว้ ทำให้เห็นว่าการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะขาดความเข้าใจหรือละเลยมิติใดมิติหนึ่งไปไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นกลไกภายในร่างกาย และสภาพแวดล้อมภายนอก

ต่างคน ต่างวัย ต่างเครียด



ความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกช่วงวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ เพราะคนแต่ละช่วงวัยต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพ ประสิทธิภาพ ความเจ็บป่วย ความสัมพันธ์กับผู้คน ปัญหาอุปสรรค ความท้าทายในชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงวัยและเวลา ดังนั้นสถานการณ์ความเครียดของแต่ละคนจึงเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ มากมายและมีความซับซ้อนแตกต่างกัน

การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตในเชิงลึกพบว่า ความเครียดเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่

- 1 ปัจจัยด้านร่างกายของแต่ละบุคคล เช่น เป็นโรคทางกาย ความผิดปกติทางสมอง รวมทั้งพันธุกรรม
- 2 ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น พื้นฐานอารมณ์ บุคลิกภาพ ความสามารถในการรับมือ และจัดการปัญหา
- 3 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น การเลี้ยงดู จากครอบครัว การศึกษา สภาพเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม ข้อมูลข่าวสาร และอื่น ๆ

ในแต่ละช่วงชีวิตของคน ล้วนต้องเผชิญกับปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้ที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย ไม่ว่าจะเป็นวัยเด็ก วัยทำงาน และวัยสูงอายุ ทำให้ต้องพบกับความเครียดที่มีลักษณะแตกต่างกันไปด้วย และแม้แต่ช่วงวัยเด็กที่หลายคนคิดว่าไม่น่าจะต้องมีภาระหน้าที่อะไรที่ทำให้เครียด แต่เด็กก็มีความเครียดเฉพาะวัยของตัวเองที่ใหญ่หลายคนมองข้าม หรือไม่เข้าใจ เพราะลิมประสาทการณวัยเด็กของตนเองไปแล้ว หรือเป็นเพราะยุคสมัยเปลี่ยนไป ความคิด สภาพแวดล้อม ค่านิยมต่าง ๆ จึงเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย และในขณะเดียวกันเด็กก็อาจไม่เข้าใจในความเครียดของผู้ใหญ่เพราะยังไม่เคยผ่านประสบการณ์บางอย่าง

เนื้อหาในส่วนนี้ จะฉายภาพสถานการณ์ความเครียดที่แตกต่างกันของคนทั้ง 3 ช่วงวัย ได้แก่ วัยเด็กและ

เยาวชน วัยทำงาน และวัยสูงอายุ โดยนำเสนอข้อมูลจากการสำรวจด้านสุขภาพจิตหรือความเครียดที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของคนกลุ่มต่าง ๆ การแสดงออกเมื่อมีความเครียด

ความเครียดในวัยเด็กและเยาวชน



ผลสำรวจของ Mental Health Check In²⁴ พบว่า วัยรุ่นไทยมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดสูงขึ้น โดยระดับความเครียดในรอบเดือนมีนาคม 2565 สูงกว่าวัยทำงานถึง 4 เท่า ผลจากความเครียดทำให้วัยรุ่นและเยาวชนแสดงพฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรงมากขึ้น โดยมีสาเหตุมาจากความขัดใจเรื่องความรัก ความเครียดเรื่องการเรียน ค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอ การใช้เวลาในสิ่งที่วัยรุ่นและเยาวชนสนใจกลับถูกตัดทอนว่าหมกมุ่น นำไปสู่ความขัดแย้งและกลายเป็นความรุนแรงในที่สุด

ขณะที่ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความเครียดของเยาวชนคนรุ่นใหม่ (อายุ 15–24 ปี) โดยใช้แบบสำรวจเยาวชน จำนวน 19,034 ตัวอย่างจากศูนย์ความรู้และนโยบายเด็กและครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยและการรับมือกับความเครียดของเยาวชน พบว่า เยาวชนมีความเครียดตลอดเวลาเนื่องจากการศึกษาและการทำงานมากที่สุดในระดับ 3.1 คะแนน (คะแนนความเครียด 0–5 คะแนน)²⁵

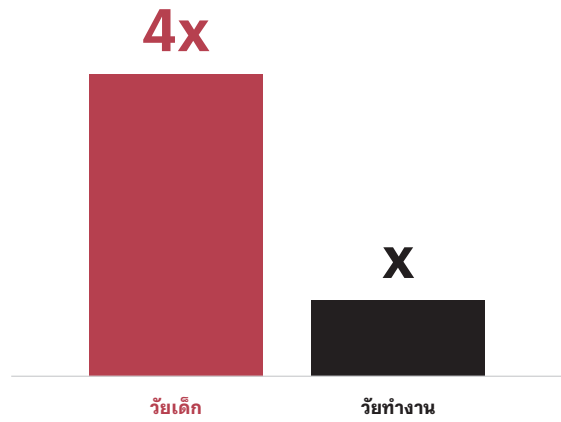
ปัจจัยความเครียดของเด็กวัยรุ่นและเยาวชน

ระบบการศึกษาและความคาดหวังของพ่อแม่

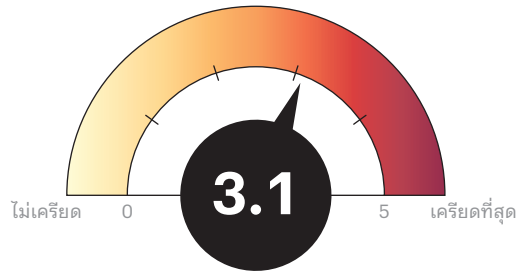
ข้อมูลของ สสส. รายงานว่า เวลาเรียนหนังสือของเด็กไทยมากที่สุดรองลงมาจากญี่ปุ่น ส่งผลให้เด็กไทยออกกลางคันปีละ 900,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การมีชั่วโมงเรียนจำนวนมาก 8–10 คาบต่อวัน ทำให้เยาวชนรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากเรียน ที่สำคัญคือเด็กมักไม่พูดคุยปรึกษาพ่อแม่ผู้ปกครอง แม้ว่าร้อยละ 87 ที่พูดคุย แต่ก็เพียงวันละ 10 นาทีเท่านั้น สอดคล้องกับข้อมูลจาก Nation Master²⁶ ที่สำรวจชั่วโมงเรียน พบว่า **เด็กไทยมีจำนวนชั่วโมงเรียนมากเป็นอันดับหนึ่งเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในโลก จำนวน 1,200 ชั่วโมงต่อปี ทั้งนี้ยังไม่รวมกับชั่วโมงการเรียนพิเศษ**

การเรียนหนักบางครั้งเกิดจากการกดดันของพ่อแม่ผู้ปกครอง หรือจากความคาดหวังของเด็กเองด้วย ที่ต้องการได้คะแนนดี หรือสอบเข้าสถาบันที่มีชื่อเสียง เด็กต้องแบกรับความคาดหวังสูงทั้งจากครอบครัวและสังคม ขณะที่บรรยากาศในโรงเรียนก็มีส่วนทำให้เกิดการแข่งขันและเปรียบเทียบระหว่างนักเรียนแทนที่จะมุ่งพัฒนาศักยภาพเฉพาะบุคคล รวมทั้งการข่มเหง (bully) ด้วยวิธีการต่าง ๆ

ระดับความเครียด
ในรอบเดือน มี.ค. 2565



คะแนนความเครียดของ
เยาวชนคนรุ่นใหม่ (อายุ 15–24 ปี)
ที่มีความเครียดตลอดเวลาเนื่องจากการศึกษาและการทำงาน



เมื่อไม่สามารถทำตามเป้าหมายได้ เด็กจะรู้สึกขาดความมั่นใจ กอดตัน เครียด ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เปลืองบางบางคนเป็นโรคกลัวการสอบ ช่วงใกล้สอบจะรู้สึกไม่สบาย เพราะกังวลว่าจะทำได้ไม่ดี กลัวพ่อแม่โกรธ จนอาจทำให้กลายเป็นปัญหาสุขภาพและความเครียด หรือโรคซึมเศร้า หรือส่งผลให้มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ได้ เช่น การทะเลาะวิวาท การใช้ความรุนแรง และทำร้ายตัวเอง

แม่ของเด็กหญิงวัย 12 ปี เล่าให้ฟังว่า ลูกสาวมีเป้าหมายอยากไปเรียนต่อในกรุงเทพฯ แต่ผลสอบออกมา กลับสอบได้อันดับสุดท้ายของห้อง รู้สึกน้อยใจและเครียดที่จะต้องเรียนซ้ำชั้น กลัวไม่ได้เรียนต่อระดับมัธยม เมื่อออกไปวิ่งเล่นกับเพื่อน กลับถูกล้อเรื่องผลสอบ ทำให้เครียดหนัก จึงคิดสั้นโดยใช้เข็มขัดผูกคอตัวเองตาย ²⁷

ความสัมพันธ์กับครอบครัว

จำนวนชั่วโมงเรียนของเด็ก นอกจากเป็นปัญหาของระบบการศึกษาแล้ว ยังมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม ที่ทำให้เด็กและเยาวชนต้องเผชิญกับภาวะที่เรียกว่า **การถูกเร่งรัด (hurried child syndrome)** มากกว่าแต่ก่อน

การถูกเร่งรัด หมายถึง การที่ผู้ปกครองคาดหวังให้ลูกทำสิ่งต่างๆ ที่เกินกว่าระดับความสามารถทางจิตใจ สังคม หรือทางอารมณ์ จัดตารางชีวิตให้ลูกมากเกินไป ผลักดันและกดดันลูกอย่างหนักเพื่อความสำเร็จทางวิชาการ และคาดหวังให้เด็กพูด คิด และทำตัวเหมือนเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งเกินกว่าวัยสัปดาห์ของวัยจนดูเหมือนเป็นผู้ใหญ่ตัวเล็ก ๆ²⁸

ภาวะที่เด็กถูกเร่งรัดนี้สร้างความเครียด และอาจนำไปสู่การหาทางออกด้วยการใช้ยาเสพติดและแอลกอฮอล์ รวมไปถึงจนถึงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ซึ่งมีจำนวนกว่าห้าพันคนในแต่ละปี รวมไปถึงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเข้าสู่วัยรุ่นเต็มตัวและตั้งครรถ์ก่อนวัยอันควร²⁹

การเร่งรัดเด็กและเยาวชน ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการเป็นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว การที่พ่อ/แม่ต้องทำงานหนัก จึงต้องผลักให้ลูกต้องโตกว่าวัย รวมทั้งการที่พ่อและแม่ทำงานประจำทั้งคู่ ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ มีความคาดหวังสูงในตัวเด็ก โดยมักจะกระตุ้นให้ลูกทำตัวเป็นผู้ใหญ่เกินไป ให้ลูกแข่งขันตลอดเวลาเพื่อสร้างลูกให้เป็น “สุดยอดเด็ก”

เมื่อเด็กไม่เป็นไปตามมาตรฐานของผู้ปกครอง เด็กจะเครียดมาก เพราะรู้สึกว่าไม่สามารถทำได้ตามที่พ่อแม่คาดหวัง นอกจากนี้ การได้รับอิทธิพลจากสื่อต่างๆ ทำให้พ่อแม่คาดหวังให้ลูกกลายเป็น “ซูเปอร์ฮีโร่” เหมือนในสื่อ จึงต้องเร่งให้ลูกมีพัฒนาการที่รวดเร็วในทุกๆ ด้าน และแม้ว่าพ่อแม่จะเลี้ยงลูกให้โตแค่ไหนก็ตาม เมื่อเด็กยังไม่พร้อม เด็กก็จะขาดวุฒิภาวะ ความรับผิดชอบ และความสามารถในการปรับตัวและรับมือกับความขัดแย้งแบบผู้ใหญ่ เมื่อต้องเผชิญความท้าทายก็จะทำให้รู้สึกวิตกกังวล หวาดกลัว และเครียดมาก

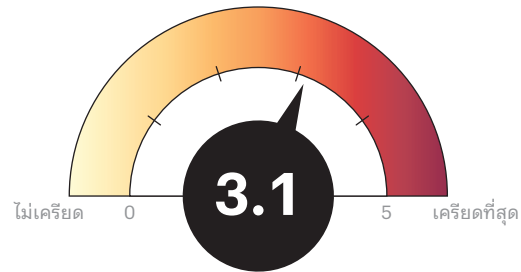
นอกจากนี้ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองเกี่ยวกับความเจริญก้าวหน้าของเด็กเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ทำให้เด็กถูกเร่งรัด พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว จะมีความรู้สึกเหงา กลัวโดดเดี่ยว หรือรู้สึกไม่มั่นคง เครียดจากการหย่าร้าง จึงรู้สึกว่าต้องการให้ลูกเก่งกว่า ช่วยเหลือตัวเองได้ในทุกเรื่อง รวมถึงมุ่งมั่นและความคาดหวังของพ่อแม่ในการเลี้ยงลูกในช่วงเวลานั้นๆ ทำให้กดดันหรือเร่งให้ลูกโตกว่าวัยอีกด้วย

เมื่อพ่อแม่เร่งพัฒนาการของเด็กเร็วเกินไปและทำอย่างต่อเนื่อง ทำให้เด็กได้รับความกดดันจากความคาดหวังและประสบการณ์ที่ไม่เหมาะสมกับวัย เด็กไม่มีเวลาได้วิ่งเล่น หรือใช้ชีวิตแบบเด็กตามสมควรจะเป็น จึงเป็นการสร้างความเครียดในระยะยาว ความเครียดที่เกิดขึ้นกับเด็กที่เร่งรีบจะส่งผลเสียต่อ “ฮอร์โมนคอร์ติซอล” ซึ่งทำหน้าที่รับมือกับความเครียด และสร้างความเสียหายให้กับสมองและความจำของเด็กอีกด้วย³⁰

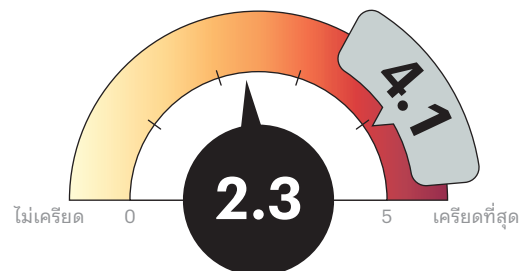
มีการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเด็กที่มีอายุ 15-24 ปี ที่เครียดตลอดเวลา มีระดับความเครียดด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวสูงถึง 3.1 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5) และเมื่อค้นลึกไปในประเด็นครอบครัว พบว่า เยาวชนที่มีความสนิทสนมกับครอบครัวน้อย มีระดับความเครียดสูงถึง 4.1 คะแนน ขณะที่กลุ่มที่มีความสนิทสนมกับความเครียดมากที่สุด มีระดับความเครียดเพียง 2.3 คะแนน เท่านั้น

เมื่อถามว่า ครอบครัวสามารถช่วยแก้ปัญหาหรือสนับสนุนได้แค่ไหน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีครอบครัวมีส่วนสนับสนุนการแก้ปัญหาที่น้อยที่สุดจะมีระดับ

คะแนนความเครียดของ
เด็กอายุ 15-24 ปี ที่เครียดตลอดเวลา
ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว



คะแนนความเครียดของ
เด็กอายุ 15-24 ปี
จำแนกตามความสนิทสนมกับครอบครัว

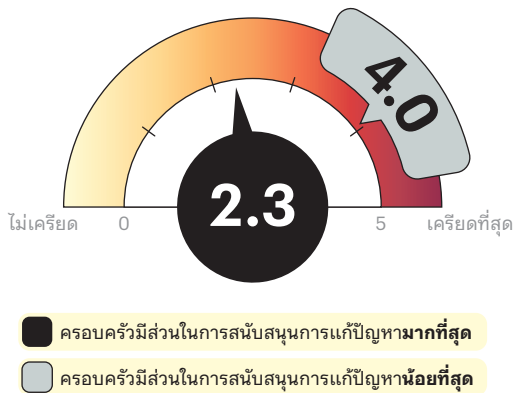


- สนับสนุนกับครอบครัวมากที่สุด
- สนับสนุนกับครอบครัวน้อย

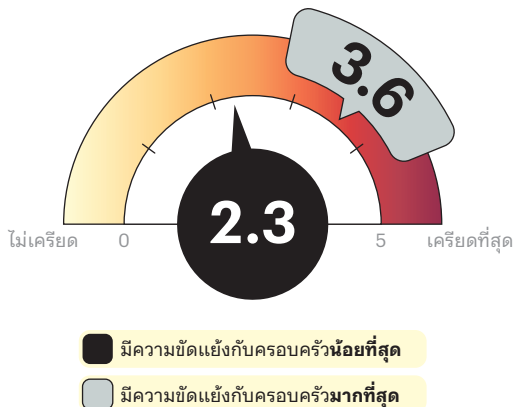
การเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว

ความเครียดสูงถึง 4.0 คะแนน ในขณะที่เยาวชนที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด จะมีระดับความเครียดเพียง 2.3 คะแนนเท่านั้น สะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยลดความเครียดและสนับสนุนให้เยาวชนกล้าเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ แต่หากเยาวชนมีความขัดแย้งกับครอบครัวมาก ก็จะทำให้มีความเครียดสูงตามไปด้วย โดยพบว่า กลุ่มที่มีความขัดแย้งกับครอบครัวมากที่สุด มีความเครียดสูงถึง 3.6 คะแนน กลุ่มที่มีความขัดแย้งน้อยที่สุดจะมีระดับความเครียดเพียง 2.3 คะแนนเท่านั้น³¹

คะแนนความเครียดของเด็กอายุ 15-24 ปี
จำแนกตามการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว



คะแนนความเครียดของเด็กอายุ 15-24 ปี
จำแนกตามความขัดแย้งกับครอบครัว



ครอบครัวที่เลี้ยงดูเด็กด้วยความเข้มงวด กัดดัน หรือใช้ความรุนแรงทั้งคำพูด และการกระทำ หรือสมาชิกในครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อยครั้ง ใช้ความรุนแรงให้เด็กเห็นเป็นประจำ หรือเลี้ยงดูเด็กแบบไม่เอาใจใส่ ทอดทิ้งเด็กให้รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ขาดที่พึ่ง ขาดความรัก ละเลยการศึกษาของเด็ก โดยเฉพาะครอบครัวที่พ่อแม่ไม่อยู่กับเด็ก ทั้งให้อยู่กับปู่ย่าตายาย หรือญาติ เป็นต้น ล้วนแต่ทำให้เด็กเกิดความเครียดสะสม และมีแนวโน้มที่จะควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หรือแสดงออกพฤติกรรมที่รุนแรงเมื่อโตขึ้นได้

มีการศึกษาที่ระบุว่า ความรุนแรงจากการเลี้ยงดูในวัยเด็ก โดยเฉพาะในช่วงปฐมวัยและวัยเรียน ที่เติบโตมาในลักษณะขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว เด็กถูกทำร้าย ถูกทอดทิ้ง จะทำให้เด็กสะสมความรุนแรงและแสดงออกกับสิ่งของ สัตว์เลี้ยง และเพื่อนโดยไม่รู้สติผิด และกลายเป็นนิสัยและวิถีชีวิต จนนำไปสู่การใช้ความรุนแรง และการก่ออาชญากรรมในที่สุด³² จึงกล่าวได้ว่า **“การเลี้ยงดูเด็กอย่างไม่ถูกต้อง สร้างเด็กให้เป็นอาชญากร”** ได้

สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงและไม่โอบรับคนทุกกลุ่ม

ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนที่เพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากการที่เด็กเติบโตขึ้นมาในสังคมที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว มีการแข่งขันสูง ซึ่งมีส่วนทำลายความฝันและความหวังของวัยรุ่นหรือเยาวชน รวมไปถึงการที่สังคมมีความเชื่อและวัฒนธรรมที่ปิดกั้น เช่น เรื่องเพศ ทำให้เด็กต้องเลือกเป็นหรือแสดงออกตามที่สังคมกำหนดเพื่อให้ได้รับการยอมรับ แต่ก็ค้ำกับความเป็นจริงที่อยากเป็น

เด็กจำนวนมากจึงขาดความเป็นตัวของตัวเอง ไม่เว้นแม้กระทั่งทางเลือกในเรื่องการทำอาชีพ บางครั้งก็ต้องเลือกอาชีพที่จะทำให้อยู่รอด เนื่องจากระบบโครงสร้างสังคม คุณภาพการศึกษาที่ไม่รองรับ และเศรษฐกิจฐานะ ทำให้ไม่สามารถทำอาชีพตามที่ฝันได้ เด็กบางกลุ่มจึงต้องแบกรับปัญหาสุขภาพจิตเพราะต้องเลือกงานที่รายได้ดี เด็กบางคนจึงคิดว่าไม่ต้องฝันดีกว่า ฝันไปก็รู้สึกเจ็บปวด ที่สำคัญเสียงสะท้อนของวัยรุ่นและเยาวชน ก็กลายเป็นความไม่เข้าใจของผู้ใหญ่³³ และมักจะมองว่าขี้บ่น ไม่อดทน ไม่รู้จักปรับตัว เด็กกลับถูกมองว่าเป็นคนผิด แปลกแยก หรือขวางโลก เป็นต้น

ในบางสังคมที่มีวัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ มักคาดหวังกับเด็กชายว่าจะต้องเข้มแข็ง อ่อนแอไม่ได้ หากแสดงความอ่อนแอจะถือเป็นเรื่องน่าอับอาย เด็กชายถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นเสาหลักของครอบครัว³⁴ ทำให้เด็กผู้ชายต้องแบกรับความกดดันและความเครียดที่อาจจะบอกใครไม่ได้ และส่งผลกระทบต่อตนเองในระยะยาว

ความเครียด 3 อันดับแรกในกลุ่มคนวัยทำงาน



ความเครียดของคนวัยทำงาน

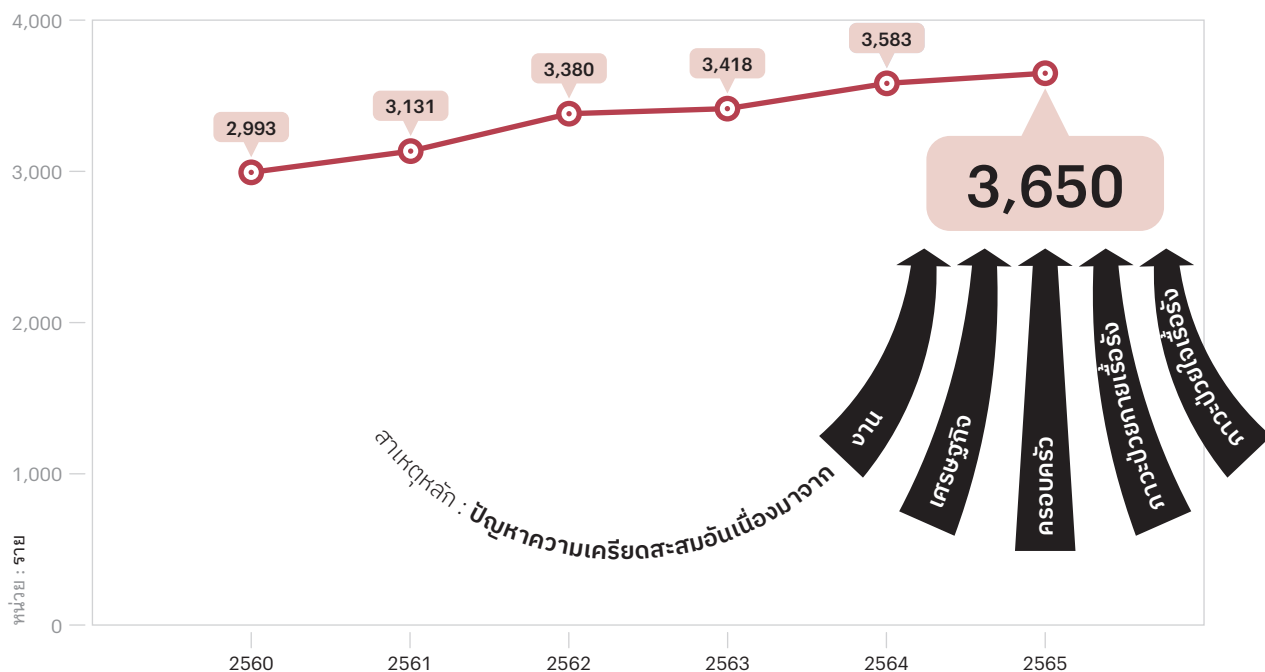


เมื่อปี 2561 กรมสุขภาพจิตสำรวจสุขภาพใจคนวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 15-59 ปี พบว่า ความเครียด 3 อันดับแรกในกลุ่มคนวัยทำงาน ได้แก่ เครียดจากเศรษฐกิจเป็นอันดับ 1 ร้อยละ 30.8 ซึ่งทั้งชายและหญิงมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน อันดับ 2 เครียดจากภาวะสังคม ร้อยละ 20.3 และอันดับ 3 เครียดจากปัญหาครอบครัว ร้อยละ 14.5 และยังพบว่ามี ความเครียดมาจากการเสพยาเสพติด และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้วยร้อยละ 13.2³⁵

ในปี 2565 กรมสุขภาพจิต รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของคนในวัยทำงาน (อายุ 20-59 ปี) เพิ่มขึ้นเป็น 3,650 คน จาก 3,583 คน ในปี 2564 โดยมีปัจจัยหลักคือ ปัญหาความเครียดสะสมเรื่องงาน เศรษฐกิจ ครอบครัว รวมทั้งภาวะป่วยกายหรือใจเรื้อรัง

รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาส 1 ปี 2566 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) พบว่า คนวัยทำงาน เสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน ภาวะเครียด และการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น³⁶ ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต เผยว่า แนวโน้มสถิติการฆ่าตัวตายในวัยทำงานสูงขึ้น (ภาพที่ 1) โดยมีสาเหตุหลัก ได้แก่ ปัญหาความเครียดสะสมเรื่องงาน เศรษฐกิจ ครอบครัว รวมทั้งภาวะป่วยกายหรือใจเรื้อรัง

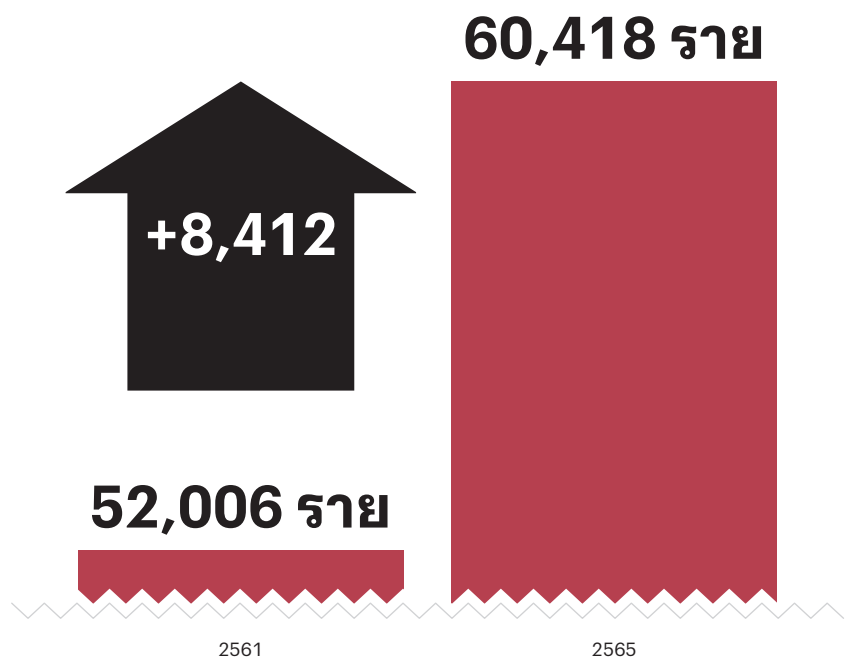
จำนวนการฆ่าตัวตายของคนวัยทำงาน (อายุ 20-59 ปี) ปี 2560-2565



ที่มา : ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

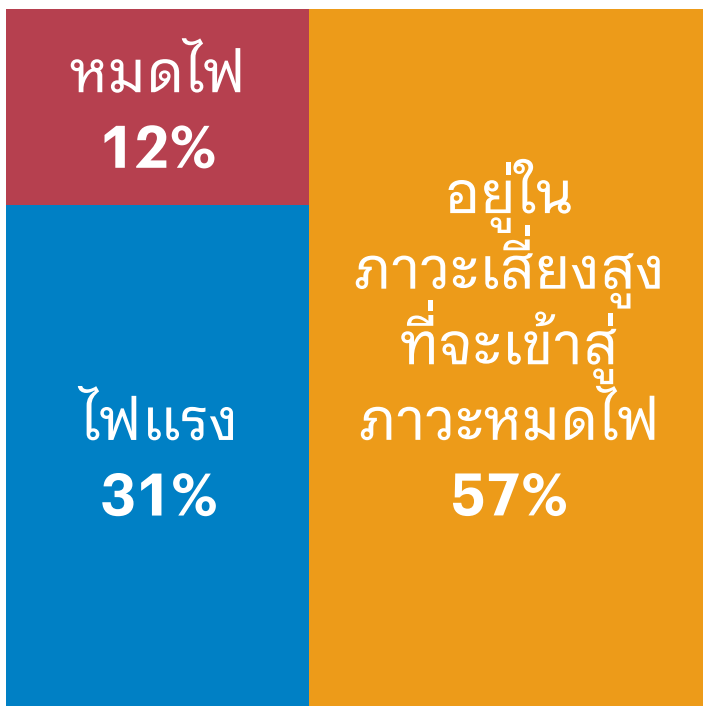
นอกจากนี้ความเครียดยังนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพมากมาย โดยข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สะท้อนว่า คนวัยทำงานจำนวนมากถึง 60,418 ราย ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี 2561 ซึ่งมีผู้ป่วยเพียง 52,006 ราย³⁷เท่านั้น สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่เฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีเท่านั้น แต่รวมถึงปัจจัยเรื่องความเครียดสะสมในกลุ่มคนวัยทำงานอีกด้วย

จำนวนคนวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด



ปัจจัยความเครียดของคนวัยทำงาน

วัยทำงานในกรุงเทพมหานคร
จำแนกตามภาวะไฟแรงในการทำงาน

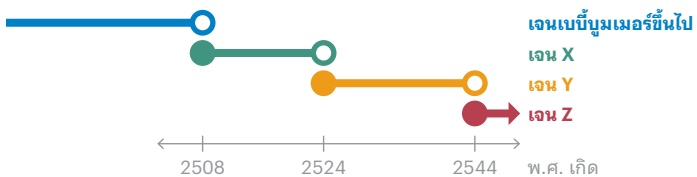


หน้าที่การงาน

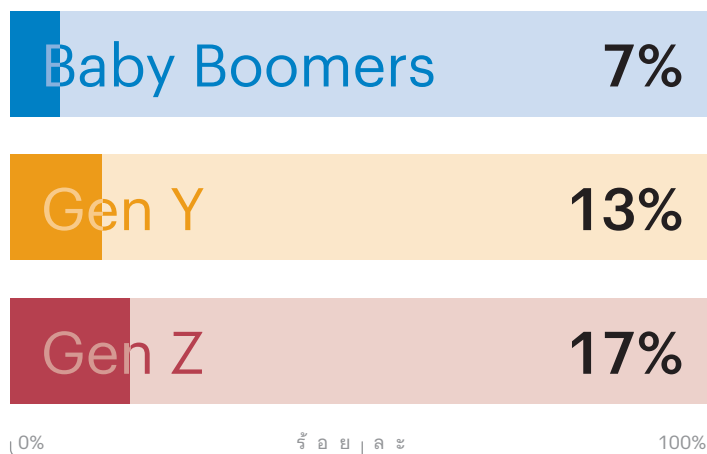
ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) เป็นโรคเครียดของคนทำงาน เป็นภัยเงียบที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของคนวัยทำงานอย่างมาก มักพบในสังคมเมือง โดยเมื่อปี 2562 องค์การอนามัยโลก ประกาศให้ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลรักษา มีงานวิจัยของต่างประเทศที่ระบุว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานนี้ส่งผลให้เป็นโรคซึมเศร้าได้ในระยะยาว รวมทั้งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 โดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่ ขณะที่ผลสำรวจต่าง ๆ พบข้อมูลที่สอดคล้องกัน

ข้อมูลจากงานวิจัย การตลาดเติมพลัง “Burnout in the city” โดยวิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยทำงานในกรุงเทพมหานครที่อยู่ในภาวะ “ไฟแรง” แม้จะมีอยู่ราวร้อยละ 31 แต่กลุ่มที่อยู่ในภาวะ “หมดไฟ” มีร้อยละ 12 ในขณะที่กลุ่มที่น่าห่วงมีถึงร้อยละ 57 ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่จะเข้าสู่ภาวะหมดไฟ

อีกทั้งยังพบว่า ช่วงอายุที่น้อยลงกลับมีโอกาสที่จะเข้าสู่ภาวะหมดไฟได้มากกว่า โดยกลุ่ม Gen Z (ช่วงอายุต่ำกว่า 22 ปี) กำลังตกอยู่ในภาวะหมดไฟมากที่สุดถึงร้อยละ 17 ขณะที่กลุ่ม Gen Y (ช่วงอายุ 23-38 ปี) ก็ตกอยู่ในสภาวะใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 13 ขณะที่กลุ่ม baby boomer (ช่วงอายุระหว่าง 55-73 ปี) กลับอยู่ในภาวะหมดไฟน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 7 เท่านั้น³⁸

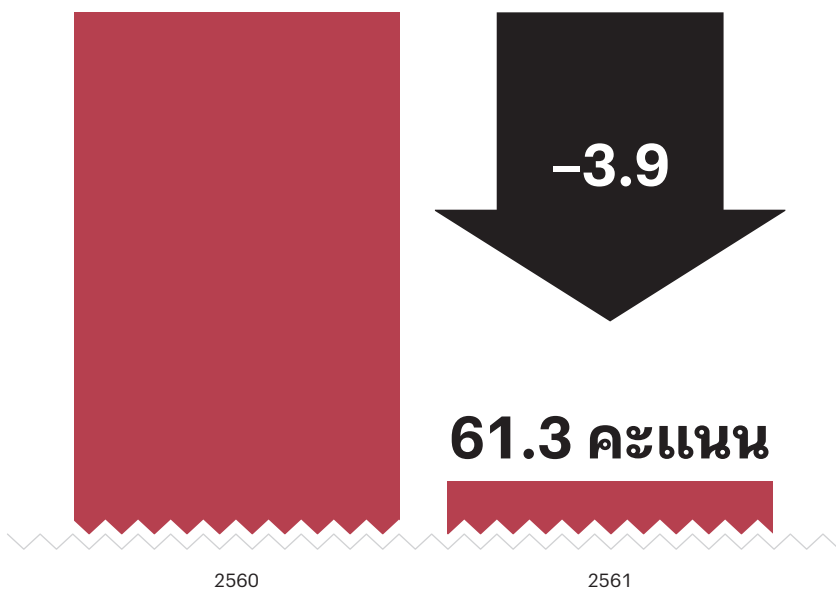


ร้อยละของผู้ที่มีภาวะหมดไฟ ในแต่ละช่วงอายุ



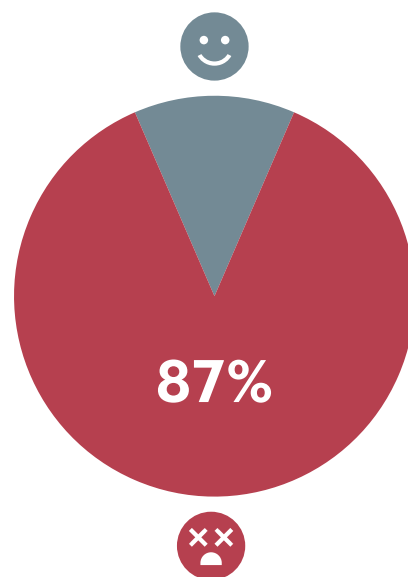
คะแนนสุขภาพและความเป็นอยู่แบบ 360° ของคนไทย

65.2 คะแนน



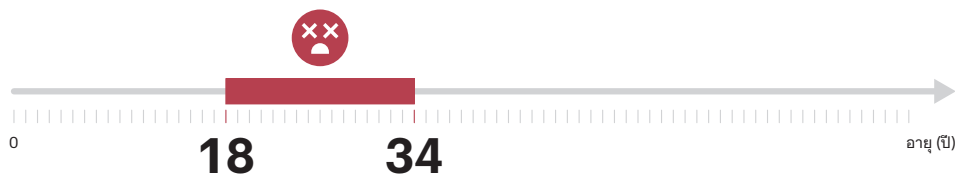
เมื่อปี 2561 บริษัทชิกนาประกันภัย สำรวจคะแนนสุขภาพและความเป็นอยู่แบบ 360° ของคนไทยพบว่า คะแนนโดยรวมลดลงจาก 65.2 คะแนนเมื่อปี 2560 เหลือ 61.3 คะแนน เนื่องจากคนวัยทำงานส่วนใหญ่มีความเครียดและกังวลเรื่องความมั่นคงด้านการเงิน และความสามารถในการดูแลครอบครัว ในขณะที่กลุ่มคนไทยอายุระหว่าง 18-34 ปี รู้สึกเครียดเกี่ยวกับเรื่องงานมากที่สุด³⁹

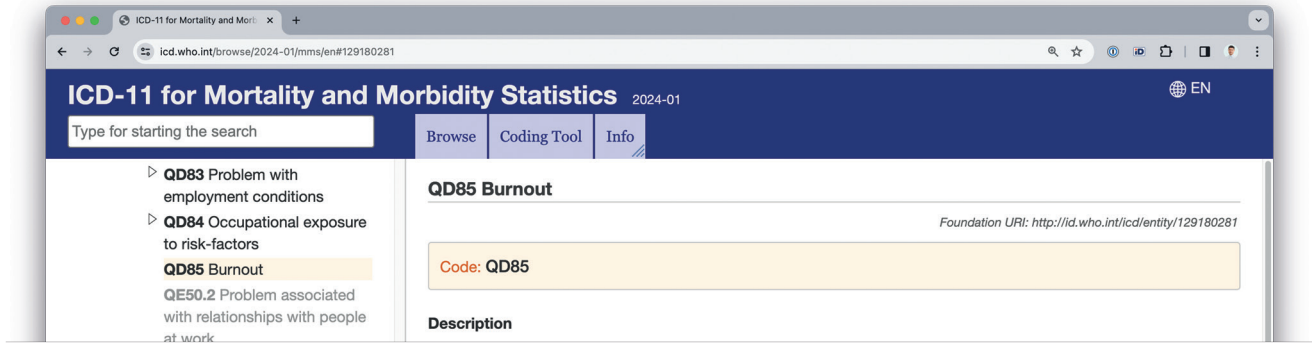
ร้อยละ 87 ของคนวัยทำงานมีความเครียดจากการทำงานที่ไม่มีความสุข



ข้อมูลปี 2565 ตอกย้ำให้เห็นว่าคนวัยทำงานเครียดมากแค่ไหน โดยข้อมูลระบุว่า **กว่าร้อยละ 87 ของคนวัยทำงานมีความเครียดจากการทำงานที่ไม่มีความสุข** และมีการยื่นใบลาออกจำนวนมากถึง 77,143 คน และพบว่า สายด่วนสุขภาพจิต เมื่อเดือนมกราคม 2565 มีกลุ่มวัยแรงงานขอรับบริการเรื่องความเครียด วิตกกังวล และไม่มีความสุขในการทำงาน 392 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.5 ของการโทรศัพท์เข้ามาทั้งหมด 5,978 สาย⁴⁰

คนไทยกลุ่มอายุที่เครียดเกี่ยวกับเรื่องงานมากที่สุด

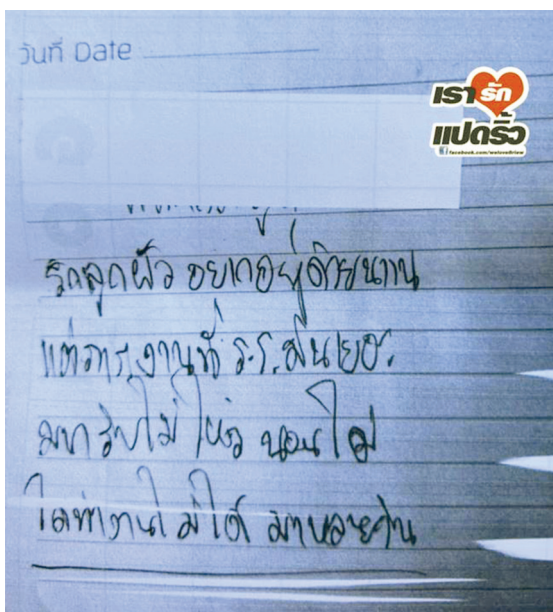
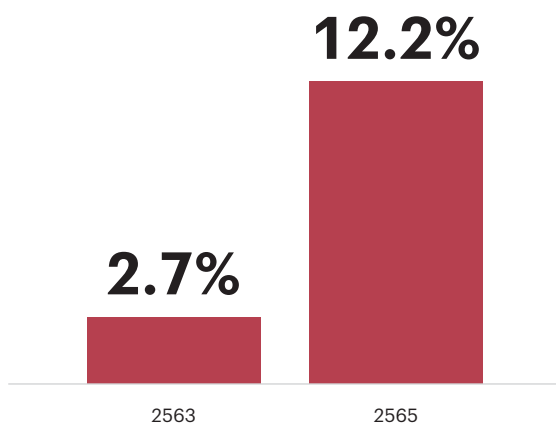




ภาวะหมดไฟ (burnout) ปรากฏอยู่ในบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases) ฉบับที่ 11 ขององค์การอนามัยโลก

ที่มา : icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#129180281

ร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะหมดไฟ



จดหมายลาของครูที่เครียดเรื่องจากถูกสั่งให้ทำงานล้นมือ

ที่มา : <https://hilight.kapook.com/view/225031>

อาชีพเสี่ยงต่อความเครียด

อาชีพบางอาชีพสร้างความเครียดให้กับคนทำงาน เพราะต้องอยู่ในความกดดัน รับผิดชอบต่อชีวิตหรือความปลอดภัย มีชั่วโมงทำงานต่อเนื่องไม่ได้พักผ่อน ขาดความสมดุลระหว่างชีวิตและงาน (work-life balance) หรือต้องอยู่ในภาวะเบียดเบียนที่เข้มงวด เช่น ทหาร ตำรวจ ครู แพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย รวมถึง นักร้อง นักแสดง ที่มีเวลาทำงานและพักผ่อนไม่เป็นปกติ

จากข้อมูลปี 2565 พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีภาวะหมดไฟเพิ่มขึ้นเกือบ 5 เท่า จากเดิมร้อยละ 2.7 เมื่อปี 2563 เป็นร้อยละ 12.2 ในปี 2565 ภาวะดังกล่าวสัมพันธ์กับการที่มีผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับการรักษามากขึ้นเมื่อปี 2565 ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัดมีภาระงานหนักมากขึ้นนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน⁴¹

ความกดดันในที่ทำงาน

บางอาชีพได้รับความกดดันจากที่ทำงานหลากหลายรูปแบบและซับซ้อน ทั้งการต้องปฏิบัติตามระเบียบกฎเกณฑ์อย่างละเอียด การใช้คนไม่ถูกกับงาน การกดดันให้ทุ่มเทโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน การถูกข่มเหง หรือล่วงละเมิดในที่ทำงาน การถูกดูด้วยถ้อยคำรุนแรงให้อับอาย ภาระงานมากเกินไป การต้องรับมือกับปัญหาหลายด้าน สัมพันธ์กับหลายฝ่าย การไม่ได้รับความร่วมมือในการทำงาน มีความคาดหวังสูงจากผู้บริหาร เป็นต้น ยกตัวอย่างอาชีพครู ซึ่งพบเห็นได้จากสื่อบ่อยครั้ง

ผลกระทบจากความเครียด

ครูเครียดหนักเพราะถูกบังคับให้หานักเรียนใหม่ เข้ามาเรียนตามยอดที่ให้ไว้พอใกล้เปิดเทอมเมื่อเป้ายังไม่ถึง เลยถูกต่อว่าและเรียกไปด่าจนอับอาย รู้สึกกดดันและคิดสั้น ดึงตึกของอาคารเรียนที่อยู่ตรงชั้น 5 ลงมาเสียชีวิต

ผู้จัดการออนไลน์, 5 พ.ค. 2565⁴²

สาเหตุของความเครียด

ต้นเหตุในการเป็นซึมเศร้ามันเริ่มตรงนี้เลย ก็คืองานที่เราไม่ได้เขาไม่ให้เรากำ แต่งานที่เราไม่กดดัน ให้ทำจ้งเลย... เราเป็นครูภาษาอังกฤษ แต่ได้ทำเรื่องคุณลักษณะของห้องเคมี ซึ่งมันไม่ตรงกับเราเลย แล้วก็ได้รับงานแบบนี้มาเรื่อย ๆ ...

— The Matter, 26 เมษายน 2566⁴³

ทุกอย่างใน 24 ชั่วโมง ‘ครู...ลูกรถชน’ ‘ครู... ลูกหนีไปอยู่บ้านเพื่อน’ เราก็ตพยายามทำเต็มที่ในส่วนของเรา แต่ในขณะที่เดียวกันเรากลับไม่ได้รับความร่วมมือจาก ผู้ปกครอง ก็เลยเป็นจุดหนึ่งที่ทำให้เรารู้สึกว่าเราพยายามแล้ว แต่พอเด็กออกจากรั้วโรงเรียนไปไม่ใช่ที่เราไม่ตามเราก็ตตาม แต่ผู้ปกครองอยู่เฉย ๆ แล้วไม่ตาม อันนี้คือเราก็ตกใจ เหมือนเราตั้งความหวังไว้ว่ามันควรจะเป็นอย่างนี้ แต่มันไม่เป็นไปอย่างที่เราต้องการ เลยรู้สึกแย

— The Matter, 26 เมษายน 2566

ลาหยุดหนึ่งวันผู้บริหารมองหน้าแล้ว คุณลาหยุด เพื่อนครูละ เธอลาวันต้องทำแทนเธอ นักเรียน ครูไม่มาเราไม่ได้เรียน ผู้ปกครอง อ้าว ครูหยุดลูกไม่ได้เรียน กระทบไปหมดเลย

— The Matter, 26 เมษายน 2566

นอกจากนี้ ยังพบว่า มีครูที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพราะงาน แต่ไม่มีทางออก ต้องโพสต์โซเชียลขอความคิดเห็นจากสังคม

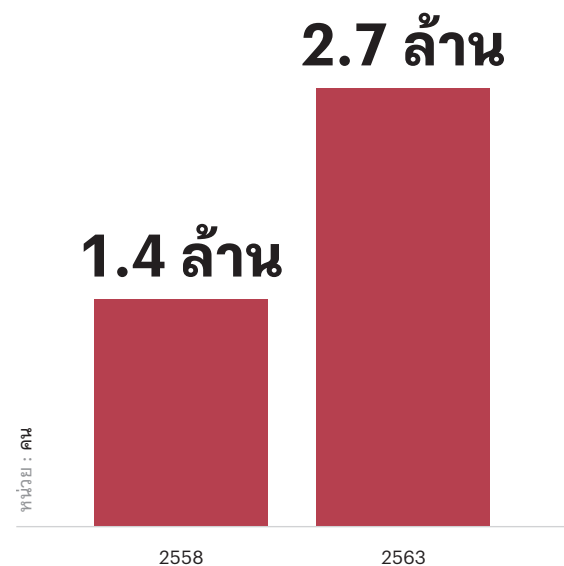
กลุ่มที่ทำอาชีพที่ได้รับความกดดันเหล่านี้ จึงมักมีความเครียดสูง บางรายอาจแสดงออกโดยการใช้อารมณ์รุนแรงทั้งที่กระทำต่อตนเอง คนในครอบครัว ในที่ทำงาน ในชุมชนหรือที่สาธารณะ ความรุนแรงบนท้องถนนที่แสดงออกกับคนไม่รู้จักรัก ดังนั้นก่อนที่ความเครียดจะถูกระบายเป็นความรุนแรง ผู้เชี่ยวชาญจึงแนะนำให้คนรอบข้างคอยสังเกตพฤติกรรมของเพื่อนร่วมงาน เช่น จากปกติไม่ค่อยพูดแต่กลับมีปัญหาต่าง ๆ มาแล้ว สิ่งที่เราควรทำคือ การรับฟังโดยไม่รีบตัดสิน⁴⁴ ในที่ทำงาน ก็ควรมีระบบที่ช่วยให้คำปรึกษา และดูแลใกล้ชิดโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะช่วยลดการระบายความเครียดแบบผิดวิธีลงได้

เศรษฐกิจ

ปัญหาเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนทำงานอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงการระบาดของโควิด-19 ซึ่งภาคธุรกิจจำนวนมากได้รับผลกระทบ ล้มละลาย ต้องลดจำนวนลูกจ้าง ทำให้คนจำนวนมากตกงาน สิ่งกระทบตามมาคือปัญหาความเครียดและสุขภาพจิตของคนวัยทำงานที่รายได้ลดลงจากการถูกเลิกจ้าง วิกฤตจากโควิด-19 ดูเหมือนจะทำให้เกิดความเครียดมากกว่าวิกฤตอื่น ๆ เพราะคนไม่สามารถออกไปไหนได้ ต้องถูกกักตัวอยู่บ้าน ต้องเว้นระยะห่าง รวมทั้งยังมีความไม่แน่นอนว่าวิกฤตนั้นจะยาวนานแค่ไหน และจบอย่างไร

แม้สถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ผ่านพ้นไปแล้ว แต่สถานการณ์เศรษฐกิจยังไม่ฟื้นตัว คนวัยทำงานยังคงเผชิญปัญหาหารายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย ปัญหาหนี้สิน การฟื้นฟูธุรกิจที่ล้มช่วงวิกฤตโรคระบาด บางคนต้องทำงานชั่วคราว เป็นลูกจ้าง เพื่อหารายได้ช่วงตกงาน ในขณะที่การกลับเข้าสู่งานประจำก็อาจเป็นไปได้ยากด้วยหลายปัจจัย บางคนกดดันจากการไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ ไม่มีเงินเก็บ สร้างความเครียดให้กับทั้งคนทำงานและครอบครัว จนเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง และทำให้เกิดการทำร้ายตัวเองหรือครอบครัวตามมา

จำนวนผู้ป่วย
ที่เข้ารับบริการทางการแพทย์
ทั่วประเทศ



๒๒ แบทสำรองอยู่ในเกาะ ในชั้นที่บ้านมีเงินอยู่ 200 และบอกผมว่าดูแลตัวเองดี ๆ นะ ๒๓

คำพูดสิ่งเดียวที่ลูกได้ยินทางโทรศัพท์ ก่อนที่พ่อและแม่จะฆ่าตัวตาย เพราะเป็นวันครบกำหนดการจ่ายหนี้ในระบบ อาชีพคือ ตระเวนขายผลไม้ตามหมู่บ้าน แต่ด้วยเศรษฐกิจที่ย่ำแย่หลังจากการระบาดของโควิด-19 รอบแรกเมื่อปีที่แล้ว ทำให้ขายของไม่ได้ จึงเปลี่ยนมาขับรถขายของตามบ้าน โดยลงทุนซื้อผลไม้มาขายครั้งละกว่า 15,000 บาท จนกลายเป็นหนี้สินสะสมมากขึ้น ทำให้รถ ที่ยังผ่อนไม่หมดต้องถูกยึดไปด้วย

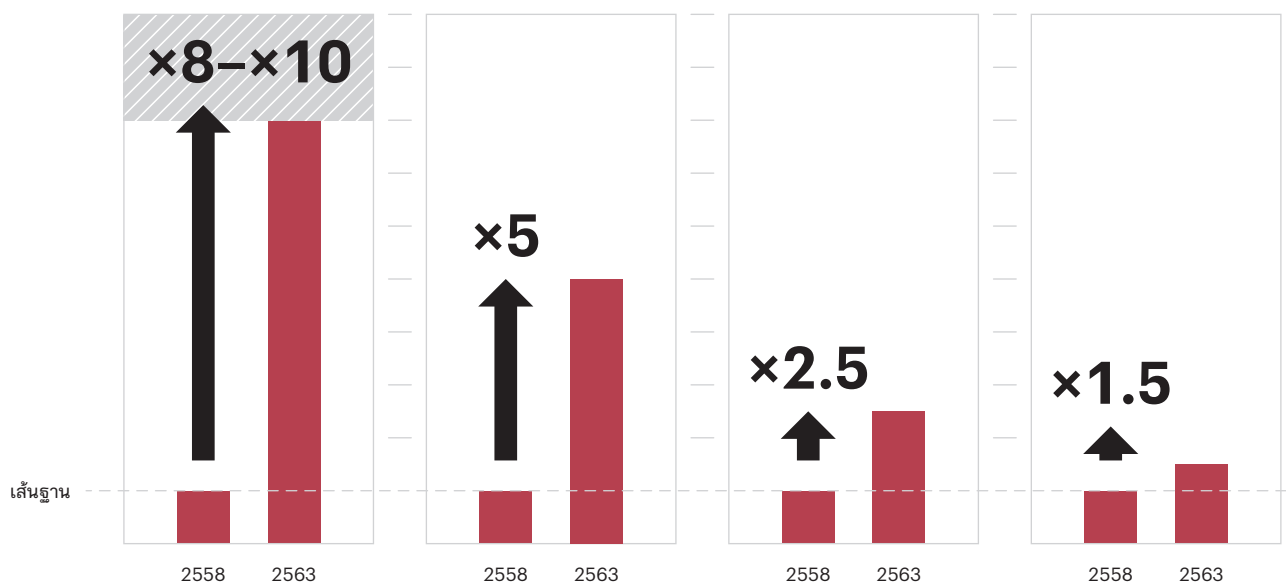
— BBC News ไทย, 5 กรกฎาคม 2564⁴⁵

๒๔ สามีกลับมาติดเหล้าอีกครั้งช่วงโควิด-19 ระบาด เพราะตกงาน ก่อนหน้านี้ก็ทำงานรับจ้าง ขับรถส่งของ ก่อสร้าง อยู่กรุงเทพฯ พอตกลงงานก็มีเหล้าเป็นเพื่อน เมามายก็ลุกมาตบตีเมีย เป็นบ่อยเข้าเราก็นอนไม่ไหว รู้สึกเครียด อยากตาย จึงกำยาพาราเซทโมลเข้าปาก พอเบลอ ๆ ก็เอามือมาแทงขาแทงแขนตัวเอง อยากรู้ว่ายังมีความรู้สึกอยู่ไหม ถามตัวเอง ว่ากันไปทำไม สมอบมันหยุดคิดไม่ได้ รู้ตัวตลอดนะว่าอยากตาย แต่ไม่ตายสักที สุดท้ายเลยปีนหน้าต่างบ้านกระโดดลงมา จนข้อเท้าหัก ๒๕

— The101World.com, 20 เมษายน 2563⁴⁶

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2558-2563 มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าตัว จาก 1.4 ล้านคนในปี 2558 เป็น 2.7 ล้านคนในปี 2563 เมื่อแยกผู้ป่วยตามประเภทโรค พบว่า ปี 2558-2563 มีผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่น ๆ เพิ่มขึ้นถึง 8-10 เท่าตัว ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองเพิ่มขึ้น 5 เท่า และโรคทางจิตเวชอื่น ๆ 2.5 เท่า โรคซึมเศร้า 1.5 เท่า ส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรควิตกกังวลโดยรวมน้อยลง ขณะที่ช่วงเวลาเพียง 6 เดือนแรกของปี 2563 มีคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากถึง 2,551 ราย ภายหลังจากโควิด-19 ผ่านไป อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยในปี 2563 อยู่ที่ 7.4 คน ต่อประชากร 1 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

จำนวน	...ติดแอลกอฮอล์	...พยายาม	...เป็นโรคทาง	
ผู้ป่วย	และสารเสพติด	ฆ่าตัวตายหรือ	จิตเวชอื่น ๆ	...เป็นโรคซึมเศร้า
ที่...	อื่น ๆ	ทำร้ายตัวเอง		





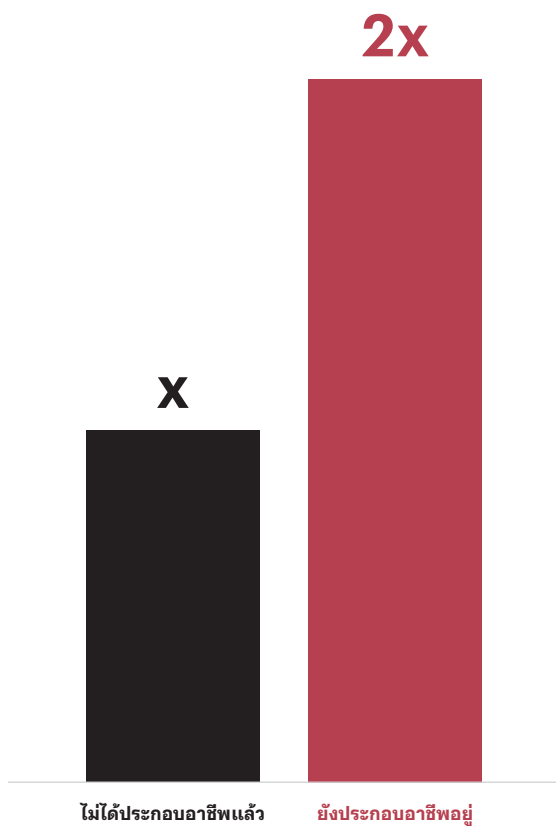
ปัญหาสุขภาพ

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาทั้งทางกายภาพและจิตใจ เนื่องจากเป็นวัยที่อวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมถอย และทำงานช้าลง ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งส่วนใหญ่อาจเกิดจากความเครียดและความรู้สึกสูญเสียหรือความเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยเฉพาะความสามารถของตนเองที่เคยเป็นที่พึ่ง หรือผู้นำ หรือการที่เคยมีครอบครัวที่ใหญ่ กลายเป็นครอบครัวเล็กลง หรือต้องเลี้ยงดูตนเองตามลำพัง ถูกลูกหลานทอดทิ้ง เหตุการณ์ในอดีตอาจกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความน้อยใจ เศร้าเสียใจ เบื่อหน่าย เบื่ออาหาร หวาดกลัว จนต้องแยกตัวออกจากสังคม จึงมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะทางจิตที่ไม่ดี และมีปัญหาด้านสุขภาพตามมาได้ ผู้สูงอายุที่มีความเข้าใจชีวิต จะสามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ สามารถทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ ก็จะทำให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี⁴⁷

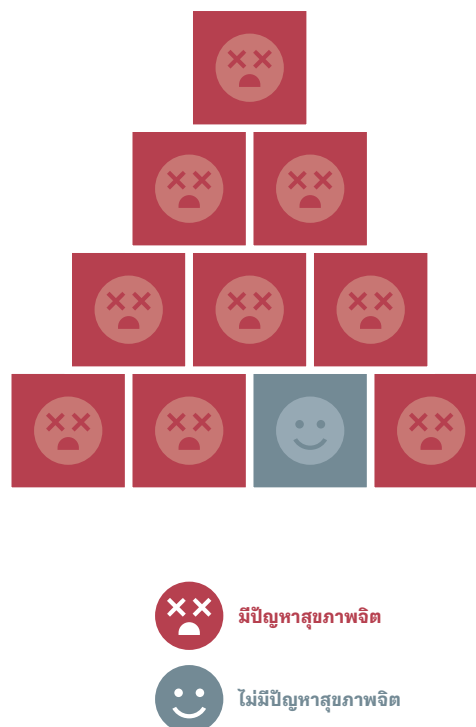
การศึกษาความเครียดของผู้สูงอายุในเขตเมือง พบว่า ผู้สูงอายุที่แข็งแรงช่วยเหลือตัวเองได้ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว มีระดับความเครียดต่ำ ส่วนผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพมีความเครียดมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2 เท่า โดยเฉพาะหากเป็นอาชีพที่ไม่แน่นอนและรายได้น้อย อย่างอาชีพรับจ้าง และหากผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังและยังต้องประกอบอาชีพด้วยก็จะมีระดับความเครียดสูงขึ้นอีกด้วย⁴⁸

ผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โรคเหล่านี้บั่นทอนคุณภาพชีวิตและนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่น่าห่วงคือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะพึ่งพิงขาดผู้ดูแล หรือดูแลไม่ต่อเนื่อง บางกรณีผู้ดูแลไม่มีความรู้เพียงพอ⁴⁹ การขาดการดูแลที่ดีพอและความเอาใจใส่ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ใช้ชีวิตอย่างยากลำบาก ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ทั้งอาจจะรู้สึกเป็นทุกข์ ท้อแท้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ โดยเฉพาะข้อมูลเมื่อปี 2564 พบว่า ผู้สูงอายุกว่า 8 แสนคนมีภาวะความจำเสื่อม และในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 90 ก็กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต⁵⁰

ระดับความเครียดของผู้สูงอายุในเขตเมือง



จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำเสื่อม (โดยประมาณ) จำแนกตามการเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิต



การยอมรับความเปลี่ยนแปลง

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจแตกต่างกัน แต่สิ่งหนึ่งที่เหมือนกัน คือ ผู้สูงอายุทุกคนต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในเรื่องสำคัญ ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงที่สูงวัยขึ้น ทั้งด้านร่างกาย ความเจ็บป่วย ภาวะเศรษฐกิจ การงาน สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และความสัมพันธ์

ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวจะพยายามหาทางออกให้กับตนเอง เพื่อให้รู้สึกว่ามีชีวิตยังมีคุณค่า เช่น ทำกิจกรรมที่ชอบ มีงานอดิเรก เล็ก ๆ น้อย ๆ ตามกำลัง รวมทั้งทำหน้าที่ของตนเองในครอบครัว เช่น ช่วยเลี้ยงหลาน รับส่งหลานไปโรงเรียน ทำกับข้าว

ผู้สูงอายุบางคนก็มีการเตรียมตัวเผชิญหน้ากับความตายที่ใกล้เข้ามา ยอมรับความเจ็บป่วย ความร่วงโรย มีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถใช้ความรู้ความสามารถที่มีแต่เดิมในการหารายได้เลี้ยงชีพ ทำให้ปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงได้ดี มักจะไม่เครียดจนเกิดภาวะซึมเศร้า และหากเป็นสังคมที่มีความเอื้ออาทร หรือได้รับสวัสดิการ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ถึงแม้จะมีรายได้น้อยและไม่เพียงพอ⁵¹

ในขณะที่ผู้สูงอายุบางคนอาจไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ สภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ยังทำให้เกิดผลตามมามากมายประการ ที่เห็นได้ชัดประการหนึ่งคือ การสนใจในตนเองมากขึ้น หมกมุ่นกับเรื่องของตัวเอง (egocentricity) ความสามารถในการเก็บกดระดับความกังวลในยามที่เกิดความคับข้องใจ (repression) ลดลง เมื่อเผชิญปัญหาทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลอย่างมาก^{52,53} และอาจแสดงออกเป็นอารมณ์ฉุนเฉียว โกรธง่าย น้อยใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ เศร้าหมอง จนกระทั่งอาจกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

ความสัมพันธ์และความเอาใจใส่จากคนในครอบครัว

ปัจจุบันผู้สูงอายุมักถูกทิ้งให้อยู่ลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องทำงาน ดังนั้นความสัมพันธ์และความเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุจึงน้อยลง ในขณะที่ความเคารพหรือมีสัมมาคารวะต่อผู้สูงอายุของคนรุ่นใหม่ก็เปลี่ยนไป เมื่อผู้สูงอายุได้รับการปฏิบัติที่ไม่ดี ไม่ได้รับความเคารพ เช่น คำพูดและท่าทีที่ไม่เหมาะสม การชักสีหน้าเมื่อไม่พอใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียด

นอกจากนี้ การไม่ได้รับความสนใจและดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวและคนรอบข้าง การที่ครอบครัวไม่รับฟังความคิดเห็น คำตักเตือน ก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่า ไม่เป็นที่ต้องการ จนเกิดเป็นความเครียดเช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม แม้ผู้สูงอายุจะมีความเครียด แต่หากมีกิจกรรมว่างกับครอบครัว⁵⁵ ได้พบปะผู้คน ได้ไปสถานที่ใหม่ ๆ ก็จะทำให้ความเครียดน้อยลงได้

ไม่มีรายได้ หรือรายได้ไม่เพียงพอ

ความน่ากังวลมากที่สุดอย่างหนึ่งของการเข้าสู่สังคมสูงวัย คือ ความมั่นคงทางรายได้ เพราะเราจะไม่รู้ว่ายามแก่ตัวลงและไม่มีรายได้จากการทำงาน เช่นดั่งแต่ก่อนจะกระทบต่อความเป็นอยู่เพียงใด จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ทำให้คนสูงวัยและครอบครัวต้องวางแผนรับมือ

กรณีกับผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัว ลูกหลานทำงานและมีกำลังเพียงพอดูแลค่าใช้จ่ายในครัวเรือน อาจไม่มีปัญหาเรื่องรายได้มากนัก แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับครอบครัว หรือครอบครัวยากจน ต้องทำงานหาเงินด้วยตัวเอง จะมีปัญหาเรื่องรายได้ไม่พอจ่าย และมีปัญหาหนี้สินค่อนข้างมาก ปัญหาเรื่องรายได้จึงสัมพันธ์กับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก มีผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้จากลูกหลานหรือญาติพี่น้อง ไม่ค่อยมีความวิตกกังวลหรือเครียดเรื่องค่าใช้จ่ายเพราะไม่มีปัญหาการเงิน แต่ผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่ได้รับรายได้จากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง แต่ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพด้วยตัวเอง จะมีความเครียดระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มนี้ มีปัญหาเงินไม่พอใช้⁵⁴

การส่งเสริมสุขภาพจิตและดูแลจิตใจของผู้สูงอายุนอกจากจะเป็นการเตรียมความพร้อมและปรับตัวของผู้สูงอายุ และคนในครอบครัวแล้ว สังคมยังต้องมีส่วนในการส่งเสริม และจัดบริการ สภาพแวดล้อม อำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวมถึงมีแผนหรือนโยบายที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถมีกิจกรรมทางสังคม มีความมั่นคงทางจิตใจ รู้สึกมีคุณค่า และดำเนินชีวิตได้สะดวกสบายตามสมควรและมีอิสระ จึงจะช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุลงได้

การรับมือกับความเครียด

ความซับซ้อนอย่างหนึ่งของการรับมือกับความเครียดคือ สิ่งที่เป็นต้นเหตุแห่งความเครียด (stressor) ในคนคนหนึ่ง ในจังหวะเวลาและสถานที่หนึ่ง อาจมีระดับที่แตกต่างกันไปอีกคนหนึ่ง อีกจังหวะเวลาและอีกสถานที่หนึ่ง หรือกระทั่งไม่ได้สร้างความเครียดเลยแม้แต่น้อย ทำให้การรับมือหรือจัดการกับต้นเหตุแห่งความเครียดในแต่ละคน แต่ละช่วงเวลาและสถานที่ที่มีความแตกต่างกันออกไป

การรับมือกับเหตุการณ์ความเครียดเป็นเรื่องทางพฤติกรรมศาสตร์ และจิตวิทยาเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นในกรณีที่ต้องพึ่งพาการบำบัดรักษาทางยาหรือวิธีการทางการแพทย์อื่น ๆ โดยจิตแพทย์ ซึ่งเป็นความเครียดในระดับที่ไม่อาจบำบัดให้บรรเทาลงด้วยการปรับเปลี่ยนทางความคิด ความรู้สึก หรือพฤติกรรมของตนเองได้

“วิธีรับมือกับความเครียด” นับเป็นหัวข้อยอดนิยมหัวข้อหนึ่งที่ปรากฏทั้งในรูปแบบบทความ หนังสือ บันทึบทบทความบนอินเทอร์เน็ต (blog) ประเภทสารสาระ ทั้งที่เขียนโดยคนทั่วไป และคนที่มีความรู้ที่อยู่ในแวดวงวิชาชีพด้านจิตวิทยา ไม่ว่าจะเป็นจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักพัฒนาทรัพยากรบุคคล ในทุกยุคทุกสมัย สะท้อนให้เห็นว่าความเครียดอยู่ในความสนใจของคนในสังคมตลอดเวลา และสามารถหาข้อมูลเพื่อนำไปใช้ได้ง่าย ๆ เร็ว ๆ เหมือนอาหารจานด่วนที่มีอยู่ดาษดื่นมากมาย

หากสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เหล่านี้แล้วก็จะพบว่าผู้เขียนแต่ละแหล่งความรู้ มีการให้ข้อมูลในรูปแบบของตัวเองที่เหมือนกันบ้าง ต่างกันบ้าง ตามแต่ประสบการณ์ ความเชื่อ และความคิดเห็นของผู้เขียน บ้างก็ให้เห็นข้อแนะนำ (tips) 5 ประการ 7 ประการ 3 ประการ หรือแม้แต่ให้คำแนะนำในการปฏิบัติมาเพียงอย่างเดียว เช่น การทำสมาธิ หรือการฝึกปล่อยวางจากความคิด และความต้องการทั้งหลาย แล้วความเครียดทั้งหมดจะหายไปก็มี

แต่สรุปแล้ว **การรับมือกับความเครียดมีกี่วิธีกันแน่? และการที่ใครจะเลือกรูปแบบการรับมือแบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับอะไร?**

ทรัพยากรรับมือกับความเครียด

ในการศึกษาทางจิตสังคม (psychosocial) เกี่ยวกับการรับมือหรือการบำบัดความเครียด มีข้อสรุปเกี่ยวกับเงื่อนไขที่สร้างความแตกต่างในการเลือกใช้การรับมือกับความเครียดในแต่ละคนว่า ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่ง เรียกว่า **“ทรัพยากรในการรับมือกับความเครียด”** (stress-coping resources) ซึ่งในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน และทำให้แต่ละคนมีขีดจำกัดในการรับมือกับความเครียดได้ไม่เท่ากัน และทำให้การเลือก **“วิธีการรับมือกับความเครียด”** (coping strategies) แตกต่างกันไปด้วย⁵⁶

แต่หากสังเกตให้ดี จะเห็นว่าคนจะมีพฤติกรรมที่คงเส้นคงวาในการเลือกวิธีรับมือกับความเครียดของตนเอง จนเป็นลักษณะนิสัยส่วนบุคคล ซึ่งเรียกว่าเป็น **“สไตล์การรับมือความเครียด”** (stress-coping style) ของแต่ละคน

ทรัพยากรในการรับมือกับความเครียดนี้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์หนึ่ง ๆ ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ หากเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นเรียกร้องหรือบังคับให้ต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เกินกว่าอำนาจการควบคุม หรือเกินกว่าทรัพยากรของตนเองก็จะเกิดความเครียดขึ้น

ทรัพยากรในการรับมือกับความเครียดที่ว่านี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เป็น **ลักษณะส่วนบุคคล (personal characteristics)** กับกลุ่มที่เป็น **ทรัพยากรทางสังคม (social resources)** ซึ่งทรัพยากรทั้ง 2 กลุ่มนี้มีความสำคัญทั้งในการสร้างภูมิคุ้มกันความเครียดในลักษณะที่เป็นสิ่งรองรับแรงปะทะ (buffer) เมื่อเกิดเหตุการณ์ใด ๆ และทำให้คน ๆ นั้นมองว่าเหตุการณ์นั้น



ที่มา : unsplash.com/photos/person-surfing-on-sea-waves-during-daytime-c_s_z_7gJjs

เป็นความเครียดหรือไม่ และการตอบโต้รับมือ แก้ไขสถานการณ์เพื่อลดหรือขจัดความเครียด⁵⁷

ในความหมายโดยกว้างแล้ว **ลักษณะส่วนบุคคล** จัดเป็นทรัพยากรภายในบุคคล หมายถึงคุณลักษณะปลักย่อยในมิติต่าง ๆ ของคน ไม่ว่าจะเป็นฐานะ รูปร่าง หน้าตา ภาพลักษณ์ การศึกษา เชื้อชาติ ความรู้ ความสามารถ ฯลฯ แต่ที่สุดแล้วส่งผลรวมเป็น 2 ประการสำคัญ คือ **ความรู้สึกว่าสิ่งต่าง ๆ อยู่ในอำนาจควบคุมของตนเองหรือไม่** (sense of control หรือเรียกว่า locus of control⁵⁸) และอีกประการหนึ่งคือ **การเห็นคุณค่าของตนเอง** (self-esteem)

ลักษณะส่วนบุคคลทั้งสองประการนี้จะว่าไปแล้วมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ คนที่มีความรู้สึกว่าตนเองสามารถแก้ปัญหา หรือควบคุมสถานการณ์ได้ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ แม้จะสร้างความยุ่งยาก และอาจเกินความสามารถของตนเอง แต่ก็เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดการได้ และเป็นสิ่งที่ตนเองต้องเป็นคนลงมือจัดการเอง ไม่ใช่ภาระหน้าที่ของคนอื่น ซึ่งเรียกว่าเป็นคนที่มี **ความเชื่อมั่นในอำนาจการควบคุมภายในตนเอง** (internal locus of control)

ในขณะที่คนที่คิดว่าสิ่งต่าง ๆ ไม่ใช่เรื่องที่ตนเองต้องดำเนินการหรือจัดการแก้ไข แต่เป็นเรื่องของคนอื่นหรือเรื่องของปัจจัยภายนอกต่าง ๆ ที่ตัวเองควบคุมไม่ได้ เรียกว่าเป็นคนที่มี **ความเชื่อมั่นในอำนาจการควบคุมจากปัจจัยภายนอก** (external locus of control) ด้วยเหตุนี้ **คนที่เชื่อมั่นในอำนาจการควบคุมของตนเองสูงมักเป็นคนเห็นคุณค่าของตนเองสูงไปด้วย** และเป็นคนที่มีลักษณะ

ส่วนบุคคลที่เป็นข้อได้เปรียบด้วยประการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสติปัญญา การศึกษา ความรู้ ความสามารถ ฐานะ รวมไปถึงเชื้อชาติ และรูปลักษณะภายนอก

ในแง่นี้ มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่าคนที่มีลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นข้อได้เปรียบกว่าคนอื่น ซึ่งจะทำให้เป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในอำนาจการควบคุมภายในตนเองสูง และเห็นคุณค่าของตนเองสูงไปด้วย **จัดเป็นคนที่มีทรัพยากรในการรับมือกับความเครียดมากกว่าคนอื่น** และมีความได้เปรียบมากกว่าคนอื่น และเกิดเป็น **ประเด็นเรื่องความเหลื่อมล้ำในการแก้ปัญหาและรับมือกับสถานการณ์ความเครียดต่าง ๆ**

พูดง่าย ๆ ว่า คนที่มีฐานะดีกว่าก็จะมีโอกาสสร้างลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นข้อได้เปรียบได้มากกว่าคนที่ฐานะด้อยกว่า ซึ่งหมายความว่าจะมีโอกาสในการจัดการและรับมือกับความเครียดได้ดีกว่า รวมทั้งสามารถบรรเทาผลกระทบที่จะมีต่อจิตใจและร่างกายได้ดีกว่าอีกด้วย และอาจมีโอกาสมเผชิญกับความเครียดน้อยกว่า

นอกจากนี้ ยังมีการตั้งข้อสังเกตไปอีกทิศทางที่ว่า ลักษณะส่วนบุคคลบางอย่างอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การเผชิญกับความเครียดเช่นการเป็นคนที่มีความมั่นใจในตัวเองสูง ชอบความท้าทายและทำอะไรที่ยาก ๆ และอาจมองเห็นว่าความเครียดเป็นธรรมชาติและสัจของชีวิต หรือการเป็นคนที่มีความมั่นใจจนความท้าทายใด ๆ ก็เป็นความเครียดไปเสียหมด⁵⁹

นอกจากลักษณะส่วนบุคคลซึ่งจัดเป็นทรัพยากรภายในของแต่ละคนที่มีผลต่อการจัดการและรับมือกับความเครียดแล้ว ยังมีทรัพยากรภายนอกซึ่งเรียกรวม ๆ ว่า **“ทรัพยากร**

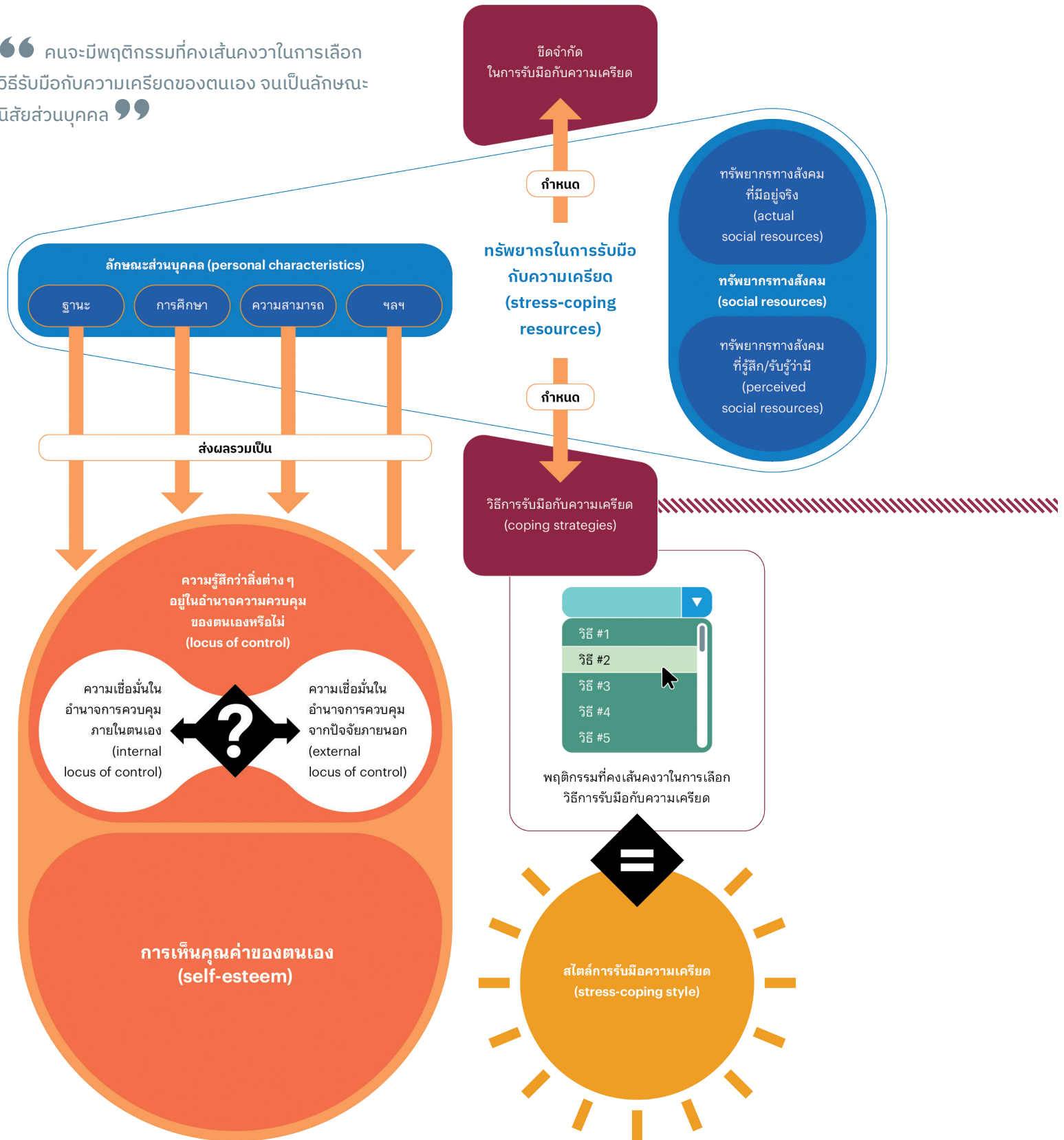
ทางสังคม” (social resources) ที่อยู่ในแต่ละลำดับสภาพแวดล้อมของแต่ละคน เริ่มตั้งแต่สมาชิกในครอบครัว เพื่อนที่อยู่ใกล้เคียงหรือห่างไกลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อนนักเรียน เพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนร่วมชุมชน อย่างไรก็ตามในการศึกษาทางวิชาการไม่ได้กล่าวถึงมากนักเกี่ยวกับกลไก และโครงสร้างอื่น ๆ ในสังคม เช่นการทำงานของหน่วยงานสาธารณะต่าง ๆ รวมทั้งระบบการให้ความช่วยเหลือเยียวยา แต่ก็ไม่น่าคิดไม่น้อยว่าโครงสร้างและกลไกเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการช่วยรับมือและจัดการกับความเครียดของประชาชนได้

อีกประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับทรัพยากรทางสังคมที่ช่วยรับมือและจัดการความเครียด คือ **“ความรู้สึก” หรือ “การรับรู้” ในการมีทรัพยากรทางสังคมเหล่านั้นหรือไม่** (perceived social resources) ซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการมีอยู่จริง หรือการไม่มีอยู่จริง เพราะเพียงการที่รู้สึกว่ามีความรอบข้างเข้าใจ เห็นใจ ให้กำลังใจ และคอยให้ความช่วยเหลือ (ทั้ง ๆ ที่อาจจะมีหรืออาจจะไม่มีก็ได้) ก็สามารถช่วยลดความเครียดไปได้แล้ว จัดเป็นการสนับสนุนทางอารมณ์และความรู้สึก (emotional support) ที่มีผลดีต่อสุขภาพจิตไม่ว่าทรัพยากรเหล่านั้นจะมีอยู่จริงหรือไม่ก็ตาม⁶⁰ แม้จะยังไม่แน่ชัดว่าการที่มีการช่วยเหลือสนับสนุนจากทรัพยากรทางสังคมโดยที่คนไม่รู้ว่ามันนั้น (ได้รับการช่วยเหลือแต่ไม่รู้ว่าได้ รับ หรือใครให้) จะส่งผลอย่างไรต่อความเครียด แต่ก็พอสรุปได้ว่า **การสื่อสารเพื่อสร้างการรับรู้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง มีผลดีอย่างมากต่อการลดความเครียด**

ทรัพยากรรับมือกับความเครียด

(หน้า 116-117)

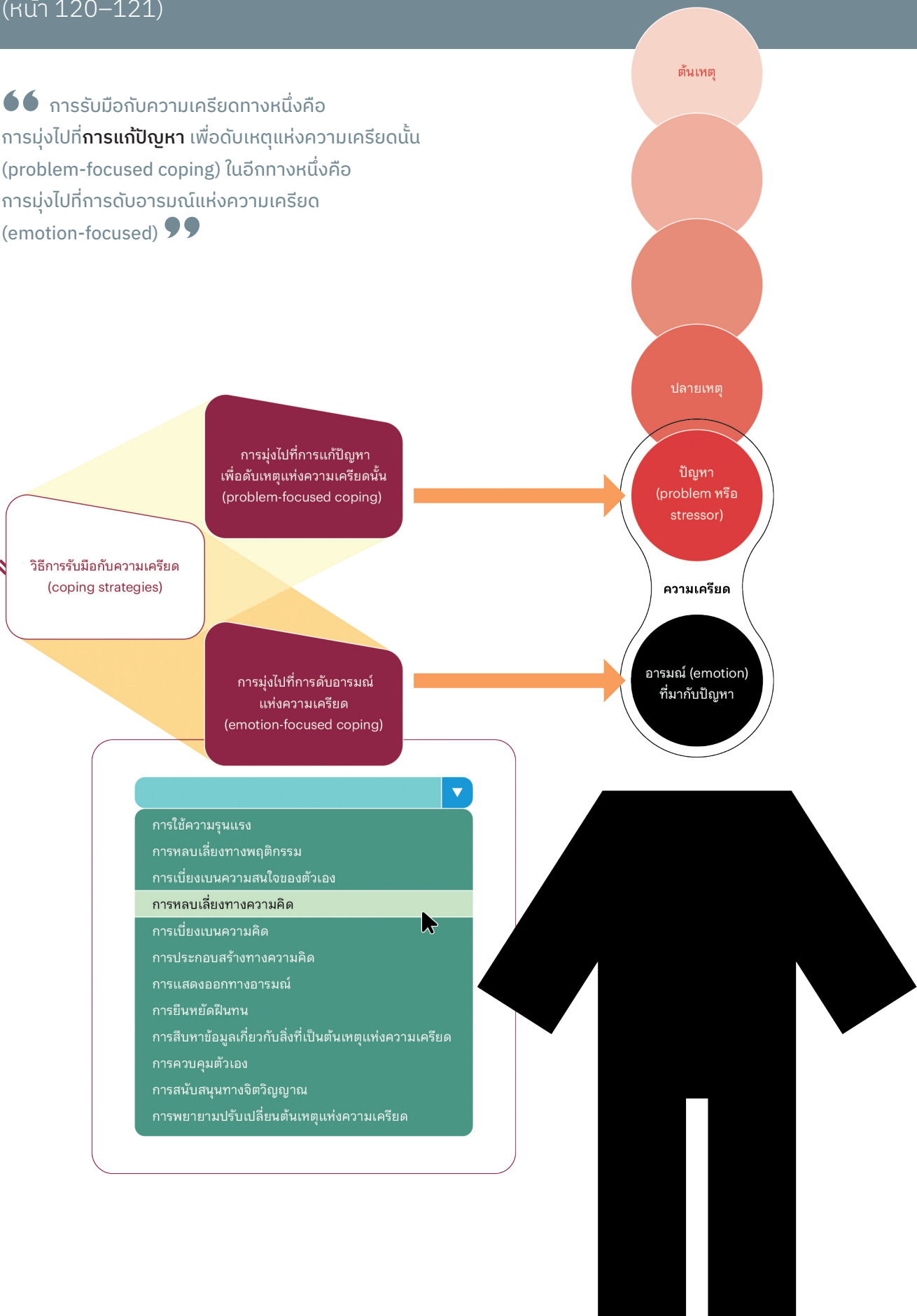
“ คนจะมีพฤติกรรมที่คงเส้นคงวาในการเลือกวิธีรับมือกับความเครียดของตนเอง จนเป็นลักษณะนิสัยส่วนบุคคล ”



วิธีการจัดการความเครียด

(หน้า 120–121)

“ การรับมือกับความเครียดทางหนึ่งคือ การมุ่งไปที่การแก้ปัญหา เพื่อดับเหตุแห่งความเครียดนั้น (problem-focused coping) ในอีกทางหนึ่งคือ การมุ่งไปที่การดับอารมณ์แห่งความเครียด (emotion-focused) ”





ที่มา : unsplash.com/photos/black-stature-of-a-man-LJhXYHxPFEY

วิธีการจัดการความเครียด

ความเครียดเป็นสิ่งที่ตามมากับสาเหตุ หรือปัญหาบางประการ (stressors) ซึ่งเมื่อปัญหาเกิดขึ้นกับตัวแล้ว และมีการประเมินว่าการแก้ปัญหาเหล่านั้น อาจเกินกว่าทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่จึงเกิดเป็นความเครียด ด้วยเหตุนี้ความเครียดจึงประกอบด้วยทั้งส่วนที่เป็นปัญหา (problem หรือ stressor) และอารมณ์ (emotion) ที่มากับปัญหา การรับมือกับความเครียดทางหนึ่งคือ **การมุ่งไปที่การแก้ปัญหา** เพื่อดับเหตุแห่งความเครียดนั้น (problem-focused coping) ในอีกทางหนึ่งคือ **การมุ่งไปที่การดับอารมณ์** แห่งความเครียด (emotion-focused)⁶¹

การรับมือกับความเครียดโดยมุ่งไปที่การแก้ปัญหาเพื่อดับเหตุแห่งความเครียดนั้น เป็นวิธีการแก้ปัญหาโดยทั่วไปที่เริ่มตั้งแต่ การค้นหาให้แน่ชัดว่าอะไรคือสาเหตุแห่งปัญหา (define the problems) การหาหนทางเพื่อแก้ปัญหาเหล่านั้น ซึ่งอาจจะมามีทางเลือกหลายแนวทาง (generate alternative solutions) การแก้ปัญหาจะต้องชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีข้อเสียอย่างถี่ถ้วน แล้วจึงลงมือแก้ปัญหา (take actions) ตามทางที่เลือกแล้ว

การจัดการกับความเครียดนี้จึง**เป็นไปในทิศทางเดียวกับอริยสัจสี่** ที่ประกอบไปด้วย ทุกข์ อันหมายถึงสภาพที่ทนอยู่ได้ยาก สมุทัย คือสาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ นิโรธ คือความดับทุกข์ และมรรค คือหนทางเพื่อการดับทุกข์

ซึ่งหนทางเพื่อการดับทุกข์นี้เป็นการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ในตัวและไม่ว่าจะเป็นการกระทำ หรือความคิด เช่น การเปลี่ยนมุมมองของตนเองต่อสถานการณ์ มุมมองต่อกำลังความสามารถของตนเองในการรับมือกับสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นที่มาของความเครียดนั้น และการจัดการกับสภาพแวดล้อมภายนอก นั่นคือการจัดการกับคนอื่น ๆ และสิ่งอื่น ๆ เพื่อให้ปัญหาและความเครียดหมดไป

จริง ๆ แล้ว **ในการรับมือกับความเครียดด้วยการมุ่งไปที่การจัดการกับความรู้สึก หรืออารมณ์ของตนเองนั้น ไม่ได้เข้าไปแก้ปัญหาที่เป็นต้นเหตุของความเครียดแต่อย่างใด** ปัญหาที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่เหมือนเดิม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นสิ่งที่เกินวิสัยที่จะจัดการแก้ไขได้ หรืออาจเลือกที่จะไม่แก้ไข จึงใช้วิธีการจัดการกับความรู้สึกของตนเองไม่ให้เครียดแทน

ใน Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice⁶² ได้รวบรวมวิธีการจัดการกับความเครียดที่มุ่งไปที่การจัดการกับความรู้สึก และจัดเป็นหมวดหมู่ต่าง ๆ ได้แก่ **การใช้ความรุนแรง** (aggressive activities) ไม่ว่าจะเป็นการใช้คำพูด การใช้เสียง หรือการกระทำความรุนแรงต่อสิ่งต่าง ๆ เพื่อปลดปล่อยความเครียด **การหลบเลี่ยงทางพฤติกรรม** (behavioral avoidance) ด้วยการแยกตัวออกจากครอบครัว สังคม หรือสภาพแวดล้อมเดิม รวมทั้งการเปลี่ยนเรื่อง เปลี่ยนประเด็น

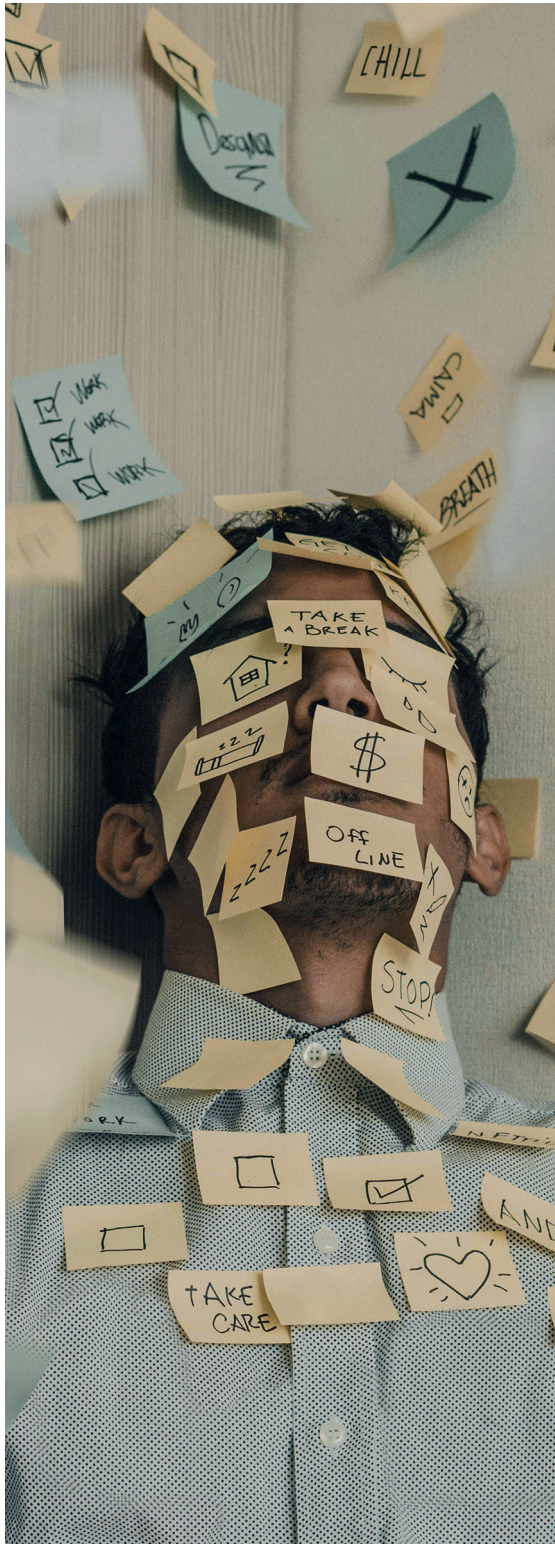
หรือแม้แต่การอยู่หนึ่ง ๆ เฉย ๆ ไม่ทำอะไรเลย **การเบี่ยงเบนความสนใจของตัวเอง** (behavioral distraction) เช่น การหาสิ่งบันเทิงต่าง ๆ ทำกิจกรรมที่ตัวเองชอบ ไม่ว่าจะเป็นการสนทนาการต่าง ๆ รวมทั้งการออกกำลังกาย และรวมถึงบางกิจกรรมอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การกินอาหารมากเกินไป นอกจากนี้ ยังมีการเบี่ยงเบนความสนใจและรวมถึงการอยู่กับคนที่ตัวเองรู้สึกดี ทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนฝูง รวมทั้งการใช้เวลากับสัตว์เลี้ยง **การหลบเลี่ยงทางความคิด** (cognitive avoidance) เช่น การพยายามคิดว่าสถานการณ์นั้นไม่เกิดขึ้น พยายามไม่คิดถึง พยายามลืม และการเพิกเฉยไม่รู้ **การเบี่ยงเบนความคิด** (cognitive distraction) ด้วยการพยายามคิดถึงสิ่งอื่น คิดไปเรื่องอื่น **การประกอบสร้างทางความคิด** (cognitive restructuring) ด้วยการพยายามมองในแง่ดี สร้างกุศลจิต หรือการพยายามบอกตัวเองว่าไม่ใช่สิ่งร้าย หรือเรื่องราวอะไรที่ใหญ่โต รวมไปถึงการสร้าง ความหวังว่าจะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นตามมา ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) **การแสดงออกทางอารมณ์** (emotional expression) เป็นการระบายความรู้สึกด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การร้องไห้ การพูดปลดปล่อยความรู้สึกกับตัวเอง หรือกับผู้อื่น และการเขียนบรรยายความรู้สึก **การยืนหยัดฟันทน** (endurance) ด้วยการยอมจำนน และทนรับความเครียด **การสืบหาข้อมูล** เกี่ยวกับสิ่งที่ เป็นต้นเหตุแห่งความเครียด (information seeking) จากสื่อต่าง ๆ แหล่งข้อมูลบุคคล การปลีกตัวเอง (isolating activities) เช่น การอยู่คนเดียว หยุดพัก **การควบคุมตัวเอง** (self-controlling activities) เช่น การบอกตัวเองให้อยู่ในอาการสงบ การลดอัตรา การปลดปล่อยตัวเอง การหาทางผ่อนคลาย การปฏิบัติสมาธิ **การสนับสนุนทางจิตวิญญาณ** (spiritual support) เช่น การอธิษฐาน การทำบุญ สะเดาะเคราะห์ พึ่งพาสีงศักดิ์สิทธิ์ **การพยายามปรับเปลี่ยนต้นเหตุแห่งความเครียด** (stressor modification) ซึ่งเป็นการต่อรอง ผ่อนปรน บรรเทาต้นเหตุแห่งความเครียดให้เบาบางลง

ในทางอุดมคติแล้ว การรับมือกับความเครียดด้วยการมุ่งไปที่การแก้ไขปัญหาอันเป็นสาเหตุของความเครียดจะเป็นแนวทางที่มีประโยชน์ มีประสิทธิภาพ แต่ในทางปฏิบัติแล้วบางคนอาจเลือกที่จะใช้แนวทางการบำบัดอารมณ์เครียด โดยไม่แตะต้องสิ่งที่เป็นปัญหาหรือต้นเหตุแห่งความเครียดนั้นเลย แม้จะเป็นประโยชน์ในระยะสั้น อย่างไรก็ตามคนส่วนใหญ่ก็อาจทำทั้งสองอย่างไปพร้อม ๆ กัน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาบางชิ้นที่พบว่าคนที่มีความเชื่อมั่นในอำนาจการควบคุมภายในของตนเองสูง และเห็นคุณค่าของตนเองสูง มีแนวโน้มจะเลือกรับมือและจัดการกับความเครียดด้วยแนวทางที่มุ่งไปที่การแก้ไขปัญหา ในขณะที่คนที่เชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ อยู่เหนือการควบคุมของตนเอง และเห็นคุณค่าของตนเองน้อยจะเลือกการรับมือและจัดการกับความเครียดที่มุ่งไปที่การจัดการทางอารมณ์⁶³



ที่มา : unsplash.com/photos/man-sitting-on-cliff-ufqtqFbfWGFY



ที่มา : unsplash.com/photos/people-sitting-on-chair-with-brown-wooden-table-mlVbMbxW14

บทสรุปความเครียด และข้อเสนอแนะ

ไม่มีใครที่อยากพบเจอกับความเครียด ... แต่แล้ว ก็ไม่มีใครที่จะหลบพ้นความเครียดไปได้

สถิติและข้อมูลการรายงานข่าวจากแหล่งต่าง ๆ รายงานไปในทางเดียวกันว่า “คนเครียดมากขึ้น!!” โดยที่คนแต่ละช่วงวัยต่างมีต้นเหตุแห่งความเครียด (stressor) ที่แตกต่างกันไปตามพัฒนาการของแต่ละช่วงชีวิต ซึ่งพัฒนาการเหล่านี้แม้โดยสาระทั่วไปจะไม่แตกต่างกันจากในอดีต เช่น เรื่องของวัยเด็กเป็นเรื่องการเรียน ความสัมพันธ์กับพ่อแม่ การคบเพื่อน วัยทำงานเป็นเรื่องสร้างฐานะ สร้างครอบครัว และดูแลคนในครอบครัว คนสูงวัยเป็นเรื่องสุขภาพ การเงิน และความโดดเดี่ยวเดี๋ยวเดียวตาย

แต่การเปลี่ยนแปลงและความบีบคั้นทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ทำให้คนในสังคม ดันรนเปรียบเทียบกับ แก่งแย่ง ช่วงชิง และเบียดเบียนกันมากขึ้น เป็นสิ่งเร้าภายนอกที่คอยสุ่มให้อุณหภูมิความเครียดภายในค่อย ๆ สะสมสูงขึ้น จนความเครียดกลายเป็นภาวะเรื้อรังของสังคมในศตวรรษที่ 21

น่าแปลกที่โลกเจริญด้วยเศรษฐกิจและเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ทำให้ทุกอย่างสะดวกสบาย แต่คนในโลกกลับเครียดมากขึ้น

บทความนี้ได้รายงานให้เห็นถึงนิยามและกลไกความเครียด ทั้งในเชิงสรีรศาสตร์ และจิตวิทยา โดยในทางสรีรศาสตร์ชี้แจงให้เห็นถึงกลไกภายในร่างกายที่ดำเนินการโดยต่อมไร้ท่อเป็นหลัก ช่วยปรับสมดุลต่าง ๆ เมื่อร่างกายเผชิญกับสารพัดสาเหตุแห่งความเครียด รวมทั้งความเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหากกลไกภายในร่างกายไม่สามารถปรับให้ฟื้นฟูสมดุล

ส่วนในทางจิตวิทยาไม่เพียงชี้ให้เห็นถึงเงื่อนไขสำคัญที่จำแนกความเครียดออกจากความรู้สึกทางลบด้านอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเงื่อนไขแห่งความสามารถหรือความรู้สึกว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบนั้นอยู่ในวิสัยแห่งความควบคุมของตนเองหรือไม่ แต่ยังได้อธิบายด้วยว่า วิธีการปรับสมดุลเพื่อลดหรือขจัดความเครียดด้วยพฤติกรรม หรือด้วยความคิดนั้นทำอย่างไร

สิ่งที่คนเครียดมักลืม และไม่ทันระวังคือ ในภาวะแห่งความเครียดนั้น ประกอบด้วยสิ่งพื้นฐานเพียง 2 อย่างคือ **สาเหตุแห่งความเครียด และอารมณ์แห่งความเครียด**

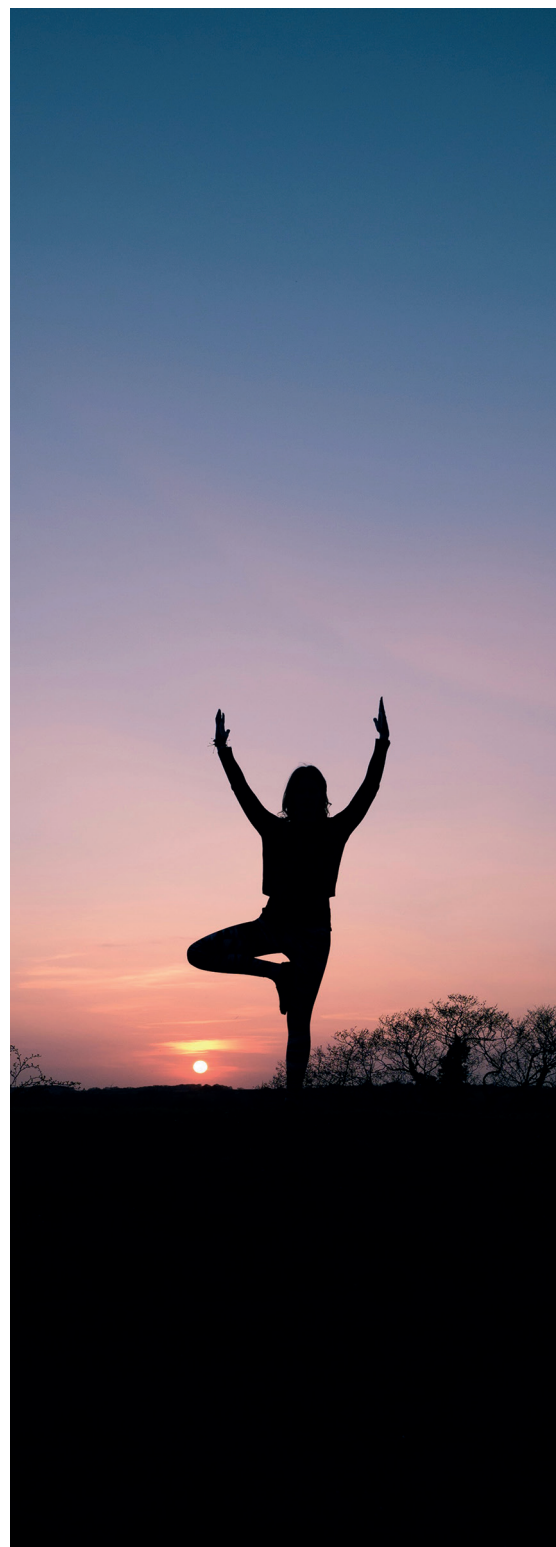
ปฏิกริยาตอบโต้ต่าง ๆ ส่วนใหญ่มุ่งไปที่การดับอารมณ์แห่งความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยที่ไม่ได้มุ่งค้นหาสาเหตุแห่งความเครียดที่แท้จริง หากทางออกหรือทางแก้เหตุเหล่านั้นอย่างมีสติปัญญา และลงมือแก้เหตุเหล่านั้นอย่างจริงจัง เหมือนกับกินยาเพื่อลดระดับความปวด โดยไม่รู้ว่าสาเหตุของความปวดคืออะไร และแก้ไขอย่างไร

นอกจากนี้ ในบทความยังรวบรวมวิธีการที่คนมักใช้เพื่อจัดการ หรือรับมือกับความเครียด ซึ่งมีมากมายหลายวิธี **ล้วนแต่เป็นการจัดการกับอารมณ์ทั้งสิ้น** ไม่ใช่การระงับที่เหตุ เช่น การใช้ความรุนแรง การเบี่ยงเบนความสนใจของตนเอง การควบคุมตนเอง รวมทั้งการสนับสนุนทางจิตวิญญาณ วิธีการเหล่านี้บางอย่างมีโทษต่อสุขภาวะ ของทั้งตนเองและบุคคลรอบข้าง เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจของตนเองด้วยการใช้สารเสพติด ดื่มแอลกอฮอล์ การกินอาหารมากเกินไป (binge eating disorder) รวมทั้งการระบายความเครียดด้วยการใช้ความรุนแรงตอบโต้ จนเกิดความเสียหายแก่ร่างกาย ชีวิต และทรัพย์สิน

นอกจากนี้ ความพยายาม และความสามารถในการฟื้นสภาพ (resilience) โดยเฉพาะด้านจิตใจเป็นทักษะที่มีความสำคัญยิ่งที่ทุกคนต้องได้รับการฝึกฝน

ผู้ปกครอง ครู หน่วยงานด้านสุขภาพจิต ตลอดจนหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรมุ่งเสริมสร้างให้คนในความดูแลของตนเองมีทักษะการฟื้นสภาพนี้อย่างเข้มแข็ง การพัฒนาจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อสร้างความมั่นใจในการแก้ไขและควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การมีมุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ในทางสร้างสรรค์ แทนที่จะเป็นทางแห่งปัญหา หรืออุปสรรค กระทั่งการชี้ให้เห็นถึงด้านดีของการมีความเครียดในระดับที่เหมาะสม ที่จะทำให้คนพยายามแก้ปัญหา นำไปสู่การพัฒนาและหนทางแห่งความเจริญ รวมทั้งการปลูกฝังกรอบแนวคิดแบบเติบโต (growth mindset) เพื่อรับมือกับความเครียดที่จะมาในรูปแบบ และระดับต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ และอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

นอกจากนี้ **ความเหลื่อมล้ำในศักยภาพเพื่อรับมือกับความเครียด และการฟื้นสภาพนั้นมีอยู่จริง** เนื่องจากศักยภาพดังกล่าวขึ้นอยู่กับทรัพยากรในการรับมือกับความเครียด ไม่ว่าจะเป็นลักษณะส่วนบุคคลหรือทรัพยากรทางสังคม ทำให้คนบางกลุ่มมีความเปราะบางต่อความเครียดมากกว่าคนอื่น ซึ่งสังคมควรมีระบบในการเฝ้าระวัง ประคับประคอง ช่วยเหลือ บำบัด และฟื้นฟู กลุ่มเปราะบางเหล่านี้ในเรื่องการจัดการกับความเครียด และสร้างเสริมให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตที่เข้มแข็งของสังคม



ที่มา : unsplash.com/photos/silhouette-of-person-balancing-using-1-foot-ix7WedkjpUY

บรรณานุกรม

11 หมวดตัวชี้วัด

“เทคโนโลยีดิจิทัลกับสุขภาพคนไทย”

หมวด 1 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพของประชาชน

- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2563). ข้อความช่วยเหลือบูรณาการตามทฤษฎี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยได้จริงและคุ้มค่า. Policy Brief: ฉบับที่ 65. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2565). แฉก 'Smart Watch' ไม่ช่วยลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง กิจกรรมทางกายจะเกิดขึ้นได้ ต้องกระตุ้นทั้งระดับบุคคล-สังคม-องค์กร-สิ่งแวดล้อม. Policy Brief: ฉบับที่ 121. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2563). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2565). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- Areemit, R., Saengnipanthkul, S., Sutra, S., Lumbiganon, P., Pornprasitkul, P., Paopongsawan, P., & Sripanidkulchai, K. (2023). Effectiveness of a Mobile App (KunLook) Versus the Maternal and Child Health Handbook on Thai Parents' Health Literacy, Accuracy of Health Assessments, and Convenience of Use: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 25. <https://doi.org/10.2196/43196>

หมวด 2 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้ให้บริการสาธารณสุข

- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2566). บริการสุขภาพยุคใหม่ การศึกษาเพื่อสนับสนุนระบบบริหารการแพทย์ทางไกล. Policy Brief: ฉบับที่ 152. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
- Jengsuetsant, N., Wittayachamnankul, B., Tianwibool, P., Tangsuwanaruk, T., Wongtanarasasin, W., & Sutham, K. (2022). Efficiency of Mobile Application of Thai Criteria Based Dispatch: A Randomized Controlled Crossover Trial. *International Journal of Online and Biomedical Engineering (IJOE)*, 18(6), 123-132. <https://doi.org/10.3991/ijoe.v18i06.28307>
- Komvuttikarn, K., Sangkum, P., Kongchareonsombat, W., & Kijvikai, K. (2021). Cost-effective analysis and budget comparison of laparoscopic radical prostatectomy and robotic-assisted radical prostatectomy for prostate cancer treatment in a health insurance system in Thailand. *Insight Urology*, 42(1), 13-20.

หมวด 3 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อระบบสาธารณสุข

- คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2564, 30 กันยายน). รายงาน Smart Hospital. Health Data Center. <https://it-phdb.moph.go.th/smart-hospital/#/main>
- คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 28 ธันวาคม). จำนวนครั้งในการใช้บริการผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยา. Health Data Center. <https://dashboard-amedcare.hii.in.th/d/wFZPSeHVk/a-med-care?orgId=1>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2566). รายงานฉบับสมบูรณ์ ต้นทุนบริการสุขภาพสำหรับการรักษาผู้ป่วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ร้านยาเปรียบเทียบกับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อรทัย เขียวเจริญ, อภินันท์ พงจิตภักดิ์, ธันวาท ชัยยศ, ชัยชน ประเสริฐกุล, ทายาท ศรีศิริอนันต์, พงษ์ศักดิ์ หล้าฟู และคณะ. (2566). ต้นทุนรูปแบบบริการ ผู้ป่วยในโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเทศไทย: กรณีศึกษาโรงพยาบาล 5 แห่ง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17(2), 329-41.

หมวด 4 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อบริการทางข้อมูล

- ธนาคารทรัพยากรชีวภาพแห่งชาติ. (2566, 5 มกราคม). โครงการจีโนมิกส์ประเทศไทย. <https://www.nationalbiobank.in.th/geth>
- ศิษฏา ทองลิมา. (2566, 5 ธันวาคม). Big Data ฐานข้อมูลพันธุกรรมคนไทย ใครบ้างจะได้ประโยชน์. เอกสารประชุมวิชาการ 30 ปี สวรส. <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5650/hsri-30th-anniversary-Sissades-Tongsima.pdf?sequence=1>
- สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2566). รายงานประจำปี Thailand Digital Outlook ประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565, 29 มีนาคม). สปสช.: สปสช. ผนึก NT พร้อมทีม Bitkub จัดทำระบบนำร่องเพื่อให้บริการด้านสุขภาพ (Health Platform). <https://www.nhso.go.th/news/3543>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการข้อมูลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. https://www.nhso.go.th/page/online_service
- OECD Going Digital Toolkit. (2023). *Health data sharing intensity*. OECD. <https://goingdigital.oecd.org/indicator/64>
- THE WORLD BANK. (2021, April 20). *World Development Report 2021: Data for Better Lives*. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/248201616598597113/world-development-report-2021-data-for-better-lives>

หมวด 5 เทคโนโลยีดิจิทัลกับการอยู่อาศัย สภาพแวดล้อม และคุณภาพความเป็นอยู่

- คลังข้อมูลสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 3 ธันวาคม). การสำรวจผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5. Health Data Center. <https://4health.anamai.moph.go.th/dashboard>

IMD/World Competitiveness. (2023). *Smart City Index Report 2023*. <https://imd.cld.bz/IMD-Smart-City-Index-Report-20231>

Kim, K. I., Gollamudi, S. S., & Steinhubl, S. (2017). Digital technology to enable aging in place. *Experimental gerontology*, 88, 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2016.11.013>

Traffy Fondue Citizen Engagement & Empowerment Platform. (2566, 20 ธันวาคม). *5 อันดับการร้องเรียนปัญหาเส้นเลือดฝอยในกรุงเทพมหานคร*. <https://www.traffy.in.th/>

We Are Social. (2022, February 15). Digital 2022 Thailand. DataReportal <https://www.slideshare.net/DataReportal/digital-2022-thailand-february-2022-v01>

หมวด 6 สภาพแวดล้อมการทำงานกับเทคโนโลยีดิจิทัล

สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2566). *รายงานประจำปี Thailand Digital Outlook ประจำปี 2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *สำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารในสถานประกอบการ พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Dávila Morán, R. C. (2023). Influence of Remote Work on the Work Stress of Workers in the Context of the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Sustainability*, 15(16), 12489. <https://doi.org/10.3390/su151612489>

Ekpanyaskul, C., & Padungtod, C. (2021). Occupational Health Problems and Lifestyle Changes Among Novice Working-From-Home Workers Amid the COVID-19 Pandemic. *Safety and health at work*, 12(3), 384–389. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2021.01.010>

หมวด 7 การศึกษากับเทคโนโลยีดิจิทัล

โครงการมหาวิทยาลัยไซเบอร์ไทย. (2566, 15 ธันวาคม). *สถิติการเข้าใช้งานระบบ Thai MOOC*. <https://thaicyber.go.th/#>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การใช้ไอซีทีของเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

International Telecommunication Union Development Sector. (2022). *E-learning in Thailand: Mapping the digital divide*. United Nations Thailand. https://thailand.un.org/sites/default/files/2022-09/21-00630_E-learning-Thailand-Mapping-digital-divide%5B74%5D.pdf

Sanfo, J.-B. M. B. (2023). Examining student ICT use and learning outcomes: Evidence from Japanese PISA data. *Computers and Education Open*, 4, 100141. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.caeo.2023.100141>

Vargas-Montoya, L., Gimenez, G., & Fernández-Gutiérrez, M. (2023). ICT use for learning and students' outcomes: Does the country's development level matter? *Socio-Economic Planning Sciences*, 87, 101550. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.seps.2023.101550>

We Are Social. (2023, January 26). *DIGITAL 2023: GLOBAL OVERVIEW REPORT*. DataReportal <https://datareportal.com/reports/digital-2023-global-overview-report>

หมวด 8 เครือข่ายและสื่อสังคมออนไลน์

มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย และ ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ (COPAT). (2565). *สำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ ประจำปี 2565*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย และ ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชน ในการใช้สื่อออนไลน์.

สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2566). *การพัฒนาด้านดิจิทัลของประเทศไทย ประจำปี 2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

สุภัค เหลืองรุ่งโรจน์, พิชรินทร์ เสร้, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์. (2566). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 68(3), 305–317. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/261564>

Tariq, Amina, Saez, Diego Munoz, and Khan, Shanchita R. (2021). Social media use and family connectedness: A systematic review of quantitative literature. *New Media & Society*, 24 (3) ARTN 14614448211016885 815-832. <https://doi.org/10.1177/14614448211016885>

We Are Social. (2023, January 26). *DIGITAL 2023: GLOBAL OVERVIEW REPORT*. DataReportal <https://datareportal.com/reports/digital-2023-global-overview-report>

หมวด 9 วิถีชีวิตกับเทคโนโลยีดิจิทัล

ศูนย์บริหารรับแจ้งความออนไลน์ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2566). *รายงานจำนวนคดีอาชญากรรมทางเทคโนโลยีและมูลค่าความเสียหาย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริหารรับแจ้งความออนไลน์ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2566). *รายงานประจำปี Thailand Digital Outlook ประจำปี 2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2565). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

We Are Social. (2023, January 26). *DIGITAL 2023: GLOBAL OVERVIEW REPORT*. DataReportal <https://datareportal.com/reports/digital-2023-global-overview-report>

หมวด 10 การตลาดดิจิทัล

กนิษฐา ไทยกล้า. (2565). *การใช้ระบบปัญญาประดิษฐ์ในการเฝ้าระวังรูปแบบแนวโน้มการตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนอินเทอร์เน็ต: ระยะ 1. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ร่วมกับ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)*

กัณฐิศา ปริญญาภิรักษ์, ปรัชญา ตาใจ, อธิชา ฉันทวัฒน์ และ ปณิดา ดิศวนนท์. (2565). อิทธิพลของข้อมูลข่าวสารต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจสูบบุหรี่ไฟฟ้า. *วารสารควบคุมโรค*, 48(3), 539-550.

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน. (2565). *รายงานศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน ประจำปี 2565*. http://www.gamblingstudy-th.org/imgadmins/book_file/ebook-2565-cgs-report-2022-optimized.pdf

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน. (2566). *โครงการศึกษาพฤติกรรมการเล่นพนันออนไลน์ในกลุ่มคนรุ่นใหม่*. https://www.gamblingstudy-th.org/imgadmins/book_file/2566-CGS-online-gambling-youth-survey-66-presentation.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

หมวด 11 แนวทางการส่งเสริมเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพคนไทย

สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2566). รายงานประจำปี Thailand Digital Outlook ประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.

Global Digital Health Monitor. (2023). The overall score is an average of the scores for the GDHM indicators. https://monitor.digitalhealthmonitor.org/country_profile/THA

THE WORLD BANK. (2022, November 15). GovTech Maturity Index (GTMI) Data Dashboard. <https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2022/10/21/govtech-maturity-index-gtmi-data-dashboard>

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

การราดยั้งกับแนวทางการควบคุมอาวุธปืน

- 1 บีบีซี. (2566, 29 ตุลาคม). สืบสวนเหตุกราดยิงในสหรัฐฯ ตลอดปี 2023. <https://www.bbc.com/thai/articles/cyr1zm64xdeo>
- 2 บีบีซี. (2563, 26 มกราคม). เหตุกราดยิงเกี่ยวเนื่องอย่างไรกับอาการทางจิต. <https://www.bbc.com/thai/international-51205884>
- 3 บริหารวิชาการ. (2563, 20 กุมภาพันธ์). สรุปประเด็นการเสวนาถอดบทเรียนทางจิตวิทยา เหตุกราดยิง - ตอนที่ 1 สาเหตุการเกิดอาชญากรรมและการป้องกัน คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. <https://shorturl.asia/n0Gwj>
- 4 “สังคมไฮเทคโวลี” หมายถึง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) ในทุก ๆ ด้านของชีวิตประจำวันของมนุษย์ โดยมีผลกระทบต่อสังคมและวัฒนธรรมอย่างมาก สังคมไฮเทคโวลีเป็นส่วนหนึ่งของสังคมดิจิทัลที่มีการเชื่อมต่อกันผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีผลต่อวิถีชีวิตของคนในด้านต่าง ๆ รวมถึงวิธีการทำงาน เรียนรู้ การสื่อสาร สังคม การซื้อขาย และการบริโภค เป็นต้น
- 5 The Matter. (2563, 6 ตุลาคม). เปิดสถิติการครองปืน และอายุขัยจากปืน ไทยเป็นอย่างไร อยู่ตรงไหนของโลก?. <https://thematter.co/brief/187366/187366>
- 6 ศูนย์ข้อมูลและข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง. (2563, 16 กุมภาพันธ์). ประเมิน ‘กองทัพไทย’ ครอบครองปืน 1.05 ล้านกระบอก รั้งอันดับ 3 อาเซียน. <https://www.tcijthai.com/news/2020/16/scoop/9893>
- 7 ยาวลักษณ์ เพิ่มพรสกุล. (2564). เทคนิคและวิธีการตรวจวิเคราะห์เขม่าปืนเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในกระบวนการยุติธรรม: อดีต ปัจจุบัน และทิศทางในอนาคต. วารสารสมาคมพิษวิทยาไทย, 33(1), น. 22-39.
- 8 The Global Burden of Disease 2016 Injury Collaborators. (2018). Global Mortality From Firearms, 1990-2016. JAMA. 320(8), p. 792-814. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2698492>
- 9 อ่าพล จินดาวัฒน์. (2566, 6 ตุลาคม). เร่งควบคุมอาวุธปืน สิ่งที่ยั่งยืน. เฟซบุ๊ก อ่าพล จินดาวัฒน์. <https://shorturl.asia/NKOPM>
- 10 สถานการณ์สื่อมวลชนแห่งชาติ. (2566, 1 พฤศจิกายน). บทเรียนคดีกราดยิงกลางห้าง สะท้อนแนวโน้มเด็กก่อความรุนแรงอายุน้อยลง ห่วงดิจิทัลฟุตพริ้นต์ ส่งต่อข้อมูลทางโซเชียล. <https://www.presscouncil.or.th/9657>
- 11 สุนีย์ กัลป์ยะจิตร์. (2563, 8 ตุลาคม). ถอดบทเรียนเหตุกราดยิงที่ จ. หนองบัวลำภู กับการใช้อาวุธปืนในประเทศไทย. เฟซบุ๊ก Mahidol channel. <https://shorturl.asia/nFW29>

- 12 อาชญากรรม. (2565, 17 ตุลาคม). ผู้เสียหายร้อง ยธ.เปิดปมเงิน “กูส์สวัสดิการฯ” ชื้อบ้าน” ชนวนเหตุกราดยิงโคราช. ไทยรัฐ. <https://www.thairath.co.th/news/crime/2528931>
- 13 นิวส์มอนิเตอร์. (2566, 12 มีนาคม). นිරโทษกรรมปืนเถื่อน ครม.ไฟเขียวร่างกม.อาวุธปืน ให้ขึ้นทะเบียน-ส่งมอบคืนใน 180 วัน. มติชนออนไลน์. https://www.matichon.co.th/news-monitor/news_3876316
- 14 ชัยยศ ยงศ์เจริญชัย. (2565, 12 พฤศจิกายน). ปืนกับคนไทย ทำอย่างไรให้ลดการถือครอง. บีบีซี. <https://www.bbc.com/thai/articles/c90g359xnngo>
- 15 TODAY Bizview. (2566, 2 ธันวาคม). มุลนิธิหญิงชายก้าวไกล หนุน ‘อนุทิน’ปราบปืนเถื่อน หลังปี 65 พบเหตุฆาตกรรมเพิ่มขึ้น 3 เท่า. Workpoint TODAY. <https://www.wmp.or.th/blog/10615>

ปัญหาแพทย์ลาออก ควรดำเนินการอย่างไร?

- 1 WHO. (n.d.). Global Health Workforce statistics database. http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/
- 2 WHO. (n.d.). Nursing and midwifery personnel (per 10,000 population). <https://shorturl.asia/z4MUJ>
- 3 แพทยสภา. (2567, 23 กุมภาพันธ์). ข้อมูลแพทย์ ณ 23 กุมภาพันธ์ 2567. <https://www.tmc.or.th/pdf/stat-med-26-02-24-001-ver-0.pdf>
- 4 กลุ่มคลังข้อมูลสถิติ กองสถิติพยากรณ์. (ม.ป.ป.). สืบค้นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อประชากร. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. <https://tinyurl.com/2p9f6xdf>
- 5 The Coverage. (2564, 30 พฤศจิกายน). อัตราส่วน ‘บุคลากรทางการแพทย์’ ไทย มีพอไหม ไหวหรือ. <https://www.thecoverage.info/news/content/2807>
- 6 Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2566, 6 มิถุนายน). สธ. แจง “หมอลาออก” ปัญหาสะสม ล่าสุดวางเป้า 3 เดือนแก้ไขทำงานนอกเวลา 64 ชม. ต่อสัปดาห์. <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27776>
- 7 ซาลิ นวธราดล. (2566, 8 มิถุนายน). ไทยมีความมั่นคงทางสุขภาพอันดับ 5 ของโลก แต่ทำไม “หมอลาออก”? Thai PBS <https://www.thaipbs.or.th/now/content/182>
- 8 Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2566, 13 มิถุนายน). วิธีแก้ปัญหาแพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลของรัฐเพราะภาระหนักเกินตัว. <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27818>
- 9 Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2566, 5 มิถุนายน). ยุทธวิธี ทหารือ สธ.แก้ปัญหาบุคลากรการแพทย์ลาออก ไม่ใช่ “หมอ” เท่านั้น ยังมีวิชาชีพอื่นอีก. <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27772>
- 10 กรุงเทพธุรกิจ. (2566, 6 มิถุนายน). เปิดตัวเลข ‘แพทย์ลาออก’ 10 ปีซ้อนหลัง รับภาระงานสูง เร่งผลิตเพิ่ม. <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1072099>
- 11 พุดตาน พันธุ์เนตร, อุดลย์ บำรุง, ธิดาพร จิรวิวัฒน์ไพศาล, นงลักษณ์พะโยงะ, บุญเรือง ขาวนวล และกัทกร โนรี. (2561). การวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบ บริการระดับทุติยภูมิของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2569. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(2), 205-220.
- 12 วชิรวิทย์ เลิศบำรุงชัย และ กษิพัฒน์ ลัดตามณีโรจน์. (2566, 7 มิถุนายน). ทำไมหมอลาออก? จากระบบกระทรวงสาธารณสุข. The Active Thai PBS. <https://theactive.net/data/intern-resign-reason/>
- 13 บรรคม ลีระพันธ์. (2566, 22 มิถุนายน). ตอบโจทย์หมอลาออกในสถานการณ์สิ่งแก้ไข: Dos and Don'ts จากมุมมองการคิดเชิงระบบ. The 101 world. <https://shorturl.asia/OMQ5T>
- 14 แพทยสภา. (2566, 8 มิถุนายน). แพทยสภาห่วงใยปัญหาการลาออกและขาดแคลนแพทย์ ของกระทรวงสาธารณสุข แก้ไขโดยเร่งตั้งคณะอนุกรรมการ 2 ชุด เพื่อดำเนินการ. <https://shorturl.asia/D8RMe>
- 15 กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข 2565. <https://shorturl.asia/nCJ13>

- 16 Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2566, 28 ธันวาคม). ปลัด สร. แก้ปัญหาแพทย์กระจุกตัว เร่งเพิ่มหมอขาดแคลน 200 อำเภอ. <https://www.hfocus.org/content/2023/12/29366>
- 17 เมดิคอลโทม์. (2566, 26 มิถุนายน). แก้ปัญหา 'ขาดแคลนหมอในชนบท' กระจายอย่างเดียวยังไม่พอ วิจัยเสนอ 'สร้างแรงจูงใจ-ป้องกันลาออก' ปรับ 'นโยบายใช้ทุน-บรรจุข้าราชการ'. <https://shorturl.asia/j95Bd>
- 18 Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2566, 6 มิถุนายน). สร. แจง "หมอลาออก" ปัญหาสะสม ล่าสุดวางเป้า 3 เดือนแก้ไขทั้งงานนอกเวลา 64 ชม.ต่อสัปดาห์. <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27776>
- 19 TDRI. (2566, 22 มิถุนายน). "เต็มไม้เต็มมือ" ปมแพทย์ขาดแคลน ชำแหละปัญหา ข้อเสนอ-ทางออก. <https://tdri.or.th/2023/06/shortage-doctor/>
- 20 แพทยสภา. (2566, 8 มิถุนายน). แพทยสภาห่วงไขปัญหาการลาออกและขาดแคลนแพทย์ ของกระทรวงสาธารณสุข แก้ไขโดยเร่งตั้งคณะอนุกรรมการ 2 ชุด เพื่อดำเนินการ. <https://shorturl.asia/D8RMe>
- 21 ประเวศ วะสี. (ม.ป.ป.) วิธีแก้ปัญหาลาออกจากโรงพยาบาลของรัฐเพราะภาระหนักเกินตัว. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. <https://www.hfocus.org/content/2023/06/27776>
- 22 ธนรัตน์ เขียวลายเลิศ. (2566, 26 มิถุนายน). 'กรรมกรในระบบสุขภาพ' กับการแก้ไขปัญหายาของ 'สร.' ที่อาจไม่ช่วยอะไรเลย?. *The Coverage*. <https://www.thecoverage.info/news/content/5075>

**สองทศวรรษของบัตรทอง:
การขยายสิทธิประโยชน์แบบจัดหนัก จัดเต็ม**

- 1 Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T. (2015). Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Med*. Apr 29 2015;13:101.
- 2 United Nations. (2023, 31 March). *SDG Indicators*. <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>
- 3 รัชชา กฤษชงค์ นภนาท อนุพงศ์พิพัฒน์ และโกมาตกร จิงเสถียรทรัพย์. (2556). แพทย์ชนบท ธรรมชาติกับการเมืองสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- 4 สาร อ่องสมหวัง และรุจิร แสงแดง. (ม.ป.ป.). บทเรียน: การรวบรวมรายชื่อประชาชนเพื่อเสนอร่างกฎหมาย กรณีการเข้าชื่อประชาชน 50,000 รายชื่อ ในการเสนอพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. *iLaw*. <https://ilaw.or.th/node/289>.
- 5 ซาฮิดา วิริยาทร และคณะ. (2562). หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย และภาพรวมการบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- 6 วรณฤดี อิศรานูวิวัฒน์ชัย และคณะ. (2563). การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- 7 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2563). รายงานฉบับสมบูรณ์ การทบทวนกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2562. <https://www.hitap.net/documents/182170>
- 8 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2565. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กทม.: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์
- 9 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565, 5 กรกฎาคม). *บอร์ด สปสช. อนุมัติแผนบริหารจัดการ "งบบัตรทอง ปี 2566" รวมดูแลโควิด-19*. <https://www.nhso.go.th/news/3665>
- 10 Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (29 ตุลาคม 2565). สปสช.ย้ำ! สิทธิใส่รากฟันเทียม ต้องถึงขั้นใส่ฟันปลอมไม่ได้แล้วถึงผ่าตัดใส่รากฟันเทียมได้. <https://www.hfocus.org/content/2022/10/26294>
- 11 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566, 7 มกราคม). สิทธิบัตรทอง ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าฟรี ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมใช้ชีวิตปกติ-ประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม. <https://www.nhso.go.th/news/3864>
- 12 The Coverage. (2566, 30 มีนาคม). สิทธิบัตรทอง 'ข้อเข่าเสื่อม' ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม' ฟรี 'วัสดุคุณภาพ-บริการได้มาตรฐาน'. <https://www.thecoverage.info/news/content/4751>

- 13 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566, 27 กรกฎาคม). ตามัว-มองไม่ชัดจาก 'ต้อกระจก' สิทธิบัตรทองคุ้มครอง 'ผ่าตัด-ใส่เลนส์แก้วตาเทียม' ด้วยมาตรฐานระดับโลก. <https://www.nhso.go.th/news/4092>
- 14 International Health Policy Program. (n.d.). *Thailand National Health Account (NHA): studies of tracking health expenditure by diseases 2014-2016*.

การพนันออนไลน์: กัดกัดเยาวชนและคนหนุ่มสาว

- 1 จากการศึกษาค้นคว้าในห้องสมุดข่าวมติชน (<https://www.matichonlibrary.com/>) ด้วยคำค้น "พนันออนไลน์" พบมากถึง 158 ข่าว (จาก 3 หนังสือพิมพ์ในเครือได้แก่ มติชน ข่าวสด และประชาชาติธุรกิจ) ส่วนใหญ่เป็นข่าวการติดตามจับกุมผู้ต้องสงสัยว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับธุรกิจพนันออนไลน์ทั้งสิ้น
- 2 Hodgins, D. C., & Stevens, R. M. (2021). The impact of COVID-19 on gambling and gambling disorder: emerging data. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(4), 332.
- 3 อนุรักษ์ วิฑิตานนท์. (2564). *ถอดรหัสศาลาออนไลน์: ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน*. <https://shorturl.asia/URyZa>
- 4 "ลอตเตอรี่" หมายถึงเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีภาวะเกิดความเป็นลิขสิทธิ์หรือการละเมิดความเป็นส่วนด้วยของบุคคลหรือองค์กร โดยการนำลอตเตอรี่ส่วนใหญ่เป็นการเข้าถึงข้อมูลที่ได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมาย โดยมีได้รับอนุญาต หรือได้รับการยินยอมจากเจ้าของข้อมูล ลอตเตอรี่อาจเกิดขึ้นผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือผ่านช่องทางอื่น ๆ เช่น การแจกเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์หรือเครือข่าย เพื่อขโมยข้อมูลหรือทำความเสียหายให้กับเจ้าของข้อมูลหรือองค์กรนั้น ๆ
- 5 Asian Racing Federation. (2021). *How China's Crackdown on Illegal Betting Impacts Global Betting Markets*. <http://surl.li/rdpdx>
- 6 วิชญ วุฒิสลินศิริกุล. (2554). เกมพนันออนไลน์: หายนะเกมพนันที่ต้องควบคุม. *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน*, (น. 47-48).
- 7 บ่อนตามแนวชายแดนไทยกับประเทศเพื่อนบ้านก่อนหน้าสถานการณ์โควิด-19 เคยมีไม่ต่ำกว่า 50 แห่ง จุดที่พบหนาแน่นคือ ท่าขี้เหล็ก, เมียวดี (พม่า) ปอยเปต, เกาะกง (กัมพูชา)
- 8 ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน. (ม.ป.ป.). *รายงานสถานการณ์การพนันในสังคมไทย ปี 2564*. <https://shorturl.asia/SYxUE>
- 9 ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน. (2566). *พฤติกรรมการเล่นพนันออนไลน์ในกลุ่มคนรุ่นใหม่ 2566*. <https://shorturl.asia/9IOTf>
- 10 กรุงเทพฯ. (2566, 20 มิถุนายน). *สลากดิจิทัล บนแอปฯ เป่าดัง ครบ 1 ปี หนุนคนไทยเข้าถึงสลากฯ 80 บาท เพิ่มช่องทางขายให้ผู้ค้ารายย่อย*. <https://krungthai.com/th/krungthai-update/news-detail/2575>
- 11 กฎหมายพนันไม่ได้ระบุถึง "การพนันกีฬา" หรือ "แทงบอล" ตรง ๆ ไม่ว่าในบัญชี ก. หรือ ข. ไม่เหมือนกับพนันชนิดอื่นซึ่งถูกเขียนไว้อย่างชัดเจน พร้อมยกตัวอย่างขยหายความ เช่น การเล่นต่าง ๆ ซึ่งให้สัตว์ต่อสู้หรือแข่งกัน เช่น ชนโค ชนไก่ กัดปลา แข่งม้า ฯลฯ, ชกมวย, โฟล์กต่าง ๆ, บิลเลียด แต่ถือเป็นการพนัน เนื่องจากผลจากการตีความของศาล มองว่าเข้าข่ายเป็น "...การเล่นอย่างใดที่เสี่ยงโชคให้เงินหรือประโยชน์อย่างอื่นแก่ผู้เล่นคนใดคนหนึ่ง" ถูกระบุอยู่ในบัญชี ข. ลำดับ 16 ประกอบกับ "การเล่น" ในที่นี้หมายถึง "...การทายและการทำนายด้วย" (มาตรา 4 ทวิ)
- 12 เดลินิวส์ ออนไลน์. (2566, 9 พฤศจิกายน). *โฆษกรัฐบาลไซเบอร์ 5 ผลงาน "กระทรวงดิจิทัล" แก้ปัญหาภัยออนไลน์ ปิดกั้นเว็บพนัน เดินหน้าพัฒนากำลังคนดิจิทัล ขับเคลื่อนไทยเป็นศูนย์กลางของภูมิภาคด้าน AI & Cloud*. <https://www.dailynews.co.th/news/2881053/>
- 13 กองแผนงานอาชญากรรม. (ม.ป.ป.). *สถิติคดีอาญา*. <http://thaicrimes.org/crimestat/>

เกิดแล้วเกิดอีก!

อุบัติเหตุจากโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่

- 1 Thai PBS. (2566, 6 กรกฎาคม). "สะพานถล่ม" ก่อสร้าง (ไม่) ปลอดภัย ใครต้องรับผิดชอบ. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/329722>
- 2 Thai PBS. (2566, 16 ธันวาคม). สิ่งหยุดก่อสร้าง 7 วัน ทางด่วนพระราม 2 หาสเหตุแบบหล่อร่วงทับคนงาน. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/334969>
- 3 The MATTER. (2566, 8 พฤษภาคม). รวมอุบัติเหตุจากการก่อสร้างพระราม 2 ถนน 7 ข้อใดที่ซ่อมเท่าไรก็ไม่เสร็จ. <https://thematter.co/brief/203079/203079>
- 4 สภาองค์กรของผู้บริโภค. (2566, 17 กันยายน). หยุด! สร้างไปถล่มไป ถนน-สะพานสาธารณะ ต้องมีองค์กรคุมความปลอดภัย. <https://shorturl.asia/5HafB>
- 5 สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน). (2564, 12 กรกฎาคม). อันตรายร้ายแรงและสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในงานก่อสร้าง. <https://shorturl.asia/Oq96l>
- 6 Mathias Raphael PLLC Accident & Injury Lawyers. (2023, 2 May). *National Construction Accident Statistics*. <https://shorturl.asia/nevxQ>
- 7 IOP Publishing Ltd. (2020). *An investigation of fall accident in a high-rise building project*. <https://shorturl.asia/lexkQ>
- 8 ฐิตวัฒน์ ตรีวงศ์ จารุญ ฤทธิพันธ์ ปภาวี แสงสุข ธนาคาร ทับทิมเหล่า และ ศรีมย์ ศรีสุพล. (2566). การประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุในบริเวณพื้นที่ก่อสร้างรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย โดยรูปแบบสภาพการณ์ดัชนี การประชุมวิชาการวิศวกรรมโยธาแห่งชาติ ครั้งที่ 28 วันที่ 24-26 พฤษภาคม 2566 จ.ภูเก็ต (น. CEM04-1-CEM04-7). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และวิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- 9 ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจ ธนาคารไทยพาณิชย์. (2566, 12 พฤษภาคม). *Construction outlook 2023*. <https://shorturl.asia/c27zo>
- 10 สยามรัฐ. (2566, 9 สิงหาคม). กทม.เผยยังหาสาเหตุทางยกระดับ อ่อนนุช-ลาดกระบังถล่ม คาดเรือเสร็จปลาย ส.ค. <https://siamrath.co.th/n/468435>
- 11 ผู้จัดการออนไลน์. (2566, 20 พฤษภาคม). กทม. เผย 2 สาเหตุคานคอนกรีตถล่ม ถ.พระราม 2 วัสดุบกพร่อง-จนท.ไม่ทำตามขั้นตอน. <https://mgronline.com/uptodate/detail/9660000046741>
- 12 วุฒินันท์ ปัทมาวิสุทธิ. (2563, 22 กันยายน). สืบค้นรายงานในงานก่อสร้าง. <https://shorturl.asia/UsieJ>
- 13 สุเดช โนสูงเนิน. (2563). สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในงานก่อสร้างอาคารขนาดใหญ่. การประชุมวิชาการวิศวกรรมโยธาแห่งชาติครั้งที่ 26 วันที่ 23-25 มิถุนายน 2564. การประชุมรูปแบบออนไลน์ (น. CEM-15-1-CEM-15-7). สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง และ วิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- 14 TNN ONLINE. (2567, 6 มกราคม). ประชาชนหนุนจัดตั้ง "องค์กรอิสระเพื่อความปลอดภัยสาธารณะ". <https://shorturl.asia/ZFhIE>
- 15 ผู้จัดการออนไลน์. (2566, 9 พฤษภาคม). นักวิชาการ สจล.แนะยกเครื่องระบบก่อสร้างโครงการขนาดใหญ่ ล้อมคอกเกิดอุบัติเหตุซ้ำซาก. <https://shorturl.asia/qSNx9>
- 16 มติชนออนไลน์. (2567, 3 มกราคม). สุดอันตรายข้ามรอยสายสิญพ-ล่อรถไฟฟ้าสายสีเหลืองตกใส่แท็กซี่ รัฐเข้มติดลิทธิรับสัมปทาน. <https://shorturl.asia/5a869>
- 17 Louise Woffindin. (2023, 8 August). *All about Protecting the Public during Construction Projects*. <https://shorturl.asia/hEYro>

มาเพียข้ามชาติกับการแก้ไขปัญหา

- 1 ฉัตรชัย ศรีเมืองกาญจนนา. (ม.ป.ป.). อาชญากรรมข้ามชาติกับความมั่นคงของประเทศไทย. *รัฐสภาไทย*. https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=55062&filename=house2554

- 2 ลักกรินทร์ นิยมศิลป์. (2558). อาชญากรรมข้ามชาติ ภัยคุกคามไทยและอาเซียน. การประชุมวิชาการ *ประชากรและสังคม 2558 เรื่อง ความหลากหลายทางประชากรและสังคมในประเทศไทย* (น. 231-249). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 3 ฉัตรชัย ศรีเมืองกาญจนนา. (ม.ป.ป.). อ้างแล้ว
- 4 คมชัดลึก. (2567, 2 มีนาคม). เปิดธุรกิจ 'ทุนจีนสีเทา' ระวังคนไทยเป็น 'นอมินี' เสี่ยงติดคุก. <https://www.komchadluek.net/news/crime/556158>
- 5 ชัยฤกษ์ แก้วพรหมมาลัย. (2566). จากทัวร์ศูนย์เหรียญถึงทุนจีนสีเทา: ผลกระทบกับความมั่นคงของชาติ. *วารสารสถาบันวิชาการป้องกันประเทศ*, 14(1), 45-54.
- 6 ไทยรัฐออนไลน์. (2566, 17 พฤศจิกายน). ทลายแก๊งคอลเซ็นเตอร์จีนเทา ปลอมเพจ ดร. สอบสวนกลาง มีเงินหมุนเวียน 7 พันล้าน. <https://www.thairath.co.th/news/crime/2741548>
- 7 The MATTER. (2566, 28 พฤศจิกายน). สรุประเด็นลักลอบนำเข้าหมูเถื่อนกว่า 4 ล้าน กก. และยังพบ จนท.รัฐเกี่ยวข้องไม่ต่ำกว่า 10 ราย. <https://thematter.co/brief/218086/218086>
- 8 Thai PBS. (2567, 5 มกราคม). ล้างบาง! ขบวนการ "หมูเถื่อน" องค์กรอาชญากรรมอาหาร-เกษตร. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/335658>
- 9 THE STANDARD. (2567, 11 มกราคม). ดีเอสไอบุกค้นเครือข่ายหมูเถื่อนตามจับตัวการใหญ่ชาวจีน พบข้อมูลเป็นน้องชายต่างแม่อดีตรัฐมนตรีช่วยฯ. <https://thestandard.co/dsi-raids-illegal-pork-network/>
- 10 ฐานเศรษฐกิจ. (2567, 11 มกราคม). กรมสอบสวนคดีพิเศษ (DSI) บอศาลอาญาคงหมายจับผู้ต้องหาใน "คดีหมูเถื่อน" อีก 4 คน 4 ข้อหาหนัก หนึ่งในนั้นคือ "เฮียแก้ว" น้องชายนักการเมืองดัง. <https://www.thansettakij.com/business/economy/585622>
- 11 คมชัดลึก. (2566, 8 พฤษภาคม). ไทยเครือข่าย 'ทุนจีนเทา' อาชญากรรมข้ามชาติ แหล่งฟอกเงิน? <https://www.komchadluek.net/news/society/548458>
- 12 ศูนย์ปราบปรามการละเมิดทรัพย์สินทางปัญญา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). ศูนย์ปราบปรามการละเมิดทรัพย์สินทางปัญญา สำนักงานตำรวจแห่งชาติ: บทที่ 1 ปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติในประเทศไทย. <https://ipc.police.go.th/downloads/631225-01.pdf>
- 13 ชัยฤกษ์ แก้วพรหมมาลัย. (2566). อ้างแล้ว
- 14 ประชาชาติธุรกิจ. (2566, 5 มีนาคม). พบสาขามูลนิธิจีนเทาที่อีสาน "มหาดไทย" เส้นตายแก้ กม. เสร็จ มี.ค. 66. <https://www.prachachat.net/local-economy/news-1220988>
- 15 Thai PBS. (2566, 13 เมษายน). ค้น 4 จุดขยายผล "นพร" แก๊งอุ้มบุญ-สวมบัตรชมพู พบทำหลายเอกสาร. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/326620>
- 16 สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (ม.ป.ป.). *ยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ พ.ศ. 2558-2564*. <https://www.nsc.go.th/wpcontent/uploads/2018/08/strategy58-64.pdf>
- 17 คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน. (ม.ป.ป.). *โครงการ ขอร้องคุณลุงคุณป้าอย่าไอ้นอย่าไอ้น*. <https://soc.ku.ac.th/soc/news/199/199>
- 18 ฐานเศรษฐกิจ. (2566, 19 พฤศจิกายน). คืบหน้าช่วย 266 คนไทยพ้นนรกเล้าก่าย เตรียมบินเข้าหามาลำรับกลับไทยคืนนี้. <https://www.thansettakij.com/world/581339>

แรงงานไทยในตะวันออกกลาง: ทางสองแพร่งระหว่างความมั่งคั่ง กับ ความมั่นคงในชีวิต

- 1 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (ม.ป.ป.). ไม่ปรากฏชื่อเรื่อง. CMU IR. <https://shorturl.asia/61Jgf>
- 2 วิภา จิราไพศาล. (2566, 12 ตุลาคม). แรงงานไทย ไปทำงานในวันออกกลางคืนตั้งแต่เมื่อไร. *ศิลปวัฒนธรรม*. https://www.silpa-mag.com/culture/article_119544
- 3 ศักดิ์สิทธิ์ จินดาสวัสดิ์. (ม.ป.ป.). *ยุทธศาสตร์การป้องกันการลักลอบไปทำงานสาธารณสุขเกาหลีเชิงบูรณาการ*. ศูนย์วิจัยแรงงานแห่งชาติ. <http://nlrc.mol.go.th/research/GDHKVx1.pdf>

- 4 ฝ่ายแรงงานประจำสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงอนุบูดาบี สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์. (2561, 13 ตุลาคม). แนวโน้มและโอกาสของแรงงานไทย. <https://shorturl.asia/inq8a>
- 5 สักกรินทร์ นิยมศิลป์. (2567). แรงงานไทยในต่างประเทศ: ทรัพยากรที่ทรงคุณค่า. *ประชากรและการพัฒนา*. 44(2), น. 1-2. 1. <https://shorturl.asia/inq8a>
- 6 กฤษดา แสงดี และคณะ. (2558). แรงจูงใจในการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศตามมุมมองของพยาบาลไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์*. 31(3), น. 91-93. <https://shorturl.asia/nSoyU>
- 7 พิระ ชัยชาญ. (2529). *ความคิดเห็นทางการเมืองของคนงานไทยที่ไปทำงานในประเทศตะวันออกกลาง*. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. <https://shorturl.asia/Su45k>
- 8 กองบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ. (ม.ป.ป.). *การไปทำงานต่างประเทศ*. <https://shorturl.asia/HpqFD>
- 9 นอกจากนี้ ยังมีข้อริเริ่ม Labor Mobility Initiative ซึ่งให้แรงงานเคลื่อนย้ายได้อย่างอิสระ เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น สร้างประสิทธิภาพและความสามารถในการแข่งขันในตลาดแรงงาน นอกจากนี้ยังเปิดช่องทางรับเรื่องร้องเรียนทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านแรงงานหรือ “นาญิช” (Najiz) เพื่อความคล่องตัวและลดขั้นตอนต่าง ๆ ด้วย อ่านเพิ่มเติมได้จาก วิสัยทัศน์ชาลุดีอาระเบีย 2030: โอกาสและความท้าทายของตลาดแรงงานไทย.
- 10 กรมการจัดหางาน. (ม.ป.ป.). *ยุทธศาสตร์การบริหารการจัดส่งคนหางานไปทำงานในต่างประเทศ พ.ศ. 2560-2564*. <https://shorturl.asia/yZwYM>
- 11 The Active. (2566, 8 ตุลาคม). แรงงานไทยถูกส่งไปอิสราเอล สูญเสียจากสงคราม-การทำงานหนัก นี่ไม่ใช่ครั้งแรก. <https://theactive.net/news/law-rights-20231008/>
- 12 ไทยโพสต์. (2566, 21 พฤศจิกายน). *คนไทยในอิสราเอล ถูกจับเป็นตัวประกันเพิ่ม 1 ราย*. <https://www.thaipost.net/general-news/488271/>
- 13 อิสริยา พรายทองแย้ม. (ม.ป.ป.). แรงงานไทยที่ถูกลิดในอิสราเอล. บีบีซี. <https://shorturl.asia/j53iW>
- 14 กรณีถูกทอดทิ้งในต่างประเทศ สงเคราะห์เป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จำเป็นให้สมาชิกได้เดินทางกลับประเทศไทยตามที่จ่ายจริง โดยจ่ายตามที่จ่ายจริงไม่เกินคนละ 30,000 บาท หรือถูกส่งกลับเนื่องจากเป็นโรคต้องห้าม กรณีทำงานไม่ถึงหกเดือน สงเคราะห์คนละ 25,000 บาท ทำงานมากกว่าหกเดือน สงเคราะห์ 15,000 บาท
- 15 สภานายความ ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2566, 12 ตุลาคม). *สภานายความจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือแรงงานไทยที่ได้รับผลกระทบในประเทศอิสราเอล พร้อมแนะรับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย*. <https://shorturl.asia/Tfv81>
- 16 บีบีซี. (2566, 18 ตุลาคม). 5 ข้อสงสัยในการกักขังแรงงานไทยจากภัยสงครามอิสราเอล-ฮามาส. <https://shorturl.asia/f2aOF>
- 17 กรมประชาสัมพันธ์. (2566, 24 ตุลาคม). *มาตรการการช่วยเหลือแรงงานไทยที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์อิสราเอล*. <https://shorturl.asia/XnvxJ>
- 18 ศูนย์บริหารข้อมูลตลาดแรงงานภาคกลาง. (2564). *รายงานการศึกษาวิเคราะห์การจัดส่งแรงงานไทยไปทำงานในต่างประเทศ*. <https://shorturl.asia/U4OD8>
- 19 บีบีซี. (2566, 18 ตุลาคม). 5 ข้อสงสัยในการกักขังแรงงานไทยจากภัยสงครามอิสราเอล-ฮามาส. <https://shorturl.asia/f2aOF>

มลพิษทางอากาศคร่ำชีวิตคนไทย 3 มหันตภัย: ถึงเวลาทวงสิทธิ์อากาศสะอาด

- 1 IQAir. (2567). *จัดอันดับเมืองใหญ่ที่มีมลพิษมากที่สุด*. <https://www.iqair.com/th/world-air-quality-ranking>
- 2 หฤทัย กมลาภรณ์ และ วิภารัตน์ มนูญกร. (ม.ป.ป.). *PM2.5 กับผลกระทบต่อสุขภาพ*. แพทยสภา. https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowledge-90.pdf
- 3 นิตยา กิรติเสริมสิน และ อภิวรรณ หวังเจริญไพศาล. (2566, 19 กุมภาพันธ์). *PM2.5 มันร้ายกว่าที่คิด... โลกชีวิต! นี่หรืออากาศที่เราหายใจ*. The active Thai PBS. <https://theactive.net/read/pollution-clean-air/>

- 4 กรมอนามัย. (ม.ป.ป.). *รายงานการศึกษาผลกระทบและคาดการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศและการพัฒนาดัชนีสุขภาพอันเนื่องมาจากคุณภาพอากาศของประเทศไทย*. <https://shorturl.asia/iavcX>
- 5 กลุ่มพัฒนาระบบเฟ้าระวังทางระบอดวิทยาโรคไม่ติดต่อ กองระบอดวิทยา กรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). *สถานการณ์การเฟ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. <https://shorturl.asia/Tt28K>
- 6 Thai PBS. (2565, 24 พฤษภาคม). *ปรับเกณฑ์วัดค่าฝุ่น PM 2.5 ใหม่ มีผล 1 มิ.ย. 66*. <https://shorturl.asia/SrH6e>
- 7 เครือข่ายอากาศสะอาด ประเทศไทย. (2563). *สมุดปกฟ้าอากาศสะอาด (Clean Air Blue Paper): เจาะลึกผลกระทบต่อมลพิษทางอากาศและรากเหง้าของปัญหา*. <https://shorturl.asia/JSsWX>
- 8 Thai PBS. (2567, 11 มกราคม). *ภัยธรรมชาติ ฝีมือมนุษย์*. <https://shorturl.asia/rzsBm>

การถ่ายโอน สว.สท. ไปอบจ.: ความเป็นมา ปัญหาและความท้าทาย

- 1 ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2565, 19 ตุลาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 254 ง. หน้า 14-15.
- 2 สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (ม.ป.ป.). *แนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชานวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด*. <https://drive.google.com/file/d/1aldKh0TwdEiVLRH85Jdm95EFAKHyhAF/view>
- 3 กันติพิชญ์ ใจบุญ. (2566, 4 สิงหาคม). *หลังถ่ายโอน 'รพ.สท.' ผลงานบริการลดลง คือเรื่องปกติ ทุกอย่างจะดีขึ้น แต่ต้องรอเวลา 'งานวิจัย' จะช่วยนำทาง*. The Coverage. <https://www.thecoverage.info/news/content/5227>
- 4 The Coverage. (2564, 1 พฤศจิกายน). *ฟังคำอธิบายที่ง่ายและชัดเจนที่สุด กับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สท. ไป อบจ. อ่านจบ! รู้ครบเข้าใจทันที เพราะนี่คือกฎหมาย ... ไม่ทำ = มีความผิด*. <https://www.thecoverage.info/news/content/2637>
- 5 Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2566, 28 ธันวาคม). *สรุปเส้นทางถ่ายโอนภารกิจ รพ.สท. ไป อบจ.* <https://www.hfocus.org/content/2023/12/29374>
- 6 Workpoint today. (2565, 26 กันยายน). *สร. พร้อมถ่ายโอน รพ.สท. 3,264 แห่ง ตามมติ ครม. ยืนยัน ไม่กระทบการดูแลประชาชน*. <https://workpointtoday.com/politics-sura29092565/>
- 7 Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2564, 21 ตุลาคม). *มีผลแล้ว! ประกาศถ่ายโอนภารกิจ "รพ.สท." ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด พร้อมแนวทางการดำเนินการ*. <https://www.hfocus.org/content/2021/10/23445>
- 8 วารุณี สิทธิรังสรรค์. (2565, 11 กุมภาพันธ์). *ถ่ายโอน รพ.สท. ไปท้องถิ่น" การกระจายอำนาจที่โยกโยระบบสาธารณสุข คน การส่งต่อการรักษาพยาบาล*. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. <https://www.hfocus.org/content/2022/02/24444>
- 9 กลุ่มภารกิจด้านข่าวและสื่อมวลชนสัมพันธ์ สำนักสารนิเทศ. (2565, 26 กันยายน). *สร. พร้อมถ่ายโอน รพ.สท. 3,264 แห่งตามมติ ครม. ตั้งคณะทำงานติดตามใกล้ชิด ยืนยันไม่กระทบการดูแลประชาชน*. <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/04/179131/>
- 10 The Coverage. (2566, 14 พฤศจิกายน). *ถอดบทเรียน '1 ปี ถ่ายโอน รพ.สท.' เกาะเกาะเปลือกรกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขครั้งใหญ่*. <https://www.thecoverage.info/news/content/5738>
- 11 Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2564, 25 ตุลาคม). *เปิดมุมมอง: ข้อดีข้อเสียถ่ายโอนภารกิจ รพ.สท. สู่อท้องถิ่น ภาพสะท้อนการดูแลบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข*. <https://www.hfocus.org/content/2021/10/23471>
- 12 The Coverage. (2566, 27 ธันวาคม). *เกาะเกาะปัญหาหลังถ่ายโอนฯ ทบทวนรากฐาน 'บริการปฐมภูมิ' มุ่งสู่สุขภาพครอบครัวถ้วนหน้า*. <https://www.thecoverage.info/news/content/5997>

- จิรัฐม ศิริรัตน์บัลล์ และคณะ. (2566). การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566: ระยะที่ 1 การประเมินสัญญาณเตือนของผลกระทบต่อสถานะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังและการจัดทำการศึกษา. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- The Coverage. (2566, 28 กันยายน). ต.ค. นี้ครบ 1 ปีถ่ายโอนรพ.สต. บิ๊กลีด 'เลอพงค์' เผยยังมี 2 ปัญหาค้างอยู่ 'โอนที่ดิน-จัดสรรงบประมาณสังกัดไม่ได้' คาดรอบใหม่อาจชำระรอยเดิม. <https://www.thecoverage.info/news/content/5473>
- Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2556, 13 กรกฎาคม). ต้นแบบถ่ายโอนรพ.สต. สู่อบจ. ปราจีนฯ ยกจังหวัด กับเสถียรภาพ-สัมพันธภาพ 'ท้องถิ่น'. <https://www.hfocus.org/content/2023/07/27997>
- The Coverage. (2564, 1 พฤศจิกายน). ฟังคำอธิบายที่ง่ายและชัดเจนที่สุด กับการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไป อบจ. อ่านจบ! รู้ครบเข้าใจทันที เพราะนี่คือกฎหมาย ... ไม่ทำ = มีความผิด. <https://www.thecoverage.info/news/content/2637>
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2567, 8 กุมภาพันธ์). ถ่ายโอน รพ.สต.: ทุกฝ่ายควรช่วยกันดูแลเพื่อประโยชน์ของประชาชน. เฟซบุ๊ก อำพลจินดาวัฒนะ. <https://www.facebook.com/photo/?fbid=10220087652061419&set=a.10200621851988583>

ธรรมนูญสุขภาพฉบับที่ 3: มุ่งสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม

- มาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- มาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- มาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- มาตรา 47 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- มาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- มาตรา 25(1) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- มาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- มาตรา 46 วรรคหนึ่งและวรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- มาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า
 - บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
 - บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวรรคหนึ่ง
- มาตรา 6 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า
 - สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะ ชับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม
 - สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มี ความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย

4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ วีรบุรุษสาธารณสุขของโลก

- กนกพร ศิริธรรมย์. (2566, 11 ตุลาคม). ขอแสดงความยินดีกับนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ได้รับรางวัล Award for the Heroes of Public Health (วีรบุรุษสาธารณสุข) ประจำปี ค.ศ. 2023. HITAP. <https://www.hitap.net/news/187765>

องค์การอนามัยโลกยกย่อง ศ.พิเศษ นายแพทย์วิชัย เกียรติถาวร

- MGR Online. (2566, 11 กุมภาพันธ์). WHO ประกาศ "หมอวิชัย เกียรติถาวร" คิวรางวัล Sasakawa Health Prize ปี 66. <https://shorturl.asia/Qz3M3w>
- Medical Focus. (2566). องค์การอนามัยโลก ยกย่องบุคลากรสาธารณสุขไทย รับรางวัล "Sasakawa Health Prize" ประจำปี 2566. <https://shorturl.asia/GkDE6>
- มติชนออนไลน์. (2567, 25 พฤษภาคม). ความสำเร็จของการสร้างนำซ่อม. <https://shorturl.asia/lvJPn>

เครือข่ายกองทุนเสริมสร้างสุขภาพนานาชาติ ประกาศปฏิญญากรุงเทพฯ: มุ่งสู่สุขภาพที่เป็นธรรม

- Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. (2566, 8 พฤศจิกายน). ประชุมเครือข่าย สสส.โลก INHPF ขับเคลื่อนนวัตกรรม สุขภาวะที่เป็นธรรม. <https://www.hfocus.org/content/2023/11/28879>
- เดลินิวส์ ออนไลน์. (2566, 13 พฤศจิกายน). ประชุมเครือข่าย สสส.โลก INHPF เดินหน้าผลักดันให้สุขภาพเป็นสิทธิของทุกคนในทุกสังคม. <https://www.dailynews.co.th/news/2895955/>

กรมอนามัย จับมือ ผู้ค้าออนไลน์ ส่งเมนูสุขภาพลดหวาน มัน เค็ม

- กรมอนามัย. (2566, 6 มกราคม). กรมอนามัย จับมือ Robinhood รณรงค์ให้คนไทย เลือกสั่ง 'หวานน้อยสั่งได้ - เมนูสุขภาพ'. <https://anamai.moph.go.th/th/news-anamai/43262>
- LINE MAN Wongnai. (2566, 13 พฤศจิกายน). LINE MAN Wongnai ชี้เทรนด์หวานน้อยมาแรง! ยอดออเดอร์เครื่องดื่มเกินครึ่งเลือกสั่งลดหวาน. <https://shorturl.asia/4fHCi>

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

“ความเครียด

ภัยเงียบของสังคมไทย”

- WHO. (2023, February 21). Stress. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- Elsevier SciTech Connect. (2016, April 26). Stress: The Health Epidemic of the 21st Century. SciTech Connect. <https://scitechconnect.elsevier.com/stress-health-epidemic-21st-century/>
- Hfocus. (2566, 27 มีนาคม). ภาวะสังคมไทย 2565 บ่วงซึมเศร้าพุ่งสูง แนวโน้มวัยรุ่น-วัยทำงานฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น. <https://www.hfocus.org/content/2023/03/27358>
- กรุงเทพธุรกิจ. (2564, 10 พฤศจิกายน). ด่วน! อดีตสมาชิก อบจ. นครศรีธรรมราชยิงเมีย-ลูก ก่อนฆ่าตัวตายรวม 4 ศพ. <https://www.bangkokbiznews.com/news/971087>
- ไทยรัฐออนไลน์. (2565, 20 มิถุนายน). รั้วมายคควิว 3 ศพ ร.ต.ท. ชุตติสสวน บก.น.8 ยิงเมีย-ลูกสาวดับ ก่อนยิงตัวเอง. <https://www.thairath.co.th/news/crime/2423780>
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566, 4 พฤศจิกายน). ภาวะสังคมไทย ไตรมาสสาม ปี 2566. https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?id=5493
- กรมสุขภาพจิต. (2565, 15 มีนาคม). ห่วงคนไทยเครียดพุ่ง เสพข่าวเจ้าอารมณ์ แนนด์หลัก “2 ไม่ 1 เดือน”. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31667>

- 8 UNICEF, Institute for Population and Social Research, Burnet Institute. (2022). *Strengthening mental health and psychosocial support systems and services for children and adolescents in East Asia and the Pacific: Thailand Country Report*. Bangkok: UNICEF.
- 9 Hfocus. (2565, 30 พฤศจิกายน). *เปิดข้อมูลนักศึกษาไทยเกือบ 1 ใน 3 เครียดสูง กระตั้นไบโพลาร์-ซึมเศร้า*. <https://www.hfocus.org/content/2022/11/26516>
- 10 ผู้จัดการออนไลน์. (2562, 28 ธันวาคม). *2563 คนไทยเครียดเรื้อรัง ค่าใช้จ่ายรักษาพุ่ง 21.5 หมื่นล้าน!*. <https://mgronline.com/daily/detail/9620000123415>
- 11 Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32-32.
- 12 Fink, G. (2016). Stress, definitions, mechanisms, and effects outlined: Lessons from anxiety. In *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 3-11). Academic Press.
- 13 Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32-32.
- 14 Selye, H. (1950). *The physiology and pathology of exposure to stress*. Acta, Inc.
- 15 "The nonspecific neuroendocrine response of the body"
- 16 Fink, G. (Ed.). (2016). *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress Series, Volume 1* (Vol. 1). Academic Press.
- 17 Gross, Charles G. (1 September 1998). "Claude Bernard and the consistency of the internal environment." *The Neuroscientist*. 4(5): 380-385.
- 18 Cannon, W. B. (1939). *The wisdom of the body*. New York: WW Norton and Company.
- 19 Sterling P., Eyer J. (1988). Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In: Fisher S., Reason J., (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition, and Health* (pp. 629-649). New York: JohnWiley and Sons.
- 20 Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- 21 "a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being"
- 22 Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Miller, A. L., & Kennedy, M. A. (2011). Life stress, 5-HTTLPR and mental disorder: findings from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 198(2), 129-135. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085993>
- 23 Kim, J. J., & Diamond, D. M. (2002). The stressed hippocampus, synaptic plasticity and lost memories. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(6), 453-462.
- 24 กรมสุขภาพจิต. (2565, 11 เมษายน). *กรมสุขภาพจิตชวนคนไทยตระหนักถึงความเครียดของเยาวชน*. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31769>
- 25 เดชรัตน์ สุขกำเนิด. (2565, 10 กันยายน). *Always Beside You (3): วัยรุ่นไทย เครียดอะไรกันบ้าง*. Think Forward Center. <https://think.moveforwardparty.org/article/urban-development/3150/>
- 26 NationalMaster. (2000). *Education > Hours of instruction for pupils aged 11: Countries Compared*. <https://www.nationmaster.com/country-info/stats/Education/Hours-of-instruction-for-pupils-aged-11>
- 27 Sanook. (2554, 31 มีนาคม). *เศร้า! เด็กวัย 12 สอตก-ฆ่าตัว เครียด ผูกคอตาย*. <https://www.sanook.com/news/1012739/>
- 28 Stade L. (2023, 30 May). *Why are we rushing our children?*. Linda Stade Education. <https://lindastade.com/hurried-child-syndrome/>
- 29 Raghu V. A. and Priyadarshini L. B. (2019). Hurried Child Syndrome. *American Journal of Advances in Nursing Research*. 6(1):1-3.
- 30 Ghorpade N.K. (2022). A Brief Review on Hurried Child Syndrome. *Saudi J Nurs Health Care*, 5(9): 182-184.
- 31 เดชรัตน์ สุขกำเนิด. (2565, 10 กันยายน). *Always Beside You (3): วัยรุ่นไทย เครียดอะไรกันบ้าง*. Think Forward Center. <https://think.moveforwardparty.org/article/urban-development/3150/>
- 32 ไทย พีบีเอส. (2560, 5 มิถุนายน). *ชี้ปมรุนแรงวัยเด็ก-ขาดความรัก ตัวเร่งผลิต"อาชญากร"*. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/263128>
- 33 ภาววรรณ ธนาเลิศสมบูรณ์. (2566, 7 มิถุนายน). *ไม่ใช่แค่ในโรงเรียน แต่ต้องเปลี่ยนทั้งสังคม: สร้างการศึกษาที่เท่าเทียมกันของคนทุกเพศ*. The101.World. <https://www.the101.world/gender-transformative-education/>
- 34 BBC News. (2563, 13 กันยายน). *แม่ที่สูญเสียลูกจากการฆ่าตัวตาย ก่อตั้งกลุ่ม "พลัส สเตย์" หวังช่วยเด็กเลิกคิดจบชีวิตตัวเอง*. <https://www.bbc.com/thai/international-54138117>
- 35 กรมสุขภาพจิต. (2561, 28 กันยายน). *กรมสุขภาพจิตเผยคนวัยทำงานใน กทม. 45% ถูกความเครียดบดบังความสุข*. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28253>
- 36 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *ภาวะสังคมไทยไตรมาส 1 ปี 2566*. https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5491
- 37 ฐานเศรษฐกิจ. (2566, 10 กันยายน). *สถิติช็อค "คนวัยทำงาน" เสี่ยงหนักป่วยโรคหัวใจ อ้วน เครียด ฆ่าตัวตาย*. <https://www.thansettakij.com/health/575589>
- 38 กรมสุขภาพจิต. (2563, 4 กุมภาพันธ์). *BURNOUT IN THE CITY งานวิจัยชี้ชาวกรุงวัยทำงานเกินครึ่งเสี่ยงหมดไฟ*. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30176>
- 39 Brand Buffet. (2561, 10 กรกฎาคม). *ผลคะแนนสุขภาพและความสุข 360°ของอิกนา" เผยการเงินยังเป็นสิ่งคนไทยกังวล และกลุ่มมิลเลนเนียลเครียดเรื่องงาน*. <https://www.brandbuffet.in.th/2018/07/cigna-research-health-life-360-degree/>
- 40 Health Focus. (2565, 1 เมษายน). *เผย ปี 65 แรงงานไทย ยืน 'ลาออก' กว่า 7.7 หมื่นราย พบ 87% เหตุเครียด ทำงานไร้ความสุข*. <https://www.hfocus.org/content/2022/05/25009>
- 41 สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน). (2566). *อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. 2576*. <https://www.nia.or.th/bookshelf/view/237>
- 42 ผู้จัดการออนไลน์. (2565, 5 พฤษภาคม). *ครูเครียดโดดเดี่ยว! ดับคาโรงเรียนชื่อดังเมืองแปดริ้ว ถูกบังคับห้ามรับใหม่ ทำยอดไม่ได้ตามเป้า*. <https://mgronline.com/infographic/detail/9650000042740>
- 43 จิรัชญา ชัยชุมขุน. (2566, 26 เมษายน). *ครูทุกคนมีไฟ แต่ถูกระบบทำให้ดับมอด" คุยเรื่องความเข้มแข็งในวงการครูกับ จารวี ธารณพฤกษ์*. The Matter. <https://thematter.co/social/education/depression-jarawee-interview/202044>
- 44 ชัยยศ ยงค์เจริญชัย. (2565, 15 กันยายน). *กราดยิง: เครียดสะสมกับเข้าถึงอาวุธง่าย ปัจจัยสู่เหตุสลด*. BCC. <https://www.bbc.com/thai/articles/c9rkxlp6lnko->
- 45 BBC News. (2564, 5 กรกฎาคม). *ฆ่าตัวตาย: ตัวเลขคนไทยปลิดชีพตัวเองได้ระดับขึ้นระหว่างการระบาดของโควิด-19*. <https://www.bbc.com/thai/thailand-57721370>
- 46 ธิติ มีแต้ม และ ปาณิส โพธิ์ศรีวังชัย. (2563, 24 เมษายน). *กึ่งล่อลวง หมุนไป: "ทรอม่า-ฆ่าตัวตาย-ครอบครัวสลาย" ในยุค COVID-19*. The101.World. <https://www.the101.world/domestic-violence-covid-19/>
- 47 สถาบันราชานุกูล. (2558, 2 มีนาคม). *สุขภาพจิตของคน 4 ช่วงวัย*. <https://th.rajanukul.go.th/preview-3372.html>
- 48 ดุษฎี คาวีวงศ์ และ รุจิรา ดวงสงค์. (2020). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความเครียดของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครขอนแก่น*. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 13(2), เมษายน-มิถุนายน, 36-46.

- 49 สุภาดา คำสุชาติ. (2560). ปัญหาและความต้องการการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(6), 1156-1164
- 50 กรมสุขภาพจิต, สำนักงานวัฒนธรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) และ ศูนย์วิจัยอนาคตศึกษาฟิวเจอร์เทลส์ แล็บ. (2566). *อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. 2576*. <https://www.nia.or.th/bookshelf/view/237>
- 51 ญัฐปภัสร์ นวลสีทอง, ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และ ภักวรินทร์ ภักทริสมบุญรณ์. (2564). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(2), กรกฎาคม - ธันวาคม, 78-89.
- 52 Goldman H.H. (1988). *Review of General Psychiatry*. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall.
- 53 RamaMental. (2557). *สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/07172014-1131>
- 54 อังควรา วงษาสันต์ และ นพรัตน์ บุญเพียรผล. (2566). *ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร*. https://repository.rmutr.ac.th/bitstream/handle/123456789/747/rmutrconth_101.pdf?sequence=1&isAllowed=y.%20%20คณะ
- 55 สุวิชา เป้าอารีย์. (2558, 9 เมษายน). *ผู้สูงอายุไทยกับการใช้เวลาว่าง*. ศูนย์สำรวจความคิดเห็น นิด้าโพล. <https://nidapoll.nida.ac.th/data/survey/uploads/FILE-1605601908347.pdf>
- 56 Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21.
- 57 Carver, C. S., & Vargas, S. (2011). Stress, coping, and health. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 162-188). Oxford University Press.
- 58 แนวคิดเกี่ยวกับ ความเชื่อในอำนาจการควบคุม (Locus of control) พัฒนาขึ้นโดย Julian B. Rotter เผยแพร่ครั้งแรกในหนังสือ *Social learning and clinical psychology* ในปี 1954 มี 2 ลักษณะคือ ความเชื่อที่ตนเองเป็นผู้ควบคุมชีวิตของตนเอง (Internal locus of control) และอีกลักษณะคือ ชีวิตของตนเองอยู่ในอำนาจการควบคุมของปัจจัยภายนอกอื่นๆ (External locus of control)
- 59 Leger, K. A., Charles, S. T., Turiano, N. A., & Almeida, D. M. (2016). Personality and stressor-related affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(6), 917.
- 60 Dunkel-Schetter, C. & Bennet, T. (1990). 'Differentiating the Cognitive and Behavioral Aspects of Social Support,' pp. 267-296 in *Social Support: An Interactional View*, B.R.Sarason, I.G., Sarason, and G.R. Pierce. (Eds.). New York: Wiley.
- 61 Lazarus R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *The American Psychologist*, 55(6), 665-673. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.6.665>
- 62 Rice, V. H. (Ed.). (2011). *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice*. New York: Sage Publications.
- 63 Kurtović, A., Vuković, I., & Gajić, M. (2018). The effect of locus of control on University Students' Mental Health: possible mediation through self-esteem and coping. *The Journal of Psychology*, 152(6), 341-357.

เกณฑ์ในการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย 2567

ส่วนที่ 1: ตัวชี้วัดสุขภาพ

กระบวนการทำงาน

- 1 การคัดเลือกประเด็นเด่นตัวชี้วัดด้านสุขภาพ โดยผ่านคณะกรรมการชี้ทิศทางฯ ร่วมกับ คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย
- 2 ติดต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีความรอบรู้ในประเด็นตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ มีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และ ข้อมูลนั้นมีการจัดเก็บทุกปี เพื่อรวบรวมข้อมูลที่ทันสมัย
- 3 กำหนดกรอบเวลาในการเขียนบทความ คณะทำงานรับผิดชอบหลักในแต่ละหมวด ได้ทราบถึงแนวทางการเขียน วัตถุประสงค์ของการนำเสนอแต่ละหมวดตัวชี้วัด และข้อกำหนดเวลาเบื้องต้นในค้นคว้าหาข้อมูล และจัดทำเนื้อหา
- 4 ร่างเนื้อหาตัวชี้วัดสุขภาพ
- 5 ประชุมระดมสมอง พิจารณาข้อมูลและร่างเนื้อหาตัวชี้วัด ความเหมาะสม ความครอบคลุม และความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด โดยผ่านการประชุมคณะกรรมการรายงานสุขภาพคนไทย และคณะกรรมการชี้ทิศทางฯ
- 6 ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทวนเนื้อหาภาพรวมทุกหมวด ตัวชี้วัดสุขภาพ พร้อมให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขงาน

เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

- 1 ค้นหาสาระสำคัญ (key message) ของหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้เนื้อหาไม่กระจัดกระจายในการนำเสนอ
- 2 ค้นหาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดแต่ละตัวที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปี เพื่อนำเสนอแนวโน้ม และรวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อให้เห็นสถานการณ์
- 3 เน้นรูปแบบ และเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่านและเข้าใจต่อผู้อ่านทุกกลุ่มวัย

ส่วนที่ 2: 10 สถานการณ์เด่น และ 4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

สถานการณ์ในรอบปี ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นลำดับ 1 ถึง 10 และผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทยอีก 4 สถานการณ์ ซึ่งเรียกรวมกันว่า “สถานการณ์เด่น 10+4” เกณฑ์การเลือกสถานการณ์ และเกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น มีดังนี้

เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น

- 1 เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2566 หรือเป็นสถานการณ์ที่เคยรายงานไปแล้ว แต่นำมาเสนออีกครั้ง เพื่อให้เห็นพัฒนาการหรือความเปลี่ยนแปลง เป็นบทเรียนในสังคมไทย
- 2 เป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายถึงรวมถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- 3 เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้ หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
- 4 เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- 5 เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

สำหรับผลงานดี ๆ ของคนไทย เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้นความก้าวหน้าทางวิชาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม รวมถึงการได้รับรางวัล การเชิดชูในระดับชาติ หรือนานาชาติ ของบุคลากรหรือบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในสาธารณสุข และการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพคนไทย

เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น

- 1 ตรวจสอบความคิดเห็นจากคณะกรรมการชี้ทิศทางฯ เพื่อเรียงลำดับเรื่อง ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) ของลิเคอร์ท (Likert scale) ให้คะแนน “ความสำคัญ” ของแต่ละเรื่องจาก 1-5 โดยที่ 1 น้อยที่สุด ไปจนถึง 5 มากที่สุด
- 2 การวิเคราะห์ข้อมูลความถี่ เพื่อเรียงลำดับความสำคัญ

ส่วนที่ 3: เรื่องพิเศษประจำฉบับ

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ คือ เรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (target group-oriented) และเรื่องเฉพาะประเด็น (issue-oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องสลับกันไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมา หรือหัวข้อของตัวชี้วัดสุขภาพที่น่าสนใจ

หลักเกณฑ์ในการเลือก เรื่องพิเศษประจำฉบับ

- 1 เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
- 2 เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
- 3 เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

กระบวนการทำงาน

- 1 คณะกรรมการชี้ทิศทางรายงานสุขภาพคนไทย ประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
- 2 คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงร่างของรายงาน
- 3 ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อสัมภาษณ์ ข้อมูล ประกอบการจัดทำรายงาน
- 4 คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้น ๆ อีกครั้ง
- 5 ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหารายงานและปรับแก้ไข

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง รายงานสุขภาพคนไทย 2567			รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2567	
นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์	ที่ปรึกษา	กบถนวนรายงานกึ่งเล่ม	
นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ประธานกรรมการ	นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	
นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)	กรรมการ	นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา สสส.	กรรมการ	ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนนะจิตรา	
นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ	ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา	
คุณสุรียนต์ ธิญกิจจานุกิจ	ที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผนงาน	กรรมการ	ทีมเขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพร่างแรก	
	สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ		คุณชลนัช คุปต์วิชัย	
	และสังคมแห่งชาติ (สศช.)		ผศ. ดร.ณัฐกร วิทิตานนท์	
คุณหทัยชนก ชินอุปราวัฒน์	ผู้อำนวยการกองสถิติพยากรณ์	กรรมการ	คุณณฐาภพ สังเกต	
	สำนักงานสถิติแห่งชาติ		คุณธีรวัฒน์ ช้วนตัน	
ดร.ทิพิชา โปษยานนท์	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการและนวัตกรรม	กรรมการ	คุณปิยมมณฑ์ เสือช้าง	
	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)		คุณพิสิษฐ์ ศรีอัครโคกคิน	
คุณเบญจมาภรณ์ ลิ้มปะเชื้อย	ผู้ช่วยผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ	คุณสุนทรวิชัย นิภานนท์	
			คุณอดิรุจ ดือระ	
ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ (สสส.)	กรรมการ	คุณอรวรรณ สุขโย	
รศ. ดร.ภญ.วรรณภา ศรีวิริยานุภาพ	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ	รายชื่อคณะกรรมการทำงานรายงานสุขภาพคนไทย	
คุณวิเชษฐ์ พิษัยรัตน์	คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 8, สสส.	กรรมการ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	
คุณสุรินทร์ กิจนิตยชีวี	องค์กรชุมชนคลองขแมงเงิน อำเภอเสนา	กรรมการ	ที่ปรึกษากับวิชาการ	
คุณสมพร เพ็งคำ	นักวิชาการอิสระ	กรรมการ	ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนนะจิตรา	
คุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	นักวิชาการอิสระ	กรรมการ	รศ. ดร.ชาย โพธิ์สิตา	
คุณยุวดี คาดการณ์ไกล	ศูนย์ศึกษามหานครและเมือง วิทยาลัยรัฐกิจ	กรรมการ	ผู้อำนวยการโครงการ	
ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ	รศ. ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์	
			ตัวชี้วัดสุขภาพ	
รศ. ดร.ชาย โพธิ์สิตา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ	รศ. ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์	
			รศ. ดร.มนสิการ กาญจนนะจิตรา	
รศ. ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและเลขานุการ	กัญญา อภิพรชัยสกุล	
			สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ	
รศ. ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	ผศ. ดร.สักรินทร์ นิยมศิลป์	
			กาญจนา เทียนฉาย	
รศ. ดร.มนสิการ กาญจนนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	เรื่องพิเศษประจำฉบับ	
			รศ. ดร.ชาย โพธิ์สิตา	
ผศ. ดร.สักรินทร์ นิยมศิลป์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	รศ. ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร	
			กัญญาพัชร สุทธิเกษม	



ขอบคุณจากใจ

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย 2567 ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมและให้ความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งในการจัดทำหนังสือฉบับนี้ ได้แก่ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา และศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนนะจิตรา ที่กรุณาทบทวนบทความต้นฉบับทั้ง 3 ส่วน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเนื้อหาให้มีความถูกต้องเหมาะสม และน่าสนใจมากขึ้น

ขอขอบคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่สนับสนุนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในส่วนของ 11 หมวดตัวชี้วัดสุขภาพปีนี้

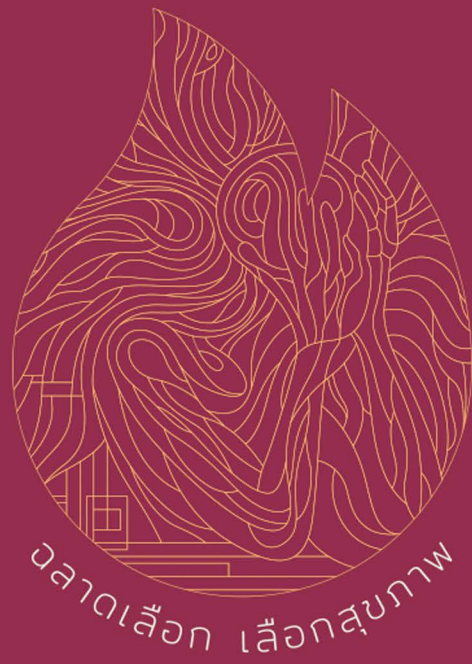
ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่กรุณาเขียนเนื้อหาร่างแรก ในหมวด 10 สถานการณ์เดินทางสุขภาพ ทำให้ 10 สถานการณ์เด่นปีนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจและชวนติดตามเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความเครียด ภัยเงียบของสังคมไทย ทำให้เนื้อหาในเรื่องพิเศษประจำฉบับมีความครอบคลุม ทั้งมิติทางสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพ และมีความทันสมัย

ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา

และที่สำคัญ ขอขอบคุณผู้อ่าน รายงานสุขภาพคนไทย ที่ติดตามผลงานของเราอย่างต่อเนื่องทุกท่านเป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้คณะทำงานพัฒนาหนังสือรายงานสุขภาพคนไทยให้มีคุณภาพต่อไป

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย



www.thaihealthreport.com