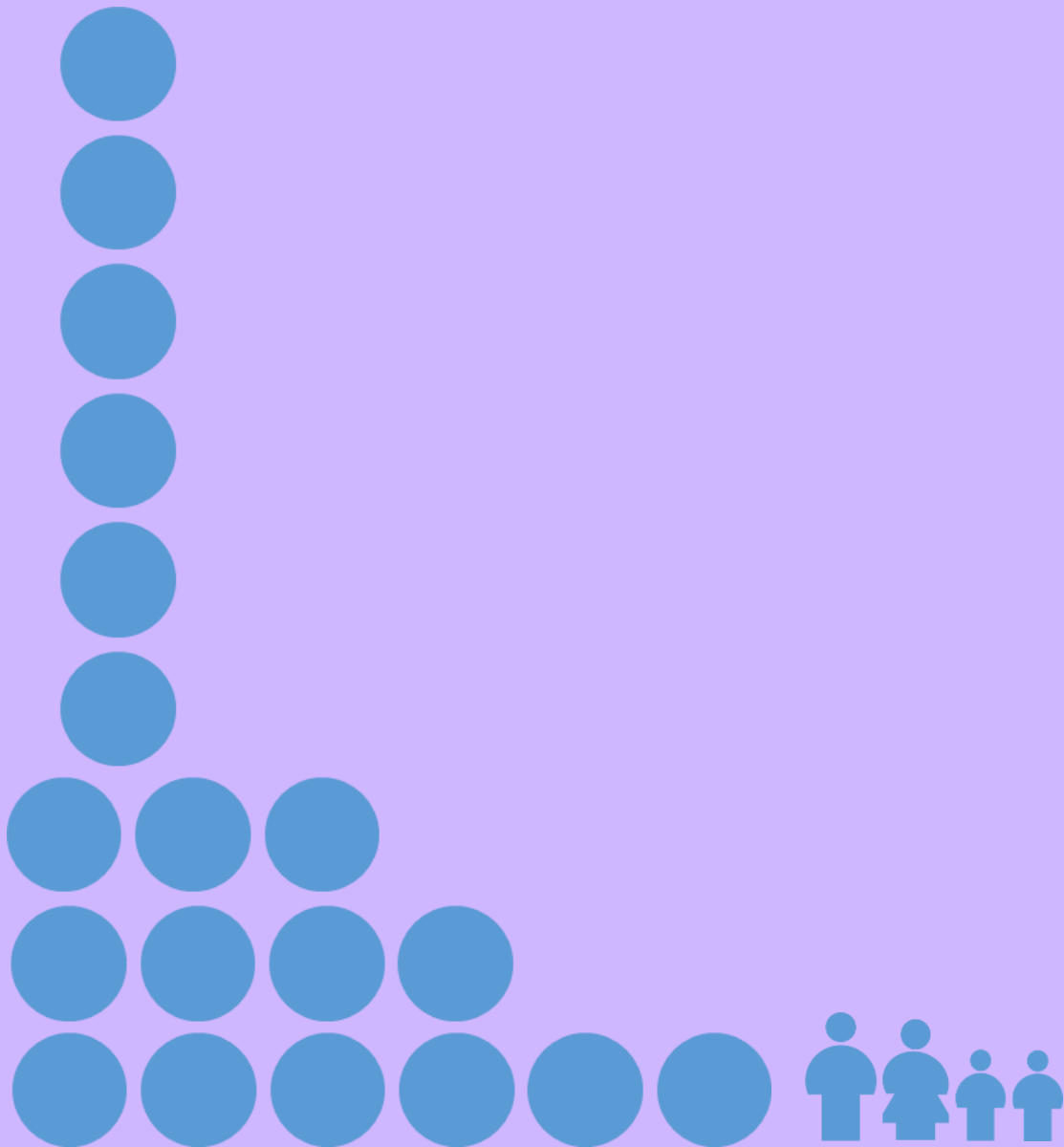


บทความฉบับสมบูรณ์

Full papers



การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2569

24 เมษายน 2569

โดย สมาคมนักประชากรไทย



บทความฉบับสมบูรณ์

การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2569

24 เมษายน 2569

โรงแรมรอยัลริเวอร์ บางพลัด กรุงเทพฯ

จัดโดย

สมาคมประชากรไทย

การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2569

24 เมษายน 2569

เมษายน 2569

คณะทำงานฝ่ายวิชาการ และบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา วาพัฒน์วงศ์	ประธาน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาลี สันภูวรรณ	คณะทำงาน
นางสาวกัญญา อภิพรชัยสกุล	คณะทำงาน
นางสาวกัญญาพัชร สุทธิเกษม	คณะทำงาน
นายณนทวัชร แสงลออ	คณะทำงาน
นางสาววิภาพร จารุเรืองไพศาล	คณะทำงาน
นางสาวสุภรต์ จรัสสิทธิ์	คณะทำงาน
นางสาวกาญจนา เพียนลาย	คณะทำงานและเลขานุการ
นางสาวรีนา ต๊ะดี	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ



สารบัญ

กลุ่มที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคม	1
รูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนไปในมุมมองของคนรุ่นใหม่ภายใต้บริบทพื้นที่ชายแดนใต้.....	2
นโยบายสาธารณะกับการสนับสนุนการมีและเลี้ยงดูบุตรของคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูง: มุมมองกระบวนการตัดสินใจของคู่รัก	19
การคาดการณ์ผู้บริโภคแบบ"แบ่งขั้ว": เกิดน้อย – ตายช้า – โตมาเป็นโสด	36
The Digital Barricade: Understanding Gen Z's Protest Emotions Across Three Developing Democracies in Asia.....	39
กลุ่มที่ 2 สุขภาวะของประชากรในบริบทความหลากหลาย	41
การถูกกลั่นแกล้งรังแก ปัญหาทางพฤติกรรมและความคิดฆ่าตัวตาย ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย	42
ความครอบคลุมของการรับวัคซีนป้องกันโรคหัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในเด็กข้ามชาติอายุ 2-6 ปี ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร	64
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงาน ด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดระยอง	83
Shattered Lives: The Effects of War Displacement on Well-Being and Social Integration in Al-Gadarif City, Sudan, A Mixed-Methods Analysis.....	97
กลุ่มที่ 3 ประชากรกับอนามัยเจริญพันธุ์.....	99
The Influence of Social Media-Based Health Interventions on the Sexual and Reproductive Health of Young Burmese Adults Living in the Bangkok Metropolitan Region	100
การติตราและการเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร	120
ความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับการติดเชื้อไวรัส ฝีดาษวานร: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์หอคาง	137
Adolescent Sexual and Reproductive Health Outcomes Following Legalized Abortion in Nepal: A Comparison with the Global Experience.....	154



กลุ่มที่ 4 คุณภาพชีวิตประชากรระดับพื้นที่	177
ความเชื่อท้องถิ่นและพลวัตความไว้วางใจกับการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในบริบทสังคมวัฒนธรรมตำบลกรงปินัง อำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลา	178
ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน: โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟ กับถนนขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม)	194
การรับรู้ความเสี่ยงและประสบการณ์ความเจ็บป่วยโรคโควิด-19 ของชุมชนมุสลิม พื้นที่ชานเมือง จังหวัดปัตตานี	213
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุ้มครองประเพณี ภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่	233
กลุ่มที่ 5 ประชากรกับสิ่งแวดล้อม	250
ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงานในบริบทของเกษตรกรที่สัมพันธ์กับการป่วย ด้วยโรคไข้รากสาดใหญ่ ในจังหวัดเชียงใหม่: การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม	251
เกินกว่าค่าตอบแทนและตำแหน่งงาน: บรรยายภาคินี่ที่ทำงานกับการย้ายงาน ช่วงต้นอาชีพภายใต้ความไม่สมมาตรของข้อมูล	270
The Hidden Cost of Air Pollution Attributed to Health in Thailand	288
พลวัตภูมิอากาศและโรคไข้มาลาเลีย: การวิเคราะห์ช่วงเวลาหน่วงเพื่อการเฝ้าระวัง สุขภาพประชากรในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน	306
กลุ่มที่ 6 ประชากรกับสุขภาพ	322
ธรรมาภิบาลข้อมูลกับการบูรณาการบริการทางสังคมและสุขภาพตามหลักการบริการที่ครอบคลุม (Universal Health Coverage): กรณีศึกษาแพลตฟอร์ม “เติมเต็ม”	323
การประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มาจากผลกระทบการยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้า และจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย ระหว่างปี 2568 – 2578	340
การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีของประชากรไทยและปัจจัยกำหนดในปี 2562 และ 2566	355
เส้นทางของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะยาว	378



กลุ่มที่ 7 ประชากรสูงวัย และประชากรกลุ่มเฉพาะ	391
Uncertainty-aware Bayesian Estimation of the Population Size of Males Who Have Sex With Men (MSM) in the Philippines.....	Error! Bookmark not defined.
Heteronormative Positioning of Female Same-sex Intercourse: A Thematic Analysis	409
Nowcasting Economic and Health Pressures on Indonesia's Aging Population: a High-Frequency Big Data Approach	422
ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าไม่ถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐของผู้สูงอายุ	424
กลุ่มที่ 8 แรงงานกับการย้ายถิ่น.....	438
การใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนที่อยู่ข้างหลังแรงงานไทยย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ.....	439
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย	455
Settlement Intentions of Second-Generation Migrants from Myanmar in Thailand	471
จังหวะของการมีบุตรและแนวทางการสร้างครอบครัวภายใต้ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง: กรณีศึกษาประชากรที่มีภูมิลำเนาเป็นแรงงานข้ามชาติในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล	485
คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการอ่านและให้ข้อเสนอแนะผลงานวิจัยในเอกสารประกอบการประชุม	498



บทความฉบับสมบูรณ์

กลุ่มที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคม

4 บทความ

- รูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนไปในมุมมองของคนรุ่นใหม่ภายใต้บริบทพื้นที่ชายแดนใต้
- นโยบายสาธารณะกับการสนับสนุนการมีและเลี้ยงดูบุตรของคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูง: มุมมองกระบวนการตัดสินใจของคู่รัก
- การคาดการณ์ผู้บริโภคแบบ“แบ่งขั้ว”: เกิดน้อย – ตายช้า – โตมาเป็นโสด
- The Digital Barricade: Understanding Gen Z's Protest Emotions Across Three Developing Democracies in Asia



รูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนไปในมุมมองของคนรุ่นใหม่ภายใต้บริบทพื้นที่ชายแดนใต้

(Shifting Family Dynamics: Perspectives of the New Generation in the Socio-Cultural Context of the Southern Border Provinces)

โดย

อามีน สาเมาะ* และ ศราวัลย์ หงทอง†

* นักศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี

† นักศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนไปในมุมมองของคนรุ่นใหม่ภายใต้บริบทพื้นที่ชายแดนใต้ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) แบบกึ่งโครงสร้างจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) จำนวน 9 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจงจากศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ที่มีสถานภาพสมรส ใช้ชีวิตคู่ร่วมกันประมาณ 3-5 ปี และอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบครอบครัวของคนรุ่นใหม่กำลังเปลี่ยนผ่านสู่ “ครอบครัวเดี่ยวที่เชื่อมโยง” (modified nuclear family) เพื่อสร้างพื้นที่แห่งการตัดสินใจอย่างอิสระ และลดความกดดันจากช่องว่างระหว่างวัย โดยมีการปรับเปลี่ยนมุมมองใน 3 ประเด็นหลักได้แก่ 1) การให้ความสำคัญกับคุณภาพการเลี้ยงดูบุตรมากกว่าจำนวน (quality over quantity) โดยตีความหลัก “ริสกี” ควบคู่กับเหตุผลทางเศรษฐกิจ 2) การบูรณาการหลักศาสนาเข้ากับวิถีสมัยใหม่ ผ่านการใช้ “หลักชุรอ” (Shura) เพื่อสร้างความเท่าเทียมในบ้าน และ 3) การใช้นวัตกรรมทางสังคมและเทคโนโลยีเพื่อรักษาหน้าที่กตัญญูข้ามพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนผ่านนี้ส่งผลกระทบต่อเชิงลบในมิติของสถานะ “วิกฤตคนกลาง” (sandwich generation) ที่ต้องแบกรับภาระทางเศรษฐกิจและจิตใจอย่างหนักหน่วง เกิดภาวะความรู้สึกผิดสะสม (Internalized Guilt) จากการไม่ได้ปรนนิบัติบุพการีในเชิงพื้นที่ และพบปัญหาช่องว่างทางดิจิทัลที่ทำให้ความอบอุ่นทางกายภาพลดลง ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานประกอบการกำหนดนโยบายด้านสวัสดิการสังคม และการวางแผนทางสนับสนุนสุขภาวะครอบครัวรุ่นใหม่ให้สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่ชายแดนใต้ต่อไป

คำสำคัญ: ครอบครัวมุสลิมรุ่นใหม่, พื้นที่ชายแดนใต้, ครอบครัวเดี่ยว, หลักชุรอ, ริสกี



Abstract

This study aims to investigate the changing family patterns from the perspective of the new generation within the context of the Southern Border Provinces. A qualitative research methodology was employed, with data collected through semi-structured in-depth interviews with nine key informant families. These families were purposively selected from Prince of Songkla University, Pattani Campus alumni who have been married and living together for approximately 3–5 years and reside in Pattani Province. The findings reveal that family patterns among the new generation are transitioning toward a “modified nuclear family” to establish autonomous decision-making spaces and reduce pressures stemming from the generation gap. This transition involves a shift in perspectives across three primary dimensions: 1) prioritizing the quality of child-rearing over quantity (quality over quantity) by reinterpreting the concept of “Rizq” (divine providence) alongside economic rationality; 2) integrating religious principles into modern lifestyles through the application of “Shura” (consultation) to foster domestic equality; and 3) utilizing social innovation and technology to maintain filial duties across distances. However, this transition has incurred negative impacts, specifically the emergence of the “sandwich generation” crisis, where individuals bear heavy economic and psychological burdens. This has led to a state of internalized guilt due to the inability to provide physical, on-site care for elderly parents, compounded by a digital gap that diminishes the sense of physical warmth and presence. These findings serve as a fundamental basis for formulating social welfare policies and developing guidelines to support the well-being of modern families in a manner consistent with the unique socio-cultural context of the Southern Border Provinces.

Keywords: modern muslim family, southern border provinces, nuclear family, Shura, Rizq



รูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนไปในมุมมองของคนรุ่นใหม่ภายใต้บริบทพื้นที่ชายแดนใต้ (Shifting Family Dynamics: Perspectives of the New Generation in the Socio-Cultural Context of the Southern Border Provinces)

บทนำ

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการหล่อหลอมค่านิยม พฤติกรรม และคุณภาพชีวิตของสมาชิก การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวจึงมิใช่เพียงเรื่องส่วนบุคคล แต่เป็นการสะท้อนพลวัตทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมในระดับโครงสร้าง โดยเฉพาะในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่มีอัตลักษณ์ทางศาสนาและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่เข้มแข็ง ครอบครัวมุสลิมในพื้นที่นี้ โดยจารีตดั้งเดิม มักมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย (Extended Family) และให้ความสำคัญกับการมีบุตรจำนวนมาก ด้วยความเชื่อทางศาสนาว่าบุตรคือ "ริสกี" หรือความเมตตาจากพระเจ้า และการอบรมบุตรให้เป็นศาสนิกที่ดีถือเป็นการสร้างกุศลอันยิ่งใหญ่ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางเครือญาติและการยึดโยงบทบาทหน้าที่ตามกรอบจารีตเป็นหัวใจสำคัญของการดำรงชีวิตโดยมีฝ่ายชายเป็นผู้นำ และฝ่ายหญิงเป็นผู้ดูแลกระบวนการภายในครัวเรือนเป็นหลัก

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และการขยายตัวทางการศึกษาที่คนรุ่นใหม่มีโอกาสเข้าถึงระดับอุดมศึกษามากขึ้น ส่งผลให้เกิดการปะทะกันระหว่างค่านิยมดั้งเดิมกับแนวคิดสมัยใหม่ คนรุ่นใหม่มุสลิมเริ่มเผชิญเงื่อนไขชีวิตที่ซับซ้อน ทั้งจากภาวะค่าครองชีพที่สูงขึ้น การแข่งขันในตลาดแรงงานที่บีบคั้น และสถานการณ์ความไม่แน่นอนทางสังคมในพื้นที่ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการนิยาม "ความสำเร็จของครอบครัว" ที่เปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งเดิมเน้นการขยายตัวของจำนวนสมาชิก ไปสู่การให้ความสำคัญกับ "คุณภาพชีวิตและความมั่นคง" การตัดสินใจแต่งงานและการวางแผนมีบุตรจึงถูกพิจารณาอย่างรอบคอบบนพื้นฐานของเหตุผลทางเศรษฐกิจ และศักยภาพในการขัดเกลาสมาชิกให้เติบโตอย่างมีคุณภาพภายใต้กรอบศรัทธาที่ทันต่อโลก

นอกจากนี้ การเข้ามาของเทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อสังคมออนไลน์ยังได้ทำหน้าที่เป็นตัวเร่งให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบความสัมพันธ์คนรุ่นใหม่เริ่มแสวงหาพื้นที่ส่วนตัว (Privacy) และอิสระในการตัดสินใจที่มากขึ้น นำไปสู่แนวโน้มการแยกตัวออกไปเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) อย่างไรก็ตาม การแยกตัวดังกล่าวมิได้หมายถึงการตัดขาดจากรากเหง้าแต่เป็นการสร้างรูปแบบ "สัมพันธ์ภาพข้ามพื้นที่" ที่ใช้เทคโนโลยีช่วยรักษาน้ำที่ตื้นและกระตื้นให้คงที่ในรูปแบบใหม่ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า คนรุ่นใหม่กำลังพยายามรักษาสมดุลระหว่างความเป็นอิสระส่วนบุคคล (Individualism) กับพันธะทางจริยธรรมของสังคมแบบพหุภาคี (Collectivism) ซึ่งเป็นความท้าทายที่ยังไม่ได้รับความสนใจศึกษาอย่างลึกซึ้งในเชิงคุณภาพ

แม้จะมีงานวิจัยที่ศึกษาความตั้งใจมีบุตรของคนรุ่นใหม่ GenZ ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง เช่น งานของทรงพล จันทรพัฒน์ และคณะ (2568) อย่างไรก็ตาม งานศึกษาเหล่านี้มักเน้นการวิเคราะห์ในเชิงปริมาณและระดับมหภาค แต่ยังขาดการสำรวจ "มุมมองเชิงลึกและการให้ความหมาย" ของคนรุ่นใหม่มุสลิมในบริบทเฉพาะของพื้นที่ชายแดนใต้ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับรูปแบบครอบครัว การตัดสินใจมีบุตร และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวในบริบทสังคมร่วมสมัย โดยเฉพาะกลุ่มที่ผ่านการศึกษาระดับอุดมศึกษาซึ่งถือเป็นผู้นำทางความคิด (Opinion Leaders) ในการกำหนดทิศทางของสังคมในอนาคตการทำความเข้าใจว่าพวกเขาเจรจาต่อรองกับจารีตอย่างไรภายใต้ความกดดันของโลกสมัยใหม่จึงเป็นช่องว่างทางการศึกษาที่สำคัญยิ่ง

ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความจำเป็นในการศึกษารูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปในมุมมองของคนรุ่นใหม่ภายใต้บริบทพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้เพื่อเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับ "พลวัตครอบครัวมุสลิมร่วมสมัย" และเพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการออกแบบสวัสดิการสังคมและสถาบันครอบครัวให้สอดคล้องกับ วิถีชีวิตและศรัทธาของประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปในมุมมองของคนรุ่นใหม่ภายใต้บริบทพื้นที่ชายแดนใต้

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทำความเข้าใจปรากฏการณ์ของครอบครัวในปัจจุบัน จำเป็นต้องพิจารณาแนวคิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Change Theory) ซึ่งอธิบายว่า สังคมเปรียบเสมือนสายน้ำที่ไหลเวียนและแปรเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาทั้งในด้านโครงสร้าง ค่านิยม และแบบแผนการดำรงชีวิต (สุทินันท์, 2567) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อ “ครอบครัว” ในฐานะหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุดแต่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะในบริบทสังคมร่วมสมัยที่ความทันสมัยและเทคโนโลยีเริ่มเข้ามาเขย่าวงการฐานดั้งเดิมให้สั่นคลอน ในขณะเดียวกัน สำหรับคนรุ่นใหม่ยุคดิจิทัล การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องพิจารณาควบคู่กับบริบททางสังคมร่วมสมัยที่ส่งผลต่อรูปแบบความสัมพันธ์และบทบาทของสถาบันครอบครัว ทั้งนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของสุริชัย หวันแก้ว (2553) ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมหมายถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและสถาบันทางสังคม

จากรากเหง้าครอบครัวขยายสู่ทิศทางครอบครัวเดี่ยวในสังคมไทย เมื่อพิจารณาบริบทของประเทศไทย งานวิจัยของจุฬาลักษณ์ ประจະเนย์ และคณะ (2558) สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวไทยกำลังยืนอยู่บนรอยต่อของความเปลี่ยนแปลงที่ถาโถมมาจากทั้งกระแสโลกาภิวัตน์และเทคโนโลยีสารสนเทศ สิ่งเหล่านี้ไม่ได้เพียงแค่เปลี่ยนวิถีการทำมาหากินแต่ยังเปลี่ยน “ความสัมพันธ์” ภายในบ้านสอดคล้องกับการศึกษาของระพีพรรณ คำหอม และคณะ (2563) ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มการลดลงของครอบครัวขยายที่เคยเป็นปึกแผ่นในอดีต แล้วแทนที่ด้วย “ครอบครัวเดี่ยว” ที่เน้นความเป็นอิสระมากขึ้น ทิศนคติของคนรุ่นใหม่ต่อการสร้างครอบครัวและการมีบุตร จึงเริ่มแปรเปลี่ยนไปตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้นและการขยายตัวของสังคมเมือง (อัลญานี สมุห์เสนาโต, 2559) การตัดสินใจจะมี “โพธิ์ทองคล้องใจ” หรือไม่ในปัจจุบัน จึงเป็นผลรวมของทั้งความต้องการส่วนบุคคล ภาระทางเศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากเครือข่ายสังคมรอบข้าง (ทรงพล จันทรพัฒน์ และคณะ, 2568) ทั้งนี้ งานศึกษาร่วมสมัยยังสะท้อนแนวโน้มดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง โดยสุทินันท์ สุวรรณวิจิตร (2567) อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในช่วงที่ผ่านมาไม่ได้จำกัดอยู่เพียงมิติใดมิติหนึ่ง แต่เป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยี และกระแสโลกาภิวัตน์ ซึ่งส่งผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวต้องปรับตัวไปตามบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เมื่อพิจารณาร่วมกันจะเห็นได้ว่า งานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นต่างสะท้อนให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวไทย ทั้งในด้านโครงสร้างและรูปแบบการดำเนินชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และค่านิยมสมัยใหม่ มีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดรูปแบบความสัมพันธ์และการตัดสินใจภายในครอบครัว ยิ่งไปกว่านั้นบทบาทของครอบครัวในการหล่อหลอมและจัดการศึกษาท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในยุคศตวรรษที่ 21 ครอบครัวยังคงทำหน้าที่เป็น “เบ้าหลอม” จิตวิญญาณและอัตลักษณ์รุ่นนี้ เอ็งฉ้วน และคณะ (2558) พบปรากฏการณ์ที่น่าสนใจว่า พ่อแม่ยุคใหม่บางส่วนเริ่มตั้งคำถามต่อระบบการศึกษา

กระแสหลักที่เน้นการแข่งขัน และหันกลับมาใช้วิธีการจัดการศึกษาโดยครอบครัว (homeschool) เพื่อบ่มเพาะบุตรหลานตามความเชื่อและบริบทของตนเอง ซึ่งถือเป็นการตอกย้ำทัศนคติของกันตพงศ์ คงหอม และคณะ (2555) ที่มองว่าครอบครัวคือสถาบันที่มีศักยภาพสูงสุดในการพัฒนาผู้เรียนอย่างรอบด้าน สำหรับมุมมองของคนรุ่นใหม่ภายใต้เงาของอัตลักษณ์ชายแดนใต้ ชีวิตของพวกเขาเปรียบเสมือนการเดินทางบนสะพานที่เชื่อมระหว่าง "โลกดั้งเดิม" ที่เต็มไปด้วยกลิ่นอายของวัฒนธรรมมลายูและหลักคำสอนทางศาสนา กับ "โลกสมัยใหม่" ที่เต็มไปด้วยโอกาสและการบริโภคนิยม สานิตย์ หนูนิล และกนกพร พวงประยงค์ (2562) อธิบายว่า ความแตกต่างของวิถีชีวิตระหว่างรุ่นนี้ย่อมส่งผลโดยตรงต่อทัศนะเรื่องบทบาทหน้าที่ในครอบครัว แม้ในภาพรวมระดับประเทศจะชี้ให้เห็นถึงการอ่อนแรงของระบบเครือญาติแต่ในพื้นที่ชายแดนใต้อัตลักษณ์ทางสังคมและวัฒนธรรมยังคงเป็นปัจจัยกำหนดทิศทางของครอบครัวอย่างเข้มข้น ทั้งนี้ บทบาทของแนวคิดและกระแสอิสลามในฐานะพลังทางสังคม (Islamic movement) มีส่วนสำคัญในการกำหนดโลกทัศน์และวิถีชีวิตของมุสลิมในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ โดยนุমান หะยีมะแซ (2566) ชี้ให้เห็นว่า อิทธิพลของศาสนาอิสลามไม่ได้จำกัดอยู่เพียงด้านความเชื่อเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงมิติทางสังคม วัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของผู้คน ซึ่งมีส่วนในการก่อรูปอัตลักษณ์แบบมลายู-อิสลามในพื้นที่อย่างชัดเจน พัทธธีรา รัตนชัย (2565) อธิบายว่า ในทัศนะของอิสลามถือว่าการอบรมเลี้ยงดูบุตรเป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญของผู้เป็นพ่อแม่ ดังที่อัลลอฮ์ได้ตรัสว่า พ่อแม่จะต้องให้ความสำคัญกับการอบรมเลี้ยงดูบุตร เพราะการอบรมเลี้ยงดูบุตรมิได้เป็นเพียงภาระหน้าที่อย่างหนึ่งที่พ่อแม่พึงกระทำเหมือนกับหน้าที่ธรรมดาทั่วไป หากแต่มันคือหน้าที่ที่สำคัญที่สุดอีกประการหนึ่งในโลกนี้ก็ได้ ทั้งนี้ ปณิธานสูงสุดของคนเป็นพ่อแม่คงหนีไม่พ้นการอยากเห็นลูกเติบโตเป็นคนดี มีศาสนาเป็นที่รักของอัลลอฮ์ และมนุษย์มีชีวิตที่ดีทั้งโลกนี้และโลกหน้า แต่การที่จะเป็นเช่นนั้นได้พ่อแม่ต้องมีความรู้อันเป็นหลักสำคัญ อย่างไรก็ตาม แม้การทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะช่วยให้เห็นภาพรวมของการเปลี่ยนผ่านในครอบครัวไทย แต่ส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาเชิงสถิติหรือปรากฏการณ์ในภาพกว้างระดับประเทศ ยังขาดการลงลึกเพื่อค้นหาคำตอบว่า "คนรุ่นใหม่ในพื้นที่ชายแดนใต้" ซึ่งเติบโตมาภายใต้บริบททางการเมือง สังคม และวัฒนธรรมที่เฉพาะตัว มีนิยามต่อคำว่าครอบครัวที่เปลี่ยนไปอย่างไร การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งหวังที่จะนำเสนอความจริงผ่านมุมมองของพวกเขา เพื่อเติมเต็มรอยโหว่ของความรู้นี้ให้สมบูรณ์และสะท้อนถึงตัวตนของคนรุ่นใหม่ในพื้นที่ชายแดนใต้ได้อย่างแท้จริง

ดังนั้น ในการศึกษาเรื่อง "รูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนไปในมุมมองของคนรุ่นใหม่ภายใต้บริบทพื้นที่ชายแดนใต้" ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดเพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยมุ่งเน้นที่การทำความเข้าใจปรากฏการณ์ผ่าน 3 องค์ประกอบหลักที่ปฏิสัมพันธ์กันดังนี้

1. บริบทแวดล้อมและปัจจัยผลักดัน (contextual drivers)

ผู้วิจัยพิจารณาว่ามุมมองของคนรุ่นใหม่ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างไร้หลักยึด แต่ถูกหล่อหลอมด้วยปัจจัย 2 ด้านที่ปะทะกันคือกระแสสมัยใหม่และโลกาภิวัตน์ ได้แก่ การศึกษาในระบบสมัยใหม่ การสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ และค่านิยมทางเศรษฐกิจแบบเสรีนิยม พร้อมทั้งอัตลักษณ์เฉพาะพื้นที่ชายแดนใต้ ได้แก่ บรรทัดฐานทางศาสนาอิสลาม วิถีวัฒนธรรมมลายู และสถานการณ์ทางสังคมในพื้นที่ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึกมั่นคง และการวางแผนชีวิตของเยาวชนในพื้นที่ (Tepsing, Wongwan & Jehlong, 2021)

2. ประเด็นหลักในการสำรวจทัศนคติ (core dimensions of inquiry)

เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบครอบครัว ผู้วิจัยจะมุ่งศึกษาใน 3 มิติสำคัญดังนี้ โครงสร้างครอบครัว กล่าวถึงทัศนคติการขยายขยายจากครอบครัวขยาย (extended family) สู่ครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) หรือรูปแบบการใช้ชีวิต/การแต่งงานช้าลง (วิชุดา ผาทอง, 2568) ต่อมาในมิติ บทบาทและความสัมพันธ์ การนิยามบทบาทระหว่างชาย-หญิงในครอบครัวยุคใหม่ ความคาดหวังต่อการเกื้อกูลกันระหว่างเครือญาติและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะบทบาทในการถ่ายทอดความเชื่อศาสนา และการเลือกเส้นทางการศึกษาให้แก่บุตรหลานในอนาคต

3. ผลลัพธ์แห่งความเข้าใจ (synthesis of perspectives)

เป้าหมายสุดท้ายของกรอบแนวคิดนี้คือ การสังเคราะห์ให้เห็นถึง "ตัวตนของครอบครัวชายแดนใต้ยุคใหม่" ในมุมมองของคนรุ่นใหม่ ว่าพวกเขาสามารถบูรณาการ (integrate) ความเป็นสมัยใหม่เข้ากับรากเหง้าดั้งเดิมได้อย่างไร หรือมีการปรับเปลี่ยน (negotiate) พื้นที่ทางความคิดอย่างไรบ้าง จากงานวิจัยเกี่ยวกับ การเปลี่ยนแปลงครอบครัวไทย ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และดิจิทัล พบว่า ครอบครัวไทยในยุคปัจจุบันต้องปรับโครงสร้างและบทบาทในหลายด้าน เพื่อตอบสนองต่อแรงผลักดันจากปัจจัยโลกาภิวัตน์และเทคโนโลยีดิจิทัล พร้อมกับยังคงสะท้อนคุณค่าทางวัฒนธรรมดั้งเดิม ในรูปแบบการเชื่อมสัมพันธ์ระหว่างรุ่น และบทบาทของสมาชิกในครอบครัว (วิชุดา ผาทอง, 2568) กล่าวโดยสรุป จากการสำรวจพรมแดนแห่งองค์ความรู้ผ่านการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นจะเห็นได้ว่า แม้พลวัตการเปลี่ยนแปลงของสถาบันครอบครัว จะเป็นปรากฏการณ์สากลที่เกิดขึ้นทั่วโลกและในสังคมไทยภาพรวม แต่ลักษณะการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวในพื้นที่ชายแดนใต้มีความซับซ้อนและมีมิติที่แตกต่างออกไปอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากการซ้อนทับกันระหว่างกระแสโลกาภิวัตน์กับฐานรากทางวัฒนธรรมและศาสนาที่เข้มแข็ง ซึ่ง 'คนรุ่นใหม่' คือกลุ่มประชากรที่ต้องเผชิญหน้ากับความท้าทายนี้โดยตรง ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งถึงแก่นของความหมายและทัศนคติที่มีต่อรูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนไปในบริบทพื้นที่เฉพาะแห่งนี้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อเป็นเครื่องมือในการแสวงหาคำตอบ และทำความเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการศึกษาจะได้นำเสนอในลำดับถัดไป

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจโลกทัศน์และกระบวนการให้ความหมายโดย "คนรุ่นใหม่" ที่มีต่อการเปลี่ยนผ่านของรูปแบบครอบครัวภายใต้พลวัตทางสังคมศาสนา และวัฒนธรรมของพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับความลุ่มลึกและคุณภาพของข้อมูลมากกว่าจำนวน จึงเลือกใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และได้กลุ่มบุคคลที่สามารถสะท้อนภาพปรากฏการณ์ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เป็นศิษย์เก่ามุสลิมที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี มีสถานภาพสมรสและใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมาแล้วประมาณ 3-5 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดปัตตานี และเป็นผู้ที่พร้อมจะบอกเล่าประสบการณ์หรือมุมมองต่อการใช้ชีวิตครอบครัวได้อย่างชัดเจน โดยรวมทั้งสิ้นจำนวน 9 คน ประกอบด้วยเพศหญิง 5 คน และเพศชาย 4 คน มีช่วงอายุระหว่าง 25-29 ปี ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนเป็นตัวแทนของ 1 ครอบครัว แบ่งเป็นครอบครัวเดี่ยวจำนวน 6 คน และครอบครัวขยาย



จำนวน 3 คน ซึ่งการที่เลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงอายุ 25-29 ปี เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาและเริ่มเข้าสู่ช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิต โดยเป็นระยะที่บุคคลเริ่มต้นสร้างความมั่นคงในด้านอาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ อีกทั้งกลุ่มอายุดังกล่าวยังเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับความคาดหวังจากครอบครัวและสังคม จึงเป็นกลุ่มที่สามารถสะท้อนมุมมองและประสบการณ์เกี่ยวกับรูปแบบครอบครัวที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม และยังเป็นจำนวนที่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลจนเกิดความอิ่มตัว (data saturation) ตามลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการพัฒนา

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการสำรวจความคิดเห็นคือ การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) เพื่อเปิดพื้นที่ให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์และมุมมองส่วนบุคคลได้อย่างอิสระ สำหรับกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยเริ่มต้นจากการสังเคราะห์องค์ความรู้จากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่างชุดคำถาม จากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์เข้ารับการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงภาษาและประเด็นคำถามให้มีความละเอียดอ่อนและสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมก่อนนำไปใช้จริงในภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2569 ผ่านการสัมภาษณ์ที่เน้นสร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ โดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face-to-face) ในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและมีความเป็นส่วนตัว อาทิ โรงอาหารลานอริส ร้านน้ำแอมแบร์ ร้านกาแฟ Amazon ภายในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือร้านอาหารมฤตยู รวมถึงการสัมภาษณ์ผ่านระบบออนไลน์ในกรณีที่เหมาะสมในกระบวนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างชัดเจน และขออนุญาตบันทึกเสียงทุกครั้งก่อนเริ่มสัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ งานวิจัยนี้ไม่ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็นงานในระดับนักศึกษา อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับจริยธรรมในการวิจัย โดยรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ ข้อมูลทั้งหมดนำไปใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้รับจะถูกนำมาเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยมีขั้นตอนที่เป็นระบบเริ่มจากการถอดบันทึกเสียงเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างละเอียดและตรวจสอบความถูกต้องซ้ำเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน จากนั้นจึงดำเนินการจัดหมวดหมู่ข้อมูล (coding) ตามประเด็นสำคัญที่ปรากฏในภาคสนาม และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่

(1) วิวัฒนาการรูปแบบครอบครัวจากอดีตสู่ปัจจุบัน

อธิบายการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวจากครอบครัวขยายไปสู่ครอบครัวเดี่ยว โดยเชื่อมโยงกับแนวคิดเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าสถาบันครอบครัวมีการปรับตัวตามบริบททางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี และค่านิยมของสังคมที่เปลี่ยนไป ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ William J. Goode (1963) ที่อธิบายว่าการพัฒนาไปสู่สังคมสมัยใหม่และอุตสาหกรรมส่งผลให้รูปแบบครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายไปสู่ครอบครัวเดี่ยว เนื่องจากความจำเป็นด้านแรงงาน การย้ายถิ่น และความเป็นอิสระของครอบครัว รวมถึงงานศึกษาที่พบว่าครอบครัวในปัจจุบันมีขนาดเล็กลงและให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากขึ้น

(2) ปัจจัยและเหตุผลของการเปลี่ยนแปลง

พิจารณาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว เช่น สภาพเศรษฐกิจ การศึกษา การทำงาน และแรงกดดันจากสังคม โดยอิงแนวคิดที่มองว่าการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับครอบครัวไม่ได้เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมและโครงสร้างรอบด้าน ซึ่งสามารถอธิบายได้ผ่านแนวคิดโครงสร้างหน้าที่ของ Talcott Parsons (1955) ที่มองว่าครอบครัวมีการปรับตัวตามโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยเมื่อสังคมเปลี่ยนแปลง ครอบครัวก็จำเป็นต้องเปลี่ยนรูปแบบและบทบาทเพื่อให้ระบบสังคมดำรงอยู่ได้

(3) ทศนะต่อการวางแผนครอบครัวและการมีบุตร

อธิบายมุมมองของคนรุ่นใหม่ต่อการมีบุตรและการวางแผนครอบครัว โดยเชื่อมโยงกับแนวคิดครอบครัวสมัยใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับความพร้อมและคุณภาพชีวิตมากกว่าจำนวนบุตร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเศรษฐศาสตร์ครอบครัวของ Gary S. Becker (1981) อธิบายว่าการมีบุตรเป็นการตัดสินใจเชิงต้นทุนและคุณภาพชีวิต โดยครอบครัวสมัยใหม่มีแนวโน้มลดจำนวนบุตรและหันมาให้ความสำคัญกับ “คุณภาพชีวิตของบุตร” มากขึ้น รวมถึงผลการศึกษาที่สะท้อนว่าคนรุ่นใหม่มีแนวโน้มชะลอการมีบุตร

(4) อิทธิพลของอัตลักษณ์ทางศาสนาและวัฒนธรรมต่อวิถีครอบครัว

วิเคราะห์บทบาทของศาสนาและวัฒนธรรมในการกำหนดค่านิยมเกี่ยวกับครอบครัวและการมีบุตร โดยเฉพาะในบริบทสังคมมุสลิมที่หลักศาสนามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดวัฒนธรรมของ Clifford Geertz (1973) ที่มองว่าศาสนาและวัฒนธรรมเป็นกรอบกำหนดความหมายและพฤติกรรมและการตัดสินใจของมนุษย์ ซึ่งในบริบทมุสลิม ผู้คนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการนำศาสนาเข้ามามีบทบาทต่อครอบครัวและการมีบุตร

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงมุมมองของพ่อแม่หรือคนรุ่นก่อน ซึ่งมีบทบาทในการถ่ายทอดค่านิยมและความคาดหวังเกี่ยวกับครอบครัวและการมีบุตร โดยนำแนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นมาใช้ประกอบการอธิบาย เพื่อให้เข้าใจพลวัตของครอบครัวในช่วงเปลี่ยนผ่านได้อย่างรอบด้านมากยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ผ่านแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นของ Vern L. Bengtson (2001) ที่ชี้ให้เห็นว่าความแตกต่างด้านค่านิยมระหว่างรุ่นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว สุดท้ายจึงเป็นการสังเคราะห์ข้อมูลและตีความร่วมกับทฤษฎีเพื่ออธิบายภาพสะท้อนทางสังคมที่เกิดขึ้นในชายแดนใต้ แล้วเรียบเรียงนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบเชิงพรรณนาวิเคราะห์

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 9 คน ในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่ que เริ่มต้นใช้ชีวิตคู่ร่วมกันในช่วง 3-5 ปี จากการได้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้พบปรากฏการณ์ที่น่าสนใจเกี่ยวกับ “ความสั่นไหว” ของรูปแบบครอบครัวที่ไม่ได้ถูกจำกัดอยู่เพียงกรอบของครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยายแบบตายตัว แต่เป็นการปรับตัวอย่างมีพลวัตภายใต้เงื่อนไขของเศรษฐกิจ อาชีพ และสุขภาพของบุพการี โดยยังคงมีหลักคำสอนทางศาสนาอิสลามเป็นเข็มทิศนำทางสำคัญ ดังรายละเอียดดังนี้

พื้นที่ส่วนตัวและการตัดสินใจการเปลี่ยนผ่านสู่ครอบครัวเดี่ยว

คนรุ่นใหม่ในพื้นที่ชายแดนใต้จำนวน 6 คน มีการตัดสินใจเข้าสู่การเป็น “ครอบครัวเดี่ยว” โดยมีแรงจูงใจหลักมาจากความต้องการ “พื้นที่แห่งการตัดสินใจ” (decision-making space) เพื่อจัดการชีวิตคู่ได้อย่างอิสระ และลดความกดดัน



จากช่องว่างระหว่างวัย (generation gap) อย่างไรก็ตาม การแยกตัวออกมาไม่ใช่การตัดขาดจากรากเหง้า แต่เป็นลักษณะของครอบครัวเดียวที่ยังคงความสัมพันธ์กับเครือญาติอย่างเหนียวแน่น (Modified Family) ดังคำบอกเล่าของนายก. (นามสมมติ) ที่สะท้อนว่า

“ถ้าอยู่กันหลายคนการตัดสินใจมันค่อนข้างยาก...พอแยกออกมาอยู่กับภรรยาการตัดสินใจก็ง่ายขึ้น...รู้สึกสบายใจกว่า...ส่วนพ่อแม่ก็ยังเป็นที่ปรึกษาเวลาเรามีปัญหาหรือไม่แน่ใจอะไรก็ยังไม่ขอคำแนะนำจากพวกเขา”

(สัมภาษณ์, 2 กุมภาพันธ์ 2569)

นอกจากนี้ยังพบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ข ระบุว่า

“การแยกบ้านไม่ได้แปลว่าเราไม่รักพ่อแม่ แต่เราต้องการพื้นที่ที่จะเป็นตัวของตัวเองได้เต็มที่ เวลาเราเครียดจากงานหรืออยากคุยเรื่องส่วนตัวกับสามีเราทำได้โดยไม่ต้องกังวลว่าผู้ใหญ่จะมองยังไง แต่พอถึงเวลาละหมาดหรือวันสำคัญเราก็เดินไปบ้านพ่อแม่ได้ใน 5 นาที”

(สัมภาษณ์นาง ข., 2 กุมภาพันธ์ 2569)

ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าคนรุ่นใหม่ให้ความสำคัญกับความสบายใจและการมีอำนาจในการตัดสินใจชีวิตตนเองมากขึ้น โดยเปลี่ยนบทบาทของผู้อาวุโสจากการเป็น “ผู้กำหนด” มาเป็น “ที่ปรึกษา” แทน แม้ว่าผลการศึกษาด้านบวกทำให้เห็นว่าคนรุ่นใหม่ต้องการ “พื้นที่แห่งการตัดสินใจ” (decision-making space) เพื่อจัดการชีวิตได้อย่างอิสระ และลดความกดดันจากช่องว่างระหว่างวัย (generation gap) ดังที่นาย ก. (นามสมมติ) สะท้อนว่าการแยกตัวทำให้การตัดสินใจง่ายขึ้นและสบายใจกว่า อย่างไรก็ตาม นาย จ. มีความคิดเห็นอีกด้านหนึ่ง คือ การแยกตัวออกมานำมาซึ่ง “สภาวะความรู้สึกผิดสะสม” (Internalized Guilt) โดยเฉพาะเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือคนในครอบครัวเดิมเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลบางรายระบุว่า แม้จะมีความสุขในพื้นที่ส่วนตัว แต่ลึกๆ ยังกังวลต่อสายตาคบข้างที่มองว่าการแยกบ้านคือการละทิ้งบุพการี

“บางครั้งเวลาพ่อแม่ไม่สบายแล้วเราไม่อยู่ตรงนั้นทันทีมันเจ็บปวดนะ ถึงเราจะเลือกแยกออกมา เพื่อความสบายใจของครอบครัวใหม่ แต่มันก็แลกมาด้วยความรู้สึกผิดที่กัดกินใจเราอยู่ตลอดเวลา”

(สัมภาษณ์นาย จ., 2 กุมภาพันธ์ 2569)

ปากท้องและการกตัญญู: ปัจจัยทางเศรษฐกิจต่อการจัดระเบียบครอบครัว

มิติด้านอาชีพและรายได้กลายเป็นเงื่อนไขสำคัญที่กำหนดรูปแบบการอยู่อาศัย โดยกลุ่มที่มีอาชีพมั่นคง เช่น รับราชการ ประกอบธุรกิจส่วนตัว เป็นต้น มักเลือกแยกครอบครัว เพื่อคุณภาพชีวิตส่วนตัว ในขณะที่อีกด้านหนึ่ง ปัจจัยด้านสุขภาพของพ่อแม่และค่าครองชีพที่สูงขึ้นกลับเป็นแรงดึงดูดให้คนรุ่นใหม่ยังต้องรักษารูปแบบครอบครัวขยายไว้เพื่อช่วยกันบริหารจัดการค่าใช้จ่ายและการดูแลซึ่งกันและกันดังที่ นาง ข. ได้สะท้อนภาพความจริงที่น่าสนใจว่า

“ทุกวันนี้ทำงานหาเงิน แต่แทบไม่ได้ใช้เงินเพื่อตัวเองเลย เพราะเงินเดือนส่วนใหญ่ต้องเอาไปเป็นค่ารักษาพยาบาลของพ่อแม่...คิดว่าสิ่งเหล่านี้เป็นหน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลพ่อแม่ให้ดีที่สุด”

(สัมภาษณ์, 2 กุมภาพันธ์ 2569)

“รายได้เราไม่ได้เยอะพอจะจ้างคนดูแล พ่อป่วยเราจึงต้องเลือกระหว่างการจ้างคนกับตัวเราเองที่ต้องประหยัค่าใช้จ่ายอื่นเพื่อมาจ่ายค่ารักษา สุดท้ายรูปแบบครอบครัวขยายจึงเป็นทางรอดเดียวที่จะช่วยกันแชร์ภาระนี้ได้”

(สัมภาษณ์นาง ค., 2 กุมภาพันธ์ 2569)

สิ่งนี้สะท้อนว่าแม้ค่านิยมอยากแยกเป็นครอบครัวเดี่ยวจะมีอยู่สูง แต่ความกดดันและข้อจำกัดทางเศรษฐกิจยังคงทำหน้าที่เป็นเกราะกำบังให้ครอบครัวแบบขยายในชายแดนใต้ยังคงดำรงอยู่ แม้ว่าภาพความเป็นครอบครัวขยายกลายเป็น “เกราะกำบังทางเศรษฐกิจ” (economic buffer) ที่ช่วยให้สมาชิกแบ่งเบาค่าใช้จ่ายและการดูแลซึ่งกันและกันได้ ในสถานะค่าครองชีพสูง ขณะเดียวกันเกิดสภาวะ “วิกฤตคนกลาง” (sandwich generation stress) ซึ่งสภาวะที่สามารถเกิดขึ้นทั้งในครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว โดยในครอบครัวขยาย ภาระมักอยู่ในรูปของการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก และโดยตรง ขณะที่ในครอบครัวเดี่ยว แม้จะแยกที่อยู่อาศัย แต่ยังคงมีภาระเชิงหน้าที่และความรับผิดชอบต่อบิดามารดาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คนรุ่นใหม่ต้องแบกรับภาระสองด้านอย่างหนักหน่วงส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ของคู่สมรสใหม่ดังที่นาง ค.(นามสมมุติ) สะท้อนว่า

“รายได้เราไม่ได้เยอะ...สุดท้ายรูปแบบครอบครัวขยายจึงเป็นทางรอดเดียวที่จะช่วยกันแชร์ภาระ...แต่มันก็ทำให้เราแทบไม่มีเงินเก็บสำหรับอนาคตของตัวเองหรือลูกเลย ทุกอย่างหมุนไปเพื่อการประคับประคองคนรุ่นก่อน จนบางที่เราก็ล้า”

(สัมภาษณ์นาง ค., 2 กุมภาพันธ์ 2569)

นิยามใหม่ของ “ริสกี”: จากปริมาณสู่คุณภาพชีวิตของบุตร

ประเด็นเรื่องการมีบุตรเป็นส่วนที่มีความเปลี่ยนแปลงทางความคิดอย่างมีนัยสำคัญ แม้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังคงยึดถือค่านิยมการมีบุตรตามหลักศาสนาที่ว่าการมีบุตรคือการเพิ่มพูน “ริสกี” (โชคลาภ/พรจากพระเจ้า) แต่คนรุ่นใหม่ได้ตีความความหมายนี้กว้างไปถึง “ความพร้อม” และ “คุณภาพการเลี้ยงดู” มากกว่าเพียงแค่จำนวนคน โดยมุ่งหวังให้บุตรเติบโตมาอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้การดูแลที่ทั่วถึงดังที่นาย ค.(นามสมมุติ) ให้ทัศนะไว้อย่างลึกซึ้งว่า

“การมีลูกเยอะถือว่าการเพิ่มพูนริสกี...แต่เราต้องดูความพร้อมของตัวเองด้วย...ถ้ามีลูกหลายคนแต่ไม่มีเวลาหรือรายได้พอ...มันก็อาจจะทำให้ครอบครัวลำบาก และก็อาจจะผิดต่อหลักศาสนาที่สอนให้พ่อแม่ดูแลลูกอย่างดีที่สุด”

นอกจากนี้ นาย ค.ให้ข้อมูลว่า

“คำว่าริสกีไม่ได้หมายถึงแค่เงินหรือจำนวนลูก...แต่มันหมายถึงโอกาสที่เราจะบ่มเพาะให้ลูกคนหนึ่งเติบโตมาอย่างดี มีการศึกษาและมีคุณธรรม ถ้ามีเยอะแล้วเราดูแลไม่ทั่วถึงจนเขาเสียคน นั่นคือเราสอปลกในหน้าที่ที่พระเจ้ามอบมา”

(สัมภาษณ์นาย ค., 10 กุมภาพันธ์ 2569)

มุมมองนี้แสดงให้เห็นว่าคนรุ่นใหม่มีการใช้เหตุผล (rationality) ควบคู่ไปกับศรัทธา (faith) เพื่อวางแผนครอบครัวให้สอดคล้องกับโลกปัจจุบัน และแม้ว่ามุมมองด้านบวกพบว่าคนรุ่นใหม่เปลี่ยนผ่านจากการเน้น “จำนวนบุตร” มาเป็นการเน้น “ศักยภาพในการขัดเกลา” (quality over quantity) โดยใช้เหตุผล (rationality) ควบคู่ไปกับศรัทธา (faith)



แต่ขณะเดียวกันการตัดสินใจจำกัดจำนวนบุตรเพื่อคุณภาพชีวิต นำไปสู่ "ความขัดแย้งเชิงคุณค่ากับผู้อาวุโส" ซึ่งยังยึดติดกับค่านิยมการมีบุตรมากเพื่อเป็นแรงงานหรือสัญลักษณ์ของบารมี พ่อแม่รุ่นใหม่ต้องเผชิญกับแรงกดดัน และการถูกตั้งคำถามจากเครือญาติที่มองว่าการวางแผนครอบครัวเป็นการฝ่าฝืนลิขิตของพระเจ้า

“ผู้ใหญ่เขาก็จะพูดตลอดว่ามีลูกเยอะๆ สิ เดี่ยวริสก็ขึ้นมาเอง แต่เราเห็นโลกความจริงว่าถ้ามีแล้วเลี้ยงไม่ดี เขาก็จะลำบาก การอธิบายเรื่องนี้กับคนรุ่นก่อนเป็นเรื่องที่ยาก และบั่นทอนกำลังใจเรามาก”

(สัมภาษณ์นาง ช, 10 กุมภาพันธ์ 2569)

ศาสนาในฐานะหลักยึดเหนี่ยวและการปรับตัวในโลกสมัยใหม่

ในมิติของอำนาจและการดำเนินชีวิต ศาสนาอิสลามยังคงเป็น "เสาหลัก" ที่มั่นคงในการตัดสินใจของครอบครัวคนรุ่นใหม่ในชายแดนใต้ ทว่าสิ่งที่เปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญคือ "รูปแบบการนำหลักการมาปฏิบัติ" ที่มีความยืดหยุ่น และสอดคล้องกับโลกสมัยใหม่มากขึ้น โดยเฉพาะการเปลี่ยนผ่านจากระบบอำนาจนิยมแบบพ่อเป็นใหญ่ (Patriarchy) ไปสู่การสร้างพื้นที่แห่งความเท่าเทียมผ่านการบูรณาการ "หลักชูรอ" (Shura) หรือกระบวนการปรึกษาหารือตามหลักศาสนา มาเป็นหัวใจสำคัญในการบริหารจัดการครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าคนรุ่นใหม่ให้ความสำคัญกับ "ความเท่าเทียมระหว่างเพศ" และการมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในการเลือกทิศทางชีวิต แม้สามียังคงดำรงบทบาทผู้นำครอบครัวตามหลักศาสนา แต่เป็นการนำในลักษณะ "ผู้อำนวยความสะดวก" ที่พร้อมรับฟังและตัดสินใจร่วมกับภรรยา ส่งผลให้สัมพันธภาพภายในบ้านมีความลุ่มลึกและอบอุ่นมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเชิงอำนาจดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อการจัดการ "ริสกีเชิงคุณภาพ" โดยเน้นคุณภาพชีวิตของบุตรมากกว่าจำนวน ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ได้ขัดต่อหลักศาสนา แต่เป็นการปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทสมัยใหม่ การบูรณาการนี้ทำให้ภาพของครอบครัวมุสลิมยุคใหม่ในชายแดนใต้ไม่ใช่การละทิ้งจารีต แต่คือการสร้างสภาวะ "ประชาธิปไตยภายใต้ร่มเงาแห่งศรัทธา" ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตสากล ดังคำบอกเล่าที่สะท้อนภาพความลื่นไหลนี้ว่า

“ศาสนาสอนให้สามีเป็นผู้นำ แต่ไม่ได้สอนให้เป็นเผด็จการ ทุกวันนี้เรื่องสำคัญในบ้านไม่ว่าจะเป็น การซื้อบ้านการย้ายงาน หรือการเลือกโรงเรียนให้ลูก ผมกับภรรยาจะมานั่งชูรอ (ปรึกษา) กันเสมอ เราคุยกันเหมือนเป็นเพื่อนคู่คิด การให้เกียรติความคิดเห็นของภรรยาไม่ได้ทำให้ความเป็นผู้นำของเราลดลง แต่กลับทำให้ครอบครัวเดินไปข้างหน้าได้อย่างมั่นใจ และมีความสุขมากกว่าเดิม”

(สัมภาษณ์นาย ค., 10 กุมภาพันธ์ 2569)

ปรากฏการณ์นี้ชี้ให้เห็นว่าคนรุ่นใหม่ในพื้นที่ชายแดนใต้ไม่ได้มองว่าความเท่าเทียม และการปรึกษาหารือแบบประชาธิปไตยเป็นเรื่องแปลกแยกจากศาสนา แต่กลับมองว่าเป็น "แก่นแท้ของคำสอน" ที่ต้องนำมาปรับ และปรับใช้ให้ชัดเจนขึ้นในสังคมปัจจุบัน ผลลัพธ์ที่ได้จึงเป็นรูปแบบครอบครัวที่มีความยืดหยุ่นสูง (resilient family) ที่สามารถรักษาความศรัทธาที่เข้มแข็งไว้ได้พร้อมๆ กับการมีสัมพันธภาพที่เปิดกว้างและเท่าเทียมในฐานะเพื่อนร่วมชีวิต อย่างไรก็ตาม ในประเด็นดังกล่าวนำไปสู่พบปัญหา "ความสับสนในบทบาท" (role ambiguity) ในบางครอบครัวเมื่อพยายามปรับใช้ความเท่าเทียม แต่ยังคงยึดถือบทบาทผู้นำตามจารีต ในบางกรณีนำไปสู่ความขัดแย้งในการตัดสินใจที่หาข้อยุติไม่ได้ เนื่องจากขาดเกณฑ์ตัดสินใจที่เด็ดขาดเหมือนในอดีต ทำให้กระบวนการตัดสินใจในเรื่องสำคัญล่าช้า และเกิดความตึงเครียดระหว่างคู่สมรส

นวัตกรรมทางสังคมและการรักษาความสัมพันธ์ข้ามพื้นที่ผ่านเทคโนโลยี

จากการศึกษาพบปรากฏการณ์ที่ถือเป็น "นวัตกรรมทางสังคม" (social innovation) ของคนรุ่นใหม่ในการบริหารจัดการความคาดหวังของสังคมและครอบครัว แม้ในทางกายภาพกลุ่มตัวอย่างจะแยกตัวออกมาเป็นครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) แต่ในทางปฏิบัติกลับมีการสร้าง "ครอบครัวขยายเสมือนจริง" (virtual extended family) ผ่านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและบริการดิจิทัลเป็นเครื่องมือหลักในการดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของลูกตามหลักการศาสนา และวัฒนธรรมมลายูอย่างเหนียวแน่น

พฤติกรรมที่เด่นชัดคือการเปลี่ยนนิยามของ "ความใกล้ชิด" จากการอยู่อาศัยได้ชายคาเดียวกันเป็นการเชื่อมต่อผ่านหน้าจอ (screen-to-screen connectivity) ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติสำคัญดังนี้

การดูแลเชิงอารมณ์และจิตใจ (emotional care): การใช้แอปพลิเคชันวิดีโอคอล (video call) เพื่อรับประทานอาหารเช้าร่วมกันผ่านหน้าจอ หรือการให้ปู่ย่าตายายได้มีส่วนร่วมในการเห็นพัฒนาการของหลานแบบเรียลไทม์พฤติกรรมนี้ช่วยลดความรู้สึก "ถูกทอดทิ้ง" ของผู้สูงอายุและลดความรู้สึก "ผิด" (guilt) ของคนรุ่นใหม่ที่แยกตัวออกมา

การสื่อสารแบบกลุ่มเพื่อความสัมพันธ์แนวนอน (horizontal communication): การใช้ "กลุ่มไลน์ครอบครัว" (Line group) กลายเป็นพื้นที่กลางในการปรึกษาหารือ (Shura) และแจ้งข่าวสารประจำวันทำให้สายสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติยังคงความสดใหม่ ไม่ถูกตัดขาดด้วยระยะทาง

การดูแลเชิงประจักษ์ผ่านเศรษฐกิจดิจิทัล: พบว่าคนรุ่นใหม่มีการใช้แอปพลิเคชันสั่งอาหาร (food delivery) หรือการสั่งซื้อสินค้าอุปโภคบริโภคออนไลน์ให้ไปส่งยังบ้านของพ่อแม่เป็นระยะๆ สิ่งนี้สะท้อนถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการ "ปรนนิบัติ" จากการทำด้วยมือเป็นการจัดการผ่านระบบ (managed care) ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตที่เร่งรีบของวัยทำงาน แต่ยังคงต้องการรักษาเกียรติของบุพการี

ปรากฏการณ์ดังกล่าวสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ผ่านกรอบแนวคิด Transnationalism และ Digital Kinship ซึ่งสะท้อนว่าเทคโนโลยีมิได้เพียงเชื่อมระยะทาง แต่มีบทบาทในการนิยามรูปแบบใหม่ของการปรนนิบัติพ่อแม่ ทำให้การแสดงความกตัญญูสามารถเกิดขึ้นได้ผ่านมิติทางอารมณ์ การสื่อสาร และการจัดการดูแลผ่านระบบ

อย่างไรก็ตาม ในบริบทสังคมมุสลิมชายแดนใต้ กลุ่ม sandwich generation ยังคงเผชิญแรงกดดันที่มากกว่าภาระทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะความคาดหวังทางศาสนาและสังคมที่เข้มข้น ซึ่งทำให้การดูแลพ่อแม่กลายเป็นทั้งหน้าที่เชิงศีลธรรมและสิ่งที่ถูกประเมินจากสายตาของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ดังคำบอกเล่าที่สะท้อนถึงนวัตกรรมการจัดการความสัมพันธ์นี้ว่า

“ถึงผมจะแยกบ้านมาอยู่ปัตตานี แต่ผมสั่งอาหารโปรดไปส่งที่บ้านแม่ที่ยะลาได้ทุกอาทิตย์ เราวิดีโอคอลคุยกันทุกคืนก่อนนอน ลูกๆ ผมยังได้คุยกับโต๊ะแซร์ (ย่า) เหมือนแกนั่งอยู่ข้างๆ เทคโนโลยีทำให้ผมได้ทั้งความเป็นอิสระในการสร้างครอบครัวตัวเอง โดยที่ยังทำหน้าที่ลูกกตัญญูได้เหมือนเดิม ไม่ได้รู้สึกห่างกันเลย”

(สัมภาษณ์นาย ก., นามสมมุติ, 9 กุมภาพันธ์ 2569)

รูปแบบครอบครัวของคนรุ่นใหม่ในชายแดนใต้คือการ "บูรณาการและเจรจาต่อรอง" เพื่อสร้างสมดุลระหว่างความต้องการอิสระส่วนตัว (individualism) กับพันธะทางจริยธรรมและศาสนา (collectivism) ผ่านพื้นที่ทั้งทางกายภาพและดิจิทัล อย่างไรก็ตาม ในอีกด้านหนึ่งมีผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า การมีเทคโนโลยีทำให้เกิดภาวะ "ความห่างเหินทางกายภาพที่แท้จริง" (physical alienation) เทคโนโลยีอาจให้ภาพและเสียง แต่ไม่สามารถทดแทนการสัมผัส หรือการดูแลอย่างใกล้ชิดในเชิงพื้นที่ได้ นอกจากนี้ยังพบปัญหา "ช่องว่างทางดิจิทัล" (digital gap) ในพ่อแม่ที่สูงอายุและเข้าไม่ถึงเทคโนโลยี ทำให้การดูแลผ่านแอปพลิเคชันจะกลายเป็นเรื่องแปลกแยก และดูเหมือนห่างเหินในสายตาผู้ใหญ่ตั้งข้อสงสัยว่า

“เมื่อบอกเสมอว่า โอนเงินมาให้ หรือส่งของกินมาให้ผ่านแอปฯ มันก็ดี แต่มันคือการที่ถูกมานั่งกินข้าวด้วยกันข้างๆ ไม่ได้หรอก...คำพูดนี้ทำให้เรารู้สึกว่าเทคโนโลยีมันเป็นแค่เครื่องช่วยหายใจ แต่มันไม่ใช่จิตวิญญาณของครอบครัวจริงๆ”

(สัมภาษณ์นาย ส., 9 กุมภาพันธ์ 2569)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง “รูปแบบครอบครัวที่เปลี่ยนไปในมุมมองของคนรุ่นใหม่ภายใต้บริบทพื้นที่ชายแดนใต้” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งสะท้อนภาพพลวัตของสถาบันครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความทันสมัย ผู้วิจัยสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับครอบครัวคนรุ่นใหม่ 9 คน พบว่ารูปแบบครอบครัวในปัตตานีกำลังปรับตัวเข้าสู่สภาวะ “ครอบครัวเดี่ยวที่เชื่อมโยง” (modified nuclear family) โดยมีข้อสรุปสำคัญ 3 มิติ คือ มิติเชิงโครงสร้าง อธิบายได้ว่าการแยกที่อยู่อาศัยเพื่อความเป็นอิสระ (autonomy) และลดช่องว่างระหว่างวัย แต่ยังคงพันธะทางจิตใจและเศรษฐกิจกับครอบครัวเดิมอย่างเหนียวแน่น ขณะที่มิติเชิงคุณค่า มีการตีความหลักศาสนาเรื่อง “ริสกี” ใหม่ โดยเน้นคุณภาพการเลี้ยงดูมากกว่าจำนวนและการเปลี่ยนผ่านจากอำนาจนิยมสู่ “หลักชुरอ” (Shura) หรือประชาธิปไตยในบ้าน ขณะเดียวกันมิติเชิงเทคโนโลยีอธิบายถึงเทคโนโลยีกลายเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่ช่วยรักษาหน้าที่กตัญญูข้ามพื้นที่ แต่ขณะเดียวกันก็สร้างช่องว่างทางความรู้สึก (physical alienation) และความตึงเครียดในบทบาท “คนกลาง” (sandwich generation)

ยิ่งไปกว่านั้น ผลการศึกษาที่พบว่าคนรุ่นใหม่ขยับตัวสู่ครอบครัวเดี่ยวเพื่อ “พื้นที่แห่งการตัดสินใจ” สะท้อนให้เห็นพลวัตของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในบริบทร่วมสมัย ซึ่งอธิบายว่าสังคมมีการแปรเปลี่ยนทั้งในด้านโครงสร้าง ค่านิยม และแบบแผนการดำรงชีวิตอย่างต่อเนื่อง (สุทธินันท์, 2567; สุริชัย, 2553) โดยครอบครัวในฐานะหน่วยทางสังคมที่สำคัญย่อมปรับตัวตามเงื่อนไขดังกล่าว อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าสนใจในค้นพบเพิ่มเติมคือ “ความลึกลับทางอารมณ์” (paradox of emotions) ซึ่งต่างจากงานของระพีพรรณ คำหอม (2563) ตรงที่คนรุ่นใหม่ในชายแดนใต้ไม่ได้แยกตัวเพื่อ ตัดขาด แต่ต้องเผชิญกับ “สภาวะความรู้สึกผิดสะสม” (internalized guilt) เนื่องจากบรรทัดฐานทางศาสนาและวัฒนธรรมมลายูที่เน้นการปรนนิบัติบุพการีแบบใกล้ชิดยังคงกดทับการตัดสินใจอยู่ตลอดเวลา สำหรับการได้รับริสกีเป็นเหตุผลสำคัญที่กระทบต่อการวางแผนครอบครัว โดยเน้นคุณภาพบุตรมากกว่าจำนวน สอดคล้องกับงานของทรงพล จันทรพัฒน์ และคณะ (2568) ที่ชี้ว่าคนรุ่นใหม่ประเมินความพร้อมก่อนมีบุตร ทว่าในพื้นที่ชายแดนใต้พบการใช้ “การตีความหลักศาสนาเชิงเหตุผล” เพื่อลดแรงปะทะกับผู้อาวุโส ซึ่งสอดคล้องกับงานของอัลญานี สมุห์เสนีโต (2559) ที่ระบุว่าศาสนาเป็นแกนหลักของการจัดระเบียบชีวิต แต่คนรุ่นใหม่ได้เพิ่มมิติของ “ความรับผิดชอบต่อคุณภาพชีวิต” เข้าไปในความหมายของริสกี เพื่อให้สอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจที่ต้องแบกรับภาระทั้งพ่อแม่และบุตร (sandwich generation stress)

นอกจากนี้ การพบว่ากระบวนการตัดสินใจภายในครอบครัวมีความเท่าเทียมและเปิดกว้างมากขึ้นสอดคล้องกับงานของसानิตย์ หนูนิล และกนกวรรณ พวงประยงค์ (2562) ที่ระบุว่าคนรุ่นใหม่ให้ความสำคัญกับเหตุผล แต่สิ่งที่งานวิจัยนี้สะท้อนออกมาเด่นชัด คือ การเปลี่ยนบทบาทสามีจาก “ผู้กุมอำนาจเด็ดขาด” เป็น “ผู้อำนวยความสะดวก” ผ่านหลักชुरอ (shura) ซึ่งถือเป็นการปรับสมดุลระหว่างความเป็นสมัยใหม่กับรากเหง้าดั้งเดิมได้อย่างลงตัวที่สุด แม้จะยังพบปัญหา “ความสับสนในบทบาท” (role ambiguity) เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ขัดต่อจารีตดั้งเดิมบ้างก็ตาม และท้ายสุด เทคโนโลยีกลายเป็นนวัตกรรมความใกล้ชิดเสมือนจริง และช่องว่างทางดิจิทัลคือเครื่องมือ “กอบกู้” ความสัมพันธ์ข้ามพื้นที่ตามแนวคิดของจุฬาลักษณ์ประจักษ์ (2558) แต่ผลการวิจัยกลับพบด้านลบที่สำคัญคือ “ความห่างเหินทางกายภาพ”

(physical alienation) และ "ช่องว่างทางดิจิทัล" (digital gap) ซึ่งทำให้เทคโนโลยีกลายเป็นเพียง "เครื่องช่วยหายใจ" ที่รักษาหน้าที่ได้เพียงเปลือกนอกแต่ไม่อาจทดแทนจิตวิญญาณแห่งการพึ่งพิงทางกายภาพตามวิถีมลายูเดิมได้ ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดด้านนวัตกรรมทางสังคมและเทคโนโลยี ที่แม้จะสามารถลดข้อจำกัดด้านระยะทางและเวลาได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ไม่สามารถทดแทนปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้า ความใกล้ชิดทางกายภาพ และความรู้สึกผูกพันเชิงลึกที่คนรุ่นก่อนให้ความสำคัญได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะในบริบทสังคมมุสลิมชายแดนใต้ที่ให้คุณค่ากับการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะใกล้ชิดและต่อเนื่อง ดังนั้น แม้นวัตกรรมทางสังคม เช่น การใช้เทคโนโลยีหรือระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จะมีบทบาทในการช่วยบรรเทาภาระของคนรุ่นใหม่ได้ แต่ยังคงมีข้อจำกัดในการตอบสนองมิติทางอารมณ์และความคาดหวังเชิงวัฒนธรรมของคนรุ่นก่อน ซึ่งนำไปสู่การดำรงอยู่ของภาวะความรู้สึกผิดในระดับจิตใจของคนรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่อง

สำหรับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัวของคนรุ่นใหม่ในพื้นที่ชายแดนใต้จึงอาจจะกล่าวว่า การแยกครอบครัวไม่ใช่การตัดขาดจากศาสนาหรือละทิ้งวัฒนธรรม แต่คือการ "จัดสมดุลชีวิตใหม่" (Re-balancing Life) ภายใต้เงื่อนไขที่เปลี่ยนไป โดยครอบครัวเดี่ยวที่เกิดขึ้นจึงเปรียบเสมือนนวัตกรรมการอยู่อาศัยที่ช่วยให้จัดการชีวิตได้สะดวกขึ้น ขณะเดียวกันความสัมพันธ์เชิงเครือญาติก็ถูกแปรรูป (Transform) ไปอยู่ในพื้นที่ดิจิทัลและการปรึกษาหารือทางความคิด การศึกษานี้ช่วยยืนยันว่าครอบครัวในชายแดนใต้มีความยืดหยุ่น (Resilience) และกำลังสร้าง "นิยามความกตัญญูยุคใหม่" ที่สอดคล้องกับโลกความจริง โดยยังคงมีศรัทธาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพลวัตความเปลี่ยนแปลงของครอบครัวมุสลิมรุ่นใหม่ในจังหวัดชายแดนใต้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ดังนี้

ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวเดี่ยวยุคใหม่ไม่ได้ตัดขาดจากรากเหง้าทางวัฒนธรรมและศาสนา หากแต่กำลังเผชิญกับความท้าทายในการจัดการชีวิตคู่ควบคู่ไปกับภาระกตัญญู ภายใต้เงื่อนไขของเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลง เช่น ภาระหน้าที่การงานที่ต้องย้ายถิ่นฐาน ความจำเป็นในการสร้างความมั่นคงทางรายได้ และข้อจำกัดด้านพื้นที่อยู่อาศัย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่คนรุ่นใหม่เลือกแยกออกมาอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว ดังนั้นหน่วยงานท้องถิ่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานด้านสวัสดิการสังคมและศาสนาควรพิจารณาส่งเสริมและสนับสนุนระบบดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยเฉพาะการพัฒนา "นวัตกรรมการกตัญญู" ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เช่น การใช้มัสยิดหรือชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน ซึ่งสามารถทำหน้าที่เป็นพื้นที่กลางในการพบปะ ทำกิจกรรมทางศาสนา และลดความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุในขณะที่ยังสามารถไปทำงาน แนวทางดังกล่าวอาจมีความเหมาะสมกับบริบทชายแดนใต้มากกว่ารูปแบบศูนย์ดูแลผู้สูงอายุของภาครัฐ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน ศรัทธา และความไว้วางใจในชุมชน

นอกจากนี้ ควรมีการบูรณาการความรู้การวางแผนครอบครัวกับหลักศาสนา โดยหน่วยงานสาธารณสุขและผู้นำศาสนาควรทำงานร่วมกัน เพื่อสื่อสารเรื่อง "วิถีชีวิตคุณภาพ" และการวางแผนครอบครัวที่สอดคล้องกับหลักการอิสลาม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องว่าการมีบุตรที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ พันธกิจสำคัญ และลดแรงกดดันจากคนรุ่นก่อน และควรมีการสร้างพื้นที่สนทนาระหว่างวัย (intergenerational space) โดยจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้คนรุ่นใหม่และคนรุ่นก่อนได้แลกเปลี่ยนทัศนะเรื่อง "บทบาทครอบครัวที่เปลี่ยนไป" เพื่อลดช่องว่างทางความคิด (generation gap) และความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับรูปแบบการอยู่อาศัยและการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้องค์ความรู้เรื่องครอบครัวในชายแดนใต้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางดังนี้ คือ การศึกษาเปรียบเทียบเชิงพื้นที่ โดยอาจจะมีการขยายการศึกษาไปยังครอบครัวมุสลิมในพื้นที่อื่นๆ หรือเปรียบเทียบระหว่างครอบครัวในเขตเมืองและเขตชนบท เพื่อค้นหาความแตกต่างของบริบททางเศรษฐกิจ และสังคมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกรูปแบบครอบครัวและควรมีการวิจัยเชิงลึกเรื่องผลกระทบของเทคโนโลยี โดยศึกษาเฉพาะเจาะจงถึงผลกระทบของ "การดูแลเสมือนจริง" (virtual care) ต่อสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุในระยะยาว เพื่อหาแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าหรือความรู้สึกเห็นทางในบุคคลิกที่นอกจากนี้การมีกลยุทธ์การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายด้วย เนื่องจากการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่ชายแดนใต้ต้องอาศัยความไว้วางใจสูง การวิจัยครั้งต่อไปควรวางแผนสร้างเครือข่ายล่วงหน้าผ่านผู้นำทางความคิด (influencers) ผู้นำศาสนาหรือผู้นำชุมชนเพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายและครอบคลุมมิติที่ซับซ้อนขึ้นได้

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงก้าวหนึ่งในการทำทำความเข้าใจการปรับตัวของครอบครัวมุสลิมในชายแดนใต้ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์ที่ถาโถม ความเข้าใจใน "หัวใจ" ของคนรุ่นใหม่จะช่วยให้สังคมสามารถสร้างกลไกสนับสนุนที่ทำให้ความรัก ศรัทธา และความทันสมัยเดินหน้าไปพร้อมกันได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิในหลักสูตรได้แก่ รองศาสตราจารย์ ดร.อัลญานี สมุห์เสนโต และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก หมานมานะ ที่ได้เมตตาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบและให้ข้อคิดเห็นที่ทำให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ และถูกต้องตามหลักวิชาการมากยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นศิษย์เก่าจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลและข้อเท็จจริงอันมีค่าจากท่านถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สามารถสะท้อนภาพลักษณ์และตัวตนของคนรุ่นใหม่ในพื้นที่ชายแดนใต้ได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กันตพงศ์ คงหอม, เสริมศักดิ์ คงหอม, ศิริ เจริญวัย และสงวนพงศ์ ชวนชม. (2555). การพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษา โดยครอบครัวเดียว. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 12(2), 115-116. จาก <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/eduthu/article/view/45222/37425>
- จุฬาลักษณ์ ประจະเนย์, พัชราภรณ์ เกษะประกร, ธนุฉนิ นัยโกวิท และวัฒนา สุนทรชัย. (2558). รูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวรูปแบบการดำเนินชีวิตรูปแบบความผูกพันภายในครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และการติดเกมของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 21(1), 177. จาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/BSRI/article/view/29906/25752>
- ทรงพล จันทรพัฒน์, ศิริพร รำนา, สุภาลักษณ์ ทองคำ, โรสมาयी อาแว และเสาลักษณ์ พรหมอินทร์. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจมีบุตรในอนาคตของนิสิตเจนเนอเรชั่นซี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพัทลุง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 19(1), 4. จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/276578/187051>



- นุมาน หะยีมะแซ. (2566). อิทธิพลอิสลามต่อวัฒนธรรมมลายูจังหวัดชายแดนภาคใต้. *มนารอ : วารสารประเด็นอิสลามร่วมสมัย*, 4(2). จาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/M-JICI/article/view/265402>
- พัทธิธีรา รัตนชัย. (2565). ความรู้ในการอบรมเลี้ยงดูบุตรด้วยหลักการอิสลามของครอบครัวไทยมุสลิมสามจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารอัล-ฮิกมะฮ์ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี*, 12(24), 405. จาก <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/HIKMAH/article/view/267735/173642>
- ระพีพรรณ คำหอม, ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล และรุจา ภูไพบูลย์. (2563). ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทยตามวงจรชีวิตครอบครัว: กรณีศึกษาภาคใต้. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 28(2), 27-28. จาก <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/swjournal/article/view/240115/168627>
- รุจณี เอ่งฉ้วน, เอกรินทร์ สังข์ทอง และธีร หฤทัยธนาสันติ. (2558). การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบโฮมสคูล: กรณีศึกษาครอบครัวในภาคใต้. *วารสารหาดใหญ่วิชาการ*, 13(2), 104-105. จาก <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/HatyaiAcademicJournal/article/view/82394/65480>
- วิชุดา ผาทอง. (2568). การเปลี่ยนแปลงครอบครัวไทยภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์และดิจิทัล. *วารสารสังคมศาสตร์และนวัตกรรมสังคม*, 2(4), 45-55. จาก <https://so13.tci-thaijo.org/index.php/jssi/article/view/2645>
- सानิตย์ หนูนิล และกนกวรรณ พวงประยงค์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตของคนรุ่นใหม่. จาก <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jsd/article/view/166175/153233>
- สุทธินันท์ สุวรรณวิจิตร. (2567). การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในสังคมไทยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา. *วารสารการจัดการความรู้และการพัฒนาชุมชน*, 1(2), 1-14. จาก <https://so11.tci-thaijo.org/index.php/jkp/article/view/1461/283>
- สุทธินันท์, ส. (2567). การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวในสังคมไทย. *วารสารกวีานพะเยา*, 1(3). จาก <https://so11.tci-thaijo.org/index.php/jkp/article/view/1461>
- สุริชัย หวันแก้ว. (2553). *การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัลญานีย์ สมุห์เสนาโต. (2559). ครอบครัวไทยมุสลิมจังหวัดปัตตานีในช่วงการเปลี่ยนผ่านทางประชากร. *วารสารวิชาการ*, 12(1), 84-85. จาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/eJHUSO/article/view/82219/65355>
- Becker, G. S. (1981). *A treatise on the family*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bengtson, V. L. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 1-16.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of culture*. New York: Basic Books.
- Goode, W. J. (1963). *World revolution and family patterns*. New York: Free Press.
- Parsons, T., & Bales, R. F. (1955). *Family, socialization and interaction process*. Glencoe, IL: Free Press.
- Shelly Shah. (2556). *ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม: ความหมาย ธรรมชาติ และกระบวนการ*. จาก <https://www.sociologylens.in/2019/12/theories-of-social-change.html>
- Tepsing, P., Wongwan, K., & Jehlong, A. (2021). Cross-cultural learning of Muslim youth via arts and culture in the three southern border provinces of Thailand. *Journal of Islamic and Contemporary Issues*, 2(1), 45-61.



นโยบายสาธารณะกับการสนับสนุนการมีและเลี้ยงดูบุตรของคู่รักคนเมืองที่มี การศึกษาสูง: มุมมองกระบวนการตัดสินใจของคู่รัก

(Public Policy, Institutional Support, and Childbearing Decision-Making under
Structural Uncertainty among Highly Educated Urban Couples in Thailand)

โดย

อาทิตยา ปานทอง*

* นักศึกษาปริญญาตรี คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

ภาวะอัตราเกิดต่ำอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย มักถูกอธิบายในฐานะผลของการเลื่อนการมีบุตรหรือการเปลี่ยนแปลงค่านิยมด้านครอบครัวของปัจเจก อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้เสนอว่าปรากฏการณ์ดังกล่าวควรถูกทำความเข้าใจในฐานะผลของเงื่อนไขเชิงโครงสร้างและรูปแบบการกำกับความเสี่ยงของรัฐ มากกว่าการเปลี่ยนแปลงเชิงวัฒนธรรมเพียงลำพัง

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เชิงลึกคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูง อายุระหว่าง 25-39 ปี จำนวน 5 คู่ ซึ่งมีความตั้งใจจะมีบุตรในอนาคต แต่ยังไม่เริ่มมีบุตร เพื่อวิเคราะห์กลไกที่กำหนดจังหวะเวลาในการตัดสินใจมีบุตร

ผลการศึกษาพบว่า ความไม่มั่นคงของอาชีพ ความสามารถในการคาดการณ์รายได้ ความตึงเครียดระหว่างการทำงานกับการเลี้ยงดูบุตร และความไม่แน่นอนของระบบสวัสดิการ ล้วนทำให้การมีบุตรถูกมองเป็นความเสี่ยงระยะยาวที่ครัวเรือนต้องรับผิดชอบเองเป็นหลัก

ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว ความไว้วางใจเชิงสถาบันทำหน้าที่เป็นกลไกตัวกลางสำคัญ เมื่อความต่อเนื่องเชิงนโยบายและความสามารถของรัฐในการแบ่งปันความเสี่ยงถูกตั้งคำถาม การเลื่อนการมีบุตรจึงกลายเป็นยุทธศาสตร์ของครัวเรือนเมือง

ในเชิงประชากรศาสตร์ การเลื่อนการมีบุตรอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาสูงไม่ได้ส่งผลเพียงต่อจังหวะเวลาในการเกิด แต่ยังมีแนวโน้มทำให้จำนวนบุตรโดยรวมลดลง และนำไปสู่ภาวะเจริญพันธุ์ต่ำของเมืองในระยะยาว

งานวิจัยนี้เสนอคำอธิบายภาวะอัตราเกิดต่ำในประเทศไทยใหม่ โดยเน้นบทบาทของเงื่อนไขเชิงโครงสร้าง การกำกับความเสี่ยงของรัฐ และความไว้วางใจเชิงสถาบันในการกำหนดพลวัตภาวะเจริญพันธุ์ร่วมสมัย

คำสำคัญ: ภาวะเจริญพันธุ์ต่ำของเมือง, ความไม่แน่นอนเชิงโครงสร้าง, ความไว้วางใจเชิงสถาบัน, การตัดสินใจมีบุตร, การเลื่อนการมีบุตร



Abstract

Thailand has been experiencing a sustained decline in fertility, which is often explained as a result of delayed childbearing or changes in individual family values. This study, however, argues that the phenomenon should be understood as the outcome of structural conditions and the state's approach to risk governance, rather than solely as a consequence of cultural change.

This study adopts a qualitative research approach, using in-depth interviews with five highly educated urban couples aged 25–39 who intend to have children in the future but have not yet begun childbearing. The analysis focuses on the mechanisms shaping the timing of fertility decision-making.

The findings show that career instability, limited predictability of income, tensions between work and childcare responsibilities, and uncertainties in welfare systems lead couples to perceive childbearing as a long-term risk that must largely be borne at the household level.

Under these conditions, institutional trust functions as a key mediating mechanism. When policy continuity and the state's capacity to share risks are called into question, the postponement of childbearing becomes a strategic response for urban households.

From a demographic perspective, the continued postponement of childbearing among highly educated individuals affects not only the timing of births but also tends to reduce overall fertility levels, contributing to the emergence of an urban low-fertility regime in the long term.

This study therefore proposes a reframing of fertility decline in Thailand, shifting from an individual behavioral perspective to a structural demographic approach, emphasizing the roles of structural conditions, risk governance, and institutional trust in shaping contemporary fertility dynamics.

Keywords: urban low fertility, structural uncertainty, institutional trust, fertility decision-making, fertility postponement

นโยบายสาธารณะกับการสนับสนุนการมีและเลี้ยงดูบุตรของคู่รักคนเมืองที่มี การศึกษาสูง: มุมมองกระบวนการตัดสินใจของคู่รัก

(Public Policy, Institutional Support, and Childbearing Decision-Making under
Structural Uncertainty among Highly Educated Urban Couples in Thailand)

บทนำ

ในช่วงกว่าสามทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เปลี่ยนผ่านจากสังคมที่มีภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทนไปสู่ภาวะ
อัตราเกิดต่ำอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราเจริญพันธุ์รวม (total fertility rate: TFR) ซึ่งหมายถึงจำนวนบุตรเฉลี่ยที่ผู้หญิงคนหนึ่ง
คาดว่าจะมีตลอดช่วงวัยเจริญพันธุ์ ได้ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนประชากรตั้งแต่ต้นทศวรรษ 1990 และมีแนวโน้มลดลง
อย่างต่อเนื่องจนในปัจจุบันต่ำกว่า 1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 แนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์รวม (TFR) และอัตราการเติบโตของประชากรในประเทศไทย พ.ศ. 2533–2568

ปี (พ.ศ.)	TFR (บุตรต่อหญิง 1 คน)	อัตราการเติบโตของประชากร (% ต่อปี)
2533	2.1	1.6
2543	1.7	1.1
2553	1.5	0.7
2563	1.5	0.2
2567	1.0	-0.0
2568	0.93	-0.0

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, United Nations, World Bank (คำนวณและเรียบเรียงโดยผู้วิจัย)

แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนมากกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับปัจเจก หากยังบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลง
เชิงโครงสร้างของระบบภาวะเจริญพันธุ์ในสังคมไทย กล่าวคือ ในทางประชากรศาสตร์ ภาวะเจริญพันธุ์มิได้พิจารณา
เพียงจำนวนบุตรเท่านั้น แต่ยังรวมถึงจังหวะเวลา (timing) จำนวน (quantum) และเงื่อนไขทางสังคมเศรษฐกิจ
ที่กำหนดการตัดสินใจมีบุตรของครัวเรือน

ในบริบทสังคมเมืองร่วมสมัย การเลื่อนการมีบุตร (fertility postponement) ได้กลายเป็นรูปแบบที่พบ
อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในกลุ่มคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูง อย่างไรก็ตาม การเลื่อนดังกล่าวมีอาจอธิบายได้เพียง
ด้วยการเปลี่ยนแปลงค่านิยมแบบปัจเจกนิยมตามแนวคิด Second Demographic Transition เท่านั้น หากจำเป็นต้อง
พิจารณาเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่หล่อหลอมกระบวนการประเมินความเสี่ยงของครัวเรือน

งานวิจัยนี้เสนอว่าการตัดสินใจมีบุตรควรถูกทำความเข้าใจผ่านกรอบ risk governance ซึ่งหมายถึงบทบาทของรัฐและสถาบันสาธารณะในการแบ่งปันและลดความเสี่ยงระยะยาวของครัวเรือน ภายใต้เงื่อนไขที่ตลาดแรงงานมีความไม่แน่นอน ระบบสวัสดิการมีข้อจำกัด และนโยบายขาดความต่อเนื่อง ความเสี่ยงในการมีบุตรจึงถูกผลักดันสู่ครัวเรือน ส่งผลให้การมีบุตรถูกประเมินในฐานะความเสี่ยงระยะยาว

ขณะเดียวกัน ความไว้วางใจเชิงสถาบัน (institutional trust) ทำหน้าที่เป็นกลไกตัวกลางสำคัญระหว่างโครงสร้างนโยบายกับการตัดสินใจของครัวเรือน หากครัวเรือนไม่สามารถคาดการณ์ความมั่นคงของสิทธิประโยชน์ด้านการจ้างงาน สุขภาพ และการศึกษาได้ การเลื่อนการมีบุตรย่อมกลายเป็นกลยุทธ์ในการจัดการความเสี่ยงอย่างมีเหตุผล

การเลื่อนการมีบุตรที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเมืองที่มีการศึกษาสูง ไม่เพียงส่งผลต่อจังหวะเวลาในการเกิด (tempo effect) หากยังมีแนวโน้มสะสมจนส่งผลต่อจำนวนบุตรโดยรวมในระยะยาว

ดังนั้น งานศึกษานี้จึงมุ่งวิเคราะห์การตัดสินใจมีบุตรของคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูงในประเทศไทย ภายใต้ความไม่แน่นอนเชิงโครงสร้าง โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของการกำกับความเสี่ยงของรัฐและความไว้วางใจเชิงสถาบันในการอธิบายพลวัตภาวะเจริญพันธุ์ร่วมสมัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่ออธิบายกลไกการเลื่อนการมีบุตรของคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูงในประเทศไทย
- 2) เพื่อวิเคราะห์บทบาทของความไม่มั่นคงเชิงโครงสร้างและระดับความไว้วางใจต่อสถาบันรัฐ ต่อกระบวนการตัดสินใจเลื่อนการมีบุตร
- 3) เพื่อประเมินความสอดคล้องและข้อจำกัดของนโยบายสาธารณะด้านการสนับสนุนการมีและเลี้ยงดูบุตรในประเทศไทย

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การอธิบายภาวะเจริญพันธุ์ต่ำและการเลื่อนการมีบุตรในสังคมร่วมสมัยได้รับการพัฒนาผ่านกรอบแนวคิดที่หลากหลาย โดยในระยะแรก งานศึกษาจำนวนมากอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวผ่านแนวคิด Second Demographic Transition (SDT) โดย Lesthaeghe และ Van de Kaa ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงค่านิยมไปสู่ความเป็นปัจเจกนิยม การให้ความสำคัญกับการพัฒนาตนเอง และการลดบทบาทของครอบครัวแบบดั้งเดิม อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้มีข้อจำกัดในการอธิบายบริบทของประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งเงื่อนไขเชิงโครงสร้างยังมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจมีบุตร

งานศึกษาในระยะหลังจึงหันมาให้ความสำคัญกับปัจจัยเชิงโครงสร้างมากขึ้น โดยเฉพาะความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและตลาดแรงงาน เช่น Kreyenfeld (2010) และ Mills et al. (2011) ซึ่งชี้ว่าความไม่แน่นอนด้านอาชีพและรายได้มีผลโดยตรงต่อการเลื่อนการมีบุตร โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษาสูงที่ต้องเผชิญกับเส้นทางอาชีพที่ยืดเยื้อ และการแข่งขันสูง ในเชิงทฤษฎี แนวคิด risk society ของ Beck (1992) อธิบายว่าสังคมสมัยใหม่เป็นสังคมที่ความเสี่ยงถูกกระจายและผลกระทบะไปยิ่งปัจเจกมากขึ้น ขณะที่แนวคิด risk governance (Renn, 2008) ชี้ให้เห็นบทบาทของรัฐและสถาบันในการจัดการและแบ่งปันความเสี่ยง หากกลไกดังกล่าวไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความเสี่ยงจะถูกส่งต่อไปยังครัวเรือน ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจระยะยาว เช่น การมีบุตร

ขณะเดียวกัน แนวคิด life course perspective (Elder, 1994) ช่วยอธิบายว่าการตัดสินใจมีบุตรไม่ได้เกิดขึ้นอย่างโดดเดี่ยว แต่สัมพันธ์กับจังหวะชีวิต (timing) และการเปลี่ยนผ่านในมิติต่างๆ เช่น การศึกษา การทำงาน และการสร้างครอบครัว ทำให้การเลื่อนการมีบุตรเป็นผลของการจัดลำดับความสำคัญของเหตุการณ์ชีวิตภายใต้ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง

นอกจากนี้ งานศึกษาในยุโรปและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยังเน้นบทบาทของ institutional trust ในฐานะกลไกตัวกลางระหว่างนโยบายรัฐกับพฤติกรรมครัวเรือน โดยพบว่าความไว้วางใจต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพของนโยบายสาธารณะมีผลต่อการตัดสินใจมีบุตรอย่างมีนัยสำคัญ หากครัวเรือนไม่สามารถคาดการณ์ความมั่นคงของสิทธิประโยชน์ในระยะยาวได้ การเลื่อนการมีบุตรมักถูกใช้เป็นกลยุทธ์ในการจัดการความไม่แน่นอน

สำหรับบริบทประเทศไทย งานศึกษาที่มีอยู่มักเน้นบทบาทของการเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรและเศรษฐกิจ เช่น การขยายตัวของการศึกษา การเข้าสู่ตลาดแรงงานของผู้หญิง และการเพิ่มขึ้นของต้นทุนการเลี้ยงดูบุตร อย่างไรก็ตาม งานศึกษาที่เชื่อมโยงมิติของความไม่แน่นอนเชิงโครงสร้าง การกำกับความเสี่ยงของรัฐ และความไว้วางใจเชิงสถาบันเข้ากับการตัดสินใจมีบุตรในระดับครัวเรือนยังมีจำกัด

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยบูรณาการกรอบแนวคิดด้านการเปลี่ยนผ่านประชากร ช่วงชีวิต และสังคมความเสี่ยง เพื่ออธิบายการเลื่อนการมีบุตรในฐานะผลของกระบวนการประเมินความเสี่ยงภายใต้เงื่อนไขเชิงโครงสร้างและระดับความไว้วางใจต่อรัฐในบริบทสังคมเมืองไทยร่วมสมัย

ข้อมูลที่ใช้การศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยอาศัยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจกระบวนการตัดสินใจมีบุตรของคู่รักในบริบทชีวิตจริง วิธีการดังกล่าวเอื้อต่อการเข้าถึงการให้ความหมาย การประเมินความเสี่ยง และเหตุผลเชิงลึกของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ด้วยข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูง โดยกำหนดให้สำเร็จการศึกษอย่างน้อยระดับปริญญาตรี และมีวิถีชีวิตแบบคนเมือง กลุ่มนี้เผชิญเงื่อนไขเฉพาะทั้งด้านการแข่งขันในตลาดแรงงาน เส้นทางอาชีพที่ต้องการความต่อเนื่อง และต้นทุนการดำรงชีวิตที่สูง จึงเหมาะสมต่อการวิเคราะห์พลวัตการตัดสินใจมีบุตรในสังคมเมืองร่วมสมัย ผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 25-39 ปี ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์หลักและช่วงเปลี่ยนผ่านสำคัญของการสร้างครอบครัวในมิติช่วงชีวิต (life course transition) ทำให้สามารถศึกษาการเลื่อนการมีบุตรในฐานะกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขทางสังคมและเศรษฐกิจได้อย่างชัดเจน โดยเกณฑ์การคัดเลือกกำหนดให้ผู้ให้ข้อมูล (1) มีความตั้งใจจะมีบุตรในอนาคต และ (2) ยังไม่มีบุตร ณ ช่วงเวลาศึกษา เพื่อแยกการเลื่อนการมีบุตรออกจากการไม่มีบุตรโดยสมัครใจ และมุ่งวิเคราะห์กระบวนการตัดสินใจภายใต้ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างโดยตรง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี purposive sampling ร่วมกับการแนะนำแบบลูกโซ่ (snowball sampling) เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกได้ จำนวนกรณีศึกษา 5 คู่ กำหนดตามหลักความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) โดยมุ่งเน้นการอธิบายกลไกและกระบวนการ มากกว่าการเป็นตัวแทนเชิงสถิติ

เพื่อให้ครอบคลุมความหลากหลายของบริบทชีวิต ผู้วิจัยคัดเลือกกรณีศึกษาให้สะท้อนช่วงชีวิตและลักษณะความสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน ได้แก่ คู่รักช่วงต้นความสัมพันธ์ คู่รักก่อนแต่งงาน คู่สมรส คู่รักที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมครอบครัว และคู่รักช่วงปลายวัยเจริญพันธุ์ การจัดกลุ่มดังกล่าวใช้เป็นกรอบวิเคราะห์เชิงแนวคิดเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกระบวนการตัดสินใจมีบุตรในบริบทชีวิตที่หลากหลาย

ระเบียบการวิเคราะห์ศึกษา

การศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างกับคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูง โดยครอบคลุมประเด็นด้านเส้นทางชีวิต อาชีพ รายได้ รูปแบบการทำงาน การวางแผนครอบครัว การรับรู้ต้นทุนของการมีบุตร และทัศนคติบทบาทของรัฐ การสัมภาษณ์ดำเนินการแบบตัวต่อตัว ใช้เวลาเฉลี่ย 60–90 นาที มีการบันทึกเสียงและถอดความแบบคำต่อคำ พร้อมบันทึกภาคสนามเพื่อประกอบการตีความบริบท

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (thematic analysis) โดยอ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบ แยกประเด็นสำคัญ และจัดกลุ่มเนื้อหาที่มีลักษณะร่วมกัน เพื่อระบุรูปแบบการอธิบายและเปรียบเทียบข้ามกรณีศึกษา กระบวนการดังกล่าวช่วยให้สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ระดับปัจเจกไปสู่ข้อค้นพบเชิงโครงสร้างได้อย่างเป็นระบบ ส่วนการตีความอาศัยกรอบแนวคิดทางทฤษฎี ได้แก่ Second Demographic Transition, life course perspective, risk society และ risk governance รวมถึง institutional trust เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการตัดสินใจของปัจเจกกับเงื่อนไขเชิงโครงสร้างของสังคม

แม้ว่าการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจะมุ่งเน้นคู่รักที่มีความตั้งใจมีบุตรในอนาคต แต่พบความไม่สอดคล้องของความต้องการระหว่างคู่ ซึ่งถูกนำมาวิเคราะห์ในฐานะส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจ โดยพิจารณาความแตกต่างด้านการรับรู้ความเสี่ยง บทบาททางเพศ และประสบการณ์ชีวิต

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านขนาดและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจำกัดอยู่ในคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูง ข้อค้นพบจึงมีลักษณะเป็นการอธิบายเชิงกลไกและกระบวนการ มากกว่าการอ้างอิงเชิงตัวแทนของประชากรในภาพรวม

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูงจำนวน 5 คู่ ชี้ให้เห็นว่า การเลื่อนการมีบุตรของคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูงมิได้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงค่านิยม หากแต่เป็นผลของการประเมินความเสี่ยงภายใต้เงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงชีวิต จากการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบข้ามกรณี พบสามมิติสำคัญที่หล่อหลอมการตัดสินใจ ได้แก่ (1) ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพ (2) การรับรู้ต้นทุนระยะยาวของการเลี้ยงดูบุตรภายใต้ระบบสุขภาพและการศึกษาที่มีการแข่งขันสูง และ (3) ระดับความไว้วางใจต่อรัฐในฐานะกลไกลดความไม่แน่นอน มิติเหล่านี้ทำงานร่วมกันในการก่อรูปการเลื่อนการเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นพ่อแม่ แม้ความต้องการมีบุตรยังคงอยู่

1. ความคลาดเคลื่อนระหว่างความต้องการมีบุตรในเชิงอุดมคติกับการตัดสินใจเชิงปฏิบัติภายใต้เงื่อนไขเชิงโครงสร้าง

ผลการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบจากคู่รักทั้งห้าคู่สะท้อนรูปแบบร่วมที่สำคัญ คือ ไม่มีคู่ใดปฏิเสธคุณค่าของการมีบุตรในเชิงอุดมคติ โดยยังคงมองว่าการมีบุตรเป็นองค์ประกอบหนึ่งของชีวิตครอบครัว อย่างไรก็ตาม ในระดับการตัดสินใจเชิงปฏิบัติกลับปรากฏความคลาดเคลื่อนระหว่าง “ความต้องการ” กับ “การลงมือจริง” อย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า “จริงๆ ก็อยากมีนะ แต่พอจะเอาจริงๆ มันรู้สึกว่ายังไม่ใช่ตอนนี้” ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการเลื่อนมิได้เกิดจากการปฏิเสธ หากเป็นการชะลอภายใต้ความไม่แน่นอนของเงื่อนไขชีวิต ความคลาดเคลื่อนดังกล่าวแสดงออกผ่านกระบวนการเลื่อนและการประเมินซ้ำในชีวิตประจำวัน โดยการมีบุตรถูกทำให้เป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาใหม่อยู่เสมอภายใต้เงื่อนไขของความพร้อมและความมั่นคงในอนาคต ทั้งนี้ รูปแบบของความคลาดเคลื่อนมิได้เป็นแบบเดียวกันในทุกกรณี หากแปรผันตามช่วงชีวิต ลักษณะความสัมพันธ์ และภูมิหลังครอบครัวของแต่ละคู่

กรณีศึกษาคู่ที่ 1 ซึ่งยังอยู่ในช่วงต้นของความสัมพันธ์และอยู่ในวัยทำงานตอนต้น-กลาง สะท้อนรูปแบบของ “การยังไม่เข้าสู่การตัดสินใจจริง” แม้เติบโตมาในครอบครัวที่เห็นคุณค่าการมีบุตร แต่ทั้งสองฝ่ายยังให้ความสำคัญกับการสร้างฐานอาชีพและความมั่นคงส่วนบุคคลเป็นลำดับแรก การเลื่อนในกรณีนี้จึงอยู่ในสถานะกึ่งค้างคา คือ ไม่ได้ปฏิเสธการมีลูก แต่ยังไม่ถือว่าเป็นวาระเร่งด่วนของชีวิตคู่

กรณีศึกษาคู่ที่ 2 อยู่ในช่วงปลายของการคบหาก่อนแต่งงาน และเริ่มเข้าสู่กระบวนการประเมินอนาคตครอบครัวอย่างจริงจัง ทั้งสองฝ่ายให้คุณค่ากับการมีบุตรเช่นเดียวกัน แต่สะท้อนความกังวลต่อความมั่นคงระยะยาว โดยเฉพาะด้านรายได้และเสถียรภาพการทำงาน การเลื่อนในกรณีนี้จึงเกิดจากการประเมินความเสี่ยงเชิงอนาคต มากกว่าความไม่พร้อมในปัจจุบันเพียงอย่างเดียว

กรณีศึกษาคู่ที่ 3 ซึ่งจดทะเบียนสมรสและมีชีวิตคู่มั่นคงแล้ว แตกต่างจากสองคู่แรกตรงที่ได้เข้าสู่การตัดสินใจเชิงอุดมคติอย่างชัดเจน กล่าวคือ ทั้งสองฝ่ายเห็นพร้อมกันว่าต้องการมีบุตร แต่ยังเลื่อนในเชิงปฏิบัติเนื่องจากมาตรฐานความพร้อมที่ตั้งไว้ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะเรื่องคุณภาพชีวิตและความมั่นคงระยะยาวของบุตร

กรณีศึกษาคู่ที่ 4 มีลักษณะเฉพาะจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม และครอบครัวฝ่ายชายมีความคาดหวังเกี่ยวกับการมีบุตรอย่างชัดเจน โดยเฉพาะมิติการสืบทอดสายตระกูลและบทบาทลูกชาย แรงกดดันดังกล่าวแม้ไม่ปรากฏในรูปของการบังคับโดยตรง แต่แทรกซึมผ่านคำถามและการเปรียบเทียบในครอบครัวขยาย ส่งผลให้การมีบุตรถูกทำให้เป็นภาระความรับผิดชอบที่ต้องทำให้สำเร็จมากกว่าทางเลือกส่วนบุคคล การเลื่อนในกรณีนี้จึงเกิดจากความตึงเครียดระหว่างความคาดหวังเชิงวัฒนธรรมกับความพร้อมเชิงชีวิตจริงของคู่รัก

กรณีศึกษาคู่ที่ 5 ซึ่งคบหากันระยะยาวตั้งแต่วัยเรียนจนถึงวัยทำงานตอนปลาย มีความสัมพันธ์มั่นคงและเห็นคุณค่าการมีบุตรอย่างชัดเจน แต่การตัดสินใจถูกเลื่อนภายใต้ข้อจำกัดของช่วงอายุและความกังวลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในฝ่ายหญิง ซึ่งรับรู้ว่าการชะลอการตั้งครรภ์และผลกระทบต่อเส้นทางอาชีพจะตกอยู่กับตนเองเป็นหลัก ในขณะที่ฝ่ายชายเชื่อมโยงการมีบุตรกับบทบาทความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความแตกต่างในการประเมินความเสี่ยงตามบทบาททางเพศนี้ทำให้การตัดสินใจต้องผ่านการเจรจาและการประเมินร่วมอย่างรอบคอบ

เมื่อพิจารณาร่วมกันทั้งห้าข้อ จะเห็นได้ว่าความคลาดเคลื่อนระหว่างความต้องการมีบุตรในเชิงอุดมคติกับการตัดสินใจเชิงปฏิบัติไม่ได้เป็นปรากฏการณ์แบบเดียว หากเป็นกระบวนการที่ดำเนินอยู่ในพื้นที่ที่กว้างระหว่าง “ความต้องการ” กับ “ความรู้สึกพร้อมร่วมกัน” ภายในชีวิตคู่ ความไม่พร้อมที่ไม่เท่ากัน บทบาททางเพศที่แตกต่าง ในบางกรณีความเห็นระหว่างคู่รักไม่ได้สอดคล้องกัน เช่น ผู้ให้ข้อมูลฝ่ายหญิงรายหนึ่งมองว่า “ถ้ามีตอนนี้ก็เลี้ยงได้ ค่อยๆ ปรับไปได้” ขณะที่ฝ่ายชายในคู่เดียวกันกลับมองว่า “ถ้ายังไม่มั่นคงพอ แล้วมีลูกไป มันเป็นเรื่องเฉยๆ” ความแตกต่างในการประเมินความพร้อมดังกล่าวทำให้การตัดสินใจต้องถูกเลื่อนออกไป มาตรฐานความพร้อมที่สูงขึ้น และแรงกดดันจากครอบครัว ล้วนทำให้การมีบุตรถูกเลื่อนออกไปอย่างไม่มีกำหนดเวลาที่แน่ชัด การเลื่อนจึงไม่ใช่การปฏิเสธคุณค่าครอบครัว หากเป็นผลของกระบวนการประเมินเงื่อนไขชีวิตอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทเมืองร่วมสมัยที่เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน

2. รายได้ที่เพียงพอภายใต้ความไม่แน่นอนระยะยาวกับการเลื่อนการมีบุตรของคู่รัก

ผลการสัมภาษณ์สะท้อนชัดว่า การเลื่อนการมีบุตรของคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูงไม่ได้เกิดจากการขาดแคลนรายได้ในปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ประเมินว่ารายได้ที่มีอยู่สามารถรองรับค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต และแม้แต่ค่าใช้จ่ายพื้นฐานในการเลี้ยงดูบุตรในระยะต้นได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อการมีบุตรถูกพิจารณาในฐานะภาระผูกพันระยะยาวหลายทศวรรษ การประเมิน “ความเพียงพอ” กลับเปลี่ยนไปอย่างมีนัยสำคัญ รายได้จึงไม่ได้ถูกพิจารณาจากระดับในปัจจุบัน หากแต่จากความสามารถในการสร้างเสถียรภาพในอนาคต ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า “เงินตอนนี้มันก็พอใช้ แต่เราไม่รู้ว่าจะอีก 5-10 ปี มันจะยังเป็นแบบนี้ไหม” คำกล่าวนี้นี้ชี้ให้เห็นว่าความเพียงพอถูกนิยามผ่านความไม่แน่นอนของอนาคต มากกว่าข้อจำกัดในปัจจุบัน

ความแตกต่างที่สำคัญไม่ได้อยู่ที่จำนวนรายได้ หากอยู่ที่การให้น้ำหนักกับความเล็งระยะยาว ภายในชีวิตคู่เดียวกันปรากฏการประเมินที่ไม่สอดคล้องกันอย่างชัดเจน ในบางกรณี ฝ่ายหญิงมองว่าทรัพยากรที่มีอยู่สามารถ “ค่อยๆ ปรับตัวไปพร้อมกันได้” และไม่ได้เห็นว่าการมีบุตรเป็นภาระทางตัวเลขโดยตรง ขณะที่ฝ่ายชายเชื่อมโยงการมีบุตรกับความรับผิดชอบทางเศรษฐกิจที่ต้องมั่นคงต่อเนื่องยาวนาน จึงให้ความสำคัญกับความยั่งยืนของรายได้มากกว่าระดับรายได้ปัจจุบัน ความไม่ลงรอยในเกณฑ์การประเมินดังกล่าวทำให้การตัดสินใจถูกเลื่อน คำกล่าวนี้นี้สะท้อนว่าการประเมินความเพียงพอของรายได้ไม่ได้ยึดโยงกับสถานะปัจจุบัน หากแต่ตั้งอยู่บนความสามารถในการคาดการณ์อนาคต เช่น ผู้ให้ข้อมูลฝ่ายหนึ่งกล่าวว่า “เราคิดว่ามีตอนนี้ก็ยังไม่พอไหว ค่อยๆ จัดการไปได้” ขณะที่อีกฝ่ายมองว่า “ถ้ามีแล้วต้องลำบากทีหลัง เรายังรอให้มันชัวร์กว่านี้ดีกว่า”

ในอีกลักษณะหนึ่ง แม้ผู้ให้ข้อมูลบางรายจะมีตำแหน่งงานและรายได้ที่ดูมั่นคง แต่กลับประเมินว่าความมั่นคงดังกล่าวเป็นเพียงความมั่นคงระยะสั้น โดยเฉพาะในบริบทของการแข่งขันในตลาดแรงงานเมืองและความผันผวนทางเศรษฐกิจ รายได้จึงถูกมองในฐานะทรัพยากรที่ยังไม่สามารถรับประกันความต่อเนื่องได้ ขณะที่อีกฝ่ายภายในคู่เดียวกันอาจให้ความสำคัญกับข้อจำกัดด้านเวลาและชีวภาพมากกว่า และกังวลว่าการเลื่อนออกไปเรื่อยๆ จะเพิ่มต้นทุนในอนาคต ความแตกต่างนี้สะท้อนว่าการประเมิน “ความพร้อม” มิได้เกิดจากข้อมูลทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน หากเกิดจากการจัดลำดับความเสี่ยงในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

ในคู่รักที่จดทะเบียนสมรสแล้ว ความมั่นคงของความสัมพันธ์ไม่ได้แปรผันตรงกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจ รายได้ ที่เพียงพอสำหรับชีวิตคู่สองคนถูกประเมินใหม่เมื่อมีการพิจารณาการมีบุตร โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายระยะยาวด้านการศึกษา การพัฒนาทักษะ และสุขภาพ การมีบุตรถูกเชื่อมโยงกับมาตรฐานคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น ไม่ใช่เพียงการเลี้ยงดูขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังสะท้อนว่าการมีบุตรหมายถึงการปรับโครงสร้างการจัดสรรทรัพยากรทั้งครัวเรือน ซึ่งอาจกระทบต่ออิสระในการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ไลฟ์สไตล์ หรือการพัฒนาตนเอง ภายในคู่เดียวกันอาจมีฝ่ายหนึ่งยอมรับ การปรับเปลี่ยนดังกล่าวได้ ขณะที่อีกฝ่ายยังไม่พร้อมแลกคุณภาพชีวิตในช่วงเวลานั้น

ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจึงชี้ให้เห็นว่า ความไม่มั่นคงด้านรายได้มิได้ถูกประเมินในฐานะปัญหาเฉพาะหน้า หากแต่เป็นความไม่สามารถคาดการณ์เสถียรภาพในระยะยาว การมีบุตรถูกมองว่าเป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบต่อเนื่อง โดยไม่มีหลักประกันว่ารายได้จะคงที่เพียงพอ ความแตกต่างในการรับรู้ความเสี่ยงทั้งระหว่างคู่รักและภายในชีวิตคู่ เดียวกันนี้เอง ที่ทำให้การตัดสินใจมีบุตรถูกชะลอออกไปอย่างต่อเนื่อง แม้จะไม่มีภาวะขาดแคลนทรัพยากรโดยตรง ในปัจจุบัน

3. ความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างการทำงานกับการเลี้ยงดูบุตรในสังคมเมือง

ผลการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่า แม้คู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูงจะมีงานทำและมีรายได้ในระดับที่สามารถ ดำรงชีวิตคู่ได้อย่างมั่นคง แต่ลักษณะการทำงานในชีวิตประจำวันกลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การตัดสินใจมีบุตรถูกเลื่อน ออกไป ผู้ให้ข้อมูลหลายรายอธิบายว่างานของตนมีชั่วโมงการทำงานที่ไม่แน่นอน บางกรณีต้องเริ่มงานตั้งแต่เช้าจนถึงดึก หรือมีความคาดหวังให้พร้อมตอบสนองต่อการติดต่อจากที่ทำงานแม้นอกเวลางานหรือในวันหยุด ส่งผลให้การจัดสรรเวลา เพื่อการดูแลบุตรในช่วงต้นชีวิตถูกมองว่าเป็นเรื่องที่ยากจะทำได้ในทางปฏิบัติ

ในบางคู่ ผู้ให้ข้อมูลฝ่ายหนึ่งซึ่งทำงานในองค์กรเอกชนขนาดใหญ่หรืออยู่ในสายอาชีพที่มีการแข่งขันสูง สะท้อนว่า ลักษณะงานที่ขาดความยืดหยุ่นด้านเวลาและมีแรงกดดันด้านผลงาน ก่อให้เกิดความกังวลว่าการมีบุตรอาจส่งผลกระทบ ทั้งต่อการเลี้ยงดูและความก้าวหน้าในอาชีพ โดยเฉพาะในช่วงวัยทำงานที่ยังต้องสร้างความมั่นคงในตำแหน่งหน้าที่ ความกังวลดังกล่าวมักเชื่อมโยงกับความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน ทำให้ฝ่ายนี้ให้ความสำคัญกับการทำงาน เป็นลำดับแรก และมีแนวโน้มเลื่อนการมีบุตรออกไปจนกว่าสถานะอาชีพจะมีความมั่นคงมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม อีกฝ่ายซึ่งมีลักษณะงานที่ยืดหยุ่นกว่า หรือสามารถทำงานจากที่บ้านได้บางส่วน มองว่าการจัดสมดุลระหว่างงานและการ เลี้ยงดูบุตรสามารถเกิดขึ้นได้ หากมีการวางแผนและการสนับสนุนที่เหมาะสม ความแตกต่างในการรับรู้ข้อจำกัดของงาน จึงนำไปสู่ความไม่สอดคล้องของจังหวะการตัดสินใจภายในชีวิตคู่ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายยังสะท้อนถึงความ คาดหวังเชิงวัฒนธรรมขององค์กรที่ให้นักงานสามารถติดต่อได้แม้นอกเวลางาน ซึ่งแม้ไม่ถูกนิยามว่าเป็นการทำงาน ล่วงเวลาอย่างเป็นทางการ แต่กลับสร้างแรงกดดันอย่างต่อเนื่อง ในบางคู่ ฝ่ายหนึ่งมองว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นเรื่อง ปกติของการทำงานในเมือง และสามารถจัดการได้ผ่านการพึ่งพาบริการดูแลเด็กหรือความช่วยเหลือจากครอบครัว ขณะที่ อีกฝ่ายเห็นว่าการพึ่งพาภายนอกมากเกินไปอาจลดทอนบทบาทความเป็นพ่อแม่ และไม่สอดคล้องกับคุณค่าที่ให้ความสำคัญกับการมีเวลาอยู่กับบุตรในช่วงวัยแรกเริ่ม

ในบางกรณี ความไม่สอดคล้องดังกล่าวปรากฏชัดในรูปของความกลัวเสียโอกาสหากต้องหยุดงาน ผู้ให้ข้อมูลฝ่ายหญิงของคู่รักคนหนึ่ง ระบุว่าการมีบุตรอาจทำให้ตนเองถูกมองว่ามีความท้อแท้ต่อการทำงานลดลง ขณะที่ฝ่ายชายบางรายรับรู้ว่าการขอปรับรูปแบบการทำงานเพื่อดูแลครอบครัวอาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ความเป็นมืออาชีพ ความกังวลเหล่านี้ทำให้การมีบุตรถูกมองว่าเป็นการตัดสินใจที่มีต้นทุนสูงเกินไปในบริบทของการทำงานเมืองร่วมสมัย

จากกรณีศึกษาหลายคู่ การเลื่อนการมีบุตรจึงไม่ได้เกิดจากการขาดความต้องการหรือความไม่พร้อมทางอารมณ์ แต่เป็นผลจากความไม่สอดคล้องระหว่างรูปแบบการทำงานจริงในชีวิตประจำวัน กับภาพการเลี้ยงดูบุตรที่ผู้ให้ข้อมูลให้คุณค่า ความไม่ลงรอยระหว่างข้อจำกัดด้านเวลา ความกดดันจากที่ทำงาน และความคาดหวังต่อบทบาทความเป็นพ่อแม่

4. ความไม่แน่นอนของระบบสวัสดิการสุขภาพเด็กในช่วงต้นชีวิต

ความไม่มั่นใจต่อระบบสวัสดิการสุขภาพเด็ก โดยเฉพาะในช่วงปฐมวัย เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ถูกนำมาประเมินในการตัดสินใจเลื่อนการมีบุตร ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าสิทธิการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานของรัฐมีอยู่บ้างและสามารถรองรับการดูแลสุขภาพทั่วไปได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของระบบกลับลดลง

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายแสดงความกังวลต่อเหตุการณ์สมมติที่อาจเกิดขึ้นกับบุตรในช่วงหลังแรกเกิด เช่น การเจ็บป่วยเฉียบพลันในเวลากลางคืน การต้องเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วน การเป็นโรคที่ต้องพบแพทย์เฉพาะทาง หรือการต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ในสถานการณ์เหล่านี้ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะระบบโรงพยาบาลรัฐอาจมีข้อจำกัดด้านระยะเวลารอคอย ความแออัด หรือการเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางได้ไม่ทั่วถึงที่ ความไม่แน่นอนดังกล่าวทำให้การมีบุตรถูกมองว่าเป็นความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ยากต่อการควบคุม แม้จะมีสิทธิการรักษาพยาบาลรองรับในเชิงนโยบายก็ตาม ในทางตรงกันข้าม ผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งเปรียบเทียบว่าการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนสามารถลดความกังวลดังกล่าวลงได้ ทั้งในด้านความรวดเร็วของการรักษา ความต่อเนื่องในการดูแล และความเชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการ อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงระบบเอกชนตามมาด้วยภาระค่าใช้จ่ายที่สูง ผู้ให้ข้อมูลบางรายระบุว่า แม้ตนเองจะสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเด็กในระยะสั้นได้ แต่ไม่มั่นใจว่าจะสามารถรองรับค่าใช้จ่ายจำนวนมากจากเหตุการณ์ไม่คาดคิด เช่น การรักษาเฉพาะทางหรือการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานได้อย่างต่อเนื่อง

ความไม่แน่นอนของระบบสวัสดิการสุขภาพเด็กในช่วงต้นชีวิตไม่ได้ถูกประสมประสานในการไม่มีสิทธิ หากแต่เป็นความไม่มั่นใจต่อความสามารถของระบบในการรองรับสถานการณ์จริงที่อาจเกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด การเลื่อนการมีบุตรของคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูงจึงสะท้อนการชั่งน้ำหนักระหว่างการพึ่งพาระบบรัฐกับต้นทุนของการใช้บริการเอกชนซึ่งยังไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยเพียงพอสำหรับการตัดสินใจมีบุตรในช่วงเวลาปัจจุบัน

5. การศึกษาของบุตรในฐานะต้นทุนระยะยาวและความเสี่ยงของครัวเรือน

ผลการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่า คู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูงไม่ได้มองการศึกษาของบุตรเป็นเพียงค่าใช้จ่ายในระยะสั้น แต่เป็นต้นทุนระยะยาวที่ต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบตั้งแต่ก่อนการตัดสินใจมีบุตร ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งอธิบายว่า “ถ้ามีลูก เราไม่ได้คิดแค่เลี้ยงให้โต แต่ต้องคิดถึงโรงเรียนดีๆ ด้วย ซึ่งมันแพงมาก” ทำให้การมีบุตรถูกประเมินผ่านความสามารถในการรองรับต้นทุนระยะยาว

ในบางคู่ ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าภาพของการเลี้ยงดูบุตรที่ดีในมุมมองของตนต้องมาพร้อมกับการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียนที่มีชื่อเสียง หลักสูตรทางเลือก หรือกิจกรรมเสริมทักษะนอกห้องเรียน ผู้ให้ข้อมูลฝ่ายหนึ่งระบุว่า การมีบุตรโดยไม่สามารถเตรียมทรัพยากรทางการศึกษาได้ตามมาตรฐานที่ตนคาดหวัง อาจทำให้รู้สึกว่ายังไม่พร้อมในบทบาทของพ่อแม่ แนวคิดดังกล่าวส่งผลให้การตัดสินใจมีบุตรถูกประเมินผ่านความสามารถของครัวเรือนในการรองรับต้นทุนทางการศึกษา มากกว่าความพร้อมทางชีวภาพหรือช่วงอายุของชีวิตคู่

ในอีกบางคู่ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการเปรียบเทียบระหว่างระบบการศึกษาของรัฐและเอกชน โดยมองว่าการพึ่งพา ระบบการศึกษาของรัฐเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการสร้างโอกาสให้บุตรในบริบทสังคมที่มีการแข่งขันสูง ขณะที่ การเลือกการศึกษาเอกชนหรือทางเลือกอื่นๆ กลับมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูง ทำให้การมีบุตรถูกมองว่าเป็นความเสี่ยง โดยเฉพาะในกรณีที่มีรายได้และความมั่นคงทางอาชีพยังไม่อยู่ในระดับที่มั่นใจว่าจะรองรับค่าใช้จ่ายด้านการศึกษา ได้ตลอดช่วงชีวิตของบุตร แม้ในหมู่ผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ได้ประสบปัญหาด้านรายได้ในปัจจุบัน ก็ยังรับรู้ว่าการลงทุน ด้านการศึกษาของบุตรจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากเพื่อแลกกับคุณภาพการศึกษาและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ดี ขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลบางรายแสดงความกังวลว่าหากไม่สามารถจัดการศึกษาที่ดีพอให้กับบุตรได้ อาจส่งผลต่อโอกาส ทางสังคมและอนาคตของบุตรในระยะยาว ความกังวลนี้ไม่ได้สะท้อนเพียงความคาดหวังที่มีต่อบุตรเท่านั้น แต่ยังสะท้อน แรงกดดันที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ต่อตนเองในบทบาทของพ่อแม่ การมีบุตรจึงมีความเสี่ยงของการตัดสินใจที่อาจส่งผลกระทบ ต่อทั้งชีวิตของบุตรและเสถียรภาพของครัวเรือนในระยะยาว

จากประสบการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความไม่มั่นคงด้านการศึกษา ไม่ได้ถูกประเมินโดยผู้ให้ข้อมูลในฐานะ ปัญหาเฉพาะหน้าที่สามารถจัดการได้ในระดับครัวเรือนเท่านั้น หากแต่ส่งผลการประเมินความสามารถของรัฐและ สถาบันสาธารณะในการรองรับภาระการมีบุตรในระยะยาว ความไม่สามารถคาดการณ์ความต่อเนื่องและความเพียงพอ ของการสนับสนุนเชิงสถาบัน ทำให้การมีบุตรถูกมองว่าเป็นความเสี่ยงที่ครัวเรือนต้องรับผิดชอบด้วยตนเองเป็นหลัก และ กลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้การตัดสินใจมีบุตรถูกเลื่อนออกไป

6. การรับรู้ต่อนโยบายรัฐและระดับความไว้วางใจเชิงสถาบันของคู่รักคนเมือง

ผลการสัมภาษณ์สะท้อนว่า การเลื่อนการมีบุตรของคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูงมิได้เกิดจากการไม่รู้ถึง มาตรการส่งเสริมของรัฐ หากแต่สัมพันธ์กับระดับความเชื่อมั่นต่อความสามารถของรัฐในการรองรับภาระระยะยาวของ การเลี้ยงดูบุตร ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับทราบการมีอยู่ของสิทธิการลาคลอด เงินอุดหนุนเด็ก และสวัสดิการด้านสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า “เงินอุดหนุนมันก็ดี แต่ถามว่าพอไหมกับการเลี้ยงลูกจริงๆ มันไม่พออยู่แล้ว” และอีกกรณีหนึ่งระบุว่า “นโยบายมันเปลี่ยนตลอด เราเลยไม่กล้าเอาไปคิดเป็นหลักในการตัดสินใจ” อย่างไรก็ตาม นโยบายเหล่านี้ถูกประเมินว่าเป็นความช่วยเหลือระยะสั้นที่มีขอบเขตจำกัด และไม่สามารถทำหน้าที่เป็นฐานที่มั่นคง สำหรับการวางแผนครอบครัวระยะยาวได้

ผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งสะท้อนว่ามาตรการของรัฐมีลักษณะไม่ต่อเนื่องและเปลี่ยนแปลงตามบริบททางการเมือง และเศรษฐกิจ ทำให้ยากต่อการคาดการณ์ความมั่นคงของสิทธิประโยชน์ในอนาคต นโยบายจึงไม่ถูกนำมาใช้เป็นเงื่อนไข หลักในการตัดสินใจมีบุตร ขณะที่บางฝ่ายในชีวิตคู่มองว่านโยบายรัฐไม่ใช่ปัจจัยที่ควรนำมาคาดหวังตั้งแต่ต้น และการ มีบุตรควรถูกประเมินจากทรัพยากรของครัวเรือนเป็นหลัก ความสอดคล้องหรือความไม่สอดคล้องในการให้ความสำคัญ

ต่อบทบาทของรัฐภายในชีวิตคู่ส่งผลต่อระดับความมั่นใจในการตัดสินใจมีบุตร และทำให้การตัดสินใจถูกชะลอออกไป จนกว่าจะสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมั่นคง นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังตั้งคำถามต่อความสอดคล้องของนโยบาย กับสภาพชีวิตจริงของคนเมือง เช่น ระยะเวลาการลาคลอดที่เน้นบทบาทของผู้หญิงเป็นหลัก ความยืดหยุ่นในการทำงานที่ จำกัด หรือสวัสดิการเด็กที่ไม่สอดคล้องกับต้นทุนการดำรงชีวิตในเมือง การรับรู้ดังกล่าวทำให้การมีบุตรถูกมองว่า เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคลมากกว่าความรับผิดชอบร่วมระหว่างรัฐกับครัวเรือน ในบางกรณี แม้ผู้ให้ข้อมูลจะมีรายได้ และสถานะทางอาชีพมั่นคง และไม่ได้คาดหวังการพึ่งพารัฐโดยตรง แต่ยังสะท้อนมุมมองในฐานะพลเมืองที่ควรได้รับความคุ้มครองและความมั่นคงเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การเลื่อนการมีบุตรของคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูงเป็นผลจากการประเมินความไม่มั่นคงเชิงโครงสร้างในหลายมิติ ซึ่งส่งผลต่อระดับความไว้วางใจต่อรัฐและสถาบันสาธารณะในการรองรับภาระระยะยาวของการมีบุตร ปรากฏการณ์นี้จึงไม่อาจอธิบายได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงค่านิยมหรือทัศนคติส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่สะท้อนข้อจำกัดของนโยบายและรัฐสวัสดิการในบริบทสังคมเมืองร่วมสมัย แม้นโยบายของรัฐจะมุ่งส่งเสริมการมีบุตร แต่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อเงื่อนไขสำคัญที่คู่รักเผชิญได้อย่างเพียงพอ ทั้งด้านความมั่นคงทางอาชีพ ความยืดหยุ่นของ ระยะเวลาการทำงาน และภาระการเลี้ยงดูบุตร ช่องว่างระหว่างนโยบายกับประสบการณ์ชีวิตจริงจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ การเลื่อนการมีบุตร

ตาราง 2 การเปรียบเทียบกระบวนการตัดสินใจเลื่อนการมีบุตรของคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษา

ประเด็นที่พิจารณา	คู่ที่ 1	คู่ที่ 2	คู่ที่ 3	คู่ที่ 4	คู่ที่ 5
1. รูปแบบความสัมพันธ์	คู่รักในช่วงต้นของความสัมพันธ์	คู่รักในช่วงปลายของการคบหาดูใจ เริ่มวางแผนครอบครัว	คู่สมรส จดทะเบียน ชีวิตคู่มั่นคง	คู่สมรสที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมต่างกัน	คู่สมรส ระยะยาว ใกล้ปลายวัยเจริญพันธุ์
2. ช่วงอายุในกระบวนการชีวิต	วัยทำงาน ตอนต้น-กลาง	วัยทำงาน ตอนกลาง	วัยทำงาน ตอนกลาง	วัยทำงาน ตอนกลาง-ปลาย	วัยทำงานตอนปลาย
3. ภาพของ “ครอบครัวที่ดี” จากประสบการณ์เดิม	ครอบครัวที่ควรมั่นคงก่อนมีบุตร	ครอบครัวที่ควรมั่นคงก่อนมีบุตร	ครอบครัวตามบรรทัดฐานดั้งเดิม	ครอบครัวที่มี ความคาดหวังทางวัฒนธรรมเฉพาะ	ครอบครัวที่ต้องให้ออกาสบุตรอย่างเต็มที่
4. บทบาทพ่อแม่ที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้	บทบาทที่ต้องพร้อมด้านอาชีพและการเงิน	บทบาทที่ต้องรับผิดชอบต่อระยะยาว	บทบาทที่ค่อนข้างชัดเจนตามบรรทัดฐาน	บทบาทที่ถูกกำหนดด้วยความคาดหวังครอบครัว	บทบาทที่ทุ่มเทสูงให้กับบุตร
5. การรับรู้ความเสี่ยงของการมีบุตร	เสี่ยงจากความไม่มั่นคงช่วงต้นชีวิต	เสี่ยงจากความไม่แน่นอนในอนาคต	เสี่ยงจากภาระ บทบาทและความพร้อม	เสี่ยงจากแรงกดดันทางวัฒนธรรม	เสี่ยงด้านอายุและสุขภาพ



ประเด็นที่พิจารณา	คู่ที่ 1	คู่ที่ 2	คู่ที่ 3	คู่ที่ 4	คู่ที่ 5
6. สถานะในกระบวนการตัดสินใจช่วงชีวิต	ยังไม่เข้าสู่การตัดสินใจจริง	อยู่ในช่วงเริ่มประเมินอย่างจริงจัง	ตัดสินใจเชิงอุดมคติ แต่เลื่อนเชิงปฏิบัติ	เลื่อนจากแรงกดดันเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรม	เลื่อนทั้งที่มีความพร้อมหลายมิติ
7. การรับรู้ต่อบทบาทรัฐและระบบสนับสนุน	รับรู้สิทธิแต่ไม่ทราบรายละเอียด	มองว่ารัฐยังไม่ใช้หลักประกันในระยะยาว	รับรู้สิทธิพื้นฐานและไม่ได้คาดหวัง	มองว่านโยบายยังไม่แน่นอน	ไม่คาดหวังรัฐ แต่รับรู้ว่าจะได้รับการคุ้มครอง

อภิปรายและสรุป

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การเลื่อนการมีบุตรของคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูงมิได้เป็นผลจากการเสื่อมถอยของค่านิยมครอบครัว หากแต่เป็นผลของกระบวนการประเมินความเสี่ยงภายใต้โครงสร้างที่ไม่สามารถรับประกันเสถียรภาพระยะยาวได้ ความไม่มั่นคงของเส้นทางอาชีพ รายได้ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ในระยะยาว ความตึงเครียดระหว่างโครงสร้างการทำงานกับบทบาทการเลี้ยงดูบุตร ตลอดจนความไม่แน่นอนของระบบสุขภาพและการศึกษา ล้วนทำให้การมีบุตรถูกประเมินในฐานะภาระความเสี่ยงที่ครัวเรือนต้องรับผิดชอบเองเป็นหลัก

ในเชิงโครงสร้าง กระบวนการดังกล่าวสะท้อนข้อจำกัดของ risk governance ภายใต้รัฐสวัสดิการไทย ซึ่งยังไม่สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกลดความเสี่ยงเชิงสถาบันได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อ institutional trust ถูกบ่อนเซาะ การมีบุตรจึงมิได้ถูกมองว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านตามช่วงชีวิตที่ได้รับการรองรับจากรัฐ หากแต่เป็นการตัดสินใจที่ต้องอาศัยความมั่นคงภายในครัวเรือนเป็นหลัก การเลื่อนการมีบุตรจึงกลายเป็นยุทธศาสตร์จัดการความเสี่ยง (risk management strategy) ของครัวเรือนเมือง

ในระดับประชากรศาสตร์ ผลของการเลื่อนดังกล่าวมิได้จำกัดอยู่ที่จังหวะเวลา (timing) ของการเกิดเท่านั้น หากแต่มีแนวโน้มสะสมเป็นการลดจำนวนบุตรโดยรวม (quantum decline) ผ่านกลไก tempo distortion และการเลื่อนเกินช่วงวัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในกลุ่มการศึกษาสูงซึ่ง historically มีบทบาทสำคัญต่อพลวัตภาวะเจริญพันธุ์ของเมือง การเลื่อนอย่างเป็นระบบจึงมีศักยภาพก่อตัวเป็น urban low fertility regime ที่มีเสถียรภาพในระยะยาว

ในมิติของนโยบายสาธารณะ ผลการศึกษาพบว่า มาตรการสนับสนุนการมีและเลี้ยงดูบุตรของประเทศไทยมี “ความสอดคล้องในระดับพื้นฐาน” กล่าวคือ รัฐได้จัดให้มีนโยบายและสิทธิประโยชน์ที่ช่วยลดภาระของครัวเรือนในช่วงต้นของการมีบุตร เช่น สิทธิการลาคลอด เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิด และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสะท้อนการรับรู้ถึงบทบาทของรัฐในการสนับสนุนครอบครัว

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในระยะยาว นโยบายดังกล่าวยังไม่สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกรองรับความเสี่ยงของครัวเรือนได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในมิติของความมั่นคงทางอาชีพ ต้นทุนการศึกษา และความยืดหยุ่นของโครงสร้างการทำงานในสังคมเมือง ส่งผลให้เกิด “ความไม่สอดคล้องเชิงโครงสร้าง” ระหว่างนโยบายของรัฐกับเงื่อนไขชีวิตจริงของคู่รัก การรับรู้เช่นนี้ทำให้นโยบายสาธารณะถูกประเมินว่าเป็นเพียงกลไกช่วยเหลือระยะสั้น มากกว่าหลักประกันระยะยาวในการวางแผนครอบครัว และมีส่วนบั่นทอนระดับความไว้วางใจเชิงสถาบันในระยะยาว ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาสำคัญไม่ได้อยู่ที่การไม่มีนโยบาย หากแต่อยู่ที่ข้อจำกัดด้านความต่อเนื่อง ความครอบคลุม และความสามารถของ

นโยบายในการเชื่อมโยงกับโครงสร้างชีวิตจริงของประชากรเมือง ซึ่งยังไม่สามารถรองรับภาระการมีและเลี้ยงดูบุตรในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในเชิงทฤษฎี ข้อค้นพบของการศึกษานี้ท้าทายคำอธิบายที่ยึดการเปลี่ยนแปลงค่านิยมเป็นแกนกลาง และเสนอว่าระดับความไว้วางใจเชิงสถาบันเป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างรัฐ ตลาดแรงงาน และการตัดสินใจระดับครัวเรือน การทำความเข้าใจภาวะเจริญพันธุ์ต่ำของประเทศไทยจึงควรถูกจัดวางใหม่จากกรอบพฤติกรรมปัจเจก ไปสู่กรอบการวิเคราะห์เชิงโครงสร้าง (structural demography) ที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของสถาบัน ความต่อเนื่องเชิงนโยบายและความสามารถของรัฐในการแบ่งปันความเสี่ยงตลอดช่วงชีวิต

กล่าวอีกนัยหนึ่ง ภาวะเจริญพันธุ์ต่ำในสังคมเมืองไทยมิได้เป็นผลลัพธ์ของการปฏิเสธครอบครัว หากแต่เป็นผลของระบบความเสี่ยงที่ผลักภาระความไม่แน่นอนกลับสู่ครัวเรือน และทำให้การเลื่อนการมีบุตรกลายเป็นรูปแบบปกติของการจัดการชีวิตในบริบทร่วมสมัย

แม้ว่าผลการศึกษานี้จะให้ข้อค้นพบที่มีนัยสำคัญ แต่เนื่องจากข้อมูลมาจากคู่รักเพียง 5 คู่ จึงไม่สามารถสรุปเป็นภาพรวมของประชากรไทยได้ในอนาคต การศึกษาที่ขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมความหลากหลายทางสังคมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) อาจช่วยเสริมความครอบคลุมของข้อค้นพบ และเปิดโอกาสให้สามารถเชื่อมโยงข้อค้นพบเชิงลึกกับแนวโน้มเชิงปริมาณในระดับมหภาคได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) จากมาตรการจูงใจระยะสั้นสู่การลดความไม่แน่นอนเชิงโครงสร้างอย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่า คู่รักวัยทำงานในเขตเมืองไม่ได้ปฏิเสธการมีบุตร แต่เลื่อนการตัดสินใจออกไปจากการประเมินความไม่แน่นอนสะสม ทั้งด้านความมั่นคงทางอาชีพ ภาระเศรษฐกิจระยะยาว ความไม่สมดุลงบประมาณครอบครัว และข้อจำกัดด้านอายุในช่วงปลายวัยเจริญพันธุ์ การเลื่อนการมีบุตรจึงเป็นกลไกจัดการความเสี่ยง มากกว่าการปฏิเสธค่านิยมครอบครัว

ดังนั้น นโยบายส่งเสริมการมีบุตรจึงควรปรับจากเงินอุดหนุนแบบครั้งคราว ไปสู่ระบบที่รับประกันความมั่นคงในการเปลี่ยนผ่านสู่ความเป็นพ่อแม่ โดยเฉพาะ

- (1) การคุ้มครองความมั่นคงทางการจ้างงานก่อนและหลังมีบุตร
- (2) สิทธิลาเลี้ยงดูบุตรที่ยืดหยุ่น และสนับสนุนการแบ่งบทบาทระหว่างบิดาและมารดา
- (3) การเข้าถึงบริการดูแลเด็กปฐมวัยคุณภาพในราคาที่เหมาะสม

การลดความไม่แน่นอนอย่างต่อเนื่องจะช่วยสร้างความไว้วางใจต่อรัฐในฐานะกลไกลดความเสี่ยงระยะยาว ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการตัดสินใจมีบุตรในสังคมเมือง

2) ปรับกรอบนโยบายให้สอดคล้องกับรูปแบบชีวิตคู่รักเมืองร่วมสมัย

การศึกษาแสดงให้เห็นความหลากหลายของคู่รัก ทั้งช่วงต้นความสัมพันธ์ คู่ที่กำลังประเมินความพร้อม คู่สมรสที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และคู่ในช่วงปลายวัยเจริญพันธุ์ สะท้อนว่าการตัดสินใจมีบุตรเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขชีวิตที่ซับซ้อนกว่าครอบครัวแบบดั้งเดิม

นโยบายจึงควรปรับจากกรอบครอบครัวที่กำหนดบทบาทพ่อแม่แบบตายตัว ให้สอดคล้องกับชีวิตคู่รักเมืองที่มีการแข่งขันสูง เวลาทำงานยืดหยุ่นแต่ไม่มั่นคง และต้นทุนการเลี้ยงดูระยะยาว มาตรการที่ส่งเสริมการใช้สิทธิลาเลี้ยงดูบุตรของบิดา ควบคู่กับการจูงใจให้องค์กรปรับสภาพแวดล้อมการทำงาน จะช่วยลดความตึงเครียดระหว่างบทบาทงานและครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเลื่อนการมีบุตร

3) พัฒนาการความรู้และระบบข้อมูลที่วัด “ความไม่แน่นอน” และ “ความไว้วางใจต่อรัฐ” อย่างเป็นระบบ

การเลื่อนการมีบุตรไม่สามารถอธิบายได้เพียงค่านิยมครอบครัว แต่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความเสี่ยงและความไว้วางใจต่อรัฐ นโยบายประชากรจึงควรตั้งอยู่บนข้อมูลที่สะท้อนมิติเหล่านี้อย่างเป็นระบบ

ในเชิงปฏิบัติ ควรพัฒนาเครื่องมือสำรวจที่วัดความมั่นคงทางอาชีพ ภาระเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการสาธารณะ และความไว้วางใจต่อรัฐ ควบคู่กับข้อมูลภาวะเจริญพันธุ์ เพื่อใช้เป็นฐานในการออกแบบนโยบายเชิงหลักฐาน การยกระดับฐานข้อมูลจะช่วยให้การกำหนดนโยบายก้าวจากการตอบสนองระยะสั้น ไปสู่การวางแผนเชิงโครงสร้างระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “นโยบายสาธารณะกับการสนับสนุนการมีและเลี้ยงดูบุตรของคู่รักคนเมืองที่มีการศึกษาสูง: มุมมองกระบวนการตัดสินใจของคู่รัก” ผู้วิจัยขอขอบคุณหน่วยงานผู้ให้การสนับสนุนทุนวิจัยที่เอื้อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนอาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการอันเป็นประโยชน์ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละเวลาให้สัมภาษณ์และแบ่งปันประสบการณ์อย่างเปิดเผย

เอกสารอ้างอิง

ณิชนานต์ แก้วบัวดี. (2560). ปัจจัยด้านประชากรเศรษฐกิจสังคม และอนามัยเจริญพันธุ์ที่ส่งผลต่อการมีบุตรคนแรกซ้ำ

ของสตรีสมรสในประเทศไทย (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุรสม กฤษณะจุฑะ. (2560). แนวคิดสังคมเสี่ยงภัย (Risk Society). คุปตราชาธานี: คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัย

คุปตราชาธานี. สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2569, จาก

<https://www.naph.or.th/storage/app/uploads/public/608/149/689/6081496897fac068473124.pdf>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2568). อัตราการเจริญพันธุ์รวม พ.ศ. 2553 - 2568 [ชุดข้อมูล]. สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2569, จาก

https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?%2Fnsos%2Fstatistics_and_indicators=&impt_branch=300&page=2#gsc.tab=0

Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity* (M. Ritter, Trans.). London: SAGE Publications. (Original work published 1986)

Clark, W. A. V. (2012). Do women delay family formation in expensive housing markets? *Demographic Research*, 27(1), 1–24. doi:10.4054/DemRes.2012.27.1

Elder, G. H., Jr. (1994). Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1), 4–15. doi:10.2307/2786971



- Kreyenfeld, M. (2010). Uncertainties in female employment careers and the postponement of parenthood in Germany. *European Sociological Review*, 26(3), 279–292. doi:10.1093/esr/jcp021
- Mills, M., Rindfuss, R. R., McDonald, P., & te Velde, E. (2011). Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. *Human Reproduction Update*, 17(6), 848–860. doi:10.1093/humupd/dmr026
- National Institutes of Health. (2015). *Fertility and population studies* (PMC4280616). Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4280616/>
- World Bank. (2024). *Population growth (annual %): Thailand* [Data set]. Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW?locations=TH>
- World Bank. (2026). *Fertility rate, total (births per woman): Thailand* [Data set]. Retrieved from <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?end=2023&locations=TH&start=1960>



การคาดการณ์ผู้บริโภคแบบ”แบ่งขั้ว”: เกิดน้อย – ตายช้า – โตมาเป็นโสด

(Consumer “Polarization” Prediction: Less Birth – Longer Life – Single Maturity)

โดย

ธีรวัช เจนวัชวรักษ์

- Full text not included -

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. หลักสุตรสือและนวัตกรรมสื่อสารระดับโลก สถาบันการศึกษานานาชาติ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

บทความวิจัยเรื่อง การคาดการณ์ผู้บริโภคนโยบาย”แบ่งขั้ว”: เกิดน้อย - ตายช้า – โตมาเป็นโสด ศึกษาแนวคิด “สังคมแบ่งขั้ว” (polarized society) ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ประชากรในสังคมมีพฤติกรรมและการใช้ชีวิตที่กระจายตัวออกจากความเป็นกลางเข้าหาขั้วใดขั้วหนึ่งมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและความมั่งคั่ง วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ อัตราเกิด การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ และการขยายตัวของครอบครัวแบบตัวคนเดียว เพื่อคาดการณ์ผลกระทบที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงขั้วในทางธุรกิจและการตลาด ระเบียบวิธีวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed method) ผ่านการวิเคราะห์เอกสาร (document analysis) และข้อมูลทุติยภูมิ ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาและการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s correlations)

ผลการวิจัย พบว่า (1) อัตราเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) ของประเทศ ในระดับความแข็งแกร่งปานกลาง ($r = -0.430$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.000$ กล่าวคือกลุ่มประเทศรายได้สูงมีอัตราเกิดต่ำกว่ากลุ่มรายได้ต่ำถึง 3.35 เท่า ส่งผลให้ตลาดแบ่งขั้วชัดเจนระหว่างฝั่ง Low-End ที่เน้นราคาและปริมาณ กับฝั่ง high-end ที่เน้นคุณภาพและประสบการณ์ (2) การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ประชากรโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสอง (aged society) ซึ่งสร้างโอกาสให้กลุ่มผู้บริโภคนสูงวัยและกลุ่ม “ผู้ดูแล” เติบโตขึ้นเป็นเงาตามตัว (3) การเพิ่มขึ้นของครอบครัวตัวคนเดียว และแนวโน้มการไม่มีบุตร (childless trend) ที่สูงขึ้น ทำให้ผู้บริโภคนที่ใช้จ่ายเพื่อความสุขส่วนตัวขยายตัวชัดเจนขึ้น ในขณะที่ผู้บริโภคนที่ใช้จ่ายเพื่อบุตรมีขนาดเล็กลง งานวิจัยจึงเสนอแนะให้ผู้ประกอบการเร่งปรับตำแหน่งของสินค้าและตราสินค้า (positioning) ให้สอดคล้องกับการแบ่งขั้วของผู้บริโภคนี้เพื่อความอยู่รอดในอนาคต

คำสำคัญ: กลุ่มผู้บริโภคน, แนวโน้มประชากร, สังคมแบ่งขั้ว, สังคมผู้สูงอายุ, อัตราเกิด



Abstract

This research, titled “Consumer ‘Polarization’ Prediction: Less Birth – Longer Life – Single Maturity,” explored the concept of a “Polarized Society,” a phenomenon where population behaviors and lifestyles diverged from the median toward opposite extremes, driven by technological advancements and wealth distribution. The objective of this study was to examine demographic trends in three primary areas: declining birth rates, the aging population, and the expansion of single-person households, in order to predict their impact on business and marketing polarization. The research methodology employed a mixed-method approach, utilizing document analysis of both qualitative and quantitative secondary data, alongside descriptive statistics and Pearson’s correlation coefficients (r).

The findings indicated that: (1) Birth rates have continuously declined, showing a statistically significant moderate negative correlation with national Gross Domestic Product (GDP) ($r = -0.430$, $p = 0.000$). Specifically, high-income countries exhibited birth rates 3.35 times lower than low-income groups, resulting in a distinct market polarization between the Low-End segment, which emphasized price and volume, and the High-End segment, which focused on quality and experience. (2) The increase in the elderly population signified that the global society is transitioning into an “Aged Society,” creating significant growth opportunities for both elderly consumers and the associated “caregiver” segment. (3) The rise of single-person households and the “Childless Trend” have led to an expansion of consumer segments spending on personal happiness, while segments spending on children are shrinking. Consequently, the research suggested that businesses must urgently adjust their product and brand positioning to align with this consumer polarization to ensure future survival.

keywords: consumer segments, demographic trends, polarized society, aging society, birth rate



The Digital Barricade: Understanding Gen Z's Protest Emotions Across Three Developing Democracies in Asia

By

Mohamed Baillor Jalloh^{*}, Romi Bhakti Hartarto[†] and Nindy Aksari Bulan[‡]

- Full text not included -

^{*} Undergraduate Student, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, DIY

[†] Senior Lecturer, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, DIY

[‡] Undergraduate Student, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, DIY



Abstract

In Bangladesh, Indonesia, and Nepal, protests by digital citizens have surged dramatically in recent years. This study analyzes the emotions expressed in 1,250 YouTube comments posted on four major news channels, applying sentiment analysis. The results show that positive sentiment dominates in Bangladesh and Nepal, accounting for 56.76% and 52.27% of the discourse, respectively. In contrast, Indonesia exhibits a different pattern with 64.18% of the discourse being negative in sentiment. Across all three countries, protesters' emotions emerge from a blend of frustration and hope. Expressions such as hope, justice, freedom, and pride signal moral ideals and collective solidarity, whereas corruption, violence, greed, and oppression elicit moral outrage toward those in power. These emotional dynamics suggest that digital protest spaces serve as both arenas for grieving shared injustices and mobilizing collective action. By extending sentiment analysis across multiple national contexts, this study contributes to the existing literature on digital activism and protest behavior, thereby expanding beyond single-country cases. Its practical relevance lies in offering insights for policymakers and civil society organizations seeking to understand digital-era public sentiment better. This work advances current debates by situating digital protest emotions within a comparative global framework, emphasizing the complex role young citizens play as both observers and drivers of political change.

Keywords: digital protest, sentiment analysis, Bangladesh, Nepal, Indonesia



บทความฉบับสมบูรณ์

กลุ่มที่ 2 สุขภาวะของประชากรในบริบท ความหลากหลาย

4 บทความ

- การถูกกลั่นแกล้งรังแก ปัญหาทางพฤติกรรมและความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย
- ความครอบคลุมของการรับวัคซีนป้องกันโรคหัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กข้ามชาติ อายุ 2 - 6 ปี ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร
- ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดระยอง
- Shattered Lives: The Effects of War Displacement on Well-Being and Social Integration in Al-Gadarif City, Sudan, A Mixed-Methods Analysis



การถูกกลั่นแกล้งรังแก ปัญหาทางพฤติกรรมและความคิดฆ่าตัวตาย ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย

(Bullying, Behavioral Problems, and Suicidal Ideation among Female Lower
Secondary School Students in a Province in Lower Northern Thailand)

โดย

สุพรรณษา วิชัยรัตน์กุล*, สุคนธา ศิริ†, จิราลักษณ์ นนทารักษ์‡ และ นพพร ตันติรังสี§

* นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาดทางการแพทย์ สาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

† ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

‡ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

§ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความคิดฆ่าตัวตายถือเป็นสัญญาณเตือนสำคัญที่อาจนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย และการเสียชีวิต หากไม่ได้รับการดูแลและป้องกันอย่างเหมาะสม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยด้านพฤติกรรมการกลั่นแกล้งหรือรังแกกัน และการประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) ที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดหนึ่งเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ด้วยรูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 273 คน จากนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 12-15 ปี สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified cluster sampling) เก็บข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและแบบวัดความคิดฆ่าตัวตาย (PHQ-A) แบบประเมินพฤติกรรมถูกรังแกหรือถูกกลั่นแกล้ง และแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression) และแสดงขนาดความสัมพันธ์ในรูปแบบ adjusted odds ratio (aOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้นใกล้เคียงกัน อาศัยอยู่กับบิดามารดามากที่สุด ร้อยละ 49.1 พฤติกรรมถูกรังแกหรือกลั่นแกล้งที่พบมากที่สุดคือ การถูกพูดหยาบคายหรือถูกล้อเลียน จนทำให้เกิดความรู้สึกเสียใจหรือทุกข์ใจ ร้อยละ 57.6 มักถูกรังแกจากเพื่อนในห้องเรียน ร้อยละ 47.6 และมีการถูกรังแกทางโซเชียลมีเดียผ่านทาง Instagram มากที่สุด ร้อยละ 12.1 ผลการประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 11.3 และพบความชุกของความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 28.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียน ได้แก่ การถูกรังแกหรือกลั่นแกล้งจากคนในครอบครัว (aOR = 11.16, 95% CI = 1.72-72.36), การมีคะแนนรวมพฤติกรรม SDQ ในระดับมีปัญหา (aOR = 7.61, 95% CI = 2.53-22.92) ถูกพูดหยาบคายหรือถูกล้อเลียน จนทำให้เกิดความรู้สึกเสียใจหรือทุกข์ใจ (aOR = 3.39, 95% CI = 1.46-7.85) และการมีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอเพียง (aOR = 3.01, 95% CI = 1.49-6.11)

ดังนั้น การบูรณาการมาตรการเฝ้าระวังพฤติกรรมการกลั่นแกล้งรังแกกันในโรงเรียน ด้วยการใช้แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ) เป็นเครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิต ควบคู่กับการส่งเสริมทักษะการรับมือเมื่อถูกกลั่นแกล้ง และการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว จะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น

คำสำคัญ: ความคิดฆ่าตัวตาย, การกลั่นแกล้งรังแกกัน, จุดแข็งและจุดอ่อน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเพศหญิง



Abstract

Suicide is a major public health problem globally and in Thailand, particularly among children and adolescents, with an increasing trend in recent year. Suicidal ideation is an important warning sign that may lead to suicide attempts and death if appropriate prevention and intervention measures are not adequately implemented. This study aimed to investigate the prevalence of suicidal ideation and its associated factors, including bullying behaviors and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores, among female lower secondary school students in a province in the lower northern region of Thailand. A cross-sectional study was conducted among 273 female students aged 12–15 years, selected using stratified cluster sampling. Data were collected through self-administered questionnaires, including demographic characteristics, the Patient Health Questionnaire–Adolescent version (PHQ-A) for depressive symptoms and suicidal ideation, a bullying behavior assessment, and the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Data were analyzed using descriptive statistics, and factors associated with suicidal ideation were examined using multivariable binary logistic regression. The results were presented as adjusted odds ratios (aORs) with 95% confidence intervals (95% CIs). The results indicated that most participants lived with their parents (49.1%). The most common form of bullying was verbal abuse or teasing that caused emotional distress (57.6%), primarily occurring among classmates (47.6%). Cyberbullying was most frequently reported via Instagram (12.1%). Regarding SDQ results, 11.3% of participants had total difficulty scores at a problematic level. The prevalence of suicidal ideation was 28.2%. Factors significantly associated with suicidal ideation included being bullied by family members (aOR = 11.16, 95%CI= 1.72-72.36), having SDQ total difficulty scores at a problematic level (aOR =7.61, 95%CI= 2.53-22.92), experiencing verbal abuse or teasing causing emotional distress (aOR =3.39 , 95%CI= 1.46-7.85), and having insufficient family income (aOR =3.01, 95%CI=1.49-6.11).

Therefore, bullying surveillance systems in schools should be implemented using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a mental health screening tool, along with promoting coping skills to manage bullying from others. Utilizing and enhancing positive family relationships should be promoted to prevent and reduce the risk of suicidal ideation among female lower secondary school students.

Keywords: suicidal ideation, bullying, strengths and difficulties, female lower secondary school students



การถูกกลั่นแกล้งรังแก ปัญหาทางพฤติกรรมและความคิดฆ่าตัวตาย ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย (Bullying, Behavioral Problems, and Suicidal Ideation among Female Lower Secondary School Students in a Province in Lower Northern Thailand)

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและประเทศไทย จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) รายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 727,000 คน และในกลุ่มอายุ 15–29 ปี การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับต้นๆ ของโลก โดยมากกว่าร้อยละ 73 ของการฆ่าตัวตายทั่วโลกเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 7.38 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากถึง 4,806 คน (กรมสุขภาพจิต, 2567) นอกจากนี้ จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยเรียนอายุ 15–19 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด และพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและนักเรียนนักศึกษา (กรมสุขภาพจิต, 2566) ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังและการสำรวจสุขภาพจิตยังชี้ให้เห็นว่า เด็กและเยาวชนเริ่มมีความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตายตั้งแต่อายุ 5–14 ปี หากไม่ดำเนินการค้นหาและเฝ้าระวังตั้งแต่ระยะเริ่มแรก อาจนำไปสู่พฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่รุนแรงมากขึ้นได้ อีกทั้งการฆ่าตัวตายยังส่งผลให้เกิดการสูญเสียปัญหาและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในระดับสูง สะท้อนถึงภาระด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ (กรมสุขภาพจิต, 2565)

การฆ่าตัวตาย (Suicide) หรืออัตวินิบาตกรรม หมายถึง การกระทำที่บุคคลจงใจทำลายชีวิตของตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การรับประทานยาเกินขนาด การใช้อาวุธ การใช้ผ้าหรือเชือกเพื่อรัดคอ รวมถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยเจตนา ไม่ว่าจะมีความตั้งใจที่จะเสียชีวิตหรือไม่ก็ตาม โดยกระบวนการของการฆ่าตัวตายสามารถจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) ทั้งนี้ความคิดฆ่าตัวตายถือเป็นภาวะทางจิตใจที่บุคคลมีความคิด ความตั้งใจ หรือการพิจารณาที่จะทำร้ายตนเองจนถึงแก่ชีวิต ซึ่งเป็นสัญญาณเริ่มต้นของกระบวนการอัตวินิบาตกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางทางอารมณ์และจิตใจสูง (World Health Organization, 2023) แม้ว่าความคิดฆ่าตัวตายอาจไม่ได้นำไปสู่การกระทำในทันที แต่หากไม่ได้รับการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่ออารมณ์ด้านชีวิต พัฒนาการทางจิตใจ และคุณภาพชีวิตของบุคคล และมีโอกาสพัฒนาไปสู่การวางแผน การพยายามฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการถูกรังแกหรือกลั่นแกล้ง และปัจจัยด้านปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ โดยปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย ระดับการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ย ความพึงพอใจต่อผลการเรียน และรายได้ของครอบครัว ขณะที่ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการถูกรังแกหรือกลั่นแกล้ง ได้แก่ การถูกกลั่นแกล้งจากบุคคลภายในครอบครัว และการถูกรังแกหรือกลั่นแกล้งจากเพื่อน ส่วนปัจจัยด้านปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น ปัญหาทางอารมณ์ ปัญหาพฤติกรรมเกเร ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมอยู่ไม่สุขหรือขาดสมาธิ ซึ่งสามารถสะท้อน

ผ่านคะแนนแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) เมื่ออยู่ในระดับมีปัญหา ทั้งนี้ ปัจจัยดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อความคิดฆ่าตัวตายผ่านกลไกของการสะสมความเครียด ความรู้สึกโดดเดี่ยว และการขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเพิ่มความเปราะบางทางจิตใจในช่วงวัยรุ่นตอนต้น อันเป็นระยะสำคัญของการพัฒนาการทางอารมณ์และสังคม (Evans et al., 2017; Goodman et al., 2010; Reiss, 2013; Klomek et al., 2010)

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในระดับพื้นที่ พบว่าใน พ.ศ. 2567 สถานการณ์การฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่ของประเทศไทยยังคงเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุข โดยประเทศไทยแบ่งเขตสุขภาพออกเป็นทั้งหมด 13 เขตสุขภาพ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ สำหรับเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดพิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย ตาก และเพชรบูรณ์ พบว่ายังคงมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับการเฝ้าระวัง โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 8.23 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกรมสุขภาพจิตที่กำหนดไว้ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน โดยจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทยเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 9.5 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) แม้จะมีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและดำเนินมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ดังกล่าวยังคงสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ ยังพบรายงานการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มอายุ 5-14 ปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2567) แม้จำนวนจะไม่สูงเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น แต่ทุกรายที่เกิดขึ้นสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก เนื่องจากเด็กในช่วงวัยดังกล่าวยังมีข้อจำกัดด้านทักษะการสื่อสารอารมณ์ การเผชิญความเครียด และการขอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ส่งผลให้ปัญหาทางจิตใจมักแสดงออกผ่านพฤติกรรมมากกว่าการสื่อสารด้วยคำพูด ความคิดฆ่าตัวตายในเด็กจึงถือเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญ เนื่องจากอาจนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และพัฒนาไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ หากไม่ได้รับการเฝ้าระวังและดูแลอย่างทันที่ แม้ว่างานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาอยู่บ้าง แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ขณะที่งานวิจัยในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นยังมีอยู่อย่างจำกัด

นอกจากนี้ การศึกษาส่วนใหญ่มักพิจารณากลุ่มวัยรุ่นโดยรวมทั้งเพศชายและเพศหญิง หรือมุ่งเน้นเฉพาะปัจจัยบางด้าน เช่น ภาวะซึมเศร้าหรือพฤติกรรมเสี่ยงอย่างไรก็ตาม การศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะนักเรียนเพศหญิงในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยบูรณาการปัจจัยด้านการถูกรังแกหรือกลั่นแกล้ง การถูกคุกคามทางไซเบอร์ และปัญหาพฤติกรรมภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย (Interpersonal Theory of Suicide) ยังมีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย เป็นพื้นที่ที่มีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และโครงสร้างครอบครัวที่หลากหลาย รวมถึงมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงความเปราะบางด้านสุขภาพจิตของประชากรในพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ทั้งนี้ ทฤษฎีระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย อธิบายว่าความคิดฆ่าตัวตายเกิดจาก 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น (perceived burdensomeness) และความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (thwarted belongingness) ซึ่งเมื่อเกิดร่วมกันจะเพิ่มความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในบริบทพื้นที่ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยด้านการถูกรังแกหรือกลั่นแกล้ง ปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ และความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดหนึ่งของเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย (Interpersonal Theory of Suicide) ของ Joiner (2005) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยตัวแปรอิสระประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการถูกรังแกหรือกลั่นแกล้ง และปัจจัย

ด้านปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้คาดว่าผลการศึกษจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง การคัดกรอง และการวางแผนป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับบริบทของสถานศึกษาในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความชุกของความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย
- 2) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การถูกลั่นแกล้งรังแก และปัญหาทางพฤติกรรมกับความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับความคิด ฆ่าตัวตาย ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย
- 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการถูกรังแกหรือกลั่นแกล้ง มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย
- 3) ปัจจัยด้านปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดหนึ่ง ในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาคัดขวาง (cross-sectional study) โดยใช้กรอบแนวคิดเชิงวิเคราะห (conceptual framework) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยแบ่งตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เช่น อายุ ระดับชั้นเรียน รายได้ของครอบครัว) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการถูกรังแกหรือกลั่นแกล้ง และปัจจัยด้านจิตสังคม (เช่น คะแนน SDQ) ซึ่งคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (มัธยมศึกษาปีที่ 1-3) ปีการศึกษา 2568 ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย จำนวน 273 คน จาก 4 โรงเรียน โดยเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาและได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิและสุ่มแบบกลุ่ม (stratified cluster sampling) โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยแบ่งชั้นภูมิ (strata) ตามโรงเรียนในพื้นที่ศึกษา ซึ่งเป็นโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย จากนั้นทำการสุ่มเลือกโรงเรียนจำนวน 4 แห่งจากโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่ศึกษาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

ขั้นตอนที่ 2 ภายในแต่ละโรงเรียนที่ได้รับการคัดเลือก ผู้วิจัยใช้ห้องเรียนเป็นหน่วยของการสุ่มแบบกลุ่ม (cluster) โดยทำการสุ่มเลือกห้องเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จากนั้นคัดเลือกนักเรียนหญิงทุกคนในห้องเรียนที่ถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา



นักเรียนที่เข้าร่วมการศึกษาจะต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2568 สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรสำหรับการศึกษากาดัดขวางเพื่อประมาณค่าสัดส่วนในประชากร โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z = 1.96$) ค่าสัดส่วนของความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจากการศึกษาที่เกี่ยวข้อง และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.07 ทั้งนี้ ได้มีการปรับขนาดตัวอย่างโดยคำนึงถึงการสุ่มแบบกลุ่ม (design effect) 2 เท่า และเผื่อการสูญเสียตัวอย่าง 5 % ส่งผลให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายจำนวน 273 คน

ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ยื่นขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. MUPH 2025-181) และได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2568 – 30 มกราคม พ.ศ. 2569 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้งนี้ ผู้ตอบไม่ต้องระบุชื่อ หรือข้อมูลอื่นๆ ที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ พบว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Cronbach's alpha > 0.70) ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ย ความพึงพอใจในเกรดเฉลี่ย และความถี่ในการติดต่อพบปะพูดคุยกับพ่อแม่ ผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นและแบบวัดความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 11 ข้อ ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) ซึ่งพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทย เป็นแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและเหมาะสมสำหรับใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น ข้อคำถามข้อที่ 1–9 เป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการภาวะซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อที่ 10–11 เป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ หากนักเรียนตอบว่า “ใช่” ในข้อใดข้อหนึ่งในข้อที่ 10 หรือ 11 จะถือว่านักเรียนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตาย และควรได้รับการเฝ้าระวังหรือการประเมินเพิ่มเติมด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม แบบประเมิน PHQ-A ประกอบด้วย 9 ข้อ (ข้อ 1–9) ให้คะแนน 0–3 ตามความถี่ของอาการ (0= ไม่เลย, 3=เกือบทุกวัน) คะแนนรวม 0–27 โดยแปลผลเป็น ระดับน้อย (0–4), เล็กน้อย (5–9), ปานกลาง (10–14), ค่อนข้างรุนแรง (15–19) และรุนแรง (20–27) ทั้งนี้ ข้อที่ 9 ใช้ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้คำถามข้อที่ 10 และ 11 เพื่อระบุความคิดฆ่าตัวตายเป็นตัวแปรผลลัพธ์หลัก ขณะที่คำถามข้อที่ 9 ของ PHQ-A ถูกใช้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินภาวะซึมเศร้า และไม่ได้ใช้เป็นเกณฑ์หลักในการจำแนกความคิดฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมถูกรังแกหรือถูกกลั่นแกล้ง จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินประสบการณ์การถูกรังแกหรือกลั่นแกล้งของนักเรียน ประกอบด้วย 3 ส่วน โดยข้อที่ 1–8 พัฒนาโดยโอลเวอุส (Olweus, 1996b) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมบัติ ตาปัญญา (2549) ต้นฉบับประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 42 ข้อ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมถูกรังแกหรือถูกกลั่นแกล้ง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมรูปแบบของการถูกรังแกทั้งทางร่างกาย วาจา และสังคม ข้อที่ 9–10 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของนักเรียนในการถูกกลั่นแกล้ง และการมีความคิดอยากกลั่นแกล้งกลับเพื่อตอบได้ ส่วนข้อที่ 11 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์หรือผ่านสื่อสังคมออนไลน์ การแปลผลแบบประเมินการถูกรังแก (bullying)

แบ่งระดับความถี่ของการถูกรังแกออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยถูกลั่นแก้อยู่เลย ถูกลั่นแก้อยู่ 1-2 ครั้งต่อเดือน ถูกลั่นแก้อยู่เดือนละ 2-3 ครั้ง ถูกลั่นแก้อยู่สัปดาห์ละครั้ง และถูกลั่นแก้อยู่สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ทั้งนี้ นักเรียนที่ถูกจัดว่าเป็น “นักเรียนที่ถูกกลั่นแก้อยู่” คือ นักเรียนที่เคยถูกรังแกมากกว่าหรือเท่ากับเดือนละ 2-3 ครั้ง ขึ้นไป (มากกว่าหรือเท่ากับระดับ 3 ขึ้นไป) ถือว่ามีพฤติกรรมรังแกกัน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมิน The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการวิจัยและได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพในการคัดกรองปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2554; Goodman, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามที่สะท้อนพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยสามารถจำแนกออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1.พฤติกรรมด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ 2.พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น จำนวน 5 ข้อ 3.พฤติกรรมเกรี้ยว/ความประพฤติก้าวร้าว จำนวน 5 ข้อ 4.พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน จำนวน 5 ข้อ 5.พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 5 ข้อ การแปลผลคะแนนแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) ใช้คะแนนปัญหาพฤติกรรมโดยรวม (total difficulties score) ซึ่งได้จากการรวมคะแนนของ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น พฤติกรรมเกรี้ยว/ความประพฤติก้าวร้าว และพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน (ข้อ 1-4) โดยมีช่วงคะแนนรวมตั้งแต่ 0-40 คะแนน ทั้งนี้ การแปลผลระดับปัญหาพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ ระดับเสี่ยง และระดับมีปัญหา โดยคะแนนที่อยู่ในระดับเสี่ยงและระดับมีปัญหาถือเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม หรือประเมินเพิ่มเติมด้านพฤติกรรมและอารมณ์อย่างเหมาะสม

แบบประเมิน Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ฉบับภาษาไทย ใช้ในการประเมินพฤติกรรมและปัญหาทางอารมณ์ของนักเรียน โดยประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมเกรี้ยว ด้านสมาธิ/พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และด้านพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่น คะแนนรวมด้านพฤติกรรมปัญหา (total difficulties score) ได้จากการรวมคะแนน 4 ด้านแรก (ไม่รวมด้านพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่น) โดยสามารถแบ่งระดับได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ปกติ (0-15 คะแนน) กลุ่มเสี่ยง (16-19 คะแนน) และกลุ่มมีปัญหา (20-40 คะแนน) การจัดกลุ่มคะแนนดังกล่าวอ้างอิงตามเกณฑ์มาตรฐานของ SDQ ฉบับภาษาไทย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นใช้การวิเคราะห์แบบสองตัวแปร (bivariate analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติ Chi-square test

ตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.05$ จากการวิเคราะห์แบบสองตัวแปร รวมทั้งตัวแปรที่มีความสำคัญตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎี ถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วย Binary logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย โดยรายงานผลเป็นค่า adjusted odds ratio (aOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ แบบจำลองขั้นสุดท้าย (final model) ได้จากการคัดเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติและมีความเหมาะสมของแบบจำลอง โดยรายงานผลในรูปของ adjusted odds ratio (aOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษา

นักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง จำนวนทั้งสิ้น 273 คน มีอายุระหว่าง 12 – 15 ปี อายุเฉลี่ย 13.60 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.02) และมีสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้นใกล้เคียงกัน ในด้านผลการเรียน พบว่า นักเรียนมีค่าเฉลี่ยของผลการเรียนเฉลี่ย เท่ากับ 3.49 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน=0.41) และมีความพึงพอใจในเกรดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 45.2 นอกจากนี้ นักเรียนส่วนใหญ่ มีการติดต่อกับพ่อแม่กับบิดามารดาทุกวัน ร้อยละ 76.5 สำหรับประวัติการสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 88.5 และร้อยละ 59.3 ตามลำดับ) โดยนักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดามากที่สุด ร้อยละ 49.1 ในด้านพฤติกรรมการถูกรังแกหรือกลั่นแกล้งที่พบมากที่สุดคือ การถูกใช้พุดหยาดคาย ล้อเลียนทำให้เจ็บใจหรือเสียใจ ร้อยละ 57.6 มักถูกรังแกจากเพื่อนในห้องเรียน ร้อยละ 47.6 และมีการถูกรังแกทางโซเชียลผ่านช่องทาง Instagram มากที่สุด ร้อยละ 12.1 ผลการประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 11.3

พบความชุกของความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้ การวิเคราะห์แบบสองตัวแปร (bivariate analysis) ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผลการเรียนเฉลี่ย ความพึงพอใจในเกรดเฉลี่ย รายได้ของครอบครัว ที่เพียงพอต่อค่าครองชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา การถูกรังแกหรือกลั่นแกล้งในบางรูปแบบ การถูกกลั่นแกล้งทางโซเชียลในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และคะแนนรวมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน (SDQ) ดังแสดงในตาราง 1 โดยการถูกรังแกหรือกลั่นแกล้งที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การถูกทำร้ายร่างกาย การถูกพุดหยาดคายหรือถูกล้อเลียนจนทำให้เกิดความรู้สึกเสียใจหรือทุกข์ใจ การถูกเรียกด้วยคำพูดที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติหรือผิวพรรณ การถูกข่มขู่หรือบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่ต้องการ การถูกปล่อยข่าวลือในทางลบ และการถูกใช้คำพูดเชิงเพศที่ทำให้เกิดความอับอาย

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล การถูกกลั่นแกล้งรังแก และผลการประเมินปัญหาทางพฤติกรรมของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น (n=273) โดยใช้สถิติ Chi-square test

ตัวแปร	รวม	ความคิดฆ่าตัวตาย		X^2 , df	p-value
		มี (n = 77)	ไม่มี (n = 196)		
		จำนวน (%)	จำนวน (%)		
ปัจจัยส่วนบุคคล					
ระดับการศึกษา (n=273)				4.880, 2	0.087
มัธยมศึกษาปีที่ 1	106	26 (24.5)	80 (75.5)		
มัธยมศึกษาปีที่ 2	64	25 (39.1)	39 (60.9)		
มัธยมศึกษาปีที่ 3	103	26 (25.2)	77 (74.8)		
ผลการเรียนเฉลี่ย (n=266)				13.507, 2	0.001*
≤ 3.00	35	10 (28.6)	25 (71.4)		
3.01 – 3.50	83	35 (42.2)	48 (48.8)		
3.51 – 4.00	148	29 (19.6)	119 (80.4)		



ตัวแปร	รวม	ความคิดฆ่าตัวตาย		X^2 , df	p-value
		มี (n = 77) จำนวน (%)	ไม่มี (n = 196) จำนวน (%)		
ความพึงพอใจในเกรดเฉลี่ย (n=270)				13.082, 2	0.001*
พึงพอใจเล็กน้อย	71	31 (43.7)	40 (56.3)		
พึงพอใจปานกลาง	122	30 (24.6)	92 (75.4)		
พึงพอใจมาก	77	14 (18.2)	63 (81.8)		
บุคคลที่ปรึกษาอาศัยอยู่ด้วยเป็นหลัก (n=271)				0.570, 2	0.752
พ่อแม่	133	35 (26.3)	98 (73.7)		
พ่อหรือแม่	40	12 (30.0)	28 (70.0)		
ญาติพี่น้อง	98	30 (30.6)	68 (69.4)		
ความถี่ในการติดต่อพบปะพูดคุยกับพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือคนในครอบครัว ใน 1 สัปดาห์(n=272)				2.819, 2	0.244
แทบไม่ได้ติดต่อ	21	9 (42.9)	12 (57.1)		
2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	43	10 (23.3)	33 (76.7)		
ทุกวัน	208	57 (27.4)	151 (72.6)		
ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว ต่อค่าครองชีพ (n=271)				15.523, 2	< 0.001*
ไม่เพียงพอ	10	4 (40.0)	6 (60.0)		
เพียงพอบางครั้ง	113	45 (39.8)	68 (60.2)		
เพียงพอเสมอ	148	27 (18.2)	121 (81.8)		
ประวัติการสูบบุหรี่ ภายใน 1 ปี (n=269)				5.475, 1	0.019*
ไม่เคย	238	60 (25.2)	178 (74.8)		
เคย	31	14 (45.2)	17 (54.8)		
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ภายใน 1 ปี (n=273)				1.651, 1	0.199
ไม่เคย	162	41 (25.3)	121 (74.7)		
เคย	111	36 (32.4)	75 (67.6)		
ปัจจัยด้านพฤติกรรมการณ์การถูกรังแกหรือกลั่นแกล้ง ถูกชก ตะ ดัน ผลักแรงๆ หรือถูกขังไว้ ในห้อง (n=271)				4.450, 1	0.035*
ไม่เคย	245	65 (26.5)	180 (73.5)		
เคย	26	12 (46.2)	14 (53.8)		



ตัวแปร	รวม	ความคิดฆ่าตัวตาย		X^2 , df	p-value
		มี (n = 77) จำนวน (%)	ไม่มี (n = 196) จำนวน (%)		
ถูกขโมยเงิน แยกของ ถูกคนอื่นทำให้ ของเสียหาย (n=271)				2.980, 1	0.084
ไม่เคย	209	54 (25.8)	155 (74.2)		
เคย	62	23 (37.1)	39 (62.9)		
ถูก ใช้พุดหยาบคาย ล้อเลียน ทำให้เจ็บใจหรือเสียใจ (n=269)				22.239, 1	< 0.001*
ไม่เคย	114	15 (13.2)	99 (86.8)		
เคย	155	61 (39.4)	94 (60.6)		
ถูกเรียกด้วยการใช้คำที่ไม่ดีหรือใช้คำพูดที่เกี่ยวข้อง กับเชื้อชาติหรือผิวพรรณ (n=271)				11.690, 1	0.001*
ไม่เคย	201	46 (22.9)	155 (77.1)		
เคย	70	31 (44.3)	39 (55.7)		
ถูกข่มขู่หรือบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ (n=271)				11.086, 1	0.001*
ไม่เคย	209	49 (23.4)	160 (76.6)		
เคย	62	28 (45.2)	34 (54.8)		
ไม่ให้นักเรียนเล่นหรือทำกิจกรรมด้วย ไม่ยอมให้เข้า กลุ่มเพื่อนหรือแกล้งเมินไม่สนใจ (n=270)				3.506, 1	0.061
ไม่เคย	222	58 (26.1)	164 (73.9)		
เคย	48	19 (36.9)	29 (60.4)		
ถูกปล่อยข่าวลือในเรื่องไม่ดี หรือไม่เป็นความจริง (n=271)				12.386, 1	< 0.001*
ไม่เคย	196	44 (22.4)	152 (77.6)		
เคย	75	33 (44.0)	42 (56.0)		
ถูกเรียกด้วยคำพูดที่ไม่ดีที่แสดง ความเห็นหรือทำทางที่ส่อไปใน เรื่องเพศทำให้อับอาย (n=271)				11.713, 1	0.001*
ไม่เคย	232	57 (24.6)	175 (75.4)		
เคย	39	20 (51.3)	19 (48.7)		
พฤติกรรมถูกรังแกหรือกลั่นแกล้ง รุ่นพี่/รุ่นน้อง (n=273)				5.117, 1	0.024*
ไม่เคย	245	64 (26.1)	181 (73.9)		
เคย	28	13 (46.4)	15 (53.6)		



ตัวแปร	รวม	ความคิดฆ่าตัวตาย		X^2 , df	p-value
		มี (n = 77) จำนวน (%)	ไม่มี (n = 196) จำนวน (%)		
คนในครอบครัว (n=273)				8.912, 1	0.003*
ไม่เคย	265	71 (26.8)	194 (73.2)		
เคย	8	6 (75.0)	2 (25.0)		
เพื่อนบ้าน/คนในชุมชน (n=273)				4.482, 1	0.034*
ไม่เคย	267	73 (27.3)	194 (72.7)		
เคย	6	4 (66.7)	2 (33.3)		
การถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ใน 1 เดือนที่ผ่านมา (n=273)				11.175, 1	0.001*
ไม่เคย	225	54 (24.0)	171 (76.0)		
เคย	48	23 (47.9)	25 (52.1)		
การเคยถูกกลั่นแกล้งทางไซเบอร์					
Facebook (n=273)				6.102, 1	0.014*
ไม่เคย	259	69 (26.6)	190 (73.4)		
เคย	14	8 (57.1)	6 (42.9)		
Instagram (n=273)				10.072, 1	0.002*
ไม่เคย	240	60 (25.0)	180 (75.0)		
เคย	33	17 (51.5)	16 (48.5)		
ปัจจัยด้านจิตสังคม					
คะแนนรวมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน (n=266)				40.878, 2	< 0.001*
ปกติ	219	44 (20.1)	175 (79.9)		
เสี่ยง	17	10 (58.8)	7 (41.2)		
มีปัญหา	30	21 (70.0)	9 (30.0)		

หมายเหตุ: *p<0.05

ผลการวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การถูกรังแกหรือกลั่นแกล้งจากคนในครอบครัว (aOR = 11.16, 95% CI= 1.72-72.36), การมีคะแนนรวมพฤติกรรม SDQ ในระดับมีปัญหา (aOR =7.61, 95% CI= 2.53-22.92), การถูกพุดหยาบคายหรือถูกล้อเลียนจนทำให้เกิดความรู้สึกเสียใจหรือทุกข์ใจ (aOR =3.39 , 95% CI= 1.46-7.85) และการมีรายได้ครอบครัวเพียงไม่พอเพียง (aOR =3.01, 95% CI=1.49-6.11) ดังตาราง 2



ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น (n=273) โดยใช้สถิติ Multivariable binary Logistic Regression

ตัวแปร	Crude		Adjusted		p - value
	OR	95% CI	OR	95% CI	
ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว					
ต่อค่าครองชีพ(n=271)					
เพียงพอเสมอ	1.00		1.00		
ไม่เพียงพอ	2.99	0.79 – 11.32	1.19	0.16 – 8.80	0.87
เพียงพอบางครั้ง	2.97	1.69 – 5.20	3.01	1.49 – 6.11	0.002*
ถูก ใช้พุดหยาดคาย ล้อเลียนทำให้เจ็บใจหรือเสียใจ (n=269)					
ไม่เคย	1.00		1.00		
เคย	4.29	2.28 – 8.05	3.39	1.46 – 7.85	0.004*
พฤติกรรมถูกรังแกหรือกลั่นแกล้ง					
คนในครอบครัว (n=273)					
ไม่เคย	1.00		1.00		
เคย	8.20	1.62 – 41.56	11.16	1.72 - 72.36	0.011*
คะแนนรวมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน(SDQ) (n=266)					
ปกติ	1.00		1.00		
เสี่ยง	5.68	2.05-15.77	2.84	0.86 - 9.38	0.086
มีปัญหา	9.28	3.98-21.69	7.61	2.53 - 22.92	<0.001**

หมายเหตุ: * p<0.05 ** p<0.01

อภิปรายผลและสรุป

จากผลการศึกษา พบความชุกของความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย สูงถึงร้อยละ 28.2 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของนักเรียนทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็นที่น่ากังวล เมื่อเปรียบเทียบกับผลสำรวจในระดับประเทศ สอดคล้องกับรายงานของ กรมสุขภาพจิต (2567) ที่พบว่าวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 15–25 โดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิงซึ่งมีความเปราะบางทางอารมณ์สูงและมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชาย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา สุขาว และคณะ (2563) พบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มนักเรียนอยู่ที่ร้อยละ 16.8 โดยพบว่าเด็กผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าเด็กผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งภาวะซึมเศร้ายังมีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียน โดยนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่านักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 48 เท่า (crude OR = 48.53, 95% CI = 12.90–182.65) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ($r = .857$, $p < .01$) ขณะเดียวกัน การศึกษาของ เบญจมาภรณ์ รุ่งแสง และคณะ (2560) ซึ่งศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในจังหวัดหนึ่งตอนกลางของประเทศไทย พบว่าความชุกโดยรวมของความคิดฆ่าตัวตายอยู่ที่ร้อยละ 20.6

หรือประมาณ 1 ใน 5 ของนักเรียนทั้งหมด โดยยังพบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีแนวโน้มเกิดความคิดฆ่าตัวตายมากกว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการรายงาน ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) (Ivey-Stephenson et al., 2020) ที่พบความชุกของความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาสูงถึงร้อยละ 24.1

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า “เพศหญิงวัยรุ่นตอนต้น” เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางเชิงโครงสร้าง (structural vulnerability) มากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงพร้อมกันหลายมิติ ได้แก่ ชีวภาพ (ฮอโมน จิตวิทยา (อัตลักษณ์ตนเอง) และสังคม (ความสัมพันธ์กับเพื่อนและครอบครัว) (Zahn-Waxler et al., 2008) ในเชิงจิตวิทยาพัฒนาการ วัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มใช้กลไกการเผชิญปัญหาแบบ internalizing ได้แก่ การเก็บกดอารมณ์ การคิดวนซ้ำ (rumination) และการตำหนิตนเอง ซึ่งแตกต่างจากเพศชายที่มักใช้ externalizing เช่น ความก้าวร้าว (Patalay & Fitzsimons, 2018) กลไกดังกล่าวทำให้ความเครียดไม่ได้ถูกระบายออก แต่สะสมและทวีความรุนแรงภายใน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวัง ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบหลักของ Interpersonal Theory of Suicide ได้แก่ thwarted belongingness และ perceived burdensomeness (Joiner, 2005) นอกจากนี้ หากพิจารณาในเชิงระบบ (ecological perspective) จะพบว่าความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นหญิงไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เป็นผลจาก “การซ้อนทับของหลายปัจจัย (cumulative risk)” ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ซึ่งทำงานร่วมกันอย่างซับซ้อน

ทั้งนี้ ความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้ในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นตอนต้นซึ่งเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของพัฒนาการทางชีวภาพ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงของฮอโมนในช่วงวัยดังกล่าว อาจส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์และการตอบสนองต่อความเครียด ขณะเดียวกัน แรงกดดันจากบริบททางสังคม ความคาดหวังด้านบทบาททางเพศ และความสำเร็จ ล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเปราะบางทางจิตใจและอาจนำไปสู่การเกิดความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงนอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าบางตัวแปรมีความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval) ค่อนข้างกว้าง โดยเฉพาะตัวแปรการถูกรังแกจากคนในครอบครัว ซึ่งอาจสะท้อนถึงความไม่แน่นอนของค่าประมาณ เนื่องจากจำนวนตัวอย่างในบางกลุ่มย่อยมีขนาดเล็ก หรือมีจำนวนเหตุการณ์ค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ค่าประมาณมีความแปรปรวนสูง ทั้งนี้ แม้ว่าผลการวิเคราะห์ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ควรตีความผลด้วยความระมัดระวัง และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นในอนาคต

ปัจจัยส่วนบุคคล

การมีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอเพียง มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ โดยครอบครัวนักเรียนที่มีรายได้ครอบครัวเพียงไม่เพียงพอเพียง มีโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มนักเรียนที่มีรายได้ครอบครัวเพียงพอเสมอ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า สถานะความไม่แน่นอนทางเศรษฐกิจ (economic insecurity) ส่งผลกระทบต่อจิตใจวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของ Sargeant et al., 2016 ที่ระบุว่า ความผันผวนของรายได้นำไปสู่ความเครียดเรื้อรังภายในครัวเรือน ซึ่งรบกวนบรรยากาศการเรียนรู้มากกว่าสถานะความยากจนคงที่และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัศร มีสุข และคณะ (2566) ที่พบว่า ความกังวลต่อสถานะทางการเงินของครอบครัวในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าในเยาวชนไทย นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับการศึกษาของ Wickham et al., 2020 ที่พบว่า ความเหลื่อมล้ำและการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นอย่างสม่ำเสมอส่งผลต่อความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ของนักเรียนมัธยมต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มรับรู้ถึงภาระและความกดดันทางเศรษฐกิจของบิดามารดา เมื่อพิจารณาในบริบทของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สถานะความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัวยังส่งผล

กระทบที่ลึกซึ้งและมีลักษณะเฉพาะเจาะจงทางเพศสภาพ ซึ่งสามารถอธิบายผ่าน "แบบจำลองความเครียดในครอบครัว" (Family Stress Model) ของ Conger และ Conger (2002) โดยพบว่า ความกดดันทางการเงินจะส่งผ่านความเครียดไปยังบิดามารดา ทำให้บรรยากาศในบ้านมีความตึงเครียดและลดทอนการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยธรรมชาติแล้ว วัยรุ่นหญิงตอนต้นจะมีความไวต่อความรู้สึก (emotional sensitivity) และมีแนวโน้มที่จะยึดโยงความมั่นคงทางอารมณ์ของตนเองเข้ากับบรรยากาศในครอบครัวสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ponnet (2014) และ Bøe et al., 2014 ที่พบว่า เมื่อเด็กผู้หญิงรับรู้ถึงความยากลำบากทางการเงินในครอบครัว มักจะตอบสนองด้วยการ "ซึมซับปัญหาไว้ภายใน" (internalizing problems) เช่น การเกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกผิดที่คิดว่าตนเองเป็นภาระทางการเงินของพ่อแม่ การแบกรับภาระทางอารมณ์ (emotional burden) อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นกลไกสำคัญที่เร่งให้ความเครียดทางเศรษฐกิจพัฒนาไปสู่ความรู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงมัธยมต้นได้อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้การศึกษาของ Nolen-Hoeksema (2001) ยังอธิบายว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มตอบสนองต่อความเครียดด้วยการหมกมุ่นกับปัญหาและอารมณ์เชิงลบมากกว่าการหาทางแก้ไข ส่งผลให้ความเครียดสะสมและยึดเยื้อในบริบทของครอบครัวที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ วัยรุ่นหญิงมักเกิด "การรับรู้เชิงลบต่อตนเอง" เช่น ความรู้สึกผิด ความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ หรือความรู้สึกด้อยค่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด perceived burdensomeness ในทฤษฎี Interpersonal Theory of Suicide (Joiner, 2005) โดยความรู้สึกดังกล่าวอาจเกิดจากการที่เด็กผู้หญิงมีความไวต่อสัญญาณทางอารมณ์ของผู้ปกครอง เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้า หรือความขัดแย้งในครอบครัว นอกจากนี้ งานวิจัยของ Rudolph (2002) และ Leadbeater et al. (1999) ยังพบว่า เด็กผู้หญิงมีแนวโน้มพัฒนา "interpersonal stress sensitivity" สูง กล่าวคือ มีความไวต่อความตึงเครียดในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งทำให้ปัญหาทางเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อบรรยากาศในครอบครัว ถูกตีความเป็นปัญหาทางอารมณ์ของตนเองได้ง่ายขึ้น และ Evans และ Cassells (2014) อธิบายว่า เด็กและวัยรุ่นที่เติบโตในครอบครัวที่มีความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจจะเผชิญกับ "toxic stress" หรือความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลต่อการพัฒนาระบบประสาทและการควบคุมอารมณ์ ซึ่งในเพศหญิงอาจแสดงออกในรูปของภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายมากกว่า เมื่อพิจารณาพร้อมกับผลการศึกษานี้ จึงอาจอธิบายได้ว่า ความไม่เพียงพอของรายได้ครอบครัวไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อความคิดฆ่าตัวตายเท่านั้น แต่ส่งผลผ่าน "กลไกทางอารมณ์และการรับรู้ของเพศหญิง" ได้แก่ การซึมซับความเครียดในครอบครัว การคิดวนซ้ำ การรู้สึกเป็นภาระ และการประเมินคุณค่าตนเองในเชิงลบ ซึ่งล้วนเป็นเส้นทางสำคัญ (psychological pathway) ที่นำไปสู่ความสิ้นหวังและความคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้น ในกลุ่มนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจครอบครัวจึงควรถูกมองว่าเป็น "ปัจจัยเสี่ยงเชิงโครงสร้างที่แฝงด้วยกลไกทางอารมณ์เฉพาะเพศ" ซึ่งจำเป็นต้องมีมาตรการช่วยเหลือที่ครอบคลุมทั้งในระดับครอบครัวและระดับโรงเรียน เช่น การเสริมสร้างทักษะการจัดการอารมณ์ (emotional regulation) การลดการคิดวนซ้ำ และการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันไม่ให้ความเครียดทางเศรษฐกิจพัฒนาไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงในระยะยาว

ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรถูกรังแกหรือกลั่นแกล้ง

การถูกใช้พุดหยาบคาย ล้อเลียนทำให้เจ็บใจหรือเสียใจ มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ โดยนักเรียนที่เคยถูกใช้พุดหยาบคาย ล้อเลียนทำให้เจ็บใจหรือเสียใจ มีโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มนักเรียนที่ไม่เคยถูกระทำซึ่งการกลั่นแกล้งทางวาจา (verbal bullying) มิใช่เพียงพฤติกรรมที่ดูเหมือนไม่รุนแรง แต่สามารถส่งผลกระทบเชิงลึกต่อโครงสร้างทางจิตใจของวัยรุ่นหญิง โดยเฉพาะในด้านความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) และการ

รับรู้คุณค่าแห่งตน (self-worth) เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองถูกบั่นทอนอย่างต่อเนื่อง อาจนำไปสู่ความรู้สึกด้อยค่า ความโดดเดี่ยว และความสิ้นหวัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hinduja & Patchin (2018) ที่พบว่า การถูกกลั่นแกล้งทางวาจาเป็นตัวพยากรณ์สำคัญของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายในเพศหญิง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Alvis et al., 2023 ที่ว่าการถูกด่าทอด้วยถ้อยคำรุนแรงส่งผลกระทบต่อการตอบสนองต่อความเครียดในระดับระบบประสาทของวัยรุ่น ทำให้ความสามารถในการจัดการปัญหาลดลงจนนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด เมื่อวิเคราะห์ถึงกลไกไปในบริบทของ "นักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น" ซึ่งอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 12-15 ปี พบว่าเป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของการพัฒนาอัตลักษณ์ที่ให้ความสำคัญกับการเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อนสูงที่สุด การถูกล้อเลียนหรือใช้คำพูดหยาบคายจึงไม่ได้เป็นเพียงการทำร้ายความรู้สึกผิวเผิน แต่เป็นการทำลายสถานะทางสังคมโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Fredrick และ Demaray (2018) ที่ระบุว่า วัยรุ่นหญิงตอนต้นมีความเปราะบางต่อการถูกกลั่นแกล้งทางวาจา เนื่องจากการโจมตีด้วยคำพูดจะไปกระตุ้นความรู้สึกถูกกีดกันออกจากกลุ่ม ซึ่งเป็นภัยคุกคามทางอารมณ์ที่ร้ายแรงที่สุดสำหรับเด็กผู้หญิงวัยนี้นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Arango, Opperman, Gipkocha, & King (2019) ที่พบว่า การถูกล้อเลียนและลดทอนคุณค่าอย่างต่อเนื่องในนักเรียนหญิงระดับมัธยมต้น จะเร่งให้เกิดการประเมินตนเองในเชิงลบ และกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวไร้ที่พึ่ง ซึ่งเป็นตัวแปรส่งผ่านสำคัญที่เปลี่ยนจากความเครียดทั่วไปให้กลายเป็นความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด

การถูกรังแกหรือกลั่นแกล้งจากคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ โดยนักเรียนที่เคยถูกรังแกหรือกลั่นแกล้งจากบุคคลในครอบครัว มีโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มนักเรียนที่ไม่เคยถูกรังแก สะท้อนให้เห็นว่า ครอบครัวซึ่งควรเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ อาจกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพจิต เมื่อมีความรุนแรงหรือการลดคุณค่าเกิดขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องทฤษฎีระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย (Interpersonal Theory of Suicide) ของ Thomas Joiner (2005) ซึ่งอธิบายว่า ความรู้สึกโดดเดี่ยว และการรับรู้ถึงการขาดการยอมรับจากบุคคลใกล้ชิด (thwarted belongingness) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่เอื้อต่อการก่อตัวของความคิดฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นที่ครอบครัวทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์หลัก หากบริบทครอบครัวไม่สามารถตอบสนองบทบาทดังกล่าวได้ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ความรุนแรงทางวาจา การตำหนิอย่างรุนแรง หรือการลดคุณค่าของเด็กอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ความเปราะบางทางจิตใจของวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความรุนแรงในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ ความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่น (Holt et al., 2015; Liu et al., 2018) เมื่อพิจารณาเฉพาะนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าผลกระทบจากการถูกรังแกในครอบครัวมีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากเพศหญิงมีแนวโน้มพึ่งพาความสัมพันธ์ทางอารมณ์กับครอบครัวสูง และมักตอบสนองต่อความเครียดด้วยรูปแบบการซึมซับปัญหาไว้ภายใน (internalizing) เช่น การตำหนิตนเอง การคิดวนซ้ำ และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตาย (Chan & Wong, 2015; Zahn-Waxler et al., 2008; Patalay & Fitzsimons, 2018) โดยเฉพาะเมื่อเกิดร่วมกับปัจจัยครอบครัว จะยิ่งเพิ่มระดับความทุกข์ทางอารมณ์และความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ (Nuñez-Fadda et al., 2022) นอกจากนี้วัยรุ่นหญิงให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationships) และการยอมรับทางสังคม (social acceptance) เป็นองค์ประกอบหลักของการสร้างอัตลักษณ์ (identity formation) ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น (Rose & Rudolph, 2006) งานวิจัยของ Crick และ Grotpeter (1995) อธิบายว่า การกลั่นแกล้งในกลุ่มเด็กผู้หญิงมักอยู่ในรูปแบบ "relational aggression" เช่น การนินทา การกีดกันออกจากกลุ่ม หรือการทำลายความสัมพันธ์ ซึ่งแม้จะไม่แสดงออกทางกายภาพ แต่มีผลกระทบทางจิตใจที่ลึกและยาวนานกว่า โดยเฉพาะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-worth) และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (sense of belonging) ในบริบทนี้ การถูก

พุดหยาดคายหรือถูกล้อเลียนจนทำให้เกิดความรู้สึกเสียใจหรือทุกข์ใจจึงสามารถถูกตีความโดยนักเรียนหญิงว่าเป็น “การปฏิเสธทางสังคม” (social rejection) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของ social pain ที่มีผลต่อสมองในลักษณะเดียวกับความเจ็บปวดทางกาย (Eisenberger et al., 2003) และเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยว (thwarted belongingness) ตามแนวคิดของ Joiner (2005) นอกจากนี้ Hankin และ Abramson (2001) ยังเสนอว่า วัยรุ่นหญิงมีความเสี่ยงสูงต่อการพัฒนา “cognitive vulnerability” โดยเฉพาะการตีความเหตุการณ์เชิงลบในลักษณะเหมารวมกับตนเอง (negative attributional style) เช่น เมื่อถูกล้อเลียนอาจตีความว่า “ตนเองไม่มีคุณค่า” หรือ “ไม่มีใครยอมรับ” ซึ่งจะนำไปสู่ความคิดเชิงลบซ้ำๆ และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย อีกทั้งงานวิจัยของ Prinstein et al. (2001) พบว่า วัยรุ่นหญิงที่ถูกเพื่อนปฏิเสธหรือถูกลั่นแกล้ง มีแนวโน้มเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูง โดยมี “ความรู้สึกโดดเดี่ยว” เป็นตัวแปรส่งผ่านสำคัญ (mediator) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้อย่างชัดเจน เมื่อเชื่อมโยงกับผลการศึกษานี้ จะเห็นได้ว่า การถูกลั่นแกล้งทางวาจาในนักเรียนหญิงไม่ได้เป็นเพียง “เหตุการณ์เชิงพฤติกรรม” แต่เป็น “ประสบการณ์ทางอารมณ์ที่มีความหมายเชิงลบต่ออัตลักษณ์ตนเอง” ซึ่งส่งผลให้เกิดวงจรของ การประเมินตนเองในเชิงลบ (negative self-evaluation) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (loneliness) ความรู้สึกไร้คุณค่า (worthlessness) และพัฒนาไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด ในส่วนของ “การถูกรังแกจากครอบครัว” เมื่อวิเคราะห์ในมิติของเพศหญิง จะพบว่ามี ความรุนแรงในเชิงผลกระทบมากยิ่งขึ้น เนื่องจากครอบครัวเป็น “ฐานความสัมพันธ์หลัก” (primary attachment system) ของเด็กผู้หญิง (Gilligan, 1982) การถูกทำร้ายหรือถูกลดคุณค่าจากบุคคลในครอบครัวจึงมีผลต่อ self-concept อย่างลึกซึ้ง

ดังนั้น ในกลุ่มนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น การถูกรังแกไม่ว่าจะจากเพื่อนหรือครอบครัวจึงควรถูกมองว่าเป็น “ปัจจัยเสี่ยงเชิงความสัมพันธ์ (relational risk factor)” ที่มีความเฉพาะเจาะจงทางเพศ และมีผลกระทบต่อโครงสร้างทางอารมณ์และอัตลักษณ์ของเด็กผู้หญิงอย่างลึกซึ้ง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและแทรกแซงอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน

ปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์

การมีคะแนนรวมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ในระดับมีปัญหาความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ โดยนักเรียนที่มีคะแนนรวมพฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมีปัญหาโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่านักเรียนที่มีพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางด้านสุขภาพจิตของนักเรียนที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์หลายด้านร่วมกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Evans et al., 2017 ที่พบว่า ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมในเด็กและวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ O'Reilly et al., 2021 ที่พบว่าคะแนนแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (SDQ) ในระดับผิดปกติเป็นตัวบ่งชี้ความเสี่ยงสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตายในบริบทของโรงเรียน ในเชิงกลไก วัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบ “ซึมซับปัญหาไว้ภายใน” หรือ internalizing problems เช่น การคิดวนซ้ำ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ความเครียดถูกสะสมภายในมากกว่าการแสดงออกภายนอก (Patalay & Fitzsimons, 2018; Zahn-Waxler et al., 2008) โดยเฉพาะกลไก การคิดวนเวียน (rumination) ซึ่งพบได้สูงในเพศหญิง กล่าวคือ มีการคิดซ้ำเกี่ยวกับปัญหาและอารมณ์เชิงลบโดยไม่สามารถหาทางออกได้ ซึ่งส่งผลให้ความเครียดคงอยู่เป็นเวลานานและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย Hankin และ Abramson (2001) ยังเสนอว่า เพศหญิงมีความเปราะบางทางความคิด (cognitive vulnerability) สูง โดยเฉพาะการตีความเหตุการณ์เชิงลบในลักษณะเหมารวมกับตนเอง (negative attributional style) เช่น มองว่าตนเองล้มเหลวหรือไม่มีคุณค่า ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่

เชื่อมโยงปัญหาทางอารมณ์ไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย ในด้านการประเมินด้วย SDQ การที่นักเรียนหญิงมีคะแนนรวมอยู่ในระดับ “มีปัญหา” ไม่ได้สะท้อนเพียงพฤติกรรมที่ผิดปกติ แต่สะท้อนถึง “ภาวะทุกข์ทางอารมณ์สะสม (cumulative emotional distress)” ที่เกิดจากหลายด้านพร้อมกัน เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาทางอารมณ์ และปัญหาการปรับตัว (Goodman et al., 1998) นอกจากนี้ Essau et al. (2010) พบว่า วัยรุ่นหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าหรือความวิตกกังวลร่วมกับปัญหาพฤติกรรมอื่น จะมีความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่มีปัญหาเพียงด้านเดียว แสดงให้เห็นถึง “ผลกระทบของการสะสมความเสี่ยง (risk accumulation)” โดยในด้านเชิงพัฒนาการ Rudolph (2009) อธิบายว่า วัยรุ่นหญิงมีความไวต่อความเครียดทางอารมณ์ (emotional reactivity) สูง และมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (emotional regulation) ต่ำกว่าเมื่อเผชิญกับสถานการณ์กดดัน ส่งผลให้ปัญหาทางอารมณ์มีแนวโน้มทวีความรุนแรงได้ง่าย เมื่อเชื่อมโยงกับ Interpersonal Theory of Suicide (Joiner, 2005) จะเห็นว่า ปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ในเพศหญิงทำงานผ่านกลไกสำคัญ 2 ประการ ได้แก่

1. การเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Thwarted Belongingness) จากการเก็บตัวและการที่ไม่สามารถเชื่อมโยงกับผู้อื่น

2. การรับรู้ว่าเป็นภาระ (Perceived Burdensomeness) จากการประเมินตนเองในเชิงลบ

กลไกทั้งสองนี้เมื่อเกิดร่วมกัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ ในบริบทของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งอยู่ในช่วงที่ระบบการควบคุมอารมณ์ยังพัฒนาไม่เต็มที่ และยังขาดทักษะในการจัดการความเครียด ปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์จึงมีแนวโน้มถูก “เก็บสะสม” มากกว่าการแสดงออก ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อ suicidal ideation เพิ่มขึ้นโดยไม่ปรากฏสัญญาณเตือนที่ชัดเจน

ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่า SDQ ไม่ได้เป็นเพียงเครื่องมือคัดกรองทั่วไป แต่สามารถใช้เป็น “ตัวชี้วัดเชิงโครงสร้างของความเปราะบางทางจิตใจในเพศหญิง” โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาหลายด้านร่วมกัน ซึ่งควรได้รับการเฝ้าระวังและการช่วยเหลือเชิงรุก เช่น การพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ (emotional regulation skills) การลดการคิดวนเวียน (rumination) และการสร้างความเชื่อมโยงทางสังคม เพื่อป้องกันไม่ให้อาการดังกล่าวพัฒนาไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรบูรณาการระบบเฝ้าระวังและป้องกันการถูกรังแกหรือกลั่นแกล้งในสถานศึกษาอย่างเป็นระบบ โดยให้ครูประจำชั้น ครูแนะแนว และบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีบทบาทร่วมกันในการเฝ้าระวัง ตรวจพบ และให้ความช่วยเหลือนักเรียนกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่วัยเริ่มแรก เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

- 2) ควรส่งเสริมให้โรงเรียนนำแบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) มาใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิตนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อจำแนกนักเรียนที่มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรม และเชื่อมโยงการดูแลกับระบบบริการสุขภาพจิตในพื้นที่อย่างเหมาะสม

- 3) โรงเรียนควรส่งเสริมทักษะชีวิตของนักเรียน โดยเฉพาะทักษะการจัดการอารมณ์ การรับมือกับความเครียด และการขอความช่วยเหลือ ควบคู่กับการเสริมสร้างบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนทางอารมณ์และการสื่อสารเชิงบวก เพื่อเพิ่มปัจจัยคุ้มครองทางจิตใจและลดความเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น



ข้อจำกัดของการศึกษา

1) การศึกษานี้ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดหนึ่งของภาคเหนือตอนล่าง ดังนั้น ผลการศึกษานี้ จึงอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิง (generalize) ได้ทั้งหมด การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมนักเรียนชาย นักเรียนที่มีความหลากหลายทางเพศ และช่วงชั้นอื่น รวมถึงพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เนื่องจากปัจจัยด้านเพศสภาพและบริบททางสังคมอาจส่งผลต่อรูปแบบการตอบสนองต่อการถูกกลั่นแกล้งแตกต่างกัน

2) ข้อมูลจากการศึกษาภาคตัดขวาง ข้อมูลจากการศึกษาภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุและผลระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรดำเนินการในรูปแบบการติดตามผลระยะยาว (longitudinal study) เพื่อประเมินทิศทางการสัมพันธ์และเพิ่มความชัดเจนในการอธิบายความเป็นเหตุเป็นผลระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับความคิดฆ่าตัวตาย

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2554). แบบประเมินจุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2566). สถานการณ์การพยายามฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองของวัยรุ่นไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2567). รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2567). สถานการณ์ความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมเสี่ยงทางจิตใจของวัยรุ่นไทยหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

เบญจมาภรณ์ รุ่งแสง และนุจรีย์ ไชยมงคล. (2560). ความชุกของความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษาในประเทศไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 12(1), 31–35.

ประภัสสร มีสุข, กาญจนา พรหมสุวรรณ, และอรพรรณ สังข์ทอง. (2566). ความกังวลต่อสถานะทางการเงินของครอบครัวและภาวะซึมเศร้าในเยาวชนไทยช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ. วารสารสาธารณสุข, 53(3), 321–334.

วิไลลักษณ์ ลักษณะมีวนิชย์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตและกลไกการเผชิญความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 31(2), 123–138.

สมบัติ ตาปัญญา. (2553). พฤติกรรมการรังแกกันในนักเรียนไทย: การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัด. วารสารครุศาสตร์, 38(3), 45–60.

สุพัทธรา สุขาวห, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, ฤกษ์สิทธิ์ เพียรทอง, สุภาภรณ์ ทองเบญจมาศ, และพลับพลึง หาสุข. (2563). ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 65(1), 15–24.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2558). วัยรุ่นกับการพัฒนาทางอารมณ์และสังคม. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.



- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2567. จาก <https://healthkpi.moph.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและการพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
- Alvis, L., Douglas, K. S., & Wekerle, C. (2023). Verbal abuse, stress reactivity, and adolescent mental health: Neurobiological pathways linking emotional maltreatment and self-harm ideation. *Development and Psychopathology*, 35(2), 1–14. <https://doi.org/10.1017/S0954579422001068>
- Arango, A., Opperman, K. J., Gipkocha, J., & King, C. A. (2019). Suicidal ideation and suicide attempts among youth who report bullying victimization, bullying perpetration and/or low social connectedness. *Journal of Adolescence*, 76, 19–29. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.08.001>
- Bøe, T., Sivertsen, B., Heiervang, E., Goodman, R., Lundervold, A. J., & Hysing, M. (2014). Socioeconomic status and child mental health. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 705–715. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9818-9>
- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66(3), 710–722. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00900.x>
- Chan, H. C., & Wong, D. S. (2015). The crossover effect of school bullying and family violence. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 13(3), 254–273. <https://doi.org/10.1177/1541204014566164>
- Conger, R. D., & Conger, K. J. (2002). Resilience in Midwestern families. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 361–373. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00361.x>
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643), 290–292. <https://doi.org/10.1126/science.1089134>
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Olaya, B., & Seeley, J. R. (2010). Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders*, 127(1–3), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.033>
- Evans, G. W., & Cassells, R. C. (2014). Childhood poverty, cumulative risk exposure, and mental health in emerging adults. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 287–296. <https://doi.org/10.1177/2167702613501496>
- Evans, R., White, J., Turley, R., Slater, T., Morgan, H., & Strange, V. (2017). Comparison of suicide and self-harm rates. *Journal of Adolescent Health*, 61(6), 713–723. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.001>
- Fredrick, S. S., & Demaray, M. K. (2018). Peer victimization and suicidal ideation. *Journal of School Psychology*, 67, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2017.09.002>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.



- Golombok, S., Zadeh, S., Imrie, S., Smith, V., & Freeman, T. (2016). Single mothers by choice. *Journal of Family Psychology*, 30(4), 409–418. <https://doi.org/10.1037/fam0000188>
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125–130.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the SDQ. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The SDQ: A pilot study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125–130.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127(6), 773–796.
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2018). Cyberbullying and suicide. *Journal of School Violence*, 17(4), 1–14. <https://doi.org/10.1080/15388220.2017.1387132>
- Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., et al. (2015). Bullying and suicidal ideation. *Pediatrics*, 135(2), e496–e509. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1864>
- Ivey-Stephenson, A. Z., Demissie, Z., Crosby, A. E., et al. (2020). Youth Risk Behavior Survey. *MMWR Supplements*, 69(1), 47–55. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su6901a6>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Klomek, A. B., Sourander, A., & Gould, M. (2010). Suicide and bullying. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 282–288.
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., et al. (2010). Bullying and suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 473–482.
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35(5), 1268–1282.
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and self-injury. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 51–64. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-3)
- Nuñez-Fadda, S. M., Castro-Castañeda, R., Vargas-Jiménez, E., et al. (2022). Bullying and suicidal ideation. *Children*, 9(5), 747. <https://doi.org/10.3390/children9050747>
- McLaughlin, K. A., Costello, E. J., Leblanc, W., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2012). Socioeconomic status and adolescent mental disorders. *American Journal of Public Health*, 102(9), 1742–1750. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300477>
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173–176. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00142>



- Olweus, D. (1996). The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior*, 22(1), 1–15.
- O'Reilly, M., Sviryzdenka, N., Adams, S., & Dogra, N. (2021). Mental health promotion in schools. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3159.
- Patalay, P., & Fitzsimons, E. (2018). Mental ill-health development. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(12), 1311–1323. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1604-0>
- Ponnet, K. (2014). Financial stress and adolescent behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(10), 1752–1769.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. D., & Grapentine, W. L. (2000). Peer functioning, family dysfunction, and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 392–405. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2903_10
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health. *Social Science & Medicine*, 90, 24–31.
- Rose, A. J., & Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes. *Psychological Bulletin*, 132(1), 98–131. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.98>
- Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 30(4 Suppl.), 3–13. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(01\)00383-4](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00383-4)
- Rudolph, K. D. (2009). The interpersonal context of adolescent depression. *Development and Psychopathology*, 21(1), 213–234. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000125>
- Wickham, S., Anwar, E., Barr, B., Law, C., & Taylor-Robinson, D. (2020). Poverty and mental health. *BMJ Paediatrics Open*, 4(1), e000728.
- World Health Organization. (2023). *Suicide worldwide in the 21st century*. Geneva: WHO.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275–303.



ความครอบคลุมของการรับวัคซีนป้องกันโรคหัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในเด็กข้ามชาติอายุ 2-6 ปี ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร

(Coverage of Measles Vaccination and Associated Factors among Migrant Children
Aged 2-6 years in Bangkok Metropolitan Administration)

โดย

อินทอร รัชตเศรษฐกุล*, จิราลักษณ์ นนทารักษ์†, สันต์ สุวรรณมณี‡,
โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์§ และ สุคนธา ศิริ**

* นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดต่อและวิทยาการระบาดทางการแพทย์ สาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

† ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

‡ อาจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

§ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

โรคหัดเป็นหนึ่งในโรคติดต่อทางเดินหายใจที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราการแพร่เชื้อสูงมาก และมีโอกาสทำให้เสียชีวิตในกลุ่มเด็กเล็ก หรือผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค ปัจจุบันพบว่าโรคหัดยังมีการแพร่ระบาดในหลายพื้นที่ การป้องกันที่ดีที่สุดคือการเสริมวัคซีนกับประชากรทุกกลุ่มที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม พบว่า รายงานการเข้ารับวัคซีนเด็กข้ามชาติในพื้นที่กรุงเทพมหานครยังมีจำกัด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความครอบคลุมวัคซีนโรคหัดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนโรคหัดในเด็กข้ามชาติอายุ 2-6 ปี ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร โดยใช้รูปแบบการศึกษาภาคตัดขวาง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน จากเด็กข้ามชาติสัญชาติเมียนมา กัมพูชา และลาว โดยสุ่มตัวอย่างแบบ convenience sampling เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและข้อมูลการรับวัคซีนโรคหัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเข้ารับวัคซีนโรคหัดกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression) และแสดงขนาดความสัมพันธ์ในรูปแบบ adjust odd ratio (OR_{adj}) และ 95% confidence interval (CI) ผลการศึกษาพบว่า เด็กข้ามชาติร้อยละ 53.4 เป็นหญิง ส่วนใหญ่มีสัญชาติเมียนมา ร้อยละ 93.2 มีความครอบคลุมของการรับวัคซีนโรคหัด ครบ 2 เข็ม เพียงร้อยละ 47.6 และได้รับเข็มแรก ร้อยละ 58.3 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนโรคหัด ได้แก่ ระยะเวลาอยู่อาศัยในประเทศไทยของผู้ปกครอง 10 ปีขึ้นไป เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระยะเวลาอาศัยน้อยกว่า 10 ปี ($OR_{adj} = 5.97$, 95% CI = 1.69–21.02) การไม่มีเอกสารราชการระบุตัวตนของเด็ก เมื่อเทียบกับการมีเอกสาร ($OR_{adj} = 0.08$, 95% CI = 0.01–0.85) และการรับรู้เกี่ยวกับบุตรหลานฉีดวัคซีนตามเกณฑ์อายุมาจากประเทศต้นทางแล้ว ไม่จำเป็นต้องนำบุตรหลานมาฉีดวัคซีนที่ประเทศไทยอีก เมื่อเทียบกับผู้ที่ตอบว่าไม่เห็นด้วยหรือไม่แน่ใจ ($OR_{adj} = 0.22$, 95% CI = 0.05–0.98)) ดังนั้นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน คัดกรองการรับวัคซีนของเด็กข้ามชาติโดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งย้ายเข้ามา การประชาสัมพันธ์การเข้ารับบริการ และประสานกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองในการออกเอกสารราชการระบุตัวตนเด็ก เพื่อให้เด็กสามารถเข้าถึงบริการเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่อไป

คำสำคัญ: การรับวัคซีน, MMR, เด็กข้ามชาติ, โรคหัด



Abstract

Measles is one of the most important respiratory infectious diseases due to its very high transmissibility and the potential risk of death, particularly among young children and those who are unvaccinated. Despite ongoing outbreaks in various regions, the most effective prevention strategy is comprehensive vaccination of all target populations. However, reports on vaccination coverage among migrant children in Bangkok are currently limited. This study aimed to evaluate measles vaccination coverage and factors associated with vaccine uptake among migrant children aged 2–6 years residing in Bangkok. A cross-sectional study was conducted among 103 migrant children of Myanmar, Cambodia, and Lao nationalities, selected using convenience sampling. Data were collected through caregiver interviews using a structured questionnaire covering general characteristics, caregivers' perception regarding immunization, and the child's measles-mumps-rubella (MMR) vaccination record. Data were analyzed using descriptive statistics, and associations between measles vaccination and individual characteristics were examined using the Chi-square test and binary logistic regression. The strength of associations was presented as adjusted odds ratios (OR_{adj}) with 95% confidence intervals (CI). The results showed that 53.4% of the children were female, and the majority were of Myanmar nationality (93.2%). The study found that only 47.6% of the children had completed the full two-dose measles vaccination series, while 58.3% had received at least the first dose. Significant factors associated with measles vaccination included : caregivers residing in Thailand for 10 years or more compared with less than 10 years ($OR_{adj} = 5.97$, 95% CI = 1.69–21.02), the absence of child identification documents compared with having documentation ($OR_{adj} = 0.08$, 95% CI = 0.01–0.85), and caregivers' perception that children who had already received age-appropriate vaccinations in their country of origin did not need additional vaccination in Thailand, compared with those who disagreed or were uncertain ($OR_{adj} = 0.22$, 95% CI = 0.05–0.98). These findings suggested that health personnel should strengthen caregivers' knowledge and awareness regarding immunization, actively screen vaccination status—particularly among newly migrated children—promote access to vaccination services, and collaborate with administrative authorities to facilitate the issuance of official identity documents. Such efforts are essential to improve immunization coverage among migrant children.

Keywords: MMR vaccine, migrant children, measles



ความครอบคลุมของการรับวัคซีนป้องกันโรคหัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในเด็กข้ามชาติอายุ 2-6 ปี ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร

(Coverage of Measles Vaccination and Associated Factors among Migrant Children
Aged 2-6 years in Bangkok Metropolitan Administration)

บทนำ

โรคหัด เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่แพร่กระจายอย่างรวดเร็วผ่านละอองฝอยจากการไอหรือจาม เกิดจากเชื้อไวรัส Measles โดยพบอาการสำคัญ คือ ไข้สูง ไอ น้ำมูกไหล กลุ่มเสี่ยงหลักคือเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เมื่อได้รับเชื้ออาจเกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงนำไปสู่การเสียชีวิต โรคหัดไม่มียารักษาเฉพาะ ทำได้เพียงการรักษาแบบประคับประคองอาการ การป้องกันโรคที่ดีที่สุด คือ การเสริมวัคซีนให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมาย (World Health Organization, 2024)

สถานการณ์โรคหัดทั่วโลก ใน ค.ศ. 2023 พบผู้ป่วยโรคหัดประมาณ 10.3 ล้านคนใน 57 ประเทศ มากกว่าครึ่งอยู่ในทวีปแอฟริกา โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 107,500 คน (CDC Media Relations, 2024) ต่อมาในปี 2024-2025 สถานการณ์มีทวีความรุนแรงมากขึ้น ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พบการระบาดในประเทศเวียดนามและกัมพูชา รวม 83,841 ราย (Pacifiq, 2025) ในภูมิภาคยุโรปพบการระบาดสูงสุดในรอบ 25 ปี โดยมีผู้ป่วยสะสมในปี 2024 จำนวน 127,350 ราย (Unicef, 2024) ภูมิภาคอเมริกา พบผู้ป่วย 11,313 ราย เพิ่มขึ้นจากปี 2024 ประมาณ 31 เท่า ((PAHO), 2025) ส่วนภูมิภาคตะวันออกกลางและแอฟริกา พบการระบาดของโรคหัดจำนวน 105,000 รายใน 8 ประเทศ (World Health Organization Eastern Mediterranean Regional Office, 2025) สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่มีแนวโน้มการระบาดสูงขึ้นตั้งแต่ช่วงปี 2023 ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 27 ตุลาคม 2025 พบผู้ป่วยที่สงสัย 1,928 ราย อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (8.07 ต่อแสนประชากร) และพบผู้ป่วยยืนยันใน 40 จังหวัด โดยเฉพาะในภาคตะวันออก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามารักษา จำนวน 7 ราย และเริ่มพบสายพันธุ์ B3 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่พบในเวียดนามและกัมพูชา ทั้งนี้ ร้อยละ 43.25 ของผู้ป่วยไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน ร้อยละ 41.10 ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจในการรับวัคซีน (Department of Disease Control, 2025)

การป้องกันโรคหัดด้วยการฉีดวัคซีนเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ในกลุ่มเป้าหมายจึงเป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตามเด็กที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยไม่ได้มีเฉพาะเด็กสัญชาติไทย แต่ยังมีบุตรหลานของแรงงานข้ามชาติที่มีการเคลื่อนย้ายเข้าออกประเทศไทยตลอดเวลา คาดการณ์ว่ามีเด็กข้ามชาติในประเทศไทยประมาณ 300,000 – 400,000 คน (Harkins, 2020) และในกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นหนึ่งในจุดหมายสำคัญของแรงงานข้ามชาติ ข้อมูลจากปี 2568 โรงเรียนสังกัดกทม. มีจำนวนนักเรียนที่ไม่ใช่สัญชาติไทยทั้งสิ้น 24,221 คน (สำนักงานประชาสัมพันธ์กรุงเทพมหานคร, 2568) แนวโน้มการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่ประเทศไทยมีมากขึ้น โดยเฉพาะจากประเทศเมียนมาที่เผชิญปัญหาความไม่สงบจากเหตุการณ์รัฐประหารเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2021 นอกจากแรงงานยังมีชนชั้นกลางที่เริ่มเข้ามาทำธุรกิจในประเทศไทยและมีแผนอาศัยอยู่ระยะยาวมากขึ้น (จิตติสิริ ทองน้อย, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าบุตรหลานของแรงงานข้ามชาติมีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนต่ำกว่าเด็กสัญชาติไทยและเด็กที่อาศัยในประเทศต้นทาง จากการสำรวจเด็กข้ามชาติในพื้นที่กรุงเทพมหานครเมื่อปี 2013 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนของวัคซีน BCG, DPT-HB3 และ OPV3 ในเด็กไทยอยู่ที่ร้อยละ 99.9, 98.7 และ 98.7 เด็กเมียนมาที่อาศัยในประเทศต้นทาง อยู่ที่ร้อยละ 93, 90 และ 90 ส่วนเด็กเมียนมาที่อาศัยในประเทศไทย อยู่ที่ร้อยละ 82.6,

69.6 และ 69.6 ตามลำดับ (Kantayaporn et al., 2016) โดยมีปัจจัยหลายประการ เช่น แรงงานบางส่วนกลับไปคลอดลูกที่ประเทศต้นทาง แต่ไม่ได้นำสมุดบันทึกวัคซีนติดตัวมาด้วยตอนที่บุตรหลานย้ายเข้ามาในประเทศไทย การขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีรับบริการวัคซีน (Kantayaporn et al., 2016; เตือนใจ นุชเทียน และคณะ, 2566; พิมาน วีระคำ, 2564) สอดคล้องกับงานวิจัยในหลายประเทศที่รายงานว่าเด็กข้ามชาติมีความครอบคลุมวัคซีนที่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรอื่นโดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ ประเทศต้นทาง รุนของผู้อพยพ สถานะพลเมือง ระยะเวลาการอยู่อาศัยในประเทศปลายทาง ภาษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคและความไวของโรค อายุ สถานะการมีงานทำ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความครอบคลุมของประกันสุขภาพ และเศรษฐกิจ (Charania, Gaze, Kung & Brooks, 2019)

จากบริบทดังกล่าว พบว่าเด็กข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีความครอบคลุมวัคซีนในระดับต่ำ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการเคลื่อนย้ายประชากรสูง ประกอบกับจำนวนเด็กข้ามชาติในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระบบบริการสาธารณสุขต้องรองรับภาระด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มขึ้น หากการรับวัคซีนไม่ครอบคลุม อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงกว่าการป้องกันโรค หากเกิดการระบาดในชุมชนยังอาจส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำและไม่สามารถรับวัคซีนได้ นอกจากนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังส่งผลให้บริบทและองค์ความรู้ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จึงเป็นที่มาของการศึกษาความครอบคลุมการรับวัคซีนโรคหัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กข้ามชาติอายุ 2-6 ปีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนส่งเสริมการป้องกันโรคของหน่วยงานสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. ประเมินความครอบคลุมวัคซีนโรคหัดในเด็กข้ามชาติอายุ 2-6 ปี ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร
2. อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนโรคหัดในเด็กข้ามชาติอายุ 2-6 ปี ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร



ระเบียบวิธีการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง

เพศ อายุ สัญชาติ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด
รายได้ของสมาชิกในครอบครัวต่อเดือน
ความสัมพันธ์กับเด็ก สิทธิการรักษาพยาบาล
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย หลักฐานระบุ
ตัวตนที่ทางราชการออกให้ ทักษะการสื่อสาร
ภาษาไทย

ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก

เพศ อายุ สัญชาติ สถานที่เกิด สถานะการเข้าเรียน
สิทธิการรักษาพยาบาล หลักฐานระบุตัวตนที่ทาง
ราชการออกให้ ระยะเวลาที่เข้ามาอาศัยในประเทศไทย

ปัจจัยนำด้านการรับรู้

การรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การรับวัคซีนโรคหัดในเด็กอายุ 2-6 ปี
ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาความครอบคลุมของการรับ
วัคซีนป้องกันโรคหัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กข้ามชาติอายุ 2-6 ปี ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ด้วยแบบสัมภาษณ์
ดำเนินการในพื้นที่ชุมชนในกรุงเทพมหานครที่มีประชากรแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก โดยคัดเลือกพื้นที่จาก
เครือข่ายอาสาสมัครและชุมชนที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ เช่น เขตบางขุนเทียน เขตบางบอน เขตหนองแขม เขต
ลาดกระบัง เขตบางกะปิ เป็นต้น

ขั้นตอนการวิจัย

1. การคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{d^2}$$

2. การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยการประมาณค่าสัดส่วน (Daniel & Cross, 2018) โดยที่ n
เท่ากับ ขนาดตัวอย่างโดยประมาณ กำหนดให้ $Z_{\alpha/2}$ แทนค่าความเชื่อมั่นมาตรฐาน เท่ากับ 1.96, p แทนตัวแปร

ในการศึกษาความครอบคลุมวัคซีนโรคหัด จากการศึกษาของ (เทียนใจ นุชเทียน et al., 2023) พบว่าความครอบคลุมวัคซีนโรคหัดของกลุ่มเด็กข้ามชาติในพื้นที่เศรษฐกิจภาคตะวันออก เท่ากับ 0.6743, d แทนค่า maximum allowable error เท่ากับ 0.091 จะได้กลุ่มตัวอย่าง 103 คน การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Convenience sampling เนื่องจากกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก ไม่มีฐานข้อมูลหรือทะเบียนของประเทศไทยที่ระบุจำนวน และสถานที่พักอาศัยของเด็กข้ามชาติชัดเจน นอกจากนี้ ยังมีการเคลื่อนย้ายของประชากรบ่อยครั้ง ทั้งการเคลื่อนย้ายเข้าออกประเทศต้นทาง และการย้ายภายในประเทศ ทำให้ต้องใช้การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าถึงได้ผ่านเครือข่ายอาสาสมัครต่างด้าว และชุมชนพื้นที่ศึกษา

3. เครื่องมือแบบสอบถาม

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาจากงานวิจัยที่ผ่านมา และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสัมภาษณ์มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สัญชาติ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ของสมาชิกในครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็ก สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย หลักฐานระบุตัวตนที่ทางราชการออกให้ ทักษะการสื่อสารภาษาไทย

ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สัญชาติ สถานที่เกิด สถานะการเข้าเรียน สิทธิการรักษาพยาบาล หลักฐานระบุตัวตนที่ทางราชการออกให้ ระยะเวลาที่เข้ามาอาศัยในประเทศไทย

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ส่วนที่ 3 บันทึกการรับวัคซีนโรคหัด (MMR)

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากบันทึกการได้รับวัคซีนเป็นหลักฐานหลักในการยืนยันสถานะการได้รับวัคซีน เนื่องจากมีความน่าเชื่อถือมากกว่าการรายงานจากความทรงจำเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ ในกรณีที่ไม่มีหลักฐานบันทึก แม้ว่าผู้ปกครองจะรายงานว่าเด็กได้รับวัคซีนครบ ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มดังกล่าวร่วมกับผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน เพื่อหลีกเลี่ยงการจัดประเภทผิดพลาดที่อาจเกิดจาก recall bias

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างงานวิจัยและเครื่องมือวิจัยให้แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยนัดหมายกับล่ามภาษาพม่า กัมพูชา และลาว เพื่อติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างและทำการนัดหมายเพื่อเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ ในวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก
3. เมื่อถึงวันเก็บข้อมูล จะมีการแนะนำตัว ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และขอความยินยอมในการเก็บข้อมูล เมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยยินยอม จะมีการลงนามในเอกสารเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้น จะมีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้ระยะเวลา 4 เดือน โดยเก็บแบบสอบถามจำนวน 103 ชุด
5. เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ทำการบันทึกข้อมูล และวิเคราะห์สถิติด้วยโปรแกรม SPSS ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลการรับวัคซีนในกลุ่มเด็กข้ามชาติ



- สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการรับวัคซีนพื้นฐานของเด็กข้ามชาติ โดยการวิเคราะห์ ประกอบด้วย การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) และการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariate analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามหนึ่งตัวกับตัวแปรอิสระหลายตัว พร้อมทั้งควบคุมตัวแปรกวน โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การรับรองจริยธรรมในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH 2025-065) ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลแก่ผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเป็นความลับ และจะไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมงานวิจัย โดยข้อมูลดังกล่าวจะถูกทำลายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลและเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว 5 ปี

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้ เก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือน มิถุนายน ถึง ตุลาคม พ.ศ.2568 สัมภาษณ์ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูหลัก จำนวน 103 คน คิดเป็น Response rate 100% ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีน MMR ครบทั้ง 2 เข็ม ร้อยละ 47.6 ได้รับวัคซีนเข็มเดียว ร้อยละ 58.3 และไม่ได้รับวัคซีนเลย ร้อยละ 41.7 ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน MMR (n=103)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับวัคซีนครบทั้ง 2 เข็ม	49	47.6
ได้รับวัคซีนไม่ครบ 2 เข็ม		
ได้รับวัคซีนเข็มเดียว	60	58.3
ไม่เคยได้รับวัคซีน	43	41.7

หมายเหตุ: คนที่ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็มจะเป็นคนกลุ่มเดียวกับที่ได้รับวัคซีนเข็มเดียว เพื่อต้องการสื่อสารว่า คนที่ได้รับวัคซีนโรคหัดเข็มแรก จะมีความครอบคลุมร้อยละ 58.3 แต่การรับซ้ำเป็นครั้งที่ 2 เหลือความครอบคลุมร้อยละ 47

ผู้ปกครอง/ ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.4 มีอายุน้อยสุด 21 ปี และสูงสุด 56 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 68.9 รองลงมา อายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 17.5 และ มากกว่า 40 ปี ร้อยละ 13.6 มีสัญชาติเมียนมา ร้อยละ 93.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.1 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 94.2 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 62.1 รายได้ครัวเรือนต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 26.2 มีความเกี่ยวข้องกับเด็กเป็นแม่ ร้อยละ 82.5 ส่วนใหญ่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล ร้อยละ 62.1 รองลงมา มีสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 29.1 และบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ร้อยละ 7.8 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ต่ำสุด 5 เดือน และสูงสุด 40 ปี ส่วนใหญ่อยู่ที่ 10-15 ปี ร้อยละ 42.7 รองลงมา มากกว่า 15 ปี ร้อยละ 25.2 และ 5-10 ปี ร้อยละ 16.5 เอกสารระบุตัวตน ส่วนใหญ่มีบัตรคนไม่มีสัญชาติไทย (บัตรชมพู) ร้อยละ 89.3 รองลงมา หนังสือเดินทาง ร้อยละ 87.4 และใบอนุญาตทำงาน ที่กรมการจัดหางานออกให้ หรือ



หนังสือรับรองการทำงานจากนายจ้าง ร้อยละ 83.5 ทักษะการสื่อสารภาษาไทย ส่วนใหญ่พอสื่อสารได้ ร้อยละ 56.3 (รายละเอียดดังตาราง 2)

ตาราง 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูหลัก (n=103)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศของผู้ปกครอง		
ชาย	15	14.6
หญิง	88	85.4
อายุของผู้ปกครอง		
น้อยกว่า 30 ปี	18	17.5
30-40 ปี	71	68.9
40 ปีขึ้นไป	14	13.6
ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D.		34.9 $\pm$ 6.4
สัญชาติของผู้ปกครอง		
เมียนมา	96	93.2
อื่น ๆ	7	6.8
สถานภาพของผู้ปกครอง		
สมรสอยู่ด้วยกัน	97	94.2
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6	5.8
ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครอง		
ไม่ได้เรียน	9	8.7
ประถมศึกษา	64	62.1
มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	28	27.2
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	2	1.9
รายได้ของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดต่อเดือน		
ไม่เกิน 10,000 บาท	26	25.3
10,001 – 15,000 บาท	27	26.2
15,001 – 20,000 บาท	19	18.4
20,001 บาทขึ้นไป	31	30.1
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
แม่	85	82.5
พ่อ	13	12.6
ปู่ย่า/ตายาย	5	4.9



ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิประกันสุขภาพ		
ไม่มี	64	62.1
ประกันสังคม	30	29.1
บัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	8	7.8
สิทธิบุคคลที่ 0	1	1.0
ระยะเวลาที่ท่านมาอาศัยอยู่ในประเทศไทย		
น้อยกว่า 5 ปี	16	15.5
5-10 ปี	17	16.5
10-15 ปี	44	42.7
มากกว่า 15 ปี	26	25.2
ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D.		11.2 $\pm$ 6.6
หลักฐานระบุตัวตนที่ทางราชการออกให้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บัตรประจำตัวคนไม่มีสัญชาติไทย (บัตรชมพู)	92	89.3
หนังสือเดินทาง (Passport)	90	87.4
ใบอนุญาตทำงาน ที่กรมการจัดหางานออกให้ หรือหนังสือรับรองการทำงานจากนายจ้าง	86	83.5
ไม่มีหลักฐานใดๆ	5	4.9
ทักษะการสื่อสาร		
ดี	34	33.0
พอสื่อสารได้	58	56.3
ไม่ได้	11	10.7

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 มีอายุต่ำสุด 24 เดือน และสูงสุด 83 เดือน (6 ปี 11 เดือน) โดยส่วนใหญ่มีอายุ 48 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 53.4 ลำดับการเกิด มีสัญชาติเมียนมา ร้อยละ 93.2 ส่วนใหญ่เกิดที่ประเทศไทย ร้อยละ 82.5 ส่วนใหญ่ยังไม่ได้เข้าเรียน ร้อยละ 55.3 ส่วนใหญ่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล ร้อยละ 88.3 หลักฐานระบุตัวตนส่วนใหญ่มีสูติบัตรไทย ร้อยละ 78.6 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ 48 เดือนขึ้นไป ร้อยละ 46.6 รองลงมา 30 ถึง 47 เดือน ร้อยละ 31.1 และ 18 ถึง 29 เดือน ร้อยละ 17.5 (ตาราง 3)



ตาราง 3 ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก (n=103)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศของเด็ก		
ชาย	48	46.6
หญิง	55	53.4
อายุของเด็ก		
18 ถึง 29 เดือน	12	11.7
30 ถึง 47 เดือน	36	34.9
48 เดือนขึ้นไป	55	53.4
ค่าเฉลี่ย $\pm$ S.D.		48.9 $\pm$ 15.6
สัญชาติของเด็ก		
เมียนมา	96	93.2
อื่น ๆ	7	6.8
สถานที่เกิด		
ไทย	85	82.5
เมียนมา	15	14.6
สถานะการเข้าเรียน		
ยังไม่ได้เข้าเรียน	57	55.3
เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	2	1.9
เรียนชั้นอนุบาลที่โรงเรียน	39	37.9
เรียนชั้นประถมศึกษา	5	4.9
สิทธิรักษาพยาบาลเด็ก		
ไม่มี	91	88.3
ประกันสุขภาพของเด็กข้ามชาติ	10	9.7
ประกันชีวิตของเอกชน	1	1.0
สิทธิของบุคคลที่ 0	1	1.0
หลักฐานระบุตัวตนที่ทางราชการออกให้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สูติบัตรที่ออกโดยประเทศไทย	81	78.6
อื่น ๆ	0	0
ใบเกิดจากประเทศต้นทาง	9	8.7
บัตรประจำตัวคนไม่มีสัญชาติไทย (บัตรชมพู)	6	5.8
หนังสือเดินทาง	4	3.9
ไม่มีหลักฐาน	9	8.7



ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เข้ามาอาศัยในประเทศไทย		
น้อยกว่า 18 เดือน	5	4.8
18 ถึง 29 เดือน	18	17.5
30 ถึง 47 เดือน	32	31.1
48 เดือนขึ้นไป	48	46.6

การรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ปานกลาง ร้อยละ 67.0 รองลงมา การรับรู้ดี ร้อยละ 31.1 และ การรับรู้น้อย ร้อยละ 1.9 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (n=103)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ดี	32	31.1
การรับรู้ปานกลาง	69	67.0
การรับรู้น้อย	2	1.9

ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้เรื่องเด็กอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับวัคซีนพื้นฐานตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข จะช่วยป้องกันโรคติดเชื้อ ร้อยละ 89.3 รองลงมา เด็กที่ฉีดวัคซีนไม่ครบ อาจเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ร้อยละ 86.4 และ รับรู้เรื่องเด็กที่มีไข้ในวันนัด สามารถรับวัคซีนได้ตามปกติ ร้อยละ 81.5 (ตาราง 5)

ตาราง 5 การรับรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (n=103)

ข้อความถาม	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)
1. เด็กอายุ 0-6 ปี ที่ได้รับวัคซีนพื้นฐานตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข จะช่วยป้องกันโรคติดเชื้อ	92 (89.3)	10 (9.7)	1 (1.0)
2. เด็กที่ฉีดวัคซีนไม่ครบ อาจเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน	89 (86.4)	9 (8.7)	5 (4.9)
3. เด็กอายุ 0-6 ปี สามารถรับวัคซีนได้ที่สถานบริการสาธารณสุข กทม. และโรงพยาบาลรัฐในสังกัด กทม. โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	71 (68.9)	14 (13.6)	18 (17.5)
4. หากเด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุจากประเทศต้นทางแล้ว ไม่จำเป็นต้องฉีดที่ประเทศไทยอีก	19 (18.5)	20 (19.4)	64 (62.1)
5. เด็กที่มีไข้ในวันนัด สามารถรับวัคซีนได้ตามปกติ	11 (10.7)	8 (7.8)	84 (81.5)



ข้อคำถาม	เห็นด้วย (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ)
6. วัคซีนบางชนิด เช่น หัด คางทูม สามารถฉีดเข็มเดียวก็เพียงพอต่อการป้องกันโรค	34 (33.0)	36 (35.0)	33 (32.0)
7. เด็กที่ฉีดวัคซีนครบถึงอายุ 3 ปี เพียงพอต่อการป้องกันโรคติดเชื้อตลอดชีวิต	22 (21.3)	25 (24.3)	56 (54.4)
8. เด็กแรกเกิดทุกคนต้องได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรค	68 (66.0)	28 (27.2)	7 (6.8)

ตาราง 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนโรคหัด

Variables	การได้รับวัคซีนโรคหัด		Crude		Adjusted		p-value
	ได้รับ n (%)	ไม่ได้รับ n (%)	OR	95% CI	OR	95% CI	
อายุของผู้ปกครอง							
น้อยกว่า 35 ปี	17 (32.7)	35 (67.3)	1	-	1	-	-
35 ปีขึ้นไป	22 (43.1)	29 (56.9)	1.8	0.82-3.93	1.98	0.72-5.43	0.18
สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ปกครอง							
ไม่มี	23 (35.9)	41 (64.1)	1	-	1	-	-
มี	26 (66.7)	13 (33.3)	3.57	1.54-8.25	1.93	0.71-5.28	0.2
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย							
น้อยกว่า 10 ปี	5 (15.2)	28 (84.8)	1	-	1	-	-
10 ปีขึ้นไป	34 (48.6)	36 (51.4)	9.48	3.26-27.57	5.97	1.69-21.02	0.01
ใบอนุญาตทำงาน / หนังสือรับรองจากนายจ้าง							
มี	46 (53.5)	40 (46.5)	1	-	1	-	-
ไม่มี	3 (17.6)	14 (82.4)	0.19	0.05-0.70	0.28	0.05-1.52	0.14
ทักษะการสื่อสารภาษาไทย							
ได้	48 (52.2)	44 (47.8)	1	-	1	-	-
ไม่ได้	1 (9.1)	10 (90.9)	0.09	0.01-0.75	0.64	0.05-8.51	0.74
สถานะการเข้าเรียน							
ยังไม่ได้เข้าเรียน	22 (38.6)	35 (61.4)	1	-	1	-	-
เรียนหนังสือแล้ว	27 (58.7)	19 (41.3)	2.26	1.02-5.00	1.44	0.54-3.84	0.47
การไม่มีเอกสารราชการระบุตัวตนของเด็ก							
ไม่เลือก	48 (51.1)	46 (48.9)	1	-	1	-	-
เลือก	1 (11.1)	8 (88.9)	0.12	0.01-1.00	0.08	0.01-0.85	0.04

Variables	การได้รับวัคซีนโรคหัด		Crude		Adjusted		p-value
	ได้รับ	ไม่ได้รับ	OR	95% CI	OR	95% CI	
	n (%)	n (%)					
หากเด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์							
อายุจากประเทศต้นทางแล้ว							
ไม่จำเป็นต้องฉีดที่ประเทศไทย							
อีก							
ไม่เห็นด้วย / ไม่แน่ใจ	46 (54.8)	38 (45.2)	1	—	1	—	—
เห็นด้วย	3 (15.8)	16 (84.2)	0.16	0.04-0.58	0.22	0.05–0.98	0.05

หมายเหตุ: OR = odds ratio

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับวัคซีนโรคหัดโดยการวิเคราะห์ควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพล (Multivariate analysis) พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ปกครองอาศัยอยู่ในประเทศไทย 10 ปีขึ้นไป (adjusted OR = 5.97, 95% CI = 1.69–21.02) การไม่มีเอกสารราชการระบุตัวตนของเด็ก (adjusted OR = 0.08, 95% CI = 0.01–0.85) และการรับรู้เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันโรค หากเด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุจากประเทศต้นทางแล้ว ไม่จำเป็นต้องฉีดที่ประเทศไทยอีก (adjusted OR = 0.22, 95% CI = 0.05–0.98) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้ารับวัคซีนโรคหัด เมื่อควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับวัคซีนโรคหัด

อภิปรายและสรุป

ผลการศึกษาพบว่า ความครอบคลุมของวัคซีนโรคหัดในเด็กข้ามชาติอายุ 2–6 ปี ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเด็กได้รับวัคซีนโรคหัดอย่างน้อย 1 เข็มร้อยละ 58.3 และได้รับครบ 2 เข็มร้อยละ 47.6 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ความครอบคลุมของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ร้อยละ 95 (กรมควบคุมโรค, 2568) อันเป็นระดับที่จำเป็นต่อการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเด็กข้ามชาติในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ที่รายงานความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโรคหัดเข็มแรกและครบสองเข็มที่ร้อยละ 87.03 และ 67.43 ตามลำดับ (เดือนใจ นุชเทียน และคนอื่นๆ, 2566) รวมถึงการศึกษาในเด็กข้ามชาติอายุ 1–2 ปี ในกรุงเทพมหานครที่พบความครอบคลุมวัคซีนโรคหัดร้อยละ 60.8 (Kantayaporn et al., 2016) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความครอบคลุมวัคซีนโรคหัดของเด็กข้ามชาติที่อาศัยในประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับต่ำ

ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับความครอบคลุมวัคซีน พบว่า ระยะเวลาการอยู่อาศัยในประเทศไทยของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ปกครองที่พำนักในประเทศไทย 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสพบบุตรหลานเข้ารับวัคซีนมากกว่ากลุ่มที่พำนักน้อยกว่า 10 ปี ถึง 5.97 เท่า (OR_{adj} = 5.97, 95% CI = 1.69–21.02) สะท้อนให้เห็นว่า ระยะเวลาการอยู่ในอาศัยในประเทศไทยนานขึ้น ส่งผลให้ผู้ปกครองเข้าถึงข้อมูลการให้บริการวัคซีน และสถานที่ที่สามารถเข้ารับบริการวัคซีนมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแคนาดาที่พบว่า ผู้อพยพที่เข้ามาพำนักในประเทศแคนาดา มากกว่า 10 ปี มีโอกาสที่จะมีแพทย์ประจำตัวมากกว่าผู้ที่อพยพเข้ามาน้อยกว่า 10 ปี 1.75 เท่า (95% CI = 1.45–2.10) (Ravichandiran, Mathews & Ryan, 2022) และ ผู้อพยพเชื้อสายแอฟริกันที่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกา มากกว่า 10 ปี มีโอกาสได้ตรวจคัดกรองภาวะไขมันในเลือดมากกว่า 2.20 เท่า (Ogungbe et al., 2022) แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาที่พำนักอาศัยมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ มากขึ้น

ในพื้นที่ชายแดนจังหวัดตากที่พบว่า การย้ายถิ่นฐานบ่อยครั้งทำให้การรับวัคซีนครบถ้วนทำได้ยาก โดยเฉพาะชนิดของวัคซีนที่ต้องได้รับหลายเข็ม (Kaji et al., 2016; Yingtaweesak, Pooseesod, Umezaki & Phuanukoonnon, 2021) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผลของระยะเวลาที่อาศัยกับการเข้ารับวัคซีนมีความแตกต่างกัน เช่น การศึกษาในกลุ่มผู้อพยพชาวโซมาเลียในประเทศนอร์เวย์พบว่าระยะเวลาที่มารดาอาศัยในประเทศปลายทางมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความครอบคลุมวัคซีน (Jenness, Aavitsland, White, & Winje, 2021) ซึ่งอาจสะท้อนปัจจัยด้านความเชื่อหรือชาวเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับการรับวัคซีน

การไม่มีเอกสารราชการระบุตัวตนของเด็กเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความครอบคลุมวัคซีนโรคหัด อย่างมีนัยสำคัญ ($OR_{adj} = 0.08$, 95% CI = 0.01–0.85) ผู้ปกครองที่เลือกตอบว่าไม่มีเอกสารราชการระบุตัวตนเด็ก เช่น สูติบัตร (ที่ออกโดยประเทศไทย หรือประเทศต้นทาง) หนังสือเดินทาง หรือ บัตรชมพู จะมีโอกาสได้รับวัคซีนน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีเอกสาร โดยเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น คลอดในบ้านแล้วไม่ได้ไปแจ้งเกิด หรือคลอดที่ประเทศต้นทางแล้วย้ายเข้ามาในประเทศไทยโดยไม่มีเอกสารติดตัว เมื่อผู้ปกครองพาบุตรหลานเข้ารับบริการวัคซีน จะถูกเจ้าหน้าที่ปฏิเสธการให้บริการ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในเด็กข้ามชาติสัญชาติเมียนมาที่อาศัยในกรุงเทพมหานครซึ่งพบว่า การไม่มีเอกสารระบุตัวตนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ และส่งผลถึงเด็กจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับวัคซีนอย่างต่อเนื่องหลังย้ายเข้ามาในประเทศไทย (Kantayaporn et al., 2016) ในพื้นที่ชายแดนไทย–เมียนมาพบว่ากลุ่มที่เข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายมักหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการ เว้นแต่จะมีหน่วยบริการเชิงรุก (Pinna et al., 2020) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสวีเดนและมาเลเซียที่ผู้อพยพไม่มีเอกสารมักหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการเนื่องจากความกลัวการถูกตรวจสอบสวน (Christina, Ibrahim, Karim & Dhanaraj, 2023; Godoy-Ramirez et al., 2019) และในโปแลนด์ที่การไม่มีหมายเลขประจำตัวประชาชนเป็นอุปสรรคต่อการลงทะเบียนรับวัคซีน (Ganczak et al., 2022)

อีกปัจจัยหนึ่งที่มีนัยสำคัญคือ การรับรู้ของผู้ปกครองหากเด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุจากประเทศต้นทางแล้วไม่จำเป็นต้องฉีดที่ประเทศไทยอีก จะมีโอกาสได้รับวัคซีนน้อยกว่าผู้ที่ตอบไม่เห็นด้วย หรือไม่แน่ใจกับประเด็นดังกล่าว ($OR_{adj} = 0.22$, 95% CI = 0.05–0.98) ซึ่งสะท้อนถึงความเข้าใจคลาดเคลื่อนที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์การรับวัคซีนครบ และตารางการรับวัคซีนในแต่ละประเทศ ทำให้ผู้ปกครองไม่ได้พาบุตรหลานมารับบริการวัคซีนให้ครบตามเกณฑ์ของประเทศไทย โดยเฉพาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า 4 ปี ซึ่งเป็นเกณฑ์อายุที่จำเป็นต้องได้รับวัคซีน แม้ว่าเคยฉีดวัคซีนที่ประเทศต้นทางมาก่อนแล้ว รวมไปถึงชนิดของวัคซีนพื้นฐานในประเทศไทยมีความแตกต่างกับประเทศต้นทาง หากยังรับไม่ครบถ้วนควรนำบุตรหลานมารับบริการวัคซีนเพิ่มเติม ประเด็นนี้สอดคล้องกับงานในประเทศไทยที่พบว่า การที่ไม่ได้นำสมุดบันทึกวัคซีนติดตัวมาจากประเทศต้นทาง และปัญหาสมุดวัคซีนสูญหาย ส่งผลให้การรับวัคซีนไม่ต่อเนื่อง หรือไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ (Kaji et al., 2016; Kantayaporn et al., 2016) รวมถึงการศึกษาในจังหวัดตากที่พบว่าระดับความรู้ของผู้ปกครองและข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ขณะเข้ารับบริการวัคซีนมีผลต่อความครบถ้วนของการรับวัคซีน (Prakunwisit & Areesantichai, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ลี้ภัยชาวซีเรียในประเทศจอร์แดนพบว่า การไม่ทราบตำแหน่งสถานบริการและความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับจำนวนเข็มและตารางวัคซีน ส่งผลให้ความครอบคลุมวัคซีนลดลง (Abdulhaq, Hammouri, Abu Hawas & Dardas, 2024) ในประเทศแคนาดาพบว่าผู้อพยพจำนวนมากมองว่าระบบบริการสุขภาพมีความซับซ้อนและตารางวัคซีนแตกต่างจากประเทศต้นทางทำให้เกิดความสับสนในการเข้ารับบริการ (Fullerton et al., 2023) ขณะที่ในประเทศนิวซีแลนด์พบว่าอายุของเด็กเมื่อเข้าสู่ประเทศปลายทางมีผลต่อการลงทะเบียนและการรับวัคซีน โดยเด็กโตจะมีโอกาสได้รับวัคซีนน้อยกว่าเด็กเล็ก (Charania, Paynter & Turner, 2023)

โดยสรุป ความครอบคลุมวัคซีนโรคหัดในเด็กข้ามชาติในกรุงเทพมหานครยังไม่เพียงพอต่อการเกิดภูมิคุ้มกันหมู่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาอยู่อาศัยในประเทศไทย การรับรู้ของผู้ปกครองหากเด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุจากประเทศต้นทางแล้ว ไม่จำเป็นต้องฉีดที่ประเทศไทยอีก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย และระบบการให้บริการ เช่น สถานะเอกสาร และแนวทางปฏิบัติของหน่วยบริการ ซึ่งสอดคล้องกันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การปรับปรุงเพื่อให้ความครอบคลุมวัคซีนมีมากขึ้นควรมุ่งเน้นทั้งการเสริมความรู้ความเข้าใจในเรื่องของความรู้ที่เกี่ยวข้องกับตารางการให้วัคซีน ประโยชน์ของการรับวัคซีนครบถ้วน ประชาสัมพันธ์สถานที่เข้ารับบริการวัคซีน การให้ข้อมูลเชิงรุกแก่ผู้ปกครองที่เพิ่งย้ายเข้ามา รวมไปถึงการสร้างระบบบริการที่เข้าถึงได้โดยไม่ขึ้นกับสถานะเอกสาร และการพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลวัคซีนแบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อลดปัญหาเอกสารสูญหาย หรือเพิ่มความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการวัคซีนสำหรับผู้ปกครองที่ย้ายถิ่นฐานบ่อยๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมวัคซีนในเด็กข้ามชาติมากขึ้น

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเด็กข้ามชาติสัญชาติเมียนมา เนื่องจากการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านเครือข่ายอาสาสมัครที่มีความคุ้นเคยกับชุมชนดังกล่าว ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้อาจสะท้อนบริบทของเด็กข้ามชาติสัญชาติเมียนมาเป็นหลัก
2. การเก็บข้อมูลจากเด็กข้ามชาติสัญชาติกัมพูชามีจำนวนจำกัด อันเนื่องมาจากการณ์ความไม่สงบระหว่างไทย-กัมพูชาในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างกลับประเทศต้นทาง และทำให้การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างสัญชาติทำได้ไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร
3. พื้นที่การเก็บข้อมูลจำกัดอยู่ในบางเขตของกรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนประชากรข้ามชาติอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากและอาสาสมัครที่ร่วมดำเนินการเก็บข้อมูลมีความคุ้นเคยกับพื้นที่เพียงบางเขตเท่านั้น หากเขตใดที่อาสาสมัครไม่คุ้นเคยกับพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างมักไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้ผลการศึกษาไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร
4. การสุ่มตัวอย่างแบบ convenience sampling เป็นวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อาศัยหลักความน่าจะเป็น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างอาจมีความเสี่ยงต่ออคติจากการคัดเลือก (selection bias) ผลการศึกษาที่ได้จึงสะท้อนเฉพาะลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าถึงได้ และไม่สามารถสรุปเชิงอนุมานว่าผลการศึกษาใช้ได้กับประชากรทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ปกครองเด็กข้ามชาติเกี่ยวกับความสำคัญของการรับวัคซีนตามเกณฑ์อายุของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปกครองที่คลอดบุตรในประเทศไทยหรือเพิ่งย้ายเข้ามาอาศัยในประเทศไทย เพื่อป้องกันความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการได้รับวัคซีนครบถ้วนแล้วจากประเทศต้นทาง
2. ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่ออำนวยความสะดวกในการขึ้นทะเบียนหรือจัดทำเอกสารระบุตัวตนให้แก่เด็กข้ามชาติที่ยังไม่มีเอกสารสิทธิ์อย่างถูกต้อง เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและบริการสุขภาพอื่น ๆ



3. การดำเนินงานด้านการส่งเสริมการรับวัคซีนครอบคลุมความร่วมมือจากชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครต่างด้าวหรืออาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการประชาสัมพันธ์ให้คำแนะนำ และติดตามการเข้ารับวัคซีนของเด็กข้ามชาติอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการรับวัคซีนโรคหัดมากขึ้น

4. ควรขยายขอบเขตพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานครมากขึ้น และเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมเด็กสัญชาติอื่นเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสถานการณ์ของเด็กข้ามชาติในเขตเมืองได้อย่างครอบคลุมและเป็นตัวแทนของประชากรมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. (2568). มาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี 2568. จาก

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1660220250103030656.pdf>

จิตติสรี ทองน้อย. (2567). ผู้ลี้ภัยเมียนมาร์รุ่นใหม่แสวงหาโอกาสในไทย. จาก <https://www.benarnews.org/thai/news/th-mn-young-migrants-03142024161530.html>

เดียนใจ นุชเทียน, สุทัศน์ โชตนะพันธ์, วาสนี ชลิศราพงศ์, ภัสราภรณ์ นาสา, วนิดา สังยาหยง, แพรว นภาพันธิโสรี, . . .

วงศ์ทิมารัตน์, ค. (2566). การสำรวจความครอบคลุมของการรับวัคซีนพื้นฐานและวัคซีน Covid-19 ในกลุ่มเด็กข้ามชาติอายุไม่เกิน 12 ปี ในพื้นที่เศรษฐกิจภาคตะวันออก (EEC): ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา.

พิมาน ธีระคำ, ศ. ., นันทวรรณ กิติกรรณกรณ์. (2564). การเข้าถึงวัคซีนขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กต่างด้าวที่อาศัยในพื้นที่อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 14(4).

สำนักงานประชาสัมพันธ์กรุงเทพมหานคร. (2025). เปิดโอกาสทางการศึกษา รับนักเรียนทุกคนอย่างเสมอภาค ไม่เลือกปฏิบัติ แม้ไม่มีสัญชาติไทย. จาก <https://pr-bangkok.com/?p=518259>

Abdulhaq, B., Hammouri, M., Abu Hawas, D., & Dardas, L. A. (2024). Exploring Vaccination Challenges among Syrian Refugees in Jordan: Insights from Camps and Communities, and Perceived Parental Barriers to Childhood Vaccination Uptake. *Vaccines (Basel)*, 12(2). doi:10.3390/vaccines12020133

Harkins. B. (2020). *Thailand Migration Report 2019*. Retrieved from <https://thailand.un.org/sites/default/files/2020-06/Thailand-Migration-Report-2019.pdf>

CDC Media Relations. (2024). Measles cases surge worldwide, infecting 10.3 million people in 2023. Retrieved from <https://www.cdc.gov/media/releases/2024/p1114-measles-cases.html>

Charania, N. A., Gaze, N., Kung, J. Y., & Brooks, S. (2019). Vaccine-preventable diseases and immunisation coverage among migrants and non-migrants worldwide: A scoping review of published literature, 2006 to 2016. *Vaccine*, 37(20), 2661-2669. doi:10.1016/j.vaccine.2019.04.001

Charania, N. A., Paynter, J., & Turner, N. (2023). MMR vaccine coverage and associated factors among overseas-born refugee children resettled in Aotearoa New Zealand: a national retrospective cohort study. *Lancet Reg Health West Pac*, 33, 100709. doi:10.1016/j.lanwpc.2023.100709



- Christina, M., Ibrahim, M. Y., Karim, H. A., & Dhanaraj, P. (2023). Factors That Motivate and Militate Undocumented Migrants to Vaccinate Their Children in Sabah, Malaysia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 11(E), 276-286. doi:10.3889/oamjms.2023.11508
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2018). *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*: John Wiley & Sons.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. (2025). DOE Measles Report — 27 October 2568. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/DOE_measles_27.10.2568.pdf
- Fullerton, M. M., Pateman, M., Hasan, H., Doucette, E. J., Cantarutti, S., Koyama, A., . . . Hu, J. (2023). Barriers experienced by families new to Alberta, Canada when accessing routine-childhood vaccinations. *BMC Public Health*, 23(1), 1333. doi:10.1186/s12889-023-16258-7
- Ganczak, M., Kalinowski, P., Pasek, O., Duda-Duma, Ł., Sobieraj, E., Gołowski, J., . . . Kowalska, M. (2022). Health System Barriers to Child Mandatory and Optional Vaccination among Ukrainian Migrants in Poland in the Context of MMR and HPV Vaccines-A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*, 20(1). doi:10.3390/ijerph20010712
- Godoy-Ramirez, K., Byström, E., Lindstrand, A., Butler, R., Ascher, H., & Kulane, A. (2019). Exploring childhood immunization among undocumented migrants in Sweden - following qualitative study and the World Health Organizations Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). *Public Health*, 171, 97-105. doi:10.1016/j.puhe.2019.04.008
- Jenness, S. M., Aavitsland, P., White, R. A., & Winje, B. A. (2021). Measles vaccine coverage among children born to Somali immigrants in Norway. *BMC Public Health*, 21(1), 668. doi:10.1186/s12889-021-10694-z
- Kaji, A., Parker, D. M., Chu, C. S., Thayatkawin, W., Suelaor, J., Charatrueangrongkun, R., . . . McGready, R. (2016). Immunization Coverage in Migrant School Children Along the Thailand-Myanmar Border. *J Immigr Minor Health*, 18(5), 1038-1045. doi:10.1007/s10903-015-0294-x
- Kantayaporn, T., Archavanitkul, K., Peerapatanapokin, W., Disthawong, N., Singkul, N., Sinvuttaya, S., . . . Panatanasan, K. (2016). Expanded Program on Immunization (EPI) for Children of Myanmar Migrants Living in Bangkok, Thailand. *Journal of Population and Social Studies [JPSS]*, 21(2), 227-242. Retrieved from <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jpss/article/view/71981>
- Ogungbe, O., Turkson-Ocran, R.-A., Koirala, B., Byiringiro, S., Liu, X., Elias, S., . . . Commodore-Mensah, Y. (2022). Acculturation and Cardiovascular Risk Screening among African Immigrants: The African Immigrant Health Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2556. Retrieved from <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/5/2556>



- Pacific, U. E. A. (2025). Resurgence of Preventable Diseases Threatens Children in East Asia and Pacific. Retrieved from <https://www.unicef.org/eap/press-releases/resurgence-preventable-diseases-threatens-children-east-asia-and-pacific>
- Pinna, C., Kaewkungwal, J., Hattasingh, W., Swaddiwudhipong, W., Methakulchart, R., Mounsookjareoun, A., & Lawpoolsri, S. (2020). Evaluation of Immunization Services for Children of Migrant Workers Along Thailand-Myanmar Border: Compliance with Global Vaccine Action Plan (2011-2020). *Vaccines (Basel)*, 8(1). doi:10.3390/vaccines8010068
- Prakunwisit, D., & Areesantichai, C. (2015). Factors associated with immunization status among Myanmar migrant children aged 1-2 years in Tak Province, Thailand. *J Health Res* □ vol, 29(2).
- Ravichandiran, N., Mathews, M., & Ryan, B. L. (2022). Utilization of healthcare by immigrants in Canada: a cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey. *BMC Prim Care*, 23(1), 69. doi:10.1186/s12875-022-01682-2
- Unicef. (2024). European Region reports highest number of measles cases in more than 25 years – UNICEF, WHO/Europe. Retrieved from <https://www.unicef.org/press-releases/european-region-reports-highest-number-measles-cases-more-25-years-unicef-who-europe>
- World Health Organization. (2024). Measles Fact Sheet. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>
- World Health Organization Eastern Mediterranean Regional Office. (2025). Eastern Mediterranean Region (EMR) January – June, 2025. Measles and Rubella Bulletin. Retrieved from <https://www.emro.who.int/images/stories/vpi/Measles-Rubella-bulletin-June%202025.pdf>
- Yingtaweesak, T., Pooseesod, K., Umezaki, M., & Phuanukoonnon, S. (2021). Socioeconomic factors affecting vaccination coverage and timeliness among children living along the thai-myanmar border. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 52(5), 587-609.



ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงาน ด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดระยอง

(Prevalence and Factors Associated with Burnout in the Dimension of
Depersonalization among Public Health Officers at Subdistrict Health Promoting
Hospitals, Rayong Province)

โดย

จักรพันธ์ จุลมณี*, สุนธา ศิริ†, สันต์ สุวรรณมณี‡ และ จิราลักษณ์ นนทารักษ์§

* นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโรคติดต่อและวิทยาการระบาดทางการแพทย์ สาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

† ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

‡ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

§ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดระยอง ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 372 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในงานของแมสลาซ (Maslach Burnout Inventory: MBI) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินด้านสุขภาพจิต (ได้แก่แบบประเมินความเครียด ST5 และแบบประเมินอาการซึมเศร้า) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปและความชุกของความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล และใช้สถิติ Chi-square test of independence เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระยอง มีความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล ร้อยละ 23.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับต่อวัน ระดับความเครียด ระดับอาการซึมเศร้า และระดับความสุข ($p < .05$) โดยผู้ที่นอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน และมีระดับความเครียดหรืออาการซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงมาก รวมถึงมีระดับความสุขต่ำ มีแนวโน้มเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลสูงกว่ากลุ่มอื่น ขณะที่ปัจจัยด้าน ลักษณะงาน และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ไม่พบความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านดังกล่าว

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตมากกว่าปัจจัยด้านโครงสร้างงาน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดการความเครียด การส่งเสริมการพักผ่อนและการนอนหลับอย่างเพียงพอ และการสร้างเสริมความสุขในการทำงาน เพื่อป้องกันและลดความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล และยกระดับคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

คำสำคัญ: เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล, ภาวะหมดไฟในการทำงาน



Abstract

This cross-sectional study aimed to determine the prevalence of and factors associated with depersonalization, a dimension of job burnout, among public health officers working in Subdistrict Health Promoting Hospitals in Rayong Province, Thailand. The study population consisted of public health officers who had been working in Subdistrict Health Promoting Hospitals in Rayong Province for at least one year. A total of 372 participants were included in the study. Data were collected using a structured questionnaire comprising general information, the Thai version of the Maslach Burnout Inventory (MBI), and mental health assessment instruments, specifically the Stress Test (ST5) and the Depressive Symptoms Questionnaire. Descriptive statistics were used to describe participants' characteristics and the prevalence of depersonalization, while the Chi-square test of independence test was applied to examine the associations between related factors and depersonalization.

The results revealed that 23.4% of public health officers experienced depersonalization. Factors significantly associated with depersonalization included daily sleep duration, stress level, depressive symptoms, and level of happiness ($p < .05$). Participants who slept less than six hours per day, reported moderate to high levels of stress or depressive symptoms, and had low levels of happiness were more likely to experience depersonalization compared with other groups. In contrast, no significant associations were found between depersonalization and demographic characteristics, job-related factors, or socioeconomic factors.

These findings indicate that depersonalization among public health officers in Subdistrict Health Promoting Hospitals is more strongly associated with mental health and quality-of-life factors than with structural or organizational factors. Therefore, relevant agencies should prioritize mental health promotion, stress management, adequate rest and sleep, and enhancement of happiness at work in order to prevent and reduce depersonalization and to improve the quality of primary health care services.

Keywords: public health officers in subdistrict health promoting hospitals, depersonalization, job burnout

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงาน ด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดระยอง

(Prevalence and Factors Associated with Burnout in the Dimension of
Depersonalization among Public Health Officers at Subdistrict Health Promoting
Hospitals, Rayong Province)

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการด่านหน้าในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงเป็นบุคลากรหลักที่ต้องปฏิบัติงานใกล้ชิดกับประชาชนภายใต้บริบทของทรัพยากรที่จำกัด ภาระงานที่หลากหลาย และความคาดหวังด้านคุณภาพบริการที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization [WHO], 2022)

แรงกดดันจากการทำงานอย่างต่อเนื่องและเรื้อรังอาจนำไปสู่ภาวะความเหนื่อยหน่ายในงาน (Burnout) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ โดย Maslach และคณะอธิบายว่าความเหนื่อยหน่ายในงานประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การลดคุณค่าความเป็นบุคคล (depersonalization) และความรู้สึก ขาดความสำเร็จในการทำงาน (reduced personal accomplishment) (Maslach & Jackson, 1981) ในบรรดามิติทั้งหมด การลดคุณค่าความเป็นบุคคลถือเป็นมิติที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เนื่องจากสะท้อนถึงทัศนคติเชิงลบ ความห่างเหินทางอารมณ์ และการขาดความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการ (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001)

ความเหนื่อยหน่ายในงาน (Burn out) เป็นการรับรู้ความอ่อนล้าทางกาย จิตและอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความคับข้องใจ และความล้มเหลวในการทำงาน ทำให้ร่างกายรู้สึกอ่อนเพลีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดคุณค่าความเป็นบุคคล ซึ่งผลกระทบต่อบุคคลคือทำให้บุคคลนั้นมีทัศนคติเชิงลบกับเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการ (คณะอนุกรรมการจริยธรรม, 2540) ผลกระทบต่อสังคมคือ ไม่เต็มใจในการให้บริการและดูแลบุคคลอื่นเหมือนไม่มีชีวิตจิตใจ (Cristina Maslach, 1977) คุณภาพในการ ทำงานบริการลดลง หลีกเลียงการให้บริการแก่ผู้ป่วย ขาดความเมตตา ทำงานให้ผ่านไปในแต่ละวัน และก่อให้เกิดผลเสียต่อวิชาชีพคือภาพพจน์ของวิชาชีพในสายตาผู้รับบริการและบุคคลทั่วไปลดลง (García-Carmona, 2022) ซึ่งอาจมีสาเหตุจากแรงกดดันของความเครียดสะสมจากการทำงานเรื้อรังเป็นเวลานาน (Pappa, 2020) หากไม่สามารถจัดการกับ ความเครียดได้อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้ (WHO, 2017)

การศึกษาหลายประเทศรายงานว่าบุคลากรทางสุขภาพมีความเสี่ยงต่อความเหนื่อยหน่ายในงานสูง โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ต้องเผชิญกับภาระงานที่หลากหลายและข้อจำกัดด้านกำลังคน (Poghosyan et al., 2010; Shanafelt et al., 2015) ในประเทศไทยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภารกิจด้านสาธารณสุขที่ขยายตัว ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ต้องรับผิดชอบงานจำนวนมาก ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดสะสม ปัญหาสุขภาพจิต และความเหนื่อยหน่ายในงาน (กรมสุขภาพจิต, 2563)

จากการศึกษาภาคตัดขวางด้วยข้อมูลพหุมิติความเหนื่อยหน่ายในงานของบุคลากรทางสุขภาพ 6 ประเทศทั่วโลก ได้แก่ ญี่ปุ่น อเมริกา อังกฤษ แคนาดา นิวซีแลนด์และเยอรมนี พบว่าบุคลากรทางสุขภาพมีความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดค่าความเป็นบุคคลเฉลี่ยร้อยละ 8.1, 6.9, 6.8, 6.2, 6.0 และ 5.2 ตามลำดับ (Lusine Poghosyan, 2010) จากการศึกษาความชุกความเหนื่อยหน่ายในงานในภาพรวมระดับปานกลาง ร้อยละ 58.43 (บุญธิดา เทือกสุบรรณ, 2550) การลดค่าความเป็นบุคคลระดับสูง ร้อยละ 17.6 (กิตติพล ไพรสุทธธีรตัน, 2016) และการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า พยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายในงานภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\text{mean} = 2.74$, $\text{sd} = 0.19$) การลดคุณค่าความเป็นบุคคลระดับสูง ($\text{mean} = 2.10$, $\text{sd} = 0.60$) (มนัญญู บุญมาก, 2558)

จังหวัดระยองเป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว มีการเคลื่อนย้ายแรงงานและประชากรแฝงจำนวนมาก ส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิเพิ่มสูงขึ้น ขณะที่อัตราค่าจ้างและทรัพยากรด้านสาธารณสุขยังคงมีข้อจำกัด อย่างไรก็ตาม ตามกรอบแนวคิดภาวะหมดไฟของ Christina Maslach และโครงสร้างของ Maslach Burnout Inventory (MBI) มิติการลดคุณค่าความเป็นบุคคล (depersonalization) ไม่ได้เป็นเพียงการตอบสนองต่อภาระงานที่มากเกินไป แต่เป็นกลยุทธ์การเผชิญปัญหาทางจิตวิทยาในลักษณะการสร้างระยะห่างระหว่างตนเองกับผู้รับบริการ เหตุผลสำคัญที่การศึกษานี้มุ่งเน้นศึกษามีดังกล่าว เนื่องจากในบริบทของ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และคนในชุมชนถือเป็นหัวใจหลักของการบริการ ภาวะ depersonalization จึงเป็นดัชนีชี้วัดที่วิกฤตที่สุด เพราะส่งผลกระทบโดยตรงต่อทัศนคติเชิงลบ การขาดความเมตตา และการหลีกเลี่ยงการให้บริการ ซึ่งจะทำลายคุณภาพการดูแลและภาพลักษณ์ของวิชาชีพในระดับฐานรากมากกว่ามิติอื่นๆ ของภาวะหมดไฟ การศึกษาความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระยอง ยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาที่เชื่อมโยงกับปัจจัยด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระยอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิต การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของเจ้าหน้าที่
3. สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดระยอง

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระยอง โดยใช้สูตรการคำนวณแบบ Stanley Lameshow

ทราบจำนวนประชากร p แทนค่าสัดส่วนความชุกของความเหนื่อยหน่ายในงาน เท่ากับ 0.4398 (บุญเชื้อ ใจ, 2553) จะได้กลุ่มตัวอย่าง 327 คน และเพื่อป้องกันการไม่ตอบกลับแบบสอบถามจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 15 % (Baruch, 1999) รวมเป็น 374 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และใช้วิธีการสุ่มใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบใช้ค่าความน่าจะเป็น (probability sampling) ด้วยการเลือกตัวอย่างแบบไม่แทนที่ (sample without replacement) ด้วยการนำรายชื่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอนั้น มาทำการการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic sampling) ตามสัดส่วนที่คำนวณได้ให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ตอบแบบสอบถามมี 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ สถานะทางเศรษฐกิจ และชั่วโมงการทำงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (อรวรรณ ศิลปะกิจ, 2008) ค่าความเชื่อมั่น 0.738 มี 4 ระดับ คือ เล็กน้อย ปานกลาง สูง และรุนแรง

แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม คือ การแปลผล 0 – 4 คะแนน เครียดระดับเล็กน้อย 5 – 7 คะแนน เครียดระดับปานกลาง 8 – 9 คะแนน เครียดระดับสูง 10 -15 คะแนน เครียดระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. สภาพแวดล้อมในการทำงานทางกายภาพ โดย (บุญเชื้อ ใจ, 2553) จำนวน 27 ข้อ มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ค่าความเชื่อมั่น 0.859

แบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม คือ 3.68 – 5.00 สภาพแวดล้อมในการทำงานดี 2.34 – 3.67 สภาพแวดล้อมในการทำงานปานกลาง และ 1.00 – 2.33 สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่ดี

โดยประเมินการรับรู้ 5 ด้าน คือ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ สัมพันธภาพในหน่วยงาน การรับรู้ต่อระบบบริหาร การรับรู้ความสำเร็จในงาน และการรับรู้ต่อความสามารถเชิงวิชาชีพ มี 3 ระดับ คือ ดี ปานกลางและไม่ดี

2. สภาพแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม (อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร, 2008) จำนวน 16 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7 จัดกลุ่มประเมินการรับรู้ 4 ด้าน คือ ความทุ่มเทในงาน โดยใช้ค่า median แบ่งกลุ่มการรับรู้สูงและต่ำ กลุ่มทุ่มเทในการทำงานสูงเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ผลตอบแทนการปฏิบัติงาน โดยใช้ค่า median แบ่งกลุ่มการรับรู้สูงและต่ำ กลุ่มผลตอบแทนการปฏิบัติงานต่ำเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ความมุ่งมั่นในงานที่มากเกินไป โดยใช้ค่า median แบ่งกลุ่มการรับรู้สูงและต่ำ กลุ่มความมุ่งมั่นในการทำงานที่มากเกินไปเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และความไม่สมดุลของความทุ่มเทในงานและผลตอบแทนการปฏิบัติงาน

สูตรในการคำนวณ $ERI Ratio = K \frac{R}{E}$

E = คะแนนรวมความทุ่มเทในการทำงาน (Effort)

R = คะแนนรวมผลตอบแทนการปฏิบัติงาน (Reward)

K = (จำนวนข้อคำถามของ Reward) / (จำนวนข้อคำถามของ Effort)

= $7/3$ = 2.33

กลุ่มความไม่สมดุลของความทุ่มเทในงานและผลตอบแทนการปฏิบัติงานมี 2 ระดับ คือ ระดับสูงและระดับต่ำ โดยใช้ค่า Percentile โดยแบ่งเป็นกลุ่มการรับรู้สูง ($ERI > 1$) และต่ำ ($ERI < 1$) โดยกลุ่มที่รับรู้ความไม่สมดุลของความทุ่มเทในงานและผลตอบแทนการปฏิบัติงานสูงเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล แปลมาจาก Maslach Burnout Inventory (MBI) โดยสิระยา สัมมาวาท ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงลบจำนวน 9 ข้อ มี 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง และสูง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0 – 6 คะแนน) ปานกลาง (7 – 12 คะแนน) และสูง (13 คะแนนขึ้นไป) เครื่องมือชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการหาความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่ามีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 5 ความตั้งใจลาออกจากวิชาชีพพยาบาล ที่ผู้วิจัยคิดขึ้นมา แบ่งเป็นมีความตั้งใจและไม่ตั้งใจลาออกจากวิชาชีพ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล โดยปัจจัยที่ศึกษาครอบคลุม 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลและเศรษฐกิจสังคม (เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ภาระหนี้สิน และชั่วโมงการทำงาน) 2) ปัจจัยด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต (ระดับความเครียด อาการซึมเศร้า ระยะเวลาการนอนหลับ และระดับความสุข) และ 3) ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน (สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมด้านจิตสังคม) โดยใช้สถิติ Chi-square test of independence และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การศึกษารั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH 2025 – 068) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงของการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงาน

ผลการวิจัย

จากตาราง 1 พบว่ามีอัตราการตอบกลับแบบสอบถามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดระยอง จำนวน 372 คน คิดเป็นร้อยละ 99.46 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 323 คน (ร้อยละ 86.8) โดยกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีอายุไม่เกิน 36 ปี (ร้อยละ 52.2) และเกือบครึ่งหนึ่งมีสถานภาพคู่สมรส (ร้อยละ 47.6) ในด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 69.6) แต่ร้อยละ 75.3 มีภาระหนี้สินของครอบครัว ในด้านลักษณะงานพบว่า เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 77.4 ต้องปฏิบัติงานอื่นนอกเหนือจากงานหลักที่ตนเองรับผิดชอบ โดยมีเจ้าหน้าที่ร้อยละ 37.9 ที่ระบุว่าไม่พึงพอใจกับค่าตอบแทนที่ได้รับจากหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังคงมีความพึงพอใจในอาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ 93.8) สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต พบว่ามีเจ้าหน้าที่เพียงส่วนน้อยที่มีระดับความเครียดสูงถึงรุนแรง (ร้อยละ 10.5) และร้อยละ 33.1 นอนหลับพักผ่อนเฉลี่ยน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ในขณะที่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับความสุขในระดับสูง (ร้อยละ 58.4) ในส่วนของภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า เจ้าหน้าที่ร้อยละ 23.4 มีความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลในระดับสูง นอกจากนี้ ผลการศึกษายังน่าสนใจว่า เจ้าหน้าที่มากกว่า 2 ใน 3 มีความคิดในการลาออก



ย้ายงาน หรือไม่ต่อสัญญา (ร้อยละ 69.9) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในมิตินี้ อย่างมีนัยสำคัญคือ ระยะเวลาการนอนหลับ ระดับความเครียด อาการซึมเศร้า และระดับความสุข

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=372)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	49	13.2
หญิง	323	86.8
สถานภาพ		
โสด	168	45.2
สมรส	177	47.6
หม้าย/หย่า/แยก	27	7.3
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	259	69.6
ไม่เพียงพอ	113	30.4
ภาระหนี้สิน		
มี	280	75.3
ไม่มี	92	24.7
การปฏิบัติงานนอกเหนือหน้าที่หลักที่รับผิดชอบ		
มี	288	77.4
ไม่มี	84	22.6

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ตัวแปรต้นทั้งหมด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและเศรษฐกิจสังคม (เพศ, อายุ, สถานภาพ, รายได้, ภาระหนี้สิน, และชั่วโมงการทำงาน) ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน (ทางกายภาพและจิตสังคม) และปัจจัยด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต (การนอนหลับ, ความเครียด, อาการซึมเศร้า, และความสุข) ทั้งนี้ ตารางที่ 2 จะนำเสนอเฉพาะปัจจัยที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น เพื่อความกระชับและมุ่งเน้นประเด็นสำคัญของผลการวิจัย ส่วนปัจจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม



ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดค่าความเป็นบุคคล (n = 372)

ปัจจัย	ระดับต่ำ n(%)	ระดับสูง n(%)	χ^2	df	OR	P - value
ระยะเวลาการนอนหลับ						
< 6 ชั่วโมง/วัน	81 (65.9)	42 (34.1)	11.872	1	1.757	0.001*
≥ 6 ชั่วโมง/วัน	204 (81.9)	45 (18.1)				
ระดับความเครียด (ST5)						
เครียดระดับต่ำ	174 (87.0)	26 (13.0)	30.99	2	0.398	<0.001*
เครียดระดับปานกลาง	90 (68.2)	42 (31.8)				
เครียดระดับสูง-รุนแรง	20 (51.3)	19 (48.7)				
อาการซึมเศร้า						
ไม่มีอาการเศร้า	233 (81.8)	52 (18.2)	17.979	1	0.742	<0.001*
มีอาการซึมเศร้า	52 (59.8)	35 (40.2)				
ระดับความสุข						
ระดับต่ำ - ปานกลาง	110 (69.2)	49 (30.8)	8.557	1	1.418	0.003*
ระดับสูง	175 (82.2)	38 (17.8)				

หมายเหตุ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล ผู้วิจัยได้คัดเลือกเฉพาะกลุ่มปัจจัยด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตมานำเสนอในตาราง 2 เนื่องจากเป็นกลุ่มปัจจัยที่มีความสำคัญเชิงทฤษฎีและพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการทดสอบเบื้องต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านระยะเวลาการนอนหลับ ระดับความเครียด ระดับอาการซึมเศร้า และระดับความสุขกับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระยอง พบว่า ระยะเวลาการนอนหลับต่อวันมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่นอนหลับน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันมีความเหนื่อยหน่ายในงานระดับสูงร้อยละ 34.1 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่นอนหลับตั้งแต่ 6 ชั่วโมงขึ้นไปต่อวัน (ร้อยละ 18.1)

จากตาราง 2 เมื่อพิจารณาระดับความเครียด พบว่า มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่มีความเครียดระดับต่ำมีความเหนื่อยหน่ายในงานระดับสูงเพียงร้อยละ 13.0 ขณะที่กลุ่มที่มีความเครียดระดับปานกลางและระดับสูงถึงรุนแรงมีความเหนื่อยหน่ายในงานระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.8 และ 48.7 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มว่าความเหนื่อยหน่ายในงาน

เพิ่มขึ้นตามระดับความเครียด ในส่วนของอาการซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ในส่วนของอาการซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้ามีความเหนื่อยหน่ายในงานระดับสูงร้อยละ 18.2 ขณะที่กลุ่มที่มีอาการซึมเศร้ามีความเหนื่อยหน่ายในงานระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40.2 แสดงให้เห็นว่าการมีอาการซึมเศร้ามีแนวโน้มสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลมากขึ้น

นอกจากนี้ ระดับความทุกข์ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$) โดยกลุ่มที่มีระดับความทุกข์ต่ำและปานกลางมีความเหนื่อยหน่ายในงานระดับสูงร้อยละ 30.8 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับความทุกข์สูง (ร้อยละ 17.8) แสดงให้เห็นว่าความทุกข์ในการดำเนินชีวิตและการทำงานมีบทบาทสำคัญต่อการลดความเสี่ยงของความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดระยอง มีความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลคิดเป็นร้อยละ 23.4 เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการศึกษาในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว 6 ประเทศ ได้แก่ ญี่ปุ่น (ร้อยละ 8.1) อเมริกา (ร้อยละ 6.9) อังกฤษ (ร้อยละ 6.8) แคนาดา (ร้อยละ 6.2) นิวซีแลนด์ (ร้อยละ 6.0) และเยอรมนี (ร้อยละ 5.2) (Poghossyan et al., 2010) จะเห็นได้ว่าความทุกข์ในการศึกษานี้อยู่ในระดับที่สูงกว่า อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับงานวิจัยร่วมสมัยในช่วงปี ค.ศ. 2020–2023 ในบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่เผชิญกับสถานการณ์หลังการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งพบความทุกข์อยู่ระหว่าง ร้อยละ 20–35 (Lai et al., 2020; Barello et al., 2021; García-Carmona et al., 2022) พบว่าผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องและอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในช่วง ค.ศ. 2020–2023 พบว่าความทุกข์ของภาวะหมดไฟในมิติ การลดคุณค่าความเป็นบุคคล ในบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิอยู่ระหว่างร้อยละ 20–35 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้ งานวิจัยในประเทศจีน สเปน และอิตาลี รายงานว่าบุคลากรสาธารณสุขหลังสถานการณ์โควิด-19 มีแนวโน้มเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะมิติด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล ซึ่งส่งผลต่อความเห็นอกเห็นใจและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Lai et al., 2020; Barello et al., 2021; García-Carmona et al., 2022)

ผลการศึกษานี้พบว่า ระยะเวลาการนอนหลับ ระดับความเครียด อาการซึมเศร้า และระดับมีความสัมพันธ์อย่างยืงกับภาวะการลดคุณค่าความเป็นบุคคล สามารถอธิบายได้ด้วยกรอบแนวคิดของ Maslach ที่ระบุว่า การลดคุณค่าความเป็นบุคคลเป็นกลไกการสร้างระยะห่างทางอารมณ์ (emotional distancing) โดยเจ้าหน้าที่ใช้ทัศนคติเชิงลบหรือความห่างเหินเป็นเกราะป้องกันตนเองเพื่อรับมือกับภาวะทางอารมณ์ที่หนักหน่วงและความเครียดสะสมจากการทำงานเรื้อรัง จนนำไปสู่การขาดความเห็นอกเห็นใจต่อผู้รับบริการในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยร่วมสมัยหลายฉบับที่ชี้ว่าปัจจัยด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตเป็นตัวทำนายสำคัญของภาวะ burnout มากกว่าปัจจัยด้านโครงสร้างงานเพียงอย่างเดียว การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในช่วง ค.ศ. 2021–2024 พบว่าการนอนหลับไม่เพียงพอและความเครียดเรื้อรังเพิ่มความเสี่ยงต่อ depersonalization อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องทำงานใกล้ชิดกับประชาชน (Pappa et al., 2020; Zhang et al., 2023) แม้ระดับความทุกข์จะไม่สูงมากเมื่อเทียบกับ

บางประเทศ แต่ถือเป็นระดับที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และความยั่งยืนของกำลังคนด้านสาธารณสุข (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Poghosyan et al., 2010; World Health Organization, 2022)

ในบริบทของการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิในประเทศไทย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต้องรับผิดชอบภารกิจหลากหลาย ทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมโรค งานเอกสารเชิงนโยบาย และงานเชิงรุกในชุมชน ภายใต้ข้อจำกัดด้านกำลังคนและทรัพยากร แม้ผลการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานหรือปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมกับความเหนื่อยหน่ายในงาน แต่ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า การที่ปัจจัยด้านโครงสร้างงานหรือเศรษฐกิจสังคมไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะหมดไฟในการศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่เน้นย้ำว่า สุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีในการทำงาน (Well-being at work) คือ 'กลไกสำคัญ' (key mechanism) ที่ทำหน้าที่ส่งผ่านอิทธิพล กล่าวคือ ภาระงานที่หนักหรือทรัพยากรที่จำกัดจะนำไปสู่ภาวะหมดไฟได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าปัจจัยเหล่านั้นส่งผลกระทบต่อกลไกสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นมากน้อยเพียงใด

นอกจากนี้ ระดับความสุขในการทำงานและการดำเนินชีวิตยังมีบทบาทเชิงป้องกันต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยช่วง ค.ศ. 2022–2024 ที่ชี้ว่าความหมายของงาน ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถลดความเสี่ยงของการลดคุณค่าความเป็นบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญ (Sovold et al., 2021; De Simone et al., 2023)

โดยสรุป ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความเชื่อมโยงกับปัจจัยด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตมากกว่าปัจจัยด้านโครงสร้างงาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยร่วมสมัยทั้งในและต่างประเทศ และสะท้อนบริบทการทำงานจริงของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของไทย จึงชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายและมาตรการส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดการความเครียด และการสร้างเสริมความสุขในการทำงานควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรคำนึงถึงในการตีความผลการวิจัย ประการแรก การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูล ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงสามารถระบุได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ เท่านั้น ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผล (causal relationship) ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและภาวะการลดคุณค่าความเป็นบุคคลได้ ประการที่สอง ข้อมูลทั้งหมดได้มาจากการรายงานด้วยตนเอง (self-reported data) ของกลุ่มตัวอย่างผ่านแบบสอบถาม ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนจากการจดจำหรือการตอบตามความคาดหวังของสังคม (social desirability bias) และประการสุดท้าย ขอบเขตการศึกษาจำกัดเฉพาะกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดระยอง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะด้านเขตพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม ทำให้ผลการศึกษามีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกันออกไป

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการบริหารจัดการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายและมาตรการส่งเสริมสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการเฝ้าระวังความเครียด อาการซึมเศร้า และภาวะเหนื่อยหน่ายในงาน รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรมที่ช่วยสร้างสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว

2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ควรส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพมีการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมการจัดการความเครียด การส่งเสริมการนอนหลับอย่างเพียงพอ และการเสริมสร้างความสุขในการทำงาน เช่น กิจกรรมผ่อนคลาย การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต และการสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อความร่วมมือและการสนับสนุนซึ่งกันและกันในทีมงาน

3) ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการและการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกหรือการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจกลไกและบริบทของความเหนื่อยหน่ายในงานด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคล รวมทั้งการติดตามผลในระยะยาวและการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมแทรกแซงที่เหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำ และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ตลอดกระบวนการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดระยอง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี จันทิมา วิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตของคนไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติพล ไพรสุทธินัน และอรพรรณ ชัยมณี. (2559). ความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *Thammasat Medical Journal*, 16(2), 185–194.
- คณะอนุกรรมการจริยธรรม. (2540). พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พุทธศักราช 2540 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง. ราชกิจจานุเบกษา, 264–269.
- บุญธิดา เทือกสุบรรณ. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญเชื้อ ใจ. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร (ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- มนัญญู บุญมาก. (2558). ความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต).
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2538). ความหมายของพยาบาล. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.



- สิระยา สัมมาวาจา. (2532). ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามารับดี (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร. (2551). การพัฒนาเครื่องมือสิ่งแวดลอมในการทำงานด้านจิตสังคมในพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าในประเทศไทย (วิทยานิพนธ์ศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- อรรณพ ศิลปกิจ. (2551). การประเมินความเครียดในคนไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(3), 177–185.
- องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง. (2567). รายงานข้อมูลเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดระยอง (ที่ รย 51006.1/846 ลงวันที่ 24 มกราคม 2567).
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2021). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113129.
- Baruch, Y. (1999). Response rates in academic studies: A comparative analysis. *Human Relations*, 52(4), 421–434.
- De Simone, S., Vargas, M., & Servillo, G. (2023). Organizational support, work engagement and burnout of healthcare professionals: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2202.
- García-Carmona, M., Marín, M. D., & Aguayo, R. (2022). Burnout syndrome in primary health care professionals: A systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 23(1), 1–12.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., et al. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to COVID-19. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Geneva: World Health Organization.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care. *Journal of Nursing Administration*, 40(1), 26–33.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 288–298. <https://doi.org/10.1002/nur.20383>
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... Oreskovich, M. R. (2015). Burnout and satisfaction with work–life balance among US physicians. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613.



World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2022). *Mental health at work: Policy brief*. Geneva: WHO.

Zhang, X., Jiang, Y., & Chen, Y. (2023). Sleep quality, stress, and burnout among healthcare workers. *BMC Public Health*, 23, 1457.



Shattered Lives: The Effects of War Displacement on Well-Being and Social Integration in Al-Gadarif City, Sudan, A Mixed-Methods Analysis

By

*Suha Ibrahim^{*} Jürgen Kurt[†] Rockstroh Menas[‡] A. Abdalla Ahmed Ali[§]
and Fauzi Elamouri^{**}*

- Full text not included -

^{*} College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

[†] Department of Medicine I, University Hospital Bonn, Bonn, Germany

[‡] Department of Pharmacology, Faculty of Pharmacy, Al-Neelain University, Khartoum, Sudan

[§] Faculty of Medicine, University of Khartoum, Khartoum, Sudan

^{**} Department of Medicine I, University Hospital Bonn, Bonn, Germany



Abstract

The armed conflict that erupted in Sudan in April 2023 has triggered one of the world's largest internal displacement crises. Intense violence and infrastructure destruction in Khartoum and Al-Gazira State, have forced populations to seek refuge in secure locations like Al-Gadarif City. While humanitarian efforts have prioritized emergency relief, empirical evidence regarding the broader psychological, social, and structural impacts of displacement remains limited.

This study investigates how war-induced displacement affects psychological well-being, social integration characterized by economic engagement, social networks, and access to basic services among internally displaced persons (IDPs) in Al-Gadarif City

A sequential explanatory mixed-methods design was employed between November and December 2025. In the quantitative phase, data were collected via structured questionnaires from 300 displaced adults. Predictors of psychological distress were identified using multivariate logistic regression. In the qualitative phase, 15 participants were purposively selected for in-depth semi-structured interviews to contextualize the statistical findings. Qualitative data were analyzed using a thematic approach in NVivo.

About (56%) reported severe psychological distress (Mean:16.4±5.8). Multivariate analysis identified direct exposure to armed violence, prolonged displacement, unemployment, and limited-service access as independent predictors of distress. Low levels of social integration emerged as one of the strongest predictors of psychological distress (AOR = 6.55, 95% CI: 2.61–16.41, $p < 0.001$). Themes of cumulative trauma, the loss of social and professional identity, and a heavy reliance on community solidarity as a vital coping mechanism. Integrated analysis indicates that post-displacement social and structural conditions significantly exacerbate mental health outcomes following war exposure.

War-related internal displacement in Sudan has profound psychological and social consequences. Recovery and long-term stabilization require multi-sectoral interventions, improved access to critical services, and the integration of mental health support into the broader displacement response.

Keywords: internal displacement, Sudan conflict, psychological distress, social integration



บทความฉบับสมบูรณ์

กลุ่มที่ 3 ประชากรกับอนามัยเจริญพันธุ์

4 บทความ

- The Influence of Social Media-Based Health Interventions on the Sexual and Reproductive Health of Young Burmese Adults Living in the Bangkok Metropolitan Region
- การติดตามและการเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในกรุงเทพมหานคร
- ความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับการติดเชื้อไวรัสเอดส์: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์หือภิมาน
- Adolescent Sexual and Reproductive Health Outcomes Following Legalized Abortion in Nepal: A comparison with the Global Experience



The Influence of Social Media-Based Health Interventions on the Sexual and Reproductive Health of Young Burmese Adults Living in the Bangkok Metropolitan Region

By

Aung Pyae Phyoo Oo^{*}, Kanokwan Tharawan[†] and Truc Ngoc Hoang Dang[‡]

^{*} Master Student in Population and Sexual and Reproductive Health (International Program), Institute for Population and Social Research, Mahidol University

[†] Assistant Professor Institute for Population and Social Research, Mahidol University

[‡] Lecturer Institute for Population and Social Research, Mahidol University



Abstract

Health communication using social media platforms has become a vital catalyst for modern global health implementation strategies. However, existing literature focused on the impact of digital intervention on the sexual and reproductive health (SRH) of the general population. This qualitative research examines the impact of social media-based health intervention programs on SRH of young Burmese adults, aged 18 to 34 years, residing in the Bangkok metropolitan region. Based on the transnational theory, this research explored how digital engagement with one's homeland improves SRH knowledge, behavior, and reproductive health-seeking practices.

This research employed an exploratory qualitative design; the participants were purposively recruited from an active Burmese migrant Facebook community, and virtual in-depth interviews were conducted with (n=15) participants with diverse gender and demographic representation. The thematic analysis was done to align with the transnational framework. The data revealed that digital intervention on the Facebook platform effectively promotes SRH knowledge and transforms positive attitudes and practices. Participants highlighted their preferences for Myanmar-based sources affiliated with medical professionals. These programs are effectively addressing SRH stigma, particularly among the younger generation. The findings revealed a significant knowledge-access gap that limits the translation of perceived knowledge into formal service utilization in Bangkok regions, exacerbated by encountered linguistic, informational, and administrative barriers. Subsequently, migrants rely on alternative transnational digital pathways to overcome these structural challenges. Despite the mentioned advantages, digital interventions cannot cover the entire Burmese migrant population.

To conclude, this study indicated that transnational digital engagement enhanced the flow of SRH knowledge and behavioral transition, while its effectiveness was limited by the intersection of migrant's vulnerabilities. This study advocates for a hybrid intervention, linking both online and offline approaches in designing culturally competent, comprehensive, migrant-friendly SRH services. Reducing administrative and language barriers to augment equitable SRH accessibility for all young Burmese migrants. Collaboration with Myanmar sources to generate health utilization is also recommended.

Keywords: social media, health intervention, Burmese migrant, sexual and reproductive health, transnational theory, Bangkok Metropolitan Region



The Influence of Social Media-Based Health Interventions on the Sexual and Reproductive Health of Young Burmese Adults Living in the Bangkok Metropolitan Region

Introduction

Thailand has been a major destination for the migrant population from neighboring countries, particularly those who are originally from Myanmar. There were approximately 4.1 million migrants from Myanmar residing in Thailand, and 1.8 million of them were in an irregular status (IOM Thailand, 2024). In estimation, there were around 90,926 - 483,493 registered Burmese migrant workers living in the Bangkok Metropolitan Region (BMR) (UN Network On Migration in Thailand, 2024). Many urban migrants face significant health challenges, especially in sexual and reproductive health (SRH) issues. Most of the migrant workers were young, sexually active, and had SRH-related conditions (Egli-Gany et al., 2021). These migrants have experienced social, cultural, and language barriers to accessing SRH services in the host country (Barrio-Ruiz et al., 2024). Furthermore, urban migrants have faced structural challenges such as high living costs, poor housing, crowded and informal settlements, and lower social support compared to those living in border camps (Logie et al., 2024).

In recent years, social media usage has expanded into health-related contexts. Burmese migrants utilized social media as a source of transmissible disease-related information in Thailand (Papwijitsil et al., 2021). Humanitarian and migration assistance organizations engaged them via social media platforms (Molland, 2024; Phyo, 2020). For them, Facebook stands out as an effective medium for accessing SRH knowledge (Boonchutima et al., 2020). These social media-based health interventions have demonstrated a positive impact on behavioral changes and promoted health literacy in the target group (Hunter et al., 2019). Nonetheless, most of the existing literature has focused on the effects of social media-based interventions on the general population and the broader health context. While Burmese migrants leveraged social media as a health communication tool for SRH information, the potential of online health interventions remains uncharted for migrants residing in BMR who encountered SRH challenges. In this study, the operational term social media—based health intervention was defined as intervention programs that strategically utilize social media platforms to disseminate SRH-related information to engage with their target audiences (Kruzan et al., 2022). The intervention may include health education content, a peer-support online community, or virtual campaigns launched by government or non-government health institutions, or by medical professional influencers, as part of health promotion efforts.

Theoretical Framework

Schiller et al. (1992) defined transnationalism as “the processes by which immigrants build social fields that link together their country of origin and their country of settlement”. This theory acknowledged that migrants could engage with social, political, and economic issues across multiple geographical locations within social fields. In the digital era, social media platforms have been leveraged as virtual media to seek SRH knowledge from familiar contexts to navigate their new residence (Wukich et al., 2017). This study utilized the transnational framework, as outlined by Schiller et al. (1992) and Villa-Torres et al. (2017), which highlights migrants’ sustained connection to their homeland while integrating into the recipient country’s context, as shown in Figure 1. This framework guided our exploration of how Burmese migrants leverage social media platforms to access SRH information, which shapes their knowledge and health-seeking behavior, as well as the experiences they encounter during service utilization in the host context.

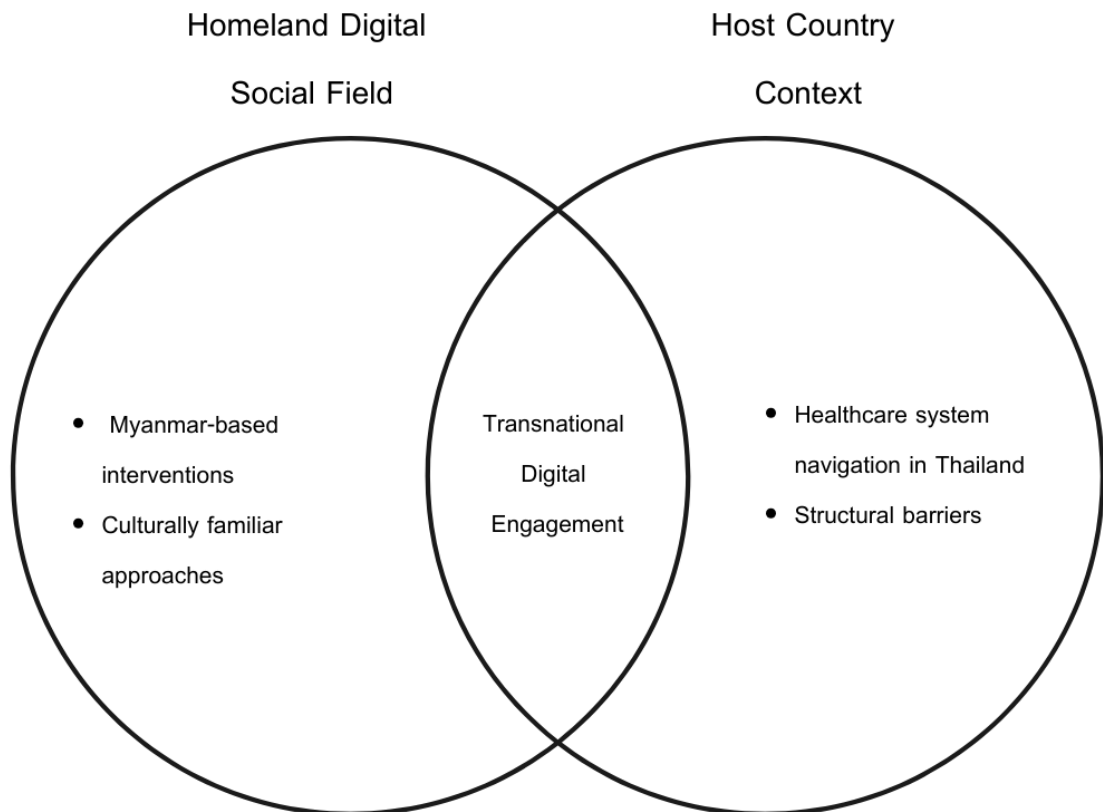


Figure 1 The Conceptual Framework Based on Transnational Theory

Research Objective

- (1) To explore the impact of social media-based health interventions on SRH-related knowledge among Burmese migrants
- (2) To examine how social media-based health interventions address the existing cultural taboo and stigma around SRH issues.



- (3) To identify the challenges faced by Burmese migrants in accessing SRH services

The above-mentioned research objectives served as the primary research questions of our study. This alignment ensures methodological consistency with the study's principal inquiries.

Methodology

Study Design and Setting

We employed a qualitative, cross-sectional design focusing on BMR in Bangkok and the adjacent five provinces, which have a high density of the Burmese migrant population and high internet coverage.

Participant Recruitment and Data Collection

We recruited research participants from an active Facebook information hub named “All About Bangkok MM,” which consisted of approximately 32,000 members. We purposively selected based on the criteria 1) 18-34 years of age, 2) currently resided at BMR, 3) active social media user, who gained digital SRH knowledge, and 4) experienced SRH challenges in BMR.

A total of 124 responses were received and filtered according to eligibility criteria and an open-ended question to assess their knowledge of digital SRH programs. The majority were excluded due to a lack of SRH experience and because they resided outside the study's focus area. Additionally, we used stratified purposive sampling to ensure that the respondents met the eligibility criteria and reflected gender-based variation. With prior consent, we conducted semi-structured virtual interviews from July to September 2025, focusing on digital interventions and the SRH experiences of Burmese migrants. In-depth interviews were conducted via voice and text chat on participants' preferred platforms, lasting approximately 30 to 45 minutes, depending on their availability.

Participants

This study recruited 15 participants (n=15) from diverse demographic backgrounds. Six females, five males, and four non-binary participants, who identified as three gay and one lesbian, were recruited. Participants' ages range from 21 to 33 years, with a mean of 27.6 years. Most participants (n = 10) resided in the Bangkok area, and the others were from Nakhon Pathom, Nonthaburi, Pathum Thani, and Samut Prakan provinces. Most participants were single, and only two were married. Their employment statuses differed, although all participants had a tertiary education. Eleven of them were originally from Yangon, while others were from four states and divisions of Myanmar. Most participants have intermediate English and limited Thai language proficiency.

Data Analysis

The recorded data were carefully transcribed from Burmese into English, and the participants were allowed to review and validate their transcripts. Then, we analyzed the recorded information based on an analytic framework by Braun and Clarke (2006). The analysis process consists of repeatedly reading the interview data to become familiar with it, coding each sentence, categorizing similar codes into themes,



reviewing the preliminary themes, defining the themes, and organizing the themes to address the research questions.

Ethical Considerations

The Institutional Review Board (IRB) Committee at the Institute for Population and Social Research (IPSR) at Mahidol University approved this project with a certificate of approval numbered 2025/06-033. We informed research participants about the study objectives, potential risks, and benefits before each interview. The data collected was anonymized using participants' identity (ID) numbers to ensure participant confidentiality.

Results

Six major themes were identified, each addressing an aspect of the research questions. These emerging themes reflected the transnational digital engagement of young Burmese migrants in SRH information and service utilization in Thailand.

Platform Preference and Trustworthiness

We observed that Facebook was the primary social media platform used by all participants to seek SRH information. However, Facebook as a whole was not the primary source of reliable SRH information, and people trusted only certain pages featuring a Myanmar medical professional or run by well-known non-governmental organizations (NGOs). Participants frequently mentioned the social media page "MaShetNe(don't be shy)," popular among Myanmar youth for its attractive, youth-centered presentation and its affiliation with medical providers, which enhances trust in information sources.

"I usually follow the MaShetNe page because of their interview contents with medical doctors, and I think that's why this page is reliable. Also, their information is easier to understand than others."

ID 1, 26, male

"Mostly, I searched from the sources that provided SRH information related to women's health issues, like MaShetNe and Purple Feminist Group."

ID 5, 26, female

Their preference clearly reflected a social media-based health intervention from their homeland, as Burmese migrants still use social media platforms to engage with health promotion channels to overcome challenges, particularly linguistic barriers in the host country. However, participants tend to trust SRH knowledge only when it comes from reliable sources, particularly when the medical professional disseminates this information.

"To determine whether this online source is reliable, I checked whether the information is posted by medical professionals first."

Participant ID 2, 33, female



Their preference reflected transnational information-seeking behavior, as migrants bypassed Thai and international sources and favored content from the Myanmar side, which they could easily understand.

"I rely on the Myanmar side's content because I can understand it. Due to a language barrier, I know nothing at all about the SRH services here."

ID 11, 32, female

This remark underscores how a virtual connection to their homeland helps fill the SRH information gap in the recipient country. Furthermore, their transnational engagement enabled them to navigate the required health knowledge by accessing SRH information on social media.

Perceived knowledge & behavior change

Consistent exposure to credible sources contributed to positive health outcomes, as participants gained SRH knowledge, changed their attitudes, and were empowered to make decisions. This learning process is not passive but an active reflection on perceived information and a determination to change. Participants revealed that learning accurate and precise information addressed common misconceptions and myths regarding sexual health in their societies.

"It is crucial to know contraceptive methods before marriage. These pages provided detailed information for various methods, such as IUD or implant."

ID 4, 27, female

"I later learned that irregular periods can be a symptom of a health issue. After gaining this knowledge, I became aware and took care of my menstrual health."

ID 9, 25, female

Their narratives clearly showed that a social media-based intervention can effectively enhance viewers' essential SRH knowledge. Nonetheless, this perceived information from social media can translate into behavioral changes in their daily lives or preparation for themselves in future sexual activities. Since the most distinctive form of behavioral change is informed decision-making, participants reported that online information was a crucial determinant of their actions.

"I have learned about how to protect myself regarding sexual activity."

ID 5, 26, female

"If someone asks me to go out on a date, I have to consider the PrEP information that I received from social media."

ID 12, 25, gay



This section explored how social media impacted Burmese migrants' SRH knowledge and behavioral transformation. From this finding, we can assume that social media-based interventions, particularly those from their homeland, can effectively promote SRH knowledge among young Burmese migrants and transform their SRH-related perspectives and norms.

Addressing SRH stigma

Social media platforms could be leveraged as mass media channels to address existing SRH stigma, false beliefs, and taboos. Social media intervention enabled users to learn about false information, thereby facilitating the development of social norms and perspectives and promoting cultural changes. Participants reflected on their narrative of addressing stigma through social media-based health interventions.

Digital content strategies could help address these stigmas. Social media-based interventions could combat stigma through personal narratives that include detailed information about viral issues. These stories might have helped normalize sensitive issues and promote empathy among online audiences.

"The social media-based SRH program can reduce the SRH stigma by sharing the survivor's storyline, providing detailed perspectives and discussions on trending scenarios."

ID 5,26, female

Similarly, other participants also described that exposure to factual information online solves myths and reduces anxiety. Participant ID 11 revealed that educational video content had taught her an unlearned internalized myth regarding the vaginal discharge issue and replaced her fear.

"I used to think that white discharge was bad, until I watched a video that explained it was natural to discharge and have a slight smell. Since then, I don't panic anymore whenever I have a white discharge."

ID 11, 32, female

Creative content that could draw the attention of Facebook users and provide the right knowledge. Subsequently, the informed user perspective and traditional norms could be transformed into a positive attitude. In this way, social media-based health promotion can address the existing SRH-related stigma.

"I realized that the past traditional norms were wrong. I used to be very shy about sexual matters, but I understand that there's no need to be ashamed now."

ID 13, 30, male

"I knew that there was no cure for HIV, so I used to be afraid of this virus. After learning more about HIV/AIDS from social media, I'm no longer scared."

ID 11, 29, gay



These perspectives reflected how digital interventions address the stigma faced by the Burmese migrant community. Migrants could easily access those interventions on their preferred social media platform, which helped normalize a discussion that was forbidden in conservative society. In addition, participants believe these digital interventions would be more effective for the younger generation, who could sustain new perspectives in the modern world.

"It seems that young people prefer information from their peers, like influencers, who can provide comprehensive information; it will be really effective to address stigma around SRH."

ID 9, 25, female

This narrative highlighted that SRH attitudes among Younger Burmese migrants tended to be more open, with more SRH discussions and social influencer-driven content. This could offer an opportunity to combat the prevailing attitude among younger generations, which could have long-term effects.

The knowledge-access gap

Although Burmese migrants acquired SRH knowledge through virtual engagement with information sources, they faced challenges accessing SRH facilities in their host country. The disconnect between what participants perceived on social media and their on-the-ground access to healthcare stemmed from structural challenges, including issues related to migration status, information, and language barriers within Thailand's healthcare system.

According to participant ID 13 (30, male), "I know one pregnant woman who is in the seventh month of gestation. However, she has never had any antenatal visits before, does not know where to receive them, and has no official document either."

This highlighted the vulnerability of undocumented pregnant women to accessing qualified maternal care. It also represented a systemic gap in reproductive health services to be inclusive, despite an understanding of the importance of antenatal care. Additionally, the social media intervention would not be effective without an accessible, offline channel that provides a legal basis for the intervention.

In addition, another participant 6 (26, male) said that his friends' couple got pregnant when they were waiting for their legal documents. They were unable to find any maternal services in Bangkok at that time. And they had to travel back to Mae Sot, where humanitarian health assistance services are available. This emphasized the importance of legal status, even for pregnant migrant mothers, to access essential prenatal services. Migrant women had to seek healthcare services at the Thailand-Myanmar border, where they could access care regardless of their status. This illustrated the need for legal documents that restricted prenatal care access for migrant women in the Bangkok area.



The accessibility gap extends beyond maternal healthcare, affecting migrants' access to SRH services. Participants also shared experiences that limit their ability to translate perceived health information into actual care.

"I like to get my blood test and a vaginal pap smear, but I don't know where I have to go or where to start."

ID 11,32, female

"When I felt the symptoms of gonorrhea, I privately asked for help on social media. I didn't know where to contact or how the service process would be. And I am also stressed about the translation service needed."

ID 14, 21, male

Even though transnational digital engagement enhanced SRH knowledge among Burmese youths, they encountered obstacles that hindered the full translation of that knowledge into action. These narratives demonstrated that participants faced significant structural barriers, particularly legal and linguistic challenges, despite recognizing their own health needs. The restrictions prevented migrants from fully translating their perceived knowledge into formal health-seeking behavior. Furthermore, it also revealed that access to reproductive health services in Bangkok was not limited by a lack of awareness but by structural and administrative challenges for migrant communities.

SRH service utilization among Burmese migrants in Thailand

This theme analyzed the health-seeking journey of Burmese migrants and how they overcome the structural challenges they face. Their health navigation often correlated with transnational engagement, as they used the informal healthcare system, which connected them to health services in Thailand and Myanmar.

Migrants reflected on their experiences consulting with Myanmar-based health services through digital communication.

"I made an online clinic appointment with a Myanmar doctor about my irregular period. He asked me about my signs and symptoms and prescribed some medicine for me."

ID 4,27, female

"I consulted with online clinics from Myanmar frequently. I can easily schedule an appointment on that clinic page, and then I had a consultation session with a medical provider on the Telegram application."

ID 15, 27, lesbian

Their reflection described the multinational dimension related to sexual health problems, where migrant women utilized medical services from their original country to fill the accessibility gap in the host country. These



services not only helped migrants bypass communication barriers but also provided privacy and easy access. Furthermore, these services provided consultation with specialists if required. Therefore, these interactions reflected migrants' transnational engagement, sustaining digital ties with their homeland through health-seeking behavior. Nevertheless, these teleconsultation services relied on a history taken by a medical professional and did not include physical assessment or investigations. When migrants required such physical interaction, they had to rely on on-the-ground health facilities where they could be examined or treated.

Although Burmese migrants faced the administrative and systemic barriers mentioned above, they also pointed out the enablers that facilitated their utilization of the sexual health facilities in Thailand. Their narrative indicated the inclusiveness of Thailand's state and non-state actors' involvement in contributing SRH services for migrants and reducing fear and stigma for them. The professionalism of Thailand's medical providers, combined with their culturally competent approach, facilitated smooth access to healthcare.

"Neither my wife nor I experienced any form of discrimination while we were in a contraceptive counseling session at Siriraj Hospital, although we are Myanmar migrants here. It was a comfortable consultation session with a Thai doctor."

ID 13, 30, male

Their experiences in couples counseling illustrated the medical provider's expertise and cultural awareness at a major public hospital. Additionally, this highlighted the integration of migrants into the mainstream healthcare system, underscoring Thailand's inclusive public health policy framework.

Another participant also shared insights into purchasing essential reproductive health products in their host environment. Participant ID 3 said it was convenient to purchase over-the-counter products at the nearby store, although the prices were higher than in her homeland.

"I have purchased contraceptive pills nearby; I didn't feel any judgmental behavior from the pharmacist provider."

ID 13, 30, female

Participant ID 12's perspective revealed the key enablers for migrants: language accessibility and cultural competence, which enhanced the use of specialized healthcare programs. The presence of Myanmar staff minimized the communication barrier and fostered the beneficiaries' confidence in SRH services, even for non-binary Burmese migrant.

"I took an oral test from the Raks Thai foundation, and I didn't face any difficulties in utilizing their service as they have an interpreter there."

ID 12, 25, gay



Participants' empirical narratives indicated the importance of equity in health services, which facilitated the health-seeking behavior of working migrants. This theme represented the navigation journey of Burmese migrants seeking to use Thailand's hybrid healthcare system. Documented Burmese migrants could access the mainstream healthcare system, while specialized humanitarian clinics offered culturally competent services that filled the knowledge gap for migrants without proper documentation. Their experiences also reflected the ease of purchasing over-the-counter items, such as menstrual products and condoms, in their local area. The availability and accessibility of reproductive products were a crucial determinant of the reproductive health outcome for the migrant population.

Although participants reported that migrants used social media-based health interventions as a source of knowledge and an agent of behavior change, they also noted that these digital sources weren't flawless, as they couldn't reach the entire migrant population. These practical restrictions framed the final theme.

The limitations of social media

We organized this section to address the study's research questions; however, it was crucial to consider the limitations of social media-based health interventions for Burmese migrants' reproductive health. The findings from this session would be useful for the broader migrant population. Participants acknowledged the efficacy of social media in SRH discussion and information dissemination, while criticizing the failure to engage with the entire migrant population. More importantly, they proposed a hybrid solution that connected the social media channel with offline outreach activities in migrant communities.

The first limitation is social media algorithms, as participant ID 10 noted that the newsfeed on their social media account might show different content to different audiences based on their preferences. This could create an information silo, preventing disseminated information from reaching the target population.

"Social media algorithms are different for diverse users. Hence, the Facebook newsfeeds of a student won't be the same as those of blue-collar workers."

ID 10,25, male

This narrative highlighted that social media-based health promotion could not address the knowledge access gap among some migrant groups, such as manual laborers and industrial workers. Social media algorithms varied based on each user's personal interests. Hence, migrant laborers' work was physically demanding, and they were only interested in entertainment content during their free time, which filled their social media newsfeeds. This interaction could limit the reach of organic SRH educational content to the targeted migrant population. He proposed that outreach health education campaigns in industries where migrant workers were available could be more effective, reaching health promotion directly to digitally divided beneficiaries

Similarly, another participant echoed this narrative, advocating for more proactive, physical outreach programs to educate migrant workers in need.



“It will be more effective to perform outreach activities in some places where there are Burmese workers currently working. Initiatives like offering contraceptives inside these industries could be beneficial for them.”

ID 6,26, male

Most migrant factory workers relied on their factory jobs for income, and they could not focus on less pressing health issues after work. They may prefer more entertainment or something that can enhance their leisure time and increase their wages.

Moreover, participants indicated a need for a more inclusive content strategy to cater to diverse groups of migrants from Myanmar. Hence, Myanmar is a country with rich ethnicities, and those migrants who were originally from Myanmar used different dialects in their home. Participant ID 4 recommended leveraging multiple native dialects, which could address linguistic barriers for Burmese migrants.

“Some remote or ethnic population, they don’t understand the Burmese language at all. And I suggested that the application of their own ethnic language in social media content videos could be more inclusive.”

ID 4, 27, female

This insight highlighted the need for a digital content strategy that is linguistically accessible and culturally appropriate for a diverse migrant population.

These findings in this section support the conclusion that transnational digital engagement improved SRH knowledge and transformed social attitudes, which were once considered sensitive topics in the Myanmar community. However, the practical challenges restricted Burmese migrants from utilizing reproductive health services in Thailand, as shown in Figure 2.

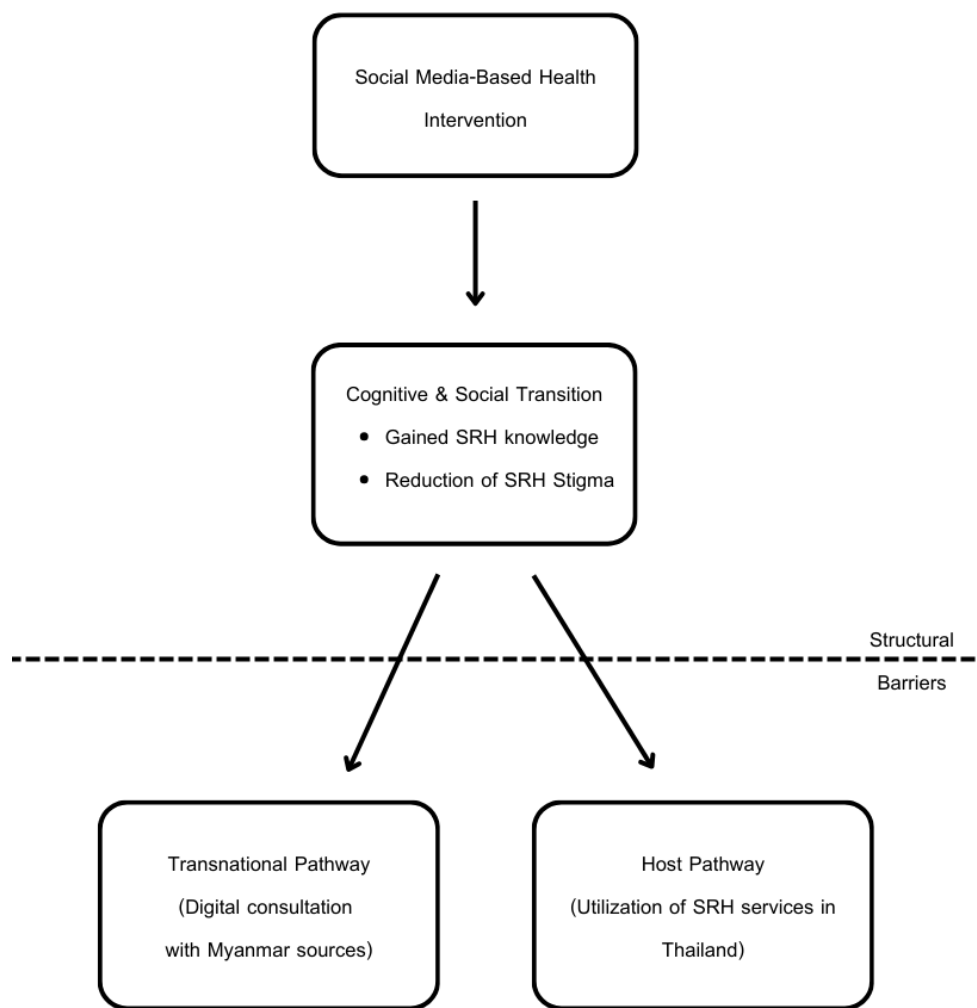


Figure 2 Thematic linkage model across emerging themes

Discussion and conclusion

This study explored how social media-based interventions influence the SRH of young adult Burmese in BMR. Our findings reflected the complex digital landscape, transnational engagement, and the obstacles encountered by the underserved migrant community.

Facebook is a crucial source of SRH information for Burmese migrant, which can be labeled as “de facto” internet for them. Migrants use this platform as a transnational virtual bridge to access culturally appropriate SRH information from their homeland. This finding aligns with Boonchutima et al. (2020) that Burmese migrants access SRH information on Facebook, which shapes their SRH knowledge and behavior. Moreover, this digital health-seeking behavior aligns with the Transnationalism perspective of having dual social fields, in which migrants engage both their original and recipient countries via social media platform (Wilding et al., 2020). Since most participants reported limited proficiency in Thai, this could drive migrants to rely on Myanmar-based sources. Their preference for Myanmar sources reveals a transnational information-seeking



practice that provides linguistically and culturally accessible digital content for migrant populations. Resonance with Naung (2023) our study participants usually engage with Myanmar-based Facebook channels due to their association with medical professionals, which, in turn, distinguishes them and builds trust among various digital information sources. These digital interventions disseminate SRH educational information in a youth-friendly manner, thereby promoting learning within the viewer's community. Subsequently, these digital sources advocate behavioral transformation in the community.

This finding challenges the previous studies by Hounnaklang et al. (2021) and suggesting that Burmese migrants' low reproductive knowledge and unsafe practices. Instead, participants received detailed SRH information through digital information sources. Social media-based interventions served as a catalyst, transforming knowledge into safer practices and empowering decision-making. Nonetheless, we found that participants' educational levels tend to be higher than those of the general migrant population, and they are already engaged with digital SRH content, which may differ from previous studies' findings. Despite receiving SRH information, we found that their service utilization is limited by a significant information-access gap and by structural barriers encountered.

We also found that social media-based interventions catalyzed the reshaping of social norms toward reproductive health. Echoing the former work by Liu and Zou (2024) consistent exposure to a digital environment enabled open discussion of SRH topics among viewers. As a result, this interaction can advocate normalizing SRH issues once considered sensitive. Our finding aligns with Cecconi et al. (2025) that digital interventions tend to be more effective, particularly for the digitally literate younger generation, and that their engagement with social influencers is influenced by generational diversity. Indeed, these findings indicate that digital interventions sustainably transform both behavioral practices and social attitudes regarding SRH.

This study found that young adult Burmese migrants face several challenges in utilizing their perceived knowledge from social media and navigating the health system journey in Thailand. The finding supports Wongsuwanphon et al. (2024) that migration status can significantly determine migrant's access to healthcare services in Thailand. Our verdicts line up with Tschirhart et al. (2021) that undocumented pregnant mothers rely only on specialized humanitarian services in the specific location. Their narrative reflects the administrative barriers Burmese migrants faced in accessing SRH services. These findings underscore the urgency of addressing documentation-related challenges faced by migrant workers, particularly as Thailand faces a potential labor shortage.

Interestingly, our finding supported Villa-Torres et al. (2017) and Metersky et al. (2024) that migrants bypassed the challenges they encountered through transnational health-seeking services, which serve as alternative health channels. This informal health-seeking behavior may provide them with a culturally appropriate approach and a familiar context; however, they may also be exposed to unregulated practitioners on digital platforms. Notably, this transnational consultation underscores the systemic gap in integration policies within the host country's local healthcare system. On the other hand, our findings indicate that migrants tend to



be more comfortable when the services are provided through a translator. In consistency with Heath et al. (2023) and Suphanchaimat et al. (2015), the presence of Burmese-speaking translators while utilizing health services facilitates the migrant health journey. However, we acknowledge that such interpreter services are only available at specialized clinics serving the migrant population. The cultural awareness and professionalism of Thai medical providers reduce the insecurity and fear. Nevertheless, these inclusiveness policies enable migrants to integrate and build trust in Thailand's healthcare system. Lastly, digital interventions alone in health promotion cannot address SRH knowledge and health-seeking attitudes, and have demanded more effective, hybrid interventions for all migrants with diverse demographic backgrounds. The digital divide and algorithm differences in social media limit uploaded SRH information from reaching the entire migrant population, a similar challenge underscored by Jauhiainen et al. (2022). This calls on public health stakeholders to design a mixed, inclusive strategy that links both online and outreach approaches for all migrant population.

This study is subject to several methodological limitations. The participants are recruited from a specific Facebook group, which may limit the participation of other Burmese migrants who engage with other Facebook communities or digital platforms. Remarkably, all research participants who reached the final interview phase have a university-level education. Hence, recruitment was conducted solely via a Facebook group, which primarily reached a highly literate migrant population. This restricted participation to a digitally less-active population, for whom face-to-face outreach may be required. Subsequently, this may limit the transferability of the research findings to the general Burmese migrant population, which is diverse in terms of socioeconomic, employment, and literacy levels. This study setting, limited to Bangkok and adjacent provinces, indicates that this finding cannot be generalized to all Burmese migrants in Thailand and undermines the generalizability of these data. This qualitative nature could bring the researcher bias in data interpretation; however, this was mitigated by member checking, as participants were allowed to review and validate the interview transcript.

In conclusion, this study highlights that social media-based health interventions are a strong catalyst for improving SRH knowledge and practices among young adult Burmese migrants. Our study contributes to migration and health scholarship by highlighting the crucial tension in which digital engagement bypasses the information gap while remaining constrained by structural barriers. Indeed, disseminating health information alone does not guarantee equitable health outcomes. We proposed a hybrid strategy that links both digital information sources and offline services. Future progress depends on policy reform and the integration of both digital and outreach measures to ensure perceived knowledge effectively translates into positive health outcomes for all migrant communities residing in the Kingdom of Thailand.



Recommendation

We advocate for public health and humanitarian institutions for practical implications to promote the SRH of young Burmese adults in the BMR region as follows

1) Expansion of inclusive healthcare policies: Amendment of healthcare policies to allow immigrants, regardless of their legal status, to receive the essential SRH package, such as antenatal care, family planning, and STD prevention and treatment programs, without the need for a passport or any legal document.

2) Establish transnational collaboration: Launch a transnational partnership with reputable information sources like MaShetNe (Don't be Shy) and collaborate with Myanmar youth influencers.

3) Deployment of migrant-friendly services: Initiation of translator services in the mainstream healthcare services and employing migrant health workers. Utilization of different ethnic dialects in health information initiatives, such as flyers, vinyl, and posters.

4) Hybrid strategies: Conducting hybrid strategies that link online and outreach activities, and implement SRH education sessions at factories, together with the promotion of digital media-based interventions.

Acknowledgement

We sincerely thank all the research participants and online respondents who answered our screening survey. We would like to acknowledge the Graduate Studies of the Mahidol Alumni Association for the 2025 Thesis Partial Support Grant for this study. This paper was originally submitted to Mahidol University as a partial requirement to fulfill the Master of Arts degree in the Population and Sexual and Reproductive Health International Program.

Usage of AI assistance

We edited this paper with Grammarly Assistance for the enhancement of spelling and grammatical errors.

References

- Barrio-Ruiz, C., Ruiz de Vinaspre-Hernandez, R., Colaceci, S., Juarez-Vela, R., Santolalla-Arnedo, I., Durante, A., & Di Nitto, M. (2024). Language and Cultural Barriers and Facilitators of Sexual and Reproductive Health Care for Migrant Women in High-Income European Countries: An Integrative Review. *Journal of Midwifery Women's Health*, 69(1), 71-90. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37531180>
- Boonchutima, S., Sukonthasab, S., & Sthapitanonda, P. (2020). MYANMAR MIGRANTS' ACCESS TO INFORMATION ON HIV/AIDS IN THAILAND. *Journal of Sports Science and Health*, 21(1), 111-124. Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/spsc_journal/article/view/241521



- Braun, V., & and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cecconi, C., Adams, R., Cardone, A., Declaye, J., Silva, M., Vanlerberghe, T., . . . van Vugt, J. (2025). Generational differences in healthcare: the role of technology in the path forward. *Front Public Health*, 13, 1546317. Retrieved from <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1546317/full>
- Egli-Gany, D., Aftab, W., Hawkes, S., Abu-Raddad, L., Buse, K., Rabbani, F., . . . Onarheim, K. (2021). The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees: a systematic review of reviews. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27(12), 1203-1213. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.101>
- Heath, M., Hvass, A. M. F., & Wejse, C. M. (2023). Interpreter services and effect on healthcare - a systematic review of the impact of different types of interpreters on patient outcome. *Journal of Migration and Health*, 7, 100162. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100162>
- Hounnaklang, N., Sarnkhaowkhom, C., & Bannatham, R. (2021). The Beliefs and Practices on Sexual Health and Sexual Transmitted Infection Prevention of Myanmar Migrant Workers in Thailand. *The Open Public Health Journal*, 14. <http://doi.org/10.2174/1874944502114010294>
- Hunter, R. F., de la Haye, K., Murray, J. M., Badham, J., Valente, T. W., Clarke, M., & Kee, F. (2019). Social network interventions for health behaviours and outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLOS One* 16(9), e1002890. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31479454>
- IOM Thailand. (2024). *Methodology for estimating the size of the Myanmar migrant population in an irregular situation in Thailand*. Retrieved from https://thailand.iom.int/sites/g/files/tmzbd11371/files/documents/2024-11/migration-estimates-methodology_01.11.2024.pdf#page=6.00
- Jauhiainen, J. S., Özçürümez, S., & Tursun, Ö. (2022). Internet and social media uses, digital divides, and digitally mediated transnationalism in forced migration: Syrians in Turkey. *Global Networks*, 22(2), 197-210. <https://doi.org/10.1111/glob.12339>
- Kruzan, K. P., Williams, K. D. A., Meyerhoff, J., Yoo, D. W., O'Dwyer, L. C., De Choudhury, M., & Mohr, D. C. (2022). Social media-based interventions for adolescent and young adult mental health: A scoping review. *Internet Interventions*, 30, 100578. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100578>
- Liu, Z., & Zou, W. (2024). Breaking taboos in women's reproductive health: The communication strategies used by top OB/GYN influencers in Chinese social media. *Health Communication*, 39(4), 685-696. <https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2181677>
- Logie, C. H., MacKenzie, F., Malama, K., Lorimer, N., Lad, A., Zhao, M., . . . Kagunda, J. (2024). Sexual and reproductive health among forcibly displaced persons in urban environments in low and middle-



- income countries: scoping review findings. *Reproductive Health*, 21(1), 51.
<https://doi.org/10.1186/s12978-024-01780-7>
- Metersky, K., Guruge, S., Wang, L., Al-Hamad, A., Yasin, Y. M., Catallo, C., . . . Al-Anani, A. (2024). Transnational Healthcare Practices Among Migrants: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 81(7), 3647-3673. <https://doi.org/10.1111/jan.16693>
- Molland, S. (2024). Scalability, social media and migrant assistance: Emulation or contestation? *Ethnos*, 89(1), 100-117. <https://doi.org/10.1080/00141844.2021.1978520>
- Naung, T. Z. (2023). *The role of social media on utilization of hiv prevention services among men who have sex with men in Yangon, Myanmar: a qualitative study*. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) . Retrieved from <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/12884>
- Papwijitsil, R., Kosiyaporn, H., Sinam, P., Phaiyaron, M., Julchoo, S., & Suphanchaimat, R. (2021). Factors Related to Health Risk Communication Outcomes among Migrant Workers in Thailand during COVID-19: A Case Study of Three Provinces. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11474. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111474>
- Phyo, N. W. (2020). Role of social media in inter country cross border migrant TB/HIV patients self referral and feedback- Greater Mekong Sub Region. *International Journal of Infectious Diseases*, 101, 210-211. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.09.560>
- Schiller, N. G., Basch, L., & Blanc-Szanton, C. (1992). Transnationalism: A new analytic framework for understanding migration. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 645(1), 1-24. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1992.tb33484.x>
- Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*, 15(1), 390. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z>
- Tschirhart, N., Jiraporncharoen, W., Thongkhamcharoen, R., Yoonut, K., Ottersen, T., & Angkurawaranon, C. (2021). Including undocumented migrants in universal health coverage: a maternal health case study from the Thailand-Myanmar border. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1315. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07325-z>
- UN Network On Migration in Thailand. (2024). *Thailand Migration Report*. Retrieved from <https://thailand.iom.int/sites/g/files/tmzbd1371/files/documents/2024-12/thailand-migration-report-2024.pdf>
- Villa-Torres, L., Gonzalez-Vazquez, T., Fleming, P. J., González-González, E. L., Infante-Xibille, C., Chavez, R., & Barrington, C. (2017). Transnationalism and health: a systematic literature review on the use of transnationalism in the study of the health practices and behaviors of migrants. *Social Science & Medicine*, 183, 70-79. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.048>



- Wilding, R., Baldassar, L., Gamage, S., Worrell, S., & Mohamud, S. (2020). Digital media and the affective economies of transnational families. *International Journal of Cultural Studies*, 23(5), 639-655.
<https://doi.org/10.1177/1367877920920278>
- Wongsuwanphon, S., Chottanapund, S., Knust, B., Wongjindanon, N., & Suphanchaimat, R. (2024). Access to healthcare services and factors associated with unmet needs among migrants in Phuket Province, Thailand, 2023: a cross-sectional mixed-method study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1161.
<https://doi.org/10.1186/s12913-024-11589-6>
- Wukich, C., Siciliano, M. D., Enia, J., & Boylan, B. (2017). The formation of transnational knowledge networks on social media. *International Public Management Journal*, 20(3), 381-408.
<https://doi.org/10.1080/10967494.2016.1238428>



การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในกรุงเทพมหานคร

(Stigma and Discrimination toward Sexual and Reproductive Health among
Early Adults in Bangkok)

โดย

สรวิศ อมตเวทย์*, ญัฐนารี เอมยงค์[†], จิราลักษณ์ นนทารักษ์[‡] และ สันต์ สุวรรณมณี[§]

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาดทางการแพทย์ สาธารณสุขสังกัดภาควิชาระบาดวิทยา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[†] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สังกัดกลุ่มสหวิทยาการและการศึกษาตลอดชีวิต และภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

[‡] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สังกัดภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[§] อาจารย์ สังกัดภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การติตรา และการเลือกปฏิบัติเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ การป้องกันและดูแลรักษาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลักษณะการติตรา และการเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในกรุงเทพมหานคร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 18–24 ปี จำนวน 202 คน แบบสอบถามแยกวัดการติตรา และการเลือกปฏิบัติ ต่อประเด็นสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ อัตลักษณ์และรสนิยมทางเพศ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา รายงานเป็นความถี่และร้อยละ

ในด้านการติตรา พบได้ในสัดส่วนที่สูง โดยร้อยละ 69.3 มีความคิดเห็นว่าเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องที่ไม่สามารถยอมรับได้ ร้อยละ 64.1 เห็นว่ากลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศควรรู้สึกอับอาย ร้อยละ 81.6 เห็นว่าการขอใช้ถุงยางอนามัยสะท้อนถึงการไม่ไว้วางใจ ร้อยละ 74.5 เห็นว่าการทำแท้งเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสม และร้อยละ 75.5 เห็นว่าการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องน่าอับอาย

ในด้านการเลือกปฏิบัติ พบได้ในสัดส่วนที่สูง โดยร้อยละ 85.6 เห็นว่าวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ควรถูกปฏิบัติแตกต่างจากผู้อื่น ร้อยละ 81.5 เห็นว่าผู้ใหญ่สามารถตำหนิหรือใช้ความรุนแรงต่อวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 86.1 เห็นว่าควรแยกผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ออกจากผู้รับบริการรายอื่น และร้อยละ 65.8 เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขสามารถตำหนิหรือใช้ถ้อยคำรุนแรงต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้

การติตราและการเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์พบได้ในสัดส่วนที่สูงของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ การตรวจคัดกรอง การป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับมาตรการลดทั้งการติตราและการเลือกปฏิบัติควบคู่กับการพัฒนามาตรฐานบริการที่ไม่ตัดสินและไม่เลือกปฏิบัติ

คำสำคัญ: การติตรา, การเลือกปฏิบัติ, สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์, วัยผู้ใหญ่ตอนต้น, กรุงเทพมหานคร



Abstract

Stigma and discrimination are key social determinants of health that influence access to services, disease prevention, and treatment of sexual and reproductive health (SRH) conditions. Early adults are at risk for sexually transmitted infections (STIs), HIV, and unintended pregnancy. This study aimed to describe stigma and discrimination related to SRH among early adults in Bangkok, Thailand.

A cross-sectional study collected data through an anonymous online questionnaire administered to early adults aged 18–24 years ($n = 202$) who intended to access health services in Bangkok. The questionnaire included distinct items measuring stigma and discrimination related to SRH, including sexual identity and orientation, teenage pregnancy, and STIs. Data were analyzed using descriptive statistics and reported as frequencies and percentages.

Stigma toward SRH was observed in a substantial proportion of participants. Specifically, 69.3% perceived sexually active adolescents as irresponsible, 64.1% believed that LGBTQ+ individuals should feel ashamed for being different, 81.6% perceived condom use as distrust of a partner, 74.5% considered abortion morally unacceptable, and 75.5% regarded having an STI as shameful.

Discriminatory practices toward SRH were also reported with a substantial proportion of participants. These included that sexually active adolescents should be treated differently from others (85.6%), that adults are justified in scolding or using violence toward sexually active adolescents (81.5%), STI patients should be separated from other patients in healthcare settings (86.1%), and healthcare providers may scold or speak harshly to pregnant adolescents (65.8%).

Both stigma and discrimination toward SRH were observed in a substantial proportion of early adults in Bangkok. These normative attitudes and practices may pose important barriers to access, screening, prevention and treatment of SRH conditions at the population level. Public health interventions should prioritize strategies to reduce stigma and discrimination alongside the development of non-judgmental and non-discriminatory SRH service standards to strengthen disease prevention and control efforts among early adults in Bangkok.

Keywords: stigma, discrimination, sexual and reproductive health, early adults, Bangkok



การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในกรุงเทพมหานคร (Stigma and Discrimination toward Sexual and Reproductive Health among Early Adults in Bangkok)

บทนำ

ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (early adulthood) หรือช่วงอายุระหว่าง 18 ถึง 24 ปี เป็นช่วงเวลาที่ร่างกาย อารมณ์ และสังคมเข้าสู่วัยเปลี่ยนผ่านเป็นอย่างมากจากวัยรุ่นไปสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ ในด้านร่างกายเป็นระยะที่มีพัฒนาการทางกายภาพสูง ส่งผลให้มีแรงขับทางเพศที่สูงด้วยเช่นกัน ประกอบกับด้านอารมณ์ที่อยู่ในช่วงการทำความเข้าใจอัตลักษณ์เพศของตนเอง การสร้างความสัมพันธ์และการยอมรับ ประกอบกับสภาพแวดล้อมและสังคมที่เปลี่ยนแปลงเข้าสู่ช่วงการศึกษาในระดับอุดมศึกษาหรือเข้าสู่การทำงาน ซึ่งมีความเป็นอิสระมากขึ้นจากผู้ปกครอง การเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้าน ส่งผลให้วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงวัยที่เผชิญกับความเสี่ยงด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (sexual and reproductive health: SRH) ที่สูงขึ้น (National Academies of Sciences et al., 2019) โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (unintended pregnancy) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted infections: STIs) ซึ่งหากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

ในประเทศไทย สถานการณ์ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นกำลังอยู่ในภาวะที่น่ากังวล ข้อมูลจากกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติบ่งชี้ว่า ประเทศไทยมีอัตราการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มเยาวชนเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 50.1 ในปี 2559 เป็นร้อยละ 67.8 ในปี 2568 โดยมีสาเหตุมาจากการขาดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการรับบริการ (United Nations Population, 2025) ซึ่งแสดงถึงความล้มเหลวของการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ยังพบว่าอัตราการติดเชื้อรายใหม่ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส หนองใน เพิ่มขึ้นอย่างมากในกลุ่มอายุ 15 – 24 ปี โดยมีอัตราการป่วย เท่ากับ 91.2 ต่อประชากรแสนราย ซึ่งสูงที่สุดในทุกกลุ่มประชากรโดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพมหานคร ตลอดจนอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่ม 15 – 24 ปี ซึ่งเท่ากับ 47.4% ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมดในปี 2566 (Division of AIDS and STIs, 2023)

แม้ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ไม่ว่าจะเป็นบริการถุงยางอนามัย ยาป้องกันก่อนและหลังสัมผัสเชื้อเอชไอวี และการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีโดยไม่มีค่าใช้จ่าย แต่อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ใหญ่ตอนต้นยังคงต่ำ โดยหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ คือ การตีตราและเลือกปฏิบัติ (stigma and discrimination) ต่อสุขภาพทางเพศโดยเฉพาะในผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ใหญ่ตอนต้นเผชิญกับการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ในหลากหลายรูปแบบที่เป็นอุปสรรคสำคัญและผลักดันให้ออกนอกระบบบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นทัศนคติเชิงลบจากผู้ให้บริการทางการแพทย์เมื่อเข้ารับบริการ การแสดงออกทางสีหน้า วาจาที่ด่าทอเหยียดหยาม หรือการเทศนาสั่งสอนแทนการให้คำปรึกษาทางการแพทย์แบบเป็นกลาง สร้างบาดแผลทางใจ และทำลายความไว้วางใจที่มีต่อระบบสาธารณสุข ซึ่งส่งผลให้เกิดความกลัวการถูกตัดสิน การคาดการณ์ว่าจะถูกตีตรา และการตีตราตนเอง เกิดเป็นความรู้สึกอับอายและลดทอนคุณค่าในตนเองที่มองว่าตนเหมาะสมที่จะได้รับการปฏิบัติเชิงลบจากผู้อื่น การตีตราและการ

เลือกปฏิบัติเหล่านี้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการรักษา และอาจนำไปสู่การตรวจและรักษาที่ช้า หรือการรักษาทางเลือกที่ไม่ปลอดภัย และยากต่อการควบคุมและป้องกันปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ดังกล่าว (Charlton et al., 2019)

การศึกษานี้จึงมุ่งหวังที่จะทำความเข้าใจการตีตราและการเลือกปฏิบัติของกลุ่มผู้ใหญ่ออนต้นอายุ 18 – 24 ปี โดยแบ่งรายละเอียดเป็น 3 มิติหลัก ได้แก่ การตั้งครกไม่พึงประสงค์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเอชไอวี

วัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายรูปแบบ (Patterns) ของการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ใหญ่ออนต้นอายุ 18 – 24 ปี ในพื้นที่กรุงเทพฯ

นิยามศัพท์

- 1) **บริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์** หมายถึง บริการและกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพทางร่างกาย อารมณ์ และสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยในการศึกษานี้ครอบคลุม 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) บริการทางคลินิก เป็นบริการที่ต้องอาศัยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการให้การรักษารักษาหรือสนับสนุนด้านร่างกาย และ 2) บริการที่ไม่ใช่ทางคลินิก เป็นบริการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับมิติทางอารมณ์และสังคม ซึ่งไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางคลินิก
- 2) **ผู้ใหญ่ออนต้น** หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 24 ปี ที่อาศัยอยู่หรือมีความประสงค์จะใช้บริการสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ใหญ่ออนต้นที่มีความต้องการความเป็นอิสระและมีความต้องการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
- 3) **ผู้มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+)** หมายถึง บุคคลที่มีรสนิยมทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศที่หลากหลาย ครอบคลุมถึง เลสเบี้ยน เกย์ ไบเซ็กชวล คนข้ามเพศ เควียร์ หรืออัตลักษณ์อื่นๆ ที่ไม่ได้จำกัดอยู่ภายใต้บรรทัดฐานของรักต่างเพศ (heterosexual) หรือบรรทัดฐานเพศกำเนิด (cisgender)
- 4) **การตีตรา (stigma)** หมายถึง ทศนคติ ความเชื่อ และมุมมองเชิงลบที่กลุ่มตัวอย่างมีต่อประเด็นสุขภาพทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ ประสบการณ์ทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครกไม่พึงประสงค์ ซึ่งทศนคติเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคต่อการแสวงหาและเข้าถึงบริการสุขภาพ
- 5) **การเลือกปฏิบัติ (discrimination)** หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำเชิงลบที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ ยอมรับ หรือให้ความชอบธรรมว่าจะเกิดขึ้นเมื่อเข้ารับบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ข้อมูลจากโครงการวิทยานิพนธ์หลักเรื่อง "ความต้องการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ภายใต้กรอบการให้บริการที่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ใหญ่ออนต้น ในกรุงเทพมหานคร" โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ในกลุ่มผู้ใหญ่ออนต้นอายุ 18 – 24 ปี ที่มีความต้องการใช้บริการสุขภาพในกรุงเทพฯ จำนวน 202 คน ในช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยแบบสอบถามแยกวัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ต่อประเด็นสุขภาพทางเพศ



และอนามัยการเจริญพันธุ์เป็น 3 ประเด็นในด้านอัตลักษณ์ทางเพศ การตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1. เกณฑ์การเข้าร่วม

- 1.1.1. สัญชาติไทย
- 1.1.2. เป็นผู้ใหญ่อ่อนต้น อายุระหว่าง 18-24 ปี
- 1.1.3. มีความประสงค์จะใช้บริการสุขภาพในกรุงเทพฯ
- 1.1.4. สามารถใช้งานและตอบแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ได้
- 1.1.5. ตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.2. เกณฑ์คัดออก

เพื่อเป็นการควบคุมคุณภาพและความครบถ้วนของข้อมูล จึงกำหนดเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

- 1.2.1. ตอบแบบสอบถามน้อยกว่า 60%

1.3. ขนาดตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ทั้งหมด 202 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยขนาดตัวอย่างนี้อ้างอิงจากการคำนวณของโครงการวิทยานิพนธ์หลักที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าใช้บริการสุขภาพทางเพศฯ จึงใช้สูตรคำนวณสัดส่วน (two independence proportion) โดยอ้างอิงจากสัดส่วนของประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในประเทศไทยที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ เท่ากับร้อยละ 12 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างรวม 202 คน บทความวิจัยเชิงพรรณนาชิ้นนี้จึงใช้ชุดข้อมูลดังกล่าวในการวิเคราะห์เพื่ออธิบายรูปแบบการติตราและการเลือกปฏิบัติ

2. แบบสอบถาม และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1. แบบสอบถาม ประกอบด้วยชุดคำถาม 2 ส่วน คือ

2.1.1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศกำหนด รสนิยมทางเพศ สถานภาพความสัมพันธ์ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการศึกษาเฉพาะทางด้านสุขภาพทางเพศ และความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันโรคและการตั้งครรรภ์ แบ่งเป็น ข้อคำถามการรู้จักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทั่วไปถึงการป้องกัน การตั้งครรรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 11 ข้อ

2.1.2. แบบสอบถามความการติตราและการเลือกปฏิบัติ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การติตรา หมายถึงทัศนคติเชิงลบที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์หรือพฤติกรรม และ 2) การเลือกปฏิบัติ คือ การกระทำเชิงลบต่อเหตุการณ์หรือพฤติกรรม โดยแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน จะแบ่งออกเป็น 3 หัวข้อ คือ การติตราและการเลือกปฏิบัติต่อ

1. อัตลักษณ์ทางเพศ
2. การตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์
3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี



2.2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2567 ผ่านระบบแบบสอบถามออนไลน์ (google forms) ที่มีการป้องกันการระบุตัวตน (anonymous) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องอ่านเอกสารชี้แจง (information sheet) และยินยอมรับในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัย (informed consent) ก่อนทำแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ด้วยอุปกรณ์เคลื่อนที่ของตนเอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1. ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบสะดวก (convenience sampling) ในกรุงเทพมหานคร ผ่านทางรหัส QR ที่เชื่อมโยงไปยังแบบสอบถามออนไลน์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถเข้าถึงแบบสอบถามผ่านอุปกรณ์โทรศัพท์มือถือของตนเอง โดยรหัส QR ถูกกระจายผ่านเครือข่ายองค์กรชุมชน (community-based organizations) ที่ทำงานขับเคลื่อนด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนและผู้ใหญ่ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สงวนนามขององค์กรเพื่อปฏิบัติตามหลักจริยธรรมด้านการรักษาความลับ (confidentiality) การกระจายแบบสอบถามผ่านเครือข่ายดังกล่าวทำให้เกิดการส่งต่อข้อมูลแบบบอกต่อ (snowball distribution) ซึ่งเป็นปัจจัยที่อธิบายถึงสัดส่วนของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+) ในสัดส่วนที่สูงของการศึกษานี้

2.2.2. ผู้เข้าร่วมจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการศึกษา มีเวลาในการอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม และได้รับอีเมลของนักวิจัยสำหรับติดต่อสอบถามเพิ่มเติม

2.2.3. ก่อนเริ่มทำแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมจะต้องให้ความยินยอมผ่านระบบออนไลน์ (Virtual Consent) โดยตอบคำถามยินยอมในแบบฟอร์มออนไลน์ จากนั้นจึงทำการคัดกรองตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด หากผู้ตอบระบุข้อมูลไม่ตรงตามเกณฑ์เข้าร่วม (inclusion criteria) ระบบจะสิ้นสุดการทำแบบสอบถามทันที เพื่อควบคุมความถูกต้องของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ต้นทาง

2.2.4. การทำแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ที่ประกอบด้วยข้อความคำถามในประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนสูง ผู้วิจัยจึงไม่ได้มีการเก็บข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ทางอิเล็กทรอนิกส์ (เช่น หมายเลข IP Address หรือ อีเมล) เพื่อปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยและปกป้องความเป็นส่วนตัวสูงสุด

2.2.5. แบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 10–15 นาทีในการตอบครบถ้วน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ โดยคัดกรองชุดข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ (incomplete responses) ตามเกณฑ์คัดออกที่กำหนดไว้ เพื่อให้ได้ชุดข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (IBM SPSS Statistics version 29.0) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage) เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรและการติตราและการเลือกปฏิบัติในแต่ละด้าน ในส่วนความรู้ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ และเนื่องจากการกระจายตัวของคะแนนแบบไม่สมมาตร (negative skewness) จึงจัดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 (คะแนนจุดตัดที่ 11 คะแนน) โดยผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่า หรือเท่ากับ 75 เปอร์เซ็นต์ไทล์ คือ ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์น้อย และผู้ที่มีคะแนนมากกว่า 75 เปอร์เซ็นต์ไทล์ คือ ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์มาก



4. จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. MUPH 2024-068) โดยผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะเรื่องการรักษาความลับและการไม่ระบุตัวตน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมที่มีอายุระหว่าง 18 – 24 ปี ทั้งหมด 202 คน โดยลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา ส่วนใหญ่มีเพศกำเนิด (sex at birth) เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.3 (n=136) และเพศหญิง ร้อยละ 32.7 (n=66) มีรสนิยมทางเพศ (sexual orientation) มีความหลากหลาย ประกอบด้วย ผู้ที่ระบุว่าตนเองเป็นไบเซ็กชวล (bisexual) ร้อยละ 45.2 รองลงมา คือโฮโมเซ็กชวล (homosexual) ร้อยละ 33.0 และรักต่างเพศ (heterosexual) ร้อยละ 10.7 ตามลำดับ สถานภาพความสัมพันธ์ (relationship status) ระบุสถานภาพโสด ร้อยละ 91.8 (n=180) และร้อยละ 84.7 (n=166) ระบุว่า ยังไม่เคยมีประสบการณ์ทางเพศ (sexual experience)

สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพและองค์ความรู้ (health characteristics and knowledge) พบว่าร้อยละ 77.0 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวที่ต้องพบแพทย์เป็นประจำ มีเพียงร้อยละ 22.1 (n=44) เท่านั้น ที่เคยผ่านการอบรม หรือให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ (prior sexual health training) มาก่อน ในส่วนของการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ (sexual health knowledge) พบว่า ร้อยละ 71.3 (n=144) มีคะแนนความรู้อยู่ในกลุ่มที่น้อยกว่ากว่า หรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=202)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	n	%
เพศกำเนิด (n=202)		
• ชาย	136	67.3
• หญิง	66	32.7
รสนิยมทางเพศ (n=197)		
• ได้ทั้งสองเพศ	89	45.2
• เพศเดียวกัน	65	33.0
• ไม่ขอตอบ	22	11.1
• เพศตรงข้าม	21	10.7
สถานภาพความสัมพันธ์ (n=196)		
• โสด	180	91.8
• อยู่ในความสัมพันธ์	16	8.2



ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	n	%
การเรียนรู้เฉพาะทาง และ/หรือ อบรมด้านสุขภาพทางเพศ (n=199)		
• ไม่เคย	155	77.9
• เคยเรียน	44	22.1
มีโรคหรือสภาวะที่ต้องพบแพทย์เป็นประจำ (n=200)		
• ไม่มี	154	77.0
• มีโรคที่ต้องพบแพทย์เป็นประจำ	46	23.0
ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (n=196)		
• ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	166	84.7
• เคยมีเพศสัมพันธ์	30	15.3
ระดับความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ (n=202)		
• น้อยกว่าหรือเท่ากับ 75 เปอร์เซ็นไทล์	144	71.3
• มากกว่า 75 เปอร์เซ็นไทล์	58	28.7

การตีตรา (stigma) ต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

การตีตรา (stigma) ต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การตีตราเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน อัตลักษณ์และรสนิยมทางเพศ การตีตราเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์และการยุติการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น และการตีตราเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี มีผลการศึกษา ดังนี้

ผลการศึกษาพบระดับการตีตราเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน อัตลักษณ์และรสนิยมทางเพศ โดยร้อยละ 69.3 มองว่าคูรักรในวัยเรียนไม่ควรมีเพศสัมพันธ์กันและถือเป็นเรื่องที่ไม่อาจยอมรับได้ รองลงมาคือ ร้อยละ 64.1 มีทัศนคติเชิงลบต่ออัตลักษณ์ทางเพศ โดยมองว่ากลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ (เกย์ เลสเบียน หรืออัตลักษณ์อื่นๆ) รู้สึกอายใจต่ออัตลักษณ์ทางเพศ นอกจากนี้ ร้อยละ 48.7 ยังตีตราวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ว่าเป็นเด็กที่เกเรและขาดความยับยั้งชั่งใจ ในด้านรสนิยมทางเพศเฉพาะกลุ่ม พบว่าร้อยละ 27.9 ไม่สามารถยอมรับการใช้สารเสพติดเพื่อเพิ่มความสุทางเพศ (chemsex) และร้อยละ 26.9 ไม่ยอมรับความสัมพันธ์แบบชั่วคราว (one night stand) และร้อยละ 23.6 ไม่ยอมรับรสนิยมทางเพศทางเลือก เช่น การใช้เช็กส์ทอย หรือ BDSM *

การตีตราเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์และการยุติการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น พบว่า ร้อยละ 81.6 มองว่าการขอให้ใช้ถุงยางอนามัยคือการแสดงถึงความไม่ไว้วางใจต่อคูรักร ในด้านการตั้งครรภ์ ร้อยละ 74.5 มองว่าการยุติการตั้งครรภ์ถือเป็นการฆ่าคน และร้อยละ 47.5 มองว่าการตั้งครรภ์ในวัยเรียนเป็นความผิดของผู้หญิง นอกจากนี้ ร้อยละ 24.5 ยังมองว่าการซื้ออุปกรณ์คุมกำเนิดเป็นเรื่องน่าอับอาย อย่างไรก็ตาม เมื่อสอบถามถึงมิติทางกฎหมายและการแพทย์ พบว่าร้อยละ 22.9 ระบุว่าการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ (การทำแท้งถูกกฎหมาย) เป็นเรื่องที่ไม่อาจยอมรับได้

* BDSM คือรสนิยมทางเพศรูปแบบหนึ่งที่เน้นความสัมพันธ์บทบาทสมมติ ความยินยอม (consent) และความปลอดภัย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ: การพันธนาการ (B), การลงโทษ (D), การปกครอง (D), การยอมจำนน (S), การทำให้เจ็บปวด (S), และการได้รับความเจ็บปวด (M) โดยมุ่งเน้นความสุขและสั่นบนเตียงผ่านบทบาท dominant (ดอม) และ submissive (ซับ)



การตีตราต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 75.5 มองว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นเรื่องที่น่าอับอาย และร้อยละ 48.7 ระบุว่าผู้ติดโรคดังกล่าวเป็นคนที่ไม่น่าคบหาเป็นเพื่อนด้วย นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยร้อยละ 27.0 มองว่าผู้ที่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คือคนที่ไม่รักตัวเอง และร้อยละ 27.9 มองว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์คือผู้ที่มีพฤติกรรมล่าส่อนทางเพศ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตาราง 2 การตีตราต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (N=202)

การตีตรา	n	%
การตีตราเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน อัตลักษณ์ รสนิยมทางเพศ		
เพศสัมพันธ์ของคูรักรในวัยเรียน และเป็นเรื่องที่ไม่สามารถยอมรับได้	140	69.3
คนที่เป็นเกย์ เลสเบี้ยน หรืออัตลักษณ์อื่นๆ ที่ไม่ใช่ชายหญิง ละอายใจที่ผิดเพศ	127	64.1
คนที่มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน คือ เด็กที่ไม่คนไม่รู้จักคิด ขาดความยับยั้ง เป็นคนดื้อ เกเร	95	48.7
ไม่สามารถยอมรับคนที่ใช้สารเสพติดเพื่อเพิ่มความสุขทางเพศ (chemsex) โดยที่ไม่ติดยา และให้โทษกับคนอื่นได้	56	27.9
การมีเพศสัมพันธ์แบบ เพียงข้ามคืน (one night stand) เป็นเรื่องที่ไม่สามารถยอมรับได้	54	26.9
ไม่สามารถยอมรับคนที่รสนิยมทางเพศพิเศษ เช่น ชอบใช้เชือกสตัย เพศสัมพันธ์แบบกลุ่ม หรือแบบรุนแรง (bdsm) เป็นต้นได้	47	23.6
การตีตราเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์และการยุติการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น		
การขอให้ใช้ถุงยางอนามัย แสดงถึงความไม่ไว้วางใจ	164	81.6
การยุติการตั้งครรภ์ ถือว่าเป็นการฆ่าคน	149	74.5
เป็นความผิดของเด็กผู้หญิง ที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียน	96	47.5
การซื้อถุงยางอนามัย หรือยาคุมกำเนิด เป็นเรื่องที่น่าอับอาย	49	24.5
การยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ (การทำแท้งถูกกฎหมาย) เป็นเรื่องที่ไม่สามารถยอมรับได้	46	22.9
การตีตราเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่น่าอับอาย	151	75.5
คนที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นคนที่ไม่น่าคบหาเป็นเพื่อนด้วย	95	48.7
คนที่ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แสดงว่าไม่รักตัวเอง ไม่รู้จักป้องกัน.	54	27.0
คนที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเอดส์ แสดงว่าล่าส่อน มีเชื้อมีพิษ	54	27.9

การเลือกปฏิบัติ (discrimination) ต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

การเลือกปฏิบัติ (discrimination) ต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การเลือกปฏิบัติต่อเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน อัตลักษณ์และรสนิยมทางเพศ การเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์และการยุติการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น และการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี ดังนี้

การเลือกปฏิบัติต่อเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน อัตลักษณ์และรสนิยมทางเพศ พบว่า ร้อยละ 85.6 มองว่าสังคมจะปฏิบัติต่อเด็กที่มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนต่างจากคนอื่น ร้อยละ 81.5 เห็นชอบให้ผู้ใหญ่ใช้ความรุนแรงหรือดูดาเพื่อสั่งสอน



ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และร้อยละ 70.6 เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับเพศชายหญิงก่อนกลุ่ม LGBTQ+

การเลือกปฏิบัติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า ร้อยละ 82.4 เห็นด้วยว่าแม่วัยรุ่นควรหยุดเรียนทันทีเพื่อรักษาชื่อเสียงของโรงเรียนและครอบครัว ร้อยละ 78.3 มองว่าเด็กที่เกิดจากพ่อแม่วัยรุ่นจะถูกปฏิบัติแย่กว่าเด็กทั่วไป และร้อยละ 65.8 ยอมรับได้หากบุคลากรทางการแพทย์จะดูว่า พุดจาเสียดสีแม่วัยรุ่น โทษฐานที่ไม่รู้จักป้องกัน

การเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี พบว่า ร้อยละ 86.1 เห็นว่าสถานพยาบาลควรจัดแยกพื้นที่สำหรับผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อไม่ให้คนไข้กลุ่มอื่นเกิดความกังวล ร้อยละ 73.5 เห็นด้วยว่าควรประเมิน ความรับผิดชอบของคนไข้กลุ่มนี้ก่อนให้การรักษา และร้อยละ 56.7 เห็นด้วยกับการที่บุคลากรทางการแพทย์ดูท่าทำให้อับอายเพื่อสั่งสอนวัยรุ่นที่มาปรึกษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตาราง 3 การเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ (N=202)

การเลือกปฏิบัติ	n	%
การเลือกปฏิบัติเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน อุดมการณ์ รสนิยมทางเพศ		
ผู้คนจะปฏิบัติกับเด็กที่มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนต่างจากคนอื่น	172	85.6
ผู้ใหญ่สามารถ ดูด่า หรือใช้ความรุนแรงกับเด็กที่มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน เพื่อสั่งสอนเด็กได้	163	81.5
บุคลากรทางการแพทย์ ควรให้ลำดับความสำคัญกับคนที่เป็นเพศชายหญิง ก่อนคนที่เป็นเกย์ เลสเบี้ยน หรืออัตลักษณ์อื่น	142	70.6
สถานพยาบาลควรแยกแผนกเฉพาะกลุ่ม เกย์ เลสเบี้ยน หรืออัตลักษณ์อื่น ที่ไม่ใช่ชายหญิง	131	66.8
การเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น และการยุติการตั้งครรภ์		
เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ แม่วัยรุ่นควรหยุดเรียนทันที เพื่อไม่เพื่อน หรือครู ดูถูก และเสื่อมเสียชื่อเสียงต่อสถานศึกษา และครอบครัว	164	82.4
ผู้คนจะปฏิบัติกับเด็กที่เกิดจากพ่อแม่วัยรุ่น แย่กว่า เด็กที่เกิดจากแม่ที่เป็นผู้ใหญ่	155	78.3
ผู้คน จะมอง และปฏิบัติกับแม่วัยรุ่น ต่างจากแม่ที่เป็นผู้ใหญ่	137	68.8
บุคลากรทางการแพทย์สามารถ ดูด่า หรือพุดจาเสียดสี แม่วัยรุ่นได้ เพราะแม่วัยรุ่นไม่รู้จักป้องกันให้ดี	131	65.8
การเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
สถานพยาบาลควรแยกคนไข้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อไม่ให้คนไข้กลุ่มอื่นเกิดความกังวล	173	86.1
บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินความรับผิดชอบของคนไข้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนให้การรักษา เพราะคนกลุ่มนี้ไร้ความรับผิดชอบ และอาจทำให้การรักษาล้มเหลวได้	147	73.5
บุคลากรทางการแพทย์สามารถ ดูด่า หรือทำให้วัยรุ่นที่มาปรึกษาโรคติดต่อทางเพศฯ รู้สึกอับอายได้ เพื่อเป็นการสั่งสอน และป้องกันไม่ให้มีเพศสัมพันธ์อีก	114	56.7

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง “การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในกรุงเทพมหานคร” ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายรูปแบบของการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 18 – 24 ปี ที่มีความประสงค์จะใช้บริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยผู้เข้าร่วมวิจัย ร้อยละ 78.2 เป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+) อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมวิจัย ร้อยละ 77.9 มีระดับความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์จำกัด และยังมีมุมมองที่สะท้อนถึงการตีตราและเลือกปฏิบัติที่สูงในทั้ง 3 ประเด็น คือ การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน อัตลักษณ์และรสนิยมทางเพศ การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์และการยุติการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น และการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามตัวแปรศึกษาได้ ดังนี้

ข้อค้นพบสำคัญของการศึกษานี้ คือ การพบลักษณะของการตีตราตนเอง และเป็นความย้อนแย้งในกลุ่มประชากรเป้าหมาย แม้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.2) จะระบุว่าตนเองเป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+) ทว่าผลการศึกษากลับชี้ให้เห็นว่า กลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นมีการตีตราตนเองในประเด็นสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์เอง เช่น การตีตราวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ หรือการสนับสนุนให้สถานพยาบาลแบ่งแยกพื้นที่ผู้ป่วย ข้อค้นพบนี้จึงแสดงให้เห็นว่ามี การตีตราตนเองและคนในรุ่นเดียวกัน อย่างชัดเจน ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามตัวแปรศึกษาได้ ดังนี้

การตีตราต่ออัตลักษณ์ทางเพศ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยร้อยละ 69.3 มองว่าคู่รักในวัยเรียนไม่ควรมีเพศสัมพันธ์กัน และร้อยละ 64.1 มองว่ากลุ่ม LGBTQ+ ควรรู้สึกละอายใจที่ตนเองมีเพศ ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน “Tolerance but Not Inclusion” ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme (UNDP) Thailand, 2019) รายงานว่าแม้ประเทศไทยจะเปิดรับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ แต่ยังไม่ได้รับผลกระทบด้านลบจากการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับทัศนคติเชิงลบของผู้มีความหลากหลายทางเพศอยู่ โดยจากการสำรวจประสบการณ์และทัศนคติทางสังคมต่อกลุ่มผู้มีความหลากหลาย ระบุว่า ร้อยละ 61 ของผู้ตอบแบบสอบถามจากทั้งผู้มีความหลากหลายทางเพศและชายหญิงรักต่างเพศ อายุเฉลี่ย 28.6 ปี ระบุว่า ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศเป็นผู้ที่ “มีปัญห” และร้อยละ 63 รู้สึกอึดอัดหากสมาชิกในครอบครัวมีความรักกับผู้มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าบริบทของสังคมไทยยังอยู่ภายใต้กรอบจารีตประเพณีดั้งเดิมอยู่

การตีตราต่อการคุมกำเนิดและการตั้งครรภ์ พบว่าร้อยละ 81.6 มองว่าการขอใช้ถุงยางอนามัยคือการแสดงความไม่ไว้วางใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่อง ความสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น ในประเทศฟิลิปปินส์ พบว่าผู้ใหญ่ตอนต้นมองว่าการใช้ถุงยางอนามัยสร้างความอึดอัด หงุดหงิด ความสุขทางเพศ และไม่ไว้วางใจ (Mitchell & Bell, 2020) ซึ่งเป็นเหตุที่ทำให้กลุ่มประชากรดังกล่าวไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิดหรือป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นอกจากนี้ การมีผู้ยอมรับการทำแท้งถูกกฎหมาย ร้อยละ 22.9 และ ร้อยละ 74.5 มองว่าการยุติการตั้งครรภ์คือการฆ่าคน มีความขัดแย้งกับการสำรวจระดับชาติเรื่องทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ต่อการยุติการตั้งครรภ์ โดยร้อยละ 86.7 มองว่าการยุติการตั้งครรภ์ไม่ใช่เรื่องผิดศีลธรรม ร้อยละ 99.6 เห็นด้วยกับการยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากเหตุผลด้านสุขภาพ หรือจากความรุนแรง อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์เหตุผลเชิงลึกพบความสอดคล้องในมิติของเงื่อนไขทางศีลธรรม ซึ่งระบุว่าการยอมรับของบุคลากรทางการแพทย์จะลดสัดส่วนลง โดย มีเพียงร้อยละ 72.8 ที่เห็นด้วยกับการยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากการคุมกำเนิดล้มเหลว และร้อยละ 61.6 เห็นด้วยกับการยุติการตั้งครรภ์ในกรณีที่ผู้หญิง

ไม่ต้องการมีบุตร (Leetrakool et al., 2025) ซึ่งยังสะท้อนถึงมุมมองด้านศีลธรรมในบริบทสังคมไทย และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าใช้บริการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ที่ปลอดภัย

การตีตราต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 75.5 มองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องน่าอับอาย และร้อยละ 27.9 ระบุว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมส่อสัน สอดคล้องกับ การศึกษาเรื่องการตีตราต่อผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศเยอรมนี (Klein et al., 2021) และการสำรวจระดับชาติเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ใหญ่ต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (Chautrakarn et al., 2023) ที่ระบุว่าทัศนคติการตีตราต่อเอชไอวีแม้จะลดลงในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูงมาก ซึ่งส่งผลต่อการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

การเลือกปฏิบัติจากอัตลักษณ์ทางเพศ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 81.5 เห็นด้วยกับการที่ผู้ใหญ่จะให้ความรุนแรงทางวาจาหรือร่างกายในการสั่งสอนเยาวชนที่มีเพศสัมพันธ์ ซึ่ง สอดคล้อง กับรายงานของ UNICEF Thailand (UNICEF Thailand, 2022) ที่ชี้ให้เห็นว่าสังคมไทยมีกระบวนการ “ทำให้ความรุนแรงเป็นเรื่องปกติ” (normalization of violence) ภายใต้ระบบอำนาจนิยม การที่เยาวชนยอมรับให้ผู้ใหญ่หรือบุคลากรทางการแพทย์ใช้อำนาจหรือความรุนแรงต่อตนเอง สะท้อนถึงการยินยอมต่อความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (structural violence) และเป็นเหตุให้เกิดการหลีกเลี่ยงการเข้าใช้บริการสุขภาพจากความกลัวการถูกเลือกปฏิบัติ

การเลือกปฏิบัติต่อการตั้งครรภ์ พบว่า ร้อยละ 82.4 เห็นด้วยกับการให้ผู้ที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียน “หยุดเรียนทันที” เพื่อรักษาชื่อเสียง ซึ่งคล้ายคลึงกับ การศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ที่ตั้งครรภ์ในวัยเรียนในประเทศไทย พบว่า แม้ว่าบุคลากรทางศึกษาจะให้การสนับสนุนวัยรุ่นตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามวัยรุ่นตั้งครรภ์ยังต้องพบเจอกับทัศนคติเชิงลบและการลงโทษทางสังคมจากเพื่อนร่วมชั้นในช่วงวัยเดียวกัน (social sanctions) รวมถึงบทบาทของการเป็นแม่ คือปัจจัยผลักดันหลักที่บีบบังคับให้เด็กต้องออกจากการศึกษากลางคัน (Kumruangrit, 2022) ตลอดจนนำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวยังขัดแย้งกับเจตนารมณ์ของ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่คุ้มครองสิทธิให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ได้เรียนต่อ

การเลือกปฏิบัติต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 86.1 สนับสนุนให้แยกพื้นที่ให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาล จากติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 73.5 สนับสนุนให้ประเมินความรับผิดชอบของผู้ติดเชื้อก่อนให้การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาอคติของผู้ให้บริการทางการแพทย์ (provider bias) ในแอฟริกาใต้สะฮารา (ninsiima et al., 2021) ซึ่งมีการแสดงทัศนคติและพฤติกรรมที่ตัดสินเยาวชนที่ใช้บริการสุขภาพทางเพศจากบริบทของสังคม และจารีตประเพณี นอกจากนี้ยังระบุว่าตัวเยาวชนผู้รับบริการเองก็เป็นผู้เรียกร้องให้มีการแบ่งแยกพื้นที่การให้บริการในสถานพยาบาลอีกด้วย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการจัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร

เมื่อเปรียบเทียบการตีตราและการเลือกปฏิบัติระหว่างประเด็นย่อยทั้ง 3 ประเด็น พบความแตกต่างของกลไกอย่างชัดเจน กล่าวคือ ในประเด็นอัตลักษณ์และเพศสัมพันธ์ รูปแบบที่เด่นชัดคือการตีตราด้วยทัศนคติและมุมมองเชิงลบต่อบุคคลในรุ่นเดียวกัน ในขณะที่ประเด็นการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลับมุ่งเน้นไปที่ การให้ความชอบธรรมกับการเลือกปฏิบัติ โดยกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะยอมรับการถูกเลือกปฏิบัติ การยอมรับให้แพทย์ดูค่าแม่วัยรุ่น หรือสนับสนุนการประเมินคนไข้ก่อนรักษา ซึ่งภาพรวมการยอมรับให้ตนเองถูกเลือกปฏิบัติในสังคมไทยนี้ มีความขัดแย้งกับการศึกษาในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+) ในบริบทต่างประเทศ ที่พบว่าเยาวชนเผชิญกับการเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์มักต่อต้านการตีตราและเลือกปฏิบัติ และแสดงออกถึงการเรียกร้องสิทธิทางสุขภาพของตนเองอย่างชัดเจน (Yip & Chan, 2022) อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างกลับ

มองว่าการถูกเลือกปฏิบัติจากผู้ให้บริการเป็นสิ่งที่สมเหตุสมผล (Rationalization) หากผู้รับบริการมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐาน

การศึกษาเชิงพรรณนาในครั้งนี้ พบการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในสัดส่วนที่สูงของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ การตรวจคัดกรอง การป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับมาตรการลดทั้งการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ควบคู่กับการพัฒนามาตรฐานบริการที่ไม่ตัดสินและไม่เลือกปฏิบัติ โดยมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมจากผลการศึกษา เช่น การปรับเปลี่ยนวาทกรรม รณรงค์เรื่องถุงยางอนามัยให้เป็นภาพลักษณ์ของความรับผิดชอบ การจัดบริการที่มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (differentiated service delivery model) มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เช่น การแพทย์ทางไกล หรือหรือการส่งเสริมชุดตรวจคัดกรองด้วยตนเอง (self-testing kits ตลอดจนการยกระดับสถานพยาบาลตามมาตรฐานสากลด้วยนโยบายไม่อดทนต่อการเลือกปฏิบัติ (zero tolerance) อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยให้วัยรุ่นตอนต้นสามารถเข้าถึงสิทธิและบริการสุขภาพทางเพศได้อย่างแท้จริง

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในการวิจัยซึ่งจำเป็นต่อการพิจารณาการแปลผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อจำกัดการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (sampling bias) เนื่องจากการสุ่มแบบสะดวก (convenient sampling) และเก็บข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ในกรุงเทพมหานคร ทำให้ผลการศึกษาสะท้อนเฉพาะบริบทประชากรผู้ใหญ่ตอนต้นในเขตเมือง (urban bias) ไม่สามารถเป็นตัวแทน (generalizability) ของผู้ใหญ่ตอนต้นในภูมิภาคอื่นได้
2. รูปแบบการวิจัย (study design) เป็น การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) อธิบายได้ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง ไม่สามารถสรุปอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้
3. ความเอนเอียงของข้อมูลเนื่องจากการรายงานข้อมูลด้วยตนเอง (self-reported bias) ประเด็นเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์มีความละเอียดอ่อน ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจบันทึกแบบสอบถามตามความคาดหวังของสังคม (social desirability bias) แม้จะมีการปกปิดตัวตนแล้วก็ตาม นอกจากนี้การบันทึกแบบสอบถามนี้เป็นการบันทึก มุมมองที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีต่อการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ มิใช่พฤติกรรม หรือประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรง
4. ข้อจำกัดด้านการตรวจสอบยืนยันข้อมูลในระบบออนไลน์ (online data verification limitations) เนื่องจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามออนไลน์ในประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนสูง ผู้วิจัยจึงยึดหลักจริยธรรมการวิจัย โดยงดเว้นการเก็บข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ทางอิเล็กทรอนิกส์ (เช่น หมายเลข ip address) อย่างเด็ดขาด เพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ตอบอย่างสูงสุด แม้ผู้วิจัยจะมีการควบคุมคุณภาพข้อมูลเบื้องต้นผ่านการตั้งคำถามคัดกรองคุณสมบัติ (screening criteria) ในหน้าแรก และใช้เกณฑ์คัดออกโดยตัดชุดข้อมูลที่ตอบไม่ครบถ้วน (น้อยกว่าร้อยละ 60) ออกจากการวิเคราะห์แล้วก็ตาม แต่ยังคงมีข้อจำกัดด้านเทคนิคที่ไม่สามารถยืนยันตัวตนบุคคลผู้ตอบได้ร้อยเปอร์เซ็นต์

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อในอนาคต

การศึกษาเชิงปริมาณในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความขัดแย้งทางความคิดของกลุ่มผู้ใหญ่ออนไลน์ต่อการตีตราและเลือกปฏิบัติในประเด็นสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายถึงสาเหตุและกลไกการตีตราที่ทำให้ผู้ใหญ่ออนไลน์เกิดความขัดแย้ง และยอมรับให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical study) ในอนาคต เพื่อศึกษาความแตกต่างของระดับการตีตราระหว่างกลุ่มที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้สามารถอธิบายปัจจัยและอิทธิพลที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศได้อย่างเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ด้วยการปรับวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับลักษณะพื้นฐานของวัยผู้ใหญ่ออนไลน์ที่ต้องการยอมรับ เช่น การเปลี่ยนวาทกรรม “การใช้ถุงยางอนามัยคือความไม่ไว้วางใจ” ให้เป็น “ความรับผิดชอบร่วมกันที่สังคมยอมรับร่วมกัน”

ด้านการจัดบริการสุขภาพ โดยการจัดบริการที่มีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (differentiated service delivery model) มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของวัยผู้ใหญ่ออนไลน์ เช่น การจัดบริการโดยอาสาสมัครภาคประชาสังคมที่ผ่านการรับรองการให้บริการสุขภาพทางเพศ (certified peer) การใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) หรือการส่งเสริมชุดตรวจคัดกรองด้วยตนเอง (self-testing kits) เพื่อลดความกังวลต่อการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติ

ด้านนโยบายสถานพยาบาล โดยการอบรมด้านการไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยเน้นการจัดการกับอคติของผู้ให้บริการทางการแพทย์ (Bohren et al., 2022) ประกอบกับการประกาศใช้นโยบายที่เกี่ยวข้องซึ่งสอดคล้องกับหลักสากล เช่น “นโยบายไม่อดทนต่อการเลือกปฏิบัติ (zero tolerance to discrimination)” ตามแนวทางขององค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก เพื่อพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย มิตรและปราศจากการเลือกปฏิบัติในทุกมิติ

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความต้องการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ภายใต้กรอบการให้บริการที่แตกต่างกัน ในกลุ่มผู้ใหญ่ออนไลน์ ในกรุงเทพมหานคร” ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การศึกษานี้สำเร็จลงไปได้ด้วยความช่วยเหลือและสนับสนุนจาก อาจารย์ ดร.สันต์ สุวรรณณณี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐนารี เอมยงค์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราลักษณ์ นนทารักษ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และคำปรึกษาอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัยฉบับนี้

ขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทุกท่าน การให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลของทุกท่านถือเป็นองค์ประกอบสำคัญยิ่งที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้



เอกสารอ้างอิง

- Bohren, M. A., Vazquez Corona, M., Odiase, O. J., Wilson, A. N., Sudhinaraset, M., Diamond-Smith, N., Berryman, J., Tunçalp, Ö., & Afulani, P. A. (2022). Strategies to reduce stigma and discrimination in sexual and reproductive healthcare settings: A mixed-methods systematic review. *PLOS Global Public Health*, 2(6), 1–27. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000582>
- Charlton, B. M., Hatzenbuehler, M. L., Jun, H.-J., Sarda, V., Gordon, A. R., Raifman, J. R. G., & Austin, S. B. (2019). Structural stigma and sexual orientation-related reproductive health disparities in a longitudinal cohort study of female adolescents. *Journal of Adolescence*, 74(1), 183–187. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.008>
- Chautrakarn, S., Ong-artborirak, P., Naksen, W., Thongprachum, A., Wungrath, J., Chariyalertsak, S., Stonington, S., Taneepanichskul, S., Assanangkornchai, S., Kessomboon, P., & Neelapaichit, N. (2023). Stigmatizing and discriminatory attitudes toward people living with HIV/AIDS (PLWHA) among general adult population: The results from the 6th Thai National Health Examination Survey (NHES VI). *Journal of Global Health*, 13, Article 04006. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04006>
- Division of AIDS and STIs. (2023). *Annual report Division of AIDS and STIs 2023*. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1581420240716070113.pdf>
- Klein, V., Brunner, F., Grabowski, M., & Turner, D. (2021). Stigma Surrounding Sexually Transmitted Infections among Medical Students in Germany. *The Journal of Sex Research*, 58(1), 129–136. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1763238>
- Kumruangrit, S. (2022). Thai Adolescent Mothers: Perspectives on Sexuality Education and Educational Opportunities. *Journal of Population and Social Studies*, 22(2), 273–280.
- Leetrakool, H., Wonglertham, T., Sonthyanonth, S., & Sothornwit, J. (2025). A national survey on Thai medical students' attitudes towards abortion and their confidence in providing abortion services following the amendment to abortion law. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X, 25, Article 100364. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2024.100364>
- Mitchell, E., & Bell, S. (2020). Premarital relationships and condom use among young people in Suva, Fiji. *Sexual Health*, 17, 337–343. <https://doi.org/10.1071/SH20040>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). *The promise of adolescence: Realizing opportunity for all youth*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25388>
- Ninsiima, L. R., Chiumia, I. K., & Ndejjo, R. (2021). Factors influencing access to and utilization of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: A systematic review. *Reproductive Health*, 18(1), Article 135. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01183-y>
- UNICEF Thailand. (2022). *UNICEF Thailand Child Protection 2022—2026*. UNICEF.



United Nations Development Programme. (2019). *Tolerance but not inclusion: A national survey on experiences of discrimination and social attitudes towards LGBT people in Thailand*.

<https://www.undp.org/thailand/publications/tolerance-not-inclusion>

United Nations Population, F. (2025). *State of World Population 2025* (2025th ed.). United Nations.

<https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789211591576>

Yip, C., & Chan, K. K. S. (2022). Stigma resistance among sexual minorities. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00580-z>



ความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับการติดเชื้อไวรัส

ฝิดาษวณร: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมาน

(Sexually Transmitted Coinfections Risk Among Individuals with Mpox Infection:
A Systematic Review and Meta-analysis)

โดย

โยษิตา ฐิติวัฒนา*, สันต์ สุวรรณมณี[†], ธนยศ ศศิวิมลรัตน[‡] และ หทัยชนน์ อินทร์ชัย[§]

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (โรคติดเชื้อและวิทยาการระบาดทางการสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[†] อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ (ภาควิชาระบาดวิทยา) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[‡] อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ (ภาควิชาระบาดวิทยา) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[§] อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ (ภาควิชาระบาดวิทยา) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ในปี 2565 พบการระบาดครั้งใหญ่ของไวรัสฝีดาษวานรกว่า 200 ราย ใน 21 ประเทศ องค์การอนามัยโลกประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยพบว่ากลุ่มที่มีการติดเชื้อร่วมมีความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น แต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับระดับของความเสี่ยง แม้มีรายงานการติดเชื้อร่วมในผู้ป่วยฝีดาษวานร แต่ผลการศึกษาเกี่ยวกับระดับของความเสี่ยงยังขาดความสอดคล้องกัน และยังไม่มีการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับการติดเชื้อไวรัสฝีดาษวานร โดยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจาก 5 ฐานข้อมูลนานาชาติ ประเมินคุณภาพด้วย Newcastle Ottawa Scale และวิเคราะห์หาค่าความเสี่ยงด้วย random-effects model รวมถึงการประเมิน heterogeneity และประเมินอคติในการตีพิมพ์ของงานวิจัย จาก 12,155 บทความ คัดเลือกได้ 10 บทความที่ตรงตามเกณฑ์ และมี 7 บทความที่มีผลการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับดี พบว่าผู้ที่มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ร่วมมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฝีดาษวานรสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อร่วม ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อ HIV และผู้ที่มีประวัติติดเชื้อซิฟิลิส มีความเสี่ยงสูงขึ้นเกือบ 2 เท่า ($I^2=93.5\%$, $p<0.0001$, $I^2=93.7\%$, $p<0.0001$ และ $I^2=94.7\%$, $p\text{-value}<0.0001$ ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้บ่งชี้ความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อร่วมกับความเสี่ยงต่อโรคฝีดาษวานร สนับสนุนให้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และคลินิก HIV การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และพิจารณาวัคซีนป้องกันในกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อลดการแพร่ระบาดและภาวะโรค

คำสำคัญ: การติดเชื้อร่วม, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หาค่าความเสี่ยง, ฝีดาษวานร, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, เอชไอวี



Abstract

In 2022, a substantial global outbreak of monkeypox (mpox) occurred with over 200 cases reported across 21 countries, prompting the World Health Organization to declare it a Public Health Emergency of International Concern. Evidence suggested that individuals with co-infections experienced increased disease severity and mortality; however, clear empirical evidence regarding the magnitude of risk remained lacking. Although co-infections in mpox patients have been reported, findings regarding risk magnitude are inconsistent, and systematic synthesis of evidence is absent. This study aimed to assess the risk of Sexually Transmitted Coinfections among individuals with mpox infection. A systematic review and meta-analysis were conducted using five international databases. Study quality was assessed using the Newcastle–Ottawa Scale. Meta-analysis was conducted using a random-effects model to account for between-study heterogeneity, and publication bias was evaluated. From 12,155 articles identified, 10 met inclusion criteria, and seven good-quality studies were included in the meta-analysis. Individuals with sexually transmitted infection co-infections had a higher risk of mpox infection compared to those without co-infections, those with HIV history, and Syphilis had approximately twofold increased risk ($I^2=93.5\%$, 93.7% , and 94.7% , respectively; $p<0.0001$). This study indicates the association between co-infections and increased mpox risk, supporting targeted screening in STI and HIV clinics, safer sex counseling, and consideration of prophylactic vaccination for high-risk groups. These findings support tailored prevention and control measures to reduce transmission and disease burden.

Keywords: co-infection, systematic review and meta-analysis, mpox (monkeypox), sexually transmitted infections, HIV



ความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับการติดเชื้อไวรัส เฝือดาษวานร: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมาน

(Sexually Transmitted Coinfections Risk Among Individuals with Mpox Infection:
A Systematic Review and Meta-analysis)

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสเฝือดาษวานร ถูกค้นพบครั้งแรกในปี 2501 จากรอยโรคตุ่มหนองของลิง พบโดย Statens Serum Institut ที่ตั้งอยู่ในเมืองโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์ก (Frank, Riccardo & Keith, 1989) ต่อมาในปี 2513 พบการติดเชื้อในมนุษย์เป็นครั้งแรก โดยติดเชื้อในเด็กอายุ 9 เดือน อาศัยอยู่ที่สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก (Papukashvili et al., 2022) ไวรัสเฝือดาษวานร มีสารพันธุกรรมชนิดดีเอ็นเอสายคู่ (double stranded DNA; ds-DNA) อนุภาคของไวรัสมีเปลือกไขมันหุ้ม (enveloped) ไวรัสดังกล่าวจัดอยู่ในวงศ์ (family) *Poxviridae* สกุล (genus) *Orthopoxvirus* ซึ่งเป็นสกุลเดียวกับเชื้อ *variola virus* ที่ก่อโรคไข้ทรพิษ (smallpox) ไวรัสนี้แบ่งออกเป็นสองกลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่ 1 (clade Ia และ Ib) และกลุ่มที่ 2 (clade IIa และ IIb) ทำให้มีอาการทางคลินิกคล้ายกับไข้ทรพิษ แต่จะรุนแรงน้อยกว่า ส่วนใหญ่มีต่อมน้ำเหลืองโต ซึ่งจะเป็นอาการที่บ่งชี้ของไวรัสเฝือดาษวานร เนื่องจากไม่พบในไข้ทรพิษหรืออีสุกอีใส (Riedel et al., 2019)

อาการทั่วไปของโรค คือ มีไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนแรง และมีอาการต่อมน้ำเหลืองโต บางรายอาจมีตุ่มขึ้นประมาณ 2-3 สัปดาห์ โดยตุ่มจะมีลักษณะนูน ขึ้นตามใบหน้า ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ตา จมูก คอ ขาหนีบ อวัยวะเพศ และรอบๆ ทวารหนัก จากนั้นจะค่อยๆ ตกสะเก็ด ในบางรายการติดเชื้ออาจนำไปสู่อาการแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ เช่น ทารกแรกคลอด เด็ก และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอาจมีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงกว่าและการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสเฝือดาษวานรมากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยการติดต่อสามารถติดได้จากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเฝือดาษวานร ซึ่งรวมถึงใบหน้าสัมผัสกัน ผิวหนังสัมผัสกัน ปากสัมผัสกัน หรือปากสัมผัสกับผิวหนัง รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังสามารถติดได้จากสถานะแวดล้อมที่มีการปนเปื้อนเชื้อ เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว สิ่งของ เครื่องใช้ไฟฟ้า หรือพื้นผิวต่างๆ ที่ผู้ติดเชื้อมาสัมผัส และยังเป็นไปได้ที่การติดเชื้อจะเกิดจากการหายใจนำเศษจากผิวหนังหรือเชื้อไวรัสเข้าร่างกายได้ (fomite transmission) (World Health Organization, 2022)

ในปี 2523 ได้มีการประกาศกำจัดโรคไข้ทรพิษสำเร็จ และยุติการฉีดวัคซีนป้องกันทั่วโลก ทำให้ความไวต่อการติดเชื้อไวรัสเฝือดาษวานรของประชากรเพิ่มขึ้น ส่งผลให้โรคเฝือดาษวานรกลายเป็นโรคเฉพาะถิ่น และเริ่มแพร่ระบาดในแอฟริกาตอนกลาง ตะวันออก และตะวันตก โดยพบทั้ง clade I และ clade II สำหรับความรุนแรงของแต่ละ clade มีความแตกต่างกัน หากพบ clade I จะทำให้เกิดอาการรุนแรงและมีอัตราเสียชีวิตสูงกว่า clade II ร้อยละ 0.5-3.0 (Centers for Disease Control and Prevention, 2022)

ต่อมาในปี 2546 เกิดการระบาดในสหรัฐอเมริกาซึ่งเชื่อมโยงกับสัตว์ป่าที่นำเข้า clade II และระบาดมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ในปี 2548 มีรายงานผู้ป่วยหลายพันรายในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโกทุกปี จากนั้นในปี 2560 ได้มีการกลับมาระบาดของอีกครั้งในประเทศไนจีเรีย และยังคงแพร่กระจายในหมู่ผู้คนที่ทั่วประเทศและในกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เดินทางไปยังสถานที่อื่นๆ (World Health Organization, 2022) ในเดือนพฤษภาคม 2565 การระบาดเกิดขึ้นอย่างฉับพลันและแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปทั่วยุโรป อเมริกา และภูมิภาคทั้ง 6 ขององค์การอนามัยโลก มากกว่า 200 ราย ใน 21 ประเทศ (Ruby, Manthan, Khushal, Shivam & Sha, 2024) การระบาดครั้งนี้มีผลกระทบอย่างเห็นได้ชัด

ในกลุ่มชายรักชาย ชายรักสองเพศ และชายอื่นๆ ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย และแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านเครือข่ายทางเพศ โดยการระบาดระหว่างเดือนมกราคม 2565 ถึงสิงหาคม 2567 มีรายงานพบการติดเชื้อไวรัสเอดส์กว่า 120 ประเทศ โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการมากกว่า 100,000 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อที่ได้รับการยืนยันแล้วมากกว่า 220 ราย (World Health Organization, 2022)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ทำงานร่วมกับประเทศสมาชิกและพันธมิตรเพื่อป้องกันและรับมือกับการระบาด ซึ่งรวมถึงการประสานงานด้านการวิจัยวัคซีนและการรักษา การเสริมสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศ และการทำงานเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงวัคซีน ยา การวินิจฉัย และเครื่องมืออื่นๆ อย่างเท่าเทียม ได้ประกาศให้โรคไวรัสเอดส์ เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) จำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในเดือนพฤษภาคม 2565 และครั้งที่ 2 ในเดือนสิงหาคม 2567 (World Health Organization, 2024a)

สำหรับกลุ่มที่ได้รับการยืนยันติดเชื้อไวรัสเอดส์มากที่สุด คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) คิดเป็นร้อยละ 86.7 การมีเพศสัมพันธ์เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าเป็นวิธีการแพร่เชื้อหลัก โดยมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การติดเชื้อ HIV และประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ (World Health Organization, 2024b) โดยผู้ที่ได้รับการยืนยันเกือบร้อยละ 50 เคยได้รับการวินิจฉัยเป็น HIV รองลงมา คือ ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเอดส์ โรคซิฟิลิส โรคหนองในเทียม โรคหนองในแท้ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วยมากกว่า 1 ชนิด (Raczyńska et al., 2024)

การระบาดที่ผ่านมาเป็นประเด็นสำคัญทางด้านสาธารณสุข ซึ่งมีรูปแบบการแพร่เชื้อ และกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบที่หลากหลาย สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของโรคติดเชื้อ ในขณะเดียวกันมีงานวิจัยจำนวนมาก รายงานข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะการมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การติดเชื้อ HIV การมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง รวมถึงมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ แต่เนื่องจากงานวิจัยมีการรายงานข้อมูลที่หลากหลายและยังมีความแปรผันของข้อมูล อาจเป็นผลจากลักษณะของประชากร รูปแบบของการระบาดในพื้นที่ศึกษา ทำให้ยังไม่สามารถประมาณค่าที่แท้จริงของตัวแปรได้ เช่น การศึกษาของ Flavia Passini (Passini et al., 2023) ในปี 2566 รายงานว่าการมีประวัติติดเชื้อซิฟิลิส มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสเอดส์ (aOR=4.11, 95% CI: 2.22–7.72, $p<0.001$) ในทางตรงกันข้าม การศึกษาของ Alejandra Acevedo (Acevedo & Garrido, 2023) รายงานว่าการมีประวัติ STIs และการมีประวัติติดเชื้อซิฟิลิส ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสเอดส์ (aOR=1.18, 95% CI: 0.94–1.47, $p=0.15$ และ aOR=0.85, 95% CI: 0.72–1.01, $p=0.07$ ตามลำดับ) ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หอคอยจึงมีความจำเป็นเพื่อสังเคราะห์ค่าประมาณที่แท้จริง รวมถึงประเมินความไม่แน่นอนของหลักฐานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยการศึกษาเน้นในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอดส์ โดยเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ผู้ที่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผู้ติดเชื้อ HIV ทั้งนี้ คำถามวิจัยหลัก คือ การมีโรคร่วม โดยเฉพาะการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอดส์หรือไม่ และมีขนาดความสัมพันธ์เท่าใด ซึ่งผลการศึกษจะช่วยสนับสนุนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และคลินิก HIV การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการพิจารณามาตรการป้องกันที่เหมาะสมเพื่อลดการแพร่ระบาดและภาวะโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับการติดเชื้อไวรัสเอดส์

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง การมีประวัติได้รับการวินิจฉัยหรือรายงานว่าติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน ซึ่งครอบคลุมถึงการติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) และโรคซิฟิลิส (syphilis) โดยอ้างอิงจากข้อมูลประวัติทางการแพทย์หรือการรายงานตนเองของผู้ติดเชื้อไวรัสฝีดาษวานร (Mpox)

ระเบียบวิธีการวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์หอคอย จาก 5 ฐานข้อมูลนานาชาติ ได้แก่ 1) PubMed 2) EMBASE 3) Cochrane Library 4) ScienceDirect และ 5) Scopus ซึ่งรวบรวมโดยโปรแกรม Covidence และกำหนดช่วงเวลาในการสืบค้น คือ เป็นผลงานที่เผยแพร่ระหว่างเดือนมกราคม 2565 ถึงกุมภาพันธ์ 2568 ทั้งนี้อ้างอิงการดำเนินงานตาม Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA) guideline (PRISMA Statement, 2020)

2. ขั้นตอนการคัดเลือก ดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คน คัดเลือกงานวิจัยแบบคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกัน พิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อเป็นอันดับแรก จากนั้นสืบค้นบทความฉบับเต็ม และคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด หากผู้วิจัยมีความเห็นต่างกัน จะอภิปรายหรือใช้ความเห็นของนักวิจัยคนที่ 3 เพื่อหาข้อสรุป

3. เกณฑ์การคัดเลือก

3.1 เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นบทความหรืองานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ด้วยภาษาอังกฤษ ในฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีชื่อเรื่องหรือบทคัดย่อเกี่ยวกับหัวข้อ สามารถสืบค้นบทความฉบับสมบูรณ์ได้ โดยเป็นงานประเภทนิพนธ์ต้นฉบับ หรือผลงานตีพิมพ์ในการประชุมวิชาการ ที่มีรูปแบบการศึกษาแบบ Observational studies และมีผลลัพธ์หรือข้อมูลที่สามารถคำนวณค่า odd ratio, relative risk หรือ hazard ratio ได้

3.2 เกณฑ์คัดออก คือ เป็นบทความหรืองานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่นๆ หรือเป็นงานประเภทจดหมายถึงบรรณาธิการ ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ยังรวมถึงงานที่มีรูปแบบการศึกษาทางคลินิกและการทบทวน รายงานผู้ป่วย และการสอบสวนโรค

4. ประเมินคุณภาพของงานวิจัยที่ได้รับคัดเลือก ใช้แบบประเมินคุณภาพของ Newcastle Ottawa Score Quality Assessment Scale ซึ่งพัฒนาโดย Ottawa Hospital Research Institute แบบประเมินนี้เหมาะสำหรับการประเมินงานวิจัยเชิงสังเกต และแบ่งการประเมินออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection) (2) ความสามารถในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (comparability) และ (3) การประเมินผลลัพธ์ (outcome) หรือการได้รับปัจจัยเสี่ยง (exposure)

ในแต่ละองค์ประกอบจะมีรายการย่อยที่ให้คะแนนในรูปแบบ “ดาว (stars)” โดยรวมสูงสุดไม่เกิน 9 ดาว ซึ่งคะแนนที่สูงสะท้อนถึงคุณภาพของงานวิจัยที่ดีกว่า การจัดระดับคุณภาพของงานวิจัยในการศึกษานี้กำหนดดังนี้: คุณภาพสูง (7–9 ดาว), คุณภาพปานกลาง (4–6 ดาว) และคุณภาพต่ำ (0–3 ดาว) (Ottawa Hospital Research Institute, 2016) การประเมินคุณภาพดำเนินการโดยผู้ประเมินอิสระอย่างน้อย 2 คน และในกรณีที่มีความเห็นไม่ตรงกัน จะมีการหารือร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อสรุป หากไม่สามารถตกลงกันได้ จะให้ผู้ประเมินคนที่สามเป็นผู้ตัดสิน

5. วิเคราะห์ข้อมูล ใช้การแปลงค่าผลลัพธ์ของแต่ละงานวิจัย ให้อยู่ในหน่วยวัดเดียวกัน เพื่อทำการวิเคราะห์หอคอย ด้วยโปรแกรม R แสดงผลการรวมข้อมูล (pooled estimate) วิเคราะห์หอคอยด้วย Random-effects model

รวมถึงการประเมิน heterogeneity นำเสนอในรูปแบบของ forest plot และประเมินอคติในการตีพิมพ์ (Publication Bias Assessment) นำเสนอในรูปแบบของ funnel plot และทดสอบทางสถิติด้วยวิธี Egger's หรือ Begg's test ร่วมด้วย

6. ประเมินความเสี่ยงของอคติ (risk of bias) โดยใช้เครื่องมือ risk of bias in non-randomized studies of exposures (ROBINS-E) ซึ่งประเมินครอบคลุม 7 โดเมน ได้แก่ 1) อคติจากปัจจัยกวน 2) อคติจากการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา 3) อคติจากการจำแนกการได้รับปัจจัยเสี่ยง 4) อคติจากการเบี่ยงเบนจากการได้รับปัจจัยเสี่ยงตามที่กำหนดไว้ 5) อคติจากข้อมูลสูญหาย 6) อคติจากการวัดผลลัพธ์ และ 7) อคติจากการเลือกนำเสนอผลลัพธ์ โดยค่าที่ได้ ประกอบด้วย ความเสี่ยงของอคติต่ำ ปานกลาง และสูง (Higgins et al., 2024)

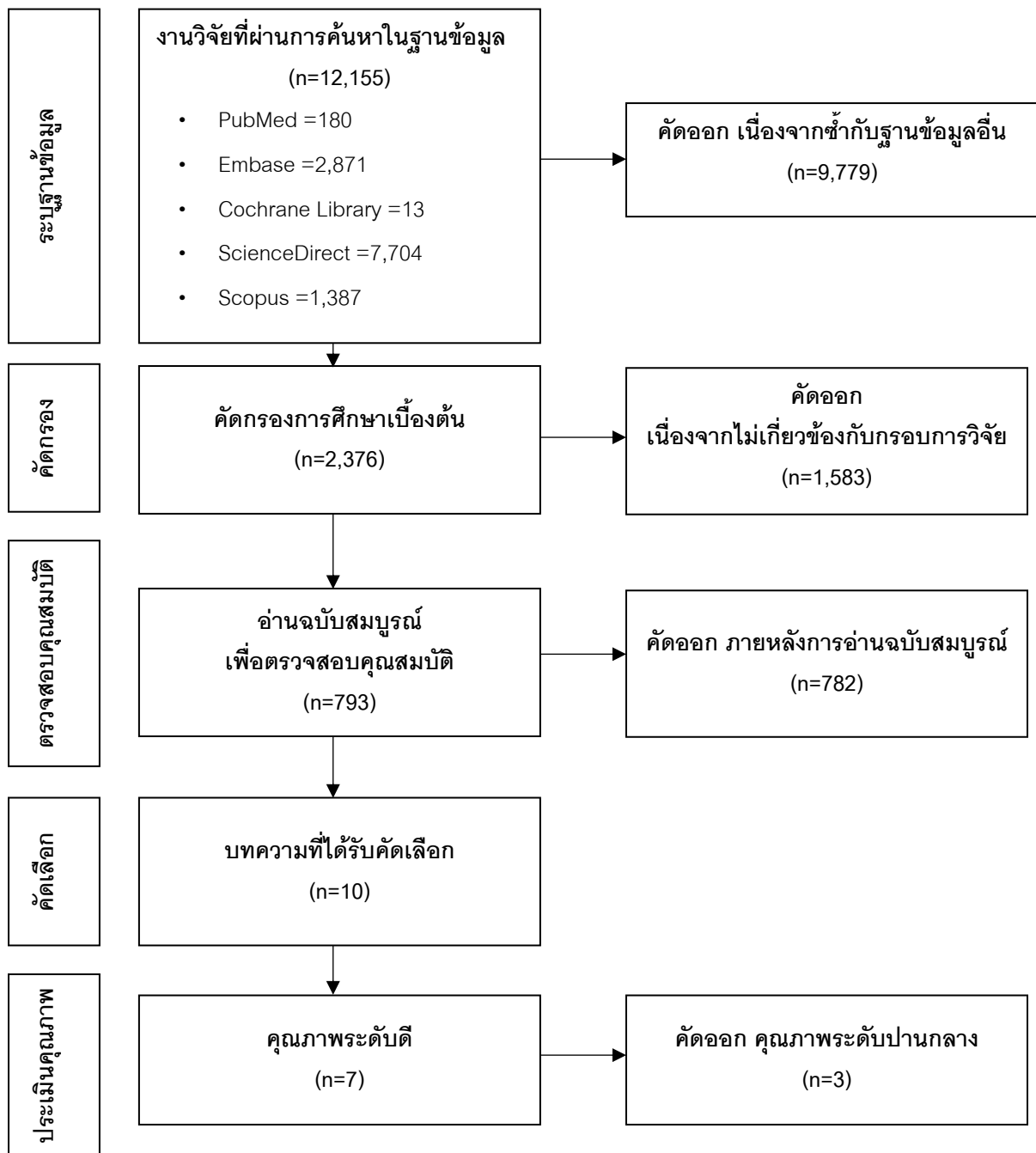
7. ประเมินความแน่นอนของหลักฐาน (certainty of evidence) โดยใช้กรอบแนวคิด GRADE (grading of recommendations assessment, development and evaluation) ซึ่งพิจารณาปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ความเสี่ยงของอคติ ความสอดคล้องของผลการศึกษา ความตรงประเด็นกับคำถามวิจัย ความแม่นยำของค่าประมาณ และอคติจากการเผยแพร่ โดยค่าที่ได้ ประกอบด้วย มีความเชื่อมั่นสูง ปานกลาง ต่ำ และต่ำมาก (Neumann et al., 2008)

8. จริยธรรมการวิจัย เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ใช้ข้อมูลที่เปิดเผยต่อสาธารณะ ในรูปแบบของเอกสาร โดยไม่มีการปึงชี้ได้ถึงตัวบุคคล (secondary data) ซึ่งมีความเสี่ยงทางด้านจริยธรรมการวิจัยในคนอยู่ในระดับที่ไม่มีความเสี่ยง จึงเข้าข่ายยกเว้นการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (exemption review) ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 59/2568

ผลการศึกษา

1. ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์อภิมาน (systematic review and meta-analysis)

จากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ข้อมูลในขั้นตอนการจากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ รวมทั้งสิ้น 12,155 บทความ ดำเนินการคัดออกสำหรับงานวิจัยที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น จำนวน 9,779 บทความ ทำให้มีงานวิจัยสำหรับคัดกรอง จำนวน 2,376 บทความ จากนั้นมีการคัดออกตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ไม่เกี่ยวข้องกับกรอบการวิจัย (PECO) จำนวน 1,583 บทความ และคัดออกภายหลังการอ่านฉบับสมบูรณ์ จำนวน 783 บทความ รวมทั้งสิ้น 2,366 บทความ ทำให้มีบทความได้รับคัดเลือก 10 บทความที่ตรงตามเกณฑ์ และได้มีการประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่า 7 บทความที่นำมาวิเคราะห์ สำหรับงานวิจัยนี้ มีผลประเมินคุณภาพอยู่ในระดับดี โดยมีปัจจัยการติดเข้าร่วม จำนวน 12 กลุ่มตัวอย่างการศึกษา จึงนำเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์อภิมาน รายละเอียดดังรูป 1



รูป 1 ผังงานแสดงขั้นตอนการเลือกศึกษาวิจัย

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่มีคุณภาพสูง 7 บทความ เป็นงานวิจัยจากประเทศไนจีเรีย อเมริกา เยอรมนี สเปน และเกาหลี โดยมีการศึกษาทั้ง cross-sectional 1 บทความ cohort 5 บทความ และ case control 1 บทความ เผยแพร่ในระหว่างปี 2565-2568 โดยลักษณะประชากรในการศึกษาที่ได้รับคัดเลือก คือ เพศชาย (male) ชายรักชาย (gay) รักต่างเพศ (heterosexual) รักสองเพศ (bisexual) และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men: msm) สำหรับปัจจัยการติดเชื้อร่วม (co-infection) จากการติดเชื้อเอชไอวี ใน 12 กลุ่มตัวอย่างการศึกษา พบว่าผู้ที่มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ร่วม ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อ HIV และผู้ที่มีประวัติติดเชื้อซิฟิลิส มีความเสี่ยงสูงขึ้นเกือบ 2 เท่า เมื่อ

เทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติการติดเชื้อร่วม ประวัติติดเชื้อ HIV หรือประวัติติดเชื้อซิฟิลิส อย่างไรก็ตาม พบความแปรปรวนระหว่างการศึกษาในระดับสูง ($I^2=93.5\%$, $p<0.0001$, $I^2=93.7\%$, $p<0.0001$ และ $I^2=94.7\%$, $p\text{-value}<0.0001$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังรูปที่ 2

ประวัติการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วม ได้แก่

1. **ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (history of sexually transmitted infections: STI)** วิเคราะห์จาก 2 กลุ่มตัวอย่างการศึกษา (Silva et al., 2022; Zucker et al., 2023) พบว่าการมีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสเอดส์ โดยมีความ pooled RR เท่ากับ 1.66 (95% CI: 0.90–3.07, $p<0.0001$) แม้การมีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะมีค่าความเสี่ยงสูงเป็น 1.66 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน และพบความแปรปรวนระหว่างการศึกษาในระดับสูง ($I^2=96.0\%$) รายละเอียดดังรูปที่ 3

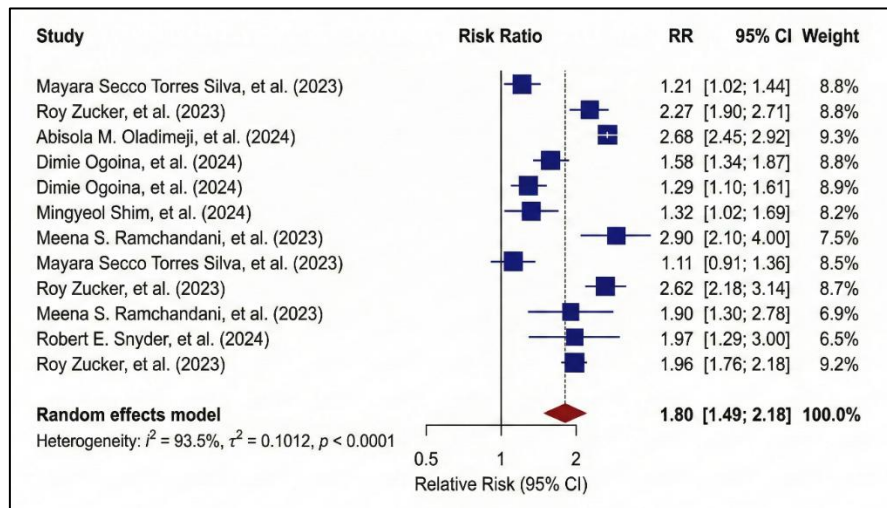
2. **ประวัติติดเชื้อ HIV (history of hiv infection)** วิเคราะห์จาก 7 กลุ่มตัวอย่างการศึกษา (Zucker, 2023; Snyder et al., 2024; Oladimeji et al., 2024; Ogoina et al., 2022; Shim, Cho, Lee & Kim, 2024; Ramchandani et al., 2023) พบว่าผู้ที่มีประวัติติดเชื้อ HIV มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความ Pooled RR เท่ากับ 1.86 (95% CI: 1.47–2.36, $p<0.0001$) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีประวัติติดเชื้อ HIV มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.86 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติติดเชื้อ HIV ทั้งนี้พบความแปรปรวนระหว่างการศึกษาในระดับสูง ($I^2=93.7\%$) รายละเอียดดังรูปที่ 3

3. **ประวัติติดเชื้อซิฟิลิส (history of syphilis)** วิเคราะห์จาก 3 กลุ่มตัวอย่างการศึกษา (Silva et al., 2022; Zucker et al., 2023; Ramchandani et al., 2023) พบว่า การมีประวัติติดเชื้อซิฟิลิสมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความ Pooled RR เท่ากับ 1.77 (95% CI: 1.06–2.94, $p<0.0001$) แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีประวัติติดเชื้อซิฟิลิส มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.77 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติติดเชื้อซิฟิลิส อย่างไรก็ตามยังพบความแปรปรวนระหว่างการศึกษาในระดับสูง ($I^2=94.7\%$) รายละเอียดดังตารางที่ 1 และรูปที่ 3

ตาราง 1 ค่าประมาณความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วม กับการติดเชื้อไวรัสเอดส์ จากการวิเคราะห์ฮอริซอน (ผลจาก forest plot)

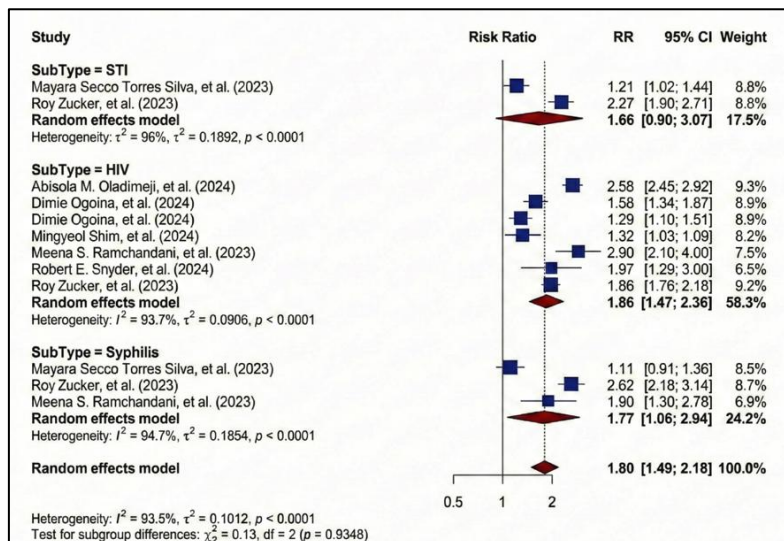
ปัจจัย	จำนวนการศึกษา	Pooled RR (95% CI)	I^2 (%)	$p\text{-value}$	τ^2
การติดเชื้อร่วม	12	1.80 (1.49–2.18)	93.5	<0.0001	0.1012
- ประวัติติดเชื้อ STI	2	1.66 (0.90–3.07)	96.0	<0.0001	0.1892
- ประวัติติดเชื้อ HIV	7	1.86 (1.47–2.36)	93.7	<0.0001	0.0906
- ประวัติติดเชื้อซิฟิลิส	3	1.77 (1.06–2.94)	94.7	<0.0001	0.1854

หมายเหตุ : RR = relative risk; CI = confidence interval; I^2 = I-square; τ^2 = tau squared



รูป 2 ผลการวิเคราะห์หือภิมานแบบ Random effects model ของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอดส์ในผู้ที่มีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วม

หมายเหตุ: RR = relative risk; CI = confidence interval; I^2 = I-square; τ^2 = tau squared

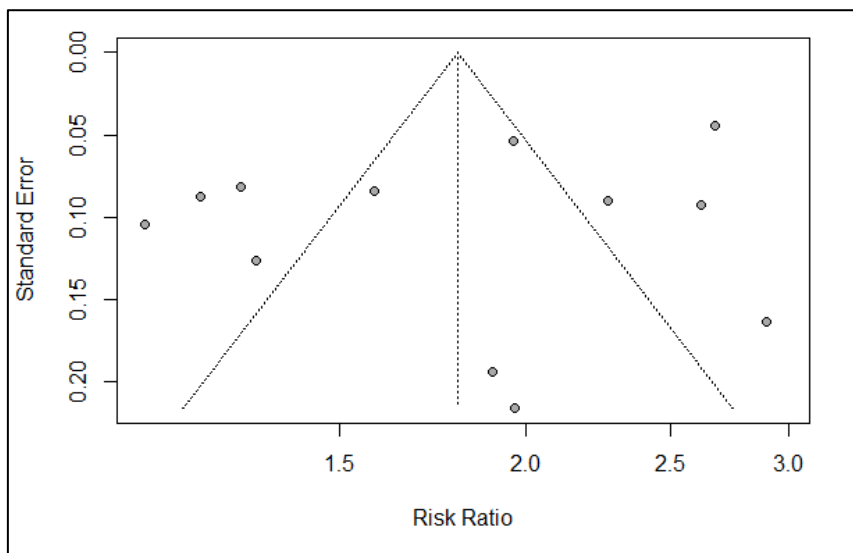


รูป 3 ผลการวิเคราะห์หือภิมานแบบกลุ่มย่อยของความสัมพันธระหว่างประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติติดเชื้อ HIV และประวัติติดเชื้อซิฟิลิส กับการติดเชื้อไวรัสเอดส์

หมายเหตุ: RR = relative risk; CI = confidence interval; I^2 = I-square; τ^2 = tau squared; χ^2 = Chi-square; df = degrees of freedom

2. ประเมินอคติในการตีพิมพ์ (publication bias assessment)

จากการวิเคราะห์ funnel plot และการทดสอบทางสถิติด้วย Egger's test ในการศึกษาอภิมานเกี่ยวกับประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับการติดเชื้อไวรัสเอดส์ในวัยรุ่น วิเคราะห์จาก 12 กลุ่มตัวอย่างการศึกษา ไม่พบอคติในการตีพิมพ์ (Egger's test: $T=-1.26$, $df=10$, $p=0.2352$, Bias estimate=-3.3602, 95% CI: -3.79—2.92, SE=2.6601) (รูป 4)



รูป 4 funnel plot แสดงการกระจายตัวของการศึกษาเพื่อตรวจสอบ publication bias
ในปัจจัยเสี่ยงด้านการติดเชื้อร่วม

หมายเหตุ: จุดแต่ละจุดแทนการศึกษาแต่ละชิ้น เส้นประแนวตรงแสดงค่าประมาณผลรวม ($RR=1.80$) เส้นทแยงมุมแสดงช่วงความเชื่อมั่น 95% ความไม่สมมาตรของกราฟบ่งชี้ถึงความเอนเอียงจากการตีพิมพ์ที่เป็นไปได้

3. ประเมินความเสี่ยงของอคติ (risk of bias)

จากการประเมิน risk of bias in non-randomized studies of exposures (ROBINS-E) ครอบคลุม 7 โดเมน พบว่า ภาพรวมของการประเมินความเสี่ยงของอคติ อยู่ในระดับปานกลาง และยังคงมีข้อกังวลสำคัญเกี่ยวกับโอกาสพบตัวแปรกวนที่ยังหลงเหลืออยู่ ความเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ความคลาดเคลื่อนในการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง และการสูญหายของข้อมูลในบางตัวแปร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลต่อการประมาณค่าผลลัพธ์ได้ ในขณะเดียวกัน การวัดผลลัพธ์ การรายงานผลที่ตรงไปตรงมา รวมถึงการเบี่ยงเบนจากการได้รับปัจจัยเสี่ยง มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์อภิมานควรระมัดระวังการตีความของค่าประมาณผลลัพธ์ที่ได้ รายละเอียดแสดงในตาราง 2



ตาราง 2 แสดงผลการประเมินความเสี่ยงของอคติ

ลำดับ	การศึกษา	โดเมนการประเมินความเสี่ยงของอคติ							ภาพรวม
		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	
1	Dimie Ogoina, et al. (2024)	M	M	M	L	L	L	L	Moderate
2	Abisola M. Oladimeji, et al. (2024)	M	M	M	L	L	L	L	Moderate
3	Meena S. Ramchandani, et al. (2023)	M	L	M	L	M	L	L	Moderate
4	Mingyeol Shim, et al. (2024)	M	M	M	L	M	L	L	Moderate
5	Mayara Secco Torres Silva, et al. (2023)	M	M	M	L	L	L	L	Moderate
6	Robert E. Snyder, et al. (2024)	M	M	M	L	L	L	L	Moderate
7	Roy Zucker, et al. (2023)	M	M	L	L	M	L	L	Moderate

หมายเหตุ: L = ความเสี่ยงของอคติต่ำ; M = ความเสี่ยงของอคติปานกลาง; S = ความเสี่ยงของอคติสูง; D1 = อคติจากปัจจัยกวน (Confounding); D2 = อคติจากการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (selection of participants); D3 = อคติจากการจำแนกการได้รับปัจจัยเสี่ยง (classification of exposure); D4 = อคติจากการเบี่ยงเบนจากการได้รับปัจจัยเสี่ยงตามที่กำหนดไว้ (departures from exposure); D5 = อคติจากข้อมูลสูญหาย (missing data); D6 = อคติจากการวัดผลลัพธ์ (measurement of outcome); D7 = อคติจากการเลือกนำเสนอผลลัพธ์ (selection of reported result)

4. ประเมินความแน่นอนของหลักฐาน (certainty of evidence)

ทำการประเมินความแน่นอนของหลักฐานโดยใช้กรอบแนวคิด GRADE (grading of recommendations assessment, development and evaluation) พิจารณาองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) รูปแบบการศึกษา 2) ความเสี่ยงของอคติ 3) ความสอดคล้องของผลการศึกษา 4) ความตรงประเด็นกับคำถามวิจัย 5) ความแม่นยำของค่าประมาณ และ 6) อคติจากการเผยแพร่ รายละเอียดแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงผลการประเมินความแน่นอนของหลักฐาน

ตัวแปร	Study design	องค์ประกอบประเมิน (GRADE domains)					Effect estimates (95% CI)	Certainty
		Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations		
การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วม	observational studies	moderate	very serious	not serious	not serious	publication bias strongly suspected	RR=1.80 (1.49–2.18)	very low certainty of evidence

จากการประเมิน พบว่าปัจจัยการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วม ความน่าเชื่อถือของหลักฐานถูกประเมินว่าต่ำมาก เนื่องจากมีความเสี่ยงอย่างร้ายแรงต่ออคติ ความไม่สอดคล้องกันอย่างร้ายแรง และสงสัยว่ามีอคติในการตีพิมพ์ แม้ว่าจะไม่มีข้อกังวลเกี่ยวกับความไม่ตรงไปตรงมา หรือความไม่แม่นยำตามแนวทาง GRADE ก็ตาม

สรุปและอภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์หอคอยกัน แสดงให้เห็นถึงการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการติดเชื้อไวรัสเอดส์ โดยการวิเคราะห์หอคอยกัน ดำเนินการใน 12 กลุ่มตัวอย่างการศึกษา ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ที่มีประวัติติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วม มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์มากกว่าผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อ (RR=1.80, 95% CI: 1.49–2.18, $I^2=93.5\%$, $p<0.0001$) เมื่อวิเคราะห์โรคติดต่อร่วม มีรายละเอียดดังนี้

ประวัติการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากผลการวิเคราะห์หอคอยกัน 2 กลุ่มตัวอย่างการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสเอดส์ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ugwu (Ugwu et al., 2025) ซึ่งรายงานว่าการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอดส์ แม้จะมีข้อบ่งชี้ความเสี่ยงใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากความแตกต่างของเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ซึ่งการศึกษานี้รวมเฉพาะการศึกษาที่มีคุณภาพระดับดี

สำหรับการมีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจสะท้อนถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การสัมผัสใกล้ชิดชนิดต่างๆ รวมถึงการมีภาวะเยื่อเมือกอักเสบที่เอื้อต่อการติดเชื้อ ซึ่งเป็นส่วนสนับสนุนความเป็นไปได้ในการติดเชื้อไวรัสต่างๆ ได้ แม้ผลการวิเคราะห์หอคอยกันของ 2 กลุ่มตัวอย่างการศึกษา จะยังไม่สามารถยืนยันค่าประมาณที่แท้จริงได้ แต่การศึกษานี้ยังคงแสดงแนวโน้มของความเสี่ยงในการติดเชื้อไปในทิศทางเดียวกัน บ่งบอกถึงการมีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจมีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสเอดส์

การมีประวัติติดเชื้อ HIV จากผลการวิเคราะห์หอคอยกัน 7 กลุ่มตัวอย่างการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีประวัติติดเชื้อ HIV มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ugwu (Ugwu et al., 2025) แม้ความไม่แน่นอนเดียวกันของแต่ละการศึกษาจะอยู่ในระดับสูง ดังนั้น การนำผลการศึกษาไปใช้ในเชิงนโยบาย ควรคำนึงถึงบริบทของประชากรกลุ่มศึกษา และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบอื่นๆ เช่น การศึกษาแบบติดตามระยะยาว นอกจากนี้ควรมีการควบคุมปัจจัยกวน เพื่อยืนยันความสัมพันธ์อย่างชัดเจน รวมถึงช่วยลดความไม่แน่นอนของหลักฐานได้ สำหรับด้านสาธารณสุข การศึกษาข้างต้นสนับสนุนถึงความจำเป็นในการคัดกรอง ป้องกัน และดูแลเชิงรุก ในกลุ่มผู้ที่มีประวัติติดเชื้อ HIV โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ รวมด้วย ซึ่งอาจช่วยลดภาระโรคในระยะยาวได้ นอกจากนี้ในด้านชีววิทยา สำหรับการติดเชื้อ HIV ซึ่งเป็นภาวะที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องและมีความผิดปกติของการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน อาจเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอดส์ได้ (Bento, Nguyen & Naik, 2025) ประกอบกับผู้ติดเชื้อ HIV มักพบพฤติกรรมมีการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อาจเพิ่มโอกาสในการสัมผัสใกล้ชิดได้ ซึ่งสะท้อนได้ทั้งกลไกทางชีววิทยาและปัจจัยด้านพฤติกรรม (Nuraeni, Alfian & Puspitasari, 2025)

ประวัติติดเชื้อซิฟิลิส จากผลการวิเคราะห์หอคอยกัน 3 กลุ่มตัวอย่างการศึกษา พบความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shin (Shin et al., 2023) โดยพบความเสี่ยงของผลลัพธ์เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยติดเชื้อซิฟิลิส แม้ว่าจะแสดงทิศทางของผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกัน แต่ความไม่แน่นอนเดียวกันของการศึกษาอยู่ในระดับสูง อาจสะท้อนความแตกต่างด้านลักษณะประชากร วิธีการวัดผลลัพธ์ และบริบทของแต่ละการศึกษา ดังนั้น ควรตีความด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากยังมีความแปรปรวนของขนาดอิทธิพลระหว่างการ



อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาแสดงให้เห็นการมีประวัติติดเชื้อซิฟิลิส สามารถสะท้อนพฤติกรรมของการมีคู่นอนหลายคน การสัมผัสใกล้ชิดทางผิวหนังหรือเยื่อเมือก รวมถึงการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยทางอ้อมที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอดส์ได้

ข้อจำกัด

1. การวิเคราะห์หัตถ์ภิมานใช้การศึกษาเพียง 7 บทความ แม้ทุกการศึกษาจะผ่านการประเมินคุณภาพอยู่ในระดับดี แต่จำนวนการศึกษาที่ค่อนข้างจำกัด อาจส่งผลต่อความแม่นยำของค่าประมาณ และค่าที่แท้จริงได้
2. การศึกษาที่นำมาวิเคราะห์หัตถ์ภิมาน เป็นการศึกษาเชิงสังเกต ซึ่งมีปัจจัยกวนที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด ส่งผลให้การตีความความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ต้องตีความด้วยความระมัดระวัง
3. พบความไม่เป็นเนื้อเดียวกันของผลการศึกษาในระดับสูง สะท้อนถึงความแตกต่างของประชากร วิธีการวัดผลลัพธ์ และบริบทของประชากร ความแปรปรวนของการศึกษาอาจส่งผลต่อการสรุปผลในภาพรวมได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะของโรคติดเชื้อ HIV และการประเมินความเสี่ยงการแพร่เชื้อในแต่ละระยะของโรค รวมถึงลักษณะอาการทางคลินิก โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งอาจพบการเปลี่ยนแปลงของลักษณะอาการ ความรุนแรงของโรค และการแพร่เชื้อในประชากรที่ได้รับวัคซีน ส่งผลให้แนวทางเดิมไม่เพียงพอ
2. ควรประเมินประสิทธิผลของการวินิจฉัย และพัฒนาวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากตัวอย่างชีวภาพชนิดอื่น ไม่จำกัดแค่การเก็บตัวอย่างจากรอยโรค เพื่อเพิ่มศักยภาพในการค้นหาผู้ติดเชื้อที่ไม่มีรอยโรคชัดเจน และเป็นการลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนได้
3. ควรมีการประเมินระดับความเสี่ยงของแต่ละบุคคล โดยอิงจากปัจจัยความเสี่ยงที่ได้รับการยืนยัน เพื่อจัดลำดับความสำคัญต่อการให้บริการทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม
4. ส่งเสริมให้ลดการตีตรา เกี่ยวกับการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงและรับบริการมากยิ่งขึ้น
5. หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ประกอบการกำหนดแนวทางเฝ้าระวัง คัดกรอง และป้องกันโรค ในกลุ่มประชากรเสี่ยง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมโรคในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- Acevedo, A., & Garrido, M. (2023). Epidemiological and clinical differences of confirmed and discarded mpox cases in the 2022 Chilean outbreak. *IJID Regions*, 9, 59–62. <https://doi.org/10.1016/j.ijregi.2023.06.003>
- Bento, D., Nguyen, A. D., & Naik, R. (2025). HIV-1–associated opportunistic infections. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *About monkeypox*. Retrieved August 15, 2025, from <https://www.cdc.gov/monkeypox/about/index.html>



- Frank, F., Riccardo, W., & Keith, R. D. (1989). Monkeypox virus. In A. N. Editor & B. N. Editor (Eds.), *The Orthopoxviruses*. Academic Press.
- Higgins JPT, Morgan RL, Rooney AA, Taylor KW, Thayer KA, Raquel A, et al. A tool to assess risk of bias in non-randomized follow-up studies of exposure effects (ROBINS-E). *Environment International* 2024 (published online Mar 24); doi: 10.1016/j.envint.2024.108602.
- Neumann, I., Brennan, S., Meerpohl, J., Davoli, M., Alonso-Coello, P., Akl, E., Dahm, P., Skoetz, N., Xia, J., Brozek, J., & Schünemann, H. J. (2025, November 28). Overview of the GRADE approach. GRADEpro Guideline Development Tool. <https://book.grade.pro/guideline/overview-of-the-grade-approach>
- Nuraeni, S., Alfian, S. D., & Puspitasari, I. M. (2025). Examining the prevalence and associated factors of sexually transmitted infections in people living with HIV/AIDS at a community health center in Bandung city, Indonesia. *HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)*, 17, 29–37. <https://doi.org/10.2147/HIV.S502969>
- Ogoina, D., Dalhat, M. M., Denué, B. A., Okowa, M., Chika-Igwenyi, N. M., Oiwoh, S. O., Tobin, E. A., Yusuff, H. A., Ojimba, A. O., Christian, U. C., Aremu, J. T., Gomerep, S. S., Habila, K. L., Awang, S. K., Adekanmbi, O., Iroezindu, M., Onukak, A., Falodun, O., Sunday, M., Johnson, S. M., ... Nigerian infectious diseases society (NIDS) mpox study group (2024). Mpox epidemiology and risk factors, Nigeria, 2022. *Emerging Infectious Diseases*, 30(9), 1799–1808. <https://doi.org/10.3201/eid3009.240135>
- Oladimeji, A. M., Afe, A. J., Carillo, L., Hundley, C., Zhang, Y., Long, S., Short, K., Sealy, R., White, J., & Persse, D. (2024). Epidemiology and control of monkeypox outbreak in Houston, Texas. *Global Health Journal*, 8(3), 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2024.08.008>
- Ottawa Hospital Research Institute. (2016). *Newcastle–Ottawa scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies*. Retrieved February 12, 2025, from https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf
- Papukashvili, D., Rcheulishvili, N., Liu, C., Wang, X., He, Y., & Wang, P. G. (2022). Strategy of developing nucleic acid-based universal monkeypox vaccine candidates. *Frontiers in Immunology*, 13, 1050309. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.1050309>
- Passini, F., Raccagni, A. R., Diotallevi, S., Lolatto, R., Bruzzesi, E., Candela, C., Bertoni, C., Trentacapilli, B., Lucente, M. F., Castagna, A., & Nozza, S. (2023). Mpox Outbreak 2022: A Comparative Analysis of the Characteristics of Individuals Receiving MVA-BN Vaccination and People Diagnosed with Mpox Infection in Milan, Italy. *Pathogens (Basel, Switzerland)*, 12(9), 1079. <https://doi.org/10.3390/pathogens12091079>
- PRISMA Statement. (2020). PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources. Retrieved January 18, 2025, from <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>



- Raczyńska, A., Lara, M., Kalinowska-Nowak, A., Skwara, P., Garlicki, A., & Bociąg-Jasik, M. (2024). Mpox outbreak among men who have sex with men in Kraków, Poland; June–November 2022. *Polish Archives of Internal Medicine*, 134(11), 16859. <https://doi.org/10.20452/pamw.16859>
- Ramchandani, M. S., Berzkalns, A., Cannon, C. A., Dombrowski, J. C., Brown, E., Chow, E. J., Barash, E., Pogossians, S., Smith, D., & Golden, M. R. (2023). Effectiveness of the modified vaccinia ankara vaccine against mpox in men who have sex with men: A retrospective cohort analysis, Seattle, Washington. *Open Forum Infectious Diseases*, 10(11), ofad528. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofad528>
- Riedel, S., Hobden, J. A., Miller, S., Morse, S. A., Mietzner, T. A., & Detrick, B. (2019). *Medical microbiology: Poxviruses*. University of Texas Medical Branch.
- Ruby, K., Manthan, B., Khushal, P., Shivam, P., & Sha, D. (2024). A computational approach to identify natural putative inhibitors to combat monkeypox. In *Nanotechnology and in silico tools*. Elsevier.
- Shim, M., Cho, S. H., Lee, S. E., & Kim, T. (2024). Epidemiological characteristics and risk factors of suspected and confirmed mpox cases during the 2022-2023 epidemic in the Capital Region, Korea. *Epidemiology And Health*, 46, e2024092. <https://doi.org/10.4178/epih.e2024092>
- Shin, H., Shin, H., Rahmati, M., Koyanagi, A., Jacob, L., Smith, L., Rhee, S. Y., Kwon, R., Kim, M. S., Kim, S., II Shin, J., Min, C., Cho, W., & Yon, D. K. (2023). Comparison of clinical manifestations in mpox patients living with HIV versus without HIV: A systematic review and meta-analysis. *Journal of medical virology*, 95(4), e28713. <https://doi.org/10.1002/jmv.28713>
- Snyder, R. E., Saadeh, K., Tang, E. C., Johnson, K. A., Holland, S. N., Quint, J., Burghardt, N. O., Chai, S. J., Fernando, R., Barrera, K. G., Hernandez, C., McManus, K., Lorenz, K., Maycott, J., McGinley, J., & Lewnard, J. A. (2024). Sexual Exposures Associated with Mpox Infection: California, November 2022 to June 2023. *The Journal of infectious diseases*, 229(Supplement_2), S188–S196. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiad447>
- Torres Silva, M. S., Coutinho, C., Silva Torres, T., Peixoto, E., Ismério, R., Lessa, F., Nunes, E. P., Hoagland, B., Guevarra, A. D. E., Bastos, M. O., Tavares, I. C. F., Ribeiro, M. P. D., Menegetti, M. R., Andrade, H. B., Santini-Oliveira, M., Santos, J. B., Rego, P., Avelar Malagães, M., Azevedo Silva Rosadas, L., ... Grinsztejn, B. (2022). Ambulatory and hospitalized patients with suspected and confirmed mpox: An observational cohort study from Brazil. *The Lancet Regional Health – Americas*, 17, 100406. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100406>
- Ugwu, C. L. J., Bragazzi, N. L., Wu, J., Kong, J. D., Asgary, A., Orbinski, J., & Woldegerima, W. A. (2025). Risk factors associated with human Mpox infection: a systematic review and meta-analysis. *BMJ global health*, 10(2), e016937. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-016937>
- World Health Organization. (2022). *Mpox*. Retrieved January 18, 2025, from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/mpox>



- World Health Organization. (2024a). *WHO Director-General declares mpox outbreak a public health emergency of international concern*. Retrieved January 18, 2025, from <http://who.int/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern>
- World Health Organization. (2024b). 2022–24 mpox (monkeypox) outbreak: Global trends. Retrieved December 24, 2024, from https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/
- Zucker, R., Lavie, G., Wolff-Sagy, Y., Gur-Arieh, N., Markovits, H., Abu-Ahmad, W., Battat, E., Ramot, N., Beckenstein, T., Carmeli, G., Mark-Amir, A., Wagner-Kolasko, G., Edry, A., Duskin-Bitan, H., Yaron, S., Peretz, A., Hammerman, A., Netzer, D., & Arbel, R. (2023). Risk assessment of human mpox infections: Retrospective cohort study. *Clinical Microbiology and Infection*.
<https://doi.org/10.1016/j.cmi.2023.04.022>



Adolescent Sexual and Reproductive Health Outcomes Following Legalized Abortion in Nepal: A Comparison with the Global Experience

By

Myo Hlaing Win^{*}, Rodger Doran[†], Marc Van der Putten[‡] and Roy William Batterham[§]

^{*} Graduate Faculty of Public Health, Thammasat University, Pathum Thani Province

[†] Lecturer Faculty of Public Health, Thammasat University, Pathum Thani Province

[‡] Professor Faculty of Public Health, Thammasat University, Pathum Thani Province

[§] Associate Professor Faculty of Public Health, Thammasat University, Pathum Thani Province



Abstract

Background: Unsafe abortion remains a critical global health issue, particularly in low- and middle-income countries (LMIC). Despite legalizing abortion over two decades ago, Nepal continues to face high rates of illegal procedures, disproportionately affecting adolescent girls.

Objective: This study evaluates how abortion legalization has influenced the sexual and reproductive health (SRH) outcomes of Nepali adolescent girls by comparing their experiences with those in other LMICs.

Methods: A mixed-method documentary review was conducted. Twenty-three documents were selected and analyzed using PRISMA screening protocols and data extraction matrices.

Findings: While Nepal legalized abortion in 2002 and successfully decentralized services, adolescent girls still encounter significant geographical, socio-cultural, economic, and structural barriers. These obstacles drive high rates of unsafe abortions and unplanned births. Comparatively, LMICs with more conservative social or political climates face even greater restrictions, leading to significant maternal morbidity and mortality.

Discussion: Findings suggest that Nepal must re-evaluate restrictive gestational limits and the legal exclusion of pharmacists in dispensing medical abortion. Despite successful decentralization, the system suffers from inconsistent facility functionality, provider role ambiguity, and low staff proficiency in rural areas. Furthermore, insufficient efforts to improve legal awareness and reduce community stigma persist. Structural issues, including foreign aid restrictions, further limit domestic reproductive health funding. These compounded barriers most heavily impact marginalized adolescents, undermining overall SRH outcomes.

Conclusion: Legalization has improved SRH outcomes, yet unintended pregnancy and unsafe abortion remain major challenges in Nepal. The government must implement targeted, equitable measures to dismantle remaining barriers and ensure safe access for all adolescent girls.

Keywords: adolescents, legal abortion, sexual and reproductive health outcomes, Nepal, LMIC

Adolescent Sexual and Reproductive Health Outcomes Following Legalized Abortion in Nepal: A Comparison with the Global Experience

Introduction

Making one's own decision freely for sexual and reproductive health (SRH) is a human right. To achieve optimum health, individuals must access accurate information and affordable, acceptable contraceptive methods (United Nations Population Fund, 2019). While abortion is a crucial and controversial component of sexual and reproductive health and rights (SRHR), safe access is vital for improving health and social outcomes for women and girls. Where abortion is legal, termination services are allowed: to save a person's life; to preserve health; on social and economic grounds; and on request (Center for Reproductive Rights, 2024). However, social, cultural, and political sanctions, particularly in low- and middle-income countries (LMIC) frequently impede access, often resulting in criminalization and severe penalties (Berer, 2017; Levy, 2018).

Globally, approximately 73 million induced abortions occur annually. Three out of 10 of all pregnancies, and six out of 10 of all unintended pregnancies end in abortion, with the vast majority occurring in LMIC (Bearak et al., 2020). Critically, 45% of induced abortions are unsafe, and 97% of these occur in LMIC (Bearak et al., 2020). Restricted services account for 93% of unsafe abortions in these regions (Levy, 2018). Research (figure 1) shows that 75% of unsafe abortions occur in countries with highly restrictive policies, compared to only 13% in those with the least restrictions (Ganatra et al., 2017).

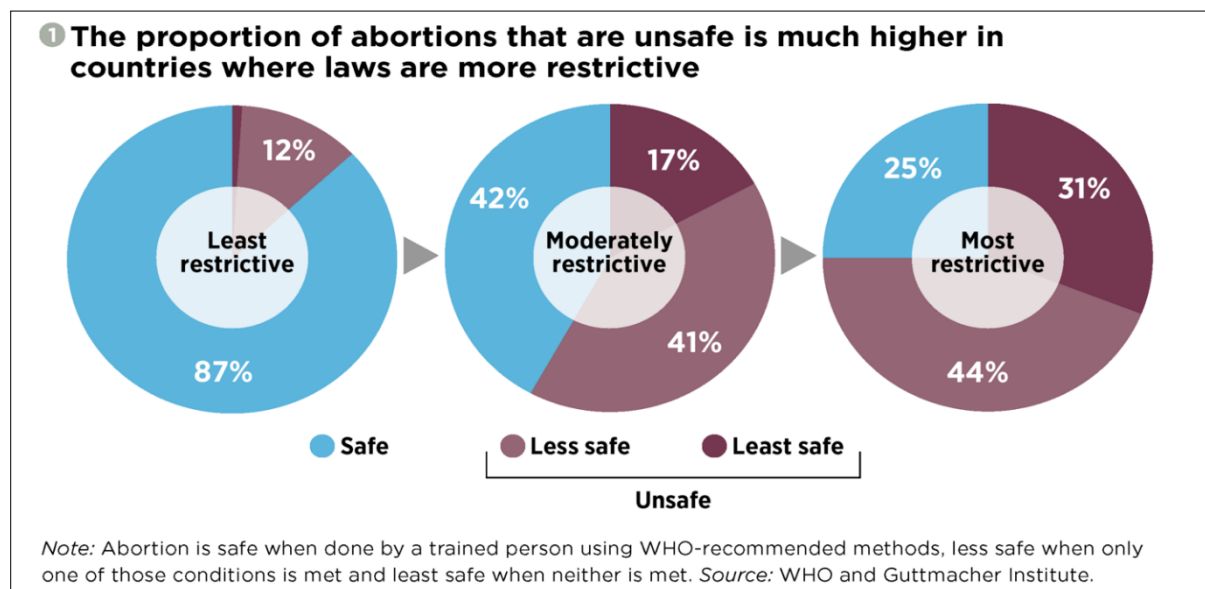


Figure 1 Unsafe abortion status depending on restriction of abortion (Source: Barot, 2018)

In Nepal, abortion was legalized in 2002 to ensure universal access to safe abortion care for all women of reproductive age (WRA) (Lal et al., 2023). Despite this, authorized service utilization remains low, and the



government has yet to ensure availability, accessibility, affordability, and acceptability of quality care. Only half of all abortions in Nepal are performed legally, and adolescents are more likely to experience unsafe procedures due to stigmatization and discrimination (Ministry of Health and Population, Nepal, 2017). These barriers disproportionately affect disadvantaged groups in remote areas and marginalized communities (Bajracharya, 2020; Tiwari et al., 2022; Yogi et al., 2018). Liberalizing policies and reducing these barriers are essential to ensuring safe abortions and positive SRH outcomes.

Objectives

This research reviewed how legalizing abortion services has contributed to improving sexual and reproductive health outcomes for adolescent girls in Nepal. The objectives were:

- 1) to document how abortion related policies, services, and practices have evolved in Nepal in the period since legalization in 2002;
- 2) to describe trends in geographical, economic, socio-cultural and structural barriers for adolescent girls to access to legal abortion services in Nepal that existed before legalization and how they have evolved in the period since legalization;
- 3) to document trends in abortion-related SRH outcomes for adolescent girls in Nepal before and since legalization and
- 4) to determine if similar experience of legalizing abortion services and adolescent SRH outcomes have been observed in other LMIC.

Research Methodology

This study employed a documentary review methodology. Peer-reviewed literature, grey literature, government reports, and organizational documents were systematically identified using the keywords "adolescents," "legal abortion," "sexual and reproductive health outcomes," "Nepal," and "LMICs." Searches were conducted across databases and platforms including PubMed, Google Scholar, the Guttmacher Institute, WHO, and UNFPA.

Documents were included for this study if they:

- described the transition of abortion policies, services and practices before and since legalization in Nepal;
- included contents related to barriers for adolescent girls to access legal abortion services before and since legalization in Nepal;
- described the transition of unplanned birth, unsafe abortion, abortion- related morbidity and mortality before and since legalization in Nepal; and
- explained about the abortion-related policies, barriers and SRH outcomes for adolescents in LMIC.



Documents were excluded if they:

- were not published in full-text English, and official translations were not available;
- had no relevant titles to the research question and objectives;
- had no relevant information to the research question and objectives after screening by abstracts; and
- did not provide relevant contents to the research question and objectives after full-text review.

The required data were collected and organized by using data extraction matrixes which were structured based on the objectives. Thematic analysis was used to review abortion policies, services, barriers, and SRH outcomes in Nepal and LMIC. Qualitative data was reviewed for non-numeric information related to abortion such as policies and services, stories and experiences, challenges and recommendations, while Quantitative evidence was identified for describing numerical information of abortion-related issues such as unsafe abortion, mortality and morbidity.

Results

The document selection process followed the PRISMA framework, organized into four distinct phases: identification, screening, eligibility, and inclusion. During the identification phase, 774 documents were retrieved from database searches; of these, 726 were excluded due to duplication or title irrelevance. In the screening phase, the remaining documents were evaluated by abstract, resulting in the removal of 10 records that did not align with the research objectives. The eligibility of the remaining sources was then assessed through a full-text review, where 15 documents were excluded for providing insufficient evidence. Ultimately, 23 documents met all criteria for inclusion, comprising 16 peer-reviewed articles, 4 government reports and 3 INGO reports. The detailed documents selection process is shown in the following PRISMA chart.

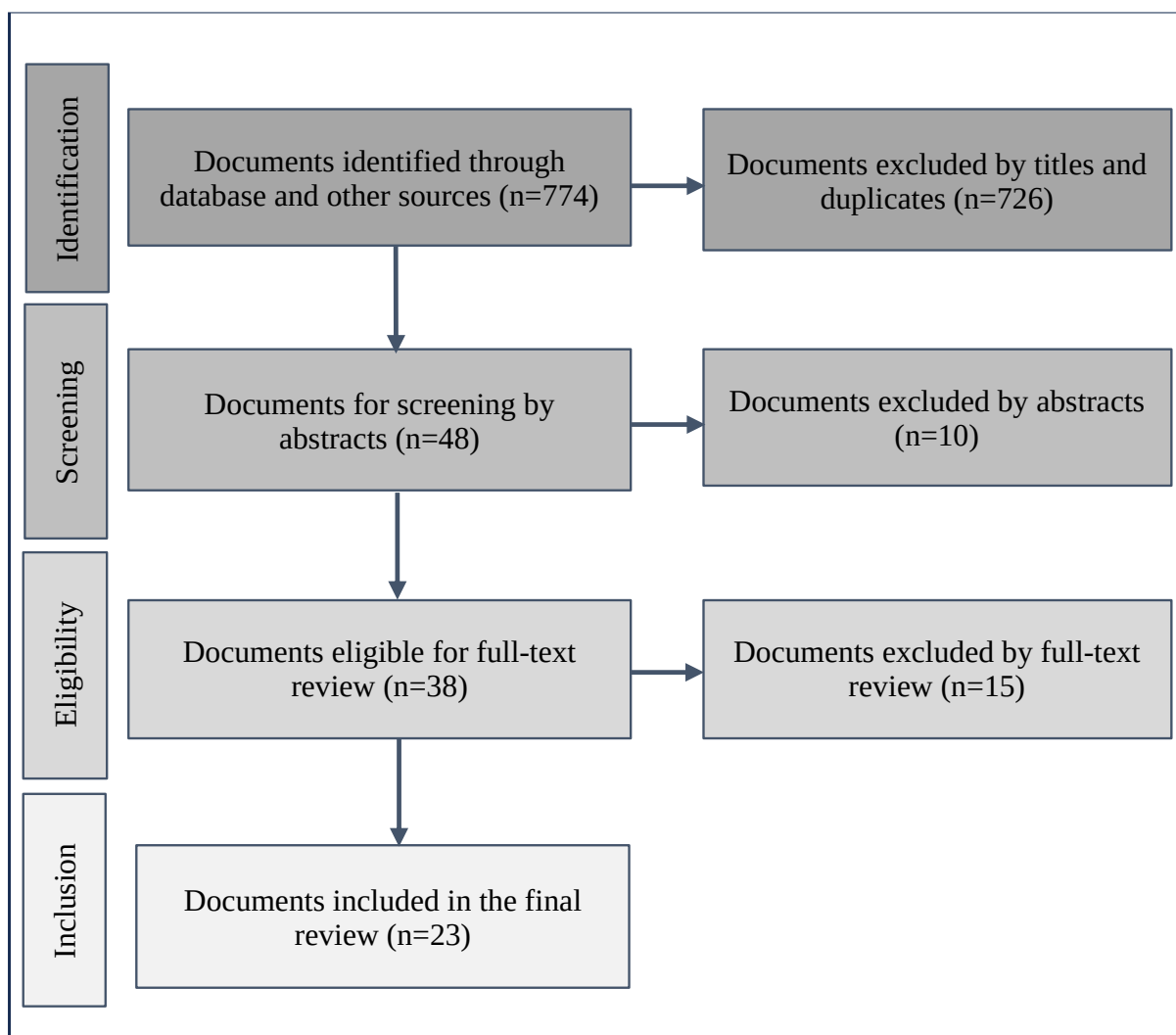


Figure 2. PRISMA chart

1. Experience of legalizing abortion services and adolescent SRH outcomes in Nepal

1.1. Abortion policies, services and practices in Nepal

Before 2002 in Nepal, abortion was a criminal offense, and women who performed induced abortions were prosecuted on infanticide charges. At that time, up to one-fifth of women in prisons were there because of seeking abortions (Samandari et al., 2012). In 2002, abortions law began to be liberalized to reduce the maternal deaths highly contributed by unsafe abortions (Ghimire et al., 2024a). According to the 2002 Penal Code, women could terminate pregnancies at up to 12 weeks of gestational age for any reason, and up to 18 weeks in case of rape or incest. If a woman's physical and mental health is in danger or the fetus is deformed, abortion is permitted at any gestational age with the approval of medical persons (Ministry of Health and Population, Nepal, 2018).

In 2004, manual vacuum aspiration (MVA) during the first trimester became available, and term limits were later increased up to gestational age 13 weeks and above in 2007. Medical abortion (MA) services



became available in 2009. In 2015, government health facilities introduced provision of free abortion services (Ghimire et al., 2024a). In 2018, to improve access to safe abortion services, the Parliament legislated a new law called the Safe Motherhood and Reproductive Health Rights (SMRHR) Act. In SMRHR Act, gestational age was limited only up to 28 weeks for rape or incest cases, or other circumstances such as fetal abnormalities, and maternal and fetal complications. The Act also stated that adolescents under 18 years require consent of guardians or accompanists for receiving abortion services. In addition, medical abortion was limited only to the authorized health facilities and licensed providers and sex-selective abortion was specifically banned. In 2020, the SMRHR Regulation was issued as the latest legal document on abortion. This regulation enshrined abortion as a fundamental right, and further ensured abortion related rights of women and girls (Nepal Law Commission, 2018).

Legal abortion services are provided by public, private and non-governmental sectors. In 2021, the utilization of abortion services status was 55% in public facilities, 27% in private facilities, and 18% in non-governmental organizations (NGO) clinics (Ghimire et al., 2024b). In the public sector, 93% of federal/provincial level hospitals, 40% of local hospitals, and 32% of primary health care centers (PHCC) could offer comprehensive abortion care (CAC). However, at the health post (HP) level, only 20% offer MA services (Ministry of Health and Population, Nepal, 2022b). Regarding the roles of health providers, auxiliary nurse midwives (ANM) are eligible for MA, nurses and medical doctors for MA/MVA, and obstetricians/gynecologists or medical doctors in general practice (MDGP) for abortions at 13 weeks and above (Ministry of Health and Population, Nepal, 2024).

1.2. Barriers for adolescent girls to access to legal abortion services in Nepal

Geographical barriers

In rural areas where 83% of the population reside, the number of health facilities offering abortion services is limited. First-trimester medical abortion services are available at the HP level which covers grassroot communities, in only 39 out of a total of 75 districts (Wu et al., 2017). In 2022, only one-fifth of HP can offer MA services (Ministry of Health and Population, Nepal, 2022b). Therefore, women and girls who live in mountainous areas have to walk for several days to be able to acquire legal abortion services (Wu et al., 2017). In addition, obtaining a medical referral for an abortion from local health care providers is not easy because of provider eligibility limitations and negative attitudes of some health care providers to abortion. It is even difficult to receive physician approval for even medical abortion in rural areas (Atreya et al., 2024). Second-trimester abortions which need special procedures are rarely available in rural areas because of no trained surgical providers. Furthermore, stock-out issues are also common there due to poor supply-chain management, contributing to abortion denial (Wu et al., 2017).

Economic barriers

Prior to 2015, the government set the abortion service fee from 800 to 1200 Nepali rupees (8-12 USD), and abortion services were intentionally separated from other maternal and reproductive health care packages because of the concern of promoting abortion as a preferred contraceptive method (Wu et al., 2017). In 2015, the service became free of charge in public facilities under the provider reimbursement scheme. However, it still does not cover other related costs such as other medical costs and travel costs. Since the reimbursement scheme is not also profitable to providers compared to previous practice, it may encourage some of them to refer their clients to private facilities rather than treat them in the public sector (Wu et al., 2017). However, the cost of abortion services in private facilities is very high, which further limits access to safe abortion services for adolescents who are financially disadvantaged (Atreya et al., 2024).

Socio-cultural barriers

In Nepali society, deep-rooted socio-cultural norms remain significant barriers to abortion service utilization. In conservative communities, the stigmatization of abortion and SRH issues is common (Wu et al., 2017; Atreya et al., 2024). Adolescents often possess poor SRH knowledge because sexual health issues are not discussed in families and schools provide incomplete information (Tiwari et al., 2022). Fear of judgment prevents many, especially unmarried girls, from utilizing services (Bajracharya, 2020), often forcing them to travel to distant facilities to avoid community stigma (Tiwari et al., 2022).

Gender inequality further obstructs abortion care, as patriarchal beliefs restrict adolescent body autonomy and leave SRH decisions largely to partners, parents or mothers-in-laws (Atreya et al., 2024; Sekine et al., 2021). In Nepal, child marriage remains common among poor, rural, and marginalized families (Presler-Marshall, 2017). A survey in 2023 found that 33% of girls under 18 and 8% of girls under 15 were experienced child marriage in Nepal (Seta, 2023). This practice is associated with early unintended pregnancy, unmet contraceptive needs (Sekine et al., 2021), and higher rates of maternal death and violence (Seta, 2023). Despite its impact, legal measures against child marriage are rarely enforced (Seta, 2023).

Intimate partner violence (IPV) represents another severe violation of adolescent SRHR. The percentage of women making independent reproductive health decisions is lowest among adolescents at 37% (Ministry of Health and Population, Nepal, 2023). According to the 2022 Demographic and Health Survey, 21% of adolescents experienced physical, sexual, or emotional violence by partners (Ministry of Health and Population, Nepal, 2023). Victims of IPV report significantly higher rates of unwanted pregnancy and abortion (Thakuri et al., 2020).

Furthermore, a societal preference for sons persists, as boys are viewed as material assets while girls are considered economic burdens (Tiwari et al., 2022). This preference drives high demand for sex-selective abortions. A study in 2021 reveals skewed sex ratios at birth and 22,540 missing girls in 11 districts, as well as notable higher female infant mortality rate, indicating prevalent prenatal and postnatal discrimination (Channon et al., 2021).



Structural barriers

Based on the 2011 Demographic and Health Survey, only 40% of adolescents knew that abortion is legal, and only 54% knew how to access abortion services. There has not been a significant increase of awareness in the 2016 survey which showed that only 42% of adolescents knew legal abortion, and only 41% knew how to access services (Ministry of Health and Population, Nepal, 2012). Poor awareness was more common in rural, poor and less educated groups (Ministry of Health and Population, Nepal, 2017). Low awareness can hinder the ability of women and girls to make correct and appropriate decisions, and it may potentially lead to delay or unsafe abortions (Atreya et al., 2024).

Poor management of abortion services by health providers is also reported as a reason for abortion denial in Nepal. Puri et al. (2023) reported that providers often do not know the criteria for offering legal abortion and do not screen the eligibility status properly. Miscommunication by providers and shortages of providers in government facilities were also reasons of abortion denial. Moreover, negative attitudes by some providers and discriminatory actions perpetuate abortion stigma, which contributes to refusal of legal services (Atreya et al., 2024). According to the prospective longitudinal study in 2019 and 2020, the proportion of denied legal abortion is 44%, and nearly three-quarter of them were eligible for abortions (Puri et al., 2023).

The impact of international aid on Nepal's health system is a significant barrier for women and girls to access safe abortion services. A policy called the Global Gag Rule (GGR) restricts not only direct provision of abortion services by US donors, but also for related activities such as advocacy, counseling and referral, even for projects funded by non-US agencies. Due to the conditionality of US development funding, Nepal has faced significant funding losses and interference in routine service provision since the early 2000s (Wu et al., 2017; Atreya et al., 2024). The GGR was rescinded by President Obama in 2009, it was revived in 2017 by the Trump administration (Wu et al., 2017).

1.3. Abortion-related SRH outcomes for adolescent girls in Nepal

Unintended pregnancies (whether mistimed or unwanted) are more likely to end in induced abortion. In Nepal, the proportion of unintended pregnancy was around 50% among WRA in 2014, and 31% of them ended in abortions (Puri et al., 2016), while in 2021, the unintended pregnancy rate was 53%, of which 73% of them ended in abortion (Ghimire et al., 2024b). Abortion as a percentage of total pregnancy outcomes slightly increased, including among adolescents (3.11% in 2022) but it is lower among rural, poor and Muslim communities (Ministry of Health and Population, Nepal, 2023). When abortion cannot be performed safely, clandestine unsafe abortion or unintended delivery becomes an option. The number of unplanned births in Nepal has declined over the last two decades, but it remains a significant problem. In 2022, 21% of all births were unintended, and 25% of those births were to adolescents.

According to the national standards, abortion performed outside authorized health facilities is illegal and de facto considered an unsafe abortion (Ghimire et al., 2024b). Before legalization in 2002, unsafe abortions

were prevalent despite strict laws and regulations against abortion (Wu et al., 2017). In 2014, there were around 323,000 induced abortions in Nepal, amounting to 42 abortions per 1,000 WRA. Out of them, 58% were performed illegally (Puri et al, 2016; Wu et al., 2017). In 2021, 333,343 induced abortions occurred, accounting for 41 per 1,000 WRA. Among them, 52% were illegally performed (Ghimire et al., 2024b). This indicates that most women and girls are still using alternative abortion methods such as self-induced abortions, or induced abortions by unapproved medical providers, pharmacists or traditional medicine practitioners. Unauthorized services provided by pharmacists are the most common form of illegal abortion (33% of illegal abortions), while 13% of complicated illegal abortions are the result of illegal services provided by pharmacists (Puri et al., 2016).

Abortion-related health consequences were very common before legalization. In 1998, government data indicated that unsafe abortion contributed to 54% of obstetric and gynecological admission cases (Wu et al., 2017). Since legalizing abortion, there has been a significant decline of abortion-related complications. Studies highlighted the notable reduction of serious complications caused by unsafe abortion during the period of 2007-2010 (Wu et al., 2017; Atreya et al., 2024). In 2014, 80,000 women were treated for complications from abortion and miscarriage, in which 68% were consequences of clandestine abortions. Over that period, 8 women per 1,000 WRA were treated for abortion-related complications, with the highest rate being in the Central region of Nepal (Puri et al., 2016). Since then, Atreya et al. (2024) reported that legalization has contributed to a significant drop of abortion-related complications and maternal deaths.

Abortion-related maternal deaths were also very high in the past. Half of all maternal deaths were caused by abortion-related complications before 2002 (Wu et al., 2017; Atreya et al., 2024). Since abortion services have been liberalized, there has been a significant decline in the maternal mortality rate (MMR) in Nepal. In 1995, the MMR was 580 deaths per 100,000 live births (Puri et al., 2016), which declined to 548 in 2000 (Wu et al., 2017), to 190 in 2013 (Puri et al., 2016), and to 151 in 2022 (Atreya et al., 2024). There has been a corresponding reduction in abortion-related maternal deaths from 7% in 2008 to 5% 2021. Out of total 653 pregnancy-related deaths in 2021, adolescent maternal deaths accounted for 10.3% (Ministry of Health and Population, Nepal, 2022a).

2. Experience of legalizing abortion services and adolescent SRH outcomes in LMIC

2.1 Abortion policies, services and practices in LMIC

Abortion is considered as a human right under international human rights law (Allotey et al., 2020). However, access to safe abortion services has been challenging for women and girls in many parts of the world. Restrictions of abortion are more common in societies or countries that are more politically, socio-culturally and religiously conservative. Abortion is more likely to be criminalized in LMIC than in HIC. Out of 148 LMIC, 48 allowed legal abortion on particular grounds while 41 out of 49 developed countries did so. Although 40 LMIC have expanded their legal grounds between 1994 and 2019, over 100 countries still retain some form of criminalization for abortion services (Allotey et al., 2020).



Even in countries with legalized abortion, some forms of legal limitation remain. In countries which have gestational limits for seeking abortion services, but not based on scientific evidence, the policy creates an obstacle for adolescent girls who want to terminate pregnancies at later gestational age (Allotey et al., 2020; Lokubal et al., 2022). A study showed that in countries that have abortion services with no gestational limits, late abortion is not common, accounting for only 1% of all abortions, and they are all performed properly by skilled providers (Singh et al., 2018). Moreover, Significant causes of denial of services to adolescents are requirements for consent from parents or husbands, and/or written approval from a referring medical practitioner (Allotey et al., 2020; Lokubal et al., 2022). In India, abortion is not allowed on request, which gives more power to providers on abortion decisions, and only married women are eligible for abortion in case of contraceptive failure (Allotey et al., 2020). Similarly, some Asian countries do not allow unmarried women especially young girls and adolescents to access legal abortion, contributing to clandestine abortions (Hang & Vung, 2021). However, in LMIC, unmarried adolescents are 11 times more likely than married girls to receive induced abortions (Espinoza et al., 2020).

In addition to legal constraints, ineffective policy implementation limits the access to safe abortion care. Many studies highlighted that even in countries where abortion services are liberal, women and girls face many constraints because of poor translation of policies into practice and a lack of implementation coherence (Allotey et al., 2020; Espinoza et al., 2020). LMIC have complex and diverse contexts where a dominant cultural group can impose its values on minority and marginalized groups. The context specific legal systems, service availability and distribution patterns are often overlooked, so that some marginalized groups continue to experience limited access to legal services (Allotey et al., 2020).

2.2 Barriers for adolescent girls to access to legal abortion services in LMIC

Geographical barriers

Exclusion of abortion services from essential health care packages is common in many LMIC (Allotey et al., 2020), which hinders the service accessibility by rural community. In Turkey for example, abortion services are not considered as part of comprehensive SRH services, and only reproductive health specialists are eligible to provide abortion services. Therefore, there are higher chances of unsafe abortions for rural women, contributing to a mortality rate four times higher than those who attend specialist clinics (Igde et al., 2008). Similarly, Allotey et al. (2020) highlighted that the paucity of trained specialists in rural facilities (Colombia) and exclusion of non-specialist providers from performing abortions (India) hinders most rural women and girls in seeking abortion services.

Economic barriers

Limitation of access to resources and health care among adolescents is higher than that among older age groups. Thus, they have more challenges in utilization of sexual and reproductive health services including abortion care in LMIC (Hang & Vung, 2021). In Ghana, high cost of abortion service was identified as an

important barrier for adolescent girls because free abortion services are not available in the public sector (Bain et al., 2019). Delegation of abortion related services to the private sector prevents financially disadvantaged girls from seeking safe abortion care, leading to avoidable deaths and complications from clandestine abortions (Allotey et al., 2020). In LMIC, the cost is one of the most important determinants of the choices girls make about method, place and provider of termination services. This is one of the reasons MA is preferred compared to other methods for adolescents as it is more affordable and accessible. Even though clandestine abortions are cheaper and more accessible, they lead to many adverse consequences (Lokubal et al., 2022).

Socio-cultural barriers

Low body-autonomy of women and girls in abortion decision making is also common in many LMIC. A systematic review by Lokubal et al. (2020) demonstrated that the role of partners and others such as parents, friends, relatives is crucial in the decision making to carry or terminate a pregnancy. In conservative societies, gender-based violence (GBV) causing threatened abortion occurs very often (Lokubal et al., 2022). The study in Zambia (Freeman et al., 2017) illustrated an association between positive partnership involvement and utilization of safe abortion care.

Stigmatization of sexual and reproductive issues also contributes to unsafe abortion in LMIC. In many Asian countries, premarital sex by unmarried girls is commonly stigmatized, so adolescent pregnancy has been shamed and criticized, leading to clandestine abortions (Hang & Vung, 2021). According to Lokubal et al. (2022), adolescents are more likely to seek an abortion in distant facilities from unknown providers, and small commercial pharmacies or unregulated “medicine shops” are preferred sources. Furthermore, religious beliefs are one of the main considerations in intervention of abortion services especially in LMIC of sub-Saharan Africa. Conscientious objection by health providers because of the influence of Christianity is also reported in those countries. In many Islamic countries, policies and implementation of abortion are highly dependent on the interpretation of clerics who are mostly men (Allotey et al., 2020).

Structural barriers

Awareness of legal status, services and locations determines the utilization of legal abortion services in many LMIC (Espinoza et al., 2020; Hang & Vung, 2021; Lokubal et al., 2022). A study in Ethiopia highlighted that 63% of adolescents were aware that abortion services are legal, and only few of them know the location for abortion services (Kebede et al., 2016). In the Democratic Republic of Congo (DRC), only 46% of adolescent girls aged 16-20 knew where to receive abortion services (Paluku et al., 2010).

In terms of implementation of policies, limited infrastructures and lack of trained providers for abortion services are also highly reported issues (Lokubal et al., 2022; Espinoza et al., 2020; Allotey et al., 2020). In Nigeria, one of the main reasons for illegal abortion among adolescent girls aged 14-21 was inadequate accessibility to required facilities, equipment and medical providers (Tunde & State, 2013). Similarly, the providers' attitudes and competencies play a crucial role in the acceptability of abortion care from authorized facilities in LMIC (Espinoza et al., 2020). In Ghana, only 44% of girls under 20 receive abortion care from trained



providers, which was lower than that of older women, as they did not trust health personnel to protect their privacy (Kyilleh et al., 2018).

Similar to the experience of Nepal, LMIC that received foreign support were affected by restriction of international aid policies. In 2019, it has found a 40% increase of unintended pregnancies and abortions in LMIC because of the influence of foreign aid policies of the major donors (Brooks et al., 2019).

2.3 Abortion-related SRH outcomes for adolescent girls in LMIC

Globally between 2015 and 2019, 121 million (48%) of all pregnancies were unintended, and out of them, 73 million (61%) resulted in an induced abortion (Bearak et al., 2020). Unintended pregnancies have decreased globally during the last three decades from 79 to 64 per 1,000 WRA, but the decline was less significant in low-income countries (LIC) (Bearak et al., 2020). Among adolescents in LMIC, half of all pregnancies are unintended, of which, around half ended in induced abortion (World Health Organization, 2024). According to a Guttmacher Institute report (2020), there are 30 million unplanned births in LMIC annually. In 2019, of 21 million adolescent pregnancies, only an estimated 12 million ended in deliveries (World Health Organization, 2024).

Around 50% of induced abortions are considered unsafe globally, and 97% of those unsafe abortions occur in LMIC (Ganatra et al., 2017). Annually, among 5.6 million induced abortions among adolescents aged 15-19 years, 70% of them (3.9 million) ended in unsafe abortion, which was 18% of total incidence of unsafe abortion globally (22 million) (Darroch et al., 2016). In LMIC, adolescents are more likely to perform self-induced abortion or seek abortions from untrained providers, as well as attempt multiple abortions, compared to older people. A study in Thailand (Aung et al., 2018) showed that younger adolescents are the group most likely to seek and use unsafe abortion services. In Nigeria, the rate of unsafe abortion was highest among adolescents (16-20years), accounted for 29% of all unsafe abortions (Espinoza et al., 2020). In addition, they have higher rates of second-trimester abortions due to late pregnancy identification, financial hardship and challenges to seek appropriate services (Allotey et al., 2020). In India, 72% of adolescents and 45% of adolescents in Nigeria seek abortions during the second-trimester (Espinoza et al., 2020).

As long as unsafe abortions are still prevalent in LMIC, abortion related consequences remain problematic. From one-fifth to one-third of 7 million abortion-related complications occurred among adolescents, and they were admitted to hospitals (Guttmacher Institute, 2016). In Thailand, adolescents experienced the highest burden of abortion-related complications (Aung et al., 2018). In Malawi and Kenya, adolescents are 2 to 3.5 times more likely to suffer from abortion-related injuries than older groups (Espinoza et al., 2020). In addition to biomedical consequences, psycho-social problems are prevalent. In Zambia, young girls, especially those who were unmarried, face harsh treatment by parents who fear being shamed by the community for having a daughter with a pregnancy outside marriage (Dahlbäck et al., 2010).



Globally, MMR reduced by 34.3% from 339 per 100,000 live births in 2000 to 223 in 2020 due to multiple global efforts in maternal and reproductive health care. However, maternal death rates in LMIC remained high. In 2020, out of 287,000 total maternal deaths, 95% were found in LMIC. The African region has the highest MMR burden with an average of 531 deaths per 100,000 live births and 69% of all maternal deaths (Ekwuazi et al., 2023). Unsafe abortions remain one of the leading causes of maternal death in many LMIC. Abortion-related mortality rate is again highest in Africa, at 141 per 100,000 WRA, followed by Asia at 62 and Latin America at 22 (Allotey et al., 2020). Adolescents account for one-third of all abortion related deaths globally (Darroch et al., 2016) and in countries such as Nigeria and South Africa, abortion is the leading cause of maternal death in adolescents (Espinoza et al., 2020).

Discussion

Based on the comparative review between Nepal and other LMICs, this study identifies how legalized abortion services significantly contribute to the Sexual and Reproductive Health (SRH) outcomes of adolescent girls. Legalization dictates the national policy framework, which in turn facilitates service delivery through decentralization and expansion. These systemic shifts are essential for improving access to legal abortion for adolescents. However, multiple barriers persist that undermine accessibility, resulting in an inequitable distribution of services that further marginalizes vulnerable communities. Consequently, legalization must be accompanied by the liberalization of policies and the active removal of barriers to ensure safe abortion for unintended pregnancies. Such measures are critical to securing positive SRH outcomes for adolescent girls, as illustrated in the conceptual framework below.

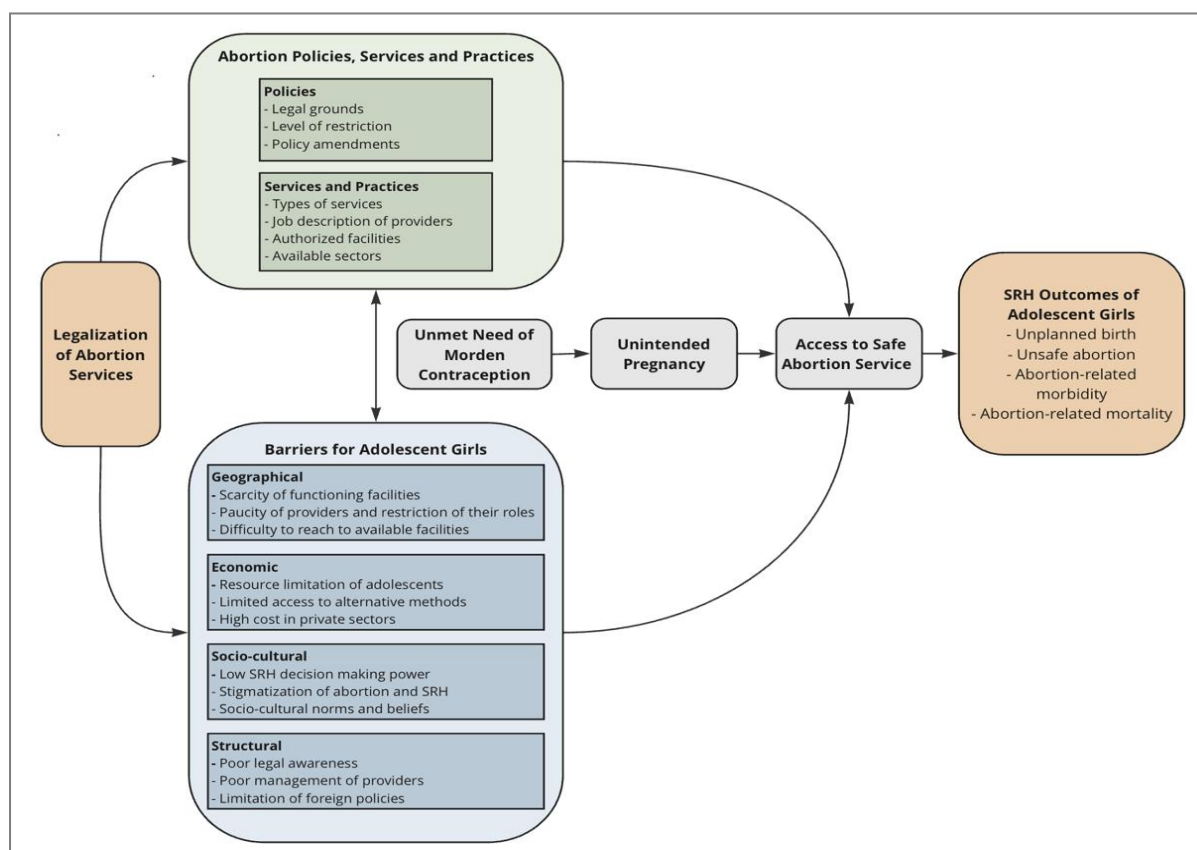


Figure 3 Conceptual framework of adolescent SRH outcomes following legalized abortion

1. Abortion policies, services and practices

After reviewing the situation in Nepal and other LMIC, it was found that most other LMIC still criminalize abortion or only allow it in limited circumstances, while Nepal has liberalized abortion laws and made the required policy and strategy amendments. However, the limit on gestational age remains restrictive. Abortion on request is allowed only up to 12 weeks, and in some cases up to 28 weeks, which means there are no options for women and girls who seek late abortions due to cultural and geographical limitations. After the period for abortion on request has expired, it can be further prohibited by poorly trained and unaccountable providers, as seen in India's experience (Allotey et al., 2020). Another legal issue in Nepal is that pharmacists cannot provide MA legally; however, due to high demand, these untrained pharmacists commonly dispense MA drugs in Nepal as it is easier, more accessible, and more affordable for the patient. Legal MA provision by pharmacists should be considered in Nepal, as Puri (2020) showed that MA in the first trimester can be properly managed by pharmacy staff if they are provided adequate training.

2. Barriers for adolescent girls to access to legal abortion services

Despite the decentralization of abortion services in Nepal, accessibility remains constrained in rural and remote regions due to significant geographical disparities. These challenges are exacerbated by limited-service availability and strict eligibility criteria at lower-level health facilities—a trend mirrored in other LMICs



such as India, Turkey, and Colombia. These findings suggest that while decentralization is a necessary first step, it is insufficient on its own to reach the most remote communities. To bridge this gap, evidence from previous research (Puri & Tamang, 2022; Atreya et al., 2024) highlights the potential of expanding self-care and telemedicine, alongside the integration of Community Health Worker (CHW) networks. Such innovations could prove vital in overcoming physical barriers and ensuring equitable access for rural populations in the future.

Although abortion services are free of charge in Nepal's public facilities—unlike in many other LMICs where fees still apply—financial barriers remain a significant deterrent. These obstacles primarily stem from indirect costs, such as transportation expenses incurred when seeking a provider. Private facilities offer an alternative but are rarely affordable for adolescents; indeed, data indicates that only 23% of private service clients are adolescents (Ministry of Health and Population, 2017). Consequently, for geographically and financially marginalized youth, the lack of accessible government services drives a high demand for unregulated alternatives, including commercial pharmacists and clandestine providers (Lokubal et al., 2022). To mitigate these risks, interventions should prioritize expanding the reach of popular and discreet methods, such as MA, to ensure these vulnerable communities are not forced into unsafe practices.

Socio-cultural barriers, deeply rooted in patriarchal beliefs, continue to drive gender inequality and restrict the bodily autonomy of girls across LMICs, including Nepal. These systemic issues contribute to GBV and the persistent stigmatization of SRH services. In Nepal, socially marginalized communities are particularly vulnerable, often seeking abortion care late or resorting to unsafe procedures (Wu et al., 2017). To address these inequities, interventions must go beyond clinical care to include women's empowerment, the destigmatization of abortion, and increased community mobilization—with a specific emphasis on male involvement in SRH matters. In the Nepalese context, the integration of Female Community Health Volunteers (FCHVs) is a vital strategy; as trusted community figures, they are uniquely positioned to facilitate reproductive health services and lead the community mobilization efforts necessary to dismantle these cultural barriers (Panday et al., 2017).

Structural barriers in Nepal and similar LMICs create a significant disconnect between legalized policy and actual service utilization. Limited public awareness and poor provider attitudes act as primary deterrents, driving women away from public clinics toward more expensive private options or unsafe traditional methods. A critical structural complication is the interference of international funding policies, which often restrict how abortion services are integrated and delivered at a national level. The impact of these external and internal structural issues is evident in the data: utilization of abortion services in the non-government sector has seen a sharp decline, falling from 34% in 2014 (Rogers et al., 2019) to just 18% in 2021 (Ghimire et al., 2024). This trend highlights a critical need for stronger domestic political commitment. To move forward, the Nepalese health system must shift its focus toward improving service quality and increasing public awareness, while simultaneously reducing its reliance on foreign aid for SRH care. Achieving this financial independence is vital



to ensuring that abortion service delivery remains a consistent, reliable, and sovereign component of the national health system.

3. Abortion-related SRH outcomes for adolescent girls

Unintended pregnancy remains a critical challenge in Nepal and LMIC, primarily driven by limited access to modern contraceptive services. In 2022, adolescents reported a 31% unmet need for family planning, the highest of any age group, compounded by a high contraceptive discontinuation rate of 49% (Ministry of Health and Population, Nepal, 2023). In rural areas, the reliance on short-term methods due to their limited availability in lower-level facilities often leads to repeated unintended pregnancies (Wu et al., 2017). These pregnancies frequently result in either unplanned births or induced abortions, the latter of which are more likely to be performed unsafely when legal barriers exist. Therefore, addressing the high unmet need and the quality of contraceptive options at the community level is the primary intervention required to prevent these adverse reproductive outcomes.

Despite a global decline in abortion-related morbidity and mortality across LMICs, unsafe abortion remains a leading cause of maternal death in Africa and Asia. Nepal has seen a significant reduction in abortion complications and maternal deaths following the legalization of the procedure. However, illegal and unsafe abortions remain a persistent public health concern, particularly among vulnerable populations. Adolescent girls in rural, impoverished, and marginalized communities continue to face the highest risks, as they are often excluded from the benefits of legal liberalization. To ensure equitable SRH outcomes, national strategies must move beyond general legalization to specifically target the removal of barriers for these high-risk groups.

Conclusion

While abortion legal reform is a fundamental step toward reducing adolescent maternal morbidity and mortality, decriminalization alone is insufficient to ensure access to safe abortion services. Among LMIC, Nepal is one of the most abortion-liberalized countries. Over the last two decades, abortion has been decriminalized, progressive policy amendments have been made, and abortion services have been decentralized to improve access to safe and affordable care for women and girls. Despite this, national policy still places limits on adolescent girls who seek late abortion, and pharmacists are excluded from being authorized service providers.

In addition to the legal limitations, adolescent girls face multiple barriers to access to safe abortion services. Geographical, economic, socio-cultural and structural barriers persist in Nepal and other LMIC. These include poor awareness of the legal status of abortion; limited access to facilities, providers and services in rural areas; high associated costs when using abortion services in public facilities; high cost of private services; limited SRH decision making power if women and girls; high levels of abortion stigma in communities; limited competency of providers; and restrictive foreign aid policies. These barriers are more challenging for adolescents who are socially marginalized and/or financially disadvantaged.



Depending on the level of legal restrictions and barriers, abortion-related adolescent SRH outcomes vary within and between countries. In Nepal, abortion-related morbidity and mortality have declined, while in some LMIC with high restrictions and barriers, they remain high. Unintended pregnancy issues also remain problematic in Nepal because they are more likely to lead to illegal unsafe abortions or unplanned births. Overall, despite improved SRH outcomes following legalization in Nepal, access to legal and safe abortion services remains limited for significant number of adolescents.

Recommendations

To improve access to legal abortion services for all adolescent girls in Nepal, the following key actions are recommended based on this research.

- The government should consider amending the abortion policies to liberalize gestational limit and to allow the legal prescription of MA by private pharmacies. The health workforce including specialists should be provided regular in-service training on adolescent SRH (ASRH) to ensure provider competence and thus enhance overall service effectiveness.
- The non-governmental sector, including UN agencies, should prioritize marginalized communities for ASRH program support and implementation. Priority should be given to developing appropriate behavior change communication (BCC) for adolescents channeled through popular social media applications, and through community-based youth volunteer networks, particularly in rural areas with poor communication infrastructure.
- Researchers on ASRH and abortion care should collect and analyze disaggregated data by age, gender, geolocation and other social determinants so that locations and groups with specific needs can be identified for priority actions and interventions.

References

- Allotey, P., Sundari Ravindran, T. K., & Sathivelu, V. (2020). Trends in abortion policies in low- and middle-income countries. *Annual Review of Public Health*, 42(1). <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-082619-102442>
- Alok, A., Adhikari, K., Samata, N., Bhusal, M., Menezes, R. G., Shrestha, D. B., et al. (2024). Striving toward safe abortion services in Nepal: A review of barriers and facilitators. *Health Science Reports*, 7(2). <https://doi.org/10.1002/hsr2.1877>
- Aung, E. E., Liabsuetrakul, T., Panichkriangkrai, W., Makka, N., & Bundhamchareon, K. (2018). Years of healthy life lost due to adverse pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers in Thailand. *AIMS Public Health*, 5(4), 463–476. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2018.4.463>



- Bain, L. E., Zweekhorst, M. B. M., Amoakoh-Coleman, M., Muftugil-Yalcin, S., Omolade, A. I. O., Becquet, R., et al. (2019). To keep or not to keep? Decision making in adolescent pregnancies in Jamestown, Ghana. *PLOS ONE*, 14(9), e0221789. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221789>
- Bajracharya, S. (2020). Adolescent and youth responses to the Global Gag Rule in Nepal. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(3), 1825046. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1825046>
- Barot, S. (2018). The roadmap to safe abortion worldwide: lessons from new global trends on incidence, legality and safety. *Guttmacher Institute*. <https://www.guttmacher.org/gpr/2018/03/roadmap-safe-abortion-worldwide-lessons-new-global-trends-incidence-legality-and-safety>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., et al. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: Estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152–e1161. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30315-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/fulltext)
- Berer, M. (2017). Abortion law and policy around the world: in search of decriminalization. *Health and Human Rights*, 19(1), 13. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5473035/>
- Brooks, N., Bendavid, E., & Miller, G. (2019). USA aid policy and induced abortion in sub-Saharan Africa: an analysis of the Mexico City Policy. *The Lancet Global Health*, 7(8), e1046–e1053. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30267-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30267-0/fulltext)
- Center for Reproductive Rights. (2024). *The world's abortion laws*. <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>
- Channon, M. D., Puri, M., Gietel-Basten, S., Stone, L. W., & Channon, A. (2021). Prevalence and correlates of sex-selective abortions and missing girls in Nepal: evidence from the 2011 Population Census and 2016 Demographic and Health Survey. *BMJ Open*, 11(3), e042542. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042542>
- Dahlbäck, E., Maimbolwa, M., Yamba, C. B., Kasonka, L., Bergström, S., & Ransjö-Arvidson, A. B. (2010). Pregnancy loss: spontaneous and induced abortions among young women in Lusaka, Zambia. *Culture, Health & Sexuality*, 12(3), 247–262. <https://doi.org/10.1080/13691050903353383>
- Darroch, J. E., Woog, V., Bankole, A., & Ashford, L. S. (2016). *Adding It Up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>
- Ekwuazi, E. K., Chigbu, C. O., & Ngene, N. C. (2023). Reducing maternal mortality in low- and middle-income countries. *Case Reports in Women's Health*, 39, e00542. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214911223000668>
- Espinoza, C., Samandari, G., & Andersen, K. (2020). Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: a review of the literature. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 1744225. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1744225>



- Freeman, E., Coast, E., & Murray, S. F. (2017). Men's roles in women's abortion trajectories in urban Zambia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(2), 89–98.
<https://doi.org/10.1363/43e4017>
- Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., et al. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372–2381.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)
- Ghimire, J., Lal, B. K., Karki, S., Mehata, S., Dotel, B. R., Joshi, N., et al. (2024). An estimate of abortion incidence and unintended pregnancies. *Journal of Nepal Health Research Council*, 22(1), 50–57.
<https://doi.org/10.33314/jnhrc.v22i01.4945>
- Ghimire, J., Maharjan, S., Kattel, P., Dangol, D. S., Lal, B. K., Joshi, N., et al. (2024). A critical analysis of safe abortion road map in Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council*, 22(1), 199–204.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39080960/>
- Guttmacher Institute. (2016). *Adolescents' need for and use of abortion services in developing countries*.
<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adolescents-need-and-use-abortion-services-developing-countries>
- Guttmacher Institute. (2020). *Investing in sexual and reproductive health in low- and middle-income countries*. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/investing-sexual-and-reproductive-health-low-and-middle-income-countries>
- Hang, N. T., & Vung, N. D. (2021). Knowledge and experiences of abortion among adolescent girls in Asia: a scoping review from 2010 to 2020. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 148(12), 165–178.
<https://tapchinghiencuuyhoc.vn/index.php/tcncyh/article/view/223>
- Igde, F. A., Gul, R., Igde, M., & Yalcin, M. (2008). Abortion in Turkey: women in rural areas and the law. *The British Journal of General Practice*, 58(550), 370–373.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2435661/>
- Kebede, M., Bazie, B., Abate, G., & Zeleke, A. (2016). Knowledge of abortion legislation among female preparatory school students in Dabat District, Ethiopia. *African Journal of Reproductive Health*, 20(4), 13–21. <https://doi.org/10.29063/ajrh2016/v20i4.1>
- Kyilleh, J. M., Tabong, P. T. N., & Konlaan, B. B. (2018). Adolescents' reproductive health knowledge, choices and factors affecting reproductive health choices: a qualitative study in the West Gonja District in Northern region, Ghana. *BMC International Health and Human Rights*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12914-018-0147-5>



- Lal, B. K., Pandav, R. S., Khurshid, M., Kalyanwala, S., Loi, U. R., Rajbhandari, S. V., et al. (2023). Policy change to improve access to safe abortion care in federal Nepal. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14729>
- Levy, G. (2018). Abortion rates: where and why they're falling. U.S. News & World Report. <https://www.usnews.com/news/data-mine/articles/2018-03-21/abortion-rates-where-and-why-theyre-falling>
- Lokubal, P., Corcuera, I., Balil, J. M., Frischer, S. R., Kayemba, C. N., Kurinczuk, J. J., et al. (2022). Abortion decision-making process trajectories and determinants in low- and middle-income countries: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 54, 101694. <https://doi.org/10.1016/j.eclim.2022.101694>
- Ministry of Health and Population, Nepal. (2018). *National safe abortion policy 2003*. <https://nepalindata.com/resource/National-safe-abortion-policy--2003/>
- Ministry of Health and Population, Nepal. (2012). *Nepal demographic and health survey 2011 (NDHS)*. [https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR257/FR257\[13April2012\].pdf](https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR257/FR257[13April2012].pdf)
- Ministry of Health and Population, Nepal. (2017). *Nepal demographic and health survey 2016 (NDHS)*. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2685567>
- Ministry of Health and Population, Nepal. (2022). *A report on maternal mortality: National population and housing census 2021*. <https://mohp.gov.np/uploads/Resources/Final%20Report-26%20March-%202023-UPDATED.pdf>
- Ministry of Health and Population, Nepal. (2022). *Nepal health facility survey 2021 (final report)*. <https://mohp.gov.np/uploads/Resources/Nepal%20Health%20Facility%20Survey%202021.pdf>
- Ministry of Health and Population, Nepal. (2023). *Nepal demographic and health survey, 2022*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR379/FR379.pdf>
- Ministry of Health and Population, Nepal. (2024). *Annual health report 2079/80*. <https://hmis.gov.np/wp-content/uploads/2024/03/Annual-Health-Report-2079-80.pdf>
- Nepal Law Commission. (2018). *The right to safe motherhood and reproductive health act, 2075*. <https://www.lawcommission.gov.np/en/wp-content/uploads/2019/07/The-Right-to-Safe-Motherhood-and-Reproductive-Health-Act-2075-2018.pdf>
- Paluku, L. J., Mabuza, L. H., Maduna, P. M. H., & Ndimande, J. V. (2010). Knowledge and attitude of schoolgirls about illegal abortions in Goma, Democratic Republic of Congo. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 2(1). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v2i1.78>
- Panday, S., Bissell, P., van Teijlingen, E., & Simkhada, P. (2017). The contribution of female community health volunteers (FCHVs) to maternity care in Nepal: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2567-7>



- Presler-Marshall, E. (2017). *Adolescent girls' capabilities in Nepal: A synopsis of the evidence*.
<https://www.gage.odhpn.org/wp-content/uploads/2019/01/Nepal-synopsis.pdf>
- Puri, M., & Tamang, A. (2022). *Addressing gaps in safe abortion services in Nepal*. Guttmacher Institute.
<https://www.guttmacher.org/article/2022/06/addressing-gaps-safe-abortion-services-nepal>
- Puri, M. C. (2020). Providing medical abortion services through pharmacies: Evidence from Nepal. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.06.003>
- Puri, M. C., Raifman, S., Daniel, S., Karki, S., Maharjan, D. C., Ahlback, C., et al. (2023). Denial of legal abortion in Nepal. *PLOS ONE*, 18(3), e0282886. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282886>
- Puri, M., Singh, S., Sundaram, A., Hussain, R., Tamang, A., & Crowell, M. (2016). Abortion incidence and unintended pregnancy in Nepal. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(4), 197–208. <https://doi.org/10.1363/42e2116>
- Rogers, C., Sapkota, S., Tako, A., & Dantas, J. A. R. (2019). Abortion in Nepal: perspectives of a cross-section of sexual and reproductive health and rights professionals. *BMC Women's Health*, 19(1).
<https://doi.org/10.1186/s12905-019-0734-1>
- Samandari, G., Wolf, M., Basnett, I., Hyman, A., & Andersen, K. (2012). Implementation of legal abortion in Nepal: a model for rapid scale-up of high-quality care. *Reproductive Health*, 9(1).
<https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-7>
- Sekine, K., Khadka, N., Carandang, R. R., Ong, K. I. C., Tamang, A., & Jimba, M. (2021). Multilevel factors influencing contraceptive use and childbearing among adolescent girls in Bara district of Nepal: a qualitative study using the socioecological model. *BMJ Open*, 11(10), e046156.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046156>
- Seta, R. (2023). Child marriage and its impact on health: a study of perceptions and attitudes in Nepal. *Journal of Global Health Reports*, 7, e2023073. <https://www.joghr.org/article/88951-child-marriage-and-its-impact-on-health-a-study-of-perceptions-and-attitudes-in-nepal>
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2018). *Abortion worldwide 2017: uneven progress and unequal access*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
- Thakuri, D. S., Ghimire, P. R., Poudel, S., & Khatri, R. B. (2020). Association between intimate partner violence and abortion in Nepal: a pooled analysis of Nepal demographic and health surveys (2011 and 2016). *BioMed Research International*, 2020, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2020/5487164>
- Tiwari, A., Wu, W. J., Citrin, D., Bhatta, A., Bogati, B., Halliday, S., et al. (2022). “Our mothers do not tell us”: a qualitative study of adolescent girls’ perspectives on sexual and reproductive health in rural Nepal. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(2). <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2068211>



- Tunde, A. I., & State, O. (2013). Socio-economical and sociological factors as predictors of illegal abortion among adolescent in Akoko west local government area of Ondo State, Nigeria. *Public Health Research*, 3(3), 33–36. <http://article.sapub.org/10.5923.j.phr.20130303.01.html#Sec1>
- United Nations Population Fund. (2019). *Sexual & reproductive health*. <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>
- World Health Organization. (2024). *Adolescent pregnancy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Wu, W. J., Maru, S., Regmi, K., & Basnett, I. (2017). Abortion Care in Nepal, 15 Years after Legalization. *Health and Human Rights*, 19(1), 221–230. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473051/>
- Yogi, A., Prakash, K. C., & Neupane, S. (2018). Prevalence and factors associated with abortion and unsafe abortion in Nepal: a nationwide cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30223798/>

บทความฉบับสมบูรณ์

กลุ่มที่ 4 คุณภาพชีวิตประชากรระดับพื้นที่

4 บทความ

- ความเชื่อท้องถิ่นและพลวัตความไว้วางใจกับการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริบทสังคมวัฒนธรรม ตำบลกรงปินัง อำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลา
- ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน: โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม)
- การรับรู้ความเสี่ยงและประสบการณ์ความเจ็บป่วยโรคโควิด-19 ของชุมชนมุสลิมพื้นที่ชานเมือง จังหวัดปัตตานี
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุ้มครองประเพณีภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่



ความเชื่อท้องถิ่นและพลวัตความไว้วางใจกับการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานในบริบทสังคมวัฒนธรรมตำบลกรปิ๊ง อำเภอกงปิ๊ง จังหวัดยะลา

(Local Beliefs and the Dynamics of Trust in Self-management Decisions Among
Diabetic Patients in the Cultural and Social Context of Krong Pinang Subdistrict,
Krong Pinang District, Yala Province)

โดย

ดาเนียล อีซอ*, จิรัชญา เล่งระบำ[†] และบุญธิชา ปักศรีสิงห์[‡]

* นักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี

[†] นักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี

[‡] นักศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของความเชื่อท้องถิ่นและพลวัตความไว้วางใจ (trust) ที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมอำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลา โดยใช้แนวคิดความทุกข์ทนทางสังคม (social suffering) และแบบจำลองการอธิบายโรค (explanatory model) ของอาร์เทอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) เป็นกรอบในการวิเคราะห์ ข้อมูลถูกรวบรวมผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสังเกตการณ์ในพื้นที่โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจประสบการณ์ความเจ็บป่วยผ่านมุมมองของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องในบริบทจริง

ผลการศึกษาพบว่า (1) ความเชื่อดั้งเดิมมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับ “ตรรกะแรงกาย” ของชาวสวนที่เข้าใจว่าการทำงานหนักทดแทนการออกกำลังกายได้ จนละเลยการควบคุมอาหาร นอกจากนี้ยังพบการใช้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านและใบกระท่อมในการรักษาแผลเรื้อรังและควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งเป็นผลมาจากรสนิยมทางวัฒนธรรมและประสบการณ์ตรงในชุมชน ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้โรคและการเลือกแนวทางการรักษา (2) พลวัตความไว้วางใจ (trust) และการต่อรองอำนาจกล่าวคือ ผู้ป่วยมีความกังวลต่อผลข้างเคียงของยาแผนปัจจุบัน ส่งผลให้เกิดความไม่ไว้วางใจ (distrust) และนำไปสู่พฤติกรรม เช่น การลดหรือหยุดยาเอง รวมถึงการปกปิดข้อมูลการใช้การรักษาทางเลือก ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยกลับมีความไว้วางใจต่อเครือข่ายทางสังคม เช่น เพื่อนผู้ป่วยและหมอพื้นบ้าน (3) การตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วยจึงเป็นกระบวนการต่อรอง (negotiation) ระหว่างความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่กับความเชื่อท้องถิ่น โดยมีแรงขับเคลื่อนจากความกลัวต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น การสูญเสียอวัยวะ (การตัดขา) ซึ่งเป็นความทุกข์ทางใจที่รุนแรงกว่าความเจ็บป่วยทางกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเลือกใช้แนวทางการรักษาแบบพหุลักษณะ (medical pluralism)

ด้วยผลการศึกษาดังกล่าว หน่วยงานสาธารณสุขควรปรับรูปแบบการสื่อสารสุขภาพไปสู่แนวทางการดูแลที่อ่อนไหวต่อวัฒนธรรม (culturally sensitive care) โดยเน้นการสร้าง ความไว้วางใจผ่านการรับฟังอย่างไม่ตัดสิน และส่งเสริมมาตรการป้องกันองค์ความรู้ท้องถิ่นเข้ากับการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่

คำสำคัญ: โรคเบาหวาน, สุขภาพประชากร, ความทุกข์ทนทางสังคม, ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง, ชุมชนชายแดนใต้



Abstract

This qualitative research aimed to study the role of local beliefs and trust dynamics influencing self-management decision-making processes among diabetic patients within the socio-cultural context of Krong Pinang District, Yala Province. The study used the concepts of social suffering and Arthur Kleinman's Explanatory Model as frameworks for analysis. Data were collected through in-depth interviews and field observation, focusing on understanding illness experiences from the perspectives of patients and stakeholders in the actual context.

The results showed that: (1) Traditional beliefs played a significant role in patients' health behaviors, particularly the belief in "physical logic" among farmers who believed that hard work could replace exercise, leading to neglect of dietary control. Furthermore, the use of traditional medicine and kratom in treating chronic wounds and controlling blood sugar levels was observed, stemming from cultural tastes and direct experiences in the community, which influenced disease perception and treatment choices. (2) Trust dynamics and power dynamics were also examined. Patients were concerned about the side effects of conventional medications, leading to distrust and resulting in behaviors such as reducing or stopping medication on their own. This includes concealing information about the use of alternative treatments, while patients place trust in social networks such as fellow patients and traditional healers. (3) Patients' self-management decisions are therefore a negotiation process between modern medical knowledge and local beliefs, driven primarily by fear of complications such as limb loss (amputation), which is a more severe psychological distress than physical illness.

This leads patients to choose a pluralistic approach to treatment. Based on these study results, public health agencies should adapt their health communication models towards culturally sensitive care, emphasizing trust-building through non-judgmental listening and promoting measures to integrate local knowledge with modern medicine to foster appropriate patient self-management within the local context.

Keywords: diabetes, population health, social suffering, structural violence, southern border communities.

ความเชื่อท้องถิ่นและพลวัตความไว้วางใจกับการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วย
โรคเบาหวานในบริบทสังคมวัฒนธรรมตำบลกรงปินัง อำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลา
(Local Beliefs and the Dynamics of Trust in Self-management Decisions Among
Diabetic Patients in the Cultural and Social Context of Krong Pinang Subdistrict,
Krong Pinang District, Yala Province)

บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 โดยมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประมาณ 14.4 ล้านคนหรือเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะมีผู้สูงอายุ 1 คนในทุกๆ 5 คนเป็นโรคเบาหวาน สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว โดยระบุให้เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกันและรักษาตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในปี 2560 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการของแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชนบูรณาการการทำงานร่วมกันและเน้นป้องกันโรคมากกว่าการรักษาโดยการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยตลอดช่วงชีวิตทุกกลุ่มวัย เพื่อการก้าวสู่สังคมสุขภาพที่ยั่งยืน (ชัชชาติ รัตตาร, 2560)

โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งใน 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขไทย ซึ่ง 5 โรคสำคัญดังกล่าว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองโรคเบาหวานและอีกหนึ่งโรคที่มีความสำคัญอย่างยิ่งคือ โรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนของโรค เบาหวานที่เกิดขึ้นทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็ก เช่น โรคหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา ปลายประสาท และเท้า เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบทางสังคมอันเนื่องมาจากอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของประชากรเพิ่มขึ้นและผลกระทบทางเศรษฐกิจซึ่งเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา (ชัชชาติ รัตตาร, 2560)

สถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดยะลาจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2562 ชี้ให้เห็นถึงวิกฤตการณ์ประชากรที่น่ากังวล โดยในช่วงปี 2559-2562 ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมรวม 34,232 คน และเมื่อพิจารณาตามลักษณะสถิติปรับมาตรฐาน จะพบว่าเมื่ออัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในพื้นที่ ด้านประสิทธิภาพของการควบคุมโรค พบว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ในระดับจังหวัดอยู่ที่ร้อยละ 26.66 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสาธารณสุข เช่นเดียวกับอำเภอกรงปินัง มีร้อยละของการควบคุมโรคอยู่เพียงร้อยละ 27.82 ซึ่งคงสะท้อนถึงข้อจำกัดในการจัดการโรคที่ยังไม่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ย่อยของตำบลกรงปินัง โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอุเฒะและบ้านลิ้ม ที่มีสัดส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 93.43 และ 82.83 ตามลำดับ ข้อมูลเชิงประจักษ์นี้สะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาในระดับชุมชน และแสดงให้เห็นถึงภาระโรคที่กระจุกตัวในพื้นที่ดังกล่าวอย่างชัดเจน และจากข้อมูลเชิงสถิติดังกล่าวจึงเหตุผลสำคัญที่ผู้วิจัยเลือก หมู่ที่ 1 ตำบลกรงปินัง อำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลา เป็นพื้นที่ศึกษา

ในครั้งนี้ เนื่องจากบริบทพื้นที่ หมู่ที่ 1 ตำบลกรงปินังมีลักษณะพื้นที่ที่เป็นชนบท โดยสามารถพิจารณาได้จากตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ยังมีข้อจำกัด ระดับการศึกษาของประชากรในพื้นที่ และวิถีชีวิตที่ยังคงพึ่งพาชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นหลัก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2562)

การรักษาโรคเบาหวานแบบวิถีชาวบ้านในพื้นที่ตำบลกรงปินัง อำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลา ไม่ได้ดำเนินภายใต้กรอบของการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว แต่ยังผสมผสานกับความเชื่อ วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบทอดกันมาอย่างช้านาน เช่น การใช้สมุนไพรอย่างการเคี้ยวใบกระท่อม เพราะเป็นวิธีการรักษาโรคแบบฉบับท้องถิ่น และวัฒนธรรมการเข้าใจของชาวบ้านที่ให้ความสำคัญแพทย์แผนท้องถิ่นมากกว่าแพทย์สมัยใหม่ และสถานการณ์ในพื้นที่ที่ชาวบ้านจำนวนหนึ่งไม่มีความมั่นใจ (untrust) กับการรักษาแบบแพทย์สมัยใหม่และหน่วยงานรัฐ ทำให้เกิดความอคติและไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงระบบความหมายของสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างจากแนวคิดทางการแพทย์สมัยใหม่

ความจริงของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (diabetes) มีลักษณะที่เป็นอัตวิสัย (subjectivity) ผ่านการรับรู้เกี่ยวกับโรคความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา เนื่องด้วยแพทย์ไม่ได้ตระหนักความรู้สึก (affection) ของผู้ป่วยที่ปิดบังไม่ได้บอกแพทย์ตามจริงเพราะเกรงจะถูกตำหนิเกรงว่าแพทย์จะไม่รักษาต่อ การไม่ร่วมมือของผู้ป่วยนั้นมีได้หลายลักษณะ เช่น ไม่กินยา กินยาไม่ครบตามขนาด กินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง หรือไม่มาตามนัด ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนก็จะมีลักษณะแตกต่างกันไป ข้อสังเกตประการหนึ่งคือเมื่อแพทย์พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาเหล่านี้ก็มักจะเกิดความรู้สึกในทางลบมองว่าผู้ป่วยคนนี้เป็นผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษา ทว่าความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยมักไม่ได้ ปฏิเสธการรักษาไปทั้งหมดแต่อาจไม่ร่วมมือเป็นบางเรื่อง การที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาอาจเป็นเพียงบางช่วงในขณะที่ยังบางเวลาปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด (สถาพร บัวระพา, 2558)

การเกิดความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเป็นภาวะที่ไม่คงที่ตายตัว แต่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไขและเหตุผลของปัจเจก (individuality) ในฐานะเหตุผล การรับรู้ ความคาดหวังของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมและท่าทีวิธีการแสดงถึงความรับรู้ของแพทย์เป็นต้น ภายใต้บริบทดังกล่าว ระดับความไว้วางใจต่อการรักษาและบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ไม่ได้เป็นเพียงผู้รับสารอยู่ฝ่ายเดียว แต่ละคนต่างก็มีความคิดเห็น ความเชื่อและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาตามอาการอยู่บ้างแล้วจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของตนเองอยู่ก่อนแล้ว คำแนะนำของแพทย์ที่ได้รับจึงถูกนำไปไตร่ตรองเพราะมองว่าเป็นไปได้กับต่อสภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบกับโรคหรือไม่ จึงลองปฏิบัติและปรึกษาญาติสนิทหรือคนใกล้ชิด ก่อนที่จะตัดสินใจเลือกแนวทางดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมที่เราเห็นว่าไม่เป็นไปตามหลักเหตุผลหรือเบี่ยงเบนไปจากหลักการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยบางรายลองใช้วิธีกินยาแก้ปวดผสมกับเครื่องดื่มชูกำลังหรือเอายาปฏิชีวนะที่ให้กินไปทาแผล แม้ว่าผู้ป่วยไม่ได้การปฏิเสธการรักษาโดยสิ้นเชิง แต่เป็นผลจากการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ผสมผสานสิ่งต่างๆ ทั้งความรู้ทางการแพทย์ ความเชื่อส่วนบุคคลและประสบการณ์ของตนเองที่รับรู้ให้สอดคล้องกันในบางกรณี พฤติกรรมดังกล่าวอาจแสดงออกในรูปแบบที่แตกต่างไปทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยมีการปรับใช้แนวทางการรักษาให้เหมาะสมกับความเข้าใจและบริบทชีวิตของตนเอง สะท้อนให้เห็นว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยไม่ได้เป็นเพียงการปฏิบัติตามคำสั่งทางการแพทย์ แต่เป็นการตัดสินใจที่มีพลวัต และมีความสัมพันธ์กับระดับความไว้วางใจต่อการรักษาในแต่ละช่วงเวลา

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมักเลือกปฏิบัติตามคำแนะนำที่เข้าได้กับความเชื่อเดิมของเขามากกว่าที่จะทำตามคำแนะนำที่เขาไม่เข้าใจ เกิดจากการไม่ร่วมมือของผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่การขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

โดยแพทย์ส่วนใหญ่จะมีเวลาน้อย ด้านผู้ป่วยจึงมักเกรงใจแพทย์จนไม่กล้าถาม ถึงแม้ว่าบางครั้งจะไม่เข้าใจสิ่งที่แพทย์คำปรึกษาหรือให้คำแนะนำ โดยเฉพาะคำถามที่แสดงว่าสงสัยในประสิทธิภาพของการรักษาหรือบ่งบอกว่าอาจทำตาม que แพทย์แนะนำไม่ได้ และการส่งต่อความคิดของคนในพื้นที่ที่มีการบอกต่อกันปากต่อปากที่ว่าลองไปหาหมอพื้นบ้านคนนี้ ดูก่อนเหมือนกันและนอกจากนี้คนในพื้นที่ยังคงให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเนื่องด้วยมีประสบการณ์ในการใช้ชีวิตและองค์ความรู้เรื่องสมุนไพร ในด้านสาเหตุอื่นก็เกิดจากปัญหาจากการรักษา เช่น อาการข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจ ในประสิทธิภาพหรือการได้รับยาหลายขนาด กินวันละหลายมื้อ ซึ่งทำให้ยากแก่การปฏิบัติตาม เป็นต้น

การศึกษาศถานการณ์โรคเบาหวานของชาวกรงปินังที่มีลักษณะทางวัฒนธรรม ความเชื่อที่อยู่ในพื้นฐานของคนในสังคม การเข้าใจและรักษาโรค ที่มีส่วนต่อการขาดความมั่นใจในการรักษาโรคเบาหวานจากความรู้แบบแพทย์แผนใหม่ ทำให้การปรับเปลี่ยนรูปแบบของการรักษาแบบดั้งเดิมของชาวกรงปินัง ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจเพื่อศึกษาอิทธิพลของความเชื่อท้องถิ่นและการดูแลตนเองกับโรคเบาหวานในพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทของความเชื่อท้องถิ่นและพลวัตความไว้วางใจ (Trust) ที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมอำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลา

ระเบียบวิธีการวิจัย

ศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทนทางสังคม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานของผู้ป่วยในพื้นที่ตำบลกรงปินัง อำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลา โดยมีรายละเอียดการดำเนินวิจัยดังนี้

1. **ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants)** ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมิติทางสังคมและวัฒนธรรม โดยมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 9 คน แบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้:
 - 1.1 กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน อายุ 40-70 ปี (8 คน)
 - ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และไม่ได้ และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการใช้การแพทย์ทางเลือกหรือสมุนไพรท้องถิ่น
 - ผู้ชาย จำนวน 5 คน ที่ใช้วิธีการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน 3 คนและใช้วิธีการรักษาด้วยหมอพื้นบ้าน 2 คน โดยในระยะของโรค ในระยะเริ่มต้น มีผู้ป่วยจำนวน 2 คนที่ใช้การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และอีก 1 คนที่ใช้การรักษาด้วยหมอพื้นบ้าน และในระยะที่ควบคุมได้ มีผู้ป่วยจำนวน 1 คนที่ใช้การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และผู้ป่วยจำนวน 1 คนที่ใช้การรักษาด้วยหมอพื้นบ้าน
 - ผู้หญิง จำนวน 3 คน ใช้วิธีการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน 2 คนและใช้วิธีการรักษาด้วยหมอพื้นบ้าน 1 คน โดยในระยะของโรค ในระยะเริ่มต้น มีผู้ป่วยจำนวน 1 คนที่ใช้การรักษาด้วยหมอพื้นบ้าน และอีก 1 คนที่ใช้การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และในระยะที่ควบคุมได้ มีผู้ป่วยจำนวน 1 คนที่ใช้การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

1.2 กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้นำทางความเชื่อ จำนวน 1 คน คือ พยาบาลวิชาชีพ

2. **เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection tools and methods)** เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลุ่มลึกและครอบคลุมมิติทางสังคมวัฒนธรรมตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย (methodological triangulation) ดังนี้:

2.1 **การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview)** ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เพื่อเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้ถ่ายทอด "เรื่องเล่าความเจ็บป่วย" (illness narratives) โดยกำหนดแนวคำถามที่มุ่งเน้นความเชื่อมโยงใน 2 ประเด็นหลัก คือ: ประเด็นความทุกข์ทนทางสังคม (social suffering): เพื่อค้นหาปรากฏการณ์ความกลัว ความไม่แน่นอน และจินตนาการที่มีต่อโรคเรื้อรัง (เช่น ความรู้สึกกลัวของผู้ป่วยที่มีความเชื่อที่ว่าถ้าเป็นโรคเบาหวานแล้วจะมีการผ่าตัดไปจนถึงการตัดขาของผู้ป่วย รวมถึงวิเคราะห์เหตุปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ส่งผลกระทบต่อความทุกข์ทน เช่น การเดินทางที่ใช้ระยะเวลานานและลำบากของผู้ป่วยและผู้ป่วยยังมีมุมมองว่าแพทย์ไม่ได้ความรู้สึกของผู้ป่วยขนาดนั้น ประเด็นการจัดการโรคเบาหวาน (diabetes management): เพื่อทำความเข้าใจเหตุผลเบื้องหลังพฤติกรรมกรรมการจัดการโรค ทั้งในระบบแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก/สมุนไพรท้องถิ่น (เช่น การใช้ใบกระท่อมในการรักษาเพราะมีความเชื่อที่ว่ารสชาติที่ขมของใบกระท่อมสามารถตัดความหวานของโรค โดยมุ่งเน้นไปที่พลวัตความไว้วางใจ (trust) และปัจจัยที่ทำให้เกิดการต่อรองอำนาจการรักษาระหว่างหมอกับผู้ป่วย

2.2 **การสังเกตการณ์ (observation)** ผู้วิจัยลงพื้นที่สังเกตวิถีชีวิต บริบททางกายภาพ และวัฒนธรรมการกินในกิจกรรมทางสังคมของชุมชน (เช่น งานศพของชาวมลายูในพื้นที่ ที่แขกมาเยี่ยมจะชื้อน้ำตาลมาฝากให้กับเจ้าภาพงาน เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่สะท้อนถึง "ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง" (structural violence) ในพื้นที่ เช่น: สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคหวานจัดอันเป็นอัตลักษณ์ท้องถิ่น ตระการการใช้แรงงานของชาวสวนที่ส่งผลกระทบต่อความเข้าใจเรื่องการออกกกำลังกาย ข้อจำกัดเชิงพื้นที่ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง

2.3 **การบันทึกภาคสนาม (field notes)** ใช้สำหรับการบันทึกรายละเอียดบริบทแวดล้อม บรรยายภาคการสนทนา และปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถบันทึกได้ผ่านเสียงเพียงอย่างเดียว เพื่อนำข้อมูลมาจัดระเบียบตาม "โครงการนำเสนอผลการวิจัย" ที่เน้นความเชื่อมโยงระหว่างปรากฏการณ์ เหตุปัจจัย และผลกระทบอย่างเป็นระบบ โดยจะบันทึกประเด็นสำคัญ เช่น ผู้วิจัยจะสังเกตความรู้สึกและท่าทีของกลุ่มเป้าหมายที่แสดงออกมาและสังเกตสภาพแวดล้อมของพื้นที่ที่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายอย่างไร

3. **การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)** ข้อมูลที่รวบรวมได้จะนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยมีกระบวนการดังนี้ มีการจัดการข้อมูลโดยถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และจัดระเบียบข้อมูลตามประเด็นหลัก การให้รหัส (coding) แยกแยะข้อมูลตามหัวข้อสำคัญ เช่น ประสบการณ์ความทุกข์ทน ความไว้วางใจในระบบสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการรักษาทางเลือก และการตีความเชิงทฤษฎี เชื่อมโยงข้อมูลที่ได้กับกรอบแนวคิด ความทุกข์ทนทางสังคม (social suffering) ของ Arthur Kleinman เพื่อสรุปผลการศึกษา

4. **การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness)** เพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยใช้วิธีการดังนี้ การตรวจสอบสามเส้า (triangulation): ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งที่มาที่ต่างกัน (data triangulation) เช่น เปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และพยาบาล และตรวจสอบด้วยวิธีการที่ต่างกัน

(methodological triangulation) ระหว่างการสัมภาษณ์กับการสังเกตการณ์ และใช้การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (member check) นำข้อสรุปเบื้องต้นกลับไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลบางส่วน เพื่อยืนยันว่าการตีความของผู้วิจัยสอดคล้องกับความเป็นจริงที่ผู้ปวยประสบ รวมถึงมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing) นำข้อมูลมาหารือกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อลดความอคติ (bias) และเพิ่มความครอบคลุมในการวิเคราะห์ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยตระหนักถึง การให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยมีการขอความยินยอม (informed consent) ก่อนการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างชัดเจน และมีการใช้นามสมมติในการนำเสนอข้อมูลเพื่อรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลทุกคน

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อและปฏิบัติดูแลโรคเบาหวานผ่านการรับรู้โรคของชาวมุสลิมในพื้นที่อำเภอกรงปินัง จำเป็นต้องศึกษาแนวคิดต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจทุกประเด็นที่เกี่ยวกับหัวข้อรายงานที่ทำ โดยรายงานชิ้นนี้ได้แนวคิดที่สำคัญต่อการทำความเข้าใจความเชื่อและปฏิบัติดูแลโรคเบาหวานผ่านการรับรู้โรคของชาวมุสลิมในพื้นที่อำเภอกรงปินัง ดังนี้

จาตุรนต์ ตั้งสังวรธรรมะ และคณะ (2553: น. 3-9) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และการใช้ยาในผู้ป่วยมุสลิมไทยที่เป็นโรคเบาหวานในช่วงเดือนถือศีลอดการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่เดือนรอมฎอน พบว่าไม่มีใครเตรียมตัวก่อนเข้าเดือนถือศีลอด ตัวอย่างผู้ที่ไม่ได้มีการเตรียมตัว เพื่อเข้าเดือนรอมฎอน ป่วยเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถถือศีลอดได้เต็มเดือน ผู้ป่วยได้แสดงเหตุผลที่ต่างๆ กันที่ทำให้ไม่สามารถถือ ศีลอดได้เต็มเดือน ดังข้อมูลต่อไปนี้ คือ ร่างกายมีความรู้สึกไม่ไหว มีอาการผิดปกติ เนื่องจากเป็น โรคเบาหวาน ทำให้มีอาการของภาวะน้ำตาลใน เลือดต่ำ เช่น ใจสั่น หรือมีอาการความไม่สบาย เจ็บพลันเกิดขึ้น และเหตุผลที่ไม่สามารถถือศีลอดครบเนื่องจากอายุมาก แต่ไม่ได้เกี่ยวกับการเป็นเบาหวาน เหตุผลอื่นๆ เช่น ยอมรับว่าตนเองเป็นคนไม่เคร่งครัดในหลักคำสอนหรือต้องกินยาตามที่แพทย์สั่งหรือประสบการณ์เคยเห็นคนรอบข้างที่เป็นเบาหวานมีอาการหลุดช่วงถือศีลอดหรือผู้ป่วยบอกว่ามีกิจกรรมการงานที่ต้องทำหรืออ้างข้อยกเว้นของหลักคำสอนว่า เป็นเบาหวานไม่ต้องถือศีลอดหรือบางครั้งต้องเดินทางออกไปนอกสถานที่ไกลๆ หรือแพทย์ที่โรงพยาบาลนัดให้ ผู้ป่วยไปเจาะเลือด ถึงแม้ตนเองจะถือศีลอดไม่เต็มเดือน แต่ก็มั่นใจว่าตนเองเป็นหนึ่งในบุคคลที่สามารถละเว้นการ ถือศีลอดได้อื่นๆ เช่น เกิดความไม่แน่ใจว่าตนเองได้รับการยกเว้นหรือไม่ หรือยอมรับบาปเนื่องจากถือศีลอดไม่เต็มเดือนหรือถ้าถือศีลอด แล้วรู้สึกแย่ อาการไม่ดี หลักคำสอนห้ามไม่ให้บวชและถ้าถือศีลอดแล้วตายตอนปฏิบัติไม่เป็นไรและถือว่าได้บุญ

พบว่าการศึกษาดูพฤติกรรมของชาวมุสลิมในจังหวัดนครนายกแสดงให้เห็นถึงอุปสรรคในการรักษาแบบแพทย์แผนใหม่โดยไม่ให้ไปกระทบกับวิถีชีวิตหรือวิถีศาสนามากที่สุด สังเกตให้เห็นว่าหลายหลายปัจจัยจึงจำเป็นต้องปรึกษาและทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตของชาวมุสลิมในการถืออดและทางแพทย์เองซึ่งมีหลายอย่างด้วยกันก็คือมุมมองทัศนคติ และ วัฒนธรรม การที่จะให้แพทย์แบบใหม่เข้ามารักษาก็จำเป็นต้องประยุกต์ใช้และรับฟังของมุสลิมในนครนายกถึงแม้ว่าจะใช้วิธีการพูดหรือการบอกกล่าวโดยตรงแต่ก็ต้องเข้าใจในวิถีชีวิตของชาวมุสลิมและนครนายกให้มากที่สุด ถึงแม้จะมีความเสี่ยง ต่อชีวิตและไม่ตรงตามตำราที่แพทย์เคยศึกษาแต่การทำความเข้าใจกับผู้ปวยจึงจำเป็นและสำคัญมากเช่น

ผลไม้อินทผลัมถึงแม้ว่าแพทย์ห้ามกินผลไม้ชนิดนี้ เพราะผลไม้ชนิดนี้มีความหวานมากแต่ชาวมุสลิมเองจำเป็นต้องทาน เพราะได้น้ำและชาวมุสลิมเชื่อว่าหากตายในช่วงถือศีลอดก็จะได้เข้าสวรรค์

พินิจปัญหานิสฺรุ เรื่องเริงกุลฤทธิ และคณะ (2565:น.3-9) ชุมชนท่าสาปพบกับปัญหาสุขภาพที่ยังเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ 1 ใน 5 คือโรคเบาหวาน จากสถิติพบว่ามียาผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีและประเด็นปัญหาคือผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยเหล่านี้ขึ้นทะเบียนไว้ว่ามีภาวะระดับน้ำตาลที่สูงตั้งแต่ระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 3 การดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพและต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงต้องใช้เวลารอรับการตรวจรักษานาน หรือบางกลุ่มไม่มาตรวจตามนัด จากปัญหาทางเศรษฐกิจและไม่สะดวกในการเดินทาง ทำให้ผู้ป่วยขาดการดูแลจากแพทย์จากการศึกษาพบว่า ความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงสติปัญญาความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ดีสามารถช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนไปสู่ระบบอื่นๆ ได้ ส่วนของพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอและพฤติกรรมมารับประทานอาหารจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและมีรสชาติหวาน เนื่องจากวิถีชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนท่าสาปนั้น แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในตำบลท่าสาป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบไปด้วย 4 ด้าน 1) ด้านผู้ป่วย 2) ด้านครอบครัว 3) ด้านชุมชน 4) ด้านการศึกษา

พบว่ากรณีแบบแผนเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรมแบบดั้งเดิมของชาวท่าสาป เช่นการออกกำลังกายแต่ผมมองว่าถึงแม้คนในหมู่บ้านไม่ออกกำลังกายแต่เข้าท่าสาปก็ยังออกกำลังกายเช่นทำงานเกษตรกรรมเพราะต้องใช้แรงของร่างกายในการทำงาน ถึงว่าจะใช้แรงแต่ก็ไม่ได้ควบคุมอาหารและโภชนาการทำให้เป็นโรคเบาหวานและอีกหลายปัญหา เช่น การขาดการดูแลจากแพทย์ เศรษฐกิจ ปัญหาในการเดินทางและองค์ความรู้ จึงจำเป็นต้องมีการเข้าไปช่วยการรักษานในหลายหลายด้านเช่น สังคม ชุมชนและความรู้ เพราะหลายๆองค์ประกอบสามารถเป็นตัวควบคุมบรรทัดฐานจากแบบเดิมได้ เพราะโรคเบาหวานมีความเสี่ยงมากมายเช่นมีโรคแทรกซ้อนไปสู่ระบบอื่นได้ระดับความเสี่ยงจึงมากขึ้น จึงเป็นสาเหตุทำให้เป็นผลกระทบในหลายๆ ด้าน ทางหน่วยงานจึงจำเป็นต้องยกระดับและเข้าถึงในการรักษา และดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด

วานิดา ยอดดี และ ปิง วิชัยดิษฐ์ (2565:น.104-108) การศึกษาการให้ความหมายของความหวานผ่าน อาหารในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้สูงอายุและเพื่อวิเคราะห์การจัดการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดสตูลผ่านเรื่องเล่าประวัติความเจ็บป่วยและการพรรณนาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานผู้สูงอายุหมู่บ้านปลักชิมปอและหมู่บ้านควนไสน ชาวบ้านอีกหลายคนที่มีแนวทางการรักษาที่ยังคงใช้ความรู้สมุนไพรพื้นบ้านมาใช้เพื่อรักษาและบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีบางส่วนที่นำความรู้การรักษาที่สืบทอดกันมา เช่น ใต้ะนูหย่าที่ใช้ยาห้าแสนเพื่อรักษาบาดแผลแม้การรักษาเช่นนี้จะไม่ถูกรับรองว่าเป็นยาตำรับในและยาตำรับแผนโบราณแต่ก็ถูกนำมาใช้กันมากในชุมชน อีกทั้งผู้ป่วยในชุมชนยังมีความสัมพันธ์กับความเชื่อพื้นถิ่นที่ผู้คนนำมาใช้ในการต่อสู้ ต่อรองกับความเจ็บป่วยโดยนำเอาความรู้ความเชื่อทางไสยศาสตร์มาประกอบใช้กับการรักษา ยาเบาหวานเป็นอีกเหตุที่ชาวบ้านเผชิญหน้ากับการรักษาและบรรเทาความเจ็บป่วยจากโรค ซึ่งชาวบ้านจะใช้ทั้งยาโรงพยาบาลและยาสมุนไพรเข้ามาช่วยในการรักษา อีกทั้งยังมีรูปแบบการ รับประทานยาที่แตกต่างกัน เช่น การสับยาสมุนไพรใต้ะนูหย่า (นามสมมติ) พบว่าการรับประทานยาของตนนั้น

ในบางครั้งต้องทานคู่กับน้ำหวานเพื่อให้ทานได้ง่ายขึ้นและพบว่าการรับประทานยากับน้ำหวานของคนในชุมชนเป็นที่นิยมรับประทาน กันอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษา เรื่อง ความหวานกับชีวิตประจำวันของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานวัยสูงอายุและสร้างความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยของชาวบ้านชุมชนควนไสนและปลักชิมปอ พบว่า การตีความทางวัฒนธรรมของความเจ็บป่วยสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองในการดูแลโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นในชุมชนทั้งสองในลักษณะความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์ที่ซับซ้อนผ่านการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจสังคม และการเมืองของชุมชนทั้งจากการใช้ชีวิตประจำวันของผู้คนในชีวิต เช่น การทำอาชีพในครัวเรือนกรณีทำเกษตรกรรม สอนยางพาราและอื่นๆ

พบว่าความหวานเป็นปัจจัยหลายๆ ด้านในการบอกฐานว่าจะจากภูมิก่อนๆ และความสัมพันธ์ในหลายๆ ปัจจัยจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดความเจ็บปวดจากโรคเบาหวาน และความเจ็บปวดของผู้ป่วยที่มีแตกต่างกันไป ทำให้เข้าใจได้ยากจากความซับซ้อน คนในหมู่บ้านส่วนมากเป็นชาวเกษตรกร เมื่อเกิดโรคเบาหวาน ในตัวปัจเจกบุคคลความรู้สึกและความเจ็บปวดจะออกมาจากเดิมสามารถ ทำงานอย่างเต็มที่ที่สุดกำลังแต่เมื่อรับรู้ถึงความเจ็บปวดของการได้เป็นโรคเบาหวานแรงของกำลังจึงลดลงอย่างเห็นได้ชัดฉะนั้นคนในหมู่บ้านเชื่อว่าเมื่อ มีอาการเพลียหรือเหนื่อยล้าให้กินของที่มีที่มีรสชาติหวานเพราะเมื่อกินอาหารที่มีรสชาติหวานแล้วจะทำให้รู้สึกว่ามีกำลังมากขึ้นโดยคนในหมู่บ้านไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากความเชื่อเหล่านี้ได้ เช่น หมอจะให้ยาที่มีรสขมไปกินคู่กับน้ำหวานเพราะเมื่อกินคู่กับน้ำหวานจะทำให้กินได้ง่ายขึ้น เมื่อความเชื่อเกิดขึ้นอย่างนี้แล้วจึงมีโอกาสและเปอร์เซ็นต์อย่างมากที่โรคเบาหวานจะบรรเทาลงได้

ผาณิต ศรีสุทธะ และอรทัย เนียมสุวรรณ (2567: น. 13-30) ศึกษาองค์ความรู้การรักษาโรคเบาหวานของหมอพื้นบ้านในจังหวัดพะเยา พบว่า ในบริบทชนบท หมอพื้นบ้านยังคงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้ความรู้ที่สั่งสมจากประสบการณ์และการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษเป็นหลัก มากกว่าการอิงหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ การอธิบายโรคเบาหวานมิได้มองในเชิงระดับน้ำตาลในเลือด แต่เชื่อมโยงกับความไม่สมดุลของธาตุในร่างกาย การกินอาหารผิดสำรับ หรือพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม แนวทางการรักษาจึงเน้นการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน การปรับอาหาร และการดูแลแบบองค์รวม ทั้งนี้ ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงเลือกใช้บริการหมอพื้นบ้านควบคู่กับการรักษาในระบบโรงพยาบาล สะท้อนถึงการดำรงอยู่ของการแพทย์เชิงพหุลักษณะในชุมชนชนบท

พบว่าความพึงพอใจหมอพื้นบ้านและสมุนไพรในพื้นที่ชนบทได้เป็นเพียงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึง “ระบบความรู้และความเชื่อ” ที่ฝังรากลึกในวิถีชีวิตของผู้คน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ผู้ป่วยมิได้มองการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นคำตอบเพียงหนึ่งเดียว แต่เลือก “ต่อรอง” ระหว่างความรู้หลายชุด โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์ตรง ความไว้วางใจต่อหมอพื้นบ้าน และความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความตึงเครียดระหว่างระบบสุขภาพสมัยใหม่กับวิถีชีวิตแบบชนบท ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับบริบทของอำเภอทรงคนอง จังหวัดยะลา ที่ผู้ป่วยยังคงใช้สมุนไพรและความเชื่อท้องถิ่นเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการโรคเบาหวานควบคู่ไปกับการรักษาในระบบสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พยายามทำความเข้าใจในวิถีชีวิตและพฤติกรรมต่อโรคเบาหวานของชาวบ้านทำให้ผู้วิจัยจำเป็นต้องทำความเข้าใจระบบโครงสร้างและบรรทัดฐานที่ดั้งเดิม เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อทาง

ศาสนากับโรคเบาหวาน ยกตัวอย่าง กรณีของการดูแลสุขภาพช่วงเดือนรอมฎอนกับเหตุผลของการกินยา การอดอาหาร ซึ่งเป็นอุปสรรคที่ยากมากที่จะเปลี่ยนวิถีชีวิตของชาวมุสลิม และโรคเบาหวานผ่านวิถีชีวิตชาวมุสลิมยังมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการสุขภาพของตนเอง เช่น การวางแผนสุขภาพและการเข้าถึงสวัสดิการการรักษาเนื่องจากการอ่านหนังสือ เห็นได้ชัดเลยว่า ระบบสวัสดิการการรักษาเข้าถึงได้น้อยมากมีผลต่อการตระหนักและการสร้างองค์ความรู้ในการรักษาโรคเบาหวานที่ถูกต้องและขาดความเข้าใจในการรักษาแบบแพทย์ใหม่

ผลการวิจัย

จากการรวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการณ์ในพื้นที่อำเภอกรงปินัง จังหวัดยะลา คณะผู้วิจัยพบประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงวิถีชีวิตและการจัดการโรคเรื้อรังภายใต้บริบทวัฒนธรรมชาวมุสลิม โดยสามารถจำแนกประเด็นการค้นพบถึงสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานมีมิติที่ซับซ้อนและสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในพื้นที่และจากที่กะนา (นามสมมุติ 2, 20 กุมภาพันธ์ 2568) ได้เล่าออกมาดังนี้ มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมการบริโภค (lifestyle & nutrition transition) กล่าวคือ ปัจจุบันพบแนวโน้มผู้ป่วยอายุน้อยลงอย่างน่าตกใจในช่วงอายุ 18–26 ปี (จากเดิมที่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม 40–60 ปี) ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการเปลี่ยนผ่านทางเศรษฐกิจที่ทำให้คนในพื้นที่เข้าถึง "อาหารสำเร็จรูป" ได้ง่ายขึ้น ร่วมกับวัฒนธรรมการบริโภคเครื่องดื่มหวานจัดที่เป็นเอกลักษณ์ของพื้นที่ เช่น ชาเย็น และน้ำอัดลม ซึ่งถูกมองว่าเป็น "ความสุขทางสังคม" แต่กลายเป็น "ภัยคุกคามสุขภาพ" ในระยะยาว ทั้งนี้มีมุมมองเชิงเปรียบเทียบระหว่างยุคสมัย กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลวัย 70 ปีท่านหนึ่งได้สะท้อนให้เห็นว่าสาเหตุไม่ได้มาจากตัวบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่มาจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป โดยระบุว่า "คนสมัยก่อนกินหวานก็ไม่เห็นเป็น แต่เดี๋ยวนี้ของกินเปลี่ยนไป อาหารสำเร็จรูปเยอะ" คำกล่าวนี้ชี้ให้เห็นว่าระบบเศรษฐกิจการค้าที่นำพาอาหารอุตสาหกรรมเข้ามาในชุมชนกรงปินัง มีส่วนสำคัญที่ทำให้น้ำตาลสะสมในร่างกายคนในพื้นที่สูงขึ้นกว่าในอดีต

ตรรกะร่างกายและความเข้าใจผิดเรื่องการออกกำลังกาย กล่าวคือ คนส่วนใหญ่ในกรงปินังประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ (ทุเรียน ลองกอง) ซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้แรงมาก ก่อให้เกิดความเข้าใจว่าการทำงานหนักคือการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว ทำให้ขาดความตระหนักในการควบคุมอาหารรสหวานจัด เช่น แกงส้ม หรือตูประทุง เพราะเชื่อว่าร่างกายได้เผาผลาญพลังงานไปหมดแล้วจากการทำงานสวน ขณะเดียวกันแม้จะมีการยอมรับเรื่องปัจจัยทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับปัจจัยกระตุ้นจากการใช้ชีวิตมากกว่า โดยเฉพาะอาการ "เสียดิตความหวาน" ที่เมื่อเจ็บป่วยแล้วจะส่งผลให้เกิดอาการหงุดหงิดหรืออ่อนแรงเมื่อกินน้ำตาล ทำให้การควบคุมโรคในทางปฏิบัติเป็นเรื่องยากอย่างยิ่ง

ยิ่งไปกว่านั้นการรับรู้โรคผ่านความพิการ (perception of disability) นั้นในระยะแรกของการป่วย สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก (หรือความกลัว) มักมาจากอาการทางกายที่มองเห็นได้ชัด เช่น แผลบริเวณเท้าและขาที่หายช้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง ดังคำสัมภาษณ์ของผู้ป่วยวัย 62 ปี "ตอนหมอบอกว่าเป็นเบาหวาน ใจหวิวเลย คิดว่าชีวิตคงสั้นลง เพราะเห็นคนในหมู่บ้านบางคนต้องตัดขา ก็กลัวว่าจะเป็นแบบนั้น"

ความกลัวนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นเบาหวานไม่ใช่เพียงโรคเรื้อรัง แต่เป็นภัยคุกคามที่นำไปสู่ความพิการ จึงเกิดการตอรองระหว่างความเชื่อเรื่องยากกับความเสี่ยงทางกาย แม้จะมีการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์เพิ่มขึ้น แต่

ผู้ป่วยยังคงมีความกังวลต่อการใช้ยาแผนปัจจุบันในระยะยาว โดยเฉพาะความเชื่อที่ว่า "ยาเคมีจะทำให้ไตพัง" ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ป่วยคนที่ 3 วัย 55 ปีที่กล่าวว่า "หมอให้ยามากินทุกวัน แต่บางทีเมื่อก็ดอง เพราะกลัวไตพัง เขาว่ากินยานานๆ 'ไม่ดี'" ความกังวลเชิงลบต่อยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเลือกปรับลดยาหรือหยุดยาเองเมื่ออาการเริ่มดีขึ้น

นอกจากนี้เกิดภาวะพึ่งพิงรสชาติและการควบคุมที่ยากลำบาก ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยบางส่วนเผชิญกับภาวะหงุดหงิดหรืออ่อนแรงเมื่อขาดน้ำตาล ทำให้ในปฏิบัติการควบคุมอาหารกลายเป็นเรื่องยากและสร้างความทุกข์ทรมานทางกายและใจเพิ่มขึ้น ดังนั้นอาจจะกล่าวถึงสาเหตุของโรคเบาหวานในพื้นที่กรงปินังจึงมิได้ถูกจำกัดอยู่เพียงมิติทางชีวการแพทย์ (biomedical model) แต่ถูกเชื่อมโยงกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ฝังรากลึกในวัฒนธรรม ความเชื่อเรื่องยา ความกลัวภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ทางกาย และความผันแปรของวิถีชีวิตในชุมชนมลายูมุสลิมสมัยใหม่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการตอรองระหว่างความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่กับประสบการณ์ชีวิตจริงของผู้ป่วยในบริบทท้องถิ่นอย่างชัดเจน

ยิ่งไปกว่านั้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่กรงปินังมีรูปแบบการจัดการตนเองที่สะท้อนถึงการปะทะกันระหว่าง "ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่" และ "ความเชื่อเชิงประสบการณ์ท้องถิ่น" โดยมีประเด็นสำคัญดังนี้ ด้วยการนำไปกระท่อมในฐานะเทคโนโลยีการรักษาทางเลือก ใบกระท่อมกลายเป็นทางเลือกหลักในการควบคุมระดับน้ำตาล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์อาบะห์ (นามสมมติ 1, 20 กุมภาพันธ์ 2568) พบว่า อาบะห์ใช้ใบกระท่อมที่ปลูกอยู่หลังบ้านเพื่อรักษาตนเองจนค่าปริมาณน้ำตาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 140 เหลือ 70 mg/dL โดยเลือกบริโภคพร้อมกับกาแฟ น้ำชา หรือแม้แต่ น้ำอัดลมตามความเคยชิน อาบะห์ระบุว่า "จริงๆ แล้วกินกับน้ำแดงหวานก็ได้เช่นกัน... มันก็ช่วยลดค่าปริมาณน้ำตาลในเลือดได้ และทำให้แผลที่เ็นเปื่อยแห้งหายได้"

ทว่าในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยยังมีความกังวลต่อผลกระทบของใบกระท่อม เช่น กลัวผลกระทบต่อเม็ดเลือดขาวหรือการเกิดโรคใหม่แทรกซ้อน สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ต้องตัดสินใจเลือกบนความเสี่ยง (calculated risk) ซึ่งนี้อาจจะเป็นช่องว่างการสื่อสารและความไม่ไว้วางใจเชิงโครงสร้าง กล่าวคือ แม้โรงพยาบาลกรงปินังจะมีขนาดใหญ่ แต่ข้อจำกัดเรื่องเครื่องมือแพทย์ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลในตัวเมืองยะลา ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญทั้งด้านการเดินทางและจิตใจ ประเด็นที่สำคัญยิ่งคือ "การปกปิดข้อมูล" ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่กล้าบอกแพทย์ว่าตนเองใช้สมุนไพรหรือใบกระท่อมเพราะกลัวโดนตำหนิ มูนา นามสมมติ (20 กุมภาพันธ์ 2568) ระบุว่าเจ้าหน้าที่มักกังวลเรื่องโรคแทรกซ้อนและไม่อยากให้ผู้ป่วยซื้อยาทานเอง ในขณะที่ผู้ป่วยก็ดื้อยาและหยุดยาเองเพราะความเชื่อที่ว่า "ไม่ยากินยามากเกินไปเพราะกลัวเป็นโรคไต"

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยในกรงปินังซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนทุเรียนและลองกอง มีความเข้าใจว่าการ "ออกแรงทำงานหนัก" คือการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว แม้ในความเป็นจริงการทำงานจะช่วยสร้างความแข็งแรง แต่ผู้ป่วยมักละเลยการควบคุมอาหาร (dietary control) เนื่องจากอาหารท้องถิ่นมีรสหวานจัด เช่น ตูพะตูดง หรือแกงส้ม ทำให้ผู้ป่วยยังคงบริโภคตามใจปากโดยไม่ใส่ใจให้ความสำคัญกับระเบียบโภชนาการเท่าที่ควร และมีความเชื่อมั่นในหมอพื้นบ้าน (โต๊ะบอมอ) ท่ามกลางระบบการแพทย์สมัยใหม่ ยังคงมีชาวบ้านส่วนหนึ่งนิยมไปหาหมอพื้นบ้าน เนื่องจากเป็นความเชื่อที่สืบทอดกันมาและการบอกเล่าแบบปากต่อปาก โดยเฉพาะแรงจูงใจสำคัญที่ระบบโรงพยาบาลมักให้ไม่ได้คือ คำยืนยันที่ว่า "รักษาได้โดยไม่ต้องตัดอวัยวะ"

แนวทางการรักษาของผู้ป่วยในพื้นที่กรังปิ้งจึงไม่ใช่พฤติกรรมที่ตายตัว แต่คือกระบวนการ "ต่อรอง" (negotiation) ที่ผู้ป่วยพยายามประนีประนอมระหว่างการปฏิบัติตามคำสั่งหมอ การพึ่งพาธรรมชาติ (ใบกระท่อม) และการรักษาตัวตนในวิถีวัฒนธรรมเดิม เพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยภายใต้เงื่อนไขที่ตนเองรู้สึกปลอดภัยและเข้าถึงได้ง่ายที่สุด

ในประเด็นความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (social suffering of diabetes patients) พบว่า ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่กรังปิ้งมิได้จำกัดอยู่เพียงความเจ็บป่วยทางกาย (physical pain) หากแต่เป็นประสบการณ์ทางสังคมที่ประกอบด้วยความกลัว ความไม่แน่นอน และภาวะแปลกแยกจากระบบสุขภาพ โดยสามารถจำแนกมิติความทุกข์ทรมานได้ดังนี้

จินตนาการแห่งความพิการและภาวะใจหิว: ความทุกข์ทรมานเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ที่ได้รับวินิจฉัย โดยมีภาพจำเรื่อง "การตัดขา" เป็นศูนย์กลางของความหวาดกลัว ผู้ป่วยคนที่ 2 (อายุ 62 ปี) สะท้อนว่า:

"ตอนหมอบอกว่าเป็นเบาหวาน ใจหิวเลย คิดว่าชีวิตคงสั้นลง เพราะเห็นคนในหมู่บ้านบางคนต้องตัดขา ก็กลัวว่าจะเป็นแบบนั้น" ความกลัวการสูญเสียอวัยวะมิได้เป็นเพียงความวิตกกังวลต่ออนาคต แต่เป็นภาวะความเครียดและความกระวนกระวายที่กัดกินจิตใจ ซึ่งรุนแรงกว่าตัวเลขระดับน้ำตาลในเลือดที่ปรากฏในใบสั่งยา

ยิ่งไปกว่านั้นมิใช่ข้อมูลกล่าวว่าผู้ป่วยจำนวนมากรู้สึกโดดเดี่ยวในการเผชิญโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีความรู้สึกที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยเช่นเดียวกับตน นำไปสู่การแสวงหาที่พึ่งจาก "กลุ่มเพื่อนผู้ป่วย" และ "หมอพื้นบ้าน" เพราะเชื่อว่าผู้ที่เผชิญวิบากกรรมเดียวกันจะเข้าใจความรู้สึกได้ลึกซึ้งกว่า การตัดสินใจไม่ทำตามคำแนะนำของแพทย์ในบางกรณีจึงไม่ใช่การปฏิเสธการรักษา แต่เป็นการดิ้นรนเพื่อหาพื้นที่ที่ตนได้รับความยอมรับและความสบายใจ จึงเกิดการต่อรองเพื่อความหวัง "รักษาแบบไม่ต้องตัด" ดังนั้นความเชื่อมั่นต่อภูมิปัญญาท้องถิ่นและการใช้สมุนไพร (เช่น ใบกระท่อม) ของ "อาบะห์" และผู้ป่วยรายอื่นส่วนหนึ่งมาจากคำบอกเล่าที่ว่า วิถีเหล่านี้สามารถรักษาแผลได้โดย "ไม่ต้องตัดขา" คำสัญญาดังกล่าวกลายเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่มักให้ไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้การแพทย์เชิงพหุลักษณะ (medical pluralism) คือรับยาโรงพยาบาลควบคู่ไปกับสมุนไพร เพื่อประนีประนอมระหว่างวินัยทางการแพทย์และความหวังตามความเชื่อส่วนบุคคล

อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (กะณา, นามสมมุติ) อธิบายถึงความพยายามเปลี่ยนผ่านความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้กลายเป็น "พลังในการต่อสู้" ผ่านการให้กำลังใจและการปรับเปลี่ยนทัศนคติว่า "โรคไม่ได้น่ากลัวแต่ก็ไม่ควรประมาท" โดยเน้นการสร้างความร่วมมือในการคุมอาหารและออกกำลังกาย แม้ในช่วงแรกผู้ป่วยจะเผชิญความยากลำบากในการปรับตัวสู่รสชาติอาหารที่ "จืดชืด" (รสจืด) แต่เมื่อได้รับการยอมรับและกำลังใจที่เพียงพอ ผู้ป่วยบางรายสามารถก้าวข้ามความทุกข์และกลับมาดูแลตนเองได้ดีขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาปรากฏการณ์โรคเบาหวานในพื้นที่กรังปิ้ง พบว่าความเจ็บป่วยมิได้จำกัดอยู่เพียงความผิดปกติทางสรีรวิทยา แต่มีความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งกับเงื่อนไขเชิงโครงสร้างและประสบการณ์ชีวิตภายใต้บริบทวัฒนธรรม (illness experience) กล่าวคือ เบาหวาน เป็นโรคที่เป็นผลจากการปะทะกันระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมกับพฤติกรรม

บริบทที่เปลี่ยนไปตามเศรษฐกิจสมัยใหม่ โดยเฉพาะการพึ่งพาอาหารสำเร็จรูป นอกจากนี้ยังมีปัจจัยจาก "ตรรกะร่างกาย" ของชาวสวนที่เข้าใจตลาดเคลื่อนที่การทำงานหนักทดแทนการออกกำลังกายได้ จนละเลยการควบคุมอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ แม้ว่าผู้ป่วยเลือกใช้กลยุทธ์ "การแพทย์เชิงพหุลักษณะ" (medical pluralism) โดยให้ความสำคัญกับการใช้ "ใบกระท่อม" และการปรึกษา "หมอพื้นบ้าน" เป็นเครื่องมือสำคัญในการต่อรองอำนาจการรักษายาบาล เพื่อป้องกันอวัยวะ (ไต) จากความเชื่อเรื่องผลข้างเคียงของยาเคมี อย่างไรก็ตาม ภาวะของโรคก่อให้เกิดความเจ็บปวดที่รุนแรงที่สุดมิใช่ตัวเลขค่าน้ำตาล แต่คือ "ความทุกข์ทางใจ" ที่เกิดจากจินตนาการเรื่องการถูกตัดอวัยวะและความรู้สึกแปลกแยกจากระบบสุขภาพที่เน้นการตำหนิมากกว่าการสร้างความร่วมมือกัน ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความเชื่อและประสบการณ์ทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการกำหนดการรับรู้โรคและการเลือกแนวทางการรักษา ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะความไว้วางใจ (trust) ต่อการแพทย์แผนปัจจุบันที่อาจลดลง และนำไปสู่การแสวงหาทางเลือกอื่นในการดูแลสุขภาพ

ทั้งนี้เมื่อมองผลการศึกษาดังกล่าวผ่านเลนส์ทฤษฎี ความทุกข์ทางสังคม (social suffering) ของ อาร์เธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) พบว่า เกิดภาวะย่นแย่งระหว่างความไว้วางใจและระบบสุขภาพ (trust and structural tension) กล่าวคือ ชาวกรีนังมีได้ปฏิเสธการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ต้องเผชิญกับ "ความกังวลเชิงโครงสร้าง" โดยเฉพาะความเชื่อเรื่องยาทำลายไต ความกลัวนี้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดื้อยาหรือการหยุดยาเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วานิดา และ ปิง (2565) เกี่ยวกับการ "ต่อรอง" (negotiate) ระหว่างความรู้สมัยใหม่กับความเชื่อท้องถิ่น ทว่าคณะผู้วิจัยพบประเด็นสำคัญเพิ่มเติมคือ "การปกปิดข้อมูล (non-disclosure)" อันเกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่ากันระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย บังคับให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาทางเลือกอย่างลับๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกตรวจหน้าจากระบบ ภาวะดังกล่าวจึงไม่ได้เป็นเพียงความขัดแย้งทางความเชื่อเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงพลวัตของความไว้วางใจที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เช่น การปรับลดหรือหยุดยาเอง ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการตัดสินใจที่เกิดขึ้นภายใต้ความไม่มั่นใจต่อการรักษา

นอกจากนี้เกิดอัตวิสัยของผู้ป่วยและการแสวงหาพื้นที่ความเข้าใจ (subjectivity and peer support) เมื่อเผชิญกับโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมักรู้สึกถึงความโดดเดี่ยวทางประสบการณ์ สภาวะ "ใจหวิว" เมื่อทราบผลวินิจฉัยสะท้อนว่าระบบสุขภาพยังไม่สามารถเยียวยาความเปราะบางทางอารมณ์ได้เท่าที่ควร ช่องว่างนี้ผลักดันให้เกิดการเยียวยาผ่านสองช่องทางหลัก คือ สมุนไพรท้องถิ่น เช่น ใบกระท่อม ซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องมือพิทักษ์ร่างกายตามประสบการณ์ตรง และเครือข่ายเพื่อนผู้ป่วย คือ การสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางอารมณ์ที่ระบบสาธารณสุขมักมองข้าม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kleinman ที่ว่าความเจ็บป่วยมิใช่เรื่องชีววิทยาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของความกลัวและความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการการยอมรับจากคนรอบข้าง ด้วยเหตุนี้ การแสวงหาพื้นที่ความเข้าใจจากเครือข่ายทางสังคม เช่น เพื่อนผู้ป่วยหรือหมอพื้นบ้าน จึงไม่ได้เป็นเพียงการเยียวยาทางอารมณ์ แต่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของความไว้วางใจจากผู้รอบข้างมากกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน

ยิ่งไปกว่านั้นพบว่า วัฒนธรรมความหวานในฐานะพันธะทางสังคม (cultural logic of sweetness) เป็นปัจจัยที่ทำให้โรคเบาหวานในกรีนังมีความซับซ้อนสอดคล้องกับงานของ พิชญ์ชญาธิษฐ์ และคณะ (2565) แต่พบมิติที่เข้มข้นกว่าในเรื่อง "การเสียดความหวานเชิงจิตวิทยา" ที่ผูกโยงกับวิถีวัฒนธรรม และเกิดพันธะทางสังคม ด้วยการใช้นมหวานหรือน้ำตาลเป็นสื่อกลางในการแสดงน้ำใจ เช่น ของฝากในการเยี่ยมเยียนหรือร่วมงานศพ เป็นกฎเกณฑ์ทางสังคมที่ทำให้การควบคุมอาหารทำได้ยากในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ยังเกิดการต่อรองชีวิต ซึ่งผู้ป่วยประเมินความสุขในปัจจุบันผ่านการ

กินควบคู่ไปกับการรักษาความหวังว่าจะหายด้วยวิถีธรรมชาติ เป็นความกระตือรือร้นในการรักษาความเป็นตัวตนไว้ท่ามกลางความจำกัดของร่างกาย เงื่อนไขทางวัฒนธรรมดังกล่าวจึงมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการบริโภคและการควบคุมอาหารของผู้ป่วย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการจัดการตนเอง (self-management) และสะท้อนให้เห็นว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยไม่ได้ตั้งอยู่บนเหตุผลทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ถูกกำหนดโดยแรงกดดันและความคาดหวังทางสังคมร่วมด้วย

อย่างไรก็ตาม กล่าวได้ว่า ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของชาวกรีนังยืนยันถึงแนวคิดของ Arthur Kleinman อย่างมีนัยสำคัญว่า ความทุกข์ทรมานมิได้เกิดจากเชื้อโรคเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจาก "ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง" ที่ผู้ป่วยต้องแบกรับทั้งความคาดหวังของสังคมและความหวาดกลัวต่อระบบการรักษา การเลือกใช้ใบกระท่อมหรือการปรับเปลี่ยนยาด้วยตนเองมิใช่สัญลักษณ์ของความล้มเหลวทางการศึกษา แต่คือ "กระบวนการดิ้นรนเพื่อดำรงความหมายของชีวิต" (struggle for subjectivity) ท่ามกลางภาวะคุกคามของโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาชิ้นนี้ชี้ให้เห็นว่า ความเชื่อและประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการสร้างและเปลี่ยนแปลงระดับความไว้วางใจ (trust) ต่อสุขภาพ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอกรีนัง ทั้งในรูปแบบของการเลือกใช้การแพทย์เชิงพหุลักษณะ การปรับเปลี่ยนการใช้ยา และการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ศึกษาบทบาทของความเชื่อท้องถิ่นและพลวัตความไว้วางใจ (trust) ที่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมอำเภอกรีนัง จังหวัดยะลา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (integrated health system design) จากผลการศึกษา ระบบสุขภาพในพื้นที่กรีนังควรถูกพัฒนาในลักษณะบูรณาการความรู้ ความเชื่อ และความสัมพันธ์ เพื่อรองรับความซับซ้อนของการตัดสินใจดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยควรปรับรูปแบบการให้บริการจากแนวทางมาตรฐานเดียวไปสู่การดูแลที่ยืดหยุ่นตามบริบทชีวิตของผู้ป่วย เช่น การออกแบบแผนการรักษาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและภาระงานในชุมชน ควบคู่กับการส่งเสริม “ระบบร่วมผลิตสุขภาพ” (co-production of health) ที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางดูแล เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของต่อการจัดการสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ ควรพัฒนาเครือข่ายการดูแลหลายระดับที่เชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพ เครือข่ายชุมชน และความสัมพันธ์ไม่เป็นทางการ เช่น ครอบครัวหรือเพื่อนผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลทั้งมิติทางกาย จิตใจ และสังคม พร้อมทั้งส่งเสริมการสื่อสารสุขภาพแบบสองทางที่เปิดพื้นที่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนและต่อรองความหมายของการรักษา อันจะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการทำความเข้าใจและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การหยุดยาเอง ขณะเดียวกัน ระบบติดตามผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องของความสัมพันธ์มากกว่าการควบคุมเชิงระบบ โดยอาศัยกลไกเชิงรุกในระดับชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านหรือการติดตามอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกร่วมว่าผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสุดท้าย การขับเคลื่อนมาตรการป้องกันโรคควรมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางสังคมควบคู่กับพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น การสร้างตัวเลือกอาหารสุขภาพในกิจกรรมชุมชนหรือการส่งเสริมบทบาทของผู้นำท้องถิ่นในฐานะต้นแบบ เพื่อให้การดูแลสุขภาพกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวันอย่างยั่งยืน



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ปิง วิชัยดิษฐ และรองศาสตราจารย์ ดร.อัลญาน์ สมุห์เสนโต ผู้ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยและเขียนบทความฉบับนี้ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สละเวลามันมีค่าในการให้ข้อมูลเพื่อให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จาตุรนต์ ตั้งสังวรธรรมะ, สายพิณ หัตถิรัตน์ และวัจนาลี สีสพัฒนะ. (2553). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยา ในช่วงเดือนถือศีลอดของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *บทความปริทัศน์*, 3-9.
- ซัชชล อัจฉนาภิตติ. (2559). *มานุษยวิทยาของการใส่ใจดูแล (Anthropology of Care)*. สืบค้นเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2569, จาก <https://sac.or.th/portal/th/article/detail/274>
- ซัชชล รัตตสาร. (2560). *สถานการณ์ปัจจุบัน และความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2569, จาก https://www.novonordisk.com/content/dam/Denmark/HQ/sustainablebusiness/performance-on-tbl/more-about-how-we-work/Creating%20shared%20value/PDF/Thailand%20Blueprint%20for%20Change_2017_TH.pdf
- ผาณิต ศรีสุทธะ และอรทัย เนียมสุวรรณ. (2567). การศึกษาองค์ความรู้การรักษารักษาโรคเบาหวานของหมอพื้นบ้านจังหวัดพะเยา. *วารสารหมอยาไทยวิชัย*, 85-92.
- พิชญ์ญานันท์ เรื่องเริงกุลฤทธิ และคณะ. (2565). *แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชุมชนท่าสาปในจังหวัดยะลา*, 3-9.
- มูนา แวนาไล. (20 กุมภาพันธ์ 2569). *เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลยะลา. สัมภาษณ์*.
- วานิตา ยอดดี และปิง วิชัยดิษฐ. (2565). *แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชุมชนท่าสาปในจังหวัดยะลา*, 104-108.
- สถาพร บัวระพา. (2558). *การรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอหนาแห้ว จังหวัดเลย*. สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2569, จาก [file:///C:/Users/admin/Downloads/samran1545,+บรรณานุกรมการวารสาร,+4.+การรับรู้ด้านสุขภาพ+\(สถาพร\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/samran1545,+บรรณานุกรมการวารสาร,+4.+การรับรู้ด้านสุขภาพ+(สถาพร)%20(1).pdf)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. (2562). *การตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2569, จาก <http://www.rh12.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/07/ฉบับสมบูรณ์นำเสนอผู้ตรวจรอบที่-2-ปี-62.pdf>



ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน: โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาคูบัติเหตุ
บริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กรณีศึกษาจังหวัด
นครปฐม)

(Social Return on Investment: A Project to Prevent and Resolve Accidents at
Railway-Road Crossings by Local Administrative Organizations (Case Study:
Nakhon Pathom Province))

โดย

วรินดา สิริสุวรรณ^{*}

^{*} นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สังกัดสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการป้องกันและแก้ไขปัญหาคูบิตเหตุบริเวณทางรถไฟกับถนน และเพื่อประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาคูบิตเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก รวมถึงเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งข้อมูลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง และการประเมินผลตอบแทนทางสังคม ซึ่งเป็นการแปลงผลลัพธ์หรือคุณค่าทางสังคมที่ไม่มีราคาตลาดให้ออกมาเป็นมูลค่าทางการเงินผ่านค่าแทนทางการเงิน (financial proxy) เพื่อประเมินว่าโครงการนี้สร้างผลตอบแทนทางสังคมคิดเป็นมูลค่าเท่าไรต่อเงินทุก 1 บาท ที่ได้ลงทุนไป (ภายใต้ข้อสมมติฐานมีระยะเวลาในการดำเนินโครงการ รวม 10 ปี ตั้งแต่ปี 2569 - 2578 และคำนวณมูลค่าผลประโยชน์ปัจจุบันสุทธิ โดยใช้อัตราคิดลดร้อยละ 5)

ผลการศึกษาพบว่า แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาคูบิตเหตุบริเวณทางรถไฟกับถนนในพื้นที่จังหวัดนครปฐมจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในพื้นที่ให้ปฏิบัติตามกฎจราจรและหลีกเลี่ยงการใช้ทางลักผ่านที่ไม่ได้รับอนุญาต เพื่อเป็นการป้องกันและลดความสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป สำหรับการใช้จ่ายงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรศึกษาถึงกฎหมายหรือหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความราบรื่นและไม่ขัดต่อระเบียบปฏิบัติในการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอนาคต

สำหรับผลการศึกษาผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนในโครงการดังกล่าว พบว่า มีค่าเท่ากับ 8.75 เท่า ซึ่งมีค่ามากกว่า 1 กล่าวคือ การลงทุนในโครงการ จำนวน 1 บาท สร้างผลตอบแทนทางสังคม จำนวน 8.75 บาท ดังนั้น โครงการดังกล่าวมีความคุ้มค่าและมีความเหมาะสมที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการสำหรับในมุมมองของผู้วิจัย ถึงแม้ว่าผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนในโครงการดังกล่าว จะมีค่ามากกว่า 1 ก็ตาม แต่ถึงกระนั้นผู้วิจัยก็ไม่อาจกล่าวอ้างได้ว่า ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนดังกล่าวจะเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินโครงการทั้งหมด แต่เมื่อพิจารณาแล้ว โครงการดังกล่าวก็ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องเกิดขึ้น เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินผลตอบแทนทางสังคม, ค่าแทนทางการเงิน, อุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนน, ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง



Abstract

This study aims to investigate the prevention and mitigation of railway-road crossing accidents and to evaluate the social return on investment (SROI) of railway-road crossing accident prevention and mitigation projects implemented by local administrative organizations in Nakhon Pathom Province. The researcher employed a qualitative research methodology through in-depth interviews and the collection of secondary data from relevant sources and agencies. The research tools included theory of change (TOC) and social return on investment (SROI), which involves converting social outcomes or values that lack market value into monetary value through a financial proxy to assess the social return generated by the project for every 1 baht invested (under the assumption of a project duration of 10 years, from 2026 to 2035, and calculating the net present value using a 5% discount rate).

The study found that preventing and mitigating railway-road crossing accidents in Nakhon Pathom Province requires cooperation from all sectors, especially local administrative organizations, which are the leading agencies in the area. They must adhere to traffic laws and avoid using unauthorized crossings to prevent and reduce potential losses. Regarding budget expenditures, local administrative organizations should study relevant laws and regulations to ensure smooth implementation and compliance with organizational procedures as we advance.

The study found a social return on investment (SROI) of 8.75 times, which is greater than 1. It means that for every 1 baht invested in the project, the social return was 8.75 baht. Therefore, the project is worthwhile and suitable for local administrative organizations to support with their budgets. From the researchers' perspective, although the social return on investment in such a project exceeds 1, they cannot claim that this social return is the sole indicator of the project's success. However, given the circumstances, the project remains necessary to achieve long-term social change.

Keywords: social return on investment, financial proxy, railway-road crossing accidents, Theory of Change

ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน: โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ บริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม)

(Social Return on Investment: A Project to Prevent and Resolve Accidents at
Railway-Road Crossings by Local Administrative Organizations
(Case Study: Nakhon Pathom Province))

บทนำ

ตลอดระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมาเกิดอุบัติเหตุขบวนรถไฟชนกับยานพาหนะบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนในหลายพื้นที่ ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินเป็นอันมาก โดยอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่บริเวณจุดตัดทางรถไฟที่เรียกว่า ทางลักผ่าน ซึ่งไม่ใช่ทางที่ถูกกฎหมาย เพราะ ไม่มีเครื่องหมายและไม่มีอุปกรณ์ด้านความปลอดภัยในบริเวณดังกล่าว จากรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2566 (กระทรวงคมนาคม, 2566) พบว่า บริเวณจุดที่เกิดเหตุมากที่สุด คือ บริเวณเครื่องกั้น รองลงมาคือบริเวณทางลักผ่าน ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากจุดตัดทางรถไฟกับถนนที่มีกายภาพไม่เหมาะสมมีการก่อสร้างทางลักผ่านโดยไม่ได้รับอนุญาต รวมถึงการขาดวินัยในการขับยานพาหนะ

สำหรับการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนที่เป็นทางลักผ่านนั้น ขณะนี้การรถไฟแห่งประเทศไทยได้ดำเนินการปิดทางลักผ่านไปแล้ว 107 แห่ง จาก 793 แห่ง คงเหลือ 686 แห่ง ซึ่งอยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองการอนุญาตและการแก้ไขปัญหาจุดตัดทางรถไฟกับถนนระดับจังหวัด 114 แห่ง และอยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองฯ ระดับอำเภอ อีก 533 แห่ง (กรมการขนส่งทางราง, 2568)

ทั้งนี้ กระทรวงคมนาคม ได้ให้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเน้นย้ำหน่วยงานในระดับท้องถิ่นเห็นความสำคัญของความสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาดังกล่าวร่วมกันกับทุกภาคส่วน อาทิ ติดตั้งกล้องวงจรปิดบริเวณทางลักผ่าน ติดตั้งเครื่องกั้นอัตโนมัติ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามกฎจราจรให้ถูกต้อง ปิดทางลักผ่านที่ไม่ถูกกฎหมาย รวมถึงจัดให้มีเวรยามเฝ้าระวังบริเวณทางลักผ่านเป็นต้น

จังหวัดนครปฐม เป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่เคยเกิดอุบัติเหตุใหญ่บริเวณจุดตัดทางรถไฟที่เป็นทางลักผ่านหลายครั้ง โดยเหตุการณ์ครั้งที่รุนแรงที่สุดเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2559 เกิดอุบัติเหตุรถไฟชนกับรถบัสนำเที่ยว บริเวณหน้าทางเข้าวัดจิวราย หมู่ที่ 8 ตำบลจิวราย อำเภอนครชัยศรี ทำให้มีผู้เสียชีวิต รวม 3 ราย และมีผู้บาดเจ็บ จำนวน 20 ราย สาเหตุเนื่องมาจากความประมาทของคนขับรถบัสและเครื่องกั้นอัตโนมัติยังไม่เปิดใช้งาน (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดนครปฐม, 2559) ปัจจุบันคณะกรรมการกลั่นกรองการอนุญาตและการแก้ไขปัญหาจุดตัดทางรถไฟกับถนนจังหวัดนครปฐม ได้ให้องค์การบริหารส่วนตำบลจิวราย พิจารณาติดตั้งเครื่องกั้นเสมอระดับและสิ่งอำนวยความสะดวก โดยอาจใช้งบประมาณของกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) ไปก่อน ทั้งนี้ จังหวัดนครปฐมยังคงมีทางลักผ่านในอีกหลายจุดที่ยังอยู่ระหว่างการพิจารณางบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวต่อไป



สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวทางการแก้ไขปัญหาบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนของกระทรวงคมนาคมมาปรับใช้ ตามสมมติฐานของผู้วิจัย คือ กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาใช้งบประมาณของตนเองหรือขอสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานอื่น โดยผู้วิจัยจะนำวิธีการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนมาใช้ในการศึกษาดังกล่าว

คำถามวิจัย

ทำอย่างไรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนน เห็นความสำคัญและพิจารณาจัดสรรงบประมาณในการลดความสูญเสียที่จะอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณทางรถไฟกับถนนในพื้นที่จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดนครปฐม

แนวคิด ทฤษฎี และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1. แผนแม่บทการปรับปรุงจุดตัดทางรถไฟในอนาคต

กรมการขนส่งทางราง กระทรวงคมนาคม ได้จัดทำแผนแม่บทการปรับปรุงจุดตัดทางรถไฟในรอบ 1 ปี ประกอบไปด้วยแนวทางในการปรับปรุงจุดตัดทางรถไฟในระยะเร่งด่วน สั้น กลาง และระยะยาว มีการกำหนดงบประมาณในการลงทุน พร้อมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินโครงการดังกล่าว ปัจจุบันมีการสำรวจจุดตัดทางรถไฟกับทางถนนทั่วประเทศ รวมทั้งสิ้น 733 จุด ที่อยู่ในพื้นที่ 33 จังหวัด ประกอบไปด้วยแผนงานที่จะต้องดำเนินการในระยะเร่งด่วน จำนวน 35 จุด ระยะสั้น จำนวน 74 จุด ระยะกลาง จำนวน 308 จุด และระยะยาว จำนวน 316 จุด สำหรับจังหวัดนครปฐม มีจุดตัดทางรถไฟกับทางถนนในพื้นที่ 4 อำเภอ ประกอบด้วยอำเภอกำแพงแสน นครชัยศรี พุทธมณฑล และเมืองนครปฐม รวม 16 จุด เป็นแผนงานที่จะต้องดำเนินการในระยะเร่งด่วน จำนวน 1 จุด ระยะสั้น จำนวน 2 จุด ระยะกลาง จำนวน 10 จุด และระยะยาว จำนวน 3 จุด (กรมการขนส่งทางราง, 2568)

ตาราง 1 แผนแม่บทการปรับปรุงจุดตัดทางรถไฟในอนาคต ปี 2568

ที่	ถนน	อำเภอ	ค่า T.M.	ระดับความเสี่ยง	แนวทางการปรับปรุง	ปีที่เริ่ม
1	ถ.ทางเข้าวัดจิวราย	นครชัยศรี	89,280	เร่งด่วน	ติดตั้งเครื่องกั้นและปรับปรุงกายภาพ	2566
2	ช.สมบุญธรรมทรัพย์	พุทธมณฑล	309,852	สั้น	ปรับปรุงเป็นจุดตัด ต่างระดับ	2567
3	ถ.ทล.ชนบท นฐ.	เมืองนครปฐม	864,828	สั้น	ปรับปรุงกายภาพ	2567



ที่	ถนน	อำเภอ	ค่า T.M.	ระดับความเสี่ยง	แนวทางการปรับปรุง	ปีที่เริ่ม
4	ถ.ตลาดดอนขุนวิเศษ	กำแพงแสน	40,634	กลาง	ติดตั้งเครื่องกั้นและปรับปรุงกายภาพ	2569
5	ถ.นสร.3004	พุทธมณฑล	1,478,268	กลาง	ปรับปรุงกายภาพ	2571
6	ถ.สาย5	พุทธมณฑล	658,548	กลาง	ติดตั้งเครื่องกั้นและปรับปรุงกายภาพ	2571
7	ถ.ทางหลวงชนบท	นครชัยศรี	350,496	กลาง	ติดตั้งเครื่องกั้นและปรับปรุงกายภาพ	2571
8	ถ.นครชัยศรี-ห้วยพลู	นครชัยศรี	612,252	กลาง	ปรับปรุงกายภาพ	2571
9	ถ.เพชรเกษม-ศรีษะทอง	นครชัยศรี	202,140	กลาง	ติดตั้งเครื่องกั้นและปรับปรุงกายภาพ	2571
10	ถ.ทหารบก 15	เมืองนครปฐม	532,008	กลาง	ติดตั้งเครื่องกั้นและปรับปรุงกายภาพ	2571
11	ถ.ทหารบก 13	เมืองนครปฐม	614,556	กลาง	ปรับปรุงกายภาพ	2571
12	ถ.นครปฐม-วัดกลาง	เมืองนครปฐม	674,136	กลาง	ปรับปรุงกายภาพ	2571
13	ถ.หน้าพระ	เมืองนครปฐม	982,188	กลาง	ปรับปรุงกายภาพ	2571
14	ถ.พระแท่นดงรัง-มาลัยแมน	กำแพงแสน	44,638	ยาว	ติดตั้งเครื่องกั้นและปรับปรุงกายภาพ	2573
15	ถ.บ้านดอนกระต่าย-สนามบิน	กำแพงแสน	164	ยาว	ปรับปรุงกายภาพ	2575
16	ถ.เข้าไร่อ้อย	กำแพงแสน	38	ยาว	ปรับปรุงกายภาพ	2575

หมายเหตุ: ค่า T.M. (Traffic Moment) หรือค่าคุณความจราจร เป็นหลักเกณฑ์เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับกำหนดมาตรการความปลอดภัยบริเวณทางรถไฟ โดยมีมาตรการความปลอดภัยที่บริเวณทางรถไฟตัดผ่าน Traffic Moment (T.M.) คำนวณได้จากการนำปริมาณจราจรบนทางหลวง โดยเฉลี่ยต่อวันตลอดปี คูณกับจำนวนขบวนรถไฟใน 24 ชั่วโมง
ที่มา: กรมการขนส่ง กระทรวงคมนาคม (2568)

2. แนวคิดการประเมินผลตอบแทนทางสังคม (SROI) การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน หรือ Social Return On Investment (SROI) ถูกพัฒนามาจากเครื่องมือวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทน cost benefit analysis (CBA) โดยมีหัวใจสำคัญ คือ ต้องการทราบถึงความคุ้มค่าของเงินลงทุนที่คนทำงานด้านสังคม นำไปดำเนินกิจกรรมว่า สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้อย่างคุ้มค่าหรือไม่ โดยค่า SROI จะบอกว่า ทุกๆ เงินลงทุน 1 บาท จะสามารถสร้างผลตอบแทนทางสังคมเป็นเงิน บาท (เศรษฐภูมิ และคนอื่นๆ, 2564)

การพิจารณาผลประโยชน์สุทธิของวิธีการวัดผลกระทบทางสังคม แบบ SROI จะพิจารณาผลประโยชน์สุทธิที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีก่อนการเกิดขึ้นของโครงการใน 3 ประเด็นด้วยกัน ได้แก่ ผลประโยชน์ปัจจุบันสุทธิที่เกิดขึ้นแก่วงแวดล้อม ผลประโยชน์ปัจจุบันสุทธิที่เกิดขึ้นแก่สังคมโดยรวม และผลประโยชน์ปัจจุบันสุทธิที่เกิดขึ้น

แก่กลุ่มบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในสังคมในทางเศรษฐกิจ ซึ่งกล่าวได้ว่า SROI เป็นเครื่องมือที่ช่วยตีความ “คุณค่า” ของโครงการเพื่อสังคมเป็น “มูลค่า” ทางการเงิน เพื่อให้ง่ายต่อการสื่อสารแก่สังคมและหน่วยงานผู้จัดสรรทุน

(1) ผลตอบแทนที่เกิดขึ้นเชิงสิ่งแวดล้อม คือ ผลตอบแทนที่เกิดขึ้นกับกลุ่มบุคคลที่กิจกรรมเข้าไปสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงคุณภาพของสิ่งแวดล้อมในสังคม อาทิ คุณภาพอากาศดีขึ้น สารเคมีตกค้างลดลง ผลตอบแทนในรูปแบบนี้ ต้องแปลงค่าผ่าน financial proxy ก่อน

(2) ผลตอบแทนที่เกิดขึ้นเชิงสังคม คือ ผลตอบแทนที่เกิดขึ้นกับกลุ่มบุคคลที่กิจกรรมเข้าไปสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงคุณภาพของมนุษย์ อาทิ คนในสังคมมีการศึกษาดีขึ้น มีความสุขมากขึ้น ผลตอบแทนในรูปแบบนี้ ต้องแปลงค่าผ่าน financial proxy ก่อน

(3) ผลตอบแทนทางสังคมในทางเศรษฐกิจ คือ ผลตอบแทนที่เกิดขึ้นกับกลุ่มบุคคลที่กิจกรรมเข้าไปสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงรายได้ อาทิ คนในสังคมมีรายได้เพิ่มมากขึ้น รายขึ้น เป็นผลตอบแทนในรูปแบบเชิงตลาดผลตอบแทนในรูปแบบนี้ไม่ต้องแปลงค่าผ่าน financial proxy

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการประเมินผลกระทบทางสังคมหรือ sroi ของโครงการใดโครงการหนึ่ง จำเป็นต้องพิจารณาผลตอบแทนเชิงสิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ โดยการหาผลตอบแทนเชิงสิ่งแวดล้อมและสังคมผ่านค่าแทนทางการเงิน (financial proxy) เพื่อหามูลค่าตลาดของผลตอบแทนดังกล่าว สำหรับผลตอบแทนในรูปแบบเชิงตลาดหรือด้านเศรษฐกิจที่มีมูลค่าเชิงตลาดอยู่แล้ว ไม่ต้องแปลงค่าผ่านค่าแทนทางการเงิน

3. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change: TOC) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง หมายถึง การตอบคำถาม “กิจการนี้มอบคุณค่าอะไร ให้กับสังคมบ้าง?” คือ “ถ้าไม่มีกิจการนี้อยู่ ผลลัพธ์ทางสังคมนี้จะไม่เกิดขึ้น” อย่างชัดเจนที่สุดและเป็นรูปธรรม การเขียนทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทำได้หลายแบบ วิธีหนึ่งคือ สื่อสารเป็นประโยคในรูป “ถ้า....แล้ว” จะมีอะไรเปลี่ยนแปลงโดยเพิ่มขึ้นหรือลดลง ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่ดีคือ ทฤษฎีที่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนว่า เมื่อกิจการตั้งขึ้นมาแล้ว กิจการจะทำอะไรเป็นหลัก แล้วปัญหาสังคมด้านใดที่จะเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน และผู้มีส่วนได้เสียกลุ่มไหนที่จะได้ประโยชน์ ถ้าอธิบายไม่ได้ก็แสดงว่ากิจการนั้นไม่ได้สร้างความเปลี่ยนแปลงใดๆ ต่อสังคม (สฤณี และภัทราพร, 2563) กล่าวได้ว่า ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเป็นเครื่องมือการวิจัยในการวัดผลตอบแทนทางสังคมของโครงการ โดยมีสมมติฐานที่ว่า “ถ้าโครงการดังกล่าวเกิดขึ้นแล้ว จะทำให้เกิดผลใดตามมบ้าง” สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีสมมติฐานว่า “ถ้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใด มีโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาคูหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนแล้ว จะทำให้ความสูญเสียจากอุบัติเหตุที่บริเวณดังกล่าวลดลง และประชาชนที่อยู่อาศัยในชุมชนนั้น จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น”

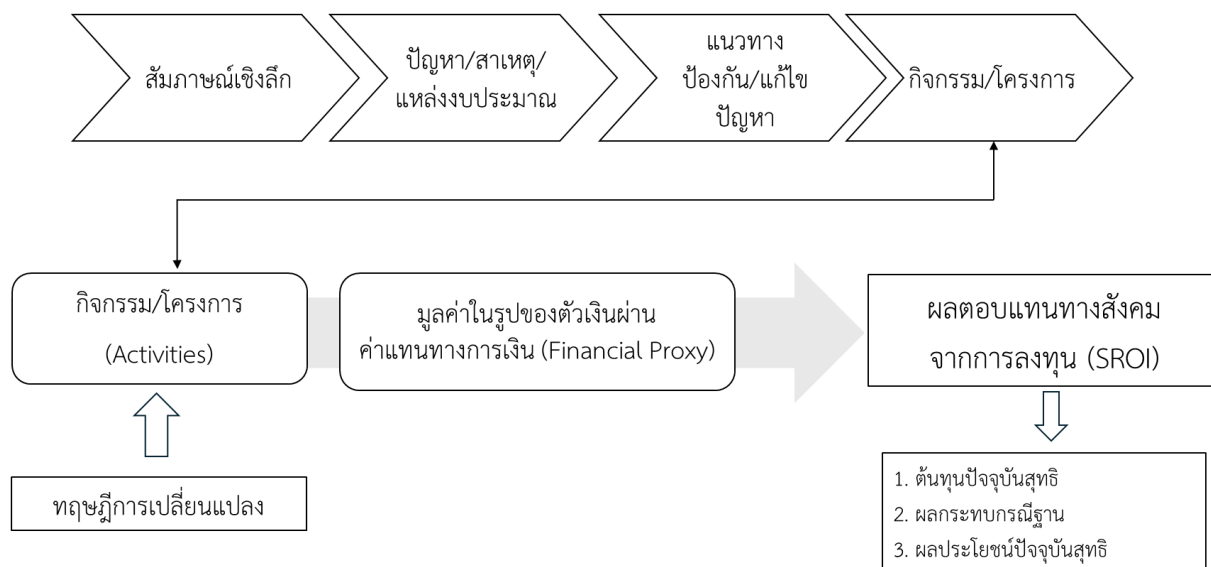
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโครงการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนที่ สสส. ใช้ในแผนงานนี้ตั้งแต่ปี 2544 - 2553 เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 1,454,270,595 บาท ขณะที่ผลลัพธ์พิจารณาว่า จะเกิดขึ้นหลังจากเริ่มดำเนินการ 1 ปี ตั้งแต่ปี 2545 - 2553 พบว่า สามารถหลีกเลี่ยงการเสียชีวิต (avoidable death) จากอุบัติเหตุทางถนนได้ 66,614 ราย ซึ่งเมื่อคำนวณจากมูลค่าความสูญเสียเฉลี่ยจากอุบัติเหตุจราจรกรณีที่มีผู้เสียชีวิต 1 ราย จากการศึกษาในปี 2550 เมื่อคิดมูลค่าเงินในปี 2553 ปรับด้วยดัชนีราคาผู้บริโภคทั่วไป (CPI) มีค่าเท่ากับ 5,685,262 บาท คิดเป็นมูลค่ารวมทั้งสิ้น 378,718,009,856 บาท ผลตอบแทนทางสังคมของการศึกษานี้ มาจากการคิดสัดส่วนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นที่มีผลมาจากการดำเนินงานของ สสส. ร้อยละ 50 ซึ่งทำให้ค่า

ของผลตอบแทนทางสังคม SROI เท่ากับ 1 : 130 อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้นำผลลัพธ์จากการบาดเจ็บที่ไม่เสียชีวิตมาคำนวณประกอบด้วย (ศุภกร, 2565)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา เรื่อง ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน: โครงการป้องกันและแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟ กับถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม) ดังนี้



รูป 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

จากรูป 1 ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการศึกษาการป้องกันและแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนในพื้นที่จังหวัดนครปฐม จากการเก็บ ข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้แทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งสรุปประเด็นสำคัญจากการสัมภาษณ์ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุบริเวณดังกล่าวต่อไป สำหรับในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้กำหนดให้องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ คัดเลือกกิจกรรม/โครงการในการดำเนินงาน เพื่อลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟ กับถนนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งการดำเนินการคัดเลือกกิจกรรม/โครงการดังกล่าว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจะตั้ง องค์การความคุ้มค่าของการใช้จ่ายงบประมาณในการลงทุนในโครงการดังกล่าวด้วย เนื่องจากเป็นการลงทุนในโครงการภาครัฐ ที่ไม่ได้พิจารณาเฉพาะความคุ้มค่า ของงบประมาณที่เกิดขึ้นเพียงอย่างเดียว แต่ต้องนำผลตอบแทนทางสังคมที่เกิดขึ้นจากโครงการ ดังกล่าวมาพิจารณาด้วย ดังนั้น จึงเชื่อมโยงไปยังส่วนที่สองของกรอบแนวคิด คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องประเมิน ผลตอบแทนทางสังคมจากโครงการดังกล่าวด้วย เพื่อหาว่าโครงการที่เกิดขึ้นมีความคุ้มค่าและมีความเหมาะสมในการที่จะ ดำเนินการโดยใช้จ่ายงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไปในอนาคตหรือไม่

ระเบียบวิธีการวิจัย

1. การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนโครงการ (SROI)

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) คือการนำผลลัพธ์ทางสังคมมาคำนวณหามูลค่าเป็นตัวเงิน แล้วเปรียบเทียบกับมูลค่าทางการเงินของต้นทุนที่ใช้ไปในการดำเนินโครงการ เพื่อประเมินว่าโครงการหรือองค์กรสร้างผลลัพธ์ทางสังคมคิดเป็นมูลค่าเท่าไร ต่อเงินทุก 1 บาทที่ลงทุนไป (สถณี และภัทรพร, 2563) หรือกล่าวได้ว่าการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน ช่วยทำให้คนทำงานด้านสังคมทราบมูลค่า “ผลประโยชน์สุทธิของโครงการ” ในรูปของตัวเงิน (เศรษฐภูมิ และคนอื่นๆ, 2565)

1.1 ค่าแทนทางการเงิน (financial proxy) เป็นการแปลงผลลัพธ์ทางสังคมที่ไม่มีราคาตลาดให้ออกมาเป็นมูลค่า (บาท) หรือกล่าวได้ว่า ผลลัพธ์ทางสังคมมีคุณค่า แต่ไม่มีราคาตลาด จึงไม่สามารถซื้อขายได้ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ หากผลตอบแทนหรือผลกระทบทางสังคมของโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก มีมูลค่าทางการเงินหรือปรากฏในราคาตลาดอยู่แล้ว (อาทิ รายได้ต่อปี, งบประมาณในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม) สามารถใช้ราคาดังกล่าว คำนวณผลตอบแทนหรือผลกระทบทางสังคมได้เลย หากผลตอบแทนหรือผลกระทบทางสังคมใดที่มีคุณค่าหรือมูลค่า แต่ยังไม่ปรากฏในราคาตลาด ผู้วิจัยจำเป็นต้องหาค่าแทนทางการเงินจากการอ้างอิงข้อมูลจากรายงานการวิจัย (อาทิ ข้อมูลประมาณการมูลค่าความสูญเสียของผู้เสียชีวิตต่อราย อ้างอิงมาจากสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย หรือ TDRI)

1.2. ผลกระทบจากกรณีฐาน (base case scenario) เป็นการพิจารณาว่าผลลัพธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากโครงการที่ทำประมาณเท่าใด การสร้างกรณีฐานในการประเมินผลกระทบ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ประเมินทราบถึงความน่าจะเป็นที่ผลกระทบทางสังคมที่อาจจะเกิดขึ้นจากกรณีอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับโครงการ ป้องกันไม่ให้เกิดการประเมินผลลัพธ์ที่เกินจริง รวมถึงช่วยให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงสุทธิที่อาจเกิดจากโครงการอย่างแท้จริง การวิเคราะห์กรณีฐาน ประกอบไปด้วย ผลลัพธ์ส่วนเกิน (deadweight) ผลลัพธ์จากปัจจัยอื่น (attribution) และผลลัพธ์ทดแทน (displacement) มีรายละเอียดดังนี้

ผลลัพธ์ส่วนเกิน หมายถึง ผลลัพธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นอยู่ดีแต่ไม่มีองค์กรไหนทำ ถึงไม่ทำก็ไม่เกิดผลกระทบ (เศรษฐภูมิ และคนอื่นๆ, 2565) หรือมีสาเหตุอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการควบคุมที่ทำให้ผลลัพธ์ทางสังคมเกิดขึ้นได้เช่นกัน (สถณีและภัทรพร, 2563)

ผลลัพธ์จากปัจจัยอื่น หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานหน่วยงาน/โครงการอื่นที่ร่วมส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทางสังคม (เศรษฐภูมิ และคนอื่นๆ, 2565) หรือยอมรับว่าองค์กรอื่นๆ มีส่วนร่วมในการสร้างผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกันได้ หรือโครงการ/กิจการของเราไม่ได้ทำงานในเรื่องนั้นๆ เพียงลำพัง มีหน่วยงานอื่นๆ ทำงานเพื่อสร้างผลลัพธ์ทางสังคมในโครงการดังกล่าวด้วย

ผลลัพธ์ทดแทน หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเชิงบวกกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มหนึ่ง แต่ส่งผลกระทบเชิงลบกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มหนึ่ง หรือกล่าวได้ว่า เกิดผลกับกลุ่มเรา แต่ไปสร้างผลกระทบทางลบให้กับกลุ่มอื่น (เศรษฐภูมิ และคนอื่นๆ, 2565)



สูตรในการคำนวณผลตอบแทนของโครงการ สามารถเขียนได้ดังนี้

$$SROI = \frac{\text{มูลค่าปัจจุบันสุทธิผลประโยชน์ทั้งหมด} - \text{ผลกระทบจากกรณีฐาน}}{\text{มูลค่าปัจจุบันสุทธิของเงินลงทุนโครงการ}}$$

ผลกระทบจากกรณีฐาน

- ผลลัพธ์จากปัจจัยอื่นๆ
- ผลลัพธ์ส่วนเกิน
- ผลลัพธ์ทดแทน

สามารถเขียนในรูปแบบของสมการทางคณิตศาสตร์ได้ดังนี้

$$SROI = \frac{\sum_{t=0}^T B_t / (1+r)^t}{\sum_{t=0}^T C_t / (1+r)^t} > 1 \quad (1)$$

โดยที่ B_t หมายถึง ผลประโยชน์ของการดำเนินโครงการในปีที่ 0 ถึงปีที่ T
 C_t หมายถึง ต้นทุนหรืองบประมาณในการดำเนินโครงการในปีที่ 0 ถึงปีที่ T
 r หมายถึง อัตราคิดลดของโครงการ (ในที่นี้กำหนดให้อัตราคิดลด เท่ากับ 5%)

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ จากแหล่งข้อมูลดังนี้

2.1 ข้อมูลปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องหลัก อาทิ คณะอนุกรรมการกลั่นกรองการอนุญาตและการแก้ไขปัญหาคัดตัดทางรถไฟกับถนนระดับจังหวัด เนื่องจากเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคัดตัดทางรถไฟ รวมถึงมีงบประมาณในการดำเนินงานดังกล่าว และคณะทำงานวิเคราะห์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัด ที่มีหน้าที่ตรวจสอบติดตามสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ เพื่อนำมาวิเคราะห์และหาทางป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียในอนาคต ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลในการเปิดเผยข้อมูลและผลการวิเคราะห์ในภาพรวมในขณะที่ยังไม่ระบุชื่อแล้ว โดยข้อมูลที่คุณวิจัยนำเสนอจะไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานและการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลในอนาคต

2.2 ข้อมูลทุติยภูมิ ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร บทความ รายงานการประชุม รายงานการวิจัย รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องและค้นคว้าหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต เพื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน

3. วิธีการวิจัย

3.1 ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านการสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งวิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้แทนจากหน่วยงานคณะทำงานด้านความปลอดภัยทางถนนของจังหวัด รวม 8 ราย ประกอบด้วยผู้แทนจากคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการอนุญาตและการแก้ไขปัญหาคัดตัดทางรถไฟกับถนนระดับจังหวัด จำนวน 5 ราย ได้แก่ (1) สารวัตรแขวงบำรุงทางนครปฐม (2) ขนส่งจังหวัดนครปฐม (3) แขวงทางหลวงนครปฐม (4) แขวงทางหลวงชนบทนครปฐม และ (5) ท้องถิ่นจังหวัดนครปฐม และผู้แทนจากคณะทำงานวิเคราะห์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัด จำนวน 3 ราย ได้แก่ (1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม (2) โรงพยาบาลนครปฐม และ (3) บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจำกัด สาขานครปฐม ทั้งนี้

เพื่อรวบรวมข้อมูลในส่วนของแผนงาน/กิจกรรม/งบประมาณในการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณทางรถไฟกับถนนในพื้นที่จังหวัดนครปฐม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานดังกล่าว โดยผู้วิจัยได้ออกแบบสอบถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง จำนวน 2 ชุด เพื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

3.2 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 เป็นผู้แทนจากหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องโดยตรง คือ แขวงบำรุงทางนครปฐม การรถไฟแห่งประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลคือ สารวัตรแขวงบำรุงทางนครปฐม ในฐานะอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ คณะอนุกรรมการกลั่นกรองและแก้ไขปัญหาจุดตัดทางรถไฟกับถนนจังหวัดนครปฐม

3.3 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 เป็นผู้แทนจากหน่วยงานคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการอนุญาตและการแก้ไข ปัญหาจุดตัดทางรถไฟกับถนนจังหวัดนครปฐม รวม 4 หน่วยงาน ประกอบด้วยขนส่งจังหวัดนครปฐม แขวงทางหลวง นครปฐม แขวงทางหลวงชนบทนครปฐม และท้องถิ่นจังหวัดนครปฐม และคณะทำงานวิเคราะห์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน ระดับจังหวัด จำนวน 3 หน่วยงาน คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลนครปฐม และบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด สาขานครปฐม

3.4 ผู้วิจัยได้กำหนดสถานการณ์สมมติในการดำเนินโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาจุดตัดทางรถไฟกับถนน ในพื้นที่จังหวัดนครปฐม วัตถุประสงค์ของโครงการ ช่วงระยะเวลาที่ดำเนินโครงการ งบประมาณในการดำเนินการ รวมถึง ขั้นตอนในการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากโครงการดังกล่าว รายละเอียดดังนี้

3.5 สมมติให้ผู้วิจัยคัดเลือกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดนครปฐม จำนวน 1 แห่ง ที่มีโครงการ ที่จะได้รับการพิจารณางบประมาณดำเนินการในระยะปานกลาง จากกระทรวงคมนาคม ยกตัวอย่างจุดตัดทางรถไฟถนน ทหารบก 15 อำเภอเมืองนครปฐม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุในบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนน ในพื้นที่ (เนื่องจากมีปริมาณการจราจรหนาแน่น ผู้วิจัยสมมติให้มีผู้เสียชีวิตในบริเวณดังกล่าว เฉลี่ยปีละ 5 คน) และเพื่อ ประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากโครงการดังกล่าวว่ามีความคุ้มค่าในการใช้งบประมาณในการดำเนินงานหรือไม่ โดยมี ระยะเวลาในการดำเนินการ รวม 10 ปี (ตั้งแต่ปี 2569 – 2578)

3.6 วิธีการแก้ปัญหาดังกล่าวคือ สร้างเครื่องกั้นอัตโนมัติในราคา 6,000,000 บาท ตั้งแต่ปี 2571 (อ้างอิง จากกำหนดราคากลางมาตรฐานเพื่อการพิจารณาอนุญาตจัดทำจุดตัดทางรถไฟกับถนน สำหรับปีงบประมาณ 2567-2571 (การรถไฟแห่งประเทศไทย, 2566) แต่ทั้งนี้ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ดำเนินการจัดหา งบประมาณในการบำรุงรักษา จำนวน 400,000 บาทต่อปี ตั้งแต่ปี 2572 เป็นต้นไป ตามลำดับ

3.7 สมมติให้ในระหว่างที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งดังกล่าว กำลังรออนุมัติสนับสนุนจากกรมการ ขนส่งทางราง เพื่อสร้างเครื่องกั้นอัตโนมัติ กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ จัดหาบุคลากรหรือ อปพร. มาเฝ้า ระวังหรือเป็นเวรยาม เป็นระยะเวลา 2 ปี (ปี 2569-2570) โดยมีการเบิกจ่ายตามระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 200,000 ต่อปี เพื่อเป็นการป้องกันและลดอุบัติเหตุในบริเวณทางลัดผ่านดังกล่าว

3.8 สมมติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งดังกล่าว ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วน จังหวัดนครปฐม ติดตั้งป้ายเตือน และกล้องวงจรปิด (CCTV) พร้อมการบำรุงรักษา รวม 50,000 บาท ในปี 2569

3.9 สมมติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งดังกล่าว ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการดำเนินกิจกรรมโครงการรณรงค์การป้องกันและลดอุบัติเหตุบริเวณจุดตัด ทางรถไฟกับถนนในพื้นที่ จำนวน 100,000 บาท ตั้งแต่ปี 2570 เป็นต้นไป เพื่อสร้างจิตสำนึกให้กับประชาชนในชุมชน หมู่บ้านที่สัญจรไปมาในบริเวณจุดเสี่ยงที่เป็นจุดตัดทางรถไฟกับถนนในบริเวณดังกล่าว



3.10 สมมติให้ในปีที่เริ่มดำเนินโครงการจนถึงปีที่ 2 ของการดำเนินโครงการ (ปี 2569-2570) ยังไม่สามารถลดจำนวนอุบัติเหตุและผู้เสียชีวิตในบริเวณดังกล่าว แต่หลังจากดำเนินการติดตั้งเครื่องกันอัดโนมิตีและเริ่มเปิดใช้งานในปี 2571 จำนวนผู้เสียชีวิตเริ่มลดลงมาเรื่อยๆ จนถึงปี 2574 ซึ่งในปีดังกล่าวจะเป็นปีแรกที่ไม่มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบริเวณดังกล่าวเลย (ผู้วิจัยสมมติให้ในปี 2571 สามารถ ลดจำนวนผู้เสียชีวิตลงได้ รวม 2 คน ในปี 2572 สามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตลงได้ รวม 3 คน ในปี 2573 สามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตลงได้ รวม 4 คน จนกระทั่งในปี 2574 เป็นต้นไปสามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตลงได้ เฉลี่ยปีละ 5 คน นั่นหมายถึง จะไม่มีผู้เสียชีวิตในบริเวณดังกล่าวอีกเลย)

3.11 สมมติให้โครงการได้รับผลกระทบจากกรณีฐาน เฉพาะผลจากปัจจัยอื่นๆ (ผู้วิจัยสมมติให้โครงการนี้ไม่มีผลกระทบจากผลลัพธ์ส่วนเกินและผลลัพธ์ทดแทน) ผู้วิจัยกำหนดให้มีหน่วยงานอื่นๆ ที่มีบทบาทในการสร้างผลกระทบหรือผลลัพธ์ร่วมกับโครงการดังกล่าวด้วย ประกอบไปด้วยคณะทำงานของจังหวัด การรถไฟแห่งประเทศไทย และชาวบ้านในพื้นที่ โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาจากโครงการโดยตรง คิดเป็นร้อยละ 40 เป็นผลลัพธ์ที่มาจากการดำเนินงานของคณะทำงานของจังหวัด (คณะอนุกรรมการกลั่นกรองการอนุญาตและการแก้ไขปัญหาจุดตัดทางรถไฟกับถนนจังหวัดนครปฐม และคณะทำงานวิเคราะห์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัด) คิดเป็นร้อยละ 20 เป็นผลลัพธ์ที่มาจากการดำเนินงานของการรถไฟแห่งประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 30 และเป็นผลลัพธ์ที่มาจากการดำเนินงานของชาวบ้านในพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 10

3.12 การพิจารณาผลประโยชน์ของโครงการ ผู้วิจัยกำหนดผลประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนน โดยกำหนดให้ผู้เสียชีวิต 1 คน มีมูลค่าความสูญเสียรายละ 6.7 ล้านบาท (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2567) กล่าวได้ว่า หากลดจำนวนผู้เสียชีวิตลงได้ 1 คน จะทำให้ลดความสูญเสียที่เกิดขึ้นได้จำนวน 6.7 ล้านบาท ส่วนที่สองเป็นผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการจ้างบุคคลภายนอกมาเฝ้าระวังในบริเวณดังกล่าว ทำให้เกิดการจ้างงานสร้างรายได้ให้แก่ชาวบ้านหรือชุมชนในท้องถิ่น

3.13 สำหรับการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากโครงการ (SROI) ดังกล่าว ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการประเมิน SROI เป็นไปตามสมการคณิตศาสตร์ข้างต้น และใช้โปรแกรมคำนวณ SROI จากวิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ผลตอบแทนจากการลงทุนในโครงการดังกล่าว

ผลการวิจัย

โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (กรณีศึกษาจังหวัดนครปฐม) มีระยะการดำเนินการ 10 ปี เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2569 - 2578 ผู้วิจัยได้คำนวณมูลค่าผลประโยชน์ปัจจุบันสุทธิ โดยใช้อัตราคิดลดร้อยละ 5 และปรับมูลค่า ณ ปีฐาน 2569 จากการคำนวณพบว่า มีการใช้งบประมาณทั้งหมด 10,150,000 บาท มูลค่าปัจจุบันของต้นทุนรวม เท่ากับ 8,692,799.73 บาท มูลค่าปัจจุบันของสังคมก่อนหักลบต้นทุนโครงการและก่อนหักลบมูลค่ากรณีฐาน เท่ากับ 171,278,917.50 บาท มูลค่าปัจจุบันของผลกระทบกรณีฐาน เท่ากับ 95,240,547.78 บาท มูลค่าผลประโยชน์ปัจจุบันสุทธิที่เกิดขึ้นแก่สังคมจากเงินลงทุนของโครงการก่อนหักลบต้นทุน เท่ากับ 76,038,369.72 บาท มูลค่าผลประโยชน์ปัจจุบันสุทธิของโครงการเท่ากับ 67,345,569.99 บาท และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) เท่ากับ 8.75 ซึ่งมีค่า SROI มากกว่า 1 กล่าวได้ว่า ตามข้อสมมติฐานของการวิจัยดังกล่าวมีความคุ้มค่าและมีความเหมาะสมที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจุดตัดทางรถไฟกับถนนในพื้นที่



ตาราง 2 การคำนวณต้นทุนของโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดนครปฐม

ปี	2569	2570	2571	2572	2573	2574	2575	2576	2577	2578
ต้นทุนโครงการ (Cost)										
ต้นทุนโครงการรายการที่ 1 งบประมาณในการสร้างเครื่องกั้นอัตโนมัติและ การบำรุงรักษา (ต่อปี)			6,000,000.00	400,000.00	400,000.00	400,000.00	400,000.00	400,000.00	400,000.00	400,000.00
ต้นทุนโครงการรายการที่ 2 งบประมาณท้องถิ่นในการจัดจ้าง บุคคลภายนอกมาเฝ้าระวังจุดเสี่ยง (ต่อปี)	200,000.00	200,000.00								
ต้นทุนโครงการรายการที่ 3 งบประมาณในการติดตั้งป้ายเตือน และ กล้องโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV)	50,000.00									
ต้นทุนโครงการรายการที่ 4 งบประมาณในการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ ในชุมชน (ต่อปี)		100,000.00	100,000.00	100,000.00	100,000.00	100,000.00	100,000.00	100,000.00	100,000.00	100,000.00
รวม (cost)	250,000.00	300,000.00	6,100,000.00	500,000.00	500,000.00	500,000.00	500,000.00	500,000.00	500,000.00	500,000.00
ต้นทุนปัจจุบันสุทธิ (present cost)	250,000.00	285,714.29	5,532,879.82	431,918.80	411,351.24	391,763.08	373,107.70	355,340.67	338,419.68	322,304.46
ต้นทุนรวมปัจจุบัน (total present cost)	8,692,799.73									

ที่มา: คำนวณโดยผู้วิจัย



ตาราง 3 การคำนวณผลกระทบกรณีฐานของโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่
จังหวัดนครปฐม

ปี	2569	2570	2571	2572	2573	2574	2575	2576	2577	2578
ผลกระทบกรณีฐาน (base case impact)										
ผลกระทบกรณีฐานหมวดที่ 1 ผลจากปัจจัยอื่นๆ (attribution)										
รายการที่ 1 คณะทำงานของจังหวัด มีบทบาทในการ สร้างผลกระทบร่วมด้วย (พิจารณาแล้วให้ค่าร้อยละ 20)				4,020,000.00	5,360,000.00	6,700,000.00	6,700,000.00	6,700,000.00	6,700,000.00	6,700,000.00
รายการที่ 2 กฟท. มีบทบาทในการสร้างผลกระทบ ร่วมด้วย (พิจารณาแล้วให้ค่าร้อยละ 30)				6,030,000.00	8,040,000.00	10,050,000.00	10,050,000.00	10,050,000.00	10,050,000.00	10,050,000.00
รายการที่ 3 ชาวบ้าน มีบทบาทในการสร้างผลกระทบ ร่วมด้วย (พิจารณาแล้วให้ค่าร้อยละ 10)				2,010,000.00	2,680,000.00	3,350,000.00	3,350,000.00	3,350,000.00	3,350,000.00	3,350,000.00
ผลกระทบกรณีฐานหมวดที่ 2 ผลลัพธ์ส่วนเกิน (deadweight) (ไม่มี)										
ผลกระทบกรณีฐานหมวดที่ 3 ผลลัพธ์ทดแทน (displacement) (ไม่มี)										
รวม (base case impact)				12,060,000.00	16,080,000.00	20,100,000.00	20,100,000.00	20,100,000.00	20,100,000.00	20,100,000.00
ผลกระทบกรณีฐานปรับเป็นมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (present base case impact)				10,417,881.44	13,229,055.79	15,748,875.95	14,998,929.47	14,284,694.74	13,604,471.18	12,956,639.22
ผลกระทบกรณีฐานมูลค่ารวมปัจจุบัน (total present base case impact)	95,240,547.78									

ที่มา: คำนวณโดยผู้วิจัย



ตาราง 4 การคำนวณผลประโยชน์ของโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาคูบิตเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดนครปฐม

ปี ผลประโยชน์ของโครงการ (benefit)	2569	2570	2571	2572	2573	2574	2575	2576	2577	2578
ผลประโยชน์ 1 ผลประโยชน์จากการลด ความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนน (ผู้เสียชีวิต 1 คน จะสูญเสียเสียรายได้ รายละเอียด 6.7 ล้านบาท)			13,400,000.00	20,100,000.00	26,800,000.00	33,500,000.00	33,500,000.00	33,500,000.00	33,500,000.00	33,500,000.00
ผลประโยชน์ 2 ผลประโยชน์จากการจ้าง งานในพื้นที่ สร้างรายได้ให้คนในท้องถิ่น	200,000.00	200,000.00								
รวม (total)	200,000.00	200,000.00	13,400,000.00	20,100,000.00	26,800,000.00	33,500,000.00	33,500,000.00	33,500,000.00	33,500,000.00	33,500,000.00
ผลประโยชน์ปัจจุบันสุทธิ (present benefit)	200,000.00	190,476.19	12,154,195.01	17,363,135.73	22,048,426.32	26,248,126.58	24,998,215.79	23,807,824.56	22,674,118.63	21,594,398.69
รวมผลประโยชน์ปัจจุบันสุทธิ (total present benefit)	171,278,917.50									
ผลประโยชน์รวม (total benefit) - ต้นทุนรวม (total cost) - ผลกระทบกรณีฐาน (base case impact)	-50,000.00	-100,000.00	7,300,000.00	7,540,000.00	10,220,000.00	12,900,000.00	12,900,000.00	12,900,000.00	12,900,000.00	12,900,000.00
มูลค่าปัจจุบัน (present value)	-50,000.00	-95,238.10	6,621,315.19	6,513,335.49	8,408,019.29	10,107,487.55	9,626,178.62	9,167,789.16	8,731,227.77	8,315,455.02
ผลประโยชน์ปัจจุบันสุทธิ (total present benefit) หลังหักลบ กรณีฐาน (base case impact)	67,345,569.99									

ที่มา: คำนวณโดยผู้วิจัย

สรุปผลการศึกษา

1. จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งการวิเคราะห์ ออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1.1 สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนในพื้นที่

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้แทนของแต่ละหน่วยงานที่ให้ข้อมูลมีความเห็นสอดคล้องและเป็นไปตามแนวทางเดียวกันว่า เกิดจากพฤติกรรมของผู้ขับขี่เป็นอันดับแรก เนื่องจากผู้ขับขี่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร ประมาทเลินเล่อ รองลงมาคือ สภาพแวดล้อมของบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนหรือลักษณะทางกายภาพของทางลัดผ่าน ไม่ว่าจะเป็นการไม่มีป้ายเตือนให้ระวังรถไฟ มีการบดบังทัศนวิสัยในบางแห่ง เป็นต้น

1.2 หน่วยงานรับผิดชอบหลักที่ดำเนินการจัดทำโครงการและสนับสนุนงบประมาณ

ปัจจุบันหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนจังหวัดนครปฐม คือ แขวงบำรุงทางนครปฐม ในสังกัดการรถไฟแห่งประเทศไทย รวมถึงหน่วยงานในสังกัดกระทรวงคมนาคม เช่น แขวงทางหลวงนครปฐม และแขวงทางหลวงชนบทนครปฐม ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีงบประมาณในการดำเนินการตามพื้นที่ที่รับผิดชอบ หากทางลัดผ่านโดยอยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานดังกล่าว หน่วยงานนั้นๆ จะเป็นผู้ดำเนินการรับผิดชอบในการดำเนินการแก้ไขหรือปรับปรุงลักษณะทางกายภาพของบริเวณทางลัดผ่านดังกล่าวต่อไป

1.3 ปัญหาอุปสรรคที่พบในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจุดตัดทางรถไฟกับถนนในพื้นที่

(1) ข้อระเบียบที่ยังไม่เอื้อต่อการดำเนินการในการใช้งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ยังไม่มีหนังสือหรือระเบียบให้ปฏิบัติในการสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันและแก้ไขปัญหาบริเวณทางลัดผ่าน ในพื้นที่ หากใช้งบประมาณไปแล้ว อาจจะมีปัญหาเรื่องของการตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณตามมาในภายหลัง

(2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ไม่สามารถปิดทางลัดผ่านได้ เนื่องจากบริเวณดังกล่าวยังคงใช้เป็นทางสัญจรหลักของคนในชุมชน มีการร้องขอจากชุมชนในพื้นที่ไม่ให้เกิดการปิดทางลัดผ่านดังกล่าว หลายครั้งที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ได้ดำเนินการปิดทางลัดผ่านที่ไม่ได้รับอนุญาตไปแล้ว แต่ชาวบ้านในชุมชนก็ยังคงมีการแอบลักใช้ทางลัดผ่านดังกล่าวอยู่ ซึ่งอาจจะนำมาซึ่งความสูญเสียในชีวิตและทรัพย์สินต่อไปได้

กล่าวโดยสรุปคือ แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณทางรถไฟกับถนนในพื้นที่จังหวัดนครปฐม จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในพื้นที่ ควรชี้แจงและทำความเข้าใจกับชาวบ้านในชุมชน ให้ปฏิบัติตามกฎจราจรและหลีกเลี่ยงการใช้ทางลัดผ่านที่ไม่ได้รับอนุญาต เพื่อเป็นการป้องกันและลดความสูญเสียที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเสนอ ของบประมาณจากแหล่งงบประมาณในการสนับสนุน การดำเนินงานจากแหล่งอื่นๆ อาทิ กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) งบพัฒนาจังหวัดหรือกลุ่มจังหวัด งบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนดังกล่าวต่อไป

2. ผลตอบแทนทางสังคมจากโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดนครปฐม จากการประเมินผลตอบแทนทางสังคมของโครงการดังกล่าว ตามข้อสมมติฐานของงานวิจัย ผลการศึกษพบว่า ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI)

เท่ากับ 8.75 ซึ่งมีค่ามากกว่า 1 กล่าวคือ การลงทุนในโครงการดังกล่าว จำนวน 1 บาท สร้างผลตอบแทนทางสังคม จำนวน 8.75 บาท

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนในพื้นที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ขับขี่เป็นหลัก รองลงมาคือสภาพแวดล้อมทางกายภาพของทางลักผ่าน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่า ผู้ขับขี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในบริเวณดังกล่าว รองลงมาเป็นลักษณะทางกายภาพของทางลักผ่าน (กระทรวงคมนาคม, 2566; รัฐพงศ์ ชยุต และศุภิสรรนท, 2563)

สำหรับแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนในพื้นที่จังหวัดนครปฐมอย่างยั่งยืนนั้น ควรกำหนดจำนวนทางลักผ่านที่แท้จริงในบัญชีทำงานของการรถไฟแห่งประเทศไทย และดำเนินการแก้ไขแบบบูรณาการกับทุกภาคส่วนผ่านกลไกของคณะกรรมการกลั่นกรองแก้ไขปัญหาดังกล่าวระดับจังหวัด หรือคณะทำงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวระดับอำเภอ รวมถึงร่วมกันจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างทางการรถไฟแห่งประเทศไทย กับหน่วยงานเจ้าของถนนให้ดำเนินการติดตั้งเครื่องกั้นถนนในทุกจุดตัดทางลักผ่านเสมอระดับที่เห็นสมควรเป็นทางผ่านที่ได้รับอนุญาตอย่างถูกต้อง หรือหน่วยงานเจ้าของถนนอำนวยความสะดวก จัดให้มีคนขึ้นแผงกั้นการจราจรในทางลักผ่านแบบผ่อนปรนตามความเห็นชอบของคณะกรรมการกลั่นกรองแก้ไขปัญหาดังกล่าวระดับจังหวัด รวมทั้งเฝ้าระวังไม่ให้เกิดทางลักผ่านนอกบัญชีทำงานของการรถไฟแห่งประเทศไทยขึ้นอีกเด็ดขาด

กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กที่มีรายได้น้อย ไม่มีงบประมาณเพียงพอในการดำเนินงานในบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนน หรือทางลักผ่านในพื้นที่ จากปัญหาดังกล่าวได้ผ่านการประชุมคณะกรรมการกลั่นกรองการอนุญาตและแก้ไขปัญหาดังกล่าวทางรถไฟกับถนนจังหวัดนครปฐมในการประชุมหลายครั้ง ทั้งนี้ มติที่ประชุมได้แจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ดำเนินการปิดทางลักผ่านที่ไม่ได้รับการอนุญาต เพื่อป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุในบริเวณดังกล่าว และทำความเข้าใจกับคนในชุมชนให้รับรู้และตระหนักถึงความปลอดภัยในการสัญจรไปมาในบริเวณทางลักผ่านดังกล่าว สำหรับการใช้จ่ายงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหาบุคลากร บำรุงถนน เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ที่ช่วยในการป้องกันอุบัติเหตุบริเวณดังกล่าวหรือการขอรับการสนับสนุนงบประมาณไปยังหน่วยงานที่ให้ทุน ควรศึกษาถึงกฎหมายหรือหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความราบรื่นและไม่ขัดต่อระเบียบปฏิบัติในการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอนาคต

เมื่อพิจารณาถึงผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนในโครงการดังกล่าว เท่ากับ 8.75 หรือค่าของผลตอบแทนทางสังคม SROI เท่ากับ 1 : 8.75 หมายถึง ทุกๆ เงินลงทุน 1 บาทที่ได้ลงทุนไปนั้น สามารถสร้างผลตอบแทนกลับมาเป็นจำนวนเงิน 8.75 บาท กล่าวได้ว่า โครงการดังกล่าวมีความคุ้มค่าและมีความเหมาะสมที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนในพื้นที่ ทั้งนี้ โครงการดังกล่าวได้คิดสัดส่วนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมาจากการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของการลงทุน ในโครงการต่างๆ ทั้งโครงการภาครัฐและเอกชนที่มีค่า SROI มากกว่า 1 (คณิตา, 2566; ณัชชาภักย์, 2564; วีระชาติ, 2566) และเมื่อเทียบกับการวัดผลตอบแทนทางสังคมในโครงการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยของสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า ผลตอบแทนทางสังคมของ สสส. มีค่า SROI เท่ากับ 1 : 130 (ศุภกร, 2565)



ทั้งนี้ การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนในโครงการดังกล่าว ผู้วิจัยใช้การประมาณค่าตัวเลขจากสมมติฐานการวิจัยและจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทของพื้นที่ที่ต้องการศึกษาและจากการกำหนดค่าสมมติฐานการวิจัยของผู้วิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการคำนวณโดยการสมมติจำนวนผู้เสียชีวิตที่ลดลงได้เพียงอย่างเดียว แต่ไม่ได้นำผลลัพธ์จากการบาดเจ็บและทรัพย์สินมาคำนวณด้วย ดังนั้น ค่า SROI ที่ได้ จะถือเป็นผลลัพธ์ภายใต้ข้อสมมติฐานที่ผู้วิจัยกำหนด จากผลการศึกษาถึงแม้ว่าผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน ในโครงการดังกล่าว จะมีค่ามากกว่า 1 ก็ตาม แต่ถึงกระนั้น ผู้วิจัยไม่อาจกล่าวอ้างได้ว่า ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน จะเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินโครงการดังกล่าวได้ทั้งหมด แต่โครงการดังกล่าว ก็ยังมีความจำเป็นที่จะต้องเกิดขึ้น เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1) ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่มีทางลักผ่านที่ยังไม่ได้รับการอนุญาตให้เป็นทางลักผ่านที่ถูกต้องตามกฎหมาย สามารถนำรายงานวิจัยฉบับนี้ไปเป็นแนวทางหนึ่งในการเข้าพิจารณาในที่ประชุมผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นตัวอย่างในการเขียนขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่มีงบประมาณต่อไปได้ อาทิ การบรรจุแผนด้านความปลอดภัยทางถนนบริเวณจุดตัดทางรถไฟไปในงบประมาณในการติดตั้งเครื่องกั้นหรือปรับปรุงภูมิทัศน์ การจัดให้มีบริการสาธารณะระหว่างรอติดตั้งเครื่องกั้น เป็นต้น ทั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำไปต่อยอดหรือปรับเปลี่ยนกิจกรรมโครงการในด้านต้นทุนหรือผลประโยชน์ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

2) สำหรับการศึกษาในครั้งต่อไป ผู้ที่มีความสนใจในการศึกษาด้านนี้ อาจจะมีการเก็บข้อมูลประกอบ การทำวิจัยทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ รวมถึงทำการศึกษาในส่วนของผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment: SIA) จากโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุบริเวณจุดตัดทางรถไฟกับถนนเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มมิติในการทำวิจัยศึกษาในเรื่องดังกล่าวต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถนำไปต่อยอดหรือปรับเปลี่ยนสถานการณ์สมมติในการวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และบริบทของโครงการที่จะศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการขนส่งทางราง. (2568). รายงานการประชุมคณะกรรมการร่วมพิจารณาการขออนุญาตและการแก้ไขปัญหาจุดตัดทางรถไฟกับถนน ครั้งที่ 1/2568. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2568, จาก <https://www.drt.go.th/>
- กระทรวงคมนาคม. (2566). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2566. สืบค้นเมื่อ 31 กรกฎาคม 2568, จาก <https://www.otp.go.th/post/view/10457>
- การรถไฟแห่งประเทศไทย. (2566). กำหนดราคากลางมาตรฐานเพื่อการพิจารณาอนุญาตจัดทำจุดตัดทางรถไฟกับถนนสำหรับปีงบประมาณ 2567–2571. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2568 จาก <https://www.railway.co.th/home/Index>
- คณิสรา ศิริพงษ์. (2566). ผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) จากการลงทุนโครงการของภาครัฐ กรณีศึกษาโครงการฟื้นฟูเมืองชุมชนดินแดง (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ณัชชาทิพย์ ฉันทะไท. (2564). ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนของโรงแรมรักษ์สิ่งแวดล้อมชายทะเลในประเทศไทย



- ไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาบัตรชั้นมหาบัณฑิต สาขาบัญชี คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี).
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- รัฐพงศ์ มีสิทธิ์, ชยุต อภิชนันท์กุล, และ ศุภิสรรนธ์ เรืองเสนา. (2563). การวิเคราะห์อุบัติเหตุ ณ จุดตัดทางรถไฟ
โดยการใช้ทฤษฎีโครงข่าย: Railway level crossing accident analysis using network theory.
วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 7(2), 82–93.
- วิระชาติ สุขสมบูรณ์. (2566). ผลตอบแทนทางสังคมต่อการลงทุน กรณีศึกษาโครงการรับซื้อใบอ้อย (โรงงานไฟฟ้า
ชีวมวลจังหวัดชัยภูมิ) (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยี
การจัดการพลังงานและสิ่งแวดล้อม ภาควิชาวิศวกรรมเคมี). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ศุภกร วรฤทธิ์. (2565). การพัฒนาเกณฑ์การประเมินผลตอบแทนทางสังคมในระบบขนส่งมวลชนทางรางของประเทศ
ไทย (วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการ). มหาวิทยาลัยศิลปากร, นครปฐม.
- ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดนครปฐม. (2559). รายงานการประชุมการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
บริเวณจุดตัดทางรถไฟ เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2559. สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด
นครปฐม, นครปฐม.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2567). การประเมินมูลค่าความสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนของไทย.
สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2568 จาก <https://tdri.or.th/2024/04/wb209/>
- สถณี อาชวานันทกุล, และ ภัทราพร แย้มละออ. (2563). คู่มือการประเมินผลลัพธ์ทางสังคมและผลตอบแทนทาง
สังคมจากการลงทุน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ. (2564). คู่มือการประเมินผลกระทบทางสังคม (Social Impact Assessment: SIA)
และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนโครงการ (Social Return on Investment: SROI) โครงการเพื่อ
สังคม. ปทุมธานี: วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์.
- เศรษฐภูมิ บัวทอง และคณะ. (2565). เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรการประเมินผลกระทบทางสังคม (SIA)
และผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนโครงการ (SROI). ปทุมธานี: วิทยาลัยพัฒนศาสตร์ ป๋วย อึ๊งภากรณ์.



การรับรู้ความเสี่ยงและประสบการณ์ความเจ็บป่วยโรคโควิด-19 ของชุมชนมุสลิม พื้นที่ชานเมือง จังหวัดปัตตานี

(Risk Perceptions And Experiences From COVID-19 of Muslim Community
in the Suburban Area of Pattani)

โดย

ปารุณะ ต้องหุ้ย*, ปิง วิชัยดิษฐ์[†], คณิน หุตานุวัตร[‡] และ อริศรา เจริญปัญญาเนตร[§]

* นักศึกษาสาขามุสลิมศาสตร์และภูมิสารสนเทศ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[†] อาจารย์สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[‡] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขามุสลิมศาสตร์และภูมิสารสนเทศ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[§] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขามุสลิมศาสตร์และภูมิสารสนเทศ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของชุมชนมุสลิมพื้นที่เขตเมือง ชานเมือง และชนบทของจังหวัดปัตตานี โดยเฉพาะเขตเมืองปัตตานีที่มีความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่สูงอันดับ ต้นๆ ของประเทศไทย สอดคล้องกับการขยายตัวของเมืองในห้วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้พื้นที่มีการพัฒนาการ เปลี่ยนแปลงสลับซับซ้อน ไม่ว่าจะเป็นย่านที่อยู่อาศัย ย่านการค้า หน่วยงานราชการ มหาวิทยาลัย หอพัก บ้านพัก ข้าราชการ สวนสาธารณะ ฯลฯ การเปลี่ยนแปลงพื้นที่ทางกายภาพอย่างรวดเร็วมีนัยสัมพันธ์กับวัฒนธรรมการดำรง ชีวิตและการกลายเป็นพื้นที่ชานเมืองของเทศบาลเมืองปัตตานี

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ความเจ็บป่วยจากโควิด-19 ของชาวบ้านที่อยู่อาศัยในพื้นที่ หมู่บ้าน “ทิวสน” อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นพื้นที่มีจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโควิด-19 สูงสุดของเขต อำเภอเมืองปัตตานี ด้วยวิธีศึกษาทางชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) ถึงความแตกต่างหลากหลายของระบบนิเวศ ร่วมกับการตีความประสบการณ์ของผู้ป่วย พร้อมศึกษาเส้นทางของโรคผ่านความทรงจำและการทำงานของกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ช่วงการระบาดสูงสุด การแจกจ่ายวัคซีน และหลังการระบาดของโรค

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตอกย้ำความสำคัญเกี่ยวกับแนวทางการจัดการและการแก้ไขปัญหาความ เหลือมล้ำด้านสาธารณสุขของรัฐ พบว่า ชุมชนมุสลิมชานเมืองแห่งหนึ่งของจังหวัดปัตตานี ต้องเผชิญกับความทำ ทายเกี่ยวกับการแจกจ่ายวัคซีนป้องกันโควิดและศักยภาพของสถานพยาบาลที่ไม่พร้อมต่อการแบกรับจำนวนผู้ป่วย ทั้งในชุมชนและประชากรแฝงจากสถานศึกษา หน่วยงานราชการ ผู้เช่าห้องพักอาศัยชั่วคราว และความซับซ้อนของ ความเจ็บป่วย (complexity of disease) กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนารูปแบบความเสี่ยงทางวัฒนธรรม เฉพาะถิ่น (formations of local risk) ผ่านการตีความทางศาสนา เศรษฐกิจปากท้อง ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคน ความหนาแน่นของที่อยู่อาศัย การเมือง และความขัดแย้งภายในชุมชน

คำสำคัญ : การรับรู้ความเสี่ยง, ประสบการณ์โควิด-19, ชุมชนมุสลิม, พื้นที่ชานเมือง, จังหวัดปัตตานี



Abstract

The COVID-19 pandemic has significantly impacted the lifestyle patterns of Muslim communities in urban, suburban, and rural areas of Pattani Province. Notably, the urban area of Pattani, with one of the highest population densities in Thailand, has undergone overlapping and rapid urban development over the past decades. This has led to transformations in residential zones, commercial areas, governmental offices, universities, dormitories, parks, and other infrastructures. These physical changes are closely linked to evolving lifestyles and the suburbanization of Pattani City Municipality.

This study aims to explore the perceptions and experiences of COVID-19 among residents of the “Till-Son” village of Pattani Province an area with the highest cases and fatalities in the district. Ethnographic methods were employed to examine the diversity of the local ecosystem and interpret patient experiences. The study also investigated the disease pathways through the recollections and activities of village health volunteers (VHVs) during the pandemic's peak, vaccine distribution, and post-pandemic periods.

The COVID-19 outbreak highlighted the state's planning approaches, healthcare inequities, and the challenges faced by under-resourced medical facilities. These facilities struggled to accommodate both local patients and transient populations, including students, government officials, and temporary residents. The complexity of the illness contributed to the development of localized cultural risk patterns, influenced by religious interpretations, economic hardships, interpersonal relationships, housing density, politics, and internal community conflicts.

Keywords: risk perceptions, experiences with COVID-19, Muslim community, suburban area, Pattani



การรับรู้ความเสี่ยงและประสบการณ์ความเจ็บป่วยโรคโควิด-19 ของชุมชนมุสลิม พื้นที่ชานเมือง จังหวัดปัตตานี (Risk Perceptions And Experiences From COVID 19 of Muslim Community in the Suburban Area of Pattani)

บทนำ

การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (coronavirus) ช่วงปลายปี 2562 และการกระจายตัวอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก (องค์การอนามัยโลก, 2563) กลายเป็นปรากฏการณ์วิกฤตสุขภาพและประชากรที่ทำลายทุกมิติ สร้างความหวาดวิตกจากจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยภายใต้บรรยากาศของความสับสนและความไม่แน่นอน สำหรับประเทศไทย นับเป็นหนึ่งในประเทศที่ต้องเผชิญกับผลกระทบของการแพร่ระบาดต่อโครงสร้างทางสังคมและระบบนโยบายสาธารณสุข พร้อมกับการตั้งคำถามต่อมาตรการรัฐและแนวทางการรับมือโรคระบาด เช่น การล็อกดาวน์ การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัย (ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19, 2563) รวมถึงมาตรการด้านวัคซีนและการควบคุมโรค

สำหรับพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ถือเป็นบริบทที่มีความท้าทายซับซ้อน เนื่องจากลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาที่แตกต่างอย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนผ่านบรรทัดฐานทางสังคม การมีส่วนร่วมทางการเมือง และปฏิบัติการทางสาธารณสุขในชุมชนมุสลิม ส่งผลให้กระบวนการรับรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์สุขภาพ และความทุกข์ทรมานทางสังคมมีลักษณะจำเพาะเชิงพื้นที่ที่ส่งผลต่อการควบคุมโรค ความเสี่ยงสุขภาพของชุมชนจึงก่อรูปแบบแบบแผนที่แตกต่าง ผ่านตัวแทนด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านหน้าและปฏิสัมพันธ์กับเชื้อโรคในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่กายภาพที่กำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงของเมืองที่เติบโตอย่างรวดเร็ว และวิถีชุมชนที่ตั้งอยู่ระหว่างรอยต่อของเมืองและชนบท ซึ่งทำให้กระบวนการกลายเป็นพื้นที่ชานเมือง (suburbanization) มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของพื้นที่เทศบาลตำบลชานเมืองปัตตานีที่ผู้วิจัยศึกษา ในงานวิจัยครั้งนี้เรียกว่า “หมู่บ้านทิวสน” ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงพื้นที่ที่สำคัญส่งผลต่อรูปแบบการใช้ชีวิตทางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจ นับตั้งแต่การก่อตั้งของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ปัตตานี ในปี 2511 ทำให้พื้นที่โดยรอบได้ถูกพัฒนาเป็นแหล่งการค้าและการลงทุนเพื่อตอบสนองความต้องการของประชากรในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นหอพัก ตลาดร้านค้า ร้านสะดวกซื้อ ไปรษณีย์ หรือคลินิก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้หมู่บ้านทิวสนกลายเป็นพื้นที่ชานเมืองที่มีความหนาแน่นของประชากรสูงและมีความเหลื่อมล้ำค่อนข้างมาก (วารสารรัฐสมิแล, 2562)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาและทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงของโรคโควิด-19 ผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยและเรื่องเล่าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในชุมชนบ้านทิวสน โดยมุ่งทำความเข้าใจปฏิบัติการด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทวัฒนธรรมเฉพาะถิ่น (locality) ผ่านการพิจารณาความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมและความเปราะบางเชิงพื้นที่ การทบทวนดังกล่าวช่วยให้เห็นระบบการจัดการด้านสุขภาพและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรภายใต้เงื่อนไขที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น



คำถามวิจัย

ชุมชนมุสลิมในพื้นที่หมู่บ้านทิวสนมีการรับรู้ ตีความหรือให้ความหมาย และปฏิบัติต่อ “ความเสี่ยง” และ “ความเจ็บป่วย” ผ่านประสบการณ์การเผชิญหน้ากับโรคโควิด-19 อย่างไร ภายใต้เงื่อนไขพัฒนาการเปลี่ยนแปลงเชิงพื้นที่ บริบทเฉพาะทางศาสนา วัฒนธรรม และโครงสร้างทางสังคม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโควิด-19 และการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้านทิวสน จังหวัดปัตตานี

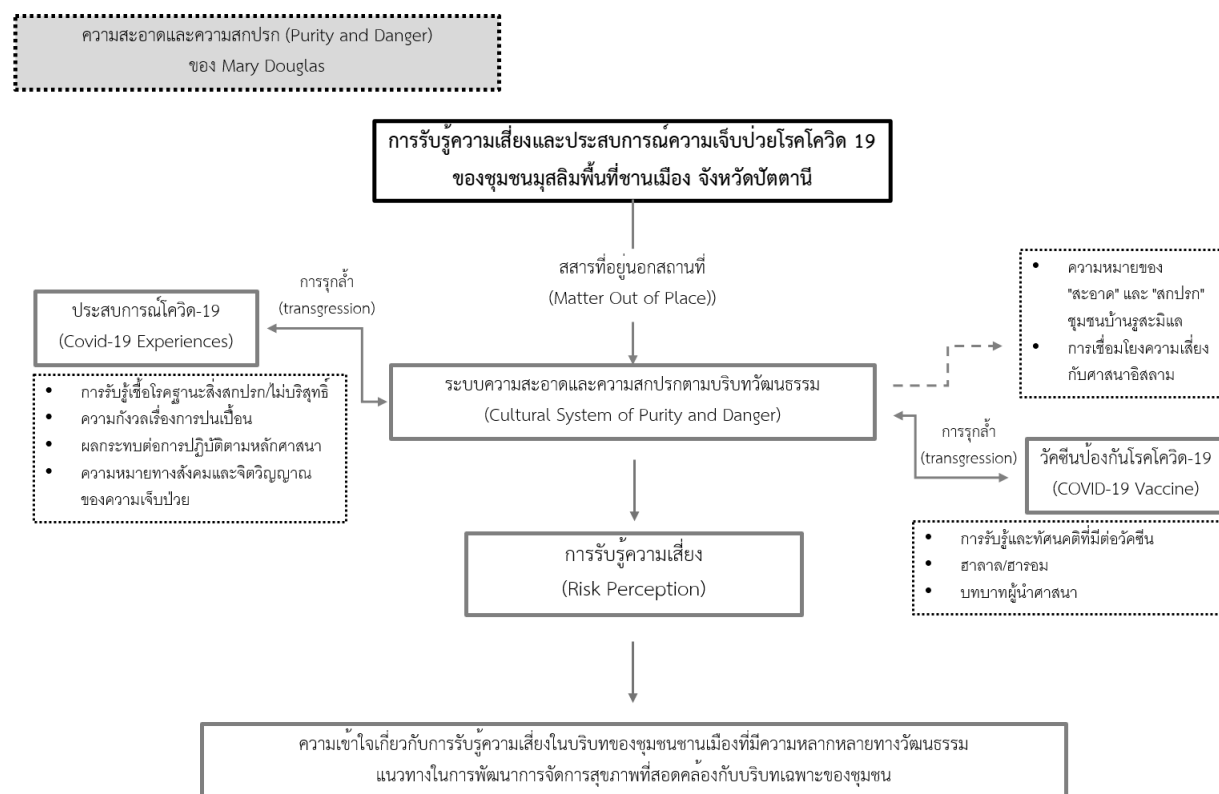
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การทำความเข้าใจการรับรู้ความเสี่ยงและประสบการณ์การเจ็บป่วยจากโรคโควิด-19 ในชุมชนมุสลิมพื้นที่ชนเมืองจังหวัดปัตตานี ผ่านกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความสะอาดและความสกปรกของ แมรี ดักลาส (Mary Douglas) ทำให้สามารถอธิบายวิธีการสร้างระบบการจัดหมวดหมู่และความหมายให้กับสิ่งที่สะอาดและสกปรกของชาวบ้านในหมู่บ้านทิวสน สิ่งที่ถูกมองว่าสกปรกมักเป็น “สสารที่อยู่นอกสถานที่” หรือสิ่งที่ “ไม่ถูกยอมรับ” ในระบบการศึกษาครั้งนี้จึงพิจารณาว่าชาวบ้านตีความและจัดการกับโรคโควิด-19 ในฐานะ “สิ่งสกปรก” ที่รุกรานเข้ามาในชีวิตและชุมชนอย่างไร เพื่อตีความความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การศึกษาเรื่อง “การรับรู้ความเสี่ยงและประสบการณ์โควิด-19 ของชุมชนมุสลิมพื้นที่ชนเมืองของจังหวัดปัตตานี” หัวใจสำคัญของกรอบแนวคิดนี้ เพื่อทำความเข้าใจ “การรับรู้ความเสี่ยง” และ “ประสบการณ์ความเจ็บป่วย” โรคโควิด-19 ของชุมชนมุสลิมในพื้นที่ชนเมืองจังหวัดปัตตานี โดยตั้งอยู่บนสมมติฐานสำคัญว่า ความเสี่ยงและความเจ็บป่วยมิได้เป็นเพียงข้อเท็จจริงทางชีวการแพทย์ หากแต่เป็นผลของกระบวนการ “ประกอบสร้างทางสังคม” (social construction) ที่เกิดขึ้นผ่านการตีความของผู้คนภายใต้บริบทเฉพาะทางวัฒนธรรม ศาสนา และโครงสร้างสังคม ด้วยเหตุนี้ การศึกษาครั้งนี้จึงอาศัยกรอบแนวคิดเรื่อง “ความสะอาดและความสกปรก” (purity and danger) ของ Mary Douglas เป็นแกนกลางในการวิเคราะห์ โดยเสนอว่า สิ่งที่สังคมมองว่าเป็น “อันตราย” หรือ “ความเสี่ยง” มิได้เกิดจากคุณสมบัติทางกายภาพของสิ่งนั้นเพียงอย่างเดียว หากแต่เกิดจากการที่สิ่งนั้นถูกมองว่าเป็น “สสารนอกที่” (matter out of place) ซึ่งรุกรานจะเบียดและขอบเขตที่สังคมยอมรับ ภายใต้กรอบแนวคิดนี้ โรคโควิด-19 จึงถูกตีความในฐานะ “สิ่งสกปรก” ที่รุกรานเข้ามาในร่างกายและวิถีชีวิตของชุมชน ก่อให้เกิดความไม่แน่นอนและความเสี่ยงที่ต้องได้รับการจัดการ กระบวนการดังกล่าวนำไปสู่การสร้างระบบการจำแนก (classification) ระหว่าง “สิ่งที่ปลอดภัย/บริสุทธิ์” กับ “สิ่งที่อันตราย/ปนเปื้อน” ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อโรคของผู้คนในชุมชน

อย่างไรก็ตาม การตีความความเสี่ยงมิได้เกิดขึ้นอย่างเป็นเอกเทศ หากแต่ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขเชิงบริบทหลายประการ ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนาอิสลามที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความหมายต่อชีวิตและความเจ็บป่วย วิถีชีวิตและข้อจำกัดทางเศรษฐกิจที่บีบให้เกิดการเคลื่อนย้ายและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับชุมชน และระดับความเชื่อมั่นต่อข้อมูลข่าวสารและมาตรการสาธารณสุข ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนร่วมกำหนดรูปแบบเฉพาะของ “การรับรู้ความเสี่ยง” ในพื้นที่ศึกษา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้โดยเสนอให้แบ่งกระบวนการการรับรู้ความเสี่ยงผ่านลำดับขั้นสำคัญ ตั้งแต่การตีความโรคในฐานะสิ่งสกปรกหรือภัยคุกคาม การจัดหมวดหมู่และเริ่มให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนการแปรความหมายดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ

จริง (practice) เช่น การป้องกันตนเอง การยอมรับหรือปฏิเสธวัคซีน และการตอบสนองมาตรการรัฐ โดยตระหนักว่าการเปลี่ยนแปลงจาก “การรับรู้” ไปสู่ “การปฏิบัติ” ดังกระบวนการที่กล่าวมานี้มิได้เกิดขึ้นโดยตรง หากแต่มี “ตัวกลางทางสังคมวัฒนธรรม” เข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้แปลความหมาย (translator) และผู้ไกล่เกลี่ย (mediator) ระหว่างองค์ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่กับระบบความเชื่อของชุมชน ส่งผลให้มาตรการสาธารณสุขถูกตีความ ปรับใช้ หรือต่อรองในรูปแบบที่แตกต่างหลากหลาย



รูป 1 ปรับจากกรอบแนวคิดความสะอาดและอันตราย (Purity and Danger)

ที่มา: Mary Douglas, 1992: 38-54

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงและประสบการณ์ความเจ็บป่วยจากโรคโควิด-19 ของชุมชนมุสลิมพื้นที่ชานเมืองจังหวัดปัตตานี ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างโครงสร้างทางสังคมกับการนิยามและการรับรู้ความเสี่ยงของชาวบ้าน การเจ็บป่วย การยอมรับการฉีดวัคซีน ตลอดจนสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและวัฒนธรรมในพื้นที่ การประกอบสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมและความแตกต่างทางวัฒนธรรมเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อโรคระบาด โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการแพร่กระจายของโควิด-19 ซึ่งทำให้รูปแบบการจัดการโรคในแต่ละพื้นที่มีลักษณะเฉพาะและซับซ้อนตามบริบทสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของชุมชนนั้นๆ

การศึกษาชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) และประเด็นปัญหาทางสังคมในบริบทร่วมสมัยได้รับความสนใจจากนักวิชาการหลากหลายสาขา โดยสะท้อนถึงความสำคัญของวิธีวิทยาและกรอบแนวคิดที่ใช้ทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคม การใช้ชาติพันธุ์วรรณาในฐานะเครื่องมือสำคัญในการศึกษาวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ทางสังคมช่วยเปิดเผยความสัมพันธ์ระหว่างอัตลักษณ์ ชนชั้น และอำนาจในบริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Reuter et al., 2024) ขณะเดียวกัน ปัจจัยทางเศรษฐกิจและการเมืองยังมีบทบาทสำคัญต่อการขยายปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ชนกลุ่มน้อยและแรงงานข้ามชาติ (Hahn & Schoch-Spana, 2021) ดังนั้น ชาติพันธุ์วรรณาในฐานะกรอบวิเคราะห์จึงไม่เพียงใช้เพื่อทำความเข้าใจวัฒนธรรมเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบโครงสร้างทางสังคมและความไม่เป็นธรรมที่ฝังอยู่ในระบบอย่างมีนัยสำคัญ

Hahn และ Schoch-Spana (2021) เสนอหลักการสำคัญในการทำความเข้าใจและพิจารณาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ซึ่งเป็นรากฐานของแนวคิดและการปฏิบัติในด้านสาธารณสุข สารสำคัญของข้อเสนอนี้ชี้ให้เห็นว่า ความหมายของความเจ็บป่วย โรคภัย การบาดเจ็บ หรือความผิดปกติ ไม่ได้เกิดจากปัจจัยทางชีววิทยาเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นผลผลิตของโครงสร้างทางสังคม ค่านิยม และบริบททางประวัติศาสตร์ อีกทั้งวิธีการจัดการโรคและการกระจายตัวของโรคในสังคมยังถูกกำหนดโดยระบบความเชื่อและเงื่อนไขเชิงโครงสร้าง เช่น ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม การเมือง และความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากร ตัวอย่างเช่น ความแตกต่างในการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 หรือความเชื่อทางศาสนาที่ส่งผลต่อการยอมรับมาตรการป้องกันโรค การวิเคราะห์ดังกล่าวช่วยเน้นให้เห็นว่าการรับรู้สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นกระบวนการทางวัฒนธรรมไม่แพ้กระบวนการทางการแพทย์

Mehta, Parthasarathy, Pickard และ Srivastava (2022) อธิบายว่าผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้เพิ่มระดับความไม่แน่นอนและการเพิ่มขึ้นของความท้าทายต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มเปราะบาง (vulnerable groups) อันเป็นผลมาจากการถูกกีดกันออกจากเข้าถึงทรัพยากรและบริการสาธารณะ ภายใต้กระบวนการพัฒนาความเป็นเมืองและการเติบโตของอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมและนโยบายการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมักส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำรงชีวิตและวัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชน และมีความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้งกับปัญหาความไม่เท่าเทียม การเข้าถึงสินค้าและบริการสาธารณะ รวมถึงทรัพยากรธรรมชาติ โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อที่ส่งผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงของกลุ่มชนชายขอบอย่างมีนัยสำคัญ

ปทุมรัตน์ เจียวิริยบุญญา (2022) การศึกษาทางมานุษยวิทยาเกี่ยวกับเครือข่ายสังคมและการเมืองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการวิกฤตโควิด 19 แสดงให้เห็นเครือข่ายทางสังคม (social capital) ผ่านการทำงานของ อสม. ในฐานะกลไกสำคัญของการจัดการโรคระบาดในระดับฐานราก ทำให้เห็นว่า บทบาท อสม. ไม่ได้เป็นเพียงผู้ปฏิบัติงานตามคำสั่งรัฐแต่เป็นผู้เล่นที่มีบทบาททางการเมืองในการต่อรองและประสานประโยชน์ระหว่างรัฐกับชุมชน ในลักษณะเครือข่ายพหุลักษณะเพื่อระดมทรัพยากรจากหลากหลายภาคส่วนมาใช้ในการดูแลคนในชุมชนในภาวะวิกฤตความไว้วางใจ และความสัมพันธ์ส่วนบุคคลในระบบเครือข่ายถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มาตรการควบคุมโรคของรัฐสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ชนบทงาน

Naqiyah, N., Abdullah, etc. (2022) สะท้อนความขัดแย้งในการตีความโควิด 19 ผ่านมุมมองทางเทววิทยา (Theological interpretation) ของชุมชนมุสลิมในประเทศอินโดนีเซียต่อโรคระบาดออกเป็น 3 แนวทาง คือ การมองว่าเป็นบทลงโทษ การมองว่าเป็นภัยพิบัติ และการมองว่าเป็นบททดสอบ การศึกษานี้แสดงถึงกระบวนการการตีความ

ทางศาสนามีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางสุขภาพกลุ่มที่มองว่าเป็นบทลงโทษจากพระเจ้า ซึ่งมีแนวโน้มที่จะปฏิเสธมาตรการทางวิทยาศาสตร์และเน้นการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเพียงอย่างเดียว ในขณะที่กลุ่มที่มองว่าเป็นบททดสอบ มักจะมีท่าทีที่ประนีประนอมและยอมรับการรักษาทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการดูแลจิตวิญญาณ อีกทั้งในบริบทของประเทศอินโดนีเซียยังสะท้อนให้เห็นถึงความยากลำบากของรัฐในการจัดการกับความเชื่อที่ฝังรากลึกและเน้นย้ำความจำเป็นของการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ ร่วมกับการเข้าใจภาษาทางศาสนาเพื่อลดช่องว่างในการปฏิบัติงานและสร้างความร่วมมือในการควบคุมโรค

ในขณะที่การศึกษาทางระบาดวิทยาวัฒนธรรม มองว่า “ความเสี่ยง” (risk) เป็นผลผลิตทางสังคมและวัฒนธรรม โดยการรับรู้สถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นล้วนตั้งอยู่บนค่านิยม บรรทัดฐาน และความหมายทางสังคมที่ผู้คนยึดถืออยู่ การกระทำหรือพฤติกรรมเสี่ยง (risk behaviours) จึงไม่ใช่เพียงพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลกระทบทางสุขภาพเท่านั้น หากแต่เป็นการแสดงออกที่มีความหมายในฐานะส่วนหนึ่งของชีวิตทางสังคม เช่น การสูบบุหรี่ การเคี้ยวใบกระท่อม การดื่มสุรา หรือกิจกรรมอื่นที่ถูกจัดว่า “เสี่ยง” ในทางสาธารณสุข ทว่ามีความหมายทางสังคมในอีกมิติหนึ่ง การทำความเข้าใจความเสี่ยงในฐานะปรากฏการณ์ทางสังคมวัฒนธรรมจึงช่วยขยายกรอบการวิเคราะห์ของระบาดวิทยาจากการระบุ “กลุ่มเสี่ยง” ไปสู่การทำความเข้าใจประสบการณ์ วิธีคิด และกลยุทธ์ที่ผู้คนใช้ในการเผชิญความเสี่ยงตามกรอบรับรู้ของตนเอง (ประชาธิปไตย กะทา และสิทธิโชค ชาวไร่เงิน, 2561: 94–95)

งานศึกษากลุ่มคนไร้บ้านของบุญเลิศ วิเศษปรีชา (2565) เพื่อสะท้อนการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพของคนไร้บ้านในสถานการณ์โควิด 19 ผ่านประสบการณ์ของกลุ่มคนไร้บ้านโดยใช้แนวคิดเรื่องการรับรู้ความเสี่ยง (Risk Perception) ค้นหาคำตอบทำไมคนไร้บ้านจึงดูเหมือนไม่ตระหนักถึงอันตรายของโควิดเท่ากับคนทั่วไป งานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นว่า การอธิบายความเสี่ยงสำหรับคนไร้บ้านให้ความหมายต่อความอดอยากและการไม่มีที่นอนเป็นภัยคุกคามที่รุนแรงและเร่งด่วนกว่าเชื้อไวรัสที่มองไม่เห็น อีกทั้งการสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานข้างถนนสะท้อนถึงกลไกทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่คนไร้บ้านใช้ปกป้องประโลมตนเองในสถานะที่ไม่มีทางเลือกบริบทของปัญหานี้ อีกทั้งตอกย้ำถึงความล้มเหลวของนโยบายอยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติที่ไม่สามารถนำมาใช้ได้จริงกับคนที่ไม่มีบ้าน และเน้นย้ำถึงความจำเป็นของการจัดสวัสดิการขั้นพื้นฐานและการคุ้มครองทางสังคมที่ครอบคลุมถึงคนทุกกลุ่มโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

การศึกษามานุษยวิทยาเกี่ยวกับ “ความเสี่ยง” ชี้ให้เห็นถึงการรับรู้ความไม่แน่นอน (uncertainty) อันตราย (danger) และการกล่าวโทษระหว่างวัฒนธรรม (blame from other cultures) โดยความเสี่ยงสามารถปรากฏในฐานะการรับรู้ระดับปัจเจกต่อเหตุการณ์วิบัติ (misfortune) ที่มีลักษณะเฉพาะตามบริบทพื้นที่และความสัมพันธ์ทางสังคมของแต่ละกลุ่ม ซึ่งส่งผลต่อวิธีการเผชิญภัยและกระบวนการก่อรูปของสถาบันทางสังคม (institutionalization) โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เช่น การเกิดขึ้นของระบบสาธารณสุขและแนวทางการรักษาโรค อันเป็นผลมาจากความไม่แน่นอนที่ผู้คนเผชิญในชีวิตประจำวัน และงานศึกษาทางชาติพันธุ์วรรณนาแสดงให้เห็นบทบาทของความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของผู้คนในการรักษาสุขภาพ ตัวอย่างเช่น งานของ แมรี ดักลาส (Mary Douglas) ที่ศึกษาความเชื่อเรื่อง “สิ่งบริสุทธิ์” และ “สิ่งเป็นมลทิน” (purity and pollution) อธิบายว่าการกระทำและพิธีกรรมทางศาสนามีบทบาทในการจัดหมวดหมู่และให้ความหมายต่อภัยอันตราย ภายใต้โครงสร้างความเชื่อที่สังคมสร้างขึ้น การทำความเข้าใจโครงสร้างดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจ “การรับรู้” และ “การจัดการความเสี่ยง” ของกลุ่มสังคมต่างๆ (Alaszewski, 2015)

จากการทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง “ภาวะกึ่งกลาง” (liminality) ของการระบาดโควิด-19 กับพื้นที่หมู่บ้านทิวสนที่มีความคลุมเครือสถานะระหว่างกลาง (in between) เชิงพื้นที่ เชิงสังคม เชิงจิตวิญญาณ ภายใต้ภัยคุกคามใหม่จากโรคระบาดทำให้เกิดความพิวพันอย่างไม่แน่นอนระหว่างรัฐ โรคระบาด และชุมชนที่ลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรม ตลอดจนโครงสร้างความปลอดภัยเดิมในชุมชนแสดงออกผ่านการทำงานของกลุ่ม อสม. จึงอาจกล่าวได้ว่าวิกฤตโควิด-19 สำหรับชุมชนทิวสนจึงไม่ใช่แค่วิกฤตสุขภาพจากเชื้อโรค (Mendenhall, 2026) แต่เป็นกระบวนการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงใหม่ของหมู่บ้านทิวสนที่หลอมรวมกับประสบการณ์ร่วม กระบวนการนิยาม และจัดหมวดหมู่ความคิดระดับปัจเจกบุคคลเชื่อมโยงกับระบบความเชื่อที่ฝังอยู่ดั้งเดิมภายในชุมชน โดยเฉพาะในชุมชนศาสนา (religious communities) ที่ความบริสุทธิ์และเผชิญหน้ากับความอันตราย (purity and danger) ผ่านการสร้างความหมายเชิงสัญลักษณ์อย่างลึกซึ้งต่อ “ความเสี่ยง” ที่สะท้อนให้เห็นโครงสร้างความเชื่อและความสัมพันธ์ทางสังคมกับการเมืองที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่

ทั้งยังทำหน้าที่กำหนดพรมแดนระหว่างสิ่งที่ถือว่าบริสุทธิ์กับสิ่งที่เปื้อนมลทิน การก้าวข้ามพรมแดนดังกล่าวนำไปสู่การรับรู้ถึงความเสี่ยง ในขณะเดียวกัน สถานะความเป็น “คนอื่น” (otherness) ทำให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างความเชื่อดั้งเดิมและความเชื่อสมัยใหม่ เช่น การดำเนินงานด้านสาธารณสุขช่วงโควิด-19 ที่ปรากฏผ่านประสบการณ์และเรื่องเล่าของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและผู้นำศาสนาในชุมชนมุสลิมที่ผู้วิจัยศึกษา อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างความเชื่อกับการรับรู้อันตรายที่จะทำให้ประสบการณ์ของผู้คนที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคระบาดมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้วิธีการศึกษาชาติพันธุ์วรรณาอย่างเป็นระบบเพื่อสำรวจการรับรู้ความเสี่ยง (systematic ethnographic study of risk perceptions) ร่วมกับแนวทางการศึกษาเรื่องเล่า (narrative approach) ในการวิเคราะห์ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโควิด-19 การเก็บข้อมูลภาคสนามประกอบด้วย การสังเกต (observation) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนาในชีวิตประจำวันอย่างเข้มข้น เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์การเผชิญหน้ากับโรคระบาดของทั้งกลุ่มผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของชุมชนชนเมืองจังหวัดปัตตานี

ขอบเขตด้านพื้นที่วิจัย

พื้นที่ศึกษาคือชุมชน “ทิวสน” ซึ่งเป็นตำบลที่ตั้งอยู่ชานอำเภอมะนัง จังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สูงที่สุดในเขตเทศบาลเมืองปัตตานี ลักษณะพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่ผสมผสานระหว่างชนบทกับเมืองขนาดใหญ่ และมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ของผู้ป่วยภายใต้เงื่อนไขด้านกายภาพที่เอื้อต่อการติดเชื้อ โครงสร้างทางสังคมที่สะท้อนความเหลื่อมล้ำ และความหลากหลายทางวัฒนธรรมของกลุ่มคนในชุมชน

ขอบเขตด้านประชากร

หมู่บ้านทิวสน ประกอบด้วยชุมชนและย่านต่างๆ จำนวนมาก โดยประชากรดั้งเดิมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและประมง ซึ่งทำให้มีการเคลื่อนย้ายระหว่างพื้นที่อยู่อาศัยและพื้นที่ตลาดอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ประชากรในพื้นที่มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 สูงกว่าพื้นที่อื่น เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างหลัก 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชนบ้านทิวสน จำนวน 3 คน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลทิวสน จำนวน 3 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาเรื่อง “การรับรู้ความเสี่ยงและประสบการณ์ความเจ็บป่วยโรคโควิด-19 ของชุมชนมุสลิมพื้นที่ตำบลเมืองจังหวัดปัตตานี” ครอบคลุมประเด็นหลัก 3 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้ความเสี่ยงและการตีความในบริบทของชุมชนมุสลิม
2. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ที่สัมพันธ์กับโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจ
3. ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมกับการจัดการโรคระบาด ซึ่งเกี่ยวข้องกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการรับมือความเสี่ยง เนื้อหาทั้งสามด้านนี้ครอบคลุมทั้งมิติทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา และเศรษฐกิจ โดยใช้กรอบมานุษยวิทยาความเสี่ยงและระบาดวิทยาวัฒนธรรมในการวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจแบบแผนการรับรู้ความเสี่ยงและวิธีการจัดการโรคของผู้ป่วยและ อสม. ในพื้นที่ศึกษา

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ครอบคลุมช่วงเวลาตั้งแต่การระบาดของโรคโควิด-19 ระบาดครั้งแรกในปี 2563 จนถึงช่วงหลังการระบาดและเริ่มมีการฟื้นตัวของชุมชน โดยมีการแบ่งศึกษาทั้งช่วงที่มีการแพร่ระบาดสูงสุด การแจกจ่ายวัคซีน และผลกระทบทางสังคมที่เกิดขึ้นหลังจากสถานการณ์เริ่มคลี่คลาย ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 14 วัน

ระเบียบวิธีวิจัย

ข้อมูลและแหล่งข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้แนวทางชาติพันธุ์วรรณา (ethnography) ร่วมกับการศึกษาเรื่องเล่า (narrative approach) เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ความเสี่ยงและประสบการณ์ความเจ็บป่วยจากโควิด-19 ในฐานะ “ประสบการณ์มีชีวิต” (lived experience) ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ข้อมูลปฐมภูมิจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม เพื่อเข้าถึงมิติการรับรู้และการปฏิบัติของผู้คน และข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารวิชาการ งานวิจัย รายงานภาครัฐ และข้อมูลสถานการณ์โควิด-19 เพื่อเสริมความเข้าใจเชิงบริบท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาประชากรคือประชาชนในชุมชนมุสลิมหมู่บ้านทิวสน จังหวัดปัตตานี ซึ่งเป็นพื้นที่ชนเมืองที่มีพลวัตจากการขยายตัวของเมือง การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับโควิด-19 และสามารถให้ข้อมูลเชิงลึก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 3 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 คน รวม 6 คน เก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก 1-2 ครั้งต่อคน (ครั้งละประมาณ 60 นาทีขึ้นไป) การสังเกตภาคสนาม และการสนทนากลุ่มอสม. 1 ครั้ง เพื่อเปรียบเทียบและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือหลัก ได้แก่ แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) แบบบันทึกภาคสนาม (field notes) และเครื่องบันทึกเสียง เพื่อเก็บข้อมูลทั้งด้านเนื้อหา บริบททางสังคม และปฏิสัมพันธ์ในพื้นที่อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมมิติภาษา พฤติกรรม และความหมายเชิงสัญลักษณ์

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงธีม (thematic analysis) ร่วมกับการเข้ารหัสข้อมูล (coding) โดยเริ่มจากการถอดเทปและอ่านข้อมูลซ้ำเพื่อสร้างความคุ้นเคย จากนั้นทำ open Coding เพื่อระบุหน่วยความหมายสำคัญ เช่น “ความกลัวโรค” หรือ “ความเชื่อทางศาสนา” แล้วจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ (categories) เช่น “การจัดการความเสี่ยง” ก่อนสังเคราะห์เป็นแกนหลักของความหมาย (core themes) เช่น “โควิด-19 ในฐานะสิ่งแปลกประหลาด” และ “การต่อรองระหว่างศาสนากับวิทยาศาสตร์” นอกจากนี้ยังใช้การเปรียบเทียบระหว่างผู้ให้ข้อมูลและระหว่างกลุ่ม เพื่อค้นหารูปแบบร่วมและความแตกต่าง พร้อมทั้งเขียนบันทึกเชิงวิเคราะห์เพื่อพัฒนาการตีความ โดยเชื่อมโยงผลการวิเคราะห์กับแนวคิด “ความสะอาดและความสกปรก” (Purity and Danger) เพื่ออธิบายว่าความเสี่ยงเป็นสิ่งที่ถูกประกอบสร้างทางสังคม

ข้อคำนึงด้านจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับจริยธรรมอย่างเคร่งครัด โดยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนเก็บข้อมูล คำนึงถึงความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมและศาสนา เคารพความเชื่อและวิถีชีวิตของชุมชน และหลีกเลี่ยงผลกระทบเชิงลบต่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญหน้ากับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ช่วยในชุมชนบ้านทิวสน สะท้อนให้เห็นความซับซ้อนของการรับรู้ความเสี่ยงและการตีความโรคระบาด ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้อย่างลึกซึ้งผ่านกรอบแนวคิดเรื่องความสะอาดและความสกปรกของแมรี ดักลาส แนวคิดดังกล่าวไม่ได้จำกัดเพียงด้านสุขอนามัย แต่ยังครอบคลุมการให้ความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมต่อสิ่งที่ถือว่า “ปกติ/ปลอดภัย” (ความสะอาด) และ “ผิดปกติ/อันตราย” (ความสกปรก) รวมถึงการจัดการกับสิ่งที่ท้าทายระเบียบและความคุ้นเคยที่มีอยู่เดิมภายในชุมชน

โควิด-19 ในฐานะ “สิ่งแปลกประหลาด” ที่รุกรานขอบเขตของชีวิตและชุมชน

จากการศึกษาชุมชนทิวสนซึ่งตั้งอยู่บริเวณชานเมืองปัตตานี พบว่า กระบวนการตีความหมายโควิด-19 ว่าเป็น “สิ่งแปลกประหลาด” ที่รุกรานขอบเขตชีวิตและความปกติสุขของชุมชน จากการเก็บข้อมูลภาคสนามผู้วิจัย พบว่า ชาวบ้านมองว่าการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสทำให้วิถีชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านการประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์ทางสังคม ตลอดจนความเจ็บป่วยและความตาย ภายใต้บรรยากาศแห่งความไม่แน่นอนและความหวาดกลัว ดังนั้นการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดของแมรี ดักลาสจึงช่วยให้เห็นว่าโควิด-19 ถูกจัดวางเป็น “สสารนอกสถานที่” ที่ท้าทายระเบียบ ความหมาย และระบบการจัดการสุขภาพที่ชุมชนเคยคุ้นเคยอยู่เดิมของชุมชนที่ลึกซึ้ง

ชีวิตในสนามเริ่มต้นจากการสัมภาษณ์ของกะหือไอนี (นามสมมติ) อสม. หัวหน้าทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทิวสนในฐานะผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และพาผู้วิจัยพบกับเครือข่ายเรื่องเล่าการทำงานของ อสม. ระหว่างการระบาดของโควิด -19 บทสนทนา “ประสบการณ์การปฏิบัติหน้าที่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19” ของ

กะหิไอนี้ ทำให้เห็นว่า “การรับรู้ความเสี่ยงของเธอเชื่อมโยงอย่างลึกซึ้งกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม” ซึ่ง กะหิไอนี้มองว่า “โรคระบาดเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งที่อัลลอฮ์กำหนด และเชื่อว่าหากปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัดก็สามารถลดความเสี่ยงได้” พร้อมๆ กับคำอธิบายของเธอที่สะท้อนถึงความตระหนักต่ออันตรายของโรคและความศรัทธาต่อการกำหนดของพระเจ้า กะหิไอนี้ยังชี้ให้เห็นว่าความสัมพันธ์ของโรคและศรัทธาได้ถูกหล่อหลอมทัศนคติและแรงผลักดันในการทำงานของอสม. ของตัวเธอ นอกจากนี้การเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานของกะหิไอนี้ยังแสดงให้เห็นความกล้าหาญและภาระทางอารมณ์ที่ อสม. ต้องเผชิญท่ามกลางสถานการณ์ความไม่แน่นอนต่อการทำหน้าหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่เผชิญความเสี่ยงต่อตนเองและครอบครัว หลายๆ เหตุการณ์ระหว่างผู้วิจัยสนทนาและร่วมเดินทางในสนามการทำงานของ อสม. กะหิไอนี้มักชวนคุยเรื่องโควิด-19 บ่อยๆ ครั้งผู้วิจัยมักจะได้นิยามคำพูดของ กะหิไอนี้ ที่ย้ำว่า

“ความเสี่ยง...ไม่เสี่ยงหรอก มันเป็นเรื่องปกติ เพราะว่าเป็นโรคระบาด แต่ว่าถ้าเราป้องกันตัวเองมันไม่ติด
อย่างกะหิไอนี้เวลารับคนไข้กะหิไอนี้ไม่ได้แต่ต้องอะไรเลย”

(กะหิไอนี้ อสม. (หมู่ 1), สัมภาษณ์)

การเพิ่มพลังใจและสร้างแรงผลักดันจากศรัทธาเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงของกะหิไอนี้และทีมงานต่อเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ผ่านการสะท้อนให้เห็นเกี่ยวกับความตายและการยอมรับในสิ่งที่อัลลอฮ์กำหนด แม้กะหิไอนี้จะตระหนักถึงอันตรายของโรคโควิด-19 และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัด แต่ความเชื่อทางศาสนากลับทำหน้าที่เป็นกรอบตีความที่ช่วยให้เธอสามารถปฏิบัติหน้าที่ท่ามกลางความเสี่ยงได้โดยไม่หวาดกลัวจนเกินไป ประสบการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าศรัทธามีบทบาทสำคัญในการกำหนดทัศนคติและแรงจูงใจของ อสม. ในการดูแลชุมชนในฐานะพื้นที่พันธะสัญญาที่ถูกติดไว้กับพวกเค้าในการทำงานอาสาสมัคร อีกทั้งยังแสดงให้เห็นมิติของ “หน้าที่ทางศาสนา” ที่ผสานเข้ากับ “หน้าที่ทางสังคม” ที่อสม.ต้องเผชิญภายใต้สถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความไม่แน่นอนและความเสี่ยงทางชีวภาพ

การแสดงย้ำถึง “หลักศรัทธา” ยังคงปรากฏชัดเจนในการทำงานระหว่างผู้วิจัยกับกะหิไอนี้ ถึงการปฏิบัติหน้าที่ของตนว่าเป็นส่วนหนึ่งของบททดสอบจากอัลลอฮ์ ความเชื่อดังกล่าวช่วยลดความหวาดกลัวต่อความเสี่ยง และทำให้เธอสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นคงแม้เผชิญความไม่แน่นอนของโรคระบาด ผ่านบทสนทนาซ้ำๆ ระหว่างสัมภาษณ์ว่า

“กะหิทำงานปกติ กะหิคิดว่าถ้ามีอัลลอฮ์ ถึงเวลาเราตาย อัลลอฮ์ก็มารับ อิสลามเค้าถือ”

(กะหิไอนี้, อสม. หมู่ 1, สัมภาษณ์)

คำอธิบายนี้สะท้อนให้เห็นว่าศาสนามีบทบาทในการจัดวางความเสี่ยง (risk framing) และทำหน้าที่เป็นเครื่องมือทางความหมายที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานด่านหน้า (frontline workers) สามารถเผชิญความท้าทายอย่างมีพลังทางจิตใจ ขณะเดียวกันก็เผยให้เห็นพลวัตระหว่างความเชื่อ ศรัทธา และการปฏิบัติกรด้านสุขภาพในระดับชุมชน

อย่างไรก็ตาม ระหว่างการศึกษาศาสนาผู้วิจัย พบว่า ในระยะแรกของการแพร่ระบาด ชาวบ้านจำนวนหนึ่งในพื้นที่มีท่าทีปฏิเสธหรือไม่เชื่อว่าความเสี่ยงและอันตรายจากโรคโควิด-19 และความไม่คุ้นเคยกับโรค ข้อมูลข่าวสารที่คลาดเคลื่อนหรือไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความหวาดระแวงต่อมาตรการของรัฐและการเข้ามาของเจ้าหน้าที่ อสม. หลายคนมักถูกมองจากชาวบ้านว่าเป็นผู้รุกรานพื้นที่ส่วนตัวหรือเป็นผู้นำ “สิ่งสกปรก” เข้าสู่ชุมชนมากกว่าจะเป็นผู้ให้



ความช่วยเหลือ การตีความเช่นนี้ทำให้การปฏิบัติงานของ อสม. ช่วงแรกเป็นไปอย่างยากลำบาก ทั้งยังสะท้อนให้เห็นพลวัตทางสังคมที่ซับซ้อนระหว่างความเชื่อ ความไม่ไว้วางใจ และการจัดการโรคระบาดในระดับชุมชน

"พิธีกรรมชำระล้าง" ผ่านมาตรการสาธารณสุขและการต่อรองเรื่องวัคซีน

เหตุการณ์หนึ่งในร้านน้ำชาตอนเย็นซึ่งผู้วิจัยเข้าร่วมอยู่ในวงสนทนา ได้พบกับบทการวิเคราะห์ของแบราเซอ (นามสมมติ) และแบรอยะ (นามสมมติ) ทีม อสม. ของกะหือนี้ (นามสมมติ) หมู่ 3 ตำบลเดียวกัน ซึ่งให้เห็นถึงทัศนคติของชาวบ้านในระยะแรกของการแพร่ระบาดที่ปฏิเสธหรือไม่เชื่อว่าความเสี่ยงจากโรคโควิด-19 เป็นภัยคุกคามที่แท้จริง ความไม่แน่นอนของข้อมูลข่าวสารที่ถูกบิดเบือนหรือไม่ชัดเจน ทำให้ชาวบ้านจำนวนหนึ่งไม่เข้าใจผลกระทบของโรคระบาดและมองความพยายามของ อสม. ว่าเป็นการรุกร้าพื้นที่ส่วนตัวมากกว่าการป้องกันโรค ส่งผลให้การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเป็นไปอย่างยากลำบาก นอกจากนี้ การสนทนาที่ดุเดือดในวงน้ำชากับแบราเซอ ยังทำให้ทราบสาเหตุของการกระจายเชื้อที่แตกต่างกันระหว่างหมู่บ้าน โดยหมู่ 1 มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงกว่า เนื่องจากชาวบ้านต้องเดินทางเข้าเมืองเพื่อค้าขายและมีการเคลื่อนไหวภายในชุมชนสูง การเข้าออกนอกพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเพิ่มโอกาสของการสัมผัสเชื้อ

"หมู่ 1 อยู่ติดกับเมือง ชาวบ้านค้าออกไปค้าขาย เข้าออกกันตลอดละ!! ส่วนใหญ่ก็ออกไปขายของแหละ ทำให้ควบคุมอะไรไม่ได้"

(แบราเซอ, อสม. หมู่ 3, สัมภาษณ์)

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงพื้นที่ เศรษฐกิจ และการเคลื่อนไหวของผู้คน ล้วนมีผลต่อรูปแบบการแพร่ระบาดในระดับชุมชน และชี้ให้เห็นภาระงานของ อสม. ในบริบทที่ความเสี่ยงไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านชีวการแพทย์เท่านั้น แต่ยังมีความพัวพันที่แนบแน่นกับกิจกรรมปากท้องวิถีชีวิตประจำวันของชาวบ้านด้วยเช่นกัน

ความหวังและเครื่องมือรักษา : มาตรการป้องกัน การแจกจ่าย และการรับวัคซีน

ทีม อสม. เล่าให้ผู้วิจัยฟังบ่อยๆ ช่วงความรุนแรงของการแพร่ระบาดขึ้นสูงสุดโดยเฉพาะในช่วงสายพันธุ์เดลต้าเริ่มแพร่กระจายในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้บทบาทของ อสม. เพิ่มขึ้นความหนักหน่วงในวงน้ำชากะหือนี้เล่าว่าบางวันเธอรับสายโทรศัพท์ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากชาวบ้าน และหน่วยงานของรัฐทั้งวันทั้งคืน บรรยากาศในร้านน้ำชาแบราเซอ อสม. เสียงดังจากหมู่ 3 พรางพูดแทรกให้กับผู้วิจัยขึ้นว่า

"ช่วงเดอดำมันอาการหนักใจ อสม. เหมือนทหารเกณฑ์ไปเลยอะ"

(แบราเซอ, อสม. หมู่ 3, สัมภาษณ์)

ในขณะเดียวกัน กะหือนี้ หัวหน้าทีม อสม. อธิบายให้ผู้วิจัยว่า ช่วงนี้เธอต้องขึ้นรถขนส่งไปสถานกักตัวของจังหวัด พร้อมๆ กับการประกาศเตือนผู้ป่วยบางรายและญาติให้ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคที่เข้มงวด ดังคำให้สัมภาษณ์ของกะหือราอ (นามสมมติ) อยู่ร่วมในวงน้ำชาเล่าว่า

"กะหือต้องออกจากบ้าน เพื่อรอคนมาฆ่าเชื้อโควิดที่บ้านและในหมู่บ้าน เพราะมีเจ้าหน้าที่เข้ามาฉีดยาฆ่าเชื้อทุกวัน"

(กะหือราอ, ผู้ป่วยโควิด-19, สัมภาษณ์)

กรณีเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของความรุนแรง ทั้งความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและความหวาดกลัวทางสังคม ผลักดันให้มาตรการป้องกัน เช่น การกักตัว การทำความสะอาด และการฆ่าเชื้อ ถูกปฏิบัติในฐานะ “พิธีกรรมชำระล้าง” (ritual and purification) ที่ทำหน้าที่ฟื้นฟูสภาพ “ความสะอาด” ของบ้านเรือนและชุมชน มาตรการเหล่านี้จึงไม่ใช่เพียงกลไกด้านสาธารณสุข แต่ยังเป็นกระบวนการให้ความหมายทางวัฒนธรรมในการรับมือกับโรคระบาด รวมถึงความพยายามของชุมชนในการควบคุมความเสี่ยงที่แพร่กระจายไปยังครัวเรือนใกล้เคียงหรือพื้นที่อื่น ๆ

อีกประเด็นที่น่าสนใจ คือ การรณรงค์ให้ประชาชนเข้ารับวัคซีนถือเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญในการจัดการ “ความเสี่ยง” และสร้าง “ความสะอาด/ภูมิคุ้มกัน” ให้กับชุมชน อย่างไรก็ตาม คำให้สัมภาษณ์ของบรรดาเชษฐาสสะท้อนถึงความท้าทายในระยะแรกของการโน้มน้าวชาวบ้านให้เข้ารับวัคซีน โดยหลายคนแสดงท่าทีปฏิเสธหรือหวาดกลัวจากข้อมูลข่าวสารที่คลาดเคลื่อน ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“แรกๆ มันมีหนี้เหมือนกัน ‘ไม่เอาแล้ว...มึงไม่ต้องเข้ามากูไม่ฉีด’ คำกล่าวขำขันส่วนใหญ่”

(แบร์ราเชฐ, อสม. หมู่ 3, สัมภาษณ์)

ความหวาดกลัวดังกล่าวสะท้อนให้เห็นการตีความข่าวสารผ่านมุมมองทางศาสนาและความเชื่อส่วนบุคคล ทำให้วัคซีนถูกมองว่าเป็น *สสารที่อยู่นอกสถานที่* (matter out of place) ที่อาจไม่สอดคล้องกับหลักศรัทธา หรือถูกมองว่าเป็นสิ่ง “ไม่บริสุทธิ์” มากกว่าจะเป็นเครื่องมือป้องกันโรค นอกจากนี้ จากคำให้สัมภาษณ์ของผู้ป่วยโควิด-19 อย่างกรณีของกะพ้าตีเมาะ และกะห์เซาตะห์ ยังสะท้อนให้เห็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเสี่ยงหลังจากผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยโดยตรง

“กะห์คิดที่ว่าถ้าฉีดจะดีกว่า...จะได้ไม่ต้องมาระแวงว่าจะพาไปติดใคร”

“ติดแล้วมันก็เสี่ยงนั่นแหละ ไม่ได้กลั่นอะไรเลย แต่ก็คิดว่ามันเป็นเรื่องธรรมดาไป”

(กะพ้าตีเมาะ และ กะห์เซาตะห์, ผู้ป่วยโควิด-19, สัมภาษณ์)

บทสนทนาและคำบอกเล่าของชาวบ้านแสดงให้เห็นมิติที่ลึกซึ้งของการรับรู้ความเสี่ยงว่าไม่ได้เกิดจากข้อมูลทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ยังผูกโยงกับประสบการณ์เจ็บป่วย ความกังวลต่อผู้อื่น และความรับผิดชอบทางสังคม ผู้ป่วยจึงค่อยๆ พัฒนาการมองเห็นคุณค่าของวัคซีนในฐานะเครื่องมือฟื้นฟู “ความปลอดภัย” ให้แก่ตนเองและชุมชน โดยเฉพาะในมิติที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางสังคมและจริยธรรมของการอยู่ร่วมกันในชุมชนมุสลิม

ปรากฏการณ์นี้ชี้ให้เห็นว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อวัคซีนเป็นผลจากการประสานกันของปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนา การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความเชื่อมั่นต่อรัฐ ประสบการณ์ส่วนบุคคล และความสัมพันธ์ในระดับชุมชน วัคซีนจึงกลายเป็นวัตถุที่ถูกให้ความหมายอย่างหลากหลายทั้งในฐานะสิ่ง “บริสุทธิ์” (ช่วยปกป้องและฟื้นฟูสุขภาพ) และสิ่ง “สกปรก/ไม่บริสุทธิ์” (ในความหมายที่อาจจะขัดต่อหลักการศาสนา หรือถูกมองว่าน่ากังวลจากข่าวลวง) การวิเคราะห์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการยอมรับวัคซีนในชุมชนมุสลิมไม่ได้เป็นเพียงเรื่องเชิงการแพทย์ หากแต่เป็นกระบวนการตีความทางวัฒนธรรมที่ฝังอยู่กับความเชื่อ ความกลัว และการต่อรองกับความไม่แน่นอนของชีวิตประจำวันในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19

ความเปราะบางเชิงโครงสร้างในชุมชนถูกผลิตซ้ำผ่านความเชื่อมั่นต่อการรับรู้ “ความเสี่ยง”

บริบททางสังคมและความเชื่อมั่นต่อแหล่งข้อมูลโดยเฉพาะบุคคลที่มีความน่าเชื่อถืออย่างผู้นำศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการรับรู้ “ความเสี่ยง” และการยอมรับมาตรการป้องกันในชุมชนบ้านทิวสน การทำให้ชาวบ้าน

ยอมรับเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องอาศัยการประสานงานและการอธิบายอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในระยะแรกหลายคนมีความกลัว ทั้งความเจ็บ ความเสี่ยงจากการตรวจหาเชื้อ และความกังวลต่อการถูกตีตรา ส่งผลให้บางส่วนลังเลที่จะเข้ารับการตรวจหรือรับวัคซีน แบริอาเรอ อธิบายว่า

“ส่วนใหญ่เขากลัวว่าที่พูดปากต่อปากเกี่ยวกับวัคซีน”

แบริอาเรอ (นามสมมติ), อสม. หมู่ 3 (สัมภาษณ์)

“การทำให้ชาวบ้านยอมรับเจ้าหน้าที่เป็นอะไรที่ลำบากมาก เพราะเราประสานงาน บางครั้งต้องอธิบายซ้ำๆ เขาถึงจะยอมมา แรกๆ เขากลัว กลัวเจ็บ กลัวเจอ เราก็พยายามบอกให้ไปตรวจนะ แต่ก็เข้าใจ พวกเขาไม่ได้ขายของไง แล้วก็ไม่ได้กลัวป่วยขนาดนั้น พวกผู้ป่วยกลัว อสม. มากกว่าโรคอีก”

แบริอาเรอ (นามสมมติ), อสม. หมู่ 3 (สัมภาษณ์)

สะท้อนให้เห็นว่าข้อมูลที่คลาดเคลื่อนสามารถบิดเบือนการรับรู้ความเสี่ยงและก่อให้เกิดความลังเลต่อการปฏิบัติตามมาตรการ การรับรู้เช่นนี้ยังทำให้วัคซีนถูกมองเป็น “สสารที่แปลกปลอมและไม่บริสุทธิ์” หรือ “ไม่สะอาด” ในกรอบความเชื่อของศาสนาอิสลาม

นอกจากนี้ จากคำให้สัมภาษณ์ของแบริอาเรอ พบว่า ชาวบ้านจำนวนหนึ่งยังคงไปอาบน้ำละหมาดที่มีสยิดรวมกันหรือไปมาหาสู่กันอยู่เสมอ แม้ในช่วงการระบาด แสดงให้เห็นว่าความเชื่อทางศาสนาที่มีผลต่อมากกว่าการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อสุขภาพ การรวมกลุ่มตามธรรมเนียม เช่น ละหมาดวันศุกร์ที่มีสยิดจึงอาจถูกมองเป็น “ความปกติ/ความสะอาด” ของชุมชน มากกว่าการหลีกเลี่ยง “ความสกปรกที่มองไม่เห็น” จากเชื้อโรค จากประสบการณ์และเรื่องเล่าของ อสม. และผู้ป่วยในชุมชนบ้านทิวสน ชี้ให้เห็นว่า กระบวนการรับรู้ “ความเสี่ยง” ไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียว หากยังถูกกำหนดโดยการตีความทางสังคมวัฒนธรรมภายใต้กรอบ “ความสะอาด/ความสกปรก” การแพร่กระจายของเชื้อที่ถูกละเลยเป็น “สิ่งสกปรก/สิ่งไม่บริสุทธิ์” ที่ถูกสั่งห้ามของชุมชน ขณะที่มาตรการป้องกันและวัคซีนถูกใช้เพื่อฟื้นฟู “ความสะอาด” และจัดการ “ความเสี่ยง” แต่ระดับการยอมรับและการปฏิบัติตามขึ้นกับความเชื่อมั่นต่อข้อมูล ข่าวสาร และค่านิยมทางสังคม อันเป็นความท้าทายต่อการทำงานของ อสม. และตอกย้ำความสำคัญของการสื่อสารความเสี่ยงให้สอดคล้องกับบริบททางศาสนาวัฒนธรรมของพื้นที่

การตีความโควิด-19 ในฐานองค์ความรู้ใหม่ของชุมชน

จากการศึกษาครั้งนี้เป็นฐานสำคัญของการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การรับรู้ความเสี่ยงของโรคระบาดในชุมชนมุสลิมพื้นที่ชานเมือง ผ่านกรอบแนวคิด “ความสะอาด-ความสกปรก” (purity and danger) ของ Mary Douglas ซึ่งช่วยอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างระบบความเชื่อ วัฒนธรรม และการตีความความเสี่ยงของกลุ่มคนในชุมชน รูปแบบการรับรู้ดังกล่าวชี้ให้เห็นความละเอียดอ่อนทางศาสนาและสังคมที่มีผลต่อการจัดการโรคในพื้นที่ และสร้างความหมายต่อสิ่งที่ถูกมองว่า “บริสุทธิ์” หรือ “ปนเปื้อน” ในบริบทของชุมชนบ้านทิวสน

การรับรู้ความเสี่ยงของชุมชนมุสลิมในกรณีหมู่บ้านทิวสนไม่ได้เกิดจากข้อมูลทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว หากยังผูกโยงกับความเชื่อ ศรัทธา การตีความของผู้นำศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่ชุมชนได้รับ ทำให้การรับรู้มีความซับซ้อนและหลากหลาย และการประยุกต์แนวคิด “สิ่งบริสุทธิ์” และ “สิ่งปนเปื้อน” (purity and pollution) ของ

Douglas ช่วยให้เห็นว่าวัคซีนและมาตรการสาธารณสุขอาจถูกมองว่าเป็น “สิ่งแปลกปลอม” หรือ “ไม่บริสุทธิ์” ในช่วงแรก และส่งผลต่ออัตราการยอมรับวัคซีนและความยากลำบากในการทำงานของ อสม.

ผลการศึกษาศาสนาสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการทำงานเชิงวัฒนธรรมระหว่างหน่วยงานรัฐและชุมชนมุสลิมหมู่บ้านทิวสน โดยเฉพาะการสื่อสารความเสี่ยงที่ต้องคำนึงถึงบริบทศาสนาและอัตลักษณ์ของพื้นที่ ความเชื่อเรื่องความบริสุทธิ์-มลทิน ที่มีผลโดยตรงต่อการตีความ “ความเสี่ยง” ของชาวบ้าน ทำให้การจัดการโรคต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้นำศาสนา อสม. และชุมชนในฐานะผู้กำหนดความหมายร่วมกัน นอกจากนี้ การศึกษายังชี้ให้เห็นพลวัตของความเชื่อที่เปลี่ยนไปเมื่อชาวบ้านเผชิญประสบการณ์เจ็บป่วยจริง ส่งผลให้เกิดความเข้าใจใหม่ต่อวัคซีนและมาตรการป้องกันโรค ซึ่งมีประโยชน์ต่อการออกแบบนโยบายด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมเช่นจังหวัดชายแดนใต้

การปฏิบัติการด้านสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีหน้าที่รับผิดชอบต่อประเด็นสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน มักให้ความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไม่ได้ทำหน้าที่เพียงบุคลากรด้านหน้าของระบบสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ยังทำหน้าที่เป็น “สื่อกลางทางวัฒนธรรม” ระหว่างนโยบายของรัฐกับบริบทเฉพาะของชุมชน บทบาทดังกล่าวต้องอาศัยทั้งความเข้าใจเชิงศาสนา ความไว้วางใจจากชาวบ้าน และทักษะในการโน้มน้าวให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคที่รัฐกำหนด บทเรียนจากงานวิจัยนี้จึงช่วยขยายองค์ความรู้ด้าน community-based healthcare และเพิ่มพูนความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทเชิงยุทธศาสตร์ของผู้นำชุมชนในการจัดการภาวะวิกฤตสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

การมีส่วนร่วมในการตีความร่วมกันของกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มอสม. และผู้วิจัย สะท้อนให้เห็นว่า **โครงสร้างทางกายภาพและโครงสร้างชุมชน** มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพและรูปแบบการแพร่กระจายของโรค พื้นที่ชานเมืองในฐานะ “พื้นที่รอยต่อ” ระหว่างเมืองและชนบท มีลักษณะผสมผสานทั้งด้านการใช้สอยพื้นที่ การประกอบอาชีพ และรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคม ส่งผลให้เกิดการเติบโตและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งความหนาแน่นของที่อยู่อาศัย การไหลเวียนของประชากร และความไม่เพียงพอของระบบสาธารณสุข ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรค และกำหนดความเปราะบางเชิงพื้นที่ของชุมชน

เมื่อพิจารณาจากกรอบของ Mary Douglas เกี่ยวกับ “ความบริสุทธิ์-มลทิน” (purity and pollution) จะพบว่าชาวบ้านในพื้นที่ที่ตีความโรคระบาดภายใต้ทั้ง **ความเชื่อทางศาสนา** และ **ค่านิยมสังคมของชุมชนมุสลิม** ซึ่งกลายเป็นกลไกในการจัดหมวดหมู่สิ่งที่ปลอดภัย/อันตราย หรือภายใน/ภายนอก ชุมชนที่มีโครงสร้างความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดผ่านกิจกรรมส่วนรวม การเยี่ยมเยียน หรือการใช้พื้นที่ร่วมกัน ส่งผลให้ “ขอบเขตของสิ่งบริสุทธิ์” ถูกท้าทายง่ายขึ้นในภาวะโรคระบาด การรับรู้ความเสี่ยงของชาวบ้านจึงไม่เพียงเป็นเรื่องชีวการแพทย์ แต่เป็นการต่อรองระหว่าง **“ศาสนา-พื้นที่-สังคม”** ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

การเปลี่ยนแปลงเชิงพื้นที่ในชานเมืองซึ่งเกิดขึ้นจากการขยายตัวของเมือง การเพิ่มขึ้นของตลาด แหล่งงาน หอพัก และโครงสร้างพื้นฐานเมือง ทำให้ชุมชนต้องเผชิญกับการเคลื่อนย้ายของผู้คนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนักศึกษา คนทำงาน และประชากรแฝง ปรากฏการณ์นี้ทำให้ “พรมแดนความปลอดภัย” ของชุมชนพัวพันไป เกิดการปะทะกันของโลกทัศน์ทางสังคมและวัฒนธรรม เมื่อเชื้อโรคถูกมองว่าเป็นสิ่งแปลกปลอมที่รุกรานพื้นที่ความบริสุทธิ์ในความหมายของ Douglas จึงทำให้การจัดการความเสี่ยงต้องพึ่งพาบทบาทของผู้ที่มีศรัทธาในชุมชน เช่น อสม. และผู้นำชุมชน มากกว่ามาตรการรัฐเพียงลำพัง

กล่าวได้ว่า ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่าง **โครงสร้างทางสังคม การตีความเชิงวัฒนธรรม และ พลวัตเชิงพื้นที่ของชุมชนเมือง** ซึ่งทำให้การแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ชุมชนเมืองปัตตานีที่ศึกษามีลักษณะเฉพาะ และสะท้อนให้เห็นความจำเป็นของการทำงานสาธารณสุขที่เข้าใจ “โลกความหมายของชุมชน” มากพอที่จะจัดการกับวิกฤติได้อย่างสอดคล้องกับบริบทเฉพาะพื้นที่

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์การรับรู้ความเสี่ยงและการเผชิญโรคโควิด-19 ของชาวบ้านทิวสนในชุมชนมุสลิมพื้นที่ชุมชนเมืองมีได้เป็นเพียงปรากฏการณ์ด้านชีวการแพทย์ หากแต่เป็นกระบวนการตีความที่เชื่อมโยงระหว่าง “โครงสร้างทางสังคม-พื้นที่-และวัฒนธรรมทางศาสนา” อย่างแนบแน่น กลุ่มอสม. ในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านหน้าและผู้ป่วยต่างร่วมกันสะท้อนให้เห็น “ภาวะเสี่ยง” ที่เกิดขึ้นจากลักษณะเชิงพื้นที่ของชุมชนบ้านทิวสน ซึ่งเป็นพื้นที่ชุมชนเมืองที่มีพัฒนาการและการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความหนาแน่นของที่อยู่อาศัย จำนวนประชากรแฝงที่เพิ่มขึ้น และข้อจำกัดของระบบสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้โครงสร้างชุมชนมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคมากกว่าพื้นที่ชนบทดั้งเดิม

ภายใต้กรอบแนวคิด Purity and Pollution ของ Mary Douglas การตีความโรคโควิด-19 ในชุมชนถูกผูกเข้ากับความหมายของ “ความบริสุทธิ์-มลทิน” ซึ่งชี้ว่าความเสี่ยงมิได้ถูกเข้าใจจากข้อมูลทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ถูกกำหนดโดยโลกความหมายทางศาสนา ความศรัทธา และบรรทัดฐานร่วมของชุมชนมุสลิม เมื่อตัวโรคถูกมองว่าเป็น “สิ่งปนเปื้อนภายนอก” ที่รุกรานพื้นที่ปลอดภัยของครัวเรือนและชุมชน การปฏิบัติตามมาตรการรัฐ เช่น การกักตัว การสวมหน้ากาก หรือการฉีดวัคซีน จึงไม่ได้เป็นเพียงพฤติกรรมเชิงสาธารณสุข แต่เป็นการต่อรองเชิงวัฒนธรรมระหว่างสิ่งที่ “ยอมรับได้” และ “ไม่ยอมรับได้” ในระบบความเชื่อของชุมชน

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงเชิงพื้นที่ของพื้นที่ชุมชนเมือง ซึ่งประกอบด้วยการขยายของมหาวิทยาลัย ตลาดย่านการค้า แหล่งงาน และย่านที่พักอาศัยสำหรับประชากรเคลื่อนย้าย ทำให้เกิด “ความพัวเลื้อนของพรมแดนชุมชน” ส่งผลให้เชื้อโรคสามารถแพร่จากภายนอกเข้าสู่ภายในได้ง่ายยิ่งขึ้น การเคลื่อนย้ายแรงงาน การค้าขาย และการใช้พื้นที่สาธารณะร่วมกันยิ่งเน้นย้ำบทบาทของโครงสร้างพื้นที่ต่อความเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ยาก และผลการวิจัยยังสะท้อนให้เห็นความท้าทายของ อสม. ซึ่งแม้ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานด้านสาธารณสุข แต่ต้องเผชิญกับความไม่ไว้วางใจและความกลัวผิดประเภทจากชาวบ้าน เช่น การกลัวการถูกตีตราหรือการเป็น “ผู้พาเชื้อ” มากกว่าการกลัวโรคเอง กรณีดังกล่าวชี้ถึงอิทธิพลของโครงสร้างอำนาจเชิงสังคมและความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนภายในชุมชน ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนโดยตรง

กล่าวโดยสรุปผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า การรับมือโรคระบาดในพื้นที่ชุมชนเมืองมุสลิมของจังหวัดปัตตานีต้องเข้าใจผ่านสามมิติสำคัญ ได้แก่

1. โครงสร้างทางสังคมและพื้นที่ ที่เชื่อมต่อความเสี่ยง
2. การตีความโรคภายใต้กรอบความเชื่อและศาสนา
3. และการเสริมสร้างบทบาทของ อสม. ในฐานะตัวกลางทางวัฒนธรรมสุขภาพชุมชน

การศึกษานี้ตอกย้ำถึง “ลักษณะความพัวพันทางวัฒนธรรมอย่างเข้มข้น” (entangled culture) ของสามปัจจัยที่ถูกเชื่อมโยงกันอย่างลึกซึ้งและเป็นตัวกำหนดพลวัตปฏิบัติการสุขภาพจากเหตุการณ์การแพร่ระบาดและการตอบสนองต่อมาตรการสาธารณสุขในบริบทเฉพาะของชุมชนมุสลิมภาคใต้ จึงมีความจำเป็นต้องมุ่งสู่การกำหนดนโยบายสาธารณสุขเชิงพื้นที่ที่สอดคล้องกับโครงสร้างสังคมและความเชื่อเฉพาะถิ่น โดยรัฐควรทำงานร่วมกับผู้นำ



ศาสนาและ อสม. ในฐานะสื่อกลางทางวัฒนธรรมเพื่อสร้างความไว้วางใจ ลดข้อหวง และเพิ่มการยอมรับมาตรการป้องกันโรค ควบคู่กับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่รองรับความหนาแน่นของประชากรและการเคลื่อนย้ายสูงของพื้นที่ชนเมือง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ควรมีการเข้าใจปัญหาสุขภาพในมิติระดับท้องถิ่น/ชุมชน อย่างเป็นองค์รวมในการดำเนินการด้านสาธารณสุข และเพิ่มเติมการศึกษาเกี่ยวกับบริบททางสังคมที่ซับซ้อนของแต่ละพื้นที่ รวมไปถึงบทบาทของศาสนาและวัฒนธรรม โดยเฉพาะชุมชนศาสนาอื่น เพื่อนำมาเป็นกรณีเปรียบเทียบขยายขอบเขตไปยังระบบการจัดการสุขภาพที่ยั่งยืน และการทบทวนกรอบคิดความพัวพันทางการเมือง (political entanglement) ในมุมมองใหม่ๆ ทางภววิทยา เพื่อเตรียมความพร้อมรับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ กองโรคติดต่อทั่วไป.
- นัฐวุฒิ สิงห์กุล. (2564). ความสับสน ความสะอาดและข้อห้าม. *Public Anthropology*.
- บุญเลิศ วิเศษปรีชา. (2563). การรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพของคนไร้บ้านในสถานการณ์โควิด 19 และความตึงเครียดพื้นฐาน. *วารสารมานุษยวิทยา*, 3(2).
- ประชาธิป กะทา และสิทธิโชค ชาวไร่เงิน. (2561). ระบาดวิทยาวัฒนธรรม. *สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)*, 94-95
- พิชญ์ พงษ์สวัสดิ์. (2561). เมือง-กิน-คน : แฉการฉ้อโกงด้วยเรื่องนคราภิวัตน์ การพัฒนาเมือง และสุขภาพะเมืองของไทย. *นนทบุรี : ศูนย์ศึกษามหานครและเมือง*, 27-30
- ภัทรพร ยุบลพันธ์. (2564). ความเสี่ยงและความอยู่รอดภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19: กรณีศึกษา กลุ่มอาชีพบริการส่งอาหาร. *Covid-19 Digital Archive*.
- ววิทย์ นพแก้ว. (2561). นิเวศวิทยาการเมืองว่าด้วยเรื่องการจัดการพื้นที่ทางวัฒนธรรม "ไร้หมื่นเวียน" : ปมปัญหาและความขัดแย้งระหว่างรัฐกับชุมชน. *มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์*, 370-373
- วรณโบล ควอาจ และ ผกามาศ ถิ่นพังงา. (2557). กระบวนการกลายเป็นเมืองในประเทศไทย. *สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย*, รวชิตะห์ หะนะกาแม, อับดุลลาเต๊ะ สาและ, แวญโซะ สีเดะ, ซัลมา แดเมาะเล็ง, อิสมาอีล อาเนาะกาแซ, อาหมัด อัลฟาริตี, และ อิสมาแอ สะอิ. (2568). รูปแบบการปรับตัวต่อสถานการณ์โควิด 19 ของชาวไทยมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *MENARA: Journal of Islamic and Contemporary Issues*, 6(1), 128-141.
- ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). (2565). รายงานผลการศึกษา ประสพการณ์ ผลกระทบ และมิติทางสังคมในสถานการณ์โควิด-19 (จำนวน 5 กลุ่มประเด็น). กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- อลิสสา หะสาเมาะ. (2563). *โควิด-19 กับสังคมเสี่ยงภัยในชายแดนใต้*. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี.



- Alaszewski, A. (2015). *Anthropology and risk: insights into uncertainty, danger and blame from other cultures – A review essay*. *Health, Risk & Society*, 17(3-4), 205-225.
<https://doi.org/10.1080/13698575.2015.1070128>
- Douglas, M. (2001). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo*. Routledge.
(Original work published 1966)
- Douglas, M. (1992). *Risk and blame: Essay in cultural theory*. Routledge. London.
- Essa-Hadad, J., Abed Elhadi Shahbari, N., Roth, D., & Gesser-Edelsburg, A. (2022). The impact of Muslim and Christian religious leaders responding to COVID-19 in Israel. *Frontiers in Public Health*, 10, 1061072.
- Hahn, R. A., & Schoch-Spana, M. (2021). *Anthropological foundations of public health; the case of COVID 19*. Preventive Medicine Reports.
- Jiaviriyaboonya, P. (2022). Anthropological study of village health volunteers' (VHVs') socio-political network in minimizing risk and managing the crisis during COVID-19. *Heliyon*, 8(1), e08654.
- Linsley, Philip M. and Linsley, Alexander P. (2022). *Understanding Risk Debates Through Mary Douglas: Environment, Inequality, and COVID-19*. DOI: 10.1007/978-3-030-88374-4_1
- Mehta, L., Parthasarathy, D., Pickard, J., & Srivastava, S. (2022). *The Political Ecology of COVID-19 and Compounded Uncertainties in Marginal Environments*. *Frontiers in Human Dynamics*,
<https://doi.org/10.3389/fhumd.2022.840942>
- Mendenhall, E. (2026). *Invisible Illness: A History, from Hysteria to Long COVID*. Oakland: University of California Press.
- Mendenhall, E. (2022). *Unmasked: COVID, Community, and the Case of Okoboji*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Moolsart, S., & Phuangsomjit, C. (2025). Effectiveness of a Participatory and Culturally Tailored Learning Program for Coronavirus Prevention in Muslim Older Adults With Hypertension and Diabetes: Quasi-Experimental Study. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 9, e71671.
- Naqiyah, N., Abdullah, I., Mubaraq, Z., Izzah, F. N., Jubba, H., Mahyudin, M. K., Amani, F., & Haidar, I. (2022). The Controversy of Muslim Community Interpretation of the Covid-19 Pandemic. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 11(3), 1.
- Reuter, T. A., Vučinić Nešković, V., & Patnaik, S. M. (2024). *Anthropological Perspectives on Covid-19*. *Etnoantropološki problemi / Issues in Ethnology and Anthropology*.
- Phiriyasart, F., Aimyong, N., Jirapongsuwan, A., & Roseh, N. (2023). COVID-19 vaccine hesitancy among older adult Thai Muslim people: A case-control study. *Vaccine*, 41, 6048–6054.
- Singer, M., & Clair, S. (2003). Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4), 423–441.



- Suleman, M., & Sheikh, A. (2021). Islam and COVID-19: Understanding the ethics of decision making during a pandemic. *Journal of Global Health*, 11, 03052.
- Turner, V. W. (1969). *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Washington University in St. Louis. (2020, March 26). *COVID-19: The value of anthropology in public health*. Institute for Public Health. <https://publichealth.wustl.edu/covid-19-the-value-of-anthropology-in-public-health/>
- Wichaidit, S., Jantasuan, R., Wati, D., Nuampet, U., & Jaraeprapal, U. (2025). *The Protective Model for COVID-19 Prevention Among the Thai Muslim Community at Nakhon Sri Thammarat Province, Southern Region, Thailand: A Smart PLS-SEM Approach*. Preprints.org. <https://doi.org/10.20944/preprints202509.0731.v1>
- Van Gennep, A. (1960). *The Rites of Passage*. Chicago: University of Chicago Press.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติ ภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่

(Determinants of Spatial Network Participation in Advancing Community
Probation Centers)

โดย

สร้อยบุญ ทรายทอง*, ณัฐวรรธ อุไรอำไพ[†], อัมพร หมาดเด็น[‡], จำมยุ้น ลุงเฮือง[§]
และ วิลาสินี ไสภาพล^{**}

หมายเหตุ: บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาพลังสังคมเพื่อสร้างกลไกการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติ
ภาคประชาชน”

* อาจารย์ประจำ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พระนครศรีอยุธยา

[†] อาจารย์ประจำ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี

[‡] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี

[§] อาจารย์ประจำ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พระนครศรีอยุธยา

^{**} กำลังศึกษาระดับปริญญาเอก (Ph.D. Candidate)

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพัตติภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ แบบภาคตัดขวาง มีหน่วยวิเคราะห์ข้อมูลระดับปัจเจก กับกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายเชิงพื้นที่ ประกอบด้วย ภาคประชาชน ได้แก่ พระสงฆ์ อีหม่าม ผู้นำชุมชน และประชาชนทั่วไป ภาครัฐ (กรมคุมประพัตติ กระทรวงยุติธรรม) ได้แก่ ผู้บริหาร พนักงานคุมประพัตติ อาสาสมัครคุมประพัตติ และผู้ถูกคุมประพัตติ ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพัตติภาคประชาชนในพื้นที่มากกว่า 6 เดือน จำนวน 395 ราย ในจังหวัด นนทบุรี สมุทรปราการ ลพบุรี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี อ่างทอง ปทุมธานี สิงห์บุรี และชัยนาท เก็บข้อมูลเมื่อ มกราคม 2568 ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และผ่านการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.940 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สังกัดในจังหวัดสมุทรปราการ ร้อยละ 33.9 โดยเป็นเพศชายและหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 29.1 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45.8 ซึ่งเป็นพนักงานคุมประพัตติ ราว 1 ใน 3 รองลงมาคือ ผู้ถูกคุมประพัตติ ร้อยละ 25.8 โดยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับศูนย์คุมประพัตติภาคประชาชน 1-3 ปี ร้อยละ 57.5 นอกจากนี้ เครือข่ายเชิงพื้นที่ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพัตติภาคประชาชนระดับสูง ร้อยละ 54.9 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 36.7 และพบว่า เพศชาย จำนวนปีที่ศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของศูนย์คุมประพัตติ ทักษะติดต่อการฟื้นฟูและคืนคนดีสู่สังคม และทัศนคติต่อการมีศูนย์คุมประพัตติภาคประชาชนในชุมชน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพัตติภาคประชาชน โดยทุกตัวแปรสามารถอธิบายการผันแปรของการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพัตติภาคประชาชน ได้ร้อยละ 52.2 ($R^2=0.522$)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, ศูนย์คุมประพัตติภาคประชาชน, เครือข่ายเชิงพื้นที่



Abstract

This article aims to investigate the factors influencing participation in driving the operations of civic probation centers within spatial networks. The study employed a quantitative cross-sectional research methodology, utilizing the individual as the unit of analysis. The sample consisted of 395 members of spatial networks, including Department of Probation executives and probation officer, volunteer's probation, Buddhist monks, probationers, Imams, community leaders, and the general public, all of whom had participated in driving civil society probation centers for more than six months. The study area covered the provinces of Nonthaburi, Samut Prakan, Lop Buri, Phra Nakhon Si Ayutthaya, Saraburi, Ang Thong, Pathum Thani, Sing Buri, and Chai Nat. Data were collected in January 2025 using a validated interview schedule with a reliability coefficient of 0.940. Data analysis was conducted using univariate analysis and multiple regression analysis. The research findings revealed that the largest proportion of participants resided in Samut Prakan (33.9%), with a similar ratio between males and females. Most participants were aged between 40–49 years (29.1%), and 45.8% held a bachelor's degree. Approximately one-third of the sample were probation officers, followed by probationers at 25.8%. A majority (57.5%) had been involved with the probation centers for 1–3 years. Furthermore, most spatial network members demonstrated a high level of participation in driving the centers (54.9%), followed by a moderate level (36.7%). The multiple regression analysis indicated that being male, years of education, perception of support from the probation center, attitude toward rehabilitation and social reintegration, and attitude toward the existence of civic probation centers in the community were significant factors influencing participation. Collectively, these variables explained 52.2% of the variance in the participation in driving civic probation centers ($R^2=0.522$)

Keywords: participation, civil society probation center, spatial network



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติ ภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่

(Determinants of Spatial Network Participation in Advancing Community
Probation Centers)

บทนำ

กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม เป็นหน่วยงานที่มีภารกิจเกี่ยวกับการแก้ไขฟื้นฟู ติดตาม ดูแลช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ผู้กระทำผิดทั้งในระบบคุมประพฤติ และผู้กระทำผิดภายหลังปล่อย โดยบูรณาการ การทำงานร่วมกับ ชุมชน ภายใต้กลไกในการดำเนินงานที่สำคัญ ได้แก่ การคุมความประพฤติ การแก้ไขฟื้นฟู การทำงานบริการสังคม การให้การสงเคราะห์ รวมถึงการจัดตั้งสถานที่เพื่อให้การสงเคราะห์ (บ้านกึ่งวิถี) ศูนย์ประสานงานอาสาสมัครคุมประพฤติ ศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน และหน่วยงานภาคีต่างๆ เพื่อเป็นการให้โอกาสแก่ผู้กระทำผิดได้กลับตนเป็นคนดีสู่สังคม และรองรับการคุมประพฤติแก่ผู้กระทำผิด สร้างหลักประกันความเชื่อมั่นแก่สังคม จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาสำคัญประการหนึ่งในการคืนคนดีสู่สังคม คือ ขาดการบูรณาการ การทำงานในทุกภารกิจไว้ด้วยกัน

นอกจากนี้ยังพบว่า กรมคุมประพฤติดำเนินการของขนาดอัตรากำลังพนักงานคุมประพฤติต่อจำนวนผู้ถูกคุมความประพฤติในฐานความผิดต่างๆ มีสัดส่วนที่ต่างกันมาก จึงเป็นข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการกิจกรรมตามนโยบายของกรมคุมประพฤติในระดับชุมชน ควบคู่กับภารกิจหลักในทิศทางของการรับพิจารณาดำเนินการคุมความประพฤติกับผู้ถูกคุมประพฤติให้เป็นไปตามเงื่อนไขของศาล ซึ่งพนักงานคุมประพฤติที่รับผิดชอบการติดตามผู้ถูกคุมประพฤติมีโอกาสได้พบผู้ถูกคุมความประพฤติเพียง 4 ครั้งต่อปี หรือกล่าวได้ว่า ศาลได้มีคำสั่งให้ผู้ถูกคุมความประพฤติแต่ละราย มารายงานตัวกับพนักงานคุมประพฤติทุกๆ 3 เดือน ตลอดกระบวนการคุมประพฤติ ซึ่งในระหว่างช่วงเวลาอื่นๆ ซึ่งเป็นเวลาที่จำเป็นต่อการแก้ไขฟื้นฟูผู้ถูกคุมความประพฤติ แต่พนักงานคุมประพฤติดำเนินการลงปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานเชิงรุกในระดับชุมชน

ดังนั้นกรมคุมประพฤติ จึงอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559 หมวดที่ 7 เรื่องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน (กรมคุมประพฤติ, 2564) ได้แต่งตั้งอาสาสมัครคุมประพฤติ (อสค.) ซึ่งลงนามแต่งตั้งโดยอธิบดีกรมคุมประพฤติ โดย อสค. มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ช่วยพนักงานคุมประพฤติ และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน และส่งเสริมให้มีการพัฒนาเครือข่ายระดับพื้นที่ในชุมชนเพื่อขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ในรูปแบบภาคีเครือข่ายที่มี พระสงฆ์ ซึ่งเชื่อว่าเป็นศูนย์รวมความศรัทธา เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณของพุทธศาสนิกชน เป็นทุนวัฒนธรรมในบริบทสังคมไทยที่สามารถขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Soiboon et al., 2025) ร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน รวมตัวกันเป็นเครือข่ายในระดับพื้นที่ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน อันเป็นการปฏิบัติการกิจกรรมกรมคุมประพฤติในระดับชุมชน ซึ่งจะเป็นการหนุนเสริมประสิทธิภาพการปฏิบัติงานคุมความประพฤติ ตามภารกิจของกรมคุมประพฤติได้อย่างรอบด้านและยั่งยืน

ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 กรมคุมประพฤติ จึงได้มีจดหมายเวียนเชิญชวนให้มีการจัดตั้งศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน และมีพิธีเปิดศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในความดูแลของกรมคุมประพฤติให้กลับตนเป็นคนดีสู่สังคม ลดการ กระทำผิดซ้ำ 2) เปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในความดูแลของกรมคุมประพฤติ ในขณะเดียวกันผู้ที่อยู่ในความ

ดูแลของกรมคุมประพฤติได้มีโอกาสปรับตัวในการอยู่ร่วมกับชุมชน 3) เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานการปฏิบัติงานตามภารกิจของสำนักงานคุมประพฤติ 4) เพื่อกระจายการให้บริการในพื้นที่ เพื่อประชาชนจะได้รับความสะดวก ลดความเหลื่อมล้ำ และกระจายความยุติธรรม ในการนี้กรมคุมประพฤติได้กำหนดเกณฑ์ในการจัดตั้งเป็นศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ได้แก่ 1) มีพื้นที่และสถานที่ที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมตามภารกิจของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน เช่น การเดินทางสะดวก มีพื้นที่จัดแบ่งเป็นสัดส่วนและควรตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างจากสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด เพื่อกระจายการให้บริการให้ครอบคลุมพื้นที่ห่างไกล 2) มีความพร้อมด้านสาธารณูปโภค 3) มีความพร้อมในการจัดให้มีผู้รับผิดชอบดูแล และจัดดำเนินการกิจกรรมภายในศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนตลอดระยะเวลาในการจัดกิจกรรมตามภารกิจ 4) มีความพร้อมของชุมชนและชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน 5) มีความพร้อมของสถานที่ กล่าวคือ เป็นสถานที่ที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ถูกต้องตามกฎหมาย กรณีการสงเคราะห์ด้านที่พักต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานที่เพื่อให้การสงเคราะห์ เว้นแต่เป็นการพักชั่วคราวเพื่อร่วมกิจกรรมตามภารกิจกรมในระยะเวลาสั้นๆ ด้วยเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นนี้ ณ ปัจจุบัน (กรกฎาคม พ.ศ. 2568) ประเทศไทยมีศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนที่ดำเนินการในรูปแบบที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ เช่น ศูนย์ประสานงานอาสาสมัครคุมประพฤติ ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน และอื่นๆ จำนวน 309 แห่ง ในจำนวนนี้เป็นศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนที่ใช้วัดเป็นฐานในการปฏิบัติการ จำนวน 131 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 42.39) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดสูงกว่าศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนในรูปแบบอื่นๆ ในจำนวนนี้เป็นศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ที่อยู่ในสังกัดของสำนักงานคุมประพฤติเขต 1 จำนวน 29 แห่ง ใน 9 จังหวัดของภาคกลาง ได้แก่ นนทบุรี สมุทรปราการ ลพบุรี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี อ่างทอง ปทุมธานี สิงห์บุรี และชัยนาท (กรมคุมประพฤติ, 2566)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากรมคุมประพฤติจะพยายามผลักดันการจัดตั้งศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนอย่างต่อเนื่อง แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่า การขับเคลื่อนของแต่ละศูนย์ฯ มีความแตกต่างกันอย่างมาก เนื่องจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเชิงพื้นที่ยังขึ้นอยู่กับการบริบทเฉพาะถิ่นและคุณลักษณะของตัวบุคคล โดยการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นไปที่ระเบียบปฏิบัติหรือโครงสร้างองค์กร แต่ยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึกถึงปัจจัยเชิงประจักษ์ทางประชากรศาสตร์และทัศนคติทางสังคมที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความเข้มแข็ง (บุญญาดา และคณะ, 2567) โดยเฉพาะเครือข่ายในพื้นที่ภาคกลาง ซึ่งเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญที่มีสัดส่วนศูนย์ฯ สูงที่สุด ดังนั้น การทำความเข้าใจปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นช่องว่างสำคัญที่จะช่วยให้การออกแบบนโยบายส่งเสริมการมีส่วนร่วมเป็นไปได้อย่างตรงจุดและยั่งยืน

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นคณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมของเครือข่ายเชิงพื้นที่ การมีความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีคุณภาพ มีความรู้สึกในการเป็นเจ้าของ และเห็นประโยชน์ส่วนรวมของชุมชนมากกว่าประโยชน์ส่วนตัว ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาระบบและกลไกสร้างขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนที่มีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และสร้างเครื่องมือเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเชิงพื้นที่ ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งที่ชี้ให้เห็นระดับความเข้มแข็งของพลังสังคมที่ใช้ขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนในสังกัดของสำนักงานคุมประพฤติเขต 1 จึงเป็นที่มาของคำถามการวิจัยที่ว่า ศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนที่ดำเนินการอยู่ในขณะนี้มีเครือข่ายเชิงพื้นที่เพื่อการขับเคลื่อนอย่างไร และมีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน จึงได้กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดการมีส่วนร่วม เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองในโลกยุคใหม่ โดยเฉพาะในสังคมประชาธิปไตยที่มีการมีส่วนร่วมของประชาชนไม่เพียงแต่เป็นสิทธิเท่านั้น แต่ยังถือเป็นหน้าที่พลเมืองที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการปกครองและการพัฒนาที่ยั่งยืน (Pretty, 1995) โดยการมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจ วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลในกิจกรรมหรือโครงการที่มีผลกระทบต่อชีวิตหรือชุมชนของตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมไม่ใช่กิจกรรมเพียงครั้งเดียว แต่เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและต้องการความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยองค์ประกอบสำคัญของการมีส่วนร่วมประกอบด้วย ผู้มีส่วนร่วม กระบวนการมีส่วนร่วม ระดับของการมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วม และผลลัพธ์ของการมีส่วนร่วม ซึ่งจะสะท้อนความเข้มแข็งของชุมชนและกลุ่ม (Cohen & Uphoff, 1980)

ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมถือเป็นแนวคิดในการส่งเสริมกระบวนการยุติธรรมที่เน้นการบำเพ็ญประโยชน์และการฟื้นฟูผู้กระทำผิดในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ (restorative justice) ที่ให้ความสำคัญกับความยุติธรรมเชิงชุมชน การเยียวยาผู้เสียหาย และการคืนคนดีสู่สังคม โดยการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมมาใช้กับศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนสามารถทำได้ในหลายมิติ ทั้งการวางแผนและออกแบบกิจกรรมฟื้นฟูโดยชุมชนควรมีบทบาทในการกำหนดรูปแบบของกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และตอบสนองต่อความต้องการของผู้กระทำผิดและผู้เสียหาย การเปิดพื้นที่ให้ผู้กระทำผิดมีโอกาสแสดงออกถึงความรับผิดชอบและการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร การพบปะกับผู้เสียหาย หรือการจัดเวทีฟังความคิดเห็นหรือรับฟังเสียงของผู้กระทำผิด และการประเมินผลโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อสะท้อนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (สุภาวดี, 2560)

จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมเป็นแนวคิดพื้นฐานที่มีความสำคัญในการพัฒนาอย่างยั่งยืน ทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศ การประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมกับการขับเคลื่อนงานของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน น่าจะช่วยลดอัตราการกระทำผิดซ้ำ เพิ่มความเชื่อมั่นของสังคม และสร้างกลไกฟื้นฟูได้อย่างยั่งยืน เพราะศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งคุณลักษณะของผู้ปฏิบัติงานศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน และโครงสร้างสังคมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูอย่างแท้จริง การมีส่วนร่วมจึงไม่ใช่เพียงการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามาแสดงความคิดเห็น แต่คือการสร้างกระบวนการที่ทำให้ทุกคนมีความหมาย และสามารถมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจร่วมกันได้อย่างแท้จริง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยคุณลักษณะของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ได้แก่ เพศ อายุปัจจุบัน จำนวนปีที่ศึกษา บทบาทในศูนย์ฯ จำนวนปีที่เข้าร่วมกิจกรรม และปัจจัยสังคม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของศูนย์คุมประพฤติทัศนคติต่อการฟื้นฟูและคืนคนดีสู่สังคม และทัศนคติต่อการมีศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนในชุมชน โดยมีตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงปริมาณบนฐานวิทยาแบบปฏิฐานนิยม (positivism) ที่เชื่อว่าปรากฏการณ์ทางสังคมดำรงอยู่อย่างมีแบบแผนและเป็นสากล (ชาย, 2564) การวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวางในกลุ่มตัวอย่างเครือข่ายเชิงพื้นที่ ประกอบด้วย ภาคประชาชน ได้แก่ พระสงฆ์ อีหม่าม ผู้นำชุมชน และประชาชนทั่วไปภาครัฐ (กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม) ได้แก่ ผู้บริหาร พนักงานคุมประพฤติ อาสาสมัครคุมประพฤติ และผู้ถูกคุมประพฤติ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถให้ข้อมูลได้และปัจจุบันยังปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ตามที่ได้รับมอบหมาย (2) ในกรณีผู้ให้ข้อมูลสำคัญเปลี่ยนงานแล้วหรือเกษียณอายุราชการแล้ว ไม่เกิน 12 เดือน สามารถให้ข้อมูลของการทำงานคุมประพฤติภาคประชาชนได้ (3) ในกรณีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ถูกคุมประพฤติ สามารถเป็นผู้ที่อยู่ระหว่างถูกคุมประพฤติหรือเป็นผู้ที่ผ่านพ้นการคุมประพฤติแล้วแต่มีจิตอาสาที่จะทำงานเป็นผู้ช่วยของอาสาสมัครคุมประพฤติร่วมกับพนักงานคุมประพฤติ ณ ศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน สามารถให้ข้อมูลได้ (4) ไม่มีข้อจำกัดด้าน เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา (5) เป็นผู้มีความประสงค์จะให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยสมัครใจ ภายใต้หลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยใช้หน่วยการวิเคราะห์ระดับปัจเจก (individuals) คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ได้แก่ ผู้บริหารกรมคุมประพฤติ พนักงานคุมประพฤติ อาสาสมัครคุมประพฤติ ผู้ถูกคุมประพฤติ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และภาคีเครือข่ายการปฏิบัติงานของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเชิงพื้นที่ในการปฏิบัติงานศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนตามภารกิจของกรมคุมประพฤติ โดยทุกส่วนมีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนทุกจังหวัดในสำนักงานคุมประพฤติเขต 1 รวมถึงพระสงฆ์ และผู้นำศาสนา (อีหม่าม) ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนทุกจังหวัดในสำนักงานคุมประพฤติเขต 1 และผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กำนันหรือสารวัตรกำนัน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ฯลฯ ที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ทุกจังหวัดในสำนักงานคุมประพฤติเขต 1 นอกจากนี้ ยังเก็บข้อมูลกับผู้ถูกคุมประพฤติที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเข้ามารับบริการ หรือมีส่วนร่วมด้วยศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนในสำนักงานคุมประพฤติเขต 1 รวมจำนวนประชากรที่เกี่ยวข้องกับศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนจำนวน 29 แห่ง สังกัดสำนักงานคุมประพฤติเขต 1 ทั้งสิ้น จำนวน 27,986 ราย (กรมคุมประพฤติ, 2567) จำแนกเป็น ผู้ถูกคุมประพฤติ ทุกฐานความผิด จำนวน 26,986 คน พนักงานคุมประพฤติที่ลงพื้นที่ปฏิบัติงานร่วมกับเครือข่ายศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนจำนวน 100 คน และเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนจำนวน 900 คน โดยคำนวณหาขนาดตัวอย่างตามสูตรของ Yamane (1973) ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 395 ราย และเทียบบัญญัติไตรยางศ์ให้เป็นไปตามสัดส่วนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 10 จังหวัด มีพื้นที่ดำเนินการวิจัย ได้แก่ ศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนทุกรูปแบบที่ดำเนินการในบริบทที่แตกต่างกัน จำนวน 29 แห่ง ซึ่งได้เปิดดำเนินการศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ศูนย์ฯ ทุกแห่งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานคุมประพฤติเขต 1 ใน 9 จังหวัดภาคกลาง ได้แก่ นนทบุรี สมุทรปราการ ลพบุรี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี อ่างทอง ปทุมธานี สิงห์บุรี และชัยนาท

การวิจัยนี้ได้กำหนดตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้น เพื่อใช้ในการศึกษาคุณลักษณะทางประชากร ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่ ประกอบด้วย ปัจจัยคุณลักษณะของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ได้แก่ เพศ และสถานภาพ/บทบาทหน้าที่เป็นตัวแปรที่วัดระดับนามบัญญัติ (nominal scale) โดยในการวิเคราะห์ได้สร้างเป็นตัวแปรหุ่น อายุ จำนวนปีที่ศึกษา และจำนวนปีที่เข้าร่วมกิจกรรม มีการวัดในระดับอัตราส่วน (ratio scale) และปัจจัยสังคม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของศูนย์ฯ ทศนคติต่อการฟื้นฟูและคืนคนดีสู่สังคม และทศนคติต่อการมีศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนในชุมชน มีการวัดในระดับอันตรภาคชั้น (interval scale) ส่วนตัวแปรตาม (dependent variables) คือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน มีการวัดในระดับอันตรภาคชั้น ซึ่งครอบคลุมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ฯ การใช้เวลาเข้าร่วม การเป็นผู้ริเริ่มหรือจัดทำโครงการ การเชิญชวนผู้อื่น การให้ความสำคัญกับกิจกรรม และการติดตามข้อมูลของศูนย์ฯ

การวิจัยนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ (interview schedule) สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก เนื้อหาในเครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อตามตัวแปรปัจจัยคุณลักษณะของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของศูนย์ฯ มีข้อคำถาม 12 ข้อ ทศนคติต่อการฟื้นฟูและคืนคนดีสู่สังคม จำนวน 12 ข้อ และทศนคติต่อการมีศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนในชุมชน จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ซึ่งมีข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามรายข้อจำนวน 11 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบ 5 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ด้วยการวิเคราะห์อำนาจจำแนก (IOC) ผ่านการขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ที่มีคุณวุฒิและประสบการณ์วิจัย มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสังคม และด้านกระบวนการคุมประพฤติ จากนั้นได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานคุมประพฤติภาคประชาชน จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่น (cronbach's alpha) เท่ากับ 0.940 จึงเชื่อได้ว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพสามารถใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์โดยคณะนักวิจัย และผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการสร้างความเข้าใจอธิบายขั้นตอนและข้อคำถามในเครื่องมือวิจัยแล้ว จึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2569

ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการประมวลผลข้อมูลโดยประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (SPSS for Windows) ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และ (2) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ซึ่งได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่ ปัจจัยทุกตัวที่น่าจะมีอิทธิพลต่อระดับการมีส่วนร่วม ดังนั้นในการวิเคราะห์ จึงจะได้นำตัวแปรอิสระทุกตัวนำเข้าสู่การวิเคราะห์ทั้งหมด ถือว่าการวิเคราะห์นี้เป็นรูปแบบสมบูรณ์ (full model) ทั้งนี้ ตัวแปรที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ต้องไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกิน 0.75 เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น (multi collinearity) (กัลยา วาณิชยปัญญา, 2559) ซึ่งผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรรายคู่ของตัวแปรที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

ในส่วนนี้คณะผู้วิจัย นำเสนอผลการวิจัย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2) ปัจจัยสังคม 3) ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่ และ 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ดังนี้

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนส่วนใหญ่ สังกัดใน จังหวัดสมุทรปราการ ร้อยละ 33.9 เป็นเพศชายและหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 29.1 ผู้เกี่ยวข้อง 4 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45.8 ซึ่งเป็นพนักงานคุมประพฤติ รว 1 ใน 3 รองลงมาคือ ผู้ถูกคุมประพฤติ ร้อยละ 25.8 โดยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนมาแล้ว 1-3 ปี ร้อยละ 57.5 ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนครั้งที่มีส่วนร่วมกับศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนที่ผู้เกี่ยวข้องๆ เกือบครึ่งหนึ่งมีส่วนร่วม 1-5 ครั้ง (ตารางที่ 1)

ตาราง 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
จังหวัดที่สังกัด	
นนทบุรี	15.9
สมุทรปราการ	33.9
ลพบุรี	7.3
พระนครศรีอยุธยา	11.6
สระบุรี	5.1
อ่างทอง	3.8
ปทุมธานี	11.9
สิงห์บุรี	2.3
ชัยนาท	4.8
ลพบุรี (ชัยบาดาล)	3.3
รวม	100.0 (395)
เพศ	
ชาย	50.4
หญิง	49.6
รวม	100.0 (395)



คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
อายุ	
ไม่เกิน 29 ปี	18.7
30-39 ปี	21.8
40-49 ปี	29.1
50-59 ปี	15.9
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป	14.4
รวม	100.0 (395)
Mean = 43.7 ปี S.D. = 13.8 Min = 17.0 ปี Max = 80.0 ปี	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	12.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	14.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	12.4
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	2.8
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	5.6
ปริญญาตรี	45.8
สูงกว่าปริญญาตรี	6.6
รวม	100.0 (395)
จำนวนปีที่มีส่วนร่วมกับศูนย์คุมประพฤติ	
ต่ำกว่า 1 ปี	17.7
1-3 ปี	57.5
4-6 ปี	17.2
7-9 ปี	0.8
ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป	6.8
รวม	100.0 (395)
Mean = 2.9 ปี S.D. = 2.9 Md. = 2.1 ปี Min = 6.0 เดือน Max = 20.0 ปี	
จำนวนครั้งที่มีส่วนร่วมกับศูนย์คุมประพฤติ	
1-5 ครั้ง	48.1
6-10 ครั้ง	12.2
11-15 ครั้ง	11.1
16-20 ครั้ง	5.6
21-25 ครั้ง	5.1
ตั้งแต่ 26 ครั้งขึ้นไป	18.0
รวม	100.0 (395)
Mean = 17.0 ครั้ง S.D. = 32.6 Min = 1.0 ครั้ง Max = 450.0 ครั้ง	

2. ปัจจัยสังคม

การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของศูนย์คุมประพฤติดภาคประชาชนและชุมชน

ในการวิเคราะห์ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของศูนย์คุมประพฤติดภาคประชาชนและชุมชน ภาพรวม คณะผู้วิจัยใช้กระบวนการรวมคะแนนข้อคำถามรายข้อ (composite index) แล้วดำเนินการจัดระดับเป็น 3 ระดับด้วยวิธีการอิงกลุ่ม (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด / จำนวนระดับ) พบว่า ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์คุมประพฤติดภาคประชาชนส่วนใหญ่มีรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของศูนย์คุมประพฤติดภาคประชาชนในระดับสูง ร้อยละ 59.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.8 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับ เมื่อต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำในการทำงาน ศูนย์ฯ พร้อมให้การสนับสนุน ศูนย์ฯ พยายามอย่างเต็มที่ในการช่วยเหลือผู้ถูกคุมประพฤติดให้ได้รับการสนับสนุนจากสังคม ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากศูนย์คุมประพฤติดภาคประชาชนในการปฏิบัติหน้าที่หรือการมีส่วนร่วมของท่าน และรู้สึว่าการมีศูนย์ฯ อยู่ในชุมชนเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของคนในชุมชนในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.7 54.7 53.4 และ 50.4 ตามลำดับ

ทัศนคติต่อการฟื้นฟูและคืนคนดีสู่สังคม

ในการวิเคราะห์ทัศนคติต่อการฟื้นฟูและคืนคนดีสู่สังคม ภาพรวม คณะผู้วิจัยใช้กระบวนการรวมคะแนนข้อคำถามรายข้อ (composite index) แล้วดำเนินการจัดระดับเป็น 4 ระดับตามทิศทางของทัศนคติด้วยวิธีการอิงกลุ่ม (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด / จำนวนระดับ) พบว่า ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์คุมประพฤติดภาคประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการฟื้นฟูและคืนคนดีสู่สังคม ร้อยละ 60.8 รองลงมาคือค่อนข้างบวก ร้อยละ 32.2 และค่อนข้างลบ ร้อยละ 6.8 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการให้กำลังใจและสนับสนุนผู้ถูกคุมประพฤติดเป็นการลงทุนเพื่ออนาคตที่ดีกว่าของสังคม เชื่อว่าทุกคนสมควรได้รับโอกาสครั้งที่สองในการแก้ไขความผิดพลาด ยินดีที่จะให้โอกาสผู้ถูกคุมประพฤติดที่ปรับปรุงตัวแล้วกลับมาใช้ชีวิตในชุมชน และการมีศูนย์คุมประพฤติดภาคประชาชนช่วยให้ผู้ถูกคุมประพฤติดมีโอกาสดีขึ้นในการเริ่มต้นชีวิตใหม่ ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.1 66.3 65.8 และ 65.3 ตามลำดับ

ทัศนคติต่อการมีศูนย์คุมประพฤติดภาคประชาชนในชุมชน

ในการวิเคราะห์ทัศนคติต่อการมีศูนย์คุมประพฤติดภาคประชาชนในชุมชน ภาพรวม คณะผู้วิจัยใช้กระบวนการรวมคะแนนข้อคำถามรายข้อ (composite index) แล้วดำเนินการจัดระดับเป็น 4 ระดับตามทิศทางของทัศนคติด้วยวิธีการอิงกลุ่ม (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด / จำนวนระดับ) พบว่า ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์คุมประพฤติดภาคประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีศูนย์คุมประพฤติดภาคประชาชนในชุมชน ร้อยละ 77.0 รองลงมาคือค่อนข้างบวก ร้อยละ 21.3 และค่อนข้างลบ ร้อยละ 1.5 (ตารางที่ 5.8) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติว่าศูนย์ฯ ช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนในชุมชน การทำงานของศูนย์ฯ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน เชื่อว่าศูนย์ฯ เป็นกลไกสำคัญในการฟื้นฟูผู้ถูกคุมประพฤติดให้กลับคืนสู่สังคมอย่างยั่งยืน และเชื่อว่าศูนย์ฯ ช่วยสร้างความเข้าใจและการยอมรับซึ่งกันและกันในชุมชน ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.2 57.2 56.5 และ 56.2 ตามลำดับ

3. ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่

ในการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่ ภาพรวม คณะผู้วิจัยใช้กระบวนการรวมคะแนนข้อคำถามรายข้อ (Composite Index) แล้วดำเนินการจัดระดับเป็น 3 ระดับด้วยวิธีการอิงกลุ่ม (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด / จำนวนระดับ) พบว่า ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ในระดับสูง ร้อยละ 54.9 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 36.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 8.4 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเห็นว่า การมีส่วนร่วมช่วยให้ศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนดำเนินงานได้อย่างราบรื่นและประสบความสำเร็จ พร้อมให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมแก่ศูนย์ฯ เมื่อได้รับการร้องขอ ใช้เวลาเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดโดยศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน และกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.9 50.1 46.8 และ 45.8 ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่า มีผู้เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเป็นผู้ริเริ่ม/เสนอ/เป็นผู้นำโครงการหรือกิจกรรมให้กับศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน มักอาสาเข้ามาช่วยเหลือภารกิจต่างๆ ของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน และเชิญชวนผู้อื่นให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.0 19.0 และ 17.5 ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเชิงพื้นที่ของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน เป็นการทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ระดับหลายตัวแปร (multi-variate analysis) โดยการทดสอบสมมติฐานการวิจัยมีข้อกำหนดว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ต้องมีระดับการวัดระดับอันตรภาคชั้น (interval scale) หรือระดับอัตราส่วน (ratio scale) หากตัวแปรใดมีการวัดระดับกลุ่ม (nominal scale) หรืออันดับ (ordinal scale) ต้องปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) และระบุกลุ่มอ้างอิง (reference group) ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้องเพศชาย (กำหนดให้เพศหญิงเป็นกลุ่มอ้างอิง) อายุปัจจุบัน จำนวนปีที่ศึกษา สถานภาพผู้คุมประพฤติ (กำหนดให้ประชาชนทั่วไปเป็นกลุ่มอ้างอิง) และจำนวนปีที่มีส่วนร่วมกับศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ปัจจัยสังคม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของศูนย์ฯ ทศนคติต่อการฟื้นฟูและคืนคนดีสู่สังคม และทัศนคติต่อการมีศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนในชุมชน รวมทั้งหมด 8 ตัวแปร ทั้งนี้ตัวแปรตาม คือ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ทั้งนี้ การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ ตัวแปรที่นำเข้าวิเคราะห์ต้องไม่มีตัวแปรคู่ใดมีความสัมพันธ์กันสูงเกิน 0.75 เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความสัมพันธ์พหุรวมเชิงเส้น (multi-collinearity) เพราะทำให้คุณค่าในการพยากรณ์ผลการด้อยลง (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2548) ทั้งนี้ได้วิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรรายคู่ของตัวแปรที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่สูงเกิน 0.75 ดังนั้น จึงสามารถใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้ เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยต่อไป เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี enter พบว่า มีตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่ ดังนี้

ผู้เกี่ยวข้องเพศชาย มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (b) เท่ากับ 1.372 หมายความว่า ผู้เกี่ยวข้องเพศชาย จะมีการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์ฯ สูงกว่าผู้เกี่ยวข้องเพศหญิง (กลุ่มอ้างอิง) 1.372 เท่า ทั้งนี้เนื่องจาก งานคุม

ประเพณีภาคประชาชนมักเกี่ยวข้องกับการสอดส่องดูแล แก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด และการป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำผิดซ้ำ ซึ่งในทางจิตวิทยาและสังคมไทย เพศชายมักถูกมองว่ามีภาพลักษณ์ด้านความเข้มแข็ง ความเด็ดขาด และมีบารมีในการเจรจาหรือตักเตือนผู้กระทำความผิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเพศชายอาจรู้สึกมีความมั่นใจและมีความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วมในบทบาทนี้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงบางส่วนอาจต้องรับภาระเรื่องการดูแลครอบครัวและครอบครัว ทำให้มีข้อจำกัดในการทำงานด้านคุมประพฤติ

จำนวนปีที่ศึกษา มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์ฯ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (b) เท่ากับ 0.218 หมายความว่า เมื่อผู้เกี่ยวข้องมีจำนวนปีที่ศึกษาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์ฯ เพิ่มขึ้น 0.218 หน่วย ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักมีเครือข่ายสังคมที่กว้างขวางและมีความเข้าใจในการดำเนินงานของระบบราชการได้ดีกว่า จึงพร้อมที่จะเข้ามาช่วยขับเคลื่อนในระดับการบริหารจัดการศูนย์ฯ ได้มากกว่ากลุ่มอื่น

การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของศูนย์คุมประพฤติ มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์ฯ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (b) เท่ากับ 0.586 หมายความว่า เมื่อผู้เกี่ยวข้องมีการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของศูนย์คุมประพฤติ เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์ฯ เพิ่มขึ้น 0.586 หน่วย ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร งบประมาณ อุปกรณ์ และคำแนะนำทางเทคนิคจากภาครัฐ ช่วยลดความกังวลใจในการจัดการกับผู้กระทำความผิดและสร้างความไว้วางใจในองค์กร

ทัศนคติต่อการฟื้นฟูและคืนคนดีสู่สังคม มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์ฯ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (b) เท่ากับ 0.303 หมายความว่า เมื่อผู้เกี่ยวข้องมีทัศนคติต่อการฟื้นฟูและคืนคนดีสู่สังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์ฯ เพิ่มขึ้น 0.303 หน่วย ทั้งนี้เนื่องจาก เมื่อภาคีเครือข่ายเชื่อว่าทุกคนสมควรได้รับโอกาสครั้งที่สอง และการให้โอกาสเป็นการลงทุนเพื่ออนาคตที่ดีกว่าของสังคม จะส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจและอุทิศตนเพื่อส่วนรวมมากขึ้น

ทัศนคติต่อการมีศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนในชุมชน มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์ฯ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (b) เท่ากับ 0.137 หมายความว่า เมื่อผู้เกี่ยวข้องมีทัศนคติต่อการมีศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนในชุมชน เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์ฯ เพิ่มขึ้น 0.137 หน่วย ด้วยเพราะการที่สมาชิกเครือข่ายมองว่าศูนย์ฯ เป็นกลไกสำคัญในการสร้างความปลอดภัยในชุมชนอย่างยั่งยืน และช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนในชุมชน จะส่งผลให้เกิดความกระตือรือร้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเชิงพื้นที่ของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ทั้ง 5 ตัวแปร โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณมาตรฐาน (beta) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเชิงพื้นที่ของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน ได้รับอิทธิพลสูงสุดจากการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของศูนย์คุมประพฤติ (beta = 0.566) ซึ่งสะท้อนว่า หากศูนย์ฯ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ ความรู้ทางกฎหมาย หรือการมีพี่เลี้ยง (พนักงานคุมประพฤติ) ที่คอยประสานงานอย่างใกล้ชิด จะช่วยลดความกังวลและความรู้สึกเสี่ยงในการทำงานกับผู้กระทำความผิด ทำให้เครือข่ายมีความมั่นใจและยินดีสละเวลาเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น รองลงมาคือ ทัศนคติต่อการฟื้นฟูและคืนคนดีสู่สังคม (beta = 0.235) แสดงให้เห็นว่าเครือข่ายในภาคกลางให้ความสำคัญกับเป้าหมายสูงสุดของงานคุมประพฤติ มากกว่าการทำตามหน้าที่ หากบุคคลมีความเชื่อพื้นฐานว่ามนุษย์สามารถกลับตัวได้ หรือเชื่อใน กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ ทัศนคติเชิงบวกนี้จะกลายเป็นพลังภายในที่



ผลักดันให้ช่วยดูแลผู้กระทำผิดในชุมชนตนเอง เพื่อลดความขัดแย้งและสร้างความสงบสุขในพื้นที่อย่างยั่งยืน จำนวนปีที่ศึกษา ($\beta = 0.126$) ทศนคติต่อการมีศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนในชุมชน ($\beta = 0.116$) และผู้เกี่ยวข้องเพศชาย ($\beta = 0.108$) ทั้งนี้ ตัวแปรอิสระที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์สามารถอธิบายการผันแปรของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเชิงพื้นที่ของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้ร้อยละ 52.2 ($R\text{-square} = 0.522$) (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่า หากต้องการเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเชิงพื้นที่ กรมคุมประพฤติควรให้ความสำคัญกับการสร้างความเชื่อมั่นในการสนับสนุน เป็นอันดับแรก ควบคู่ไปกับการจัดกิจกรรมปรับทัศนคติคนในชุมชนให้มองผู้กระทำผิดเป็นโอกาสในการสร้างสังคมใหม่ มากกว่าการเป็นภาระหรืออันตราย เพื่อดึงดูดกลุ่มคนที่มีความสามารถในพื้นที่ให้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่

การที่ปัจจัยที่นำมาศึกษาสามารถอธิบายการมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 52.2 สะท้อนให้เห็นว่าการขับเคลื่อนงานคุมประพฤติภาคประชาชนขึ้นอยู่กับความพร้อมเชิงระบบและทัศนคติส่วนบุคคลเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ความแปรปรวนอีกร้อยละ 47.8 ซึ่งให้ถึงอิทธิพลของปัจจัยเชิงบริบทที่ซับซ้อนและยังไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ เช่น โครงสร้างอำนาจของผู้นำในท้องถิ่น ความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ และระดับความศรัทธาต่อสถาบันทางศาสนาในพื้นที่ภาคกลางที่มีความเฉพาะตัว นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคทางกายภาพ เช่น ระยะทางในการลงพื้นที่ ความกังวลด้านความปลอดภัยส่วนบุคคลในการปฏิสัมพันธ์กับผู้กระทำผิด และค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจของอาสาสมัคร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นช่องว่างสำคัญที่ต้องอาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาแรงจูงใจเชิงลึก และนำไปสู่การออกแบบนโยบายสนับสนุนที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของเครือข่ายในแต่ละพื้นที่อย่างยั่งยืน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่

ชื่อตัวแปร	b	Beta	Sig.	ลำดับอิทธิพล
ปัจจัยคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง				
ผู้เกี่ยวข้องเพศชาย ⁽¹⁾	1.372	0.108	0.016	5
อายุปัจจุบัน	0.031	0.055	0.163	
จำนวนปีที่ศึกษา	0.218	0.126	0.014	3
ผู้มีบทบาทคุมประพฤติ ⁽²⁾	0.094	0.059	0.187	
ผู้ถูกคุมประพฤติ ⁽²⁾	0.085	0.016	0.676	
จำนวนปีที่เข้าร่วมกิจกรรม	0.044	0.011	0.714	
ปัจจัยสังคม				
การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนของศูนย์คุมประพฤติ	0.586	0.566	0.001	1
ทัศนคติต่อการฟื้นฟูและคืนคนดีสู่สังคม	0.303	0.235	0.001	2
ทัศนคติต่อการมีศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนในชุมชน	0.137	0.116	0.014	4
Contant	4.766			
$R^2 = 0.522$ $F = 1581.584$ Sig. of $F = 0.000$				

หมายเหตุ กลุ่มอ้างอิง ได้แก่

(1) กำหนดให้ ผู้เกี่ยวข้องเพศชาย เป็นกลุ่มอ้างอิง

(2) กำหนดให้ ประชาชนทั่วไป เป็นกลุ่มอ้างอิง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเพื่อปฏิบัติการ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กรมคุมประพฤติควรดำเนินการยกระดับการรับรู้การสนับสนุนการปฏิบัติงาน ขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนของเครือข่ายเชิงพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครคุมประพฤติ เช่น สร้างระบบประกันความเสี่ยงในการปฏิบัติงานคุมประพฤติ การให้รางวัล เพื่อลดช่องว่างความวิตกกังวลในการปฏิบัติงาน สร้างการรับรู้ และความเชื่อมั่นว่าภาครัฐสนับสนุนอาสาสมัครคุมประพฤติอย่างต่อเนื่อง
2. ข้อเสนอแนะเพื่อปฏิบัติการ การปฏิบัติงานของเครือข่ายเชิงพื้นที่ของศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนควรเน้นการประชาสัมพันธ์เชิงรุก เพื่อปรับทัศนคติของคนในชุมชนให้เข้าใจว่า การแก้ไขฟื้นฟูผู้ถูกคุมความประพฤติโดยศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน คือ การสร้างความปลอดภัยให้ชุมชนในระยะยาว และควรชักชวนผู้เกี่ยวข้องที่มีระดับการศึกษาสูงเข้าร่วมพัฒนาทักษะเป็นอาสาสมัครคุมประพฤติ เพื่อให้โอกาสผู้ที่มีต้นทุนทางการศึกษาสูงสามารถช่วยงานในเชิงการบริหารจัดการศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชนได้มากกว่าการติดตามสอดส่องและรับรายงานตัวผู้ถูกคุมความประพฤติ
3. จากผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยสังคมมีผลต่อการทำงาน ภาครัฐควรบูรณาการความร่วมมือกับผู้นำชุมชนและองค์กรศาสนาผ่านการสร้างแพลตฟอร์มเครือข่ายดิจิทัลระดับพื้นที่ เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารและรายงานผลแบบทันที ซึ่งจะช่วยลดช่องว่างการทำงานและสร้างความรู้สึกรับการสนับสนุนที่ทั่วถึง ควบคู่ไปกับการจัดตั้งเครือข่ายท้องถิ่นเพื่อวางแผนภารกิจตามความถนัดของเพศ และบทบาทหน้าที่ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามดูแลผู้กระทำผิด และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของพื้นที่ภาคกลางอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. เนื่องจากการเก็บข้อมูลเป็นแบบภาคตัดขวาง ผลการวิจัยที่ได้จึงสะท้อนทัศนคติและการมีส่วนร่วมในช่วงเวลานั้นเท่านั้น ไม่สามารถยืนยันการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาวหรือความเป็นเหตุเป็นผล (causality) ที่เปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาได้
2. งานวิจัยนี้มุ่งเน้นปัจจัยเชิงประชากรและทัศนคติเป็นหลัก จึงอาจยังไม่ได้ครอบคลุมปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น ความผันผวนของงบประมาณสนับสนุนในแต่ละปี หรือนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงยุติธรรม ที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาขับเคลื่อนศูนย์ฯ ในขณะนั้น

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาพลังสังคมเพื่อสร้างกลไกการขับเคลื่อนศูนย์คุมประพฤติภาคประชาชน” คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ที่ได้สนับสนุนทุนวิจัยและนวัตกรรม (Strategic Fund) ปีงบประมาณ 2568 กราบนมัสการขอพระคุณพระพรหมวัชรธีรอาจารย์ ศ.ดร. อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และกราบขอพระคุณ รศ.ดร. พงษ์พัฒน์ จิตตานุรักษ์ รองอธิการบดีฝ่ายกิจการทั่วไป ที่ท่านได้เมตตาดำเนินการลงนามในสัญญาสนับสนุนวิจัยกับสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ เปรียบเสมือนผู้เปิดประตูแห่งโอกาสของการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ กราบนมัสการขอพระคุณพระสุธีรัตนบัณฑิต รศ.ดร. คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และ ดร. นิวัติ เอี่ยมเที่ยง ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการ



แก้ไขฟื้นฟูและกิจกรรมชุมชน กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม ที่ได้เมตตาเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัย กราบขอบพระคุณ คณะผู้บริหารและบุคลากรของสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการโครงการวิจัย กราบขอบพระคุณ พระราชธรรมนิเทศ (พยอม กลฺยาโณ) พระอธิการสุทธิชัย อัฐิฐานโน และพระสงฆ์ทุกรูป กราบขอบพระคุณผู้บริหารกรมคุมประพฤติ พนักงานคุมประพฤติ อาสาสมัครคุมประพฤติ ผู้ถูกคุมความประพฤติ ผู้นำชุมชน และเครือข่ายภาคประชาชนเชิงพื้นที่ทุกท่าน ที่ได้อุทิศเวลา เสียสละ ให้ความเมตตา ในการตอบแบบสัมภาษณ์ และให้ความร่วมมือทุกด้านขณะดำเนินการโครงการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ด้านวิชาการอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม. (2564). *คู่มือการปฏิบัติงานคุมความประพฤติ ผู้ถูกคุมความประพฤติที่เป็นผู้ใหญ่ตามพระราชบัญญัติคุมประพฤติ พ.ศ. 2559*. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2566, จาก <https://www.probation.go.th/contentdl.php?id=52064>.
- กรมคุมประพฤติ. (2566). *รายงานประจำปี 2566 กรมคุมประพฤติ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงยุติธรรม.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2559). *การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows*. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- ชาย โพธิ์ธิดา. (2564). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 9. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธัญญาภรณ์ ใหม่เจริญ. (2565). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพของปาก อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(5), 797-808.
- บุญญาดา จงละเอียด และคณะ. (2567). กระบวนการเสริมสร้างยุติธรรมในชุมชนแบบมีส่วนร่วมภายใต้บริบทของกฎหมาย กรณีศึกษา: องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*, 8(12), 223-235.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2548). *เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวแปรสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- Garcia, M. L. (2025). *Institutional support and the sustainability of community volunteerism*. *Journal of Criminology and Social Policy*, 18(1), 24-40.
- Miller, R., & Thompson, S. (2024). *Predictive modeling in community justice: The role of psychosocial factors*. *International Journal of Sociology and Law*, 55, 112-130.
- Smith, A. J. (2022). *Human capital and civic engagement in the 21st century*. New York, NY: Academic Press.
- Soiboon Saithong, PhamahaSuthep Peupuad, Nattapon Meekaew, Parinya Nikorunkul, Chamyun Lunghuang. (2025). *Faith and justice in action: Understanding the Buddhist temple's function in civic probation in Central Thailand*. *International Journal of Law, Crime and Justice*. Vol.82 (2025). <https://doi.org/10.1016/j.ijlcrj.2025.100768>.
- Thompson, S., & Lee, J. (2024). *Institutional support as a predictor of volunteer retention in criminal justice agencies*. *Public Administration Review Quarterly*, 29(1), 33-52.



บทความฉบับสมบูรณ์

กลุ่มที่ 5 ประชากรกับสิ่งแวดล้อม

4 บทความ

- ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงานในบริบทของเกษตรกรที่สัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคใช้รากสาตใหญ่ ในจังหวัดเชียงใหม่: การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม
- เกินกว่าค่าตอบแทนและตำแหน่งงาน: บรรยากาศในที่ทำงานและการเคลื่อนย้ายงานของแรงงานรุ่นใหม่ภายใต้ภาวะความไม่สมมาตรของข้อมูล
- The hidden cost of air pollution attributed to health in Thailand
- พลวัตภูมิอากาศและโรคไข้มาลาเรีย: การวิเคราะห์ช่วงเวลาหน่วงเพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพประชากรในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน



**ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงานในบริบทของเกษตรกรที่สัมพันธ์กับการป่วย
ด้วยโรคไข้รากสาดใหญ่ ในจังหวัดเชียงใหม่: การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม**
(Workplace Environmental Factors Associated with Scrub Typhus among
Farmers in Chiang Mai Province: A Case–Control Study)

โดย

**ตริทิพย์ สารสันต์^{*}, ณัฐนารี เอมยงค์[†], วรางคณา เกาธรรมพิทักษ์[‡]
และ หทัยชนน์ อินทร์ชัย[§]**

^{*} นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (โรคติดต่อและวิทยาการระบาดทางการแพทย์ สาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[†] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มสหวิทยาการและการศึกษาตลอดชีวิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[‡] อาจารย์ ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[§] อาจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

โรคใช้รกาสาดใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย โดยมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จังหวัดเชียงใหม่เป็น 1 ใน 5 จังหวัดที่รายงานจำนวนผู้ป่วยสูงสุดของประเทศ โดยกลุ่มอาชีพเกษตรกร ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 27.68 ของประชากรวัยทำงานในจังหวัด จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะระบุความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพเกษตรกับการป่วยด้วยโรคใช้รกาสาดใหญ่ แต่ยังขาดหลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมเฉพาะ ในสถานที่ทำงานของเกษตรกร ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงานของเกษตรกรกับการป่วยเป็นโรคใช้รกาสาดใหญ่ การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมแบบจับคู่ 1:4 ในระดับชุมชน โดยดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2568 โดยคัดเลือกผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอมก๋อย ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และจับคู่กลุ่มควบคุมจากตำบลเดียวกันตามเพศ และอายุ (± 2 ปี) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกส์แบบมีเงื่อนไข จากผู้เข้าร่วม 250 คน (ผู้ป่วยจำนวน 50 ราย กลุ่มควบคุมจำนวน 200 ราย โดยมีสัดส่วนเพศชายร้อยละ 58.0) พบว่า ประเภทของสถานที่ทำงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการป่วยด้วยโรคใช้รกาสาดใหญ่ โดยการทำงานในพื้นที่นาและไม่มีโอกาสเสี่ยงสูงสุด ($aOR = 5.8$; 95% $CI = 1.92-17.48$) รองลงมาคือพื้นที่สวน ($aOR = 2.83$; 95% $CI = 1.11-7.19$) ประเภทของการทำงานที่เสี่ยงได้แก่ การล่าสัตว์ ($aOR = 4.18$; 95% $CI = 1.21-14.36$) และการตัดฟัน ($aOR = 2.94$; 95% $CI = 1.20-7.15$) ในขณะที่สภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานที่มีการใช้สารเคมีกำจัดแมลงในบริเวณพื้นที่ทำงาน เป็นปัจจัยป้องกัน ซึ่งช่วยลดโอกาสเสี่ยงได้ร้อยละ 73 ($aOR = 0.27$; 95% $CI = 0.09-0.88$) การศึกษานี้บ่งชี้ว่าลักษณะเฉพาะของพื้นที่ทำงานทางการเกษตร และกิจกรรมทางการเกษตรมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคใช้รกาสาดใหญ่ในเกษตรกร เพื่อลดความเสี่ยงจากการทำงาน ควรเสริมสร้างการสื่อสารความเสี่ยงที่ตรงกลุ่มเป้าหมาย และการจัดการสิ่งแวดล้อมในกลุ่มเกษตรกรที่ทำงานในพื้นที่เกษตรกรรมที่มีความเสี่ยงสูง

คำสำคัญ: การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม, ปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม, เกษตรกร, โรคใช้รกาสาดใหญ่, สภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน



Abstract

Scrub typhus remains a significant public health problem in Thailand, with increasing incidence rates. Chiang Mai Province is one of the five provinces reporting the highest number of cases in the country. Farmers account for 27.68% of the province's working population, are considered a high-risk group. Although previous studies have identified a relationship between agricultural occupation and scrub typhus, evidence regarding specific environmental factors within agricultural workplaces remains limited. This study aimed to identify environmental workplace factors associated with scrub typhus among farmers. A community-based 1:4 matched case-control study was conducted from August to November 2025. Cases were patients aged 18 and older from Omkoi Hospital, matched with controls from the same sub-district by gender and age (± 2 years). Data were collected via a structured questionnaire and analyzed using conditional logistic regression. A total of 250 participants (50 cases and 200 controls; 58.0% male) were included. Types of workplaces were significantly associated with scrub typhus. Working in rice and farmland areas was associated with the highest risk of scrub typhus (aOR = 5.80; 95% CI = 1.92–17.48), followed by garden areas (aOR = 2.83; 95% CI = 1.11–7.19). High-risk work activities included hunting (aOR = 4.18; 95% CI = 1.21–14.36) and cutting firewood (aOR = 2.94; 95% CI = 1.20–7.15). Environmental factors associated with increased risk included the presence of rodents or rodent droppings in the workplace (aOR = 3.41; 95% CI = 0.93–16.87), whereas the use of insecticides in the workplace was identified as a protective factor, associated with a 73% reduction in risk (aOR = 0.27; 95% CI = 0.09–0.88). This study demonstrated that specific characteristics of agricultural workplaces and activities were associated with scrub typhus among farmers. To mitigate this occupational risk, targeted risk communication and environmental management should be strengthened among farmers working in high-risk agricultural settings.

Keywords: case-control study, environmental risk factors, farmers, scrub typhus, workplace environment



ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงานในบริบทของเกษตรกรที่สัมพันธ์กับการป่วย ด้วยโรคไข้รากสาดใหญ่ในจังหวัดเชียงใหม่: การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (Workplace Environmental Factors Associated with Scrub Typhus among Farmers in Chiang Mai Province: A Case–Control Study)

บทนำ

โรคไข้รากสาดใหญ่ หรือโรคสครับไทฟัส (Scrub typhus) เป็นโรคที่เกิดจากสัตว์สู่คน ที่นำโดยไรอะนาค (ไรอะน) ในสกุล *Leptotrombidium* ซึ่งเป็นพาหะนำเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ ชนิด *Orientia tsutsugamushi* (*O. tsutsugamushi*) สัตว์ฟันแทะเป็นสัตว์รังโรคที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโฮสต์สำหรับไรอะนและเชื้อก่อโรค (คนพบทองขาว และคนอื่นๆ (2564); Chaisiri, Linsuwanon & Makepeace, 2023; Elliott et al., 2022; Seo et al., 2021; Zangpo et al., 2023; Zhang et al., 2023) มนุษย์ได้รับเชื้อโดยบังเอิญจากการถูกไรอะนกัด ผ่านการทำกิจกรรม เช่น การตัดแคมป์ การเดินป่า การท่องเที่ยวเชิงนิเวศ รวมถึงการทำเกษตรกรรมและการทำปศุสัตว์ (Kim et al., 2018; Mahon & Smulowitz, 2024; Zangpo et al., 2023) ระยะฟักตัวของโรคไข้รากสาดใหญ่มีระยะเวลา 6 ถึง 20 วัน หลังจากได้รับเชื้อมักมีอาการทางคลินิกประมาณ 6–18 วัน ได้แก่ มีไข้ ปวดศีรษะ ไอ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดกล้ามเนื้อ ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญคือแผลคล้ายบุหรี่จี้ (eschar) หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ (Division of Epidemiology, 2020; Mahon & Smulowitz, 2024; Paris, Richards, & Day, 2015; Wangrangsimaikul et al., 2020)

ประเทศไทยตั้งอยู่ในบริเวณสามเหลี่ยมชูซูกามูชิ (Tsutsugamushi triangle) โดยมีขอบเขตทางภูมิศาสตร์เป็นบริเวณกว้าง มีจุดยอดทางตอนเหนือของญี่ปุ่นและตะวันออกเฉียงใต้ของรัสเซีย ถึงตอนเหนือของออสเตรเลียทางทิศใต้ และสิ้นสุดที่ปากีสถานและอัฟกานิสถานทางทิศตะวันตก เป็นเขตที่ได้รับผลกระทบจากโรค เนื่องจากมีสภาพนิเวศวิทยา ฤดูกาล อุณหภูมิ ปริมาณน้ำฝน และความชื้นสัมพัทธ์ ที่เอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของไรอะนและสัตว์รังโรค ส่งผลให้ประชากรที่อาศัยในเขตดังกล่าว มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ (Bhopdhomangkul et al., 2021; Chaisiri et al., 2019; Ma, Hao, Chen, & Ding, 2022; Mahon & Smulowitz, 2024; Tasak et al., 2023; Xu, Walker, Jupiter, Melby & Arcari, 2017) อีกทั้ง Chigger mites ชนิด *Leptotrombidium deliense* เป็นพาหะนำเชื้อ *O. tsutsugamushi* ที่พบมากที่สุดในประเทศไทย โดยมีการกระจายอยู่ในทุกภูมิภาค โดยเฉพาะในภาคเหนือ (Rodkvamtook et al., 2013; Wulandhari et al., 2021; รอดควมทุกข์, กอมณี, ทองขาว, ศรีปลั่งและประศาสนวิทย์, 2565)

จากรายงานการเฝ้าระวังโรคแห่งชาติของประเทศไทย ผ่านระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (DDS) พบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดของประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Division of Epidemiology, 2025; Wangrangsimaikul et al., 2020) จังหวัดเชียงใหม่มีภูมิประเทศประกอบด้วยพื้นที่ภูเขา รวมถึงที่ราบเชิงเขาและพื้นที่ราบลุ่ม มีความอุดมสมบูรณ์เหมาะสมต่อการทำการเกษตรกรรม (ศูนย์บริการข่าวสารท่องเที่ยว การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.; สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่, 2566) โดยกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมนั้นคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 27.68 ของประชากรวัยทำงานในจังหวัด (สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่, 2567) อำเภออมก๋อยได้รับผลกระทบจากโรคไข้รากสาดใหญ่เป็นอันดับต้นๆ ของจังหวัด อีกทั้งยังมีลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นภูเขาสลับซับซ้อนที่ปกคลุมด้วยป่าและไร่เลื่อนลอย ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ที่มีการเพาะปลูก และเก็บเกี่ยวผลผลิตตลอดทั้งปี รวมถึงการเลี้ยงสัตว์เศรษฐกิจที่หลากหลาย (จังหวัดเชียงใหม่, 2559; สำนักงานเกษตรอำเภออมก๋อย, 2565;



สำนักงานเทศบาลอมก๋อย, ม.ป.ป.) ด้วยลักษณะทางภูมิศาสตร์ดังกล่าว อำเภออมก๋อยจึงเป็นพื้นที่ที่เฝ้าระวังการระบาดของโรคไข้รากสาดใหญ่ ส่งผลให้ประชากรในพื้นที่มีโอกาสป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคไข้รากสาดใหญ่
- 2) เพื่อระบุปัจจัยสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงานของเกษตรกร (ประเภทของการทำงาน ลักษณะของสถานที่ทำงาน และสิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงาน)กับการป่วยเป็นโรคไข้รากสาดใหญ่

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมแบบจับคู่ 1:4 ในระดับชุมชน (community-based matched case-control 1:4) เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคไข้รากสาดใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ในจังหวัดเชียงใหม่ และค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยเป็นโรคไข้รากสาดใหญ่ โดยกลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มควบคุมที่จะถูกเลือกจากชุมชนเดียวกันโดยจับคู่ เพศ และอายุให้ใกล้เคียงกับผู้ป่วย (± 2 ปี)

ประชากรศึกษา

ประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วย (case) และกลุ่มควบคุม (control) ตามคำจำกัดความดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยโรคไข้รากสาดใหญ่ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่
2. กลุ่มควบคุม คือ ประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปที่ไม่ได้ถูกวินิจฉัยด้วยโรคไข้รากสาดใหญ่ ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่

การเก็บข้อมูล

ในการศึกษานี้จะดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุมดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วย

เมื่อได้รับแจ้งว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่อาศัยอยู่ในอำเภออมก๋อยเข้ามารักษา และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไข้รากสาดใหญ่ที่คลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอมก๋อย ในช่วงระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 30 พฤศจิกายน 2568 ผู้วิจัยจะดำเนินการติดต่อประสานเพื่อสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะไม่ทำการเก็บข้อมูลและรอผู้ป่วยรายใหม่

2. กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมที่อาศัยอยู่ในอำเภออมก๋อยด้วยวิธี simple random sampling จากรายชื่อที่มีอยู่ในทะเบียนราษฎรและฐานข้อมูลของหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ของอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเงื่อนไขในการจับคู่ คือ มีเพศเดียวกัน มีอายุแตกต่างกันไม่เกิน ± 2 ปี และอาศัยอยู่ในตำบลเดียวกันกับผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสุ่ม กลุ่มควบคุมจำนวน 4 คน มาจับคู่ และทำการติดต่อขอความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

1. เกณฑ์การคัดเข้าสำหรับกลุ่มผู้ป่วย

- 1) ผู้ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป
- 2) ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ อย่างน้อย 6 เดือน และมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์
- 3) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคไข้รากสาดใหญ่ และมีผลการตรวจโรคไข้รากสาดใหญ่ทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 1 วิธี
- 4) เป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

2. เกณฑ์การคัดเข้าสำหรับกลุ่มควบคุม

- 1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่อย่างน้อย 6 เดือน และมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ และฐานข้อมูลของหน่วยงานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ
- 3) เป็นผู้ที่ไม่ม่ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้รากสาดใหญ่
- 4) เป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

3. เกณฑ์การคัดออกสำหรับกลุ่มผู้ป่วย

- 1) ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา
- 2) ผู้ที่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคไข้รากสาดใหญ่ก่อนเข้ามาในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา
- 3) ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

4. เกณฑ์การคัดออกสำหรับกลุ่มควบคุม

- 1) ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา
- 2) ผู้ที่มีอาการไข้ในช่วง 21 วันก่อนในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา
- 3) ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

แบบสอบถาม

แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ประเภทของการทำงาน ลักษณะของสถานที่ทำงาน และสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

การวิเคราะห์ทางสถิติ

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square Test, fisher's exact test, t-test, Non-parametric statistic และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและโรคไข้รากสาดใหญ่เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยป้องกัน โดยใช้แบบจำลองถดถอยโลจิสติกส์แบบมีเงื่อนไข (conditional logistic regression model) โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) ใช้เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระทีละตัว ในการหาค่า Crude Odds Ratio (OR) และ 95% CI (unadjusted model) และการวิเคราะห์หลายตัวแปร (multivariate analysis) ใช้เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระพร้อมกันหลายตัว ในการหาค่า adjusted odds ratio (aOR) และ 95% CI (adjusted model)



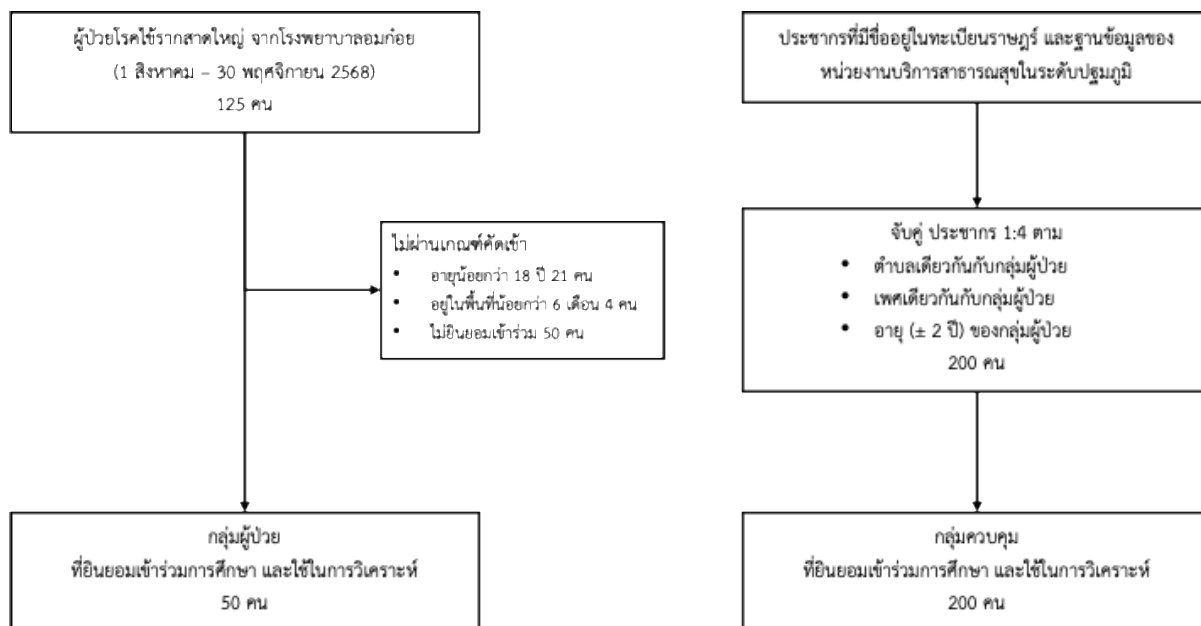
การวิเคราะห์ทางสถิติในการศึกษานี้ใช้โปรแกรม STATA version 18.0 (StataCorp., College station, TX, United States) สำหรับ Windows

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH-2025-91)

ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคไขกระดูกใหญ่ จำนวน 125 คน โดยมีผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 50 คน ผู้วิจัยได้ทำการเชิญกลุ่มควบคุมจากชุมชน เข้าร่วมการศึกษาโดยพิจารณาจาก เพศเดียวกัน อาศัยอยู่ในตำบลเดียวกันกับผู้ป่วย และมีอายุ ± 2 ปี ของผู้ป่วย จำนวน 200 คน รวมมีผู้ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 250 คน ดังรูป 1



รูป 1 แผนผังการศึกษา

ลักษณะทั่วไป

จากการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มผู้ป่วย จำนวน 50 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ($p > 0.05$) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 58.0 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม และมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 44.5 ± 14.58 ปี ในกลุ่มผู้ป่วย และ 44.3 ± 14.48 ปี ในด้านสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 84.00 ในกลุ่มผู้ป่วยร้อยละ 75.50 ในกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 44.00 ของทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมากกว่าร้อยละ 92.00 เป็นผู้ที่มิรายได้ โดยมีค่ามัธยฐานของรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 3,000 บาทต่อเดือน และมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ยประมาณ 3-4 คน ดังตาราง 1



ตาราง 1 ลักษณะทั่วไประหว่างผู้ป่วยโรคไข้รากสาดใหญ่และกลุ่มควบคุม

ลักษณะทั่วไป	case n = 50 (%)	control n = 200 (%)	p-value
เพศ			
ชาย	29 (58.00%)	116 (58.00%)	0.999 [†]
หญิง	21 (42.00%)	84 (42.00%)	
อายุ (Mean±Std)	44.5±14.58	44.3±14.48	0.920 [‡]
ตำบล			
อัมก้อย	21 (42.00%)	84 (42.00%)	0.999 [†]
ม่อนจอง	10 (20.00%)	40 (20.00%)	
แม่หลอง	9 (18.00%)	36 (18.00%)	
ยางเปียง	8 (16.00%)	32 (16.00%)	
นาเกียน	2 (4.00%)	8 (4.00%)	
ดัชนีมวลกาย			
ผอม (BMI <18.5)	0 (0.00%)	14 (7.00%)	0.055 ^f
ปกติ (BMI 18.5–24.9)	36 (72.00%)	149 (74.50%)	
น้ำหนักเกิน (BMI >24.9)	14 (28.00%)	37 (18.50%)	
สถานภาพสมรส			
โสด	5 (10.00%)	39 (19.50%)	0.286 [†]
สมรส	42 (84.00%)	151 (75.50%)	
เคยสมรส	3 (6.00%)	10 (5.00%)	
ชาติพันธุ์			
กะเหรี่ยง	41 (82.00%)	161 (80.50%)	0.810 [†]
ลาหู่	9 (18.00%)	39 (19.50%)	
การศึกษา			
ไม่ได้รับการศึกษา	22 (44.00%)	88 (44.00%)	0.694 [†]
ต่ำกว่ามัธยมต้น	14 (28.00%)	46 (23.00%)	
มัธยมต้นขึ้นไป	14 (28.00%)	66 (33.00%)	
รายได้เฉลี่ย Median (IQR)	3,000 (1,200– 6,000)	3,000 (2,000– 5,000)	0.721 [‡]
สมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย (Mean±Std)	3.70±1.313	3.82±1.546	0.6290 [‡]
สมาชิกในครัวเรือน			
≤3 คนต่อครัวเรือน	20 (40.00%)	86 (43.00%)	0.701 [†]
>3 คนต่อครัวเรือน	30 (60.00%)	114 (57.00%)	



ลักษณะทั่วไป	case n = 50 (%)	control n = 200 (%)	p-value
โรคประจำตัว			
มี	8 (16.00%)	24 (12.00%)	0.449 [†]
ไม่มี	42 (84.00%)	176 (88.00%)	

หมายเหตุ: [†]Chi-squared Test; [†]Fisher's Exact Test; [†]Independent t test; [†]Mann-Whitney U test

ประเภทของการทำงาน

จากการเปรียบเทียบลักษณะประเภทของการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีสัดส่วนการหาของป่า สูงถึงร้อยละ 70.00 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 36.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับการตัดฟัน และการล่าสัตว์ ที่พบในกลุ่มผู้ป่วย (ร้อยละ 62.00 และ 40.00 ตามลำดับ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 32.00 และ 12.50 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับการทำไร่ พบว่ากลุ่มผู้ป่วย (ร้อยละ 64.00) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 53.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.027$) ในขณะที่การทำนา การทำสวน และการเลี้ยงสัตว์ ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันและไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เช่นเดียวกับการรับจ้างทั่วไปและการค้าขาย ซึ่งไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ประเภทของการทำงานระหว่างผู้ป่วยโรคไข้รากสาดใหญ่และกลุ่มควบคุม

ประเภทของการทำงาน	case n = 50 (%)	control n = 200 (%)	P-value
หาของป่า			
ทำ	35 (70.00%)	72 (36.00%)	$< 0.001^{†, ***}$
ไม่ทำ	15 (30.00%)	128 (64.00%)	
ล่าสัตว์			
ทำ	20 (40.00%)	25 (12.50%)	$< 0.001^{†, ***}$
ไม่ทำ	30 (60.00%)	175 (87.50%)	
ทำไร่			
ทำ	32 (64.00%)	107 (53.50%)	0.027 ^{†, *}
ไม่ทำ	18 (36.00%)	93 (46.50%)	
ทำนา			
ทำ	32 (36.00%)	118 (41.00%)	0.519 [†]
ไม่ทำ	18 (64.00%)	82 (59.00%)	
ทำสวน			
ทำ	20 (40.00%)	92 (46.00%)	0.076 [†]
ไม่ทำ	30 (60.00%)	108 (54.00%)	



ประเภทของการทำงาน	case n = 50 (%)	control n = 200 (%)	P-value
รับจ้างทั่วไป			
ทำ	16 (32.00%)	85 (42.50%)	0.176 [†]
ไม่ทำ	34 (68.00%)	115 (57.50%)	
ตัดฟัน			
ทำ	31 (62.00%)	64 (32.00%)	<0.001 ^{†, ***}
ไม่ทำ	19 (38.00%)	136 (68.00%)	
เลี้ยงสัตว์			
ทำ	32 (64.00%)	123 (61.50%)	0.745 [†]
ไม่ทำ	18 (36.00%)	77 (38.50%)	

หมายเหตุ: [†]Chi-squared Test, ^{*}p<0.05, ^{**}p<0.01, ^{***}p<0.001

ลักษณะของสถานที่ทำงานและสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

จากการเปรียบเทียบของลักษณะสถานที่ทำงานระหว่างกลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะของสถานที่ทำงานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในหลายประเภทพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ป่า ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีสัดส่วนการเข้าทำงานที่สูงถึงร้อยละ 64.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 47.00 ($p=0.032$) นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างที่ชัดเจนใน พื้นที่นาหรือไร่ โดยกลุ่มผู้ป่วยมีสัดส่วนการปฏิบัติงานสูงถึงร้อยละ 70.00 ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีสัดส่วนร้อยละ 48.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.019$)

เมื่อพิจารณา พื้นที่สวน พบว่า กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 62.50 และ 40.00 ตามลำดับ, $p=0.004$) ส่วนการปฏิบัติงานในพื้นที่เขา แม้กลุ่มควบคุมจะมีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.072$) ผลการเปรียบเทียบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยมีลักษณะการทำงานที่สัมพันธ์กับพื้นที่เปิดทางธรรมชาติอย่างป่าและพื้นที่ไร่ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ลักษณะของสถานที่ทำงานของผู้ป่วยโรคไข้รากสาดใหญ่และกลุ่มควบคุมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ลักษณะของสถานที่ทำงาน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	case n = 50 (%)	control n = 200 (%)	P-value
สถานที่ทำงานเป็นพื้นที่ป่า			
ใช่	32 (64.00%)	94 (47.00%)	0.032 ^{†,*}
ไม่ใช่	18 (36.00%)	106 (53.00%)	
สถานที่ทำงานเป็นพื้นที่เขา			
ใช่	26 (52.00%)	76 (62.00%)	0.072 [†]
ไม่ใช่	24 (48.00%)	124 (38.00%)	
สถานที่ทำงานเป็นพื้นที่สวน			
ใช่	30 (40.00%)	75 (62.50%)	0.004 ^{†,*}
ไม่ใช่	20 (60.00%)	125 (37.50%)	
สถานที่ทำงานเป็นพื้นที่นา/ไร่			
ใช่	35 (70.00%)	103 (48.50%)	0.019 ^{†,*}
ไม่ใช่	15 (30.00%)	97 (51.50%)	

หมายเหตุ: [†]Chi-squared Test; * p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001

เมื่อพิจารณาสภาพแวดล้อมโดยรอบของสถานที่ทำงานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในหลายปัจจัย โดยเฉพาะการพบร่องรอยของสัตว์พาหะ ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีการพบหนูหรือขี้นูในบริเวณที่ทำงานสูงถึงร้อยละ 86.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 70.00 (p=0.022) และกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของการดักจับหนูในบริเวณที่ทำงาน (ร้อยละ 50.50) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วย (ร้อยละ 34.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.022) นอกจากนี้ ในด้านการจัดการพื้นที่และผลผลิตทางการเกษตร พบว่ากลุ่มผู้ป่วยทำงานในบริเวณที่มีการเก็บผลผลิตทางการเกษตร (ร้อยละ 62.00) และมีกองวัชพืชในบริเวณที่ทำงาน (ร้อยละ 64.00) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.008 และ p=0.009 ตามลำดับ) การใช้สารเคมีกำจัดแมลง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีสัดส่วนการใช้สูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ร้อยละ 62.00 และ 46.50 ตามลำดับ) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.050) การมีกองไม้กองฟืน การมีพุ่มไม้ และการมีแหล่งน้ำขังหรือพื้นที่ชุ่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะสภาพแวดล้อมดังกล่าวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า สภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการสะสมของผลผลิตและร่องรอยของสัตว์พาหะ เป็นลักษณะทางกายภาพที่โดดเด่นในสถานที่ทำงานของกลุ่มผู้ป่วย ดังตาราง 4



ตาราง 4 สภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานของผู้ป่วยโรคไข้รากลศาสตร์ใหญ่และกลุ่มควบคุมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

สภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงาน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	case n = 50 (%)	control n = 200 (%)	P-value
มีการเก็บผลผลิตทางการเกษตรในที่ทำงาน			
มี	31 (62.00%)	82 (41.00%)	0.008 ^{†, ***}
ไม่มี	19 (38.00%)	118 (59.00%)	
มีกองวัชพืชในบริเวณที่ทำงาน			
มี	32 (64.00%)	87 (43.50%)	0.009 ^{†, ***}
ไม่มี	18 (36.00%)	113 (56.50%)	
มีกองไม้กองฟืนในบริเวณที่ทำงาน			
มี	36 (72.00%)	85 (42.50%)	0.061 [†]
ไม่มี	14 (28.00%)	115 (57.50%)	
มีพุ่มไม้ในบริเวณที่ทำงาน			
มี	36 (72.00%)	160 (80.00%)	0.219 [†]
ไม่มี	14 (28.00%)	40 (20.00%)	
มีแหล่งน้ำขังหรือพื้นที่ชุ่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน			
มี	31 (62.00%)	120 (60.00%)	0.796 [†]
ไม่มี	19 (38.00%)	80 (40.00%)	
มีการใช้สารเคมีกำจัดแมลงในบริเวณที่ทำงาน			
มี	31 (62.00%)	93 (46.50%)	0.050 [†]
ไม่มี	19 (38.00%)	107 (53.50%)	
มีการพบหนูหรือขี้นูในบริเวณที่ทำงาน			
มี	43 (86.00%)	140 (70.00%)	0.022 ^{†, *}
ไม่มี	7 (14.00%)	60 (30.00%)	
มีการดักจับหนูในบริเวณที่ทำงาน			
มี	17 (34.00%)	101 (50.50%)	0.022 ^{†, *}
ไม่มี	33 (66.00%)	99 (49.50%)	

หมายเหตุ: [†]Chi-squared Test, ^{*}p<0.05, ^{**}p<0.01, ^{***}p<0.001

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยด้วยโรคไข้รากลศาสตร์ใหญ่

จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์แบบมีเงื่อนไขหลายตัวแปร (adjusted model) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างเป็นอิสระ โดยคัดเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญจากการวิเคราะห์ระดับตัวแปรเดียวเข้าสู่แบบจำลอง ผลการศึกษาพบปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันที่สำคัญ ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงด้านประเภทของการทำงานที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) คือ การล่าสัตว์ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็น 4.18 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ล่าสัตว์ (aOR=4.18, 95% CI:1.21–14.36) และการตัดฟัน มีความเสี่ยงเป็น 2.94 เท่า (aOR=2.94, 95% CI:1.20–7.15) สำหรับการหาของป่าและการทำไร่ พบว่าไม่มีนัยสำคัญ



ทางสถิติ เมื่อพิจารณาความแตกต่างของพื้นที่ปฏิบัติงาน พบว่า ลักษณะของสถานที่ทำงานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การทำงานในพื้นที่นาหรือไร่ เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงสุด โดยกลุ่มที่มีการทำงานในพื้นที่นาหรือไร่ มีโอกาสเกิดโรคสูงถึง 5.80 เท่า (aOR=5.80, 95% CI:1.92–17.48) รองลงมาคือการทำงานในพื้นที่สวน มีโอกาสเสี่ยงเป็น 2.83 เท่า (aOR=2.83, 95%CI:1.11–7.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การทำงานในพื้นที่ป่าพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค อย่างมีนัยสำคัญเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว ในด้านสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติเพียงปัจจัยเดียวคือ การใช้สารเคมีกำจัดแมลงในบริเวณที่ทำงาน ซึ่งมีลักษณะเป็นปัจจัยป้องกัน (protective factor) โดยสามารถลดโอกาสการเจ็บป่วยลงได้ถึงร้อยละ 73 (aOR=0.27, 95% CI:0.09–0.88) ในขณะที่ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ได้แก่ การพบหนูหรือขี้นุ การเก็บผลผลิตทางการเกษตรในที่ทำงาน การมีกองวัชพืช และการดักจับหนู พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค

ตาราง 5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการการป่วยด้วยโรคไข้รากสาดใหญ่

ปัจจัย	mOR (95% CI) ^a	P-value ^a	aOR (95% CI) ^b	P-value ^b
ประเภทของการทำงาน				
หาของป่า	3.65 (1.92–6.95)	<0.001***	1.92 (0.87–4.27)	0.108
ล่าสัตว์	7.66 (3.12–18.78)	<0.001***	4.18 (1.21–14.36)	0.023*
ทำไร่	2.33 (1.15–4.75)	0.019*	0.52 (0.20–1.36)	0.183
ทำนา	2.33 (0.65–2.34)	0.523	–	–
ทำสวน	1.69 (0.92–3.10)	0.091	–	–
รับจ้างทั่วไป	0.52 (0.23–1.14)	0.105	–	–
ค้าขาย	0.91 (0.25–3.41)	0.896	–	–
ตัดฟัน	3.12 (1.69–5.75)	<0.001***	2.94 (1.20–7.15)	0.018*
เลี้ยงสัตว์	1.14 (0.56–2.35)	0.715	–	–
ลักษณะของสถานที่ทำงานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา				
พื้นที่ป่า	2.0 (1.05–3.82)	0.034*	1.97 (0.77–5.02)	0.154
พื้นที่เขา	2.07 (1.01– 4.26)	0.046*	–	–
พื้นที่สวน	2.82 (1.42–5.89)	0.003**	2.83 (1.11–7.19)	0.029*
พื้นที่นา/ไร่	2.82 (1.17–4.69)	0.016*	5.80 (1.92–17.48)	0.002**
สิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา				
มีการเก็บผลผลิตทางการเกษตรในที่ทำงาน	2.35 (1.24 – 4.46)	0.009**	2.16 (0.88–5.32)	0.094
มีกองวัชพืชในบริเวณที่ทำงาน	2.24 (1.18–4.23)	0.013*	1.69 (0.72–3.97)	0.222
มีกองไม้กองฟืนในบริเวณที่ทำงาน	1.87 (0.96–3.66)	0.067	–	–
มีพุ่มไม้ในบริเวณที่ทำงาน	0.59 (0.27–1.28)	0.186	–	–



ปัจจัย	mOR (95% CI) ^a	P-value ^a	aOR (95% CI) ^b	P-value ^b
มีแหล่งน้ำขังหรือพื้นที่ชุ่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน	1.10 (0.27–2.26)	0.778	–	–
มีการใช้สารเคมีกำจัดแมลงในบริเวณที่ทำงาน	0.45 (0.22–0.93)	0.031**	0.27 (0.09–0.88)	0.03*
มีการพบหนูหรือขี้นูในบริเวณที่ทำงาน	3.41 (1.25–9.35)	0.017*	3.96 (0.93–16.87)	0.063
มีการดักจับหนูในบริเวณที่ทำงาน	0.48 (0.24–0.93)	0.031*	0.54 (0.22–1.35)	0.187

หมายเหตุ: ^aUnivariate conditional logistic regression; Matched odds ratio: mOR

^bMultivariate conditional logistic regression; Adjust odds ratio: aOR

– ตัวแปรไม่ได้ถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ Multivariate conditional logistic regression

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001อภิปรายและสรุป

การศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมของสถานที่ทำงานในบริบทของเกษตรกรที่สัมผัสกับการป่วยด้วยโรคไข้รากสาดใหญ่ ในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (Matched Case–Control Study) ในอัตราส่วน 1:4 สามารถสรุปผลการศึกษาดังต่อไปนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มผู้ป่วย 50 ราย และกลุ่มควบคุม 200 ราย ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อควบคุมตัวแปรกวนอื่นๆ แล้ว ได้แก่ การล่าสัตว์ การตัดฟัน ทำงานในพื้นที่นาหรือไร่ ทำงานในพื้นที่สวน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยการใช้สารเคมีกำจัดแมลงในบริเวณที่ทำงาน เป็นปัจจัยป้องกันการติดเชื้อ

ปัจจัยการทำงานในพื้นที่นาหรือไร่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเป็น 5.80 เท่า (aOR=5.80, 95% CI:1.92–17.48) แตกต่างจากการศึกษาของ Kim และคณะ (2018) ในประเทศเกาหลีใต้ พบว่าการทำงานในพื้นที่นาข้าวไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค (OR=1.15, 95% CI:0.60–2.19) (Kim et al., 2018) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Tran และคณะ (2021) ในเวียดนาม ที่พบว่าการทำงานในพื้นที่นาหรือไร่ไม่มีความสัมพันธ์ (mOR=0.9, 95% CI:0.1–5.2) (Tran et al., 2021) โดยที่ทั้งสองการศึกษาไม่ได้ควบคุมตัวแปรกวน ในขณะที่การศึกษานี้ได้วิเคราะห์โดยการควบคุมตัวแปรกวน ทำให้เห็นอิทธิพลของปัจจัยด้านลักษณะของสถานที่ทำงานที่แท้จริง ความแตกต่างที่ชัดเจนนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเพาะของลักษณะทางกายภาพในพื้นที่อำเภอมก๋อย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนาหรือไร่นาบนเนินสูง ได้แก่ ข้าว กระหล่ำปลี มะเขือเทศ และพริก ซึ่งตั้งอยู่บริเวณรอยต่อระหว่างพื้นที่เกษตรกรรมและป่าสภาพแวดล้อมดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaisiri และคณะ (2017) ที่ระบุว่าพื้นที่รอยต่อระหว่างป่าและพื้นที่เกษตรกรรมที่ถูกบุกรุก เป็นแหล่งอาศัยที่มีความความชุกของเชื้อ *O. tsutsugamushi* ในหนูและมีความหนาแน่นของไรอ่อนสูงที่สุด เนื่องจากมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการขยายพันธุ์ของสัตว์รังโรคและพาหะ ส่งผลให้พื้นที่นาหรือไร่ในอำเภอมก๋อยมีความเสี่ยงสูงกว่าพื้นที่ราบ (Chaisiri, Cosson & Morand, 2017)

ปัจจัยการล่าสัตว์ มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็น 4.18 เท่า ($aOR=4.18, 95\% CI: 1.21-14.36$) เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีลักษณะเฉพาะซึ่งครอบคลุมการพื้นที่หลากหลายระบบนิเวศ ตั้งแต่พื้นที่ป่า เขา แหล่งน้ำ จนถึงพื้นที่เกษตรกรรมอย่างนา ไร่ และสวน ซึ่งพื้นที่เหล่านี้มีความหนาแน่นของพาหะและสัตว์รังโรคสูง (Chaisiri et al., 2017)

ปัจจัยการตัดฟัน มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็น 2.94 เท่า ($aOR=2.94, 95\% CI: 1.20-7.15$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Annie Elizabeth T. และคณะ (2025) ที่พบว่ากลุ่มกิจกรรมการตัดหญ้า การทำงานในภาคสนาม และการเก็บฟัน ในอินเดีย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลสูงมากต่อการติดเชื้อ ($aOR=10.51, 95\% CI: 1.50-73.59$) (Annie Elizabeth & D'Cruz, 2025) เนื่องจากการตัดฟันต้องสัมผัสใกล้ชิดกับพุ่มไม้และกองใบไม้แห้งซึ่งเป็นแหล่งอาศัยหลักของไรอ่อน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดทางนิเวศวิทยาของ Chaisiri และคณะ (2017) ที่ชี้ให้เห็นว่าพื้นที่รอยต่อเป็นบริเวณที่มีความหนาแน่นของพาหะและสัตว์รังโรคสูงที่สุด การทำกิจกรรมดังกล่าวมีการรบกวนแหล่งรังโรคย่อยโดยตรง จึงเป็นกิจกรรมเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกษตรกรในพื้นที่อำเภอมก๋อยมีโอกาสสัมผัสกับไรอ่อนและได้รับเชื้อในขณะทำงาน (Chaisiri et al., 2017)

ปัจจัยการทำงานในพื้นที่สวน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเป็น 2.83 เท่า ($aOR=2.83, 95\% CI: 1.11-7.19$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tran และคณะ (2021) ที่พบว่าการทำงานในสวน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญ ($mOR=10.5, 95\% CI: 1.6-69.4$) โดยที่ไม่ได้กำจัดตัวแปรสวน (Tran et al., 2021) โดยลักษณะพื้นที่สวนในอำเภอมก๋อยมีความจำเพาะ เนื่องจากประกอบด้วย สวนกาแฟ อะโวคาโด และเสาวรสซึ่งเป็นพืชไร่ร่วมเงาที่รักษาความชื้นในดินได้ดีตลอดปี ซึ่งลักษณะเหล่านี้ส่งเสริมการเป็นแหล่งรังโรค เนื่องจากมีสภาวะแวดล้อมที่เป็นแหล่งอาหารของสัตว์รังโรค และเหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของไรอ่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaisiri และคณะ (2017) ที่ระบุว่าสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อความหนาแน่นของไรพาหะ และความอุดมสมบูรณ์ของอาหารในพื้นที่รอยต่อป่าที่ดึงดูดสัตว์รังโรค (Chaisiri et al., 2017)

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยการใช้สารเคมีกำจัดแมลงในบริเวณที่ทำงาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคโดยช่วยลดโอกาสในการเกิดโรคได้ร้อยละ 73 ($aOR=0.27, 95\% CI: 0.09-0.88$) เนื่องจากสารเคมีที่เกษตรกรในอำเภอมก๋อยใช้กำจัดแมลงศัตรูพืชในนา ไร่ หรือสวน ซึ่งครอบคลุมในการกำจัดไรอ่อน ที่อาศัยอยู่ตามผิวดินและวัชพืชในบริเวณที่ปฏิบัติงาน จึงเป็นการตัดวงจรการสัมผัสระหว่างมนุษย์และพาหะนำโรค สอดคล้องกับแนวทางการจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อควบคุมโรคตามกรมควบคุมโรค (2551) ที่ระบุว่าการควบคุมประชากรของไรอ่อน ในพื้นที่เสี่ยงสามารถทำได้โดยการใช้สารเคมีกำจัดแมลงพื้นบริเวณพื้นดินหรือพุ่มไม้ที่เป็นแหล่งอาศัยของพาหะ (กรมควบคุมโรค, 2551) นอกจากนี้การที่เกษตรกรในพื้นที่มก๋อยมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในนา ไร่ หรือสวน สารเคมีเหล่านั้นอาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อไรอ่อนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทำการเกษตร ทำให้ความหนาแน่นของพาหะในบริเวณนั้นลดลง

การพบหนูหรือขี้นูในบริเวณที่ทำงาน พบว่ามีโอกาสเสี่ยงเป็น 3.96 เท่า ($aOR=3.96, 95\% CI: 0.93-16.87$) แม้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ($p=0.063$) แต่ค่าความเสี่ยงเมื่อควบคุมตัวแปรสวนพบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ค่อนข้างสูงสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างร่องรอยสัตว์รังโรคกับโอกาสการติดเชื้อ แสดงให้เห็นว่า พื้นที่นา ไร่ และสวนในอำเภอมก๋อย โดยเฉพาะสวนกะหล่ำปลี ข้าวโพด มะเขือเทศ และเสาวรส เป็นแหล่งอาหารที่อุดมสมบูรณ์ ซึ่งดึงดูดให้สัตว์ฟันแทะ เข้ามาสร้างรังและหากินในพื้นที่ปฏิบัติงานของเกษตรกรอย่างหนาแน่น อีกทั้งพื้นที่นาและไร่ รวมถึงพื้นที่สวนตั้งอยู่ติดกับชายป่า หรือพื้นที่รอยต่อ ทำให้เกิดสภาวะที่เอื้อต่อแพร่ของเชื้อ *O. tsutsugamushi* ดังนั้นการพบร่องรอยของหนูในที่ทำงานจึงสามารถยืนยันถึงแหล่งรังโรคที่อยู่ใน พื้นที่นา ไร่ และ



สวน ส่งผลให้เกษตรกรที่พบร่องรอยของหนูในพื้นที่ทำงานมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับเชื้อจากการสัมผัสพาหะจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaisiri และคณะ (2017) สภาพแวดล้อมดังกล่าวเป็นจุดที่มีความหลากหลายและหนาแน่นของสัตว์รังโรคและพาหะสูงที่สุด (Chaisiri et al., 2017)

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ประการแรกคือ ปัจจัยการพบร่องรอยหนูในพื้นที่ทำงานแม้ความเสี่ยงสูง แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ($p=0.063$) เนื่องจากขนาดตัวอย่างกลุ่มย่อยมีจำกัดทำให้พลังทางสถิติไม่เพียงพอ ประการต่อมางานวิจัยมุ่งเน้นการสอบถามข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและประเภทของการทำงานเป็นหลัก โดยไม่ได้สำรวจทางกายวิภาคเพื่อตรวจเชื้อในพาหะหรือสัตว์รังโรคในพื้นที่เกษตรกรรมโดยตรง และประการสุดท้าย ผลการศึกษาสะท้อนบริบทเฉพาะของพื้นที่ภูเขาสูงในอำเภออมก๋อย การนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีระบบนิเวศแตกต่างกันจึงอาจมีข้อจำกัดด้านการเป็นตัวแทนข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรเฝ้าระวังและสื่อสารความเสี่ยงในพื้นที่เกษตรกรรม โดยให้ความรู้แก่เกษตรกรที่ทำงานในบริเวณพื้นที่รอยต่อ ระหว่างป่า และพื้นที่เกษตรกรรม
2. ควรมีการสื่อสารมาตรการป้องกันส่วนบุคคล โดยส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องล่าสัตว์และตัดฟัน ใช้สารไล่แมลง เช่น สาร DEET หรือโลชั่นกันแมลงทาบริเวณผิวหนังนอกร่มผ้า และฉีดพ่นสารเคมีป้องกันแมลงบนชุดปฏิบัติงานทุกครั้งที่ต้องเข้าพื้นที่เสี่ยง และควรมีการจัดการสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงานที่มีความเสี่ยง เนื่องจากในบริเวณพื้นที่นาไร่ (เสี่ยง 5.80 เท่า) และพื้นที่สวน (เสี่ยง 2.83 เท่า) และฉีดพ่นสารเคมีป้องกันแมลงบริเวณจุดพักคอยเนื่องจากผลการวิจัยที่ยืนยันว่า การใช้สารเคมีกำจัดแมลง ช่วยลดความเสี่ยงได้ถึงร้อยละ 73

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลอมก๋อย สำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภออมก๋อย สำหรับความช่วยเหลือ การประสานงานและการลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้มีความสมบูรณ์และบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2551). โรคสครับไทฟัส (Scrub Typhus) แนวทางการป้องกันควบคุม. กรุงเทพฯ: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. ศูนย์บริการข่าวสารท่องเที่ยว. (ม.ป.ป.). เที่ยวเมืองไทย Amazing ยิ่งกว่าเดิม (E-

Brochure Chiang Mai). จาก [https://api.tat.or.th/upload/live/multimedia/9017/E-](https://api.tat.or.th/upload/live/multimedia/9017/E-Brochure_Chiang_Mai(Th).pdf)

Brochure_Chiang_Mai(Th).pdf

คณพศ ทองขาว, วุฒิกรณ์ รอดความทุกข์, กษพรธณ สุกระ, อุบลรัตน์ นิลแสง, ทศนีย์ จิตรแก้ว, ยุพยง อัดตะ, วาสินี ศรีปล้อง, และ กามัล กอและ (2564). การศึกษาชนิดไร่อ่อนชนิดหนู และอัตราการพบเชื้อก่อโรคสครับไทฟัส



- ในหนูจากพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์และแหล่งท่องเที่ยวเชิงเกษตรในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(ฉบับเพิ่มเติม 3), 554-566.
- วุฒิกกร รอดความทุกข์, ภัทร กอมณี, คณพล ทองขาว, วาสนี ศรีปล้อง, และอัญญา ประศาสนวิทย์. (2565). บทที่ 5 ผลการสำรวจชนิดของสัตว์รังโรค และไรอ่อนในประเทศไทย. ใน *การสำรวจและการจำแนกชนิดไรอ่อน (Chigger mite) ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สแกนด์-มีเดีย คอร์ปอเรชั่น.
- ศูนย์บริการข่าวสารท่องเที่ยว การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). เที่ยวเมืองไทย Amazing ยิ่งกว้างเดิม. จาก [https://api.tat.or.th/upload/live/multimedia/9017/E-Brochure_Chiang_Mai_\(Th\).pdf](https://api.tat.or.th/upload/live/multimedia/9017/E-Brochure_Chiang_Mai_(Th).pdf)
- สำนักงานเกษตรอำเภออมก๋อย. (2565). *ข้อมูลการเกษตร*. จาก https://chiangmai.doe.go.th/omkoi/?page_id=157
- สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่. (2566). *บรรยายสรุปจังหวัดเชียงใหม่*. จาก <https://www.chiangmai.go.th/managing/public/D8/8D17Jan2022133138.pdf>
- สำนักงานเทศบาลตำบลอมก๋อย. (ม.ป.ป.). *ประวัติความเป็นมา*. จาก <https://www.tessabanomkoi.go.th/history-rev2>
- สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภออมก๋อย. (2559). *ประวัติความเป็นมา*. จาก <https://district.cdd.go.th/omkoi/about-us/ประวัติความเป็นมา/>
- สำนักงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่. (2567). *รายงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2567*. จาก <https://chiangmai.nso.go.th/reports-publications/provincial-statistics-report/รายงานสถิติจังหวัดเชียงใหม่-พ-ศ-2567.html>
- Annie Elizabeth, T., & D'Cruz, S. (2025). Risk factors related to scrub typhus: A case-control study. *Asian Journal of Research in Nursing and Health*, 8(11), 53-61. doi:10.9734/ajrmh/2025/v8i1184
- Bhopdhornangkul, B., Meeyai, A. C., Wongwit, W., Limpanont, Y., Iamsirithaworn, S., Laosirithaworn, Y., & Tantrakarnapa, K. (2021). Non-linear effect of different humidity types on scrub typhus occurrence in endemic provinces, Thailand. *Heliyon*, 7(2), e06095. doi:10.1016/j.heliyon.2021.e06095
- Chaisiri, K., Cosson, J. F., & Morand, S. (2017). Infection of rodents by *Orientia tsutsugamushi*, the agent of scrub typhus in relation to land use in Thailand. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 2(4), 53. doi:10.3390/tropicalmed2040053
- Chaisiri, K., Gill, A. C., Stekolnikov, A. A., Hinjoy, S., McGarry, J. W., Darby, A. C., . . . Makepeace, B. L. (2019). Ecological and microbiological diversity of chigger mites, including vectors of scrub typhus, on small mammals across stratified habitats in Thailand. *Animal Microbiome*, 1(1), 18. doi:10.1186/s42523-019-0019-x
- Chaisiri, K., Linsuwanon, P., & Makepeace, B. L. (2023). The chigger microbiome: Big questions in a tiny world. *Trends in Parasitology*, 39(8), 696-707. doi:10.1016/j.pt.2023.05.002
- Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. (2020). *Case definition for communicable diseases surveillance [นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย]* (1st ed., pp. 64-65). Retrieved from <http://kib.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/113>



- Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. (2025). *Digital Disease Surveillance (DDS)*. Retrieved from https://dvis3.ddc.moph.go.th/t/DDC_CENTER_DOE/views/DDS2/sheet33
- Elliott, I., Kumlert, R., Thangnimitchok, N., Blacksell, S. D., Tanganuchitcharnchai, A., Paris, D. H., . . . Morand, S. (2022). *Orientia tsutsugamushi* in chiggers and small mammals in Laos. *Vector-Borne and Zoonotic Diseases*, 22(10), 505-511. doi:10.1089/vbz.2022.0029
- Kim, D. S., Acharya, D., Lee, K., Yoo, S. J., Park, J. H., & Lim, H. S. (2018). Awareness and work-related factors associated with scrub typhus: A case-control study from South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1143. doi:10.3390/ijerph15061143
- Ma, T., Hao, M., Chen, S., & Ding, F. (2022). The current and future risk of spread of *Leptotrombidium deliense* and *Leptotrombidium scutellare* in mainland China. *Science of The Total Environment*, 843, 156986. doi:10.1016/j.scitotenv.2022.156986
- Mahon, S. E., & Smulowitz, P. B. (2024). *Orientia tsutsugamushi* (Scrub typhus) attack. In G. Ciotto (Ed.), *Ciotto's disaster medicine* (3rd ed., pp. 759-761). New Delhi, India: Elsevier.
- Paris, D. H., Richards, A. L., & Day, N. P. J. (2015). *Orientia*. In Y.-W. Tang, M. Sussman, D. Liu, I. Poxton, & J. Schwartzman (Eds.), *Molecular medical microbiology* (2nd ed., pp. 2057-2096). Boston, MA: Academic Press.
- Rodkvamtook, W., Gaywee, J., Kanjanavanit, S., Ruangareerate, T., Richards, A. L., Sangjun, N., . . . Sirisopana, N. (2013). Scrub typhus outbreak, northern Thailand, 2006-2007. *Emerging Infectious Diseases*, 19(5), 774-777. doi:10.3201/eid1905.121445
- Seo, M. G., Song, B. G., Kim, T. K., Noh, B. E., Lee, H. S., Lee, W. G., & Lee, H. I. (2021). Nationwide incidence of chigger mite populations and molecular detection of *Orientia tsutsugamushi* in the Republic of Korea, 2020. *Microorganisms*, 9(8), 1563. doi:10.3390/microorganisms9081563
- Tasak, N., Apidechkul, T., Law, A. C. K., Abdad, M. Y., Srichan, P., Perrone, C., . . . Blacksell, S. D. (2023). Prevalence of and factors associated with scrub typhus exposure among the hill tribe population living in high incidence areas in Thailand: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 23(1), 2394. doi:10.1186/s12889-023-17313-z
- Tran, H. T. D., Hattendorf, J., Do, H. M., Hoang, T. T., Hoang, H. T. H., Lam, H. N., . . . Schelling, E. (2021). Ecological and behavioural risk factors of scrub typhus in central Vietnam: A case-control study. *Infectious Diseases of Poverty*, 10(1), 110. doi:10.1186/s40249-021-00893-6
- Wangrangsamakul, T., Elliott, I., Nedsuwan, S., Kumlert, R., Hinjoy, S., Chaisiri, K., . . . Morand, S. (2020). The estimated burden of scrub typhus in Thailand from national surveillance data (2003-2018). *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 14(4), e0008233. doi:10.1371/journal.pntd.0008233
- Wulandhari, S. A., Paladsing, Y., Saesim, W., Charoenitawat, V., Sonthayanon, P., Kumlert, R., . . . Chaisiri, K. (2021). High prevalence and low diversity of chigger infestation in small mammals



found in Bangkok Metropolitan parks. *Medical and Veterinary Entomology*, 35(4), 534-546.

doi:10.1111/mve.12531

Xu, G., Walker, D. H., Jupiter, D., Melby, P. C., & Arcari, C. M. (2017). A review of the global epidemiology of scrub typhus. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 11(11), e0006062.

doi:10.1371/journal.pntd.0006062

Zangpo, T., Phuentshok, Y., Dorji, K., Dorjee, C., Dorjee, S., Jolly, P., . . . McKenzie, J. (2023).

Environmental, occupational, and demographic risk factors for clinical scrub typhus, Bhutan.

Emerging Infectious Diseases, 29(5), 909-918. doi:10.3201/eid2905.221430

Zhang, Y., Zhang, M., Qin, Y., Zhang, L., Kang, D., Wei, R., & Yang, C. (2023). Epidemiological analysis and risk prediction of scrub typhus from 2006 to 2021 in Sichuan, China. *Frontiers in Public Health*, 11, 1177578. doi:10.3389/fpubh.2023.1177578



เกินกว่าค่าตอบแทนและตำแหน่งงาน: บรรยากาศในที่ทำงานกับการย้ายงาน
ช่วงต้นอาชีพภายใต้ความไม่สมมาตรของข้อมูล

(Beyond Pay and Position: Workplace Climate and Early-Career Job Mobility
under Information Asymmetry)

โดย

ญาณเศรษฐ์ ชัยชนะวีร์*

* นักศึกษาปริญญาตรี คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

การย้ายงานในช่วงต้นอาชีพกำลังกลายเป็นลักษณะสำคัญของตลาดแรงงานร่วมสมัย โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานรุ่นใหม่เข้าสู่การทำงานภายใต้เงื่อนไขของความไม่แน่นอนและข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาการย้ายงานในช่วงต้นอาชีพ ในฐานะกระบวนการเชิงโครงสร้างที่ถูกกำหนดโดยบรรยากาศในที่ทำงานและความไม่สมมาตรของข้อมูล โดยการศึกษาใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแรงงานรุ่นใหม่จำนวน 26 คน ที่มีประสบการณ์การย้ายงานอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงต้นของเส้นทางอาชีพ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี thematic analysis เพื่อระบุรูปแบบและกลไกของการตัดสินใจย้ายงาน

ผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศในที่ทำงานทำหน้าที่เป็น “เงื่อนไขขั้นต่ำของการคงอยู่” โดยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและพลวัตของทีมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมากกว่าปัจจัยด้านรายได้หรือสถานะทางอาชีพ นอกจากนี้ การย้ายงาน ยังเกิดขึ้นผ่านกลไกสำคัญสามขั้นตอน ได้แก่ การก่อรูปความคาดหวังจากข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ความคลาดเคลื่อนระหว่าง ความคาดหวังกับประสบการณ์จริง และการย้ายงานในฐานะกลไกในการแก้ไขความไม่สอดคล้องดังกล่าว ในขณะเดียวกัน แรงงานรุ่นใหม่มีลักษณะความผูกพันต่อองค์กรแบบมีเงื่อนไข และมองการทำงานเป็นพื้นที่ชั่วคราวสำหรับการพัฒนาตนเองมากกว่าความผูกพันระยะยาว ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงรุ่นที่ทำให้การย้ายงานกลายเป็นเรื่องปกติในเส้นทางอาชีพ งานวิจัยนี้มีส่วนช่วยเชื่อมโยงแนวคิดด้านตลาดแรงงาน ความไม่สมมาตรของข้อมูล และแนวคิดหลังสมัยใหม่ เพื่ออธิบายการย้ายงานในช่วงต้นอาชีพในฐานะผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและค่านิยมของปัจเจก ซึ่งมีนัยสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรมนุษย์และนโยบายแรงงานในระยะยาว

คำสำคัญ: การย้ายงานช่วงต้นอาชีพ, บรรยากาศในที่ทำงาน, ความไม่สมมาตรของข้อมูล, แรงงานรุ่นใหม่, การเปลี่ยนผ่านเชิงรุ่น



Abstract

Early-career job mobility has become a defining feature of contemporary labor markets, particularly among young workers navigating employment under conditions of uncertainty and incomplete information. This study examines early-career job mobility as a structural process shaped by workplace climate and information asymmetry. Using a qualitative research design, in-depth interviews were conducted with 26 young workers who had experienced at least one job transition during the early stage of their careers. Data were analyzed using thematic analysis to identify patterns and mechanisms underlying job mobility decisions.

The findings reveal that workplace climate functions as a “minimum condition of retention” with interpersonal relationships and team dynamics playing a more decisive role than income or occupational status. Moreover, job mobility is driven by a three-stage mechanism under information asymmetry: expectation formation based on incomplete information, expectation–experience mismatch after entering the organization, and mobility decisions as a corrective response to this mismatch. In addition, young workers demonstrate conditional attachment to organizations and tend to view employment as a temporary platform for self-development rather than a long-term commitment. This reflects broader generational shifts that normalize job mobility as part of career development. This study contributes to the literature by integrating labor market theory, information asymmetry, and postmodern perspectives to explain early-career job mobility as an outcome of interactions between structural constraints and individual values. The findings have important implications for organizational management and labor policy in addressing workforce retention and job quality in contemporary labor markets.

Keywords: early-career job mobility, workplace climate, information asymmetry, young workers, cohort replacement



เกินกว่าค่าตอบแทนและตำแหน่งงาน: บรรยากาศในที่ทำงานกับการย้ายงาน ช่วงต้นอาชีพภายใต้ความไม่สมมาตรของข้อมูล (Beyond Pay and Position: Workplace Climate and Early-Career Job Mobility under Information Asymmetry)

บทนำ

ในบริบทของตลาดแรงงานร่วมสมัย การย้ายงานในช่วงต้นอาชีพ (early-career job mobility) กำลังกลายเป็นปรากฏการณ์ที่มีนัยสำคัญทั้งในเชิงโครงสร้างแรงงานและพลวัตประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานรุ่นใหม่ที่กำลังเข้าสู่ตลาดแรงงานภายใต้เงื่อนไขของความไม่แน่นอนสูงและความคาดหวังที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต งานศึกษาจำนวนมากชี้ให้เห็นว่า แรงงานในช่วงอายุ 15–34 ปี มีอัตราการย้ายงานสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นอย่างมีนัยสำคัญ และมักเกิดขึ้นภายในช่วง 1–2 ปีแรกของการทำงาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566; Deloitte, 2024) สะท้อนให้เห็นว่าช่วงต้นอาชีพมิได้เป็นเพียงช่วงของการเข้าสู่ตลาดแรงงาน หากแต่เป็นช่วงของ “การทดลองเชิงสถาบัน” (institutional experimentation) ที่แรงงานใช้ในการประเมินความสอดคล้องระหว่างตนเองกับองค์กร

ในขณะที่งานวิจัยในอดีตมักอธิบายการย้ายงานผ่านกรอบแนวคิดเชิงเศรษฐศาสตร์ เช่น ค่าตอบแทนและโอกาสความก้าวหน้า (human capital perspective) งานศึกษาร่วมสมัยกลับชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้าน “บรรยากาศในที่ทำงาน” (workplace climate) และความสัมพันธ์ทางสังคมภายในองค์กรมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจย้ายงานของแรงงานรุ่นใหม่ โดยเฉพาะในมิติของความไว้วางใจ การยอมรับ และคุณภาพชีวิตการทำงาน (Zhang, 2024) แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนการเปลี่ยนผ่านจากการประเมินงานในฐานะ “แหล่งรายได้” ไปสู่ “พื้นที่ทางสังคม” ที่ต้องสอดคล้องกับคุณค่าของปัจเจก

อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจเลือกงานของแรงงานรุ่นใหม่ไม่ได้เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขของข้อมูลที่สมบูรณ์ หากแต่ดำเนินไปภายใต้สภาวะความไม่สมมาตรของข้อมูล (information asymmetry) กล่าวคือ องค์กรในฐานะผู้ว่าจ้างถือครองข้อมูลเกี่ยวกับวัฒนธรรมการทำงานและพลวัตความสัมพันธ์ภายในมากกว่าแรงงาน (Akerlof, 1970) ส่งผลให้กระบวนการตัดสินใจเข้าสู่องค์กรตั้งอยู่บนฐานของข้อมูลบางส่วนและภาพลักษณ์ที่ถูกคัดเลือกนำเสนอ ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่กระบวนการก่อรูปความคาดหวัง (expectation formation) ที่อาจไม่สอดคล้องกับประสบการณ์จริงภายหลังการทำงาน เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนระหว่าง “สิ่งที่คาดหวัง” กับ “สิ่งที่พบ” (expectation–experience mismatch) ความไม่พึงพอใจจึงเกิดขึ้น และนำไปสู่การตัดสินใจย้ายงานในระยะต้นของเส้นทางอาชีพ

นอกจากเงื่อนไขเชิงโครงสร้างของข้อมูลแล้ว การย้ายงานของแรงงานรุ่นใหม่ยังสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงเชิงวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ในระดับสังคม แนวคิดหลังสมัยใหม่ (postmodernism) ชี้ให้เห็นว่าปัจเจกในสังคมร่วมสมัยมีอัตลักษณ์ที่ลื่นไหล (fluid identity) และมีแนวโน้มลดการยึดโยงกับสถาบันแบบดั้งเดิม (Giddens, 1991) สอดคล้องกับแนวคิด “liquid modernity” ของ Bauman (2000) และ “risk society” ของ Beck (1992) ที่อธิบายว่าปัจเจกต้องตัดสินใจภายใต้ความไม่แน่นอนและความเสี่ยงมากขึ้น ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว ความผูกพันต่อองค์กรของแรงงานรุ่นใหม่จึงมีลักษณะ “แบบมีเงื่อนไข” (conditional attachment) กล่าวคือ องค์กรจะได้รับการยอมรับก็ต่อเมื่อสามารถตอบสนองต่อคุณค่าที่ปัจเจกให้ความสำคัญในช่วงเวลานั้นได้

ในขณะเดียวกัน กระบวนการทดแทนรุ่น (cohort replacement) ยังมีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานภายในองค์กร โดยแรงงานรุ่นใหม่ที่เกิดโตมาภายใต้บริบททางสังคมที่เปิดรับความหลากหลายมากขึ้น ได้นำชุดค่านิยมใหม่เข้าสู่พื้นที่การทำงาน ส่งผลให้การประเมินคุณค่าของงานและความสัมพันธ์ในองค์กรเปลี่ยนแปลงไปในเชิงโครงสร้าง (Ryder, 1965) ปรากฏการณ์ดังกล่าวไม่เพียงสะท้อนการเปลี่ยนแปลงในระดับปัจเจก หากแต่เป็นการปรับตัวของตลาดแรงงานต่อพลวัตทางประชากรในระยะยาว

ดังนั้น งานวิจัยฉบับนี้จึงมุ่งศึกษาการย้ายงานของแรงงานรุ่นใหม่ในฐานะ “กระบวนการเชิงโครงสร้าง” ที่เกิดจากการบรรจบกันของ (1) การเปลี่ยนผ่านตามช่วงชีวิต (life-course transition) (2) ความไม่สมมาตรของข้อมูลในตลาดแรงงาน และ (3) การเปลี่ยนผ่านเชิงรุ่นภายในองค์กร โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของบรรยากาศในที่ทำงานในฐานะกลไกสำคัญที่กำหนดเสถียรภาพของความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานกับองค์กร งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่ออธิบายกลไกการตัดสินใจย้ายงานภายใต้ข้อจำกัดของข้อมูล และเพื่อเสนอกรอบความเข้าใจใหม่ต่อการเคลื่อนย้ายงานในช่วงต้นอาชีพในบริบทตลาดแรงงานร่วมสมัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจการย้ายงานในช่วงต้นอาชีพของแรงงานรุ่นใหม่ในฐานะกระบวนการเชิงโครงสร้าง ภายใต้เงื่อนไขของข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์และการเปลี่ยนผ่านเชิงรุ่น โดยมีวัตถุประสงค์หลักดังต่อไปนี้

1. เพื่อวิเคราะห์บทบาทของบรรยากาศในที่ทำงาน (workplace climate) และอัตลักษณ์ของแรงงานรุ่นใหม่ในฐานะปัจจัยที่กำหนดการตัดสินใจย้ายงานในช่วงต้นอาชีพ
2. เพื่ออธิบายกลไกการตัดสินใจย้ายงานภายใต้สภาวะความไม่สมมาตรของข้อมูล โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างการก่อรูปความคาดหวัง (expectation formation) ความคลาดเคลื่อนระหว่างความคาดหวังกับประสบการณ์จริง (expectation-experience mismatch) และการตัดสินใจเคลื่อนย้ายงาน

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การอธิบายการย้ายงานในช่วงต้นอาชีพของแรงงานรุ่นใหม่ในบริบทตลาดแรงงานร่วมสมัย จำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างโครงสร้างตลาดแรงงาน การตัดสินใจของปัจเจก และการเปลี่ยนแปลงเชิงสังคมในระยะยาว งานวิจัยนี้จึงบูรณาการแนวคิดหลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) แนวคิดความไม่สมมาตรของข้อมูล (asymmetric information) (2) แนวคิดหลังสมัยใหม่ (postmodernism) และ (3) แนวคิดการทดแทนรุ่น (cohort replacement) เพื่ออธิบายกลไกการย้ายงานในช่วงต้นอาชีพอย่างเป็นระบบ

ความไม่สมมาตรของข้อมูลและการตัดสินใจในตลาดแรงงาน

แนวคิดความไม่สมมาตรของข้อมูล (asymmetric information) อธิบายว่า การตัดสินใจของปัจเจกในตลาดมักเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องถือครองข้อมูลไม่เท่ากัน (Akerlof, 1970) ในบริบทตลาดแรงงานองค์กรในฐานะผู้ว่าจ้างย่อมมีข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะงาน วัฒนธรรมองค์กร และความสัมพันธ์ภายในมากกว่าแรงงานผู้สมัคร ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว แรงงานต้องตัดสินใจเข้าสู่องค์กรโดยอาศัยข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ซึ่งนำไปสู่กระบวนการก่อรูปความคาดหวัง (expectation formation) ที่อาจไม่สอดคล้องกับประสบการณ์จริง เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนระหว่าง

ความคาดหวังกับสิ่งที่เผชิญ (expectation–experience mismatch) การย้ายงานจึงกลายเป็นกลไกสำคัญในการปรับตัวเพื่อลดความไม่สอดคล้องดังกล่าว

งานศึกษาก่อนหน้าได้ชี้ให้เห็นว่า ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลส่งผลต่อความพึงพอใจในการทำงานและเจตนาการลาออก (Zhang, 2024) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้เสนอเพิ่มเติมว่า ความไม่สมมาตรของข้อมูลมิได้เพียงส่งผลต่อการประเมินงาน หากแต่เป็น “กลไกเชิงโครงสร้าง” ที่ผลักดันให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานในช่วงต้นอาชีพ

อัตลักษณ์ที่ลื่นไหลและความสัมพันธ์กับองค์กรในสังคมหลังสมัยใหม่

แนวคิดหลังสมัยใหม่ (postmodernism) มองว่า ปัจเจกในสังคมร่วมสมัยมีอัตลักษณ์ที่ลื่นไหล (fluid identity) และไม่ถูกผูกมัดกับสถาบันทางสังคมแบบดั้งเดิมอย่างถาวร (Giddens, 1991) แนวคิดนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ Bauman (2000) ในเรื่อง “liquid modernity” ที่อธิบายถึงความไม่มั่นคงของสถาบัน และ Beck (1992) ที่ชี้ให้เห็นว่าปัจเจกต้องตัดสินใจภายใต้ความเสี่ยงและความไม่แน่นอนมากขึ้น

ภายใต้บริบทดังกล่าว ความผูกพันต่อองค์กรของแรงงานรุ่นใหม่จึงมีลักษณะ “แบบมีเงื่อนไข” (conditional attachment) กล่าวคือ การคงอยู่ในองค์กรขึ้นอยู่กับระดับความสอดคล้องระหว่างคุณค่าของปัจเจกกับบรรยากาศในการทำงาน หากองค์กรไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวได้ แรงงานมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจย้ายงานเพื่อแสวงหาสภาพแวดล้อมที่สอดคล้องกับตนเองมากกว่า ดังนั้น การย้ายงานจึงไม่ถูกมองว่าเป็นความล้มเหลว หากแต่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสร้างตัวตนและการกำหนดเส้นทางชีวิตในสังคมร่วมสมัย

การทดแทนรุ่นและการเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานในองค์กร

แนวคิดการทดแทนรุ่น (cohort replacement) อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในระยะยาวเกิดจากการที่คนรุ่นใหม่ ซึ่งเติบโตมาภายใต้บริบททางสังคมที่แตกต่างกัน เข้ามาแทนที่คนรุ่นก่อนในโครงสร้างสังคม (Ryder, 1965) ในบริบทองค์กร การเพิ่มขึ้นของแรงงานรุ่นใหม่ส่งผลให้บรรทัดฐานเกี่ยวกับการทำงานและความสัมพันธ์ในองค์กรเปลี่ยนแปลงไป เช่น การให้ความสำคัญกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน (work–life balance) การลดความสำคัญของลำดับขั้นอำนาจ และการยอมรับความหลากหลายทางเพศมากขึ้น กระบวนการดังกล่าวทำให้การย้ายงานในช่วงต้นอาชีพถูก “ทำให้เป็นเรื่องปกติ” (normalization of mobility) มากกว่าจะถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนหรือสะท้อนความไม่มั่นคงของแรงงาน

เมื่อพิจารณาร่วมกัน แนวคิดทั้งสามสามารถอธิบายการย้ายงานในช่วงต้นอาชีพได้อย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ความไม่สมมาตรของข้อมูลกำหนดเงื่อนไขของการตัดสินใจเข้าสู่องค์กร ในขณะที่อัตลักษณ์ที่ลื่นไหลของแรงงานรุ่นใหม่กำหนดระดับความผูกพันต่อองค์กร และกระบวนการทดแทนรุ่นเป็นแรงขับเคลื่อนที่ปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานในที่ทำงาน ภายใต้กรอบดังกล่าว การย้ายงานจึงเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่าง “โครงสร้างข้อมูล” และ “คุณค่าของปัจเจก” มากกว่าจะเป็นผลลัพธ์ของปัจจัยด้านเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว กรอบแนวคิดนี้จึงถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์บทบาทของบรรยากาศในที่ทำงาน และความไม่สมมาตรของข้อมูลในตลาดแรงงาน วิจัยดังกล่าว

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ การรับรู้ และกระบวนการตัดสินใจย้ายงานของแรงงานรุ่นใหม่ในช่วงต้นอาชีพ ภายใต้เงื่อนไขของบรรยากาศในที่ทำงานและความไม่สมมาตรของข้อมูลในตลาดแรงงาน วิธีการดังกล่าว

เหมาะสมกับการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความหมายเชิงอัตวิสัย (subjective meaning) และการตีความประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ด้วยข้อมูลเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว

ผู้ให้ข้อมูลและการคัดเลือกตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) คือแรงงานรุ่นใหม่ (early-career workers) ซึ่งอยู่ในช่วงเริ่มต้นของเส้นทางอาชีพ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (2) มีประสบการณ์ทำงานไม่เกิน 10 ปี (3) มีอายุไม่เกิน 33 ปี และ (4) เคยมีประสบการณ์การย้ายงานอย่างน้อย 1 ครั้ง ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจการเคลื่อนย้ายงานในช่วงต้นอาชีพ โดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ร่วมกับการเข้าถึงผ่านเครือข่าย (network-based recruitment) และผู้แนะนำ (gatekeeper) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การย้ายงานได้อย่างมีความหมาย ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งหมด 26 คน ได้แก่ ผู้ชาย 10 คน ผู้หญิง 10 คน และผู้มีความหลากหลายทางเพศ 6 คน โดยมีความหลากหลายในด้านอาชีพและลักษณะการทำงาน ทั้งองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงอาชีพที่อาศัยทักษะเฉพาะเพื่อสะท้อนความแตกต่างของบริบทแรงงานในตลาดแรงงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) ซึ่งครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน การตัดสินใจย้ายงาน การรับรู้เกี่ยวกับบรรยากาศในที่ทำงาน และการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรก่อนการตัดสินใจเข้าทำงาน โดยการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45–90 นาทีต่อคน และดำเนินการในลักษณะที่เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเล่าเรื่องและอธิบายประสบการณ์ของตนเองได้อย่างอิสระ ข้อมูลทั้งหมดได้รับการบันทึกเสียงโดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล และนำมาถอดเทปอย่างละเอียดเพื่อใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้วิธี thematic analysis ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญจากข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยประกอบด้วยขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การอ่านข้อมูลซ้ำเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม (2) การสร้างรหัสข้อมูล (initial coding) (3) การจัดกลุ่มรหัสเป็นประเด็นหลัก (themes) และ (4) การตีความเชิงแนวคิดโดยเชื่อมโยงกับกรอบทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลมุ่งเน้นการระบุรูปแบบ (patterns) และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่ออธิบายกลไกการตัดสินใจย้ายงานภายใต้เงื่อนไขของข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์และบริบททางสังคมในที่ทำงาน

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย (trustworthiness) การศึกษานี้ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลหลายแนวทาง ได้แก่ การเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีภูมิหลังแตกต่างกัน (data triangulation) การทบทวนและอภิปรายการตีความข้อมูลร่วมกัน (peer debriefing) และการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลและประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวทางดังกล่าวช่วยลดอคติของผู้วิจัยและเพิ่มความน่าเชื่อถือในการตีความผลการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้คำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างครบถ้วนก่อนการเก็บข้อมูล และได้ให้ความยินยอมโดยสมัครใจ

(informed consent) โดยผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอในรูปแบบนามแฝงเพื่อปกปิดตัวตน รวมถึงใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลดำเนินไปจนถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) กล่าวคือ เมื่อไม่พบประเด็นใหม่ที่มีนัยสำคัญเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสามารถจัดกลุ่มข้อค้นพบออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ซึ่งสะท้อนทั้ง “ปัจจัย” และ “กลไก” ของการย้ายงานในช่วงต้นอาชีพ ได้แก่ (1) บทบาทของบรรยากาศในที่ทำงานในฐานะเงื่อนไขของการคงอยู่ (2) กลไกการตัดสินใจย้ายงานภายใต้ความไม่สมมาตรของข้อมูล และ (3) อัตลักษณ์และค่านิยมของแรงงานรุ่นใหม่ภายใต้การเปลี่ยนผ่านเชิงรุ่น

1. บทบาทของบรรยากาศในที่ทำงานในฐานะเงื่อนไขของการคงอยู่

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (21 จาก 26 คน) ให้ความสำคัญกับบรรยากาศในที่ทำงานและความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานในฐานะปัจจัยหลักที่กำหนดการตัดสินใจคงอยู่หรือย้ายออกจากองค์กร มากกว่าปัจจัยด้านรายได้ ตำแหน่งหน้าที่ หรือความมั่นคงในการทำงาน

ในเชิงรูปแบบ พบว่า บรรยากาศในที่ทำงานทำหน้าที่เป็น “เงื่อนไขขั้นต่ำ” กล่าวคือ หากบรรยากาศในองค์กรไม่เอื้อต่อความสบายใจหรือความไว้วางใจ แรงงานจะเริ่มพิจารณาทางเลือกในการย้ายงานทันที แม้ในกรณีที่องค์กรมีค่าตอบแทนหรือสวัสดิการในระดับที่ดี เมื่อพิจารณาในเชิงความแตกต่าง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มย้ายหนี (ย้ายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา)

กลุ่มคนที่ตัดสินใจเคลื่อนย้ายองค์กรเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา มีลักษณะร่วมกันในการเผชิญกับบรรยากาศในที่ทำงานที่บั่นทอนสุขภาวะทางจิตใจจนไม่สามารถปฏิบัติงานต่อในองค์กรเดิมได้ โดยผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มักผ่านประสบการณ์ความขัดแย้งเชิงความสัมพันธ์และโครงสร้างทางสังคมที่มีความซับซ้อนในที่ทำงาน เช่น การถูกเอาเปรียบจากเพื่อนร่วมงาน การไม่ได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา หรือการเผชิญกับระบบบริหารจัดการที่ไร้ประสิทธิภาพของผู้บังคับบัญชาที่มักใช้อำนาจกดขี่และใช้งานเกินขอบเขตหน้าที่ อีกทั้งยังขาดความเข้าใจความรู้สึกของลูกน้อง นอกจากนี้ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล บางคนยังสะท้อนถึงปัญหาที่ฝังรากลึกในวัฒนธรรมองค์กรแบบดั้งเดิม เช่น ในกลุ่มอาชีพข้าราชการที่เผชิญกับระบบอุปถัมภ์และการเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน ซึ่งขัดต่อคุณค่าเรื่องความโปร่งใสที่คนรุ่นใหม่ยึดถือ หรือในกลุ่มอาชีพบริการและการจัดการร้านค้า เช่น แคชเชียร์ ผู้ช่วยผู้จัดการร้านสะดวกซื้อ ซึ่งต้องทนกับบรรยากาศการทำงานที่บีบคั้นจนเสียสุขภาพจิต ในมิติด้านเศรษฐกิจพบว่า แรงงานรุ่นใหม่กลุ่มนี้มักให้ความสำคัญกับความสบายใจเหนือกว่าตัวเงิน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพื้นฐานครอบครัวค่อนข้างมั่นคงหรือมีธุรกิจรองรับ ซึ่งเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้คนกลุ่มนี้กล้าตัดสินใจย้ายองค์กรเพื่อรักษาคุณภาพชีวิต แม้จะต้องรับเงินเดือนในระดับที่น้อยกว่า ในขณะที่กลุ่มที่มีภาระทางเศรษฐกิจหรือต้องส่งเงินให้ครอบครัว แม้จะมีความอดทนต่อสภาวะที่ยากลำบากได้มากกว่าในระยะแรก แต่เมื่อถึงจุดอิ่มตัวของปัญหา อัตลักษณ์ความสิ้นไหวในยุคลายสมัยใหม่ที่มุ่งเน้นการเติมเต็มคุณค่าส่วนบุคคลจะส่งผลให้พวกเขาเลือกเคลื่อนย้ายตนเองไปสู่สภาพสังคมใหม่ที่สอดคล้องกับตัวตนมากกว่าการทนอยู่ภายใต้องค์กรเดิมที่ไร้ความสุข

กลุ่มที่ 2 กลุ่มย้ายหาโอกาส (ย้ายเพื่อแสวงหาการพัฒนา)

กลุ่มคนที่ย้ายองค์กรเพื่อแสวงหาการพัฒนาเป็นกลุ่มแรงงานที่มีเป้าหมายเชิงรุก ในการสะสมต้นทุนทางทักษะ และการยกระดับคุณค่าในเชิงวิชาชีพ โดยยังคงยกให้ปัจจัยด้านเพื่อนร่วมงานที่มีความสามารถและบรรยากาศทางสังคมที่ดีเป็นความสำคัญลำดับแรกเช่นเดียวกัน โดยคนกลุ่มนี้มักมีความต้องการอย่างแรงกล้าในการร่วมงานกับบุคคลที่มีความสามารถเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่สำคัญกว่ารายได้ ตำแหน่ง และอำนาจ ปรากฏการณ์นี้พบได้ชัดเจนในกลุ่มอาชีพที่เน้นทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น วิศวกร นักเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ที่มักมองหาโอกาสในองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาตนเอง หรือกลุ่มอาชีพที่เน้นทักษะฝีมือและการสร้างสรรค์ เช่น เชฟ นักดนตรี ที่มักเปลี่ยนองค์กรเพื่อแสวงหาประสบการณ์และเส้นทางความก้าวหน้าใหม่ ๆ ภูมิหลังของคนกลุ่มนี้มักถูกหล่อหลอมผ่านชุดค่านิยมที่มุ่งเน้น การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และต้องการเห็นความชัดเจนในเส้นทางการเติบโต ซึ่งหากองค์กรเดิมไม่สามารถตอบโจทย์ความทะเยอทะยานได้ พวกเขาจะตัดสินใจย้ายองค์กรเพื่อก้าวไปข้างหน้าทันที

ในเชิงกลไก (mechanism) ความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มนี้สะท้อนว่า การย้ายงานไม่ได้เกิดจากแรงจูงใจเดียว หากแต่เป็นผลจากการประเมินบรรยากาศในที่ทำงานร่วมกับ “เป้าหมายชีวิต” และ “ทรัพยากรของปัจเจก” ในช่วงเวลานั้น เช่น ผู้ที่มีฐานะครอบครัวมั่นคงมีแนวโน้มย้ายเพื่อหลีกเลี่ยงได้เร็วกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีภาระทางเศรษฐกิจอาจทนอยู่ได้นานกว่า

2. กลไกการตัดสินใจย้ายงานภายใต้ความไม่สมมาตรของข้อมูล

การตัดสินใจเลือกงานของแรงงานรุ่นใหม่เกิดขึ้นภายใต้ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง เนื่องจากพวกเขาไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสังคมภายในองค์กรได้อย่างเพียงพอก่อนการตัดสินใจ แม้ผู้สมัครงานจะพยายามค้นหาข้อมูลอย่างรอบด้านทั้งจากเว็บไซต์บริษัท โซเชียลมีเดีย หรือการสอบถามบุคคลภายนอก แต่ข้อมูลที่เข้าถึงได้ส่วนใหญ่มักเป็นข้อมูลที่องค์กรเลือกนำเสนอ เช่น ลักษณะงาน สวัสดิการ หรือคำอธิบายเกี่ยวกับวัฒนธรรมองค์กรในเชิงบวก ในขณะที่ข้อมูลอีกส่วนหนึ่งซึ่งมีผลโดยตรงต่อประสบการณ์การทำงานจริง เช่น รูปแบบการบริหารของหัวหน้า ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน หรือค่านิยมที่ปฏิบัติกันจริงในองค์กรกลับเป็นสิ่งที่ไม่สามารถรับรู้ได้อย่างชัดเจนก่อนเข้าไปทำงานจริง ลักษณะเช่นนี้สะท้อนสถานะความไม่สมมาตรของข้อมูลตามแนวคิดของ George Akerlof (1970) ซึ่งอธิบายว่าในตลาดที่คู่สัญญาถือครองข้อมูลไม่เท่ากัน การตัดสินใจย่อมเกิดขึ้นภายใต้ข้อจำกัดและการคาดเดาในบริบทตลาดแรงงาน องค์กรในฐานะผู้ว่าจ้างย่อมมีข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการทำงานจริงมากกว่าแรงงานที่เป็นผู้สมัครงาน ทำให้แรงงานต้องประเมินและตัดสินใจย้ายองค์กรจากข้อมูลที่มีจำกัด และบางครั้งต้องอาศัยการคาดการณ์เกี่ยวกับสิ่งที่ยังไม่รู้ โดยไม่สามารถตรวจสอบหรือยืนยันความถูกต้องของข้อมูลเหล่านั้นได้อย่างแน่ชัดก่อนการจ้างงาน

ในเชิงกลไก การตัดสินใจย้ายงานสามารถอธิบายได้ผ่านกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การก่อรูปความคาดหวังจากข้อมูลที่มีจำกัด (2) การเผชิญกับประสบการณ์จริงที่ไม่สอดคล้องกับความคาดหวัง และ (3) การตัดสินใจย้ายงานเพื่อลดความไม่สอดคล้องดังกล่าว โดยจากข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ตัดสินใจย้ายองค์กรโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลภายในองค์กร แต่อาศัยข้อมูลที่ได้รับจากประกาศรับสมัครงานและเว็บไซต์องค์กรเป็นหลัก ซึ่งมักนำเสนอภาพลักษณ์ของความทันสมัย การทำงานเป็นทีม และการเปิดกว้างทางความคิด ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจเลือกสมัครและตอบรับข้อเสนอการจ้างงาน อย่างไรก็ตาม ภายหลังการย้ายองค์กร



แรงงานบางส่วนกลับพบว่าสภาพการทำงานจริงแตกต่างจากที่คาดไว้ ยกตัวอย่างกรณีของคุณ ม่อน (พนักงานบริษัท , เพศชาย) ที่ให้ข้อมูลว่า

“ตอนแรกมันก็ดีดี ไม่มีใครเคยทำที่นี่ เลยดูในเว็บ ในเพจเขาบอกว่าบริษัทสมัยใหม่ ทำงานกันเป็นทีม เปิดโอกาสให้เด็กรุ่นใหม่ ก็เลยตัดสินใจสมัครที่นี่ พอไปทำแล้วไม่ตรงปก คนในทีมก็เอาแต่แข่งขันกันเอง หัวหน้าไม่รับฟังอะไรเลย ชัดใจก็ไม่ได้ ทุกคนได้แต่นั่งฟังเวลาประชุม เหมือนเราไม่มีตัวตน ไม่เหมือนที่คิดไว้ตอนสมัคร”

จากคำพูดของม่อนแสดงให้เห็นว่า การตัดสินใจย้ายองค์กรเกิดขึ้นจากข้อมูลที่องค์กรสื่อสารออกมา แม้ม่อนจะพยายามหาข้อมูลจากเว็บไซต์และเพจขององค์กรก่อนตัดสินใจ แต่ข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่ถูกคัดเลือกและจัดวางเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและภาพลักษณ์เชิงบวก ไม่ได้เปิดเผยลักษณะการทำงานเชิงอำนาจหรือบรรยากาศการแข่งขันภายในทีมที่ทำให้บรรยากาศตึงเครียด

ในทำนองเดียวกัน กรณีของ “ฟ้า” (พนักงานขาย, เพศหญิง) ซึ่งตัดสินใจย้ายออกจากบริษัทเดิมเพราะสภาพสังคมไม่เอื้อต่อการทำงาน ได้สะท้อนข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสังคมในองค์กรใหม่อย่างชัดเจน โดยฟ้า ให้ข้อมูลว่า

“เราทำดีมาตลอด แต่พอทำพลาดหัวหน้ากลับว่าต่อหน้าทุกคน เพื่อนร่วมงานต่อหน้าทำเป็นปลอบเรา แต่หลังหลังไปพูดกับแผนกอื่นเสียๆ หายๆ ทำให้แผนกอื่นไม่ชอบเรา แล้วอาชีพเราต้องประสานงานกับแผนกอื่น เราเลยทำงานลำบาก ตอนนั้นช่วงย้ายงาน จะบริษัทเล็กหรือใหญ่ก็ได้ เราขอเพื่อนร่วมงานดีๆ กับแคร์รายได้ไม่น้อยลงก็พอ ตอนที่บริษัทใหม่ติดต่อมาเราพูดตรงๆ ว่าก็ไม่รู้เหมือนกันว่าจะดีกว่าที่เก่าไหม ข้อมูลหรือ ไม่มีหรอก ก็เสี่ยงดวงเอา”

กรณีของฟ้าแสดงให้เห็นว่า บรรยากาศการทำงานจริงขององค์กรอื่นเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเข้าถึงได้ก่อนการจ้างงาน การย้ายองค์กรจึงดำเนินไปด้วยการตัดสินใจภายใต้ความไม่แน่นอน โดยอาศัยความคาดหวังและการประเมินความเป็นไปได้มากกว่าการรับรู้ข้อเท็จจริงทั้งหมดล่วงหน้า

ในอีกกรณีหนึ่ง “แดน” (นักดนตรี, เพศชาย) ซึ่งทำงานในสายอาชีพดนตรีอธิบายว่า ระบบการทำงานมีลักษณะกึ่งอุปถัมภ์ โดยโอกาสในการทำงานและการเลื่อนย้ายองค์กรมักเกิดขึ้นผ่านเครือข่ายความสัมพันธ์มากกว่ากระบวนการคัดเลือกอย่างเป็นทางการ ลักษณะดังกล่าวทำให้ความใกล้ชิดและความคุ้นเคยส่วนบุคคลมีบทบาทสำคัญต่อเส้นทางอาชีพ การย้ายองค์กรของแดนจึงไม่ได้เกิดจากการยื่นใบสมัครงานทั่วไป แต่เกิดจากการชักชวนของรุ่นพี่ที่รู้จักกันมาตั้งแต่สมัยเรียนและเคยร่วมงานกันมาอย่างต่อเนื่อง ความสัมพันธ์ระยะยาวนี้ทำให้แดนรู้สึกว่ามันเหมือนมีข้อมูลเกี่ยวกับที่ใหม่ในระดับหนึ่ง และเข้าใจบรรยากาศของเพื่อนร่วมงานใหม่ผ่านคำแนะนำของรุ่นพี่ที่อยู่ในองค์กรใหม่

“สายอาชีพดนตรีมันมีความระบบอุปถัมภ์อะ แบบว่าเป็นแบบเพื่อนช่วยเพื่อน รุ่นพี่ช่วยรุ่นน้อง คือเวลามีงานเขาก็จะดึงคนรู้จักหรือคนใกล้ชิดก่อน แม้ว่าจะมีคนที่เก่งกว่าก็ตาม เพราะฉะนั้นก็ต้องรู้จักอยู่ให้เป็น ตอนจะย้ายก็ไม่ได้คิดจะย้าย แต่รุ่นพี่ที่รู้จักเขาชวนไป คือรู้จักกันดี ตอนสมัยเรียนก็เป็นคนชวนมาทำจนถึงทุกวันนี้ ก็รู้ว่บรรยากาศเป็นยังไง พี่ๆ แต่ละคนนิสัยยังไง รุ่นพี่ก็แนะนำว่าที่ใหม่เป็นยังไง คิด

ว่ามีแต่พวกฮาๆ สนุกๆ นิสัยดี แต่พอเข้าไปก็เอามีบรรยากาสดิบแบบว่าจริงจัง มีเสียงกันบ้าง แบ่งฝ่ายกันบ้าง คือรับได้ไม่ได้มีปัญหาอะไร แต่ก็ไม่คิดว่าจะมีแบบนี้ด้วย”

กรณีของแดนสะทอนให้เห็นว่า แม้การย้ายองค์กรจะเกิดขึ้นผ่านเครือข่ายความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และมีรุ่นพี่ที่รู้จักกันดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรใหม่ล่วงหน้า ซึ่งดูเหมือนจะช่วยลดความไม่แน่นอนลงได้บางส่วน แต่ข้อมูลที่ได้รับก็ยังเป็นเพียงมุมมองบางด้านของการทำงานจริง ภายหลังเมื่อเข้าไปทำงานในองค์กรใหม่ แดนจึงพบว่าบรรยากาสดิบในองค์กรมีความซับซ้อนมากกว่าที่คาด ทั้งในเรื่องของความตึงเครียดและการเมืองภายในองค์กร

สรุปได้ว่า การย้ายงานในช่วงต้นอาชีพเป็น “กลไกการปรับตัว” ต่อโครงสร้างข้อมูลที่ไม่สมดุล มากกว่าการตัดสินใจที่ตั้งอยู่บนข้อมูลที่สมบูรณ์ กล่าวคือ ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล บรรยากาสดการทำงาน และรูปแบบการใช้อำนาจภายในองค์กร เป็นข้อมูลที่ไม่ปรากฏอยู่ในเอกสารรับสมัครงานหรือกระบวนการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ และไม่สามารถรับรู้ได้ครบถ้วนผ่านการสื่อสารเชิงภาพลักษณ์ขององค์กร กรณีของแดนสะทอนให้เห็นว่า ภาพขององค์กรที่เปิดกว้างและทำงานเป็นทีมอาจไม่ครอบคลุมพลวัตการแข่งขันและโครงสร้างการตัดสินใจจริง ในขณะที่กรณีของฟ้าแสดงให้เห็นว่า แม้แรงงานจะให้ความสำคัญกับสภาพสังคมเป็นเงื่อนไขหลักในการเลือกองค์กรใหม่ แต่ก็ยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับคนและบรรยากาสดภายในได้ล่วงหน้า ส่วนกรณีของแดนยังตอกย้ำว่า แม้จะมีเครือข่ายส่วนตัวและได้รับคำแนะนำจากคนวงใน แต่ข้อมูลที่ได้รับก็ยังเป็นเพียงมุมมองบางด้าน ไม่สามารถสะท้อนข้อเท็จจริงของการทำงานทั้งหมดได้ก่อนการตัดสินใจ นอกจากนี้ความไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวทำให้การตัดสินใจย้ายงานตั้งอยู่บนฐานของการประเมินจากข้อมูลที่มีอยู่เพียงบางส่วน องค์กรในฐานะผู้ว่าจ้างยังคงถือครองข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการทำงานจริงมากกว่าแรงงาน ไม่ว่าจะป็นลักษณะการบริหาร ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน หรือบรรทัดฐานที่ไม่ได้เขียนไว้อย่างเป็นทางการ ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว การเลือกงานจึงไม่ได้เป็นการตัดสินใจบนฐานของข้อมูลสมบูรณ์ หากแต่เป็นกระบวนการตัดสินใจภายใต้ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ทำให้แรงงานต้องยอมรับความไม่แน่นอนบางส่วนตั้งแต่ก่อนเข้าสู่องค์กร ความคลาดเคลื่อนระหว่างความเข้าใจล่วงหน้ากับประสบการณ์จริงจึงไม่ใช่เพียงความรู้สึกส่วนบุคคล หากแต่เป็นผลที่สอดคล้องกับโครงสร้างการกระจายข้อมูลในตลาดแรงงาน ซึ่งกำหนดให้แรงงานต้อง “เลือก” ทั้งที่ยังไม่สามารถ “รู้” ได้อย่างครบถ้วน

3. อัตลักษณ์และค่านิยมของแรงงานรุ่นใหม่ภายใต้การเปลี่ยนผ่านเชิงรุ่น

จากข้อค้นพบก่อนหน้านี้จะเห็นได้ว่า แรงงานรุ่นใหม่ต้องตัดสินใจย้ายองค์กรภายใต้การเข้าถึงข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะข้อมูลด้านสภาพสังคมในองค์กรที่มักรับรู้ได้หลังเข้าไปทำงานแล้ว คำถามที่ตามมาคือ เหตุใดแรงงานรุ่นใหม่จึงยัง “กล้าตัดสินใจ” ที่จะย้ายองค์กร แม้รู้ว่าที่ใหม่อาจไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ประเด็นนี้สามารถอธิบายได้ผ่านลักษณะอัตลักษณ์และชุดคุณค่าของคนรุ่นใหม่ โดยผู้เขียนใช้กรอบแนวคิดหลังสมัยใหม่ (Postmodernism) เพื่อทำความเข้าใจว่าแรงงานรุ่นใหม่มองความสัมพันธ์ของตนเองกับองค์กร และนิยามความหมายของการทำงานในชีวิตตนเองแบบใด โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

3.1 การไม่ยึดติดกับองค์กรในฐานะปลายทางถาวร

ภายใต้กรอบแนวคิดหลังสมัยใหม่ ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานรุ่นใหม่กับองค์กรไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานของความจงรักภักดีแบบถาวรดังเช่นในกรอบคิดการทำงานแบบเดิม หากแต่เป็นความสัมพันธ์ที่มีลักษณะ “แบบมีเงื่อนไข” กล่าวคือ การคงอยู่ในองค์กรขึ้นอยู่กับระดับความสอดคล้องระหว่างคุณค่าของปัจเจกกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน ณ ช่วงเวลานั้น แรงงานรุ่นใหม่ไม่ได้มององค์กรในฐานะจุดหมายปลายทางระยะยาวเพียงแห่งเดียว แต่ให้ความหมายกับองค์กรในฐานะพื้นที่หนึ่งของการเรียนรู้ การสะสมประสบการณ์ และการพัฒนาตนเองตามเป้าหมาย

ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงได้อยู่เสมอ ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว ความผูกพันต่อองค์กรจึงไม่ได้เกิดขึ้นจากการยอมรับบรรทัดฐานเรื่องความมั่นคงหรือการทำงานกับองค์กรเดิมอย่างยาวนานเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการประเมินว่าองค์กรนั้นยังสามารถตอบสนองต่อสิ่งที่ตนให้คุณค่าอยู่หรือไม่ เช่น ความสบายใจในการทำงาน การได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง การมีพื้นที่ในการแสดงความคิดเห็น ความสัมพันธ์ที่ดีในทีม และโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเอง

ในแง่นี้ อัตลักษณ์ของแรงงานรุ่นใหม่จึงมีลักษณะสิ้นไหลและไม่ถูกผูกมัดกับสถาบันองค์กรอย่างตายตัว พวกเขามีแนวโน้มทำความเข้าใจตนเองผ่านเป้าหมาย ความต้องการ และจังหวะชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปมากกว่าจะนิยามตนเองผ่านสถานะการเป็น “คนขององค์กร” อย่างถาวร เมื่อองค์กรไม่สามารถรักษาความสอดคล้องกับคุณค่าที่ปัจเจกยึดถือได้ ความผูกพันดังกล่าวย่อมอ่อนตัวลง และการย้ายงานจึงกลายเป็นทางเลือกที่สมเหตุสมผลในฐานะการปรับเส้นทางชีวิตให้กลับมาสอดคล้องกับตนเองอีกครั้ง กล่าวอีกนัยหนึ่ง การย้ายงานไม่ได้ถูกมองว่าเป็นความล้มเหลวหรือการเริ่มต้นใหม่จากศูนย์ หากแต่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการก่อรูปตัวตนและการออกแบบเส้นทางอาชีพภายใต้บริบทสังคมที่เปิดให้ปัจเจกกำหนดความหมายของชีวิตการทำงานได้ด้วยตนเองมากขึ้น โดยข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมองการย้ายงานในฐานะกลยุทธ์ของการพัฒนาตนเองมากกว่าการย้ายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา โดยเฉพาะในสายงานที่ต้องอาศัยการเรียนรู้และการสะสมประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง ดังเช่นกรณีของ ฟอร์ด (เชฟ, เพศชาย) ที่อธิบายว่า

“เป็นเชฟมันต้องเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ เรื่อยๆ การทำที่ร้านเดิมตลอดมันคือการทำให้เราไม่พัฒนา เชฟเลยต้องย้ายร้านไปเรื่อยๆ เพื่อจะได้เรียนรู้จากเชฟที่เก่งๆ เก็บเกี่ยวความรู้ เทคนิค วิธีการบริหารร้าน ไม่ใช่แค่ทำอาหารเป็นแต่ต้องรู้ด้วยว่า จะขายตัวเองยังไง ทำอาหารอร่อยแต่ไม่มีคนรู้จักก็เท่านั้น แล้วมองไปสิ เชฟมีที่บ้าน ลั่น ยังไงถ้าอยากจะเก่งขึ้นก็ต้องย้ายร้านไปเรื่อยๆ จนกว่าจะเก่ง แล้วได้ไปอยู่ร้านในฝันหรือเปิดร้านของตัวเอง เอาจริงๆ ความฝันของเชฟสมัยนี้ก็อยากมีร้าน เป็นของตัวเองทั้งนั้นแหละ ไม่มีใครอยากเป็นลูกจ้างในร้านคนอื่นไปตลอดหรอกต่อให้เป็นร้านมิชลิน”

กรณีของฟอร์ดแสดงให้เห็นว่า องค์กรไม่ได้ถูกมองในฐานะพื้นที่สำหรับการลงหลักปักฐานถาวร แต่เป็นช่วงหนึ่ง ของเส้นทางอาชีพที่มีหน้าที่สร้างทุนทางทักษะ ประสบการณ์ และชื่อเสียงเพื่อพาตนเองไปสู่เป้าหมายในอนาคต การย้ายขององค์กรจึงไม่ได้สะท้อนการขาดความอดทนหรือความไม่มั่นคงทางอาชีพ หากแต่สะท้อนวิธีคิดที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องภายใต้เงื่อนไขการแข่งขันในตลาดแรงงานร่วมสมัย นอกจากนี้ คำอธิบายของฟอร์ดยังชี้ให้เห็นว่า ในสายตาของแรงงานรุ่นใหม่ คุณค่าของการทำงานไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการมีงานประจำทำหรือการอยู่กับองค์กรใดองค์กรหนึ่งให้นานที่สุด แต่รวมถึงการได้เรียนรู้จากคนที่เก่งกว่า การขยับเข้าใกล้เป้าหมายชีวิต และการสร้างตัวตนทางอาชีพที่สอดคล้องกับความฝันของตนเองอีกด้วย

ดังนั้น ข้อค้นพบในส่วนนี้จึงชี้ให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานรุ่นใหม่กับองค์กรมีลักษณะยืดหยุ่นและต่อรองได้อยู่เสมอ ภายใต้สังคมหลังสมัยใหม่ องค์กรจึงไม่ได้เป็นศูนย์กลางถาวรของชีวิตการทำงานอีกต่อไป แต่เป็นพื้นที่ที่แรงงานจะเลือกคงอยู่หรือหาที่ที่ยังสามารถตอบสนองต่อคุณค่า เป้าหมาย และอัตลักษณ์ที่พวกเขากำลังก่อรูปอยู่ในเวลานั้นเท่านั้น

3.2 ความกล้าและการย้ายงานในฐานะโอกาส

ภายใต้แนวคิดหลังสมัยใหม่ ชีวิตการทำงานของปัจเจกไม่ได้ถูกกำหนดด้วย “สูตรสำเร็จ” แบบตายตัวดังเช่นกรอบคิดดั้งเดิมที่ให้คุณค่ากับการมีงานมั่นคง การทำงานกับองค์กรเดียวเป็นระยะเวลานาน และการค่อยๆ ไต่ระดับความก้าวหน้าภายในโครงสร้างเดิมเพียงเส้นทางเดียวอีกต่อไป หากแต่เป็นชีวิตที่เปิดให้ปัจเจกต้องตัดสินใจ



เลือก และรับผิดชอบต่อเส้นทางของตนเองท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอนที่เพิ่มมากขึ้น ภายใต้บริบทดังกล่าว การย้ายงานของแรงงานรุ่นใหม่จึงไม่อาจอธิบายได้เพียงว่าเป็นการตัดสินใจที่กล้าเสี่ยงในเชิงนิสัยส่วนบุคคล แต่ควรถูกทำความเข้าใจว่าเป็นการแสดงออกถึงความเป็นผู้กระทำการของปัจเจก (agency) ในการกำหนดอนาคตชีวิตการทำงานของตนเอง

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งไม่ได้มองการย้ายงานว่าเป็นสัญญาณของความล้มเหลวหรือความไม่มั่นคง หากแต่มองว่าเป็นการเลือกเส้นทางที่เหมาะสมกับเป้าหมายชีวิตของตนในช่วงเวลานั้น แม้การตัดสินใจดังกล่าวจะเกิดขึ้นภายใต้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์และไม่อาจรับประกันได้ว่าองค์กรใหม่จะดีกว่าเดิมอย่างแน่นอนก็ตาม ในแง่การย้ายงานจึงสะท้อนมุมมองแบบหลังสมัยใหม่ที่ให้ความสำคัญกับสิทธิของปัจเจกในการนิยามชีวิตของตนเอง มากกว่าการยึดถือบรรทัดฐานทางสังคมเดิมที่มองว่าการดำรงอยู่ในองค์กรเดิมอย่างต่อเนื่องคือทางเลือกที่ถูกต้องที่สุดเสมอไป โดยลักษณะดังกล่าวปรากฏชัดในกรณีของ พง (พนักงานบริษัท, เพศชาย) ซึ่งอธิบายถึงความขัดแย้งระหว่างตนเองกับคนในครอบครัวเมื่อต้องตัดสินใจย้ายงานว่า

“ตอนจะย้ายงานดีกับแม่แทบตาย คือเขาเป็นคน Gen เก๋า เวลาจะทำอะไรต้องอยู่ในกรอบ ทำทุกอย่างตาม Step คิดว่าต้องเรียนสูงๆ เสรีแล้วก็หางานที่มั่นคงทำ ค่อยๆ ไต่เต้าองค์กรขึ้นไป อย่าไปย้ายงานมันเสี่ยงนั่นนู่นนี่ ไม่รู้ที่ใหม่จะเป็นยังไง เพื่อนร่วมงานดีไหม เงินดีหรือเปล่า เขาจะโกงเราไหม บริษัทจะปิดรีเปลา ย้ายบ่อยๆ เดี่ยวจะดูไม่ดีจะย้ายงานยากในอนาคตไรเงี้ย แต่พี่ก็ไม่สนนะ พี่คิดว่าอนาคตของเรา นั้นเราต้องเลือกเอง ถ้าข้อเสนอที่ใหม่มันน่าสนใจกว่าที่เก่าก็ต้องลองดูนะ โอกาสมาแล้วเราจะไม่รับไว้ หรือ พี่ก็ย้ายเลยวัดใจกันไป จะดีจะแย่เดี๋ยวก็รู้”

กรณีของพงสะท้อนให้เห็นการปะทะกันระหว่างกรอบคิดสองแบบอย่างชัดเจน กล่าวคือ ฝ่ายหนึ่งยังยึดถือเส้นทางชีวิตแบบเก่าที่ให้ความสำคัญกับความมั่นคง การลดความเสี่ยง และการทำตามขั้นตอนที่สังคมรับรอง ขณะที่อีกฝ่ายมองว่าชีวิตการทำงานไม่จำเป็นต้องดำเนินไปตามแบบแผนชุดเดียว หากแต่ควรเป็นสิ่งที่ปัจเจกมีสิทธิเลือกและจัดวางด้วยตนเอง ตามโอกาส เงื่อนไข และเป้าหมายในแต่ละช่วงชีวิต คำกล่าวที่ว่า “อนาคตของเรา เราต้องเลือกเอง” จึงมิได้เป็นเพียงถ้อยคำแสดงความมั่นใจส่วนบุคคลเท่านั้น แต่ยังสะท้อนโลกทัศน์ที่ให้ความสำคัญกับการเป็นเจ้าของเส้นทางชีวิตของตนเองภายใต้สังคมที่ไม่สามารถยึดโยงกับความแน่นอนแบบเดิมได้อีกต่อไป

นอกจากนี้ ข้อค้นพบยังชี้ให้เห็นว่า แม้แรงงานรุ่นใหม่จะตระหนักดีว่าการย้ายงานเป็นการตัดสินใจภายใต้ความไม่แน่นอน พวกเขาก็กังวลการย้ายงานเมื่อประเมินแล้วว่าการคงอยู่ในที่เดิมไม่สามารถนำไปสู่คุณภาพชีวิตการทำงานที่ต้องการได้อีกต่อไป การตัดสินใจดังกล่าวจึงไม่ได้ตั้งอยู่บนความเชื่อว่างค์กรใหม่จะต้องดีกว่าเดิมอย่างแน่นอน แต่ตั้งอยู่บนการประเมินเชิงเปรียบเทียบระหว่าง “ความแน่นอนของปัญหาเดิม” กับ “ความเป็นไปได้ของทางเลือกใหม่” กล่าวคือ หากการอยู่ต่อหมายถึงการยอมรับสภาพแวดล้อมที่บั่นทอนชีวิตการทำงานอย่างต่อเนื่อง การย้ายงานย่อมเป็นการเปิดรับโอกาส แม้จะต้องเผชิญความเสี่ยงก็ตาม ประเด็นนี้ปรากฏอย่างชัดเจนในกรณีของ ก๊อต (พนักงานร้านอาหาร, ผู้มีความหลากหลายทางเพศ) ที่ให้ข้อมูลว่า

“ที่เก่าสังคมแย่มาก คือเงินดีมาก สวัสดิการเจ๋ง เดินทางสะดวก ปรับขึ้นตำแหน่งกันรัวๆ ทุกคนให้เกียรติกันสุดๆ กระเทยไม่มีโดน bully นะจ๊ะ แต่ แต่ แต่ เพื่อนร่วมงานในที่มึงของดิฉันนินทากันสุดๆ ต่อหน้าก็แะกันเอง ลับหลังก็นินทา หัวหน้าคือแบบขอไม่พูดแต่แย่มาก อีฉันก็หางานใหม่สิคะ ทำแบบเดิมแต่ย้ายบริษัท ตอนจะย้ายพ่อดิฉันมาห้ามค่า บอกว่าที่นั่นดี มันเจ๋ง จะย้ายทำไม เดี่ยวคนพวกนั้นก็เล็ก

นิสัยเสียกันเอง แล้วชาติปางไหนมันจะดีขึ้นคะ ฉันไม่ทนค่ะ พอที่ใหม่รับฉันก็ตกลงเลยคะ ถามว่าเสี่ยงไหมก็เสี่ยง แต่ในเมื่อที่เก่ามันแย่อยู่แล้วแน่ๆ อยู่ไปก็ไม่มีอะไรดีขึ้น ในขณะที่ที่ใหม่มันมีโอกาสออก 2 หน้าอะ ถ้า (เพื่อนร่วมงาน) ไม่ดี ก็เหมือนเดิม มีค่าเท่ากับอยู่ที่เก่า แต่ถ้า (เพื่อนร่วมงาน) มันดีขึ้นมาละ แก... มันต้องลองเสี่ยงปะบางที ถ้าอยากจะทำให้ชีวิตมันดีขึ้น”

คำอธิบายของก๊อตแสดงให้เห็นว่า การตัดสินใจย้ายงานไม่ได้เกิดจากการประเมินผลตอบแทนทางเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียว หากแต่เกิดจากการให้ความสำคัญกับคุณภาพของความสัมพันธ์ในที่ทำงานและผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของตนเอง แม้องค์กรเดิมจะมีข้อได้เปรียบในหลายด้าน แต่เมื่อบรรยากาศทางสังคมภายในทีมกลายเป็นสิ่งที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตการทำงาน การอยู่ต่อจึงไม่ได้ถูกมองว่าเป็นทางเลือกที่สมเหตุสมผลกว่าเสมอไป ในทางกลับกัน การย้ายงานกลับเป็น การตัดสินใจเชิงรุกเพื่อเปิดพื้นที่ให้กับความเป็นไปได้ใหม่ๆ ที่อาจสอดคล้องกับชีวิตที่ตนต้องการมากกว่าเดิม

ดังนั้น ข้อค้นพบในส่วนนี้จึงชี้ให้เห็นว่า การย้ายงานของแรงงานรุ่นใหม่เป็นมากกว่าการเปลี่ยนสถานที่ทำงาน หากแต่เป็นกระบวนการที่ปัจเจกใช้ต่อรองกับความไม่แน่นอนและยืนยันสิทธิในการกำหนดเส้นทางชีวิตการทำงานของตนเอง ภายใต้สังคมหลังสมัยใหม่ การเลือกย้ายงานจึงไม่ควรถูกตีความว่าเป็นความล้มเหลว ขาดความอดทน หรือไร้เสถียรภาพเพียงด้านเดียว แต่ควรถูกเข้าใจในฐานะการตัดสินใจที่สะท้อนอัตลักษณ์ความลื่นไหล การไม่ยึดติดกับสูตรสำเร็จเดิมของชีวิต และการแสวงหาพื้นที่ทำงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายและคุณค่าของตนเองในแต่ละช่วงเวลา

3.3 การยอมรับความหลากหลายทางเพศในองค์กรภายใต้กระบวนการทดแทนรุ่น

นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงในมิติความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานรุ่นใหม่กับองค์กรแล้ว ข้อค้นพบยังสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของบรรทัดฐานทางสังคมภายในที่ทำงาน โดยเฉพาะในประเด็นการยอมรับความหลากหลายทางเพศ ซึ่งสามารถอธิบายได้ผ่านแนวคิดการทดแทนรุ่น (cohort replacement) แนวคิดนี้เสนอว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในระยะยาวไม่ได้เกิดขึ้นจากการที่คนรุ่นเดิมเปลี่ยนความคิดไปทั้งหมด หากแต่เกิดจากการที่คนรุ่นใหม่ซึ่งเติบโตมาภายใต้บริบทและค่านิยมอีกชุดหนึ่งค่อยๆ เข้ามาแทนที่คนรุ่นก่อนในโครงสร้างสังคมและองค์กร เมื่อสัดส่วนของสมาชิกในองค์กรเปลี่ยนไป บรรทัดฐานร่วมเกี่ยวกับสิ่งที่ยอมรับได้และยอมรับไม่ได้ย่อมเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

ในบริบทของการทำงาน ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์ชี้ให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลที่นิยามตนเองว่าเป็นผู้มีความหลากหลายทางเพศทั้ง 6 คน ไม่พบประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติหรือการเหยียดเพศในองค์กรที่ตนทำงานอยู่ ข้อค้นพบนี้ไม่ได้หมายความว่าปัญหาดังกล่าวหมดไปจากทุกองค์กรแล้ว หากแต่สะท้อนแนวโน้มสำคัญว่า ในบริบทที่ศึกษาบรรยากาศในที่ทำงานได้ขยับไปสู่การยอมรับความแตกต่างทางเพศมากขึ้นเมื่อเทียบกับในอดีต กล่าวอีกนัยหนึ่ง ความหลากหลายทางเพศไม่ได้ถูกทำให้เป็นเรื่องผิดปกติหรือเป็นเงื่อนไขของการกีดกันในพื้นที่ทำงานเช่นที่เคยปรากฏในสังคมช่วงก่อนหน้า แนวโน้มดังกล่าวปรากฏชัดในกรณีของ บันปัน (พนักงานบริษัท, ผู้มีความหลากหลายทางเพศ) ที่ให้ข้อมูลว่า

“เมื่อก่อนสมันเด็ก ๆ จำได้ เราโดนคนอื่นล้อตลอด ไร้อึด ๆ ทุ ๆ ทั้งครู ทั้งญาติ ทั้งแม่ค้าตลาด โดยเฉพาะรุ่นเก่า ๆ แต่คือพอโตมาก็พบว่าคนรุ่นเรา ก่อนเรานิดนึง หรือรุ่นหลังจากเรา เขายอมรับความเป็น LGBTQ ของเรา ต่างจากคนรุ่นก่อน ๆ มาก แล้วอาจจะโชคดีด้วยที่บริษัทไม่ค่อยมีคนเก่า ๆ แล้ว ส่วนใหญ่เป็นวัย Gen Y, Gen Z แต่ที่เคยอยู่ที่นี่เขาบอกว่าสมัยเขามีงานมีการเหยียดกระเทย แต่เก็ยกันไปแล้ว”

กรณีของปิ่นปิ่นสะท้อนให้เห็นว่า การยอมรับความหลากหลายทางเพศในที่ทำงานไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเลื่อนลอย หากแต่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงเชิงรุ่นของผู้คนในองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ เมื่อคนรุ่นเก่าที่เติบโตมาภายใต้บรรทัดฐานซึ่งเปิดพื้นที่ให้กับการล้อเลียน การตีตรา หรือการเหยียดผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศทยอยออกจากองค์กร และถูกแทนที่ด้วยคนรุ่นใหม่ที่มีแนวโน้มเปิดรับความแตกต่างมากกว่า วัฒนธรรมในองค์กรจึงเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว ถ้อยคำหรือพฤติกรรมเหยียดผู้มีความหลากหลายทางเพศที่เคยเป็นเรื่องปกติในอดีตจึงค่อย ๆ สูญเสียความชอบธรรมและถูกแทนที่ด้วยบรรทัดฐานใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับการเคารพความแตกต่างระหว่างบุคคลมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบนี้ควรถูกตีความอย่างระมัดระวังในฐานะ “แนวโน้มเฉพาะบริบท” มากกว่าจะสรุปว่าองค์กรทุกแห่งได้กลายเป็นพื้นที่ที่ปลอดจากการเลือกปฏิบัติทางเพศแล้วทั้งหมด เนื่องจากการยอมรับความหลากหลายทางเพศยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านอื่นๆ เช่น โครงสร้างอายุของบุคลากร วัฒนธรรมองค์กร ลักษณะของสายงาน และประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล

กล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงของที่ทำงานร่วมสมัยไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการเปลี่ยนทัศนคติต่อการย้ายงาน หรือความผูกพันต่อองค์กรเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในมิติของการอยู่ร่วมกันภายใต้ความแตกต่างอีกด้วย โดยกระบวนการทดแทนรุ่นทำให้คุณค่าและบรรทัดฐานใหม่ๆ ค่อย ๆ เข้ามามีอิทธิพลในองค์กร ส่งผลให้พื้นที่ทำงานในบางบริบทมีแนวโน้มเปิดกว้างต่อความหลากหลายทางเพศมากขึ้น และทำให้การเคารพความแตกต่างกลายเป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ทางสังคมในองค์กรร่วมสมัย

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เสนอให้เข้าใจการย้ายงานในช่วงต้นอาชีพของแรงงานรุ่นใหม่ในฐานะ “กระบวนการเชิงโครงสร้าง” ที่เกิดจากการบรรจบกันของสามมิติหลัก ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านตามช่วงชีวิต (life-course transition) ความไม่สมมาตรของข้อมูลในตลาดแรงงาน (information asymmetry) และการเปลี่ยนผ่านเชิงรุ่นภายในองค์กร (cohort replacement) ซึ่งร่วมกันกำหนดรูปแบบและความถี่ของการเคลื่อนย้ายงานในตลาดแรงงานร่วมสมัย

ประการแรก ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า “บรรยากาศในที่ทำงาน” มิได้เป็นเพียงปัจจัยเชิงบริบท หากแต่ทำหน้าที่เป็น “เงื่อนไขขั้นต่ำของการคงอยู่” (minimum condition of retention) ซึ่งกำหนดเสถียรภาพของความสัมพันธ์ระหว่างแรงงานกับองค์กร ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานศึกษาที่เน้นบทบาทของความสัมพันธ์ในที่ทำงานต่อความพึงพอใจและการลาออก (Zhang, 2024) แต่ในขณะเดียวกัน งานวิจัยนี้ได้ขยายความเข้าใจเดิมโดยชี้ให้เห็นว่า workplace climate ไม่ได้เป็นเพียง “ตัวแปรที่มีผล” หากแต่เป็น “ตัวกำหนดว่าการจับคู่แรงงาน-องค์กรจะคงอยู่หรือสลายตัว” ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกเชิงโครงสร้างในกระบวนการเคลื่อนย้ายงาน

ประการที่สอง การศึกษานี้เสนอกรอบอธิบายเชิงกลไกของการย้ายงานภายใต้สภาวะความไม่สมมาตรของข้อมูล โดยแสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจเข้าสู่องค์กรเกิดขึ้นผ่านกระบวนการก่อรูปความคาดหวังจากข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ และเมื่อความคาดหวังดังกล่าวไม่สอดคล้องกับประสบการณ์จริง แรงงานจะทำการย้ายงานเป็นกลไกในการ

“แก้ไขความไม่สอดคล้อง” (corrective mechanism) ข้อค้นพบนี้ช่วยขยายแนวคิดของ Akerlof (1970) จากการอธิบายความล้มเหลวของตลาด ไปสู่การอธิบาย “พลวัตของการเคลื่อนย้ายแรงงาน” โดยชี้ให้เห็นว่าความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลไม่ได้เพียงสร้างความเสี่ยงในการตัดสินใจ แต่ยังเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญของการเคลื่อนย้ายงานในช่วงต้นอาชีพ

ประการที่สาม ในมิติของการเปลี่ยนผ่านเชิงรุ่น ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าแรงงานรุ่นใหม่มีลักษณะความผูกพันต่อองค์กรแบบมีเงื่อนไข (conditional institutional attachment) และมององค์กรในฐานะ “พื้นที่ชั่วคราว” มากกว่าปลายทางถาวร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดหลังสมัยใหม่ที่เน้นความลื่นไหลของอัตลักษณ์และการลดบทบาทของสถาบันแบบดั้งเดิม (Giddens, 1991; Bauman, 2000; Beck, 1992) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้ต่อยอดแนวคิดดังกล่าวโดยชี้ให้เห็นว่าความลื่นไหลของอัตลักษณ์ไม่ได้เพียงเปลี่ยนวิถีคิดของปัจเจก หากแต่ยังมีผลเชิงโครงสร้างต่อรูปแบบการเคลื่อนย้ายแรงงาน โดยทำให้การย้ายงานถูก “ทำให้เป็นเรื่องปกติ” (normalization of mobility) มากกว่าการถูกมองว่าเป็นความไม่มั่นคง

เมื่อพิจารณาร่วมกันทั้งสามมิติ การศึกษานี้จึงเสนอว่า การย้ายงานในช่วงต้นอาชีพควรถูกทำความเข้าใจในฐานะส่วนหนึ่งของ “ระบอบการเคลื่อนย้ายใหม่” (emerging mobility regime) ซึ่งเกิดจากการปะทะกันระหว่างโครงสร้างข้อมูลที่ไม่สมดุลและค่านิยมของแรงงานรุ่นใหม่ ในระบอบดังกล่าว การเคลื่อนย้ายงานจึงมิใช่สัญญาณของความล้มเหลวในการคงอยู่ในองค์กร หากแต่เป็นกลไกการปรับตัวของแรงงานต่อสภาพแวดล้อมที่ไม่แน่นอนและข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์

ในเชิงนโยบายทางทฤษฎี งานวิจัยนี้มีส่วนช่วยเชื่อมโยงวรรณกรรมสามสาย ได้แก่ ทฤษฎีตลาดแรงงาน ทฤษฎีข้อมูล และทฤษฎีสังคมร่วมสมัย โดยแสดงให้เห็นว่าการเคลื่อนย้ายแรงงานไม่สามารถอธิบายได้ด้วยกรอบใดกรอบหนึ่งเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างโครงสร้างข้อมูล คุณค่าของปัจเจก และพลวัตเชิงรุ่น

ในเชิงนโยบายและการบริหารองค์กร ข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่าการลดความไม่สมมาตรของข้อมูลก่อนการจ้างงาน และการยกระดับคุณภาพความสัมพันธ์ในที่ทำงานเป็นกลไกสำคัญในการลดการเคลื่อนย้ายแรงงานในช่วงต้นอาชีพ โดยเฉพาะในบริบทที่แรงงานให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตการทำงานมากกว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ประการแรก การใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพทำให้ข้อค้นพบมีลักษณะเฉพาะบริบทและไม่สามารถสรุปแทนประชากรทั้งหมดได้โดยตรง ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแรงงานที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งอาจมีเงื่อนไขและโอกาสในการย้ายงานแตกต่างจากแรงงานกลุ่มอื่น ประการที่สาม การศึกษานี้มุ่งเน้นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาหนึ่ง จึงยังไม่สามารถสะท้อนพลวัตรระยะยาวของเส้นทางอาชีพได้ ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวเปิดพื้นที่ให้การศึกษาต่อยอดในอนาคต โดยเฉพาะการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแรงงานที่มีระดับการศึกษาและบริบทการทำงานที่แตกต่างกัน รวมถึงการใช้ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อทดสอบกลไกที่เสนอในงานวิจัยนี้ในระดับประชากร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า การย้ายงานในช่วงต้นอาชีพเป็นผลจากความไม่สมมาตรของข้อมูล และการประเมินบรรยากาศในที่ทำงานในฐานะเงื่อนไขหลักของการคงอยู่ งานวิจัยนี้เสนอแนวทางเชิงนโยบายใน 2 ระดับ ได้แก่ ระดับองค์กร และระดับระบบตลาดแรงงาน ดังนี้



ส่วนที่ 1 ข้อเสนอเชิงองค์กรและการบริหารทรัพยากรมนุษย์

1. ลดความไม่สมมาตรของข้อมูลก่อนเข้าทำงาน โดยทำให้ผู้สมัครเข้าถึงข้อมูลสภาพสังคมการทำงานจริงได้มากขึ้น เช่น อธิบายรูปแบบการทำงานของทีมและหัวหน้า วิธีการสื่อสาร แนวปฏิบัติที่ใช้จริงในทีม และสิ่งที่องค์กรคาดหวังในช่วงเริ่มต้น เพื่อให้ความคาดหวังของผู้สมัครอยู่บนฐานข้อมูลที่เป็นจริง และลดความคลาดเคลื่อนภายหลังการปฏิบัติงาน

2. ยกระดับคุณภาพความสัมพันธ์ในที่ทำงานในฐานะปัจจัยหลักของการอยู่ต่อหรือย้ายออก โดยพัฒนาด้านทักษะการสื่อสาร การจัดการความขัดแย้ง การมอบหมายงานอย่างเป็นธรรม และการรับมือปัญหาในทีม พร้อมสร้างช่องทางรับเรื่องร้องเรียนที่ปลอดภัยและเป็นความลับ รวมถึงกลไกติดตามแก้ไขที่ได้จริงให้กับผู้บังคับบัญชาในองค์กร

3. ออกแบบเส้นทางการเติบโตและการเรียนรู้ให้ชัดเจน เพื่อรองรับกลุ่มที่ย้ายงานเพื่อหาโอกาส โดยทำให้แรงงาน เห็นเส้นทางในการพัฒนาทักษะ เช่น การมอบหมายงานที่ท้าทายขึ้น การหมุนเวียนงานหรือโปรเจกต์ ซึ่งจะช่วยเปลี่ยน “การย้ายองค์กรเพื่อเติบโต” ให้กลายเป็น “การเติบโตภายในองค์กร” ได้มากขึ้น

4. ทำให้ความเท่าเทียมและการยอมรับความหลากหลายทางเพศเป็นมาตรฐานทั่วไปที่สามารถใช้ได้จริง โดยกำหนดแนวปฏิบัติการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน เช่น การออกมาตรการป้องกันการล้อเลียนหรือคุกคาม การอบรมสมาชิกในองค์กร และการจัดการเมื่อเกิดเหตุอย่างจริงจัง เพื่อคงบรรยากาศที่ปลอดภัยสำหรับทุกคน

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอเชิงนโยบายและระบบตลาดแรงงาน

1. ส่งเสริมความโปร่งใสของข้อมูลคุณภาพงานในตลาดแรงงาน เช่น แนวทางมาตรฐานการสื่อสารข้อมูลสภาพการทำงานที่ควรถูกเปิดเผย เช่น ขอบเขตงาน ชั่วโมงการทำงาน รูปแบบการประเมิน ลักษณะหัวหน้างาน สิ่งที่คาดหวังเพื่อช่วยลดต้นทุนการลองผิดลองถูกของแรงงานช่วงต้นอาชีพ

2. สนับสนุนกลไกคุ้มครองแรงงานและการไกล่เกลี่ยข้อขัดแย้งในที่ทำงานให้เข้าถึงง่าย โดยเฉพาะประเด็นความสัมพันธ์ในที่ทำงาน การใช้อำนาจไม่เหมาะสม และการเลือกปฏิบัติ อันเป็นเงื่อนไขที่กระทบคุณภาพชีวิตการทำงานที่อาจก่อให้เกิดการย้ายองค์กร

3. ข้อเสนอเชิงการวิจัยต่อยอด ควรศึกษามิติ “ข้อมูลที่แรงงานต้องการก่อนเข้าทำงาน” เพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *ภาวะการทำงานของประชากร*. จาก <https://www.nso.go.th>
- Akerlof, G. A. (1970). The market for “lemons”: Quality uncertainty and the market mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488–500. Retrieved from <https://doi.org/10.2307/1879431>
- Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. Polity Press.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. Sage Publications.
- Deloitte. (2024). *2024 Gen Z and Millennial Survey*. Retrieved from <https://www.deloitte.com/global/en/issues/work/content/genzmillennialsurvey.html>
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford University Press.



- Ryder, N. B. (1965). The cohort as a concept in the study of social change. *American Sociological Review*, 30(6), 843–861. Retrieved from <https://doi.org/10.2307/2090964>
- Zhang, Y. (2024). Workplace support, job autonomy, and turnover intention among child welfare workers in China: The mediating role of job satisfaction. *Child Protection and Practice*. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.chipro.2024.100027>



The Hidden Cost of Air Pollution Attributed to Health in Thailand

By

*Chanitra Chaihong^{*}, Warisara Numpee[†], Pudtan Phanthunane[‡], Anon Suksak[§]
and Natthawudh Konglumpun^{**}*

^{*} Undergraduate student Faculty of Business, Economics and Communications, Naresuan University

[†] Undergraduate student, Faculty of Business, Economics and Communications, Naresuan University

[‡] Master's student Graduate School of Applied Statistics, National Institute of Development Administration

[§] Lecturer Faculty of Business, Economics and Communications, Naresuan University

^{**} Lecturer Faculty of Business, Economics and Communications, Naresuan University \ Corresponding author



Abstract

Fine particulate matter (PM_{2.5}) pollution has been a persistent environmental and public health concern for decades. Exposure to PM_{2.5} is associated with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), cerebrovascular disease (CVA), lung cancer, and ischemic heart disease (IHD). This study investigates the economic costs attributable to PM_{2.5} air pollution in Thailand. Using a cost-of-illness framework and Population Attributable Fraction (PAF) from a societal perspective, we estimate direct healthcare costs and indirect productivity losses arising from premature mortality and absenteeism. The data was synthesized from multiple authoritative sources, including the Ministry of Public Health, the Department of Provincial Administration, the Office of the National Economic and Social Development Council (NESDC), the Geo-Informatics and Space Technology Development Agency (GISTDA), and relevant academic literatures. An Excel-based mathematical model was developed using this integrated data. The findings reveal that the economic cost of PM_{2.5} air pollution in Thailand amounted to approximately 8.2 billion Baht in 2023. Productivity losses arising from premature mortality constituted the largest portion of the total economic impact, accounting for approximately 50%, followed by healthcare treatment costs at 45%. The economic burden of COPD is the most significant when compared to other related diseases, accounting for 33% of the total economic cost. Notably, the total treatment costs alone represent 1.20% of the total public health expenditure. This substantial economic burden can be mitigated through the implementation of robust pollution control policies, including stringent monitoring of industrial emissions and fuel combustion. Such interventions are highly cost-effective when the previously unaccounted economic impacts of PM_{2.5} are considered. These findings underscore the urgency for policymakers to incorporate PM_{2.5} mitigation into immediate and evidence-based policy actions.

Keywords: PM_{2.5} air pollution, population attributable fraction, economic burden, premature mortality, healthcare costs



The Hidden Cost of Air Pollution Attributed to Health in Thailand

Introduction

Ambient fine particulate matter (PM_{2.5}) represents a critical global environmental and public health crisis, driving widespread morbidity and premature mortality across diverse geographical regions, most notably in Thailand. Despite a slight global decline in average concentrations between 2010 and 2020, the health burden attributable to PM_{2.5} exposure remains disproportionately high, exceeding the impact of many other leading risk factors. In 2021 alone, exposure to these fine particles was linked to over 4.1 million premature deaths globally, marking a 23% increase over the previous decade. In 2021 alone, PM_{2.5} exposure was linked to over 4.1 million premature deaths globally—a staggering 23% increase compared to the previous decade. This impact is particularly acute in low- and middle-income countries within the Southeast Asia and Western Pacific regions, where intensive industrialization, rapid population growth, and demographic aging exacerbate vulnerability (Babatola, 2018). Furthermore, both ambient and household air pollution continue to escalate, driven by the intensification of industrial activities and climate change-induced events—most notably, destructive regional wildfires that severely degrade overall atmospheric quality (State of Global Air, 2023). The World Health Organization (WHO) estimates that air pollution is responsible for approximately seven million deaths annually, with an overwhelming 92% of the global population residing in areas that exceed recommended air quality standards. This mortality burden is primarily driven by chronic obstructive pulmonary disease (COPD), lung cancer, ischemic heart disease, and stroke. Although Africa, Central Asia, and South Asia recorded the highest annual average population-weighted concentrations of PM_{2.5} in 2022, the geographic burden of air pollution remains highly heterogeneous, with Southeast Asia rapidly emerging as a region of critical concern. (a calculation based on the average PM_{2.5} concentration weighted by the population living in each measured area) (IQAir, 2024). During that same year, PM_{2.5} levels escalated in eight out of nine monitored Southeast Asian countries. The Philippines was the sole exception, experiencing a 10% decrease linked to El Niño-driven meteorological shifts (Prunratnamala, 2023). Within this regional context, the deterioration of air quality is predominantly fueled by a compounding mix of intensive industrial processes, urban vehicular emissions, and pervasive open biomass burning—particularly the seasonal agricultural fires that heavily impact the area.

Thailand's air quality deteriorated significantly in 2023. The national annual average concentration of PM_{2.5} rose by 28%, from 18.1 µg/m³ in 2022 to 23.3 µg/m³ in 2023. This level is not only 4.7 times higher than the WHO annual guideline of 5 µg/m³ but also exceeds Thailand's revised national standards of 15 µg/m³ annually and 37.5 µg/m³ over 24 hours (Pollution Control Department, 2023). The crisis was most severe in Northern Thailand between February and April; for instance, monthly averages in Chiang Mai spiked from 53.4 µg/m³ in 2022 to 106.4 µg/m³ in 2023. These elevated concentrations are primarily



linked to crop residue burning, forest fires, and urban industrial/vehicular emissions. Conversely, while the Northern region faced widespread extreme exposure, pollution levels within the capital exhibited significant spatial variability; a striking contrast in PM_{2.5} levels was observed between different areas of Bangkok, reflecting the influence of localized favorable environmental conditions (IQAir, 2023).

The public health implications for the Thai population are profound. Data from the Ministry of Public Health's Health Data Center (HDC) indicates that the number of individuals affected by pollution-related diseases rose by 63%, from 6.88 million in 2020 to over 11.23 million by 2023. These morbidities encompass respiratory conditions (COPD, acute pharyngitis), dermatological and ocular issues (dermatitis, conjunctivitis), and cardiovascular and cerebrovascular diseases (Office of the Permanent Secretary & Ministry of Public Health, 2024a). Such adverse health outcomes impose a heavy economic burden, consisting of direct medical costs—including diagnostics, pharmaceuticals, and long-term care—and indirect costs arising from productivity loss, absenteeism, and premature mortality (Sukkaset, 2021). This pattern is consistent with an expanding body of international evidence showing that PM_{2.5} exposure imposes substantial healthcare and economic burdens (Liao, Du & Chen, 2021). Micro-level studies from China indicate that elevated PM_{2.5} concentrations increase medical care costs, hospitalization expenditures, and out-of-pocket payments, whereas recent evidence from France shows that even moderate exposure can significantly raise weekly healthcare spending (Liao et al., 2021; Mink, 2025). Disease-specific analyses further reveal considerable PM_{2.5}-attributable hospital admissions and associated expenditures for cardiovascular disease, while broader cost-of-illness estimates from China report aggregate losses exceeding 382.3 billion yuan across 76 cities (Ban, Ma, Zhang & Li, 2021; Zhu, Pang, Chevallier, Wei & Vo, 2019). At the global scale, combustion-related ambient PM_{2.5} was estimated to account for approximately US\$1.1 trillion in health costs in 2019 (Yin, McDuffie, Martin & Brauer, 2024). In the Thai context, evidence from Nakhon Ratchasima suggests that PM_{2.5} mitigation could generate substantial economic gains, estimated at THB 4,465–6,718 million through reductions in disability-adjusted life years (DALYs) and related costs (Dutta & Chavalparit, 2023). Similarly, Jangkhum (2020) estimated the annual cost per patient in Thailand at THB 17,907.45, with direct costs exceeding indirect costs by a factor of 2.78. At the macroeconomic level, the aggregate economic damage in Thailand has been estimated at 2.173 trillion THB, equivalent to approximately 9 % of the national Gross Domestic Product (GDP) in 2019 (Attavanich, 2021; Isara News Agency, 2023).

Overall, prior evidence suggests that PM_{2.5} generates substantial health and economic costs, yet the Thai literature remains incomplete in its treatment of this burden. Existing studies have tended to focus either on broad welfare-based valuations of air pollution, including willingness-to-pay and aggregate social cost estimates, or on treatment costs at the patient level. While these contributions are important, they do not provide a comprehensive, disease-specific estimate of the health-related economic burden directly attributable to PM_{2.5} exposure in Thailand. As a result, current evidence remains insufficient to support



policy design grounded in a detailed understanding of morbidity-related healthcare expenditures and productivity losses.

In response to this gap, the present study applies a Cost of Illness (COI) framework combined with the Population Attributable Fraction (PAF) approach to quantify the health-related economic burden of PM_{2.5} exposure in Thailand. Focusing on four major PM_{2.5}-related diseases, the study estimates both direct healthcare costs and indirect productivity losses, disaggregated into inpatient care, outpatient care, premature mortality, and absenteeism. In doing so, it extends the existing literature by moving beyond broad welfare-based valuations toward a disease-specific and policy-operational assessment of the economic burden of PM_{2.5}.

research objective

The primary objective of this study is to estimate the health-related economic costs arising from exposure to PM_{2.5} air pollution in Thailand.

Scope of the study

This research employs a prevalence-based, cross-sectional Cost of Illness (COI) methodology conducted from a societal perspective. The economic evaluation is specifically delimited to four principal morbidities highly attributable to ambient PM_{2.5} exposure: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), cerebrovascular disease, lung cancer, and ischemic heart disease (IHD). The analytical framework comprehensively captures both direct medical expenditures and indirect costs, specifically quantifying the productivity losses resulting from disease-induced absenteeism and premature mortality.

research methodology

To systematically quantify the economic burden attributable to PM_{2.5} exposure, this study developed a deterministic mathematical model. Constructed within Microsoft Excel, the model is strictly anchored in the aforementioned prevalence-based Cost of Illness (COI) framework and the Population Attributable Fraction (PAF), tailored specifically to evaluate environmental health risk factors. The PAF represents the proportion of a specific disease burden within a population that can be directly linked to a particular risk factor (World Health Organization, 2024). It was used since it is a globally recognized metric for quantifying the contribution of environmental factors to disease burden, as recommended by World Health Organization (2024). The PAF approach was adopted as a standard by the Global Burden of Disease (2020) and Thai Burden of Disease Study (Burden of Disease Thailand, 2023). The studies in both Thai and the other country have applied the PAF concept for cost analysis (Jarecsny et al., 2026; Thavorncharoensap et al., 2008).

This study estimated both direct and indirect costs by employing the PAF to determine the proportion of morbidity and mortality cases, specifically for COPD, lung cancer, cerebrovascular disease,

and IHD, that were attributable to PM_{2.5} exposure. Subsequently, the estimated number of attributable cases and deaths was multiplied by the respective unit costs for each disease category to calculate the total economic burden.

The analytical architecture operationalizes the following computational methodologies:

1) Calculation of the population attributable fraction (PAF)

The proportion of health events attributable to fine particulate matter (PM_{2.5}) exposure, defined as the Population Attributable Fraction (PAF), was calculated utilizing the relative risk (RR) of disease occurrence and the prevalence (*p*) of PM_{2.5} exposure. The PAF for PM_{2.5} was determined using the following equation:

$$PAF = \frac{p(RR_i - 1)}{p(RR_i - 1) + 1}$$

Where *PAF* represents the proportion of health events attributable to PM_{2.5} exposure, *p* represents the prevalence of PM_{2.5} exposure, *RR* represents the relative risk of developing disease *i*, and *i* denotes the specific PM_{2.5}-attributable disease (*i* = 1, 2, 3, 4), defined as: 1 = Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), 2 = Cerebrovascular disease (CVA), 3 = Lung cancer, and 4 = ischemic heart disease (IHD).

Provincial PM_{2.5} data were obtained from the Geo-Informatics and Space Technology Development Agency (2024). The 24-hour average concentrations in March (peak period) and July (low period) of 2024 were averaged to approximate annual exposure levels for 2023. Population data for 2023 were obtained from the Department of Provincial Administration (2024). At the national level, prevalence (*p*) was calculated as the product of (1) the proportion of the population exposed to PM_{2.5} concentrations exceeding the national standard (15 µg/m³) and (2) the proportion of individuals aged ≥ 30 years, defined as the at-risk population based on prior evidence (Hermayurisca, 2021). This approach assumes independence between exposure and age distribution at the aggregate level.

The relative risk (*RR*) data for each respective disease were derived from a comprehensive review of existing literature (Burnett et al., 2014; Feng et al., 2017; Ko et al., 2007; Mannucci & Franchini, 2017; Poirier, et al., 2017; Reid et al., 2019; Wang J et al., 2018). The relative risk (RR) estimates employed in this study were drawn from the aforementioned literature.

2) Cost estimation

The economic burden was evaluated by estimating both direct and indirect costs associated with PM_{2.5}-attributable morbidities.

2.1) direct cost estimation

Direct costs represent healthcare costs for both inpatient department (IPD) and outpatient department (OPD) services. The number of patients whose illness was attributable to PM_{2.5} was calculated

by multiplying the Population Attributable Fraction (PAF) by the total number of patients for each respective disease. Subsequently, the total healthcare cost was derived by multiplying the number of PM2.5-attributable patients by the unit cost of medical treatment for each disease, categorized into IPD and OPD settings.

2.1.1) Inpatient (IPD) healthcare costs

The number of IPD patients attributable to PM2.5 for each disease was calculated using the following equation:

$$N\_IPD_i = PAF \times T\_IPD_i$$

Where N_IPD_i is the number of PM2.5-attributable IPD patients for disease i , PAF is the proportion of disease i attributable to PM2.5, and T_IPD_i is the total number of IPD patients for disease i in 2023.

Total inpatient (IPD) admission data for each disease for the year 2023 were obtained from the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (2024), based on the ICD-10 classification (298 disease groups). The disease-specific inpatient costs attributable to PM2.5 were calculated using the following equation:

$$C\_IPD_i = N\_IPD_i \times Ex\_IPD_i$$

Where C_IPD_i is the total PM2.5-attributable IPD cost for disease i , N_IPD_i is the number of PM2.5-attributable IPD patients for disease i , and Ex_IPD_i is the unit cost of IPD treatment for disease i .

Data regarding disease-specific inpatient treatment costs were obtained from several prior economic evaluations in Thailand. Specifically, cost parameters for lung cancer were extracted from an economic valuation study conducted at Udon Thani Cancer Center (Sirruk, 2011). Estimates for cardiovascular diseases (CVD) were sourced from Inthawong et al. (2019). Furthermore, the treatment costs for stroke and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) were derived from an analysis of intermediate care costs at a tertiary hospital (Sa-ringkan, Boonthum, Kongsin, Jiamton & Prakongsai, 2021) and a cost-of-treatment study under the Universal Coverage Scheme at Srinagarind Hospital (Pradit, Rittirod, Boonsawat, Meesri & Zaeoue, 2016), respectively.

2.1.2) Outpatient (OPD) healthcare costs

The number of OPD patients attributable to PM2.5 was calculated as follows:

$$N\_OPD_i = PAF \times T\_OPD_i$$

Where N_OPD_i is the number of PM2.5-attributable OPD patients for disease i , PAF is the proportion of disease i attributable to PM2.5, and T_OPD_i is the total number of OPD patients for disease i in 2023.

The national dataset for 2023 provided by the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (2024b) grouped outpatient (OPD) cases into 21 broad categories, which made it impossible to

extract exact numbers for specific diseases. To resolve this data limitation, we estimated the individual OPD case counts. These estimates were calculated under the assumption that the distribution of outpatient cases for each disease is directly proportional to its inpatient (IPD) admissions.

Due to data aggregation constraints in the 2023 Ministry of Public Health records, which classify outpatient visits into 21 broad morbidity categories, direct disease-specific outpatient volumes could not be extracted. Consequently, the number of outpatient cases for each specific disease was estimated. This estimation was based on the assumption that the disease-specific distribution of outpatient visits is directly proportional to that of inpatient admissions. The outpatient cost for each disease attributable to PM2.5 exposure was calculated using the following equation:

$$C\_OPD_i = N\_OPD_i \times Ex\_OPD_i$$

Where C_OPD_i is the total PM2.5-attributable OPD cost for disease i , N_OPD_i is the number of PM2.5-attributable OPD patients for disease i , and Ex_OPD_i is the unit cost of OPD treatment for disease i .

Data regarding disease-specific treatment costs were derived from established economic evaluations conducted in Thailand. Specifically, cost parameters for lung cancer were extracted from Sriruk (2011). Cost estimates for cardiovascular conditions—including hypertension, heart attack, and stroke—were sourced from Inthawong et al. (2019). Additionally, treatment expenditures for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) were obtained from Samarkongsak et al. (2019).

2.1.3) Total healthcare costs attributable to PM2.5 exposure

The total healthcare cost attributable to the risk factor is calculated as the sum of the PM2.5-attributable inpatient (IPD) and outpatient (OPD) costs for disease i :

$$C\_healthcare_i = C\_IPD_i + C\_OPD_i$$

Where $C\_healthcare_i$ is the total PM2.5-attributable cost for disease i , C_IPD_i is the total PM2.5-attributable IPD cost for disease i , and C_OPD_i is the total PM2.5-attributable OPD cost for disease i .

2.2) Indirect cost estimation

The estimation of indirect costs involves quantifying the economic value of productivity losses. This assessment is categorized into two primary components: productivity loss attributable to premature mortality and productivity loss resulting from absenteeism.

2.2.1) Productivity loss from premature mortality

The productivity loss due to premature mortality was estimated using the Human capital approach. This cost is defined as the product of the number of deaths attributable to PM2.5 exposure and the expected average lifetime earnings had the individuals survived.

The disease-specific number of deaths attributable to PM2.5 was calculated using the following equation:

$$N\_death\_attributable_i = PAF \times N\_death_i$$

Where $N\_death\_attributable_i$ represents the number of premature deaths from disease i attributable to the risk factor (PM2.5 exposure), PAF is the Population Attributable Fraction, denoting the proportion of mortality from disease i directly attributable to PM2.5, and N_death_i denotes the total baseline mortality (total number of deaths) for disease i .

Disease-specific mortality data for the year 2022 were sourced from the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (2022). Given that the national 2023 mortality statistics remained unpublished at the time of analysis, the 2022 dataset was utilized as the most reliable baseline to reflect contemporary mortality patterns

The economic burden of premature mortality attributable to PM2.5 for each specific morbidity was determined as follows:

$$C\_premature_i = N\_UntimelyDeath_i \times Inc\_life$$

Where $C\_premature_i$ represents the age- and sex-specific cost of premature mortality for disease i , $N\_UntimelyDeath_i$ represents the years of life lost due to premature mortality, stratified by age and sex, and Inc_life represents the expected lifetime earnings had the individuals survived.

The expected lifetime earnings were calculated by multiplying the estimated remaining years of life by the applicable average annual income. Per capita income data for 2023 were sourced from the National Economic and Social Development Council (2024). For individuals aged 60 years or younger, national average per capita income was applied, whereas for those aged over 60 years, the average income of individuals aged 60 years and above was used.

The Years of Life Lost (YLL) due to premature mortality for each specific disease were calculated using the following equation:

$$N\_UntimelyDeath_i = N\_DeathAttributable_i \times (LE_{Thai} - Age\_Death_i)$$

Where $N\_UntimelyDeath_i$ represents the total years of life lost (YLL) due to premature mortality, $N\_DeathAttributable_i$ denotes the number of deaths from disease i attributable to the risk factor, LE_{Thai} represents the average life expectancy of the Thai population which was 77.92 years (Macrotrends, 2024), Age_Death_i denotes the average age at death for patients with disease i , and the term $LE_{Thai} - Age\_Death_i$ represents the expected remaining years of life lost per premature death.

2.2.2) Productivity loss from absenteeism

The cost of productivity loss due to absenteeism was calculated based strictly on hospital-based treatment durations. For inpatient (IPD) cases, absenteeism was defined by the total length of stay (LOS) in days. For outpatient (OPD) cases, it was measured by the total number of clinical visits across various diseases. The total cost of absenteeism was determined by multiplying the number of workdays lost by the average daily income.

2.2.2.1) Productivity loss from inpatient (IPD) absenteeism by disease

The number of workdays lost for inpatients (IPD) for each specific disease was calculated using the following equation:

$$Abs\_day\_IPD_i = N\_IPD_i \times Los\_IPD_i$$

Where $Abs\_day\_IPD_i$ represents the total workdays lost for inpatients diagnosed with disease i attributable to PM_{2.5}, N_IPD_i denotes the number of inpatient admissions for disease i attributable to PM_{2.5} exposure, and Los_IPD_i represents the average annual length of stay (LOS) in days for disease i .

Data regarding disease-specific inpatient absenteeism—proxied by the length of hospital stay (LOS)—were derived from several clinical and care management studies conducted in Thailand. Specifically, LOS parameters for lung cancer were extracted from a palliative care evaluation by Ratanakasettin & Inchon (2023). Parameters for acute myocardial infarction (STEMI) and ischemic stroke were sourced from clinical outcome studies by Chanakok (2015) and Songthammawat (2023), respectively. Additionally, the inpatient duration for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) was obtained from a case management analysis by Boonlop (2015).

The productivity loss attributable to inpatient (IPD) absenteeism for each specific morbidity was determined as follows:

$$C\_abs\_IPD_i = Abs\_day\_IPD_i \times Inc\_day$$

Where $C\_abs\_IPD_i$ represents the productivity loss arising from inpatient absenteeism for disease i , $Abs\_day\_IPD_i$ denotes the total workdays lost for inpatients diagnosed with disease i , and Inc_day represents the average daily income.

2.2.2.2) Productivity loss from outpatient (OPD) absenteeism by disease

The total number of workdays lost for outpatients (OPD) for each specific disease was calculated using the following equation:

$$Abs\_day\_OPD_i = N\_OPD_i \times V\_OPD_i$$

Where $Abs\_day\_OPD_i$ represents the total workdays lost for outpatients diagnosed with disease i attributable to PM_{2.5}, N_OPD_i denotes the number of outpatient visits for disease i attributable to PM_{2.5} exposure, and V_OPD_i represents the frequency of visits to the outpatient department (OPD) for disease i .

The parameters for outpatient (OPD) workdays lost were derived from a synthesis of specialized clinical and economic studies. These include an evaluation of seamless pharmaceutical care in COPD clinics at Phaholpolpayuhasena Hospital (Areerob & Anlamlert, 2019), research on symptom management for advanced lung cancer (Rungjang & Namjuntra, 2016), and the national guidelines for the prioritization and evaluation of the cost of illness attributable to health risk factors (Thavorncharoensap et al., 2008)

The cost of productivity loss due to outpatient (OPD) absenteeism for each specific disease was calculated using the following equation:

$$C_{abs\_OPD_i} = Abs\_day\_OPD_i \times Inc\_day$$

Where $C_{abs\_OPD_i}$ represents the productivity loss arising from outpatient absenteeism for disease i , $Abs\_day\_OPD_i$ denotes the total workdays lost for outpatients diagnosed with disease i , and Inc_day represents the average daily income.

2.2.2.3) Total cost of absenteeism by disease

The total cost of absenteeism attributable to the risk factor is calculated as the sum of the inpatient (IPD) and outpatient (OPD) absenteeism costs for disease i , using the following equation:

$$C_{abs_i} = C_{abs\_IPD_i} + C_{abs\_OPD_i}$$

Where C_{abs_i} represents the total productivity loss due to absenteeism for disease i , $C_{abs\_IPD_i}$ represents the productivity loss arising from inpatient absenteeism for disease i , and $C_{abs\_OPD_i}$ represents the productivity loss arising from outpatient absenteeism for disease i .

Results

The study revealed that the Population Attributable Fraction (PAF) varied across the assessed morbidities due to differences in their respective relative risks. Ischemic heart disease exhibited the highest PAF at 0.1280, followed by chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at 0.1177, trachea, bronchus, and lung cancer at 0.0927, and stroke at 0.0600.

Utilizing these PAF values alongside relevant epidemiological literature and statistical data, a mathematical model was developed to calculate the direct medical costs attributable to PM2.5 exposure. As detailed in Table 1, the findings indicated that the total healthcare expenditure reached nearly 4 billion THB in 2023. Ischemic heart disease generated the highest economic burden at 1.679 billion THB, followed by COPD (1.560 billion THB), and lung cancer (373 million THB), with stroke incurring the lowest costs. Overall, the aggregate treatment costs did not differ significantly between outpatient (OPD) and inpatient (IPD) care. Notably, however, COPD was the only condition where inpatient costs were approximately four times lower than outpatient expenditures; for all other diseases, inpatient costs exceeded those of outpatient care. Furthermore, a gender-based comparison revealed that the overall outpatient treatment costs for males were approximately twice those for females.

Table 2 demonstrates the productivity loss resulting from premature mortality, which amounted to an overarching cost of 4 billion THB in 2023. Stroke generated the highest premature mortality costs, followed by lung cancer, COPD, and ischemic heart disease, respectively. Furthermore, Table 3 illustrates the costs associated with absenteeism. Ischemic heart disease accounted for the highest absenteeism



cost, representing over 50% of the total, followed by COPD at approximately 40%. In comparison, lung cancer and stroke did not generate substantial absenteeism costs relative to the other conditions.

Overall, the economic externalities associated with PM2.5 exposure generated costs amounting to approximately 8.2 billion THB in 2023. Premature mortality costs accounted for the largest proportion at 49%, followed by direct healthcare costs at 45%, and absenteeism costs at approximately 5%. Cumulatively, COPD constituted the most substantial economic burden (33%), followed by ischemic heart disease and stroke. Although this study indicates that lung cancer incurred lower costs compared to the other conditions, its economic burden still approached 1.5 billion THB. These findings highlight the significant societal costs imposed by PM2.5 exposure, even though this study focused solely on four principal diseases

Table 1 Number of patients and total direct medical costs attributable to PM2.5 exposure in 2023

disease	IPD patients	OPD patients	total patients	IPD cost (THB)	OPD cost (THB)	total cost (THB)
Lung cancer	4,653	2,667	7,320	266,322,096	106,322,057	372,644,152
Ischemic heart disease	37,104	126,149	163,253	1,220,139,558	459,070,561	1,679,210,119
Stroke	1,963	6,672	8,635	86,745,646	25,664,183	112,409,829
COPD	29,748	95,419	125,167	304,830,641	1,254,953,377	1,559,784,018
total	73,469	230,907	304,376	1,878,037,941	1,846,010,177	3,724,048,118

Table 2 Number of deaths, premature mortality costs, and years of life lost (YLL) attributable to PM2.5 in 2023

disease	number of deaths	premature mortality cost (THB)	years of life lost (Years)
Lung cancer	1,347	1,101,135,818	11,476
Ischemic heart disease	172	104,990,238	1,094
Stroke	2,268	1,850,955,709	19,291
COPD	991	991,221,841	10,331
total	4,779	4,048,303,605	42,192

Table 3 Workdays lost and absenteeism costs for inpatient and outpatient care in 2023

disease	workdays lost			absenteeism cost (THB)			proportion (%)
	IPD	OPD	Total	IPD	OPD	Total	
Lung cancer	16,287	10,666	26,953	5,667,814	3,711,780	9,379,594	2.21
Ischemic heart disease	148,417	504,596	653,013	51,649,260	175,599,341	227,248,601	53.65
Stroke	9,813	26,690	36,503	3,414,874	9,288,026	12,702,900	3.00
COPD	118,993	381,677	500,670	41,409,608	132,823,533	174,233,141	41.13
Total	293,510	923,628	1,217,139	102,141,555	321,422,681	423,564,236	100.00

Note: Proportion (%) = Total absenteeism cost (THB) of each disease divided by the total absenteeism cost (THB).



Table 4 Total economic cost of illness attributable to PM2.5 in 2023

unit: THB

disease	healthcare cost	premature mortality cost	absenteeism cost	total cost	proportion (%)
Lung cancer	372,644,152	1,101,135,818	9,379,594	1,483,159,564	18.1
Ischemic heart disease	1,679,210,119	104,990,238	227,248,601	2,011,448,958	24.54
Stroke	112,409,829	1,850,955,709	12,702,900	1,976,068,438	24.11
COPD	1,559,784,018	991,221,841	174,233,141	2,725,239,000	33.25
Total	3,724,048,118	4,048,303,605	423,564,236	8,195,915,959	100.00

Notes: 1) Total cost = healthcare cost + premature mortality cost + absenteeism cost.

2) Proportion (%) = total cost of each disease divided by the overall total cost (THB).

Discussion and conclusion

This study estimated the total economic burden attributable to ambient PM2.5 exposure in 2023 at 8,195,915,959 THB, representing 0.05% of Thailand's gross domestic product (GDP) and 2.64% of the national health expenditure. In comparison, a World Bank report estimated that air pollution causes broad economic losses equivalent to 6% of the GDP. Although Attavanich (2021) reports a substantially larger estimate of the social cost of air pollution in Thailand using a willingness-to-pay framework, that estimate is not directly comparable to the findings of the present study. This is because Attavanich's estimate reflects a broader welfare-based valuation, whereas our study is confined to the health-related cost of illness attributable specifically to PM2.5 exposure. The current study's estimates are likely conservative due to the limited scope of analyzing only four major PM2.5-related diseases. An analysis of the cost components revealed that indirect costs—comprising productivity loss from premature mortality and absenteeism—exceeded direct medical costs. This aligns with a previous economic evaluation in the Bangkok metropolitan area, which also found indirect costs to be greater than direct costs. However, the magnitude of the difference was significantly larger in the Bangkok study, likely due to the urban context and concentrated economic development, which inflates the opportunity cost of lost productivity (Komonpaisarn, 2024).

This study acknowledges several data-related limitations, primarily stemming from the reliance on secondary data sources. First, the relative risk (RR) values used to calculate the disease-specific Population Attributable Fractions (PAF) were derived from international literature. Utilizing Thailand-specific RR data for ischemic heart disease, stroke, lung cancer, and COPD would yield more accurate domestic estimates. Second, inpatient and outpatient treatment costs were extracted from prior research and may not comprehensively represent national average expenditures. Third, due to outpatient data being aggregated by broad disease groups rather than specific conditions, disease-specific outpatient volumes had to be estimated proportionally based on inpatient admissions. Fourth, absenteeism was calculated



under the assumption that the number of absent days equals the length of hospital stay for inpatients or the number of clinical visits for outpatients; however, actual missed workdays may not strictly align with medical facility visits. This study likely underestimates the full economic burden of PM_{2.5} exposure. In particular, it does not include productivity losses from presenteeism or workplace safety effects, despite evidence that particulate pollution can reduce worker performance and impair labor productivity (Chang, Graff Zivin, Gross & Neidell, 2016). It also excludes mental health and cognitive outcomes, even though recent studies increasingly associate long-term PM_{2.5} exposure with depression, anxiety, cognitive decline, and dementia-related outcomes (Lyons, Nolan, Cathy, Griffin & O'Connell, 2024). In addition, the analysis does not capture pediatric and lower-severity morbidities, such as childhood respiratory consultations and other frequent outpatient conditions, which may cumulatively impose meaningful healthcare and caregiver costs (Fonderson et al., 2024). Accordingly, the reported estimates should be interpreted as a conservative estimate of the societal cost of PM_{2.5} in Thailand. Future research should address these limitations by directly utilizing databases from the Ministry of Public Health or health insurance authorities (e.g., the National Health Security Office, Social Security Office, and the Comptroller General's Department) to analyze anonymized, individual-level data classified by ICD-10 codes for both care settings. Additionally, future studies should incorporate mathematical models to perform sensitivity analyses on parameter uncertainty.

The substantial economic burden highlights the severity of the PM_{2.5} crisis in Thailand, which is driven by rising annual average PM_{2.5} concentrations resulting from agricultural burning, wildfires, industrial emissions, and vehicular exhaust. The findings underscore the urgent need for the government and relevant agencies to implement effective PM_{2.5} mitigation strategies. As PM_{2.5} levels escalate, the associated healthcare and premature mortality costs rise correspondingly. Escalating medical expenditures can be mitigated through the development of robust pollution control policies, such as monitoring and regulating industrial emissions and fuel combustion. Furthermore, public health campaigns should promote protective behaviors, including adopting immune-boosting diets, exercising in enclosed environments during periods of high PM_{2.5} concentration, and maintaining respiratory health to reduce susceptibility to air pollution.

References

- Areerob, S., & Anlamlert, W. (2019). The influence of seamless pharmaceutical care for patients in chronic obstructive pulmonary disease clinic at Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 11(2), 356-367.
- Attavanich, W. (2021). *Final report willingness to pay for air quality in Thailand: an analysis of multiple pollutants: Research paper no. 15/2021*. Bangkok: Kasetsart University.
- Babatola, S. S. (2018). Global burden of diseases attributable to air pollution. *Journal of Public Health in Africa*, 9(3), 162-166.



- Ban, J., Ma, R., Zhang, Y., & Li, T. (2021). PM_{2.5}-associated risk for cardiovascular hospital admission and related economic burdens in Beijing, China. *Science of the Total Environment*, 799, 149445.
- Boonlop, A. (2015). Outcomes of case management on self-care knowledge and length of stay of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients in Medicine Department, Si Sa Ket hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 26(2), 68-80.
- Burden of Disease Research Program Thailand. (2023). *Burden of disease attributable to risk factors in Thailand 2019*. Retrieved March 30, 2026, from <https://bodthai.net/download/รายงานภาระโรคจากปัจจัย/#>
- Burnett, R. T., Pope III, C. A., Ezzati, M., Olives, C., Lim, S. S., Mehta, S., . . . Brauer, M. (2014). An integrated risk function for estimating the global burden of disease attributable to ambient fine particulate matter exposure. *Environmental Health Perspectives*, 122(4), 397-403.
- Chanakok, N. (2015). Development of patient care for ST Elevated Myocardial Infarction in Acute Ischemic Heart Disease by nursing case management model in Lamphun Hospital. *Lanna Public Health Journal*, 11(2), 37-43.
- Chang, T., Graff Zivin, J., Gross, T., & Neidell, M. (2016). Particulate pollution and the productivity of pear packers. *American Economic Journal: Economic Policy*, 8(3), 141-169.
- Department of Provincial Administration. (2024). *Population statistics by age, 2023*. Retrieved March 2, 2026 from <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/TableAge>
- Dutta, A., & Chavalparit, O. (2023). Assessment of health burden due to the emissions of fine particulate matter from motor vehicles: A case of Nakhon Ratchasima province, Thailand. *Science of the Total Environment*, 872, 162128.
- Feng, L., Ye, B., Feng, H., Ren, F., Huang, S., Zhang, X., . . . Ma, L. (2017). Spatiotemporal changes in fine particulate matter pollution and the associated mortality burden in China between 2015 and 2016. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11), 1321.
- Fonderson, M. S., Van Meel, E. R., Bindels, P., Bohnen, A., Burdorf, A., & De Schepper, E. (2024). Air pollution and childhood respiratory consultations in primary care: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 109(4), 297-303.
- Geo-Informatics and Space Technology Development Agency. (2024). *PM_{2.5} data: during March (peak period) and July (low period) of 2024*. Retrieved March 2, 2026, from <https://pm25.gistda.or.th/download>
- GBD 2019 Risk Factors Collaborators. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019. *The Lancet*, 396, 1223-1249.
- Hermayurisca, F. (2021). *The health impact assessment of particulate matter (PM 2.5) in Thailand* (Master of Public Health Thesis). Chulalongkorn University, Bangkok.



- Inthawong, R., Khatab, K., Whitfield, M., Collins, K., Raheem, M., & Ishmael, M. (2019). Application of Cardiovascular disease (CVD) risk assessment equations to the Thai population. *Biostatistics and Epidemiology International Journal*, 2, 4-11.
- IQAir. (2023). *2023 World air quality report: region & city PM2.5 raking*. Retrieved February 25, 2026, from https://www.greenpeace.org/static/planet4-india-stateless/2024/03/44a856c82023_world_air_quality_report.pdf
- IQAir. (2024). *Can air pollution cause health problems?*. Retrieved February 25, 2026, from <https://www.iqair.com/th-en/world-air-quality>
- Isara News Agency. (2023). *Estimated economic losses of 4.6 trillion baht from air pollution affecting Thai households*. Retrieved February 25, 2026, from <https://isranews.org/article/isranews-article/116350-bot-PIER-Research-Brief-PM2-5-effect-opinion.html>
- Jangkhum, T. (2020). Economic cost of air pollution effect on respiratory system patients: Phimai District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University*, 6(2), 231-245.
- Jarecsny, T., Egri, C. A., Kosik, R., Schwab, R., Mechtler, L., Szollosi, G. J., . . . Fekete, M. (2026). Economic burden of stroke attributable to excess body mass in Hungary: a population-attributable fraction analysis. *BMC Public Health*, 26(1), 772.
- Ko, F. W., Tam, W., Wong, T. W., Chan, D. P., Tung, A. H., Lai, C. K., & Hui, D. S. (2007). Temporal relationship between air pollutants and hospital admissions for chronic obstructive pulmonary disease in Hong Kong. *Thorax*, 62(9), 780-785.
- Komonpaisarn, T. (2024). *PM2.5: The hidden economic burden of air pollution*. Retrieved February 25, 2026, from <https://www.thansettakij.com/columnist/setsawana/608928>
- Liao, L., Du, M., & Chen, Z. (2021). Air pollution, health care use and medical costs: evidence from China. *Energy Economics*, 95, 105132.
- Lyons, S., Nolan, A., Carthy, P., Griffin, M., & O'Connell, B. (2024). Long-term exposure to PM2. 5 air pollution and mental health: a retrospective cohort study in Ireland. *Environmental Health*, 23(1), 54.
- Macrotrends. (2024). *Thailand life expectancy 2024*. Retrieved March 2, 2026, from <https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/tha/thailand/life-expectancy>
- Mannucci, P. M., & Franchini, M. (2017). Health effects of ambient air pollution in developing countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9), 1048.
- Mink, J. (2025). The healthcare costs of air pollution in France. *Journal of Environmental Economics and Management*, 134, 103242.
- National Economic and Social Development Council. (2024). *NESDC economic report*. Retrieved February 28, 2026, from https://www.nesdc.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2025/04/article_2024052309-1600.pdf



- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2022). *Public health statistics A.D.2022*. Retrieved March 2, 2026, from <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf>
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2024a). *Health data center: Number of patients associated with air pollution*. Retrieved February 25, 2026, from <https://hdc.moph.go.th/lri/-public/standard-report-detail/297c1cb035778f7b49357693e6867e6c>
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2024b). *Summary of morbidity report, B.E. 2566*. Retrieved March 2, 2026, from https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/ill_2023_full_0711-2567.pdf
- Poirier, A. E., Grundy, A., Khandwala, F., Friedenreich, C. M., & Brenner, D. R. (2017). Cancer incidence attributable to air pollution in Alberta in 2012. *CMAJ open*, 5(2), E524-E528.
- Pollution Control Department. (2023). *Revised PM2.5 air quality standards officially enforced (1 June 2023)*. Retrieved February 25, 2026, from https://www.pcd.go.th/pcd_news/29901/
- Pradit, N., Rittirod, T., Boonsawat, W., Meesri, A., & Zaeoue, U. (2016). Medical care costs analysis of COPD patients. In *Proceedings of the National and International Graduate Research Conference 2016*.
- Prunratnamala, K. (2023). *Investment strategies during El Niño*. Retrieved February 25, 2026, from <https://www.setinvestnow.com/th/knowledge/article/417-tsi-investment-strategy-during-el-nino>
- Ratanakasettin, W., & Inchon, P. (2023). Effectiveness of palliative care in late-stage lung cancer compared with standard care, Chiangrai Prachanukroh Hospital. *Chiangrai Medical Journal*, 15(3), 61-75.
- Reid, C. E., Considine, E. M., Watson, G. L., Telesca, D., Pfister, G. G., & Jerrett, M. (2019). Associations between respiratory health and ozone and fine particulate matter during a wildfire event. *Environment International*, 129, 291-298.
- Rungjang, S., & Namjuntra, R. (2016). Symptom management in patients with advanced lung cancer. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(2), 43-57.
- Sa-ringkan, O., Boonthum, A., Kongsin, S., Jiamton, S., & Prakongsai, P. (2021). Cost per admission day of intermediate care among patients diagnosed with Cerebrovascular Diseases in a tertiary hospital. *Journal of Health Systems Research*, 15(4), 407-421.
- Samarkongsak, T., Thavorncharoensap, M., Kawamatawong, T., Pattanapruteep, O., Chanjaruporn, F., & Sunantiwat, M. (2019). Treatment of COPD in one university hospital setting in Thailand: the real-life prescribing patterns and treatment expenditures. *Pharmaceutical Sciences Asia* 46(3), 175-183.
- Songthammawat, T. (2023). Factors associated with length of stay of acute ischemic stroke patients in Stroke Unit, Hua Hin Hospital. *Journal of Health Science*, 32(1), 120-131.
- Sriruk, C. (2011). *An analysis of the elasticity of demand and evaluation of economic loss from hand-rolled cigarette smoking: the case study of lung cancer patients at Udonthani Regional Cancer Center* (Master of Economics Thesis). Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi.



- State of Global Air. (2023). *PM2.5*. Retrieved February 25, 2026, from <https://www.stateofglobalair.org/pollution-sources/pm25>
- Sukkaset, T. (2021). *Factors affecting economic costs of the health impacts from air-pollution in Bangkok Metropolitan* (Master of Economics Thesis). Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi.
- Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Chaikledkaew, U., Lertpitakpong, C., Yothasamut, J., Thitiboonsuwan, K., & Neramitpitagkul, P. (2008). *A study on costs of social, health and economic consequences of alcohol consumption in Thailand*. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program.
- Wang, J., Chen, S., Zhu, M., Miao, C., Song, Y., & He, H. (2018). Particulate matter and respiratory diseases: how far have we gone? *Journal of Pulmonary & Respiratory Medicine*, 8(4), 1000465.
- World Health Organization. (2024). *Environmental health: estimations of attributable burden of disease due to a risk factor*. Retrieved March 30, 2026, from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/environmental-health-estimations-of-attributable-burden-of-disease-due-to-a-risk-factor>
- Yin, H., McDuffie, E. E., Martin, R. V., & Brauer, M. (2024). Global health costs of ambient PM2.5 from combustion sources: a modelling study supporting air pollution control strategies. *The Lancet Planetary Health*, 8(7), e476-e488.
- Zhu, B., Pang, R., Chevallier, J., Wei, Y.-M., & Vo, D.-T. (2019). Including intangible costs into the cost-of-illness approach: a method refinement illustrated based on the PM2.5 economic burden in China. *The European Journal of Health Economics*, 20(4), 501-511.



พลวัตภูมิอากาศและโรคไข้มาลาเรีย: การวิเคราะห์ช่วงเวลานองเพื่อการเฝ้าระวัง สุขภาพประชากรในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน

(Climate Dynamics and Malaria: A Time-Lag Analysis for Population Health
Surveillance in Upper Southern Region of Thailand)

โดย

กชกร กองไธสง* วรากร โกศัยเสวี† และ หทัยชนัน อินทร์ชัย‡

* นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดต่อและวิทยาการระบาดทางการแพทย์ สาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

† ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาปรสิตวิทยาและกีฏวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

‡ อาจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

โรคไข้มาลาเรีย (malaria) เป็นโรคติดต่อมาโดยแมลง (vector-borne disease) ที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ถือว่าเป็นโรคที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศจึงมีบทบาทสำคัญที่ส่งผลต่อแนวโน้มการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย และในหลายพื้นที่ของประเทศไทยยังคงมีโรคไข้มาลาเรียเป็นโรคประจำถิ่น โดยเฉพาะจังหวัดชุมพรและจังหวัดระนอง ซึ่งพบอุบัติการณ์ของโรคไข้มาลาเรียมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศและอุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่จังหวัดชุมพรและระนอง การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิรายเดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ระหว่างข้อมูลปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ จากกรมอุตุนิยมวิทยา ได้แก่ อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย อุณหภูมิเฉลี่ย ปริมาณน้ำฝนสะสม ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย จำนวนวันที่ฝนตก และความเร็วลมเฉลี่ย และข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จากฐานข้อมูลระบบมาลาเรียออนไลน์ กรมควบคุมโรค โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านอุณหภูมิ ได้แก่ อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย อุณหภูมิเฉลี่ย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยพบความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง (Lag time) ตั้งแต่ 1 ถึง 2 เดือน ขณะที่ความชื้นสัมพัทธ์ ปริมาณน้ำฝนสะสม และจำนวนวันที่ฝนตก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) พบความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วงตั้งแต่ 3 ถึง 4 เดือน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศในช่วงเวลาก่อนหน้าสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในระยะเวลาลัดมา

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการวิเคราะห์ช่วงเวลาหน่วง (Lag time) ร่วมกับปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญในช่วงเวลาหน่วงที่แตกต่างกัน ดังนั้นการระบุช่วงเวลาหน่วงที่แม่นยำจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะช่วงเวลาหน่วงของปัจจัยด้านอุณหภูมิในการนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการแจ้งเตือนภัยล่วงหน้า และการวางแผนเตรียมความพร้อมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในช่วงเวลาเวลาที่คาดว่าจะมีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้มาลาเรียได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ, ความสัมพันธ์, ปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ, โรคไข้มาลาเรีย



Abstract

Malaria is a vector-borne disease that remains a significant public health problem in Thailand. Malaria is a climate change-sensitive disease, and variations in climatic conditions significantly influence malaria transmission and outbreaks. In several areas of Thailand, malaria remains endemic, particularly in Chumphon and Ranong provinces, where incidence malaria has shown a continuous upward trend. This study aimed to investigate the correlation between climatic factors and malaria incidence in the upper southern region of Thailand, A case study of Chumphon and Ranong provinces. A retrospective study design analyzed monthly secondary data from January 2015 to October 2025. Climatic data were obtained from the Thai Meteorological Department, including average minimum temperature, average maximum temperature, average temperature, cumulative rainfall, average relative humidity, number of rainy days, and average wind speed. Data on the number of malaria cases were obtained from the online malaria database of the Department of Disease Control. Inferential statistical analysis was conducted to examine the correlation between climatic variables and malaria incidence using Pearson's Correlation Coefficient.

The results showed that in both Chumphon and Ranong provinces, temperature-related factors, including average minimum temperature, average maximum temperature, and average temperature, were positively correlated with the number of malaria cases, with statistically significant associations ($p\text{-value} < 0.05$), with the strongest correlation observed at time lag of 1 to 2 months. In contrast, relative humidity, cumulative rainfall, and the number of rainy days exhibited statistically significant negative correlations with malaria incidence ($p\text{-value} < 0.05$), with the strongest correlations observed at time lag of 3 to 4 months. These findings suggest that changes in climatic factors during preceding periods are significantly correlated with subsequent changes in malaria incidence.

This study shows that lag time analysis, when integrated with climatic factors, is significantly associated with malaria incidence across varying lag periods. These findings highlight the importance of accurately identifying lag times, as such precision is essential for enhancing the reliability of early warning systems. Furthermore, these results provide critical support for the strategic planning of surveillance, prevention, and control measures during periods of elevated malaria risk.

Keywords: climate change, correlation, climatic factors, malaria



พลวัตภูมิอากาศและโรคไข้มาลาเรีย: การวิเคราะห์ช่วงเวลาน่วงเพื่อการเฝ้าระวัง สุขภาพประชากรในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน

(Climate Dynamics and Malaria: A Time-Lag Analysis for Population Health
Surveillance in Upper Southern Region of Thailand)

บทนำ

โรคไข้มาลาเรีย (malaria) เป็นโรคติดต่อมาโดยแมลง (vector-borne disease) ที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยเฉพาะประเทศเขตร้อนและกึ่งเขตร้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชากรทั่วโลก สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อโปรโตซัวในกลุ่มพลาสโมเดียม (*Plasmodium* spp.) โดยมียุงก้นปล่องตัวเมีย (*Anopheles* spp.) ที่มีเชื้อเป็นพาหะนำโรค (กรมควบคุมโรค, 2565) รายงานสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ปี 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียทั่วโลก จำนวน 263 ล้านราย ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 เมื่อเทียบกับปี 2565 และมีผู้เสียชีวิต 597,000 ราย ใน 83 ประเทศ โดยภูมิภาคแอฟริกาเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้มาลาเรียสูงที่สุด มีผู้ป่วยเป็นร้อยละ 94 ของจำนวนผู้ป่วยทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตร้อยละ 95 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด และยังคงพบว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตด้วยโรคไข้มาลาเรียเป็นร้อยละ 76 ของการเสียชีวิตจากโรคไข้มาลาเรียในภูมิภาคนี้ (World Health Organization, 2023) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อหลายพื้นที่ของภูมิภาคเอเชีย ซึ่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการระบาดของโรคไข้มาลาเรียสูงเป็นอันดับที่ 2 ของโลก (World Health Organization, n.d.) รวมถึงประเทศไทยที่ยังคงมีโรคไข้มาลาเรียเป็นโรคประจำถิ่น สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากรายงานของกองโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค ปี 2561 – 2567 มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจำนวน 7,379 ราย, 5,858 ราย, 4,427 ราย, 2,950 ราย, 8,499 ราย, 16,528 ราย และ 14,690 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มการระบาดที่ผันผวน โดยในปี 2567 มีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ร้อยละ 93 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด อยู่ในจังหวัดที่มีพื้นที่ชายแดนติดต่อกับประเทศสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา ได้แก่ จังหวัดตาก กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ แม่ฮ่องสอน ราชบุรี ชุมพร ระนอง และเพชรบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอพยพข้ามพรมแดนอาศัยอยู่ในประเทศไทย (กองโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2566) และสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ปี 2561 - 2567 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 146 ราย, 152 ราย, 88 ราย, 72 ราย, 127 ราย, 350 ราย และ 1,131 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจังหวัดชุมพรและจังหวัดระนองที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงปี 2566 – 2567 โดยจังหวัดชุมพรมีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเพิ่มขึ้นจาก 186 ราย เป็น 607 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 226.3) และจังหวัดระนอง มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเพิ่มขึ้นจาก 125 ราย เป็น 412 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 229.6)(กองโรคติดต่อมาโดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2567)

การแพร่ระบาดของโรคไข้มาลาเรียมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ (climate change) ซึ่งปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศมีบทบาทสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรค ส่งผลกระทบต่อประชากร การพัฒนาของเชื้อก่อโรค รวมถึงอายุขัยของยุงและอัตราการกัด โดยอุณหภูมิที่เหมาะสมต่อการแพร่เชื้ออยู่ที่ประมาณ 20 – 30 องศาเซลเซียส (Nili, Khanjani, Ghaderi, & Mohammadkhani, 2023) และเมื่ออุณหภูมิสูงขึ้นจะทำให้ระยะฟักตัวของเชื้อสั้นลง (Thomas et al., 2018) ส่งผลให้การแพร่กระจายได้รวดเร็วขึ้น ขณะที่ปริมาณน้ำฝนและความชื้นสัมพัทธ์ที่เพิ่มขึ้นเอื้อต่อการเพาะพันธุ์และการอยู่รอดของยุงพาหะ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านสภาพ



ภูมิอากาศอื่นๆ ได้แก่ ความเร็วลม จำนวนชั่วโมงที่แดดออก และจำนวนวันที่ฝนตก มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญ (Badaru, Adejoke, Abubakar, & Emigilati, 2014; Hundessa et al., 2017; Li, Yang, & Wang, 2013; Nili et al., 2023; Omonijo, Matzarakis, Oguntoke, & Adeofun, 2011) ดังนั้นโรคไข้มาลาเรียจึงถือว่าเป็นโรคที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อวงจรชีวิตของยุงพาหะ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความสามารถในการอยู่รอด การเพิ่มจำนวน การแพร่กระจายของยุงพาหะ รวมถึงยังส่งผลต่อการพัฒนาของเชื้อพลาสโมเดียมทั้งในยุงพาหะและในคนซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 1-2 เดือน ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ และการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยสภาพภูมิอากาศ (กรมควบคุมโรค, 2565) ซึ่งอาจนำไปสู่การขยายพื้นที่การระบาดและการเพิ่มขึ้นของอัตราอุบัติการณ์ของโรคไข้มาลาเรีย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ ได้แก่ อุณหภูมิเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุดและต่ำสุดเฉลี่ย ปริมาณน้ำฝนสะสม ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย จำนวนวันที่ฝนตก และความเร็วลมเฉลี่ย มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของโรคไข้มาลาเรีย โดยมีช่วงเวลานับ (lag time) ระหว่าง 0 - 8 เดือน (Adeola et al., 2017; Ateba et al., 2020; Dabaro, Birhanu, Negash, Hawaria, & Yewhalaw, 2021; Huang, Zhou, Zhang, Wang, & Tang, 2011; Tohidinik, Keshavarz, Mohebbali, Sanjar, & Hassanpour, 2021) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในบริบทของประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะการวิเคราะห์ช่วงเวลานับ (lag time) ร่วมกับปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการพัฒนางจรชีวิตของยุงพาหะ การเพิ่มจำนวนและการพัฒนาของเชื้อปรสิต รวมถึงระยะฟักตัวของโรคในคนก่อนที่จะเกิดการแพร่กระจายของโรคและสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในระยะเวลาถัดมา (Xiang et al., 2018)

ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศและอุบัติการณ์ของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่จังหวัดชุมพรและระนอง โดยการวิเคราะห์ช่วงเวลานับ (lag time) จึงมีความสำคัญต่อการคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย และเป็นข้อมูลในการวางแผนการแจ้งเตือนภัยล่วงหน้าในช่วงระยะเวลาที่คาดว่าจะมีการระบาดของโรคช่วยให้สามารถกำหนดมาตรการป้องกันในแต่ละช่วงเวลาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการเตรียมความพร้อมและจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้มาลาเรียได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศและอุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่จังหวัดชุมพรและระนอง

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ในรูปแบบอนุกรมเวลา (time-series) ระหว่างข้อมูลด้านสภาพภูมิอากาศ และข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จังหวัดชุมพรและระนอง ศึกษาข้อมูลย้อนหลังระยะเวลา 10 ปี 10 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ตุลาคม 2568

ประชากร และข้อมูลที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจังหวัดชุมพรและระนองที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันการติดเชื้อมาลาเรียด้วยกล้องจุลทรรศน์ หรือการตรวจด้วยชุดตรวจอย่างรวดเร็ว (Rapid Diagnostic Test: RDT) ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบมาลาเรียออนไลน์ กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



เกณฑ์คัดเข้า: ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจังหวัดชุมพรและระนองทุกรายทั้งที่มีสัญชาติไทยและไม่มีสัญชาติไทย (ต่างชาติ) ที่มีการบันทึกรายงานในระบบมาลาเรียออนไลน์ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค

เกณฑ์คัดออก: ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อจากต่างจังหวัดที่ไม่ใช่จังหวัดชุมพรและระนอง หรือได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อจากต่างประเทศ

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลทุติยภูมิ ระยะเวลา 10 ปี 10 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ตุลาคม 2568 ดังนี้

1. **ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย (malaria cases)** ใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายวันของจังหวัดชุมพร และระนองทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อในพื้นที่จังหวัดชุมพรและจังหวัดระนอง

2. **ข้อมูลด้านสภาพภูมิอากาศ (climatic variables)** ใช้ข้อมูลสภาพภูมิอากาศรายเดือน ได้แก่ อุณหภูมิเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย (องศาเซลเซียส: °C), ปริมาณน้ำฝนสะสม (มิลลิเมตร: mm.), ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย (เปอร์เซ็นต์: %), จำนวนวันที่ฝนตก (วัน: days) และความเร็วลมเฉลี่ย (เมตรต่อวินาที: m/s)

พื้นที่ศึกษา คือ จังหวัดชุมพรและระนอง อยู่ทางภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย

จังหวัดชุมพร ตั้งอยู่บริเวณภาคใต้ตอนบนของประเทศไทย ตะวันตกติดกับจังหวัดระนองและประเทศสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา อยู่ระหว่างละติจูด 9.6 ถึง 11.0 เหนือ ลองจิจูด 98.7 ถึง 99.5 ตะวันออก มีเนื้อที่ประมาณ 6,009 ตารางกิโลเมตร มีฝนตกชุกตลอดทั้งปี มีปริมาณฝนเฉลี่ยตลอดปี 1943.0 มิลลิเมตร มีฝนตกประมาณ 166 วัน เดือนที่มีฝนตกมากที่สุด คือ เดือนพฤศจิกายน มีปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 257.1 มิลลิเมตร และฝนตกประมาณ 14 วัน อุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปีประมาณ 27.2 องศาเซลเซียส อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ยตลอดปี ประมาณ 32.0 องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ยตลอดปี 23.8 องศาเซลเซียส

จังหวัดระนอง ตั้งอยู่บริเวณภาคใต้ตอนบนชายฝั่งตะวันตกของประเทศไทย ติดกับทะเลอันดามันและประเทศสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา มีเนื้อที่ประมาณ 3,298.045 ตารางกิโลเมตร มีฝนตกชุกตลอดทั้งปี เนื่องจากได้รับลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ปริมาณฝนเฉลี่ยตลอดปี 4,168.6 มิลลิเมตร มีฝนตกประมาณ 198 วัน เดือนที่มีฝนตกมากที่สุด คือ เดือนสิงหาคม ซึ่งมีฝนรวมเฉลี่ย 766.9 มิลลิเมตร และมีฝนตกเฉลี่ย 26 วัน และอุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปีประมาณ 27.3 องศาเซลเซียส อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย ประมาณ 32.2 องศาเซลเซียส อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย 23.8 องศาเซลเซียส เดือนมีนาคมเป็นเดือนที่มีอากาศร้อนที่สุดของปี มีอุณหภูมิเฉลี่ย 34.7 องศาเซลเซียส

การรวบรวมข้อมูล และการจัดการข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน ความสมบูรณ์ของข้อมูล และดำเนินการจัดการข้อมูลที่ซ้ำซ้อน หรือข้อมูลที่หายไป มีรายละเอียดดังนี้

1. **จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย (malaria cases)** จังหวัดชุมพรและระนอง เป็นข้อมูลรายวัน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2558 ถึง 31 ตุลาคม 2568 ในรูปแบบไฟล์ microsoft excel รวบรวมจากฐานข้อมูลระบบมาลาเรียออนไลน์ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หากข้อมูลซ้ำซ้อน ไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อในจังหวัดชุมพรหรือระนอง จะดำเนินการจัดการข้อมูลโดยการตัดตัวอย่างนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล จากนั้นดำเนินการรวมข้อมูลจำนวนจากรายวัน เป็นรายเดือน

2. ข้อมูลด้านสภาพภูมิอากาศ (climatic variables) จังหวัดชุมพรและระนอง เป็นข้อมูลรายเดือน ระหว่างเดือนมกราคม 2558 ถึง เดือนตุลาคม 2568 รวบรวมจากสถานีอุตุนิยมวิทยาในพื้นที่ศึกษา จำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วย จังหวัดชุมพร 2 แห่ง คือ สถานีอุตุนิยมวิทยาชุมพร และสถานีอุตุนิยมวิทยาสวี และจังหวัดระนอง 1 แห่ง คือ สถานีอุตุนิยมวิทยาระนอง จากกรมอุตุนิยมวิทยา กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยข้อมูลทั้งหมดอยู่ในรูปแบบตัวเลข หากพบค่าที่หายไป (missing value) ประมาณค่าด้วยวิธีเชิงเส้น (linear interpolation) โดยอาศัยข้อมูลช่วงเวลาก่อนหน้าและถัดไป ในกรณีที่ค่าที่หายไปอยู่บริเวณส่วนต้นหรือปลายของข้อมูลอนุกรมเวลา ได้ใช้วิธีขยายค่าที่ใกล้ที่สุด (value extension) เพื่อทดแทนค่าในตำแหน่งดังกล่าวที่หายไป

ในการศึกษาครั้งนี้ จะดำเนินการวิเคราะห์แยกเป็นรายจังหวัด แต่เนื่องจากจังหวัดชุมพร มีสถานีอุตุนิยมวิทยา 2 แห่งที่ตั้งอยู่ภายในพื้นที่ศึกษา ดังนั้นเพื่อให้ได้ค่าของตัวแปรสภาพภูมิอากาศระดับจังหวัด จึงใช้วิธีการหาค่าถ่วงน้ำหนัก (weight) ตามสัดส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ใกล้สถานีอุตุนิยมวิทยาแต่ละแห่งในแต่ละเดือน เพื่อให้ข้อมูลปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศที่ใช้ในการวิเคราะห์ เป็นข้อมูลที่ตรงกับพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ มีขั้นตอนดังนี้

1. การจับคู่ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียกับสถานีอุตุนิยมวิทยาที่ใกล้ที่สุด

ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียรายวันแต่ละรายถูกจับคู่กับสถานีอุตุนิยมวิทยาที่อยู่ใกล้ที่สุดในเชิงภูมิศาสตร์ โดยใช้พิกัดลองจิจูดและละติจูดของที่อยู่ผู้ป่วยในระดับตำบล ข้อมูลพิกัดตำบลได้จากฐานข้อมูลเปิดภาครัฐของกรมการปกครอง ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักพัฒนาารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.)

2. สรุปจำนวนผู้ป่วยรายเดือนตามสถานีอุตุนิยมวิทยา

3. การคำนวณค่าน้ำหนัก (weight) ตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยที่จับคู่กับสถานีอุตุนิยมวิทยานั้น เทียบกับจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดของจังหวัดในเดือนเดียวกัน

4. การคำนวณค่าถ่วงน้ำหนักของปัจจัยสภาพภูมิอากาศรายเดือนของสถานีอุตุนิยมวิทยาแต่ละแห่ง ดำเนินการถ่วงน้ำหนักตามสัดส่วนของผู้ป่วยที่จับคู่กับสถานีอุตุนิยมวิทยา ซึ่งจะได้ค่าของปัจจัยสภาพภูมิอากาศของจังหวัด โดยใช้สูตร

$$X_{weighted} = \sum_{i=1}^n (w_i \times x_i)$$

โดยที่ $X_{weighted}$ คือ ค่าของปัจจัยสภาพภูมิอากาศระดับจังหวัด

w_i สัดส่วนผู้ป่วยที่จับคู่กับสถานีอุตุนิยมวิทยานั้น

x_i ค่าของปัจจัยสภาพภูมิอากาศของสถานีอุตุนิยมวิทยานั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลอนุกรมเวลาระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศและจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson's correlation coefficient) ร่วมกับการกำหนดช่วงเวลาหน่วง (lag time) ทดสอบด้วยฟังก์ชัน `cor.test()` เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศและอุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรียในพื้นที่จังหวัดชุมพรและระนอง ในช่วงเวลาหน่วงต่างๆ (lag time) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จึงกำหนดช่วงเวลาหน่วง (lag time) ระหว่าง 0 – 8 เดือน โดยดำเนินการวิเคราะห์แยกเป็นรายจังหวัด การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) (Cohen, 1988) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มี



ความสัมพันธ์ ($r = 0$), ความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = 0.01 - 0.29$), ความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r = 0.30 - 0.49$) และ ความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = 0.50 - 1.00$)

ทั้งนี้ข้อมูลอนุกรมเวลาของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียและตัวแปรปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศอาจมีแนวโน้ม (trend) หรือมีสหสัมพันธ์ภายในชุดข้อมูลเอง (autocorrelation) ดังนั้นก่อนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์จึงได้ดำเนินการตรวจสอบความคงที่ (stationarity) ของข้อมูลอนุกรมเวลาทุกตัวแปร ด้วยการทดสอบ augmented dickey-fuller test (ADF) ด้วยฟังก์ชัน `adf.test()` ซึ่งหากค่า $p\text{-value} < 0.05$ ข้อมูลอนุกรมเวลามีความคงที่ (stationarity) แต่ถ้าหากค่า $p\text{-value} > 0.05$ ข้อมูลอนุกรมเวลามีลักษณะไม่คงที่ (non-stationarity) คือ มีค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนไม่คงที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามเวลา จะต้องดำเนินการแปลงข้อมูลให้มีความคงที่ก่อน โดยการทำให้เป็นผลต่าง (differencing) เพื่อจัดการแนวโน้มและทำให้ข้อมูลมีความคงที่ ก่อนเข้าสู่การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation) การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการด้วยโปรแกรม RStudio เวอร์ชัน 2025.09.2 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

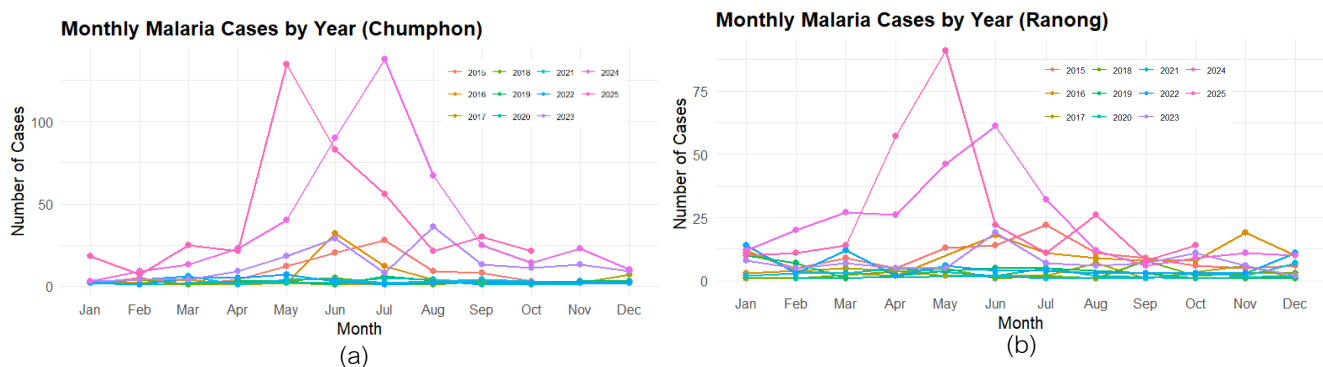
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ได้อนุมัติโครงการวิจัย รหัสโครงการ 172/2568, วันที่ 22 กันยายน 2568 โดยข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจะไม่ถูกเปิดเผย ผลการวิจัยจะถูกวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่ระบุอ้างอิงเชื่อมโยงไปถึงตัวบุคคล

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของข้อมูลอนุกรมเวลาของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย และปัจจัยสภาพภูมิอากาศพื้นที่ จังหวัดชุมพรและระนอง ปี 2558 – 2568

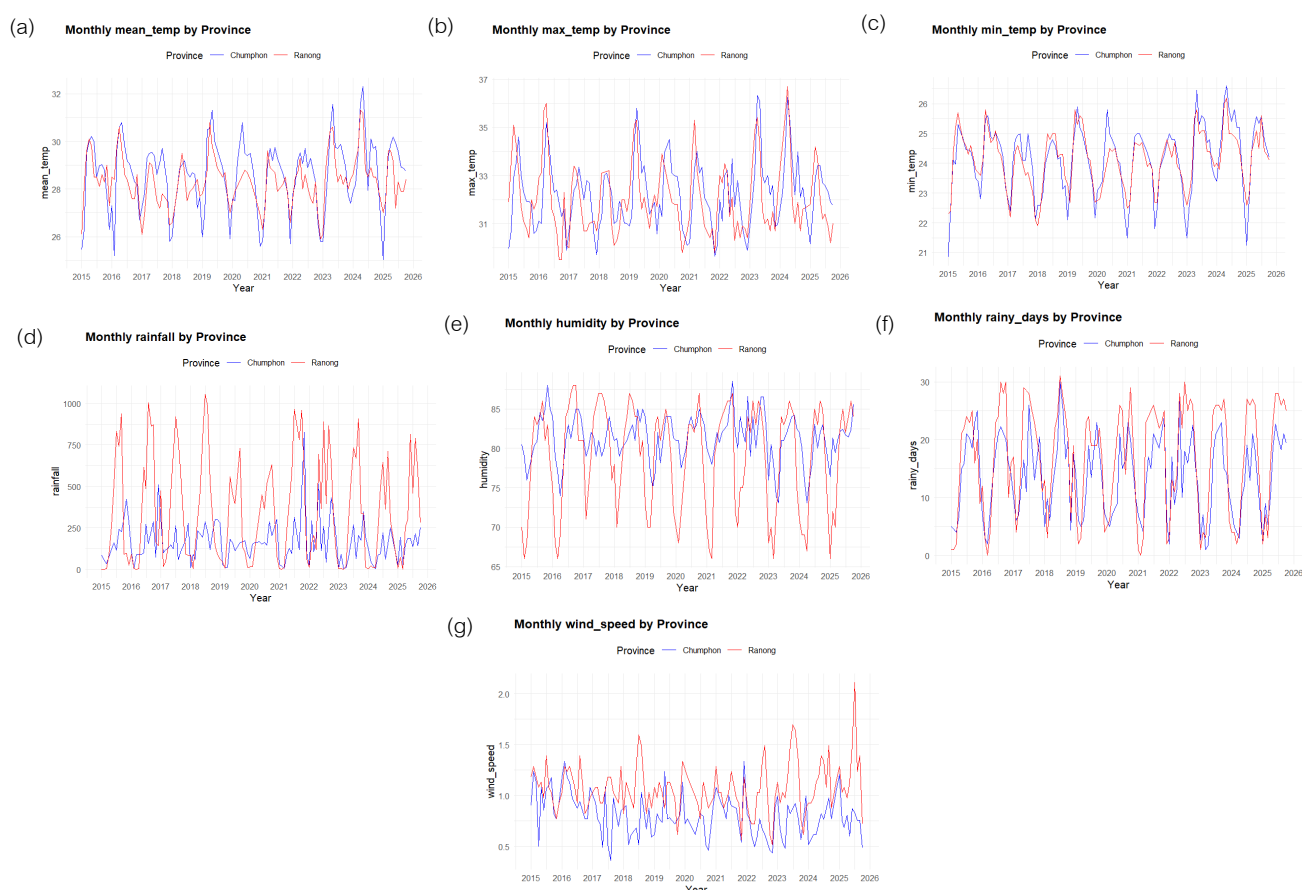
จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย

จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ปี 2558 – 2568 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เมื่อพิจารณาข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียรายเดือน พบว่า จังหวัดชุมพรและระนองมีช่วงเวลาและแนวโน้มการระบาดลักษณะที่สอดคล้องกัน โดยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่เดือนเมษายน – กรกฎาคมของทุกปี ซึ่งจังหวัดชุมพรมีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดเฉลี่ยในช่วงเดือนมิถุนายน จำนวน 25 รายต่อเดือน และจังหวัดระนองมีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดเฉลี่ยในเดือนพฤษภาคม จำนวน 22 รายต่อเดือน ดังรูป 1



รูป 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจังหวัดชุมพรและจังหวัดระนอง ปี 2558 – 2568 จำแนกรายเดือน

จากข้อมูลปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศในพื้นที่จังหวัดชุมพรและระนอง ปี 2558 – 2568 พบว่า ปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศ ได้แก่ อุณหภูมิเฉลี่ย อุณหภูมิสูงสุดและต่ำสุดเฉลี่ย ปริมาณน้ำฝนสะสม ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย จำนวนวันที่ฝนตก และความเร็วลมเฉลี่ย มีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศตามฤดูกาล และแนวโน้มในแต่ละปีที่สอดคล้องกันระหว่างสองจังหวัด โดยจังหวัดชุมพรมีอุณหภูมิเฉลี่ยอยู่ที่ 28.6 องศาเซลเซียส ขณะที่จังหวัดระนองมีอุณหภูมิเฉลี่ยใกล้เคียงกันอยู่ที่ 28.3 องศาเซลเซียส ส่วนปริมาณน้ำฝนสะสมและจำนวนวันที่ฝนตก พบว่า จังหวัดระนองมีค่าสูงกว่าจังหวัดชุมพร ดังรูป 2



รูป 2 กราฟแสดงข้อมูลอนุกรมเวลาของปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศรายเดือน
ในพื้นที่จังหวัดชุมพรและระนอง ระหว่างปี 2558 – 2568

ผลการทดสอบความคงที่ของข้อมูลอนุกรมเวลาด้วย Augmented Dickey–Fuller (ADF) Test

การตรวจสอบความคงที่ของข้อมูลอนุกรมเวลา (stationarity) ของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียและปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศในพื้นที่จังหวัดชุมพรและจังหวัดระนอง โดยใช้การทดสอบ augmented dickey–fuller test (ADF) พบว่า ตัวแปรทั้งหมดมีลักษณะคงที่ (stationarity) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ซึ่งการที่ข้อมูลมีความคงที่จะช่วยลดความเสี่ยงการเกิดความสัมพันธ์ลวง (spurious correlation) ซึ่งสามารถนำไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศและอุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรีย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (pearson correlation coefficient) ในช่วงเวลาหน่วง (time lag) ต่างๆ ดังตาราง 1



ตาราง 1 ผลการทดสอบความคงที่ของอนุกรมเวลาด้วย augmented dickey-fuller test (ADF) จำแนกรายจังหวัด

ตัวแปร	จังหวัดชุมพร		จังหวัดระนอง	
	ADF Test	P-value	ADF Test	P-value
จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย	-4.4697	<0.01	-3.8879	<0.01
อุณหภูมิเฉลี่ย	-6.3844	<0.01	-4.5139	<0.01
อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย	-6.5227	<0.01	-5.8806	<0.01
อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย	-6.2416	<0.01	-5.2287	<0.01
ปริมาณน้ำฝนสะสม	-5.5448	<0.01	-7.9968	<0.01
ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย	-7.0454	<0.01	-7.2832	<0.01
จำนวนวันที่ฝนตก	-8.043	<0.01	-8.3668	<0.01
ความเร็วลมเฉลี่ย	-3.4692	0.048	-4.793	<0.01

หมายเหตุ: p-value < 0.05

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศและจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสภาพภูมิอากาศและอุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรีย ในพื้นที่จังหวัดชุมพรและจังหวัดระนอง โดยพิจารณาช่วงเวลาหน่วง (lag time) 0 – 8 เดือน พบว่า อุณหภูมิ ปริมาณน้ำฝนสะสม ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย และจำนวนวันที่ฝนตกมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) มีผลการศึกษา ดังนี้

ผลการศึกษาในพื้นที่จังหวัดชุมพร

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศและจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ในพื้นที่จังหวัดชุมพร พบว่า ปัจจัยด้านอุณหภูมิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญ ในช่วงเวลาหน่วง 0 - 3 เดือน อุณหภูมิเฉลี่ยมีความสัมพันธ์สูงสุดที่เวลาหน่วง 2 เดือนอยู่ ($r = 0.369$, $p < 0.05$) อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 2 เดือน ($r = 0.386$, $p < 0.05$) และอุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 1 เดือน ($r = 0.394$, $p < 0.05$) ซึ่งแสดงความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิในเดือนปัจจุบัน สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในช่วงประมาณ 1-2 เดือนถัดมา

สำหรับปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศที่มีความสัมพันธ์กับเชิงลบกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปริมาณน้ำฝนสะสม ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย จำนวนวันที่ฝนตก โดยปริมาณน้ำฝนสะสมมีความสัมพันธ์ในช่วงเวลาหน่วง 2 - 5 เดือน มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 4 เดือน ($r = -0.259$, $p < 0.05$) ซึ่งมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย มีความสัมพันธ์ ในช่วงเวลาหน่วง 1 - 5 เดือน มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 3 เดือน ($r = -0.377$, $p < 0.05$) แสดงความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และ

จำนวนวันที่ฝนตกมีความสัมพันธ์ในช่วงเวลาหนึ่ง 3 - 6 เดือน มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหนึ่ง 4 เดือน ($r = -0.361$, $p < 0.05$) ซึ่งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง โดยช่วงที่มีปริมาณน้ำฝนหรือความชื้นสัมพัทธ์ในระดับสูง สัมพันธ์กับการลดลงของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในอีก 2 - 6 เดือนต่อมา โดยปริมาณน้ำฝนที่สูงและตกอย่างต่อเนื่องอาจทำให้เกิดการชะล้างหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะ ส่งผลให้ความหนาแน่นของประชากรยุงลดลง ในระยะเวลาต่อมาได้ส่วนความเร็วลมเฉลี่ยไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตาราง 2

ผลการศึกษาในพื้นที่จังหวัดระนอง

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศและจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่จังหวัดระนอง พบว่า ปัจจัยด้านอุณหภูมิ พบความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญในช่วงเวลาหนึ่ง 0 - 3 เดือน อุณหภูมิเฉลี่ยมีความสัมพันธ์สูงสุดที่เวลาหนึ่ง 1 เดือน ($r = 0.379$, $p < 0.05$) อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหนึ่ง 2 เดือน ($r = 0.374$, $p < 0.05$) และอุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหนึ่ง 1 เดือน ($r = 0.309$, $p < 0.05$) ซึ่งอุณหภูมิมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิในเดือนปัจจุบัน สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในช่วงประมาณ 1-2 เดือนถัดมา

สำหรับปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศที่มีความสัมพันธ์กับเชิงลบกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปริมาณน้ำฝนสะสม ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย จำนวนวันที่ฝนตก โดยปริมาณน้ำฝนสะสมมีความสัมพันธ์ในช่วงเวลาหนึ่ง 2 - 4 เดือน มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหนึ่ง 4 เดือน ($r = -0.214$, $p < 0.05$) ซึ่งแสดงความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย มีความสัมพันธ์ในช่วงเวลาหนึ่ง 2 - 5 เดือน มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหนึ่ง 3 เดือน ($r = -0.320$, $p < 0.05$) ซึ่งแสดงความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง และจำนวนวันที่ฝนตก มีความสัมพันธ์ในช่วงเวลาหนึ่ง 2 - 4 และ 8 เดือน มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหนึ่ง 3 เดือน ($r = -0.278$, $p < 0.05$) ซึ่งแสดงความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ดังตาราง 3

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบทั้งจังหวัดชุมพรและระนอง พบความสัมพันธ์ที่มีลักษณะสอดคล้องกัน โดยอุณหภูมิมีความสัมพันธ์เชิงบวกสูงสุดในช่วงเวลาหนึ่ง 1 - 2 เดือน ขณะที่ปริมาณน้ำฝน ความชื้น และจำนวนวันที่ฝนตกมีความสัมพันธ์เชิงลบสูงสุดในช่วงเวลาหนึ่ง ประมาณ 3 - 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และทั้งสองจังหวัดไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเร็วลมเฉลี่ยกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในทุกช่วงเวลาหนึ่ง จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านภูมิอากาศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีสัมพันธ์กับการเกิดโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ศึกษา



ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ในจังหวัดชุมพร ช่วงเวลาหนึ่ง 0–8 เดือน

Lag	อุณหภูมิเฉลี่ย		อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย		อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย		ปริมาณน้ำฝนสะสม		ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย		จำนวนวันที่ฝนตก		ความเร็วลมเฉลี่ย	
	R	p-value	r	p-value	R	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value
0	0.240	0.009*	0.200	0.030*	0.370	<0.000*	-0.051	0.581	-0.039	0.673	0.161	0.081	-0.021	0.823
1	0.344	<0.000*	0.313	0.001*	0.394	<0.000*	-0.095	0.307	-0.189	0.042*	0.006	0.951	-0.057	0.542
2	0.369	<0.000*	0.386	<0.000*	0.345	<0.000*	-0.220	0.017*	-0.343	<0.000*	-0.180	0.054	-0.098	0.295
3	0.234	0.012*	0.301	0.001*	0.172	0.066	-0.237	0.011*	-0.377	<0.000*	-0.294	0.001*	-0.113	0.230
4	-0.065	0.495	0.078	0.409	-0.068	0.473	-0.259	0.005*	-0.350	<0.000*	-0.361	<0.000*	-0.010	0.916
5	-0.186	0.049*	-0.084	0.374	-0.178	0.060	-0.206	0.029*	-0.201	0.033*	-0.333	<0.000*	0.008	0.932
6	-0.187	0.048*	-0.146	0.125	-0.157	0.097	-0.062	0.514	-0.040	0.679	-0.191	0.043*	-0.017	0.862
7	-0.082	0.394	-0.114	0.235	-0.031	0.748	0.068	0.476	0.066	0.490	-0.044	0.646	-0.025	0.798
8	-0.009	0.923	-0.096	0.318	0.063	0.514	0.106	0.270	0.132	0.168	0.096	0.319	-0.034	0.728

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย ในจังหวัดระนอง ช่วงเวลาหนึ่ง 0–8 เดือน

Lag	อุณหภูมิเฉลี่ย		อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย		อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย		ปริมาณน้ำฝนสะสม		ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย		จำนวนวันที่ฝนตก		ความเร็วลมเฉลี่ย	
	r	p-value	r	p-value	R	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value
0	0.238	0.010*	0.112	0.230	0.268	0.004*	0.008	0.929	0.017	0.854	0.035	0.710	0.134	0.153
1	0.379	<0.000*	0.305	0.001*	0.309	0.001*	-0.112	0.232	-0.148	0.115	-0.114	0.223	0.099	0.294
2	0.315	0.001*	0.374	<0.000*	0.187	0.047*	-0.187	0.046*	-0.278	0.003*	-0.253	0.007*	0.028	0.769
3	0.130	0.169	0.259	0.006*	-0.006	0.948	-0.209	0.026*	-0.320	0.001*	-0.278	0.003*	0.041	0.665
4	0.026	0.783	0.143	0.132	-0.093	0.327	-0.214	0.024*	-0.297	0.002*	-0.244	0.009*	0.011	0.909
5	-0.012	0.903	0.051	0.598	-0.064	0.502	-0.157	0.101	-0.194	0.041*	-0.164	0.085	0.023	0.807
6	-0.003	0.975	-0.027	0.776	0.017	0.861	-0.098	0.310	-0.014	0.886	-0.010	0.920	-0.055	0.570
7	0.041	0.674	-0.073	0.450	0.113	0.243	0.003	0.971	0.095	0.324	0.125	0.195	0.022	0.820
8	0.111	0.252	-0.078	0.420	0.165	0.087	0.112	0.251	0.141	0.145	0.191	0.047*	0.158	0.103

หมายเหตุ: p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศและอุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรีย ในพื้นที่จังหวัดชุมพรและจังหวัดระนอง โดยพิจารณาช่วงเวลาหน่วง (lag time) 0 – 8 เดือน พบความสัมพันธ์ที่มีลักษณะสอดคล้องกัน ซึ่งพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า อุณหภูมิเป็นปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในจังหวัดชุมพรและระนอง โดยมีช่วงเวลาหน่วง 1 – 2 เดือน โดยจังหวัดชุมพรพบอุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 1 เดือน ($r = 0.394$, $p < 0.05$) อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ย มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 2 เดือน ($r = 0.386$, $p < 0.05$) และอุณหภูมิเฉลี่ยมีความสัมพันธ์สูงสุดที่เวลาหน่วง 2 เดือน ($r = 0.369$, $p < 0.05$) และจังหวัดระนองมีอุณหภูมิเฉลี่ยมีความสัมพันธ์สูงสุดที่เวลาหน่วง 1 เดือน ($r = 0.379$, $p < 0.05$) อุณหภูมิสูงสุดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 2 เดือน ($r = 0.374$, $p < 0.05$) และอุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ย มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 1 เดือน ($r = 0.309$, $p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิในเดือนปัจจุบัน สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในช่วงประมาณ 1 - 2 เดือนถัดมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2024) ที่พบอุณหภูมิมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดมาลาเรีย เมื่ออุณหภูมิเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียส สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรีย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Adeola et al. (2017) ที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างอุณหภูมิกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่ช่วงเวลาหน่วง 2 เดือน และการศึกษาของ Bi et al. (2003) และ Huang et al. (2011) พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างอุบัติการณ์ของโรคไข้มาลาเรียกับอุณหภูมิเฉลี่ย และอุณหภูมิสูงสุดและต่ำสุดเฉลี่ย โดยมีช่วงเวลาหน่วง 1 เดือน ซึ่งอุณหภูมิเฉลี่ยตลอดทั้งปีในพื้นที่จังหวัดชุมพรและระนองอยู่ระหว่าง 20.8 – 36.7 องศาเซลเซียส จัดอยู่ในช่วงของอุณหภูมิที่สามารถแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรียได้ที่อยู่ระหว่าง 17 – 35 องศาเซลเซียส (Shapiro, Whitehead, & Thomas, 2017) ทั้งนี้ความสัมพันธ์ที่พบในช่วงเวลาหน่วงดังกล่าวสะท้อนถึงระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับวงจรชีวิตของยุงก้นปล่อง (*Anopheles* spp.) ซึ่งเป็นยุงพาหะ และการพัฒนาของเชื้อพลาสโมเดียม (*Plasmodium* spp.) ภายในยุงพาหะและในคน จะใช้เวลาประมาณ 1-2 เดือน ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อ และสภาพแวดล้อม (กรมควบคุมโรค, 2565) ทั้งนี้อุณหภูมิที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้ยุงพาหะมีอัตราการกัดเพิ่มขึ้น เนื่องจากยุงใช้ระยะเวลาในการเจริญเติบโตของไข่จนถึงตัวเต็มวัย และระยะเวลาในการพัฒนาเชื้อปรสิตจนถึงระยะติดต่อที่สามารถแพร่เชื้อได้สั้นลง การที่เชื้อปรสิตพัฒนาเร็วขึ้นส่งผลให้ยุงสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว และโอกาสในการแพร่กระจายของโรคมักขึ้น นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาร่วมกับข้อมูลความหนาแน่นของยุงพาหะในพื้นที่จังหวัดชุมพรและระนอง จากการสำรวจทางกีฏวิทยา พบว่าสัดส่วนของยุงพาหะเฉลี่ยในช่วง 5 ปี (พ.ศ. 2563 – 2567) ในจังหวัดชุมพร (25.29%; ช่วง 12.63 – 41.19%) สูงกว่าจังหวัดระนอง (10.35%; ช่วง 6.60 – 18.86%) (กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2569) ซึ่งอาจสะท้อนว่าพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรยุงพาหะสูงกว่ายังคงได้รับอิทธิพลของปัจจัยอุณหภูมิต่อการแพร่กระจายของโรคได้ในระยะเวลาที่ยาวนานกว่า

ในขณะที่ปริมาณน้ำฝนสะสม ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย และจำนวนวันที่ฝนตก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับอุบัติการณ์โรคไข้มาลาเรีย ในช่วงเวลาหน่วง 2 - 6 และ 8 เดือน โดยจังหวัดชุมพร พบปริมาณน้ำฝนสะสมมีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 4 เดือน ($r = -0.259$, $p < 0.05$) ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 3 เดือน ($r = -0.377$, $p < 0.05$) และจำนวนวันที่ฝนตก มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 4 เดือน ($r = -0.361$, $p < 0.05$) และจังหวัดระนอง ปริมาณน้ำฝนสะสมมีความสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 4 เดือน ($r = -0.214$, $p < 0.05$) ขณะที่ความชื้นสัมพัทธ์เฉลี่ย มีความสัมพันธ์สูงสุดที่ช่วงเวลาหน่วง 3 เดือน ($r = -0.320$, $p < 0.05$) และจำนวน

วันที่ฝนตก มีความสัมพันธ์สูงสุดในช่วงเวลาหน่วง 3 เดือน ($r = -0.278$, $p < 0.05$) ซึ่งจากการศึกษาของ Dabaro et al. (2021) พบว่า ปริมาณน้ำฝนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอุบัติการณ์ของโรคมาลาเรียในช่วงเวลาหน่วง 0 และ 2 เดือน การเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำฝน 1 มิลลิเมตร มีความเสี่ยงต่ออุบัติการณ์โรคมาลาเรียเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Ateba et al., 2020 พบว่าความชื้นสัมพัทธ์ที่สูง จำนวนครั้งของฝนตก และความเร็วลมต่ำ เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของมาลาเรียประมาณ 10-12 สัปดาห์ต่อมา ซึ่งการมีปริมาณน้ำฝนที่พอเหมาะส่งผลให้มีแหล่งน้ำขังเพิ่มขึ้นเอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงก้นปล่องและนำไปสู่ความเสี่ยงของการระบาดของโรคไข้มาลาเรียที่เพิ่มขึ้น แต่หากมีปริมาณน้ำฝนที่มากเกินไป หรือฝนตกหนักต่อเนื่อง น้ำไหลแรงอาจทำลายหรือชะล้างแหล่งเพาะพันธุ์ของยุง อาจส่งผลให้ประชากรยุงลดจำนวนลงได้ (Gbaguidi, Topanou, Filho, & Ketoh, 2024) จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบความสัมพันธ์เชิงลบกับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย อาจเนื่องจากจังหวัดชุมพรและระนองมีฝนตกชุกต่อเนื่องตลอดทั้งปี จากการได้รับอิทธิพลลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้และลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งปริมาณฝนที่สูงหรือฝนที่ตกติดต่อกันหลายวันอาจทำให้เกิดการชะล้างทำลายแหล่งน้ำขังหรือแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะ ส่งผลให้ความหนาแน่นของลูกน้ำและประชากรยุงลดลง และโอกาสในการแพร่กระจายโรคจึงลดลงในระยะเวลาถัดมา

ข้อจำกัดงานวิจัย

1. การศึกษานี้ไม่ได้รวมปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียเข้ามาวิเคราะห์ร่วมด้วย เช่น ปัจจัยทางสังคมและประชากร การเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติ มาตรการควบคุมโรคในพื้นที่ ข้อมูลของยุงพาหะ เป็นต้น อาจทำให้ความสัมพันธ์ที่พบคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้
2. ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่ใช้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนของตัวแปรและความถูกต้องของข้อมูล รวมถึงการรายงานผู้ป่วยที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (underreporting) อาจส่งผลต่อความแม่นยำของผลการวิเคราะห์ รวมถึงการใช้ข้อมูลระดับภาพรวมของจังหวัด อาจไม่สามารถสะท้อนความแตกต่างเชิงพื้นที่ในระดับอำเภอ หรือตำบลได้
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เป็นการวัดประเมินทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเท่านั้น ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal relationship)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรมีการดำเนินการแจ้งเตือนภัยล่วงหน้า (early warning) โดยการใช้ข้อมูลช่วงเวลาหน่วง (lag time) ของปัจจัยด้านอุณหภูมิ หากพบช่วงอุณหภูมิสูงขึ้น ควรดำเนินการมาตรการในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้มาลาเรีย เช่น การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ แจกมุ้งชุบสารเคมีในพื้นที่เสี่ยง พ่นสารเคมีกำจัดยุงพาหะ เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระดับอำเภอหรือตำบลที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้มาลาเรียสูง เพื่อศึกษาดูว่าปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศส่งผลกระทบแตกต่างกันหรือไม่
3. การศึกษาปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การเคลื่อนย้ายของแรงงานเข้ามาในพื้นที่ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง การเข้าถึงบริการสาธารณสุข มาตรการควบคุมโรค เพื่อให้ครอบคลุมและระบุความสัมพันธ์ที่แม่นยำยิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). โรคไข้มาลาเลีย. จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=17
- กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานประจำปี 2566 กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง (1686-5588). จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1398220230310075357.pdf>
- กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2567). สถานการณ์โรคมาลาเลียในประเทศไทย. จาก <https://malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10/home.php>
- กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. (2569). ข้อมูลจำนวนยุงที่จับได้ในแต่ละช่วงเวลา. จาก https://malaria.ddc.moph.go.th/malariaR10/report/malaria_en1.php
- Adeola, A. M., Botai, J. O., Rautenbach, H., Adisa, O., Ncongwane, K. P., Botai, C. M., & Adebayo-Ojo, T. C. (2017). Climatic Variables and Malaria Morbidity in Mutale Local Municipality, South Africa: A 19-Year Data Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14.
- Ateba, F. F., Febrero-Bande, M., Sagara, I., Sogoba, N., Touré, M., Sanogo, D., . . . Doumbia, S. (2020). Predicting Malaria Transmission Dynamics in Dangassa, Mali: A Novel Approach Using Functional Generalized Additive Models. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6339. Retrieved from <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6339>
- Badaru, Y. U., Adejoke, A. O., Abubakar, A., & Emigilati, M. A. (2014). Rainfall Variations as the Determinant of Malaria in the Federal Capital Territory Abuja, Nigeria. *Journal of environment and earth science*, 4, 149-159.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*.
- Dabaro, D., Birhanu, Z., Negash, A., Hawaria, D., & Yewhalaw, D. (2021). Effects of rainfall, temperature and topography on malaria incidence in elimination targeted district of Ethiopia. *Malaria Journal*, 20(1), 104. doi:10.1186/s12936-021-03641-1
- Gbaguidi, G. J., Topanou, N., Filho, W. L., & Ketoh, G. K. (2024). Potential impact of climate change on the transmission of malaria in Northern Benin, West Africa. *Theoretical and Applied Climatology*, 155(5), 3525-3539. doi:10.1007/s00704-023-04818-1
- Huang, F., Zhou, S., Zhang, S., Wang, H., & Tang, L. (2011). Temporal correlation analysis between malaria and meteorological factors in Motuo County, Tibet. *Malaria Journal*, 10(1), 54. doi:10.1186/1475-2875-10-54
- Hundessa, S., Williams, G., Li, S., Guo, J., Zhang, W., & Guo, Y. (2017). The weekly associations between climatic factors and Plasmodium vivax and Plasmodium falciparum malaria in China, 2005-2014. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 111(5), 211-219. doi:10.1093/trstmh/trx048
- Li, T., Yang, Z., & Wang, M. (2013). Temperature, relative humidity and sunshine may be the effective predictors for occurrence of malaria in Guangzhou, southern China, 2006–2012. *Parasites & Vectors*, 6(1), 155. doi:10.1186/1756-3305-6-155



- Nili, S., Khanjani, N., Ghaderi, E., & Mohammadkhani, M. (2023). Linear and Nonlinear Associations between Meteorological Variables and the Incidence of Malaria in Zahedan District Southwest of Iran 2000-2019. *The Open Public Health Journal*, 16. doi:10.2174/18749445-v16-e230902-2023-60
- Omonijo, Matzarakis, Oguntoké, & Adeofun. (2011). *Influence of Weather and Climate on Malaria Occurrence Based on Human-Biometeorological Methods in Ondo State, Nigeria*.
- Shapiro, L. L. M., Whitehead, S. A., & Thomas, M. B. (2017). Quantifying the effects of temperature on mosquito and parasite traits that determine the transmission potential of human malaria. *PLOS Biology*, 15(10), e2003489. doi:10.1371/journal.pbio.2003489
- Thomas, S., Ravishankaran, S., Justin, N., Asokan, A., Kalsingh, T. M. J., Mathai, M. T., . . . Eapen, A. (2018). Microclimate variables of the ambient environment deliver the actual estimates of the extrinsic incubation period of Plasmodium vivax and Plasmodium falciparum: a study from a malaria-endemic urban setting, Chennai in India. *Malar J*, 17(1), 201. doi:10.1186/s12936-018-2342-1
- Tohidinik, H. R., Keshavarz, H., Mohebbali, M., Sanjar, M., & Hassanpour, G. (2021). Prediction of malaria cases in the southeastern Iran using climatic variables: An 18-year SARIMA time series analysis. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 14, 463 - 470.
- World Health Organization. (2023). WHO Malaria report. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>
- World Health Organization. (n.d.). Malaria in South-East Asia. Retrieved from <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/malaria>
- Xiang, J., Hansen, A., Liu, Q., Tong, M. X., Liu, X., Sun, Y., . . . Bi, P. (2018). Association between malaria incidence and meteorological factors: a multi-location study in China, 2005-2012. *Epidemiol Infect*, 146(1), 89-99. doi:10.1017/s0950268817002254



บทความฉบับสมบูรณ์

กลุ่มที่ 6 ประชากรกับสุขภาพ

4 บทความ

- ธรรมชาติของข้อมูลกับการบูรณาการบริการทางสังคมและสุขภาพตามหลักการบริการที่ครอบคลุม (Universal Health Coverage): กรณีศึกษาแพลตฟอร์ม “เติมเต็ม”
- การประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มาจากผลกระทบการยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย
- การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีของประชากรไทยและปัจจัยกำหนดในปี 2562 และ 2566
- เส้นทางของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะยาว



ธรรมาภิบาลข้อมูลกับการบูรณาการบริการทางสังคมและสุขภาพตาม หลักการบริการที่ครอบคลุม (Universal Health Coverage): กรณีศึกษา แพลตฟอร์ม “เติมเต็ม”

(Data Governance for Integrated Social and Health Services under Universal Health Coverage: A Case Study of the “TermTem” Platform)

โดย

ธนาคม วงษ์บุญธรรม*

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (โรคติดต่อและวิทยาการระบาดทางการแพทย์ สาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีความมุ่งหมายในการศึกษาธรรมชาติของข้อมูลสำหรับสนับสนุนการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมที่ครอบคลุม ผ่านกรณีศึกษาการพัฒนาแพลตฟอร์มเดิมเดิมในบริบทการกำกับดูแลหลายระดับในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยการใช้การทบทวนเอกสารโครงการ นโยบาย และงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างธรรมชาติของข้อมูล การบูรณาการข้อมูล และผลลัพธ์

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าธรรมชาติของข้อมูลมีอิทธิพลต่อการกำหนดทิศทางการศึกษา บทบาท และกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความร่วมมือในพื้นที่สำหรับการดูแลและคุ้มครองเด็กเปราะบาง โดยแพลตฟอร์มเดิมเดิมทำหน้าที่เป็นโครงสร้างพื้นฐานสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลและประสานภารกิจจนเกิดการวางแผนการจัดบริการในลักษณะการยึดกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง ข้อค้นพบเน้นความสำคัญของการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมไม่ได้ขึ้นอยู่กับการพัฒนาเทคโนโลยีเท่านั้น แต่จะต้องประกอบด้วยเงื่อนไขทางสถาบัน เช่น ความชัดเจนในการกำหนดบทบาท การกำหนดความร่วมมือ และการยกระดับศักยภาพของหน่วยงาน

บทสรุปของการศึกษาจึงเสนอให้พิจารณาธรรมชาติของข้อมูลเป็นกลไกในการเชื่อมโยงระหว่างนโยบาย ระบบข้อมูล และการจัดบริการในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญต่อการออกแบบนโยบายและพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการ โดยเน้นการพัฒนากลไกสถาบันควบคู่กับการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อยกระดับผลลัพธ์ในการจัดบริการสุขภาพและสังคมอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ธรรมชาติของข้อมูล การบริการที่ครอบคลุม การบูรณาการบริการทางสังคมและสุขภาพ การคุ้มครองเด็ก
เด็กและครอบครัวเปราะบาง



Abstract

This study investigates the function of data governance as an institutional mechanism that facilitates the integration of health and social services within the Universal Health Coverage (UHC) framework. The research centers on the TermTem platform and employs an analytical documentary method, drawing upon project documentation, policy materials, and pertinent literature. A conceptual framework is utilized to examine the interplay between data governance, data integration, and service outcomes.

The results indicate that data governance establishes rules, delineates roles, and implements coordination mechanisms conducive to data sharing and inter-agency collaboration. The platform serves as a governance infrastructure, enabling integrated population data and supporting person-centered service delivery. Nevertheless, technological solutions alone are insufficient for service integration; successful implementation also requires institutional factors such as clear role definition, organizational capability, and effective inter-agency cooperation.

This study advances understanding by framing data governance as a connecting mechanism that bridges policy, data systems, and service delivery across various levels of governance. The findings underscore the necessity for alignment between digital platforms and institutional frameworks to enhance UHC outcomes.

Keywords: data governance; universal health coverage; integrated social and health services; child protection; vulnerable children and families

ธรรมาภิบาลข้อมูลกับการบูรณาการบริการทางสังคมและสุขภาพตามหลักการบริการ ที่ครอบคลุม (Universal Health Coverage): กรณีศึกษาแพลตฟอร์ม “เต็มเต็ม” (Data Governance for Integrated Social and Health Services under Universal Health Coverage: A Case Study of the “TermTem” Platform)

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพด้านการบริหารจัดการภาครัฐและการให้บริการสาธารณะ จนเป็นที่มาของการตรา พ.ร.บ.การบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 ทั้งยังมีการออกมาตรฐานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐ (data governance) และมาตรฐานข้อมูลภาครัฐให้นำไปสู่การประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย และออกแบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน โดยแนวคิดเรื่องธรรมาภิบาลข้อมูล (data governance) ถูกนำมาใช้อย่างต่อเนื่องในฐานะกรอบการกำกับดูแลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความครอบคลุมการจัดเก็บ (storage) การใช้ (utilize) และการแลกเปลี่ยนข้อมูล (interoperability) ระหว่างหน่วยงานด้วยความโปร่งใส ทั้งยังให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของข้อมูล (Khatri & Brown, 2010; OECD, 2019) โดยการส่งเสริมธรรมาภิบาลข้อมูลนี้ ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนความร่วมมือและการบูรณาการข้อมูลของภาครัฐ เพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญในการประสานงานจากหลายภาคส่วนที่มีในลักษณะไซโล

ในบริบทของการพัฒนาระบบสุขภาพ (health system) แนวคิดบริการสุขภาพที่ครอบคลุม (universal health coverage: UHC) มุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ทั่วถึง และไม่มีอุปสรรคทั้งทางการเงิน สังคม หรือโครงสร้างพื้นฐาน (accessible for all) (World Health Organization, 2010; WHO & World Bank, 2017) อย่างไรก็ตาม สถานะทางสุขภาพของประชาชนไม่ได้ขึ้นอยู่กับบริการทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (social determinants of health: SDH) อาทิ รายได้ สถานะครอบครัว การศึกษา และการเข้าถึงบริการทางสังคม ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพของประชากร (World Health Organization, 2016) ด้วยเหตุนี้ การบูรณาการบริการทางสังคมและสุขภาพ (integrated social and health services) จึงกลายเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องมีการยกระดับระบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน (responsiveness) อย่างครอบคลุมและมีความต่อเนื่อง

แม้ว่าประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก รวมถึงประเทศไทยจะถูกแนะนำให้พัฒนาระบบบริการทางสังคมและสุขภาพ ซึ่งในบริบทของประเทศไทยมีการดำเนินงานภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการแบบแยกส่วนตามบทบาทของแต่ละหน่วยงาน (siloes) สร้างข้อจำกัดในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานงานบริการระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดบริการสำหรับประชาชนกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็กและครอบครัวที่มีความเสี่ยง ผู้สูงอายุ หรือผู้มีรายได้น้อย ซึ่งต้องใช้บริการจากหลากหลายภาคส่วนและมีความต่อเนื่อง (OECD, 2020) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อการประสานงาน และการติดตามผลการให้บริการในระดับหน่วยบริการ ซึ่งบทบาทของธรรมาภิบาลข้อมูลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

แนวทางในการลดปัญหาการแยกส่วนของข้อมูลและบริการ คือการนำแพลตฟอร์มดิจิทัลมาใช้สนับสนุนการบูรณาการข้อมูลและการจัดบริการในระดับพื้นที่ โดยแพลตฟอร์มเหล่านี้มีทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางรวบรวมข้อมูล ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และติดตามกระบวนการให้บริการแก่ประชาชน (Janssen & Kuk, 2016; OECD, 2019)

ในกรณีของการคุ้มครองเด็กและครอบครัวเปราะบาง ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ได้มีการพัฒนาแพลตฟอร์ม “เติมเต็ม” (TermTem Platform) ที่ถูกนำมาใช้ในพื้นที่ Sandbox 9 เขต ของกรุงเทพมหานคร เพื่อมุ่งการนำข้อมูลในระดับบุคคลและครัวเรือน รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานที่รับผิดชอบตามมิติความเปราะบาง (Domain) จนนำไปสู่การบูรณาการการจัดบริการสุขภาพและสังคมสำหรับเด็กและครอบครัวเปราะบาง ภายใต้ความร่วมมือระหว่างมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวณ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) หรือ สพร. และกรุงเทพมหานคร (กทม.)

ดังนั้น ในการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการบูรณาการบริการมีความสำคัญในเชิงนโยบาย พร้อมทั้งการจัดบริการสุขภาพและสังคม การศึกษานี้จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวิเคราะห์บทบาทของธรรมาภิบาลข้อมูลเพื่อการบูรณาการบริการฯ แต่การดำเนินงานยังมีข้อจำกัด งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาบทบาทของธรรมาภิบาลข้อมูลในกระบวนการบูรณาการบริการสังคมและสุขภาพผ่านกรณีศึกษาแพลตฟอร์ม “เติมเต็ม” (TermTem platform) โดยพิจารณาถึงกลไกการจัดการข้อมูล กระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และบทบาทของแพลตฟอร์มดังกล่าวในการสนับสนุนการจัดบริการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้มีเป้าหมาย (goal) เพื่อวิเคราะห์บทบาทของธรรมาภิบาลข้อมูลในการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมสำหรับเด็กเปราะบาง ผ่านการใช้แพลตฟอร์ม “เติมเต็ม” ในพื้นที่กำหนด Sandbox 9 เขตของกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นกรณีศึกษา โดยงานวิจัยนี้พิจารณาถึงทั้งในระดับสถาบันและระบบที่เอื้อต่อการใช้ข้อมูล เพื่อสนับสนุนการวางแผนและการส่งต่อการจัดบริการแบบบูรณาการสำหรับเด็กและครอบครัวเปราะบาง (WHO, 2010; World Bank, 2021)

วัตถุประสงค์ของการวิจัยประกอบด้วย

1. การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์บทบาทของธรรมาภิบาลข้อมูล ในฐานะกลไกทางสถาบันที่ส่งเสริมแลกเปลี่ยนข้อมูล และการประสานงานระหว่างบริการสุขภาพและสังคมทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์กลไกการจัดการข้อมูลและผู้เข้าถึงข้อมูลของแพลตฟอร์ม “เติมเต็ม” ที่มีประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายหน่วยงานและหลากหลายมิติ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสำหรับเด็กและครอบครัวเปราะบาง
3. การศึกษานี้มุ่งประเมินศักยภาพของระบบข้อมูลของแพลตฟอร์มที่ผ่านการจัดธรรมาภิบาลข้อมูลแล้ว เพื่อการยกระดับการวางแผนและการส่งต่อการบริการที่ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของเด็กและครอบครัวเปราะบาง

บททวนวรรณกรรม

ระบบสุขภาพตามหลักการของแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ตาม Declaration of Astana (World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018) มุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่จำเป็นโดยไม่มีอุปสรรคในด้านค่าใช้จ่าย และถูกยอมรับว่าเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2010; World Health Organization & World Bank, 2017) ปัจจุบันมุมมองของการจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ยังมีความครอบคลุมไปถึงปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพ (social determinants of health: SDH) สะท้อนให้เห็นว่าผลลัพธ์ของระบบสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับบริการทางแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีอิทธิพลจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (World Health Organization, 2008; Marmot et al., 2008) ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพจึงควรเป็นการบูรณาการทั้งในทางสุขภาพและสังคมเพื่อรองรับความต้องการเฉพาะบุคคล (personalized) อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดการให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการ (integrated care) หมายความว่า การจัดบริการที่เชื่อมต่อกันระหว่างหลายภาคส่วน (multi-sectors) และหลายระดับ (multi-levels) โดยมุ่งความร่วมมือและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (related actors) (Kodner & Spreeuwenberg, 2002) อย่างไรก็ตาม เมื่อดำเนินงานจริงกลับพบว่าระบบการบริหารที่แบ่งแยกในลักษณะของไซโล โดยอ้างอิงจากภารกิจและหน้าที่เฉพาะของแต่ละหน่วยงานโดยที่ไม่ได้พิจารณาผลกระทบและผลลัพธ์เป้าหมายร่วมกัน ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและติดตามบริการต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อต้องใช้ข้อมูลจากหลายระดับของการบริการ ทำให้เกิดลักษณะของข้อมูลขาดช่วง (ธนาคม วงษ์บุญธรรม, 2566)

แนวคิดการกำหนดธรรมาภิบาลข้อมูล (data governance) ถูกนำมาใช้ในการพัฒนารัฐบาลดิจิทัลตามข้อกำหนดใน พ.ร.บ.การบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) เพื่ออธิบายกลไกการกำหนดกติกา อำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบในการบริหารจัดการข้อมูลขององค์กรภาครัฐ (Khatri & Brown, 2010; OECD, 2019) ทั้งนี้ การจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐานข้อมูลและระบบดิจิทัลมีบทบาทสำคัญที่จะใช้ในการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูล เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบาย (World Bank, 2021) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังเน้นว่าข้อมูลเป็นสินทรัพย์หรือเป็นเครื่องมือทางเทคนิค มากกว่าจะศึกษาธรรมาภิบาลข้อมูลในฐานะกลไกที่กำหนดพฤติกรรมขององค์กรและความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน (Janssen & Kuk, 2016) ซึ่งยังมีข้อจำกัดอยู่มาก

จากมุมมองเชิงสถาบัน (institution) ซึ่งให้ความสำคัญกับการกำหนดบทบาท กติกา โครงสร้าง และบรรทัดฐานทางสังคม (norm) ในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติและการตัดสินใจขององค์กร (North, 1990; Scott, 2014) โดยการบูรณาการบริการจำเป็นต้องพึ่งพาข้อกำหนดเชิงปัจจัยมากกว่าสมรรถนะทางเทคโนโลยี อาทิ ความชัดเจนของบทบาท ความไว้วางใจ และกลไกการกำกับดูแล (governance) ที่ได้รับการออกแบบมาเพื่อเสริมหนุนความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (collaboration) ยิ่งไปกว่านั้น การดำเนินงานยังต้องพิจารณาการกำกับดูแลแบบหลายระดับ (multi-level governance) ซึ่งจะทำให้พบข้อท้าทายในกระบวนการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ สะท้อนความซับซ้อนของระบบที่ประกอบด้วยหลากหลายหน่วยงาน

แม้ว่าการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพจะมุ่งเน้นในเรื่องของการจัดบริการ การบูรณาการบริการ และการพัฒนาระบบข้อมูลทางสุขภาพ หรือองค์ประกอบอื่นๆ ของระบบสุขภาพ แต่สิ่งที่ขาดไปคือการวิเคราะห์กลไกเชิงสถาบันที่ทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงองค์ประกอบ รวมไปถึงการทดสอบการปฏิบัติงานจริงระดับพื้นที่ โดยที่กลไกเชิงสถาบันที่เกี่ยวข้องกับ กระบวนการกำหนดนโยบาย การบริหารจัดการข้อมูล และความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ซึ่งมีผลโดยตรง

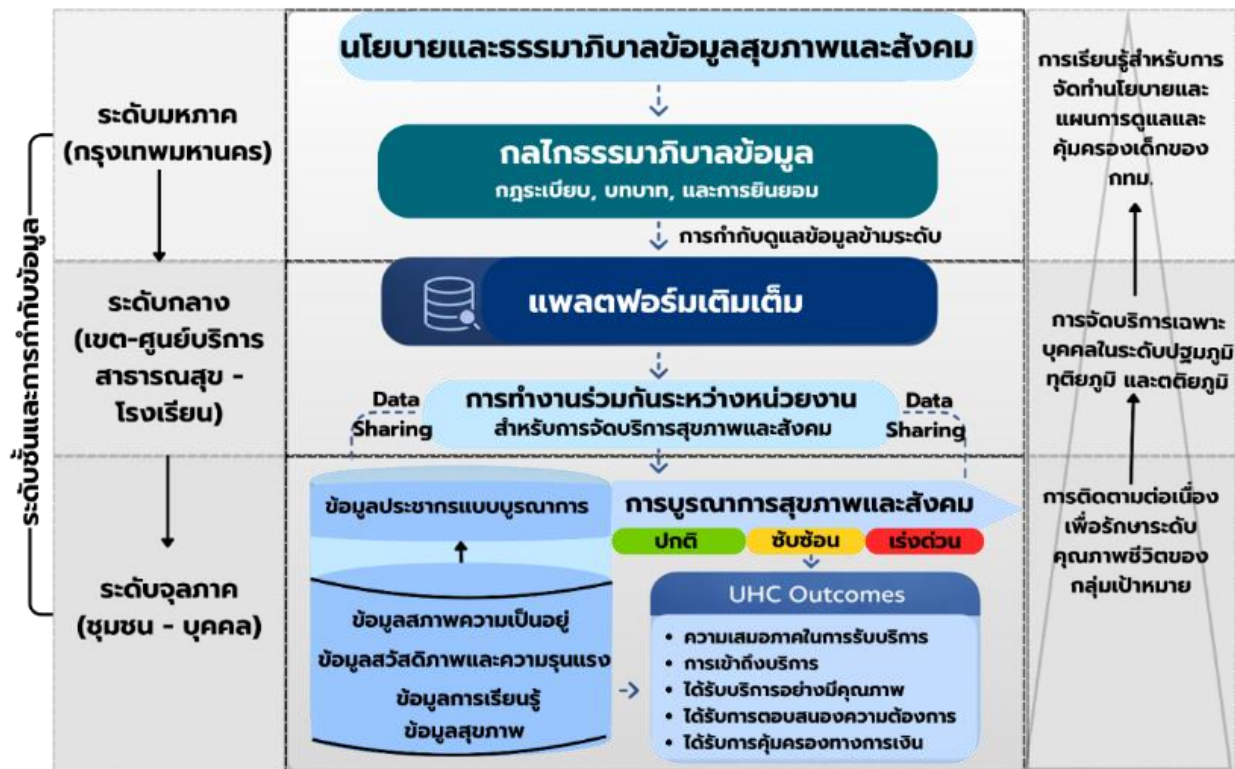
ต่อกับข้อมูล และการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการ ตัวอย่างเช่น ในบางพื้นที่อาจประสบปัญหาในการบูรณาการข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้การจัดการบริการขาดประสิทธิภาพและไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการในพื้นที่ โดยที่ผ่านมามีเพียงการศึกษาเฉพาะในส่วนของการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้เท่านั้น ขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของธรรมาภิบาลข้อมูลในการเชื่อมโยงระหว่างนโยบาย ระบบข้อมูล และการจัดการในเชิงลึกยังมีอยู่อย่างจำกัด

ด้วยเหตุนี้ การศึกษานี้จึงพิจารณาในการปิดช่องว่าง (gap) ดังกล่าว ผ่านการวิเคราะห์ธรรมาภิบาลข้อมูลในฐานะกลไกเชิงสถาบันที่สนับสนุนการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคม ด้วยกรอบการกำกับดูแลแบบหลายระดับ โดยใช้กรณีศึกษาการพัฒนาแพลตฟอร์มเพิ่มเติมเพื่อแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการข้อมูล การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และผลลัพธ์ของระบบบริการในระดับพื้นที่

ระเบียบวิธีวิจัย

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้มุ่งนำเสนอกรอบแนวคิดที่วางให้ “ธรรมาภิบาลข้อมูล” เป็นกลไกเชิงสถาบันสำหรับการเชื่อมโยงการดำเนินงานข้ามระดับของการกำกับดูแล เพื่อให้เกิดการวางแผน การส่งต่อ และการบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ จากช่องว่างเชิงความรู้และเชิงปฏิบัติ (knowledge and practical gaps) พบว่าการมุ่งผลลัพธ์ของการจัดการถ้วนหน้า (universal health coverage: UHC) ในเชิงคุณภาพ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงนโยบายระดับชาติเท่านั้น แต่ต้องมีการเชื่อมต่อระหว่างนโยบาย องค์กร หน่วยบริการ และชุมชนในพื้นที่อย่างเป็นระบบ โดยในบริบทนี้ธรรมาภิบาลข้อมูลที่ประกอบด้วยกฎเกณฑ์ บทบาท สิทธิในการเข้าถึงข้อมูล และกระบวนการให้ความยินยอม มีความสำคัญต่อการเชื่อมโยงข้อมูลและการส่งต่อบริการระหว่างหน่วยงาน ด้วยการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลเพิ่มเติม ที่สามารถบูรณาการข้อมูลเด็กและครอบครัวเปราะบางในหลายมิติ โดยมีกรอบความสัมพันธ์ของการพัฒนากรอบแนวคิดดังแสดงในรูป 1



รูป 1 กรอบแนวคิดแสดงบทบาทของธรรมาภิบาลข้อมูลในฐานะกลไกเชื่อมโยงข้ามระดับ ที่สนับสนุนการบูรณาการข้อมูล
การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน และการพัฒนาผลลัพธ์ภายใต้หลักการ UHC
ที่มา: ผู้วิจัยดัดแปลงจาก WHO (2016); Khatri & Brown (2010); Kodner & Spreuwerberg (2002); OECD (2019)

กรอบแนวคิดนี้แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการข้อมูลช่วยสนับสนุนให้เกิดบริการที่เน้นประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง โดยแบ่งระดับความซับซ้อนของความต้องการบริการของประชากรเด็กและครอบครัวเปราะบางออกเป็นระดับปกติ ซับซ้อน และเร่งด่วน ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งความเป็นธรรม การเข้าถึง บริการการตอบสนองต่อความต้องการ และการปกป้องทางการเงิน นอกจากนี้ กรอบแนวคิดดังกล่าวยังบรรจุถึงกลไกการเรียนรู้เชิงนโยบายและการปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงความสัมพันธ์เชิงพลวัตระหว่างธรรมาภิบาลข้อมูล การบูรณาการบริการ และผลลัพธ์ในระบบภายใต้บริบทการกำกับดูแลแบบหลายระดับ

การออกแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้มีการออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพในลักษณะการทบทวนเอกสารเชิงวิเคราะห์ (analytical documentary research) มุ่งศึกษาบทบาทของธรรมาภิบาลข้อมูลในฐานะกลไกเชิงสถาบัน ที่สนับสนุนการบูรณาการข้อมูลและการบริการสุขภาพ และสังคมภายใต้บริบทของการดำเนินงานตามหลักการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) การศึกษานี้จะมีการรวบรวมและวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและดำเนินงานของแพลตฟอร์มเดิมเดิม (TermTem platform) ในกลไกแพลตฟอร์มดิจิทัล ที่สนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูลและการส่งต่อและการจัดบริการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ผ่านกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือ ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างธรรมาภิบาลข้อมูล การบูรณาการข้อมูล และผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพและสังคม ในบริบทของการกำกับดูแลแบบหลายระดับ

แหล่งข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและดำเนินงานของแพลตฟอร์มเดิมเดิม โดยมีการพิจารณาประเด็นที่ครอบคลุมนโยบาย เอกสารวิชาการ ธรรมาภิบาลข้อมูล การวางแผนและการจัดบริการสุขภาพและสังคม และหลักการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับเด็กและครอบครัวเปราะบาง โดยมีแหล่งที่มาจากเอกสารโครงการ คู่มือ แนวนโยบาย รายงานการประชุม และบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องในนโยบายและประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยเอกสารที่นำมาวิเคราะห์ (ตาราง 1) ได้ถูกคัดเลือกตามเกณฑ์ความเกี่ยวข้องกับประเด็นการศึกษา โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่

- (1) เอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการคุ้มครองเด็ก ระบบสุขภาพ และการบูรณาการบริการทั้งในทางสุขภาพและสังคม
- (2) เอกสารที่กล่าวถึงธรรมาภิบาลข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูล หรือการใช้ข้อมูลภาครัฐ
- (3) เอกสารที่สะท้อนการดำเนินงานในบริบทภาครัฐหรือระบบบริการสาธารณะ

ขณะเดียวกัน มีการกำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

- (1) เอกสารที่เน้นประเด็นเชิงเทคนิคด้านเทคโนโลยีโดยไม่เชื่อมโยงกับการกำกับดูแล
- (2) เอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องกับบริบทการจัดบริการสุขภาพหรือสังคม

ทั้งนี้ การคัดเลือกเอกสารดำเนินการโดยใช้คำสำคัญ (keywords) ที่เกี่ยวข้อง เช่น “นโยบายการคุ้มครองเด็ก” “การคุ้มครองเด็ก” “สวัสดิภาพเด็กและเยาวชน” “การจัดการกรณีเด็ก” “สิทธิเด็ก” “เด็กเปราะบาง” “ความรุนแรงในครอบครัว” “การจัดบริการสุขภาพและสังคม” “การจัดการข้อมูลเด็ก” และ “ธรรมาภิบาลข้อมูลสำหรับการคุ้มครองเด็ก” เป็นต้น ร่วมกับการพิจารณาความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการศึกษา

ตาราง 1 ข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเภทข้อมูล	แหล่งข้อมูล	รายละเอียดเนื้อหา	บทบาทเชิงวิเคราะห์ในการวิจัย	ระดับการวิเคราะห์
เอกสาร นโยบาย ระดับชาติ	เอกสารหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC), แผนสุขภาพแห่งชาติ, กรอบธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐ (DGA), พ.ร.บ. คุ้มครองเด็กฯ, พ.ร.บ.ข้อมูลข่าวสารฯ, พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลฯ	เอกสารกำหนดเป้าหมาย เชิงนโยบาย หลักการ บริการที่ครอบคลุม และ กติกาดำเนินการ ข้อมูลภาครัฐ	ใช้วิเคราะห์กรอบเชิงสถาบัน (Institutional Rules) ที่กำหนดเป้าหมาย UHC และโครงสร้างธรรมาภิบาลข้อมูล	ระดับมหภาค (macro)

ประเภทข้อมูล	แหล่งข้อมูล	รายละเอียดเนื้อหา	บทบาทเชิงวิเคราะห์ในการวิจัย	ระดับการวิเคราะห์
เอกสารระดับเมือง	แผนพัฒนากรุงเทพมหานคร และเอกสารกำกับบริการด้านสวัสดิการและสุขภาพ	เอกสารแปลงนโยบาย ระดับชาติสู่ยุทธศาสตร์ และแนวทางปฏิบัติใน ระดับเมือง	ใช้วิเคราะห์กระบวนการ ถ่ายทอดนโยบายและการ จัดวางบทบาทหน่วยงาน ในระดับกลาง	ระดับกลาง (meso)
รายงานโครงการแพลตฟอร์ม “เติมเต็ม”	รายงานการดำเนินงาน รายงานปิดโครงการ บทเรียนพื้นที่นำร่อง	เอกสารอธิบายโครงสร้าง ระบบ การกำหนดสิทธิการ เข้าถึงข้อมูล และ กระบวนการประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน	นำไปใช้วิเคราะห์หลักไ ของธรรมาภิบาลข้อมูลใน เชิงปฏิบัติ รวมถึงการ เชื่อมโยงข้อมูลในหลาย มิติ	ระดับ องค์กร-พื้นที่
ข้อมูลเชิงกระบวนการระดับพื้นที่	โครงสร้างบทบาทเจ้าหน้าที่ ขั้นตอนการ จัดการกรณี (case management) ระบบสิทธิการเข้าถึงข้อมูล	ข้อมูลแสดงขั้นตอนการ ปฏิบัติงาน การส่งต่อ และ การติดตามผลในพื้นที่นำ ร่อง	ใช้วิเคราะห์การบูรณาการ บริการทางสังคมและ สุขภาพในระดับจุลภาค และกลไกการประสานงาน จริง	ระดับจุลภาค (micro)
ข้อมูลบริบทเชิงประชากรและสังคม	ข้อมูลสวัสดิการ ข้อมูลสภาพความเป็นอยู่ ข้อมูลบริการสาธารณะและสิ่งแวดล้อม	ข้อมูลที่สะท้อนโครงสร้าง ข้อมูลแบบหลายชั้น (layered data structure) ตามกรอบแนวคิด	ใช้วิเคราะห์ความเชื่อมโยง ระหว่างข้อมูลสุขภาพกับ ปัจจัยกำหนดทางสังคม ของสุขภาพ	เชื่อมโยง macro- meso-micro

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแบบมีกรอบแนวคิดกำกับ (framework-based content analysis) โดยมีฐานจากกรอบแนวคิดที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อจัดหมวดหมู่และตีความข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกระบวนการเริ่มต้นด้วยการทบทวนและสกัดข้อมูลสำคัญ เพื่อระบุองค์ประกอบด้านธรรมาภิบาลข้อมูล การบูรณาการข้อมูล และระบบการจัดบริการสุขภาพและสังคม

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามองค์ประกอบของกรอบแนวคิด เช่น ทั้งในเชิงนโยบาย กลไกธรรมาภิบาลข้อมูล แพลตฟอร์มดิจิทัล การบูรณาการ การประสานงานและผลลัพธ์ของการจัดบริการ จากนั้นจึงดำเนินการอภิปรายเชิงตีความสำหรับใช้ในการอธิบายบทบาทธรรมาภิบาลข้อมูลที่มีการเชื่อมโยงระดับบุคคล ชุมชน หน่วยบริการ และระดับนโยบายของการกำกับดูแล วิเคราะห์รูปแบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อจำกัด เพื่อแสดงกลไกและเงื่อนไขที่ส่งผลต่อความเป็นธรรมและคุณภาพบริการ

ผลการวิจัย

1) กลไกธรรมาภิบาลข้อมูลและบทบาทของแพลตฟอร์ม

กลไกธรรมาภิบาลข้อมูลในแพลตฟอร์มเดิมเต็มไม่ได้เป็นประเด็นทางเทคนิคการจัดการข้อมูลเท่านั้น แต่ยังเป็นระบบที่จะต้องมีการกำหนดกติกา บทบาท และความสัมพันธ์ของแต่ละหน่วยงานอย่างเป็นทางการ โดยระบุโครงสร้างการเข้าถึง สิทธิในการใช้ข้อมูล และกระบวนการขอความยินยอม (ตาราง 2) อย่างชัดเจน ซึ่งช่วยให้แต่ละหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในด้านการบริการด้านสุขภาพและสังคมมีหน้าที่ชัดเจนขึ้น และยังลดปัญหาความไม่แน่นอนเมื่อต้องแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างองค์กรด้วย

ตาราง 2 ตารางกำหนดสิทธิผู้ใช้ในแพลตฟอร์มเดิมเต็ม (TermTem platform)

ระดับผู้ใช้	บทบาท	สิทธิการเข้าถึงข้อมูล	สิทธิในการแก้ไขข้อมูล	ขอบเขตข้อมูล	หมายเหตุ
ผู้ดูแลระบบ (system admin)	ผู้พัฒนา/ผู้ดูแลระบบส่วนกลาง	เข้าถึงข้อมูลทั้งหมด	แก้ไข/จัดการระบบทั้งหมด	ทุกระดับ (ระบบ/หน่วยงาน/บุคคล)	ใช้เพื่อบริหารจัดการระบบและความปลอดภัย
ผู้กำกับดูแลระดับนโยบาย (policy level)	ผู้บริหาร/คณะกรรมการ	เข้าถึงข้อมูลเชิงสรุป (Dashboard)	ไม่สามารถแก้ไขข้อมูลรายบุคคล	ระดับภาพรวม/สถิติ	ใช้เพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย
ผู้ประสานงานระดับพื้นที่ (coordinator)	เจ้าหน้าที่เขต/หน่วยงานหลัก	เข้าถึงข้อมูลรายบุคคลในพื้นที่รับผิดชอบ	อัปเดตสถานะ/ติดตามเคส	ระดับพื้นที่ (เขต/ชุมชน)	ทำหน้าที่เชื่อมโยงหน่วยงาน
ผู้ให้บริการ (service provider)	หน่วยงานสุขภาพ/สังคม	เข้าถึงข้อมูลเฉพาะเคสที่เกี่ยวข้อง	บันทึก/อัปเดตข้อมูลบริการ	รายบุคคล (เฉพาะเคส)	จำกัดตามภารกิจ
ผู้บันทึกข้อมูล (data entry)	เจ้าหน้าที่ภาคสนาม	บันทึกข้อมูลพื้นฐาน	แก้ไขข้อมูลเบื้องต้น	รายบุคคล (เฉพาะที่รับผิดชอบ)	ไม่มีสิทธิ์เข้าถึงข้อมูลเชิงวิเคราะห์
ผู้ใช้งานทั่วไป (general user)	หน่วยงานสนับสนุน	เข้าถึงข้อมูลที่ได้รับอนุญาต	ไม่มีสิทธิ์แก้ไข	ข้อมูลบางส่วน	จำกัดตามสิทธิ
เจ้าของข้อมูล (data subject)	ประชาชน/ผู้รับบริการ	เข้าถึงข้อมูลของตนเอง	ให้/ถอนความยินยอม	ข้อมูลส่วนบุคคลของตนเอง	สอดคล้อง PDPA

ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (2568)

จากข้อมูลในตาราง 2 จะเห็นว่าการกำหนดบทบาทและสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลช่วยลดความเสี่ยงด้านความเป็นส่วนตัว และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ โครงสร้างสิทธิแบบหลายระดับยังช่วยบูรณาการบริการ พร้อมทั้งยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล แพลตฟอร์มเดิมเต็มมีบทบาทในการเชื่อมโยงข้อมูลข้ามระดับระหว่างครัวเรือน ไปชุมชน จากชุมชนไปหน่วยบริการในระดับพื้นที่ซึ่งมีผู้จัดการแพลตฟอร์มในระดับเขตทำหน้าที่เป็นผู้กำกับดูแล (บทบาทของผู้จัดการแพลตฟอร์มระดับเขตมีทั้งพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุข หรือนักสังคมสงเคราะห์ในศูนย์บริการสาธารณสุข หรือนักพัฒนาชุมชนของสำนักงานเขต ขึ้นอยู่กับการตกลงระหว่างผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่) ซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกส่วนของข้อมูล และสนับสนุนการตัดสินใจ

แผนการจัดบริการได้ที่ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งนี้ ประสิทธิภาพของกลไกธรรมาภิบาลข้อมูลขึ้นอยู่กับความพร้อมของหน่วยงานในการทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ รวมถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่และการเข้าร่วมโครงการของหน่วยบริการ ซึ่งหากไม่มีความเข้าใจในส่วนนี้ การมีแพลตฟอร์มดิจิทัลเพียงอย่างเดียวจะไม่สามารถใช้ในการแก้ปัญหาได้

2) การบูรณาการข้อมูลและการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

การบูรณาการข้อมูลบนแพลตฟอร์มเดิมเดิม (TermTem platform) นั้นดำเนินการผ่านการกำหนดกลไกการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความสามารถในการเชื่อมโยงระบบ (data sharing and interoperability) ระหว่างหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการให้บริการเป็นหลัก และเชื่อมโยงไปยังหน่วยงานการกำกับดูแล โดยแพลตฟอร์มนี้มีหน้าที่เป็นแกนของการแลกเปลี่ยนและผานข้อมูลจากหน่วยงานด้านสุขภาพ สังคม ชุมชน และการศึกษาในพื้นที่ ซึ่งเดิมมีรูปแบบและกระบวนการจัดเก็บที่แยกออกจากกันตามภารกิจของหน่วยงาน เช่น ระบบของสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร ระบบของการบันทึกสถานะทางสุขภาพ สำนักงานมัยกรุงเทพมหานคร ตลอดจนบันทึกที่มีการรวบรวมด้วยกระดาษ เช่น สมุดพกประจำตัว สมุดบันทึกวัดขึ้น เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาแพลตฟอร์มเดิมเดิมจึงสามารถเชื่อมโยงข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายได้ในระดับบุคคล (personalized) และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การบูรณาการข้อมูลช่วยสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ สามารถวางแผนการทำงานร่วมกันได้มากขึ้น ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรณีเดียวกันจากหลายหน่วยงาน ยกตัวอย่างเช่น การตรวจสอบอาการบาดเจ็บฟกช้ำของนักเรียนโดยคุณครู สามารถตรวจสอบได้จาก อสส. ในชุมชน หรือพัฒนาด้านการเรียนรู้ที่จะต้องเป็นการนำข้อมูลทั้งทางด้านการศึกษาและสุขภาพมาประกอบกัน เป็นต้น ทำให้สามารถนำไปสู่การวางแผนและติดตามการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง และกลไกนี้ช่วยลดปัญหาการบริการซ้ำซ้อน ช่วยให้แต่ละหน่วยงานมีบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลผู้รับบริการ

แม้ว่าการบูรณาการข้อมูลจะส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ผลการศึกษายังคงพบข้อจำกัดเชิงสถาบัน เช่น ระบบข้อมูลและมาตรฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน ระดับความพร้อมของบุคลากร ระดับความพร้อมของอุปกรณ์ และข้อจำกัดในการตีความและใช้งานข้อมูลร่วมกัน สิ่งเหล่านี้ทำให้การบูรณาการและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการข้อมูลจึงไม่ได้จำกัด หรือเกิดจากการมีแพลตฟอร์มกลางเท่านั้น แต่ยังคงพึ่งพาการกำหนดโครงสร้างของข้อมูลและกลไกความร่วมมือเชิงสถาบันควบคู่กันไปด้วย

ตาราง 3 กลไกธรรมาภิบาลข้อมูลและการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

องค์ประกอบ	กลไกที่เกิดขึ้น	บทบาทของแพลตฟอร์ม	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อจำกัดเชิงสถาบัน
กรอบนโยบายและธรรมาภิบาลข้อมูล	การกำหนดกติกาการใช้	รองรับการกำหนดสิทธิ	ลดความคลุมเครือของ	ความเข้าใจใน
	ข้อมูล สิทธิการเข้าถึง และ	ผู้ใช้งานและการเข้าถึง	ข้อมูลระหว่างหน่วยงาน	กติกาแตกต่างกัน
	กระบวนการให้ความ	ข้อมูลตามบทบาท		ระหว่างหน่วยงาน
	ยินยอม			



องค์ประกอบ	กลไกที่เกิดขึ้น	บทบาทของแพลตฟอร์ม	ผลที่เกิดขึ้น	ข้อจำกัดเชิงสถาบัน
กลไกธรรมาภิบาลข้อมูล	การกำหนดบทบาทของหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานในการจัดการข้อมูล	สนับสนุนการกำหนด role-based access และ workflow	เพิ่มความชัดเจนของหน้าที่และความรับผิดชอบ	บางหน่วยงานยังไม่พร้อมปรับบทบาทการทำงาน
การเชื่อมโยงข้อมูล (data sharing & interoperability)	การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานผ่านระบบกลาง	ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายแหล่ง	ลดความแยกส่วนของข้อมูล (data fragmentation)	ความแตกต่างของมาตรฐานข้อมูลและระบบเดิม
ข้อมูลประชากรแบบบูรณาการ	การรวมข้อมูลสุขภาพ สวัสดิการ และบริบทชีวิตในระดับบุคคล	แสดงข้อมูลแบบองค์รวม ในระดับรายกรณี (case-based)	สนับสนุนการวิเคราะห์และตัดสินใจเชิงระบบ	ข้อจำกัดด้านคุณภาพและความครบถ้วนของข้อมูล
การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน	การใช้ข้อมูลร่วมกันในการวางแผนและติดตามการให้บริการ	สนับสนุนการประสานงานและติดตาม case ระหว่างหน่วยงาน	ลดความซ้ำซ้อนของบริการ เพิ่มความต่อเนื่อง	ระดับความร่วมมือแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

จากตารางที่ 3 สามารถสรุปได้ว่ากระบวนการบูรณาการข้อมูลและการประสานงานระหว่างหน่วยงานดำเนินการทั้งในรูปแบบกลไกด้านข้อมูลและกลไกเชิงสถาบันควบคู่กัน แม้ระบบแพลตฟอร์มจะมีส่วนช่วยลดปัญหาการแยกส่วนของข้อมูล แต่ข้อจำกัดด้านโครงสร้างองค์กรและระดับความพร้อมของแต่ละหน่วยงานยังคงส่งผลต่อประสิทธิภาพของการบูรณาการในทางปฏิบัติ

3) การบูรณาการบริการและผลลัพธ์ภายใต้ UHC

การบูรณาการข้อมูลและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานผ่านแพลตฟอร์มเดิมเดิม (TermTem platform) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการ (change of governance) สำหรับการจัดการบริการสำหรับเด็กและครอบครัวเปราะบาง โดยเน้นยึดแนวคิดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) มากขึ้นผ่านการใช้ข้อมูลความต้องการบริการส่วนบุคคล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลร่วมกันเพื่อประเมินสถานการณ์ของผู้รับบริการใน 4 มิติ ได้แก่ อาชีพและสภาพความเป็นอยู่ สังคมและสวัสดิการ การเรียนรู้ และสุขภาพ ส่งผลให้การวางแผนและการให้บริการสามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในส่วนของกระบวนการวางแผนและการจัดบริการสามารถแบ่งออกตามระดับความซับซ้อนของความต้องการบริการ (service needs) ได้แก่ กรณีทั่วไป (ต้องการรับบริการทั่วไปอย่างต่อเนื่อง) กรณีซับซ้อน (จะต้องได้รับการส่งต่อไปเข้ารับบริการ) และกรณีเร่งด่วน (ต้องการแก้ไขเร่งด่วนและจะต้องบังคับใช้กฎหมาย) ซึ่งแต่ละระดับความต้องการจำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในระดับที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ แพลตฟอร์มมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการส่งต่อข้อมูล การติดตามสถานะของผู้รับบริการ และการประสานงานการวางแผนและสื่อสารระหว่างหน่วยงาน เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการให้บริการและลดช่องว่างในการดูแล

ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการบูรณาการบริการช่วยเพิ่มการเข้าถึงและความต่อเนื่องของการดูแลตามหลักการบริการที่ครอบคลุม รวมถึงการตอบสนองต่อกลุ่มเด็กและครอบครัวเปราะบางและลดความซ้ำซ้อนของการเข้าถึงบริการ โดยระดับผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของกลไกและความพร้อมของหน่วยงาน ข้อมูลในตาราง 4 แสดงให้เห็นว่าการใช้แพลตฟอร์มเดิมเดิมส่งเสริมการเชื่อมโยงข้อมูลและการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ส่งผลต่อรูปแบบบริการและผลลัพธ์ในหลายด้าน

ตาราง 4 การบูรณาการบริการและผลลัพธ์ภายใต้ UHC

มิติ	ลักษณะการเปลี่ยนแปลง	บทบาทของแพลตฟอร์ม	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	ข้อจำกัด
การเข้าถึงบริการ (access)	การเข้าถึงบริการที่หลากหลายผ่านข้อมูลร่วม	เชื่อมโยงข้อมูล ผู้รับบริการระหว่างหน่วยงาน	เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ	ขึ้นอยู่กับความครบถ้วนของข้อมูล
ความต่อเนื่องของการดูแล (continuity)	การติดตาม case อย่างต่อเนื่อง	ระบบติดตามสถานะและการส่งต่อ	ลดการตกหล่นของผู้รับบริการ	ความสม่ำเสมอในการใช้ระบบ
การตอบสนอง (responsiveness)	การออกแบบบริการตามบริบทของผู้รับบริการ	การเข้าถึงข้อมูลแบบองค์รวม	บริการตรงกับความต้องการมากขึ้น	ความสามารถในการตีความข้อมูล
ความเป็นธรรม (equity)	การเข้าถึงกลุ่มเปราะบางดีขึ้น	การระบุและติดตามกลุ่มเป้าหมาย	ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ	ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง
การลดความซ้ำซ้อนของบริการ	การลดการให้บริการซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงาน	การใช้ข้อมูลร่วมกัน	เพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร	การประสานงานยังไม่สมบูรณ์

จากข้อมูลในตาราง 4 สามารถสังเกตได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ได้จำกัดเฉพาะการเพิ่มการเข้าถึงบริการเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงการยกระดับความต่อเนื่องของการดูแลและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการในกลุ่มเด็กและครอบครัวเปราะบาง ถึงแม้ว่าจะพบแนวโน้มเชิงบวกในหลายมิติ แต่ผลลัพธ์ยังคงขึ้นอยู่กับความพร้อมของหน่วยงานและประสิทธิภาพของกลไกความร่วมมือในแต่ละบริบท เช่น การแยกเด็กออกจากครอบครัวมาอยู่บ้านพักเด็กซึ่งยังมีไม่เพียงพอรองรับความต้องการได้ทั้งหมด สะท้อนให้เห็นข้อจำกัดเชิงสถาบันที่ยังมีอิทธิพลต่อระดับของการบูรณาการบริการอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าธรรมาภิบาลข้อมูลเป็นกลไกทางสถาบันที่ช่วยเชื่อมโยงการบริหารจัดการข้อมูลกับการประสานงานระหว่างหลายหน่วยงาน โดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อแลกเปลี่ยนและรวมข้อมูลในระดับบุคคล กลไกนี้ช่วยจัดการข้อจำกัดจากข้อมูลที่แยกส่วน และเสริมสร้างความร่วมมือในการวางแผนและจัดบริการ ส่งผลให้รูปแบบบริการเปลี่ยนจากการดำเนินงานเฉพาะมิติไปสู่การจัดบริการแบบบูรณาการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความต่อเนื่องในการดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในกรณีศึกษาของกลุ่มเด็กและครอบครัวเปราะบาง อย่างไรก็ตาม ระดับการบูรณาการบริการขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความพร้อมของหน่วยงาน ระดับความร่วมมือ และความสามารถในการแบ่งปันข้อมูล ซึ่งสะท้อนว่าการพัฒนาธรรมาภิบาลข้อมูลควรดำเนินควบคู่กับการเสริมสร้างองค์กร เพื่อรองรับการยกระดับผลลัพธ์ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างมั่นคง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาข้างชี้ให้เห็นว่า ธรรมาภิบาลข้อมูลมีบทบาทในฐานะกลไกเชิงสถาบันที่กำหนดกรอบกติกา บทบาทหน้าที่ และการประสานงานระหว่างองค์กรเป็นไปอย่างเป็นระบบ โดยถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนการแลกเปลี่ยนข้อมูลและส่งเสริมความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพ การปรับเปลี่ยนแนวคิดจากการจัดการข้อมูลด้วยแพลตฟอร์มดิจิทัลไปสู่แนวทางการยกระดับเชิงสถาบัน สนับสนุนให้เกิดความเข้าใจถึงความจำเป็นในการพัฒนา

โครงสร้างการกำกับข้อมูลตามมาตรฐานของสำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการบูรณาการบริการข้ามหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ไม่ใช่เพียงแค่การจัดการข้อมูลเท่านั้น

ในขณะเดียวกัน การใช้แพลตฟอร์มเดิมเดิมซึ่งถูกใช้เป็นที่ศึกษาในการดูแลและคุ้มครองเด็กและครอบครัว เพราะบางในบทบาทสำคัญของการเป็นโครงสร้างพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูล ด้วยการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูล และสนับสนุนความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาระบุว่าการใช้งานแพลตฟอร์มดิจิทัลเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถนำไปสู่เป้าหมายการบูรณาการได้ หากขาดเงื่อนไขเชิงสถาบัน เช่น ความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ ระดับความร่วมมือระหว่างองค์กร และศักยภาพในการใช้ข้อมูลร่วมกัน

สำหรับการบูรณาการการจัดบริการภายใต้บริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าการดำเนินงานเกิดขึ้นจากการเชื่อมโยงระบบสุขภาพ สังคม และข้อมูลระดับพื้นที่ มากกว่าการปฏิบัติโดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ส่งผลให้เกิดการเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องในการกำกับดูแล และความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของเด็กและครอบครัว เพราะบาง

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยสะท้อนข้อจำกัดด้านศักยภาพของหน่วยงาน การนำมาตรฐานข้อมูลมาใช้ และระดับความร่วมมือที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้การบูรณาการบริการมีความไม่สม่ำเสมอและไม่สอดคล้อง และเกิดปัญหาความแยกส่วนของระบบยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างสมบูรณ์

โดยสรุป การศึกษานี้เสนอให้พิจารณาธรรมชาติของข้อมูลในฐานะ “กลไกเชื่อมโยง” ระหว่างนโยบาย ระบบข้อมูล และการจัดบริการในระดับพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการยกระดับผลลัพธ์ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการในอนาคตควรให้ความสำคัญทั้งการพัฒนากลไกเชิงสถาบันและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อส่งเสริมการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้เสนอว่าการพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาธรรมชาติของข้อมูลควบคู่กับการส่งเสริมเทคโนโลยีดิจิทัล โดยเน้นการกำหนดแนวทางการใช้ข้อมูลอย่างชัดเจน การจัดโครงสร้างบทบาทและความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน และการสร้างกลไกสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สนับสนุนความร่วมมือระหว่างองค์กร ทั้งนี้ การลงทุนในแพลตฟอร์มเทคโนโลยีเพียงลำพังอาจไม่เพียงพอ หากขาดกลไกทางสถาบันที่รองรับการใช้ข้อมูลร่วมกันในเชิงปฏิบัติ

สำหรับระดับพื้นที่ ควรพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของทั้งหน่วยงานและบุคลากรในการใช้ข้อมูลร่วมกัน พร้อมสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ และกระบวนการทำงานระหว่างหน่วยงาน เพื่อเพิ่มความไว้วางใจและลดข้อจำกัดจากความแยกส่วนของระบบ ในระยะยาว ควรมีการกำหนดมาตรฐานข้อมูลกลางและกลไกการกำกับดูแลข้ามระดับ เพื่อเชื่อมโยงนโยบายระดับชาติสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัยในอนาคต ควรส่งเสริมการศึกษาโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น การวิเคราะห์เชิงปริมาณหรือการติดตามผลลัพธ์ระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบของการบูรณาการข้อมูลและบริการต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและสังคมอย่างเป็นระบบ รวมถึงการศึกษาข้ามบริบทพื้นที่เพื่อเปรียบเทียบเงื่อนไขเชิงสถาบันที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการบูรณาการบริการ



กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้ศึกษาจากการดำเนินโครงการภายใต้โครงการพัฒนาแพลตฟอร์มการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและครอบครัวเปราะบาง หรือ “เติมเต็ม” ในความร่วมมือของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวณ.) กรุงเทพมหานคร (กทม.) และ สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) สำหรับความร่วมมือในการพัฒนาแพลตฟอร์ม “เติมเต็ม” เพื่อสนับสนุนการบูรณาการบริการทางสังคมและสุขภาพสำหรับเด็กและครอบครัวเปราะบางในระดับพื้นที่ โดย ดร.ธนาคม วงษ์บุญธรรม (ผู้เขียน) รับผิดชอบการดำเนินงานระยะที่ 2 (การพัฒนา prototype) และระยะที่ 3 (การทดสอบ ขยายผล และพัฒนา product) รวมถึงการออกแบบกรอบธรรมาภิบาลข้อมูลและกลไกการบูรณาการข้อมูลเชิงระบบ

เอกสารอ้างอิง

- ธนาคม วงษ์บุญธรรม. (2566). ปัญหาการเชื่อมต่อข้อมูลและการติดตามสถานะทางสุขภาพของประชากรในระบบบริการสุขภาพ: กรณีศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับโรคเบาหวานในพื้นที่เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. ใน เอกสารสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการสมาคมประชากรแห่งชาติ
- สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน). (2565). กรอบธรรมาภิบาลข้อมูลภาครัฐ. กรุงเทพฯ: DGA
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย. (2568). รายงานโครงการแพลตฟอร์มเติมเต็ม (TermTem Platform). เอกสารภายใน
- ราชกิจจานุเบกษา. (2562). พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562. เล่ม 136 ตอนที่ 69 ก (27 พฤษภาคม 2562) <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17081915.pdf>
- Khatri, V., & Brown, C. V. (2010). Designing data governance. *Communications of the ACM*, 53(1), 148–152. <https://doi.org/10.1145/1629175.1629210>
- Kodner, D. L., & Spreuwenberg, C. (2002). Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated Care*, 2, e12. <https://doi.org/10.5334/ijic.67>
- Janssen, M., & Kuk, G. (2016). The challenges and limits of big data algorithms in technocratic governance. *Government Information Quarterly*, 33(3), 371–377. <https://doi.org/10.1016/j.giq.2016.08.011>
- OECD. (2019). *The path to becoming a data-driven public sector*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/059814a7-en>
- OECD. (2020). *Enhancing public trust in COVID-19 vaccination: The role of governments*. OECD Publishing
- World Bank. (2021). *World development report 2021: Data for better lives*. World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1600-0>
- World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. WHO
- World Health Organization. (2010). *The world health report: Health systems financing: The path to universal coverage*. WHO
- World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. WHO



World Health Organization, & World Bank. (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*. WHO

World Health Organization, & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). *Declaration of Astana: Global conference on primary health care*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

North, D. C. (1990). *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press

Scott, W. R. (2014). *Institutions and organizations* (4th ed.). Sage

Marmot, M., et al. (2008). *Closing the gap in a generation*. WHO



การประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มาจากผลกระทบการยกเลิก นโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย ระหว่างปี 2568 – 2578

(Projection of the Prevalence of Electronic Cigarette Use Attributable to the Impact
of Lifting Thailand's Ban on the Importation and Sale of Electronic Cigarettes,
2025 – 2035)

โดย

**อรณิชา หนูนาค^{*}, มธุรส ทิพยมงคลกุล[†], จิราลักษณ์ นนทารักษ์[‡]
และ หทัยชนัน อินทร์ชัย[§]**

^{*} นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (โรคติดต่อและวิทยาการระบาดทางการสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[†] รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเซีย มหาวิทยาลัยมหิดล

[‡] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[§] อาจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นความท้าทายต่อเป้าหมายการลดความชุกของผู้สูบบุหรี่ใหม่ เนื่องจากกลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังกลุ่มเด็กและเยาวชน จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นภัยคุกคามต่อการควบคุมยาสูบและสาธารณสุข ประเทศไทยจึงกำหนดนโยบายการห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่และคุ้มครองสุขภาพของประชาชน อย่างไรก็ตาม หากมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายในอนาคต อาจส่งผลกระทบต่อทุนมนุษย์ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาประเทศ ดังนั้น การคาดประมาณผลกระทบต่อความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่อาจเกิดขึ้นจึงเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างปี 2568 – 2578 ภายใต้สถานการณ์สมมติที่มีการยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า การศึกษานี้ใช้ฐานข้อมูลพหุมิติจากการสำรวจระดับชาติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2557– 2567 และประยุกต์ใช้แบบจำลองมาร์คอฟ (Markov model) เพื่อประมาณค่าความชุก โดยพิจารณาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และนโยบายบุหรี่ไฟฟ้า พร้อมทั้งเปรียบเทียบสถานการณ์ปัจจุบันกับสถานการณ์ภายหลังการยกเลิกนโยบายภายใต้การกำกับดูแลที่ต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกสถานการณ์ ภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน ความชุกเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 1.94 ในปี 2568 เป็นร้อยละ 2.46 ในปี 2578 ในทางตรงกันข้าม สถานการณ์ที่ยกเลิกนโยบายภายใต้การกำกับดูแลระดับสูง พบว่าความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.13 ในปี 2578 ส่วนสถานการณ์ภายใต้การกำกับดูแลที่ระดับปานกลางถึงต่ำ ความชุกเพิ่มขึ้นถึงประมาณร้อยละ 7.59 ถึง 8.75 ซึ่งสูงกว่าสถานการณ์ปัจจุบัน 3.56 เท่า ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า หากยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าจะทำให้ความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีนัยสำคัญต่อระบบสาธารณสุข ดังนั้น ผลการศึกษาจึงเน้นย้ำความจำเป็นในการคงนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า สร้างเสริมการเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในระยะยาว

คำสำคัญ: การประมาณค่า, ความชุก, นโยบายการควบคุมยาสูบ, บุหรี่ไฟฟ้า, ประเทศไทย



Abstract

Electronic cigarettes have emerged as a strategic marketing tool employed by the tobacco industry, particularly targeting children and adolescents. The rapid proliferation of electronic cigarette use poses a significant threat to tobacco control efforts and public health. In Thailand, the importation and sale of electronic cigarettes are currently prohibited to prevent initiation among youth and to protect public health. However, no studies have projected the impact of potential policy changes on electronic cigarette use prevalence in Thailand, creating a critical evidence gap for policy decisions that may have far-reaching consequences for health-related, economic, social, and long-term national development outcomes. This study aimed to project the prevalence of electronic cigarette use among the Thai population aged 15 years and older during 2025 – 2035 under a hypothetical scenario in which the ban on the importation and sale of electronic cigarettes is lifted. The study utilized secondary data from nationally representative surveys conducted by the National Statistical Office between 2014 and 2024 and applied a Markov model to estimate prevalence trends by incorporating variables related to electronic cigarette use situations and policies. The current policy scenario was compared with deregulation scenarios reflecting varying levels of policy intensity. The findings showed that the prevalence of electronic cigarette use demonstrated an increasing trend across all scenarios. Under the current policy scenario, prevalence was projected to rise modestly from 1.94% in 2025 to 2.46% in 2035. In contrast, deregulation scenarios showed substantially higher increases. Under a high-intensity regulation following deregulation, prevalence was projected to increase to 6.13% in 2035. Moreover, moderate - to low-intensity regulation scenarios resulted in even greater increases, with projected prevalence ranging from 7.59% to 8.75%, representing approximately 3.56-fold higher levels than the current policy scenario. These findings indicate that lifting the ban on the importation and sale of electronic cigarettes would lead to sustained increases in prevalence with significant public health implications. The study emphasizes the necessity of maintaining the current prohibition, strengthening surveillance and law enforcement mechanisms to prevent long-term health impacts on the population.

Keywords: projection, prevalence, tobacco control policy, e-cigarettes, Thailand

การประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มาจากผลกระทบการยกเลิกนโยบาย ห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย ระหว่างปี 2568 – 2578

(Projection of the Prevalence of Electronic Cigarette Use Attributable to the Impact of
Lifting Thailand's Ban on the Importation and Sale of Electronic Cigarettes, 2025 – 2035)

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้า (electronic cigarettes) เป็นอุปกรณ์ที่ใช้พลังงานไฟฟ้าในการให้ความร้อนกับน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อสร้างละอองไอที่ผู้สูบบุหรี่สูดเข้าสู่ร่างกาย สามารถนำส่งนิโคตินและสารปรุงแต่งกลิ่นด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Jane Ling et al., 2023) ซึ่งในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า (e-liquid) ประกอบไปด้วย นิโคติน (nicotine) โพรพิลีนไกลคอล (Propylene glycol (PG)) และกลีเซอริน vegetable glycerin (VG) และสารแต่งกลิ่นและรส (Cheah, Chong, Tan, Morsed, & Yee, 2014; Glasser et al., 2017; Grana, Benowitz, & Glantz, 2014; Hiemstra & Bals, 2016) ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้เผชิญกับวิกฤตการแพร่ระบาดของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นภัยคุกคามต่อการควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบและระบบสาธารณสุข จากข้อมูลการสำรวจจำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า (electronic cigarettes หรือ e-cigarettes) ใน 48 ประเทศทั่วโลก เมื่อปี 2564 พบว่ามีผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าทั่วโลกประมาณ 82 ล้านคน (Jerzynski & Stimson, 2023) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นการแพร่กระจายของบุหรี่ไฟฟ้าไปยังทุกภูมิภาคทั่วโลก ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกมีการกำหนดมาตรการ แนวทางและกฎระเบียบเกี่ยวกับการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าที่แตกต่างกัน ได้แก่ ห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า การควบคุมเช่นเดียวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ การควบคุมเช่นเดียวกับสารพิษ การควบคุมเช่นเดียวกับสินค้าอุปโภคบริโภค การควบคุมเช่นเดียวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเริ่มต้นการใช้นิโคตินไฟฟ้า เช่น ผู้ไม่สูบบุหรี่ กลุ่มเด็กและเยาวชน โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษกับกลุ่มเปราะบาง ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้นิโคตินไฟฟ้าให้เหลือน้อยที่สุด ดังนั้น หลายประเทศรวมถึงประเทศไทย จึงมีหลักการและรูปแบบในการดำเนินการป้องกันและควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าที่คล้ายคลึงกัน แต่จะแตกต่างกันในรายละเอียดตามบริบทของแต่ละประเทศประเทศไทยเป็น 1 ใน 41 ประเทศที่มีมาตรการห้ามจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า (World Health Organization [WHO], 2025) ตั้งแต่ปี 2557 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่และคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประเทศไทย ซึ่งรายงานโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2567 พบว่า ความชุกการสูบบุหรี่ของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในภาพรวมประเทศ มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 23.0 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 16.5 ในปี พ.ศ. 2567 แต่กลับพบว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าพุ่งสูงขึ้นเป็น 10 เท่า โดยมีผู้ใช้นิโคตินไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจาก 78,742 คน ในปี 2564 เป็น 995,447 คน ในปี 2567 โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรอายุ 25 – 59 ปี มีความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุดร้อยละ 70.2 (National Statistical Office [NSO], 2025) ซึ่งสะท้อนให้เห็นแนวโน้มพฤติกรรม การบริโภคยาสูบรูปแบบใหม่ที่กำลังเข้ามาแทนที่บุหรี่แบบดั้งเดิม รวมถึงการแพร่หลายของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนและประชาชนทั่วไปได้อย่างชัดเจน แม้จะเป็นผลิตภัณฑ์ที่ผิดกฎหมายและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งนี้ ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของประชากรทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่อัตราเกิดหรือจำนวนเด็กเกิดใหม่มีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานและวัยเด็กลดลง หากประเทศไทยมีการยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ส่งผลกระทบให้ประชากรวัยทำงานและวัยเรียน ซึ่งเป็นทรัพยากรมนุษย์ต้องสูญเสียศักยภาพในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในอนาคต

เพราะการเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนจึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรลดลง และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในระยะยาว จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษานี้จึงเล็งเห็นความจำเป็นในการประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างปี 2568 – 2578 หากยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อประเมินและติดตามสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศ รวมถึงการวางแผนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างปี 2568 – 2578 หากยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้ฐานข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2557 – 2567 ที่มาจากการสำรวจภาคตัดขวาง (cross sectional survey) ในโครงการสำรวจระดับชาติของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่มีคำถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในกลุ่มประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในช่วงปี 2568 – 2578 ภายใต้สถานการณ์เชิงนโยบายที่แตกต่างกัน รวมทั้งสิ้น 5 ฐานข้อมูล ดังนี้

- 1) การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557
- 2) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558
- 3) การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560
- 4) การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564
- 5) การสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567

การประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในการศึกษานี้ ใช้แบบจำลองมาร์คอฟ (Markov model) โดยพิจารณาตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นโยบายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผ่านการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า (initiation) การเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า (cessation) และการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (relapse)

แบบจำลองมาร์คอฟเป็นแบบจำลองเชิงคณิตศาสตร์ที่ใช้ในการจำลองการเปลี่ยนผ่านระหว่างสถานะ (states) ของประชากรในช่วงเวลาที่กำหนด โดยอาศัยความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ (transition probabilities) ในแต่ละรอบเวลา (cycle) ซึ่งในการศึกษานี้กำหนดรอบเวลาเท่ากับ 1 ปี แบบจำลองดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ และประเมินผลลัพธ์ภายใต้สถานการณ์เชิงนโยบายที่แตกต่างกันได้อย่างเป็นระบบ

องค์ประกอบแบบจำลองประกอบด้วยกำหนดสถานะของประชากร เพื่อใช้เป็นกรอบในการจำลองและการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถแบ่งกลุ่มประชากร เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

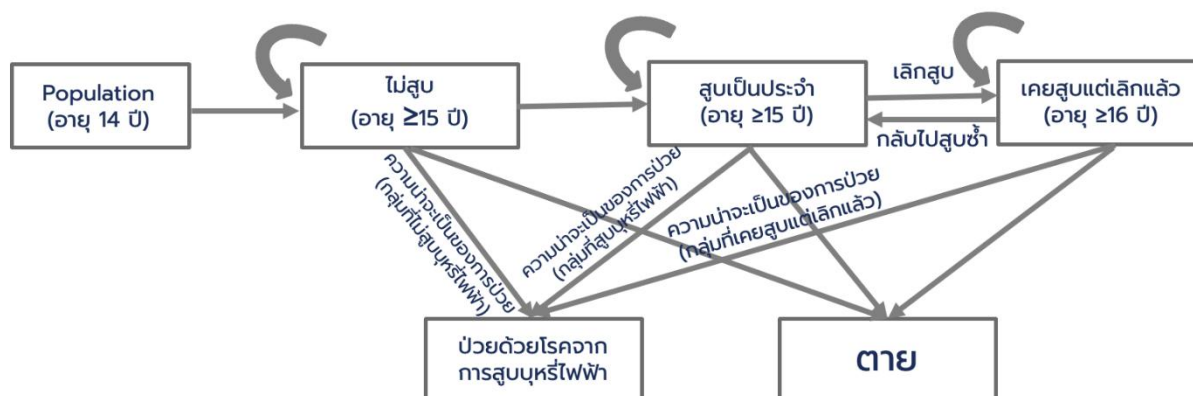
- 1) กลุ่มไม่สูบ (never smoker)
- 2) กลุ่มสูบเป็นประจำ (current smoker)
- 3) กลุ่มเคยสูบแต่เลิกแล้ว (former smoker)

การเปลี่ยนสถานะของประชากร (state transitions) โดยการเปลี่ยนแปลงสถานะเกิดขึ้นในการเปลี่ยนแปลงในช่วงระยะเวลา 1 ปี สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- 1) เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า (initiation)
- 2) การเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า (cessation)
- 3) การกลับมาสูบบุหรี่ (relapse)
- 4) ความน่าจะเป็นของการป่วยด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (incidence rate)

การประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจากตัวแปรที่เกี่ยวข้องตามสถานการณ์เกี่ยวกับนโยบายเกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้า ด้วยแบบจำลองมาร์คอฟ (markov model) โดยพิจารณาความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนผ่านระหว่างสถานะ ต่างๆ ได้แก่

- 1) การเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า (initiation): การเปลี่ยนจากกลุ่มไม่เคยสูบ never smoker → กลุ่มสูบเป็นประจำ current smoker
- 2) การเลิกสูบบุหรี่ไฟฟ้า (cessation): การเปลี่ยนจากกลุ่มสูบเป็นประจำ current smoker → กลุ่มเคยสูบแต่ เลิกแล้ว former smoker
- 3) การกลับมาสูบบุหรี่ (relapse): การเปลี่ยนจากกลุ่มเคยสูบแต่เลิกแล้ว former smoker → จากกลุ่มสูบเป็น ประจำ current smoker (ตามรูปภาพที่ 1)



รูปที่ 1 ภาพรวมแบบจำลองมาร์คอฟของการประมาณค่าความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ตั้งแต่ปี 2568 – 2578

ทั้งนี้ การศึกษานี้มุ่งเน้นการประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระดับประชากร ซึ่งค่าความน่าจะเป็น ดังกล่าวได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลการสำรวจระดับชาติ ดังนั้น จึงไม่ได้รวมสถานะการเกิดโรค (disease states) ไว้ในแบบจำลองโดยตรง แต่พิจารณาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นหลัก

การคำนวณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในแต่ละปีคำนวณจากแบบจำลองมาร์คอฟ โดยอาศัยความน่าจะเป็น ของการเปลี่ยนสถานะของประชากรในแต่ละรอบเวลา (1 ปี) โดยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของการคำนวณได้ดังนี้

$$\text{ความชุกในปีถัดไป} = \text{ความชุกปีปัจจุบัน} + \text{ผู้เริ่มสูบใหม่} - \text{ผู้เลิกสูบ} + \text{ผู้กลับมาสูบบุหรี่}$$

โดยจำนวนผู้เริ่มสูบใหม่ ผู้เลิกสูบ และผู้กลับมาสูบบุหรี่ คำนวณจาก transition probabilities ภายใต้อัตราการ เปลี่ยนสถานะที่กำหนดค่าที่ได้ในแต่ละรอบเวลาจะถูกนำไปใช้เป็นตัวตั้งต้นในรอบเวลาถัดไป เพื่อประมาณแนวโน้มความชุก ในระยะยาว

แบบจำลองที่ใช้ในการประมาณค่า

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยมีการกำหนดแบบจำลองที่ใช้ในการประมาณค่า แบ่งเป็น 2 แบบจำลองดังนี้

1. แบบจำลองหลัก (main analysis model)

แบบจำลองนี้จะอธิบายถึงสถานการณ์เกี่ยวกับนโยบายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีการเปรียบเทียบนโยบายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน (ตารางที่ 1) และนโยบายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคต (ตารางที่ 2) โดยรายละเอียดของนโยบายกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และหลักคิดในการกำหนดความชุกที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้นในปีเริ่มต้น ดังนี้

ตาราง 1 นโยบายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน

นโยบายที่เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	กฎหมายที่เกี่ยวข้องในการควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า	ความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้า
นโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่าย บุหรี่ไฟฟ้า (บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย)	- ประกาศกระทรวงพาณิชย์ พ.ศ.2557 - พระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2560 - คำสั่งคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัย ของสินค้าและบริการที่ 24/2567	ร้อยละ 1.5 (995,447 คน)

ที่มา : การสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

สถานการณ์ปัจจุบัน : ประเทศไทยยังคงมีนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้ค่าความชุกฐานจากการสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2567 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

กฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ดังนี้

- 1) ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า เป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557
- 2) พระราชบัญญัติศุลกากร พ.ศ. 2560 เป็นการกำหนดมาตรการ “ห้ามนำเข้าซึ่งของที่ยังมิได้ผ่านพิธีการศุลกากร” ซึ่งรวมถึงบารากูดั้งเดิมด้วยบารากูดั้งเดิม บารากูไฟฟ้า น้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า
- 3) คำสั่งคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยของสินค้าและบริการที่ 24/2567 เรื่อง ห้ามผลิตเพื่อขาย ห้ามขายหรือให้บริการสินค้าบารากู บารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า หรือด้วยบารากู น้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้ามีสถานการณ์ความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในปี 2567 ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.5 เพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่า โดยมีผู้ใช้นิรุธไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจาก 78,742 คน ในปี 2564 เป็น 995,447 คน ในปี 2567

ตาราง 2 จำลองนโยบายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในอนาคต

นโยบายที่เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	ความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้า
บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย	- พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560	เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 5 – 10

สถานการณ์ยกเลิกนโยบาย : กำหนดสถานการณ์สมมติว่า “มีการยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า” ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านตัวแปรสำคัญ ได้แก่ อัตราการเริ่มสูบ (initiation rate) การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า และการรับรู้ความเสี่ยง โดยสมมติว่าการยกเลิกนโยบายจะทำให้อัตราการเริ่มสูบเพิ่มขึ้น

ในการศึกษานี้ ได้กำหนดสถานการณ์สมมติกรณี “การยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า” ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าผ่านตัวแปรสำคัญ ได้แก่ (1) อัตราการเริ่มสูบ (initiation rate) (2) อัตราการเลิกสูบ (cessation rate) และ (3) การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ (accessibility) โดยสมมติว่าการยกเลิกนโยบายจะส่งผลให้อัตราการเริ่มสูบเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าง่ายขึ้น การรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวโทษ พิษภัยจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าลดลง และการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบเพิ่มขึ้น

กฎหมายที่เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ดังนี้

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560

ด้านกฎหมาย นิยาม “ผลิตภัณฑ์ยาสูบ” ตามกฎหมาย ยังไม่ครอบคลุมถึงอุปกรณ์บุหรี่ไฟฟ้า สารหรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการสูบรวมกับบุหรี่ไฟฟ้า หากไม่มีการแก้ไขกฎหมาย ทำให้เกิดช่องว่างทางกฎหมายส่งผลให้เกิดผู้กระทำความผิด

ด้านการบังคับใช้กฎหมาย เนื่องจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นผู้บังคับใช้กฎหมาย จำนวนบุคลากรและศักยภาพของเจ้าหน้าที่ยังมีไม่เพียงพอ รวมถึงปัจจุบันการกระทำความผิดส่วนใหญ่จะพบบนช่องทางออนไลน์ เช่น การลักลอบซื้อ/ขายบุหรี่ไฟฟ้าในช่องทางออนไลน์ การโฆษณาในช่องทางออนไลน์ เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องใช้เจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญ และหน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในการดำเนินการ

ด้านภาษีและราคา เมื่อบุหรี่ไฟฟ้าถูกนำมาควบคุมให้ถูกกฎหมาย ราคาสินค้าจะสูงขึ้น ทำให้เกิดการลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าที่ไม่ได้เสียภาษี รวมถึงการตรวจสอบและควบคุมปริมาณนิโคตินและสารอื่นๆในบุหรี่ไฟฟ้า

ด้านสังคม การเพิ่มขึ้นของนักสูบหน้าใหม่โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อถูกนำมาควบคุมส่งผลให้เกิดความเข้าใจผิดว่า บุหรี่ไฟฟ้าที่ถูกกฎหมายมีความปลอดภัย และการรับรู้เรื่องโทษพิษภัยและผลกระทบด้านต่างๆของบุหรี่ไฟฟ้าลดลง รวมถึงช่องทางการจำหน่ายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในร้านค้า/ร้านสะดวกซื้อที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย จากเหตุผลดังกล่าว จึงมีการกำหนดค่าเพื่อการวิเคราะห์เชิงสถานการณ์ (scenario analysis) อาจส่งผลให้สามารถเพิ่มการเริ่มต้นการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 5-10 ทั้งนี้ ได้จำแนกระดับ “สถานการณ์ภายหลังการยกเลิกนโยบายภายใต้การกำกับดูแล” ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

สถานการณ์ภายหลังการยกเลิกนโยบายภายใต้การกำกับดูแลระดับสูง โดยกำหนดสมมติฐานการเพิ่มขึ้นของอัตราการเริ่มสูบต่อปีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 ส่งผลให้การเพิ่มขึ้นของการเริ่มต้นสูบบุหรี่ไฟฟ้าระดับต่ำ ซึ่งมีการดำเนินงานที่ครอบคลุมทั้งประเทศ มีข้อกำหนดชัดเจน มีการบังคับใช้และบทลงโทษที่จริงจัง เพื่อลดอัตราการเริ่มสูบ เพิ่มอัตราการเลิก และลดความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง เช่น

- การกำหนดเขตห้ามสูบบุหรี่ไฟฟ้าในสถานที่สาธารณะ
- การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายในทุกช่องทาง
- การขึ้นภาษียาสูบในอัตราที่สูง จนทำให้ราคาสูงขึ้น

- การใช้ของบรรจุภัณฑ์แบบเรียบและมีคำเตือนด้านสุขภาพบนบรรจุภัณฑ์
- ระบบติดตามและป้องกันการลักลอบค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบ

สถานการณ์ภายหลังการยกเลิกนโยบายภายใต้การกำกับดูแลระดับปานกลาง โดยกำหนดสมมติฐานการเพิ่มขึ้นของอัตราการเริ่มสูบต่อปีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 7.5 ส่งผลให้การเพิ่มขึ้นของการเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าระดับปานกลาง ซึ่งมีการดำเนินการออกกฎหมายหรือมาตรการ แต่ยังมีข้อยกเว้น การบังคับใช้กฎหมายยังไม่สม่ำเสมอ เช่น

- การกำหนดเขตปลอดบุหรี่ที่ยังมีพื้นที่ยกเว้นบางส่วน
- การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบางช่องทาง แต่ยังมีช่องว่างในออนไลน์
- การขึ้นภาษียาสูบเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ถึงระดับที่ทำให้ราคาสูงพอ
- การรณรงค์ให้ความรู้ และสื่อสารประชาสัมพันธ์ในระยะสั้น และขาดความต่อเนื่อง

สถานการณ์ภายหลังการยกเลิกนโยบายภายใต้การกำกับดูแลระดับต่ำ โดยกำหนดสมมติฐานการเพิ่มขึ้นของอัตราการเริ่มสูบต่อปีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ส่งผลให้การเพิ่มขึ้นของการเริ่มสูบระดับสูง ซึ่งมีการดำเนินการเชิงสมัครใจ ไม่มีบทลงโทษที่ชัดเจน การบังคับใช้กฎหมายมีข้อจำกัด เช่น

- การกำหนดอายุขั้นต่ำในการซื้อบุหรี่ไฟฟ้า ไม่มีการตรวจสอบ
- การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายไม่ครอบคลุมทุกช่องทาง
- การรณรงค์ให้ความรู้ และสื่อสารประชาสัมพันธ์โดยไม่มีมาตรการทางกฎหมายรองรับ

2. แบบจำลองเปรียบเทียบ (sensitivity analysis model)

แบบจำลองนี้เพื่อเปรียบเทียบแบบจำลองหลัก ผู้วิจัยได้พิจารณาสร้างแบบจำลองเปรียบเทียบว่าหากมีการกำหนดค่าความชุกจากสถานการณ์อื่นในบริบทของประเทศใกล้เคียงจะสามารถอธิบายถึงความชุกที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างไรบ้าง โดยรายละเอียดของแบบจำลองการ (ตารางที่ 3) แสดงดังนี้

ตาราง 3 นโยบายเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศอินโดนีเซีย

นโยบายที่เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า	กฎหมายที่เกี่ยวข้องในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า	ความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้า
บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย		ร้อยละ 3.2 (6.8 ล้านคน)

ที่มา : ASEAN tobacco control atlas

การวิเคราะห์ Sensitivity analysis เพื่อประเมินความไม่แน่นอนของพารามิเตอร์และตรวจสอบความคงทน (robustness) ของผลลัพธ์แบบจำลอง การศึกษานี้ได้ดำเนินการวิเคราะห์ความไว (sensitivity analysis) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความไวแบบกำหนดค่า (deterministic sensitivity analysis) ในการวิเคราะห์นี้ ได้ทำการปรับค่าพารามิเตอร์สำคัญ ได้แก่ อัตราการเริ่มสูบ (initiation rate) ภายใต้สถานการณ์การยกเลิกนโยบาย โดยกำหนดช่วงค่าการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5, 7.5 และ 10 ต่อปี เพื่อสะท้อนผลกระทบของนโยบายที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การกำกับดูแลระดับสูงไปจนถึงระดับต่ำ

ประเทศอินโดนีเซียมีสถานการณ์ความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2566 ร้อยละ 3.2 หรือ 6.8 ล้านคน (Tan & Dorotheo, 2024, p. 32) ซึ่งเป็นประเทศที่มีการอนุญาตให้จำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าและมีบริบททางสังคมและเศรษฐกิจใกล้เคียงกับประเทศไทย มาใช้เป็นตัวอ้างอิงในการเปรียบเทียบแนวโน้มของผลลัพธ์ที่ได้จากสถานการณ์ต่างๆ เพื่อประเมินความสมเหตุสมผลของแบบจำลอง (plausibility check) เมื่อเทียบกับข้อมูลจากประเทศที่มีการเปิดเสรีบุหรี่ไฟฟ้า

ทั้งนี้ ค่าร้อยละ 3.2 ดังกล่าวหมายถึง “ค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย” และไม่ได้ถูกนำมาใช้เป็นตัวเริ่มต้นหรือพารามิเตอร์ในการคำนวณแบบจำลองของประเทศไทย แต่ใช้เพื่อการเปรียบเทียบเชิงสถานการณ์เท่านั้น ผลการวิเคราะห์ความไวแสดงให้เห็นว่า แนวโน้มของความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้ายังคงเพิ่มขึ้นในทุกสถานการณ์ แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงค่าพารามิเตอร์ภายในช่วงที่กำหนด โดยขนาดของการเพิ่มขึ้นจะแตกต่างกันตามระดับของอัตราการเริ่มสูบ อย่างไรก็ตาม ทิศทางของผลลัพธ์ยังคงสอดคล้องกันในทุกกรณี สะท้อนให้เห็นถึงความคงทนของแบบจำลองในการประมาณแนวโน้มในระยะยาว และการวิเคราะห์นี้เป็นการวิเคราะห์ความไวแบบกำหนดค่า ซึ่งมีข้อจำกัดในการสะท้อนความไม่แน่นอนของพารามิเตอร์ทั้งหมดในแบบจำลอง

โปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรม R สำหรับการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้แพ็คเกจ markovchain ในการสร้างและคำนวณแบบจำลองมาร์คอฟ

ผลการวิจัย

การประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างปี 2568 – 2678 หากยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งการประมาณค่าความชุกในแต่ละปีคำนวณจากแบบจำลองมาร์คอฟ (Markov model) โดยใช้ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ (transition probabilities) ระหว่างกลุ่มไม่สูบ Never smoker, กลุ่มสูบประจำ Current smoker และกลุ่มเคยสูบแต่เลิกแล้ว Former smoker ในแต่ละช่วงเวลา 1 ปี ภายใต้แต่ละสถานการณ์ โดยกำหนดค่าการเพิ่มขึ้นของการเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 5, 7.5, 10) จะถูกนำไปปรับค่าความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ จากนั้นแบบจำลองจะคำนวณค่าความชุกสะสมในแต่ละปี โดยพิจารณาการเปลี่ยนสถานะทั้งหมดในระบบ

แบบจำลองการประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทย หากยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า โดยความชุกที่แสดงในตารางเป็นผลลัพธ์จากแบบจำลองที่คำนวณจากค่าพารามิเตอร์ที่กำหนด ซึ่งแต่ละค่าจะแสดงถึงความชุกของประชากรที่อยู่ในสถานะกลุ่มสูบประจำ current smoker ในแต่ละปี พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเริ่มต้นในปีฐาน พ.ศ. 2567 เท่ากับ ร้อยละ 1.90 ในทุกสถานการณ์ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการคาดการณ์ 10 ปี อย่างไรก็ตาม ระดับการเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญตามสมมติฐานของสถานการณ์ (ตารางที่ 4)



ตาราง 4 การประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทยระหว่างปี 2568 – 2678

ปี	สถานการณ์ประเทศอินโดนีเซีย	สถานการณ์ปัจจุบัน มีนโยบายห้ามนำเข้า และจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า	สถานการณ์ที่ยกเลิกนโยบาย		
			ภายใต้การกำกับดูแลที่มีความเข้มข้นระดับสูง	ภายใต้การกำกับดูแลที่มีความเข้มข้นระดับปานกลาง	ภายใต้การกำกับดูแลที่มีความเข้มข้นระดับต่ำ
2567		1.90	-	-	-
2568	2.25	1.94	2.42	2.57	2.68
2569	2.57	1.98	2.91	3.22	3.43
2570	2.89	2.03	3.37	3.83	4.16
2571	3.18	2.08	3.82	4.43	4.86
2572	3.47	2.14	4.25	5.00	5.55
2573	3.74	2.20	4.65	5.56	6.23
2574	4.00	2.26	5.05	6.09	6.88
2575	4.25	2.32	5.42	6.61	7.52
2576	4.49	2.39	5.79	7.11	8.14
2578	4.73	2.46	6.13	7.59	8.75

ที่มา : การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม R Version 2025.09.2+418

การเปลี่ยนแปลงความชุกในแต่ละสถานการณ์

สถานการณ์ปัจจุบัน บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายและมีนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป จากร้อยละ 1.94 ปี 2568 เป็นร้อยละ 2.46 ปี 2578 โดยความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.52 ภายใน ภายใน 10 ปี สะท้อนแนวโน้มความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นระดับต่ำ (ตารางที่ 4)

สถานการณ์ที่ยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า

สถานการณ์ภายหลังจากยกเลิกนโยบายภายใต้การกำกับดูแลที่มีความเข้มข้นระดับสูง พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.42 ปี 2568 เป็นร้อยละ 6.13 ปี 2578 โดยความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.71 ภายใน 10 ปี ซึ่งความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 2.53 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในปัจจุบัน (ตารางที่ 4)

สถานการณ์ภายหลังจากยกเลิกนโยบายภายใต้การกำกับดูแลที่มีความเข้มข้นระดับปานกลาง พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.57 ของปี 2568 เป็นร้อยละ 7.59



ในปี 2578 โดยความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.02 ภายใน 10 ปี ซึ่งความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 2.95 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในปัจจุบัน (ตารางที่ 4)

สถานการณ์ภายหลังการยกเลิกนโยบายภายใต้การกำกับดูแลที่มีความเข้มข้นระดับต่ำ พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.68 ของปี 2568 เป็นร้อยละ 8.75 ในปี 2578 โดยความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.07 ภายใน 10 ปี ซึ่งความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 3.26 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในปัจจุบัน (ตารางที่ 4)

ภายใต้สถานการณ์การยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยอาจสูงถึงร้อยละ 8–9 ภายในระยะเวลา 10 ปี ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงผลกระทบของการยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าจะทำให้ความชุกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีนัยสำคัญต่อระบบสาธารณสุข และความสำคัญของมาตรการควบคุมเชิงป้องกัน โดยเฉพาะมาตรการที่เกี่ยวกับการป้องกันนักสูบหน้าใหม่และจำกัดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ เพื่อป้องกันการเพิ่มขึ้นของภาระโรคและผลกระทบทางสุขภาพในระยะยาว

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างปี 2568 – 2578 หากยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า โดยใช้แบบจำลองเพื่อสะท้อนการเปลี่ยนแปลงผ่านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระยะเวลา 10 ปี

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยมีนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเป็นนโยบายที่มีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2557 สามารถจำกัดความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าให้อยู่ต่ำกว่าร้อยละ 3 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าประเทศที่ห้ามจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ามีความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่ำกว่าประเทศที่ไม่ได้ห้ามจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า (Gravelly et al., 2014) รวมถึงจำนวนเด็กและเยาวชนของประเทศไทยที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ายังอยู่ในระดับต่ำและไม่มีการเปลี่ยนแปลง (Patanavanich, Aekplakorn, Glantz, & Kalayasiri, 2021) ซึ่งสอดคล้องกับเขตรับการพิเศษฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่าในปี 2561 กำหนดให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นยาสูบที่ขายได้อย่างถูกกฎหมาย มีความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชน ร้อยละ 10.2 และปี 2564 ได้มีกฎหมายให้ห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้าทุกชนิด พบว่า ความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชน ลดลงเหลือร้อยละ 9.5 หลังมีการห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้า (Pipattanachai, Charoenka, Ruangkananasetr, & Kasemsup, 2023) และสอดคล้องกับการสำรวจสถานการณ์ยาสูบของเยาวชนทั่วโลก (Global Youth Tobacco Surveys) ในกลุ่มเยาวชนอายุ 13 – 15 ปี ที่กำลังศึกษาในโรงเรียน 75 ประเทศ ระหว่าง พ.ศ. 2557 – 2562 พบว่า เยาวชนในประเทศที่มีนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเข้มงวดมีความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่ำกว่าประเทศที่ไม่มีนโยบายนี้ประมาณ 0.6 เท่า (Sreeramareddy, Acharya, & Manoharan, 2022)

สถานการณ์ที่มีการยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นถึงประมาณร้อยละ 7.59 – 8.75 ภายในปี 2578 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่า 3.56 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับหลายประเทศที่ไม่ได้มีนโยบายการห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า แต่ใช้การควบคุมและห้ามขายแก่เด็กและเยาวชนแต่กลับพบความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กวัยรุ่นและเยาวชนเพิ่มสูงขึ้น เช่น สหรัฐอเมริกา (Cornelius, 2020) อังกฤษ (NHS Digital, 2022; Silva & Moreira, 2019) นิวซีแลนด์ และแคนาดา (Hammond, Reid, Burkhalter, & Hong, 2023) สอดคล้องกับประเทศ

นิวซีแลนด์ เป็นประเทศที่สามารถควบคุมความชุกการสูบบุหรี่ได้คงที่ร้อยละ 1.8 และเมื่อปี 2561 ได้มีนโยบายยกเลิกการห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้าแบบมีนิโคตินและสนับสนุนการใช้นิโคตินไฟฟ้าเพื่อช่วยให้สูบบุหรี่ให้เลิกสูบ พบว่า เยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประจำทุกวันเพิ่มขึ้นกว่า 5 เท่า จากร้อยละ 1.8 เป็น 9.6 ในปี 2564 (Hoek et al., 2022) ส่วนประเทศแคนาดา เมื่อปี 2561 ได้มีนโยบายยกเลิกการห้ามขายบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าจากร้อยละ 14.6 (ปี 2559 – 2560) เป็นร้อยละ 29.4 (ปี 2561 – 2562) (Pipattanachai et al., 2023) และโครงการประเมินผลนโยบายการควบคุมยาสูบระหว่างประเทศ (International Tobacco Control , ITC) ใน 3 ประเทศที่มีบุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมายโดยมีนโยบายส่งเสริมการใช้นิโคตินไฟฟ้าเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับผู้ใหญ่โดยห้ามขายให้แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 – 21 ปี ได้แก่ อังกฤษ แคนาดา และสหรัฐอเมริกา ในกลุ่มเยาวชนอายุ 16 – 19 ปี ในโรงเรียนมัธยมปลายระหว่างปี 2560 – 2565 พบว่า ความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนสูงขึ้นอย่างชัดเจนโดยเฉพาะในประเทศอังกฤษ และความชุกการสูบบุหรี่ธรรมดาในเยาวชนทั้ง 3 ประเทศก็ไม่ได้ลดลง ทำให้ไม่สามารถควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนได้ (Hammond et al., 2023) การยกเลิกนโยบายห้าม นำเข้า และจำหน่าย บุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างเสรีไม่ได้เป็นทางเลือกที่เหมาะสม แต่ผลิตภัณฑ์เหล่านั้นก็ขึ้นชื่อว่ามีความเสี่ยงและอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งนี้มาตรการเพื่อควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของแต่ละประเทศ มีความแตกต่างกันไปตามสถานการณ์การบริโภคยาสูบและบริบทของประเทศนั้นๆ

ข้อจำกัดของการศึกษา

แบบจำลองที่ใช้ในการประมาณค่าความชุกยังไม่ได้รวมปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต อาทิ การปรับแก้กฎหมาย การกำหนดมาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์เพิ่มเติม หรือมาตรการด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระดับประชากร

การวิเคราะห์ข้อมูลยังไม่คำนึงถึงปัจจัยด้านการตลาดและส่วนประสมทางการตลาด (Marketing Mix: 4P) ได้แก่ ราคา (price) ผลิตภัณฑ์ (product) ช่องทางการจัดจำหน่าย (place) และการส่งเสริมการตลาด (promotion) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีอิทธิพลต่อการเข้าถึงและการใช้นิโคตินไฟฟ้า โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน การไม่รวมปัจจัยดังกล่าวในแบบจำลองอาจส่งผลให้การประมาณค่าความชุกมีแนวโน้มต่ำกว่าความเป็นจริง (underestimation) ภายใต้สถานการณ์ที่ตลาดมีการขยายตัวหรือมีการส่งเสริมการขายอย่างเข้มข้น

ด้านข้อมูลทำให้ยังไม่สามารถวิเคราะห์ความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยจำแนกตาม ภูมิภาค และสถานะเศรษฐกิจสังคม (socioeconomic status) ได้อย่างละเอียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (health inequality) และการกระจายตัวของพฤติกรรมเสี่ยงในระดับประชากร หากในอนาคตมีการพัฒนาฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถวิเคราะห์ความแตกต่างเชิงพื้นที่และเชิงเศรษฐฐานะได้ จะสามารถกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าที่มีความสอดคล้องกับบริบททางประชากรและโครงสร้างสังคมของแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งสนับสนุนการออกแบบมาตรการเชิงเป้าหมาย (targeted interventions) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและป้องกันการเพิ่มขึ้นของความชุกในกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

- 1) หากผู้กำหนดนโยบายมีการพิจารณายกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย ควรมีมาตรการกำกับดูแลที่เข้มงวด เช่น การจำกัดอายุผู้ซื้ออย่างเคร่งครัด การจำกัดช่องทางจำหน่าย การกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่และการแสดงคำเตือนสุขภาพ การควบคุมการโฆษณาและการตลาด โดยเฉพาะผ่านสื่อออนไลน์ ร่วมการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการเกิดนักสูบบุหรี่ใหม่โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน
- 2) ควรมีมาตรการการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนอย่างเป็นรูปธรรม เช่น สถานศึกษาควรมีบรรจุองค์ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยและผลกระทบด้านต่างๆของผลิตภัณฑ์ยาสูบ กลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ ในหลักสูตรการเรียนการสอน
- 3) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง (surveillance system) ควรจัดให้มีการสำรวจสถานการณ์ความชุกและพฤติกรรม การสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามรูปแบบการใช้ร่วมกับบุหรี่ (dual use) เพื่อให้สามารถปรับนโยบาย ได้ทันต่อสถานการณ์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องการประมาณค่าความชุกของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มาจากผลกระทบการยกเลิกนโยบายห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นอย่างดี ซึ่งได้ดำเนินการจัดเก็บและเผยแพร่ข้อมูลสถิติที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำหรับการสนับสนุนข้อมูลที่เป็นฐานสำคัญในการวิเคราะห์และประมาณค่าทางสถิติในครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมยาสูบที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงงานวิจัย รวมถึงหน่วยงานต้นสังกัดที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Cheah, N. P., Chong, N. W. L., Tan, J., Morsed, F. A., & Yee, S. K. (2014). Electronic nicotine delivery systems: Regulatory and safety challenges: Singapore perspective. *Tobacco Control*, 23(2), 119–125.
- Cornelius, M. E. (2020). Tobacco product use among adults—United States, 2019. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69.
- Glasser, A. M., Collins, L., Pearson, J. L., Abudayyeh, H., Niaura, R. S., Abrams, D. B., & Villanti, A. C. (2017). Overview of electronic nicotine delivery systems: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(2), e33–e66.
- Grana, R., Benowitz, N., & Glantz, S. A. (2014). E-cigarettes: A scientific review. *Circulation*, 129(19), 1972–1986.
- Gravelly, S., Fong, G. T., Cummings, K. M., Yan, M., Quah, A. C., Borland, R., ... Hammond, D. (2014). Awareness, trial, and current use of electronic cigarettes in 10 countries: Findings from the ITC project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(11), 11691–11704.



- Hammond, D., Reid, J., Burkhalter, R., & Hong, D. (2023). *Trends in smoking and vaping among young people: Findings from the ITC Youth Survey*. Waterloo, Canada: University of Waterloo.
- Hiemstra, P. S., & Bals, R. (2016). Basic science of electronic cigarettes: Assessment in cell culture and in vivo models. *Respiratory Research*, 17(1), 1-5.
- Hoek, J., Ball, J., Robertson, L., Gendall, P., Wilson, N., Edwards, R., & Waa, A. (2022). Daily nicotine use increases among youth in Aotearoa NZ: The 2021 Snapshot Y10 Survey. *Public Health Expert Briefing*.
- Jane Ling, M. Y., Abdul Halim, A. F. N., Ahmad, D., Ahmad, N., Safian, N., & Mohammed Nawi, A. (2023). Prevalence and associated factors of e-cigarette use among adolescents in Southeast Asia: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3883.
- Jerzynski, T., & Stimson, G. V. (2023). Estimation of the global number of vapers: 82 million worldwide in 2021. *Drugs, Habits and Social Policy*, 24(2), 91–103.
- National Statistical Office. (2025). *The survey on smoking and drinking situation of population 2024*. Retrieved from https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/YG?set_lang=en
- NHS Digital. (2022). *Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2021*. Retrieved from <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/smoking-drinking-and-drug-use-among-young-people-in-england/2021>
- Patanavanich, R., Aekplakorn, W., Glantz, S. A., & Kalayasiri, R. (2021). Use of e-cigarettes and associated factors among youth in Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 22(7), 2199.
- Silva, A. L. O. d., & Moreira, J. C. (2019). A proibição dos cigarros eletrônicos no Brasil: Sucesso ou fracasso? *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 3013-3024.
- Sreeramareddy, C. T., Acharya, K., & Manoharan, A. (2022). Electronic cigarettes use and 'dual use' among the youth in 75 countries: Estimates from Global Youth Tobacco Surveys (2014–2019). *Scientific Reports*, 12(1), 20967.
- Tan, Y. L., & Dorotheo, U. (2024). *ASEAN tobacco control atlas* (6th ed.). Bangkok, Thailand: Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA).
- World Health Organization. (2025). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: Warning about the dangers of tobacco*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- วรจกณ พัทฒนชาติ, นภาพร เจริญค่า, ศิริพร เรืองกาญจนเศรษฐ์ และ วรัญญา เกษมทรัพย์. (2566). กรณีศึกษามาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของต่างประเทศและเหตุผลที่ไทยควรคงไว้ซึ่งมาตรการห้ามนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้า. *วารสารนโยบายสาธารณสุขและกฎหมาย*, 9(3), 567–580.



การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีของประชากรไทยและปัจจัยกำหนด ในปี 2562 และ 2566

(Utilization of Annual Health Check-up Services among the Thai Population and
Determining Factors in 2019 and 2023)

โดย

รุ่งทิพย์ เลิศนิทัศน์ *

* นักศึกษาปริญญาเอก สาขาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

การเข้าถึงการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นมาตรการด้านการส่งเสริมพฤติกรรม (active ageing) และการป้องกันปัญหาสุขภาพของประชากรไทยในบริบทสังคมสูงวัยที่สำคัญ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2562 และ พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นช่วงก่อนและหลังการแพร่ระบาดของโควิด 19 โดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค (binary logistic regression) และการวิเคราะห์ข้อมูลภาคตัดขวาง (pooled cross sectional data)

ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนของประชากรไทยที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีในปี 2566 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2562 อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคพบว่า ปัจจัยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ภาคที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ และ สวัสดิการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในปี 2562 และ 2566 โดยสวัสดิการสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงกับการรับการตรวจสุขภาพประจำปี และมีเพียงปัจจัยเดียวคือ ปัจจัยเขตที่อยู่อาศัย ที่พบความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของประชากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในปี 2562 เท่านั้น นอกจากนี้เมื่อพิจารณาทิศทางของความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ในแต่ละปีเปรียบเทียบกับ พบว่า ปัจจัยที่มีทิศทางของความสัมพันธ์แตกต่างกัน คือ ปัจจัยเพศ สถานภาพสมรส ภาคที่อยู่อาศัย และ ระดับการศึกษา โดยพบว่าในปี 2566 เพศชายได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยกว่าเพศหญิง ผู้ที่เป็นโสดได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยกว่าผู้ที่มีสถานภาพ สมรส และ แม่/หย่า/แยก และผู้ที่อาศัยอยู่ในระดับภูมิภาคได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และผู้ที่มีการศึกษาระดับกลาง จะได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยกว่าประชากรที่มีการศึกษาระดับต่ำ และพบว่าในปี 2566 มีการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยกว่า พ.ศ. 2562 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ประชากรไทยเข้าถึงการตรวจสุขภาพประจำปีให้มากขึ้น ควรมุ่งเน้นส่งเสริมประชากรในกลุ่มเพศชาย ผู้ที่มีอายุ 15-34 ปี ผู้ที่มีสถานภาพโสด และอาศัยอยู่ในพื้นที่ภูมิภาค โดยเฉพาะภาคเหนือและภาคกลาง และมีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี กลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อีกทั้งส่งเสริมให้ประชากรมีสวัสดิการด้านสุขภาพที่ครอบคลุมการตรวจสุขภาพประจำปี ในทุกประเภทสวัสดิการ และประชาสัมพันธ์ให้ประชากรเข้าถึงบริการการตรวจสุขภาพประจำปี

คำสำคัญ: การตรวจสุขภาพ, โควิด-19, ส่งเสริมสุขภาพ



Abstract

Access to annual health check-up services is an important measure for promoting active ageing and preventing health problems among the Thai population in the context of an ageing society. This study aims to examine the utilization of annual health check-up services and the factors associated with service utilization among the Thai population aged 15 years and older in 2019 and 2023, representing the periods before and after the COVID-19 pandemic. The study uses data from the Health and Welfare Survey conducted by the National Statistical Office of Thailand. Data were analyzed using Descriptive Statistics, Binary Logistic Regression and Pooled Cross Sectional Data.

The results show that the proportion of the Thai population receiving annual health check-ups in 2023 declined compared with 2019. However, the binary logistic regression analysis indicates that gender, age, marital status, region of residence, educational level, occupation, and health welfare were significantly associated with annual health check-up utilization among the Thai population aged 15 years and older in both 2019 and 2023. Health welfare exhibited the strongest association with annual health check-up utilization. Region of residence was the only factor that showed a statistically significant association with annual health check-up utilization in 2019 alone. Furthermore, comparisons of the direction of association across the two years revealed differences in gender, marital status, region of residence, and educational level. In 2023, males were less likely than females to receive annual health check-ups; single individuals were less likely to undergo health check-ups than those who were married or widowed/divorced/separated; residents of regional areas were less likely to receive annual health check-ups than those living in Bangkok; and individuals with a medium level of education were less likely to receive annual health check-ups than those with a low level of education. And in 2023, the rate of annual health check-ups was lower than in 2019.

The findings of the study suggest that effort to increase access to annual health check-ups among the Thai population should focus on males, aged 15-34 years, individuals who are single, those living in regional areas, and those with a medium level of education, non-employed individuals, individuals who are single, those living in regional areas, and those with a medium level of education. In addition, promoting health welfare or health insurance coverage that includes annual health check-ups is recommended.

keywords: covid-19, health check-up, health promotion

การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีของประชากรไทยและปัจจัยกำหนด ในปี 2562 และ 2566

(Utilization of Annual Health Check-up Services among the Thai Population and
Determining Factors in 2019 and 2023)

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completely aged society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระดับสุดยอด (super-aged society) ในปี 2574 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2565) สาเหตุหลักเกิดจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นจาก 60 ปีในปี 2513 เป็น 77.56 ปี ในปี 2563 และมีแนวโน้มสูงถึง 80 ปีในอีก 20 ปี ข้างหน้า (World Health Organization, 2020) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiologic Transition) ของ Abdel Omran (2514) โดยสาเหตุที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น คือการเปลี่ยนไปของสาเหตุการเสียชีวิต จากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) อันเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในปัจจุบัน ซึ่งเป็นลักษณะของโรคที่ไม่ได้แสดงออกมาให้เห็นทันที แต่จะสะสมในร่างกายจนเริ่มแสดงอาการป่วย ต้องรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน หรือรักษาตลอดชีวิต เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้ยังสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา หากปล่อยทิ้งไว้เป็นระยะเวลานาน อาจทำให้อวัยวะสำคัญในร่างกายทำงานไม่ปกติซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2562) โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงหลักจากพฤติกรรมกราดำเนินชีวิตที่ขาดสุขภาวะ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานที่ละเลยการดูแลสุขภาพเนื่องจากวิถีชีวิตที่เร่งรีบ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การดื่มสุรา สูบบุหรี่และความเครียดสะสม ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของประชากรทั่วโลก เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเกิดจากปัญหาความดันโลหิต ร่องลงมาคือโรคระบบทางเดินหายใจ โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน

สำหรับประเทศไทย ประชากรไทยทั้งชายและหญิง มีสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาเป็นอันดับหนึ่งตลอด 10 ปีที่ผ่านมาเช่นกัน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ในวัยทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยสูงอายุ โดยสถานการณ์ในประเทศไทย มีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกว่า 14 ล้านคน และเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 300,000 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดในสมองมากที่สุด ซึ่งเป็นโรคที่นำไปสู่โรคเรื้อรังอื่นๆ โดยพบว่า เพศชายจะมีความเสี่ยงตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป แต่เพศหญิงจะมีความเสี่ยงเกิดโรคเมื่ออายุ 55 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) นอกจากนี้สาเหตุการเจ็บป่วยของประชากรไทยยังมีแนวโน้มเพิ่มอย่างต่อเนื่องในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเภทอื่นอีก ได้แก่ โรคเบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคข้ออักเสบ ภาวะไตเสื่อม และโรคผิวหนัง ภาวะเหล่านี้ส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังและนำไปสู่การสูญเสียสุขภาพ (DALYs) คือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือการมีชีวิตรอดอยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 68.0 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 72.0 ในปี 2559 (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง

เสริมสุขภาพ (สสส.), 2563) นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวเพิ่มขึ้นถึง 1.6 เท่า ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ 75 ถูกใช้ไปกับการรักษาพยาบาล และการดูแลหลังจากเกิดโรค ในขณะที่มีค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2564)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังบางประเภทยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลรักษาจึงเน้นเพียงการควบคุมอาการและชะลอการดำเนินของโรคไม่ให้รุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น แต่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถป้องกันตั้งแต่เริ่มต้นได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ เพื่อจัดการและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพของตนเองในภายภาคหน้า นอกจากนี้มาตรการด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เป็นมาตรการที่สำคัญกว่าการรักษา ซึ่งระบบบริการของสาธารณสุขมีส่วนสำคัญต่อการป้องกันและรักษาสุขภาพ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการจัดทำสิทธิสุขภาพดีป้องกันโรค (P&P) ซึ่งเป็นหนึ่งในสิทธิหลักประกันสุขภาพของประชาชน คือบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ อัตราป่วย อัตราตายที่เป็นภาระโรคของประเทศ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน จะเห็นได้ว่า การบริการสร้างเสริมสุขภาพเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะการป้องกันโรคเรื้อรัง และป้องกันปัญหาสุขภาพที่ยังไม่เกิด

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานของรัฐบาลต่างๆ ได้มีนโยบายเกี่ยวกับโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาระทางสาธารณสุข หากแต่แนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิต และยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ปัจจัยในการเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพด้านการตรวจสุขภาพประจำปีของประชากรไทย และเปรียบเทียบระหว่างช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 (พ.ศ. 2562) และหลังการระบาดของโรคโควิด-19 (พ.ศ. 2566) ว่ามีการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างไร มีความแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการ “การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ประชากรไทยเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพด้านการตรวจสุขภาพประจำปีให้มากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี และก้าวสู่สังคมสูงวัยที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการของประชากรไทยในปี 2562 และ พ.ศ. 2566
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีของประชากรไทยในปี 2562 และ พ.ศ. 2566



ระเบียบวิธีการวิจัย

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากโครงการ “การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจทั้ง 2 ปี ใช้การรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนตัวอย่างทั่วประเทศ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับหลักประกันด้านสุขภาพ การเจ็บป่วย การไปรับบริการสาธารณสุข และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการเก็บข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ทั่วประเทศทุกๆ 2 ปี โดยในปี 2562 มีจำนวน 27,960 ครัวเรือน และปี 2566 มีจำนวน 28,960 ครัวเรือน

สำหรับกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลครัวเรือนของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566 ใช้วิธีการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน หรือสมาชิกในครัวเรือนตัวอย่างทุกจังหวัดของประเทศไทย ช่วงระหว่างเดือนมีนาคม โดยใช้แผนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบสองขั้นตอน (stratified two stage sampling)) มีกรุงเทพมหานคร และจังหวัด เป็นสตราตัม (stratum) มีทั้งสิ้น 77 สตราตัม ในแต่ละสตราตัม (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) แบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อย ตามลักษณะการปกครอง ได้แก่ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล โดยข้อมูลครัวเรือนของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ มีเขตแ่งนับ (enumeration area: EA) เป็นตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง เขตแ่งนับขั้นที่สอง เป็นการเลือกครัวเรือนตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรเป้าหมายของการศึกษานี้ คือ ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ตอบทุกคำถามที่ใช้ในการวิจัย และมีการถ่วงน้ำหนักข้อมูลด้วยวิธี normalizing weights เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวเป็นแบบแผนเดียวกับประชากร ก่อนนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนาและอนุมานในขั้นต่อไป

การนิยามตัวแปร

ตัวแปรตาม คือ การตรวจสุขภาพประจำปี ภายในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา

ตัวแปรอิสระ ที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 3ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ อาชีพ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาค และปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ

การวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS (statistical package for the social sciences) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) และนำเสนอผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและนำเสนอผลการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อใช้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยทางด้านสวัสดิการสุขภาพ (ตัวแปรต้น) ที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพด้านการตรวจสุขภาพประจำปี (ตัวแปรตาม) ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โดยใช้วิธี enter method ใส่ตัวแปรอิสระทั้งหมดพร้อมกัน และกำหนดให้ปัจจัยอื่นคงที่ ใช้การวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองความถดถอยโลจิสติกทวิภาค (binary logistic regression analysis) ซึ่งตัวแปรตามจะมี 2 ค่า



คือ 1 = การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี 0 = การไม่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี และในการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการถดถอยโลจิสติกทวิภาคจะนำเสนอด้วยค่าอัตราส่วนโอกาส หรือ odds ratio (OR) ที่จะเกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น ในที่นี้คือ การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี / การไม่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี และการวิเคราะห์ความแตกต่างของการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ระหว่างปี 2562 และ ปี 2566 ด้วยสถิติ Pooled cross sectional model

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าถ่วงน้ำหนักเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชากร ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จากการสำรวจในปี 2562 ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4,469 คน และ พ.ศ. 2566 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15,464 คน

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะ	ปี 2562		ปี 2566	
	(n = 4,469)		(n = 15,464)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ลักษณะทางประชากร				
เพศ				
ชาย	1,599	35.8	6,709	43.4
หญิง	2,870	64.2	8,755	56.6
อายุ				
15-34 ปี	888	19.9	4,104	26.5
35-59 ปี	1,981	44.3	6,673	43.2
60 ปีขึ้นไป	1,600	35.8	4,687	30.3
สถานภาพสมรส				
โสด	614	13.7	3,664	23.7
สมรส	3,080	68.9	9,366	60.6
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	774	17.3	2,435	15.7
2. ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม				
อาชีพ				
ไม่ทำงาน	1,528	34.2	4,971	32.1
ธุรกิจส่วนตัว	1,830	41	6,131	39.6
ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	343	7.7	1,108	7.2
ลูกจ้างเอกชน	768	17.2	3,255	21



ลักษณะ	ปี 2562		ปี 2566	
	(n = 4,469)		(n = 15,464)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา				
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1,208	27	1,850	12
ประถมศึกษา	1,316	29.4	5,434	35.1
มัธยมศึกษา /ปวช./ปวส./อนุปริญญา	1,207	27	5,909	38.2
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	738	16.5	2,272	14.7
เขตที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล	1,962	43.9	6,929	44.8
นอกเขตเทศบาล	2,507	56.1	8,535	55.2
ภูมิภาค				
กรุงเทพฯ	435	9.7	1,762	11.4
ภาคกลาง	979	21.9	4,427	28.6
ภาคเหนือ	988	22.1	2,861	18.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,528	34.2	5,108	33
ภาคใต้	539	12.1	1,307	8.4
3.ลักษณะทางด้านสวัสดิการสุขภาพ				
ไม่มีสวัสดิการ/มีสวัสดิการแต่ไม่ได้ใช้	346	7.7	1,380	8.9
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2,957	66.2	9,846	63.7
ประกันสังคม	488	10.9	2,460	15.9
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	546	12.2	1,429	9.2
สิทธิบริษัทเอกชน	132	3	349	2.3

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่างของปี 2562 และ พ.ศ. 2566 มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุ 35-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีสถานภาพสมรส ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีระดับการศึกษาสูงสุดในปี 2562 คือระดับประถมศึกษา แต่ในปี 2566 คือระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./อนุปริญญา สำหรับเขตที่อยู่อาศัย เกินกว่าครึ่งอยู่นอกเขตเทศบาล และอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นส่วนใหญ่ ในส่วนทางด้านสวัสดิการสุขภาพ ประชากรกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า และส่วนน้อยที่ใช้ประกันบริษัทเอกชน



ตาราง 2 บริการส่งเสริมสุขภาพด้านการตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปี	ปี 2562 (n = 4,469)		ปี 2566 (n = 15,464)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี	1,889	42.3	3,869	25.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ปี 2562 ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี อยู่ที่ร้อยละ 42.3 และในปี 2566 ประชากรกลุ่มตัวอย่างมีการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีลดลง ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 25.0

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ กับ การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี โดยนำเสนอด้วยค่าอัตราส่วนโอกาส หรือ odds ratio (OR) มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ กับ การตรวจสุขภาพประจำปี ของปี 2562 และ พ.ศ. 2566

ปัจจัย	ปี 2562 (n = 4,469)			ปี 2566 (n = 15,464)		
	Odds	95% C.I.		Odds	95% C.I.	
	Ratio	Lower	Upper	Ratio	Lower	Upper
ปัจจัยทางประชากร						
1.เพศ						
ชาย (กลุ่มอ้างอิง)						
หญิง	0.764**	0.666	0.877	1.096*	1.01	1.189
2.อายุ						
15-34 ปี (กลุ่มอ้างอิง)						
35-59 ปี	1.433**	1.159	1.771	1.257**	1.12	1.412
60 ปีขึ้นไป	2.416**	1.86	3.139	1.653**	1.424	1.92
3.สถานภาพสมรส						
โสด (กลุ่มอ้างอิง)						
สมรส	0.734*	0.591	0.912	1.222**	1.089	1.371
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	0.819	0.624	1.074	1.290**	1.109	1.501



ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

4.อาชีพ

ไม่ทำงาน (กลุ่มอ้างอิง)

ธุรกิจส่วนตัว	1.423**	1.199	1.688	1.059	0.95	1.182
ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	3.554**	2.546	4.961	2.030**	1.704	2.417
ลูกจ้างเอกชน	3.246**	2.545	4.141	1.179*	1.017	1.366

5.การศึกษา

ต่ำกว่าประถมศึกษา (กลุ่มอ้างอิง)

ประถมศึกษา	1.108	0.928	1.324	0.707**	0.621	0.805
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./ อนุปริญญา	1.381*	1.102	1.729	0.748**	0.646	0.865
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2.204**	1.66	2.925	1.006	0.848	1.194

6.เขตที่อยู่อาศัย

ในเขตเทศบาล (กลุ่มอ้างอิง)

นอกเขตเทศบาล	0.620**	0.535	0.718	1.029	0.942	1.124

7.ภูมิภาค

กรุงเทพฯ (กลุ่มอ้างอิง)

ภาคกลาง	1.796**	1.351	2.387	0.521**	0.444	0.612
ภาคเหนือ	2.808**	2.088	3.776	1.01	0.87	1.172
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.151	0.842	1.573	0.887	0.74	1.063
ภาคใต้						

ปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ

8.ประเภทสวัสดิการสุขภาพ

ไม่มีสวัสดิการ/มีสวัสดิการแต่ไม่ได้

ใช้ (กลุ่มอ้างอิง)

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.888	0.673	1.171	1.099	0.929	1.301
ประกันสังคม	1.28	0.928	1.765	3.803**	3.165	4.569
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.858**	1.339	2.579	3.536**	2.91	4.298
สิทธิบริษัทเอกชน	3.337**	2.079	5.357	19.139*	14.296	25.622

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มีการแบ่งกลุ่มปัจจัยเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และสังคม ประกอบด้วย อาชีพ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาค และปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ ผลการวิเคราะห์การถดถอยในตารางที่ 3 พบว่า ในปี 2562 ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาค และสวัสดิการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรเพศหญิง มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยกว่าเพศชาย (ค่า odds ratio = 0.764)

ประชากรที่มีอายุ 35-59 ปี มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรอายุ 15-34 ปี (ค่า odds ratio = 1.433) และประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรอายุ 15-34 ปี (ค่า odds ratio = 2.416) ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีอายุมากขึ้น มีโอกาสในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีมากขึ้น

ประชากรที่สมรส มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี น้อยกว่าประชากรที่มีสถานภาพโสด (ค่า odds ratio = 0.734)

ประชากรที่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่ไม่ทำงาน (ค่า odds ratio = 1.423) ผู้ประกอบอาชีพลูกจ้างรัฐบาลและลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่ไม่ทำงาน (ค่า odds ratio = 3.554) และผู้ประกอบอาชีพลูกจ้างเอกชน มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่ไม่ทำงาน (ค่า odds ratio = 3.246) ดังนั้น ประชากรที่ทำงาน ทั้งผู้ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ลูกจ้างรัฐบาล ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างเอกชน มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าผู้ไม่ทำงาน

ประชากรที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปวช. ปวส. และอนุปริญญา มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (ค่า odds ratio = 1.381) และประชากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (ค่า odds ratio = 2.204) ซึ่งหมายความว่า ประชากรที่มีการศึกษาสูงกว่า มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี สูงกว่าประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่า

ประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยกว่า ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ค่า odds ratio = 0.620)

ประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าของประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ค่า odds ratio = 1.796 และ 2.808 ตามลำดับ)

ประชากรที่ใช้สวัสดิการสิทธิข้าราชการและสิทธิสวัสดิการของรัฐวิสาหกิจ มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่ไม่มีสวัสดิการหรือมีสวัสดิการแต่ไม่ใช้ (ค่า odds ratio = 1.858) และประชากรที่ใช้สิทธิของบริษัทเอกชน มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่ไม่มีสวัสดิการหรือมีสวัสดิการแต่ไม่ใช้ (ค่า odds ratio = 3.337) ซึ่งหมายความว่า ประชากรที่ใช้สวัสดิการสิทธิข้าราชการ สิทธิสวัสดิการของรัฐวิสาหกิจและสิทธิของบริษัทเอกชน มีโอกาสที่จะเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่า ประชากรที่ไม่มีสวัสดิการหรือมีสวัสดิการแต่ไม่ใช้

ในปี 2566 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ภูมิภาค สวัสดิการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรเพศหญิง มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าเพศชาย (ค่า odds ratio = 1.096)

ประชากรที่มีอายุ 35-59 ปี มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรอายุ 15-34 ปี (ค่า odds ratio = 1.257) และประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าประชากรอายุ 15-34 ปี (ค่า odds ratio = 1.653) ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีอายุมากขึ้น มีโอกาสในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีมากขึ้น

ประชากรที่สมรส มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่มีสถานภาพโสด (ค่า odds ratio = 1.222) และประชากรที่มีสถานะม่าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่มีสถานภาพโสด (ค่า odds ratio = 1.290)

ประชากรที่ประกอบอาชีพลูกจ้างรัฐบาลและลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ และผู้ประกอบอาชีพลูกจ้างเอกชน มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าประชากรที่ไม่ทำงาน (ค่า odds ratio = 2.030 และ 1.179 ตามลำดับ)

ประชากรที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยกว่าประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (ค่า odds ratio = 0.707) และประชากรที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปวช. ปวส. และอนุปริญญา มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี น้อยกว่าประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (ค่า odds ratio = 0.748) ซึ่งหมายความว่า ประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่า มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี สูงกว่าประชากรที่มีการศึกษาสูง

ประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง และภาคเหนือ มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี น้อยกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ค่า odds ratio = 0.556 และ 0.521 ตามลำดับ)

ประชากรที่ใช้สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการและสิทธิสวัสดิการของรัฐวิสาหกิจ และสิทธิของบริษัทเอกชน มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่า ประชากรที่ไม่มีสวัสดิการหรือมีสวัสดิการแต่ไม่ใช้ (ค่า odds ratio = 3.803 3.536 และ 19.139 ตามลำดับ)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ในปี 2562 และ 2566 โดยใช้วิธี pooled cross sectional ดังแสดงในตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ภูมิภาค สวัสดิการสุขภาพ และปี โดยมีรายละเอียดดังนี้



ตาราง 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ในปี 2562 และ 2566 โดยใช้วิธี Pooled cross sectional data

ปัจจัย	ผลการวิเคราะห์ (n = 19,933)		
	Odds Ratio	95% C.I.	
		Lower	Upper
ปัจจัยทางประชากร			
1.เพศ			
ชาย (กลุ่มอ้างอิง)			
หญิง	0.991	0.925	1.062
2.อายุ			
15-34 ปี (กลุ่มอ้างอิง)			
35-59 ปี	1.342**	1.198	1.464
60 ปีขึ้นไป	1.893**	1.666	2.151
3.สถานภาพสมรส			
โสด (กลุ่มอ้างอิง)			
สมรส	1.07	0.969	1.182
ม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1.139	1	1.297
ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม			
4.อาชีพ			
ไม่ทำงาน (กลุ่มอ้างอิง)			
ธุรกิจส่วนตัว	1.151*	1.051	1.261
ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	2.378**	2.043	2.768
ลูกจ้างเอกชน	1.578**	1.396	1.785
5.การศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา (กลุ่มอ้างอิง)			
ประถมศึกษา	0.830**	0.749	0.921
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./อนุปริญญา	0.909	0.806	1.024
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1.279**	1.109	1.475
6.เขตที่อยู่อาศัย			
ในเขตเทศบาล (กลุ่มอ้างอิง)			
นอกเขตเทศบาล	0.893*	0.829	0.962



7.ภูมิภาค

กรุงเทพฯ (กลุ่มอ้างอิง)

ภาคกลาง	0.629**	0.556	0.712
ภาคเหนือ	0.751**	0.656	0.86
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.269**	1.113	1.448
ภาคใต้	0.893	0.764	1.043

ปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ

8.ประเภทสวัสดิการสุขภาพ

ไม่มีสวัสดิการ/มีสวัสดิการแต่ไม่ได้ใช้ (กลุ่มอ้างอิง)

ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1.01	0.878	1.16
ประกันสังคม	2.806**	2.407	3.271
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2.856**	2.425	3.363
สิทธิบริษัทเอกชน	11.696**	9.14	14.967

9. ช่วงปีที่เปรียบเทียบ

พ.ศ. 2562 (กลุ่มอ้างอิง)

พ.ศ. 2566	0.440**	0.408	0.475

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$

ประชากรที่มีอายุ 35-59 ปี มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรอายุ 15-34 ปี (ค่า odds ratio = 1.324) และประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรอายุ 15-34 ปี (ค่า odds ratio = 1.893) ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีอายุมากขึ้น มีโอกาสในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีมากขึ้น

ประชากรที่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่ไม่ทำงาน (ค่า odds ratio = 1.151) ลูกจ้างรัฐบาล/ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ และผู้ประกอบการอาชีพลูกจ้างเอกชน มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่ไม่ทำงาน (ค่า odds ratio = 2.378 และ 1.578 ตามลำดับ) ซึ่งหมายความว่าประชากรที่ทำงาน มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าประชากรที่ไม่ทำงาน

ประชากรที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี น้อยกว่าประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (ค่า odds ratio = 0.830) และประชากรที่มีการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (ค่า odds ratio = 1.279) ซึ่งหมายความว่า ประชากรที่มีการศึกษาสูง มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี สูงกว่าประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่า

ประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี น้อยกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ค่า odds ratio = 0.893)



ประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง และภาคเหนือ มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี น้อยกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ค่า Odds Ratio = 0.629 และ 0.751 ตามลำดับ) แต่ประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี มากกว่าประชากรที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ค่า odds ratio = 1.269)

ประชากรที่ใช้สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการและสิทธิสวัสดิการของรัฐวิสาหกิจ และสิทธิของบริษัทเอกชน มีโอกาสเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่า ประชากรที่ไม่มีสวัสดิการหรือมีสวัสดิการแต่ไม่ใช้ (ค่า odds ratio = 2.806 2.856 และ 11.696 ตามลำดับ) ซึ่งหมายความว่า ประชากรที่มีสวัสดิการด้านสุขภาพ มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าประชากรที่ไม่มีสวัสดิการ หรือมีสวัสดิการแต่ไม่ได้ใช้

จากการเปรียบเทียบทั้งการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีใน 2 ช่วงปี พบว่า ปี 2566 มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี น้อยกว่าปี 2562 (ค่า odds ratio = 0.440)

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ในปี 2562 และ พ.ศ. 2566 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปี ที่มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ เพศหญิง มีแนวโน้มการตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มมากขึ้น รวมถึงประชากรที่มีสถานภาพสมรส และกลุ่มประชากรที่มีสถานะม่าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ มีแนวโน้มในการเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีมากขึ้น ประชากรที่อาศัยในภาคต่างๆ มีแนวโน้มในการเข้ารับบริการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีลดลงเมื่อเทียบกับกรุงเทพมหานคร เช่นเดียวกับประชากรที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ปวช. ปวส. และอนุปริญญา มีแนวโน้มที่จะตรวจสุขภาพประจำปีลดลง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีในทั้ง 2 ปี คือ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย และ สวัสดิการสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตาราง 5 ตารางเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างปี 2562 และปี 2566

ปัจจัย	ปี 2562		ปี 2566		Pooled Cross Sectional Data	
	(n = 4,469)		(n = 15,464)		(n = 19,933)	
	OR	sig	OR	sig	OR	sig
ปัจจัยทางประชากร						
1.เพศ						
ชาย (กลุ่มอ้างอิง)						
หญิง	0.764**	✓	1.096*	✓	0.991	X
2.อายุ						
15-34 ปี (กลุ่มอ้างอิง)						
35-59 ปี	1.433**	✓	1.257**	✓	1.342**	✓
60 ปีขึ้นไป	2.416**	✓	1.653**	✓	1.893**	✓



ปัจจัย	ปี 2562		ปี 2566		Pooled Cross Sectional Data	
	(n = 4,469)		(n = 15,464)		(n = 19,933)	
	OR	sig	OR	sig	OR	sig
3.สถานภาพสมรส						
โสด (กลุ่มอ้างอิง)						
สมรส	0.734*	✓	1.222**	✓	1.07	X
ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่	0.819	X	1.290**	✓	1.139	X
ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม						
4.อาชีพ						
ไม่ทำงาน (กลุ่มอ้างอิง)						
ธุรกิจส่วนตัว	1.423**	✓	1.059	X	1.151*	✓
ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ	3.554**	✓	2.030**	✓	2.378**	✓
ลูกจ้างเอกชน	3.246**	✓	1.179*	✓	1.578**	✓
5.การศึกษา						
ต่ำกว่าประถมศึกษา (กลุ่มอ้างอิง)						
ประถมศึกษา	1.108	X	0.707**	✓	0.830**	✓
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./อนุปริญญา	1.381*	✓	0.748**	✓	0.909	X
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2.204**	✓	1.006	X	1.279**	✓
6.เขตที่อยู่อาศัย						
ในเขตเทศบาล (กลุ่มอ้างอิง)						
นอกเขตเทศบาล	0.620**	✓	1.029	X	0.893*	✓
7.ภูมิภาค						
กรุงเทพฯ (กลุ่มอ้างอิง)						
ภาคกลาง	0.913	X	0.556**	✓	0.629**	✓
ภาคเหนือ	1.796**	✓	0.521**	✓	0.751**	✓
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2.808**	✓	1.01	X	1.269**	✓
ภาคใต้	1.151	X	0.887	X	0.893	X
ปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ						
8.ประเภทสวัสดิการสุขภาพ						
ไม่มีสวัสดิการ/มีสวัสดิการแต่ไม่ได้ใช้ (กลุ่มอ้างอิง)						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0.888	X	1.099	X	1.01	X
ประกันสังคม	1.28	X	3.803**	✓	2.806**	✓



ปัจจัย	ปี 2562		ปี 2566		Pooled Cross Sectional Data	
	(n = 4,469)		(n = 15,464)		(n = 19,933)	
	OR	sig	OR	sig	OR	sig
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.858**	✓	3.536**	✓	2.856**	✓
สิทธิบริษัทเอกชน	3.337**	✓	19.139*	✓	11.696**	✓

9. ช่วงปีที่เปรียบเทียบ

พ.ศ. 2562 (กลุ่มอ้างอิง)	-	-	-	-	-	-
พ.ศ. 2566	-	-	-	-	0.440**	✓

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านประชากร ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ ต่อการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ในช่วงเวลาก่อนเกิดโควิด-19 ปี 2562 และหลังเกิดโควิด-19 ปี 2566 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

การศึกษาค้นพบว่า ปัจจัยเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ภาคที่อยู่อาศัย และสวัสดิการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในปี 2562 และ พ.ศ. 2566 โดยพบว่า ในช่วงก่อนการระบาดของโควิด-19 เพศชายมีโอกาสตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าเพศหญิง แต่หลังจากการระบาดของโควิด-19 กลับพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าเพศชาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเพศหญิงมีการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และมีพฤติกรรมป้องกันดูแลสุขภาพสูงขึ้นในช่วงหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 สอดคล้องกับ งานวิจัยของ เสาวนีย์ แก้วบุญเรือง (2565) ที่พบว่า เพศหญิงมีการตรวจสุขภาพประจำปี และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

ปัจจัยทางด้านอายุ พบว่า ประชากรที่มีช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมาคืออายุ 35-59 ปี ของทั้งช่วงก่อนและหลังการระบาดของโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าช่วงวัยเด็กกว่า เนื่องจากประชากรผู้ที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อและเสียชีวิตจากโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จากงานวิจัยของ กุลวดี ไรจน์ไพศาลกิจ และคณะ (2565) พบว่า อายุมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โดยผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มในการป้องกันปัญหาสุขภาพในช่วงการระบาดของโควิด-19 มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Seung Chun Paek และ Ning Jackie Zhang (2567) ที่กล่าวว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้น โอกาสการเข้ารับการตรวจสุขภาพก็จะเพิ่มขึ้น โดยผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป มีโอกาสเข้ารับการตรวจสุขภาพมากกว่ากลุ่มอายุ 15-30 ปี

ปัจจัยทางด้านสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต รวมไปถึงด้านความเชื่อ ความรู้ การปฏิบัติตน โดยผู้ที่มีการครองชีวิตหรือแต่งงานแล้ว จะมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพประจำปีทั้ง 2 ช่วงปี โดยผู้ที่สมรส มีการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าผู้ที่โสด ซึ่งเป็นไปตามงานวิจัยของ Seung Chun Paek และ Ning Jackie Zhang (2567) พบว่า ผู้ที่แต่งงานแล้วจะมีการเข้ารับการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้ที่โสด หรือหย่าร้าง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ

ณวรา ธรรมจรัสศรี และคณะ (2567) พบว่าผู้ที่แต่งงานแล้วจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าผู้ที่โสด

ปัจจัยทางด้านอาชีพ พบว่าผู้ที่มีงานทำ ทั้งอาชีพธุรกิจส่วนตัว ลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างเอกชน ของทั้ง 2 ช่วงปี มีโอกาสตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าผู้ที่ไม่ทำงาน ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ทำงาน มีรายได้จากการทำงาน มีโอกาสตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่า จากงานวิจัยของ Emily Stiehl (2560) ที่พบว่า ชนชั้นแรงงานในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีค่าแรงสูง มีโอกาสที่จะเข้ารับการตรวจสุขภาพ โดยเฉพาะลูกจ้างรัฐบาล/รัฐวิสาหกิจที่มีโอกาสในการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าอาชีพอื่น เพราะเป็นกลุ่มอาชีพที่ได้รับสวัสดิการสุขภาพที่มั่นคง เนื่องจากอยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการของรัฐบาลที่มีความครอบคลุม มีการจัดตั้งงบประมาณ หรือจัดสรรให้ใช้บริการตรวจสุขภาพในสถานพยาบาลที่จัดให้ (ภาสกร สอนเรือง และคณะ, 2558)

ปัจจัยทางการศึกษา พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง โดยเฉพาะปริญญาตรีหรือสูงกว่า รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ปวช. ปวส. และอนุปริญญา ในปี 2562 พบว่ามีโอกาสในการตรวจสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นางลักษณี แก้วทอง และคณะ (2557) ที่กล่าวว่าคนที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้ความเข้าใจ และปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าคนที่มีระดับการศึกษาต่ำ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในปี 2566 กลับพบว่า ระดับการศึกษาสูงมีโอกาสดูแลสุขภาพประจำปีน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ซึ่งอาจเกิดจากหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ประชากรมีพฤติกรรมรักษาสภาพ หรือเข้ารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลน้อยลง และเปลี่ยนไปใช้บริการจากทางอื่นแทน ตามที่ ภัทรวิทย์ อัดตะสาระ (2567) อธิบายว่าการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การแพทย์ทางไกล (telemedicine) จะช่วยอำนวยความสะดวกสบายให้แก่ผู้ใช้บริการจากที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตรวจรักษาได้ไม่ต่างจากมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และใช้อย่างต่อเนื่องหลังจากการระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการศึกษาสูง เพราะการใช้บริการดังกล่าวข้างต้น มีความจำเป็นต้องใช้ทักษะด้านดิจิทัลในการเข้าใช้บริการ จึงทำให้คนกลุ่มนี้ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ลดการไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณฤดี และคณะ (2567) ที่พบว่าทักษะและความสามารถของผู้ใช้บริการมีส่วนจำเป็นต่อการเข้าใช้ และทั้งนี้ผู้ใช้บริการยังยอมรับถึงข้อดีของการบริการ เพราะสามารถช่วยในเรื่องของความสะดวกสบาย ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ ลดความเครียด

ปัจจัยทางด้านเขตที่อยู่อาศัย พบว่าในปี 2562 ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีโอกาสดูแลสุขภาพประจำปีมากกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2558) ที่พบว่า ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เมือง มีแนวโน้มการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่อยู่ในพื้นที่ชนบท และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศนีย์ ปัทมสนธิ์ และคณะ (2564) ที่พบว่าในเขตเทศบาลเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก มีการจัดบริการสุขภาพที่หลากหลาย และเพียงพอ ได้แก่การตรวจรักษาที่บ้าน ให้ความรู้ด้านยา ดูแลและบริการอย่างใกล้ชิด แต่สำหรับปี 2566 ปัจจัยทางด้านเขตที่อยู่อาศัยไม่มีความความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านภูมิภาค ปี 2562 พบว่า ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากประชากรในต่างจังหวัด โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเชิงรุกมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ลงพื้นที่จำนวนมากที่สุด สอดคล้องกับนโยบายเชิงรุกของรัฐบาล มีนโยบายเชิงรุกด้านการดูแลสุขภาพที่เข้าถึงพื้นที่ห่างไกลในชุมชนมากขึ้น โดยผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

แก่ผู้สูงอายุและแรงงานผู้มีการศึกษาน้อย ให้มีโอกาสเข้ารับการคัดกรองโรค (กรมอนามัย, 2562) นอกจากนี้ผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครยังมีปัจจัยแฝงร่วม ที่ทำให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีน้อยกว่าคือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะวัยทำงาน รวมถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ ทำให้ตัดสินใจไม่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณวรา ธรรมจรัสศรี และคณะ (2567) ที่พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ต่ำ จะมีโอกาสตรวจสุขภาพประจำปีต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ช่วงหลังจากการระบาดของโควิด-19 ในปี 2566 กลับพบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าภาคกลาง และภาคเหนือ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงการตื่นตัวทางด้านสุขภาพของผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ กาญจนา ปัญญาเพชร และคณะ (2567) ที่พบว่า หลังจากโควิด-19 ส่งผลให้ชาวบ้านในชุมชนมีพฤติกรรมแบบ New Normal เกิดการเรียนรู้ในเรื่องโรค มีความตื่นตัว เกิดความกลัว และมีความตระหนักรู้ต่อโรค ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้ รายงานประจำปี 2567 ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า ประชาชนได้รับการคัดกรองสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปีจากปีที่ผ่านมา

ปัจจัยด้านสวัสดิการสุขภาพ ช่วงก่อนการเกิดโควิด-19 ในปี 2562 พบว่า ผู้ที่มีสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และสิทธิจากบริษัทประกันภัยเอกชนที่ตัวเอง มีโอกาสในการตรวจสุขภาพประจำปีมากกว่าผู้ที่ไม่มีสวัสดิการ หรือมีสวัสดิการแต่ไม่ได้ใช้ และในปี 2566 หลังการระบาดของโควิด-19 พบว่านอกจากสิทธิที่กล่าวก่อนหน้านี้ ผู้ที่ใช้สิทธิประกันสังคม มีแนวโน้มในการตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฉัตรทิพย์ บุตรน้ำเพชร และคณะ (2564) พบว่า ระดับความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคมโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง อยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสังคมที่ครอบคลุมทางด้านสุขภาพ สามารถเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพโดยไม่ต้องแบกรับค่าใช้จ่าย รวมถึงได้รักษาตามมาตรฐานการแพทย์ เช่นเดียวกับสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ และคณะ (2563) พบว่าผู้ที่มีสิทธิราชการ จะมีการตรวจสุขภาพประจำปีและตรวจสุขภาพเฉพาะทางมากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนิษฐา ศุภวิทย์ (2563) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีสิทธิข้าราชการ มีการรับรู้เรื่องการใช้สิทธิของตนเองและครอบครัว รู้สถานพยาบาลที่มีสิทธิเข้ารับการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ หลังการระบาดของโควิด-19 มีผู้ใช้สิทธิเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการซื้อประกันภัยจากบริษัทเอกชน ซึ่งมีผลมาจากช่วงที่โควิด-19 กำลังระบาด และจากงานวิจัยของ ณัฐฐณิชา คงแจ่ม และคณะ (2564) พบว่า การระบาดของโควิด-19 มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเสี่ยง และมีความสำคัญต่อความต้องการซื้อประกันชีวิตและประกันสุขภาพ และจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรค เนื่องจากรับรู้ถึงความไม่แน่นอนของตนเองและครอบครัว จึงแสวงหาหลักประกันความมั่นคง โดยเฉพาะประกันสุขภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ธิชาภรณ์ ตริวงศ์ และคณะ (2568) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงและความต้องการความมั่นคงในชีวิตมีผลต่อการตัดสินใจในการซื้อประกันสุขภาพ เนื่องจากความไม่แน่นอนหรือความเสี่ยงด้านสุขภาพ จึงหามาตรการการป้องกันให้แก่ตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในอนาคต ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผลการวิจัยหลังการระบาดของโควิด-19 พบว่าการมีประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนมีแนวโน้มต่อการการตรวจสุขภาพประจำปีมากขึ้น

และจากผลการศึกษาครั้งนี้ ทั้งการวิเคราะห์แบบแยกรายปี และแบบ Pooled Cross Sectional Data พบว่า การเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ในปี 2566 น้อยกว่า ในปี 2562 ซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจากการระบาดของโควิด-19 ทำให้ประชากรมีความกังวลใจที่จะไปโรงพยาบาลหากไม่จำเป็น โดยเฉพาะช่วงเวลาที่เพิ่งผ่านการระบาดจากโควิด-19 สอดคล้อง ตามที่กรมสุขภาพจิต (2563) กล่าวว่า นอกจากโควิด-19 จะส่งผลต่อสุขภาพกายแล้ว ยังส่งผลต่อสุขภาพจิต ในด้านความตื่นกลัว มีความเครียด ความวิตกกังวลจากการติดเชื้อ รวมทั้งขาดความเชื่อมั่นในกระบวนการ



รักษา นอกจากนี้ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2564) กล่าวถึงผลกระทบต่อการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรคและปัจจัยเสี่ยงถูกจำกัดลง อุปสรรคการแพทย์สาธารณะถูกระงับการให้บริการ โรงพยาบาลพยายามลดความแออัด เนื่องจากความเสี่ยงในการติดเชื้อ แต่อย่างไรก็ตาม ประชากรมีการตื่นตัวในการดูแลตนเอง ปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับการดูแลสุขภาพอย่างเคร่งครัด และยังมีการบริการสุขภาพวิถีใหม่ ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล จึงเป็นสาเหตุหนึ่งในการตัดสินใจในการไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษาค้างนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการ “การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2566” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีข้อคำถาม เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพประจำปีในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยไม่ได้มีการกำหนดนิยามที่ชัดเจนว่า การตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง การตรวจอะไรบ้าง มีเพียงนิยามกว้างๆ และข้อมูลทั้ง 2 ชุดนี้มีข้อคำถามบางข้อที่ไม่มีคำตอบ (missing) ทำให้เมื่อนำมาใช้ในการศึกษาค้างนี้ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย จึงต้องมีการตัดตัวอย่างที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ออก ทำให้ขนาดของตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาน้อยกว่าจำนวนตัวอย่างของการสำรวจ และมีจำนวนไม่เท่ากันใน 2 ปีการสำรวจ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่าแนวทางในการส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปีของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปคือ

1. การส่งเสริมให้ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง และทุกกลุ่มวัย เห็นถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งเป็นการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรเพศชาย ผู้ที่มีอายุ 15-35 ปี และเป็นโสด
2. ส่งเสริมการทำงานของประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะผลจากการศึกษาพบว่าประชากรที่ทำงานประกอบอาชีพ จะมีความใส่ใจสุขภาพ ทำให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งจากการที่ต้องรักษาสุขภาพให้แข็งแรงเพื่อจะได้ทำงานได้ยาวนานขึ้น และจากสิทธิสวัสดิการที่ได้จากการทำงานที่ครอบคลุมการตรวจสุขภาพประจำปี
3. การขยายสิทธิสวัสดิการด้านการตรวจสุขภาพประจำปีให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอาชีพ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ที่จะช่วยให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี ลดภาระโรคและเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรทุกกลุ่มวัยอย่างยั่งยืน และการประชาสัมพันธ์ให้ประชากรในแต่ละกลุ่มสิทธิสวัสดิการ ทราบถึงสิทธิการตรวจสุขภาพประจำปี ให้มากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่พบว่า มีความครอบคลุมถึงการตรวจสุขภาพประจำปีตามกลุ่มอายุ ปีละครั้ง แต่ประชากรส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสิทธินี้และมองว่าสิทธิบัตรทองเป็นสิทธิด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกันโรค
4. การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและความสำคัญของการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งเป็นการป้องกันโรคที่สำคัญในกลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาน้อย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ให้เพิ่มมากขึ้น ตลอดจนส่งเสริมประชากรกลุ่มนี้ให้เข้าถึงสิทธิการตรวจสุขภาพประจำปี ตามสิทธิให้เพิ่มมากขึ้นด้วย



และเนื่องจากในช่วงหลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ก็อาจทำให้ประชากรกลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อยอาจกังวลเรื่องการไปรับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาล ในกรณีที่ไม่ได้เจ็บป่วย

5. การจัดการบริการการตรวจสุขภาพประจำปี หรือการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ให้มีความครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม และเข้าถึงง่าย เช่น การจัดการบริการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ที่ไม่ต้องไปรับบริการที่โรงพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ประชากรในทุกภาค (โดยเฉพาะ ภาคกลาง ภาคเหนือ) และในพื้นที่ชนบท เข้าถึงการตรวจสุขภาพประจำปีให้มากขึ้น
6. การส่งเสริมให้สิทธิสวัสดิการ ทุกประเภทมีความครอบคลุมถึง การตรวจสุขภาพประจำปี และควรให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการด้วย และการจัดการหรือขั้นตอนในการใช้สิทธิที่ง่ายในการเข้าถึง

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพของประชากรไทย และปัจจัยกำหนด”

เอกสารอ้างอิง

- Emily Stiehl. (2560). Worksite Health Promotion for Low-Wage Workers: A Scoping Literature Review. *American Journal of Health Promotion*.
- Seung Chun Paek, Ning Jackie Zhang. (2024). Factors associated with the use of annual health checkups in thailand: evidence from a national cross-sectional health and welfare survey. *Frontiers in Public Health*. 1-11. doi: 10.3389/fpubh.2024.1390125.
- Thamjamrassri, N., Supasirisun, Y., & Boonpheng, B. (2024). Prevalence and factors associated with participation in health checkups among Thai adults aged 19-60 years: Cross-sectional study at Vajira Hospital, Bangkok, Thailand. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 68(3), [1-10]. doi: 10.62691/vmj.2024.268513
- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2564). รายงานผลการทบทวนผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2562). ความดันโลหิตสูง. สืบค้น 25 กันยายน 2565, จาก <https://xn--12c8b3afcz5g8i.com/knowledge/detail/26/data.html>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). องค์ความรู้การดูแลสุขภาพใจในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 “ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย”. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2562). คู่มือ หลักสูตร อสม. เชี่ยวชาญ การจัดการสุขภาพชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
- กาญจนา ปัญญาพิษฐ์, กชกร ธรรมนำศีล, สุปราณี มณีวงศ์, ชัยณรงค์ นาคเทศ และ จินตนา อาจสันเทียะ. (2567). การศึกษาปรากฏการณ์พฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal จากการระบาดโรคโควิด 19 ของประชาชนในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 10(1), 139-151



- กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุภา เพ็งพิศ และ Peltzer, K. (2565). Covid-19 preventive behaviors and influencing factors in the thai population: a web-based survey. *Frontiers in Public Health*, 10, 1-7. doi: 10.3389/fpubh.2022.816464.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *หลอดเลือดหัวใจตีบ*. สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม 2565, จาก <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/coronary-heart-disease>
- ฉัตรทิพย์ บุตรน้ำเพชร, ฉัตรสมุน พฤตมิญโญ, วลัยรัตน์ พบศรี และ นพดล กรรณิกา. (2564). การรับรู้ความมั่นคงทางสุขภาพของผู้ใช้บริการหลักประกันสังคม: กรณีศึกษาโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 7(3), 429-444.
- ณัฐธินิชา คงแจ่ม, จุฑามาศ รัตนพิบูลย์, รัฐวิชัย อาภาคัพพะกุล, ธวัชชัย เกิดแก้ว, รุสณีย์ แซะบิง, ลิปวิชัย วงศ์สุวัฒน์ และ วิภาดา เกษธรรมพิทักษ์. (2564). ผลกระทบจากโควิด-19 ที่มีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและความต้องการซื้อประกันของประชาชน จังหวัดตรัง. *วารสารจุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 43(2), 1-20.
- ทัศนีย์ ปัทมสนธิ์, ไชยรัตน์ ศิรินคร และ รุ่งโรจน์ ฝ่ายเยื่อ. (2564). ความต้องการและความคาดหวังของชุมชนเกี่ยวกับเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองอรัญญิก จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารร้อยแก่นสารนันท*, 6(7), 204-218.
- ธนิสฐา ศุภวิชัย. (2563). การรับรู้สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(7), 42-59.
- ธิวากรณ์ ตรีวงศ์, มานะ ลักษณะอิฐไธย และ ชิตตะวัน ชนะกุล. (2568). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์ประกันสุขภาพ หลังเหตุการณ์โควิด-19. *วารสารสังคมศาสตร์ปัญญาพัฒนา*, 7(3), 187-200.
- นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ ลีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช และ ชวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 30(1), 45-56.
- ภัทรวินท์ อัดตะสาระ. (2567). *คู่มือบริการประชาชน ระบบการแพทย์ทางไกล Tele Medicine 2024*. สถาบันโรคผิวหนัง. สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2569, จาก [https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Population/Attach/25670409105434AM_10คู่มือบริการ%20ระบบการแพทย์ทางไกล\(Telemedicine%20\)IODส.ผ.pdf](https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Population/Attach/25670409105434AM_10คู่มือบริการ%20ระบบการแพทย์ทางไกล(Telemedicine%20)IODส.ผ.pdf)
- ภาสกร สวนเรือง, สิรินาฏ นิภาพร, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ และ พัฒนาวีไล อินใหม่. (2558). สวัสดิการรักษายาของพนักงานประจำในรัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน หน่วยราชการอิสระ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(1), 79-91.
- วรรณฤดี อิศรานุกัณนชัย, นิธิเจน กิตติรัชกุล, วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร, ชนิตา เอกอัครรุ่งโรจน์, ปภาดา ราษฎร์อน, เบญจมาพร เอี่ยมสกุล, ... ปัญญชนก หมื่นแก้ว. (2567). *การศึกษามลของนโยบายการแพทย์ทางไกลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยในปี 2565-2567*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). สืบค้นเมื่อ 29 มีนาคม 2569, จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6203?locale-attribute=th>
- วิษณุภรณ์ วงษ์บำรุง และ ธนิต รัตนธรรมสกุล. (2566). ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564. *วารสารควบคุมโรค*, 49(3), 491-504.



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2564). แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2565-2569. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2565). ความหมายของนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 25 กันยายน 2565, จาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=166968>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติสังคม.

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2567). รายงานประจำปี 2567 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาระบบสาธารณสุข

เสาวนีย์ แก้วบุญเรือง. (2565). การรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพการบริการของนั้รับบริการการตรวจสุขภาพประจำปี โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 30(1), 68-79.

อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, สมชาย ธนะสิทธิชัย, วินัย ศรีสะอาด, ธนะรัตน์ อิ่มสุวรรณศรี และ อรุณี ไทยะกุล. (2563). การตรวจสุขภาพประจำปีภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ: การตรวจใดได้ประโยชน์?. วารสารกรมการแพทย์, 45(3), 59-66.



เส้นทางของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะยาว

(The Caregiver's Journey within the Family of Patients with Long-Term Chronic Illnesses)

โดย

อดิเรก เร่งมานะวงษ์*, โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์†, ศิราณี ศรีหามาศ‡,
ธนวรรณ สารระรัมย์§ และ ชัชชล อัจฉนาภิตติ**

* นักวิจัย, มุลนิธิสังคมและสุขภาพ \ Corresponding author

† ผู้อำนวยการ มูลนิธิสังคมและสุขภาพ

‡ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี

§ นักวิจัย มูลนิธิสังคมและสุขภาพ

** นักวิจัย มูลนิธิสังคมและสุขภาพ

บทคัดย่อ

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่ผ่านมา เน้นศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวถูกมองข้าม การศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล กลุ่มเป้าหมายการศึกษา ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 30 คน จาก 30 ครอบครัว รวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน - กรกฎาคม 2568 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนชนบทและเมือง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยระหว่าง 40-50 ปี ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในฐานะคู่สมรส บิดามารดาและบุตร ประสบการณ์การดูแลระหว่าง 3-23 ปี ข้อค้นพบสำคัญผ่านเส้นทางการกลายเป็นผู้ดูแล เป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) ก่อนที่จะเป็นผู้ดูแล (2) เมื่อเป็นผู้ดูแลหน้าใหม่ (3) เมื่อเป็นผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ และ (4) การปรับตัวในปัจจุบัน ซึ่งในแต่ละระยะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ แตกต่างกันไป ได้แก่ ปัญหาในการดูแลทางสังคม ระบบเศรษฐกิจ/การเงิน และสุขภาพกายและจิตใจ โดยมีจุดสร้างปัญหาในการดูแล ดังนี้ (1) ภาระการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตลอด 24 ชั่วโมงเพียงลำพังแทบไม่มีเวลาหายใจ (2) ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัว (3) การสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพและหารายได้ของผู้ดูแล (4) ผู้ดูแลในครอบครัวไม่รู้จะรับมือกับสภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วย และ (5) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวอาศัยอยู่เพียงลำพังและขาดคนดูแล

คำสำคัญ: จุดสร้างปัญหาการดูแล, ผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ภาระการดูแล, เส้นทางการดูแล



Abstract

Previous studies on long-term care have focused on patients, leaving family caregivers largely unnoticed. This study aimed to examine the caregiving experiences of family caregivers. The study population consisted of 30 family caregivers from 30 households with chronic illnesses. Data was collected between April and July 2025 through in-depth interviews with the target group in rural and urban communities. The results showed that most caregivers were female, with an average age of 40-50 years, and served as spouses, parents, and children, with 3-23 years of caregiving experience. Key findings categorized the caregiving journey into four stages: (1) before becoming a caregiver, (2) as a new caregiver, (3) as a fully qualified caregiver, and (4) in the present adjustment period. Each stage presented different challenges, including social care issues, economic/financial problems, and physical and mental health challenges. The problems are as follows: (1) The burden of caring for chronically ill patients 24 hours a day alone leaves them with almost no time to breathe; (2) The financial burden of caring for chronically ill patients affects the family's livelihood; (3) The loss of opportunities for caregivers to work and earn income; (4) Family caregivers do not know how to cope with the patient's problems and symptoms; and (5) Chronically ill patients with long-term dependency live alone and lack caregivers.

Keywords: caregiving burden, family caregivers for patients with chronic illnesses, pain points in caregiving, patient caregivers journey

เส้นทางของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะยาว

(The Caregiver's Journey within the Family of Patients with Long-Term Chronic Illnesses)

บทนำ

ในประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำและปานกลาง (lower-middle income: LMIC) เช่น ประเทศไทย กลุ่มประชากรกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะยาวในชุมชน เป็นกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (Haley, et al., 2015) โดยเฉพาะความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในระดับใกล้เคียงกับความเสี่ยงของประเทศที่มีรายได้สูงกว่า แต่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะมีอัตราความผิดปกติด้านสุขภาพจิตที่เทียบเคียงได้ แต่ผู้ดูแลในครอบครัวของกลุ่มประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำและปานกลาง มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตมากกว่า นอกจากนี้ หลักฐานบ่งชี้ว่าเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวมีอาการซึมเศร้า ความทุกข์ และสุขภาพไม่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ให้การดูแลเผชิญความเสี่ยงต่อการหกล้ม การละเลยการดูแลกิจวัตรประจำวัน และมีโอกาสเผชิญกับความรุนแรงจากผู้ดูแลและหน่วยบริการด้านสุขภาพ

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่ผ่านมา มักเน้นศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวถูกมองข้ามและยังพบว่างานศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเข้าใจประสบการณ์เชิงลึกยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น แนวคิดเส้นทางการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว จึงสามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของตนเองน้อยที่สุดในระหว่างการให้บริการดูแลครอบครัวและระบบบริการสนับสนุน (The Senior Alliance, 2025) ดังนั้น การที่ผู้ดูแลในครอบครัวอดทนและรับมือกับความท้าทายในช่วงระยะเส้นทางการดูแลผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นเพื่อพิจารณาถึงลักษณะของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา การสนับสนุนภายนอกและภายในที่ช่วยให้ผู้ดูแลจัดการได้ ความท้าทายที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเส้นทางการดูแล และค่าใช้จ่ายส่วนบุคคลในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงวิธีที่ผู้ดูแลรับมือกับการดูแลสมาชิกในครอบครัวจนถึงจุดสิ้นสุดของเส้นทางการในการดูแลผู้ป่วย

ทั้งนี้ ข้อมูลที่สามารถแนะนำเพื่อบรรเทาภาระการดูแลผู้ป่วย การปรับปรุงความเข้าใจของระบบบริการและสนับสนุนเกี่ยวกับความเครียดและความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ถือเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (Sarah, 2010) อีกทั้งประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกระตุ้นให้เปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพใหม่ สุขภาพที่ดีอาจไม่ใช่การที่มนุษย์เราปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือชีวิตที่มีคุณค่าความหมายเป็นสิ่งที่อยู่ตรงข้ามกับชีวิตที่เจ็บป่วย ในทางตรงข้ามชีวิตที่มีคุณค่าความหมายสามารถเกิดขึ้นหากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี แนวคิดเส้นทางการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว จึงเปิดความเป็นไปได้ใหม่ในการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยืดผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง เปิดความเป็นไปได้ในการวิเคราะห์หาวิธีการแบ่งเบาภาระของสมาชิกในครอบครัว และการบรรเทาความทันทูทุกที่ค่อยๆ ก่อตัวอย่างเงิบๆ ของครอบครัว เมื่อผู้ดูแลต้องปฏิบัติกับบุคคลที่เขารักและมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังอันยาวนาน เป็นสิ่งยืนยันให้เห็นแนวทางการบูรณาการความรู้ร่วมกันระหว่างความรู้ทางการแพทย์ของผู้เชี่ยวชาญกับความรู้เชิงประสบการณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแลว่าสามารถทำงานร่วมกันได้ เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเรื้อรังไม่เพียงเกิดจากตัวโรคเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการที่สังคมมีมุมมองและปฏิบัติต่อผู้ป่วยเรื้อรังด้วย ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงยืนยันให้เห็นว่า สภาวะเรื้อรังของโรคเป็นปัญหาทางสังคมเช่นเดียวกับปัญหาทางการแพทย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยเฉพาะการทำความเข้าใจเส้นทางการดูแลและการกลายเป็นผู้ดูแล รวมถึงปัญหา อุปสรรค การปรับตัว และการสนับสนุนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะยาว

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

บทความนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเส้นทางการชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย และระบบการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เส้นทางของผู้ดูแลผู้ป่วย : การศึกษาเกี่ยวกับเส้นทางการชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver's journey) ยังมีข้อจำกัดและจำนวนน้อยในการศึกษาทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ ที่ศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์การรับมือที่ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ในแต่ละระยะตลอดเส้นทางการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เป็นงานศึกษาเส้นทางการชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการดัดแปลงมาจากแนวคิด customer service and marketing ซึ่งเป็นแนวคิดด้านการตลาด เพื่ออธิบายและเล่าเรื่องราวในมุมมอง (perspective) ของลูกค้า เพื่อให้เห็นว่าในแต่ละช่วงเวลาในการเดินทางของลูกค้า มีจุดที่สร้างปัญหา (pain point) อะไรบ้าง มีความคาดหวังอะไรในตัวสินค้า และการบริการ เพื่อนำมาสู่การพัฒนาปรับปรุงสินค้าและบริการ (Ly, Runacres, & Poon, 2021) ดังนั้น การทำแผนที่การเดินทางของผู้ป่วยเป็นเครื่องมือที่ในการปรับเปลี่ยนวิถีทัศน์ด้านการดูแลสุขภาพ โดยมีประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแผนที่จะติดตามทุกขั้นตอนการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับระบบการดูแลสุขภาพ และการทำแผนที่การเดินทางของผู้ป่วยเป็นมากกว่ากลยุทธ์ แต่เป็นการยกระดับคุณภาพการดูแล สร้างความมั่นใจว่าเส้นทางการดูแลสุขภาพทุกด้านมีการเอาใจใส่ ความเข้าใจ และการแสวงหาความเป็นเลิศในประสบการณ์ของผู้ป่วย (Sarah, 2010) นอกจากนั้น การศึกษาวิจัยในประเด็นการศึกษาเส้นทางการชีวิตของผู้ดูแล จะทำให้ค้นหาวិธีการแบ่งเบาภาระของสมาชิกในครอบครัว และการดูแลความทนทุกข์ที่ค่อยก่อตัวอย่างเงียบๆ ภายในครอบครัว เมื่อพวกเขาเผชิญกับการที่คนที่พวกเขารักต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง อีกทั้งยืนยันให้เห็นแนวทางการบูรณาการความรู้ร่วมกันระหว่างความรู้ทางการแพทย์ของผู้เชี่ยวชาญกับความรู้เชิงประสบการณ์ของผู้ป่วยและคนดูแลว่าสามารถทำงานร่วมกันได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเรื้อรังไม่เพียงเกิดจากตัวโรคเท่านั้น (Hoppe, 2020) แต่ยังรวมถึงวิถีที่สังคมมองผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังด้วย สิ่งนี้ทำให้ภาวะเรื้อรังของโรคเป็นปัญหาทางสังคมเช่นเดียวกับปัญหาทางการแพทย์ โดยเฉพาะการช่วยให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ “มองเห็นความเป็นมนุษย์ของบุคคลที่อยู่เบื้องหลังโรคนี้” จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับเส้นทางการชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาข้างต้น พบว่า การมุ่งเน้นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียวอาจจะไม่เพียงพอ จึงต้องให้ความสนใจและทำความเข้าใจกับเส้นทางการชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

ระบบการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า องค์ประกอบของระบบการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Lorig & Holman, 2003); Berg & Hayashi, 2013) ประกอบด้วย 1. การทำงานเป็นทีมเป็นการประสานงานและความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ 2. การวางแผนการทำงาน เป็นการกำหนดเป้าหมาย การประเมินผล และการปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามความเหมาะสม 3. ปฏิสัมพันธ์ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่เหมาะสม 4. การสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการโรคของตนเอง เช่น การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางอารมณ์ 5. การใช้ทรัพยากรชุมชน เป็นการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น กลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย 6. การบูรณาการการตัดสินใจ เป็นการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลของตนเอง 7. การลงทะเบียน

ผู้ป่วย เป็นการติดตามและบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อประเมินและปรับปรุงคุณภาพการดูแล และ 8. การสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นการใช้เทคโนโลยีเพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้แอปพลิเคชันเพื่อติดตามสุขภาพ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวทางปรากฏการณ์วิทยา กลุ่มเป้าหมายการศึกษา ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 30 คน จาก 30 ครอบครัว โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (1) เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 4 เดือนในฐานะผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน และ (2) เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน - กรกฎาคม 2568 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนชนบทและเมือง จำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองขอนแก่น น้ำพอง และชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยผู้ให้ข้อมูลได้รับการอธิบายและขออนุญาตตามแนวทางของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งนี้ ได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยใช้เทคนิคสามเหลี่ยม และใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Cresswell, 2013)

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลการเดินทางของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้ได้ข้อค้นพบสำคัญ ซึ่งจะแบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยและบริบท เส้นทางของผู้ดูแลผู้ป่วย และระบบการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว

(1) ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วย และบริบท

พื้นที่วิจัย เป็นชุมชนเมืองและชนบทในจังหวัดขอนแก่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ที่เปลี่ยนแปลงจากสังคมชนบทแบบดั้งเดิมเป็นสังคมอีสานหรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผ่านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและโครงสร้างทางสังคมโดยเปลี่ยนจากระบบการผลิตแบบเกษตรกรรมเพื่อยังชีพเป็นระบบเกษตรกรรมเชิงพาณิชย์ตามกระแสทุนนิยม

ผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3) เพศชาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.6) มีอายุมากกว่า 40-50 ปี (Mean = 48.13, SD. = 5.83, Min = 39.0, Max = 83.0) สถานภาพสมรส จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70) ต้องมาดูแลผู้ป่วยด้วยความสัมพันธ์ในฐานะคู่สมรส บิดามารดา และบุตร โดยผู้ป่วยที่ดูแลประกอบด้วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.6) รองลงมาได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 20.0) โรคเบาหวาน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.6) โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.0) โรคไตวาย จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.0) อัมพาตจากอุบัติเหตุ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 10.0) และผู้ป่วยทางจิต จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.6) ผู้ดูแลบางคนมีโรคเรื้อรัง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 33.3) ประสบการณ์การดูแลระหว่าง 3-23 ปี และมีภาระหนี้สินจากการดูแลผู้ป่วย จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่มีความรับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น ประเมินการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมในการฟื้นฟูและให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ชีวิตของผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดจุดสร้างปัญหาในการดูแล (pain points) ได้แก่ การต้องออกจากงานหรืออาจต้องเปลี่ยนงาน การทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องปรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้เตรียมตัว ซึ่งหากขาดความรู้และความมั่นใจเพียงพอในการดูแล จะทำให้ผู้ดูแล

รับรู้ถึงภาระในการดูแล ความเครียด และความยากลำบากในการดำเนินกิจกรรมการดูแล ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน

เห็นได้ว่าในประเทศไทย การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวเป็นเรื่องปกติธรรมดาในชีวิต ซึ่งเคลื่อนด้วยกรอบศีลธรรมที่เชื่อในเรื่องกรรม ความกตัญญูต่เวที และความเมตตากรุณา โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยแรงผลักดันจากความเห็นอกเห็นใจเป็นพิเศษและความสัมพันธ์ที่อบอุ่นใกล้ชิด (Aulino, 2016) แต่ในสังคมประเทศในยุโรปและอเมริกา กลับพบในทำนองตรงข้าม ที่พบว่า แรงกระตุ้นในการดูแลผู้ป่วย หรือความสัมพันธ์อันอบอุ่นใกล้ชิดที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจคนอื่น อาจถูกมองว่าเป็นอุปสรรคขัดขวางการดูแลที่ดีก็ได้ (Otto & Keller 2018; Mezzenzana 2020)

(2) เส้นทางของผู้ดูแลผู้ป่วย

เส้นทางของการดูแลของผู้ดูแล มีเส้นทางของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 4 เส้นทาง ได้แก่

2.1 ก่อนจะกลายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (pre-caregiving)

ก่อนจะกลายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย บุคคลนั้นจะมีวิถีชีวิตปกติตามสถานภาพทางสังคมที่มีบทบาทของตนเองในการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ ส่วนหนึ่งได้ย้ายถิ่นออกไปเล่าเรียนศึกษา หรือไปทำงานห่างบ้านและครอบครัว โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์ในฐานะคู่สมรส บิดามารดา บุตร หรือญาติพี่น้องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมาก่อน นอกจากนั้น พบว่า ส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพียงแต่ไม่ได้เป็นตัวหลักในการดูแลผู้ป่วย ดังข้อมูลสะท้อนของผู้ดูแลผู้ป่วยเพิ่งเข้ามาดูแลผู้ป่วย “แหว” อายุ 57 ปี ดูแลพี่ชาย อายุ 61 ปี ป่วยด้วยอาการเส้นเลือดในสมองตีบ เป็นผู้ป่วยติดบ้าน กล่าวว่า “...ไม่เคยแต่งงานและมีคู่ครองเลย อยู่กับพ่อแม่มาตลอดจนพ่อแม่เสียชีวิต ตอนสาว ๆ ไปทำงานรับจ้างก่อสร้างที่กรุงเทพฯ เริ่มเข้ามาดูแลพี่ชาย “ชาญ” ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย เมื่อปี 2560 ...” และตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยในการมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย “นวล” อายุ 67 ปี ดูแลพี่สาว อายุ 74 ปี ผู้ป่วยสมองเสื่อม กล่าวว่า “...10 ปีที่แล้ว ที่ได้ดูแลพี่สาว ที่แก่ตัวลง ไม่มีลูกหลานมาเลี้ยง ตอนนี้มีอยู่ด้วยกัน 2 คนที่บ้าน พี่สาวเริ่มมีอาการหลงๆ ลืมๆ และเบลอ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ถึง 3 ครั้ง ไม่ได้รับยา เพราะแพทย์บอกว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ไม่เข้าใจเหมือนกันทำไมผู้ป่วยไม่ได้กินยา เป็นผู้ป่วยต้องได้กินทุกคนใหม่คิดแบบนั้น พอนัดครั้งที่ 4 ไม่ไปโรงพยาบาลศูนย์เลยญาติฯ จึงตัดสินใจไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวช ได้รับยามากิน กินยาแล้วก็ไม่ค่อยอะไรเปลี่ยนแปลง ทำให้หยุดการรักษาต่อมามีอาการอ่อนเพลียมากๆ กระสับกระส่ายกระวนกระวาย จึงพาไปพบแพทย์ จึงเริ่มปล่อยวางและทำใจว่าพี่คงแก่มาแล้ว สมอเลยเสื่อมไปตามเวลา....”

2.2 เมื่อเป็นผู้ดูแลคนใหม่ (new caregiver)

การเป็นผู้ดูแลคนใหม่ นับเป็นช่วงระยะเวลาเปลี่ยนผ่านของบุคคลหนึ่งที่ได้จากเดิมมีการดำเนินชีวิตตามปกติ แต่ต้องปรับบทบาทใหม่เพื่อดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เพิ่งเข้ามาดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งแรก และอีกจำนวนหนึ่งได้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยมานานแล้วก่อนที่จะมีบทบาทหลักในการเป็นผู้ดูแล นอกจากนั้นผู้ดูแลคนใหม่ที่เพิ่งก้าวเข้ามาแบกรับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มตัวเป็นครั้งแรก จะมีความเครียด ความทุกข์ และวิตกกังวล รวมถึงเป็นการเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ดังข้อมูลสะท้อนของผู้ดูแล “พ่อหนู” อายุ 73 ปี ดูแลลูกชาย อายุ 46 ปี ผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัว ติดเตียงหนักที่เกาหลี่ได้ กล่าวว่า “...ดูแลลูกชายเป็นหลัก เพราะเมียผมตัวเล็ก ไม่สามารถออกแรงในการยกและดูแลได้ รู้สึกสับสน เสียใจ ไม่ว่าลูกชายจะป่วยหนัก และด้วยอายุยังหนุ่มยังน้อย จึงสงสารลูกมาก ๆ การผ่าตัดแต่ละครั้งเหมือนมีความฝัน แต่ฝันต่างสลายทุกครั้งจนต้องเดินทางพาลูกชายกลับบ้านด้วยสภาพผู้ป่วยติดเตียง แขนขาขยับไม่ได้ พูดไม่ได้มีแต่ร้องครวญคราง ลืมตาได้เหมือนโลกมีแต่ความทุกข์ “ฝนตกยังรู้ร้อน นอนกลางคืนยังรู้ตื่น ความทุกข์ยังบ่ง มีแต่จมลงจนมืด...”

2.3 เมื่อเป็นผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ (entrenched caregiver)

เมื่อการดูแลเดินทางมาระยะหนึ่ง จนกลายเป็นผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ ซึ่งบุคคลนั้นได้ก้าวเข้ามารับผิดชอบชีวิตในการดูแลผู้ป่วยเต็มเวลาและอยู่ด้วยกันตลอดเวลา 24 ชั่วโมง โดยบทบาทนี้จะกลายเป็นหน้าที่และงานหลักและเบียดบังบทบาทเดิมอื่นๆ ออกไปเกือบทั้งหมดจากชีวิตผู้ดูแล พบว่า ภาระของปัญหาในการดูแล ทำให้ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อผู้ดูแล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังข้อมูลสะท้อนของของผู้ดูแล “คลี” ลูกสาวอายุ 54 ปี ดูแลแม่ อายุ 85 ปี ผู้ป่วยติดบ้าน และสมองเสื่อม กล่าวว่า “...แม่ชอบบ่นสวาทจะอุจจาระเรี่ยราดภายในบ้าน ไม่ชอบนอน ไม่รู้ว่าเวลาใดกลางวันกลางคืน หลงๆ ลืมๆ ชอบดุด่า สาปแช่ง หาวๆ ขโมยเงินบ้าง จะมาดบตีเราบ้าง น้อยใจต่อโชคชะตา พ่อแม่คนอื่นๆ ทำไม่เป็นเหมือนแม่บ้าง คิดว่าเป็นเวรกรรม ที่ต้องได้มาดูแล อ่อนเพลีย เมื่อยล้า เป็นทุกข์และเครียด มีรายจ่ายและหนี้สินที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลแม่ วุ่นวายทั้งวันทั้งคืน ไม่ได้พัก ทั้งแพมเพิร์สใส่ให้ก็ชอบถอดออกเพราะร้อน นมกล่องที่ซื้อมาก็กินวันละหลายๆ กล่อง ไม่รู้จักอิ่ม...”

2.4 การปรับตัวในปัจจุบัน (adaptive caregiver)

การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังต้องดูแลผู้ป่วยต่อไปเรื่อยๆ จนไม่รู้ว่าภาระจะสิ้นสุดลงเมื่อไร ด้วยเงื่อนไขมากมายที่ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีการปรับตัว เพื่อพยายามหาสมดุลใหม่ให้กับชีวิต และสามารถดูแลผู้ป่วยไปพร้อมกับกับการประกอบสุขภาพของตนเองในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลยังต้องดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก และต้องทำงานหนักเพื่อเลี้ยงดูตนเองและครัวเรือนด้วย (Ayuwat, 2019) ถึงแม้ว่า ตนเองจะมีโรคเรื้อรังที่บั่นทอนสุขภาพและต้องดูแลตนเองในวัยสูงอายุด้วยเช่นกัน ดังข้อมูลสะท้อนของของผู้ดูแล “สายสมร” อายุ 73 ปี มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงและโรคไต สามีเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานนานแล้วสืบทอดว่ามีลูก 1 คน เสียชีวิตในเวลาใกล้เคียงกัน ดูแลพี่สาว อายุ 83 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เป็นไทรอยด์ โรคหัวใจ ภาวะอ้วนและเป็นผู้ป่วยติดบ้าน “.... ถ้าว่าไม่มีความทุกข์ก็ใช่ แต่ไม่มีความทุกข์โดยก็ใช่ เพราะแต่ละวันยังความสามารถดูแลพี่สาวได้ แต่ติดขัดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เนื่องจากมีรายได้น้อยไม่เพียงพอที่จะซื้ออาหาร ตนเองไม่สามารถทำอาหารได้จึงต้องซื้ออาหารมารับประทาน วันละ 40 บาท โดยกิน 2 คนทั้งวัน ถ้าเหลือก็จะเก็บไว้กินในวันต่อมา ในเรื่องของค่าใช้จ่ายค่าน้ำและค่าไฟฟ้า ไม่มีจ่ายในบางเดือน แต่ก็หามาจนได้ทุกวิธีทางเพื่อจ่ายจนครบ สภาพที่เป็นทั้งผู้ป่วย ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้ป่วยหน้าซ้ำเป็นผู้ยากจนด้วย ทำให้เกิดความเครียด ไม่พอใจในชีวิตบางครั้ง แต่ก็ต้องไปต่อ ระบายความเครียดด้วยการดูยูทูบ ฟังเพลง อาการก็จะดีขึ้น....” จากข้อมูลสะท้อนดังกล่าว เห็นได้ว่า ผู้ดูแลจะมีการปรับตัวในการจัดการอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ การหาความสุขชั่วคราว เช่น ระบายความเครียดด้วยการใช้เวลาสั้นๆ เล่นโซเชียลมีเดีย หรือฟังเพลงเพื่อผ่อนคลายขณะผู้ป่วยหลับ และการทำความเข้าใจว่าความเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติ เพื่อลดความตึงเครียดและอ่อนล้าในการดูแลมากเกินไป นอกจากนี้ ส่วนหนึ่งยังมีการปรับวิถีชีวิตและเศรษฐกิจ เช่น ปลูกผักในเวลาว่างจากการดูแล ซึ่งสามารถได้เงินและลดค่าใช้จ่าย รวมทั้ง พัฒนาศักยภาพตนเองในการเรียนรู้ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น และการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การออกกำลังกาย งานฝีมือ และงานอดิเรกต่างๆ นอกจากนี้ ยังพบว่า แพลตฟอร์มออนไลน์และโซเชียลมีเดีย เป็นสิ่งสำคัญในการปรับตัวในปัจจุบันของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะยาว

ดังนั้น เห็นได้ว่า เส้นทางการดูแลของผู้ดูแล ในระยะ 4 เส้นทาง ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้แก่ ปัญหาในการดูแลทางสังคม ระบบเศรษฐกิจ/การเงิน และระบบคุณภาพการดูแล โดยมีจุดสร้างปัญหาในการดูแล (pain points) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนี้

- (1) ภาระการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตลอด 24 ชั่วโมงเพียงลำพังแทบไม่มีเวลาหายใจ
- (2) ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัว

- (3) การสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพและหารายได้ของผู้ดูแล
- (4) ผู้ดูแลในครอบครัวไม่รู้จักรับมือและความเครียดกับสภาพปัญหาและอาการของผู้ป่วย
- (5) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะพึ่งพิงระยะยาวอาศัยอยู่เพียงลำพังและขาดคนดูแล

เห็นได้ว่า จุดสร้างปัญหาในการดูแล (pain points) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (Haley, et al., 2015) ซึ่งสามารถแสดงเส้นทางของผู้ดูแลผู้ป่วยบทบาทหลัก จุดสร้างปัญหาในการดูแล และสรุปคำพูดผู้ดูแลผู้ป่วย (quotes) ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตาราง 1 เส้นทางของผู้ดูแลผู้ป่วย บทบาทหลัก จุดสร้างปัญหาในการดูแล และสรุปคำพูดผู้ดูแลผู้ป่วย

เส้นทางของผู้ดูแลผู้ป่วย	บทบาทหลัก	จุดสร้างปัญหาในการดูแล	สรุปคำพูดผู้ดูแล
ก่อนจะกลายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย	มีวิถีชีวิตปกติตาม สถานภาพทางสังคมของ ตนเอง	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะ พึ่งพิงระยะยาวอาศัยอยู่ เพียงลำพังและขาดคนดูแล	“...แพทย์บอกว่าเป็นโรค สมองเสื่อม ไม่เข้าใจ เหมือนกันทำไมผู้ป่วยไม่ได้ กินยา เป็นผู้ป่วยต้องได้กิน ทุกคนต่างคิดแบบนั้น...”
เมื่อเป็นผู้ดูแลคนใหม่	ปรับบทบาทใหม่เพื่อดูแล สมาชิกในครอบครัวที่ เจ็บป่วย	และไม่รู้จักรับมือและ ความเครียดกับสภาพ ปัญหาและอาการของ ผู้ป่วย และภาระค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้ป่วย	“...เหมือนโลกมีแต่ความ ทุกข์ ผันตภังค์ผู้เฒ่า นอน กลางคืนยังตื่น ความทุกข์ ยังบ่ง มีแต่จมนมิด...”
เมื่อเป็นผู้ดูแลอย่าง สมบูรณ์	ดูแลผู้ป่วยเต็มเวลาและอยู่ ด้วยกันตลอดเวลา 24 ชั่วโมง	ภาระการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังตลอด 24 ชั่วโมง และ การสูญเสียโอกาสในการ ประกอบอาชีพและหา รายได้ของผู้ดูแล	“...แม่ชอบบ่นสวาทจะอุจจาระ เรื้อรังภายในบ้าน ไม่ชอบ นอน ไม่รู้เวลาใด กลางคืนกลางวัน หลงๆ ลื้มๆ ชอบดุด่า สบประพาส หาว่าขโมยเงินบ้าง จะมา ตบตีเราบ้าง...”
การปรับตัวในปัจจุบัน	ดูแลผู้ป่วยไปพร้อมๆ กับ การประกอบสุขภาวะของ ตนเอง	ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ส่งผล กระทบต่อชีวิตความเป็น อยู่ของครอบครัว	“...ถ้าว่าไม่มีความทุกข์ก็ใช่ แต่ไม่มีความทุกข์เลยก็ใช่ เพราะแต่ละวันยัง ความสามารถดูแลพี่สาวได้ แต่ติดขัดปัญหาเรื่อง ค่าใช้จ่าย เนื่องจากมี รายได้น้อยไม่เพียงพอที่จะ ซื้ออาหาร...”

(3) ระบบการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อนำมาประยุกต์เพื่อสนับสนุนและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย มีความต้องการความรู้ด้านการรักษา การดูแล และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื้อรัง เทคนิคการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งความรู้ทางวิชาชีพและความรู้จากการปฏิบัติ หรือปรับปรุงแก้ไขของผู้ดูแล และต้องการสนับสนุนจากเครือข่ายผู้ดูแลที่หลากหลาย ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะบทบาทผู้ดูแลที่เป็นเจ้าหน้าที่ทางวิชาชีพ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเครียด และเกิดภาวะหมดไฟ (Burnout) ดังนั้น ระบบการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย ดังนี้

การเสริมพลังและฝึกอบรมผู้ดูแล (caregiver empowerment & training) ได้แก่ เครือข่ายกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (informal peer supporters) สมาคมทางวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หลักสูตรอบรมความรู้ทางวิชาชีพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และหลักสูตรอบรมเพื่อบรรเทาความทุกข์ การพัฒนาจิตวิญญาณการดูแล การปฏิบัติธรรม

การสนับสนุนด้านการเงิน (financial support) ได้แก่ กองทุนดูแลสุขภาพระดับตำบลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เงินช่วยเหลือจากสมาคมสังคมสงเคราะห์ และเงินทุนประกอบอาชีพจากหน่วยงานรัฐ/เอกชน

การพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดี (best practices) ได้แก่ ชุดความรู้ในการดูแลสุขภาพเฉพาะโรคของผู้ดูแล นวัตกรรมสุขภาพสำหรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และงานวิจัยจากงานประจำ (routine to research)

การบริการรับฝากดูแลผู้ป่วยชั่วคราว (caregiver respite services) ได้แก่ เครือข่ายจิตอาสาดูแลผู้ป่วย เครือข่ายจิตอาสาส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล และบริษัทเอกชนรับส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

กระบวนการจัดการเพื่อเข้าถึงบริการดูแล (care navigation) ได้แก่ เบอร์ติดต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการปรึกษาติดต่อขอความช่วยเหลือด้านการคลายเครียด ได้แก่ ช่องทางการฟังเพลง ชมหมอลำ ชมละคร วิธีการทำงานอดิเรกและงานฝีมือต่างๆ และช่องทางการปรึกษาด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้ป่วย

เห็นได้ว่า องค์ประกอบของระบบการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Lorig & Holman (2003); Berg & Hayashi, 2013) โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การใช้เทคโนโลยีเพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้แอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อติดตามสุขภาพ มีความสำคัญต่อผู้ดูแล ดังข้อมูลสะท้อนของผู้ดูแลผู้ป่วย “กัญญา” พี่สาวอายุ 60 ปี ดูแลน้องชาย อายุ 64 ปี ผู้ป่วยติดเตียงจากโรคจิตเวช (เสพยาบ้าตอนวัยหนุ่ม) และสมองเสื่อม กล่าวไว้

“...เครียดในการดูแล แต่ตอนนี้ต้องรับสภาพไป ใช้ธรรมะเยียวยาใจ ทุกคนเกิดมาก็ตายกันหมด ติดต่อกับน้องสาวที่อยู่ต่างประเทศด้วย WhatsApp ตนเองคลายเครียด โดยใช้ YouTube, line, Facebook บ่อยๆ ส่วนใหญ่ฟังธรรมะ ฟังเพลง หมอลำ ไม่ค่อยเปิดดูคลิปการดูแลสุขภาพเท่าไร แต่ก็มีความจำเป็น เพราะกลัวได้ข้อมูลที่ไม่เป็นความจริงและหลอกกลวงซั้อยา คิดว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมีความจำเป็นมาก แต่ตนเองรู้เพียงแค่ว่าระลึกร่างกายผู้ป่วย ดูแลความสะอาด ดูแลเรื่องอากาศถ้าร้อนเปิดพัดลม ถ้าหนาวก็ไปห่มผ้าให้ หาข้าวให้กินอิม อยากรู้เกี่ยวกับอาการของน้อง...”

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการใช้แพลตฟอร์มเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต้องมีแพลตฟอร์มที่ให้ระบบสนับสนุนและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลผู้ป่วย

อภิปรายและสรุป

เส้นทางการดูแลของผู้ดูแล มีระยะเส้นทาง จำนวน 4 เส้นทาง ได้แก่ 1) ก่อนที่จะเป็นผู้ดูแล 2) เมื่อเป็นผู้ดูแลคนใหม่ (3) เมื่อเป็นผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ และ 4) การปรับตัวในปัจจุบัน โดยเส้นทางการดูแลทั้ง 4 เส้นทางจะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้แก่ ปัญหาในการดูแลทางสังคม ระบบเศรษฐกิจ/การเงิน ซึ่งผลการศึกษารังนี้ สามารถนำประเด็นสำคัญนำมาอภิปรายและสรุปได้ ดังนี้

(1) **พลวัตของปัญหาในแต่ละช่วงวัยของการดูแล** ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ไม่ใช่สถานะที่คงที่ แต่มีลักษณะเป็นพลวัต (dynamic) ในระยะผู้ดูแลคนใหม่ ปัญหาหลักคือความตื่นตระหนกและการขาดความรู้ (information gap) ขณะที่ในระยะผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ ปัญหาจะเปลี่ยนไปสู่ความเหนื่อยล้าสะสม (burnout) และผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการต้องออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ The Senior Alliance (2025) ที่พบว่า ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (social determinants of health) เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

(2) **ช่องว่างของระบบสนับสนุน** พบว่า ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาด้าน ระบบเศรษฐกิจและการเงิน ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ephraim (2024) ที่พบว่า ในทุกเส้นทางในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน มักมีค่าใช้จ่ายแฝง (hidden costs) ที่ระบบสวัสดิการรัฐอาจครอบคลุมไม่ถึง และการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาเพียงลำพังสะท้อนให้เห็นว่า โครงสร้างพื้นฐานทางสังคม (social infrastructure) สำหรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในปัจจุบันยังมีความเปราะบาง

(3) **บทบาทของแพลตฟอร์มดิจิทัลในฐานะเครื่องมือเสริมพลัง (empowerment)** พบว่า การที่ผู้ดูแลหันมาใช้แพลตฟอร์มเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวเข้าสู่ยุคสุขภาพดิจิทัล (digital health) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shumenghui (2023) ที่พบว่า แพลตฟอร์มที่พึงประสงค์ไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่ให้ข้อมูล แต่ต้องเป็นระบบนิเวศแห่งการดูแล (care ecosystem) ที่ตอบโจทย์ 5 มิติหลัก ได้แก่ การเสริมพลังและการฝึกอบรมเพื่อเปลี่ยนจากผู้ดูแลที่จำใจเป็นให้กลายเป็นผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญ (expert caregiver) การสนับสนุนทางการเงินที่การเชื่อมโยงสิทธิประโยชน์หรือกองทุนชุมชน การบริการรับฝากดูแลผู้ป่วยชั่วคราว (respite care) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล แนวทางปฏิบัติที่ดี (best practices) เพื่อลดการลองผิดลองถูกในการดูแล และกระบวนการจัดการเพื่อเข้าถึงบริการดูแล (care navigation) เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลไม่โดดเดี่ยวในระบบบริการสาธารณสุขที่ซับซ้อน

(4) **การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยแล้ว แต่ยังต้องดูแลลูกหรือคู่สมรส และดูแลตัวเองตนเองที่เป็นผู้สูงอายุและป่วยเป็นโรคเรื้อรังด้วย** ซึ่งในส่วนนี้มีความสำคัญที่นำไปสู่การเป็นผู้ดูแล รวมถึงการเปลี่ยนผ่านการอยู่อาศัยของผู้ดูแล เช่น การย้ายเพื่อมาดูแล หรือผู้ป่วยย้ายไปอยู่ด้วย พบว่า การตัดสินใจย้ายมาอยู่ด้วยกัน ไม่ว่าผู้ดูแลย้ายไป หรือผู้ป่วยย้ายมาดูแลผู้ป่วย มักเกิดจากภาวะวิกฤตมากกว่าการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมาก ดังนั้น ความสำคัญของการเป็นผู้ดูแลไม่ได้จำกัดอยู่เพียงทักษะการดูแล แต่รวมถึงการเปลี่ยนผ่านทางสถานภาพที่อยู่อาศัย (residential transition) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Milligan (2003) ที่ชี้ให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพื้นที่ในบ้านเพื่อการดูแล ส่งผลกระทบต่อความเป็นส่วนตัวและตัวตนของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลต้องย้ายถิ่นฐานหรือผู้ป่วยย้ายเข้ามาอยู่อาศัยด้วยนั้น แม้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังอาการตามแนวคิดกระบวนการจัดการเพื่อเข้าถึงบริการดูแล (care navigation) (Sarah, 2010) แต่ในขณะเดียวกันก็เป็นการสร้างภาระทางจิตใจจากการสูญเสียเครือข่ายสังคมเดิม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนและบรรเทาความทุกข์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการ ดังนี้

1) ในระยะก่อนที่จะเป็นผู้ดูแล (pre-caregiving) ควรได้รับการเตรียมความพร้อมและลดความตื่นตระหนก ระยะเมื่อเป็นผู้ดูแลหน้าใหม่ (new caregiver) ควรได้รับการเสริมพลังและสร้างความมั่นใจ ระยะเมื่อเป็นผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ (entrenched caregiver) ควรได้รับการปรับประคองและแบ่งเบาภาระ และในระยะการปรับตัวในปัจจุบัน (adaptive caregiver) ควรได้รับการสร้างความยั่งยืนและความมั่นคงในการดูแลผู้ป่วย

2) การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ใช้ระยะเวลายาวนาน จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว (family caregiver) นอกจากนี้ยังต้องอาศัยผู้จัดการการดูแลด้านสุขภาพ (care managers) และผู้ดูแลระดับชุมชน (community caregiver) ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลเหล่านั้น จำเป็นต้องการการสนับสนุนในหลากหลายมิติควบคู่ไปพร้อมกัน ทั้งแหล่งความรู้วิชาชีพ ความรู้ทางเลือก หลักสูตรอบรม การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ การช่วยเหลือเรื่องการประกอบอาชีพ แหล่งเงินทุน การแบ่งเบาภาระ ช่องทางการร้องเรียน และอุปกรณ์เทคโนโลยีต่างๆ ดังนั้นจำเป็นต้องมีเนื้อหาและแหล่งข้อมูลที่ครอบคลุมการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลดังกล่าวข้างต้นเพื่อให้เกิดการดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

3) ผลการศึกษาพบว่า การกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงจำนวนหนึ่งนั้น เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงตั้งแต่เป็นวัยรุ่นหรือวัยกลางคน ซึ่งการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมจำเป็นต้องมีการปฏิบัติต่อเนื่องยาวนาน ดังนั้นคนทุกกลุ่มวัยควรมีความเข้าใจและปฏิบัติในเชิงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตั้งแต่ต้น จริงอยู่ที่ความจำเป็นทางเศรษฐกิจอาจบีบให้คนบางกลุ่มให้ต้องใช้ร่างกายทำงานหนัก แต่ก็มีคนอีกจำนวนมากที่ตั้งใจเลือกวิถีการใช้ชีวิตที่ทำลายสุขภาพตนเอง อาทิ การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา เป็นต้น ดังนั้นความครอบคลุมการดูแลสุขภาพตั้งแต่ต้นทางจึงสำคัญและควรเป็นวาระแห่งชาติ

4) การพัฒนาเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย มีความจำเป็นสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ซึ่งถ้าหากมีแพลตฟอร์มดิจิทัล จะทำให้ผู้ดูแลเข้ามาใช้งานหรือไม่ ไม่ได้อยู่ที่ตัวแพลตฟอร์มดิจิทัลเองเท่านั้น แต่ต้องเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการดูแลที่ประกอบด้วยสิ่งต่างๆ ที่ต้องเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายโยงใยหนุนเสริมกัน

5) ข้อมูลความรู้ในแพลตฟอร์มออนไลน์ จึงไม่ควรจำกัดอยู่ที่ความรู้การดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ควรเปิดพื้นที่ให้กับความรู้ที่ไม่เป็นทางการอื่นๆ ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรียนรู้พัฒนาขึ้นจากประสบการณ์ดูแล หน่วยงานและความรู้เชิงประสบการณ์ที่ใช้แก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เผชิญ เพื่อประโยชน์ในการให้ผู้ดูแลที่เข้ามาใช้บริการแพลตฟอร์มออนไลน์ ซึ่งสามารถเลือกรับปรับใช้หรือเทียบเคียงความรู้การดูแลอันหลากหลายที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยของตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแพลตฟอร์มเพื่อสนับสนุนและบรรเทาความทุกข์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ประเทศไทย” ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโรงพยาบาล Brigham and Women's Hospital และสถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ (NIMH) สหรัฐอเมริกา และขอขอบคุณอย่างสูงสำหรับผู้ให้ข้อมูลทุกท่านในการสนับสนุนข้อมูลอันมีค่าต่อการศึกษาครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

- Aulino, F. (2019). *Rituals of care: karmic politics in an aging Thailand*. Ithaca: Cornell University.
- Ayuwat, D. (2019). "The Isan Migrants on the Moves" *Situations and Impacts*. Khon Kaen: Klangnanawittaya. [in Thai]
- Berg, C., & Hayashi, R.J. (2013). Participation and Self-Management Strategies of Young Adult Childhood Cancer Survivors. *Journal of OTJR.*, 33, 21-30.
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. CA, United States: SAGE Publications.
- Ephraim, K., Amponsah, S. K., Laar, A., & Phillips, J. (2024). Health and economic impact of caregiving on informal caregivers of people with chronic diseases in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 4(1), e0003175
- Haley, W. E., Roth, D. L., Hovater, M., & Clay, O. J. (2015). Long-term impact of stroke on family caregiver well-being: A population-based case-control study. *Journal of Neurology*, 84, 1323–1329.
- Hoppe, S. (2020). The Other Within Oneself: Understanding Care for a Family Member with Early-Onset Dementia Through the Lens of Dividuality. *Journal of Ethos*, 48, 231-249.
- Lorig, KR., Holman, HR. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 1-7.
- Ly, S., Runacres, F., & Poon, P. (2021). Cancer patients' perceptions of palliative care. *BMC Health Services Research*, 21, 1–9.
- Mezzenzana, F. (2020). Between will and thought: Individualism and social responsiveness in Amazonian child-rearing. *American Anthropologist*, 122(3), 540–553.
- Milligan, C. (2003). Location or dis-location? Towards a conceptualization of people and place in the care-giving experience. *Social & Cultural Geography*, 4, 455–470.
- Northfield, S. (2010). The caregiving journey for family members of relatives with cancer: How do they cope? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 567–577.
- Otto, H. & H. Keller. (2018). *Different faces of attachment: cultural variations on a universal human need*. Cambridge: University Press.
- Phothisita, C. (2019). *Science and art, Qualitative Research: Student and Researcher Guide to Social Sciences* (8thed.). Bangkok: Amarin Printing.
- The Senior Alliance. (2025). *Caregiver Journey: A Roadmap for Navigating the Complexities of Care*. Michigan: The Senior Alliance.
- Zhai, S., Lang, M., Li, X., Zhang, Y., & Chen, Y. (2023). Digital health interventions to support family caregivers: An updated systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e42660.



บทความฉบับสมบูรณ์

กลุ่มที่ 7 ประชากรสูงวัย และประชากรกลุ่มเฉพาะ

4 บทความ

- Uncertainty-aware Bayesian estimation of the population size of males who have sex with men (MSM) in the Philippines
- Heteronormative positioning of female same-sex intimacy: A thematic analysis
- Nowcasting Economic and Health Pressures on Indonesia's Aging Population: A High-Frequency Big Data Approach
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพจากภาครัฐของผู้สูงอายุ



Uncertainty-aware Bayesian Estimation of the Population Size of Males Who Have Sex With Men (MSM) in the Philippines

By

*Joseph S. Martinez^{*}, Patama Vapattanawong[†], Dusita Phuengsamran[‡]
and Aphichat Chamrathirong[§]*

^{*} Master's student, Institute for Population and Social Research, Mahidol University

[†] Professor, Institute for Population and Social Research, Mahidol University

[‡] Assistant Professor, Institute for Population and Social Research, Mahidol University

[§] Professor Emeratus, Institute for Population and Social Research, Mahidol University



Abstract

Introduction: Achieving equitable progress toward the 2030 HIV targets in the Philippines requires reliable subnational MSM estimates. Yet most localities lack direct size estimates and rely on service-based extrapolations that may be biased and do not quantify uncertainty. We aimed to generate uncertainty-aware MSM population size estimates for 1,634 cities and municipalities by integrating HIV surveillance indicators with structural data, reducing bias from reliance on service data to support decentralised planning.

Methods: We fitted a Bayesian beta regression model with a logit link, using direct MSM size estimates from 31 cities (2022) as the outcome. Predictors were secondary data: the HIV case-to-population ratio (HIV-positive cases among MSM relative to the city's adult population) and data from the Philippine Statistics Authority (urbanisation, population density, and the proportion of males aged 15–19 years) as covariates. Predictors were transformed and standardised. We estimated two models: a service-based indicator model (HIV ratio only) and a covariate-informed model (HIV ratio plus covariates). Model fit was assessed using posterior predictive checks and Pareto-smoothed importance sampling leave-one-out cross-validation (PSIS-LOO). Posterior draws generated city and municipality estimates, aggregated to provincial, regional, and national totals, with 95% credible intervals (CrI); we also examined CrI width, extreme-locality estimates, and spatial patterns.

Results: Both models converged and produced plausible sampling estimates. The covariate-informed model fit better and yielded more stable city-level estimates than the service-based indicator model. Under the covariate-informed model, aggregated regional MSM proportions were highest in the National Capital Region (0.063; CrI 0.057–0.070) and lowest in the Bangsamoro Autonomous Region in Muslim Mindanao (0.01%; CrI 0.005–0.018), with city-level estimates of 0.001–0.008. National MSM population size estimates were similar between models, but the service-indicator model produced implausibly high locality estimates of up to 0.12, whereas the covariate-informed model reduced extremes and improved precision.

Conclusions: Including structural covariates with HIV indicators, the Bayesian framework generated a more plausible, credible, and uncertainty-aware MSM size estimates for more reliable subnational HIV planning.

Keywords: bayesian modeling, MSM, population size estimates, Philippines



Uncertainty-aware Bayesian Estimation of the Population Size of Males Who Have Sex With Men (MSM) in the Philippines

Introduction

The Philippines is currently experiencing the “fastest-growing HIV epidemic in Asia and the Pacific”, with new HIV infections increasing by more than 550% over the past decade (WHO, 2025). Transmission is increasingly concentrated among males who have sex with men (MSM), positioning this population at the center of the country's HIV response (WHO, 2025; UNAIDS, 2023). Despite intensified national efforts, diagnosis coverage remains incomplete, with only around 57% of people living with HIV aware of their status (Department of Health-Epidemiology Bureau, 2025). This gap highlights persistent challenges in reaching populations most affected by the epidemic and underscores the urgency of strengthening evidence to support effective prevention and treatment strategies. National health objectives explicitly prioritize HIV as a key public health concern, and progress toward national HIV targets depends fundamentally on accurate population denominators for key populations (Department of Health, 2024; Abdul-Quader et al., 2014).

Reliable estimates of the MSM population are essential for HIV planning, as they underpin target-setting, program coverage assessments, and resource allocation (Abdul-Quader et al., 2014). However, MSM constitute a hidden population (Johnston, 2013), for whom direct enumeration is not feasible and routine surveillance data provide an incomplete representation (UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, 2010). As a result, population size estimates are inherently uncertain. When this uncertainty is ignored, point estimates can misrepresent program performance and distort perceptions of progress, particularly in rapidly evolving epidemics where small denominator errors can have large programmatic implications (Abdul-Quader et al., 2014; UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, 2010).

The importance of robust subnational population estimates is heightened by the decentralized governance structure of the Philippine health system. Health service delivery, logistics, and program implementation are devolved to local government units (LGUs), which are expected to independently plan and allocate resources within their jurisdictions (Department of Health- Philippines, 2022). While national HIV targets are articulated at the country level, their achievement relies on the collective contributions of cities and municipalities. Consequently, LGUs require population estimates that are locally relevant, internally consistent, and suitable for operational decision-making (Nisperos et al., 2024). In practice, however, most localities lack direct MSM population size estimates and instead rely on national or regionally derived figures that may be poorly aligned with local planning needs (World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2016).

Current MSM population size estimates in the Philippines are predominantly derived from service-based extrapolations, drawing on HIV case counts and program data (Department of Health, 2015; Department of

Health, 2022). Although these approaches are operationally convenient, they are strongly influenced by variation in testing intensity, service availability, and program reach, rather than underlying population size alone. Areas with more accessible or intensive services may therefore appear to have disproportionately large MSM populations, while areas with limited-service coverage may be systematically underestimated (World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2016). Evidence of this instability is apparent in recent national estimation exercises, where linear correlation methods combined with density mapping required extensive post-hoc adjustment (Department of Health, 2022). In particular, population size estimates for 159 cities were manually modified following substantial discrepancies between service-based extrapolations and alternative assessments, reflecting pronounced heterogeneity and limited model stability at the local level (Department of Health, 2022). While manual adjustment may be necessary in applied settings, it also indicates the absence of a formal statistical framework for incorporating uncertainty and structural heterogeneity into subnational estimates. Such adjustments are difficult to reproduce, lack transparent quantification of uncertainty, and cannot be readily implemented by LGUs tasked with independent planning. As decentralization places increasing responsibility on local governments to contribute to national HIV targets, continued reliance on unstable or judgment-based estimates risks inefficient resource allocation and inequitable program implementation (Department of Health, 2022; UNAIDS, 2021; United Nations Development Program, 2013).

Bayesian subnational modelling offers a principled alternative by explicitly accounting for uncertainty while integrating multiple sources of information to stabilize local estimates (Bürkner, 2017; Gelman & Hill, 2007; Gelman & Rubin, 1992; Vehtari, Gelman, & Gabry, 2017). MSM population size is naturally expressed as a proportion of the adult male population, bounded between zero and one, making beta regression with a logit link an appropriate modelling choice (Gelman & Hill, 2007; Burkner, 2017). Incorporating structural and demographic covariates such as population density, urbanization, age composition, and HIV surveillance indicators, provides additional information to distinguish service-driven variation from underlying population patterns and improves the generalizability of local estimates (Abdul-Quader, 2014; Oster et al., 2015; Yu et al., 2014)

Objectives

1. To generate uncertainty-aware MSM population size estimates for all 1,634 Philippine cities and municipalities using a Bayesian beta regression model anchored to the current direct estimates, and
2. To compare a service-based indicator model with a covariate-informed model to assess whether adding structural covariates improves the plausibility, stability, and precision of subnational MSM estimates.



Research Methodology

Research design and data sources

This study conducted a secondary analysis integrating city-level demographic, structural, and service indicators with 2022 Department of Health–Epidemiology Bureau (DOH-EB) MSM population size estimates (Department of Health [Philippines], 2022). Bayesian beta regression with a logit link was used to generate uncertainty-aware MSM population proportions at the city and municipality levels.

Direct MSM size estimates were available for 31 cities and served as model anchors. These estimates were derived by DOH-EB using multiple empirical approaches, including unique-object and service multipliers, capture-recapture, and successive sampling implemented through Respondent Driven Sampling (RDS) Analyst. Final city-level estimates were obtained through mean-averaging across methods, validation against service data, and stakeholder consultation. MSM were defined as males aged ≥ 15 years reporting oral or anal sex with another male in the last 12 months (Department of Health [Philippines], 2022). Because MSM and TGW are not always consistently distinguishable in local surveillance and programmatic data, the present analysis used the combined estimates available from the 2022 size estimation exercise. Thus, although referred to here for brevity as MSM estimates, the modeled denominators reflect a combined MSM/TGW population as defined in the available operational data.

Service-based indicators consisted of reported MSM HIV cases alive as of December 2022, disaggregated by current city or municipality of residence. Because the surveillance system records current place of residence rather than service-delivery site, it was able to partially account for service migration among individuals who may have accessed HIV services outside their LGU of origin. These data were used to compute an HIV case-to-population ratio (MSM HIV-positive cases relative to males aged 15–49 years), scaled per 10,000. Demographic covariates were derived from the 2020 Census of Population and Housing and projected to 2022 using World Population Prospects (WPP)-based population projections, and were available for all 1,634 cities and municipalities. These included the proportion of the population residing in urban barangays (urbanization), population density, and the proportion of males aged 15–19 years among males aged 15–49 years (Philippine Statistics Authority, 2021). Although this approach ensured standardized national coverage, the projected values may not fully capture short-term demographic change in rapidly urbanizing or high-mobility localities.

All primary data sources were collected under the ethical protocols of their respective implementing agencies and included informed consent procedures. HIV surveillance inputs consisted exclusively of non-identifiable records. This secondary analysis used only aggregated, non-identifiable data and received ethical approval from the Institute for Population and Social Research, Mahidol University (IPSR-IRB-2025-044), and St. Paul University (SPUP_2025_00554_SR_JM).

Variable construction and preprocessing

Deterministic transformations were applied to improve model performance. The HIV case-to-population ratio and population density were log-transformed due to right-skewness. Urbanization and the proportion of young males were expressed as proportions bounded within (0,1). No imputation was conducted for the training data; however, for cities without direct estimates, <5% required imputation, which was performed using Multivariate Imputation by Chained Equations (MICE)

Statistical modelling

Two models were specified. The first model was a service-based indicator model and only included HIV care ration as the independent variable. The second model called as “covariate-informed model”, included all the other variables. For the covariate-informed model, we let y_i denote the MSM proportion in city i . Conditional on the mean μ_i and precision parameter ϕ the likelihood was specified as:

$$y_i \sim \text{Beta}(\mu_i \phi, (1 - \mu_i) \phi)$$

With logit link related the expected MSM proportion to city-level covariates:

$$\text{logit}(\mu_i) = \beta_0 + \beta_1 \log(\text{HIV ratio}_i) + \beta_2 (\text{Urbanization}_i) + \beta_3 \log(\text{Population density}_i) + \beta_4 (\text{Young males}_i)$$

Weakly informative priors were specified. Posterior inference used Hamiltonian Monte Carlo via brms in R (4 chains, 4,000 iterations; 1,500 warm-ups). Convergence was assessed using trace/rank plots, and effective sample size diagnostics (Gelman & Rubin, 1992).

Model evaluation

Model fit and predictive performance were assessed using posterior predictive checks and Pareto-smoothed importance sampling leave-one-out cross-validation (PSIS-LOO). Posterior predictions were generated for all cities and municipalities and summarized using posterior medians and 95% credible intervals (CrI). City-level posterior draws were aggregated to provincial, regional, and national totals.

Results

Descriptive statistics

Figure 1 presents the ranked distribution of direct city-level MSM population size estimates across the 31 anchor cities. Estimated MSM proportions ranged from 0.026 to 0.081, with a mean of 0.051, a median of 0.053, and moderate dispersion (SD = 0.016). The mean being slightly lower than the median indicates a mildly left-skewed distribution, suggesting that a small number of lower estimates pulled the average downward.

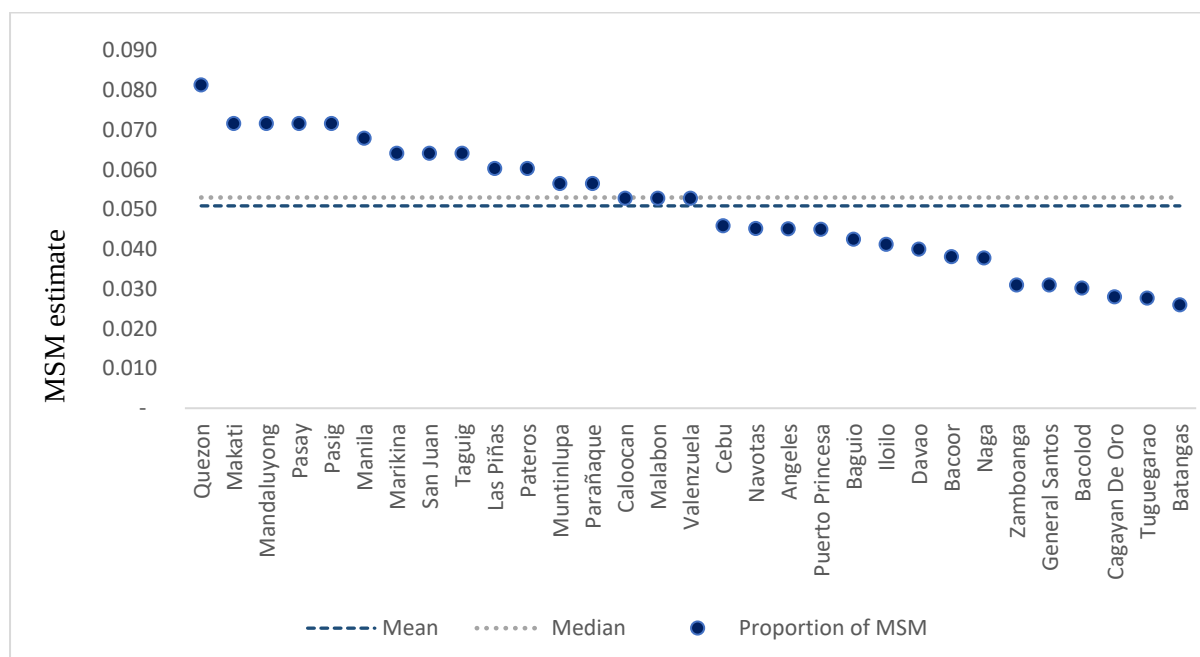


Figure 1. Ranked city-level direct MSM population size estimates across the 31 anchor cities (proportion of adult males age 15-49 years).

Source: Department of Health- Epidemiology Bureau.

Cities and municipalities with direct MSM population size estimates ($n = 31$) differed systematically from those without direct estimates ($n = 1,603$). Localities with direct estimates were more urbanized (median 100% vs 14.3%) and had higher HIV case-to-population ratios (median 89.2 vs 15.3 per 10,000 males aged 15–49). Population density varied widely across both groups, while the proportion of young males showed limited variation (Table 1).

Table 1 Descriptive statistics of explanatory variable across 1634 cities and municipalities.

Variable	Cities and municipalities with Direct estimates ($n=31$)				Cities and municipalities without Direct estimates ($n=1,603$)			
	Median	Min	Max	SD	Median	Min	Max	SD
HIV case to population rate	89.15	37.13	198.57	39.15	15.26	0.58	413.58	24.24
Urbanization rate	100.00	13.66	100.00	17.76	14.32	1.00	100.00	26.67
Population density	14822.37	132.80	76113.33	16348.15	266.49	0.69	18888.32	1228.55
Percent of young male	16.08	12.36	19.89	1.81	19.63	12.50	28.81	2.25

Note: Urbanization rate is measured in percent (%). HIV case-to-population rate is per 1,000 population. Population density is persons per km². Percent of young male is the share of males aged 15–19 years among males aged 15–49 years.

SD = standard deviation.

Modelling result

All models converged ($R^2=1.00$; ESS > 3,000) with no divergent transitions. The covariate-informed model had higher precision (Service model – 303; Covariates-informed – 541), indicating better fit and lower residual variability. Posterior predictive checks (Figure 2) showed both models reproduced the observed distribution, but the service-based indicator model had wider, heavier upper-tail predictions, while the covariate-informed model produced tighter predictions and closer alignment across the full range. PSIS-LOO indicated that the covariate-informed model (Model 2) provided the best out-of-sample predictive performance (higher ELPD), outperforming the service-based model (Model 1) with difference of -8.1 (SE = 3.5). No influential observations were detected for both models under the Pareto diagnostic. Bayes R was higher for Model 2 (median 0.67, 95% CrI 0.54–0.80) than Model 1 (median 0.38, 95% CrI 0.12–0.64). Taken together, PPC, PSIS-LOO, and Bayes R support Model 2 as the best-fitting model.

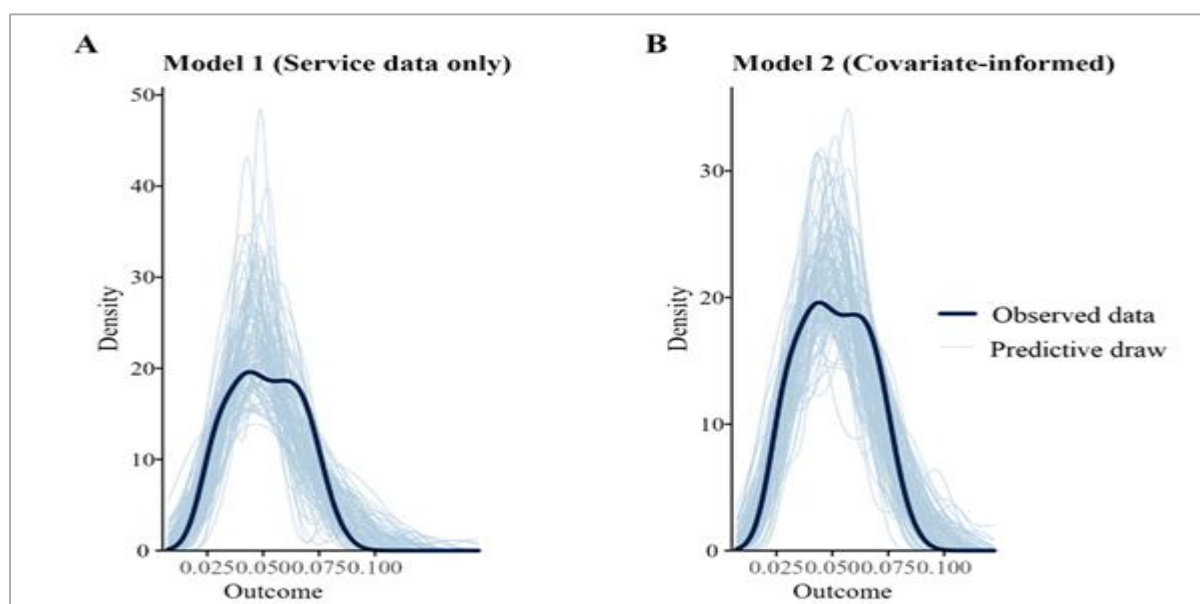


Figure 2 Posterior predictive checks.

Note: Observed data distribution (dark line) versus replicated sampling from each model's posterior (light blue).

Good overlap between predicted and observed densities indicates satisfactory model fit and calibration.

Under Model 2 (Table 2), the HIV case-to-population ratio was positively associated with MSM population size ($\beta = 0.38$; 95% CrI 0.14–0.61), and population density also showed a positive association ($\beta = 0.11$; 95% CrI 0.04–0.18). Urbanization showed a weaker positive association with uncertainty ($\beta = 0.39$; 95% CrI -0.06 to 0.90). The proportion of young males showed a negative association with wide uncertainty ($\beta = -0.61$; 95% CrI -4.07 to 1.81). The precision parameter was higher in Model 2 than Model 1, indicating reduced residual dispersion. Although the posterior intervals for urbanization and the proportion of young males included zero, these variables were retained based on prior literature and theoretical relevance, while model adequacy was

assessed using overall predictive performance rather than coefficient-level thresholding alone (Leenen et al., 2022; Ditangco et al., 2022; Vehtari, Gelman, & Gabry, 2017).

Table 2 Posterior coefficients (median) and 95% credible intervals (CrI) from Bayesian beta regression

Predictor	Model 1 (Service-based only)	Model 2 (Covariates-informed)
Intercept	-5.72 (-6.87, -4.57)	-5.90 (-7.14, -4.47)
HIV case-to-pop (log)	0.61 (0.36, 0.86)	0.38 (0.14, 0.61)
Urbanization (%)	–	0.39 (-0.06, 0.90)
Population density (log)	–	0.11 (0.04, 0.18)
Revenue per capita (log)	–	–
% Young males (15–19)	–	-0.61 (-4.07, 1.81)
Precision (ϕ)	5.70 (5.11, 6.23)	6.28 (5.65, 6.83)

Notes. Models use a beta likelihood with a logit link for the mean and a log link for the precision parameter. Coefficients are on the logit scale and represent posterior medians with 95% credible intervals (CrI).

Model-based prediction

Aggregated national MSM population size estimates (Figure 3) were similar between models: Model 2 yielded 846,000 (95% CrI 676,000–1,062,000), equivalent to 0.028 (95% CrI 0.022-0.035) of males aged 15–49, while Model 1 yielded 908,000 (95% CrI 717,000–1,153,000), equivalent to 0.03 (95% CrI 0.024- 0.038).

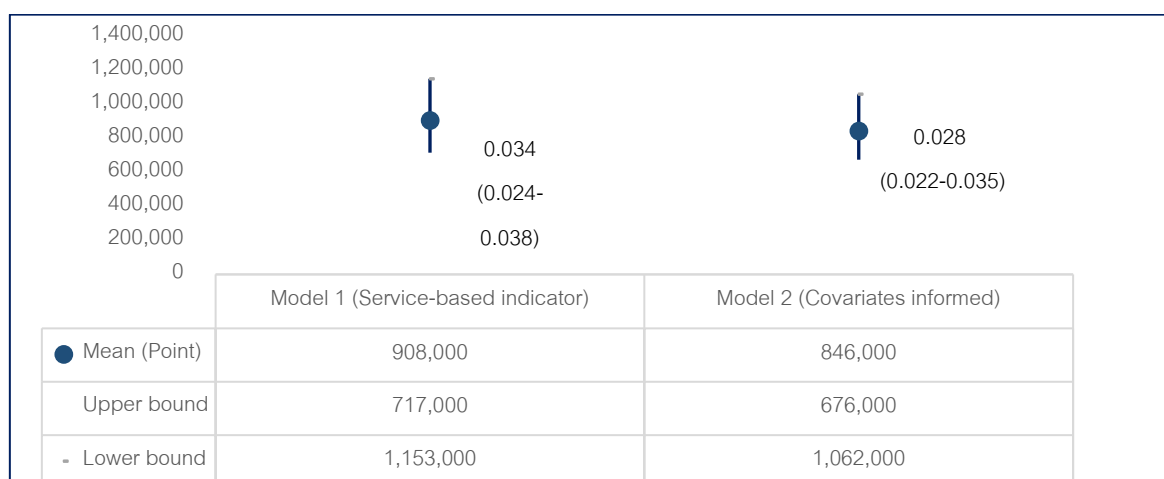


Figure 3 Aggregated national MSM estimates (Model 1 versus Model 2)

Note: Proportion represents the national MSM aggregate over the national 15-49 y/o males



Based on Model 2, regional aggregated MSM proportions were highest in the National Capital Region (0.062; CrI 0.057–0.070) and lowest in the Bangsamoro Autonomous Region in Muslim Mindanao (BARMM) at 0.01 (CrI 0.005–0.018). By city-level, posterior means ranged from approximately 0.001 to 0.08, with highest city mean estimate at Makati city at the National Capital Region while lowest in Sumisip, Basilan. Substantial spatial heterogeneity was evident across cities and municipalities (Figure 4). Higher posterior MSM proportions clustered around major urban centres, with adjacent areas exhibiting similar or gradually lower values, forming smooth spatial gradients that attenuated with distance from urban cores. Transitions across neighbouring municipalities were generally gradual, supporting the internal coherence of the estimates. In predominantly rural districts, posterior means were consistently lower, although a small number of isolated higher estimates were observed.

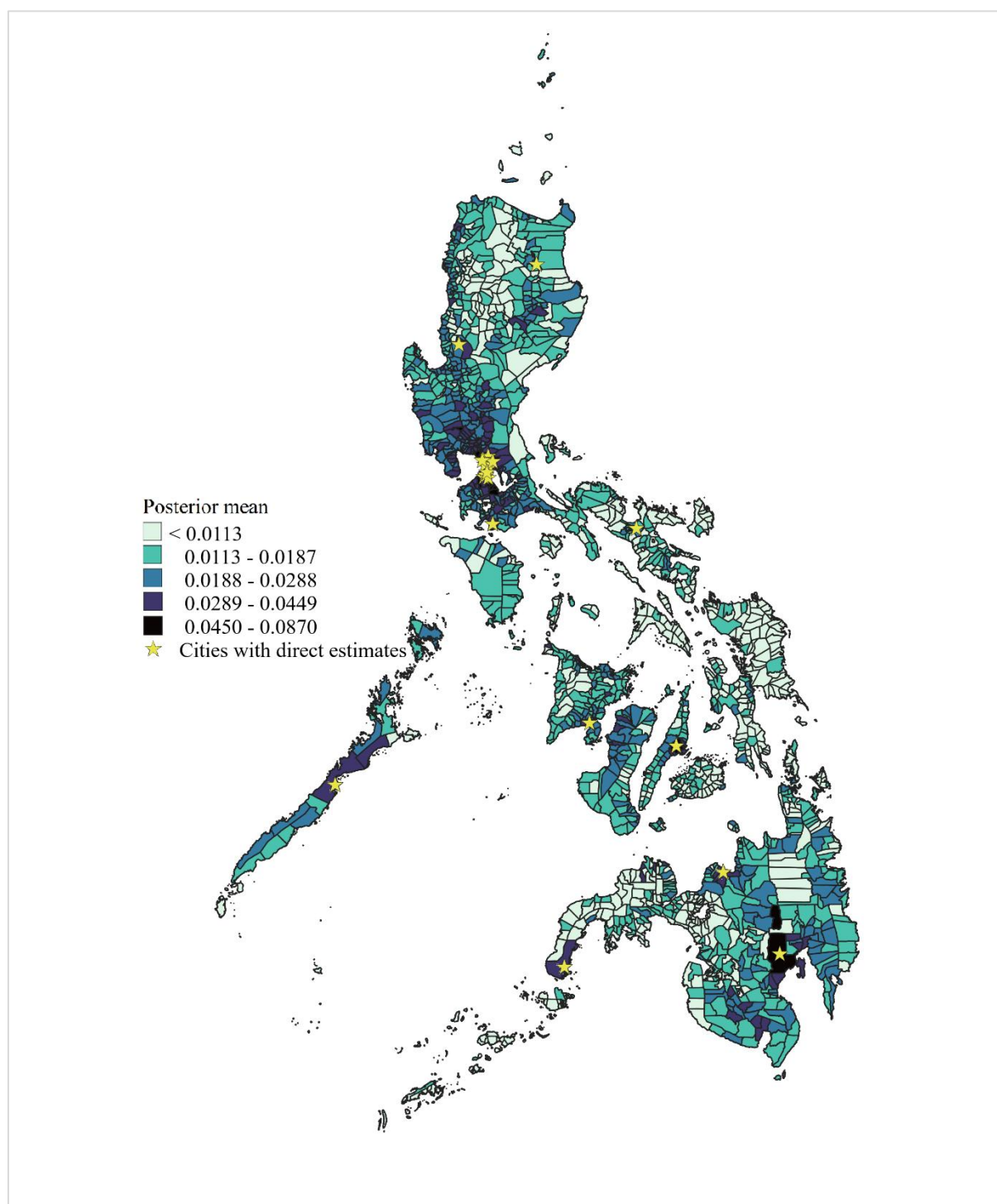


Figure 4 Spatial distribution of predicted MSM proportion (Philippines, 2022).

Note: Posterior mean MSM proportion by city/municipality from the covariates informed (Model 2). Yellow stars mark cities with direct estimates used for model fitting.



While counts and proportions were similar at national aggregates, city level estimates shows mark difference. Model 1 produced implausibly high locality estimates (up to ~ 0.12), whereas Model 2 reduced extremes and improved precision with highest estimates up ~ 0.08 . A paired t-test comparing city-specific posterior means indicated that the service-based model (Model 1) produced higher predicted MSM proportions on average than the covariate-informed model (0.0204 vs. 0.176). To examine whether this model difference varied by program context, we computed an LGU-specific difference score (Model 1 & Model 2) and conducted a two-sample t-test comparing mean difference between Global Fund (GF) and non-GF areas. Stratified analyses showed that Model 1 exceeded Model 2 in non-Global Fund (GF) areas (mean difference = 0.00287; 95% CI 0.00262–0.00312; $p < 0.001$), whereas differences within GF-supported sites were small and not statistically significant (mean difference = 0.00122; 95% CI -0.00055 –0.00299; $p = 0.541$). Overall, this suggests service-based estimates may be inflated in weaker-coverage settings, while the covariate-informed model yields more stable city-level estimates.

This pattern is also evident in Figure 4. Model 1 produced extreme predicted MSM proportions of up to 0.12 (95% CrI 0.087–0.17) in some relatively rural municipalities. Both models showed a positive association between the HIV case-to-population ratio and estimated MSM proportion; however, the gradient was steeper in Model 1 than in Model 2. Because Model 1 relied on the HIV case-to-population ratio as its sole predictor, variation in a service-sensitive indicator was more directly translated into higher predicted MSM proportions. After structural covariates were added in Model 2, part of this variation was redistributed across urbanization, population density, and age composition (negative association), producing a flatter gradient and reducing implausibly high estimates likely driven by service concentration rather than underlying population size.

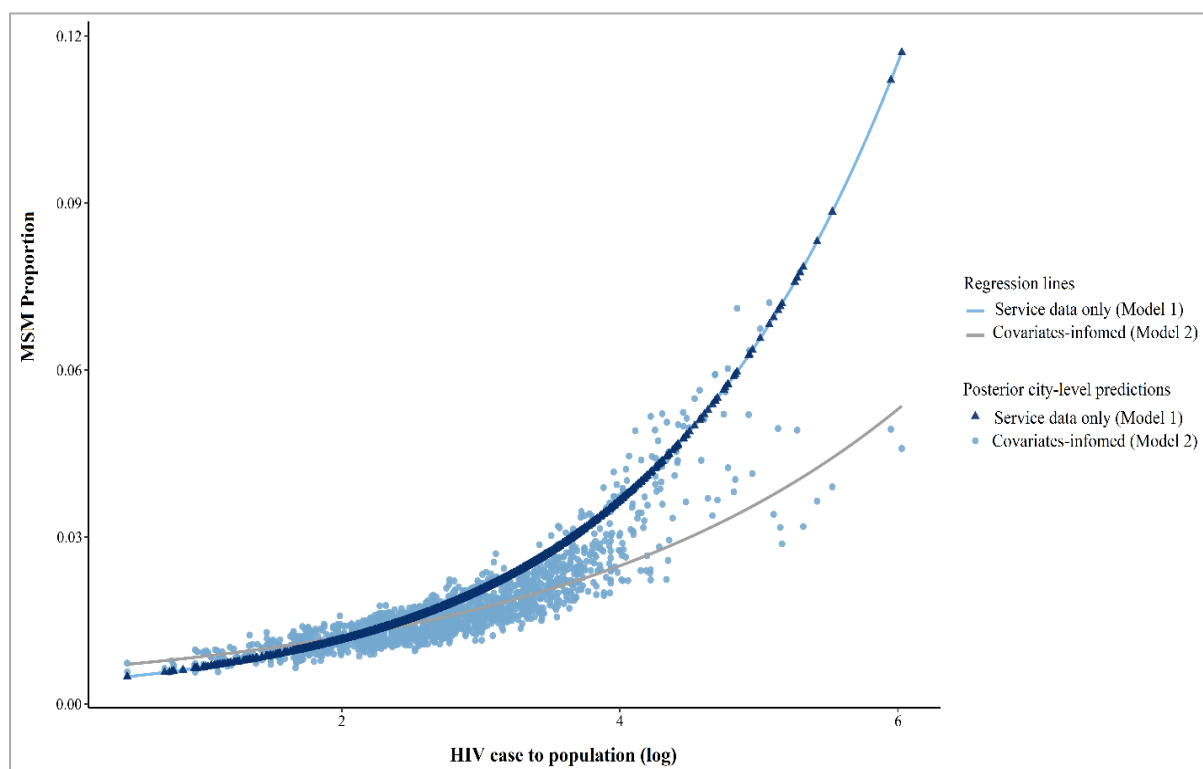


Figure 4. Marginal effect of HIV case-to-population ratio (log): Model 1 vs. Model 2.

Note: Lines represent the posterior mean expected MSM proportion; marker (triangle and dots) are individual posterior prediction by city. Model 1 includes only the HIV case-to-population predictor, whereas Model 2 is, adjusted for urbanization, population density, and proportion of young males (all held at their observed mean values).

Conclusion and discussion

This study demonstrates the value of combining HIV surveillance indicators with structural covariates to generate uncertainty-aware MSM population size estimates for decentralized HIV planning in the Philippines.

While service-based indicator approaches are operationally convenient, they can be sensitive to variation in testing intensity and program coverage, yielding unreliable or implausible estimates where services are limited and case detection is incomplete. The covariate-informed model improved predictive performance and reduced extreme locality estimates, suggesting that structural context helps separate service-driven variation from the underlying population distribution. This is crucial as reliable denominators are central to setting targets, assessing coverage, and interpreting program performance for key populations, yet MSM are not directly enumerable and size estimates are inherently uncertain (Abdul-Quader, Baughman, & Hladik, 2014).

In a devolved system where LGUs are expected to plan and allocate resources independently, the need for locally relevant and internally consistent estimates becomes more urgent (Department of Health, 2022; Nisperos et al., 2024). By anchoring the model to direct estimates from 31 cities and producing posterior

distributions for all 1,634 cities and municipalities, the Bayesian approach provides not only point estimates but also credible intervals that explicitly communicate uncertainty to planners (Gelman & Hill, 2007).

The positive associations of HIV case-to-population ratios and population density with MSM population size align with expectations that MSM populations concentrate in dense urban settings where social connectivity and opportunity structures are more prominent (Castells, 2009). Urbanization showed weaker explanatory power once density and HIV ratios were included, indicating heterogeneity in how administrative urban classification relates to social and sexual networks across LGUs. Uncertainty quantification through posterior distributions and credible intervals is a key contribution, allowing LGUs to interpret estimates cautiously where uncertainty is wider and to identify where additional data collection would improve local decision-making (UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, 2010).

Several limitations warrant attention. First, the models were anchored to only 31 cities with direct MSM estimates, which were more urbanized and had higher HIV case-to-population ratios than most of the 1,603 LGUs being predicted. Thus, estimation for many rural and geographically isolated LGUs should be interpreted with caution. However, sensitivity analysis comparing the direct estimates with the Bayesian predictions showed that the Bayesian credible intervals captured the mean direct estimates, supporting the model's calibration despite this extrapolation. Although the beta-regression framework, weakly informative priors, and structural covariates helped reduce implausible predictions, some urban-centric bias may remain. Second, unmeasured factors such as stigma, mobility, and service accessibility may still affect the relationship between surveillance indicators and true population size. In particular, service migration to urban areas for anonymity may inflate estimates in better-served hubs and contribute to underestimation in less-served rural LGUs. Third, demographic covariates were based on 2020 Census data projected to 2022 and may not fully capture short-term change in rapidly growing or high-mobility areas.

Fourth, the estimates pertain to MSM and do not distinguish transgender women, whose population distribution and service engagement may differ and require separate estimation approaches (World Health Organization, 2023). Future work should expand direct estimation to underrepresented LGUs, assess sensitivity to anchor-city composition and prior specification, and develop TGW-specific models

Recommendations

Based on the research findings, the researchers offer the following recommendations:

1. Use posterior medians and 95% credible intervals for LGU planning, rather than relying on single point estimates, especially in areas with wide uncertainty.
2. Prioritize covariate-informed estimates for decentralized planning, as they reduce extreme locality estimates and are less sensitive to service intensity than HIV-only extrapolations.
3. Expand direct estimation to under-represented regions and rural LGUs to strengthen model anchoring and reduce uncertainty where current estimates are most data-sparse.



4. Institutionalize routine model updating as new HIV surveillance and PSA structural data become available to maintain relevance over time.
5. Extend the framework to TGW-specific estimation and assess whether covariates and uncertainty structures differ for TGW populations.

Acknowledgements

The authors thank the National HIV/AIDS and STI Surveillance and Strategic Information Unit (NHSSS) of the Department of Health–Epidemiology Bureau for providing access to HIV surveillance data, and the Bureau of Local Government Finance and the Philippine Statistics Authority for making relevant datasets publicly accessible.

References

- Abdul-Quader, A. S., Baughman, A. L., & Hladik, W. (2014). Estimating the size of key populations: Current status and future possibilities. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 9(2), 107–114.
<https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000041>
- Bürkner, P.-C. (2017). brms: An R package for Bayesian multilevel models using Stan. *Journal of Statistical Software*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.18637/jss.v080.i01>
- Castells, M. (2009). *The rise of the network society* (2nd ed.). Chichester, England: Wiley-Blackwell.
<https://doi.org/10.1002/9781444319514>
- Department of Health (Philippines). (2022). *Devolution transition plan 2022–2024*. Retrieved from https://drive.google.com/file/d/100-Q5I_OpqyKGkK6EzaHA66iH-1vLtaK/view
- Department of Health (Philippines). (2022). *Size estimation of key populations in the Philippines, 2022*. Retrieved from https://drive.google.com/file/d/1IWx8HtCNea1Zezi9Qm67M8_Ik_EZmQni/view
- Department of Health (Philippines). (2024). *National objectives for health: Philippines 2023–2028*. Retrieved from <https://doh.gov.ph/wp-content/uploads/2024/01/National-Objectives-for-Health-2023-2028.pdf>
- Department of Health–Epidemiology Bureau. (2025). *HIV & AIDS surveillance of the Philippines (Apr–Jun 2025): HIV & AIDS continuum of care*. Retrieved from https://www.ship.ph/wp-content/uploads/2025/11/2025_Q2-HIV-AIDS-Surveillance-Report-of-the-Philippines-1.pdf
- Department of Health (Philippines) (2015). *2015 size estimation of key affected populations in the Philippines*. Retrieved from <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/2015-size-estimation-key-affected-populations-philippines.pdf>
- Ditangco, R. A., Mationg, M. L., et al. (2022). HIV incidence among men who have sex with men (MSM) in Metro Manila, the Philippines: A prospective cohort study 2014–2018. *Medicine*, 101(35), e30057.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000030057>



- Gelman, A., & Hill, J. (2007). *Data analysis using regression and multilevel/hierarchical models*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gelman, A., & Rubin, D. B. (1992). Inference from iterative simulation using multiple sequences. *Statistical Science*, 7(4), 457–472.
- Johnston, L. G. (2013). *Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted infection surveillance: Module 4 – Introduction to respondent-driven sampling*. World Health Organization. Retrieved from https://applications.emro.who.int/dsaf/emrpub_2013_en_1539.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2021). *Global AIDS monitoring framework 2022–2026: Framework for monitoring the 2021 Political Declaration on AIDS*. Retrieved from https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_GAM_Framework_2022_EN.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2023). *UNAIDS data 2023*. Retrieved from <https://www.aidsdatahub.org/resource/unaids-data-2023>
- Leenen, J., Wijers, J. N. A. P., den Daas, C., de Wit, J., Hoebe, C. J. P. A., & Dukers-Muijters, N. H. T. M. (2022). HIV testing behaviour and associated factors in men who have sex with men by level of urbanisation: A cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open*, 12(1), e049175. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049175>
- Nisperos, G. A., Cabanizas, T. G. G., Bulario, J. S., Cadiz, J. M. S., Lastino, J. B. P., & Siscar, J. A. A. (2024). Implications of the Mandanas-Garcia ruling on local health systems. *Acta Medica Philippina*, 58(13), 8–14. <https://doi.org/10.47895/amp.v58i13.8131>
- Oster, A. M., Sternberg, M., Lansky, A., Broz, D., Wejnert, C., & Paz-Bailey, G. (2015). Population size estimates for men who have sex with men and persons who inject drugs. *Journal of Urban Health*, 92(4), 733–743. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9970-3>
- Philippine Statistics Authority. (2021). *Census of population and housing, 2020: Philippine population counts*. Retrieved from <https://psa.gov.ph/content/2020-census-population-and-housing-2020-cph>
- UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. (2010). *Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV*. World Health Organization & Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Retrieved from https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/2011_Estimating_Populations_en.pdf
- United Nations Development Programme. (2013). *Decentralizing AIDS responses – Local government*. Retrieved from <https://www.undp.org/philippines/publications/decentralizing-aids-responses-local-government>
- Vehtari, A., Gelman, A., & Gabry, J. (2017). Practical Bayesian model evaluation using leave-one-out cross-validation and WAIC. *Statistics and Computing*, 27(5), 1413–1432. <https://doi.org/10.1007/s11222-016-9696-4>



- World Health Organization. (2023). *Men who have sex with men*. Retrieved from <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/men-who-have-sex-with-men>
- World Health Organization. (2025). *UNAIDS, WHO support DOH's call for urgent action as the Philippines faces the fastest-growing HIV surge in the Asia-Pacific region. WHO Philippines*. Retrieved from <https://www.who.int/philippines/news/detail/11-06-2025-unaid--who-support-doh-s-call-for-urgent-action-as-the-philippines-faces-the-fastest-growing-hiv-surge-in-the-asia-pacific-region>
- World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2016). *Estimating sizes of key populations: Guide and decision-making tool for HIV programming in countries of the Middle East and North Africa*. Retrieved from https://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPub_2016_EN_19361.pdf
- Yu, D., Calleja, J. M., Zhao, J., Reddy, A., & Seguy, N. (2014). Estimating the size of key populations at higher risk of HIV infection: A summary of experiences and lessons. *Western Pacific Surveillance and Response Journal*, 5(3), 43–49. <https://doi.org/10.5365/WPSAR.2014.5.2.008>



Heteronormative Positioning of Female Same-sex Intercourse: A Thematic Analysis

By

Htein Lin Aung^{*} Dusita Phuengsamran[†] Kathleen Ford[‡] and Saran Pimthong[§]

^{*} Graduate Student (Master's level), Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Nakhon Pathom 73170

[†] Assistant Professor, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Nakhon Pathom 73170

[‡] Lecturer, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Nakhon Pathom 73170

[§] Assistant Director, Institute for Behavioral Science Research, Srinakharinwirot University, Bangkok 10110



Abstract

Despite the global rise in visibility of diverse sexualities, heteronormative norms continue to influence the legitimacy of female same-sex intercourse via discursive practices. This study examines how female same-sex intimacy has been constructed within the heteronormative framework across diverse settings by applying the secondary qualitative analysis of the data from the “World Health Organization’s Cognitive Testing of a Survey Instrument to Assess Sexual Practices, Behaviors, and Health-Related Outcomes (CoTSIS) project.” The dataset consists of the cognitive interviews conducted with 645 participants across nineteen countries across five continents. Using the thematic analysis, this study found a significant trans-cultural convergence of interrelated discursive mechanisms intensely predominated by the heteronormative framework in which female same-sex intercourse was articulated by moral condemnation deeply rooted in religious doctrine, a male-centric construction of sexual legitimacy that focuses on male participation, and the naturalization of heterosexuality through procreative intent, gender complementary, and biological essentialism. By demonstrating these shared discursive practices across diverse sociocultural and linguistic contexts, this study extends the existing scholarship on sexual minorities by shifting the focus from the individual stigma towards sexual minorities including female same-sex intercourse to the shared discursive processes that define sexual legitimacy itself.

Keywords: female same-sex intercourse, heteronormative framework, sexual legitimacy, trans-cultural analysis.



Heteronormative Positioning of Female Same-sex Intercourse: A Thematic Analysis

Introduction

The 21st century has been a time of significant change in scientific and cultural perspectives of sexuality and gender in many societies, including the United States and others (Phillip, 2025). Empirical trends of this century raise new descriptions of sexuality and gender, an increasing level of identification with many forms of gender and sexual diversity, and rising visibility that used to be considered “deviant” (Phillip, 2025). Same-sex practices are still criminalized in about 64 UN member states as of May 2025 (ILGA 2025). However, institutionalized support for the legalization of same-sex marriage in nearly 40 countries around the world has been seen as a major cultural shift for the legitimacy of non-heterosexual relationships (Equaldex, 2026; Pew Research Center, 2025). On the surface, attitudes toward sexuality in the twenty-first century seem to be more liberalized than ever. However, institutional factors and visibility do not necessarily explain the normative frameworks that regulate what counts as “legitimate” sexual practice.

In this study, sexual legitimacy is conceptualized based on the framework of “hierarchical system of sexual value” of Rubin (1984). Within this system, the “charmed circle” of sexual activities, containing “married”, “procreative”, “heterosexuality”, etc., is granted social recognition as “good”, “normal” or “natural.” Conversely, alternative sexual conducts including homosexuality fall into the “outer limits” and are viewed as “bad”, “wrong” or “immoral” (Rubin, 1984; Weiser & Shrout, 2024). This hierarchy serves as a regulatory system rather than as a neutral fact, and sexual legitimacy is a “privilege” accorded exclusively to high-status sexual practices falling into the charmed cycle. As a result, sexual practices outside the circle are frequently denied nuance while heterosexual intercourse is reserved for “complexity and careful examination” (Weiser & Shrout, 2024).

Heteronormativity provides a critical framework for understanding these regulatory processes of gender and sexuality. It refers to “the presumption and privileging of heterosexuality, gender conformity, and nuclear families over all other ‘deviant’ forms of gender expression and sexual practice” (Oswald et al., 2009, as cited in Pollitt et al., 2021). When heteronormativity intersects with gender norms, women are often linked to sexual availability and attractiveness to men and expected to take the roles of “wives” and “mothers” (Jackson, 2006), through which gender norms reinforce heteronormativity. Rather than operating solely through explicit identity categories, heteronormative assumptions regulate everyday discourse and shape how sexual intercourse itself is defined and recognized. Heteronormativity structures everyday interactions and perceptions of what counts as legitimate sexual behavior (Jackson, 2006). The heteronormative framing of sexual intercourse centers around the concept of sexual legitimacy mediated through institutional discourses such as religious teaching, biological characteristics, and sociocultural norms, etc. Thus, sexuality becomes socially constructed with heteronormative presumptions that favor heterosexuality over alternative sexual identities.



Religion is important for shaping how individuals understand and express sexuality (Chakravarty et al., 2022). Its factors have been consistently identified as strong predictors of public opinion on same-sex relationships, with higher levels of religiosity often associated with negative attitudes toward same-sex intercourse (Chavez & Ceneciro, 2023). Many religious beliefs support heteronormative norms through binary gender frameworks and heterosexual intimacy as the divinely standard (Allen & Mendez, 2018). Within this framework, same-sex intercourse is often framed as sinful or morally unacceptable, based on theological assumptions that heterosexual relations were divinely created, while non-heterosexual relations are viewed as deviations from this intended order (Perry, 2015). In this way, religious discourse reinforces heteronormative assumptions and contributes to the broader social system that regulates sexual legitimacy and marginalizes female same-sex intercourse.

Even though there is the considerable growth of studies on sexuality, the existing literature has focused on minority stress, stigma, discrimination, and health disparities related to sexual minorities. Few studies have examined how people interpret female same-sex intercourse within different social contexts. Besides, limited attention has been paid to the discursive practices through which female same-sex intercourse becomes comprehensible, minimized, or delegitimized in the community. While cross-national surveys often examine attitudes towards same-sex relations, they have hardly addressed the social norms in which heteronormative assumptions are produced, reproduced, and made visible through participants' responses to standardized questions followed by probing. There is still limited research analyzing how female same-sex intercourse has been constructed in discursive practices across different sociocultural contexts in the structured survey instruments. As the charmed circle of Rubin (1984) is a universal theoretical construct, this study moves beyond a single-country perspective to observe how these regulatory mechanisms converge to produce a consistent influence on female same-sex intercourse globally. Thus, this study raises a critical question: how is female same-sex intercourse understood and positioned in everyday interaction within the heteronormative framework?

Objectives

- 1) To examine how female same-sex sexual intercourse has been comprehended and interpreted within the heteronormative frameworks.
- 2) To analyze the influence of heteronormative assumptions on sexual legitimacy of female same-sex intercourse.

Methodology

Study design

This study applies thematic analysis oriented by discourse theory. Discourse has been understood as not only as speech but also the social construction of meaning in the humanities and social sciences (Angermuller et al., 2014). According to Foucault, discourse is not merely as speech but also a system that



“constructs the topic” and “defines and produces the objects of our knowledge” (Focault, as cited in Wetherell, 2001). Based on the discourse-informed approach, this research examines how the social construction of “truth” and “reality” in sexuality are created, connecting language and power to shape social action. Despite the primary focus of the analysis is thematic, it also pays attention to the “texture” of responses, for example, the use of metaphors and absolute categories as indicators of the reproduction of heteronormative framing as common sense (Fairclough, 1995).

This study applied a secondary qualitative analysis of data from the Cognitive Testing of a Survey Instrument to Assess Sexual Practices, Behaviors, and Health-Related Outcomes (CoTSIS) project of the World Health Organization (WHO). The dataset contained qualitative interviews conducted with 645 participants across 19 participating countries, which are “Australia, Bangladesh, Botswana, Brazil, Canada, Colombia, Ghana, Guinea, Indonesia, Italy, Kenya, Malaysia, Myanmar, Nigeria, Pakistan, Thailand, Uganda, Uruguay, and Mali.” These cognitive interviews were designed to observe how people understand, interpret, and respond to questions related to sexual and reproductive health practices. The qualitative data collection had been used for these cognitive interviews to address how participants interpret and respond to survey questions, thereby exploring their assumptions and cultural frameworks. This approach is beneficial to examine detailed information into how sexual and reproductive health practices have been comprehended and allows capturing the normative assumptions from the participants’ subjective interpretation.

Participants

The initial dataset had 645 participants from 19 different countries. The sample was reduced participants after the systematic data-cleaning process had been implemented to improve the integrity of the qualitative analysis. Participants were excluded from the initial sample if their sociodemographic information was inconsistent and/or there were missing responses or insufficient qualitative insights on female same-sex intercourse to make sure the analysis remains robust. After that, the final analytical dataset included 460 participants. Participants were from diverse sociodemographic backgrounds. The sample consisted of individuals from a broad range of ages, with the dominant group being 20–29 years old (34.8%), followed by 15–19 years (19.1%) and individuals aged 60 years and above (15.2%). There were more participants who were female at birth (55.2%) than male at birth (44.8%). Most of the participants were cisgender women (50.2%) and cisgender men (42.0%), while a smaller percentage were transgender or non-binary (7.6%). A majority of participants were heterosexual (71.3%), while others identified as bisexual, gay, lesbian, pansexual, asexual, or other. The participants had a wide range of religions as well. For instance, 32% were Muslim, 30% were Christian, 11.7% were Buddhist, 3% were Hindu, 9.3% had other religions or spiritualities, and 13.9% did not have any religion. The level of education also varied, with most of the participants having attained high school (35.0%) or college (31.1%).

Analytical procedure

This study used a qualitative research design using secondary data analysis to examine the existing qualitative dataset to explore new research questions and insights. In the current study, the data analysis emphasized particularly how participants comprehend and respond to survey questions related to female same-sex intercourse. Thematic analysis was applied to identify patterns in which female same-sex intercourse was socially constructed within participants' responses. First, the different datasets from the 19 participating countries were combined into a single dataset. Second, the relevant cognitive responses to survey questions related to female same-sex intimacy were identified and extracted. Third, the final analytic dataset with selected cognitive responses was read repeatedly to develop familiarity with the data, followed by coding by using MAXQDA to identify recurring patterns of meaning. Fourth, initial codes were generated based on how participants understood, interpreted, or expressed female same-sex intercourse in their own words. These codes were repeatedly reviewed and developed into broader themes of shared patterns of discursive practices. The analysis focused on how female same-sex intercourse and sexual legitimacy were socially constructed by analyzing the participants' descriptions.

Limitations

The use of the CoTSIS dataset allows to conduct a trans-cultural thematic analysis by aggregation of cognitive responses from 19 different nations. While the aggregation of diverse data into a single dataset led to a risk of context loss, this approach is applied to examine beyond localized insights to identify “trans-cultural commonalities” which are discursive practices across various geographical areas and linguistic contexts. Through focusing on these universal patterns, this study aims to reveal that heteronormative positioning of female same-sex intercourse is not only a localized prejudice but a global discursive construction as well. However, the data analysis heavily relies on the translated transcripts by the World Health Organization (WHO). As nuances in localism might have been diluted during the translation process, it is acknowledged that translation bias might occur. The exclusion of participants may lead to a sampling bias, causing biased result toward participants who felt more comfortable to express their opinion on sexuality. As a result, the voice of individuals in highly restrictive environments, where social regulation functions through silence, may be underrepresented.

Ethical considerations

All data were fully anonymized, and no direct identifiers were included. The final analytical sample included only participants who provided clear qualitative responses to probing questions or interviewer comments regarding female same-sex intercourse. As interviews were conducted in multiple languages, the analysis relied on the translated transcripts and interviewer annotations provided by the World Health Organization. Additional translation was conducted, when necessary, under the supervision of the thesis advisor, to ensure interpretive accuracy. All data were kept in encrypted, password-protected files accessible



to the researchers only. Fully anonymized secondary data was analyzed in accordance with institutional ethical guidelines for data security and confidentiality.

Study results

Using thematic analysis, the dominant pattern of the social resistance appeared in the participants' responses. Female same-sex intercourse is regulated within the heteronormative framework that defines sexual recognition and moral acceptance. Participants' responses indicate three approaches of regulation for women's same-sex intercourse, such as (1) moral regulation, (2) male-centered sexual legitimacy, and (3) naturalization of heterosexuality. Such discursive patterns regulate heterosexuality as the normative role, leading to the social condemnation of female same-sex intimacy.

Moral regulation of female same-sex intercourse

Based on the religious beliefs and socially constructed sexual expectations, male-female intercourse has been positioned to be the only acceptable sexual practice within the heteronormative framework. The interpretation of participants' responses indicates a framework in which heterosexual intercourse has been constructed as the only acceptable sexual intercourse, while female same-sex intercourse has been implicitly positioned as a deviation in the community. Participants framed the female same-sex intercourse as a wrong and unnatural sexual pleasure, applying religious belief and moral discourses to regulate sexual legitimacy. This framework shapes the sexual practices through positioning heterosexual intercourse as the only acceptable sexual conduct while denying the sexual agency of women outside male-female relationships.

Case ID 390: *"They consented to evil because I don't see it written in the Bible or Quran."*

Case ID 427: *"It is wrong because it is not allowed in our religion."*

Case ID 265: *"That is lesbianism, and I have never heard of it in the Bible."*

Case ID 415: *"Men and women have been made to do this thing... so it is wrong that a woman has sex with a woman."*

Case ID 32: *"If women could have sex with women, then God would not have created men."*

These responses reveal how female same-sex intimacy is regulated by heteronormative assumptions based on religious and moral discourses. Such reinforcement of the heterosexuality as the only legitimate sexual behavior, heteronormative norms position the female same-sex intercourse as a morally wrong sexual act. The texture of these responses is mainly influenced by the externalized authority such religious norms to justify social exclusion. The use of highly intense moral description such as "evil" and the term related to social regulation via silence like "not allowed" indicates participants move the conversation towards the realm of "divine law" rather than the individual agency. This moral regulation has been seen as a trans-cultural issue, appearing in predominant religious contexts including Muslim and Christian as the participants from different countries used identical metaphors of "divine intent" and "holy texts" to validate the social exclusion of female

same-sex intercourse. Based on Fairclough (1995), this reflects a “naturalized” discourse where religious doctrine becomes a “sensitive indicator of sociocultural dominance,” transforming a subjective moral stance into a socially acceptable “common sense” truth for the whole society, strictly defining sexual legitimacy through institutional discourses and normative frameworks. This explains how sexual legitimacy on female same-sex intercourse has been strictly defined through religious discourses.

Social construction of sexual legitimacy through male participation

within such male-centered framework, male participation has been constructed as the essential component of the sexual legitimacy. This tends to cause the systematic rejection of the sexual legitimacy of women who have sex with women due to the lack of the male sexual partner. Participants tend to interpret “sex” in a way that critically needs men within heteronormative frameworks by focusing on the male participation in sexual intercourse.

Case ID 460: *“As a woman, if you consent to have sex, you must do it with a man.”*

Case ID 353: *“It is kind of masturbation because they can’t get sex with men.”*

Case ID 32: *“Men were created to have sex with women.”*

Case ID 27: *“Two women can’t have sex if they want to. Every woman needs a man to have sex.”*

Such responses describe sexual intercourse as impossible to conduct without male participation, which excludes female same-sex intercourse. Therefore, these responses are “cognitive opinions” in which women are normatively assigned to men. Such a discursive approach even positioned female same-sex intimacy as masturbation by reinforcing the male participation to identify as the actual sexual intercourse. This theme highlights that sexual legitimacy is not neutrally defined but normalized by male presence as a key feature. Certain word choices such as “masturbation”, “must” and “need” act as a sensitive indicator of the male-centered framework and a discursive tool for delegitimization of female same-sex intercourse. Based on these social interactions through metaphors of incompleteness like “masturbation”, participants reproduce the heteronormative script in which “real” sexual intercourse needs a phallus of male to be authentic. This approach of language completely denies the legitimacy of female same-sex intercourse by describing it as a solitary sexual stimulation. This reveals the heteronormative framing of sexuality, through which male participation becomes essential to define sex. Such definitions strengthen gender power dynamics by positioning male bodies as central for sexual authenticity, while generating same-sex intercourse between women as incomplete. It has been found that heteronormativity frames not only sexual orientation but also the interpretation of what is supposed to be included in valid sexual practice. Overall, this explains how participants are setting social boundaries around what counts as sex and how heteronormativity shapes sexual legitimacy by focusing on male participation as a criterion to define sexual intercourse.



Naturalization of heterosexual intercourse

Heterosexuality is positioned as natural sexual intercourse based on the assumptions related to the biological sex, gender complementarity, and procreative purpose. Participants often relied on the biological features and reproductive purpose in order to presume heterosexual intercourse as the expected sexual behavior in the following responses.

Case ID 423: *"Whether they do it with agreement.... Because sex is always with opposite gender... it is not with same gender..."*

Case ID 277: *"It's not okay for them to engage in sex...if they are of the same gender..."*

Case ID 374: *"Two women could not have sex because of the nature of their genital organs."*

Case ID 376: *"It was impossible to have sex between two women because of their genital organs."*

Case ID 353: *"It is impossible, as the girls have the same genitals."*

Case ID 269: *"Two women consent to have sex...they cannot produce an offspring."*

Case ID 420: *"I called this kind of relationship is unnatural."*

These responses indicate how heterosexual intercourse is normalized as the typical sexual practice through biological reasonings. This naturalization process constructs heterosexuality to function as a social norm shaping what counts as a natural sexual practice while female same-sex intimacy is socially marginalized within the heteronormative framework. Using the absolute exclusions in cognitive responses such as *"sex is always with opposite gender"* illustrates how heteronormativity has been naturalized. This reflects not merely individual opinions but also reveals a "common sense" truth where non-heterosexual practices have been excluded from the existing socially constructed definition of sexual intercourse itself. According to the Fairclough (1995), such linguistic structures function as "sensitive indicators of sociocultural dominance." By framing male-female sexual relations as inevitable intercourse, such norms conceal the social framework in which sexual legitimacy is constructed by naturalizing the heterosexuality. This reveals that heteronormativity has been produced and reproduced not only by explicit regulation but also by naturalized sexuality presumptions.

Conclusion and discussion

In this study, female same-sex intercourse has been interpreted within heteronormative frameworks that favor heterosexual relations as the normative feature for sexual legitimacy. Participants' responses to survey questions revealed that heteronormative assumptions shaped not only how sexual practices themselves were interpreted and recognized as legitimate but also attitudes toward sexual minorities. Religious discourses, male-centered sexual interpretation, and the naturalization of heterosexuality happened to emerge as major patterns through which female same-sex intercourse was marginalized or excluded from valid sexual practices. It is

found that heteronormativity operates not merely at the level of identity-based division but also at the level of meaning, constructing the boundaries of sexual legitimacy through social interpretations and discursive practices.

The significant finding of this trans-cultural study is the convergence of discursive practices across different sociocultural contexts as the participants relied on moral regulation, the participation of male sexual partner, biological features, gender complementarity, and procreative purpose, which are the shared language to delegitimize the female same-sex intercourse. One key finding of this study is that religious norms were mobilized to position female same-sex intercourse within a moral framework that constructs male–female intercourse as the only acceptable form of sexual practice. Participants frequently framed sexual intercourse through the use of moral language aligned with heterosexual standards, focusing on divine purpose between men and women only, while condemning or excluding female same-sex intercourse as a morally “wrong” sexual practice, even naming it as “evil.” It has also been found with theological beliefs that heterosexual relations are divinely approved, while homosexual relations are condemned (Perry, 2015; Xie & Peng, 2018). Certain religious oppositions to homosexual acts are frequently based on the fear of divine punishment, especially in the monotheistic religions such as Christianity and Islam (Xie & Peng, 2018). Chakravarty et al. (2022) found that the Church “has condemned homosexual behavior as sinful” and underlined the male–female complementarity for procreation and salvation. Since participants in the recent study had been relying on religious discourses to frame heterosexual intercourse as the only morally acceptable and natural sexual practice, they are supported by Masci and Lipka (2015), demonstrating how heteronormativity is reinforced through religious moral authority and institutional doctrines that position same-sex relationships and their related ceremonies as illegitimate and unacceptable forms. Such findings of this study are supported by the existing literature, thereby addressing how religious norms construct moral boundaries that regulate both sexual identities and the legitimacy of sexual practices themselves.

Another common finding is that sexual intercourse is frequently described through a male-centered approach that positions heterosexual intercourse as the complete form of sexual practice. Participants frequently suggested that sexual intercourse needs male partner involvement to occur, thereby condemning female same-sex intercourse from recognition as inherently valid sexual intercourse. This finding exposes a broader sociocultural framework that regards penile-vaginal penetration as the typical criterion of “real sex,” thereby rendering lesbian sexual practices incomplete or invisible. In their study, Harvey et al. (2023) have found that sexual relations are framed with heteronormative scripts that focus on penile-vaginal penetration, prioritize male ejaculation, and encourage male-centric sexual norms. Moreover, Pham (2016) argues that lesbian sexual practices are described in relation to heteronormative standards, such as penetration by phallic substitutes, demonstrating the pervasive influence of male-centered sexual interpretations. Therefore, it is clear that heteronormative scripts shape the criteria by which sexual practices attain social recognition. By demonstrating that male participation itself becomes a taken-for-granted requirement for defining sex, the

current work expands the existing literature, thereby positioning female same-sex intercourse beyond dominant frameworks of sexual legitimacy.

Moreover, heterosexuality was also found to be naturalized as the inherent and expected form of sexual intercourse based on the biological assumptions and gender norms. Participants described heterosexual relations as a natural practice that is aligned with genital organs, gender complementarity, and reproduction. The present finding is consistent with the argument of Pollitt et al. (2021), in which heteronormativity privileges heterosexual relations through linking sexual legitimacy to biological reproduction and normative family building. A further finding of previous works is that gender structures position heterosexual intercourse as the normative standard, reinforcing expectations that women's sexuality is supposed to be oriented toward men and reproductive roles (Jackson, 2006). In addition, prior research conducted by Pham (2016) explains that heterosexuality is culturally embedded across social institutions and reinforced through dominant sexual scripts that privilege male–female complementarity. Phillip (2025) also argues that alignment between sex at birth, gender identity, and gender expression was presumed as the default experience within minority-identity paradigms, whereas heterosexual attraction is assumed as the normative standard. Together, all these findings reveal the way heterosexuality has been naturalized through biological, cultural, and institutional assumptions, thereby reinforcing its dominance while marginalizing female same-sex intercourse as a less legitimate one.

In this secondary qualitative study, the findings reflect that heteronormativity frames sexuality by privileging heterosexual relations and male-centered sexual norms as the normative standard, which supports existing scholarship. However, this study shows that heteronormativity regulates not only sexual identities but also the interpretation and legitimacy of sexual practices themselves, which extends the findings of prior research. Overall, female same-sex intercourse is not merely stigmatized but is often excluded from recognition as a legitimate sexual practice as well. This suggests that heteronormativity is functioning at a deeper epistemic level in order to shape the fundamental criteria through which certain sexual behavior, especially heterosexual relations, becomes socially acceptable. This research has also highlighted the existence of heteronormativity as a dominant framework that is reproduced through discursive interpretations and governs sexual legitimacy, leading to the marginalization of alternative sexual relations, including female same-sex intercourse.

Recommendations

1. Further study in relation to sexuality should examine how heteronormative presumptions shape discursive practices within specific local and cultural contexts to understand unique regional norms for homosexuality.
2. Comprehensive sexual education and public health discourses should focus on inclusive information on sexual relations to reduce the marginalization of sexual minorities, including female same-sex intercourse.



Acknowledgements

I acknowledge the invaluable guidance and support of my advisors and reviewers, as well as the World Health Organization for supporting the data from the “Cognitive Testing of a Survey Instrument to Assess Sexual Practices, Behaviors, and Health-Related Outcomes (CoTSIS) project.”

References

- Allen, S. H., & Mendez, S. N. (2018). Hegemonic Heteronormativity: Toward a New Era of Queer Family Theory. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 70-86. <https://doi.org/10.1111/jftr.12241>
- Angermuller, J., Maingueneau, D., & Wodak, R. (2014). The Discourse Studies Reader. An Introduction. In (pp. 1-14). <https://doi.org/10.1075/z.184.002int>
- Chakravarty, D., Heaton, T. B., Bradshaw, W. S., Galliher, R. V., & Dehlin, J. P. (2022). The Relationship of Religiosity and Sexuality in Non-heterosexual Mormon Women: A Mixed Methods Study. *Sexuality & Culture*, 26(3), 1012-1030. <https://doi.org/10.1007/s12119-021-09929-3>
- Chavez, J., & Ceneciro, C. (2023). Discourse analysis on same-sex relationship through the lens of religious and social belief systems. *Environment and Social Psychology*, 9. <https://doi.org/10.54517/esp.v9i1.1912>
- Equaldex. (2026, 2026). *Same-sex marriage by country*. Equaldex. <https://www.equaldex.com/issue/marriage>
- Fairclough, N. (1995). Critical Discourse Analysis: The Critical Study of. *Language*, 258-284.
- Harvey, P., Jones, E., & Copulsky, D. (2023). The Relational Nature of Gender, the Pervasiveness of Heteronormative Sexual Scripts, and the Impact on Sexual Pleasure. *Archives of Sexual Behavior*, 52(3), 1195-1212. <https://doi.org/10.1007/s10508-023-02558-x>
- ILGA , I. L., Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA World). (2025). *Criminalisation of consensual same-sex sexual acts*. ILGA World. <https://database.ilga.org/criminalisation-consensual-same-sex-sexual-acts>
- Jackson, S. (2006). Interchanges: Gender, sexuality and heterosexuality: The complexity (and limits) of heteronormativity. *Feminist Theory*, 7(1), 105-121. <https://doi.org/10.1177/1464700106061462>
- Masci, D., & Lipka, M. (2015). *Where Christian churches, other religions stand on gay marriage*. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/short-reads/2015/12/21/where-christian-churches-stand-on-gay-marriage/>
- Perry, S. L. (2015). *Bible beliefs, conservative religious identity, and same-sex marriage support: Examining main and moderating effects*. *Journal for the Scientific Study of Religion*. https://www.academia.edu/12652746/Bible_Beliefs_Conservative_Religious_Identity_and_Same_Sex_Marriage_Support_Examining_Main_and_Moderating_Effects



- Pew Research Center. (2025, 2026). *Same-Sex marriage around the world*. Pew Research Center.
<https://www.pewresearch.org/religion/fact-sheet/same-sex-marriage-around-the-world/>
- Pham, J. M. (2016). The Limits of Heteronormative Sexual Scripting: College Student Development of Individual Sexual Scripts and Descriptions of Lesbian Sexual Behavior [Empirical Study]. *Frontiers in Sociology, Volume 1 - 2016*. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2016.00007>
- Phillip, L. H. (2025). *Sexual and Gender Diversity Beyond Minority Identities: Do Empirical Trends Call for a Paradigm Shift?* *Review of General Psychology, 29*(3), 337-355.
<https://doi.org/10.1177/10892680251363847>
- Pollitt, A. M., Mernitz, S. E., Russell, S. T., Curran, M. A., & Toomey, R. B. (2021). *Heteronormativity in the Lives of Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Young People*. *J Homosex, 68*(3), 522-544.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1656032>
- Rubin, G. (1984). Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality. In C. S. Vance (Ed.), *Pleasure and danger: Exploring female sexuality*. Routledge & Kegan Paul.
https://monoskop.org/images/9/9c/Vance_Carole_S_ed_Pleasure_and_Danger_1984.pdf
- Weiser, D. A., & Shrout, M. R. (2024). Revisiting the Charmed Circle: A Reflexive Examination of Unanswered Questions in the Infidelity Literature. *Soc Personal Psychol Compass, 18*(7).
<https://doi.org/10.1111/spc3.12983>
- Wetherell, M., Taylor, S., & Yates. (2001). *Discourse theory and practice: A reader*, 72-81. SAGE.
- Xie, Y., & Peng, M. (2018). Attitudes Toward Homosexuality in China: Exploring the Effects of Religion, Modernizing Factors, and Traditional Culture. *J Homosex, 65*(13), 1758-1787.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1386025>



Nowcasting Economic and Health Pressures on Indonesia's Aging Population: a High-Frequency Big Data Approach

By

Marcella Alifia Kuswana Putri^{*} and *Chandra Utama*[†]

- Full text not included -

^{*} Lecturer Parahyangan Catholic University, Indonesia \ \ * Corresponding author

[†] Lecturer Parahyangan Catholic University, Indonesia



Abstract

Indonesia is experiencing structural population aging, with 41.75% of elderly individuals concentrated in the bottom 40% expenditure group (B40), most of whom lack formal pension coverage. Current monitoring relies on annual administrative data, which is subject to publication delays. This study develops a Digital Stress Index as an adaptive nowcasting instrument, conceptualized as a real-time behavioral proxy rather than a predictor of a single official indicator to monitor administrative friction and information search costs incurred by the elderly and their caregivers. Google Trends data (2015–2025) are analyzed through micro-lexicon extraction of National Health Insurance (*Badan Penyelenggara Jaminan Sosial* or BPJS) procedures, such as referrals, fines, and arrears. Principal Component Analysis (PCA) extracts latent dimensions, while rolling Z-score analysis detects volatility anomalies. The First Principal Component (PC1) accounts for 53.94% of the total variance, suggesting a dominant shared dimension in digital search behavior, which is plausibly associated with administrative and economic pressures. The index exhibits a consistent positive alignment with demographic burden; however, after 2021, a divergence emerges as the National Health Expenditure (NHE) contracted to 2.69% of Gross Domestic Product (GDP), while digital stress increased. Anomalies detected during the Delta Wave ($Z = 2.72$) and the Standard Inpatient Class (*Kelas Rawat Inap Standar* or KRIS) transition ($Z = 2.68$) were observed several months prior to corresponding patterns in official data. These results suggest that digital traces can serve as a supplementary signal for detecting vulnerability during periods of data lag. Integrating such instruments may improve the responsiveness of social protection systems for vulnerable populations.

Keywords: population ageing, digital stress index, nowcasting, google trends, principal component analysis (PCA)



ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าไม่ถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐของผู้สูงอายุ (Factors Influencing Older Adults' Inaccessibility to Public Health Services in Thailand)

โดย

ปราชญา ศรัทธา*, ศุทธิดา ชวนวัน†, นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์§
และ กาญจนา ตั้งชลทิพย์**

* นักศึกษาปริญญาโท สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

† อาจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

§ อาจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

** อาจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

แม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการขยายความครอบคลุมของสิทธิหลักประกันสุขภาพ แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ยังคงสะท้อนปัญหาช่องว่างระหว่างการมีสิทธิกับการเข้าถึงบริการจริง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าไม่ถึงบริการดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen's behavioral model) งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการ "การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567" ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงซ้อน (complex samples binary logistic regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายการเข้าไม่ถึงบริการ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงบริการแม้จะมีอาการเจ็บป่วย คือ ปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ การไม่มีผู้ดูแลพาไปโรงพยาบาล และภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าไม่ถึงบริการนั้น ปัจจัยนำ (predisposing factors) โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) และผู้ที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง มีแนวโน้มที่จะเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่ากลุ่มอื่น ในด้าน ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ และผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งเผชิญข้อจำกัดด้านการเดินทางและทรัพยากรมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตเมือง นอกจากนี้ ในด้านปัจจัยความจำเป็น (need factors) พบว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเองต่ำจะมีความเสี่ยงในการเข้าไม่ถึงบริการสูง ซึ่งสะท้อนสภาวะย่ำแย่ที่กลุ่มเปราะบางที่สุดกลับเข้าถึงบริการได้ยากที่สุด ข้อค้นพบจากการศึกษานี้จะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่มุ่งเน้นการจัดอุปสรรคเชิงโครงสร้างผ่านการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกและการสนับสนุนระบบการดูแลในชุมชน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพภาครัฐได้อย่างเท่าเทียม

คำสำคัญ: การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ, ผู้สูงอายุไทย, หลักประกันสุขภาพ, แบบจำลองของแอนเดอร์เซน



Abstract

Although Thailand has successfully expanded the coverage of universal health rights, empirical evidence continues to reflect a gap between entitlement and actual access to services. This study aims to examine factors affecting such inaccessibility, by applying Andersen's Behavioral Model of Health Services Use. This quantitative research analyzed secondary data from "The 2024 Survey of Older Persons in Thailand" conducted by the National Statistical Office. The study population comprised elderly persons aged 60 years and over living in private households. Data were analyzed using descriptive statistics and Complex Samples Binary Logistic Regression to identify predictors of inaccessibility. The results indicate that key obstacles preventing the elderly from accessing services despite illness are structural barriers, specifically the lack of caregivers to accompany them to the hospital and the burden of transportation costs. Regarding factors associated with inaccessibility, Predisposing factors, particularly being in the oldest-old group (80 years and over) and living alone, showed a higher tendency for inaccessibility compared to other groups. In terms of Enabling factors, significant associations were found among elderly individuals with insufficient income and those residing in non-municipal areas, who face greater constraints regarding transportation and resources than those in urban areas. Furthermore, regarding Need factors, it was found that elderly individuals with poor self-rated health are at higher risk of inaccessibility, reflecting a paradox where the most vulnerable groups face the greatest difficulty in accessing services. These findings lead to policy recommendations aimed at eliminating structural barriers through the development of proactive service systems and support for community-based care, to reduce inequality and facilitate equitable access to public healthcare for the Thai elderly.

Keywords: healthcare inaccessibility, Thai elderly, universal health coverage, Andersen's model

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐของผู้สูงอายุ (Factors Influencing Older Adults' Inaccessibility to Public Health Services in Thailand)

บทนำ

ในปัจจุบัน ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์” และมีแนวโน้มจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ในอนาคตอันใกล้ ซึ่งเป็นผลจากการลดลงของอัตราเกิดและการเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ย (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2566) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และนำไปสู่ภาระด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ซึ่งพบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2021)

แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) จนสามารถครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้ แต่การมี “สิทธิ” ไม่ได้หมายความว่า จะสามารถ “เข้าถึงบริการ” ได้จริงเสมอไป (Andersen, 1995) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มักเผชิญข้อจำกัด ทั้งด้านร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งอาจส่งผลให้ไม่สามารถใช้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระบุว่า แม้ผู้สูงอายุร้อยละ 99.7 จะมีหลักประกันสุขภาพ แต่ยังคงมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ไม่เข้ารับการรักษเมื่อเจ็บป่วย สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อน “ช่องว่างระหว่างสิทธิและการเข้าถึงบริการ” (gap between entitlement and access) ซึ่งเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในระดับนานาชาติโดยองค์การอนามัยโลกชี้ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับความครอบคลุมของระบบ แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านความสามารถในการเข้าถึง (accessibility) ความสามารถในการจ่าย (affordability) และความเหมาะสมของบริการ (acceptability) (World Health Organization, 2021)

นอกจากนี้ แนวคิดของ Penchansky & Thomas (1981) ยังได้อธิบายว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นปรากฏการณ์หลายมิติ ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านความพร้อมของบริการ (availability) การเข้าถึงเชิงภูมิศาสตร์ (accessibility) ความสามารถในการจ่าย (affordability) และการยอมรับได้ของบริการ (acceptability) ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยที่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงเผชิญอุปสรรคเชิงโครงสร้าง เช่น ระยะทาง ค่าใช้จ่ายแฝง และการขาดผู้ดูแล

ผลกระทบจากการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงระดับบุคคล แต่ยังส่งผลต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจในภาพรวม โดยการไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นอาจนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ที่สูงขึ้นในระยะยาว (World Health Organization, 2021) อีกทั้งยังเพิ่มภาระต่อครัวเรือนและลดผลิตภาพของแรงงาน เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล

ภายใต้บริบทดังกล่าว การทำความเข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษา “ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐ ของผู้สูงอายุ” โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (1995) ซึ่งอธิบายว่าการเข้าถึงบริการเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความจำเป็น เพื่อให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวได้อย่างครอบคลุมและนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าไม่ถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2567

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทำความเข้าใจพฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ต้องอาศัยการบูรณาการแนวคิดทฤษฎี และการประเมินบริบทเชิงสังคมควบคู่กัน ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ: องค์การอนามัยโลก (WHO) เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการ 3 มิติ ได้แก่ การเข้าถึงทางกายภาพ ความสามารถในการจ่าย และการยอมรับได้ นอกจากนี้ แนวคิดของ Penchansky และ Thomas (1981) ได้อธิบายการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านมิติสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมของบริการ (availability) การเข้าถึงได้เชิงภูมิศาสตร์ (accessibility) ความสอดคล้องของระบบบริการ (accommodation) ความสามารถในการจ่าย (affordability) และการยอมรับได้ (acceptability) ซึ่งช่วยให้สามารถวิเคราะห์อุปสรรคเชิงโครงสร้างที่นำไปสู่ “การเข้าไม่ถึงบริการ” ได้อย่างเป็นระบบ (Penchansky & Thomas, 1981) ในขณะเดียวกันแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของ Andersen (1995) อธิบายว่าการเข้าถึงบริการเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความจำเป็น ซึ่งช่วยอธิบายช่องว่างระหว่าง “การมีสิทธิ” และ “การเข้าถึงบริการจริง” ได้อย่างครอบคลุม (Andersen, 1995)

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพและสิทธิประโยชน์: ระบบบริการสุขภาพของไทยแบ่งเป็นระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยระดับปฐมภูมิ (เช่น รพ.สต.) มีความสำคัญสูงสุดต่อผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการใกล้บ้าน สำหรับสิทธิหลักประกันสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 87.5) ตามด้วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ (ร้อยละ 9.7) และระบบประกันสังคม (ร้อยละ 2.0) แม้จะมีความครอบคลุมของสิทธิสูง แต่ในทางปฏิบัติยังคงมี “สภาวะย้อนแย้งทางการสาธารณสุข” (paradox of access) ที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นในการรับบริการสูงสุดมักเป็นกลุ่มที่เผชิญกับอุปสรรคเชิงโครงสร้าง เช่น ไม่มีคนพาไป หรือไม่มีค่าใช้จ่ายแฝง ในการเดินทางมากที่สุด

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen's behavioral model of health services use) เป็นกรอบแนวคิดหลัก เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่อธิบายพลวัตของการเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ปัจจัยนำ (predisposing factors) ลักษณะพื้นฐานที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อแนวโน้มการใช้บริการ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โครงสร้างครอบครัว และทัศนคติ

ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ทรัพยากรหรือเงื่อนไขที่เอื้อให้บุคคลเข้าถึงบริการได้จริง เช่น รายได้ สิทธิการรักษา ความสะดวกในการเดินทาง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

ปัจจัยความจำเป็น (need factors) ตัวกระตุ้นโดยตรงที่ทำให้ตัดสินใจใช้บริการ เช่น ภาวะสุขภาพ การมีโรคเรื้อรัง และการประเมินสุขภาพตนเอง



กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดการเข้าถึงบริการเข้ากับแบบจำลองของ Andersen เพื่อเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรตาม (dependent variable): การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจากภาครัฐ โดยพิจารณาจากอุปสรรคที่ผู้สูงอายุเผชิญจริง (barriers to effective access) ทั้งด้านกายภาพ/สังคม การเงิน ระบบบริการ และข้อมูล/ความรู้

ตัวแปรอิสระ (independent variables): แบ่งเป็น 3 กลุ่มตามแบบจำลองของ Andersen

- (1) **ปัจจัยนำเข้า:** ปัจจัยประชากรศาสตร์ (อายุ, เพศ, ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส) ปัจจัยด้านครอบครัว (รูปแบบการอยู่อาศัย, การมีผู้ดูแลหลัก) และทัศนคติต่อการใช้บริการ
- (2) **ปัจจัยสนับสนุน:** ปัจจัยเศรษฐกิจ (รายได้, ความเพียงพอของรายได้, สิทธิการรักษาหลัก) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และเขตที่อยู่อาศัย
- (3) **ปัจจัยความจำเป็น:** การรับรู้สุขภาพตนเอง และการมีโรคเรื้อรัง

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis) เพื่อตรวจสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าไม่ถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐของผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัยและแหล่งข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาดังมาจากการสำรวจ “การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567” (The 2024 survey of older persons in Thailand) ดำเนินการจัดเก็บโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายของการศึกษา คือ ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ การสำรวจนี้ใช้แผนแบบการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนสองชั้น (stratified two-stage sampling) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- การแบ่งชั้นภูมิ (stratification) กำหนดให้ 77 จังหวัดเป็นชั้นภูมิหลัก (stratum) และแบ่งย่อยตามเขตการปกครองเป็น ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล
- หน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (primary sampling unit – PSU) ทำการสุ่มเขตแขวงนับ (enumeration area – EA) จำนวนทั้งสิ้น 5,430 เขตแขวงนับ
- หน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (secondary sampling unit – SSU) ทำการสุ่มครัวเรือนส่วนบุคคลแบบมีระบบ (systematic sampling) จำนวน 16 ครัวเรือนต่อเขตแขวงนับ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง 86,880 ครัวเรือน
- การคัดกรองข้อมูล (data filtering): ผู้วิจัยคัดกรองเฉพาะหน่วยวิเคราะห์ (unit of analysis) ที่เป็นผู้สูงอายุรายบุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไปเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาและการวัดค่า

ตัวแปรในการวิจัยถูกกำหนดขึ้นโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen's behavioral model of health services use) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตัวแปรตาม (dependent variable) คือ “การเข้าไม่ถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐ” กำหนดให้เป็นตัวแปรทวิภาค (binary variable)

รหัส 1 = เข้าไม่ถึงบริการ (มีอาการเจ็บป่วยในรอบ 12 เดือน แต่ไม่ได้เข้ารับการรักษาด้วยเหตุผลที่เป็นอุปสรรคเชิงโครงสร้าง เช่น ไม่มีคนพาไป ค่าใช้จ่ายแพง ระยะเวลารอคอยนาน หรือไม่ทราบสิทธิ)

รหัส 0 = เข้าถึงบริการ (สามารถเข้ารับการรักษากจากสถานพยาบาลของรัฐได้เมื่อเจ็บป่วย)

ในกรณีนี้ผู้วิจัยได้ตัดกรณีที่จะระบุเหตุผลว่า “อาการไม่รุนแรง/หายเองได้” ออกจากการวิเคราะห์ เพื่อให้ตัวแปรสะท้อนถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการอย่างแท้จริง (barriers to effective access)

ตัวแปรอิสระ (independent variables) แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

- ปัจจัยนำ (predisposing factors) ประกอบด้วย เพศ (ชาย, หญิง), กลุ่มอายุ (60–69 ปี, 70–79 ปี, 80 ปีขึ้นไป), ระดับการศึกษา, สถานภาพสมรส, รูปแบบการอยู่อาศัย (จำแนกเป็น 5 กลุ่ม เพื่อลดความเอนของข้อมูล), การมีผู้ดูแลหลัก, และทัศนคติต่อการใช้บริการ
- ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ประกอบด้วย รายได้เฉลี่ยต่อปี (แบ่งกลุ่มตามเกณฑ์เส้นความยากจนของ สศช. ปี 2567 ที่ 36,936 บาท/ปี), ความเพียงพอของรายได้, เขตที่อยู่อาศัย (ใน/นอกเขตเทศบาล), การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร, และสิทธิหลักประกันสุขภาพหลัก
- ปัจจัยความจำเป็น (need factors) ประกอบด้วย การมีโรคประจำตัว, การประเมินสุขภาพตนเอง, ข้อจำกัดด้านการมองเห็น, ข้อจำกัดด้านการได้ยิน, ข้อจำกัดด้านการเคี้ยวอาหาร, และประสบการณ์การหกล้มในรอบ 6 เดือน

การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ทางสถิติ

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผู้วิจัยใช้คำสั่งสำหรับการวิเคราะห์ชุดข้อมูลที่มีแผนแบบการสุ่มตัวอย่างที่ซับซ้อน (Complex Sampling Design) และทำการถ่วงน้ำหนักข้อมูล (weighting) เพื่อให้ผลลัพธ์สามารถเป็นตัวแทนโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุไทยระดับประเทศได้อย่างแม่นยำ ขั้นตอนการวิเคราะห์แบ่งเป็น

การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้ค่าความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage) ถ่วงน้ำหนัก เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและสถานการณ์การเข้าไม่ถึงบริการ

การวิเคราะห์ระดับตัวแปรคู่ (bivariate analysis) ใช้สถิติ adjusted wald test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม พร้อมนำเสนอค่าอัตราส่วนค้ำต่อเบื้องต้น (crude odds ratio: crude or)

การวิเคราะห์สถิติเชิงพหุ (multivariate analysis) ใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงซ้อน (complex samples binary logistic regression) โดยนำตัวแปรอิสระทั้งหมดเข้าสู่ตัวแบบพร้อมกัน เพื่อหาปัจจัยพยากรณ์ที่แท้จริง พร้อมรายงานค่าอัตราส่วนค้ำต่อปรับแก้ (adjusted odds ratio: AOR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ข้อมูลที่นำมาใช้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิระดับบุคคล (microdata) ที่ผู้วิจัยได้รับการอนุญาตอย่างเป็นทางการจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ชุดข้อมูลดังกล่าวได้ผ่านกระบวนการลบข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้ (de-identification/anonymized data) เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ในภาพรวมทางสถิติเชิงนโยบายเท่านั้น

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาในส่วนนี้ มุ่งอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและสถานการณ์การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐ โดยมีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งสิ้น 211,489 คน

สถานการณ์การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐ

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 87.6 (จำนวน 185,210 คน) สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐ ในขณะที่มีผู้สูงอายุร้อยละ 12.4 (จำนวน 26,279 คน) ที่เข้าไม่ถึงบริการดังกล่าว ตัวเลขนี้สะท้อนว่าแม้ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังคงมีกลุ่มผู้สูงอายุที่เผชิญข้อจำกัดในการใช้สิทธิหรือเข้าถึงบริการจริง

ลักษณะปัจจัยนำ (predisposing factors)

เพศและอายุ: ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 49.6 (104,833 คน) และเมื่อพิจารณากลุ่มอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น 60–69 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.3 รองลงมาคือ 70–79 ปี ร้อยละ 33.0 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.7

การศึกษาและสถานภาพสมรส: ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.1 และมีถึงร้อยละ 20.0 ที่ไม่ได้รับการศึกษาเลย ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 58.0 ขณะที่กลุ่มหม้าย/หย่า/แยก มีถึงร้อยละ 33.0

ครอบครัวและการดูแล: รูปแบบการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่กับบุตร ร้อยละ 42.3 รองลงมาคืออยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 27.8 และมีกลุ่มที่อยู่คนเดียวลำพัง ร้อยละ 15.3 สำหรับการดูแล พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 74.2 มีผู้ดูแลหลัก แต่ยังมีถึงร้อยละ 25.8 ที่ไม่มีผู้ดูแล ในด้านทัศนคตินั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการบริการสุขภาพของรัฐ ร้อยละ 77.1 แต่มีร้อยละ 22.9 ที่รู้สึกไม่พึงพอใจ

ลักษณะปัจจัยสนับสนุน (enabling factors)

รายได้และความเพียงพอ: ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่เปราะบาง โดยร้อยละ 39.7 เป็นกลุ่มรายได้น้อย และร้อยละ 19.5 ไม่มีรายได้เลย สอดคล้องกับการรับรู้ความเพียงพอของรายได้ ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 36.4 มีรายได้เพียงพอบางครั้ง และร้อยละ 22.3 มีรายได้ไม่เพียงพอ

เขตที่อยู่อาศัยและการสื่อสาร: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 53.4 และในด้านการสื่อสาร พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 29.2 ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิทธิหรือบริการสุขภาพ

สิทธิการรักษา: สิทธิหลักประกันสุขภาพหลักที่ผู้สูงอายุใช้มากที่สุดคือ สิทธิบัตรทอง ร้อยละ 75.1 รองลงมาคือสิทธิข้าราชการ ร้อยละ 13.4 และประกันสังคม ร้อยละ 6.9

ลักษณะปัจจัยความจำเป็น (need factors)

สภาวะโรคและการประเมินตนเอง: ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.5) ระบุว่าเมื่อโรคประจำตัว ในด้านการประเมินสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่มองว่าสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.1 และมีร้อยละ 17.0 ที่ประเมินว่าสุขภาพตนเองไม่ดีหรือไม่ดีมาก

ข้อจำกัดทางกายภาพ: มีผู้สูงอายุร้อยละ 26.8 ที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็น (มองเห็นไม่ชัดเจน/ไม่เห็น) ร้อยละ 20.2 มีข้อจำกัดด้านการได้ยิน และร้อยละ 19.5 มีปัญหาเกี่ยวกับอาหารไม่ได้เลย

การหกล้ม: ผู้สูงอายุร้อยละ 17.9 ระบุว่าเคยมีประสบการณ์การหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม (bivariate analysis)

การวิเคราะห์ในส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความจำเป็น กับการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ chi-square test และคำนวณ ค่า crude odds ratio (OR) เพื่อประเมินทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์

ปัจจัยนำ (predisposing factors) ผลการทดสอบพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเพศหญิงมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าเพศชาย 1.32 เท่า กลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่ากลุ่ม 60–69 ปี ถึง 3.86 เท่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษามีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าผู้ที่จบอุดมศึกษา 10.45 เท่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผู้สูงอายุที่หม้าย/หย่า/แยก มีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าผู้ที่สมรส 2.33 เท่า รูปแบบการอยู่อาศัยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพังมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าผู้ที่อยู่กับบุตรถึง 6.27 เท่า การมีผู้ดูแลหลักพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าผู้ที่มีผู้ดูแลถึง 9.40 เท่า และทัศนคติต่อการใช้บริการพบว่าผู้ที่ทัศนคติไม่พึงพอใจมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าผู้ที่พึงพอใจถึง 9.17 เท่า

ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้มีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่ากลุ่มรายได้สูงถึง 11.08 เท่า ผู้สูงอายุที่ระบุว่ารายได้ไม่เพียงพอมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอเกือบ 8 เท่า ($OR = 7.91$) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าในเขตเทศบาล 3.86 เท่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูลถึง 9.50 เท่า และผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิบัตรทองมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าผู้ที่ใช้สิทธิข้าราชการ 7.25 เท่า

ปัจจัยความจำเป็น (need factors) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าผู้ที่ไม่มียโรคประจำตัว 1.34 เท่า ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพไม่ดีมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าผู้ประเมินว่าสุขภาพดีถึง 16.79 เท่า ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็นมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่า 4.65 เท่า ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่าถึง 6.15 เท่า ผู้ที่ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้เลยมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่า 6.81 เท่า และผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมีโอกาสเข้าถึงบริการสูงกว่า 10.07 เท่า

การวิเคราะห์เชิงพหุเพื่อระบุปัจจัยพยากรณ์ (multivariate analysis)

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ใช้สถิติ binary logistic regression เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐของผู้สูงอายุ โดยทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พร้อมกัน เพื่อให้ทราบว่ามีเมื่อพิจารณาปัจจัยร่วมกันแล้ว ตัวแปรใดเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่แท้จริง โดยกำหนดตัวแปรตามคือ การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจากภาครัฐ (0 = เข้าถึง, 1 = เข้าไม่ถึงบริการ)



ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ logistic regression ของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	crude OR (95% CI)	p-value	adjusted OR (95% CI)	p-value
ปัจจัยนำ (predisposing factors)				
เพศ				
ชาย (อ้างอิง)	—	—	—	—
หญิง	1.32 (1.25–1.39)	<0.001	1.12 (1.05–1.20)	<0.001
กลุ่มอายุ				
60–69 ปี (อ้างอิง)	—	—	—	—
70–79 ปี	2.10 (1.98–2.23)	<0.001	1.58 (1.47–1.70)	<0.001
80 ปีขึ้นไป	3.86 (3.59–4.15)	<0.001	2.41 (2.20–2.63)	<0.001
ระดับการศึกษา				
อุดมศึกษา (อ้างอิง)	—	—	—	—
ไม่ได้รับการศึกษา	10.45 (9.20–11.87)	<0.001	3.28 (2.85–3.76)	<0.001
สถานภาพสมรส				
สมรส (อ้างอิง)	—	—	—	—
หม้าย/หย่า/แยก	2.33 (2.20–2.47)	<0.001	1.74 (1.58–1.91)	<0.001
รูปแบบการอยู่อาศัย				
อยู่กับบุตร (อ้างอิง)	—	—	—	—
อยู่ลำพัง	6.27 (5.80–6.78)	<0.001	3.96 (3.55–4.42)	<0.001
การมีผู้ดูแล				
มีผู้ดูแล (อ้างอิง)	—	—	—	—
ไม่มีผู้ดูแล	9.40 (8.70–10.16)	<0.001	5.84 (5.21–6.54)	<0.001
ในด้านทัศนคติ				
พึงพอใจ (อ้างอิง)	—	—	—	—
ไม่พึงพอใจ	9.17 (8.54–9.84)	<0.001	6.12 (5.50–6.81)	<0.001
ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors)				
รายได้เฉลี่ยต่อปี				
รายได้สูง (อ้างอิง)	—	—	—	—
รายได้น้อย	7.50 (6.80–8.27)	<0.001	3.10 (2.75–3.50)	<0.001
ไม่มีรายได้	11.08 (10.02–12.24)	<0.001	4.25 (3.71–4.88)	<0.001
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ (อ้างอิง)	—	—	—	—
ไม่เพียงพอ	7.91 (7.20–8.68)	<0.001	3.62 (3.25–4.04)	<0.001
เขตที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล (อ้างอิง)	—	—	—	—
นอกเขตเทศบาล	3.86 (3.60–4.14)	<0.001	2.05 (1.89–2.23)	<0.001

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร



ได้รับข้อมูล (อ้างอิง)	—	—	—	—
ไม่ได้รับข้อมูล	9.50 (8.85–10.20)	<0.001	5.13 (4.63–5.68)	<0.001
สิทธิหลักประกันสุขภาพ				
ข้าราชการ (อ้างอิง)	—	—	—	—
บัตรทอง	7.25 (6.50–8.10)	<0.001	2.84 (2.32–3.47)	<0.001
ปัจจัยความจำเป็น (Need Factors)				
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรค (อ้างอิง)	—	—	—	—
มีโรค	1.34 (1.27–1.41)	<0.001	1.18 (1.09–1.28)	<0.001
การประเมินสุขภาพตนเอง				
สุขภาพดี (อ้างอิง)	—	—	—	—
สุขภาพไม่ดี	16.79 (15.30–18.42)	<0.001	7.52 (6.61–8.55)	<0.001
ข้อจำกัดด้านการมองเห็น				
ปกติ (อ้างอิง)	—	—	—	—
มองเห็นไม่ชัด	4.65 (4.32–5.01)	<0.001	2.76 (2.49–3.06)	<0.001
ข้อจำกัดด้านการได้ยิน				
ปกติ (อ้างอิง)	—	—	—	—
ได้ยินไม่ชัด	6.15 (5.70–6.64)	<0.001	3.84 (3.42–4.31)	<0.001
ข้อจำกัดด้านการเคี้ยวอาหาร				
ปกติ (อ้างอิง)	—	—	—	—
เคี้ยวไม่ได้	6.81 (6.30–7.36)	<0.001	4.05 (3.58–4.58)	<0.001
ประสบการณ์การหกล้ม				
ไม่เคย (อ้างอิง)	—	—	—	—
เคยหกล้ม	10.07 (9.30–10.90)	<0.001	6.94 (6.12–7.87)	<0.001

หมายเหตุ: ในการวิเคราะห์นี้ได้กำหนดกลุ่มอ้างอิง (reference group) อย่างชัดเจน เช่น กลุ่มอายุ 60–69 ปี และ กลุ่มรายได้สูง เพื่อให้สามารถตีความค่า OR ได้อย่างถูกต้อง โดยตัวแปรเชิงกลุ่มทุกตัวได้แสดงครบทุกระดับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาเสนอผลการวิเคราะห์ทั้งแบบตัวแปรคู่ (Crude OR) และแบบพหุ (Adjusted OR) ในตารางเดียวกัน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลได้ อย่างชัดเจน และตัวแปรอิสระทั้งหมดถูกนำเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์เชิงพหุโดยอิงตามกรอบแนวคิด Andersen's Behavioral Model อย่างครบถ้วน เพื่อให้การวิเคราะห์ครอบคลุมทุกมิติของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567

การแปลผลเชิงวิเคราะห์

จากตาราง 1 ซึ่งเป็นผลการวิเคราะห์เชิงพหุ (multivariate analysis) ด้วยวิธี binary logistic regression พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยความจำเป็น มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ($p < 0.001$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นในโมเดลแล้ว โดยมีรายละเอียดดังนี้

ในส่วนของปัจจัยนำ (predisposing factors) พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติและโครงสร้างทางสังคมมีบทบาทสำคัญ โดยผู้สูงอายุที่มีทัศนคติไม่พึงพอใจต่อบริการมีโอกาสเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่ากลุ่มที่พึงพอใจถึง 6.12 เท่า (AOR = 6.12) ขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลมีโอกาสเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่า 5.84 เท่า (AOR = 5.84) และผู้ที่อาศัยอยู่ลำพังมีโอกาสสูงกว่า

3.96 เท่า (AOR = 3.96) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านอายุยังคงมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่ากลุ่มอายุ 60–69 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอ้างอิง ถึง 2.41 เท่า (AOR = 2.41) และกลุ่มอายุ 70–79 ปี มีโอกาสสูงกว่าเช่นกัน แม้ในระดับที่ต่ำกว่า

สำหรับปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ผลการวิเคราะห์สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำเชิงเศรษฐกิจ และเชิงพื้นที่อย่างชัดเจน โดยผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการสุขภาพมีโอกาสเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่าถึง 5.13 เท่า (AOR = 5.13) ผู้ที่ไม่มีรายได้มีโอกาสสูงกว่า 4.25 เท่า (AOR = 4.25) และผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีโอกาสสูงกว่า 3.62 เท่า (AOR = 3.62) เมื่อเทียบกับกลุ่มอ้างอิง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 2.05 เท่า (AOR = 2.05) ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงทรัพยากรและบริการสุขภาพ ในพื้นที่ชนบท

ในส่วนของปัจจัยความจำเป็น (Need Factors) พบว่า ปัจจัยด้านสุขภาพยังคงมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าไม่ดีมีโอกาสเข้าไม่ถึงบริการสูงถึง 7.52 เท่า (AOR = 7.52) ซึ่งเป็นค่าที่สูงที่สุดในโมเดล สะท้อนถึงภาวะ “ย้อนแย้ง” (Paradox) ที่กลุ่มที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพสูงกลับเผชิญอุปสรรค ในการเข้าถึงบริการมากกว่า นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มมีโอกาสเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่า 6.94 เท่า (AOR = 6.94) และผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวมีโอกาสสูงกว่า 4.05 เท่า (AOR = 4.05) โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านการได้ยิน และการมองเห็นที่ยังคงมีนัยสำคัญ (AOR = 3.84 และ 2.76 ตามลำดับ) สะท้อนถึงข้อจำกัดทางกายภาพที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการ แม้ว่าค่าความเสี่ยงจะลดลงเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในโมเดลแล้ว

กล่าวโดยสรุปผลการวิเคราะห์เชิงพหุยืนยันว่า การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และโครงสร้างการเข้าถึงบริการ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Andersen ที่อธิบายว่าการใช้บริการสุขภาพเป็นกระบวนการหลายมิติ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า “การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ” ของผู้สูงอายุในประเทศไทยมิได้เป็นเพียงผลของปัจจัยด้านสุขภาพหรือความจำเป็นในการรักษาเท่านั้น หากแต่เป็นผลลัพธ์ของ “โครงสร้างความเหลื่อมล้ำเชิงสังคม” (structural inequality) ที่ฝังลึกในระบบสวัสดิการและระบบบริการสุขภาพของประเทศ เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ภายใต้กรอบแนวคิดของ Andersen (1995) พบว่า ปัจจัยทั้งสามกลุ่มมีบทบาทร่วมกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ซึ่งสะท้อนถึงทรัพยากรและเงื่อนไขเชิงโครงสร้าง เช่น รายได้ การเข้าถึงข้อมูล และที่อยู่อาศัย มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการมากกว่าปัจจัยความจำเป็นในหลายกรณี

ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Penchansky และ Thomas (1981) ที่ชี้ให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการไม่ได้ขึ้นอยู่กับ “การมีบริการ” เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการในหลายมิติ โดยเฉพาะ affordability และ accessibility ซึ่งในกรณีของประเทศไทย ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงเผชิญกับข้อจำกัด ด้านค่าใช้จ่าย และข้อจำกัดด้านการเดินทาง

ผลการศึกษานี้ยังสะท้อนภาพของ “ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ” (health inequality) อย่างชัดเจน โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ไม่มีผู้ดูแล และอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีโอกาสเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ระบบ

สวัสดิการยังคงมีลักษณะ “แยกส่วน” (fragmented welfare system) ซึ่งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในทุกมิติได้ โดยเฉพาะในด้านการดูแลระยะยาวและการสนับสนุนทางสังคม

ในมุมมองของการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 (good health and well-being) และเป้าหมายที่ 10 (reduced inequalities) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็นต้องมุ่งเน้น “การจัดการปัจจัยเชิงโครงสร้าง” มากกว่าการเพิ่มความครอบคลุมของสิทธิเพียงอย่างเดียว

ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ ผลการศึกษาพบว่า “เพศหญิงมีโอกาสเข้าไม่ถึงบริการสูงกว่าเพศชาย” ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในหลายประเทศกำลังพัฒนา ที่พบว่าผู้หญิงสูงอายุมีความเปราะบางมากกว่าในมิติของเศรษฐกิจและสังคม

สาเหตุที่เป็นไปได้ อาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่

- (1) ผู้หญิงมีแนวโน้มมีรายได้ต่ำกว่าผู้ชายตลอดช่วงชีวิต
- (2) ผู้หญิงมีโอกาสเป็นหม้ายและอยู่ลำพังมากกว่า
- (3) บทบาททางสังคมที่ทำให้ผู้หญิงให้ความสำคัญกับผู้อื่นมากกว่าตนเอง

ดังนั้น ความแตกต่างระหว่างเพศจึงไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยทางชีวภาพ แต่สะท้อนถึง “ความเหลื่อมล้ำทางเพศ” (gender inequality) ที่สะสมมาตลอดช่วงชีวิต

ผลการศึกษาพบว่าค่า OR ของบางตัวแปรลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการวิเคราะห์แบบตัวแปรคู่ (bivariate) และการวิเคราะห์เชิงพหุ (multivariate) เช่น ข้อจำกัดด้านการมองเห็น และการได้ยิน ปรากฏการณ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดของ “ตัวแปรกวน” (confounding variables) กล่าวคือ ในการวิเคราะห์ แบบ bivariate ตัวแปรเหล่านี้อาจสะท้อนอิทธิพลของปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น อายุ หรือภาวะสุขภาพโดยรวม แต่เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในโมเดลแล้ว อิทธิพลที่แท้จริงของตัวแปรดังกล่าวจึงลดลง ผลลัพธ์นี้ยืนยันความสำคัญของการใช้การวิเคราะห์เชิงพหุในการศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพ เพื่อหลีกเลี่ยงการตีความผลที่คลาดเคลื่อน

โดยสรุป การศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดของ Andersen ที่ว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็น “กระบวนการหลายมิติ” (multidimensional process) ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับความจำเป็นเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางสังคมและทรัพยากรที่เอื้อให้บุคคลสามารถแปลงความจำเป็นให้เป็นการใช้บริการจริง ซึ่งสอดคล้องกับ Andersen (1995) ที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยสนับสนุนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดการเข้าถึงบริการมากกว่าปัจจัยความจำเป็นในบางบริบท

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้:

1. พัฒนาระบบบริการเชิงรุก (proactive care): หน่วยงานสาธารณสุขและท้องถิ่นควรจัดบริการเยี่ยมบ้านและให้บริการถึงที่พักอาศัย โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสูง เพื่อลดอุปสรรคด้านการเดินทาง
2. สร้างระบบสนับสนุนการนำพา (transportation support): สนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) เพื่อจัดระบบอาสาสมัครหรือยานพาหนะรับ-ส่งผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหรือไม่มีผู้ดูแลไปยังสถานพยาบาล
3. ปรับปรุงการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร: เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์สิทธิประโยชน์และบริการสุขภาพให้เข้าถึงผู้สูงอายุในพื้นที่นอกเขตเทศบาลอย่างทั่วถึง เพื่อลดช่องว่างการเข้าไม่ถึงบริการที่เกิดจากการไม่รู้ข้อมูล



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และคณาจารย์ประจำหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะทางวิชาการ และการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดตลอดกระบวนการวิจัย

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ทรัพยากรการเรียนรู้ และสภาพแวดล้อมทางการศึกษาอันเอื้อต่อการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นอย่างยิ่งที่อนุเคราะห์ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ซึ่งเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการวิเคราะห์ผลการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่ และภาพรวม พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- Andersen, R. M. (1995). *Revisiting the behavioral model and access to medical care*. Journal of Health and Social Behavior, 36(1), 1–10.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). *The concept of access*. Medical Care, 19(2), 127–140.
- World Health Organization. (2021). *UN decade of healthy ageing: Plan of action (2021–2030)*. Geneva: World Health Organization.



บทความฉบับสมบูรณ์

กลุ่มที่ 8 แรงงานกับการย้ายถิ่น

4 บทความ

- การใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนที่อยู่ข้างหลังแรงงานไทยย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย
- Settlement Intentions of Second-Generation Migrants from Myanmar in Thailand
- จังหวะของการเจริญพันธุ์และแนวทางการสร้างครอบครัวของแรงงานข้ามชาติรุ่นที่สองในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล: กรณีศึกษากลุ่มชาติพันธุ์มอญ เมียนมา และลาว



การใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนที่อยู่ข้างหลังแรงงานไทยย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ

(Digital Capital Utilization of Households Left Behind by Thai Migrants Working Abroad)

โดย

ณัฐวรรธ อุไรอำไพ^{*}, ดุษฎี आयुวัฒน์[†], รักชนก ชำนาญมาก[‡], ณัฐพล มีแก้ว[§],
สุกักร์ สมอนา^{**}, อติเรก เร่งมานะวงษ์^{††}, ปัทมพร แยมสำรวจ^{‡‡} และ กวีศักดิ์ ภูจำปา^{§§}

^{*} อาจารย์ประจำ ภาควิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี

[†] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, กลุ่มวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สาขาวิชาสังคมศาสตร์, ศูนย์บริการแรงงานและการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น \ Corresponding Author

[‡] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชาสังคมศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น

[§] รองศาสตราจารย์, สำนักวิชาศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

^{**} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และนักวิชาการอิสระ, องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น อุดรธานี

^{††} นักศึกษาระดับปริญญาโท กลุ่มวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สาขาวิชาสังคมศาสตร์ ศูนย์บริการแรงงานและการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น

^{‡‡} นักศึกษาระดับปริญญาโท กลุ่มวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สาขาวิชาสังคมศาสตร์ ศูนย์บริการแรงงานและการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น

^{§§} นักศึกษาระดับปริญญาโท กลุ่มวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สาขาวิชาสังคมศาสตร์ ศูนย์บริการแรงงานและการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาการใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นจากแรงงานไทยย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ด้วยเป็นทักษะสมัยใหม่ที่จะช่วยอำนวยความสะดวกและสามารถพัฒนาศักยภาพของครัวเรือนใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา มีหน่วยวิเคราะห์ข้อมูลระดับครัวเรือนและชุมชน เก็บข้อมูลในชุมชนชนบทอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงมีนาคม 2568 ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับครัวเรือนแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ จำนวน 43 ครัวเรือน ทั้งครัวเรือนเดี่ยว ครัวเรือนขยาย ครัวเรือนข้ามรุ่น และครัวเรือนคนเดียว ซึ่งปัจจุบันมีสมาชิกในครัวเรือนกำลังย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศอย่างน้อย 1 คน ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ทั้งแบบถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ร่วมกับการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับผู้นำชุมชน และผู้ที่มีประสบการณ์การย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ จำนวน 19 ราย และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นที่มีแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ครั้งหนึ่งเป็นครัวเรือนข้ามรุ่น ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย และรับจ้างทั่วไป มีสมาชิกในครัวเรือนย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศแบบถูกกฎหมายราว 2 ใน 3 โดยเป็นแรงงานภาคเกษตรและโรงงานขนาดเล็ก มีรายได้ 30,000-80,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ 3-5 ปี และพบว่าครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นได้รับเงินส่งกลับจากแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศเป็นประจำเดือนละ 15,000-70,000 บาท มีเครื่องมือสำหรับใช้ทุนดิจิทัล ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก กล้องวงจรปิดแบบสื่อสารได้ และสัญญาณอินเทอร์เน็ต และมีการใช้ทุนดิจิทัลเพื่ออำนวยความสะดวกและเสริมสร้างศักยภาพของสมาชิกในครัวเรือน ได้แก่ 1) การใช้อินเทอร์เน็ตและเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์เพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ทั้งการติดตามและบริหารจัดการเงินส่งกลับ 2) การเข้าถึงเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อรักษาความสัมพันธ์กับแรงงานย้ายถิ่นและเครือข่าย ถือเป็น การป้องกันความเสี่ยงจากการย้ายถิ่นทำงานต่างประเทศ โดยทำให้ครัวเรือนสามารถรักษาความสัมพันธ์กับแรงงานย้ายถิ่น และช่วยเหลือแรงงานย้ายถิ่น เช่น การคำนวณค่าใช้จ่าย OT เพื่อรักษาผลประโยชน์ และ 3) การเรียนรู้ภาษาต่างประเทศเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของแรงงานย้ายถิ่น ซึ่งส่งผลให้ครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นในถิ่นต้นทางรับรู้ถึงการมีชีวิตของแรงงานย้ายถิ่น และช่วยรักษาผลประโยชน์ของแรงงานย้ายถิ่นได้

จากการวิจัยการใช้ทุนดิจิทัลแสดงให้เห็นว่าครัวเรือนมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการจัดการความเสี่ยง โดยใช้ทักษะสมัยใหม่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านของชุมชนอีสานเกี่ยวกับการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ โดยเฉพาะครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นจากแรงงานย้ายถิ่น จึงแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมทุนดิจิทัลมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างศักยภาพและทักษะสมัยใหม่ ทำให้เกิดความมั่นคงในการดำรงชีพอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม ครัวเรือนข้ามรุ่นยังเป็นครัวเรือนที่มีข้อจำกัด ซึ่งควรส่งเสริมทักษะดิจิทัลให้กับครัวเรือนกลุ่มนี้ด้วย

คำสำคัญ: การย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ, ครัวเรือนผู้ย้ายถิ่น, ทุนดิจิทัล, แรงงานไทยย้ายถิ่น



Abstract

This research article aimed to study the digital capital utilization among households left behind by Thai migrants working abroad. The study employed a qualitative research methodology based on a phenomenological approach. The unit of analysis was conducted at both the household and community levels. Data were collected in rural communities of Phu Khieo District, Chaiyaphum Province, between November 2024 and March 2025. In-depth interviews were conducted with 43 migrant households, encompassing nuclear, extended, skipped-generation, and single-person households. These households currently had at least one member who had migrated to work abroad for a minimum of one year through both legal and illegal channels. Additionally, semi-structured interviews were conducted with 19 participants, including community leaders and individuals with experience in international migration. Data were analyzed using content analysis.

The research findings found that half of the left-behind households were skipped-generation households. Their primary occupations included farming, trading, and general labor. Approximately two-thirds of the migrant members worked legally as agricultural laborers or in small-scale factories. Their monthly income ranged from 30,000 to 80,000 THB. Most migrants had worked abroad for 3 to 5 years. The study found that left-behind households received regular monthly remittances ranging from 15,000 to 70,000 THB. Tools utilized for digital capital included Smartphones, tablets, notebook computers, two-way communication CCTV cameras, and internet connectivity. Digital capital was utilized to facilitate and enhance the potential of household members in the following ways: 1) Using the internet and electronic devices to learn new things, including tracking and managing remittances. 2) Accessing social media networks to maintain relationships with migrant workers and their networks, which served as a risk prevention strategy for international migration. 3) Learning foreign languages to better understand the migrant workers' situations. These practices enabled left-behind households in the home country to remain informed about the lives of migrant workers and helped protect the migrants' interests.

Keywords: international labour migration, left-behind households, digital capital, Thai migrants

การใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนที่อยู่ข้างหลังแรงงานไทยย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ (Digital Capital Utilization of Households Left Behind by Thai Migrants Working Abroad)

บทนำ

การพัฒนาระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ให้ความสำคัญกับระบบทุนนิยมและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จึงเกิดการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศของแรงงานไทยอย่างต่อเนื่อง (สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) โดยแรงงานย้ายถิ่นและครัวเรือนคาดหวังให้ตนเองเลื่อนฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมจนนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Huguet et al, 2017; ดุษฎี อายุวัฒน์, 2562) การไปทำงานต่างประเทศจึงเป็นเป้าหมายของแรงงานไทย โดยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้ยื่นความประสงค์ไปทำงานต่างประเทศปีละกว่า 100,000 ราย มีจำนวนแรงงานย้ายถิ่นแบบถูกกฎหมายมากกว่าปีละ 50,000 ราย (กองบริหารแรงงานไทยไปทำงานต่างประเทศ, 2566) โดยเฉพาะแรงงานย้ายถิ่นจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีสัดส่วนที่สูงที่สุดของแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ (ดุษฎี อายุวัฒน์, 2562; กองบริหารแรงงานไทยไปทำงานต่างประเทศ, 2566) ทั้งการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศแบบถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย (ผ่านเครือข่ายทางสังคมและบริษัทนำเที่ยว) ที่ทำให้แรงงานย้ายถิ่นมีโอกาสทำงานทั้งในภาคอุตสาหกรรมและภาคเกษตรกรรมในถิ่นปลายทางใหม่ ซึ่งมีระบบการทำงานรูปแบบใหม่ที่แตกต่างจากถิ่นต้นทาง ต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ เรียนรู้จากประสบการณ์ใหม่ มีโอกาสสะสมทุนที่หลากหลาย โดยเฉพาะการมีรายได้ที่เพิ่มขึ้น (Bebbington, 2021; DFID, 1999) จนนำมาสู่ความสำเร็จของการย้ายถิ่น อย่างไรก็ตาม มีแรงงานย้ายถิ่นที่ประสบกับความเสี่ยงในถิ่นปลายทาง ทั้งการถูกหลอกลวง การเอาเปรียบจากนายจ้าง เพื่อนร่วมงาน และการขาดสวัสดิการรักษายาบาลต่างๆ (Ayuwat et al., 2019)

สถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลต่อครัวเรือนแรงงานย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยในถิ่นต้นทาง หรือครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังการย้ายถิ่นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการได้รับเงินส่งกลับจากแรงงานย้ายถิ่น เพราะหากแรงงานย้ายถิ่นมีความมั่นคงในการทำงานและรายได้ ย่อมส่งเงินกลับมายังครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังได้เป็นประจำ และจำนวนเพียงพอต่อการใช้จ่าย แต่หากแรงงานย้ายถิ่น ต้องประสบกับความเสี่ยงต่างๆ ในถิ่นปลายทาง ย่อมไม่สามารถส่งเงินกลับมาได้ตามที่ครัวเรือนและตนเองคาดหวังไว้ ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบเชิงลบจากการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ อาทิ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจของครัวเรือน การเป็นหนี้ซ้ำซ้อนของครัวเรือน และเด็กๆ ในครัวเรือนขาดโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพ เป็นต้น เพราะครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังส่วนใหญ่มักใช้เงินส่งกลับของแรงงานย้ายถิ่นในการดำรงชีพของครัวเรือน นอกจากนี้ ครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังยังมีการใช้ทุนดิจิทัล ซึ่งเป็นทักษะสมัยใหม่ เพื่ออำนวยความสะดวกและพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในครัวเรือน (Fakir & Abedin, 2021) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมา มักศึกษาบทบาทของครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังในฐานะของเงินส่งกลับ หรือผลกระทบต่อครัวเรือนเมื่อมีแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ซึ่งปัจจุบันมีสถานการณ์ของเทคโนโลยีที่มีบทบาทสำคัญในชีวิตของครัวเรือนและแรงงานย้ายถิ่น เช่น การจัดการชีวิตประจำวัน การสื่อสารข้ามพรมแดน การเข้าถึงบริการ เป็นต้น จึงนำมาสู่การที่ชุมชนเกิดการใช้และมีอุปกรณ์เทคโนโลยีมากขึ้น และใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนให้เกิดประโยชน์ด้านต่างๆ เช่น การบริหารเงินส่งกลับ การศึกษาของบุตรหลาน และการพัฒนาทักษะ ทั้งนี้ ครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศอาจเป็นครัวเรือนทั่วไป ครัวเรือนขยาย ครัวเรือนข้ามรุ่น

หรือครัวเรือนคนเดียว เป็นต้น (ชาย โพธิ์สิตา, 2552) ซึ่งแต่ละครัวเรือนมีความสามารถในการเข้าถึงและใช้ทุนดิจิทัลที่แตกต่างกัน ทำให้อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ทุน การสะสมทุน และการพัฒนาศักยภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน

ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาการใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นจากแรงงานไทย ย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ซึ่งจะได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนผู้ย้ายถิ่น และสามารถนำผลการวิจัยเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในฐานะผู้รับผิดชอบในถิ่นต้นทาง รวมถึงกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน และกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ ในฐานะผู้รับผิดชอบในถิ่นปลายทาง ในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างศักยภาพของครัวเรือนผู้ย้ายถิ่น และการส่งเสริมให้แรงงานย้ายถิ่นทำงานอย่างมั่นคงและการดำรงชีพในถิ่นปลายทางอย่างเหมาะสม เพื่อสะท้อนความสำเร็จของการย้ายถิ่นและเกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นจากแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นจากแรงงานไทยย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ

แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง

บทความนี้ได้ทบทวนแนวคิดการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ และแนวคิดผู้ย้ายถิ่นการย้ายถิ่น มีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดการย้ายถิ่นไปต่างประเทศ: การย้ายถิ่น หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยของคนทั้งที่เป็นการย้ายถิ่นแบบถาวรและเป็นการย้ายถิ่นแบบชั่วคราว ทั้งในระยะใกล้หรือในระยะไกล ทั้งภายในหรือภายนอกประเทศ (Lee, 1966) ซึ่ง United Nations (1998) ได้ให้รายละเอียดเพิ่มว่าเป็นกระบวนการเคลื่อนย้ายจากพื้นที่ซึ่งเป็นที่ตั้งถิ่นฐานเดิมของตนแต่เดิมไปอยู่ในอีกพื้นที่หนึ่ง รวมไปถึงการเคลื่อนย้ายภายในประเทศเดียวกัน หรือการเคลื่อนย้ายจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่ง ที่เรียกว่าการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ (international migration) ซึ่งอาจเป็นการย้ายถิ่นที่อยู่อย่างถาวรหรือเป็นเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่งก็ได้ เป็นไปตามวิธีการย้ายถิ่นและปัจจัยที่กำกับไว้ ทั้งนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการย้ายถิ่นมี 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งต้นทาง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ของถิ่นปลายทาง อุปสรรคที่แทรกอยู่ระหว่างถิ่นต้นทางและถิ่นปลายทาง และปัจจัยส่วนบุคคลที่จะต้องมีความรู้ลักษณะพิเศษ (Lee, 1966) ในส่วนของกระบวนการย้ายถิ่น สามารถจำแนกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการตัดสินใจย้ายถิ่น เกี่ยวข้องกับสาเหตุของการย้ายถิ่น ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม จนทำให้เกิดวัฒนธรรมใหม่ที่เรียกว่า วัฒนธรรมแห่งการย้ายถิ่น (Culture of Migration) และระบบกฎหมาย ซึ่งประเทศต้นทางควรส่งเสริมให้พลเมืองย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศโดยไม่กีดกันหรือมีนโยบายกีดกันการส่งออกแรงงาน (พัชรพล วังบุญสิน, 2552) ทั้งนี้ Todaro (1976) อธิบายว่า มนุษย์ตัดสินใจย้ายถิ่นด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ โดยมีปัจจัยดึงดูดสำคัญ ได้แก่ ค่าจ้างที่สูงขึ้นและโอกาสได้งานทำ ขั้นที่สอง ระหว่างการย้ายถิ่น ประกอบด้วยกระบวนการย้ายถิ่นทุกขั้นตอน ซึ่งเกี่ยวข้องกับค่าเดินทาง ค่านายหน้า นโยบายรัฐ ความร่วมมือระหว่างประเทศ ระบบการจัดหางาน และเครือข่ายทางสังคม รวมทั้งการใช้ชีวิตในถิ่นปลายทาง ซึ่งแรงงานย้ายถิ่นมีโอกาสสะสมทุนจากกระบวนการนี้อย่างหลากหลาย ทั้งทุนมนุษย์ ทุนเศรษฐกิจ และทุนสังคม (Wahlbeck & Fortelius, 2019) และขั้นที่สาม การย้ายถิ่นกลับของแรงงาน เป็นกระบวนการเคลื่อนย้ายของผู้ย้ายถิ่นกลับสู่ถิ่นเดิม มักมีสาเหตุมาจากการทำงานครบกำหนดสัญญา หรือถูกบังคับให้กลับจากการถูกจับ เพราะย้ายถิ่นไปทำงานแบบผิดกฎหมาย

(คุชฎี อายุวัฒน์, 2562; Koczan, Peri, Pinat & Rozhkov, 2021) ทั้งนี้ความสำเร็จของการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ไม่ได้สะท้อนผ่านตัวแรงงานย้ายถิ่นเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังการย้ายถิ่นอีกด้วย (Fakir & Abedin, 2021; Adger, Fransen & Safra de Campos, 2024)

แนวคิดผู้อยู่ข้างหลังการย้ายถิ่น: การศึกษาสังคมวิทยาการย้ายถิ่นให้ความสำคัญกับการศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการย้ายถิ่น ซึ่งส่งผลทั้งต่อตัวผู้ย้ายถิ่น และผู้อยู่ข้างหลัง ซึ่งเป็นคนกลุ่มใหญ่กว่าผู้ย้ายถิ่นที่ไปทำงาน นั่นคือ ครัวเรือน แรงงานย้ายถิ่น ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการแยก และปล่อยให้สมาชิกในครัวเรือน คนรักและสถานที่ ที่คุ้นเคยอยู่ข้างหลัง การละทิ้งซึ่งมักเกี่ยวข้องกับการเดินทางจิตใจ รวมไปถึงความซับซ้อนของชีวิตประจำวันซึ่งมีนัยสำคัญเช่นเดียวกับการย้ายถิ่นไป โดยเฉพาะเมื่อแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศเกิดปัญหาในถิ่นปลายทาง ผู้อยู่ข้างหลังจะต้องติดต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การย้ายถิ่นของแรงงานจึงแสดงถึงความสัมพันธ์ของการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศกับครัวเรือนและชีวิตประจำวันของผู้อยู่ข้างหลัง ผู้อยู่ข้างหลังของแรงงานที่ย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ จึงหมายถึง ครัวเรือน ที่ประกอบด้วย พ่อแม่ ภรรยา ลูก และเครือญาติที่อยู่ในถิ่นต้นทาง (Nguyen, Yeoh & Toyota, 2010; Zimmer, Penboon & Jampaklay, 2022) ทั้งนี้ ผู้อยู่ข้างหลัง เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงนอกจากตัวแรงงานย้ายถิ่น จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า สิ่งที่ได้รับ ความสนใจมากที่สุดคือ เชื่อมโยงการย้ายถิ่นของแรงงานกับผู้อยู่ข้างหลังว่า การย้ายถิ่นอาจเป็นยุทธศาสตร์หรือวิถียังชีพของครัวเรือน (Stark & Bloom, 1985; คุชฎี อายุวัฒน์, 25562) โดยครัวเรือน มุ่งเน้นการกระจายหาแหล่งรายได้เพื่อลดความเสี่ยงทางเศรษฐกิจและเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจในระดับครัวเรือน อีกทั้งคนในครัวเรือนมีส่วนตัดสินใจให้สมาชิกย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ สอดคล้องกับ Stark (1991) และ Zimmer, Penboon and Jampaklay (2022) พบว่า การย้ายถิ่นของแรงงานเป็นการตัดสินใจร่วมกันของครัวเรือน และเป็นยุทธศาสตร์การดำรงชีพที่ครัวเรือนมุ่งหวังรายได้เพื่อผู้ที่อยู่ข้างหลัง ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการย้ายถิ่นและการส่งเงินกลับส่งผลกระทบต่อผู้ที่อยู่ข้างหลังด้วย (Leinbach & Watkins, 1998; Levitt, 2021; Vertovec, 2024)

การศึกษาด้านการณของผู้ที่อยู่ข้างหลังการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ มักพบว่าการย้ายถิ่นเป็นประโยชน์ต่อครัวเรือนในถิ่นต้นทาง เพราะเงินส่งกลับทำให้ครัวเรือนมีสภาพคล่องทางเศรษฐกิจ และลดข้อจำกัดด้านรายได้ สวัสดิการระยะยาวของครัวเรือนดีขึ้นผ่านการลงทุนด้านการดูแลสุขภาพ (Levitt, 2021; Vertovec, 2024) อย่างไรก็ตาม อารี จำปาปลาย และคณะ (2557) ชี้ให้เห็นผลกระทบเชิงลบกับครัวเรือนที่อยู่ข้างหลัง โดยเฉพาะสภาพร่างกายของแรงงานอาจมีผลต่อเงินส่งกลับ และกระทบต่อความสัมพันธ์ในครัวเรือน และการศึกษาของลูก และงานของ Ayuwat, Narongchai, Rengmanawong and Auraiampai (2018) ยังพบว่า ครัวเรือนในถิ่นต้นทางบางส่วนสามารถเข้าถึงทุน และลงทุนจากเงินส่งกลับของแรงงานย้ายถิ่นได้ ซึ่งนำไปสู่การมีความสุขในระดับสูง

จากที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า การศึกษาด้านการณของผู้ที่อยู่ข้างหลังการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ มักให้ความสำคัญกับการศึกษาเงินส่งกลับ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครัวเรือน และความสุขของครัวเรือน ทั้งยังมีการศึกษาไม่มากนักเกี่ยวกับการเข้าถึงทุนหรือการใช้ทุนดิจิทัล ที่เข้ามามีบทบาทในชีวิตของครัวเรือน ได้แก่ การใช้ชีวิตประจำวัน การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การรักษาความสัมพันธ์ในครัวเรือน การบริหารจัดการเงินส่งกลับ การแสวงหาโอกาสใหม่ทางเศรษฐกิจ เป็นต้น การวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาการใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังที่สามารถเชื่อมโยงกับการศึกษาก่อนหน้า เช่น การที่ครัวเรือนมีทุนการเงินมาก หรือมีทุนมนุษย์มากอาจส่งผลให้ครัวเรือนสามารถใช้ทุนดิจิทัลได้มากกว่าครัวเรือนที่มีทุนน้อยกว่า

การทบทวนแนวคิดข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยได้นิยามของ ผู้อยู่ข้างหลัง ว่าหมายถึง ครัวเรือน ที่อาจประกอบด้วย พ่อแม่ คู่สมรส ลูก และเครือญาติของแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ซึ่งอาศัยอยู่ครัวเรือนเดียวกันในถิ่นต้นทาง และได้รับ

เงินส่งกลับจากการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศของแรงงาน และนำเงินส่งกลับมาใช้ในการเข้าถึงทุนดิจิทัล และใช้ทุนดิจิทัลเพื่อการดำรงชีพ จึงนำมาสู่นิยามคำว่า การใช้ทุนดิจิทัล ว่าหมายถึง การที่ครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ สามารถเข้าถึงอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และสัญญาณอินเทอร์เน็ต เพื่อนำอินเทอร์เน็ตและระบบอิเล็กทรอนิกส์ไปใช้เพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เข้าถึงเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อรักษาความสัมพันธ์กับแรงงานย้ายถิ่นและเครือข่าย และเรียนรู้ภาษาต่างประเทศเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของแรงงานย้ายถิ่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาการใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังแรงงานไทยย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative methodology) แบบปรากฏการณ์วิทยา (Creswell, 2013) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากปรากฏการณ์การย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศในสังคมอีสานสมัยใหม่ที่ส่งผลต่อครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังในถิ่นต้นทาง มีหน่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลระดับครัวเรือน และชุมชน เก็บข้อมูลเมื่อเดือนพฤศจิกายน 2567 - มีนาคม 2568 กับผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ครัวเรือนแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ จำนวน 43 ครัวเรือน (ครัวเรือนขยาย 13 ครัวเรือน ครัวเรือนเดี่ยว 10 ครัวเรือน และครัวเรือนข้ามรุ่น 20 ครัวเรือน) ทำให้สามารถศึกษาการใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนได้หลากหลาย โดยเป็นครัวเรือนที่ปัจจุบันมีสมาชิกในครัวเรือนย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ทั้งแบบถูกกฎหมาย (มีสัญญาจ้างงาน) จำนวน 29 ครัวเรือน และแบบผิดกฎหมาย (ไม่มีสัญญาจ้างงาน) จำนวน 14 ครัวเรือน โดยย้ายถิ่นตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปอย่างน้อย 1 คน และ 2) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อสม. จำนวน 10 ราย และผู้อาวุโสที่มีประสบการณ์ย้ายถิ่น จำนวน 9 ราย เพื่อทำความเข้าใจบริบทชุมชนที่มีการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ คุณลักษณะครัวเรือน และแบบแผนการลงทุนจากเงินส่งกลับของครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลัง พื้นที่วิจัยคือ ตำบลโหลโหล อำเภอกุฉิหวาย จังหวัดชัยภูมิ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ซึ่งมีปรากฏการณ์การย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศของแรงงานอย่างต่อเนื่องมากกว่า 50 ปี (Ayuwat et al., 2019)

งานวิจัยนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับครัวเรือนแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ในฐานะครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังการย้ายถิ่น และสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) กับกลุ่มผู้นำชุมชน ร่วมกับแนวทางการสัมภาษณ์ และใช้การสังเกตการณ์อย่างไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) ระหว่างการสัมภาษณ์ด้วย โดยได้ชี้แจงและขออนุญาตตามแนวปฏิบัติของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE673505 และได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า (triangulation approach) โดยสัมภาษณ์ตามความหลากหลายของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ครัวเรือนแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ผู้นำชุมชน และผู้ที่มีประสบการณ์ย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ สถานที่ในการสัมภาษณ์ และช่วงเวลาในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายและสามารถตรวจสอบความสอดคล้องของผลการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยได้ทำการถอดเสียง และลงข้อมูลเพื่อสร้างขอบเขตของข้อมูล และนำเสนอข้อมูลด้วยการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (descriptive analysis) (Creswell, 2013)

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัยนำเสนอกรอบคลุมใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านของชุมชนอีสานที่มีการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ คุณลักษณะของครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ แบบแผนการย้ายถิ่นของแรงงาน

ย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ และการใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นหลังแรงงานไทยย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ มีรายละเอียดดังนี้

การเปลี่ยนผ่านของชุมชนอีสานที่มีการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ

ชุมชนโอโล ถือเป็นชุมชนชนบทอีสานที่มีการเปลี่ยนผ่านจากสังคมชนบทดั้งเดิมไปสู่สังคมอีสานสมัยใหม่ จากการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและโครงสร้างสังคม โดยเปลี่ยนจากระบบการผลิตแบบเกษตรเพื่อยังชีพสู่การเกษตรเชิงพาณิชย์ และให้ความสำคัญกับเงินสดตามกระแสทุนนิยม จึงเกิดวิถียังชีพที่ต้องการยกฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนผ่านการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ โดยในชุมชนมีพัฒนาการการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศมาอย่างยาวนาน ตั้งแต่ยุคการย้ายถิ่นไปยังกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกกลาง มาถึงยุคการย้ายถิ่นไปยังกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออก และมีบางส่วนย้ายถิ่นไปยังกลุ่มประเทศยุโรป อเมริกา และออสเตรเลีย ดังที่คุณสรวิศ (นามสมมติ) ผู้นำชุมชนกล่าวว่า “...แต่ก่อนคนไปทำงานเมืองนอก ไปได้แค่ซาอุฯ กับไต้หวัน ทุกวันนี้ไปได้ทั่วโลก ประเทศชื่อแปลกๆ อย่างออสเตรเลียก็มีคนไปทำงาน...” แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาประเทศด้วยทุนนิยมและกระแสโลกาภิวัตน์เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้แบบแผนการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศของแรงงานอีสานเปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่า แรงงานอีสานย้ายถิ่นส่วนใหญ่เป็นชาย และเริ่มมีสัดส่วนแรงงานย้ายถิ่นหญิงมากขึ้นในช่วงของการย้ายถิ่นไปยังกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออก ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปัจจุบันมักย้ายถิ่นไปยังประเทศแถบเอเชียตะวันออก ทั้งถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย มีเหตุผลด้านเศรษฐกิจเป็นเหตุผลสำคัญ ส่วนในยุคหลังเริ่มย้ายถิ่นเพื่อต้องการหาประสบการณ์ โดยแรงงานอีสานย้ายถิ่นมักทำงานเกษตร ก่อสร้าง และถูกจ้างในโรงงานอุตสาหกรรม และยังคงเอาเปรียบ ไม่ได้รับสิทธิและสวัสดิการ เนื่องจากไม่สามารถสื่อสารภาษาต่างประเทศและไม่เข้าใจกฎระเบียบการทำงานมากเท่าที่ควร (Karen, Rob and Katherine, 2022) ทั้งนี้ แรงงานอีสานย้ายถิ่นมีโอกาสเข้าถึงข่าวสารการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศได้มากขึ้นจากการเข้ามาของเทคโนโลยี เช่น การศึกษาวิธีการไปทำงานต่างประเทศ รวมถึงเครือข่ายการเดินทางไปทำงานต่างประเทศ อนึ่ง แรงงานอีสานย้ายถิ่นในปัจจุบันใช้ชีวิตอิสระมากขึ้น มีแรงงานอีสานย้ายถิ่นบางส่วนที่ใช้ชีวิตพุ่มเฟิยเฟื่องเตร่ และไม่ส่งเงินกลับทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการย้ายถิ่น (Masanja et al., 2023) นอกจากนี้ แรงงานอีสานย้ายถิ่นต้องรักษาความสัมพันธ์กับครัวเรือนในถิ่นต้นทาง ผ่านการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล และส่งเงินกลับเป็นค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ลงทุนการศึกษา ขำระหนี้ และเก็บออม เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ

คุณลักษณะครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นหลังแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ

ผลการวิจัยพบว่า ครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นหลังแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ มีสมาชิกในครัวเรือน 3-6 คน ส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนขยาย ซึ่งเป็นครัวเรือนที่อยู่ร่วมกันของ 3 รุ่นวัย ทั้งคนรุ่นปู่ย่าตายาย คนรุ่นพ่อแม่ และคนรุ่นหลาน บางครัวเรือนอยู่ร่วมกันระหว่างคนรุ่นพ่อแม่และคนรุ่นลูกเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภรรยาของแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ และมีครัวเรือนข้ามรุ่น (skipped-generation household) ซึ่งถือเป็นครัวเรือนเปราะบางที่มีคนรุ่นปู่ย่าตายายอาศัยอยู่กับคนรุ่นหลาน และเป็นครัวเรือนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงทุนและเครือข่ายทางสังคม (Narongchai, Ayuwat & Chinnasri, 2016; Frese & Rauch, 2022) ทั้งนี้พบว่า ครัวเรือนที่มีแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก โดยการปลูกข้าวเพื่อเลี้ยงชีพ และปลูกอ้อยเป็นพืชเศรษฐกิจเพื่อจำหน่ายสร้างรายได้ และครัวเรือนอีกส่วนหนึ่งประกอบอาชีพค้าขาย และรับจ้างทั่วไป ซึ่งกลุ่มครัวเรือนที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นอาชีพหลักมีจำนวนไม่น้อย ทำให้มีรายได้ครัวเรือนตั้งแต่ 50,000-300,000 บาทต่อปี (ไม่รวมเงินส่งกลับจาก

แรงงาน) โดยที่บางส่วนต่ำกว่าเส้นความยากจน (ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2567) อาจกล่าวได้ว่าก่อนย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศครัวเรือนส่วนใหญ่มีหนี้สินจากการกู้ยืมเงินทั้งในและนอกระบบ จำนวนประมาณ 30,000-200,000 บาท ซึ่งสาเหตุหลักของการกู้ยืมคือ เพื่อสนับสนุนให้แรงงานไปทำงานต่างประเทศ และเพื่อลงทุนในการประกอบอาชีพ ปัจจุบันครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นส่วนใหญ่ไม่มีหนี้สินที่สืบเนื่องมาจากการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศแล้ว เนื่องจากนำเงินส่งกลับจากแรงงานย้ายถิ่นไปชำระหนี้สิน แต่ยังคงมีหนี้สินจากการลงทุนทำการเกษตรอยู่เล็กน้อย เนื่องจากต้องคงสถานะสมาชิกของธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ (ธกส.) นอกจากนี้ ครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นที่มีความรู้หรือมีประสบการณ์จากการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศก็มีความพยายามจัดการค่าใช้จ่ายและการใช้ชีวิตของครัวเรือนและจัดการรายได้ของครัวเรือน โดยเก็บออมเงินในแต่ละเดือน และทำประกันชีวิต เพื่อเป็นหลักประกันความเสี่ยงของครัวเรือนในกรณีที่เกิดเหตุสุดวิสัย

สำหรับความสัมพันธ์ของครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นกับแรงงานย้ายถิ่นแบบ พบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ติดต่อกัน ปรึกษาหารือกันเป็นประจำทุกวัน หรือสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ผ่านแอปพลิเคชันเครือข่ายสังคมออนไลน์ อาทิ Line Facebook โดยมีการติดต่อด้วยข้อความ โทรศัพท์พูดคุยกัน และโทรศัพท์แบบเห็นหน้า (Video Call) โดยครัวเรือนมักพูดคุยกับแรงงานย้ายถิ่น ในประเด็นการใช้ชีวิตในประเทศปลายทางทั่วไป เช่น ที่พักอาศัย อาหาร สุขภาพ และสิ่งที่ต้องการเพิ่มเติมจากถิ่นต้นทาง ตามที่คุณแม่ของแรงงานอีสานย้ายถิ่นกล่าวว่า “...คุยกับเขาทุกเรื่อง บางครั้งอยากได้อะไรเขาก็บอก พวกยา พวกกับข้าว แล้วเราก็ต้องเตือนให้เขาดูแลตัวเองดีๆ อย่าประมาท เพราะเป็นห่วงเขาอยู่...” นอกจากนี้ บางครัวเรือนยังให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้จ่ายเงินให้เหมาะสม เพื่อให้แรงงานมีเงินออมและมีความมั่นคงตลอดจนการจัดการความเครียด เพราะแรงงานย้ายถิ่นมักมีความเครียดจากการทำงานหนัก และไม่พอใจหัวหน้างาน โดยเฉพาะแรงงานย้ายถิ่นแบบผิดกฎหมายที่กังวลจะถูกจับและส่งกลับประเทศ อีกทั้งยังมีความเสี่ยง เพราะงานหนัก ถูกกดค่าแรง ไม่มีสวัสดิการ ทำให้บางส่วนไม่มีความมั่นคงในการประกอบอาชีพ ซึ่งความเครียดของแรงงานย้ายถิ่นก็ส่งผลให้ครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นมีความกังวลตามไปด้วยเช่นกัน สะท้อนให้เห็นว่า การเข้ามาของเทคโนโลยีดิจิทัลทำให้ครัวเรือนมีโอกาสสานสัมพันธ์ที่ดีกับแรงงานย้ายถิ่น และช่วยเหลือเกื้อกูลกันในด้านต่างๆ ส่งผลให้ครัวเรือนสามารถสะสมทุนการเงินได้ รวมถึงแรงงานย้ายถิ่นได้รับกำลังใจจากครัวเรือน ทำให้สามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แบบแผนการย้ายถิ่นของแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ

ผลการวิจัยพบว่า แรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศส่วนใหญ่ตัดสินใจไปทำงานต่างประเทศได้ตามความสนใจ โดยมีครัวเรือนเป็นผู้ร่วมตัดสินใจและผู้สนับสนุนทุน ทั้งนี้ ในหนึ่งครัวเรือนมักมีสมาชิกเพียง 1 รายเท่านั้น ที่ได้ไปทำงานต่างประเทศ แต่ก็มีครัวเรือนบางส่วนที่มีสมาชิกย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศถึง 2-3 ราย โดยเฉพาะกลุ่มที่ไปทำงานแบบผิดกฎหมาย พบว่า สมาชิกรุ่นพ่อแม่ที่เข้าไปทำงานต่างประเทศแบบผิดกฎหมาย มักชักชวนสมาชิกรุ่นลูกที่อยู่อาศัยในถิ่นต้นทางไปทำงานร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ระหว่าง 22-55 ปี กว่า 2 ใน 3 ของแรงงานย้ายถิ่นสมรสแล้ว ตัดสินใจย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ คือต้องการให้ตนเองและครัวเรือนมีรายได้มากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เช่นกับ ผลของงานวิจัยที่ผ่านมา (อารี จำปาเกลาย และคณะ, 2557; สมพงษ์ อาษากิจ, 2561; Ayuwat et al., 2019; Auraiampai et al., 2023) และปัจจุบันมีแรงงานย้ายถิ่นที่ต้องการเปิดโลกทัศน์ในการใช้ชีวิตของตนเอง ซึ่งเป็นเหตุผลในระดับปัจเจกเพิ่มขึ้น (Auraiampai et al., 2023) มากกว่าครึ่งหนึ่งย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศครั้งแรก และอีกครึ่งหนึ่งเคยย้ายถิ่นมาแล้ว 1-3 ครั้ง มากกว่าครึ่งหนึ่งย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศแบบถูกกฎหมาย ซึ่งกว่า 2 ใน 3 ไปทำงานผ่านกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ภายใต้ความร่วมมือระหว่างรัฐต่อรัฐ มีถิ่นปลายทาง



อยู่ที่ประเทศอิสราเอล เกาหลีใต้ ไต้หวัน และญี่ปุ่น และมีบางส่วนย้ายถิ่นไปทำงานด้วยตนเองยังประเทศอิสราเอล สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และสหรัฐอาหรับเอมิเรต ส่วนแรงงานย้ายถิ่นแบบผิดกฎหมาย มักย้ายถิ่นไปยังประเทศเกาหลีใต้ บางส่วนมีสมาชิกในครัวเรือนย้ายถิ่นไปทำงานแบบผิดกฎหมายในประเทศเกาหลีใต้มากถึง 3 คน ผ่านเครือข่ายทางสังคมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งนี้ มีแรงงานย้ายถิ่นแบบถูกกฎหมายบางส่วนที่เกาหลีใต้ หนีสัญญาเพื่อเปลี่ยนนายจ้าง ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนสถานะจากแรงงานย้ายถิ่นแบบถูกกฎหมายเป็นผิดกฎหมาย สำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปทำงานต่างประเทศทั้งแบบถูกกฎหมายและผิดกฎหมายอยู่ที่ตั้งแต่ 40,000 - 200,000 บาท โดยกลุ่มที่ถูกกฎหมายมักเป็นค่าดำเนินการของหน่วยงานรัฐ ค่านายหน้าบริษัทจัดหางาน ค่าเดินทาง และเงินสดเพื่อติดตัว ส่วนกลุ่มที่ผิดกฎหมาย มักเป็นค่าดำเนินการบริษัทนำเที่ยว ค่าตัวเครื่องบิน ค่านายหน้าหางาน และเงินสดเพื่อติดตัว โดยแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศส่วนใหญ่ทำงานในภาคอุตสาหกรรม ได้แก่ โรงงานผลิตเม็ดพลาสติก และโรงงานย้อมผ้า และทำงานในภาคเกษตรกรรม ได้แก่ เพาะปลูก ดูแล และเก็บผักผลไม้ (กะหล่ำปลี พริก ผลไม้ ฯลฯ) ปศุสัตว์ ได้แก่ เลี้ยงหมู เลี้ยงไก่ จับไก่ และมี 4 รายที่ทำอาชีพบริการ (นวดแผนไทย และงานร้านอาหาร) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานทักษะต่ำ โดยแรงงานย้ายถิ่นมีรายได้ระหว่าง 25,000-130,000 บาทต่อเดือน ทั้งรายได้จากงานหลัก (รวมงานล่วงเวลา) และรายได้จากงานพิเศษที่ทำในระหว่างอยู่อาศัยในต่างประเทศ และส่งเงินกลับให้ครัวเรือนในถิ่นต้นทางเป็นประจำทุกเดือน เดือนละ 15,000-70,000 บาท ส่วนใหญ่ย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ 3-5 ปี มีระยะเวลาการย้ายถิ่นสูงที่สุดราว 15 ปี

จะเห็นได้ว่า แรงงานย้ายถิ่นที่ไปทำงานต่างประเทศมีคุณลักษณะทางประชากร ทั้งเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส วิธีการย้ายถิ่น การลงทุน การประกอบอาชีพ และรายได้ที่มีความหลากหลาย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการโลกาภิวัตน์และเครือข่ายทางสังคมที่ทำให้แรงงานจากชนบทย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศได้มากขึ้น (Sundari, 2019) สอดคล้องกับงานของ Ayuwat, Narongchai, Renamanawong & Auraiampai (2018) ที่พบว่า คนวัยแรงงานในชนบทอีสานย้ายถิ่นได้ง่ายขึ้นเพราะมีเครือข่ายทางสังคมทั้งในถิ่นต้นทางและถิ่นปลายทาง ซึ่งเป็นผู้อำนวยความสะดวกตั้งแต่ก่อนย้ายถิ่นจนกระทั่งอาศัยอยู่ในต่างประเทศ นอกจากนี้การเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสมัยใหม่และบริบทดิจิทัลช่วยลดต้นทุนอุปสรรคระหว่างพื้นที่ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารที่เชื่อมต่อ เครือข่ายทางสังคม ทำให้การเข้าถึงข้อมูลของถิ่นปลายทางเป็นไปได้อย่างสะดวกและชัดเจนขึ้น ช่วยผลักดันให้แรงงานตัดสินใจทั้งข้อจำกัดด้านรายได้ในถิ่นต้นทาง ได้รวดเร็วกว่าเดิม ขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลแรงงานย้ายถิ่นต้องอาศัยทักษะดิจิทัล และความพร้อมของทุนชนิดต่างๆ เพื่อเพิ่มความสามารถในการเปิดโลกทัศน์และแสวงหาโอกาสใหม่ๆ ท่ามกลางกระแสโลกาภิวัตน์ที่ไร้พรมแดน

การใช้ทุนดิจิทัลของครัวเรือนที่อยู่ข้างหลังแรงงานไทยย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ

ครัวเรือนที่อยู่ข้างหลังแรงงานไทยย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศได้รับเงินส่งกลับจากแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศเป็นประจำ และนำมาใช้ลงทุนเพื่อเสริมสร้างการใช้ทุนดิจิทัลให้กับสมาชิกในครัวเรือน ได้แก่ 1) การใช้อินเทอร์เน็ตและระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ 2) การเข้าถึงเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อรักษาความสัมพันธ์ และ 3) การเรียนรู้ภาษาต่างประเทศเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของแรงงานย้ายถิ่น มีรายละเอียดดังนี้

1) การใช้อินเทอร์เน็ตและระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่

ผลการวิจัยพบว่า ครว์เรือนทั่วไปส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงการใช้อินเทอร์เน็ตสำหรับการบริหารจัดการเงินส่งกลับ โดยแรงงานย้ายถิ่นจะส่งเงินกลับผ่านช่องทางแอปพลิเคชันธนาคาร และครว์เรือนจึงนำมาบริหารจัดการในส่วนต่างๆ เช่น การจัดสรรแบ่งเงินเป็นสัดส่วน สำหรับบัญชีใช้และบัญชีเก็บ ซึ่งบางครว์เรือนได้เก็บเงินสำหรับใช้เพื่อการศึกษาต่อของบุตรหลาน ทั้งยังสามารถใช้อินเทอร์เน็ตสำหรับการค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ เช่น ประเทศปลายทาง ขั้นตอนการส่งของ หรือการรับมือกับมิจฉาชีพที่เข้ามาผ่านช่องทางออนไลน์ เป็นไปตามแนวคิด ทฤษฎีการย้ายถิ่น ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการย้ายถิ่นมักมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม การมีทุนดิจิทัลทำให้แรงงานย้ายถิ่นและครว์เรือนศึกษาข้อมูลก่อนการย้ายถิ่นบนช่องทางออนไลน์ เป็นการลดความเสี่ยงจากการย้ายถิ่นไปต่างประเทศอย่างไม่ปลอดภัย

อีกทั้ง มีบทบาทช่วยเหลือแรงงานย้ายถิ่นต่อการคำนวณค่าจ้างทำงานล่วงหน้า ด้วยการคำนวณชั่วโมงการทำงาน กับค่าจ้างที่ได้รับผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ ซึ่งเป็นการป้องกันความเสี่ยงของทั้งครว์เรือนและแรงงานย้ายถิ่น และส่วนหนึ่งใช้อินเทอร์เน็ตเสริมสร้างการประกอบอาชีพใหม่ผ่านทางออนไลน์ เช่น การขายเสื้อผ้ามือสอง การขายของออนไลน์ การเรียนรู้ทักษะผ่านแอปพลิเคชัน YouTube อาทิ เรียนรู้การซ่อมมอเตอร์ไซด์ การเลี้ยงกบ การเลี้ยงแพะ เนื่องจากศึกษาแหล่งข้อมูลออนไลน์ว่าการเลี้ยงแพะได้รับรายได้ดีกว่าการเลี้ยงวัวหรือควาย ซึ่งส่วนใหญ่ครว์เรือนจะศึกษาขั้นตอนการเลี้ยง หรือข้อมูลที่เป็น โดยเฉพาะการคำนวณต้นทุน กำไร และราคาตลาดที่เหมาะสมบนช่องทาง อินเทอร์เน็ต สะท้อนให้เห็นว่า ทุนดิจิทัลเป็นทักษะสมัยใหม่ที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในครว์เรือนตามแนวคิดของ Fakir and Abedin (2021) และสอดคล้องกับแนวคิดของ Stark and Bloom (1985) Stark (1991) และดุชฎิ อายุวัฒน์ (2562) ที่มองว่าการย้ายถิ่นเป็นยุทธศาสตร์การดำรงชีพของครว์เรือน (household strategy) เพื่อกระจายความเสี่ยงและเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ การใช้ทุนดิจิทัลจึงช่วยให้ครว์เรือนที่อยู่ข้างหลังบรรลุวัตถุประสงค์ในการยกระดับคุณภาพชีวิต และสถานะทางเศรษฐกิจตามที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้นอกจากครว์เรือนเรียนรู้จากช่องทางออนไลน์ ยังสามารถเรียนรู้วิธีการ ประกอบอาชีพต่างๆ จากแรงงานย้ายถิ่น เกิดจากการที่แรงงานย้ายถิ่นเล่าเรื่องเกี่ยวกับสภาพการทำงานหรือลักษณะงาน ให้ครว์เรือนรับรู้ เช่น การทำเกษตรกรรมในถิ่นปลายทาง เพื่อให้ครว์เรือนได้ทดลองทำก่อนแรงงานย้ายถิ่นกลับ ดังนั้น พบว่าการย้ายถิ่นของแรงงานยังเป็นไปตามขั้นตอนการย้ายถิ่น แต่การมีเทคโนโลยีดิจิทัลทำให้ครว์เรือนและ แรงงานย้ายถิ่นสามารถศึกษาข้อมูลและได้รับโอกาสใหม่ๆ ได้มากขึ้น รวมถึงลดความเสี่ยงได้จากการศึกษาข้อมูล การย้ายถิ่นก่อนการเดินทาง

สำหรับครว์เรือนข้ามรุ่น ด้วยเป็นครว์เรือนที่อยู่อาศัยเพียงปู่ ย่า ตา ยาย อาศัยอยู่กับหลาน ทำให้มีข้อจำกัดของการใช้ทักษะในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต โดยพบว่าบทบาทหน้าที่ของการบริหารจัดการเงินส่วนใหญ่แรงงานย้ายถิ่นจะเป็น ผู้บริหารจัดการเงินส่งกลับให้กับครว์เรือน หรือบางส่วนโอนเงินส่งกลับให้กับหลานที่เป็นเด็กเพื่อบริหาร ทั้งนี้บางส่วนมี รูปแบบการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อเสริมสร้างการศึกษา เช่น การเปิดสื่อการเรียนรู้นบนช่องทางออนไลน์ เพื่อประกอบ สร้างความรู้ ทบทวน และสอนการบ้านให้กับหลานที่อยู่ในช่วงวัยเรียน ดังนั้นการใช้ทุนดิจิทัลกับครว์เรือนข้ามรุ่น จึงมีข้อจำกัดในการใช้ความสามารถเพื่อพัฒนาศักยภาพของครว์เรือน โดยบทบาทส่วนมากมักเป็นการติดต่อสื่อสาร กับแรงงานย้ายถิ่น และอาจมีความเสี่ยงมากขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน

2) การเข้าถึงเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อรักษาความสัมพันธ์กับแรงงานย้ายถิ่นและเครือข่าย

ผลการวิจัยพบว่า ครว์เรือนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อรักษาความสัมพันธ์กับแรงงานย้ายถิ่น โดยเฉพาะการติดต่อสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันออนไลน์ ได้แก่ Facebook และ Line โดยส่วนใหญ่ทั้งครว์เรือนทั่วไปและครว์เรือนข้ามรุ่นสื่อสารกับแรงงานย้ายถิ่น เกี่ยวกับเรื่องราวในชีวิตประจำวันของครว์เรือนและแรงงานย้ายถิ่นเป็นหลัก ทั้งยังแสดงถึงความห่วงใย และให้กำลังใจกับแรงงานย้ายถิ่น รวมถึงบางครั้งครว์เรือนได้แนะนำและตักเตือนเกี่ยวกับการดำรงชีพของแรงงานย้ายถิ่น เช่น ให้ข้อสัถย์กับนายจ้าง ตั้งใจทำงาน ระวังระวังอย่าออกไปเที่ยวดื่มเหล้านอกสถานที่ทำงาน ดังที่คุณหวาน (นามสมมติ) แม่ของแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ กล่าวว่า “...เราก็แนะนำเขา เรื่องชีวิต อย่างไม่ให้ลั้ลเล่ขโมยน้อย ให้กินเหล้าน้อยลง หรือถ้าจะกินก็ให้กินอยู่ที่ห้องดีกว่า...” อีกทั้งพบว่าหลายครว์เรือนติดต่อสื่อสารช่องทางออนไลน์ด้วยรูปแบบเห็นหน้า (video call) ทำให้ครว์เรือนสามารถเห็นวิถีชีวิตของแรงงานย้ายถิ่นที่ถิ่นปลายทาง และได้ทักทายกับนายจ้างเป็นบางครั้ง

สำหรับครว์เรือนทั่วไปพบว่า สามารถใช้ช่องทางอินเทอร์เน็ตติดต่อกับเครือข่ายของแรงงานย้ายถิ่นที่ถิ่นปลายทางหรือสามารถติดต่อกับแหล่งช่วยเหลือ เช่น กรมแรงงาน สถานทูต เป็นต้น โดยพบว่าบางครว์เรือนมีช่องทางติดต่อกับแหล่งช่วยเหลือจากช่องทางที่แรงงานย้ายถิ่นให้ข้อมูล แต่ส่วนใหญ่จะค้นคว้าจากช่องทางอินเทอร์เน็ต หากไม่สามารถติดต่อกับแรงงานย้ายถิ่นได้ และสำหรับครว์เรือนข้ามรุ่น พบว่าแม้สามารถเข้าถึงเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อติดต่อกับแรงงานย้ายถิ่น แต่ส่วนใหญ่ไม่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายของแรงงานย้ายถิ่นในถิ่นปลายทาง ซึ่งกรณีที่ไม่สามารถติดต่อกับแรงงานย้ายถิ่นได้จะขอความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดตัวให้ช่วยติดต่อกับแรงงานย้ายถิ่นให้แทน เช่น ลูกเขย ลูกสะใภ้ และผู้ใหญ่บ้าน ทั้งนี้พบว่าครว์เรือนข้ามรุ่นส่วนหนึ่งสามารถติดต่อเร่งด่วนกับนายจ้างของแรงงานย้ายถิ่นผ่านแอปพลิเคชัน Line เนื่องจากนายจ้างเคยติดต่อกับครว์เรือนเพื่อรายงานสถานการณ์ หรือพฤติกรรมของแรงงานย้ายถิ่นในสถานที่ทำงาน นอกจากนี้พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับเอกสารส่วนตัว หรือที่อยู่ของแรงงานย้ายถิ่น ทำให้อาจเป็นความเสี่ยงต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ไม่สามารถติดต่อกับแรงงานย้ายถิ่นได้ ซึ่งพบบางครว์เรือนเท่านั้นที่ได้ขอเอกสารพาสปอร์ตและที่อยู่ของแรงงานย้ายถิ่น เพื่อติดต่อกับแรงงานย้ายถิ่นได้โดยตรง

จากการรักษาความสัมพันธ์และการป้องกันความเสี่ยงผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารอย่างต่อเนื่องผ่านทุนดิจิทัลช่วยลดความกังวลและรักษาความสัมพันธ์อันดีในครว์เรือน ซึ่งสอดคล้องกับ Sundari (2019) ที่ชี้ว่าเครือข่ายทางสังคมและกระแสโลกาภิวัตน์ช่วยให้แรงงานย้ายถิ่นลดความเสี่ยง และยังคงความสัมพันธ์กับถิ่นต้นทางได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานของ Ayuwat, Narongchai, Rengmanawong and Auraipai (2018) ที่พบว่า การเข้าถึงทุนและการลงทุนจากเงินส่งกลับ (ซึ่งรวมถึงการลงทุนในเครื่องมือสื่อสาร) นำไปสู่ความสุขในระดับสูงของครว์เรือนในถิ่นต้นทาง

3) การเรียนรู้ภาษาต่างประเทศเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของแรงงานย้ายถิ่น

ผลการวิจัยพบว่า ครว์เรือนได้เกิดการฝึกฝนทักษะการเรียนรู้ภาษาต่างประเทศ เช่น ทักษะภาษาอังกฤษ ภาษาเกาหลี และภาษาจีน โดยพบว่าครว์เรือนที่เกิดการเรียนรู้ภาษาต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นครว์เรือนที่เคยมีสมาชิกในครว์เรือนเดินทางย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศในอดีต และปัจจุบันกลับมาอาศัยอยู่ที่บ้าน ด้วยความต้องการเดินทางย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศอีกครั้งในอนาคต ซึ่งครว์เรือนพยายามถ่ายทอดและเสริมสร้างทักษะทางภาษาให้กับลูกหรือหลาน เนื่องจากเห็นโอกาสความสำคัญของทักษะด้านภาษาในชีวิตการเรียนรู้ การทำงาน และโอกาสในการไปทำงานต่างประเทศในอนาคต ดังที่คุณหอม (นามสมมติ) แม่ของแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ได้กล่าวว่า



“...การที่ย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศทำให้ได้ทักษะภาษาอังกฤษมาก เพราะต้องใช้ในการสื่อสารกับที่ทำงาน...” ทั้งนี้ ครว์เรือนมีทัศนะว่าการฝึกฝนทักษะด้านภาษาทำให้ได้รับเครือข่ายทางสังคม และได้รับโอกาสในการทำงานมากขึ้น เช่น การช่วยเหลือการทำวีซ่าเพื่อเดินทางไปทำงานต่างประเทศ และเป็นที่พักพิง ซึ่งสำหรับครว์เรือนทั่วไปและครว์เรือนข้ามรุ่นที่ไม่มีสมาชิกเคยย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ จะมีสถานการณ์การเรียนรู้ทักษะทางด้านภาษาน้อยกว่าครว์เรือนที่เคยมีสมาชิกย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่า การเรียนรู้ภาษาต่างประเทศเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของแรงงานย้ายถิ่น สนับสนุนแนวคิดของ Adger, Fransen, and Safra de Campos (2024) ที่ว่าความสำเร็จของการย้ายถิ่นไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวแรงงานเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องโดยตรงกับบทบาทของครว์เรือนที่อยู่ข้างหลัง ดังนั้น การที่ครว์เรือนที่อยู่ข้างหลังมีความรู้เกี่ยวกับภาษาต่างประเทศ กระบวนการย้ายถิ่น และการส่งเงินกลับตามแนวคิดของ Levitt (2021) และ Vertovec (2024) ช่วยให้ครว์เรือนสามารถทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนและปกป้องผลประโยชน์ของแรงงานได้ดียิ่งขึ้น

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ครว์เรือนผู้อยู่ข้างหลังแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศส่วนใหญ่ มีการใช้ทุนดิจิทัลตามการพัฒนาของระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม และได้รับเงินส่งกลับจากแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศเป็นประจำทุกเดือน โดยครว์เรือนผู้อยู่ข้างหลังส่วนใหญ่นำเงินส่งกลับมาเป็นค่าใช้จ่ายในครว์เรือน โดยซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก และสนับสนุนการเข้าถึงเทคโนโลยีสมัยใหม่ของสมาชิกในครว์เรือน ได้แก่

1) ใช้อินเทอร์เน็ตและระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ทั้งการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามเงินส่งกลับ และค่าตอบแทนของแรงงานย้ายถิ่น รวมถึงบริหารจัดการเงินส่งกลับของแรงงานย้ายถิ่นด้วยแอปพลิเคชันธนาคาร และออมเงินด้วยแอปพลิเคชันออมทองจากห้างทองต่างๆ

2) เข้าถึงเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อรักษาความสัมพันธ์กับแรงงานย้ายถิ่นและเครือข่าย ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์สองทางระหว่างครว์เรือนผู้อยู่ข้างหลังและแรงงานย้ายถิ่น รวมถึงใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อติดต่อกับเครือข่ายทางสังคมในต่างประเทศ ทั้งอดีตนายจ้าง เพื่อนร่วมงาน ที่อาจมีการช่วยเหลือกันในอนาคตได้ และหากเกิดเหตุฉุกเฉินในต่างประเทศสามารถช่วยเหลือได้ ถือเป็นการป้องกันความเสี่ยงจากการย้ายถิ่นถิ่นทำงานต่างประเทศ และ

3) เรียนรู้ภาษาต่างประเทศเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ของแรงงานย้ายถิ่น โดยเฉพาะครว์เรือนที่มีประสบการณ์ย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ซึ่งส่งผลให้ครว์เรือนผู้อยู่ข้างหลังในถิ่นต้นทางรับรู้ถึงการใช้ชีวิตของแรงงานย้ายถิ่น และช่วยรักษาผลประโยชน์ของแรงงานย้ายถิ่นได้ อย่างไรก็ตาม ครว์เรือนข้ามรุ่น ซึ่งเป็นครว์เรือนที่อยู่อาศัยระหว่างผู้สูงอายุและเด็ก ถือเป็นครว์เรือนที่มีข้อจำกัดของการใช้ทักษะสมัยใหม่ในสังคมชนบทอีสาน แสดงให้เห็นว่า การใช้ทุนดิจิทัลของครว์เรือนที่อยู่ข้างหลังในชุมชนอีสานสมัยใหม่ ไม่ได้เป็นเพียงการสื่อสารทั่วไป แต่เป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการความเสี่ยงและสร้างโอกาสใหม่ทางการเงิน แสดงให้เห็นว่า การใช้ทุนดิจิทัลได้ดีของครว์เรือนนำไปสู่การดำรงชีพได้ดีขึ้น ไม่เฉพาะเพียงใช้ทักษะดิจิทัลในการติดต่อสื่อสารกับแรงงานย้ายถิ่นหรือเครือข่ายอื่นๆ เท่านั้น แต่สามารถใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์ด้านต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นการสะสมทุนมนุษย์ การบริหารจัดการการเงิน การสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจใหม่ ทำให้ครว์เรือนดำรงชีพได้อย่างยั่งยืน

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมกิจการสตรีและครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน กรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีกลไกในการส่งเสริมให้ครว์เรือนผู้อยู่ข้างหลังในชุมชนเข้าถึงเทคโนโลยีสมัยใหม่และเข้าใจการย้ายถิ่นไป

ทำงานต่างประเทศแบบถูกกฎหมายมากขึ้น เช่น มีกลไกติดตามแรงงานในระดับชุมชน มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการไปทำงานต่างประเทศในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แรงงานย้ายถิ่นมีความมั่นคงในการทำงาน และสามารถส่งเงินกลับมาให้ครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังในถิ่นต้นทางได้ อีกทั้ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ควรมีแนวทางในการเสริมสร้างศักยภาพและทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงทักษะสมัยใหม่และเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้ครัวเรือนผู้อยู่ข้างหลังในถิ่นต้นทาง สามารถบริหารจัดการครัวเรือนในสังคมสมัยใหม่อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความมั่นคงการดำรงชีพต่อไป นอกจากนี้ ผลวิจัยพบว่าครัวเรือนข้ามรุ่นมีข้อจำกัดมากกว่าในการใช้ทักษะดิจิทัล ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรส่งเสริมให้ครัวเรือนกลุ่มนี้ใช้ทักษะสมัยใหม่ เพื่อลดความเสี่ยงและทำให้ครัวเรือนข้ามรุ่นสามารถใช้ทุนดิจิทัลในการดำรงชีพได้ดี

กิตติกรรมประกาศ

บทความฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง ยุทธศาสตร์การดำรงชีพของครัวเรือนผู้ย้ายถิ่นไปทำงานต่างประเทศ ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund: FF) ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น และกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ขอขอบพระคุณศูนย์บริการแรงงานและการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนแหล่งเรียนรู้ตลอดการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณภาควิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงาน และขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารแรงงานไทยไปทำงานต่างประเทศ. (2566). จำนวนคนหางานที่ได้รับอนุญาตให้เดินทางไปทำงานต่างประเทศ ประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: กองบริหารแรงงานไทยไปทำงานต่างประเทศ.
- ชาย โพธิ์สิตา และสุชาติ ทวีสิทธิ์. (2552). *ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2562). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง.
- ดุษฎี อายวัฒน์. (2562). *คนอีสานย้ายถิ่น: สถานการณ์และผลกระทบ*. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.
- ดุษฎี อายวัฒน์. (2562). *ศาสตร์และวิธีวิทยาการศึกษาการย้ายถิ่นของประชากร*. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.
- ธนาคารแห่งประเทศไทย. (2567). *รายงานการพัฒนาความยั่งยืนและตัวชี้วัดความยากจนครัวเรือนไทย 2566*. กรุงเทพฯ: ธนาคารแห่งประเทศไทย.
- พัชรพล วงศ์บุญสิน. (2552). *การย้ายถิ่น: ทฤษฎีและความเป็นไปในเอเชีย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). *ศัพทานุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). *รายละเอียดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11-13*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สมพงษ์ อาษาภิ. (2561). โครงสร้างความรู้สึกรู้สึกในชีวิตและเรื่องเล่าของแรงงานชายอีสานคืนถิ่น 3 รุ่นอายุ. *รัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์*, 9(2), 87-122.



- อารี จำปากล้วย และคณะ. (2557). *ลูกๆ เป็นอย่างไรเมื่อพ่อแม่ย้ายถิ่น โครงการ CLAIM*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Adger, W.N., Fransen, S., and Safra de Campos, R. (2024). Scientific frontiers on migration and sustainability. *PNAS*, 121(3), e2321325121.
- Auraiampai, N., Ayuwat, D., Jampaklay, A. and Onaka, F. (2023). Entrepreneurial processes of Thai female returning migrants. *Comparative Sociology*, 22(5), 717-739.
- Ayuwat, D., Narongchai, W., Rengmanawong, A. and Auraiampai, N. (2018). Happiness perspective of migrant labor households in the Northeast, Thailand. *International Journal of Engineering and Technology (UAE)*, 7(2), 91-96.
- Ayuwat, D., Narongchai, W., Rengmanawong, A. and Auraiampai, N. (2019). Factors influencing the happiness of migrant labour households in the Northeast, Thailand. *International Journal of Recent Technology and Engineering*, 8(1C2), 875-883.
- Bebbington, A. (2021). Capitals and capabilities: A framework for analyzing peasant viability, rural livelihoods and poverty. *World Development*, 27(12), 2021-2044. [https://doi.org/10.1016/S0305-750X\(99\)00104-7](https://doi.org/10.1016/S0305-750X(99)00104-7)
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. CA, United States: SAGE Publications.
- DFID. (1999). *Sustainable Livelihoods and Poverty Elimination*. London: Department for International Development (DFID).
- Fakir, A.M.S. and Abedin, N. (2021). Empowered by absence: Does male out-migration empower female household heads left behind? *Journal of International Migration and Integration*, 22(2), 503-527.
- Frese, M. and Rauch, A. (2022). Human capital entrepreneurship. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, 20(4), 110-127.
- Huguet, J. W., et al. (2017). *Thailand Migration Report 2017*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Karen, O.R., Rob, S. and Katherine, B. (2022). Lifestyle migration in East Asia: Integrating ethnographic methodology and practice theory. *Communication, Media, Social and Policy Studies*, 34(3), 1-24.
- Koczan, Z., Peri, G., Pinat, M., and Rozhkov, D. (2021). The impact of international migration on inclusive growth: A review, *IMF Working Paper*, 2021(188), 1-33.
- Lee, E. (1966). A theory of migration. *Demography*, 3(1), 47-57.
- Leinbach, A. and Watkins, J.F. (1998). Remittances and circulation behavior in the livelihood process. *Economic Geography*, 74(1), 45-63.
- Levitt, P. (2021). Art doesn't just reflect the world—it engages with it. *Migration Studies*, 9(3), 1562-1567.
- Masanja, G.F. (2023). Migration and development in rural communities: The case of Nzega and Magu districts, Tanzania. *Journal of African Studies and Development*, 10(7), 72-84.



- Narongchai, W., Ayuwat, D. and Chinnasri, O. (2016). The changing of intergenerational transfers of economic capital in rural households in Northeastern, Thailand. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 37(1), 46–52.
- Nguyen, L., Yeoh, B. and Toyota, M. (2010). Migration and the well-being of the 'left behind' in Asia: Key themes and trends. *Asian Population Studies*, 2(1), 37-44.
- Stark, O. (1991). *The Migration of Labor*. Cambridge and Oxford.: Blackwell.
- Stark, O., and Bloom, D. E. (1985). The new economics of labor migration. *The American Economic Review*, 75, 173-178.
- Sundari, S. (2019). Migration as a livelihood strategy: A gender perspective. *Economic and Political Weekly*, 40(22), 2295-2303.
- Todaro, M.P. (1976). *Internal Migration in Developing Countries*. International Labour Office, Geneva.
- United Nations. (1998). *World Population 1998*. New York: United Nations.
- Vertovec, S. (2024). Uperdiversity and the quest for complexity thinking: A critique of the reductionist approaches to migration and integration. *Current issues in migration research: CIMR*, 1(1), 32-34. doi:10.24834/cimr.2024.1.1813.
- Wahlbeck, Ö. and Fortelius, S. (2019). The utilisation of migrant capital to access the labour market: The case of Swedish migrants in Helsinki. *Social inclusion*, 7(4), 181-189.
- Zimmer, Z., Penboon, B., and Jampaklay, A. (2022). Location and provision of support from migrants to left-behind parents in rural Cambodia. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 37(1), 23-43.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย

(Factors Influencing the Skill Levels of Thai Workers)

โดย

ดุชนิ อายุวัฒน์*, ปัทมพร แยมสำรวจ[†], ณัฐวรรธ อุไรอำไพ[‡], สุวิมล คำน้อย[§],
อนรรักษ์ สิงห์ชัย** และ สร้อยบุญ ทราญทอง^{††}

* ศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สาขาวิชาสังคมศาสตร์ ศูนย์บริการแรงงานและการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[†] นักศึกษาระดับปริญญาโท กลุ่มวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สาขาวิชาสังคมศาสตร์ ศูนย์บริการแรงงานและการย้ายถิ่นระหว่าง
ประเทศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น \ Corresponding Author

[‡] อาจารย์ประจำ ภาควิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[§] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสังคมศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

** อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการบริหารการพัฒนาสังคม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

^{††} อาจารย์ประจำ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สาขาวิชาการพัฒนาสังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

บทคัดย่อ

บทความนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย โดยใช้ข้อมูลระดับจุลภาคที่เป็นตัวแทนระดับประเทศจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร (labour force survey) ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2567 หน่วยในการวิเคราะห์คือระดับบุคคล คือแรงงานที่มีอายุระหว่าง 16–59 ปี และมีงานทำในช่วง 7 วันก่อนการสำรวจ ($n = 39,273$) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (binary logistic regression) ในการศึกษาาระดับทักษะของแรงงานไทย ซึ่งเป็นตัวแปรตามของการวิจัย ประกอบด้วยแรงงานไทยที่มีการทำงานทักษะต่ำและปานกลาง (ทักษะระดับที่ 1 และ 2) และแรงงานไทยที่มีการทำงานทักษะสูง (ทักษะระดับที่ 3 และ 4) ผลการวิจัยพบว่า แรงงานไทยส่วนใหญ่เป็นคน generation Y (เกิดปี 2524-2539) เกือบ 2 ใน 3 อาศัยอยู่ในเขตเมือง โดยเฉพาะพื้นที่ภาคกลาง แรงงานไทยส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในภาคบริการและกระจุกตัวอยู่ในอาชีพที่ใช้ทักษะต่ำและปานกลาง ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกจากรูปแบบของ Nagelkerke แสดงให้เห็นว่า สถานภาพสมรส โสด ภาคบริการ และรายได้ต่อเดือน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อระดับทักษะของแรงงานไทย และเพศชาย เขตเมือง กรุงเทพฯ และปริมณฑล ลูกจ้างเอกชน และชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงลบต่อระดับทักษะของแรงงานไทย โดยทุกตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อโอกาสในการทำงานในอาชีพที่ใช้ทักษะสูง โดยแรงงานหญิง แรงงานโสด และผู้ที่ทำงานในภาคบริการหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับภาครัฐ มีแนวโน้มเข้าถึงงานที่ใช้ทักษะสูงได้มากกว่า ในทางตรงกันข้าม การทำงานในภาคเอกชนและการมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน มีความสัมพันธ์กับความน่าจะเป็นที่ต่ำลงในการทำงานที่ใช้ทักษะสูง แบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับทักษะแรงงานได้ร้อยละ 51.8 การวิจัยนี้มีส่วนช่วยเพิ่มหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างในการกระจายระดับทักษะภายในตลาดแรงงานของประเทศไทย โดยชี้ให้เห็นถึงบทบาทของปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงการจ้างงานที่ใช้ทักษะสูง ทั้งนี้ ผลการวิจัยยังให้ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการพัฒนากำลังแรงงาน โดยเน้นการส่งเสริม โอกาสในการยกระดับทักษะและการเข้าถึงงานที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมระหว่างกลุ่มประชากรและพื้นที่ต่าง ๆ

คำสำคัญ: ระดับทักษะ, การจ้างงานที่ใช้ทักษะสูง, ความเหลื่อมล้ำในตลาดแรงงาน, กำลังแรงงานไทย, ปัจจัยกำหนดการจ้างงาน



Abstract

This study aims to examine the factors influencing the skill levels of Thai workers using nationally representative microdata from the Labour Force Survey conducted by the National Statistical Office of Thailand in 2024. The unit of analysis was individual workers aged 16–59 years who were employed during the seven days preceding the survey ($n = 39,273$). Descriptive statistics and binary logistic regression analysis were employed to investigate the determinants associated with high-skill employment. This study used skill level of Thai workers, which is the dependent variable, includes Thai workers with low and medium skills level (skill levels 1 and 2) and Thai workers with high skills level (skill levels 3 and 4). The findings indicate that most Thai workers belong to Generation Y (born between 1981 and 1996). Nearly two-thirds reside in urban areas, particularly in the Central region. Most Thai workers were employed in the service sector and concentrated in medium-skill occupations. The results from logistic regression (based on the Nagelkerke model) analysis reveal that marital status (single), employment in the service sector, and monthly income were found to have a positive influence on the skill levels of Thai workers. In contrast, being male, urban areas, Bangkok and vicinities region, private-sector employee, and working hours were found to have a negative influence on the skill levels of Thai workers. All variables significantly influence the likelihood of employment in high-skill occupations. Female workers, single workers, and those employed in the service sector or government-related employment were more likely to access high-skill jobs. In contrast, private-sector employment and longer working hours were associated with lower probabilities of high-skill employment. The model explains 51.8 percent of the variation in workers' skill levels. This study contributes empirical evidence on structural inequalities in skill distribution within Thailand's labour market by highlighting demographic and economic factors shaping access to high-skill employment. The findings provide policy implications for workforce development, emphasizing skill enhancement opportunities and equitable access to quality employment across demographic groups and regions.

Keywords: skill levels, high-skill employment, labour market inequality, Thai workforce, employment determinants



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย (Factors Influencing the Skill Levels of Thai Workers)

บทนำ

การพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้โครงสร้างการผลิตเปลี่ยนผ่านจากภาคเกษตรกรรมไปสู่ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดความต้องการแรงงานที่มีทักษะหลากหลาย และเปิดโอกาสให้แรงงานเข้าสู่รูปแบบการจ้างงานที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในกระบวนการทำงาน ส่งผลให้แรงงานจำเป็นต้องปรับตัวและพัฒนาทักษะเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงานที่เปลี่ยนแปลง (Electronic Transactions Development Agency, 2022)

อย่างไรก็ตาม แม้โอกาสในการจ้างงานจะเพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของโครงสร้างทางเศรษฐกิจ แต่แรงงานไม่ได้เข้าถึงงานที่ใช้ทักษะในระดับเดียวกัน โดยแรงงานบางกลุ่มสามารถเข้าสู่การทำงานที่ใช้ทักษะสูง ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับรายได้และคุณภาพการจ้างงานที่ดีกว่า ขณะที่แรงงานอีกส่วนหนึ่งยังคงกระจุกตัวอยู่ในงานทักษะต่ำหรือปานกลาง ความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงโอกาสการจ้างงาน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะทางประชากร สถานภาพการจ้างงาน และโครงสร้างของตลาดแรงงาน (Zhao, Wu, & Wang, 2025) โดยเฉพาะความแตกต่างของแรงงานแต่ละรุ่นวัย ด้วยแรงงานรุ่นใหม่ที่เพิ่งเข้าสู่ตลาดแรงงานอาจยังไม่ได้สะสมประสบการณ์การทำงาน และต้องทำงานทักษะระดับต่ำหรือปานกลางเพื่อทำงานในทักษะระดับที่สูงขึ้น

งานวิจัยที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาทักษะแรงงานสัมพันธ์กับทุนมนุษย์ การเข้าถึงการศึกษา และโอกาสในการทำงานภายใต้บริบทเศรษฐกิจดิจิทัล (Wang, Huang, Zhao & Feng, 2023) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับระดับทักษะของแรงงานไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นด้านค่าจ้างหรือสถานภาพการมีงานทำ ขณะที่หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดการเข้าถึงการทำงานทักษะสูงในระดับประเทศยังมีจำกัด โดยเฉพาะการวิเคราะห์จากข้อมูลระดับบุคคลที่ครอบคลุมโครงสร้างตลาดแรงงานไทย

ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย โดยพิจารณาคุณลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจของแรงงาน ซึ่งจะช่วยอธิบายความแตกต่างในการเข้าถึงการทำงานทักษะสูงและนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาทักษะแรงงานและลดความเหลื่อมล้ำในตลาดแรงงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทความนี้ ใช้แนวคิดเกี่ยวกับทุนมนุษย์ แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานและระดับทักษะ และแนวคิดเกี่ยวกับ generation ในฐานะลักษณะประชากรของแรงงาน เป็นแนวคิดหลักในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับทุนมนุษย์ (human capital theory)

แนวคิดเกี่ยวกับทุนมนุษย์ สามารถอธิบายการทำงานของแรงงานที่มีความแตกต่างกันทั้งด้านรายได้และตำแหน่งงาน ที่เกิดจากการลงทุนในความรู้ ความสามารถ และทักษะของแรงงานที่แตกต่างกัน ผ่านกระบวนการศึกษา การฝึกอบรม และประสบการณ์การทำงาน ซึ่งส่งผลให้แรงงานมีโอกาสทำงานที่มีทักษะสูงและได้รับค่าตอบแทนที่สูงขึ้น (Becker, 1964) โดยเฉพาะการพัฒนาผ่านการศึกษาที่เป็นการพัฒนาทักษะขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการทำงาน (Schultz, 1961) นอกจากนี้ การพัฒนาทักษะผ่านประสบการณ์การทำงานก็สามารถช่วยเพิ่มทักษะผ่านการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง (learning by doing) (Mincer, 1974) เช่นเดียวกับการฝึกอบรมในสถานประกอบการที่ช่วยยกระดับความสามารถของแรงงานกับความต้องการของตลาดแรงงานได้ (OECD, 2019) ซึ่งส่งผลต่อการประสิทธิผลของแรงงานในการทำงานโดยตรง นอกจากนี้ภาคการทำงานหรือภาคการผลิต ยังส่งผลต่อความต้องการระดับทักษะของแรงงาน อื่นๆ การทำงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการปัจจุบันต้องการแรงงานที่มีทักษะเฉพาะทางและมีความสามารถด้านเทคโนโลยีสูง (International Labour Organization, 2018) ในบริบทของเศรษฐกิจดิจิทัล การเข้าถึงโอกาสในการทำงานและแหล่งพัฒนาทักษะมีบทบาทสำคัญต่อการสะสมทุนมนุษย์ เนื่องจากแรงงานที่ทำงานในองค์กรหรืออุตสาหกรรมที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงมีโอกาสดำเนินการพัฒนาทักษะและเข้าสู่การทำงานที่ใช้ทักษะระดับสูง มากกว่าแรงงานที่มีข้อจำกัดด้านโอกาสในการทำงาน (Autor, Levy, & Murnane, 2003) ดังนั้น ระดับทักษะของแรงงานจึงเกิดจากทั้งการสะสมทุนมนุษย์ระดับปัจเจกบุคคลและโครงสร้าง คือ โอกาสในตลาดแรงงานที่ทำให้แรงงานแต่ละกลุ่มเข้าถึงการทำงานในระดับทักษะที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม การลงทุนกับทุนมนุษย์เกิดขึ้นในระดับปัจเจกบุคคล ซึ่งโอกาสในการสะสมทุนมนุษย์ของแรงงาน มักไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเท่าเทียม เนื่องจากโอกาสการเข้าถึงทรัพยากรที่ทำให้แรงงานพัฒนาทักษะได้แตกต่างกัน (Doeringer & Piore, 1971) การพัฒนาเศรษฐกิจและการขยายตัวของกิจกรรมทางเศรษฐกิจในเขตเมืองทำให้พื้นที่เมืองกลายเป็นศูนย์กลางของงานที่ใช้ทักษะสูง ส่งผลให้แรงงานในเขตเมืองมีโอกาสสะสมประสบการณ์และพัฒนาทักษะมากกว่าแรงงานในเขตชนบท (Glaeser & Maré, 2001) รูปแบบการจ้างงานและสถานภาพการทำงานยังส่งผลต่อแรงจูงใจในการลงทุนด้านทุนมนุษย์ โดยแรงงานที่มีการจ้างงานมั่นคงมีแนวโน้มได้รับการพัฒนาทักษะมากกว่าแรงงานที่อยู่ในรูปแบบการจ้างงานไม่มั่นคง (Acemoglu & Pischke, 1999) ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของระดับทักษะในตลาดแรงงาน

ดังนั้น ระดับทักษะของแรงงานจึงเป็นผลลัพธ์ร่วมกันระหว่างการสะสมทุนมนุษย์ของบุคคลและโครงสร้างโอกาสในตลาดแรงงานที่แรงงานแต่ละกลุ่มสามารถเข้าถึงได้แตกต่างกัน

2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานและระดับทักษะ

การศึกษาการทำงานทำให้สามารถศึกษาสถานการณ์การทำงานในสังคม โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2567) ได้นิยามคำว่า **งาน** หมายถึง กิจกรรมที่ทำแล้วได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินหรือสิ่งของ อาจจ่ายเป็นรายเดือน รายสัปดาห์ รายวัน หรือรายชิ้น ซึ่งการทำงานต้องดำเนินการผ่านการประกอบอาชีพ เป็นประเภทหรือชนิดของงานที่แรงงานทำอยู่และมีชั่วโมงการทำงานมากที่สุด

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับระดับทักษะ (skill level) ที่หมายถึง ความสามารถของแรงงานในการปฏิบัติอาชีพ อาจมีความแตกต่างกันไปตามสถานภาพการทำงาน พิจารณาจากอาชีพ (international standard classification of occupations: ISCO-08) และระดับการศึกษา

(international standard classification of education: ISCED-97) ของแรงงาน จำแนกเป็น 4 ระดับทักษะการทำงาน ได้แก่ **ทักษะระดับที่ 1** หมายถึง การปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันที่ใช้แรงงานกายเป็นหลัก เช่น งานเกี่ยวกับการทำความสะอาด ทำสวน เป็นต้น **ทักษะระดับที่ 2** หมายถึง การปฏิบัติงานที่สามารถอ่านข้อมูลสำหรับการบันทึกการทำงาน และสามารถคำนวณตัวเลขได้ เช่น คนขับรถ เลขานุการ ดูแลเครื่องจักร เป็นต้น **ทักษะระดับที่ 3** หมายถึง การปฏิบัติงานที่เริ่มมีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องใช้ความสามารถทางด้านภาษาและตัวเลขระดับสูง เช่น ผู้จัดการร้าน ช่างเทคนิค คอมพิวเตอร์ ตัวแทนการขาย เป็นต้น และ **ทักษะระดับที่ 4** หมายถึง การปฏิบัติงานที่ต้องมีการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจ ยุ่งยากบนพื้นฐานทางทฤษฎี และความรู้ทางสาขาเฉพาะ ต้องมีความรู้ทางด้านภาษาและตัวเลขระดับสูงมาก เช่น ผู้วิเคราะห์ระบบคอมพิวเตอร์ ผู้จัดการฝ่ายการตลาด อาจารย์ เป็นต้น (ILO, 2012) ทั้งนี้ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าแรงงานไทยมักเข้าสู่การทำงานทักษะระดับต่ำและปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากโครงสร้างตลาดแรงงานที่ต้องการแรงงานทักษะต่ำหรือปานกลาง (กระทรวงแรงงาน, 2566) หรือเกิดจากการทำงานที่ไม่ตรงกับระดับการศึกษา การเข้าสู่การทำงานทักษะสูงจึงอาจหมายถึงกลุ่มที่ได้ทำงานสอดคล้องกับระดับการศึกษา หรือได้สะสมประสบการณ์การทำงานมาก เกี่ยวข้องกับรุ่นวัยของแรงงาน เนื่องจากแรงงานที่มีอายุน้อยมากมีโอกาสได้เข้าสู่การทำงานทักษะสูงและตำแหน่งงานที่ดีกว่า

นอกจากนี้ ในเชิงโครงสร้าง การทำงานในประเทศไทยอยู่ภายใต้กฎหมายการคุ้มครองแรงงาน เพื่อป้องกันไม่ให้แรงงานไทยถูกเอารัดเอาเปรียบจากการจ้างงาน โดยกำหนดว่าแรงงานต้องเป็นผู้ที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป และทำงานตั้งแต่ 1 ชั่วโมงขึ้นไป แต่ต้องไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน, 2541) ทั้งยังกำหนดค่าจ้างของแรงงานตามอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ (ประกาศคณะกรรมการค่าจ้าง, 2567) สำหรับสถานการณ์การทำงานในปัจจุบัน พบว่าเกิดการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการมากขึ้น จากการพัฒนาทางเศรษฐกิจ แต่การทำงานในเขตเมืองยังเป็นปัจจัยดึงดูดให้แรงงานเข้าสู่การทำงานมากกว่าเขตชนบท (Shirai, Leisz, Fox & Rambo, 2019) โดยเฉพาะในพื้นที่ภูมิภาคกรุงเทพฯ และปริมณฑล และภาคกลาง ซึ่งเป็นแหล่งศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของประเทศและมีโอกาสการจ้างงานสูง อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์การทำงานยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำงานแต่ละระดับทักษะ เนื่องจากทำให้แรงงานได้เข้าสู่การทำงานในระดับทักษะที่สูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จึงนิยามว่า “การทำงาน” หมายถึง กิจกรรมที่แรงงานไทยทำผ่านการประกอบอาชีพที่ดำเนินการมากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป และการทำงานจำเป็นต้องได้รับค่าจ้างเป็นการตอบแทน และนิยามระดับทักษะของแรงงานไทย ซึ่งเป็นตัวแปรตามที่ใช้ในการวิจัย ว่าหมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติงานของแรงงาน ทั้งการทำงานทักษะต่ำและทำงานทักษะสูง

3. แนวคิดเกี่ยวกับ generation ในฐานะลักษณะประชากรของแรงงาน

แนวคิดเกี่ยวกับ generation อธิบายถึงกลุ่มบุคคลที่เกิดและเติบโตภายใต้บริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่ต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อทัศนคติและประสบการณ์การทำงาน (Mannheim, 1952) แรงงานที่มีอายุหรือช่วงวัยแตกต่างกันมีโอกาสสะสมประสบการณ์และพัฒนาทักษะไม่เท่ากัน โดยแรงงานที่อยู่ในตลาดแรงงานเป็นระยะเวลานานมีแนวโน้มพัฒนาทักษะเฉพาะทางและเข้าสู่การทำงานที่ใช้ทักษะระดับสูง ขณะที่แรงงานรุ่นใหม่ยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการสะสมทุนมนุษย์ (OECD, 2021) ดังนั้น generation จึงมีได้ทำหน้าที่เป็นกลไกอธิบายหลักของระดับทักษะแรงงาน แต่ละท่อนความแตกต่างของโอกาสในการสะสมทุนมนุษย์ตามช่วงวัยของแรงงาน ในการวิเคราะห์ตลาดแรงงาน สามารถใช้ generation มาพิจารณาในฐานะลักษณะทางประชากรที่สะท้อนช่วงเวลาของการเข้าสู่ตลาดแรงงานและระยะเวลาการสะสมทุนมนุษย์ของแรงงานแต่ละกลุ่มวัย (Costanza et al., 2012) ซึ่งจำแนกช่วงวัยที่เป็นวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี)

เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ แรงงานวัย generation X (พ.ศ. 2508-2523) เติบโตช่วงระหว่างการพัฒนาทางเศรษฐกิจ มีมุมมองเรื่องสมดุลชีวิตกับการทำงาน แรงงานวัย generation Y (พ.ศ. 2524-2539) เติบโตระหว่างการพัฒนาของเทคโนโลยีที่หลากหลาย มีแนวโน้มยึดมั่นในการทำงานมากขึ้น และแรงงานวัย generation Z (พ.ศ. 2540-2551) เติบโตในสภาพแวดล้อมที่เทคโนโลยีทันสมัยและขยายตัวสู่ชีวิตประจำวัน และให้ความสำคัญกับการทำงานที่มีความยืดหยุ่น (จจิตต์ ฤทธิ์รงค์ และคณะ, 2565; Malik & Shahid, 2024)

ดังนั้นแรงงานในแต่ละ generation จึงสะท้อนถึงความแตกต่างของโอกาสการสะสมทุนมนุษย์ตามช่วงวัยของแรงงาน ซึ่งในการทำงานแรงงานวัย generation X แรงงานวัย generation Y มีแนวโน้มได้ทำงานทักษะระดับสูง เพราะเป็นช่วงวัยแรงงานที่ได้เข้าสู่การทำงานระยะหนึ่ง จึงสะสมประสบการณ์การทำงานและพัฒนาทักษะให้ตรงกับความต้องการขององค์กรได้ (OECD, 2021; Naliaka & Ngui, 2024) ขณะที่แรงงานวัย Generation Z มีแนวโน้มทำงานภาคบริการ โดยเฉพาะการเป็นลูกจ้างเอกชนด้วยคาดหวังว่าจะได้รับรายได้ที่สูง (OECD, 2017) ทั้งนี้ บทบาททางเพศยังมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานในทุกช่วงวัยของแรงงาน ด้วยเดิมเพศหญิงมักถูกกำหนดบทบาทในครัวเรือน โดยเมื่อเข้าสู่การทำงานจึงได้ทำงานในภาคบริการและเผชิญกับความเหลื่อมล้ำ เช่น การได้รับค่าจ้างน้อย โดยเฉพาะเพศหญิงที่สมรสแล้ว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ขณะที่เพศชายมีโอกาสได้ทำงานมากกว่า (กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว การวิจัยนี้จึงกำหนดให้ระดับทักษะของแรงงานไทยเป็นผลลัพธ์ของการสะสมทุนมนุษย์ภายใต้บริบทของโครงสร้างตลาดแรงงาน และกำหนดว่า แรงงานไทย หมายถึง แรงงานที่อยู่ในวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี และเป็นผู้มีงานทำก่อนการสำรวจจากโครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ปี 2567 ประกอบด้วยแรงงานวัย generation X แรงงานวัย generation Y และแรงงานวัย generation Z

ทั้งนี้ จากแนวคิดเกี่ยวกับทุนมนุษย์ แนวคิดเกี่ยวกับการทำงานและระดับทักษะ และแนวคิดเกี่ยวกับ generation ในฐานะลักษณะประชากรของแรงงาน ทำให้ได้ ตัวแปรอิสระ 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. คุณลักษณะทางประชากรของแรงงานไทย ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย และภูมิภาคที่ทำงาน และ 2. คุณลักษณะทางเศรษฐกิจของแรงงานไทย ประกอบด้วย ภาคการผลิต สถานภาพการทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และรายได้ต่อเดือน ซึ่งผู้วิจัยมีสมมติฐานการวิจัยว่าตัวแปรอิสระดังกล่าวจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional design) เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิซึ่งเป็นข้อมูลระดับย่อย (micro data) จากโครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ปี 2567 ในไตรมาสที่ 4 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เนื่องจากเป็นช่วงปีที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคระบาดโควิด-19 รวมถึงเป็นช่วงไตรมาสที่มีการทำงานมากที่สุด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) การวิจัยนี้มีหน่วยวิเคราะห์ข้อมูลระดับปัจเจกบุคคล คือ แรงงานไทย อายุ 16-59 ปี (ณ ปี 2567) ประกอบด้วย แรงงานวัย generation X แรงงานวัย generation Y และแรงงานวัย generation Z ที่เป็นผู้มีงานทำในรอบก่อน 7 วันของการสำรวจโครงการฯ

สำหรับกลุ่มตัวอย่างการวิจัยดังกล่าว ได้จากการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิสองขั้นตอน (Stratified Two-stage Sampling) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยในขั้นตอนที่ 1 คือ การกำหนดเขตแดนนับ (Enumeration Area) เป็นการกำหนดขอบเขตพื้นที่ในการสำรวจ จำแนกตามพื้นที่ทั้ง 5 ภูมิภาคในประเทศไทย ได้แก่

กรุงเทพฯ ภาคกลาง (และปริมณฑล) ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ และจำแนกตามเขตการปกครอง ได้แก่ ในเขตเทศบาล (เขตเมือง) และนอกเขตเทศบาล (เขตชนบท) โดยคัดเลือกตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน ทำให้ได้เขตแดนทั้งหมด 5,430 เขตแดนตัวอย่าง และในขั้นตอนที่ 2 คือ การกำหนดครัวเรือนตัวอย่างจากเขตแดนตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic random sampling) โดยกำหนดขนาดตัวอย่างทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจำนวนเขตละ 16 ครัวเรือนต่อเขตแดนตัวอย่าง ทำให้ได้จำนวน 86,880 ครัวเรือนตัวอย่าง ทั้งนี้ การวิจัยนี้ ได้รวมกรุงเทพฯ และปริมณฑล ไว้ด้วยกันเพื่อศึกษาการทำงาน ซึ่งแตกต่างจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ เนื่องจากพื้นที่ ภูมิภาคกรุงเทพฯ และปริมณฑลเป็นแหล่งศูนย์กลางทางเศรษฐกิจที่เป็นโอกาสในการจ้างงานของแรงงานไทย จากนั้น สำนักงานสถิติจึงสัมภาษณ์ถึงหัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกในครัวเรือนที่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการทำงานของสมาชิกในครัวเรือนทั้งหมด ดังนั้น ใน 1 ครัวเรือนอาจประกอบด้วยแรงงานแต่ละกลุ่มมากกว่า 1 คน การวิจัยนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 39,273 คน

การวิจัยนี้ กำหนดตัวแปรอิสระที่ได้จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากรของแรงงานไทย ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย และภูมิภาคที่ทำงาน มีการวัดระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) คุณลักษณะทางเศรษฐกิจของแรงงานไทย ประกอบด้วย ภาคการผลิต สถานภาพการทำงาน มีการวัดระดับนามบัญญัติ ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และรายได้ต่อเดือน มีการวัดระดับอัตราส่วน (Ratio Scale) และตัวแปรตาม คือ ระดับทักษะของแรงงานไทย โดยมีการวัดระดับนามบัญญัติ พิจารณาจากระดับทักษะตามองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO, 2012) จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่แรงงานไทยที่มีการทำงานทักษะต่ำและปานกลาง (ทักษะระดับที่ 1 และ 2) และแรงงานไทยที่มีการทำงานทักษะสูง (ทักษะระดับที่ 3 และ 4) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) ด้วยสถิติอย่างง่าย (descriptive statistics) เพื่ออธิบายคุณลักษณะของแรงงานไทย และใช้การวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate Analysis) ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary Logistic Regression) โดยผู้วิจัยได้ปรับให้ตัวแปรอิสระที่มีการวัดระดับนามบัญญัติและระดับอันดับ เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ก่อนนำเข้าสู่การวิเคราะห์ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540)

ทั้งนี้ การจัดกระทำตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรหุ่น ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากรของแรงงานไทย ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มเพศชาย กลุ่มสถานภาพสมรสโสด กลุ่มเขตเมือง และกลุ่มกรุงเทพฯ และปริมณฑลเข้าสู่การวิเคราะห์ เนื่องจากเพศชาย โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นโสดมีโอกาสได้ทำงานและตัดสินใจเลือกงานในทักษะระดับสูงมากกว่า (กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2563; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) รวมถึงการทำงานในเขตเมือง ในพื้นที่ภูมิภาคกรุงเทพฯ และปริมณฑลเป็นแหล่งโอกาสทางเศรษฐกิจที่มีโอกาสการจ้างงานทั้งทักษะสูงและต่ำ (Glaeser & Maré, 2001; Shirai, Leisz, Fox & Rambo, 2019) และคุณลักษณะทางเศรษฐกิจของแรงงานไทย ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มภาคบริการ และกลุ่มลูกจ้างเอกชนเข้าสู่การวิเคราะห์ เนื่องจากปัจจุบันภาคบริการเป็นแหล่งเศรษฐกิจที่เติบโต ซึ่งมีการทำงานทักษะสูง โดยเฉพาะในภาคเอกชนที่สร้างรายได้ให้แรงงาน (OECD, 2017; International Labour Organization, 2018)

สำหรับตัวแปรตาม คือ ระดับทักษะของแรงงานไทย ผู้วิจัยได้กำหนดให้แรงงานไทยที่มีการทำงานทักษะสูง (ทักษะระดับที่ 3 และ 4) เป็นกลุ่มที่เข้าสู่การวิเคราะห์ และให้กลุ่มอ้างอิงเป็นแรงงานไทยที่มีการทำงานทักษะต่ำและปานกลาง (ทักษะระดับที่ 1 และ 2) เพราะแรงงานไทยที่ได้ทำงานทักษะสูงสะท้อนถึงโครงสร้างรายได้เปรียบของแรงงานที่เกิดการสะสมทุนมนุษย์ที่มาก ซึ่งอาจเกิดจากการศึกษา ประสบการณ์ หรือการฝึกอบรม (Yeung & Yang, 2020) ดังนั้น ระดับทักษะของแรงงานทั้งสองกลุ่มสามารถปรากฏในกลุ่มที่ทำงานสอดคล้องกับระดับการศึกษา ทำงานสูงกว่าระดับการศึกษา และทำงานต่ำกว่าระดับการศึกษา เนื่องจากเกิดจากการสะสมทุนมนุษย์ของแรงงานไทย อนึ่งตัวแปร

ที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ต้องไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกิน 0.75 เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multi-collinearity) เพราะทำให้ค่าการพยากรณ์สมการด้อยลง (Hair et. al., 2018)

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลแรงงานจากข้อมูลระดับย่อยสามารถวิเคราะห์ได้เพียงแรงงานไทยที่เป็นลูกจ้างเอกชน และลูกจ้างรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ โดยไม่สามารถวิเคราะห์ถึงการทำงานอื่นๆ เช่น สถานภาพการทำงานเป็นผู้ช่วยธุรกิจครัวเรือนหรือผู้ทำงานส่วนตัว รวมถึงไม่สามารถวิเคราะห์ถึงปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงาน เนื่องจากไม่ปรากฏข้อมูลเรื่องรายได้และระยะเวลาการทำงานของแรงงาน ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัยนำเสนอครอบคลุม 4 ประเด็น ประกอบด้วย 1. คุณลักษณะทางประชากรของแรงงานไทย 2. คุณลักษณะทางเศรษฐกิจของแรงงานไทย 3. ระดับทักษะของแรงงานไทย และ 4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย มีรายละเอียดดังนี้

1. คุณลักษณะทางประชากรของแรงงานไทย

ผลการวิจัยพบว่า แรงงานไทยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.1 (S.D. = 10.6) ส่วนใหญ่เป็นแรงงานวัย generation Y (อายุ 28-43 ณ ปี 2567) รองลงมาคือแรงงานวัย generation X (อายุ 44-59 ณ ปี 2567) คิดเป็นร้อยละ 46.5 37.1 ตามลำดับ และเป็นแรงงานวัย generation Z (อายุ 16-27 ณ ปี 2567) ร้อยละ 16.4 เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่บางส่วนยังอยู่ในระบบการศึกษา โดยส่วนใหญ่เป็นแรงงานเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 52.8 ซึ่งแรงงานไทยมีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 37.9 รองลงมาคือเป็นโสด ร้อยละ 33.3 แสดงให้เห็นว่าแรงงานไทยส่วนหนึ่งเคยมีประสบการณ์สมรสมาแล้ว ทั้งนี้ แรงงานไทยกว่าร้อยละ 60.0 ทำงานในเขตเมือง โดยเฉพาะพื้นที่ภาคกลาง และกรุงเทพฯ และปริมณฑล คิดเป็นร้อยละ 29.5 และ 18.9 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่า การกระจุกตัวของแรงงานในเขตเมืองสะท้อนถึงพื้นที่ที่เอื้อต่อการสะสมทุนมนุษย์ ทั้งด้านโอกาสการศึกษา การฝึกอบรม และการเข้าถึงตลาดแรงงานที่หลากหลาย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับทักษะแรงงานตามแนวคิด Human Capital Theory (Becker, 1964) เขตเมืองโดยเฉพาะในภูมิภาคที่เป็นเขตศูนย์กลางทางเศรษฐกิจยังเป็นปัจจัยที่ดึงดูดให้แรงงานไทยทุกช่วงวัยเข้าสู่การทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานและระดับทักษะ (Shirai, Leisz, Fox & Rambo, 2019)

2. คุณลักษณะทางเศรษฐกิจของแรงงานไทย

ผลการวิจัยพบว่า แรงงานไทยส่วนใหญ่ทำงานในภาคบริการ รองลงมาคือภาคอุตสาหกรรม คิดเป็นร้อยละ 63.5 และ 31.1 ตามลำดับ พบเพียงร้อยละ 5.4 ของแรงงานไทยที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานและระดับทักษะ ที่พบว่าแรงงานมีแนวโน้มทำงานภาคเกษตรกรรมลดลง และส่วนใหญ่มักเข้าสู่การทำงานภาคบริการเพราะมีโอกาสได้รับรายได้มากกว่าการทำงานทักษะสูง (OECD, 2017) ซึ่งการขยายตัวของภาคบริการสะท้อนความต้องการแรงงานที่ใช้ทักษะด้านความรู้ การสื่อสาร และเทคโนโลยี ซึ่งเป็นผลตอบแทนต่อทุนมนุษย์ที่สะสมไว้ของแรงงาน ทำให้แรงงานที่มีทุนมนุษย์สูงมีแนวโน้มเข้าสู่ภาคบริการมากขึ้น และยังพบว่า แรงงานไทยเป็นลูกจ้างเอกชน มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 72.9 ทั้งนี้ พบว่าแรงงานไทยมีชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์เฉลี่ย 44.7 ชั่วโมง (s.d. = 8.7) ซึ่งส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 84.8 ทำงานเป็นไปตามกฎหมายแรงงานกำหนด คือ ไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีบางส่วนร้อยละ 15.2 ที่ทำงานไม่เป็นไปตามกฎหมายแรงงานกำหนด คือ เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ อาจเป็นกลุ่มแรงงานที่ทำงาน

ทักษะต่ำที่ต้องการหารายได้เพิ่ม โดยพบว่าแรงงานไทยได้รับรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 15,404.3 บาทต่อเดือน (s.d. = 10,388.9 median = 12,000.0) ส่วนใหญ่ได้รับรายได้ต่อเดือนระหว่าง 9,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.8 รองลงมาคือสูงกว่า 15,001 บาทขึ้นไป ร้อยละ 29.1

3. ระดับทักษะของแรงงานไทย

ผลการวิจัยพบว่า แรงงานไทยส่วนใหญ่มีทักษะการทำงานทักษะต่ำและปานกลาง (ทักษะระดับที่ 1 และ 2 หมายถึง การปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันที่ใช้แรงงานกายเป็นหลัก เช่น งานเกี่ยวกับการทำความสะอาด ทำสวน เป็นต้น และการปฏิบัติงานที่สามารถอ่านข้อมูลสำหรับการบันทึกการทำงาน และสามารถคำนวณตัวเลขได้ เช่น คนขับรถเลขานุการ ดูแลเครื่องจักร เป็นต้น) คิดเป็นร้อยละ 75.1 อาจเป็นกลุ่มแรงงานที่ออกจากระบบการศึกษาก่อนกำหนด หรือไม่มีประสบการณ์การทำงานมาก เช่น แรงงานวัย generation Z ทำให้เป็นข้อจำกัดในการทำงานทักษะระดับที่สูงขึ้น ทั้งนี้ แรงงานไทยบางส่วนได้เข้าสู่การทำงานทักษะสูง (ทักษะระดับที่ 3 และ 4 หมายถึง การปฏิบัติงานที่เริ่มมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้ความสามารถทางด้านภาษาและตัวเลขระดับสูง เช่น ผู้จัดการร้าน ช่างเทคนิคคอมพิวเตอร์ ตัวแทนการขาย เป็นต้น และการปฏิบัติงานที่ต้องมีการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจยุ่งยากบนพื้นฐานทางทฤษฎี และความรู้ทางสาขาเฉพาะ ต้องมีความรู้ทางด้านภาษาและตัวเลขระดับสูงมาก เช่น ผู้วิเคราะห์ระบบคอมพิวเตอร์ ผู้จัดการฝ่ายการตลาด อาจารย์ เป็นต้น) คิดเป็นร้อยละ 24.9 อาจเพราะแรงงานที่อยู่ในช่วงวัยทำงานตอนกลางมีโอกาสนะสนับประสบการณ์และการเรียนรู้จากการทำงานมากกว่า ส่งผลให้มีระดับทุนมนุษย์และทักษะการทำงานสูงขึ้น (OECD, 2021)

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรรายคู่ของตัวแปรที่นำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ โดยตัวแปรทุกตัวมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่สูงเกิน 0.75 ดังนั้น จึงสามารถใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิได้ เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย ดังนี้

เพศชาย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงลบต่อระดับทักษะของแรงงานไทย โดยมีโอกาสทำงานในทักษะระดับสูง (ทักษะระดับที่ 3 และ 4) (Odd Ratio) = 0.535 หมายความว่า เมื่อแรงงานไทยเพศชายเข้าสู่การทำงาน มีโอกาสน้อยกว่าในการทำงานในทักษะระดับสูง 0.535 แสดงให้เห็นว่าแรงงานไทยเพศชายได้รับโอกาสน้อยกว่าเพศหญิง (กลุ่มอ้างอิง) ผลการวิจัยนี้สะท้อนความแตกต่างในการใช้ประโยชน์จากทุนมนุษย์ระหว่างเพศ โดยแรงงานเพศหญิงมีแนวโน้มเข้าสู่อาชีพภาคบริการที่ให้ผลตอบแทนต่อทักษะด้านการศึกษาและการสื่อสารสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Human Capital Theory (Doeringer & Piore, 1971) ที่ชี้ว่าผลตอบแทนจากทุนมนุษย์ขึ้นอยู่กับโครงสร้างตลาดแรงงาน และเป็นไปตามการวิจัยของ International Labour Organization (2022) ที่พบว่าแรงงานเพศหญิงมีโอกาทำงานทักษะระดับสูง โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่การทำงานภาคบริการซึ่งเป็นแบบแผนการทำงานในค่านิยมเดิมของเพศหญิง ขณะที่แรงงานเพศชายมีโอกาสได้ทำงานในภาคอุตสาหกรรมที่ใช้แรงงานกาย และเผชิญความเสี่ยงจากการทำงานมากขึ้น (Biswas et.al., 2021) ขณะเดียวกัน ผลวิจัยแตกต่างจากการวิจัยของ Ananian & Dellaferrera (2024) ที่พบว่าเพศหญิงมีความเหลื่อมล้ำมากกว่าเมื่อทำงานทักษะสูง

สถานภาพสมรสโสด เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อระดับทักษะของแรงงานไทย โดยมีโอกาสทำงานในทักษะระดับสูง (ทักษะระดับที่ 3 และ 4) (Odd ratio) = 1.534 หมายความว่า เมื่อแรงงานไทยที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสดเข้าสู่การทำงาน จะมีโอกาสทำงานในทักษะระดับสูง มากกว่าแรงงานไทยที่มีสถานภาพสมรส และเป็นหม้าย หย่า หรือ

แยกกันอยู่ (กลุ่มอ้างอิง) 1.534 เท่า เนื่องจากแรงงานที่เป็นโสดมีโอกาสและทางเลือกในการทำงานทักษะระดับสูง ขณะที่แรงงานที่สมรสหรือเคยสมรสอาจมีภาระค่าใช้จ่ายและต้องรับผิดชอบครอบครัว จึงไม่สามารถเลือกประเภทของงานในทักษะสูงได้เท่ากับแรงงานที่เป็นโสด (Sukanti & Sulistyaningrum, 2022)

เขตเมือง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงลบต่อระดับทักษะของแรงงานไทย โดยมีโอกาสทำงานในทักษะระดับสูง (ทักษะระดับที่ 3 และ 4) (Odd ratio) = 0.878 หมายความว่า เมื่อแรงงานไทยที่ทำงานในเขตเมืองเข้าสู่การทำงาน จะมีโอกาสน้อยกว่าแรงงานไทยที่ทำงานเขตชนบท (กลุ่มอ้างอิง) ในการทำงานในทักษะระดับสูง 0.878 เท่า ทั้งนี้อาจเพราะแม้เขตเมืองจะเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจ แต่การแข่งขันในตลาดแรงงานที่สูงอาจนำไปสู่ภาวะการทำงานต่ำกว่าระดับทักษะ (skill mismatch หรือ overeducation) ทำให้แรงงานจำนวนหนึ่งไม่สามารถใช้ทุนมนุษย์ของตนได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Rotz et al. (2019) ที่อธิบายว่าแม้ช่องว่างระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทจะลดลง แต่พื้นที่เขตชนบทบางพื้นที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าเขตเมือง จึงเป็นข้อจำกัดในการประกอบอาชีพทักษะสูง ทั้งนี้อาจเพราะการแข่งขันในเขตเมือง ที่แม้เป็นแหล่งโอกาสทางเศรษฐกิจแต่การทำงานทักษะสูงยังมีจำกัด ทำให้แรงงานทำงานในทักษะระดับต่ำหรือทักษะระดับปานกลางแทน ซึ่งอาจเป็นการทำงานที่ต่ำกว่าระดับการศึกษา

ภาคบริการ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อระดับทักษะของแรงงานไทย โดยมีโอกาสทำงานในทักษะระดับสูง (ทักษะระดับที่ 3 และ 4) (Odd ratio) = 1.936 หมายความว่า เมื่อแรงงานไทยได้เข้าสู่การทำงานในภาคบริการ จะมีโอกาสทำงานในทักษะระดับสูง มากกว่าแรงงานไทยที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมและภาคอุตสาหกรรม (กลุ่มอ้างอิง) 1.936 เท่า เป็นไปตามการวิจัยของณัฐณิธิ สวัสดิ์พานิชย์ ธนสิน ถนอมพงษ์พันธ์ และอรุณี ปัญญสวัสดิ์สุทธิ์ (2561) ที่พบว่าสถานการณ์การทำงานเริ่มมีการขับเคลื่อนของเศรษฐกิจภาคบริการ โดยเฉพาะการบริการในการท่องเที่ยว การขนส่ง การคมนาคม ที่ช่วยทำรายได้ให้กับประเทศ ซึ่งสัดส่วนของแรงงานที่ทำงานทักษะสูงจึงมีโอกาสดำเนินการภาคบริการมากขึ้น (Jongprasopchokchai, Sangnak, Poo-Udom, Supich & Srisawat, 2023)

ลูกจ้างเอกชน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงลบต่อระดับทักษะของแรงงานไทย โดยมีโอกาสทำงานในทักษะระดับสูง (ทักษะระดับที่ 3 และ 4) (Odd ratio) = 0.304 หมายความว่า แรงงานไทยที่เข้าสู่การทำงานเป็นลูกจ้างเอกชน จะมีโอกาสน้อยกว่าแรงงานไทยที่ทำงานเป็นลูกจ้างรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ (กลุ่มอ้างอิง) ในการทำงานในทักษะระดับสูง 0.304 เท่า สอดคล้องกับการวิจัยของ Abdallah, Coady & Jirasavetakul (2023) ที่พบว่าแรงงานไทยที่เข้าสู่การทำงานภาคเอกชนทำงานในทักษะระดับต่ำถึงปานกลาง และได้รับรายได้ที่น้อยกว่าแรงงานที่ทำงานในภาครัฐบาล ซึ่งอาจเป็นเพราะมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า (Pita & Torregrosa, 2023)

ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงลบต่อระดับทักษะของแรงงานไทย โดยมีโอกาสทำงานในทักษะระดับสูง (ทักษะระดับที่ 3 และ 4) (Odd ratio) = 0.983 หมายความว่า แรงงานไทยที่มีชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสทำงานในทักษะระดับสูงลดลง 0.983 หน่วย แสดงให้เห็นว่า แรงงานไทยที่มีชั่วโมงการทำงานสูงจะมีโอกาสน้อยกว่าแรงงานไทยที่มีชั่วโมงการทำงานต่ำในการทำงานทักษะระดับสูง สะท้อนการทำงานทักษะต่ำหรือปานกลางของแรงงานอาจไม่ได้รับรายได้ที่เพียงพอ จึงมีชั่วโมงการทำงานที่มากขึ้นเพื่อหารายได้ โดยเฉพาะหากแรงงานเข้าสู่การทำงานที่ต่ำกว่าระดับการศึกษาของตนเอง (Dong, Wang & Zhao, 2025)

รายได้ต่อเดือน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อระดับทักษะของแรงงานไทย โดยมีโอกาสทำงานในทักษะระดับสูง (ทักษะระดับที่ 3 และ 4) (Odd ratio) = 1.000 หมายความว่า แรงงานไทยที่มีรายได้ต่อเดือนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสทำงานในทักษะระดับสูงเพิ่มขึ้น 1.000 หน่วย ซึ่งรายได้ต่อเดือน เป็นสิ่งสะท้อนผลตอบแทนต่อทุนมนุษย์ (return

to human capital) และอาจเป็นแรงงานไทยที่ได้ทำงานสอดคล้องกับระดับการศึกษาในทักษะระดับสูง หรือมีประสบการณ์การทำงานมาก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้แรงงานมีโอกาสได้รับรายได้ต่อเดือนที่มากขึ้น (Hung, 2020)

ทั้งนี้ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์สามารถอธิบายการผันแปรของระดับทักษะของแรงงานไทยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอธิบายได้ร้อยละ 51.8 ($R^2 = 0.518$) (ตารางที่ 1)

จากผลการวิจัย พบว่าระดับทักษะของแรงงานเป็นผลลัพธ์ของการสะสมความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์การทำงานที่เกิดจากการลงทุนด้านการศึกษา การฝึกอบรม และการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงาน ซึ่งส่งผลต่อโอกาสในการเข้าสู่การทำงานที่ใช้ทักษะระดับสูงและได้รับผลตอบแทนที่แตกต่างตามแนวคิดทุนมนุษย์ (Human Capital Theory) อย่างไรก็ตาม โอกาสในการสะสมทุนมนุษย์ของแรงงานไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเท่าเทียมกัน เนื่องจากยังขึ้นอยู่กับบริบทของตลาดแรงงาน เช่น เขตที่อยู่อาศัย ภาคเศรษฐกิจ และรูปแบบการจ้างงาน ซึ่งกำหนดโอกาสในการเข้าถึงงานและการพัฒนาทักษะของแรงงานแต่ละกลุ่ม ขณะเดียวกัน ลักษณะทางประชากรศาสตร์ รวมถึงช่วงวัยของแรงงานหรือ generation สามารถสะท้อนความแตกต่างของระยะเวลาและโอกาสในการสะสมทุนมนุษย์ได้

เป็นที่น่าสังเกตว่า พื้นที่ภูมิภาคกรุงเทพฯ และปริมณฑล ไม่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจสะท้อนว่าการสะสมทุนมนุษย์ของแรงงานในปัจจุบันไม่ได้ขึ้นอยู่กับที่ตั้งทางภูมิศาสตร์เพียงอย่างเดียว ตามแนวคิดทุนมนุษย์ที่เสนอว่าระดับทักษะเป็นผลจากการลงทุนด้านการศึกษา ประสบการณ์ และโอกาสในการทำงานของบุคคล (Becker, 1964) มากกว่าลักษณะพื้นที่อยู่อาศัย การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัล และการเชื่อมโยงของตลาดแรงงานทำให้แรงงานในพื้นที่นอกเขตเมืองสามารถเข้าถึงโอกาสการทำงานและการพัฒนาทักษะได้มากขึ้น ส่งผลให้ความแตกต่างด้านระดับทักษะระหว่างพื้นที่ลดลง ผลดังกล่าวสะท้อนลักษณะ urban skill polarization ที่แม้พื้นที่เมืองมีโอกาสทางเศรษฐกิจสูง แต่การกระจายงานทักษะสูงและต่ำเกิดขึ้นพร้อมกัน ทำให้เขตที่อยู่อาศัยเพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายระดับทักษะแรงงานได้ (Autor, Levy, & Murnane, 2003) ทั้งนี้ปัจจุบันโครงสร้างของตลาดแรงงานเกิดการกระจายตัวในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการในทุกพื้นที่ ทำให้โอกาสการจ้างงานของแรงงานไทยเกิดการกระจายตัวทุกพื้นที่ทั้งการทำงานทักษะต่ำหรือปานกลางและทักษะสูง ดังนั้น ตำแหน่งงานทักษะสูงจึงไม่ได้กระจุกตัวอยู่เพียงเขตพื้นที่ศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการวิจัยของ OECD (2018) ที่พบว่า ระบบเศรษฐกิจในประเทศไทยได้เกิดการพัฒนาของเมืองรองและการกระจายเศรษฐกิจไปภูมิภาคพื้นที่อื่นๆ ในภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ โดยเฉพาะบริการท่องเที่ยว ทำให้แรงงานมีโอกาสที่หลากหลายมากขึ้นและไม่ต้องเข้าสู่เขตพื้นที่ศูนย์กลางเพื่อทำงานทักษะสูง แต่สามารถกระจายตัวการทำงานทักษะสูงสู่พื้นที่ภูมิภาคอื่นๆ ได้เช่นเดียวกัน

ตาราง 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย

ตัวแปร (N = 39,273 คน)	B	s.e.	sig.	Exp (B)	95% CI	
					lower	upper
คุณลักษณะทางประชากรของแรงงานไทย						
เพศชาย ⁽¹⁾	-0.625	0.032	0.001	0.535	0.503	0.569
สถานภาพสมรสโสด ⁽²⁾	0.428	0.032	0.001	1.534	1.440	1.634
เขตเมือง ⁽³⁾	-0.130	0.033	0.001	0.878	0.824	0.936
กรุงเทพฯ และปริมณฑล ⁽⁴⁾	-0.022	0.041	0.586	0.978	0.902	1.060
คุณลักษณะทางเศรษฐกิจของแรงงานไทย						

ตัวแปร (N = 39,273 คน)	B	s.e.	sig.	Exp (B)	95% CI	
					lower	upper
ภาคบริการ ⁽⁵⁾	0.661	0.041	0.001	1.936	1.788	2.098
ลูกจ้างเอกชน ⁽⁶⁾	-1.191	0.040	0.001	0.304	0.281	0.329
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์	-0.018	0.002	0.001	0.983	0.978	0.987
รายได้ต่อเดือน	0.000	0.000	0.001	1.000	1.000	1.000
ค่าคงที่	-2.191	0.104	0.001	0.112		

-2 Log Likelihood = 27476.263

Nagelkerke R² = 0.518

chi-square = 16997.331, df. = 8.0, sig. = 0.001

หมายเหตุ กลุ่มอ้างอิง ได้แก่ ⁽¹⁾เพศหญิง ⁽²⁾สถานภาพสมรส และเป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ ⁽³⁾เขตชนบท ⁽⁴⁾ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ⁽⁵⁾ภาคเกษตรกรรมและภาคอุตสาหกรรม ⁽⁶⁾ลูกจ้างรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทย ภายใต้กรอบแนวคิดทุนมนุษย์ (Human Capital Theory) ซึ่งอธิบายว่าระดับทักษะของแรงงานเป็นผลลัพธ์ของการสะสมความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์การทำงานของบุคคล ภายใต้โครงสร้างโอกาสในตลาดแรงงาน ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจของแรงงาน ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ภาคการผลิต สถานภาพการทำงาน ชั่วโมงการทำงาน และรายได้ต่อเดือน มีอิทธิพลต่อระดับทักษะของแรงงานไทยอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการเข้าสู่การทำงานที่ใช้ทักษะสูงมิได้ขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับโอกาสในการสะสมและใช้ประโยชน์จากทุนมนุษย์ในตลาดแรงงานที่แตกต่างกัน

ขณะเดียวกัน ผลการวิจัยที่ไม่พบอิทธิพลของพื้นที่ภูมิภาครุงเทพฯ และปริมณฑลต่อระดับทักษะแรงงาน อาจสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างตลาดแรงงานไทยที่โอกาสในการพัฒนาทักษะมิได้กระจุกตัวอยู่เฉพาะเขตเมืองอีกต่อไป รวมถึงลักษณะของตลาดแรงงานในกรุงเทพฯ และปริมณฑลเมือง ที่ประกอบด้วยทั้งงานทักษะสูงและงานทักษะต่ำควบคู่กัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการกระจายตัวของทักษะแรงงานในเขตเมือง (urban skill polarization) ส่งผลให้ระดับทักษะของแรงงานไม่แตกต่างอย่างชัดเจนตามเขตที่อยู่อาศัยเมื่อควบคุมปัจจัยด้านเศรษฐกิจและการจ้างงาน นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าในมิติเรื่องเพศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) เนื่องจากพบว่าเพศหญิงมีโอกาสได้ทำงานทักษะระดับสูงมากกว่า สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของตลาดแรงงาน อย่างไรก็ตาม สะท้อนถึงความเสี่ยงของเพศชายที่มากขึ้นด้วยเช่นเดียวกัน

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการยกระดับทักษะแรงงานไทยควรมุ่งเน้นการเพิ่มโอกาสในการสะสมทุนมนุษย์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการส่งเสริมการฝึกอบรมในสถานประกอบการ การพัฒนาทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการของภาคเศรษฐกิจ และการสร้างเสถียรภาพในการจ้างงาน ซึ่งจะช่วยให้แรงงานพัฒนาทักษะผ่านประสบการณ์การทำงานได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ นโยบายพัฒนาทักษะแรงงานไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะพื้นที่เมืองขนาดใหญ่ แต่ควรส่งเสริมการเข้าถึงโอกาสการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะในทุกภูมิภาค รวมถึงการพัฒนาทักษะของแรงงานเพศชาย เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านโอกาสในการสะสมทุนมนุษย์ของแรงงาน นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการฝึกอบรมทักษะของแรงงาน



ที่สอดคล้องกับความต้องการของสถานประกอบการ เพื่อเปิดโอกาสให้แรงงานในทุกพื้นที่ทั้งเขตเมืองและเขตชนบทในทุกภูมิภาคได้ทำงานที่ตรงกับความสามารถ ซึ่งจะเป็นโอกาสให้แรงงานได้สะสมประสบการณ์ในทักษะที่สอดคล้องและพัฒนาสู่ทักษะสูงได้ดียิ่งขึ้น

สำหรับข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยด้านคุณภาพการศึกษา การฝึกอบรมเฉพาะทาง และทักษะดิจิทัลของแรงงาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของทุนมนุษย์ในเศรษฐกิจยุคดิจิทัล รวมถึงการใช้ข้อมูลแบบภาคตัดขวางหลายช่วงเวลา (panel data) เพื่ออธิบายพลวัตของการสะสมทุนมนุษย์และการเคลื่อนย้ายของแรงงานระหว่างระดับทักษะได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง แบบแผนการทำงานและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของแรงงานไทยต่างรุ่นวัย ปี 2564-2567 ได้รับการสนับสนุนข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2567 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้ ทั้งนี้ ขอขอบพระคุณศูนย์บริการแรงงานและการย้ายถิ่นระหว่างประเทศ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนแหล่งเรียนรู้ตลอดการดำเนินการวิจัย นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่รับรองการวิจัยจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE683341

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงแรงงาน. (2566). รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลอุปสงค์และอุปทานแรงงาน ระดับประเทศ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงแรงงาน.
- กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2563). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความเสมอภาคระหว่างเพศ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- จงจิตต์ ฤทธิรงค์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, พิมลพรรณ นิติย่นรา และณัฐนิชา ลอยฟ้า. (2565). โครงการความคาดหวังการวางแผนและการเตรียมตัวของประชากรวัยทำงานต่างรุ่นอายุ และรูปแบบการอยู่อาศัยต่อชีวิตในวัยสูงอายุ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- ณัฐนพิน สวัสดิ์พานิชย์ ธนสิน ถนอมพงษ์พันธ์ และอรุณี ปัญญสวัสดิ์สุทธิ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อผลิตภาพการผลิตรวมในภาคบริการของประเทศไทย. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 19 (หน้า 972-980). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประกาศคณะกรรมการค่าจ้าง พ.ศ. 2567. (27 ธันวาคม 2567). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 141 ตอนพิเศษ 359ง, 1-2.
- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541. (20 กุมภาพันธ์ 2541). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 115 ตอนที่ 8ก, 1-44.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). ความเสมอภาคระหว่างเพศของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ: จากในเบลทางเศรษฐกิจสู่สังคม ถึงข้อมูลจุลภาคอุตสาหกรรมการผลิตไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2567. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2540). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สามลดา.



- Abdallah, C., Coady, D. & Jirasavetakul, L.F. (2023). *Public-Private Wage Differentials and Interactions Across Countries and Time*. International Monetary Fund.
- Acemoglu, D., & Pischke, J. S. (1999). The structure of wages and investment in general training. *Journal of Political Economy*, 107(3), 539–572.
- Ananian, S., & Dellaferrera, G. (2024). *Employment and wage disparities between rural and urban areas*. Geneva: International Labour Organization.
- Autor, D. H., Levy, F., & Murnane, R. J. (2003). The skill content of recent technological change. *Quarterly Journal of Economics*, 118(4), 1279–1333.
- Biswas, A., Harbin, S., Irvin, E., Johnston, H., Begum, M., Tiong, M., Apedaile, D., Koehoorn, M. & Smith, P. (2021). Sex and Gender Differences in Occupational Hazard Exposures: a Scoping Review of the Recent Literature. *Current Environmental Health Reports*, 8(4), 267-280.
- Doeringer, P. B., & Piore, M. J. (1971). *Internal labor markets and manpower analysis*. Lexington, MA: Heath.
- Dong, W., Wang, Y. & Zhao, T. (2025). The Perception of Labor Control and Employee Overtime Behavior in China: The Mediating Role of Job Autonomy and the Moderating Role of Occupational Value. *Behavioral Sciences*, 15(5), 691.
- Electronic Transactions Development Agency. (2022). *Thailand internet user behavior 2022*. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society.
- Glaeser, E. L., & Maré, D. C. (2001). Cities and skills. *Journal of Labor Economics*, 19(2), 316–342.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2018). *Multivariate data analysis* (8th ed.). London, England: Cengage Learning EMEA.
- Hung, V. V. (2020). The impact of education on household income in rural Vietnam. *International Journal of Financial Studies*, 8(1), 11.
- International Labour Organization. (2012). *International standard classification of occupations*. Geneva, Switzerland: International Labour Office.
- International Labour Organization. (2022) *Global employment trends for youth 2022*. Geneva, Switzerland: International Labour Office.
- Jongprasopchokchai, C., Sangnak, D., Poo-Udom, A., Supich, A. & Srisawat, T. (2023). Factors in choosing to work with multinational companies Generation Z. *Journal of Liberal Arts and Service Industry*, 6(2), 421-440.
- Malik, S. & Shahid, S. (2024). From differences to strengths: strategies for embracing generational diversity at workplace. *Development and Learning in Organizations: An International Journal*, 38(3), 11-14.
- Mannheim, K. (1952). *The Problem of Generations*. London, England: Routledge and Kegan Paul.
- Naliaka, N.D. & Ngui, T. (2024). Generational Differences and Skills Mismatch Levels in Multigenerational Workforces. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*, 8(7), 2035-2043.



- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Youth aspirations and the reality of jobs in developing countries*. Paris, France: OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *Multi-dimensional review of Thailand*. Paris, France: OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021a). *OECD employment outlook 2021*. Paris, France: OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021b). *Thailand's education system and skills imbalances: Assessment and policy recommendations*. Paris, France: OECD Publishing.
- Pita, C. & Torregrosa, R.J. (2023). The Education-Job Satisfaction Paradox in the Public Sector. *Public Organization Review*, 23(4), 1717-1735.
- Rittirong, J., Chamchan, C., Nitnara, P. & Loyfah, N. (2022). *Expectation, plan, and preparation of the working-age across generations and living arrangements towards livelihood in the old-age*. Bangkok, Thailand: Institute for Population and Social Research.
- Rotz, S., Gravely, E., Mosby, I., Duncan, E., Finnis, E., Horgan, M., LeBlanc, J., Martin, R., Neufeld, H.T., Nixon, A., Pant, L., Shalla, V. & Fraser, E. (2019). Automated pastures and the digital divide: How agricultural technologies are shaping labour and rural communities. *Journal of Rural Studies*, 68, 112-122.
- Schultz, T. W. (1961). Investment in human capital. *American Economic Review*, 51(1), 1–17.
- Shirai, Y., Leisz, S., Fox, J. & Rambo, A.T. (2019). Commuting distances to local non-farm workplaces and out-migration: The case of Northeast Thailand. *Asia Pacific Viewpoint*, 60(3), 280-295.
- Sukanti, N. & Sulistyaningrum, E. (2022). Mismatch effect between education, workers, and occupations on the labor market in Indonesia. *Southeast Asian Journal of Economics*, 10(3), 103-133.
- Wang, X., Huang, Y., Zhao, Y. & Feng, J. (2023). Digital Revolution and Employment Choice of Rural Labor Force: Evidence from the Perspective of Digital Skills. *Agriculture*, 13(6), 1260.
- Yeung, W.J. & Yang, Y. (2020). Labour Market Uncertainties for Youth and Young Adults: An International Perspective. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 688(1), 7-19.
- Zhao, X., Wu, D., & Wang, L. (2025). Wage Effect and Workers' Skill Mismatch: Paths and Mechanisms. *SAGE Open*, 15(1). 1-18.



Settlement Intentions of Second-Generation Migrants from Myanmar in Thailand

By

Pyone Thidar Aung^{*} and Ruttiya Bhula-Or[†]

^{*} Ph.D. candidate, College of Population Studies, Chulalongkorn University

[†] Associate Professor, College of Population Studies, Chulalongkorn University



Abstract

Migration research has traditionally emphasized first-generation migrants and the childhood outcomes of their descendants, leaving the lived experiences and settlement intentions of working-age second-generation migrants comparatively underexplored. This gap is especially pronounced in Southeast Asia, where restrictive migration regimes, limited pathways to citizenship, and prolonged legal precarity profoundly shape migrants' life chances. At the theoretical level, segmented assimilation theory has mainly been developed in Western countries and has not been widely applied to societies where migrants face long-term legal insecurity and lack access to citizenship.

Addressing these empirical and theoretical gaps, this study examines the settlement intentions of working-age second-generation migrants from Myanmar in Thailand through the lens of segmented assimilation theory. The study draws on systematic thematic analysis of in-depth narrative interviews with 20 participants representing diverse educational pathways across Myanmar, migrant, and Thai schooling systems.

Findings reveal that settlement intentions are multiple and non-linear rather than oriented toward permanent incorporation in Thailand. Despite high levels of cultural and social assimilation, long-term settlement plans remain constrained by legal precarity and uneven economic incorporation. Educational attainment, parental background, and place-based opportunity structures interact to produce divergent, segmented pathways of incorporation. These results highlight the decisive role of legal contexts and migration experiences in shaping second-generation trajectories within non-citizenship regimes.

Keywords: assimilation, Myanmar migrants in Thailand, qualitative interview, second-generation migrants, settlement intentions



Settlement Intentions of Second-Generation Migrants from Myanmar in Thailand

Introduction

International migration has expanded significantly over the past five decades (IOM, 2024), reshaping demographic structures and generating growing second-generation populations worldwide. While extensive scholarship in Europe and the United States has examined the integration and mobility outcomes of second-generation migrants (Crul, 2024), research in Southeast Asia remains limited. This gap restricts the broader applicability of dominant assimilation theories, which are largely based on Western contexts with more institutionalized pathways to citizenship. In contrast, migration regimes in Southeast Asia differ considerably, particularly in terms of citizenship access, legal precarity, and labor market incorporation. These differences make the region an important setting for reexamining core assumptions about migrant integration and mobility.

Thailand constitutes a critical yet understudied site for theorizing second-generation incorporation. As a major migration hub in Southeast Asia, it hosts millions of migrant workers, the majority from Myanmar (UNDP, 2023). Migration flows intensified after 1988 (Chantavanich & Vungsiriphal, 2012) and increased further following the 2021 military coup, producing a substantial second-generation population born or raised in Thailand. Although some have acquired Thai citizenship, many remain in conditions of prolonged legal insecurity despite long-term residence and schooling. This generates a structurally ambivalent incorporation context in which social integration through Thai institutions does not automatically translate into formal membership.

Existing studies in Thailand have predominantly focused on migrant children under the age of 18, particularly in relation to educational access, belonging, and child protection in border provinces. More recently, attention has expanded to working-age populations. For example, Kokpae et al. (2021) examine the economic assimilation of second-generation Myanmar migrant workers in Samut Sakhon Province (Kokpae, 2020), while Pisith Nasee (2021) explores the adaptation of second-generation Shan youth through education (Nasee, 2021).

While these studies provide an important foundation for understanding migrant integration—particularly in economic and educational terms—they largely emphasize assimilation processes. As a result, migrants' long-term settlement intentions and future trajectories remain underexplored. Although prior research offers valuable insights into integration outcomes in key industrial areas, it tends to prioritize economic incorporation, with comparatively less attention to how economic and educational experiences jointly shape migrants' aspirations, perceived opportunities, and decisions about long-term settlement.

Building on this literature, there is scope to examine how geographical contexts—such as border, non-border, and metropolitan areas—shape migrants' experiences, particularly at key life-course transitions. Accordingly, this study investigates the settlement intentions of working-age second-generation Myanmar

migrants across diverse settings in Thailand, with particular attention to the role of education in shaping life opportunities and long-term decisions.

To address these questions, the study applies segmented assimilation theory. Originally developed in Western contexts, this framework outlines multiple pathways of second-generation incorporation, including upward assimilation, downward assimilation, and selective acculturation. However, it pays limited attention to contexts where citizenship is structurally restricted and legal incorporation is decoupled from cultural integration. By applying this framework to such a context, this study examines how patterns of segmented assimilation unfold under conditions of legal uncertainty, and how different incorporation pathways—whether upward, downward, or selective—may shape migrants' settlement intentions.

Migration setting in Thailand

Thailand has served as a primary destination for migrants from Myanmar for more than three decades, driven by geographic proximity, long-standing cross-border mobility, and sustained labor demand. By 2023, approximately 2.5 million Myanmar migrants were residing in Thailand (UNDP, 2023). This prolonged migration has produced a substantial second-generation population, although precise figures remain uncertain. Estimates over the past decade suggest that between 300,000 and 600,000 migrant children have lived in Thailand (Chulalongkorn University & UNICEF Thailand, 2022; Dowding, 2014).

Education has emerged as a central arena shaping migrant incorporation. Migrant families navigate among Thai government schools, Migrant Learning Centers (MLCs), and non-formal education programs. Research by Li (2018) and Chamchan (2019) demonstrates that educational choices are closely linked to migration intentions and future aspirations. Families planning long-term settlement in Thailand often enroll their children in Thai formal schools to facilitate Thai language acquisition, social integration, and potential access to legal documentation and citizenship pathways. In contrast, families intending to return to Myanmar tend to favor MLCs, where curricula are more aligned with Myanmar's educational system and cultural framework. These schooling decisions significantly influence identity formation, as children educated in Thai schools are more likely to identify with Thai society, while those educated in Myanmar-oriented systems often maintain stronger attachments to their country of origin (Chamchan, 2019; Li, 2018).

Chamchan and Ahipornchaisakul (2019) further show that many migrant families express intentions to remain in Thailand rather than return, though connections to Myanmar remain influential, particularly among those who maintain regular cross-border ties. Previous studies have primarily focused on migrant children under 18, especially in border provinces such as Ranong and Tak, examining education and identity development. However, there remains limited research on second-generation migrants who have reached working age and are actively making long-term settlement decisions.

Addressing this gap, the present study examines working-age second-generation migrants of Myanmar origin, analyzing how educational trajectories, intergenerational capital, legal status, and identity formation interact to shape settlement intentions. This inquiry is especially timely given ongoing political instability in



Myanmar, renewed conscription enforcement, and increasing regulatory pressures on migrant institutions in Thailand. A clearer understanding of the settlement trajectories of this population is therefore critical for informing policies related to integration, labor markets, and Thailand–Myanmar transnational relations.

Theoretical background

Segmented assimilation theory, developed by Portes and Zhou (1993) and further elaborated by Portes and Rumbaut (2001), challenges linear models of immigrant integration by proposing that second-generation incorporation follows divergent pathways (Portes & Zhou, 1993). Rather than assuming inevitable upward mobility, the framework identifies three potential trajectories: upward incorporation into the socioeconomic mainstream, downward incorporation into marginalized sectors, and selective acculturation, in which economic mobility is achieved alongside the retention of ethnic resources.

Central to this framework are intergenerational resources and the context of reception. Parental education, family stability, and expectations shape children's educational attainment, while state policies, labor market structures, and societal attitudes condition the opportunities available to them. Incorporation is therefore not simply an individual achievement but a structurally mediated process.

Applying this perspective to migrants of Myanmar origin in Thailand allows examination of incorporation in a setting where access to education may be partially available, yet legal membership remains uncertain. This context provides an opportunity to assess how educational mobility, family support, and legal precarity interact to produce differentiated settlement orientations. By situating second-generation experiences within this framework, the study evaluates how incorporation unfolds when social integration and formal citizenship are not fully aligned.

Objectives

The study aims to understand the settlement intentions of working age (aged 18-60 years) second-generation Myanmar migrants focusing on difference across ages groups and geographical location. It also explores their self-perceived assimilation to both Myanmar and Thai society through their language proficiency and participation in education system. Second-generation in this study refers those who were born and raised in Thailand to one or two first-generation migrant parents, as well as those who entered Thailand before the age of 12 with their first-generation migrant parent(s) and have spent most of their lives in Thailand.

Research Method

This study aims to examine the long-term settlement intentions of working-age (18–60 years) second-generation Myanmar migrants, with particular attention to variations across age cohorts and geographical contexts. It explores participants' self-perceived assimilation into both Myanmar and Thai societies, focusing on dimensions such as language proficiency, educational trajectories, and social participation. In doing so, the study further investigates how these factors shape their intentions regarding long-term settlement.



The research employed a qualitative design focusing on working-age second-generation Myanmar migrants residing in three provinces in Thailand: Ranong (border area), Samut Sakhon (non-border industrial area), and Bangkok (metropolitan area). These sites were selected purposively to capture variation in migration regimes, labor market structures, and educational opportunities across border, industrial, and metropolitan contexts. This comparative design enables analysis of how geographical location and educational pathways shape life conditions, assimilation processes, and long-term settlement intentions.

Data were collected using semi-structured narrative interviews guided by a systematically developed interview protocol. The interview guideline covered the following domains:

- (1) General information and legal status (e.g., possession of birth certificates or local residence permits),
- (2) family background (e.g., parental occupations and time of arrival in Thailand),
- (3) migration history (e.g., place of birth and length of stay in Thailand),
- (4) transcultural experiences (e.g., the role of language in interactions with Thai nationals),
- (5) trans local relations (e.g., financial remittances, visits to and from Myanmar),
- (6) coexistence with Thai and Myanmar communities (e.g., frequency and quality of interactions, experiences of discrimination, Difficulties, challenges, opportunity),
- (7) sense of belonging,
- (8) life inspiration and long-term settlement plans
- (9) Perspectives on Improving the Lives of Second-Generation Migrants in Thailand.

Population and recruitment

Purposive sampling was initially employed to recruit working-age (18–60 years) second-generation Myanmar migrants residing in the three selected provinces who met the study's inclusion criteria. Participants were eligible if they: (1) had at least one parent born in Myanmar; (2) were either born in Thailand or had migrated to Thailand before the age of 12; and (3) had spent more than half of their lives in Thailand. This approach also aimed to ensure diversity across key characteristics. It was complemented by snowball sampling, whereby initial participants referred other eligible individuals, facilitating access to wider networks within the community.

To capture diverse incorporation trajectories, the sampling strategy emphasized maximum variation in age, gender, and educational background. This included individuals with diverse educational experiences, such as those who attended only Thai formal schools, those educated in Myanmar, those who studied exclusively in migrant education centers, as well as those with hybrid educational trajectories spanning two or more of these systems. However, achieving an exact balance in participant numbers across provinces was not feasible; nevertheless, the overall sample reflected diverse educational backgrounds.

Participants were identified through coordination with non-governmental organizations, local foundations, and community networks. Using purposive sampling, individuals who met the inclusion criteria



were selected to ensure diversity in age, gender and education background. Following initial identification, eligible participants were contacted directly. The research provided detailed information about the study's objectives and procedure including the use of audio recording, and obtained consent prior to scheduling interview at participants' convenience.

The final sample comprised 20 participants: 8 from Bangkok, 7 from Ranong, and 5 from Samut Sakhon. Interviews were conducted both in person and via online calls, depending on participants' availability and preference. Recruitment was facilitated through coordination with non-governmental organizations, local foundations, and community networks, complemented by direct community outreach in migrant-populated areas to broaden access beyond institutional gatekeepers.

Interviews lasted between 40 and 60 minutes. All interviews were conducted in Thai or Burmese according to participants' preference. As the researcher is professionally fluent in both languages, no interpreter was required, thereby reducing risks of meaning distortion and enhancing data reliability.

Data collection and analysis

The qualitative study was conducted by the researcher under the supervision of a research advisor who provided guidance and support through-out the entire research process. The data were collected using narrative guideline-based interviews techniques which is suitable for exploratory research on personal transformation and their intention. Most in-person interviews were conducted in coffee shops, while phone interviews were arranged at times convenient for the key informants. Data collection took place between September 2025 to January 2026.

The semi-structured narrative interview guideline was developed to explore participants' perceptions of assimilation, attitudes toward social and cultural integration, and sense of belonging to both Thai and Myanmar societies. The interviews further examined how legal status, family background, migration history, transcultural experiences, trans local ties, community coexistence, future aspirations shape the everyday lives and long-term settlement intentions of second-generation of migrants in Thailand.

The study received ethical approval from the Research Ethics Review Committee for Research Involving Human Participants, Group 1, Chulalongkorn University. All procedure adhered to established research ethics standards, including voluntary informed consents, protection of privacy and confidentiality, minimization of potential harm, respect for participants' right to withdraw without penalty, and secure data management.

The interview data were analyzed using systematic thematic approach, focusing on participants' educational background, legal status, lived experiences, language skills, aspirations, attitudes toward Thai and Myanmar societies, self-perceived assimilation and long-term settlement intentions. All interviews were carefully transcribed and read repeatedly to ensure familiarity with data. Initial codes were generated inductively, guided by the research questions. Related codes were then grouped into broader categories, and recurring pattern across participants were developed into broader categories, and recurring patterns across participants were

developed into overarching themes. These themes were reviewed and refined to ensure coherence and analytical clarity, with attention to how structural conditions and personal agency shaped everyday experience and future aspiration.

Interview data were analyzed using a systematic thematic analysis informed by both inductive coding and sensitizing concepts derived from segmented assimilation theory. All interviews were transcribed verbatim and reviewed repeatedly to ensure data familiarization. Initial codes were generated inductively in alignment with the research questions. Related codes were subsequently grouped into broader analytical categories, and recurring patterns across participants were synthesized into overarching themes. To enhance analytical rigor, coding decisions were documented systematically, and emerging themes were iteratively reviewed to ensure internal coherence, conceptual clarity, and consistency across cases. Particular attention was given to the interaction between structural constraints (e.g., legal status and labor market conditions) and individual agency in shaping everyday experiences and future aspirations.

Result and discussion

Overview of participants characteristics

There are 20 participants residing in three major migrant-receiving provinces in Thailand: Samut Sakhon, Bangkok, and Ranong. The gender distribution is 9 male and 11 female. The range in age is 19 to 38 years with the most in their twenties. They represent diverse ethnic backgrounds, including Burmese, Mon, Karen, Shan and mixed identities such as Burmese-Karen and Thai-Karen. And their legal status also varies including Myanmar passport holders, 10 years residential cards issued by Thai government, and Thai citizens. Six of the 20 participants were born in Myanmar, while the remaining 14 were born in Thailand. Eight of the 20 participants completed university-level education in Thai institutions, including two who graduated from international programs. Three participants attained a Thai high school qualification, and two completed diploma-level education.

Most participants are bilingual and Thai language proficiency is generally high across all locations. This reflected that strong cultural and linguistic assimilation/integration. Thai language is the most preferable language for interview as many participants expressed that they explained that they found that it is easier to express and describe themselves in Thai compared to Burmese language.

Thematic analysis

This section presents findings from the thematic analysis of participants' demographic characteristics and socio-educational backgrounds across Bangkok, Ranong, and Samut Sakhon. The analysis identified four interrelated themes: (1) Educational mobility and future aspirations, (2) Linguistic assimilation/integration and sense of belonging, and (3) Intergenerational educational capital, and (4) Identity formation and flexible settlement intentions.



Educational mobility and future aspirations

the findings indicate three primary educational trajectories.

1. The Thai formal education system
2. The Myanmar national education system
3. Migrant Learning Centers (MLCs), sometimes combined with Thai formal or informal schooling

Among participants in their twenties, most had completed high school or university education, whereas older participants generally reported lower levels of educational attainment. Participants residing in Bangkok tended to have higher educational qualifications. Notably, some individuals who grew up in Ranong later migrated to Bangkok in pursuit of expanded educational opportunities, suggesting that internal mobility within Thailand plays a significant role in shaping educational advancement.

Participants educated entirely within the Thai formal education system generally reported higher levels of Thai language proficiency, greater familiarity with Thai cultural norms, and a stronger sense of identification with Thai society. Their educational pathways often provided expanded access to higher education institutions, vocational certifications, and formal employment opportunities within Thailand. Consequently, many individuals in this group articulated aspirations aligned with upward social mobility in Thai society, including professional careers, university attainment, and long-term settlement or legal integration. However, participants with entrepreneurial orientations often expressed aspirations for transnational mobility, viewing cross-border engagement as a strategic means of expanding economic opportunities.

In contrast, participants educated exclusively within the Myanmar national education system tended to demonstrate stronger identification with Myanmar and linguistic dominance in Burmese. Their future aspirations were more frequently oriented toward opportunities connected to Myanmar. For some, mobility was framed not as permanent settlement in Thailand but as circular or return migration, reflecting sustained emotional, cultural, and national attachments to their country of origin.

Participants who attended Migrant Learning Centers (MLCs) often described hybrid educational experiences that combined elements of the Myanmar curriculum, Thai informal education, and transnational mobility. This group exhibited the most complex forms of identity positioning, frequently articulating hybrid senses of belonging that spanned both Thailand and Myanmar.

Exposure to multiple educational systems appears to foster broader aspirational horizons. Participants with hybrid schooling backgrounds often developed higher levels of adaptability, cross-cultural competence, and strategic navigation skills, which they perceived as valuable assets for future socio-economic mobility. At the same time, structural constraints—such as documentation status, financial limitations, and the recognition of academic credentials—mediated the extent to which these aspirations could be realized.

Overall, the findings demonstrate that educational trajectories shape not only present competencies but also the ways in which young migrants imagine their futures, negotiate belonging, and position themselves within both national and transnational spaces.



Linguistic assimilation/integration and sense of belonging

Language proficiency among participants is generally high and strongly reflects their educational exposure. Thai proficiency is consistently strong across all locations, including among those born in Myanmar. Several respondents—especially those with university-level education or professional employment such as translators or teachers—also report functional or strong English proficiency.

Patterns of language use closely correspond with educational background. Participants educated in Thailand tend to demonstrate stronger Thai proficiency, while those educated in Myanmar show stronger Burmese proficiency. Individuals who attended Migrant Learning Centers (MLCs) typically exhibit more balanced bilingualism across Thai and Burmese.

Multilingual competence appears to enhance occupational mobility. Participants with strong bilingual or multilingual skills are more likely to access positions such as translator, language teacher, or paralegal. In this context, language functions not only as cultural capital but also as economic capital within the labor market.

Overall, language operates across three key dimensions: (1) integration/assimilation into Thai society through Thai proficiency, (2) cultural continuity through Burmese and ethnic languages, and (3) global mobility through English. However, linguistic integration alone does not necessarily predict identity alignment.

Intergenerational educational capital

Most participants originate from families with limited educational capital. The majority report that their parents attained only primary or secondary education. Only a small number of participants come from families with university-educated parents. This indicates relatively low levels of inherited educational capital within the first migrant generation.

Many parents have resided in Thailand for more than two decades, yet structural constraints continue to shape their lives. Some face documentation renewal limitations due to the age cap of 55 years, reflecting ongoing precarity. These structural challenges further restrict parents' capacity to provide institutional or academic support to their children.

Despite these constraints, a significant number of participants have surpassed their parents' educational attainment, with several completing high school and progressing to university-level education. This pattern reflects clear upward intergenerational mobility. While financial support plays an important role in educational success, participants' narratives also emphasize the significance of parental love, care, and encouragement. Even in the absence of strong educational backgrounds, emotional support from parents emerges as a meaningful form of familial capital that contributes to academic persistence and achievement.

Participants followed diverse educational pathways. Some received exclusively Thai formal education, while others combined Thai formal and non-formal systems. A number pursued migrant education exclusively, and some experienced a combination of migrant and non-formal education. Others were educated solely in Myanmar, while a few combined Myanmar schooling with Thai formal education. These varied trajectories



demonstrate the adaptive strategies migrant families employ to navigate educational access across borders and systems.

Burmese language retention also varies by family background, yet a notable pattern emerges: participants from families with lower parental education who achieve higher personal educational attainment often demonstrate strong upward mobility. Overall, the findings suggest that although intergenerational educational capital may begin at a low baseline, it can be transformed through persistence, emotional support, and strategic engagement with multiple educational systems.

Identity formation and flexible settlement intentions

Participants express four main identity orientations: Myanmar-oriented, Thai-oriented, hybrid/blended identity, and Thai-oriented with third-country aspirations. Hybrid identity is particularly common, especially among those with mixed educational experiences or long-term residence in Thailand. Identity is therefore not binary but negotiated across social, linguistic, and institutional contexts.

Educational background significantly shapes identity formation. Those educated entirely in Thai formal schools are more likely to identify as Thai, while individuals educated in Myanmar or migrant learning systems tend to retain stronger Myanmar-oriented identities. Participants who experienced multiple systems often develop blended identities, reflecting layered belonging. Importantly, linguistic proficiency and legal status do not directly determine identity alignment; even Thai citizens and long-term residents frequently report hybrid identities.

Settlement intentions are similarly diverse: permanent settlement in Thailand, return to Myanmar, third-country migration, and transnational living. Stronger Myanmar identification is often associated with return or onward migration, while Thai citizenship and Thai university education correlate with preference for permanent settlement in Thailand. Hybrid-identity participants frequently express transnational aspirations.

Geographic and educational factors also influence mobility strategies. Participants in Bangkok show greater openness to third-country migration, those in Ranong more often prefer settlement in Thailand, and Samut Sakhon reflects mixed intentions. Higher education is associated with increased openness to third-country mobility.

Overall, identity formation and settlement intentions remain fluid, shaped by education, legal security, and transnational experiences.

Discussion

This study examines the incorporation trajectories of second-generation migrants of Myanmar origin in Thailand through the lens of segmented assimilation theory (Portes & Zhou, 1993). Rather than viewing integration as a linear process, this framework emphasizes that assimilation follows multiple pathways shaped by family capital and the broader structural context. Building on this perspective, the study analyzes how



incorporation patterns vary across geographical locations and educational backgrounds, and further extends the analysis to migrants' long-term settlement intentions.

The findings reveal diverse assimilation pathways that are closely linked to both structural conditions and individual resources. Participants who are educated entirely within the Thai formal education system—particularly those attaining higher education in Bangkok—tend to follow a pattern of upward assimilation. This pathway is characterized by strong Thai language proficiency, clear professional aspirations, and a pronounced intention to settle long-term in Thailand. Their experiences also reflect relatively lower levels of discrimination, highlighting the importance of geographic context in shaping incorporation outcomes.

At the same time, the study underscores the continuing significance of the context of reception, particularly in the form of legal precarity. Educational background plays a critical enabling role, as access to Thai schooling increases the likelihood of obtaining government-issued documentation, which in turn facilitates legal recognition, employment opportunities, and access to public services. However, legal status is not determined by education alone. Thai citizenship law produces uneven outcomes for second-generation migrants born inside versus outside the country, even among those with similar educational achievements, reinforcing structural constraints on full incorporation.

Within these constraints, selective acculturation emerges as another prominent pathway. Participants educated in Migrant Learning Centers (MLCs) or through mixed systems often demonstrate socio-economic mobility while maintaining bilingual competencies and hybrid cultural identities. This suggests that ethnic capital can support upward mobility even in the absence of full legal security. Although downward assimilation is not a dominant pattern in this study, persistent legal uncertainty continues to shape life chances and limit the extent of integration.

Importantly, these differentiated assimilation pathways are closely associated with settlement intentions. Those who experience upward assimilation alongside strong Thai language integration are more likely to express a long-term commitment to settling in Thailand. In contrast, individuals who achieve upward mobility but retain more limited Thai linguistic and cultural integration tend to orient toward third-country migration. This indicates that assimilation does not uniformly lead to national incorporation, but can also facilitate alternative mobility trajectories.

Despite generally limited parental educational capital, many participants achieve higher levels of education than their parents, reflecting significant intergenerational upward mobility driven by access to education and family support. At the same time, identity formation and future aspirations remain fluid. While some participants envision permanent settlement in Thailand, others express openness to transnational mobility. In particular, higher education appears to expand migrants' horizons beyond the host country, suggesting that incorporation processes can generate not only integration but also increased global mobility.



Conclusion

This study demonstrates that migrant incorporation in Thailand follows differentiated pathways consistent with segmented assimilation theory. Educational trajectories, intergenerational capital, and structural constraints interact to produce upward assimilation, selective acculturation, and conditional integration outcomes. Education emerges as the central axis structuring mobility. Despite low inherited educational capital, many participants achieve upward intergenerational mobility through engagement with Thai formal institutions. Linguistic assimilation facilitates institutional integration but does not determine identity alignment, as hybrid identities remain prevalent even among Thai citizens.

Finally, settlement intentions remain fluid and transnational. Rather than converging toward singular national incorporation, migrant youth strategically navigate multiple educational and geographic systems to maximize mobility opportunities. By situating the Thai–Myanmar case within segmented assimilation theory, this study extends the framework beyond Western contexts and demonstrates its continued relevance in Southeast Asia, while also suggesting that contemporary incorporation increasingly intersects with transnational mobility rather than fixed national settlement.

Recommendation

The findings suggest that assimilation outcomes among second-generation migrants of Myanmar origin in Thailand are shaped by the interaction of education, legal status, and the broader context of reception. First, while Thai law formally guarantees access to basic education for all children regardless of legal status, significant practical barriers remain. These include administrative challenges, documentation requirements, language limitations, and uneven implementation across schools and regions. Given the strong association between participation in the Thai formal education system and upward assimilation, Thai language acquisition, and long-term settlement intentions, policy efforts should focus on improving the effective accessibility and quality of education in practice. Strengthening linkages between Migrant Learning Centers (MLCs) and Thai schools would further enhance educational continuity and expand opportunities for migrant students.

Reducing legal precarity is critical to enabling full incorporation. Simplifying procedures for obtaining legal documentation and addressing disparities in citizenship outcomes—particularly between those born inside and outside Thailand—would help remove key structural barriers. Without legal recognition, even highly educated migrants face limited access to stable employment and public services.



References

- Chamchan, C., Aphipornchaisakul, K. (2019). เด็กข้ามชาติ: เกิด อยู่ โต อย่างไร (Migrant Children: How Are They Born, Raised, and Live?) [Migrant Children: How Are They Born, Raised, and Live?]. In เด็กข้ามชาติ: เกิด อยู่ โต อย่างไร (1st ed. ed., Vol. No. 501, pp. 138). Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Chantavanich, S., & Vungsiriphisal, P. (2012). Myanmar migrants to Thailand: economic analysis and implications to Myanmar development. *Economic reforms in Myanmar: Pathways and prospects*, 212–280.
- ChulalongkornUniversity, & UNICEFThailand. (2022). *Investing in a Global Future: A Situational Analysis of Migrant Children's Education in Thailand* [Research Report].
<https://www.unicef.org/thailand/reports/investing-global-future>
- Crul, M. (2024). Integration into diversity theory renewing—once again—assimilation theory. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 50(1), 257–271.
- Dowding, L. (2014). Pathways to a Better Future: A Review of Education for Migrant Children in Thailand-A Situational Analysis of Two Communities: Bangkok and Mae Sot. *Save the Children, World Education*.
- IOM. (2024, 2024). *Migration and Migrants: A Global Overview: International migrants: numbers and trends*. IOM. Retrieved 28 December 2024 from <https://worldmigrationreport.iom.int/what-we-do/world-migration-report-2024-chapter-2/international-migrants-numbers-and-trends>
- Kokpae, B. (2020). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องสิทธิการทำงานในกลุ่มทนายาพ รุ่นที่ 2 ของแรงงานข้ามชาติ ชาวเมียนมาในจังหวัด สมุทรสาคร. *KKU International Journal of Humanities and Social Sciences*, 10(3), 114–136.
- Li, S. (2018). *Education And Identity Of Myanmar Migrant Children In Samut Sakhon Province*
- Nasee, P. (2021). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัย เรื่องการปรับตัวของเยาวชนไทใหญ่ผ่านการศึกษาในประเทศไทย. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Portes, A., & Zhou, M. (1993). The new second generation: Segmented assimilation and its variants. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 530(1), 74–96.
- UNDP. (2023). Seeking Opportunities Elsewhere: Exploring the Lives and Challenges of Myanmar Migrant Workers in Thailand [Survey study]. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-12/undp-mmr_seeking-opportunities-elsewhere_nov_2023_final.pdf



จังหวะของการมีบุตรและแนวทางการสร้างครอบครัวภายใต้ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง:
กรณีศึกษาประชากรที่มีภูมิลำเนาเป็นแรงงานข้ามชาติในเขตกรุงเทพมหานคร
และปริมณฑล

(Fertility Timing and Family Formation Under Structural Constraints: Evidence from
Migrant-Origin Populations in the Bangkok Metropolitan Region)

โดย

กฤตศรัณย์ วุฒิชัยคม*

* นักศึกษาปริญญาตรี คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้สำรวจจังหวะของการมีบุตรและแนวทางการสร้างครอบครัวในกลุ่มประชากรที่มีภูมิลำเนาเป็นแรงงานข้ามชาติในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ที่ถูกหล่อหลอมภายใต้เงื่อนไขของข้อจำกัดเชิงโครงสร้างเป็นหลัก เนื่องจากวรรณกรรมที่มีอยู่มักเน้นถึงกระบวนการปรับตัวเข้ากับบรรทัดฐานของประเทศปลายทางและอิทธิพลของการขัดเกลาทางสังคมในวัยเด็ก แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญมากนักต่อความหลากหลายของภูมิหลังกลุ่มประชากรที่เป็นแรงงานข้ามชาติ และบทบาทของความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างในกระบวนการปรับตัวดังกล่าว

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่มีภูมิลำเนาเป็นแรงงานข้ามชาติจำนวน 18 คน โดยจำแนกการวิเคราะห์ระหว่างกลุ่มที่เติบโตในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มที่มีประสบการณ์ชีวิตวัยเด็กแบบข้ามชาติ (transnational childhoods) ซึ่งรวมถึงการย้ายถิ่นกลับไปยังประเทศต้นทาง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าความปรารถนาในการมีบุตรของทั้งสองกลุ่มยังคงสอดคล้องกับบรรทัดฐานในประเทศไทย โดยเฉพาะความคาดหวังที่จะชะลอการมีบุตรและความสำคัญของความพร้อมทางเศรษฐกิจ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่แสดงความผูกพันต่อประเทศไทยและมีความตั้งใจที่จะตั้งถิ่นฐานในระยะยาว และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการสมรสและการมีบุตร อย่างไรก็ตามความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงสวัสดิการสังคมที่ครอบคลุม กลับเป็นทั้งแรงจูงใจหลักและอุปสรรคสำคัญในการตัดสินใจมีบุตร โดยบุคคลที่พำนักในไทยอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มที่จะมีเส้นทางชีวิตที่มั่นคงและมีวิถีการสร้างครอบครัวที่ชัดเจนกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีภูมิลำเนาแบบข้ามชาติต้องเผชิญกับเส้นทางชีวิตที่แตกแยกและความไม่แน่นอนที่สูงกว่า ส่งผลให้การมีบุตรต้องล่าช้าหรือถูกจำกัด การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการปรับตัวด้านการเจริญพันธุ์นั้นไม่ได้เป็นไปในรูปแบบเดียวกันแต่มีการแบ่งลำดับชั้น พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ไม่ได้สะท้อนเพียงการบรรจบกันทางวัฒนธรรมเท่านั้น แต่ถูกหล่อหลอมโดยปฏิสัมพันธ์การขัดเกลาทางสังคม ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง และโอกาสในชีวิตที่ไม่เท่าเทียมกัน ข้อค้นพบเหล่านี้ช่วยเติมเต็มงานวิจัยด้านการเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติโดยการชี้ให้เห็นความหลากหลายภายในกลุ่มและความสำคัญของความเหลื่อมล้ำในชีวิตที่มีผลต่อผลลัพธ์ด้านการสืบพันธุ์

คำสำคัญ: การเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติ, จังหวะการมีบุตร, ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง, การปรับตัว, กรุงเทพมหานคร



Abstract

This study examines fertility timing and family formation strategies among migrant-origin populations in the Bangkok Metropolitan Region, with particular attention to how reproductive behavior is shaped under conditions of structural constraint. While existing literature has emphasized processes of adaptation to destination norms and the enduring influence of early-life socialization, less attention has been paid to the heterogeneity of migrant-origin backgrounds and the role of structural inequalities in mediating these processes.

Drawing on qualitative in-depth interviews with 18 migrant-origin individuals, the analysis distinguishes between those continuously raised in Thailand and those who experienced transnational childhoods involving return migration to their country of origin. The findings indicate that fertility aspirations across both groups remain broadly aligned with prevailing norms in Thailand, particularly the expectation of delayed childbearing and the importance of economic readiness.

The results suggest that most participants demonstrate an attachment to Thailand and a desire for long-term settlement, alongside positive attitudes toward marriage and childbearing. However, economic stability and access to comprehensive social welfare serve as both primary motivators and significant barriers to childbearing decisions. Individuals with continuous residence in Thailand tend to exhibit more stable life-course trajectories and clearer pathways to family formation, whereas those with transnational backgrounds face more fragmented trajectories and greater uncertainty, resulting in delayed or constrained fertility. The study demonstrates that fertility adaptation is not uniform but stratified. Rather than reflecting purely cultural convergence, fertility behavior is shaped by the interaction between socialization, structural constraints, and unequal life chances. These findings contribute to migrant fertility research by highlighting within-group heterogeneity and the importance of life-course inequalities in shaping reproductive outcomes.

Keyword: migrant fertility, fertility timing, structural constraints, life-course, adaptation, Bangkok

จังหวะของการมีบุตรและแนวทางการสร้างครอบครัวภายใต้ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง: กรณีศึกษาประชากรที่มีภูมิหลังเป็นแรงงานข้ามชาติ ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

(Fertility Timing and Family Formation Under Structural Constraints: Evidence from
Migrant-Origin Populations in the Bangkok Metropolitan Region)

บทนำ

การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์และการชะลอการสร้างครอบครัวกลายเป็นลักษณะเด่นของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในสังคมเมืองหลายแห่ง ในบริบทดังกล่าวส่งผลให้พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของประชากรข้ามชาติได้รับความสนใจมากขึ้น ไม่เพียงเพราะเป็นผลกระทบต่อนโยบายประชากร แต่ยังเป็นมุมมองที่ช่วยให้เข้าใจกระบวนการบูรณาการทางสังคมและความเหลื่อมล้ำ ภาวะเจริญพันธุ์จึงไม่ใช่เพียงผลลัพธ์ทางประชากรศาสตร์เท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความปรารถนาส่วนบุคคล บรรทัดฐานทางสังคม และเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่หล่อหลอมเส้นทางชีวิต

ข้อถกเถียงหลักในวรรณกรรมคือ การที่แรงงานข้ามชาติยังคงรักษาแบบแผนการเจริญพันธุ์ที่เชื่อมโยงกับประเทศต้นทาง หรือปรับตัวตามประเทศปลายทาง โดยงานวิจัยที่มีอยู่ชี้ว่าการเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติถูกหล่อหลอมโดยทั้งการขัดเกลาทางสังคมในช่วงต้นของชีวิต และการเปิดรับสภาพแวดล้อมทางสถาบันและบรรทัดฐานของสังคมผู้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “สมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว” (adaptation hypothesis) เสนอว่าพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติมีแนวโน้มจะเข้าหาประชากรในประเทศปลายทาง ในขณะที่ “สมมติฐานที่เกี่ยวข้องกับการขัดเกลาทางสังคม” (socialization hypothesis) ย้ำถึงอิทธิพลที่ยั่งยืนของบรรทัดฐานที่ได้รับในช่วงวัยเด็ก (Mussino & Cantalini, 2024)

งานวิจัยระยะหลังได้เปลี่ยนผ่านไปสู่การบูรณาการมุมมองเหล่านี้เข้าด้วยกัน โดยเน้นย้ำว่าพฤติกรรมการเจริญพันธุ์อุบัติขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบริบทต้นทางและปลายทาง หลักฐานเชิงประจักษ์จากบริบทในยุโรปแสดงให้เห็นว่า แรงงานข้ามชาติที่เปิดรับระบบการเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกันมักจะปรับพฤติกรรมการมีบุตรให้คล้ายคลึงกับประชากรดั้งเดิม ในขณะที่ยังคงสะท้อนองค์ประกอบจากบริบทต้นทางของตนอยู่บ้าง (Mussino & Cantalini, 2024; Mussino & Cantalini, 2022) ในขณะเดียวกันภาวะเจริญพันธุ์เริ่มถูกเข้าใจมากขึ้นว่าเป็นเพียงส่วนหนึ่งของเส้นทางชีวิตที่มีความหลากหลาย โดยถูกหล่อหลอมผ่านข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในตลาดแรงงาน สถานะทางกฎหมาย และการเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคม (Mussino & Cantalini, 2022)

แม้การศึกษาจะมีความกว้างขึ้น แต่ยังคงพบว่ามีช่องว่างสำคัญ 2 ประเด็นที่ไม่ค่อยถูกกล่าวถึง โดยประเด็นแรก วรรณกรรมที่มีอยู่จำนวนมากมักมองประชากรข้ามชาติเป็นกลุ่มก้อนเนื้อเดียวกัน (homogeneous) เน้นที่ความแตกต่างระหว่างแรงงานข้ามชาติกับคนในพื้นที่เป็นหลัก แนวทางนี้จะละเลยความหลากหลายภายในกลุ่มประชากรที่มีภูมิหลังเป็นแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะความแตกต่างที่เกิดจากประสบการณ์การย้ายถิ่นในช่วงต้นของชีวิต ประเด็นต่อมาคือ การปรับตัวตามบรรทัดฐานของประเทศปลายทางที่จะถูกบันทึกไว้โดยกว้าง ทำให้มีการศึกษาไม่มากนักว่าข้อจำกัดเชิงโครงสร้างเข้ามาเป็นตัวกลางในกระบวนการปรับตัวอย่างไร ซึ่งไม่ได้ส่งผลต่อเพียงการกำหนดว่าบุคคลหนึ่งจะสร้างครอบครัวหรือไม่ แต่ยังรวมถึงอย่างไร และเมื่อใด

การศึกษานี้มุ่งปิดช่องว่างดังกล่าวโดยการสำรวจจังหวะของการมีบุตรและแนวทางการสร้างครอบครัวในกลุ่มประชากรที่มีภูมิหลังเป็นแรงงานข้ามชาติในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล แทนที่จะมองว่าแรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มที่เหมือนกันหมด การวิเคราะห์นี้ได้จำแนกระหว่างบุคคลที่เติบโตในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง กับบุคคลที่มีประสบการณ์ย้ายถิ่นกลับประเทศต้นทางในช่วงวัยเด็ก การจำแนกนี้ช่วยให้เห็นว่าความหลากหลายของความแตกต่างในการขัดเกลาทางสังคมและเส้นทางชีวิตหล่อหลอมพฤติกรรมการสืบพันธุ์ได้อย่างไร

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสำรวจว่าความปรารถนาในการมีบุตรถูกสร้างขึ้นและต่อรองอย่างไรภายใต้เงื่อนไขของความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและความเปราะบางทางกฎหมาย โดยมีคำถามวิจัยดังนี้: (1) บุคคลที่มีภูมิหลังข้ามชาติรับรู้และวางแผนการสร้างครอบครัวอย่างไร (2) ความปรารถนาในการมีบุตรสะท้อนถึงการปรับตัวต่อบรรทัดฐานของประเทศปลายทางในระดับใด และ (3) ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างกำหนดจังหวะและการทำให้ความปรารถนาเหล่านั้นเป็นจริงได้อย่างไร

การศึกษานี้มีส่วนช่วยเติมเต็มช่องว่างโดยการวางพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ไว้ในเส้นทางชีวิตที่แตกต่างกันและบริบทเชิงโครงสร้าง เพื่อแสดงให้เห็นว่าการปรับตัวต่อบรรทัดฐานของประเทศปลายทางนั้นไม่ได้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน แต่มีภาวะเจริญพันธุ์แบบแบ่งชั้น (stratified reproduction) การทำเช่นนี้ช่วยพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติในฐานะกระบวนการที่ไม่ได้ถูกหล่อหลอมโดยการปรับตัวทางวัฒนธรรมเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงทรัพยากรและโอกาสอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาจังหวะของการมีบุตรและรูปแบบการสร้างครอบครัวของประชากรที่มีภูมิหลังเป็นแรงงานข้ามชาติในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ว่ามีการวางแผนและตัดสินใจเรื่องการมีบุตรอย่างไร รวมถึงทำความเข้าใจความหมายและทัศนคติที่มีต่อการสมรสและการสร้างครอบครัวในบริบทสังคมเมืองปัจจุบัน
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างจากความหลากหลายของประสบการณ์ชีวิตในวัยเด็กระหว่างกลุ่มประชากรที่เติบโตในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มที่มีการย้ายถิ่นกลับประเทศต้นทาง เพื่อดูว่าประสบการณ์การขัดเกลาทางสังคมที่ต่างกันส่งผลต่อเส้นทางชีวิตและความปรารถนาในการมีบุตรที่ต่างกันอย่างไร
3. เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของข้อจำกัดเชิงโครงสร้างต่อการตัดสินใจว่าปัจจัยภายนอกส่งผลอย่างไรต่อความสามารถในการทำให้ความปรารถนาเรื่องการมีบุตรกลายเป็นความจริง
4. เพื่อแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำในการปรับตัวด้านการเจริญพันธุ์ ว่าการปรับตัวของแรงงานข้ามชาติไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเท่าเทียมกัน แต่เป็นการปรับตัวที่มีการแบ่งลำดับชั้นตามโอกาสและทรัพยากรที่แต่ละบุคคลเข้าถึงได้ ซึ่งเป็นการเติมเต็มช่องว่างในงานวิจัยประชากรศาสตร์ที่มักมองว่าแรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มที่เหมือนกันหมด

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เลือกใช้ การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เป็นแนวทางหลักเพื่อสำรวจจังหวะการมีบุตรและการสร้างครอบครัวของประชากรที่มีภูมิหลังเป็นแรงงานข้ามชาติในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจเส้นทางชีวิต และความหมายเชิงอัตวิสัย ซึ่งเป็นมิติที่ซับซ้อนและยากจะจับได้ด้วยสถิติเชิงปริมาณ ในเชิงทฤษฎี งานวิจัยนี้ถูกวางอยู่บนรากฐานของสมมติฐานการปรับตัว และการขัดเกลาทางสังคม เพื่อวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในวัยเด็กกับข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อการตัดสินใจมีบุตร

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured in-depth interview) กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 18 ราย อายุระหว่าง 20–35 ปี ที่มีบิดามารดาย้ายถิ่นมาจากเมียนมา และลาว ประกอบไปด้วย 3 เชื้อชาติคือ เมียนมา ลาว และมอญ โดยใช้กลยุทธ์การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและแบบสโนว์บอลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งในด้านเพศ ระดับการศึกษา และสถานะทางกฎหมาย จุดเด่นของการศึกษานี้คือการจำแนกผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่มเป้าหมายเพื่อการเปรียบเทียบ ได้แก่ กลุ่มที่เติบโตในไทยอย่างต่อเนื่อง และ กลุ่มที่มีประสบการณ์ชีวิตวัยเด็กแบบข้ามชาติ ซึ่งช่วยให้เห็นผลกระทบจากการขัดเกลาทางสังคมที่แตกต่างกันได้อย่างชัดเจน

ในด้านการวิเคราะห์ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาร (thematic analysis) โดยนำข้อมูลจากการถอดบทสัมภาษณ์มาให้อ่านและตีความตามกรอบทฤษฎี เพื่อตรวจสอบว่าความปรารถนาในการมีบุตรสอดคล้องกับบรรทัดฐานของสังคมไทยเพียงใด และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจหรือกฎหมายทำหน้าที่เป็นตัวกลางอย่างไร แม้ว่าการวิจัยนี้จะมีข้อจำกัดในเรื่องขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็กและเป็นข้อมูลแบบภาพตัดขวางซึ่งไม่สามารถสรุปอ้างอิงทางสถิติได้ แต่กระบวนการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาและการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มย่อย ก็ช่วยให้งานวิจัยนี้มีความตรงเชิงวิเคราะห์และสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับกลไกการเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติได้อย่างมีนัยสำคัญ

ตาราง 1 Thematic analysis matrix

theme	sub-theme	Thailand-raised	transnational	ตัวอย่างคำพูด (quote)
Fertility aspiration	ต้องการมีลูก	✓ ชัดเจน	✓ แต่ไม่มั่นคง	“อยากมี แต่ต้องพร้อมก่อน”
Fertility timing	เลื่อนการมีลูก	✓ วางแผน	✓ เลื่อนมากกว่า	“ยังไม่มั่นคงพอ”
Structural constraints	เศรษฐกิจ	✓ มีผล	✓ มีผลมาก	“เงินยังไม่พอเลี้ยงลูก”
Structural constraints	งานไม่มั่นคง	✓ บ้าง	✓ สูง	“งานยังไม่แน่นอน”
Life-course	การศึกษา	✓ ต่อเนื่อง	✗ ขาดช่วง	—

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ภาวะเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติและมุมมองทางทฤษฎีที่ขัดแย้งกัน

การศึกษาเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติถูกชี้นำมาอย่างยาวนานด้วยมุมมองทางทฤษฎีหลักที่พยายามอธิบายว่า พฤติกรรมการเจริญพันธุ์มักเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรภายหลังการย้ายถิ่น ทฤษฎีที่โดดเด่นและเป็นที่ยอมรับมากที่สุดคือ สมมติฐานการขัดเกลาทางสังคม (socialization hypothesis) และสมมติฐานการปรับตัว (adaptation hypothesis) ซึ่งให้คำอธิบายที่แตกต่างกันแต่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน

สมมติฐานการขัดเกลาทางสังคม เสนอว่าความพึงพอใจในการมีบุตรถูกสร้างขึ้นในช่วงต้นของชีวิต และถูกลบหลอมโดยบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมและสังคมของประเทศต้นทาง ความพึงพอใจดังกล่าวมักคงอยู่ แม้จะมีการย้ายถิ่น ส่งผลให้แรงงานข้ามชาติมีแบบแผนการเจริญพันธุ์ที่คล้ายคลึงกับประชากรในประเทศต้นทางของตน (Milewski, 2010) มุมมองนี้เน้นให้เห็นถึงอิทธิพลที่มั่นคงของประสบการณ์ในวัยเด็กและความสำคัญของบริบทในช่วงต้นชีวิตต่อการกำหนดพฤติกรรมการสืบพันธุ์ในเวลาต่อมา

ในทางตรงกันข้าม สมมติฐานการปรับตัว เสนอว่าแรงงานข้ามชาติจะค่อยๆ ปรับพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ให้สอดคล้องกับบรรทัดฐานและเงื่อนไขทางสังคมของสังคมปลายทาง ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างสังคม ระบบสวัสดิการ หรือ

ความคาดหวังทางสังคมก็สามารถหล่อหลอมให้ความพึงพอใจในการมีบุตรเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเวลาผ่านไป นำไปสู่การบรรจบกัน (convergence) กับประชากรดั้งเดิมในพื้นที่ (Kulu, 2005; Mussino & Cantalini, 2022) ในมุมมองนี้ พฤติกรรมการเจริญพันธุ์จึงถูกมองว่าเป็นการตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

การศึกษาเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาได้มีการสนับสนุนทั้งสองมุมมอง โดยแรงงานข้ามชาติมักจะยังคงรักษารหัสของครอบครัวของบรรพบุรุษการเจริญพันธุ์จากประเทศต้นทางไว้ ในขณะที่เดียวกันก็ปรับตัวเข้ากับบริบทของประเทศปลายทางไปพร้อมกัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากระบวนการเหล่านี้ไม่ได้แยกขาดจากกัน (Andersson, 2004; Mussino & Cantalini, 2024)

การก้าวข้ามทวิลักษณ์: ปฏิสัมพันธ์ระหว่างต้นทางและปลายทาง

งานวิจัยระยะหลังได้ก้าวข้ามการมองว่าการขัดเกลาทางสังคมและการปรับตัวเป็นคำอธิบายที่ขัดแย้งกัน แต่หันมาให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบริบทต้นทางและปลายทางแทนพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ โดยถูกทำความเข้าใจมากขึ้นในฐานะผลลัพธ์ของกระบวนการที่มีพลวัตแทน ซึ่งถูกหล่อหลอมทั้งบรรพบุรุษที่สืบทอดมาและการเปิดรับสภาพแวดล้อมใหม่

การศึกษาที่ใช้แนวทางแบบหลายต้นทางและหลายปลายทาง (multi-origin and multi-destination) แสดงให้เห็นว่าแบบแผนการเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาตินั้นมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับการตั้งถิ่นฐาน และถิ่นฐานใหม่ ในขณะที่ผลกระทบจากต้นทาง (origin effects) สะท้อนถึงบรรพบุรุษและค่านิยมทางวัฒนธรรมที่ถูกสร้างขึ้นก่อนการย้ายถิ่น ส่วนผลกระทบจากปลายทาง (destination effects) สะท้อนถึงอิทธิพลของสภาพแวดล้อมเชิงนโยบายตลาดแรงงาน และสถาบันทางสังคม (Mussino & Cantalini, 2024)

นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติที่เปิดรับระบบการเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกันมักปรับพฤติกรรมการสืบพันธุ์เข้าหาบรรพบุรุษของประเทศปลายทาง การบรรจบกันนั้นเน้นย้ำถึงบทบาทของบริบทสังคมผู้รับในการกำหนดผลลัพธ์ของการเจริญพันธุ์ และยังชี้ว่าการปรับตัวอาจเกิดขึ้นได้แม้ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มาจากพื้นที่ที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำอยู่แล้วก็ตาม (Mussino & Cantalini, 2022)

ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและพฤติกรรมการเจริญพันธุ์

แม้คำอธิบายทางวัฒนธรรมและบรรพบุรุษจะเป็นหัวใจสำคัญ แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่า พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ถูกหล่อหลอมโดยข้อจำกัดเชิงโครงสร้างด้วยเช่นกัน โดยความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ การจ้างงานที่ไม่เสถียร และความเปราะบางทางกฎหมาย สามารถส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อทั้งจังหวะเวลาและการทำให้การมีบุตรเป็นจริง การเจริญพันธุ์จึงไม่ใช่เพียงเรื่องของความพึงพอใจส่วนบุคคล แต่ถูกฝังรากอยู่ในเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมที่กว้างขึ้น แรงงานข้ามชาติอาจปรับพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ไม่เพียงเพื่อตอบสนองต่อบรรพบุรุษใหม่ แต่ยังเป็นเพราะข้อจำกัดที่ขัดขวางความสามารถในการสร้างครอบครัว มุมมองนี้เปลี่ยนความสนใจจากการปรับตัวทางวัฒนธรรมเพียงอย่างเดียว ไปสู่บทบาทของการบูรณาการเชิงโครงสร้างและความเหลื่อมล้ำในการกำหนดผลลัพธ์ด้านการสืบพันธุ์ (Mussino & Cantalini, 2022)

มุมมองเส้นทางชีวิตและวิถีการย้ายถิ่น

พฤติกรรมการเจริญพันธุ์มีความเกี่ยวข้องอย่างมากต่อกระบวนการของเส้นทางชีวิต (life-course) โดยเฉพาะลำดับขั้นตอนของการศึกษา การจ้างงาน และการสร้างครอบครัว การย้ายถิ่นจึงถือเป็นเหตุการณ์สำคัญในเส้นทางชีวิตที่สามารถขัดขวางหรือปรับเปลี่ยนวิถีเหล่านี้ได้ ดังนั้นบุคคลที่มีประสบการณ์การย้ายถิ่นแตกต่างกันจึงอาจแสดงแบบแผนการเจริญ



พันธุ์ที่ต่างกัน ผู้ที่มีเส้นทางชีวิตที่มั่นคงและต่อเนื่องจะมีแนวโน้มชีวิตตามวิถีบรรทัดฐานของการชะลอการมีบุตรแต่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า ในขณะที่ผู้ที่เผชิญกับการขัดขวาง เช่น การเรียนที่ขาดตอน หรือการจ้างงานที่ไม่มั่นคง อาจชะลอหรือทบทวนการสร้างครอบครัว

ประเด็นนี้ย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการพิจารณาความหลากหลายภายในกลุ่มประชากรที่มีภูมิหลังเป็นแรงงานข้ามชาติ โดยเฉพาะความแตกต่างในประสบการณ์การย้ายถิ่นช่วงต้นชีวิต การจำแนกระหว่างบุคคลที่เติบโตในประเทศปลายทางอย่างต่อเนื่องกับผู้ที่มีชีวิตวัยเด็กแบบข้ามชาติ จะช่วยให้เข้าใจได้ดีขึ้นว่าเส้นทางชีวิตทำหน้าที่เป็นตัวกลางต่อพฤติกรรมการเจริญพันธุ์อย่างไร

ช่องว่างของการศึกษาและการต่อยอดของงานวิจัย

แม้วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะมีจำนวนมาก แต่วรรณกรรมเหล่านั้นยังมีข้อจำกัดอยู่ 2 ประการ ประการแรก ประชากรข้ามชาติมักถูกปฏิบัติเหมือนเป็นกลุ่มเนื้อเดียวกัน โดยให้ความสนใจเพียงเล็กน้อยต่อความแตกต่างภายในกลุ่ม ประการที่สองแม้การปรับตัวต่อบรรทัดฐานปลายทางจะถูกบันทึกไว้ แต่ยังมีควมรู้น้อยมากเกี่ยวกับวิถีที่ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและความเหลื่อมล้ำในเส้นทางชีวิตส่งผลกระทบต่อกระบวนการทางสังคม

การศึกษานี้จึงมุ่งปิดช่องว่างดังกล่าวโดยการสำรวจจังหวะการมีบุตร และการสร้างครอบครัวในกลุ่มประชากรที่มีภูมิหลังเป็นแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร โดยเน้นศึกษาความแตกต่างระหว่างบุคคลที่เติบโตในไทยและบุคคลที่มีการขัดเกลาทางสังคมแบบข้ามชาติ หล่อหลอมมุมมองด้านการปรับตัว การขัดเกลาทางสังคม และเชิงโครงสร้างเข้าด้วยกัน ช่วยสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากขึ้นเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติในฐานะกระบวนการที่แบ่งลำดับขั้นและขึ้นอยู่กับบริบท

ผลการศึกษา

ตาราง 2 สรุปข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์

รหัส	เพศ	อายุ	เชื้อชาติ	ลักษณะการเติบโต	การศึกษา	สถานะการทำงาน	สถานะความสัมพันธ์
P1	ชาย	28	ลาว	transnationally socialize	ม.3	งานไม่ประจำ	โสด
P2	ชาย	32	ลาว	transnationally socialize	ป.6	ทำงานประจำ	สมรส บุตร 1 คน
P3	ชาย	34	ลาว	transnationally socialize	ป.6	ทำงานประจำ	สมรส บุตร 2 คน
P4	หญิง	30	ลาว	transnationally socialize	ป.6	งานไม่ประจำ	สมรส บุตร 1 คน
P5	หญิง	32	ลาว	transnationally socialize	ม.3	ทำงานประจำ	โสด
P6	หญิง	21	ลาว	transnationally socialize	ม.3	งานไม่ประจำ	โสด
P7	ชาย	35	เมียนมา	transnationally socialize	ป.6	ทำงานประจำ	สมรส บุตร 2 คน
P8	ชาย	22	เมียนมา	Thailand-raise	ม.6	ทำงานประจำ	โสด
P9	ชาย	25	เมียนมา	transnationally socialize	ป.6	งานไม่ประจำ	สมรส ไม่มีบุตร
P10	หญิง	35	เมียนมา	transnationally socialize	ม.3	งานไม่ประจำ	สมรส บุตร 1 คน
P11	หญิง	25	เมียนมา	transnationally socialize	ม.3	งานไม่ประจำ	โสด
P12	หญิง	29	เมียนมา	transnationally socialize	ม.3	ทำงานประจำ	สมรส ไม่มีบุตร



รหัส	เพศ	อายุ	เชื้อชาติ	ลักษณะการเติบโต	การศึกษา	สถานะการทำงาน	สถานะความสัมพันธ์
P13	ชาย	20	มอญ	Thailand-raise	ป.6	งานไม่ประจำ	โสด
P14	ชาย	24	มอญ	transnationally socialize	ม.3	ทำงานประจำ	โสด
P15	ชาย	31	มอญ	transnationally socialize	ม.6	ทำงานประจำ	สมรส ไม่มีบุตร
P16	หญิง	26	มอญ	transnationally socialize	ม.4	งานไม่ประจำ	โสด
P17	หญิง	20	มอญ	Thailand-raise	ปริญญาตรี	ทำงานประจำ	โสด
P18	หญิง	23	มอญ	Thailand-raise	ม.6	ทำงานประจำ	โสด

ภูมิหลังการย้ายถิ่นและเส้นทางชีวิตที่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าประชากรที่มีภูมิหลังเป็นผู้ย้ายถิ่น (migrant-origin populations) ไม่ใช่กลุ่มที่มีลักษณะเป็นเนื้อเดียวกัน แต่สามารถจำแนกตามเส้นทางชีวิตได้เป็น 2 กลุ่มหลักคือ กลุ่มที่เติบโตในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง (Thailand-raised) และกลุ่มที่มีประสบการณ์ชีวิตวัยเด็กแบบข้ามชาติ (transnationally socialized) ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวส่งผลต่อการขาดโอกาสทางสังคมและโอกาสในชีวิตที่ต่างกัน

ในด้านแรงจูงใจของการย้ายถิ่นพบว่ากลุ่มชาวลาวมักเน้นเหตุผลทางเศรษฐกิจเป็นหลัก โดยมองประเทศไทยเป็นแหล่งสะสมทุนชั่วคราว ในขณะที่กลุ่มเมียนมาและมอญบางส่วนระบุถึงความไม่สงบทางการเมืองในบ้านเกิดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พวกเขาต้องการการตั้งถิ่นฐานที่มั่นคง โดยมีผู้ให้สัมภาษณ์รายหนึ่งระบุว่า “ความไม่สงบที่บ้านเกิดทำให้ฉันไม่มีบ้านที่จะกลับไป ต่อให้กลับไปก็รู้ว่าบริเวณบ้านเกิดจะปลอดภัย บ้านก็ไม่ดี” ในทางกลับกันผู้ที่อยู่ในอาศัยอยู่ที่ประเทศต้นทางมีแนวโน้มที่จะตั้งถิ่นฐานเนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจสูงกว่า

ความปรารถนาในการมีบุตรและการปรับตัวตามบรรทัดฐาน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่แสดงทัศนคติเชิงบวกต่อการสร้างครอบครัว แต่ความปรารถนานี้ถูกตีกรอบด้วยบรรทัดฐานของสังคมปลายทางอย่างสังคมเมืองกรุงเทพและปริมณฑล ซึ่งให้ความสำคัญกับความพร้อมและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ โดยพบว่าจำนวนบุตรที่ปรารถนาเฉลี่ยอยู่ที่ 1–2 คน สะท้อนถึงการเปลี่ยนผ่านจากค่านิยมครอบครัวขยายไปสู่ครอบครัวเดี่ยวตามแบบแผนสังคมเมือง นอกจากนี้ยังพบว่าแรงกดดันทางสังคมจากครอบครัวรุ่นพ่อแม่ลดน้อยลงอย่างมาก ส่งผลให้คนรุ่นใหม่มีอำนาจการตัดสินใจเชิงปัจเจกสูงขึ้น ทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์บางคนยังไม่ได้วางแผนในการมีบุตรและมองว่าอายุของตนยังน้อย ซึ่งสอดคล้องกับสังคมปลายทาง

ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและภาวะเจริญพันธุ์แบบแบ่งชั้น

อุปสรรคสำคัญที่สุดต่อจังหวะการมีบุตรคือ ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างโดยเฉพาะสถานะทางกฎหมายที่คลุมเครือซึ่งนำไปสู่สภาวะเจริญพันธุ์แบบแบ่งชั้นที่รัฐให้คุณค่าและการคุ้มครองการเกิดของประชากรแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน ผู้ให้ข้อมูลหลายคนกังวลอย่างมากเกี่ยวกับการส่งต่อสถานะ “พลเมืองชั้นสอง” (second-class citizenship) ไปยังบุตรหลาน โดยให้ความเห็นในเชิงที่ว่า ไม่ต้องการให้ลูกลำบากเรื่องใบอนุญาตทำงาน หรือเข้าถึงบางอาชีพไม่ได้ เพราะไม่มีสัญชาติไทย

กลยุทธ์การปรับตัว: ครอบครัวข้ามพรมแดน

ภายใต้การบีบคั้นจากค่าครองชีพและระบบสวัสดิการที่ไม่ครอบคลุม ผู้ให้ข้อมูลมักใช้กลยุทธ์การเลี้ยงดูบุตรข้ามพรมแดน (transnational childcare) โดยการส่งบุตรกลับไปให้เครือญาติในประเทศต้นทางเลี้ยงดูชั่วคราว แม้จะมีความปรารถนาให้บุตรเรียนในไทยเนื่องจากมาตรฐานการศึกษาสูงกว่าก็ตาม

กลยุทธ์ดังกล่าวไม่ได้ถูกใช้หรือวางแผนที่จะใช้โดยผู้ให้สัมภาษณ์ แต่ยังเป็นกลยุทธ์ที่แม้แต่ผู้ให้สัมภาษณ์บางคนถูกใช้ในการเลี้ยงดูอีกด้วย โดยจากการสัมภาษณ์กลยุทธ์ดังกล่าวมักถูกใช้เพื่อแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังเป็นเรื่องของเวลาในการเลี้ยงดูที่แรงงานไม่มีเวลาในการเลี้ยงดูบุตร

ตาราง 3 Structural constraints and responses

ประเภทข้อจำกัด	ผลต่อการใช้ลูก	กลยุทธ์ที่ใช้
รายได้ไม่มั่นคง	เลื่อนการใช้ลูก	ทำงานหลายงาน
สถานะทางกฎหมาย	ไม่กล้าวางแผนครอบครัว	รอเอกสาร
ค่าเลี้ยงดูสูง	ลดจำนวนลูก	ส่งลูกไปอยู่ต่างประเทศ
ระบบสนับสนุนจำกัด	เลี้ยงลูกยาก	ใช้เครือญาติ

การอภิปรายผล

การศึกษานี้วิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงจังหวะเวลาของการเจริญพันธุ์และการสร้างครอบครัวในกลุ่มประชากรที่มีภูมิหลังเป็นผู้ย้ายถิ่นในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับบทบาทของข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและเส้นทางชีวิตที่แตกต่างกัน ข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมของการเจริญพันธุ์ไม่เพียงแต่สะท้อนถึงกระบวนการปรับตัวเข้าหาบรรทัดฐานของสังคมปลายทางเท่านั้น แต่ยังเผยให้เห็นถึงขีดความสามารถที่ไม่เท่าเทียมกันในการทำให้ความปรารถนาด้านการมีบุตรกลายเป็นจริง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการปรับตัว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เติบโตในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงอุดมคติด้านการเจริญพันธุ์ที่สอดคล้องกับบรรทัดฐานหลักในบริบทปลายทางอย่างเด่นชัด ทั้งในเรื่องการชะลอการมีบุตรและการให้ความสำคัญกับความพร้อมทางเศรษฐกิจ การบรรจบกันทางพฤติกรรมนี้ยืนยันว่าการเปิดรับเงื่อนไขทางสถาบันและสภาพเศรษฐกิจสังคมในสังคมผู้รับมีบทบาทสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมการสืบพันธุ์ (Mussino & Cantalini, 2024; Mussino & Cantalini, 2022)

ในขณะเดียวกันผลการศึกษายังสนับสนุนสมมติฐานการขัดเกลาทางสังคม โดยชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลที่ยั่งยืนของบริบทในช่วงต้นชีวิต ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เติบโตในไทยและกลุ่มที่มีชีวิตวัยเด็กแบบข้ามชาติ ระบุว่าความพึงพอใจและความคาดหวังในการมีบุตรถูกหล่อหลอมผ่านประสบการณ์ที่แตกต่างในช่วงวัยเด็ก โดยผู้ที่มีวิถีชีวิตแบบข้ามชาติมีรายงานถึงเส้นทางชีวิตที่แตกแยก และความไม่แน่นอนในแผนการมีบุตรที่สูงกว่า ซึ่งสะท้อนถึงการเปิดรับสภาพแวดล้อมเชิงบรรทัดฐานที่หลากหลายและบางครั้งอาจขัดแย้งกัน (Milewski, 2010) ดังนั้น การปรับตัวและการขัดเกลาทางสังคมจึงไม่ได้เป็นคำอธิบายที่แยกขาดจากกัน แต่ดำเนินไปพร้อมกันในฐานะปฏิสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในอดีตกับการเปิดรับบริบทใหม่ในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยสมัยใหม่ที่เน้นอิทธิพลร่วมกันระหว่างต้นทางและปลายทางในการกำหนดรูปแบบการเจริญพันธุ์ของผู้ย้ายถิ่น (Mussino & Cantalini, 2024)

ประเด็นสำคัญเพิ่มเติมที่ค้นพบคือ การแสดงให้เห็นว่าการปรับตัวเข้าหาบรรทัดฐานปลายทางนั้นมีลักษณะที่ไม่สม่ำเสมอและมีการแบ่งลำดับชั้น แม้ผู้ให้ข้อมูลบางรายจะสามารถปรับพฤติกรรมได้ตามบรรทัดฐานกระแสหลัก แต่ในภาพรวมยังคงต้องเผชิญกับข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ การจ้างงานที่ขาดเสถียรภาพ และความเปราะบางทางกฎหมายที่เป็นอุปสรรคสำคัญในการสร้างครอบครัว ในประเด็นดังกล่าว พฤติกรรมการเจริญพันธุ์จึงไม่ใช่เพียงเรื่องของการปรับตัวทางวัฒนธรรมเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงทรัพยากรและโอกาสในชีวิต ซึ่งนำไปสู่ภาวะเจริญพันธุ์แบบแบ่งชั้นที่รัฐไทยมีการให้คุณค่าและคุ้มครองการเจริญพันธุ์ของประชากรแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน รวมถึงความกังวลเรื่องการส่งต่อสถานะพลเมืองชั้นสองไปยังบุตรหลาน ซึ่งกลายเป็นปัจจัยหลักที่ขัดขวางการเจริญพันธุ์ โดยหลายรายเลือกที่จะรอจนกว่าสถานะทางกฎหมายจะมั่นคงก่อนจะเริ่มต้นมีบุตร

สุดท้ายนี้ข้อค้นพบดังกล่าวเน้นถึงบทบาทของบริบทสังคมเมืองในฐานะตัวกำหนดพฤติกรรมในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ค่าครองชีพที่สูงและการสนับสนุนจากรัฐที่ไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ประชากรที่มีภูมิหลังเป็นผู้ย้ายถิ่นต้องชะลอการมีบุตรและหันไปใช้กลยุทธ์การปรับตัวที่ซับซ้อนเช่น การมีครอบครัวข้ามพรมแดนโดยการส่งบุตรกลับไปให้เครือญาติในประเทศต้นทางเลี้ยงดูเพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย แม้จะมีความปรารถนาที่จะให้บุตรเติบโตภายใต้การเลี้ยงดูของตนเองหรือ ภายใต้ระบบการศึกษาของไทยก็ตาม รูปแบบเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าผลลัพธ์ด้านการเจริญพันธุ์ไม่ได้เป็นเพียงผลผลิตจากความต้องการส่วนบุคคล แต่ถูกฝังรากอยู่ภายใต้กระบวนการของความเหลื่อมล้ำในเมืองและการบูรณาการเชิงโครงสร้างที่ยังไม่สมบูรณ์ การพิจารณาความหลากหลายภายในกลุ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจประชากรกลุ่มนี้และไม่ควรมองว่าพวกเขามีลักษณะทางวิเคราะห์ที่เหมือนกันหมด

บทสรุป

การศึกษานี้วิเคราะห์ถึงจังหวะเวลาของการเจริญพันธุ์และการสร้างครอบครัวในกลุ่มประชากรที่มีภูมิหลังเป็นผู้ย้ายถิ่นในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมุ่งเน้นไปที่การหล่อหลอมพฤติกรรมการสืบพันธุ์ภายใต้เงื่อนไขของข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง ข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่าความปรารถนาในการมีบุตรส่วนใหญ่ยังคงสอดคล้องกับบรรทัดฐานทางสังคมที่แพร่หลาย โดยเฉพาะความคาดหวังเรื่องการชะลอการมีบุตร อย่างไรก็ตามการทำให้ความปรารถนาเหล่านี้เป็นจริงนั้นมีความไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ ความเปราะบางทางกฎหมาย และเส้นทางชีวิตที่แตกต่าง

จากการจำแนกความแตกต่างระหว่างบุคคลที่เติบโตในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องกับบุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิตวัยเด็กแบบข้ามชาติ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการปรับตัวด้านการเจริญพันธุ์ไม่ได้มีลักษณะที่เป็นเนื้อเดียวกัน แต่มีลักษณะที่แบ่งเป็นลำดับชั้นในขณะที่ยุคคนบางกลุ่มสามารถปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับบรรทัดฐานของสังคมปลายทางได้ แต่กลุ่มอื่นๆ กลับต้องเผชิญกับข้อจำกัดที่ทำให้การสร้างครอบครัวต้องล่าช้าหรือหยุดชะงักลง

นอกจากนี้งานวิจัยชิ้นนี้ยังมีส่วนช่วยเติมเต็มองค์ความรู้โดยชี้ให้เห็นว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของผู้ย้ายถิ่นไม่ควรถูกทำความเข้าใจเพียงแค่ว่าเป็นกระบวนการปรับตัวทางวัฒนธรรมเท่านั้น แต่เป็นผลผลิตจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างการขัดเคาะทางสังคม เงื่อนไขเชิงโครงสร้าง และโอกาสในชีวิตที่ไม่เท่าเทียมกัน ดังนั้นพฤติกรรมการเจริญพันธุ์จึงควรถูกทำความเข้าใจในฐานะกระบวนการของเส้นทางชีวิตที่ฝังตัวอยู่ภายใต้ระบบความเหลื่อมล้ำที่กว้างขึ้น ข้อค้นพบเหล่านี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการจัดการกับข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อการกำหนดผลลัพธ์ของการสร้างครอบครัว

โดยเฉพาะในบริบทของการขยายตัวของสังคมเมืองอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ซึ่งแรงกดดันทางเศรษฐกิจและอุปสรรคทางสถาบันยังคงส่งอิทธิพลอย่างต่อเนื่องต่อการตัดสินใจด้านการสืบพันธุ์

ข้อเสนอแนะ

1. รัฐควรเร่งสร้างความชัดเจนเรื่องการให้สัญชาติหรือสิทธิพำนัถาวรแก่ประชากรกลุ่มนี้ที่เติบโตในไทย เพราะผลวิจัยชี้ชัดว่าความกังวลเรื่องการส่งต่อสถานะพลเมืองชั้นสองให้ลูก คืออุปสรรคสำคัญที่ทำให้พวกเขาตัดสินใจชะลอการมีบุตรออกไปอย่างไม่มีกำหนด
2. ควรพัฒนาระบบสวัสดิการเด็กเล็กในเขตเมืองที่มีราคาเข้าถึงได้ เพื่อตอบสนองต่อโจทย์ผลวิจัยที่พบว่าข้อจำกัดด้านค่าครองชีพทำให้พ่อแม่ต้องส่งลูกกลับไปเลี้ยงที่ประเทศต้นทาง การมีศูนย์รับเลี้ยงเด็กที่ใกล้แหล่งงานจะช่วยลดปัญหาครอบครัวแยกกันอยู่และส่งเสริมการบูรณาการทางสังคมที่สมบูรณ์
3. หน่วยงานรัฐต้องจัดทาระบบให้ข้อมูลสิทธิและสวัสดิการเชิงรุกแก่แรงงานโดยตรง เพื่อขจัดช่องว่างด้านข้อมูลที่พบในกลุ่มที่ให้บริการนายหน้า ซึ่งความไม่รู้ในสิทธิสวัสดิการที่ตนพึงได้รับนี้เองที่เป็นตัวบั่นทอนความรู้สึกมั่นคงในการวางแผนสร้างครอบครัวในอนาคต
4. ในเชิงวิชาการควรศึกษาผลกระทบระยะยาวของการเลี้ยงดูบุตรข้ามพรมแดนต่อการขัดเกลาของเด็ก เนื่องจากเป็นกลยุทธ์หลักที่กลุ่มตัวอย่างใช้เพื่อความอยู่รอดทางเศรษฐกิจ การทำความเข้าใจผลกระทบนี้จะช่วยให้รัฐออกแบบนโยบายสนับสนุนครอบครัวผู้ย้ายถิ่นในเขตเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจากอาจารย์ธนากร บัวทอง อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ให้คำแนะนำ และชี้แนะในการวิจัยตั้งแต่ต้นจนจบ หากไม่มีอาจารย์งานชิ้นนี้ก็ไม่สามารถออกมาจนเสร็จสมบูรณ์ได้ ทำให้งานวิจัยนี้สามารถออกมาได้ รวมถึงผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 18 ท่าน ซึ่งเป็นแรงงานข้ามชาติรุ่นที่สองกลุ่มชาติพันธุ์ เมียนมา มอญ และลาว ที่สละเวลาและไว้วางใจในการแบ่งปันประสบการณ์ชีวิต ทศนคติต่อการสร้างครอบครัว รวมถึงความคาดหวังที่มีต่ออนาคต ข้อมูลที่ได้รับไม่เพียงแต่เป็นรากฐานสำคัญของงานวิจัย แต่ยังช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงมิติความเป็นมนุษย์และความพยายามในการดิ้นรนท่ามกลางข้อจำกัดเชิงโครงสร้างอย่างแท้จริง รวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้วิจัยที่ช่วยหาผู้ให้สัมภาษณ์มาให้ทำการวิจัย และอาจารย์สุกัญญา นุญมาที่ช่วยให้คำปรึกษาในตอนท้าย หากขาดบุคคลเหล่านี้ไปงานวิจัยในครั้งนี้ก็ไม่อาจสำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

- เบญจพร โคกแปะ, และดุษฎี อายุวัฒน์. (2564). การผสมกลมกลืนทางเศรษฐกิจในกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ของแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยธนบุรี*, 15(2), 67-78.
จาก https://www.thonburi-u.ac.th/Journal/Document/15-2/Journal15_2_6.pdf
- ปิยะธิดา นาคะเกษียร, และฤดี ปุ่บงกะดี. (2556). การศึกษาวิถีชีวิต ปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์มอญภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 105-115



- สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2555). การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่. *Journal of Public Health*, 42(3). จาก https://www.ph.mahidol.ac.th/thjph/journal/42_3/06.pdf
- อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์, และกัญญา อภิพรชัยสกุล. (2560). “ความเป็นธรรม” และ “ความเป็นไท” ด้านเพศและการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด, 57-76. จาก https://ipsr.mahidol.ac.th/wpcontent/uploads/2022/03/03_Apichat-RH-in-migrants.pdf
- อานันท์ กาญจนพันธุ์, และชัยพงษ์ สำเนียง. (2559). แรงงานข้ามชาติในตลาดแรงงานไร้พรมแดน. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 4(2), 1-34. จาก <https://so03.tcithaijo.org/index.php/husoarujournal/article/view/260376/173187>
- Andersson, G. (2004). Childbearing after migration: Fertility patterns of foreign-born women in Sweden. *Demographic Research*, 11, 115–150. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2004.11.4>
- Bonnett, A. W. (2024). *Segmented assimilation theory*. EBSCO. Retrieved from <https://www.ebsco.com/research-starters/social-sciences-and-humanities/segmented-assimilation-theory>
- Kulu, H. (2005). Migration and fertility: Competing hypotheses re-examined. *European Journal of Population*, 21(1), 51–87. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s10680-005-3581-8>
- Milewski, N. (2010). *Fertility of immigrants: A two-generational approach in Germany*. Springer.
- Mussino, E., & Cantalini, S. (2022). Influences of origin and destination on migrant fertility in Europe. *Population, Space and Place*, 28(7), e2567. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/psp.2567>
- Mussino, E., & Cantalini, S. (2024). Multiple origins and multiple destinations: The fertility of immigrant women in Europe. *Journal of International Migration and Integration*, 25, 911–932. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s12134-024-01121-4>
- Sudhinaraset, M. Woofter, R. & Huang, B. P. (2024, 19 December). *Stratified reproduction and threats to reproductive justice for immigrants: Decision-making for fertility using an ecological model*. Social science & medicine. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953625006653>

คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการอ่านและให้ ข้อเสนอแนะผลงานวิจัยในเอกสารประกอบการประชุม

รายนามคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการอ่านและให้ข้อเสนอแนะผลงานวิจัยในเอกสารประกอบการประชุม
วิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2569 มีดังต่อไปนี้

- 1) ศาสตราจารย์ ดร. ดุษฎี อายุวัฒน์
- 2) ศาสตราจารย์ ดร. ปัทมา วาพัฒน์วงศ์
- 3) ศาสตราจารย์ ดร. วิราภรณ์ โพธิศิริ
- 4) ศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์พร พันธุ์
- 5) ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. อภิชาติ จำรัสฤทธิ์วงศ์
- 6) รองศาสตราจารย์ ดร. กาญจนา ตั้งชลทิพย์
- 7) รองศาสตราจารย์ ดร. จงจิตต์ ฤทธรงค์
- 8) รองศาสตราจารย์ ดร. ชญานิศวรร โคโนะ
- 9) รองศาสตราจารย์ ดร. ชไมพร กาญจนกิจสกุล
- 10) รองศาสตราจารย์ ดร. เฉลิมพล แจ่มจันทร์
- 11) รองศาสตราจารย์ ดร. ชีรนงค์ สกุลศรี
- 12) รองศาสตราจารย์ ดร. นพ. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์
- 13) รองศาสตราจารย์ ดร. ปัทพร สุคนธมาน
- 14) รองศาสตราจารย์ ดร. ภูเบศร์ สมุทรจักร
- 15) รองศาสตราจารย์ ดร. มาร์ก เฟิลแคร์
- 16) รองศาสตราจารย์ ดร. ยศ อมรกิจวิภัย
- 17) รองศาสตราจารย์ ดร. รัตติยา ภูละอ
- 18) รองศาสตราจารย์ ดร. วิมลทิพย์ มุกสิกพันธ์
- 19) รองศาสตราจารย์ ดร. ศรีเมือง พลังฤทธิ์
- 20) รองศาสตราจารย์ ดร. ศุภิตา ชวนวัน
- 21) รองศาสตราจารย์ ดร. สิรินทร์ยา พูลเกิด
- 22) รองศาสตราจารย์ ดร. สุดารัตน์ มุสิกวงค์
- 23) รองศาสตราจารย์ ดร. สุธรรม นันทมงคลชัย
- 24) รองศาสตราจารย์ ดร. อัญญาณ์ สมุห์เสนาโต
- 25) รองศาสตราจารย์ ดร. อาวี จำปากลาง
- 26) รองศาสตราจารย์ ดร. อุทัยทิพย์ เจียวิวรรณ์กุล
- 27) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กม. รัตนา เพชรสีทอง



- 28) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกวรรณ ตั้งจิตนุสรณ์
- 29) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกวรรณ ธีรารัตน
- 30) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชฎาธาร โอบะชิศ
- 31) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณัฏฐพล อ่วมประดิษฐ์
- 32) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดุสิตา พึ่งสำราญ
- 33) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนานนท์ บัวทอง
- 34) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์
- 35) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พจนา หันจางสิทธิ์
- 36) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มาลี สันภูวรรณ
- 37) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สักกรินทร์ นิยมศิลป์
- 38) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สวัสดิ์ ทยานศิลป์
- 39) อาจารย์ ดร. จุฑาภรณ์ อัมระपाल
- 40) อาจารย์ ดร. ตริภักดิ์ ใจคอก ฮวน ดั่ง
- 41) อาจารย์ ดร. นรา ชำคม
- 42) อาจารย์ ดร. พัชรพล ยุกตะทัต
- 43) อาจารย์ ดร. อรวรรณ ประสิทธิ์ศิริผล



สมาคมประชากรไทย

THAI POPULATION ASSOCIATION



ขอขอบพระคุณ

LION

บริษัทไลอ้อน (ประเทศไทย) จำกัด
ที่ให้ความอนุเคราะห์ของที่ระลึกกับ
ผู้เข้าร่วมประชุม องค์ปาฐก ผู้นำเสนอ
ผู้ดำเนินรายการและตัดสินบทความ