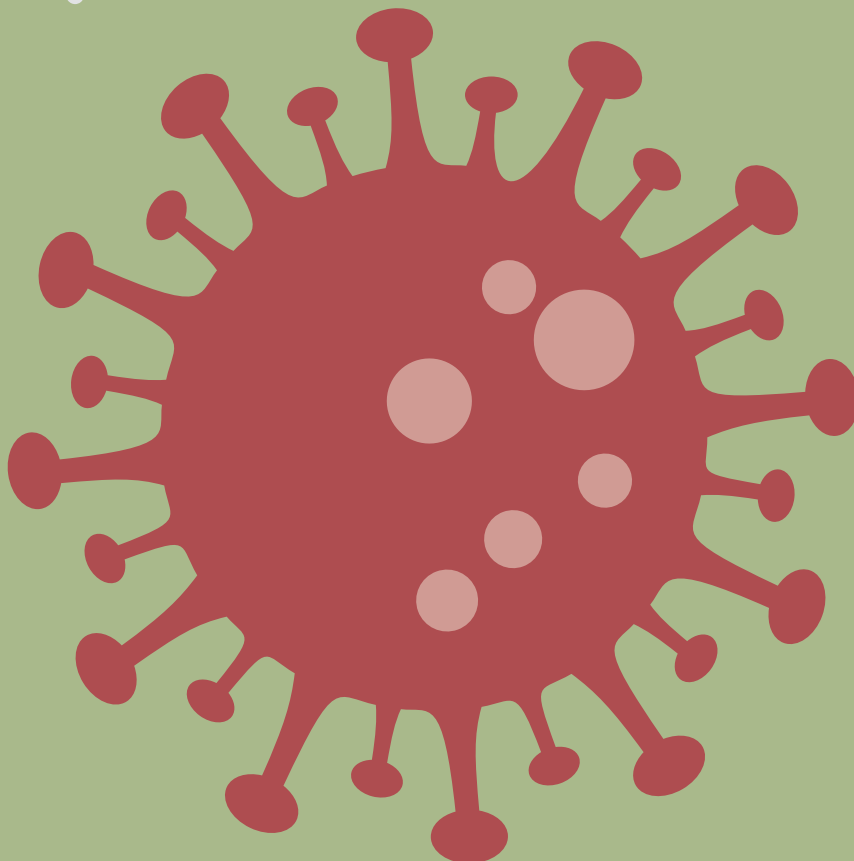


สุขภาพคนไทย

2564



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)



COVID-19

มหันตภัยร้ายเขย่าโลก

10 หมวดตัวชี้วัดสุขภาพพื้นที่

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2564 : COVID-19 มหันตภัยร้ายเขย่าโลก / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

-- พิมพ์ครั้งที่ 1. -- นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2564.

(เอกสารทางวิชาการ/สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 533)

ISBN 978-616-443-536-0

1. การติดเชื้อไวรัสโคโรนา. 2. โคโรนา-19 (โรค). 3. ดัชนีสุขภาพ. 4. ภาวะสุขภาพ. 5. ไวรัสโคโรนา.
6. พฤติกรรมสุขภาพ. 7. อนามัยแม่และเด็ก. 8. COVID-19. I. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
II. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. IV. ชื่อชุด.

WA100 ฉ422ส 2564

จัดทำเนื้อหาและจัดพิมพ์โดย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้รับการสนับสนุนทุนจาก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิสูจน์อักษร

นางสาวพิมลพรรณ นิตยัณรา

ผู้ออกแบบ

คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย

พิมพ์ครั้งที่ 1

พฤษภาคม 2564

จำนวนพิมพ์

6,000 เล่ม

พิมพ์ที่

บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)

376 ถนน ชัยพฤกษ์ แขวงตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170

โทรศัพท์ 0-2882-1010 โทรสาร 0-2434-1385

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-0201-4 โทรสาร 0-24415221

เว็บไซต์ www.ipsr.mahidol.ac.th

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

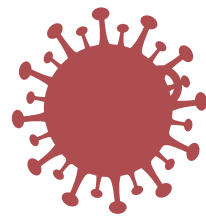
เลขที่ 99/8 อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาพะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

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

เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

สุขภาพ
คนไทย 2564



COVID-19

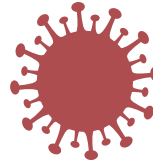
มหันตภัยร้ายเข่าโลก



บอกกล่าว

รายงานสุขภาพคนไทย 2564 นำเสนอส่วนแรกด้วย 10 หมวดตัวชี้วัด “สุขภาพพื้นที่” โดยมีหัวข้อสำคัญ 10 เรื่อง ได้แก่ 1) พฤติกรรมทางกาย 2) สุขภาพกาย 3) สุขภาพจิต 4) สุขภาพสังคม 5) อนามัยแม่และเด็ก 6) ประชากรกลุ่มเปราะบาง 7) สิ่งแวดล้อม 8) ทรัพยากรธรรมชาติ 9) ทรัพยากรสุขภาพ และ 10) เขตสุขภาพพิเศษ

ในส่วน 10 สถานการณ์เด่นปีนี้ มีประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ม็อบการเมือง คนรุ่นใหม่: จากแฟลชม็อบสู่คณะราษฎร 2563 2) ปัญหาหมอกควันและไฟป่าในภาคเหนือ: แนวทางการจัดการอย่างยั่งยืน 3) มงกกระบวนกร ยุติธรรมทางอาญาผ่านคดี “บอส” 4) ปัญหาความยากจนในไทย ดีขึ้นหรือแย่ลง? 5) “ดื่มแล้วขับ” อาชญากรรมบนท้องถนน 6) ความรุนแรงต่อเด็กนักเรียน ปัญหาและแนวทางแก้ไข 7) มะเร็งตับ มัจจุราชคร่าชีวิตคนไทย 8) แลนด์บริดจ์อ่าวไทย-อันดามัน อภิมหาโครงการ 2 ทศวรรษ 9) ปัญหาเด็กหายในบริบทสังคมไทย 10) คนกับช้าง: พลวัตการอยู่ร่วมกันสำหรับ 4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทยปีนี้ ได้แก่ 1) นานาชาติยกย่องไทยรับมือ โควิด-19 2) นโยบาย “บัตรทองรักษาทุกที่” ภาคสองของ “30 บาท รักษาทุกโรค” 3) นวัตกรรมขึ้นบัญชีมรดกโลกทางวัฒนธรรม 4) สสส.คว่ำรางวัลองค์กรสร้างเสริมสุขภาพระดับโลก “Nelson Mandela”



เรื่องพิเศษประจำฉบับ ปีนี้นำเสนอประเด็นสำคัญที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญ เรื่อง “COVID-19: มหันตภัยร้ายเขย่าโลก” โดยฉายภาพสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ระบาดไปทั่วโลกตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา ประเด็นที่ผู้อ่านจะได้เรียนรู้ นั่น เริ่มตั้งแต่จุดเริ่มสถานการณ์การระบาดของโรค การควบคุมและป้องกัน การต่อสู้และชัยชนะของประเทศจีน สถานการณ์การระบาดในประเทศสหรัฐอเมริกา อิตาลี อิหร่าน และอังกฤษ รวมทั้งกรณีของประเทศไทยและผลกระทบที่เกิดขึ้น และประเด็นเรื่องการพัฒนาวัคซีนและยา ซึ่งเป็นอาวุธสำคัญที่จะสู้กับโรคร้ายอย่างโควิด-19

ทั้งนี้ คำว่า “โควิด-19” ในรายงานสุขภาพคนไทยฉบับนี้ ใช้รูปแบบการเขียน “คำทับศัพท์” จากคำว่า COVID-19 ในภาษาอังกฤษจึงมีการใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นกลางระหว่างคำว่า “โควิด” และ “19” เพื่อสื่อความหมายถึงการอุบัติของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาในช่วงปลายปี ค.ศ. 2019

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย 2564 ขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ติดตามและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องตลอดมา โดยได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทั้งในด้านการศึกษา นโยบาย และการปฏิบัติ นับเป็นความรู้สึภาคภูมิใจและเป็นพลังให้คณะทำงานในการจัดทำหนังสือรายงานสุขภาพคนไทยที่มีคุณภาพต่อไป โปรดติดตามอ่านหนังสือรายงานสุขภาพคนไทยและบทความที่น่าสนใจเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์ www.thaihealthreport.com

คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย

สารบัญ ๐๐

10

หมวดตัวชีวิต
“สุขภาพพื้นที่”

10	พฤติกรรมสุขภาพ
15	สุขภาพกาย
18	สุขภาพจิต
21	สุขภาพสังคม
24	อนามัยแม่และเด็ก
27	ประชากรกลุ่มเปราะบาง
30	สิ่งแวดล้อม
33	ทรัพยากรธรรมชาติ
36	ทรัพยากรสุขภาพ
40	เขตสุขภาพพิเศษ

10

สถานการณ์เด่น
ทางสุขภาพ

50	มือบการเมืองคนรุ่นใหม่: จากแฟลชม็อบสู่คณะราษฎร 2563
58	ปัญหาหมอกควันและไฟป่าในภาคเหนือ: แนวทางการจัดการอย่างยั่งยืน
66	มองกระบวนการยุติธรรมทางอาญาผ่านคดี “บอส”
73	ปัญหาความยากจนในไทย ดีขึ้นหรือแย่ลง?
80	“ดื่มแล้วขับ” อาชญากรรมบนท้องถนน
86	ความรุนแรงต่อเด็กนักเรียน ปัญหาและแนวทางแก้ไข

90	มะเร็งตับ...มัจจุราชคร่าชีวิตคนไทย
95	แลนด์บริดจ์อ่าวไทย-อันดามัน... อภิมหาโครงการ 2 ทศวรรษ
100	ปัญหาเด็กหายในบริบทสังคมไทย
106	คนกับช้าง: พลวัตการอยู่ร่วมกัน

04

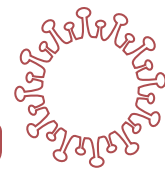
ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

112	นานาชาติยกย่องไทยรับมือโควิด-19
113	นโยบาย “บัตรทองรักษาทุกที่” ภาคสองของ “30 บาทรักษาทุกโรค”
114	แนวคิดไทยขึ้นบัญชีมรดกโลกทางวัฒนธรรม
115	สสส.คว้าวางวัลองค์กรสร้างเสริมสุขภาพระดับโลก “Nelson Mandela”

เรื่องพิเศษ ประจำฉบับ

117

COVID-19 มหันตภัยร้ายเขย่าโลก



ภาคผนวก

188	เกณฑ์ในการจัดทำรายงาน “สุขภาพคนไทย 2564”
192	รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง
194	รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ
195	คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย
196	บรรณานุกรม



สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2564. ชี้อบบทความ. *สุขภาพคนไทย 2564* (เลขหน้าของบทความ).
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2564. พฤติกรรมสุขภาพ. *สุขภาพคนไทย 2564* (หน้า 10-14).
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



หมวดตัวชีวิต
“สุขภาพพื้นที่”

“

ในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย มีความแตกต่างหลากหลาย ทั้งในเรื่องวิถีชีวิต ภูมิอากาศ ภูมิประเทศ ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และ วัฒนธรรม ซึ่งความหลากหลายเหล่านี้ นำไปสู่ความหลากหลาย ในด้านประเด็นทางสุขภาพ

ทั้งสถานะทางสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกำหนดสุขภาพ แต่ละพื้นที่จึงมีประเด็นสุขภาพ ที่เป็นลักษณะเฉพาะ การฉายภาพสุขภาพคนไทยในระดับพื้นที่ จะช่วยให้เห็นความหลากหลายของปัญหา ความท้าทาย และความเหลื่อมล้ำของประเทศ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

”

10

หมวดตัวชี้วัด “สุขภาพพื้นที่”

สุขภาพคนไทย 2564 นำเสนอตัวชี้วัดสุขภาพประชากรในระดับพื้นที่ของประเทศไทย เพื่อสะท้อนความหลากหลายของประเด็นสุขภาพ ทั้งที่จำแนกในระดับจังหวัด ภูมิภาค เขตสุขภาพพิเศษ รวมถึงพื้นที่บนโลกออนไลน์ โดยในปีนี้แบ่งเป็น 10 หมวด หมวดที่ 1 เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ หมวด 2-5 เกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกาย จิต สังคม และอนามัยแม่และเด็ก หมวด 6-8 เกี่ยวกับประชากรเปราะบาง สิ่งแวดล้อม และทรัพยากร หมวด 9 เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ และหมวด 10 เกี่ยวกับสาธารณสุขเขตสุขภาพพิเศษ ซึ่งเป็นการดำเนินการในพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะแตกต่างจากพื้นที่ปกติและไม่สามารถใช้แนวทางบริหารจัดการด้านสาธารณสุขแบบทั่วไปเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วยงานสาธารณสุข 4 ด้าน ได้แก่ สาธารณสุขทางทะเล สาธารณสุขชายแดน เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรข้ามชาติ) และเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ในแต่ละหมวดจะเน้นการนำเสนอให้เห็นความหลากหลายของประเด็นสุขภาพในมิติต่างๆ ของแต่ละพื้นที่

พฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการขับขี่ยานพาหนะขณะมีเม้า คนได้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงสุดในทุกภาค ในขณะที่คนเหนื้อมีสัดส่วนนักดื่มสูงสุด รวมถึงการมีพฤติกรรมดื่มแล้วขับสูงที่สุด ในปี 2562 คนภาคเหนือมีอัตราการตายสูงที่สุด ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง แต่อีกส่วนหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการที่ภาคเหนื้อมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุด

ทุกวันนี้ วิถีชีวิตเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ ปัจจุบันสาเหตุการตายหลัก 3 อันดับแรกของคนไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งมะเร็งและเนื้องอก โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งคนกรุงเทพฯ มีแนวโน้มเสียชีวิตจากโรคเหล่านี้สูงกว่าคนในภาคอื่น

ในด้านสุขภาพจิต แม้คนกรุงเทพฯ จะมีความพร้อมสูงสุดในด้านสถานบริการและบุคลากรทางสุขภาพจิต แต่ยังคงมีปัญหาการเข้าถึง ภาคกลางมีคะแนนสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าภูมิภาคอื่นมาโดยตลอดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แต่ภาคเหนื้อมีแนวโน้มการลดลงของสุขภาพจิตที่ชัดเจนที่สุด และยังเป็นภาคที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าภาพรวมประเทศเกือบ 2 เท่า

สุขภาพสังคมของคนไทยโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี คนไทยในทุกภาคส่วนมากู้สึกปลอดภัยในชุมชนตนเอง แต่ยังมีประเด็นเรื่องสถานะทางเศรษฐกิจและหน้าที่การงานที่สร้างความรู้สึกเหลื่อมล้ำคนกรุงเทพฯ รู้สึกถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกคุกคามในเรื่องตำแหน่งหน้าที่การงานสูงกว่าคนในภูมิภาคอื่นอย่างชัดเจน

ประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดที่ลดลงในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา โดยภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการเกิดต่ำที่สุด แต่กลับมีอัตราการมีบุตรของวัยรุ่นสูงที่สุด เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ เด็กทารกในกรุงเทพฯ มีโอกาสได้กินนมแม่อย่างเดียวนใน 6 เดือนแรกสูงที่สุด แต่ในขณะเดียวกันมีสัดส่วนภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าภูมิภาคอื่นเช่นเดียวกัน

ความยากจนยังคงเป็นสาเหตุความเปราะบางที่สำคัญ ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา ภาคใต้มีสัดส่วนคนจนสูงที่สุด และแนวโน้มนี้อาจเห็นชัดมากยิ่งขึ้นเนื่องจากปัจจุบันวัยรุ่นภาคใต้มีอัตราเข้าเรียนในระดับมัธยมศึกษาต่ำที่สุด ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่เคยมีสัดส่วนคนยากจนสูงสุด ปัจจุบันยังคงมีประชากรเปราะบางจากสัดส่วนแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้รับการคุ้มครองทางสังคมที่สูง

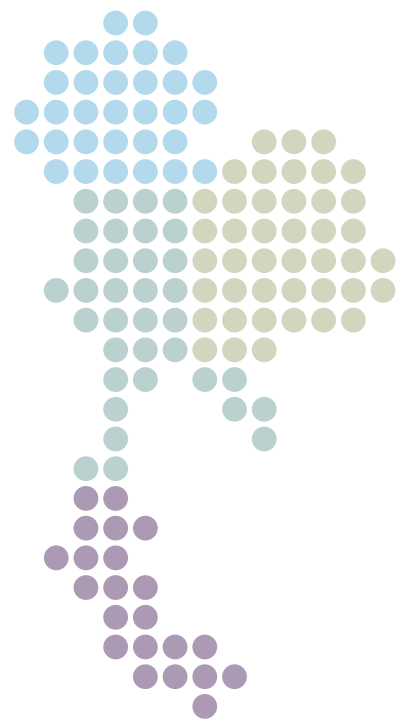
ในด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ พบความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อมทั้งน้ำ อากาศ และมลพิษที่เกิดจากขยะมูลฝอยและกากของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม ภาคเหนือยังคงประสบปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กสูงสุด ส่วนขยะกากของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม พบสูงในจังหวัดอุตสาหกรรม เช่น ระยอง ชลบุรี และสมุทรปราการ ในขณะที่ภาคใต้ ตะวันออก และกลางประสบปัญหาขยะทะเล ที่เมื่อประกอบกับภาวะโลกร้อน ส่งผลต่อความเสื่อมโทรมของท้องทะเลไทย

ถึงแม้ในภาพรวมทรัพยากรทางการแพทย์ของประเทศไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ช่องว่างความแตกต่างระหว่างภูมิภาคยังคงเท่าเดิม แพทย์ในตะวันออกเฉียงเหนือต้องดูแลประชากรสูงกว่าแพทย์กรุงเทพฯ เกือบ 5 เท่า และเมื่อประกอบกับความเหลื่อมล้ำในด้านความครอบคลุมกองทุนและสวัสดิการของกรุงเทพฯ เปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ จึงไม่น่าแปลกใจที่ปัจจุบันยังคงเห็น

ความเหลื่อมล้ำในการใช้และเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างภูมิภาค

ท้ายที่สุด การสำรวจประเด็นสุขภาพตามเขตสุขภาพพิเศษที่แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ สาธารณสุขทางทะเล สาธารณสุขชายแดน เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรข้ามชาติ) และเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก พบว่าในแต่ละเขตสุขภาพพิเศษมีประเด็นสุขภาพที่เฉพาะของพื้นที่ เขตสุขภาพทางทะเลมีประเด็นเฉพาะ เช่น อุบัติเหตุทางน้ำ และโรคน้ำหนึบ เขตสุขภาพชายแดน มีประเด็นด้านค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดน เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรข้ามชาติ) มีประเด็นด้านการคุ้มครองสุขภาพ และเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก มีประเด็นเรื่องขนาดประชากรที่เติบโตจากการย้ายถิ่น และการรับมือด้านสาธารณสุขให้เหมาะสมกับประชากรที่เพิ่มขึ้น

สุขภาพคนไทยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าตัวชี้วัดสุขภาพในระดับพื้นที่ในปี 2564 นี้ จะเป็นส่วนหนึ่งให้สังคมไทยมองเห็นประเด็นสุขภาพของประเทศที่มีความหลากหลายตามบริบทพื้นที่ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อสุขภาพคนไทยที่ดียิ่งขึ้นโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง



01

พฤติกรรมสุขภาพ

คนภาคเหนือและภาคใต้มีพฤติกรรมเสี่ยงจากการดื่มสุราก่อนหรือระหว่างขับรถจักรยานยนต์สูงกว่าคนภาคอื่นๆ โดยเฉพาะนักดื่มภาคเหนือที่มากกว่าครึ่งเคยดื่มแล้วขับ

“**บริบทเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่หลากหลายในแต่ละพื้นที่** ไม่ว่าจะเป็นการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การมีกิจกรรมทางกาย การใช้บริการสาธารณสุข และพฤติกรรมอื่นๆ

”

การเปลี่ยนแปลงอัตรา
การสูบบุหรี่ในแต่ละภาค
ระหว่าง ปี 2554 และ ปี 2560

▼ **ภาคเหนือ**
อัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยลดลง
14.9%

▼ **ภาคกลาง**
อัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยลดลง
5.1%

▼ **ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**
อัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยลดลง
10.6%

▼ **ภาคใต้**
อัตราการสูบบุหรี่เฉลี่ยลดลง
6.2%

ภาคใต้
มีพฤติกรรม
สูบบุหรี่สูงสุด

$$\frac{\text{อัตราการสูบบุหรี่ปี 2560} - \text{อัตราการสูบบุหรี่ปี 2554}}{\text{อัตราการสูบบุหรี่ปี 2554}} \times 100$$

การสูบบุหรี่และดื่มสุรา เป็นพฤติกรรมส่งผลต่อสุขภาพของคนไทยมาช้านาน ข้อมูลการสูบบุหรี่ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยรวมมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงเห็นความแตกต่างระหว่างภาคอย่างชัดเจน โดยคนในจังหวัดภาคใต้มีพฤติกรรมสูบบุหรี่สูงสุด

อัตราการสูบบุหรี่ ในประเทศไทยปี 2554 และ 2560

ภาคกลาง	2554	2560
กรุงเทพฯ	15.4	15.4
กาญจนบุรี	26.6	17.6
จันทบุรี	19.1	17.3
ฉะเชิงเทรา	18.6	15.9
ชลบุรี	17.3	19.0
ชัยนาท	20.0	19.8
ตราด	20.8	22.8
นครนายก	21.0	22.7
นครปฐม	16.0	13.5
นนทบุรี	14.6	21.1
ปทุมธานี	15.9	15.2
ประจวบคีรีขันธ์	26.0	22.6
ปราจีนบุรี	22.3	16.8
เพชรบุรี	20.8	20.6
ระยอง	20.7	12.7
ราชบุรี	19.2	17.9
ลพบุรี	22.3	18.0
สมุทรปราการ	17.0	14.0
สมุทรสงคราม	18.3	17.3
สมุทรสาคร	17.0	20.8
สระแก้ว	26.0	22.9
สระบุรี	21.0	16.0
สิงห์บุรี	17.6	18.1
สุพรรณบุรี	16.7	16.5
อยุธยา	17.4	19.8
อ่างทอง	20.0	19.7

ภาคเหนือ	2554	2560
เชียงใหม่	22.1	15.1
เชียงราย	19.6	14.5
เพชรบูรณ์	22.3	20.1
แพร่	21.3	16.0
แม่ฮ่องสอน	30.6	18.3
กำแพงเพชร	23.3	21.4
ตาก	23.1	20.5
นครสวรรค์	16.8	15.6
น่าน	16.7	15.7
พะเยา	16.0	18.0
พิจิตร	18.2	15.5
พิษณุโลก	21.8	17.4
ลำปาง	17.8	17.1
ลำพูน	23.8	20.8
สุโขทัย	22.4	18.3
อุตรดิตถ์	16.8	16.4
อุทัยธานี	24.5	17.8

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2554	2560
กาฬสินธุ์	24.6	22.9
ขอนแก่น	26.7	17.5
ชัยภูมิ	22.5	19.8
นครพนม	24.6	19.9
นครราชสีมา	21.6	22.4
บุรีรัมย์	23.4	19.5
มหาสารคาม	23.1	18.0
มุกดาหาร	23.0	19.0
ยโสธร	21.0	20.8
ร้อยเอ็ด	24.1	22.9

ภาคตะวันออก	2554	2560
เลย	26.2	19.3
ศรีสะเกษ	25.0	19.0
สกลนคร	18.8	25.9
สุรินทร์	25.0	20.6
หนองคาย	23.3	18.0
หนองบัวลำภู	26.4	22.8
อำนาจเจริญ	26.1	22.6
อุดรธานี	23.3	25.0
อุบลราชธานี	22.1	22.8

ภาคใต้	2554	2560
กระบี่	22.7	28.4
ชุมพร	25.8	24.0
ตรัง	26.4	24.2
นครศรีธรรมราช	27.4	27.6
นราธิวาส	25.6	20.1
ปัตตานี	29.1	23.4
พังงา	24.4	23.8
พัทลุง	24.0	24.3
ภูเก็ต	20.4	18.7
ยะลา	24.0	21.9
ระนอง	27.6	25.5
สงขลา	22.8	20.1
สตูล	29.4	27.0
สุราษฎร์ธานี	27.0	24.4

ที่มา: รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2562, ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ

สำหรับพฤติกรรมการดื่มสุรา พบว่า คนเหนือดื่มสุรา
สูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยจังหวัดที่ร้อยละ 34.6 เปรียบเทียบ
กับค่าเฉลี่ยจังหวัดภาคใต้ที่ร้อยละ 14.9

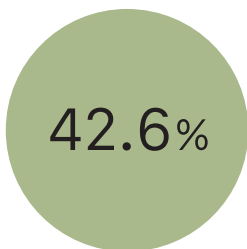
สัดส่วนการดื่มสุราหรือ
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ปี 2560

ภาคเหนือ



34.6%

สัดส่วนของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
ที่ดื่มสุราก่อนหรือระหว่าง
ขับรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์



42.6%

● 8.1%

ภาคกลาง



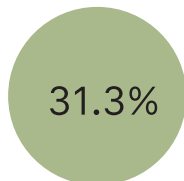
26.0%

กรุงเทพฯ



18.4%

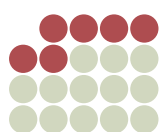
● 2.5%



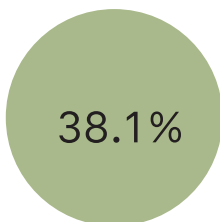
31.3%

● 5.1%

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



31.5%



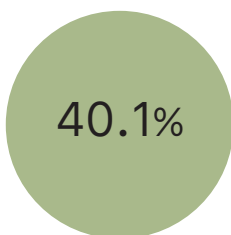
38.1%

● 5.3%

ภาคใต้



14.9%



40.1%

● 8.5%

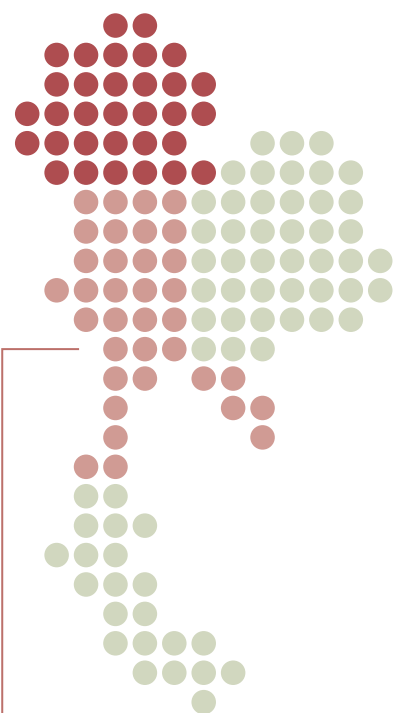
● เคยเป็นบางครั้ง

● เคยเป็นประจำ

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และ
การดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560,
สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่
และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560,
สำนักงานสถิติแห่งชาติ

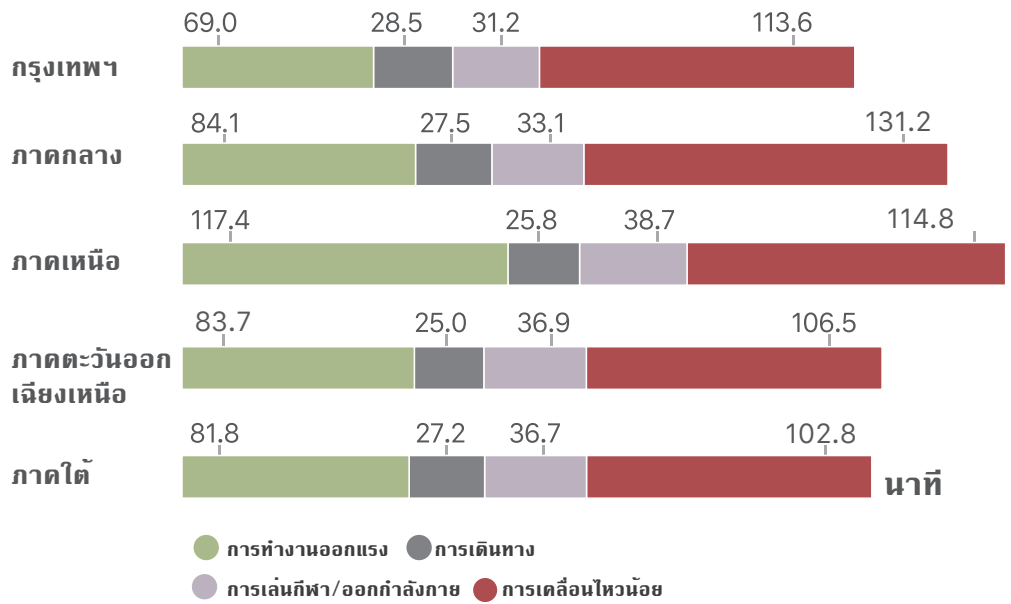
ภาคเหนือ ดื่มสุราสูงที่สุด



ภาคกลาง ใช้เวลากับกิจกรรม ที่มีการเคลื่อนไหว น้อยที่สุด

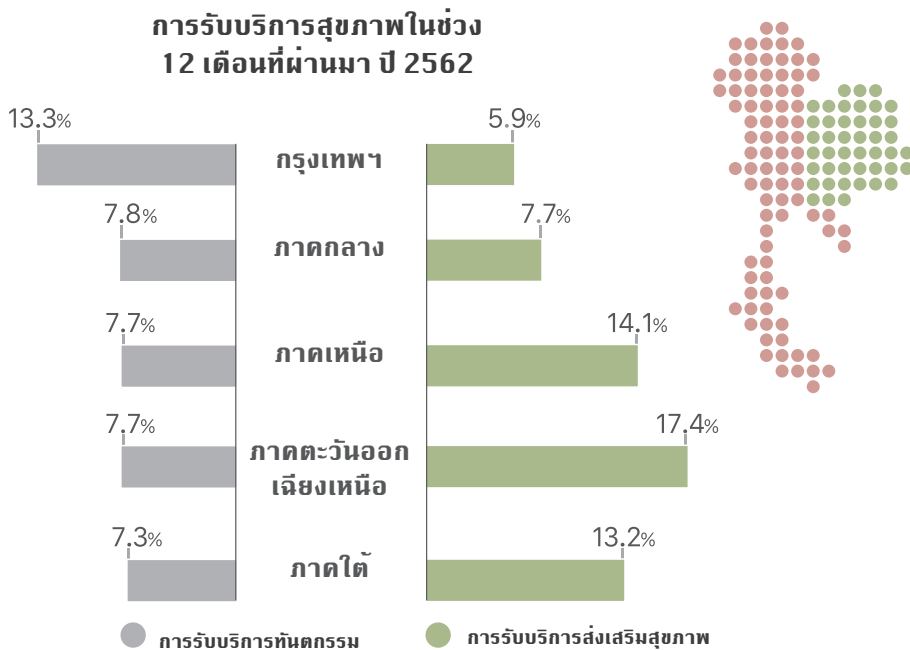
อีกสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพ เกิดจากการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยรวมแล้วพบว่าคนภาคเหนือใช้เวลาทำงานออกแรง และเล่นกีฬา/ออกกำลังกายในแต่ละวันสูงกว่าคนในภาคอื่น ในขณะที่คนภาคกลางใช้เวลากับกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวน้อยที่สุดในทุกภาค

ระยะเวลาเฉลี่ย (นาที) ของกิจกรรมทางกาย ในแต่ละกลุ่มต่อวัน ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามประเภทกิจกรรม



ที่มา: การสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2558, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

คนกรุงเทพฯ รับบริการทันตกรรมสูงสุด แต่รับบริการส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด



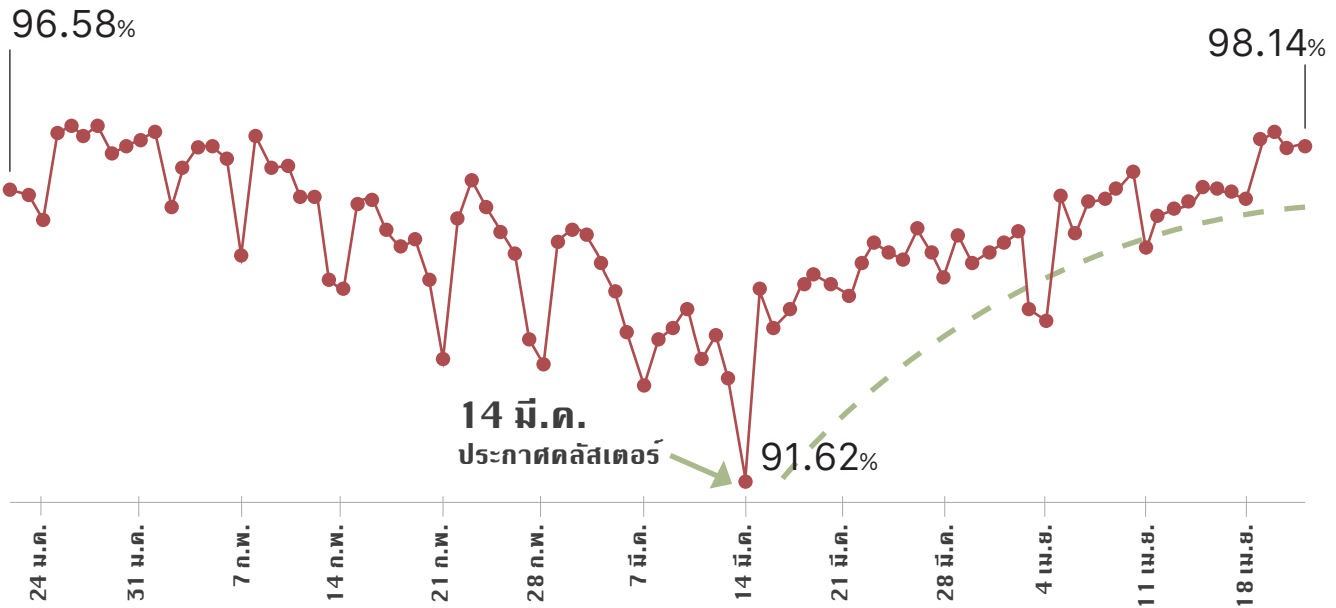
ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การรับบริการส่งเสริมสุขภาพ ถือเป็นพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรค ซึ่งพบว่าคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราสูงสุดในทุกภาคที่ร้อยละ 17.4

ส่วนการรับบริการทันตกรรม พบว่าคนกรุงเทพฯ สูงกว่าภาคอื่นอย่างชัดเจนที่ร้อยละ 13.3

หมายเหตุ: การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การใช้บริการด้านต่างๆ สำหรับส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น การไปรับการฉีดวัคซีน การไปฝากครรภ์/ตรวจครรภ์ การไปรับบริการวางแผนครอบครัว การตรวจสุขภาพ การตรวจคัดกรองโรค การไปรับยาบำรุง และการไปรับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ

แนวโน้มการใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง ของคนกรุงเทพฯ



รายงานประจำวันที่ 21 ม.ค.-22 เม.ย. 2564

ในปี 2563 ประเทศไทยและทั่วโลกได้เผชิญกับการระบาดของโควิด-19 การป้องกันการแพร่ระบาดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ประชาชนพึงมีเพื่อลดโอกาสติดเชื้อ โดยเฉพาะการสวมใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง เมื่อต้นปี 2564 พบแนวโน้มการใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกต้องของคนกรุงเทพฯ ราว 97% และมีแนวโน้มลดลงตามสถานการณ์การระบาดที่ดีขึ้น จนถึง 92% ในช่วงกลางเดือนมีนาคมก่อนมีการระบาดระลอกใหม่ ที่ทำให้สัดส่วนประชาชนที่ใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกต้องมีแนวโน้มกลับสูงขึ้นอีกครั้งที่ 98%

การใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ของชาวกรุงเทพฯ เปลี่ยนแปลงตาม ระดับความรุนแรง ของการระบาด

ที่มา: โครงการระบบปัญญาประดิษฐ์ (ระบบเอไอ AiMASK) ในการประเมินการใส่หน้ากากอนามัย, สถาบันเทคโนโลยีนานาชาติสิรินธร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สมาคมปัญญาประดิษฐ์ประเทศไทย และโครงการซูเปอร์เอไอเอ็นจีเนียร์

คนในกรุงเทพฯ
และภาคกลาง
มีภาวะอ้วน
สูงสุดในทุกภาค
ที่ร้อยละ
40.4

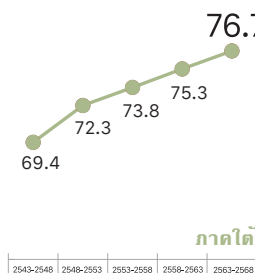
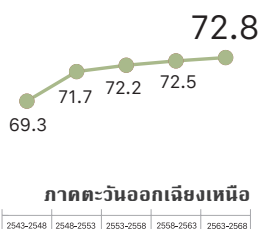
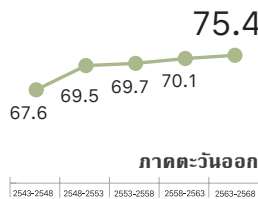
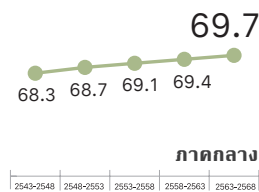
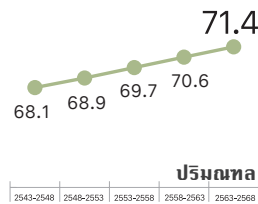
“
สุขภาพกาย
หมายถึง
สภาวะแห่งความ
สมบูรณ์ของร่างกาย
ไม่ใช่เฉพาะการ
ปราศจากโรคและ
ทุพพลภาพเท่านั้น
สิ่งแวดล้อม
เศรษฐกิจ สังคม
และระบบ
การจัดการ
สาธารณสุข
เป็นอิทธิพลสำคัญ
ที่ทำให้สุขภาพ
กายของคน
ในแต่ละ
พื้นที่มีความ
แตกต่างกัน
”

สุขภาพกาย

02

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากร
ในประเทศไทย ปี 2443-2568 (ปี)

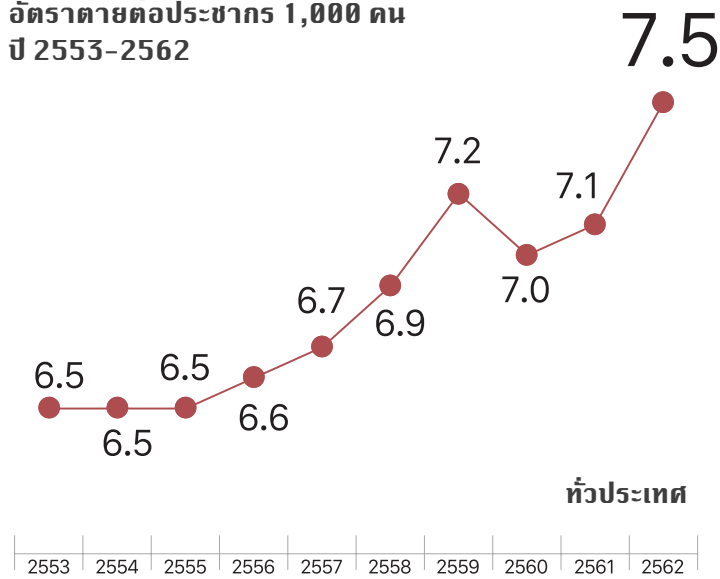
อายุคาด
เฉลี่ยเมื่อ
แรกเกิดมี
แนวโน้ม
สูงขึ้นใน
ทุกภูมิภาค



สุขภาพกายโดยรวม
ของคนไทยในทุก
พื้นที่มีแนวโน้มดีขึ้น
หากพิจารณาอายุคาด
เฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มี
แนวโน้มสูงขึ้นในทุก
ภูมิภาค โดยเฉพาะใน
ภาคตะวันตก ภาคใต้
และกรุงเทพฯ

ที่มา: การคาดประมาณประชากรของ
ประเทศไทย 2543-2573,
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

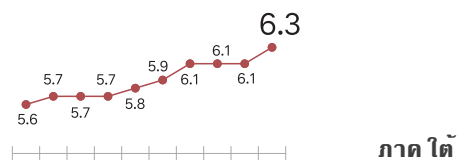
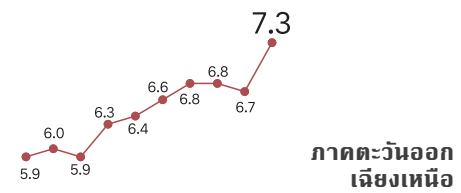
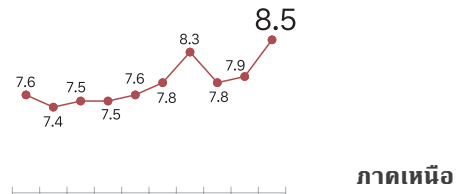
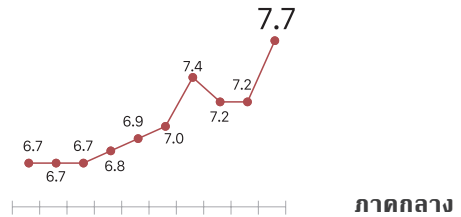
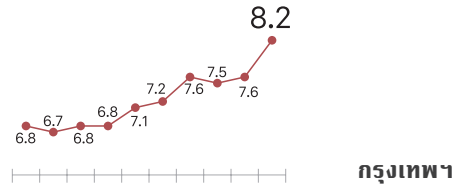
อัตราการตายต่อประชากร 1,000 คน
ปี 2553-2562



ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2553-2562, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
(หน่วย : ต่อประชากร 1,000 คน)

จากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อัตราตายต่อประชากรในทุกภาคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในภาคเหนือและกรุงเทพฯ ที่มีอัตราตายสูงสุดที่ 8.5 และ 8.2 รายต่อประชากร 1,000 คน

สำหรับสาเหตุการตายในปี 2562 พบว่า สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคระบบไหลเวียนโลหิต และโรคระบบทางเดินหายใจ คนกรุงเทพฯ ทั้งชายและหญิงมีอัตราการตายจากมะเร็งและเนื้องอก และโรคระบบทางเดินหายใจสูงเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ส่วนผู้ชายในภาคเหนือมีอัตราตายจากโรคระบบทางเดินหายใจสูงสุดในทุกภาค ส่วนผู้หญิงในภาคเหนือมีสาเหตุการตายจากโรคระบบไหลเวียนโลหิตสูงกว่าผู้หญิงในภูมิภาคอื่น

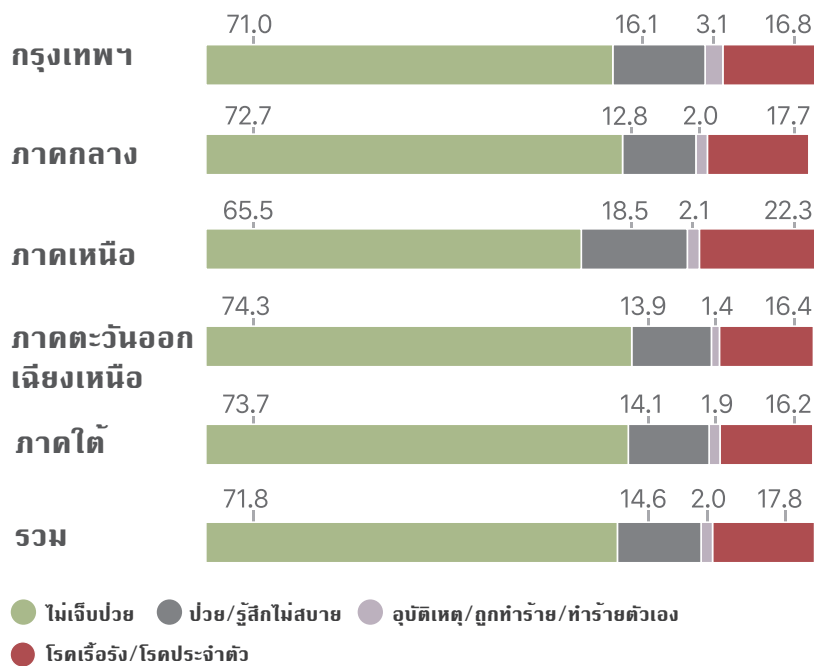


อัตราการตายจาก มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคระบบไหลเวียนโลหิต และ โรคระบบทางเดินหายใจ ปี 2562

	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคใต้		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด	213.6	170.1	146.6	106.7	106.7	116.4	147.3	101.9	102.0	72.6	149.8	107.6
โรคระบบไหลเวียนโลหิต	107.6	102.8	145.7	104.6	149.5	117.1	104.5	74.9	132.7	96.3	132.2	95.7
โรคระบบทางเดินหายใจ	106.6	76.6	97.0	63.5	110.2	66.7	81.6	47.4	69.4	39.5	90.9	56.5

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
(ต่อประชากร 100,000 คน)

การเจ็บป่วยในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา ปี 2562 (ร้อยละ)



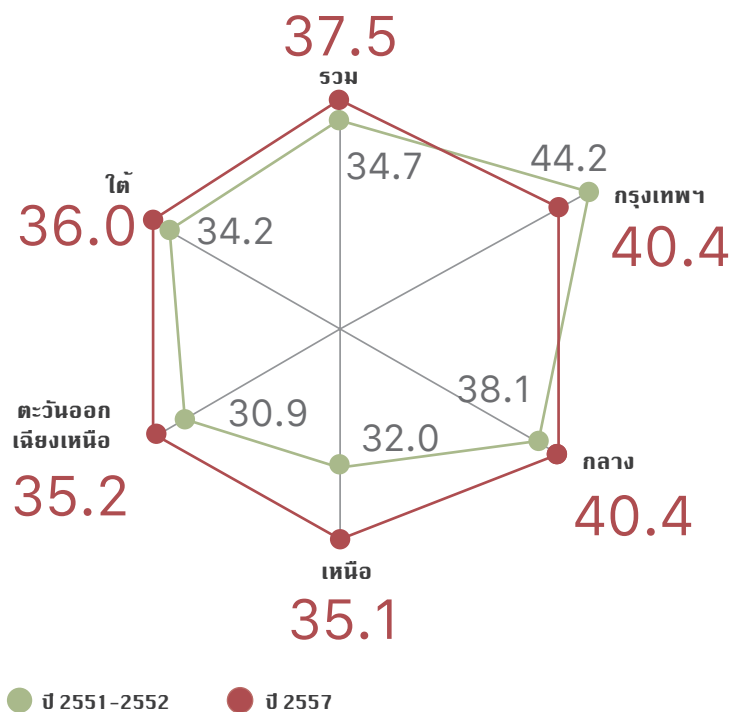
ที่มา: สํารวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562, สํานักงานสถิติแห่งชาติ

การเจ็บป่วยในปี 2562 พบว่าคนไทยส่วนใหญ่ราวร้อยละ 70 ไม่มีอาการเจ็บป่วยใน 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ ภาคเหนือมีสัดส่วนผู้มีอาการเจ็บป่วยสูงสุด โดยเฉพาะการรู้สึกป่วยหรือไม่สบายที่ร้อยละ 18.5 และการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมากกว่า 1 ใน 5

ในด้านปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ เช่น ภาวะโรคอ้วน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเกือบทุกพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคกลาง ที่มีสัดส่วนสูงในปี 2557 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องเฝ้าระวัง รวมถึงกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและวิถีชีวิต เพื่อลดโอกาสการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรต่อไปในอนาคต

ในปี 2558 การตายจากโรคติดเชื้อและปรสิตเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของคนไทย แต่ในปี 2562 สาเหตุการตายจากโรคติดเชื้อตกไปเป็นอันดับ 5 โดยมีโรคระบบทางเดินหายใจขึ้นมาเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 แทน

สัดส่วนประชากรไทยที่มีภาวะอ้วน ปี 2551-2557 (ร้อยละ)



หมายเหตุ: ภาวะอ้วนหมายถึงผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม.²

ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 และ 5, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

03

สุขภาพจิต

ปี 2563
คนไทย
ฆ่าตัวตาย
สำเร็จถึงกว่า

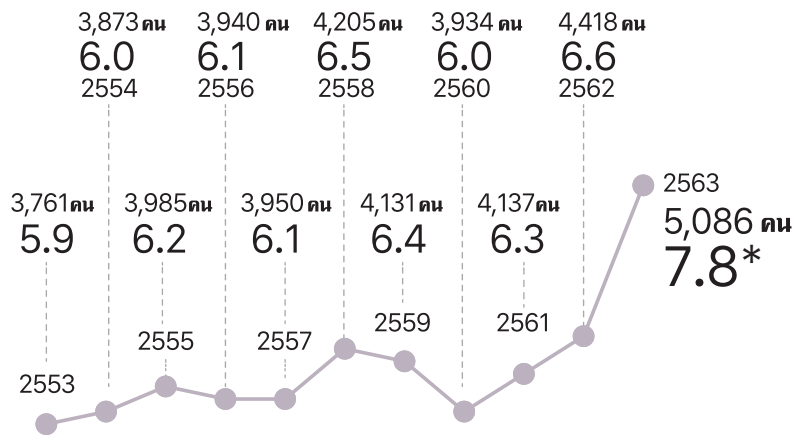
5 พันคน

คิดเป็นอัตรา
สูงที่สุดใน
ภาคเหนือ
ถึง 10.9 คน
ต่อแสนประชากร

“
การฆ่าตัวตาย
มีแนวโน้มเป็น
ปัญหาเพิ่มขึ้น
ในทุกภูมิภาค
ของไทย

แต่ความรุนแรงของปัญหา
และสถานการณ์สุขภาพจิต
ของประชากรยังคงมีความ
แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เช่น
เดียวกับความพร้อมทาง
ทรัพยากรสาธารณสุขด้าน
สุขภาพจิตและการเข้าถึง
บริการจิตเวช

จำนวนและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ปี 2553-2563
(ต่อประชากร 100,000 คน)



หมายเหตุ: * ปี 2563 เป็นข้อมูลรายงานในปิงประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562- 30 กันยายน 2563)
โดย ณ วันที่ 25 มกราคม 2564 มีรายงานอัตราการฆ่าตัวตายภาพรวมของประเทศ พ.ศ. 2563
เท่ากับ 7.3 คนต่อประชากร 100,000 คน แต่ยังไม่มียังไม่มีข้อมูลรายงานจำนวนและอัตราจำแนกตามภูมิภาค

ที่มา: รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย ปี 2553-2563, ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

ในทศวรรษที่ผ่านมา อัตราการ
ฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยมี
แนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในปี 2563
ที่เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
ของโควิด-19 ซึ่งพบว่า ในภาพรวม
ทั้งประเทศมีอัตราพุ่งขึ้นถึง 7.8 คน
ต่อแสนประชากร ภูมิภาคที่มีอัตรา
การฆ่าตัวตายสูงที่สุดได้แก่ ภาคเหนือ
โดย 3 จังหวัดแรก คือ จังหวัดตาก
แม่ฮ่องสอน และเชียงใหม่ ซึ่งมีอัตรา
การฆ่าตัวตายสูงกว่าภาพรวมของ
ประเทศถึงเกือบ 2 เท่า

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จรายภาค
ปี 2562 และ 2563
(ต่อประชากร 100,000 คน)

	2562	2563*
กรุงเทพฯ	2.6	3.0
กลาง	5.8	6.8
เหนือ	9.4	10.9
ตะวันออกเฉยงเหนือ	7.0	8.5
ใต้	6.1	6.6

จังหวัดตาก แม่ฮ่องสอน
และเชียงใหม่
มีอัตราการฆ่าตัวตาย
สูงกว่าภาพรวม
ของประเทศ
ถึงเกือบ

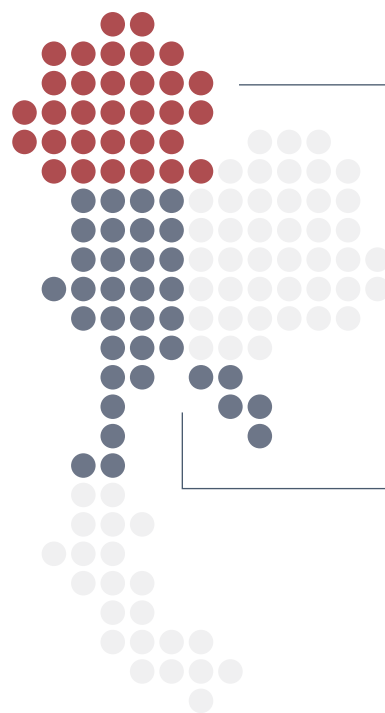
2 เท่า

สำหรับสถานการณ์สุขภาพจิตของประชากรทั่วไป ชี้อัดจากคะแนนสุขภาพจิต (ความสุข) ที่มีการสำรวจทั่วประเทศอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า คนภาคกลางมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนไทยในภูมิภาคอื่นมาโดยตลอดในช่วงของการสำรวจระหว่างปี 2557 ถึง 2561 อย่างไรก็ตาม ในช่วงปีของการสำรวจเดียวกัน ภาคเหนือเป็นภูมิภาคเดียวที่ค่าคะแนนสุขภาพจิตมีแนวโน้มลดลง จากที่เคยสูงที่สุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่นในปีสำรวจ 2557 กลายเป็นภูมิภาคที่มีค่าคะแนนต่ำเป็นอันดับ 2 รองจากภาคกลางในปี 2561

10 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดปี 2563
(ต่อประชากร 100,000 คน)

ตาก	16.4
แม่ฮ่องสอน	15.4
เชียงใหม่	14.9
สระแก้ว	12.5
จันทบุรี	12.2
น่าน	12.0
เชียงราย	11.7
พะเยา	11.7
แพร่	11.5
ลำปาง	11.5

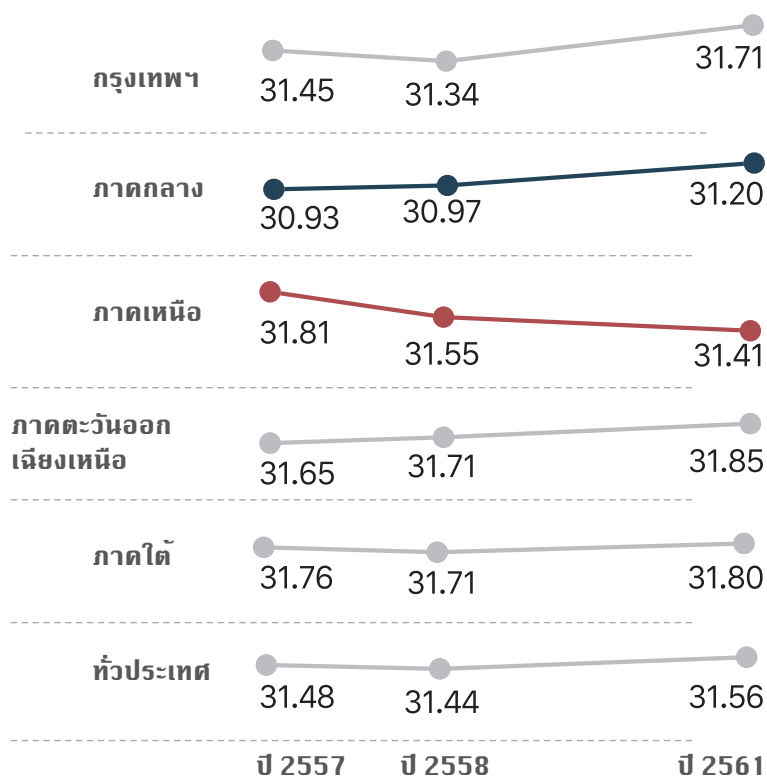
ที่มา: อัตราการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2563, ศูนย์ป้องกัน การฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต



ภาคเหนือ
เป็นภูมิภาคเดียวที่ค่าคะแนนสุขภาพจิตมีแนวโน้มลดลง

ภาคกลาง
มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนไทยในภูมิภาคอื่น

คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของคนไทยรายภาค 2557, 2558 และ 2561



ที่มา: การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2557-2558, สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ในเรื่องการเข้าถึงบริการด้านจิตเวช หากพิจารณาถึงความพร้อมของทรัพยากรในการดูแลประชาชนในเรื่องนี้ ทั้งในด้านสถานบริการและบุคลากรทางสุขภาพจิตกรุงเทพฯ เป็นพื้นที่ที่จะมีความพร้อมมากที่สุด โดยเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรต่อจำนวนนักจิตวิทยา 1 คน ดีที่สุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ที่นักจิตวิทยา 1 คนใน 2 ภูมิภาคนี้ต้องดูแลจำนวนประชากรสูงกว่านักจิตวิทยา 1 คนในกรุงเทพฯ ถึง 5-6 เท่า อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการจิตเวชของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกรุงเทพฯ กลับพบว่ามีอัตราการเข้าถึงที่ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคและจังหวัดอื่นในประเทศ แม้สาเหตุส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่ความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกรุงเทพฯ ค่อนข้างสูงกว่าพื้นที่อื่น อีกทั้งเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาจเข้ารับบริการจิตเวชในสถานพยาบาลที่ไม่อยู่ในระบบการจัดเก็บข้อมูล แต่ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในเมืองหลวง ซึ่งไม่เฉพาะเพียงผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้า น่าจะยังมีอุปสรรคและประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่จำเป็นมากอยู่พอสมควร

5 จังหวัดที่มีอัตราการเข้าถึงบริการจิตเวชของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ำที่สุด เทียบกับคาดประมาณผู้ป่วยในพื้นที่



หมายเหตุ: ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้า (ที่มีทะเบียนบ้านในจังหวัด) เทียบกับคาดประมาณผู้ป่วยในพื้นที่แต่ละจังหวัด

ที่มา: รายงานอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2563, HDC Dashboard กระทรวงสาธารณสุข

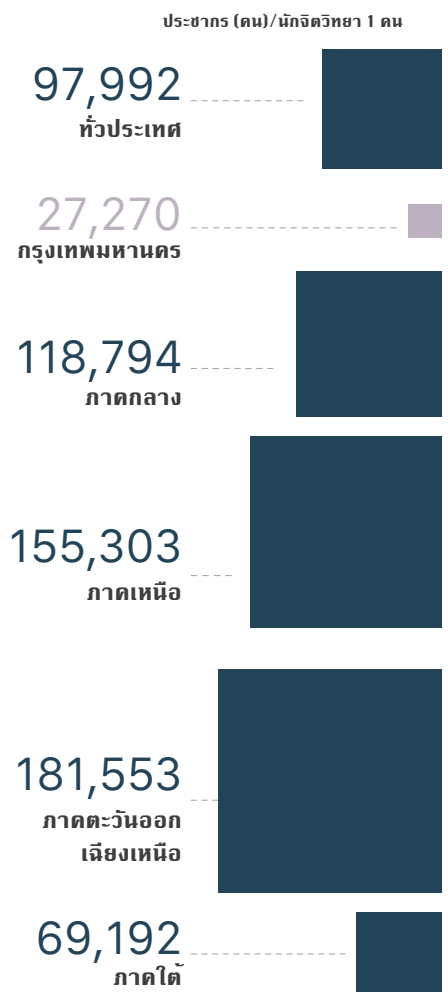
จังหวัดที่ไม่มีนักจิตวิทยาในพื้นที่เลย ประกอบด้วย
ตราด
แพร่
เลย
สมุทรสงคราม
หนองบัวลำภู
อ่างทอง



สัดส่วนประชากรต่อนักจิตวิทยา 1 คน

กรุงเทพฯ

เป็นพื้นที่ที่จะมีความพร้อมมากที่สุด โดยเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรต่อจำนวนนักจิตวิทยา 1 คน ดีที่สุด

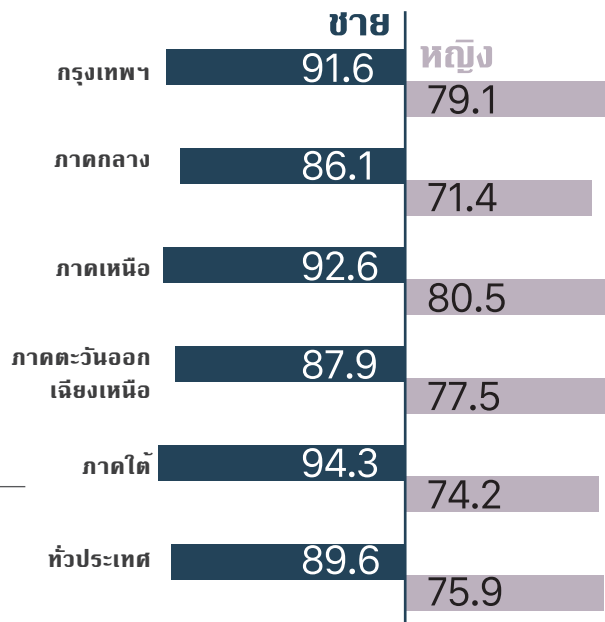


ที่มา: ประมวลข้อมูลเป็นรายภาคจาก รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2562, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**ผู้ชาย
ภาคเหนือ
รู้สึกถูกเลือกปฏิบัติ
เรื่องฐานะยากจนมาก
ที่สุดที่ร้อยละ
8.4**

**ในขณะที่
ร้อยละ
8.9
ของผู้หญิงกรุงเทพฯ
รู้สึกมากสุดในเรื่อง
ตำแหน่งหน้าที่การงาน**

ผู้ที่รู้สึกปลอดภัย
ในการเดินทาง
ลำพังในชุมชน
ตอนกลางคืน
(ร้อยละ)



ที่มา: การสำรวจสถานการณ์เด็ก
และสตรีในประเทศไทย พ.ศ.
2562, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

โดยรวม คนไทยส่วนมากรู้สึกปลอดภัยในชุมชนตนเอง แม้ต้องเดินทางลำพังในชุมชนตอนกลางคืน ผู้ชายโดยเฉลี่ยรู้สึกปลอดภัยมากกว่าผู้หญิงที่ร้อยละ 89.6 เปรียบเทียบร้อยละ 75.9 เมื่อดูรายภาคจะพบว่าทั้งผู้หญิงและผู้ชายในภาคกลางมีสัดส่วนที่รู้สึกปลอดภัยน้อยที่สุดในทุกภาค

สุขภาพสังคมในที่นี้ หมายถึง
**การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนรอบตัว
และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม**

คนไทยโดยมากรู้สึกปลอดภัย และไม่ได้รู้สึกถูกเลือกปฏิบัติหรือคุกคาม
มีเรื่องความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจที่อาจเป็นสาเหตุ
สร้างความรู้สึกแบ่งแยกได้ โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ

แนวโน้มสถานการณ์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีสถานการณ์ไม่สงบมาเป็นเวลายาวนาน พบว่า ตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา จำนวนเหตุการณ์ความไม่สงบลดลงอย่างต่อเนื่อง

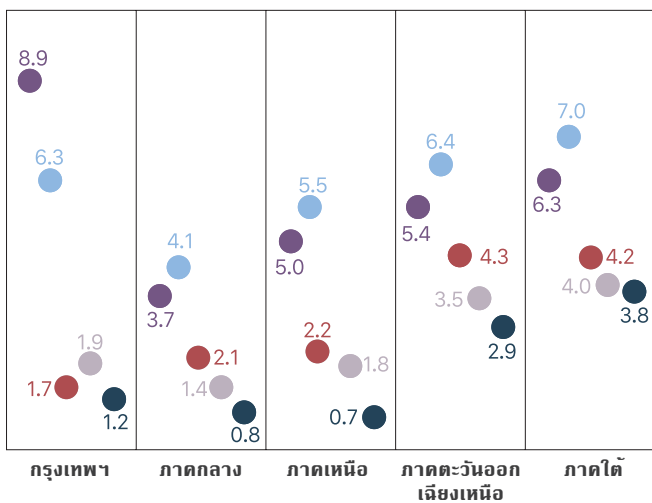
ในด้านการรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติหรือคุกคาม ผู้หญิงกรุงเทพฯ รู้สึกมากที่สุดในเรื่องตำแหน่งหน้าที่การงาน แต่รู้สึกในเรื่องเชื้อชาติหรือการอพยพย้ายถิ่นต่ำสุดที่ร้อยละ 1.7 ต่ำกว่าผู้หญิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกว่าครึ่ง ส่วนผู้ชายกรุงเทพฯ รู้สึกถูกเลือกปฏิบัติในเรื่องตำแหน่งหน้าที่การงานสูงที่สุดที่ร้อยละ 10.5 มากกว่าภาคกลางเท่าตัว ในขณะที่ผู้ชายภาคเหนือรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติเรื่องฐานะยากจนมากที่สุดที่ร้อยละ 8.4

จำนวนเหตุการณ์	ปี	เสียชีวิต (คน)	บาดเจ็บ (คน)
1,472	2547	374	552
2,084	2548	533	1,017
1,996	2549	658	1,101
2,396	2550	892	1,670
1,053	2551	448	965
970	2552	490	1,075
1,092	2553	452	927
1,161	2554	512	1,039
1,850	2555	507	1,021
1,791	2556	521	1,019
1,354	2557	429	754
942	2558	312	581
815	2559	309	630
581	2560	250	374
544	2561	218	265
411	2562	180	243
285	2563	107	150

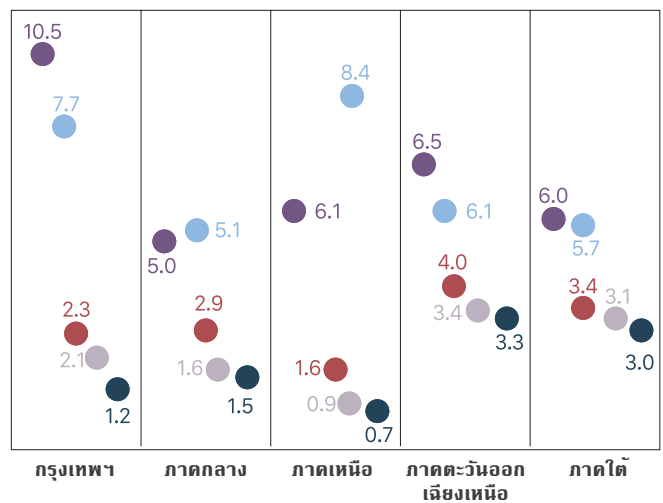
หมายเหตุ: ข้อมูลถึงพฤศจิกายน 2563

ที่มา: สรุปเหตุการณ์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2547 - 2563, ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้

สัดส่วนผู้หญิงที่รู้สึกถูกเลือกปฏิบัติหรือคุกคามใน 12 เดือนที่ผ่านมา ใน 5 ประเด็นหลัก (ร้อยละ)



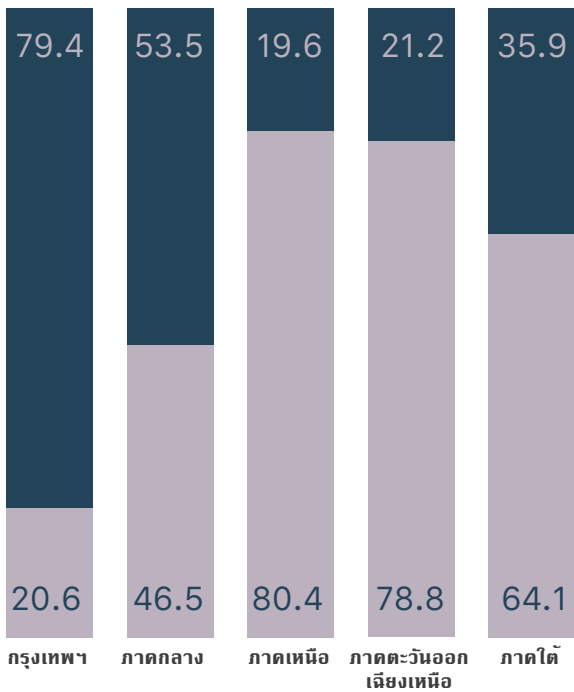
สัดส่วนของผู้ชายที่รู้สึกถูกเลือกปฏิบัติหรือคุกคามใน 12 เดือนที่ผ่านมา ใน 5 ประเด็นหลัก (ร้อยละ)



● ตำแหน่งหน้าที่การงาน ● ฐานะยากจน ● เชื้อชาติหรือการอพยพย้ายถิ่น ● ศาสนาหรือความเชื่อ ● รสนิยมทางเพศ

ที่มา: การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สัดส่วนครัวเรือนที่ยากจนที่สุดที่ได้รับ
ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจจากภายนอก (ร้อยละ)



ครัวเรือนยากจนในภาคเหนือ และตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 80.4 และ 78.8 ได้รับความช่วยเหลือ สูงกว่าครัวเรือนยากจนในกรุงเทพฯ เกือบ

4 เท่า

หมายเหตุ:

- เป็นการถามการได้รับความช่วยเหลือประเภทต่างๆ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ โครงการบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด เงินบำนาญบ้านผู้สูงอายุ โครงการช่วยเหลือจากภายนอกอื่นๆ และความช่วยเหลือค่าเล่าเรียนหรือความช่วยเหลือทางการศึกษาอื่น ๆ สำหรับสมาชิกในครัวเรือนอายุ 5-24 ปี ที่กำลังเรียนในระดับประถมศึกษาหรือสูงกว่า
- ครัวเรือนที่ยากจนที่สุด หมายถึง ครัวเรือนที่มีดัชนีความมั่งคั่งใน 2 กลุ่มล่างสุด

ที่มา: การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

● ได้รับ

● ไม่ได้รับ

การได้รับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจจากภายนอกอาจสามารถช่วยเยียวยาครอบครัวที่ยากจนได้ ซึ่งครัวเรือนยากจนในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 80.4 และ 78.8 ได้รับความช่วยเหลือ สูงกว่าครัวเรือนยากจนในกรุงเทพฯ เกือบ 4 เท่า ซึ่งหากดูรายละเอียดจะพบว่าครัวเรือนในกรุงเทพฯ ได้รับโครงการบัตรสวัสดิการแห่งรัฐต่ำกว่าครัวเรือนในภาคอื่นๆ อย่างมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะครัวเรือนที่ยากจนที่สุดในกรุงเทพฯ ยังมีรายได้และเงินฝากที่มากเพียงพอ จึงไม่เข้าเงื่อนไขการได้เข้าร่วมโครงการ

ครัวเรือนที่ยากจน
ที่สุดในกรุงเทพฯ
ยังมีรายได้
และเงินฝากที่
มากเพียงพอ
จึงไม่เข้าเงื่อนไขการ
ได้เข้าร่วมโครงการ

พื้นที่ออนไลน์
เป็นพื้นที่ทางสังคมที่
สำคัญอีกแห่งในยุค
ปัจจุบันที่ทุกภาคส่วน
ควรให้ความสนใจ

ข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์รายงานฯ ในปี 2562 พบปัญหาร้องเรียนที่ศูนย์รับเรื่องร้องเรียนปัญหาออนไลน์ 39,592 เรื่อง กว่าครึ่งเป็นปัญหาซื้อขายออนไลน์ที่ร้อยละ 55.6 และที่เหลือเป็นปัญหาเว็บไซต์ผิดกฎหมาย

ปัญหาซื้อขายออนไลน์

55.6%

ปัญหาเว็บไซต์ผิดกฎหมาย

43.9%

อื่นๆ

0.5%

05

อนามัยแม่และเด็ก

ทารกในกรุงเทพฯ
ราว 2 ใน 3
ได้กินนมแม่เป็นหลัก
ในช่วง 6 เดือนแรก
ในขณะที่เด็กภาคใต้
ถึง 1 ใน 5
ได้กินนมแม่
ต่อเนื่องถึง 2 ปี



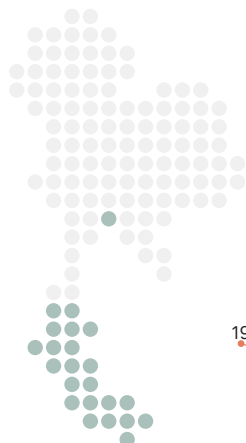
สถานการณ์อนามัย
แม่และเด็กของ
ประเทศไทยพบว่า

มีการเกิด
ลดลง
ในทุกภาค

และภาคเหนือยังคง
มีความท้าทาย
ในการจัดการ
การตั้งครรภ์และ
มีบุตรในวัยรุ่น
ในด้านภาวะโภชนาการ
ทุกภูมิภาค (ยกเว้นกรุงเทพฯ)

มีปัญหาเรื่อง
เด็กผอมแห้ง
เท่าๆ กับ
เด็กน้ำหนักเกิน

การเกิดในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงในทุกปี
เพียงในระยะเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา อัตราเกิด
มีชีพลดจาก 12.7 รายต่อ 1,000 คน เป็น 9.1
รายต่อ 1,000 คน โดยกรุงเทพฯ และภาคใต้มี
อัตราเกิดสูงที่สุดติดต่อกันมาโดยตลอด ซึ่งอาจ
เป็นเพราะทั้งสองแห่งนี้มีสัดส่วนคนวัยเจริญพันธุ์
สูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ
ที่มีวัยแรงงานเข้ามาทำงานจำนวนมาก

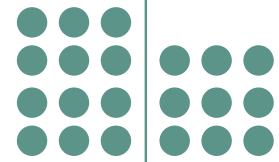


กรุงเทพฯ
และภาคใต้
มีอัตราเกิดสูงที่สุด
ติดต่อกันมา
โดยตลอด

อัตราเกิดมีชีพต่อประชากร
1,000 คน จำแนกรายภาค
พ.ศ. 2550-2562

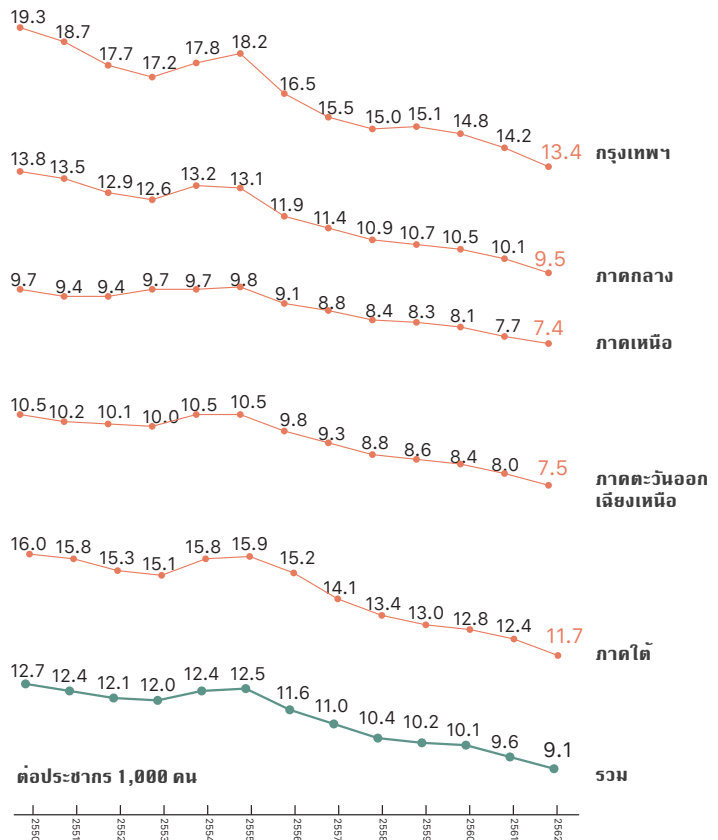
อัตราเกิดมีชีพลดลง

2550 | 2562

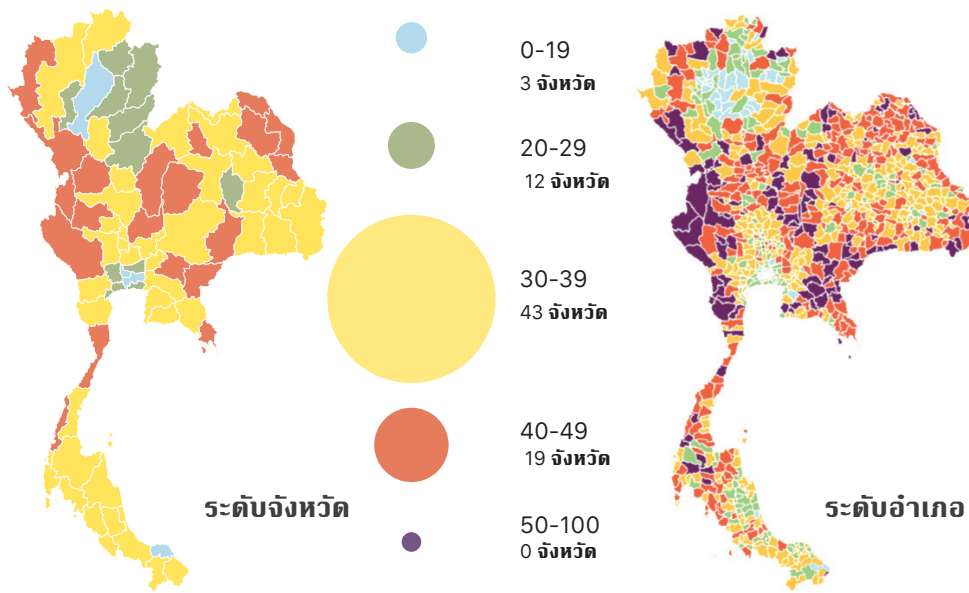


12.7 | 9.1
รายต่อ 1,000 คน

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550 - 2562,
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข



อัตราการคลอดในวัยรุ่น 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน ปี 2561

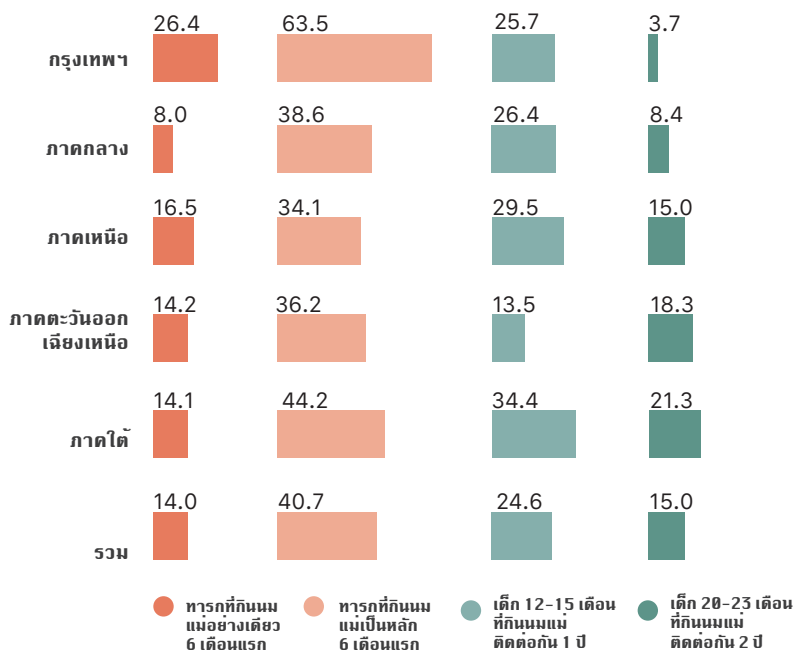


ที่มา: แม่วัยรุ่นอยู่ที่ไหน: แผนที่ภูมิศาสตร์-สถานการณ์แนวโน้ม ข้อมูลแม่วัยรุ่นระดับพื้นที่, กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ

การเข้าใจสถานการณ์ในระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเรื่องแม่วัยรุ่น พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่มีอัตราการคลอดในแม่วัยรุ่นอยู่ในช่วง 30-39 รายต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน แต่หากพิจารณาในระดับอำเภอ จะพบว่า มีหลายอำเภอที่มีอัตราการคลอดในแม่วัยรุ่นแตกต่างกับอัตราในระดับจังหวัดอย่างมาก เช่น น่าน ที่มีค่าเฉลี่ยจังหวัดต่ำ แต่มีบางอำเภอที่มีอัตราสูงกว่า 50 รายต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน

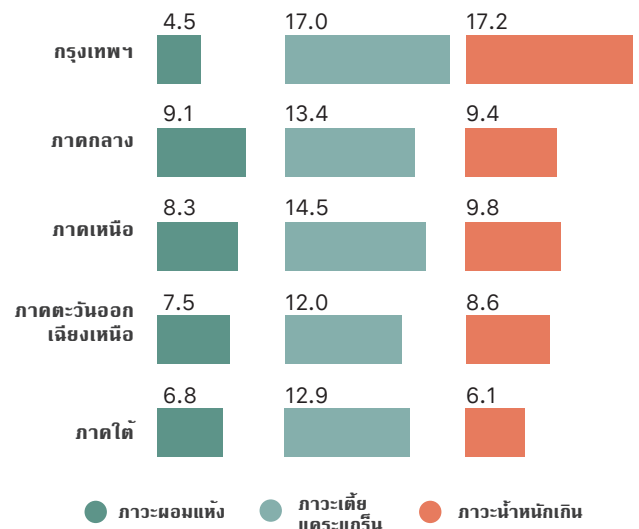
ในเรื่องโภชนาการ ในช่วง 6 เดือนแรก ทารกในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนการได้กินนมแม่สูงที่สุด โดยราว 1 ใน 4 ของทารกกรุงเทพฯ มีโอกาสได้กินนมแม่อย่างเดียวน ส่วนการกินนมแม่ในระยะยาวพบว่าเด็กในภาคใต้ถึง 1 ใน 3 ที่ได้กินนมแม่ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี

สัดส่วนเด็กที่กินนมแม่ ปี 2562 (ร้อยละ)



ที่มา: การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาวะโภชนาการเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ)



ที่มา: การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เด็กในกรุงเทพฯ พบความเหลื่อมล้ำในด้านภาวะโภชนาการ เนื่องจากมีสัดส่วนเด็กแคระแกร็นสูงที่สุดที่ร้อยละ 17 แต่ในขณะที่เดียวกันพบภาวะน้ำหนักเกินสูงที่สุดถึงร้อยละ 17.2

สุดท้ายในเรื่องของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพบว่า เด็กไทยได้รับวัคซีนพื้นฐานมากกว่าร้อยละ 80 โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความครอบคลุมของวัคซีนสูงกว่าภูมิภาคอื่น โดยเฉพาะโปลิโอ คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก ตั๊กแตนพิษชนิดบี และหัด คางทูม และหัดเยอรมัน



ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มีความครอบคลุม
ของวัคซีนสูงกว่า
ภูมิภาคอื่น

เด็กไทยได้รับ
วัคซีนพื้นฐาน
มากกว่าร้อยละ

80

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนปี 2555 และปี 2562 จำแนกรายภาค (ร้อยละ)

วัคซีนโรค	2555	2562
กรุงเทพฯ	97.7	99.0
ภาคกลาง	97.7	99.6
ภาคเหนือ	99.1	98.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	96.6	98.8
ภาคใต้	97.6	97.6

โปลิโอ	2555	2562
กรุงเทพฯ	78.8	82.4
ภาคกลาง	90.1	81.2
ภาคเหนือ	96.8	89.1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	91.8	94.7
ภาคใต้	90.5	85.7

คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก	2555	2562
กรุงเทพฯ	79.2	83.8
ภาคกลาง	87.8	83.3
ภาคเหนือ	96.5	91.1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	91.1	97.0
ภาคใต้	89.4	87.8

ตั๊กแตนพิษ	2555	2562
กรุงเทพฯ	66.4	86.7
ภาคกลาง	80.3	81.1
ภาคเหนือ	90.9	89.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	86.6	96.0
ภาคใต้	83.1	87.6

หัด คางทูม หัดเยอรมัน	2555	2562
กรุงเทพฯ	91.3	90.7
ภาคกลาง	95.6	90.7
ภาคเหนือ	97.9	95.1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	95.8	96.9
ภาคใต้	93.2	92.0

ที่มา: การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555 และ 2562, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แม้ในปี 2562 ภาพรวมสัดส่วนคนจนในประเทศจะลดลง แต่ความแตกต่าง

ในแต่ละพื้นที่ยังคงมีอยู่ ปัจจุบันภาคใต้กลายเป็นภูมิภาคที่มีสัดส่วนคนจนสูงที่สุด



ความเปราะบางของประชากร พิจารณาได้ในหลายมิติ จากหลากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยข้อจำกัดทางร่างกายและสุขภาพ หรือแม้แต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโอกาสและอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในแต่ละช่วงวัย

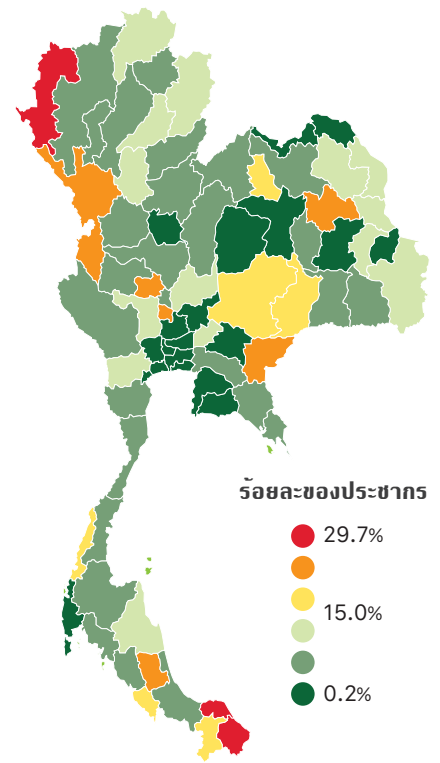
ประชากรกลุ่มเปราะบาง

06

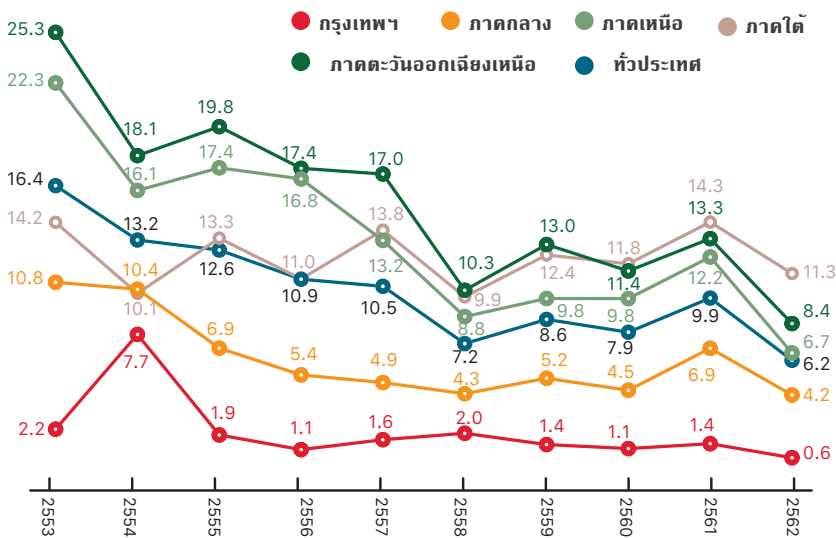
“ประชากรกลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ ชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อย ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เด็กในครัวเรือนยากจน ผู้สูงอายุ คนเร่ร่อนไร้บ้าน ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งรวมถึงการเจ็บป่วยทางจิต”
(บวรศรม สิริพันธ์ และคณะ, 2559)

ความยากจนเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ และสังคมตามมาในหลายเรื่อง ในทศวรรษที่ผ่านมา สัดส่วนคนจนในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 14.2 ของประชากรทั้งหมดในปี 2553 เป็นร้อยละ 6.2 ในปี 2562

สัดส่วนของคนจนปี 2562



สัดส่วนของคนจนในประเทศไทย 2553-2562 (ร้อยละ)



หมายเหตุ: เป็นการคิดสัดส่วนประชากรที่ยากจนเมื่อวัดด้านรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค จำแนกตามภาคและพื้นที่ ที่มา: รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง), สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สิ่งที่น่าสนใจคือ ภูมิภาคที่มีสัดส่วนคนจนสูงที่สุดซึ่งแต่เดิม คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมาได้เปลี่ยนเป็นภาคใต้ ซึ่งล่าสุดมีสัดส่วนคนจนสูงที่สุดถึงร้อยละ 11.3

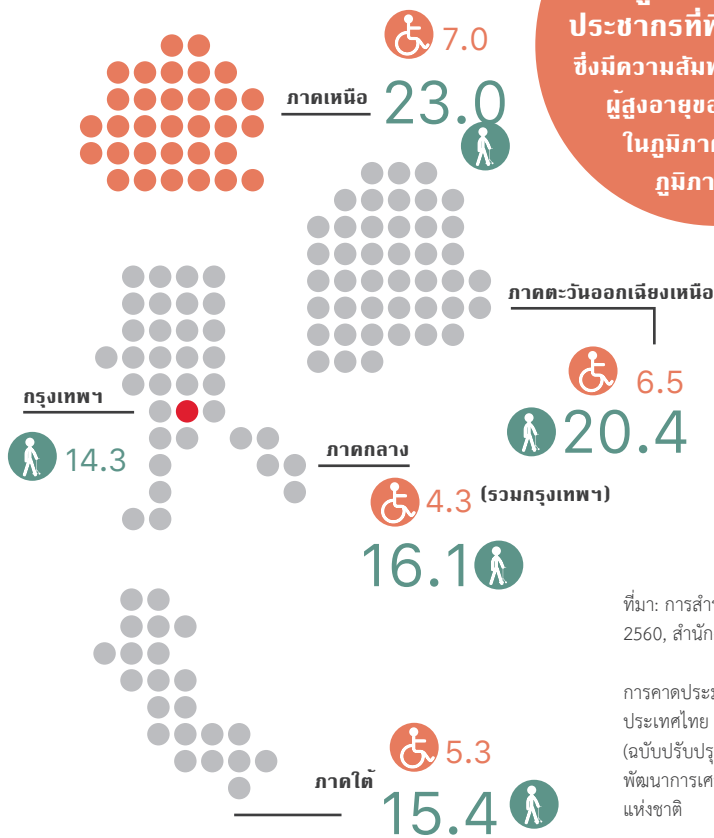
ประเทศไทยมีประชากร
ที่พิการร้อยละ

5.5 

และมีประชากร
สูงอายุร้อยละ

18.1 

ร้อยละประชากรที่พิการ (2560) และร้อยละ
ประชากรสูงอายุ (2563) แบ่งตามภาค



ภาคเหนือ

เป็นภูมิภาคที่มีร้อยละ
ประชากรที่พิการสูงที่สุด
ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสัดส่วน
ผู้สูงอายุของประชากร
ในภูมิภาคที่สูงกว่า
ภูมิภาคอื่นๆ

ความพิการเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เป็น
ข้อจำกัดทางร่างกายและสุขภาพที่นำไป
สู่ความเปราะบางในการดำรงชีวิตเช่น
เดียวกัน ในปี 2560 ประเทศไทยมี
ประชากรที่พิการประมาณ 3.7 ล้านคน
คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรทั้งหมด

ณ 31 ธ.ค. 2563 มีคนพิการ
ที่ได้รับการออกบัตรประจำตัว
คนพิการจำนวน

2,076,313 คน

(ร้อยละ 3.12 ของประชากรไทย)

ในจำนวนนี้ร้อยละ

54.8

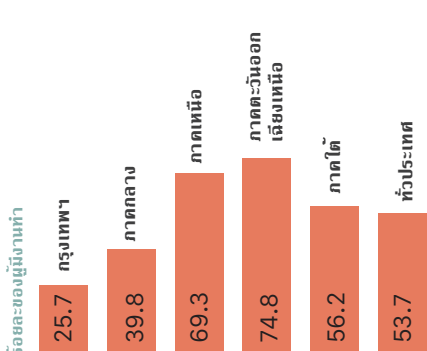
เป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป

(กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์, 2564)

ที่มา: การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

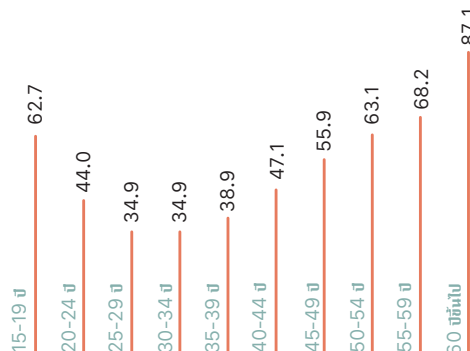
การคาดประมาณประชากรของ
ประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583
(ฉบับปรับปรุง), สำนักงานสภา
พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ

แรงงานนอกระบบ ปี 2563 ตามภาค



ที่มา: การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2563, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตามกลุ่มอายุ



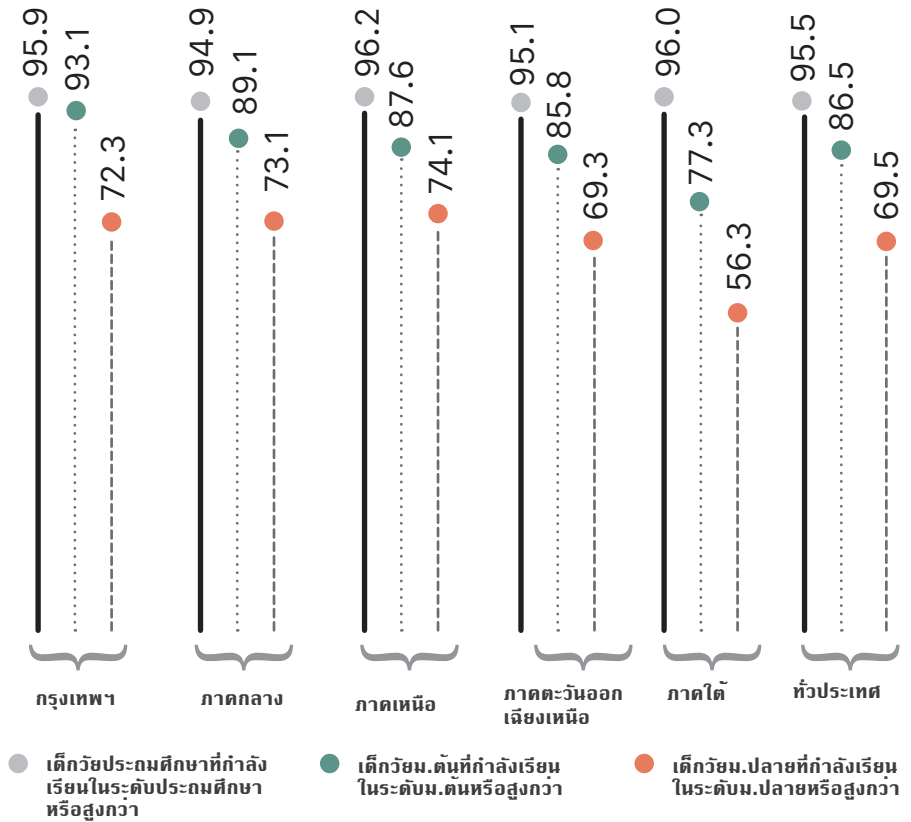
ในวัยทำงาน 15 ปีขึ้นไป กำลังแรงงาน
ไทย เกินกว่าครึ่งเป็นกลุ่มแรงงาน
นอกระบบ ที่ยังคงไม่ได้รับการคุ้มครอง
ทางสังคมจากการทำงานอย่างเหมาะสม
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นภูมิภาคที่
มีสัดส่วนแรงงานนอกระบบสูงที่สุดมาก
ถึงประมาณ 3 ใน 4 ของแรงงานทั้งหมด
ในภูมิภาค โดยกลุ่มประชากรที่มีความ
เปราะบางมากที่สุดในเรื่องนี้ ได้แก่ กลุ่ม
แรงงานสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

NEET

Not in Education,
Employment or Training

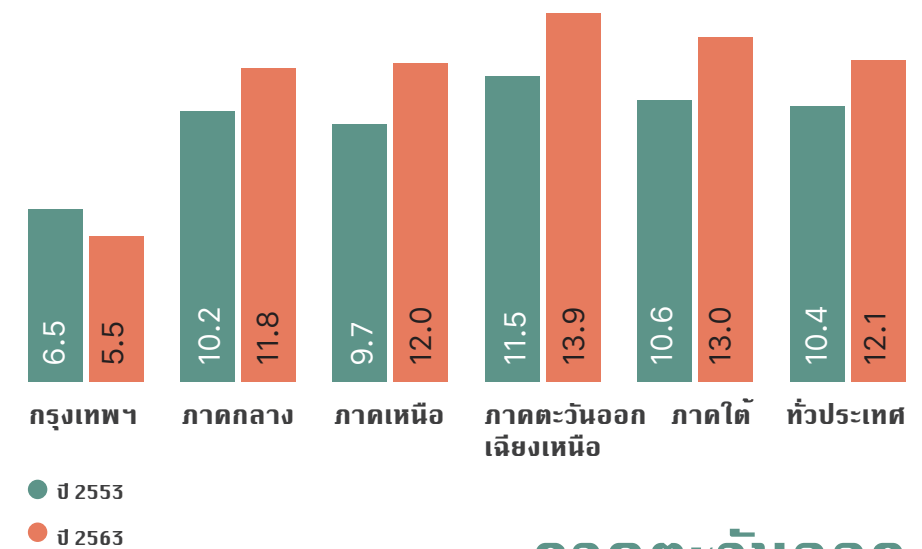
ในวัยเด็กและเยาวชน การเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระยะยาว การเข้าถึงการศึกษาของประชากรวัยเรียนของไทยยังคงมีช่องว่างพอสมควร โดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป โดยภาคใต้เป็นภูมิภาคที่มีอัตราการเข้าเรียนสุทธิต่ำที่สุด ซึ่งเป็นไปได้ว่าเยาวชนเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาจออกจากระบบศึกษาและเริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงาน อย่างไรก็ตาม การสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไทย พบว่า มีเยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี ถึงร้อยละ 12.1 (ประมาณ 1.1 ล้านคน จากจำนวนเยาวชนในประเทศทั้งหมดประมาณ 9 ล้านคน) ที่ไม่ได้อยู่ทั้งในระบบการศึกษา และระบบการจ้างงานหรือการทำงานใดๆ (not in education, employment or training: NEET) ซึ่งจำนวนมากมีเหตุผลจากความยากจน ต้องช่วยทำงานบ้านหรือดูแลสมาชิกในครอบครัว รวมถึงป่วยหรือพิการ ซึ่งนับเป็นกลุ่มมีความเปราะบางทั้งทางโอกาสในการศึกษา และการพัฒนาทักษะเพื่อโอกาสในการประกอบอาชีพในระยะยาว โดย ภาคตะวันออก เชียงเหนือ มีสัดส่วนของเยาวชนกลุ่ม NEET สูงที่สุด

อัตราการเข้าเรียนสุทธิของเด็กวัยเรียน (ร้อยละ)



ที่มา: การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เยาวชนอายุ 15-24 ปี กลุ่ม NEET ปี 2553 และ 2563 (ร้อยละ)

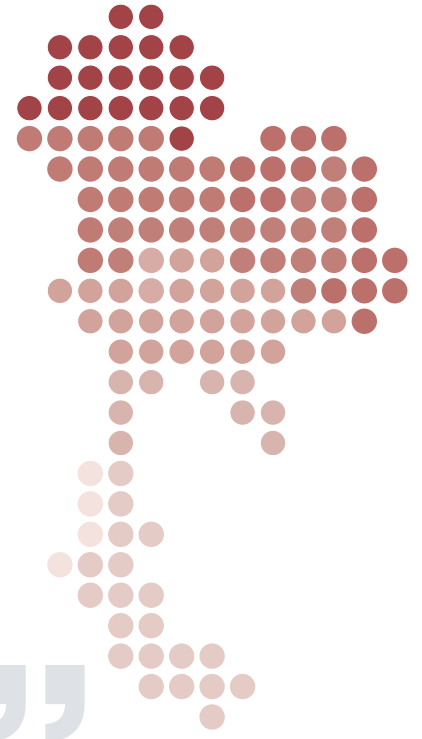


ที่มา: ประมวลจากการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2553 และ 2563 (ไตรมาส 3), สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
มีสัดส่วนของเยาวชนกลุ่ม NEET สูงที่สุด

07

สิ่งแวดล้อม



10 จังหวัดในประเทศไทย

มีค่าเฉลี่ยฝุ่น PM2.5 รายปีสูงกว่าเกณฑ์
ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดกว่า 3 เท่า

“ ประเด็นสิ่งแวดล้อมยังเป็นประเด็นท้าทายของทุกพื้นที่ในประเทศไทย โดยเฉพาะมลพิษทางอากาศ เสียง และมลพิษที่เกิดจากขยะมูลฝอย และกากของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม จำเป็นต้องเร่งแก้ไขเพื่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ต่อไป ”

ค่าเฉลี่ยฝุ่น PM2.5

ปี 2562 รายจังหวัด

เรียงจากต่ำสุดไปสูงสุด
(ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร)

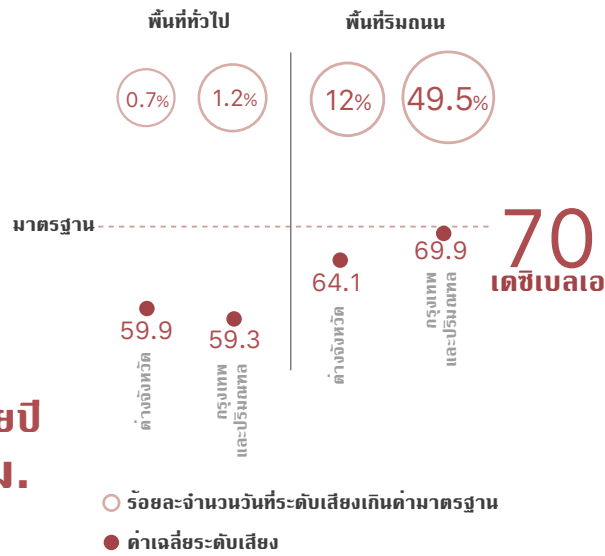
ภูเก็ต	13.7	ระยอง	23.0	พระนครศรีอยุธยา	24.6	อุบลราชธานี	28.0
ระนอง	15.2	ชลบุรี	23.4	กาญจนบุรี	24.6	มุกดาหาร	28.4
พังงา	15.4	ตราด	23.4	อ่างทอง	24.7	พิษณุโลก	29.0
กระบี่	16.0	จันทบุรี	23.5	สิงห์บุรี	24.7	สกลนคร	28.8
ตรัง	16.2	ประจวบคีรีขันธ์	23.8	สระบุรี	24.8	หนองบัวลำภู	29.1
สตูล	16.3	สระแก้ว	23.8	สมุทรสาคร	24.8	อุดรธานี	29.2
นครศรีธรรมราช	16.4	ฉะเชิงเทรา	23.8	ลพบุรี	24.8	หนองคาย	29.4
สุราษฎร์ธานี	16.5	ปราจีนบุรี	24.1	ชัยนาท	24.9	เลย	29.4
พัทลุง	16.6	บุรีรัมย์	24.2	ชัยภูมิ	25.3	ตาก	29.5
ยะลา	17.0	เพชรบุรี	24.2	อุทัยธานี	25.4	นครพนม	29.8
นราธิวาส	17.0	นครนายก	24.3	ศรีสะเกษ	25.4	บึงกาฬ	29.8
สงขลา	17.2	สุรินทร์	24.3	นครสวรรค์	25.8	สุโขทัย	30.1
ชุมพร	17.3	สมุทรปราการ	24.4	ยโสธร	26.3	อุดรดิตต์	30.7
ปัตตานี	17.5	นครราชสีมา	24.4	ร้อยเอ็ด	26.5	แพร่	30.9
		ปทุมธานี	24.4	มหาสารคาม	26.5	น่าน	31.1
		ราชบุรี	24.5	เพชรบูรณ์	26.6	ลำปาง	31.1
		สมุทรสงคราม	24.5	พิจิตร	26.8	พะเยา	31.3
		สุพรรณบุรี	24.5	ขอนแก่น	27.0	ลำพูน	31.5
		นครปฐม	24.5	กำแพงเพชร	27.3	แม่ฮ่องสอน	31.7
		นนทบุรี	24.5	อำนาจเจริญ	27.6	เชียงใหม่	31.8
		กรุงเทพฯ	24.6	กาฬสินธุ์	28.0	เชียงราย	32.0

ที่มา: Attavanich, W. 2020. Social Cost of Air Pollution from Particulate Matter 2.5 Micrometers (PM2.5) in Thailand.

การเผาไหม้ทั้งจากยานพาหนะ การเผาในการเกษตร ไฟป่า และกระบวนการอุตสาหกรรม ก่อให้เกิดฝุ่น PM2.5 ซึ่งเป็นฝุ่นที่มีขนาดเล็กมาก สามารถแพร่กระจายเข้าสู่ทางเดินหายใจและกระแสเลือด และแทรกซึมสู่กระบวนการทำงานของอวัยวะต่างๆ และยังเพิ่มความเสียหายในการเป็นมะเร็งอีกด้วย

องค์การอนามัยโลกเสนอเกณฑ์ค่าเฉลี่ย PM2.5 รายปีไม่เกิน 10 มคก./ลบ.ม. ซึ่งทุกจังหวัดในประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยรายปีเกินกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดทั้งสิ้น

ค่าเฉลี่ยระดับเสียงและร้อยละจำนวนวันที่ระดับเสียงเกินค่ามาตรฐาน ปี 2561



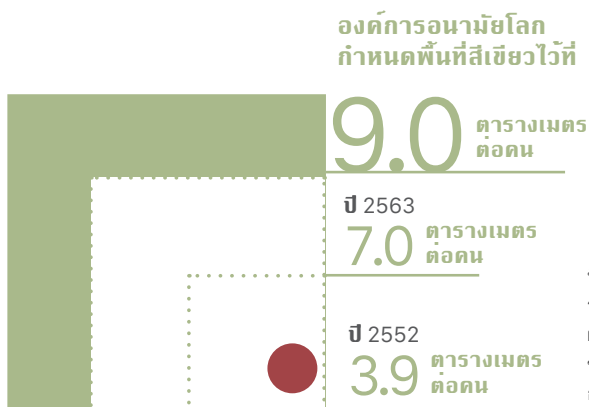
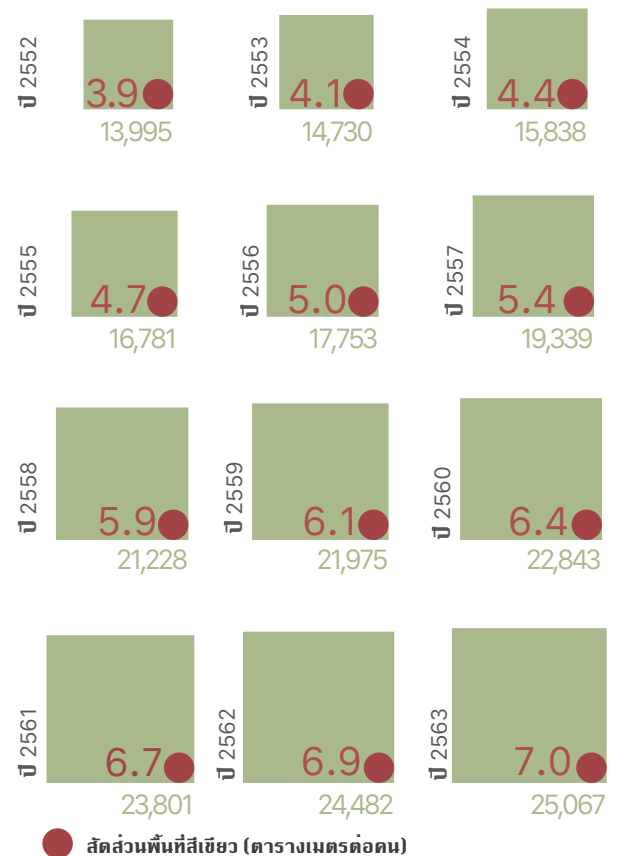
ที่มา: สถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศและเสียงของประเทศไทย ปี 2561, กรมควบคุมมลพิษ



คุณภาพทางเสียงเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ผู้ที่อาศัยอยู่ริมท้องถนน โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล มีจำนวนวันที่มีระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมงสูงเกินค่ามาตรฐานประมาณครึ่งหนึ่งในปี 2561

เนื่องจากเมืองใหญ่เช่นกรุงเทพฯ มีประชากรหนาแน่น และมีโอกาสที่จะต้องประสบกับมลพิษด้านต่างๆ ค่อนข้างมาก จึงมีความพยายามจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนมากยิ่งขึ้น เช่น การจัดการพื้นที่สีเขียวที่มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างมากในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา จาก 3.9 ตารางเมตรต่อคนในปี 2552 เป็น 7.0 ตารางเมตรต่อคนในปี 2563 อย่างไรก็ตาม ตัวเลขนี้ยังคงต่ำกว่าที่องค์การอนามัยโลกแนะนำที่ 9 ตารางเมตรต่อคน

จำนวนและสัดส่วนพื้นที่สีเขียว(ตารางเมตรต่อคน) ในกรุงเทพมหานคร ปี 2552-2563



ที่มา: ฐานข้อมูลและระบบติดตามประเมินผลการเพิ่มพื้นที่สีเขียวของกรุงเทพมหานคร, กรุงเทพมหานคร

เมืองที่มีประชากรจำนวนมาก มักมี ปัญหาเรื่องขยะมูลฝอยจำนวนมาก ตามมาด้วย อย่างไรก็ตาม สิ่งที่น่าสนใจ คือการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกต้อง หลายจังหวัดไม่ได้มีปริมาณขยะมูลฝอย มากติด 10 อันดับแรก แต่กลับมีปริมาณ ขยะมูลฝอยที่กำจัดไม่ถูกต้องติด 10 อันดับแรก เช่น ลพบุรี บุรีรัมย์ ฉะเชิงเทรา สุรินทร์ และร้อยเอ็ด จังหวัดเหล่านี้ ควรเร่งหาแนวทางในการจัดการขยะ มูลฝอยอย่างถูกวิธี

หลายจังหวัดไม่ได้มี ปริมาณขยะมูลฝอย มากติด 10 อันดับแรก แต่กลับมีปริมาณ ขยะมูลฝอยที่กำจัด ไม่ถูกต้อง ติด 10 อันดับแรก

การเติบโตของอุตสาหกรรมส่งผลต่อ สิ่งแวดล้อมเช่นกัน แนวโน้มในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมาพบการเพิ่มขึ้นของกากของเสีย อันตรายจากอุตสาหกรรม โดยจังหวัด ที่มีปริมาณกากของเสียอันตรายสูงสุด เป็นจังหวัดที่มีขนาดของอุตสาหกรรม ใหญ่ ได้แก่ ระยอง ชลบุรี สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา และอยุธยา การจัดการ กากของเสียอันตรายเหล่านี้เป็นประเด็น ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ไม่ให้เกิด ผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่และสิ่งแวดล้อมต่อไป

10 อันดับจังหวัด ที่มีปริมาณขยะมูลฝอยสูงสุด ปี 2562

ปริมาณขยะมูลฝอย (ตัน)

กรุงเทพมหานคร	4,957,970
ชลบุรี	1,054,007
นครราชสีมา	916,606
สมุทรปราการ	862,218
นนทบุรี	728,277
ขอนแก่น	683,678
อุบลราชธานี	657,245
ปทุมธานี	605,254
เชียงใหม่	601,469
สงขลา	601,403

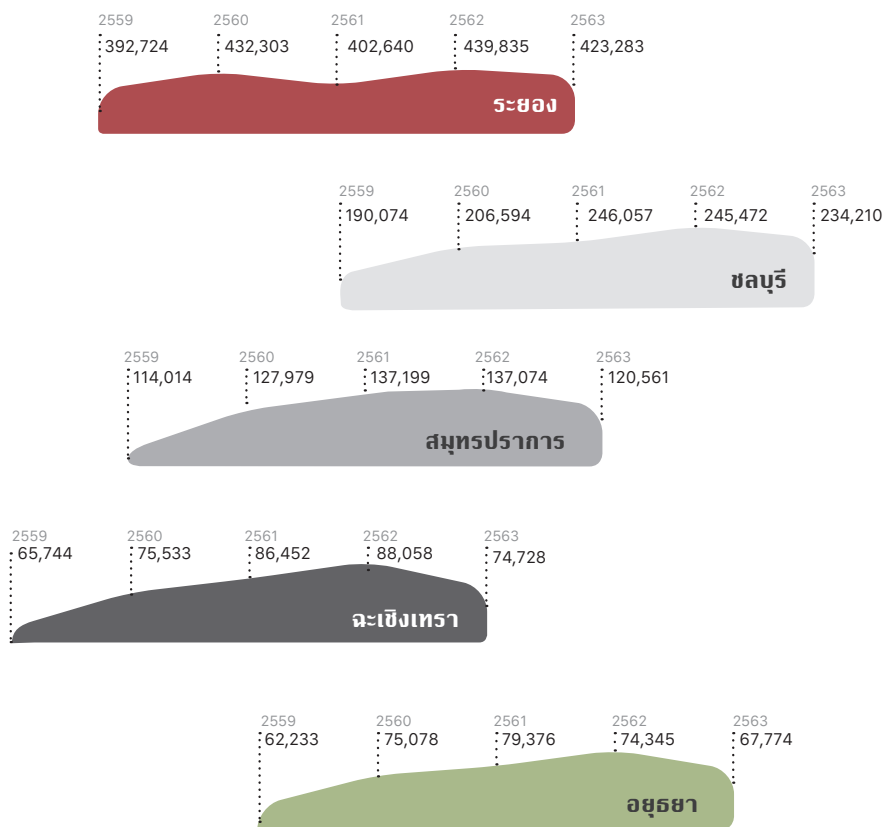
10 อันดับจังหวัด ที่มีปริมาณขยะมูลฝอยที่กำจัด ไม่ถูกต้องสูงสุดปี 2562

ปริมาณขยะมูลฝอย (ตัน)

สมุทรปราการ	542,613
นครราชสีมา	386,170
ปทุมธานี	308,848
ลพบุรี	289,737
ชลบุรี	244,503
บุรีรัมย์	234,100
ฉะเชิงเทรา	215,233
สุรินทร์	169,181
ขอนแก่น	166,623
ร้อยเอ็ด	156,457

ที่มา: สถานการณ์ขยะมูลฝอยประเทศไทย ปี 2562, ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน กรมควบคุมมลพิษ

ปริมาณกากของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม ออกนอกบริเวณโรงงาน (ปริมาณที่ขนส่ง ตัน/ปี) ใน 5 จังหวัด ปี 2559-2563



ที่มา: รายงานสรุปปริมาณกากของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรมออกนอกบริเวณโรงงาน ปี 2559-2563, กรมโรงงานอุตสาหกรรม

ทรัพยากรธรรมชาติ

ปี 2562

ภาคเหนือมีไฟไหม้ป่ากินพื้นที่กว่าหนึ่งแสนไร่

ภาคใต้และจังหวัดติดทะเลประสบปัญหาหะเลถึงเกือบ

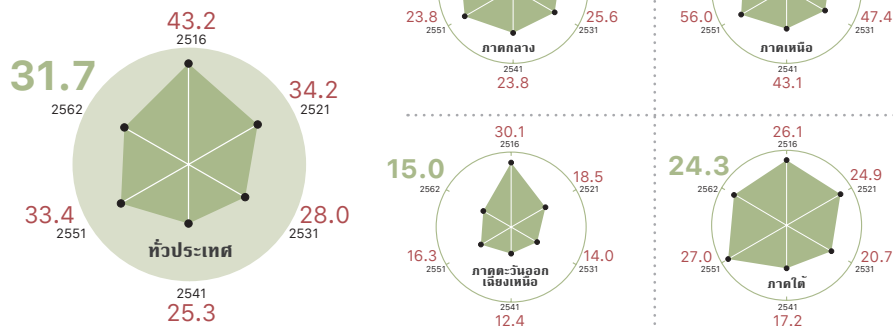
1.6 ล้านชิ้น



ความอุดมสมบูรณ์และการจัดการการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติที่มีอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะป่าไม้และทรัพยากรทางทะเล รวมถึงแหล่งที่ดินทำกิน

เป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของประชากรและเป็นเงื่อนไขที่สำคัญต่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ

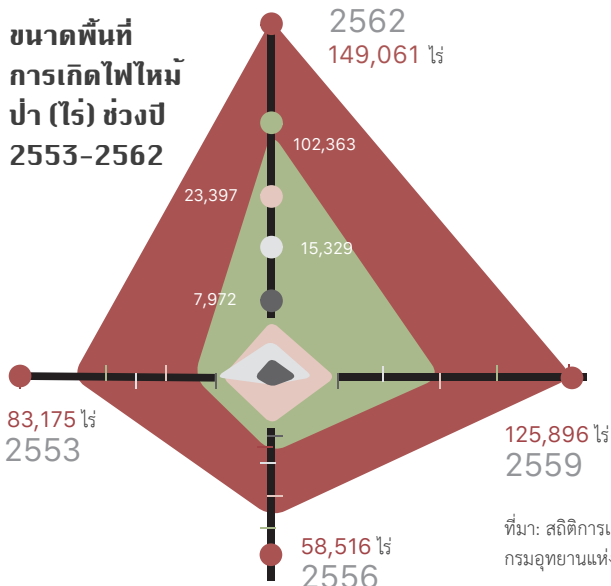
พื้นที่ป่าไม้ในแต่ละภูมิภาค ช่วงปี 2516-2562



ที่มา: เนื้อที่ป่าไม้ของประเทศไทย พ.ศ. 2516, 2521, 2531, 2541, 2551, 2562, ข้อมูลสารสนเทศ กรมป่าไม้

พื้นที่ป่าไม้

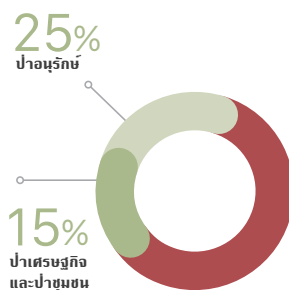
ปัจจุบันประเทศไทยมีพื้นที่ป่าไม้คิดเป็นประมาณ 1 ใน 3 ของพื้นที่ทั้งหมด ภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีป่าไม้มากที่สุดเกินครึ่งของพื้นที่ทั้งหมดในภูมิภาค ซึ่งป่าไม้นับเป็นแหล่งอาหารและทรัพยากรทางธรรมชาติที่สะท้อนความอุดมสมบูรณ์ของพื้นที่ แต่ขณะเดียวกันก็มีความเสี่ยง โดยเฉพาะจากปัญหาไฟไหม้ป่าและการเผาป่าที่นำไปสู่ปัญหาฝุ่นควันและมลพิษทางอากาศที่เป็นภัยต่อสุขภาพ ข้อมูลปี 2562 พบพื้นที่การเกิดไฟไหม้ป่าในไทยทั้งสิ้นประมาณ 1.49 แสนไร่ เพิ่มขึ้นสูงกว่า 2.5 เท่าจากปี 2561 และสูงที่สุดในรอบ 10 ปี โดยที่ 2 ใน 3 ของพื้นที่ที่เกิดไฟไหม้นั้นอยู่ในภาคเหนือ



ที่มา: สถิติการเกิดไฟป่า พ.ศ. 2553-2562, ส่วนควบคุมไฟป่า กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช

เป้าหมายตาม “นโยบายป่าไม้แห่งชาติ”

ซึ่งเห็นชอบโดยครม. ในปี 2562 คือ ประเทศไทยจะต้องมีพื้นที่ป่า ไม่น้อยกว่า 40% ของประเทศ แบ่งเป็น ป่าอนุรักษ์ไม่น้อยกว่า 25% และป่าเศรษฐกิจและป่าชุมชน ไม่น้อยกว่า 15%



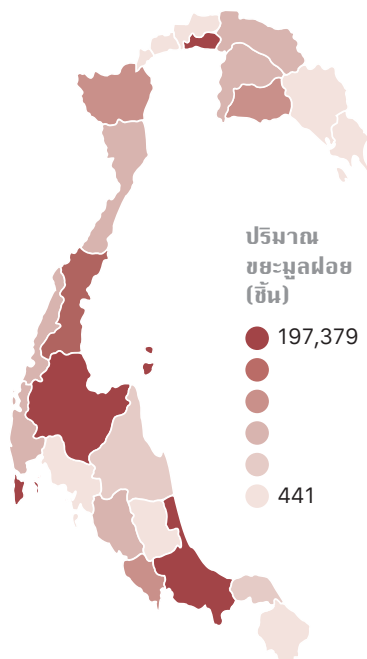
ที่มา: เอกสาร “นโยบายป่าไม้แห่งชาติ”

- ทั่วประเทศ
- ภาคเหนือ
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ภาคใต้
- ภาคกลางและ ภาคตะวันออก

ทะเลและพื้นที่ชายฝั่งทะเล

เป็นแหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ไม่แพ้ป่าไม้ เอื้อประโยชน์ต่อการพัฒนาพื้นที่ทั้งในด้านการเป็นแหล่งอาหาร ทรัพยากรใต้ทะเลและชายฝั่ง รวมถึง แหล่งท่องเที่ยว แต่ประชากรในพื้นที่ทะเลก็ประสบกับความเสี่ยงต่อการดำรงชีวิตและสุขภาพเช่นกัน ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติ เช่น พายุ น้ำท่วม ดินโคลนถล่ม รวมถึง ปัญหาการกัดเซาะชายฝั่ง และที่เกิดจากน้ำมีมลพิษ โดยเฉพาะ ปัญหาขยะทะเล และการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของน้ำทะเลจากภาวะโลกร้อนที่ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศทางทะเล

ปริมาณขยะทะเลใน 24 จังหวัด ติดชายทะเล ปี 2562



10 อันดับจังหวัด ที่มีปริมาณขยะทะเลมากที่สุด ปริมาณขยะ (ชิ้น)

สมุทรปราการ	197,379
สุราษฎร์ธานี	153,919
ภูเก็ต	146,377
สงขลา	121,391
ชุมพร	103,309
ระยอง	90,983
สตูล	89,487
เพชรบุรี	75,771
พังงา	72,975
ฉะเชิงเทรา	66,511

ที่มา: ข้อมูลปริมาณขยะทะเลในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2562, กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง

ปี 2561

ปริมาณขยะทะเลทั้งหมด

350,081

ปี 2562

ปริมาณขยะทะเลทั้งหมด

1,568,870

10 อันดับประเภทขยะทะเลที่มากที่สุด ปี 2561 และ 2562


	2561	จำนวน (ชิ้น)	2562	จำนวน (ชิ้น)
อันดับ 1	ถุงพลาสติกอื่นๆ	41,005	ขวดเครื่องดื่ม (พลาสติก)	251,181
อันดับ 2	กล่องอาหาร (โฟม)	34,780	ถุงพลาสติกอื่นๆ	172,739
อันดับ 3	ห่อ/ถุงอาหาร (หือฟฟี่, มันฝรั่งกรอบ อื่นๆ)	30,909	เศษโฟม	160,782
อันดับ 4	ถุงก๊อปแก๊ป	29,935	ขวดเครื่องดื่ม (แก้ว)	110,448
อันดับ 5	ขวดเครื่องดื่ม (แก้ว)	26,151	ห่อ/ถุงอาหาร (หือฟฟี่, มันฝรั่งกรอบ อื่นๆ)	94,531
อันดับ 6	ขวดเครื่องดื่ม (พลาสติก)	25,216	ถุงก๊อปแก๊ป	74,695
อันดับ 7	หลอด/ที่คนเครื่องดื่ม	17,861	กระป๋องเครื่องดื่ม	73,562
อันดับ 8	ฝาจุกขวด (พลาสติก)	17,690	กล่องอาหาร (โฟม)	71,585
อันดับ 9	เศษโฟม	15,191	ถ้วย/จาน (โฟม)	65,611
อันดับ 10	บุหรี/ก้นกรองบุหรี	12,056	กล่องอาหาร (พลาสติก)	59,638
	ขยะประเภทอื่นๆ	99,287	ขยะประเภทอื่นๆ	434,098

ที่มา: ข้อมูลปริมาณขยะทะเลในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2561-2562, กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง

ในปี 2562 ปริมาณขยะทะเลใน 24 จังหวัดติดชายทะเลของไทยในภาคใต้ ภาคตะวันออก และภาคกลาง มีจำนวนมากถึงเกือบ 1.6 ล้านชิ้น ส่วนใหญ่เป็นขยะพลาสติก โฟม และแก้ว โดยจังหวัดที่ประสบปัญหาหนักที่สุดได้แก่ สมุทรปราการ สุราษฎร์ธานี และภูเก็ต ความเสียหายของสภาพแนวปะการัง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากปัญหาโลกร้อน เป็นอีกหนึ่งสถานการณ์ความเสี่ยงที่กำลังเกิดขึ้นกับทะเลไทยในหลายพื้นที่

สัดส่วนพื้นที่แนวปะการังที่พบว่ามีสภาพ “เสียหายมาก” ใน 10 จังหวัดติดชายทะเล (ร้อยละ)

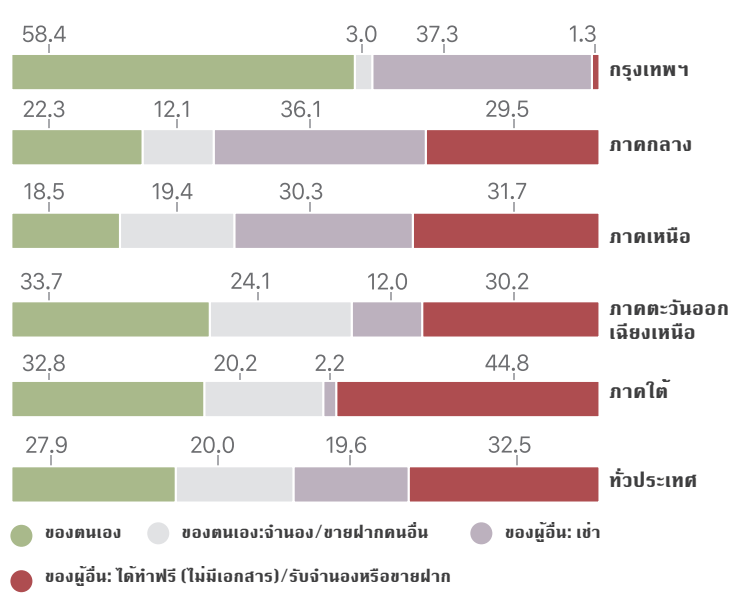
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	เสียหาย	เสียหายมาก
นครศรีธรรมราช				15.5	84.5
พังงา	2.8	14.8	26.6	7.7	48.1
ตราด	8.2	1.3	11.6	55.8	23.1
กระบี่		26.7	40.5	18.4	14.4
ประจวบคีรีขันธ์	42.7	32.2	10.4	5.3	9.1
ภูเก็ต	23.3	16.7	33.3	20.0	6.7
ระยอง	10.7	24.1	41.2	18.5	5.5
สุราษฎร์ธานี	39.1	6.9	43.0	5.7	5.3
ชลบุรี	25.6	7.8	41.8	21.3	3.5
ชุมพร	11.3	3.4	84.7		0.6



หมายเหตุ สภาพแนวปะการัง แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ดีมาก ดี ปานกลาง เสียหาย และเสียหายมาก จังหวัดที่มีการสำรวจและประเมินสภาพแนวปะการัง โดยไม่พบพื้นที่ “เสียหายมาก” ได้แก่ ระนอง ตรัง สตูล จันทบุรี สงขลา ปัตตานี และนราธิวาส

ที่มา: รายงานการสำรวจความเสียหายของปะการัง พ.ศ. 2563, สถาบันวิจัยและพัฒนาทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง

ลักษณะการถือครองที่ดินของเกษตรกร ปี 2562 (ร้อยละ)



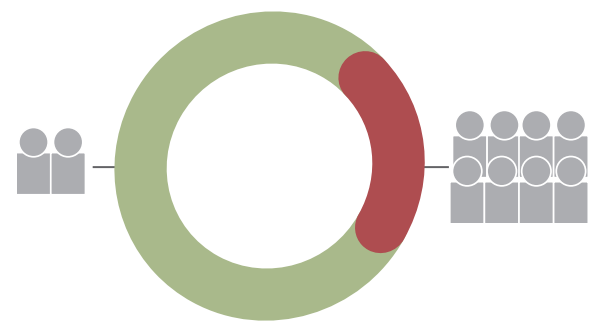
ที่มา: สถิติการเกษตรของประเทศไทย ปี 2562, สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ทรัพยากรที่ดิน

เป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญต่อความมั่นคงในชีวิตและอาชีพของประชากรในภาคการเกษตร รวมถึงความมั่นคงทางอาหารของประเทศในภาพรวม อย่างไรก็ตาม การถือครองที่ดินในประเทศไทยยังคงมีความกระจุกตัวสูง โดยการศึกษาหนึ่งพบว่า ผู้ถือครองที่ดิน 4 ใน 5 ของจำนวนผู้ถือครองที่ดินทั้งหมดในประเทศซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ถือครองรายย่อย มีการถือครองที่ดินคิดเป็นเพียงร้อยละ 20 หรือ 1 ใน 5 ของที่ดินทั้งหมด ซึ่งข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความไม่เท่าเทียมและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงทรัพยากรที่ดินของคนในประเทศ

ผู้ถือครองที่ดินรายใหญ่ 20% ถือครองที่ดินถึง 80% ของที่ดินทั้งหมดในประเทศ

ความเหลื่อมล้ำการถือครองที่ดินในประเทศไทย



ที่มา: ดวงณี เลาวกุล (2556), การศึกษาการกระจุกตัวของความมั่งคั่งในสังคมไทย

ข้อมูลในปี 2562 พบภาพรวมของเกษตรกรไทย มีสัดส่วนที่ถือครองที่ดินเป็นของตนเองโดยไม่ติดภาระผูกพันใดๆ เพียงประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 27.9) โดยสัดส่วนนี้ต่ำที่สุดในพื้นที่ภาคเหนือ และภาคกลาง

09

ทรัพยากรสุขภาพ

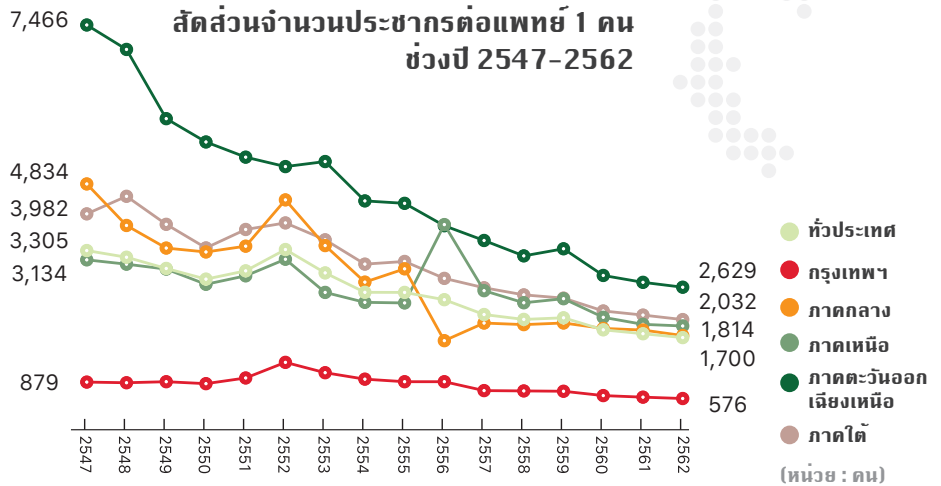
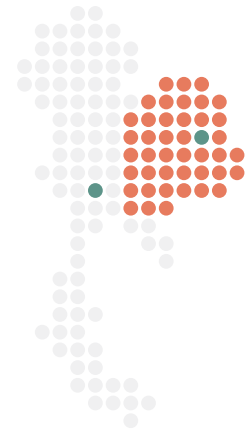
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
แพทย์ 1 คน
ต้องดูแลประชากร

2,629 คน

สูงกว่าแพทย์
ในกรุงเทพฯ
เกือบ 5 เท่า

“ความเพียงพอ และการจัดสรร ทรัพยากรสุขภาพ ที่ไม่เหลื่อมล้ำ มากเกินไปเชิง พื้นที่ ทั้งในด้าน บุคลากร สถาน พยาบาล อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ รวมถึง การคลัง สุขภาพ

เป็นเงื่อนไขที่สำคัญต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่จำเป็นและมีคุณภาพ ได้อย่างเท่าเทียมกันของ ประชากรในทุกพื้นที่ ของประเทศ”



สัดส่วนจำนวนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ 1 คน ปี 2562

	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล วิชาชีพ
กรุงเทพฯ	576	5,376	1,925	163
ภาคกลาง	1,737	8,019	4,096	405
ภาคเหนือ	1,914	7,426	4,815	419
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,629	11,186	6,409	521
ภาคใต้	2,032	7,681	4,911	387
ทั่วประเทศ	1,700	8,275	4,424	384

ที่มา: รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2562, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลจำนวนประชากรรายจังหวัด ปี 2562, กรมการปกครอง

การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์วิชาชีพต่างๆ โดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ในแต่ละภูมิภาคของไทยยังคงมีความเหลื่อมล้ำ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา ความพร้อมและความเพียงพอของบุคลากรเมื่อเทียบเป็นสัดส่วนกับประชากรในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มดีขึ้น อีกทั้ง ช่องว่างความแตกต่างระหว่างภูมิภาคก็พบว่ามีความลดลงตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่าง

เชิงพื้นที่ในเรื่องนี้ยังคงมีอยู่ ในกรณีของแพทย์ ใน 10 จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ดีที่สุดในประเทศ หลายจังหวัดอยู่ในภาคกลาง รวมทั้งกรุงเทพฯ อีกจำนวนหนึ่งเป็นจังหวัดเมืองใหญ่ในแต่ละภูมิภาค เช่น พิษณุโลก และเชียงใหม่ในภาคเหนือ ชลบุรีในภาคตะวันออก หรือ ขอนแก่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำที่ยังคงอยู่ ซึ่งไม่ได้มีเฉพาะระหว่างภูมิภาคในประเทศเท่านั้น แต่เป็นระหว่างจังหวัดในแต่ละภูมิภาคด้วยเช่นกัน

สัดส่วนจำนวนประชากรต่อแพทย์ ปี 2562 (คนต่อแพทย์ 1 คน)

10 จังหวัดที่ตีมากที่สุด

กรุงเทพฯ	576
พิษณุโลก	1,064
นครนายก	1,105
สมุทรสาคร	1,129
ชลบุรี	1,153
ขอนแก่น	1,136
เชียงใหม่	1,286
ปทุมธานี	1,344
จันทบุรี	1,449
สระบุรี	1,527

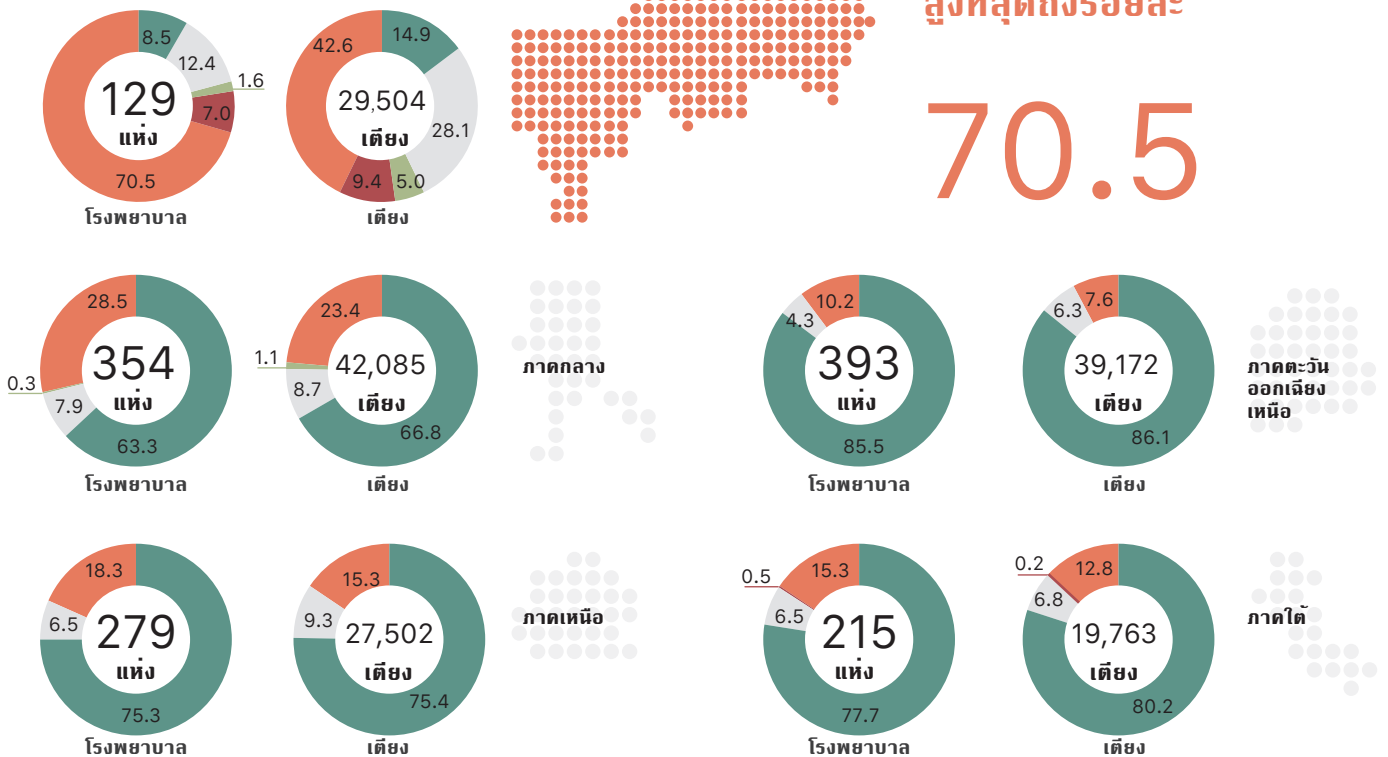
10 จังหวัดที่ตีน้อยที่สุด

หนองบัวลำภู	4,748
บึงกาฬ	4,512
นครพนม	4,157
กาฬสินธุ์	3,642
กำแพงเพชร	3,593
สกลนคร	3,423
เพชรบูรณ์	3,364
ร้อยเอ็ด	3,288
บุรีรัมย์	3,263
ชัยภูมิ	3,240

ที่มา: รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2562, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ข้อมูลจำนวนประชากรรายจังหวัด ปี 2562, กรมการปกครอง

ในด้านสถานพยาบาล กรุงเทพฯ เป็นพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างจากภูมิภาคอื่น โดยมีสัดส่วนของโรงพยาบาลและเตียงผู้ป่วยในของภาคเอกชนสูงที่สุดถึงร้อยละ 70.5 และ 42.6 ของจำนวนโรงพยาบาลและเตียงทั้งหมดตามลำดับ ขณะที่ในภูมิภาคอื่นมากกว่าร้อยละ 70 (ในภาคกลาง) ถึงร้อยละ 90 (ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ของโรงพยาบาลและเตียงผู้ป่วยในทั้งหมดอยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ

สัดส่วนโรงพยาบาลและเตียงในแต่ละภูมิภาค ปี 2562 (ร้อยละ)



กรุงเทพฯ

มีสัดส่วนของโรงพยาบาล เอกชน สูงที่สุดถึงร้อยละ

70.5

● กระทรวงสาธารณสุข ● กระทรวงอื่นๆ ● หน่วยงานอิสระ ● องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ● เอกชน

ที่มา: รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2562, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จำนวนประชากรในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(หน่วย : ล้านคน)

ล้านคน

47.5

หลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ

12.6

ประกันสังคม

5.1

ข้าราชการ/
รัฐวิสาหกิจ

0.63

พนักงานส่วนท้องถิ่น

0.52

ผู้มีปัญหา
สถานะและสิทธิ

0.09

ครูเอกชน

0.02

ผู้ประกันตนพิการ

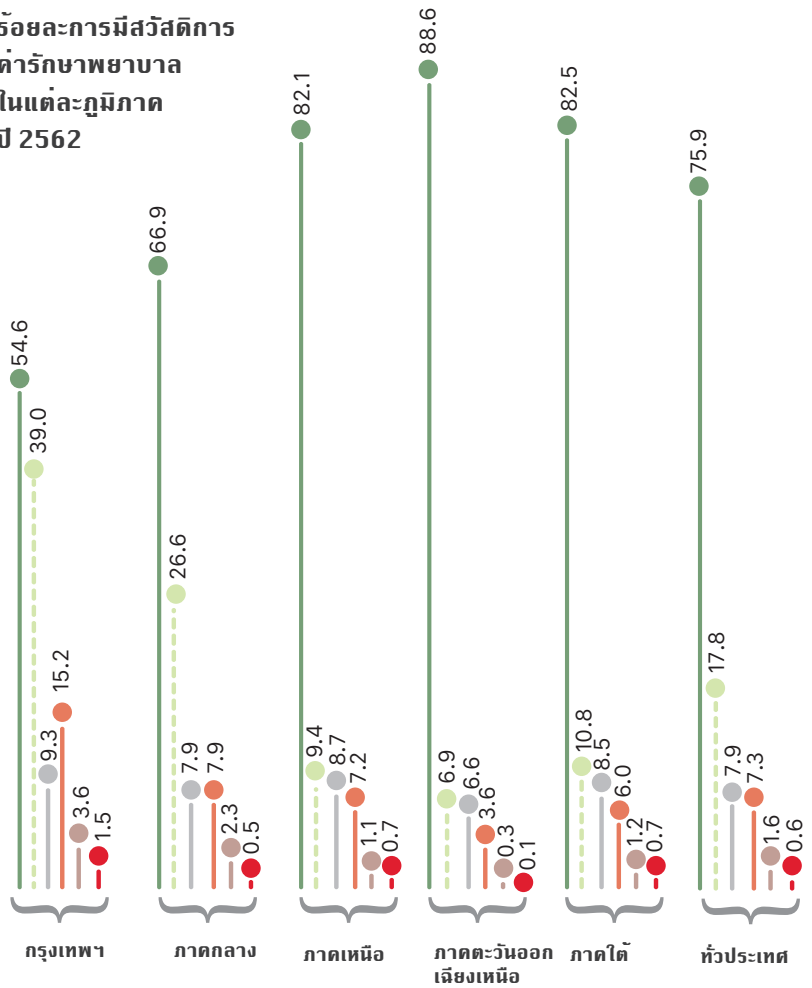
0.6

ผู้ที่ยังไม่ได้
ลงทะเบียนสิทธิ

กลุ่มคนที่อยู่อาศัยบน
แผ่นดินไทยแต่ยัง
ไม่มีหลักประกันทาง
สุขภาพ อาจได้แก่
กลุ่มคนไร้รัฐ คนไทย
ที่ไม่มีบัตรประชาชน
จากสาเหตุการตก
สำรวจหรือไปมีชื่ออยู่
ในทะเบียนบ้านกลาง
คนเร่ร่อน แรงงาน
ข้ามชาติที่ไม่มี
เอกสาร เป็นต้น

ในด้านการคลังสุขภาพ ปัจจุบัน มากกว่าร้อยละ 99 ของประชากรไทย ได้รับการคุ้มครองทางการเงินจากภาระค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในการเข้ารับบริการสุขภาพที่จำเป็น ภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ รวมถึง พนักงานส่วนท้องถิ่น ซึ่งแต่ละกองทุนหรือระบบสวัสดิการมีขอบเขตสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ และทรัพยากรการคลังที่ยังค่อนข้างแตกต่างกันในหลายเรื่อง ดังนั้น สัดส่วนความครอบคลุมของแต่ละกองทุนและระบบสวัสดิการในแต่ละภูมิภาคที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับกรุงเทพฯ และภาคกลาง กับภูมิภาคอื่นๆ จึงยังเป็นอีกมิติความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ที่ยังต้องประเมินและเฝ้าระวัง

ร้อยละการมีสวัสดิการ
รักษายาบาล
ในแต่ละภูมิภาค
ปี 2562



- หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)
- ประกันสังคม
- สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อปท./หน่วยงานอิสระภาครัฐ
- ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน
- สวัสดิการจากนายจ้าง
- ไม่มีสวัสดิการ

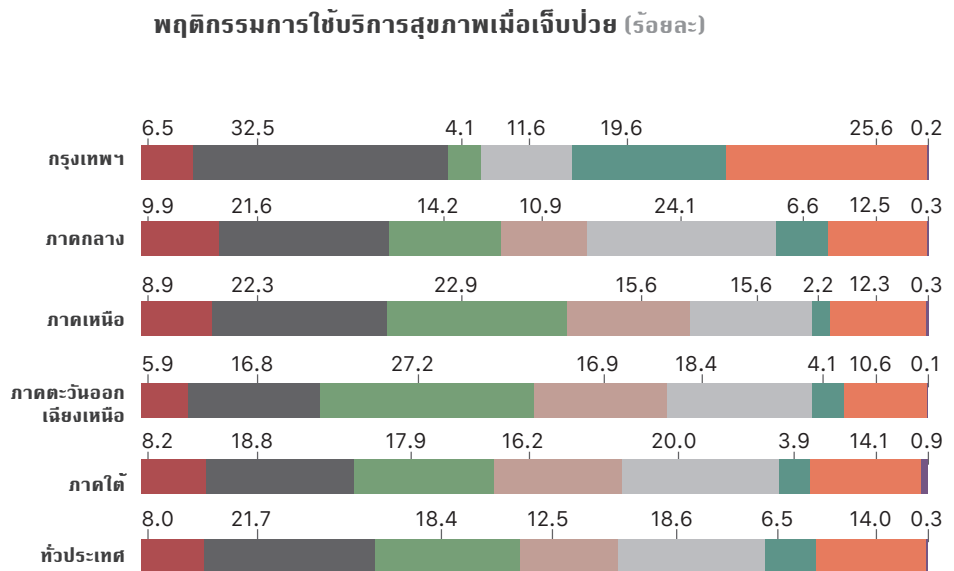
ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2562, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

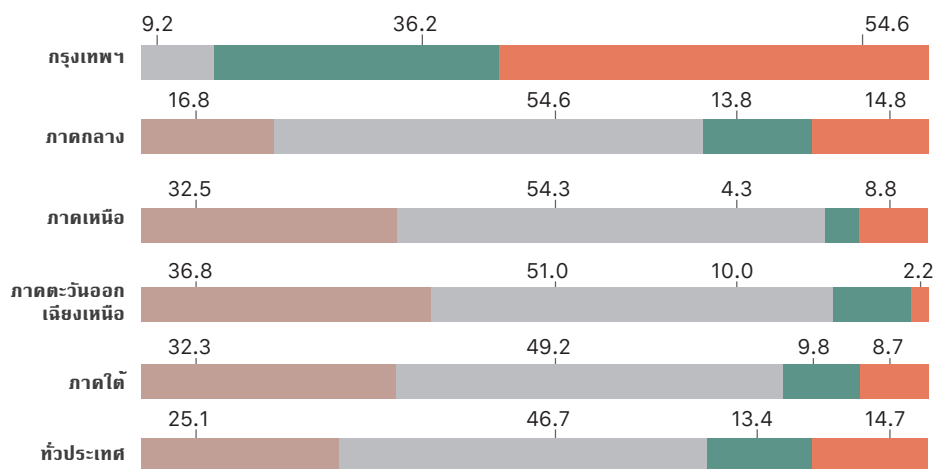
คนกรุงเทพฯ ใช้บริการ สุขภาพที่รพ.และคลินิก ภาคเอกชน รวมถึง รพ. สังกัดมหาวิทยาลัยและ สังกัดอื่นของรัฐมากที่สุด

ขณะที่ คนในภาคตะวันออก เชียงใหม่ใช้บริการ ผู้ป่วยนอกที่รพ.สต. และใช้บริการผู้ป่วยใน ที่รพ.ชุมชน รพ.ศูนย์ หรือ ทั่วไปรวมกัน มากที่สุด

ผู้ป่วยนอก



ผู้ป่วยใน



- ไม่ได้รับการรักษา
- ซื้อยากินเอง
- รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข
- รพ. ชุมชน
- รพ.ทั่วไป/ศูนย์
- รพ. ของมหาวิทยาลัย/สังกัดอื่นของรัฐ
- รพ./คลินิก เอกชน
- อื่นๆ

ความแตกต่างเชิงพื้นที่ของความพร้อมและการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพต่างๆ ข้างต้น น่าจะเป็นเหตุผลอธิบายความแตกต่างที่พบเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเมื่อต้องการหรือเจ็บป่วยของคนในแต่ละพื้นที่ที่ยังคงมีอยู่ได้เป็นอย่างดี

หมายเหตุ: สถานที่ที่เข้ารับบริการสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยผู้ป่วยนอกครั้งสุดท้าย (ในรอบ 30 วัน) และการเจ็บป่วยผู้ป่วยในครั้งสุดท้าย (ในรอบ 12 เดือน)
ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

10

เขตสุขภาพพิเศษ

ปี 2563
คณะรัฐมนตรีมีมติ
เห็นชอบร่างแผน
ปฏิบัติการสาธารณสุข
เขตสุขภาพพิเศษ
แห่งชาติ ระยะที่ 1
(พ.ศ. 2562-2565)
โดยมีพื้นที่เป้าหมาย
ครอบคลุม

19 จังหวัด

“สาธารณสุขเขตสุขภาพพิเศษ”

เป็นการดำเนินการในพื้นที่ที่มีบริบทเฉพาะ แตกต่าง
จากพื้นที่ปกติ และไม่สามารถใช้แนวทางบริหารจัดการ
ด้านสาธารณสุขแบบทั่วไป เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ
ของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วย
งานสาธารณสุข 4 ด้าน ได้แก่

- สาธารณสุขทางทะเล
- สาธารณสุขชายแดน
- เขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรข้ามชาติ)
- เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

02

สาธารณสุข
ชายแดน
Border Health

พัฒนาศักยภาพ กลไก
ความร่วมมือระหว่างประเทศ
ด้านระบบป้องกันสุขภาพ
อนามัยในพื้นที่ชายแดน

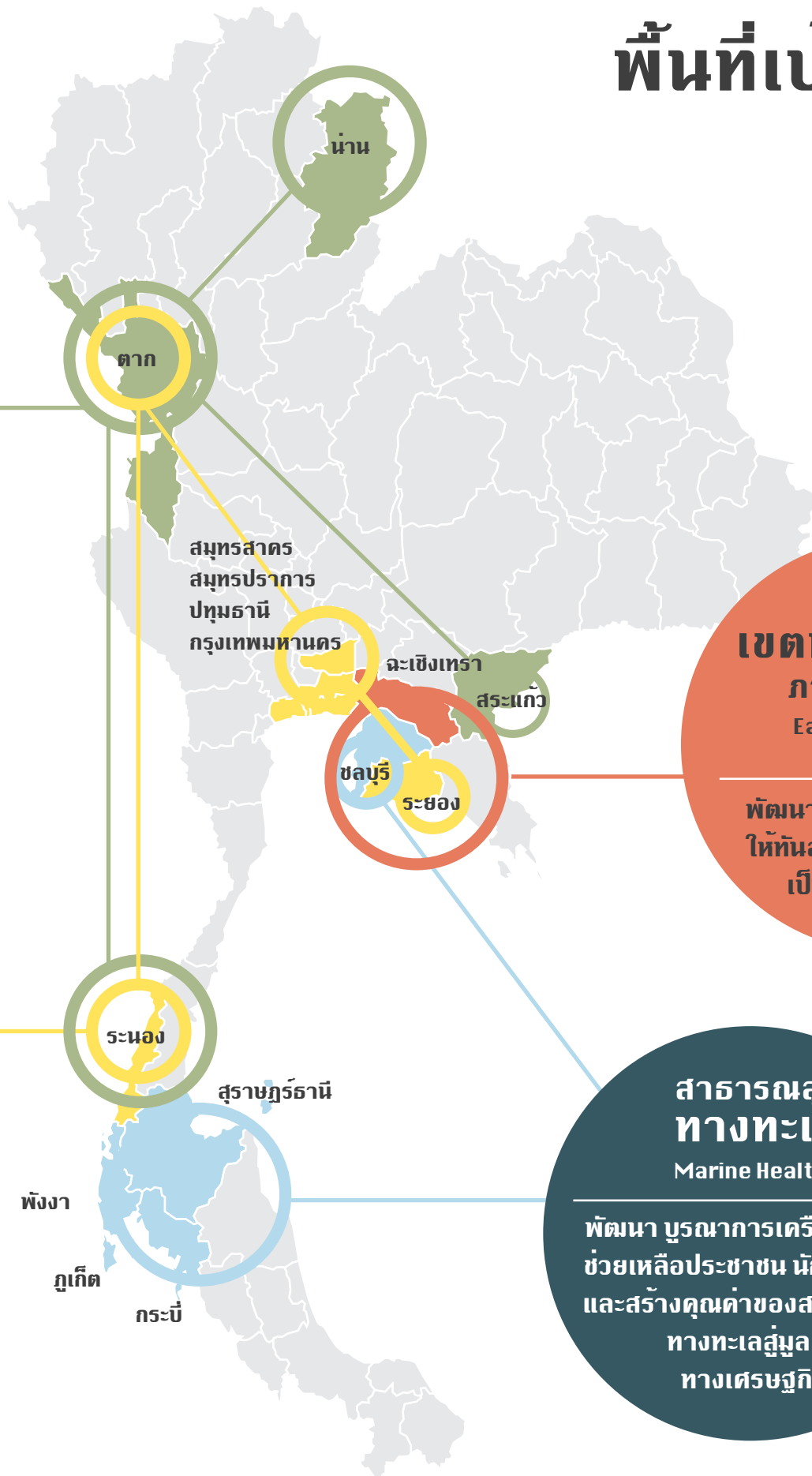
เขตพื้นที่เฉพาะ
(ประชากรข้ามชาติ)

Migrant Health

พัฒนารูปแบบหลักประกันสุขภาพ
แรงงานข้ามชาติ

03

พื้นที่เป้าหมาย



04

เขตพัฒนาพิเศษ ภาคตะวันออก

Eastern Economic
Corridor : EEC

พัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ให้ทันสมัย และส่งเสริมการ
เป็น Medical hub

01

สาธารณสุข ทางทะเล

Marine Health

พัฒนา บุคลากรเรือชายดูแล
ช่วยเหลือประชาชน นักท่องเที่ยว
และสร้างคุณค่าของสาธารณสุข
ทางทะเลสู่มูลค่า
ทางเศรษฐกิจ

ประเทศไทยมีพื้นที่ติดชายทะเลทั้งหมด 24 จังหวัด (รวมกรุงเทพฯ)

จำนวนมากเป็นจังหวัดในภาคใต้ที่เป็นพื้นที่ทางเศรษฐกิจแหล่งท่องเที่ยวทางทะเล รวมถึง ที่อยู่อาศัยของประชาชนบริเวณชายฝั่งและบนเกาะแก่งน้อยใหญ่ในทะเล

5 จังหวัดติดชายทะเล ที่มีนักท่องเที่ยวสูงสุด ปี 2562
จำนวนนักท่องเที่ยว (คน)

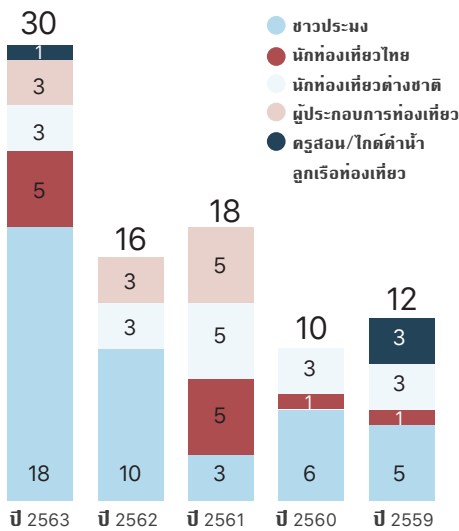
ชาวต่างชาติ

ภูเก็ต	10,598,921
ชลบุรี	9,966,574
กระบี่	4,312,606
สุราษฎร์ธานี	3,591,556
พังงา	3,470,414

ชาวไทย

ชลบุรี	8,636,346
เพชรบุรี	8,410,769
ระยอง	7,310,599
ภูเก็ต	3,977,545
นครศรีธรรมราช	3,723,472

จำนวนผู้ป่วยโรคน้ำหนึบ



ที่มา: รายงานสรุปจำนวนผู้ป่วยโรคน้ำหนึบ ปี 2559-2563, โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

บริบทภูมิศาสตร์ทางทะเลนำไปสู่ความท้าทายที่สำคัญทางสาธารณสุขหลายเรื่อง หนึ่งในนั้นคือการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเกิดเหตุจำเป็นอย่างทันที่ของประชาชนท้องถิ่นและนักท่องเที่ยวในพื้นที่ที่อาจจะประสบการเจ็บป่วยกะทันหัน เช่น กรณีโรคน้ำหนึบหรือโรคเหตุลดความกดอากาศ ซึ่งเกิดจากการดำน้ำลึกแล้วลอยตัวขึ้นผิวน้ำเร็วเกินไป หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางทะเลที่มีจำนวนเหตุการณ์เกิดบ่อยมากขึ้นซึ่งหลายครั้งมีความรุนแรง เช่น ในกรณีเรือฟินิกซ์ล่มที่ภูเก็ตในปี 2561

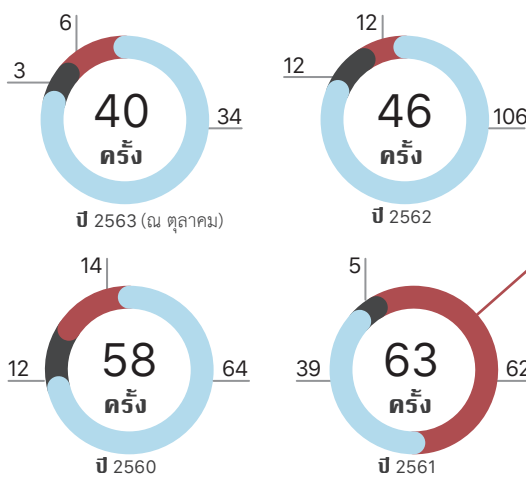
ผลกระทบ โควิด-19 ส่งผลให้ในช่วง ม.ค.-ต.ค. 2563 จำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติในประเทศไทย

ลดลงร้อยละ 78.9

และ นักท่องเที่ยวชาวไทย ลดลงร้อยละ 50.7 จากปี 2562

ภูเก็ต ชลบุรี กระบี่ พังงา และสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็น 5 จังหวัดชายทะเลที่มีจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติสูงสุดของไทย ถูกกำหนดเป็นพื้นที่เป้าหมายของงานสาธารณสุขทางทะเลในระยะแรก โดยมุ่งเน้นการพัฒนาและบูรณาการเครือข่ายเพื่อการดูแลช่วยเหลือประชาชน นักท่องเที่ยวและสร้างคุณค่าสู่มูลค่าทางเศรษฐกิจ

จำนวนอุบัติเหตุทางน้ำ จังหวัดติดชายทะเล



ปี 2561 ที่จังหวัดภูเก็ต เกิดอุบัติเหตุเรือฟินิกซ์ ประสบคลื่นลมแรง ทำให้เรือล่ม มีผู้เสียชีวิต 47 คน

จำนวนผู้เสียหาย (คน)

● บาดเจ็บ ● สูญหาย ● เสียชีวิต

หมายเหตุ: เลือกเฉพาะอุบัติเหตุทางน้ำที่เกิดในพื้นที่ 23 จังหวัดติดชายทะเล ยกเว้น กรุงเทพฯ

ที่มา: ประมวลจากข้อมูลสถิติอุบัติเหตุทางน้ำ ปี 2560-2563, กรมเจ้าท่า

สาธารณสุขชายแดน

Border Health

ครอบคลุมพื้นที่ 31 จังหวัด
ที่มีพรมแดนติดกับ 4 ประเทศเพื่อนบ้าน
ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการ
เคลื่อนย้ายประชากร
ข้ามชาติและการค้าขนส่ง
ชายแดนที่มีพลวัตสูง
ทั้งที่ผ่านช่องทางข้ามแดนที่เป็น
ทางการและช่องทางธรรมชาติ

หลายพื้นที่เป็นพื้นที่ทุรกันดาร มีปัญหา
คนไร้รัฐหรือมีปัญหาสถานะทางทะเบียน
สถานพยาบาลหลายแห่งประสบปัญหา
การให้บริการสุขภาพแก่ประชากร
ข้ามชาติที่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายไม่ได้ และ
ปัญหาความยากลำบากในการควบคุม
โรคติดต่อตามแนวชายแดน เช่น วัณโรค
เอชไอวี/เอดส์ มาลาเรีย รวมถึง โควิด-19
ที่กำลังเป็นประเด็นในปัจจุบัน ทำให้
การพัฒนาความร่วมมือและกลไกการ
ทำงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ
ในการป้องกันควบคุมโรค การส่งต่อ
ผู้ป่วยและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้าน
สาธารณสุข รวมถึง การคุ้มครองผู้บริโภค
ด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ
ในพื้นที่ชายแดนเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ

อาสาสมัคร สาธารณสุข ต่างชาติ หรือ อสต.

เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการ
สุขภาพที่จำเป็นให้กับประชากร
ทุกกลุ่มในพื้นที่ชายแดนที่มี
ความหลากหลายทางเชื้อชาติ
และวัฒนธรรมสูง

จุดเน้นสาธารณสุขชายแดน



ไทย-เมียนมา

จังหวัดเป้าหมาย-คู่ความร่วมมือ
ตาก-เมียวดี
ระนอง-เกาะสอง

ความร่วมมืองานวัณโรค
งานเอชไอวี/เอดส์
งานมาลาเรีย



ไทย-มาเลเซีย

ระบบการป้องกันกรณีเกิดภัยพิบัติ
การระบาดของโรคติดต่อ
ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
การส่งต่อ และแนวทางการดูแล
สุขภาพประชาชนตามแนวชายแดน

สัดส่วนค่าบริการสุขภาพที่เรียกเก็บจาก ประชากรข้ามชาติที่มารับบริการเฉพาะ จังหวัดชายแดน ปี 2563

หมายเหตุ:

- เฉพาะสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ทั่วประเทศ (ไม่รวมในกรุงเทพฯ)
- 31 จังหวัด ประกอบด้วย เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ตาก ราชบุรี
กาญจนบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ระนอง ชุมพร จันทบุรี ตรัง
สระแก้ว บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ บึงกาฬ เลย
หนองคาย นครพนม มุกดาหาร พิชัยโลก อุดรดิตต์ น่าน พะเยา สงขลา
สตูล ยะลา นราธิวาส

ที่มา: ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพแก่ประชากรข้ามชาติเฉพาะจังหวัดชายแดน
ปี 2563, Health Data Center, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
กระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนากระบวนการสุขภาพที่เป็น
มิตรด้วยการพัฒนาแกนนำอาสาสมัคร
สาธารณสุขต่างชาติ หรือ อสต. เพื่อ
ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่
จำเป็นให้กับประชากรทุกกลุ่มในพื้นที่
ชายแดนที่มีความหลากหลายทาง
เชื้อชาติและวัฒนธรรมสูง เป็นอีกหนึ่ง
จุดเน้นที่สำคัญในงานสาธารณสุขชายแดน

ไทย-ลาว



จังหวัดเป้าหมาย-คู่ความร่วมมือ
น่าน-ไชยบุรี

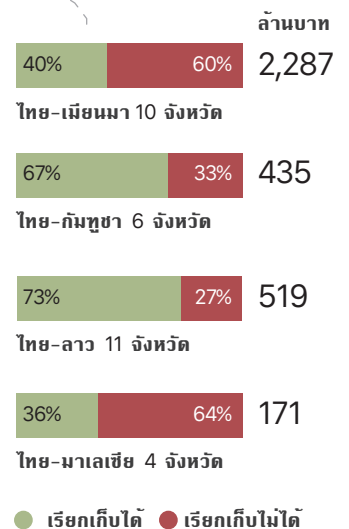
การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค
ติดต่อชายแดน การส่งต่อผู้ป่วย
การพัฒนาแนวทางควบคุม
วัณโรคตามแนวชายแดน

ไทย-กัมพูชา



จังหวัดเป้าหมาย-คู่ความร่วมมือ
สระแก้ว - บันเตียมินเจีย

ข้อมูลข่าวสารเพื่อการเฝ้าระวังโรค
การจัดการภาวะฉุกเฉินด้าน
สาธารณสุข การพัฒนาแกนนำ
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว

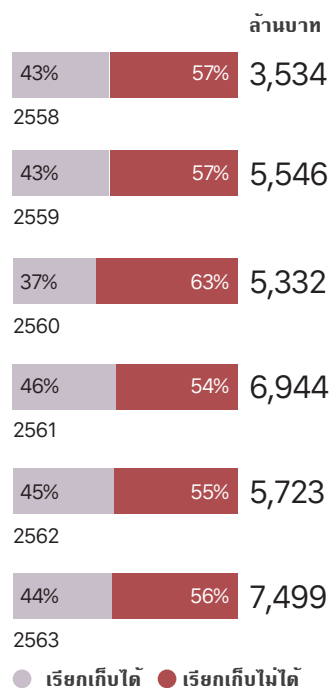


(ซึ่งการส่งเสริมพัฒนา อสต. นับเป็นจุด
เน้นของงานสาธารณสุขในพื้นที่ไม่ติด
ชายแดนที่มีประชากรข้ามชาติอาศัย
และทำงานอยู่เป็นจำนวนมากด้วย
เช่นกัน) ในระยะแรกของการดำเนินงาน
ด้านสาธารณสุขชายแดน พื้นที่เป้าหมาย
4 จังหวัดชายแดน ได้แก่ น่าน ตาก
ระนอง และ สระแก้ว

เน้นกลุ่มประชากรข้ามชาติ โดยเฉพาะ แรงงานข้ามชาติ และผู้ติดตามจาก ประเทศเพื่อนบ้าน ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ

ข้อท้าทายที่สำคัญของงานสาธารณสุขสุข ในด้านนี้เป็นเรื่องการพัฒนา รูปแบบ และการขยายความครอบคลุมของหลัก ประกันสุขภาพให้กับประชากรข้ามชาติ ทุกกลุ่ม เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการ สุขภาพที่จำเป็นและคุ้มครองภาระ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เกิดขึ้นให้กับ ผู้ป่วยและผู้รับบริการประชากรข้ามชาติ

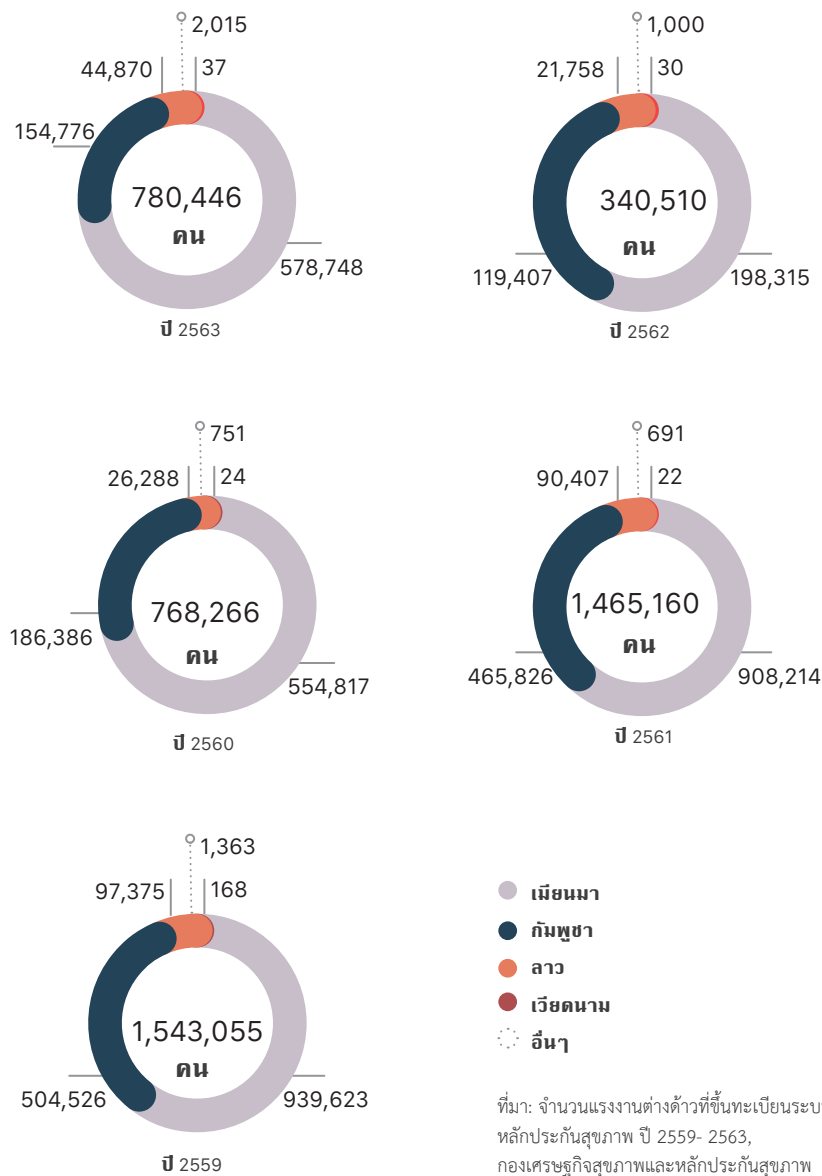
สัดส่วนค่าบริการสุขภาพที่เรียกเก็บ จากประชากรข้ามชาติที่มารับบริการ



หมายเหตุ: เฉพาะสถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ทั่วประเทศ (ไม่รวมในกรุงเทพฯ)

ที่มา: ค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพแก่ประชากรข้ามชาติ ปี 2558-2563, Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนการซื้อบัตรประกันสุขภาพ แรงงานและคนข้ามชาติ



ที่มา: จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนระบบ หลักประกันสุขภาพ ปี 2559- 2563, กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่ 5 มกราคม 2564)

ในขณะเดียวกันเพื่อเป็นการลดภาระทางการคลังให้กับสถานพยาบาลผู้ให้ บริการจากค่าบริการสุขภาพที่ไม่สามารถเรียกเก็บได้จากกลุ่มประชากร ข้ามชาติที่มารับบริการ ซึ่งที่ผ่านมา มีสัดส่วนถึงร้อยละ 50-60 ของ ค่าบริการสุขภาพที่เรียกเก็บ ณ สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามที่มารับบริการแต่ไม่มี หลักประกันทางสุขภาพ

ระบบหลักประกันสุขภาพ
สำหรับประชากร
ข้ามชาติที่สำคัญ

สอง ระบบ

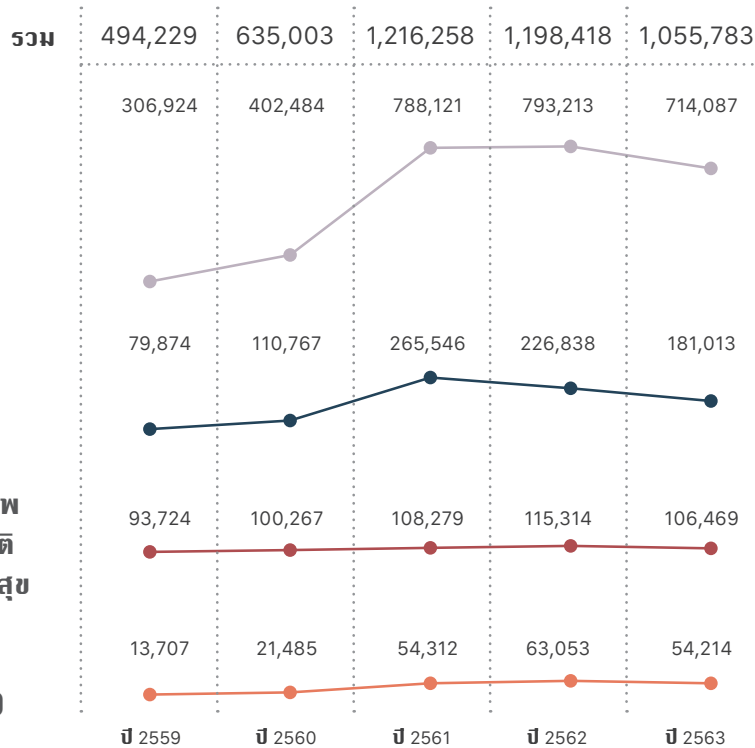
ได้แก่

1

ระบบบัตรประกันสุขภาพ
แรงงานและคนข้ามชาติ
โดยกระทรวงสาธารณสุข
(มีระยะเวลาความ
ครอบคลุมของบัตรอยู่
ในช่วง 3 เดือน ถึง 2 ปี)

2

ระบบ
ประกันสังคม



จำนวนผู้ประกันตน
แรงงานข้ามชาติ
ภายใต้ระบบ
ประกันสังคม
(คน)

ที่มา: ข้อมูลจำนวน
แรงงานต่างด้าวประกัน
ตนแยกตามสัญชาติ
ปี 2559 – 2563,
สำนักงานประกันสังคม

● เมียนมา
● กัมพูชา
● ลาว
● สัญชาติอื่นๆ

พ.ศ.

จำนวนผู้รับสิทธิประโยชน์ภายใต้กองทุนประกัน
สุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

ปีงบประมาณ	จำนวน (คน)
2559	562,983
2560	576,857
2561	519,070
2562	543,994
2563	549,201

ที่มา: จำนวนบุคคลที่มี
ปัญหาสถานะและสิทธิ
ปี 2559-2563, กอง
เศรษฐกิจสุขภาพและ
หลักประกันสุขภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติที่สำคัญ 2 ระบบได้แก่ ระบบบัตรประกันสุขภาพแรงงานและคนข้ามชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุข (มีระยะเวลาความครอบคลุมของบัตรอยู่ในช่วง 3 เดือน ถึง 2 ปี) และระบบประกันสังคม

สำหรับกลุ่มประชากรที่มีปัญหาเรื่องสิทธิและสถานะทางทะเบียน โดยเฉพาะประชากรกลุ่มชาติพันธุ์จำนวนมากที่ยังไม่ได้รับสัญชาติไทย มีกองทุนประกันสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพที่จำเป็นอยู่

ในระยะแรกนี้ พื้นที่เป้าหมายของงานสาธารณสุขเขตพื้นที่เฉพาะ (ประชากรข้ามชาติ) ครอบคลุม 7 จังหวัดได้แก่ ตาก ระนอง สมุทรสาคร สมุทรปราการ ปทุมธานี กรุงเทพฯ และระยอง

ครอบคลุมพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่
ชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา
ซึ่งเป็นพื้นที่ภายใต้

โครงการ พัฒนาระเบียง เศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก หรือ Eastern Economic Corridor (EEC)

ที่เน้นการพัฒนาอุตสาหกรรม
การลงทุนด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม
เพื่อไปสู่การเป็นเมืองเศรษฐกิจ
และเมืองท่องเที่ยวที่สร้างรายได้
ให้กับประเทศ

แผนการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ
ดังกล่าวคาดว่าจะนำไปสู่การ
เปลี่ยนแปลงของพื้นที่ในหลายด้าน
เช่น การเปลี่ยนแปลงความเป็นเมือง
และการเพิ่มขึ้นของประชากรจาก
ภายนอกที่เข้ามาลงทุนและทำงาน
ในพื้นที่ จากผลการคาดประมาณ
ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-
2583 ภูมิภาคตะวันออกเป็นพื้นที่
ที่คาดว่าจะมีอัตราเพิ่มของจำนวน
ประชากรเมืองสูงสุดเมื่อเทียบกับ
ภูมิภาคอื่น



ภูมิภาคตะวันออกเป็น
พื้นที่ที่คาดว่าจะ
จะมีอัตราเพิ่มของ
จำนวนประชากรเมือง

สูงสุด

ควบคู่ไปกับการพัฒนาอุตสาหกรรมในอนาคตและที่ผ่านมาของพื้นที่ภายใต้
โครงการพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออก หรือ Eastern Seaboard
ประสิทธิภาพการจัดการสภาพแวดล้อมและผลกระทบที่อาจเป็นปัญหาตามมา
เช่น ปัญหาสารอินทรีย์ระเหยง่าย ซึ่งเป็นโทษต่อสุขภาพที่พบในพื้นที่มาบตาพุด
และบริเวณใกล้เคียงจังหวัดระยอง ปัญหาการจัดการกากของเสียอุตสาหกรรม
เป็นต้น ล้วนเป็นความท้าทายทางสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ EEC เช่นเดียวกับ
ผลกระทบทางสังคมที่อาจเกิดขึ้นจากการขยายตัวของสภาพเมืองและประชากร
ที่สะท้อนจากอัตราการตายของประชากรจากอุบัติเหตุทางถนนที่พบว่า ระยอง
ชลบุรีและฉะเชิงเทราเป็น 3 ใน 5 จังหวัดที่มีอัตราการตายสูงสุด

จำนวนประชากรเมืองและอัตราเพิ่มเฉลี่ย รายภูมิภาค ปี 2553-2583 จำนวนประชากรเมือง (ล้านคน)

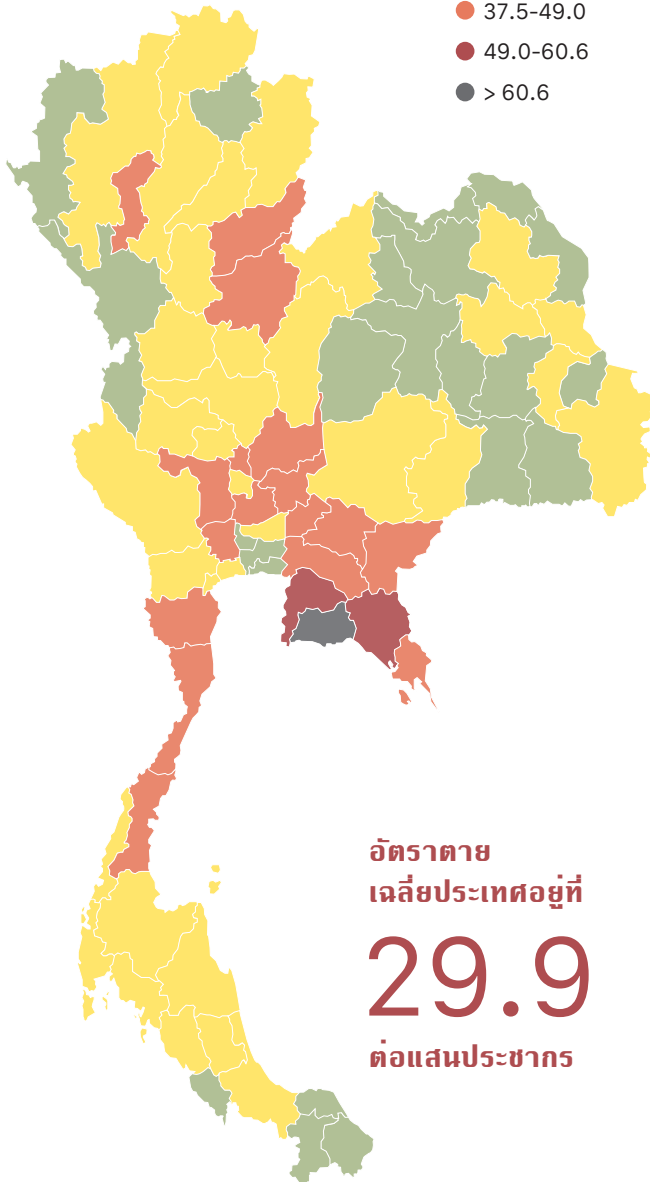
ภูมิภาค/ปี	2553	2563	2573	2583	อัตราเพิ่มต่อปี (2553-2583) (%)
กรุงเทพฯ	7.69	8.36	8.46	8.14	0.2
ปริมณฑล	3.18	4.94	6.36	7.41	4.4
กลาง	1.19	1.69	1.96	2.00	2.3
ตะวันออก	2.20	3.65	4.86	5.70	5.3
ตะวันตก	1.20	1.53	1.79	1.87	1.9
เหนือ	3.95	5.18	6.24	6.38	2.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5.49	8.91	10.88	11.06	3.4
ใต้	2.81	3.84	5.11	6.02	3.8

ที่มา: รายงานการศึกษาผลกระทบ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนา
ประเทศจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2562, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

การพัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ 3 จังหวัด เพื่อรองรับการให้บริการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และ บริการสุขภาพอื่นๆ ตามการพัฒนาและการขยายตัวของจำนวนประชากรในพื้นที่ เป็นอีกประเด็นที่ควรเป็นจุดเน้นของงานสาธารณสุขเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

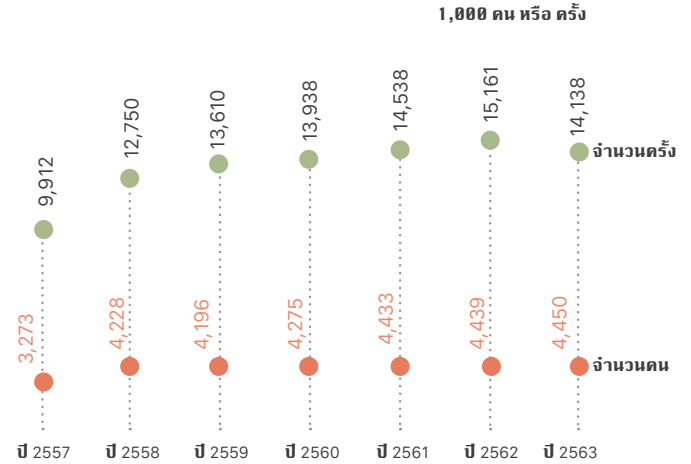
อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2561

- ต่อแสนประชากร
- < 25.9
 - 25.9-37.5
 - 37.5-49.0
 - 49.0-60.6
 - > 60.6

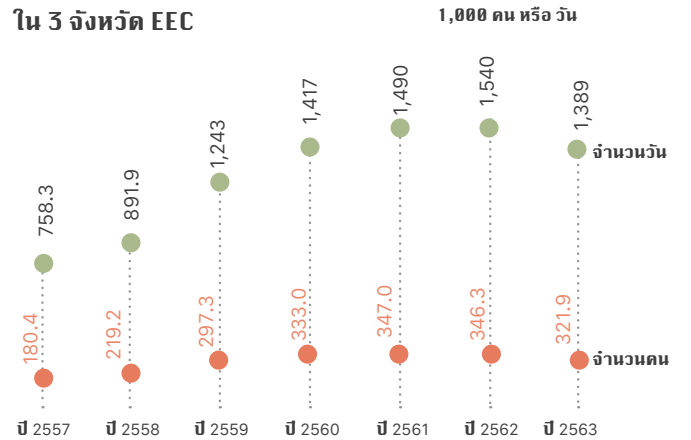


อัตราตายเฉลี่ยประเทศอยู่ที่ **29.9** ต่อแสนประชากร

จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอก ใน 3 จังหวัด EEC



จำนวนการใช้บริการผู้ป่วยใน ใน 3 จังหวัด EEC



ที่มา: อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของประชากรไทย ปีงบประมาณ 2557-2563, Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข

5 จังหวัดที่มีอัตราตายสูงสุด (ต่อแสนประชากร)

ระยอง	65.5
ชลบุรี	49.6
จันทบุรี	49.0
สระบุรี	48.1
ฉะเชิงเทรา	47.6

หมายเหตุ: ใช้ข้อมูล 3 ฐาน ประกอบด้วยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และ บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด

ที่มา: รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย ปี 2561, แผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในระดับจังหวัด



สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2564. ชี้อบทความ. *สุขภาพคนไทย 2564* (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

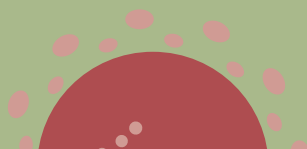
ตัวอย่าง

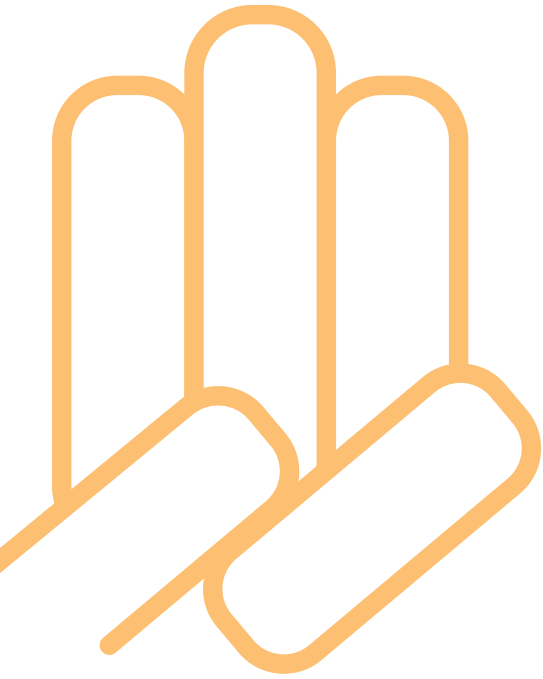
โครงการสุขภาพคนไทย. 2564. มื้อบการเมืองคนรุ่นใหม่: จากแพลตฟอร์มสู่คณะราษฎร 2563. *สุขภาพคนไทย 2564* (หน้า 50-57).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



สถานการณ์เด่น
ทางสุขภาพ





มือบการเมืองคนรุ่นใหม่: จากแฟลชม็อบ สู่คณะราษฎร 2563

ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ทำลายทุกสังคมทั่วโลกตั้งแต่ปลายปี 2562 เป็นต้นมา และดูเหมือนจะลากยาวไปจนกว่าวัคซีนจะเข้าถึงประชากรส่วนใหญ่ของโลก แต่สถานการณ์ความเคลื่อนไหวของการเมืองไทยกลับไม่หยุดนิ่งตามมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” ที่รัฐบาลพยายามรณรงค์แต่อย่างใด ในทางตรงกันข้ามปี 2563 กลับกลายเป็นอีกหนึ่งหมุดหมายสำคัญที่เยาวชนและคนหนุ่มสาวรวมตัวกันเป็นแฟลชม็อบเพื่อแสดงออกทางการเมือง โดยนัดชุมนุมกันและสลายตัวอย่างรวดเร็ว จนเกิดการท้าทายโครงสร้างอำนาจรัฐ นับวันแฟลชม็อบก็ยิ่งแพร่กระจายไปทั่วประเทศแม้ไม่มีแกนนำและการจัดตั้งที่ชัดเจน นับเป็นปรากฏการณ์ทางการเมืองที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในหน้าประวัติศาสตร์การเมืองไทย บทความนี้เป็นการอภิปรายถึงการเกิดขึ้นและขยายตัวของมือบการเมืองคนรุ่นใหม่ นับตั้งแต่การเลือกตั้งใหญ่เมื่อปี 2562 เป็นต้นมา ความเคลื่อนไหวทางการเมืองของมือบกลุ่มหลักๆ และปฏิกิริยาของสังคมต่อมือบการเมืองคนรุ่นใหม่เหล่านี้

การเลือกตั้งครั้งแรก ในรอบ 8 ปี กับบทบาทของ **new voters**

การเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเมื่อ 24 มีนาคม 2562 ถือเป็น การเลือกตั้งครั้งแรกในรอบ 8 ปี นับตั้งแต่ปี 2554 อีกทั้งยังเป็น การเลือกตั้งครั้งแรกในรอบ 5 ปี หลังจากทีคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ทำการรัฐประหารเมื่อ 22 พฤษภาคม 2557 ผลจากการเลือกตั้งในปี 2562 ทำให้ พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา หัวหน้าคณะรัฐประหารปี 2557 ได้กลับมาเป็นนายกรัฐมนตรีอีกครั้ง โดยมีพรรคพลังประชารัฐเป็นแกนนำจัดตั้งรัฐบาล ทั้งนี้

บทบาทของสมาชิกวุฒิสภาที่มาจาก การแต่งตั้งจำนวน 250 คน เป็นเงื่อนไขหลักที่ทำให้ พลเอกประยุทธ์ฯ รักษาอำนาจทางการเมืองไว้ได้ เนื่องจากรัฐธรรมนูญปี 2560 กำหนดให้สมาชิกวุฒิสภา ร่วมเลือกนายกรัฐมนตรีกับสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรด้วย จึงปฏิเสธไม่ได้ว่าการออกแบบรัฐธรรมนูญปี 2560 คือกลไกสำคัญที่สร้างความได้เปรียบทางการเมืองให้กับ พลเอกประยุทธ์ฯ และอดีตแกนนำของ คสช.



ภาพ: <https://www.freepik.com>

ในการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรปี 2562 กลุ่มผู้มีสิทธิลงคะแนนเสียงเลือกตั้งครั้งแรก (new voters) หรือคนเจนเนอเรชัน Z ที่เกิดระหว่างปี 2538-2545 ได้กลายเป็นตัวละครใหม่ของการเมืองไทย และกลายเป็นกลุ่มประชากรที่ถูกจับตามองเป็นพิเศษ เพราะเวลากว่า 8 ปีที่สังคมไทยว่างเว้นจากการเลือกตั้ง ส่งผลให้กลุ่ม new voters ซึ่งมีจำนวนหลายล้านคนนั้นได้กลายเป็นกลุ่มที่อาจเป็นตัวแปรสำคัญทางการเมือง เนื่องจากในเวลานั้นไม่มีใครคาดการณ์ได้ว่า การลงคะแนนเสียงของ new voters ภายใต้กติกาของรัฐธรรมนูญฉบับปี 2560 จะไปในทิศทางใด โดยนักรัฐศาสตร์ต่างพยากรณ์ถึงความคิดและทัศนคติทางการเมืองของคนเจนเนอเรชันนี้ว่ามีความแตกต่างไปจาก “คนรุ่นก่อน” อย่างเห็นได้ชัด โดยมีแนวคิดเชิงเสรีนิยมต่อต้านอนุรักษนิยม และมีความเป็นตัวของตัวเองสูง ภายหลังจากการเลือกตั้งก็ปรากฏชัดว่า new voters ได้เทคะแนนให้พรรคอนาคตใหม่ พรรคการเมืองที่จัดตั้งใหม่ซึ่งนำเสนอมุมมองทางการเมืองว่าเป็นตัวแทนของคนรุ่นใหม่อย่างท่วมท้น โดยได้รับคะแนนเสียงถึง 6,312,213 คะแนน จากจำนวนผู้มาใช้สิทธิเลือกตั้งรวม 38,268,366 คน และมีจำนวนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรรวม 80 คน มากเป็นอันดับ 3 ของพรรคการเมืองทั้งหมด¹

แฟลชม็อบ หลังยุบพรรคอนาคตใหม่

ภายหลังจากที่ศาลรัฐธรรมนูญมีมติยุบพรรคอนาคตใหม่ เมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2563² อดีต ส.ส. พรรคอนาคตใหม่จึงได้รวมตัวกันจัดตั้งพรรคก้าวไกลในเวลาต่อมา ปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในวันถัดมา (22 กุมภาพันธ์ 2563) คือ “แฟลชม็อบ” (flash mob) ซึ่งเป็นลักษณะการชุมนุมที่กำหนดระยะเวลาเริ่มและสิ้นสุดการชุมนุมอย่างชัดเจนของกลุ่มนักศึกษาและคนรุ่นใหม่ในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ประเด็นหลักของการชุมนุมคือเพื่อแสดงออกถึงการไม่เห็นด้วยต่อการยุบพรรคอนาคตใหม่ที่มีฐานเสียงเป็นนักเรียน นักศึกษา และคนรุ่นใหม่ ด้วยเหตุนี้กลุ่ม new voters จึงเข้ามาจับบทบาทการเมืองนอกสภาผู้แทนราษฎร ทว่าการชุมนุมในลักษณะแฟลชม็อบต้องหยุดชะงักลง เมื่อมีการแพร่ระบาดของโควิด-19 แต่เมื่อมีการผ่อนคลายมาตรการปิดเมือง เมื่อจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 รอบแรกในประเทศไทยลดลง กระแสการชุมนุมเคลื่อนไหวของกลุ่มคนรุ่นใหม่จึงหวนกลับมาอีกครั้งทั้งในและนอกสถานศึกษา ในหลายจังหวัด ประเด็นการเรียกร้องเริ่มมีความชัดเจนมากขึ้นในเวลาต่อมา โดยเมื่อ 18 กรกฎาคม 2563 “กลุ่มเยาวชนปลดแอก” (free youth) ได้นำชุมนุมโดยใช้ชื่อกิจกรรมว่า #ไม่ทนอีกต่อไป ที่อนุสาวรีย์ประชาธิปไตย เพื่อยื่น 3 ข้อเรียกร้อง ได้แก่ หนึ่ง ยุบสภา สอง หยุดคุกคามประชาชน และสาม ร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่³ หลังจากนั้นการชุมนุมเคลื่อนไหวของกลุ่มคนรุ่นใหม่ได้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเกือบทุกสัปดาห์ ด้วยการสร้างกระแสสังคมผ่านสื่อออนไลน์ อาทิ⁴



26 กรกฎาคม 2563 กลุ่มนักเรียน นิสิต นักศึกษา และประชาชน เข้าร่วมกิจกรรม **#วิ่งกันนะแสมทาไร** พวกเขาวิ่งรอบอนุสาวรีย์ประชาธิปไตย ร้องเพลงที่ดัดแปลงมาจากเพลงประกอบการ์ตูนญี่ปุ่นเรื่อง แสมทาไร โดยเนื้อเพลงท่อนหนึ่งร้องว่า “วิ่งนะวิ่งนะแสมทาไร...ของอร่อยที่สุดก็คือ ภาษีประชาชน”

3 สิงหาคม 2563 กลุ่ม “มหานครเพื่อประชาธิปไตย” และ “มอกะเสด” จัดชุมนุมในชื่อ “แฮร์รี่ พอตเตอร์” มีกิจกรรม **#เสกคาถาผู้พิทักษ์ปกป้องประชาธิปไตย** ที่อนุสาวรีย์ประชาธิปไตย นายอนันท์ นำภา ทนายความเพื่อสิทธิมนุษยชนในสื่อคลุมพ่อมด ปราศรัยเปิดประเด็นการขยายพระราชอำนาจของสถาบันพระมหากษัตริย์และการปฏิรูปสถาบันฯ เป็นครั้งแรก

#เสกคาถาผู้พิทักษ์ ปกป้องประชาธิปไตย

10 สิงหาคม 2563 “แนวร่วมธรรมศาสตร์และการชุมนุม” จัดการประชุมโดยใช้ชื่อกิจกรรม **#ธรรมศาสตร์จะไม่ทน** ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต นางสาวปณัสยา สิทธิจิรวัฒนกุล (รุ้ง) แกนนำกลุ่มได้อ่านข้อเรียกร้อง 10 ประการ ว่าด้วยการปฏิรูปสถาบันกษัตริย์

#ไม่ทนอีกต่อไป

16 สิงหาคม 2563 กลุ่มที่เรียกตัวเองว่า “คณะประชาชนปลดแอก” จัดการประชุมครั้งใหญ่ที่อนุสาวรีย์ประชาธิปไตย โดยมีผู้ร่วมชุมนุมหลายหมื่นคน ซึ่งถือว่ามากที่สุดในรอบ 6 ปี นับตั้งแต่การรัฐประหารในปี 2557 นอกจากการประชุมของนักศึกษา กลุ่มต่างๆ บนท้องถนนแล้ว ได้เกิดปรากฏการณ์ที่เกิดคู่ขนานกันไปในรั้วโรงเรียน คือ นักเรียนมัธยมผูกโบว์ขาว “ซุสามนิ้ว” ต้านเผด็จการระหว่างร้องเพลงชาติหน้าเสาธง ซึ่งถือเป็นการออกแสดงเชิงสัญลักษณ์ที่เกิดขึ้นอย่างน้อยใน 16 จังหวัด

#FreeYouth

#วิ่งกันนะแสมทาไร

19 กันยายน 2563 “แนวร่วมธรรมศาสตร์และการชุมนุม” จัดกิจกรรม **#19กันยา ทวงอำนาจคืนราษฎร** ที่สนามหลวง เช้าวันรุ่งขึ้นผู้ชุมนุมร่วมทำพิธีฝังหมุด “คณะราษฎร 2563” ก่อนจะเคลื่อนขบวนไปยังจดหมายถึงองคมนตรี เพื่อเรียกร้องให้มีการปฏิรูปสถาบันพระมหากษัตริย์ แต่ถูกตำรวจสกัดไว้จึงยื่นข้อเรียกร้องผ่านผู้บัญชาการตำรวจนครบาลแทน

2 ตุลาคม 2563 นักเรียนมัธยมกลุ่ม “นักเรียนเลว” ชุมนุมที่หน้ากระทรวงศึกษาธิการ ทวงถามความคืบหน้าในการดำเนินการตาม 3 ข้อเรียกร้อง ได้แก่ หยุดคุกคามนักเรียน ยกเลิกกฎระเบียบล่าหลัง และปฏิรูปการศึกษา



การเคลื่อนไหวในนาม “คณะราษฎร 2563”

ในบรรดากลุ่มผู้ชุมนุมคนรุ่นใหม่ต่างๆ นั้น “คณะราษฎร 2563” ได้เกิดขึ้นและขยายบทบาทขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง โดยพยายามสร้างแนวร่วมเพื่อผลักดันการปฏิรูปทางการเมืองในเชิงโครงสร้าง และผลักดันข้อเรียกร้องต่างๆ ที่ถือได้ว่าเป็นการทำทลายอำนาจรัฐ โดยเมื่อ 8 ตุลาคม 2563 ตัวแทนจากกลุ่มต่างๆ ที่เคลื่อนไหวในช่วงก่อนหน้า ได้ประกาศหลอมรวมเป็น “คณะราษฎร 2563” โดยมีการรวบรวมข้อเรียกร้องที่หลากหลายของกลุ่มคนรุ่นใหม่ ไม่ว่าจะเป็นประเด็นการปฏิรูปการศึกษา ความหลากหลายทางเพศ ต่อต้านปิตาธิปไตย (patriarchy) รัฐฆราวาส เรียกร้องรัฐสวัสดิการ สิทธิแรงงาน แก้ไขรัฐธรรมนูญ ไปจนถึงการปฏิรูปสถาบันกษัตริย์ โดยมีการขับเคลื่อนข้อเรียกร้องดังกล่าวในนาม “คณะราษฎร 2563”⁵ โดยมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่สำคัญ เช่น⁶

14 ตุลาคม 2563 “คณะราษฎร 2563” จัดชุมนุมใหญ่ที่อนุสาวรีย์ประชาธิปไตย แม้ว่าตำรวจจะเข้าริ้วเวทิตั้งแต่ 13 ตุลาคม 2563 แต่กลุ่มผู้ชุมนุมได้เคลื่อนขบวนไปปักหลักค้างคืนที่ทำเนียบรัฐบาล เรียกร้องให้นายกรัฐมนตรีลาออก ร่างรัฐธรรมนูญใหม่ และปฏิรูปสถาบันกษัตริย์ แต่แกนนำประกาศยุติการชุมนุมในตอนเช้ามีดของวันที่ 15 ตุลาคม 2563 เพื่อหลีกเลี่ยงการสลายการชุมนุมโดยเจ้าหน้าที่ เวลาต่อมา พลเอกประยุทธ์ฯ นายกรัฐมนตรี ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรงในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เปิดทาง



ภาพ: <https://www.thairath.co.th/news/politic/1954831>

ตำรวจใช้รถฉีดน้ำแรงดันสูงสลายการชุมนุมบริเวณสี่แยกปทุมวัน

ให้เจ้าหน้าที่สลายการชุมนุมที่ทำเนียบรัฐบาลช่วงเช้ามีด โดยแกนนำ 3 คน คือ นายวิรัช ชีวารักษ์ นายอนันท์ฯ และนางสาวนันทยาฯ ถูกจับกุม แต่ในช่วงเย็นผู้ชุมนุมได้มารวมตัวกันอีกที่แยกราชประสงค์

16 ตุลาคม 2563 “คณะราษฎร 2563” นัดชุมนุมที่แยกปทุมวันช่วงเย็น ตำรวจใช้เครื่องขยายเสียงประกาศให้ยุติการชุมนุมแต่ไม่เป็นผล กระทั่งตำรวจเริ่มฉีดน้ำแรงดันสูงใส่ผู้ชุมนุมและกระชกพื้นที่ทั้งฝั่งถนนพระราม 1 และถนนพญาไท จนสลายการชุมนุมและยึดพื้นที่แยกปทุมวันได้สำเร็จ

17 ตุลาคม 2563 “คณะราษฎร 2563” เปลี่ยนชื่อมาเป็นกลุ่ม “ราษฎร” เพื่อสะท้อนการชุมนุมแบบ “ทุกคนคือแกนนำ” เนื่องจากแกนนำหลายคน ถูกจับกุม โดยจัดแฟลชม็อบหลายจุดในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ในกรุงเทพฯ มี 3 จุดหลักคือ ห้าแยกลาดพร้าว อุดมสุข และวงเวียนใหญ่

18 ตุลาคม 2563 แฟลชม็อบในกรุงเทพฯ รวมตัวกันอีก โดยมีจุดหลักอยู่ที่อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิและแยกอโศก การชุมนุมแบบไร้แกนนำมีรูปแบบ และการจัดการที่ชัดเจนขึ้น เช่น การสื่อสารด้วยภาษามือ การป้องกัน บกต้อ การสวมชุดสีดำ การใช้แอปพลิเคชันเทเลแกรมในการแจ้งข่าวสาร ซึ่งรัฐควบคุมได้ยาก

กล่าวโดยสรุป กลุ่ม “ราษฎร” มีข้อเรียกร้องหลัก 3 ประการ คือ หนึ่ง ให้นายกรัฐมนตรีลาออกจากตำแหน่ง สอง เปิดประชุมสภาสมัยวิสามัญ เพื่อพิจารณาแก้ไขรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2560 และสาม ปฏิรูปสถาบันพระมหากษัตริย์ให้อยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญ

ปฏิกริยา จากรัฐบาล

ในช่วงแรก ภาครัฐมีท่าทีไม่ให้ความสำคัญกับข้อเรียกร้องของกลุ่มคนรุ่นใหม่นอกสภาผู้แทนราษฎร แต่ต่อมา เมื่อกลุ่ม “ไอลอร์” ได้ยื่นร่างแก้ไขรัฐธรรมนูญเพื่อสนับสนุนข้อเรียกร้องของกลุ่มคนรุ่นใหม่ โดยเฉพาะในประเด็นการจำกัดอำนาจของสมาชิกวุฒิสภา พร้อมแนบรายชื่อประชาชนจำนวน 100,732 รายชื่อ เมื่อ 22 กันยายน 2563⁷ สองวันถัดมา (24 กันยายน 2563) ที่ประชุมร่วมกันของรัฐสภาได้มีมติ 432 ต่อ 255 เสียง ให้ตั้งคณะกรรมการพิจารณาร่างแก้ไขรัฐธรรมนูญก่อนรับหลักการ เหตุการณ์ดังกล่าวถือว่า รัฐสภาได้ “เปิดสวิตช์” เพื่อแก้ไขรัฐธรรมนูญ หลายฝ่ายจึงมองว่าเป็นแสงสว่างที่ปลายอุโมงค์ซึ่งอาจช่วยลดกระแสความขัดแย้งทางการเมืองได้

สำหรับท่าทีของฝ่ายรัฐบาล แม้ว่านายกรัฐมนตรีจะไม่ให้ความสำคัญกับข้อเรียกร้องของกลุ่ม “ราษฎร” ที่เรียกร้องให้ลาออกจากตำแหน่ง และได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรงในเขตท้องที่กรุงเทพฯ (15 ตุลาคม 2563) เพื่อเปิดทางให้เจ้าหน้าที่สลายการชุมนุม แต่เมื่อการชุมนุมของกลุ่ม “ราษฎร” ดูเหมือนจะไม่ยุติลง คณะรัฐมนตรีจึงมีมติเมื่อ 20 ตุลาคม 2563 เห็นชอบและออกเป็นพระราชกฤษฎีกาเรียกประชุมรัฐสภาสมัยวิสามัญแห่งรัฐสภา พ.ศ. 2563⁸ เพื่อให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความเห็นทางการเมืองในระบอบรัฐสภา เพื่อคลี่คลายความขัดแย้ง และในวันที่ 21 ตุลาคม 2563 นายกรัฐมนตรีได้แถลงผ่านโทรทัศน์รวมการเฉพาะกิจฯ เรียกร้องให้ทุกฝ่าย “ถอยคนละก้าว” จากนั้นในวันถัดมา (22 ตุลาคม 2563) เว็บไซต์ราชกิจจานุเบกษาได้เผยแพร่ประกาศ “ยกเลิกประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินที่มีความร้ายแรง” ในเขตกรุงเทพฯ รวมทั้งประกาศและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นสัญญาณเชิงบวกต่อการคลี่คลายวิกฤตทางการเมืองในขณะนั้น

ในวันที่ 26-27 ตุลาคม 2563 ได้มีการประชุมรัฐสภาสมัยวิสามัญเพื่อหาทางออกให้ประเทศจากสถานการณ์การชุมนุมทางการเมือง ซึ่งเป็นการเปิดอภิปรายทั่วไปโดยไม่ลงมติ ตามมาตรา 165 ของรัฐธรรมนูญ โดยที่ประชุมได้ข้อสรุป 2 เรื่อง คือ หนึ่ง การเดินทางแก้ไขรัฐธรรมนูญ และสอง การตั้งคณะกรรมการ

หลายฝ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาการเมือง^{9,10} ต่อมาพลเอก ประยุทธ์ฯ ให้สัมภาษณ์ว่าเห็นด้วยกับทั้ง 2 ข้อเสนอ แต่จะไม่ลาออก¹¹

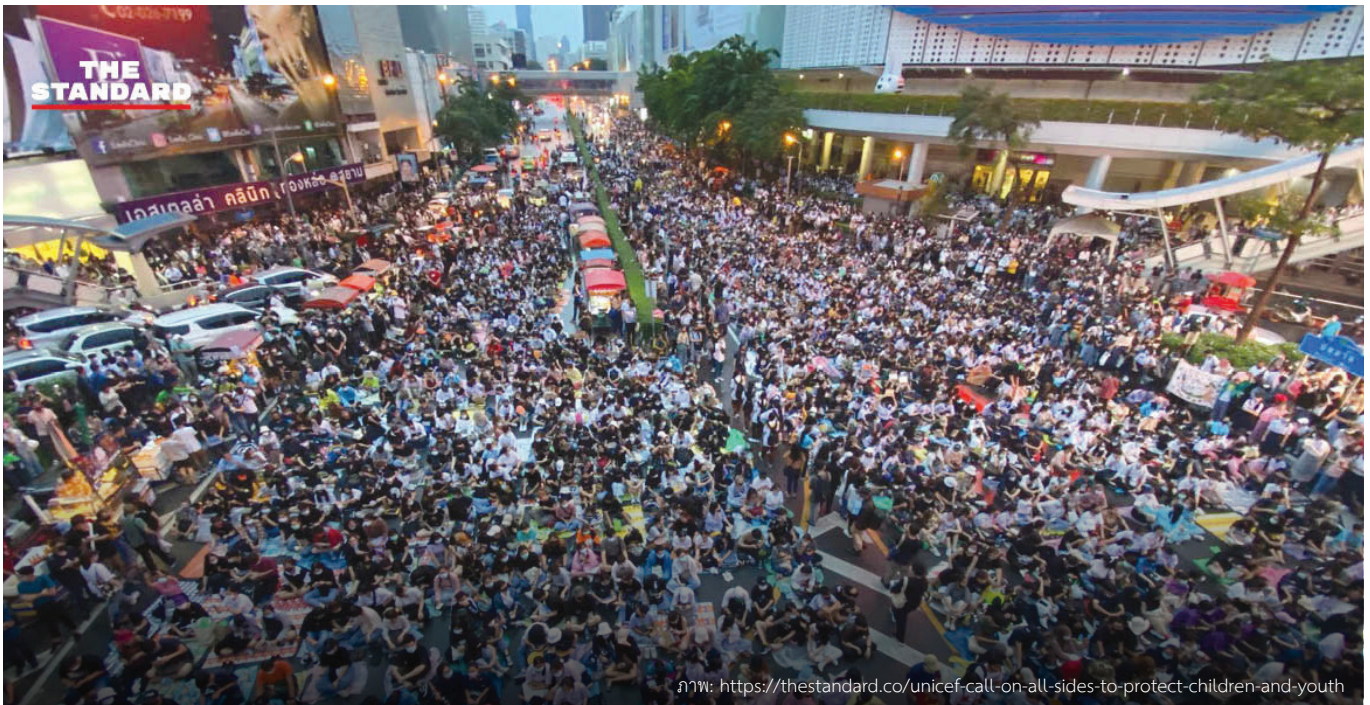
อย่างไรก็ตาม เมื่อข้อเรียกร้องสำคัญของกลุ่ม “ราษฎร” ประเด็นหนึ่งก็คือการปฏิรูปสถาบันพระมหากษัตริย์ เริ่มเป็นที่รับรู้เพิ่มขึ้นจากสาธารณชน ได้มีการบังคับใช้กฎหมายความมั่นคงต่างๆ กับแกนนำกลุ่ม “ราษฎร” อย่างต่อเนื่อง เช่น กฎหมายการปลุกปั่นให้ขัดขืนอำนาจปกครอง (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 116) พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 รวมถึงกฎหมายความผิดต่อองค์พระมหากษัตริย์ไทย (ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 112) ที่นำมาใช้อย่างเข้มข้นมากขึ้น ตลอดจนการชุมนุมได้มีการดำเนินคดีตามมาตรา 112 ที่เกี่ยวข้องกับการชุมนุมในปี 2563 จำนวน 24 คดี มีผู้ต้องหาอย่างน้อย 55 คน โดยเป็นเยาวชนอย่างน้อย 3 คน¹²

หลากหลายความคิด ในสังคม



นอกจากท่าทีและปฏิกริยาจากฝ่ายรัฐบาลแล้ว ยังมีประชาชนบางกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับแนวทางและเป้าหมายของกลุ่ม “ราษฎร” และได้ออกมาเคลื่อนไหวเพื่อประท้วงในหลายกิจกรรมสำคัญ อาทิ¹³

16 สิงหาคม 2563 น.พ. วรงค์ เดชกิจวิกรม อดีตสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคประชาธิปัตย์ ได้เปิดตัวกลุ่ม “ไทยภักดี” เพื่อเป็นองค์กรกลางในการประสานงานผู้ปกป้องสถาบันฯ ก่อนจัดชุมนุมใหญ่คนเสื้อเหลืองครั้งแรก ในวันที่ 30 สิงหาคม 2563 ที่สนามกีฬา ไทย-ญี่ปุ่น กรุงเทพฯ



ภาพ: <https://thestandard.co/unicef-call-on-all-sides-to-protect-children-and-youth>

การประชุมของกลุ่มเยาวชนเพื่อแสดงออกทางการเมืองในปี 2563

12 ตุลาคม 2563 “ศูนย์กลางประสานงาน นักศึกษา อาชีวะ ประชาชนปกป้องสถาบัน” (ศอปปส.) จัดแรลลี่ “เชิญธนาธรพันประเทศไทย” เคลื่อนขบวนสู่ตึกไทยซัมมิท ซึ่งเป็นที่ตั้งสำนักงานคณะก้าวหน้า ที่มีนายธนาธร จึงรุ่งเรืองกิจ เป็นประธาน

22 ตุลาคม 2563 พล.ต.ท. เจริญทอง เน้นหนา ผู้อำนวยการรพ. มงกุฏวิวัฒนะ และแกนนำ “องค์กรเก็บขยะแผ่นดิน” นัดประชาชนสวมเสื้อสีเหลืองรวมตัวกันเพื่อแสดงพลังปกป้องสถาบันฯ ที่ศูนย์ราชการ ถนนแจ้งวัฒนะ

27 ตุลาคม 2563 มวลชนเสื้อเหลืองหลายกลุ่มแสดงพลังปกป้องสถาบันกษัตริย์ โดยในช่วงเช้า นางสาวหทัย ม่วงบุญศรี นักร้องนำที่สถานทูตสหรัฐอเมริกา เรียกร้องให้สหรัฐฯ “เคารพในกิจการภายในของประเทศไทย” เพราะเชื่อว่ามีต่างประเทศอยู่เบื้องหลังการโจมตีสถาบันพระมหากษัตริย์ ส่วนในช่วงเย็น กลุ่มเสื้อเหลืองนำโดย นพ. วรงค์ เดชกิจวิกรม และอดีตแกนนำ กปปส. บางคน รวมตัวกันที่สวนลุมพินี

ท่ามกลางกระแสคัดค้านคณะราษฎรจากกลุ่มต่างๆ ข้างต้นก็ได้มีกลุ่มต่างๆ ในสังคมที่สนับสนุนเสรีภาพในการแสดงออกของนักศึกษาและการเคลื่อนไหวโดยสงบของคนรุ่นใหม่

ไม่ว่าจะเป็นพรรคการเมืองบางพรรค กลุ่มเครือข่ายนักวิชาการ¹⁴ และกลุ่มคนจำนวนมากในวงการบินทางด้านองค์การระหว่างประเทศบางองค์กรได้แสดงออกเพื่อสนับสนุนและเรียกร้องให้คุ้มครองสิทธิเสรีภาพในการประท้วง เช่น องค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้ออกแถลงการณ์เรียกร้องให้ทุกฝ่ายรับรองความปลอดภัยของผู้ชุมนุมเด็กและเยาวชน ให้โรงเรียนและสถานศึกษาเป็นที่แสดงออกและแลกเปลี่ยนความเห็นอย่างสร้างสรรค์¹⁵ และสำนักงานข้าหลวงใหญ่สิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ (UNHCR) ได้ประกาศรับรองสภาพสงบของการชุมนุมและประณามการสลายชุมนุม¹⁶

รศ.ดร. ยุทธพร อิศรชัย นักวิชาการด้านรัฐศาสตร์ ได้เสนอว่ารัฐบาลควรสร้างเวทีการพูดคุยกันระหว่างฝ่ายรัฐบาลและผู้ชุมนุมเพื่อแก้ไขรัฐธรรมนูญ โดยเฉพาะการจัดพื้นที่ให้ประชาชนและทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมกันอย่างกว้างขวางซึ่งเวทีแก้ไขรัฐธรรมนูญจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และจะเป็นทางออกที่ดีในการเดินทางหลังจากนี้¹⁷ ซึ่งต่อมา นายชวน หลีกภัย ประธานรัฐสภา ได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการสมานฉันท์ เพื่อทำหน้าที่ศึกษารูปแบบการสร้างความปลอดภัยในประเทศ¹⁸

เปรียบเทียบ

มือ 14 ตุลาคม 2516 กับมือคนรุ่นใหม่ 2563

การเคลื่อนไหวของขบวนการนักศึกษาตั้งแต่สมัย 14 ตุลาคม 2516 เพื่อต่อต้านรัฐบาลเผด็จการทหารของจอมพลถนอม กิตติขจร อย่างกล้าหาญและเปิดเผย ได้กลายเป็นพลังทางการเมืองที่เปลี่ยนโฉมสังคมการเมืองไทยนับแต่นั้นเป็นต้นมา และอาจกล่าวได้ว่าเป็นต้นแบบและแรงบันดาลใจให้กับการเคลื่อนไหวของกลุ่มคนรุ่นใหม่ในปัจจุบันด้วย อย่างไรก็ตาม ความเคลื่อนไหวของขบวนการนักเรียนนักศึกษาทั้งสองช่วงเวลามีทั้งความเหมือนและแตกต่างกัน

หากเปรียบเทียบการเคลื่อนไหวของกลุ่มคนรุ่นใหม่สมัย 14 ตุลาคม 2516 และในปี 2563 มีความเหมือนที่สังเกตได้อยู่ 4 ประการ คือ หนึ่ง เป็นการเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้านรัฐบาลเผด็จการทหาร สอง เป็นการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องให้มีการแก้ไขรัฐธรรมนูญให้เป็นประชาธิปไตย สาม เป็นการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นภายใต้บริบททางเศรษฐกิจที่ตกต่ำ และสี่ เป็นการเคลื่อนไหวที่มุ่งเน้นการต่อสู้ด้วยวิธีการเชิงสัญลักษณ์

อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวของกลุ่มคนรุ่นใหม่ในปี 2563 นี้ แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างจากการเคลื่อนไหวทางการเมืองในสมัย 14 ตุลาคม 2516 อยู่ 3 ประการ ได้แก่

หนึ่ง

วิธีการเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวของกลุ่มคนรุ่นใหม่ในปี 2563 แตกต่างจากขบวนการนักศึกษายุคสมัย 14 ตุลาคม 2516 คือไม่เน้นการนำแบบรวมศูนย์ นอกจากนี้ ยังมีการสร้างพื้นที่การเคลื่อนไหว การระดมผู้คน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบใหม่ๆ ผ่านอินเทอร์เน็ต และพื้นที่สื่อออนไลน์¹⁹ โดยกลุ่มคนรุ่นใหม่ปี 2563 มีทักษะในการเข้าถึงและเคลื่อนย้ายคนจากพื้นที่ออนไลน์ไปสู่พื้นที่ออฟไลน์โดยไม่ต้องลงทุนมาก ผ่านการสร้างแฮชแท็กต่างๆ ในการจัดกิจกรรมเพื่อระดมผู้คน และได้กลายเป็นอาวุธหนึ่งที่ทรงพลังของคนรุ่นใหม่ เมื่อเปรียบเทียบในแง่นี้ ขบวนการนักศึกษายุคสมัย 14 ตุลาคม 2516 มีข้อจำกัดอยู่มาก เพราะการเคลื่อนไหวผ่านทางหนังสือพิมพ์หรือโทรทัศน์ในยุคนั้น มักถูกสกัดกั้นหรือเซนเซอร์โดยรัฐบาลได้ง่าย แต่ในปัจจุบันอินเทอร์เน็ตทำให้การควบคุมการสื่อสารและความเคลื่อนไหวของรัฐเป็นไปได้ยาก

ภาพ: <https://www.tnews.co.th/politic/480966/สุริยะใส-สรุปบทเรียน-14-ตุลา-คุณค่าของประชาธิปไตยที่มากกว่าการเลือกตั้ง>
<https://blog.startdee.com/ชุมชนนี้คือ-ประเทศไทย-ความหมาย-3-fingers-salute>

สอง

การเมืองอยู่ของกลไกรัฐสภา ก่อนเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญชั่วคราวในปี 2515 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญตามแบบของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ในปี 2502 ที่ให้อำนาจเบ็ดเสร็จเด็ดขาดแก่นายกรัฐมนตรีตามมาตรา 17²⁰ กล่าวคือ บริบททางการเมืองขณะนั้นไม่มีพื้นที่หรือทางออกใดๆ ให้กับประชาชนในการตรวจสอบและถ่วงดุลการใช้อำนาจของรัฐบาลตามกลไกรัฐสภา แต่ในปี 2563 แม้รัฐบาลอาจมีการสืบทอดอำนาจจากคณะรัฐประหารในปี 2557 แต่รัฐธรรมนูญ 2560 ยังเปิดให้มีการเลือกตั้ง ทำให้มีพื้นที่ทางการเมืองในการตรวจสอบการทำงานของรัฐบาลผ่านเวทีสภาผู้แทนราษฎร ทำให้คนรุ่นใหม่ยังมีความหวังว่า จะสามารถท้าทายอำนาจของรัฐบาลได้บ้างในระบบรัฐสภา

สาม

จุดมุ่งหมายของขบวนการนักศึกษาในยุค 14 ตุลาคม 2516 เป็นการต่อสู้ที่นำเอาอุดมการณ์แบบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข มาผนวกกับแนวคิดความเป็นไทยกระแสหลัก เพื่อขึ้นนำการต่อสู้กับรัฐบาลเผด็จการทหาร²¹ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงระบอบการปกครอง (political regime) ไม่ได้มุ่งหมายที่จะเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอำนาจทางการเมือง (political structure) ครั้งใหญ่ในสังคมไทย แต่การเคลื่อนไหวของกลุ่มคนรุ่นใหม่ในปี 2563 มีลักษณะที่แตกต่างออกไป โดยกลุ่มคนรุ่นใหม่ไม่ได้ออกมาเรียกร้องให้เปลี่ยนรัฐบาลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการท้าทายโครงสร้างและความสัมพันธ์ทางอำนาจแบบถอนรากถอนโคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการปฏิรูปสถาบันพระมหากษัตริย์ นอกจากนี้ ข้อเสนอและข้อเรียกร้องของกลุ่มคนรุ่นใหม่ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงประเด็นทางการเมือง แต่ยังคงครอบคลุมถึงเรื่องระบบการศึกษา สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ มิติทางวัฒนธรรม รวมไปถึงเรื่องเพศภาวะด้วย

บทส่งท้าย

การเคลื่อนไหวของนักเรียน นักศึกษา และกลุ่มคนรุ่นใหม่ในปี 2563 เป็นปรากฏการณ์ทางการเมืองครั้งสำคัญที่เกิดขึ้นในบริบททางสังคมและการเมืองไทยที่ไม่เหมือนเดิม การชุมนุมของกลุ่มคนรุ่นใหม่ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในกรุงเทพมหานคร แต่ยังคงกระจายไปยังพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ นอกจากนี้ เป้าหมายของการชุมนุมยังแตกต่างจากการชุมนุมในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา เพราะการชุมนุมก่อนหน้านี้ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อขับไล่รัฐบาลในช่วงนั้นๆ ทว่าการชุมนุมครั้งนี้แม้จะมีเป้าหมายหนึ่งเพื่อเรียกร้องให้นายกรัฐมนตรีลาออกจากตำแหน่ง แต่เป้าหมายหลักคือการปฏิรูปการเมืองไทยในเชิงโครงสร้างใหญ่ด้วย คาดว่าในระหว่างปี 2564-2565 จะมีการผลักดันเรื่องการแก้ไขรัฐธรรมนูญของหลายฝ่าย ซึ่งอาจนำไปสู่กระบวนการทำประชามติและการเลือกสมาชิกสภาร่างรัฐธรรมนูญตามกลไกของรัฐสภาต่อไป บางทีการแก้ไขรัฐธรรมนูญให้ความยืดหยุ่นกับประชาชนมากยิ่งขึ้นและมีเนื้อหาสาระตามกติกาที่เป็นประชาธิปไตย น่าจะเป็นประเด็นสำคัญสำหรับการหา “ทางออก” ให้กับประเทศได้มากที่สุดขณะนี้



ปัญหาหมอกควัน และไฟป่าในภาคเหนือ: แนวทางการจัดการอย่างยั่งยืน

ปัญหาหมอกควันในประเทศไทยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน 9 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา แม่ฮ่องสอน รวมทั้งตาก โดยมักเกิดขึ้นในฤดูแล้ง ระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายนของทุกปี ข้อมูลร่องรอยการเผาไหม้จากดาวเทียม Landsat-8 พบว่าในปี 2563 มีพื้นที่ถูกเผาไหม้ใน 9 จังหวัดนี้รวมกันกว่า 8.6 ล้านไร่ เทียบกับปี 2562 มีพื้นที่เผาไหม้สะสมเพิ่มขึ้นถึง 1.4 ล้านไร่ หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1 โดยตัวเลขการเผาไหม้ในภาคเหนือเพิ่มขึ้นแทบทุกจังหวัด ซึ่งแม่ฮ่องสอนมีพื้นที่เผาไหม้สะสมมากที่สุด 1.8 ล้านไร่ คิดเป็นร้อยละ 22.4 ของพื้นที่รวมทั้งจังหวัด

ที่จริงแล้วหมอกควันไม่ใช่ปัญหาใหม่ของผู้คนที่อาศัยอยู่แถบนี้ แต่เป็นผลสืบเนื่องมาจากวิถีชีวิตทางการเกษตรซึ่งพึ่งพาการเผาเพื่อเตรียมพื้นที่สำหรับการเพาะปลูกในช่วงฤดูฝน การเผาพื้นที่ป่าเต็งรังและป่าเบญจพรรณที่มีเศษใบไม้ร่วงสะสม กอปรกับลักษณะภูมิประเทศที่เป็นแอ่งกระทะและมีภูเขาล้อมรอบ จึงทำให้สถานการณ์หมอกควันรุนแรงในภาคเหนือยิ่งกว่าพื้นที่อื่นของประเทศ ยิ่งไปกว่านั้น หมอกควันจากประเทศเพื่อนบ้านทางตอนบนที่พัดเข้ามาเพิ่มขึ้นจากการขยายพื้นที่เกษตรข้ามพรมแดนทำให้ปัญหามลพิษทางอากาศในภาคเหนือกลายเป็นประเด็นสำคัญตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ 2540 เป็นต้นมา และเมื่อวิกฤตฝุ่น PM2.5 และ PM10 ได้รับความสนใจจากรัฐบาลและประชาชนอย่างกว้างขวาง พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีจึงประกาศ “ยกระดับการแก้ไขปัญหาหมอกควันให้เป็นวาระแห่งชาติ” เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2562

เรียนรู้ปัญหาหมอกควัน

ไฟป่า ผ่านงานวิจัย

โครงการวิจัยหลายเรื่อง¹ ชี้ให้เห็นว่าปัญหาหมอกควันเป็นปัญหามลพิษทางอากาศที่เกิดจากการสะสมของควันและฝุ่นในอากาศ โดยสัดส่วนองค์ประกอบของสารแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งประเภทของเชื้อเพลิงที่ใช้เผา ระดับความชื้นในอากาศ อุณหภูมิของไฟ ความกดอากาศ ความเร็วและทิศทางลม ทั้งหมดนี้ทำให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านสุขภาพ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจกับกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และด้านเศรษฐกิจ คือ การยกเลิกเที่ยวบิน และปริมาณนักท่องเที่ยวที่ลดลง

หมอกควันในภาคเหนือมักเกิดขึ้นในช่วงฤดูหนาวก่อนเข้าสู่ฤดูร้อน ซึ่งเป็นช่วงที่สภาพอากาศนิ่ง เนื่องจากความกดอากาศสูงทำให้การระบายอากาศในแนวตั้งน้อย ฝุ่นละอองขนาดเล็กจึงแขวนลอย ไม่ถูกพัดพาขึ้นสู่บรรยากาศระดับสูงขึ้นไปเกิดความเข้มข้นของมลพิษทางอากาศ สาเหตุมาจากการเผาในที่โล่งเป็นหลัก แบ่งออกเป็น 3 สาเหตุ ได้แก่ 1) การเกิดไฟป่า 2) การเผาเศษวัชพืชและวัสดุทางการเกษตรจากกิจกรรมการปลูกข้าวโพด และ 3) การเผาเศษวัชพืชและวัสดุทางการเกษตรจากกิจกรรมการปลูกไร่หมุนเวียน โดยเชื่อว่าเป็นการกำจัดวัชพืชและป้องกันเชื้อโรคในดินได้ เป็นวิธีที่เกษตรกรนิยมมากเนื่องจากง่าย สะดวก และประหยัด มีปัจจัยเสริมคือสภาพภูมิอากาศ หากเป็นปีที่แห้งแล้งยาวนาน ปัญหาจะยิ่งรุนแรงตามไปด้วย ในทางตรงกันข้าม หากมีปริมาณน้ำฝนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งปี 2554 ปีเดียวกับที่เกิดเหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่กรุงเทพฯ ปีนั้นถือเป็นปีเดียวที่ไม่พบค่า PM10 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานแม้แต่วันเดียวหรือเป็นศูนย์ในเกือบทุกสถานีตรวจวัดทางภาคเหนือ สันนิษฐานว่าเพราะปรากฏการณ์ลานีญาในห้วงปีนั่นเอง



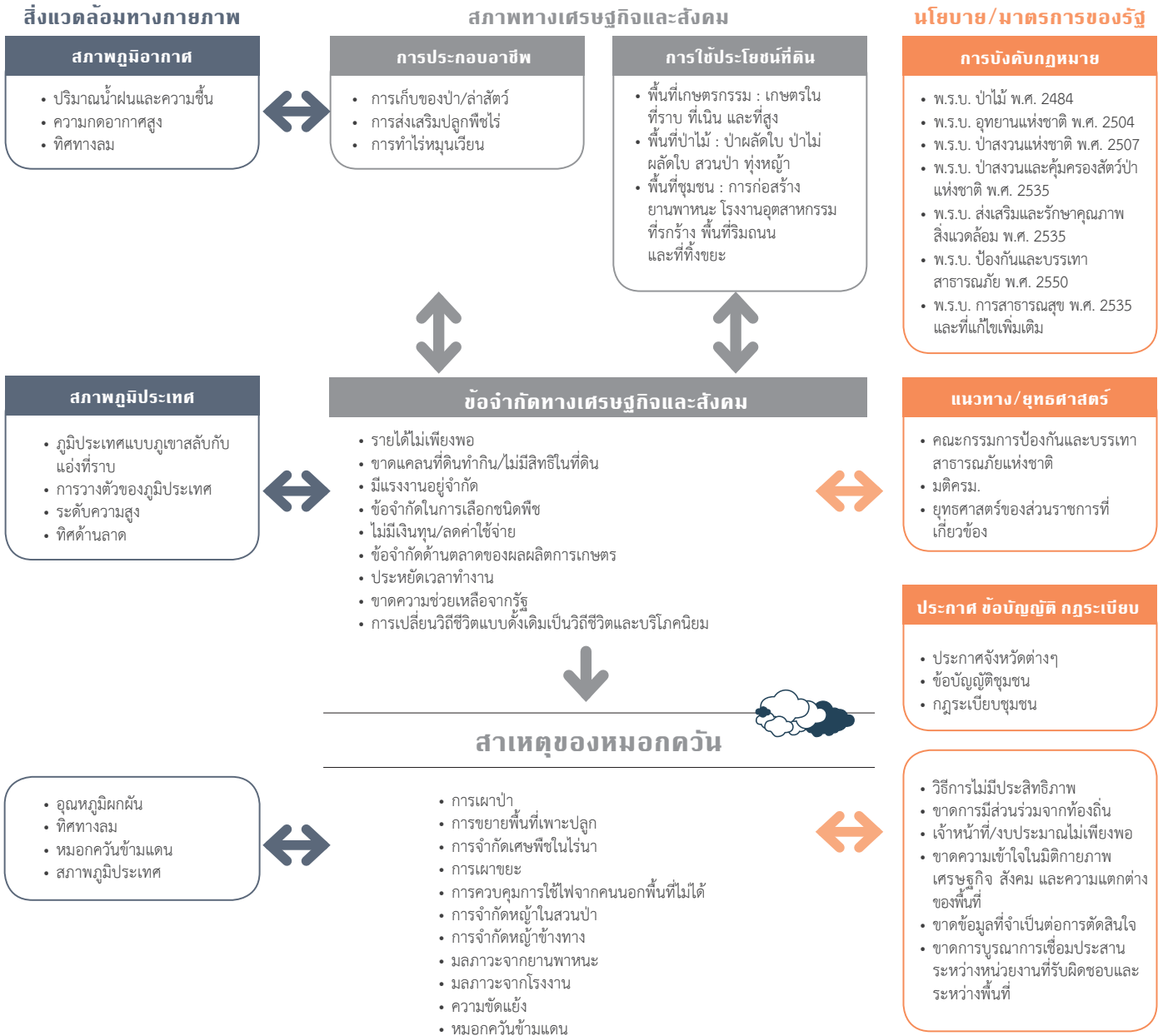
ภาพ: <https://tidhoo.co/tid-social/wild-fire-at-samueng>

ไฟไหม้ป่าในพื้นที่ อ. สะเมิง

อย่างไรก็ตาม หมอกควันข้ามแดนเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่จมองข้ามมิได้ โดยเฉพาะในเมียนมา พบจุดความร้อนจำนวนมากในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายนเป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะในบริเวณพื้นที่รัฐฉานที่ติดกับภาคเหนือของไทย และมีจำนวนมากกว่าสองเท่าของจำนวนจุดความร้อนที่พบในประเทศไทยแทบทุกปี ข้อมูลจุดความร้อนสะสมรายเดือนระหว่างวันที่ 1 มกราคม-31 พฤษภาคม 2563 ระบบ MODIS ในภาพรวมของเมียนมามีทั้งสิ้น 55,158 จุด โดยพบจุดความร้อนสูงสุดในเดือนมีนาคมถึง 27,994 จุด ขณะที่ไทยมีจุดความร้อน 26,308 จุด โดยพบจุดความร้อนสูงสุดในเดือนกุมภาพันธ์ที่ 8,434 จุด ส่วนระบบ VIIRS ในเมียนมาพบ 401,734 จุด พบมากที่สุดในเดือนมีนาคมจำนวน 195,553 จุด ในไทยพบ 205,288 จุด โดยพบมากที่สุดในเดือนมีนาคมเช่นกันที่ 70,680 จุด กรณีของเมียนมาพบว่าจุดความร้อนเพิ่มมากกว่าปี 2562 ส่วนในไทยลดลงเล็กน้อย² ข้อสังเกตคือกลุ่มทุนไทยได้ย้ายฐานธุรกิจเกษตรพันธสัญญาเข้าไปในรัฐฉานขนาดใหญ่ มีเนื้อที่ปลูกข้าวโพดประมาณ 8,440,800 ไร่ ซึ่งพบปริมาณจุดความร้อนบนพื้นที่ปลูกข้าวโพดราวร้อยละ 30³ สอดรับกับสถิติสินค้านำเข้าผ่านด่านชายแดนด้านที่ติดกับเมียนมาทางภาคเหนือของไทยที่อันดับ 1 ในช่วง 1-2 ปีมานี้ก็คือ ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ เมื่อพิสูจน์ด้วยค่าฝุ่น PM2.5 และ PM10 ที่พื้นที่ชายแดนก็พบว่า ค่าฝุ่นทั้งสองชนิดนี้สูงกว่าพื้นที่ในตัวเมืองซึ่งอยู่ลึกเข้ามาอย่างเห็นได้ชัด นั่นหมายความว่า ต่อให้เราควบคุมการเผาในประเทศได้ แต่ปัญหาหมอกควันก็ยังคงดำรงอยู่ หากยังมีการเผาขนาดใหญ่ในประเทศเพื่อนบ้านต่อไป⁴

ภาพที่ 1

แผนผังบริบทของการเกิดหมอกควัน ในภาคเหนือตอนบน⁵



ที่มา: ศุทธิณี, 2562

มายาคติ เกี่ยวกับปัญหาหมอกควัน

ประเทศไทยเริ่มนำค่าฝุ่นละอองขนาด PM10 มาใช้เพื่อตรวจวัดคุณภาพอากาศตั้งแต่ปี 2538 โดยในปี 2547 ได้กำหนดค่ามาตรฐานเฉลี่ย 24 ชั่วโมงอยู่ที่ไม่เกิน 120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร หรือ มคก./ลบ.ม.) ซึ่งก็เป็นทิวปากวิชาการมาโดยตลอดว่าเป็นมาตรการที่ต่ำเกินไป ขณะที่ค่าฝุ่นละอองขนาด PM2.5 เพิ่งถูกเพิ่มเข้ามาเมื่อปี 2553 แต่ก็จำกัดวง

การใช้อยู่แต่เพียงพื้นที่กรุงเทพฯ โดยวางเกณฑ์มาตรฐานเอาไว้ที่เฉลี่ยในระยะเวลา 24 ชั่วโมงต้องไม่เกิน 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ทั้งๆ ที่ PM2.5 นำมาใช้สะท้อนถึงปัญหาได้ชัดเจนกว่า กระทั่งมีจุดเปลี่ยนสำคัญในปี 2561 อันเป็นผลสืบเนื่องจากการที่กรุงเทพฯ ต้องเผชิญกับปัญหาหมอกควันที่รุนแรงเมื่อช่วงปลายปี 2560 ส่งผลให้ PM2.5 กลายเป็นค่ามาตรฐานที่ต้องดำเนินการตรวจวัดในทุกสถานีทั่วประเทศ และถือเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของดัชนีคุณภาพอากาศ (Air Quality Index:

AQI) ของกรมควบคุมมลพิษ สำหรับพื้นที่ภาคเหนือสามารถวัดค่า PM2.5 ได้ครบทุกสถานีทั้ง 15 แห่งใน 9 จังหวัดเมื่อปี 2562 เป็นต้นมา

อนึ่ง มีมายาคติ 2 เรื่องที่เกิดจากการตอกย้ำของสื่อซึ่งก่อให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในหมู่ประชาชนต่อเรื่องปัญหาหมอกควัน นั่นคือ 1) เชียงใหม่ประสบปัญหานี้รุนแรงที่สุด⁶ 2) ปัญหานี้มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นทุกปี⁷ จากสถิติย้อนหลัง 24 ปีนับแต่เริ่มตั้งสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศที่เชียงใหม่และลำปางราวปี 2539 บ่งชี้ว่ามีได้เป็นเช่นนั้น ที่จริงแล้วเชียงใหม่ ตลอดจนพื้นที่ภาคเหนือตอนบนประสบกับปัญหาหมอกควันมานานแล้ว เนื่องจากสถานีวัดมีน้อยทำให้ข้อมูลไม่เพียงพอ และปราศจากสื่ออินเทอร์เน็ต ขณะที่ในระยะหลังพื้นที่ชายแดนที่ติดต่อกับประเทศเมียนมาประสบปัญหาหนักกว่าเชียงใหม่มาโดยตลอด เช่นที่ อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน อ.แม่สลด จ.ตาก และ อ.แม่สาย จ.เชียงราย

หากมองในภาพใหญ่ ถ้าเปรียบเป็นเส้นกราฟก็เป็นกราฟที่ขึ้นๆ ลงๆ ไม่ได้มีแนวโน้มของปัญหาที่รุนแรงพุ่งขึ้นไปเรื่อยๆ หรือค่อยๆ บรรเทาเบาบางลงแต่อย่างใด โดยบางปีกราฟอาจเปลี่ยนแปลงในบางเดือนเป็นพิเศษจากมาตรการของภาครัฐที่ออกมาเพื่อจัดการปัญหานี้ เช่น ชิงเผา ห้ามเผาเด็ดขาด ซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมเผาของชาวบ้านต้องปรับเปลี่ยนตามไปด้วย โดยปัจจัยเฉพาะพื้นที่ก็มีส่วนสำคัญ เพราะความรุนแรงของปัญหาในแต่ละจังหวัดในแต่ละช่วงเวลาไม่ได้สอดคล้องกันเสียทีเดียว ขณะที่สถานการณ์ในปี 2563 ปัญหาหมอกควันในภาคเหนือโดยรวมถือว่ารุนแรงกว่าปีที่ผ่านมาเล็กน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ อ.แม่สาย ซึ่งพบวันที่ค่า PM2.5 สูงสุดมากถึง 398 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ และรวมวันที่ค่าสูงเกินมาตรฐานมากถึง 79 วัน โดยในเดือนมีนาคมพบค่าเกินเกณฑ์ตลอดทุกวัน แต่สถานการณ์ของเชียงใหม่ดีขึ้นโดยพบวันที่ค่า PM2.5 สูงสุดอยู่ที่ 174 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ และรวมวันที่ค่าสูงเกินมาตรฐาน 67 วัน

สถานการณ์ไฟป่า ปี 2563

สำหรับสาเหตุของการเกิดไฟป่าโดยทั่วไปนั้น เกิดจาก 2 สาเหตุใหญ่ คือ 1) เกิดจากธรรมชาติ เช่น ฟาผ่า กิ่งไม้ ใบไม้แห้งเสียดสีกัน การลุกไหม้ในตัวเองของสิ่งมีชีวิต (spontaneous combustion) และ 2) เกิดจากการกระทำของมนุษย์ เช่น การเผาไร่ การเก็บหาของป่า การล่าสัตว์ ซึ่งที่ผ่านมาทางภาคเหนือพบว่า ไฟป่าส่วนใหญ่เกิดจากการจงใจจุดไฟเพื่อเก็บหาของป่าเป็นหลัก ข้อมูลปีงบประมาณ 2562 ของกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช พบว่าไฟป่าเกิดจากปัญหาดังกล่าวถึงร้อยละ 68⁸ นอกจากนั้น ไฟป่ายังเกิดจากการล่าสัตว์และเผาป่าเพื่อขยายที่ทำกิน ตลอดจนความประมาทเลินเล่อจากการเผาไร่แล้วลุกลามไหม้ป่าจนควบคุมไม่ได้ อุปสรรคจากสภาพภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสูงชันทำให้ยากต่อการเข้าไปดับไฟของเจ้าหน้าที่ เช่นที่ปรากฏเป็นข่าวว่ามีผู้ที่ต้องสังเวยชีวิตขณะออกปฏิบัติหน้าที่ดับไฟป่าถึง 7 รายในช่วงเวลาแค่ 3 เดือน (ระหว่างกุมภาพันธ์-เมษายน 2563) ทั้งเจ้าหน้าที่ (อบต., ผู้ใหญ่บ้าน) และอาสาสมัคร (คนชาติพันธุ์, เยาวชน) โดยเหตุเกิดที่เชียงใหม่กับแม่ฮ่องสอนจังหวัดละ 3 ราย ส่วนอีกรายนั้นเป็นผู้เสียชีวิตที่เชียงราย⁹

เมื่อพิจารณาสถิติจุดความร้อนสะสม (hot spot) ในพื้นที่ 9 จังหวัดภาคเหนือตอนบนช่วง 5 เดือนแรกของปี 2563 จากดาวเทียม Terra/Aqua ระบบ MODIS เปรียบเทียบกับระบบ VIIRS และดูขนาดพื้นที่เผาไหม้ (burnt scars) แล้ว แม้เชียงใหม่จะมี hot spot มากที่สุดในภาคเหนือ แต่ไม่สอดคล้องกับพื้นที่เผาไหม้จริง โดยแม่ฮ่องสอนเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่เผาไหม้มากที่สุด และมีสัดส่วนพื้นที่เผาไหม้ต่อพื้นที่จังหวัดสูงที่สุดของภาคเหนือและทั้งประเทศ หากวิเคราะห์แยกตามการใช้ประโยชน์ที่ดิน จะพบจุดความร้อนสูงสุดในพื้นที่ป่าสงวนแห่งชาติ รองลงมาเป็นพื้นที่ป่าอนุรักษ์ (สองพื้นที่นี้รวมกันมากถึงร้อยละ 90) ตามด้วยเขตพื้นที่ สปก. พื้นที่เกษตร พื้นที่ชุมชน และพื้นที่ริมทางหลวง

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลชี้ชัดว่ามาตรการห้ามเผาเด็ดขาดใช้ไม่ได้ผล ยังคงพบจุดเผาไหม้ในช่วงวันประกาศห้ามมากถึงร้อยละ 70 ของปริมาณจุดเผาไหม้ตลอดทั้งฤดูกาลรวมกัน แม้ในภาพรวมและรายจังหวัดโดยส่วนใหญ่จะมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อเทียบกับสถิติปีก่อนๆ บางจังหวัดก็เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเชียงใหม่ที่เพิ่มขึ้นมาก ข้อมูลร่องรอยการเผาไหม้จากดาวเทียม Landsat-8 พบว่ามีพื้นที่ถูกเผาไหม้ใน 9 จังหวัดนี้ รวมกันกินบริเวณกว่า 8.6 ล้านไร่ ถ้าเปรียบเทียบกับปี 2562 มีพื้นที่เผาไหม้สะสมเพิ่มขึ้นถึง 1.4 ล้านไร่ คิดเป็นร้อยละ 2.1 โดยแม่ฮ่องสอนมีพื้นที่เผาไหม้สะสมมากที่สุด 1.8 ล้านไร่ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 22.4 ของพื้นที่รวมทั้งจังหวัด และพบว่าตัวเลขเพิ่มขึ้นแทบทุกจังหวัด ยกเว้นตากจังหวัดเดียว เท่านั้นที่ลดลง ทว่าตากก็ยังสูงเป็นอันดับที่ 2 โดยมีพื้นที่เผาไหม้ 1.5 ล้านไร่ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 13.5 ของพื้นที่จังหวัด

เงื่อนไขสำคัญอีกประการที่มักถูกละเลยคือ ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากรบนพื้นที่สูง เนื่องจากไม่มีสิทธิในที่ทำกินของตัวเอง ประกอบกับฐานะยากจน และด้วยที่ราบมีจำกัด จึงมีการขยายพื้นที่เกษตรเข้าไปในเขตป่าไม้ตามพื้นที่สูง โดยนิยมปลูกพืชเศรษฐกิจเชิงเดี่ยว เช่น ข้าวโพด ข้าวไร่ ตามแรงจูงใจทางการตลาดและการส่งเสริมของภาครัฐ ซึ่งพืชเหล่านี้เป็นพืชที่มีอายุสั้น มีการใช้ไฟในการจัดการที่ทำกิน อันเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาไฟป่าและหมอกควัน

พลวัตของการแก้ไขปัญหาไฟป่า หมอกควัน และความตื่นตัวของสังคม

ปัญหาหมอกควันนับเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อน ไม่มีสาเหตุเชิงเดียว งานวิจัยเท่าที่มีให้น้ำหนักของสาเหตุไปยังไฟป่ากับการเผาในพื้นที่เกษตร (ซึ่งรวมถึงพื้นที่เกษตรในเขตป่าไว้ด้วย) ยังไม่รวมถึงหมอกควันข้ามแดนที่ถาโถมเข้ามา ชัดเจนว่าหมอกควันทางภาคเหนือมีแหล่งที่มาแตกต่างจากกรุงเทพฯ ที่มีสาเหตุจากยานพาหนะและมลพิษอุตสาหกรรมร่วมด้วย

การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาเป็นแบบลองผิดลองถูก สัมพันธ์กับสาเหตุเชิงซ้อนหลายด้านที่แปรเปลี่ยนและแตกต่างกันไปตาม

บริบทของแต่ละพื้นที่ ช่วงแรกที่หน่วยงานรัฐเริ่มเอาใจจริงในเรื่องนี้เมื่อปี 2547-2556 ได้ใช้มาตรการ “ชิงเผา” (zero-burning) แบบสั่งการจากบนลงล่างมาตลอด กระทั่งในปี 2556 จึงเริ่มใช้มาตรการไม่ให้มีการเผา หรือ “ห้ามเผา” อันเป็นที่มาของการกำหนดเวลาห้ามเผาในทุกจังหวัดภาคเหนือตอนบนเรื่อยมา พร้อมนำระบบศูนย์สั่งการแบบเบ็ดเสร็จ ซึ่งยึดพื้นที่เป็นตัวตั้ง โดยให้จังหวัด/อำเภอเป็นแกนหลักในการบริหารจัดการให้ผู้ว่าราชการจังหวัด/นายอำเภอมีอำนาจรับผิดชอบเต็มในเขตพื้นที่ของตน จากเดิมแบ่งพื้นที่เผาระวังตามหน้าที่ของหน่วยงาน เช่น เขตอุทยานแห่งชาติให้เจ้าหน้าที่กรมอุทยานฯ ดูแลเขตป่าสงวน ให้เจ้าหน้าที่กรมป่าไม้ดูแล ฯลฯ ซึ่งในบางปีสำหรับบางจังหวัดก็ประสบความสำเร็จอย่างดี เช่น “เชียงใหม่โมเดล” ที่สามารถลด hot spot ลงมาเหลือเพียง 19 จุดได้เมื่อปี 2560 แต่ก็ไม่ยั่งยืน เพราะเมื่อมีการเผาไหม้น้อยก็ส่งผลให้เชื้อเพลิงสะสมในป่ามีเพิ่มขึ้น ในปีต่อมา มาจึงพบไฟป่าที่เชียงใหม่รุนแรงขึ้นและกินบริเวณความเสียหายมาก อีกทั้งการที่หน่วยงานของรัฐใช้มาตรการประกาศวันห้ามเผาเด็ดขาดและอาศัยปริมาณจุดความร้อนเป็นเป้าหมายชี้วัด แม้ในทางสถิติตัวเลขบางจังหวัดสามารถควบคุมจุดความร้อนได้ดี แต่ข้อเท็จจริงระดับพื้นที่ยังมีการเผาและขนาดของมลพิษก็เกินมาตรฐานอยู่เช่นเดิม เนื่องจากดาวเทียมมีข้อจำกัดในเรื่องช่วงเวลาของการจับภาพ ถ้าพบ hot spot จึงไม่สามารถบ่งชี้สภาพปัญหาที่แท้จริงได้



ภาพ: <https://www.iqair.com/th/air-quality-app>

เมื่อประชาชนในเขตเมืองให้ความสนใจตื่นตัวต่อค่า AQI อย่างมาก แต่ไม่เชื่อมั่นในมาตรฐานของภาครัฐ แอปพลิเคชัน AirVisual จึงเริ่มเป็นที่นิยมแพร่หลายยิ่งกว่าแอปพลิเคชัน Air4Thai ของทางการ¹⁰ ตั้งแต่ราวปี 2562 เป็นต้นมา จนนำไปสู่ปรากฏการณ์

ที่น่าสนใจตามมา ไม่ว่าจะเป็นการก่อตั้งสภามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ การประกาศงดการเรียนการสอนของหลายสถาบันการศึกษา ในทุกระดับชั้น การแจกหน้ากาก N95 โดยหน่วยงานของรัฐ และเอกชน การออกรณรงค์ของกลุ่มต่างๆ เรียกร้องให้ปรับปรุง มาตรฐานคุณภาพอากาศให้ใกล้เคียงกับเกณฑ์สากล ฯลฯ พลังทางสังคมเหล่านี้ได้ผลักดันให้ภาครัฐปรับเปลี่ยนท่าทีอย่างมี นัยสำคัญ โดยยอมรับบทบาทของภาคประชาสังคมเพิ่มขึ้น

ผลักดันกฎหมายสะอาด

แนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหามลพิษทางอากาศและฝุ่น PM2.5 คือการผลักดันให้เกิดกฎหมายอากาศสะอาดและ องค์กรกำกับดูแลเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม ศ.ศิวัช พงษ์เพียจันทร์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและพัฒนาการ ป้องกันและจัดการภัยพิบัติ คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เห็นว่าประเทศไทยควร ต้องมีกฎหมายอากาศสะอาด (Clean Air Act) และจัดตั้ง สำนักพิทักษ์สิ่งแวดล้อมแห่งชาติ เพราะตราบไต่ที่ยังไม่มี กฎหมายและหน่วยงานขึ้นมากำกับดูแล ปัญหาฝุ่น PM 2.5 ก็จะไม่ได้รับการแก้ไข สอดรับกับความเห็นของ ผศ.คณินิจ ศรีบัวเอี่ยม อาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่กล่าวว่า หากประเทศไทยยังไม่มีกฎหมาย อากาศสะอาดที่แยกเฉพาะออกมารองรับ สำนักพิทักษ์ สิ่งแวดล้อมแห่งชาติก็จะไม่เกิดขึ้น หรือถ้าจัดตั้งตัวองค์กรขึ้น มาอย่างเดียวก็น่าไม่เพียงพอ เพราะทั้งสองส่วนต้องผนวกกัน ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการร่างแนวคิดนี้เสนอต่อผู้นำหลายรัฐบาลแล้ว แต่ไม่ได้รับการเห็นชอบ¹¹

อย่างไรก็ตาม ภาคีเครือข่ายต่างๆ ว่าจะป็นองค์กรเอกชน นักวิชาการ พรรคการเมืองและเครือข่ายภาคประชาชน จำนวนมากต่างพยายามผลักดันให้เกิดกฎหมายอากาศ สะอาด เพื่อแก้ปัญหาหมอกพิษทางอากาศที่เกิดขึ้น เช่น สภา หอการค้าแห่งประเทศไทยได้เห็นพ้องกันที่จะผลักดันร่าง พ.ร.บ.อากาศสะอาด เนื่องจากผลสำรวจทางวิชาการระบุ ว่าปัญหาฝุ่นพิษกระทบต่อเศรษฐกิจใน 10 จังหวัดภาคเหนือ ปีละไม่ต่ำกว่า 163,313 ล้านบาท และเสนอรัฐบาลให้จัดตั้ง หน่วยงานใหม่มาดูแลปัญหาทางอากาศโดยเฉพาะ และ

เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2563 หอการค้าไทยได้นำตัวแทน ยื่นเสนอรายชื่อ 12,000 รายชื่อ เพื่อเสนอร่างพระราชบัญญัติ การบริหารจัดการเพื่ออากาศสะอาด พ.ศ. ... เป็น ฉบับแรก ของประเทศไทยต่อสภาผู้แทนราษฎร นอกจากการผลักดัน กฎหมายแล้ว หอการค้ายังได้ร่วมกับเครือข่ายจัดตั้งคณะ ทำงานด้านกฎหมายและด้านการรณรงค์แก้ไขปัญหา PM2.5 เพื่อทำงานคู่ขนานด้วย โดยมุ่งเป้าไปที่การลดการเผา และ การรับซื้อใบอ้อย ฟางข้าว ชังข้าวโพด ฯลฯ¹²

ทางด้านเครือข่ายภาคประชาชนก็ได้ผลักดันร่างกฎหมาย ของตนเองเช่นกัน โดย เพ็ญโฉม แซ่ตั้ง เครือข่ายอากาศ สะอาดประเทศไทย และผู้อำนวยการมูลนิธิบูรณะนิเวศ ก็ได้ ผลักดัน “ร่างพระราชบัญญัติกำกับดูแลการจัดการอากาศ สะอาดเพื่อสุขภาพแบบบูรณาการ” เพื่ออุดช่องว่างทาง นโยบายและกฎหมาย และเพื่อบูรณาการการทำงานของทุก หน่วยงานภาครัฐ โดยร่างกฎหมายฉบับนี้เน้น 3 เรื่องหลัก คือ หนึ่ง สิทธิในการที่จะเข้าถึงข้อมูลหรือรับรู้ข้อมูล สอง สิทธิในการมีส่วนร่วม และสาม การกำกับดูแลลงโทษ ซึ่งจะเน้นความเท่าเทียมของแหล่งกำเนิดมลพิษทุกส่วน นอกจากนี้ยังรวมถึงมาตรการจูงใจให้ผู้ปล่อยมลพิษ ทางอากาศช่วยแก้ปัญหาหมอกพิษด้วย¹³

นอกจากร่างกฎหมายทั้งสองฉบับแล้ว ในช่วงปี 2563- 2564 ยังมีการเสนอร่างกฎหมายโดยฝ่ายการเมืองอีกสอง ฉบับ ได้แก่ ร่าง พ.ร.บ.อากาศสะอาดเพื่อประชาชน พ.ศ..... เสนอโดยสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคภูมิใจไทย เมื่อ 9 กรกฎาคม 2563 และ ร่าง พ.ร.บ.การรายงานการปล่อยและ การเคลื่อนย้ายสารมลพิษสู่สิ่งแวดล้อม พ.ศ..... เสนอโดย สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรพรรคก้าวไกลด้วย



ภาพ: <https://today.line.me/th/v2/article/qQkbpX>



ชุมชนต้นแบบ ความเข้มแข็งของท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

เมื่อมองทั้งภาคหรือในระดับจังหวัดอาจเห็นว่าปัญหาหมอกควันและไฟป่าเป็นปัญหาใหญ่ที่ยากต่อการแก้ไข แต่ถ้าพิจารณาพื้นที่ระดับอำเภอหรือตำบลลงไปจะพบว่า หลายตำบลสามารถลดไฟป่าได้อย่างต่อเนื่องตลอดหลายปีที่ผ่านมา ไม่ว่าจะดูจากจุดความร้อนหรือพื้นที่เผาไหม้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับ 19 ตำบลนาร่องใน 9 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ที่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการเสริมศักยภาพชุมชน และพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมในการจัดการป่าชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาฝุ่นควันจากไฟป่า ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับมูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

ตัวอย่างที่น่าสนใจคือ ต.บ้านหลวง อ.จอมทอง จ.เชียงใหม่ ที่ริเริ่มนำเอานวัตกรรมทะเบียนประวัติการใช้ที่ดินรายแปลงมาใช้โดยเทศบาลตำบลบ้านหลวง ซึ่งก่อนหน้านั้นชาวบ้านเคยมีข้อขัดแย้งกับเจ้าหน้าที่รัฐในเรื่องการจัดการเชื้อเพลิงกับทำแนวกันไฟมาโดยตลอด แต่เนื่องจากที่ดินทำกิน/อยู่อาศัยทับซ้อนกับเขตอุทยานฯ จึงไม่มีสิทธิกระทำการใดๆ บนที่ดินดังกล่าว นำไปสู่การผลักดันเทศบัญญัติว่าด้วยการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและนวัตกรรมการจัดการที่ดิน โดยสำรวจเขตที่ดินของชาวบ้านผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GPS) กว่า 20,000 ไร่ รวมที่ดิน 6,000 แปลง จากนั้นจัดทำเป็นทะเบียนประวัติการใช้ที่ดินรายแปลง เพื่อแสดงขอบเขตที่ดินและป่าชุมชน เมื่อเกิดไฟป่าขึ้นระบบจะชี้จุดกำเนิดความร้อนที่เกิดในที่ดินแปลงใด การมีระบบทะเบียนฯ ช่วยให้มีหลักฐานติดตามคนที่เบียดเบียนได้ ทำให้ตั้งแต่ปี 2562 ไม่พบปัญหาการบุกรุกที่ป่าและปัญหาไฟป่าก็ลดลง^{14,15}

อีกตำบลหนึ่งคือ ต.แม่วิน อ.แม่วาง จ.เชียงใหม่ ซึ่งพื้นที่เผาผลาญต่อเนื่องทุกปี จาก 36,918 ไร่ในปี 2558 เหลือ 6,204 ไร่เมื่อปี 2562 เพราะอาศัยแผนชุมชนในการจัดการปัญหาไฟป่า

ภาพ: <https://www.thairath.co.th/news/politic/1841106>

ทั้งนี้ ร่าง พ.ร.บ.อากาศสะอาดเพื่อประชาชน ที่เสนอโดย ส.ส.พรรคภูมิใจไทย และร่าง พ.ร.บ.การบริหารจัดการเพื่ออากาศสะอาด ที่เสนอโดยประชาชน มีเนื้อหาของร่างกฎหมายใกล้เคียงกัน โดยต่างก็รับรองสิทธิในการได้รับอากาศสะอาดของบุคคล สิทธิทางศาลในการฟ้องร้องต่อผู้ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศ และกำหนดให้ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเพื่ออากาศสะอาด นอกจากนี้ ร่างกฎหมายทั้งสองฉบับยังกำหนดหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดระบบบริหารเพื่อให้เกิดอากาศสะอาด ผ่านการจัดนโยบายระดับชาติ การสั่งการหน่วยงานรัฐ การจัดสรรงบประมาณ กำหนดให้รัฐต้องพัฒนาระบบติดตาม ตรวจสอบ เฝ้าระวัง และเตือนภัยแก่ประชาชน นอกจากนี้ ร่าง พ.ร.บ.อากาศสะอาดเพื่อประชาชน ที่เสนอโดย ส.ส.พรรคภูมิใจไทย ยังกำหนดให้รัฐต้องดำเนินความสัมพันธ์กับประชาคมอาเซียน เพื่อร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขมลพิษทางอากาศด้วย

ส่วนร่าง พ.ร.บ.การรายงานการปล่อยและการเคลื่อนย้ายสารมลพิษสู่สิ่งแวดล้อมที่เสนอโดย ส.ส.พรรคก้าวไกล มีหลักการที่เป็นสาระสำคัญแตกต่างไปจากร่างกฎหมายที่เกี่ยวกับอากาศสะอาดฉบับอื่นๆ โดยมุ่งเน้นไปที่การจัดทำฐานข้อมูลด้านมลพิษซึ่งเป็นต้นตอของปัญหามลพิษทางอากาศ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลมลพิษและแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนสามารถตรวจสอบได้ว่าในเขตที่ตนเองอาศัยอยู่นั้น มีการปล่อยและการเคลื่อนย้ายสารมลพิษเท่าไร เป็นสารมลพิษประเภทใดบ้าง และสถานประกอบการใดที่เกี่ยวข้องกับการปล่อยมลพิษ

ที่มืองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นเจ้าภาพ และประชาชนมีส่วนร่วม โดยแสดงให้เห็นว่าการสั่งห้ามเผาใช้ไม่ได้ผลจริง แผนของชุมชนจึงไม่ถึงขั้นห้ามเผาเด็ดขาด แต่พยายามระบุให้ชัดเจนในพิภคแผนที่ว่าแต่ละพื้นที่มีวิธีการบริหารจัดการอย่างไร บางพื้นที่จำเป็นต้องสงวนรักษาไว้ แต่บางพื้นที่จำเป็นต้องจัดการเชื้อเพลิงโดยการใช้ไฟ¹⁶

ทั้งนี้ ลักษณะร่วมของพื้นที่ที่จัดการไฟฟ้าได้ผลสำเร็จคือ การมีผู้บริหารท้องถิ่นที่เอาใจจริงเอาใจประชาชนมีส่วนร่วมแข่งขัน รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทั้งในระบบราชการ องค์กรธุรกิจ และภาคประชาสังคมด้วยดี คำถามคือ การทำในระดับเล็กๆ เช่นนี้จะขยายผลไปสู่ความเปลี่ยนแปลงในภาพใหญ่ได้อย่างไร?

แนวทางการแก้ไขปัญหาปี 2564

สำหรับแผนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาหมอกควันภาคเหนือ ปี 2564 ส่วนกลางยังคงยึดแนวทาง “4 มาตรการเชิงพื้นที่ 5 มาตรการบริหารจัดการ” ซึ่งเป็นแนวทางเดิมที่เคยใช้มาต่อเนื่องหลายปี¹⁷ ประกอบด้วย 4 พื้นที่หลัก ได้แก่ 1) พื้นที่ป่าอนุรักษ์และป่าสงวนแห่งชาติ 2) พื้นที่เกษตรกรรม 3) พื้นที่ชุมชนและเขตเมือง 4) พื้นที่ริมทาง และ 5 มาตรการบริหารจัดการ ได้แก่ 1) ระบบบัญชาการเหตุการณ์ 2) มาตรการสร้างความตระหนัก 3) มาตรการลดปริมาณเชื้อเพลิง 4) มาตรการจิตอาสาประชารัฐ และ 5) การบังคับใช้กฎหมาย

แต่สำหรับ จ.เชียงใหม่ ปี 2564 ได้ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ ถือเป็นครั้งแรก (นับแต่ปี 2556) ที่จะยกเลิกการประกาศห้ามเผาโดยเด็ดขาด แต่จะใช้วิธีขอความร่วมมือประชาชนและจัดแบ่งโซนเหนือ-ใต้เพื่อบริหารจัดการเชื้อเพลิงตามฐานข้อมูล โดยเริ่มดำเนินการโซนใต้ก่อน ระหว่างมกราคม-กุมภาพันธ์ จากนั้นจึงเป็นโซนเหนือระหว่างมีนาคม-เมษายน รวมระยะเวลาทั้งหมด 4 เดือน ซึ่งน่าจะยืดหยุ่นและเหมาะสมกว่านโยบายที่ถูกกำหนดลงมาจากเบื้องบน รวมทั้งมีโครงการสนับสนุนหมู่บ้านปลอดการเผา มีแนวคิดพื้นฐานคือการให้รางวัลกับคนที่ทำดี เป็นโครงการแบบบูรณาการเพื่อลดปัญหาฝุ่นควัน พัฒนากลไกการมีส่วนร่วมในการจัดการชุมชนป้องกันปัญหาฝุ่นควันจากการเผาอย่างยั่งยืนด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำแนวกันไฟพื้นที่ป่าเกือบสมบูรณ์ อบรมทำแผนชุมชนป้องกัน เส้นทางลาดตระเวน และหอดูไฟ รวมถึงการตั้งกองทุนผจญเพลิง ฯลฯ¹⁸

บทสังท้าย

การแก้ไขปัญหาหมอกควันและไฟป่าในภาคเหนือที่ผ่านมาเป็นแบบลองผิดลองถูก ช่วงแรกหน่วยงานรัฐได้ใช้มาตรการ “ชิงเผา” แบบสั่งการจากบนลงล่าง ต่อมาได้กำหนดมาตรการห้ามเผาในแต่ละจังหวัด แต่ก็ประสบความล้มเหลว แต่ถ่าลองพิจารณาพื้นที่ขนาดเล็กระดับอำเภอหรือตำบลลงไป หลายตำบลสามารถลดไฟฟ้าได้อย่างต่อเนื่องตลอดหลายปีที่ผ่านมาจากการเสริมศักยภาพชุมชน และพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมในการจัดการป่าชุมชน งานศึกษาเกี่ยวกับการกระจายอำนาจจัดการป่าไม้ได้บ่งชี้ว่า องค์กรท้องถิ่นทำเรื่องนี้ได้ดีกว่าส่วนกลาง เพราะท้องถิ่นรู้ปัญหาของตัวเองดีกว่า โดยแต่ละท้องถิ่นอาจกำหนดมาตรการที่ไม่เหมือนกัน ตามบริบทและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ ส่วนในอนาคตกฎหมายอากาศสะอาดและองค์กรกำกับดูแลจะช่วยให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบ โดยสิทธิในการหายใจอากาศสะอาดของบุคคลจะได้รับการคุ้มครองและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางและมาตรการต่างๆ โดยกมมีส่วนร่วมของประชาชนมากขึ้น





มองกระบวนการยุติธรรม ทางอาญาผ่านคดี “บอส”

นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน “ความยุติธรรม” ในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ของไทยถูกตั้งคำถาม และถูกวิพากษ์วิจารณ์มาโดยตลอด คนในสังคมจำนวนมากเห็นพ้องกับคำกล่าวประชดประชันที่ว่า คุณมีไว้ซึ่งคนจน¹ คำกล่าวข้างต้น ถูกนำมาตอกย้ำอีกครั้งกับเหตุการณ์ที่ นายวรยุทธ หรือ “บอส” ได้ขับรถหรูเฟอร์รารีชน ด.ต.วิเชียร กลั่นประเสริฐ ผบ.หมู่งานปราบปรามสน.ทองหล่อ จนเสียชีวิตบริเวณปากซอยสุขุมวิท 47 ในช่วงเช้ามีดของวันที่ 3 กันยายน 2555 และขับรถหลบหนีเข้าไปในบ้านพักเลขที่ 9 ซอยสุขุมวิท 53²

หลังเกิดเหตุ หน่วยงานต้นทางแห่งกระบวนการยุติธรรมไทยอย่างสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และองค์กรอัยการก็ตกเป็นเป้าสายตาของประชาชนมาโดยตลอด เพราะนับตั้งแต่เหตุเกิดในปี 2555 จนถึงปี 2564 เป็นระยะเวลาเกือบ 10 ปี ความคืบหน้าของการดำเนินคดีต่อนายบอสกลับ “บืดเบี้ยว” จนข้อหาบางส่วนขาดอายุความ ทำให้เกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์ถึงความไม่ชอบมาพากลของคดีนี้ มีการขุดคุ้ยการบิดเบือนระบบและกระบวนการสอบสวนของทั้งตำรวจและอัยการอย่างต่อเนื่อง

อันที่จริงแล้ว อุบัติเหตุจากการขับซิ่งรถยนต์และการเสียชีวิตเป็นสิ่งที่เกิดบ่อยครั้ง กรณีของนายบอส จึงไม่ควรจะกลายเป็นปัญหาใหญ่ หากมิได้หลบหนีและพยายามบิดเบือนข้อเท็จจริงของคดีในอดีตมีบุคคลผู้มีชื่อเสียงมากมายที่ประสบอุบัติเหตุรุนแรง แต่ก็ได้หลบหนีและให้การดูแลผู้บาดเจ็บหรือครอบครัวของผู้เสียชีวิตอย่างเหมาะสม³ เช่น กรณีนายสมชาย เวโรจน์พิพัฒน์ เจ้าของบริษัทไทยคาร์บอนแอนด์กราไฟต์ จำกัด หรือ “เสี่ยเบนซ์” ซึ่งขับรถยนต์ด้วยความมั่นใจและพุ่งชนรถยนต์ของ พ.ต.ท.จตุพร งามสุวิษชากุล เป็นเหตุให้ พ.ต.ท.จตุพรฯ และภรรยาเสียชีวิต ส่วนลูกสาววัย 12 ปี ได้รับบาดเจ็บสาหัส โดยนายสมชายฯ ได้ยอมรับผิดชอบและชดเชยค่าเสียหายให้กับผู้เสียหายและญาติเป็นจำนวนถึง 45 ล้านบาท⁴ ทำให้เกิดการเปรียบเทียบกับกรณีของนายบอส และสร้างกระแสกดดันให้ภาครัฐดำเนินคดีกับนายบอสอย่างจริงจัง

ประเด็นปัญหา การดำเนินคดี



ภาพ: <https://www.posttoday.com/social/general/174612>

สภาพรถคันก่อเหตุ

แม้กรณีของนายบอสจะเป็นเรื่องส่วนบุคคล แต่ปฏิเสธไม่ได้ว่าอิทธิพลจากเงินตราของการเป็นคนนามสกุลดัง อาจมีส่วนทำให้เกิด**การบิดเบือนคดี**ได้ เช่น ในเช้าวันเกิดเหตุ ตำรวจได้นำตัวคนดูแลบ้านของนายบอสมาอบตัว และอ้างว่าบุคคลดังกล่าวเป็นผู้ต้องหา รวมทั้งมีการนำตัวนักวิชาการมาพบกับทางตำรวจเพื่อนำเสนอวิธีการคำนวณความเร็วของรถยนต์ในขณะเกิดเหตุใหม่⁵ นอกจากนี้ยังปรากฏว่ามีการให้โอกาสนายบอสและตัวแทนกฎหมายของนายบอสต่อสู้คดีในลักษณะที่เป็น**การประวิงคดี** (ยืดระยะเวลาการดำเนินคดี) เช่น การที่นายบอสได้ขอเลื่อนพบอัยการหลายครั้ง โดยอ้างเหตุว่า ตนเองได้ร้องขอความเป็นธรรมกับหน่วยงานต่างๆ ไว้ เช่น คณะกรรมการการกฤษฎาหมาย กระบวนการยุติธรรมและกิจการตำรวจ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.)⁶ เป็นต้น คดีนายบอสได้กลับมาอยู่ในความสนใจของประชาชน และถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักอีกครั้งในปี 2563 เมื่อ

อัยการมีคำสั่งไม่ฟ้องนายบอส เนื่องจากนายบอสและตัวแทนกฎหมายของนายบอสใช้ระเบียบสำนักงานอัยการสูงสุด ว่าด้วยการดำเนินคดีอาญาของพนักงานอัยการ พ.ศ. 2547 ข้อ 48 เพื่อร้องขอความเป็นธรรม โดยนับตั้งแต่ปี 2556 ถึง 2562 มีการยื่นเรื่องขอความเป็นธรรมกว่าสิบครั้ง โดยการยื่นร้องขอความเป็นธรรมครั้งสุดท้ายเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2562 ทำให้กระบวนการยุติธรรมเกิดความล่าช้า มีการทบทวนสำนวนคดี และสอบสวนพยานเพิ่มเติมบ่อยครั้ง จนในที่สุด นายเนตร นาคสุข รองอัยการสูงสุด ได้ใช้พยานหลักฐานเดิมที่เคยถูกตีตกไปในอดีตกลับมาใช้ใหม่ โดยมีความเห็นว่า ผู้ต้องหาไม่ได้ขับรถเร็ว แต่รถจักรยานยนต์ของ ด.ต.วิเชียรฯ เปลี่ยนเลนกะทันหัน ทำให้นายบอสหยุดรถไม่ทัน เป็นเหตุให้ชนท้าย กรณีที่เกิดขึ้นจึงเป็นเหตุสุดวิสัย ไม่ใช่เกิดจากความประมาท ปราศจากความระมัดระวัง ทำให้คดีมีพยานหลักฐานไม่พอที่จะฟ้องนายบอส ฐานกระทำโดยประมาทเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย จนนำไปสู่คำสั่งไม่ฟ้องในที่สุด⁷ รายละเอียดปรากฏดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1

การยื่นเรื่องขอความเป็นธรรมของนายวรยุทธ (นายบอส)

2556

เรื่อง	ผล	ผู้ดำรงตำแหน่ง
1 01/04/2556 ขอให้สอบปากคำพยานเพิ่มเติมเพื่อทบทวนการคำนวณความเร็ว	ยุติเรื่อง ไม่มีเหตุที่จะสอบสวนเพิ่มเติม และคดีใกล้จะขาดอายุความบางข้อหา	อัยการสูงสุด จุลสิงห์ วสันตสิงห์ รองอัยการสูงสุด อรรถพล ใหญ่สว่าง
2 17/05/2556 ขอให้สอบปากคำพยานเพิ่มเติมเพื่อทบทวนการคำนวณความเร็ว รวมถึงขอให้สอบตัวนายบอสเพิ่มเติมด้วย (แต่นายบอสไม่มา)	ยุติเรื่อง	
3 04/09/2556 ขอให้พิจารณาเพิกถอนคำสั่งที่แจ้งให้พนักงานสอบสวนขอศาลออกหมายจับ	ยุติเรื่อง	

2557

4 24/02/2557 ขอให้สอบสวนพยานเพิ่มเติม เกี่ยวกับพฤติกรรมการความเจ็บป่วยของนายบอสในช่วงก่อน ขณะเกิดเหตุ และในวันเกิดเหตุ	ยุติเรื่อง	อัยการสูงสุด อรรถพล ใหญ่สว่าง รองอัยการสูงสุด วุฒิพงษ์ วิบูลย์วงศ์
5 21/04/2557 ขอให้สอบสวนพยานเพิ่มเติม	ยุติเรื่อง	
6 24/06/2557 ขอให้พิจารณาเพิกถอนคำสั่งที่แจ้งให้พนักงานสอบสวนขอศาลออกหมายจับ โดยขอให้รอผลการสอบสวนเพิ่มเติมก่อน	ยุติเรื่อง	

2557-2558

7 18/07/2557 ขอให้สอบสวนพยานเพิ่มเติม และขอให้สอบสวนนายบอสเพิ่มเติม (แต่นายบอสไม่มา) และขอให้ชะลอการดำเนินคดี	ยุติเรื่อง	อัยการสูงสุด ตระกูล วินิจฉัยภาค รองอัยการสูงสุด วุฒิพงษ์ วิบูลย์วงศ์
8 16/06/2558 ขอให้สอบสวนพยานเพิ่มเติม	ยุติเรื่อง พยานไม่มีน้ำหนัก เป็นเพียงคำบอกเล่า ผ่านไปเกือบ 3 ปีเพิ่งมาให้ปากคำ	

2559-2560

<p>9 12/01/2559</p>	<p>ขอให้สอบปากคำพยานเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ความเร็วรถของนายบอส</p>	<p>ยุติเรื่อง ไม่มีพยานหลักฐานใหม่ และพยาน ไม่มีน้ำหนักเพียงพอหักล้างข้อกล่าวหาเดิม</p>	<p>อัยการสูงสุด ร.ต.ต.พงษ์นิวัฒน์ ยุทธภัณฑ์บริหาร รองอัยการสูงสุด นิภาพร รุจนรงค์</p>
<p>10 15/05/2559</p>	<p>ขอให้เรียกสำนวนคดีมาตรวจสอบ และ ตั้งคณะทำงานตรวจสอบสำนวนคดี</p>	<p>ยุติเรื่อง เนื่องจากพยานไม่มีน้ำหนักเพียงพอ หักล้างข้อกล่าวหาเดิม</p>	
<p>11 23/12/2559</p>	<p>ความเร็วของรถยนต์นายบอส</p>	<p>ยุติเรื่อง</p>	
<p>12 06/03/2560</p>	<p>ขอให้เรียกสำนวนของคณะกรรมการ สนช. มาพิจารณาประกอบเพื่อมีคำสั่ง ในคดีให้ไม่ฟ้อง</p>	<p>ยุติเรื่อง โดยรองอัยการสูงสุดนิภาพร เสนอให้อัยการสูงสุดพิจารณาออกคำสั่ง เนื่องจากถูกฝ่ายผู้ต้องหาร้องเรียนว่า ไม่ส่งคดีให้ อัยการสูงสุด ร.ต.ต.พงษ์นิวัฒน์ เห็นว่า เนื่องจากคดีนี้อยู่ในความสนใจของ ประชาชนเป็นอย่างยิ่ง ประกอบกับได้ให้ ความเป็นธรรมกับผู้ต้องหาตลอดมาเป็น เวลาเนิ่นนานแล้ว จึงมีคำสั่งให้ “ยุติเรื่อง ร้องขอความเป็นธรรม” และให้นำตัวผู้ ต้องหาไปฟ้อง หากผู้ต้องหาเรียกร้องขอความ เป็นธรรมมาอีก ให้แยกพิจารณาโดยไม่ต้อง รอฟังผลร้องขอความเป็นธรรม</p>	

2561

<p>13 19/02/2561</p>	<p>ขอให้สอบสวน สมาชิก สนช. ในประเด็น ที่นายบอสร้องขอความเป็นธรรมต่อคณะ กรรมาธิการ</p>	<p>ยุติเรื่อง</p>	<p>อัยการสูงสุด เข็มชัย ชูติวงศ์ รองอัยการสูงสุด วัฒน์ชัย คุ่มวงศ์ดี</p>
---------------------------------	---	-------------------	---

2562

<p>14 07/10/2562</p>	<p>ขอให้สอบ พลาอากาศโทจักรกฤษ ถนอมกุลบุตร และนายจรรยาชาติ มาดทอง ประเด็นความเร็ว ในขณะขับซีรยยนต์ของบอส</p>	<p>รองอัยการสูงสุด นายเนตร นาคสุข ได้ใช้ พยานหลักฐานเดิมที่เคยถูกตัดไปในอดีต กลับมาใช้ใหม่ โดยมีความเห็นว่า ผู้ต้องหา ไม่ได้ขับรถเร็ว แต่รถจักรยานยนต์ของ ด.ต.วิเชียร เปลี่ยนเลนกะทันหัน ทำให้นาย บอสเบรครถไม่ทัน เป็นเหตุให้ชนท้าย กรณี ที่เกิดขึ้นจึงเป็นเหตุสุดวิสัย ไม่ใช่เกิดจาก ความประมาท ปราศจากความระมัดระวัง คดีมีพยานหลักฐานไม่พอฟ้อง สั่งไม่ฟ้อง นายบอส ฐานกระทำโดยประมาทเป็นเหตุ ให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย</p>	<p>อัยการสูงสุด วงศ์สกุล กิตติพรหมวงศ์ รองอัยการสูงสุด เนตร นาคสุข</p>
---------------------------------	---	---	---

กระแสกดดันของสังคม

ต่อมาเมื่อสำนักงานตำรวจแห่งชาติแถลงข่าวเห็นพ้องกับคำสั่งไม่ฟ้องของอัยการ โดย พล.ต.ท. เพิ่มพูน ชิดชอบ รอง ผบ.ตร. ไม่แย้งคำสั่งดังกล่าว เป็นผลให้คำสั่งไม่ฟ้องเสร็จเด็ดขาด ตาม ป.วิอาญา มาตรา 145/1 นำไปสู่การเพิกถอนหมายจับนายบอสทั้งหมด⁸ จึงทำให้เกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวาง กระแสสังคมที่รุนแรงเรียกร้องให้ทั้งสององค์กรชี้แจงให้ชัดเจนถึงการยุติการดำเนินคดีกับนายบอส นพ.แท้จริง ศิริพานิช เลขาธิการมูลนิธิเฝ้าไม่จับได้ทำหนังสือถึงอัยการสูงสุด⁹ “ขอให้ชี้แจงเหตุผลการไม่แย้งคำสั่งของพนักงานอัยการ กรณีมีคำสั่งไม่ฟ้องนายวรยุทธ” ทำให้ส่งแรงกระเพื่อมที่สำคัญต่อกระบวนการยุติธรรมของคดีนี้ นอกจากนี้ ยังมีความเคลื่อนไหวขององค์กรและบุคคลต่างๆ มากมาย ที่เรียกร้องความยุติธรรมของคดีดังกล่าวและการตรวจสอบหน่วยงานด้านการยุติธรรมของรัฐ ดังเช่น กรณีที่นายวีระ สมความคิด เลขาธิการเครือข่ายประชาชนต้านคอร์รัปชัน (คปต.) ได้ทำจดหมายเปิดผนึกถึงนายกรัฐมนตรี ขอให้ตรวจสอบและลงโทษผู้กระทำความผิดที่ช่วยเหลือนายวรยุทธฯ ไม่ให้ได้รับโทษตามกฎหมาย¹⁰ ไม่เพียงเท่านั้น ยังมีแรงกดดันจากทั้งสื่อมวลชนกระแสหลักและสื่อสังคมออนไลน์ที่พร้อมใจกันเรียกร้องไปยังนายกรัฐมนตรีให้ดำเนินการกับกรณีนายบอสอย่างตรงไปตรงมาอีกด้วย

กระแสกดดันอย่างต่อเนื่องทำให้ในที่สุด นายกรัฐมนตรี ได้ตั้งคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและข้อกฎหมาย กรณีคำสั่งไม่ฟ้องคดีอาญาที่อยู่ในความสนใจของประชาชน โดยมีนายวิชา มหาคุณ เป็นประธาน เพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริงคดีนายบอส และได้ผลสรุปออกมาว่า “มีการร่วมมือกันอย่างเป็นระบบของเจ้าพนักงานในกระบวนการยุติธรรม เจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง ทนายความ พยาน และบุคคลทั่วไป ในการเข้าแทรกแซงกระบวนการยุติธรรมมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของการดำเนินคดีจนถึงปัจจุบัน โดยใช้ช่องโหว่ของกฎหมายใช้อำนาจหน้าที่โดยมิชอบ



ภาพ: <https://www.benarnews.org/thai/news/TH-redbull-heir-folo-10072020145255.html>

“นายบอส” เดินทางเข้าพบเจ้าหน้าที่ตำรวจ สน. ทองหล่อ หลังจากขับรถชนเจ้าหน้าที่ตำรวจเสียชีวิตบนถนนสุขุมวิท

ใช้อิทธิพลบังคับ และการสร้างพยานหลักฐานอันเป็นเท็จ เพื่อช่วยเหลือผู้ต้องหาให้รอดพ้นจากการถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย”¹¹

คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายฯ ที่มีนายวิชา มหาคุณ เป็นประธาน ได้เสนอให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบสำนักงานอัยการสูงสุดว่าด้วยการดำเนินคดีอาญาของพนักงานอัยการในประเด็นการร้องขอความเป็นธรรม โดยให้วางหลักเกณฑ์ให้ผู้เสียหาย หรือผู้ต้องหาร้องขอด้วยตนเอง โดยการมาร้องฯ ต้องระบุเหตุผลและพยานหลักฐานให้ครบถ้วน และในกรณีร้องขอความเป็นธรรมมากกว่าหนึ่งครั้ง จะกระทำได้อีกเมื่อมีพยานหลักฐานใหม่ที่ไม่เคยนำเสนอมาก่อน¹² เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่าการร้องขอความเป็นธรรมในชั้นพนักงานอัยการมีความสำคัญ เพื่อให้โอกาสแก่ทุกฝ่ายในการแสดงความบริสุทธิ์กับพนักงานอัยการ และเป็นกระบวนการที่อาจช่วยมิให้เกิดการฟ้องคดีเพื่อกลั่นแกล้งกันได้ อย่างไรก็ตาม หากเปิดโอกาสให้ใช้ช่องทางร้องขอความเป็นธรรมในการประวิงคดี หลักการในการให้มีการร้องขอความเป็นธรรมได้ก็จะถูกบิดเบือน ดังนั้น ข้อเสนอของคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายฯ จึงเป็นข้อเสนอที่มีเหตุและผลอย่างยิ่ง

การแทรกแซงกระบวนการ ยุติธรรมในสังคมไทย

ผลการตรวจสอบดังกล่าวทำให้มีการทบทวนคดีอีกครั้งหนึ่ง โดยอัยการสูงสุดได้มีคำสั่งที่ 1400/2563 ลงวันที่ 4 สิงหาคม 2563 ตั้งคณะทำงานพิจารณาสำนวนคดีดังกล่าว ตาม ป. วิอาญามาตรา 147 โดยมี นายอิทธิพร แก้วทิพย์ รองอธิบดีอัยการ สำนักงานคดีอาญา เป็นหัวหน้าคณะทำงาน ต่อมาเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม คณะทำงาน ได้มีคำสั่งให้พนักงานสอบสวน สน. ทองหล่อ ทำการสอบสวนเพิ่มเติมหลายประเด็น และต่อมา ในวันที่ 18 กันยายน 2563 คณะทำงานฯ ได้ร่วมกันพิจารณาสำนวนพร้อมผลสอบสวนเพิ่มเติมทั้งหมดแล้วมีความเห็นโดยเอกฉันท์ ดังนี้¹³

1 คดีปรากฏพยานหลักฐานใหม่และเป็นพยานสำคัญแก่คดีซึ่งน่าจะทำให้ศาลลงโทษผู้ต้องหาได้ จึงสั่งฟ้องนายวรยุทธหรือบอส อยู่วิทยา ผู้ต้องหา ในข้อหา ขับรถโดยประมาท เป็นเหตุให้เสียชีวิตผู้อื่นถึงแก่ความตายตาม ป.อาญา มาตรา 291 โดยแจ้งให้พนักงานสอบสวนนำตัวนายวรยุทธฯ มาเพื่อฟ้องต่อไป

2 คดีมีพยานหลักฐานทั้งปรากฏในสำนวนอยู่เดิมและได้จากการสอบสวนเพิ่มเติมแน่นแฟ้น มั่นคง ว่าขณะเกิดเหตุ ผู้ต้องหาเสพโคเคนอันเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 จึงเห็นควรสั่งฟ้องนายวรยุทธฯ ผู้ต้องหา ในข้อหาเสพยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 (โคเคนหรือโคคาอิน) โดยผิดกฎหมาย ตาม พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 มาตรา 58, 91

เป็นที่รู้กันทั่วไปว่า ประเทศไทยมีกฎหมายจำนวนมาก ดังนั้นในเชิงทฤษฎี ปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมจึงสามารถหาทางออกโดยการใช้อำนาจกฎหมายเพื่ออำนวยยุติธรรมได้ แต่ปัญหาในกระบวนการยุติธรรมที่ใหญ่กว่าตัวบทกฎหมาย คือ การบังคับใช้กฎหมาย (law enforcement) ด้วยความยุติธรรม (just) มีประสิทธิภาพ (effective) และตรวจสอบได้ (accountable) ที่สำคัญคือการบังคับใช้กฎหมายของบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมต้องตรวจสอบได้โดยประชาชน (accountable to the people) มิใช่บังคับใช้กฎหมายเพียงเพื่อให้ตอบโจทก์ผู้บังคับบัญชา (answerable to the superior) เท่านั้น

หน่วยงานต้นทางของกระบวนการยุติธรรมไม่ว่าจะเป็นสำนักงานตำรวจแห่งชาติ หรือองค์กรอัยการ ล้วนมีบทบาทที่สำคัญยิ่งต่อการอำนวยความยุติธรรม เพราะหน่วยงานเหล่านี้มีอำนาจในการใช้ “ดุลยพินิจ” เพื่อค้นหาความจริง รวบรวมเอกสาร พยานหลักฐาน และสอบสวนผู้ที่เกี่ยวข้อง การใช้ดุลยพินิจของหน่วยงานเหล่านี้ในการดำเนินการสิ่งต่างๆ ข้างต้นต้องอยู่บนพื้นฐานของ “การกระทำโดยสุจริต” (act in good faith) อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงกลับพบว่า การบังคับใช้กฎหมายผ่านดุลยพินิจในการดำเนินคดีในขั้นตอนต่างๆ กลับถูกแทรกแซงด้วยอิทธิพลของเครือข่าย “ระบบอุปถัมภ์” (patronage) รวมทั้งวงจรอุบาทว์ของ “การขัดกันแห่งผลประโยชน์” (conflict of interest) ของเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง ในมุมหนึ่งความเกรงใจทำให้เจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายเกิดความเห็นอกเห็นใจผู้ที่มีพระคุณ หรือผู้ที่ให้ผลประโยชน์กับตนหรือกลุ่มของตน ในอีกด้านหนึ่ง เจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายอาจเกรงกลัวอำนาจและอิทธิพลของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคดี หากตนไม่ยอมปฏิบัติตาม¹⁴

ที่ผ่านมาสังคมมักจับจ้องการปฏิบัติหน้าที่โดยมิชอบในชั้นของตำรวจ แต่ในคดีของนายบอส จะเห็นได้ว่า การทำหน้าที่ของพนักงานอัยการเองก็นำไปสู่ความเคลือบแคลงสงสัยได้มาก ในระบบกฎหมายของไทยนั้น พนักงานอัยการมีอำนาจในการ

สิ่งคืดตาม “หลักการดำเนินคดีอาญาตามดุลพินิจ” (opportunity principle) ซึ่งถือว่าเป็นหลักการที่มีความยืดหยุ่นมากกว่าการสิ่งคืดตาม “หลักกฎหมาย” (legality principle) เพราะหลักดุลพินิจให้อำนาจพนักงานอัยการในการพินิจพิจารณาสิ่งต่างๆ ประกอบการพิจารณาสิ่งคืดของตนมากกว่าหลักกฎหมาย¹⁵ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 248 วรรคสอง บัญญัติว่า “พนักงานอัยการมีอิสระในการพิจารณาสิ่งคืดและการปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นไปโดยรวดเร็ว เทียงธรรม และปราศจากอคติทั้งปวง และไม่ให้อะไรเป็นคำสั่งทางปกครอง” อย่างไรก็ตาม การใช้อำนาจดุลพินิจของพนักงานอัยการในหลายระดับและหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ดุลพินิจในการสั่งไม่ฟ้อง การใช้ดุลพินิจในการยอมรับคำร้องขอความเป็นธรรมมีหลักเกณฑ์ที่กว้างเกินไป และยังไม่มีการตรวจสอบที่มากเพียงพอ

การตรวจสอบการใช้ดุลพินิจของพนักงานอัยการในการสิ่งคืดก็เป็นอีกประเด็นสำคัญ และสมควรได้รับการพิจารณา เพราะหากการสิ่งคืดในคดีใดคดีหนึ่งที่ไม่ได้รับความสนใจจากสาธารณชน หรือจากสื่อมวลชนเช่นคดีของนายบอส ความยุติธรรมในการสิ่งคืดอาจถูกบั่นทอนลงก็เป็นได้ ในปัจจุบันยังไม่มีกฎระเบียบ หรือกลไกเพื่อตรวจสอบการใช้ดุลพินิจในการสิ่งคืดโดยตรง นั่นหมายความว่า หากฝ่ายใดไม่เห็นด้วยกับการสิ่งคืดของพนักงานอัยการและต้องการโต้แย้ง ก็จะต้องมีเหตุและหลักฐานมากเพียงพอว่าการสิ่งคืดนั้นไม่ชอบด้วยกฎหมาย เช่น การสิ่งคืดของพนักงานอัยการมีเหตุมาจากการทุจริต อย่างไรก็ตาม ในบางครั้งเหตุของการไม่เห็นด้วยกับคำสั่งไม่ฟ้องคดีอาจมิได้เกิดจากการที่พนักงานอัยการกระทำการไม่สุจริต แต่อาจเกิดจากการรับฟังหรือพิจารณาพยานหลักฐานไม่สมบูรณ์ด้วย ดังนั้นการวางระเบียบ หรือการสร้างกลไกตรวจสอบการสั่งไม่ฟ้องโดยตรงโดยเฉพาะกับกรณีการสั่งไม่ฟ้องในคดีที่มีโทษสูง หรือคดีเกี่ยวข้องกับบุคคลผู้มีชื่อเสียง หรือมีอิทธิพล จะเป็นอีกหนึ่งทางออกในการแก้ไขปัญหาได้ อย่างไรก็ตาม ประเด็นการตรวจสอบการสิ่งคืดนี้ยังต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อความรอบคอบ และไม่ทำให้เกิดภาระมากเกินไปจนสมควรแก่การปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานอัยการ หรือการดำเนินการของกระบวนการยุติธรรมเช่นกัน



บทส่งท้าย กรณีการปิดเบือนคดีดัง

คดีบอส เป็นตัวอย่างของการปิดเบือนคดีดังระดับชาติ จนสิ้นกลิ่นคนความน่าเชื่อถือของระบบยุติธรรมไทย นับตั้งแต่เกิดเหตุในปี 2555 จนถึงปี 2564 เป็นระยะเวลาเกือบ 10 ปี การดำเนินคดีต่อนายบอสกลับ “ปิดเบื้อว” และล่าช้าจน **ข้อหาบางส่วนขาดอายุความ** ทำให้เกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์ถึงความไม่ชอบมาพากลของคดีนี้ และ **กระบวนการสอบสวน** ของทั้งตำรวจและอัยการอย่างกว้างขวาง คณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและข้อกฎหมาย ที่มีนายวิชา มหาคุณ เป็นประธาน พบว่าคดีนี้มีการร่วมมือกันอย่างเป็นระบบของเจ้าพนักงานในกระบวนการยุติธรรม เจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง นายความ พยาน และบุคคลทั่วไป ในการเข้า **แทรกแซง** กระบวนการยุติธรรมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ **ช่องทางของกฎหมาย** ใช้ **อำนาจหน้าที่โดยมิชอบ** ใช้ **อิทธิพลบังคับ** และ **สร้างพยานหลักฐานอันเป็นเท็จ** ดังนั้น จึงควรแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบสำนักงานอัยการสูงสุดเรื่องการร้องขอความเป็นธรรม โดยให้วางหลักเกณฑ์ให้ผู้เสียหาย หรือผู้ต้องหาร้องขอด้วยตนเอง และในกรณีร้องขอความเป็นธรรมมากกว่าหนึ่งครั้ง จะกระทำได้อีกเมื่อมีพยานหลักฐานใหม่ที่ไม่เคยนำเสนอมาก่อน นอกจากนี้ ควรมีการวางระเบียบ หรือการสร้างกลไกตรวจสอบการสั่งไม่ฟ้องโดยตรงโดยเฉพาะกับกรณีการสั่งไม่ฟ้องในคดีที่มีโทษสูง หรือคดีเกี่ยวข้องกับบุคคลผู้มีชื่อเสียง หรือมีอิทธิพล จะเป็นอีกหนึ่งทางออกในการแก้ไขปัญหาได้



ปัญหาความยากจนในไทย ดึ้นหรือแย่ง?

สถานการณ์ความยากจนในประเทศไทยในรอบ 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ก่อนการระบาดของโควิด-19 ถือว่ามีทิศทางที่ดีขึ้น โดยจำนวนและสัดส่วนคนจนมีแนวโน้มลดลง ในปี 2531 ประเทศไทยมีคนจนสูงถึง 34.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 65.2 ของประชากรทั้งหมด แต่ในปี 2562 จำนวนคนจนลดลงเหลือเพียง 4.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.2 ของประชากรทั้งหมด สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ซึ่งกำหนดเป้าหมายเพื่อลดสัดส่วนคนจนให้เหลือร้อยละ 6.5 ภายในปี 2564 อย่างไรก็ตามจำนวนคนจนของประเทศไทยที่ผ่านมาในบางช่วงก็เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ เช่น ในปี 2541, 2543 และปี 2563-2564 ภายหลังจากเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยเฉพาะในกลุ่มครัวเรือนเปราะบาง 1.2 ล้านครัวเรือน

แนวคิดและแนวโน้มของความยากจน

หากพูดถึงเรื่องความยากจน ในมุมมองของแต่ละคนอาจจะมีวิธีการวัดความยากจนแตกต่างกัน บางคนอาจวัดความยากจนจากการมีเงินที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ในขณะที่บางคนอาจวัดความยากจนจากการขาดโอกาสในการเรียนหนังสือ ขาดโอกาสในการเข้าถึงแหล่งเงินทุน หรือการไม่มีที่อยู่อาศัยหรือที่ดินทำกินเป็นของตนเอง

เนื่องจากความยุ่งยาก และซับซ้อนของการให้คำจำกัดความ รวมถึงการวัดว่าใครคือคนจน ซึ่งต้องอาศัยหลายปัจจัยประกอบกัน สหประชาชาติ (United Nations) จึงให้นิยามความยากจนว่าเป็นการปราศจากทางเลือกและโอกาส และการไม่มีเกียรติในความเป็นมนุษย์ รวมถึงการขาด

ความสามารถในการเข้าร่วมสังคม ไม่สามารถเลี้ยงครอบครัว ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่สามารถไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ไม่มีที่ดินทำกิน ไม่มีงาน ไม่มีความปลอดภัย ถูกกีดกันทางสังคม อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมไม่ดี ขาดการเข้าถึงน้ำสะอาดและสาธารณสุขที่ดี¹ ในขณะที่โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme : UNDP) มองว่าความยากจนคือการขาดโอกาส ขาดทางเลือกในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพอนามัยที่ดี รวมถึงการขาดเสรีภาพ และการเคารพในตนเองและผู้อื่น ส่วนธนาคารโลก (World Bank) ได้นิยามความยากจนว่าเป็นการมีทรัพยากรไม่เพียงพอให้อำนาจในการต่อรองลดลง²

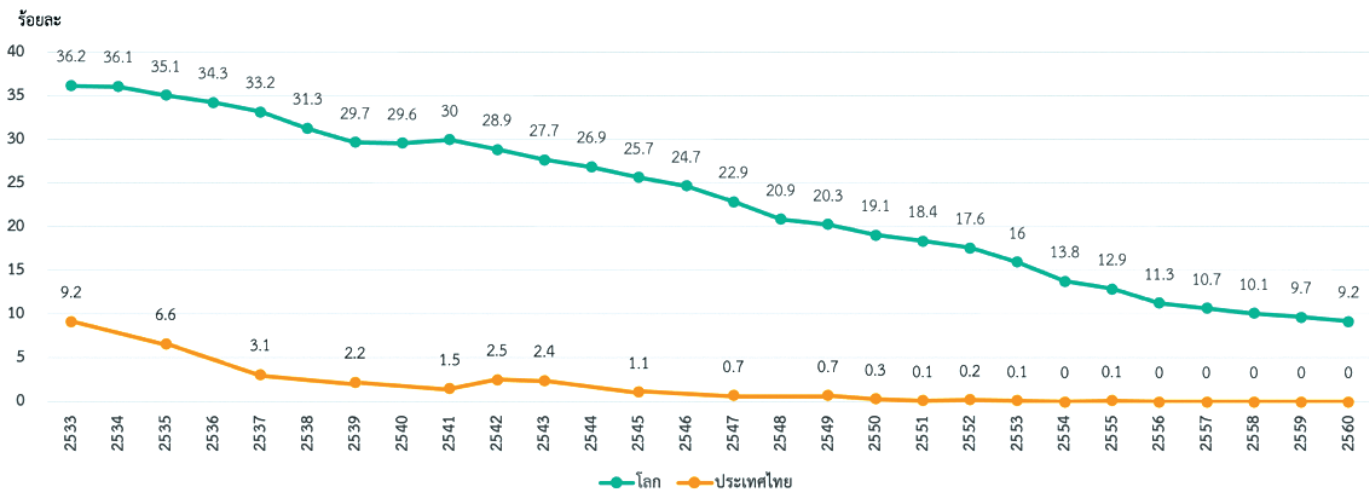


คนไร้บ้านในชุมชนเมือง

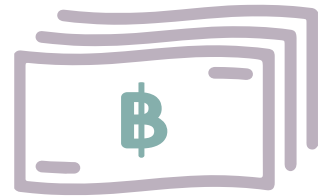
สำหรับแนวคิดที่ใช้วัดความยากจนแบ่งออกเป็น 2 แนวคิด ได้แก่ การวัดว่ามีเงินหรือสิ่งของ หรือปัจจัยอื่นๆ น้อยกว่าที่ควรจะมีต่อการดำรงชีวิตได้ เรียกว่า การวัดความยากจนแบบสัมบูรณ์ (absolute poverty) และอีกแนวคิดหนึ่งคือ การวัดความยากจนโดยการเปรียบเทียบกับคนอื่นๆ ในสังคม หรือเรียกว่า การวัดความยากจนแบบสัมพัทธ์ (relative poverty)^{3,4,5} ธนาคารโลกถือเป็นองค์กรระหว่างประเทศที่ทำการศึกษเกี่ยวกับความยากจนมาอย่างยาวนาน โดยใช้แนวคิดการวัดความยากจนแบบสัมบูรณ์ นอกจากนี้ยังเป็นผู้กำหนดเส้นความยากจนสากล (International Poverty Line: IPL) เพื่อให้สามารถจำแนกได้ว่าใครคือคนจนบ้าง และสามารถเปรียบเทียบระหว่างประเทศได้ โดยคนที่มียาไรได้หรือค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคที่ต่ำกว่าเส้นความยากจนสากลถือว่าเป็นคนจน

ในอดีตเส้นความยากจนสากลถูกกำหนดอยู่ที่ 1 ดอลลาร์สหรัฐต่อวัน ต่อมาในปี 2551 ได้เปลี่ยนเส้นความยากจนสากลเป็น 1.25 ดอลลาร์สหรัฐต่อวัน และในปี 2558 ได้เปลี่ยนมาใช้ 1.9 ดอลลาร์สหรัฐต่อวัน จากข้อมูลของธนาคารโลกพบว่า สัดส่วนคนจนโดยใช้เส้นความยากจนที่ระดับ 1.9 ดอลลาร์สหรัฐต่อวัน มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยลดลงจากร้อยละ 36.2 ในปี 2533 เหลือร้อยละ 27.7 ในปี 2543 และเหลือเพียงร้อยละ 16 ในปี 2553 หลังจากนั้นสัดส่วนคนจนได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 9.2 ในปี 2560 ในขณะที่แนวโน้มคนจนในประเทศไทยที่ใช้เส้นความยากจนสากลที่ 1.9 ดอลลาร์สหรัฐต่อวัน พบว่ามีสัดส่วนคนจนร้อยละ 19.3 ในปี 2524 ลดลงเหลือร้อยละ 2.4 ในปี 2543 และเหลือเพียงร้อยละ 1.1 ในปี 2545 หลังจากนั้นสัดส่วนคนจนในประเทศไทยได้ลดลงจนเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 มาโดยตลอด

ภาพที่ 1
สัดส่วนคนจนของโลกและของไทย
ที่ระดับเส้นความยากจน
1.9 ดอลลาร์สหรัฐต่อวัน
ปี 2533-2560



ที่มา: World Bank (<https://data.worldbank.org/topic/poverty>)



ความยากจนในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย หน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการคำนวณเส้นความยากจนของประเทศ คือ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ซึ่งให้นิยามความยากจนว่า “เป็นความขัดสนทางเศรษฐกิจ รวมถึงขาดศักยภาพในการดำรงชีวิต ขาดการศึกษา ขาดทรัพยากร ขาดที่ดินทำกิน ขาดการรวมกลุ่มและการมีส่วนร่วมทางการเมือง ขาดข้อมูลข่าวสารความรู้ในการประกอบอาชีพ ไม่สามารถเข้าถึงบริการและความช่วยเหลือของภาครัฐได้ รวมทั้งการมีภาระพึ่งพิงสูง”

การวัดความยากจนของ สศช. ได้ใช้แนวคิดการวัดความยากจนแบบสัมบูรณ์เช่นเดียวกับธนาคารโลก โดยคำนวณหาเส้นความยากจนหรือรายจ่ายขั้นต่ำที่สุดเพื่อการบริโภคขั้นพื้นฐาน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งประกอบไปด้วยเส้นความยากจนด้านอาหาร และเส้นความยากจนที่ไม่ใช่อาหารขั้นพื้นฐาน (ประกอบด้วยหมวดสินค้า 9 กลุ่ม ได้แก่ ค่าที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ค่าจ้างบุคคลที่ให้บริการครัวเรือน ค่าเสื้อผ้า ค่ารองเท้า ค่าใช้จ่ายส่วนบุคคล ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางและการสื่อสาร และค่าใช้จ่ายการศึกษา) โดยใช้ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติมาใช้ประกอบการคำนวณเส้นความยากจนดังกล่าว⁶

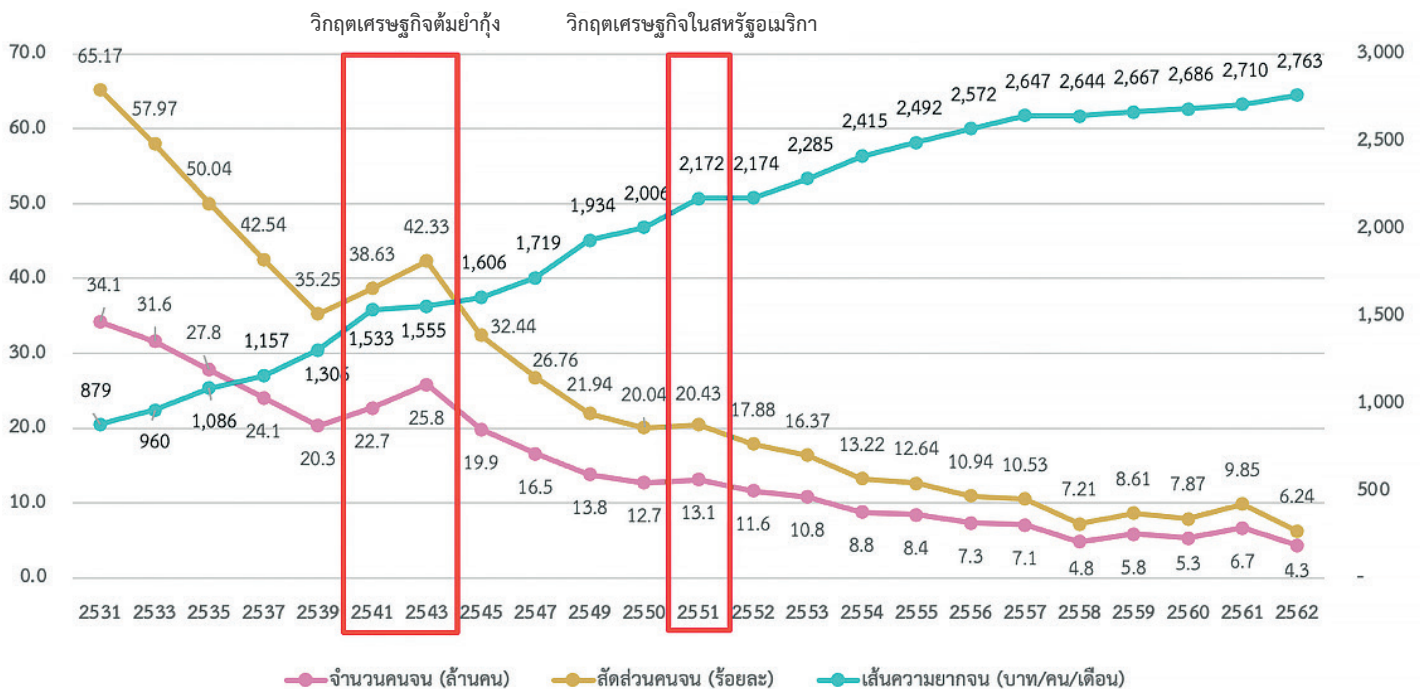
สถานการณ์ความยากจนในประเทศไทยถือว่ามียุทธศาสตร์ที่ดีขึ้น โดยมีการยกระดับเส้นความยากให้เพิ่มขึ้นทุกปีจาก 879 บาทต่อคนต่อเดือน ในปี 2531 เพิ่มขึ้นเป็น 1,533 บาทต่อคนต่อเดือน ในปี 2541 หลังจากนั้นได้เพิ่มเป็น 2,172 บาทต่อคนต่อเดือน และ 2,710 บาทต่อคนต่อเดือน ในปี 2551 และ 2561 ตามลำดับ ในขณะที่ปี 2562 เส้นความยากจนของประเทศไทยปรับขึ้นมาอยู่ที่ 2,763 บาทต่อคนต่อเดือน เมื่อพิจารณาถึงจำนวนและสัดส่วนคนจน พบว่า มีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัดในรอบ 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ในปี 2531 ประเทศไทยมีคนจนสูงถึง 34.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 65.2 ของประชากรทั้งหมด ขณะที่ในปี 2541 จำนวนคนจนลดลงเหลือเพียง 22.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 38.6 ของประชากรทั้งหมด ต่อมาจำนวนคนจนลดลงเหลือ 13.1 ล้านคน (ร้อยละ 20.4) และ 6.7 ล้านคน (ร้อยละ 9.9) ในปี 2551 และ 2561 ตามลำดับ สำหรับในปี 2562 พบว่า จำนวนคนจนลดลงเหลือเพียง 4.3 ล้านคนเท่านั้น (ร้อยละ 6.2)

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นอย่างมากในการแก้ไขปัญหาความยากจนมาตั้งแต่ปี 2531⁷ และในปี 2562 ถือว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาความยากจนตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ซึ่งมุ่งลดสัดส่วนคนจนให้เหลือร้อยละ 6.5 ภายในปี 2564⁸

อย่างไรก็ตาม จำนวนคนจนในไทยที่ผ่านมามีบางช่วงที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในช่วงที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจ เช่น ในปี 2541 และ 2543 ซึ่งเกิดวิกฤตเศรษฐกิจต้มยำกุ้ง ทำให้

จำนวนคนจนเพิ่มขึ้นเป็น 22.7 ล้านคน และ 25.8 ล้านคน ตามลำดับ และในปี 2551 จำนวนคนจนเพิ่มขึ้นเป็น 13.1 ล้านคน ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจในสหรัฐอเมริกาทำให้เกิดวิกฤตทางการเงินของโลก⁹ หลังจากนั้น จำนวนคนจนในปี 2559-2561 ได้เพิ่มขึ้นอีกครั้งจาก 5.8 ล้านคน ในปี 2559 เป็น 6.7 ล้านคน ในปี 2561 เนื่องจากอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยต่ำลง โดยเติบโตแค่ร้อยละ 2.7 ทำให้รายได้ของครัวเรือนลดลงและการบริโภคหยุดชะงัก รวมถึงอุตสาหกรรมท่องเที่ยวประสบปัญหา นอกจากนี้ภัยแล้งยังส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนยากจนที่สุดซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม^{10,11,12}

ภาพที่ 2
เส้นความยากจน จำนวนและสัดส่วนคนจน
ปี 2531-2562



ที่มา: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

นโยบายภาครัฐ กับการแก้ปัญหาความยากจน

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ได้กำหนดยุทธศาสตร์สร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งมีแนวทางการพัฒนาโดยการเพิ่มโอกาสให้ผู้มีรายได้น้อย ร้อยละ 40 สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของรัฐ และมีอาชีพ การขยายโอกาสการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพให้แก่เด็กและเยาวชนที่ด้อยโอกาส การจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การสร้างโอกาสให้มีที่ดินทำกินเป็นของตนเองเพื่อยกระดับรายได้ การกำหนดนโยบายการคลังเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคมและเอื้อประโยชน์ต่อกลุ่มคนที่มีรายได้น้อยเพิ่มขึ้น การเพิ่มสวัสดิการสังคมให้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีรายได้น้อย อย่างเพียงพอและเหมาะสม การกระจายบริการภาครัฐ ทั้งด้านการศึกษา สาธารณสุข และสวัสดิการที่มีคุณภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง การสร้างศักยภาพชุมชน การพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน และสร้างความเข้มแข็งการเงินฐานรากตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีสิทธิในการจัดการทุน ที่ดินและทรัพยากรภายในชุมชน

ปัจจุบัน ประเทศไทยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาความยากจน เพื่อยุติความยากจนในทุกมิติอย่างบูรณาการ ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) โดยน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นแนวทางการพัฒนา¹³ โดยรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณในการแก้ไขปัญหาความยากจนและความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ในปีงบประมาณ 2561 ดังนี้ งบประมาณรายจ่ายตามยุทธศาสตร์ด้านแก้ไขปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างการเติบโตจากภายใน วงเงิน 331,920.5 ล้านบาท งบประมาณรายจ่ายเพื่อจัดสรรไปสู่ระดับพื้นที่โดยตรง ได้แก่ แผนงานบูรณาการส่งเสริมการพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ วงเงิน 24,996.4 ล้านบาท และ



ภาพ: <http://cdlc-udonthani.blogspot.com/2018/05/12.html>

แผนงานบูรณาการส่งเสริมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วงเงิน 262,646.8 ล้านบาท และงบประมาณรายจ่ายที่จัดสรรไปสู่กลุ่มเป้าหมาย คือ กองทุนพระราชรัฐเพื่อเศรษฐกิจฐานราก เพื่อช่วยเหลือประชาชนผู้มีรายได้น้อย และเกษตรกรผู้ลดทะเบียนในโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ วงเงิน 46,000 ล้านบาท

ปัจจุบันมีผู้ผ่านเงื่อนไขคุณสมบัติของผู้ลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐทั้งสิ้น 11.4 ล้านคน โดยรัฐบาลได้แบ่งความช่วยเหลือออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกให้ความช่วยเหลือผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โดยมีวงเงินค่าใช้จ่ายในการซื้อสินค้าอุปโภคบริโภคที่จำเป็น สินค้าเพื่อการศึกษา และวัสดุเพื่อเกษตรกรรมจากร้านค้าธงฟ้าพระราชรัฐและร้านอื่นๆ ตามที่กระทรวงพาณิชย์กำหนด โดยมีเกณฑ์การช่วยเหลือตามรายได้ คือ ผู้ที่มีรายได้น้อยไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี

จะได้รับ 300 บาทต่อคนต่อเดือน ส่วนผู้มีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาทต่อปี แต่ไม่เกิน 100,000 บาทต่อปี จะได้รับ 200 บาทต่อคนต่อเดือน นอกจากนี้ยังมีวงเงินส่วนลดค่าซื้อก๊าซหุงต้ม 45 บาทต่อคนต่อเดือน วงเงินค่าโดยสารรถเมล์ ขสมก. ระบบ e-ticket/รถไฟฟ้า 500 บาทต่อคนต่อเดือน วงเงินค่าโดยสารรถ บขส. 500 บาทต่อคนต่อเดือน และวงเงินค่าโดยสารรถไฟ 500 บาทต่อคนต่อเดือน ระยะที่สองเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยผ่าน “มาตรการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ” ซึ่งจะช่วยให้ผู้มีรายได้น้อยสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยมุ่งสร้างโอกาสในการทำงาน การฝึกอบรบอาชีพและการศึกษา การเข้าถึงสิ่งจำเป็นพื้นฐาน และการเข้าถึงแหล่งเงินทุนในระบบ เป็นต้น¹⁴

อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐที่ผ่านมายังมีจุดบกพร่องที่รัฐบาลต้องแก้ไขเพื่อให้ฐานข้อมูลผู้มีรายได้น้อยมีความถูกต้องและครบถ้วน รวมถึงเป็นปัจจุบันมากยิ่งขึ้น โดย นายสมชัย จิตสุชน นักวิชาการของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย ได้ชี้ให้เห็นข้อบกพร่องของโครงการดังกล่าวไว้ 2 ประการ คือ ยังคงมีคนไม่จริงจริงผ่านเกณฑ์คุณสมบัติเข้ามา และยังมีคนจนจริงไม่ได้มาลงทะเบียน นอกจากนี้ได้เสนอให้หน่วยงานที่รับผิดชอบปรับปรุงฐานข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันและมีความถูกต้องอยู่เสมอ¹⁵ ทั้งนี้ โครงการหนึ่งที่น่าจะเป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหาความยากจนและความเหลื่อมล้ำ คือ การพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลจากระบบการพัฒนาคนแบบชี้เป้า (Thai People Map and Analytics Platform: TPMAP) ซึ่งจะช่วยระบุปัญหาความยากจนในระดับบุคคล ครัวเรือน ชุมชน ท้องถิ่น จังหวัด และประเทศได้ ทำให้สามารถออกแบบนโยบาย โครงการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาได้ตรงจุด และตรงกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น¹⁶

โควิด-19 กับความยากจน

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมา ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจเป็นวงกว้าง ทำให้แรงงานตกงานเพิ่มมากขึ้น คนในกลุ่มเปราะบางเสี่ยงต่อการเป็นคนจนมากขึ้น อีกทั้งส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และภาวะการเจ็บป่วย Mr. David Malpass ประธานธนาคารโลกเปิดเผยว่า ประชากรในกลุ่มยากจนสุดขีด ทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 88 ล้านคน เป็น 115 ล้านคน และ 150 ล้านคนในปี 2563 และ 2564 ตามลำดับ

แม้ว่าไทยจะประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาความยากจนในช่วงที่ผ่านมา แต่คาดว่า การแพร่ระบาดของโควิด-19 อาจส่งผลกระทบต่อคนที่มีรายได้น้อยเส้นความยากจน หรือเรียกว่า “กลุ่มเปราะบาง” ซึ่งในปี 2562 พบว่ามีสูงถึง 5.4 ล้านคน โดยคนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นคนจนได้ง่าย เมื่อประสบปัญหาต่างๆ เช่น การเจ็บป่วย การว่างงาน การประสบอุบัติเหตุ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าคนกลุ่มนี้จำนวนหนึ่งจะกลายเป็นคนยากจนในปี 2563¹⁷ สอดคล้องกับรายงานของ สศช. ที่ชี้ว่าประเทศไทยยังมีกลุ่มครัวเรือนเปราะบาง ซึ่งเสี่ยงที่จะกลายเป็นครัวเรือนยากจนเมื่อได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ประมาณ 1.2 ล้านครัวเรือน ประกอบด้วย **ครัวเรือนที่พึ่งพิงรายได้จากเงินช่วยเหลือจากบุคคลอื่นภายนอกครัวเรือน** ได้แก่ ครัวเรือนไม่มีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ 2.7 แสนครัวเรือน ครัวเรือนสูงอายุ 0.3 แสนครัวเรือน และครัวเรือนแห่งกลาง 0.6 แสนครัวเรือน **ครัวเรือนที่มีรายได้จากการทำงานลดลง** ได้แก่ ครัวเรือนที่สมาชิกทำงานในสาขาที่เสี่ยงต่อการตกงาน เช่น ในภาคการท่องเที่ยว และทำงานอิสระ 4.7 แสนครัวเรือน **และครัวเรือนเกษตรกรที่ไม่มีที่ดินทำกินหรือมีที่ดินทำกินน้อย** ประมาณ 0.5 แสนครัวเรือน



ภาพ: <https://www.thairath.co.th/news/business/1838091>

นอกจากนี้การสำรวจคนจนเมืองในภาวะวิกฤตโควิด-19 ของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ยังสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของการแพร่ระบาดโควิด-19 ต่อคนจนเมืองในหลายๆ ด้าน โดยคนจนเมืองได้รับผลกระทบจากมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ของรัฐ ทำให้ถูกนายจ้างให้หยุดงานหรือเลิกจ้าง สูงถึงร้อยละ 18.9 และอีกร้อยละ 18 ถูกนายจ้างลดเวลาทำงานลง เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบทำให้รายได้ของคนกลุ่มนี้ลดลง โดยพบว่าคนจนเมืองร้อยละ 60.2 มีรายได้ลดลงเกือบทั้งหมด ร้อยละ 31.2 มีรายได้ลดลงครึ่งหนึ่งของที่เคยได้รับ นอกจากนี้ยังพบว่าคนจนที่ประกอบอาชีพอิสระไม่มีการจ้างงาน ส่วนผู้ค้าขายก็ขายของได้น้อยลง และร้อยละ 33.8 ต้องไปกู้เงินหรือนำของใช้ในบ้านไปจำนำเพื่อนำเงินมาประทังชีวิต¹⁸

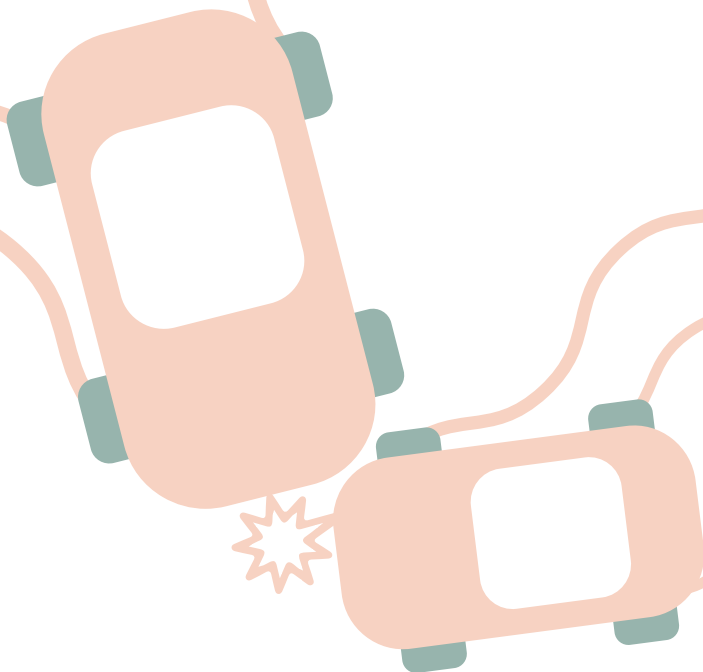
ภายหลังจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ประชาชนรวมถึงสถานประกอบการต่างๆ ได้รับผลกระทบทั้งในรูปแบบการถูกเลิกจ้าง ลดชั่วโมงการทำงาน หยุดจ้างชั่วคราว และสถานประกอบการบางแห่งได้หยุดกิจการไปเลยก็มี ดังนั้นรัฐบาลจึงได้ออกมาตรการเยียวยาเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนดังกล่าว โดยมีมาตรการสำคัญที่มุ่งช่วยเหลือและบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชน เช่น มาตรการ “เราไม่ทิ้งกัน” เพื่อช่วยเหลือกลุ่มลูกจ้าง รวมถึงผู้ไม่ได้อยู่ระบบประกันสังคม โดยให้เงินช่วยเหลือเดือนละ 5,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน มาตรการเยียวยากลุ่มเปราะบาง-บัตรคนจน ได้แก่ เด็กยากจน ผู้สูงอายุ และคนพิการโดยให้เงินช่วยเหลือเดือนละ 1,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน มาตรการพักชำระหนี้ชั่วคราว มาตรการคืนเงิน-ลดค่าไฟฟ้าและน้ำประปา มาตรการช่วยเหลือเกษตรกรซึ่งได้รับเงินเยียวยาครอบครัวละ 15,000 บาท¹⁹ อย่างไรก็ตามจากมาตรการต่างๆ ดังกล่าว พบว่า ประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงบางมาตรการได้ เนื่องจากมีการจำกัดจำนวนผู้ที่ได้รับสิทธิ และต้องลงทะเบียนผ่านเว็บไซต์ที่กำหนดเท่านั้น ทำให้ประชาชนจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้รับความเดือดร้อนไม่สามารถลงทะเบียนเพื่อรับความช่วยเหลือได้



บ้านในชุมชนแออัดของเมืองใหญ่

ยากจน... เหลื่อมล้ำ... เข้าถึง

ประเทศไทยตระหนักถึงปัญหาของความยากจนของประชากร และได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาความยากจนผ่านแผนงาน และยุทธศาสตร์ต่างๆ มากมาย จนทำให้สถานการณ์ความยากจนในประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อย่างไรก็ตามยังคงมีประเด็นเรื่องความเหลื่อมล้ำซึ่งเป็นชนวนนำไปสู่ความยากจนเชิงสัมพัทธ์และปัญหาสังคมได้ เช่น ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพที่แตกต่างกัน ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงแหล่งทุนเพื่อการประกอบอาชีพ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รวมถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรม เป็นต้น ที่ผ่านมารัฐบาลไทยได้จัดทำโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการให้ความช่วยเหลือ และเป็นฐานข้อมูลของผู้มีรายได้น้อยจำนวน 11.4 ล้านคน แต่สิ่งสำคัญที่รัฐบาลจะต้องดำเนินการ คือ การตรวจสอบ และปรับปรุงฐานข้อมูลให้มีความถูกต้อง และเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ เพราะเชื่อว่ายังมีผู้ที่เดือดร้อนและต้องการความช่วยเหลือจากรัฐที่ตกหล่นจากการลงทะเบียนโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ นอกจากนี้ปัญหาการแพร่ระบาดของโควิด-19 อาจส่งผลให้ประชากรกลุ่มเปราะบางจำนวนหลายล้านคนได้รับความเดือดร้อน และมีโอกาสเสี่ยงที่จะกลายเป็นคนจนได้ในที่สุด



“ดื่มแล้วขับ”

อาชญากรรมบนท้องถนน

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานสถิติอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยในปี 2561 ว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน 32.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และอยู่ในอันดับ 9 จากประเทศสมาชิกทั่วโลก 175 ประเทศ โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิต 22,491 ราย เฉลี่ยวันละ 60 ราย ส่วนใหญ่เป็นช่วงอายุ 15-29 ปี ซึ่งเป็นวัยหนุ่มสาวที่เป็นกำลังแรงงานที่สำคัญ ในจำนวนนี้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นกลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุจนเสียชีวิตมากที่สุดถึงร้อยละ 74 หรือประมาณ 16,600 รายต่อปี

ดื่มแล้วขับกับอุบัติเหตุบนท้องถนน

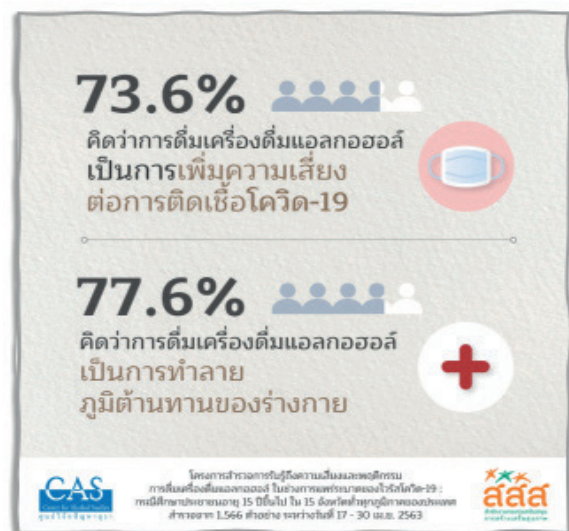
ข้อมูลจากศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) พบว่า ในช่วงเทศกาลสำคัญ ได้แก่ ปีใหม่และสงกรานต์ (ปี 2525-2529) มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าช่วงเวลาปกติถึงร้อยละ 146 (เฉลี่ยปกติเกิดเหตุวันละ 191 ครั้ง แต่ช่วงเทศกาลสูงถึงเฉลี่ยวันละ 470 ครั้ง) โดยมีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในช่วง 7 วันอันตรายเฉลี่ยวันละ 2,354 ราย ซึ่งมากกว่าช่วงปกติร้อยละ 136 (บาดเจ็บและเสียชีวิตปกติวันละ 998 ราย) ข้อมูลนี้ สอดคล้องกับระบบออนไลน์ของกองสาธารณสุขฉุกเฉินที่พบว่าในเทศกาลสงกรานต์ปี 2562 ช่วง 7 วันอันตราย (11-17 เมษายน 2562) มีผู้บาดเจ็บ 30,745 รายและเสียชีวิต 517 ราย โดยยานพาหนะที่ทำให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตมากที่สุดคือ “รถจักรยานยนต์” มีจำนวนผู้บาดเจ็บกว่า 24,377 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.3 จากจำนวนยานพาหนะทั้งหมด โดยพฤติกรรม “ดื่มแล้วขับ” เป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุกว่าร้อยละ 40 ของสาเหตุทั้งหมด

แม้ว่าการตั้งด่านตรวจและการบังคับใช้กฎหมายดูเหมือนจะเป็นมาตรการสำคัญที่จะช่วยยับยั้งขนาดของปัญหาติ่มแล้วขับได้ แต่ผลสำรวจความเห็นของประชาชน โดย จส100¹ ในช่วงเทศกาลสงกรานต์กลับสวนทางกับความรับรู้ของประชาชน โดยพบว่าร้อยละ 69 ไม่เคยพบเห็นด่านตรวจ ร้อยละ 94 ไม่เคยถูกเรียกตรวจแอลกอฮอล์ที่ด่าน และร้อยละ 35 ไม่ทราบว่าผู้ขับขี่ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีระดับแอลกอฮอล์เกินกว่า 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าผิดกฎหมาย และเมื่อถามเกี่ยวกับมาตรการการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดที่โรงพยาบาล ผลการสำรวจพบว่าคนส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีการตรวจเลือด และไม่ทราบว่าหากมีแอลกอฮอล์ในเลือดเกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ประกันภัยในภาคสมัครใจจะไม่คุ้มครองความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ขับขี่ที่มีแอลกอฮอล์เกินกฎหมายกำหนด

ภาพที่ 1
การรับรู้มาตรการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด
และผลกระทบของสุราต่อการติดเชื้อโควิด-19

ข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษาเชิงพื้นที่ในจังหวัดอุดรธานี² เกี่ยวกับการรับรู้มาตรการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ขับขี่ที่ประสบอุบัติเหตุจนต้องเข้าห้องฉุกเฉิน พบว่า ผู้บาดเจ็บซึ่งเป็นผู้ขับขี่ยานพาหนะ มีเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ทราบว่าต้องมีการเจาะเลือดเพื่อตรวจแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุทางถนน ที่น่ากังวลคือ กว่าครึ่งหนึ่งคิดว่าตนเองมีสิทธิปฏิเสธการเจาะเลือด และคิดว่าการปฏิเสธการเจาะเลือดนั้นไม่ถือว่าเป็นความผิดด้วย อีกทั้งยังไม่ทราบว่า การปฏิเสธการเจาะเลือดจะถือว่าติ่มสุราอีกด้วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการประชาสัมพันธ์เพื่อลดปัญหา “ติ่มแล้วขับ” ยังมีข้อจำกัดที่ไปไม่ถึงประชาชนในทุกระดับ ทำให้การตระหนักถึงความเสี่ยงทั้งทางสุขภาพและการถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย เพื่อป้องกันและป้องปรามยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร เมื่อเปรียบเทียบระดับการรับรู้มาตรการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด ซึ่งดำเนินโครงการมาตั้งแต่ปี 2560 กับผลกระทบของสุราต่อเชื้อโควิด-19 พบว่าการรับรู้ของประชาชนต่อมาตรการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ประสบอุบัติเหตุ ยังต่ำกว่าระดับการรับรู้เรื่องความเสี่ยงของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเพิ่งแพร่ระบาดเมื่อปลายปี 2562 เป็นอย่างมาก

การรับรู้มาตรการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด VS ผลกระทบของสุราต่อการติดเชื้อโควิด-19



*โครงการประเมินมาตรการการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่
 ที่ประสบอุบัติเหตุ จังหวัดอุดรธานี และระดับประเทศ โดย ดร.นพ. พลเทพ วิจารณ์ศุภนการและคณะ

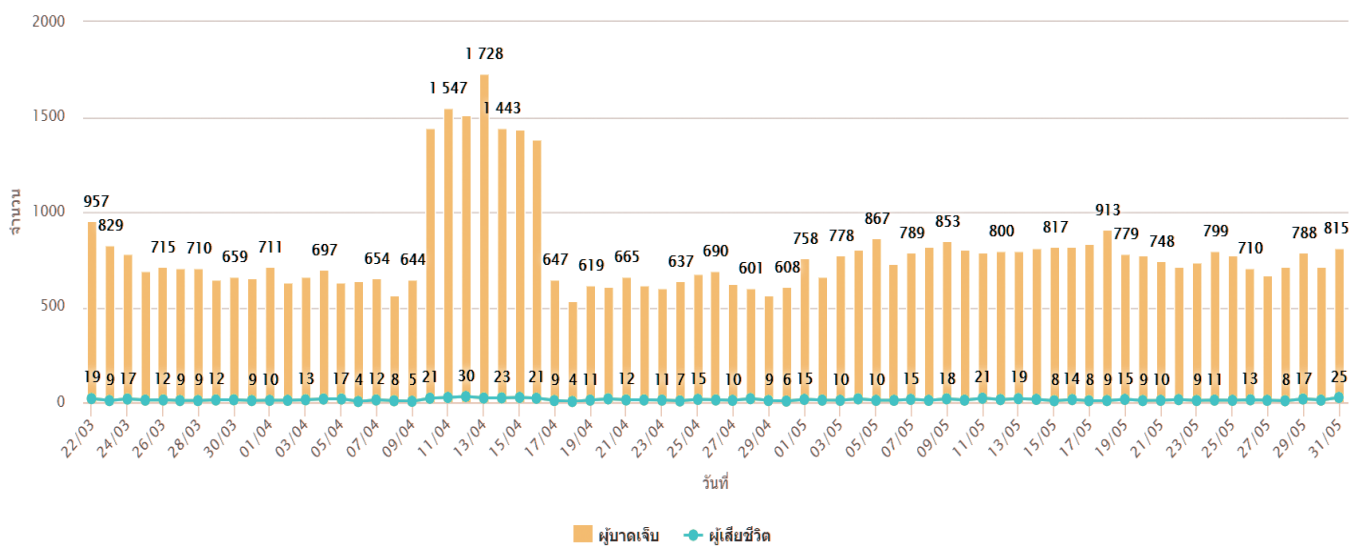


ลือกวานลดอุบัติเหตุ

จากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 กรุงเทพมหานครได้ประกาศปิดห้างสรรพสินค้า สถานที่ดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ และสถานบันเทิง ในวันที่ 22 มีนาคม 2563 ส่งผลให้แรงงานเดินทางกลับภูมิลำเนาเป็นจำนวนมาก หลังจากนั้นรัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินฉบับที่ 1 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 26 มีนาคม – 30 เมษายน 2563 โดยมีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางคือการชะลอการเดินทางข้ามจังหวัด และเริ่มมีการตั้งด่านตรวจโควิด-19 เพื่อเก็บข้อมูลการเดินทางข้ามจังหวัดของประชาชน ต่อมาได้มีการออกข้อกำหนดเพิ่มเติมในประกาศพระราชกำหนดฉุกเฉิน ฉบับที่ 2 ซึ่งมีประเด็นสำคัญคือ “ห้ามเดินทางออกนอกเคหะสถานตั้งแต่เวลา 22.00 – 04.00 น.” ส่งผลให้สถิติอุบัติเหตุในช่วงระหว่าง 26 มีนาคม - 9 เมษายน 2563 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ³

แต่เมื่อเข้าสู่วันที่ 10-16 เมษายน 2563 จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตกลับเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดอีกครั้ง แม้จะไม่เท่าปี 2562 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินและห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงดังกล่าว ก็ยังมีการดื่มและเดินทางในช่วงเวลาสงกรานต์อยู่มาก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเดินทางกลับภูมิลำเนาของประชาชนจำนวนมากในช่วงก่อนหน้า ทำให้มีการฉลองที่บ้านในช่วงสงกรานต์แทน จนทำให้มีอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นในช่วงดังกล่าว

ภาพที่ 2
จำนวนผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
22 มีนาคม - 31 พฤษภาคม 2563



ที่มา: กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข

การระบาดของโควิด-19 รอบแรก ประเทศไทยใช้เวลา 6 เดือน ก็สามารถควบคุมการแพร่ระบาดภายในประเทศได้ โดยไร้ผู้ติดเชื้อเพิ่มภายในประเทศเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2563 โดยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดภายในประเทศให้เป็นศูนย์ได้ครบ 100 วัน⁴ ในขณะที่ไทยกำลังประกาศชัยชนะสำคัญในการควบคุมสถานการณ์โควิด-19 ในการระบาดรอบแรกนั้นในวันเดียวกันนั้นก็กลับพบว่า สถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนยังคงดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในวันที่ 2 กันยายน 2563 กว่า 48 ราย⁵

แนวคิดในการแก้ปัญหา

ความพยายามในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับปัญหาตี๋มแล้วขับของประเทศไทยที่ผ่านมาเป็นการแก้ไขปัญหาด้วยการตาม “อูดช่องว่าง” เป็นหลัก แม้บางครั้งอาจมีการแก้ไขปัญหาในเชิงนโยบายแต่ไม่มีการถ่ายทอดลงไปสู่ผู้ปฏิบัติงานที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สะท้อนได้จากผลลัพธ์คือสถิติการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในแต่ละเทศกาลของทุกๆ ปี มีแนวโน้มคงที่ ไม่ลดลงดังที่คาดหวัง

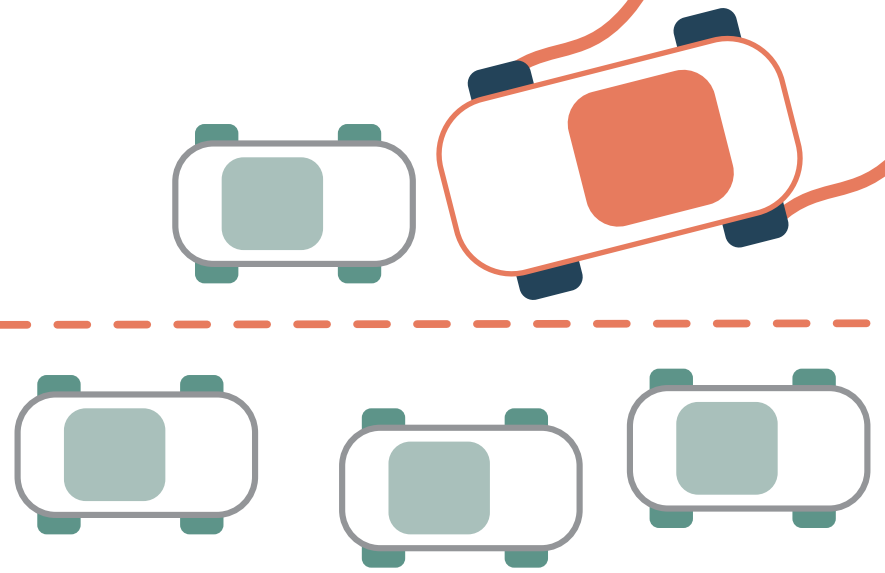
ผลการดำเนินงานตามทศวรรษแห่งความปลอดภัยภายใต้ปฏิญญามอสโกของประเทศไทยนั้น พบว่าอยู่ในระดับ “ปานกลาง” โดยเฉพาะการดำเนินงานเพื่อจัดการกับปัญหาเมาแล้วขับ ตามเอกสารการประเมินเชิงคุณภาพขององค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยที่ว่าด้วย “สถานะประเทศไทยในกรอบ 12 เป้าหมายโลก ด้านความปลอดภัยทางถนน”⁶ ทั้งนี้ ในเป้าหมายที่ 9 ที่ต้องลดจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเนื่องจากผู้ขับขี่ตี๋มแอลกอฮอล์ลงครึ่งหนึ่ง และหรือลดจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทอื่นลงภายในปี 2573 นั้น แม้ว่าจะมีการออกมาตรการต่างๆ มากมาย แต่การ “บังคับใช้” ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากขาดข้อมูลที่มีคุณภาพ มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร และขาดการฝึกอบรมทรัพยากรบุคคลอย่างเพียงพอ



ภาพ: <https://www.thaihealth.or.th>

จากงานศึกษาต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้น 1 ครั้ง พบว่ามีต้นทุนเฉลี่ยต่อราย แบ่งเป็นต้นทุนทางตรง ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกประมาณ 1,591 บาท/ราย ผู้ป่วยใน 23,357 บาท/ราย ต้นทุนความเสียหายของยานพาหนะที่ประสบอุบัติเหตุประมาณ 11,668/คัน และต้นทุนทางอ้อม เช่น ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพการผลิตของผู้เสียชีวิตกว่า 3,669,475 บาท/คน เป็นต้น⁷ ส่วนผลกระทบต่อด้านต้นทุนทางสังคม พบว่า ในแต่ละปีนั้นประเทศไทยต้องแบกรับต้นทุนทางสังคมจากความเสียหายที่เกิดจากการเมาแล้วขับกว่าปีละ 30,000 ล้านบาท⁸ โดยยังไม่รวมต้นทุนทางอ้อม เช่น ค่ารักษาพยาบาล, ค่าเสียโอกาส, หรือการสูญเสียบุคคลของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการตี๋มแล้วขับของผู้อื่น ซึ่งอาจประเมินมูลค่าได้ยาก

นอกจากการรอคอยความหวังจากภาคนโยบายแล้ว การขยับของพื้นที่น่าจะเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดที่จะสามารถจัดการกับปัญหาตี๋มแล้วขับได้เองจากการอยู่ใกล้กับปัญหา โดยอาศัยกลไกท้องถิ่นช่วยในการจัดการ เช่น จังหวัดน่าน นายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน ได้พยายามแก้ปัญหาตี๋มแล้วขับโดยร่วมมือกับนายวรารุช คันธาวะช ผู้อำนวยการสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดน่าน เพื่อทดลองนำกลุ่มผู้ถูกคุมประพฤติในคดีเมาแล้วขับในจังหวัดน่านมาเข้าสู่กระบวนการแก้ไขฟื้นฟูด้วยแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (exponential learning) โดยมีจุดสำคัญคือทำให้ผู้กระทำผิด และเหยื่อจากอุบัติเหตุตี๋มแล้วขับมาพบกัน และให้ผู้กระทำผิดได้ซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความทุกข์ยากลำบากของผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการตี๋มแล้วขับของผู้อื่น ซึ่งจากผลการอบรมในหลายรุ่นพบว่า สัดส่วนของผู้กระทำผิดซ้ำที่เข้าสู่กระบวนการคุมประพฤติอีกแทบไม่เกิดขึ้น โดยมีการสะท้อนจากผู้กระทำผิดที่เข้าร่วมกระบวนการว่า รู้สึกสะท้อนใจถึงผลที่เกิดขึ้น และสัญญาว่าจะไม่ตี๋มแล้วขับอีก



บทส่งท้าย

หลังจากการแก้ปัญหาที่ “ปลายน้ำ” แล้ว จังหวัดน่านได้เข้าไปจัดการปัญหาที่ “ต้นน้ำ” ด้วย โดย น.พ.พงศ์เทพฯ ได้เข้าไปทำงานกับชุมชนและฝ่ายปกครองของอำเภอเมืองน่าน ในการทำงานเชิงรุกเพื่อควบคุมการขายเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ให้กับเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี หลังจากมีเยาวชนดื่มแล้วขับแล้วเกิดเหตุจากงานเลี้ยง นอกจากนี้ได้ร่วมงานกับท้องถิ่น กำหนดผู้ใหญ่บ้าน โดยเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนนขึ้นและมีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย ผู้ใหญ่บ้าน และกำนันของผู้ป่วยที่พักอาศัยอยู่ในตำบลนั้น จะต้องมาเยี่ยมลูกบ้านของตนเองที่โรงพยาบาลน่านพร้อมกับฝ่ายปกครองและสาธารณสุขอำเภอด้วย ซึ่งวิธีการนี้เป็นการบังคับทางอ้อมเพื่อให้ฝ่ายปกครองที่ใกล้ชิดกับชุมชนมีมาตรการควบคุมดูแลลูกบ้านของตนเองไม่ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มแล้วขับด้วย ซึ่งนับว่าเป็นการทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ไรต่อสถานการณ์และมีพลังในการประสานความร่วมมือกับพื้นที่ได้ ทำให้การขับเคลื่อนงานในพื้นที่ มีเจ้าของปัญหาทุกฝ่ายเข้ามาร่วมกันทำงานได้อย่างต่อเนื่อง

การสื่อสาร และมาตรการของรัฐมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการควบคุมอุบัติเหตุทางถนน แต่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสะท้อนว่าประเทศไทยยังต้องพัฒนาระบบการจัดการอีกมาก ในทุกมิติของอุบัติเหตุทางถนน เพื่อให้การแก้ไขและป้องกันอุบัติเหตุเกิดประสิทธิภาพและรวดเร็ว โดยรัฐบาลต้องเห็นความสำคัญของปัญหานี้ และเกาะติดกับปัญหาอีกทั้งปรับปรุงมาตรการเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง โดยมีการบริหารจัดการข้อมูลที่เป็นระบบ จุดคานงัดของอุบัติเหตุบนท้องถนนที่สำคัญน่าจะอยู่ที่การกระจายบทบาทหน้าที่ของรัฐเข้าไปในระดับพื้นที่ (จังหวัด อำเภอ ตำบล) เพื่อให้ท้องถิ่นเป็นเจ้าภาพในการจัดการ อีกนัยหนึ่ง คือทำให้ประเทศไทยกระจายอำนาจเข้าสู่พื้นที่ที่เล็กลงจำนวนมาก โดยหน่วยงานข้างบนให้การสนับสนุนด้านนโยบาย วิชาการ เทคโนโลยี และทรัพยากร เพื่อให้ภาคส่วนต่างๆ ในระดับท้องถิ่นทำงานได้อย่างคล่องตัวและบูรณาการร่วมกันมาก แม้ว่าโครงสร้างของ สปถ. จะมีโครงสร้างทั้งส่วนกลางและที่กระจายไปในระดับท้องถิ่น แต่ สปถ. ก็ยังมีช่องว่างอีกมาก ทำให้การทำงานยังไม่สมบูรณ์และรวดเร็วเพียงพอ การขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ ดังเช่นตัวอย่างในจังหวัดน่าน น่าจะเป็นกลไกสำคัญที่จะช่วยจัดการกับปัญหาดื่มแล้วขับได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการอยู่ใกล้กับปัญหา และอาศัยเครือข่ายในท้องถิ่นเพื่อช่วยจัดการปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

ความรุนแรง ต่อเด็กนักเรียน ปัญหาและแนวทางแก้ไข



จากกระแสข่าวที่โด่งดังเรื่องผู้ช่วยครูในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่งทำร้ายเด็กนักเรียนอย่างไร้ความเมตตา¹ ทำให้สังคมเกิดการตั้งคำถามถึงคุณภาพและมาตรฐานของครูในโรงเรียน ว่าเพราะเหตุใดบุคลากรทางการศึกษาจึงขาดจริยธรรมถึงขนาดทำร้ายร่างกายนักเรียนซึ่งเป็นเพียงเด็กกอนูบาลได้ เป็นที่น่าตกใจว่าพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นหลายครั้ง และมีบุคลากรในโรงเรียนหลายคนที่มีพฤติกรรมทำร้ายร่างกายเด็กเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าการทำร้ายร่างกายดังกล่าวนี้เป็นเรื่องปกติ ประกอบกับผู้อำนวยการโรงเรียนที่แสดงพฤติกรรมเหมือนเป็นการให้ท้ายโดยกล่าวว่าการทำร้ายร่างกายนักเรียนเป็นเรื่องปกติของการเรียนรู้² การใช้ความรุนแรงต่อเด็กในโรงเรียนดังกล่าวจึงเป็นการตอกย้ำกระแสข่าวที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งว่า มีการทำร้ายตลอดจนล่วงละเมิดเด็กนักเรียนในลักษณะต่างๆ ในโรงเรียนของประเทศไทย สังคมจึงควรตั้งคำถามว่าเพราะเหตุใดการที่ครูทำร้ายนักเรียนจึงเป็นเรื่องปกติในสังคมไทย

สำนวนที่ว่า “รักวัวให้ผูก รักลูกให้ตี” หรือคำว่า “ไม่เรียวสร้างคน” สะท้อนถึงทัศนคติและวิถีคิดของสังคมไทยตั้งแต่สมัยอดีตที่มองว่าเรื่องการตี เป็นการแสดงความรัก ความปรารถนาดีที่ต้องการให้เด็กได้ดี ทำให้การตีเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ การตีสามารถทำให้ผู้เรียนได้ดีและสังคมไทยก็ยอมรับโดยดูขยี้ว่าเรื่องการตีเป็นสิ่งที่ยอมรับกันได้ ใครๆ ก็ทำกัน เรื่องนี้จึงอยู่ในการดำเนินชีวิตและวิถีของสังคม^{3,4,5,6} แต่ต่อมาการตีได้ขยายบริบทไปเป็นการใช้ความรุนแรงหลายรูปแบบที่ครูกระทำต่อนักเรียน ทำให้นักเรียนและครอบครัวจำยอมที่ต้องยอมรับ แต่เมื่อสังคมตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนมากขึ้นและปฏิเสธความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ กระทรวงศึกษาธิการจึงได้ออกระเบียบห้ามตีนักเรียนขึ้น แต่ก็ยังปรากฏว่ามีข่าวการตีและใช้ความรุนแรงต่อนักเรียนในหนังสืออย่างสม่ำเสมอ เพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้น การวิเคราะห์ถึงประเด็นดังกล่าวอย่างเป็นระบบจะช่วยให้เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในอนาคต บทความนี้จะพิจารณาถึงบริบทและความเป็นไปของรูปแบบการศึกษาของไทย แนวคิดและบทบาทของครู รวมทั้งทัศนคติที่สังคมมอบให้ครูและการศึกษา เพื่อทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น และวางแนวทางในการแก้ไขปัญหานี้

บริบทการศึกษาและความสัมพันธ์ระหว่างครู-ศิษย์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ในอดีต สังคมไทยยกย่องพ่อแม่และบุคคลที่ควรแก่การเคารพนับถือว่าเป็นครูคนแรก ต่อมาเมื่อมีการพัฒนาทางการศึกษาที่เป็นระบบและมีวิชาชีพครูเกิดขึ้น ก็ตามมาด้วยมาตรฐานวิชาชีพที่สังคมยอมรับ จนกลายเป็นระบบการศึกษาขึ้น โดยในอดีต หากศึกษาบริบทของวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ผ่านพงศาวดาร⁷ วรรณกรรมหรือวรรณคดี⁸ ตำนาน นิทาน เรื่องเล่า⁹ ความสัมพันธ์ฉันศิษย์-ครูของไทย มักเป็นไปในลักษณะที่มากกว่าการให้วิชาความรู้ กล่าวคือ ในสมัยก่อน ศิษย์จะต้องไปอยู่อาศัยกับครู คอยช่วยและทำงานกับครูในรูปแบบต่างๆ โดยก่อนที่ลูกศิษย์จะไปอยู่กับครู พ่อแม่หรือผู้ปกครองจะต้องทำพิธีมอบตัวศิษย์ต่อครูโดยนำพาน ดอกไม้ เครื่องสักการะเงินค่าครู ไปมอบให้ครู นับว่าเป็นการมอบตัวเพื่อขอเป็นศิษย์ให้ครูมอบความรู้ คอยสั่งสอน เมื่อศิษย์มาอยู่กับครูย่อมได้เห็นการใช้ชีวิต แง่คิด การปฏิบัติตนเอง ครูจะทำให้ศิษย์ซึมซับสิ่งต่างๆ เหล่านี้ไปด้วย ดังนั้นในแง่นี้การให้ความรู้ของครูจึงไม่ใช่แค่วิชาการเท่านั้น แต่ศิษย์ยังได้แนวทางในการใช้ชีวิตหรือการปฏิบัติตนด้วย แต่ในระบบการศึกษาสมัยใหม่มีฝ่ายครูเป็นผู้ให้บริการ ฝ่ายนักเรียน-ผู้ปกครองเป็นผู้รับบริการ ทำให้ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดในอดีตกลับห่างเหินกันมากขึ้น

จากงานเขียนของสมเด็จพระยาบรมราชานุภาพ การศึกษาของ ศ.นิธิ เอียวศรีวงศ์¹⁰ และนักวิชาการต่างๆ¹¹ แสดงให้เห็นว่าการไหว้ครูในอดีตเป็นการไหว้ครูที่เป็นวิชาความรู้ บุรพาจารย์ และครูที่เสียชีวิตไปแล้ว (ผีครู) ไม่ใช่การไหว้ครูที่มีชีวิต ต่อมาใน ปี 2484 พิธีกรรมไหว้ครูได้ถูกทำให้เปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นนโยบายของรัฐที่กำหนดให้โรงเรียนทุกแห่งจะต้องปฏิบัติตาม¹² โดยในบริบทการไหว้ครูที่เป็นนโยบายของรัฐนี้ การไหว้ครูถูกเปลี่ยนแปลงไปจากการไหว้ครูที่เป็นผี เป็นสิ่งเหนือธรรมชาติเป็นการไหว้ครูที่มีชีวิต กระบวนการไหว้ครูถูกทำให้ดูศักดิ์สิทธิ์ขึ้น



ภาพ: <https://thematter.co/science-tech/school-of-violence-and-overlooked-crisis/9409>

จากกระบวนการหล่อหลอมทางสังคมดังกล่าว ทำให้สถานะของครูอยู่สูงกว่านักเรียน การมีสถานะที่สูงกว่าในบริบทความสัมพันธ์ระหว่างครูและศิษย์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ครูบางคนกลับนำสถานะและอำนาจที่สังคมมอบให้ดังกล่าวไปใช้ในทางที่ผิด มีการใช้อำนาจลงโทษนักเรียนที่อยู่ในความดูแลของตนเอง จากข่าวคราวการลงโทษนักเรียนที่ปรากฏตามสื่อสารมวลชนต่างๆ พบว่ารูปแบบการลงโทษมีหลากหลาย ขยายขอบเขตไปถึงเรื่องการทำร้ายร่างกายในหลายรูปแบบและมีการใช้ความรุนแรง เช่น ฟาดอย่างรุนแรง¹³ การสั่งให้ลูกนั่ง¹⁴ ตะ¹⁵ ตบ¹⁶ การใช้ความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ^{17,18} นอกจากนี้ ปัจจุบันยังพบว่ามีหลายกรณีที่ครูหรือโรงเรียนใช้อำนาจในฐานะครูอาจารย์ในการบังคับให้นักเรียนกระทำการ หรือไม่กระทำการใดๆ เช่น การบังคับซื้อของ การออกกฎเกณฑ์และระเบียบต่างๆ โดยนักเรียนจะต้องจำยอมหรือจำนนที่จะต้องทำ^{19,20,21,22} เพราะหากไม่ทำจะทำให้นักเรียนได้รับการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม หรือถูกตีตราเช่นนี้ มิติของการลงโทษจึงเปลี่ยนแปลงไปเป็นการครอบงำหรือการใช้อำนาจที่เหนือกว่าจากครูและโรงเรียน

กระทรวงศึกษาธิการกับ ระเบียบเรื่องการลงโทษนักเรียน

ปัจจุบันกระทรวงศึกษาธิการได้ใช้ระเบียบกระทรวงศึกษาธิการ ว่าด้วยการลงโทษนักเรียนหรือนักศึกษา พ.ศ. 2548 เป็นแม่บทในการลงโทษนักเรียนหรือนักศึกษาที่กระทำความผิด โดยระเบียบดังกล่าวได้กำหนดจุดมุ่งหมายในการลงโทษไว้ว่าการลงโทษมีความมุ่งหมายเพื่อการสั่งสอนเท่านั้น ไม่มีความมุ่งหมายเพื่อการอื่น ๆ แต่อย่างใด และได้กำหนดหลักการและวิธีการในการลงโทษนักเรียนหรือนักศึกษาไว้ 4 วิธี คือ 1) ว่ากล่าวตักเตือน 2) ทำทัณฑ์บน 3) ตัดคะแนนความประพฤติ และ 4) ทำกิจกรรมเพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และห้ามลงโทษนักเรียนและนักศึกษาด้วยวิธีรุนแรง หรือแบบกลั่นแกล้งหรือลงโทษด้วยความโกรธหรือด้วยความพยาบาท โดยให้คำนึงถึงอายุของนักเรียนหรือนักศึกษา และความร้ายแรงของพฤติกรรมประกอบการลงโทษด้วยการลงโทษนักเรียนหรือนักศึกษาให้เป็นไปเพื่อเจตนาที่จะแก้แค้นและความประพฤติไม่ดีของนักเรียนหรือนักศึกษาให้รู้สำนึกในความผิดและกลับมาประพฤติตนในทางที่ดีต่อไป นอกจากนี้ระเบียบยังกำหนดให้ผู้บริหารโรงเรียน หรือผู้ที่ผู้บริหารโรงเรียนมอบหมายเป็นผู้มีอำนาจในการลงโทษนักเรียนหรือนักศึกษา

ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากระเบียบกระทรวงศึกษาธิการแล้วจะพบว่าไม่ได้กำหนดให้การตีเป็นการลงโทษนักเรียนหรือนักศึกษา แต่ปัจจุบันการตีก็ยังเป็นการลงโทษนักเรียนที่ทำกันอย่างแพร่หลายในโรงเรียน เช่นนี้จะแสดงให้เห็นได้หรือไม่ว่า ครูและสถานศึกษาไม่ยอมรับ และไม่ปฏิบัติตามระเบียบที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนด

การขับเคลื่อนทางสังคม ภายหลังเหตุการณ์ครูทำร้ายนักเรียน

กรณีครูจุ่มนั้น ในทางคดี ผู้ปกครองของนักเรียนที่ถูกครูผู้ช่วยทำร้ายได้เอาผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญากับครูผู้ก่อเหตุ โดยครูถูกศาลสั่งจำคุกฐานทำร้ายร่างกาย และมีการฟ้องเป็นคดีแพ่งเพื่อเรียกค่าเสียหายอีกด้วย²³ นอกจากนี้กลุ่มผู้ปกครองและเครือข่ายได้เข้าร้องเรียนต่อกระทรวงศึกษาธิการ รวมทั้งรวมตัวกันเข้าไปพูดคุยกับโรงเรียนเพื่อให้รับผิดชอบในกรณีดังกล่าวด้วย

เหตุการณ์ที่ครูผู้ช่วยทำร้ายนักเรียนชั้นอนุบาลที่เป็นข่าวโด่งดังนี้ก่อให้เกิดการถกเถียงและการเคลื่อนไหวในสังคมอย่างกว้างขวาง ทั้งจากกลุ่มผู้ปกครองของนักเรียนเองและเครือข่ายทางสังคมขอให้ลงโทษครูและโรงเรียนที่ก่อเหตุ รวมทั้งเคลื่อนไหวให้กระทรวงศึกษาธิการหามาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวยังอีกในอนาคต กระทรวงศึกษาธิการ โดย ดร.กนกวรรณ วิชาวัณย์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงศึกษาธิการ พร้อมคณะได้เข้าร่วมประชุมพร้อมทั้งคณะผู้ปกครอง และผู้แทนโรงเรียนหลายครั้ง เพื่อปรึกษาหารือถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น²⁴ โดยในเบื้องต้นได้สั่งให้ตรวจสอบใบประกอบวิชาชีพของครูในโรงเรียนทั้งหมด ปรึกษาหารือถึงทางออกร่วมกัน ทางด้านสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) ได้สั่งการให้มีการตรวจสอบใบประกอบวิชาชีพของครูในโรงเรียนเอกชนทั่วประเทศตามมา²⁵ เนื่องจากพบว่า มีครูในโรงเรียนเอกชนจำนวนหนึ่ง ซึ่งรวมถึงครูจุ่มไม่มีใบประกอบวิชาชีพ

เหตุการณ์ครูผู้ช่วยทำร้ายร่างกายนักเรียนดังกล่าวทำให้เกิดการขุดคุ้ยตรวจสอบในเรื่องอื่นตามมาด้วย โดยหลายฝ่ายมีความเห็นเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นครั้งนี้ มาจากการที่ธุรกิจการศึกษาในประเทศไทยเจริญเติบโตและเฟื่องฟูมากขึ้น กล่าวคือ พ่อแม่ผู้ปกครองยินดีที่จะจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อให้บุตรหลานตนเองได้เรียนกับครูที่มีการโฆษณาว่ามีคุณภาพ โดยเฉพาะโรงเรียนนานาชาติทำให้เกิดความต้องการครูและบุคลากรทางการศึกษาเป็นจำนวนมาก และด้วยความที่เป็นธุรกิจการศึกษา จึงลดต้นทุนดำเนินการเพื่อให้เกิดผลกำไรโดยจ้างครูบางรายที่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพด้วย^{26,27} ดังเช่นกรณีครูจุ่ม

ถอดบทเรียนการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาครุทำร้ายเด็ก

จากความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย จนเป็นกรณีศึกษาในระดับโลก ทำให้สรุปบทเรียนได้ว่าการนำผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย ทั้งประชาชน ชุมชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ หรือกำหนดนโยบายสุขภาพ ในแต่ละระดับเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จในการปฏิรูประบบสุขภาพ เนื่องจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและสังคมจะเป็นการตรวจสอบ ส่งเสริม และต่อยอดการทำงาน ทำให้การทำงานของบุคลากรในระบบมีความตื่นตัวในการทำงานตลอดเวลา ดังนั้น แนวทางป้องกันปัญหาการทำร้ายร่างกายในโรงเรียน จึงควรให้ชุมชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษากับโรงเรียนด้วยเช่นกัน กล่าวคือ ไม่ควรผลักภาระในการดูแล และจัดการศึกษาให้กับครูและโรงเรียนแต่เพียงอย่างเดียว ครอบครัว ชุมชน และสังคมจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดระบบการศึกษา บริหารจัดการ ติดตาม ตรวจสอบการจัดการศึกษาของครูและโรงเรียนอย่างจริงจัง

แม้ว่าปัจจุบันจะมีกฎหมายกำหนดให้การบริหารสถานศึกษา จะต้องนำชุมชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานก็ตาม²⁸ แต่การดำเนินการดังกล่าวยังจำกัดอยู่เฉพาะนโยบายเท่านั้น ไม่มีการนำชุมชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วมจริงจังในการสอนนักเรียนในแต่ละวัน ซึ่งแตกต่างจากฝ่ายสุขภาพที่นำอาสาสมัคร ชุมชน สังคม เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการในทุกๆระดับ ประกอบกับทัศนคติของสังคมไทยที่มีต่อครูและโรงเรียนที่สังคมไม่กล้าไปวุ่นวายหรือก้าวก้าวยการดำเนินการ เพราะครูหรือโรงเรียนมีสถานะที่สูงกว่า ทำให้การจัดการศึกษาในโรงเรียนนั้น ครูและสถานศึกษาจะเป็นผู้ผูกขาดการดำเนินการเองทั้งหมด ขาดการมีส่วนร่วมจากชุมชนและสังคม

ดังนั้นการดำเนินการในขั้นต้น การนำชุมชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาควรทำตั้งแต่ระดับปฏิบัติการ ระดับการสอนในแต่ละวัน จนถึงระดับนโยบาย ซึ่งปัจจุบันมีตัวอย่างของโรงเรียนบางแห่งที่นำชุมชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการกับโรงเรียนในเรื่องต่างๆ เช่น อาหารกลางวัน²⁹

ซึ่งได้ผลที่เป็นรูปธรรมคือ การดำเนินการของโรงเรียนโปร่งใส ตรวจสอบได้ และสามารถจัดการอาหารที่มีคุณภาพแก่นักเรียนได้ จึงควรแก้ปัญหาในทางปฏิบัติว่าจะทำอย่างไรให้ผู้ปกครอง ชุมชน สังคม เข้ามามีส่วนร่วมกับครูและโรงเรียนได้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

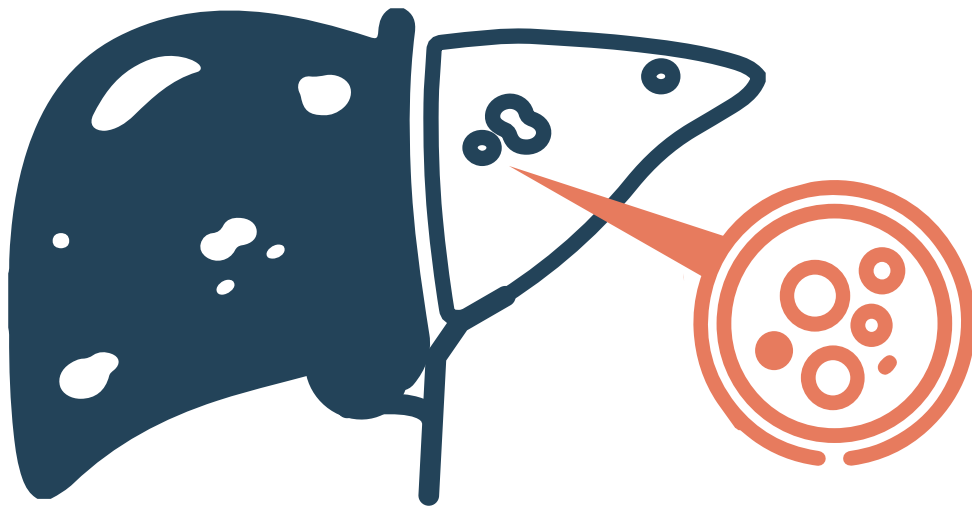
บทส่งท้าย

ปัจจุบัน สังคมกำลังตั้งคำถามถึงคุณภาพและมาตรฐานของครูในโรงเรียน ว่าเพราะเหตุใดจึงขาดจริยธรรมทางวิชาชีพถึงขนาดทำร้ายร่างกายนักเรียน แม้ในอดีต การตีอาจเคยเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกฝนบ่มเพาะเด็ก โดยพ่อแม่ นำบุตรมาฝากฝังให้อาศัยและเรียนวิชากับครู แต่ในปัจจุบัน การตีได้ขยายบริบทไปเป็นการใช้ความรุนแรงหลายรูปแบบที่ครูกระทำต่อนักเรียน แม้ว่ากระทรวงศึกษาธิการได้ออกระเบียบห้ามตีนักเรียนขึ้น แต่ก็ยังปรากฏว่ามีข่าวการตีและใช้ความรุนแรงต่อนักเรียนบ่อยครั้ง ปัจจุบันเครือข่ายทางสังคมได้เคลื่อนไหวให้กระทรวงศึกษาธิการทามาตรการเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาดังกล่าวขึ้นอีกในอนาคต แนวทางในการแก้ปัญหาในระยะยาวคือการนำชุมชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาตั้งแต่ระดับปฏิบัติการ ระดับการสอนในแต่ละวัน จนถึงระดับนโยบาย ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินการของโรงเรียนโปร่งใส ตรวจสอบได้ และสามารถจัดการศึกษาที่มีคุณภาพแก่นักเรียนได้



ภาพ: <https://www.sanook.com/news/1183473>

รอยขีดข่วนของเด็กจากการถูกลงโทษ



มะเร็งตับ...

มัจจุราชคร่าชีวิตคนไทย

ตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนไทยมาแทบทุกปี นอกจากนี้แนวโน้มการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งยังเพิ่มขึ้นทุกปี หากจำแนกตามชนิดของโรคมะเร็ง พบว่าคนไทยตายด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมากที่สุด โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเกือบ 2.5 เท่า ปัจจุบันพบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับอยู่ที่ 22.6 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงเป็นอันดับ 6 ของโลก ด้วยความสำคัญของมะเร็งตับต่อสุขภาพของคนไทยดังกล่าว บทความนี้จะเป็นการอภิปรายสถานการณ์ของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง รวมถึงนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับมะเร็งตับและท่อน้ำดีในประเทศไทย

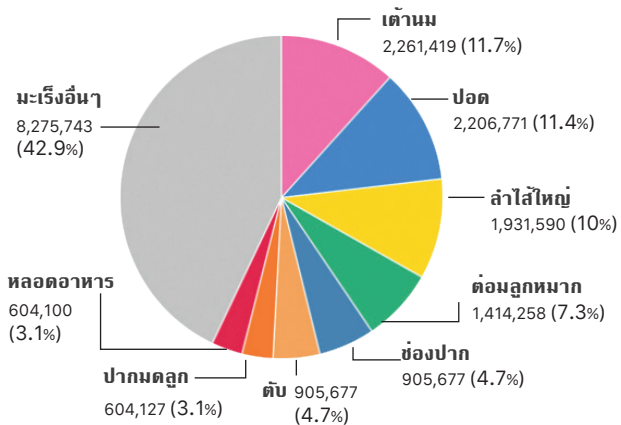
มะเร็งตับคืออะไร?

โรคมะเร็ง คือ กลุ่มของโรคที่เกิดจากเซลล์ของร่างกายที่มีการเจริญเติบโตหรือแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว จนเกิดเป็นก้อนเนื้อผิดปกติ ทำให้ขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงจนเกิดการตายของเซลล์ในก้อนเนื้อ ในปัจจุบันพบว่า มีมะเร็งกว่า 100 ชนิด¹ เนื่องจากการเจ็บป่วยและการตายจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการตระหนักถึงภัยร้ายของโรคมะเร็ง รวมถึงทำให้คนทั่วโลกหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) จึงกำหนดให้วันที่ 4 กุมภาพันธ์ของทุกปีเป็น “วันมะเร็งโลก (World Cancer Day)” ตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา²

ข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ขององค์กรระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคมะเร็ง (The International Agency for Research on Cancer: IARC) องค์การอนามัยโลก คาดว่า ในปี 2563 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 19.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเกือบ 10 ล้านคน หรืออาจกล่าวได้ว่าการตายประมาณ 1 ใน 6 ของคนทั่วโลกมีสาเหตุมาจากโรคมะเร็ง สำหรับสาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งของคนทั่วโลก 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ โดยพบว่า มะเร็งตับมีการตายสูงถึง 8.3 แสนคน หรือคิดเป็นร้อยละ 8.3 ของการตายด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด³

ภาพที่ 1 การคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยมะเร็งร้ายใหม่ทั่วโลก ปี 2563

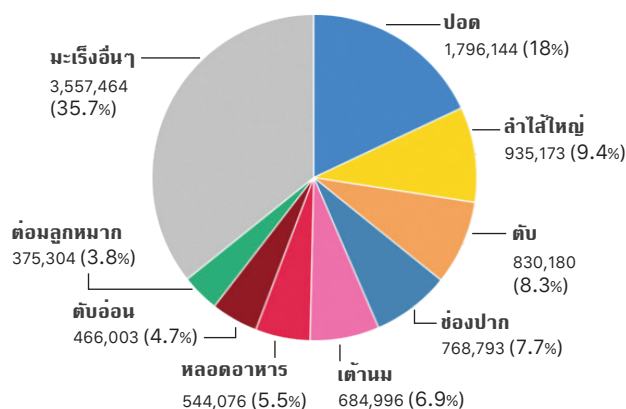
จำนวนผู้ป่วยมะเร็งร้ายใหม่ทั่วโลก ปี 2563



รวม 19,292,789 ราย

ที่มา: WHO, 2020

จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็ง ปี 2563



รวม 9,958,133 ราย

มะเร็งตับเกิดจากเซลล์บริเวณตับมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนเซลล์มากกว่าปกติแล้วพัฒนาเป็นมะเร็งในที่สุด หรืออาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งบริเวณอื่นมายังตับก็ได้⁴ ซึ่งโรคมะเร็งตับที่พบมากในประเทศไทยมี 2 ชนิด^{5,6,7}

มะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular carcinoma, HCC) มะเร็งชนิดนี้เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี และในผู้ป่วยตับแข็ง โดยมะเร็งตับที่พบร้อยละ 95 ของมะเร็งตับเป็นมะเร็งตับชนิดนี้

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma, CCA) มะเร็งชนิดนี้เกิดจากพยาธิใบไม้ในตับที่พบในปลาน้ำจืด ซึ่งรับประทานแบบสุกๆ ดิบๆ เช่น ปลาต้ม ปลาจิ้มกัวยปลา รวมถึงการรับประทานอาหารบางชนิดที่มีดินประสิวซึ่งเป็นสารก่อมะเร็ง มะเร็งชนิดนี้จะพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือของไทย

ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของมะเร็งตับ

เนื่องจากความแตกต่างของพฤติกรรมเสี่ยง การบริโภคอาหาร สภาพแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ ประกอบกัน ทำให้อุบัติการณ์และความชุกของโรคมะเร็งมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคของโลก ในทวีปยุโรปและอเมริกาพบมะเร็งตับเพียงร้อยละ 3 ของมะเร็งทุกชนิด ในขณะที่ทวีปเอเชียกลับพบมะเร็งชนิดนี้สูงถึงร้อยละ 40 ของมะเร็งทุกชนิด สำหรับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดมะเร็งตับที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซี ซึ่งติดต่อได้ทางเลือด การติดเชื้อจากแม่ไปสู่ลูกในครรภ์ และการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเมื่อได้รับไวรัสตับอักเสบบีและซีเข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำให้มีภาวะตับอักเสบริ้รัง และพัฒนาเป็นมะเร็งตับได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ผู้ที่มีภาวะไขมันพอกตับ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีสารอะฟลาทอกซิน รวมถึงอาหารที่มีส่วนผสมของดินประสิว รับประทานปลาน้ำจืดที่ปรุงไม่สุก เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การป่วยเป็นมะเร็งตับได้ทั้งสิ้น⁸

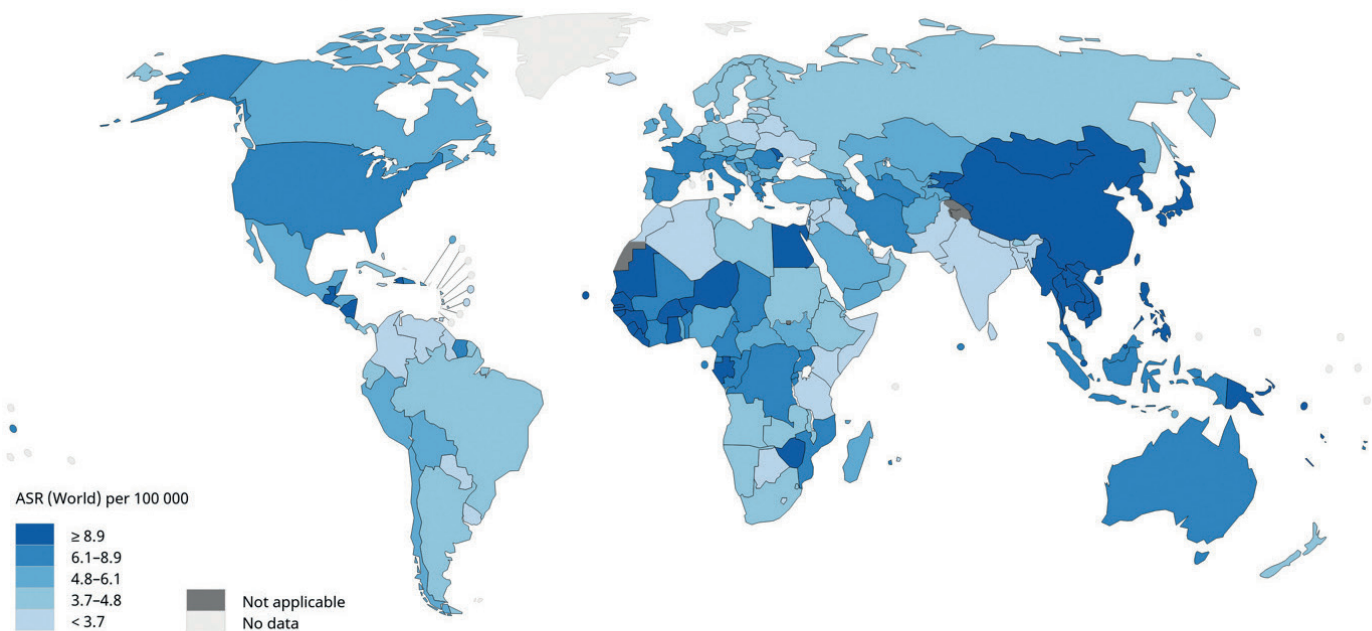
อย่างไรก็ตามมะเร็งตับจะไม่แสดงอาการในระยะแรก โดย นพ. จินดา โรจนเมธินทร์ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับอาการเบื้องต้นของผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งตับว่าจะมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อเป็นประจำ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ปวดเสียดชายโครงขวา ตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องโต และมีอาการบวมบริเวณขาทั้งสองข้าง รวมถึงอาจคลำพบก้อนในช่องท้อง เป็นต้น ซึ่งหากมีอาการเหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยอย่างละเอียดต่อไป⁹

สถานการณ์มะเร็งเรื้อรังในไทย

จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งเรื้อรัง ปี 2563 โดยทำการปรับอายุให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน (Age Standardized Rate: ASR) เพื่อใช้เปรียบเทียบการเกิดโรคมะเร็งเรื้อรังของแต่ละประเทศ พบว่า การเกิดโรคมะเร็งเรื้อรังส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในแถบเอเชียเป็นส่วนใหญ่ โดยประเทศมองโกเลียมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งเรื้อรังสูงสุด 85.6 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อียิปต์ 34.1 ต่อประชากรแสนคน และลาว 24.4 ต่อประชากรแสนคน สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งเรื้อรังอยู่ที่ 22.6 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งอยู่ในอันดับที่ 6 ของโลก

สำหรับสถานการณ์มะเร็งเรื้อรังและท่อน้ำดีในประเทศไทยพบว่า กว่าหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมาจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเรื้อรังและท่อน้ำดีมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 13,419 คน (คิดเป็นอัตรา 21.3 ต่อประชากร 100,000 คน) ในปี 2550 เป็น 16,288 คน (คิดเป็นอัตรา 24.8 ต่อประชากร 100,000 คน) ในปี 2562^{10,11} นอกจากนี้เมื่อจำแนกตามเพศของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเรื้อรังและท่อน้ำดีพบว่า กว่าร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตเป็นผู้ชาย อย่างไรก็ตามจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเรื้อรังและท่อน้ำดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยผู้ชายเพิ่มจาก 9,459 คน ในปี 2550 เป็น 10,874 คน และ 11,594 คน ในปี 2556 และ 2562 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้หญิงเพิ่มจาก 4,133 คน ในปี 2550 เป็น 4,541 คน และ 4,694 คน ในปี 2556 และ 2562 ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลการตายในปี 2562 ยังชี้ให้เห็นว่าการตายด้วยโรคมะเร็งเรื้อรังพบในประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปกว่าร้อยละ 60 และกว่าร้อยละ 40 ของผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเรื้อรังอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹²

ภาพที่ 2
การคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก
เกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งเรื้อรัง ปี 2563



All rights reserved. The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization / International Agency for Research on Cancer concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate borderlines for which there may not yet be full agreement.

Data source: GLOBOCAN 2020
Graph production: IARC
(<http://gco.iarc.fr/today>)
World Health Organization

 World Health Organization
© International Agency for Research on Cancer 2020

ที่มา: WHO, 2020

นโยบายและยุทธศาสตร์ของไทย เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ

เนื่องจากประชากรไทยเผชิญกับการเจ็บป่วยและตายจาก มะเร็งเป็นจำนวนมาก โดยมะเร็งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทยมาตั้งแต่ปี 2542 ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกัน และควบคุมการเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทย สถาบันมะเร็ง แห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้จัดทำแผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง ฉบับแรกเริ่มในปี 2540 และต่อมาได้ มีการทบทวน ปรับปรุง และจัดทำแผนฯ พ.ศ. 2556-2560 ขึ้นในปี 2556 เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของไทยในเวลานั้น ปัจจุบันไทยได้จัดทำแผนฯ พ.ศ. 2561-2565 ขึ้นโดยปรับปรุง ให้เข้ากับสถานการณ์ในปัจจุบันและสอดคล้องกับแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2561-2565 โดยแผนฯ ดังกล่าว ประกอบด้วย 7 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการ ป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการตรวจหา โรคมะเร็งระยะเริ่มแรก ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการรักษา ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง ยุทธศาสตร์ที่ 6 ด้านการวิจัยเพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง และยุทธศาสตร์ที่ 7 ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรใน การป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง¹³

แม้ว่าแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2565 จะกำหนดแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรค มะเร็งในภาพรวมเป็นหลัก ไม่ได้แยกแนวทางการป้องกันและ ควบคุมตามชนิดของโรคมะเร็ง แต่มี 2 ยุทธศาสตร์ที่ระบุถึง แนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี และกำหนดกิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์ของโรคมะเร็งตับ และท่อน้ำดีไว้อย่างชัดเจน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง

1. แนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งเซลล์ตับ ได้แก่ การให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในเด็กแรกเกิด เพื่อป้องกันโรคมะเร็งเซลล์ตับอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้ การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และการ บริโภคอาหารที่มีการปนเปื้อนอะฟลาทอกซิน การปรับ เปลี่ยนค่านิยมและรณรงค์ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันการสัมผัสและลดความเสี่ยงจากสารก่อมะเร็งจาก การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ให้ความรู้เกี่ยวกับสาร เคมีอันตรายที่เป็นสารก่อมะเร็งตับ รวมถึงควบคุมปัจจัยเสี่ยง จากการประกอบอาชีพ หรือหาสารทดแทนเพื่อลดความเสี่ยง ต่อการสัมผัสสารก่อมะเร็ง

2. แนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ การเฝ้าระวังป้องกัน ลดการบริโภคปลาน้ำจืดที่ปรุงไม่สุก ควบคุมและกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับแบบบูรณาการและ เป็นระบบสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของ ทุกภาคส่วน และการกำกับดูแลจัดการสิ่งปฏิภูลของชุมชน และท้องถิ่นให้ถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎหมาย สาธารณสุข รวมทั้งส่งเสริมความตระหนักรู้และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขอนามัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรก

1. กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์ของโรคมะเร็งเซลล์ตับ
ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การตรวจหามะเร็งตับระยะเริ่มแรกในผู้ชายที่มีอายุ 50 ปี และในเพศหญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป หากมีประวัติครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเซลล์ตับอาจเริ่มตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกตั้งแต่อายุ 30-35 ปี

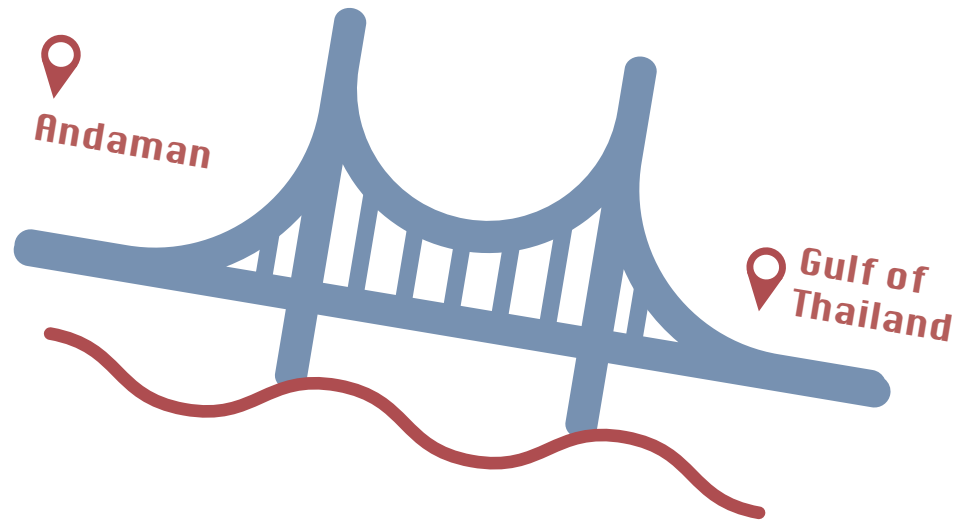
2. กิจกรรมสนับสนุนยุทธศาสตร์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดี
ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การตรวจหามะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรก เช่น การตรวจอัลตราซาวด์ตับและช่องท้องส่วนบน ติดตามผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ จัดอบรมแก่แพทย์ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป การจัดทำระบบส่งต่อผู้ที่มีผลคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์ผิดปกติเพื่อการวินิจฉัยโรคและรักษา และสนับสนุนความร่วมมือกับภาคเอกชน และภาคประชาสังคม/ชุมชน

จะเห็นได้ว่าแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2565 ได้กำหนดแนวทางควบคุมและป้องกัน รวมทั้งกิจกรรมสนับสนุนการตรวจหามะเร็งตับและท่อน้ำดีระยะเริ่มแรกไว้อย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงเจตนารมณ์ในการลดการเจ็บป่วยและการตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี รวมถึงโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ ในประเทศไทย จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12 ได้ให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2565 ไว้ว่ายังไม่มีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการตามแผนฯ อย่างชัดเจน นอกจากนี้ที่ประชุมยังเสนอให้ภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมทำงานร่วมกันมากขึ้น

เพื่อสร้างรูปแบบ แนวทางป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งในเชิงพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป¹⁴ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโรคมะเร็งตับจะไม่แสดงอาการของโรคในทันทีทันใด อาจทำให้ประชาชนละเลยหรือไม่ได้ป้องกันการเกิดโรคอย่างจริงจัง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมควรดำเนินจัดทำสื่อ หรือช่องทางในการสื่อสารกับประชาชนให้ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ รวมถึงสถานการณ์ของมะเร็งตับในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

สรุป

ประเทศไทยได้เผชิญกับการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งมาช้านานและมีแนวโน้มการเกิดมะเร็งตับเพิ่มขึ้น แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน พยายามจัดทำนโยบาย แผนงาน และยุทธศาสตร์ต่างๆ เพื่อลดการเจ็บป่วยและตายจากโรคมะเร็งตับ และพัฒนาวิธีการรักษาใหม่ๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งรณรงค์ให้ความรู้ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็เหตุปัจจัยของการเกิดโรค การป้องกัน และแนวทางในการรักษา แต่ยังคงพบว่าการเจ็บป่วยและการตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ตลอดจนการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นแนวทางป้องกันการเกิดโรคมะเร็งและโรคต่างๆ ที่สามารถทำได้ด้วยตนเองในเบื้องต้น เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกัน และลดการเจ็บป่วยได้ ขณะเดียวกันภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคมก็ควรเร่งทำงานร่วมกันเพื่อสร้างรูปแบบ แนวทางป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งในเชิงพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย



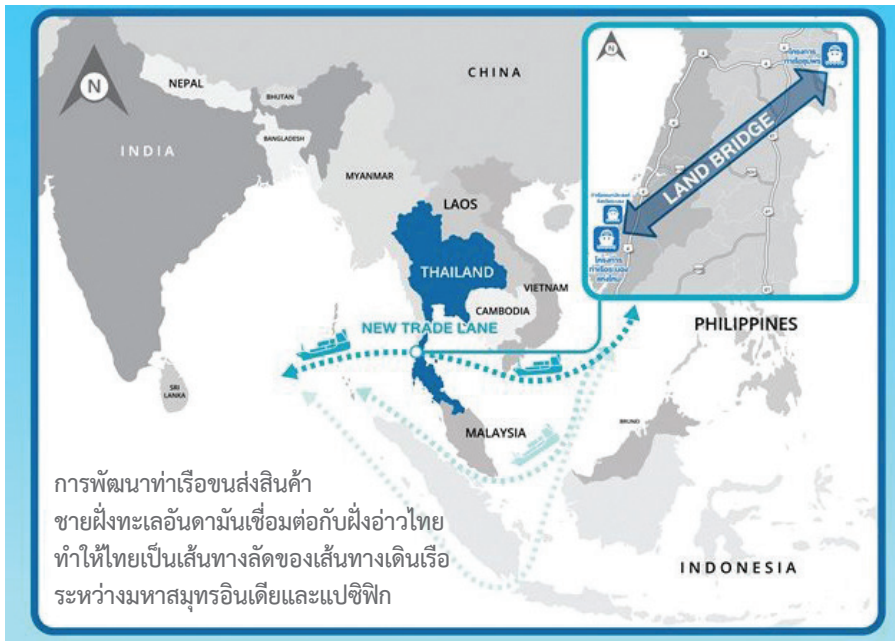
แลนด์บริดจ์ อ่าวไทย-อันดามัน อภิมหาโครงการ 2 ทศวรรษ

หนึ่งในโครงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่สร้างกระแสความสนใจอย่างกว้างขวางทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ คงไม่พลาดอภิมหาโครงการอย่าง “สะพานเศรษฐกิจเชื่อมอ่าวไทย-อันดามัน” หรือการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเชื่อมต่อการคมนาคมระหว่างท่าเรือฝั่งอ่าวไทยและอันดามัน โดยรัฐบาลพยายามที่จะผลักดันโครงการดังกล่าวเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจภาคใต้อย่างยั่งยืน (Southern Economic Corridor: SEC) ที่เป็นกลุ่มจังหวัดภาคใต้ตอนบน ได้แก่ ชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี และนครศรีธรรมราช เพื่อเชื่อมต่อการขนส่งและคมนาคมของโครงการระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) ที่กำลังปลุกปั้นให้เป็นแม่เหล็กดึงดูดการลงทุนในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่ปี 2560-2564) เพื่อยกระดับการพัฒนาเศรษฐกิจของไทยตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี¹

หากแต่แลนด์บริดจ์นั้นไม่ใช่โครงการใหม่ของรัฐบาลพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา (ภายหลังการเลือกตั้ง) แต่เป็นโครงการที่ถูกฟื้นคืนชีพมาจากอดีต ที่เคยถูกผลักดันมาโดยรัฐบาลหลายยุค บทความนี้จะพาย้อนกลับไปจุดเริ่มต้นของโครงการในอดีต ความขัดแย้งระหว่างคนในพื้นที่กับนโยบายการพัฒนาของภาครัฐที่ผ่านมา ความเกี่ยวโยงของโครงการนี้กับคอคอดกระและคลองไทย และกลับมาสู่นโยบายปัจจุบันที่ต้องการรื้อฟื้นโครงการนี้ตลอดจนทัศนคติและมุมมองของกลุ่มต่างๆ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งข้อคิดเห็นของภาคส่วนต่างๆ

“แลนด์บริดจ์” จากยุคสู่ยุค

“แลนด์บริดจ์” ที่แปลตรงตัวว่า “สะพานบก” ซึ่งรัฐบาลไทยเรียกว่า “สะพานเศรษฐกิจ” นั้น หาใช่โครงการใหม่ที่เสนอโดยรัฐบาลปัจจุบัน แต่เป็นโครงการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ยุค พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี จากการประชุมคณะรัฐมนตรีสัญจรที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2532 ซึ่งแต่เดิมเป็นแนวคิดที่จะพัฒนาเส้นทางระหว่าง อ.ขนอม จ.นครศรีธรรมราช กับตัวเมือง จ.กระบี่ ต่อมาในปี 2536 ครม. ได้มีมติเห็นชอบแผนแม่บทการพัฒนาอย่างเป็นทางการ จนนำไปสู่แผนพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจภาคใต้อย่างยั่งยืน



ภาพ: <https://www.busandtruckmedia.com/27538>

ในปี 2550² องค์กรที่ตีพิมพ์การดังกล่าวถูกต่อต้านอย่างหนักจากประชาชน นักธุรกิจ นักวิชาการ และภาคประชาสังคมที่เห็นว่าเส้นทางดังกล่าวจะเป็นการทำลายสิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยว รัฐบาลจึงปรับแผนโดยย้ายเส้นทางใหม่มาที่เส้นทางระหว่างท่าเรือปากบารา จ.สตูลกับ อ.จะนะ จ.สงขลา แทนแม้กระนั้นก็ดี เส้นทางใหม่นี้ก็ถูกต่อต้านจากชุมชนในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างอย่างต่อเนื่อง จึงอาจกล่าวได้ว่า โครงการ “สะพานเศรษฐกิจ” นี้ถือเป็นตัวจุดชนวนความขัดแย้งที่สำคัญระหว่างประชาชนกับภาครัฐในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทยตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา³

สำหรับ สะพานเศรษฐกิจเชื่อมอ่าวไทย-อันดามันของรัฐบาลปัจจุบันได้เน้นไปที่การพัฒนาภาคใต้ตอนบน โดยเลือกพัฒนาเส้นทางคมนาคมระหว่างท่าเรือน้ำลึกชุมพร-ระนองแทน โดยวันที่ 15 กันยายน 2563 ครม. ได้มีมติเห็นชอบให้สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร (สนข.) ทำการศึกษาความเหมาะสม รูปแบบการพัฒนาการลงทุน และการประเมินสิ่งแวดล้อมของการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการคมนาคมขนส่งเพื่อเชื่อมโยงระหว่างอ่าวไทย-อันดามัน ภายใต้การพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคใต้ ด้วยงบประมาณ 68 ล้านบาท นอกจากนี้ ได้มีคำสั่งจากกระทรวงคมนาคมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องศึกษาการพัฒนาท่าเรือน้ำลึกระนอง และชุมพรรถไฟทางคู่ และมอเตอร์เวย์ โดยใช้รูปแบบการให้เอกชนร่วม

ลงทุนในกิจการของรัฐ (Public-Private Partnership: PPP)⁴ ต่อมาในวันที่ 29 กันยายน 2563 คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติงบประมาณ 74.7 ล้านบาท เพื่อให้การรถไฟแห่งประเทศไทย (รฟท.) ทำการสำรวจ ออกแบบ และจัดทำรายงานผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมในโครงการก่อสร้างทางรถไฟชุมพร-ท่าเรื่อน้ำลึกระนอง ระยะทาง 120 กิโลเมตร โดยก่อนหน้านี้ในปี 2560 ทาง สนข. ได้ว่าจ้างที่ปรึกษาเพื่อศึกษาความเหมาะสมทางด้านเศรษฐกิจ วิศวกรรม และสิ่งแวดล้อมของเส้นทางรถไฟ

ดังกล่าวในเบื้องต้นไว้แล้ว⁵ ปัจจุบันท่าเรื่อน้ำลึกระนองได้ถูกพัฒนาให้เป็นท่าเรือสินค้าคอนเทนเนอร์ จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาท่าเรือจังหวัดชุมพรด้วยเช่นกัน⁶ ฉะนั้นแผนพัฒนาโครงการแลนด์บริดจ์ระนอง-ชุมพรจึงเป็นการพัฒนาในลักษณะการขนส่งแบบผสมผสาน (intermodal transportation) โดยลากสินค้าจากท่าเรือหนึ่งผ่านรถไฟทางคู่หรือรถคอนเทนเนอร์ผ่านมอเตอร์เวย์ และนำสินค้าไปอีกท่าเรือหนึ่ง

สิ่งที่น่าสนใจคือหลายฝ่ายมองว่าการผลักดันสะพานเศรษฐกิจระนอง-ชุมพรเป็นการประกาศของรัฐบาลในการเลิกล้มแผนการ “ชุดคอคอดกระ” หรือ “คลองไทย” ที่เป็นอภิมหาโครงการข้ามทศวรรษที่ถูกนำเสนอเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจในพื้นที่ภาคใต้ในทุกรัฐบาล โดย “คลองไทย” นั้น มีผลการศึกษาที่จัดทำโดยคณะกรรมการวิสามัญตั้งแต่ปี 2549 และมีการผลักดันให้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีพลเอกประยุทธ์ฯ ในปี 2563 ด้วย แต่โครงการสะพานเศรษฐกิจของ สนข. กลับได้รับการผลักดันก่อน เนื่องจากคลองไทยใช้งบประมาณค่อนข้างสูงถึง 2 ล้านล้านบาท และอาจสร้างผลกระทบอย่างมหาศาลต่อสิ่งแวดล้อมทางทะเล เนื่องจากมีเส้นทางขุดที่ตื้นแอตัยระยะเวลายาวนาน และอาจมีความเสี่ยงในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านความมั่นคง⁷ การต่อต้านจากประชาชนในพื้นที่ และข้อจำกัดทางกายภาพเนื่องจากระดับน้ำทะเลที่ไม่เท่ากันของทะเลฝั่งอ่าวไทยและฝั่งอันดามัน ทำให้ต้องใช้งบประมาณมาก

อีกทั้งกินระยะเวลาในการสร้างสถานีเพื่อเป็นจุดพักในการปรับระดับน้ำด้วย⁸

อย่างไรก็ตาม คณะอนุกรรมการศึกษาการขุดคลองไทยกลับมองว่าการทำแลนด์บริดจ์มีความคุ้มค่าและเหมาะสมน้อยกว่าการขุดคลองที่ได้มีการศึกษาอยู่ก่อนแล้ว อีกทั้งยังอยู่ในขั้นตอนของการลงพื้นที่สอบถามความคิดเห็น ซึ่งเหลือเพียงแค่ 2 พื้นที่ในภาคใต้ ได้แก่ พัทลุง และสงขลา เนื่องจากได้รับการยินยอมจากทางจังหวัดกระบี่ ตรัง และนครศรีธรรมราชแล้ว โดยมองว่าเมื่อทำการขุดคลองไทยร่วมกับการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคใต้จะส่งผลให้สามารถรองรับปริมาณเรือได้มากขึ้น และมีขนาดใหญ่ขึ้น ในลักษณะเดียวกันกับสิงคโปร์ ในทางตรงกันข้าม แลนด์บริดจ์อาจไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า จากการเปลี่ยนรูปแบบการขนส่งหลายต่อ⁹ แต่นายคงฤทธิ จันทริก ผู้อำนวยการบริหารสภาผู้ส่งสินค้าทางเรือแห่งประเทศไทย มองว่าโครงการแลนด์บริดจ์และคลองไทยไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ เพราะไม่มีการศึกษามูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจและการค้าที่ชัดเจน¹⁰ ด้วยกระแสการผลักดันแลนด์บริดจ์ที่มาแรงกว่าการขุดคลองไทยจึงน่าจะเกิดขึ้นยากในรัฐบาลชุดนี้

ผลกระทบของ “แลนด์บริดจ์”

ในด้านหนึ่ง การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ดังเช่น “แลนด์บริดจ์” คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อเชิงบวกต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจ และการจ้างงานภายในประเทศ แต่ผลกระทบต่อสังคม วิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อมอาจสวนทางกัน หากโครงการเหล่านั้นไม่ได้คำนึงถึงความยั่งยืน หรือการกระจายผลประโยชน์ให้เกิดความเท่าเทียม ทั้งนี้ ผลกระทบเชิงบวกที่เห็นได้ชัดเจนที่สุด คือ ด้านการค้าระหว่างประเทศ โดยจะเข้ามาช่วยลดความแออัดและหนาแน่นของเรือที่เดินทางผ่านช่องแคบมะละกา อีกทั้งยังช่วยประหยัดเวลาในการขนส่งสินค้าได้ถึง 2 วันครึ่ง โดยเฉพาะการขนส่งน้ำมันที่มีปริมาณมหาศาลในแต่ละวัน^{11,12} นอกจากนี้ประโยชน์ด้านการค้าแล้ว ก็อาจส่งผลบวกในด้านของการท่องเที่ยวด้วย เนื่องจากจะกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมการท่องเที่ยวระหว่างฝั่งอ่าวไทย-อันดามัน¹³

ในทางตรงกันข้าม การพัฒนาแลนด์บริดจ์มีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมค่อนข้างมาก ตัวอย่างเช่น การขนส่งน้ำมันของเรือสินค้ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุรั่วซึมทำให้เกิดมลภาวะและความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อมทางทะเล ทำให้แหล่งท่องเที่ยวทางทะเลได้รับผลกระทบ การเข้ามาของเรือพาณิชย์ขนาดใหญ่อาจทำให้ประชากรปลาในทะเลลดลง ผลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชาวประมงพื้นถิ่นที่จับปลาไปขายเป็นอาชีพหลัก ตลอดจนการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ ฉะนั้นการพัฒนาซึ่งยังประโยชน์ของคนกลุ่มหนึ่งอาจทำให้คนอีกกลุ่มหนึ่งเสียประโยชน์และเกิดการต่อต้าน แต่ยังไม่ชัดเจนว่าการพัฒนาในครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่คนกลุ่มหนึ่งที่มีจำนวนน้อย และทำให้คนอีกกลุ่มหนึ่งที่เป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศเสียประโยชน์หรือไม่

น่านาทัศนะต่อ “แลนด์บริดจ์”

แม้ว่า “แลนด์บริดจ์” จะเป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากหลากหลายกลุ่ม โดยเฉพาะฝั่งของรัฐบาลชุดปัจจุบัน แต่บางกลุ่มกลับมองว่าแลนด์บริดจ์ที่สร้างขึ้นมาอาจไม่คุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับเงินที่เสียไป เมื่อพิจารณาจากปริมาณสินค้าที่เข้ามาผ่านท่าเรือที่กำลังจะได้รับการพัฒนาในปัจจุบัน โดยนายธนิต โสรัตน์ รองประธานสภานายจ้าง และผู้ประกอบการค้าและอุตสาหกรรมไทยได้ให้ความคิดเห็นว่า ปริมาณสินค้าในภาคใต้ในแต่ละปีไม่เพียงพอที่จะมีเรือพาณิชย์เดินสมุทรเข้ามา ซึ่งเห็นได้จากการขาดทุนของท่าเรือระนอง ส่วนในเรื่องของการประหยัดเวลา แม้ว่าจะย่นระยะทางในการขนส่งโดยไม่ต้องไปอ้อมช่องแคบมะละกา แต่อาจจะประหยัดได้เพียงไม่มาก เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเสียเวลาที่ต้องนำสินค้าขึ้นลงเรือ และต้นทุนในการขนส่งจากอีกฝั่งหนึ่งไปอีกฝั่งหนึ่ง เช่น คาร์ถบรรทุก¹⁴ นอกจากนี้ นายธนิตฯ ยังให้ความคิดเห็นว่า สินค้าส่วนใหญ่ของไทยอยู่ทางฝั่งตะวันออก ส่วนท่าเรือระนองเองมีที่ตั้งอยู่บนภูเขาไม่เหมาะสมต่อการเข้าไปของรถบรรทุกขนาดใหญ่ อีกทั้งยังมองว่าโครงการไม่น่าจะเป็นตัวดึงดูดให้ต่างชาติเข้ามาลงทุน เนื่องจากต้นทุนโลจิสติกส์ที่สูงและตลาดในประเทศที่จำกัด อีกทั้งการเมืองมีความไม่แน่นอน ทำให้ต่างชาติมีแนวโน้มที่จะย้ายฐานการผลิตจากไทยไปยังประเทศ



ภาพ: <https://mgronline.com/south/detail/9600000025669>

กิจกรรมเดินด้วยรักจากภูผาถึงทะเล เพื่อรณรงค์หยุดระเบิดเขาและแลนด์บริดจ์สงขลา

เพื่อนบ้าน เช่น เวียดนาม บังคลาเทศ หรืออินโดนีเซีย ขณะเดียวกัน รศ.วันชัย รัตนาพงษ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาโลจิสติกส์ มหาวิทยาลัยหอการค้า ได้ตั้งคำถามต่อแลนด์บริดจ์เรื่องความเพียงพอของเรือและสินค้า ตลอดจนศักยภาพของจังหวัดระนองในการรองรับเรือสินค้าขนาดใหญ่¹⁵ ทั้งนี้ ภาครัฐควรตอบคำถามให้ได้ก่อนว่าประเทศไทยมีความจำเป็นต้องมีระบบขนส่งสินค้าระหว่างอันดามันกับฝั่งอ่าวไทยหรือไม่ ประเทศไทยจะได้ประโยชน์อะไร เสียประโยชน์อะไร จากโครงการแลนด์บริดจ์และโครงการขนาดใหญ่อื่นๆ ในภาคใต้ ซึ่งรวมถึงคลองไทย ประชาชนกลุ่มไหนจะได้และเสียประโยชน์ จากโครงการดังกล่าว ถ้าไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนและเหตุผลมาเพียงพอ หรือความคุ้มค่าไม่มากพอ ก็ไม่จำเป็นต้องผลักดันโครงการดังกล่าว หรือเปลี่ยนเส้นทางไปเรื่อยๆ เพื่อลดกระแสการคัดค้านของประชาชนในแต่ละพื้นที่

ในอดีต โครงการ “แลนด์บริดจ์” สมัยที่ยังเป็นสะพานเศรษฐกิจ สงขลา-สงขลา ถือเป็นปมขัดแย้งที่ปะทุขึ้นมาอย่างรุนแรง โดยสาเหตุที่สำคัญมาจากการทำงานที่ไม่โปร่งใสในอดีต ไม่ว่าจะเป็นการขาดการมีส่วนร่วมของผู้ที่จะได้รับผลกระทบที่แท้จริง ในการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ความไม่เชื่อมโยงของแต่ละโครงการภายใต้การพัฒนาพื้นที่ภาคใต้ การไม่ประชาสัมพันธ์โครงการให้กับทุกกลุ่ม อีกทั้งคนในพื้นที่ไม่เคยได้รับโอกาสที่จะมีบทบาทในการวางแผนและตัดสินใจต่อโครงการต่างๆ และอื่นๆ¹⁶ ทำให้ชาวบ้าน นักวิชาการ และภาคประชาสังคมต่างตั้งข้อสงสัย และมีความหวาดระแวงต่อ

การพัฒนาที่เข้ามาจากส่วนกลาง ทำให้เกิดความพยายามในการต่อต้านโครงการพัฒนาขนาดใหญ่ของรัฐจากเครือข่ายชุมชนต่างๆ เช่น การจัดกิจกรรม “เดินด้วยรักจากภูผาถึงทะเล” ระยะทาง 101 กิโลเมตรจากเขาควหา จังหวัดสงขลา ถึงท่าเรือปากบารา จังหวัดสตูล เพื่อประชาชนได้รับรู้ถึงผลกระทบจากการพัฒนาที่กำลังจะเกิดขึ้นต่อทรัพยากรธรรมชาติ เป็นระยะเวลา 6 วัน ก่อนที่จะมีการเปิดตัวรับฟังความคิดเห็น¹⁷ หรือการที่เครือข่ายจะนัดรณรงค์ได้รวมตัวกัน เมื่อ 11 มีนาคม 2563 บริเวณชายหาดสวนกง ต.นาทับ อ.จะนะ จ.สงขลา ซึ่งเป็นสถานที่ที่รัฐมีแผนจะใช้ก่อสร้าง “ท่าเรือน้ำลึกสงขลา แห่งที่ 2” อันจะเป็นส่วนหนึ่งของสะพานเศรษฐกิจ (แลนด์บริดจ์) สงขลา-สตูล และ “โครงการจะนะเมืองอุตสาหกรรมก้าวหน้าแห่งอนาคต” เพื่ออ่านแถลงการณ์เรื่อง “หยุดโครงการอภัยศของ ศอ.บต.จะนะเมืองอุตสาหกรรมก้าวหน้าแห่งอนาคต”¹⁸

แนวทางดำเนินการที่เหมาะสม

การต่อต้านโครงการ “แลนด์บริดจ์” ที่ผ่านมา สะท้อนว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ชาวบ้านต่อต้านโครงการแลนด์บริดจ์ที่ผ่านมา คือ การพัฒนาอุตสาหกรรมหนัก ที่ทุกคนต่างเกรงกลัวว่าจะกลายเป็นเหมือนกรณีของมาบตาพุด จากรูปแบบที่เหมือนกัน ทั้งในแผนโครงการการก่อสร้างโรงงานแยกก๊าซ โรงไฟฟ้า และท่าเรือน้ำลึก ซึ่งในเอกสารที่ชื่อว่า “สงขลา-สตูล ก้าวสู่อุตสาหกรรมหนัก” ที่จัดทำโดยคณะทำงานหยุดการพัฒนา สงขลา-สตูล สู่การเป็นจังหวัดอุตสาหกรรมหนัก ได้นำข้อมูลที่มาจากแหล่งต่างๆ มาทำการจัดเรียง และนำเสนอให้เห็นถึงสิ่งที่รัฐบาลในยุคก่อนๆ พยายามที่จะบิดเบือนความจริงของโครงการ และไม่เปิดเผยข้อมูลทั้งหมด จากบทเรียนของมาบตาพุดที่ส่งผลกระทบของการพัฒนาอุตสาหกรรมต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทำให้ภาคประชาชนเกรงว่า หากเกิดโครงการแลนด์บริดจ์ขึ้นจริง ก็อาจลงเอยไม่ต่างจากที่เคยเกิดกับมาบตาพุด¹⁹ ดังนั้นโครงการ “แลนด์บริดจ์” ชุมพร-ระนอง ในสมัยรัฐบาล พลเอกประยุทธ์ฯ จึงต้องเรียนรู้บทเรียนในอดีต และดำเนินการอย่างโปร่งใสด้วยความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่และผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ ดังนี้

(1) การศึกษาและทบทวนอย่างละเอียด รัฐบาลไม่ควรเร่งรัดการศึกษาในทุกกระบวนการ โดยเฉพาะในการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (HEIA/HIA) ซึ่งหากไม่วิเคราะห์ออกมาให้ชัดเจนจะส่งผลกระทบต่อเนื่องในอนาคต การศึกษาที่ใช้ระยะเวลา 1 ปี เป็นระยะที่สั้นเกินกว่าที่จะสามารถทบทวนปัจจัยต่างๆ ได้อย่างรอบคอบ อาจทำให้เกิดการละเลยกระบวนการบางอย่าง โดยเฉพาะกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน หรือการรับฟังเสียงของผู้ที่ได้รับผลกระทบที่แท้จริง นอกจากนี้ การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการก็เป็นกระบวนการที่ควรใช้เวลาในการศึกษาอย่างรอบคอบ เนื่องจากหลายฝ่ายมองว่าโครงการอาจไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจเหมือนที่รัฐบาลคาดไว้ อาจเป็นการใช้งบประมาณจากภาษีของประชาชนไปอย่างไร้ค่า ถือว่าเป็นเรื่องใหญ่ในสถานการณ์ทางเศรษฐกิจที่ตกต่ำจากปัญหาโควิด-19

(2) การให้ข้อมูลแก่ทุกกลุ่มเท่ากันและครบถ้วน จะเห็นได้ว่ารัฐบาลในอดีตไม่ได้เปิดเผยข้อมูลการพัฒนาโครงการที่ครบถ้วน โดยนำเอาอุตสาหกรรมหนักเข้ามาพ่วงการพัฒนาแลนด์บริดจ์สงขลา-สตูลเหมือนที่ทำกับกรณีของมาบตาพุดทำให้เกิดความขัดแย้งครั้งใหญ่กับประชาชนในพื้นที่ นักวิชาการ และภาคประชาสังคมต่างๆ จนนำไปสู่การต่อต้านโครงการพัฒนาต่างๆ ซึ่งหากแผนการพัฒนาคำนึงถึง *ความยั่งยืน* อย่างแท้จริง คงไม่นำเอาการพัฒนาอุตสาหกรรมเข้ามาปนด้วย และเน้นการพัฒนาด้านโลจิสติกส์เพื่อเชื่อมโยงการค้าภายในภูมิภาคเท่านั้น ทั้งนี้ รัฐบาลควรเปิดเผยข้อมูลทุกอย่างแก่สาธารณะให้กับคนทุกกลุ่มสามารถเข้าไปตรวจสอบและติดตามความก้าวหน้าในทุกกระบวนการได้ทั้งหมด เพื่อแสดงถึงความโปร่งใสในการดำเนินงาน

(3) เปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาจากล่างขึ้นบน แต่ละพื้นที่ ย่อมมีศักยภาพทางด้านเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ฉะนั้นควรให้ประชาชนในภาคใต้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นต่อทัศนวิสัยของจังหวัดและนำเสนอการพัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ไม่ใช่เอาโครงการของรัฐไปลงเพียงอย่างเดียว

การบังคับให้ประชาชนน้อมรับโครงการพัฒนาของรัฐอาจส่งผลกระทบต่อประชาชนในหลายมิติ รัฐจึงควรเปิดโอกาสให้ประชาชนในพื้นที่ได้กำหนดอนาคตด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้รัฐกับประชาชนไม่เกิดความขัดแย้งกันดังในอดีต



ภาพ: <https://news.thaipbs.or.th/content/260760>
ภาคประชาชนจัดกิจกรรมค้านโครงการแลนด์บริดจ์เชื่อมอ่าวไทย-อันดามัน

การก่อตัวของ “เชิง” สะพานเศรษฐกิจ จะเป็นจริงหรือ

“แลนด์บริดจ์” หรือ “สะพานเศรษฐกิจ” ไม่ใช่โครงการใหม่ที่ริเริ่มในรัฐบาลของ พลเอกประยุทธ์ฯ หากแต่ถูกผลักดันผ่านรัฐบาลหลายยุคหลายสมัยในอดีต แต่ถูกคัดค้านจากประชาชนในพื้นที่ ตลอดจนนักวิชาการ และองค์กรอิสระต่างๆ เนื่องจากการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่อาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต และสิ่งแวดล้อมอย่างมาก อีกทั้งในอดีตไม่มีการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ชัดเจน จนถูกมองว่าเป็นความพยายามที่จะอาศัยทางลัดเพื่อตอบสนองผลประโยชน์ของคนส่วนน้อยที่มีอำนาจทางการเมืองและเศรษฐกิจ การที่รัฐบาลปัจจุบันหยิบยก “แลนด์บริดจ์” เส้นทางใหม่ขึ้นมาจึงถือเป็นประเด็นใหญ่ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประเทศ ภาครัฐจึงต้องเรียนรู้บทเรียนในอดีต และดำเนินการด้วยความโปร่งใส อาศัยความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่และผู้มีส่วนได้เสียต่างๆ โดยการศึกษาและทบทวนโครงการอย่างละเอียด ให้ข้อมูลแก่ทุกกลุ่มเท่ากันและครบถ้วน และเปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาจากล่างขึ้นบนควบคู่กัน



ปัญหาเด็กหาย ในบริบทสังคมไทย

ปัญหาเด็กหายในประเทศไทย พบว่า สาเหตุที่เด็กหายตัวจากบ้านมากที่สุด คือ เด็กที่สมัครใจหนีออกจากบ้าน โดยคิดเป็นร้อยละ 77 ของสาเหตุเด็กหายทุกประเภท สะท้อนถึงความเปราะบางของสถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันหลักพื้นฐานของสังคม รองลงมา คือ เด็กกลุ่มที่มีพัฒนาการทางสมองช้า พิกัดทางสมอง พิกัดทางสติปัญญา พิกัดทางจิต และพลัดหลงแล้วกลับไม่ถูก ความตื่นตัวเกี่ยวกับปัญหาเด็กหายในประเทศไทยเปรียบเสมือนคลื่นกระทบฝั่ง ในยามที่สถานการณ์รุนแรงคล้ายพายุ สังคมก็จะตื่นตัวต่อปัญหา แต่เมื่อใดที่ลมสงบ ปัญหาที่ยังดำรงอยู่ เมื่อมีพายุ ลูกใหม่ก็จะมี การตื่นตัวอีกรอบ โดยยังไม่ปรากฏความชัดเจนของแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการจัดการกับปัญหา โดยเฉพาะการจัดตั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่โดยตรงในการสืบสวนติดตามคนหาย

กรณีน้องชมพู : คลื่นกระทบฝั่งที่ยังไม่มีคำตอบ

การหายตัวไปของน้องชมพู เด็กหญิงวัยเพียง 3 ขวบ จากบริเวณบ้านพักในหมู่บ้านของจังหวัดมุกดาหาร เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2563 ได้สร้างกระแสสังคมที่โหมกระหน่ำต่อปัญหาเด็กหายในประเทศไทยอย่างมาก ภายหลังจากการหายตัวไป 3 วัน ทีมค้นหาได้พบร่างของน้องชมพูนอนเสียชีวิตอยู่บนภูเขาท้ายหมู่บ้าน ซึ่งอยู่ห่างจากจุดที่น้องหายตัวไปประมาณ 2 กิโลเมตร การเสียชีวิตของน้องชมพู ทำให้สื่อแทบทุกสำนักและทุกแพลตฟอร์มลงไปติดตามความคืบหน้าของคดี จนกลายเป็นกระแสดราม่าที่ได้รับความสนใจจากสังคมต่อเนื่องนานหลายเดือน



ภาพ: <https://www.mumkhao.com/view-5535> (ปรับ)



ครอบครัว ชาวบ้านและเจ้าหน้าที่ช่วยกันตามหาน้องชมพูนงเขาภูเหล็กไฟ

ความน่าสนใจของคดีนี้ อาจเพราะเป็นเหตุการณ์เชิงอาชญากรรมใหญ่ หลังสถานการณ์คลายล็อกดาวน์จากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ทั่วประเทศ ซึ่งก่อนหน้านี้หลายเดือนแทบไม่มีข่าวอาชญากรรมใหญ่ๆ เลย ผู้สื่อข่าวจึงให้ความสนใจติดตามคดีกันอย่างครึกโครม จนเกิดการรับรู้ในวงกว้างถึงคดีน้องชมพู่ แม้แต่บุคคลใกล้ชิดตัวของน้องชมพู่ด้วย และก้าวล่วงไปถึงแทบทุกส่วนของชุมชนที่เกิดคดี มีการวิเคราะห์ถึงตัวผู้ก่อเหตุ โดยนำเสนอข้อคิดเห็นมากกว่าข้อเท็จจริงของคดี จนเกิดผลกระทบต่อครอบครัวของเด็ก และความสัมพันธ์ของคนในชุมชน กล่าวได้ว่า ประเด็นเรื่องปัญหาเด็กหายได้กลายเป็นประเด็นรองของดราม่าที่ต่างฝ่ายต่างออกมาตอบโต้กันและกัน จนขยายเป็นประเด็นที่ไม่เกี่ยวข้องกับคดี ทำให้ขาดการตระหนักถึงปัญหาเด็กหายซึ่งเป็นประเด็นหลักที่สังคมควรให้ความสำคัญ

ในเวลาต่อมา พล.ต.อ. สุวัฒน์ แจ้งยอดสุข ผู้บัญชาการสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แถลงความคืบหน้าของคดีน้องชมพู่ (ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2563)¹ ว่า มีการสัมภาษณ์บุคคล 384 ปาก สอบบุคคลเข้าสำนวน 120 ปาก สอบปากคำความเห็นของผู้เชี่ยวชาญประกอบ 13 ท่าน มีวัตถุพยานหลักฐานสำคัญในคดีส่งตรวจพิสูจน์ 113 ชิ้น ส่งตรวจดีเอ็นเอบุคคลเทียบกับวัตถุพยาน 154 ตัวอย่าง โดยรวมสำนวนการสืบสวนสอบสวนกว่า 918 หน้า ประเมินว่าจุดที่พบศพน้องชมพู่บนภูเหล็กไฟ ไม่น่าที่เด็กวัยเพียง 3 ขวบจะเดินมาด้วยตนเอง ประกอบกับพบเส้นผมของน้องชมพู่จำนวน 36 เส้นตกอยู่ข้างศพ ในลักษณะถูกของมีคมเฉือน ซึ่งตัวเด็กไม่สามารถตัดผมด้วยตัวเองได้ จึงสันนิษฐานว่ามีบุคคลพาน้องชมพู่ไป แต่ปัจจุบันหลักฐานยังไม่เพียงพอที่จะขอศาลอนุมัติออกหมายจับผู้ใด² จึงยังคงเป็นคำถามของสังคมต่อไปว่า ใครพาน้องชมพู่ไป และมีวัตถุประสงค์เพื่ออะไร เหตุใดที่ทำให้เด็กเสียชีวิตอยู่บนนั้น

ทำความเข้าใจต่อปัญหา การลักพาตัวเด็กในไทย

ในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา ปัญหาการลักพาตัวเด็กในประเทศไทย มักไม่พบการก่อเหตุหรือแผนประทุษกรรมในลักษณะกลุ่มแก๊งขบวนการ ส่วนใหญ่ไม่พบการลักพาตัวเด็กในลักษณะขบวนการ ค้ามนุษย์ แต่การลักพาตัวเด็กในประเทศไทย ผู้ก่อเหตุมักก่อเหตุตามลำพังด้วยตัวคนเดียว ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งคนแปลกหน้าและคนใกล้ชิดที่เด็กคุ้นหน้า

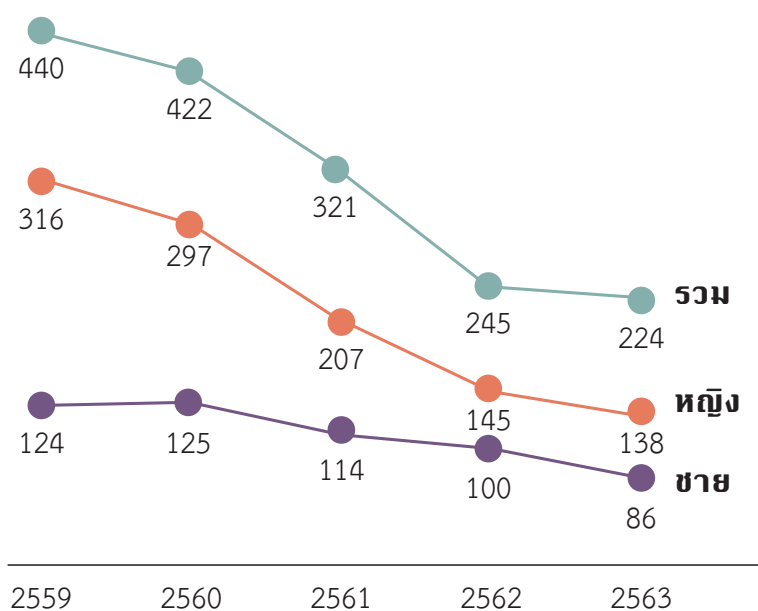
จากข้อมูลการสืบสวนที่ผ่านมา **ผู้ก่อเหตุลักพาตัวเด็ก มักมีที่อยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง** บางส่วนใช้ชีวิตกึ่งเร่ร่อนไร้บ้าน บางส่วนเป็นบุคคลพันโทชที่เคยก่อเหตุกระทำความผิดในคดีทางเพศหรือคดีอาญาอื่นมาก่อน โดยผู้ก่อเหตุในประเทศไทยมีวัตถุประสงค์อยู่สองกลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มแรก คือ **กลุ่มที่ลักพาตัวเด็กเพื่อกระทำทางเพศ** โดยผู้ก่อเหตุได้ทั้งกับเด็กหญิงและเด็กชาย กลุ่มที่สอง คือ **กลุ่มที่ลักพาตัวเด็กด้วยความเสน่หา** กลุ่มนี้จะแยกย่อยเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกจะเป็นกลุ่มที่ลักพาตัวเด็กทารกเนื่องจากอยากมีบุตรอยากนำเด็กไปเลี้ยงดูเป็นลูก ผู้ก่อเหตุมักเป็นหญิงที่ตั้งครรภ์แล้วแท้งบุตร หรือไม่สามารถมีบุตรได้ด้วยตัวเอง กลุ่มที่สองจะลักพาตัวเด็กเพื่อนำมาเป็นเพื่อนเล่นด้วย ผู้ก่อเหตุลักษณะนี้มักเป็นผู้มีอาชีพวางทางจิต พิกการทางสติปัญญา พิกการทางการรับรู้ หรือพิกการทางสมอง ซึ่งไม่มีเพื่อนในวัยเดียวกันหรือไม่สามารถเล่นกับคนในวัยเดียวกันได้ จึงใช้การพูดคุยกับเด็ก และพาเร่ร่อนไปเที่ยวเล่นตามที่ต่างๆ โดยไม่มีวัตถุประสงค์ที่จะกระทำทางเพศ แต่เด็กอาจเกิดอันตรายจากสภาพพื้นที่และการใช้ชีวิตกับผู้ก่อเหตุ ซึ่งไม่มีศักยภาพในการปกป้องดูแลเด็กได้ ทั้งนี้ เด็กที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะถูกลักพาตัว จะอยู่ในช่วงอายุ 3-10 ขวบ ซึ่งเป็นวัยที่ล่อหลอกง่าย และไม่สามารถต่อสู้ดิ้นรนขัดขืนได้มากนัก

สถานการณ์เด็กหายในประเทศไทย

แม้ว่าปัญหาเด็กหายจะปรากฏเป็นข่าวใหญ่อยู่บ่อยครั้ง แต่สถานการณ์ภาพรวมเด็กหายในประเทศไทย จากสถิติการรับแจ้งเหตุของศูนย์ข้อมูลคนหายมูลนิธิกระจกเงา พบว่า ในระยะห้าปีล่าสุดมีสถิติการรับแจ้งเหตุเด็กหายลดลงทุกปี โดยในปี 2563 มีการรับแจ้งเด็กหายทั้งสิ้น 224 ราย โดยเป็นเด็กผู้ชาย 86 ราย เด็กผู้หญิง 138 ราย พบตัวแล้ว 204 ราย อยู่ระหว่างการติดตาม 20 ราย มีอัตราการพบตัวที่ร้อยละ 91³

ปัญหาเด็กหายในประเทศไทยมีสถานการณ์คล้ายกับประเทศอื่น เช่น สหรัฐอเมริกา กล่าวคือ สาเหตุที่เด็กหายตัวออกจากบ้านมากที่สุด คือ เด็กสมัครใจหนีออกจากบ้าน (run away) ในปี 2563 มีเด็กที่สมัครใจหนีออกจากบ้านในไทยทั้งสิ้น 177 ราย คิดเป็นร้อยละ 77 ของสาเหตุเด็กหายทุกประเภท รองลงมา คือ เด็กกลุ่มที่มีพัฒนาการทางสมองช้า พิกการทางสมอง พิกการทางสติปัญญา พิกการทางจิต ปลัดหลงแล้วกลับไม่ถูก 27 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของสาเหตุเด็กหายทุกประเภท⁴ ส่วนการลักพาตัวเด็กมีบ้างแต่ไม่มากนักในแต่ละปี ซึ่งในทางสากลจะมีหลักคิดว่า ไม่ว่าเด็กจะหายไปจากสาเหตุใด ให้ประเมินว่าอาจถูกลักพาตัวหรือมีอันตรายไว้ก่อนเสมอ เพื่อให้เกิดการติดตามอย่างทันทั่วทั้ง

ตารางที่ 1 สถิติเด็กหาย ปี 2559-2563



ที่มา: มูลนิธิกระจกเงา

เด็กกลุ่มเสี่ยงที่สมัครใจหนีออกจากบ้านจะอยู่ในช่วงอายุ 10-15 ปีมากที่สุด⁵ เพราะเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ อยู่ในวัยที่ติดเพื่อน เข้าถึงเทคโนโลยี และสามารถดูแลตัวเองได้ในระดับหนึ่งเมื่ออยู่นอกบ้าน สาเหตุที่เด็กสมัครใจหนีออกจากบ้าน ปัจจัยหลักมาจากปัญหาภายในครอบครัว ทั้งความรุนแรงทางร่างกาย เช่น การโดนทำร้ายทุบตี ลงโทษด้วยความรุนแรง ทั้งกระทำแบบต่อเนื่อง หรือเพียงเคยกระทำ และความรุนแรงทางจิตใจ เช่น การดูต่ำว่ากล่าว การใช้คำพูดเปรียบเทียบกับบุตรหลานกับเด็กคนอื่น การไม่แสดงเหตุผลต่อคำสั่ง หรือการห้ามเด็กกระทำบางสิ่ง เช่น การยึดโทรศัพท์ของเด็ก เพราะเห็นว่าบุตรหลานใช้เวลาอยู่กับโทรศัพท์ยาวนาน โดยไม่แสดงเหตุผลหรือตั้งกติกาขึ้นไว้ก่อน

อีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กสมัครใจหนีออกจากบ้านในปัจจุบัน คือ การถูกชักชวนโดยคนที่เด็กรู้จักในโลกออนไลน์ ซึ่งเด็กในวัยนี้เป็นวัยอยากรู้อยากลอง เป็นไปตามฮอริโมนส์และวัยเจริญพันธุ์ ในขณะที่ผู้ปกครองไม่ได้คุยเรื่องเพศศึกษา与孩子หรือบางรายไม่มีเวลาในการดูแลบุตรหลาน จนไม่รู้ว่บุตรหลานคุยกับใครอยู่ หรือมีความแตกต่างของช่วงวัย เช่น ครอบครัวที่ส่งบุตรหลานไปให้ผู้สูงอายุ ปู่ย่าตายายเลี้ยงดู ซึ่งมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกันมากระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง การพูดคุยสื่อสารภายในครอบครัวที่จำกัดเหมือนคุยคนละภาษา ทำให้เด็กคุยกับคนภายนอกครอบครัวมากกว่าคนในครอบครัวตัวเอง เกิดความไว้วางใจคนที่เพิ่งรู้จักกันในโลกออนไลน์ หากครอบครัวมีพื้นฐานปัญหาเดิมอยู่ก่อนแล้ว จะทำให้เด็กตัดสินใจหนีออกจากบ้านได้ง่ายขึ้น เพราะไม่มีสิ่งยึดโยงหรือสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นเพียงพอในครอบครัว

ทั้งนี้ สังคมมองปัญหาเด็กสมัครใจหนีออกจากบ้านไว้อีกสถานะหนึ่งที่แตกต่างกันเด็กถูกลักพาตัว กล่าวคือ สังคมและหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการรับแจ้งและติดตามเด็กหาย ไม่ให้ความสำคัญต่อเด็กที่สมัครใจหนีออกจากบ้านเท่าที่ควร ด้วยมองว่า เด็กสมัครใจออกจากบ้านไปด้วยตัวเอง ถ้านอกบ้านไม่ดีพอ หรือเด็กตระการกำลำบากก็อาจจะกลับบ้านมาเอง ซึ่งแนวคิดทำนองนี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการคุ้มครองเด็ก



ภาพ: <https://ktiv.com>

ความเปราะบางของครอบครัว : ปัจจัยสำคัญของปัญหาเด็กหาย

การที่เด็กวัยรุ่นสมัครใจหนีออกจากบ้าน “สะท้อนถึงความเปราะบางของสถาบันครอบครัว” ซึ่งเป็นสถาบันหลักพื้นฐานของสังคม แต่เมื่อมองมุมกลับไปที่ผู้ปกครอง ซึ่งอยู่ในสถานะที่ต้องต่อสู้ปากกัดตีนถีบกับสถานะเศรษฐกิจที่บีบคั้น ซ้ำเติมด้วยวิกฤติของโรคระบาดที่สั่นคลอนความมั่นคงในอาชีพ ทำให้สถาบันครอบครัวมีภาวะความตึงเครียดปกคลุม การแสดงออกภายในครอบครัวจึงมักเจือปนไปด้วยแรงกดดันจากสภาพแวดล้อม กลายเป็นความรุนแรงภายในครอบครัวแบบที่ผู้แสดงออกอาจไม่รู้ตัว และบรรยากาศที่คนในครอบครัวไม่สามารถอยู่ร่วมกันได้ เกิดการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ความรักความอบอุ่นในครอบครัวจึงลดน้อยลงตามสภาพ เด็กจึงหันไปหาความรักและการรับฟังปัญหาจากที่อื่นโดยเฉพาะในโลกออนไลน์ และบางคนตัดสินใจหนีออกจากบ้านในที่สุด

ในขณะที่หลายครอบครัวเป็นครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว หรือครอบครัวที่ต้องเข้ามาทำงานในเมือง จึงจำเป็นต้องส่งเด็กไปให้ปู่ย่าตายายช่วยเลี้ยงดู ซึ่งจะมีปัญหาความแตกต่างกันของช่วงวัยและพื้นฐานด้านเทคโนโลยี จึงทำให้ผู้ปกครองไม่เท่าทันหรือเข้าไม่ถึงการใช้โทรศัพท์หรือการติดต่อสื่อสารของเด็กหรือบางครอบครัวทิ้งให้เด็กอยู่กับเครื่องมือสื่อสารทั้งวัน เพราะไม่สามารถพูดคุยหรือสร้างกิจกรรมร่วมกันภายในบ้านได้ ทำให้เด็กมีความเสี่ยงในการถูกล่อลวงหรือชักจูงจากบุคคลภายนอกได้โดยง่าย ในขณะที่เดียวกันการแสดงออกภายในบ้านที่เด็กรู้สึกว่ามีตัวตน ไม่มีใครสนใจ เป็นผลให้เด็กจำนวนมาก

เลือกที่จะสร้างโลกเสมือนจริงในโลกออนไลน์ ด้วยการพูดถึงเรื่องเพศโดยเปิดเผยหรือการถ่ายภาพด้วยการแต่งกายที่วาบหวาม เพื่อเรียกร้องความสนใจจากคนในโลกออนไลน์ ซึ่งกลายเป็นพื้นที่ที่มีคนสนใจหรือทำให้เด็กรู้สึกว่าคุณตัวเองมีตัวตน อันนำมาสู่ปัญหาการถูกล่อลวงในที่สุด

ผลกระทบเมื่อเด็กหายออกจากบ้าน

ผลกระทบของเด็กที่หายออกจากบ้าน ไม่ว่าจะเป็นการถูกลักพาตัว พลัดหลงกลับบ้านไม่ถูก หรือสมัครใจหนีออกจากบ้าน มีหลายมิติ นับตั้งแต่การหายตัวไปของเด็ก ผู้ปกครองต้องหยุดงานขาดรายได้ หลายกรณีต้องมีการค้นหาติดตาม ใช้เงินจำนวนมากทั้งค่าอาหารและค่าเดินทาง มีการกู้หนี้ยืมสินเพื่อใช้ระหว่างการตามหาบุตรหลาน ปัญหาทางเศรษฐกิจในระดับครอบครัวจะส่งผลกระทบยาวนานต่อเนื่องเพราะต้องหาเงินมาใช้หนี้ และเกิดความตึงเครียดภายในครอบครัวซ้ำอีก กลายเป็นโทษว่าใครเป็นคนทำให้เด็กหายจากบ้าน กระทบความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว จนหลายครอบครัวต้องหย่าร้างกัน

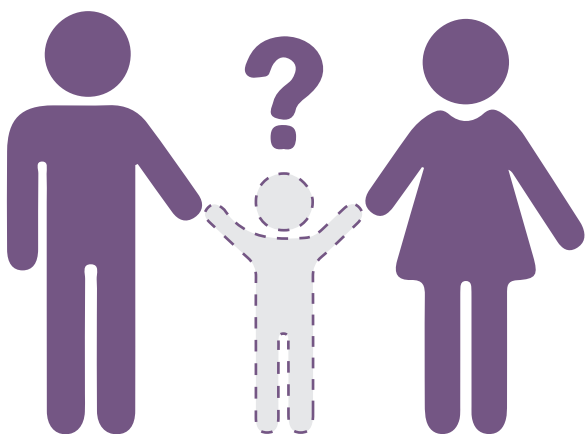
ในขณะที่มิติด้าน **สวัสดิภาพและความปลอดภัยของเด็ก** นับเป็นเรื่องที่ต้องตระหนักถึงอย่างยิ่ง เด็กหายออกจากบ้านหลายรายเสียชีวิตจากฆาตกรรมหรืออุบัติเหตุ เด็กที่สมัครใจหนีออกจากบ้านอาจถูกระงับทางเพศ หรือหากมีเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจ ก็จะมีแนวโน้มไม่มีการป้องกันหรือป้องกันไม่ถูกวิธี นำมาซึ่งปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และปัญหาการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนี้ การมีเพศสัมพันธ์ในหลายกรณี

ถูกถ่ายภาพหรือคลิปวิดีโอขณะมีเพศสัมพันธ์ไว้ และคลิปดังกล่าวถูกนำมาแบล็กเมลล์ หรือถูกปล่อยเพื่อประจานเด็กในโลกออนไลน์ อันนำมาซึ่งปัญหาและผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของเด็กภายหลังจากกลับบ้านแล้ว ดังนั้น การหายตัวออกจากบ้านของเด็กไม่ว่าจะเป็นกรณีใด ย่อมมีผลกระทบเกิดขึ้นเสมอ

ในระดับมหภาค เมื่อเกิดปัญหาเด็กหายเกิดขึ้น การค้นหาติดตามโดย **ทรัพยากรของครอบครัวและของรัฐ** มีต้นทุนค่าใช้จ่ายจำนวนมาก เช่น กรณีการหายตัวไปของเด็ก 2 ขวบ ในไร่อ้อยที่จังหวัดสุพรรณบุรีเมื่อปี 2561 มีการนำกำลังเจ้าหน้าที่ร่วมค้นหาหลายชุดนับพันคน ใช้เฮลิคอปเตอร์บินค้นหา ใช้เครื่องจักรในการขุดบ่อน้ำ ใช้นักประดาน้ำเสี่ยงชีวิตดมไต้ น้ำหลายจุด การดำเนินการเหล่านี้ในทางบริหารจัดการถือเป็นต้นทุนที่มีค่าใช้จ่าย หากประเมินมูลค่าการดำเนินการของทุกหน่วยที่ลงพื้นที่จะพบว่ามีมูลค่าสูงมาก เมื่อเทียบกับต้นทุนการทำงานเชิงป้องกันหรือการสร้างระบบเพื่อรองรับปัญหา

การจัดการปัญหาคนหาย

เมื่อย้อนกลับมาดูที่กระบวนการจัดการปัญหา การรับมือต่อปัญหาเด็กหายและคนหายในประเทศไทยยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร การดำเนินการกรณีต่างๆ เป็นไปตามกระแสสังคม กรณีใดเป็นข่าวดังก็จะได้รับการทุ่มเทสรรพกำลังอย่างเต็มที่ ส่วนกรณีใดไม่เป็นข่าว การดำเนินการของรัฐ จะอยู่ในลักษณะดำเนินการตามสภาพ ในขณะที่ต้นทางของกระบวนการยุติธรรม คือ ตำรวจ มักปฏิเสธการรับแจ้งความ โดยอ้างว่ายังหายตัวไปไม่ครบ 24 ชั่วโมง ซึ่งในความเป็นจริงไม่มีกฎหมายหรือระเบียบใดกำหนดไว้ว่าต้องหายตัวไปครบ 24 ชั่วโมงก่อน ถึงจะแจ้งความได้ การประวิงเวลาดังกล่าว ยิ่งทำให้เกิดความสูญเสีย จากความไม่ทันท่วงทีและความไม่ใส่ใจ แม้ปัจจุบันสำนักงานตำรวจแห่งชาติจะได้ออกหนังสืออย่างเป็นทางการหลายครั้งให้พนักงานสอบสวนรับแจ้งเหตุคนหายทันทีโดยห้ามยกเงื่อนไขเวลา มาปฏิเสธการรับแจ้งความ แต่ทัศนคติและดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ยังเป็นปราการด่านแรกที่ทำให้การบริหารจัดการปัญหาคนหายไม่มีประสิทธิภาพ



ในด้านโครงสร้างการจัดการปัญหา คนหายของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ อยู่ในรูปแบบของคณะกรรมการบริหารจัดการคนหาย และศพนินรนาม (คบคน.ตร.) ทำหน้าที่กำกับดูแลเชิงนโยบาย แต่ไม่มีบทบาทมากนัก มีการประชุมหารือกันปีละ 1 ครั้งเท่านั้น ส่วนในระดับปฏิบัติการ ยังไม่มีหน่วยงานโดยตรงในการสืบสวนติดตามคนหาย มีเพียงกองบังคับการ

ปราบปรามการค้ามนุษย์และกองกำกับการสวัสดิภาพเด็กและสตรี ที่ช่วยสืบสวนติดตามเด็กหายบ้างในกรณีที่คาบเกี่ยวกับคดีค้ามนุษย์หรือเป็นคดีที่มีการกระทำความผิดทางอาญา อย่างไรก็ตาม เมื่อปี 2558 คณะรัฐมนตรีได้มีมติตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการรับแจ้งเหตุ การติดตามคนหาย คนนินรนาม และศพนินรนาม โดยให้สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ เป็นเลขานุการหรือแม่ข่าย คือ การรวมฐานข้อมูลคนหาย คนนินรนาม และศพนินรนาม ให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกันทั้งประเทศ เพื่อให้ทราบสถานการณ์คนหายที่แท้จริง⁷

นอกจากกระบวนการรับแจ้งความคนหายแล้ว การประสานงานฝ่ายสืบสวนเพื่อลงพื้นที่สืบสวนติดตามคนหายอย่างทันที่ทันที่ นับว่าเป็นกระบวนการสำคัญ ที่พนักงานสอบสวนควรดำเนินการประสานงานหลังการรับแจ้งความทันที แต่มักพบปัญหาว่าเมื่อครอบครัวคนหายแจ้งความคนหาย มักได้รับเพียงสำเนาการแจ้งความเพียงแผ่นเดียว โดยไม่มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งการสืบสวนและประชาสัมพันธ์ นี่เป็นเหตุผลสำคัญที่ครอบครัวคนหายรู้สึกว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควร จึงร้องทุกข์ไปยังสื่อมวลชน หรือเอ็นจีโอ เช่น มูลนิธิกระจกเงา หรือมูลนิธิปวีณาเพื่อเด็กและสตรี เป็นต้น เอ็นจีโอและสื่อมวลชนในประเทศไทย จึงมีบทบาทเป็นตัวกลางในการประสานความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นช่องว่างของหน่วยงานราชการที่ขาดประสิทธิภาพ โดยทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูล ประสานงาน สืบเสาะข้อเท็จจริงทำการประชาสัมพันธ์ข้อมูล เพื่อให้เกิดกระบวนการติดตามหาคนหายที่มีประสิทธิภาพขึ้น



“รถเมล์... ตามหาเด็กหาย” เครื่องมือหนึ่งในการประชาสัมพันธ์หาเบาะแสของเด็กหาย

ภาพ: <https://www.thairath.co.th/news/local/687931>

ค้น... คน... หาย

ปัญหาเด็กหาย คนหาย เป็นเรื่องใกล้ตัวของทุกคน และไม่ใช่หน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเพียงลำพัง สถาบันครอบครัวถือเป็นปรากฏการณ์แรกในการเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดปัญหาขึ้น แต่ลำพังเพียงครอบครัวเองก็ไม่อาจต้านทานสภาพแวดล้อม ความกดดันจากภายนอกบ้านได้ คนในสังคมจึงมีส่วนร่วมสำคัญในการเป็นหุ้นส่วนเฝ้าระวังและป้องกันเหตุ เมื่อพบเหตุผิดปกติต้องรีบแจ้งเบาะแสไปยังเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง องค์กรของสังคมจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันแก้ไขปัญหาเด็กหายและคนหาย ในอีกด้านหนึ่ง ปัญหาที่มีความจำเป็นที่ภาครัฐควรมีหน่วยงานในระดับปฏิบัติการโดยตรงที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญและมีฐานข้อมูลที่เป็นระบบและน่าเชื่อถือ โดยเฉพาะสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ควรมีหน่วยงานโดยตรงที่ทำหน้าที่รับแจ้ง สืบสวนสอบสวนคดีคนหายเหมือนในต่างประเทศ นอกจากนี้ประเทศไทยควรบัญญัติกฎหมายโดยตรงเกี่ยวกับการบริหารจัดการปัญหาคนหาย เพื่อให้หน้าที่ อำนาจ แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีกระบวนการที่ชัดเจนต่อการจัดการปัญหาคนหาย คนนินรนาม และศพนินรนาม ซึ่งอยู่ในกลุ่มปัญหาเดียวกัน และมีหน่วยงานโดยตรงตามกฎหมายในการบริหารจัดการปัญหานี้



คนกับช้าง พลวัตการอยู่ร่วมกัน

“...ผมต้องเฝ้าช้างป่าไม่ให้เข้ามากินข้าวโพดเกือบทุกคืน ตอนเช้าต้องไปทำงานในไร่อ้อย ไม่ค่อยได้นอนครับ นี่ก็สามสี่เดือนแล้ว เดือนที่แล้วก็มีคนเจ็บจากช้าง...” เสียงบ่นของคนอยู่ใกล้พื้นที่ช้างป่า วันนี้ตั้งสะท้อนออกมาคล้ายกัน ปัจจุบันประเทศไทยมีช้างป่าออกหากินนอกพื้นที่ป่า 51 พื้นที่ จาก 71 พื้นที่ป่าอนุรักษ์ที่มีช้างป่าอยู่อาศัย

ในอดีตมนุษย์ถือว่าช้างเป็นสัตว์ป่าที่นำมาใช้ประโยชน์ได้ พระมหากษัตริย์ทรงคล้องช้างมาใช้ในกองทัพ ชาวบ้านคล้องช้างมาเป็นพาหนะ ชาวตะวันตกนำช้างเข้ามารับสัมปทานป่าไม้ ส่งผลให้ช้างได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตผู้คนที่อยู่ใกล้ป่าธรรมชาติทั่วทุกภูมิภาคของไทย ต่อมาแนวความคิดอนุรักษ์สัตว์ ผลักดันให้มีกฎหมายและให้ช้างเป็นสัตว์สงวน ขณะที่มนุษย์เพิ่มจำนวนและขยายที่ทำกินรุกป่าเข้าไป ส่วนช้างเป็นสัตว์ใหญ่ที่กินพืชต้องการพื้นที่ในการหาอาหารเป็นบริเวณกว้าง จึงทำให้เกิดการเผชิญหน้าและความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินของชาวบ้านที่อยู่ใกล้ป่า

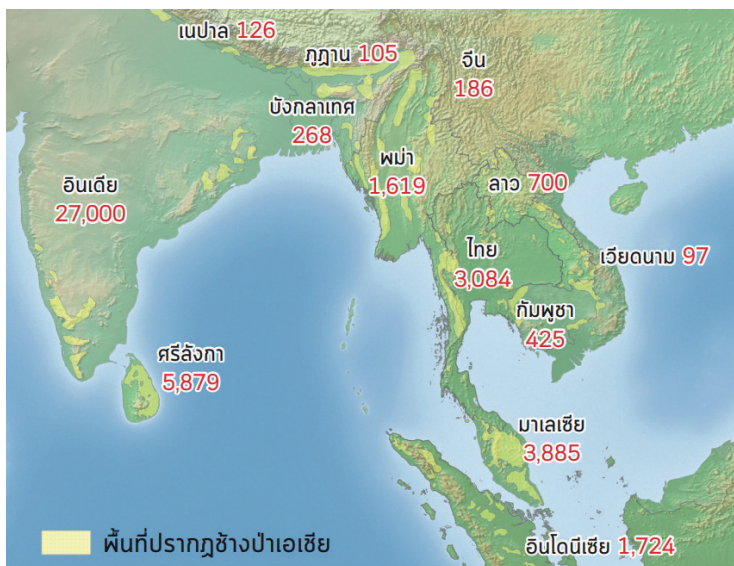
อันที่จริงแล้ว พื้นที่ของไทยไม่ได้เผชิญกับปัญหาช้างป่าออกมากินพืชผลและรบกวนคนเพียงลำพังประเทศเดียว แต่หลายประเทศรอบบ้านเรา เช่น กัมพูชา เมียนมา ลาว อินโดนีเซีย และมาเลเซีย ก็ประสบปัญหาช้างป่าออกหากินนอกพื้นที่ป่ามากขึ้นเช่นกัน และไม่ใช่เฉพาะช้างป่าเอเชีย (*elephas maximus*) ที่ออกมาหากินนอกพื้นที่ป่า แต่ช้างแถบประเทศแอฟริกา ก็ออกมากินพืชผลทางการเกษตรเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ ประเด็นช้างป่าและสัตว์ป่าออกหากินนอกพื้นที่จึงเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมและการอนุรักษ์ในระดับสากลที่กระทบต่อทั้งชีวิตและทรัพย์สินของมนุษย์ เศรษฐกิจท้องถิ่น และวิถีชีวิตของผู้คนที่อยู่ในพื้นที่ขัดแย้งระหว่างคนกับสัตว์ป่า **คำถามสำคัญคือ เราจะรักษาสมดุลระหว่างความต้องการของช้างป่ากับคนได้อย่างไรในปัจจุบัน?**

ฝูงช้างในดงคน:

สถานการณ์ช้างป่าในไทยและประเทศเพื่อนบ้าน

ปัจจุบันมีช้างป่าอาศัยอยู่ในประเทศไทยประมาณ 3,000-3,500 ตัว ซึ่งหากจัดตามเกณฑ์บัญชีแดงของสหภาพระหว่างประเทศเพื่อการอนุรักษ์ธรรมชาติ (International Union for Conservation of Nature's Red List of Threatened Species) ประชากรช้างป่าเอเชียใน 13 ประเทศของทวีปเอเชียถือว่าอยู่ในสถานภาพใกล้สูญพันธุ์ จากการลดลงของพื้นที่ป่าเนื่องจากการขยายพื้นที่อยู่อาศัยและทำกินของมนุษย์ จนพื้นที่เกษตรกรรมเพิ่มขึ้นโอบล้อมป่า อีกทั้งยังมีการล่าช้างในประเทศเมียนมาเพื่อเอางาและเอาหนังมาทำลูกบิดประดับเป็นสร้อยคอและสร้อยข้อมือเสริมมงคลอีกด้วย ทำให้สถานการณ์ช้างป่าในบางประเทศกำลังใกล้สูญพันธุ์ โดยเฉพาะช้างป่าในเวียดนามที่ลดลงเหลือเพียง 100-130 ตัวเท่านั้น¹ ส่งผลให้คณะผู้เชี่ยวชาญช้างป่าเอเชียจัดช้างกลุ่มนี้อยู่ในสถานภาพใกล้สูญพันธุ์อย่างยิ่ง (critically endangered) ด้วยเหตุนี้ ประชากรช้างป่ารอบประเทศเพื่อนบ้านของไทยจึงมีแนวโน้มที่ลดลง ทั้งในประเทศกัมพูชา ลาว อินโดนีเซีย และเมียนมา² (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 พื้นที่ปรากฏและจำนวนประชากรช้างป่าเอเชีย

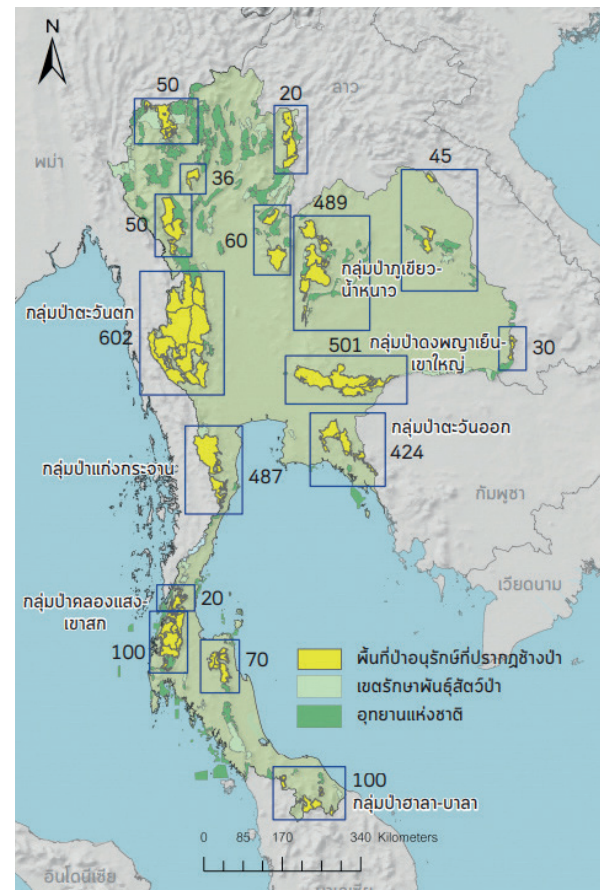


ภาพ: Asian Elephant Species Specialist Group (AsESG) Thailand Forum, 2017

แม้ประเทศไทยจะมีสถานการณ์ของประชากรช้างป่าที่ดีกว่าอีกหลายประเทศ โดยกลุ่มป่าที่มีจำนวนช้างป่ามากที่สุดคือกลุ่มป่าตะวันตก รองลงมาคือ กลุ่มป่าดงพญาเย็น-เขาใหญ่ กลุ่มป่าภูเขียว-น้ำหนาว กลุ่มป่าแก่งกระจาน-กุยบุรีและกลุ่มป่าตะวันออก (ภาพที่ 2) ด้วยมาตรการและระบบการอนุรักษ์ที่เข้มข้นในการอนุรักษ์สัตว์ป่า ทำให้ประชากรช้างป่าไทยค่อนข้างมีแนวโน้มคงที่ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา และมีรายงานในบางกลุ่มประชากรของพื้นที่อนุรักษ์ที่ช้างป่ามีจำนวนเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มป่าตะวันออก และกลุ่มป่าดงพญาเย็น-เขาใหญ่ เป็นต้น

ภาพที่ 2

การกระจายและจำนวนช้างป่าในแต่ละกลุ่มป่าของประเทศไทย



ภาพ: Asian Elephant Species Specialist Group (AsESG) Thailand Forum, 2017

แต่ผลพวงจากการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบนิเวศที่ ถิ่นอาศัยช้างป่าถูกบีบให้ลดลง ไม่สมดุลกับประชากร และนิสัยของช้างป่าที่ต้องการพื้นที่กว้างไกล ทำให้ บางพื้นที่ที่ช้างป่าถูกโอบล้อมด้วยชุมชนมีสภาพคล้ายกับ **ช้างติดเกาะ** หรือบางพื้นที่ที่เคยเป็นเส้นทางในอดีตที่ ช้างป่าเคยเดินทางหากินมาหลายชั่วรุ่น ถูกแทนที่ด้วย ชุมชน พื้นที่เกษตรกรรม เขื่อน หรือถนน ดังนั้นช้าง ในบางกลุ่มป่าจึงมีแนวโน้มการอยู่รอดที่อาจไม่ยั่งยืน ในอนาคต โดยเฉพาะช้างป่าในพื้นที่ภาคเหนือและ ภาคใต้ และบางพื้นที่ในภาคอีสานที่มีจำนวนช้างป่า ต่ำกว่า 50 ตัว บวกกับผืนป่าขนาดเล็กที่ถูกตัดขาด ลูกโซ่ ของระบบนิเวศทางธรรมชาติที่ถูกเปลี่ยนแปลงนี้เอง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างคนกับช้างป่า เป็นภัยคุกคามต่อทั้งความอยู่รอดของช้างป่าและ คุณภาพชีวิตของมนุษย์



ช้างป่าเสียชีวิตจากแนวรั้วไฟฟ้าของชาวบ้านในพื้นที่อุทยานแห่งชาติกุยบุรี

ความขัดแย้งระหว่างคนกับช้าง: ผลกระทบต่อชีวิต ทรัพย์สิน และ สุขภาวะ

ความขัดแย้งระหว่างคนกับช้างป่าในไทยเป็น ปรากฏการณ์ใหม่ที่ช้างออกมากินพืชไร่อย่างเต็ม รูปแบบ มีรายงานครั้งแรกที่เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า สลักพระ จ.กาญจนบุรี และอุทยานแห่งชาติกุยบุรี จ.ประจวบคีรีขันธ์ เมื่อ 20 ปีที่แล้ว เมื่อมีเหตุการณ์ ตอบโต้ของมนุษย์ที่วางสารเคมีในสับปะรดให้ช้างกิน จนช้างป่าเสียชีวิต ทำให้ปัญหาความขัดแย้งระหว่าง คนกับช้างป่าเป็นที่รับรู้ของสังคมไทยมากขึ้น หลังจากนั้น ปรากฏการณ์ที่ช้างป่าออกมากินพืชไร่ เริ่มมีการ กระจายไปทั่วทุกภาคของประเทศไทย ปัจจุบันปัญหา ความขัดแย้งระหว่างคนกับช้างป่าได้ยกระดับความ รุนแรง โดยทั้งคนและช้างป่าต่างประสบความสูญเสีย ตั้งแต่ปี 2555-2561 งานวิจัยของสำนักงานกองทุน สนับสนุนการวิจัย (สกว.) ฝายวิจัยเพื่อท้องถิ่น พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนเหตุการณ์ที่คนและช้างป่าบาดเจ็บ

และเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีช้างป่าเสียชีวิตจากความขัดแย้ง สะสม 25 ตัว และคนเสียชีวิต 45 คน โดยที่ความสูญเสียของคน มีสาเหตุหลักมาจากการเข้าปลักต้นช้างป่าในระยะกระชั้นชิด (25%) เช่น การใช้ประทัดเข้าไปจุดไล่ช้างป่าในระยะใกล้ ส่วนสาเหตุ หลักที่ช้างตาย คือ รั้วไฟฟ้าป้องกันช้างป่า (72%) ปัญหาความ ขัดแย้งระหว่างคนกับช้างป่าได้กระจายครอบคลุมไปแล้วกว่า 43 จังหวัดของประเทศไทย และมีระดับความรุนแรงสูงสุดในกลุ่มป่า ตะวันออกและกลุ่มป่าตะวันตก³ เมื่อมองในระดับภูมิภาคเอเชีย ปัญหาความขัดแย้งระหว่างคนกับช้างป่าส่งผลให้มีผู้คนเสียชีวิต โดยเฉลี่ย 600 คน/ปี และช้างป่าเสียชีวิต 450 ตัว/ปี ซึ่งเป็นตัวเลข ของความสูญเสียที่มากอย่างน่าตกใจ⁴

ในด้านความเสียหายของพืชผลทางการเกษตร เกษตรกรชาวไร่ที่ ปลุกข้าว ข้าวโพด สับปะรด มันสำปะหลัง มักได้รับความเสียหายจาก การเข้ามาหากินของช้างป่า ไม่เพียงเท่านั้น ชาวสวนที่ปลูกทุเรียน ลองกอง ในภาคตะวันออกและภาคใต้ ก็ได้รับความเสียหายจาก การที่ช้างป่าเข้ามากินผลผลิต โดยเฉพาะทุเรียน ซึ่งมีมูลค่าสูงมาก ต่อตัน (40,000 บาท/ตัน ในปีที่ให้ผลผลิต) บางครั้งช้างป่ามีพฤติกรรม ล้มต้นทุเรียนด้วย นอกจากนี้ บ้านที่ปลูกพืชอาหารไว้ใกล้ป่าอาจได้

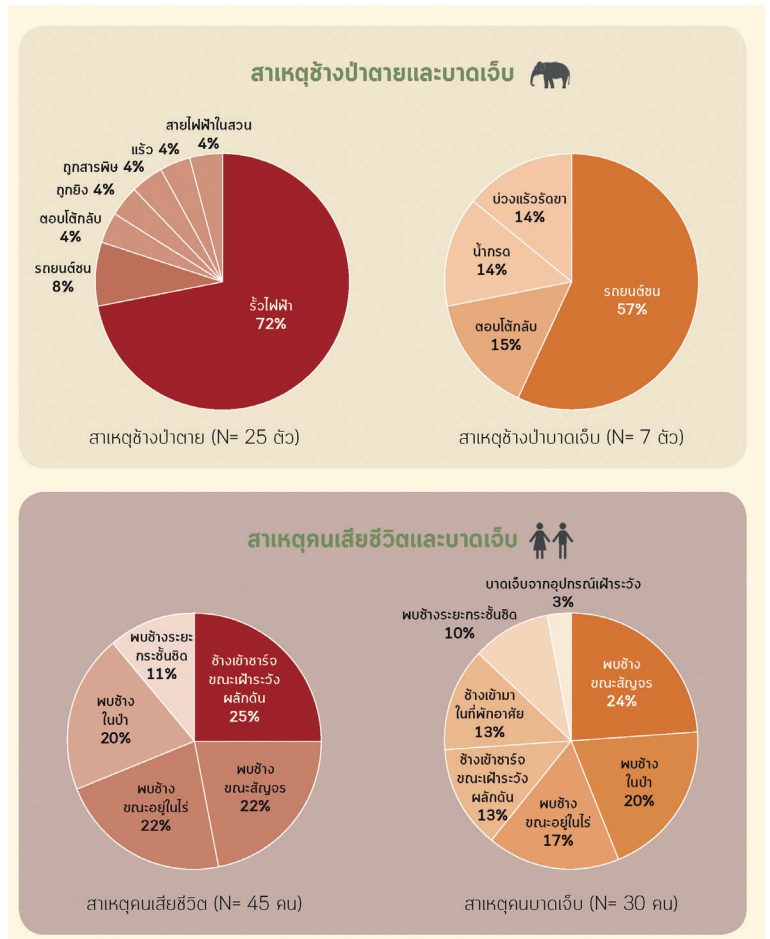
ภาพที่ 3 สาเหตุคนและช้างป่าบาดเจ็บและเสียชีวิต

รับความเสียหายเมื่อช้างป่าแฉะเวียนมากินพืชผลที่ปลูกไว้ใกล้บ้าน ในบางเหตุการณ์ ช้างป่าพังกำแพงหรือยื่นวงเข้ามาล้วงกินเกลือ น้ำปลา หรือกะปิตัวช่วยสร้างความหวาดกลัวให้กับผู้คน โดยเฉพาะบ้านที่มีผู้สูงอายุหรือเด็กพักอาศัยอยู่ บางพื้นที่ช้างอาศัยหากินนาน 3 เดือนในพื้นที่เกษตรของชุมชน แต่บางพื้นที่ช้างเข้ามาแฉะเวียนตลอดฤดูกาลเก็บเกี่ยวซึ่งอาจกินเวลาถึง 6 เดือน ทำให้ชาวบ้านที่เฝ้าระวังช้างมีอาการอ่อนเพลีย นัยน์ตาแดงกำ บางรายมีปัญหาสุขภาพสะสมมาก่อน เช่น มีโรคความดันโลหิตสูงจึงอาจซ้ำเติมให้คนที่อยู่ใกล้ช้างป่ามีสุขภาพที่ย่ำแย่ แต่ปัญหาสุขภาพของคนเฝ้าช้างและได้รับผลกระทบจากช้างป่าเหล่านี้ยังไม่มีงานวิจัยศึกษาและติดตามอย่างเป็นระบบในประเทศไทย

สายใยที่ซ่อนเร้น: เหตุแห่งปัญหา

ช้างป่าเพิ่มขึ้น อาหารในป่าลดลง ช้างเลี้ยงเอามาปล่อยหรือเปล่า? อะไรคือสาเหตุของปัญหาที่ช้างป่าออกมาจากป่า คำถามเหล่านี้ ทั้งคนทั่วไปและนักวิทยาศาสตร์ต่างสงสัยและถามถึงที่มาของปัญหา จากงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เราได้คำตอบจากหลักฐานที่บ่งชี้ว่า พื้นที่เกษตรกรรมที่เพิ่มขึ้นของมนุษย์ที่อยู่ติดชายป่าเป็นปัจจัยหลักร่วมกับการลดลงของพื้นที่ป่า และแรงขับทางชีววิทยาเพื่อการอยู่รอดและสืบพันธุ์ของช้าง ด้วยการแข่งขันเพื่อหาคู่ รวมทั้งขอบเขตการหากินที่ตามธรรมชาติมีระยะกว้างไกลกว่า 10-100 ตารางกิโลเมตร^{5,6} เป็นคำตอบ

ปัจจัยเหล่านี้กระตุ้นให้ช้างออกมาหากินพืชเกษตรนอกพื้นที่ป่ามากขึ้นกว่าในอดีต อย่างไรก็ตาม สาเหตุที่ช้างป่าออกนอกพื้นที่ป่ามีความแปรผันตามสภาพระบบนิเวศและพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีต่อ



ภาพ: พิเชฐ และคณะ, 2561

ระบบนิเวศ จากงานวิจัยทั้งในไทยและต่างประเทศ มีหลักฐานยืนยันถึงความถี่และความน่าจะเป็นของการพบความขัดแย้งระหว่างคนกับช้างป่าสูงขึ้นในพื้นที่เกษตรกรรมที่มีบ่อน้ำอยู่ใกล้ป่า และมีพืชอาหารบางชนิดที่ช้างชอบ เช่น ถั่วฝักยาว อ้อย ในพื้นที่สวน รวมถึงการอยู่ใกล้ชิดติดกันของมนุษย์และช้างป่าจากการเปลี่ยนแปลงสภาพพื้นที่โดยมนุษย์ เช่น การสร้างหมู่บ้านในเส้นทางอดีตของช้างป่า นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศของโลกยังส่งผลต่อความขัดแย้งระหว่างคนกับช้างป่า โดยปริมาณน้ำฝนที่ลดลงส่งผลให้ช้างออกมาหากินพืชไร่มากขึ้น⁷ สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพื้นที่บนโลกที่มนุษย์ครอบครองภูมิทัศน์ (human-dominated landscape) ด้วยการเปลี่ยนแปลงป่าให้เป็นถิ่นอาศัยและแหล่งผลิตอาหาร ทำให้ช้างที่มีความสามารถในการปรับตัวและเรียนรู้ สามารถดำรงชีพในพื้นที่ของมนุษย์ได้แม้จะมีความเสี่ยงเพื่อให้ได้รับผลตอบแทนสูงจากพืชอาหาร น้ำ และพื้นที่พักอาศัย (high risk, high gain hypothesis) โดยช้างป่าได้ปรับตัวเรียนรู้ และคุ้นเคยกับมนุษย์ได้เร็วมากจนเราคิดว่าเป็นช้างเลี้ยง โดยปรากฏการณ์ที่ช้างกำลังปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับมนุษย์นี้กำลังเกิดขึ้นพร้อมกันทั่วโลก

ทางออก: ผลัดการอยู่ร่วม...

ภาครัฐโดยกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช ได้นำยุทธศาสตร์การจัดการช้างป่าในพื้นที่อนุรักษ์ ด้วยการปรับปรุงแหล่งอาศัยช้างป่า สร้างแหล่งน้ำ แหล่งอาหารในพื้นที่ป่าเพื่อเพิ่มศักยภาพพื้นที่อาศัยให้มีความเหมาะสมกับช้างป่ามากขึ้น โดยนำร่องปรับปรุงแหล่งอาศัยในพื้นที่ป่าที่ประชาชนได้รับผลกระทบรุนแรงจากช้างป่า เช่น กลุ่มป่าตะวันออก กลุ่มป่าภูเขียว-น้ำหนาว และกลุ่มป่าตะวันตก ส่วนปัจจัยคุกคามจากมนุษย์ก็เน้นการลาดตระเวนเชิงคุณภาพ บนฐานข้อมูลการปรากฏสัตว์ป่าและภัยคุกคาม ส่วนการลดผลกระทบและความสูญเสียทางกรมอุทยานฯ ได้ดำเนินการสร้างแนวป้องกันรูปแบบต่างๆ เช่น รั้วกึ่งถาวร รั้วไฟฟ้า และขุดคู โดยในปี 2563 ได้ก่อสร้างรั้วป้องกันช้างป่าในหลายพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการติดตามช้างป่าด้วยการติดปลอกคอสัญญาณดาวเทียมศึกษาการเคลื่อนที่ของช้างป่า เพื่อทราบพฤติกรรมและปัจจัยทางนิเวศที่จะนำไปสู่การออกแบบการจัดการที่เหมาะสมกับพฤติกรรมช้างป่าในระดับภูมิทัศน์ ผืนป่าด้วย

แต่ภาครัฐไม่สามารถแก้ปัญหาใหญ่เช่นปัญหาช้างเพียงลำพัง เมื่อผนวกกับปัจจัยทางภูมิสังคมที่มนุษย์เป็นผู้กำหนดและมีความซับซ้อนมากกว่าองค์ความรู้ด้านนิเวศวิทยาและชีววิทยา โดยเกี่ยวพันกับความรู้สึก ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่มีต่อช้าง และทัศนคติของคนที่มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา บางครั้งการทำงานก็อาจสร้างความขัดแย้งระหว่างคนกับคน โดยบางคนอยากให้เอาช้างออกไปให้หมด คำถามต่อมาคือจะเอาฝูงช้างกว่า 100 ตัว ไปอยู่ตรงไหน บางคนก็รักช้าง อยากให้ช้างมาใช้พื้นที่ใกล้บ้าน แต่ก็กระทบกับเพื่อนบ้านเวลาช้างไปเหยียบท่อน้ำ หรือหุบโองของคนที่บ้านแตกเสียหาย เป็นต้น ปัจจุบันภาคประชาสังคม ทั้งองค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันการศึกษา ภาคเอกชน นักวิจัย และชาวบ้าน ได้ขับเคลื่อนงานการแก้ปัญหาความขัดแย้งระหว่างคนกับช้าง ด้วยการดึงประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อนเข้ามามีส่วนร่วม กลุ่ม

ชาวบ้านในหลายพื้นที่พยายามตั้งกลุ่มจิตอาสาเพื่อดูแลช้างป่าไม่ให้เข้าใกล้ชุมชนเกินไป และแจ้งเตือนตำแหน่งช้างป่าแก่พี่น้องประชาชน เช่น กลุ่มจิตอาสาเฝ้าระวังช้างป่าภูหลวง จ.เลย กลุ่มเฝ้าระวังช้างป่ากาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี ที่ชุมชนพยายามสร้างระบบจัดการดูแลช้างป่าด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีกลุ่มประชาชนเฝ้าระวังช้างป่าในพื้นที่เขาใหญ่ และเขาสอยดาว จ.จันทบุรี ขณะที่องค์กรพัฒนาเอกชน เช่น กองทุนสัตว์ป่าโลก (World Wildlife Fund: WWF) สมาคมอนุรักษ์สัตว์ป่า (Wildlife Conservation Society: WCS) และ Zoological Society of London (ZSL) ประเทศไทย ได้ดำเนินโครงการทั้งการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างระบบการจัดการช้างป่า การสร้างแนวรั้วกึ่งถาวรกันช้าง ระบบแจ้งเตือน (early warning system) จากกล้องดักถ่ายภาพสัตว์ป่า และศึกษาข้อมูลพฤติกรรมช้างป่าอย่างเป็นระบบมากขึ้น ร่วมกับประชาชนและรัฐในพื้นที่ จากงานวิจัยในชุดโครงการวิจัยและพัฒนาระบบเพื่อการอยู่ร่วมระหว่างคนกับช้างป่า^๘ ที่ให้ชุมชนได้ทำวิจัยเพื่อหาแนวทางการอยู่ร่วมกับช้างป่าในระยะยาวด้วยตนเอง พบว่าการปรับตัวของชุมชนเพื่อสร้างการจัดการช้างป่าร่วมกันระหว่างภาคส่วนในพื้นที่ จะช่วยลดปัญหานี้ได้ในระยะยาว^๙

ปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่ชุมชนค้นพบในการสร้างระบบเพื่อจัดการความขัดแย้งระหว่างคนกับช้างป่าในงานวิจัย คือ **การจัดการปัญหาช้างป่าต้องทำเป็นเครือข่าย และสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้คนหลายระดับ หลายกลุ่ม** เพื่อให้วิธีการมีประสิทธิภาพและเกิดการส่งต่อความรู้ จากงานวิจัยพื้นที่ภูหลวง สถานีวิจัยสัตว์ป่าภูหลวง ได้ร่วมกับแกนนำชุมชนรวบรวมเครือข่ายชุมชนรอบป่าภูหลวง เพื่อศึกษาวิจัยช้างป่าทั้งในเชิงพฤติกรรม และสังเคราะห์การเฝ้าระวังที่ปลอดภัยมากขึ้น ได้ข้อสรุปว่า การคลุกคลีสร้างเครือข่ายทำให้ชุมชนเกิดการยอมรับและเริ่มใช้วิธีการที่ปลอดภัยและสันติกับช้างป่ามากขึ้น

ภาพ: <https://www.benarnews.org/thai/news/TH-elephants03132017121853-.html>

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเชิงพื้นที่ในภูมิทัศน์เกษตรนับเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ถึงรากของปัญหา ในระดับงานวิจัย ผู้วิจัยในพื้นที่ทองผาภูมิ จ.กาญจนบุรี เริ่มค้นหาพืชที่ช้างป่าไม่กิน และทนต่อการทำลายของช้างป่า และทดลองปรับเปลี่ยนพืชในแปลงขนาดเล็ก ที่มวิจัยทองผาภูมิ และมูลนิธิสืบ นาคะเสถียร ได้ค้นพบพืชที่ช้างป่าไม่กินในพื้นที่กว่า 20 ชนิด ที่มวิจัยได้เลือกกาแฟ และขมิ้น มาแปรรูปเพื่อสร้างรายได้ให้กับเกษตรกรในกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากช้างป่า อีกแนวทางหนึ่ง หากป้องกันไม่ได้ก็ใช้ประโยชน์แทน ซึ่งที่มวิจัยในชุดโครงการ พื้นที่เขาใหญ่ ได้เก็บข้อมูลพื้นที่ช้างป่าและสัตว์ป่าออกมานอกพื้นที่ป่า เพื่อทำเป็นจุดชมสัตว์ป่าให้กับนักท่องเที่ยว ซึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นในการพัฒนารูปแบบและมาตรฐานการท่องเที่ยวดูสัตว์ป่าโดยชุมชน

ทั้งนี้ การรักษาสสมดุลระหว่างความต้องการของช้างป่ากับคน ถือเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ได้ผล โดยโครงการที่เป็นรูปธรรมคือโครงการอนุรักษ์และฟื้นฟูสภาพป่าบริเวณป่าสงวนแห่งชาติ กุยบุรี อันเนื่องมาจากพระราชดำริ จ.ประจวบคีรีขันธ์ ของในหลวงรัชกาลที่ 9 เป็นเหมือนแสงสว่างที่ชี้ให้เห็นถึงหัวใจสำคัญของการแก้ปัญหาคนกับช้างป่าบนหลักวิชาการ และการมีส่วนร่วม ขณะเดียวกันโครงการพัชรสุธาคชานุรักษ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ได้ดำเนินการจัดสมดุลระหว่างคนกับช้างป่า โดยแบ่งพื้นที่เพื่อการจัดการเป็นสามส่วน ได้แก่ 1. พื้นที่ช้าง 2. พื้นที่พักช้าง และ 3. พื้นที่ชุมชน ซึ่งแนวคิดพื้นที่พักช้าง เปรียบเสมือนพื้นที่กันชนได้แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในพฤติกรรมช้าง และให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตคน และสวัสดิภาพช้างป่า เพื่อสร้างการอยู่ร่วมกันในพื้นที่อันจำกัดของพื้นที่ป่าได้



ภาพ: <https://www.artofit.org/image-gallery/807833251911666913/> เรื่องเล่าระหว่างทาง-กุย-ตำนานคนเลี้ยงช้าง

แสงสว่างของการอยู่ร่วมกัน

ในประเทศไทย นับตั้งแต่อดีต ช้างได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตผู้คนที่อยู่ใกล้ป่าธรรมชาติทั่วทุกภูมิภาคของไทย แต่เมื่อมนุษย์เพิ่มจำนวนขึ้นและขยายที่ทำกินรุกป่าเข้าไป ทำให้เกิดการเผชิญหน้ากันจนนำมาซึ่งความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินของชาวบ้านที่อยู่ใกล้ป่า แม้ว่าแนวทางการสร้างการอยู่ร่วมกัน หรือหลุดจากความขัดแย้งระหว่างคนกับช้างป่า ยังมีหนทางที่ทอดยาวไกล แต่วันนี้ชุมชน รัฐ และนักวิจัยสาขาต่างๆ ได้ขบคิด และหาทางออก ด้วยเครื่องมือที่หลากหลาย แต่หัวใจสำคัญอันหนึ่ง นอกจากการฟังเสียงช้างป่า เข้าใจพฤติกรรมช้างมากขึ้น ด้วยงานวิชาการและเทคโนโลยีต่างๆ แล้ว ก็คือการฟังเสียงคนอย่างตั้งใจ และรักษาสสมดุลของคุณภาพชีวิตมนุษย์ ด้วยการออกแบบปรับเปลี่ยนระบบนิเวศใหม่ที่คำนึงถึงช้าง คน และความผันผวนของสภาพอากาศในอนาคต เพื่อนำไปสู่การสร้างสันติและสมดุลในการอยู่ร่วมกันระหว่างคนกับช้างป่าได้อย่างยั่งยืน

4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

นานาชาติยกย่องไทยรับมือโควิด-19

แม้ว่าประเทศไทยจะเป็นประเทศแรกที่พบผู้ป่วยโควิด-19 นอกประเทศจีนเมื่อต้นปี 2563 แต่ไทยก็สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวในการระบาดรอบแรกได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนการติดเชื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ในปี 2563 นานาชาติยกย่องว่าไทยเป็นประเทศที่รับมือกับโควิด-19 ได้ดีมากที่สุดประเทศหนึ่ง ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563 Global COVID-19 Index (GCI) ซึ่งเป็นความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก (WHO), กระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ประเทศมาเลเซีย, PEMANDU Associates, และบริษัท Sunway Group ได้จัดให้ประเทศไทยเป็นอันดับ 1 ประเทศที่ฟื้นตัวจากสถานการณ์ของโควิด-19 (Recovery Index) จากประมาณ 180 ประเทศ/ดินแดนทั่วโลก ด้วยคะแนนรวม 82.27 และจัดอยู่ในกลุ่มเรตติ้ง 5 คือ ประเทศที่บรรเทาการระบาดของไวรัสได้ก้าวหน้าที่สุดในโลก โดย GCI ใช้ระบบการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ ที่ดูภาพรวมในมิติต่างๆ ในด้านการฟื้นตัว (Global Recovery Index) และด้านความรุนแรงของการระบาด (Global Severity Index) อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการระบาดรอบใหม่ที่รุนแรงขึ้นนับตั้งแต่ช่วงปลายปี 2563 เป็นต้นมา ประเทศเกาหลีใต้ได้ขึ้นมาเป็นประเทศที่อยู่ในอันดับที่หนึ่ง ตามด้วยจีน ไช่เป่ย์ และสิงคโปร์ เมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2564 โดยไทยอยู่ในลำดับที่ 13

นอกจากนี้ ในพิธีปิดการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 73 ดร.ทีโดรส อัดฮานอม กีบรีเยซุส ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวชื่นชมว่าไทยเป็นตัวอย่างที่ยอดเยี่ยมที่รัฐบาลและสังคมทำงานร่วมกัน ทำให้ยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสได้แม้ยังไม่มียาวัคซีน เพราะตลอด 40 ปีที่ผ่านมา ไทยทุ่มเทให้การลงทุนโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุข มีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า 1 ล้านคน คอยดูแลสอดส่องระบบสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น นอกจากนี้ ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ยังแนะนำให้ประเทศต่างๆ ทำตามแบบอย่างประเทศไทยด้วย



ต่อมา ในปลายเดือนมกราคม 2564 สถาบันโลว์ (Lowy Institute) สถาบันวิชาการอิสระเพื่อการวิจัยเชิงนโยบาย เศรษฐกิจ และยุทธศาสตร์ ในนครซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ได้เผยแพร่ผลการวิเคราะห์เพื่อจัดอันดับประสิทธิภาพในการรับมือกับการแพร่ระบาดใหญ่ของโควิด-19 ใน 98 ประเทศทั่วโลก ด้วยดัชนีชี้วัด 6 ประการ คือ จำนวนผู้ป่วยยืนยัน, จำนวนผู้เสียชีวิตยืนยัน, จำนวนผู้ป่วยยืนยันต่อประชากร 1 ล้านคน, จำนวนผู้เสียชีวิตต่อประชากร 1 ล้านคน, จำนวนผู้ป่วยยืนยันคิดเป็นสัดส่วนกับจำนวนการตรวจสอบหาเชื้อ, และสุดท้ายคือ สัดส่วนการตรวจหาเชื้อต่อประชากร 1,000 คน ผลปรากฏว่า ประเทศไทยได้ลำดับที่ 4 ด้วยคะแนน 84.2 โดยมีประเทศนิวซีแลนด์ได้ลำดับที่หนึ่ง (94.4 คะแนน) ตามด้วยเวียดนาม (90.8) ไต้หวัน (86.4) ไทย (84.2) และไซปรัส (83.3)

นโยบาย “บัตรทองรักษาทุกที่” ภาคสองของ “30 บาทรักษาทุกโรค”

เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (คปสช.) ได้เห็นชอบข้อเสนอเพื่อ “ยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามนโยบายของ รมว. สาธารณสุข กรณีผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) สามารถไปรับบริการที่ไหนก็ได้” หรือที่เป็นที่รู้จักกันว่า “บัตรทองรักษาทุกที่” โดยผู้ป่วยนอกสามารถเข้ารับการรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกที่ในเขต กทม. และปริมณฑล ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 เป็นต้นไป ส่วนผู้ป่วยในสามารถเข้ารับการรักษาได้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2564 ก่อนที่จะขยายพื้นที่ไปยังเขตสุขภาพต่างๆ ทั่วประเทศในระยะต่อไป โดยนายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวว่านโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่จะเป็นภาค 2 ของ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยบริการที่**ยกระดับ**คือเจ็บป่วยทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้ป่วยอาการหนัก สามารถ**ใช้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ทุกที่** โดยเริ่มในเขตกรุงเทพมหานครก่อน และตั้งเป้าไว้ว่าใน 2565 จะขยายไปทุกจังหวัดทั่วประเทศ

ทั้งนี้ คปสช. ได้มีมติให้พัฒนาระบบบริการ ช่วยลดขั้นตอน แก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการให้กับประชาชนสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการกับหมอประจำครอบครัวในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกที่ในระบบบัตรทอง ตามนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่” โดยเริ่มที่บริการระดับปฐมภูมิเบื้องต้นนำร่องในพื้นที่ กทม. และปริมณฑล รวมทั้งเขตสุขภาพที่ 9 (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์) โดยเริ่มต้นในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563



ภาพ: <https://siamrath.co.th/n/187356>

2. ผู้ป่วยในไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว เดิมผู้ป่วยสิทธิบัตรทองที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล เมื่อใบส่งตัวครบกำหนด ผู้ป่วยหรือญาติต้องกลับไปยังหน่วยบริการประจำเพื่อขอใบส่งตัวใหม่ เกิดความไม่สะดวกและเป็นปัญหาในการรักษาตัวต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด สปสช. จึงได้ปรับระบบให้ผู้ป่วยในสามารถรักษาต่อเนื่องได้ทันที ตามการวินิจฉัยของแพทย์โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัว ใช้เพียงบัตรประชาชนตรวจสอบตัวตนผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม โดยผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยแล้วว่าเป็นมะเร็งจะได้ใบรับรองและประวัติ เพื่อเลือกไปรับบริการที่อื่นผ่าน 3 ช่องทาง คือ สายด่วน สปสช. 1330, แอปพลิเคชัน สปสช. และติดต่อที่หน่วยบริการโดยตรง โดยการคิดค่าบริการให้ส่งข้อมูลเบิกจ่ายมายัง สปสช. โดยตรง

4. ผู้ป่วยสามารถย้ายหน่วยบริการโดยได้สิทธิทันที ไม่ต้องรอ 15 วัน เรื่องนี้เป็นปัญหาที่ประชาชนเรียกร้องมาระยะหนึ่ง ด้วยติดขัดการเข้ารับรักษาในช่วงของการเปลี่ยนหน่วยบริการที่ต้องรอ 15 วัน แต่ด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ก้าวหน้าสามารถเชื่อมต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการต่างๆ ทำให้ สปสช. สามารถปรับระบบเพื่อแก้ปัญหานี้ได้โดยประชาชนสามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการใหม่ได้ทันทีหลังเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมถึงกรณีที่ประชาชนเปลี่ยนหน่วยบริการเองผ่านแอปพลิเคชัน สปสช.

นวดไทยขึ้นบัญชีมรดกโลกทางวัฒนธรรม



ภาพ: <https://www.posttoday.com/world/609069>

เมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2562 ที่ประชุมคณะกรรมการร่วมระหว่างรัฐบาลตามภาคีอนุสัญญาว่าด้วยการสงวนรักษามรดกวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ ของยูเนสโก ครั้งที่ 14 ณ กรุงโบโกตา สาธารณรัฐโคลอมเบีย ได้มีมติรับรองและประกาศให้ “นวดไทย” (NUAD THAI) ขึ้นทะเบียนในรายการตัวแทนมรดกวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ของมนุษยชาติ (Representative List of The Intangible Cultural Heritage) หลังจากที่กรมส่งเสริมวัฒนธรรม กระทรวงวัฒนธรรมได้เสนอ “นวดไทย” ให้เข้าสู่การพิจารณาต่อองค์การยูเนสโกในรอบปี 2562 โดยประเทศไทยได้เข้าร่วมภาคีอนุสัญญาว่าด้วยการสงวนรักษามรดกวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ของยูเนสโกเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2559 ในลำดับสมาชิกที่ 170 โดย “นวดไทย” เป็นมรดกฯ ของไทย รายการที่สอง ที่ได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนกับยูเนสโก ต่อจากรายการ “โขน” ที่ขึ้นไปแล้วเมื่อปลายปี 2561 ทั้งนี้ **มรดกทางวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้** หมายถึง ความรู้ ขนบธรรมเนียม ประเพณี หรือแนวปฏิบัติทุกรูปแบบ ทั้งที่เป็นสากลและเป็นของท้องถิ่น ซึ่งถูกสร้างขึ้นและถูกถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น ไม่ว่าจะด้วยวาจาหรือวิธีการอื่นใด ผ่านช่วงระยะเวลาหนึ่ง มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ โดยกระบวนการส่งมรดกความรู้และการประยุกต์ใช้

ทั้งนี้ เอกสารข่าวยูเนสโกเรื่องการขึ้นบัญชีมรดกทางวัฒนธรรมที่จับต้องไม่ได้ของมนุษยชาติประจำปี ค.ศ. 2019 บรรยายสรุปคุณค่าของนวดไทยไว้ ดังนี้ “นวดไทยเป็นศาสตร์และศิลป์ในการรักษาโรคแบบดั้งเดิมของไทย การนวดไทยช่วยบำบัดอาการป่วยต่าง ๆ โดยไม่ใช้ยาแต่อาศัยการนวดตามจุดต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อปรับสมดุลและโครงสร้างของร่างกายเพื่อรักษาโรคที่เชื่อว่าเกิดจากเลือดลมตาม “เส้น” ไม่ไหลเวียน นวดไทยพัฒนามาจากภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพตัวเองของผู้คนในสังคมเกษตรกรรม ทักษะและองค์ความรู้ในการนวดไทยได้รับการส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่น และมีการพัฒนาเป็นองค์ความรู้ที่มีระบบแบบแผน”

“นวดไทย” เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตคนไทยที่มีการสืบสานมาแต่โบราณกาล โดยการกล่าวถึงตั้งแต่สมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ และสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช (พ.ศ.2199-2231) จวบจนสมัยปัจจุบันได้มีการแตกหน่อต่อยอดองค์ความรู้แห่งศาสตร์แขนงนี้มากมาย จนพัฒนาเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ตั้งแต่การนวดพื้นบ้านในชุมชน การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการ การนวดเพื่อสุขภาพทั้งในภาครัฐและเอกชน รวมไปถึงการนวดเพื่อการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลต่างๆ ปัจจุบันกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบการนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยด้านการนวดไทยมาใช้ประโยชน์ด้านสุขภาพ ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนานวดไทย (ฉบับที่ 1) พ.ศ.2563-2565 ให้สอดคล้องตามที่องค์การยูเนสโกกำหนด โดยมีแนวทางสำคัญ คือ การสร้างมาตรฐานนวดไทยทั้งในด้านองค์ความรู้ หลักสูตร รวมถึงระบบบริการนวดไทยให้เป็นที่ยอมรับตั้งแต่ในระดับชุมชนซึ่งเป็นต้นกำเนิดภูมิปัญญาด้านการนวดไทย สถานพยาบาล สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และในระดับสากลในอนาคต ทั้งยังเป็นการสร้างงาน สร้างอาชีพ อีกทั้งยังเป็นการอนุรักษ์ ภูมิปัญญา นวดไทยให้อยู่คู่กับสังคมไทยด้วย

สสส. คว้ารางวัลองค์กรสร้างเสริมสุขภาพระดับโลก “Nelson Mandela”

เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2564 “สสส.” ได้รับการคัดเลือกจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ให้รับรางวัลด้านการสร้างเสริมสุขภาพเนลสัน แมนเดลา (Nelson Mandela Award for Health Promotion) ที่มอบเป็นครั้งที่ 2 ของโลก ในฐานะองค์กรที่อุทิศการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพมาตลอด 20 ปีจนเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ รางวัลนี้เป็นรางวัลที่มอบให้กับบุคคลหรือองค์กรที่อุทิศการทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยจะมีพิธีมอบโล่ประกาศเกียรติคุณในระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 74 ในเดือนพฤษภาคม 2564

ดร.สุวจิ กู๊ด ที่ปรึกษาาระดับภูมิภาคด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ องค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือ WHO-SEARO ได้กล่าวแสดงความยินดีว่า “ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ สสส. ภาคีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่ายชุมชนสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และบุคลากรทางสุขภาพทั้งหมด ที่ให้คุณค่าต่องานสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพต่างๆ ทำให้งานสร้างเสริมสุขภาพของไทยเป็นที่ยอมรับระดับโลก...”

สำหรับรางวัล Nelson Mandela Award for Health Promotion เป็นข้อริเริ่มจากกลุ่มรัฐมนตรีสาธารณสุขของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกภูมิภาคแอฟริกา เพื่อเป็นการรำลึกถึงนายเนลสัน แมนเดลาอดีตประธานาธิบดีแอฟริกาใต้ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ โดยองค์การอนามัยโลกมีการมอบรางวัลนี้เป็นครั้งแรก เมื่อปี 2563

ศ.นพ. ประกิต วาทีสาธกกิจ เลขาธิการมูลนิธิรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ และอดีตเลขาธิการเครือข่ายกองทุนสร้างเสริมสุขภาพนานาชาติ (เครือข่าย สสส. โลก) ปี 2554-2556 ได้กล่าวว่า การเกิดขึ้นของ สสส. และผลงานสร้างเสริมสุขภาพที่สั่งสมมาตลอดเกือบ 20 ปี



ภาพ: <https://www.thaihealth.or.th>

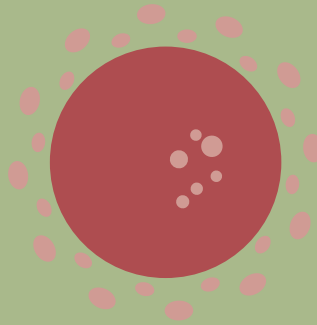
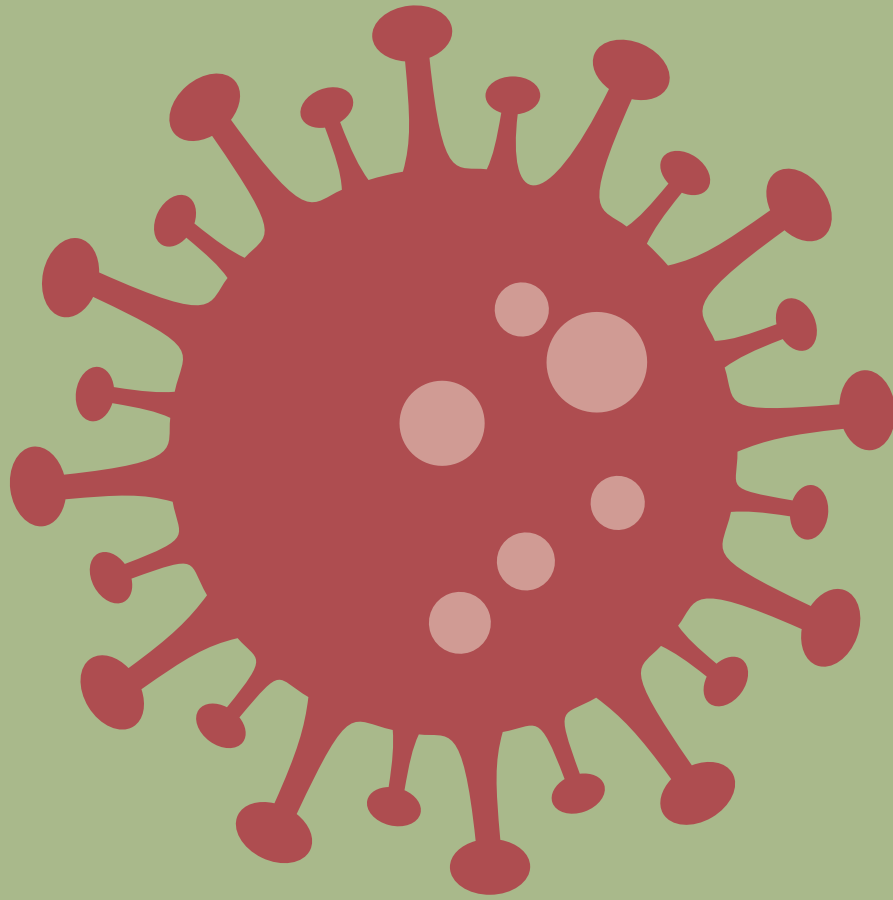
ทำให้องค์การอนามัยโลกภาคพื้นต่างๆ เห็นถึงความสำคัญของการมีองค์กรสร้างเสริมสุขภาพ จึงมุ่งสนับสนุนและผลักดันให้ประเทศสมาชิก ก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตามอย่าง สสส. ไทย โดยให้หน่วยงานสุขภาพของไทยเป็นที่เล็งช่วยในการก่อตั้งองค์กร ให้คำแนะนำในการกำหนดหลักเกณฑ์การทำงาน และแบ่งปันประสบการณ์การทำงานที่สำคัญ เช่น มาตรการทางภาษี กฎหมายคุ้มครองสุขภาพจากบุหรี่ การรณรงค์งดเหล้าเข้าพรรษา การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ความปลอดภัยทางถนน ขณะนี้มีหลายประเทศที่สามารถก่อตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพสำเร็จจากความช่วยเหลือของ สสส. ไทย เช่น มาเลเซีย ตองก้า มองโกเลีย เกาหลีใต้ เวียดนาม และ สเปน. ลาว

ทั้งนี้ สสส. ก่อตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพคนไทยมาตลอด 20 ปี มีการรณรงค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ การพัฒนาศักยภาพชุมชนและองค์กรทุกภาคส่วนในการสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษาและวิจัยและพัฒนาความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยได้สนับสนุนแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพกว่า 2,000 โครงการต่อปี ครอบคลุมประเด็นเชิงสุขภาพที่หลากหลาย เช่น การควบคุมการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ การจัดการด้านความปลอดภัยทางถนน การจัดการด้านอาหารเพื่อสุขภาพ และการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เป็นต้น



สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2564. COVID-19 มหันตภัยร้ายเขย่าโลก. *สุขภาพคนไทย 2564* (หน้า 117-187).
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



COVID-19

มหันตภัยร้ายเขย่าโลก



มรรค หนึ่งใน อริยสัจสี่

ซึ่งเป็นหนึ่งใน “หัวใจพุทธศาสนา”

ประกอบด้วย ๑. **สัมมาทิฐิ** เห็นชอบ ๒. **สัมมาสังกัปปะ** คำริชอบ

๓. **สัมมาวาจา** เจรจาชอบ ๔. **สัมมากัมมันตะ** ทำการชอบ

๕. **สัมมาอาชีวะ** เลี้ยงชีพชอบ ๖. **สัมมาวายามะ** เพียรชอบ

๗. **สัมมาสติ** ระลึกรชอบ ๘. **สัมมาสมาธิ** ตั้งจิตมั่นชอบ¹

พึงสังเกตว่า มรรคมืองค์ ๘ นี้ เริ่มต้นที่ สัมมาทิฐิ ความเห็นชอบ เพราะเป็นจุดตั้งต้นอันสำคัญ การใดๆ ถ้าทิฐิ (บาลี) หรือ ทฤษฎี (สันสกฤต) ไม่ถูกต้องแล้ว ก็มักเดินหน้าไปสู่ความผิดพลาด ล้มเหลว และสร้างปัญหาต่างๆ ตามมาได้มาก

กรณีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เป็น “เรื่องเด่น” “เรื่องดัง” ไปทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยตลอดปี พ.ศ. 2563 ก็เป็นตัวอย่งที่ดีของสังคมข้อนี้ ดังตัวอย่างที่ชัดเจน คือ สหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่เจริญก้าวหน้ามากที่สุด ทั้งทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี นวัตกรรม และเศรษฐกิจ แต่กลับกลายเป็นประเทศที่โรคแพร่ระบาดรุนแรง จนมีจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุด และเสียชีวิตมากที่สุด ก็เพราะมีผู้นำที่มีมิฉฉาหิฐิ และเดินหน้าแก้ปัญหาคด้วยนโยบายที่เป็นมิฉฉาหิฐิ ขณะที่ประเทศไทย ซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจยังคง “ติดกับดัก รายได้ปานกลาง” และการเมืองการปกครองของประเทศยังคงตกอยู่ในวังวนแห่ง “วงจรอุบาทว์” (vicious cycle) สลับไปมาระหว่างระบอบเผด็จการกับประชาธิปไตยสามัญ แต่เราก็สามารถควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในรอบที่หนึ่งได้ดีจนเป็นที่ยอมรับและยกย่องอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะจากผู้อำนวยการใหญ่ องค์การอนามัยโลก และแม้การเมืองการปกครองจะอ่อนแอและเศรษฐกิจไม่เข้มแข็ง แต่เราสามารถฟื้นตัวจากผลกระทบรุนแรงของโควิด-19 ได้อยู่ในอันดับต้นๆ ของโลก จนเกือบตลอดปี พ.ศ. 2563 อย่างไรก็ตาม ใอย่างไรก็ดี ความอ่อนแอของระบบการเมืองการปกครองก็ทำให้เกิดการระบอบใหม่ขึ้นตอนช่วงปลายปี



สถานการณ์การระบาด

1.1

จากจุดเริ่มต้นถึง

ภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลก

แม้จะยังไม่มีข้อพิสูจน์แน่ชัดเรื่องจุดกำเนิดของการแพร่ระบาดของโรคนี้ และมีข่าวเท็จ-ข่าวลวง (fake news) มากมาย แต่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในวงวิชาการว่า จุดเริ่มต้นของการแพร่ระบาดของโรคนี้อยู่ที่นครอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน นครซึ่งมีประชากรราว 11 ล้านคน โดยมีลำดับเหตุการณ์ที่สำคัญ ดังนี้²

31
ธ.ค.
2562

จีน

แถลงอย่างเป็นทางการ
และรายงานการเกิด
การระบาดของ
โรคปอดอักเสบรุนแรง
ที่ยังไม่ทราบสาเหตุ
ต่อองค์การอนามัยโลก

ม.ค.
2563

12

4
องค์การ
อนามัยโลก

เริ่มส่งข้อความ
ผ่านทวิตเตอร์ว่า
มีการระบาด
ของปอดอักเสบ
ที่เมืองอู่ฮั่น

องค์การอนามัยโลก
แถลงยืนยันการเกิด

โรคติดเชื้อ
อุบัติใหม่
(Emerging
Infectious
Disease)

21

องค์การอนามัยโลก
ยืนยันว่า

โรคนี้อาจ
ติดต่อจาก
คนสู่คน

18 ○ ประเทศไทยยืนยัน
การพบผู้ป่วยรายที่ 2
จากประเทศจีน

16 ○ ญี่ปุ่นรายงานการพบ
ผู้ติดเชื้อรายแรก
เป็นนักท่องเที่ยว
ชาวจีนวัย 30 ปี

13 ○ ประเทศไทยรายงาน
ผู้ป่วยรายแรกของโลกที่พบ
นอกประเทศจีน เป็นนักท่องเที่ยว
เที่ยวจากจีนเพศหญิงอายุ 61 ปี
ซึ่งเดินทางมาจากอู่ฮั่นตั้งแต่วันที่ 8 ม.ค. 63

17
สหรัฐอเมริกาเริ่ม
มาตรการตรวจผู้โดยสาร
จากนครอู่ฮั่นใน
สนามบินสำคัญ 3 แห่ง

20
เกาหลีใต้
รายงานยืนยัน
พบผู้ป่วยรายแรก
เป็นคนจีน
ไม่มีความสัมพันธ์กับ
ตลาดค้าส่งอาหาร
ทะเลหัวหนาน
ถือว่าเป็นการแพร่เชื้อ
จากคนสู่คน

27 ○ กัมพูชา เยอรมนี ศรีลังกา ยินยัน
พบผู้ติดเชื้อรายแรกของประเทศ

25 ○

- มาเลเซียประกาศผู้ติดเชื้อยืนยัน 4 คนแรก
- ออสเตรเลียพบผู้ติดเชื้อ 3 คนแรก
- ฝรั่งเศสพบผู้ติดเชื้อ 3 คนแรก
- แคนาดาพบผู้ติดเชื้อคนแรก

เป็นการยืนยันแพร่ระบาดไปอีก 2 ทวีป
คือ ยุโรป และ ออสเตรเลีย

24 ○

- ญี่ปุ่นและสหรัฐฯ รายงานยืนยัน
พบผู้ติดเชื้อรายที่ 2 ในประเทศของตน
- เนปาลยืนยันพบผู้ติดเชื้อรายแรก
- จีนยืนยันพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 444 คน
ทำให้ยอดผู้ติดเชื้อเพิ่มเป็น 1,287 คน ใน
จำนวนนี้ 237 คน อาการสาหัสและเสียชีวิต
รวม 41 คน

23 ○ สิงคโปร์รายงานพบผู้ป่วย
รายแรกจากจีน เวียดนามรายงานพบ
ผู้ป่วย 2 ราย จากจีน

○ 31
สหราชอาณาจักร
รัสเซีย สวีเดน และสเปน
ยืนยันพบผู้ติดเชื้อรายแรก
ของประเทศ

○ 29

- พบครอบครัวผู้ติดเชื้อ 4 คน
เข้าไปในสหรัฐอเมริกา
เอมิเรตส์
- ฟินแลนด์พบผู้ติดเชื้อ
รายแรก

จำนวนผู้ติดเชื้อในจีน
เพิ่มเป็น 7,711 คน ทั่วโลก
พบผู้ติดเชื้อรวม 7,816 คน
เสียชีวิต 170 คน

มี.ค.

27

ทีโดรส อัดฮานอม กีบรีเยซุส
ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก
เดินทางไปกรุงปักกิ่งพบปะหารือ
กับผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข
และเจ้าหน้าที่ระดับสูงของจีน

28

ผู้อำนวยการใหญ่
องค์การอนามัยโลก
พบปะหารือกับ
ประธานาธิบดีสีจิ้นผิง
ของจีน

29

ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก
ตัดสินใจเรียกประชุมคณะกรรมการกำกับ
ดูแลสุขภาพระหว่างประเทศ
ในภาวะฉุกเฉินในวันรุ่งขึ้น

30

องค์การอนามัยโลกประกาศ
**ภาวะฉุกเฉิน
ด้านสาธารณสุข
ระหว่างประเทศ**
(Public Health
Emergency of
International
Concern: PHEIC)

31

สหรัฐฯ ประกาศให้
การระบาดของโรคนี้เป็น
สถานการณ์ฉุกเฉิน
ทางสาธารณสุข

11

องค์การ
อนามัยโลกประกาศ
**“ภาวะระบาดใหญ่
ทั่วโลก (Pandemic)”**

1.2

จุดเริ่มต้นของ การระบาดในจีน

การเริ่มต้นการระบาดของโรคนี้นั้นในจีนเกิดขึ้นค่อนข้างรวดเร็ว และมีการดำเนินการต่างๆ ได้ค่อนข้างรวดเร็ว โดยมีลำดับเหตุการณ์สำคัญ ดังนี้

11 ○ นักวิทยาศาสตร์จีนสามารถถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่เป็นต้นเหตุของโรคอุบัติใหม่นี้ โดยตั้งชื่อว่า 2019-nCoV (2019-novel Coronavirus) เผยแพร่ในธนาคารรหัสพันธุกรรมโลก

ธ.ค.

2562

ผู้ป่วยรายแรกที่มีอาการปอดบวมรุนแรงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และพบผู้ป่วยอาการรุนแรงคล้ายกันเพิ่มมากขึ้นผิดสังเกตเข้าตามนิยามของการระบาด (Outbreak) ของโรคระบบหายใจเฉียบพลันรุนแรง จึงมีการแถลงอย่างเป็นทางการและรายงานอย่างเป็นทางการต่อองค์การอนามัยโลก เมื่อ 31 ธ.ค. 62

8

ม.ค.

2563

7

จีนประกาศว่าเชื้อต้นเหตุของโรคระบาดใหญ่เป็น

เชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (novel Coronavirus)

ความรวดเร็วของการระบุเชื้อไวรัสต้นเหตุของโรคเกิดจากหลังประสบการณ์เรื่องโรคซาร์ส จีนได้มีการพัฒนาศักยภาพทางด้านไวรัสวิทยาอย่างมาก โดยยกระดับห้องปฏิบัติการให้มีระบบชีวนิรักษาระดับ 4 (Biosafety Level 4: BSL4) ซึ่งเป็นระดับสูงสุด

23

จีนประกาศปิด (Shut down) นครอู่ฮั่น ตั้งแต่เวลา 10.00 น.

- เริ่มสร้างโรงพยาบาลขนาด 1,000 เตียง เพื่อรับมือผู้ป่วย เสร็จใน 10 วัน 4 วันต่อมา สร้างเพิ่มอีก 1 แห่ง ขนาด 1,600 เตียง เสร็จใน 12 วัน
- ระดมความช่วยเหลือทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ยาและเวชภัณฑ์ เครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อการดูแลและควบคุมป้องกันโรค อาหารเครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ เข้าสู่นครอู่ฮั่น (จีนมีประสบการณ์ ด้รับการระบาดของโรคซาร์สเมื่อ พ.ศ. 2545 ได้สร้างโรงพยาบาลสนามขนาด 1,000 เตียง ขึ้นที่กรุงปักกิ่งเพื่อรองรับสถานการณ์ แต่ครั้งนั้นการระบาด สงบลงในเวลาประมาณ 8 เดือน และคนไข้ไม่เต็มโรงพยาบาลสนาม)
- แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่างๆ ในโรงพยาบาล สวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) 2 ชั้น และเข้าเวรปฏิบัติการช่วงละ 6 ชั่วโมงติดต่อกัน (แทนการทำงานปกติเวรละ 8 ชั่วโมง โดยตลอดช่วง 6 ชั่วโมง ให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร-น้ำ และการเข้าห้องน้ำ เพื่อประสิทธิภาพ การทำงาน และลดความเสี่ยงในการติดเชื้ขณะถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล) ใช้มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอย่างเข้มงวด³

24

จีนประกาศปิดเมืองเพิ่มเติมเป็น 13 เมือง มีประชากรที่ได้รับผลกระทบ 41 ล้านคน

ก.พ.

องค์การอนามัยโลกประกาศอย่างเป็นทางการ

เรียกชื่อโรคว่า
Coronavirus Disease-2019
(โรคไวรัสโคโรนา-2019)
ชื่อย่อว่า **COVID-19**
(โควิด-19)

หมายความว่า เป็นโรคจากเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งอุบัติขึ้นในปี ค.ศ.2019 และเรียกชื่อเชื้อก่อโรคว่า SARS-Coronavirus-2 ชื่อย่อคือ SARS-CoV-2 (ซาร์ส-โควี-2) หมายความว่าไวรัสโคโรนาตัวที่ 2 ซึ่งมีลักษณะคล้ายไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคซาร์ส

12

เม.ย.

8

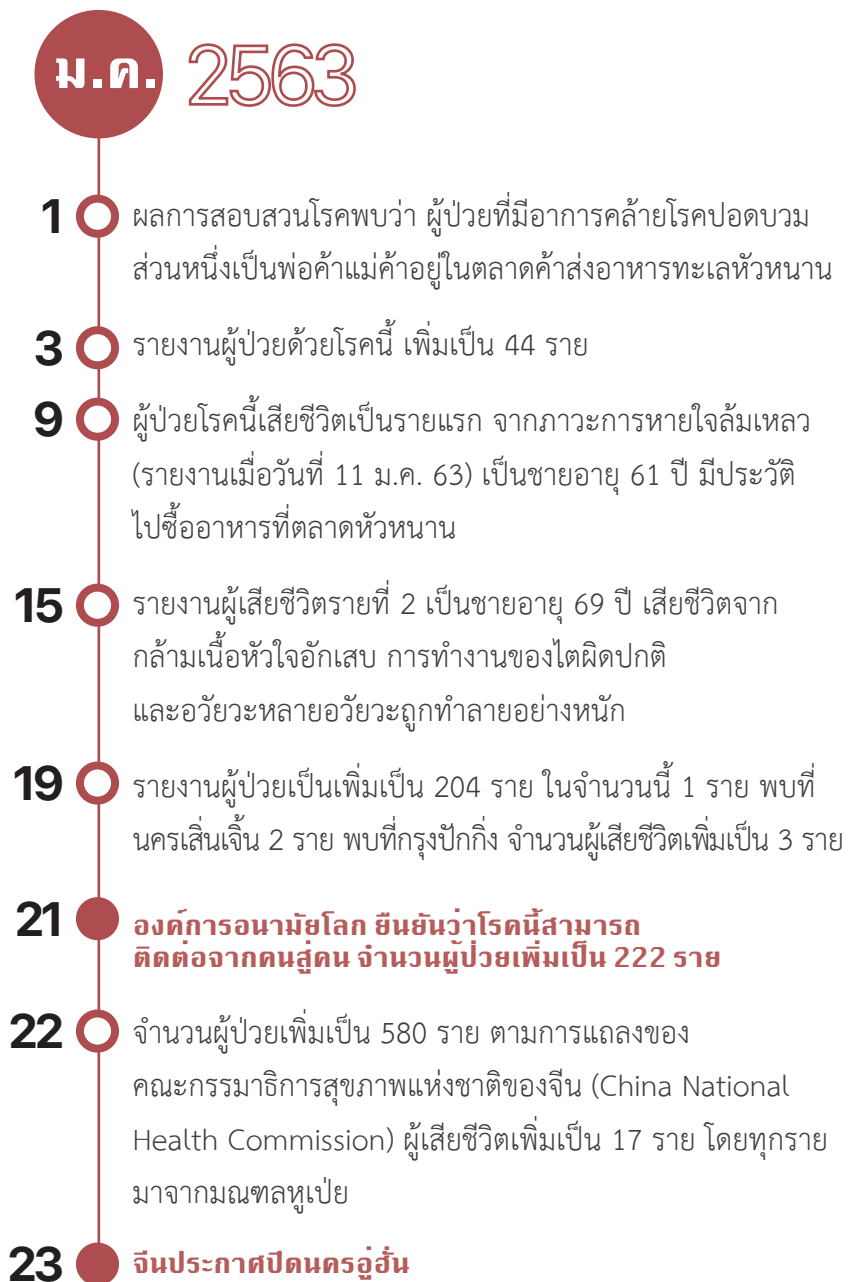
การระบาด
ในจีนสงบ
จีนประกาศ
เปิดนครอู่ฮั่น
อย่างเป็นทางการ

การระบาดของโควิด-19 ในประเทศจีน
มีประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา ดังนี้

- 1.2.1 รายละเอียดการแพร่ระบาดในจีน โดยสังเขป
- 1.2.2 จีนจัดการกับการแพร่ระบาดได้เหมาะสมหรือไม่ เพียงใด
- 1.2.3 การดำเนินการขององค์การอนามัยโลกมีความเหมาะสมหรือไม่
- 1.2.4 โรคนี้ระบาดเพราะมนุษย์ “อูตริ” ไปกินค้างคาวใช่หรือไม่
- 1.2.5 การตั้งชื่อโรค และชื่อเชื้อโรค

1.2.1 รายละเอียดการแพร่ระบาด ในจีน โดยสังเขป

จีนได้ดำเนินการสอบสวนการระบาด (outbreak investigation) มาตั้งแต่ช่วงเดือนธันวาคม หลังการรายงานต่อองค์การอนามัยโลกแล้ว มีเหตุการณ์สำคัญ ดังนี้⁴





Li
Wenliang

“เตือนภัย”
การระบาดของ
“โรคร้ายแรง
ที่ยังไม่รู้สาเหตุ”



TEDROS
Ghebreyesus

ประสบการณ์อัน
“เจ็บปวด”
ขององค์การ
อนามัยโลก

“ต้นตอ”
ของการระบาด ?
น่าจะมาจาก
ตลาดสด
อาหารทะเล
ที่หัวหนาน
และสัตว์ที่เป็น
แหล่งโรคคือ
“ค้างคาว”



1.2.2 จีนจัดการกับการแพร่ระบาด เหมาะสมหรือไม่ เพียงใด

ประสบการณ์กรณีการเป็นจุดตั้งต้นการระบาดของโรคซาร์ส เมื่อ พ.ศ. 2545-2546 ซึ่งจีนเสียชื่อเสียงมากจากการ “ปกปิด” การระบาด ทำให้โรคแพร่ไปสู่ฮ่องกงและระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 สถานการณ์แตกต่างจากครั้งการระบาดของโรคซาร์สมาก จีนเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจจนก้าวหน้าขึ้นเป็นประเทศที่มีขนาดผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product : GDP) เป็นอันดับ 2 รองจากสหรัฐอเมริกา แซงญี่ปุ่นมาแล้วหลายปี สภาพดังกล่าวทำให้โรคระบาดจากจีนสามารถแพร่ระบาดไปทั่วโลกได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการระบาดครั้งนี้เป็นการระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจซึ่งมีความรุนแรงและแพร่กระจายง่ายคล้ายคลึงกับไข้หวัดใหญ่ และจุดศูนย์กลางของการระบาด (epicenter) ของโรคอยู่ที่นครอู่ฮั่น ซึ่งเป็นศูนย์กลางการคมนาคมทางอากาศทางตอนกลางของประเทศจีน มีเที่ยวบินจำนวนมากบินตรงไปยังเมืองใหญ่ๆ ทั่วโลกทุกวัน

แม้จีนจะรายงานการระบาดของโรคไปยังองค์การอนามัยโลกในเวลาค่อนข้างรวดเร็ว กล่าวคือนับจากพบผู้ป่วยรายแรกในวันที่ 8 ธันวาคม 2562 มีการรายงานการระบาดเป็นทางการต่อองค์การอนามัยโลกในวันที่ 31 ธันวาคม 2562 ต้องนับว่ารวดเร็วพอสมควร เพราะนับตั้งแต่พบ

ผู้ป่วยรายแรก จะต้องมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยอย่างผิดสังเกตมากพอ จนเป็นลักษณะของการระบาด (outbreak) จึงเข้าข่ายต้องรายงาน อย่างไรก็ตามวิธีการที่มีจักษุแพทย์ชื่อนายแพทย์หลี่ เหวินเลียง ออกมา “เตือนภัย” การระบาดของ “โรคร้ายแรงที่ยังไม่รู้สาเหตุ” ทางสื่อสังคมออนไลน์แล้วถูกทางการดำเนินคดี ทำให้กระแสการโจมตีเรื่องการปิดกั้นการระบาดของทางการจีนโดยคู่ปรปักษ์สำคัญคือสหรัฐฯ มีน้ำหนัก โดยเฉพาะเมื่อต่อมา นายแพทย์หลี่ เหวินเลียง ตัดโรคนี้อันเสียชีวิตเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 ทำให้เกิดการ “ดราม่า” กระพือข่าวเรื่องนี้ ซึ่งมีผู้เชื่อมากขึ้นทั้งในจีนและโลก

อันที่จริง แม้จีนจะปกครองโดยพรรคการเมืองพรรคเดียวในลักษณะที่เรียกว่า “ประชาธิปไตยรวมศูนย์” (Democratic Centralism) แต่จีน “มีการกระจายอำนาจ” ทางการเมืองการปกครองสูงมาก ดูจากงบประมาณของรัฐบาลมณฑลและท้องถิ่นมากเกินกว่าร้อยละ 50 (งบประมาณองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของไทยประมาณ 25%) การ “รับมือ” กับโรคระบาดครั้งนี้ช่วงแรก ยังอยู่ในมือของรัฐบาลมณฑลหุเป่ย์และเทศบาลนครอู่ฮั่น จึงยังไม่สามารถรับมือกับความรุนแรงและร้ายแรงของการระบาดได้อย่างเพียงพอและเหมาะสม ประชาชนที่อยู่ในศูนย์กลางของการระบาดต่างตกอยู่ในสถานการณ์อันเลวร้าย โดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื้อและผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ทั้งประชาชนทั่วไป และเจ้าหน้าที่แพทย์พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ ที่ต่างต้องเผชิญชะตากรรมอันร้ายแรง ทั้งความทุกข์ทรมานจากโรคร้าย และการต้องแบกรับค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างแพงด้วย

จนกระทั่งเมื่อรัฐบาลกลางได้ยื่นมือเข้ามาจัดการปัญหาระดมความช่วยเหลือทั้งทางวิชาการ ทรัพยากร และการจัดการต่างๆ เข้าไป โดยมีการประกาศรักษาฟรีแก่ผู้ป่วยโรคนี้นี้ ในวันที่ 23 มกราคม 2563 ที่ประกาศปิดนครอู่ฮั่นนั่นเอง รวมทั้งให้ผู้ที่เสียค่าใช้จ่ายก่อนหน้านี้มาขอเบิกคืนได้ด้วย ปัญหาต่างๆ จึงบรรเทาเบาบาง และคลี่คลายลง

หลังข่าวมีการแจ้งข้อหานายแพทย์หลี่ เหวินเลียง จักษุแพทย์ซึ่งโพสต์ข้อความแจ้งเตือนภัยโรคระบาดใหม่ทางสื่อสังคมออนไลน์ในหมู่เพื่อนรวม 8 คน ในวันที่ 30 ธันวาคม 2562 รุ่งขึ้นคือวันที่ 31 ธันวาคม 2562 จึงก็รายงานการระบาดของโรคนี้ออกสู่การอนามัยโลกอย่างเป็นทางการ ดับกระแสเรื่องการปิดกั้นการระบาดลงได้มาก

1.2.3 การดำเนินการขององค์การอนามัยโลก เหมาะสมหรือไม่

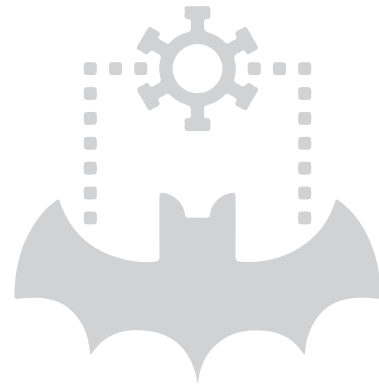
ในส่วนขององค์การอนามัยโลก เมื่อได้รับรายงานอย่างเป็นทางการเรื่องการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่นี้ ก็ไม่สามารถ “ผลิผลาม” ประกาศ “สถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข” ได้ เพราะประสบการณ์เมื่อครั้งโรคซาร์สระบาด องค์การอนามัยโลกประกาศมาตรการแบบ “ยาแรง” ให้จำกัดการเดินทาง เพราะมีหลักฐานการแพร่โรคของผู้ป่วยรายหนึ่งในเครื่องบินจากฮ่องกงไปแคนาดา มีผู้โดยสารหลายคนในเที่ยวบินนั้นติดโรค

ผลของการประกาศมาตรการจำกัดการเดินทางทำให้สนามบินทั่วโลกจำนวนมากร้างผู้คน เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง ทำให้มีเสียงตำหนิองค์การอนามัยโลกไม่น้อย แม้ผลที่สุดโรคซาร์สจะหยุดแพร่ระบาดไปในเวลาค่อนข้างรวดเร็ว โดยมีผู้ป่วยทั้งสิ้น 8,096 ราย และเสียชีวิตไปเพียง 774 ราย และไม่มีรายงานการพบโรคนี้อีก ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2546 โดยน่าเชื่อว่าเป็นผลจากมาตรการจำกัดการเดินทางนี้เอง แต่แม้กระนั้นก็เป็นบทเรียนให้องค์การอนามัยโลกต้องระมัดระวังในเรื่องนี้อย่างมาก

ประสบการณ์อัน “เจ็บปวด” ขององค์การอนามัยโลกเกิดขึ้นอีกครั้งเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข และต่อมาทฤษฎีวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงว่าเป็นการตัดสินใจที่อาจทำไปโดยตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของบริษัทยาและวัคซีนที่มุ่ง “กระพือข่าว” เพื่อประโยชน์ทางการค้า จนทำให้มีการตั้งคณะกรรมการอิสระขึ้นมาสอบสวนตามข้อกล่าวหาว่าเป็นทางการ ซึ่งผลที่สุดสรุปว่าข้อกล่าวหาไม่มีมูล แต่ก็ทำให้องค์การอนามัยโลกต้องระมัดระวังมากยิ่งขึ้น

ตามปกติ การตัดสินใจในเรื่องสำคัญที่มีผลกระทบต่อทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกจะมีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญระดับโลกร่วมพิจารณา ซึ่งทั่วโลกต่างคาดหวังว่าจะต้องตัดสินใจอย่างถูกต้อง รอบคอบและทันการณ์ โดยผู้ที่ต้องรับ “บทหนัก” คือองค์การอนามัยโลก ซึ่งในกรณีโควิด-19 ได้ดำเนินการตามลำดับขั้น คือเริ่มจากผู้แทนองค์การอนามัยโลกในประเทศจีนติดต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Commission) ของจีน เมื่อวันที่ 2 มกราคม 2563 เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ จากองค์การอนามัยโลกและขอข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ หลังจากนั้นได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศเมื่อ 30 มกราคม 2563 หลังจกพบการยืนยันการพบโรคนี้ในหลายประเทศ ได้แก่ ไทย (13 ม.ค. 63) สหรัฐฯ (21 ม.ค. 63) ฝรั่งเศส (24 ม.ค. 63) ฯลฯ และประกาศภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลกเมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 หลังจากโรคแพร่กระจายไปเกือบทุกทวีปทั่วโลกแล้ว

การประกาศขององค์การอนามัยโลกจึงเป็นไปอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับ โดยแต่ละครั้งจะมีคำอธิบายโดยมีหลักฐานและเหตุผลชัดเจน แต่ก็ไม่วายถูกตำหนิ โดยเฉพาะจากประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ แห่งสหรัฐฯ ว่าองค์การอนามัยโลกตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของจีนโดยไม่เพียงตำหนิเท่านั้น แต่ยังประกาศตัดเงินสนับสนุนจากสหรัฐฯ และในที่สุดถึงขั้นประกาศถอนตัวออกจากการเป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลก



1.2.4 โรคนี้ระบาดเพราะมนุษย์ “อูตริ” ไปกินค้างคาวใช่หรือไม่

เมื่อโรคโควิด-19 แพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวาง ก่อความตื่นตระหนกไปทั่วโลก และมีข่าวว่า “ต้นตอ” ของการระบาดน่าจะมาจากตลาดสดอาหารทะเลที่หัวหนาน และสัตว์ที่เป็นแหล่งโรคคือ ค้างคาว ทำให้มีข้อสงสัยว่าเพราะมนุษย์ “อูตริ” ไปนำค้างคาวมาเป็นอาหาร จึงทำให้ติดโรคจากค้างคาว และทำให้เกิดการแพร่ระบาดสร้างปัญหาไปทั่วโลก

ความจริงมนุษย์วิวัฒนาการจากการเป็นสัตว์กินพืช (herbivorous) มากินทั้งสัตว์และพืช (omnivorous) มาแต่โบราณกาลแล้ว พืชเป็นอาหารที่สะสมพลังงานได้น้อยกว่าสัตว์ ทำให้สัตว์ที่กินแต่พืชเป็นอาหารต้องใช้เวลายาวนานมากในการกินอาหารแต่ละวัน ดังจะเห็นได้จากช้างที่ตัวโตต้องใช้เวลาแทบทั้งวันในการกินพืชเป็นอาหาร เมื่อมนุษย์เริ่มมีวิวัฒนาการมากินเนื้อสัตว์ และพัฒนาจากกินอาหารดิบมาเป็นอาหารสุก ทำให้อวัยวะในการย่อยอาหารมีการปรับตัวหดสั้นลง และเป็นผลให้สมองมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ การกินเนื้อสัตว์ทำให้มนุษย์สามารถได้พลังงานจากเนื้อสัตว์ ทำให้ลดเวลาในการหาอาหารมากินลงได้มาก จึงสามารถใช้เวลาในการสร้างอารยธรรมต่างๆ ได้มาก⁵

เพื่อการอยู่รอด มนุษย์จึงกินสัตว์นานาชนิดเป็นอาหาร รวมทั้งค้างคาว ดังรายงานการสำรวจหมู่เกาะมาเลเซียของอัลเฟรด รัสเซล วอลเลซ ก็พบชนเผ่าหนึ่งในเกาะเซเลบีส นำอาหารมาเลี้ยงดู ซึ่ง “อาหารยอดเยี่ยมมาก มีไก่ปรุงรสหลายแบบ หมูปย่าง ตู๋น และทอด เนื้อค้างคาวตุ๋น ข้าวกับมันฝรั่ง และผักต่างๆ”⁶

แน่นอนว่าการกินเนื้อสัตว์เป็นอาหาร ย่อมทำให้มีโอกาสติดโรคจากสัตว์ ดังกรณีการแพร่ระบาดของโรคซาร์ส ก็มีการพิสูจน์แล้วว่า เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาจากค้างคาว โดยต้นตอมาจากค้างคาวสายพันธุ์หนึ่งในถ้ำแห่งหนึ่งที่มณฑลยูนนานของจีน ใช้หวัดนกก็พิสูจน์แล้วว่าเกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่จากสัตว์ปีกโดยเฉพาะไก่ ที่จุดตั้งต้นของการระบาดอยู่ที่ฮ่องกง โรคเอดส์ก็เชื่อว่าเป็นเชื้อไวรัสที่แพร่จากลิง โดยเริ่มต้นแพร่สู่คนในทวีปแอฟริกาเมื่อราวร้อยปีมาแล้ว ต่อมาโรคแพร่สู่สหรัฐอเมริกาจนเกิดการแพร่ระบาดใหญ่ไปทั่วโลกเมื่อราว 40 ปีที่ผ่านมา

แท้จริงแล้ว เพราะมนุษย์กับสัตว์ต่างอยู่ใน “อาณาจักร” (kingdom) เดียวกัน คือ “อาณาจักรสัตว์” (animal kingdom) จึงย่อมมี “โรคจากสัตว์สู่คน” (zoonosis) เกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราว แม้มนุษย์ไม่กินเนื้อสัตว์เป็นอาหาร ก็ยังสามารถรับโรคจากสัตว์ได้ การกินเนื้อสัตว์ปาก็มิใช่ต้นเหตุเดียวของการเกิด “โรคอุบัติใหม่” (emerging disease) เช่น โควิด-19 เพราะสัตว์เลี้ยงอย่างหมูก็แพร่โรคสู่คนได้ ดังกรณี “ไข้หวัดใหญ่หมู” (Swine Flu) ที่ระบาดเมื่อ ปี ค.ศ. 2009 (Flu 2009) เป็นต้น

นอกจากนี้ การแพร่ระบาดของโรคนี้ก็มิได้เกิดจากการ “เปียดเบียน” ธรรมชาติมากเกินไป หรือเพราะ “โลภกาภิวัตน์” ซึ่งทำให้โรคแพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว สร้างปัญหาให้แก่คนทั่วโลก เพราะแท้จริงแล้วโรคนี้คล้ายคลึงกับ “โรคไข้หวัดใหญ่สเปน” (Spanish Flu) โดยเป็นโรคติดเชื้อระบบหายใจเหมือนกัน มีระดับความรุนแรงใกล้เคียงกัน และติดต่อกันได้ง่ายคล้ายคลึงกัน

ไข้หวัดใหญ่สเปน ระบาดช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง ขณะนั้นประชากรโลกมีราว 1,700 ล้านคน น้อยกว่าปัจจุบัน 4-5 เท่า การคมนาคมทางอากาศยังไม่มี แต่โรคก็แพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวาง รุนแรง และร้ายแรงกว่าโควิด-19 มาก เพราะทำให้มีผู้ป่วยราว 500 ล้านคน และเสียชีวิตราว 50 ล้านคน โรคมีการระบาดใหญ่ 2-3 ระลอก และกินช่วงเวลาราว 3 ปี จึงสงบ และก็ไม่หายไปจากโลก แต่กลายเป็น

โรคตามฤดูกาล (Seasonal Flu) และระบาดใหญ่ขึ้นเป็นครั้งคราวตามธรรมชาติของโรค โดยพฤติกรรมมนุษย์มีส่วนน้อยมากที่ทำให้เกิดการระบาด แต่สาเหตุสำคัญของการระบาดเกิดจากการกลายพันธุ์ของเชื้อโรคทำให้โรคติดต่อได้ง่าย

การเกิดของโรคอุบัติใหม่อย่างโควิด-19 และมีการแพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวาง จึงเป็นธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต และเป็นธรรมชาติของสังคมมนุษย์ที่จะต้องไม่ตกอยู่ในความประมาท เมื่อเกิดปัญหาขึ้นก็ต้องตั้งสติและใช้ปัญญาในการแก้ปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม ก็จะสามารถฟันฝ่าปัญหาที่แม้จะใหญ่โตเพียงไหน มีความรุนแรงและร้ายแรงเพียงใดก็ตาม

1.2.5 การตั้งชื่อโรคและชื่อเชื้อต้นเหตุของโรค

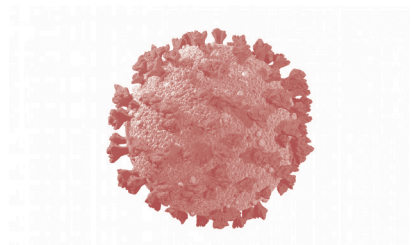
เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่สเปนเมื่อปลายสงครามโลกครั้งที่สอง ช่วง พ.ศ. 2460-2462 จุดกำเนิดของโรคเชื่อว่า เกิดขึ้นในสหรัฐฯ และแพร่ไปยุโรปโดยการนำของทหารสหรัฐฯ ที่เข้าร่วมรบในสงครามครั้งนั้นตอนช่วงปลายสงคราม⁷ โรคแพร่เข้าสู่ประเทศคู่สงครามทั้งเยอรมนี อังกฤษ ฝรั่งเศส และอิตาลี ซึ่งพยายามปกปิดการแพร่ระบาดเพื่อมิให้ฝ่ายตนเสียกำลังใจ และมีให้ฝ่ายตรงข้ามเกิดความอึกเขม ขณะที่สเปนประกาศตัวเป็นกลาง ไม่มีความจำเป็นต้องปกปิดเรื่องการแพร่ระบาดของโรค โรคระบาดครั้งนั้นจึงถูกเรียกชื่อจารึกในประวัติศาสตร์ว่า ไข้หวัดใหญ่สเปน (Spanish Influenza) ซึ่งการที่ตั้งชื่อเช่นนั้น เพราะเข้าใจผิดว่า เชื้อโรคที่เป็นต้นเหตุ เป็นเชื้อแบคทีเรีย คือ Haemophilus influenzae ต่อมาจึงพบต้นเหตุที่แท้จริงว่าเป็นเชื้อไวรัส และตั้งชื่อต่อมาว่า Influenza Virus การพบเชื้อ Haemophilus influenzae ในผู้ป่วยเพราะเป็นโรคแทรกซ้อน

เมื่อมีการระบาดของไข้หวัดใหญ่ 2009 โดยมีจุดตั้งต้นที่ประเทศเม็กซิโก ก็มีการเรียกชื่อว่า ไข้หวัดใหญ่เม็กซิกัน (Mexican Flu) ซึ่งเป็นการสร้าง “ตราบาป” (stigma)

ให้แก่ประเทศและประชาชนโดยไม่สมควร เพราะการเกิดโรคระบาดขึ้นตามธรรมชาติในท้องที่ใด หากนักวิชาการและประชาชนในประเทศนั้นสามารถตรวจพบและเปิดเผยให้โลกรู้โดยเร็วเท่าใด ก็จะเป็นประโยชน์แก่การป้องกันและควบคุมโรคมกเท่า่นั้น การสร้างตราบาปในลักษณะดังกล่าวจึงเป็นเรื่องที่ไม่พึงกระทำ เพราะจะทำให้เกิดการปกปิดซึ่งจะทำให้เกิดการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวาง รุนแรง และควบคุมป้องกันยาก

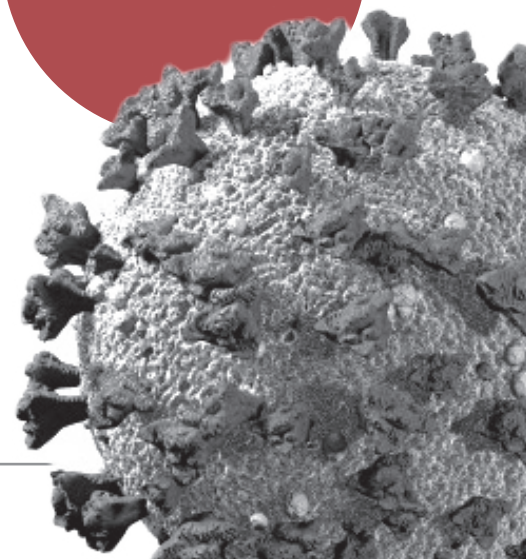
ด้วยหลักการดังกล่าว องค์การอนามัยโลก โดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญจึงเลือกแนวทางการกำหนดชื่อโรคตามหลักวิชาการเพื่อสะท้อนถึงเชื้อต้นเหตุและปีที่เกิดโรค โรคนี้จึงชื่อว่า Coronavirus Disease-2019 (โรคไวรัสโคโรนา-2019) ชื่อย่อว่า COVID-19 (โควิด-19) ส่วนเชื้อโรคต้นเหตุตั้งชื่อว่า SARS-Coronavirus-2 (ซาร์ส-โคโรนาไวรัส-2) เพราะเป็นเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีรหัสพันธุกรรมคล้ายเชื้อต้นเหตุของโรคซาร์ส (SARS) หรือกลุ่มอาการโรคระบบหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome) ตัวเลข 2 ข้างท้าย คือเป็นชื่อโรคซาร์สหมายเลข 2 ชื่อย่อคือ SARS-CoV-2 (ซาร์ส-โควี-2)

การค้นพบว่าเชื้อโรคโควิด-19 มีลักษณะพันธุกรรมคล้ายเชื้อโรคซาร์ส ทำให้นักวิทยาศาสตร์สามารถต่อยอดความรู้ในการตรวจ (testing) การรักษา (treatment) และการป้องกัน (prevention) โดยเฉพาะการค้นคว้าพัฒนาวัคซีนต่อไป ดังนักวิทยาศาสตร์จีน ริเริ่มนำยารักษาโรคเอดส์ตัวรับหนึ่ง คือ โลพินาเวียร์-ริโทนาเวียร์ (Lopinavir-Ritonavir) ที่เคยใช้ได้ผลบ้างในการรักษาโรคซาร์ส มาใช้ในการทดลอง (experiment) ทำการรักษาผู้ป่วย ในช่วงแรกที่ยังไม่มียาใดที่เป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับโรคนี้



กำหนดชื่อโรค
เพื่อสะท้อนถึง
เชื้อต้นเหตุ
และปีที่เกิดโรค

COVID-19





การควบคุม และป้องกันการระบาด

การควบคุมและป้องกันการระบาดของโรค เริ่มต้นที่
ต้องหาสาเหตุของโรคให้ได้ แล้วจัดการกับตัวต้นเหตุ
อย่างถูกต้องและเหมาะสม ความเจริญก้าวหน้าทาง
วิทยาการในปัจจุบันพบว่า การจะจัดการกับเชื้อโรค
ต้นเหตุได้ จะต้องใช้ความรู้ระดับชีววิทยาโมเลกุล
(Molecular Biology) ซึ่งจีนสามารถรู้แล้วว่าเชื้อต้น
เหตุคือ ไวรัสโคโรนา หัวใจของการควบคุมป้องกันโรค
ที่แพร่ระบาดได้รวดเร็วอย่างโรคนี้ คือ การเปิดประตู
ให้นักวิทยาศาสตร์ทั่วโลกสามารถเข้ามามีส่วนร่วมให้
กว้างขวางมากที่สุด นั่นคือการถอดรหัสพันธุกรรมให้ได้
และเปิดเผยรหัสพันธุกรรมของเชื้อโรคให้ทั่วโลกได้รับรู้
และประเทศต่างๆ จะต้องรู้หลักและวิธีการของการ
ควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อและดำเนินการตามหลัก
และวิธีการนั้นอย่างถูกต้องและทันการณ์

2.1

การเปิดเผยรหัสพันธุกรรม ของเชื้อก่อโรค

นับเป็นโชคดียิ่งของมนุษยชาติที่โรคนี้เริ่มต้นแพร่ระบาดในจีน
ขณะที่จีนมีความเจริญก้าวหน้ามากทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์
เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งระบบการเมืองการ
ปกครองที่อยู่ในสภาวะสงบเรียบร้อย มีผู้นำประเทศที่มี
ความมั่นคงในตำแหน่งและได้รับการยอมรับอย่างสูง โดยเพิ่ง
ผ่านการลงมติเห็นชอบจากสภาประชาชนให้สามารถดำรง
ตำแหน่งได้ต่อเนื่องตลอดชีวิต ไม่มีข้อจำกัดให้ดำรงตำแหน่ง
ได้เพียง 2 สมัย ตามที่รัฐธรรมนูญของประเทศกำหนดไว้เดิม

ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีโดยเฉพาะ
ทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้จีนสามารถตรวจพบ
และยืนยันเชื้อต้นเหตุของโรคได้อย่างรวดเร็ว โดยประกาศ
ต่อสาธารณะตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2563 ว่าเชื้อต้นเหตุของ
โรคนี้คือ ไวรัสโคโรนาตัวใหม่ (novel coronavirus) สามารถ
ถอดรหัสพันธุกรรมและเปิดเผยต่อชาวโลกในธนาคารรหัส
พันธุกรรมโลก ในชื่อ 2019-CoV เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2563

การระบุว่าเชื้อโรคใดเป็นเชื้อก่อโรคใด จะต้องเป็นไปตาม “หลักของโคค” (Koch’s Postulates) ซึ่งประกอบด้วยหลัก 4 ประการ ได้แก่ (1) ต้องพบเชื่อนั้นในผู้ป่วยทุกราย (2) ไม่พบเชื่อนั้นในโรคอื่น (3) เชื้อที่แยกได้นั้น สามารถก่อโรคได้ในสัตว์ทดลอง และ (4) โรคที่เกิดจากการทดลองนั้นต้องสามารถแยกเชื่อนั้นได้

หลักดังกล่าวนี้พัฒนาขึ้นโดย เอฟ.จี.จาค็อบ เฮนเล (F.G Jacob Henle) ปรับปรุงโดยโรเบิร์ต โคค (Robert Koch) เมื่อ พ.ศ. 2420 และขยายความอีกครั้งใน พ.ศ. 2425 ชื่อเต็มจึงชื่อว่า “หลักของเฮนเล-โคค” (Henle-Koch Postulates)

จินตทัศน์ใจเผยแพร่รหัสพันธุกรรมของเชื้อโรคนี้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ถูกต้องทั้งทางวิชาการ เศรษฐกิจ สังคม และมนุษยธรรม เพราะทำให้ทั่วโลกสามารถตั้งต้นในการประดิษฐ์คิดค้นเครื่องมือและนํ้ายาตรวจเชื้อ ยาและวิธีการรักษา และวัคซีนสำหรับป้องกันได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง เปิดโอกาสให้นักวิทยาศาสตร์ หน่วยงาน และองค์กรธุรกิจต่างๆ สามารถลงมือเดินหน้าทุกอย่างได้อย่างฉับพลันทันที ทำให้ประเทศต่างๆ สามารถสร้างนํ้ายาตรวจหาเชื้อได้อย่างรวดเร็ว และในที่สุดสามารถผลิตวัคซีนที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ฉีดป้องกันโรคได้ในเวลาเพียง 6 เดือน นับจากวันที่ 11 มกราคม 2563 โดยได้รับการขึ้นทะเบียนสำหรับใช้ในกรณีฉุกเฉินและเริ่มฉีดเป็นประเทศแรกในจีน เมื่อเดือนมิถุนายน 2563 (วัคซีนของบริษัทแคนซิโนไบโอโลจิกส์) ตามมาด้วยรัสเซียเมื่อเดือนสิงหาคม 2563 หลังการทดสอบในคนระยะที่ 2 เท่านั้น (วัคซีนสปุตนิก-5) และอังกฤษเป็นประเทศแรกของโลกตะวันตกที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคนี้ให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นคนสูงอายุ คือ มาร์กาเรต คีแนน วัย 90 ปี เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2563³

อันที่จริง การค้นพบเชื้อก่อโรคและรหัสพันธุกรรมของเชื้อโรค เป็นทรัพย์สินทางปัญญาที่มีมูลค่ามหาศาล ดังกรณีการค้นพบเชื้อโรคเอดส์ โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวฝรั่งเศส คือ แพทย์หญิงฟรังซัวส์ บาร์เร ไซนุสซี ร่วมกับนายแพทย์ ลุค มงตาเนียร์ แห่งสถาบันปาสเตอร์ ทำให้เกิดคดีฟ้องร้องกับนายแพทย์โรเบิร์ต แกลโล แห่งสถาบันไวรัสวิทยาสหรัฐอเมริกา จนรัฐบาลของสองประเทศคือ ฝรั่งเศสและสหรัฐฯ ต้องเข้ามาไกล่เกลี่ย ให้ทั้งคู่เป็นผู้ค้นพบร่วมกัน และได้ค่าธรรมเนียมจากสิทธิบัตรร่วมกันจำนวนมหาศาล

จินตแลเห็นแล้วว่า “มูลค่า” ของสิทธิบัตรการค้นพบเชื้อโรคและรหัสพันธุกรรมของเชื่อย่อมมี “คุณค่า” เทียบไม่ได้กับการเปิดเผยการค้นพบนั้นให้เป็นความรู้ร่วมกันของมนุษยชาติ ข้อสำคัญจีนน่าจะตระหนักดีว่า หากไม่รีบเปิดเผย ประเทศเจริญแล้วอื่นๆ จะได้เครดิตการเป็นผู้ค้นพบรหัสพันธุกรรมของเชื่อนี้ในไม่ช้า เพราะขณะนั้นโรคกำลังแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว

จินตแลเห็นแล้วว่า
“มูลค่า”

ของสิทธิบัตรการค้นพบ
เชื้อโรคและรหัสพันธุกรรม
ของเชื่อย่อมมี

“คุณค่า”

เทียบไม่ได้กับการเปิดเผยการค้นพบนั้น
ให้เป็นความรู้ร่วมกันของมนุษยชาติ

หลักและวิธีการ ควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ

พุทธศาสนาเป็นเรื่องของปัญหาและการแก้ปัญหาสำคัญของมนุษย์ คือเรื่องทุกข์และวิธีแก้ทุกข์ หรือ หลักอริยสัจสี่ ได้แก่ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ และมรรค หมายถึง (1) การรู้ปัญหาอย่างแจ่มแจ้ง (2) การรู้สาเหตุของปัญหาอย่างแท้จริง (3) การรู้เรื่องการดับปัญหาอย่างชัดเจน และ (4) การรู้วิธีการในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน

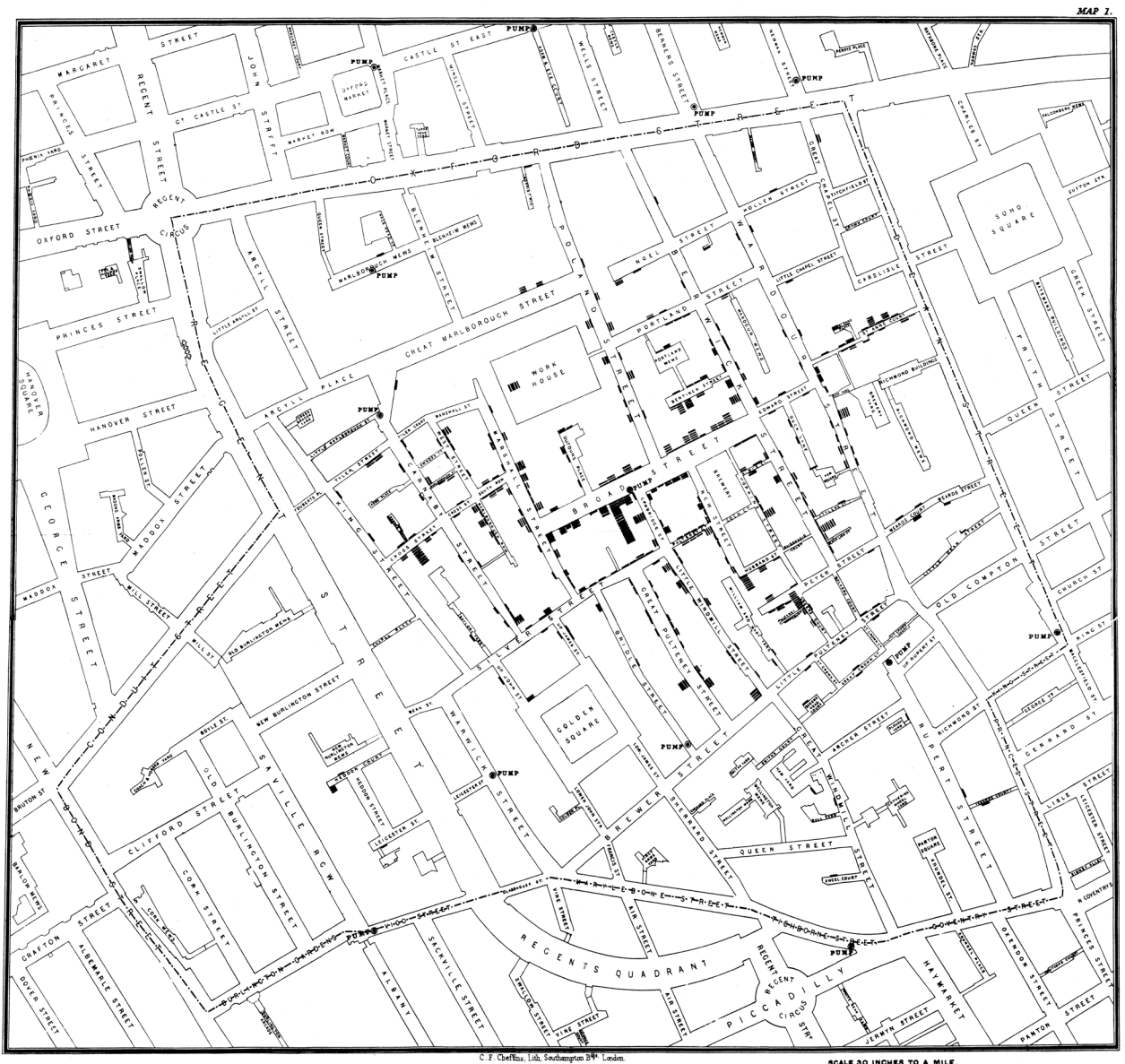
มนุษย์มีประสบการณ์มายาวนานในการเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บและโรคระบาด หมายความว่าสำคัญของการเอาชนะโรคระบาดอย่างได้ผล คือการค้นพบทฤษฎีเชื้อโรค (Germ Theory) โดยบุคคลสำคัญของโลก 3 คน คือ (1) หลุยส์ ปาสเตอร์ ที่ค้นพบว่าเชื้อจุลินทรีย์เป็นต้นเหตุของโรคและค้นพบวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างได้ผล (2) โจเซฟ ลิสเตอร์ ที่ค้นพบการป้องกันเชื้อโรคด้วยยาทำลายเชื้อ (Antiseptic) คือ กรดคาร์บอลิก และ (3) โรเบิร์ต โคค ซึ่งสามารถใช้กล้องจุลทรรศน์แสดงภาพเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นต้นเหตุของโรค และเป็นผู้วางทฤษฎี คือ “หลักของโคค”

หมายความว่าอีกเรื่องหนึ่งคือ การค้นพบหลักระบาดวิทยาโดย จอห์น สโนว์ ที่สังเกตเห็นว่าการระบาดของอหิวาตกโรคในย่านโซโฮ ของกรุงลอนดอน มิได้เกิดในลักษณะของการ “สุ่ม” (random) หรือ “กระจายอย่างสม่ำเสมอ” (homogeneous distribution) แต่จะสัมพันธ์กับเหตุปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด (determinants) คือ สถานีส่งน้ำประปาซึ่งมีคุณภาพในการกำจัดเชื้อโรคแตกต่างกัน การค้นพบของจอห์น สโนว์ ครั้งนั้น เกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2397 มีคนตายจากอหิวาตกโรค ในครั้งนั้นราว 600 คน โดยบางวันตายถึง 200 คน จอห์น สโนว์ ใช้วิธีเดินสำรวจและจัดทำแผนที่ ซึ่งเป็น “แผนที่” ประวัติศาสตร์ อันเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เขาได้รับยกย่องว่าเป็นบิดาของวิชาระบาดวิทยา (ดูภาพที่ 1)

การค้นพบพาหะของโรค เช่นพบว่าหนูเป็นพาหะสำคัญของกาฬโรค ทำให้มีการจัดการเรื่องการสุขาภิบาลและความสะอาด การค้นพบว่ายุงเป็นพาหะนำเชื้อมาลาเรีย ทำให้มีการศึกษาเรื่องยุงและสารกำจัดยุง การค้นพบเรื่องระยะของการแพร่โรคทำให้มีการสร้างระบบการกักกันโรค (quarantine) ซึ่งช่วงแรกใช้กับการควบคุมเรือก่อนอนุญาตให้เทียบท่า โดยกำหนดให้มีการกักกันโรคก่อนเป็นเวลา 40 วัน โดยศัพท์คำนี้มาจากรากศัพท์ภาษาละตินที่แปลว่า 40

การค้นพบวัคซีนชนิดแรกของโลกที่ปลอดภัยและได้ผลดีคือวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษโดย เอ็ดเวิร์ด เจนเนอร์ ทำให้มีความพยายามค้นคว้าหาวัคซีนป้องกันโรคต่างๆ เช่น โรคพิษสุนัขบ้า กาฬโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก เป็นต้น และการค้นพบยาปฏิชีวนะตัวแรก คือ เพนิซิลลิน ทำให้โลกเข้าสู่ยุคยาปฏิชีวนะซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการต่อสู้กับโรคระบาดแทบทุกโรค

ประสบการณ์สำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคระบาดอันเป็นรากฐานสำคัญของหลักและวิธีการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ คือความสำเร็จในการกวาดล้างไข้ทรพิษ และการต่อสู้เอาชนะโรคอุบัติใหม่ต่างๆ ที่พบว่ามีการระบาดต่อมา เช่น โรคเอดส์ ไข้หวัดนก ซาร์ส เมอร์ส ไข้หวัดใหญ่ 2009 ทำให้มีการสรุปบทเรียนเรื่องหลักและวิธีการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่ ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แผนที่การระบาดของอหิวาตกโรคย่านโซโหในกรุงลอนดอน เมื่อ พ.ศ. 2397 ของจอห์น สโนว์
 ที่มา: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Snow-cholera-map-1.jpg>

2.2.1 การกำหนดนิยามหรือคำจำกัดความของโรคและการระบาดให้ชัดเจนว่าเป็นโรคเดิมที่กลับมาระบาดใหม่ (Re-emerging disease) หรือโรคอุบัติใหม่ (Emerging disease) และกำหนดแนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยให้ชัดเจนตามลำดับ

นิยาม “ผู้ป่วย” ได้แก่ (1) รายที่น่าสงสัย (suspected case) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการและประวัติ เป็นไปตามนิยามที่กำหนด (2) รายที่น่าจะเป็น (probable case) หมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการและประวัติตรงตามนิยาม และผลการตรวจทางคลินิก (clinical investigation) เช่น การตรวจเอกซเรย์ การตรวจเลือด ฯลฯ สนับสนุน และ (3) รายที่ยืนยัน (confirmed case) หมายถึง รายที่น่าจะเป็นและตรวจพบเชื้อ หรือชิ้นส่วนของเชื้อยืนยัน

2.2.2 หลักการควบคุมโรคเชิงรุก

คือ การตรวจพบแต่เนิ่นๆ และควบคุมป้องกันโดยฉับพลัน (early recognition and prompt response) เพื่อป้องกันมิให้มีการแพร่ระบาดในวงกว้าง ซึ่งจะทำให้ควบคุมยากหรือควบคุมไม่ได้

ธรรมชาติของโรคติดต่อ (communicable disease) ที่เกิดจากโรคติดต่อ (infectious disease) ที่จะแพร่ระบาดในวงกว้างจะต้องสามารถแพร่จากคนสู่คนได้ ถ้าแพร่ได้ง่ายและรวดเร็วเท่าใดจะต้องควบคุมให้ได้โดยเร็วพลันมากเท่านั้น

อัตราการแพร่ระบาดจากคนสู่คนของแต่ละโรคจะแตกต่างกัน ขึ้นกับช่องทางการติดต่อ และความรุนแรงในการแพร่โรคของเชื้อโรค โรคที่แพร่ได้รวดเร็วคือโรคที่ติดต่อทางระบบหายใจ โดยเฉพาะกรณีที่แพร่ได้จากผู้มีเชื้ออยู่ในร่างกายและมีอาการน้อยหรือมีอาการไม่รุนแรงและเดินทางไปไหนมาไหนได้ นักวิทยาศาสตร์จะมีการเก็บข้อมูลการแพร่โรค นำมาคำนวณเป็นค่าเรียกว่า “ค่าการก่อโรคซ้ำ” (reproduction number) ซึ่งย่อว่า “อาร์ศูนย์” (R0) [มิใช่อาร์โอ] หมายความว่า ผู้ที่ติดเชื้อ 1 คน จะสามารถทำให้คนอื่นติดเชื้อได้กี่คน ตัวเลขนี้สูงมากเท่าใดการแพร่โรคจะรวดเร็วและกว้างขวางมากเท่านั้น

หลักการสำคัญของการควบคุมการระบาด คือจะต้องหยุดยั้งการแพร่ระบาดให้อยู่ในวงแคบ ดีที่สุดคือจำกัดมิให้ติดต่อสู่คนรอบข้าง ต่อไปคือควบคุมให้ติดต่อถึงแค่รุ่นที่ 2 ถ้าการติดต่อสู่รุ่นที่ 3, ที่ 4, ที่ 5, ... จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็นทวีคูณหรือพหุคูณ คือเพิ่มเป็น 2 เท่า, 3 เท่า, 4 เท่า, ... แล้วแต่ค่าอาร์ศูนย์จะมากน้อยแค่ไหน

โรคโควิด-19 ที่แพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวางในประเทศต่างๆ เช่น สหรัฐฯ อิตาลี อิหร่าน อังกฤษ อินเดีย ฯลฯ หรือในจีนช่วง 1-3 เดือนแรก เพราะมีการแพร่ระบาดต่องานไปในหลายรุ่น ซึ่งส่วนหนึ่งจะเข้าสู่กลุ่มที่เปราะบาง เช่น คนสูงอายุ คนที่มีโรคประจำตัว จึงมีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจำนวนมากจนสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์รับมือไม่ไหว เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เครื่องช่วยหายใจ ไม่เพียงพอ คนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพส่วนหนึ่งอาจไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยล้มตายลงมาก จนฝังศพไม่ทัน

2.2.3 หลักการปิดล้อมโรค (Containment of disease)

หลักการปิดล้อมเพื่อมิให้เป็นตัวการแพร่โรค โดยมาตรการต่างๆ ได้แก่ (1) การนำผู้ป่วยเข้าสู่การกักกันโรค (isolation) ซึ่งตามหลักการจะต้องกักกันในสถานที่ที่เหมาะสม จนเชื้อโรคหมดไปจากตัวผู้ป่วย ไม่สามารถแพร่โรคให้แก่ผู้อื่นได้อีกต่อไป (2) ถ้ามียาหรือวัคซีนที่ใช้ได้ ต้องมีการให้ยาแก่คนที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยในรัศมีโดยรอบที่กำหนดตามความเหมาะสม เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษให้แก่ประชาชนในอาณาบริเวณโดยรอบในรัศมีที่กำหนด หรือการให้ยาปฏิชีวนะแก่ประชาชนโดยรอบในชุมชน ในกรณีพบผู้ป่วยอหิวาต์ เป็นต้น (3) การนำผู้สัมผัสที่อาจติดโรคจากผู้ป่วยมาตรวจหาเชื้อ และเข้าสู่สถานที่กักกันโรค (quarantine) โดยกำหนดระยะเวลา 2 เท่า ของระยะฟักตัวของโรค ทั้งนี้จะต้องมีการสอบสวนโรค โดยสืบหาผู้สัมผัสให้ได้ทุกรายหรือให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (testing and tracing or tracking)

2.2.4 การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค

การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ให้เพียงพอสำหรับผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค โดยการคาดการณ์ตามหลักการและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งนอกจากสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และบุคลากร โดยมีการวางระบบป้องกันการแพร่โรคในสถานที่อย่างเข้มงวดแล้ว จะต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ให้แก่บุคลากรอย่างเหมาะสมและเพียงพอ

03



การต่อสู้และชัยชนะ ของจีน

จุดเริ่มต้นของการระบาดของโรคนี้เกิดขึ้นในจีน ซึ่งระยะแรก โลกตะวันตกเรียกโรคนี้ว่า “โรคปอดบวมน่าสงสัยลึกลับ” (mysterious, suspected pneumonia) ซึ่งแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว มีอัตราป่วยตายค่อนข้างสูง โดยจีนต้องทำสงครามกับโรคร้ายนี้พร้อมกับการรับมือกับสงครามการค้าที่สหรัฐฯ โหมกระหน่ำโจมตีเป็นระยะๆ แต่จีนสามารถชนะสงครามนี้ได้อย่างงดงาม ขณะที่สหรัฐฯ พ่ายแพ้ยับเยิน จึงน่าสนใจที่จะต้องศึกษาบทเรียนครั้งนี้อย่างมีวิจารณญาณ

3.1

สถานการณ์การระบาดระยะแรก และการค้นพบการระบาด

ผู้ป่วยรายแรกเกิดขึ้นรอบๆ ตลาดสดที่ขายเนื้อสัตว์ บ่งบอกว่าโรคนี้แพร่จากสัตว์สู่คน (animal-to-human transmission) หรือเป็นโรคจากสัตว์สู่คน (Zoonosis)

รายงานข่าวของหนังสือพิมพ์เซาท์ไชนามอร์นิงโพสต์ในฮ่องกงระบุว่า ผู้ป่วยรายแรกจากมณฑลหูเป่ย์ อายุ 55 ปี พบตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน 2562 แต่รายงานที่เป็นทางการผู้ป่วยรายแรกเป็นหญิงอายุ 57 ปี เริ่มมีอาการเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2562 และต่อมาตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา ศัพท์วิชาการถือว่าผู้ป่วยรายนี้เป็น “ผู้ป่วยหมายเลขศูนย์” (Patient Zero) เป็นจุดตั้งต้นของการระบาด โดยไม่มีประวัติเดินทางไปที่ตลาดสดอาหารทะเลหัวหนาน แต่ผู้ป่วยรายต่อๆ มา มีประวัติสัมพันธ์กับการไปหรือการสัมผัสกับตลาดแห่งนั้น โดยมีความเป็นไปได้ที่ต้นตอเชื้อโรคมมาจากค้างคาวสายพันธุ์หนึ่งซึ่งใช้เป็นส่วนผสมในตำรับยาจีนบางตำรับ

คณะกรรมการสุขภาพนครซ่างไห่ (เซี่ยงไฮ้) ได้รับตัวอย่างส่งตรวจจากคนไข้ปอดบวมที่ไม่ทราบสาเหตุจากศูนย์ควบคุมโรคนครอู๋ฮั่นและโรงพยาบาลกลางนครอู๋ฮั่น จึงได้ทำการสอบสวนและยืนยันในเวลาต่อมาว่าเป็นโรคจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่

บุคคลที่เป็นไวรัสที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ค้นพบการระบาดของโรคนี้คือ แพทย์หญิงจาง จี้เซียน (Zhang Jixian) ผู้อำนวยการแผนกโรคระบบหายใจของโรงพยาบาลผสมผสานการแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตกแห่งนครหูเป่ย์ ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ต่อสู้กับโรคซาร์สเมื่อ พ.ศ. 2546 ทำให้เธอ “ฉับไว” กับความรุนแรงของการระบาดนี้ โดยก่อนหน้านี้ แม้จะมี “โรคปอดบวมลึกลับ” เกิดขึ้นหลายรายแต่ก็มีลักษณะเกิดขึ้น “ประปราย” ตามจุดต่างๆ ไม่เป็นที่ “ผุดผ่อง” นัก จนกระทั่งวันที่ 26 ธันวาคม 2562 มีผู้ป่วยสูงอายุคนหนึ่งพำนักอยู่ใกล้ๆ โรงพยาบาลมาด้วยอาการไข้และไอ ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (ซีทีสแกน) ปอดพบเงาภาพผิดปกติแตกต่างจากผู้ป่วยปอดบวมจากเชื้อไวรัสอื่นๆ ที่รู้จักกันแล้ว แพทย์หญิงจางตรวจลูกชายของสามีภรรยาคนนั้น พบลักษณะคล้ายกัน วันเดียวกันผู้ป่วยจากตลาดอาหารทะเลหัวหนาน มาตรวจกับแพทย์หญิงจางก็พบลักษณะผิดปกติคล้ายกัน

ต่อมาในวันที่ 28 และ 29 ธันวาคม 2562 มีผู้ป่วยอีก 3 คนที่เคยไปตลาดสดอาหารทะเลหัวหนานมาโรงพยาบาลด้วยอาการคล้ายกัน ทางโรงพยาบาลจึงรายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขของเทศบาลและมณฑล ทางสาธารณสุขสั่งการให้ศูนย์ควบคุมโรคของอู๋ฮั่นและทางเจียงฮั่นร่วมกับโรงพยาบาลจินผินตันไปทำการสอบสวนทางระบาดวิทยาในผู้ป่วย 7 ราย เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2562 ผู้ป่วย 6 รายถูกย้ายไปโรงพยาบาลจินผินตันซึ่งเป็นโรงพยาบาลโรคติดเชื้อ ผู้ป่วย 1 ราย ขอไม่ย้ายไป

วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ศูนย์ควบคุมโรคอู๋ฮั่นออกหนังสือแจ้งโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตให้รายงานผู้ป่วยที่มีอาการ “ปอดบวมลึกลับ” ที่พบในช่วงสัปดาห์ก่อนหน้านั้น โดยให้รายงาน “ผู้ป่วยปอดบวมทุกรายที่ไม่ทราบสาเหตุ และมีความสัมพันธ์กับตลาดอาหารทะเลหัวหนาน” และให้คำแนะนำในการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ พร้อมให้ข่าวแก่หนังสือพิมพ์ “เป่ย์จิง” (The Beijing News) ว่ากำลังทำการสอบสวนโรคโดยผู้เชี่ยวชาญจากคณะกรรมการสาธารณสุขแห่งชาติกำลังเดินทางมาร่วมทำการสอบสวนโรคครั้งนี้แล้ว ท่ามกลางข่าวลือจากสื่อสังคมออนไลน์

วันเดียวกันนั้น ตำรวจอู๋ฮั่นได้เตือน “คนกระพือข่าวลือ” จำนวน 8 คน มิให้ “เผยแพร่ข่าวเท็จ” ทั้ง 8 คน เป็นแพทย์ในโรงพยาบาลอู๋ฮั่น หนึ่งในนั้นคือจักษุแพทย์หลี่ เหวินเลียง โดยต่อมาตำรวจออกหมายเรียกไปปรับแจ้งข้อหาในวันที่ 3 มกราคม 2563

ต่อมา นายแพทย์หลี่ เหวินเลียง เป็นหนึ่งในผู้ติดเชื้อโควิด-19 และเสียชีวิตเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 นายแพทย์หลี่ เหวินเลียง ได้รับการยกย่องจากประชาชนอย่างกว้างขวางว่าเป็นผู้ “เปิดโปง” การระบาดครั้งนี้ (whistleblower) และมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์ตำหนิทางราชการอย่างกว้างขวาง

ขณะเดียวกันแพทย์หญิงจาง จี้เซียน และจาง ดิงหยู ได้รับการยกย่องจากรัฐบาลมณฑลหูเป่ย์ในฐานะเป็นผู้ค้นพบการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่นี้

การดำเนินการควบคุมการระบาด

มีการดำเนินการตามลำดับในช่วงแรก วันที่ 31 ธันวาคม 2562 ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อขึ้นแถลงอย่างเป็นทางการว่า มีการระบาดของโรคปอดบวมที่ยังไม่ทราบสาเหตุโดยเกี่ยวข้องกับตลาดสดอาหารทะเลหัวหนาน

มณฑลเหอหนานประกาศห้ามคนเดินทางจากอู่ฮั่นเข้าเขตมณฑลเหอหนาน ต่อมา มีการขุดคูปิดกั้นถนนที่เชื่อมจากมณฑลหูเป่ย์ นำรถขยะไปจอดขวางพร้อมแขวนป้ายข้อความ “กลับบ้านพร้อมอาการป่วยเป็นการไม่เคารพพ่อแม่” ซึ่งเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย กระทรวงคมนาคมได้แจ้งรัฐบาลท้องถิ่นให้ระงับโดยยึดหลัก “กั้นหนึ่ง อยู่กั้นสาม” หมายความว่า ให้ปิดกั้นไวรัสไม่ให้แพร่โรค แต่ต้องไม่ปิด 3 อย่าง ได้แก่ (1) ถนน (2) การจราจรและอินเทอร์เน็ต (3) การขนส่งสินค้าที่จำเป็นและฉุกเฉิน

1 มกราคม 2563 ผู้เชี่ยวชาญจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเดินทางไปนครอู่ฮั่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเจียงฮั่นและสำนักบริหารตลาดสั่งปิดตลาดสดหัวหนานเพื่อปรับปรุงสภาพแวดล้อม เจ้าหน้าที่และตำรวจเข้าควบคุมดำเนินการในวันเดียวกัน

โรคยังแพร่กระจายไปยังมณฑลต่างๆ หลายมณฑล

21 มกราคม 2563 รัฐบาลประกาศเตือนห้ามการปกปิดโรค

22 มกราคม 2563 มณฑลหูเป่ย์ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับ 2

23 มกราคม 2563 มณฑลเจ้อเจียงประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินระดับสูงสุด คือ ระดับ 1

การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับสูงสุด ทำให้รัฐบาลของมณฑลสามารถทุ่มทรัพยากรเข้าไปควบคุมโรคได้เต็มที่ สามารถจัดการเรื่องการตรวจ รักษา และประกาศเขตโรคระบาด ออกมาตรการบังคับ จำกัดสิทธิบางประการของประชาชน เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและรายงาน ดูแล รักษาความสงบเรียบร้อยในสังคมและอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการควบคุมการระบาด

มณฑลกว่างตงและหูหนานประกาศเช่นเดียวกัน

นครอู่ฮั่นประกาศปิดเมือง

24 มกราคม 2563 มณฑลหูเป่ย์และอีก 13 มณฑล ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขเป็นระดับสูงสุด

25 มกราคม 2563 วันตรุษจีน หลายเมืองประกาศงดการฉลองตรุษจีน

หนังสือพิมพ์ไฟแนนเชียลไทม์ เรียกการระบาดของโรคนี้ว่า “เซอร์โอบิลของจีน” ท่ามกลางสถานการณ์สงครามการค้ากับสหรัฐฯ การเคลื่อนไหวต่อต้านรัฐบาลในฮ่องกง และการระบาดของโรคไข้หวัดแอฟริกันในหมู (African swine fever) ทำให้เกิดการขาดแคลนเนื้อหมูด้วย

26 มกราคม 2563 รัฐบาลออกประกาศขยายวันหยุดปีใหม่ไปจนถึงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2563 โรงเรียนเลื่อนกำหนดวันเปิดเรียน ให้ทุกมณฑลมีอำนาจตัดสินใจเรื่องการขยายวันหยุดออกไปได้ตามความเหมาะสม

การใช้ “ยาแรง”: มาตรการปิดเมือง



การแข่งขันกีฬาต่างๆ รวมทั้งการคัดเลือกนักกีฬาไปแข่งโอลิมปิกเลื่อนออกไปไม่มีกำหนด หลายรายการเปลี่ยนไปจัดในประเทศอื่นแทน การประกวดนางงามจักรวาลในปี 2563 ซึ่งกำหนดจัดในวันที่ 8 มีนาคม 2563 ถูกเลื่อนไปไม่มีกำหนด การท่องเที่ยวต่างๆ ถูกงด กำหนดวันมงคลสำหรับจดทะเบียนสมรสในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ ถูกสั่งยกเลิก

29 มกราคม 2563 ทูมณฑลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับสูงสุด หลังจากที่เขตปกครองตนเองทิเบตประกาศในวันเดียวกันนั้น พบผู้ป่วยยืนยันโรคนี้รายแรก เป็นผู้ป่วยชาย เดินทางจากอุ๋ฮั่นไปนครลาसानครหลวงของทิเบต โดยสารรถไฟช่วงวันที่ 22-24 มกราคม ซึ่งเป็นผู้ป่วยใหม่รายแรกและรายเดียวที่ยืนยันในทิเบต

การควบคุมโรคระบาดใหม่ที่เป็นโรคติดเชื้อ มีผลกระทบรุนแรง กว้างขวาง ไม่มียารักษาเฉพาะที่ได้ผล และไม่มีวัคซีนป้องกัน จำเป็นจะต้องใช้มาตรการที่เข้มงวดและได้ผลชะงัด จึงจะสามารถควบคุมโรคได้ โดยมาตรการที่ใช้ อาจเป็นมาตรการที่ “โหดร้าย” หรือกระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนในวงกว้าง ดังกรณีการแพร่ระบาดของไข้หวัดนกในฮ่องกง เมื่อ พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นโรคระบาดที่แพร่จากสัตว์สู่คน เมื่อพบหลักฐานว่า ไข่ เป็ด เป็นต้นเหตุการแพร่ระบาดของโรคนี้ รัฐบาลฮ่องกงใช้มาตรการการฆ่าเป็ดไก่ที่เป็นพาหะนำโรคทิ้งเกาะอย่างรวดเร็วในช่วงใกล้เทศกาลตรุษจีน ทำให้โรคสงบลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งการดำเนินการครั้งนั้นเป็นผลดีต่อชาวโลกมาก เพราะโรคยังไม่แพร่ออกจากฮ่องกง ทำให้นักวิทยาศาสตร์มีเวลาในการศึกษาวิจัยสร้างองค์ความรู้เตรียมไว้ ผู้ที่มีส่วนสำคัญที่เสนอให้ผู้ว่าการเกาะฮ่องกงตัดสินใจอย่างรวดเร็วในการดำเนินการควบคุมโรคแบบเฉียบขาด และได้ผลชะงัดคือแพทย์หญิง มากาเร็ต ซาน ซึ่งได้รับรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลจากผลงานนี้ และต่อมายังได้เป็นผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกอีกด้วย ต่อมา มีการระบาดรอบที่ 2 ในปี พ.ศ. 2547 โดยการแพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวางในหลายประเทศ ซึ่งก็มีการใช้มาตรการฆ่าไก่เป็ดยกเล้าและเปลี่ยนวิธีการเลี้ยงไก่เป็นระบบปิด จึงสามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ดี แม้ต่อมามีการระบาดขึ้นประปรายก็สามารถควบคุมโรคได้โดยรวดเร็ว เพราะมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันที่ดี

เมื่อเกิดการระบาดของโรคที่ต่อมาตั้งชื่อว่า ไวรัสนิปาห์ ในมาเลเซีย เริ่มจากการมีหมูตายเป็นจำนวนมากและต่อมาโรคติดต่อสู่คน ทำให้มีคนตายจำนวนมาก เมื่อพบว่าเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความร้ายแรงและรุนแรง รัฐบาลมาเลเซียก็ใช้มาตรการรุนแรง ด้วยการฆ่าหมูที่เป็นพาหะนำโรคไปทั้งหมด โรคก็สงบและไม่ปรากฏการแพร่ระบาดอีก เพราะหมูเป็นสัตว์ที่ไม่มีปีกอย่างเป็ด ไก่ และนก แม้จะมีคางคกเป็นพาหะนำโรค แต่ก็ไม่แพร่โรคได้ง่ายเหมือนเป็ดไก่ ซึ่งมีการเลี้ยงจำนวนมาก และไม่เหมือนนกที่มีการบินข้ามถิ่นมากกว่าคางคก

โควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ติดต่อกับคนสู่คนได้ง่าย เมื่อเห็นว่าโรคมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วจึงใช้มาตรการที่เป็น “ยาแรง” คือการปิดเมืองโดยเริ่มจากนครอู่ฮั่น ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นของการระบาด แล้วขยายไปยังเมืองอื่นๆ ที่การระบาดแพร่ไปถึง

การปิดเมืองเริ่มจากการปิดทำการของบริการขนส่งสาธารณะ สถานที่ราชการ สถานบันเทิง ร้านค้า และต่อมา มีการห้ามออกจากเคหสถาน โดยการดำเนินการเข้มงวดขึ้นเรื่อยๆ

นครอู่ฮั่นประกาศปิดเมืองตั้งแต่วันที่ 23 มกราคม 2563 แต่ประชาชนยังออกจากบ้านได้ และร้านค้าส่วนหนึ่งก็ยังเปิดขาย จนถึงวันที่ 12 กุมภาพันธ์ จึงห้ามการออกจากบ้านอย่างเข้มงวด ทางกรมมีประกาศห้าม 8 ข้อ ดังนี้

- 1) ดำเนินการปิดเขตอาศัยอย่างเคร่งครัด
- 2) ห้ามดำเนินกิจกรรมที่เป็นการชุมนุมกันเด็ดขาด
- 3) ดูแลผู้เดินทางกลับประเทศอย่างเข้มงวด
- 4) ดูแลสถานที่สาธารณะอย่างเข้มงวด
- 5) ให้มีการกักตัวสังเกตอาการอยู่ที่บ้านอย่างเข้มงวด
- 6) ควบคุมการส่งข่าวสารอย่างเข้มงวด
- 7) ดูแลสภาพแวดล้อมเขตอาศัยและห้องเช่าอย่างเข้มงวด
- 8) ให้ทุกคนปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด

มีข้อกำหนดให้ผู้บริการให้เช่าที่พักอาศัย “ต้องมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้เช่าให้มากขึ้น หากมีสภาพผิดปกติต้องรายงานทันที ถ้ามีการระบาดและไม่รายงานทันทีจะดำเนินการทางกฎหมายกับผู้ให้เช่าหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ”

มีข้อกำหนดให้ออกนอกเคหสถานเท่าที่จำเป็น โดยต้องมีใบอนุญาต ซึ่งมีข้อกำหนด หมายเหตุไว้ในบัตรอนุญาต ดังนี้

- 1) ใบอนุญาตหนึ่งใบต่อหนึ่งครอบครัว โปรตรักษาไว้ให้ดี
- 2) แต่ละครอบครัวส่งคนออกไปได้ 1 คน 3 วันต่อครั้ง
- 3) ใช้ในการเข้าออกเขตอาศัย

ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ มีผู้ยืนยันการติดเชื้อมากกว่า 3 หมื่นคน วันที่ 26 กุมภาพันธ์ มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ติดเชื้อ 3,387 คน เสียชีวิตในหน้าที่ 22 คน⁹

ความสำเร็จของจีน¹⁰

นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศสำคัญๆ มีดังนี้

	ติดเชื้อ (คน)	เสียชีวิต (คน)
สหรัฐฯ	20,216,991	350,778
อินเดีย	10,267,283	148,774
บราซิล	7,619,970	193,940
อังกฤษ	2,432,888	72,548
อิตาลี	2,083,689	73,604
เยอรมนี	1,710,992	33,172
จีน	87,071	4,634
ไทย	6,884	61

ด้านยาต้านไวรัสโควิด-19 ยังไม่มียาที่พิสูจน์ว่าปลอดภัยและได้ผลน่าพอใจ มีเพียงยาเรมเดซิเวียร์ ที่ อย. สหรัฐฯ เร่งรัดขึ้นทะเบียนไปแล้ว แต่ให้ใช้เฉพาะกรณีฉุกเฉิน (emergency use) และยังไม่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง

ด้านวัคซีน ยังไม่มีวัคซีนที่ได้รับการรับรองว่าปลอดภัยและได้ผลที่ขึ้นทะเบียนให้ใช้ได้ทั่วไป แม้ว่าจะมีวัคซีนบางชนิดได้รับการขึ้นทะเบียนให้ใช้ในกรณีฉุกเฉินออกมาใช้ตั้งแต่ปลายปี 2563 แต่ยังไม่สามารถฉีดให้แก่ประชากรโลกได้อย่างกว้างขวางและทั่วถึงเนื่องจากมีปริมาณที่จำกัดมาก และยังจำกัดการใช้ “กรณีฉุกเฉิน” เท่านั้น

จากการแพร่ระบาดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โรคนี้อิทธิพลคล้ายคลึงกับไข้หวัดใหญ่ ซึ่งจากประสบการณ์การแพร่ระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่สเปน เมื่อช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่ 1 ขณะนั้นประชากรโลกมีราว 1,700 ล้านคน ประเมินการว่ามีผู้ป่วยราว 500 ล้านคน และเสียชีวิตไปราว 50 ล้านคน

ช่วงนั้น ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการต่างๆ ยังล้าหลังกว่าปัจจุบันมาก ขณะเดียวกันโลกก็ยังไม่เข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์ และผู้คนก็ยังเดินทางโดยทางบกและทางเรือเท่านั้น ยังไม่มีการเดินทางโดยเครื่องบินซึ่งรวดเร็วอย่างมาก การแพร่ระบาดของโรคจึงหยุดลงไปเองในลักษณะที่มีการแพร่ระบาดจนถึงภาวะ “อิมมิตี” ไปเอง เพราะ “ผู้ป่วย” ราว 500 ล้านคนนั้น น่าจะมีผู้ติดเชื้อที่ไม่เจ็บป่วยอยู่จำนวนมาก อาจถึง 60-70% ของประชากรโลก จึงเกิด “ภูมิคุ้มกันหมู่” (herd immunity) ขึ้น ทำให้การแพร่ระบาดหยุดลงเอง แต่เชื้อโรครักยังไม่หายไป แต่ยังคงโรคได้ในลักษณะ “ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล” (Seasonal Flu) จากการที่เชื้อมีการกลายพันธุ์อยู่ตลอดเวลา โดยเป็นการกลายพันธุ์ในลักษณะที่ไม่มากนัก (antigenic drift) แต่เมื่อเชื้อมีการกลายพันธุ์ที่ค่อนข้างมาก (antigenic shift) ก็จะทำให้เกิดการระบาดใหญ่ขึ้นเป็นครั้งคราว ทั้งนี้เชื้อไข้หวัดใหญ่สเปน เป็นเชื้อสายพันธุ์ เอช 1 เอ็น 1 ต่อมา มีการระบาดเมื่อ พ.ศ. 2552 คือ ไข้หวัดใหญ่ 2009 ก็เป็นเชื้อสายพันธุ์ เอช 1 เอ็น 1 เช่นกัน และไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลแต่ละปี มักมีเชื้อสายพันธุ์ เอช 1 เอ็น 1 อยู่เสมอ

การระบาดของโควิด-19 ในครั้งนี้โลกเจริญขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก และจุดตั้งต้นของการระบาดที่เมืองอู่ฮั่นของจีนก็เจริญก้าวหน้ากว่าแต่ก่อนมาก

การระบาดของโควิด-19 เริ่มต้นชัดเจนเมื่อต้นเดือนธันวาคม 2562 พอปลายปีก็มีรายงานอย่างเป็นทางการและองค์การอนามัยโลกมีการประกาศ เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 โดยจีนสามารถระบุเชื้อต้นเหตุว่าเป็นไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2563 และสามารถถอดรหัสพันธุกรรม โดยเผยแพร่ทางระบบดิจิทัลให้ทั่วโลกรับรู้ได้ตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม 2563

วันที่ 11 มกราคม 2563 จึงเป็น “หมุดหมาย” สำคัญทำให้วงวิชาการทั่วโลกสามารถตั้งต้นพัฒนายาและวัคซีนได้ตั้งแต่นั้น และวัคซีนก็สามารถผ่านการวิจัยในห้องทดลองและสัตว์ทดลอง คือ หนูถีบจักร และ ลิง เข้าสู่การทดลองในมนุษย์ตั้งแต่วันที่ 12 มีนาคม โดยเป็นวัคซีนที่ผลิตโดยสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health: NIH) ร่วมกับบริษัทโมเดอร์นาของสหรัฐฯ นับตั้งแต่รัฐรหัสพันธุกรรมของเชื้อเป็นเวลา 60 วันเท่านั้น

และแม้เมื่อยังไม่มียาและวัคซีนที่ปลอดภัยและได้ผลดี แต่มีหลายประเทศที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคได้อย่างน่าพึงพอใจ

ประเทศแรกคือ จีน ซึ่งเป็นจุดตั้งต้นของการแพร่ระบาด พบการแพร่ระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง มีผู้ติดเชื้อและเจ็บป่วยเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว จากหลักสิบเป็นหลักร้อย หลักพัน และหลักหมื่นในเวลาอันรวดเร็ว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งเป็น “นักรบในแนวหน้า” ติดเชื้อไปกว่า 3 พันคน และเสียชีวิต 22 คน

จีนเริ่มใช้ “ยาแรง” เป็นมาตรการในการควบคุมโรค โดยการ “ปิดเมือง” (lockdown) นครอู่ฮั่น ซึ่งมีประชากรราว

11 ล้านคน โดยการปิดอย่างเข้มงวดเพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาด โดยเริ่มตั้งแต่ 10.00 น. ของวันที่ 23 มกราคม 2563 (ก่อนวันตรุษจีนเพียง 2 วัน) บริการขนส่งสาธารณะ และสถานที่ราชการปิดทันที ร้านค้าต่างๆ หายไป มีการห้ามประชาชนออกนอกบ้าน โดยอนุญาตให้อย่างจำกัดเฉพาะกรณีจำเป็นเท่านั้น ขณะเดียวกันก็มีมาตรการในการเยียวยาแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพสูงยิ่ง ถึงขั้น “นำอัจฉริยะ” ได้แก่

การประกาศก่อสร้างโรงพยาบาลสนามขนาด 1 พันเตียง โดยทำการขออนุญาตต่อเทศบาลได้ในวันที่ 23 มกราคม นั้นเอง ใช้เวลาออกแบบเสร็จสมบูรณ์ทั้งขั้นแนวคิด (concept design) การออกแบบพื้นฐาน (basic design) และการออกแบบรายละเอียด (detailed design) ในเวลาเพียง 60 ชั่วโมง โดยบุคลากร 60 คน ใช้คนงานกว่า 7 พันคน ทำงานตลอด 24 ชั่วโมง ครอบคลุมพื้นที่ 33,900 ตารางเมตร ท่ามกลางอากาศที่หนาวเหน็บ ลงมือก่อสร้างเสร็จสิ้นในเวลาเพียง 10 วัน

ตั้งแต่การปรับพื้นที่ การก่อสร้างอาคาร ระบบสาธารณูปโภค เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสิ่งสนับสนุนทั้งหมด ภายในอาคารแยกเขตติดเชื้อและปลอดภัยออกจากกัน มีระบบปรับอากาศกลาง โดยมีการไหลเวียนของอากาศทางเดียว มีการฆ่าเชื้อก่อนระบายอากาศสู่ภายนอก พื้นมีการกันซึมอย่างดีตลอดพื้นที่ 50,000 ตารางเมตร ระบบระบายน้ำทั้งน้ำเสียและน้ำฝน มีระบบบำบัดน้ำเสีย และมีการทำลายเชื้อด้วยคลอรีน 2 รอบ ก่อนปล่อยออกสู่ระบบระบายน้ำสาธารณะ มีการเตรียมทีมงานบุคลากรคู่ขนานจากภายนอก และสิ่งสนับสนุนทั้งด้านเวชภัณฑ์ อาหาร และอื่นๆ อย่างครบครัน ระบบไอทีเป็นระบบ 5 จี เพื่อให้สามารถรองรับ

อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้งการตรวจ รักษา การบันทึก เวชระเบียน และการส่งต่อข้อมูลอย่างสมบูรณ์ โรงพยาบาลสามารถส่งมอบได้ตามกำหนด ในวันที่ 2 กุมภาพันธ์ และพอวันที่ 4 กุมภาพันธ์ ก็สามารถรับผู้ป่วยเต็มทั้ง 1,000 เตียง พอวันที่ 13 กุมภาพันธ์ คนไข้รายแรกก็หายกลับบ้านได้

มีการตั้งชื่อโรงพยาบาลว่า “หัวเส้นซาน” แปลว่า “ขุนเขา เทพแห่งไฟ” เป็นเคล็ดเพื่อเอาชนะเชื้อโรคร้ายนี้ที่ “จะตาย ในอุณภูมิสูง”

ระหว่างการก่อสร้างโรงพยาบาลสนามพันเตียง สถานการณ์ บ่งบอกว่า ยังไม่เพียงพอรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว จึงมีการตัดสินใจสร้างโรงพยาบาลสนาม 1,600 เตียง อีกแห่งหนึ่งบริเวณฝั่งแม่น้ำตรงข้าม แล้วเสร็จภายใน 12 วัน ใช้งานได้เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์

วันที่ 23 มกราคม นั้นเอง มีการประกาศให้ผู้ป่วยโควิด-19 ทุกราย รักษาฟรี ผู้ที่จ่ายเงินไปก่อนหน้านี้ ให้ขอคืนได้

ทั่วประเทศมีการระดมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ เข้าไปช่วยเหลือที่เมืองอู่ฮั่น ชาวจีนโพ้นทะเลในหลาย ประเทศทั่วโลกระดมการช่วยเหลือมุ่งสู่อู่ฮั่น

มีการระดมเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment : PPE) ได้แก่ หน้ากากอนามัย ชนิดเอ็น95 แวนตา หมวก ถุงมือ เสื้อผ้า รองเท้า ซึ่งต้องสวมใส่ทับ 2 ชั้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย แพทย์พยาบาล ที่ทำงานดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 จะต้องสวมอุปกรณ์ป้องกัน และ “เข้าเวร” ปฏิบัติงานกะละ 6 ชั่วโมง แทน 8 ชั่วโมง เพราะเมื่อสวมอุปกรณ์ป้องกันแล้ว จะไม่มีการรับประทานอาหาร-น้ำ และไม่มีการเข้าห้องน้ำ ยกเว้นกรณี จำเป็นเท่านั้น โดยการสวมใส่และถอดจะต้องทำอย่าง ถูกหลักการป้องกันการติดเชื้ออย่างเข้มงวด แพทย์พยาบาล บางคนต้องทำงานเข้ากะติดต่อกันเป็นเวลากว่าหนึ่งเดือน หลายคนไม่มีโอกาสกลับบ้าน เมื่อมีญาติมาเยี่ยมจะต้อง ทักทายกันห่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ

ปรากฏว่า แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ติดเชื้อกว่า 3 พันคน ราว 2 ใน 3 ติดเชื้อจากที่บ้าน การติดเชื้อในโรงพยาบาลส่วนมากติดในระยะแรก หลังจาก มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างเข้มงวด ถูกวิธี และทั่วถึง อัตราการติดโรคน้อยลงมาก

ในที่สุดหลังจากการ “ต่อสู้” อย่างเข้มข้นในสมรภูมিরวม ทั้งสิ้น 76 วัน จีนก็สามารถประกาศชัยชนะโดยทำพิธี “เปิดเมือง” อู่ฮั่นอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2563 (เลข 8 เป็นเลขมงคลของจีน)

หลังจากนั้น จีนก็สามารถส่งความช่วยเหลือไปยังประเทศ ที่ประสบปัญหาหนัก เช่น อิตาลี อิหร่าน โดยบนกล่อง สิ่งของที่ส่งไปช่วยเหลือ มีบทกวี 3 ภาษา คือ ภาษาจีน อังกฤษ และภาษาท้องถิ่น 3 บรรทัด ความว่า

เรามาจากท้องทะเลเดียวกัน

ใบไม้จากต้นเดียวกัน

ดอกไม้จากสวนเดียวกัน

ในจีนเองต่อมา มีการติดเชื้อรายใหม่ประปราย แต่สามารถ ควบคุมได้อย่างรวดเร็ว โดยจีนสามารถระดมตรวจคนนับ สิบล้านในบางเมือง จนมั่นใจว่าสามารถควบคุมโรคได้อย่าง แท้จริง แม้อย่างไม่มียาและวัคซีน โดยที่จีนก็เป็นผู้นำในการ วิจัยและพัฒนาวัคซีนอย่างเร่งรัด และประกาศว่า ถ้าได้วัคซีนที่ปลอดภัยและได้ผล จะกระจายให้แก่ประชาชน ทั่วโลกโดยไม่คำนึงถึงผลประโยชน์เรื่องการค้าเป็นหลัก



กรณีอิตาลี อิหร่าน และอังกฤษ

ความจริงเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ไม่มีขา ไม่มีปีก สามารถ “ล่องลอย” ไปในอากาศจากการ ไอ จาม ได้อย่างไกลกว่า 2 เมตรเท่านั้น แต่เชื้อโรคนี้กลับสามารถแพร่ระบาดไปได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็วทั่วโลก เพราะติดไปกับตัวคน ซึ่งทำหน้าที่เป็นพาหะที่เดินทางกันมากมายทั้งวันทั้งคืน ทั้งทางบก ทางน้ำ และโดยเฉพาะทางอากาศ

สมัยใช้หวัดใหญ่สเปนระบาดทั่วโลก โลกยังไม่มีเครื่องบิน เป็นพาหะ แต่เชื้อก็สามารถแพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวางทั่วโลก โดยตัวเร่งสำคัญในขณะนั้นคือ สงครามโลกครั้งแรก

มีคนที่ “โลกสวย” เข้าใจผิดว่า การระบาดของโควิด-19 เกิดขึ้น เพราะผู้คนไปทำลายธรรมชาติ หรือเบียดเบียนธรรมชาติ ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดโดยสิ้นเชิง เพราะใช้หวัดใหญ่สเปน ระบาดไปทั่วโลกได้ในยุคที่ประชากรโลกยังน้อยกว่านี้ราว 5 เท่า การเดินทางและการคมนาคมยังล่าช้ากว่าทุกวันนี้มาก

สำหรับโรคโควิด-19 ซึ่งเริ่มระบาดจากเมืองอู่ฮั่นนั้น เพราะอู่ฮั่นเป็นศูนย์กลางการบินแห่งหนึ่งจากภาคกลางของจีน หากดูแผนที่เส้นทางการบินจากเมืองอู่ฮั่น จะมีเส้นทางการบินไปยังเมืองใหญ่ทั่วโลกพอกๆ กับที่กรุงเทพฯ เป็นศูนย์กลางการบินของโลกเช่นกัน

มีคนที่ “โลกสวย” เข้าใจผิดว่า การระบาดของโควิด-19 เกิดขึ้นเพราะผู้คนไปทำลายธรรมชาติ หรือเบียดเบียนธรรมชาติ ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดโดยสิ้นเชิง

ช่วงแรกของการระบาด พบการระบาดใหญ่และรุนแรงที่ อิตาลีและอิหร่าน ซึ่งมีข่าวการเพิ่มของจำนวนผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและมากมาย และมีคนตายจากโรคนี้อย่างมาก จนฝังศพไม่ทัน ตั้งแต่ช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ 2563

จากการศึกษาต่อมา พบว่าคนไข้โรคนี้อันตรายแรกแพร่ระบาดเข้าไปในอิตาลีตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 แล้ว ซึ่งดูจากเส้นทางการบินจากเมืองอู่ฮั่น มีเส้นทางการบินตรงจากอู่ฮั่นไปอิตาลีวันละหลายเที่ยวบิน จึงไม่แปลกที่จะพบผู้ป่วยรายแรกตั้งแต่เมื่อเดือนธันวาคม 2562 ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยรายแรกที่ทางการจีนตรวจพบและยืนยันว่าเป็นโรคนี้อ เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 8 ธันวาคม 2562 แล้ว แน่แน่นอนว่าโรคนี้อันตราย “กำแพงธรรมชาติ” (natural barrier) จากสัตว์มาสู่คนมาตั้งแต่ก่อนหน้านั้นแล้ว และน่าจะต้องใช้เวลาพอสมควร ในการปรับตัวให้เชื้อโรคสามารถติดต่อกันได้ง่ายจากคนสู่คน โรคนี้อันตรายจะเกิดขึ้นประปรายตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2562 แต่สืบหลักฐานย้อนไปได้ถึงแต่วันที่ 8 ธันวาคม 2562 และชัดเจนแล้วว่า ผู้ติดเชื้อโรคนี้นับว่าจำนวนมาก ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย จึงยังคงเดินทางได้ และแพร่โรคได้

การที่โรคแพร่เข้าไปในอิตาลี ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ทำให้โรคมีการแพร่กระจายออกไปได้หลายรุ่น (generations) จาก 1 เป็น 2 เป็น 4 เป็น 8 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นหลักร้อย หลักพัน และหลักหมื่นได้ไม่ยาก เพราะโรคติดต่อทางระบบหายใจ ทำให้ติดต่อและแพร่กระจายไปอย่างกว้างขวางได้โดยง่าย

เมื่อจีนรายงานการพบโรค “อุบัติใหม่” นี้ และรายงานไปยังองค์การอนามัยโลก ซึ่งมีการประกาศอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 นั้น ยังไม่ปรากฏข่าวการ “เฝ้าระวัง” (surveillance) และการรายงานการพบผู้ป่วยโรคนี้ในอิตาลี การรายงานผู้ป่วยรายแรกๆ ในอิตาลี เริ่มต้นเมื่อราวกลางเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ซึ่ง ณ เวลานั้นน่าจะมีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางแล้วในอิตาลี เพราะหลังจากนั้น ก็มีการรายงานการยืนยันพบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นร้อย เป็นพัน และเป็นหมื่น ในช่วงระยะเวลาเป็นสัปดาห์เท่านั้น

การที่มีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวาง ทำให้โรคแพร่ระบาดเข้าไปในประชากร “กลุ่มเปราะบาง” (vulnerable groups) ได้แก่ คนสูงอายุ และคนที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต โรคอ้วน ซึ่งเสี่ยงต่อการที่จะป่วยหนักจนต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และมีจำนวนมากที่ต้องเข้าไอซียู ต้องการเครื่องช่วยหายใจ และเสียชีวิต

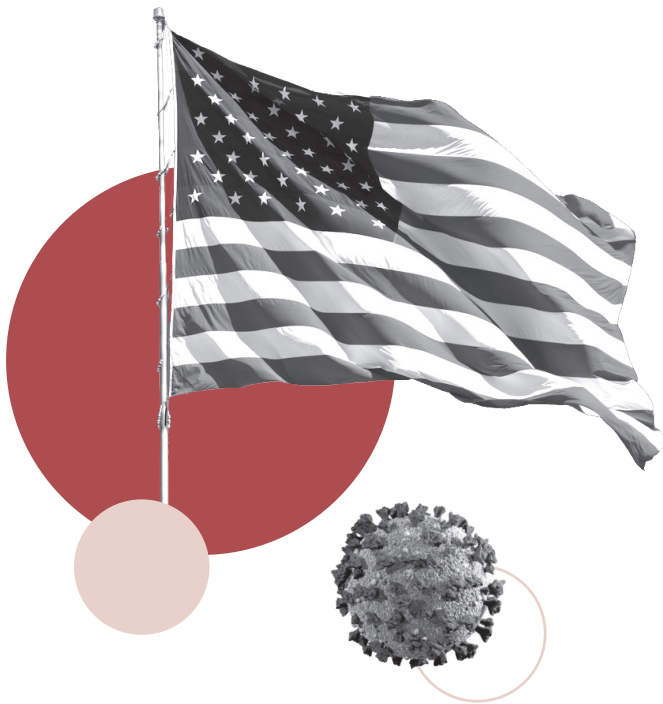
อิตาลี เป็นประเทศพัฒนาแล้วในยุโรปตะวันตก ระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐานดีพอสมควร ทั้งโรงพยาบาล เตียงผู้ป่วย ห้องไอซียู เครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ และอื่นๆ แม้กระนั้นก็ไม่เพียงพอรองรับคนไข้หนักที่ประดังเข้าไปในเวลาอันรวดเร็ว

อิตาลีไม่มีศักยภาพในการ “เนรมิต” โรงพยาบาลสนาม 1,000 เตียง และ 1,600 เตียง อย่างที่จีนทำได้ในเมืองอู่ฮั่นในเวลาเพียง 10 และ 12 วัน เท่านั้น และไม่สามารถระดมบุคลากรทางการแพทย์หลายหมื่นคนเข้าไปช่วยเหลือได้อย่างทันการณ์ ผลคือ มีคนไข้จำนวนมากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ และรักษาอย่างเพียงพอและทันท่วงที ทำให้มีผู้ป่วยล้มตายเป็น “ใบไม้ร่วง” จนทำพิธีศพไม่ทัน และเป็นข่าวไปทั่วโลก

อิหร่าน ก็ตกอยู่ในสถานการณ์คล้ายคลึงกัน โดยอิหร่านมีข่าวเรื่องความเชื่อและพิธีกรรมศาสนา ที่ทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคอย่างกว้างขวางและรวดเร็วด้วย

ต่อมา **อังกฤษ** ก็เผชิญปัญหาคล้ายคลึงกัน โดยมีข่าวที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์มาก คือ นโยบาย “ประหลาด” ในการ “ต่อสู้เอาชนะ” โรคนี้ นั่นคือ จะปล่อยให้มีการแพร่ระบาดของโรคนี้อย่างกว้างขวางจนประชากรเกิด “ภูมิคุ้มกันหมู่” (herd immunity) ขึ้น โดยข่าวระบุว่า แนวคิด (concept) ดังกล่าว มาจากที่ปรึกษาด้านสุขภาพของนายกรัฐมนตรีบอริส จอห์นสัน ซึ่งเพิ่งชนะเลิศเลือกตั้งอย่างท่วมท้นมาไม่นาน ประกอบกับบุคลิกความแข็งแกร่งเป็นทุนเดิมอยู่ด้วย จึงค่อนข้างอึดเข็มกับแนวนโยบายดังกล่าว ซึ่งผลที่สุดอังกฤษกลายเป็นประเทศที่มีอัตราการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในอันดับต้นๆ ของยุโรป และมีอัตราตายสูงมากด้วย กล่าวคือ นับถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 มีผู้ติดเชื้อ 2,432,888 คน และตาย 72,548 คน คิดเป็นอัตราป่วย-ตาย สูงถึง 2.98 % (อัตราป่วยตายเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2563 สูงถึง 4.11%) โดยช่วงปลายปี พบเชื่อมีการกลายพันธุ์ ทำให้โรคแพร่ระบาดได้รวดเร็วขึ้นในอังกฤษด้วย ทำให้ช่วงปลายปี 2563 การแพร่ระบาดในอังกฤษยังรุนแรง จนต้องมีการประกาศปิดเมืองช่วงปลายปี 2563 ต่อเนื่องไปจนถึงต้นปี 2564

ที่เป็นข่าวใหญ่อีกข่าวหนึ่งในอังกฤษคือ นายกรัฐมนตรีบอริส จอห์นสันเอง ก็ติดเชื้อ และป่วยหนัก ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก/วิกฤต (Intensive Care Unit : ICU) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติถึง 2 วัน ต้องมีพยาบาล 2 คน คอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง เคาะรหัสที่ผ่านวิกฤติ รอดชีวิตมาได้ ทั้งที่มีความเสี่ยงคือโรคอ้วน แม้จะไม่สูงอายุก็ตาม หลังการป่วย “เฉียดตาย” พบว่า นายกรัฐมนตรีบอริส จอห์นสัน มีบุคลิกภาพอ่อนโยนลงอย่างชัดเจน (ดูภาคผนวก 2)

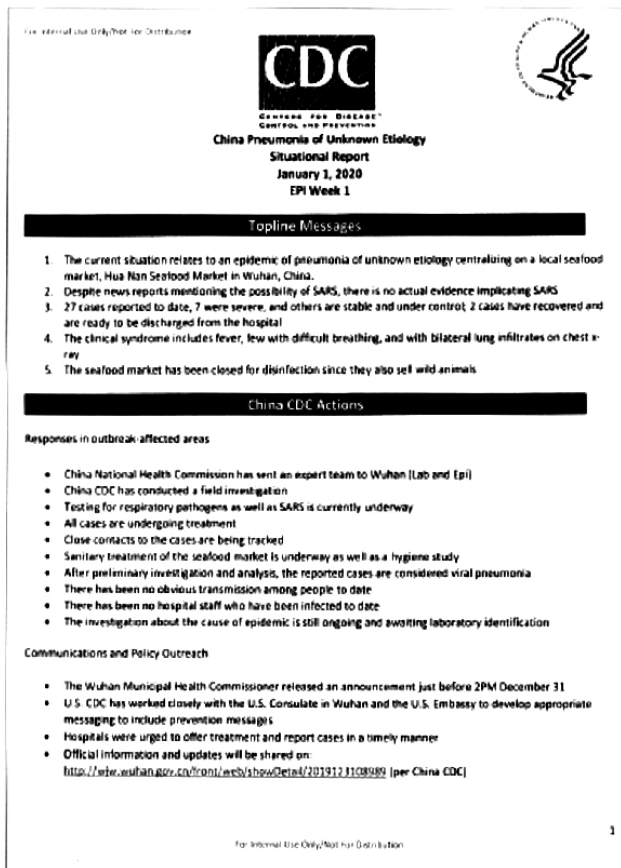


กรณีสหรัฐอเมริกา

ประเด็นที่น่าสนใจคือสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการแขนงต่างๆ มากที่สุดในโลก มีสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health : NIH) ที่มีเกียรติประวัติมายาวนานและมีศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติ (Centers for Disease Control and Prevention) หรือ ซีดีซี (CDC) ที่เป็นผู้นำโลกด้านความรู้และระบบการควบคุมป้องกันโรค แต่ในที่สุดกลับเป็นประเทศที่มีจำนวนการติดเชื้อและการตายมากที่สุดในโลก โดยครองตำแหน่ง “อภัยศ” น้อยอยู่อย่างยาวนานหลายเดือน และในที่สุดก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ ต้องพ่ายแพ้การเลือกตั้งต่างๆ ที่ได้ใช้อำนาจทั้งปวงที่มีอยู่พยายามเอาชนะโรคนี้อย่างชะงัดแล้ว และบีบบังคับมิตรประเทศอย่างอินเดีย ให้ส่งทั้งยาสำเร็จรูปและตัวยาให้สหรัฐฯ โดยไม่คำนึงว่าคนอินเดียกว่า 1,300 ล้านคน จะขาดยา เป็นต้น ต่อมาพบว่า ยาที่อ้างว่าได้ผล คือ ยาไฮดร็อกซีคลอโรควิน (Hydroxychloroquin) นั้น แท้จริงนอกจากไม่ได้ผลแล้ว ยังทำให้คนไข้เสียชีวิตมากขึ้นด้วย

ตรงกันข้ามกับ นิวซีแลนด์ ซึ่งนายกรัฐมนตรีหญิงประสบความสำเร็จอย่างงดงามในการต่อสู้กับโรคโควิด-19 แล้วสามารถชนะเลือกตั้งอย่างงดงาม สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้อย่างดีตลอดปี 2563 และสามารถเฉลิมฉลองวันปีใหม่ได้อย่างเต็มที่ก่อนประเทศใดในโลกด้วย

สหรัฐอเมริกา ซึ่งควรจะเป็นผู้นำโลกในการต่อสู้กับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เหมือนที่เคยเป็นผู้นำในการพิชิตโรคเอดส์ ชาร์ส เมอร์ส อีโบล่า ไข้หวัดใหญ่ 2009 และโรคอุบัติใหม่อื่นๆ มาแล้ว แต่ภายใต้ภาวะผู้นำของประธานาธิบดีทรัมป์ ซึ่งทำตัวเป็น “นักเลงโต” แบบ “นักเลงอันวาล” สร้างศัตรูไม่เลือกหน้า ไม่สนใจ “วิชาการและหลักฐาน” มีพฤติกรรมแบบ “ข้าเก่งคนเดียว” “ทุกคนต้องฟังข้า” “ใครขวางหน้าข้าปลด” ไม่สนใจสื่อมวลชนกระแสหลัก ไม่มองสื่อมวลชนเป็นกระจกสะท้อนเสียงและความต้องการของประชาชน ถือดีว่าสามารถใช้สื่อสังคมออนไลน์ส่งข่าว “อันทรอานุกาพ” ของตน ถึงประชาชนทั่วโลกโดยเฉพาะชาวอเมริกันที่เป็นฐานเสียง หรือ “แฟนคลับ” ได้โดยตรงสหรัฐฯ จึงล้มเหลวอย่างไม่เป็นท่า ทำให้ชาวอเมริกันตรวจพบการติดเชื้อสูงที่สุดในโลก และเสียชีวิตมากที่สุดในโลก



On January 1, 2020, New Year's Day, the Centers for Disease Control and Prevention began producing a series of detailed daily reports about the spread of an epidemic through Wuhan, China, and beyond. "The current situation relates to an epidemic of pneumonia of unknown etiology [cause] centralizing on a local seafood market, Hua Nan Seafood Market in Wuhan, China," the first report states. "There has been no obvious transmission among people to date."

ภาพที่ 2 รายงานสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติของสหรัฐฯ จัดทำขึ้นเผยแพร่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ยังเรียกชื่อโรคว่า "โรคปอดบวมที่ไม่ทราบสาเหตุในจีน"

ที่มา: Bob Woodward. (2020). Rage. London: Simon & Schuster UK Ltd

อย่างยาวนานหลายเดือน ข้อมูล ณ วันศุกร์ที่ 31 ธันวาคม 2563 สหรัฐฯ มีผู้ติดเชื้อสูงถึง 20,216,991 คน และเสียชีวิตสูงถึง 350,778 คน มากกว่าทหารอเมริกันที่ไปเสียชีวิตอย่างอัปยศอดสูในสงครามเวียดนามแล้วกว่า 5 เท่า

สหรัฐฯ ไม่เพียงแต่ควรจะควบคุมป้องกันโรคนี้อย่างดีเท่านั้น แต่ควรเป็นผู้นำโลกในการควบคุมและป้องกันโรคนี้อย่างดีด้วย เพราะสหรัฐฯ มีศักยภาพมากมาย ได้แก่ (1) มีหน่วยงานวิจัยสร้างความรู้ที่เก่งที่สุดในโลก คือ สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health) หรือ เอ็นไอเอช (NIH) (2) มีหน่วยงานควบคุมป้องกันโรคที่เก่งที่สุดในโลก คือ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention) หรือ ซีดีซี (CDC) (3) มีทรัพยากรมากมาย มั่งคั่งร่ำรวยมากที่สุดในโลก ทั้งเงิน เครื่องมือ อุปกรณ์ และ (4) มีสถาบันการศึกษา และมีผู้เชี่ยวชาญแขนงต่างๆ รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านนี้โดยตรงอย่าง นายแพทย์ แอนโทนี เฟาซี ซึ่งเป็นผู้อำนวยการสถาบันแห่งชาติด้านโรคภูมิแพ้และโรคติดเชื้อมาอย่างยาวนาน คอยสื่อสารให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นระยะๆ แก่ประชาชนด้วย

การที่จีนประกาศตั้งแต่แรกอย่างถูกต้องว่า เชื้อต้นเหตุของโรคนี้อาจเป็นไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2563 และสามารถถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อ ประกาศเปิดเผยต่อชาวโลกตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม 2563 เป็นโอกาสอันดียิ่งที่สหรัฐฯ จะใช้ฐานทรัพยากรอันมากมายมหาศาลของตนเข้าไปจัดการเรื่องนี้ ทั้งการควบคุมโรคแต่เนิ่นๆ รวมทั้งเร่งวิจัยและพัฒนาวัคซีนออกมาตามหลักวิชาการ ไม่ใช่อำนาจ "บีบบังคับ" ผู้คนไปทั่วเพื่อจะออกมาประกาศแก่ประชาชนอย่างซ้ำซากว่าอเมริกาเป็น "ที่หนึ่งของโลก" สหรัฐฯ จะไม่ตกอยู่ในสถานการณ์เลวร้ายเช่นนี้อ่างแน่นอน

ข้อมูลและหลักฐานต่างๆ ชี้ชัดว่า โรคนี้แพร่เข้าสู่สหรัฐฯ ตั้งแต่ต้นเดือนมกราคม 2563 แต่เพราะประธานาธิบดีทรัมป์ไม่เห็นความสำคัญเรื่องสุขภาพมาตั้งแต่ต้น ทำให้มีการส่งยูนิตหน่วยข่าวกรองด้านสุขภาพโลก (Global Health Intelligence Unit) ในสภาความมั่นคงแห่งชาติของสหรัฐฯ (US National Security Council) ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2561 และลดงบประมาณของซีดีซีลงอย่างมาก ดังนั้นเมื่อมีรายงานถึงทรัมป์เรื่องนี้ตั้งแต่ต้นปี ทรัมป์กลับเลือกเฉยเมย ไม่เร่งรัดจัดการแก้ปัญหาโดยเร็ว โดยได้ “แก้ตัว” ในภายหลังว่า “เพราะไม่ต้องการสร้างความตระหนกตกใจให้แก่ประชาชน” ทำให้ตลอดเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ซึ่งเป็น “ช่วงเวลาทอง” ของการระงับยับยั้งการแพร่ระบาดใหญ่ของโรค ซีดีซีมีการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ทั่วประเทศไม่ถึง 500 ราย

เมื่อจีนแถลงและรายงานองค์การอนามัยโลกอย่างเป็นทางการ เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 และประเทศไทยรายงานการพบผู้ป่วยรายแรกนอกประเทศจีน ซีดีซีก็มีการจัดทำรายงานอย่างเป็นทางการเผยแพร่ต่อสาธารณะตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ดังมีหลักฐานชัดเจน (ภาพที่ 2,3)

ซีดีซี เป็นต้นตำรับของหลักการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อว่าต้อง “รู้เร็ว และแก้ปัญหาอย่างฉับพลัน” (early recognition and prompt response) เพราะเชื้อโรคสามารถแพร่ระบาดไปได้อย่างรวดเร็วในลักษณะ “ทวีคูณ” (double) หรือ “พหุคูณ” (exponential) การควบคุมโรคแต่เนิ่นๆ จึงมีความสำคัญยิ่ง ถ้าปล่อยเวลาให้เนิ่นช้าออกไป โรคจะแพร่ระบาดออกไปอย่างกว้างขวาง ทำให้ “ยากแก่การควบคุม” หรือ “ควบคุมไม่ได้” โดยเฉพาะโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเชื้อโรคมักมีการเพิ่มจำนวนในลักษณะพหุคูณ และติดต่อแพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวางได้โดยง่ายและรวดเร็ว

ซีดีซี ยังเป็นต้นตำรับของตำราการควบคุมโรคระบาด คือ การเข้าไป “ปิดล้อมโรค” (containment of disease) มิให้แพร่ระบาดไปยังคนใกล้เคียง การ “ตรวจและติดตาม” (testing and tracing หรือ testing and tracking) และทำการ “แยกกัก” เพื่อเฝ้าระวัง (surveillance) หรือ “กักกัน” (quarantine) ตามความจำเป็น (quarantine คือ กักผู้สัมผัสเพื่อเฝ้าระวังว่าจะมีเชื้อหรือไม่ isolation คือแยกผู้ที่ยืนยันว่าติดเชื้อแล้วเพื่อไม่ให้แพร่เชื้อ)

การละเลยการเร่งควบคุม ปิดล้อม แยกกักและกักกัน แต่เนิ่นๆ ของสหรัฐฯ ทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดดำเนินไปเหมือนในอิตาลีอย่างรวดเร็ว นั่นคือ โรคได้แพร่ระบาดเข้าไปในกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ คนสูงอายุ คนที่มีโรคประจำตัว และโดยเฉพาะคือ คนยากจน ที่ไม่มีประกันสุขภาพ หรือมีประกันสุขภาพแต่ไม่ครอบคลุม ทำให้มีผู้ป่วยหนักจำนวนมากเกินกำลังโรงพยาบาลต่างๆ จะรับไหว จึงเกิดการเสียชีวิตมากมาย จนฝังศพไม่ทัน เพราะนอกจากต้องทำพิธีทางศาสนาแล้ว ในพิธีศพยังต้องมีมาตรการในการป้องกันการแพร่เชื้ออย่างเข้มงวดและเพราะขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันตัว (Personal Protective Equipment: PPE) ทำให้บุคลากรติดเชื้อ ล้มป่วย และเสียชีวิตโดยไม่สมควรจำนวนไม่น้อยด้วย

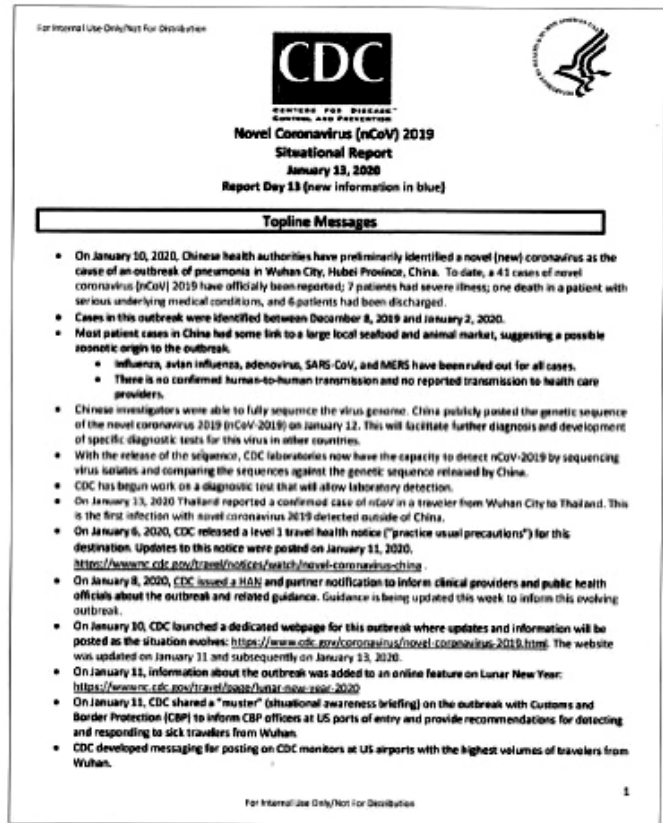
น่าสลดใจ ที่ความล้มเหลวของการป้องกันและควบคุมโรคในสหรัฐฯ เกิดขึ้นหลังมาตรการปิดเมืองอู่ฮั่นในจีนเมื่อวันที่ 23 มกราคม 2563 แล้ว ซึ่งข่าวคราวความสำเร็จของจีนปรากฏแก่ชาวโลก จนเปิดเมืองได้อย่างยิ่งใหญ่เมื่อวันที่ 8 เมษายน แต่ความล้มเหลวของสหรัฐฯ ก็ยังประจานความไร้ประสิทธิภาพของผู้นำสหรัฐฯ มาอย่างยาวนานอีกหลายเดือน ซึ่งแทนที่จะ “ไหวตัว” “ทบทวนนโยบาย” เพื่อ “แก้ปัญหา” อย่างถูกต้อง ทรัมป์กลับ “แก้ตัว” และใช้วิธีโยนความผิดด้วยการกล่าวหาว่าเป็นความผิดของจีน และเป็นความเอนเอียงขององค์การอนามัยโลก โดยการประกาศยุติการจ่ายเงินสนับสนุนและ

กำหนดถอนตัวจากการเป็นสมาชิกขององค์กรแห่งนี้ แต่ความผิดพลาดและล้มเหลวของทรัมป์ก็เป็นบทเรียนราคาแพงที่ทำให้ประชาชนอเมริกันตัดสินใจ “โหวตไล่” ทรัมป์ ออกจากตำแหน่งไปได้ในที่สุด

โจ ไบเดน ว่าที่ประธานาธิบดีคนใหม่ของสหรัฐฯ (ในเวลานั้น) ได้กล่าวสุนทรพจน์ประกาศชัยชนะที่มลรัฐเดลาแวร์ ที่เขาเติบโตและเป็นวุฒิสมาชิกของมลรัฐแห่งนี้มาหลายสมัย (โจ ไบเดน เกิดที่มลรัฐเพนซิลวาเนีย) เมื่อคืนวันเสาร์ที่ 7 พฤศจิกายน 2563 ว่าจะเป็นที่ประธานาธิบดีของชาวสหรัฐฯ ทั้งรัฐและคนที่เลือกและไม่เลือกเขา เรียกร้องความสามัคคีและผนึกกำลังกันเยียวยาแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชาติ เพราะเขาเคยป่วยแพ้และรู้หัวอกของคนป่วยแพ้ดี เขาจบสุนทรพจน์ด้วยเรื่องเล่าที่พ่อเขาบอกเขาว่า “อย่าสูญเสียความศรัทธา” (don't lose faith) และแม่ของเขาย้ำว่าต้องทำมากกว่านั้น นั่นคือให้ “เผยแพร่อุบัติศรัทธา” (spread faith) ด้วย

โจ ไบเดน ประกาศจะแก้ปัญหาโควิด-19 โดยเร็วซึ่งน่าจะเชื่อว่าเขาจะทำได้สำเร็จอย่างไม่ยากเย็น เพราะช่วงที่ประกาศชัยชนะคนอเมริกันติดเชื่อในสถิติที่อยู่ในระดับสูงสุดคือวันละกว่าแสนราย ซึ่งต่อมาสูงถึง 3 แสนรายต่อวัน ในวันที่ 8 มกราคม 2564 ในช่วงฤดูหนาวซึ่งเป็นฤดูที่ปกติไข้หวัดใหญ่จะแพร่ระบาดในประเทศหนาวอยู่แล้วด้วย (ต่างจากประเทศร้อนอย่างประเทศไทยที่ใช้หวัดใหญ่จะระบาดในฤดูฝน) เมื่อเข้ารับตำแหน่งในวันพุธที่ 20 มกราคม 2564 การแพร่ระบาดได้ซาลง โดยมีวัคซีนที่น่าเชื่อว่าปลอดภัย และได้ผล ได้ขึ้นทะเบียนและเริ่มฉีดให้ประชาชนจำนวนหนึ่งแล้วด้วย

ทรัมป์ พ่ายแพ้แก่โควิด-19 ไปแล้ว ขณะที่ประธานาธิบดีสไตล์เดียวกันอย่างที่บราซิลยังอยู่ตำแหน่งไปอีกนาน โดยบราซิลตามมาเป็นที่สามรองจากสหรัฐฯ และอินเดีย คือติดเชื่อ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 จำนวน 7,619,970 คน ตาย 193,940 คน นิวซีแลนด์ ได้ชื่อว่าควบคุมโรคได้ดี



The CDC Situational Report for January 13 alerted officials that “Thailand reported a confirmed case of nCoV in a traveler from Wuhan City to Thailand. This is the first infection with novel coronavirus 2019 detected outside China.”

ภาพที่ 3 รายงานสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติของสหรัฐฯ ฉบับวันที่ 13 มกราคม 2563 รายงานการพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทย เรียกชื่อโรคนี้นี้ใหม่ว่า “ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (เอ็นโควี) 2019” [Novel Coronavirus (nCoV) 2019]

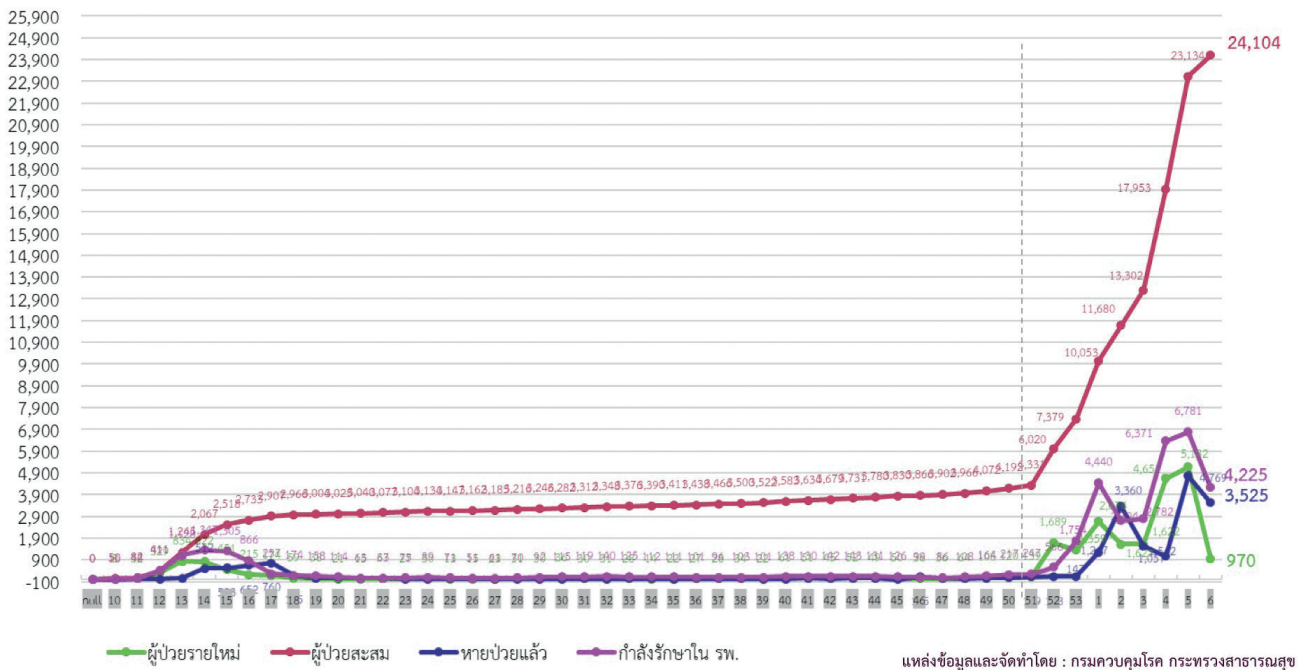
ที่มา: Bob Woodward. (2020). Rage. London: Simon & Schuster UK Ltd., page 23

ติดเชื่อ 1,626 คน ตาย 25 คน มีผลให้นายกรัฐมนตรีหญิงชนะเลือกตั้งอย่างงดงาม ได้วันก็ควบคุมโรคได้ดี ติดเชื่อเพียง 577 คน ตาย 7 คน และประธานาธิบดีหญิง คือไชอิงเหวิน ก็ชนะเลือกตั้งอย่างท่วมท้น ต่อมาเมื่อมีข่าวเชื้อโรคกลายเป็นภัย และพบผู้ติดเชื้อเข้าไปในอาณาจักร ได้วันก็ประกาศการป้องกันเต็มที่โดยประกาศปิดเกาะอย่างเข้มงวด และสามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้อย่างดีในตลอดปี 2563



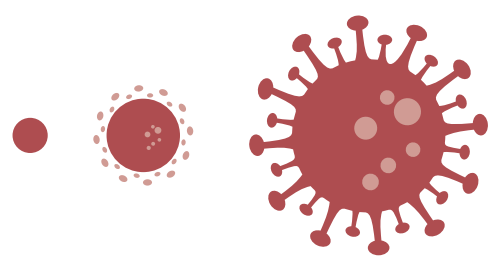
กรณีของประเทศไทย

ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ประเทศไทย จำแนกตาม ผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยสะสม และผู้ป่วยกลับบ้าน ณ วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2564

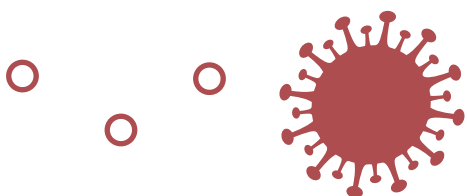




- 27 ม.ค. 63** นายกรัฐมนตรี ตั้งศูนย์ปฏิบัติการนายกรัฐมนตรี (Prime Minister Operations Center : PMOC) รับมือสถานการณ์โรคโควิด-19
-
- 30 ม.ค. 63** องค์การอนามัยโลกประกาศ “ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ” (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC)
-
- 31 ม.ค. 63** พบผู้ป่วยรายแรกที่เกิดจากการแพร่เชื้อในประเทศ เป็นคนขับแท็กซี่ที่ติดจากผู้โดยสารชาวจีน
-
- 2 ก.พ. 63** รพ.ราชวิถีแถลง “การค้นพบ” สูตรยารักษา คือ ยาโลพินาเวียร์-ริโทนาเวียร์ ที่ใช้รักษาโรคเอดส์ แต่ความจริงเป็นเพียงผลการรักษาผู้ป่วยรายเดียว และเงินที่ใช้ยารักษาผู้ป่วย ซึ่งบางรายได้ผลบางรายไม่ได้ผล
-
- 4 ก.พ. 63** เริ่ม “สัปดาห์ทำความสะอาดใหญ่” (big cleaning week) รับคนไทย 138 คน กลับจากอู่ฮั่น เข้าสู่ระบบการเฝ้าระวัง กักตัวและกักกัน
-
- 14 ก.พ. 63** พบบุคลากรทางการแพทย์ 1 รายติดเชื้อ อธิบดีกรมอนามัยแนะนำการใช้หน้ากากอนามัยชนิดผ้า
-
- 20 ก.พ. 63** นายกรัฐมนตรีประชุมคณะกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อลดการแพร่ระบาด ประกาศแนวทาง “แยก หยุด เลี่ยง ปิด”
-
- 26 ก.พ. 63** กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558
-
- 2 มี.ค. 63** คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติให้โควิด-19 อยู่ในขอบเขตการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)
-
- 4 มี.ค. 63** กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศให้โควิด-19 เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินขอรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลได้ทุกแห่ง
-
- 5 มี.ค. 63** กระทรวงสาธารณสุขประกาศรายชื่อประเทศที่เป็นเขตโรคติดต่ออันตราย
-
- 6 มี.ค. 63** กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดระบบการกักกันตัวแรงงานที่เดินทางกลับจากเกาหลีใต้ เริ่มใช้คำว่า “State Quarantine” (การกักกันของรัฐ) มีการจัดแข่งขันชกมวยที่สนามมวยลุมพินี ซึ่งเป็นศูนย์กลางการระบาดเป็นกลุ่ม (cluster) ที่มีกลุ่มเสี่ยงมากกว่า 4,500 คน
-
- 7 มี.ค. 63** จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกครบ 100,000 คน
-
- 11 มี.ค. 63** องค์การอนามัยโลกประกาศภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic) รัฐบาลสั่งห้ามส่งออกหน้ากากอนามัย หลังเกิดวิกฤตขาดแคลนหน้ากากอนามัย
-
- 12 มี.ค. 63** รัฐบาลจัดตั้ง “ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)” ชื่อย่อ ศบค.



- 16 มี.ค. 63** จ.บุรีรัมย์ ประกาศปิดเมืองเพื่อควบคุมโรค
-
- 17 มี.ค. 63** คณะรัฐมนตรีมีมติให้ปิดสถานศึกษา งดวันหยุดช่วงสงกรานต์ และให้พิจารณาทำงานที่บ้านระหว่าง 18-31 มี.ค.63
-
- 19 มี.ค. 63** คณบดีคณะแพทยศาสตร์หลายสถาบัน เรียกร้องรัฐบาลให้ใช้มาตรการล็อกดาวน์ ให้ทุกคนอยู่บ้าน
-
- 21 มี.ค. 63** กทม. ประกาศปิดสถานที่ 26 ประเภท ทำให้ประชาชนจำนวนมากหลังไหลกลับภูมิลำเนาในต่างจังหวัด เกิดปรากฏการณ์ “ผีเสื้อตกถัง”
-
- 23 มี.ค. 63** กระทรวงมหาดไทยสั่งปิดด่านชายแดน 18 จุด ใน 17 จังหวัดทั่วประเทศ
-
- 24 มี.ค. 63** รัฐบาลประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ 26 มี.ค.-30 เม.ย. 63
-
- 25 มี.ค. 63** ผู้ติดเชื้อทั่วโลกทะลุ 400,000 คน เปิดโรงพยาบาลสนามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต แต่มีผู้จำเป็นต้องเข้าใช้บริการน้อยมาก
-
- 26 มี.ค. 63** ปิดโรงพยาบาลปันนังस्ता จ.ปัตตานี เพราะมีการติดเชื้อในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่หลายคนต้องเข้าสู่ระบบกักตัว ไม่สามารถให้บริการได้ จนต้องมีการส่งแพทย์และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลใกล้เคียงเข้าไปช่วย จึงกลับมาเปิดบริการได้
-
- 31 มี.ค. 63** การรถไฟแห่งประเทศไทยประกาศงดให้บริการเชิงพาณิชย์ 22 ขบวน ตั้งแต่วันที่ 11 เม.ย. 63
-
- 2 เม.ย. 63** ประกาศเคอร์ฟิวตาม พ.ร.ก. บริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน
-
- 5 เม.ย. 63** กระทรวงมหาดไทยสั่งการทุกจังหวัดเตรียมความพร้อม เตรียมพื้นที่รองรับการกักกันตัวในจังหวัด (Local Quarantine)
-
- 6 เม.ย. 63** พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระราชินีพระราชทานอุปกรณ์ทางการแพทย์แก่โรงพยาบาลต่างๆ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19
-
- 9 เม.ย. 63** กรมการแพทย์เห็นนโยบายโรงพยาบาลจัดส่งยาทางไปรษณีย์และจ่ายยาล่วงหน้าเพิ่มจาก 1 เดือน เป็น 2 เดือน
-
- 27 เม.ย. 63** รัฐบาลประกาศขยายเวลาประกาศใช้พระราชกำหนดสถานการณ์ฉุกเฉินออกไปอีก 1 เดือน ถึง 31 พ.ค. 63
-
- 30 เม.ย. 63** ศบค. ประกาศผ่อนปรน 6 กิจกรรม เริ่ม 3 พ.ค. 63



ด้วยมาตรการต่างๆ ทำให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้ค่อนข้างดี แต่ก่อผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมตามมามากมาย



6.1

ผลกระทบของโควิด-19 ในประเทศไทย

หากจะเทียบความรุนแรงของยอดผู้ติดเชื้อและยอดผู้เสียชีวิตของไข้หวัดใหญ่สเปนที่เกิดขึ้นราว 100 ปีที่แล้วในช่วง พ.ศ. 2461-2462 กับโควิด-19 ที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2563 โดยดูจากยอดผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิต ไม่ว่าจะมองแบบยอดรวม หรือที่เป็นสัดส่วนต่อจำนวนประชากร แทบจะบอกได้เลยว่าโควิด-19 เทียบไข้หวัดสเปนไม่ได้เลย ในคราวไข้หวัดสเปนนั้นประชากรไทยมีอยู่เพียงราวๆ 8 ล้านคน แต่มีผู้ติดเชื้อราว 2 ล้านคน หรือ 1 ใน 4 ของพลเมืองทั้งหมด และเสียชีวิตมากถึง 8 หมื่นคน¹¹ ในขณะที่โควิด-19 ณ ปลายปี 2563 พลเมืองไทยมีประมาณ 67 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อประมาณ 6,884 คน และเสียชีวิต 61 คน อย่างไรก็ตาม จะสรุปว่าผลกระทบโดยรวมที่เกิดขึ้นจากโควิด-19 นั้น เบากว่าที่เคยเกิดขึ้นจากไข้หวัดใหญ่สเปนก็ไม่ถูกต้องเสียทีเดียว เนื่องจากแต่ละยุคสมัยมีบริบทและความซับซ้อนของบ้านเมืองที่แตกต่างกัน ในเชิงตัวเลขผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตอาจเห็นได้ว่าโควิด-19 มีจำนวนและสัดส่วนต่อพลเมืองที่น้อยกว่าไข้หวัดใหญ่สเปนมาก แต่ในยุคที่จังหวะชีพจรของสังคมเดินเร็วตามความเข้มข้นของการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนและดำเนินกิจกรรมทั้งออนไลน์และออฟไลน์ โควิด-19 และความวิตกต่อการแพร่ระบาดของไวรัสนี้ ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยทั้งในทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง แม้มาตรการรับมือกับโควิด-19 ของประเทศไทยจะได้รับการยกย่องจากผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก¹² และอีกหลายองค์กร¹³ ก็ตาม

6.1.1 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ความหวาดกลัวต่อโควิด-19 ของสังคมไทยเริ่มจากความ “กลัวตาย” ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ นี้อย่างเอาจริงเอาจังจากทั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.)¹⁴ ซึ่งจัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2563 รวมทั้งสื่อมวลชนและสื่อภาคประชาชนในทุกแพลตฟอร์มช่วยกันเผยแพร่ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับโควิด-19 ไม่ว่าจะเป็นในแง่ของความง่ายและความเร็วของการแพร่ระบาด การติดต่อจากคนที่ไม่แสดงอาการ รวมไปถึงการเสียชีวิตจำนวนมากในประเทศต่างๆ และกลายมาเป็นความ “กลัวอดตาย” เมื่อโควิด-19 ทำให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจแทบทุกอย่างหยุดชะงัก โดยเฉพาะในช่วงที่มีการปิดเมือง (lockdown) เริ่มจากการที่คณะรัฐมนตรีมีมติปิดสถานที่เสี่ยงต่อโรคระบาดและงดกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การจัดคอนเสิร์ต การจัดงานแสดงสินค้า รวมทั้งกิจกรรมทางศาสนา ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม เป็นต้นมาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และต่อมาคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อกรุงเทพมหานครซึ่งมีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นประธาน ประกาศปิดสถานที่ 26 ประเภท ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับสถานประกอบการ ตั้งแต่ระดับใหญ่ไปถึงระดับเล็ก ตั้งแต่เจ้าของธุรกิจไปจนถึงคนทำงานรับจ้างรายวัน ซึ่งตามมาด้วยการประกาศมาตรการลักษณะคล้ายกันในจังหวัดปริมณฑลและจังหวัดอื่นๆ หลังจากพบผู้ติดเชื้อจำนวนมากจากสนามมวยลุมพินี มีผลตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม (ซึ่งเป็นวันที่มีการบันทึกจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่สูงสุด 188 คน) จนถึง 12 เมษายน¹⁵ ส่วนเทศกาลสงกรานต์ก็ถูกประกาศเลื่อนออกไปโดย ศบค. ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม ทำให้คนไทยรู้แล้วว่าเทศกาลสงกรานต์ซึ่งเป็นเทศกาลแห่งการพักผ่อน เฉลิมฉลอง รวมญาติ และเทศกาลแห่งการทำเงินเป็นอันต้องยุติสังเวทโควิด-19 ตามมาด้วยความวิตกกังวลในความไม่แน่นอนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นทำให้เกิดการเริ่มกักตุนอาหารตั้งแต่กลางเดือนมีนาคม เป็นต้นมา อาหารที่เก็บได้นานๆ หลายอย่าง เช่น บะหมี่

กึ่งสำเร็จรูปและปลากระป๋อง เริ่มหายากขึ้นตามข่าวลือเกี่ยวกับมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่ออกมาเป็นระยะ รวมทั้งการประกาศตามพระราชกำหนดการบริหารราชการแผ่นดินในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ฉบับที่ 1 ที่ให้มีผลในวันที่ 26 มีนาคม¹⁶ และการรณรงค์ให้คนลดการเดินทางไปในที่ต่างๆ ด้วยแคมเปญ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ”

ความตึงเครียดทางเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีการประกาศห้ามออกนอกเคหสถาน (เคอร์ฟิว) ตั้งแต่เวลา 22.00–04.00 น. มีผลตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน ทำให้ธุรกิจที่หากินกับความบันเทิงยามค่ำคืนไม่ว่าจะเป็นร้านอาหาร ผับ บาร์ สถานบันเทิงทั้งหลายที่มีห่วงโซ่อุปทานเกี่ยวข้องกับคนหลากหลายอาชีพ และหลากหลายอุตสาหกรรม ตั้งแต่อาหาร เครื่องดื่ม การแสดงไปจนถึงการขนส่งโดยสารทั้งแท็กซี่และมอเตอร์ไซค์รับจ้าง ต่างได้รับผลกระทบจากความเจ็บบังคับของช่วงเวลาเคอร์ฟิว สถานที่และจังหวัดท่องเที่ยวต่างๆ ที่เคยคลาคล่ำและคึกคักด้วยนักท่องเที่ยวต่างชาติ โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวชาวจีนต้องพบกับสภาวะลูกค้าหายแบบฉับพลันตั้งแต่ปลายเดือนมกราคม ก่อนหน้าที่รัฐบาลจะยกเลิกการขอรับการตรวจลงตรา ณ ช่องด่านตรวจคนเข้าเมือง (Visa on Arrival: VOA) สำหรับ 18 ประเทศ 1 เขตเศรษฐกิจ และการยกเว้นการตรวจลงตราและให้อยู่ในราชอาณาจักรได้ไม่เกิน 30 วัน (ผ. 30) ที่มีผลตั้งแต่วันที่ 13 มีนาคม¹⁷ สำหรับผู้เดินทางจาก 3 ประเทศ รวมทั้งประกาศของสำนักงานการบินพลเรือนแห่งประเทศไทยปิดน่านฟ้าเมื่อวันที่ 3 เมษายน¹⁸ แต่คำสั่งใดๆ ที่ออกมาก็ไม่สร้างความปีบคั่นเท่ากับการให้ชะลอการเดินทางข้ามจังหวัด โดยเฉพาะจากจังหวัดที่มีความเสี่ยง ซึ่งทำให้คนในครอบครัวหลายคนตกค้างอยู่ต่างถิ่นที่ห่างไกลจากครอบครัว และแม้จะเป็นห่วงกันเพียงใดในสถานการณ์เช่นนี้ก็เดินทางมาพบกันอย่างยากยิ่ง¹⁹ รวมทั้งคนไทยที่ติดอยู่ต่างประเทศ และต้องการเดินทางกลับประเทศไทยก็ไม่สามารถทำได้

ในรายงาน The Travel and Tourism Competitiveness Report 2017 โดย World Economic Forum ประเทศไทยติดอันดับ 3 ของประเทศที่พึ่งพาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวมากที่สุดในโลก²⁰ และจากข้อมูลของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา รายงานว่าอุตสาหกรรมท่องเที่ยวมีส่วนร้อยละ 17.65 ของผลผลิตมวลรวมประชาชาติ (GDP: Gross Domestic Product) ที่อัตราการขยายตัวกว่าร้อยละ 10 ต่อปี โดยมีนักท่องเที่ยวต่างชาติ 37 ล้านคน และนักท่องเที่ยวชาวไทย 158.51 ล้านคนต่อครั้ง²¹ การปิดเมืองจึงส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมท่องเที่ยวไทยที่หลายฝ่ายหมายมั่นปั้นมือจะชูให้เป็นอุตสาหกรรมหลักที่จะขับเคลื่อนเศรษฐกิจ รวมทั้งอุตสาหกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการท่องเที่ยว

ในแง่ของภาพกว้างของผลกระทบทางเศรษฐกิจจากวิกฤตการณ์โควิด-19 อาจมองได้จากผลกระทบที่มีต่อการจ้างงานของแรงงานไทยที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบมากถึง 21 ล้านคน จากแรงงานทั้งสิ้น 37 ล้านคน ซึ่งประสบกับการถูกลดชั่วโมงในการทำงาน การถูกลดค่าจ้าง และการถูกเลิกจ้างทั้งเป็นการชั่วคราวจนกว่าสถานการณ์จะดีขึ้น หรือเป็นการถาวรเพราะธุรกิจเดิมไม่สอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ (new normal)²² และเมื่อประเมินผลกระทบโดยละเอียดจากทั้งมาตรการปิดเมืองและการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) โดยใช้ดัชนีความง่ายในการปรับเปลี่ยนสถานที่ทำงาน (flexible work location index) และดัชนีโอกาสที่จะต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้อื่นในการทำงาน (physical proximity index) เพื่อประเมินความเสี่ยงของลูกจ้างแต่ละกลุ่มอาชีพพบว่า กลุ่มที่น่าจะได้รับผลกระทบมากที่สุดคือกลุ่มที่อยู่ในภาคการค้า ธุรกิจอาหาร และโรงแรม การศึกษา และการบริการส่วนบุคคล ส่วนที่ได้รับผลกระทบรองลงมาคือ กลุ่มอาชีพด้านการเกษตร ประมง และผู้ประกอบการด้านเครื่องจักรในโรงงาน ส่วนอาชีพ

ที่ได้รับผลกระทบน้อยที่สุดจะเป็นกลุ่มอาชีพทักษะสูง เช่น โปรแกรมเมอร์ ผู้ให้คำปรึกษาด้านกฎหมายและการเงิน ผู้อยู่ในตำแหน่งระดับผู้จัดการ เป็นต้น²³ และหากมองในมิติของกลุ่มอายุของแรงงานที่ได้รับผลกระทบจากการสำรวจแรงงาน 14,287²⁴ รายทั่วประเทศ พบว่า เป็นแรงงานกลุ่มอายุ 15-24 ปี มากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เพิ่งเรียนจบและเริ่มเข้าสู่ตลาดแรงงาน ยังขาดประสบการณ์ในการรับมือกับวิกฤตเศรษฐกิจ โควิด-19 น่าจะเป็นประสบการณ์ทางเศรษฐกิจที่เลวร้ายที่สุดของแรงงานเยาว์วัยเหล่านี้

การเลิกจ้างและการลดค่าแรงระหว่างมาตรการปิดเมืองและรักษาระยะห่างทางสังคมทำให้เม็ดเงินเพื่อการจับจ่ายใช้สอยของประชาชนปริมาณมหาศาลหายไปจากระบบเศรษฐกิจและทำให้ตัวเลขเศรษฐกิจไตรมาสที่ 1 ของปี 2563 ติดลบร้อยละ 1.8²⁵ เป็นการหดตัวทางเศรษฐกิจที่รุนแรงที่สุดนับตั้งแต่หน้าท่วมปี 2554 ในขณะที่ไตรมาสที่ 2 ติดลบร้อยละ 12.2²⁶ จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2562 ที่รายงานว่าเกือบร้อยละ 60 ของครัวเรือนไทย (ประมาณ 12.7 ล้านครัวเรือน) มีเงินสำรองสะสมไว้ใช้ได้น้อยกว่า 3 เดือนของค่าใช้จ่ายปกติ และมีถึง 7 ล้านครัวเรือน ที่มีเงินออมสำรองใช้ได้เพียง 1 เดือน²⁷ ตัวเลขเศรษฐกิจติดลบสูงลิ่วในไตรมาสที่ 2 จึงไม่เกินความคาดหมายเท่าใดนัก แม้ห้างสรรพสินค้าและตลาดนัดจะกลับมาเปิด หรือแม้การค้าขายออนไลน์จะเป็นช่องทางให้คนตกงานพอจะมีช่องทางทำมาหากิน แต่เงินสำรองที่จะใช้จ่ายร่อยหรอลงไปแล้ว และความไม่แน่นอนของอนาคตที่ยังไม่มีใครรับประกันได้ ทำให้คนต้องใช้จ่ายอย่างระมัดระวังขึ้น เงินเยียวยาจากโครงการ “เราไม่ทิ้งกัน” และอีกหลายแพ็คเกจช่วยกระตุ้นการลงทุน รายย่อยและการใช้จ่ายได้เพียงระยะสั้น จากการคาดการณ์ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เศรษฐกิจไทยทั้งปียังน่าจะติดลบอยู่ที่ร้อยละ 7.8 และจากผลกระทบทางเศรษฐกิจจากสถานการณ์โควิด-19 นี้เอง

ทำให้สัดส่วนคนจนของประเทศที่มีแนวโน้มจะลดลงตั้งแต่ปี 2561 ซึ่งมีร้อยละ 9.85 หรือประมาณ 6.7 ล้านคน เป็นร้อยละ 6.24 หรือประมาณ 4.3 ล้านคนในปี 2562 อาจกลับมามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น²⁸

เพื่อเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจ รัฐบาลได้พยายามออกมาตรการต่างๆ เพื่อช่วยพยุงเศรษฐกิจภาคประชาชน^{29,30} อาทิ การยืดเวลาการเสียภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาออกไปจนถึงสิ้นเดือนสิงหาคม รวมทั้งการยืดเวลาเสียภาษีประเภทอื่นๆ ทั้งเงินได้นิติบุคคล ภาษีสรรพากร ภาษีสรรพสามิต การลดภาษีหัก ณ ที่จ่าย การคืนภาษีให้ผู้ประกอบการ การชะลอการจ่าย ลด และคืนค่าสาธารณูปโภค การแจกเน็ตและให้ค่าโทรศัพท์ การอุดหนุนผู้ประกอบการจัดอบรม การพักชำระหนี้และการปรับปรุงโครงสร้างหนี้แก่ผู้ประกอบการ SMEs การให้สินเชื่อดอกเบี้ยต่ำ (soft loan) มาตรการเยียวยากลุ่มเปราะบางเดือนละ 1,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน เงินเยียวยาผู้พิการ โครงการ “เราไม่ทิ้งกัน” ให้เงินเยียวยา เดือนละ 5,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน มาตรการช่วยเหลือเกษตรกร มาตรการกระตุ้นการท่องเที่ยว เช่น โครงการ “เราเที่ยวด้วยกัน (เที่ยวปันสุข)” โครงการ “กำลังใจ” เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัครสาธารณสุขได้เดินทางท่องเที่ยวเพื่อเป็นการตอบแทนในการทำงานหนักช่วงโควิด-19 มาตรการกระตุ้นการบริโภคของประชาชน เช่น โครงการ “คนละครึ่ง” โครงการ “ช้อปดีมีคืน” ฯลฯ

ในการสำรวจความคิดเห็นของผู้บริหารระดับซีอีโอจำนวน 699 คน โดยบริษัท ไพรซ์วอเตอร์ เฮาส์ คูเปอร์ (Pricewaterhouse Coopers: PwC) ให้ความเห็นโดยสรุปเกี่ยวกับภาพอนาคตของเศรษฐกิจยุคโควิด-19 ว่าไม่น่าจะกลับมาคึกคักโดยเร็วนัก ร้อยละ 71 เชื่อว่าธุรกิจจะคุ้นเคยกับการทำงานทางไกล ร้อยละ 61 เชื่อว่าการใช้พื้นที่สำนักงานจะน้อยลง

ร้อยละ 76 เชื่อว่าจะใช้ระบบอัตโนมัติแทนแรงงานคนมากขึ้น และจากอุปสรรครวมทั้งต้นทุนในการเดินทางไปมาหาสู่ระหว่างประเทศที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 39 เชื่อว่าจะเกิดการย้ายฐานการผลิตกลับสู่ประเทศต้นทาง (onshoring) และร้อยละ 65 เชื่อว่าการดำเนินกิจกรรมทางธุรกิจและการบริหารจัดการต่างๆ ภายในบริษัทเอง (insourcing) มากขึ้น และความเป็นชาตินิยมสูงขึ้น³¹

หากเป้าหมายสำคัญอันหนึ่งของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่จะครบระยะในปี 2583 คือการยกระดับรายได้ประชาชาติต่อหัว (Gross National Income per capita) ให้ไปแตะ 12,535 ดอลลาร์สหรัฐ ให้ได้ เพื่อจะได้พ้นกับดักรายได้ปานกลาง (middle-income trap) และก้าวเข้าไปอยู่ในกลุ่มประเทศที่รายได้ระดับสูงตามเกณฑ์ของธนาคารโลก เท่ากับว่าประเทศไทยต้องรักษาอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจให้ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ต่อปี นั่นหมายความว่าสังคมไทยและเศรษฐกิจไทยอาจต้องใช้ความพยายามที่หนักขึ้นกว่าเดิมเพื่อชดเชยกับแรงหน่วงเศรษฐกิจของโควิด-19



คนละครึ่ง

ภาพ: <https://money.kapook.com/view233832>

6.1.2 ผลกระทบด้านสุขภาพ

ผลกระทบจากโควิด-19 ต่อการสาธารณสุขไทย ได้แก่ การรับมือต่อสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญกับการเตรียมการและการบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อรับมือกับการระบาดของโควิด-19 ในระยะที่ 1 คือช่วง 3 เดือนแรกของการระบาด โรงพยาบาลต้องระดมทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 อย่างเต็มกำลัง เนื่องจากมีผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องเลื่อนนัดผู้ป่วยอื่นไปก่อน อาทิ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยทันตกรรม ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัด ในระยะต่อมา โรงพยาบาลปรับวิธีการจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคจิตเวช โดยให้รับยาทางไปรษณีย์³² ส่วนผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาตัวที่บ้าน และรับการรักษาทางไปรษณีย์ ก็สามารถกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ในช่วงที่การระบาดเริ่มลดลง โครงการ “จัดส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์” เป็นโครงการนำร่องที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับบริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด จัดส่งยาให้แก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสิทธิบัตรทอง เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล รวมทั้งป้องกันและควบคุมการระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 8 เมษายน 2563 เป็นต้นมา มีโรงพยาบาล 111 แห่งที่จัดส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ เป็นจำนวน 27,992 ครั้ง จำแนกตามกลุ่มโรค พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีการส่งยาสูงสุด 7,128 ครั้ง รองลงมาคือโรคเบาหวาน 4,838 ครั้ง โรคติดเชื้อเอชไอวี 792 ครั้ง โรคหืด 743 ครั้ง และโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง/ถุงลมโป่งพอง 629 ครั้ง (ข้อมูล ณ วันที่ 10 พ.ค. 63)³³

การติดเชื้อโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุข

ข้อมูลเมื่อเดือนเมษายน 2563 พบว่า มีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 102 ราย โดยติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ร้อยละ 65 ติดจากชุมชนร้อยละ 20 และไม่สามารถระบุได้ร้อยละ 15 โดยร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยประวัติเสี่ยง ในโรงพยาบาลขนาดเล็กหลายแห่ง มีแพทย์ พยาบาลและบุคลากรที่ต้องเสี่ยงดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์ป้องกันเพียงพอ โดยเฉพาะหน้ากากอนามัย และชุดป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) แม้ว่าจะก่อนหน้านี้ นายวิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรี แลงผ่านศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ว่าได้ให้กระทรวงพาณิชย์ประสานโรงงานผลิตหน้ากากอนามัย 11 แห่ง เพื่อรับหน้ากากจำนวน 2.3 ล้านชิ้นต่อวัน แล้วกระจายให้เจ้าหน้าที่รัฐและบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม 2563 แต่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก ยังไม่ได้รับหน้ากากอนามัยจากรัฐบาล การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลหลายแห่งต้องปรับตัวเพื่อป้องกันตนเอง เช่น มีการกำหนดกติกาภายในให้ใช้ชุดป้องกันเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีผลตรวจเป็นผลบวกเท่านั้น โดยจัดระเบียบตรวจผู้ป่วยในห้องกักตัว 1 ครั้งในรอบ 4-5 วัน วันอื่นๆ ใช้วิธีคุยผ่านวิดีโอคอล เพื่อลดการใช้ชุดป้องกันเชื้อโรค เพราะเมื่อใช้แล้วต้องทิ้งทันที ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแต่ยังไม่ทราบผลตรวจ ให้บุคลากรใส่ชุดกันฝนแทน³⁴ ต่อมาได้มีประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการฉบับที่ 16 พ.ศ.2563 ลงวันที่ 2 เมษายน ห้ามการส่งออกหน้ากากอนามัยไปนอกราชอาณาจักรจนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2563 ซึ่งภายหลังได้ขยายเวลาการควบคุมออกไปจนถึงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2564

การพัฒนาาระบบบริการ

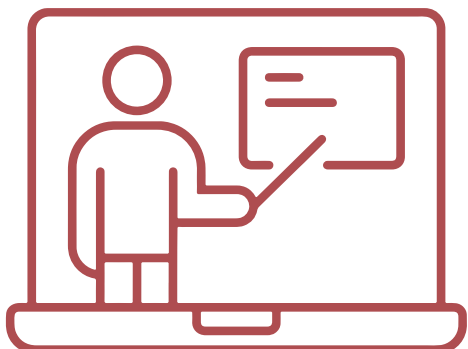
การสร้างโรงพยาบาลสนามสามารถช่วยรับผู้ป่วยโควิด-19 ได้อย่างเพียงพอทุกระดับ โรงพยาบาลสนามแห่งแรก คือ โรงพยาบาลสนามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ขนาด 308 เตียง เริ่มเปิดให้บริการเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563 โดยเกิดจากความร่วมมือของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กับโรงเรียนแพทย์ 5 สถาบันคือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และกระทรวงสาธารณสุข³⁵ ในเดือนธันวาคม 2563 มีจำนวนผู้ติดเชื้อระลอกใหม่เพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะที่จังหวัดสมุทรสาคร ทางจังหวัดจึงนำร่องสร้างโรงพยาบาลสนาม 2 แห่ง³⁶

สถานการณ์โควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขไทย ทำให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องหันมาทบทวนระบบบริการสุขภาพไม่เฉพาะในระดับประเทศเท่านั้น แต่รวมถึงในระดับเขต และระดับจังหวัด โดยการออกแบบระบบบริการที่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้บริการโดยไม่หยุดชะงัก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้

6.1.3 ผลกระทบด้านการศึกษา

องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) ชี้ว่า เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2563 โรงเรียนใน 191 ประเทศทั่วโลก ต้องปิดเรียนเนื่องจากการระบาดของโควิด-19 โดยมีนักเรียนร้อยละ 91 ที่ต้องหยุดเรียน มาตรการปิดโรงเรียนส่งผลกระทบต่อเด็กนักเรียนทุกคนไม่น้อยต่างกัน แต่ผลกระทบจะรุนแรงหากเป็นเด็กยากจน เด็กด้อยโอกาส เด็กจากครอบครัวพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว เด็กที่มีพ่อแม่เป็นแรงงานอพยพ หรือชนกลุ่มน้อย และเด็กพิเศษ³⁷ การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยส่งผลกระทบต่อเด็กหลายกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กยากจน ด้อยโอกาส เด็กพิการ และเด็กต่างดาว เพราะโรงเรียนไม่ได้เป็นแหล่งให้ความรู้เท่านั้น แต่โรงเรียนยังเป็นที่สำคัญที่บำรุงเลี้ยงและดูแลเด็กทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วย

ในประเทศไทยกระทรวงศึกษาธิการ ประกาศเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2563 ให้สถานศึกษาทุกแห่งของรัฐและเอกชน ทั้งในระบบและนอกระบบที่อยู่ในสังกัดและกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ ปิดเรียนด้วยเหตุพิเศษจากโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป³⁸ และเนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ยังคงระบาดต่อเนื่อง ทำให้โรงเรียนต้องเลื่อนการเปิดเทอมออกไป โดยมีมติจากประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 7 เมษายน 2563 ให้เลื่อนวันเปิดเทอมภาคเรียนที่ 1 จากวันที่ 16 พฤษภาคม 2563 เป็นวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 ในด้านการเรียนการสอน จึงต้องมีการปรับรูปแบบใหม่เพื่อรับกับมาตรการป้องกันที่รัฐบาลกำหนด



ในช่วงประกาศปิดเรียน กระทรวงศึกษาธิการ มีการออกแบบ การเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความปลอดภัยของพื้นที่ โดยจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน แบบออนไซต์ (onsite) ในพื้นที่ที่ปลอดภัย ส่วนพื้นที่ที่ไม่ปลอดภัยให้เรียนผ่านสื่อ การเรียนการสอนทางไกล (on air) ของมูลนิธิการศึกษาทาง ไกลผ่านดาวเทียม ในพระบรมราชูปถัมภ์ เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2563 มีการเปิดเรียนออนไลน์วันแรก ตั้งแต่ระดับ อนุบาล-ม.6 รวมทั้งสายอาชีพศึกษาและการศึกษานอก โรงเรียน ซึ่งพบปัญหาข้อติดขัดหลายประการ อาทิ อินเทอร์เน็ตล่ม ปัญหาการเข้าเรียนในระบบ DLTV ไม่ได้ เด็กเรียนไม่ทัน กระทั่งในโซเชียลมีเดีย มีการกล่าวถึงการ เรียนออนไลน์เป็นจำนวนมาก ทำให้ **#เรียนออนไลน์** ขึ้นเทรนด์ทวิตเตอร์อันดับหนึ่ง³⁹

มีการศึกษาที่ยืนยันถึงปัญหาความไม่พร้อมของการจัด การเรียนการสอนออนไลน์ในประเทศไทยและผลกระทบต่อ ผู้ที่เกี่ยวข้อง อาทิ ผลสำรวจของคณะศึกษาศาสตร์และ พัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ชี้ว่า ครูประเมิน ผลเด็กนักเรียนในสังกัดพบว่า ไม่สามารถเข้าถึงการเรียน ออนไลน์เมื่อต้องใช้จริง เพราะไม่มีคอมพิวเตอร์ 66% ที่บ้าน ไม่มีอินเทอร์เน็ต 57% ไม่มีสมาร์ตโฟน 36% ครูประเมินผล ว่า นักเรียนสามารถเรียนรู้ผ่านออนไลน์ได้เพียง 45% เท่านั้น สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจผลกระทบของโควิด-19 ด้านสังคม พบว่า ผู้ปกครอง 60% มีความกังวลว่าลูกหลาน

จะไม่มีความพร้อมในการเรียนออนไลน์ สาเหตุหลักเนื่องมา จากไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต นอกจากนี้ผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ไม่มีเวลา และไม่มีทักษะด้านไอที รวมทั้งปัญหา การไม่มีอินเทอร์เน็ตใช้งานอีกด้วย สอดคล้องกับข้อมูลของ กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา ที่ระบุว่า ประเทศไทยมีนักเรียนเพียง 53% ที่มีคอมพิวเตอร์ใช้งานที่ บ้าน เมื่อแบ่งตามเศรษฐกิจฐานะพบว่า นักเรียนที่ฐานะดีที่สุด ถึง 91% มีคอมพิวเตอร์ใช้ที่บ้าน ส่วนนักเรียนกลุ่มที่ยาก ลำบากที่สุดเพียง 17% เท่านั้นที่มีคอมพิวเตอร์ใช้⁴⁰ จากการ ศึกษาของ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute: TDRI) ยืนยันได้ว่า อุปสรรคของการจัดการศึกษาในช่วงโควิด-19 คือความไม่พร้อม⁴¹ ซึ่งเกิดขึ้นมานานแล้วในระบบการศึกษา ไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเข้าถึงอุปกรณ์และสื่อการเรียน การสอน และความไม่พร้อมของครูผู้สอนที่ไม่มีความรู้ ความชำนาญเรื่องการใช้เทคโนโลยี

เพื่อรับกับสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 กระทรวง ศึกษาธิการจึงปรับเวลาในการจัดการเรียนการสอนใหม่ โดยเลื่อนการเปิดภาคเรียนที่ 1 และ 2 ออกไป โดยโรงเรียน ต้องจัดให้นักเรียนสลับมาโรงเรียน เพื่อลดความแออัด ระยะเวลาเรียนของภาคเรียนที่ 1/2563 จึงเริ่มเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม – 13 พฤศจิกายน 2563 รวม 93 วัน ปิดเทอม 17 วัน ส่วนภาคเรียนที่ 2/2563 เริ่มเรียนในวันที่ 1 ธันวาคม 2563 – 9 เมษายน 2564 รวม 88 วัน ปิดเทอม 37 วัน ตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน 2564 ซึ่งจะมีเวลาเรียนรวม 181 วัน เพื่อให้มีเวลาเรียนครบ 200 วัน จึงให้โรงเรียนเปิดสอนชดเชย โดยปีการศึกษา 2564 จะเริ่มเปิดเรียนตามปกติคือ วันที่ 17 พฤษภาคม 2564⁴² สำหรับการเรียนการสอนทางไกลที่นำ เข้ามาใช้ในช่วงโควิด-19 กระทรวงศึกษาธิการจะเป็น ผู้สนับสนุน 80% และอีก 20% ให้โรงเรียนและครูเป็น ผู้ออกแบบตามความเหมาะสม

เด็กข้ามชาติ ได้รับผลกระทบด้านการศึกษาในช่วงสถานการณ์โควิด-19 จากการปิดโรงเรียนค่อนข้างมาก โดยเฉพาะเด็กข้ามชาติที่กลับไปประเทศตัวเอง ยังไม่สามารถเดินทางกลับมาประเทศไทยได้ตามกำหนดที่โรงเรียนเปิดเทอมเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2563 เพราะชายแดนยังคงปิดอยู่ ทำให้เด็กขาดการเรียนรู้และติดตามบทเรียนได้ยากถ้าหากต้องกลับมาเรียนในโรงเรียนเหมือนเดิมสำหรับเด็กในศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติ (Migrant Learning Centre - MLC) ก็ได้รับผลกระทบอย่างมากจากการที่ศูนย์ไม่สามารถเปิดได้ จึงต้องเรียนจากที่บ้านและชุมชน ข้อจำกัดของ MLC คือ ความปลอดภัยของเด็กตามเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 44 ข้อ ซึ่งจะต้องได้รับการพิจารณาจากศูนย์ประสานงานการจัดการศึกษาเด็กต่างด้าว (Migrant Education Coordination Center – MECC) ร่วมกับ MLC ว่าปลอดภัยเพียงพอที่จะเปิดได้เมื่อใด⁴³

ในพื้นที่หลายจังหวัด เกิดการปรับตัวของการศึกษาช่วงโควิด-19 ที่ครุมีบทบาทสำคัญ เช่น กลุ่ม “Grab แม่ครู” เป็นการรวมตัวของกลุ่มครูในจังหวัดอุทัยธานี ลงพื้นที่ติดตามความเป็นอยู่ของนักเรียน จัดส่งอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้เด็กถึงบ้าน และสอนหนังสือให้เด็กที่บ้านครูในจังหวัดอุตรดิตถ์ไปเยี่ยมบ้านนักเรียน ส่งสมุดการบ้าน และตรวจแบบฝึกหัดให้นักเรียน เป็นต้น⁴⁴

โควิด-19 ได้ทำให้เห็นปัญหาของระบบการศึกษามากมายทุกมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่พัฒนาและไม่ปรับตัวให้ทันความเปลี่ยนแปลงของโลกที่พลิกผัน รุนแรง และรวดเร็ว

6.1.4 โควิด-19 กับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

มาตรการปิดเมืองส่งผลให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจลดลง ข้อมูลจากทบวงการพลังงานระหว่างประเทศ (International Energy Agency: IEA) ประเมินว่าในปี 2563 ความต้องการพลังงานของทั้งโลกจะลดลงถึง 6% ซึ่งถือเป็นการหดตัวสูงสุดในรอบ 70 ปี ส่งผลให้การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะโลกร้อนลดต่ำลงในประเทศไทย ช่วงการล็อกดาวน์ระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2563 กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมชี้ว่า ค่าเฉลี่ยฝุ่นละออง PM 2.5 ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ต่ำกว่าเกณฑ์อันตรายและลดลงถึง 17% เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันเมื่อปี 2562 เนื่องจากการลดการเดินทางและกิจกรรมการผลิตที่ปล่อยมลพิษ ขณะเดียวกันการล็อกดาวน์ช่วยให้แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติหลายแห่งฟื้นตัว เนื่องจากไม่มีนักท่องเที่ยวรบกวน ทำให้ระบบนิเวศดีขึ้น เช่น พบเต่ามะเฟืองขึ้นมาวางไข่บนชายหาดในจังหวัดภูเก็ต และพังงา นอกจากนี้ ทรัพยากรทางทะเล เช่น ปะการัง และหญ้าทะเล เติบโตดีขึ้น เนื่องจากไม่ถูกรบกวนจากกิจกรรมทางทะเลของมนุษย์ รวมถึงการปล่อยน้ำเสียลงทะเลของชุมชนและโรงแรมตามแนวชายฝั่ง จึงทำให้คุณภาพน้ำทะเลดีขึ้น ปรากฏการณ์ธรรมชาติฟื้นตัวยังพบได้หลายแห่งในประเทศไทย เช่น อุทยานแห่งชาติภูซาง จังหวัดพะเยา พบพืชพันธุ์และไม้หายากกลับมาเจริญงอกงาม และมีสัตว์ป่าหายากปรากฏให้เห็น เช่น กระจอกบิน หมูป่าผีเสื้อชนิดหายาก เป็นต้น⁴⁵ นอกจากนี้ยังพบว่า ในเมืองท่องเที่ยวที่มีปริมาณขยะรวมลดลง โดยในกรุงเทพมหานครลดลงจากปกติ 10,560 ตันต่อวัน เป็น 9,370 ตันต่อวัน (ลดลง 11%) จังหวัดภูเก็ตลดลงจาก 970 ตันต่อวัน เป็น 840 ตันต่อวัน (ลดลง 13%) จังหวัดนครราชสีมา ลดลงจาก 240 ตันต่อวัน เป็น 195 ตันต่อวัน (ลดลง 19%) เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี ลดลงจาก 850 ตัน เป็น 380 ตันต่อวัน (ลดลง 55%)



ภาพ : <https://announcement.ph/jail-time-for-six-years-for-customers-who-cancel-food-delivery-orders/>

อย่างไรก็ตาม การหยุดอยู่บ้านทำให้มีการสั่งซื้ออาหารออนไลน์แบบเดลิเวอรี่มากขึ้น ส่งผลให้ขยะพลาสติกในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นถึง 15% หรือ 6,300 ตันต่อวัน จากปกติประเทศไทยผลิตขยะพลาสติก 2 ล้านตันต่อปี หรือประมาณ 5,500 ตันต่อวัน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นถึง 1,500 ตันต่อวัน ขณะที่ขยะเศษอาหารและขยะเปียกในกรุงเทพมหานครลดลง เนื่องจากร้านอาหารห้างสรรพสินค้า และโรงแรมปิดให้บริการ สำหรับขยะติดเชื้อ ข้อมูลจากสำนักสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร พบว่ามีขยะติดเชื้อจำพวกหน้ากากอนามัยและชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลหรือชุดพีพีอี (Personal Protective Equipment: PPE) ได้เพิ่มขึ้น⁴⁶ สอดคล้องกับสถาบันสิ่งแวดล้อมไทยพบว่า ขยะที่เกิดจากหน้ากากอนามัยใช้แล้วเพิ่มสูงขึ้น โดยมีปริมาณการทิ้งเพิ่มสูงขึ้นทั่วประเทศประมาณ 1.5-2 ล้านชิ้นต่อวัน ซึ่งมีทั้งหน้ากากอนามัยที่ทิ้งอย่างถูกวิธีผ่านการแยกขยะแล้ว แต่ยังมีขยะหน้ากากอนามัยที่ทิ้งไม่ถูกวิธีปะปนอยู่กับขยะชุมชนทั่วไปด้วย

สถานการณ์การใช้พลังงานในช่วงโควิด-19 พบว่า การใช้ไฟฟ้าภาพรวมลดลง 3.9% เกือบทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจ⁴⁷ ส่วนการใช้พลังงานไฟฟ้าช่วงกลางวัน ทั้งในครัวเรือน ภาคอุตสาหกรรม การคมนาคม กลุ่มธุรกิจต่างๆ และระบบไฟฟ้าสาธารณะ มีปริมาณการใช้ไฟฟ้าลดลงอย่างชัดเจน ส่งผลให้ระดับการใช้พลังงานต่างๆ ลดลงตามไปด้วย และเป็นส่วนสำคัญในการลดการใช้ทรัพยากรด้านพลังงาน ลดการก่อมลพิษ และส่งผลดีต่อสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ การระบาดของโควิด-19 ยังส่งผลกระทบต่อการเจรจาด้านสิ่งแวดล้อมและการเจรจาด้านสภาพภูมิอากาศ โดยการประชุมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศของสหประชาชาติ หรือ UN Climate Change Conference (COP 26) ครั้งที่ 26 ที่จะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 9-19 พฤศจิกายน 2563 ณ เมืองกลาสโกว์ สหราชอาณาจักร กำหนดให้เลื่อนออกไปจัดกลางปี 2564⁴⁸ ขณะเดียวกัน สถานการณ์โควิด-19 ทำให้ประเทศกำลังพัฒนาที่จะมีส่วนร่วมในการลดก๊าซเรือนกระจกให้ได้ตามเป้าหมาย ต้องชะลอการให้ความร่วมมือไว้ก่อน เพราะต้องใช้งบประมาณในการช่วยเหลือประชาชนและต่อสู้กับโควิด-19

6.1.5 โควิด-19: ไวรัสสะท้อนสังคมไทย

สถานการณ์โควิด-19 อาจเป็นเหมือนแสงที่วิ่งผ่านแห่งปริศม แล้วแยกออกเป็นสีต่างๆ ทำให้รู้ว่าแท้จริงแล้วแสงประกอบด้วยสีอะไรบ้าง ในทำนองเดียวกันวิกฤตการณ์คราวนี้ช่วยจาระไนแง่มุมต่างๆ ในสังคมที่ในสถานการณ์ปกติอาจไม่ปรากฏให้เห็น และแน่นอนแง่มุมทั้งหลายที่เผยออกมาดีทั้งดีและร้ายปะปนกัน หากส่วนดีที่สะท้อนออกมาจะมองว่าเป็นทุนทางสังคม (social capital) ที่ทำให้สังคมไทยรอดพ้นภาวะเลวร้ายต่างๆ มาได้ และส่วนเสียก็น่าจะเป็นเหมือนภาระหนี้ทางสังคม (social liability) ที่คอยบั่นทอนความสงบสุขหรือกระทั่งซ้ำเติมแม้ในยามทุกข์ยาก

ภาพจำที่ดีของสังคมไทยในสถานการณ์ที่คนไทยทั้งหวาดกลัวต่อโรคใหม่ที่ใครๆ ยังไม่รู้ว่าจะหมดไปเมื่อไหร่ และยังคงขู่ทรมาณกับการทำมาหากินที่ฝืดเคือง หลายคนตกงานฉับพลันโดยไม่ทันได้ตั้งตัว และเพิ่งรู้ซึ่งกับคำว่า “ข้าวสารไม่มีจะกรอกหม้อ” เป็นอย่างไร อีกด้านหนึ่ง คนไทยได้เห็นการแสดงออกของน้ำใจที่ประชาชนมอบให้กันเหมือนวิกฤตการณ์หลายครั้งที่ผ่านมาไม่ว่าจะเป็นวิกฤตการณ์เศรษฐกิจปี 2540 (วิกฤตต้มยำกุ้ง) หรือน้ำท่วมปี 2554 ในคราวนี้การระดมความช่วยเหลือจากประชาชนสู่ประชาชนโดยไม่ต้องรอกผ่านกลไกของรัฐ หรือตัวกลางสะพานบุญใดๆ ทำได้อย่างง่ายดายผ่านสื่อโซเชียลหลากหลายแพลตฟอร์ม และ “ตู้ปันสุข” จะเป็นความเคลื่อนไหวแรกๆ ที่เป็นรูปธรรม มีคนจดจำมากที่สุด และเป็นการเคลื่อนไหวที่ขยายตัวออกไปหลายจุดทั่วประเทศ จนน่าจะเป็นสัญลักษณ์ของน้ำใจในวิกฤตการณ์โควิด-19 ครั้งนี้

ตู้ปันสุขมีลักษณะเป็นตู้ทำด้วยวัสดุชั่วคราวง่าย ๆ สูงประมาณไม่เกินคนวัยผู้ใหญ่ แบ่งเป็นชั้นๆ บรรจุอาหารแห้งและสิ่งของใช้ที่จำเป็นแทนน้ำใจจากผู้ที่มีเพียงพอที่จะแบ่งปันให้กับคนที่เดือดร้อนและขาดแคลน ตั้งไว้ในที่ต่างๆ

สุดแล้วแต่ใครจะมีน้ำใจไปตั้ง ตู้ปันสุขเริ่มจาก 5 ตู้แรก โดยที่ 4 ตู้ ตั้งในกรุงเทพฯ (ตู้แรก ตั้งหน้าร้านประจักษ์เบเกอรี่ ย่านสุขุมวิท 71) และอีก 1 ตู้ ตั้งที่จังหวัดระยอง ภายใต้โครงการ The Pantry of Sharing ด้วยสโลแกน “หยิบไปแต่พอดี ถ้าท่านมีใส่ตู้แบ่งปัน” ริเริ่มโดยคุณสุภกฤษ กุลชาติ วิจิตร หรือแบงค์ และกลุ่ม “อิฐน้อย” ซึ่งเป็นกลุ่มเพื่อนปฏิบัติธรรมด้วยกัน⁴⁹ ได้รับแรงบันดาลใจจากโครงการ Little Free Pantry ของ Jessica McClard ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในครั้งแรกกลัวว่าทั้งตู้และของจะหาย แต่สุดท้ายแนวคิดกลับขยายออกไปเป็นพันตู้ และอาจถึงสองพันตู้ทั่วประเทศหลังจากที่หน่วยราชการเข้ามาร่วมด้วย และภายหลัง นอกจากจะมีตู้ปันสุขแล้ว ยังมีการแสดงน้ำใจด้วยการเอื้อเฟื้ออาหารและของใช้ให้ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนด้วยรูปแบบต่างๆ แต่ใช้คำว่า “ปันสุข” ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าได้รับแนวคิดมาจากตู้ปันสุข ไม่ว่าจะเป็น “เรือปันสุข” โดยพระครูปลัดพรเทพ ปัญญาวิโร ผู้ช่วยเจ้าอาวาส วัดลาดเป้ง ต. นางตะเคียน จ. สมุทรสงคราม นำเรือบรรทุกข้าวสาร อาหารแห้งที่ได้รับจากการบริจาคเพื่อไปแจกจ่ายให้กับประชาชนที่อาศัยอยู่ริมคลองสุนันทวน และการนำหีบศพมาทำเป็น “โลงปันสุข” ซึ่งมีในหลายจังหวัด ทั้งที่



ภาพ : <https://www.posttoday.com/social/local/623176>



ภาพ : <https://www.thailandstack.com/post-5881-เมอร์ปันสุข-สุขใจทั้งคู่และผู้รับ>

ชลบุรี สระบุรี โคราช และบุรีรัมย์ เพื่อเป็นทั้งการช่วยเหลือ และการให้มรณานุสสติ รวมทั้ง “เมอร์ปันสุข” ที่เจ้าภาพงานศพที่อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี นำของแจกทานจำนวนมากประดับไว้ที่เมอร์แทนการจัดดอกไม้เพื่อแจกชาวบ้าน

การช่วยชาวบ้านไถ่ถอนอุปกรรมทำกินที่นำไปจำนำไว้เพื่อให้ได้มีอุปกรรมกลับไปประกอบอาชีพ แทนที่จะให้เงินทอง อาหาร และสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันเป็นอีกการเคลื่อนไหวของการช่วยเหลือกันในช่วงวิกฤตโควิด-19 เริ่มจากนายชัยวัฒน์ ชื่นโกสุม ผู้ว่าราชการจังหวัดเลย ที่ช่วยชาวบ้านไถ่ถอนโดยไม่ให้ผู้ได้รับการช่วยเหลือทราบ และไม่ต้องนำเงินมาคืน แต่ให้ตอบแทนสังคมในทางที่ตนเองถนัด จากนั้นจึงมีผู้ว่าราชการจังหวัดอีกหลายจังหวัด อาทิ พิษณุโลก อุตรธานี ลำพูน รวมถึงเจ้าของธุรกิจระดับประเทศ และระดับจังหวัดจำนวนมากให้การช่วยเหลือชาวบ้านในลักษณะดังกล่าว

นอกจากนี้ ยังมีการตั้งโรงงานเพื่อแจกอาหารและสิ่งของจำเป็นในช่วงล็อกดาวน์ ซึ่งประชาชนโดยเฉพาะที่ประกอบอาชีพมีรายได้เป็นรายวันไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้ได้เลย โรงงานส่วนใหญ่ดำเนินการโดยวัด ศาลเจ้า และศาสนสถานต่างๆ ทั้งนี้สมเด็จพระสังฆราชมีพระบัญชาผ่านสมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า เลขานุการสมเด็จพระสังฆราช เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2563 ให้วัดทั่วประเทศช่วยตั้งโรงงานตามกำลังโดยไม่มีการบังคับ⁵⁰ ซึ่งภายหลังได้มีหน่วยงานภาคเอกชน นักการเมือง รวมทั้งชาวบ้านที่ประกอบธุรกิจขนาดเล็ก เช่น ร้านอาหาร ก็ช่วยกันประกอบอาหารแจกชาวบ้านตามกำลังของตนเอง

ดารดา นักแสดง เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ระดมเงินบริจาคเพื่อให้การช่วยเหลือแก่ชาวบ้านที่ประสบปัญหาเศรษฐกิจในครั้งนี้ บิณฑ์ บรรลือฤทธิ์ และพี่ชายฝาแฝด เอกพันธ์ บรรลือฤทธิ์ เป็นดาราคคนแรกๆ ที่ออกให้การช่วยเหลือชาวบ้านด้วยการแจกอาหาร สิ่งของ และเงินที่ระดมมาจากผู้มีจิตศรัทธาและเชื่อมั่นว่าเงินที่โอนไปจะถึงมือชาวบ้านเนื่องจากได้เห็นผลงานการลงพื้นที่ผ่านสื่อ ตั้งแต่การระดมเงินช่วยเหลือน้ำท่วมภาคอีสานเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ซึ่งชาวบ้านและคนในสื่อโซเชียลชื่นชมในความโปร่งใส รวดเร็ว และสามารถให้การช่วยเหลือโดยไม่ต้องมีกระบวนการที่ยุ่งยากใดๆ นอกจากนี้ยังมีการรวมตัวของเชฟจากรายการ Top Chef Thailand ช่วยกันทำข้าวกล่องแจกจ่ายไปยังชุมชนรอบๆ กรุงเทพฯ⁵¹

การร่วมแรงร่วมใจของภาคประชาชนอย่างเช่นเครือข่าย “รวมพลังพลเมืองตื่นรู้ หนุนช่วยรัฐสู้ภัย COVID-19”⁵² โดยสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชนฯ (พอช.) ร่วมกับภาคีเครือข่าย รวมทั้งความร่วมมือของชาวบ้านในท้องถิ่นเพื่อการรับมือกับสถานการณ์เป็นอีกมิติหนึ่งของทุนทางสังคมของไทยที่นับได้ว่ามีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในระดับท้องถิ่น **ความเอาใจจริงเอาใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ต่างๆ ได้รับการยกย่องชมเชยอย่างมากในการเป็นกลไกสำคัญที่เฝ้าระวังผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงเข้ามาในพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากที่มีการเผยแพร่คลิป อสม. เชียงใหม่ เข้าชี้แจงและตักเตือนชายที่เดินทางกลับมาจาก กรุงเทพฯ แต่ไม่ยอมกักตัว 14 วัน ข้างตั้งวงดื่มสุรากับคนในพื้นที่เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2563**⁵³ ทำให้คนในท้องถิ่นตื่นตัวและร่วมมือกันเฝ้าระวังการแพร่เชื้อ ในหมู่บ้านมีการตั้งด่านสกัดเพื่อตรวจตราการเดินทางของคนจากต่างถิ่น โดยคนในหมู่บ้านผลัดกันเข้าเวรตลอด 24 ชั่วโมงในช่วงที่ประกาศเคอร์ฟิว การใส่หน้ากากอนามัยในพื้นที่สาธารณะ การกระจายข่าวสารต่างๆ ที่จำเป็น และทำให้คนในท้องถิ่นมีความตื่นตัวเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อ

ความสัมพันธ์อันแข็งแกร่งและการเกื้อหนุนกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทอย่างมากในการสนับสนุนด้านจิตใจ และการเงินในสภาวะวิกฤต โควิด-19 ทำให้เกิดการว่างงาน และลดรายได้อย่างฉับพลันนับตั้งแต่การประกาศล็อกดาวน์ และแม้ภายหลังจะประกาศผ่อนปรนมาตรการแล้ว แต่ชีวิตวิถีใหม่ยังทำให้หลายคนไม่สามารถกลับมามีรายได้ดังเดิมได้ในภาวะเช่นนี้ มีคนจำนวนไม่น้อยเดินทางกลับบ้านไม่ว่าจะ

อยู่ในจังหวัดเดียวกัน หรือคนละจังหวัด การรวมตัวกันของสมาชิกครอบครัวช่วยสร้างความอุ่นใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจกัน ลดค่าใช้จ่าย ช่วยกันหาทางออก และช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามฐานะ และในสถานการณ์นี้เองที่ทำให้คนหนุ่มสาวจำนวนหนึ่งเดินทางกลับบ้านเกิดในชนบทต่างจังหวัด และพบว่าที่บ้านของตนเองมีทุนที่เป็นแหล่งทำกินที่ตนเองละทิ้งไปนานและสามารถใช้ประสบการณ์และความรู้ที่ตนเองมีพลิกฟื้นเพื่อสร้างเสถียรภาพให้กับชีวิตที่ไม่แน่นอนหลังโควิด-19 ต่างจังหวัดและชนบทยังเป็นที่ที่ได้รับความผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโควิด-19 น้อยกว่าในเมือง และมีต้นทุนการดำรงชีวิตที่น้อยกว่าในเมืองอีกด้วย

ภาพลบของสังคมไทยที่เกิดในช่วงวิกฤตโควิด-19 เกิดคู่กันกับภาพบวก อาจสะท้อนความปะปนกันของทั้งความดีและความไม่ดีในสังคม ในขณะที่การ “ปันสุข” ในหลากหลายรูปแบบกระจายไปในสังคม ก็ยังพบข่าวที่ **รายงานความเห็นแก่ตัวของคนในสังคม โภษะของจากตู้ปันสุขไปโดยไม่เผื่อไว้ให้คนอื่น หรือแม้กระทั่งนำของจากตู้ปันสุขไปขายต่อ**⁵⁴ การระดมรับบริจาคที่ไม่โปร่งใส โดยผู้มีชื่อเสียงจนทำให้คนในสังคมไม่ไว้วางใจหน่วยงานและบุคคลต่างๆ ที่ระดมเงินช่วยเหลือผู้เดือดร้อน⁵⁵ การกักตุนหน้ากากอนามัยในขณะที่ราคาหน้ากากอนามัยในท้องตลาดมีราคาสูงลิ่วและหายาก⁵⁶ มีฉ้อฉลหลอกผู้สูงอายุช่วยกดเงินเยียวยาแล้วเอาเงินหนีไปที่ปรากฏเป็นข่าวหลายกรณี รวมทั้งกรณีที่ดารารัจต์คอนเสิร์ตโดยไม่สนใจมาตรการป้องกันการแพร่เชื้อ⁵⁷

การระบาดรอบใหม่ช่วงปลายปี

สถานการณ์การระบาดอยู่ในภาวะ
ที่ควบคุมได้ดีจนกระทั่งปลายปี

ธ.ค. 2563

2 กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าพบคนไทยลักลอบเข้าเมืองจาก
เมียนมาติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เพิ่มอีก 6 ราย ทั้งหมด
เป็นพนักงานสถานบันเทิงในจังหวัดท่าซี้เหล็ก ประเทศเมียนมา

17 พิธีเปิดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ห้องประชุมของการ
สื่อสารแห่งประเทศไทย มีเทพคำปราศรัยของผู้อำนวยการใหญ่
องค์การอนามัยโลก ชื่นชมความสำเร็จในการควบคุมป้องกัน
โควิด-19 ของประเทศไทย

เย็นวันเดียวกัน จังหวัดสมุทรสาคร แลกการณพบหญิงอายุ 67 ปี
เจ้าของแพปลาติดเชื้อ มีผู้สัมผัสต้องเข้าสู่ระบบกักกัน 18 ราย
ยังไม่สามารถหาต้นตอของการติดเชื้อ ตลาดกึ่งตัดสินใจปิดตัวเอง
1 วัน แพปลาประกาศปิดตัวเอง 3 วัน

18 ตลาดทะเลไทย ศูนย์กลางจำหน่ายสินค้าสัตว์น้ำรายใหญ่
ของ จังหวัดสมุทรสาคร ได้รับผลกระทบ ผู้คนบางตา
แม้จะเป็นคนละตลาดที่อยู่ห่างกัน

19 จังหวัดสมุทรสาครพบผู้ติดเชื้อเพิ่ม 13 ราย เชื่อมโยงตลาดกึ่ง
ค้าวันเดียวกันรายงานพบผู้ติดเชื้อในแรงงานชาวเมียนมา 516 ราย
จากการตรวจ 1,192 ราย คิดเป็นร้อยละ 43

**หลังจากนั้นก็พบเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นสถานการณ์
“การระบาดรอบใหม่” ที่ขยายตัวรวดเร็วและกว้างขวาง
กว่าการระบาดครั้งแรก โดยมีการพบศูนย์กลางการแพร่ระบาด
จากบ่อนหลายแห่งใน จังหวัดระยอง และจังหวัดใกล้เคียงด้วย**

ความสำเร็จของประเทศไทย



นับถึงวันศุกร์ที่ 31 ธันวาคม 2563 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อรวม 6,884 คน ตาย 61 คน นับเป็นอันดับที่ 219 ของโลก (นับจำนวนประเทศ ดินแดน เขตปกครอง เกาะ เรือ และอื่นๆ ที่รายงาน) จากที่เคยติดอันดับ 2 ของโลกในช่วงแรกๆ อยู่หลายวัน และถูกตำหนิจากสื่อมวลชนไทยว่า “บกพร่อง” มากที่ “ปล่อยให้เชื้อโรคจากจีนเข้าประเทศเป็นประเทศแรก”

เสียงตำหนิจากสื่อมวลชนไทยเริ่มเปลี่ยนเป็นเสียงชื่นชม เมื่อไทย “ตกอันดับ” ลงไปเรื่อยๆ และกลับได้รับการยกย่องจากสถาบันชั้นนำต่างๆ ของโลก เช่น มหาวิทยาลัยจอห์นส์ฮอปกินส์ ว่าเป็น 1 ในประเทศที่จัดการกับปัญหา โควิด-19 ได้ดีเป็นอันดับต้นๆ ของโลก

ความจริงประเทศไทยนับว่าประสบความสำเร็จอย่างสูงในการควบคุมป้องกันโรค แต่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรในการแก้ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งมีปัญหาด้านการเมืองการปกครองเป็นสาเหตุให้เกิดการระบาดรอบใหม่ ช่วงปลายปี และช่วงแรกของการระบาดตอนต้นปีก็มีปัญหาเรื่องการบริหารหน้ากาอนามัยอย่างมาก จนเป็นข่าวอื้อฉาวอยู่นานไม่น้อย

ความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของไทย ไม่ใช่เรื่องบังเอิญ และไม่ใช่ว่า “โชคช่วย” ข้อสำคัญมิใช่ “ฝีมือ” ของรัฐบาลเป็นหลัก

ความสำเร็จของประเทศไทยในการควบคุมป้องกันโรค มีเหตุปัจจัยสำคัญมาจากการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศ และการพัฒนาระบบการควบคุมป้องกันโรค มาอย่างเป็นระบบ อย่างต่อเนื่อง และอย่างยาวนาน

ประการแรก

การสร้างและพัฒนาระบบการ “เฝ้าระวังโรค” (disease surveillance) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการเฝ้าระวัง (surveillance system) ทางระบาดวิทยาอย่างยาวนานกว่าครึ่งศตวรรษ ผู้มีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบดังกล่าวนี้คือ นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน มหาวิทยาลัยทางการแพทย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ศิษย์สำนักเดียวกับสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

ระบบการรายงานโรค ตามแบบรายงาน 506 และการจัดทำ “รายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์” ตามแบบของรายงานการเฝ้าระวังโรคและการตายประจำสัปดาห์ (Morbidity and Mortality Weekly Report : MMWR) ของซีดีซีของสหรัฐฯ ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น “รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์” (Weekly Epidemiological Surveillance Report : WESR) ซึ่งทำติดต่อกันมาทุกสัปดาห์ ปี 2563 เป็นปีที่ 51 แล้ว สมัยเมื่อราว 30 ปีมาแล้ว กองระบาดวิทยามีเครื่องคอมพิวเตอร์เครื่องแรกของกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นอุปกรณ์การทำรายงานนี้ เป็นมินิคอมพิวเตอร์ ป้อนข้อมูลและกดปุ่มสั่งประมวลผลตอน 5 โมงเย็น จะพิมพ์ผลออกมาตอนเที่ยงวันรุ่งขึ้น ซึ่งระยะแรกนำไปทำรายงานประจำสัปดาห์ ฉบับโรเนียวมาอย่างต่อเนื่องหลายปี ระบบดังกล่าวเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ รวมทั้งโรคอุบัติใหม่ต่างๆ เช่น โรคเอดส์ ซาร์ส เมอร์ส และโควิด-19

ประการที่สอง

หลังเหตุการณ์วันที่ 14 ตุลาคม 2516 รัฐบาลศาสตราจารย์สัญญา ธรรมศักดิ์ โดย ศ.นพ. อุดม โปษะกฤษณะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ ศ.นพ. เสม พริ้งพวงแก้ว รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขครั้งใหญ่ ตั้งกรมควบคุมโรคติดต่อขึ้นจากการเล็งเห็นว่าปัญหาโรคติดต่อจะเป็นปัญหาใหญ่ในอนาคต หน่วยงานระดับกองไม่สามารถรองรับการแก้ปัญหาได้จึงยกระดับขึ้นเป็นกรม ซึ่งต่อมาปฏิรูปอีกครั้งเป็นกรมควบคุมโรคเพื่อให้ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งกรมนี้เป็น “กองกำลังหลัก” ในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ต่างๆ รวมทั้งโรคโควิด-19

ประการที่สาม

หลังเหตุการณ์วันที่ 14 ตุลาคม 2516 มีการผลักดันในการร่างรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2517 ให้มีบทบัญญัติว่า “การป้องกันและปราบปรามโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า” (มาตรา 92 วรรคสาม) ซึ่งข้อความนี้คงอยู่ในรัฐธรรมนูญฉบับต่อมาทุกฉบับ ฉบับ พ.ศ. 2560 อยู่ในมาตรา 47 วรรคสาม “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” โดยเป็นสิทธิที่ไม่มีเงื่อนไขอย่างสิทธิในรัฐธรรมนูญหลายมาตรา ที่มักมีเงื่อนไขว่า “ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ”

บทบัญญัตินี้มีความสำคัญ เพราะเงินเองก็ประกาศใช้มาตรการนี้ในการต่อสู้กับโควิด-19 เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2563 ซึ่งเป็นวัน “ดีเดย์” ปิดเมืองอุ้งน้ันให้ทุกคนรักษาโรคนี้อันฟรี ขณะที่สหรัฐฯ คนตายมาก ส่วนหนึ่งเพราะไม่มีกฎหมายเช่นนี้ให้ความคุ้มครองประชาชนทุกคน ทำให้เกิด “กำแพงเงิน” และเป็นผลให้การควบคุมป้องกันโรคล้มเหลวอย่างสำคัญ

ในการประชุมเตรียมการรับมือกับโควิด-19 ของคณะอนุกรรมการ 2 คณะในสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ (สปสช.) มีการหยิบยกรัฐธรรมนูญมาตรานี้เสนอในที่ประชุม ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่รับผิดชอบต้องคุ้มครองสิทธิของประชาชนตามมาตรานี้ และมีการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง โดยเฉพาะ สปสช. ได้ดำเนินการให้มีการเข้าตรวจหาเชื้อเพื่อควบคุมโรคในจุดเสี่ยงต่างๆ เช่น ในเรือนจำซึ่งแออัดและเสี่ยงต่อการแพร่โรคได้โดยง่าย รวมทั้งในชุมชนแออัดบางแห่ง มีผลสำคัญที่ทำให้เราสามารถควบคุมโรคได้ดีในช่วง 3 ไตรมาสแรกของปี

ประการที่สี่

มีการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญการควบคุมป้องกันโรคตามหลักสูตรของซีดีซี คือ หลักสูตรฝึกอบรมระดับวิทยาภาคนามาตั้งแต่ พ.ศ. 2523 ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เชี่ยวชาญแขนงนี้หลายร้อยคน เป็นที่ยอมรับในระดับภูมิภาครวมทั้งในเอเชียและระดับโลก ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนี้มีการเตรียมการควบคุมโรคโควิด-19 โดยการประชุม “รับมือ” ตั้งแต่วันที่ 1-2 มกราคม 2563 และเข้าไปควบคุมโรคที่สนามบิน 4 แห่ง คือ ที่สนามบินสุวรรณภูมิ ดอนเมือง เชียงใหม่ และภูเก็ต ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม ทำให้พบผู้ป่วยจากจีนรายแรกตั้งแต่วันที่ 8 มกราคม และประกาศอย่างเป็นทางการได้เมื่อวันที่ 13 มกราคม เป็นคุณูปการจากการทำงานอย่าง “มีออาชีพ” ของทีมงานเหล่านี้ ทำให้เราสามารถควบคุมโรคได้ตามหลักการ “รู้เร็ว แก้ปัญหาเร็ว” และทำการ “ปิดล้อมโรค” มิให้แพร่ระบาดไปอย่างกว้างขวาง นี่คือหัวใจสำคัญของการควบคุมป้องกันโรคระบาด

ประการที่ห้า

มีการพัฒนาหน่วยพิเศษเพื่อควบคุมโรคโดยรวดเร็วเรียกว่า “ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว” (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ลงไปถึงระดับอำเภอมาราว 20 ปีแล้ว ในช่วงการระบาดของไข้หวัดนก โดยเริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2548 และทำงานมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถรองรับการแก้ปัญหาได้อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ

ประการที่หก

มีการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่ พ.ศ. 2521 โดยพัฒนาระบบอาสาสมัครมาอย่างยาวนานก่อนหน้านั้นนับสิบปี ในหลายท้องที่ เช่นที่ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา โครงการดีดส์ (DIEDS) จังหวัดลำปาง เป็นต้น และพัฒนามาเป็นระบบผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งต่อมายกระดับเป็น อสม. ทั้งหมดในสมัยที่ ดร.อาทิตย์ อุไรรัตน์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเมื่อราว พ.ศ. 2537

อสม. เป็นกำลังสำคัญในการควบคุมป้องกันโควิด-19 โดยเฉพาะเมื่อเกิดความผิดพลาดของ กทม. ที่ประกาศลี้ภัยคนกรุงเทพฯ โดยไม่มีการเตรียมการอย่างเหมาะสม ทำให้คนที่มาทำงานในกรุงเทพฯ จำนวนมาก “แตกตื่น” กลับภูมิลำเนา แต่ อสม. ช่วยสนับสนุนในการ “เข้าถึง” คนเหล่านั้น และสามารถดำเนินการ “กักตัว” หรือ “เฝ้าระวัง” ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพทำให้ไม่มีการแพร่โรค

ประการที่เจ็ด

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขโดยสร้างโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัดในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม สร้างโรงพยาบาลอำเภอครบทุกอำเภอและสถานีอนามัยครบทุกตำบล ในสมัย พลเอก เปรม ติณสูลานนท์ ซึ่งต่อมามีการยกฐานะสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสมัยที่นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ เป็นรัฐมนตรีว่าการสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ. 2553 นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแขนงต่างๆ โดยแพทยสภาตั้งแต่ พ.ศ. 2516 ทำให้เราสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ได้ดี อัตราตายเพียง 0.89% ขณะที่ทั่วโลกตาย 1.42% สหรัฐฯ ตาย 1.74% อังกฤษตายสูงมากถึง 2.98%

ประการที่แปด

มีการแก้ไขปรับปรุง พระราชบัญญัติโรคติดต่อเป็นฉบับ พ.ศ. 2558 ให้แต่ละจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัดมีอำนาจ กำหนดมาตรการตามความเหมาะสม โดยคำแนะนำเห็นชอบ ของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด แทนกฎหมายฉบับเดิม ที่เป็นอำนาจของส่วนกลางเป็นหลัก ทำให้มีการกระจาย อำนาจให้ส่วนภูมิภาค โดยส่วนกลางสามารถควบคุมกำกับ และมีการ “แข่งขัน” กันหลายๆ ของแต่ละจังหวัด โดยการ ติดตามเสนอข่าวอย่างเกาะติดของสื่อมวลชน และสื่อสังคม ออนไลน์

ประการที่เก้า

ระบบการปกครองท้องถิ่นที่พัฒนามาตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 5 และระบบการปกครองท้องถิ่นที่มีการปฏิรูปครั้งสำคัญ เมื่อ พ.ศ. 2537 และต่อมาโดยรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ที่กำหนดให้ต้องมีการ ตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและ ขั้นตอนการกระจายอำนาจ มีส่วนสำคัญไม่น้อยในการ ควบคุมและป้องกันโรคนี้ในพื้นที่ร่วมกับ อสม.

ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ เป็นปัจจัยสำคัญทำให้ประเทศไทย สามารถควบคุมและป้องกันโรคได้ดี ในช่วง 3 ไตรมาสแรก ของปี 2563 จนได้รับความชื่นชมจากทั่วโลก ในส่วนของ รัฐบาล มีความผิดพลาดสำคัญ 3 เรื่อง ได้แก่ (1) การบริหารจัดการเรื่องหน้ากากอนามัยที่ผิดพลาดทำให้เกิดการตื่น ตระหนกและกลายเป็นวิกฤต (2) การเชื่อข้อมูลการ คาดการณ์ของ “นักวิชาการ” บางคนที่บอกว่า จะมีการติดเชื้อ ถึง 350,000 ราย ขณะที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมป้องกัน โรคคาดการณ์ตัวเลขสูงสุด 25,000 รายเท่านั้น ทำให้เกิด นโยบาย “ปิดเมือง” ที่น่าจะเกินความจำเป็น ส่งผลให้เกิด

ความสูญเสียทางเศรษฐกิจราวเดือนละ 5 แสนล้านบาท เป็นเวลาราว 3 เดือน และทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศหดตัวลง เกือบร้อยละ 10 (3) มาตรการเยียวยาที่ขาดธรรมาภิบาล ทั้งเรื่องประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และความโปร่งใส แต่รัฐบาลได้รับความเชื่อถือสูงจากการประกาศสถานการณ์ ฉุกเฉินและรวมศูนย์การสั่งการ ทำให้สามารถยุติ “การแย่งชิง” ของหน่วยงานต่างๆ โดยได้โฆษกที่มีความสามารถสูง จึงสามารถโกยคะแนนนิยมไปได้มากในช่วงสามไตรมาสแรก

ความอ่อนแอของระบบการเมืองการปกครอง เป็นเหตุสำคัญ ทำให้เกิดการระบาดใหม่ช่วงปลายปี จากการเริ่มระบาด ในกลุ่มแรงงานอพยพชาวเมียนมาที่จังหวัดสมุทรสาคร โดยพบว่าเกิดจากขบวนการ “ค้ามนุษย์” นำเข้าแรงงานที่ บางคนติดเชื้อแล้วลอดเข้ามาแพร่โรค ทั้งนี้กระทรวง สาธารณสุข และกระทรวงแรงงานมิได้มีการป้องกันโรค เชิงรุกในกลุ่มแรงงานอพยพหลายแสนคน ปล่อยให้ยู่กันอย่าง แออัดโดยไม่มีการเข้าไปปรับปรุงดูแลด้านการสุขาภิบาล การให้สุขศึกษาและมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่าง เข้มแข็งและพอเพียง เมื่อมีการ “นำเข้า” แรงงานที่ติดเชื้อ เข้าไปแพร่โรค จึงทำให้โรคลุกลามอย่างรวดเร็วและกระจาย ไปอย่างกว้างขวางกว่าครึ่งประเทศ ต่อมา ยังพบจุดศูนย์กลาง การระบาดในบ่อนการพนันที่จังหวัดระยอง และจังหวัด ใกล้เคียง สะท้อนถึงความอ่อนแอของระบบการเมือง การปกครอง จนเกิดการระบาดไปเกือบทุกจังหวัดของ ประเทศ และต้องใช้มาตรการล็อกดาวน์บางส่วน ข้ามปีไป ใน พ.ศ. 2564 ประชาชนต้องเฉลิมฉลองเทศกาลปีใหม่ อย่างหงอยเหงา แม้แต่พิธีกรรมที่เป็นมงคลชีวิตอย่าง “สวดมนต์ข้ามปี” ตามวัดต่างๆ ทั่วประเทศก็ต้องงด



อาวุธที่ทรงอำนาจภาพมากที่สุด สำหรับโรคอย่างโควิด-19 คือ วัคซีน

7.1 วัคซีน

อาวุธที่ทรงอำนาจภาพมากที่สุดสำหรับโรคอย่างโควิด-19 คือวัคซีน แต่ปัญหาคือ (1) จะหาวัคซีนที่ปลอดภัยและได้ผลมาได้โดยเร็วได้อย่างไร และ (2) จะกระจายวัคซีนให้ทั่วถึงได้อย่างไร เพราะจะควบคุมการระบาดได้จะต้องให้ประชาชนในชุมชนมี “ภูมิคุ้มกันหมู่” (herd immunity) นั่นคือจะต้องมีภูมิคุ้มกันอย่างกว้างขวางราว 60-70% จากประชากรโลกมากกว่า 7 พันล้านคน การที่จะได้วัคซีนที่ปลอดภัยและได้ผลมาใช้ต้องใช้เวลาค่อนข้างยาวนาน จากประสบการณ์ในอดีตต้องใช้เวลาราว 10-15 ปี ที่เร็วที่สุดคือวัคซีนป้องกันโรคคางทูม

อาวุธสู่โรคร้าย

มาตรการพื้นฐานในการต่อสู้กับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สร้างผลกระทบรุนแรงอย่างโควิด-19 เบื้องต้นคือ (1) การรักษาอนามัยส่วนบุคคล (personal hygiene) ได้แก่ การรักษาความสะอาด ล้างมือบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ป่วย (2) การใช้หน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง และหลีกเลี่ยงการเอามือที่ไม่สะอาดมาถูกต้องใบหน้า ปาก จมูก และเปลือกตา (3) การรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) โดยต้องระมัดระวังทั้งการไม่แพร่โรคและไม่ไปรับโรค แต่มาตรการเหล่านี้ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัว และผืนทั้งธรรมชาติและความเคยชินจากการเป็นสัตว์สังคมที่ต้องมีความสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน สังคม ทั้งในการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน และการพักผ่อนหย่อนใจ มนุษย์จึงจำเป็นต้องหาเครื่องมือหรือ “อาวุธ” เพื่อต่อสู้กับโรคร้ายที่สำคัญคือ (1) วัคซีน เพื่อป้องกันมิให้โรคเข้ามาทำร้ายได้ และ (2) ยา กรณีที่รับเชื้อและป่วยเป็นโรคแล้ว

ซึ่งวิจัยและพัฒนาขึ้น สำเร็จในช่วงคริสต์ทศวรรษ 1960 ก็ใช้เวลาถึง 4 ปี ทั้งนี้เพราะการพัฒนาวัคซีนให้สำเร็จมีขั้นตอนต่างๆ หลายขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการวิจัยในห้องทดลอง เริ่มต้นจาก (1.1) การสร้างกรอบแนวคิด (concepts) (1.2) การสร้างวัคซีนในห้องทดลอง และ (1.3) การทดสอบกับเชื้อโรคในห้องทดลอง เมื่อพบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ จะเข้าสู่ขั้นตอนที่ (2) คือ การทดสอบในสัตว์ทดลอง จะเริ่มจาก (2.1) การทดสอบในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมขนาดเล็กคือหนูถีบจักร (mice) เมื่อพบว่าได้ผลน่าพอใจ ก็จะเข้าสู่ขั้นตอน (2.2) คือการทดสอบในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่ใกล้เคียงกับคนคือ ลิง ซึ่งมักใช้ลิงมาแค็ก (macaque) เมื่อพบว่า

ปลอดภัยและสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้ดีก็จะเข้าสู่ขั้นตอนที่ (3) คือ การทดสอบในมนุษย์ ซึ่งจะประกอบด้วย 3 ขั้นตอนตามลำดับ ได้แก่ (3.1) การทดสอบในคนระยะที่ 1 โดยทดสอบในคนหลักสิบคน เพื่อดูเรื่องความปลอดภัยและเตรียมหาขนาดวัคซีนที่เหมาะสม เมื่อพบว่ามีความปลอดภัยพอสมควรและได้รับขนาดที่เหมาะสมก็จะเข้าสู่ระยะที่ (3.2) คือการทดสอบในคนระยะที่ 2 ซึ่งจะใช้อาสาสมัครราว 100-200 คน มุ่งดูว่าวัคซีนสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีเพียงใด ถ้าได้ผลน่าพอใจก็จะเข้าสู่ระยะที่ (3.3) คือการทดสอบในคนระยะที่ 3 เพื่อพิสูจน์ว่าวัคซีนสามารถป้องกันโรคได้จริงหรือไม่ โดยมีการตั้งวัตถุประสงค์ไว้ 2 ลักษณะคือ (ก) วัตถุประสงค์หลักหรือวัตถุประสงค์ทั่วไป หรือ วัตถุประสงค์ปฐมภูมิ (primary objectives) ว่าวัคซีนป้องกันการติดเชื้อได้หรือไม่ เพียงใด และวัตถุประสงค์รองหรือวัตถุประสงค์ทุติยภูมิ (secondary objectives) ว่าวัคซีนป้องกันการเกิดโรคหรือไม่ หรือป้องกันความรุนแรงของโรคได้หรือไม่ หรือชะลอระยะเวลาการเกิดโรคหรือไม่ เป็นต้น

โดยที่เป็นการทดลองในมนุษย์ จึงต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ นั่นคือต้องมีการคุ้มครองสิทธิ ความเป็นส่วนตัวและสุขภาพของอาสาสมัครวิจัยอย่างถูกต้องเหมาะสม ต้องมีการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม และให้อาสาสมัครได้ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ โดยความเข้าใจอย่างถ่องแท้และโดยอิสระอย่างแท้จริง ทั้งนี้ต้องคุ้มครองความปลอดภัยไปถึงทารกที่อาจจะเกิดมาด้วย

การทดลองในคนระยะที่ 3 มักต้องใช้อาสาสมัครจำนวนมาก หลักพัน หมื่น หรือแสน ตามการคำนวณทางสถิติ โดยดูจากอัตราการอุบัติการณ์ (incidence) ของการติดเชื้อหรือการเกิดโรค อัตราการป้องกันที่กำหนด และระดับความเชื่อมั่น

จีน สหรัฐฯ และยุโรป รวมทั้งองค์การอนามัยโลก กำหนดเป้าหมายของวัคซีนโดยพัฒนาจากความสำเร็จในการป้องกันโรคของวัคซีนอื่น โดยเฉพาะวัคซีนไขหวัดใหญ่ และความคาดหวังว่าวัคซีนจะสามารถควบคุมป้องกันการเกิดของโรคได้ไว้ที่ 50% จำนวนอาสาสมัครในแต่ละโครงการจึงอยู่ที่หลักหมื่น คือราว 3-5 หมื่นคน

จากประสบการณ์ในอดีตและขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องกระทำ เพื่อให้มั่นใจว่าวัคซีนที่ได้มีความปลอดภัยและได้ผลจริง องค์การอนามัยโลกจึงคาดการณ์ไว้ในระยะแรกๆ ว่ากว่าจะได้วัคซีนมาใช้ ต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 18 เดือน⁵⁸

7.1.1 การเร่งรัดพัฒนาและกระจายวัคซีน

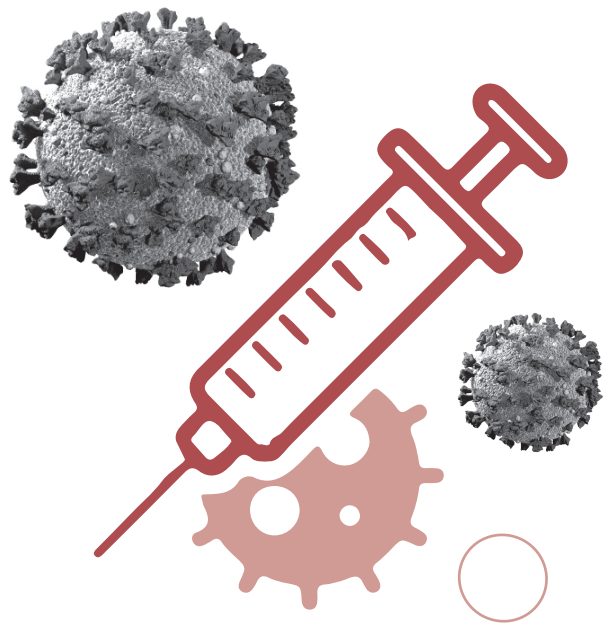
จากประสบการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่สเปนช่วงปลายสงครามโลกครั้งที่ 1 การระบาดกินเวลาราว 3 ปี ทำให้มีผู้เสียชีวิตไปราว 50 ล้านคน ดังนั้น ระยะเวลา 18 เดือนจึงน่าจะยาวนานเกินไป เพราะหลังจากได้วัคซีนที่ปลอดภัย และได้ผลแล้ว ยังมีปัญหาเรื่องการผลิตและการกระจายให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและทั่วโลก ซึ่งต้องใช้เวลามาก จึงมีความพยายามที่จะเร่งรัดให้ได้วัคซีนออกมาเร็วกว่านั้น ทั้งในส่วนของ การวิจัยและพัฒนาและการผลิต/การกระจายวัคซีนให้ทั่วถึงโดยไม่มีปัญหาเรื่อง “กำแพงเงิน”

นายอินดีที่แม้จะมีข่าวการใช้อำนาจโดยมิชอบของประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ ของสหรัฐฯ แต่สหรัฐฯ ก็มีมาตรการเร่งรัดเรื่องวัคซีน ที่สำคัญคือ โครงการปฏิบัติการเร่งความเร็ว (Operation warp speed) ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงกลาโหมสหรัฐฯ ที่จะช่วย “พัฒนาผลิตและกระจายวัคซีนโควิด-19 นับล้านโดสให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยต้องให้แน่ใจว่าวัคซีนปลอดภัยและป้องกันโรคได้” โดยกำหนดให้ได้ใช้วัคซีนก่อนสิ้นปี พ.ศ. 2563 ระยะแรกวัคซีนอาจไม่เพียงพอสำหรับ

ทุกคน แต่จะเพิ่มการผลิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ใหญ่ทุกคนควรได้รับวัคซีนภายในปี พ.ศ. 2564 ทั้งนี้ วัคซีนอาจจะยังไม่มีให้เด็ก จนกว่าจะมีผลการศึกษาเสร็จสิ้นทั้งเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิผล⁵⁹ ทั้งนี้สถาบันสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐฯ (US NIH) ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวัคซีนของบริษัทโมเดอร์นา ถึงเกือบ 1 พันล้านดอลลาร์ ตั้งแต่ต้น และต่อมาเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2563 ได้สนับสนุนเงินให้อีก 1,500 ล้านดอลลาร์ เพื่อซื้อวัคซีน 100 ล้านโดส ถ้าพบว่าวัคซีนปลอดภัยและมีประสิทธิผล

องค์การอนามัยโลกได้แสดงบทบาทสำคัญในการเร่งพัฒนาและกระจายวัคซีน โดยตอนต้นเดือนพฤษภาคมได้ระดมทุนจำนวน 8,100 ล้านดอลลาร์ และเริ่มโครงการให้โลกเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 (Covid-19 Vaccine Global Access) หรือโคแวกซ์ (COVAX) เพื่อประสานการพัฒนาวัคซีนของโลก โดยการเชื่อมโครงการเข้าถึงตัวเร่งวัคซีนโควิด-19 [Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator] โดยการร่วมมือกับ กาวิ (GAVI) หรือโครงการ Global Alliance for Vaccine and Immunization กับโครงการ เซปี (CEPI) หรือโครงการรวมกลุ่มเพื่อสร้างนวัตกรรมเตรียมพร้อมรับมือโรคระบาด (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) มุ่งให้เกิดการพัฒนา ผลิต และกระจายวัคซีนอย่างเท่าเทียม โดยตั้งเป้าหมายให้ประชากร 20% ที่เป็นกลุ่มที่เปราะบางที่สุดได้รับวัคซีนภายในปี พ.ศ. 2564

โครงการเซปีร่วมมือกับองค์กรสาธารณสุขระหว่างประเทศ บริษัทพัฒนาวัคซีน ระดมทุนอีก 2 พันล้านดอลลาร์ ทำงานกับทั้งบริษัทเอกชน รัฐ องค์กรการกุศล และองค์กรภาคประชาสังคม เริ่มการวิจัยและพัฒนาวัคซีน 8 ชนิด ซึ่งรัฐบาลของสหราชอาณาจักร แคนาดา เบลเยียม นอร์เวย์ สวิตเซอร์แลนด์ เยอรมนี และเนเธอร์แลนด์ ได้บริจาคให้เซปีเป็นเงิน 918 ล้านดอลลาร์ ตอนต้นเดือนพฤษภาคม 2563 มูลนิธิบิลและเมลินดาเกตส์บริจาคให้อีก 250 ล้านดอลลาร์



โครงการความร่วมมือการวิจัยโลกเพื่อเตรียมพร้อมรับมือโรคติดเชื้อ (Global Research Collaboration for Infectious Disease Preparedness : GloPID-R) ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ทำงานกันอย่างใกล้ชิด เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการให้ทุนวิจัยวัคซีนโควิด-19 โดยติดตามความก้าวหน้าและข้อมูลข่าวสารการวิจัย เพื่อหลีกเลี่ยงการทำงานซ้ำซ้อน ขณะที่ภาคีโรคระบบหายใจเฉียบพลันรุนแรงและโรคอุบัติใหม่นานาชาติ รวบรวม ประมวล และกระจายข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการวิจัยโควิด-19 เพื่อแจ้งแก่ผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับเรื่องการกระจายวัคซีน

เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2563 มีการประชุมทางไกลที่กรุงลอนดอน ระหว่างตัวแทนทั้งภาครัฐและเอกชนจาก 52 ประเทศ ในกลุ่มจี 7 และ จี 20 โดยมีผู้นำของ 35 ประเทศ เข้าร่วมระดมทุน 8,800 ล้านดอลลาร์ เพื่อสนับสนุนภาคีในการเตรียมให้วัคซีนโควิด-19 แก่เด็ก 300 ล้านคนในประเทศกำลังพัฒนาไปจนถึง พ.ศ. 2568 ผู้สนับสนุนรายใหญ่ได้แก่ มูลนิธิบิลและเมลินดาเกตส์ 1,000 ล้านดอลลาร์ และรัฐบาลสหราชอาณาจักร 2,100 ล้านดอลลาร์

นอกจากนี้ยังมีการเตรียมการของประเทศต่างๆ เช่น สหภาพยุโรป จีน ฝรั่งเศส แคนาดา

ในส่วนของ การวิจัยและพัฒนาวัคซีน มีการเร่งรัดขั้นตอนการศึกษาวิจัยและการขึ้นทะเบียน ได้แก่ (1) การเร่งสรุปผลแต่ละขั้นตอน (2) การผนวกขั้นตอนการวิจัยในคนระยะที่ 1 และ 2 เข้าด้วยกันเป็นระยะ 1/2 (3) การออกแบบการวิจัยเป็นแบบ “ปรับแต่ง” (adaptive design) โดยการรวบรวมข้อมูลเพื่อให้สามารถพิจารณาและสรุปผล ในกรณีที่ได้ผลทางบวกก็สามารถเร่งเดินหน้าไปโดยเร็ว ถ้าได้ผลทางลบก็ยุติโดยเร็ว ในโครงการ “ผนึกกำลังทดสอบ” (solidarity trial) เป็นต้น

ในการขึ้นทะเบียนวัคซีน ก็มีการเร่งรัดโดยการพิจารณา ทบทวนแบบ “รวบรัด” (rolling review) นั่นคือ การให้ ยื่นเสนอข้อมูลทั้งหมดให้สำนักงานอาหารและยา พิจารณา แทนการพิจารณาผลทีละขั้นๆ โดยเฉพาะกรณีเพื่อการใช้ กรณีฉุกเฉิน (emergency use)

ในส่วนของ การผลิต ก็อาจพิจารณาเริ่มการผลิตโดยไม่รอ ให้การวิจัยพัฒนาเสร็จและ อย. รับรองแล้วจึงค่อยผลิต แต่เริ่มการผลิตตั้งแต่อู่ระหว่าง การวิจัยและพัฒนา ระยะ 2 และ 3

นอกเหนือจากการร่วมมือ ผนึกกำลัง ขององค์การนาซาชาติ นักวิชาการ และผู้นำประเทศต่างๆ ที่กล่าวแล้ว ปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้การพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็วยิ่งกว่าวัคซีนใดๆ ในประวัติศาสตร์การแพทย์ของ มนุษยชาติ คือ (1) การที่จีนสามารถถอดรหัสพันธุกรรม ของเชื้อก่อโรค และเปิดเผยต่อวงวิชาการนานาชาติตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม 2563 และ (2) องค์ความรู้พื้นฐานของ วัคซีนโรคซาร์สและโรคเมอร์ส (MERS) หรือกลุ่มอาการโรค

ระบบหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome) ซึ่งได้ผ่านการวิจัยถึงขั้นสัตว์ทดลองมาแล้ว และถึงเดือนมีนาคม 2563 มีวัคซีนโรคเมอร์ส ซึ่งเป็น วัคซีนดีเอ็นเอ ผ่านการวิจัยในคนระยะที่ 1 แล้ว และอีก 3 ชนิด อยู่ในขั้นการทดลองในคนระยะที่ 1 เป็นวัคซีนที่มีไวรัสเป็นพาหะ (viral vector vaccines)

7.1.2 วัคซีนที่เดินหน้ามาไกล

การวิจัยและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 นักวิทยาศาสตร์ ได้ออกแบบการสร้างวัคซีนทุกรูปแบบที่คาดว่าจะอาจนำมา ใช้ต่อสู้โรคร้ายนี้ได้ โดยสามารถแบ่งกว้างๆ ได้เป็น 5 กลุ่ม 10 รูปแบบ (platform) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 วัคซีนจากสารพันธุกรรม (Genetic vaccines)

เป็นวัคซีนที่นำสารพันธุกรรม (genes) ของไวรัสโคโรนา เข้าสู่ร่างกายมนุษย์ เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกัน มีทั้งอาร์เอ็นเอ (RNA) และ ดีเอ็นเอ (DNA) เช่น วัคซีนของ ไบโอเอนเทค-ไฟเซอร์ โมเดอร์นา ซาइटสาคิตลา ของอินเดีย อิมพีเรียล คอลเลจลอนดอน-มอร์นิงไซด์เวเนเจอร์ส วัคซีนจุฬาลงกรณ์-19 (Chula CoV-19) ของไทย

กลุ่มที่ 2 วัคซีนที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Viral vector vaccines)

เป็นวัคซีนที่ใช้เชื้อไวรัสตัดแต่งพันธุกรรมเป็นพาหะของ สารพันธุกรรมไวรัสโคโรนาเข้าไปในร่างกายมนุษย์ วัคซีน จะเข้าสู่เซลล์กระตุ้นให้สร้างโปรตีนของไวรัสทำให้เกิด ภูมิคุ้มกัน เช่น วัคซีนของแคนซิโนไบโอโลจิกส์ ของจีน วัคซีนสปุตนิก-5 ของรัสเซีย วัคซีนของออกซ์ฟอร์ด-แอสตราเซนเนกา ของอังกฤษ

กลุ่มที่ 3 วัคซีนที่มีโปรตีนเป็นฐาน (Protein-Based vaccines)

ใช้โปรตีนของไวรัสโคโรนาที่ไม่มีสารพันธุกรรม บางชนิดใช้โปรตีนทั้งตัว (whole protein), บางชนิดใช้ส่วนของโปรตีน (protein fragments) บางชนิดใช้การอัดโมเลกุลของโปรตีนบนอนุภาคนาโน เช่น วัคซีนของโนวาแวกซ์ (Novavax) ในมลรัฐแมรีแลนด์ เมดิคาโก (Medicago) ของแคนาดา วัคซีนของบริษัทอันฮุยจีเฟยลองคอม (Anhui Zhifei Longcom) ของสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์จีน (Chinese Academy of Medical Sciences) วัคซีนของสถาบันวัคซีนฟินเลย์ (Finlay Vaccine Institute) ในกรุงฮาวานา คิวบา วัคซีนของสถาบันเวคเตอร์ ในรัสเซีย วัคซีนของเอสเคไบโอไซแอนซ์ (SK Bioscience) ของเกาหลีใต้

กลุ่มที่ 4 วัคซีนเชื้อตายหรือเชื้อเป็นที่ทำให้อ่อนฤทธิ์ (Inactivated or Attenuated Coronavirus Vaccines)

เป็นวัคซีนจากเชื้อไวรัสโคโรนาที่นำมาฆ่าหรือทำให้อ่อนฤทธิ์ เช่น วัคซีนของไซโนฟาร์ม ของสถาบันชีววัตถุอู่ฮั่น (Wuhan Institute of Biological Products) วัคซีนของซิโนแวคไบโอเทค บริษัทเอกซนของจีน วัคซีนโคแวกซิน (Covaxin) ของสภาวิจัยการแพทย์อินเดียและสถาบันไวรัสวิทยาแห่งชาติ ร่วมกับบริษัท ภาร์ตไบโอเทค (Bharat Biotech) วัคซีนของมหาวิทยาลัยเออร์ไซเยส (Erciyes University) ของตุรกี

กลุ่มที่ 5 วัคซีนเก่าที่นำมาใช้ในวัตถุประสงค์ใหม่ (Repurposed vaccines)

คือวัคซีนที่มีอยู่เดิมแต่เชื่อว่าอาจมีผลในการป้องกันโควิด-19 เช่น วัคซีนบีซีจี สถาบันวิจัยเด็กเมอร์ดอค (Murdoch Children's Research Institute) ในออสเตรเลีย กำลังวิจัยในคนระยะที่ 3 ว่าสามารถป้องกันโควิด-19 ได้หรือไม่ และยังมีสถาบันหลายแห่งในหลายประเทศที่ทำการศึกษาวินิจฉัยในลักษณะนี้

ข้อมูล ณ เดือนกันยายน 2563 มีวัคซีนรูปแบบต่างๆ อยู่ในการศึกษาวินิจฉัย ดังนี้

รูปแบบวัคซีน (Molecular platform)	จำนวนวัคซีนทดลอง (Total no. of candidates)	จำนวนที่เข้าสู่การวิจัยในคน (No. of candidates in human trials)
ใช้ไวรัสที่เพิ่มจำนวนไม่ได้เป็นพาหะ (non-replicating viral vector)	31	4
ฐานอาร์เอ็นเอ (RNA-based)	31	3
เชื้อตาย (Inactivated virus)	14	3
หน่วยย่อยของโปรตีน (Protein-subunit)	76	3
ฐานดีเอ็นเอ (DNA-based)	19	0
ใช้ไวรัสที่เพิ่มจำนวนได้เป็นพาหะ (Replicating viral vector)	21	0
อนุภาคคล้ายไวรัส (Virus-like particle)	13	0
ไวรัสเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (Live attenuated virus)	4	0
รวม	209	13

จำนวนวัคซีน จำแนกตามระยะการทดลองในคนและสถานะการขึ้นทะเบียน (ข้อมูล 8 ธันวาคม 2563)

ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	ขึ้นทะเบียนใช้อย่างจำกัด (Limited use)	ขึ้นทะเบียนแล้ว (approved)
41	17	13	7	0

7.1.3 **วัคซีนที่ขึ้นทะเบียนใช้ได้จำกัด** (ข้อมูล ณ วันที่ 8 ธันวาคม 2563)

7.1.3.1 วัคซีนของไฟเซอร์-ไบโอเอนเทค เป็นวัคซีนตัวแรกซึ่งสร้างความตื่นเต้นแก่ชาวโลก เมื่อมีการแถลงข่าว “ข้อมูลเบื้องต้น” (preliminary data) เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 ว่า วัคซีนนี้สามารถป้องกันโควิด-19 ได้ 94-95%

วัคซีนนี้เป็นวัคซีนเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) เข้าสู่การทดลองในมนุษย์ระยะที่ 1/2 เมื่อเดือนพฤษภาคม 2563 โดยทดสอบกับวัคซีน 2 ตัว พบว่าสามารถกระตุ้นทั้งภูมิคุ้มกันในน้ำเหลือง (humoral antibody) และในเซลล์ คือ เซลล์ที (T Cell) โดยพบว่า วัคซีนตัวที่มีรหัส BNT162b2 มีผลข้างเคียงน้อยกว่า ได้แก่ อาการไข้และอ่อนเพลีย จึงเลือกตัวนี้เข้าสู่การทดสอบระยะที่ 2/3 เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2563 โดยทดสอบในอาสาสมัคร 30,000 คน ในสหรัฐอเมริกา อาร์เจนตินา บราซิล และเยอรมนี ในการวิเคราะห์ผลระหว่างทาง (interim analysis) พบว่า วัคซีนทำให้เกิดผลข้างเคียง (side effects) ระดับน้อย (mild) ถึงปานกลาง (moderate) จึงประกาศเมื่อวันที่ 12 กันยายน 2563 ขอย้ายการทดสอบในสหรัฐเป็น 43,000 คน เดือนตุลาคม ได้รับอนุญาตให้ทดสอบในเด็กอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นวัคซีนโควิด-19 ชนิดแรกที่ได้รับอนุญาตให้ทดสอบในเด็กอายุนั้น

ถึงเดือนกันยายน ดร. อัลเบิร์ต โบร์ลา (Albert Bourla) ประธานเจ้าหน้าที่บริหารของบริษัท ไฟเซอร์ แถลงว่าการทดสอบระยะที่ 3 จะมีข้อมูลเพียงพอในเดือนตุลาคม 2563 นี้ ซึ่งจะสรุปได้ว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพหรือไม่ ประธานาธิบดีทรัมป์จะยื่นคະຍອให้วัคซีนออกมาก่อนวันเลือกตั้ง (วันอังคารที่ 3 พฤศจิกายน 2563) แต่ ดร. โบร์ลา ประกาศเมื่อวันที่ 27 ตุลาคม ว่า

จำนวนผู้ติดเชื้อในกลุ่มอาสาสมัครยังไม่มากพอที่จะวิเคราะห์ผลได้ จนกระทั่ง วันที่ 8 พฤศจิกายน จึงมีการประกาศผลการวิเคราะห์ระหว่างทาง จากอาสาสมัคร 94 คน ที่ติดเชื้อ จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ 164 คน สรุปว่า วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อได้ 95% โดยในอาสาสมัครกลุ่มที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ป้องกันได้ 94% และไม่มีผลข้างเคียงร้ายแรง (serious side effects)

สหราชอาณาจักรอนุญาตให้วัคซีนนี้ใช้ได้กรณีฉุกเฉิน (emergency use) เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม เป็นวัคซีนชนิดแรกที่ได้รับอนุมัติเช่นนั้นจากประเทศตะวันตก และอังกฤษได้เริ่มฉีดเข็มแรกเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2563 แก่ผู้สูงอายุวัย 90 ปี (ดูภาพที่ 5) ทั้งนี้บริษัทได้ยื่นขอขึ้นทะเบียนหรือใช้กรณีฉุกเฉินต่อ ออย. สหรัฐฯ เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน และต่อ ออย. อินเดีย เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม โดยบริษัทคาดว่าหากได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนใช้กับประชากรในวงกว้างจะผลิตได้ 120 ล้านโดส



ภาพที่ 5 มาร์กาเรต คีแนน หญิงวัย 90 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 เข็มแรกของโลกจากบริษัทไฟเซอร์-ไบโอเอนเทค หลังสำนักงานอาหารและยาอังกฤษ อนุมัติขึ้นทะเบียนให้ใช้กรณีฉุกเฉิน (Emergency use)

ที่มา: <https://thestandard.co/receiving-the-worlds-first-pfizer-covid-19-vaccine/>

7.1.3.2 **วัคซีนของโมเดอร์นา-เอ็นไอเอช** เป็นวัคซีนของบริษัทโมเดอร์นา ในนครบอสตันของสหรัฐฯ ที่ได้รับทุนสนับสนุนเกือบ 1 พันล้านดอลลาร์ จากสถาบันสุขภาพแห่งชาติสหรัฐฯ (US National Institutes of Health: US NIH) เป็นวัคซีนเอ็มอาร์เอ็นเอเหมือนของไฟเซอร์-ไบโอเอนเทค เข้าสู่การทดสอบในคนตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 และเข้าสู่การทดสอบในคนระยะที่ 3 ในอาสาสมัคร 30,000 คน เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม ตั้งเป้าสิ้นสุดการทดสอบ เมื่อมีอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มติดเชื้อโควิด-19 196 ราย บริษัทได้ประกาศผลการวิเคราะห์ระหว่างทางเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน พบว่า วัคซีนมีประสิทธิภาพสูงถึง 94.1% ซึ่งสูงกว่าที่กำหนด 80% มาก ผลสมบูรณ์ในวันที่ 30 พฤศจิกายน พบว่ากลุ่มที่ได้วัคซีนหลอกติดเชื้อ 185 ราย กลุ่มที่ได้วัคซีนทดลองติดเชื้อเพียง 11 ราย ทุกรายไม่มีอาการรุนแรงเลย โดยภูมิคุ้มกันจะคงอยู่นานเกิน 3 เดือน และได้ยื่นขอทดสอบในเด็ก 12-18 ปี เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม

รัฐบาลสหรัฐฯ ให้เงินเพิ่มแก่บริษัท เมื่อ 11 สิงหาคม 2563 จำนวน 1,500 ล้านดอลลาร์ เพื่อซื้อวัคซีน 100 ล้านโดส ถ้าพบว่าวัคซีนปลอดภัยและมีประสิทธิผล ต่อมาบริษัทได้สัญญาขายวัคซีนกับสหภาพยุโรปอีก 160 ล้านโดส และยังมีสัญญากับแคนาดา ญี่ปุ่น และกาตาร์

7.1.3.3 **วัคซีนของออกซ์ฟอร์ด-แอสตราเซนeca** เป็นวัคซีนที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะนำสารพันธุกรรมของไวรัสโคโรนาเข้าเซลล์ ชื่อรหัส ChAdOx1 เริ่มทดสอบในคนระยะที่ 1 ในสหราชอาณาจักร เมื่อเดือนมีนาคม 2563 โดยการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมทดสอบจำนวน 510 คน สำหรับการวิจัยในคนระยะที่ 1/2 เริ่มเมื่อ 23 มีนาคม 2563 และระยะที่ 2/3 ในสหราชอาณาจักรและอินเดีย ต่อมาขยายการทดสอบระยะที่ 3 ในบราซิล แอฟริกาใต้ และสหรัฐฯ

เมื่อวันที่ 6 กันยายน มีการหยุดพัก (pause) ระยะสั้นๆ เนื่องจากพบอาสาสมัคร 1 ราย มีอาการไขสันหลังอักเสบแบบตัดขวาง (transverse myelitis) หลังจากนั้น 4 วัน อย. สหราชอาณาจักรอนุญาตให้ทำการทดสอบต่อไปได้ แต่ อย. สหรัฐฯ ชะลอการอนุญาตไปจนถึงวันที่ 23 ตุลาคม และในวันที่ 24 ตุลาคม มีรายงานข่าวในบราซิลพบอาสาสมัคร 1 ราย เสียชีวิต แต่ไม่มีการหยุดชั่วคราวอย่างในอังกฤษ นำเชื่อว่าอาสาสมัครที่เสียชีวิตอยู่ในกลุ่มได้รับวัคซีนหลอก (placebo)

วันที่ 19 พฤศจิกายน มีการตีพิมพ์ผลการวิจัยในคนระยะที่ 2/3 รายงานอาสาสมัคร 3 กลุ่มอายุ ได้แก่ 18-55 ปี 160 ราย 56-69 ปี 160 ราย และ 70 ปีขึ้นไป 240 ราย ไม่พบอาการข้างเคียงที่ร้ายแรง และพบว่าภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุไม่ต่างจากในกลุ่ม 18-55 ปี

เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน มีการประกาศผลการวิเคราะห์ระหว่างทางในอาสาสมัคร 131 ราย ที่ติดเชื้อโควิด-19 จากการทดสอบในสหราชอาณาจักรและบราซิล พบผลที่น่าแปลกใจ เพราะกลุ่มที่ได้รับวัคซีนโดสแรกครึ่งโดส มีประสิทธิผลสูงถึง 90% และในอาสาสมัครที่ได้รับเต็มโดสทั้ง 2 เข็ม มีประสิทธิผลเพียง 62% ผู้วิจัยคาดว่า ผู้ที่ได้รับวัคซีนขนาดเพียงครึ่งโดสมีประสิทธิผลสูง เพราะมีลักษณะใกล้เคียงกับการได้รับเชื้อตามธรรมชาติ แต่ต่อมาพบว่า ผู้ที่ได้รับครึ่งโดสนั้นเกิดจากความผิดพลาด ไม่ได้เป็นไปตามแผน และกลุ่มที่ได้รับวัคซีนครึ่งโดสเป็นกลุ่มทดสอบระยะแรกในอาสาสมัครอายุต่ำกว่า 55 ปี ผลที่ออกมาต่ำกว่าของไฟเซอร์-ไบโอเอนเทค และโมเดอร์นา-เอนไอเอส ประกอบกับความผิดพลาดในการวิเคราะห์และแสดงผล ทำให้หุ้นบริษัทราคาตก

อย่างไรก็ดี แอสตราเซนเนกาได้มีการเจรจาจำหน่ายวัคซีนกับหลายประเทศ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2563 สหรัฐฯ จ่ายให้ 1,200 ล้านดอลลาร์ ขอใช้กรณีฉุกเฉิน ประเทศไทยก็มีสัญญาซื้อโดยรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิต ทั้งนี้บริษัทคาดว่า จะผลิตได้ปีละ 2 พันล้านโดส

อนึ่ง ระหว่างการศึกษาวิจัยในคนระยะที่ 3 มีช่วงหนึ่งที่วัคซีนที่ใช้ทดลองขาดคร่าวทำให้ต้องฉีดโดสที่สอง ห่างจากโดสแรกราว 4 เดือน แต่ผลออกมาพบว่าอาสาสมัครกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันไม่ด้อยกว่าหรือดีกว่ากลุ่มที่ได้รับโดสที่ต้องห่างจากโดสแรก 4 สัปดาห์ ตามกำหนด หลังรับขึ้นทะเบียนเพื่อการใช้กรณีฉุกเฉินในสหราชอาณาจักร ทางกรมสาธารณสุขอังกฤษได้ใช้ข้อมูลนี้ในการฉีดเข็มที่ 2 แก่ประชาชนหลังฉีดเข็มแรก 4 เดือน ด้วยเหตุผล (1) เพื่อให้ประชาชนได้รับวัคซีนอย่างน้อย 1 โดส อย่างกว้างขวางมากขึ้น (2) ภูมิคุ้มกันในผู้ได้รับวัคซีนสูงเพียงพอและน่าจะคงอยู่ได้ยาวนานออกไป

7.1.3.4 วัคซีนของบริษัทแคนซิโนไบโอโลจิกส์ (Cansino-Biologics) เป็นวัคซีนที่ใช้ไวรัสอะดิโนเป็นพาหะชื่อรหัส Ad5 วิจัยและพัฒนาาร่วมกับสถาบันชีววิทยาในสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (Academy of Military Medical Sciences) สามารถตีพิมพ์ผลการวิจัยในคนระยะที่ 1 ได้ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม และรายงานผลการวิจัยในคนระยะที่ 2 ได้ในเดือนกรกฎาคม พบว่าวัคซีนสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดี กองทัพบกจีนได้อนุมัติให้ใช้วัคซีนในฐานะ “ยาที่จำเป็นเป็นพิเศษ” (specially needed drug) เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2563 ซึ่งเป็นวัคซีนโควิด-19 ตัวแรกของโลกที่ได้รับอนุมัติขึ้นทะเบียนกรณีพิเศษ หลังจากนั้นจึงเริ่มการทดสอบในคนระยะที่ 3 ในซาอุดีอาระเบีย ปากีสถาน และรัสเซีย ทั้งนี้ในช่วงนั้นจีนเกือบไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่แล้ว จึงไม่สามารถทดสอบในระยะที่ 3 ได้ในจีน

7.1.3.5 วัคซีนสปุตนิก-5 ของรัสเซีย เป็นวัคซีนที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะเหมือนของแอสตราเซนเนกา และแคนซิโนไบโอโลจิกส์ วิจัยและพัฒนาในสถาบันวิจัยกามาเลียา ใช้ไวรัสอะดิโน 2 ตัว เป็นพาหะ เริ่มการวิจัยในคนในเดือนมิถุนายน และประธานาธิบดีวลาดิมีร์ ปูติน ประกาศขึ้นทะเบียนเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม ก่อนเริ่มการทดสอบในคนระยะที่ 3 เปลี่ยนจากชื่อเดิม กาม-โควิด-แวค (Gam-Covid-Vac) เป็นสปุตนิก 5 โดยเป็นการ “ขึ้นทะเบียนแบบมีเงื่อนไข” (conditional registration certificate) ตามผลการทดสอบในคนระยะที่ 2/3 ซึ่งเริ่มจากอาสาสมัคร 2,000 คน และจะขยายเป็น 40,000 คน ในเบลารุส สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ และเวเนซุเอลา ต่อมาขยายไปทดสอบระยะที่ 2/3 ในอินเดีย เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม

เมื่อวันที่ 4 กันยายน นักวิจัยตีพิมพ์ผลการวิจัยในคนระยะที่ 1/2 ต่อมาในวันที่ 11 พฤศจิกายน จากการวิเคราะห์ผู้ติดเชื้อ 20 คน ในการทดสอบระยะที่ 3 นักวิจัยประมาณว่าวัคซีนมีประสิทธิภาพ 92% ต่อมา มีการวิเคราะห์ผู้ติดเชื้อ 39 ราย สรุปว่า ประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน แต่วงการวิทยาศาสตร์มีคำถามมากมาย ทั้งนี้ ณ เวลานั้นผลการวิจัยของสถาบันกามาเลียในวัคซีนนี้ยังไม่มีการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง

7.1.3.6 วัคซีนของสถาบันเวคเตอร์ของรัสเซีย เป็นวัคซีนที่ทำจากโปรตีนของเชื้อโควิด-19 ประธานาธิบดีปูตินประกาศขึ้นทะเบียนอย่างมีเงื่อนไข เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2563 หลังวัคซีนผ่านการทดสอบในคนระยะที่ 1/2 ขณะทำการทดสอบในระยะที่ 3 คาดว่าจะเริ่มปลายปี

7.1.3.7 วัคซีนของบริษัทซิโนฟาร์ม ซึ่งเป็นรัฐวิสาหกิจของจีน เป็นวัคซีนที่ทำจากเชื้อตาย โดยสถาบันชีววัตถุอยู่ฮั่นผ่านการทดสอบในคนระยะที่ 1/2 ต่อมาทดสอบในระยะที่ 3 ในสหรัฐอเมริกาสำหรับเอมิเรตส์ในเดือนกรกฎาคม เดือนต่อมาขยายไปทดสอบในโมร็อกโกและเปรู

สหรัฐอเมริกาสำหรับเอมิเรตส์ อนุมัติขึ้นทะเบียนเมื่อ 14 กันยายน 2563 ให้ใช้ในบุคลากรสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของรัฐและอื่นๆ ในจีนรัฐบาลก็อนุญาตให้ใช้วัคซีนนี้ค่อนข้างกว้างขวางในเจ้าหน้าที่ของรัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มเฉพาะบางกลุ่ม ถึงเดือนพฤศจิกายน วัคซีนฉีดไปแล้วเกือบ 1 ล้านคน และบริษัทได้ยื่นขอขึ้นทะเบียนเมื่อ 25 พฤศจิกายน โดยการทดสอบระยะที่ 3 ยังไม่เสร็จสิ้น

7.1.3.8 วัคซีนของซิโนแวคไบโอเทค เป็นวัคซีนเชื้อตายชื่อโคโรนาแวค (CoronaVac) มีการแสดงผลการทดสอบในคนระยะที่ 1/2 ในอาสาสมัคร 743 คน เมื่อเดือนมิถุนายน 2563 และตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทางการแพทย์เมื่อเดือนพฤศจิกายน การทดสอบในคนระยะที่ 3 เริ่มในเดือนกรกฎาคม 2563 ในบราซิล ต่อมาในอินโดนีเซียและตุรกี

รัฐบาลจีนอนุมัติให้ใช้วัคซีนนี้กรณีฉุกเฉินในเดือนกรกฎาคม ต่อมาในเดือนตุลาคม เทศบาลนครเจียงซิงทางตะวันออกเฉียงของจีนประกาศให้วัคซีนนี้แก่ประชาชนที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งรวมถึงเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ผู้ตรวจการทำเรือและสนามบิน ข้าราชการ เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม เจ้าหน้าที่ในบราซิลกล่าวว่า วัคซีนปลอดภัยที่สุดในบรรดาวัคซีน 5 ชนิดที่ทดสอบระยะที่ 3 ในบราซิล แต่ในวันที่ 5 พฤศจิกายน รัฐบาลบราซิลประกาศหยุดพักการทดสอบเพราะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ แต่ 2 วันต่อมา อนุญาตให้ทำการทดสอบต่อไปได้

ประธานเจ้าหน้าที่บริหารของบริษัทแถลงว่า เตรียมผลิตให้ได้ 200 ล้านโดส ในปี 2563 และต่อไปจะผลิตให้ได้ปีละ 600 ล้านโดส โดยมีสัญญาจะส่งให้อินโดนีเซียอย่างน้อย 400 ล้านโดส ภายในเดือนมีนาคม 2564 และเตรียมส่งให้ทั่วโลก รวมทั้งสหรัฐฯ ตั้งแต่ต้นปี 2564

7.1.4 การวิจัยและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย

ประเทศไทยได้วิจัยและพัฒนาวัคซีนเพื่อให้สามารถทำการผลิตเองได้ในประเทศ โดยสถาบันวัคซีนแห่งชาติร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาวัคซีนในประเทศ จำนวนทั้งสิ้น 6 โครงการ เป็นเงิน 20.9 ล้านบาทในระยะแรก ส่วนระยะที่ 2 ได้จัดสรรงบประมาณ จากงบกลางอีก 355 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนการวิจัยพัฒนาและผลิตวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ แก่คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และยังสนับสนุนการพัฒนาศูนย์วิจัยไพรเมทจำนวน 35 ล้านบาท เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทดสอบวัคซีนในลิง

มีหลายหน่วยงานภาครัฐที่วิจัยและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) และองค์การเภสัชกรรม และมีภาคเอกชน 1 แห่งคือ บริษัท ไบโอเนทเอเชีย จำกัด ดังแสดงในตาราง

วัคซีนที่มีการพัฒนาก้าวหน้ามากที่สุด 3 รูปแบบคือ (1) วัคซีนเอ็มอาร์เอ็นเอของศูนย์พัฒนาวิจัยวัคซีน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ มีแผนศึกษาในคนระยะที่ 1/2 ในประเทศประมาณเดือนเมษายน 2564 โดยจ้างผลิตวัคซีนทดลองที่โรงงานในแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 10,000 โดส หากโรงงานนี้ผลิตสำเร็จจะมีการถ่ายทอดเทคโนโลยีให้กับประเทศไทย เพื่อให้สามารถผลิตเองได้ซึ่งทางศูนย์พัฒนาวิจัยวัคซีนได้ร่วมกับบริษัทไบโอเนทเอเชีย

ตาราง 1 แสดงการวิจัยและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย

No.	รูปแบบวัคซีน	ผู้วิจัยและพัฒนา
1.	เอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA)	ศูนย์พัฒนาวิจัยวัคซีน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับมหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย
2.	อนุภาคเหมือนไวรัส (Virus-Like Particle : VLP)	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ องค์การเภสัชกรรม
3.	อนุภาคเหมือนไวรัส (Virus-Like Particle : VLP)	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
4.	หน่วยย่อยของพืช (Plant-based subunit)	บริษัท ไบยา ไฟโตฟาร์ม จำกัด ร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5.	หน่วยย่อยของโปรตีน (Protein subunit)	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับ องค์การเภสัชกรรม
6.	หน่วยย่อยของโปรตีน (Protein subunit)	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7.	ดีเอ็นเอ	บริษัท ไบโอเนทเอเชีย
8.	ดีเอ็นเอ	ศูนย์พัฒนาวิจัยวัคซีน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9.	ชนิดเชื้อตาย (inactivated)	ศูนย์วิจัยและพัฒนาวัคซีน มหาวิทยาลัยมหิดล
10.	ชนิดทำจากไวรัสลูกผสมนิวคาสเซิลผลิตในไข่ [Egg-based, whole chimeric Newcastle Disease Virus (NDV)]	องค์การเภสัชกรรม ร่วมกับ Dynavax และ PATH
11.	ใช้ไวรัสอะดีโนเป็นพาหะ (Adenoviral vector)	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)
12.	ชนิดเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (Live attenuated)	สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)

ที่มา: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

เพื่อดำเนินการผลิตต่อไป โดยตั้งเป้าหมายเริ่มผลิตในประเทศไทยให้ได้ภายในปลายปี 2564 (2) วัคซีนดีเอ็นเอของบริษัทไบโอเนทเอเชีย ที่ได้ทุนจากประเทศออสเตรเลียในการศึกษาวิจัยในมนุษย์ระยะที่ 1 ประเทศออสเตรเลีย คาดว่าจะดำเนินการในเดือนมกราคม 2564 จนถึงปลายเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ยังไม่ผ่านการอนุมัติในออสเตรเลีย และ (3) วัคซีนจากหน่วยย่อยของพืช เป็นวัคซีนได้จากไบยาสูบ ของบริษัทไบยา ไฟโตฟาร์ม จำกัด ร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาฯ โดยเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2563 ทางบริษัทไบยา ไฟโตฟาร์ม จำกัด ได้ทำบันทึกข้อตกลงกับองค์การเภสัชกรรมและบริษัท คินเจน ไบโอเทค จำกัดซึ่งร่วมมือกับมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า ธนบุรี (ความร่วมมือไทย-เกาหลี) เพื่อวิจัย พัฒนา และผลิต

วัคซีนจากไบยาสูบในประเทศ เพื่อทำการศึกษาวัดวิจัยในมนุษย์ระยะที่ 1 ในเดือนมิถุนายน 2564 ซึ่งการวิจัยและพัฒนาวัคซีนทั้ง 3 รูปแบบนี้คาดว่าจะได้วัคซีนประมาณปลายปี 2564 หรือในกลางปี 2565 หากประสบความสำเร็จ

ในส่วนวัคซีนต้นแบบอื่นๆ อยู่ระหว่างการศึกษาในสัตว์ทดลอง โดยมีความก้าวหน้าในขณะนี้คือ วัคซีนชนิดหน่วยย่อยของโปรตีนของ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ภูมิคุ้มกันในระดับดี โดยทำการทดสอบที่สถาบันชีววัตถุ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ส่วนวัคซีนชนิดผลิตในไข่ขององค์การเภสัชกรรม ที่อยู่ระหว่างการประสานงานเพื่อส่งซีรัมสัตว์ทดลองที่ได้รับวัคซีนต้นแบบส่งตรวจระดับภูมิคุ้มกันที่สถาบันชีววัตถุ เป็นต้น ส่วนวัคซีนเชื้อตายของศูนย์วิจัยและพัฒนาวัคซีน มหาวิทยาลัยมหิดล อยู่ระหว่างรออนุมัติเงินจากสถาบันวัคซีนแห่งชาติ

7.1.5 การทำความร่วมมือกับต่างประเทศ เพื่อให้มีโอกาสได้วัคซีนเร็วขึ้น

ประเทศไทยได้เจรจาขอรับถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตจากบริษัทแอสตราเซเนกา ซึ่งมีความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ด ประเทศอังกฤษ ให้แก่ผู้ผลิตไทย คือ บริษัทสยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด โดยบริษัทนี้จะเป็นผู้ผลิตวัคซีนให้แก่ประเทศไทย ตามเงื่อนไขการจองซื้อ กำลังการผลิตที่เหลือสามารถส่งออกให้กับประเทศอื่นๆ ได้ ตามเงื่อนไขที่บริษัทตกลงกับผู้ถ่ายทอดเทคโนโลยี ทั้งนี้สถาบันวัคซีนแห่งชาติได้รับการจัดสรรงบประมาณจากงบกลางจำนวน 600 ล้านบาท และจากเงินบริจาคอีก 100 ล้านบาท บริษัทปูนซิเมนต์ไทย จำกัด มหาชน (Siam Cement Group: SCG) รวมเป็น 700 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนการเพิ่มศักยภาพให้บริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด มีความพร้อมในการรับการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (viral vector) จากบริษัท แอสตราเซเนกา

7.1.6 การจัดซื้อวัคซีนเพื่อนำมาใช้ในประเทศ

เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2563 กระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดหาวัคซีนโควิด-19 เพื่อประชาชนไทย มีมติเห็นชอบให้มีการจัดหาวัคซีนเพื่อประชาชนไทย จำนวน ร้อยละ 50 ของประชากร (66 ล้านคน) แต่แต่ละคนต้องได้รับวัคซีนคนละ 2 โดส ดังนั้น จึงมีการจองซื้อวัคซีนล่วงหน้าใน ปี 2564 ดังนี้

(1) ความร่วมมือระหว่างบริษัทแอสตราเซเนกา กับประเทศไทย ร้อยละ 20 ของจำนวนประชากร (26 ล้านโดส) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2563 และอนุมัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 งบกลาง 6,049,723,117 บาท ให้สถาบันวัคซีนแห่งชาติจัดทำสัญญาการจัดหาวัคซีน โดยการจองล่วงหน้า และจำนวน 2,379,430,600 บาท ให้กรมควบคุมโรคจัดทำสัญญาในการจัดซื้อและบริหารวัคซีนที่ได้จากการจองล่วงหน้านั้น เมื่อคู่สัญญาสามารถจัดหาวัคซีนได้สำเร็จ โดยจ่ายเงินที่เหลือรวมทั้งค่าบริหารจัดการการกระจายวัคซีน รวมเป็นเงิน 3,670,292,517 บาท ซึ่งจะมีการลงนามในสัญญาดังกล่าวระหว่าง แอสตราเซเนกา สถาบันวัคซีนแห่งชาติ และกรมควบคุมโรค ในวันที่ 27 พฤศจิกายน 2563

(2) การจัดหาจากโครงการให้โลกเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 [Covid-19 Vaccine Global Access (COVAX facility)] ร้อยละ 20 ของจำนวนประชากร (26 ล้านโดส)

(3) การซื้อกับผู้ผลิตโดยตรงผ่านความตกลงทวิภาคี ร้อยละ 10 ของจำนวนประชากร (13 ล้านโดส) อยู่ระหว่างการเปรียบเทียบคุณภาพวัคซีนและราคาวัคซีนที่กำหนด เพื่อการเจรจาจัดซื้อให้ได้วัคซีนมาใช้ทันในปี 2564

สำหรับวัคซีนที่ต้องจัดซื้ออีก ร้อยละ 30 ของประชากรไทยจำนวน 39 ล้านโดส อยู่ระหว่างการจัดทำข้อเสนอเพื่อพิจารณาโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนการจัดหาวัคซีน

7.2 ยา

โควิด-19 เพื่อประชาชนไทย ในวันที่ 29 ธันวาคม 2563 ส่วนประชาชนกลุ่มใดจะได้รับวัคซีนบ้าง ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ กำหนดแผนการให้วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2563 และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2563

การดำเนินการเรื่องวัคซีนโควิด-19 มีลักษณะเป็นการ “เล็งผลเลิศ” และมุ่ง “เปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส” คือ ใช้สถานการณ์โควิด-19 เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 3 ประการพร้อมกัน ได้แก่ (1) การจัดหาวัคซีนเพื่อให้เพียงพอแก่ประชาชนและกระจายอย่างทั่วถึง (2) การพัฒนาศักยภาพของประเทศในการวิจัย พัฒนา และผลิตวัคซีน ซึ่งเป็นเทคโนโลยีขั้นสูง (sophisticated technology) ซึ่งประเทศไทยนับวันจะล้าหลังในเรื่องนี้ลงไปเรื่อยๆ และ (3) สามารถหารายได้เข้าประเทศจากการผลิตและจำหน่ายวัคซีนให้แก่ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มอาเซียน แต่ปรากฏว่าพอถึงช่วงปลายปี เมื่อมีวัคซีนที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงบางชนิดออกมา และประเทศตะวันตกขึ้นทะเบียนให้ใช้กรณีฉุกเฉินได้และเริ่มฉีดให้แก่ประชาชนในหลายประเทศ ข้อสำคัญประเทศในอาเซียนไม่เพียงสิงคโปร์เท่านั้น แต่อินโดนีเซียซึ่งมีประชากรมากกว่าไทยมาก และฐานะทางเศรษฐกิจก็มีได้เหนือกว่าไทย สามารถได้วัคซีนมาใช้แล้ว และอินเดียซึ่งมีประชากรถึง 1,300 ล้านคน และยากจนกว่าไทยมาก ก็ได้ขึ้นทะเบียนวัคซีนบางชนิดแล้ว ทำให้รัฐบาลไทย “นั่งไม่ติดเก้าอี้” ต้องเร่งรัดปรับแผนการจัดหาวัคซีนตอนช่วงปลายปี 2563

เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในจีน โดยลักษณะเป็นโรคระบบหายใจเฉียบพลันรุนแรงคล้ายโรคซาร์ส การรักษา ก็เหมือนโรคอื่นๆ คือ (1) การรักษาจำเพาะโรค คือ ยาฆ่าเชื้อโรค ซึ่งระยะแรกยังไม่มี (2) การรักษาตามอาการ เช่น การให้ออกซิเจน การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยาลดไข้ (3) การรักษาแบบประคับประคอง เช่น การให้น้ำเกลือ

7.2.1 ความพยายามในการหายารักษาโควิด-19

เมื่อพบว่า สาเหตุของโรค คือ เชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งมีลักษณะคล้ายซาร์ส จึงมีการนำยาที่เคยใช้รักษาโรคจากเชื้อไวรัสได้ผลระดับหนึ่งมาใช้ ได้แก่ ยาต้านไวรัสโรคซาร์ส ใช้หวัดนก โรคเอดส์ และยาอื่นๆ เช่น ไฮดรอกซีคลอโรควิน ซึ่งเป็นยาต้านมาลาเรีย

ลักษณะของการเลือกใช้ยา เป็นไปตามหลักการรักษาของวิชาชีพแพทย์ คือ นำยาที่เห็นว่าน่าจะได้ผลมา “ทดลองใช้” เมื่อมีแนวโน้มว่าจะปลอดภัยและได้ผล ก็จะทำการศึกษา โดยการออกแบบการวิจัยที่น่าเชื่อถือ ซึ่งการออกแบบการวิจัยที่เชื่อถือได้สูง คือ การวิจัยแบบสุ่มเปรียบเทียบโดยปกปิดทั้งสองด้าน (Double-blinded, Randomized-controlled Trial) จนกระทั่งปัจจุบัน ยังไม่พบว่ามียาใดที่ได้ผลอย่างชัดเจน มียาตัวเดียวที่ ออย. สหรัฐฯ ขึ้นทะเบียนให้ใช้กรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง คือ เรมเดซิเวียร์ จากผลการวิจัยที่สถาบันโรคมุมแพและโรคติดเชื้อแห่งชาติสหรัฐฯ ให้ทุนสนับสนุน พบว่าสามารถลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจาก 15 วัน เหลือ 11 วัน แต่ประเทศต่างๆ ส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับเป็นมาตรฐานการรักษา (standard treatment) เพราะการศึกษาวิจัยอื่นๆ ได้ผลแตกต่างกันออกไป

มีความพยายามในการใช้การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรในการรักษาโควิด-19 แต่ไม่มีรายงานผลการรักษาที่น่าเชื่อถือว่าจะปลอดภัยและได้ผล

7.2.2 กรณีศึกษา : การรักษาประธานาธิบดีทรัมป์ เมื่อป่วยด้วยโรคโควิด-19⁶⁰

ตัวอย่างการรักษาผู้ป่วยที่มีการจับตาทั่วโลก โดยมีข้อมูลปรากฏออกมาบางส่วน คือ กรณีการรักษาประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

“น่าเชื่อว่า” ประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ ติดเชื้อและล้มป่วยด้วยโรคโควิด-19 เมื่อต้นเดือนตุลาคม 2563

ที่ใช้คำว่า “น่าเชื่อว่า” เพราะข่าวคราวที่ปรากฏออกมาทำให้หลายคนเคลือบแคลงสงสัยว่าทรัมป์ ป่วยจริงหรือไม่

ประการแรก เพราะช่วงดำรงตำแหน่งประธานาธิบดีมาได้ 3 ปี 8 เดือนเศษ มีคน “จับโกหก” ทรัมป์ได้กว่า 2 หมื่นครั้ง จนทวิตเตอร์ต้องใช้วิธีติดคำเตือนข้อความในทวิตของทรัมป์ว่า “ข้อความทวิตนี้ละเมิด ‘กฎของทวิตเตอร์’ เรื่องการแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เกิดการเข้าใจผิดและอาจก่ออันตรายเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างไรก็ตาม ทวิตเตอร์พิจารณาเห็นว่าอาจเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะที่จะคงข้อความนี้ไว้ให้เข้าถึงได้ กรุณาศึกษาเพิ่มเติม”

ประการที่สอง ทรัมป์ทวิตข้อความเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2563 ว่า แพทย์ตรวจพบว่าตนติดเชื้อเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม และมีอาการป่วยจะต้องเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม แต่พอวันที่ 5 ตุลาคม ทรัมป์ก็ออกจากโรงพยาบาลทั้งๆ ที่ทรัมป์อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง เพราะอายุถึง 74 ปีแล้ว และน้ำหนักตัวมากถึง 244 ปอนด์ หรือราว 110 กิโลกรัม ไม่น่าจะหายและออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขนาดนั้น โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับบอริส จอห์นสัน นายกรัฐมนตรีอังกฤษที่หนักมกว่ามาก ยังต้องเข้าไปนอนในไอซียูถึง 2 วันเต็มๆ

อย่างไรก็ดี จากการประมวลข้อมูลของสำนักข่าวต่างๆ และการแถลงของแพทย์ที่ดูแลรักษาทรัมป์คือ นายแพทย์ฌอน คอนลีย์ (Sean Conley) น่าเชื่อว่า ทรัมป์ถูกตรวจพบว่าติดเชื้อโควิด-19 ในวันพฤหัสบดีที่ 1 ตุลาคม 2563 พอวันศุกร์ที่ 2 ตุลาคม ตอนสาย ทรัมป์มีไข้สูง และระดับความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดลดลง

ต่ำกว่า 94% (ค่าปกติ 95-100%) จึงถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวอลเตอร์ริด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทหารของกองทัพบกสหรัฐฯ โดยเครื่องเฮลิคอปเตอร์มารีนวัน (Marine One) ซึ่งมีนักบิน 3 คน รับผู้โดยสารได้ 14 คน ความเร็ว 161 ไมล์ต่อชั่วโมง ความยาว 72 ฟุต 8 นิ้ว บินได้ไกล 621 ไมล์ (โรงพยาบาลแห่งนี้ จอมพลสฤทธ์ ธนะรัชต์ เคยไปรับการผ่าตัดรักษาโรคตับแข็งก่อนกลับมาทำรัฐประหารอีกครั้งตอนเดือนตุลาคม 2501)

วันเสาร์ที่ 3 ตุลาคม ระดับออกซิเจนลดลง มาร์ค มีโดว์ (Mark Meadow) หัวหน้าคณะเจ้าหน้าที่ ประจำทำเนียบขาว บอกผู้สื่อข่าวว่าสัญญาณชีพ (vital signs) ของทรัมป์ “น่าเป็นห่วงมาก” (very concerning) และบอกว่า “ช่วง 48 ชั่วโมงข้างหน้าจะเป็นช่วงวิกฤต” แต่นายแพทย์ฌอน คอนลีย์ แถลงว่าอาการของทรัมป์ “ดีมาก” (very well)

เวลา 13.19 น. ทรัมป์ทวิตข้อความชมเชยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวอลเตอร์ริดว่า “ด้วยความช่วยเหลือของพวกเขา ผมรู้สึกสบายดี”

เวลา 18.51 น. ทรัมป์ทวิตวิดีโอความยาว 4 นาทีว่า “...ผมกำลังจะกลับมา ผมคิดว่าผมจะกลับมาเร็วๆ นี้ ...ผมสบายดี ผมคิดว่าผลการรักษาของผมจะออกมาดีมาก”

วันอาทิตย์ที่ 4 ตุลาคม นายแพทย์คอนลีย์ แถลงว่าอาการประธานาธิบดีดีขึ้น

โดยไม่มีใครคาดคิด ทรัมป์เดินทางออกจากโรงพยาบาลโดยรถสเตชันแวกอน 3 ตอน โดยทรัมป์นั่งตอนกลางหลังคนขับ คาดหน้ากากอนามัยสีดำ มีภาพทรัมป์โบกมือขวาทักทายผู้คน มีผู้วิจารณ์ว่าทรัมป์ทำให้เจ้าหน้าที่เสี่ยงติดเชื้อ แต่มีข้อมูลว่าตำรวจลับทุกคนสวมชุดป้องกัน (Personal Protective Equipment) หรือ พีพีอี. (PPE) และระหว่างที่นั่งทั้ง 3 ตอน มีบานกระจกเลื่อนกัน

รุ่งขึ้น วันจันทร์ที่ 5 ตุลาคม เวลา 14.37 น. ทรัมป์ทวีตข้อความ “ผมจะออกจากโรงพยาบาลวอลเตอร์รีด วันนี้เวลา 18.30 น. รู้สึกดีมาก อย่ากลัวโควิด อย่าให้มันครอบงำชีวิตคุณ”

เวลา 15.00 น. มีการแถลงข่าวโดยทีมแพทย์ แจ้งว่าทรัมป์มีอาการดีขึ้นเรื่อยๆ และยืนยันจะให้ออกจากโรงพยาบาล นายแพทย์คอนลีย์บอกว่า “แม้ท่านจะยังไม่พ้นอันตรายโดยสิ้นเชิง แต่ท่านจะถูกห้อมล้อมด้วยทีมแพทย์ชั้นเลิศ ระดับโลกตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน”

ทรัมป์กลับถึงทำเนียบขาวก่อน 19.00 น. เล็กน้อย

วันอังคารที่ 6 ตุลาคม นายแพทย์คอนลีย์แถลงว่าท่านประธานาธิบดีอาการดีเยี่ยม ท่านหลับสบายและไม่มีอาการใดๆ ในวันนี้ โปรแกรมจะไปปรากฏตัวในงาน “ทำให้อเมริกายิ่งใหญ่อีกครั้ง” ที่เมืองแฟลก สเตาฟฟ์ อะริโซนา ถูกยกเลิก และไม่มีโปรแกรมอื่น

วันพุธที่ 7 ตุลาคม ทรัมป์พักในทำเนียบขาว นายแพทย์คอนลีย์แถลงว่าทรัมป์ไม่มีไข้มามากกว่า 4 วันและไม่มีอาการใดๆ มากกว่า 24 ชั่วโมง และไม่จำเป็นต้องได้รับออกซิเจนอีก ผลตรวจเลือดพบว่าภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 ทรัมป์ยังคงวิตกกังวลต่อเชื้อโควิด-19 ทรัมป์ยังคงวิตกกังวลต่อเชื้อโควิด-19 ทรัมป์ยังคงวิตกกังวลต่อเชื้อโควิด-19

วันพฤหัสบดีที่ 8 ตุลาคม นายแพทย์คอนลีย์แถลงว่าผลการตรวจร่างกายของทรัมป์ยังคงปกติ และคาดว่าทรัมป์จะกลับไปร่วมงานสาธารณะได้อย่างปลอดภัยในวันเสาร์ที่ 10 ตุลาคม ซึ่งเป็นวันที่ 10 นับจากการวินิจฉัยโรคครั้งแรก

วันศุกร์ที่ 9 ตุลาคม ทรัมป์พูดโทรศัพท์กับมาเรีย บาร์ตีโรโม จากสื่อ “ธุรกิจฟอกซ์” (Fox Business) ว่า “ไม่มีอะไรผิดปกติ ผมป่วย ผมเหนื่อย ผมไม่คิดว่าผมจะแพร่โรคเลย” ซึ่งแพทย์บางคนรวมทั้งนายแพทย์แอนโทนี เฟาซี ชี้ว่าคำแถลงดังกล่าวเป็นการสรุป “เร็วเกินไป” (premature)

วันเสาร์ที่ 10 ตุลาคม นายแพทย์คอนลีย์ ออกคำแถลงฉบับที่ 4 ว่า ทรัมป์สามารถจะสิ้นสุดการแยกตัว (end isolation) เพราะ “ไม่ถือว่ามีความเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อผู้อื่น” โดยชี้ว่า “10 วันผ่านไปแล้วนับจากเริ่มปรากฏอาการ และไม่มีไข้มามากกว่า 24 ชั่วโมง” (ตามเกณฑ์ของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ หรือ ซีดีซี) แต่จะมีการกำกับดูแลทรัมป์เมื่อเขากลับไปทำงานตามปกติ

ต่อมาทรัมป์ออกมาต้อนรับผู้สนับสนุนน้อยคนที่มีมาอยู่ที่สนามหญ้าด้านใต้ของทำเนียบขาว ทรัมป์กล่าวปราศรัยจากระเบียงทำเนียบขาวเป็นเวลา 15 นาที บอกว่า “ผมรู้สึกสบายมาก” และว่า การระบาดใหญ่ของไวรัสโคโรนากำลังจะ “หายไป” (disappearing)

ทรัมป์ยังทวีตต่อเนื่อง และทวีตเตอร์ก็ตีตค้ำเตือนต่อเนื่องว่าเป็นข้อความที่ละเมิดกฎของทวีตเตอร์เรื่องการแพร่ข้อความที่ทำให้เข้าใจผิดและอาจก่ออันตรายเกี่ยวกับโควิด-19

ทรัมป์กล่าวกับสำนักข่าวฟอกซ์นิวส์ว่า จะกลับไปปรณรงค์หาเสียงต่อไป “ผมมีภูมิคุ้มกัน” “ประธานาธิบดีอยู่ในสภาพที่ดีมากที่สุด” โดยทรัมป์ไม่บอกว่า “เขาตรวจไม่พบเชื้อไวรัสโคโรนาแล้ว”

วันจันทร์ที่ 12 ตุลาคม ทรัมป์เตรียมไปปรณรงค์หาเสียงที่เมืองแซนฟอร์ด มลรัฐฟลอริดา ทรัมป์ต้องรีบกลับไปปรณรงค์หาเสียงเพราะผลการหยั่งเสียงพบว่าคะแนนนิยมตก ตามหลังโจ ไบเดน ห่างมากขึ้น

ความสนใจของผู้คน พุ่งไปที่การไต่สวนของวุฒิสภาเรื่องที่ทรัมป์เสนอชื่อ เอมี โคนีย์ บาร์เรตต์ เป็นตุลาการศาลสูงสุด

ขณะเดียวกัน ก็น่าสนใจว่า ทรัมป์ในวัย 74 ปี และมีภาวะอ้วน ติดโควิด-19 และมีอาการป่วย ทรัมป์ได้รับการดูแลรักษาอย่างไรจึงหายเร็ว และกลับมาคึกคักอีกเต็มได้เช่นนั้น

7.2.3 ยา 8 ชนิด ที่ใช้รักษาประธานาธิบดีทรัมป์ เมื่อป่วยด้วยโควิด-19

เมื่อ โดนัลด์ ทรัมป์ ป่วยด้วยโรคโควิด-19 และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวอลเทอร์รีดของกองทัพบกสหรัฐอเมริกา ในฐานะประมุขของประเทศมหาอำนาจที่ยิ่งใหญ่ที่สุดและเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีในทุกด้านรวมทั้งด้านการแพทย์ ทรัมป์ได้รับการดูแลรักษาแตกต่างจากประชาชนอเมริกันทั่วไปหรือไม่อย่างไร

สหรัฐอเมริกาเป็นผู้นำโลกทุนนิยม ซึ่งมีประชากรที่มีความแตกต่างทั้งด้านเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ศาสนา ความเชื่อ และเศรษฐกิจฐานะมากอย่างสุดขีด แต่มาตรฐานการรักษาที่ทรัมป์ได้รับนั้น หนังสือพิมพ์ยูเอสเอทูเดย์ โดย คาริน ไวน์ทรอบ (Karen Weintraub) เขียนบทความตีพิมพ์เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม 2563 มีบทสรุปเรื่องนี้ตามชื่อบทความว่า “การรักษาโควิด-19 ของโดนัลด์ ทรัมป์ คล้ายคลึงกับคนอเมริกันโดยเฉลี่ยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคจากไวรัสโคโรนา เพียงแต่รวดเร็วกว่า” โดยมีประโยคหัวบทความว่า “ประธานาธิบดีทรัมป์ได้รับการรักษาส่วนใหญ่เหมือนกับใครๆ ได้รับเพื่อการรักษาโควิด-19 ยกเว้นเรื่องเดียว คือ ได้รับยาที่อยู่ระหว่างทดลองชนิดหนึ่ง และความเร็วในการดูแล” โดยมีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

ประการแรก ทรัมป์ได้รับการวินิจฉัยรวดเร็วกว่ามาก ชาวอเมริกันทั่วไปต้องรอ 2-3 วัน เมื่อเริ่มรู้สึกว่าป่วยก่อนได้รับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 และรู้ผลหลายวันหลังจากนั้น ขณะที่ทรัมป์ได้รับการตรวจและทราบผลภายใน 24 ชั่วโมง หลังเริ่มรู้สึกอ่อนเพลียขณะบินกลับวอชิงตันดีซี จากการไปรณรงค์หาเสียงที่รัฐมินนิโซตา เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 1 ตุลาคม 2563

ประการที่สอง ทรัมป์ได้เข้าโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ภายใน 48 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยโรค ขณะที่ชาวอเมริกันส่วนใหญ่สามารถติดต่อแพทย์ได้ทางโทรศัพท์ในช่วงเวลาดังกล่าวนั้น แต่มักได้รับคำแนะนำให้อยู่บ้าน สังเกตอาการ กินยาลดไข้ พาราเซตามอล และสังเกตการหายใจ

ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดของทรัมป์ ตกลงเหลือ 80% กว่าๆ 2 ครั้งในวันศุกร์ที่ 2 และเสาร์ที่ 3 แต่กลับสู่ระดับปกติ เมื่อได้รับออกซิเจน โดยกลับสู่ระดับ 95-97% ในวันอังคารที่ 6 ตุลาคม

คนอเมริกันส่วนใหญ่จะไม่รู้ระดับออกซิเจนในเลือด เว้นแต่จะมีเครื่องวัดอยู่ที่บ้าน โดยจะได้รับเข้าโรงพยาบาลเมื่อระดับออกซิเจนต่ำกว่า 94% หรือรู้สึกหายใจเหนื่อย

ประการที่สาม ทรัมป์ได้รับยาเพิ่มภูมิต้านทานชื่อรีเจนอรอน (regeneron) ซึ่งเป็นยาเพิ่มภูมิต้านทาน (monoclonal antibodies) สำหรับโรคนี้ ยานี้มีแอนติบอดี 2 ชนิด ชนิดหนึ่งผลิตจากซีรัมของผู้ที่หายจากโรคนี้ อีกชนิดหนึ่งได้จากหนูที่ใช้เทคโนโลยีพันธุวิศวกรรมให้ผลิตสารเพิ่มภูมิคุ้มกันของมนุษย์ สารทั้ง 2 ชนิดนี้จำเพาะเจาะจงต่อโปรตีนบนผิวของเชื้อโควิด-19

ทรัมป์ได้รับยานี้ภายใน 48 ชั่วโมง หลังเริ่มมีอาการก่อนเข้าโรงพยาบาล ยานี้ยังอยู่ระหว่างการศึกษาวินิจฉัยยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับ ออย. สหรัฐฯ ทรัมป์ได้รับยานี้ตามข้อยกเว้นกรณี “ใช้ด้วยความเมตตา” (compassionate use) โดยจะต้องได้รับคำขอจากแพทย์ผู้ทำการรักษาและอนุมัติโดย ออย. ซึ่งปกติจะใช้เวลาเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ โดยเคยให้แก่คนไข้ไปก่อนหน้านี้ในเงื่อนไขนี้ไม่ถึง 10 ราย ทรัมป์จึงได้ยานี้รวดเร็วเป็นพิเศษ

ยานี้ยังไม่มีค่าตั้งราคา ทรัมป์และคนอื่นๆ จะได้รับฟรี ส่วน “อาสาสมัคร” ที่อยู่ในการทดสอบยานี้ จะได้รับค่าตอบแทนตามที่กำหนด ปกติยาประเภทนี้ราคาแพงมาก

ผลของยานี้ที่คาดหวังคือ ป้องกันมิให้อาการรุนแรง

ประการที่สี่ ยาเรมเดซิเวียร์ เป็นยาต้านไวรัสตัวแรกที่ยอย.สหรัฐฯ รั้งขึ้นทะเบียนแล้ว เดิมมุ่งวิจัยเพื่อรักษาโรคอีโบล่า แต่ศึกษาวิจัยแล้วพบว่าสามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของคนไข้โควิด-19 รายที่รุนแรงลงได้ราว 4 วัน แต่ประเทศอื่นๆ โดยมากยังไม่รั้งขึ้นทะเบียนยานี้ เพราะการวิจัยอีก 3 การศึกษา มีผลแตกต่างกันออกไป โดยยานี้ต้องให้ทางหลอดเลือด และอาจมีผลข้างเคียงค่อนข้างสูง

ปกติยานี้จะให้ในผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ขณะที่ทรัมป์มีอาการปานกลาง แต่แพทย์ตัดสินใจให้ยาเข็มแรกตั้งแต่เมื่อแรกเข้าโรงพยาบาลในตอนเย็นวันศุกร์ที่ 2 ตุลาคม ทั้งนี้ น่าจะด้วยเหตุผลที่ยาตัวนี้จะได้ผลดีเมื่อได้รับแต่เนิ่นๆ ทรัมป์ได้รับยานี้วันละเข็มติดต่อกัน 5 วัน (เข็มสุดท้ายไปฉีดที่ท่าเนียบขาว) ปกติบริษัทประกันเอกชนจะจ่ายให้โรงพยาบาลเข็มละ 520 ดอลลาร์ ขณะที่บริษัททยาคิดราคากับรัฐบาลเข็มละ 390 ดอลลาร์

คนอเมริกันส่วนใหญ่ที่เข้าโรงพยาบาลด้วยโรคโควิด-19 จะได้รับยานี้

ประการที่ห้า ยาเด็กซาเมทาโซน เป็นสเตอรอยด์ที่มีใช้มานานแล้ว สำหรับโรคโควิด-19 จะใช้ในคนไข้ที่ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ หรือที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่ใช่ในระยะแรกเพราะไม่มีประโยชน์ และอาจเป็นโทษเพราะจะกดภูมิคุ้มกัน ฤทธิ์สำคัญของยานี้ในคนไข้โควิด-19 คือ ลดการอักเสบของปอด ทรัมป์ได้ยานี้ตอนค่ำวันเสาร์ที่ 3 ตุลาคม สามวันหลังเริ่มมีอาการ ไม่มีข้อมูลว่าระดับออกซิเจนของเขาเท่าใด ทำไม่จึงต้องให้ และให้ในขนาดเท่าใด ปกติสำหรับโรคนี้จะให้ในขนาด 6 มิลลิกรัม นายแพทย์โรเจอร์ ซาพิโร ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อให้ความเห็นว่ายานี้มีประโยชน์ช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วยอาการหนักได้มาก (ราว 1 ใน 3) จึงแปลกใจที่ทำไม่ทรัมป์ได้ยานี้ตั้งแต่วันที่สอง ที่เข้าโรงพยาบาล

นอกจากยา 3 ชนิดดังกล่าวแล้ว ทรัมป์ยังได้ยาต่างๆ ดังนี้

ยาขนานที่สี่ คือ สังกะสี มีฤทธิ์ช่วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายในการต่อสู้กับเชื้อโรค คือ แบคทีเรียและไวรัส ปกติสังกะสีเป็นแร่ธาตุจำเป็นสำหรับร่างกาย มีจำหน่ายในฐานะผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยังไม่มีหลักฐานพิสูจน์ว่าสังกะสีช่วยรักษาโควิด-19 และ อย. สหรัฐฯ ได้ออกหนังสือเตือนถึงบางบริษัทที่อ้างสรรพคุณว่าสังกะสีช่วยลดความเสี่ยงจากโรคโควิด-19 ทรัมป์ได้รับสังกะสี น่าจะด้วยเหตุผลว่า “อาจมีประโยชน์” และไม่มีโทษภัยอะไร

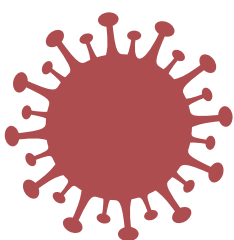
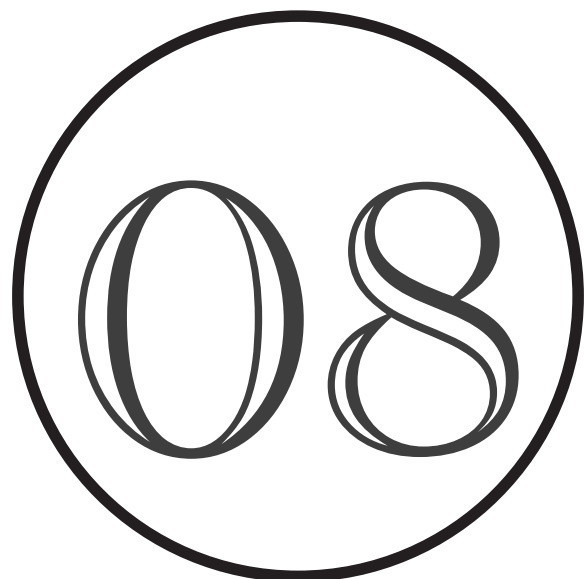
ยาขนานที่ห้า คือ วิตามินดี ซึ่งดีต่อกระดูก แต่ไม่มีหลักฐานว่าดีต่อโควิด-19 และ อย. สหรัฐฯ ก็ออกหนังสือเตือนบริษัทจำหน่ายเหมือนกรณีสังกะสี ทรัมป์ได้วิตามินดี น่าจะเพราะสูงอายุ

ยาขนานที่หก ยาลดกรดชื่อฟาโมทิดีน ซึ่งเป็นชื่อการค้า ชื่อสามัญคือ เปปซิด (Pepcid) มีการศึกษายานี้กับผู้ป่วยโควิด-19 ในนิวยอร์ก แต่ได้อาสาสมัครจำนวนไม่มากพอที่จะสรุปผลได้

ยาขนานที่เจ็ด เมลาโทนิน เป็นยาช่วยนอนหลับ มีนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยแมนเชสเตอร์ในอียิปต์ เชื่อว่ายานี้ช่วยลดการติดเชื้อไวรัสในคนอ้วนและเบาหวาน เพราะมีฤทธิ์แอนตี้ ออกซิแดนท์ ปรับภูมิคุ้มกัน และลดการอักเสบ ทรัมป์น่าจะได้อานี้เพราะอ้วน

ยาขนานที่แปด แอสไพริน ใช้ในคนไข้โรคหัวใจ เพราะป้องกันการแข็งตัวของเลือด โดยพบว่าโควิด-19 อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดในคนไข้บางราย ทรัมป์น่าจะได้อานี้เพราะมีโรคหัวใจอย่างอ่อนๆ และหวังผลป้องกันลิ่มเลือดด้วย

โดยสรุปแล้ว ทรัมป์ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาทุกอย่างดีกว่าและเร็วกว่าคนอเมริกันทั่วไป โดยได้รับยาเกินกว่ามาตรฐานการรักษาทั่วไป คือ รีเจเนอรอน, เรมเดซิเวียร์ และ เด็กซาเมทาโซน นอกจากนี้ ยังได้รับยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอื่นที่ “อาจ” มีประโยชน์ต่อการรักษา ได้แก่ สังกะสี วิตามินดี ยาลดกรด เมลาโทนิน และ แอสไพริน



บทสรุป

สรรพสิ่งล้วนอนิจจัง เกิดขึ้น ดำรงอยู่ และสลายไป ความสุข-ทุกข์-ปัญหา ก็เป็นอนิจจัง โควิด-19 ก็เช่นกัน

โควิด-19 เป็นภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ เป็นโรคที่แพร่จากสัตว์สู่มนุษย์ เช่นเดียวกับบางโรคในมนุษย์ซึ่งแพร่สู่สัตว์ได้ เพราะมนุษย์และสัตว์ต่างก็อยู่ใน “อาณาจักร” (kingdom) เดียวกันคือ “อาณาจักรสัตว์” (animal kingdom)

โควิด-19 มิได้เกิดจากมนุษย์เบียดเบียนโลกหรือเบียดเบียนสัตว์ แต่เพราะมนุษย์กับสัตว์อยู่ร่วมโลกเดียวกัน แม้ธรรมชาติจะสร้าง “กำแพง” (Barrier) กั้นขวางมิให้โรคแพร่สู่กันโดยง่าย แต่บางครั้งเชื้อโรค ก็ข้าม “กำแพงธรรมชาติ” ไปได้ เชื้อไวรัสโคโรนา-2019 แพร่สู่มนุษย์ได้ เช่นเดียวกับเมื่อครั้งไข้หวัดใหญ่สเปน ทำให้เกิดการแพร่ระบาดใหญ่ในโลกมนุษย์เมื่อร้อยปีเศษมาแล้ว

หลักฐานทางพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ทำให้นักวิทยาศาสตร์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเรื่องไวรัสจำนวนมาก ยืนยันตรงกันว่าเชื้อโรคนี้เกิดจากการกลายพันธุ์ตามธรรมชาติจนข้ามมาก่อโรคร้ายในมนุษย์ แต่ก็มีนักสร้างข่าวลวงที่พยายามสร้างเรื่องราวจนน่าเชื่อว่าเชื้อโรคนี้เกิดจากการสร้างขึ้นโดยมนุษย์ คือนักวิทยาศาสตร์ชาวจีนในห้องแล็บทางไวรัสวิทยาที่อู่ฮั่น ข่าวลวงนี้สร้างโดยนักข่าวทางฝั่งสหรัฐฯ ทางฝั่งจีนก็มีข่าวลวงว่าเชื้อไวรัสนี้ “นำเข้า” จากการซ้อมรบทางทหารของฝ่ายสหรัฐฯ

การเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่ร้ายแรงอย่างโควิด-19 นับเป็นหนึ่งใน “โศกนาฏกรรมของมนุษยชาติ” ที่นับถึงวันศุกร์ที่ 31 ธันวาคม 2563 คร่าชีวิตผู้คนทั่วโลกไปแล้วถึง 1,813,389 คน ยังปัญหาเศรษฐกิจและสังคมที่ตามมาอีกมาก เศรษฐกิจจะชะงักงัน ผู้คนตกงาน คนยากจนจำนวนมากยิ่งอดอยากยากจน

แต่เหรียญ ย่อมมีสองด้านเสมอ

โควิด-19 ทำให้ธรรมชาติได้รับการเยียวยา จนท้องฟ้าเป็นสีฟ้า ผืนฟ้าเขียว 2.5 ลดลงทันตาเห็น ท้องทะเลสะอาดขึ้น ผืนป่าถูกมนุษย์รบกวนน้อยลง สัตว์ป่าจำนวนมากกลับมาปรากฏตัวให้เห็น ผู้คนเอื้ออาทรกันมากขึ้นด้วยการแบ่งปันอาหารและของใช้จำเป็นให้แก่กัน

ในแง่ของการควบคุมป้องกันโรค เมื่อใช้หวัดใหญ่สเปนระบาดในช่วงเวลา 2-3 ปี ประชากรโลกเวลานั้นมีราว 1,700 ล้านคน ล้มป่วยประมาณ 500 ล้านคน และล้มตายไปราว 50 ล้านคน

การระบาดของโควิด-19 นับจากวันที่ 8 ธันวาคม 2562 ที่พบคนไข้ที่ยืนยันได้ในเมืองอู่ฮั่นของจีน จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 มีการตรวจหาเชื้อเชิงรุกในประเทศและดินแดนต่างๆ ทั่วโลก รวมแล้วจาก 340 ประเทศ / ดินแดน / เกาะ พบผู้ติดเชื้อที่ยืนยันแล้วทางห้องปฏิบัติการรวม 83,135,180 ราย ตายไป 1,813,389 ราย ซึ่งเป็นตัวเลขที่สร้างความตระหนกตกใจไปทั่วโลกตลอดช่วง 10-11 เดือนที่ผ่านมา ทั้งนี้เพราะมีการออกข่าวอย่างต่อเนื่องทุกวัน วันละนับครั้งไม่ถ้วน ทั้งจากสื่อมวลชนกระแสหลักและสื่อสังคมออนไลน์มากมายหลายช่องทาง

แต่เมื่อเทียบกับใช้หวัดใหญ่สเปนแล้ว ตัวเลขก็ยังห่างไกลกันมาก ปัจจุบันประชากรโลกมีมากกว่า 7 พันล้านคน ตรวจพบการติดเชื้อที่ยืนยันแล้ว 83 ล้านคนเศษ คิดเป็นประมาณ 1.09% ของประชากรโลกเท่านั้น ขณะที่ใช้หวัดใหญ่สเปนทำให้คนล้มป่วยราว 500 ล้านคน หรือราว 29% ของประชากร โดยจำนวนผู้ติดเชื้อ น่าจะมากกว่า 2 เท่า ของจำนวนนั้น จึงเห็นได้ชัดเจนว่าความรู้ และความเจริญของโลกปัจจุบันทำให้สามารถควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดได้ดีกว่าแต่ก่อนมาก

ในยุคของใช้หวัดใหญ่สเปนเมื่อร้อยปีเศษมาแล้ว ผู้คนยังอยู่กันตามธรรมชาติมาก ความรู้เรื่องสาเหตุของโรคและการป้องกันโรคงยังจำกัดมาก ไม่ต้องพูดถึงการเยียวยารักษาที่ยังดูแลกัน “ตามมีตามเกิด” เป็นหลัก ทำให้อัตราการตายเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 10 ขณะที่โควิด-19 อัตราการติดเชื้อยังต่ำกว่าราว 30 เท่า และอัตราการตายก็ต่ำกว่าราว 7 เท่า เป็นหลักฐานชัดเจนว่าโลก “เจริญ” กว่าแต่ก่อนอย่างมาก

ความเจริญ ดังกล่าว เป็นทั้งความเจริญทางวิทยาการ และความเจริญทางมนุษยธรรม

โชคดีของมนุษย์ที่โรคนี้มีจุดตั้งต้นในจีนในยุคที่เจริญก้าวหน้ามากทั้งทางวิชาการและมีผู้นำที่มีคุณสมบัติของ “รัฐบุรุษ” (statesman) และ “มหาบุรุษ” (great man) ทำให้จีนสามารถค้นพบเชื้อโรคต้นเหตุได้ในเวลาที่รวดเร็วจากการพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2562 สามารถแจ้งต่อชาวโลกได้ถึงเชื้อโรคต้นเหตุเมื่อวันที่ 7 มกราคม 2563 ถอดรหัสพันธุกรรมของเชื้อโรค และเปิดเผยต่อชาวโลกได้เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2563

นับเป็นการมองการณ์ไกล เพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติอย่างน่าชื่นชม เพราะถ้าจีนตกเป็นทาสของความคิดชาตินิยมหรือยึดถือผลประโยชน์ของประเทศเป็นหลัก ไม่เปิดเผยรหัสพันธุกรรมของเชื้อโรค วงวิชาการทั่วโลกจะต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่ง กว่าที่จะตั้งต้นการวิจัยและพัฒนายาและวัคซีนออกมา รวมทั้งที่สำคัญ คือ การพัฒนาชุดตรวจเชื้อ ออกมา

การเปิดเผยรหัสพันธุกรรมของเชื้อเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2563 ทำให้วงวิชาการและวงการอุตสาหกรรมยาและเครื่องมือแพทย์ทั่วโลก สามารถตั้งต้นการพัฒนาเครื่องมือยาและวัคซีนออกมาอย่างรวดเร็ว วัคซีนชนิดแรกสามารถผ่านการทดลองในห้องทดลองและสัตว์ทดลองสู่การวิจัยในคนได้ในเวลาหลังจากนั้นเพียง 52 วัน เท่านั้น

เป็นการทำลายสถิติการพัฒนาวัคซีนของโลก และเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 บริษัทไฟเซอร์ของสหรัฐฯ ก็ประกาศความสำเร็จของวัคซีนโดยผลจากการวิเคราะห์ระหว่างทาง (interim analysis) พบว่า วัคซีนสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ถึงกว่า 90% ตามมาด้วยวัคซีนของบริษัทโมเดอร์นา และของบริษัท แอสตราเซนเนกา ซึ่งอังกฤษเป็นประเทศแรกที่ขึ้นทะเบียนวัคซีนของไฟเซอร์ให้ใช้ในกรณีฉุกเฉิน และเริ่มประเดิมฉีดให้แก่ผู้สูงอายุวัย 90 ปีเป็นคนแรก ตามมาด้วยสหรัฐฯ สหภาพยุโรป และประเทศอื่นๆ อีกหลายประเทศ

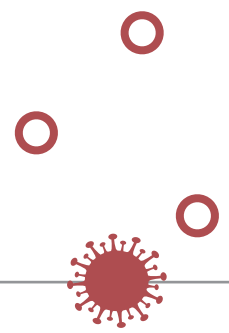
การพัฒนาวัคซีนตรวจออกมาได้อย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถป้องกันโรคเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะสามารถดำเนินการตามหลักการ “รู้เร็ว แก้ปัญหาทันที” และการ “ปิดล้อมโรค” (containment of disease) โดยการตรวจและติดตาม (testing and tracing or tracking) ได้อย่างตรงเป้า ทำให้ทั่วโลกยังพบการติดเชื้อราว 1% เฉพาะเท่านั้น ก่อนจะมีวัคซีนออกมาใช้ในเวลาไม่นานนัก

แน่นอนว่าโลกก็มีผู้นำที่หลากหลาย โชคร้ายที่สหรัฐฯ มีผู้นำมีจลาจลอย่างทรัมป์ ทำให้สหรัฐฯ กลายเป็นที่หนึ่งในโลกทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อและการตาย และประชาชนอเมริกันก็ “หลงโศก” ผู้นำอย่างทรัมป์ ด้วยการออกมาใช้สิทธิ์เลือกตั้งอย่างมากมายเป็นประวัติการณ์ ทำให้ได้ผู้นำใหม่อย่าง โจ ไบเดน ซึ่งประกาศชัยชนะด้วยการที่จะกลับมาเป็นผู้นำประเทศ และผู้นำโลกที่ “มีเกียรติยศ” สร้างความสามัคคี และจัดการแก้ปัญหาโควิด-19 บนพื้นฐานความรู้และสติปัญญาอย่างแท้จริง

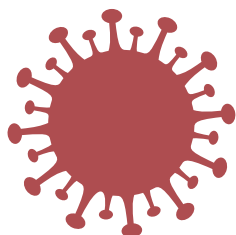
โควิด-19 ก็คงเหมือนอย่างไข้หวัดใหญ่สเปน เมื่อข้ามกำแพงธรรมชาติเข้ามาก่อโรคในมนุษย์ได้แล้ว ก็คงจะอยู่กับมนุษย์ไปอีกยาวนาน โดยอาจเป็นโรคตามฤดูกาล หรืออาจจะระบาดขึ้นเป็นครั้งคราว แต่ย่อมไม่เกินกว่าสติและปัญญาของมนุษย์ที่จะจัดการกับปัญหาเหล่านี้ได้

ชัดเจนว่า โควิด-19 ไม่กลัวอำนาจ แต่กลัวความรู้ ความสุจริต ปัญญา และสติ สมดังพระราชนิพนธ์ของพระปิยมหาราชเจ้า พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวที่ “ทรงแต่ง และเขียนพระราชทานในสมุดของ” พระอนุชา คือ กรมขุนพิทยลาภพฤฒิธาดา ต้นสกุลโสณกุล โดย “ทรงพระราชนิพนธ์เขียนเป็นตัวหมึกลงไปทีเดียว ไม่ได้ทรงร่างเสียก่อน”⁶¹ ว่า

ความรู้คู่เปรียบด้วย กำลัง ภายเฮย
สุจริต คือ เกราะบัง ศาสตร์พร้อม
ปัญญาประคองตั้ง อาวุธ
กมุขตติต่างโลปกป้อง อาจแกลวกกลางสนาม



เกณฑ์ในการจัดทำ รายงาน “สุขภาพคนไทย 2564”



01

ตัวชี้วัด ทางสุขภาพ

กระบวนการทำงาน

- การคัดเลือกประเด็นเด่นตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพ โดยผ่านคณะกรรมการชี้ทิศทางร่วมกันกับคณะทำงานโครงการฯ
- ประสานหน่วยงานที่มีข้อมูลดัชนีชี้วัดที่กำหนดและข้อมูลนั้นที่มีการจัดเก็บทุกปี เพื่อขอข้อมูลที่ทันสมัย
- กำหนดกรอบเวลาในการเขียนบทความ คณะทำงานรับผิดชอบหลักในแต่ละหมวด ได้ทราบถึงแนวทางการเขียน วัตถุประสงค์ของการนำเสนอแต่ละหมวด ตัวชี้วัด และข้อกำหนดเวลาเบื้องต้นในการค้นคว้าหาข้อมูล และจัดทำเนื้อหา
- ร่างเนื้อหาตัวชี้วัดสุขภาพ
- ประชุมระดมสมอง พิจารณาร่างบทความตัวชี้วัด เพื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด โดยผ่านการประชุมคณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย และคณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทย
- ผู้ทรงคุณวุฒิ อ่านบททวนหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ โดยอ่านภาพรวมทุกหมวด ในชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย พร้อมให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขงาน

เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

- ค้นหาสาระสำคัญ (key message) ของหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้เนื้อหาไม่กระจัดกระจายในการนำเสนอ
- ค้นหาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดแต่ละตัวที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปี เพื่อนำเสนอแนวโน้ม รวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อให้เห็นสถานการณ์ปัจจุบัน
- เน้นนำเสนอรูปแบบและเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่านและเข้าถึงผู้อ่านทุกกลุ่มวัย

02

10 สถานการณ์เด่น ในรอบปี และ 4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพ คนไทย

สถานการณ์ในรอบปี ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นลำดับ 1 ถึง 10 และผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทยอีก 4 สถานการณ์ ซึ่งเรียกรวมกันว่า “สถานการณ์เด่น 10+4”

เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น

- เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2563 หรือเป็นสถานการณ์ที่เคยรายงานไปแล้ว แต่นำมาเสนออีกครั้ง เพื่อให้เห็นพัฒนาการหรือความเปลี่ยนแปลงเป็นบทเรียนในสังคมไทย
- เป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายถึงรวมถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปี
- เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น

- สำนวจความคิดเห็นจากคณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทย โดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) ของลิเคอร์ท (Likert scale) แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 อันดับ คือ มากที่สุด (คะแนน = 5) มาก (คะแนน = 4 คะแนน) ปานกลาง (คะแนน = 3 คะแนน) น้อย (คะแนน = 2) และน้อยที่สุด (คะแนน = 1 คะแนน)
- การวิเคราะห์ข้อมูลความถี่ เพื่อเรียงลำดับความสำคัญ

เกณฑ์การเลือก 4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

สำหรับผลงานดีๆ ของคนไทย เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้น ความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

03

เรื่องพิเศษ ประจำปี

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำปีมี 2 ลักษณะ คือ เรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (target group oriented) และเรื่องเฉพาะประเด็น (issue oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องสลับกันไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมา หรือหัวข้อของตัวชี้วัดทางสุขภาพที่น่าสนใจ

หลักเกณฑ์สำคัญในการเลือกเรื่องพิเศษประจำปี คือ

1. เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
2. เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
3. เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

กระบวนการทำงาน

1. คณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทยประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำปีในแต่ละปี
2. ทีมงานวิชาการสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงสร้างของรายงาน
3. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูล ประกอบการจัดทำรายงาน
4. คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ อีกครั้ง
5. ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหาารายงานและปรับแก้ไข

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง สุขภาพคนไทย 2564

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์	ที่ปรึกษา
นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ประธานกรรมการ
นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์	อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
คุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	นักวิชาการอิสระ	กรรมการ
คุณยุวดี คาคการณ์ไกล	ศูนย์ศึกษามหานครและเมือง วิทยาลัยรัฐกิจ	กรรมการ
คุณหทัยชนก (พรรคเจริญ) ชินอุปราวัฒน์	ผู้อำนวยการกองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
คุณเบญจมาภรณ์ ลิ้มปิยะเชียร	ผู้อำนวยการอาวุโส ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา	ผู้อำนวยการสำนักภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
คุณสุรินทร์ กิจนิตต์ชวี	องค์กรชุมชนคลองขนมจีน อำเภอเสนา	กรรมการ
คุณวิเชษฐ์ พิชัยรัตน์	คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการสื่อสารมวลชน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	กรรมการ
คุณสุริยนต์ ธีัญกิจจานุกิจ	สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	กรรมการ



รศ.ดร.ชญ.วรรณภา ศรีวิริยานุภาพ	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
คุณสมพร เพ็งคำ	นักวิชาการอิสระ	กรรมการ
ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
รศ.ดร.ชาย โพธิสิตา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและ เลขานุการ
ผศ.ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
ผศ.ดร.มนสิการ กาญจนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
ผศ.ดร.สักรินทร์ นิยมศิลป์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2564

ทบทวนรายงานหัตถ์เล่ม

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนนะจิตรา

เขียนเรื่องพิเศษประจำฉบับร่วมกับทีมวิชาการฯ

“โควิด-19: มหันตภัยร้ายเขย่าโลก”

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์

นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์

ทีมเขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพร่างแรก

อาจารย์ ดร.ณปภัช สัจจนกุล

ดร.ณัฐกร วิทิตานนท์

ผศ.ดร.ติญทรศน์ ประทีปพรณรงค์

ดร.พิเชฐ นุ่นโต

คุณพิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน

คุณวิชาญ ชูรัตน์

คุณอารีญา เวชกามา และ คุณธัชวุฒิ จาดบันดิษฐ์

คุณสลิล ศรีพิลาศ

คุณสิทธิชาติ สมตา

คุณเอกลักษณ์ หลุ่มชมแข



คณะทำงาน จัดทำรายงานสุขภาพคนไทย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ปรึกษาทีมวิชาการ

ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
รศ.ดร.ชาย โพธิ์สีตา

ผู้อำนวยการโครงการ

รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์

ทีมวิชาการ

ตัวชี้วัดสุขภาพ

รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์
ผศ.ดร.มนสิการ กาญจนะจิตรา
กัญญา อภิพรชัยสกุล

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

รศ.ดร.ชาย โพธิ์สีตา
ผศ.ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร
กัญญาพัชร สุทธิเกษม

สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

ผศ.ดร.สักรินทร์ นิยมศิลป์
กาญจนา เทียนลาย

บรรณานุกรม

10 ตัวอย่าง “สุขภาพพื้นที่”

1. พฤติกรรมสุขภาพ

ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมการแพทย์ และการวิจัยและพัฒนา. (2564). ระบบปัญญาประดิษฐ์ในการประเมินการใส่หน้ากากอนามัย (AiMASK). สืบค้นเมื่อ 4 มีนาคม 2564: จาก <https://covid19.nrct.go.th/news/ระบบปัญญาประดิษฐ์ในการใส่หน้ากากอนามัย>. (2557). การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุขภาพและกรณีศึกษาของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). การสำรวจพฤติกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสุขภาพและกรณีศึกษาของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

2. สุขภาพกาย

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2553-2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

3. สุขภาพใจ

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2562). รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย (ต่อแสนประชากร) พ.ศ. 2553-2562. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2563: จาก https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp. ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2563). อัตราการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2563 แยกรายเขต ราชจังหวัด. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2563: จาก <https://suicide.dmh.go.th/download/view.asp?id=304>. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). การสำรวจภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2557-2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

4. สุขภาพสังคม

ศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้. (2563). สรุปเหตุการณ์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2547-2563. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2564: จาก <https://deepsouthwatch.org/th/node/11972>. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2562). รายงานประจำปี 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์.

5. อนามัยแม่และเด็ก

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. (2561). แม่วัยรุ่นอยู่ที่ไหน: แผนที่ภูมิศาสตร์-สถานการณ์แนวโน้มข้อมูลแม่วัยรุ่นระดับพื้นที่. สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2564: จาก <https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GIS%20Data%20Report%20%283%29.pdf>. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). การสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). การสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

6. ประชากรกลุ่มเปราะบาง

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2563 (ไตรมาส 3). กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

7. สิ่งแวดล้อม

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2562). สถานการณ์มลพิษฝุ่นละอองในประเทศไทย ปี 2562. กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม. (2563). รายงานสรุปปริมาณอากาศของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม ออกจากบริเวณโรงงาน ปี 2559-2563. กรุงเทพฯ: กระทรวงอุตสาหกรรม. กรุงเทพมหานคร. (2563). ฐานข้อมูลและระบบติดตามประเมินผลการเพิ่มพื้นที่สีเขียวของกรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2564: จาก <http://203.155.220.118/green-parks-admin/>. Attavanich, W. (2020). Social Cost of Air Pollution from Particulate Matter 2.5 Micrometers (PM2.5) in Thailand. Working paper No.12/2020., Department of Economics, Faculty of Economics, Kasetsart University.

8. ทรัพยากรธรรมชาติ

กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง. (2561-2562). ข้อมูลปริมาณขยะทะเลในประเทศไทย พ.ศ. 2561-2562. สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2564: จาก <http://tcc.dmcg.or.th/thaicostalcleanup/report>. กรมป่าไม้. (2562). เอกสาร “นโยบายป่าไม้แห่งชาติ”. สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2564: จาก https://www.dga.or.th/upload/download/file_27cda8fc3bf06f83ce61942ab47ac98e.pdf. ข้อมูลสารสนเทศ กรมป่าไม้. (2516). เนื้อที่ป่าไม้ของประเทศไทย พ.ศ. 2516. กรุงเทพฯ: กรมป่าไม้. ข้อมูลสารสนเทศ กรมป่าไม้. (2521). เนื้อที่ป่าไม้ของประเทศไทย พ.ศ. 2521. กรุงเทพฯ: กรมป่าไม้. ข้อมูลสารสนเทศ กรมป่าไม้. (2531). เนื้อที่ป่าไม้ของประเทศไทย พ.ศ. 2531. กรุงเทพฯ: กรมป่าไม้. ข้อมูลสารสนเทศ กรมป่าไม้. (2541). เนื้อที่ป่าไม้ของประเทศไทย พ.ศ. 2541. กรุงเทพฯ: กรมป่าไม้. ข้อมูลสารสนเทศ กรมป่าไม้. (2551). เนื้อที่ป่าไม้ของประเทศไทย พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: กรมป่าไม้. ข้อมูลสารสนเทศ กรมป่าไม้. (2562). เนื้อที่ป่าไม้ของประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กรมป่าไม้. ดวงมณี เลาภกุล (2556). การศึกษาการกระจายตัวของความถี่ครั้งในสังคมไทย. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2564: จาก https://www.landactionthai.org/phocadownload/Download/570925_File.pdf. สถาบันวิจัยและพัฒนาทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง. (2556). รายงานสำรวจความเสียหายของปะการัง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง. ส่วนควบคุมไฟฟ้า กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช. (2562). สถิติการเกิดไฟป่า พ.ศ. 2553-2562. กรุงเทพฯ: ส่วนควบคุมไฟฟ้า กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2562). สถิติการเกษตรของประเทศไทย ปี 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.

9. ทรัพยากรสุขภาพ

กรมการปกครอง. (2562). ข้อมูลจำนวนประชากรรายจังหวัด ปี 2562. กรุงเทพฯ: กรมการปกครอง. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). รายงานการสำรวจระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

10. เขตสุขภาพพิเศษ

กรมเจ้าท่า กระทรวงคมนาคม. (2563). สถิติอุบัติเหตุทางน้ำ ปี 2560-2563. กรุงเทพฯ: กรมเจ้าท่า กระทรวงคมนาคม. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2563). สถานการณ์ท่องเที่ยวภายในประเทศ รายจังหวัด พ.ศ. 2553 – 2563. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563: จาก https://mots.go.th/more_news_new.php?cid=592. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559-2563). จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนระบบหลักประกันสุขภาพ ในปี 2559- 2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. (2563). รายงานสรุปจำนวนผู้ป่วยโรคน้ำหนึบ ปี 2559-2563. ภูเก็ต: โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. (2563). ข้อมูลจำนวนแรงงานต่างด้าวประกันตนแยกตามสัญชาติ ปี 2559 – 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). รายงานการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศไทยจากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คำใช้ช่วยบริการสุขภาพแก่ประชากรข้ามชาติ ปี 2558-2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คำใช้ช่วยบริการสุขภาพแก่ประชากรข้ามชาติเฉพาะจังหวัดชายแดน ปี 2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2563). อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชากรไทย ปี 2557-2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. มีอาการเบื้องต้นคนรุ่นใหม่: จากแพลตฟอร์มสื่อกระแสธาร 2563

- 1 ผลการเลือกตั้งทั่วประเทศ. (8 กุมภาพันธ์ 2564). PPTV HD36. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://election.pptvhd36.com/>
- 2 ‘อนาคตใหม่’: มติศาลรัฐธรรมนูญสั่งยุบพรรคอนาคตใหม่ ตัดสิทธิ กก.บห. 10 ปี’. (21 กุมภาพันธ์ 2563). BBC News ไทย. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2564: จาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-51582581>
- 3 “เราไม่ทนอีกต่อไป” ประชาชนรวมตัวเรียกร้องให้รัฐบาลยุบสภา หักคุกคามประชาชน และร่าง ธน.ใหม่’. (18 กรกฎาคม 2563). The Matter. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก <https://thematter.co/brief/brief-1595072108/117949>
- 4 ‘แพลตฟอร์มนักศึกษา ถึง ชมรมใหญ่ของ “คณะราษฎร 2563” ลำดับเหตุการณ์ชุมนุมทางการเมืองปี 2563’. (30 ตุลาคม 2563). BBC News ไทย. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-54741254>
- 5 หมดคณะราษฎร: เบื้องหลังพิธีฝังหมุดคณะราษฎร 2563 จาก “พ่อหมอ” กลุ่ม “ขอนแก่นพอกันที”. (21 กันยายน 2563). BBC News ไทย. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-54232265>

6 แฟลชม็อบนักศึกษา ถึง ชุมนุมใหญ่ของ “คณะราษฎร 2563” ลำดับเหตุการณ์ชุมนุมทางการเมืองปี 2563’, เรื่องเดียวกัน.

7 กรุงเทพธุรกิจ. 2563. ‘iLaw ขน 100,732 รายชื่อ ยื่นร่างแก้ไข รธน.ฉบับประชาชนต่อ “ป.สภา”’. *Bangkokbiznews*. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564: จาก <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/898997>

8 มติกรม. เปิดประชุมรัฐสภาสมัยวิสามัญ 26-27 ต.ค.63. (20 ตุลาคม 2563). *Posttoday*. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564: จาก <https://www.posttoday.com/politic/news/635989>

9 “จตุรินทร์” ยับประชุมสภาฯ ไม่เสียเปล่า ได้ข้อสรุปแก้ รธน.-ตั้งก.หาทางออก. (28 ตุลาคม 2563). *Voice TV*. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564: จาก <https://www.voicetv.co.th/read/qkFuf4lth>

10 เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2563 นายชน หลีกภัย ประธานรัฐสภา ได้สรุปผลการลงมติรับหลักการร่างแก้ไขรัฐธรรมนูญ ทั้ง 7 ฉบับ โดยรัฐสภาได้รับหลักการญัตติที่ 1-2 (ฉบับที่ 1 ของนายสมพงษ์ อมรวิวัฒน์ พรรคเพื่อไทยและคณะ และฉบับที่ 2 ของนายวิรัช รัตนเศรษฐี พรรคพลังประชารัฐและคณะ ทั้ง 2 ฉบับมีต่างมีเงื่อนไขห้ามแก้ไขรัฐธรรมนูญ หมวด 1 บททั่วไป และ หมวด 2 พระมหากษัตริย์) และไม่รับหลักการญัตติที่ 3-7 (ซึ่งรวมถึงฉบับที่เสนอโดยกลุ่ม “ออลอว”) พร้อมทั้งตั้งกรรมาธิการวิสามัญพิจารณารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับเพิ่มเติม จำนวน 45 คน ประกอบด้วย ส.ส. 30 คน และ ส.ว. 15 คน เพื่อพิจารณาญัตติแก้ไขรัฐธรรมนูญต่อไป

11 ปู้กั๋บ เ็บหู หลงงประมุขสภา ย้ำ เห็นด้วยแก้ รธน.-ตั้งก.หาทางออก. (28 ตุลาคม 2563). *Khaosod*. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564: จาก https://www.khaosod.com/politics/news_5204003

12 ตารางรวมมติสภาฯ 112 ยุคการประชุมสภาฯ-ราษฎร ตั้งแต่ปี 2563. (2 มิถุนายน 2563). *iLaw*. สืบค้นเมื่อ 22 มกราคม 2564: จาก <https://freedom.ilaw.or.th/node/817>

13 แฟลชม็อบนักศึกษา ถึง ชุมนุมใหญ่ของ “คณะราษฎร 2563” ลำดับเหตุการณ์ชุมนุมทางการเมืองปี 2563’. (30 ตุลาคม 2563). *BBC News ไทย*. สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-54741254>

14 คณาจารย์ ลี้ชื่อหนุณกลุ่ม นศ. “ธรรมศาสตร์จะไม่ทน”. (12 สิงหาคม 2563). *Thairath*. สืบค้นเมื่อ 26 มกราคม 2564: จาก <https://www.thairath.com/news/politic/1908879>

15 ยูทูบ เรียงร้อยเคารพสิทธิ-ปกป้องความรุนแรงเด็กและเยาวชน. (18 สิงหาคม 2563). *Prachachat*. สืบค้นเมื่อ 26 มกราคม 2563: จาก <https://www.prachachat.net/breaking-news/news-507378>

16 Deutsche Welle, Deutsche. (2020). ‘Thailand: Bangkok Shuts Public Transport as Protests Persist’. *dw.com*. Retrieved from 26 January 2021: <https://www.dw.com/en/thailand-bangkok-shuts-public-transport-as-protests-persist/a-55308905>

17 วิเคราะห์ การเผชิญหน้า “รัฐบาล” VS “ม็อบคณะราษฎร” สู่ทางออกจากวิกฤติ. (18 ตุลาคม 2563). *Siamrath*. สืบค้นเมื่อ 26 มกราคม 2564: จาก <https://siamrath.com/th/vn/190599>

18 “ชนม” เคาะแล้วคณะกรรมาธิการฉบับที่ 21 คนมาจากร็อบ 2 คน. (24 พฤศจิกายน 2563). *Thaipost*. สืบค้นเมื่อ 26 มกราคม 2564: จาก <https://www.thaipost.net/main/detail/84867>

19 ประชาส ืบพบแต่ง. (22 ธันวาคม 2563). ‘ยกเพดานประชาธิปไตย พลัดการเคลื่อนไหว 2563’. *The Active*. สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2564: จาก <https://theactive.net/read/dynamics-of-political-protests-2020/>

20 14 ตุลา : การต่อสู้เชิงอุดมการณ์ เปลี่ยนโครงสร้าง และฉากจบใหม่. (13 ตุลาคม 2563). *Prachachat*. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564: จาก <https://www.prachachat.net/politics/news-536431>

21 ‘มอหทะลู่ประวัติศาสตร์ “ราชชาตินิยม” กับ ธงชัย วิวิจจะกุล’. (7 สิงหาคม 2562). *BBC News ไทย*. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564: จาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-49231878>

2. ปัญหามอหคัวนและไฟป่าในภาคเหนือ: แนวทางการจัดการอย่างยั่งยืน

1 ตัวอย่างงานวิจัยเหล่านี้ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนการใช้ที่ดิน และการออกแบบห่วงโซ่อุปทานทางการเกษตรเพื่อลดการเกิดมอหคัวน – พื้นที่จังหวัดน่าน. ประเทศไทยไร้มอหคัวน: เหลี่ยมอนนโยบายและแนวทางแก้ไขปัญหา. การจำแนกเชิงพื้นที่ของพื้นที่เผาไหม้ เพื่อการเฝ้าระวังและการป้องกันการเผาในที่โล่ง: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน และแม่ฮ่องสอน. การติดตามตรวจสอบการเผาในที่โล่งในภาคเหนือของประเทศไทย สำหรับการประเมินการปล่อยและการเคลื่อนที่ของมลพิษทางอากาศเพื่อการวางแผนการจัดการปัญหามอหคัวน

2 สำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (องค์การมหาชน). (2563). *รายงานสรุปสถานการณ์ไฟป่าและมอหคัวน จากข้อมูลดาวเทียม ประจำปี 2563*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (องค์การมหาชน).

3 อริศรา เจริญปัญญาเนตร. (2563). *ผู้คนข้ามแดนและเงื่อนไขทางภูมิอากาศ*. เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมวิชาการใหญ่ศึกษานานาชาติ ครั้งที่ 2 เสนอที่วิทยาลัยชุมชนแม่ฮ่องสอน. 4-6 กันยายน 2563. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่).

4 อรรถวิฑู วัจนะสมปติ. (26 กุมภาพันธ์ 2560). เปิดปมทุนข้ามชาติกับคนพิชข้ามพรมแดน. *TCIJ*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.tcijthai.com/news/2017/26/scoop/6792>

5 ศุภินิ ดนตรี. (2562). ประเทศไทยไร้มอหคัวน: เหลี่ยมอนนโยบายและแนวทางแก้ไขปัญหา. *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์: โครงการวิจัย “คนไทย 4.0”*. กรุงเทพฯ: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.

6 สื่อไทยมักอ้างอิงการติดอันดับของแอปพลิเคชัน ‘AirVisual’ ของ IQAir โดยนำมาพาดหัวข่าวทำนองว่า “ฝุ่นควันเชียงใหม่สูงเป็นอันดับ 1 ของโลก” หรือ “เป็นอันดับ 1 ของประเทศ” ซึ่งอันที่จริงใช้ข้อมูลเรียลไทม์ในแต่ละช่วงเวลา มีแค่ค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงแบบที่แอปพลิเคชัน ‘Air4Thai’ โดยกรมควบคุมมลพิษรายงาน และจัดอันดับเฉพาะเมืองหลักๆ ซึ่งไม่มีรายชื่อเมืองในโลก ซึ่งของไทยมีเพียงเชียงใหม่กับกรุงเทพฯ เท่านั้นที่อยู่ในข่าย จากการรายงาน 2019 World Air Quality Report ของ IQAir AirVisual ที่ได้จัดอันดับเมืองที่ดูคุณภาพอากาศเฉลี่ยที่ดีที่สุดของโลกและในภูมิภาคต่างๆ เชียงใหม่ก็ไม่ใช่อันดับที่ค่าอากาศแย่มากอย่างที่คาดเดา (อันดับ 1 คือ เซอร์ ดั้งเกร์, อินโดนีเซีย) และของไทย (อันดับ 1 คือ นครราชสีมา) เชียงใหม่อยู่อันดับ 372 ของโลกจากทั้งหมด 4,680 อันดับ จาก <https://www.iqair.com/world-most-polluted-cities>

7 ราชพล เจริญยุติ. (3 เมษายน 2020). ไฟป่าเชียงใหม่: ทำไมปีนี้หนักกว่าทุกปี. *BBC Thai*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-52146438>

8 สำนักป้องกันปราบปราม และควบคุมไฟป่า, ส่วนควบคุมไฟป่า. (2563). *รายงานประจำปี 2562*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก https://www.dnp.go.th/forestfire/web/frame/2563/fire_report2562.pdf

9 ส่งเว่ยไฟป่ารุนแรงแล้ว 5 ชีวิต อาสาเผย ชาวบ้านขาดกำลังพล – อุปกรณ์ดับไฟ. (4 เมษายน 2563). *Green News*. สืบค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2563: จาก https://greennews.agency/?p=20637&fbclid=IwAR2CnY99jpcUXghM693_G6YbM7ca9H2E3N6RbC3zG60FKdCu5C3xfHE5lo

10 เนื่องด้วยแอปพลิเคชัน Air4Thai โดยกรมควบคุมมลพิษ ไม่ใช่ข้อมูลแบบ Real-Time แต่เป็นข้อมูลจากการคำนวณหาค่าเฉลี่ยย้อนหลังแล้ว 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา, สถานีตรวจวัดน้อยเกินไป ไม่สามารถให้ข้อมูลค่าการณสถานที่นั้นที่เป็นจริงได้, AQI ที่ใช้ข้อมูลกว่ามาตรฐานสากล และไม่มระดับขั้นที่รุนแรงมาก (สีม่วง) เป็นต้น

11 นักวิชาการแนะออก ‘กฎหมายอากาศสะอาด’ แก้โครงสร้าง-จัดตั้งสำนักพิทักษ์สิ่งแวดล้อม. (18 กุมภาพันธ์ 2562). *Green News*. สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2564: จาก <https://www.facebook.com/greennewsagency/posts/2513814905358498>

12 หอการค้าไทย ของสนับสนุน. พ.ร.บ. อากาศสะอาด. (17 กรกฎาคม 2563). *Prachachat*. สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2564: จาก <https://www.prachachat.net/economy/news-492960>

13 “เครือข่ายอากาศสะอาด” พบ “ชนม” ยื่นร่าง พ.ร.บ. “ดูแลการจัดการอากาศสะอาด”. (3 สิงหาคม 2563). *มูลนิธิบูรณะนิเวศ*. สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2564: จาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th>

14 รัฐิตร โยพานันท์. (3 กันยายน 2563). *Healthydee*. สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2564: จาก http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=1037&fbclid=IwAR0uLSFsA7Fi_5wH9WYl0HxGdP_CEXcVcL_kwRhva3GkyBA8PhXO4

15 สสส.พบนักปัญหาฝุ่นควันเชียงใหม่ เล็งสร้างสุขภาวะดีให้คนไทยอย่างรอบด้าน. (17 สิงหาคม 2563). *Matchon*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2564: จาก https://www.matchon.com.th/lifestyle/news_2305883

16 ลองสักตั้ง แก้ไฟป่าฝุ่นควันด้วยวิธีใหม่ คุยกับผู้ว่าฯ ไร่โรตี่ #เชียงใหม่โมเดล. (6 มกราคม 2564). *Thecitizen*. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2564: จาก <https://thecitizen.plus/node/38418>

17 มท.1 ส่งการทุกจังหวัด บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ PM2.5 และไฟป่าในพื้นที่ภาคเหนืออย่างเป็นทางการ. (18 ธันวาคม 2563). *Newskm*. สืบค้นเมื่อ 21 มกราคม 2564: จาก <http://newskm.moi.go.th/?p=10710>

18 เชียงใหม่โมเดลแก้ปัญหา PM2.5 ใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง ชุมชนเป็นแกนหลัก. (21 มกราคม 2564). *iGreenStory*. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2564: จาก <http://www.igreenstory.co/countdownpm2-5chiengmai/>

3. มอหคัวนการยุติธรรมทางอาญาผ่านคดี “บอส”

1 ธิญานุช ตันติกุล. (2558). “อิสรภาพราคาแพงสำหรับคนจน : การปล่อยชั่วคราว สภาพปัญหา และหนทางแก้ไข (ตอนที่ 2)”. *คตุพท*, 62(1), 168-203. และโปรดดู ปฎิภาณพิชญานันท์ธรรมศาสตร์สามัคคี ครั้งที่ 20 เรื่อง “คุมขังไว้ซึ่งคนจน...จริงหรือ?” โดย พานมา ไสลเกษ วัฒนพันธุ์ (ประธานศาลฎีกา), 5 พฤศจิกายน 2562.

2 บอส อูว์ริยา: ลำดับเหตุการณ์ในรอบ 8 ปีคดีทนายทงหญิงแดงต้วรจวตย. (12 สิงหาคม 2563). *BBC NEWS ไทย*. สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2564: จาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-53732678>

3 ย้อนอดีตการขับขานคนตาย และอุบัติเหตุที่ไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้น. (22 มีนาคม 2560). *Thairath*. สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2564: จาก <https://www.thairath.com/news/507788>

4 เสียนเงินเสียวัยยา 45 ล. ครอบครัว รอมก-กรรย. (24พฤศจิกายน 2562). *Posttoday*. สืบค้นเมื่อ 3 มกราคม 2564: จาก <https://www.posttoday.com/social/general/590046>

5 เปิดบทสรุป ผลการตรวจสอบข้อเท็จจริงและข้อกฎหมาย ชุด ‘วิชา มหาคุณ’ เป็นประธาน กรณีคำสั่งไม่ฟ้อง ‘บอส อูว์ริยา’. (1 กันยายน 2563). *Thaipost*. สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2564: จาก <https://www.thaipost.net/main/detail/76153>

6 บอส อูว์ริยา: ลำดับเหตุการณ์ในรอบ 8 ปีคดีทนายทงหญิงแดงต้วรจวตย, เรื่องเดียวกัน.

7 คดีบอส วรยุทธ “ซูริท” แล ขอความเป็นธรรมยุติเรื่อง 13 ครั้ง ก่อนจะมาปังกครั้งที 14! (14 สิงหาคม 2563). *Thansettakij*. สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2564: จาก <https://www.thansettakij.com/content/politics/445555>

8 สตช. แลเยี่ยมรับเห็นพ้องอัยการสั่งไม่ฟ้อง “บอส วรยุทธ” ชนต้วรจวตย ขออหมายจับทั้งหมด. (24 กรกฎาคม 2563). *Manageronline*. สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2564: จาก <https://mgronline.com/crime/detail/9630000075942>

9 หนังสือเลขที่ มผช. 2525/2563 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2563

10 ‘เลขาพท.’ จัณญาคตรวจสอบ-ลงโทษคนช่วย ‘บอส อูว์ริยา’. (25 กรกฎาคม 2563). *Mgronline*. สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2564: จาก https://www.thansettakij.com/content/normal_news/443298

11 สำนักงานขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ และการสร้างความสามัคคีปรองดอง. (2563). *บทสรุปรายงานผลการตรวจสอบข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายของคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายกรณีคำสั่งไม่ฟ้องคดีอาญาที่อยู่ในความสนใจของประชาชน*. สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2564: จาก <https://sto.go.th/th/news/news/327>

12 สตช. แลเยี่ยมรับเห็นพ้องอัยการสั่งไม่ฟ้อง “บอส วรยุทธ” ชนต้วรจวตย ขออหมายจับทั้งหมด, เรื่องเดียวกัน.

13 อัยการ สั่งฟ้อง “บอส อูว์ริยา” ข้อหาขับรถโดยประมาท-เสพยาเสพติดให้โทษ. (18 กันยายน 2563). *Siamrath*. สืบค้นเมื่อ 4 มกราคม 2564: จาก <https://siamrath.com/th/vn/183309>

14 Prateepornarong, D. & Young, R. (2019). A Critique of the Internal Complaints System of the Thai Police. *Journal of Policing and Society*, 29(1), 18-35.

15 ประเสริฐ สิทธิอนวล. (2563). การตรวจสอบคำสั่งไม่ฟ้องของพนักงานอัยการโดยองค์กรภายนอก: ศาลยุติธรรมและศาลปกครอง. *วารสารกฎหมายสงขลานครินทร์*, 2(2), 53-84.

4. ปัญหาความยากจนในไทย ดีขึ้นหรือแย่ลง?

1 สมพร โทวาทดี, ศิริพร สัจจานันท์, และเสน่ห์ เดชะวงศ์. (2560). *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการ “การสำรวจสถานะเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย และทางเลือกมาตรการทางเศรษฐศาสตร์สังคมและกฎหมาย”* เป้าหมายที่ 1 ขจัดความยากจน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

2 โครงการสุขภาพคนไทย. (2560). เสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน. *สุขภาพคนไทย 2560*. (หน้า 154-180). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

3 World Bank. (2009). *Handbook on Poverty and Inequality*. Washington, DC: World Bank.

4 สมชัย จิตสุชน และจิราภรณ์ แผลงประพันธ์. (2556). *รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาประเด็นเงินโยนโยนด้านความยากจนและการกระจายรายได้*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย.

5 “ความยากจน” คืออะไร?. (15 สิงหาคม 2555). *เสด-สะ-ซาง*.com. สืบค้นจาก <http://setthasat.com/2012/08/15/what-is-poverty/>

6 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). *รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและเหลื่อมล้ำของประเทศไทย ปี 2562*. ม.ป.ท.: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

7 ‘โควิด’ ติปัญหาความจนทั่วโลกรุนแรงขึ้น ธนาคารโลกห่วงกลุ่มเปราะบางไทย. (24 ตุลาคม 2563). *Bangkokbiznews*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2563: จาก <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/904793>

8 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564*. ม.ป.ท.: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

9 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). ผลกระทบของ COVID-19 ต่อความยากจน. *ภาวะสังคมไทย ไตรมาสสม ปี 2563*. ม.ป.ท.: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 18(4).

10 ทำไมธนาคารโลกถึงบอกว่าไทยมี ‘คนจน’ มากขึ้น ทั้งที่รัฐบาลบอกว่า จะทำให้คนจนหมดไปจากประเทศ. (20 มีนาคม 2563). *The Matter*. สืบค้นเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2563: จาก <https://thematter.co/brief/brief-1583481612/103057>.

11 ธนาคารโลกเผยคนไทยตกอยู่ในภาวะความยากจนกว่า 6 ล้านคน. (5 มีนาคม 2563). *Mgronline*. สืบค้นเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2563: จาก <https://mgronline.com/stockmarket/detail/9630000022255>.

12 ธนาคารโลกเผยคนไทยยากจนและเหลื่อมล้ำมากขึ้น. (5 มีนาคม 2563). *Posttoday*. สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2563: จาก <https://www.posttoday.com/world/616836>

13 นายฯ พ้อแก้ปัญหายากจนหลังออกจนเหลือ 4.3 ล้านคนปี 62 จาก 6.7 ล้านคนปี 61. (31 ตุลาคม 2563). *Infoquest*. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.infoquest.co.th/2020/45163>.

14 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2561. *รายงานสถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ในระดับภาคของประเทศไทย*. ม.ป.ท.: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

15 สมชัย จิตสุชน. (25 มกราคม 2561). นโยบายแก้จนฉบับ คสช. *TDRI*. สืบค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2563: จาก <http://tdri.or.th/2018/01/state-welfare-card/>

16 "Big Data" ช่วยแก้ปัญหาความยากจน ลดความเหลื่อมล้ำ. (9 ตุลาคม 2563). *Thairath*. สืบค้นเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2563: จาก <http://www.thairath.co.th/news/politic/1948806>.

17 นครินทร์ ศรีเลิศ. (2 พฤศจิกายน 2563). ส่งภาวะ "ความยากจน" เมื่อโควิดโจมตีเศรษฐกิจ. *Bangkokbiznews*. สืบค้นเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2563: จาก <https://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/651407>.

18 อนุทิน ไกรวัชร. (4 เมษายน 2563). เกิดผลสำรวจคนเมืองในภาวะวิกฤตโควิด-19. *The Standard*. สืบค้นเมื่อ 23 ธันวาคม 2563: จาก <https://thestandard.co/open-survey-on-poor-people-in-coronavirus-crisis/>

19 มาตราการเยียวยาโควิด 19 มีอะไรบ้าง. (24 เมษายน 2563). *Kapook*. สืบค้นเมื่อ 23 ธันวาคม 2563: จาก <https://covid-19.kapook.com/view224897.html>

5. "ติ่มแล้วขับ" อาชญากรรมบ่อนกองเงิน

1 สรุปลผล POLL หัวข้อ "ติ่มไม่ขับ กับ สงกรานต์ 61". (13 เมษายน 2563). *JS100*. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2563: จาก https://www.js100.com/en/site/post_share/view/54396

2 ดีหรือห่วย ดนทรมานาน และเพลงพหุ จิตตรรกกรรม. (2563). *โครงการประเมินมาตรการการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่ที่ประสบอุบัติเหตุในจังหวัดอุดรธานีและระดับประเทศ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน.

3 ระบบฐานข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตของสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข

4 ไทยไร้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศครบ 100 วัน ขณะที่วันนี้ผู้ป่วยเพิ่ม 8 คน กลับจาก สหรัฐฯ-ออสเตรเลีย-ญี่ปุ่น. (2 กันยายน 2563). *Workpoint Today*. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2563: จาก <https://workpoint-today.com/covid-19-today-11/>

5 สถิติผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วประเทศ. (2564). *มูลนิธิเมาไม่ขับ*. สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.ddd.or.th/StatisticsOfDeathAndInjuries>

6 องค์การอนามัยโลก. (2563). *การทบทวนสถานะประเทศไทยโดยใช้กรอบเป้าหมายโลกโดยความสมัครใจด้านปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความปลอดภัยทางถนนและกลไกการจัดบริการ*. นครปูเร: องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย.

7 กัญญา ประดับบุญ, พุดตาน พันธุมร, และชญาณีที่ ประทุมสุตร. (2557). งานวิจัยการวิเคราะห์ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ขององค์การอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม พ.ศ. 2554. *วารสารบริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์และการสื่อสาร*, 9(2), 108-123.

8 อัจฉรินทร์ โกลสไพศาล. (2562). *การประเมินต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2560*. สาขา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

6. ความรุนแรงต่อเด็กนักเรียน : ปัญหาและแนวทางแก้ไข

1 สังคมดาหน้าถล่ม "ครูจุ่ม" ขาดจิตสำนึก ทำร้ายนักเรียนอนุบาล. (4 ตุลาคม 2563). *Thairath*. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2564: จาก <https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/1944711>

2 รวบรวมขบวนการเด็ท คุณพิบูลย์ ยงค์กมล ผู้ก่อตั้งโรงเรียนเครือข่ายสาสน์. (1 ตุลาคม 2563). *Kajjiew*. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2564: จาก <https://kajjiew.com/คุณพิบูลย์-ยงค์กมล/>

3 ในสังคมเมื่อมีการถกเถียงกันถึงเรื่องการลงโทษนักเรียนโดยกรตนั้นมักจะมีที่ฝ่ายอนุฝายด้านเสมอ เหตุผลที่ ทำให้ครูยั้งจิตนึกเรียนหรือทำร้ายร่างกายนักเรียนต่อไป ก็เนื่องมาจากยังมีครูและผู้ปกครองเป็นจำนวนมาก ที่ยังมีแนวคิดว่ "ไม้เรียวสร้างชาติ" สนับสนุนการตีเพราะเห็นว่ากรตดีเป็นการกล่อมเกลาคใจนักเรียน เป็นหนึ่งในกระบวนการสอนสั่งนักเรียนให้อยู่ในระเบียบวินัย ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเรียนการสอนและการศึกษา

4 "ไม้เรียวสร้างเด็กดี!" ครูยั้งหนุให้ลงโทษแบบโบราณ คำนมอมมองนักสิทธิ-กฎหมาย. (22 มกราคม 2563). *Mgronline*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2564: จาก <https://mgronline.com/live/detail/963000007209>

5 5 วันดี สันติคูมเมธิ. (ม.ป.ป.). ยึดไม้เรียวครู "ยุติ" หรือ "เริ่มตี" ความรุนแรง. *Sarakadee*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2564: จาก <https://www.sarakadee.com/feature/2000/10/vote.shtml>

6 ไม้เรียว ริเทริน. (2 กุมภาพันธ์ 2554). *Thaihealth*. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2564: จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/17255-ไม้เรียว%20ริเทริน%20.html>

7 ยกตัวอย่างในประวัติพระยาศรีสุทนต์ภักดิ์ ทือองค์ไปอาศัยอยู่กับครูที่บ้านเพื่อเรียนวิชาการต่อผู้

8 ยกตัวอย่างพระอภัยมณีต้องไปเสาะแสวงหาครูและอยู่อาศัยในหมู่บ้านครูเป็นเวลานานกว่าจะฝึกวิชาได้

9 ยกตัวอย่างพิธีกรรมฝากตัวเป็นศิษย์ของครูศิลปะการแสดงในสาขาต่าง ๆ ที่ต้องไปอาศัยอยู่ในสำนักของครูอาจารย์ที่นั่น

10 นิธิ เอียวศรีวงศ์. (26 มิถุนายน 2562). *Matchonweekly*. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2564: จาก https://www.matchonweekly.com/column/article_205297

11 เอน นาวินมูล. (18 มิถุนายน 2562). ไม้เรียวที่เปลี่ยนแปลงไป ะโระคือความหมายของแก่นลำคัย. *Silpa-mag*. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2564: จาก https://www.silpa-mag.com/culture/article_34239

12 หนังสือกรมสามัญศึกษาที่ 15943/2486 ลงวันที่ 17 พฤษภาคม 2486 ถึงคณะกรรมการจังหวัดทุกจังหวัดแจ้งเรื่องแบบพิธีไม้เรียวครู

13 วิจาณณันัน! ครูตีนักเรียนหญิงสุดแรง เหตุเพราะตีตมรของทรงทำ. (24 กันยายน 2563). *Mgronline*. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2564: จาก <https://mgronline.com/onlinesection/detail/9630000097787>

14 ครูสั่งทำโทษเด็ก ลูกนั่ง 100 ครั้ง เข้าข้อไขข้อผูกคองยรมรับผิดทุกอย่าง. (28 กันยายน 2563). *Mgronline*. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://www.thairath.co.th/news/local/central/1940010>

15 ครูเข่นักเรียนยอมรับผิดข้อโทษทัมแต่เด็ก. (6 กันยายน 2555). *Posttoday*. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://www.posttoday.com/social/general/163920>

16 วิจาณณันัน! ครู ร.ร.ยันหัวลำโพง ตบหัวเด็กอย่างแรง แมนซ์หน้าดำ ไปไปเรียกแม่. (7 พฤษภาคม 2563). *Matchon*. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2564: จาก https://www.matchon.co.th/social/news_2431053

17 แค็กเกียบยควม ครูโหดตบหัว นร.หญิง จนเดินเซต่อน้ำเพื่อน. (2563). *Matchon*. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://www.newtv.co.th/news/71002>

18 นร.เผย ไม้เรียวความแค้นมาจากไหน เาหาหนังสือตัว ลักมกรบแทบ. (9 ธันวาคม 2563). *PPTV HD36*. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://www.pptvhd36.com/news/สังคม/137995>

19 แลผู้บริหร รรม้อมตั้งทำคูปองบ่งค้อของ กรมป้าเรียนใช้ได้นาน. (21 มิถุนายน 2562). *Tnews*. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://www.tnews.co.th/social/511958/%>

20 ผอ.ยพฯฯ ยืนยันทำหน้ากาดิตตราโรงเรียน ไม่มีการบังคับซื้อ !. (19 มิถุนายน 2563). *Chiangmai news*. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://www.chiangmai news.co.th/page/archives/1379340/>

21 จิราณณันันันเปิดเทอม รร. กำหนดมส่นักเรียน ห้ามมีลาย-ขายเสื้อ-หม้อสีออน. (2563). *kapook*. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://covid-19.kapook.com/view226800.html>

22 รับไม่ได้. พ้อมแม่แห่งจ้งควม ครูตีตราถูกเป็นเด็กที่การทิ้งที่ปกติ จนลูกอายุไม่ล้าแห่งกษระระดับชาติ. (30 มกราคม 2561). *Mgronline*. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://mgronline.com/local/detail/961000009875>

23 ศาสล้งจ้จาก 195 วัน "ครูจุ่ม" ปมทำร้ายเด็กอนุบาล รวม 7 คดี. (2 พฤศจิกายน 2563). *Prachachat*. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://www.prachachat.net/general/news-548729>

24 รมศึกษาเรียกพอร.สรสาสน์นำผู้ปกครอง ถกปมครูทำร้ายเด็ก. (28 กันยายน 2563). *PPTV HD36*. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://www.pptvhd36.com/news/ประเด็นร้อน/133959>

25 สข.เตรียมเอกเขเรียนเอกชนทั่วประเทศเผยแพร่สารสาส์ครูโรงเรียนอื้อ 34 แห่งจาก 45 (28 กันยายน 2563). *Siamrath*. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://siamrath.co.th/n/185676>

26 ถอดบทเรียน "สารสาสน์" "ครูโย" ทำร้ายเด็ก "ครูฝรั่ง" ไม่มีใบอนุญาต ปัญหาที่ขุอยู่ได้กรมการศึกษาไทย. (3 ตุลาคม 2563). *Mgronline*. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://mgronline.com/daily/detail/9630000100848>

27 ซึ่งเมื่อพิจารณาไปทีกระบวนการในการตรวจสอบไปประกอบวิชาชีพครูในโรงเรียนเอกชนมีความหะหลวมมาก กล่าวคือ โดยหลักการตามกฎหมายโรงเรียนจะเป็นผู้ตรวจสอบไปประกอบวิชาชีพครูที่เข้ามาสมัคร แต่ในกรณีที่เกิดขึ้นนี้ โรงเรียนเองไม่แจ้งแจ้งครูที่มีไปประกอบวิชาชีพมาทำหน้าทีในโรงเรียนจึงทำทีโรงเรียนไม่ปฏิบัติตามกฎหมายเอง

28 มาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 บัญญัติว่า มาตรา 40 ให้มีคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน สถานศึกษาระดับอุดมศึกษา ระดับต่ำกว่าปริญญา และสถานศึกษาอาชีวศึกษาของแต่ละสถานศึกษา เพื่อทำหน้าที่กำกับและส่งเสริม สนับสนุนกิจการของสถานศึกษา ประกอบด้วย ผู้แทนผู้ปกครอง ผู้แทนครู ผู้แทนองค์กรชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนศิษย์เก่าของสถานศึกษา ผู้แทนพระภิกษุสงฆ์และหรือผู้แทนองค์กรศาสนาอื่นในพื้นที่ และผู้ทรงคุณวุฒิสถานศึกษา ระดับอุดมศึกษา ระดับต่ำกว่าปริญญา และสถานศึกษาอาชีวศึกษาอาชีวศึกษามีกรรมการเพิ่มขึ้นได้ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนดจำนวนกรรมการ คณะสภบดี หลักเกณฑ์ วิธีการสรรหา การเลือก ประธานกรรมการและกรรมการ วาระการดำรงตำแหน่ง และการพ้นจากตำแหน่ง ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ให้ผู้บริหารสถานศึกษาเป็นกรรมการและเลขานุการของคณะกรรมการสถานศึกษาความในมาตรานี้ไม่ใช้บังคับแก่สถานศึกษาตามมาตรา 18 (1) และ (3) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ขับเคลื่อนอาหารกลางวัน "คุณภาพ" ต่อยอดโครงการดีไทยแลนด์. (6 สิงหาคม 2562). *Thaihealth*. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2564: จาก <https://www.thaihealth.or.th>

7. มะเร็งตับ...מצจรรยาชีวิตคนไทย

1 มะเร็งวิทยาสภคมแห่งประเทศไทย. (2552). *ทำควมรู้จักกับโรคมะเร็งกันเถอะ*. ม.ป.ท.: มะเร็งวิทยาสภคมแห่งประเทศไทย

2 วันมะเร็งโลก การป้องกันและรักษา. (11 กุมภาพันธ์ 2559). *โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์*. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/february-2016/world-cancer-day-prevention-treatment>

3 WHO. (2020). *All cancers*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2563: จาก <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>

4 จิตราภา เกิดสุขนินด์ร. (20 กรกฎาคม 2563). *สาเหตุการเกิดมะเร็งตับ, โรงพยาบาลสินแพทย์*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.synphaet.co.th/สาเหตุการเกิดมะเร็งตับ/>

5 บุญเดิม แสงดิษฐ์. (2558). ปกิณะ ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมมะเร็งตับสำหรับประเทศไทย. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, ปีที่ 68 ฉบับที่

6 ไซซ์ซังใจ ัฐัญญาณเดออน ก่อนเป็น 'มะเร็งตับ'. (15 มิถุนายน 2563). *Matchon*. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563: จาก https://www.matchon.co.th/lifestyle/health-beauty/news_2227843

7 คอลัมน์ ข่าวสดสุขภาพ : เรียนรู้ 'มะเร็งตับ' สัญญาณเตือนก่อนป่วย. (16 มิถุนายน 2563). *Khaosod*. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2563: จาก https://www.khaosod.co.th/lifestyle/news_4321942

8 ศิวินันท์ พองจันทร์, สุรีย์พันธุ์ วงศ์พร, นพจักร ภวภูตานนท์, น มหาสารคาม, และเกษม ชูรัตน์. (2562). การป้องกันและควบคุมมะเร็งตับ. *วารสารโรคมะเร็ง*, 39(2): 64-74.

9 มะเร็งตับ เจอในชายไทยสูงเป็นอันดับ 1 ดยปีละกว่าหมื่น ไร้อาการเตือน. (12 มิถุนายน 2563). *Khaosod*. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2563: จาก https://www.khaosod.co.th/special-stories/news_4300282

10 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550-2562*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2563: จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/healthdata

11 ไทยพบ "มะเร็งตับ" สูงติดอันดับ 8 ของโลก. (7 พฤศจิกายน 2563). *Bangkokbiznews*. สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/906639>

12 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *เรื่องเดียวกัน*

13 กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Control Programme (พ.ศ. 2561 - 2565)*. ม.ป.ท.: กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.

14 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2018). *สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 12*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก <https://nha12.samatcha.org/site/document?show=a093d25a-d479-41b3-8dc-0-08ab760a27d6>

8. แลนด์บริดจ์อ่าวไทย-อันดามัน...อภิมหาโครงการ 2 ทศวรรษ

1 รัฐบาลยัน "ระเบียบเศรษฐกิจจากใต้" ไม่สะตุค เชื่อเป็นประตูสู่เอเชียได้. (25 กันยายน 2564). *VOICE online*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2563: จาก <https://voicetv.co.th/read/LQ72Tzfn->

2 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. *รายงานการศึกษาเรื่องการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคใต้*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2563: จาก https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_d_link.php?id=2647

3 Southern Seaboard การรุกเจียบบนแผ่นดิน ดันมาขาน!!!. (3 เมษายน 2551). *Mgronline*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2563: จาก <https://mgronline.com/live/detail/9510000039501>

4 ปิดฉาก "ชุดคลองไทย" ต้น "แลนด์บริดจ์" บูม ศก.ได้. (19 กันยายน 2563). *Thansettakij*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2563: จาก https://www.thansettakij.com/content/Macro_econ/449733

5 พูทางแลนด์บริดจ์ อนุมัติ 74 ล้าน ศึกษาสร้างทางรถไฟ "ชุมพร-ท่าเรืออันลกรชนง". (2 ตุลาคม 2563). *Iranews*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2563: จาก <https://iranews.org/article/thaireform/thaireform-slide/92458-Gov-SRT-Land-Bridge-Railway.html#:~:text=กรม.อนุมัติงบ%2074,เวลาศึกษานาน%2012%20เดือน>

6 รัฐบาลเตรียมสร้างท่าเรือภทบนแหลมฉบัง พัฒนา Land Bridge ภาคใต้เชื่อมไปจนถึงอ่าวไทย-อันดามัน. (4 ตุลาคม 2563). *Iranews*. สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2563: จาก <https://mgronline.com/daily/detail/9630000101416>

- 37 ศธ. 360 องค์. (2563). *ศธ.สั่งสถานศึกษาทั่วประเทศ ทั้งรัฐและเอกชน ปิดเรียนด้วยเหตุพิเศษ ป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19*. สืบค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2563: จาก <https://tinyurl.com/y6rw4q27>.
- 38 เรียนออนไลน์วันแรกจับ DLTV ล้ม เด็กบ่นอุบเรียนไม่ทัน ต้องไปดูจรีนเทม. (18 พฤษภาคม 2563). *ไทยรัฐออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.thairath.co.th/news/society/1846823>.
- 39 เรียนออนไลน์กับความไม่พร้อมของครอบครัวไทย การศึกษาจะไปทางไหนในวิกฤติโควิด-19. (15 พฤษภาคม 2563). *กรุงเทพธุรกิจ*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/880578>.
- 40 พงศัทธ วนิชานันท์. (2563). *การศึกษาพื้นฐานในยุค โควิด-19: จะเปิด-ปิดโรงเรียนอย่างไร?*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563: จาก <https://tdri.or.th/2020/05/basic-education-in-covid-19-crisis-reopening-school-after-lockdown/>.
- 41 บัณฑิตโรทีดเชลเลอร์. (2563). *การเตรียมความพร้อมของกระทรวงศึกษาธิการ ก่อนเปิดภาคเรียน 1 กรกฎาคม 2563*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก <https://tinyurl.com/yxjezo8l>.
- 42 UNICEF. (2563). *อุปสรรคของครูและนักเรียนของศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติในช่วงโควิด-19*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2563: จาก <https://tinyurl.com/yys5do33>.
- 43 ศิริพรรณ รัตนะอำพร. (2563). *การศึกษาในยุค Covid-19*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2563: จาก <https://tinyurl.com/y4ymukn5>.
- 44 ประเมณฑ์ กาญจนพิณกุล และ กรรณิการ์ ธรรมพานิชวงศ์. (2563). *เปลี่ยนวิกฤติโควิด-19 ให้เป็นโอกาส การพลิกฟื้นทรัพยากรธรรมชาติและแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติ*. สืบค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2563: จาก <https://techsauce.co/tech-and-biz/tdri-policy-series-on-fighting-covid-19-icn-red-list>.
- 45 โควิด 19: สถานการณ์ระยะในกรุงเทพฯ เป็นอย่างไรในช่วงล็อกดาวน์. (28 พฤษภาคม 2563). *บีบีซีไทย*. สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-52817608>.
- 46 สำนักงานนโยบายและแผนพลังงาน. (2563). *สนพ. สรุปสถานการณ์พลังงาน 6 เดือนแรกของปี 2563 และแนวโน้มทิศทางพลังงานปี 63*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก <http://www.eppo.go.th/index.php/en/component/k2/item/15963-news-110863>.
- 47 ศิริพร คาวานิล และ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2563). *ขยะมูลฝอย: ในช่วงสถานการณ์ COVID-19 เป็นอย่างไร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 34(2), 144-57*.
- 48 องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). (2563). *COP 26 UN Climate Change Conference เลื่อนการประชุม เนื่องจากสถานการณ์ COVID-19*. สืบค้นเมื่อ 22 พฤศจิกายน 2563: จาก <http://www.tgo.or.th/2020/index.php/th/post/cop-26-un-climate-change-conference->.
- 49 Work point today. (2563). *“สุกฤษฎา กุลชาติวิจิตร” จากหนึ่งสู่พัน “ผู้ปั้นสุข” ด้วยความเชื่อว่าคนไทยมีความหวัง*. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2563: จาก <https://workpointtoday.com/bank-supakit/>.
- 50 กรุงเทพธุรกิจ. (2563). *เจ้าพระคุณ “สมเด็จพระสังฆราช” มีพระบัญชาให้วัดทั่วประเทศตั้งโรงพยาบาล โดยไม่บังคับช่วยคนจนรับมือโควิด-19*. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2563: จาก <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/872255>.
- 51 วรนิศ หิริอุพงษ์. (2563). *“อิมไปด้วยกัน” โครงการแจกอาหารจากเชฟสู่ชุมชนหาเช้ากินค่ำ*. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2563: จาก <https://thestandard.co/food-giveaway-project-from-chef-to-community/>.
- 52 พชช. ร่วมกับภาคีเครือข่าย “รวมพลังพลเมืองตื่นรู้ หนุนช่วยรัฐสู้ภัย COVID-19” ขณะที่เครือข่ายกองทุนสวัสดิการฯ ร่วมกับ รพ.สต.-อสม. เผื่อระวังประชาชนกลุ่มเสี่ยง. (25 มีนาคม 2563). *มติชนออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก https://www.matichon.co.th/publicize/news_2088105.
- 53 เรื่องเล่าเช้านี้. (2563). *ชายกลับจากกรุงเทพฯ ตั้งวงกินเหล้าที่บ้าน ตจว. อสม.ลุยเตือนยังเสียง “ไม่มีอะไรหรอก”*. สืบค้นเมื่อ 24 พฤษภาคม 2563: จาก <https://www.youtube.com/watch?v=OGkbQN00gPA>.
- 54 ดรามา “ผู้ปั้นสุข” จากน้ำใจผู้ให้สู้มือคนโลก ครัวหยุดหรือไปต่อ?. (13 พฤษภาคม 2563). *กรุงเทพธุรกิจ*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/880197>.
- 55 มอน บูรณะหิรัญแจ่งแล้วไซ้รหัสฐานปมเงินบริจาคดับไฟฟ้า 8 แขน. (27 มิถุนายน 2563). *ข่าวสดออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2563: จาก https://www.khaosod.co.th/special-stories/news_4396118.
- 56 สรุปใหม่ไลน์แอด “คนสนิทผู้ติดตามรัฐมนตรี” กักตุนหน้ากากอนามัย. (9 มีนาคม 2563). *โพสต์ทูเดย์*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.posttoday.com/social/general/617089>.
- 57 “ผู้” ส่งสอคอนเสิร์ตน้องเจนนี “โควิด” (29 กรกฎาคม 2563). *ไทยรัฐออนไลน์*. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2563: จาก <https://www.thairath.co.th/news/local/bangkok/1898872>.
- 58 Wikipedia. (2020). *COVID-19 Vaccine*. Retrieved December 9, 2020: from http://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_vaccine.
- 59 CDC. (2020). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Frequently Asked Questions about COVID-19 Vaccination*. Retrieved December 9, 2020: from <http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/faq.html>.
- 60 Weintraub K. (2020). *Donald Trump's COVID-19 treatment is similar to the average American hospitalized with coronavirus*. Retrieved October 20, 2020: from <https://www.usatoday.com/in-depth/news/health/2020/10/06/donald-trump-covid-treatment-drugs-mono-clonal-antibodies/3630609001/>.
- 61 พระราชวรสังฆกัมหมณีพิทยาลงกรณ์. (2518). *สามกรุง*. กรุงเทพฯ: คลังวิทยา. หน้า 435.



ขอบคุณจากใจ

สุขภาพคนไทย 2564 เล่มนี้ ได้รับความอนุเคราะห์จากหลายฝ่ายอย่างดีเยี่ยมมาโดยตลอด ทีมงานขอขอบคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำหนังสือนี้ ได้แก่ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ และศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ชันทฤทัย กาญจนะจิตตรา ที่กรุณาอ่าน ทบทวนบทความต้นฉบับทั้ง 3 ส่วน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงเนื้อหาให้มีความน่าสนใจมากขึ้น

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นอย่างสูง ที่กรุณาเป็นผู้เขียนหลักเรื่อง “โควิด-19 มหันตภัยร้าย เขย่าโลก” ในเรื่องพิเศษประจำฉบับนี้ โดยนำเสนอสถานการณ์โควิด-19 ไว้อย่างครอบคลุม ช่วยให้เข้าใจ ปรากฏการณ์การระบาดของโควิด-19 อย่างถูกต้องตามข้อเท็จจริง และขอขอบพระคุณ นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ สำหรับเนื้อหาในประเด็น “การจัดหาวัคซีน โควิด-19 ของประเทศไทย” ทำให้เรื่องพิเศษประจำฉบับ มีเนื้อหาสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กรมเจ้าท่า, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม, กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย, สถาบันวิจัยและพัฒนาทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง และกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในส่วนของ 10 หมวดตัวชี้วัดทางสุขภาพปีนี้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่กรุณาใช้เวลาเขียนเนื้อหาร่างแรก ในหมวด 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ ทำให้ 10 สถานการณ์เด่นปีนี้ มีประเด็นน่าเรียนรู้และชวนติดตาม

ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำหรับการสนับสนุนด้วยดีตลอดมา และขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่ร่วมเผยแพร่รายงานสุขภาพคนไทยอย่างต่อเนื่อง

ที่สำคัญ ขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ติดตาม “สุขภาพคนไทย” อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้ คณะทำงานพัฒนาหนังสือรายงานสุขภาพคนไทยให้มีคุณภาพต่อไป

คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย



ฉลาดเลือก เลือกสุขภาพ



www.thaihealthreport.com